

מעמדו המשפטי של הרופא: המצוי והרצוי

מאת

אריה ל' מילר¹

א. הבעיה ב. הדין המצוי והסדרנותיו. כללי ג. מעמדו המשפטי של הרופא. כללי;
1. הרפואה כמקצוע חופשי. 2. רופאים שכירים ועצמאיים. 3. סיכום ביניים; ד. מעמדו
של ארגון הרופאים וניהול מקצוע הרפואה. 1. הדין המצוי. 2. נתונים מהמשפט ההשוואתי.
3. הדין הרצוי; ה. ההדגשה לעסוק ברפואה ו. קיום שימוש משמעותי. 1. כללי.
2. אמצעי משמעת. 3. ררכי ערעור; ז. סיכום.

א. הבעיה

הזכות לבריאות, המחייבת מתן טיפולים ושירותי בריאות אחרים לכל מי שנוקם להם, נגזרת מזכותו היסודית ביותר של האדם – הזכות לחיים¹. מכאן חשיבותו המיוחדת של מקצוע הרפואה, שנועד להבטיח הלכה למעשה את מימושה של הזכות לבריאות. בהתאם ליעד זה של הרפואה יש לראות בה, יותר מאשר בכל מקצוע אחר, מקצוע של שליחות ושל מסירות², המוקדש כולו למטרה הנעלה הנ"ל – הבטחת בריאות הציבור.

בזמן ראוי להדגיש כי לציבור הרופאים שליטה כמעט בלעדית בתחום תיוני ורגיש כל-כך כמו בריאות האדם; כי הפציינט מפקיד לא אחת את חייו בידיו של רופאו, כשזה האחרון הוא אדון על שלימותו הגופנית והנפשית של המטופל, כי קיים פער תקשורתי בין המטפל לבין המטופל הנובע מחוסר-ההבנה של הציבור במדע הרפואה. בזכות כל אלה רובצת על הרופאים אחריות מיוחדת, המחייבת, מחד גיסא, פיקוח הולם על פעילותך מטעם החברה, ומאידך גיסא, הבטחת מעמד מתאים לרופאים. ואם כך הם פני הדברים, רק טבעי הוא כי מעמדו המשפטי של הרופא ישקף את המאפיינים הסגוליים של המקצוע שבו עסקינן, כלומר: ראוי שיובטח לו מעמד ההולם את התכונות הללו. הסדרה הולמת של מעמד הרופא דרושה למען יעילותו של מקצוע

* פרופסור חוקר במכון למחקרי חקיקה ולמשפט השוואתי, הפקולטה למשפטים, האוניברסיטה העברית בירושלים.

1 השווה J.J. Dupeyroux, *Droit de la sécurité sociale*⁹ (Paris, 1984) 128.

2 P. Cibré, *Les libertés du corps médical* (Paris) 62 ראה.

הרפואה. לכן אין היא עניינם של הרופאים בלבד, אלא של החברה כולה. ברוח מגמה זו ברשימת דנן, אבדוק מהו מעמד הרופא בישראל לפי הריץ הקיים ואתמודד עם הסוגייה מה צריך להיות מעיקרו מעמד זה, תוך שימת דגש מיוחד על השאלה: האומנם ניתן ורצוי שהרפואה תהא מקצוע חופשי, ואם כן – באיזה מובן, כיצד ועד היכן, עם זאת כמובן שבמסגרת זו לא אוכל לדון בכל ההיבטים של הנושא שלפנינו.⁵ לסיום הקדמה קצרה זו יצוין כי במאמר זה תבואנה לידי ביטוי, בצורה תמציתית, תוצאותיו של מחקר השוואתי שערכתי בנרדן, לרבות מחקר השוואתי.⁶

ב. הדין המצוי וחסרונותיו. כללי

כיום מעמדו של הרופא בישראל מוסדר בעיקרו בפקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז-1976,⁷ שהיא גרסה מחודשת של החוק המקורי בנרדן – פקודת המתעסקים ברפואה, מס' 58-1947.⁸ הגם שבפקודה המנדטורית תוקנה כמה פעמים ותוכנה הורחב במידה ניכרת,⁹ ואף-על-פי שלצורך ביצועה הותקנו מספר תקנות, התפישה הבסיסית העומדת באידני חוק זה בעניין שלפנינו כמעט שלא השתנתה.

תפישה זו מתאפיינת בעיקר בכך שהחוק הנדון – הן בנוסחו המקורי והן בגרסתו המתוקנת – מקנה לדרג המינהלי, ולו בלבד, סמכויות מן החשובות ביותר בקשר למקצוע הרפואה, כגון ההרשאה לעסוק ברפואה וקיום שיפוט משמעת, לרבות התליית רשיון רופא לזמן קצוב או שלילתו בגין הפרות שונות, וזאת כמעט מבלי לשתף נציגי רופאים בפעולות אלה, כשכול המסכת תידון, תפורט ותוסבר בהמשך.

בקשר לזה ראוי לציין כי בקובעו הסדר תחיקתי כאמור בארץ-ישראל, בהיותה טריטוריה תחת מנדט בריטי, לא הלך המחוקק המנדטורי בעקבות הדגש הבריטי בנרדן וזה האחרון לא שימש לו מקור השראה. אכן זמן רב לפני הפעלת הפקודה המקורית הנ"ל התקבל בממלכה הבריטית ה-Medical Act 1858, שמכוון הוקם גוף ממלכתי מורכב ברובו מרופאים – ה-General Medical Council – אשר לו הוענקו הסמכות הבלעדית להרשות לאדם לעסוק ברפואה וכמו כן הסמכויות בדבר הפעלת המשמעת כלפי רופאים.¹⁰ אך משום מה העריך הנציב העליון כי הסדר זה אינו מתאים

3 בקשר לאחר ההיבטים הללו – האחריות לנוקמים מפגיעות רפואיות – ראה א"ל מילר, "הצעה לביטוח נגד פגיעות רפואיות" משפטים י (התשמ"ב) 230; A.L. Miller, "A Proposal for a Patient Compensation Plan: An Israeli Outlook", 4 *Medicine and Law* (1985) 205.

4 לצורך זה, בשלהי שנת 1984 נשלחו שאלונים להסתדרויות הרפואיות Medical Associations וחלקית גם למשרדי-הבריאות מ-45 מדינות והוזמן מהן חומר תחיקתי והסברתי בדבר מעמד הרופא. תשובות התקבלו מ-13 מדינות, בחלקן בליווי חומר חשוב, כשעל כל אלה מכוסס בעיקרו המחקר ההשוואתי הנ"ל.

5 נוסח זה נקבע בוועדת החוקה, חוק ומשפט של הכנסת ב-17 בנובמבר 1976.

6 עיתון רשמי 1947, תוספת 1, עמ' 262.

7 הפקודה המקורית כללה 23 סעיפים בלבד, בעוד שנוסחה הנוכחי מורכב מ-67 סעיפים.

8 ראה 1-3, 10-11 *General Medical Council. Constitution and Functions* (London, 1983).

לארץ-החסות. לו היה סבור אחרת, ככל הנראה שגם הריץ הישראלי דהאידינא בנדרון היה שונה בתכלית.

הפגם העיקרי של החיקוק בנדרון טמון – לדעתי – בהשקפה המתוארת שהוא אימץ לעצמו ואשר מאפשרת ומעודדת התערבות אדמיניסטרטיבית נרחבת במקצוע הרפואה, ומבחינה זו, הגם שמהפעלת הפקודה הראשונה הנ"ל חלפו קרוב ל-40 שנה, טרם השתחררנו מהירושה העלובה שהיא הורשה לנו. גרוע מזה: כפי שיוסבר, הצעת חוק לתיקון פקודת הרופאים, שהתקבלה בכנסת בקריאה ראשונה זה לא כבר, מחמירה את המצב בכך שהיא מרחיבה עוד יותר את ההתערבות המתוארת.

ג. מעמדו המשפטי של הרופא. כללי

1. הרפואה כמקצוע חופשי

בזמנו, עד לקראת סוף המאה התשע-עשרה, איש לא הטיל ספק בכך שהרפואה הינה מקצוע חופשי במוכנו המלא של ביטוי זה. הרוב המכריע של בעלי מקצוע אציל זה היו עובדים בבתם או בקליניקות הפרטיות שלהם, כמעט ללא כל פיקוח ממלכתי, כשהם נהנים מאמון ומיוקרה מיוחדים בקרב הציבור הרחב.

בתיאור הרפואה הזו, שמקובל לקרוא לה רפואה "מסורתית" או "קלאסית", מצביע מחבר צרפתי⁹ על המרכיבים הבאים: (א) הבחירה החופשית על-ידי הרופא של מקום ביצוע מקצועו (חופש ההשתקעות); (ב) הבחירה החופשית של הרופא המטפל בידי הפציינט; (ג) חופש המירשמים, או לפי כינוי יותר נכון: החופש הטרפוטי¹⁰ או הקליני; (ד) קביעה חופשית של הגמול לרופא בין המטפל למטופל¹¹.

אולם במאה העשרים חלו ברוב המדינות תמורות מהותיות חשובות בתחום מערכת הבריאות ומתן שירותי הבריאות, אשר השפיעו במידה משמעותית על עצם מקצוע הרפואה, תמורות שהן בחלקן תוצאה של שינוי התפישה הכללית בדבר תפקיד המדינה ומירת התערבותה בתחומי חיים שונים, לרבות הרפואה. בין השינויים הללו ראוי להצביע בעיקר על הנהגתו ברוב המקומות של ביטוח הבריאות כביטוח סוציאלי המכסה לרוב חלק ניכר מהציבור; חדירת הטכנולוגיה המתקדמת אל תוך הרפואה ומורניזציה של שירותי הבריאות ושל דרכי הענקתם; הקמת ריכוזים גדולים למתן שירותי רפואה; ייקורם במידה ניכרת ביותר של שירותים הללו, וכתוצאה מכל אלה – הרחבתה המשמעותית של הרפואה הציבורית.

אין תימה אפוא כי תחת השפעות אלה חל כרסומה של הרפואה כמקצוע חופשי, המחייב צמצום מסוים של החופש המסורתי של הרופאים¹², כך שמה שהיה מקובל בעבר

9 ראה ריפידו (לעיל, הערה 1), בעמ' 126.

10 ראה סיברי (לעיל, הערה 2), בעמ' 57-58.

11 לתיאור מפורט יותר, ושונה במקצת, של מרכיבים אלה ראה I.L.O., Into the XXI Century: The Development of Social Security (Geneva, 1984) No. 135.

12 שם, במס' 242.

בתחום שלפנינו נשמע כיום כאנכרוניזם¹³. ברוח זו נאמר, בין היתר, כי בימינו "חשים הרופאים שהם מאבדים את השליטה על הרפואה... פעם הרופאים היו מלכים... כיום הם נעשים יותר ויותר דומים לשכירים"¹⁴.

הגם שברור הוא כי נפל דבר בתחום שלפנינו וכי מה שהיה פעם כלה ושוב איננו, טעות גדולה היא לחשוב כאילו הקיץ הקץ על הרפואה כמקצוע חופשי. נהפוך הוא: אם ללא כל ספק בחלק מסממניו של חופש הרופא חלו הגבלות מסויימות, לפעמים אפילו דרסטיות, אין זאת אומרת כלל ועיקר שצריך לשלול ממנה את החופש גם מבחינות אחרות, שבהן אין הדבר מוכתב על-ידי השינויים הנזכרים. כך, לדירי, גם בימינו יש להבטיח לרופא את חופשו הטריטוריאלי, זאת, כמובן, מבלי להתעלם ממגבלות המתבקשות בקשר לטיפול או לתרופות מזיקים או מסוכנים. לא פחות חשוב להקנות לו איתנות מירבית ככל הקשור למקצועו. ראוי לשתף את הרופאים בניהול מקצועם. כן יש לשמור את זכותו של הפציינט לבחירת רופאו, וחופש הרופאים לעסוק ברפואה פרטית מתוך למוסד שבו הם מועסק.

זכותו של הפציינט לבחור את רופא שיטפל בו חשובה מסיבה כפולה: ראשית, בעניין כליכך גורלי כמו בריאות האדם אין לכפות על חולה להיות מטופל בידי אדם שאינו נראה לו, כאשר מה שקובע כאן זה האמון שהוא נותן ברופא זה או אחר. שנית, מדרך הטבע, הבטחת חופש בחירה, כאמור יוצרת תמריץ לרופאים לתת לחוליהם את השירות הטוב ביותר. באשר לרפואה פרטית, יצוין כי היא מהווה השלמה טבעית לרפואה הציבורית, היא מגבירה עוד יותר את חופש בחירת הרופא על-ידי החולה, היא תואמת את התפישה הליברלית על כל המסכת שלפנינו, ויחד עם חופש הבחירה היא קיימת בכל מדינה חופשית.

צודקים ראשי ההסתדרות הרפואית באומרם, כי "התערבות אדמיניסטרטיבית מופרזת בעבודה הרפואית של הרופא עלולה לחבל ביוזמות ותפגע לא במעט בקשר האישי האמור להתפתח בין החולה לרופא" ובעמדה החד-משמעית שהם גוקטים לזכות "שמירת מקצוע הרפואה כמקצוע חופשי בעל תעוזה ודימיון"¹⁵. לא בכדי נאמר כי חופש הרופא – הכולל בתוכו, כאמור, את הזכות לבחירה חופשית של הרופא על-ידי הפציינטים – הוא התמריץ היעיל ביותר בשבילו להעניק לחוליו שירותים בעלי איכות גבוהה¹⁶, ולהגשים את הרפואה כאמנות.

יצוין כי עקרון חופש הרפואה מעוגן כיום בחוקיהן של כמה מדינות. כך בבלגיה החוק מרגיש את חשיבותו של החופש הטריטוריאלי¹⁷, ואילו במערב-גרמניה החוק מצהיר במפורש כי "הרפואה היא מקצוע חופשי"¹⁸.

13 ראה "הרפואה כמקצוע חופשי" מכתב לחבר מינואר 1984, 3.

14 ראה Janice Castro, "Medicine - Earning Profits, Saving Lives" Time of 10.12.84, 21.

15 ראה לעיל, הערה 13.

16 סיברי (לעיל, הערה 2), בעמ' 62; דיפיירו (לעיל, הערה 1), בעמ' 126.

17 הכוונה היא לסעיף 15 לחוק Arrêté royal relatif à l'Ordre des Médecins.

18 Bundesärzteordnung 1977, §1 (2).

ברשימה דנן אנקוט עמדה בעד ארגונה ותפקודה של הרפואה כמקצוע חופשי. את הטעמים לכך לא אביא כאן, כי אם בהמשך דברי. ליתר דיוק: לדידי הרפואה כמקצוע חופשי בחברה המודרנית באה לידי ביטוי בעיקר בשלושת התחומים הבאים: (א) היחס בין מספר הרופאים השכירים לבין מספר הרופאים העצמאיים; (ב) מעמדו של ארגון הרופאים וניהולו העצמאי של המקצוע; (ג) צמצום ההתערבות המנהלית בענייני מקצוע הרפואה, המתייחסת בעיקר לשני נושאים: ההרשאה לעסוק ברפואה וקיום השיפוט המשמעת.

כל הנושאים הנ"ל יידונו בפרקים ובתת-פרקים הבאים. תוך כך אנסה לנמק מדוע רצוי שרוב הרופאים יהיו עצמאיים; מאיזה סיבה יש להקים ארגון רופאים בלתי-תלוי בעל סמכויות ממשיות; ולהבטיח לרופאים את האפשרות לניהולו העצמי של המקצוע; ומדוע יש לדאוג את התערבות המדינה בענייני מקצוע הרפואה כלגיטימית כל אימת שהיא הכרחית וכפסולה כשהיא מוגזמת, היינו: כשיש התערבות-יתר, הנעשית מעבר למידה ההכרחית. בכך אתן גם את תשובתי המנומקת לשאלה היסודית הנ"ל: מדוע טוב ורצוי שהרפואה תהיה מאורגנת ותתפקד כמקצוע חופשי.

2. רופאים שכירים ועצמאיים

כידוע, מאפיינים של יחסי עובד-מעביד, בנוגע לכל השכירים, הם בתלותו של העובד במעביד (subordination)¹⁹, במובן של כפיפות מנהלית-ארגונית²⁰, בכך שהעובד "חייב לציית למשלם שכרו", ואילו זה האחרון רשאי "להטיל עליו פיקוח על דרך ביצוע עבודתו"²¹, כשבכלל העובד מושם תחת מרותו²² או שליטתו של מעסיקו. רופא המועסק כשכיר כפוף, נוסף על משמעת החלה על כל רופא, גם למשמעת כעובד²³ או כעובד-מדינה²⁴ הכול לפי המקרה.

מכאן אתה למד כי קיים ניגוד בין מעמדו של השכיר, מזה, לבין חופש הרפואה, מזה: השכיר תלוי במעבידו ובממונים עליו מבחינות רבות, שעה שהרופא רצוי שיהיה דווקא בלתי-תלוי. מכוח הנסיבות, רופא המועסק כשכיר מסגל לעצמו מנטליות ודימוי של פקיד, ובמרוצת הזמן הוא הופך ל"רופא פקיד", המתפקד יותר כדי לצאת ידי חובה ולזכות במשכורת ומוטריד פחות בהצלחת עבודתו; הוא מוקף פקידים אחרים ומצטייר בעיניהם של חוליו כאחד מהם, כשגם הממונים עליו מתייחסים אליו כמו אל פקיד²⁵

19 רב"ע מב/123-3 סגל ג' גור, פר"ע יד 190, 193.

20 ראה מ' גולדברג, "מהותם של יחסי עובד-מעביד" הפרקליט לב (התש"ט) 81, 94.

21 רב"ע ל/2-8 שמואל ג' נציגות בית משותף, פר"ע א 42, 49.

22 רב"ע שמ/105-3 "דף" ג' בוקרינסקי, פר"ע יא 220, 224.

23 בהתאם להסכמים הקיבוציים (תקנונים, חוקת עבודה) הענפיים.

24 לפי סעיף 40 לתקשי"ר.

25 הדבר מגיע לפעמים עד כדי אבסורד. כך, למשל, זה שנים מספר חוייבו רופאי המרפאות עליידי מעסיקיהם להוכיח נוכחות על-פי רישומי שעון, מה שהעלה את קצפת של ההסתדרות הרפואית (ראה הארץ מ-29.5.84) ובצרק. כמרכן, בקופת-חולים של ההסתדרות הכללית, לפי נוהג ותיקימים, מזכירי

מצב זה גורם לכיורוקטיזציה של השיטה, להורדת רמת הרפואה וצמצום יעילותה. למצב כזה, שבו הרוב המכריע של הרופאים מועסקים בשכר, קראו "פקידיוזציה" של הרפואה (fonctionnarisation)²⁶, מצב האופייני למדינות הקומוניסטיות, ואכן במדינות הללו הרופאים אינם אלא עוד קבוצה של פקידים, מני קבוצות רבות, וזאת הן במציאות והן בעיני הציבור. דבר זה אינו תורם ליוקרתם של הרופאים.

נכון הוא כי בתקופה המודרנית חלו תמורות מסוימות במעמדם של שכירים רבים, הנובעות מהיותם בעלי ידע מקצועי ומומחיות מיוחדים, וכתוצאה מזה הובטח להם חופש פעולה נרחב יותר במישור המקצועי. אולם אין בהתפתחות זו כדי לבטל את ההבדל המהותי בין שכיר לבין עצמאי.

לעומת זאת, העסקת רופאים בתור עצמאיים, התואמת תפישה ליברלית בדבר ארגון ותפקוד הרפואה²⁷, תורמת להגברת חוש האחריות של הרופא ולפיתוח יוזמתו האישית. לרופא כזה, שהוא אדון לעצמו ומארגן בעצמו את עבודתו, מוטיבציה גבוהה יותר להשיג את הצלחת טיפוליו מאשר לרופא שכיר ומחויבותו כלפי חוליו גדולה יותר, שכן הצלחתו המקצועית הינה פועל יוצא של תוצאות עבודתו, כך שבסוף גם ציבור הפציינטים שלו יוצא נשכר. שיטה זו גם מעודדת את בחירתו החופשית של הרופא על-ידי החולים²⁸ וקיום קשר חיובי בין המטפל לבין המטופל.

האם שאלה זו (ההבחנה בין רופאים שכירים לבין רופאים עצמאיים) שייכת בכלל לסוגיית המעמד המשפטי של הרופאים? לדידי, כן. אכן המעמד המשפטי (legal status) של קבוצת אנשים זו או אחרת – כך אני סבור – מורכב ממכלול זכויות וחובותיה. ואמנם, לרופאים שכירים ולרופאים עצמאיים יש זכויות וחובות שונות, המעוגנות בדברי חקיקה, הסכמים קיבוציים (לגבי שכירים) או קבוצתיים (לגבי עצמאיים) וחוזים אינדיבידואליים.

על היחס בין רופאים עצמאיים לבין רופאים שכירים במישור ההשוואתי ניתן ללמוד מן הטבלה הבאה²⁹.

המרפאות פוקחים עין על הרופאים השכירים. יתירה מזו: הגם שבשביתת הרופאים מ-1983 אחת מדרשותיהם הלגטימיות היתה כי הרופאים האזרחיים ייחשבו למנהלי המרפאות לכל דבר, עד היום בעניינים המנהליים נשארו רופאי המרפאות כפופים למזכיריהן.

26 ראה דיפירדו (לעיל, הערה 1), בעמ' 133.

27 ראה א"ל מילר, "ביטוח בריאות – לקראת העתיד" ביטחון סוציאלי 17 (התשל"ט) 63, 66-67.

28 ראה יהודית וינקלר, "לקראת מהפך בארגון ובשירותים רפואיים" הארץ מ-8.6.84, לגימוקים שבטקסט מחבר אחד מוסיף עוד נימוק. אכן אליבא דידו לרוב הפציינטים "קשה לתאר כי רופא שאינו רואה גמול ישירות מידי החולה יעשה באמת כל מה שביכולתו כדי לספק את צרכיו", כי הרי הם "מתייחסים בחשד רב לכל שירות הניתן ישירות וחינם". ראה ד' כהן, "הרהורים על הרופא השכיר – שכר ומקצוע" מידע לרופא 44 (1986) 32, 34.

29 הנתונים שבטבלה זו נתקבלו מגורמים אחרים במדינות הנוגעות בדבר.

מספר הרופאים העצמאיים		
המדינה	% מכך כל הרופאים	
קנדה	92	
ארצות-הברית	80	(ללא רופאים מתמחים)
בלגיה	75	
צרפת	60	
שוויצריה	60	(כולל רופאים מתמחים)
אוסטריה	53.5	
דרום-אפריקה	50	
מערב-גרמניה	47.2	
בריטניה	40	
תורכיה	33	(המספר מתייחס לאלה הפעילים כרופאים פרטיים בלבד)
דנמרק	30	
בראזיל	10	
ישראל	9.2 ³⁰	

המסקנה מתבקשת מאליה: ישראל היא אחת מהמדינות בעלת המספר היחסי הקטן ביותר של רופאים עצמאיים בעולם החופשי, ומכחינה זו המצב בישראל – דומה יותר למצב השורר במדינות הקומוניסטיות.

3. סיכום ביניים

על-אף השינויים החשובים שהתחוללו במערכת שירותי הבריאות, גם כיום, לקראת סוף המאה העשרים, לא אבד הכלח על הרפואה כמקצוע חופשי ואין לצפות שהדבר יקרה בעתיד הנראה לעין. נהפוך הוא: כפי שהוסבר למעלה, גם בימינו רק רפואה חופשית, רפואה המאורגנת לפי השקפה ליברלית, יכולה להיות רפואה טובה ויעילה. אם נרצה לחסל את הנתח הגדול שנשאר מהרפואה כמקצוע חופשי ושמר את מלוא חשיבותו, רק משום שחלק לא גדול מחירויות הרופא שוכן אינן אפשריות ואינן בנות-ביצוע כיום, פירוש הדבר יהיה לשפוך את התינוק עם מיי-האמבט, ולמותר לומר כי אין טעות גדולה מזו.

באשר לעובדה, שכפי שראינו, למעלה מ-90% מרופאי ישראל (ללא רופאי-השיניים) פעילים כשכירים, כאמור אליבא דידן היא עומדת בסתירה עם הרפואה כמקצוע חופשי, שכן כאן הכמות הופכת לאיכות, והיא גורמת נזק ניכר הן לתרמית הרופא ולמקצוע

30 לפי מפקד האוכלוסין מ-1983, ראה מכתב לחבר מיוני 1985, 15. המספר אינו כולל רופאי-שיניים (שנקרבו אחוז העצמאיים הוא 60.7). למען ההשוואה יצוין כי לפי הערכת ראש לשכת עורכי-הדין כי-70% מעורכי-הדין בארץ פעילים כעצמאיים.

הרפואה והן לציבור המטופלים. אי לזאת, ראוי לפעול למען הגברה ניכרת של מספר הרופאים העצמאיים, ויפה שעה אחת קודם.

בהקשר זה ראוי להדגיש כי אין להתנגדותי נגד מוסד של רופא שכיר כצורה שלטת של העסקת רופאים ולעמדה נגד הרפואה הציבורית ולא כלום. אכן, אצלנו ובעולם, הרפואה הציבורית היא בבחינת השגת הצלחה רבתי של הזמנים המודרניים ואין לוותר עליה כהוא־זה. אולם, יש להדגיש זאת, הרפואה הציבורית מתיישבת יפה גם עם מעמד בלתי־לוי של הרופא, כלומר: עם מוסד הרופאים העצמאיים. כך, למשל, בצרפת, הגם שביטוח הבריאות הוא ציבורי ושואף לאוניברסליות, רוב הרופאים פעילים כעצמאיים; ואילו בבריטניה, במסגרת שירות הבריאות הלאומי (שהוא צורה של רפואה מולאמת) 37% מהרופאים הם עצמאיים.

יתרון נוסף של פעילות הרופאים כעצמאיים טמון בכך שהם קשורים למוסדות הבריאות שלמענם הם עובדים לא בהסכמים קיבוציים, הכפופים לחוק ולפסיקה מחייבת בנדרון, כי אם בהסכמים מיוחדים, המאפשרים הרבה יותר חופש וגמישות בקביעת תנאי מתן השירות והגמול בעבורו³¹, ואשר תוכנם העיקרי הינו קשירת יחסים של קבלנות. כאן יצוין גם, כי להבדיל מהרופאים השכירים, חייבים הרופאים העצמאיים לדאוג בעצמם לביטוח נגד פגיעות רפואיות (כביטוח צד שלישי), שכן לגביהם אין למוסדות הבריאות (שאינם כפופים להם) אחריות שילוחית.

לשיטה כזו (תשלום הפרמיות בידי הרופאים גופא) יתרון גדול הטמון בכך שהיא תפעל כתמריץ לרופאים לצמצום מספר הפגיעות הרפואיות ולהקטנת חומרתן, כדי שלא להגביר את עלות הביטוח. אמנם נכון הוא כי במקרה של עליית הפרמיות תהיה לרופאים מגמה מובנת לגלגל את העלות המוגדלת על ציבור המטופלים. אולם העברה כזו לא תהא קלה וייתכן שאף לא תהא אפשרית, הואיל והתעריפים בעד שירותי הבריאות ייקבעו בהסכמים בין נציגי הרופאים העצמאיים לבין רשויות הבריאות. לסיום, כאמור, רצוי לאפשר לכל רופא, עצמאי כשכיר, לעסוק בפרקטיקה פרטית מחוץ למוסד שבו הוא עובד או שעימו הוא קשור.

ד. מעמדו של ארגון הרופאים וניהול מקצוע הרפואה

1. הדין המצוי

בישראל ארגון הרופאים, המשמש גם איגודם המקצועי המייצג, כשהוא מוכר כתאגיד, הינו, כידוע, ההסתדרות הרפואית בישראל. זהו ארגון וולונטרי, שחברות בו של הרופאים איננה חובה. הארגון שוקד בעיקר על הגנת האינטרסים המקצועיים של ציבור הרופאים ועל תקנתם, על קידום הרפואה ומערכת שירותי הבריאות בארץ. ההסתדרות

31 מערכת ההסכמים הללו מפותחות מאוד בצרפת. ליתר פירוט בנדרון ראה דיפירו (לעיל, הערה 1), בעמ' 357 ואילך.

הרפואית לא הוקמה ואיננה מתפקדת מכוח החוק, וכרי שאינה מוסמכת להרשות לאדם לעסוק ברפואה וגם לא להפעיל את המשמעת המקצועית כלפי רופאים.³² מבחינות אלה קיים הבדל עמוק ומשמעותי ביותר בין ארגון הרופאים, מזה, וארגון עורכי־הדין, מזה, או ליתר דיוק: בין מעמד המשפטי של שני ארגונים אלה, הגם שמדובר בשני המקצועות החופשיים החשובים ביותר.

נשאלת השאלה: מדוע נעשית ההשוואה ביחס לעורכי־הדין דווקא ולא בנוגע למקצוע חופשי אחר הקיים בחברתנו? תשובתי היא, כי עריכת־הדין היא – על־פי דרכי ארגונה ותפקודה – המקצוע החופשי האוטונומי והמובהק ביותר במדינת ישראל, כשרק עורכי־הדין מאוגדים בלשכה עצמאית לחלוטין, דבר הנובע, למשל, מהשוואת חוק לשכת עורכי־הדין, התשכ"א–1961,³³ לחוק המהנדסים והאדריכלים, התשי"ח–1958³⁴ או לחוק רואי חשבון, התשט"ו–1955.³⁵ מכיוון שלדידי על הרפואה להיות מקצוע חופשי, אמנם לא זהה אולם דומה לעריכת־דין, מוצדקת ההשוואה האמורה. לפי חוק לשכת עורכי־הדין הלשכה גופא, ללא התערבותה של שום רשות מנהלית, היא היא המסמיכה עורכי־דין על־ידי קבלתם והיא גם מקיימת שיפוט משמעתי לחברים ולמתמחים (סעיף 2(2) ר"3).

בית־הדין המשמעתי של הלשכה מוסמך להטיל על הנאשם בין היתר, את עונש ההשעיה לתקופה קצובה שלא תעלה על חמש שנים והוצאה מהלשכה (סעיף 4(68) ר"5). נגד פסקי־הדין של בית־הדין המשמעתי המחוזי קיים ערעור לפני בית־הדין המשמעתי הארצי, שגם הוא גוף של הלשכה (סעיף 70), ואילו נגד פסקי־דין של זה האחרון ניתן לערער לפני בית־המשפט העליון (סעיף 71).

מכאן עולה, שבשונה ממה שקורה בתחום הרפואה, בקשר למקצוע עריכת־הדין לא זו בלבד שארגונו מושתת על בסיס סטטוטורי, אלא שלעורכי־הדין מובטחת גם הנהגתו העצמית והבלתי־תלויה של המקצוע.

2. נתונים מן המשפט ההשוואתי

כשפונים אנו למישור ההשוואתי נוכל להיווכח, כי במדינות מערביות רבות (כגון ארצות־הברית, בלגיה, בראזיל, בריטניה, דנמרק, צרפת, קנדה ודרום־אפריקה) ההסתדרות הרפואית Medical Association, Confédération des Syndicats Médicaux וכו') היא, כמו אצלנו, ארגון וולונטרי שלא הוקם מכוח החוק ואשר מטרותיו וסמכויותיו העיקריות הן דומות לאלה של ההסתדרות הרפואית בישראל.³⁶

32 אמצעי הענישה שלפי סעיף 66 לכללים בדבר האתיקה המקצועית של הרופאים בוועדת האתיקה רשאית להטיל על רופאים הם בעלי אופי חברת־ארגוני ולא משמעת־מקצועי, וכמובן שהיא לא יכולה לשלול או להתלות רשיונו של רופא.

33 ס"ח 347, עמ' 178.

34 ס"ח 250, עמ' 108.

35 ס"ח 173, עמ' 26.

36 ארגון וולונטרי דומה בשם "Hartmannbund" קיים גם במערב־גרמניה. ראה M. Arnold u.a., Der

ואולם, כפי שנראה, להבדיל מן המצב בישראל, במדינות הנ"ל, רובן ככולן, כמו במדינות נוספות, עדים אנו לניהול עצמי של מקצוע הרפואה בידי בעלי המקצוע, או לפחות להשתתפותם הניכרת של הרופאים בניהול מקצועם.

מכחינה זו, מן הנתונים ההשוואתיים שברשותי עולה, כי ישנם בעולם שני דגמים או דפוסיים עיקריים לארגון מקצוע הרפואה ולניהולו, ועליכן ראוי לחלק את המדינות השונות לשתי קבוצות גדולות, כשבשתייהן – ונאמר זאת מיד – מעמד ארגוני הרופאים נבדל הבדל משמעותי עד מאוד מהדגם הישראלי בנדרון, שכמותו לא פגשתי באף מדינה אחרת (מאלה שלגביהן מצויים בידי נתונים בשאלה שלפנינו).

הדגם הראשון מתייחס למדינות, מעטות יחסית, שבהן ישנו ארגון רופאים יחיד, אשר דומה כי ראוי לקרוא לו לשכת רופאים, שהוא הוקם מכוח החוק ותפקודו מוסדר בחוק, הארגון הוא בעל סמכויות נרחבות בניהול העצמי של מקצוע הרפואה. במדינות אלה הארגון הנ"ל הינו גם האיגוד המקצועי המייצג של הרופאים, כשהסתדרות רופאים נפרדת אינה קיימת. ארגון זה דומה מכחינות שונות ללשכת עורכי הדין בישראל.

מדינה טיפוסית בעלת שיטה כזו היא אוסטריה, שבה באופן מסורתי וגם כיום ה" *Aerztekammer* הוא הארגון או ה"לשכה", כאמור³⁷, הנהגית מאוטונומיה רחבה³⁸. רישומו של רופא ברשימת רופאים של הארגון מסמך אותו אוטומטית לעסוק ברפואה. המצב דומה בתורכיה ובמערב גרמניה³⁹ (שבה ה" *Aerztekammer* נחשבת לגוף של המשפט הציבורי⁴⁰), בהבדלים אחדים כגון זה שלפי החוק הגרמני הנ"ל אדם רשאי לעסוק ברפואה אך ורק בהרשאתו של שר הבריאות.

הדגם או המודל השני הנ"ל (של מבנה דיכטומי), שהוא נפוץ יותר בעולם, מתאפיין בכך שהסתדרות הרפואית, כארגון מקצועי וולונטרי, קיימת לצידו של ארגון ממלכתי או ציבורי, או של מערכת של ארגונים כאלה, בעלי סמכויות נרחבות בניהול המקצוע; אלא שגם ארגונים אלה מורכבים מרופאים או בעיקר מרופאים, כך שגם כאן מופעל עקרון הניהול עצמי של מקצוע, אם כי בדרך אחרת.

בבלגיה (לפי החוק הנ"ל⁴¹) ובצרפת⁴² הארגון הציבורי האמור הינו *L'ordre des Médecins* (מסדר רופאים). בצרפת, למשל, על-פי החוק רשאי לעסוק ברפואה רק מי שכלול ברשימתו של מסדר הרופאים, כשעל הרישום מדווחים לממונה ולכית המשפט

201 *Beruf des Arztes in der BRD* (Köln, 1984), ואולם כפי שיוסבר, עם המבנה הארגוני של הרפואה הוא שונה.

37 לפי החוק – *Aerztesgesetz 1984* – קיימים ארגונים כאלה במדינות המחוז (Bundesländer) השונות, כשהם מאוגדים בארגון פרלי – *Oesterreichische Bundesärztekammer*.

38 דוגמאות של התערבות מינהלית שהיא מוגבלת מאוד, הן כי, למשל, תעריפי הגמול לרופאים נקבעים על-ידי שר הבריאות הפדרלי לפי הצעת לשכת הרופאים (319 לחוק), או שהתנאים והנהלים בקשר לרישום ברשימת הרופאים נקבעים על-ידי השר לאחר קבלת חוות דעתה של הלשכה, ונגד ההחלטה בנוגע לרישום ניתן להגיש ערעור לממונה על המחוז (116).

39 ראה ארגולד (לעיל, הערה 36) בעמ' 152–153, 190.

40 שם, בעמ' 189.

41 חוק זה קובע כי ה" *Ordre des médecins* " הוא תאגיד של המשפט הציבורי.

42 בהתאם ל" *Code de la santé publique, Livre IV* ".

המחוזי. במסדר ישנם מועצות מחוזיות, הנבחרות על-ידי האסיפות הכלליות של רופאי המחוז ומתוכם, מועצות אזוריות, הנבחרות על-ידי המועצות המחוזיות ושבהן נוטלים חלק, ברעה מייעצת, מנהל לשכת הבריאות האזורית ויועץ משפטי (נוסף על פרופסור לרפואה ונציג הרופאים השכירים). כן ישנה מועצה לאומית. זו האחרונה מורכבת מ-38 חברים ש-32 מתוכם נבחרים על-ידי המועצות האזוריות מקרב הרופאים.

בבריטניה הארגון הציבורי הנדון שהוקם מכוח החוק הוא ה-General Medical Council (המועצה הרפואית הכללית), שכיום יש בו 50 חברים נבחרים, 21 חברים ממונים על-ידי האוניברסיטאות, 13 חברים ממונים על-ידי הקולגים המלכותיים ועל-ידי אגודת הרוקחים ועוד 7 חברים שאינם רופאים ושני רופאים ממונים על-ידי הרשות הקרויה Privy Council. מטרת המועצה, שאינה איגור מקצועי של הרופאים, היא להגן על הציבור, לשמור על השם הטוב של המקצוע ולהבטיח התנהגות הולמת מצידם של הרופאים. כל רופא פעיל חייב להיות רשום במועצה⁴³. במועצה מתפקדות ארבע ועדות, שלאחת מהן עוד נידרש בהמשך.

דגם דומה, תוך שינויים אלה או אחרים, קיים בבראזיל, ביוון, בדרום-אפריקה, בארצות-הברית ובקנדה ובמדינות שונות המשתייכות לחבר העמים הבריטי. בארצות-הברית השינוי העיקרי טמון בכך שהגופים המסמיכים רופאים לעסוק במקצועם והמפעילים פיקוח עליהם הם ה-licensing boards של כל מדינה, המורכבים מרופאים ממונים בידי מושל כל מדינה. מצב דומה קיים בקנדה⁴⁴.

3. הדין הרצוי

כפי שניתן ללמוד מהמידע שהוגש בתת-הפרק הקודם, הרגמים המקובלים בעולם לארגון מקצוע הרפואה מבטיחים לרופאים את ניהולו העצמי של מקצועם או לפחות שיתופם המסיבי של הרופאים בניהול זה, בדומה למצב השורר אצלנו בתחום עריכת-הדין. אשר לדגם הנהוג בישראל במקצוע הרפואה, שלפיו הסמכות להחליט בעניינים הגורליים בחיי המקצוע נתונה במידה ניכרת בידי הדרג המינהלי, כמעט ללא כל השתתפותם של אנשי מקצוע⁴⁵, דומה שכמעט אין לו אח ורע בעולם החופשי.

43 ראה לעיל, הערה 8, בעמ' 1-3.

44 המצב שונה במקצת בשוויצריה, שבה שיתופם של הרופאים בניהול מקצועם הוא מוגבל יותר. אכן כאן ניתן הרשיון לעסוק ברפואה על-ידי ועדה קנטונית בענייני בריאות, שרק חלק מחבריה הם רופאים; ואילו הרשות המוסמכת לשלול את הרשיון לזמן קצוב או לצמיתות הוא מחלקת-הבריאות של הקנטון, אם כי היא רשאית להחליט רק עקב קבלת חוות-דעתה של הוועדה הנ"ל. על החלטה אחרונה זו ניתן לערער לפני היועץ הממשלתי הקנטוני ונגד החלטתו – לפני בית-המשפט הפדרלי.

45 יוצאים-מדהכלל גלומים בסעיף 18 ו-24 לפקודת הרופאים, שלפיהם במקרה שהמנהל סבור כי יש להתנות את מתן הרשיון לרופא בכחינה או בהתמחות, הוא מעביר את הבקשה לחוות-דעתה של ועדת מייעצת המורכבת משלושה רופאים ממונים על-ידי שר-הבריאות, שניים מהם מתוך רשימה שהגישה ההסתדרות הרפואית. כמרכן, לפי סעיף 17 לפקודה שר-הבריאות חייב להיוועץ בהסתדרות הרפואית כדי לקבוע בתקנות תארי מומחה לענפי הרפואה השונים ואת התנאים לאישור התארים, ולחייב מבקש תואר מומחה לעמוד בבחינה⁴⁶, ולפי סעיף 31(א) לפקודה ימנה המנהל ועדה של שלושה רופאים "לצורך בדיקת כושרו הנפשי או הגופני של מבקש רשיון...או של רופא מורשה".

יצוין שאצלנו החיקוק כמעט שאינו מתייחס להסתדרות הרפואית, כך שעלול להיווצר הרושם שהוא אפילו לא מכיר בה. בניגוד גמור לזה, באוסטריה, למשל, החוק מקנה סמכויות נרחבות ללשכות הרופאים, ובאף עניין חשוב בתחום הרפואה, שירותי הבריאות ולימודי הרפואה לא מתקבלת החלטה מבלי לשמוע את דעתם של ארגוני הרופאים.

מן האמור למעלה נמצאנו למדים כי במצב הקיים בארץ מברילים משומרים בין שני המקצועות העיקריים אשר מן הדין ראוי שיהיו מאורגנים כמקצועות חופשיים, כשהאחד – עריכת הדין – אכן מאורגן ומסודר כך, היינו: כמקצוע הנהנה מאוטונומיה כמעט מלאה, דבר שהוא מוצדק בהחלט, מקום שהאחר – הרפואה – מאורגן בצורה שונה לחלוטין, כמקצוע של פקידים, תוך שלילת החופש הפרופסיונלי הדרוש לבעלי המקצוע – מצב שאין להשלים עמו.

העוול והקיפוח הנגרם לרופאים ולמקצועם נובע בעיקר מסיבה היסטורית: כך החליט לפני כארבעים שנה הנציב העליון של ארץ ישראל, ואילו מאז ועד היום לא התפנה המחוקק הישראלי לתקן את המצב המעוות הזה או, שמטעמים השמורים עמו, הוא לא ראה לנכון לעשות כן.

מצב זה חמור במיוחד משום שהמעמד המשפטי של ארגון הרופאים מקרין את אופיו ואת מהותו על מעמד המשפטי של הרופא ומשפיע עליו בצורה שלילית, ואילו מעמד אחרון זה נגזר מדרך הטבע מהראשון, במובן שחבר בארגון נטול אוטונומיה וסמכויות אינו יכול להצטייר כבעל מקצוע חופשי, כשכסופו של דבר הציבור כולו סובל בעטיים של הליקויים הללו. מכיוון שרצוי כי הרפואה במדינתנו תתקיים כמקצוע חופשי, יש צורך לחולל את השינויים הדרושים בארגון המקצוע ובדרכי ניהולו.

אשר לקיום שיפוט משמעותי לרופאים בידי בתי דין, טריבונליים או גופים אחרים המורכבים מרופאים או בעיקר מרופאים, הועלתה השאלה האמנם רצוי שהדבר יבוא על פתרונו בתחומי המקצוע, במלים אחרות: כלום יוכלו הרופאים להיות שופטים של עצמם ותוך כך לתפקד ללא משוא פנים בדרך הראויה והנכונה⁴⁶. תשובתי על שאלה זו היא כי פתרון זה מיושם זה שנים רבות כלפי עורכי דין, וכפי שראינו, גם כלפי הרופאים במדינות הליברליות רובן ככולן, ולכן אין שום סיבה שבעטייה הוא יהיה בלתי-מתאים ביחס לרופאי ישראל דווקא.⁴⁷

46 ראה יפעת נבו, "לשכת רופאים – הסיכון והאתגר" הארץ מ-15.8.83.

47 ח"ש הלוי במאמרו "מעמד הרופאים בחברה" הארץ מ-28.8.84 התנגד בהחלטיות להצעתי להקנות לארגוני רופאים מעמד משפטי אוטונומי. הנימוקים העיקריים היו שניים: (א) ישראל היא ארץ של עלייה, ולכן ציבור הרופאים הוא כביכול גוף בלתי-ציבי ומגוון; ומסיבה זו אינו ראוי לזכות בהנהגה עצמית; (ב) ישראל היא מדינה קטנה והרופאים בה מכירים זה את זה ולכן אין לסמוך על יכולתם לגלות גישה אובייקטיבית עניינית כלפי רופאים אחרים; נוסף על כך שבאמצעות הברית הרשיון לעסוק ברפואה ניתן על-ידי המדינה.

אודה שאינני רואה כל רלבנטיות בנימוקים אלה. בקשר לנימוק הראשון המסתמך על היותה של ישראל ארץ של הגירה, בעיני הדעה שלפיה רופאים הבאים מארצות אחרות אינם ראויים לאותו ארון כמו הרופאים המקומיים הינה דעה קדומה ורעיון פסול. מכל-מקום, אם קיים איזשהו קושי בעניין זה, ניתן בקלות להתגבר עליו, בקביעת תנאי של ותק מסוים כרופא בארץ כדי שאזרח יהיה רשאי להיבחר לגופי הניהול העצמי השונים של המקצוע, כפי שדרך אגב, מקובל גם בארצות אחרות (ולמשל בצרפת). הנימוק

אין להכחיש כי לגוף שיפוטי כאמור, המורכב מאנשי מקצוע, עלול להיות גם חסרון מסויים, בכך שאנשים אלה עשויים להיות גם בעלי עניין, ואזי ייתכן שיתקשו להיות אובייקטיביים לגמרי ולשפוט תמיד ללא משוא פנים. מצד שני, מקצוע הרפואה הוא כליכך מורכב ומיוחד שרק בעלי ידע מקצועי מסוגלים להבין היטב את ענייני הפרת המשמעת הרפואית ולגזור דין בהם, ובעיני נימוק אחרון זה גובר על הנימוק הקודם. בדיוני הכנסת על הצעת החוק לתיקון פקודת הרופאים⁴⁸ ביקר דובר אחד את הדין הקיים, שלפיו בידי שר-הבריאות, שהוא אישיות פוליטית, נתונה הסמכות להפעיל אמצעי משמעת וגם מנכ"ל המשרד מוסמך להכריע בשאלות חשובות של המקצוע, והציע לאפשר לרופאים את ניהולו העצמי של מקצועם לפי פתרון נוסח לשכת עורכי-הדין⁴⁹. דובר אחר הצטרף לביקורת זו, אך הסתייג מהפתרון האמור "בגלל חששות מפני אינטרסים של גילדה"⁵⁰. מקרב הרופאים, דעה בעד הקמת לשכת רופאים הביע פרופ' א' דהיפריס, באומרו כי ישנם "בישראל היום...מספיק כוחות מקצועיים ומוסריים מצויינים בקנה-מידה בינלאומי, היכולים להרים בכבוד משימה כמו לשכת רופאים"⁵¹.

אם נסכים אפוא כי ראוי לתקן את הדין המצוי בנדון, נשאלת השאלה: מה עדיף – הקמת לשכת רופאים, כפי שהיא קיימת, למשל, באוסטריה או אימוצה של שיטה ריכוזית נוסח המודל הבריטי?

לפי עניות דעתי שתי החלופות טובות, במובן שבשתיהן יש כדי להסיר פגם עיקרי מהשיטה הישראלית הנוכחית להפעיל את עקרון הניהול העצמי במקצוע הרפואה, דבר אשר, כפי שראינו, הינו כליכך חיוני מנקודת-ראותם של כל הרופאים ומפני תיקון העולם. עם זאת, הואיל ושומה עלינו לבחור באחד משני הדגמים, הייתי מעדיף את החלופה השנייה, המפרידה בין האיגוד המקצועי של הרופאים (קרי: הסתדרותם), מזה לבין הגופים לניהול עצמי או להנהגה עצמית של המקצוע (מועצת רופאים וכו'), מזה. אכן, כמדומני, הפרדה כזו הינה רצויה, שכן מדרך הטבע רואגת ההסתדרות הרפואית במידה מכרעת להגנת המקצוע ולקידום האינטרסים של הרופאים, והיא עשויה להצטייר כהתאחדות שמקובל לכנותה "גילדה". לעומת זאת, גופים ציבוריים נוסח מועצות רפואיות נועדים לדאוג לאינטרסים של הציבור כולו בתחום הרפואה ושירותי הבריאות. ראוי להביא בחשבון שעלולים להיווצר התנגשויות או מקרים של

השני, שלפיו ישראל היא מדינה קטנה, הוא לא יותר משכנע מהראשון, ולמותר לומר כי במישור ההשוואתי אין הבעיה נפתרת לפי גודלן של המדינות הסונות.

בנוגע לשני הנימוקים הנ"ל גם יחד נשאלת השאלה: כלום ישראל היא ארץ של עלייה ומדינה קטנה רק כשהמדובר ברופאים ואיננה כזאת ביחס לעורכי-הדין? והרי ראינו כי כלפי האחרונים עקרון הניהול העצמי הופעל במלואו (ללא כל חשש לגבי "חוסר-היציבות" של העולים או "חוסר-הבהימנות" של אלה המכירים זה את זה, גם הלוי אינו מתנגד לכך ואינו מסתייג ממצב זה).

48 ה"ח 1662, עמ' 143.

49 דברי הכנסת, הכנסת העשירית, מושב רביעי, טז, 1354.

50 שם, בעמ' 1359.

51 ראה נבו (לעיל, הערה 46), כשמחברת המאמר מפטירה כי "יש הרבה מן הצדק בדבריו של פרופ' דהיפריס".

איהתאמה בין שני הסוגים של האינטרסים הנ"ל, ולכן מוטב לאמץ את השיטה הריכוזית, המאפשרת ומבטיחה הפרדה כנ"ל.⁵²

ה. ההרשאה לעסוק ברפואה

כיום הרשיון לעסוק ברפואה ניתן על-ידי המנהל (סעיף 18 לפקודת הרופאים) וכך היה הדבר בכל השנים מאז הפעלת הפקודה המנדטורית. בסעיף 1 לפקודה נקבע (לפי נוסח שהוא בתוקף גם כיום), כי המנהל הוא "המנהל הכללי של משרד הבריאות, לרבות משנהו וכל נושא משרה במשרד הבריאות שהמנהל מינה אותו למלא תפקידים על-פי פקודה זו".

פירוש הדבר הוא, כי כל פקיד של משרד הבריאות ולו הזוטור ביותר, אשר הוסמך לשם כך על-ידי המנכ"ל, זכאי להעניק רשיון לעסוק ברפואה. אין צורך לומר כי הסדר זה הוא פסול ובלתי-יממאיים לחלוטין, כשהוא אינו מעניק לציבור כל ערובה שהיא כי יזכה לרשיון רק מי שאמנם ראוי לכך.

נכון הוא כי בפועל, לגבי מי שהוסמך על-ידי בית-ספר לרפואה וסיים התמחות בארץ, מתן הרשיון הוא בבחינת עניין פורמלי בעיקרו, ואילו מי שהוסמך ו/או התמחה בחו"ל נבחן על-ידי ועדה של רופאים כדי לזכות ברשיון, בהתאם לסעיפים 4(ב)2, 18 ו-24 לפקודת הרופאים. עם זאת, אליבא דירי בכך שפורמליות, כאמור, פקיד כלשהו רשאי להחליט על ההרשאה במקרה הראשון יש לפחות משום פגם אסתטי.

זאת ועוד: בהצעת התיקון לחוק הנ"ל הוצע להוסיף לפקודת הרופא: סעיף 17א שלפיו:

(א) השר רשאי לקבוע בתקנות –

(1) פעולות מיוחדות של עיסוק ברפואה שרשאים לבצען רק רופאים מורשים בעלי כשירויות מסוימות;

(2) תנאים שבהם מותר לרופא מורשה לבצע פעולות כאמור בפסקה (1) אף שאינו בעל הכשירויות שנקבעו לפיה⁵³.

בהצעת החוק לא נאמר מי (איזה רשות או גוף) יהיה מוסמך להעניק לרופא רשיון מיוחד, כאמור בס"ק 1, או פטור מרשיון מיוחד כזה, כאמור בס"ק 2. מכלי-מקום, היא מבליטה ביתר שאת את הצורך שההרשאה לעסוק ברפואה תינתן רק על-ידי גוף מורכב (בעיקר) ממומחים.

52 יצוין, שכפי שמקובל במדינות רבות, רצוי גם אצלנו להקים קופת-פנסיה מיוחדת של הרופאים העצמאיים. כמובן, הייתי מציע הצטרפותם הקולקטיבית של הרופאים הללו לקרן "מבטחים" המקנה דמי מחלה, או הקמת קרן של ההסתדרות הרפואית שתבטיח תשלום גמלה זו לרופאים עצמאיים בעת מחלה. שני העניינים יזכו למשנה-תוקף אם וכאשר בעתיד, כפי שהומלץ, יגדל באופן משמעותי מספרם של רופאים הפעילים באופן עצמאי.

53 ההסתדרות הרפואית התנגדה בחריפות לסעיף זה בטענה כי יש לראות "את הרפואה כשלימות אחת" וכי ההגבלות המוצעות עלולות לפגוע בייחוד במעמדו של רופא המשפחה. ראה מכתב התווך של יושב-ראש ההסתדרות, ד"ר רם ישי, מד-29.84 תחת הכותרת "עד היכן סמכות האדמיניסטרציה".

כפי שראינו במישור ההשוואתי, הפתרון הרווח הוא כי ההרשאה לעסוק ברפואה ניתנת עלידי גוף ציבורי או ממלכתי המורכב מרופאים או ברובו מרופאים. לגוף כזה ישנם גם הכישורים להפעיל שיקול-דעת מקצועי כל אימת שהדבר דרוש ובכך טמון יתרוננו הגדול על-פני רשות מנהלית המאוישת על-ידי פקידים. לדעתי, רצוי לתקן את הדין המצוי ולקבוע כי הרשיון לרופא יינתן, בכל המקרים, על-ידי רשות או גוף שמתפקדים בו רופאים או שרוב חבריו הם רופאים. גוף כזה יכול להיות מועצה רפואית נוסח המודל הבריטי הנ"ל או גוף אחר של ממומחים, ואפילו הוועדה הרפואית אשר הוקמה בתוקף סעיף 24 לפקודת הרופאים הקרויה "ועדה מייצעת", בתנאי שהיא גופא תחליט בנדרון.

ו. קיום שיפוט משמעת

1. כללי

כיום על רופא עצמאי שהפר את חובותיו, אם יש בהפרה גם היבט אָתִי או מוסרי וגם היבט מקצועי טהור (כפי שבפועל קורה לעתים קרובות), ניתן להטיל עונש לפי "הכללים בדבר האתיקה המקצועית של הרופאים", שהם מסמך של ההסתדרות הרפואית, וגם עונש משמעת.

בהתאם לכללים הנ"ל, המועצה או האסיפה הכללית של כל סניף של ההסתדרות הרפואית בוחרת בוועדה אתית מקומית, ואילו המועצה המרכזית בוחרת בוועדה אתית מרכזית (סעיף 57). כגין עבירה על כללי האתיקה (או על "הקודקס האתי" שמקובל לכנות אותו גם "הקודקס הדאונטולוגי") רשאית ועדת-האתיקה המקומית להטיל על החבר הנאשם מגוון של עונשים, שהקל ביותר בהם הוא "אזהרה" והכבד ביותר – "הוצאת החבר זמנית או לצמיתות מההסתדרות הרפואית" (סעיף 66). על ההחלטה של ועדת-האתיקה המקומית ניתן לערער לפני הוועדה המרכזית (סעיף 67). עונשים אלה הם בעלי אופי חברתי-ארגוני ואינם אמצעי משמעת.

במקביל לכך, בין אם הוטל עונש כאמור לעיל ובין אם לאו, ניתן לנקוט אמצעי משמעת כלפי כל רופא, עצמאי כשכיר, בהתאם לפקודת הרופאים. בעניין זה סעיף 41 לפקודה קובע:

ראה השר, על יסוד קובלנה של המנהל או של האדם שנפגע, כי רופא מורשה עשה אחת מאלה, רשאי הוא, בצו חתום בידו, לבטל את הרשיון של הרופא או להורות שהרשיון יותלה לתקופה שקבע בצו, או לתת לרופא נזיפה או התראה: (1) נהג בדרך שאינה הולמת רופא מורשה;... (3) גילה חוסר יכולת או רשלנות חמורה במילוי תפקידו כרופא מורשה; (4) התמיד להפר פקודה זו; (5) הורשע בעבירה פלילית שלא לפי פקודה זו.

לפי סעיף 44(א) לפקודה "לא יינתן צו לפי סעיף 41 אלא אם ניתנה לרופא הזדמנות להגיש הגנתו בכתב ולטעון טענותיו לפני ועדה שחבריה הם המנהל ואנשים אחרים שמינה השר ובהם נציג היועץ המשפטי לממשלה". לעניות דעתי, הוראה, הגם שמטרתה היא להגן על האינטרסים של הרופאים, אינה מניחה את הדעת מפני שלא נקבע כי

"האנשים האחרים" חייבים להיות רופאים ומהסיבה כי לא הוועדה אלא השר, כלומר: רשות מינהלית, היא המחליטה בנדרון.

על-פי סעיף 47 – הנפגע מצו לפי סעיף 41... רשאי לערער עליו לפני בית-המשפט העליון.

נוסף על כך, ניתן להטיל על רופא שכיר הנאשם בהפרת משמעת את העונשים הנהוגים כלפי העובדים בענף או במגזר שבו הוא מועסק, כשהחמור ביותר מעונשים אלה הוא הפיטורין ללא פיצויי פיטורין.

לגבי כל רופא קיימות אפוא שתי מערכות: קביעת אחריותו ושיפוט בגין הפרת חובותיו (בגין הפרות כללי האתיקה, מזה, ובגין עבירות על כללי המשמעת, מזה). לזה נוספת האחריות המשמעית של רופא שכיר, כשאת כל שלוש המערכות או דרכי השיפוט הנ"ל ניתן להפעיל במקביל. כל זאת מבלי להתייחס לאחריותם הפלילית של הרופאים, שהיא דרך ענישה נפרדת, כשהעונש לפי כללי האתיקה והעונש המשמעתי עלולים לבוא נוסף על העונש הפלילי.

לפי חוק לשכת עורכי-דין (סעיפים 14, 15, 62, 64, 70 ו-71) הערכאה הראשונה בקשר לעבירות משמעת הינה בית-הדין המשמעתי המחוזי, ואילו הערכאה לערעורים היא בית-הדין המשמעתי הארצי. בתי-דין אלו מורכבים מעורכי-דין הנבחרים על-ידי עורכי-דין. על פסקי-הדין של בית-הדין המשמעתי הארצי ניתן לערער לפני בית-המשפט העליון⁵⁴.

במישור ההשוואתי השיפוט המשמעתי של רופאים מסור בדרך-כלל בידי גופים מורכבים, לפחות בערכאה הראשונה, מרופאים או מרוב של רופאים. כך, למשל, באוסטריה (שבה נהוג הרגם של ארגון רופאים יחיד) הגוף המוסמך בנדרון כערכאה ראשונה הוא ועדת המשמעת המורכבת ממשפטן הממונה על-ידי שר-הבריאות, על-פי הצעתו של ראש לשכת הרופאים כיושב-ראש ומשני רופאים ממונים על-ידי ראש הלשכה. הערכאה לערעורים היא הסינט המשמעתי לידי משרד-הבריאות המורכב משופט, כיושב-ראש, ומשני עובדי משרד-הבריאות – האחד משפטן והשני רופא.

בצרפת (שבה מופעל הדגם הראשון הנ"ל למודל הריכוזי וקיים מסדר רופאים) המועצות האזוריות מקיימות את השיפוט המשמעתי, כשעל החלטותיהן ניתן לערער לפני מחלקת המשמעת של המועצה הלאומית. מחלקה זו מורכבת משמונה חברים נבחרים של המועצה הלאומית ובראשה עומד יועץ מדינה (Conseiller d'Etat). על החלטותיה של מחלקת המשמעת יש זכות לערער רק לפני מועצת-המדינה – הגוף העליון לשיפוט מינהלי בצרפת.

לבסוף, בבריטניה (שבה מופעל הדגם בשני הנ"ל למודל הריכוזי) הערכאה הראשונה בענייני משמעת היא הוועדה להתנהגות מקצועית (Professional Conduct)

54 יצוין כי בפקודת הרופאים מעוגנים עוד כמה איסורים או הוראות מגבילות. כך, סעיף 3 אוסר על כל אדם שאינו רופא מורשה לעסוק ברפואה, הוראה שהיא תולדה הגיונית של התנאי האמור בנוגע להרשאה לעסוק ברפואה. סעיף 10 אוסר על רופא מורשה לעסוק בעסק מסחרי (מה שנראה לי מוצדק). או בכל מלאכה אחרת, כלומר: גם ללא שכר או רווח (מה שכמדומני איננו מוצדק). לבסוף הסעיפים 11-13 אוסרים פרסום עצמי של רופא מורשה, פרסום עבודתו או מתן פרסום לרופא בדרך אחרת, כשכל אלה הם איסורים מובנים ונהוגים ברוב המדינות.

Committee), הנבחרת מדי שנה על-ידי המועצה הרפואית הכללית והמורכבת מ-20 חברים, ש-12 מהם הם נבחרים ושניים מהם אינם רופאים. הערכאה לערעורים היא ה"Judicial Committee of the Privy Council", כשעל עונש ההשעיה המיידית ניתן לערער גם בפני בית-המשפט העליון (High Court)⁵⁵.

לדעתי, כדי להגשים את עקרון האוטונומיה של מקצוע הרפואה ואת ניהולו העצמי, רצוי לקבוע כי השיפוט המשמעתית של רופאים, לפחות בערכאה הראשונה, יקויים לפני גוף שיפוטי (בית-דין או טריבונל) המורכב בעיקרו מרופאים הנבחרים על-ידי רופאים, שאליהם ניתן לצרף גם רופאים אחרים (כגון פרופסורים או אנשי מדע אחרים) וגם משפטנים. הצעה לשיפוט משמעתית כזה בתוך המקצוע הוגשה גם בדיוני הכנסת⁵⁶.

אם תופעל שיטה כזו, יהיה צורך לתקן את סעיף 37 לכללי האתיקה הנ"ל שלפיו "אין לחוות דיעה על טיפוליו של רופא אחר, להוציא חוות דעת הניתנת בבית משפט", ולהוסיף, כיוצא-מנהל, גם חוות-דעת לפני הגופים השיפוטיים המשמעתיים – כשכך נדמה לי – אותו חריג יש לקבוע גם לגבי חוות-הדעת לפני ועדות-האתיקה⁵⁷.

לסיום יוזכר, כי בקשר לאחריות הרופאים לנזקים עקב פגיעות רפואיות הוטחה כלפיהם ביקורת בספרות המשפטית על כך שלרוב אינם מוכנים לתת עדויות המאשימות רופא אחר, תופעה מוכרת בשם "קשר של שתיקה"⁵⁸, בהקשר זה יצוין כי: תופעה זו קיימת באותה מידה כשהגוף השיפוטי בענייני משמעת הינו הדרג המינהלי (השר); ב) כדי להתגבר על תופעה זו, לפחות חלקית, רצוי לאמץ שיטה של אחריות וביטוח רופאים ומוסדות בריאות שלא על בסיס של אשם (No Fault system) אן, כפתרון אופטימלי, שיטה של ביטוח סוציאלי בנוגע לפגיעות רפואיות, כפי שהצעת⁵⁹.

לזה יש להוסיף עוד שני הסברים: ראשית כשהשיטה היא אחריות שלא על בסיס של אשם, אין לחשוש כי הרופאים לא ירצו להעיד על פגיעות טיפוליות שנגרמו על-ידי עמיתיהם, שכן בשיטה זו שאלת רשלנותו של המטפל כלל אינה נברקת ואינה נדונה ולכן העדות אינה עלולה לפגוע בשמו הטוב של הרופא המטפל. שנית, "קשר של שתיקה" עלול להשפיע על רופאים רק כשהם מופיעים בתור עדים ולא כשהם עצמם חברים בגוף שיפוטי זה או אחר, כי הרי "שופט" אינו יכול לשתוק – הוא חייב לחרוץ את הדין.

55 ראה General Medical Council, *Professional Conduct and Discipline – Fitness to Practice* (London, 1983) 1-3, 8.

56 ר"ב (לעיל, הערה 49), בעמ' 1354.

57 במאמר מוסגר יצוין כי הוראה של אותם הכללים, הצורמת את האוון ואינה מתחשבת מספיק בזכויות החולה, היא זו של סעיף 27, שלפיו "רשאי הרופא לפי שיקול דעתו ומיטב מצפונו הרפואי להעלים פרוגנוזה רצינית מיריעת החולה". אף הוראת סעיף 24 הקובע, כי "במתן הוראותיו ופעילויותיו הרפואיות אין על רופא מרות אחרת זולת מצפונו הרפואי" נשמעת כמוגזמת ומוחלטת מדי בעידן המודרני, כשכל רופא – שלא לדבר על רופא שכיר – כפוף להוראות מקצועיות מחייבות שונות. באותה רוח ראה נבו (לעיל, הערה 46).

58 ראה מילר (לעיל, הערה 3, המאמר העברי), בעמ' 234.

59 שם, passim.

2. אמצעי משמעת

בין העונשים שניתן להטיל על הנאשם כאמצעי משמעת לפי פקודת הרופאים לבין אלה שנקבעו בחוק לשכת עורכי־דין (סעיף 68), יש שני הבדלים עיקריים: ראשית, לגבי עורכי־דין שהורשע בשל עבירת משמעת קיים גם העונש של קנס שישולם לקופת הלשכה. לגבי רופאים נקבע עונש דומה במסגרת כללי האתיקה (סעיף 66) ולכן דומה כי טעם להוסיף עונש זה לרשימה שבסעיף 41 הנ"ל לפקודת הרופאים, כדי למנוע אפשרות של כפל קנסות.

שנית, בפקודה לא נקבע תקופה מקסימלית להתליית רשיון רופא, שעה שלגבי עורכי־דין ההשעיה אפשרית כאמור "לתקופה קצובה שלא תעלה על חמש שנים". לדירי, כדי שלא יהיה ניתן להגיע לתומרה מופרזת של עונש זה רצוי לקבוע הגבלה בזמן גם לגבי השעיית רשיון רופא. אלא שהתקופה המירבית הנ"ל של חמש שנים נראית לי ארוכה מדי. בהתחשב בנתונים השוואתיים⁶⁰ דומני כי יש טעם לקבוע את השעיית הרשיון לתקופה יותר קצרה.

מדרך הטבע, במדינות אחרות מקובלות רשימות אמצעי ענישה משמעתית המשתנות ממדינה למדינה ואין לייחס לכך חשיבות מיוחדת. כאן יצוין רק, כי בבריטניה כלולות ברשימה זו שני עונשים שאינם מוכרים אצלנו בתחום האחריות המשמעתית ואשר נראים לי מעניינים ביותר. עונשים אלה הם: א) העמדת הרופא האשם לתקופת ניסיון תוך דחיית ההכרעה הסופית כלפיו; ב) הקביעה כי הרשיון יהיה מוקנה על תנאי לתקופה של עד שלוש שנים⁶¹. שני עונשים אלה, הדומים ביניהם וייתכן שניתן לאחד אותם, ראויים – לדעתי – להישקל בכובד־ראש במגמה לבדוק אם אין טעם להנהיג אותם (או אחד מהם) גם אצלנו כדי להגמיש ולגוון יותר את סולם העונשים ובהתחשב בהשפעתם החינוכית.

בהצעת חוק הרופאים (אשר התקבלה בכנסת בקריאה ראשונה) הוצע להוסיף לפקודת הרופאים סעיף 44א, וזוהי לשונה של פסקה א של החוק המוצע:

התחילה חקירה פלילית של המשטרה נגד רופא מורשה בעבירה שלדעת המנהל יש עמה קלון, או היה למנהל יסוד סביר לחשד שרופא מורשה גרם ברשלנות למוותו של מי שנזקק לשירותיו או לפגיעה חמורה בו, רשאי המנהל, לאחר התייעצות עם היועץ המשפטי לממשלה או בא כוחו, להתלות את רשיונו או להגביל את תחומי עיסוקו, לתקופה של שישה חודשים.

המגמה לאפשר השעיית רופא בזמן ההליכים הפליליים מוצדקת כשלעצמה, והוראה בעניין זה קיימת גם בחוק לשכת עורכי־דין (סעיף 78), אלא שהסעיף החדש המוצע לקוי בכמה פגמים חמורים בהשוואה להוראה אחרונה זו. ראשית, האפשרות לנקוט נגד רופא צעד חמור כליכך כמו השעיית רשיונו לתקופה של שישה חודשים רק משום שהוא נחקר בידי המשטרה, ולא כל שכן, אפילו בהעדר

60 למשל, בצרפת התקופה המירבית להתליית רשיון היא שלוש שנים, ואילו בבריטניה – שנה אחת.

61 "to direct that the doctor's registration be conditional – on his compliance, for a period not exceeding 3 years" ראה לעיל, הערה 50, בעמ' 6.

חקירה משטרתית, רק בגלל שהמנכ"ל חושד בו, עלולה לפגוע קשות באינטרסים הלגיטימיים של הרופאים. יוזכר כי בניגוד לזה, כלפי עורך-דין ההשעיה הזמנית מותרת אך ורק אם הוא הורשע בפלילים, הוטל עליו עונש משמעותי חמור או הוגש נגדו כתב-אישום בשל עבירה פלילית, כשההבדל בין שני ההסדרים הינו מהותי ומשמעותי ביותר.

שנית, גם בהתקיים התנאים הנ"ל, בשום פנים אין להסכים לכך שהסמכות לנקוט אמצעי חמור כזה יימצא בידי רשות מנהלית, וראינו כי למעשה המונח "המנהל" כולל בתוכה כל פקיד של משרד-הבריאות שהוסמך על-ידי המנכ"ל, מה שגרוע פי כמה. כלפי עורך-דין, בתי-הדין המשמעותיים רשאים להחליט על השעיה זו וראוי שכך יהיה, בשינויים המחויבים, גם ביחס לרופאים.

שלישית, לפי סעיף 78(ד) לחוק לשכת עורכי-דין על ההחלטה בקשר להשעיה זמנית ניתן לערער, בהתאמה, לפני בתי-הדין המשמעותי הארצי או לפני בית-המשפט העליון. נוכח חומרתו של הצעד הנדרש הכרחי הוא כי ערובה דומה בנוגע לרופאים תהא מעוגנת בחוק.

ההצעה הנ"ל קוממה את ההסתדרות הרפואית אשר מחתה בחריפות, ולדידי בצדק. בתגובתה נאמר כי בחידוש זה יש משום ניסיון של "עשיית משפט בדרך אדמיניסטרטיבי", "על בסיס של חשד" בלבד ואפילו בגין רשלנות לא פלילית, דבר שאין לו "אח ורע בשום מקצוע חופשי אחר".⁶²

גם במליאת הכנסת היו התגובות בקשר לסעיף הנדרש להצעה בעיקרן שליליות. כך צויין כי גם כאן הסמכות המוקנת למנכ"ל היא מופרזת וכי בשום פנים אין להעניק סמכות כזו לפוסק יחיד, ובכלל לא לרשות מנהלית, כי אם אך ורק לגוף קרוי מתוך מקצוע הרפואה.⁶³

התערבות מנהלית מרובה בענייניה של הרפואה היא בלתי-רצויה בעיקר משלוש סיבות: (א) היא עלולה לכבול את ידיהם של הרופאים, אשר מחמת ייחודו של המקצוע, זקוקים לשיקול-דעת ולחופש-פעולה נרחבים כדי שיוכלו לקבל החלטות טיפוליות נכונות; (ב) היא נעשית על-ידי גורמים נטולי הידע המקצועי הדרוש; (ג) היא אינה עולה בקנה אחד עם הרפואה כמקצוע חופשי אשר, כאמור, היא הדרך היעילה ביותר. בנוגע "להתערבות" בידי גורמים מתוך המקצוע, דומני כי יותר נכון לראות בה לא התערבות, כי אם דרכים להנהגתו העצמית של המקצוע.

3. דרכי ערעור

לפי פקודת הרופאים, כפי שראינו, נגד הצו של שר-הבריאות המטיל עונש משמעותי על רופא, ניתן לערער בפני בית-המשפט העליון, כשזכות לערעור כזה קיימת גם על-פי חוק לשכת עורכי-דין, בהבדל שבמקרה אחרון זה בית-המשפט העליון הוא ערכאה לערעורים השנייה והאחרונה, ולא – כמו בנוגע לרופאים – ערכאה לערעורים הראשונה

62 ראה לעיל, הערה 53.

63 ד"ב (לעיל, הערה 49), בעמ' 1359, 1362, 1363, 1365.

והסופית. במשפט ההשוואתי שיטה בת שתי ערכאות לערעורים קיימת, למשל, בצרפת, כפי שפורט לעיל.

לעניות דעתי, ראוי לשמור את זכותו של הרופא שהורשע בהליכים משמעותיים לפנות לבית-המשפט העליון, שכן היא תואמת את המקום החשוב והמכובד שמקצוע הרפואה תופש בחברתנו. בקשר לזה ניתן לטעון, כי כדי להעניק לרופאים ערובה טובה יותר לעשיית דין צדק וכדי שהעניינים שלפנינו לא יוכלו להגיע בקלות יחסית לפני בית-המשפט העליון, רצוי להקים ערכאה לערעורים מיוחדת נוספת, לפני בית-משפט זה, כדוגמת השיטה שבחוק לשכת עורכי-דין – ערכאה שתהא מורכבת גם מרופאים או שתכלול לפחות רופא אחד, אשר ימונה על-פי הצעתה של ההסתדרות הרפואית או בתיאום עמה. עם זאת, הואיל והעיקרון בנדון, התקף לגבי כל תושב, הינו קיומה של זכות ערעור אחת בלבד, סבורני כי גם בנוגע לרופאים ניתן להסתפק בכך, בתנאי שערכאת הערעורים תשאר בית-המשפט העליון.

ז. סיכום

פקודת הרופאים שוב אינה עונה על צרכיהם הנוכחיים של הרפואה ושל שירותי הבריאות בישראל, ומה שדרוש זה לא עוד סדרה של תיקונים קוסמטיים או של טלאים על גבי טלאים לחוק זה, שאבד עליהם הכלח, כי אם חקיקת חוק חדש בנדון, המבוסס על השקפה שונה, מתקדמת וליברלית, אשר יקנה לרופאים ולארגונם את המעמד המשפטי שהם ראויים לו וישיג ככל האפשר לרפואה את האופי של מקצוע חופשי. כמורכב, בתקנות ההסתדרות הרפואית רצוי להוסיף, בסעיף 2 או 3, כי ההסתדרות שוקרת על הבטחת וכיבוד חופש הרפואה בישראל, מהסיבות שפורטו למעלה⁶⁴.

המצב הקיים אצלנו כיום בתחום זה, בקשר לארגון הרפואה, להתערבות מנהלית בענייני המקצוע ולמספר הרופאים השכירים, דומה יותר למצב זה של מדינה קומוניסטית (כגון אלבניה או בולגריה), מאשר למצב השורר במדינה בעלת משטר ליבראלי, הנמנית עם העולם החופשי.

כדי לשפר את המצב המתואר יש לחתור להגדלה ניכרת מאוד של מספר הרופאים העצמאיים (בעיקר בקרב רופאי המרפאות). כן מומלץ להקים ארגון ציבורי של רופאים, לשיפוט משמעותי, בעיקר בתוך המקצוע, ולהגשים באמצעותו את עקרון ניהולו העצמי של המקצוע, לפי הקווים שהותוו בגוף הרשימה לטובת הרופאים וציבור הפציינטים גם יחד.

64 הוראה כגון זו כלולה בתקנוניהם של איגודי הרופאים (chambres syndicales de médecins) של הפרוכינציות השונות בבולגיה ושל העיר בריסל.