

להיות עם בריא בארצנו
בריאות הציבור בעלייה הגדולה
(1960-1948)

שחלב סטולר-ליס ז"ל, שפרה שורץ, מרדכי שני

להיות עם בריא בארצנו
בריאות הציבור בעלייה הגדולה
(1960-1948)

שחלב סטולר-ליס ז"ל
שפרה שורץ
מרדכי שני



הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

To Be a Healthy Nation
Massive Immigration and Public Health in Israel
(1948-1960)

Sachlav Stoler-Liss z"l, Shifra Shvarts, Mordechai Shani

הספר יצא לאור בסיועם של משרד הבריאות
ושל מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות הבריאות

הפצה: מוסד ביאליק
www.bialik-publishing.co.il

מסת"ב 978-965-536-190-2

©
כל הזכויות שמורות
להוצאת הספרים של
תשע"ו

תוכן העניינים

עמ'	
7	ד"ר שחלב סטולר-ליס ז"ל (1965-2012)
8	שלמי תודה
9	מבוא
11	העלייה הגדולה: פרק ראשון:
19	מי רוצה להיות שר בריאות?
29	ד"ר יוסף מאיר, ד"ר חיים שיבא, ד"ר שמעון בטש: פרק שלישי: מנכ"לים בחזית הבריאות
101	חיפוש אחר חוף מבטחים: פרק רביעי:
110	"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם" פרק חמישי:
150	"וכורעים הרופאים תחת כובד העול ואתם לגזרים האחות נקרעת": שירותי הבריאות בימי העלייה הגדולה פרק שישי:
183	מי יצילנו מרעב? הקרן למען הילד (יוניסף) במדינת ישראל: פרק שביעי:
210	לידות, אמצעי מניעה, הפלות והנקה: פרק שמיני:
227	הטיפול בעולים הלכה למעשה: פרק תשיעי:
247	כיצד רואים האחיות והרופאים את עצמם? פרק עשירי:
264	פרק אחד עשר: קידום בריאות וחינוך לבריאות בימי עלייה הגדולה
291	סיכום
295	מקורות
315	נספחים
317	רשימת טבלאות
319	תצלומים
331	מפתחות

ד"ר שחלב סטולר-ליס ז"ל (1965-2012)

ד"ר שחלב סטולר-ליס ז"ל, שותפתנו לכתיבת ספר זה, הלכה לעולמה לפני שהוא ראה אור. היא הקדישה לו את מרב זמנה וכישוריה. ספר זה מוקדש לה ולזכרה.

שחלב נולדה בעפולה ב-1965, אך את רוב שנות ילדותה בילתה בתל-אביב. היא הייתה נשואה לעמי ליס, ולהם שתי בנות – רותם ונופר. בשנים 1987-1991 למדה לתואר הראשון באוניברסיטת תל-אביב בחוגים לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה. בשנים 1994-1998 למדה לתואר השני, ובמהלכן כתבה עבודת תזה שנושאה היה "כך אגדל תינוק ציוני". עבודה זו חשפה את ההשפעות האידאולוגיות של רופאים ציוניים ושל מנהיגים לאומיים בתקופת היישוב על גידולם של ילדי ישראל "הצברים". במהלך לימודיה אלה החלה שחלב לחקור סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות, שהפכו לנושא מרכזי בעבודת הדוקטורט שלה: "הדרכה וקידום בריאות בחברות רב-תרבותיות – המקרה של העלייה הגדולה לישראל בשנים 1949-1956".

בעבודה זו התמקדה שחלב ביחסי הגומלין שבין הקולטים לנקלטים בכל הקשור לענייני בריאות. היא הגיעה למסקנה כי חלקן של הנשים בקליטה "הבריאותית" היה מכריע, הן של הקולטות (אחיות, עובדות סוציאליות, מורות וגננות) והן של האמהות הנקלטות, ללא הבדלי תרבות, חינוך ושפה. שיתוף הפעולה יוצא הדופן שבין הקולטות לנקלטות היה נדבך חשוב ביותר ביצירתה של חברה ישראלית בריאה ומתפקדת. הוא אפשר הן את השגת יעדי הבריאות בתוך פרק זמן קצר והן את קידום הבריאות בקרב אוכלוסיית העולים. ב-2005 זכתה שחלב בפרס יוקרתי ע"ש פרופ' יהושע ליבוביץ על עבודתה המחקרית בתחום ההיסטוריה של הרפואה והבריאות. חלק מרכזי של תחומי מחקרה מוצא את ביטויו בספר זה.

שלמי תודה

מחקר זה נולד ביזמתה של פרופ' ברכה רמות ז"ל, שביקשה לחקור את נושא הגזזת בימי העלייה הגדולה והטיפול בעולים. מיזמתה זו התפתח המחקר הרחב המובא בספר זה. הספר דן בהתמודדותה של מדינת ישראל בסוגיית בריאות הציבור בימי העלייה הגדולה.

במהלך המחקר הלכה לעולמה פרופ' רמות, ולפני שנתיים נפטרה בטרם עת גם ד"ר שחלב סטור-ליס, שותפתנו הצעירה למחקר זה. שלמי התודה הראשונים שלוחים אפוא לזכר שתיהן.

מחקר מקדים בנושא הנדון נערך בשנים 2007-2009 במימון הקרן הישראלית למדע, מחקר מספר 1217/04. השלמתו של מחקר זה סייעה לנו לפרוש את התשתית למחקר הכולל בנושא בריאות הציבור בימי העלייה הגדולה.

במהלך המחקר סייעו לנו גופים ואנשים רבים בתשתית ובמימון: משרד הבריאות; מכון גרטנר לאפידמיולוגיה וחקר שירותי הבריאות שבמרכז הרפואי שיבא; מר אלי שחר והמרכז הלאומי לפיצוי נפגעי הגזזת, אף הוא במרכז הרפואי שיבא; שרי לוי וסיגל סמכי מצוות המרכז, שסייעו בחומרי מחקר ובעצות מועילות ואפשרו לנו להרחיב את המחקר ולהעמיקו; ספרניות הספרייה הרפואית במרכז הרפואי שיבא סייעו באיתור מסמכים ופרסומים מן התקופה הנדונה, ובעיקר בגילוי מסמכי פרופ' חיים שיבא, שהיו עלומים בספריית בית החולים.

סיוע נוסף ניתן לנו על ידי אנשי גנזך המדינה, אנשי הארכיון הציוני המרכזי בירושלים, אנשי ארכיון תנועת העבודה (מכון לבון), בעיקר בנושא קופת החולים הכללית. כמו כן, סייעו לנו מר מישה מיטשל מארכיון הג'וינט בניו-יורק; גב' אופשנה יאנג מארכיון יוניסף בניו-יורק; אנשי ארכיון האו"ם בלונג איילנד סיטי; צוות הספרייה ומכון YIVO לתולדות יהודי מזרח אירופה בניו-יורק. אנו מודים מאוד גם לעוזרי המחקר הנאמנים איה בר עוז, איתי בבלי, סירו בורשטיין, ולריה דרורי, אמיר בן כהן ודודי ברונפמן. כולם יחד אפשרו לנו לחקור את הסיפור המיוחד של בריאות הציבור במדינת ישראל הצעירה בימי העלייה הגדולה.

מבוא

מי שאינו נותן דעתו על שלושת אלפי שנות ניסיון, דן עצמו לבערות חשוכה של חיים מיום ליום.
(יוהן וולפגנג פון גתה)

בריאות והגירה היו משולבות זו בזו עוד לפני אלפי שנים. סינון בריאותי של גלי המהגרים לארצות הברית ידוע מהמאה ה-19, אך מעולם לא הייתה הגירה כה מסיבית של בני אדם חולים למדינה כלשהי כמו זו שהתרחשה בישראל בשנותיה הראשונות, שנות מאבק קשות על קיומה. לא בכדי אמר ב-1951 נציג ארגון הבריאות העולמי לישראל: "התחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים אליכם". עם זאת, זכות השיבה למדינת ישראל, מנעה מן המדינה לדחות עולים חולים שהגיעו לשעריה.

אין אירוע דומה בעולם שבו מדינה תרבותית הכפילה בתוך תקופה קצרה של 3.5 שנים את מספר תושביה, כאשר חלק בלתי מבוטל מתושביה החדשים היו חולים במחלות זיהומיות כה רבות ובתמותת תינוקות גבוהה (פי תשעה יותר מקרב בני היישוב הוותיק).

רוב העולים שבאו ארצה בשנים הראשונות להקמתה, היו חסרי כול ובמצב בריאותי ירוד ביותר – שיעור תחלואה גבוה של שחפת, גזזת, גרענת, סיפיליס והפטטיסיס. חלק מהילדים ומהקשישים סבל מתת-תזונה. כמו כן, אוכלוסייה זו התאפיינה בשיעור גבוה של נכים, תשושים וחולי נפש. 10% מכלל העולים סבלו ממחלה שדרשה אשפוז מידי.

בנוסף על בעיות הבריאות הייחודיות של העולים, פרצה בארץ ב-1949 מגפת פוליו, שנמשכה במהלך כל העשור הראשון למדינה.

יש גם לזכור בעיית בריאות קשה אחרת, שהייתה באחריות משרד הביטחון והמשל הצבאי – בריאותו של המגזר הערבי. בקרב הערבים היה שיעור גבוה של חולי שחפת, טיפוס, מלריה, מחלות מעיים ותחלואת נפש גבוהה במיוחד.

ספר זה נועד להמחיש לפנינו בצורה ברורה סוגיה שממנה התעלמנו עד כה – כיצד התמודדה המדינה עם סוגיות קשות של בריאות הציבור? למרות הקשיים הרבים, אשר חלקם הותירו צלקות בלבם של אנשי הבריאות והעולים המטופלים גם יחד, בסופו של עשור הצליחה מדינת ישראל לייסד מערכת בריאות מתפקדת ופעילה. זאת בלא שהתפרצה אף לא מגפה אחת. בעיות

מבוא

הבריאות הקשות, שמולן ניצבה המדינה עם הקמתה, מוגרו וטופלו בתום העשור הראשון לקיומה.

פרק נפלא זה בתולדות המדינה לא זכה לפרסום נאות עד כה, והוא מורה על התרבות הגבוהה של היישוב היהודי, על יעילות המנגנון הרפואי ועל ההבנה בנושאי היגיינה וסניטציה.

המחברים

פרק ראשון

העלייה הגדולה¹

הכרזת העצמאות ב־ה' באייר תש"ח יצרה עלייה גדולה חסרת תקדים בהיקפה בתולדות התנועה הציונית. למן הכרזת העצמאות ועד סוף 1951 הגיעו למדינת ישראל קרוב ל־700,000 עולים, אשר הכפילו את האוכלוסייה היהודית בארץ.² העלייה בתקופה זו הגיעה משני מקורות עיקריים: ארצות מזרח אירופה והבלקנים וארצות אפריקה ואסיה. ניצולי השואה ושארית הפלטה שהגיעו עם העלייה מנו כ־330,000 איש. הם היוו כמחצית מכלל העולים בשנים אלה. כמות העולים מצפון־אפריקה ואסיה עמדה על כ־370,000 איש – 123,300 מעירק, 48,300 מתימן, 34,500 מטורקיה וכ־45,400 מצפון־אפריקה.³

בשונה מהעלייה לארץ בימי המנדט, שהייתה בעיקרה ממדינות אירופה ומאמריקה, בשלהי 1951 היו כאמור יותר ממחצית העולים ממדינות אסיה וצפון־אפריקה. העלייה הגדולה מארצות אלה כללה כמות גבוהה של ילדים וקשישים וכמות מויטה יותר של עולים בגילאי העבודה. בדרך כלל, הגיעו העולים במסגרת משפחתית וקהילתית. ההתארגנות לעלייה נערכה במהירות רבה כתוצאה מלחץ פוליטי, ולא הותירה זמן לעולים למכור את רכושם ולחסל את עסקיהם. כמו כן, לא הספיקו העולים להתכונן נפשית ולהכין את עצמם לארץ החדשה, מה שהיה קרוב לוודאי מקל על קליטתם.

העלייה הגדולה הפכה את אוכלוסיית ישראל לאוכלוסיית עולים בעיקרה. שיעור העולים באוכלוסייה בסוף 1951 עמד על 75%.

1 השימוש בביטוי העלייה הגדולה נעשה בעקבות מאמרו של צבי צמרת, "בן־גוריון ולבון, שתי עמדות כלפי הקליטה הראויה של העולים בעלייה הגדולה". צמרת מעדיף להשתמש בביטוי זה על פני הביטוי העלייה ההמונית. ראו דליה עופר (עורכת), *בין עולים לותיקים, ישראל בעליה הגדולה*, ירושלים: יד בן־צבי 1996, עמ' 73-97. העדפת ביטוי זה צוינה במיוחד על ידי עורכת הספר דליה עופר

2 משה סיקרון, "העלייה ההמונית" – ממדיה, מאפייניה והשפעותיה על מבנה אוכלוסיית ישראל, *עולים ומעברות*, תשמ"ז, עמ' 31; ראו בהרחבה גם Halamish A., (2010) "Palestine as a Destination for Jewish Immigrants and Refugees from Nazi Germany", in: Frank Caestecker and Bob Moore (eds.), *Refugees from Nazi Germany and the Liberal European States*, New York: Berghahn Books, pp. 122-150

3 סיקרון, לעיל, עמ' 32-35.

גל עלייה גדול זה הציב בפני היישוב היהודי אתגר חדש שלא ידע כמותו. ניסיונם הממושך של המוסדות הלאומיים בימי המנדט בקליטת עולים לא הועיל למציאות החדשה. באותם זמנים נעשה תהליך הקליטה בשתי דרכים עיקריות: האחת, באמצעות התנועות הפוליטיות אשר טיפלו בעולים שהייתה להם זיקה אליהן, ובמיוחד בצעירים שהגיעו ארצה בקבוצות מאורגנות; השנייה, באמצעים פרטיים, בעלי משפחות שעלו לארץ ונאבקו בכוחות עצמם עם תהליך הקליטה, תוך קבלת סיוע מצומצם מהמוסדות הלאומיים. ההיקף הגדול של העלייה בשנות ה-50 ומיעוט משאביה הכלכליים של המדינה, בנוסף על מצב המלחמה שבו נמצא היישוב, כמעט שלא אפשרו קליטה בדרכים אלה. מרבית העולים היו חסרי זיקה פוליטית, ולא היו בידיהם משאבים כלכליים שיאפשרו להם להיקלט באופן עצמאי. כתוצאה מכך, נקלטו העולים בשלב הראשון באמצעים מאולתרים, חלקם הועברו ליישובים, שתושביהם הערבים עזבו אותם במהלך מלחמת השחרור. ועולים שבאו אחריהם נשלחו למחנות עולים, שנוהלו על ידי הסוכנות היהודית, שבידה התרכזו כל פעולות הקליטה.

כאמור, רוב העולים שהגיעו לארץ היו חסרי כול, במצב בריאותי ירוד ביותר, עם שיעורי תחלואה גבוהים של שחפת, גזזת, גרענת, תת-תזונה (בעיקר בקרב הילדים והקשישים). בנוסף, היו בקרבם נכים, תשושים וחולי נפש בשיעור גבוה, שלא יכלו לעזור לעצמם כלל, ובוודאי שלא יכלו לסייע לעצמם בתהליך הקליטה בארץ החדשה. לפי דיווחי ארגון הג'וינט, 10% מכלל העולים סבלו ממחלה שדרשה אשפוז מידי. למדינת ישראל לא היה מלאי מיטות אשפוז מספיק, ורוב העולים נותרו בשלב הראשון ללא טיפול מתאים, תוך שהם מסכנים את עצמם ואת הציבור בהדבקות המחלות ובהרחבת מעגל התחלואה.⁴ זאת ועוד, תנאי החיים הקשים במחנות, המגורים באוהלים ללא תנאים סניטריים מינימליים הובילו לגידול בתמותת התינוקות בקרב אוכלוסיית העולים. בעוד שביישוב הוותיק תמותת התינוקות הייתה 16.2 לאלף, הגיעה תמותת התינוקות בקרב העולים במחנות המעבר ל-157.8 לאלף.⁵ 15% ממקרי המוות של תינוקות בשנתם הראשונה אירעו בבתי ההורים בגין קשיי התחבורה מריכוזי העולים

4 ראו דוח נציג הג'וינט, הרי ויטליס, בנושא "השירות הרפואי לעולה וההכנות בשטח האשפוז לקראת העלייה המוגברת" מ-24.4.1949, ארכיון הג'וינט, ניו-יורק, אצל שורץ, ש., קופת חולים, הסתדרות ממשלה, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר 2000, עמ' 143.

5 הלוי, ח. ש. (1980) "ביטוח אמהות במסגרת בריאות הציבור", ביטחון סוציאלי, 20, עמ' 134.

לבתי החולים.⁶ שיעור תחלואת הגרענת והגזזת בקרב העולים עמד על 10%, רובם עולי תימן וצפון-אפריקה;⁷ מספר מקרי התמותה משחפת עלה מ-230 איש לשנה בממוצע עד 1948 לכ-1,500 איש לשנה בשנים 1952-1957.⁸ בדיקות העולים במחנה שער העלייה הראו כי 4% מהעולים שנבדקו היו חולים בשחפת, כמחציתם חולים בשחפת פעילה. הערכת משרד הבריאות לשנים 1948-1951 הייתה כי יידרשו יותר מ-4,300 מיטות אֶשפוז לטיפול בחולי שחפת מקרב העולים, בעוד שבפועל עמדו לרשות משרד הבריאות רק 1,975 מיטות המיועדות לחולי שחפת, פחות ממחצית המיטות הדרושות. גם שיעור חולי המלריה והטיפוס (604 חולים ב־1950) זינק עם בואה של העלייה ב־1948. רק התערבות אגרסיבית המבוססת על ניסיון המלחמה במלריה שנרכש בתקופת המנדט, ואימוץ מדיניות הריסוס בדי.די.טי, שנקבעה על ידי הבריטים ב־1946, על עולים חדשים, על תושבים ותיקים באזורים פגועי מלריה, חדרי מגורים ואתרי ביצות ומים עומדים, הורידה בפרק זמן קצר יחסית (חמש שנים) את שיעור התמותה והתחלואה ממלריה.⁹ תחלואה נוספת שהגיעה לישראל עם העלייה הייתה מחלות מין, בעיקר עגבת (סיפיליס). בכל אחת מהשנים 1950-1955 נרשמו קרוב ל-1,000

6 גרושקה, ת, שרותי הבריאות בישראל, משרד הבריאות, ירושלים 1952, עמ' 32.

7 שם, עמ' 78.

8 Grushka T., (ed.), *health services in Israel*, Jerusalem: Israel ministry of Health 1968, p. 63

9 חשוב להדגיש כי למחלקת הבריאות של ממשלת המנדט היו קריטריונים ברורים לטיפול בבעיות בריאות הציבור, שהרי שלטונות המנדט הם אלה שהיו ממונים על אישורי כניסת עולים לארץ, והם אלה שקבעו את הנחיות הבריאות ביחס לכל המגיעים לישראל. כך למשל, קבעו השלטונות הבריטיים שיש לרסס בדי.די.טי את כל הבאים לארץ. חומר הדברה זה הופעל בעיקר נגד מוקדי מלריה, והפך להיות אמצעי מניעה פופולרי לאחר הצלחתו במלחמת העולם השנייה בקרב חיילי בעלות הברית. הריסוס בדי.די.טי נועד למנוע התפשטות של גורמי מחלות זיהומיות ככנים מעבירי טיפוס ופרזיטים אחרים, שיכלו להסתתר בגופם ובבגדיהם של העולים. על פי התקנות, כל עולה שיצא מנמל חיפה נדרש לעבור טיפול באוהל ריסוס, שהיה בפתח הנמל. החלטת משרד הבריאות הישראלי להמשיך בנוהל זה נבעה מתוך ההנחה כי ההנחיה הבריטית לרסס את העולים בדי.די.טי הייתה מבוססת מבחינה מקצועית, וכי הריסוס בדי.די.טי ימנע התפשטות מחלות. סוגיית הריסוס בדי.די.טי היא אחת הבולטות שעולות בזיכרונות העולים לארץ. ניצולי השואה, עולי אירופה, שרוססו בדי.די.טי בעת שהותם במחנות המעבר באירופה בטרם עלייתם, ראו בכך צעד משלים לבדיקות הרפואיות ולטיפול הרפואי שעברו קודם לכן. לפיכך, התייחסותם לעניין זה הייתה שולית יחסית. לעומתם, עולי אסיה וצפון-אפריקה, שהיה זה להם המפגש הראשון עם הריסוס בדי.די.טי, ראו בכך צעד פוגע ומעליב, בעיקר משום שהדבר לא הוסבר להם, והריסוס ההמוני הפתיע אותם ברגע המרגש ביותר של העלייה לארץ.

מקרים של סיפיליס לשנה מקרב אוכלוסיית העולים.¹⁰ ההידרשות לטיפול במחלות מין מידבקות בשיעור גבוה הייתה חדשה ביישוב היהודי. נדרשה היערכות מיוחדת להתמודדות עם הנושא, בעיקר לאור הסטיגמה החברתית השלילית שליוותה אותו.

תחלואת עולים ייחודית נרשמה אצל עולי תימן, אשר הגיעו לארץ במסגרת "מרבד הקסמים" (נובמבר 1949). מתוך 47,000 עולים היו כ-25,000 חולי גרענת, 1,000 חולי שחפת, כ-15,000 חולים במלריה, כ-10,000 חולים ב-schistosomiasis (מחלת תולעים טפילית), וכ-7,000 סבלו מכיבים טרופיים. תחלואת עולי תימן דרשה התייחסות נפרדת, ידע וניסיון רפואי שלא היו מוכרים לרופאים במדינת ישראל. תחלואה זו גרמה לקשיים רבים בטיפול בעולים.

בנוסף על בעיות הבריאות הייחודיות של העולים, בי-1949 פרצה מגפת פוליו, והיא נמשכה כל העשור הראשון למדינה. היא הוסיפה על קשיי הטיפול בתחלואת העולים. מגפת הפוליו לא הייתה ייחודית ישראל, אלא הייתה בעת ההיא מנת חלקו של העולם כולו. שיעור החולים בקרב ילדי העולים היה גבוה מזה של האוכלוסייה הוותיקה. מספר נפגעי הפוליו הגיע בשנים 1949-1951 ל-2,647, בעוד שלפני 1949 מספר מקרי הפוליו השנתי ביישוב היהודי בישראל נע בין 30-50 בלבד.¹¹ מספר נפגעי הפוליו בקרב העולים עמד על 271 מקרים ל-100,000 עולים, בעיקר בגלל תנאי מגורים ירודים, בעוד שבאוכלוסייה הוותיקה עמד שיעור הנפגעים על 122 ל-100,000 תושבים.¹²

דוחות משרד הבריאות מציינים גם שכיחות גבוהה של מחלות כבד (הפטיטיס) בקרב העולים: 1,037 חולים בשנת 1949, 1,139 חולים בשנת 1950, 1,466 בשנת 1951. מחלה זו הייתה נדירה בקרב האוכלוסייה הוותיקה.

ככלל, רוב ילדי ישראל הוותיקים נהנו ממדיניות חיסונים מקיפה, ושיעור תחלואת הילדים היה נמוך. מדיניות חיסון כוללנית הופעלה גם על העולים וגם על ילדיהם. מאחר שלא כל העולים עברו באחד ממחנות המיון, שבהם נבדקו וחוסנו, נוצרה אוכלוסיית עולים שלא חוסנה. ברור שתנאי החיים הקשים בישראל הפכו את האוכלוסייה הזו לרגישה ולפגיעה למחלות. בי-1950 דווח על 1,600 ילדים שחלו בדיפטריה, רובם ילדי עולים שטרם חוסנו. בי-1951 חלו 12,000 ילדים בחזרת, שפרצה בעצמה באותה שנה, בעיקר בקרב ילדי העולים. תחלואת הילדים הייתה קשה במיוחד לאור תנאי המגורים של ההורים, שבהם

10 לעיל, עמ' 91.

11 גרושקה, עמ' 60-61; Swartz T., *The epidemiology of Polio in Israel, and historical perspective*, ICDC, Ministry of Health, 2008, p.26

12 שם, עמ' 21.

היה קשה להפריד בין בני האדם הבריאים לחולים, תנאי מגורים אלה היו קרקע נוחה להתפשטות המחלה ביתר קלות.

עד כמה רגיש היה הנושא הבריאותי ניתן ללמוד מההתייחסות שנתן לכך דוד בן-גוריון ביומנו האישי:

בין העולים יש הרבה חולים בשחפת ובמחלות מיניות – ויש למנוע זאת. בינואר הגיעו 1,500 חולי גרענת – אלה אפשר לרפא. מחלות קשות יש למנוע ... בחבורה של 356 עולים שבאו עכשיו יש 26 עיוורים ועוד חולים... יש כ-4,500 מועמדים לעליה, ביניהם 125 עיוורים, 200 עיוורים בעין אחת, 60-80 בעלי שחפת פעילה, 5-10 חולי נפש, 5-10 משותקים ועוד כמה נכים ... בעיה מוסרית חמורה.¹³

באוקטובר 1948 מסר משרד הבריאות דוח רשמי ראשון בנושא התחלואה לוועדת השירותים הציבוריים, שמונתה על ידי מועצת העם הזמנית. בפתח הדוח נאמר:

שירות הבריאות של מדינת ישראל מסכם פעולתו למחצית השנה הראשונה של קיומו בשלושה דברים:

- א. לא היו מגפות – על אף תלאות המלחמה ופורענויותיה;
- ב. האשפוז הקיים הוחזק במלוא היקפו ואף הורחב במידת מה;
- ג. כל העלייה שגדלה, נקלטה, ושום חולה שירד מן האנייה לא הופקר לגורלו.¹⁴

הכרזת משרד הבריאות לא הייתה אמירת סרק, אלא ציינה את המצב לאשורו. מכל הבחינות, היה זה הישג לא מבוטל, לאור ההערכות הצפויות של מגפות ושל התמוטטות כל השירותים לנוכח פגיעות מלחמת השחרור ובעיות הבריאות של העלייה הגדולה. בהתחשב בכך שהמנגנון הממשלתי של משרד הבריאות מנה 20 איש בלבד, ופעל בתנאי משרד ירודים ללא תשתית מנהלית מסודרת, הרי שמשקלם הסגולי של הישגיו היה גבוה ונכבד.

הדוח אכן קבע כי השחפת ומחלות רוח הן הבעיות המובילות שיש לטפל בהן מידית. כמו כן, קבע הדוח שיש לטפל במחלות המין השכיחות בקרב קבוצות עולים מוגדרות. מבעיות הבריאות הוותיקות, שבהן יש להמשיך לטפל בהקפדה, צוינה המלריה. כן נאמר, כי באופן פרדוקסלי מטופלים העולים החולים בשחפת

13 יומן בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

14 דוח משרד הבריאות לוועדת השירותים הציבוריים של מועצת העם הזמנית, 7.11.1948, עמ' 2.

ובמחלות רוח ביתר הקפדה ומהירות מאשר החולים הוותיקים ביישוב, וזאת אור ההתארגנות המיוחדת של השירות הרפואי לעולה ושל גורמים אחרים לצורך מציאת פתרונות לחולים אלה.

בסיכום הדיון על הדוח קבעה ועדת השירותים, כי מניעת מחלות מידבקות היא המשימה הראשונה במעלה של משרד הבריאות, יחד עם פיקוח על מזון, על חומרי רפואה, על תברואה, על מים ועל ביוב. כמו כן, נקבע שיש למצוא כל דרך שתגדיל את מספרם של עובדי הבריאות (רופאים ואחיות), שחסרונם במערכת הבריאות היה קריטי להמשך עבודתה.

דוח הבריאות של משרד הבריאות העלה על סדר היום נושא נוסף, אשר נדחק לשוליים במסגרת ההתמודדות עם בעיות הבריאות הבערות – הבריאות במגזר הערבי. החלטה של ממשלת ישראל הזמנית קבעה כי שירותי הבריאות למגזר הערבי יינתנו במסגרת תקציב הביטחון ובאחריות משרד הביטחון והממשל הצבאי. הדוח ציין כי שיעור החולים בשחפת, בעיקר בקרב הבדואים בנגב, במחלות טיפוס ומלריה, במחלות מעיים ובמחלות נפש, גבוה במיוחד. לכן יש להתייחס אליו, בנוסף על בעיות הבריאות שנגרמו כתוצאה מהשינוי במעמדם ובמצבם של ערביי ישראל, שחלקם הפכו לפליטים כתוצאה מהמלחמה. מגפת הפוליו פגעה גם בערביי ישראל, אמנם בשיעור נמוך מזה של האוכלוסייה היהודית, אך גם הם דרשו מסגרות טיפול ייחודיות לנפגעי המחלה. אמנם האחריות הישירה לטיפול הבריאותי במגזר הערבי לא נפלה על משרד הבריאות, אך אחריותו המקצועית והחשש למעבר מחלות מידבקות מאוכלוסייה אחת לאחרת, דרשו מהמשרד לדון גם בנושאים אלה ולתאם את ההיערכות לטיפול בהם עם משרד הביטחון.

משרד הבריאות הישראלי לא נוסד בחלל ריק. עם ההחלטה על הקמתו כמשרד ממשלתי, הוא אימץ לעצמו את תקנות שירותי הבריאות המנדטוריים כבסיס לפעולתו, ועדכן אותן בהתאם לצרכים השונים שעלו לדיון. אחת הפעולות הראשונות של המשרד הייתה עדכון פקודת בריאות העם המנדטורית משנת 1940. פקודת בריאות העם החדשה (עליה חתומים שר המשפטים פליקס רוזנבליט [רוזן] ושר הבריאות משה חיים שפירא) עודכנה ב-1949. היא פירטה את המחלות בעלות הפוטנציאל האפידמי, שעליהן יש לדווח למשרד הבריאות. רשימת המחלות כללה דבר, דיזינטריה, גרענת, אבעבועות, טיפוס, מלריה, צרעת, שחפת, שיתוק ילדים, עגבת ומחלות ילדים מידבקות (אֶסְפֶּרָה, אדמת, שעלת, אבעבועות רוח ודלקת קרום המוח).¹⁵ כמו כן, נאמר במפורש כי עדכון

15 פקודת בריאות העם, תיקון שנת תש"ט-1949, ארכיון המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

הרשימה היה הכרחי, מאחר שפקודת בריאות העם הבריטית מ־1940 לא הייתה רלוונטית יותר למצב הבריאות בישראל של 1949. עם זאת, רק חמישה קציני בריאות ורופאים יהודים שירתו במחלקת הבריאות המנדטורית, והניסיון במגזר הרפואי הישראלי בטיפול בבעיות בריאות הציבור היה מועט מאוד. לכן אימוץ תקנות הבריאות של ממשלת המנדט היה צעד הכרחי, שסייע למשרד הבריאות בחודשי פעולתו הראשונים.

משרד הבריאות ומדינת ישראל נדרשו אפוא להיערך לא רק להליך קליטה כלכלי, אלא לטפל בגוף ובנפש ולספק שירותי רפואה חיוניים, שנדרשו על מנת לשמור על חייהם של העולים ושל הוותיקים בארץ ולמנוע אסון בריאותי או מגפה שהיו עלולים לפרוץ בקלות רבה בתנאים הקיימים.

חוק השבות וסוגיית הבריאות

עד כמה הייתה שאלת בריאות הציבור בעלייה הגדולה חשובה בעיני הנהגת המדינה ניתן ללמוד מהוויכוח הנוקב שהיה בשנות העלייה הראשונות 1948-1951 בנושא העלאת עולים חולים ונכים – האם לבצע בחירה ברנית (סלקציה) של עולים על פי מצבם הבריאותי או להעלות את כולם ללא אבחנה. זו הייתה שאלה שעמדה על סדר היום הציבורי והסעירה את הציבור ואת הכנסת גם יחד. גם קביעתו של דוד בן-גוריון לאחר התבלטויות רבות כי יש להעלות את כולם, אך בד בבד יש להמשיך לערוך בדיקות רפואיות וטיפולים רפואיים של טרום-עלייה, לא סיימה את הוויכוח הנוקב. ביטוי בולט לכך ניתן בעת חקיקת חוק השבות (תש"י-1950), שהייתה למעשה ההצהרה המכוננת של מדינת ישראל. "כל יהודי זכאי לעלות ארצה", קבע סעיף 1 של החוק; "העלייה תהיה על פי אשרת עולה", קבע סעיף 2א; אך סעיף 2ב ציין כי

אשרת עולה תינתן לכל יהודי שהביע את רצונו להשתקע בישראל חוץ אם נוכח שר העלייה שהמבקש (1) פועל נגד העם היהודי או (2) עלול לסכן את בריאות הציבור או ביטחון המדינה ... הסייגים המפורשים בסעיף 2ב, יחולו גם על מתן תעודת עולה אלא לא יחשב אדם למסכן בריאות הציבור לרגל מחלה שלקה בה אחרי בואו לישראל.¹⁶

למעשה, החוק מתיר לשר העלייה (לימים שר הפנים) למנוע את כניסתו של עולה החשוד כמי ש"עלול לסכן את בריאות הציבור". באופן רשמי סעיף 2ב של חוק השבות לא הופעל מעולם, אך בפועל, דחו מנכ"ל משרד הבריאות כמה

16 חוק השבות תש"י-1950.

פעמים את עלייתן של קבוצות עולים, שהיה חשש כי יסכנו את בריאות הציבור. כך אירע במקרה של עולי קוצ'ין שבהודו, שעלייתם נדחתה למשך כשנתיים בטענה שהם עלולים להביא עמם לישראל את מחלת הפילריה (אלפנטיאזיס);¹⁷ שהייתה נפוצה בקרבם. משרד הבריאות ראה בכך איום לבריאות כלל הציבור. עליית עולי קוצ'ין עופכה, עד אשר גורמי הבריאות הישראליים שוכנעו כי אין בהבאתם לארץ סכנה בריאותית. עלייתם ארצה הושלמה ב־1954.

17 Filariasis – קבוצה של מחלות טרופיות (במדינות מתפתחות), המועברות באמצעות חרקים עוקצים (בעיקר, התולעת הטפילה פילריה), או הזחלים שלהן. ביניהן תופעת ה־elephantiasis המאופיינת בהגדלה של העור ושל רקמות החיבור שמתחתיו בגלל חסימה של כלי לימפה, המונעת ניקוז של הלימפה מן הרקמות שמסביב. בדרך כלל, החלקים הנפגעים הם הרגליים, אך תיתכן פגיעה גם בשק האשכים, בשדדים ובפות.

פרק שני

מי רוצה להיות שר בריאות?

הכרזת העצמאות ב־ה' באייר תש"ח מצאה את מערכת הבריאות של היישוב היהודי לא מוכנה, הן מבחינה מנהלית והן מבחינה פרסונלית. לדוד בן־גוריון לא הייתה ממשלת צללים מוגדרת, וכלל לא היה ידוע על מי תוטל האחריות לטיפול בענייני הבריאות.

מועצת המדינה הזמנית, שהוקמה למחרת ההכרזה, הורכבה מ־37 נציגים שייצגו 13 קבוצות פוליטיות וסיעות שונות, כולל נציגות של ויצ"ו, התאחדות התימנים, ספרדים ועדות המזרח. מתוכם נבחרו 13 נציגים לשמש בממשלת ישראל הזמנית בראשות דוד בן־גוריון. מספר חברי מפא"י במועצת המדינה הזמנית עמד על 10. למעשה, מימיה הראשונים של המועצה הזמנית לא הייתה אף מפלגה או סיעה בעלת רוב קואליציוני מוחלט, מה שהקשה עד מאוד על פעולתה. מתוך 13 חברי הממשלה היו למפא"י בראשות בן־גוריון רק ארבעה שרים. למעשה, בן־גוריון פעל בתוך ממשלתו כראש קבוצת מיעוט פוליטי, למרות כוחו הציבורי הרב.

ב־20 במאי 1948 נערכה הישיבה הראשונה, ובה נדונה חלוקת התיקים מועצת המדינה הזמנית. דיוני הישיבה עלו על שרטון בגין טענתו של הרב פישמן, כי חלוקת תיקים לא פורמלית נעשתה מאחורי גבה של הממשלה הזמנית וכי הוא מתנגד בעיקר לחלוקת התיקים בתחום המשפטים והדתות. תיק הבריאות לא היה כלל ברשימת התיקים המיועדים לחלוקה, ובפרוטוקולי הדיונים שקדמו לחלוקת התיקים איש גם לא ביקש אותו לידיו, לא ברמה המפלגתית־סיעתית ולא ברמה האישית. זאת בניגוד לתיקים אחרים (כגון, חקלאות, עבודה, בינוי, עלייה, פנים ומשפטים), שלהם היה ביקוש גבוה. יש לציין כי גם תיק החינוך לא נכלל ברשימת התיקים המיועדת של מועצת המדינה הזמנית, וגם הדיון עליו עלה מאוחר יותר ובנסיבות דומות.

מוסדות הבריאות המנדטוריים עברו לידי הוועד הלאומי עוד לפני שהבריטים עזבו את הארץ. הוועד הלאומי קיבל לידיו חלק גדול מבתי החולים הממשלתיים־הבריטיים, מעבדות מרכזיות בירושלים, משרדים מחוזיים ושירותי הקסגר. מסירת השירותים לוועד הלאומי הייתה צעד טבעי, מאחר שבשנות המנדט הפעיל ועד הבריאות של הוועד הלאומי חלק גדול משירותי הבריאות הציבוריים ביישוב היהודי בארץ. עזיבת הבריטים, הקמתה של ממשלה זמנית

וגיבוש מסגרות של אחריות וסמכות בתחום השירותים הציבוריים, העלו לדיון גם את סוגיית האחריות להפעלתם של שירותי הבריאות ואת שאלת עתידו של הוועד הלאומי. ממשלת ישראל שהייתה ערה לסוגיה זו, העלתה במפורש את השאלה, האם יש מקום להמשך פעילותו של הוועד הלאומי כגורם אחראי בתחום השירות הציבורי. רק ב-23 למאי, שבוע לאחר ההכרזה ההיסטורית על הקמת מדינת ישראל, בישיבת מועצת המדינה הזמנית בראשות דוד בן-גוריון, הועלתה לראשונה שאלת תיק הבריאות בהקשר הוועד הלאומי:

בנוגע לחלוקת התיקים התעוררה שאלה פרינציפיונית, ואנו מביאים אותה לפני הממשלה להחלטה. דעת החברים הייתה שיש להעביר לממשלה מספר תפקידים מהוועד הלאומי. אם דעה זו תתקבל נגיש הצעות מפורטות, אם לא – אין טעם לפרט שמות ... בוועדה הועלתה הצעה בנוגע למשה שפירא שהוא לא נתן תשובה מוחלטת עליה: להעביר את תיק הבריאות מן הוועד הלאומי ולמסרו לטיפולו של שפירא נוסף על משרד העליה.¹

פרוטוקול הישיבה מעלה כי לא הייתה דעה אחידה באשר להעברת תיק הבריאות מהוועד הלאומי לידי הממשלה. דוד רמז ציין כי מנהלת העם (מועצת המדינה הזמנית) בראשות בן-גוריון אף ביקשה במפורש מהוועד הלאומי להמשיך לטפל בתיק הבריאות, אך הנושא לא היה במכלול הנושאים, שברור היה כי יש להעבירם לאחריות הממשלה. השרים בכור שטרית (נציג הספרדים, שר המשטרה) ופנחס רוזנבליט (רוזן, שר המשפטים) טענו כי "חינוך ובריאות הם תפקידים ממשלתיים", וכי יש להעביר את כל תחומי הסעד, החינוך והבריאות לאחריות הממשלה בלבד, ואין זה נכון להשאירם בידי הוועד הלאומי. שפירא, המועמד לקבל את תיק הבריאות, בנוסף על התיקים האחרים שהוצעו לו (סעד, עלייה, פנים), לא ציין מה דעתו בנידון, ולמעשה כלל לא הגיב על כך במהלך כל הישיבה.

ב-26 למאי החליטה מועצת המדינה הזמנית להעביר לאחריות את כל הנושאים, שבהם טיפל הוועד הלאומי. בזאת קבעה, למעשה, כי תפקיד הוועד הלאומי הסתיים. הקמת משרד הבריאות הפכה לעובדה מוגמרת, והוא נכלל כחלק בלתי נפרד משאר משרדי הממשלה. לניהול המשרד באופן זמני מונה הד"ר קצנלסון,² אשר החזיק בתיק הבריאות במסגרת הוועד הלאומי. למרות

1 פרוטוקול ישיבת הממשלה הזמנית, יג באייר תש"ח, 23.5.1948, עמ' 16.

2 ד"ר ניסן (קצנלסון) אברהם (1886-1956) סיים לימודי רפואה ברוסיה, עלה לישראל 1924, שימש מנהל מחלקת הבריאות של הסכנות היהודית, חבר הנהלת הוועד הלאומי ומנהל משרד הבריאות שלו ומנכ"ל משרד הבריאות בממשלת ישראל הזמנית.

ההחלטה על הקמת משרד בריאות ממשלתי, נושא הבריאות נדחק מראשית דרכו לשוליים. מעיון בפרוטוקולי ישיבות מועצת המדינה הזמנית בין החודשים מאי-דצמבר 1948 עולה כי השר שפירא העלה רק פעם אחת את נושא הבריאות בישיבות אלה, ועיקר התבטאויותיו בהן היה בנושאי העלייה בלבד. בישיבות הממשלה הזמנית נזכר נושא הבריאות רק בעקיפין במסגרת דיוני התקציב של צה"ל, כאשר צוינה עלותם של שירותי הבריאות הצבאיים.³ אף חברי הממשלה האחרים לא העלו את נושא הבריאות לדיון (ישיר או עקיף) בישיבות הממשלה. דיוני הממשלה הזמנית התמקדו רובם ככולם בבעיות ביטחון, עלייה וגיוס כספים, שהיו הבעיות הבוערות באותה העת, וזאת אף שבין השיטין ובהערות ביניים קצרות בדרך כלל, בהתייחס להיקף העלייה, נאמר כי בעיות הבריאות בקרב העולים רבות וקשות.

גם דוד בן-גוריון לא הביע את דעתו הברורה באשר למעמדו של משרד הבריאות. שאלת איושו של תיק הבריאות הייתה רק חלק במצרף הפוליטי, שהוא החל בבנייתו לקראת הבחירות לכנסת הראשונה, שעמדו להיערך בראשית 1949. בפועל, רוב הדיונים וההחלטות בנושאי בריאות נערכו בוועדת השירותים הציבוריים, שמונתה על ידי מועצת העם בספטמבר 1948. הד"ר קצנלסון, מנכ"ל משרד הבריאות הזמני, היה חבר בה, ודיווחיה לא הגיעו כלל לדיון בישיבות הממשלה.

בינואר 1949 נערכו בישראל הבחירות לכנסת הראשונה. מפלגת פועלי ארץ ישראל (מפא"י) בראשות דוד בן-גוריון זכתה ב-46 מנדטים. ב-25 בינואר 1949 הוצגה כנסת ישראל הראשונה. ב-10 במרץ כוננה ממשלת ישראל הראשונה, כשהשר משה חיים שפירא היה בה שר הפנים, שר העלייה ושר הבריאות. בפרסום החלטות הממשלה ברשומות נאמר כך:

למלא את ידי משה שפירא, שר הפנים והעלייה לבצע עד להודעה חדשה את תפקידיו של שר הבריאות לשמש בתפקיד זה בכל סמכויותיו של שר זה.⁴

מנוסח הדברים עולה כי תפקיד שר הבריאות ניתן לשפירא כסרח עודף ועל בסיס זמני, עד שהממשלה תחליט מה ייעשה בתיק. בפועל, זה היה התיק הממשלתי היחיד שנותר ללא דורש ונחשב מראשיתו לתיק חסר ייחוד וחשיבות פוליטית.

3 פרוטוקול ישיבה שלא מן המניין של ממשלת ישראל הזמנית, 20 ספטמבר 1948, עמ' 7.

4 פרוטוקול ישיבת ממשלת ישראל, 29.3.1949, עמ' 22 ו-23.

התומך המרכזי במינויו של השר משה חיים שפירא לשר הבריאות היה ראש הממשלה דוד בן-גוריון. תמיכתו במשה חיים שפירא לשר הבריאות נעשתה מכמה סיבות. בן-גוריון רצה לתגמל את החזית הדתית כשותפתו הקואליציונית, ומינוי נציג החזית הדתית המאוחדת לשר בריאות שירת את האינטרס הזה. כמו כן, מינוי שר בריאות, שאינו מקרב מפלגות הפועלים, אפשר לבן-גוריון לפצל את מוקדי הכוח בבריאות בין גורמי ההסתדרות וקופת החולים הכללית לבין גורמים שמחוץ להסתדרות. פיצול זה אפשר לו לנווט בין שני המוקדים הללו לטובת הקואליציה.⁵ ככלל, שאף בן-גוריון לבנות מערכת בריאות ממלכתית באחריות הממשלה, בדרך שבה פעל בענייני צבא וחינוך.

הלאמת המערכת עתידה הייתה להוציא את קופת החולים הכללית, ארגון הבריאות המרכזי והחזק במדינת ישראל, אל מחוץ לשליטת ההסתדרות, וכתוצאה מכך להחליש את ההסתדרות כגורם פוליטי מתחרה, ולהוביל לריכוז של כל כוחות הבריאות לידי הממשלה. מינוי אישיות פוליטית חזקה ממפלגות השמאל (מפא"י או מפ"ם) לתפקיד שר הבריאות יחד עם ביצוע תהליך הלאמה, יכול היה ליצור מוקד התנגדות חזק בתוך הממשלה, שעלול היה להתחרות בראש הממשלה עצמו. בן-גוריון רצה למנוע מצב כזה.

מסיבה זאת הרחיק בן-גוריון את חבריו לשעבר ממפ"ם מהקואליציה והעדיף להקים ממשלה עם הדתיים, שבהם לא ראה סכנה לעצמתו הפוליטית. התייחסותו של בן-גוריון למשרד הבריאות כאל משרד משני, שיכול להסתפק בשר במשרה חלקית, השפיעה מיד על מעמד המשרד ביחס למשרדי הממשלה האחרים וקיבעה את מעמדו כמשרד נחות, שאין בצדו קרדיט פוליטי מחד גיסא, בעוד שמאידך גיסא הוא נדרש להתמודד עם בעיות הרות גורל וקשות ביותר. כמו כן, מעורבות הסוכנות היהודית בתקציב משרד הבריאות בתוקף אחריותה לשירות הרפואי לעולה, סירסה חלק גדול מעצמאותו של המשרד, שנדרש לתאם את פעולותיו

5 על המערכת הפוליטית ומשרד הבריאות בראשית שנות המדינה ראו בהרחבה שורץ, ש., *קופת חולים הסתדרות ממשלה*, באר-שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון, 2000, עמ' 95-142; זרטל ע., *ימים ומעשים*, תל-אביב: מחברות לספרות 1975, ע"מ 102-114; בונדי ר., *שיבא – רופא לכל אדם*, תל-אביב: זמורה ביתן מודן 1981, עמ' 125-134; צחור ז., "מערכות הבחירות הראשונות והמפה הפוליטית", בתוך: צמרת, צ. וח. יבלונקה (עורכים), *העשור הראשון*, ירושלים: יד בן-צבי 1997, עמ' 11-26; זלמנוביץ, י., *קופת חולים, הסתדרות ממשלה*, עבודת לתואר מוסמך, אוניברסיטת חיפה, 1981; מדינג, פ., מפא"י, "ההנהגה הלאומית והמנגנון המפלגתי", בתוך: ליסק מ. וע. גוטמן (עורכים), *המערכת הפוליטית הישראלית*, תל-אביב: עם עובד 1977.

עם הסוכנות.⁶ מצב זה יצר בעיות לא מעטות, מאחר שהסוכנות נטתה לממן חלק גדול מפעילותה על חשבון תקציב משרד הבריאות והקטינה עד מאוד את חלקה במימון השירותים. זאת בניגוד להסכמים קודמים שנערכו אֶתה. השר שפירא עצמו תיאר את הקושי, שנוצר בעבודה המשותפת עם הסוכנות ובמעורבותה בתקציב משרד הבריאות כגורם מרכזי בעיכוב מתן שירותים רפואיים לעולים, וציין כי

השירות הרפואי נמצא בעניין זה במצב של כדור משחק בין הסוכנות היהודית והממשלה.⁷

לדעת שפירא, צריך היה להעביר את מלוא האחריות לשירות הרפואי לעולה לידי הממשלה ולהוציא זאת מידיה של הסוכנות. עמדתו זו נתמכה על ידי חברי הממשלה, משום שלדבריהם הממשלה היא זו שאחראית לבריאות תושביה, ולא גוף סקטוריאלי כמו הסוכנות. לפיכך, ראוי שכל הסמכויות בנושא זה יימסרו לידי משרד הבריאות האחראי מטעמה על הנושא. בנוסף, ראו שרים בסוכנות גורם מתחרה על תקציבים ומשום כך ביקשו לצמצם את תחומי פעילותה. באוקטובר 1948 נדונה שאלת מעמדו של משרד הבריאות בוועדת השירותים הציבוריים בהשתתפות מזכיר המדינה, מנהלי בתי החולים, מנהלי מחלקות ואגפים והשר שפירא. הד"ר קצנלסון ניהל את הדיון, ובמנהלו הציג את השאלה המרכזית ביחס לתפקידו של המשרד:

עם התכוננותנו עמדה לפנינו השאלה: ממשלת ישראל תהיה בשטח הבריאות רק גורם מחוקק מפקח ומסביר – או גם ממשלת שירותים? והחלטתנו הייתה: הממשלה חייבת לספק גם שירותים ... זו משימה ממלכתית. אנו רואים איפוא את תפקידה של הממשלה בחקיקה, פיקוח ושירותים גם יחד.⁸

ד"ר קצנלסון הוסיף שאין פירוש הדבר שלא יהיה שיתוף פעולה עם רשויות מקומיות בנושאי אֶשפוז ושירותי בריאות לציבור, אך האחריות כולה היא על הממשלה. במהלך הדיון גם הד"ר קצנלסון וגם השר שפירא "ציינו את הצורך בהקמת מוסדות עצמאיים של הממשלה לאֶשפוז".

6 פרוטוקול ישיבת ממשלת ישראל, 29.3.1949, עמ' 23. פרוטוקול ממשלת ישראל, 27.3.49, ישיבה ה/ש"ט, סעיף ז, עמ' 25-29.

7 לעיל, עמ' 42.

8 ישיבת ועדת השירותים של מועצת המדינה הזמנית, 15.11.1948, עמ' 2.

בהתאם לכך הועלתה לדיון גם שאלת עצמאותם של מוסדות מרכזיים (כמו הדסה וקופת החולים הכללית), בעיקר לנוכח דרישתם לאוטונומיה ארגונית. עמדת חברי הוועדה הייתה כי יש להגביל את עצמאותם של שני ארגונים מרכזיים אלה ואף להעביר מידי הדסה את נושא השירות הרפואי לעולה, שהגו אחריות ממשלתית, ולהשאיר בידיה את הפעילות להקמת פקולטה לרפואה בירושלים בנוסף על בתי החולים שלה.

העמדה הכללית בדיון הייתה כי על משרד הבריאות להיות ספק שירותי האשפוז המרכזי לציבור, בנוסף על תפקידו כמחוקק וכמפקח. הנימוקים התבססו על הקביעה כי זוהי אחריותו של משרד הבריאות, ולאור מצב הבריאות הקשה בישראל עליו ליטול חלק פעיל בבנייה, בארגון ובאספקת השירותים לאזרחים. חלק מחברי הוועדה נימקו זאת כצעד ראשון לקראת יצירת מערכת בריאות ממלכתית-ציבורית, שבה כל השירותים לציבור יינתנו על ידי משרד הבריאות באמצעות ביטוח סוציאלי לכול.

בדצמבר 1948, ערב הבחירות לכנסת הראשונה, קבעה ועדת השירותים הציבוריים של מועצת המדינה הזמנית את דמותו העתידית של משרד הבריאות. תפקידיו הוגדרו כמחוקק, כמפקח, כמתאם וכגורם המרכזי לאספקת שירותי בריאות לציבור. קביעה דומה הייתה באשר למשרד החינוך, אשר נדרש לספק שירותי חינוך בנוסף על היותו גורם מפקח ומחוקק.⁹

החלטה גורלית זו קבעה את דמותו ואת מעמדו של משרד הבריאות במדינת ישראל מאז ועד היום. מסגרות התפקיד והאחריות, שנתנה ועדת השירותים הציבוריים למשרד הבריאות, ובעיקר הדרישה למעורבותו הישירה באספקת שירותים רפואיים, יחד עם העובדה כי מינויו של השר שפירא היה זמני (עסק מעט מאוד עניין בנושא הבריאות), כל אלה הובילו לידי כך שחלק גדול מהאחריות לעבודת המשרד הועבר למנכ"ל המשרד, עובדה שנתנה בידי כוח רב. בראשית הדיונים על הרכבה של ממשלת ישראל הראשונה הציע שר האוצר קפלן, כי בכל משרד, שבו יהיה מינוי השר זמני, תהייה למנכ"ל "זכויות יתר", והוא יוכל לפנות ישירות לממשלה, כל עוד השר מנהל את המשרד באופן זמני.¹⁰ אי לכך, מינויו של שר בריאות על בסיס זמני, כמי שאין לו עניין מיוחד בנושא הבריאות, יחד עם הרחבת סמכויותיו של מנכ"ל המשרד, הפכו את התפקיד לאטרקטיבי במיוחד. כתוצאה מכך ובאופן אירוני, בשונה מתפקיד שר הבריאות, הפך תפקיד מנכ"ל המשרד לתפקיד נחשק, בעל פוטנציאל השפעה רחב ביותר

9 פרוטוקול ישיבת ועדת השירותים הציבוריים, 23.11.48, עמ' 6.

10 פרוטוקול ישיבת הממשלה ד/ש"ט, 20.3.1949, עמ' 11.

ובעל עמדה מכרעת בגיבוש דמותה ועקרונות עבודתה של מערכת הבריאות הישראלית. למרות זאת, ואולי בגלל הכוח הטמון בתפקיד המנכ"ל, שפירא התמהמה במינוי מנכ"ל למשרד.

בפועל, מינוי מנכ"ל למשרד הבריאות נכפה על שפירא. במאי 1949, חודשיים אחרי כינונה של ממשלת ישראל הראשונה, העלה השר דב יוסף בישיבתה של הממשלה את שאלת מינויו של מנכ"ל קבוע למשרד הבריאות (לאחר התפטרותו של המנכ"ל הזמני הד"ר קצנלסון):

אני חושב שלא ייתכן להשאיר את משרד הבריאות בלי מנהל כללי. אמנם חשבנו שנוכח יהיה שההצעה תבוא מצד האיש המטפל במשרד הבריאות.

השר שפירא השיב כי "אני אסיר תודה לחברים הדואגים להנהלת המשרד", ועל כך ענה דב יוסף "דואגים לעניין ולא למשרד". שפירא שחש כי הוא מותקף השיב:

זאת אומרת שאני דואג לעניין פחות מכולם. תדעו רבותי, שאני מטפל בדבר מנהל למשרד זה מאותו זמן שד"ר קצנלסון התפטר ממשרתו, ואני מרשה לי לאמר שאני בדקתי לא מעט ולא מצאתי את המנהל הדרוש בה' הידיעה למשרד זה. לא מצאתי ולצערי כמו בכל דבר משתלבים הרבה עניינים צדדיים לתוך העניינים הללו.¹¹

בהמשך דבריו התייחס שפירא למתח ולשוני שבין מוסדות הבריאות המרכזיים הפועלים בישראל, כשהוא רומז על קופת חולים מצד אחד, על השירות הרפואי הצבאי מהצד השני, ועל ההסתדרות המדיצינית הדסה מהצד השלישי. כאשר כל אחד מהם רצה כי ימונה מנכ"ל מטעמו או מקורב לו, וכי הוא (שפירא) מתקשה לבחור מנכ"ל, אשר יענה על דרישות כולם. שפירא ציין כי הוא התנגד להתערבותו של דב יוסף ושל שרים אחרים במינוי מנכ"ל.

השרים ציינו כי לא היו מעלים את הנושא לולא התמהמה שפירא למנות מנכ"ל, דבר אשר פגע קשות בפעילות משרד הבריאות, שנדרש להתמודד עם סוגיות קשות כשאלת השירות הרפואי לעולים. בן-גוריון, ניהל את הישיבה והוסיף בנחרצות, כי "אין אצלנו הפרינציפ של מיינד יור און ביזנס".¹² אם כתוצאה מלחצם של השרים ובן-גוריון בראשם ואם משום סיבות אחרות, ציין שפירא לראשונה מיהם מועמדיו לתפקיד המנכ"ל. הוא אמר כי הוא מתלבט בין

11 פרוטוקול ישיבת הממשלה יב/ש"ט, 3.5.1949, עמ' 35

12 שם.

בחירת ד"ר יוסף מאיר, מנהלה הרפואי של קופת החולים הכללית, לבין ד"ר הרי הלר, מנהלו של בית החולים בלינסון, אשר "גויס" להקמת השירות הרפואי הצבאי ונשלח לארצות הברית לרכוש ציוד רפואי כללי וצבאי. ד"ר הלר וד"ר מאיר, חניכי התרבות הרפואית המרכז אירופאית, אשר היו ללא כל ספק מהדמויות הבולטות ברפואה הציבורית בארץ ישראל, ייצגו שתי אסכולות שונות לחלוטין ביחס לעקרונות היסוד, שעליהם יש להשתית את עבודתה של מערכת הבריאות הציבורית.

ד"ר מאיר תמך במרכזיותן של קופות החולים בשירות הציבורי בישראל, תוך שהוא שם דגש על שירות רפואי קהילתי רחב. הוא תמך בעיקר בהמשך "שליטתה" של קופת החולים הכללית באספקת שירותי בריאות לכלל הציבור, ובצמצום חלקו של משרד הבריאות לתחומי מדיניות בריאות, רפואה מונעת, סניטציה, חינוך לבריאות וכד'. ואילו ד"ר הלר דגל ברפואה עצמאית, כפי שפעלה במרכז אירופה. הוא תמך בהפיכתם של בתי החולים למוסדות מחקר והוראה, וקרא למתן חופש בחירה לחולים ולרופאים. הלר הסתייג מתנאי העבודה של ההסתדרות הכללית, שכפתה קופת החולים הכללית על רופאיה. על פיהם חל איסור מוחלט לעבוד בעבודה פרטית-יועצת ולפתח בתי חולים כמרכזי מחקר אקדמיים. בחירה של אחד מהשנים, ד"ר הלר או ד"ר מאיר, לתפקיד המנכ"ל, פירושה היה העדפה של דרך אחת על פני האחרת בקביעת אופייה העתידי של מערכת הבריאות בישראל.

התלבטותו של שפירא בבחירה של אחד מהם הייתה אפוא מובנת. מאידך, למרות הערכת השרים לשני המועמדים שציין שפירא, הציע השר דב יוסף מועמד שלישי, ד"ר חיים שיבר (שיבא), שהיה מייסדו של השירות הרפואי הצבאי ומפקדו. הצעת דב יוסף מצאה חן מאוד בעיני דוד בן-גוריון וגם בעיני שפירא עצמו, והם תמכו בהצעה להוסיף את ד"ר שיבא כמועמד שלישי לתפקיד המנכ"ל.

בדיון הקצר שנערך בסיום הישיבה אף נראה היה כי הוא זוכה להעדפה בקרב רוב חברי הממשלה על פני שני המועמדים האחרים, ד"ר מאיר וד"ר הלר. שבוע לאחר מכן הודיע שפירא כי ד"ר שיבא סירב להצעתו לקבל את תפקיד מנכ"ל המשרד, ולפיכך בחר שפירא בד"ר מאיר לתפקיד. שפירא ציין כי גם ד"ר הלר סירב לקבל עליו את תפקיד המנכ"ל. ד"ר מאיר,¹³ שהיה המועמד

13 ד"ר יוסף מאיר (1890-1953) סיים ב-1917 לימודי רפואה בוינה. הוא היה רופא בצבא האוסטרי, עלה לישראל ב-1922, היה רופא כללי בבן שמן, בכנרת ובעתלית, ניהל את בית החולים של קופת החולים הכללית בטבריה, בשנת 1929 התמנה למנהלה הרפואי של הקופה. ב-1948 מונה למנכ"ל משרד הבריאות, שירת בתפקיד זה עד 1950.

בעדיפות האחרונה, קיבל אפוא את התפקיד, ומינויו אושר בישיבת הממשלה.¹⁴
לאחר אישור המינוי אמר שפירא:

ישנם כיום בשירות הרפואי "בית ה"ר" ו"בית מאיר", ויש הטוענים
ששניהם גם יחד שייכים לבית שמאי ... כך שהעניין לא מסתדר.¹⁵

ניתן להעריך כי אישור מינויו של ד"ר מאיר, לשעבר מנהלה הרפואי של קופת
החולים הכללית, למנכ"ל המשרד נעשה לא רק בשל ניסיונו הרב בנושאי
בריאות, אלא גם בשל לחצן של ההסתדרות הכללית וקופת החולים הכללית,
שחששו מרצונו הגלוי של בן-גוריון להוביל לקראת מערכת בריאות ממלכתית.
הן ראו במינויו של ד"ר מאיר אמצעי להבטחת כוחן ולמניעת פגיעה עתידית
במעמדה ובכוחה של קופת החולים הכללית במדינת ישראל. מינוי מנהלה
הרפואי לשעבר של קופת החולים הכללית לתפקיד מנכ"ל משרד הבריאות, עם
סמכויות רחבות במיוחד, הכפוף לשר בשליש משרה, שאין לו עניין וידע בניהול
השוטף של ענייני הבריאות, הבטיח כי יהיה מי שישמור על מעמדה וכוחה של
קופת החולים במערכת הבריאות החדשה. עם זאת, נוצרה אופוזיציה פנימית
בתוך מערכת הבריאות בין חסידי קופת החולים ודרכה הבריאותית לבין מתנגדיה.
שנתיים לאחר מינויו הביא המתח בין הצדדים למשבר ול"מרד" (פוטש) בין
מנהלי המחלקות במשרד הבריאות לבין מנהלם הד"ר מאיר, והוא נאלץ לפרוש
מתפקידו.

מצב זה של כוחות סותרים במשרד הבריאות, המושכים לכיוונים שונים
והמחויבים למערכות פוליטיות שונות, עיקר במידה רבה את יכולת המשרד
לבנות את מעמדו כגורם המרכזי המכוון והמנהל את מערכת הבריאות במדינת
ישראל הצעירה. הוא אף יצר לו תדמית ומעמד של גורם פוליטי משני וחלש.
כתוצאה מכך, הפכה שאלת מינוי שרי הבריאות לקושי חוזר על עצמו בעת
כינונה של כל ממשלה חדשה בעשור הראשון למדינה ואף לאחר מכן.

בשנים 1949-1959 עמדו בראש המשרד שישה שרי בריאות, מחציתם היו
בתפקיד במשרה חלקית. בממשלת ישראל השנייה (1950) נותר המשרד ללא
שר, מאחר שאיש מחברי הקואליציה לא הסכים לקחת על עצמו את התפקיד. אף
לא אחד משרי הבריאות סיים קדנציה מלאה של ארבע שנים בתפקיד, ולא רק
בגלל המשברים הממשלתיים שליוו את העשור הראשון, אלא גם בשל אי-יציבות
המערכת הפוליטית – מדי פעם התפטר ראש הממשלה, והיה צורך לכונן
ממשלה חלופית או לערוך בחירות. גם השר ברזילי, שהיה בתפקיד במשך

14 פרוטוקול ישיבת ממשלת ישראל ט"ו/ש"ט, 18.5.1949, עמ' 19.

15 ש.ם.

פרק שני

תקופה בת שלוש שנים, עשה זאת בהיותו שר הדואר. אף לא לאחד משרי הבריאות היה קשר או ניסיון קודם בתחום הבריאות. כתוצאה מכך, הכוח שנמסר למנכ"ל המשרד היה רב מאוד, והם למעשה היו אלה שקבעו את התנהלות המשרד הלכה למעשה.

שני מנכ"ל המשרד הבריאות הראשונים, הד"ר יוסף מאיר (1948-1950) והד"ר חיים שיבא (1950-1953), שהיו רופאים בעלי ניסיון ניהולי ורפואי ובעלי מעמד חזק ביותר במערכת הבריאות מהתקופה שקדמה להקמת המדינה, הם אלה שניהלו הלכה למעשה את המערכת. הם אלה שקבעו את מדיניות הבריאות על כל היבטיה הבריאותיים והחברתיים גם יחד. מאידך, עמדותיהם הנוגדות בשאלת עתידה של מערכת הבריאות יצרו מצב שבו נמצא המשרד בעימות מתמיד עם עצמו ועם המערכת כולה.

במצב עניינים זה, של שרים חסרי ידע ועניין, ומנכ"לים חזקים בעלי ניסיון רב בניהול ובארגון שירותי בריאות מחז, ומאידך בעלי עמדה פוליטית עצמאית משלהם, נדרש משרד הבריאות לגבש מדיניות ודרכי פעולה כדי להתמודד עם בעיות הבריאות של העלייה הגדולה.

טבלה 1: שרי הבריאות בשנות ה-50

שרי הבריאות	תקופת כהונה	מפלגה
הרב חיים משה שפירא	08.10.1951-14.05.1948	חזית דתית מאוחדת [מפד"ל]
דר' יוסף בורג	24.12.52-08.10.1951	הפועל המזרחי
יוסף סרלין ¹⁶	29.06.1955-24.12.1952	ציונים כלליים
דר' דב יוסף	03.11.1955-29.06.1955	מפא"י
ישראל ברזילי	02.11.1961-03.11.1955	מפ"ם

16 מלכתחילה נקבע כי יוסף ספיר מהציונים הכלליים ימונה לשר הבריאות, ואילו יוסף סרלין, בן מפלגתו, לשר התחבורה. יוסף ספיר לא היה בארץ בעת השבעת הממשלה ב-24.12.1952, ורק שבוע לאחר מכן (ב-29.12.1952) הוא נשבע אמונים כשר התחבורה. השר יוסף סרלין, שנשבע אמונים שבוע קודם לכן, התפטר מתפקידו כשר התחבורה והתמנה לשר הבריאות. ראו זכר, 30.12.1952. תודה לד"ר רבקה מרקוס מנהלת ארכיון הכנסת על הבהרת סוגיה זו.

פרק שלישי

ד"ר יוסף מאיר, ד"ר חיים שיבא, ד"ר שמעון בטש: מנכ"לים בחזית הבריאות

א. ד"ר יוסף מאיר

ביוני 1949 החל ד"ר יוסף מאיר לכהן כמנכ"ל משרד הבריאות. זמן קצר קודם לכן, פרשו מהמשרד פרופ' שטרויס,¹ מנהל האגף להיגיינה ציבורית, והד"ר גרושקה,² מנהל האגף לרפואה סוציאלית והשירות הרפואי לעולה. שניהם עברו לתפקיד אקדמי בבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית, שנפתח בל"ג בעומר באותה שנה. עזיבתם של שני המנהלים הבכירים של המשרד למשרות אקדמיות, השאירה את ד"ר מאיר לבד בהנהלת המשרד, כשהוא חסר שותפים בעלי ניסיון בתחום הרפואה הציבורית, כפי שהיו שטרויס וגרושקה. חסרונו של שטרויס, שהיה מומחה בינלאומי בתחום ההיגיינה והכיר היטב את בעיות הבריאות של היישוב היהודי בארץ, הכביד ביותר בהעדר מומחה חלופי לנושא זה. גם פרישתו של גרושקה, שהיה גורם מרכזי בשירות הרפואי לעולים, יצרה חלל גדול, שד"ר מאיר התקשה למלא בהעדר מומחים מקבילים בניסיונם בארץ.

ד"ר יוסף מאיר (1890-1953) יליד גליציה (אז חלק מהממלכה האוסטרו-הונגרית), למד רפואה בפקולטה לרפואה שבאוניברסיטת וינה, מהמוסדות הרפואיים המובילים בעולם באותה עת. הוא התמחה במחלות ראה, במיוחד במחלת השחפת, שירת תקופה קצרה כרופא צבאי בצבא האוסטרי. ב-1922 עלה לארץ ישראל והתקבל לעבודה בקופת החולים הכללית. ב-1929 התמנה למנהל הרפואי של הקופה ולרופא ראשי למחלות ראה ושחפת. הוא היה פעיל בוועד הלאומי ובלשכת שירותי הבריאות של היישוב היהודי בימי המנדט. ד"ר מאיר כתב מאמרים רבים בנושאי בריאות הציבור. כאמור, עזיבתם של

1 פרופ' שטרויס ולטר למד רפואה בברלין, ב-1931 התמנה שם לפרופ' להיגיינה, עלה לארץ ישראל ב-1934, ניהל את בית הבריאות שטראוס בירושלים, ואת המחלקה לרפואה מונעת בהדסה.

2 ד"ר גרושקה תאודור (1888-1967) יליד צ'כיה, למה רפואה בפראג, במלחמת העולם הראשונה היה אפידמיולוג בצבא האוסטרו-הונגרי, עלה לישראל ב-1939, שימש מנהל בית החולים הדסה בתל-אביב, החל מ-1944 עמד בראש השירות הרפואי לעולה, עם הקמת הפקולטה לרפואה בירושלים נתמנה לפרופ' לרפואה סוציאלית, התמחה בעיקר במחלת השחפת.

שטר׳יס וגרושקה הותירה את ד״ר מאיר פּוּמחה בודד בתחום בריאות הציבור בהנהלת משרד הבריאות, בעת מינויו למנכ״ל.

ההתפתחות המהירה של משרד הבריאות אל מול אתגרי העלייה דרשה הוספת עובדים רבים, פקידים ועובדים טכניים. רובם ככולם היו חסרי ניסיון מקצועי רלוונטי. בלית ברירה נדרש ד״ר מאיר לגבש לבדו את תכנית המשרד, הן לטווח הקצר ולפעולה מידית והן לטווח הרחוק.

ד״ר מאיר היה בעל ניסיון רב בניהול מערכות בריאותיות גדולות ומורכבות – מתוקף תפקידו הקודם כמנכ״ל קופת החולים הכללית. אלא שניהול קופת חולים המאורגנת בחסות ההסתדרות המשמשת לה כגב וכארגון-על תומך, היה שונה לחלוטין מבניית משרד בריאות יש מאין. התפקיד דרש התמודדות עם מצב שלא נודע כמותו קודם לכן ביישוב היהודי – העלייה הגדולה – ושאישי ממומחי בריאות הציבור לא יכול היה לצפות או להיערך לה.

הבעיה הראשונה שעלתה על שולחנו בימים הראשונים לכהונתו של ד״ר מאיר כמנכ״ל הייתה תמותת התינוקות הגבוהה במחנות העולים – 157.8 לאלף נפש, וזאת בהשוואה לאוכלוסייה הוותיקה, שבה שיעור תמותת התינוקות עמד על 46.22 לאלף נפש בלבד.³ לדעת ד״ר מאיר, השיעור הגבוה של תמותת תינוקות נבע בעיקר משום ש״כל עליה מביאה אֶתה את התחלואה שלה ואת התמותה שלה״. לדבריו:

אי אפשר לקוות איפוא, שמיד עם ירידת עולי תימן מן המטוסים בשדה התעופה בלוד תיהפך תמותת התינוקות שלהם מ־500-700 לאלף ל־36 לאלף כתמותת התינוקות ביישוב לפני העלייה ההמונית.

בנוסף, ״האשים״ ד״ר מאיר את ״חוסר [ה]ידיעה [ה]אלמנטרית של האימהות בתורת הזנת התינוקות״, את החמסינים הקשים, את ״תנאי השיכון ותנאי ההיגיינה הירודים במחנות״ ואת ״הרמה הרפואית הנמוכה במחנות״.⁴ הגישה הרווחת במערכת הבריאות הייתה שתמותת התינוקות הגבוהה נגרמה בעיקרה בשל העדר ידע בריאותי מתאים של העולים, יחד עם תנאי הסביבה הקשים (מעברות), וכי באמצעות חינוך ניתן יהיה להפחיתה.

תוך שהוא מגייס משאבים מהמשלה וכוחות מהצבא ומקופת החולים, פעל ד״ר מאיר להרחבת מערך אֶשפוז התינוקות על ידי הוספת מיטות בבתי החולים

3 יומן בן-גוריון, 11.2.52, עמ' 8, אב"ג; ישורון-ברמן ט. (1954) ״הטיפול המונע באם ובילד בשנים 1942-1954״, *דפים רפואיים*, יג (ג), עמ' 205.

4 ד״ר מאיר, י', ״15 חודשי שירות במשרד הבריאות יוני 1949-ספטמבר 1950״, משרד הבריאות, פר 493, ג"מ 6/950/1, עמ' 4.

ובמוסדות לילדים. אם עד קיץ 1949 היו בארץ בסך הכול 285 מיטות לאֶשפוז ילדים, הרי שבסוף 1949 עלה מספר המיטות ל-900 מיטות, מהם 600 בבתי החולים ובמוסדות הממשלתיים. במקביל, פעל ד"ר מאיר למען שילובם של רופאי ילדים ותיקים ובעלי ניסיון למתן יעוץ רפואי במעברות, ונערך גיוס מיוחד של אחיות למעברות.

לתכנית הגיוס של כוח אדם רפואי במטרה להפחית את תמותת התינוקות בקרב העולים היו תוצאות מידיות, בעיקר במחנות עולי תימן, שבהם המצב היה הקשה ביותר. כך למשל, ירדה תמותת התינוקות במחנה ראש העין משיעור של 230 לאלף תינוקות ל-30 לאלף תינוקות, ובמחלקת הילדים בבאר-יעקב דווח רק על מקרה מוות אחד של תינוק במשך חודש שלם בסוף אותה שנה.⁵

במקביל לפעילות הכוללת להפחתת תמותת התינוקות, נדרש ד"ר מאיר להתמודד עם משבר בריאותי קשה במיוחד. באוגוסט 1949 הגיעו לארץ כ-2,000 מעולי תימן במצב בריאותי קשה ביותר. רובם סבלו ממלריה, מכיבים טרופיים, מתת-תזונה, משחפת ומזיהומים שונים. כאמור, קשה במיוחד היה מצב הילדים. הידיעות שהגיעו ציינו כי מצבם של הממתינים לעלייה במחנות בתימן ובעדן קשה אף יותר, בין היתר בגלל התנהלות לא ראויה של אנשי הג'וינט שהפעילו את המחנה.⁶ על מנת לאמוד את המצב לאשורו יצאו ד"ר מאיר ורופא הילדים ד"ר פאלק (בעל ניסיון קודם בטיפול בילדי העולים במחנות בקפריסין), יחד עם ד"ר שטרנברג מהשירות הרפואי לעולה למחנה העולים בעדן. ד"ר מאיר ועמיתיו שהו במחנה בין ה-16-18 בספטמבר. כשחזרו ארצה תיארו מצב קשה ביותר של העולים מבחינה בריאותית, וקבעו כי כדי להצילם⁷ יש להעלותם לארץ לאלתר.

קיימת תרופה רדיקלית אחת ויחידה – העברת האנשים ארצה במהירות האפשרית. לו לדוגמה, יוכלו לגייס 100 אוירונים שיעבירו בבת אחת את כל האנשים תוך ימים ספורים, היה זה פותר את שאלת עדן. אני יודע שאנחנו רק מעבירים את הפרובלמה מעדן לישראל ומשער אני איזו צעקה תתרומם ביישוב, כאשר האנשים האלה יגיעו במצב שבו הם

5 ד"ר מאיר, י, 15 חדשי שירות במשרד הבריאות, תדפיס, ארכיון תנועת העבודה, מכון לבון, IV107-81-17, עמ' 5.

6 גליצנשטיין-מאיר, א, יציאת יהודי תימן, תל-אביב: רסלינג 2012, עמ' 163-199, 215-238. ההתנהלות הרפואית במחנה העולים בעדן גבלה ברשלנות רפואית ובהפקרות. היא נחקרה לאחר מכן על ידי רשויות הסוכנות והג'וינט.

7 על עליית יהודי תימן ועל האסון הבריאותי במחנה בעדן ראו בהרחבה אצל גליצנשטיין-מאיר, לעיל, עמ' 174-188. במחנה בחאשד מתו 429 עולים, רובם ככולם ילדים ותינוקות, ראו שם, עמ' 321-334.

נמצאים למחנות שלנו שאינם מוכנים לקלוט אותם. אבל אין ברירה. מוכרחים להעביר את האנשים מיד ובלי דיחוי משום הצלת נפשות ממש גם אם על ידי כך יצטרכו להאָט את טמפו העלייה במקומות אחרים – במרסיל או בצפון-אפריקה וכו'.⁸

בעקבות המלצת ד"ר מאיר דאגה המדינה לעלייתם המיידית של כ-30,000 איש במבצע "מרבד הקסמים" ולשיכונם במחנות עולים שיועדו להם (ראש העין ועין שמר). זאת, כדי להעניק להם טיפול בריאותי הולם, תוך התייחסות מיוחדת לבעיותיהם הרפואיות ובעיקר לריבוי מקרי השחפת, הגרענת והגזזת שבקרב הילדים, בנוסף על תת-התזונה שממנה סבלו רבים. מבין 47,000 עולי תימן שהגיעו לארץ באותה תקופה, נמצאו 1,000 חולי שחפת.⁹ הדסה התנדבה להקים במחנה ראש העין בית חולים מיוחד לילדים, ולספק למחנה את כל שירותי הבריאות הנדרשים. במקביל, הוחלט כי הצבא יקים וינהל בראש העין מחנה מיוחד לילדים חולים מקרב עולי תימן, ששוכנו במחנות אחרים (עין שמר). במחנה זה יהיו הילדים בעת קבלת טיפול בבית החולים ובמרפאה המיוחדת, שהקימה הדסה במקום. הקמת בית החולים בראש העין ומחנה הילדים החולים שבצדו היו צעד חריג במדיניותו של ד"ר מאיר. הוא גרס כי מדיניות משרד הבריאות צריכה להתבסס על הכלל שיש לתת מענה לטיפול בריאותי לעולים במוסדות הבריאות הקיימים במדינה. החלטתו של ד"ר מאיר לאפשר להדסה להפעיל שירותי בריאות מיוחדים וייעודיים לטיפול בלעדי בהם, נעשתה במידה רבה לאור היכרותו האישית את בעיות הבריאות המיוחדות של עולי תימן והצורך להקדיש להם תשומת לב מיוחדת לבריאותם על מנת למנוע אסון. הבחירה בהדסה (או מתן הרשות לה) להקים מרפאות מיוחדות לטיפול בילדים חולי שחפת, גרענת וגזזת בראש העין נעשתה בשל היות הדסה הגוף המרכזי, שטיפל בבעיות אלה במשך כל ימי המנדט בשיתוף עם מחלקת ההיגיינה של בתי הספר. מרבית טיפולי השחפת, הגזזת והגרענת, שנעשו ביישוב היהודי בימי המנדט, בוצעו על ידי הדסה ופוקחו על ידה. לפיכך, הפקדת הטיפול הרפואי הכולל בעולי תימן (בעיקר של הילדים) בידי הדסה היה הצעד הנכון לעשותו.

8 ד"ר מאיר, י., תזכיר על הביקור בעדן בימים 16-18.9.1949, עמ' 4, ארכיון העבודה, תיקי קופת חולים, IV104-81-17.

9 ללא ציון שם המחבר, "70 אלף נפש – מקרים סוציאליים" משמר, 24.2.52, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46.

בעיות הבריאות המיוחדות של עולי תימן (בעיקר גרענת וגזת) הובילו להעלאתן של מחלות אלה לסדר היום במשרד הבריאות ולעריכת דיונים כיצד ניתן להתמודד עמן באופן היעיל והמתאים ביותר. הייתה זו הפעם הראשונה שמחלת הגזת נדונה באופן ספציפי במשרד הבריאות ובמסגרות הטיפול המתאימות. אך היותה של הדסה גורם מוביל בטיפול בה, גרם לכך שמשרד הבריאות אישר את אחריותה של הדסה לנושא זה והסתפק במתן תקציבים ככל שניתן שהועברו אליה. בפועל, הייתה הדסה הגורם המוסמך וכמעט הבלעדי שטיפל בגרענת ובגזת מטעם משרד הבריאות במשך כל העשור הראשון של המדינה.¹⁰

מבצע הצלתם של יהודי תימן והעלאתם דרש משאבים ותשומת לב רבה מצד ד"ר מאיר ומצד משרד הבריאות. למעשה, נוצר מצב שבו לא ניתן היה כלל להקדיש זמן ומחשבה לגיבוש תכנית עבודת כוללנית למשרד. כתוצאה מכך, נדרש ד"ר מאיר בחודשי עבודתו הראשונים כמנכ"ל לעסוק בעיקר בכיבוי שרפות, בעוד שגיבוש צוות העובדים, ראשי היחידות וראשי האגפים לכלל עבודה מתואמת נדחק הצדה. ריבוי הבעיות והקשיים השפיע במידה רבה על מערכות היחסים בתוך המשרד ועל תפקודו.

בין הבעיות המרכזיות שלהן הוא נדרש כמנכ"ל היה המחסור ברופאים ובאחיות, מחסור במיטות אשפוז ובעיית האשפוז של חולי השחפת (תחום שד"ר מאיר היה מומחה בו והכיר היטב את הצרכים ואת הפתרונות הנדרשים).¹¹ מאידך, העדר הניסיון של העובדים הטכניים וכוחות מקצועיים אחרים במשרד, מחסור בציווד רפואי והדרישה ממשרד הבריאות לפעול גם בתחומי פיקוח, סניטציה, ביוב, רפואה מונעת ולארגן את שירותי הבריאות למיעוטים, כל אלה יצרו מצב כמעט בלתי אפשרי לניהול תקין ולמתן מענה הולם לבעיות שצצו תְּדִישִׁים לְבָקָרִים וללא הפסקה. כך למשל, נדרש המשרד לתת מענה מידי לאשפוז מצורעים ולטיפול בהם בבית החולים הנסן בירושלים, לאחר שהמסיון שטיפל בהם במשך כל ימי המנדט, הודיע כי הוא מתכוון לסגור את המוסד. למשרד הבריאות לא היו הידע, התקציב ואף לא אדם אחד שיכול היה לקחת על עצמו

10 במסגרת זו ביקרו באופן סדיר רופאי הדסה בכל מרכזי הטיפול לגזת והכשירו רופאים במסגרת מחלקת העור בהדסה ירושלים לעבודה בנושא זה. רופא שלא קיבל לכך את אישורה של הדסה, לא יכול היה לעבוד בתחום זה במערכת הציבורית. ב-1952 קיבלה הכנסת החלטה מפורשת המציינת את אחריותה הרפואית של הדסה על כל הפעילות הקשורה לטיפול בגזת במדינת ישראל, כולל הכפפתם של הרופאים הפרטיים ומוסדות הטיפול בעולים כשער העלייה לפיקוחה. הישיבה ה-54 של הכנסת השנייה, יום שלישי, טז שבט תשי"ב, 12 פברואר 1952, ספריית הכנסת ירושלים.

11 יומן בן-גוריון, 9.1.1950, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

את האחריות להמשך הטיפול בחולי הצרעת מהבחינה המנהלתית ולא דווקא מהבחינה המקצועית רפואית.

דוד בן-גוריון, שד"ר מאיר הרבה לעדכנו במצב הבריאות, כתב ביומנו כי

ד"ר מאיר קובל קשה על חוסר מיטות לחולים המרובים שבקרב העולים. לפני 3/4 שנה היו רק 235 מיטות לילדים עכשיו יש 900 וכמעט מספיק, אבל נתרבו חולי השחפת. יש בארץ 3,000 בעלי שחפת פעילה, מהם 2,500 עולים. בין כל אלף עולים יש 8 בעלי שחפת פעילה. ילדה בת 8 בעלת שחפת פעילה ישנה במיטה אחת עם אחיה ואחיותיה, 6 נפשות בחדר צר. מרובים השחפנים בקרב עולי תורכיה ותימן. יש גם 5 מצורעים בקרב עולי תורכיה. ד"ר מאיר דורש מהצבא ומהמשטרה בניינים לאלף מיטות. תקציב יש לו. אברר הדבר עם שאול וסחר [יחזקאל סהר היה שר המשטרה].¹²

למרות העומס הבלתי סביר שהוטל עליו כמנכ"ל, הצליח ד"ר מאיר ליזום את הקמתה של מועצת בריאות מתוך מטרה כי יתקיימו בה דיונים בסוגיות חשובות, כגון מחסור בכוח אדם בבריאות, ביטוח סוציאלי ועוד. במועצה השתתפו נציגים מכל המוסדות הרפואיים בארץ. בנוסף, יזם ד"ר מאיר את הקמתה של ועדה רפואית לשעת חירום.

ברשימותיו מאותם חודשים ראשונים כמנכ"ל המשרד, ציין ד"ר מאיר את העדר הניסיון והמסורת של המנגנון הממשלתי כמכשלה בגיבוש נוהלי עבודה.

לו רק היו שוררים ההכרה והרצון לתיקון, הצרה היא שחלק לא קטן מהעובדים ודווקא הבלתי מוכשרים ביותר חושבים את עצמם ידענים גדולים. הכונה לא רק לפקידות הנמוכה אלא גם ואולי בעיקר לפקידות הגבוהה; וכי יכול מנהל אגף למשל להודות שאינו יודע את מלאכתו וכי עליו עוד ללמוד הרבה? ... לא הייתה באפשרותי לעשות שינויים פרסונליים בקנה מידה רחב, וגם באותה המידה שנעשה שינוי נגרמו הרבה אי נעימויות המכבידות מאוד על משרד חדש ומנהל כללי חדש ... נוסף לכך אחד הגורמים למצב זה הוא הדמורליזציה אשר שיטת סולם הדרגות הכניסה בין עובדי המדינה ... אם לא ישנו בהקדם את הפרינציפ של סולם הדרגות אשר הועבר כנראה באופן מיכני ממקום אחר, עלולה

12 יומן בן-גוריון, 9.1.1950, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

דימורליזציה לעשות שמות בנפש העובדים ... ההשבצה ודירוג העובדים
גרמו לוויכוחים רבים ובלתי רצויים וחיכוכים על חלק ניכר של העובדים.¹³

קשייו של ד"ר מאיר כמנכ"ל ראשון במשרד ממשלתי בזמן כהונתו של שר
בשליש משרה, ללא הכשרה בענייני בריאות, היו רבים. כאמור, ד"ר מאיר היה
במשך שנים רבות מנהל הרפואי של קופת החולים הכללית, ובעיקר התנסה
במנהל רפואי מקצועי. הניהול הארגוני והכספי של הקופה ומוסדותיה היה
בידיהם של פרלסון-פרי, שנקר ומשה סורוקה. ב-1949 הייתה קופת החולים
מוסד רפואי ותיק (הקופה נוסדה ב-1911). היא טיפלה ברוב שנותיה בעיקר
באוכלוסיה צעירה ובריאה ועסקה פחות באוכלוסיה במצוקה, כפי שהייתה
מרבית אוכלוסיית העלייה הגדולה. אף שד"ר מאיר התמחה במחלת השחפת
והיה בעל ניסיון בטיפול בחולים כרוניים, שנותיו הרבות כמנהל רפואי בקופת
החולים הרחיקו אותו מבעיות הבריאות השוטפות של כלל הציבור, קל וחומר
מבעיות הבריאות הרבות של העולים החדשים.

זאת ועוד, לקופת החולים הכללית היו נהגים וכללים משלה, שעוצבו וגובשו
במשך שנים, כולל בהסדרת מעמדם של הרופאים ושל העובדים האחרים בקופה
כמו גם זכויות החולים, חברי ההסתדרות שהיו מבוטחים בה. לעומת זאת, משרד
הבריאות היה חדש וחסר כל ניסיון או מסורת. הכאוס הבריאותי שנוצר עם
העלייה הגדולה לא אפשר לגבש מערכת מתפקדת, ולהקים משרד ולהפעילו יש
מאין. למעשה, המשרד החדש היה צריך לתפקד תוך כדי עבודה והתמודדות עם
צורכי העלייה הגדולה הרבים, שלרוב בלתי ניתנים לשליטה או לניהול. לא פלא
אפוא כי ד"ר מאיר נתקל מראשית דרכו בקשיים רבים, בעיקר בתחום הפרסונלי
שהיה חדש, רגיש וחסר ניסיון.

אחד הנושאים הראשונים שבהם התעמת ד"ר מאיר עם הסגל הרפואי של
המשרד היה סוגיית השכר והזכות לעבודה פרטית. בשנים 1947-1948 ניהלה
קופת החולים הכללית מאבק קשה וחסר פשרות בסוגיית הרפואה הפרטית,
וקבעה חד-משמעית כי "רפואה פרטית במוסד הציבורי הינה כצלם בהיכל". על
רופאי הקופה נאסר באופן מוחלט לעבוד בעבודה פרטית, ורופאים שעברו על
הכלל הזה, עבודתם הופסקה. גם כאשר ראשי המחלקות בבית החולים בלינסון,
שהיה בית החולים המרכזי של הקופה, איימו לעזוב את בית החולים, אם לא
יותר להם לעסוק ברפואה פרטית, סירב המשרד לשנות את ההחלטה. כתוצאה

13 ד"ר מאיר, י, 15 חדשי שירות במשרד הבריאות, תדפיס, ארכיון תנועת העבודה,
מכון לבון, IV107-81-17, עמ' 5.

מכך, בשלהי 1947 עזבו כל מנהלי המחלקות (למעט ד"ר הלר) את בית החולים. רובם ככולם עברו לעבוד בשירות הרפואי הצבאי, אך גם במוסדות בריאות אחרים שפעלו בארץ. ד"ר מאיר שהיה אז המנהל הרפואי של הקופה, עמד באופן מוחלט לצד המתנגדים נחרצות לעבודה הפרטית של רופאים במערכת הציבורית והביא עמדה זו גם לתפקידו כמנכ"ל.

רוב הרופאים שהתקבצו לעבודה במשרד הבריאות החדש שנוצר, לא הכירו את ד"ר מאיר, או שהכירו אותו ממעורבותו בעימותים השונים. אחרים מונו לתפקידים על ידי מנכ"ל הקופה הזמני הד"ר קצנלסון, והגיעו לתפקידם כרופאים לאחר שירות בבית החולים הדסה או בצבא הבריטי. חלקם אף היו מתוסכלים והתרעמו על קופת החולים הכללית, אם משום שלא התקבלו לעבודה בקופה ומסיבה זו התגייסו לצבא הבריטי, או אם משום שהתנגדו למדיניות הבריאות של הקופה במסגרת תפקידם הרפואי הקודם.

כתוצאה מכך, היה ד"ר מאיר בודד במערכה על בריאות הציבור ובודד בצמרת המשרד,¹⁴ מצב שהקשה עד מאוד על תפקודו.

אל התנאים הבלתי אפשריים נוספה גם אישיותו של ד"ר מאיר ותפיסת עולמו הרפואית. כאמור, הוא היה חניך התרבות הגרמנית וחניך הפקולטה לרפואה בוינה. חזונו הרפואי היה חסר פשרות, על פיו הרופא הנו ראשון ונעלה על בעלי התפקידים האחרים; החלטות הרופא המנהל הן בלתי ניתנות לערעור; הסמכויות שלו ברורות, והוא בעל התפקיד הפוסק האחרון. כל זאת, בניגוד לתרבות הניהול הבריטית, שהייתה גמישה יותר ושונה במהותה מהתרבות הניהולית הגרמנית. רוב רופאי משרד הבריאות הבכירים היו חניכי התרבות הרפואית של הצבא הבריטי, גם אם למדו בבתי ספר לרפואה במרכז אירופה בדומה לד"ר מאיר, הרי שלשירותם בצבא הבריטי הייתה השפעה רבה עליהם. ניגוד התרבויות הרפואיות והניהוליות גרם לעימותים מהותיים בין מנכ"ל המשרד, חניך האסכולה הוינאית-גרמנית, לבין מנהליו הבכירים, חניכי תרבות הניהול הרפואי של הצבא הבריטי.

כאמור, ד"ר מאיר דגל בעיקרון שיש לאסור עבודה פרטית במוסד הציבורי. לפיכך, עם כניסתו לתפקיד בוטלו כל האישורים שהיו קיימים לרופאי המשרד לעבודה פרטית נוספת. רק מי שעבד במשרה חלקית, היה זכאי לקבל היתר לעבודה פרטית.

14 יש לזכור, שהשר שפירא היה שר בריאות רק בשליש משרה, חסר כל ידע בנושאי הרפואה והבריאות והתייחס למשרד כאל משרד משני שנכפה עליו מסיבות פוליטיות.

איסור עבודה פרטית של רופאי המשרד התקבל בכעס ובתרעומת, בעיקר משום שרופאים במשרדי ממשלה אחרים או רופאים שפעלו בשירות הרפואי הצבאי היו בעלי היתר לעבודה פרטית בנוסף על משרתם הציבורית. כך כתב ד"ר מאיר:

לא פעם נשאלתי מדוע קיימים הבדלים פרינציפיוניים כאלה בין משרד ממשלתי אחד לשני. דבר זה גרם לחיכוכים בלתי נעימים בין משרד הבריאות לשירות הרפואי של צ.ה.ל, כי היו מקרים שרופא שהוזמן ע"י משרד הבריאות עם בואו לארץ עבר לעבוד בבי"ח ממשלתי, כי שם ניתנה לו הרשות לעסוק בעבודה פרטית מחוץ לעבודתו בממשלה.¹⁵

בנוסף על כך, ביטל ד"ר מאיר את הנוהג שבו ההכנסות מהבדיקות הרפואיות השנתיות של נהגי תחבורה חולקו בין רופאי המשרד. הפגיעה בכיסם הפרטי עוררה תרעומת בקרב רופאי המשרד על ד"ר מאיר. גם ניסיונו להעלות את משכורתם של הרופאים במשרד הבריאות כדי לפצותם על אובדן הכנסתם מפרקטיקה פרטית, לא מיתן את כעסם. הכעס על ד"ר מאיר אף התגבר, משום שהעלאות השכר המובטחות לא מומשו בגלל סירוב ועדת השרים שהתנגדה להעניק תוספת לרופאים בגין מצוקת העתים ולאור העובדה כי שכרם של רופאי קופת החולים (בעיקר בבתי החולים) היה גבוה משכרם של רופאי המדינה בבתי החולים הממשלתיים.

רופאי משרד הבריאות, שהתאגדו עם הקמת המשרד לארגון רופאי המדינה במסגרת ההסתדרות הרפואית, איימו בשביתה, והפעילו לחצים כבדים על ההסתדרות הרפואית שתחרים כל מ"מ עם הד"ר מאיר, מנכ"ל המשרד. ההסתדרות הרפואית שרצתה לשמור על התאגדותם של רופאי המדינה במסגרתה, החרימה כתוצאה מכך את הד"ר מאיר ופעלה מאחורי גבו, תוך שהיא מנהלת מגעים ישירים עם שר הבריאות שפירא. בשל כך, נוצר נתק מוחלט בין ד"ר מאיר לבין הרופאים שבמשרד.

הד"ר מאיר, שהיה נגד שביתות בבתי חולים, ניסה באותה עת למנוע שביתות רופאים ואחיות ולהקים גוף מוסמך שתפקידו יהיה לדון ולהכריע בסכסוכי עבודה בבתי החולים, אך עמדתו לא התקבלה.

במסגרת מאמציו לשפר את מעמד הרופאים, בעיקר לאור הפער הגדול בין שכר רופאי קופת החולים לשכר רופאי המדינה, הציע ד"ר מאיר כי משרד הבריאות ייצור שכר אחיד לכל הרופאים השכירים בישראל ללא כל אפלייה.

15 שם, עמ' 27-28.

הצעה זו אמנם התקבלה הן על הנהלת משרד הבריאות והן על הנהלת קופת החולים הכללית, אך ההסתדרות הרפואית התנגדה לה. גם הרופאים בעלי התפקידים שחששו כי שכרם יקוצץ, התנגדו.¹⁶ בפועל, עוד בטרם סיים את שנתו הראשונה כמנכ"ל, עמד ד"ר מאיר בודד במערכת הפנימית במשרדו, כששר הבריאות פעל עם ההסתדרות הרפואית ונציגי הרופאים מאחורי גבו. במצב עניינים זה כמעט בלתי ניתן היה לטפל, כפי שנדרש במצוקות הבריאות של העלייה הגדולה ושל היישוב הוותיק, ונפגעי מלחמת השחרור.

המשבר וההתפטרות

ב־22 בדצמבר 1949 שלח הד"ר מאיר מכתב לשר הבריאות ובו הודיעו, כי הוא מבקש לשחררו לאלתר מתפקידו כמנכ"ל משרד הבריאות, היות "שאינ אני רואה לצערי כל אפשרות לשאת באחריות עבור מצב הבריאות בארץ". העתק המכתב נשלח לראש הממשלה דוד בן-גוריון, לשר האוצר ולשר העבודה. מכתבו של ד"ר מאיר בא לאחר שלא זכה לשיתוף פעולה ואף להתעלמות של שר הבריאות ושל בכירי משרדו מניסיונותיו לבצע רה-אירגון של המשרד. ניסיונות אלה הובילו לסכסוכי שכר ולעימותים בתוך המשרד ומחוצה לו בסוגיית הגדרת הסמכויות של רופאי משרד הבריאות ושכרם. על אלה נוספו עימותים עם ההסתדרות הרפואית, שד"ר מאיר לא הצליח לפתור בחודשי עבודתו הראשונים במשרד.

עוינותה של ההנהלה הרפואית הבכירה במשרד לא נותרה בחדרי חדרים, אלא התפרסמה בין כל גורמי הבריאות בארץ. כך כתב ד"ר מאיר:

בתקופה זו וזמן רב לפני ואחריה התנהלה הסתה פרועה גם מצד רופאי המדינה וגם בעיקר מצד הסתדרות הרופאים בהטילם עלי את האשמה גם על סחיבת העניינים וגם הסרוב מצד ועדת השרים לתוספות מיוחדות לרופאים. בצער רב אני מוכרח לציין ששר הבריאות אשר ידע היטב את עמדתי ואת לחצי עליו ועל יתר השרים להטבת המשכורת של הרופאים ואשר מתפקידו היה לפעילות יתרה בוועדת השרים אשר הוא חבר בה – לא מצא לנכון להודיע לארגון רופאי המדינה ולהסתדרות הרופאים את

16 מכתבו של ד"ר מאיר אל ועדת השרים: שר האוצר, שר הבריאות, שר העבודה, שר המשפטים, 29.6.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-81-17.

מצב הדברים לאמיתו, עד ששר האוצר מצא לנחוץ לפרסם הודעה מתאימה בעיתונות.¹⁷

מאחר שמבחינתו כלו כל הקצין, בחר ד"ר מאיר להגיש את התפטרותו, שבעה חודשים מיום מינויו למנכ"ל. שר הבריאות לא מיהר למנות מנכ"ל מחליף, ולכן נותר בינתיים ד"ר מאיר בתפקידו.

התפטרותו של ד"ר מאיר העסיקה גם את בן-גוריון. כזכור, ביקש בן-גוריון למנות את ד"ר חיים שיבא למנכ"ל המשרד, ואילו ד"ר מאיר מונה בעקבות סירובו של ד"ר שיבא לקבל עליו את התפקיד. בן-גוריון, שראה בד"ר מאיר איש של קופת החולים הכללית, שאָתה התעמת לא מעט בסוגיית הלאמת מערכת הבריאות, לא יצא להגנת ד"ר מאיר. כך הוא כתב ביומנו:

בערב באה אצלי משלחת רופאים – נציגי רופאי המדינה ונציגי הסתדרות הרופאים. באו על פי הזמנתי. ישבנו כשלוש שעות. הסתדרותם היא כללית, קיימת כבר כארבעים שנה, מטפלים גם בצד המדעי וגם בעניינים מקצועיים. עושים חוגים, קובעים חוקת עבודה. ממלאים תפקיד ציוני בקליטת עליה, עוזרים לבריאות ציבורית. מה הרעש שרוצים חוזה עם הממשלה? לד"ר מאיר יש מגמה: הסתדרות רופאים אך לא מקצועית. הם עוסקים גם במדע ... היו חילוקי דעות בשלוש שאלות: 1. השכר ... 2. שאלת הייצוג: רופאי המדינה כחלק מעובדי המדינה או ההסתדרות הרופאים כנציגת כל הרופאים ... אם מותר לעבוד עבודה פרטית למנהלי מחלקות שיקבלו רק משכורת חלקית ... נקבעה ועדת שרים ... הסכסוך משכורת וייצוג. המשכורת של הממשלה נמוכה ב-30% מזו שבקופת חולים ... הבטחתי להם שביום ג' (אחרי החג) אטפל בדבר. ביררתי להם שהמדינה רשאית לראות כל עובדיה כארגון אחד ואין שום פחיתות כבוד לרופאים. יש להפוך הסתדרות הרופאים לאיגוד מדעי מקצועי שישענו על הרמה המדעית ועל האתיקה התרבותית ... על עצם הסכסוך לא הבעתי דעה כי לא דיברתי עם ד"ר מאיר.¹⁸

שבוע לאחר מכן הוזמן ד"ר מאיר לבן-גוריון לשיחה "על הסכסוך עם הרופאים", ולאחריה נפגש בן-גוריון עם רופאי המדינה ועם ד"ר מאיר.

17 ד"ר יוסף מאיר, 15 חדשי שירות במשרד הבריאות, תדפיס, ארכיון תנועת העבודה, מכון לבון, IV107-81-17, עמ' 29.

18 יומן בן-גוריון, 18.5.1950, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

אחרי בירורים מרובים הטלתי על ד"ר מאיר בהשתתפות ועדת המנגנון לנסות לבוא לידי הצעה מוסכמת עם רופאי המדינה. הודעתי שמקודם נפתור בעיית הדירוג (שכר) וזכות לעבודה חלקית ורק אח"כ נדון על הייצוג.¹⁹

בן-גוריון מיעט להתערב בסכסוכי עבודה. אולם המשבר במשרד הבריאות לנוכח מצב הבריאות הקשה בעלייה הגדולה, הוביל אותו לנסות לפשר, אך מעיון ביומנו הוא לא השקיע בכך מאמץ וזמן רבים.

בפועל, גם ניסיון הפשרה הנקודתי של בן-גוריון לא פתר דבר, והסכסוך בין ד"ר מאיר לרופאי המדינה ולהסתדרות הרפואית נשאר בעינו, כשהם מטילים עליו את כל האחריות לכישלון המו"מ בסוגיות שבמחלוקת.

מצב העניינים במשרד הבריאות באמצע 1950 היה אפוא מסובך. מחד, ד"ר מאיר הודיע על התפטרותו כבר בשלהי השנה הקודמת; מאידך, היות שטרם מונה לו מחליף, הוא המשיך בתפקידו כמנכ"ל המשרד בפועל. לכל הגורמים המעורבים בעימותים ובסכסוכים, שפרצו באותה העת, היה ברור כי במצב זה ד"ר מאיר חסר כוח ממשי לכפות הסדר או לקדם פתרון בכל סוגיה שהיא.

מרד מנהלי האגפים כנגד הד"ר מאיר

בראשית יוני 1950 הודיעו ארבעת ראשי האגפים במשרד הבריאות על התפטרותם במחאה כנגד ד"ר מאיר, ואלו הם: ד"ר פרץ יקותיאל (מנהל האגף להיגיינה ציבורית),²⁰ ד"ר שאול זימן (מנהל האגף לרפואה סוציאלית),²¹ ד"ר מקס ליכטיג (מנהל אגף בתי החולים)²² וד"ר אברהם שטרנברג (מנהל אגף השירות הרפואי

19 יומן בן-גוריון, 23.5.1950, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

20 פרופ' יקותיאל פרץ (1911-2007) למד רפואה בגרמניה, סיים לימודי רפואה בפזזה (איטליה), התמחה במחלת המלריה, שירת כקצין רפואה בצבא הבריטי בעת מלחמת העולם השנייה, היה פעיל בעלייתם של היהודים מעדן, שימש המנהל הראשון של המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות, ולאחר מכן היה פרופ' בבית הספר לרפואה שבאוניברסיטת תל-אביב.

21 ד"ר שאול זימן (1909-1963) עלה לישראל ב-1933, במלחמת השחרור ניהל את בית החולים שטראוס בירושלים, מ-1960 היה מנכ"ל משרד הבריאות.

22 ד"ר מקס ליכטיג (ד"ר מרדכי יהל) מנהל אגף בתי החולים במשרד הבריאות, התמחה בנוירולוגיה בארצות הברית, ייסד את המחלקה לנוירולוגיה במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה.

לעולה).²³ התפטרות מנהלי האגפים נעשתה משום שלפי דעתם לא יכלו להמשיך לפעול כנדרש מהם במצב הקיים במשרד הבריאות, שבו ד"ר מאיר היה עדיין בתפקיד מנכ"ל המשרד ושהמסגרת הריכוזית של הניהול שיצר עדיין קיימת. חלק נכבד בטיעוני מנהלי האגפים כנגד ד"ר מאיר היה, לטענתם, העדפתו את קופת החולים הכללית כגורם המרכזי בטיפול בעולים, ובדרך זו יגדל ויתחזק כוחה של הקופה במדינה.

בשלהי 1950 גדלה קופת החולים הכללית כמעט פי שניים בעקבות הצטרפותם של אלפי עולים אליה. מ-328,000 חברים ב-1948 מנתה הקופה ב-1950 690,000 חברים, מתוכם 200,000 היו עולים חדשים. בנוסף, בעקבות מצוקת האשפוז קיבלה הקופה מתקציב הפיתוח של משרד הבריאות סכום של 258,000 לירות להרחבת בתי החולים שלה. הסיוע נועד בעיקר לצורך הרחבת בתי החולים בלינסון והעמק ולהקמת בית ספר לאחיות.²⁴ מסירת רוב הטיפול הרפואי בעולים במעברות לידי הקופה והרחבת שירותי האשפוז של הקופה בתמיכתו של הד"ר מאיר הובילו, לדברי מנהלי האגפים, להחלשתו ולהתבטלותו של משרד הבריאות בפני הקופה.

לדבריהם, התפטרותם באה גם כמחאה על העדפתו את הקופה על פני המשרד. עוד הוסיפו כי המשרד בהנהלת ד"ר מאיר התנהל על פי האינטרס של הקופה ולא על פי האינטרס של המדינה. התפטרות ארבעת מנהלי האגפים הייתה צעד קשה ביותר כנגד ד"ר מאיר.

פרופ' וולטר שטרויס²⁵ ניסה לדבר על לבו של ד"ר מאיר על מנת לפשר בינו לבין ראשי האגפים המתפטרים. כך כתב שטרויס לד"ר מאיר:

מצד אחד, אני מכירים אחד את רעהו זה כ-15 שנה, ואני מצאתי אצלך הבנה ועזרה רבה בעבודתי בשירות ההיגיינה ... אך מצד שני ... הרי זה מחובתי להגיד שאינני יכול לעבור בקלות על נימוקיהם של ארבעה מנהלי האגפים, הואיל ואני שותף לנימוקיהם ... מיום ראשון של עבודתי במשרד הבריאות הרגשתי אי ביטחון בעבודה, חוסר תכנון, וחוסר העברת וחלוקת סמכויות לתאים השונים, כפי שנהוג באדמיניסטרציה מודרנית

23 ד"ר אברהם שטרנברג, למד רפואה בפראג, ב-1938 עלה לישראל, בשנים 1949-1953 ניהל את השירות הרפואי לעולה במשרד הבריאות, התמחה ברדיולוגיה והיה מנהל מכוני הרנטגן של בית החולים צהלון-דג'אני ביפו.

24 מכתבו של ד"ר שיבא למרכז קופת חולים, 15.8.1951, ארכיון תנועת העבודה, מכון לבון, תיקי קופת חולים, IV243-3-139.

25 מבכירי המומחים בנושאי בריאות הציבור וההיגיינה בישראל, מנהלו לשעבר של בית שטראוס-הדסה בירושלים, היה יועץ במשרד הבריאות.

בכל העולם. השתדלתי להשפיע על מהלך העניינים לפי מיטב יכולתי – אך ללא הצלחה.

הייתה זאת באמת תקוותי – ברגע שנכנסת כמנהל למשרד הבריאות, שתתקן את הליקויים העקרוניים הקשים האלה. תרשה לי להגיד, ברגע רציני זה, שהזהרתי אותך מפני השיטה והגישה הצנטרליסטית שעליה הכרזת שיטתך ושבה הנך דוגל. שיטה זו מוכרחה לגרום לדמורליזציה של חבר העובדים ... זאת ועוד: אני משוכנע שבלי התעמקות בבעיות היסודיות האלה של ארגון רפואי אדמיניסטרטיבי, אי אפשר להתקדם לא במבנה של משרד הבריאות ולא במפעליו ... את מכתבי זה אני כותב לך מתוך תקווה שתמצא דרך למלא אחרי הדרישות הצודקות של האנשים האחראים לאגפי משרדך. הנני משוכנע שחברים אלה נקטו בצעדים המכריע רק לפי קריאת מצפונם ומתוך רגש האחיות למפעל הבריאות הגדול שהם שותפים לו.²⁶

אפילו פרופ' שטרויס, הרופא "היקה", בן דורו של ד"ר מאיר, חניך הרפואה המרכז אירופאית בדומה לד"ר מאיר, לא ראה בעין יפה את התנהלותו של ד"ר מאיר, שעמו היה בקשרים אישיים טובים. אלא שגם דבריו של שטרויס לא עזרו.

כמה ימים לאחר התפטרות מנהלי האגפים, שלח אליעזר (אמיל) הכסטר (פקיד בכיר בשירות המדינה) מכתב פנימי סודי אל מזכיר הממשלה זאב שרף בנושא, וציין כי ד"ר יקותיאל וד"ר זימן פנו אליו על בסיס היכרותו את משרד הבריאות, הציגו לפניו את לב הסכסוך וביקשו את עזרתו. לדברי הכסטר, לב הסכסוך היה ניהולו הריכוזי של ד"ר מאיר, שמנהלי האגפים לא יכלו להשלים עמו, מאחר שהוא נטרל את כל סמכויותיהם. ד"ר יקותיאל אף הציג להכסטר את מכתבו של פרופ' שטרויס התומך בטיעוני מנהלי האגפים.

מנהלי האגפים ציינו כי שוחחו על הנושא גם עם שר הבריאות. הוא הציע כפשרה לצרף להנהלת המשרד שניים ממנהלי האגפים, כדי שיהיו משקל נגד לד"ר מאיר בעת קבלת ההחלטות, ארבעת המנהלים המתפטרים ראו בכך לעג לרש, היות שלדעתם הדבר לא ישנה את המצב. חשדנותם אף גברה, מששמעו כי ד"ר מאיר הסכים להצעה זו. הם אמרו להכסטר כי הם עומדים על התפטרותם ויעזבו את עבודתם בתוך שבועיים. לדברי הכסטר, ניתן לראות את חומרת המצב בכך שארבעת מנהלי האגפים התעקשו על התפטרותם, אף שידעו כי

26 מכתב פרופ' וולטר פרויס אל ד"ר מאיר, 7.6.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-8-17.

הדבר יגרום להם נזק אישי, שהרי לאחר שיעזבו את התפקיד, קרוב לוודאי שייסגרו בפניהם אפשרויות העסקה אחרות במנגנון הממשלתי ובקופת החולים הכללית, והם צפויים אף למצוקה תעסוקתית. הכסטר ציין במפורש כי הוא מכיר בצדקת טיעוניהם של המנהלים המתפטרים מביקוריו התכופים באגפי משרד הבריאות. לדבריו:

חסר כל תכנון מוקדם ומכוון לפעולות המשרד וגם דאגה למנגנון המתאים אין. העדר כל אפשרות להוציא כספים אפילו על סמך סעיפים שכבר קיבלו את אישורם – ללא חתימה אישית מוקדמת מטעם מנהל הכספים – הוא גורם מכשיל ומפריע בכל המובנים ... הרופאים הרגישו שאיש מהם אין לו ידיעה על גורל התקציב שהועמד לרשות האגף שלו ובכל מקרה של צורך שהוצאה כל שהיא שומה עליהם לפנות אל מנהל הכספים לשם אישורו ... משנתבקשו מנהלי האגפים לבוא בפני ההנהלה בהצעת התקציב (עבור האגפים) השוטפת, רצו להסתייע בתקציבו של האגף הנוגע מהשנה שעברה, אך פרטים אלה לא נמסרו משום מה לרשותם ... אותו המעט שנעשה בשטחים השונים הוצא לפועל מצד הרופאים על דעתם הם (באופן פרטיזני) בעזרת שלטונות הצבא שכן הם לא יכלו לעמוד מנגד ולראות בשיויון נפש בהתפתחות העניינים.²⁷

באותו היום שבו כתב הכסטר את מכתבו בנושא המשבר במשרד הבריאות והתפטרות מנהלי האגפים, התכנסו מנהלי בתי החולים הממשלתיים לפגישה עם שר הבריאות. הפגישה נערכה במשרדו של השר במשרד הפנים וללא נוכחותו (כנראה גם ללא ידיעתו) של ד"ר מאיר.

בישיבה העלו מנהלי בתי החולים לפני השר שפירא את כל הקשיים שעמם הם מתמודדים, ובעיקר את המשבר בניהול המשרד.

התפתחות העניינים לא באה באופן פתאומי. הדברים והשאלות שאילצונו לבקש את הפגישה עם השר הם פרי מחשבה ומלחמה פנימית במשך זמן רב. איננו יכולים לשתוק עוד ולהיות עדים פסיביים למתרחש בשטח הבריאות במדינה ... בשנה האחרונה עבדנו ללא כל עזרה מצד משרד הבריאות ובמקרים רבים נגד משרד הבריאות והוראותיו. לא הייתה סבוטג'ה אלא מילוי חובה רפואית. ידענו שאם נפנה בשאלה זו או אחרת למשרד הבריאות נקבל תשובה שלילית. התפטרותם של מנהלי האגפים

27 מכתב של אמיל הכסטר למזכיר הממשלה זאב שרף, 12.6.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-81-17.

במשרד הבריאות והתפתחות העניינים בזמן האחרון נתנו לנו את הדחיפה לפנייה זו. במנהלי האגפים שהתפטרו ראינו את התומכים בנו ואת הערובה לשינוי פני הדברים.²⁸

לדברי המנהלים, הקשיים שעמם התמודדו נבעו לא רק בגין העדר משאבים ומחסור בכוח אדם, אלא גם ובעיקר בגין משבר הניהול במשרד, שלדבריהם הקשה עליהם עד מאוד. דבריהם כללו גם טענות על יחסו של משרד הבריאות לרופאים העובדים בשטח – בבתי החולים ובמחנות העולים. בנוסף, עלו גם טיעונים על כך שקופת החולים הכללית נמנעת מלשלוח חולים לבתי החולים הממשלתיים. בין השיטין עלה כאילו ד"ר מאיר ממשיך לשרת את עניין קופת החולים הכללית גם בהיותו מנכ"ל המשרד.

בתשובתו לדבריהם ניסה השר שפירא להגן על ד"ר מאיר בטיעון כי ייתכן שהמנכ"ל לא ידע את המצב לאשורו או שהנתונים לא הגיעו אליו, אך ספק אם דבריו שכנעו את משתתפי הישיבה. למעשה, הסתיימה הישיבה בלא פתרון.

רק כחודש וחצי, אחרי שנפגש השר עם מנהלי בתי החולים הממשלתיים, הגיע פרוטוקול הישיבה המלא לידי ד"ר מאיר. במכתב אישי, סודי ודחוף לשר הבריאות התייחס ד"ר מאיר לכל טיעון שהועלה בו. בעיקר הוא התייחס בו לעובדת קיומו של המפגש שלא בנוכחותו, וכנראה אף בלא ידיעתו (כך עולה בין השיטין), ולכך שהפרוטוקול הגיע אליו רק כחודש וחצי אחרי המועד.²⁹

השר שפירא, שראשות משרד הבריאות נכפתה עליו על ידי ראש הממשלה ואשר היה שקוע כולו באותה עת בענייני משרד הפנים ובנושאים של דת ומדינה שעלו בתדירות גבוהה בדיונים, לא העמיק את מעורבותו במשבר ואף נמנע ממעורבות יתר, למעט כמה הצעות טכניות שהעלה, ואשר נדחו על הסף על ידי אנשי המשרד. ניתן להניח כי גם מיעוט האמצעים שעמדו לרשותו במשרד הבריאות לעומת עוצמת הצרכים בכל הקשור לשירותי הבריאות, הרתיעו את השר מלהתמודד במצב במשרד הבריאות, או מנעו ממנו יכולת למצוא פתרון אפשרי.

ד"ר מאיר, שקיבל כאמור את הפרוטוקול רק אחרי חודש וחצי, כתב בסיום תשובתו לשר כי

28 דברי ד"ר גזבין, זיכרון דברים מפגישת שר הבריאות עם מנהלי בתי החולים הממשלתיים שנתקיימה ביום כ"ז סיון תש"י, 12.6.1950, בחדר עבודתו במשרד הפנים בירושלים, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-81-17.

29 ד"ר יוסף מאיר, תשובה על טענות מנהלי בתי החולים הממשלתיים, 21.7.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-81-17.

קשה לי לענות על כל פרט ופרט ושוב עלי להצטער שטענות אלו הושמעו ונשמעו שלא בנוכחותי. עכ"מ אני מודה לך שלכה"מ ברגע האחרון נתת לי את זיכרון הדברים ובאופן כזה שניתנה לי האפשרות לענות על עיקרי הטענות אם רק במקוטע בגלל הזמן הקצר העומד לרשותי.³⁰

ידיעות על הסכסוך החריף במשרד הבריאות ועל ההתפתרות ההפגנתית של ראשי האגפים כהתרסה נגד ניהולו של הד"ר מאיר התפרסמו בתוך המשרד. הם אף נפוצו בין משרדי הממשלה אחרים, בציבור רופאי המדינה ואף בקופת החולים, מוסד הבית שממנו הגיע ד"ר מאיר. מכתב הכפשה אישי ובו קריאה של המנהלים המתפטרים לציבור הרופאים להטיל חרם על "המנהל הכללי של משרד הבריאות", התפרסם בכתב העת של ההסתדרות הרפואית (הר"י) – "מכתב לחבר".³¹

להר"י היו כמובן סיבות משלה לסייע למאבק המנהלים המתפטרים כנגד ד"ר מאיר. כפי שצוין לעיל, עוד קודם לכן הביע ד"ר מאיר את עמדתו כנגד הסמכות המדעית הבלעדית שהר"י נטלה לעצמה בתחום הרפואה, וטען כי יש לצמצם את סמכויותיה המדעיות ולהותירה כאיגוד עובדים רפואי בלבד. ההסתדרות הכללית, ארגון האם של קופת החולים, אף ניסתה להקים מועצה מדעית מקצועית של רופאי הקופה. מהלך זה נכשל בגלל התנגדות רופאי קופת החולים, שהודיעו כי נאמנותם נתונה קודם כול להסתדרות הרפואית, ואין הם מקבלים את הקמת הארגון המקביל על ידי ההסתדרות הכללית.³²

הר"י התעמתה עם ד"ר מאיר גם בעת המו"מ על שכרם של רופאי המדינה באמצע 1949. היא יצאה כנגד הצעתו לקבוע משכורת אחידה לכל הרופאים השכירים בארץ – עמדה שעלולה הייתה לפגוע במעמדה פְּאָרְגוֹן היציג היחיד של הרופאים במדינה.

ב-16 ביולי 1950 פרסמה אפוא ההסתדרות הרפואית ב"מכתב לחבר" הודעה גורפת לכל חבריה על החרמתו של ד"ר מאיר. צעד נועז ביותר שלא נודע כמותו קודם לכן.

בדברי הר"י שכותרתם "אי שתוף עם המנהל הכללי של משרד הבריאות, הוראות הוועד המרכזי של הר.י.", הורתה הר"י כי

30 שם, עמ' 3.

31 זהו כתב עת של ההסתדרות הרפואית. הוא נשלח על ידה לכל רופאי ישראל שהיו החברים בה.

32 הארץ, 18.12.1950, עמ' 4.

שום רופא לא יבוא במגע עם המנהל הכללי של משרד הבריאות – לא בכתב ולא בעל פה. בכל מקרה על הרופא המעוניין לפנות למחלקה או לאגף המתאים במשרד זה. אם לדעת הרופא חיוניות העניין מחייבת פנייה למנהל המשרד הבריאות – אין הוא רשאי לבצע פנייה זו אלא אם קיבל מקודם הסכמה מאת הוועה"מ של ה.ר.י.³³

הייתה זו הפעם הראשונה בתולדותיה, שבו נקטה הר"י צעד חריף שכזה כנגד רופא ותיק ובכיר, מאושיות מערכת הבריאות בארץ. עם הפרסום לקריאה לחרם פנה הד"ר מאיר אל דוד בן-גוריון (ראש הממשלה) ואל חברי הממשלה כולה בדרישה להתייחסותם. ואכן בן-גוריון מתייחס לכך ביומנו:

לתמהוני הביא שפירא לישיבה זו פרטיקול של ישיבה שלו עם מנהלי בתי החולים מתחילת יוני – מלא טענות נגד ד"ר מאיר. מדוע לא נתן לנו פרטיקול זה קודם? רצה לתת לנו גם את תשובת ד"ר מאיר אבל לא קיבל אותה עדיין.

לפי בן-גוריון, עולה שד"ר מאיר לא השיב על דברים הללו, והדבר מעלה תמיהות שמא שפירא במכוון לא הביא תשובתו לידיעת האחרים. שלושה ימים קודם לכן שלח ד"ר מאיר את תשובתו בדחיפות ובסודיות לידי של השר שפירא, כך שתשובת ד"ר מאיר הייתה אמורה להיות לפניו בעת עריכת הדיון על הנושא עם בן-גוריון.

בן-גוריון העלה כמה השגות על הסכסוך ועל המתחים במערכת הבריאות.

מכל הפרשה ברור לי שיש שני ליקויים יסודיים: 1. בסידורי שירותי הבריאות במדינה בכלל. הדסה היא מדינה בפני עצמה וכספה בא כולו מאמריקה ולכן היא יכולה להשיג מה שאחרים לא יוכלו להשיג מחוסר במטבע חוץ. במידה ידועה זה חל גם על קופ"ח – יש לה מגבית ההסתדרות. יש צורך בוועדה שתברר צרכי התיאום בשירותי הביטחון בנושא לציוד, רפואות, אחיות, רופאים, מבנים ותנאי עבודה. אם גם לא לבטל השירותים הציבוריים הבלתי ממלכתיים – יש צורך בהאחדה ובתיאום. 2. יש צורך במטה-על מקהל משרד הבריאות שיתאסף אחת לשבוע, ימסור דו"ח, ידון על השאלות השוטפות, והחלטה תתקבל ע"י המנהל והממשלה ... אה"צ ישיבה עם קפלן ושפירא על הרופאים. הצעתי

33 ארכיון קופת חולים, מכון לבון, תיקי ד"ר יוסף מאיר, IV104-81-17.

משטר של שיתוף פעולה ומטה ע"י ד"ר מאיר מראשי האגפים. אדבר עם ד"ר מאיר – ואם הוא מסכים לכך – אדבר עם "המורדים".

ואכן בן-גוריון שוחח עם ד"ר מאיר שיחה אישית, אך לשוא:

דיברתי עם ד"ר מאיר. הוא רוצה להסתלק ... לדרך שאני מציע הוא מסכים אבל הוא רוצה להתייעץ עם גולדה בטרם יחליט להישאר.³⁴

במקום אחר ביומנו ציין בן-גוריון כי הציע לד"ר מאיר לשפר את מערכת היחסים בתוך המשרד וכפתרון למשבר על ידי הקמת מטה של מנהלי המשרד, הקמת אגף תכנון, קיום ישיבה שבועית שתדון בענייני התכנון על המצב ועל הבעיות השוטפות. יהיה זה ד"ר מאיר שיסכם את המסקנות, ובמקרה של חילוקי דעות, הדברים יגיעו לשר הממונה או לממשלה.

לא כולם ראו בעין יפה את התלהמותה של ההסתדרות הרפואית כנגד ד"ר מאיר והכרזתה יוצאת הדופן להחרים אותו. ד"ר יוסף שתקאי, מבכירי הרופאים בישראל, חבר הנהלת קופת החולים, יצא כנגד פעילותה של ההסתדרות הרפואית וכתב מכתב תמיכה לד"ר מאיר.

כולנו עדים למשהו קשה המתרחש במחלקת הבריאות הממשלתית והפרסומת המכוערת לעתים בכמה עיתונים מגדילה את הכאב והעלבון הצורב. הייתה לי הזדמנות, אולי נכון יותר הזכות, לעבוד בכפיפות אתך והקשר בעבודה היה אמיץ והדוק במשך שנים ... אין לי ספק שלא תמיד קל היה בכפיפתך ולעתים היו לי סיבות מספיקות לטענות האישיות, אבל כל זה איננו גורע מהערכתי המלאה לעבודתך, למסירותך הבלתי משוחדת ויכולתך הרבה. תמיד היית בעיני סמל של "הרופא החלוץ" המגלם באורח חייו ובעבודתו את המושג חלוציות במובן הנשגב ביותר.³⁵

תשובת ד"ר מאיר לד"ר שתקאי על מכתב התמיכה הציגה את כאבו האישי על הפגיעה בו:

בימים אלה של כיעור ולכלוך טוב כשהנך מרגיש סביבך חבר אנשים חביבים ונאמנים.³⁶

34 יומן בן-גוריון, 24.7.1950, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

35 מכתב ד"ר יוסף שתקאי לד"ר מאיר, 14.6.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-81-17.

36 מכתב ד"ר מאיר לד"ר שתקאי, 19.6.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-81-17.

שתקאי הודיע במכתב גלוי לציבור הרופאים, כי הוא מסייג את עצמו מהודעת החרם בחסות הר"י על ד"ר מאיר. הוא כתב לוועד המרכזי של ההסתדרות הרפואית כי

לא קל לי לפנות אליכם במכתבי זה אבל איני רואה לפני דרך אחרת. הנני רוצה, לא הנני נאלץ, למען היות שלם עם מצפוני, להודיעכם שאיני רואה עצמי קשור להחלטותיכם המטילות חרם על מנהל משרד הבריאות, הד"ר יוסף מאיר. כן לא אראה את עצמי קשור לאיזו החלטה שהיא אשר תהיה מכוונת נגד ההסתדרות העובדים ונגד מרותה עלי כעל חבר שלה.³⁷

הכרזת החרם והמסע האישי כנגד ד"ר מאיר נדונו גם בישיבת הממשלה. ב-3 באוגוסט, חודש לאחר הכרזת החרם הודיע דוד בן-גוריון לוועד המרכזי של ההסתדרות הרפואית, כי הוראת החרם

הנה עבירה פלילית שעונשה הוא מאסר שנתיים, אולם יש בה משהו גרוע מהפרת החוק; זוהי חתירה כנגד ריבונות המדינה. רק הממשלה המוסמכת מטעם הכנסת יכולה למנות מנהל הבריאות והסתדרותכם אין לה כל סמכות להתערב בדבר. כאזרחים אתם יכולים לפנות לכנס ועל ידי נציגיכם במוסד המחוקק אפשר לבקש הממשלה על מנויה או גם להביע לה אי אמון. אבל אין זה מעניינה של ההסתדרות הרופאים לארגן בויקוט על שליח הממשלה, והמדינה לא תסבול מעשה פרוע זה ... עלי למלא חובה לא נעימה ולדרוש מכם לפרסם מיד ב"מכתב לחבר" ביטול ההוראה ללא סייג וללא שיוור בצורה הנאותה ביותר.³⁸

אך ההסתדרות הרפואית התבצרה בעמדתה. ב-9 באוגוסט שלח הד"ר זלמן אביגדורי,³⁹ יו"ר הוועד המרכזי של הר"י, מכתב תשובה חריף לדוד בן-גוריון. במכתב נכללו שמותיהם של כל חברי הוועד. אביגדורי סירב לחלוטין לדרישתו של בן-גוריון וציין כי אם ידרשו חברי הר"י (והוא בראשם) להיאסר, הם יהיו מוכנים לעשות זאת. הם דבקו בעמדתם להחרים את ד"ר מאיר, ודרשו כי יועבר מידית מתפקידו כתנאי לפתרון המשבר.

37 העתק מכתב ד"ר יוסף שתקאי להסתדרות הרפואית שנשלח לד"ר מאיר, 26.7.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-81-17.

38 מכתב בן-גוריון להסתדרות הרפואית, 3.8.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-81-17.

39 מוותיקי רופאי הדסה בארץ, מומחה לשחפת כד"ר מאיר ומייסדי המועצה המדעית הרפואית של הר"י.

אביגדורי וחבריו כתבו לבן-גוריון את הדברים הבאים:

את מכתבו מיום ה־3 באוגוסט קיבלנו, קראנו בצער רב שכב' רוצה להניח שהדבר נעשה מתוך פזיזות וקלות דעת ... ברצוננו להדגיש את העובדה ששיתוף הפעולה בין ציבור הרופאים המאורגן הכולל 3,200 רופאים לבין המנהל הכללי של משרד הבריאות נפסק לא על ידינו אלא ע"י ד"ר י. מאיר מראשית כהונתו בתפקידו כמנהל בניגוד למה שהיה עד כה ... אין להתפלא אפוא שיחס הזלזול המתמיד שהמנהל הכללי של משרד הבריאות גילה כלפי הסתדרותנו וחוסר ההבנה בצורך לשיתוף פעולה עם ציבור הרופאים עוררו התמרמרות מובנת בין רופאי המדינה ובכל חוגי הרופאים בארץ ... לאור התנאים האלה הבענו את דעתנו הברורה בפני שר הבריאות – שהמצב שנוצר אינו ניתן לתיקון אלא בהחלפת המנהל הנוכחי של משרד הבריאות ... כב' מודיע לנו שההוראה על אי שתוף פעולה שהוצאה לפועל על ידי הוועד המרכזי היא עבירה פלילית שעונשה הוא מאסר לשנתיים. בתור אנשי ציבור וציונים ותיקים לא נירתע מפני מאסר בזמן שאנו משוכנעים שעשינו מה שעשינו מתוך מצפון ציבורי וחרדה עמוקה לגורלו של מפעל הבריאות במדינה.⁴⁰

אביגדורי לא ציין, כמובן, את רצונה של הר"י למנוע כל מצב שבו ייפגע כוחה כגוף הבלעדי, המייצג את רופאי ישראל בנושאי שכר ובנושאי רפואה. פגיעה זו הייתה עלולה להיגרם, אם היו מתקבלות יזמותיו של ד"ר מאיר בנושאי שכר וסמכות מדעית רפואית.

אל אביגדורי הצטרפו גם חברים מהוועד המרכזי, שהיו רופאים בקופת החולים הכללית, עמיתים לשעבר של ד"ר מאיר, ביניהם ד"ר ביקלס, שהיה סגן יו"ר הוועד המרכזי ושימש יו"ר הוועד הארצי של ארגון רופאי קופת החולים הכללית. גם ד"ר אבלס, ד"ר הלפמן, ד"ר רודובנסקי וד"ר שלוסברג מקופת החולים חתמו על המכתב. נאמנותם של רופאי קופת החולים הייתה קודם כל להסתדרות הרפואית, ארגון הבית המקצועי שלהם. שיקולי נאמנות קודמות או ידידות אישית נדחו מפני הנאמנות להר"י. כאמור, רק ד"ר שתקאי היה היחיד שהעז לצאת כנגד החרמת ד"ר מאיר על ידי הר"י.

למרות העמדה הנחרצת של הר"י ניסה השר שפירא במאמץ של הרגע האחרון למצוא פתרון. הניסיון הזה נכשל לאחר שד"ר מאיר התעקש כי לפחות שניים מתוך ארבעת מנהלי האגפים יפוטרו כתנאי להישארותו במשרד – דרישה

40 מכתב ד"ר אביגדורי אל דוד בן-גוריון, 9.8.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV104-81-17.

שלא התקבלה על ידי השר. אי לכך, הודיע ד"ר מאיר על עזיבתו את התפקיד באופן מידי.

ב־20 באוגוסט 1950 שלח ד"ר מאיר לשפירא מכתב, ובו הוא כותב כי הוא מתכנן לעזוב את תפקידו ב־3 בספטמבר ומבקשו לדאוג לממלא מקום. העתק מכתבו נשלח גם לראש הממשלה וגם לשר האוצר, שניהם היו מעורבים במשבר. ממלא המקום נמצא מיד – הד"ר חיים שיבא (שיבר), ממייסדי השירות הרפואי הצבאי ומפקדו. הוא היה המועמד המועדף של בן־גוריון ושל שפירא. ד"ר שיבא, שהיה באותה עת בארצות הברית מטעם חיל הרפואה, נענה בחיוב. ב־1 בדצמבר החל ד"ר שיבא לכהן כמנכ"ל משרד הבריאות במקומו של הד"ר מאיר. ביום כניסתו לתפקיד כתב ד"ר שיבא לד"ר מאיר מכתב אישי ומרגש.

ד"ר מאיר היקר,

לא יאמין לי אדם אשר לא התנסה במשרד הבריאות שאין רוحي חגיגית עלי היום בו הוכנסתי מתחת לחופה כאן. היה לי קשה עוד יותר מאשר הייתה ההחלטה לעלות לאוירון ולדעת שבכך נכנעתי ללחץ לעסוק במה שלא רציתי. ואינני יכול שלא לזכור שהיום המאושר ביותר בהתחלת איזו שהיא עבודה בחיי היה היום בו עליתי מתחנת הרכבת אל ביה"ח בעפולה, כפי שבכלל השנה ההיא בעמק הייתה היפה בין כל שנות עבודתי בארץ בזכות הימים ההם אני בא לבקש שתסכים מדי פעם בפעם, אוכל לפגוש אותך גם בשאלות המשרד, כי אני בטוח שטובת העבודה תדרוש זאת.

אני תקוה שיחסך האישי אלי לא יועם עקב המסיבות ושלי אליך יישאר יחס של כבוד לאדם המגשים רצונו והמוסר את כל כוחו וזמנו למפעל בו הוא מאמין.

אני מתפלל שאזכה כבר ליום בו יבוא אדם אשר כוחו רב בארגון וחזונו גדול, ויסיר ממני את הנטל הכבד כי רב הוא. מוקירך, ח. שיבא⁴¹

מכתבו של ד"ר שיבא לד"ר מאיר היה צעד הגון וראוי, בעיקר בהעדרו של ד"ר שיבא מלב המשבר במשרד הבריאות ומאי־מעורבותו בצעדים הקשים של ציבור הרופאים כנגד ד"ר מאיר. אך ד"ר מאיר שפרש על כורחו נותר נעלב, ובמכתבו

41 מכתב ד"ר חיים שיבא אל ד"ר יוסף מאיר, 1.12.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, תיקי קופת חולים, IV104-81-17.

של ד"ר שיבא לא היה די בריכוך כעסו. קצפו של ד"ר מאיר יצא בעיקר על שר הבריאות, שלא עמד לצדו ועל מנהלי האגפים שהובילו להחרמתו. כעס זה מצא את ביטויו במכתב תשובה ארוך, ששלח ד"ר מאיר לד"ר שיבא, כשהוא מסייג את ד"ר שיבא משאר אנשי משרד הבריאות, ומדגיש את תקינות יחסיהם לאורך השנים.

ואכן יחסי ד"ר שיבא וד"ר מאיר לאורך השנים היו טובים, למרות ויכוחים עקרוניים קשים, שניהלו בעת שד"ר שיבא כיהן בשנות ה-30 כרופא בבית חולים העמק של קופת החולים הכללית ולאחר מכן בבית החולים בלינסון. הוויכוחים ביניהם היו תמיד עקרוניים ולא גלשו לפסים אישיים. יחסיהם המקצועיים אופיינו בכבוד הדדי. ביטוי לכך נתן ד"ר מאיר במכתב תשובתו לד"ר שיבא.

אני מברך אותך לתפקיד הקשה והנכבד אשר קיבלת על עצמך. יודע אני את קשי התפקיד בתנאים של היום וגם יודע אני את היסוסיך ואם כבר קבלת על עצמך את העול הקשה הזה הרי זה מחובת כולם לעמוד לימינך ... אשר ליחסינו האישיים: במכתבך נגעת במיתר רגיש שלי – תמיד הייתי רגיש כלפי זיכרונות שבעבר ובגילים מתחילים לכבד את ההרגשות הללו ... יודע אני מתמיד להבדיל בין יחסים אישיים ובין מחלוקת לשם שמים ותמיד גם בימים החמורים, ידעתי להעריך את רוח החלוציות שבך, את מסירותך ללא ליאות לעניין שבו אתה עוסק והתרחקותך מסנובזים ... כאיש שמעוניין בבריאות העם והארץ קרוב לשלושים שנה אינני יכול לא להיות מעוניין בהתפתחות העניינים במשרד הבריאות; ואני חייב לך גם חוב בתור ממלא מקומי במשרד הבריאות. חיכיתי לממלא מקומי כדי למסור לו את העניינים בסדר והכינוי את כל התיקים, אולם לצערי שר הבריאות לא נתן לי את האפשרות לכך כי במשרד נוצרה אנדרלמוסיה כזאת וחוסר משמעת ועל אף בקשתי מאת שר הבריאות לשים קץ למצב דמורליזציוני במשרד לא נעשה דבר והייתי נאלץ לעזוב את המשרד קודם ולהשאירו אחרי מצב ארגוני לא ברור ... לבי נקפני זמן רב על ההכרח לעשות צעד זה.

אני חייב אפוא למסור לך כל פרט ופרט על מה שנעשה ובעיקר על מה שלא נעשה במשך חמישה עשר חודשי שירותי במשרד הבריאות ולזה אני תמיד מוכן ... ישנם אישים ידועים שאין אני מעוניין להיפגש אִתָּם או לבוא אִתָּם באיזה מגע שהוא באיזו צורה ... על כל פנים

לפגישות בינינו ביחידות לא תהיה אף פעם מניעה מצדי אם כי מכיר אני כוחות צנטריפוגליים במשרד הבריאות ומחוצה לו אשר ישתדלו בוודאי למנוע בעד איזו השפעה מצדי על העניינים.⁴²

זמן קצר לאחר מכן פרסם ד"ר מאיר חוברת, 15 חודשי שירות במשרד הבריאות, ובה סיכם את פעילותו בתקופת כהונתו במשרד הבריאות. בין השאר, הוא התייחס לנושאים שבמחלוקת ולסוגיות, שגרמו למשבר, והצביע על הגורמים והאישים האשמים, שתרמו להחרפת המצב עד להתפטרותו.

את החוברת הפיץ ד"ר מאיר בין כל מקורביו ובין חברי הכנסת ואישי ציבור שונים, מה שהוביל לדיון בכנסת ולכותרות בעיתונות. "האני מאשים של ד"ר י. מאיר", כתב סופר מעריב והוסיף בכותרת משנה "מי שהיה מנהל משרד הבריאות מנתח את מצב הבריאות ומותח ביקורת חריפה על המנגנון הממשלתי".

מעיון בחוברת עולה כי לא כצעקתה. למרות הכותרת הפרובוקטיבית בעיתונות, המרמזת על ד"ר מאיר כעל דריפוס של משרד הבריאות, ד"ר מאיר סקר באופן שיטתי וענייני את רוב נושאי הבריאות המרכזיים שנדונו בתקופתו כמנכ"ל, תוך שהוא מציין נקודות כשל, ובעיקר את העימותים עם ההסתדרות הרפואית והעדר הגיבוי משר הבריאות ומגורמי ממשלה אחרים. ד"ר מאיר ראה בסכסוך על שכר הרופאים ועל זכויות הרופאים אל מול ההסתדרות הרפואית את הגורם המרכזי של אייכולתו לתפקד וכגורם שמנע למצוא פתרון הולם לחלק גדול מבעיות הבריאות. החוברת הציגה ללא כחל ושרק את קשיי המשרד, כמו גם את הכוחות הסותרים והנוגדים שפעלו במסגרתו ואשר שימשו מחסומים בהסדרת עבודתו.

החוברת 15 חודשי השירות במשרד הבריאות משמשת אפוא לא רק עדות להתנסותו ולפעילותו של ד"ר מאיר במשרד, אלא בעיקר מקור מרכזי המציג את בעיות הבריאות של ישראל בראשיתה ואת הנושאים העומדים על סדר יומה באותה העת. בנושאים אלה נדרש עתה להתמודד המנהל הכללי החדש, ד"ר חיים שיבא.

42 מכתב ד"ר יוסף מאיר אל ד"ר חיים שיבא, 5.12.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, תיקי קופת חולים IV104-81-17.

ב. ד"ר חיים שיבא

ב-1 בדצמבר 1950 החל הד"ר חיים שיבא לכהן כמנכ"ל משרד הבריאות במקומו של הד"ר מאיר. על פי עדותו, הוא קיבל עליו את התפקיד ברגשות מעורבים. מחד, הוא רצה להמשיך להשתלם במחקר בארצות הברית ולפעול שם לגיוס ציוד רפואי חדיש לחיל הרפואה של צה"ל וגיוס גופים הומניטריים יהודיים ואחרים לסיוע בנושא הבריאות של העולים בימי העלייה הגדולה. מאידך, היה לו ברור כי עליו לקבל על עצמו את התפקיד בגלל גודל השעה והמשבר בהנהלת משרד הבריאות, שהעיב על כל המערכת ופגע קשות בתפקוד המערכת והתמודדותה עם סוגיות הבריאות הקשות של העלייה הגדולה שעמדו לפניה.⁴³

ד"ר שיבא לא שמר את התלבטותו לעצמו והתייעץ עם חברים רבים בשאלה האם לקבל את התפקיד, אם לאו. נחמיה ארגוב, שלישי הצבאי של בן-גוריון ידדו טוב של לד"ר שיבא, כתב אליו:

אינך יכול לשער עד כמה הצטערתי בזמנו להחלטתך לא לקבל את ההצעה להיות מנהל משרד הבריאות. מצד שני אינך יכול לשער מידת שמחתי אם אדע כי הפעם נענית להצעה זו ... כחבר וכידיד הנני מיעצך להעמיד יכולתך הגדולה לשורות הענין העצום ששמו בריאות העם.⁴⁴

מנהלי האגפים במשרד הבריאות ראו בבחירתו של ד"ר שיבא פתרון טוב ביותר, ואת ד"ר שיבא עצמו כאדם המתאים ביותר לתפקיד. ד"ר שיבא היה עמיתם מהצבא הבריטי, בעל ניסיון בֶּאָרְגוֹן, שהוכיח את עצמו בבנייתו של חיל הרפואה. כמו כן, הוא ניחן בכישורים אישיים ליצירת תקשורת חיובית עם אנשים באופן בלתי אמצעי ולהובילם לשיתוף פעולה על מנת לבצע משימות מורכבות וכבדות ולמלא אותן. מינויו של ד"ר שיבא הפיח אפוא רוח חדשה במשרד הבריאות.

ד"ר חיים שיבא (שיבר) (1908-1971) יליד בוקובינה, אז תחת האימפריה האוסטרו-הונגרית, סיים לימודי רפואה בוינה (1932) (כד"ר מאיר), עלה לארץ עם סיום לימודיו, הצטרף כרופא לקופת החולים הכללית, ומ-1933 עבד בבית החולים העמק ושימש גם רופא בכפרי עמק חפר, וב-1936 עבר לבית החולים בלינסון. ב-1942 התגייס ד"ר שיבא לצבא הבריטי כרופא צבאי. עם סיום

43 מכתב ד"ר חיים שיבא אל ד"ר יוסף מאיר, 1.12.1950, ארכיון העבודה, מכון לבון, תיקי קופת חולים, IV104-81-17.

44 מכתב נחמיה ארגוב אל ד"ר שיבר, 6.9.1950, ארכיון ד"ר שיבא, תל-השומר.

המלחמה, הוא שירת כרופא במחנה המעפילים בקפריסין. ב־1947 הוא נקרא להקים את השירות הרפואי של ההגנה, שהפך עם הקמתה של המדינה לחיל הרפואה בפקודו כקצין רפואה ראשי הראשון לצה"ל. ב־1950 יצא לארצות הברית להשתלם במחקר, ובמקביל לסייע בגיוס ציוד רפואי לצה"ל ולמדינה. הוא יצר קשר עם "הקרן למען הילד" (יוניסף), שפעלה במסגרת האו"ם, ואשר בראשה עמד ד"ר לודוויג רייכמן, רופא מרקע יהודי. הקשר שיצר ד"ר שיבא עם יוניסף ורייכמן הוביל ליצירת קשרים הדוקים בין ישראל לארגון זה ולקבלת סיוע הומניטרי ובריאותי רחב מיוניסף.⁴⁵

בנוסף על יצירת הקשר ההדוק עם יוניסף, יצר ד"ר שיבא קשרים עם המוסד הרפואי היהודי ועם המוסד הציוני, ובעיקר עם ארגון הג'וינט. קשרים אלה הובילו לקבלת סיוע בידע, במכשור, בתרופות ובמימון ואף הובילו למעורבות ישירה של ארגונים אלה בקליטת העלייה בישראל.

יכולתו ליצור קשרים בינלאומיים והיותו איש העולם הגדול היו גורם מרכזי לְשׁוֹנֵי האִישִׁי שבין ד"ר שיבא לד"ר מאיר. גם ד"ר מאיר וגם ד"ר שיבא היו בוגרי הפקולטה לרפואה בוינה, מוסד רפואי מהמובילים בעולם המערבי באותה העת. שניהם רכשו את השכלתם על בסיס התרבות הרפואית הגרמנית וחלקו תפישות דומות בכל הקשור לבריאות הציבור ולתפקידו של הרופא להביא סדר בריאותי לחברה. ועם זאת, בשונה מד"ר שיבא, ד"ר מאיר היה חסר כישורים אישיים ליצירת קשרים והיה נוקשה הן כרופא והן כמנהל.

עם עלייתו לארץ, התערב ד"ר שיבא במסד החלוצי, הציוני, החקלאי ובשורות ההגנה. לעומתו, ד"ר מאיר פעל כרופא בקופת החולים הכללית, תוך שהוא שומר על קשר הדוק עם ההסתדרות הכללית (במסגרתה פעלה קופת החולים), ומקבל את מרותה ואת סמכותה.

ד"ר שיבא החליף מסגרות רפואיות. כאשר לא בא על סיפוקו המקצועי, הוא נטה אחר נטיות לבו. הוא היה חבר פעיל ב"שומר הצעיר", בעל עמדה רפואית וציונית עצמאית, לא קיבל את מרות המוסד ההסתדרותי, לא הסכים להתיישר עם הקו האידיאולוגי של העבודה במוסד. לכן הוא פרש מהקופה ויצא לפעילות רפואית במסגרות אחרות, כגון הצבא הבריטי, מחנות המעפילים בקפריסין והקמתו של חיל הרפואה.

בשונה מד"ר שיבא לד"ר מאיר הייתה זהות מוחלטת עם המוסד, שבו עבד ושאותו ניהל – קופת החולים הכללית. האידיאולוגיה האישית של ד"ר מאיר

45 הקרן למען הילד – יוניסף (= UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund). שם הקרן מופיע במקורות הארכיוניים ובעיתונות גם כ"יוניצ"ף. סניף יוניסף ישראל משתמש בקיצור יוניסף, ולפיכך כתיב זה נהוג בכל הספר.

הייתה האידיאולוגיה של קופת החולים, לכן הוא יכול היה לפעול במסגרת הקופה בלב שלם. הוא היה חלק בלתי נפרד מהממסד ההסתדרותי-רפואי (קופת החולים), בעוד שד"ר שיבא סירב להצטרף לממסד זה.

ד"ר שיבא היה בעל האישיות השונה לחלוטין מבחינה אידיאולוגית מד"ר מאיר, ולכן כניסתו לתפקיד מנכ"ל משרד הבריאות הבטיחה שינויים ותהפוכות בהתנהלות המשרד. ניתן להעריך כי הוא קיווה כנראה, כי לאחר התפטרותו של ד"ר מאיר בעקבות מרד ראשי האגפים, הוא יקבל תמיכה רבה יותר גם משר הבריאות ומגורמי ממשלה כמשרד האוצר ואחרים. עד מהרה התבדתה הנחה זו. 1951, שנת כהונתו הראשונה של ד"ר שיבא כמנכ"ל המשרד, הייתה שנת תפנית בעלייה הגדולה. כניסתו למשרד אמנם הרגיעה את הרוחות שסערו אחרי המרד של ראשי האגפים, אך הבעיות הבערות, שצוינו כבר על ידי ד"ר מאיר כבעיות שדורשות טיפול מידי, לא נעלמו. נוסף עליהן גם משבר בממשלה שהקשה עוד יותר על התנהלות העניינים.

ב-15 באוקטובר 1950, שישה שבועות לפני כניסתו של ד"ר שיבא לתפקיד מנכ"ל המשרד, התפטר דוד בן-גוריון מראשות ממשלת ישראל בגין משבר קואליציוני. שבועיים לאחר מכן הוקמה ממשלה חדשה (שנייה במספר) במדינת ישראל. אל הממשלה הצטרף י. גרי כנציג הבלתי מפלגתיים בכנסת. חיים משה שפירא, שהיה שר הבריאות והפנים בממשלה הראשונה, נותר עם תיק הפנים בלבד. תיקי הפיתוח והדואר נותרו בלתי מאוישים, ותיק הבריאות סופח למשרד הפנים שבראשו עמד השר שפירא. אל הממשלה הצטרפו פנחס לבון כשר החקלאות ודוד רמז כשר החינוך. ראשות הממשלה והביטחון, האוצר, חוץ והעבודה נותרו בידי השרים הקודמים – הגרעין הקשה של הנהגת מפא"י: בן-גוריון, שרת, ד"ר מאיר וקפלן. בנוסף על המשבר הפוליטי, המדינה נכנסה לצנע עמוק, שהגביל עד מאוד את יכולתה לפעול בכל התחומים, ובעיקר בבריאות. במצב עניינים זה של משבר פוליטי וצנע כלכלי החל ד"ר שיבא את תפקידו.

ד"ר אברהם שטרנברג, מנהל השירות הרפואי לעולה, שהיה אחד מארבעת מנהלי האגפים שמרדו בד"ר מאיר, סיפר מאוחר יותר בריאיון עמו כי

שיבא היה באותה תקופה כמנהל משרד הבריאות די אומלל. הוא לא הרגיש טוב, זה לא היה לפי רוחו ... לבו יצא לדבר מוגדר, מסוים, שבו יהיה הקובע הבלעדי וכאן במשרד הבריאות היה תלוי בתקציבים ובשר ... אנשי משרד הבריאות ישבו אז בירושלים, מנותקים מהמציאות, בכלל לא הבינו מה שנעשה אז על פני השטח בין העולים. שיבא היה אז

אומלל כי בעבודה כזו מנהל משרד הבריאות, לא רואים תוצאות אלא כעבור תקופה ארוכה, בטווח ארוך, הוא ניסה כל מיני דברים ולא הצליח ... חיפש שותפים לעניין נגד קופת חולים. לא היה יכול למצוא, הדסה היה עניין בפני עצמו. חשב שמצא שותף בג'וינט ... והמצב באוצר היה אז על סף פשיטת רגל... הקופה הייתה ריקה.⁴⁶

במקום להקדיש את מרב כוחו, מרצו וניסונו לארגון עבודת משרד הבריאות באופן מיטבי, לשיפור צורכי העולים, להרחבת שירותי הרפואה המונעת והחינוך לבריאות כפי שרצה, נדרש ד"ר שיבא להתמודד עם משרד האוצר, עם שר הבריאות ועם קופת החולים הכללית, כשאל כל אלה נוספה סוגיה חדשה-ישנה – הקמתה של מערכת בריאות ממלכתית, כפי שהגה אותה בן-גוריון, רעיון שד"ר שיבא תמך בו בכל מאודו.

העימות של ד"ר מאיר עם הפקידות הבכירה במשרד הבריאות וההתפטרות שבאה בעקבותיו הותירו אדמה חרוכה ביחסי קופת החולים ומשרד הבריאות. משרד הבריאות הפך, לדברי משה סורוקה חבר הנהלת הקופה, ל"מדינה עויינת". ועוינות זו השפיעה במידה רבה על יכולתו של ד"ר שיבא לפעול ולהוביל לשינוי, היות שקופת החולים הייתה הגורם המרכזי שסיפק שירותי בריאות לרוב אוכלוסיית המדינה, ואי-אפשר היה להתעלם ממנה או לעקוף אותה. כתוצאה מכך, שאלת יחסי קופת החולים ומשרד הבריאות עמדה בכל סוגיה שעלתה על סדר היום ושאליה נדרש ד"ר שיבא.

גיוס כוח אדם רפואי למעברות

באמצע 1950 החליטה מדינת ישראל בשיתוף עם הסוכנות היהודית לשנות את הליכי קליטתם של העולים על ידי ביצועה של תכנית המעברות. עיקרה היה למצוא פתרון לקליטת העלייה, לאחר שמחנות המעבר של העולים לא הצליחו לעמוד בעומס העלייה, ולאפשר במידה מסוימת גם פיזור אוכלוסין. עד סוף 1950 הוקמו 62 מעברות, שבהן התגוררו קרוב ל-100,000 עולים. רוב העולים באותה השנה הגיעו מרומניה ומעירק.

המגורים במעברה היו באוהלים, בפחונים, בכדונים ובצריפונים. הסניטציה הייתה ארעית, ברז אחד לכל 25 משפחות, מקלחת אחת ל-336 אנשים, ובית

46 ריאיון שערכה רות בונדי עם ד"ר שטרנברג, ארכיון פרטי, רות בונדי. תודה לרות בונדי על שאפשרה לנו לעיין במסמכי ד"ר שיבא שבארכיונה הפרטי.

שימוש אחד ל-53 אנשים.⁴⁷ ניהול המעברות היה בידי הסוכנות היהודית, הרשות המקומית, או ועד מקומי שהוקם לצורך זה.

המעבר ממחנות עולים למעברות הוביל לשינוי משמעותי בשירותי הבריאות. שירותי הבריאות לעולה בריכוזי העולים נסגרו, ובמקומם הוכנסו שירותי קופות חולים. לעולים החדשים הוסבר כי עליהם להצטרף לאחת הקופות על פי בחירתם.⁴⁸ נאמר להם כי שלושת חודשי שהותם הראשונים בארץ ישולמו לקופות החולים על ידי הסוכנות. המעבר משירותי בריאות של השירות הרפואי לעולה (קרי, משרד הבריאות) לשירות רפואי של אחת מקופות החולים הצריך התארגנות חדשה והוביל מידית למצוקת כוח אדם קשה. מצוקה זו גרבה במיוחד לאור ריחוקן של המעברות ממרכזי הערים, מה שהקשה על התחבורה ועל הגעתם של הרופאים והאחיות למקום. שאלת המענה למחסור בכוח אדם, שהיה ברור כי הנה קריטית לשמירת בריאותם של העולים ולמניעת התפרצות מגפות, עלתה בתדירות גבוהה על סדר היום של הממשלה ושל משרד הבריאות. למעשה, ד"ר מאיר החל לבחון עוד בטרם התפטרותו את האפשרות לגיוס חובה של רופאים ואחיות לשירות במעברה, אך יזמה זו לא יצאה לפועל. גולדה מאיר, שרת העבודה, אף יזמה חקיקה בנושא זה. מהיותו המפקד המייסד של השירות הרפואי הצבאי היה ד"ר שיבא מבחינה זו האדם הנכון להוביל את הנושא.

בדצמבר 1950, ימים אחדים אחרי כניסתו לתפקיד, קיים ד"ר שיבא דיון ראשון שעסק בגיוס החובה של רופאים. בדיון השתתפו יו"ר ההסתדרות הרפואית (הר"י) ד"ר אביגדורי, קצין רפואה ראשי ד"ר עצמון, ונציגי משרד העבודה. ד"ר שיבא הציע כי רופאים שלא שירתו בצבא הבריטי ולא בצה"ל יגויסו לשלושה חודשי שירות חובה, שאותם יבצעו במעברות. בדרך זו ימלאו את חובת גיוסם לצבא ככל אזרחי ישראל, ולאחר מכן ישרתו כרופאים במילואים. פרק הזמן של שלושה חודשים היה "נסבל" מבחינתם של הרופאים, משום שהוא לא הוציא אותם לתקופה ממושכת ממערכת הבריאות, והיה אפשרי לביצוע גם מבחינתם של רופאים צעירים שרק החלו את התמחותם. לדעת ד"ר שיבא, הוצאתם של רופאים ואחיות ממקומות עבודתם הקבועים לשלושה חודשים לא תגרום נזק, והיא הרע במיעוטו. ד"ר שיבא לא הבדיל בין רופאי מרפאות לבין רופאים בבתי החולים, מבחינתו כולם היו חייבי גיוס.

47 קצ'נסקי, מ., "המעברות", בתוך: נאור, מ. (עורך), עולים ומעברות, ירושלים: יד בן-צבי 1951, עמ' 76.

48 במחנות פעלו קופת החולים הכללית, קופת חולים לאומית וקופת חולים עממית מייסודה של הדסה – כיום קופת חולים מאוחדת. קופת חולים מכבי נמנעה מלהיכנס לעבודה במעברות.

גיוס רופאים ואחיות במסגרת חוק גיוס חובה היה אמור לתת מענה מידי למצוקה, אך לא יכול היה לשמש פתרון לטווח הרחוק. הסכמת הר"י, חיל הרפואה ומשרד העבודה⁴⁹ למתווה הגיוס שהציע ד"ר שיבא, נשלחה לאישורו של בן-גוריון ושל הרמטכ"ל, יגאל ידין. האישור היה מידי. תשובתו של נחמיה ארגוב (שלישו של בן-גוריון) לד"ר שיבא, בשם שניהם הייתה:

שר הביטחון מקבל בברכה הצעתך להעסיק רופאים הנקראים לשירות מילואים גם במעברות וכפרי עבודה במידה שהדבר ניתן ואפשרי.⁵⁰

ההחלטה על גיוס החובה נדונה בהרחבה ואושרה גם במועצה הארצית של ההסתדרות הרפואית, שהסכימה כי התכנית תופעל מידית, כדי שבראשית ינואר יצאו למעברות הרופאים הראשונים שיגויסו.

יזמת ד"ר שיבא לגיוס חובה של רופאים למעברות יצרה בקופת החולים הכללית בעיה. קופת החולים סיפקה את רוב שירותי הרפואה הראשוניים בכל רחבי המדינה, ובעיקר את אלה שבהתיישבות החקלאית, בכפר ובספר. רוב רופאייה של הקופה בקהילה היו עולים חדשים, שטרם שירתו בצבא. לפיכך, הם היו המועמדים הראשונים לגיוס החובה. גיוסם של רופאים ממרפאות הקהילה וגם ממרפאות שבכפר ובספר היה עלול לפגוע קשות בעבודת המרפאות של קופת החולים בכלל ובמרפאות הקופה שבפריפריה בפרט, שהרי בהן שירתו רופאים חייבי גיוס רבים.

ב-1 בינואר 1950 נערך דיון בין ד"ר שיבא למרכז קופת החולים בלשכת שר הבריאות בנושא גיוס רופאים ואחיות למעברות. בדיון השתתפו ד"ר טובה ישורון-ברמן, יו"ר מרכז קופת החולים (המנהלת הרפואית של הקופה), אליעזר פרלסון-פרי (מנכ"ל הקופה), ד"ר שיבא ושר הבריאות שפירא. הדיון התקיים בלשכת השר משום חשיבותו הרבה ועל מנת שהשר יפסוק בנידון. קופת החולים התנגדה לתכנית מטעמים פרקטיים ומטעמים של טובת בריאות הציבור. לדעת ד"ר ישורון-ברמן:

הפתרון של הגיוס כפי שהוצע עכשיו על ידי הממשלה וכפי שהוכרז עליו אין בו משום פתרון אם הוא יפגע בעיקר במוסדות, ושנית מפני שהמעברות וכפרי העבודה הם יישובי קבע ויש לעשות סידורי קבע בקשר לעזרה

49 גולדה מאיר, שרת העבודה תמכה, נמרצות בהצעה ואף סייעה בחקיקה לאישור חובת הגיוס.

50 מכתב נחמיה ארגוב אל ד"ר שיבא, דצמבר 1950, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

רפואית, לכן אני חוזרת להצעה של הטלת שירות חובה במקומות כפריים על כל רופא אשר רוצה לקבל רשות לעבודה רפואית בא"י [הכוונה לרופאים עולים שהגיעו לארץ וביקשו רשיון לעבודה רפואית וטרם החלו בעבודה רפואית] ועל ריתוק לכפר לתקופה בערך של שנתיים.

אליעזר פרי הביע חשש כי "יקרה שיוצאו שוב הרופאים מן המוסדות (קרי קופ"ח) ולא הרופא הפרטי". לדעת ד"ר שיבא, בתשובה לישרון-ברמן ולפרי:

אי אפשר לשלוח למעברות רופאים עולים [חדשים]: מפני שרופאים במידה שבאים כעת לא יפתרו את השאלה הן מבחינה כמותית והן מבחינה איכותית, חובה לפני שליחת הרופא להבטיח שהוא מסוגל לתפקיד. הגיוס בא לענות על מצב חריף ואורך הזמן נקבע לפי מספר חייבי הגיוס ומספר המקומות עבורם נדרשים היום רופאים (420 רופאים, 50 מקומות עבודה).⁵¹

היה ברור כי עמדותיהם הנוגדות של ד"ר שיבא ושל אנשי מרכז קופת החולים נבעו מהניגוד המוחלט של אחריותם ותפקידם. דאגתו של ד"ר שיבא הייתה למילוי מידי של המחסור בכוח אדם רפואי במעברות. הוראת גיוס החובה אמורה הייתה לתת מענה מידי לנושא, ואילו דאגתם של ישרון-ברמן ופרי הייתה החשש מפגיעה אפשרית בקופת החולים וגם מתפיסה שונה של מהות השירות הרפואי בקהילה כשירות קבוע ולאורך זמן. לדעתם, חילופי רופאים בתדירות של שלושה חודשים במעברות וביישובי העולים אינה מספקת פתרון הולם לדעתם.

בסוגיית גיוס חובה של אחיות, העימות בין ד"ר שיבא לקופת החולים היה נוקב יותר, שהרי עיקר הצורך באחיות לחדרי החולים במעברות היה של משרד הבריאות (טיפות חלב, רפואה מונעת, אחיות למוסדות חינוך, חיסונים ועוד). למשרד הבריאות לא הייתה כל אלטרנטיבה, אלא לגייס אחיות של הקופה לשם מילוי צרכיו, היות שמאגר האחיות העיקרי היה בקופת החולים הכללית. התנגדות הקופה לגייס אחיות מהקופה למילוי צרכי משרד הבריאות במעברות הייתה מוחלטת.

ד"ר שיבא היה ער לקושי בשאלת גיוס האחיות, ולכן הוא הציע לקופה פתרון זמני, שיגדיל את כוח האדם הסיעודי במערכת, שחלקו יגויס למעברות. קבוצת המטרה של ד"ר שיבא הייתה אחיות שפרשו מעבודה בגלל אמהות. על

51 זיכרון דברים מפגישה עם מרכז קופת חולים בלשכת השר, 1.1.1951, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

מנת לשכנען לחזור לעבודתן, הציע ד"ר שיבא כי מודל העבודה של האחיות הציבוריות בישראל ישונה, וכי הן תעבודנה ימים קצרים. בדרך זו קיווה ד"ר שיבא להגדיל את מאגר האחיות במערכת. קופת החולים התנגדה להסדר זה מחשש של פגיעה בהסכמי עבודה, שנחתמו עם ארגון האחיות בהסתדרות. מבחינתה ההצעה הייתה רעה.

אך שר הבריאות שפירא החליט, ודעתו היא זו שקבעה, ולקופת החולים לא הייתה ברירה אלא לקבל את ההחלטה. שפירא קיבל במלואה את תכנית ד"ר שיבא לגיוס חובה של רופאים ואחיות כצורך השעה, וכי יש להפעילה מיד. הצלחתו של ד"ר שיבא לקבל את תמיכת שר הבריאות לתכניתו לא מנעה התנגדויות נוספות. חודש לאחר הדיון עם קופת החולים הכללית פנו אל ד"ר שיבא קופות החולים מכבי ועממית. טיעונן באשר לגיוס החובה היה שונה במהותו. שתי הקופות הקטנות, שסיפקו שירותי בריאות לשיעור קטן מאוד באוכלוסייה (פחות מ-5% מהתושבים), חששו כי רופאיהן המגויסים יידרשו לשרת גם במרפאות קופת החולים הכללית, שהפעילה את רוב המרפאות במעברות, ובכך גם ישרתו את הקופה הגדולה. עיקר חששן היה שרופאיהן ישוכנעו לעבור אליה לנכח הנסיבות. הקופות (מכבי ועממית) ביקשו לבחור את המעברות, שאליהן יישלחו רופאיהן לגיוס החובה, אך ד"ר שיבא סירב. "הבחירה לקחת מעברות מסוימות ולהשאיר את התמורות לקופת החולים הכללית לא תתקבל", קבע ד"ר שיבא חד-משמעית.

אם ההתחייבות היא כללית ויש לכם בהצעות מפורטות איזה מעברות בכל האזורים של הארץ אתם מתחייבים לקבל נא להודיענו בכדי שנוכל להביא את הצעתכם לוועדה הבין-משרדית לענייני מעברות וגם לפגישה בין באי כוח קופות החולים.

בסיכום תשובתו למכבי ולאומית הדגיש ד"ר שיבא כי

בנתיים לא נוכל להפסיק את הפעולה והגיוס ימשיך לפעול לפי הקווים אשר עליהם הייתה הסכמה מלאה בין באי כוח ציבור הרופאים לבין הממשלה.⁵²

במקביל להפעלת צו גיוס החובה של רופאים ושל האחיות בינואר 1951, שהיה צו זמני מכוח החלטתה של שרת העבודה, פנה ד"ר שיבא לראש הממשלה בבקשה לשנות את חוק שירות הביטחון ולהעלות את גיל הרופאים החייבים בגיוס ל-55. תשובת בן-גוריון הייתה מְיָדִית וחיובית.

52 מכתב ד"ר שיבא לד"ר פרידנטל (קופת חולים מכבי) וד"ר קצנלסון (קופת חולים עממית), 20.2.1951, ארכיון ד"ר שיבא, תל-השומר.

כך כתב בן-גוריון ביומנו:

בא שיבר. דרושים רופאים לכפר, אין לקחת רק מהעולים שמתישבים בעיקר ביפו לוד ורמלה אינם טובים ורובם זקנים כי במשך 15 שנה לא למדו יהודים רפואה באירופה. יש להטיל גיוס של שנתיים על רופאים עד גיל 39 ומילואים עד גיל 55. כרגע מגייסים בתוקף חוק עבודה לשלושה-שמונה שבועות. יש השתמטות רבה. לא רוצים ללכת לכפר. טוענים שמוכנים ללכת לצבא ולממשלה אבל לא לקופ"ח [בכפר שלטה קופ"ח]. השנה גומרים 55 בחורים שלנו רפואה, בשנה הבאה 40-60, תלוי בבחינות [שהן מחמירות]. שיבר נגד שליחת רופאים צעירים אלה לכפר כי הם צריכים פרקטיקה בבתי חולים.⁵³

לדברי נחמיה ארגוב, שלישו הצבאי של בן-גוריון, שדן עם ד"ר שיבא בנושא, ניתן היה להפעיל את גיוס החובה באופן מידי כהוראת שעה. עם זאת, כדי שהדבר יהפוך לחובה קבועה, יש ליזום הצעת תיקון לחוק במסגרת הדיונים לתיקונים ושינויים לחוק שירות הביטחון שנערכו באותה עת. ארגוב ציין כי כדי להוביל את השינוי המבוקש, ימנה בן-גוריון ועדה לדיון בנושא, והיא זו שתמליץ ותסיק מסקנות.

ביוני הוזמן ד"ר שיבא על ידי בן-גוריון לשמש יו"ר ועדת המטה של הוועדה לדיון בשאלת שינוי החוק להארכת גיל הרופאים החייבים בגיוס חובה. בכתב המינוי של הוועדה כתב בן-גוריון כי

כידוע לכם הוצע לכנסת לתקן חוק שירות הביטחון ולהעלות גיל הרופאים שיש לגייס לצרכי הצבא. מכיוון שתיקון זה נוגע בצבור הרופאים ובמוסדות הרפואה בארץ החלטתי בהסכמת ועדת חוק וביטחון למנות ועדה של חמשה: משרד הבריאות של הממשלה, משרד הביטחון, השירות הרפואי בצבא, הסתדרות הרופאים בישראל וקופת החולים של הסתדרות העובדים, אשר תנסה להגיע להצעה מוסכמת בדבר גיוס הרופאים וסידור שירותי הבריאות ביישובי העולים, ביישובי ספר וכפר ... אתם מתבקשים למנות בזאת נציגכם ולהודיע למשרד ראש הממשלה. שר הביטחון ימנה יו"ר הוועדה מתוך חבר הוועדה.⁵⁴

53 יומן בן-גוריון, 4.3.1951, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדהבוקר.

54 מכתב בן-גוריון אל ד"ר שיבא (מנכ"ל משרד הבריאות), ראש המטה הכללי, ד"ר אביגדורי (יו"ר הסתדרות הרפואית בישראל ומרכז קופת חולים), 19.6.1951, ארכיון ד"ר שיבא, תל-השומר.

בחירתו של בן-גוריון בד"ר שיבא כיו"ר הוועדה לא נעשתה רק משום שד"ר שיבא היה היוזם בנושא זה, אלא גם משום שבן-גוריון נתן בו אמון מלא, ובין שני האישים שררו יחסי ידידות קרובים. אלא שדיוני הוועדה והמלצותיה התנהלו בעצלתיים. מאידך, תכנית גיוס החובה של הרופאים לתקופה בת שלושה חודשים, שיצאה כהוראה מידית של שר הבריאות, פעלה ללא הפסקה.

בסכום שנת הגיוס הראשונה כתב ד"ר שיבא כי במהלך תשעת החודשים הראשונים שבהם פעלה התכנית גויסו 516 רופאים מתל-אביב ומירושלים, 124 רופאים קיבלו פטור מסיבות רפואיות או מסיבות אישיות אחרות, 46 רופאים לא גויסו בגלל ערעור מקומות עבודתם. מפירוט מקומות העבודה שמהם גויסו הרופאים עולה כי 39% גויסו מהשוק הפרטי, 11% מעיריות (רובם רופאים במשרה חלקית), מקופת החולים הכללית גויסו 34%, מקופות החולים האחרות גויסו 6%, ו-10% גויסו מקרב רופאים ממשלתיים.

מתוך רופאי קופת החולים שנשלחו למעברות היו בערך 2/3 רופאים מהמרפאות העירוניות, ו-1/3 מהם מבתי החולים. הרופאים המגויסים מילאו את הצורך ב-45 מעברות, ולדברי ד"ר שיבא גיוסם ענה על יעדי התכנית.

משרד העבודה שערך אף הוא מעקב אחרי גיוס החובה של הרופאים, ציין כי כ-50% מהרופאים שגויסו היו בעלי פרקטיקה פרטית וללא כל קשר מוסדי (קופת החולים או משרד הבריאות).

אף שד"ר שיבא הקפיד להפעיל את התכנית במלואה ומנע אפלייה בין הארגונים והמוסדות הרפואיים השונים, נפגמה התכנית בנקודה ייחודית, שהייתה עקב אכילס של ד"ר שיבא – בית חולים מספר 5 (בית החולים תל-השומר).

היה זה בית החולים הצבאי, שייסד ד"ר שיבא בהיותו קצין רפואה ראשי ואשר אותו המשיך לטפח ולסייע לו בכל הקשור לתקציבים, לצורכי כוח אדם וכו' (זאת במקביל לתפקידו כמנכ"ל המשרד).

בשונה משאר בתי החולים הממשלתיים ואלו של קופת החולים, בית חולים מספר 5 קיבל היתר מיוחד, שעל פיו רופאיו האזרחיים לא גויסו במסגרת המבצע. החרגתו של בית החולים מחובת הגיוס הפכה מיד לסוגיה מרכזית כנגד ד"ר שיבא, והוא נאלץ להתגונן ולהסביר.

הצורך להצטדק מול הטוענים נגדו, כולל הרמטכ"ל שקרא לו לשיחת בירור על הנושא, היה לרועץ לתכנית. ד"ר שיבא השיב למתלוננים נגדו, בעיקר מקרב הנהלת משרד העבודה, כי רופאי בית החולים לא קיבלו פטור מהגיוס וגיוסם לא בוטל, כפי שהוצג על ידי גורמים שונים. כמו כן, לא ניתנו להם תנאים מיוחדים, אלא נקבע כי גיוסם ייעשה בתיאום עם קצין הרפואה הראשי ובהתאם לצורכי בית החולים. משרד העבודה לא ויתר. בהתבססו על תשובתו של ד"ר שיבא,

פנה המשרד ללשכת הרמטכ"ל, לנחמיה ארגוב (שלישו הצבאי של בן-גוריון) וללשכת ראש הממשלה בדרישה להסדיר את גיוסם של הרופאים האזרחיים מבית החולים מספר 5 כנדרש. בפועל, אכן נהנו רופאי בית החולים מספר 5 מתנאים מיוחדים, וגיוסם נעשה בתנאים מיוחדים.

כתוצאה מכך, פנו גם בתי חולים אחרים בדרישה לדחות את גיוסם של רופאים נחוצים, בעיקר מתמחים במקצועות נדרשים ככירורגיה, בטענה כי הוצאת הרופא מההתמחות לפרק זמן למעברה או לשירות צבאי פוגעת בהתמחותו. הסוגיה של בית החולים מספר 5 בתל-השומר, שפעל באותה עת כבית חולים צבאי, אך העסיק צוותים אזרחיים וסיפק שירות רפואי לעולים במקביל לטיפול בחיילים, היוותה טיעון יסודי לכל אותן פניות.

ד"ר דוד ארליך, מנהל המחלקה הכירורגית בבית החולים הממשלתי רמב"ם, שהיה קודם לכן בית חולים צבאי שאוזרח זמן קצר קודם לכן והפך לבית חולים ממשלתי, פנה בדרישה שמתמחיו לא יגויסו, וביקש להם תנאים שווים לאלה של הרופאים המתמחים בבית החולים מספר 5 (תל-השומר), אשר כאמור זכו להעדפה וגיוסם נדחה.⁵⁵

שאלת גיוסם של רופאים מבתי החולים נדונה כל העת בין משרד הביטחון, משרד הבריאות ובתי החולים. הדרישה העיקרית הייתה כי יינתן לבתי החולים פרק זמן מסוים למצוא רופאים מחליפים למגויסים או שהגיוס יידחה, אם לא יימצאו מחליפים. זאת, על מנת למנוע פגיעה בחולים ובתפקודן של מחלקות, בעיקר אלה שבתחום הכירורגיה. אזורחם של רוב בתי החולים הצבאיים אילץ אותם להפנים את העובדה שמעתה דינם ככל מוסד רפואי ציבורי אזרחי אחר. כאמור, ד"ר שיבא היה בין הפטיש לסדן – בין חובתו כמנכ"ל והוגה התכנית לבין רצונו האישי לסייע לבית החולים 5. ד"ר שיבא איש חיל הרפואה לשעבר ומייסדו, מצא את עצמו מתנגש לעתים קרובות עם החיל בנושא זה, עם לשכת הרמטכ"ל ואף עם קצין רפואה ראשי עד לפרישתו מתפקידו כמנכ"ל.

מעיון בהתכתבויות מהשנים 1951-1953 עולה כי ההתייחסות המבדלת (או המועדפת) לבית החולים מספר 5 לא ירדה מסדר היום של כל העוסקים בתכנית גיוס החובה של הרופאים. למעשה, עניין זה נמשך כל זמן שירותו של ד"ר שיבא כמנכ"ל המשרד ועד לאזורחו של בית החולים והפיכתו לבית החולים תל-השומר. ההתייחסות המיוחדת לבית חולים מספר 5 הייתה כל העת נושא מרכזי כנגד משרד הבריאות וכנגד ד"ר שיבא.

55 התכתבויות ד"ר שיבא על אודות גיוס חובה של רופאים ובית החולים 5, ארכיון צה"ל ומערכת הביטחון, תיק 55/29-68.

כך קרה גם עם הצעת בתי החולים לתכנית "המקלטון" לשימור רופאים מומחים בבתי החולים ללא חובת גיוס. התכנית עלתה לדיון באמצע 1951, ועל פיה כל בית חולים יקבע מיהם הרופאים החיוניים לבית החולים, והם יהיו פטורים מגיוס חובה או מילואים.⁵⁶

גם במקרה זה היה ד"ר שיבא בין הפטיש לסדן – בין אחריותו כמנכ"ל המשרד וכיוזם תכנית גיוס החובה של הרופאים לבין הזדהותו האישית עם צורכי בתי החולים, ובעיקר עם אלה של בית החולים תל-השומר. למרות ואולי בניגוד למצופה ממנו בתוקף תפקידו כמנכ"ל, החליט ד"ר שיבא לתמוך ביצירת "מקלטון" בכל בית חולים. תמיכתו ברעיון זה הייתה לצנינים בעיני הצבא. סגן אלוף גבריאל לוריא, ראש לשכת הרמטכ"ל, "נזף" בד"ר שיבא וציין כי זוהי חריגה מסמכותו במסגרת הוועדה שדנה בנושא, שהוא עמד בראשה. עמדת הצבא הייתה חד-משמעית – גיוס חובה של רופאים ימשיך לפעול באופן שוויוני ללא כל הקלות לבתי החולים, שלא לדבר על מיסוד פתרונות בנוסח "המקלטון", כפי שהוצע. כברירת מחדל, הציע ד"ר שיבא כי "המקלטון" יהיה מסגרת לשמירה על גיוס רופאים לתקופת מילואים ולא ימנע גיוס חובה של הרופאים החייבים בכך. התנגדותו הנחרצת של קצין רפואה ראשי ד"ר עצמון, פסלה גם אפשרות זו. השאלה נותרה עומדת בעינה, והייתה סלע מחלוקת בין חיל הרפואה לבין משרד הבריאות גם אחרי התפטרותו של ד"ר שיבא מתפקידו כמנכ"ל ב-1953 ובמשך כל תקופת כהונתו של ד"ר בטש, מחליפו בתפקיד.

שאלת הבריאות והעלייה הגדולה

במקביל להתמודדותו עם בעיות כוח אדם למעברות ולשאלת ארגון המשרד, נדרש ד"ר שיבא להתמודד עם שאלת העלייה מצפון-אפריקה. בכנסת ובממשלה נדונה שאלת הבאתם של עולים חולים לארץ, לאור היזמה של הממשלה והסוכנות למיין את העולים לפני עלייתם ארצה על בסיס מצבם הבריאותי או המשפחתי. השאלה הייתה היכן ניתן יהיה להתמודד בהצלחה טובה יותר עם הטיפול בבריאותם של העולים, האם במחנות לפני העלייה או במחנות העולים בארץ. כל זאת לאור מצב שירותי הבריאות בארץ שהיו על סף קריסה. במיוחד אמורים

56 התכתבויות ד"ר שיבא עם ראש לשכת הרמטכ"ל (סגן אלוף גבריאל לוריא), עם אלוף גדעון שוקן (סגן ראש אגף כוח אדם בצה"ל), עם נחמיה ארגוב (שלישו הצבאי של שר הביטחון דוד בן-גוריון) ועם הרמטכ"ל רב אלוף מרדכי מקלף, ארכיון ד"ר שיבא, תל-השומר.

היו הדברים באשר לעולים מארצות שבהן לא נשקפה סכנה לחייהם, או שלא היה חשש כי השערים ייסגרו בפניהם, כפי שקרה בעירק או בתימן. שתי קבוצות עולים עמדו על הפרק – הקבוצה האחת, ניצולי השואה שהמתינו לעלייה במחנות מעבר בגרמניה (אלה נוהלו על ידי בעלות הברית ולא על ידי הסוכנות) ובמחנות עולים בצרפת ובאיטליה (אלה נוהלו על ידי הסוכנות היהודית); הקבוצה השנייה, עולי צפון-אפריקה, שהחלו להתארגן לעלייה בעידוד הסוכנות היהודית, והגיעו למחנות העולים בניהול הסוכנות היהודית, ה-Grand Arenas שבאזור מרסיי.

הוויכוח על הבריאות והעלייה עלה בכל פורום אפשרי: בעיתונות, בכנסת, בממשלה, בסוכנות היהודית ובארגוני הסיוע היהודיים (בעיקר בג'וינט). פתרון אופטימלי לא היה אפשרי, ואם היה כזה היו לו מגבלות וחסרונות רבים. ד"ר שיבא גרס כי יש להתייחס לנושא באופן ענייני. מנקודת מבטו כמנכ"ל המשרד הוא הניח על שולחן הדיונים שני נושאים: האחד, שאלת בריאות הציבור בישראל; השני, יכולת משרד הבריאות לטפל בעולים באופן מיטבי בהתאם למוסדותיו ולכוח האדם שעמד לרשותו, כולל רתימת הצבא לנושא. כמובן, ניצבו לפניו קשיים לעשות זאת, ואף נשקלה האפשרות לטפל בעולים לפני עלייתם ארצה, ולו גם באופן חלקי. הנחתו של ד"ר שיבא הייתה שטיפול מקדים ייטיב עם העולים ואף יקל מאוחר יותר על קליטתם בארץ מבלי שיזדקקו לטיפול או מבלי שיהיו נטל על שירותי הבריאות.

שיקולים אלה של ד"ר שיבא עלו במהלך כהונתו כמנכ"ל המשרד בדיונים, בהתכתבויות ובפגישותיו התכופות עם בן-גוריון. מעבר לדיון העקרוני בסוגיה זו נדרש ד"ר שיבא לעסוק בסוגיה הקשורה למחלות ספציפיות (שחפת, גרענת וגזזת), שהוגדרו כמחלות בולטות בקרב העולים, הן ניצולי השואה (בעיקר שחפת) והן עולי צפון-אפריקה (גזזת וגרענת), שאצלם שכיחות המחלות הללו הייתה גבוהה במיוחד בקרב ילדיהם.

ד"ר שיבא גרס כי מחלת השחפת עתידה להיעלם בתוך כמה שנים. לפיכך, יש להתמקד בבידוד החולים האקוטיים כדי שלא ידביקו אחרים, אך אין טעם להתחיל לבנות מוסדות המיועדים לחולי שחפת. בנקודה זו היה ד"ר שיבא חלוק עם ד"ר מאיר, שחשש מאוד מהדבקה המונית של המחלה ופעל במשרד הבריאות ובקופת החולים להקמתם של בתי חולים ומוסדות מיוחדים לטיפול בחולי שחפת.⁵⁷

57 קופת החולים הכללית החלה לבנות בית חולים לחולי שחפת בכפר סבא, אך עד מהרה נוכחה לדעת כי אין צורך בבנייתו של מוסד זה בשל התמעטותם של החולים. בית החולים נבנה ביזמתו של ד"ר מאיר, אך הוא הפך לבית חולים כללי. לאחר שנפטר נקרא בית החולים על שמו – בית חולים מאיר.

ד"ר שיבא גרס כי יש ליזום עלייה של ילדים חולי גזת לטיפול בארץ. בנובמבר 1951 הוא פנה בנושא זה למשרד העלייה של הסוכנות היהודית.

כבר בעת הדיון על עליית 10,000 ילדים מצפון-אפריקה הבענו את דעתנו שיש להתיר עליית ילדי גזת ללא [מודגש במקור ש. ש.] כל טיפול בצרפת מטעמים שונים ... אנו חוזרים ומדגישים שאנו מוכנים לדאוג לכל מקרי הגזת אשר יבואו בשני המרכזים (ראש העין ושנלר) המופעלים על ידי הצבא. מרכז שלישי יהיה בקרוב בחיפה [הכוונה לשער העלייה ש. ש.] ויקבל את שירותו מביה"ח הממשלתי. לכן נא לתת הוראות בהתאם.

על החתום: ד"ר ח. שיבא, מנהל כללי משרד הבריאות
העתקים: לשר הבריאות, למלבן עבור ד"ר גוניק [מנהל רפואי של הג'וינט ש. ש.], לד"ר שטרנברג [מנהל השירות הרפואי לעולה ש. ש.].⁵⁸

כמה ימים לאחר מכן חזר ד"ר שיבא על עמדתו זו במכתב נוסף:

אנו הדגשנו שאין הצדקה לעכב משפחות או אפילו ילדים בודדים בגלל גזת. במחלה זו אם רק נקבל הודעה על בוא הילדים נטפל לאלתר.⁵⁹

ב-4 בדצמבר 1951 אישרה מחלקת העלייה את קבלת הנחייתו של ד"ר שיבא.

במברק שקיבלנו היום מפאריס נאמר: קיבלתי העתק מכתב ד"ר שיבא בו מודיע שאפשר לשלוח ילדים חולי גזת למחנה ממשלתי לישראל.

שבועיים לאחר מכן הודיע ד"ר שיבא כי

אני מוכנים לקבל מדי חודש 100-150 מקרים של גזת ולטפל בהם בארץ. ד"ר יוספטל הסכים לכך שנרכז אותם בשער העלייה.⁶⁰

בינואר 1952 הגיעה קבוצה ראשונה של ילדים חולי גזת. בדוח שכתב ד"ר יזרסקי אל ד"ר נוח נאמר:

58 מכתב ד"ר חיים שיבא, מנכ"ל משרד הבריאות אל משרד העלייה הסוכנות היהודית, 4.11.1951, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

59 מכתב ד"ר שיבא אל מחלקת העלייה הסוכנות היהודית, 4.12.1951, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

60 מכתב ד"ר שיבא לד"ר שביט (שטרנברג) על סיכום שיחה בינו לבין הד"ר יצחק רפאל (חבר הנהלת הסוכנות היהודית וראש מחלקת העלייה), 18.12.1951, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

ביום 3.1.1952 הגיעה האנייה "נגבה" עם 62 ילדים חולי גזת מגיל 5-13. חלק מהם בא עם הורים וחלק בלי הורים. כל הילדים הובאו לשער העלייה ועברו בדיקה רפואית אצל רופא עור, 29 ילדים זקוקים להמשכת טיפול, ביניהם 7 הזקוקים להקרנות... לפי דברי מנהל שער העלייה, הוסכם בין ד"ר שיבא לבין הנהלת הסוכנות ששירות רפואי לעולה פותח בשער העלייה ביתן לגזת על חשבוננו.⁶¹

ד"ר שיבא אף ציין בהתכתבותו עם ד"ר נוח כי

לגבי גזת במיוחד הודענו לסוכנות ולגוינט על נכונות עקרונית מצד משרד הבריאות לטפל בהם בארץ ולא לעכב משפחות שלמות בצרפת.⁶²

כאשר מחנה שער העלייה היה עמוס לעיפה ובית החולים המיוחד לילדים חולי גרענת וגזת היה מלא, הועלתה הצעה לדחות את עלייתם של ילדים שנזקקו לטיפול בארץ. לכך התנגד ד"ר שיבא בטענה שהתחייב שגזת וגרענת לא יעכבו עלייה, והוא התכוון לעמוד בהבטחתו.

באוקטובר 1952 יצא ד"ר שיבא לביקור בצפון-אפריקה כדי לבחון את מצב הבריאות בקהילות היהודיות שם ובמחנות העולים. לאחר שחזר הוא המשיך להיות איתן בעמדתו, שיש לאפשר את עלייתם של ילדים חולים וכי יש להעדיף את הטיפול בארץ על פני הטיפול בחו"ל גם מסיבות ארגוניות וגם מסיבות של איכות הטיפול בארץ, העדיף על פני זה הניתן בחו"ל, שבין השאר קשה היה לפקח עליו. ריבוי הילדים החולים בקרב העולים ועיכוב עלייתם בגלל מחלותיהם עלול היה לפגוע בעלייה כולה, ואת זאת רצה ד"ר שיבא למנוע.

אשר לגזת כאמור שטרנברג יסביר לך מה היכולת שלנו נוכח כך ששנלר⁶³ ימשיך לעבוד עד אפריל 1953 לפחות, ואם יהיה צורך אף

61 מכתב ד"ר יורסקי אל ד"ר נוח, הרופא הראשי של לשכת הבריאות בחיפה. הכוונה להחלטה על הקמת בית החולים לגרענת ולגזת בשער העלייה החל מינואר 1952. לבית החולים יישלחו לטיפול כל הילדים החולים במחלות אלה, בין אם עולים הבאים היישר מחו"ל ובין אם ילדים ישראלים (עולים או ותיקים) שנדבקו במחלה. המימון לטיפול יינתן על ידי משרד הבריאות. 15.1.1952, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

62 מכתב ד"ר שיבא אל ד"ר נוח, 31.1.1952, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

63 מחנה שנלר בירושלים הופעל כמחנה זמני לריפוי ילדים חולי גזת, עד לפתיחתו של בית החולים המיוחד בשער העלייה. המחנה המשיך לפעול עד 1953 בנהול משותף של חיל הרפואה ומשרד הבריאות. את הטיפול הרפואי סיפקה הדסה.

בשנה הבאה על מנת לא להיות מפירים התחייבות שגזזת לא תעכב את העלייה כי יטענו שאנו מכשילים כל עלייה אם נעכב בגלל גזזת.⁶⁴

ד"ר שיבא לא שינה את עמדתו זו במשך כל תקופת כהונתו כמנכ"ל. עמדתו הברורה בנושא צוטטה גם במכתביהם של ד"ר רף וד"ר מתן, רופאים שהיו מעורבים בכל הקשור לעלייה מצפון-אפריקה. כך כתב ד"ר רף אל ד"ר מתן:

כעת קיבלתי את מכתבך מיום 6.2.53 בעניין חולי הגזזת. בנדון זה הוחלפו מכתבים רבים ביני לבין ד"ר שיבא וד"ר שטרנברג. הייתי בדעה – והנני חושב שתסכים אִתִּי – שאם נאסור על עליית חולי הגזזת, כמעט ולא תהיה בכלל עלייה. לכן הסכים משרד הבריאות להקים מחנות לטיפול הגזזת בארץ.⁶⁵

ב־1952 טופלו בשער העלייה 295 ילדים עולים שטופלו בהקרנות לגזזת, מהם 236 ילדים מצפון-אפריקה, רובם ממרוקו.⁶⁶ בסך הכול טופלו בהקרנות לגזזת בשער העלייה בכל שנות פעילותו 1952-1960 כ־12,548 ילדים, מתוכם 4,027 ילדים עולים מצפון-אפריקה, פחות ממחצית המטופלים.⁶⁷ רוב המטופלים בקרינה לגזזת בשער העלייה היו בשנים 1954-1959, שנים שבהן התגברה העלייה מצפון-אפריקה, בהיות ד"ר בטש מנכ"ל משרד הבריאות.

מספר הילדים שטופלו בקרינה לגזזת בתקופתו של ד"ר שיבא היה הנמוך ביותר, גם משום שזאת הייתה השנה הראשונה שבה הועדף הטיפול בארץ על פני הטיפול בחו"ל, וגם משום שהעלייה מצפון-אפריקה הייתה עדיין בהיקף נמוך יחסית לזו שהגיעה מאירופה.

בדצמבר 1952 הודיע ד"ר שיבא לבן-גוריון על התפטרותו מתפקידו, וכי הוא נעתר להישאר במשרד על אמצע 1953. מדיניות העלאתם של הילדים החולים לטיפול בארץ נותרה בעינה עד לעזיבתו את המשרד באמצע 1953.

64 ד"ר שיבא מצטט את מכתבו של ד"ר יוליוס בורגר, 21.12.1952, ארכיון ד"ר שיבא, תל-השומר.

65 מכתב ד"ר רף אל ד"ר מתן, 15.2.1953, ארכיון ד"ר שיבא, תל-השומר.

66 כהן, י, "הגזזת בשנים האחרונות", *בריאות הציבור*, 5-6 (מאי-יוני 1958), עמ' 22-23; וכן דוח כהן, מסמכי משרד הבריאות, ארכיון ד"ר שיבא, תל-השומר.

67 שם.

המשבר עם קופת החולים ושאלת הלאמת מערכת הבריאות

בפברואר 1950 סיימה ועדת קנב את עבודתה. היא הגישה לגב' גולדה מאיר, שרת העבודה דוח ראשון בשאלת הביטוח הסוציאלי במדינת ישראל. בין המלצות הדוח הוצע לבחון את האפשרות להלאים את מערכת הבריאות ולהעבירה לידי המדינה, ובתוך כך יחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי חובה. פרסום הדוח עוכב על פי בקשת משרד האוצר כדי למנוע לחצים על תקציב המדינה, אך תוכן הדוח דלף לעיתונות ועורר תגובות סוערות. דוח הותר לפרסום רק לאחר שלושה חודשים, "תוך הערה שאינו משקף מדיניות רשמית". הוא פתח באופן רשמי את הוויכוח על עתידם של שירותי הבריאות במדינת ישראל, על מעמדה של קופת החולים במדינה ובעיקר על שאלת חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי חובה כחלק מהחקיקה הסוציאלית הכוללת של מדינת ישראל.

ד"ר שיבא היה תומך נלהב של ביטוח בריאות ממלכתי באמצעות שירותי בריאות מולאמים. הוא נתן ביטוי לדעתו זו בעת שהעיד בפני ועדת קנב, וכך הוא טען לפני הוועדה:

ישנו רק פתרון אחד לבעיות הרפואיות בכל ארץ ישראל – ובישראל במיוחד – והוא הלאמת הרפואה.

עוד לפני שהחל לכהן כמנכ"ל המשרד, הציג ד"ר שיבא לפני בן-גוריון תכנית משלו לביטוח בריאות ממלכתי. היא הייתה שונה באופן מהותי מתכנית קנב, ולמעשה התבססה על השיטה הבריטית. הנושאים העיקריים בתכנית היו: 1. הקמת רשות בריאות ממלכתית; 2. חלוקת הארץ לאזורים; 3. הקמת מערך שירותי רפואה אמבולטוריים (מרפאתיים) מסונפים לבתי החולים; 4. תשלום בעבור שירותים ראשוניים; 5. אפשרות לביטוח בריאות נוסף של האזרחים באמצעות האיגודים המקצועיים, מפלגות או קופות חולים, לכיסוי השירות הרפואי הראשוני. בנוסף, יסופקו חינם לאזרחים שירותי אשפוז וטיפוליים יקרים על חשבון הממשלה.

לפי תכנית ד"ר שיבא, קופת החולים תוכל להמשיך להתקיים, אבל כגוף מולאם הפועל בחסות הממשלה. באותו אופן קיווה ד"ר שיבא לשבץ גם את השירות הרפואי הצבאי כענף בשירות הלאומי לכשיקום. תכנית ד"ר שיבא לביטוח בריאות ממלכתי ורעיון הקמת שירות הבריאות הלאומי היוו איפוא איום ממשי על קיומה העצמאי של קופת החולים הכללית ועל ההסתדרות – ארגון הבית שלה.

הגשמת התכנית לביטוח בריאות חובה והקמת שירות בריאות לאומי היו בעיני ד"ר שיבא צעד חיוני על מנת להפוך את משרד הבריאות למשרד מרכזי

בעל כוח משלו, עצמאי בעבודתו, שיש לו שירותים ומפעלים משלו ושאינו תלוי בגורמי בריאות אחרים, בעיקר לא בקופת החולים. כתוצאה מכך, מצא ד"ר שיבא את עצמו נלחם בקופת החולים ובהנהגת ההסתדרות; נלחם בסקטור הבריאות הפרטי בארץ, שחשש אף הוא מהלאמה; מתנגש עם ההסתדרות הרפואית שהתנגדה נמרצות לתכנית; והתנגש גם עם אנשי חיל הרפואה שהוא היה ממייסדיו. ניסיונות ההסתדרות וקופת החולים להגיע עמו להסכמה באשר לדרך ההגשמה של ביטוח הבריאות במדינה נדחו על ידו.

ראשי ההסתדרות והקופה ביקש מד"ר שיבא למתן את פעילותו בנושא ולחכות לתקופה מתאימה יותר, עד לאחר חקיקת חוק חינוך חובה שעמד על הפרק מזה זמן ואיים על שלמות הקואליציה, או להמתין לסיום תקופת הצנע. גם הצעות אלה נדחו על ידי ד"ר שיבא על הסף. לד"ר שיבא לא הייתה סבלנות להמתין.

לא רק ראש הממשלה אלא גם אנשי הוועד הפועל פנחס לבון ומרדכי נמיר אמרו לי: תהיה לך סבלנות – תוך שנתיים נגיע; קודם נגמור את החינוך ואחר כך נלך גם לבריאות ונעשה שירות ממלכתי ... אבל לא הייתה שלמות בלב, אפילו אצל בן-גוריון, ששירות בריאות ממלכתי הוא דבר חיוני כפי שאני ראיתי אותו.⁶⁸

ב-14 בפברואר 1951 התפטר שוב דוד בן-גוריון מראשות ממשלת ישראל, והכנסת פוזרה. סיבת המשבר הייתה התנגדות המפלגות הדתיות לכינון תת-זרם דתי במסגרת זרם העובדים ופעילות הממשלה לקראת חקיקת חוק חינוך ממלכתי חובה. ממשלת ישראל והכנסת נכנסו לתקופת מעבר לקראת הבחירות לכנסת השנייה ביולי של אותה שנה. מחד, ששת חודשי תקופת המעבר נתנו לממשלה חופש פעולה רחב יחסית בדיוניה, מאחר שהיא הייתה משוחררת בתקופה זו מהיענות ללחצים פוליטיים כאלה ואחרים. מאידך, הושפעו פעולות הממשלה במידה רבה מהבחירות הקרובות לכנסת השנייה. על רקע זה ניתן להבין את החלטתה פה אחד של הממשלה במרץ 1951 לצאת בהודעה פומבית על כוונתה לחוקק בהקדם את חוק הביטוח הסוציאלי, כולל ביטוח בריאות על בסיס תכנית קנב. הצעת ד"ר שיבא לביטוח בריאות חובה יחד עם הקמת שירות בריאות לאומי על פי המודל הבריטי כלל לא נדונה.

זמן קצר לאחר הודעתה, מינתה ממשלת ישראל ועדה בראשות המשפטן צבי ברנזון (מנכ"ל משרד העבודה) במטרה להביא לממשלה הצעת חוק בנושא זה

68 בונדי, ר., שיבא – רופא לכל אדם, תל-אביב: זמורה ביתן 1981, עמ' 145-146.

עוד לפני הבחירות ביולי של אותה שנה. יזמתה המחודשת של ממשלת ישראל עוררה את ההסתדרות הרפואית לפעולה. חששה של הר"י היה כי חוק ביטוח בריאות חובה יפגע קשות בעצמאותם של הרופאים, יצמצם לחלוטין את זכות הבחירה של החולים ברופאיהם ויפגע בכוחה הייצוגי של הר"י. על מנת לעצור את יזמת החקיקה, פנתה הר"י אל פנחס רוזן (שר המשפטים, חבר המפלגה הפרוגרסיבית) כדי שיפעל לעיכובה. רוזן נענה במידה רבה של התלהבות לפניות ההסתדרות הרפואית ונחלץ מיד לפעולה.

המפלגה הפרוגרסיבית ראתה את עצמה במידה רבה נציגת המעמד הבינוני, ולכן תמכה בשמירת החופש המקצועי של הרופאים כחלק ממשנתה החברתית. אך טבעי היה מצד ההסתדרות הרפואית לפנות אל חבר ממשלה פרוגרסיבי כדי שיפעל למענם. הפרוגרסיבים כמו הרופאים לא התנגדו עקרונית לחקיקת חוק ביטוח בריאות חובה, אלא התנגדו לדרך יישומו.

המפלגה הפרוגרסיבית מחייבת ביטוח סוציאלי ממלכתי לכל אזרח ... צעד ראשון להגשמת תכנית זו חייב להיות איחוד קופות החולים שברשות הארגונים הציבוריים השונים למוסד ממלכתי שיבטיח את בריאותו של כל אזרח ביישוב.⁶⁹

באופן עקרוני, הצעתם דמתה במידה רבה להצעתו של ד"ר שיבא לביטוח בריאות באמצעות שירות בריאות ממלכתי. באשר לתכנית עצמה נאמר כי היא תבטיח אי תלות לרופאים ומתן זכות בחירה של הרופאים על ידי החולים.⁷⁰

בהכנות לקראת הקמת הקואליציה התחייבה המפלגה כי "בתוך הביטוח הסוציאלי יובטח מעמדם של הרופאים הפרטיים".⁷¹ לפנחס רוזן היה איפוא כל הגיבוי המפלגתי להתערב בעבודת הוועדה, שמינתה הממשלה לגיבוש הצעת החקיקה. בחודשים מרץ-יוני 1951 פעל פנחס רוזן נמרצות במגמה למנוע את היזמה להקמת מערכת בריאות ממלכתית, כשהוא מחוזק על ידי ההסתדרות הרפואית. ביוני 1951 דנה ממשלת ישראל לראשונה בהצעת החוק לביטוח סוציאלי, כולל ביטוח בריאות חובה. למרות הרושם הראשוני כי ההצעה תאושר כמות שהיא על ידי הממשלה ויישומה יוחל לאלתר, נתקלה ההצעה בעת הדיון בממשלה בהתנגדויות מחוץ ומבית. רובן התמקדו בחלק שעסק בביטוח בריאות חובה.

69 דורון, א., *ביטוח בריאות ועמדת הרופאים – המאבקים של שנות החמישים הראשונות*, תל-אביב, עמ' 263.

70 שם.

71 שם.

תומכת יחידה בהצעה כמות שהיא הייתה שרת העבודה גולדה מאיר, שראתה בכיטול סעיף ביטוח הבריאות פגיעה במהות החוק.

לדעת אברהם דורון,⁷² המהלך המכריע להוצאת חוק ביטוח בריאות חובה מהצעת החקיקה לביטוח סוציאלי נעשה על ידי פנחס רוזן שר המשפטים. אף שקודם לכן הסתייגויותיו להצעת החוק לא התקבלו, הרי שבעת הדיון בממשלה ולאור ריבוי ההתנגדויות מבית ומחוץ, קיבלה עמדתו של רוזן משקל מכריע. רוזן היה עקבי בדעתו, שהצעת החוק הנדונה בממשלה תפגע בעיקר בציבור הרופאים. הוא הציע כפשרה לתמוך בחקיקה בתנאי שסעיף ביטוח הבריאות יוצא ממנה. לדבריו, נוסח החוק המוצע להשאיר את מתן שירותי הבריאות בידי קופות החולים, יפגע קשות בציבור הרופאים ויוביל לאבטלה בקרבם. רק מתן שירותי בריאות באמצעות מוסד ממלכתי לביטוח סוציאלי, או, כפי שהציע ד"ר שיבא, באמצעות שירות בריאות לאומי בנוסח הבריטי, היו מוכנים להתקבל על דעתו. כמובן, תומכי ההסתדרות וקופת החולים מקרב שרי מפא"י לא יכלו לקבל את ההצעה הזו, משום שפירושה היה הלאמת קופת החולים.

ב־13 במאי אישרה ממשלת ישראל ברוב של חמישה (שניים התנגדו) את הצעת החוק לביטוח סוציאלי ללא ביטוח בריאות חובה. ניסיון אחרון של גולדה מאיר לבטל את החלטת הממשלה בנימוק פרוצדורלי נכשל על הסף.

ב־19 ביוני הגישה ממשלת ישראל לכנסת את הצעת החוק לביטוח סוציאלי ללא ביטוח בריאות חובה. בדברי ההסבר שנמסרו לחברי הכנסת על השמטת ביטוח הבריאות מהחוק צוינו סיבות כלכליות ומנהליות, אך ללא פירוט נוסף. ד"ר שיבא ניסה עד הרגע האחרון להשפיע על בן־גוריון, אך לשוא.⁷³ המשבר הפוליטי ב־1951 העלה מחדש על סדר היום הציבורי את נושא ביטוח הבריאות והביטוח הסוציאלי, ומאוחר יותר הוביל להחלת חוק הביטוח הלאומי ב־1954.

ביולי 1951 נערכו הבחירות לכנסת השנייה. בן־גוריון בראשות מפא"י זכה ברוב קטן והקים ממשלת קואליציה חדשה ללא הפרוגרסיבים. את מקומו של פנחס רוזן במשרד המשפטים ירש דב יוסף, חבר מפא"י ששימש בו־זמנית שר המסחר והתעשייה. לשר הבריאות התמנה הד"ר יוסף בורג, חבר תנועת המזרחי שלא היה לו כל קשר לנושא הבריאות ואשר היה נציג הדתיים הלאומיים (המפד"ל) בממשלה.

ד"ר שיבא לא רצה לוותר על רעיון הרה־אירגון מערכת הבריאות ולשינוי המצב שבו קופות החולים (בעיקר קופת החולים הכללית) שולטות במערך

72 שם, עמ' 266-267.

73 יומן בן־גוריון, 25.6.1951, ארכיון בן־גוריון, המכון למורשת בן־גוריון, שדה־בוקר.

השירותים. לדבריו, דבר זה מנע ניהול מאורגן ומרוכז של משרד הבריאות. הוא הציע הצעה חלופית – הקמת מנגנון מאוחד לקופת החולים ולמשרד הבריאות. לדיוני הוועד הפועל של ההסתדרות בסוגיית קופת החולים הכללית וחלקה בטיפול בעולים החדשים הוזמן ד"ר שיבא מתוקף תפקידו. הוא הציע כי

יש כפילות אדמיניסטרטיבית שהיא בהחלט מיותרת ... כסף זה שמוצא עתה להחזקת מנגנונה האדמיניסטרטיבי של קופ"ח מזה ושל משרד הבריאות מזה, אפשר לנצל לשיפור העזרה הרפואית. אם יוקם מנגנון מיוחד אין צורך שבמחוז אחד ישמשו בתפקידים אדמיניסטרטיביים גם רופא מטעם קופ"ח וגם מטעם משרד הבריאות הממשלתי, ואולם כל עוד קיים במדינה סקטור בלתי מבוטח שבהכרח המדינה תחזיק למענו את המנגנון האדמיניסטרטיבי המקביל ... דעתי היא שיש למזג את שירותי הבריאות הציבוריים.⁷⁴

הצעתו של ד"ר שיבא זכתה אמנם לכותרות בעיתונים, אך כלל לא נדונה על ידי קופת החולים והנהגת ההסתדרות. הללו שמחו על כישלון ההצעה לחוק ביטוח בריאות חובה, ואף בירכו על כך שעצמאותה של הקופה נשמרה. מערכת היחסים של משרד הבריאות עם קופת החולים הכללית המשיכה להיות בעייתית. באמצע 1951, במקביל לדיונים על מערכת בריאות ממלכתית במצב של משבר ממשלתי (התפטרות בן-גוריון וההכנות לבחירות ביולי 1951), התעוררה מחדש שאלת שכרם הנמוך של רופאי המשרד ביחס לשכרם של רופאי קופת החולים הכללית. סוגיה זו עלתה כבר בעת כהונתו של ד"ר מאיר, אך שבה ועלתה על שולחן הדיונים, משום שקודם לכן היא נפתרה באופן זמני. שאלה זו הפריעה לתפקוד סדיר של המערכת והשפיעה על מערכת היחסים, שהייתה ממילא קשה בין קופת החולים למשרד הבריאות.

על בעיית השכר נוספה שאלת אֶשפוזם של האזרחים, עלות יום אֶשפוז, תקציב משרד הבריאות, קשיי העלייה המתגברים, השלמת המהלך להעברת בתי החולים הצבאיים לידי משרד הבריאות והפיכתם למוסדות ממשלתיים, שאלת מעמדו המיוחד של בית החולים מספר 5 (תל-השומר), וההחלטה של המשרד לצמצם את השירות הרפואי לעולה ולהעביר את השירותים המיוחדים לעולים (שחפת, פסיכיאטריה, נכות) למוסדות המלב"ן, שנוהלו ומומנו על ידי הג'וינט בתיאום עם משרד הבריאות. במקביל, העמיקה קופת החולים את הקשר בינה לבין מוסדות הסוכנות למתן שירותים מיוחדים לעולים. ד"ר שיבא ביקש להקטין

74 מכון לבון, ארכיון תנועת העבודה, תיקי קופת חולים, IV243-1-8. ראו גם 27, "ד"ר שיבא מציע מנגנון מאוחד לקופ"ח ולמשרד הבריאות", 18.11.1951, עמ' 3.

את מעורבות המשרד במתן שירותים ופעל להעברתם למוסדות עצמאיים. הוא לא ראה בעין יפה את הרחבת הקשר, שבין קופת החולים לסוכנות היהודית, שיכול היה לעכב את השלמתה של מדיניות זו.

שאלת האשפוז התחלקה לשניים: א. הוספת מיטות בבתי החולים והקמת (או הרחבת) בתי חולים בפריפריה (בעיקר בגליל) כדי לענות על מצוקת האשפוז; ב. עלות יום אשפוז. היא נקבעה על ידי משרד הבריאות וללא תיאום עם קופת החולים הכללית, שהפעילה בתי חולים משלה. הקופה הרגישה כי משרד הבריאות מנצל את שירות האשפוז שלה ללא תשלום הולם.

ד"ר שיבא רצה לפתור לאלתר את מצוקת המחסור במיטות, כפי שביקש לעשות בשאלת המחסור ברופאים. הוא הציע לפתוח בתי חולים בגליל בצריפים ובמבנים ארעיים, עד שיימצא התקציב להקמת מבני קבע, כפי שנעשה עם בתי החולים הצבאיים.

הקמת בתי חולים ממשלתיים בנוסח בתי החולים הצבאיים במבנים ארעיים ואזרוחם של בתי החולים הצבאיים, העלו חששות אצל חברי הנהלת קופת החולים. בדרך זו הקופה תחויב לאשפוז את מבוטחיה בגליל ובאזורי ספר אחרים בבתי החולים הממשלתיים, כשעלות יום אשפוז תיקבע על ידי משרד הבריאות, מבלי שתינתן לה אפשרות להרחיב את מערך האשפוז העצמאי שלה.⁷⁵ הקופה חששה אף מקביעת אזורי אשפוז מחייבים שיגבילו את פעילותה.⁷⁶ ד"ר שיבא עשה זאת בעיקר כדי לפתור את מצוקת האשפוז, אך הקופה התנגדה כי חששה לעצמאותה ולתקציבה.

במאי 1951 הקים משרד הבריאות ועדה לבדיקת סוגיית האשפוז. בהגדרת המטרות של הוועדה נקבע כי היא נועדה

ליצור גוף של בעלי מקצוע אשר מלאכתם בתכנון וניהול בתי חולים ידועה ואשר מוכנים לראות את יתרונות וליקויים ללא כל קשר עם הבעלים של המוסד אשר אותו משרתים או מבקרים.⁷⁷

75 ד"ר שיבא אל שר הבריאות שפירא, מסירת בתי חולים לגופים אחרים, 20.3.1951, ארכיון ד"ר שיבא, תל-השומר.

76 הודעת ד"ר מ. יהל, מנהל אגף משרד הבריאות, בנושא גביית תשלום עבור ימי אשפוז, 23.11.1951, ארכיון תנועת העבודה, מכון לבון, IV243-3-140; מכתב שר הבריאות ד"ר יוסף בורג אל מרכז קופת חולים בנושא תעריף ימי מחלה בבתי חולים ממשלתיים, 27.11.1951, ארכיון העבודה, מכון לבון, IV243-3-139.

77 ד"ר שיבא אל משה סרוקה (קופת חולים), 20.5.1951, 23.5.1951, 30.5.1951, ומכתב ד"ר שיבא אל ד"ר קורן, מרכז קופת חולים, 2.8.1951, ארכיון תנועת העבודה, מכון לבון, IV208-1-6639.

בין חברי הוועדה לא מונה אף נציג מטעם קופת החולים. בתשובה להתנגדות קופת החולים להקמת ועדה ללא השתתפותה, אמר ד"ר שיבא כי דיוני הוועדה והחלטותיה יהיו ענייניים וכי אינו צופה שהעדר נציג הקופה יפגע באיכות עבודתה.

מעיון בהתכתבויות בין ראשי הקופה לד"ר שיבא עולה, כי ד"ר שיבא רצה להיות מנכ"ל, הקובע והאחראי למערכת הבריאות במדינה כולה, גם באשר למוסדות קופת החולים הכללית; ואילו הקופה רצתה לשמור על עצמאות החלטותיה ופעולתה, כפי שנהגה עד כה. באותה רוח דרש ד"ר שיבא מהקופה להעביר לעיונו את ההסכם שחתמה עם מוסדות המלב"ן על אשפוזם של קשישים-עולים במוסדותיה. הוא ציין כי מגמת משרד הבריאות היא לצמצם את השירות הרפואי הנפרד לעולים ושילובו במערך הרפואי האזרחי הכולל של המדינה.

מאותן סיבות של רצונו לבצע רה"ארגון של מבנה משרד הבריאות, פנה ד"ר שיבא לראש הממשלה וביקש את הסכמתו ואישורו להחלטה להעביר את כל התפקידים הרפואיים של הסוכנות אל משרד הבריאות.⁷⁸ לדברי ד"ר שיבא, המהלך יוביל לחיסכון ניכר בהוצאות הבריאות של הממשלה. בן-גוריון ראה בחיוב את היזמה, ולכן ביקש מנחמיה ארגוב שלישו לכנס את המוסד לתיאום, שטיפל בקשר שבין הממשלה לסוכנות היהודית, לדיון ולאישור הנושא.

ניסיונותיו של ד"ר שיבא לרכז את סוגיית האשפוז תחת סמכותו של משרד הבריאות יחד עם המהלכים להשלמת אזורי-השירות של בתי החולים הצבאיים שעברו אף הם לאחרי משרד, הובילו את אליעזר פרי, מנהלה של הקופה, לפרסם מכתב מטעמו בעיתון זכר שכותרתו "זעקת הגליל". המאמר עסק בתכניות משרד הבריאות להקים מוסדות אשפוז בגליל ומניעה מהקופה להגדיל את כמות המיטות בבתי החולים שלה.

בתגובה, כתב ד"ר שיבא מכתב ארוך למערכת זכר שכותרתו "תפסו את הגנב", וביקש כי יפרסמו זאת כתשובה לפרי. ד"ר שיבא כעס בעיקר משום שפרי ציין שמשרד הבריאות בראשותו נכשל במציאת פתרון הולם למצוקת האשפוז וכי "יש כאן הזנחה וחוסר מעשה". עיקר ההתקפה של פרי כוון לתכנית משרד הבריאות לפתוח בקיבוץ כפר גלעדי בית יולדות בצריף חולים, שהוקם שם עוד ב-1948 והוחזק על ידי הצבא. אלא שמשרד הבריאות כשל, ובית היולדות לא נפתח. עוד ציין ד"ר שיבא בתשובתו כי בית היולדות לא נפתח מסיבות אוביקטיביות, כולל סירובו של הצבא, שהצריף היה בבעלותו, להעביר אותו לידי המשרד. בדין ודברים שהתפתח מעל דפי העיתון, העלו פרי וד"ר

78 ד"ר שיבא אל ראש הממשלה, 29.11.1951.

שיבא טיעונים שונים זה כנגד משרד הבריאות וזה כנגד הקופה. ד"ר שיבא סיים את מכתבו לעיתון בדברים אלה:

אין כאן אלא מעשה תרמית ... שעיר לעזאזל ושמו משרד הבריאות בעיקר בהרכבו הנוכחי ואז כל אמצעי כשר בכדי לדקור סכין בגבו כאשר משימות כבודות הרבה יותר מאשר תשובה להתקפתו של פרי עומדות לפניו.⁷⁹

בנוסף על הוויכוח הציבורי והגלוי, מאחורי הקלעים התפתח משבר נוסף בין הקופה לבין משרד הבריאות על הקצאת מטבע חוץ לרכישת תרופות וציוד רפואי. לטענת הקופה, הקיצוץ שהשית משרד הבריאות על הקופה בנושא מטבע חוץ, פגע ביכולתה להעניק לחבריה שירות רפואי וטיפול מיטבי. חילופי המכתבים בנושא זה בין ד"ר שיבא לנציגי ההסתדרות, לשר האוצר ולמחלקת הרוקחות של המשרד במילים חריפות, מעידים על חוסר האמון הבסיסי, ששרר בין הקופה להנהלת משרד הבריאות.

חילופי הדברים בין ד"ר שיבא לבין קופת החולים, אם בגלוי ואם במכתבים שונים, הביאו לכך שפנחס ספיר, אז מנכ"ל משרד הביטחון, ביקש את התערבותו המיידית של בן-גוריון להפסקת ההתנצחות מעל דפי העיתונות. לדעת ספיר, התנצחות זו הגדישה את הסאה, עד כי היא מחייבת את התערבותו של בן-גוריון. ניתן להניח כי עימותים אלה היו מחויבי המציאות לאור הקשיים התקציביים הרבים של ממשלת ישראל בכלל ושל משרד הבריאות בפרט, עם התגברותה של העלייה הגדולה באמצע 1951. משיכת "שמיכת התקציב הקצרה מדי" והרצון של משרד הבריאות וד"ר שיבא מחד, אל מול קופת החולים מאידך, לפעול על פי תפיסתו, הובילו בגין הנסיבות והקשיים לעמותים חריפים אלה. תקציב משרד הבריאות בשלהי 1951 עמד על 7 מיליוני ל"י, תקציב קופת החולים הכללית היה 14 מיליוני ל"י. לאור הפער התקציבי הבולט ציין בן-גוריון ביומנו כי "יש הכרח לתאם פעולות קופ"ח עם צרכי המדינה".⁸⁰ אין להתפלא אפוא על תסכולו של ד"ר שיבא.

באוגוסט 1951 הקים בן-גוריון את ממשלת ישראל השלישית. לשר הבריאות מונה הד"ר יוסף בורג. ד"ר שיבא לא מצא שפה משותפת עם שר הבריאות החדש, והרגיש כי אינו יכול להוביל לשינוי הרצוי מבחניתו במערכת, ולכן

79 ד"ר שיבא אל מערכת זכר, 19.8.1951, ארכיון ד"ר שיבא, תל-השומר.

80 יומן בן-גוריון, 13.11.1951, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

הגיש את התפטרותו. בעיתון מעריב צוינה התפטרותו של ד"ר שיבא מתפקידו כמנכ"ל במאמר שכותרתו הייתה "דנים בארגון המשרדים – מנהלים מתפטרים".⁸¹ מן הכתבה עולה שד"ר שיבא הגיש את התפטרותו עוד קודם לכן לשר שפירא, וכי הוא עמד על כך כי תתקבל על ידי השר החדש. גם בן-גוריון התייחס לכך ביומנו.

בורג רוצה ששיבא ישאר, אבל אינו יודע כיצד לעשות זאת, מבקש ממני להשפיע על שיבא.⁸²

אבל בן-גוריון ציין ביומנו בהמשך, כי ערך כבר בירור עם קופת החולים כדי לבדוק מי יוכל להחליף את ד"ר שיבא בתפקידו, אם הוא יתעקש ולא יחזור בו. הוא מזכיר ביומנו את הד"ר אבלס, מקופ"ח, את ד"ר דיוויס מהדסה, את הד"ר גזבין ממשרד הבריאות ואת הד"ר אביגדורי מההסתדרות הרפואית כמועמדים אפשריים לתפקיד.

לדברי שטרנברג, שהיה מקורב לד"ר שיבא, לד"ר שיבא לא הייתה שפה משותפת עם הד"ר בורג שהיה בן גילו.

מאחורי שיבא היה הניסיון הרפואי ושל הצבא הבריטי והשירות הרפואי ובורג לא הבין דבר וגם לא עשה שום מאמץ ... נכון בורג היה נבחר ושיבא היה רק פקיד, אבל שיבא אף פעם לא קיבל את ההבדל. בשבילו זה היה רק עניין של אדם ואדם ובורג דאג רק לדבר אחד – להכניס כמה שיותר אנשי הפועל המזרחי. בקצור משרד הבריאות לא היה בשביל שיבא, הוא רצה משהו שיוכל הלזדהות אתו הזדהות מוחלטת.

ד"ר שיבא נימק את התפטרותו במשבר השכר והתקנים של עובדי המשרד אל מול שכרם של עובדי קופת החולים, משבר שבא על פתרונו רק בספטמבר 1952. מעיון במסמכים עולה כי ברקע להתפטרותו עמדו כל המשברים שליוו אותו כבר בשנתו הראשונה כמנכ"ל, ובעיקר האכזבה מביטול הצעת חוק ביטוח בריאות חובה, ומאזלת ידה של הממשלה בכלל ושל בן-גוריון בפרט להביא לשינוי רדיקלי במערכת הבריאות, ובעיקר במעמדו של משרד הבריאות, שנשאר "שבוי" בידיה של קופת החולים הכללית.

ד"ר שיבא אמנם חזר בו מהתפטרותו בהשפעת בן-גוריון, אך האווירה הקשה במשרד הבריאות נותרה בעינה. בשלהי אותה שנה עמד המשרד שוב בפני משבר גיוס כוח האדם הרפואי. בן-גוריון דרש מבורג כי יפעל לחידוש

81 "שנים בארגון המשרדים – מנהלים מתפטרים", מעריב, 11.10.1951, עמ' 1.

82 יומן בן-גוריון, 13.11.1951, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

חובת הגיוס, ואף איים כי אם משרד הבריאות לא יעשה זאת, הוא יביא את הנושא להחלטת ממשלה. בנוסף, ביקש הצבא, שפעל במעברות באופן זמני, להחזיר את האחריות המלאה על שירותי הבריאות במעברות למשרד הבריאות. בקשת ד"ר שיבא בשם המשרד להשאיר את הצבא במחנות לתקופה נוספת לנוכח המציאות הקשה נדחתה. המציאות היומיומית הקשה של אלפי העולים ללא תנאי בריאות מינימליים טמנה בחובה סכנה. במשרד הבריאות חששו מאסון. לד"ר שיבא לא היה איפוא זמן "להתאבל" על כישלון יזמת החקיקה לביטוח בריאות חובה. משרד הבריאות נדרש עתה להירתם למאמץ האדיר של טיפול רפואי בעולים ללא גיבוי פוליטי וללא חקיקה תומכת, כשבמערך שירותי הבריאות שולטת קופת החולים הכללית ומתחרה בו.

ביומנו מציין בן-גוריון פעמים רבות את שיחותיו עם ד"ר שיבא, בעיקר על סוגיית תקציבי משרד הבריאות ועל הפעולות הנדרשות להבטחת בריאות הציבור.

הבעיה לא אשפוז, לא מניעת המחלה, נחוצות תחנות לאמהות כמו בת"א. בארץ יש 300 תחנות מהן 165 של קופ"ח השאר משרד הבריאות (מעורב גם הדסה) בתחנות של קופ"ח המדינה נותנת 50%. הבעיה היא לא ריפוי – אלא מניעה ולא אשפוז עיקר אלא תחנה. יש צורך בשיפור התחנות וריבויין.

כך השיב בן-גוריון לד"ר שיבא שבא אליו לדיון בעניין גיוס הרופאים מבתי החולים.⁸³ בן-גוריון היה מודע היטב למתח שבין משרד הבריאות וד"ר שיבא לבין קופת החולים. בפועל, נשאה הקופה בעיקר הנטל של מתן שירותי הבריאות לעולים. עם זאת, היא נהנתה מתמיכה תקציבית רחבה יותר ממקורותיה וממקורות ההסתדרות, כולל מגביות שערכה ההסתדרות בחו"ל, שחלקן הופנה לטובת הקופה. נושא זה עלה לא אחת בשיחותיו עם ד"ר שיבא.

גם לא נכונה החלוקה בין קופ"ח והמדינה, תקציב קופ"ח 21 מליון, תקציב המדינה 8 מליון [הכוונה למשרד הבריאות] (מזה נותנים לקופ"ח 11/2). בקופ"ח נותנים יותר לנצרך במדינה פחות.⁸⁴

בן-גוריון ציין ביומנו כי בפגישה עמו אמר ד"ר שיבא:

83 יומן בן-גוריון 17.8.1952, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

84 לעיל.

כרגע יש 4 רשויות לבריאות במדינה: המדינה, מלב"ן, קופ"ח, רשויות (מחוץ להדסה). היישוב מוציא כ-70 מליון על בריאות, 14% מהכנסתו הלאומית, פי שנים מאשר באנגליה. הריבוי מביא לידי בזבוז. קופ"ח נותן שירותי די לוכס לחלק מחבריה; עיקר הכנסתה לא מחברים אלא מהמדינה, מהמגבית וממעבידים. משפחות חיילים מבוטחים אצלי ע"י המדינה. זה עולה ביותר, אין להפריד רפואה מונעת מריפוי.⁸⁵

בן-גוריון אף ציין כי מחירי האשפוז שונים בין ארבעת הגופים.

בצבא מיטה עולה 8.5 ל"י ליום, הוא הדין במשרד הבריאות, בהדסה 12 ל"י, קופ"ח 10-14 ל"י ליום.⁸⁶

מאידיך, סירב בן-גוריון להתערב לטובת ד"ר שיבא בנושא הטלת מרות משרד הבריאות על קופת החולים, אפשר מסיבות פוליטיות או אולי משום שהיו לו נושאים חשובים יותר על הפרק, שלהם הקדיש את עיקר זמנו. אפשר שבן-גוריון העריך כי זמנו של ד"ר שיבא במשרד קצוב, וכי להערכתו ד"ר שיבא יחזור ויבקש לפרוש מתפקידו, אף ששוכנע זמנית להמשיך בו, וזאת משום שלא מצא בו סיפוק אישי ומקצועי, בנוסף על הקשיים האוביקטיביים של ניהול המשרד ושל העדר התקשורת בינו לבין שר הבריאות ד"ר בורג.

ב-23 בספטמבר 1952 עזבו חברי מפלגת אגודת ישראל ופועלי אגודת ישראל את הקואליציה בגלל התנגדותם לגיוס נשים לצה"ל, והותירו את הקואליציה עם 60 חברי כנסת בלבד. משבר נוסף בנושא החינוך הדתי גרם לבן-גוריון לפרק את הממשלה. ב-19 בדצמבר 1952 התפטר בן גוריון. ממשלת ישראל השלישית חדלה לתפקד, ובן-גוריון נדרש להרכיב ממשלה חדשה.

במקומם של החרדים נכנסו לממשלה הציונים הכלליים והמפלגה הפרוגרסיבית. לראשונה נהנתה הקואליציה מרוב של 87 חברי כנסת. בהסכם הקואליציוני נקבע כי יוסף ספיר, חבר כנסת מטעם הציונים הכלליים ולשעבר ראש עיריית פתח תקווה, יתמנה לשר הבריאות במקום הד"ר בורג, ואילו יוסף סרלין (בן מפלגתו) יתמנה לשר התחבורה. בעת השבעת הממשלה ב-24 בדצמבר יוסף ספיר לא היה בארץ, וסרלין הושבע כשר התחבורה. שבוע לאחר מכן, עם שובו של ספיר מארצות הברית, הוחלט מסיבות לא ברורות כי ספיר יקבל את תיק

85 יומן בן-גוריון, 27.12.1952 ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

86 יומן בן-גוריון, 23.2.1953, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

התחבורה.⁸⁷ השר יוסף סרלין שנשבע אמונים שבוע קודם התפטר מתפקידו כשר התחבורה והתמנה לשר הבריאות.⁸⁸

האידיאולוגיה הליברלית של הציונים הכלליים שייצג סרלין, קראה לצמצום כוחה של ההסתדרות הכללית, והפועל היוצא מכך צמצום כוחה של קופת החולים. אידיאולוגיה זו יכלה לסייע למימוש רעיונותיו של ד"ר שיבא, ועם זאת הוא לא התלהב מהמינוי הזה.

היה זה שר הבריאות השלישי שהתמנה לתפקיד במהלך שתי שנות כהונתו של ד"ר שיבא. חילופי השרים במשרד הבריאות (שר מדי שנה) והמשברים התכופים בקואליציה לימדו את ד"ר שיבא שלא לצפות לדבר. בפועל, עוד בטרם החל לעבוד עם שר הבריאות החדש, נדרש ד"ר שיבא להתמודד עם מעמדו ועם המשך קיומו של בית החולים מספר 5 (תל-השומר). נושא זה היה קרוב ללב, ודרש את כל תשומת לבו של ד"ר שיבא. בשל כך החליט ד"ר שיבא כי אינו רוצה להמשיך בתפקידו כמנכ"ל, אלא רצה להקדיש את זמנו למיסוד מעמדו של בית החולים תל-השומר ולקבל את ניהולו, אם כבית חולים צבאי ואם כבית חולים אזרחי-ממשלתי.

בדצמבר 1952 הודיע ד"ר שיבא לבן-גוריון על כוונותיו.

בא אצלי ד"ר שיבא. רוצה לעזוב משרד הבריאות ולשוב לצבא – לנהל בית החולים בתל-השומר ולעבוד כרופא ... אמרתי לו שישקול עוד פעם: עכשיו אמנם יהיה יותר קשה למזג קופ"ח עם המדינה אבל לאחרי הבחירות להסתדרות יתכן הדבר, ויש להכשיר הלבבות, אם הוא ילך יכבד הדבר. גם יתכן ביתר קלות לשתף פעולה בין המדינה בין המלבן ובין הרשיות והצבא כשהוא יעמוד בראש שירות המדינה. הבטיחני לשקול ולתת לי מסקנתו בעוד ימים אחדים.⁸⁹

ד"ר שיבא עמד על דעתו להתפטר. בית החולים תל-השומר היה קרוב ללבבו יותר מאשר האתגר שהציב לו בן-גוריון, והוא החליט להתפטר סופית, לחזור לצבא ובמסגרתו לנהל את בית החולים תל-השומר. במקביל, החל ד"ר שיבא

87 הטיעון הלא פורמלי שרווח לנוכח חילופי התפקידים היה כי תפקיד שר הבריאות היה פחות ערך מבחינה פוליטית מזה של שר התחבורה, ולפיכך ספיר הבכיר מבין השניים דרש לקבלו.

88 27, 30.12.1952, ביוני 1953 הקואליציה הורחבה בשני שרים נוספים מסיעת הציונים הכלליים, ראו 27 4.6.1953.

89 יומן בן-גוריון, 28.12.1952, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

ללחוץ על בן-גוריון כי בית החולים תל-השומר יאוזרח ויימסר לניהולו בחסות משרד הבריאות.

בינואר 1953 נפגש ד"ר שיבא שוב עם בן-גוריון. חששו היה כי בית החולים תל-השומר יפול בין הכסאות (בין הצבא למשרד הבריאות), ובית החולים ייפגע. בישיבה עם בן-גוריון השתתף גם ד"ר עצמון, קצין רפואה ראשי, אשר הוביל את המהלך לאזרוח בתי החולים הצבאיים. בישיבה נדונה שאלת "מיזוג הרפואה הצבאית עם האזרחית". בן-גוריון התלבט, אך ד"ר שיבא לחץ ודרש להגיע להחלטה על אזרוח בית החולים תל-השומר, על מסירתו למשרד הבריאות במקביל להתפטרותו של ד"ר שיבא ועל קבלת ניהול בית החולים לידי⁹⁰.
אבן הנגף בקבלת ההחלטה היה עצמון, שחשש כי העברת בית החולים תל-השומר למשרד הבריאות תפגע בהכשרתם של הרופאים בצבא ובהקצאת מספר מיטות אשפוז מתאים לצבא. ועל כך כתב בן-גוריון ביומנו:

עצמון חושש כי בהימסר ביה"ח למשרד הבריאות לא יוכלו הרופאים הצבאיים להתקדם, תרד הרמה הרפואית הצבאית ויש הבדל בין רפואה אזרחית וצבאית ... עצמון סבור שמרד הבריאות צריך לעסוק רק ברפואה מונעת ולאשפוז חולי רוח, שחפת מחלות מדבקות, מחלות ילדים ומקרים קשים.⁹¹

בסופו של דבר, ההכרעה נפלה. ב-19 לאפריל 1953 העביר בן-גוריון את החלטתו בדבר אזרוחו של בית החולים תל-השומר לידיעתם של הרמטכ"ל ושל שר הבריאות.⁹² כן סוכם כי ד"ר שיבא יפרוש מתפקידו כמנכ"ל המשרד, ויחל לנהל את בית החולים תל-השומר כבית חולים אזרחי. לצבא הובטח שימשיך לקבל שירותי אשפוז בבית החולים, ואף יוכל להמשיך להכשיר כוח אדם רפואי בהתאם לצרכיו.

במרץ 1953, אחרי 28 חודשי שירות כמנכ"ל משרד הבריאות, פרש ד"ר שיבא מתפקידו. במקומו מונה ד"ר בטש. במכתבי הפרידה שהחליף עם עמיתים במוסדות הבריאות השונים, ציין ד"ר שיבא כי אכזבתו מתפקידו כמנכ"ל הייתה משום שלא הצליח לאחד את שירותי הבריאות במדינה למערכת אחת, ואת מאמציו להשיג מטרה זו ראה "כמתנפצים אל סלע המציאות המתנגדת".⁹³

90 יומן בן-גוריון, 19.2.1953, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

91 יומן בן-גוריון, 23.2.1953, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

92 דניאל, נ., לבן על חאקי, תולדות חיל הרפואה 1949-1967, תל-אביב: משרד הביטחון, עמ' 77, 2000.

93 מכתב פרידה של ד"ר שיבא אל ד"ר קלמן מן מנכ"ל הדסה, 12.3.1953, גנזך המדינה, ג-4238/9.

במרץ 1953 החל ד"ר בטש לכהן כמנכ"ל משרד הבריאות לאחר חפיפה בת כחודש ימים עם ד"ר שיבא.

בתוך ארבע שנים נדרש אפוא משרד הבריאות על אגפיו, מוסדותיו והסגל הרפואי והמנהלי שלו, להתמודד עם דרכי ניהולם של שני מנכ"לים כריזמטיים, חניכי התרבות הרפואית המרכז אירופאית, אך השונים מהותית באידיאולוגיה הבריאותית-אירגונית שלהם. שניהם ביקשו להשפיע באמצעות תפקידם על עיצובה של מערכת הבריאות הציבורית במדינה, תוך שהם מתמודדים במקביל עם מצוקת שירותי הבריאות של המדינה בימי העלייה הגדולה. סוגיית הבריאות בעלייה הגדולה שימשה הן אצל ד"ר מאיר והן אצל ד"ר שיבא מכשיר מרכזי, שבאמצעותו קיוו להוביל (לפי תפיסתם) לשינוי המבני במערכת הבריאות הציבורית. עניין ששניהם נכשלו בו מסיבות שונות.

ד"ר בטש לא ייצג אידיאולוגיה רפואית-ניהולית מסוימת והיה ללא קשרים ממסדיים מחייבים, לכן מינויו למנכ"ל המשרד נתן למשרד הבריאות הזדמנות והבטחה לתקופה של שקט יחסי, של התמקדות בהשלמת בנייתו של המשרד ושל מיסוד מעמדו במערכת הבריאות כולה. הבטחה שמימושה יהיה תלוי בעיקר בכוחו ובאישיותו של המנכ"ל הנכנס.

ג. ד"ר שמעון בטש⁹⁴

במרץ 1953 החל ד"ר שמעון בטש לכהן כמנכ"ל משרד הבריאות במקומו של הד"ר שיבא. כאמור, הוא פתח תקופה חדשה בתולדות המשרד. בשונה משני קודמיו בתפקיד, ד"ר מאיר וד"ר שיבא, היה ד"ר בטש אנונימי יחסית ורחוק ממוקדי הפעולה של מערכת הבריאות הציבורית. הוא לא היה שייך לשום קבוצה או מחנה, לא פוליטי ולא בריאותי.

ד"ר בטש נולד בירושלים ב-1906 למשפחה ירושלמית ותיקה. בתחילת מלחמת העולם הראשונה היגרה משפחתו לארגנטינה ושבה ארצה ב-1926. הוא למד רפואה באוניברסיטה האמריקאית בביירות והתמחה באנגליה ובארצות הברית בבריאות הציבור, במיוחד התמחה במחלת השחפת. את ניסיונו הרפואי-מנהלי רכש ד"ר בטש בעת שירותו במחלקת הבריאות של ממשלת המנדט הבריטי, תחילה קצין בריאות בחברת הנפט העירקית בירדן (אז עבר הירדן) ולאחר מכן עבד בבתי חולים שונים בארץ. בשנים 1943-1953 היה מנהל בית החולים ירקון בצפון תל-אביב, שהוקם כבית חולים חירום ב-1940, בראשית מלחמת העולם השנייה.

94 שמו נכתב לעתים גם ברשומות ממשלתיות וגם בעיתונות כבטיש.

היה זה ד"ר שיבא שהמליץ בחום על ד"ר בטש כעל אחד המועמדים להחליפו במשרד הבריאות. במידה רבה התקבלה ההמלצה, משום שד"ר בטש נחשב כמועמד ניטרלי ו"חסר פניות", כמי שלא יעורר מהומות או יצא למלחמות כנגד המסד הממשלתי או ההסתדרותי. קשרי ד"ר שיבא עם ד"ר בטש נוצרו כאשר הוחלט לסגור את בית החולים ירקון ולהעביר את שירותיו לבית החולים תל-השומר, שאוזרח ב-1953 ונוהל על ידי ד"ר שיבא. ייתכן כי ד"ר שיבא רצה לדאוג לתפקיד ראוי למנהל שנותר ללא בית חולים עם העברתו לבית החולים תל-השומר, או שהצעת התפקיד באה מצד ד"ר שיבא בד בבד עם הפעילות לסגירת בית החולים ירקון. ד"ר בטש נהג על פי המסורת של המנהל הציבורי-רפואי הבריטי. מבחינה זו התאים מאוד לשאר אנשי המנהל של משרד הבריאות, חניכי התרבות הבריטית, אשר שירתו בצבא הבריטי כרופאים או כאנשי ארגון רפואי והנהיגו תרבות ניהולית זו במשרד הבריאות.

ד"ר בטש הגדיר את עצמו פוליטית כאיש הציונים הכלליים, אף שלא היה פעיל פוליטי. קבלת המינוי משר הבריאות סרלין, חבר הציונים הכלליים, הייתה אך טבעית עבורו. את הבריאות במדינה ראה ד"ר בטש כ"עניין לאומי" ולא מפלגתי. לדבריו, "הבריאות היא זכותו של כל אזרח, והחברה חייבת להעניק לו זאת"⁹⁵. תמך ד"ר בטש תמך, אך מבלי לנקוט יזמה לקידומה, בהפיכת מערכת הבריאות לשירות בריאות ממלכתי, בדומה לעמדתם של בן-גוריון ושל ד"ר שיבא, ובשונה מעמדתם של קופת החולים הכללית ושל ההסתדרות, שפעלו בכל כוחם כנגד יזמה זו. ניתן להניח כי תמימות דעים זו עם ד"ר שיבא ועם בן-גוריון סייעה לבחירתו לתפקיד.

כאיש ניהול עתיר ניסיון, חניך התרבות הבריטית, התמקדו צעדיו הראשונים במשרד הבריאות בהסדרת פעילותם של בתי החולים הציבוריים (בטבריה ובצפת), בהסדרת שירותי מד"א באזורי ספר, בתמיכה בחקיקת תקנה או חוק שיחייבו רופאים לשרת בכפר ובספר.

בתחום האשפוז ד"ר בטש הוביל לשינוי מהותי בהסדרת שהייתם של הורים לצד ילדיהם בזמן האשפוז בכל בתי החולים הציבוריים ובהרחבת ביקורי הקרובים. בכך הוא חרג מהנוהג הנוקשה שהיה קיים בבתי החולים, שהגביל ביקורי מאושפזים (כולל תינוקות וילדים) ואסר על הורים לשהות ליד ילדיהם במהלך האשפוז. במקביל, פעל ד"ר בטש להרחבת קשרי משרד הבריאות עם ארגון הבריאות העולמי ולקבלת ישראל כחברה ה-49 בארגון. בתוך כך, הוביל מאבק כנגד ניסיונותיהן של מדינות ערב להוציא את ישראל מהאגף הים תיכוני

95 אורה דרור, "מבואנוס איירס עד קונגו", מעריב, 3.8.1960, עמ' 3.

של הארגון, שאליו השתייכה בתוקף מיקומה הגיאוגרפי. בימיו התהדקו קשרי משרד הבריאות עם ארגון הבריאות העולמי, ואנשי המשרד נשלחו להתשלמויות ולכינוסים של הארגון. כמו כן, נערכו ביקורים הדדיים של ראשי הארגון בישראל. ד"ר בטש רכש לו שם של מומחה למנהל רפואי במערכות הבינלאומיות והוזמן פעמים רבות לכינוסי הארגון.

משרד הבריאות כנגד קופת החולים – הוויכוח על תעריף יום אֶשפּוּז

כאמור, אחד הנושאים הראשונים שעמם התמודד ד"ר בטש היה ארגון שירותי האֶשפּוּז של בתי החולים הממשלתיים, אשר עברו אֶזרוּח מבתי חולים צבאיים לבתי חולים אזרחיים, מניהול חיל הרפואה לניהול משרד הבריאות. סוגיה זו חייבה את המשרד להתמודד לראשונה עם שאלת מחירי יום אֶשפּוּז ותעריפים שונים של השירותים, שנתנו בתי החולים לאוכלוסייה כולה, ובכללם חברי קופת החולים הכללית, שנהגה בהתאם לצורך לאשפוז במוסדות של משרד הבריאות את חברי הקופה.

הסוגיה הראשונה בנושא זה הייתה מערכת היחסים בין משרד הבריאות לקופת החולים הכללית, ובעיקר שאלת מחיר יום האֶשפּוּז.

בימי כהונתו של ד"ר מאיר "הואשם" המנכ"ל, כי נתן העדפה בתקציבים ובסמכויות לקופת החולים הכללית, שהוא היה מנהלה הרפואי לפני למינויו כמנכ"ל משרד הבריאות. סוגיה זו הביאה גם לפרישתו מהתפקיד, לאחר שלא יכול היה להתמודד עם דרישות המשרד אל מול דרישות הקופה.

בתקופת ד"ר שיבא עלו על שרטון היחסים בין משרד הבריאות לקופת החולים הכללית בגין תמיכתו הגלויה של ד"ר שיבא בהלאמת שירותי הבריאות בישראל והקמתה של מערכת בריאות ממלכתית, כולל הלאמתה של הקופה. עמדה זו נתמכה במידה רבה גם על ידי ראש הממשלה בן-גוריון. כתוצאה מכך, מערכת היחסים בין הקופה למשרד הייתה קשה ולוותרת בחיכוכים יומיומיים ובמאבק על סמכויות, בעיקר בכל הקשור לקבלת תקציבים ולטיפול בעולים. הקופה טיפלה ברוב תושבי מדינת ישראל וברוב העולים שהגיעו אליה, ופתחה מרפאות בכל יישוב חדש ובאזורי גבול ופריפריה, לעומתה, משרד הבריאות לא סיפק שירותי בריאות קורטיביים, אלא רק שירותי טיפת חלב בפריסה ארצית. מאידך, מימן המשרד חלק משמעותי מעלות הטיפול בעולים חדשים.

במצוקה התקציבית של ראשית שנות ה-50 (תקופת צנע) עיקר הוויכוחים נסב על עלויות הטיפול. התקציבים לא כיסו את הנדרש. קופת החולים דרשה מהמדינה תוספות תקציב, ואילו המדינה בהעדר משאבים ניסתה לחסוך בעלויות,

או לחילופין לדרוש תשלומים גבוהים יותר מחברי הקופה, שנדרשו לשירותים שניתנו על ידה.

בינואר 1953, לפני כניסתו של ד"ר בטש לתפקיד, קבע סמנכ"ל משרד הבריאות ת. ש. הלוי (קודם לכן היה חבר הנהלת הדסה) תעריף אחיד לעלות יום אֶשפוז לחברי קופת החולים הכללית בבתי החולים הממשלתיים ותעריף שונה ומוגדל לאֶשפוזם של בני משפחות חברי קופת החולים. תעריף האֶשפוז בבתי החולים הממשלתיים היה גבוה משמעותית יותר מזה שהקופה נדרשה לשלם עד לאותה עת בעבור אֶשפוזם של חבריה. היענות לדרישת משרד הבריאות איימה על תקציבה של הקופה. מאידך, פריסת בתי החולים של הקופה לא אפשרה לה לספק שירותי אֶשפוז בכל מקום ולפי הצורך. לעתים קרובות, היא נאלצה לשלוח את חבריה לאֶשפוז בבתי החולים הממשלתיים.

בשל המחלוקות המתמשכות עם המשרד, סירבה הנהלת קופת החולים בראשות משה סורוקה ויצחק קנב לשלם את תעריפי יום האֶשפוז החדשים שקבע המשרד, בעיקר את התעריפים המוגבלים בעבור בני משפחות חברי קופת החולים. טענתם הייתה שאין להפלות בין סוגי חברים של הקופה, וכי הקופה נותנת את השירות באופן שווה לכל חבריה ואינה מפלה בין חבר המשלם דמי חברות לבין בני משפחתו. בנוסף, התנגדה הקופה להעלאתו של תעריף האֶשפוז לפי קביעתו של הלוי, וטענה כי הוא מוגזם ונועד לסייע לבתי החולים הממשלתיים על חשבון הקופה.

שר הבריאות סרלין תמך בעמדת סמנכ"ל הקופה בדרישותיו הכספיות. הוא אף פרסם בעיתונות הודעה מטעמו, המציינת כי חלק משירותיה הרפואיים של קופת החולים כפולים ומיותרים, והם למעשה בזבוז כספי. קופת החולים פרסמה תגובה מטעמה המבטלת את טיעונו של סרלין והציעה להקים ועדה שתקבע תעריפים אחידים ליום אֶשפוז בבתי החולים של הקופה ושל המדינה.

למצב עניינים זה נקלע ד"ר בטש בעת כניסתו לתפקיד. תחילה ניסה להתחמק ממעורבות בוויכוח שניהלו סרלין וסמנכ"ל המשרד הלוי. במאי 1953 הציע ד"ר בטש פתרון ביניים, שלפיו את הפרשי התשלומים עבור ימי אֶשפוז של חברי הקופה בבתי החולים הממשלתיים ישלמו המבוטחים בהתאם למצבם הכלכלי. הצעה זו נדחתה בכעס רב על ידי הקופה. שר הבריאות סרלין ניסה ללחוץ על הקופה תוך שהו מאיים על קיצוץ בתקציב, שמעביר המשרד לידי הקופה לטיפול בעולים ולהגדלת כמות המיטות בבתי חולים ובמוסדות בריאות. הוא אף איים כי חולי הקופה לא יתקבלו לבתי החולים הממשלתיים, אם הקופה לא תשלם את התעריף שנדרש כפי שנקבע על ידי המשרד.

איומו של השר החריף את הוויכוח על נושא האשפוז. מעיון במסמכי ההתכתבויות שבין משרד הבריאות להנהלת קופת החולים עולה כי ד"ר בטש מיעט ליטול חלק פעיל בדיון, ואת עיקר המאבק ניהלו סרלין והלוי מצד המשרד, והנהלת קופת החולים בראשות סורוקה, וקנב מצד הקופה. קולו של המנכ"ל לא נשמע. על מנת למנוע את מימוש איומו של המשרד על תקציבה, פנתה קופת החולים לחברי הכנסת ולהנהגת ההסתדרות (אשכול, נמיר, לבון וארגוב, בעלי המעמד והכוח הפוליטי), שיפעלו למענה וכנגד משרד הבריאות. והלחץ הפוליטי סייע.

ביוני 1953 שלח ד"ר בטש מכתב לסורוקה, ובו הוא ציין כי

כדי למנוע אי הבנות בין מוסדותיהו ובין מוסדות קופ"ח, היה עלי לקבוע הסדר זמני עד לברור הערעור. לא ערערתי על זכות מרכז קופת חולים להוציא הוראות למוסדותיו בנגוד להוראותיו של שר הבריאות ולכן אין אני רואה מקום לערעור מצדכם על הוראות שנתנו על ידי משרדנו למוסדות שלנו.⁹⁶

ד"ר בטש ניסה למנוע בעיקר את העברת הוויכוח על עלות ימי האשפוז לתחום בתי החולים הממשלתיים, שעל תעריף יום האשפוז שלהם ערערה קופת החולים וניסתה להוכיח כי הוא מוגזם ואינו מציאותי. החשש העיקרי של ד"ר בטש, כפי שעולה ממכתבו, היה כי ערעורה של הקופה על תעריף יום האשפוז של בתי החולים הממשלתיים וגיוסם של חברי כנסת לתמיכה בה, יאלצו את משרד להצדיק את עלות יום האשפוז הגבוה שנקבע. ד"ר בטש חשש כי המשרד ידרש לפרט את הדרך שבה נקבע התעריף, דרך שכלל לא הייתה ברורה. בהעדר פתרון ניסה ד"ר בטש לשכנע את הקופה כי בפועל היא משלמת אחוזים בודדים בלבד כתוספת לאשפוזם של חברים וכי בחלק גדול מהמוסדות היא מקבלת הנחה, שלמעשה מבטלת את תוספת דמי האשפוז. לפיכך, הוא לא ראה כל מקום למאבקה של הקופה כנגד התעריפים שנקבעו, אך הקופה לא ויתרה.

סרלין, שר הבריאות, שפעל בעיקר ממניעים פוליטיים, לעומת ד"ר בטש שהשתדל לפעול כאיש מנהל "חסר פניות", היה נחרץ יותר בניסיונו לאלץ את הקופה לפעול לפי הנחיות משרד הבריאות.

בספטמבר 1953 ניסה סרלין לאיים על הקופה, שידרוש מהמדינה להפסיק לשלם בעבור עובדי המשרד את המס המקביל (חלקו של המעסיק בתשלום דמי החבר להסתדרות ולקופת החולים), היות שלדבריו ממילא רובם מקבלים את

96 מכתב ד"ר בטש למרכז קופת החולים ולמשה סורוקה, 24.6.53, ארכיון תנועת העבודה, מכון לבון, תיקי קופת חולים, IV243-3-141.

השירות הרפואי במוסדות שבהם הם עובדים, ואם כך לדעתו תשלום המס המקביל מיותר.⁹⁷ אך סרלין וד"ר בטש נמנעו מלהביע עמדה באשר להצעה זו, משום שהעריכו נכונה את כוחה של הקופה וההסתדרות במערך הפוליטי. איום כזה לא היה יכול לעבור בכנסת או בהחלטות הממשלה ללא תגובה. היה בכך איום סמוי לא רק על קופת החולים הכללית אלא גם על כוחה של ההסתדרות במדינה, ואת זאת ההסתדרות לא יכלה להרשות לעצמה.

מראשית הקמת המדינה הייתה קופת החולים הכללית גורם הבריאות החזק ביותר, שקיבל גיבוי מתמיד מממשלות ישראל, שהורכבו בעיקר מאנשי תנועת העבודה. חוזקה של הקופה היה לצנינים בעיני משרד הבריאות, וכך גם תקציבה, שהיה גבוה עשרות מונים מתקציב המשרד. בנוסף, באמצעות קשריה הפוליטיים ועל בסיס כוחה, נהגה הקופה לגייס תקציבים מאחורי גבו של המשרד, מה שגרם למתיחות מתמדת בין המשרד לקופה. נושא זה היה אבן נגף ביחסי המשרד והקופה. כל מנכ"ל נכנס נדרש להתמודד עם סוגיה זו.

זאת ועוד, בשלהי 1953 קופת החולים דרשה להגדיל את השתתפות המדינה בתקציבה בטענה כי הוצאות הטיפול בעולים גדלו. היא אף איימה להפסיק לשתף פעולה עם המשרד בנושא זה. על מנת להקטין את גובה הלהבות בוויכוח שבין המשרד לקופה, הציע ד"ר בטש להקים ועדה לבחינת הנושא. הייתה זו דרכו של ד"ר בטש למצוא את שביל הביניים.⁹⁸

בדצמבר 1953 הודיע ד"ר בטש על הקמתה של ועדה בראשות ד"ר גרושקה (מנהל האגף לרפואה סוציאלית והשירות הרפואי לעולה) וח. ש. הלוי (סמנכ"ל המשרד) לבדיקת המדד לחלוקת כספי התמיכה לקופת החולים, הדיון בימי האשפוז ובסוגיית חלקה של הממשלה בתקציב הקופה, בעיקר עבור פיתוח שירותים וטיפול בעולים חדשים. היה זה פתרון ביניים להשגת שקט יחסי. אלא שהמערכת לא שקטה.

בינואר 1954 היה משבר פוליטי נוסף – הממשלה הרביעית בראשות דוד בן-גוריון התפטרה, והוקמה ממשלה חמישית, הפעם בראשות משה שרת. סרלין אמנם המשיך להיות שר הבריאות, אך מאזן הכוחות הפוליטי התערער עם חילופי ראשי הממשלה. בשונה מבן-גוריון שתמך במשרד הבריאות וחיפש כל העת הזדמנויות להלאים את מערכת הבריאות, בעיני משה שרת סוגיית הבריאות הייתה משנית ביחס לבעיות המדינה. לא היה לו כל עניין בהתנהלות משרד

97 מכתב סורוקה לוועד הפועל של ההסתדרות בנושא הכרזת שר הבריאות בעיתון הבוקר, 14.8.54, ארכיון תנועת העבודה, מכון לבון, תיקי קופת החולים, IV208-1-7374.

98 בחינת נושאים במחלוקת באמצעות ועדות הייתה שיטה בריטית מקובלת ביותר במנהל הציבורי. היא אומצה גם על ידי המנהל הציבורי בישראל.

הבריאות. שרת לא היה איש ההסתדרות הכללית, ולכן מעורבותו בסוגיית מערכת היחסים של משרד הבריאות וקופת החולים הייתה מועטה ביותר. ד"ר בטש ומשרד הבריאות נדרשו למצוא מחדש את האיזון ביחסי הכוחות בממשלה החדשה.

בריאות העולים ושאלת עלייתם של עולים חולים

בעיה מרכזית מקבילה בחשיבותה לוויכוח של משרד הבריאות עם קופת החולים, שעמה נדרש ד"ר בטש להתמודד בשנת כהונתו הראשונה, הייתה סוגיית העלייה. עיקרה היה שאלת המשך העלייה מצפון-אפריקה וקביעת מדיניות בנושא הבדיקות הרפואיות של טרום-עלייה ומיון רפואי של העולים. הדיון בשאלה זו העסיק את כל הקשת הפוליטית בישראל. נדרשו לסוגיה זו ראש הממשלה דוד בן-גוריון, שרי הממשלה, חברי הכנסת מהסיעות השונות, אנשי משרד הבריאות והסוכנות היהודית. עיקר הדיון התמקד בשאלה האם למיין את העולים על בסיס קריטריונים רפואיים, משפחתיים, או אחרים, ואם כן, מהם הקריטריונים למיון וכיצד יש לאכוף אותם.

כאמור, הדיון בסוגיית הבריאות הקשורה בעלייה החל עוד בשלהי כהונתו של ד"ר שיבא, אך הפך להיות הדיון המרכזי בימי כהונתו של ד"ר בטש. ממשלת ישראל חששה מהשינויים הפוליטיים עם קבלת העצמאות הצפויה של מרוקו והחשש מפני סגירת שערי העלייה משם. כל עיכוב בגין בדיקות רפואיות או דרישה לטיפולים של טרום-עלייה היו עלולים לגרום לעצירתה המוחלטת של העלייה. משרד הבריאות נדרש להביע עמדה ברורה בשאלה מבלי יכולת להתחמק.

היות שמדיניות העלייה לא הייתה אחידה, והיו חילוקי דעות רבים בין גורמי העלייה השונים שפעלו בצפון-אפריקה ובמחנות העולים בצרפת, נדרש ד"ר בטש לא רק להביע את דעתו בנושא אלא להחליט למי משליחי העלייה הוא מקשיב, מאמין ופועל בשיתוף פעולה, ואת מי הוא דוחה. בנוסף על הוויכוח הפנים-ישראלי שהתנהל בסוגיה זו, עמדה לפני ד"ר בטש החלטתו של ארגון העבודה הבינלאומי שלא להתיר את הגירתם של מהגרים חולים בין המדינות החברות באו"ם. החלטה זו חייבה גם את צרפת, ששלטה במוקדי הגירה יהודית מצפון-אפריקה (מרוקו ואלג'יר) וגם את ישראל.

בנוסף, נדרש ד"ר בטש להביע את דעתו באשר להצעה החלופית שהועלתה על ידי יצחק רפאל ואנשי הסוכנות, שלפיה מיון העולים ייעשה על בסיס משפחתי-כלכלי ולא על בסיס רפואי. בכך יתאפשר המשך העלייה מצפון-אפריקה,

לאור החשש כי הפעלת הגבלות רפואיות יעכבו את העלייה, ואפשר שיעצרו אותה כליל. עמדות התומכים והמסתייגים בהגבלות על עלייה, אם רפואיות ואם כלכליות, חצו את הקשת הפוליטית והובילו לדיונים נוקבים מאוד בכנסת ובתקשורת.

לד"ר בטש לא הייתה דעה מוקדמת כלפי הסוגיה, שבה נדרש עתה לקבוע עמדה. כמו כן, בהיותו בן למשפחה ספרדית ותיקה ביישוב, הוא היה משוחרר מהחשד כי עמדותיו נובעות מהעדפה חברתית-עדתית, כפי שלעתים טענו כלפי הרופאים "האשכנזים", שהקשו במיוחד על העולים מצפון-אפריקה. מהעדד יכולת הכרעה, ובעיקר בהעדר מידע אמין מגורמי העלייה, החליט ד"ר לבקר במחנות העולים באזור מרסיי ובצפון-אפריקה על מנת לבחון במו עיניו את העולים, לפני שיקבע מהי דעתו בנידון ולפני שימליץ על ביצוע מדיניות כלשהי. לפני נסיעתו הונחה על שולחנו סוגיה נוספת בנושא הבריאות והעלייה, והיא שאלת המשך עלייתם של יהודי קוצ'ין לאור החשש שהועלה על ידי גורמי בריאות, כי העולים יביאו עמם לארץ את מחלת הפילריה העלולה להתפשט באמצעות היתושים המקומיים. חשש זה הועלה על ידי הפרופ' אדלר שהיה מומחה בנושא זה. גם את ההכרעה בשאלה זו דחה ד"ר בטש עד לאחר חזרתו מהביקור בצפון-אפריקה ובמרסיי.

בחודשים מאי-יוני 1954 ביקר ד"ר בטש גם במחנות העולים "גראנד ארנס" במרסיי וגם בצפון-אפריקה, וזאת על מנת לגבש דעה באשר לדרך הנכונה לטיפול רפואי מקדים או אחר בעולים. לאחר הביקור, טען ד"ר בטש כי יש להעלות לארץ את כל החולים הנמצאים במחנות העולים "הגראנד ארנס" במרסיי, וזאת לאור התרשמותו כי אין שם אמצעים רפואיים נאותים לטיפול בחולים קשים ובמחלות מידבקות המסכנות את הציבור (שחפת, גרענת וגזזת). לדעתו, יש להפוך את מחנה העולים במרסיי למחנה מעבר בלבד, ואת החולים לשלוח לטיפול בארץ.

באשר לעולים בארצות מוצאם – יש לשאוף לטיפול רפואי מלא לפני העלייה, אך אם מדובר רק בבן משפחה אחד חולה, אין לעכב את עליית המשפחה ארצה, יש להעלותה ועמה החולה, ואת הטיפול להשלים בארץ. לגבי המדיניות המומלצת באשר למחלות מידבקות (כגרענת וגזזת), קבע ד"ר בטש, בדומה לדעתו של ד"ר שיבא, כי אין לעכב את העלייה בגלל מחלות אלה. לדעתו, יש להעדיף את הטיפול במחלות אלה בארץ (בשער העלייה), היות שהטיפול בארץ טוב יותר ונעשה בפיקוח רפואי של הדסה ומשרד הבריאות. לעומת זאת, הטיפול שנעשה על ידי גורמים שונים בחו"ל היה בלתי מבוקר,

ואיכותו הייתה מוטלת בספק, ואפשר שהוא גורם נזק למטופלים.⁹⁹ על דבר אחד התעקש ד"ר בטש והוא שהטיפול והבדיקות של העולים ייערכו לפי סטדנדרטים אחידים שייקבעו על ידי משרד הבריאות, וזאת על מנת למנוע את השונות הרבה בטיפול הרפואי ואת הבעיות שנבעו מכך.

בכל תהליך קבלת ההחלטות לאחר ביקורו בצפון-אפריקה, כפי שביטא בדוח המפורט שכתב, לא הביע ד"ר בטש את דעתו האישית. הוא שמר על מעמדו כאיש מנהל רפואי האמון על המסורת הבריטית, דהיינו קביעת מדיניות או קבלת החלטות ללא מעורבות אישית ומידור מוחלט של כל גורם פוליטי כזה או אחר מהתערבות בסוגיה. עמדה זו אפשרה לו לשמור על מעמד של "כמעט ניטרלי". בכך הוא היה שונה מד"ר מאיר וד"ר שיבא, כשכאשר הביעו את דעתם תוך מעורבות אישית גבוהה, מיד נדרשו להתמודד עם אופוזיציה חזקה. לא זו הייתה דרכו של ד"ר בטש.

כשחזר לארץ עלתה לדיון שאלה נוספת על שולחנו של ד"ר בטש, והיא המחסור החמור בכוח אדם רפואי, בעיקר במחנות וביישובי העולים בפריפריה. ד"ר בטש ניסה ללא הצלחה להוביל מהלך שיחייב עבודת כוח אדם רפואי בכפר ובספר, אך נכשל בכך. כזכור, נכשלו בכך גם קודמיו ד"ר מאיר וד"ר שיבא, בעיקר בגין התנגדותה של ההסתדרות הרפואית לכל כפייה ולהתערבות בבחירת מקום עבודתו של הרופא.

במכתב תשובה לפנייתו של חבר הכנסת שמואל דיין בשאלת הטיפול הרפואי בעולים ומצוקת כוח האדם הרפואי, כתב ד"ר בטש כי למשרד הבריאות אין מידע על מספר האחיות והחובשות, המספקות עזרה רפואית לעולים, שהרי אין למשרד כל יכולת להתערב בעבודתה של קופת החולים הכללית המתקצבת על ידו כמו שאר המוסדות הרפואיים המטפלים בעולים וכי

לא קיים חוק הנותן למשרד הבריאות אפשרות לקבוע את מקום עבודתו של רופא או של בעל מקצוע רפואי אחר, ולכן לא אוכל לענות לשאלה "מהם האמצעים נגד המסרבים לעבוד בהתישבות העולים?"¹⁰⁰

99 דוח על ביקורי במרסיי, 3.6.1953, גנזך המדינה, ג-5384/2; עלייה סלקטיבית, הצעות לאישור המוסד לתיאום, גנזך המדינה, ג-5384/2; בדיקות רפואיות של משפחות עליית הנוער מצפון-אפריקה, 8.6.1953, ג-5384/2; עלייה מובחרת, הגדרות וכללים לביצוע, 24.6.1953, גנזך המדינה, ג-5384/2. על נושא העלייה הסלקטיבית מצפון-אפריקה והוויכוח הפוליטי-חברתי שהתעורר בעקבותיה ראו בהרחבה פיקאר א., עולים במשורה, באר-שבע: אוניברסיטת בן-גוריון ההוצאה לאור ומכון בן-גוריון, שדה-בוקר, 2013.

100 ד"ר בטש את שמואל דיין, 2.9.1953, גנזך המדינה, ג-14/143.

אכן ידיו של מנכ"ל המשרד היו כבולות בכל הקשור לתחום הבריאות, שאמור היה להיות נתון לאחריותו. לאור זאת, ד"ר בטש לא הביע כל התנגדות ואף נראה כי "נשמ לרווחה", כאשר יצחק רפאל יזם את שינוי ההחלטה המחייבת מיון רפואי על בסיס משפחתי לפני העלייה. מבחינתו, הורדת האחריות הישירה והבלעדית של משרד הבריאות מהטיפול הבריאותי לפני העלייה, הייתה צעד חיובי. הורדת המיון הרפואי כגורם מעכב עלייה החלישה גם את הטיעונים שיצאו כנגד המשרד בעבר, שלפיהם המיון הרפואי הוא גורם מעכב עלייה, וזאת לאור הירידה הדרמטית במספרם של העולים מצפון-אפריקה לישראל בשלהי 1953.

כך כתב ד"ר בטש למחלקת העלייה של הסוכנות:

אני בדעה שהפסקת העלייה מצפון-אפריקה אינה נובעת כלל וכלל בגלל הסלקציה הרפואית, קיימים לדעתנו גורמים שונים להפסקת העלייה גם בארץ וגם בצפון-אפריקה, גורמים פוליטיים, כלכליים וכו' אשר אינם קשורים במצב הבריאותי של העולים. הקלות בעלייתם של נכים (עורים, זקנים וכו') עלולה להגדיל את העלייה בבחינה כמותית, אולם מה תהיה התוצאה? האם הארץ מסוגלת לקלוט אותם והאם יש בארץ מקום למחנות נוספים מסוג פרדס חנה [שטיפל בעיקר בנכים וחולי נפש ש.ש.]. אין אני מוכן לענות על השאלות האלה ואינני מוכן לקחת על עצמי את האחריות להחליט. דבר זה יוכל להעשות ע"י מוסדות אחרים ... כמובן שאם המוסד לתיאום יקבל החלטה כזאת לא תהיה לנו ברירה אחרת מאשר לנהוג בהתאם.¹⁰¹

לדעת ד"ר בטש, משרד הבריאות צריך היה בעיקר להיות מוציא לפועל של מדיניות ולא גורם מחליט בנושא העלייה. דעה זו לא השתנתה גם לאחר ביקורו השני בסתיו 1955 במחנות העולים במרסיי ובצפון-אפריקה. זאת אף שהוא ציין בפירוט רב בדיווח שמסר, את בעיות הבריאות הקשות של העולים ותהה אם יהיה בכוחה של המדינה לטפל בעולים החולים לאחר הגעתם לארץ, מהעדר מוסדות אֶשפוז מתאימים ומהעדר אמצעים.

לכל אורך הדיונים, הוויכוחים, העימותים על סמכויות, אחריות, קבלת החלטות ומידת המעורבות של משרד הבריאות בסוגיית העלייה, ד"ר בטש העדיף להיות "לא מעורב". בשונה מד"ר מאיר וד"ר שיבא, שבכל דיון ומחלוקת עמדו בלב העניינים, בחר ד"ר בטש להציג עמדה ניטרלית ופשרנית. כתוצאה מכך, דעתו

101 מכתב ד"ר בטש לשרגאי, מחלקת העלייה של הסוכנות, 5.2.1954, גֶנוֹךְ המדינה, ג-5384/2.

כמעט שלא נשמעה מחוץ למסדרונות משרד הבריאות, וניתן לראות כי בדיוני הממשלה או בישיבות הכנסת המרובות בנושא העלייה והבריאות לא צוין שמו בהקשר לעמדה, להצעה כלשהי, לפעולה כלשהי בסוגיית העלייה מצפון-אפריקה, או להתמודדות עם בעיות בריאות אחרות שעמדו על הפרק.

מבחינת התנהלותו בשנת כהונתו הראשונה כמנכ"ל ניתן לומר כי הוא פעל בעיקר כגורם המוציא לפועל החלטות, יותר מאשר כגורם יוזם או המתווה מדיניות. עמדה זו של מנכ"ל שאינו מקדם מדיניות ורק מוציאה לפועל, הייתה אמנם נוחה ביותר, אך היא הובילה במידה מסוימת לסטגנציה במדיניות המשרד, שגם כך שר הבריאות מיעט לעסוק בה. כתוצאה מכך, תחום קבלת ההחלטות בנושא מדיניות בריאות נותר אפוא ריק ויתום.

עליית יהודי קוצ'ין

במרץ 1953, במקביל לטיפול הדחוף בסוגיה הקשה של בריאות העולים מצפון-אפריקה, נדרש ד"ר בטש להחליט בשאלת העלאתם של יהודי קוצ'ין לישראל. הקהילה שמנתה כ-2,500 נפש, ביקשה לעלות באופן מרוכז לארץ. הדיון האם להעלותם התמקד בשאלה הבריאותית בלבד – בחשש מפני העברתה לישראל של מחלת הפילריה (אלפנטיאזיס)¹⁰², שהייתה נפוצה בקוצ'ין. על מנת לקבל חוות דעת מקיפה על הבעיה, ביקש ד"ר בטש מהד"ר שטרנברג, שביקר בקוצ'ין במטרה ללמוד על מצבם הבריאותי של אנשי הקהילה, ומפרופ' שאול אדלר, פרזיטולוג מהאוניברסיטה העברית שהתמחה במחלות טרופיות,¹⁰³ לחוות את דעתם על מידת הסכנה שבהעלאתם של יהודי קוצ'ין לישראל.

102 Filariasis קבוצה של מחלות טרופיות המועברות על ידי חרקים עוקצים, ומאופיינות בניגוע על ידי סוגים שונים של תולעים טפילות (פילריה) או על ידי הזחלים שלהן. ביניהן תופעת ה-elephantiasis המאופיינת בהגדלה של העור ושל רקמות החיבור שמתחתיו בגלל חסימה של כלי לימפה, המונעת ניקוז של הלימפה מן הרקמות שמסביב. במדינות מתפתחות המחלה נגרמת, בדרך כלל, על ידי תולעת הפילריה הטפילה. על פי רוב, החלקים הנפגעים הם הרגליים, אך תיתכן פגיעה גם בשק האשכים, בשדיים ובפות.

103 פרופ' שאול אדלר (1895-1966) יליד רוסיה, למד רפואה באוניברסיטת לידס והתגייס כרופא לשורות הצבא הבריטי (1917-1920), ושירת בעירק. התמחה בליברפול ברפואה טרופית ועבד בחקר המלריה בסיירה ליאונה, אז מושבה בריטית. ב-1924 עלה לארץ ישראל. עבד כפתולוג בבית החולים "הדסה" בירושלים, וב-1925 הצטרף לסגל האוניברסיטה העברית בירושלים כחוקר בפרזיטולוגיה. שימש יועץ למחלות טרופיות בארגון הבריאות העולמי והיה חבר באקדמיה המלכותית הבריטית. התמחה בחקר מחלות נפוצות הנגרמות על ידי טפילים, כקרציית המערות ואנפלסמה, קדחת המערות, שושנת יריחו, מלריה ודיזנטריה.

שטרנברג ואדלר חששו מהאפשרות להתפשטות מחלת הפילריה, שלא הייתה מוכרת בארץ, באמצעות עולים מקומיים. החשש של אדלר לא היה מהעולים שחלו במחלה, אלא מהעולים שבהם טרם התפתחה המחלה, אשר עלולים להוביל להדבקה ולהתפשטותה באמצעות יתוש מקומי. לדברי הפרופ' אדלר, רק אם יובטח מעקב בריאותי במשך כמה חודשים אחרי העולים כדי לאתר את החולים במחלה ולטפל בהם, ניתן יהיה להעלות את הקהילה בכטחה. לפי אדלר הוערכה עלות המעקב בכ-300 לירות לאדם, אך ד"ר בטש ומשרד הבריאות התקשו להחליט, ואף חששו לקחת אחריות.

בדיון שנערך בנושא זה במשרד ראש הממשלה ביולי 1953 בהשתתפות מומחים לנושא והנהלת משרד הבריאות, מסרו אדלר ושטרנברג את חוות דעתם המקיפה, אך ד"ר בטש לא הביע את דעתו, אלא בחר לציין כי הוא

קרא את חוות דעתו של פרופ' ויטנברג [האוניבסיטה העברית ש. ש.] ואינו חולק על דעתו הרפואית. חששו הרב הינו שאין באפשרות משרד הבריאות להבטיח השגחה מספקת במשך 2-3 שנים לאחר הבדיקה הראשונה של כל עולה ועולה.¹⁰⁴

בסיכום הדיון הוחלט, בעיקר בהשפעת דבריו של הד"ר פרץ יקותיאל ממשרד הבריאות שנקט עמדה תקיפה בנושא כנגד העלאת יהודי קוצ'ין מסיבה זו, כי למשרד לא יהיו אמצעים וכוח אדם לטפל בנושא. לפיכך, יש לדחות את עלייתם של יהודי קוצ'ין.

ד"ר בטש כדרכו, קיבל את המלצות המשתתפים והודיע על כך לשר הבריאות. בפועל, עליית יהודי קוצ'ין התאפשרה כשנה לאחר מכן, לאחר שיצחק רפאל הממונה על העלייה מצא כי מספר רב של סטודנטים מקוצ'ין למדו באנגליה, ושם לא נאכפו עליהם כל מגבלות בריאותיות. נימוקם של אנשי בריאות הציבור הבריטים היה כי לאור השימוש בתרופות חדישות שאפשרו למנוע את התפשטות המחלה, אין כל חשש להתפשטותה. אך משרד הבריאות היה זהיר. תחילה הועלו כ-300 איש, ורק משנראה כי יתושי הארץ אדישים למחלת הפילריה, הועלתה בשלהי 1955 הקהילה כולה.

104 זיכרון דברים מפגישת התייעצות שהתקיימה במשרד ראש הממשלה ביום שני, 6.7.53, בשעה 08:45, ג'נזך המדינה, ג-5795/7.

תענועי הפוליטיקה ומשרד הבריאות

1955 הייתה שנה של חוסר יציבות פוליטית. המשך התפשטותה של מגפת הפוליו יצר חרדה גבוהה בציבור. גילוי תרכיב סאלק הפיח ציפיות ותקוות בציבור העולמי והישראלי למיגור המגפה. סדרה של משברים פוליטיים הובילה לשינויים תכופים בהנהגת המדינה ובהנהגת משרד הבריאות. כל אלה העמידו את משרד הבריאות במבחן ביצועי ובלחץ של זמן.

באמצע 1955 החל משרד הבריאות החל להיערך למבצע חיסון המוני של ילדים חולים במחלת הפוליו. הוא היה אמור להתחיל עם קבלת האישור מהמעבדות בארצות הברית להכנת תרכיב סאלק במעבדה בארץ בראשות פרופ' נתן גולדבלום.¹⁰⁵ ד"ר בטש היה מודאג מאוד מהתפרצות מגפת הפוליו ומהתפשטותה. הוא שוכנע על ידי פרופ' גולדבלום כי יש ביכולתו לייצר את תרכיב סאלק בארץ על בסיס המידע האמריקאי ולאפשר חיסון של הילדים בישראל בהיקף רחב. באפריל נסע ד"ר בטש לניו-יורק כדי לשכנע את גורמי הבריאות האמריקאיים לאפשר לישראל לייצר את התרכיב באופן עצמאי, וזאת אף שממשלת ארצות הברית הכריזה אמברגו על ייצואו. אפשר שבזכות ד"ר בטש או בהשפעת גורמים אחרים האישור האמריקאי התקבל. ישראל הייתה המדינה הראשונה מחוץ לארצות הברית, שבה יוצר תרכיב סאלק ונערך בה חיסון המוני.

תמיכתו של ד"ר בטש בפרופ' גולדבלום הייתה מוחלטת, ולא התערעה גם לאחר התאונה שארעה באחת מהמעבדות בארצות הברית לייצור תרכיב לקוי, שגרם למותם של כמאה ילדים. היותה של סוגיית הפוליו נקיה ממגבלות או מאילוצים פוליטיים, אפשרה לד"ר בטש לקבוע עמדה ברורה. ייתכן כי תקופת הביניים של ממשלת ישראל השישית (בטרם בחירות) אפשרה לו לפעול לאישור הפעילות בנושא הפוליו ללא התנגדות במשרד ומחוצה לו. אלא שתקופת הביניים הייתה קצרה, וכינונה של ממשלת ישראל השביעית שינתה עד קצה את מערכת היחסים גם במשרד הבריאות.

ב-29 ביוני 1955 התפטר ראש הממשלה משה שרת מתפקידו בעקבות הצבעת אי-אמון בממשלה בהשפעת משפט קסטנר, הצבעה שבה נמנעו שרי הציונים הכלליים (סרלין וספיר). באותו היום שבו פורקה הממשלה הקים משה שרת את ממשלת ישראל השישית לתקופת ביניים, עד לעריכת הבחירות לכנסת.

105 המעבדה של פרופ' נתן גולדבלום הוקמה בבית החולים הממשלתי "צהלון" (דג'אני) שביפו. הכנת התרכיב החלה בחורף 1955-1956 מתוך כוונה לערוך חיסון המוני לכל הילדים בני 6 חודשים ועד 3 שנים כבר באביב 1957. ראו בהרחבה להלן את הפרק על הפוליו.

חוסר היציבות הפוליטית השפיע גם על משרד הבריאות. השר סרלין פרש מהממשלה, ושר הפיתוח דב יוסף התמנה זמנית במקומו. ממשלת ישראל השייכת פוזרה בנובמבר 1955, וב-3 בנובמבר הודיע דוד בן-גוריון על כינונה של ממשלה חדשה בראשותו, השביעית במספר. לשר הבריאות מונה ישראל ברזילי.¹⁰⁶ בתוך שנה אחת שירתו במשרד שלושה שרי בריאות (סרלין, דב יוסף וברזילי) משלוש מפלגות שונות ובעלי עמדות פוליטיות שונות ביחס לתפקידו ומעמדו של משרד הבריאות: סרלין מהציונים הכלליים שתמך בהלאמת מערכת הבריאות כולל הלאמתה של קופת החולי הכללית וניתוקה מההסתדרות; דב יוסף ממפא"י, שניהול משרד הבריאות נכפה עליו לתקופת הביניים של הממשלה השישית; וברזילי ממפ"ם, שתמך בחיזוק משמעותי של ההסתדרות וקופת החולים הכללית מתוך אמונה פוליטית של חיזוק כוחה של תנועת העבודה במדינה. ברזילי כיהן כשר הבריאות יותר מתשע שנים – תקופת הכהונה הארוכה ביותר של שר בריאות במדינת ישראל.

בשונה משרי הבריאות שלפניו, שלא רצו כלל בתפקיד, ראה ברזילי במשרד הבריאות גורם מרכזי שיכול להשפיע עד מאוד על קידום מטרות פוליטיות וחברתיות גם כאלה שמחוץ ליעדי המשרד. ברזילי תמך באופן מוחלט בחיזוקה של קופת החולים הכללית כגורם המרכזי בשירותי הבריאות בארץ והתנגד נחרצות להלאמת מערכת הבריאות, כפי שרצו בן-גוריון, ד"ר שיבא, סרלין וד"ר בטש. בשונה מהשרים הקודמים, שפעלו במשרד באופן חלקי ואת עיקר זמנם הקדישו לפעילות פוליטית שאינה קשורה בענייני בריאות, ראה ברזילי בהנהגת המשרד מוקד מרכזי לפעילותו. כשר הממונה על המשרד הוא דרש להיות מעורב בכל החלטה.

הניגוד בין ד"ר בטש, חסיד המנהל הציבורי הענייני, שהשתדל להתרחק מכל משבר בתחום המשרדי והפוליטי, לבין ברזילי שדגל בנקיטת עמדה ברורה בכל נושא,¹⁰⁷ הוביל לכישלון. לאנשי המשרד היה ברור שזה רק עניין של זמן, עד

106 ישראל ברזילי (1913-1970) יליד פולין, חבר מפ"ם, עלה לישראל ב-1934, חבר כנסת מטעם מפ"ם מ-1955 ושר הבריאות, שימש בתפקידו עד 1969. ברזילי כיהן כשר הבריאות יותר מ-9 שנים – תקופת הכהונה הארוכה ביותר של שר בריאות במדינת ישראל. הוא שם דגש על קידום הרפואה בפרופריה, והביא להקמתם של בתי החולים הממשלתיים באשקלון (כיום המרכז הרפואי ברזילי נקרא על שמו) ובחדרה (המרכז הרפואי הלל יפה). הוא נודע בפעילותו לחקיקת חוקים שיסדירו השתלות איברים וניתוחים שלאחר המוות.

107 ברזילי היה איש מעשה, שלא חשש להחליט מהחלטות דרמטיות. הוא ראה במשרד הבריאות אמצעי פוליטי ואמצעי לקידום ערכים סוציאליים-בריאותיים לכלל החברה הישראלית, ולא רק ככלי לביצוע מדיניות.

שברזילי ידרוש את פיטוריו של ד"ר בטש וימנה מחליף מטעמו. אלא שברזילי נקט בדרך שונה – ד"ר בטש לא הוחלף אלא מודר מחלק מתפקידיו. בדרך זו יכול היה ברזילי לקדם את אנשיו ולשלוט ישירות בפעילות המשרד. בנוסף על מידורו של ד"ר בטש, פעל ברזילי נמרצות גם להרחקתו של הסמנכ"ל ח. ש. הלוי משני טעמים: א. היותו של הלוי חבר לשעבר באצ"ל; ב. מעמדו החזק של הלוי הן בניהול המשרד והן בהיותו ממונה על הכספים. אלה היו לצנינים בעיני ברזילי.

אנשי המנהל הבכירים במשרד תמכו אמנם בהלוי, שהיה איש אמונם, אך התעקשותו של ברזילי לפטר את הלוי לא הותירה להם ברירה. הלוי הודח מתפקידו והועבר לדרגה נמוכה יותר. תפקיד הסמנכ"ל בוטל, ובמקומו נקבע תפקיד חדש – סגן לתפקידים מיוחדים. לתפקיד זה מונה פנחס דגן, שקודם לכן עבד עם ברזילי והיה יועצו ואיש אמונו. זמן קצר לאחר מכן, עזב את המשרד ד"ר גז'בין, שהיה משנה למנהל הכללי. ברזילי ניצל את ההזדמנות וביטל את ה זה. בדרך זו הפך הסגן לתפקידים מיוחדים לאדם השני בעל הכוח במשרד הבריאות ולמקורב לשר. הלוי אמנם ניסה חודשים רבים לאחר מכן להילחם על מעמדו במשרד, אלא שכוחו של השר היה חזק יותר, ולאחר זמן־מה הוא נאלץ לפרוש מהמשרד.

ביקורת שנמתחה בעיתונות הציבורית על "המהפכה המנהלתית-פוליטית" של ברזילי במשרד, לא השפיעה על התנהלותו. בתוך כמה חודשים נערך ברזילי לחילופי תפקידים נוספים במשרד ולהקנסת אנשי אמונו לשם, חלקם אנשים מקופת החולים הכללית. הייתה זו חזרה על לימי כהונתו של ד"ר מאיר כמנכ"ל, אלא שעתה הכוח היה בידיו של השר.

בשלהי 1955, לאחר כינונה של הממשלה וזמן קצר לאחר שברזילי התמנה כשר הבריאות, נשלח ד"ר בטש, בעידוד השר שרצה להרחיקו מהמשרד, לנסיעה נוספת למחנות העולים במרסיי ובצפון־אפריקה. מטרת הביקור הייתה לבחון מחדש את מצב בריאותם של העולים על רקע ההיערכות לקבלת עצמאותה של מרוקו, ויציאתה של צרפת משם בראשית 1956. לאור השינוי הפוליטי במעמדה של מרוקו היה ברור כי שליחי המדינה וגורמים ציוניים אחרים (כגון הסוכנות היהודית) יידרשו להפסיק את פעילותם שם. בנוסף, עלה החשש כי הניתוק הצפוי בין מרוקו העצמאית לבין צרפת יוביל לנתק מוחלט בין מדינת ישראל לקהילה היהודית שם, ואף להפסקתה המוחלטת של העלייה. השאלה שעמדה על הפרק הייתה האם הבדיקות הרפואיות שלפני העלייה השפיעו על נכונותם ויכולתם של יהודי מרוקו לעלות ארצה.

באותה העת בריאות לא היוותה מכשול לעלייה. המבחן לעלייה התבסס בעיקר על יכולת המשפחה הרחבה על זקניה וילדיה לפרנס את עצמה. כשחזר ד"ר בטש מהנסיעה, יזם ברזילי את כינוסה של ועדת השירותים הציבוריים כדי לדון בממצאי הנסיעה, וגם (או שמא אולי בעיקר) כדי להציג את עמדותיו בשאלות החשובות שלהן נדרש המשרד.

ביוני 1956 התכנסה ועדת השירותים הציבוריים לאחר הפסקה של כשנה. ברזילי הציג לפני הוועדה את נושאי הבריאות המרכזיים ואת עמדתו ודעותיו ביחס לנושאים הבאים:

1. בעיית העלייה מצפון-אפריקה ושאלת היכולת להמשיך לבדוק את בריאותם של העולים לאור המצב הפוליטי החדש שנוצר עם קבלת עצמאותה של מרוקו וניתוק היחסים עם מדינת ישראל ועם אלה שפועלים מטעמה.
2. הקמת מערך לשעת חירום בהנהגת משרד הבריאות, שיתאם את פעולותיו עם הצבא, אך האחריות וריכוז הפעילות יהיו בידי אנשי המשרד. בהקשר לזה העלה ברזילי את שאלת מיגונום של בתי החולים והקמת מקלטים לשעת חירום.
3. הגדלת רכש של ציוד רפואי ותרופות בעיקר על בסיס הבטחת סיוע כספי מגרמניה.
4. מגפת הפוליו וההיערכות למבצע חיסון המוני. לדברי ברזילי, המבצע מתואם עם מועצת הבריאות ועם ועדת השירותים הציבוריים.
5. היערכות בתי החולים עם החלת חוק ביטוח אמהות ודמי לידה, הוספת מיטות אשפוז לילדות מחד, ומאידיך צמצום מיטות לחולי נפש ומיטות לחולי שחפת בעקבות ירידה בכמות החולים, עריכת מבצעי חיסון המוניים באמצעות טיפות החלב למחלות אסכרה, טיטנוס ושעלת.

באופן מרוכז ומפורט הציג ברזילי במפורט את סדרי העדיפויות של משרד הבריאות, את אילוצי התקציב, את ההיערכות לשמירה על בתי החולים, את הגדלת כמות המיטות במקומות מצוקה, את הפעילות המניעתית ואת ההתמודדות עם סוגיית בריאות העולים.

הייתה זו הפעם הראשונה מאז פרישתו של ד"ר שיבא ממשרד הבריאות, שבה נדרשה ועדת השירותים הציבוריים לדיון מעמיק במגוון פעולותיו של המשרד. הדיון נוהל על ידי השר, קולו של המנכ"ל ד"ר בטש, כמעט שלא נשמע במהלך הדיונים. הוא נדרש להביע את דעתו רק כאשר הוצגה שאלת מחנה העולים במרסיי. האם רצה ד"ר בטש להתבטא ולא ניתן לו, או שמא בחר שלא להתבטא? אין לדעת. פרוטוקול הישיבות מעיד כי הוא נמנע מלהתבטא בסוגיות של מדיניות, וכאשר הוא התבטא, הוא לא הביע דעה אישית או פוליטית.

רציתי למסור כמה מלים על המחנה במרסייל. המחנה במרסיל קולט 4,500-4,000 נפש, והוא במצב סניטרי גרוע, עתה יש צורך להרחיבו, הממשלה רכשה קרקע ואוכלוסיית המחנה תגיע ל-7,000 נפש. הבעיה החשובה ביותר היא קצב הקליטה בארץ. הואיל ואין באפשרותנו לקלוט אותם במימדים מהירים הרי שנצטרך להשאירם במרסייל. עדיין לא ידוע לנו משך כמה זמן. יהיה צורך להתחיל בפעולות של רפואה מונעת, טיפול בגרענת וגזזת ועוד. אבל הבעיה כפי שהגיש אותה שר הבריאות היא אחוז הנכים ... היום כשלא תהיה לנו [אפשרות] לערוך בדיקות אלה, הרי זו תהיה תקלה קשה. אנו חוששים שלא יהיו 8% אלא שכל אלה שאנו בזמנו פסלנו יזרמו ואחוז הנכים יהיה גדול בהרבה. עדיין איננו יודעים מה תכניתנו לגבי העתיד.¹⁰⁸

על פי הפרוטוקולים, במהלך הדיון שהתפתח בוועדה, השר ברזילי התערב, השיב, הוסיף פרטים ודן עם משתתפי הישיבה בנושאים השונים שהועלו. דעתו של בטש לא נשמעה במהלך הדיון, למעט כאשר נדרש למסור מידע אינפורמטיבי (כמותי בעיקר) לשאלות משתתפי הישיבה על היקף כמות המיטות בבתי החולים לחולי נפש, כוח אדם רפואי ועל השימוש בארגון הג'וינט כחלופה לנציגי משרד הבריאות והסוכנות שפעלו במרוקו. כן לא צוינה אף לא פנייה אחת של השר ברזילי אליו בבקשה שיחווה דעה. ברזילי התעלם מד"ר בטש באופן בולט. מצג זה עולה מרוב הפרוטוקולים של הישיבות.

במחצית 1956 החליט ברזילי לפעול למידורו של ד"ר בטש מהמשרד, בתקווה כי ד"ר בטש יפרוש בהמשך. באוגוסט 1956 הוצע לד"ר בטש לנסוע "להשתלמות רפואית ברפואה ציבורית" בארצות הברית. זאת במימון מלגה מיוחדת שניתנה למנכ"ל משרדים. בדרך זו חשב ברזילי כי ירחיק את ד"ר בטש מהמשרד מבלי למנות אחר במקומו, תוך שמירת "כבודו" של ד"ר בטש. אלא שמענק הלימודים האמריקאי דרש התחייבות של משרד הבריאות, שעם סיום לימודיו יחזור ד"ר בטש לשמש בתפקידו כמנכ"ל. בלית ברירה נאלץ ברזילי לקבל את התנאי הזה. לפי בקשת ברזילי, מונה מקורבו איש האוניברסיטה העברית, פרופ' גדעון מר, כמנכ"ל בפועל במקומו של ד"ר בטש.¹⁰⁹ סביר להניח שבהכירו את הפרופ' מר, ידע ברזילי כי חלק מתשומת לבו של מר יהיו במחקר

108 ועדת השירותים הציבוריים, 5.6.56, פרוטוקול 13/א, עמ' 6, ארכיון הכנסת, ירושלים.

109 פרופ' גדעון מר (1894-1961) היה רופא וחוקר ישראלי בעל שם עולמי, שחקר את מחלת המלריה בארץ ישראל. הוא היה פרופסור לאפידמיולוגיה באוניברסיטה העברית בירושלים; מעריב, 21.12.1956, עמ' 12.

ובאקדמיה. לכן הוא חשב כי מר לא יקדיש את כוחו וזמנו לביסוס מעמדו כמנכ"ל, והוא יהיה נתון יותר להשפעת השר ולביצוע מדיניותו. פרופ' מר נחשב לאישיות מכובדת ומוערכת מאוד על ידי המערכת הרפואית והאקדמית, ומעמד זה היה חשוב מאוד לברזילי. בפועל, כיהן פרופ' מר בתפקיד המנכ"ל כשנה, עד לחזרתו של ד"ר בטש. אלא שכאשר ד"ר בטש חזר ארצה, התברר לו כי כהונת המנכ"ל ובעיקר סמכויותיו, צומצמו עד מאוד.

ד"ר בטש חזר לכהן בכפוף לשר ברזילי. חזרתו ארצה לא יכלה לשנות דבר במערך היחסים שבין השניים, והמתח ביניהם אף גבר. כתוצאה מכך, שלח ברזילי את ד"ר בטש שוב ושוב למשימות מיוחדות ולהשתלמויות נוספות באירופה – העיקר, להרחיקו מהמשרד ובתקווה כי המנכ"ל הממודר יפרוש מתפקידו. אך ד"ר בטש לא פרש והתעקש להישאר במשרד הבריאות.

בינואר 1958 עמד משרד הבריאות בפני משבר נוסף, בעקבות פיזור של ממשלת ישראל על רקע החלטתן של אחדות העבודה ומפ"ם להצביע בכנסת נגד מדיניות הממשלה למכור נשק לגרמניה¹¹⁰ וסירובן להתפטר מהממשלה. ברזילי היה כבר עם "רגל בחוץ", כדברי העיתונות, ועל ד"ר בטש נאמר כי "נשם לרווחה ואף השמיע כמה הצהרות בגנותה של קופת החולים"¹¹¹. אלא שברזילי חזר למשרד בינואר 1958 כשר הממונה, מיד עם כינונה של הממשלה השמינית, ודרש מד"ר בטש להתפטר. ד"ר בטש התנגד לכך גם הפעם. הוא אף הציע לרדת בדרגה ולהתמנות לראש המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד, הצעה שברזילי לא יכול היה לסרב לה. במקומו של ד"ר בטש מונה ד"ר שאול זימן למנכ"ל בפועל.¹¹² ברזילי לא אהב את המשך שהותו של ד"ר בטש במשרד גם בתפקיד נמוך וכבעבר המשיך לשלוח אותו למשימות שונות לחו"ל.

במהלך 1959 הוזמן ד"ר בטש למלא תפקיד מנהל מחלקה בארגון הבריאות העולמי בג'נבה. בעקבות כך, הוא פרש סופית מתפקיד ממשרד הבריאות, וד"ר זימן מונה לתפקיד במינוי קבוע.

במסגרת פעילותו בארגון הבריאות העולמי נשלח ד"ר בטש מטעם הארגון לקונגו. כשחזר ממנה התמנה למנהל האגף לתיאום ולהערכה של ארגון הבריאות העולמי, והוא היה יועץ למנכ"ל. ד"ר בטש פעל בארגון הבריאות העולמי עד לפטירתו בלונדון ב-1974.

110 בשלב זה טרם כוננו יחסים דיפלומטיים בין גרמניה לישראל.

111 דולב, א., "מסלקים פקידים מנוסים, 'מגניבים' עסקנים מפלגתיים – מי ימשול במשרדי הממשלה?", מעריב, 16.6.1960.

112 ד"ר שאול זימן (1909-1963) למד רפואה בברלין, עלה לישראל ב-1933, שימש מנהל בית שטראוס בירושלים, ומראשית שנות ה-50 היה מנהל בכיר במשרד הבריאות.

פרק שלישי

ד"ר זימן שימש בתפקיד מנכ"ל משרד הבריאות עד לפטירתו ב-1963. ישראל ברזילי היה שר הבריאות בשבע ממשלות ישראל. ממשלת ישראל השביעית סיימה את תפקידה בדצמבר 1969. ד"ר זימן המשיך לשמש כחצי שנה נוספת שר בלי תיק בממשלת ישראל ה-15, עד לפטירתו ביוני 1970.

מה הייתה מורשתו של ד"ר בטש במשרד הבריאות?

במבחן הזמן ניתן להעריך כי עיקר תרומתו של ד"ר בטש במשרד הבריאות היה ביסוס עבודת המנהל הבריאותי, קביעת תקנים ונהלים, מיסוד השירותים וארגונם, קביעת כללים להפעלת בתי החולים הממשלתיים, ניהול המבצע לחיסון ילדים החולים במחלת הפוליו, שבמידה רבה הצליח בתמיכתו וסיועו. בגין מידורו הממושך מתפקיד המנכ"ל בתקופת השר ברזילי, נמנע מד"ר בטש להטביע את חותמו באופן בולט יותר, והוא ייזכר כמנכ"ל האנונימי של שלהי שנות ה-50.

פרק רביעי

חיפוש אחר חוף מבטחים

הבי לי את בנייך היגעים, העניים,
ערב רב של המונים כמהים לנשום כבני חורין,
את פליטת חופיך האומללה,
שלחי אותם אלי, חסרי הבית וסחופי הסער,
את לפידי אשא לצד שער הזהב!¹

בריאות והגירה קשורות זו לזו מקדמת דנה. הגירה היא אחת הפעולות האנושיות העתיקות ביותר.² למעשה, התפשטות האדם על פני כדור הארץ נחשבת להגירה, וכמוה התמוטטות האימפריה הרומית, קצם של ימי הביניים, הקמתה של ארצות-הברית, ועוד. השיפור הטכנולוגי באמצעי התעבורה במאה ה-19 הוביל להגירה המונית מאירופה לארצות-הברית, ומאסיה ואפריקה לארצות-הברית ולאירופה.

לא תמיד ההגירה נעשית מרצון, אפשר שהיא תיגרם כתוצאה ממלחמות, מגירוש, מטרנספר, ממנוסת בהלה, ממנוסה מפני הרעב, ועוד. היא אף יכולה לחול כתוצאה מצורך בטיפול רפואי, ועוד.

לתופעת ההגירה על צורותיה השונות נלוות תפיסות הקושרות אותה לתחלואה, דהיינו המהגרים נושאים עמם מחלות שונות, ולכן הם מהווים סכנה לחברות הקולטות אותם.³

1 לזרוס, א., *הקולוסום החדש*, 1883. שיר זה נחקק על פסל החרות בשנת 1903, בשערי הכניסה לארצות הברית.

2 רוג'ר דניאלס מזכיר שאף "לוסי", השלד האנושי המוקדם ביותר שנמצא הייתה בתהליך של נדידה-הגירה, ראו: Daniels, R. (1990) *Coming to America: New Delhi: Affiliated East*, p. 3. טרטקובר, סוציולוג שכתב ב-1954 ספר מחקר על הגירה, דן בהרחבה בנושא זה. לדעתו, הגירה מאפיינת את האדם רק משנוצר ה"אינטלקט האנושי", וגם אז היא משתנה מ"הגירה פרימיטיבית ללא יחס ברור בין יחיד לחברה, דרך השלבים של הגירה מלחמתית והגירת האדם העובד, שבהם היחיד קובע את מעמדו בחברה, ועד השלב האחרון של עלייה, המסמל את ניצחון הכלל מתוך הכרתו והשתתפותו של היחיד", ראו טרטקובר, א. (תשי"ד) *האדם הנודד*, תל-אביב: מ. נוימן, עמ' 17.

3 לדיון נוסף ראו Kraut, M. K. (1994) *Silent Trevelers- Germs, Genes and "immigrant Menace"*, N.Y.: Basic Books; Markel, H. (1997) *Quarantine! East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics of 1892*, Baltimore and London: The Johns Hopkins U.P

החשש מהתפשטותן של מחלות ושל מגפות בעקבות גלי הגירה, גרמו החל מן המאה ה-19 לבניית מנגנונים חברתיים למיון רפואי, לריפוי ולהדרכה בריאותית. אלה נועדו להגן על החברה הקולטת מפני הסכנות האמיתיות והמדומות של התחלואה שהגיעה עם ההגירה.

הנחת היסוד השכיחה של החברות קולטות המהגרים הייתה כי כל המהגרים הם עניים, נושאי מחלות, ולפיכך מהווים סיכון לבריאות הציבור ומעמסה על מערכת הבריאות. הדברים מתאימים לחלק מהמהגרים, שבאו משכבות אוכלוסייה עניות. עם זאת, הייתה התעלמות כמעט מוחלטת מכך שחלקם של המהגרים באו משכבות העילית של מדינות המוצא.⁴

בדרך כלל, הגירה נחשבה תהליך עתיר סכנות הכרוך בעלויות בריאותיות גבוהות (Relocation Costs), ובעלייה בשיעורי התמותה. תהליך ההגירה עצמו כרוך בצפיפות אוכלוסין ובתנאים סניטריים גרועים, אשר עלולים לגרום למחלות זיהומיות. מחלות אינן מסכנות רק את המהגרים, אלא גם את האוכלוסייה הקולטת.⁵

המפגש עם החברה הקולטת ועם עולם הרפואה המערבי הצטייר בעיני חלק מהמהגרים (בעיקר, המהגרים החלשים מחברות כפריות ולא מערביות) כמפגש כוחני, שבו תפיסותיהם, אמונותיהם ותרבויותיהם נדחו על הסף על ידי הרפואה המערבית ועל ידי התרבות המערבית. מערכת הבריאות המערבית דרשה מהם לעמוד בסטנדרטים רפואיים חדשים, ולעתים אף כפתה עליהם טיפול רפואי בהתערבות מערכת המשפט. יכולת התקשורת הנמוכה של המהגרים עם הרופאים המערביים גרמה לא אחת לפגיעה בבריאותם.

ההגירה הייתה חד-כיוונית – מהמזרח (המזרח הרחוק ומזרח אירופה) למערב לכן היא גרמה לכך שמדינות המערב (בעיקר ארצות הברית וקנדה) קבעו כללי מיון רפואיים קפדניים. אלה היו תִּסְמִים מרכזיים בפני כניסתם של מהגרים חולים, קשישים ונכים, לא רק בגין החשש מפני התפשטות מחלות או הצורך בהגנה בריאותית על האוכלוסייה המקומית, אלא בעיקר משום שראו במהגרים כוח עבודה זול, האמור להיקלט בכלכלה המקומית ולאפשר את התרחבותה. לשם כך נדרשו רק מהגרים בריאים וצעירים.

4 MacKay Rossignol, Annette (2001) "review of 'Immigrant Women's Health: Problems and Solutions'", *British Medical Journal* 322, p. 242

5 Shlomowitz, R. (1997) "Coerced and Free Migration from the United Kingdom to Australia and Indentured Labour Migration from India and the Pacific Islands to Various Destinations: Issues, Debates and New Evidence" in: Lucassen, J. and L. Lucassen (eds.) *Migration, Migration History, History*, Berne: Peter Lang, pp.141-142

גלי ההגירה הגדולים לארצות-הברית עברו סינון רפואי החל משלהי המאה ה-19. ממרץ 1891 חויב כל מהגר בבדיקה רפואית אינדיבידואלית לפני עלייתו על ספינה לארצות-הברית. האחריות לבדיקה הוטלה על חברות הספנות, שלעתים לא ששו למלא אותה. עם ההגעת המהגרים לארצות-הברית הם נבדקו. אם היה צורך לגרש את החולים שבהם, עלות הגירוש הוטלה על חברות הספנות. ב-1.1.1892 החלו המהגרים לעבור בבדיקה רפואית באליס איילנד, תחנת הבדיקה הרפואית, סמוך לנמל ניו-יורק. נוסעי המחלקה השלישית ומטה הועברו לאי בסירות בתנאי צפיפות. כל יום סומנו במספרים כ-5,000 איש, ועלו במדרגות לאולם הרישום, דרך שבמהלכה, ללא ידיעתם, כבר נמצאו בבדיקה רפואית.⁶ הנבדקים נותרו באי כמה ימים, ועברו מדי בוקר חיטוי מקיף.⁷ אמצעי נוסף לשליטה בבריאות הנכנסים היה השימוש ב"קרנטינה" – הסגר בריאותי של אוכלוסיות מהגרים, שכבר התיישבו בארץ היעד, הלוקות (או חשודות כלוקות) במחלות או במגפות. בספר שכתב מרקל על ההיסטוריה של ה"קרנטינה" בארצות-הברית. הוא הראה, שה"קרנטינה" שימשה מכשיר רפואי-חברתי לבידוד ולסטיגמטיזציה של קבוצות חברתיות חלשות, עניות ושוליות.⁸ לדעת החוקרת אליס פיירצ'ילד, האינטרס הכלכלי בסוגיית ההגירה היה חזק מהאינטרס הבריאותי, והמיון הרפואי נועד בעיקר למטרות כלכליות. כך למשל, המיון הרפואי הקפדני באליס איילנד נועד בעיקר לגרום מורא בקרב המהגרים מפני הרשויות, וזאת על מנת ליצור כוח עבודה זול וצייתני. לדעתה,

6 המדרגות שימשו אמצעי לבדיקה במאמץ. הבדיקה עצמה התמקדה בידיים וברגליים, בגרון, בלב ובעיניים. בדיקת העיניים, שכללה הפיכה של גלגל העין, הייתה הכואבת והטראומטית בבדיקות שעברו המהגרים. עוד התבצע אבחון של הגולגולת ושל הבעות פנים במטרה לגלות מחלות נפש. החשודים כחולים סומנו על בגדיהם בגיר, כדי שיופנו לבדיקה מקפת יותר. טיב החשד הוגדר באות הראשונה של המחלה שנכתבה בגיר על בגדיהם.

7 התיאור מבוסס על ספריהם של קראוט ופיירצ'ילד, שבהם הדגשים שונים – קראוט מתרכז בתהליכי הדחייה של החולים מחשש ממחלות, ואילו פיירצ'ילד טוענת כי מספר הנדחים (כחצי מליון) היה נמוך ביחס למספר המהגרים – כ-25 מליון, וכי מטרת תהליכי המיון לא הייתה הגנה על בריאות הקולטים, כפי שנטען, אלא משטור של כוח העבודה המהגר הזול ועידוד הפחד והצייתנות בקרבם. ראו Kraut, A. M. (1994) *Silent Travelers - Germs, Genes and "immigrant Menace"*, New York: Basic Books pp.1-12; Fairchild, A. L. (2003) *Science at the Borders – Immigrant Medical Inspection and the Shaping of the Modern Industrial labor Force*, Baltimore and London: The Jhon Hopkins University Press, p.7

8 Markel, H. (1997) *Quarantine! East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics of 1892*, Baltimore and London: The Johns Hopkins U.P. pp. 1-12

הסיבות הרפואיות (הגנה על בריאות האזרחים) היו משניות בכל הקשור למיון הרפואי של המהגרים לארצות הברית.

אם עד מלחמת העולם השנייה קבעה כל מדינה את מדיניות ההגירה והמיון הרפואי של המהגרים באופן עצמאי, הרי שעם סיום המלחמה והגירת מליוני עקורי מלחמה מאירופה למערב, יחד עם הקמתו של ארגון האומות המאוחדות וייסודם של ארגוני-משנה שפעלו במסגרתו, הובילו את מעצמות המערב לגיבוש מדיניות בינלאומית אחידה בכל הקשור להגירה ולבריאות.

על מנת לשמור על "התנהלות הגונה" בכל הקשור להגירה ולמנוע ממדינות במצוקה לעודד הגירת אוכלוסייה חלשה למדינות חזקות, גיבש ארגון העבודה הבינלאומי הסכמה של המדינות החברות באו"ם באשר למדיניות הגירה אחידה ולקביעת כללי יסוד למניעת הצפת מדינות חזקות במהגרים ממדינות חלשות ומהעולם השלישי. הדגש הושם על הגירת עבודה, וכפועל יוצא מכך על סוגיית בריאותם של המהגרים.

בכינוס של ארגון העבודה הבינלאומי בנפולי באוקטובר 1951 ("כינוס נפולי"), נקבע במפורש כי יש לערוך "סלקציה רפואית" במהגרים, וזאת כדי להגן על המדינות הקולטות. מדיניות המיון הרפואי של מהגרים נקבעה בשיתוף עם ארגון הבריאות העולמי, אשר מסיבות בריאותיות חשש מהתפשטותן של מחלות ללא כל פיקוח ובקרה באמצעות הגירה.⁹

כללי המיון הרפואי קבעו במפורש כי מטרת המיון היא מניעת התפשטות מחלות, הבטחת יכולתם של המהגרים להיקלט בעבודה כדי לפרנס את עצמם, ועל ידי כך להוריד למינימום את הסיוע הסוציאלי, שיידרש לספק להם כתוצאה מההגירה.

כתוצאה מהחלטות "כינוס נפולי" נדרשו מדינות המוצא של המהגרים למנוע את הגירתם של מהגרים חולים. בדרך כלל, נערך המיון הרפואי בנמל היציאה, כאשר רופא הנמל מפקח על קבוצות המהגרים ובודק את אישוריהם הרפואיים. בכל מקרה של ספק, נמנעה מהמהגר האפשרות לעלות על האונייה או על המטוס, עד אשר יבריא וימציא אישורי בריאות תקינים; ואם לאו, הגירתו תידחה לצמיתות.

9 Resolution on basic principles and criteria for medical examination of migrants adopted on 15 October 1951 by the migration conference of the international labour organization (Naples 2-16 October 1951); Meeting on medical selection of migrants convened at Rome 3-5 September 1951, jointly by the International Labour Organization and the World Health Organization, UNICEF Archives, NY; International Labor Organization, Vol.5 (4) Nov. 1951, pp. 792-797

אך אליה וקוץ בה, החלטות "כינוס נפולי" הובילו להתגברותם של ערוצי הגירה בלתי חוקיים של מהגרים רבים, שלא יכלו לקבל אישורי בריאות, אך למרות זאת ביקשו להגר.

מיון רפואי של המהגרים לארץ ישראל

בשונה מגלי ההגירה בעולם, שהושפעו במידה רבה ממשברים כלכליים, ממלחמות וממגפות, ההגירה לארץ ישראל במאה ה-19 הייתה ממניעים דתיים ולאומיים-ציוניים. בשל היותה של ארץ ישראל תחת שלטון עותמני-מוסלמי, בפאתי המזרח התיכון ובמצב כלכלי ירוד, היא לא היוותה מוקד להגירת המונים מבחינה כלכלית, למעט אלה שביקשו להגיע אליה מסיבות דתיות (בעיקר נוצרים ויהודים).

היותה של הארץ מוקד להגירה דתית והחשש מפני התפשטותן של מגפות הובילו את השלטון העותמני להפעיל מערך של ביקורת רפואית לכל המבקשים להיכנס לארץ, ללא יוצא מן הכלל. ב-1835 הוקמו מנגנוני "קרנטינה" ראשונים בטורקיה, ונפתחה "קרנטינה" ביפו,¹⁰ שפעלה עד 1914, ערב פרוץ מלחמת העולם הראשונה. עיקר פעילותה של ה"קרנטינה" היה לבדוק רק עולים החשודים כחולים במחלות ובמגפות, ולא את כלל המהגרים. יש להניח כי גם במקרים של חשד למחלה מידבקת, תשלומי "בקשיש" לפקידי ה"קרנטינה" אפשרו למהגר החולה להיכנס לארץ ללא הגבלה. כתוצאה מכך, מהגרים מהעלייה הראשונה והשנייה, שהגיעו לארץ בעיקר מטעמים לאומיים-ציוניים, לא נתקלו בקשיי כניסה לארץ מסיבות בריאות. הקלות היחסית שבה ניתן היה להיכנס לארץ השפיעה על מהגרים יהודים. הם חששו כי לא יורשו להיכנס לארצות הברית מסיבות בריאותיות, ולכן העדימו לעלות לארץ ישראל, שהרי כניסתם לארץ הייתה מובטחת יחסית, על אף הביקורת הרפואית שהייתה בנמל יפו.

כיבוש ישראל על ידי בריטניה והתגברותה של ההגירה היהודית-ציונית לישראל שינו את היחס כלפי המהגרים מבחינה בריאותית. ב-1921 הטילה בריטניה הגבלות על הגירה יהודית לארץ ישראל וקבעה מכסות עלייה היות שהאידיאולוגיה הציונית שאפה לבנות בארץ חברה חדשה, שונה מזו שהתקיימה במזרח אירופה, עיקר הדגש הושם על עידוד הגירתם של צעירים. המוסדות הציוניים הפעילו מערך של ביקורת רפואית לפני ההגירה, כדי שלא "לבזבז"

10 כתבן, א, "מי בעל הבית? הקרנטינה ובדיקת העולים בשערי ארץ ישראל", קורות, ב, עמ' 37-71.

סרטיפיקט (אישור הגירה לארץ ישראל) על צעיר חולה או על מהגר זקן, שלא יתרום לחזון הקמת החברה החדשה הנבנית בארץ. אף הבריטים הקפידו שהמבקשים להגר לארץ יהיו צעירים, בריאים ובעלי כושר עבודה, כדי להבטיח את יכולת הקליטה בהתאם לשוק העבודה בארץ. הם אף קבעו רשימת מומים ומחלות, שמנעו מעולים להיכנס לארץ. פקודת ההסגר הבריטית אפשרה גם בדיקה גופנית בכפייה. מאידך, בעלי הון יכלו לקבל ויזה הגירה שלא במסגרת מכסת הסרטיפיקטים, אלא תמורת אישור רפואי בלבד.¹¹ החל מ־1925 הפעילו הסוכנות היהודית והמוסדות הציוניים בחו"ל ובארץ, מערך מסודר של בדיקות רפואיות שלפני העלייה. הם יצרו מערכת של עלייה סלקטיבית של אלה הראויים לעלות לארץ ישראל על פי אמות מידה ציוניות. עולים אשר לאחר הגיעם ארצה התגלתה אצלם מחלה כרונית (מחלות לב, ראות, מחלות רוח), נשלחו על חשבון הסוכנות חזרה לארצות מוצאם זאת כדי לממש את אישורי הכניסה שניתנו להם עבור עולים בריאים שהמתינו לעלייה. במסגרת זו נשלחו חזרה לאירופה כמה מאות עולים, שמחלתם התגלתה לאחר שעלו לישראל.¹²

הביקורת הרפואית של העולים לארץ ישראל לא הסתיימה עם כניסתם ארצה, אלא נמשכה על ידי המוסדות הציוניים. לעתים, הם נדרשו להיבדק שוב, ובמקרה הצורך להתחסן בהדסה או בסניפי קופת החולים הכללית. כאמור, לאחר בדיקות אלה נמצאו חולים שהוחזרו לאירופה.

נוהלי הבדיקה הרפואית של העולים בנמל היו קבועים. עם הגעתה של האונייה לנמל היא נכנסה למצב של "קרנטינה" (הסגר). לאחר מכן, עלה רופא הנמל לאנייה לביקורת. אם לא נמצאו בה עולים החשודים כחולים, היא שוחררה מה"קרנטינה", והעולים יכלו לרדת לחוף. שם הועברו לבניין ההסגר, נבדקו חפציהם וחוטאו, הם נדרשו להתרחץ ולהתחסן. בדרך כלל, התהליך כולו ארך כיומיים. המפגש בין רשויות הבריאות המקומיות לעולים היה רווי מתח

11 על נוהלי ההגירה לארץ ישראל ומדיניות ההגירה של הסוכנות היהודית בשנות ה־30 ראו בהרחבה חלמיש, א., במירוץ כפול נגד הזמן: מדיניות העלייה הציונית בשנות השלושים, ירושלים: הוצאת יד יצחק בן־צבי 2006. באשר למדיניות העלייה מאירופה לפני המלחמה ואחריה ראו גם: Halamish A., (2008) "Zionist Immigration Policy Put to the Test: Historical analysis of Israel's immigration policy, 1948-1951", *Journal of Modern Jewish Studies*, 7 (2), pp. 119-134; חלמיש, א. (1993) "האם הייתה שנת 1933 נקודת מפנה במדיניות העלייה הציונית?", *עיונים בתקומת ישראל*, 3, עמ' 98-113.

12 כתבן, א., "מי בעל הבית? הקרנטינה ובדיקת העולים בשערי ארץ ישראל", *קורות*, ב, עמ' 37-71; שורץ, ש., "בחירה ברירנית או עליה חופשית", *הרפואה*, 139 (11-12), עמ' 476-482.

וקשיים. העולים חשו מושפלים, בעיקר בגין העובדה שכפו עליהם להיבדק, להתחסן. כמו כן, נכפו עליהם הליכי חיטוי והסגר. היו שציינו את הזוהמה ואת חוסר ההיגיון הבריאותי בחלק מהפעולות. במקביל, הופעל ההסגר גם בנמל חיפה. היו שהתלוננו על הבדל ביחס שבין הביקורת הרפואית בנמל יפו לבין זו שבנמל חיפה. סביר להניח כי מידת היחס נבעה מהשונות שבין האנשים ומהתנהלות של הרופא האחראי על ההסגר.¹³

התנהלות זו נשמרה בקפדנות גם במהלך שנות ה-30 וננקטה ביחס לחלק הארי של העלייה היהודית לארץ ישראל, שבאה במסגרת מכסות ההגירה. אחרי מלחמת העולם השנייה התרחבה ההגירה, והיה חשש להתפרצות של מגפות (כגון טיפוס) בקרב המוני המהגרים, עקורי המלחמה באירופה שהחלו להגיע לארץ. בעקבות כך, הוסיפו הבריטים להליכי הביקורת גם ריסוס בדי.די.טי של העולה ושל חפציו. הם עשו זאת באוהל מיוחד שהוקם ביציאה מהנמל, כדי שאיש מהבאים לא יוכל לחמוק ממנו.

נוהלי הביקורת הרפואית של שלטונות המנדט לא היו שונים מנוהלי ביקורת בנמלי הגירה אחרים בעולם. תחושת "ההשפלה" של המהגר העולה לארץ ישראל הייתה דומה ביסודה לזו של המהגר באליס איילנד, בנמל סן פרציסקו או בהליפקס שבקנדה. מאידך, סביר להניח כי העולה לארץ ישראל, שהיה רווי בצפיות ציוניות ולעתים אף בתקוות משיחיות (הוא ראה בארץ ישראל את ארץ האבות ולא מחוז הגירה זר), הרגיש תסכול רב יותר מהליך ההגירה הקפדני ו"הפוגעני", שעייב את כניסתו לארץ המובטחת. נראה שהיותם של גורמי האכיפה והביקורת הבריאותית בריטים, זרים ועוינים, חיזקה אף הרגשה זו. הביקורת הבריאותית של עולים לארץ ישראל לא הייתה ייחודית בכניסה לארץ, אלא נעשתה גם בנמלי המוצא על ידי גורמי בריאות מקומיים, וללא כל קשר לגורמי העלייה הישראליים. כך למשל, נדרשו העולים לישראל מצפון-אפריקה (בעיקר ממרוקו) להציג אישורי בריאות לרופא הנמל כתנאי ליציאתם ממרוקו. על פי הנחיית רשויות הבריאות הצרפתיות במרוקו, נדרש רופא הנמל בקזבלנקה למנוע את יציאתם של מהגרים חולים (יהודים ולא יהודים), מאחר שכשאר המדינות החברות באו"ם, צרפת הייתה חתומה על החלטות "כינוס נפולי", שלפיהן אין לאפשר הגירה של מהגרים חולים, בעיקר אלה החולים במחלות מידבקות. דאגתה של צרפת הייתה כפולה – האחת, למלא אחר החלטות "כינוס נפולי"; והשנייה, למנוע כל אפשרות שמהגרים חולים יישארו במחנות המעבר בצרפת, גם אם מדינת היעד שלהם הייתה ישראל או כל

13 כתבן (לעיל) מציין כי היו נסיונות של המוסדות הציוניים לפעול מאחורי הקלעים על מנת לרכך את התיחסותם של הרופאים ואנשי ההסגר לעולים. ראו שם, עמ' 37-71.

מדינה אחרת. סוגיה זו עלתה פעמים רבות לדיון בין שליחי הסוכנות בצפון-אפריקה לבין רשויות הבריאות המקומיות. שליחי הסוכנות העדיפו כי העולים לא יטופלו בקזבלנקה אלא בארץ, בעיקר אם הטיפול הותיר סימנים בולטים אצל העולים (כגון, קרחות בגין טיפולי הגזזת, או מצב העינים אצל חולי הגרענת). כתוצאה מכך, הם יוגדרו כחולים, מה שעלול לגרום לעיכוב עלייתם. ישראל מרגלית (שליח הסוכנות במרוקו) ציין בדיווחו כי

בגלל אותה ביקורת ביחס לחולים מדבקים, חולי גזזת עברו את הביקורת על סמך אי ידיעה או בדיקה שטחית של רופא הנמל. אין ספק שלאחר גילוח הראש וההקרנה תהיה הגזזת גלויה לעין, וכל חולי הגזזת יפסלו באופן אוטומטי.¹⁴

דיווח דומה מסר ד"ר מתן ("רופא האמון" במרוקו), ובו המליץ שלא להתחיל בטיפולים רפואיים של חולי גרענת ושל חולי גזזת, מחשש שסימני הטיפול יגרמו לפסילת יציאתם.

ידוע לך בודאי שרק עניין של מזל הוא הבדיקה בנמל וכי אם בדיקה זו הייתה רצינית יותר – היו בודאי מגלים את נגועי הגזזת והגרענת הנשלחים ארצה, אבל מאידך גיסא לא צריך להציג בזמן בנמל מקרים הבולטים לעין.¹⁵

שנה לאחר מכן, כאשר מונה רופא נמל חדש בקזבלנקה, קפדן מקודמיו, כתב ד"ר מתן לד"ר בטש, מנכ"ל משרד הבריאות כי

שלטונות הבריאות כאן עושים צרות בזמן משלוח האנשים. הרופא הראשי של הנמל ד"ר קורקיוף מקפיד יתר על המידה בזמן בקרת העולים ופוסל לא מעט ... ד"ר מתן אף הציע כי הרופא יוזמן לישראל באורח כבוד של משרד הבריאות וכי "ישוחד" בכיבודים ובפגישות עם אח"מים כדי לקנות את לבו על מנת שיתרצה ולא יקפיד בבדיקות הרפואיות של העולים לישראל.¹⁶

14 מכתב ישראל מרגלית אל נחום מנלזון במרסיי, 8.6.1953, ארכיון ציוני מרכזי, L.29/308. באליס איילנד, למשל, דרשו מהנשים היהודיות להסיר את פאות הראש שלהן כדי לבחון אם הן חלו בגזזת, אם טופלו במחלה, או אם היו עליהן סימני מחלות עור מידבקות אחרות.

15 מכתב ד"ר מתן אל ר. וידרא המְחלק לעליית הנוער, קזבלנקה 11.7.1953, ארכיון שיבא, תל-השומר.

16 מכתב ד"ר מתן אל ד"ר בטיש, 30.8.1954, ארכיון שיבא, תל-השומר.

לא נמסר מה היו תוצאות ביקורו של ד"ר קורקיוף בישראל, ואם אכן הבדיקות מטעמו בנמל קזבלנקה של עולים יהודים נערכו קפדנות פחותה יותר. עם זאת, מעיון בדוחות השוטפים של העלייה מצפון-אפריקה עולה כי עד 1956 רק 1.5% מכלל העולים נפסלו לעלות ארצה מטעמי בריאות ו-3% בלבד עוכבו לבירור.¹⁷ הביקורת הרפואית הקפדנית בנמלי היציאה, ה"קרנטינה", החיטוי, ההסגר, הבדיקות הרפואיות בכניסה לישראל או במחנות המעבר, הקשיים האוביקטיביים שבקליטת אלפי עולים (גם חולים, נכים וקשישים) במדינת ישראל הצעירה אל מול הקשיים האישיים והרגשת הפגיעות של העולים החדשים בשל ההליך כולו, כל אלה עוברים כחוט השני בכל דיון בסוגיית הבריאות בעלייה הגדולה.

17 ביקורת רפואית על העלייה, 1948-1956, דוח ד"ר פכטהולד, גנזך המדינה, ג-4277/3.

”תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם”¹

חזית הבריאות

מלחמת השחרור והעלייה הגדולה שינו באופן מהותי את מצב הבריאות של היישוב היהודי בארץ ישראל. מחברה צעירה ובריאה, שהתמקדה בהגשמת החזון הציוני על ידי חלוצים צעירים, הפכה החברה הישראלית החדשה לחברת מהגרים הטרוגנית. המהגרים הביאו עמם בעיות בריאות רבות ומורכבות בהיקף שלא היה כמותו בתולדות היישוב. סוגיית הבריאות שדרשה התייחסות מיידית של הנהגת המדינה. היא הפכה להיות תוך זמן קצר לנושא מרכזי שהצלחת ההתמודדות עמו (בריאותית וחברתית) הייתה בעלת השפעה גורלית על חוסנה ועמידתה של המדינה בראשית שנותיה. זאת ועוד, החל מראשית שנות ה-20 פעל בישראל מערך רחב ביותר של תחנות לטיפול באם ובילד – טיפת חלב של ההסתדרות המדיצינית הדסה, של קופת החולים הכללית וגם של ארגון נשים ציוניות (ויצ"ו). מערך זה עסק בעיקר ברפואה מונעת, בחיסונים ובפיקוח על התפתחות הילדים. השפעתו הייתה רבה ביותר על קידום בריאות הציבור של אמהות וילדים. כתוצאה משילוב זה של עולים בריאים באופן יחסי בגופם ואוכלוסייה צעירה ברמת בריאות גבוהה, יחד עם שירותי רפואה זמינים, הובילו לכך שבעיות הבריאות של היישוב היהודי בתקופת המנדט קיבלו מעמד משני (לעבודה ולהגנה) מבחינה פוליטית ביישוב.

בואה של העלייה הגדולה ובעיות הבריאות הייחודיות שהביאה עמה, שינו מצב זה לחלוטין. לראשונה נדרשו קברניטי מערכת הבריאות להתמודד עם בעיות של בריאות הציבור, שכללו תחלואה כרונית, סכנת התפרצות מגפות, בעיות של תת-תזונה ובעיות בריאות, שנוצרו כתוצאה מתנאי החיים הקשים במעברות ובמחנות העולים. אך ניסיונם הרפואי האישי והניהולי של ראשי מערכת הבריאות בימים שקדמו להקמת המדינה, לא הכשיר אותם להתמודדות

1 “Disease is today one of your largest imports.” הדברים נאמרו על ידי פרופ' ריצ'רד טיילר ממשלחת ארגון הבריאות העולמי לישראל, במושב שדן בבעיות הבריאות של העולים, ספטמבר-אוקטובר 1951, ומובאים אצל Btsh, S. (1952) (ed.) *Proceedings of the WHO/UCS Medical Teaching Mission to Israel Tel Aviv: Ministry of Health*

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

עם סוגיות כאלה. ניסיונם בנושא זה היה דל ביותר. כך אמר ד"ר יהושע כהן, רופא האונייה אקסודוס, ולאחר מכן מראשי משרד הבריאות בישראל:

למערכת הבריאות לא היה כל ידע ומושג בנושאי בריאות הציבור, והיה ברור כי נדרשה התמודדות אחרת מהמקובל, וכי היה צורך לגבש מדיניות אקטיבית מיידית כדי למנוע אסון בריאותי ברמה הלאומית.²

ממשלת ישראל פנתה לארגון הבריאות העולמי ולקרן למען הילד יוניסף על מנת לקבל סיוע רחב, מהיר ומידי כדי להתמודד עם בעיות הבריאות הכבדות שעלו על סדר יומה.

ב־7 באוגוסט 1951 נחתם הסכם בין ממשלת ישראל, ארגון הבריאות העולמי ויוניסף על תכנית לקבלת סיוע רפואי. הסכם זה בא כהשלמה להסכם ראשון לקבלת סיוע תזונתי (חלב ואבקת חלב), שנחתם בין יוניסף לממשלת ישראל הזמנית כבר בספטמבר 1949. על ההסכם חתמו בשם ממשלת ישראל ולטר איתן, נציג משרד החוץ, ובשם ארגון הבריאות העולמי המנהל האזורי של משרד הארגון למזרח הים התיכון. ההסכם כלל התחייבות של ארגון הבריאות העולמי לסייע ולייעוץ בעניינים טכניים למדינת ישראל בכל נושאי הבריאות, שתבקש הממשלה מהארגון, אך בהתאם למגבלות התקציב של הארגון.

העיקרון המרכזי של ההסכם היה מתן ייעוץ בהתאם לצרכים והכשרת כוח אדם מקצועי בתחומי הבריאות השונים, ובעיקר בתחום בריאות הציבור. ייעוץ זה היה חשוב ביותר למדינת ישראל. ההסכם הבטיח את הכשרתה של עתודה רפואית-בריאותית וצפוי היה לאפשר לגורמי הבריאות בישראל לפעול בעתיד באופן עצמאי וללא תלות בגורמי סיוע חיצוניים.

במקביל לקבלת סיוע וייעוץ בינלאומיים החל משרד הבריאות להגדיר את יעדי הבריאות המרכזיים לפעילותו. נושא בריאות האמהות והילדים בציבור העולים נבחר להיות היעד הראשון. סיוע ייעודי לנושא זה התקבל גם מהארגון הבינלאומי CARE, שדאג לשלוח ערכות ציוד ראשוני שכלל ביגוד, חיתולים ואבקת חלב להזנת תינוקות לאמהות יולדות מקרב העולים החדשים.

תמותת תינוקות

תמותת תינוקות מהווה אחד המדדים המובהקים להערכת רמת הבריאות בחברה. ככלל, תמותת תינוקות ביישוב היהודי בארץ ישראל בתקופת המנדט ירדה משיעור של 132.1 לאלף לידות ב־1922, לשיעור של 29.1 לאלף לידות

2 ריאיון עם ד"ר יהושע כהן, ירושלים, 21 יוני 2006.

ב־1947 ערב הקמת המדינה.³ הירידה התלולה בתמותת התינוקות הושגה בעיקר על ידי העלאת רמת הבריאות של היישוב היהודי באמצעות שירותי הבריאות הציבוריים הרחבים שנבנו על ידי הדסה, קופת החולים והמוסדות הלאומיים, מערך טיפות החלב שהקימה הדסה, שירותי ההיגיינה בבתי הספר והטמעת מודעות להתנהגות בריאותית בכל היישוב על כל עדותיו.

נתוני תמותת התינוקות בתקופת העלייה הגדולה מראים כי התמותה עלתה במהירות. כמו כן, הם מראים שהשינוי התמקד בריכוזי העלייה, וכי לאורך כל התקופה נשמר הבדל ברור בין נתוני העולים לנתוני האוכלוסייה היהודית הכללית. כפרי העבודה (ריכוזי עולים קטנים באזורים הרריים ומרוחקים) היו מוקד נוסף של שיעורי תמותה גבוהים.

ב־1949 הסביר ד"ר יוסף מאיר (מנכ"ל משרד הבריאות) את שיעורי תמותת התינוקות הגבוהים בקרב העולים, בכך ש"כל עלייה מביאה אֶתה את התחלואה שלה ואת התמותה שלה". הוא טען:

אי אפשר לקוות איפה, שמיד עם ירידת עולי תימן מן המטוסים בשדה התעופה בלוד תיהפך תמותת התינוקות שלהם מ־500-700 לאלף ל־36 לאלף כתמותת התינוקות ביישוב לפני העלייה ההמונית.

בנוסף, האשים ד"ר מאיר את "חוסר [ה]ידיעה [ה]אלמנטרית של האימהות בתורת הזנת התינוקות", את החמסינים הקשים, את "תנאי השיכון ותנאי ההיגיינה הירודים במחנות" ואת "הרמה הרפואית הנמוכה במחנות".⁴ הגישה הרווחת במערכת הבריאות הייתה שתמותת התינוקות הגבוהה נגרמת בעיקר בגין העדר ידע בריאותי מתאים של העולים, יחד עם תנאי הסביבה הקשים (מעברות וכו'), וכי באמצעות חינוך ניתן יהיה להפחיתה. דברים בנוסח זה ענה בכנסת שר הבריאות שפירא על שאלה בנושא זה.

הורדת תמותת התינוקות היא תהליך מורכב וממושך. היא פרי שיפור תברואת הסביבה ובמיוחד תברואת החלב, המחלה במחלות המידבקות של גיל הילדות העלאת רמת ההשכלה הכללית ואחרון אחרון חינוך שיטתי של אימהות לטיפול הנכון בתינוקותיהן.⁵

3 קנייבסקי־קנב, י., אוכלוסין וחברה בעמים ובישראל, ירושלים: מוסד ביאליק 1957, עמ' 14.

4 ד"ר י. מאיר, "15 חודשי שירות במשרד הבריאות יוני 1949 - ספטמבר 1950" משרד הבריאות, פר 493, ג"מ 6/950/1, עמ' 4.

5 שיעורי תמותת התינוקות, תשובת שר הבריאות לשאילתא של ח"כ מ. סנה, 16 בינואר 1956, דברי הכנסת, 19, עמ' 791.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

טבלה 2: שיעורי תמותת תינוקות לאלף תינוקות חיים⁶

שנה	יהודים	במעברות	בכפרי עבודה	לא יהודים	כלל האוכלוסייה
1948	36.26	-	-	-	-
1949	15.71	-	-	-	-
1950	46.22	⁷ 157.8	-	-	-
1951	39.20	104.1	110.0	48.78	40.75
1952	38.70	70.4	59.0	67.74	43.10
1953	35.66	51.4	42.3	60.09	39.64
1954	34.12	49.1	⁸ 62.8	61.23	39.84
1955	33.59	46.7	48.4	62.54	37.31
1956	35.56	40.3	57.2	61.51	40.26

תחלואה

לצד העלייה בשיעורי תמותת התינוקות החלה עם העלייה הגדולה עלייה בתחלואה במחלות זיהומיות ומידבקות.

באפריל 1953 התפרסם בעיתון *חרות* מאמר מפרי עטו של ד"ר אליהו סגל מקופת חולים לאומית. כותרתו הייתה "המלחמה במחלות המידבקות בישראל". כך הוא כתב:

מדינת ישראל נאבקה קשות על קיומה. המלחמה נטושה כמעט בכל תחומי החיים: מבחינה מדינית ... מבחינה צבאית ... מבחינה כלכלית ... מבחינה תרבותית ... מבחינה בריאותית – מראות חמש שנות קיומה של

6 הטבלה עובדה על פי לוחות "לידות, פטירות, ריבוי טבעי ופטירות תינוקות לפי צורת יישוב", בשנתון הסטטיסטי לישראל, כרכים 1-8, וכן על פי לוחות "נישואין, גירושין, ילודה, תמותה, ריבוי טבעי, תמותת תינוקות ולידות מת" בכרכים אלו. הנתונים לגבי לא-יהודים וכלל האוכלוסייה חושבו רק החל מ-1951. הנתונים לגבי יישובי העולים נעזרו גם בישורון-ברמן ט. (1954) "הטיפול המונע באם ובילד בשנים 1942-1954", *דפים רפואיים*, יג (ג), עמ' 205.

7 יומן בן-גוריון, 11.2.52, עמ' 8, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר; וכן ישורון-ברמן, שם.

8 שיעורי תמותת התינוקות, תשובת שר הבריאות לשאלתא של ח"כ מ. סנה, 16 בינואר 1956, *דברי הכנסת*, 19, עמ' 791. בתשובה נטען כי האחוז הגבוה בכפרי העבודה מתבסס על 15 פטירות בלבד.

מדינת ישראל תמונה של מאבק קשה. הארץ כאילו נמצאת במצב של התגוננות מתמדת נגד פלישות אויבים מסכני חיים מן החוץ. העלייה ההמונית שהתחילה מיד עם הכרזת העצמאות הייתה במידה לא קטנה מורכבת מאנשים פגומים בריאותית, חולים במחלות מדבקות. לפי החוקים הקיימים במדינות העולם היו אוסרים עליהם את הכניסה לארצות הגירה, לפחות עוצרים אותם בנמלי היציאה עד לחיסול סכנת ההדבקה ... בוצעה עלייה של שעת חירום, כמעט ללא בחירה כלשהי, והמוני חולי שחפת פתוחה וגרענת חריפה, ונושאי חיידקים של טיפוס, אמבות של דיזינטריה, פלסמודיות של קדחת (מלריה) נכנסו לישראל. אמנם בתחנות המעבר נעשו בדיקות והחולים הקשים ביותר נמסרו לטיפול רפואי, אבל תנאי שעת החירום ששררו בארץ גרמו לכך שחולים מדבקים במספר עצום בערך הסתננו לתוך האוכלוסייה הבריאה ... ייתכן שכל ארץ תרבותית אחרת אשר מספר תושביה הוכפל תוך תקופה קצרה כל כך לא הייתה יכולה לפתור בעיה זו בצורה מניחה את הדעת ... ואילו לישראל עמדו דרגתה הגבוהה של תרבותה, הבנתה העמוקה בבעיות של היגיינה וסניטריה, יעילות המנגנון הרפואי שלה, טיב הכשרתם המקצועית – המדעית והטכנית – של רופאיה, המרץ של הפרסונל העוזר והסעד של המוסדות והארגונים הרפואיים של חו"ל.⁹

בתקופת העלייה הגדולה נתפסה הבריאות כאחד ממרכיבי הביטחון הלאומי. העולים (על מחלותיהם) נתפסו כאיום על הביטחון הלאומי והפרטי. לצד האיומים הביטחוניים שליוו את השנים 1949-1956, היה האיום הבריאותי סיבה טובה להקצאת תקציבים, כוח אדם ומאמץ של אלפי רופאים ואחיות. בפברואר 1949 שרטט ד"ר אברהם קצנלסון, המנכ"ל הזמני של משרד הבריאות, היבט נוסף של הקשר בין האיום הביטחוני לתחלואה:

אנו מוקפים חגורה של מוקצים אפידמיים. החולירע במצרים ומגפת האבעבועות בלבנון שהשתוללו לפני זמן קצר מדגימות זאת. אנו נמצאים על פרשת דרכים של מגפות.¹⁰

בנושא בריאות הציבור הרבו להשתמש בטרמינולוגיה מתחום המלחמה – הרופאים והאחיות נלחמו בזוהמה ובהעדר ההיגיינה, בחיידקים ובאנשים שנשארו אותם.

9 ד"ר אליהו סגל, "המלחמה המחלות מידבקות בישראל" *חרות*, 21.4.53, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46.

10 ללא ציון שם המחבר, "כיצד התגבר משרד הבריאות", *הצופה*, 6.2.49, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/414.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

שימוש לשוני מתון יותר מ"מלחמה", אך נובע מאותה מערכת לשונית, היה "שמירה". בשירו של י' עוגן הוצג הניקיון כידיד, השומר עלינו בתנאי שאנחנו נשמור עליו:

יש ידיד טוב לכולנו
ניקיון הן זהו שמו
הוא תמיד שומר אותנו
אנו גם נשמור אותו.¹¹

הידיד הוא הניקיון, האויב הוא המחלות. על הידיד (הניקיון) יש לשמור, ובאויב (המחלות) יש להלחם. משימתו של משרד הבריאות הייתה אפוא להילחם במחלות, כפי שנלחמים באויב של ממש.

דיזנטריה ושלשולים

נתוני הדיזנטריה ב-1950-1951 היו קבועים למדי ועמדו על 63.5 מקרים לכל 10,000 נפש. עם זאת מדובר בנתונים חלקיים, ונראה שלא כל המקרים דווחו ללשכות הבריאות, ומכאן שלא הופיעו בסטטיסטיקה הרשמית.¹² הדיזנטריה, מחלה זיהומית קשה ומסוכנת, הפילה חללים רבים במחנות העולים.

במחנות העולים ברעננה ישנם 200 ילדים מתוך 300 החולים בדיזנטריה. זהו מספר מוסמך, שנמסר לי היום על ידי רופא המחנה ... 200 ילדים חולים צריכים לקבל את הטיפול המידי המהיר, כדי שלא יעברו מדיזנטריה למחלת טוקסיקוזה, הפוגעת בבריאות הילדים בייחוד בימי החום.¹³

אחות מבית שאן כתבה בקיץ 1953:

הימים האחרונים הם הקשים ביותר במשך כל זמן עבודתי, החום מפיל יום יום חללים. כל הילדים הם במצב קשה בלי גבול, ישנן הופעות של הקאות, שלשולים, חום גבוה – ואין כל אפשרות לעזור מתוך חוסר מקומות בבתי החולים – בלי תזונה מספיקה, אין כל ערך לטיפול.¹⁴

11 השיר המצוטט הוא מתוך ספר לימוד לכיתה א, בעריכת אריאל ז., וילנסקי צ. ונ. פרסקי (עורכים), אלפוני חלקב, רמת-גן: מסדה 1968, עמ' 143.

12 ישורון-ברמן, ט. (1953) "בעיות רפואיות בקליטת העלייה", דפים רפואיים, יב (א), עמ' 27.

13 ח"כ ישראל רוקח (ציונים כלליים), מצב הבריאות והאשפוז, דיון, 18 במאי 1949, דברי הכנסת, 1, עמ' 535.

14 מכתבה של האחות מצוטט במכתב של ד"ר טובה ישורון-ברמן לח"כ זלמן ארון, 31.8.53, אה"ע IV208-7474.

שחפת

מחלת השחפת הייתה שכיחה בקרב העולים הן מאירופה והן ממדינות אפריקה ואסיה. היא נחשבה כבעיה הבריאותית המרכזית שעמה נדרשו רשויות הבריאות להתמודד. באוקטובר 1948 מסר משרד הבריאות דיווח רשמי ראשון בנושא זה לוועדת השירותים הציבוריים, שמונתה על ידי מועצת העם הזמנית.¹⁵ הדוח קבע כי השחפת ומחלות רוח הן הבעיות המובילות שיש לטפל בהן מידית, וכך גם באשר למחלות מין, שהיו שכיחות בקרב קבוצות עולים מוגדרות. מבעיות הבריאות הוותיקות שבהן יש להמשיך לטפל בהקפדה צוינה המלריה. כן נאמר כי באופן פרדוקסלי מטופלים העולים החולים בשחפת ובמחלות רוח ביתר הקפדה ומהירות מאשר החולים הוותיקים ביישוב. זאת לאור ההתארגנות המיוחדת של השירות הרפואי לעולה ושל גורמים אחרים למציאת פתרונות לחולים אלה. בסיכום הדיון על הדוח קבעה ועדת השירותים כי מניעת מחלות מידבקות היא המשימה הראשונה במעלה של משרד הבריאות, יחד עם פיקוח על מזון, חומרי רפואה, תברואה, מים וביוב. כמו כן, נאמר שיש לתמוך בכל דרך בהגדלת מספרם של עובדי הבריאות (רופאים ואחיות), שהמחסור בהם במערכת הבריאות היה קריטי להמשך עבודתה. בדוח ראשון ששלח בנושא זה ד"ר מאיר, מנכ"ל משרד הבריאות, אל שר הבריאות והעלייה שפירא הוא ציין כי

במקום להביא הנה עולים חולים ולתת להם להתגלגל ולהדביק אחרים מחוסר מיטות או לשלוח אותם מכאן לאמריקה או שוויצריה, לא יהיה נכון לשלוח את האנשים האלה ישר מארצות חו"ל לדבוס ולהחזיקם שם עד הבריאה – ואז אפשר יהיה גם להטיל את כל המעמסה הכספית על הסתדרויות אחרות כמו ג'וינט, אזע וכו'.¹⁶

ומאיר הוסיף כי

לפי הערכת הרופאים העוסקים בשחפת מסתובבים כעת קרוב לאלף חולי שחפת פתוחה ביישוב מתוכם מאה במחנות העולים ... נקל לתאר לעצמו מה גדול הנזק שחולים אלה עלולים להביא בצפיפות ובתנאים ההיגייניים-סניטריים השוררים במחנות ... אפשר כבר ללמוד גזירה שוה

15 דוח משרד הבריאות לוועדת השירותים הציבוריים של מועצת העם הזמנית, 7.11.1948, עמ' 2.

16 מכתב מד"ר י. מאיר אל שר הבריאות והעלייה, 20.4.49, אה"ע IV243-3-137.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

ולהגיש כמעט בבטחה גמורה שבין מאתים אלף העולים החדשים שבאו בשנה האחרונה נמצאו כ-1,700 נגועי שחפת פעילה פתוחה ... בל נשכח שבמספרים אלה אינם כלולים החולים המקומיים עד שנה זו.¹⁷

ד"ר מאיר הציע לאשפז חולי שחפת בחו"ל לפני הגעתם לארץ. הוא הגיע להסכם לגבי אשפוז 25 חולי שחפת בבתי חולים יהודיים בקולרדו ללא תשלום, ודרש לשקול הצעה של ארגון הבריאות היהודי א.ז.ע.¹⁸ לאשפז מאה חולי שחפת בשוויץ במחצית העלות.

שר הבריאות משה שפירא נטה להסכים עם מאיר. כך אמר מעל לדוכן הכנסת:

מאות חולי שחפת מוחזקים על יד הממשלה במוסדות שונים ובצורות שונות ... הממשלה מחזיקה כמאתיים חולים במוסדות פרטיים ובנוסף על כך 260 במוסדותיה שלה ... כאלף חולי שחפת מסתובבים בארץ בלי אשפוז, ומסכנים את בריאות הציבור.¹⁹

בשלושה במאי 1949 החליט השירות הרפואי לעולה בשאלת סדרי העלייה כי

כניסת חולי שחפת, חולי רוח וחולים במחלות מידבקות לארץ אסורה. משרד העלייה יוציא הוראות מתאימות לרשויות המוסמכות בחוץ לארץ.²⁰

הנחיה זו פעלה עד שנת 1955.²¹ בגלל ההנחיה להגביל את עלייתם של חולי השחפת הפעילה לישראל, ולאור חששם של העולים שגילוי מוקדם של שחפת במהלך הבדיקות הרפואיות יעכב את עלייתם, נהגו עולים רבים לעקוף את הבדיקות הרפואיות על ידי שליחת חברים בריאים להיבדק במקומם.

במכתבים ששלח ד"ר טשרטוק, שעבד במחנות העקורים בגרמניה, הוא ציין

כי

מתי מספר של חולים מלאי פחד לגורלם על אדמת גרמניה והם מצליחים לעלות בלי רשיון ממחלקת העלייה. הרגשת הפחד היא כה חדורה בין

17 ש.ם.

18 א.ז.ע (OSE) = החברה לשמירה על בריאות היהודים) נוסדה בסנט פטרסבורג ב-1912.

19 מצב הבריאות והאשפוז, הודעת שר הבריאות משה שפירא, 23 מאי 1949, 7ברי הכנסת, 1, עמ' 551.

20 סעיף ח בשיבה יב/ש"ט של הממשלה בנושא סדרי עלייה, גנזך המדינה, ג-7263/1, ישיבה יב/ש"ט, ד' אייר תש"ט, העתק המסמך בארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

21 ש.ם.

אנשי המחנות שחיו במחנות ריכוז שהיא עולה על כל שקולים של הגיון והעולים אינם מתחשבים באפשרות של הדבקה אחרים ... הננו צריכים להסיק את המסקנה שלמרות הבקורת יגיעו ארצה חולים במספר לא קטן; כמו כן חלק מהעולים בעלי ממצא בלתי פעיל בריאות בתנאים הכלכליים והקלימטיים החדשים יהפך לחולים פעילים הזקוקים לאֶשפוז בבתי החולים. באם לא נהיה מוכנים לאיזולציה של החולים האלה תהיה סכנה של התפשטות המחלה בקנה מידה גדול.²²

גם בן-גוריון שהיה מודע לקושי שבאכיפת הבדיקה הרפואית כתב ביומנו כי

בזמן האחרון יש בדיקה רפואית בכל הארצות, אולם יש מקרי הערמה והסתננות ... מכמה ארצות שיש לנו בהן שלטון – המצב טוב לגמרי, חולים לא מתקבלים.²³

מבין 325,000 עולים שנבדקו ב־1948-1949 באשר לשחפת על ידי קופת חולים באמצעות מכשיר המיינוגרף (Mass Radiology), נמצאו 0.8% חולי שחפת פתוחה. ב־1950-1951, כשירד אחוז העולים מאירופה ל־29% מהעלייה כולה, ירד גם אחוז חולי השחפת ל־0.2%.²⁴ ד"ר הרמן ליכטנשטיין, שהיה האחראי על הבדיקה בשער עלייה טען כי בעוד ששיעורי השחפת של מבוגרים גבוהים אצל העולים מאירופה, הרי שבקרוב יוצאים מארצות ערב השחפת הפרימרי (של ילדים) נפוצה יותר.²⁵

על פי בקשת משרד הבריאות הישראלי מיוניסוף ובמסגרת הסיוע הבריאותי של הארגון לישראל, הוחל ב־1 בנובמבר 1949 מבצע ארצי שנועד לחסן לדים בני 2-18 מפני מחלת השחפת. מכון ויצמן למדע סייע בתמיכה מדעית-מעבדתית. במסגרת המבצע הבינלאומי המשותף למלחמה בשחפת (יוניסף והצלב האדום של ארצות סקנדינביה), הגיעו לארץ שתי משלחות רפואיות ועמן התרכיבים לחיסון כנגד מחלת השחפת. המשלחות הביאו כלי רכב משלהן, והממשלה השתתפה בהוצאות הדלק ובשכר הנהגים. כך נכתב בעיתון הארץ:

22 מכתב ד"ר טשרטוק לשר הבריאות, 16.5.1949, אה"ע IV243-3-61. המכתב נשלח עם העתק למרכז קופת חולים.

23 יומן בן-גוריון 24.4.49, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

24 ישורון-ברמן, ט. (1953) "בעיות רפואיות בקליטת העלייה", דפים רפואיים, יב (א), עמ' 26.

25 ליכטנשטיין, ה. (1953) "העלייה ההמונית והתחלואה השחפתית" דפים רפואיים, יב (ב-ג), עמ' 114.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

להרכבה ההמונית הזאת נודעת חשיבות גדולה משום שמספר הנפגעים ממחלה זו בארץ גדל והולך. העלייה ההמונית, תלאות המלחמה, הצפיפות והמצוקה בתנאי הדיור, המחסור במיטות בבתי החולים והאחוז הגבוה של ילדים ונוער שהתנגדותם הטבעית למחלה זו נמוכה היא – כל אלה מגדילים את סכנת הפצת המחלה במימדים גדולים.²⁶

בסקר על תנאי הדיור שנערך על ידי המחלקה לשחפת במשרד הבריאות, הודגש כי רוב חולי השחפת מקרב העולים תתגוררו בתנאי צפיפות גבוהים במיוחד, כשהצפיפות בדיור היוותה אחד הגורמים העיקריים להפצת המחלה. מתוך 3,730 חולים בשחפת פעילה התגוררו 2,506 (67%) עם משפחותיהם בחדר אחד, מהם 1,087 בצפיפות של 4 נפשות בחדר אחד. בנוסף על חיסונים, נדרש משרד הבריאות למצוא פתרון למגורים משופרים על מנת להפחית את ממדי התפשטות המחלה.

פתרון חלופי היה חיסון כלל האוכלוסייה, אלא שלא היו לכך די אמצעים. ד"ר קנוד וינגה, ראש המשלחת הרפואית הדנית, קבע כי יש צורך בהרכבת C.G.B גם למבוגרים. הוא הוסיף שקהל היעד שקיבל החיסון נקבע על ידי יוניסף. הוא זה שמימן את החיסון, ושם לו מטרה מרכזית – חיסון אמהות וילדים. עם זאת, התחייב וינגה כי ב"מקרים מיוחדים" יחוסנו גם עולים חדשים מהמזרח התיכון, שאינם בגיל קהל היעד.²⁷ בסוף נובמבר 1949 הועלה ל-30 גיל קהל היעד שקיבל את החיסון.²⁸ חיסון השגרה לכלל היילודים החל ב-1955.²⁹

לצד סיוע הארגונים הבינלאומיים למלחמה במחלת השחפת, היה גם סיוע בהקמת תשתיות מתאימות. מאחר שמערך המעבדות לשחפת בישראל היה מיושן ביותר, החליט נציג תכנית הסיוע להקים מעבדה חדישה לאבחון שחפת בירושלים (הקמת המעבדה יצאה לפועל במרץ 1950). אף גויס מימון לשליחתם של שני בקטריולוגים ישראלים להשתלמות באירופה. בחודשים פברואר-מרץ 1950

26 ללא ציון שם המחבר, "הרכבת ילדים ונוער נגד שחפת תחיל ב-1 בנובמבר", הארץ 14.10.49, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/413.

27 שריה, ש, "במבואות קריה – ד"ר וינגה רודף השחפת", הדור, 2.11.49, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/413.

28 ללא ציון שם המחבר, "כל האוכלוסייה עד גיל 30 תקבל הרכבה נגד שחפת", חרות, 27.1.49, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/413.

29 מחלות זיהומיות מחייבות הודעה בישראל: 50 שנות מעקב 1951-2001, יולי 2003, המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות, פרסום 224, עמ' 26.

נבדקו באשר למחלת השחפת יותר מ-160,000 איש (רובם ילדים ואמהות) בערים המרכזיות ירושלים, תל-אביב-יפו וחיפה, ומהם חוסנו 97,882 איש. כסיוע למבצע השחפת שלח ארגון הצלב האדום הדני³⁰ שני אנשים שיבצעו את החיסונים יחד עם 19 אנשי בריאות ישראלים, כשהם מסתייעים ב-6 נידות לאבחון ולחיסון.

במרץ 1950 הורחב מבצע החיסון כנגד השחפת גם במחנות העולים ובמחנות הצבא בסיוע צוותים רפואיים של חיל הרפואה שהוכשרו במיוחד לכך.³¹ באוקטובר ציינה הוועדה כי היקף החיסונים כנגד השחפת הגיע ל-176,000 איש.³² ועדת המעקב של יוניסף ציינה כי אף שלקחה חלק בגיבוש התכנית למלחמה בשחפת גם במחנות הצבא, לא ניתנה לה רשות כניסה אליהם. לכן היא מדגישה בדיווח שלה, שהיא איננה יכולה להעריך את היקף אבחון המחלה והחיסון שנערך בהם, וזאת בניגוד לסטטיסטיקה המדויקת באופן יחסי, שניהלו בקבוצות האוכלוסייה האחרות.

בסקר לבדיקת התחלואה בשחפת שנערך ב-1952 עלה כי מתוך 309,000 עולים שנבדקו במחנות המיון, נמצאו 950 סובלים משחפת פעילה ו-11 אלף משחפת בלתי פעילה. מבין 47,000 עולי תימן נמצאו 1,000 חולי שחפת.³³ לאור נתוני השחפת המדאיגים קרא ד"ר מאיר בעיתון זכר: "כמה חולים כרוניים נוכל להביא עוד לארץ?".³⁴

החל מ-1954 חלה ירידה מתמדת בשיעורי התחלואה והתמותה משחפת, בעיקר הודות למבצעי חיסון נרחבים, בעיקר בקרב ילדים ותינוקות.

טבלה 3: שחפת פעילה³⁵

- 30 ארגון זה לקח על עצמו את הנהגת המלחמה העולמית בשחפת.
 31 UNICEF Archives, E/ICEF/1950/R.0029/ADD.1, pp.19, 27
 32 UNICEF Archives, E/ICEF/1950/R.0078 10/10/1950], p. 6
 33 ללא ציון שם המחבר "70 אלף נפש – מקרים סוציאליים" משמר, 24.2.52, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46.
 34 מאיר, י. (תשט"ו) הרפואה והציבור, תל-אביב: מרכז קופת חולים, עמ' 233-236. פורסם לראשונה בעיתון זכר, 3.2.1952. ברוח דומה התבטא גם במאמר "הר געש של

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

שנה	מספרים מוחלטים [מספר פטירות]	שיעורי תחלואה ל-10,000	שיעורי תמותה ל-100,000 משפחה ³⁶
1946			16.6
1947			19.2
1948	-[98]	-	18.3
1949	-[129]	-	19.6
1950	-[179]	-	14.5
1951	-[94]	-	18.3
1952	1,519 [161]	10.6	13.3
1953	1,591 [125]	10.8	10.5
1954	1,202 [137] ³⁷	8	9.1
1955	1,042 [91]	6.7	7.3
1956	893 [96]	5.4	6.1

התנהלות ייחודית בנושא השחפת הייתה בשאלת חיסונה של האוכלוסייה בירושלים. ככלל, כל שירותי הבריאות הציבוריים בירושלים ניתנו על ידי הדסה. עם בואה של העלייה הגדולה, הקימה הדסה מרכז בריאות קהילתי בשכונת העולים בית מזמיל (היום קריית יובל). היא עשתה זאת על פי דגם מרפאה קהילתית, שגיבש ד"ר סידני קרק מדרום אפריקה. רוב מטופלי מרכז הבריאות הקהילתי היו עולים חדשים. הסתייגויות, שנשמעו מנשות הדסה ארצות הברית באשר לאיכות החיסון כנגד השחפת ולמידת השפעתו, הובילו להחלטה

סכנות", שפורסם לראשונה אף הוא בעיתון זכר, 29.8.1951.

35 הנתונים מתייחסים ליהודים בלבד. הנתונים לשנים 1953-1956 נלקחו מהשנתון הסטטיסטי לישראל, כרך 8, עמ' 54, לוח 5. מספרי הפטירות (בטוגריים) עובדו מכרכים 8-1 של השנתון הסטטיסטי לישראל מלוחות "פטירות בקרב האוכלוסייה היהודית". נתוני התמותה לשנים 1950-1951 נלקחו מסגל, א., "המלחמה המחלות מדבקות בישראל", *חרות*, 21.4.53, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46.

36 הנתונים מובאים בִּטְבֵּלָה אצל Grushka, T. (1968) *Health Services in Israel*, Jerusalem: Ministry of Health, p. 66; קנייבסקי־קנב, י., *אוכלוסין וחברה בעמים ובישראל*, ירושלים: מוסד ביאליק 1957, עמ' 45.

37 ללא ציון שם המחבר, "מנהל משרד הבריאות מזהיר מריבוי מחלות בקיץ זה", *זמנים*, 29.4.55, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46.

משותפת של הדסה, של הליגה למלחמה בשחפת ושל משרד הבריאות לבחינת אפקטיביות החיסון באמצעים אפידמיולוגיים. בהתאם לכך, נקבע כי מטופלי הדסה במרפאת בית מזמיל יחולקו לשתי קבוצות – קבוצה אחת תקבל את הרכבת ה-B.C.G. לשחפת, והשנייה לא תחוסן ותשמש למעשה בסיס למחקר מעקב בנושא השחפת. כן נקבע כי נוהל זה של הרכבה לקבוצת אוכלוסייה אחת, כשמקבילתה לא מחוסנת, יבוצע בכל קבוצות האוכלוסייה בירושלים, החל מילדי בתי הספר וגני הילדים וכלה בעובדי המפעלים התעשייתיים, פקידי עירייה וכל אוכלוסיית המעברות שבסביבת העיר (תלפיות, קטמון ועוד). בפרוודור ירושלים נקבע שחיסון השחפת יתבצע במלואו.³⁸

ההחלטה התקבלה בדצמבר 1954 ויושמה במלואה, ואכן הקבוצות המוגדרות לא חוסנו. ביולי 1959 נערך סיכום ביניים בנושא חיסון השחפת לילדי ירושלים והוחלט להמשיך במדיניות של אי-חיסון תינוקות בבתי החולים, ולערוך מבחן טוברקולין³⁹ בילדים בני 13-14. ילדים שהמבחן הראה אצלם תוצאה שלילית, לא יחוסנו. מאידך, לא ברור אם אכן נעשה מעקב מחקרי אחרי קבוצות הביקורת ואחרי הילדים בעלי תוצאות חיוביות של מבחן טוברקולין, ומה היו תוצאות מעקב זה.

מבצעי החיסון של האוכלוסייה, בעיקר של העולים החדשים, יחד עם השיפור רמת הבריאות, בתנאי החיים ומצב הכלכלי, הובילו לירידה משמעותית ברמת התמותה משחפת כבר במחצית שנות ה-50. משיעור תמותה משחפת של 18.3 ל-100,000 נפש ב-1948, ירדה התמותה משחפת ל-7.4 ל-100,000 נפש ב-1955, בעוד שבמדינות כגון בריטניה, שווייץ, צרפת ופינלנד נותר באותן שנים שיעור התמותה משחפת מעל ל-20 מקרים לכל 100,000 תושבים. רק בדניה ובהולנד נצפו שיעורי ירידה דומים בתמותה משחפת ומסיבות דומות (חיסון ושיפור תנאי החיים).⁴⁰

גם שיעור התחלואה ירד באופן ניכר, והצורך במרכזי אֶשפוז לחולי שחפת ירד אף הוא. כתוצאה מכך, בית החולים מאיר בכפר סבא, שהוחל בבנייתו בראשית שנות ה-50, ואשר נועד להיות בית חולים לחולי שחפת, הוסב ב-1962 לבית חולים כללי, לאור הירידה הדרסטית בתחלואת השחפת. די היה במחלקת ראות גדולה כדי לספק את השירות הנדרש.

38 סיכום פגישה בין ד"ר מילר וד"ר חסיס מיום 27.12.1954 בעניין ארגון הפעולה של שחפת בבית מזמיל, פרוודור ירושלים וירושלים העיר, גֶנוֹךְ המדינה, ג-3479/5.

39 מבחן טוברקולין (נקרא גם Mantoux test) הוא מבחן עורי שנועד לזהות הדבקה בחיידק השחפת; וכן מבחן PPD, שבו מוזרקת כמות קטנה של חלבונים מהחיידק לתוך השכבה התת-עורית של המטופלים.

40 קנייבסקיי־קנב, י., אוכלוסין וחברה בעמים וכישראל, ירושלים: מוסד ביאליק, 1957, עמ' 46-47.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

שיתוק ילדים (Polio Epidemic)

מגפת הפוליו (או כפי שנקראה בישראל שיתוק ילדים) הגיעה לארץ ב־1949-1953. כבר בפברואר 1949 התגלו בישראל המקרים הראשונים של שיתוק ילדים – פוליו. 16 תינוקות במחנה העולים בראש העין חלו בשיתוק ילדים, מהם מתו ארבעה. העמדה הראשונית גרסה כי:

הסיבות שגרמו למגפה הקטנה במחנה ראש העין, המאוכלס כולו בעולי תימן, נעוצות הם במצב הגופני הירוד של התינוקות במחנה זה הנגועים במחלות משנה רבות (כגון דלקת הראות וכו') והן ברגישותה של אוכלוסיית מחנה זה באופן מיוחד לגבי מחלה זו.⁴¹

המחלה התפשטה במהירות ועוררה בהלה רבה בציבור, שהתבטאה (וחוזקה) גם בריבוי כתבות בעיתונות בנושא זה. משרד הבריאות מיהר לפרסם אמצעי הגנה מפני המחלה: איסור רחצה בים של תל-אביב, איסור רחצה בברכות שחייה לילדים מתחת לגיל 6, איסור לערוך טיולים, קייטנות וכינוסי נוער. רופא הילדים ד"ר יעקב רותם ראה את ההמלצות "כבלתי מוצדקות ובלתי תכליתיות", אבל הורה להימנע מהכנסת אצבעות לפה, להרבות ברחיצת ידיים, להילחם בזבובים, לשטוף ירקות ופירות. הוא אסר רחצה בברכות שחייה, טיולים מעייפים, וניתוחים לא דחופים כמו ניתוחי שקדים. כן הוא המליץ

לוותר על מגע אינטימי עם בני המשפחה שהופיע בה שיתוק ילדים – לחיצת ידיים, נישוק, כלים משותפים, מגבות וכו'.⁴²

41 ללא ציון שם המחבר, "אין חשש להתפשטות מקרי דלקת קרום המוח ושיתוק הילדים", הארץ, 7.3.49, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/413. 16 מקרים אלו אינם מצויים בנתוני משרד הבריאות לחודשים הרלבנטיים בטבלת ריכוז נתוני התחלואה שתוצג להלן. על פי נתוני משרד הבריאות החלה המגפה בחודשי יולי-אוגוסט 1949. זוהי עדות נוספת לאמינות המוגבלת של נתוני התחלואה מראשית שנות המדינה.

42 רותם, י., "האמת על שיתוק הילדים", משמר, 21.4.52, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1146. לצורך השוואה כותרות דומות הופיעו גם בעיתונות בארצות הברית, והן הביאו לידי ביטוי את הפחד והבהלה שאחזה בציבור ההורים לנוכח המגפה. בארצות הברית נסגרו ברכות, והורים מנעו מילדיהם ללכת לאולמות קולנוע, לקייטנות ולכל אירוע שנכח בו קהל רב. ראו בהרחבה: Kluger J., *Splendid Solution, Jonas Salk and the Conquest of Polio*, Berkley Books NY 2004; Oshinsky D. M., *Polio An American Story*, Oxford UP 2006; Daniel M. T. and Robbins F. (Eds.), *Polio*, The University of Rochester Press, 1997

בעיתונות הועלתה הסברה כי התפשטות שיתוק הילדים קשורה בעלייה ההמונית:

קיימת סברה כי ה"וירוס" המפיץ את המחלה ברבים הוכנס מחו"ל עם זרם העלייה האחרון".⁴³

ידוע, שבמשך 5 השנים האחרונות הציפו גלים של מחלת שיתוק הילדים את ארצות הברית, גרמניה, קנדה, אנגליה, שוויץ ואוסטריה ... הרוב המכריע של מקרים אלה הוא בקרב תינוקות עד גיל שנתיים ובקרב ילדים עד גיל חמש. ישנו אחוז גדול של מבוגרים שחלו במחלה זו. היו מקרים מעטים מבין ילדי בתי הספר והנוער ... בשבועות האחרונים היה רב יותר באופן יחסי מספר המקרים בתל-אביב, בני ברק רחובות וראשון לציון מאשר בחיפה וסביבתה. בקרב העולים החדשים לא היו מקרים רבים יותר מאשר בקרב האוכלוסייה הוותיקה.⁴⁴

כעבור כמה ימים התפרסם בעיתון ידיעות אחרונות מאמר חריף, שקשר בין התנאים הסניטריים הקשים במחנות העולים לבין מגפת שיתוק הילדים.

ואם עכשיו באה משם המגיפה של שיתוק הילדים, משם, מהמחנות האלה בעיקר ... מה פירוש שלארץ הזאת, שבה צריך להיזהר שבעתיים מכל תקלה סניטרית וגופנית בא זרם עליה כזה שחלקו בז הוא לכל התחשבות בהגיגינה – כפי שבזים לה הערבים, המתים כזבובים במזרח...בכל אופן אין אנו חושבים כי הצרה תחלוף מעצמה, כמעין גל שיעלם כלעומת שהופיע. שהרי אין לראות שייעלמו הסיבות שהולידוהו. אדרבא: יתכן שהמחנות יתמלאו עוד יותר, ובעולים מוזנחים עוד יותר ... ולכן חובה להילחם במה שעלול להיות בעוכרנו.

על פי דיווחי משרד הבריאות לאותה תקופה (1949-1950), רוב החולים היו ילדים יהודים, בשיעור של 146 ילדים חולים ל-100,000 נפש, לעומת 10

43 ללא ציון שם המחבר, "מחפשים את גורמי הפצת שיתוק הילדים", מעריב, 11.5.50, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/413 ה. ר., "אזהרה שנתאמתה", ידיעות אחרונות, 15.5.50, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/413. ההדגשות במקור. קישור דומה נערך גם בעיתון על המשמר. ללא ציון שם המחבר, "אמצעים חריפים למניעת התפשטות שיתוק הילדים", על המשמר, 16.5.50, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/413.

44 מחלת שיתוק הילדים והאמצעים למניעתה, תשובת שר הבריאות משה שפירא להצעה לסדר היום של ח"כ יעקב גיל (הציונים הכלליים), 24 במאי 1950, דברי הכנסת, 5, עמ' 1475.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

ילדים חולים ל־100,000 נפש במגזר הלא יהודי. רוב החולים היו תינוקות בני שנה ומטה ועד גיל שנתיים (25%-32%). שיעור חולים גבוה היה בקיבוצים וביישובי עולים, למרות ההבדלים הגדולים בתנאי החיים ביניהם.⁴⁵ עיקר התחלואה הייתה בקיץ וירדה לקראת חודשי החורף.

מתוך כ־2,500 מקרי שיתוק ילדים שנתגלו ב־1950-1951, נשארו 20%-30% מהילדים נכים. מחצית מכלל הילדים שחלו היו מתחת לגיל 5, דבר שהעלה עד מאוד את סף החרדה של הצבור. לצורך טיפול במחלה נפתחה במאי 1950 מחלקה בבית החולים הממשלתי בצריפין (אסף הרופא), ובה 35 מיטות. היא נפתחה בסיוע יוניסף, אשר שלח גם ראת ברזל ראשונה לטיפול בחולי הפוליו הקשים.⁴⁶ מרכז השיקום באסף הרופא הופעל בצריפי עץ שהובאו לשם כך מפילנד. אסף הרופא נקבע כמרכז הראשי בישראל לטיפול בילדים נכי פוליו ולשיקומם. הוא תוכנן לגדול ב־45 מיטות נוספות, ואף זאת במימון יוניסף. כן נפתחה במקום מרפאת חוץ שיועודה להמשך טיפול בחולי הפוליו.⁴⁷

במרץ 1951 היו גם לקופת החולים הכללית מיטות שיקום מיוחדות לחולי פוליו – 24 מיטות בבית פינסטון (קרן נכות). מרכזי טיפול מקומיים נפתחו גם בחיפה (בבית החולים הממשלתי רמב"ם) ובבתי החולים של הדסה בירושלים ובבאר־שבע. מרכז נוסף לטיפול בחולים נכי פוליו נוסד על ידי האגודה לילדים נכים בירושלים. המוסדות מומנו חלקית על ידי ממשלת ישראל, יוניסף ותרומות שונות.

ב־1952-1953 שלח יוניסף ראות ברזל נוספות והודיע כי הוא יסייע במימון, בציוד ובכוח אדם להקים בית ספר מיוחד להכשרת פיזיותרפיסטים לטיפול בילדים נכי פוליו. סיוע מיוחד הוקצב לפתיחת סדנה ומרכז שירות להכנת קביים ופלטות (Braces) והתאמתם לאלה שנותרו נכים. כן סיפקה יוניסף אוטובוס מיוחד להסעת נכים מבתיהם או מהמוסדות שבהם שהו למרכזי הטיפול. הערכת התקציב של סיוע יוניסף לאביזרי עזר לנכים נאמדה ב־100,000 לירות, ועלות

Swartz T., *The Epidemiology of Polio in Israel*, ICDC, Ministry of Health, 45
Dyonon Pub. No 317, Tel Aviv 2008, p. 23

State of Israel, A Request for UNICEF Assistance to Mother and Child Health 46
;Projects in Israel, Rehabilitation of Handicapped Children, September 1952
גנוך המדינה, ג-189/9, עמ' 1-4.

חלק מהצריפים שימשו בעבר את חיל הרפואה הסובייטי בהיותו בפילנד בשלהי 47
מלחמת העולם השנייה.

הטיפול הוערכה ב־6 לירות ליום בעבור כל מיטת אֶשפּוֹז.⁴⁸ בפועל, תקציב הסיוע של יוניסף לטיפול בפוליו בישראל בשנות ה־50 היה 19,700 דולר (שווה ערך לכ־200,000 דולר אמריקאי ב־2013).

גם ארגון הבריאות העולמי סייע בטיפול בנפגעי הפוליו בישראל. הוא מימן עבודת מורה מומחה לפיזיותרפיה למשך שנה במרכז באסף הרופא, מימן שנת עבודה של מנהל מומחה למרכז ומימן שנת הכשרה והשתלמות של מנהל המרכז באחד ממרכזי השיקום בסקנדינביה. גם יוניסף השתתף במימון הכשרתם של 33 פיזיותרפיסטים בשלוש שנות לימודיהם בבית הספר המיוחד לפיזיותרפיה שנפתח באסף הרופא.

על מנת לעקוב מקרוב אחרי התפתחות מרכז השיקום באסף הרופא, נהג נציג יוניסף לבקר במקום מדי תקופה ולשלוח דוח מפורט על התפתחות המרכז והתקדמותו. מעיון בהתכתבויות השוטפות עולה כי אספקת המכשירים לאסף הרופא ולמרכזים אחרים סבלה מחוסר מקצועיות ומתקלות רבות, כולל טענות על היעלמות מכשור וציוד או קבלת משלוחים חלקיים, ולא אחת נדרשו משלוחים משלימים עבור הציוד החסר. בכמה מקרים אף הועלו חשדות לאי־סדרים בגין היעלמות מכשירים וציוד שהגעתם אושרה בנמל חיפה, אך לא הגיעו בשלמותם לאסף הרופא. למרות התקלות, החל מ־1950 (באופן סדיר ורשמי החל מ־1954) פעל המרכז באסף הרופא כאתר המרכזי לטיפול ולשיקום חולי פוליו בישראל. ב־1957 טיפל המרכז בכ־80 ילדים לשנה, כולל טיפולים רפואיים, ניתוחים, פיזיותרפיה, הידרותרפיה ושיקום תעסוקתי ופיזי. בסך הכול, השתתף יוניסף ב־1950-1960 במימון הטיפול של 2,000 ילדים חולי פוליו, שנותרו נכים.

ב־1 בינואר 1957 הוחל במבצע חיסון פוליו בתרכיב סאלק להמוני של הילדים בישראל. החיסון נעשה בתחנות טיפת חלב ובמרכזי חיסון שנפתחו לשם כך. העיתונות הקדישה לכך פרסום רחב. היא הדגישה גם את עובדת מתן החיסון במגזר הערבי, בכפרי המשולש, בשומרון ובכפרים הצפוניים. על מנת לעמוד במתן החיסונים ביישובים הכפריים, פתח משרד הבריאות תחנות ארעיות למתן החיסון בתקופת המבצע. בירושלים העמידו משרד הבריאות והעירייה

48 מזכירות הוועדה הבין־משרדית לסיוע בינלאומי, משרד הסעד ירושלים, האגף לרפואה מונעת המחלקה לטיפול באם ובילד משרד הבריאות בירושלים, "מכשירים למרכז לשיקום של פוליו מטעם יוניסף", 6 במאי 1953, גֶנוֹז המדינה, ג-4299/5; Recommendation of the Executive director doe Approval of a plan of Operations for the Rehabilitation of Handicapped Children in Israel 24 Feb. 1953, UNICEF Archives, E/ICEF/R.420

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

רמקולים בצומתי רחובות, ובאמצעותם נקראו ההורים להביא את ילדיהם להתחסן. החיסון ניתן בתחנות טיפת חלב בכל הערים המרכזיות, ורשימת התחנות המלאה פורסמה בעיתונות. חיסונים ניתנו גם בתחנות שפתחה לשם כך קופת החולים הכללית. בראש העין הוחל במתן החיסון באופן מרוכז יום קודם לכן. דיווחי צוותי החיסון העידו על היענות גבוהה מאוד של ההורים, הן של ההורים הוותיקים והן של העולים החדשים, וכן של האוכלוסייה הערבית. תאריך היעד להשלמת החיסון נקבע לאפריל 1957, כאשר משרד הבריאות תכנן תסקיר ביניים לבחינת הערכת החיסון ויעילותו. בתסקיר הביניים שערך ד"ר יקותיאל ממשרד הבריאות על מבצע החיסון לשיתוק ילדים צוין כי ב-1957 כ-140,000 ילדים ומבוגרים בגילאי החיסון (כל התינוקות מגיל 4 חודשים והילדים עד גיל 3, וילדים ומבוגרים עד גיל 30 מבין העולים החדשים) קיבלו במבצע החיסון את שתי הזריקות הבסיסיות, לשני שלישים ממקבלי החיסון הוזרק תרכיב שיובא מארצות הברית ולשליש הוזרק תרכיב שיוצר בארץ.⁴⁹

באביב וקיץ 1958 הייתה התפרצות נוספת של מגפת הפוליו בישראל. כבעבר, עיקר הנפגעים היו מקרב ילדי הערים בני 1-4, אך סך החולים היה נמוך יותר. 573 ילדים חלו במהלך השנה, מהם נפטרו 49 ילדים. החיסון שניתן ב-1957 לא יכול היה למנוע את התפרצות המגפה ב-1958.⁵⁰

בשנת 1961 הוחל בישראל במתן החיסון החי (סייבין).⁵¹

49 ההחלטה ליצר תרכיב בישראל התקבלה לאחר שהיה מחסור בתרכיב סאלק המקורי שיוצר בארצות הברית. ייצור התרכיב נעשה על ידי ד"ר נתן גולדבלום (1920-2001), ראש המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות, שקיבל אישור לייצר את התרכיב במעבדות בבית החולים צהרון (דג'אני) ביפו. ייצור התרכיב בישראל אפשר המשך מתן חיסון נרחב לכלל האוכלוסייה שבסיכון.

50 Swartz T., *The Epidemiology of Polio in Israel*, ICDC, Ministry of Health, Dyonon Pub. No 317, Tel Aviv 2008, p. 47

51 מחלות זיהומיות מחייבות הודעה בישראל: 50 שנות מעקב 1951-2001, יולי 2003, המרכז הלאומי לבקרת מחלות והמחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות, פרסום 224, עמ' 17.

טבלה 4: תחלואה ותמותה בשיתוק ילדים יהודים 1956-1949⁵²

חודש	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
ינואר	1	19	12	86	21	44	16	10
פברואר	-	33	16	82	14	43	22	4
מרץ	-	39	32	68	14	66	17	4
אפריל	2	87	66	62	25	75	23	7
מאי	9	338	93	95	44	117	20	26
יוני	8	320	119	99	113	126	64	62
יולי	20	247	134	100	119	98	89	124
אוגוסט	16	250	84	60	68	70	64	130
ספטמבר	7	110	94	71	48	47	35	63
אוקטובר	15	68	95	40	54	25	30	48
נובמבר	24	54	95	40	66	20	24	30
דצמבר	26	37	78	27	39	20	7	10
סה"כ תחלואה	128	1,604	918	834	619	750	399	516
סה"כ תמותה		154	177	111	113	67	40	29

52 הטבלה עובדה על פי גרושקה ת. (1952) "שירותי הבריאות בישראל 1950/1951", מגמות, ג (3), עמ' 297; נתונים נוספו ואומתו על פי דוח יוניסף לשנת 1950-1951: State of Israel, A Request for UNICEF Assistance to Mother and Child Health; Projects in Israel, Rehabilitation of Handicapped Children, September 1952; גנזך המדינה, ג-189/9, עמ' 2; נתוני תמותה לשנים 1950-1951 אומתו על פי Swartz T., *The Epidemiology of Polio in Israel*, ICDC, Ministry of Health, Dyonon Pub. No 317, Tel Aviv 2008, p. 29. היקף תחלואת הפוליו בישראל לקוח מנתוני תחלואה של מחלות מידבקות, שפורסמו בעיתון *הרפואה* מדי חודש; ד"ר אליהו סגל, "המלחמה המחלות מידבקות בישראל", *חרות*, 21.4.53, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46; ללא ציון שם המחבר, "נסיונות ליצירת ואקצינה לחסון נגד מחלת שיתוק הילדים", *הבוקר*, 11.1.55, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46; ללא ציון שם המחבר, "עליה במקרי שיתוק הילדים", *הארץ*, 24.3.52, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46; ללא ציון שם המחבר, "שיחות רפואיות – בחזית שיתוק הילדים", *הצופה*, 15.8.54, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, 6, S71/1/14; מחלת שיתוק הילדים והאמצעים למניעתה, תשובת שר הבריאות משה שפירא להצעה לסדר היום של ח"כ יעקב גיל (הציונים הכלליים), 24 במאי 1950, *דברי הכנסת*, 5, עמ' 1475; שנתון סטטיסטי לישראל, כרכים 1-8. ישנם הבדלים מסוימים (ובשנים אחדות משמעותיים) בין הפירוט החודשי של משרד הבריאות לנתונים הסופיים שפורסמו בשנתון הסטטיסטי השנתי. בחלק מהמקרים פורסמו הנתונים החודשיים באורח חלקי בגלל העדר נתונים מהמחוזות. סיכום נתוני 1953, גבוה משמעותית מהנתון השנתי, והוא נובע ככל הנראה מטעות.

מלריה

המלחמה במלריה הייתה אחת המלחמות המרכזיות שניהלה הציונות, והיא לוותה בשירים ובסימאיות. היא נתפסה כהליך ריפוי הארץ וריפוי העם, וכחלק בלתי נפרד מההגשמה הציונית.⁵³ השימוש ב"די.די.טי", שהוחל בשימוש באופן רחב ב-1945, אפשר להפחית במהירות את המחלה. לקראת סוף ימי המנדט היא הפכה לבעיה מצומצמת. ממשלת המנדט דאגה לרסס את מוקדי המלריה המרכזיים בשיתוף הוועד הלאומי וההסתדרות הציונית, ובכך סייעה לצמצומה של התחלואה. עם בואה של העלייה הגדולה חלה התעוררות המלריה ביישוב היהודי. ד"ר אריך נסאו, מנהל מחלקת הילדים של בי"ח העמק, הצביע על העולים כמקור להפצת המחלה גם ביישוב הוותיק.

המלריה, שכמעט שנעלמה עד קום המדינה, חזרה:

סכנה חבויה נשקפת לאוכלוסייה הוותיקה ממקרי המלריה המצויים בקרב העולים החדשים ... השמירה על אמצעי ההגנה מפני המלריה בקיבוצים ואי השמירה עליהם במעברות, מסבירות משום מה נשארה המלריה נחלת האזורים של העולים החדשים.⁵⁴

ב-1950 אובחנו 842 מקרים חדשים של חולי מלריה, ושיעור התחלואה בארץ עמד על 0.8 לאלף נפש. התמודדות מידית עם מוקדי התחלואה באמצעות שימוש נרחב ב"די.די.טי", שסופק על ידי הצלב האדום, יוניסף וארגון הבריאות העולמי, אפשרה הפחתה מחדש של מחלת המלריה לרמה של 302 מקרים חדשים ב-1954, ולשיעור נמוך ביותר של 0.2 חולי מלריה לכל אלף נפש. בתיאום עם ישראל, סייע ארגון הבריאות העולמי גם לשכנותיה, שלא טיפלו במחלה בצורה נאותה, על מנת לאפשר ריסוס במוקדי מחלה לאורך גבול מדינת ישראל ובמוקדי המחלה שהיו בנקודות ספר. זאת במטרה למנוע את התפשטותה. בשלהי שנות ה-50 הודברה לחלוטין המלריה בישראל.

53 לוי, נ. (1998) פרקים בתולדות הרפואה בארץ ישראל, תל-אביב: הקיבוץ המאוחד והפקולטה לרפואה בטכניון; Sufian, S. M. (1999) *Healing the Land and the Nation: Malaria and the Zionist Project in Mandatory Palestine 1920-1947*, submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of education New York: New York University

54 נסאו, א. (1953) "השפעת העלייה ההמונית על בריאות האוכלוסייה הוותיקה והחדשה", דפים רפואיים, יב (א), עמ' 18-19.

שנה	מקרים חדשים	מקרים חוזרים	שיעור ל-10,000	מקרי מוות: מספרים מוחלטים ⁵⁶
1948	⁵⁷ 1100	-	-	
1949	⁵⁸ 1091	-	-	79
1950	842	2,167	7.1	22
1951	247	443	1.8	5
1952	403	191	2.7	6
1953	275	151	1.6	3
1954	302	93	1.8	3
1955	91	58	0.5	1
1956	45	26	0.3	1

מחלות מין

כמחלת השחפת, הוגדרו מחלות המין על ידי משרד הבריאות כבעיות מרכזיות שיש להתמודד עמה בהקדם. במשרד הבריאות הוכנה תכנית עבודה למלחמה במחלות מין עקב העלייה בתחלואה. הסיבה הראשונה שהוצגה לעלייה בתחלואה במחלות מין היא "עלייה המונית מארצות בעלות מספר גבוה ביחס לחולי מין".⁵⁹

אחד השינויים הבולטים שהכניסה העלייה הגדולה בתמונה הרפואית של היישוב מהווה ריבוי מחלות המין (בעיקר בין עולי רומניה, צפון-אפריקה ועירק) מאחר שהללו הגיעו לכאן כשמחלתם נמצאת כבר בשלב מאוחר,

55 הנתונים לשנים 1950-1956 נלקחו מהשנתון הסטטיסטי לישראל, כרך 8, לוח 3, עמ' 52.

56 Grushka, T. (1968) *Health Services in Israel*, Jerusalem: Ministry of Health, p. 85

57 ללא ציון שם המחבר, "מלחמה למניעת סכנת מגפות", הארץ, 6.2.49, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/413. המאמר טוען כי מפלת הכנופיות של קאוקג'י "נגרמה במידה מסוימת על ידי מחלת המלריה".

58 סגל, א., "המלחמה המחלות מידבקות בישראל", *חרות*, 21.4.53, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46. הנתון אינו כולל את "המקרים שהובאו עם העולים".

59 תכנית עבודה של המדור למלחמה במחלות מין ובמחלות עור סוציאליות, ללא תאריך (כנראה, סוף 1950 או תחילת 1951), א"ע, IV243-3-138.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

בשלושת החודשים דנן (ינואר-מרץ 1952) מתו 9 איש (מהם 7 גברים) מעגבת, בהם גם תינוק אחד.⁶⁰

ד"ר טובה ישורון-ברמן (המנהלת הרפואית של קופת החולים) טענה כי מחלות המין "אינן מהוות בעיה מיוחדת". כל העולים בני 15-60 שעברו דרך שער עלייה, עברו בדיקת דם לאבחון מחלת העגבת, ואחוז התוצאות החיוביות בבדיקה הגיע ל-1% ב-1948 ול-0.8% ב-1950. גם ביניהם נמצא כי

אחוז עגבת ראשונית ומשנית ביניהם הוא מינימלי ואינו עולה על 2% בעלי ממצא סרולוגי חיובי.⁶¹

ב-1953 נרשמו 238 מקרי זיבה, וב-1954 נרשמו 120 מקרי זיבה ו-834 מקרי עגבת.⁶² ב-1949-1952 נרשמו 92 מקרי עגבת מלידה – מהם 16 אצל ילדים בני 3-0 ו-33 בקרב ילדים בני 3-14. הילדים נדבקו מאם או מאב חולי עגבת. גם אם אותרו בבדיקות הסקר בשער עלייה, לא תמיד קיבלו החולים טיפול, ולא תמיד דיווחו על מחלתם לרשויות.⁶³

אף שד"ר ישורון-ברמן ראתה את הבעיה כבעיה משנית, יצא משרד הבריאות "למלחמה" במחלות מין וגיבש תכנית ל"ארגון המלחמה במחלות מין ועור סוציאליות". היא גובשה בשיתוף עם ארגוני הבריאות שפעלו בישראל, קופות החולים, הדסה, משרדי המשפטים, הביטחון והמשטרה, שירותי הבריאות לעולים, שירותי הבריאות של עיריית תל-אביב, הארגונים הבינלאומיים כגון יוניסקו (שביעור מחלות מין היה חלק מרכזי בפעילותו), ארגון הבריאות העולמי והאירגון העולמי למניעת מחלות מין UJPV. יוזם התכנית היה ד"ר שאול זימן, סמנכ"ל משרד הבריאות ומ"מ מנהל האגף למחלות מין ומחלות עור סוציאליות.

החשש העיקרי של גורמי הבריאות בהיערכות לביעור מחלות המין היה העדר שיתוף מצד הציבור בגין המעמד השלילי של מחלות אלה "כמחלות בלתי מוסריות אשר יש להסתירן". לפיכך, התבססה התכנית על גילוי החולים על ידי

60 דונביץ, נ., "כל אדם רביעי מת ממחלת לב", הארץ, 5.9.52, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46.

61 ישורון-ברמן, ט. (1953) "בעיות רפואיות בקליטת העלייה", דפים רפואיים, יב (א), עמ' 26.

62 ללא ציון שם המחבר, "סכנה להחרפת מחלות הקיץ בדוח משרד הבריאות", משמר, 2.5.55, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46.

63 קצנלנבוגן, י. (1953) "מקרי עגבת (סיפליס) בין ילדי העולים", דפים רפואיים, יב (א), עמ' 42-44.

גורמי הבריאות, כולל שימוש באמנה הבינלאומית למניעת זנות וסחר בבני אדם (בריסל, 1924), הרחבת החוקים הקיימים על מנת שיכללו חובת הודעה על חולי מין, חובת טיפול, חובת בדיקות סרולוגיות לפני נישואין, אצל נשים הרות אצל נוער במוסדות וכו'. גיוס המערכת המשפטית והמשטרתית לפעילות למען הבריאות הייתה אמורה לסייע באיתור חולי המין ובשליחתם לטיפול. תקציב התכנית למלחמה במחלות מין לשנה הוערך בכ-10,000 לירות, כולל פעולות הסברה. בנוסף, נקבע שיתוף פעולה מיוחד עם יוניסף, שפעל בעיקר לביעור עגבת תורשתית ועגבת אצל נשים הרות, ועם ארגון הבריאות העולמי והארגון העולמי למניעת מחלות מין.

טבלה 6: תחלואה במחלות מין (יהודים)⁶⁴

שנה	עגבת (Syphilis) ל-100,000	זיבה (Gonorrhoea) ל-100,000
1950	92.7	1.3
1951	93.5	3.8
1952	71	7.7
1953	64	13.8
1954	62	11.8
1955	53.8	15.3
1956	32.5	15.6

גרושקה מציין כי הפעילות האינטנסיבית לביעור סיפיליס הצליחה במידה רבה. מספר מקרי הסיפיליס ירד מ-1,024 חולים ב-1950 ל-173 חולים ב-1960. לעומת זאת, בטיפול במחלת הזיבה (גונוריה) מערכת הבריאות נכשלה לחלוטין, ומספר החולים גדל משמעותית בשנות ה-50, מ-10 חולים ב-1950 ל-338 חולים ב-1960, רובם ככולם גברים. היותם של רוב החולים גברים הקשה על איתורם, בעוד שנשים חולות מין נחשפו בדרך כלל בטיפות החלב, בעת היריון או אחרי לידה. ככלל, חלקן של טיפות החלב באיתור מחלות מין ובטיפול בהן (בעיקר בקרב נשים החולות) היה רב ביותר, והיווה אמצעי מרכזי לביעורן.

Grushka, T. (1968) *Health Services in Israel*, Jerusalem: Ministry of Health, 64 p. 91

מחלות עור – גזזת וגרדת

הגזזת (tinea capitis, ringworm, mycosis, favus, trichophytia) או כפי שנקראה בראשיתה פטרת הראש, הנה מחלת עור מידבקת של הקרקפת, הנגרמת על ידי פטריות המשתכנות בשורשי השערה וגורמות לנשירת שערות, לקרחות, לכתמים מעוגלים, לפצעים ולהצטלקויות של עור הקרקפת, בייחוד אצל ילדים.

הגזזת הייתה מחלת העור העיקרית בימי העלייה הגדולה. היא דרשה טיפול שיטתי, כוללני (בהסגר). עיקר החולים בה היו ילדי עולים מעירק, מתימן וממרוקו. בשונה מהמחלות שהובאו לארץ על ידי אנשי העלייה ההמונית (שחפת, מחלות מין), הגזזת הייתה נפוצה במידה רבה ביישוב היהודי בתקופה העותמנית והתפשטה לכלל מגפה בשנות ה-20 וה-30 בתקופת המנדט הבריטי. היא הודברה במבצע מיוחד, שערכה הדסה ב-1938-1925, תוך שימוש נרחב בהקרנות רנטגן כאמצעי לביעורה. בתקופת המנדט טופלו נגד גזזת כ-4,000 ילדים, וערב מלחמת העולם השנייה מוגרה המחלה.

בעקבות העלייה הגדולה התחדשה תחלואת הגזזת בארץ, בעיקר בקרב ילדי העולים החדשים. ב-1948 הגיע מספר מקרי הגזזת לכ-1,000, ובדיקה של ילדי עולי תימן במחנה ראש העין גילתה שכי-10% מהם חולים במחלה. עד סוף יולי 1950 טופלו כל חולי הגזזת בראש העין על ידי מחלקת העור והמחלקה הרדיולוגית בבית חולים הדסה. כן הוקם בראש העין מחנה בידוד לחולי גזזת, שאליו הובאו ילדים ממחנות עולים אחרים בארץ.⁶⁵ בסריקה במחנה העולים שער העלייה נמצאו בין העולים (309,000 שנסרקו) 25,000 מקרים של מחלות עור, ובהן סקביאס (scabies) וגזזת (ringworm).⁶⁶

על פי טובה ישורון-ברמן, 2% מקרב הילדים נבדקו, וזוהתה אצלם מחלת הגזזת. היא טוענת כי הטיפול בגזזת בעייתי ביותר בגלל "קשיים ארגוניים", פיזור החולים ברחבי הארץ ו"הקושי להביאם לטיפול במכוני הרנטגן".⁶⁷ ד"ר מירקו בריל, רופא עור שעבד משך שמונה חודשים במעברות באזור עפולה, מצא בבדיקה שערך בבתי ספר, כי 4% של הילדים היו עם פטרות בעור

65 גרושקה, ת. (1952) "שירותי הבריאות בישראל 1951/1950", מגמות, ג (3), עמ' 298.

66 Btsh S. (1952) (ed.) *Proceedings of the WHO/UCS Medical Teaching Mission to Israel*, Tel Aviv: Ministry of Health, p. 350

67 ישורון-ברמן משתמשת בשם פטריית השער (Trichophytia), ראו ישורון-ברמן, ט. (1953) "בעיות רפואיות בקליטת העלייה", דפים רפואיים, יב (א), עמ' 27.

הראש (גזזת). אצל כ-40% מהמקרים מדובר היה במחלה ממושכת, ואצל כ-60% היו הזיהומים חדשים. ד"ר בריל סבר שאמצעי ההעברה הם מסרקים ומכונות תספורת. הילדים ששהו בארץ יותר משנה נשלחו לחיפה לטיפול רנטגן, ואילו העולים החדשים יותר נרשמו לטיפול במרכז לטיפול בפטרות בראש העין ואחר כך במחנה שנלר בירושלים. בריל ציין כי אחרי הטיפול האמבולטורי (בשער עלייה) היו יותר מקרים של תחלואה חוזרת, לעומת מטופלי התחנות שבהם טיפלו באורח סדיר יותר.⁶⁸

ביולי 1955 - יוני 1957 התגלו בארץ 6,862 מקרים של גזזת, שעיקרם התרכזו בערי עולים, במושבי עולים וביישובים הערביים. כ-85% מהחולים היו ממשפחות יוצאות צפון-אפריקה.⁶⁹

בשונה מהשחפת שהיוותה גורם מעכב עלייה, הגזזת אצל הילדים לא הייתה כזו, ומשרד הבריאות אף קבע כי יש להעדיף את הבאתם של הילדים חולי הגזזת לטיפול בארץ משום היותו יעיל יותר וזול יותר מאשר טיפול בחו"ל, לפני העלייה ארצה.

ד"ר חיים שיבא, אז מנכ"ל משרד הבריאות, אף תבע מהסוכנות היהודית להפסיק לטפל בילדים לפני עלייתם ארצה ודרש להביאם לטיפול בארץ. בדצמבר 1951 הוא כתב להנהלת הסוכנות את הדברים הבאים:

אנו הדגשנו שאין הצדקה לעכב משפחות או אפילו ילדים בודדים בגלל גזזת. במחלה זו אם רק נקבל הודעה על בוא הילדים נטפל לאלתר כבר בעת הדיון על עליית 10,000 ילדים מצפון-אפריקה הבענו את דעתנו שיש להתיר עלית ילדי גזזת ללא [מודגש במקור ש. ש.] כל טפול בצרפת מטעמים שונים ... אנו חוזרים ומדגישים שאנו מוכנים לדאוג לכל מקרי הגזזת אשר יבואו בשני המרכזים (ראש העין ושנלר) המופעלים על ידי הצבא. מרכז שלישי יהיה בקרוב בחיפה ויקבל את שירותו מבה"ח הממשלתי. לכן נא לתת הוראות בהתאם.⁷⁰

68 בריל, מ. (1952) "על הפטרות (מיקוזות) של עור הראש ועל הטיפול בהן במעברות העמק", *דפים רפואיים*, יא (ד), עמ' 311-316.

69 כהן, י. (1958) "הגזזת בשנים האחרונות", *בריאות הציבור*, 5-6, מאי-יוני 1958, עמ' 22-23.

70 4.12.1951 מכתב ד"ר שיבא אל מחלקת העלייה של הסוכנות היהודית, ארכיון שיבא, תל-השומר.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

על מנת לטפל בילדים חולי הגזות שעמדו להגיע לארץ, יזמו ד"ר שיבא, הסוכנות היהודית והשירות הרפואי לעולה את הקמתו של בית החולים לטיפול בגרענת ובגזות במחנה שער העלייה. בית החולים המיוחד נפתח בינואר 1952. על פי דוח היחידה לאפידמיולוגיה של משרד הבריאות סך כל העולים, שטופלו בשער העלייה בהקרנות לגזות ב-1949-1954 היה 2,354 עולים, מהם 1,183 עולים ממרוקו, 179 עולים מפרס, 30 עולים מטריפולי, 235 עולים מתימן ו-351 עולים מעירק. כן נמנו 167 עולים חולי גזות ממדינות שונות.⁷¹ ב-1959 דווח כי בשער עלייה טופלו בהקרנות לגזות 1,346 חולים, בתל-השומר 199 חולים, ועוד 43 חולים במקומות אחרים. רוב המטופלים (734) היו מקרב עולים צפון-אפריקה, 162 מפרס, 74 מעירק ו-45 מתימן. כן נרשמו עולים חולי גזות מטורקיה, מהודו וממדינות אחרות.⁷² פרופ' ברוך מודן (חוקר הגזות בישראל) ציין כי להערכתו בסך הכול טופלו בהקרנות לגזות בישראל בשנים 1946-1960 כ-20,000 ילדים. מספר המוקרנ ים שנתקבלו ממרכזי ההקרנה והגיעו לידיהם היה 17,773 ילדים, רובם ככולם במחנה שער העלייה. מתוכם זוהו, אותרו ונותרו במעקב מחקרי 10,834.⁷³

71 ד"ר פכטהולד, ביקורת רפואית על העלייה, 1948-1956, גנזך המדינה, ג-4247/3.

72 נתונים סטטיסטיים של גזות ויערת בשנת 1959, משרד הבריאות, היחידה לאפידמיולוגיה, גנזך המדינה, ג-5088/9.

73 מודן התייחס רק לילדים יהודים שהוקרנו, ולא כלל במחקרו ילדים ערבים שהוקרנו באותה תקופה במרכז לגזות בנצרת. מודן ב., פרי ש., "גורמי סיכון וגורמי פיצוי: מדיניות הממשלה מו מוקרני הגזות", בתוך: כהן-אלמגור, ר. (עורך), *דילמות באתיקה רפואית*, עמ' 391. אין כל מידע לגבי עולים חולי גזות, שטופלו בחו"ל בהקרנות לפני העלייה.

פרק חמישי

טבלה 7: מספר מוקרני הגזזת בשער העליה 1952-1960

שנה	מספר מוקרנים יוצאי צפון-אפריקה	סך כל המוקרנים	%מכלל המוקרנים	הערות
1952	236	295	80	
1953	350	725	48	
1954	597	1,334	45	
1955	לא ידוע	1,717	NA	לא כולל ד'צמבר
1956	1,840	2,800	66	
1957	לא ידוע	2,160	NA	
1958	לא ידוע	1,742	NA	
1959	734	1,346	55	ה-734 הם עולי צפון-אפריקה ולא רק מרוקו
1960	270	429	63	עד 31.6.1960 ה-270 הם עולי צפון-אפריקה ולא רק מרוקו
סה"כ	4,027	12,548	NA	

סיוע יוניסף לביעור הגזזת בישראל

יוניסף והגזזת בעולם

מטרות היסוד של הארגון למען הילד של האו"ם (יוניסף) היו, כאמור, לשפר את בריאות הילדים ואמהותיהם, בעיקר באירופה שלאחר המלחמה, ולאחר מכן בעולם כולו. בין השאר, יוניסף עשה זאת על ידי ביעור מחלות זיהומיות המוניות המסכנות את הציבור או פוגעות בבריאותו וביכולתו הכלכלית והחברתית להשתקם אחרי המלחמה. כמו השחפת, גם מחלת הגזזת הייתה בין המחלות שנכללו בתכנית הפעולה הראשונית של יוניסף. החל מ-1949 נכללה הגזזת גם בתכנית המושפת, שגיבש יוניסף עם ארגון הבריאות העולמי (WHO) לטיפול בנושאי בריאות הציבור באוכלוסיות של אמהות וילדים במצוקה (Joint)

תכנית מיוחדת לביעור הגזזת ביוגוסלביה,⁷⁴ (UNICEF/WHO Committee of Health Policy במסגרת זו הפעיל יוניסף 50,000 כ- בהקרות טופלו בהקרות כ-75 ובה טופלו בהקרות כ-76 יוניסף מימן וסיפק את כל הציוד (לרבות מכונות הרנטגן) ופיקח רפואית על המבצע, שנמשך מ-1948 ועד הפסקת ההקרות ב-1960. במקביל לסיוע לביעור הגזזת ביוגוסלביה, סייע יוניסף לביעור גזזת גם בסוריה. שם הוקרנו אלפי ילדים באמצעות מכונות רנטגן, שהותקנו באמבולנסים ניידים במרכזים בחלב ובדמשק. ארגון הבריאות העולמי היה אחראי בסוריה להכשרת טכנאי רנטגן, לביצוע הטיפולים ולפיקוח רפואי שוטף על טיפולי ההקרות. דיווח על פעילות מבצע הגזזת בסוריה ומידת הצלחתו הגיע לידי משרד הבריאות הישראלי באמצעות גב' זינה הרמן, שהייתה חברת הנהלת

74 WHO – *The First ten years of the world health organization*, Geneva 1958, pp. 132-135. באוגוסט 1951 חתמה ממשלת ישראל על הסכם לקבלת סיוע וייעוץ טכני-רפואי מארגון הבריאות העולמי במקביל להסכם עם ארגון יוניסף, ראו Agreement on technical assistance between the world health organization and the government of Israel, 7 August 1951, WHO Archives Geneva. על ההסכם חתמו ולטר אתן בשם משרד החוץ וד"ר קוטרל בשם ארגון הבריאות העולמי.

75 Shvarts S., Sevo G., Tasic M., Shani M., Sadetzki S., (2010) "The Tinea Capitis Campaign in Serbia in 1950's", *The Lancet Infectious Diseases*, 10 (8), pp. 571-576

76 בפועל, טופלו בהקרות 90,000 ילדים – 40,000 טופלו במוסדות של ממשלת יוגוסלביה, ו-50,000 טופלו במסגרת תכנית יוניסף. ראו Ilcil B., UNICEF programme assistance to European countries. UNICEF Archives, CF/HST/MON/1989-003; 1-59.; Tooby FW. *Yugoslavia reports*. UNICEF Archives, Long Island City, New York, USA: S-0535-0236, A483, CF/NYH/PD, CF/NYH/05.; Yugoslav programme for antimycotic campaign. UNICEF archives, JC3/UNICEF-WHO/21,CF/ NYH/PD, CF/NYH/05.; Peoples Republic of Serbia. Ordinance of compulsory separation and treatment of persons suffering ringworm — Official Government Report Series. *Sluzbeni glasnik NRS* 1950; 8.; Ignjatovic B. *Mycotic diseases in Serbia (Tinea capitis): modern campaign on their eradication*. antimycotic campaign in Serbia (Tinea capitis): modern campaign on their eradication, antimycotic campaign in Serbia, antimycotic campaign in Serbia.;Library of the Institute of Hygiene of the Peoples Republic of Serbia. Belgrade; 1959; 1-91; Grin EI, Ozegovic L. Critical survey of mycological research and literature in Yugoslavia up to 1957. *Mycopathologia* 1958; 9: 341-64. למשרד הבריאות הישראלי היה קשר מקצועי עם רופאי הגזזת ביוגוסלביה, בעיקר באמצעות ד"ר מירקו בריל, רופא יהודי שהשתתף במבצע הגזזת של יוניסף ביוגוסלביה, עלה לישראל ב-1953, והיה רופא שטיפל בגזזת ביישובי עמק יזרעאל מטעם קופת החולים הכללית ואף ערך השוואה בין סוגי הגזזות בארץ לאלה שביוגוסלביה. בריל, מ. (1952) "על הפטרות (מיקוזות) של עור הראש ועל הטיפול בהן במעברות העמק", *דפים רפואיים*, יא (ד), עמ' 311-316.

יוניסף. היא ציינה בפנייתה לקבלת המידע כי הוא נדרש לאור הדמיון שבין שתי התכניות.⁷⁷ בסך הכול, הוקרנו בסוריה בשנות ה-50 בין 10,000-12,000 ילדים (הדיווחים אינם מלאים).⁷⁸

השיטה העיקרית בטיפול בגזת, שהפעיל יוניסף, הייתה דומה בכל המדינות שבהן פעל – איתור ילדים ואמהות חולים והפנייתם לטיפול הקרנות, כאשר יוניסף מספק, בדרך כלל, את מכונות הרנטגן בניידות או במרכזים קבועים. ב-1957 פרסם המשרד לענייני מזרח הים התיכון של ארגון הבריאות העולמי (משרד שאליו היו שייכות ישראל וסוריה) חוות דעת רפואית כוללת המתייחסת לטיפול בגזת. בפתח חוות הדעת הודגש כי מחלת הגזת שכיחה בכל מדינות הים התיכון וכי האוכלוסייה הפגיעה ביותר היא הילדים. הדוח שסקר את גורמי ההדבקה ואת סוגי הגזת השכיחים באזור, קבע כי הטיפול באמצעות רנטגן הוא הטיפול המיטבי במחלה, וכי יש לעקוב אחר הילדים במהלך תקופת ההחלמה עד לצמיחת השער החדש, לדאוג לרחצת הראש מדי יום ולטפל במשחות למניעת זיהום או דלקות.

חוות הדעת מתייחסת גם לסוגיית הטיפול בילדים בעייתיים מבחינה התנהגותית. הוצע בה שלא לטפל בהם ברנטגן בגלל בעיות התנהגות העלולות לסכן את הטיפול וליצור קשיים נוספים. במקרים של כישלון הטיפול במכשיר הרנטגן, הומלץ לשקול (בזהירות רבה) טיפול באמצעות תאליום.

חוות הדעת קבעה כי ביעור הגזת הוא יעד חשוב ביותר, בעיקר משום הדרתם של ילדים חולים מבתי הספר, דבר הפוגע קשה מאוד בעתידם בחברה כולה ובבריאותם. לאור זאת, קבעה חוות הדעת כי יש לבער בנחישות את הגזת ולהנהיג מנגנון ביקורת לאיתור ילדים חולים בכל מוסדות החינוך על בסיס קבוע. כל זאת, במטרה למנוע את התפשטות המחלה.

בסיכום המסמך נאמר כי ההמלצות לטיפול בגזת ומניעתה משותפות לארגון הבריאות העולמי ולארגון יוניסף, וכי שני ארגונים אלה מתכננים בעתיד הקרוב מבצע אזורי כולל לביעור הגזת.⁷⁹

77 מכתב זינה הרמן, נציגת ישראל ביוניסף, אל ד"ר רלף אקרט, מנהל פרוייקט יוניסף בבירות, המבקש מידע על מבצע הגזת בסוריה עבור ד"ר ג'ני טאושטיין, גנזך המדינה, תיקי משרד החוץ, חצ-3-2083

78 UNICEF in the middle east and north Africa, a historical perspective, UNICEF history series, monograph XII, MO/HST/CF/1989-2001 בניוירוק, מסמך מספר 309652.

79 Bureau Regional Pour la Mediterranee Orientale, EM/RC7/7 13 June 1957, WHO Archives Geneva

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

בפועל, הוסב המבצע האזורי המתוכנן לביעור גזות באמצעות הקרנות רנטגן, למבצע לביעור גזות באמצעות גריזופולבין, שנערך בראשית שנות ה-60 בכל מדינות האזור בסיוע יוניסף ובמימונו.

יוניסף והגזות בישראל

מעורבותו של יוניסף בנושא הגזות בישראל החל בשלהי 1950. באוקטובר 1950 צוינו יוניסף וארגון הבריאות העולמי כשני הארגונים הבינלאומיים השותפים לגיבושה של תכנית העבודה של "המדור למלחמה במחלות מין ובמחלות עור סוציאליות של משרד הבריאות". תכנית הפעולה הספציפית "למחלות עור סוציאליות" כללה:

א. גלוי החולים, טפול בהם, מניעת התפשטות המחלה, ב. ארגון העבודה הסטטיסטית-אדמיניסטרטיבית, ג. ארגון שתוף פעולה עם המוסדות הקיימים בארץ והמוסדות הבינלאומיים המעוניינים.⁸⁰

בפירוט התכנית הוגדרה הגזות כ"מחלה היותר רצינית", כאשר מחלת הגרדת דורגה בחשיבות משנית אחריה. כן צוין בדוח כי המחלה שכיחה בעיקר בקרב עולי צפון-אפריקה ואסיה. בנוסף על מעורבותו בגיבוש התכנית הטיפולית בגזות, שלח יוניסף ב-1950 שתי מכוונות רנטגן למשרד הבריאות כסיוע לטיפול בגזות.

ד"ר ג'ני טאושטיין מהאגף לרפואה סוציאלית של משרד הבריאות כתבה:

מטעם יוניסף אושרו לנו לפי תכניתנו 2 מכוונות רנטגן מובילות להקרנה סופרפציאלית לשם מלחמה בגזות. אני מחכים שמכוונות הרנטגן יגיעו ארצה ואז נכין במשותף תכנית לפעולה ארצית.⁸¹

על פי דוח יוניסף, מכוונת הרנטגן הראשונה נשלחה כבר ב-8 בנובמבר 1950,⁸² והמכונה השנייה נשלחה כמה חודשים לאחר מכן. שתי המכוונות מוקמו על פי החלטת משרד הבריאות בשער העלייה. משלוח המכוונות מטעם יוניסף לא כלל את עלות הפעלה והתחזוקה. למרות זאת, כאשר עלה הצורך להחליף את

80 תכנית העבודה של המדור למלחמה במחלות מין ובמחלות עור סוציאליות, ארכיון העבודה והחלוצ, מכון לבון, VI-138-243.

81 מכתב טאושטיין אל לשכת הבריאות המחוזית חיפה, 28.12.1950, ג'נזך המדינה, ג-4299/5.

82 UNICEF Archives, Israel Emergency, 8/11/1950 E/CEF/1950/R.0093, p.16 index 2-a

הראשים או המסננים של המכונות, פנה משרד הבריאות לוועדה הבין-משרדית לסיוע בינלאומי בבקשה לפנות אל יוניסף לקבלת חלקי חילוף למכונות.⁸³ דוחות המתעדים את כל הפעילות שנערכה במסגרת הסיוע, נשלחו ליוניסף מדי שישה חודשים. כמו כן, נמסרו גם דיווחים שוטפים על הסיוע הטכני והכספי לטיפול המתמשך במחלת הגזזת בישראל. ב-1952 נאמר כי מכונות שנתרמו על ידי יוניסף משמשות להעברת ילדים למחנות לטיפול קרינתי במחלת הגזזת, וכי כ-150 ילדים נשלחים לטיפול מדי חודש.⁸⁴ במחצית השנייה של 1952 הודגשה הפעילות על איתור מוקדם של ילדים ואמהות חולי גזזת וגרענת ב-31 תחנות טיפת חלב חדשות, שהוקמו בסיוע הארגון באותה שנה, ביניהן 9 תחנות באזור באר-שבע, 10 תחנות ביישובים ערביים, 4 תחנות במעברות ו-8 תחנות במושבים חדשים.⁸⁵ כן צוין בדוח כי משרד הבריאות משתמש במכונות שקיבל מיוניסף כדי להסיע אחיות ורופאים לאתרי תחנות טיפת החלב החדשות. בינואר 1953 מסרה ד"ר טאושטיין, שהטיפול בגזזת היה באחריותה, כי שתי מכונות הרנטגן ששלח יוניסף פועלות במחנה שער העלייה, וכי המחנה מבצע במשך שנה כ-1,500 הקרנות. לדבריה, כל מחזור ריפוי נמשך כשישה שבועות, ומשתתפים בו כ-150 ילדים.

ד"ר טאושטיין אף פנתה ליוניסף בבקשה לקבל חלקי חילוף למכונות הרנטגן לאור התבלות ראשי המכונה "מפאת השמוש הרב".⁸⁶ כן צוין כי מכונות הרנטגן במחנה שער עלייה פועלות מדי יום כשבע שעות, ולפיכך יש צורך באמצעים לקירור השפופרות, שביקשו מיוניסף במסגרת הסיוע.⁸⁷ בדוח הכולל על הפעילות במחצית הראשונה של 1953, נמסר כי בחודשים ינואר-יוני באותה שנה אותרו

-
- 83 פניית ד"ר ג'ני טאושטיין מהאגף לרפואה סוציאלית, המחלקה לטיפול באם ובילד במשרד הביאות אל המזכירות של הוועדה הבין-משרדית לסיוע בינלאומי במשרד הסעד, 12.1.1953, גֶנוֹךְ המדינה.
- 84 רמת הפירוט בדוחות הייתה גבוהה ביותר, עד כדי ציון סוג הרכב, מספרו וסך הקילומטרים שעבר במהלך התקופה, במסגרת ההסעת ילדים חולי גזזת לטיפול. ראו progress report on maternal and child health activities in Israel June- December 1952; גֶנוֹךְ המדינה, תיקי הקרן למען הילד, התכתבות כללית ג-189/9.
- 85 גֶנוֹךְ המדינה, 12.1.1953, מכתב ד"ר ג'ני טאושטיין תיקי משרד הבריאות מחלקת אם וילד, תיקי משרד הבריאות. ג-4299/5.
- 86 מכתב טאושטיין אל המזכירות של הוועדה הבין-משרדית לסיוע בינלאומי שליד משרד הסעד, 12.1.1953, גֶנוֹךְ המדינה, ג-4299/5.
- 87 סוגיית עבודת מכונת הרנטגן והצורך באמצעי קירור לשפופרות צוינו בתעודת המשלוח של יוניסף לשתי מכונות הרנטגן שנשלחו ביחד עם הציוד הנלווה כנדרש בנימוק הנזכר לעיל; גֶנוֹךְ המדינה, ג-4299/7.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

900 ילדים חולי גזזת.⁸⁸ ב־1956 שלח יוניסף למשרד הבריאות מכונת רנטגן חדשה מסוג "פיקר", שלישית במספר. מכונת הרנטגן הנוספת נדרשה כנראה בעקבות פתיחת המרכז לריפוי מחלת הגזזת בנצרת בעבור ילדים חולי גזזת מהמגזר הערבי.⁸⁹

הסיוע של יוניסף לביעור הגזזת בישראל היה בשנות ה־50 בעיקר טכני וכספי. הוא המשיך גם בשנות ה־60, כאשר נפסק הטיפול באמצעות הקרנות רנטגן והוחל בטיפול באמצעות תרופת הגריזופולבין. יוניסף היה מעורב במימון התכנית הרחבה לביעור הגזזת בישראל באמצעות הגריזופולבין ובגיבושה. הוא סיפק לממשלת ישראל את תרופות הגריזופולבין והמשיך לממן את הטיפול בחולי הגזזת המרובים שעדיין היו בארץ (1964-1969).⁹⁰

בדוח ההיסטורי על פעולות הארגון, שכתב מיכאל אסקנדר ההיסטוריון של יוניסף, הוא ציין בערך גזזת כי סוריה, עירק וישראל היו "הנהגות העיקריות" בין מדינות המזרח התיכון, שלהן סייע יוניסף בביעור הגזזת, תחילה באמצעות טיפול קרינתי ואחר כך באמצעות הגריזופולבין עד לסיום המבצע במחצית שנות ה־60.⁹¹

גרענת (טראכומה)

גם התחלואה החוזרת בגרענת, אחרי הדברת המחלה בתקופת המנדט, יוחסה לעלייה הגדולה:

בסוף 1947 הייתה למעשה מחלת הגרענת מחוסלת לגמרי בקרב האוכלוסייה היהודית, אלא שמאז הובאה מחדש ע"י המוני העולים מארצות המזרח. חולים רבים באו ממקומות שונים – צפון־אפריקה, תימן, פרס, עירק ואפילו מארצות אירופה המזרחית. כיום מצויים בטיפול 68,000 מקרים של גרענת פעילה.⁹²

88 – progress report on maternal and child health activities in Israel June – December 1952

89 תעודת משלוח וקבלה מטעם נמל חיפה, מכונת רנטגן של חברת פיקר, 22.10.1956, לא ברור אם מכונת הרנטגן החדשה נשלחה לשער עלייה, ואחת המכונות הישנות הועברה לנצרת, או שהמכונה נשלחה ישירות לנצרת; גֶנוֹךְ המדינה, ג-4299/7.

90 UNICEF and Israel, 1948-1985, HIST/66/Rev/1, 315739, p. 3, UNICEF Archives

91 Michael G. Iskander, *UNICEF in the Middle East and North Africa: A Historical Perspective*, UNICEF History Series Monograph XII, 1989 p. 19

92 גרושקה ת. (1952) "שירותי הבריאות בישראל 1951/1950", *מגמות*, ג (3), עמ' 298.

תוצאות הבדיקה בשער עלייה ב־1951 הראו כי מתוך 309,000 עולים שנבדקו, היו 27,000 מקרי טראכומה (80 לאלף).⁹³ במרס 1951 נרשמו 1,021 מקרים, במרס 1952 נרשמו 289 מקרים ובדצמבר 1952 נרשמו 12 מקרים.

לפי סטטיסטיקה הרשמית שפורסמה בפברואר 1953 נפוצה הגרענת ביפו בין ילדי בית הספר הערביים בשיעור של 36% ואילו בין הילדים היהודים ב־0.5%.⁹⁴

26% מתושבי פרוזדור ירושלים "מוכים בגרענת", במעברת שואבה שתושביה עולים מטריפולי 42% מהעולים היו חולי גרענת.⁹⁵ גם באשר לגרענת, הנתונים העומדים לרשותנו מבוססים בעיקרם על הערכות גסות. טובה ישורון־ברמן הביאה תוצאות בדיקות סקר, שערכו כמה מרופאי הקופה בכמה ריכוזי עולים.

טבלה 8: מקרי גרענת – תוצאות בדיקות סקר 1953⁹⁶

מקום	רופא	מספר הנבדקים	% חולי הגרענת
פרוזדור ירושלים	פייטלברג	3,700	23%
אזור הנגב	בן־טובים	2,009	16.9%
אזור הגליל	בלומנטל	1,842	20%

לטענת הרופאים הבודקים, כמחצית מהמקרים היו מקרי גרענת פעילה, ורובם אצל ילדים. גם בשנות ה־60 הייתה הגרענת המחלה רפואית מובילה בקרב העולים מצפון־אפריקה. מבדיקות שערכו לעולי מרוקו שהגיעו לישראל בראשית שנות ה־60, צוינה הגרענת כבעית בריאות מרכזית. כאמור, היא טופלה בהצלחה רבה בשער העלייה ובמרכזי בריאות נוספים בארץ.

93 Btsh S. (1952) (ed.) *Proceedings of the WHO/UCS Medical Teaching Mission to Israel*, Tel Aviv: Ministry of Health, p. 350.

94 סגל, א., "המלחמה המחלות מידבקות בישראל", *חרות*, 21.4.53, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46.

95 דפני, מ., "העלייה הורידה את רמת הבריאות", *ידיעות אחרונות*, 21.11.51, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות S71/402.

96 הנתונים לגבי תחלואת העיניים הוצגו בפרק נפרד, במאמר שכותרתו "בעיית התחלואה בין העולים מעדות המזרח". אין ציון ברור של מועד הבדיקות. ישורון־ברמן, ט. (1953) "בעיות רפואיות בקליטת העלייה", *דפים רפואיים*, יב (א), עמ' 27.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

הגרענת הייתה נפוצה ביותר (יותר מהגזות) ביישוב היהודי בתקופה העותמנית וטופלה באינטנסיביות על ידי הדסה בתקופת המנדט הבריטי. במשך שנים רבות היא נחשבה בעיה בריאותית מרכזית בקרב ילדי היישוב הישן בארץ.⁹⁷ החשש מהדבקה המונית של גרענת היה המניע העיקרי להקמת בית החולים בשער עלייה, בעוד שהגזות נחשבה בראשיתה לבעיה רפואית משנית בהשוואה לתחלואת הגרענת.

המצב במחנות המעבר

מצב הבריאות במחנה עֶדֶן תואר ע"י ד"ר יוסף מאיר, שביקר בו, במילים קשות:

האם יש חולים במחנה? וכמה הם? ואיפה הם? איש אינו יודע. שנים עשר אלף איש מתגוללים על החול ... מי עם חום גבוה מסיבת מלריה או מחלות אחרות אשר טיבן לא ברור ומי מתוך אי היכולת לקום מהמקום מתוך חולשה ואפיסת כוחות. חלק מהם מספיק להגיע למרפאה ולקבל תחבושת או זריקת חנין או פניצילין, אחדים נופחים את נשמתם במקומותיהם, בעיקר זקנים וזקנות, ומאיך נשים צעירות יולדות את ילדיהן בלילות על אותו החול.⁹⁸

המצב הבריאותי והסניטרי במחנות המעבר, שבהם שהו עולי תימן, היה הקשה ביותר.⁹⁹ בעקבות ד"ר מאיר ואחרים, אנו יודעים כי המצב עורר תחושות קשות בקרב כל מי שביקר במחנה בעדן ובמחנות דומים לו. בעקבות הסיוור נשלחה למחנה משלחת רופאים ואחיות. אבל השינוי, שהצריך השקעה כספית ניכרת במחנה, לא התרחש. למעשה, הפגיעה בבריאות העולים התמשכה עד לפינויים של אלה שעלו במבצע "מרבד הקסמים".¹⁰⁰ גם במחנות אחרים (כגון, מחנות המעבר במרוקו) היו תלונות קשות על תנאים פיזיים וסניטריים קשים.

97 לוי, נ., "מאה שנה לכינוס הרפואי הראשון בארץ ישראל – ועידת הגרענת תרע"ד (1914)", *הרפואה*, 153 (3-4), עמ' 219-222; שחוריי-רובין צ., שורץ ש., *הדסה לבריאות העם*, ירושלים: הספרייה הציונית מוסד ביאליק 2003, עמ' 91-98.

98 תזכיר על הביקור בעדן בימים 16-18.9.1949 מאת ד"ר יוסף מאיר, אה"ע IV104-81-17.

99 אסתר גליצנשטיין-מאיר, א., *יציאת יהודי תימן*, תל-אביב: רסלינג 2012, עמ' 163-215.

100 ד"ר מאיר יצא לעדן במשלחת שכללה גם את ד"ר אברהם שטרנברג ואת ד"ר ולטר פאלק. בספרו, טוען שטרנברג כי הדוח של מאיר לג'וינט היה מעודן מדי, שכן מאיר חשש שדוח חריף עלול לפגוע בסיוע הכספי מהג'וינט. שטרנברג הסיק מכך כי עולי תימן יצטרכו להיות מטופלים במחנה ראש העין כדי להתמודד עם התחלואה שנוצרה בגלל תנאי מחנות המעבר בתימן. שטרנברג, א. (1973) *בהיקלט עם*, תל-אביב: הקיבוץ המאוחד, עמ' 71-91.

בדיון בכנסת על המצב במעברות אמר ח"כ חיים בן-אשר (מפא"י): "הניקיון הפיזי הוא תנאי לחזרות ארץ ישראל"¹⁰¹. כוונתו הייתה שהמדינה מחויבת לדאוג לתנאים מינימליים של סניטציה, ומתן אפשרות לשמירה על ניקיון. עם זאת, אף שכבר נראו ההשלכות החמורות של המצב הסניטרי הלקוי במחנות המעבר על בריאות עולי תימן, גם במסגרות הקליטה לעולים בארץ לא הייתה הקפדה מספקת לסניטציה. בתקופת הקליטה הראשונה במחנות העולים הייתה הנהלת המחנה אחראית על הסניטציה. לעומת זאת, השכונות והערים הערביות, שנכבשו ויושבו מחדש על ידי עולים, היו בפיקודו של הצבא, שלא השקיע הרבה מבחינה סניטרית.

"המצב הסניטרי הראה ליקויים רציניים וסכנת התפרצות מגפות היא ריאלית מאוד", דיווח ד"ר ב, ניסבאום על מצב הסניטציה בשכונת עולים ב"רכוש הנטוש" בחיפה.¹⁰²

גם במחנות העולים, אשר מפאת תנאי המקום הסכנה שם מרובה, אין המצב ההגייני-סניטרי משיע רצון, גם מפני חוסר חינוך היגייני של העולים וגם מפני ליקויים בתנאים הסניטריים. לא פעם עוררנו על כך את תשומת הלב של הסוכנות ומחלקת הקליטה שלה ללא הועיל – עד שפורצת המגפה – אז הכול מוכנים לעזור ... חמור ביותר הוא המצב בכפרים הנטושים, בשיכונים החדשים ובהתיישבות החדשה. לרוב אין בכלל למי לפנות. פעמים רבות פניתי לסוכנות, למשרד העבודה, למשרד הפנים – האחד מצביע על השני: מכלל הסוכנות יצאו האנשים, משרד העבודה גמר את העבודה, ולידי רשות מקומית טרם הגיעו. מי האחראי?¹⁰³

המצב הסניטרי לא השתפר, אלא אף החמיר במעבר לשלב השני – שלב המעברות. בשלב זה הרציונל היה להעביר את מרבית האחריות לעולים עצמם, ולכן ההשקעה של הנהלת המעברה בנושאי סניטציה הייתה מינימלית. התשתיות הרעועות שנועדו לדיור זמני כללו שירותים, מקלחות וברזים ציבוריים, מה שהקשה מאוד על השמירה על הניקיון. מספרם של המתקנים היה נמוך ביחס

101 המצב במעברות, דיון, 18 בדצמבר 1950, 7, עמ' 480.

102 זיכרון דברים מישיבה שהתקיימה במשרד הבריאות, הקריה, ב-21.3.49, אצ"מ S84/220.

103 ד"ר יוסף מאיר, "15 חודשי שירות במשרד הבריאות יוני 1949 - ספטמבר 1950", עמ' 21-22, משרד הבריאות, פר 493, ג'נזך המדינה, 6/950/1.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

לאוכלוסיית המחנות, ומקרי השחתה וקלקול היו שכיחים. השירות הרפואי היה מוגבל בהיקפו ובזמינותו.¹⁰⁴ גם בשלב השלישי של העלייה הגדולה (מהאונייה אל הכפר) המצב לא השתפר. בקיץ 1954 עדיין הועלו לדיון בכנסת שאילתות לגבי המצב הסניטרי בנקודות ספציפיות, כגון בית עריף ב, מעברת נחלת יהודה וה"רכוש הנטוש". בבית עריף ב למשל, לא היו במועד זה מקלחות או שירותים. בנחלת יהודה היו בית שימוש אחד לכל 12 משפחות ומחסור במקלחות. השר י. סרלין הסכים שמדובר במצב חמור, אך טען להעדר תקציב.¹⁰⁵ במעברת באר-יעקב גרו כ-5,000 נפש, וב-1954 היו רק 8 תאי מקלחת ציבוריים ו-20 תאי מקלחת פרטיים בבתי מגורים. השר הודיע על הכוונה לבנות עוד 22 תאי מקלחות ציבוריים.¹⁰⁶ כשהועלה לדיון העדר מקלחות במעברת נס ציונה, טען השר סרלין כי במעברה היו 35 תאי מקלחות ציבוריים, שפורקו וחלקיהם נגנבו. במקומם הוקמו 65 מקלחות דו-משפחתיות, ועתידות לקום עוד 90. כן הוקמו 150 בתי שימוש – אחד לכל שתי משפחות, לצד 48 תאי שירותים ציבוריים. "המצב הסניטרי במקום משביע רצון באופן כללי", אמר השר.¹⁰⁷ המצב הסניטרי במעברות עורר את זעזועם של מבקרים, אך למרות ההתרעות, הקישור בין המצב הסניטרי לתחלואה של העולים לא התגבש לכלל פתרון מקיף של בעיות הסניטציה ביישובי העולים.¹⁰⁸

104 עיתון הבוקר דיווח על התנאים במעברות בני ברק ופתח תקווה והתייחס במיוחד להעדר שירות רפואי במעברות: "במעברת בני ברק 200 משפחות שהן 3000 נפש. במקום אין מרפאה ובמקרה הצורך בעזרה רפואית דחופה יש [לרוץ] לפרדס כץ בדרך ללא תאורה חשמלית ... במעברת פתח תקווה מתגוררות 7000 נפש ... אין בליה רופא, או אחות, אין אמבולנס ובמקרה של צורך בעזרה רפואית דחופה יש להזעיק רופא מפתח תקווה ולדאוג בשבילו לתחבורה בלילה". ללא ציון שם המחבר, "אוהלים קרועים, חוסר פיקוח רפואי וצפיפות רבה במעברות עולי עירק", הבוקר 9.11.51, עמוד אחרון (מתוך שמונה, לא ממוספרים).

105 שאילתות ותשובות, שר הבריאות י. סרלין, דברי הכנסת, 16, 12.7.1954, עמ' 2141.

106 מקלחות במעברת באר-יעקב, תשובת שר הבריאות לשאילתא של ח"כ ח. רובין, 7.9.1954, דברי הכנסת, 16, עמ' 2643.

107 המצב הסניטרי במעברת נס ציונה, תשובת שר הבריאות לשאילתא של ח"כ ח. רובין, 1 במרץ 1955, דברי הכנסת, 17, עמ' 977.

108 במכתב חריף לשר הסעד תיאר הגינקולוג החיפני, ד"ר אמציה הילדסהימר, את אשר ראה: "אתמול עברתי בכמה מעברות, ראיתי שמה עוני כזה שעוד לא היה בעולם, אוהלים קרועים, אנשים יחפים וערומים, ילדים ערומים משחקים בבוץ עד הבירכיים, אנשים שנראים כמו sceletten של ברגן-בלזן". מכתב מד"ר אמציה הילדסהימר לשר הסעד, 4.3.53, גנזך המדינה, ג-4265/188/70.

תנאי הלידה

אל התנאים הסניטריים הקשים הצטרפה תופעה נוספת – לידות בית בקרב העולים. לידות הבית בתנאים בלתי סניטריים היו אחד הגורמים שהשפיעו על העלייה בשיעורי תמותת התינוקות בימי העלייה הגדולה. שטרנברג טען כי לידות הבית נגרמו כתוצאה מסירובם של העולים ללדת בבית חולים,¹⁰⁹ וכי הפתרון שנמצא בראש העין היה להעביר את היולדת עם התינוק לבית החולים דג'אני אחרי סיומה של לידת הבית.¹¹⁰

כשעלה נושא לידות הבית בדיון בכנסת, הדגישו מרבית הדוברים את ההיבטים המוסריים של לידה "ללא פרטיות" ו"ללא בושה", ורק מיעוטם התייחס לתנאים האובייקטיביים במעברות.

במעברות היו לידות באוהלים, לראווה לכל ילדי המעברה בשל חוסר אמצעי תחבורה (נוסף על הקושי של סירוב האישה לעבור לבית חולים). מדוע צריך היה לחכות חצי שנה עד שיקימו במעברות אחדות אוהלי-לידה ... אנחנו יודעים שהנשים אינן יולדות בבתי החולים לא רק מחוסר תחבורה, אלא גם משום שהן מתביישות ואינן רוצות ללכת לבית החולים. יש צורך בטיפול אחר הלידה, ולכן מן ההכרח שיהיו חדרי חולים במעברות ... בגדרה ילדו עשרים ושלוש עולות, מהן שתיים מתו בגלל חוסר תנאים מתאימים ללידה, כי ילדו בחדרים מזוהמים ובלי עזרת מילדת ובלי כל עזרה רפואית.¹¹¹

וח"כ יונה כסה (מפא"י) תיאר בעקבות ביקור במעברת פרדיה מצב דומה:

נכנסתי לאחד האוהלים ומצאתי אישה יולדת שוכבת במיטתה, ולידה הרך הנולד עטוף בסחבה מזוהמת, ואין איש באוהל. הבעל יצא לעבודה. הייתי בשעה ארבע, כשהבעל הופיע. שאלתי: מה קרה? מדוע לא היית בבית, הלא ידעת שאשתך צריכה ללדת? ענה הוא: אני מוכרח לצאת למצוא את פרנסתי. התעניינתי מי אחראי לטיפול במעברה ונודע לי שבמעברה בעלת 800 איש בערך עובדות מדריכה אחת או שתיים,

109 הוא התייחס לעולי תימן במחנה ראש העין.

110 שטרנברג, א. (1973) *בהיקלט עם*, תל-אביב: הקיבוץ המאוחד, עמ' 91.

111 דברי ח"כ חנה למדן (מפ"ם), ח"כ חסיה דרורי (מפא"י) וח"כ יעקוב גיל (ציונים כלליים): המצב במעברות, דיון, 11.12.1950, *דברי הכנסת*, 7, עמ' 409-416.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

מהבוקר עד שתיים בלילה, ואיש לא ידע על מקרה הלידה. בדרך כלל לוקחים את היולדות לבית החולים, אך האשה הזאת ילדה לפני שהודיע למטפלות שהיא צריכה ללדת. המעברה בפרדיה רחוקה 10 ק"מ מצפת ו-24 ק"מ מחיפה.¹¹²

התיאורים של רופאים שנתקלו בתופעה של לידות הבית קשים ביותר. רופא צבאי תיאר בתכתובת פנימית לידה במעברת חיל הים:

כמעט כל יום יש מקרים של לידות בתוך האוהלים בתנאים אנטי-סניטריים שאין לתארם ... ביום 13.12.50 בקרתי באחד האוהלים ומצאתי אישה יום אחרי לידה עם חום 39.2, אצל תינוק בן יומיים. טיפול אחרי הלידה הוא למטה מכל ביקורת. נודע לי גם שהרופא שהוזמן אל היולדת בקופת חולים לא ביקר אצלה. אצל התינוק קשור הקורקבן עם סמרטוט מלוכלך וכבר הראה תהליך מוגלתי במקום.¹¹³

חלק מלידות הבית הסתיימו במות היולדת. כותרת בעיתון הבוקר דיווחה: "יולדת מתה מחוסר טיפול רפואי". היולדת מתה במהלך לידה של תאומים במעברת קסטינה.

גב' סאריה שראבני, בת 35, כרעה ללדת. היה זה בשעה שלוש לפנות בוקר, אור לשמחת תורה. כמה משכניה של גב' שראבני מיהרו לכפר אחים הסמוך, כקילומטר אחד בלבד, וביקשו את רופא המקום ד"ר ארוך, לבוא במהירות האפשרית, ה"מהירות האפשרית" ארכה שש שעות תמימות!.. בינתיים, לאחר שהאישה ילדה את התאומים, חשה ברע ובזמן ששכניה הגישו לה עזרה ראשונה בצורת נשימה מלאכותית, מתה האישה.¹¹⁴

בדיון עם משלחת ארגון הבריאות העולמי טענה ד"ר טובה ישורון-ברמן כי שיעורי לידות הבית מגיעות בקרב העולים לשיעורים גבוהים, וכי רק 30%-35% מהיולדות מתאשפזות.¹¹⁵ נתונים אלו גבוהים מאוד לעומת הנתונים הרשמיים

112 המצב במעברות, דיון, 18.12.1950, זכרי הכנסת, 7, עמ' 483-484.

113 מכתב מסרן ד"ר א. זיידנזורם, רופא במפקדת הנמל בחיל הים לראש מח' רפואה, 14.12.50, א"צ 329/52/11, ההדגשה במקור.

114 ללא ציון שם המחבר, "יולדת מתה מחוסר טיפול רפואי", הבוקר, 24.10.1951, עמ' אחרון (מתוך ארבעה, העמודים לא ממסופרים).

115 Btsh S. (1952) (ed.) *Proceedings of the WHO/UCS Medical Teaching Mission to Israel*, Tel Aviv: Ministry of Health p.355. הערכה זו נתקלה באותו דיון

המופיעים בטבלה שלהלן, אך נראה שהם מתבססים על נתונים מיישובי עולים מרוחקים ומכפרי עבודה. ללידות הבית נלוותה תחלואה של תינוקות בצפדת. ב־1954 אובחנו 24 מקרים של צפדת אצל יילודים, מהם 13 הסתיימו במוות.

בכול המקרים נתגלתה המחלה אצל תינוקות בגיל שבוע עד 3 שבועות כתוצאה מזיהום קשר הטבור בלידות בבתיים.¹¹⁶

במאמר מ־1954 הזהירה ד"ר טובה ברמן־ישורון מפני סכנותיה של לידת בית בתנאי ההיגיינה הירודים של האוהלים והפחונים במעברות, ומתרומתה להעלאת שיעורי תמותת התינוקות.¹¹⁷ ב־1954 התערבה המדינה בנושא ביטוח אמהות וילדים באמצעות חקיקה שקבעה מענק לידה לכל אישה שילדה בבית חולים או שהגיעה אליו בתוך עשרים וארבע שעות מזמן הלידה.¹¹⁸ ב־1956 ילדו 95.5% מהילדות היהודיות בבתי חולים, אך שיעורי האשפוז בקרב האוכלוסייה הלא יהודית נותרו נמוכים.¹¹⁹

בהתנגדות חריפה של ד"ר תאודור גרושקה שטען שמרבית הלידות, בקרב העולים מתקיימות בבתי חולים, ושל ד"ר ג'ני טאושטין ממשדד הבריאות שטענה כי במחצית הראשונה של 1951 התקיימו למעלה מ־90% מהלידות בבית חולים. ישורון־ברמן דבקה בטענתה כי שיעור לידות הבית גבוה יותר.

116 ללא ציון שם המחבר, "סקר מחלות מידבקות", הארץ, 11.1.55, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1/46.

117 טובה ישורון־ברמן, ט, "הטיפול המונע באם וילד בשנים 1942-1954" (הרצאה בכנס רופאי ילדים של קופת חולים ב־14.5.1954), *דפים רפואיים*, ג, אוקטובר 1954, עמ' 206.

118 הנוסח הסופי של החוק מ־1954 התנה את קבלת המענק בהזדקקות לאשפוז בבית החולים. *דברי הכנסת*, 17.11.1953, קריאה שנייה ושלישית לחוק הביטוח הלאומי תשי"ד-1953, טו, עמ' 160.

119 דין וחשבון של המחלקה לטיפול באם ובילד לשנת 1956, עמ' 3.

"תחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים שלכם"

טבלה 9: אחוז לידות חי שקרו בבי"ח מסך הלידות לפי ארץ לידת האם (יהודים)¹²⁰

1955	1954	1953	1952	1951	1950	1949	ארץ לידת האם
95.9	90.3	83.3	87.1	91.3	94.8	93.1	סה"כ לידות
91.9	80.5	66.7	71.8	78.3			אסיה
94.8	86.4	73.1	80.8	90.5			אפריקה
99.5	99.2	98.5	98.9	99.1			אירופה ואמריקה
99.4	98.6	97.1	97.3	96.6			ישראל
94.7	86.9	77.3	80.2	88.9			עולות חדשות
91.0	79.1	63.5	68.4	77.0			אסיה
94.9	86.2	72.4	79.2	90.5			אפריקה
99.6	99.0	98.2	98.4	98.9			אירופה ואמריקה

120 מקור: השנתון הסטטיסטי לישראל כרך 8, עמ' 24, לוח 18. הנתונים לשנים 1949 ו-1950 נלקחו מישורון-ברמן ט. (1954) "הטיפול המונע באם ובילד בשנים 1942-1954", דפים רפואיים, יג (ג), עמ' 206.

”וכורעים הרופאים תחת כובד העול ואתם לגזרים האחות נקרעת”¹: שירותי הבריאות בימי העלייה הגדולה

שלוש תת-התקופות בעלייה הגדולה העמידו דרישות דיפרנציאליות לשירותי הבריאות. התפתחות השירותים נעשתה, בדרך כלל, על בסיס ניסוי ותעייה עד למציאת הפתרון הנכון שהתאים לאותה העת. עם השתנות הזמן והמציאות ננטש בהדרגה הפתרון הקיים, והוחל בחיפוש פתרון אחר מתאים יותר.

השלב הראשון – מחנות העולים (1949-1950)

”במחנות העולים הייתה יד מרכזת בתחום הבריאות”, כותבת דבורה הכהן,² כדי להמחיש את הסכנות הבריאותיות, שעורר השלב הבא, שבו לא שהו העולים במחנות הסגורים אלא במעברות. במחנות העולים הייתה דרגת הריכוזיות (הטוטליות המוסדית) גבוהה מאוד, מפני שהעולים היו אמורים לקבל בהם מידי הצוות את כל מחסורם. מזון ניתן בחדרי אוכל, ציוד בסיסי סופק במחסנים, ותינוקות – בעקבות הדגם שנוצר בעתלית ובקפריסין – הועברו לטיפול בבתי תינוקות למשך כל היממה.

תחילה ניסו להפעיל במחנות את הדפוס הטיפולי של הדסה, דהיינו שילוב של עבודת אחות בתחנה עם ביקורי בית. פרקטיקת ביקורי הבית התאימה מאוד למחנות העולים, שכן הביקורים אפשרו פיקוח על חיי היומיום של העולים – מה אכלו, האם אווררו את מעונם, האם ישבו על הרצפה או השתמשו ברהיטים שנתנה להם הסוכנות, ולאילו מטרות. בתי התינוקות נועדו לספק לתינוקות תנאי מגורים משובחים יותר משל שאר תושבי מחנות העולים. במאי 1950 הוקמו בתי תינוקות בכל 58 מחנות העולים. הם מנו יותר ממאה אלף נפש.³ בשלב הראשון, אם כן, היה הטיפול הרפואי בעולים פשוט יחסית מבחינת מערכת הבריאות. הם היו מרוכזים במספר מחנות מוגבל, כמעט שלא יצאו

1 נתן אלטרמן, "לעזרת הרופא", "הטור השביעי", 1952, הודפס מחדש בתוך: אלטרמן, נ. (תשי"ד) הטור השביעי – שירי העת והעתיד, ספר שני, תל-אביב: דביר, עמ' 180-183.
2 הכהן, ד. (1994) עולים בסערה: העלייה הגדולה וקליטתה בישראל 1948-1953, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 200.
3 שם, עמ' 326.

מתחומיהם, אפשר היה למצוא אותם בקלות יחסית, ולכן גם להדריך אותם ולהנחות אותם למסור את ילדיהם לבית התינוקות. בתי התינוקות היו הצלחה מבחינה רפואית,⁴ אבל המערכת הגדולה והמסועפת הזו הייתה, כצפוי, יקרה מאוד. בעיותיה העיקריות היו מימון, ציוד, גיוס כוח אדם ומחסור ברופאים. עומס העבודה במחנות היה רב, וכוח האדם המקצועי והמימון מצומצם. בנוסף, היו מקרים של יחסים בין-אישיים בעייתיים בין ההורים לסגל.⁵

שלב השני – המעברות (1951-1954)

בשלב המעברות, מטעמים כלכליים בעיקרם, בוטלו מרבית השירותים לעולים, כולל בתי התינוקות. הטיפול בתינוקות הוחזר לידי הוריהם. ד"ר אריך נסאו טען כי סגירת בתי התינוקות גרמה להרעה מידית במדדי תחלואת התינוקות והתמותה שלהם. השירותים הרפואיים שעמדו לרשות העולים במעברות, תוארו על ידי כבלתי מספקים, ולפיכך היו אחת הסיבות העיקריות להגברת התחלואה.

הפרסונל הבלתי מספיק והבלתי מנוסה ברובו שעמד לרשות הטיפול; מספר הרופאים הבלתי מספיק.⁶

במעבר לתקופה השנייה בעלייה הגדולה (המעברות) עברו שירותי הבריאות לעולים מהממשלה לקופת החולים שהתקשתה אף היא בגיוס כוח אדם.⁷ האחיות נדרשו, כמו בשלב המחנות, למערך הטיפול הרפואי, להדרכה בתחנות טיפת החלב ולביקורי הבית. אולם כמות המעברות הייתה כפולה מכמות המחנות – ב-1952 היו 129 מעברות, ובשנים 1951-1952 התגוררו בהן כ-250

4 ד"ר נסאו, מנהל מחלקת הילדים בבית החולים בעפולה, כתב: "על ידי פתיחת בתי תינוקות במחנות, שבהם קיבלו הילדים טיפול יום ולילה ועל ידי פתיחת בתי ילדים פשוטים במחנות וגיוס פרסונל מאומן וריכוז עזרת מתנדבים – הושם קץ למצב מסוכן זה" [כלומר לעלייה בשיעורי תמותת התינוקות]. נסאו, א. (1953) "השפעת העלייה ההמונית על בריאות האוכלוסייה הוותיקה והחדשה", *דפים רפואיים*, יב (א), עמ' 12.

5 טרם נערך מחקר מקיף על סוגיית בתי התינוקות. *דווח ועדת החקירה הממלכתית בעניין פרשת היעלמותם של ילדים מבין עולי חימן בשנים 1948-1954*, משנת 2001, נטען כי "קשיי התקשורת בין המשפחות לבין הסגל של בתי התינוקות שהיה ברובו ממוצא אירופי – שימשו קרקע פורייה לבעיות רבות וקשות, שהותירו משקעים קשים אצל משפחות רבות". שם, עמ' 38.

6 נסאו, א. (1953) "השפעת העלייה ההמונית על בריאות האוכלוסייה הוותיקה והחדשה", *דפים רפואיים*, יב (א), עמ' 14.

7 גרושקה ת. (1952) "שירותי הבריאות בישראל 1950/1951", *מגמות*, ג (3), עמ' 295.

אלף נפש – והפיזור הגיאוגרפי שלהן היה רחב ביותר. לכן, למרות מאמצים רבים לגייס אחיות ורופאים לעבודה במעברות, נותר המחסור בעינו. הסיטואציה המורכבת של המעברה (גודל, פריסה גיאוגרפית בספר ולא במרכז, מגוון תרבותי) ומיעוט הרופאים והאחיות (ולעתים העדרם) החלישו בפועל את כוחם היחסי של האחיות והרופאים ושל שירותי הבריאות בכלל.

שלב השלישי – מן האונייה אל הכפר

בשלב "מהאונייה אל הכפר" הועברו, כאמור, העולים הישר ליישובי הקבע – מושבים ועיירות פיתוח. השירות הרפואי והשירות המונע לא ניתנו יומיום ביישובים החדשים. בכל יישוב הייתה תחנת טיפת חלב, שאוישה פעם בשבוע, והתושבים באו עם התינוקות לקבל טיפול והדרכה.

בתקופה זו הורחקה הסלקציה הרפואית אל מחנות מיון בחו"ל, כדוגמת מחנה קזבלנקה, ועולים חולים לא היו אמורים לעלות לארץ. הטיפול הרפואי בעולים ובקשישים שכן הגיעו, אמור היה להיות באחריות בני המשפחה. הם נדרשו להתחייב לכך כתנאי לעלייה, ולא באחריות הסוכנות. אך בפועל נפל הטיפול על כתפי לשכות הסעד המקומיות, שפנו תכופות למלב"ן בבקשות עזרה.⁸

בארץ חולקו כל העולים שהגיעו ל"מסוגלים לעבוד", והם נשלחו הישר אל הכפר או אל יישוב הקבע, ול"בלתי מסוגלים", שנשלחו לבתי חולים או למחנות הערכה לנכים ולמקרים מיוחדים.⁹

באוקטובר 1957 כינס מנכ"ל משרד הבריאות ישיבה של כל הגורמים האחראים לטיפול בעולים החדשים והצביע בפניהם על חוסר התיאום בין הגופים, שגבר עם הנהגת מדיניות "מהאונייה אל הכפר". בישיבה עלה כי ריבוי המוסדות הביא מצד אחד לכפל של שירותים, אך מאידך הביא למקרים שלא טופלו על ידי אף אחד מהמוסדות. למשל, חולה שהוגדר כחולה אולקוס אינו זכאי, כחולה כרוני, לטיפול של קופת החולים, וכמו כן לא הוגדר כחולה המטופל בידי מלב"ן.

בנוסף, עלה בישיבה כי הביטוח לשלושה חודשים בקופת החולים במימון הסוכנות (לעומת 6 חודשים בערי פיתוח) הותיר חולים רבים בלתי מבוטחים,

8 מלב"ן התלוננה בפני הסוכנות וטענה שהסוכנות צריכה להמשיך לטפל במקרים סוציאליים (למשל, קשישים שמשפחותיהם לא דואגות להם) ולא להטילם על לשכות הסעד ועל מלב"ן. מכתב מא. מלאך, סגן המנהל הכללי של מלב"ן לד. אלינר מהסוכנות היהודית, 15.3.55, אצ"מ S6/10129.

9 Grushka, T. (1968) *Health Services in Israel*, Jerusalem: Ministry of Health, p. 168

שכן הם טרם מצאו עבודה. כמו כן, נדונה עמדתה של מלב"ן, שסירבה לקלוט חולים כרוניים הזקוקים לסייעוד בלבד, והעדיפה לשמור את מקומות האשפוז שלה לחולים כרוניים הזקוקים לטיפול רפואי בנוסף לטיפול סיעודי. מלב"ן סירבה לקלוט למוסדותיה חולים כרוניים הישר מן האוניה. היא תבעה שיעברו קודם כול דרך כתובת בארץ כדי שהמשפחה תיקח עליהם אחריות. שמונה שנים אחרי תחילת העלייה הגדולה הוחלט בישיבה על הקמת ועדה בין-מוסדית שתתאם את מתן שירותי הבריאות לעולים.¹⁰

את שלוש התקופות הדיפרנציאליות מבחינת הצרכים אפיינו שתי מגמות קבועות וסותרות – מגמה של מחסור בכוח אדם, בתרופות ובציוד ומגמה של ריבוי, שהתאפיינה בעיקר בריבוי הארגונים, שנתנו שירותי בריאות לעולים. נדון תחילה בהיבטים השונים של המחסור.

מחסור בכוח אדם, בתשתיות ובתרופות

מחסור בכוח אדם רפואי

המחסור בכוח אדם רפואי זמין אפיין את מערכת הבריאות הציבורית מראשיתה. עוד בתקופת המנדט התעוררו קשיים במציאת רופאים שיטפלו במחנות המעפילים בקפריסין.¹¹ ב-1949 עבדו במתן שירותים רפואיים לעולים במחנות כ-460 איש ובהם 90 רופאים.¹² המחסור בכוחות רפואיים התגלה במלוא חומרתו בתקופת מחנות העולים, וכבר ב-1949 התחילו במשרד הבריאות לדון באפשרות של גיוס חובה לרופאים ולאחיות. תחילה התמקד הדיון במחסור באחיות:

באנו בדברים עם משרד העבודה בנוגע להפעלת חוק גיוס כוח אדם וכן פנינו מעל דפי העיתונות של ציבור האחיות שיתנדב לעבודה. דרושות לנו בקירוב 300 אחיות, ואם בנותינו אלו לא יבואו מתוך התלהבות למילוי התפקיד הגדול המחכה להן לא נוכל להתגבר על קשיי האשפוז

10 ללא ציון שם המחבר "לבטי הטיפול הרפואי בעולים חדשים – תיאום בין מוסדי", בריאות הציבור, 1, ינואר 1958, עמ' 10-13.

11 דורון ח. וש. שורץ (2004) הרפואה בקהילה – משירות לעולים בנגב ועד לתחייתה של רפואת המשפחה, באר-שבע: אוניברסיטת בן-גוריון, עמ' 30-74.

12 הנתונים נמסרו על ידי ד"ר אברהם שטרנברג בסיוור עיתונאים בבית החולים במחנה בית ליד. המאמר מעיתון הארץ סוכם בלקט קטעי עיתונות – דפים לענייני עלייה, 46 (73) 29.9.1949, AJDC, Malban box 110.

בעתיד הקרוב ... קיבלתי היום ידיעה שבתל ליטוונסקי סגרו שני ביתנים בגלל מחסור באחיות.¹³

ביקורת הושמעה על האחיות שאינן עובדות במקצוע, או שפרשו כדי לגדל את ילדיהן.

כל אחות חייבת לזכור כי בימים אלה אין היא רשאית לעשות חשבונות פרטיים בלבד.¹⁴

האחיות הסבירו את המחסור בתנאי העבודה הקשים, בשכר הנמוך, במס ההכנסה הגבוה ובחסור הטיפול בילדי האחיות הנשואות.¹⁵
בדיון בנושא בכנסת אמרה שרת העבודה גולדה מאיר:

מצב הבריאות במחנות הוא חמור מאוד וזה מתוך חוסר כוחות רפואיים כלליים ובעיקר מתוך חוסר כוחות רפואיים מקצועיים. מעברות ההתיישבות, חלק מהם נמצא רחוק מכל נקודה של יישוב ותיק על ההרים, בפרוזדור ירושלים, בגליל ובנגב. המצב במחנות חמור מאוד ויוצא שרופא מבקר במחנה כזה פעם בשבוע, ובמקרה הטוב ביותר פעמיים בשבוע, ובנוסף לכך כמעט שאין ביקורים של רופאים מקצועיים, רופאי ילדים, רופאי עיניים, רופאי עור וכו'. והואיל והמחנות האלה מרוחקים מהעיר או מהמושבה קל לתאר את הקושי והרצינות במקרה של מחלה בין ביקור אחד של הרופא לביקורו השני, או כשמוכרחים להעביר ילד או מבוגר לבית חולים.¹⁶

השרה גולדה מאיר הייתה תומכת נלהבת חוק הגיוס לרופאים ולאחיות (ולמורים) ונימקה את עמדתה כך:

מורים, רופאים ואחיות במספר לא קטן צריכים ללכת למחנות, כדי שאנשי המחנה יזכו לכך שרופא יבקר אצלם לא פעם בשבוע, כי אם שלוש או ארבע פעמים, וכדי שילד החי במחנה בהרי ירושלים, בהרי

13 הודעת שר הבריאות על מצב הבריאות והאשפוז, 27.6.1949, דברי הכנסת, 1, עמ' 820.

14 ישורון-ברמן, ט. "ועוד לשאלת האשפוז", הארץ, 29.6.49, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/404.

15 ראו למשל סלונים, א., "המכשול העיקרי: חוסר טיפול בילדי האחיות הנשואות", 777, 1.7.49, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/404. עוד ראו ש. פ. "לבעיית האחיות הרחמניות", דבר, 7.6.49, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/404.

16 המצב במעברות, הודעת שר העבודה, 11.12.1950, דברי הכנסת, 7, עמ' 406.

הגליל או בהרי הנגב יזכה לראות רופא לא כשזה מאוחר מדי. ישנם לכך די רופאים בארץ, בתנאי שכל הרופאים בארץ, מירושלים, תל-אביב חיפה והמושבות הגדולות יראו זאת לחובתם הראשית והאלמנטרית ביותר למסור חלק מהשבוע או חלק מהשנה לעבודת הרפואה במחנות, וזה חל גם על האחיות והמורים.¹⁷

ד"ר יוסף מאיר קישר בין המחסור ברופאים לצורכי הטיפול בעלייה למחסור ברופאים צעירים. הוא טען כי יותר ממחצית הרופאים בארץ הם בני יותר מ-60 שנים, ומפאת גילם אינם יכולים לצאת למחנות העולים.¹⁸ ח"כ יחיאל דובדבני (מפא"י) הציע לייבא 100-200 רופאים מארצות הברית ומאמריקה הלטינית.¹⁹ רק בתחילת 1951 בן-גוריון מתייחס ביומנו לסוגיה:

בא שיבר. דרושים רופאים לכפר. אין לקחת רק מהעולים שמתיישבים בעיקר ביפו, לוד ורמלה. אינם טובים, ורובם זקנים, כי במשך 15 שנה לא למדו יהודים רפואה באירופה. יש להטיל גיוס של שנתיים על רופאים עד גיל 39, ומילואים עד גיל של 55. כרגע מגייסים בתוקף חוק העבודה לשישה-שמונה שבועות. יש השתמטות רבה. לא רוצים ללכת לכפר. טוענים שמוכנים ללכת לצבא ולממשלה אבל לא לקופ"ח (בכפר שלטת קופ"ח).²⁰

בסוף 1951 מדווחת שרת העבודה לכנסת כי באמצעות חוק הגיוס גויסו רופאים ואחיות כתוספת לרופאים הקבועים של קופת החולים. לא מצוינים מספרים, וכנראה שאין זה מקרי.²¹ החוסר ברופאים ובאחיות התמיד למרות ניסיונות הגיוס הכושלים. הרופאים והאחיות, שגויסו בצו לכמה שבועות, לא הצליחו לפתור את המחסור המבני ברופאים ואחיות. בנובמבר 1954 התריע חבר הכנסת א. פרי כי בבית שאן, המונה 3,500 תושבים יש רק רופא אחד, וגם הוא אנו מתגורר באורח קבוע במקום.²² מצב דומה תואר בקרית שמונה, שבה עבדו

17 שם, עמ' 408.

18 ללא ציון שם המחקר, "פחתה סכנת מחלות מידבקות", *הצופה*, 27.4.1950, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/413.

19 המצב במעברות, המשך דיון, 13.12.1950, *דברי הכנסת*, 7, עמ' 468.

20 יומן בן-גוריון, 4.3.1951, עמ' 30, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר. באותה פגישה התנגד ד"ר שיבא (שיבר) לשלוח לכפר את עשרות הבוגרים הטריים שזה עתה סיימו את לימודי הרפואה "כי [הם] צריכים פרקטיקה בבתי החולים".

21 המצב במעברות, הודעת שר העבודה, 20.12.1951, *דברי הכנסת*, 10, עמ' 784.

22 מצב הטיפול הרפואי בבית שאן, תשובת שר הבריאות לשאלתא של ח"כ א. פרי,

רופא ורופאת ילדים משך חצי יום.²³ למרות תחושת המחסור המתמדת, משקפים מספרי הרופאים בעלי הרישיונות בתקופת העלייה הגדולה ולאחריה מגמה של עלייה.

טבלה 10: בעלי רישיונות ברפואה²⁴

שנה	מספר רופאים
1951	3,435
1952	3,717
1953	3,919
1954	3,887
1955	3,969
1956	4,048

היחס של מספר נפשות לרופא נע בימי העלייה הגדולה ובשנים שלאחר מכן בין 397-460 נפש לכל רופא. במהלך שנות ה-50 וה-60 היו תקופות של מחסור-נתפס ושל עודף-נתפס ברופאים, שהביאו לכינוס ועדה לבירור בעיית המחסור ברופאים בשנים 1963-1964. הוועדה מצאה כי מספר הרופאים לנפש בישראל הוא הגבוה בעולם.²⁵

קופת החולים, שסיפקה את מרבית שירותי הבריאות לעולים, טענה שמחסור ברופאים בכפר נובע מחוסר רצונם של הרופאים לעזוב את מרכז הארץ. טובה ישורון-ברמן טענה כי "ריכוזם המופרז [של הרופאים ש. ס. ל.] בעיר גורם למחסור גדול של רופאים בכפר", וכי 2/3 של הרופאים משרת את אוכלוסיית

17.11.1954, דברי הכנסת, 17, עמ' 111. השר סרלין ענה כי החל מחודש ספטמבר "עובדים בבית שאן באופן קבוע שני רופאים כלליים ורופא ילדים, הגרים במקום. רופא נשים ורופא עור מבקרים פעם בשבוע. במקום יש גם תחנה לטיפול באם ובילד מטעם קופת חולים, ובית מרקחת".

23 הטיפול הרפואי בקרית שמונה, תשובת שר הבריאות לשאילתא של ח"כ א. פרי, 1.3.1955, דברי הכנסת, 17, עמ' 975.

24 עובד על פי השנתון הסטטיסטי לישראל, כרך 5, עמ' 52; כרך 7, עמ' 64; כרך 8, עמ' 57; וכן על פי ישורון-ברמן, ט. (1953) "בעיות רפואיות בקליטת העלייה", דפים רפואיים, יב (א), עמ' 30.

25 "דין וחשבון של הוועדה לברור בעיית המחסור ברופאים 1963-1964", עמ' 13, עמ' 129-130.

שלוש הערים הגדולות, והשאר יושבים במושבות. "בכפר נמצאים רק 380 רופאים, מתוכם 372 בקופת החולים".²⁶

המחסור ברופאים לטיפול בעולים היה אכן מחסור אזורי (בכפר ובספר) ולא מחסור ארצי. מאמצי הגיוס שערכה המדינה בימי העלייה הגדולה, היו זמניים וחלקיים ונחלו כישלון חרוץ. גם הרעיון להתנות את עבודתם במערכת הבריאות של בוגרי ביה"ס לרפואה בירושלים בשנת התנדבות בכפר ובספר לא מומש.²⁷ רופאי קופת החולים שנשארו בעיקר הנטל, לא היו מרוצים ממצבם בכפר. כבר ב־1950 פנו חברי הוועד הארצי של ארגון רופאי קופת החולים לקופה בהצעה מפורטת לשיפור מצבם של רופאי הקופה בכפר. הם דרשו מגורים של לפחות שני חדרים לרופא בעל משפחה, תוספות שכר, מחליפים שיאפשרו יציאה לחופשה שנתית, ועזרה שתאפשר להם חופשת סוף שבוע.²⁸ כך למשל, הוקמה במהלך 1956 ועדה בין־מוסדית לשירות בכפר. עד 1 ביוני היא הצליחה לדון ב־102 רופאים, לשלוח 46 מהם לכפר, להפנות 21 נוספים לבתי חולים מרוחקים בדרום ובצפון. שלישי מהרופאים הנדונים פנו להתמחויות ייחודיות, כגון פסיכיאטריה, אנסתזיה, פתולוגיה וכו'. התנאים הקשים ביחס למקובל בעיר ובמרכז הביאו לכך שהעבודה באזור הכפר סבלה מתחלופה גבוהה מאוד של רופאים. האחות אילנה כצלנסון שעבדה באזור עדולם סיפרה בכנס אחיות לבריאות הציבור:

אזור זה, הנחשב לאזור ספר, מהווה מיום היווסדו תחנת מעבר לרופאים ואחיות; עד כה התחלפו בו 7 רופאים – ועוד היד נטויה.²⁹

תופעה נוספת שהשפיעה על מחסור הרופאים בכפר, הייתה כרוכה בהתגברות של תהליכי ההתמחות בקרב הרופאים. טובה ישורון־ברמן טענה כי שיעור הרופאים המומחים בארץ גבוה מדי ביחס להמלצות ארגון הבריאות העולמי,

26 ישורון־ברמן, ט. (1953) "בעיות רפואיות בקליטת העלייה", *דפים רפואיים*, יב (א), עמ' 30.

27 דורון ת. וש. שורץ (2004) *הרפואה בקהילה – משירות לעולים בנגב ועד לתחייתה של רפואת המשפחה*, באר־שב: אוניברסיטת בן־גוריון, עמ' 30-74; "המחסור בכוחות רפואיים ביישובי עולים וביישובי ספר וכפר", שאילתא של ח"כ דבורה נצר לשר הבריאות, 10.7.1956, *דברי הכנסת*, 20, עמ' 2242-2243.

28 מכתב מהוועד הארצי של ארגון רופאי קופת חולים למרכז קופת חולים ודף נספח שכותרתו "לתיקון מצבם של רופאי קופת חולים בכפר", 4.10.1950, א"ע IV208-1-5076.

29 ללא ציון שם המחבר, "הכשרת אחיות ציבוריות", *בריאות הציבור*, 1, פברואר 1961, עמ' 84.

ושיעור הרופאים הכלליים נמוך מדי. ייתכן שהעובדה שהגיוס לכפר הופנה לרופאים כלליים בלבד, חיזקה דווקא את העדפת הרופאים לבחור בהתמחויות ספציפיות.³⁰

כדי להתמודד עם המחסור בכוח אדם רפואי הציג ד"ר י. שתקאי לקצר את תכנית הלימודים של האחיות, להגדיל את משקל החלק המעשי בשכר בתוכה, ולהקל בתנאי הקבלה ללימודים.³¹ רעיון זה הצליח הרבה יותר מאשר היזמות לגיוס הרופאים. העלייה הגדולה הביאה לשינוי באופני ההכשרה של האחיות בישראל. לצד התכניות הוותיקות והממוסדות, נפתחו תכניות מקוצרות, כפי שהמליץ שתקאי.³²

ב־1948 היו בארץ 1,500 אחיות מוסמכות, ובאמצעות תקנות חירום שריתקו לתפקידן אחיות עד גיל 35 שאינן אמהות, שיפור תנאי השכר של האחיות, ושיפור התנאים בבתי הספר לאחיות (כולל מתן דמי כיס לתלמידות), הוגדלה מצבת האחיות המוסמכות. במאי 1953 מסרה הגב' שולמית קנטור, מנהלת המחלקה לשירותי אחיות במשרד הבריאות, כי כבר אין מחסור באחיות מוסמכות. ב־1951 החלו קורסים חד־שנתיים לאחיות מעשיות. 22 בתי חולים ערכו ב־1950-1952 קורסים חד־שנתיים לאחיות מעשיות, ו־363 אחיות סיימו אותם בהצלחה. בנוסף, הוכשרו 226 מטפלות מוסמכות. "מצבת כוח האדם בשטח האחיות מניחה כיום את הדעת".³³

30 ישורון־ברמן ט. (1957) "לעתידה של הרפואה המקצועית בארץ", *הרפואה*, נב (א), עמ' 13-16. לטענה זו ענה ד"ר משה פריבס, אז דיקן המשנה של בית הספר לרפואה בירושלים כי "רופאינו, כבעלי מקצוע חופשי בארץ דמוקרטית, מסרבים להתנהג בצורה שהסטיסטיקה דורשת מהם". שם, עמ' 16. במקום אחר מתייחסת ישורון־ברמן להכשרת הרופאים הכלליים, וטוענת שהכשרה זו מתבססת על בתי חולים ולא על מרפאות, ולפיכך מגיעים הרופאים הכלליים לכפר, כשהם לא מוכנים דיים לביצוע תפקידם. ישורון־ברמן ט. (1959) "לבעיות העבודה וההכשרה של רופא כללי", *דפים רפואיים*, 3-4, אוקטובר 1959, עמ' 215-220.

31 שתקאי, י., "גיוס אחיות והמחסור באחיות", *זכר* 3.7.1950, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/404.

32 לעניין תכנית הלימודים בבית הספר לאחיות של הדסה ירושלים והשינויים שחלו בה בשלהי תקופת המנדט ראו ברטל, ג. (2001) *ההכשרה התיאורטית והמעשית של אחיות יהודיות הארץ ישראל בתקופת המנדט, 1918-1948*, כראי התפתחותו של ביה"ס לאחיות ע"ש הנריאטה סאלד, *הדסה, ירושלים*, חיבור לשם קבלת תואר ד"ר לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית, עמ' 192-231.

33 ללא ציון שם המחבר, "נבלם המחסור באחיות בארץ", *הצופה*, 26.5.1953, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1141.

בגלל חוסר מתמיד בידיים עובדות היה הכרח להקים בתי ספר למטפלות, לארגן קורסים מזורזים בתוך מחנות העולים, לבחור תלמידות מתוך תושבות המחנות.³⁴

את הקורסים לאחיות מעשיות מילאו צעירות עולות, כשדרישת הסף הייתה סיום בי"ס עממי בחו"ל. המדור להכשרה מקצועית בהסתדרות חיפש

צעירות, לרוב עולות מזרח אירופה, אולם גם בנות עירק אשר התאימו לדרישות מנהלי הקורס ... רוב המשתתפות [בקורס בבית חולים רמב"ם] נערו צעירות בגיל 18-25, שנבחרו בזהירות רבה במעברות בסביבות חיפה והצפון.³⁵

קנטור יזמה משאל בין מנהלות בתי הספר לאחיות באשר להתאמתה של תכנית הלימודים של האחיות למצב בארץ. מרבית המנהלות התייחסו בתשובותיהן למחסור ב"מקצועות הקשורים לנפש החולה, מוצאו ומנהגיו (פסיכולוגיה, סוציולוגיה, אנתרופולוגיה, אתיקה), המכשירים את האחות לטפול בחולה כפרט".³⁶ תכנית הלימודים בסוציולוגיה בבית הספר לאחיות של הדסה נלמדה בשנה שלישית, וכללה בעיקרה תופעות שונות בעם היהודי – ההגירה היהודית, המשפחה היהודית, התהוות היישוב בארץ, המבנה הכלכלי של היישוב בארץ וארגונו של היישוב בארץ מבחינה מוסדית.³⁷

בתכנית הקורס ל"רפואה מונעת" מ-1950 מופיעות (בכותרת "סוציולוגיה") הרצאות על "הרכב העדות", "בעיות העלייה", "בעיות ביטוח סוציאלי" ו"עבודת האחות בשירות סוציאלי-רפואי". בתכנית הקורס מ-1951 מופיע קורס ב"היגיינה רוחנית". בתכנית הקורס לרפואה מונעת ב-1955 מופיע הקורס "הדפוסים התרבותיים והחינוכיים בעולם ובארץ (אנתרופולוגיה סוציאלית)".³⁸

34 ויסוצקי, א., "על מה נאבקות האחיות", משמר, 7.3.55, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1141.

35 קודש, ש. (עורך) (1953) מעשים – ההסתדרות בחיפה בשנים 1945-1953, חיפה: מועצת פועלי חיפה, עמ' 221.

36 ראו למשל תשובה ב לשאלה 3. כאמור היו תשובות נוספות ברוח זו. ב-9.11.1954 שלחה קנטור הזמנות למנהלות בתי הספר לאחיות לדיון בתוצאות השאלון, ולהקמת ועדות משנה להקמת תכניות לימודים בנושא שילוב הרפואה המונעת בתכנית הכללית, ושילוב ההיגיינה הרוחנית (פסיכולוגיה, פסיכיאטריה וסוציולוגיה) בתכנית הכללית. אצ"מ, J117/499.

37 תכנית הלימודים בסוציולוגיה – שנה ג, 22.3.1950, אצ"מ J117/8.

38 הצעות לתכניות הלימודים של הקורס לרפואה מונעת ב"הדסה" ירושלים לשנים 1950, 1951, 1953, 1955, אצ"מ J117/124. בקורס לימדו בין השאר ד"ר יוספטל (שאלות

כתוצאה ממאמצים אלה, הן ההקלות וההתאמות בדרישות הלימודים והן שיפור תנאי ההעסקה, עלה מספר האחיות באורח משמעותי. ב־1955 היו חברות בארגון האחיות 5,600 אחיות, מהן 1,396 אחיות בקופת החולים, 3,000 במשרד הבריאות, 1,600 בהדסה, במלב"ן ובמוסדות פרטיים.³⁹ בעוד שמספר הרופאים עלה בקצב מתון בתקופת העלייה הגדולה, עלה מספר האחיות המוסמכות כמעט פי ארבעה.

מחסור באמצעי תחבורה ותשתיות

בדיון בכנסת ב־1950 תלתה שרת העבודה את קשיי השירות הרפואי במעברות גם בבעיות תשתית, בהעדר דרכים סלולות ליישובים החדשים בהר, ובמחסור בכלי רכב מתאימים לתנועה בשטח. היא הבטיחה ש"לא תהיה מעברה בלי קשר טלפוני", והכריזה על מבצע ריכוז כלי הרכב מתוך משרדי הממשלה לטובת המעברות.⁴⁰

ב־1951 דיווחה השרה כי 45 כלי רכב הועסקו בשירות 69 מעברות: 14 מכוניות מאזור הצפון, 8 במרכז, 2 בדרום, 3 בנגב 7 בירושלים.⁴¹ כמות הרכבים הזעומה הכתיבה את אופי השירות הרפואי, שקיבלו המעברות המרוחקות, כפרי העבודה ויישובי העולים המבודדים. אל המקומות שבהם לא התגוררו רופא או אחות, הגיע שירות רפואי ממונע לפי תור. העדר טלפונים בחלק ניכר מהמעברות המבודדות לא אפשר הזעקת רכב בעת הצורך. פינוי של יולדת או של חולה לבית החולים היה תלוי באזעקת עזרה מיישוב סמוך. עם זאת, לא הושם דגש רב על סוגיית הרכבים עד לשלב השלישי של העלייה, שבו היה השירות הרפואי (למשל, באזור הנגב) מבוסס מראש על הסעה של כוח אדם רפואי ולא על התיישבות של הרופאים והאחיות בכפר.

ב־1953 מחה שר הבריאות סרלין בפני האוצר על כך שמשרדו מחויב בתקציב הנסיעות למעברות ולא קופת החולים, הנותנת את מרבית השירות הרפואי בהן.⁴²

ארגוניות של קליטת עלייה), ד"ר שטרנברג (קליטת עלייה – בעיות רפואיות) וד"ר גרושקה (בעיות הביטוח הסוציאלי).

39 ויסוצקי, א., "על מה נאבקות האחיות", משמר, 7.3.1955, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1141.

40 המצב במעברות, הודעת שר העבודה, 11.12.1950, זכרי הכנסת, 7, עמ' 406.

41 המצב במעברות, הודעת שר העבודה, 20.12.1951, זכרי הכנסת, 10, עמ' 785.

42 מכתב משר הבריאות לשר האוצר, 23.2.1953, א"ע IV243-3-141.

מחסור בתרופות

בשנותיה הראשונות של המדינה היה מחסור קשה בתרופות. ח"כ יצחק בן אהרון העלה את שאלת המחסור בתרופות בבתי החולים הממשלתיים בכנסת. הוא הזכיר שני מקרים שבהם נדרשו קרובי חולי טיפוס מאושפזים לרכוש בעצמם את התרופה כלורומטיצין.⁴³ הנושא הועלה שוב על ידי ח"כ ד"ר יוסף בורג, שהתייחס למחסור מקיף בתרופות בבתי המרקחת ובבתי החולים ונענה על ידי השר משה שפירא שנעשה מאמץ מקיף, באמצעות כספי המלווים השוויצרי (לקרן הקימת לישראל) והצרפתי, שייובאו תרופות מאנגליה בסך חצי מליון שטרלינג. כמו כן, בשיתוף עם מלב"ן בוצעה קנייה גדולה נוספת של תרופות.⁴⁴ המחסור, שפקד את בתי החולים המרכזיים בערים הגדולות, לא פסח גם על השירות הרפואי לעולים. המחסור בתרופות ובמכשירים החריף, ככל שהיישוב היה מרוחק ומנותק יותר.

ריבוי ארגונים

לצד החוסרים שאפיינו את שירותי הבריאות בימי העלייה הגדולה, מתבלט ריבוי הארגונים שעסקו במתן שירותי בריאות. ח"כ ד"ר יוסף בורג סיפר מעל דוכן הכנסת, כי בסיוור עיתונאים מטעם הסוכנות נאמר לעיתונאים ש-17 גופים ציבוריים, אזרחיים וצבאיים מטפלים בשאלת המעברות.⁴⁵ בסיוור במעברות, שערכה ח"כ חנה למדן (מפ"ם), טענו בפניה נציגי משרד הבריאות כי "השירות הרפואי במעברות נמסר לקופת החולים, ופעולה נוספת לא נדרשה מהם [ממשרד הבריאות]", וכי תפקיד המחלקה הסניטרית של משרד הבריאות במעברות מתמצה בהתרעה על מפגעים סניטריים, אך לא בתיקונם.⁴⁶ ואכן, משרד הבריאות ניסה להפחית במידת האפשר את חלקו באספקת שירותי הבריאות לעולים. השירותים, שהופעלו במחנות העולים בידי הסוכנות, הוטלו בידי משרד הבריאות, על כל גוף שהיה מוכן או יכול להפעיל אותם. כך למשל, בשנים הראשונות לעלייה הגדולה לא הפעיל משרד הבריאות שירותי רפואה

43 שאילתא של ח"כ יצחק בן אהרון לשר הבריאות, 13.12.1950, דברי הכנסת, 7, עמ' 461.

44 שאילתא של ח"כ יוסף בורג לשר הבריאות, 24.1.1951, דברי הכנסת, 8, עמ' 870.

45 המצב במעברות, דיון, 11.12.1950, דברי הכנסת, 7, עמ' 411.

46 שם, עמ' 409.

מונעת לנשים הרות, יולדות ותינוקות (טיפת חלב), אלא מימן את תוספת הפעילות של הדסה, קופת החולים ועיריית תל-אביב בשיעור של 100%.⁴⁷ החל מ-1953 השתנתה מגמה זו. במעברות וביישובי העולים הורגש הטיפול הממשלתי יותר, במיוחד בפעולת המחלקה לטיפול באם ובילד. המחלקה ניהלה כ-250 תחנות, כמחצית התחנות בארץ (השאר נוהלו על ידי קופת החולים הכללית, הדסה ועיריית תל-אביב). בנוסף, המדינה, באמצעות משרד הבריאות, שלטה בחלק ניכר משירותי האשפוז במדינה (למעט בתי החולים של קופת החולים ותל-השומר, שהוקם כבית חולים צבאי). כמו כן, ריכז משרד הבריאות את המלחמה בגזוזת, בגרענת ואת הטיפול בשן לתלמיד.⁴⁸

השירות הרפואי לעולה

השירות הרפואי לעולה (השר"ל) היה הגוף המרכזי, שטיפל בעולים החדשים במקומות קליטתם, במחנות עולים ובמעברות.

השר"ל נוסד בשלהי 1944 על ידי הסוכנות היהודית, בעקבות דרישתו של ד"ר יוסף מאיר שסבר כי יש צורך בגוף מיוחד (שאינו קופ"ח), שייקח על עצמו את הטיפול בעולים, מתוך ההכרה כי יהיה צורך בהתארגנות מיוחדת לטיפול בבריאותם של המוני העולים – ניצולי השואה, שיגיעו לארץ עם סיום המלחמה. לראש השירות התמנה הד"ר תיאודור גרושקה.

עד 1946 פעל השירות הרפואי לעולה במסגרת הסוכנות כמחלקה מיוחדת. ב-1 לאוקטובר 1946 הוסכם בין הסוכנות לבין הסתדרות מדיציניית הדסה להעביר את השירות לידיה.⁴⁹ העברת השירות לידי הדסה נעשתה בעיקר מטעמים כספיים ומתוך תקווה שהיא תמצא פתרונות אשפוז לעולים ותממן את עבודת הרופאים במחנות העולים.

תמיכה מרכזית בהקמת שירותי בריאות נפרדים לעולים באה גם מקופת החולים הכללית, שביקשה להסדיר את אספקת השירותים הרפואיים לעולים שהיו צפויים להגיע לארץ עם סיום המלחמה במסגרת ארגונית נפרדת, שתתמחה בצורכי הבריאות של העולים ותפעל למענם בלבד. אמנם על פי הסכם בין הסוכנות לקופת החולים מאותה שנה, נקבע כי כל עולה יזכה בביטוח בריאות

47 גרושקה ת. (1952) "שירותי הבריאות בישראל 1950/1951", מגמות, ג (3), עמ' 292.

48 טאושטיין, ג. "דין וחשבון של המחלקה לטיפול באם ובילד" לשנת 1956.

49 דוח של הרי ויטליס בנושא "השרות הרפואי לעולה וההכנות בשטח האשפוז לקראת העליה המוגברת" מתאריך 24.4.1949, ארכיון הג'וינט, ניו-יורק.

במסגרת קופת החולים בשלושת חודשי שהותו הראשונים בארץ, במימון הסוכנות היהודית. לקופת החולים היה ברור כי לא יהיה בכך די. היה הכרח להקים מוסד מיוחד, שיהיה אחראי לארגון ולאספקת הסעד הרפואי והשיקום הגופני והנפשי של העולים אשר יגיעו. הקמת מוסד נפרד לטיפול בעולים מחוץ למוסדות הבריאות הקיימים הבטיח כי למטרה זו יהיה תקצוב נפרד ובלתי תלוי.⁵⁰

במקביל לקבלת האחריות על השירות הרפואי לעולה על ידי הדסה, התחייבה קופת החולים לספק שירותי אחריות למחנות העולים על חשבונה ולהעניק שירותי עזרה רפואית במרפאותיה במקומות שבהם לא ניתן השירות על ידי הדסה. עולים שהופנו לקליטה ישירה בבתים ערביים נטושים או בכל מסגרת אחרת שמחוץ למחנות, קיבלו מיד (על פי ההסכם) עזרה רפואית מקופת החולים. נכים, חולי שחפת וחולים כרוניים אחרים אושפזו על פי ההסכם במוסדות של קופת החולים, שהוקמו בהשתתפות הסוכנות היהודית.⁵¹ ההתחשבות בין הקופה לבין הסוכנות והדסה נערכו מדי שנה על בסיס מצב התחלואה ומספר העולים המטופלים על ידי כל אחד מהמוסדות.⁵² כן נקבע כי תיאום העבודה הרפואית בין הדסה לסוכנות ולקופת החולים ייערך במסגרת הלשכה המרכזית לשירותי היגינה ציבורית, שהיה הגוף המתאם בנושא בריאות מטעם מחלקת הבריאות של הוועד הלאומי. החברים בגוף זה היו מנהל הדסה, מנהל המחלקה הרפואית של קופת החולים הכללית ומנהל השירות הרפואי לעולה.

עוד קודם לכן, ב־1945 הקימה הדסה ברעננה מחנה מיוחד לעולים, שקלט את זרם העולים הדליל של אותן השנים, בגלל הגבלות העלייה של ממשלת המנדט. ב־1946-1948 סייעה קופת החולים (בשיתוף עם הדסה) לארגון שירותי הבריאות לעולים, שנשלחו למחנות המעצר בקפריסין על ידי הבריטים, ואף גייסה לשם כך רופאים מקצועיים, ששירתו במחנות העולים על חשבון הקופה

50 הרצאת יצחק קנייבסקי במסיבת עיתונאים, תפקידה הישוביים של קופת חולים, 13.11.1946; מכתב קנייבסקי למר אליעזר קפלן, הנהלת הסוכנות היהודית, 24.11.1946, אה"ע IV104-87-43.

51 המיינוגרף בפעולתו [מכשיר לאבחון שחפת באמצעות שיקוף ראות], זכר, 19.1.1948, עמ' 2.

52 החלטות בישיבת ועדת העלייה, 10.2.1946; סיכום ההצעות לסידור העזרה הרפואית בבתי העולים ומחנות המעבר, 17.11.1946, אה"ע IV104-38; הטיפול בפליטים – עולים חדשים, 27.6.45, אה"ע IV104-87-43, עמ' 10-1; מרכז קופת חולים, תביעת קופת חולים להשתתפות בהוצאותיה לקליטת העלייה בשנת 1947, מיום 9.3.1947, אה"ע IV208-4530; מרכז קופת חולים, סיכום המצב של בדיקות עולים במחנות העולים, 20.5.1947, אה"ע IV104-38.

וביזמתה.⁵³ בראשית 1948 כאשר הובטח שחרור העולים מהמחנות בקפריסין, שלחה לשם קופת החולים משלחת רפואית וערכה בדיקות רפואיות לכ־25,000 עולים כהכנה לעלייתם ארצה.⁵⁴

באוקטובר 1948, עם התגברות העלייה לכדי 10,000 עולים בחודש, ביקשה הדסה לשחררה מהאחריות לספק שירות רפואי לעולים. היא לא יכלה לספק את השירות הנדרש להמוני העולים בגין הפגיעה שספגה עם ניתוקו של בית החולים בהר הצופים ואסון שיירת הדסה, וגם בגין העלות הגבוהה מכפי יכולתה של הטיפול בעשרות אלפי העולים. אם בעבר נדרשה הדסה לטפל בכ־18,000 עולים בשנה, הרי שעתה נדרשה לספק שירות מידי ל־100,000 עולים בתוך מחצית שנה.

בתוך חודש מיום הודעתה הפסיקה הדסה לספק שירותים רפואיים נפרדים לעולים וצמצמה את שירותיה להפעלת רשת תחנות טיפת חלב בריכוזי עולים בערים והמשך אֶשפוז עולים בבתי החולים שלה לפי הצורך והיכולת. בעקבות פרישתה של הדסה הציע גיורא יוספטל, מנהל מחלקת הקליטה בסוכנות היהודית, כי צה"ל יקבל על עצמו את האחריות לשירות הרפואי לעולים, אלא שהצעה זו נדחתה וסוכם כי הממשלה והסוכנות יפעילו במשותף את השירות הרפואי לעולה, כאשר האחריות על ארגון השירות ניתנה בלעדית בידי משרד הבריאות. הפיכת השירות הרפואי לעולה לשירות ממשלתי העמידה אותו בפיקוחה של ועדת השירותים הציבוריים, שנקבעה על ידי מועצת העם הזמנית בספטמבר 1948, יחד עם כלל שירותי הבריאות של המשרד. ועדת השירותים הציבוריים שהחליטה כי על משרד הבריאות לקחת את האחריות לאספקת השירותים הרפואיים לציבור כולו, קבעה במפורש כי אחריות זו כוללת גם את השירות הרפואי לעולה, וציינה "בצער", כי השירות שסיפקה הדסה לעולים אינו עומד בנדרש. בפועל, העברת השירות הרפואי לעולה לאחירתו המלאה של משרד הבריאות לא פתרה את בעיותיו של השירות, אשר נדרש עתה להתמודד מול גורמי ממשלה אחרים על תקציבו ועל היקף פעילותו.

53 מצב האֶשפוז בקפריסין, הוועד הארצי של ארגון רופאי קופת חולים, 29.5.1947, ומכתב ד"ר מאיר לוועד הרופאים בנוגע למצב בקפריסין, 10.6.1947, ומכתב ד"ר טובה ברמן, לוועד רופאי קופת חולים בנושא עזרה רפואית בקפריסין מה־1.7.1947, אה"ע IV243-4-500; רשימת הרופאים והרוקחים ממחנות חורף בקפריסין, 26.10.1947 אה"ע IV82-23; דין וחשבון העבודה הרפואית במחנה 55, ינואר 1948, אה"ע IV243-3-60.

54 לבדיקת העולים בקפריסין, זכר, 23.2.1948, עמ' 2; המשלחת הרפואית של קופ"ח בקפריסין, זכר, 22.3.1948, עמ' 2; הבדיקה הרפואית של העולים בקפריסין, זכר, 10.5.1948, עמ' 2; 20 אלף עולים נבדקו בקפריסין, זכר, 7.6.1948, עמ' 2; בקופת חולים, חקרי עבודה 1-2, ינואר 1949, עמ' 267.

באוקטובר 1948 נדונה לראשונה שאלת התקציב של השירות הרפואי לעולה. נקבע כי ממשלת ישראל תישא בשליש הוצאות השירות שהוערכו ב־400,000 לירות לשנה, וכי בתקציב הנותר יישאו הסוכנות היהודית (שהשתתפה בארגון העלייה) והסתדרות מדיצינית הדסה (בהיקף של 10%). למרות ההחלטה על השותפות התקציבית בעלות השירות, לא העבירו הסוכנות היהודית והדסה את חלקם, דבר אשר גרם להפסקת פעילותו של השירות במשך שישה חודשים. בנובמבר 1948 בדיווח כולל על פעולות משרד הבריאות לפני מועצת העם הזמנית נאמר במפורש כי

זוהי עיקרה בעיה תקציבית. המדינה אינה יכול להרים את הנטל הזה ששם שבכוחות עצמה אין היא יכולה לשאת את משימת העלייה בכלל. הממשלה מוכנה לזאת בחלק מהתקציב הזה המחושב ל־400,000 לירות בערך למחצית השנה הבאה ... הגענו להסכם עקרוני עם הסוכנות ששירות זה יעשה על הצד הטוב יותר אם יישאר במסגרת משרד הבריאות הממשלתי, בעוד שתקציבו יומצא על ידי הסוכנות, על ידי הממשלה, ובחלקו גם על ידי הדסה.⁵⁵

למרות ההחלטה כי התקציב יתחלק בין הסוכנות היהודית, הדסה והממשלה, הסוכנות לא העבירה את החלקה בתקציב ובסופו של דבר נשאה רק הממשלה בהוצאות השירות. הסוכנות נימקה את אי העברת חלקה בתקציב השירות הרפואי לעולה בכך ש־95.6% מתקציבה הוצא על הוצאות עלייה וקליטה, ועבור שירותי הבריאות לא נותר למעשה דבר.⁵⁶

מעיון בדוח הכללי של משרד הבריאות עולה כי השירות הרפואי לעולה לא היה הראשון בחשיבותו ואף לא בעל משקל ייחודי ביחס לשאר בעיות הבריאות, שעמן הצטרך המשרד להתמודד. כמו כן, מרשימת הנושאים שעליהם דיווח המשרד עולה כי קשה היה לעשות אבחנה חדה בין השירות הרפואי לעולה לבעיות הבריאות הכוללות של המדינה, שנבעו ברובן מהעלייה הגדולה. הנהגת משרד הבריאות התייחסה לשירות הרפואי כאל "קופת חולים ייחודית לעולים". לפיכך, הגבילה את פעילותו לאספקת שירות בלבד, והנושאים המרכזיים שעמדו על סדר היום הציבורי כאִשפוז חולי שחפת וחולי רוח, מחסור באחיות, מחסור

55 פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים, מועצת המדינה הזמנית, 7.11.1948, עמ' 3.

56 דין וחשבון כספי של הנהלת הסוכנות היהודית לארץ ישראל, לששת החודשים הראשונים של שנת תש"ט (אוקטובר 1948 - מרס 1949) מוגש לוועד הפועל הציוני בירושלים, אייר תש"ט-מאי 1949, עמ' 4, ארכיון בן-גוריון, המכון למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר.

ברופאים, מלריה, תזונה, שירותי בריאות למגזר הערבי, טיפול בפצועי מלחמה, רפואה משפטית ואפילו רפואת שיניים, גם אם כל אלה נגעו לבריאות העולים, האחריות עליהם הייתה בידי הנהגת המשרד. המדיניות שנקבעה בנושאים אלה הייתה ברמה הלאומית ולא נעשתה כל אבחנה בין עולים לוותיקים,⁵⁷ ולאנשי השירות הרפואי לעולה לא הייתה כל נגיעה או השפעה על קביעת מדיניות הבריאות בנושאים אלה.

השירות הרפואי לעולה לא קיבל מקום מיוחד בדיון שהתקיים בישיבת ועדת השירותים לאחר קבלת הדיווח המרוכז של משרד הבריאות על פעילותו ועל הבעיות המרכזיות העומדות על סדר יומו. באותו דיון ציין לראשונה נציג משרד הבריאות, כי המשרד פנה לגורמי בריאות בינלאומיים יהודיים ואחרים לשם קבלת עזרה וייעוץ כיצד להתמודד עם בעיות בריאות הציבור. נעשתה פנייה אל ארגון הג'וינט לקחת לאחריותו את הטיפול בחולי נפש נכים ואחרים. כמו כן, צוין כי נוצר קשר עם ארגון יוניסף (הקרן למען הילד) במטרה לקבל סיוע במוצרים ובייעוץ להרחבת "מפעל החלב" בתמיכתם.

באפריל 1949, לאחר הקמתה של ממשלת ישראל הראשונה וכנסת ישראל הראשונה, נדונה שאלת מצבו המיוחד של השירות הרפואי לעולה בישיבתה הראשונה של ועדת השירותים. כותרתו של הדיון הייתה "ענין דחוף ומדאיג שטרם הובא לדיון בכנסת – והוא השירות הרפואי לעולה – שלמעשה לא קיים".⁵⁸

ד"ר גרושקה מנהל השירות אמר בפתח דבריו כי הסוכנות לא העבירה את חלקה בתקציב, וכתוצאה מכך הוא נאלץ להפסיק את השירות הרפואי לעולים. גרושקה ציין כי השירות שהעסיק באותה שנה 153 איש, אינו מסוגל לשלם שכר, והוא חייב כסף רב למוסדות שונים אשר הפסיקו לספק לו שירותים בגין חוב זה. כתוצאה מכך, עבודת השירות הופסקה.

שר הבריאות שפירא, שהשתתף בישיבה לפי דרישת הוועדה, ציין כי בין הסוכנות היהודית לממשלת ישראל קיים סכסוך בנושא השתתפות הסוכנות בתקציב השירות הרפואי, וכל זמן שסכסוך זה לא יפתר לא תהיה הפעלה תקינה של השירות. לדברי שפירא, הסוכנות היהודית ביקשה להמשיך להיות גורם מרכזי בארגון העלייה לישראל ודרשה להיות גורם שותף בבעלות על השירות הרפואי לעולה. עם זאת, היא התנערה מאחריותה לממן את חלקה בתקציב השירות. היא זו שגרמה לנזק המרכזי שהוביל להקפאת השירות.

57 לעיל, עמ' 1-8.

58 פרוטוקול ישיבה ראשונה, ועדת השירותים ציבוריים, כנסת ישראל הראשונה, 5.4.1949, עמ' 5.

בתשובה לשאלתה של חברי ועדת השירותים הוסיף שפירא כי עלות הפעלתו של השירות הרפואי היא כגובה תקציב משרד הבריאות כולו, ואין באפשרותו ליטול לאחריותו את מימון השירות כולו, מאחר שזה יגרום להפסקת כל פעילות בריאותית אחרת. השתתפותה של הסוכנות, אפוא, הנה הכרח.

החלטת ועדת השירותים לנוכח מצב החירום של השירות הרפואי לעולה הייתה כי יש להעביר את פתרון הנושא לידי הממשלה, ואולי אף לידי של דוד בן-גוריון, כדי שהעניין ייפתר בהקדם. עיון בדינוני הנהלת הסוכנות מעלה כי אכן לסוכנות היהודית הייתה בעיה מרכזית בהגדרת מעמדה ובקביעת תחומי פעילותה עם הקמת המדינה. בכמה דיונים הועלה חשש על ידי חברי הנהלת הסוכנות כי המדינה גוזלת מהם את תחומי פעילותם. כהוכחה לכך הם הביאו את העובדה שממשלת ישראל מעלימה את חלקה של הסוכנות בפרסומיה הרשמיים על הטיפול בנושאי העלייה והקליטה.

הסוכנות שהייתה הגוף המרכזי בעם היהודי וביישוב היהודי בארץ עד הקמת המדינה, נקלעה אפוא למבוי סתום באשר לעתיד פעילותה במדינה. בנוסף, סבלה הסוכנות מקשיים כספיים רבים בגין התגברות העלייה מעבר להערכות היסוד שלה. כתוצאה מכך, היא לא יכלה לעמוד בהתחייבותה להעביר כספים לשירות הרפואי לעולה, בגין הגירעון הגדול שממנו סבלה, ולא רק בגלל הסכסוך שהתפתח בינה לבין הממשלה.⁵⁹

השר"ל נוהל על ידי ד"ר תאודור גרושקה וסגנו ד"ר אברהם שטרנברג (החליף אותו אח"כ בראשות הארגון). השר"ל פעל במחנות העולים. באחריותו היו הפיקוח הסניטרי, שירותי המרפאה והעזרה ראשונה בזמן שהות במחנות. השר"ל העניק עזרה רפואית למשך שנה לעולים שלא התקבלו או שלא הצטרפו מסיבות אחרות לביטוח של קופת החולים הכללית (בכפוף להערכה סוציאלית). ב-1949 מנה השר"ל 245 עובדים, מהם 60 רופאים, 112 אחיות, 8 רופאי שיניים ו-8 אחיות לריפוי שיניים. הסגל הרפואי התחלף בתדירות גבוהה, והתבסס בעיקרו על רופאים ואחיות עולים, בעיקר ניצולי שואה. בפיקוחו הרפואי של השר"ל עמדו, בין השאר, מחנות העולים בראש העין, בעין שמר ובפרדס חנה. השר"ל מימן 13,000 ימי מחלה, בהיקף של 450 מיטות, ימי אשפוז ל-700 יולדות, ל-360 חולי שחפת ול-150 חולי רוח. כמו כן, הפעיל חדרי חולים במחנות המעבר בהיקף של עד 300 מיטות. כל זה נעשה במקביל להפעלה עצמאית של ארבעה בתי חולים בעלי 128 מיטות, מהם בית חולים לילדים בפרדס חנה (40 מיטות), בית חולים לילדים ברעננה (25 מיטות), בית חולים בבאר-יעקב (25 מיטות) ובית חולים בכפר ברנדייס (38 מיטות).⁶⁰

59 פרוטוקול דיוני הנהלת הסוכנות היהודית, 12.12.1949.

60 רשומות הכנסת, ישיבה לג כ"ד אייר תש"ט-23.5.1949, 1, עמ' 552.

באותה שנה חרגו צורכי הבריאות של העולים מיכולתו התקציבית והתפעולית של השירות, בעיקר בנושא האשפוז, והפכו לנושא מרכזי בדיוניה של הכנסת וועדת השירותים הציבוריים שלה. המחסור החמור במיטות אשפוז, בעיקר לחולים כרוניים ויללדים בקרב העולים, הביא את הוועדה למנות ועדת משנה, בשיתוף כל המשרדים המטפלים בעולים החל מעבודה ושיכון וכלה בחינוך וסעד. מטרת ועדת המשנה הייתה לקבוע כיצד יש להתמודד עם בעיות הבריאות הקשות והרבות של העולים, בעיקר אלה שהיו במחנות ובמעברות. הוועדה יצאה לסוירים בשטח, ראינה אנשי מפתח של משרד הבריאות ובחנה כל פתרון אפשרי לבעיה. בין השאר, נדונה האפשרות להכריז על מצב חירום על מנת להתמודד עם הבעיה. העדר המשאבים היה המחסום המרכזי במציאת פתרון אפקטיבי ומידי, ולמעשה סוגיית "מי יממן את השירות הרפואי לעולה?" הועברה מיד ליד ולא באה על פתרונה במשך כל אותה תקופה.

מעורבותם של הגורמים השונים בשירותי הבריאות לעולים (הדסה, הסוכנות היהודית, קופות החולים, צה"ל, הג'וינט ועוד) הייתה לצנינים בעיניהם של אנשי השירות הרפואי לעולה, שפיתחו במהלך עבודתם זהות ארגונית נפרדת ועצמאית, וחששו ממעורבות יתר ואף מהשתלטות של אחד הארגונים. תמיכה בעמדתם קיבלו ראשי השירות הרפואי לעולה מד"ר חיים שיבא, שגרס כי הטיפול בעולים צריך להיות בידי המדינה בלבד. עמדה זו הייתה חלק מתפיסת עולמו של ד"ר שיבא. הוא דגל בצורך להלאים את מערכת הבריאות ולהקים שירותי בריאות ממלכתי

ריבוי הגורמים, האישים והמוסדות המעורבים בטיפול בעולים בכלל ובשירות הרפואי לעולה בפרט, הוביל, לדברי דבורה הכהן, למתח רב שלווה "ביריבות אישית ומוסדית".

למעלה מעשרה גורמים שונים פעלו בתחום הבריאות: משרד הבריאות, הסוכנות היהודית, הסתדרות הדסה, שירות הרפואה של צה"ל, העיריות, קופות החולים, בתי חולים פרטיים ומוסדות מלב"ן של הג'וינט. כל אלה נאבקו על קבלת תקציבים, על הרחבת סמכויות ועל הגדלת מוסדותיהם.⁶¹

התגברות העלייה ב-1949-1950 ועמה קשיי הבריאות, כשמנגד השירות הרפואי לעולה כגוף אינו יכול לטפל במרבית הבעיות מהעדר תקציב קבוע והולם לצרכיו, הובילו את ראשי משרד הבריאות ואת חברי ועדת השירותים הציבוריים להבנה כי הטיפול הרפואי לעולה דורש מעורבות רחבה של כל משרדי הממשלה

61 דבורה הכהן, ד. (1994) עולים בסערה, ירושלים: יד בן צבי, עמ' 197.

ושל כל גורמי הקליטה בארץ ובחו"ל, אם בוויסות העלייה, מאחר שהמערכות בארץ אינן מסוגלות לקליטה המונית של אלפי עולים בפרקי זמן קצרים, ואם בארגון בדיקות רפואיות וטיפול רפואי טרום-עלייה, כדי לחסוך בזמנם של העולים לקבל שירות רפואי בארץ ולהקל את הלחץ מעל גורמי הבריאות המקומיים. כמו כן, הפנייתם של העולים לאשפוז בבתי חולים ציבוריים, אם של הממשלה אם של קופת החולים ואם של הדסה, הובילה לצמצום חדרי החולים שפעלו במחנות העולים, באחריות השירות הרפואי לעולה. צעד זה הוביל אף הוא לצמצום השפעתו של השירות.

על פי החלטת הממשלה הוגבלו הטיפול הרפואי שסיפק השירות הרפואי לעולה במחנות העולים לפקוח סניטרי, שירותי מרפאה ועזרה ראשונה בעת שהותם במחנות המעבר, ומתן עזרה רפואית לתקופה של שנה לעולים שלא קיבלו שירותים באמצעות קופות החולים. שירות זה ניתן רק לאחר בדיקה סוציאלית של צורכי העולה החולה, ורק אם העולה היה מתחת לגיל חמישים. עולים מעל גיל חמישים הצטרפו לפנות למסגרות סיוע וסעד ממשלתיות אחרות. העזרה הרפואית לעולים לא מבטחים כללה אשפוז בגין מחלה, אשפוז יולדות, הובלת חולים, מתן הבראה למבריאים אחרי מחלות, ריפוי שיניים, משקפיים, מכשירים אורתופדיים ופרוטזות. בנוסף, קיבל העולה ביטוח באחת מקופות החולים (בדרך כלל בכללית או בלאומית, מאחר שרק הן פעלו בריכוזי עולים) למשך שלושה חודשים על חשבון הסוכנות (הביטוח נכנס לתוקף רק ביום עזיבתו של העולה את מחנה המעבר).

על פי החלטת הממשלה קופות החולים היו אמורות להיות הגוף המרכזי, שמספק שירותי בריאות לעולים כמו לוותיקים. על מנת לשמור על פיקוח בריאותי, נאמר לעולים, גם לאחר שעזבו את מחנה המעבר, כי עליהם להירשם לאחת מקופות החולים כבר בעת שהותם במחנה המעבר או במעברה. לשון ההודעה היה בנוסח של ציווי.

"עולה חדש", אמר השלט בשלוש שפות עברית, אידיש וצרפתית בכניסה למחנה העולים:

**בבואך ארצה חובה עליך להירשם לקופת חולים, הסוכנות תשלם
למפרע עבור הביטוח שלך לקופ"ח לשלושת החודשים הראשונים
מיום צאתך את בית העולים. הברירה לאיזו מהן להצטרף נתונה
בידך.⁶²**

62 פוסטר הקורא לעולים להירשם לקופות החולים, המוזיאון לתולדות הרפואה, בניין הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, אגף ארץ ישראל, קומה 3.

ההנחיה שניתנה לעולים הוצגה כחובה ולא כזכות כדי ליצור מצב שבו רוב העולים יהיו בפיקוח פעיל של גורם רפואי ציבורי. פיקוח זה עתיד למנוע במידת מה את סכנת התפרצות המגפות בקרב העולים בפרט וביישוב בכלל.

בהשפעת הדרישה להצטרפות לקופות החולים, היו כבר ביולי 1950 כ-60% מתושבי ישראל (העולים והוותיקים) מבוטחים באמצעות קופת החולים הכללית או במסגרת הדסה (קופ"ח עממית), מצב שהקל במידת-מה את הלחץ על השירות הרפואי לעולה.

הצעד השני שבו נקטו רשויות הבריאות על מנת לפקח על בריאות העולים, היה הדרישה לבדיקות רפואיות לקבלת חיסונים. אלה בוצעו ברובם במחנה שער עלייה, שנפתח במרץ 1949, ואליו נשלח חלק גדול מהעולים. לצדו של שער העלייה פעלו מחנות עולים קטנים יותר. המחנה נוהל על ידי הסוכנות היהודית בשיתוף השירות הרפואי לעולה. הבדיקות הרפואיות בוצעו לכלל העולים במחנה על ידי קופת החולים הכללית. עד כמה חשוב היה מבצע החיסונים והבדיקות הרפואיות בעיני משרד הבריאות עולה מהצעות ראשי המשרד למנוע כרטיסי מזון ואישורי מגורים מעולים, שלא השלימו את הבדיקות ואת כל החיסונים כאמצעי הרתעה בפני התחמקות. החשש המרכזי היה ממחלת השחפת, ששיעורה בקרב העולים היה גבוה. מדי יום בוצעו במחנה כאלף שיקופי ראות (צילומי מיינוגרף) כדי לאתר את העולים החולים.

במקביל לצעדים האופרטיביים לארגון שירותי הבריאות הקבועים לעולים והפעלתו של השירות הרפואי לעולה, נעשה מאמץ מרבי בתחום בריאות אדם וילד, שהיה אחד הנושאים ה"בוערים" בקרב העולים.

בריאות האם והילד, ובעיקר גיבוש הסדרים לאִשפוז היולדות ועידוד יולדות ללדת בבית החולים יחד עם הרחבת אמצעי ההסעה ליולדות על מנת שתוכלנה להגיע לבית החולים בזמן, היה אחד הנושאים המרכזיים בכל דיוני הבריאות המוקדמים. זאת כדי להפחית משמעותית את תמותת התינוקות הגבוהה יחסית בקרב העולים לעומת היישוב הוותיק.

בהסכמה מלאה קבעה ועדת השירותים הציבוריים כי יש להעביר למשרד הבריאות תקציב מיוחד של 10,000 לירות למימון אִשפוז יולדות. ההסכמה הגורפת על התקציב ללא עוררין ביחס ליולדות מעידה על חשיבות הנושא בסדר היום הלאומי.⁶³ גם אם החלטה זו הייתה מחוץ לתחום האחריות הישירה של

63 פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים דיון מתאריך 23.11.1948, עמ' 9; שחלב סטולר-ליס, שורץ, ש. (2009) "גוף אל גוף – אחריות ומהגרות זירת הסדרת הלידות בישראל 1949-1954", סוציולוגיה ישראלית, יא (1), עמ' 91-111; שורץ ש. (1998) "מי יבטיח את בריאות האמהות והילדים בארץ ישראל", ביטחון סוציאלי, 51, עמ' 81-57.

השר"ל, הרי שהיא דרשה את שיתוף הפעולה עמו – בהיותו הגורם המרכזי שסיפק שירותי בריאות למחנות העולים ולאחר מכן למעברות ולהסעת יולדות לבתי החולים בזמן שהייתה חלק מאחריותו.

במקביל, נדרש השר"ל לתאם באופן מתמיד עם המחלקה לטיפול סוציאלי בעולה במשרד הסעד ועם אגף הקליטה של הסוכנות את שירותי הסעד והרווחה לעולים, על מנת למצוא פתרונות לטיפול בזקנים וביתומים ושיכונם במוסדות מתאימים. כן נקבע כי השר"ל יטפל בחולי רוח אקוטיים, ואילו משרד הסעד יטפל בחולי הרוח הכרוניים. כמו כן, נדרשו כל הצדדים לטפל בתיאום בעוורים ובחירשים-אילמים, רובם מקרב העולים החדשים.

האחריות הרחבה של השירות הרפואי לעולה, מצוקת כוח האדם הרפואי וחוסר הניסיון בטיפול בבעיות הבריאות שהביאו עמם העולים, הובילו את השירות לחפש עזרה. באופן טבעי, פנה השירות הרפואי לעולה לשירות הרפואי הצבאי בראותו בו ארגון עמית, שאינו מתחרה בו על הטיפול בעולים, אלא יכול לסייע לו במתן פתרונות אֶשפוז ועזרה אחרת.

היכרותו של ד"ר גרושקה מנהל השירות ויחסיו הטובים עם ד"ר שיבא, ראש השירות הרפואי הצבאי, ורצונו של ד"ר שיבא להרחיב את פעילותו של השירות הרפואי הצבאי מעבר לטיפול בחייל צה"ל, הובילו את השניים לשיתוף פעולה בין-ארגוני.

במחצית 1948, כאשר החל ד"ר שיבא בהפיכתו של בית ההחלמה בתל ליטווינסקי לבית חולים (לימים המרכז הרפואי שיבא בתל-השומר), חתמו ד"ר שיבא וד"ר גרושקה על זיכרון דברים לשיתוף פעולה בין השירות הרפואי לעולים עם השר"ל באֶשפוזם של עולים במקום. כך כתב ד"ר גרושקה:

שוחחתי היום עם ד"ר שיבר על צורת שיתוף הפעולה בין שירות רפואי לעולים לבין שירות רפואי של הצבא ביחס להנהלת ביה"ח תל ליטווינסקי ... במחנה זה הותקנו חלק מהביתנים בשביל ביה"ח הצבאי וחלק בשביל בי"ח לעולים. ד"ר שיבר הצהיר ש.ר. יהיה מוכן לקבל לידי את הצריפים ולתת לנו את האפשרות לאשפז עולים-חולים במספר הדרוש. ד"ר שיבר מציע שלא תהיינה מחלקות נפרדות לחולים ולעולים אלא העולים יתקבלו לכל המחלקות המקצועיות של בי"ח זה.⁶⁴

64 זיכרון דברים (27.7.1948) בין השירות הרפואי לעולה ובין השר"ל, בחסות הסוכנות היהודית והסתדרות מדיצינית הדסה, אצ"מ S/25/406.

לדברי ד"ר דניאל ברכות, ד"ר שיבא "הפך עולמות על מנת שהשירות לעולה יעבור לצבא ויופעל בכוחות הצבא".⁶⁵ ואכן מאתיים חולי שחפת אושפזו וטופלו בתל ליטווינסקי כבר בקיץ 1948.⁶⁶ במקביל לקליטת חולי השחפת, פתח ד"ר שיבא גם מחלקת ילדים, שטיפלה בעיקר בילדים עולים. פתיחת מחלקת הילדים נעשתה על פי בקשתו המפורשת של בן-גוריון "לרגל המצב הקטסטרופלי בתחלואה" של הילדים העולים.⁶⁷

עם סגירת המחנות והמעבר למעברות, חל צמצום דרסטי בכוח האדם של השר"ל. המרפאות במעברות הועברו לקופת החולים, בתי התינוקות וחדרי האשפוז לילדים נסגרו. באמצע 1953 פרש ד"ר שטרנברג מתפקידו, והשירות חדל להתקיים כיחידה עצמאית.

קופות החולים והשירות הרפואי לעולה (השר"ל)

עקרונית, השר"ל לא שלל אספקת שירותי בריאות לעולים באמצעות קופות החולים, אלא התנגד למשיכתם המוחלטת של העולים לידי קופות החולים, שהרי הדבר היה מעמיד את עתידו הארגוני בספק. כך למשל, במאי 1948 הקימה קופת חולים לאומית מחלקה מיוחדת לטיפול בעולים החדשים והגיעה להסכם עם השירות הרפואי לעולה כי עולים חדשים יוכלו לקבל שירות רפואי בקופה באופן חופשי. כן ניתן לקופת חולים לאומית מעמד רשמי במחנות העולים. היא קיבלה סיוע תקציבי מהמוסדות הממשלתיים ומהסוכנות היהודית, שתקצבה את השירות הרפואי לעולים, באותו שיעור שקיבלה קופת החולים הכללית.⁶⁸ השיתוף עם קופת החולים הלאומית נעשה מתוך הבנה כי הקופה תפעל רק באתרים, שבהם תידרש עזרתה ולא תפעל מאחורי גבו של השירות הרפואי לעולה.

בשונה מנכונותה של קופת חולים לאומית לשיתוף פעולה עם השר"ל, לא ניתן היה להשיג הבנה דומה עם קופת החולים הכללית. קופת החולים, שהייתה ארגון הבריאות המרכזי בישראל, ראתה בעולים החדשים פוטנציאל גדול ביותר

65 ריאיון עם ד"ר דניאל ברכות, 1979, ארכיון בונדי.

66 בפועל, שופנו חולי השחפת בנפרד מטעמי הדבקה. בדצמבר נפתח במקום בי"ח נפרד לחולי שחפת בחסות הליגה למלחמה בשחפת בניהולו של ד"ר ויזר. מכתב ברכה של ד"ר עלי דייזיס מהדסה לד"ר ויזר על פתיחת בית החולים לחולי שחפת של הליגה, 30.12.1948, ארכיון צה"ל 3612/201.

67 דוד בן-גוריון, *חזון ודרך*, 1962, ב, עמ' 63-64; נדב, עמ' 446, הערה 28.

68 שלומי רזניק, ש., "תמורות ביחס תנועת החרות לקליטת העליה הגדולה", בתוך: עופר, ד. (עורכת), *בין עולים לותיקים*, ירושלים: יד בן-צבי 1996, עמ' 132-133.

לשמירה על כוחה ומעמדה בישראל. לפיכך, יזמה פעולות עצמאיות בקרב העולים, דבר שהגביר עד מאוד את המתח בינה לבין השר"ל. היערכותה ברמה הלאומית עם מערך מרפאות מדן ועד אילת אפשרה לקופה לספק שירותי בריאות ראשוניים לעולים במקומות יישובם, דבר אשר השירות הרפואי לעולה לא יכול היה להבטיח. התחרות הגלויה בין השירות הרפואי לעולה לקופת החולים הכללית יצר מתח בלתי פוסק במשך כל שנות ה-50, ובחלק מהמקרים פגע ביכולת לספק שירות רפואי ראוי לעולים. עם זאת, התחרות בין השירות הרפואי לעולה לקופת החולים הכללית הועילה לעולים, מאחר שהיא גרמה לקופת החולים לפרוש את שירותי הרפואה לעולים בצורה רחבה ביותר ולפתוח מרפאות במקומות יישובם, דבר שהבטיח עזרה רפואית ראשונית בזמינות גבוהה יחסית.

במחצית 1948 הקימה קופת החולים 17 מרפאות מיוחדות לטיפול ראשוני בעולים. בחודשים ינואר-אוקטובר 1948 נרשמו כחברים חדשים בקופה יותר מ-34,000 עולים, לאחר שנבדקו, וחברותם בהסתדרות ובקופה אושרה.⁶⁹ עובדה זו נראתה לצנינים בעיני ד"ר גרושקה ואנשיו. למרות זאת, השירות הרפואי לעולה לא יכול היה להתחרות בעצמתה של קופת החולים וביכולותיה הארגוניות, ולא הייתה לו כל דרך לחסום את פעילותה בקרב העולים. מתח זה העיב על יחסי הקופה והארגון במשך כל שנות פעילותו, ואף התפשט למשרד הבריאות, בעיקר לאחר מינויו של ד"ר מאיר, מי שהיה המנהל הרפואי של הקופה, למנכ"ל המשרד, ובפועל לממונה העליון על השירות הרפואי לעולה.

האחריות הרבה לטיפול בעולים והקושי הכלכלי, הארגוני והמקצועי באספקת השירותים הובילו את השירות הרפואי לעולה ואת משרד הבריאות לבקש עזרה מקצועית וכספית מגורמי חוץ יהודיים ובינלאומיים, שפעלו בעולם באותה העת. שני הארגונים הראשונים שאליהם פנה המשרד היו הג'וינט, ארגון הגג של הקהילות היהודיות בארצות הברית, והקרן למען הילד (יוניסף), שפעל במסגרת ארגוני האו"ם. מאוחר יותר הצטרפו אליהם ארגון הבריאות העולמי וארגוני סעד ורווחה לטיפול בפליטים, שפעלו אף הם בחסות האו"ם או מטעמו.

השירות הרפואי הצבאי

שירות זה הוקם על ידי ד"ר חיים שיבא בינואר 1948 והתבלט בתקופת "מבצע מעברות" (דצמבר 1950). במעברות שנחשבו קשות במיוחד הוקם בתקופת מבצעי המעברות שירות רפואי צבאי, מקביל לזה של קופת החולים. כחלק

69 34,000 עולים חדשים בקופת חולים, 7, 5.12.1948, עמ' 2.

מ"מבצע מעברות" הוקמו מחנות ילדים בכל אחד מהפיקודים. למבצעים גויסו כ־200 רופאי מילואים, והשירות הרפואי כלל רופא כללי צבאי קבוע בכל מעברה, רופאים מקצועיים, טיפול בחולים במחלות מידבקות, חיסונים ופיקוח על בתי הספר. 1,400 ילדים חולי גרענת וגזת טופלו במחנות מיוחדים, חולי שחפת זוהו והועברו לאשפוז. צה"ל המשיך להפעיל את מחנות הטיפול הרפואי לילדים גם בתום "מבצע מעברות". לצד המחנות הרפואיים הוקמו גם מחנות הבראה לילדים.⁷⁰

הג'וינט ומלב"ן (מוסדות לטיפול בעולים נחשלים)⁷¹

מלב"ן – שירותי הג'וינט בישראל לטיפול בעולים חולים, זקנים ונכים – נוסד ב־1949 (מיסודם של הסוכנות, הממשלה והג'וינט) כדי לטפל בעשרות אלפי עולים חולים כרוניים וקשישים. כעבור שנה עבר במלואו למימון הג'וינט. הוא נוהל על ידי ד"ר בוריס פליסקין.

ב־1953 סיפר צ'רלס פסמן, מנכ"ל הג'וינט בישראל, בריאיון עיתונאי כי בארגון 2,000 עובדים.⁷² עד 1955 מלב"ן הקים 50 מוסדות רפואיים (בתי חולים, בתי זקנים, מרפאות ובתי מלאכה מוגנים) ואף ניהל אותם. בתקופה זו הוא טיפל בכ־100,000 נפש, מתוכם קיבלו טיפול רפואי 28,000 איש, שמחציתם אושפזו במוסדות מלב"ן.⁷³ בין המטופלים היו 4,500 חולי שחפת ו־4,000 זקנים וחולים. שני שלישים מהם שהו במחנה העולים בפרדס חנה והמתינו לסידור מצד מלב"ן. לצורך פעולות אלו היה ב־1953 תקציבה של מלב"ן 12 מיליון דולר, מחצית מתקציב הג'וינט העולמי.⁷⁴

70 דרורי, ז. (2000) *אוטופיה במדים – תרומת צה"ל להתיישבות, לקליטת העלייה ולחינוך בראשית ימי המדינה*, שדה־בוקר: המרכז למורשת בן־גוריון, שדה־בוקר, עמ' 106-125; הכהן, ד. (1986) "צהל וקליטת העלייה", בתוך: נאור, מ. (עורך), *עולים ומעברות 1948-1952, מקורות, סיכומים, פרשיות נבחרות וחומר עזר*, ירושלים: יד בן־צבי, עמ' 115-126.

71 שם הארגון באנגלית Institutions for the Care of Handicapped Immigrants אינו מתייחס למושג הטעון תרבותית "נחשל", אלא מתייחס לטיפול בעולים נכים (handicapped) בלבד.

72 יורמן, פ., "ארגון מרגלים עולמי", *דבר השבוע*, 29.1.1953, עמ' 3-5.

73 הפרטים נלקחו מתוך מודעה של מלב"ן, *מאסף דבר*, 1956, במלאת 30 לעיתון פועלי ארץ ישראל, תל־אביב: דבר, עמ' 475.

74 ללא ציון שם המחבר, "54 אחיות וסניטרים מעשיים סיימו קורס של 'מלבן' בבאר־יעקב", *הבוקר*, 21.4.1954, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות, S71/1141.

מחנות פרדס כץ ומחנה ישראל הועברו רשמית בסוף 1954 לרשות מלב"ן. מלב"ן ערך בירור לגבי מידת הנצרכות של אוכלוסיית מחנות אלו לשירות רפואי. בנוסף, טיפל מלב"ן באותה תקופה בקיצור תקופת ההמתנה לאשפוז של חולי שחפת ובטיפול בחולי נפש.⁷⁵ המגמה של מלב"ן הייתה להגיע למצב שבו שום אדם בריא מתחת לגיל 60 לא יתגורר במוסדות הרפואיים של מלב"ן. הכוונה הייתה להעביר את הזקנים לבתי אבות, ואת הנכים הצעירים ל"מחנה ישראל", שם יתגוררו בבתים שיסדרו, ינקו בעצמם, ויעסקו בעבודות קלות (כגון, גינון, גידול תרנגולות ואווזים ועוד).⁷⁶

בסוף דצמבר 1954 עבדו במלב"ן 96 רופאים, 315 אחיות ו-145 אחיות מעשיות, 32 עובדים סוציאליים וכ-1,200 אנשי מנהל ואחזקה.⁷⁷ ב-1958 נעשה במלב"ן מאמץ להפסיק את הטיפול בשחפת. המגמה הייתה להפחית את השירותים הרפואיים, להגביר את חשיבות השירותים הסוציאליים בתוך מלב"ן ולהוסיף על הטיפול הפסיכיאטרי גם טיפול בילדים מפגרים.⁷⁸

קופת החולים הכללית

קופת החולים הכללית הייתה ארגון הבריאות המרכזי ביישוב היהודי בארץ מראשית המאה ה-20. וכזאת היא הייתה הגורם העיקרי, שעליו נשענו שירותי הבריאות הראשוניים בכל הקשור לסוגיית הטיפול בעולים חדשים. מדיניותה הבסיסית של הקופה הייתה לפתוח מרפאה חדשה בכל מקום שיש בו ריכוז של עולים, ולתת שירותי טיפת חלב (במימון משרד הבריאות). בנוסף, הקימה הקופה תחנות בדיקה (סיקור) במחנות המעבר, וריכזה את הבדיקות הממיינות בשער עלייה עם הקמתו. קופת החולים ניסתה גם לעבות את מערך האשפוז שלה כד לענות על מצוקת האשפוז ולהתמודד עם מצוקת כוח אדם קשה (מחסור ברופאים ובאחיות).

75 William M. Schmidt, "Report on field visit to Israel, November 29-December 9, 1954", AJJDC Geneva/12 A/2/58.051

76 William M. Schmidt, "Report on field visit to Israel, March 7-March 22, 1955" p.2 AJJDC Geneva/12 A/2/58.051

77 מכתב מצ'רלס פסמן, מלב"ן תל-אביב, לג'וינט בפריס, כולל רשימת המועסקים במלב"ן, 17.4.1955, AJJDC Geneva/12c/2/58.040.4.

78 Sidney Shindell, "Report on field visit to Israel, March 19-April 7, 1958", p. 6, AJJDC Geneva/12 A/258.051. חוה גולנדר דנה בהרחבה בעבודת מלב"ן בתחומי בריאות הנפש, הטיפול בעוורים, במפגרים ובקשישים. גולנדר, ח. וי. בריק (2005) (עורכים) שליחות של חסד ואחוות אחים סיפורו של מלב"ן - ג'וינט בישראל 1949-1975, ירושלים: אש"ל, עמ' 69-180.

החל מיוני 1950 החליפה קופת החולים הכללית את שר"ל במתן שירותי בריאות במעברות, למעט בתי התינוקות. כמו כן, היה ניסיון להעביר את טיפות החלב במעברות לניהולה של הקופה, ניסיון שבסיומו נותרו חלק מטיפות החלב בניהול משרד הבריאות. לקראת תום הגל הראשון של העלייה הגדולה הפעילה קופת החולים מרפאות ב-353 יישובים.⁷⁹

הודעת ועדת המשנה בעניין המצב במעברות תיארה אפשרות של הארכת הביטוח המלא לעולים מעבר לשלושה חודשים בקופת החולים, בתנאי שהעולים ישלמו 50% מדמי הביטוח.⁸⁰

על אופי הטיפול בעולים חדשים באמצעות הקופה אפשר ללמוד מתיאור השירות הרפואי בכמה מיישובי העולים. במעברת זבדיאל (80 משפחות) בראשית שנות ה-50 הייתה מרפאה של קופת החולים, ובה חובשת קבועה ורופא מרחובות שביקר במעברה פעמיים בשבוע. לצורך טיפול מונע ביקרה אחות של טיפת חלב של קופת החולים פעם בשבוע למשך ארבע שעות.

אחות שמבקרת רק פעם אחת לשבוע ל-4 שעות יכולה להספיק בקושי לראות את כל התינוקות. אין לה האפשרות לביקורי בית ולהדרכה שיטתית של האימהות בהגיגינה של התינוק ובהזנתו (הכנת הארוחות וכו'). חסרה כאן גם לגמרי הפיקוח של האישה ההרה ועל ילדי בית הספר.⁸¹

תיאור השירות הרפואי במעברת סקיה ב: רופא כללי (8 שעות), רופא ילדים (4 שעות), חובש (8 שעות), אחות (8 שעות). החובש שהתגורר במקום היה תורן לילה, ואילו האחיות שהתגוררה בכפר ענא השכנה עשתה תורנות שבת. בכפר ענא היו גם רופא, שהוזעק במקרים דחופים בלילה ובשבתות. אחת לשלושה שבועות הגיע רופא נשים. בנוסף, הפעילה הקופה תחנת טיפת חלב, שירותים רפואיים ופיקוח בעבור ילדי בית הספר ובעבור כל תושבי המעברה, גם אם אינם חברי קופת החולים.⁸²

79 שורץ, ש. (2000) "קופת חולים בעליה הגדולה", בתוך: קופת חולים, הסתדרות, ממשלה: מהלכים בעיצובה של מערכת הבריאות בישראל 1947-1960, שדה-בוקר: המרכז למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר, עמ' 183-185.

80 הודעת הוועדה לענייני מעברות, 29.1.1951, דברי הכנסת, 8, עמ' 1626.

81 מכתב מד"ר י. טאושטין לד"ר לוטן "המצב במעברת זבדיאל", ג'נזך המדינה, ג-4265/5/188/7.

82 המכתב, שהוא מענה לתלונה של תושבי סקיה, אינו מפרט אם שעות העבודה הן ליום והן לשבוע. מכתב מ-ח. וישינסקי, מרכז קופת חולים לכנסת, ראש הממשלה ושרי הפנים, העבודה, הבריאות החינוך וכן לסוכנות היהודית ולוועד הפועל של ההסתדרות, 22.11.53, אה"ע IV208-1-7375.

תיאור השירות הרפואי בקסטל (מעוז ציון) – מעברה ולצדה שיכון:

כל המשפחות אשר בהן ראש המשפחה הוא בגיל המתאים על מנת להיות חבר בהסתדרות נהנות משירותי קופת החולים. במקום יש מרפאת קופת חולים ובה רופאה קבועה ושני חובשים, אחד מהם מאנשי המקום. בשיכון הוקמה מרפאה אך היא עדיין לא נכנסה לשימוש ואנשי השיכון נגשים למעברה לשם קבלת טיפול רפואי ... קיימת טיפת חלב של הדסה ובה שתי אחיות המשמשות גם כאחיות ב"ס. יחד אתן עובדת אחות עיניים. טיפת החלב פתוחה לסירוגין במעברה ובשיכון.⁸³

משלוש הדוגמאות עולה כי השירות של קופת החולים ביישובי העולים ובמעברות נבנה בהדרגה, ובמשך כל תקופת העלייה הגדולה התקשתה הקופה, למרות קצב הפתיחה הגבוה של המרפאות, לספק שירות רפואי מלא לתושבי יישובי העולים, בעיקר המרוחקים והמבודדים שביניהם.

ארגון אמהות עובדות

ארגון אמהות עובדות היה ארגון הנשים הגדול והמאורגן ביותר בראשית שנות ה-50. מאחוריו היו כבר למעלה מ-25 שנות התנדבות, הקמת מעונות יום וסיוע לאוכלוסיות חלשות ועולות.⁸⁴

דבורה נצר ממפא"י תיארה מעל בימת הכנסת את פעילות הארגון:

היינו הראשונים בהמתנדבות והכרזנו על מפעל "יד חברה למעברות". תוך חודשיים אלה נפתחו 30 מוסדות בתוך מחנות העולים במעברות. הכרזנו על שלושים מעברות שאנחנו נוטלים על עצמנו לדאוג להם בכול. למעלה מ-400,000 פרטי הלבשה חילקנו, חברות התנדבו לעבודה ליום שלם, והעבודה רבה מאוד: 80 מדריכות לבישול ולמשק בית עובדות בהדרכה, שכן לא רק שאלת אספקה למעברה ישנה כאן, אלא גם שאלת ההדרכה והחינוך. **שידע ציבור זה שהוא בחלקו הגדול עשוק תרבות של דורות להשתמש בפרודוקטים ולדאוג לדברים האלמנטריים.**⁸⁵

83 (הקסטל) מעוז-ציון – דוח ללא ציון שם המחבר וללא תאריך ג"מ ג-5096/3/7/14.

84 על פעולת הארגון בשנות ה-30 ובעיקר על הקמת רשת מעונות היום ראו בצנלסון-שזר, ר. (1964) "בראשית התנועה", בתוך: עם פעמי הדור – ילקוט מחצית היובל של דבר הפועלת, ב, תל-אביב: ההסתדרות הכללית ומועצת הפועלות, עמ' 17-19; וכן שטרן, ב. (1997) תנועת הפועלות בארץ ישראל: מועצת הפועלות 1920-1939, חיבור לשם קבלת התואר ד"ר לפילוסופיה, אוניברסיטת חיפה, כרך ב.

85 המצב במעברות, דיון, 11.12.1950, דברי הכנסת, 7, עמ' 412, ההדגשה שלי.

מתנדבות הארגון ראו זאת מתפקידן לחנך את העולים להרגלי בריאות מערביים. היקף העבודה ההתנדבותית השתנה ממקום למקום. חסיה דרורי (מפא"י) תיארה את עבודת הארגון באזור ירושלים:

יודעת אני היכן עובדות 300 חברות של ארגון אימהות עובדות בירושלים, איפה הן מגישות עזרה: בבית נקופה, בבית זית, במעברה בתלפיות המונה 2,000 נפש, בליפתה התחתונה, במלחה, במוסדות ילדים, בקורסים הנערכים בשיתוף עם מחלקת התזונה, בענייני הלבשה.⁸⁶

בשיכון לעולים חדשים בקריית חיים המערבית הקימה מחלקת העלייה של ההסתדרות (בשיתוף עם ארגון אמהות עובדות = אא"ע) בית תינוקות לאמהות עובדות ותחנה להדרכה במשק בית – חברות הארגון ביקרו בבתיים והדריכו במשק בית את העולות, שרובן היו ניצולות ממחנות ריכוז:

והנה באה חברה ותיקה, מפשילה שרווליה ומראה בידיה איך מכבדים, מנקים ומכבסים במאמץ קטן יותר ובתוצאות טובות יותר.⁸⁷

פעולת הארגון ב"שכונת התימנים" בחיפה מתוארת כמקיפה יותר, ונראה שכללה ביקורי בית רבים:

המוסדות הסוציאליים של ההסתדרות, ובעיקר קופת חולים ומועצת הפועלות – עושים רבות לקידום האישה התימנית, על ידי הדרכה שיטתית במרפאה, בטיפת חלב ובגן הילדים; ובעזרת האחות והמדריכה הסוציאלית המבקרת בכל בית ובית ושוקדת להקנות לנשי תימן דרכי היגיינה ותורת הבישול – מתקדמת האישה ויחד איתה מתקדמת צורת החיים המשפחתיים בבית יוצאי תימן.⁸⁸

מאמץ רב של הארגון הושקע גם במעברות, כשמטרותיו המוצהרות היו:

להדריך את תושבי המעברה לחיים מסודרים יותר, על אף התנאים הקשים של המעברה. החל מרחיצת תינוק, ניקיון הבדון, סידור תפריט ותורת הבישול וגמור בסידור הריהוט ויצירת אווירה של בית – בכל אלו טיפלו חברות והצליחו להעלות את רמת החיים של גרי המעברות ולהקל על חיי המשפחה ובעיקר על חיי האישה והילדים.⁸⁹

86 המצב במעברות, דיון, 11.12.1950, דברי הכנסת, 7, עמ' 416.

87 קודש, ש. (1953) (עורך) מעשים – ההסתדרות בחיפה בשנים 1945-1953, חיפה: מועצת פועלי חיפה, עמ' 202.

88 שם, עמ' 205.

89 שם, עמ' 207.

בנוסף, מגבית "יד למעברה" הוצעה על ידי מועצת הפועלות בעקבות החורף הגשום של 1950, ובוצעה בשנים 1950-1951.⁹⁰

ויצ"ו

ויצ"ו התמקדה בתקופת המנדט בהקמה של תחנות טיפת חלב, וב-1937 שירתה כרבע ממספר התינוקות המטופלים בארץ. הארגון נטל חלק בעליית הנוער, והקים מוסדות נוער ובתי ספר חקלאיים.⁹¹

בתקופת העלייה הגדולה הכשירה ויצ"ו "מטפלות בית" לעולים. הן היו "שילוב של מדריכה נודדת ועובדת סוציאלית". הן עברו בין משפחות העולים במעברות ובמושבים והדריכו את הנשים בבית "החל מהרגלי ניקיון ותזונה וגמור בהזרכת האם בענייני חינוך". בנוסף, הקימה ויצ"ו במעברות מעונות יום.⁹²

א.ז.ע (החברה לבריאות היהודים) O.S.E.

אגודת א.ז.ע התמקדה בטיפול רפואי בתינוקות, בילדים בגיל הרך ובילדי בית הספר, ולעדותה – במודעה שפרסמה במאסף דבר ב-1956, 80% מהילדים, שבהם היא מטפלת, הם ילדי עולים חדשים "ורוב רובם מאלה הם מעדות המזרח". רוב מוסדות א.ז.ע הוקמו במעברות וביישובי עולים. א.ז.ע הפעילה רשת של בתי הבראה לתינוקות וילדים (מוסדות סגורים), רשת טפליות (מעונות יום רפואיים לתינוקות) במעברות. מטרתן הייתה להעניק את הטיפול הדרוש לתינוק כדי להקטין את התחלואה ולהימנע מהצורך באשפוז. לטענת הארגון, הוא טיפל בכ-6,000 ילדים בשנה. כן הפעילה א.ז.ע מרפאת שיניים ניידת לילדים, והתכוונה אף להפעיל במעברות תחנות אם וילד ניידות.⁹³

ב-1950 נפתח בית הבראה החמישי של א.ז.ע. לילדים. הילדים נשלחו לבתי הבראה למחזורים בני ארבעה שבועות על פי המלצת רופאי בתי הספר. בנוסף,

90 שם, עמ' 239.

91 לצד הדסה וקופת חולים. גרינברג, ע. ות. הרצוג (1978) ארגון נשים וולונטרי בחברה מתהווה – תרומתה של ויצ"ו לחברה הישראלית, תל-אביב: המכון למחקר חברתי ליד החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, עמ' 30.

92 שם, עמ' 120-121.

93 הפרטים נלקחו מתוך מודעה של א.ז.ע, במאסף דבר, במלאת 30 לעיתון פועלי ארץ ישראל (1956), תל-אביב: דבר, עמ' 476. יש לשים לב שאופן הכתיבה של שם הארגון משתנה ממקור למקור (אזע, יזע וכו'). בחרתי להשתמש בתעתיק העברי של השם הלועזי.

החלה א.ז.ע להקים רשת טפליות – מעונות יום לתינוקות בני 15-20 מקומות. בטפליות ניתנה גם הדרכה לאמהות. שני אמבולנסים היוו את תחילת שירות תחנות טיפת חלב – הניידות של א.ז.ע., שאף חילקו אבקת חלב, ואליהן התווספו עוד שני אמבולנסים.⁹⁴

ב־1953 הפעילה א.ז.ע 20 בתי הבראה (400 מיטות) וטפליות (150 מיטות) לילדי עולים. היא הכריזה על כוונתה להקים שני בתי הבראה נוספים, ולהגדיל את המוסדות הקיימים. פעולת התחנות הניידות לאם וילד, שהפעילה א.ז.ע בשנים הקודמות, הופסקה בגלל מחסור בכלי רכב.⁹⁵

ב־1954 העבירה א.ז.ע למשרד הבריאות 100,000 קפסולות של מולטי ויטמין לטובת ילדי המעברות.⁹⁶ החל מ־17.1.55 הועברו השירות הרפואי במחנות המעבר במרוקו מהסוכנות היהודית לידי א.ז.ע.⁹⁷

החל מאמצע שנות ה־50 התמחתה א.ז.ע ישראל במתן שירותים במעברות וביישובי עולים שארגונים אחרים כבר פרשו מהם. ב־1969 נתנה א.ז.ע שירותי אם וילד במעברות כפר ענה, סקיה ב, בית ליד, בית שאן, טירת הכרמל וביישובי עולים כמו קרית גת, קרית אתא, קרית מלאכי ודורה בנתניה. השירותים כללו הדרכת אמהות ב"עקרונות ובשיטת בסיסיות של גידול ילדים, היגינה אישית ושל הבית ועוד". בנוסף, ניהלה א.ז.ע מעונות יום לתינוקות ביישובים אלו וארבעה מוסדות מרכזיים לילדים חולים.⁹⁸

המתנדבים

מעבר לפעולה המאורגנת של ארגוני הנשים, ובראשם ארגון אמהות עובדות וויצ"ו ושל הארגונים הממשלתיים והממשלתיים למחצה, התאפיינה התקופה גם בריבוי מפעלי התנדבות ו"נידוב" של יחידים וקבוצות. הדוגמה הבולטת הייתה התנדבות אנשי המושבים. בשנותיה הראשונות של העלייה הגדולה היו המתנדבים אנשי הדור הראשון של המושבים וותיקי הקיבוצים – גברים ונשים מבוגרים,

94 ללא ציון שם המחבר, "מפעלי בריאות חדשים של אזע", הארץ, 10.7.1950, עמ' 3.

95 ללא ציון שם המחבר, "אזע תקים מוסדות נוספים לעזרה רפואית לילדים", הארץ, 12.1.1953, עמ' 4.

96 מכתב מ־א.ז.ע למשרד הבריאות, 17 במרץ 1954, גנוך המדינה, ג-188/7/4265.

97 זיכרון דברים של ישיבה בג'נבה, 5.1.1955, חתימות בכתב יד של ד"ר פ. מוברג (א.ז.ע), ע. לאור, ב. דובדבני, ב.צ. שניידר, אצ"מ S6/10129.

98 מתוך Ose Newsletter, Winter 1961/1962. התרגום מאנגלית בוצע על ידי .AJJDC, Geneva, box 59B.

שעזבו את בתיהם לצורך מתן הדרכה. יזמתו של בן-גוריון הביאה לגל השני של התנדבות המושבים – מתנדבים צעירים, בני מושבים, שעזבו משקים ואת העבודה החקלאית הבוערת ועברו (עם או בלי משפחותיהם הצעירות) להדרכה במושבי העולים.⁹⁹ דבורה דיין, למשל, יצאה למסעות שכנוע בקרב נשים במושבים וערכה אסיפות הסברה שגרמו למתנדבות לצאת להדרכה ביישובי העולים.¹⁰⁰ התנדבות של יחידים התרחשה לעתים בתגובה לנסיבות מקומיות¹⁰¹ או אישיות.¹⁰² פעילות המתנדבים זכתה לעזרה מוסדית מוגבלת ולתיעוד מועט. מלבד ספרי הזיכרונות שהוזכרו בהערות השוליים, תועדה בעיקר פעילותם של הארגונים הגדולים והמבוססים. המתנדבים תיארו מפגשים עם ארגונים ומוסדות ביורוקרטיים, קשיים רבים בהגעה למקום מתאים להתנדבות וחוסר התייחסות אליהם.¹⁰³

לבעיית ריבוי הארגונים, שיצרה כפילויות וסיבוכים ביורוקרטיים, התייחס אברהם שטרנברג במפגש עם משלחת ארגון הבריאות העולמי בסתיו 1951. הוא

99 ראו חבס, ב. (1964) *תנועה ללא שם*, תל-אביב: דבר, עמ' 5-68; מרגלית, י. (עורך) (1962) *בית במושב*, תל-אביב: תרבות וחינוך (ריכזה: חסיה דרורי), עמ' 261-333.

100 יהודית כהן מבאר-טוביה ורחל גנני מכפר ויתקין הן שתיים שיצאו להתנדבות בעידודה של דיין. מרגלית, י. (עורך) (1962) *בית במושב*, תל-אביב: תרבות וחינוך (ריכזה: חסיה דרורי), עמ' 279, 281.

101 ב-1944 ארגנה חיה ציפמן מכפר הס את חברותיה למושב, והן הקימו מעון לילדי העולים התימנים, שהתגוררו סמוך למושב ועבדו בשדותיו: "איימנו על חברותינו בסביבה כי המחלות תתפשטנה גם בין ילדינו אם לא נדאג להבראת ילדי העולים" ראו דוגמאות נוספות אצל סטולר-ליס, ש. (1998) *כך אגדל תינוק ציוני*, עבודה לתואר מוסמך תל-אביב: אוניברסיטת תל-אביב, עמ' 48-51.

102 במקרים אחדים היו המתנדבות אמהות שפולות, שהסבירו את התנדבותן בהקשר לשכול. למשל, גובר, ר. (1961) *אל משואות לכיש*, תל-אביב: דבר, עמ' 83 קושרת בעקיפין בין החלטתה לעבור לחבל לכיש לבין העובדה שבנה צבי ז"ל נהרג על גבעה בסביבה. מתנדבת אחרת תיארה את כך הגעתה לבית התינוקות בעתלית: "רצה גורלי, גורל אם שכולה שאינה מוצאת מנוח לנפשה הפצועה שתתגלגל לעבוד באחד ממחנות העולים בארץ". פ.ר. "עם התינוק והאם", *דבר הפועלת*, 7, 31.7.1949, עמ' 175. מתנדבת אחרת התאלמנה, וילדיה גדולים והיא מסבירה: "איני רוצה להיות מיותרת". מרגלית, י. (עורך) (1962) *בית במושב*, תל-אביב: תרבות וחינוך (ריכזה: חסיה דרורי), עמ' 287.

103 דוגמה אחת מני רבות היא סיפורה של שרה לוי, אישה מבוגרת שהגיעה ממרכז הארץ להתנדב באזור באר-שבע וחיכתה שעות ארוכות במסדרונות הסוכנות. אחר כך הורדה באקראי באחת מנקודות היישוב המרוחקות של העולים ללא מגורים כלשהם. אחרי לילה עם העולים, שהתאבלו על ילדה שמתה במקום, נלקחה משם בחטף והושארה במקום אחר, ריק מאדם, כדי "להמתין לעולים". מרגלית, י. (עורך) (1962) *בית במושב*, תל-אביב: תרבות וחינוך (ריכזה: חסיה דרורי), עמ' 289-296.

קרא לאיחוד כל השירותים לארגון חירום אחד, שיטפל בכל בעיות הבריאות של העולים.¹⁰⁴

חשוב לציין כי הסרבול הארגוני, הכפילויות הרבות וחלוקת הסמכויות הקשיחה הקשו מאוד על עולים, בייחוד במעברות הגדולות, שבהן פעלו כמה ארגונים, שכן העולים נאלצו להתרוצץ ממשדד למשרד ומתור לתור. כך למשל, ב־1952 הוקמו בפרדס חנה מעברות א (לזקנים), ב, ג, ד' לנכים ולחולים. בכל אחד מהמחנות פעלו נציגויות נפרדות של הסוכנות – שר"ל, מלב"ן ומשרד הסעד.

הגדרות ביורוקרטיות קפדניות הפרידו בין החולים, שאמורים היו להיות מטופלים על ידי מלב"ן¹⁰⁵ לבין השאר, שאמורים היו להיות מטופלים בשר"ל. שר"ל ניהלה את בית החולים, אבל הסוכנות ניהלה את "נווה אבות" – מחלקה סיעודית ברובה של "עולים חדשים בני 55 ומעלה, שאין להם קרובים היכולים לפרנס אותם", ובהם 400 מרותקים למיטות, בטיפול של צוות מסור של 20 איש. במחנה הילדים הסמוך היה בית תינוקות בניהול הסוכנות, שהילדים בו סבלו מתת־תזונה, מה שעשוי היה להשתפר עם פתיחתו של מטבח ילדים במקום על ידי משרד הסעד. הסרבול הארגוני, כאמור, הקשה על המהגרים להבין כיצד וממי הם יכולים לקבל סיוע רפואי.¹⁰⁶

שירותי הבריאות בעלייה הגדולה התמודדו אפוא במחסור קשה של ציוד, תשתיות, רכבים ותרופות במשך מרבית התקופה. ריבוי הארגונים שעסקו בטיפול ובהדרכת העולים גרמו לכפילויות ולפערים בטיפול. חלוקת העבודה בין הארגונים השתנתה תדירות, והקשתה על תכנון מדיניות קליטה בריאותית אחידה לעולים ועל ביצועה. בלט במיוחד המחסור בצוותים רפואיים, שנתן את אותותיו בשירות הרפואי לעולים. המחסור לא היה תמיד מספרי, אלא בעיקרו מחסור ברופאים ואחיות שהיו נכונים לעבוד בספר ובכפר. בעוד שבעיית המחסור ברופאים לא נפתרה עד לסוף העלייה הגדולה, השקעה ממשדית ופתרונות יצירתיים הפחיתו את המחסור באחיות. האחיות כפרופסיה התחזקו במהלך העלייה הגדולה, והעלייה הגדלה במספרן אפשרה מתן מענה לצרכים הגדלים של העלייה.

Btsh S. (1952) (ed.) *Proceedings of the WHO/UCS Medical Teaching Mission to Israel*, Tel Aviv: Ministry of Health, p. 356

105 חולים כרוניים שנרשמו לטיפול לפני ששהו 18 חודשים בארץ, ומתוכם טופלו רק אלו שסווגו כדחופים. כלומר, מי שיכלו לפרנס את עצמם, אם יטופלו. בניגוד ל"בלתי דחופים", כאלה שלא יכלו לפרנס את עצמם, ולכן לא טופלו.

106 נגבית, מ. "פרדס חנה – מחנה שיושביו מקרים", *דבר השבוע*, 9.4.1953, עמ' 8-9.

מי יצילינו מרעב? הקרן למען הילד (יוניסף) במדינת ישראל

ב־20 בספטמבר 1948 חתמה ממשלת ישראל הזמנית על הסכם עם הקרן למען הילד, יוניסף¹ (UNICEF = International Children's Emergency Fund) לקבלת סיוע כולל, סוציאלי ורפואי, לטיפול באמהות ובילדים במדינת ישראל הצעירה. במבוא להסכם² מציינים שני הצדדים כי ארגון יוניסף קיבל על עצמו לפעול למען הילדים והאמהות "העולים החדשים" במדינת ישראל; כי הצורך בסיוע זה הוכר הן על ידי מדינת ישראל והן על ידי יוניסף; וכי יוניסף יסייע למדינת ישראל בהפעלת תכנית פעולה עצמאית, כשהוא תומך בה בכסף, במזון, במוצרים נדרשים כביגוד לילדים ולתינוקות, בהדרכת רופאים, אחיות, עובדי בריאות ורווחה באמצעות מומחים עובדי הארגון או שליחיו, במכשירים רפואיים ובתרופות. ראשיתו של יוניסף בארגון אונר"א (UNRRA = United Nations Relief and Rehabilitation Administration), אשר נוסד ב־1943 על ידי בעלות הברית (ארצות הברית, בריטניה וברית המועצות) עם סיום מלחמת העולם השנייה כדי להעניק שירותי סעד וסיוע למדינות ולאוכלוסיות נזקקות. ב־1946, עם ההכנות לייסודו של ארגון האו"ם במקומו של חבר הלאומים, הוחלט להקפיא את פעילות אונר"א. לפני הקפאת פעילותו הציעו ראשי אונר"א לאו"ם להקים קרן לסיוע חירום לילדים. ההצעה התקבלה, והקמתו של יוניסף אושרה בהחלטת עצרת האומות המאוחדות ב־11 דצמבר 1946.

1 ארגון זה הוקם ב־1946 על ידי האו"ם בשיתוף עם ד"ר לודוויג רייכמן, ראו Balinska Marta, "The National Institute of Hygiene and Public Health in Poland 1918-1939", *Social History of Medicine*, 9 (03), p. 433

2 Agreement Between the International Children's Emergency Fund and the Provisional Government of Israel. 20 September 1948, UN Doc. E/AC.41/CF/1989-2001/HST/MON. יש לציין כי הגדרת אוכלוסיית היעד על ידי יוניסף וממשלת ישראל הייתה שונה במהותה. יוניסף ראה את אחד מיעדי המרכזיים לטיפול באמהות ובילדים מהגרים ולשקם אותם, בעיקר אחרי מלחמה, תוך מתן סיוע ליישובם מחדש ולקליטתם בארצם החדשה, ואילו ממשלת ישראל ראתה בעולים החדשים חלק בלתי נפרד מהעם היהודי החוזר למולדתו. בהעדר הגדרה לשונית שונה באנגלית למהגרים ולעולים, נעשה השימוש בביטוי מהגרים Immigrants ככל ההתקשרויות שבין ישראל ליוניסף. בפועל, סייע הדבר למיסוד פעילותו של יוניסף בישראל כחלק מכלל פעולותיה עבור אמהות וילדים ברחבי העולם, ללא כל התייחסות שונה או ייחודית.

בהחלטה נקבע כי יוניסף יעזור לילדים במדינות שסבלו מפגעי המלחמה, לילדים ומבוגרים שטופלו קודם לכן על ידי אונר"א ויפעל באופן כללי למען ילדים, בעיקר אלה שנפגעו קשה במלחמה. אוכלוסיית היעד העיקרית הייתה הילדים באירופה, ובהתאם לכך גובשו עקרונות היסוד ודרכי הפעולה של הארגון. בשיאה של הפעילות למען הילדים הפגועים באירופה, טיפלה יוניסף בכשישה מיליוני ילדים. היא סיפקה להם מזון, לבוש וחסיונים, בעיקר כנגד שחפת.

השיפור במצבם של ילדי אירופה הוביל את יוניסף להרחיב את פעילותו מחוץ ליבשת. ב־1949 החל הארגון לפעול בסין, ולאחר מכן במזרח התיכון, ובדרום־אמריקה. ואכן הוא הקים מחלקות אזוריות למזרח הרחוק, למזרח הים התיכון, לצפון־אפריקה (מאירן ועד מרוקו) ולדרום־אמריקה. כמו כן, הוקמו משרדים אזוריים ונציגויות במדינות שבהן פעל הארגון. ישראל שויכה על ידי יוניסף למשרד האזורי של מזרח הים התיכון וצפון־אפריקה. כניסת יוניסף למזרח הים התיכון נעשתה במידה רבה לפי דברי מוריס פת, מנכ"ל יוניסף:

בעקבות האירועים הדרמטיים בפלשתינה בשנת 1948 וכתוצאה מהחלטת האו"ם על חלוקת האזור והקמת מדינת ישראל.³

לדברי פת, הייתה זו פנייתה של "ליגת הנשים הבינלאומית לשלום וחופש" (Women's International League for Peace and Freedom) למשלחת האו"ם לארץ ישראל לסייע במזון ובתרופות לאלפי הנשים והילדים, באמצעות משרדי הצלב האדום הבינלאומי שפעלו באזור. יוניסף דרש כתנאי להסכמתו להיכנס לתכנית סיוע לאזור, כי הבקשה תאושר על ידי עצרת האו"ם, וכי תכנית הסיוע תיעשה רק בתיאום הממשלות המערביות ובהסכמתן. כן נקבע כי תכנית הסיוע לא תסתפק בסיוע אק הוק, אלא תגבש תכניות ארוכות טווח לשיקום מוסדות הרווחה והבריאות במדינות הנזקקות.

במאי 1948 החליטה עצרת האומות המאוחדות להפסיק את פעילותה של משלחת האו"ם לארץ ישראל ולהכניס את יוניסף כגורם המסייע המרכזי מטעמה לאזור, כמובן, על פי העקרונות שקבע יוניסף. ביוני 1948 גובשו עקרונות

3 Iskander M., "UNICEF in the Middle East and North Africa: A Historical Perspective", UNICEF History Series, Monograph XII, UNICEF Archives, CF/HST/MON/1989-001, p. 3

היסוד של הסיוע העתידי,⁴ וב-14 באוגוסט 1948 התכנסה ועדת תְּכְנִית הסיוע של יוניסף בג'נבה על מנת לגבש את פרטי הסיוע על פי החלטת עצרת האו"ם ועל פי בקשת המתווך לאזור מטעם האו"ם. אוכלוסיות היעד שנקבעו לסיוע היו אִמֵּהוּת וילדים. יום לפני התכנסותה של ועדת הסיוע, פנה נציג ישראל בג'נבה אל רפאל סילנטו נציג האו"ם בבקשה לקבל עזרה דחופה לאמהות וילדים ערבים בישראל. עקרונית, בקשת ישראל אושרה "ולא נתקלה ההצעה בשום התנגדות".⁵

בהחלטת ועדת תְּכְנִית הסיוע נקבע כי הסיוע יינתן "לילדים פליטים ערבים ויהודים, אמהות מניקות ונשים הרות".⁶ כן נקבע כי יוניסף ישתף פעולה בתְּכְנִית הסיוע עם ארגוני הצלב האדום הבינלאומי, עם ליגת חברות הצלב האדום, עם ארגוני הצלב האדום הלאומיים השונים, ועם מועצת הכנסיות העולמית. במקביל, פעל באזור גם ארגון הסיוע האמריקאי CARE, אשר סיפק בעיקר עזרה לילודות ולתינוקות בני יומם באמצעות אספקת חלב וציוד ראשוני (ערכות ציוד לאחר לידה, חיתולים וכד'). הפעילות הפורמלית של יוניסף לגיבוש תְּכְנִית סיוע לאזור כולו היוותה את הבסיס לפנייתה של ממשלת ישראל הזמנית לָאָרְגוֹן לקבלת סיוע מידי למדינה שזה עתה קמה.

ב-18 לאוגוסט, ארבעה ימים בלבד אחרי קבלת האישור לקבלת הסיוע, הגישה ישראל בקשה מפורטת יותר. היא כללה נתונים של מספר האמהות ומספר הילדים הנזקקים, תוך הבטחה להעביר בזמן קצר לוועדת הסיוע את כל הנתונים הנדרשים לנושא. ממשלת ישראל אף הקימה לשם כך ועדה מיוחדת, שכללה את נציגי משרד הבריאות, המשרד למיעוטים, הדסה, ויצ"ו והסטטיסטיקאי הממשלתי פרופ' בקי. ב-22 באוגוסט העביר עו"ד מרדכי אליאש ממשרד החוץ⁷ הערכות ראשונות באשר לגובה הסיוע הכספי, שניתן יהיה לקבל. הוא אף ראה בחיוב לחתום על הסכם בין מדינת ישראל ליוניסף.

ההתכתבות בין גורמי הבריאות והרווחה בישראל לבין אנשי משרד החוץ שתיווכו בנושא מול ועדת הסיוע, נמשכה באופן אינטנסיבי עד לחתימת ההסכם

4 UNICEF Schemes and Palestine, report by Dr. Frankenstein, July 15 , 1948 CZA, F-49/2007

5 מכתב המחלקה למוסדות בינלאומיים אל שר החוץ, 22.8.1948, מכתב לא חתום. אצ"מ F49/2007.

6 Iskander M., "UNICEF in the Middle East and North Africa: A Historical Perspective", UNICEF History Series, Monograph XII, UNICEF Archives, CF/HST/MON/1989-001, p. 5

7 עו"ד ד"ר מרדכי אליאש (1950-1892), משפטן, דיפלומט במשרד החוץ הישראלי ושגרירה הראשון של ישראל בבריטניה.

חודש לאחר מכן. הסכם בין יוניסף ובין ממשלת ישראל כלל תשעה סעיפים. כל סעיף הגדיר במפורש את תחום הסיוע, את מידת שיתוף הפעולה ואת מטרותיו. להלן הסעיפים:

1. הסיוע יינתן ללא תמורה, וליוניסף אין כל דרישות כספיות ממשלת ישראל. היקף הסיוע יעודכן לפי הצרכים במהלך התקופה ויחולק לנזקקים לו, ללא כל אפליה על בסיס גזע, דת או עדה.
2. ממשלת ישראל התחייבה לדאוג לכל הסידורים המנהליים והביצועיים, כולל עלות ההעברות הכספיות, הכנת מחסנים, תחבורה, קשר עם ארגונים מקומיים לביצוע חלוקת כל הסיוע שיגיע מיוניסף.
3. הממשלה התחייבה למנוע כפל סיוע, ולספק את הסיוע רק למי שאינו מקבל עזרה מקבילה ממשלת ישראל. הסיוע לא הוגבל בזמן, ולא נקבע תאריך סיום לסיוע הנדרש. באופן מפורש צוין כי הסיוע ניתן לרווחתם של ילדים, בוגרים ואמהות בישראל, וכי הפעילות המשותפת תיעשה תוך הידברות מתמדת והבנה בין שני הצדדים.
4. ממשלת ישראל התחייבה לתעד את פעולותיה הקשורות לסיוע של יוניסף, לדווח באופן שוטף ושיטתי על מהלך תכנית הסיוע לפרטיה, לבצע אותה ולדאוג לשמירת התייעוד.
5. נקבע כי נציגי יוניסף יפעלו בישראל לצורכי פיקוח, הדרכה ויעוץ לגורמי הבריאות במסגרת תכנית הסיוע שנקבעה. על מנת לאפשר הדרכה, פיקוח ויעוץ סוכם כי יוניסף יקים לשם כך משרד מרכזי בירושלים.
6. יוניסף יהיה פטור מתשלום מסים (מכס והיטלים שונים) של הממשלה או של רשויות וגורמים מקומיים, בכל הקשור לפעולות הסיוע במסגרת התכנית.
7. עובדי יוניסף בישראל יזכו לזכויות ולהגנה, כפי שזוכים כל נציגי האו"ם בעולם, וזאת בהתאם להחלטת האו"ם שהתקבלה במליאת הארגון ב-13 בפברואר 1946.
8. ממשלת ישראל תאפשר ליוניסף גישה לכל המידע הקשור בהפעלת התכנית ובאספקת הסיוע.
9. התכנית תימשך ללא הגבלת זמן עד למיצוי הסיוע ובתיאום עם ממשלת ישראל. אי-הבנות או אי-הסכמות יובאו לדיון במועצת יוניסף ובוועד המנהל שלו להחלטה ולקביעת פעולה.

יש לציין כי ההסכם הדגיש את מתן הסיוע ללא כל אפליה על בסיס דתי או עדתי (סעיף E בהסכם). סעיף זה נועד למנוע אפליה בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית. הסכם יוניסף-ממשלת ישראל הזמנית נחתם בפריז. על

ההסכם חתמו מנחם כהני, המזכיר הכללי של הסוכנות היהודית בג'נבה בשם ממשלת ישראל הזמנית, ואלפרד דוידסון, היועץ המשפטי של אונר"א, סוכנות הסעד לפליטים של האו"ם, בשם יוניסף. ההסכם נכנס לתוקפו מיד לאחר החתימה.

בפועל, נמשך הסיוע המיוחד של יוניסף לישראל בתחום בריאות הציבור עד 1969. הסיוע ניתן בשתי תקופות מרכזיות: האחת, בשנים 1948-1959, והשנייה בשנים 1959-1969. היקף הסיוע הכספי לישראל בשנים 1948-1959 עמד על 1.3 מיליון דולר (שווה ערך לכ־10 מיליון דולר ב־2011).⁸

בדומה לסיוע לישראל, יוניסף סיפק בשנים 1948-1959 תכניות סיוע מקבילות לרוב מדינות המזרח התיכון ובהיקף כספי דומה. המדינות שקיבלו סיוע היו מצרים, עירק, אירן, ירדן, סוריה ומרוקו. טורקיה הייתה היחידה שקיבלה סיוע כספי חריג הגבוה פי ארבעה משאר מדינות המזרח התיכון.⁹

פניית ממשלת ישראל ליוניסף בבקשת סיוע והסכמתה לתכנית הסיוע של יוניסף נעשתה לא רק בשל צורכי השעה, אלא גם מתוך אמון ברצונו של הארגון לסייע ומהיכרות רבת השנים עם מייסד הארגון, ד"ר לודוויג רייכמן.¹⁰ רייכמן, רופא ואפידמיולוג ממוצא יהודי, מייסדו ומנהלו של ארגון יוניסף, היה בעל קשרים הדוקים עם ראשי ארגון הג'וינט האמריקאי ועם פעילי בריאות הציבור בקהילות היהודיות במזרח אירופה עוד מראשית שנות ה־20. קשרים אלה נוצרו כאשר רייכמן ניהל בוורשה את המכון לרפואה חברתית וקיבל תמיכה כספית מארגון הג'וינט, שפעל באותה עת לשיקומה הבריאותי של הקהילה היהודית בפולין אחרי מלחמת העולם הראשונה. רייכמן סייע לראשי ארגון הבריאות היהודי א.ז.ע ולסניפו הפולני טא"ז לגבש את התכנית המאורגנת הראשונה לביעור שחפת, גרענת וגזזת, שזכתה לכינוי T.T.T. (= Tuberculosis, Trachoma, Tinea) בקרב הקהילות היהודיות במזרח אירופה, תכנית שזכתה להצלחה מרובה.¹¹ קשרים אלה נמשכו גם בתקופה שבין שתי מלחמות העולם, עת ניהל רייכמן את ארגון הבריאות של חבר הלאומים, והתהדקו עם ייסודו של

8 <http://www.measuringworth.com/ppowerus>

9 Iskander M., UNICEF in the Middle East and North Africa: A Historical Perspective", Annex II, UNICEF Archives CF/HST/MON/1989-001, p.70

10 ד"ר לודוויג רייכמן (1881-1965), רופא ומיקרוביולוג ממוצא יהודי, בשנים 1921-1939 ייסד וניהל את חטיבת הבריאות של חבר הלאומים, יועץ ממשלת פולין הגולה בלונדון בזמן מלחמת העולם השנייה, חבר ארגון אונר"א, ומ־1946 המייסד והיו"ר של יוניסף.

11 שורץ, ש., רומם, פ., רומם, י. ומ. שני (2009) "מסע הגזזת הנשכח של 'אזע-טאז' (OSE-TOZ) פולין", הרפואה, 148 (4), עמ' 265-270.

ארגון יוניסף – הקרן למען הילד. לכן היה זה אך טבעי שעם הקמתה של המדינה ובואה של העלייה ההמונית על מכלול בעיותיה הבריאותיות, ראתה ממשלת ישראל ברייכמן וביוניסף גורמים אוהדים ומרכזיים לקבלת הסיוע.¹² חודש לאחר חתימת ההסכם שבין מדינת ישראל ליוניסף, פנה גם ד"ר ראלף באנץ',¹³ המתווך מטעם האו"ם למזרח התיכון, לד"ר רייכמן, בבקשה לשלב בתכנית הסיוע של יוניסף את תכנית ההצלה לפליטים יהודים וערבים שגיבשה אונר"א,¹⁴ הסוכנות לפליטים ולסעד של האו"ם. הוא אף ביקש כי שתי התכניות (התכנית המשולבת) תופעלנה בתיאום עמו. רייכמן נענה לבקשתו של באנץ' ואף הזמינו להציג את תכנית אונר"א בפני הנהלת יוניסף בהקדם על מנת לצאת לפעולה.¹⁵

ב-22 באוקטובר הציגה "ועדת תכנית הסיוע לישראל של יוניסף" את תכנית הסיוע הכוללת בפני הנהלת הארגון. עוד קודם לכן, ימים ספורים אחרי חתימת ההסכם עם ממשלת ישראל, יצא לנמל חיפה משלוח של 102 טון ציוד ומזון, בעיקר אבקת חלב, בשר, מרגרינה, שמן, דגים ואורז, בעלות של 60,000 דולר (שווה ערך לחצי מליון דולר ב-2011). המשלוח הוגדר כסיוע חירום ל-40,500 פליטים, יהודים וערבים. מספר הנזקקים המשוער נמסר ליוניסף על ידי ממשלת ישראל, אלא שוועדת תכנית הסיוע העריכה כי מספר זה נמוך וכי מספרם

12 מכתב (ללא חתימה שמית) של המחלקה למוסדות לאומיים אל שר החוץ, 12.8.1948, המתייחס לקשר עם ד"ר רייכמן ויוניסף. אצ"מ 49F/2007; סיוע ותמיכה בפניית ישראל ליוניסף נעשו גם מטעמו של ד"ר חיים שיבא, אז ראש השירות הרפואי של הצבא.

13 ראלף באנץ' (1904-1971), דיפלומט ומדינאי אמריקאי, המתווך השני בין מדינת ישראל למדינות ערב במלחמת העצמאות, בינואר-יולי 1949 ניהל את המשא ומתן בין נציגי ישראל לנציגי מדינות ערב ברודוס, בסופו נחתמו הסכמי שביתת הנשק בין כל המדינות המעורבות במלחמה (למעט עירק שמעולם לא חתמה על הסכמי הפסקת אש). על תיווכו ההוגן זכה להערכת שני הצדדים, ובשנת 1950 הוענק לו פרס נובל לשלום, בין היתר על גיבושה של הפסקת האש.

14 סוכנות הסעד לפליטים של האו"ם. הסוכנות הוקמה בעקבות מלחמת העצמאות במטרה לספק קורת גג ושירותי סעד ובריאות, על סמך החלטה 302 של העצרת הכללית של האו"ם מ-8.12.1949. מטרתה הראשונית של הסוכנות הייתה לספק עזרה וסעד לפליטים יהודים וערבים כאחד. לאחר זמן קצר, עם ביסוסה של מדינת ישראל, הפכה הסוכנות לגוף המטפל בלעדית בפליטים פלסטינים. יחסי אונר"א-יוניסף היו מראשיתם מתוחים, בגין החשש מתחרות על מימון ועל תחומי פעולה שהיו קרובים מאוד בין שני הארגונים. ההתמקדות של אונר"א בפליטים פלסטינים ושל יוניסף באמהות וילדים ברחבי העולם הייתה פועל יוצא של רצון שני ארגונים אלה ליצור לעצמם מרחב פעילות עצמאי. ראו בהרחבה *M. Balinska, For The Good of Humanity, Ludwig Rajchman Medical Statesman*, CEU Press 1995, pp. 192-221.

15 UNICEF archives, E/ICEF/80, 20 October 1948, Annex IV, p. 15

הריאלי יהיה גבוה בכ־20% מהמשוער, ובהתאם לכך נערכה הוועדה למשלוח חירום נוסף.

במקביל למשלוח הסיוע הראשון, נשלחו פרטי תכנית הסיוע הראשונים לעיונה של ממשלת ישראל. בנובמבר 1948 דווח על חלוקת מזון ראשונית לנזקקים, ערבים ויהודים, באמצעות תחנות טיפות חלב, בתי ספר ובסיוע מגן דוד אדום. מאחר שיוניסף התחייב לאונר"א לכלול בתכניתו את כל הפליטים בתחומי המנדט הבריטי לשעבר, כללה התכנית מראשיתה את שתי האוכלוסיות. בינואר 1949 נשלח דוח מפורט על חלוקת המזון לנזקקים בישראל. צוין בו במפורש שההתארגנות הישראלית הייתה טובה מאוד, במיוחד בירושלים. קשיים נצפו רק בחלוקת מזון וסיוע רפואי לתושבים הערבים בגליל, שהיו תחת ממשל צבאי. בין ההצעות לפתרון בעיות שעלו בוועדת המעקב הראשונה הייתה הקמתם של מטבחים ניידים על מנת לספק מזון גם ליישובים רחוקים, ובמיוחד לכפרים ערבים בגליל. מספר הפליטים, יהודים וערבים, שקיבלו סיוע ראשוני היה 47,500 איש, מהם 26,000 יהודים ו-21,500 ערבים.¹⁶ במקביל, הצליח ד"ר חיים שיבא, אז ראש השירות הרפואי הצבאי, באמצעות קשריו האישיים עם רייכמן, לקבל מיוניסף תרומה של 12 אמבולנסים לצורך הסעת אחיות בין למעברות ולמחנות העולים.¹⁷

בראשית 1949 נרתם גם ארגון הבריאות העולמי (WHO) למשימת הסיוע שגיבש יוניסף. ארגון הבריאות העולמי, שהצטרף למסגרת תכנית הסיוע הקיימת, נטל על אחריותו לגבש תכנית בריאות, שאמורה הייתה לפעול בשילוב עם תכנית הסיוע הכוללת. הצטרפות ארגון הבריאות העולמי ליזמה באה לא רק משום הכרתו בחשיבות הסיוע הבריאותי, אלא גם משום הערכתו כי פעולה משולבת של רווחה ובריאות, עשויה להוביל להישגים גבוהים, יותר מאשר אם כל אחד מהארגונים יפעל בנפרד. מאחר שמטרות ארגון הבריאות העולמי, שגובשו לאחר מלחמת העולם השנייה, היו קרובות ודומות לאלו של יוניסף, קל היה לשני הארגונים לשתף פעולה.

התכנית המשותפת (Joint UNICEF/WHO Committee of Health Policy) קבעה כי יוניסף יתמקד בנושא הרווחה והבריאות לאם ולילד. כמו כן, הפעולה הבריאותית תשולב במסגרת ההסכם, שכבר חתם יוניסף עם ממשלת ישראל. במקביל, סוכם בין שני הארגונים כי מומחים מטעם ארגון הבריאות העולמי יישלחו למדינת ישראל על מנת לייעץ בארגון העבודה הבריאותית הנדרשת. בישיבה השלישית

16 UNICEF Archives, E/ICEF/93 17 January 1949, annex X, p. 2

17 ד"ר ג'ני טאושטיין, פרוטוקול ריאיון, ארכיון אישי רות בונדי.

של ועדת התכנית המשותפת נקבע כי תכנית הבריאות תתמקד בשלב הראשון בביעור מחלת השחפת (תוך אבטחת משלוחי סטרפטומיציין לטיפול), במחלות מין ובעיקר עגבת (סיפיליס, תוך הבטחת משלוחי פניצילין לטיפול), במלריה ובטיפוס (תוך אבטחת משלוח די.די.טי. לריסוס מונע).¹⁸ במקביל, תתבצע הכשרת עובדי בריאות ראשוניים והכשרת עובדים לתחנות אם וילד (טיפת חלב). כן הוחלט לקיים ביולי 1950 כינוס עולמי בנושא רפואת ילדים. לנציג ארגון הבריאות העולמי למזרח התיכון מונה ד"ר קוטרל. המימון העתידי לתכנית המשותפת היה בעיקר ממקורות אמריקאיים. לנציג יוניסף בישראל מונה ד"ר מוביליו.¹⁹

קבלת תכנית הסיוע חייבה את ממשלת ישראל להגדיר מסגרת מנהלתית לתיאום בין יוניסף לגורמים הישראליים השונים, שאליהם נועד הסיוע. לשם כך נבחרה ועדה בין-משרדית לסיוע בינלאומי, שבה היו נציגי משרד הבריאות, החינוך, הסעד, משרד נפגעי המלחמה, משרד החוץ והיועץ לענייני ערבים שבמשרד ראש הממשלה. כן הוקמה לשכת קשר לתיאום בין הוועדה הבין-משרדית לבין יוניסף. נציגי המשרדים בוועדה היו אחראים לטיפול בנושאי הסיוע שנועדו אליהם, ולשכת הקשר הייתה הגורם האחראי לתיאום הכולל. יחידת הקשר והוועדה הבין-משרדית, שהוקמו לצורכי תכנית הסיוע של יוניסף, שימשו גם לתיאום הקשר עם גורמי הצלב האדום בכל הקשור לפליטים ולקשר עם ארגוני סיוע אחרים, שהגיעו לישראל במהלך שנות ה-50.

לשכת הקשר החלה את עבודתה בדצמבר 1948, ותקציבה הורכב מתקציבים שהועברו אליה על ידי המשרדים השונים. בראש הוועדה הבין-משרדית מונה הד"ר קצנלסון-ניסן, שהיה יו"ר ועד הבריאות של הוועד הלאומי ושימש מנכ"ל

18 M. Balinska, *For The Good of Humanity, Ludwig Rajchman Medical Statesman*, CEU Press 1995, pp. 208-212. די.די.טי. שימש באירופה בעיקר למניעת טיפוס. רשויות המנדט הבריטי קבעו באמצע שנות ה-40, כי יש לרסס כל "עולה" מהגר לארץ ישראל על מנת למנוע טיפוס, וזאת בנוסף על ריסוס של מוקדי יתושים כנגד מלריה. השימוש בפניצילין, שהתגלה ב-1928, הוכנס כאמצעי מרכזי לריפוי עגבת בשנת 1941. שחפת, עגבת וטיפוס היו אחרי מלחמת העולם השנייה המטרות הראשונות לפעילות הבריאותית המונעת של יוניסף באירופה.

19 יוניסף דרש מכל המדינות שקיבלו ממנה סיוע, כי יממנו את הוצאות הפעלת משרד הקשר שלה ואת הוצאותיו של נציגה. לפיכך, מימנה ממשלת ישראל את הוצאותיו של ד"ר מוביליו ואת פעילות משרד הקשר שהפעיל יוניסף בישראל. מימון זה היה גורם קבוע לחילוקי דעות בין המשרד לביקורת המדינה לבין לשכת הקשר, מאחר שדיווחיו של מוביליו לא עמדו בדרישות להחזר הוצאות כפי שנקבעו בתקשי"ר. פרוטוקול פגישה בין ד"ר קורחמר, מנהל המחלקה לביקורת על רכוש המדינה, לבין מר לונצ'ר, מנהל לשכת הקשר של מוסדות הסיוע הבין-לאומיים, 19.4.1950, ג' 2157/37.

זמני ראשון של משרד הבריאות. כן נקבע כי בנוסף על משרדה המרכזי בקריה בתל-אביב, הלשכה תפעיל משרד ומחסנים סמוך לנמל חיפה ותהיה אחראית לחלוקת הסיוע למחוזות השונים בהתאם לתכנית הכוללת. לשכת הקשר היא זו שתיאמה את חלוקתו של סיוע החירום הראשון, ששלח יוניסף לארץ בנובמבר 1948.

בנוסף על סיוע החירום הראשוני, שנועד בעיקר לאוכלוסיית הפליטים הערבים ולאמהות וילדים נזקקים ביישוב היהודי, החלו יוניסף וארגון הבריאות העולמי לגבש תכנית סיוע משותפת רב-שנתית. מאחר שהמשאבים היו מוגבלים, נדרשו שני הארגונים לבחור תחום פעולה מרכזי, משותף ומוגדר, שישלב רווחה, חינוך ובריאות. תחום זה היה רלוונטי לכל אוכלוסיות המצוקה בעולם ולא רק לישראל, ובעיקר לאמהות וילדים שהיו האוכלוסייה הנזקקת ביותר והחלשה ביותר בעולם שלאחר המלחמה.

לשני הארגונים היה ברור כי אוכלוסיית היעד היא האמהות והילדים, וכי השקעה בבריאותם, בחינוכם וברווחתם היא השקעה בדור העתיד, שיוביל לקידומו של העולם לעתיד טוב יותר. מדיניות המתמקדת באמהות וילדים גובשה עוד קודם לכן בפעילות יוניסף באירופה, שאחרי מלחמת העולם השנייה, שבה היו כ-20 מליון ילדים רעבים, שסבלו מתת-תזונה ונזקקו לעזרה מיידית כדי להתקיים.²⁰

כמו כן, אוכלוסיית האמהות נחשבה גורם המשפיע ביותר ואף הבלעדי בהטמעת התנהגות בריאותית נכונה ומתקדמת. האמהות היו האמצעי לקידום בריאותו של דור העתיד של העולם. הבנה זו הייתה המצע, שעליו גיבשו יוניסף וארגון הבריאות העולמי את תכניות הסיוע שלהן לאוכלוסיות שבמצוקה.

באשר לסדרי העדיפויות, הוחלט כי הסיוע במזון, ובעיקר בחלב ומוצריו, הוא הדבר הנחוץ ביותר והחשוב ביותר. מיליוני המהגרים והפליטים במחנות באירופה ובמזרח התיכון סבלו בעיקר מחוסר במזון ומתת-תזונה, שנגרמו בשנות המלחמה. גם אספקת המזון המינימלי במחנות הפליטים, שמנעה אמנם רעב, לא הותאמה לצרכי התינוקות, הילדים ואמהות (בהיריון או מניקות). העדר תזונה מבוססת (אבות המזון, ויטמינים וכד') פגע בעיקר בהתפתחותם של הילדים, ולכך היו השלכות בריאותיות ארוכות טווח.

בתזכיר הראשון של יוניסף, שנשלח ביולי 1949 בנושא תכנית הסיוע לישראל, צוינו במפורש מצבה הכלכלי הקשה של ישראל, תכנית הצנע, מחסור במטבע חוץ, המונע מישראל לרכוש מוצרי מזון בכמות מספקת להזנת האמהות והילדים

Macardle, D. (1951) *Children of Europe*, London Victor Gollance LTD, pp. 20 285-312

"העולים החדשים" (המהגרים בלשון יוניסף). עוד צוין כי להערכת מומחי התזונה של הארגון, סיוע המזון חיוני לא רק להתפתחות דור העתיד, אלא גם כאמצעי להתמודדות עם התחלואה הקשה שבקרב אוכלוסייה זו, ובעיקר בקרב עולי תימן, צפון-אפריקה וטורקיה. אוכלוסייה זו סבלה בעיקר מתת-תזונה וממחסור חמור בוויטמינים, מצב שבו התחלואה גוברת.²¹ לפיכך, סיוע במזון לילדים ולאמהות נבחר כיעד ראשון לפעולה, ואספקת החלב ומוצריו נבחרה כנושא הראשון במעלה. במקרים רבים אף הוגדר סיוע בחלב כ"תרופה".²²

סיוע החלב

"סיוע החלב" היה עיקרון מרכזי בכל פעולותיה של יוניסף באוכלוסיות מצוקה. הוא נסמך במידה רבה על התפישה שהתפתחה בארצות הברית אחרי מלחמת העולם הראשונה שעל פיה החלב חשוב להתפתחותם התקינה של הילדים. תפישה זו חוזקה על ידי קביעת התקן התזונתי הנדרש להתפתחות תקינה של תינוקות וילדים על ידי ארגון הבריאות העולמי אחרי מלחמת העולם השנייה, ועל פיו החלב הוא מרכיב מרכזי. העיקרון של כוס חלב ליום הפך להיות עיקרון מוביל בכל התכניות לסיוע חירום לאוכלוסיות במצוקה, בעיקר אמהות, תינוקות וילדים.

"סיוע החלב" לאמהות וילידים הפך לנושא המרכזי בכל תכנית הסיוע המשותפת של יוניסף וארגון הבריאות העולמי במשך כל שנות ה-50. בפועל, הוא נמשך על ידי יוניסף עד מחצית שנות ה-60, גם לאחר פרישתו של ארגון הבריאות העולמי מהפעילות המשותפת. בישראל "סיוע החלב" היה נחוץ באופן מיוחד לאור "הצנע הכלכלי" שהונהג במדינה, ואשר כלל גם קיצוב בחלב (חצי ליטר חלב לילד).²³ "סיוע החלב" הביא גם לקידום משק החלב ולביסוסו, ולהקמת מערך לאספקת חלב טרי ומפוסטר לכל תושבי המדינה בתוך עשר שנים.

עם הגעתם של משלוחי "סיוע החלב" הראשונים בינואר 1950, החלה מדינת ישראל במבצע הזנה ארצי, תוך שהיא נותנת העדפה לאוכלוסיית התינוקות

Memorandum in the expansion of child feeding schemes in Israel, annex B, 21
8-a+b, 16 June 1949; גִּנּוּךְ המדינה, תיקי יוניסף ח-166.17

Iskander M., "UNICEF in the Middle East and North Africa: A Historical 22
Perspective", UNICEF Archives CF/HST/MON/1989-001, p.26

"משרד האספקה והקיצוב משיב לטענות רופאי הילדים בדבר תזונת הילד", הארץ, 23
18.11.1949, עמ' 10

והילדים, כפי שנקבע בהסכם. התכנית הראשונית כללה בעיקר אספקת אבקת חלב, שמן דגים ("שמן קיק", ויטמין D) ואספקת סוכר ל-10,000 תינוקות בגיל 0-12 חודשים. אלה חולקו למשך 180 ימים באמצעות תחנות טיפת חלב. כמו כן, חולקה אבקת חלב ל-40,000 ילדים בני 1-6 שנים. 13,000 ילדי עולים בני 1-6 בפעוטונים קיבלו בנוסף על אבקת החלב גם מרגרינה, סוכר ואורז למשך 150 ימים. אספקת המזון נעשתה בפיקוח עובדים מקומיים וארגוני נשים (ויצ"ו) ובאמצעות תחנות טיפת חלב.²⁴ כן סופקו בבתי הספר ארוחות צהרים לכ-50,000 ילדים (ערבים ויהודים), ולהערכת יוניסף 25,000 מהם היו ילדים נזקקים, הזכאים בכל מקרה לסיוע ישיר.

הנחת היסוד של יוניסף לביצוע התכנית ולהצלחתה הייתה כי חלוקת המזון תיעשה באמצעות 244 תחנות טיפת החלב, שהיו מפוזרות בכל רחבי המדינה, בעיקר באזורי פריפריה ויישובי עולים. השימוש בתחנות טיפת חלב כמכשיר מרכזי נדרש לא רק משום הפיזור הארצי של התחנות, אלא משום הקשר הישיר של האחיות עם אוכלוסיית הנזקקים. בדרך זו יקבלו גם הדרכה תזונתית-בריאותית. מסיבה זו הקציב יוניסף סכום מיוחד לחיזוק פעילותן של טיפות החלב כחלק בלתי נפרד מתכנית הסיוע במזון.

הנהלת הסיוע קבעה כי יש לתת בתכנית זו עדיפות לילדי עולים ולילדים ערבים חסרי אמצעים. מוריס פת, מנכ"ל יוניסף, ציין בזיכרונותיו כי תכנית הסיוע במזון לישראל הייתה התכנית המועדפת על ידי גורמי הסיוע ביוניסף, משום שסייעה לממשלה להרחיב את רשת תחנות טיפת החלב שלה בכל אזורי המדינה, כולל ביישובים הערביים. תכנית זו הבטיחה אספקת מזון בסיסי לאלפי ילדי העולים באמצעות מתן ארוחות הן בבתי הספר והן לילדים נזקקים באוכלוסייה הערבית.²⁵

תכנית המזון כללה גם אספקה שוטפת של אבקת חלב למעונות לתינוקות ולפעוטונים, ואספקת חלב לשתייה (כוס חלב ליום) לכ-104,000 ילדי בתי

24 בארכיון יוניסף בניו-יורק יש רשימות מפורטות של כל תחנות טיפת החלב שבהן ניתנו מוצרי סיוע, החל מרשימת טיפות החלב במושב שרשרת בנגב וכלה ביישובי עולים בגליל. הדיווח היה פרטני לכל טיפת חלב או לכל מוקד שירות. עובדי הבריאות בתחנות קיבלו הדרכות לעבודה עם האמהות באמצעות יועצים של ארגון הבריאות העולמי, שנשלחו לישראל או באמצעות רופאי ילדים, שנשלחו להשתלמות לחו"ל. UNICEF, State of Israel, Plan of operation 1950; גנזך המדינה, לשכת הקשר עם מוסדות הסיוע, ג-2157/37.

25 Iskander M., "UNICEF in the Middle East and North Africa: A Historical Perspective", UNICEF Archives CF/HST/MON/1989-001, p. 7

הספר.²⁶ ממשלת ישראל התחייבה לסבסד את מימון החלב לילדים בבתי הספר. על מנת לעודד שתיית החלב קבעה הנהלת התכנית כי הילדים יקבלו כוס קקאו ליום (על בסיס אבקת חלב) במשך חצי שנה, ובמחצית השנה השנייה נקבע שהם יקבלו את כוס החלב במרקם אחר (למשל, פודינג). על מנת לעודד את יצור החלב המקומי ולהרחיבו, יצרה הנהלת הסיוע קשר עם חברת תנובה, כשהיא מבטיחה סיוע כספי ועזרה לוגיסטית והנדסית כדי להגדיל את מחלבת תנובה או להקים מחלבה חדשה גדולה בהיקפה, שתוכל לספק בעתיד את כמות החלב הנדרשת לילדים.²⁷

במסמך המסכם של פעילות יוניסף במזרח התיכון מציין מיכאל איסקנדר, עורך התיעוד ההיסטורי של יוניסף, כי ממשלת ישראל ביקשה שיוניסף תספק לה פרות הולנדיות במקום אבקת חלב, וזאת על מנת לבסס את ייצור החלב המקומי. בקשה זו לא יצאה לפועל מסיבות לוגיסטיות.²⁸

החלב לכל צורותיו (אבקה, רזה, מלא, מפוסטר, משומר וכד') סופק ליוניסף חינם על ידי גורמים בינלאומיים שונים (בעיקר מארצות הברית). עלותו העיקרית של החלב הייתה בדרך כלל הובלתו וחלוקתו. "סיוע החלב" היה פטור ממס, ובעלות המקומית של חלוקתו השתתפה גם ממשלת ישראל. אמהות וילדים שלא

26 התכנון המקורי עמד על 82,000 ילדים, שיקבלו כוס חלב ליום. בפועל מספר הילדים שקיבלו חלב היה גבוה בכ-20%. תקציב מפעל החלב לילדי בתי הספר ל-1950, ינואר-דצמבר, נערך על ידי ב"צ לוריא וש. איסרזון ואושר על ידי ד"ר בן יהודה, מנהל אגף החינוך, ג'נרל המדינה, ג-2157/27, לשכת הקשר עם המוסדות הסיוע הבינלאומי. אבקת חלב, חלב רזה, חלב משומר וחלב מלא סופקו על ידי יוניסף בהיקפים שונים לילדי ישראל בהתאם לקריטריונים השונים, שנקבעו ובהתאם לסיוע ותרומות ייעודיות, שיוניסף קיבל לשם כך, בעיקר מגורמים שונים בארצות הברית. ההעדפה המרכזית הייתה חלב מלא, אלא שעלותו, אספקתו ואחזקתו היו היקרים ביותר בתקציבי החלב, שלא כמו אבקת חלב שהייתה זולה יותר, קלה יותר לחלוקה ובעלת חיי מדף ארוכים יותר. על מנת להרחיב את אספקת החלב המלא לילדים על פני אבקת החלב, סייע יוניסף למחלבות שונות (בעיקר לחברת תנובה) לפתח מסגרות רחבות לפסטור חלב ושיווקו לכלל האוכלוסייה במחיר שווה לכל נפש. החל משנות ה-60 עיקר אספקת החלב בישראל היה חלב מפוסטר (טרי). יוניסף סייע גם לפיתוח משק החלב (רפתות) ולמפעלים לייצור בקבוקי חלב מזכוכית. מחלבות תנובה, טרה, טנא-נוגה והמחלבות המאוחדות קיבלו ממנו סיוע מקצועי, כספי וטכני של יוניסף, כדי שיוכלו לספק את רוב תצרוכת החלב של אזרחי ישראל. ראו "Recommendation of the Executive director for an allocation- Israel Milk Conservation", UNICEF Archives, E/ICEF/L.1046 19.3.1957, p. 1

27 Israel Emergency, E/ICEF/1950/R.0046 52.5.1950; UNICEF Feeding plans for Europe and the Middle East, January- June 1950, E/ICEF/114/ 28 January 1950, pp. 1-3

28 Iskander M., "UNICEF and Israel, A Brief Chronicle of Cooperation 1948-1985", UNICEF History Project HIST/66/Rev. 1 July 1989, UNICEF Archives CF/HST/1985/066/R01, p. 2

הוגדרו כנזקקים, אך ילדיהם השתתפו במפעל החלב, נדרשו לשלם פרוטה אחת בעבור כוס חלב ליום.²⁹

במרץ 1951 עלה ל-175,000 מספר הילדים והאמהות, שקיבלו "סיוע חלב" מיוניסף. במקביל, הודיע יוניסף כי ישקול בחיוב להרחיב את "סיוע החלב", ואף הסכים לבקשת ממשלת ישראל לשלב את "סיוע החלב" במפעל ההזנה, שהפעיל משרד החינוך בבתי הספר הציבוריים. שילוב זה אפשר להגדיל את מספר הילדים, שקיבלו כוס חלב ל-190,000 ילדים בשנה.³⁰ הוא גם אפשר לבטל את האבחנה שהייתה קיימת בין ילדים הזכאים לקבל הסיוע מיוניסף לבין שאר ילדי בתי הספר.

ב-1951 נאמד היקף הסיוע במזון של יוניסף לישראל ב-100,000 דולר (שווה ערך ל-860,000 דולר ב-2011), כשמחציתו נועד למימון "סיוע החלב" לילדים ולאמהות. סך כל הסיוע של יוניסף לישראל עד לאותה שנה הגיע ל-505,000 דולר (שווה ערך ל-3.2 מיליון דולר ב-2011), מתוכם 304,000 דולר (שווה ערך ל-2.4 מיליון דולר ב-2011) למימון הסיוע במזון.³¹

יוניסף התייחס ברגישות רבה למצב המיוחד במדינת ישראל הצעירה ולבקשות החוזרות ונשנות של מדינת ישראל להרחיב את הסיוע. פעמים רבות צוינו נתוני העלייה ההמונית בפרוטוקולים ובסיכומי הדיונים של ועדת הסיוע לישראל כבסיס להגדלת הסיוע ככל שניתן. כך למשל, בואה של העלייה הגדולה מעירק בפרק זמן קצר, הועלה בדיוני יוניסף ב-1951. עלייתם סייעה לממשלת ישראל לבקש להרחיב באותה שנה את התמיכה במזון ובחומרי רפואה. מתוך דאגה לצורכי ילדי העולים מעירק, אישר יוניסף סיוע חירום מיוחד לאותה שנה, וזאת בנוסף על תכנית הסיוע שנקבעה.³² כמו כן, יוניסף שלח 14 מכוניות (כולל שני ג'יפים) כדי לסייע בניהול חלוקת המזון. הארגון אף הבטיח לסייע באחזקתן ובהחלפת חלקי חילוף לפי הצורך.

גם איסקנדר מציין שהתמיכה הכספית הנדיבה של הנהלת יוניסף ב"סיוע החלב" ובמפעל ההזנה בבתי הספר נעשתה, משום הכרת הארגון שהסיוע מגיע

29 פרוטה, אלפית הלירה הישראלית, 1000 פרוטות = 1 לירה ישראלית. מטבע הפרוטה התבטל בשנת 1960.

30 Israel Emergency, UNICEF Archives, CF/RAD/USAA/DB01/1997-06281, 21.4.1951, pp. 4-5

31 Israel Emergency, UNICEF Archives, CF/RAD/USAA/DB01/1997-06281, 21.4.1951, p. 5

32 מכתב-מברק נציג ישראל בפריז כהני אל מר ציפורי במשרד החוץ בתל-אביב, 1.4.1951, גנוך המדינה, ג-4299/11.

בעיקר לילדי העולים ממדינות ערב וילידי ערביי ישראל, שלראשונה בחייהם הצטרפו למערכת חינוך חובה ונטלו חלק במפעל ההזנה.³³ למרות הרצון הטוב מצד יוניסף, הדברים בשטח לא פעלו תמיד לשביעות רצונו של משרד הבריאות ושל גורמי הרווחה בישראל. חלק הסיוע לאוכלוסייה הערבית ניתן באמצעות גורמי כנסייה וארגונים נוצריים שונים, לא תמיד בהתאם לקריטריונים שנקבעו על ידי יוניסף ולא בהתאם לקריטריונים של משרד הבריאות הישראלי. כמו כן, מי שלא הוגדרו כילדי פליטים, לא נכללו בסיוע של יוניסף, אף שהיו נזקקים. הפיקוח של יוניסף על הסיוע לאוכלוסייה הערבית היה רופף, ולא היה מידע עדכני באשר לאופן חלוקתו, וכתוצאה מכך, נפגמה מטרת הסיוע. בלעדיותם של הארגונים הנוצריים בחלוקת הסיוע לאוכלוסייה הערבית הייתה לצנינים בעיני משרד הבריאות הישראלי, שטען כי יש טעם לפגם בהתנהלות נפרדת בחלוקת הסיוע לשתי האוכלוסיות. כמו כן, חלוקת הסיוע באופן עצמאי וללא פיקוח משרד הבריאות באמצעות גופי כנסייה וארגונים נוצריים, פוגעת גם במקבלי הסיוע וגם במעמדו של השלטון הישראלי כגורם האחראי מבחינה בריאותית במדינה.

תלונות של רופאים שהגיעו לד"ר נואק ממשרד הבריאות, הובילו לפניית ישראל ליוניסף לארגן את תכנית הסיוע ללא הפרדה בין האוכלוסיות, בנימוק שאין להפריד בין אוכלוסיות הילדים השונות במדינת ישראל, ויש לסייע לכולם במידה שווה ולפי צרכיהם היחודיים.³⁴ יוניסף נענה לבקשת ישראל, והחל מ־1950 אורגנה תכנית הסיוע מחדש במסגרת ארצית וללא הפרדה בין האוכלוסיות.³⁵

בדרך כלל, יוניסף פעל בהבנה מלאה וברצון טוב בכל הקשור לאספקת הסיוע במזון, אך הארגון דרש דיווח שוטף ומפורט על חלוקת המזון, כולל פירוט תחנות טיפות החלב המשתתפות בתכנית הסיוע, פירוט כמות המזון, שמן

33 Iskander M., "UNICEF and Israel, A Brief Chronicle of Cooperation 1948-1985", UNICEF History Project HIST/66/Rev.1 July 1989, UNICEF Archives CF/HST/1985/066/R01, p. 2; מכתב ג. מ. לוין משרד הסעד אל משרד החוץ בנושא צרכי סיוע מיוחדים לילדי עולים, 17.6.1949, גֶנוֹךְ המדינה, תיקי יוניסף ח-166/17-3.

34 מכתב ד"ר יוניס אל ד"ר נואק מנכ"ל משרד הבריאות 19.5.1949, גֶנוֹךְ המדינה, ג-4299/8; מכתב הנרי לונצר מ"מ לשכת הקשר לסיוע בינלאומי אל המנהל הכללי של אגף החינוך במשר החינוך והתרבות, 29.12.1949, גֶנוֹךְ המדינה, ג-2157/37.

35 מכתב ד"ר דסקודרס וד"ר מובילה, נציגי יוניסף אל מ. שרבט (מנכ"ל משרד החוץ) באשר לארגון מחדש של תכנית הסיוע על בסיס כלל ארצי. גֶנוֹךְ המדינה, ג-2157/37 לשכת הקשר עם מוסדות הסיוע הבינלאומי.

הדגים, הסוכר והאורז, שמגיעה לכל ילד. כאשר הדיווח היה חסר או שהיה שונה מאזור לאזור, דרש הארגון הסבר כתנאי לאספקת המשלוח הבא. גם משרד הבריאות, הדסה וקופת החולים הכללית, שהיו שלושת הגופים המרכזיים שהשתתפו בתכנית הסיוע, הפעילו מערך בקרה מפורט בכל הקשור לסיוע. הם לא עשו זאת רק כדי לענות לדרישות יוניסף, אלא גם כדי למנוע אפליה או שימוש לרעה בסיוע במרכזי השירות השונים. ד"ר י. אוסטרן, ממשרד הבריאות, כתב אל ד"ר טובה-ברמן, המנהלת הרפואית של קופת החולים הכללית, את הדברים הבאים:

על חלוקת שמן הדגים במרכזי הבריאות ובבתי הספר יש למסור לנו מיד עם גמר החלוקה דוח בשני העתקים בהם יצינו הפרטים הבאים, שם וכתובת מדויקת של מרכזי הבריאות ובתי הספר, מספר הילדים שנהנו בכל מקום משמן דגים לפי הגילים (0-1; 1-4; 4-6; 6-14), כמות שמן הדגים שהגיעה לחלוקה לכל גיל וגיל ולאילו תקופה. כ"כ אנו מבקשים למסור לנו את שמות האחיות האחראיות לכל מרכז בריאות ולכל בית ספר³⁶ ... אנו מבקשים רק להקפיד על כך שתידרש מכל תחנה בשעת מסירת אבקת החלב לידה קבלה על כמות החלב שנתקבלה ושתצוין בקבלה לפי איזה שובר משלוח הועמד חלב זה לרשות אותה תחנה. כ"כ יש לחייב כל תחנה להמציא קופ"ח על חלוקת אבקת החלב המלא לקראת גמר חדש החלוקה ... נתבקשנו ע"י יוניסף להגיש מיד תכנית לחלוקת שמן דגים אשר יוניסף מוכן להעמיד לרשותנו עבור ילדים נצרכים הרשומים בתחנות לטיפול באם ובילד, ילדי המחנות, ילדי בתי הספר וכו'. נודה לכם אם תמציאו לנו מיד רשימה בה תציינו את מספר הילדים אשר עבורם את מעוניינים בשמן דגים (10 גרם ליום) לפי סוגי המוסדות המטפלים (תחנות בתי ספר, בתי תינוקות וכו') לפי המקומות, כמו כן אנו מבקשים הודעה על האחראים לחלוקה זו וכתובות המחסנים ... מתוך דוחות שקבלנו מאת תחנות לטיפול באם ובילד של קופ"ח בדרום לחדשים אוגוסט וספטמבר 50 ראינו שתחנות אלה קבלנו אמנם הקצבה משל סוכר יחד עם אבקת חלב מלא אבל לא טפלו בחלוקת סוכר זה. נודה לך אם תואילי לברר את הסבה לכך ותודיעי לנו איפוא נשאר סוכר זה ואם עלינו לטפל בהעברתו לידי מוסד אחד לשם נצולו.³⁷

36 מכתב אוסטרן אל ברמן, 29.1.1950, ארכיון העבודה והחלוצ, מכון לבון, IV243-3-138.

37 התכתבות שוטפת בין ד"ר ג'ני טאושטיין, ראש המחלקה לאם וילד במשרד הבריאות,

מפעל החלב ואספקת החלב היוו גם גורם מתמיד למתח ולתחרות בין-משרדיים וספגו ביקורת על התנהלותם הלא תקינה בתחום המנהלי ועל חריגות באספקת "סיוע החלב". כתוצאה מכך, נדרשה מחלקת הביקורת במשרד ראש הממשלה לבדוק את מערך הניהול של מפעל החלב כבר ב-1950. חלק מהבעיות נבעו מחלוקת האחריות המשרדית ל"סיוע החלב" בין משרדי החינוך, הבריאות והסעד. שלושת המשרדים נדרשו לפעול אל מול הרשויות המקומיות, קופות החולים וחברת תנובה. ריבוי הרשויות והעדר כללים ברורים הובילו לא אחת לעימותים ולעיכובים באספקת החלב, כשכל גורם מאשים את משנהו באחריות לכך.

ביולי 1951 פרסם עיתון *הבוקר*³⁸ כתבת תחקיר על "סיוע החלב", ובה נמתחה ביקורת נוקבת על הארגון הלקוי, על אי-סדרים בגביית הכספים מההורים ובהעברת הסיוע המשלים ממשרד החינוך (בהתאם להסכם עם יוניסף) לסיבסוד החלב, בעיקר לילדים שלא הוגדרו בחזקת נזקקים, שהוריהם נדרשו להשתתף בתשלום (פרוטה לכוס חלב) עבור כוס חלב ליום.³⁹ הטיעון המרכזי הופנה אל משרד החינוך, שמפעל החלב היה אמור לעבור לאחריותו הבלעדית כבר בספטמבר 1950, אך המהלך התעכב וגרם לשיבושים רבים. כך נדרשה התערבותו הישירה של שר האוצר קפלן על מנת לשחרר אבקת חלב מהמחסן הנעול של לשכת הקשר בחיפה.

ריב הסמכויות וסוגיות כגון כספים שלא הגיעו ליעדם ו"היעלמות" של אבקת חלב⁴⁰ ומוצרים אחרים (אורז, סוכר), הגיעו כבר באוגוסט 1950 לביקורת מבקר המדינה. אי-הסדרים השפיעו גם על יחסי העובדים במפעל החלב. לא אחת עוכבו המשכורות, וההסתדרות התירה לעובדים לשבות. שביתת העובדים הובילה להאשמתה של ההסתדרות על ידי הנהלת מפעל החלב (ד"ר קצנלסון יו"ר, זאב איסרזון המנהל) בגין "חבלה באספקת החלב".⁴¹ לדברי איסרזון, על ההסתדרות היה להפנות את תלונותיה למשרד החינוך, שהיה אחראי לתשלום השכר לעובדים, מאחר שהוא זה שלא העביר להם את הכספים המובטחים. לכן אין כל הצדקה

לבין ד"ר טובה ישורון-ברמן, המנהלת הרפואית של קופת החולים הכללית, ינואר-אוקטובר 1950, תיק 138, אה"ע IV 243-3.

38 *הבקר* היה עיתון יומי, שיצא לאור בין השנים 1934-1965 וייצג את השקפת עולמם של הציונים הכלליים (הליברלים).

39 פרשת מפעל החלב, 3.7.1951, מכתבים אל העורך, 16.7.1951, *הבוקר*, גיליון 34.

40 כך למשל, חויב יוניסף ב-200 ימי שתייה לכל ילד, כאשר מספר הימים בפועל שבהם ביקרו הילדים בבתי הספר היה נמוך מכך. מסמך לשכת הקשר עם מוסדות הסיוע הבינלאומי, 12.11.1949, עמ' 2, גנזך המדינה, ג-2157/37.

41 מכתב (ללא חתימה) אל ד. הס, משרד מבקר המדינה, 8.8.1950, גנזך המדינה, ג-2157/37, תיקי לשכת הקשר עם מוסדות הסיוע הבינלאומי; מכתב ש. איסרזון אל י.

לפגוע באמצעות שביתה בילדים הזקוקים לחלב.

ביקורת קשה הועלתה גם נגד תנובה, שהייתה גורם מרכזי במפעל החלב. על פי ההסכם עם יוניסף, תנובה קיבלה את אבקת החלב בחביות גדולות,⁴² וחילקה אותו בבקבוקים. ד"ר מוביליו, נציג יוניסף, ציין לא אחת כי לא יכול היה לקבל מידע על טיב החלב, שהגיע בסופו של דבר לכל ילד, ולא יכול היה לבדוק האם כל ילד קיבל את כמות החלב המוקצבת לו (40 גרם אבקת חלב לכל מנה לילד). לדברי לונצר, מנהל לשכת הקשר של מוסדות הסיוע הבינלאומיים:

אין כל בקורת על כך, אבל המפקחים שלנו ספרו שלפי השערותם אין בכל כוס אפילו 10 גרם של אבקת חלב.⁴³

ביקורת נמתחה גם על המחיר הגבוה שדרשה תנובה בעבור כל כוס חלב. היא דרשה 8 מיל בעבור כל כוס חלב, 5 מיל מתוכם שולמו על שטיפת הבקבוקים וסידורם בארגזים. ניסיון של לשכת הקשר לחסוך בהוצאות על ידי הובלת החלב למוסדות החינוך בקנקנים גדולים, על מנת לאפשר בדרך זו להגדיל את מספר הילדים שיהנו מסיוע החלב, נתקלה בהתנגדות נחרצת של תנובה. לדברי לונצר:

תנובה כנראה אינה מעוניינת בהסדר זה. א. יש לה את מערכת המכונות לשטיפת הצנצנות; ב. יש לה גם מגמה חינוכית להרגיל את הילדים לתוצרת תנובה מקטנותם וא"כ הם צרכנים ותיקים של תוצרתה.⁴⁴

גם ביחס להתנהלות ד"ר מולביו (מנהל משרד יוניסף בארץ) נמתחה ביקורת לא מעטה. יוניסף דרש מכל המדינות, שקיבלו ממנה סיוע, כי יממנו את הוצאות הפעלת משרד הקשר שלו ואת הוצאותיו של נציגו. לפיכך, מימנה ממשלת ישראל את הוצאותיו של ד"ר מוביליו ואת פעילות משרד הקשר שהפעיל יוניסף בישראל. מימון הוצאותיו של ד"ר מוביליו גרם תמיד לחילוקי דעות בין המשרד לביקורת המדינה לבין לשכת הקשר, מאחר שדיווחיו של מוביליו לא עמדו בדרישות להחזר הוצאות, כפי שנקבעו בתקשי"ר. ד"ר מוביליו לא נהג לספק קבלות להוכחת הוצאותיו ושילב ברשימת ההחזרים שביקש גם את הוצאותיה

אמיר, הסתדרות הפקידים העברים סניף ירושלים, 13.8.1951, גנזך המדינה, תיקי משרד החינוך, ג-2158/5.

42 ד"ר מוביליו דרש לא אחת מתנובה כי תחזיר ליוניסף את חביות אבקת החלב על מנת לעשות בהן שימוש חוזר ולהוזיל את העלויות, אלא שתנובה התעלמה באופן קבוע מבקשתו, והאריזות נשארו בחזקתה.

43 פרטיכל מהפגישה בין ד"ר קורתמר מנהל מחלקת הביקורת על רכוש המדינה לבין מר לונצר מנהל לשכת הקשר של מוסדות הסיוע הבינלאומיים, 19.4.1950, גנזך המדינה,

של אשתו. מאחר שמוביליו נבחר על ידי יוניסף, ולשכת הקשר רצתה לשמור על מערכת יחסים טובה עם הארגון ולמנוע כל חיכוך שיפגע בתכנית הסיוע, ביקש משרד החוץ מלשכת הקשר כי

מטעמים מדיניים לא כדאי לנו לחקור במיוחד את השאלה הזו אלא להסכים לאישורו של מר לוקר שניתן בזמנו ולשלם לד"ר מוביליו את חשבון הוצאותיו בהתאם להצעתו.⁴⁵

לעתים היו גם תקלות חיוביות:

בשעת חלוקה אחרונה של מצרכי יוניסף [לשנת 1950] נפלה טעות וניתנה הקצבה לסוכנות היהודית עבור מחנות באזורים שאינם קיימים.

הסוכנות היהודית שלא ניצלה את המצרכים שהגיעו אליה בטעות, העבירה אותם למשרד הבריאות, והוא שלח אותם למוסדות שהיו במצוקה מיוחדת.⁴⁶ גם כשהגיע מטען חד-פעמי של 250 ארגזי סבון מחוץ לתכנית הסיוע, הוא נשלח למוסדות הבריאות של הדסה ושל קופת החולים הכללית באופן שווה, עם ההמלצה לחלקם למחוזות השונים על פי קריטריון אחיד.⁴⁷

למרות ריבוי התלונות מציינים הכותבים כי באשר ליוניסף, אספקת החלב הגיעה תמיד במועד ובהיקף המובטח. ניהול מפעל החלב במדינת ישראל בראשיתה, כאשר כלל המדינה היה נתון בצנע כלכלי, היה עניין רגיש במיוחד. למרות זאת, ולמרות הטענות על ניהול כושל, רוב הבעיות היו נקודתיות, ובדרך כלל נפתרו באופן חיובי, גם אם נדרשה לשם כך התערבותו של הדרג הפוליטי הבכיר.

באפריל 1951 הוחל לשלב את "סיוע החלב" של יוניסף במפעל ההזנה בבתי הספר בישראל.⁴⁸ הצלחת התכנית בתוך זמן קצר הביאה את ועדת הסיוע של יוניסף לגבש תכנית רב-שנתית בשני שלבים של חמש שנים במטרה להביא לפיתוח משק חלב עצמאי בישראל, על מנת שיוכל לעמוד בעתיד באספקת חלב

ג-2157/37.

44 שם, עמ' 3.

45 שם, עמ' 2.

46 מכתב ד"ר טואשטיין, משרד הבריאות אל בית תינוקות בנימינה, 15.1.1952, גנזך המדינה, ג-4299/4.

47 מכתב ד"ר טואשטיין, משרד הבריאות, אל שירותי הרפואה המונעת של הדסה ושירותי הרפואה המונעת של קופת החולים הכללית, 1.11.1951, ארכיון העבודה, IV243-3, תיק 140.

48 מפעל ההזנה בבתי הספר נוסד ב-1923 על ידי הסתדרות נשים ציוניות הדסה במסגרת פעילותן הבריאותית-חינוכית בארץ ישראל. מפעל זה נועד לתת ארוחה מזינה

לכלל האוכלוסייה, וזאת בהנחה כי הסיוע של יוניסף לא יוכל להימשך לעד. בשונה מסיוע החירום, נקבע כי חלוקת המצרכים עבור מוסדות ישראלים וערביים תיעשה בנפרד, ונקבעה תכנית נפרדת למפונים ערבים.

השלב הראשון נקבע עד 1957, והשלב השני עד 1964. לאחר מכן עתיד הסיוע המיוחד להסתיים. התכנית כללה מתן סיוע מקצועי וטכני לגורמי ממשלה, למחלבות, למשקי חלב (רפתות), למרכזי פסטור, לשימור וקירור וליעוץ תזונתי. במקביל, נדרשה ממשלת ישראל להקצות מימון משלים לתכנית. על פי דיווחי ועדת המעקב של יוניסף, התכנית אכן פעלה כמתוכנן, והפיקוח עליה היה בידי משרד המסחר והתעשייה.

בשנים 1948-1954 הגיע סיוע החלב והמזון של יוניסף לישראל ל-393,000 דולר (שווה ערך ל-3.2 מליון דולר ב-2011) וניתן לכ-200,000 ילדים. במקביל לסיוע החלב והמזון ומתוך מודעות למצב הקשה של העולים וילדי ערביי ישראל, שלחה יוניסף גם יריעות עור להכנת 33,000 זוגות נעלים לילדים.⁴⁹

מאחר שתכנית הסיוע אושרה מחדש מדי שנה, והיות שהתחייבות יוניסף להיקף הסיוע הייתה בערבון מוגבל (היא נקבעה לפי גובה התרומות והתקציבים שהועברו לה מדי שנה), חששה ממשלת ישראל מירידה או מעיכוב בקבלת הסיוע, בעיקר אחרי התייצבות המצב הפוליטי בישראל והפסקת הלוחמה. כמו כן, אי-היציבות בהיקף הסיוע הקשה על תכנון פעולות לטווח הרחוק, תוך הבטחת אספקת חלב ומזון לטיפות חלב, למוסדות לילדים נזקקים ולפליטים ערביים במקומות מושבם החדשים ובמסגרת הממשל הצבאי.

הדאגה להבטחת המשך הסיוע התגברה כבר בראשית 1952, כאשר יוניסף הודיע כי לא יוכל לעמוד בהיקף הסיוע, כפי שהיה עד כה, והוא נאלץ לקצו גם בגלל קשיי תקציב (בעיקר, הקיצוץ של המימון האמריקאי, שהיווה כ-80% מתקציב השנתי של הארגון), וגם בגלל התגייסות הארגון לסייע לממשלת איטליה להתמודד עם אסון הטבע, שנגרם כתוצאה משטפונות קשים בעמק הפו והותיר אלפי אנשים ללא קורת גג. בנוסף, נדרש יוניסף להעביר חלק מתקציבו לארגון הבריאות העולמי למימון חלקו בפעילות המשותפת.

הקטנת הסיוע הכולל ליוניסף הופעלה במידה רבה בשל ההנחה האמריקאית כי תקופת החירום אחרי המלחמה, שפגעה בחלק גדול מהילדים, תמה, וכי הארגון שנועד לסייע בעיקר בשעת חירום, יכול להקטין את מעורבותו ואת

אחת ביום לילדים נזקקים. בית הספר שבו החל מפעל ההזנה היה בית הספר לבנות ב בירושלים, ובעקבות הצלחה זו הוא התפשט לכל היישוב היהודי בארץ.

49 Iskander M., "UNICEF and Israel, A Brief Chronicle of Cooperation 1948-1985", UNICEF History Project HIST/66/Rev. 1 July 1989, UNICEF

הסיוע שהוא מספק. סוגיה זו אכן עמדה בראש סדר הדיונים של יוניסף, והיא זו שהובילה בסופו של דבר ליזמת הארגון לשנות את ייעודו מארגון שנועד לתת סיוע בשעת חירום, לארגון של האו"ם, המסייע לאמהות ולילדים ברחבי העולם בתחום הרווחה והבריאות.

כתוצאה מצמצום תקציבו, בוטל הסיוע באורז ובסוכר לישראל, ואספקת אבקת החלב התעכבה. משרד הבריאות, שהודאג מפגיעה בילדים, הורה להעביר את המנות שנתרו לילדי המעברות ולבתי התינוקות. משא ומתן אינטנסיבי בין ממשלת ישראל לבין יוניסף על הסדרת המשך הסיוע נמשך במהלך 1952 ועד ראשית 1953. בסיומו הושגה ההסכמה על המשך מתן סיוע במסגרת רב-שנתית. כמו כן, נעתר יוניסף להוסיף גם סיוע טכני, על מנת שהמדינה תוכל לבנות מערך עצמאי לפסטור חלב. כדי לסייע למשק הישראלי, הביע יוניסף נכונות לרכוש מוצרים במפעלים בישראל ולקבל את התשלום במטבע ישראלי לאור מצוקת מטבע החוץ של הממשלה.⁵⁰

בנוסף על קיצוץ בתקציבה, נדרש יוניסף להתמודד גם עם דרישת מדינות ערב להוציא את ישראל מהמשרד האזורי של יוניסף ושל ארגון הבריאות העולמי – "המשרד למזרח הים התיכון". מיקום המשרד בבירות או בקהיר מנע מישראל ליטול חלק בפעילותו, כפי שנדרש מכל המדינות החברות מקבלות הסיוע. במרץ 1953 עלתה הצעה להפריד את ישראל מהמשרד האזורי ולספחה לאירופה, כפי שנעשה ביחס לטורקיה. סוגיה זו של הפעלת תכנית הסיוע לישראל במסגרת "המשרד למזרח הים התיכון" היוותה גורם מחלוקת במהלך שנות ה-50.⁵¹

הצלחת ההידברות עם יוניסף וקבלת ההבטחה להמשך הסיוע במתכונת רב-שנתית הושגה במידה רבה על ידי זינה הרמן, שהייתה חברת משלחת ישראל לאו"ם ונבחרה להיות המתווכת והמתאמת בין הנהלת הארגון לפעילותו

Archives CF/HST/1985/066/R01, p. 3

50 מכתב זינה הרמן אל יעקב אבנון משרד החוץ ירושלים, 29.4.1957, גנוך המדינה, 3-1967/5; התכתבות בין נציגי ממשלת ישראל להנהלת יוניסף בנושא המשך הסיוע וגיבוש מסגרת לסיוע רב-שנתי, 1952-1956, תיקי יוניסף, התכתבות כללית, גנוך המדינה, ג-4299/4. ב-1952 הפעילה ממשלת ישראל מדיניות כלכלית חדשה, לאחר שמדיניות הצנע, שגיבש דב יוסף עם הקמת המדינה נכשלה. הלירה הישראלית פוחדת ומדיניות הקיצוב והפיקוח על המחירים צומצמה. לשינוי במדיניות הכלכלית הייתה השפעה גם על התנהלותה של ממשלת ישראל מול יוניסף בקידום עצמאותו של משק החלב.

51 Report of the meetings of the UNICEF Executive Board and Program Committee March 19th-March 26th, 1953, גנוך המדינה, גל-7641/8, תיק 2 לשכת השר הוועדה הבין-משרדית.

בישראל.⁵² הרמן, שהייתה עובדת סוציאלית בהכשרתה, עבדה קודם לכן במחלקת ההסברה של עליית הנוער בירושלים והכירה היטב את צורכי ילדי העולים בישראל. ב־1955, עם סיום תפקידה במשלחת ישראל לאו"ם, נבחרה הרמן לנציגת מדינת ישראל בוועד הפועל של הנהלת יוניסף.

להערכת מיכאל איסקנדר, הייתה הרמן "הרוח המובילה של יוניסף בישראל".⁵³ לדבריו, היא הייתה המקור העיקרי לקבלת מידע על הצרכים ועל אפשרויות הפעולה למען הילדים בישראל. היא השתמשה בניסיון שרכשה בישראל בפעילותה הבינלאומית ביוניסף. על בסיס הצלחת שיתוף הפעולה בין גורמי יוניסף לפעילים ישראלים בקידום התכניות השונות, פעלה הרמן לגיבוש תכניות דומות לשיתוף פעולה במדינות מתפתחות שבהן פעל יוניסף, תוך שהוא מאתר, מחזק ומתגבר כוחות מקומיים, על מנת שימשיכו בפעילות גם לאחר סיום תכנית הסיוע, כפי שנעשה בהצלחה בישראל. לדבריו, פעילותה המתמשכת של הרמן בהנהלת הארגון וקשריה הטובים עם ראשיו, סייעה במידה רבה להצלחת פעילותה של יוניסף בישראל.

במאי 1953, בהתאם לשינוי בהיקף הפעילות החדשים של יוניסף לצמצום פעילותה כארגון לסיוע חירום, גובשה מסגרת חדשה לפעילות יוניסף בישראל. המשרד המרכזי בחיפה נסגר, האחזיות על חלוקת הסיוע וכל הקשור בו הועברה כולה לידי ממשלת ישראל, הוקמה "ועדה לאומית" ליוניסף בהשתתפות המשרדים הרלוונטיים (חוץ, מסחר ותעשייה, בריאות, סעד וחינוך). כמו כן, נקבעו תחומי פעילות מוגדרים, חלקם קבועים כמו המשך תמיכה בתחנות טיפת חלב כמוקד מרכזי לקידום בריאות וחינוך רפואי, ואושרו פעולות ייחודיות כמו מלחמה במלריה, צרעת וכד' על פי הצורך (כך למשל, הוכרזה מלחמה בצרעת שהתפשטה באפריקה). כן הוחל בהכנת "תכנית עבודה" רב־שנתית לתיאום פעולות הסיוע בישראל, כולל השתתפות ממשלת ישראל במימון אחזקת משרד יוניסף בארץ. יוניסף הבטיח כי "סיוע החלב" יימשך בהיקף דומה, ובנוסף הוא יפעל לביסוס שימור החלב ופסטורו ולקידום תעשיית שימורי המזון בישראל, וזאת כדי לקדם את עצמאות המדינה בתחום זה. במקביל, הבטיחה ממשלת ישראל לממן חלק מהציוד והמכונות, שנדרשו לפיתוח המחלבות של טרה ותנובה על בסיס כספי

52 זינה הרמן (1914-2013) עלתה מאנגליה לישראל ב־1940, בין השנים 1969-1974 הייתה חברת כנסת מטעם המערך (מפלגת העבודה), בשנים 1965-1964 הייתה יו"ר יוניסף העולמי, וייצגה אותו בקבלת פרס הנובל שניתן לארגון ב־1965.

53 Iskander M., "UNICEF and Israel, A Brief Chronicle of Cooperation 1948-1985", UNICEF History Project HIST/66/Rev. 1 July 1989, UNICEF Archives CF/HST/1985/066/R01, p. 8

השילומים מגרמניה, ואף לסייע ברכישת ציוד להקמת בית חרושת לבקבוקים לצורכי שיווק החלב.⁵⁴

באמצע 1956 החלה תנובה לשווק חלב מפוסטר בבקבוקים, והעיתונות יצאה בכותרות על "מהפכה בהספקת החלב".

סוף סוף זכינו לחלוקת חלב מפוסטר בבקבוקים. הקיץ הקיץ על ההספקה הבלתי-היגיינית בכדין ובפחים, על המדרכות וברחובות, באבק בלכולך ... "מהפכה" שקטה זו בהספקת החלב – ברכה באה ליישובינו, ועל כך ברכת "יישר כוח" ל"תנובה" ליוניסף ולמוסדות הממשלה שעשו למען המפנה הרדיקלי הזה.⁵⁵

בספטמבר 1956 ייסדה ממשלת ישראל בעידודה של יוניסף את "מועצת החלב", שכללה את כל גורמי משק החלב במדינה. מפעל ההזנה ואספקת החלב לתלמידים בבתי הספר נותרו באחריות משרד החינוך. משרד הסעד נדרש לדאוג להמשך אספקת מזון לילדים נצרכים במיוחד. כן הוקמה ועדה מיוחדת לפיקוח על איכות המזון, בעיקר לאור התנגדות ציבור הרופאים להרחיב את הייצור והשימוש במזון משומר בישראל, שבו תמכה יוניסף. הרופאים היו מעורבים מאוד בכל הקשור למזון ול"סיוע החלב", וכל אימת שאספקת החלב לא עמדה בתקן (ויטמינים, איכות, חלב מלא או רזה וכד'), הם הודיעו על כך לרשויות. פרופ' נסאו, מראשוני רופאי הילדים בישראל וסמכות רפואית בנושא טיפול בתינוקות, כתב לא אחת לקופת החולים הכללית, למשרד הבריאות ואף למשרד המסחר והתעשייה על הליקויים הקשים באספקת החלב.

ביישובים החדשים מחלקים עדיין רק חצי הכמות של אבקת חלב מלא כמו מקודם והכמות אינה מספיקה בהחלט למלא את דרישות הילדים הצעירים. לרשות האמהות לא עומד בתור תחליף חלב מלא והאוכלוסייה מסרבת להשתמש בחלב זה בחלקו. ובצדק, שאינה קיימת כל אפשרות לטיפול ושמירה על החלב כראוי [העדר מקררים ש.ש.]. ואין ביכולתן של המשפחות לקנות את חלב "תנובה" אשר יקר מדי לתקציב העומד לרשות רוב משפחות אלה ... אני רואה את המצב הנוכחי בדאגה רבה

54 הסכם השילומים מגרמניה שנחתם ב-1952 סייע במידה רבה לממן את הסבסוד המקביל שנדרש ממשלת ישראל על מנת לקבל את הסיוע הכולל של יוניסף. ישיבת הוועדה הבין-משרדית לסיוע בינלאומי מס' 119, מתאריך 14.4.1954, גנון המדינה, ג-4299/5.

55 "מהפכה בהספקת החלב", אתניס, 4-5 (ט), אפריל-מאי 1956, עמ' 111.

ומבקש בכל לשון של בקשה לתקן את המצב ולדאוג לאספקה מספיקה של חלב עבור הילדים הצעירים.⁵⁶

כל אותה העת המשיכו גלי העלייה לישראל, כמות הילדים גדלה וקצב הסיוע לא יכול היה להדביק את קצב הגידול. המחסור בחלב התגבר כאשר בפברואר 1957 ביטלה ממשלת ישראל (בגלל משבר כלכלי) את הסבסוד לחלב ולהקצבות המזון לנזקקים.⁵⁷ המשבר נגרם בעיקר בגלל עלויות מבצע קדש והנסיגה מסיני. צורכי הביטחון אילצו את הממשלה לקצץ בהוצאותיה, ואחת מהן הייתה ביטול הסבסוד לחלב.

"סיוע החלב" של יוניסף ניתן חינם או במחיר פרוטה לבתי הספר, לבתי התינוקות ולגני הילדים. מעבר לכך, נדרשו המשפחות לשלם סכום סימלי (מסובסד) עבור אספקת החלב. אבקת חלב או חלב מעוקר (משומר) סופקו בתלושים (נקודות) לאמהות לתינוקות עד גיל שנה באמצעות טיפות החלב במחיר מסובסד של 1.25 לירות לחודש בעבור כ-2.250 ק"ג אבקת חלב מלא, שנדרשה להזנת תינוק.⁵⁸ כתוצאה מביטול הסבסוד, האמיר מחיר החלב בשוק החופשי בשיעור של 360%, מ-250 פרוטות ל-900 פרוטות לקופסת חלב בודדת (כליטר אחד של חלב, משומר [מעוקר]). היכולת של המשפחות מרובות הילדים לרכוש חלב לשאר ילדיהם בנוסף על ההקצבה לתינוקות פחתה. כמו כן, אמהות החלו למהול את החלב במים כדי להגדיל את הכמות, מה שפגע בבריאות התינוקות והילדים. יוקר החלב גרם לעימותים קשים בין אחיות טיפת חלב לאמהות, שראו בהן את הכתובת הישירה למצוקתן. אחות מפקחת בעמק יזרעאל כתבה למשרד הבריאות כדלהלן:

אחיות צעירות עומדות תחת לחץ מתמיד, איומים והפצרות והתחנה במקום שתוכל למלא את מקומה וייעודה נהפכת לשוק חלב ... אנו תקוה שתעשו ותנקטו בפעולות הדרושות להביא בעיה כאובה זו לסידורה המתאים.⁵⁹

יוקר החלב הדאיג במיוחד את אנשי משרד הבריאות, מאחר שחששו כי התייקרות החלב תעלה את מספרם של הילדים ירודי המשקל, בייחוד של ילדי עולים

56 מכתב פרופ' אריך נסאו אל ד"ר ג'ני טאושטיין משרד הבריאות אגף אם וילד, 8.2.1957, גנזך המדינה, ג-5096/8-6/14.

57 "רופאים מוחים על ביטול הקצבות מזון לחולים", זכר, 15.10.1957, עמ' 4.

58 תינוקות נזקקים מעל גיל שנה יכלו לקבל חלב במחיר מסובסד רק על פי מרשם רופא.

59 ל. גרשנזון אחות מפקחת בנפת עמק יזרעאל אל ד"ר גני טאושטיין משרד הבריאות 28.1.1957, גנזך המדינה, ג-5096/6-8/14.

חדשים. לחץ האמהות ואנשי הרפואה על משרדי הממשלה בנושא החלב הוביל לבחינת האפשרות לחלק תלושים למשפחות נזקקות לשם קבלת חלב במחיר מוזל במיוחד באמצעות תחנות טיפת חלב. במקביל, הואצה התכנית להרחיב את עצמאותו של משק החלב הישראלי בהתאם להסכם עם יוניסף, על מנת להגדיל את אספקת החלב ולהוזיל בעתיד את מחירו.

סך הילדים שנהנו מתכנית "סיוע החלב" של יוניסף הגיע ב-1957 ל-75,000 ילדים ביום. בדוח מסכם של אותה שנה צוין כי התכנית אפשרה את הרחבתו של משק החלב בישראל ומיסודו, תוך שימת דגש על אספקת חלב פרה מפוסטר בבקבוקים. על פי דיווחי ועדת הסיוע, אספקת החלב בישראל צמחה בסיועו של יוניסף מ-64.9 מיליון ליטרים חלב, ל-82.2 מיליון ליטרים חלב. הערכת הוועדה המלווה של התכנית הייתה כי 70% מאספקת החלב בישראל ב-1957 נצרכה על ידי ילדים.

באשר להמשך תכנית הסיוע (1957-1964), נקבע כי מדינת ישראל תעלה עד ל-1964 את סך הילדים המשתתפים במפעל ההזנה וב"סיוע החלב" ל-100,000 ילדים ביום. יוניסף הבטיח להמשיך לסייע בסבסוד "סיוע החלב" ומפעל ההזנה עד 1964 בהיקף של 192,000 דולר (שווה ערך ל-1.2 מיליון דולר ב-2011).⁶⁰ רון היל, חבר הנהלת יוניסף ופעיל מרכזי בתכנית "סיוע החלב" שלה, ציין בריאיון עמו (1984) כי תכנית "סיוע החלב" לישראל הייתה אחת משתי התכניות המצליחות ביותר של יוניסף (השנייה היא הודו). התכנית הצליחה בתוך עשור לסייע לבניית משק חלב עצמאי ומודרני, תוך שימת דגש על אספקת חלב פרה מפוסטר לחלק ניכר מהאוכלוסייה והטמעת החינויות של צריכת חלב על ידי ילדים כדבר חשוב לבריאותם.⁶¹

במאי 1959 פרסם יוניסף דוח סיכום לעשור הראשון של תכנית הסיוע בתחום המזון, תוך שהוא מציין כי שיתוף הפעולה הפורה עם ממשלת ישראל. הדוח מעיד על קידום נושא התזונה באופן משמעותי בכל תחומי החיים במדינה. 422 בתי ספר שילבו לימודי תזונה וכלכלת בית במערכת החינוך היסודית והפעילו מטבחים להתנסות התלמידים בבישול. 88,000 תלמידים בבתי הספר היסודיים, 29,000 ילדי גן (בני 4-6) ו-3,000 ילדים מתחת לגיל 3, נהנו משירותי ההזנה במוסדות החינוך, ואילו תכנית ההזנה בבתי הספר סיפקה כמחצית מכלל הצרכים התזונתיים היומיים של הילדים. בנוסף, 116,000 ילדים

60 "Recommendations of the Executive Director for an allocation- Israel Milk Conservation", UNICEF Archives E/ICEF/L.1046, 19.3.1957, pp. 1-5

61 Interview Ronal Arthur Hill by Judith Spiegelman, 3.8.1984, UNICEF Archives, CF/RAI/USAA/DB01/1996-0116, pp. 17-37

נהנו משירותי מזון מקצועיים בפיקוח מומחה לתזונה. כן צוין כי קרוב למחצית הילדים נהנו מארוחות מלאות במשך חודש אחד, גם בחופשת הקיץ במסגרת קייטנות ומחנות נוער, שאורגנו על ידי משרד החינוך. באשר לחלב צוין כי 65,000 ילדים קיבלו כוס חלב או קקאו מדי יום בבתי הספר ובגני הילדים. הסיוע הכספי הכולל של יוניסף לישראל בחלב ובמזון בעשור הראשון הגיע ל-738,000 דולר (שווה ערך ל-5.6 מליון דולר ב-2011). מבחינה כספית היה זה סיוע קטן בהשוואה לכלל הוצאותיה של מדינת ישראל לצרכים הסוציאליים (חנוך, בריאות ורווחה),⁶² שהגיע בשנים 1959-1960 ל-167 מליון דולר (שווה ערך ל-1.2 מליארד דולר ב-2011), סכום זעיר מכלל ההוצאה. עם זאת, תרומתו העיקרית הייתה בהיותו זרז וגורם ממריץ לביצוע תכניות ולפיתוח משאבים מקומיים. התניית שותפות עם גורמים מקומיים בכל פעולה של תכנית הסיוע הובילה, בסופו של דבר, לקידום הנושא הרבה מעבר לערכו הכספי. הסוציולוג יצחק קנב, שחקר את נושא הבריאות והרווחה בישראל בעשור הראשון, ציין כי מספר הנזקקים בישראל בשנים 1955-1960 עמד על 389,444 נפש, מתוכם נזקקו לעזרה כספית ישירה 222,223 נפש, שהיוו כ-10% מכלל המשפחות בארץ, 72% מתוכם היו משפחות עולים חדשים שחיו בעוני ובמחסור תזונתי. רוב הנזקקים היו ילדים, 30% (כ-130,000) מתוך כלל הילדים בגני הילדים ובבתי הספר היסודיים, שמנו כחצי מליון ילדים, נהנו באופן ישיר מ"סיוע החלב" וממפעל ההזנה. תכנית הסיוע של יוניסף היוותה אפוא גורם בעל משקל בשמירה על בריאותם ועל התפתחותם התקינה.⁶³ הצלחת תכנית הסיוע לישראל, שהפכה מתכנית סיוע חירום בראשית שנות המדינה לתכנית סיוע רב-שנתית התומכת במיסוד ובביסוס התזונה בישראל במהלך שנות ה-50, הובילה את ועדת הסיוע להמליץ ב-1959 בפני ממשלת ישראל לערוך מחקר לאומי בנושא התזונה, תוך הבטחת השתתפותה במימון הפעילות בנושא זה. בנימוקי ההמלצות הודגש כי עריכת מחקר זה חיונית לשם גיבוש מדיניות תזונה לאומית ולשם הקמתו של מסד נתונים שיסייע לכך.⁶⁴ בנימוקי ועדת הסיוע לעידוד ביצוע המחקר התזונתי, הודגש כי חיוני לישראל לגבש מדיניות תזונה לאומית, שתתבסס על מגוון הגידולים המקומיים ובהתאם

62 קנב, י. (1962) חברה בישראל ותכנון סוציאלי, תל-אביב: עם עובד, עמ' 140-145.

63 שם, 23-35; Iskander M., "UNICEF and Israel, A Brief Chronicle of Cooperation 1948-1985", UNICEF History Project HIST/66/Rev.1 July 1989, UNICEF Archives CF/HST/1985/066/R01, p. 4

64 בפועל, בוצע המחקר על ידי התזונאית שרה בבלי, וממצאיו שימשו בסיס שעליו הותוותה מדיניות התזונה בישראל.

למדיניות הצנע. חשוב היה להטמיע נוהגי תזונה בריאים בקבוצות העולים השונות בשילוב עם נוהגי התזונה המסורתיים, שהביאו עמם העולים מארצות מוצאם. חשוב היה להוביל לשינוי תזונתי בקרב העולים על מנת למנוע בעיות בריאות העוללות להתעורר כתוצאה ממחסור במוצרי מזון מסורתיים שנהגו לצרוך או בגין הרגלי תזונה, שיהיו חסרים את המרכיבים החשובים לבריאות.⁶⁵ עמדה דומה ביטא קנב באמרו כי

את החינוך התזונתי יש לפתח על ידי תיאום בהפעולות של מחסדות החינוך ומשרדי החקלאות, החינוך והבריאות ... הגברת תזונת הילדים בבתי הספר עשויה במשך הזמן לשנות את הרגלי התזונה הפרימיטיביים ולסייע לבריאות הדור הצעיר.⁶⁶

בדוח המסכם את פעילות התזונה בישראל בעשור שחלף, שצורף להצעת המחקר בנושא תזונה בישראל, ציינה ועדת הסיוע של יוניסף את הצלחתה המרובה של המדינה בהטמעת נושא התזונה כחלק מרכזי במדיניותה ואת המוסדות והתכניות בנושא התזונה, שהפעילה הממשלה.

בנספח לדוח המסכם ציינה הוועדה את מכלול הפרוייקטים, שלהם סייעה בעשור שחלף במימון ישיר או עקיף ובמעורבות מומחים (וטכנולוגיה), שנשלחו לישראל מטעמה. על פי המפורט הייתה ועדת הסיוע מעורבת בהקמתו של בית הספר לתזונה באוניברסיטה העברית בירושלים, בהפעלתן של עשרות תכניות מקומיות להכשרת עובדי תזונה מקצועיים לעבודה בקהילה עם קבוצות עולים, ובמוסדות החינוך (ביניהם הכשרת 800 מורים לתזונה, כלכלת בית וחקלאות, להוראת מקצועות אלה בבתי הספר). כמו כן, סבסד יוניסף בתכנית הלימודים הכוללת כיתות לימוד ב־650 בתי ספר, ושיעורי חקלאות. ועדת הסיוע תמכה בארגוני נשים (כויצ"ו), שקיימו קורסי ערב שעסקו בהוראת נושא התזונה לעולים חדשים, תוך התמקדות במוצרים מקומיים ובהתאם למדיניות הצנע שכללה קיצוב במזון.

הפעילויות הללו גובשו, סובסדו ועוצבו במידה רבה בסיועם של המומחים השונים, שהגיעו לארץ מטעם ועדת הסיוע, ובמידה לא פחותה הודות למימון נושא זה, שייזמה ועדת הסיוע. המדינה נדרשה לתת את חלקה במימון בכוח אדם ובארגון הפעילות.

"Israel-Nutrition Education and Activities", UNICEF Archives, E/ICEF/ 65
1959/R.0675

66 קנב, י. (1962) חברה בישראל ותכנון סוציאלי, תל-אביב: עם עובד, עמ' 23-35.

ב־1959 נפרדו דרכיהם של ארגון הבריאות העולמי ויוניסף, והפעילות המשותפת בתחומי רווחה, בריאות וחינוך הופסקה. חילוקי דעות בהנהלות הארגונים הובילו לסיום שיתוף הפעולה. תחומי הרווחה והחינוך נותרו בידי יוניסף, בעוד שארגון הבריאות העולמי מיקד את פעילותו בעיקר בנושא ביעור מחלות, חיסונים והכשרת עובדי בריאות במוקדי תחלואה עולמיים. פרוק השותפות בין שני הארגונים לא פגע בהיקף פעילותו של יוניסף בישראל ובהמשכו. דוח הוועד המנהל ל־1959 ציין את הצלחת הפעילות בישראל בעשור שחלף. בדוח הובטח להמשיך את הסיוע הכספי ואת היעוץ המקצועי בתחומי הרווחה והחינוך בישראל, כפי שנעשה בעשור הקודם, תוך שימת דגש על נושא התזונה והחלב, שבהם ראה יוניסף את תרומתו העיקרית. בפועל, נמשך הסיוע בחלב ובמזון עד 1966, כאשר שרת החוץ של ישראל גולדה מאיר הודיעה להנהלת יוניסף כי כל ילדי ישראל מקבלים את התזונה הנדרשת ללא יוצא מן הכלל על בסיס משאבים מקומיים וכי תכנית הסיוע השיגה את יעדיה באופן מלא.

לידות, אמצעי מניעה, הפלות והנקה

משפחה, אמהות וילדות היו נושאים בעלי חשיבות אידיאולוגית מרכזית בחשיבה הציונית, בדומה לתנועות לאומיות אחרות בנות אותו הזמן. אידיאולוגיה זו ראתה במשפחה כלי מרכזי ליצירתו, לגידולו ולחינוכו של ה"יהודי החדש", ומאוחר יותר של "הצבר", "בן הארץ" וה"ישראלי". לצורך כך, הושקע מאמץ רחב היקף בלימוד ובשכנוע האמהות לביצוע הנחיות הרופאים והאחיות כדי לשמור על המאפיינים הרצויים של דור הילדים, להעדיף "איכות" על "כמות" ולהגיע ליעד של "נפש בריאה בגוף בריא".¹

אבל לצד הרטוריקה הרפואית, התנהלו גם מגמות הפוכות. ההפלה הייתה פרקטיקה מקובלת ל"הסדרת הלידות", ונשים רבות "מן היישוב" השתמשו בה. אף שההפלות היו אסורות חוקית, למדו נשים רבות להשיג מרופאים אישורים רפואיים, שיאפשרו להן הפלה חוקית. בנוסף, היה שימוש באמצעים שונים למניעת היריון, ובעיקר משגל נסוג, שטיפות למיניהן ואמצעים מכניים שונים.² העלייה הגדולה הציבה כמה סימני שאלה לפני המפעל הרפואי-חברתי-היגייני, שייצר את ה"ילד הציוני". כמויות הילדים שהגיעו בעלייה היו גדולות מאוד. המשפחות (בחלקן מרובות ילדים) והאמהות נמצאו במעגל נמשך של הריונות ולידות. לצד השמחה על הריבוי הטבעי הגבוה של העולים, שתרם לצד הישראלי ב"מאבק הדמוגרפי", שהחל להסתמן מול הערבים שנותרו בארץ אחרי מלחמת 48', הופיעו סימני השאלה. מצבן הבריאותי הקשה של חלק מהאמהות העולות תואר כבר במהלך עבודה זו. מרואיינים רבים חזרו על תיאורים של אמהות צעירות, שהלידות המרובות הזקינו אותן, פגעו בבריאותן, ופגעו באיכות הטיפול בילדיהן.

מאידך, השימוש באמצעים המקובלים ביישוב ל"הסדרת הלידות" לא היה מוכר בקרב חלק מקבוצות העולים. וכפי שאטען להלן, גם אם העולות הכירו

1 טולר-ליס, ש. (2003) "כך אגדל תינוק ציוני – הבניית התינוק והאם הארץ ישראלים באמצעות ספרי הדרכה להורים", *עיונים בתקומת ישראל*, 13, עמ' 277.

2 Stoler-Liss S. and S. Shvarts (2005) "The Medical Reasons, as You All Know, are Highly Subjective – Abortions, Doctors, and the Israeli Nation Building Process", *sterreichische Zeitschrift fur Geschichtswissenschaft –ZG* (German) (in print).

הפלות ואמצעי מניעה מארצות מוצאן, הרי הנגישות שלהן, בסיטואציה של מחנות העולים והמעברות, היישובים הנטושים והמושבים, הייתה נמוכה מאוד. עוד לפני הסדרת הלידות נדרשו אנשי הרפואה לסוגיה הבולטת ביותר לעין – סוגיית הלידות.

לידות הבית והמלחמה בהן

לידות הבית נחשבו גורם לתמותה גבוהה של תינוקות,³ ולפיכך נרתמה המערכת הרפואית למלחמה בתופעה. מרבית המרואיינים העלו את נושא לידות הבית והמלחמה בהן, כשתיארו את פעולותיהם במהלך העלייה. ההתייחסות הרווחת תיארה כיצד "לימדו" הצוותים הרפואיים את העולות ללדת בבית החולים, מקום שלא הכירו, או שהסתייגו ממנו. עם זאת, חלק מהמרואיינים והכותבים הכירו במשקלן של סיבות אובייקטיביות, שהקשו על העולים לבצע את הלידה בבית החולים. בעיקר נגע הדבר למרחק מהיישוב, להעדר הסדרי תחבורה, ולעלות הלידה בבית חולים.

הכפריות האלה, הן היו יולדות בבית. בכריעה. ולשכנע אותן היה מאוד קשה ... הן רגילות ללדת בבית וחוזן מזה יש עוד ילדים בבית ... מה זה בית חולים, הן לא הכירו את המושג הזה בכלל. (אחות)

היה חלק של האוכלוסייה [ש] לא הסכימו בשום אופן ללכת לבית יולדות ממניעים שלהם. הסבתא ילדה [בבית], האימא ילדה, ההיא יולדת, הבת יולדת בבית. זה לקח הרבה זמן השכנוע הזה, כולל הדמי לידה. (אחות)

קרו לידות בבית כי לא הספיקו להגיע לבית-חולים, אבל למדו מהר מאוד ... בודאי, תראי, בשנים האלה החזיקו אישה אחרי הלידה שבוע ימים במיטה ... והנשים האלה למדו ללכת לבית חולים. (רופאה)

למשל, כל הנושא של איך לשכנע אישה לבוא ללדת בבית חולים. לא הבנתי אז מה קרה, הלא היא אמרה, יש שם רופא גבר. והייתי צריכה לעבוד עליהם שזה טוב, זה חשוב. את יודעת מה זה היה? תשעה חודשים הייתי צריכה לשכנע אותה. אני חושבת שיותר מידי לחצתי. (אחות)

3 במאמר מ-1954 הזהירה ד"ר טובה ברמן-ישראל, אז מנהלת האגף הרפואי של קופת החולים הכללית, מפני סכנותיה של לידת בית בתנאי ההיגיינה הירודים של האוהלים והפחונים במעברות, ומתרומתה להעלאת שיעורי תמותת התינוקות. ישראל-ברמן, ט. (1954) "הטיפול המונע באם וילד בשנים 54-1942" (הרצאה בכנס רופאי ילדים של קופת חולים ב-14.5.1954), *דפים רפואיים*, ג, (אוקטובר), עמ' 206.

מנסים לשכנע את הנשים ההרות, שמוטב להן ללדת בבית חולים, אבל איך תגענה לשם? כל כך רחוק מהכביש, בלילה, בלי טלפון, בלי אמצעי תחבורה. (רופא)⁴

בזמן האחרון עלה בידינו, בכוח השכנוע, להעביר את היולדות לבתי החולים, אך דווקא בשנתיים האחרונות שוב נתרבו הלידות בבית מחמת התשלום בעד הלידה בבית חולים. (אחות מחוזית)⁵

בעיה נוספת שנדונה הייתה העומס בבתי היולדות ובבתי החולים. מערך בתי החולים, שהצליח לאפשר לפני העלייה הגדולה לידות בבית חולים לקרוב ממאה אחוז מהיולדות, לא עמד בנטל במהלכה. לכל יולדת אמור היה להיות כרטיס לידה, אלא שמספר הכרטיסים שהוקצו לעולות מהמעברות היה מוגבל, ולא תאם את שיעורי הילודה הגבוהים. אחת האחיות תיארה כיצד הייתה סוטרת לידות לפני הכניסה לבית החולים (כדי שיבכו וייראו זקוקות לעזרה), כדי שייאותו לקבל אותן ללידה בלא כרטיס. בהעדר כרטיסי לידה נדרשו העולות לשלם בעבור הלידה.

הבעיה הייתה ש"אסף הרופא" היה בית החולים האזורי. הוא היה מלא וגדוש, שאי־אפשר היה להגיע אליו כל כך. גם בגלל התחבורה וגם (בגלל העומס) מחלקת היולדות הייתה כל כך מלאה. (אחות)

במשך החודש היינו מקבלים כ־18 כרטיסי לידה לבתי חולים, שהרופאים היו מחליטים שכל האמהות שהן חולות שחפת חייבות ללדת בבית חולים, וכל מיני מקרים, קשים, חולות לב וכך הלאה או נשים שכבר ילדו את הילד השתיים עשרה והארבע עשרה, והיו מאוד עייפות ... לפעמים הם היו משתמשות בכרטיס לידה" (אחות)

הלכתי למחוז קופת חולים ברחובות לסדר כרטיסי לידה [ליולדות מהמעברה], אז תתארי לעצמך מה אומרים לי, יש לך יותר מידי יולדות. (אחות)

אני זוכרת שבאתי פעם עם שתי יולדות ל[שם בית החולים]. לאחת נתתי פליק, לשנייה סטירה כדי שלא יעיפו אותי משם. (אחות)

4 קלנר, א. (1990) "שלושה מכתבים מהימים ההם" (מכתב מ־22.8.1950 מתורגם לעברית), הרפואה, 119 (ט), עמ' 285.

5 לסקוב, צ. (1954) "פעולת האחות במעברות במחוז הצפון", האחות בישראל, ב (י), עמ' 25.

פתאום באו ואמרו ליולדת, מוכרחים להוציא אותה. העלו אותה על ג'יפ, ונסענו כולנו ל[בית החולים] ו[בית החולים] סירב לקבל אותה, מפני שהיא לא באה עם כרטיס קופת חולים. בקיצור, ואז נסגרה [אחות המעברה] ... היא נסגרה בחדר עם היולדת והיא אמרה אני לא אצא מכאן עד שאתם תקבלו אותה, וכך היה. הסיכום היה שהיא השאירה את השעון שלה [האחות] וקיבלו את היולדת. (אחות)

אופני ההתמודדות עם העומס בבתי החולים היו מגוונים. היו שתיארו יזמות לעידוד לידות הבית דווקא, בניגוד לעמדה הרפואית, שתבעה עידוד לידות בבית חולים. העידוד בוצע על ידי תשלום במזומן ששולם ליולדות מאחת המעברות, אם ילדו בבית. לא ברור מי בדיוק שילם (האחות סבורה שהיה זה נציג הסוכנות), ומה היה היקף התופעה.

הם שילמו, הסוכנות אני חושבת, שילמה 15 לירות, לכל אישה שמוכנה ללדת בבית ולא להגיע לבית החולים ... אנחנו לא היינו מעוניינים בזה, לא רצינו בזה. אבל, היו משפחות שהיה בשבילם 15 לירות הרבה כסף. [ש: הסוכנות היהודית שילמה לנשים בשביל ללדת בבית?] כן, כן. שילמנו לתקופה קצרה. (אחות)

מתן מענק כספי לנשים שילדו לידות בית היה אולי נדיר, אבל למרות התנגדות הרשמית של ראשי מערכת הבריאות, נערכו דרגי השדה של מערכת הבריאות (ובייחוד ביישובי העולים המרוחקים מהמרכז – משמע רוב יישובי העולים שהוקמו מאז פירוק מחנות העולים) לעזרה בלידות הבית. בחלק מהמקומות היו הלידות באחריותם של רופאים או של מיילדות מוסמכות:

למזלנו היו רופאים בכפר, והם היו מקבלים את הלידה. אני הייתי באה בבוקר, והיו אומרים, נו, זאת ילדה כבר, זאת ילדה כבר ... היו די הרבה לידות בבית, והיה קשה להגיע לבית החולים, ואנחנו מיד ... השתדלנו יותר מאוחר, כשבית החולים היה מוכן לקבל, להעביר אחרי הלידה גם את היולדת לבית החולים. (אחות)

כמובן שהלידות היו בבית. משרד הבריאות החזיק מיילדת מדופלמת, עולה חדשה, שהיא הייתה מיילדת בהונגריה, מנהלת בית חולים. היא הייתה מקבלת את הלידות. והרבה פעמים, למרות כל ההכנות, השכנועים ש[כש]תצטרכי ללדת תלכי לבית יולדות, לא עזרו. המצב השתנה ברגע שהתחילו לקבל כסף. (אחות)

במקומות אחרים היו הלידות הרגילות באחריותה של אחות המחנה או של חובשת, ורופאים הוזעקו רק במקרה של סיבוך. האחיות, שחלקן היו אחיות מעשיות, לא היו תמיד מתורגלות בקבלת לידות. חלקן למדו לקבל לידות רק בשטח. הרופאים שהוזעקו לא תמיד באו בזמן, וגם כשבאו, לא תמיד באו ברצון.⁶

והיו קוראים לי הרבה פעמים באמצע הלילה. מישהי צריכה ללכת ללידה, ואני נערה צעירה, צריכה לראות את כל זה ... אני זוכרת מקרה אחר ... שבעל צועק לי אחות אחות בואי מהר, אשתי מצטערת, מה עשית לה שהיא מצטערת, תבואי תבואי אשתי מצטערת, אחר כך הבנתי רק שאצלם זה בצער תלדי בנים, אז היא צריכה ללדת, אז היא מצטערת. (אחות)

תראי, הם חיו בתנאים מאוד קשים ... אמבולנס היה אחד לכל [מושבי הסביבה]. קרה שאני קיבלתי לידה בבית עד שהאמבולנס בא, קרה כמה פעמים שקיבלתי לידות בבית, כן. עשינו הרבה עבודה שלא שייכת לנו. (אחות)

בתיק הזה היה לי שם תמיד מספריים, היה לי יוד, אלכוהול לחיטוי והיו לי סרטים שאני עשיתי כדי לקשור את הטבור. (אחות)

הייתה [האחות הקבועה במעברה], והיא הייתה צריכה לצאת לחופש, ואני קיבלתי את המקום לחודש. ואני זוכרת שהיא אמרה לי כאן חבילת לידה. אמרתי לה, לא, אני לא יודעת לילד. אז היא אומרת לי, אין מה, כל מה שאת צריכה תעשי. מה זה את לא יודעת? ... אולי לא תצטרכי, אבל שתדעי, וזה וזה ככה, וזה וזה ככה או.קי? (אחות)

החובשת רצה ברגל, או על חמור עד תרשיחא, בלי טלפון, בשביל להביא את הרופא ... זה אם היא [הלידה] מסתבכת. היא [החובשת] קיבלה את הלידות. (אחות)

החובשת הלכה רגלית [או שלחה את בעלה של היולדת] ... לדוקטור ... שהיא היה [ה]רופא. אני חושבת שלפחות 7-8 קילומטרים. זה שעה

6 ברומן *המעברה* מספר שמעון בלס על חוסר נכונותו של רופא להגיע למעברה לעזרתה של יולדת בגלל סירובו לטנף את רגליו בבוץ. התיאור יכול להיקרא גם באופן מטפורי, כביטוי לתחושת ריחוק וסיאוב של הרופא כלפי העולים. הספר נכתב סמוך מאוד לעלייה הגדולה. שמעון בלס, ש. (2003) *המעברה, תל-אביב מזרח: טרילוגיה, תל-אביב, עמ' 15*.

הליכה, זה בטח. אז, הוא החזיר לה פתק עם הבעל, שהוא יבוא, אבל קודם, והוא היה מאוד גס, מה שהוא כתב. ואני רוצה רק להגיד לך, להבין במה אנחנו עבדנו, באיזה חוסר היגיינה, שהוא אמר. את יודעת מה זה ליזול? אז הוא כתב לה ... שתשפוך קודם בקבוק ליזול על היולדת לנקות אותה, ואז הוא יבוא ... זה היה רק ביטוי ... אבל זה נותן לך להבין, שהיה מצד אחד רתיעה, זה לא זלזול, אבל הוא ידע שזה צריך להיות סטרילי. (אחות)

פרקטיקה נוספת הייתה הסתמכות על מיילדות מטעם העולים או על שיתוף פעולה עמן. דפוסי שיתוף הפעולה לא היו ממוסדים, והיחסים בין האחות האחראית לבין המיילדת השתנו מהתעלמות הדדית, ועד לשיתוף פעולה. לעתים, כשאחות או רופא מקבלים את האישור מהמיילדת העולה.

בבאר־שבע העירקיות הייתה להן נעימה אחת, והיא הייתה המיילדת של כולן. (אחות)

אני עברתי בחינה אצל אחת המיילדות הזקנות שמה. היא עמדה והסתכלה איך אני מקבלת את הלידה ואחרי שהיא ראתה שאני מקבלת את הלידה בסדר ... כביכול עברתי את הבחינה. (אחות)

הייתה לידה בבית [במושב] ... הייתה איזה אישה זקנה, שפעלה כמיילדת. באו לקרוא לי למרפאה כיוון שהשלייה לא יצאה, זה יכול לגרום לסיבוך ... נגשתי לשם ומצאתי את היולדת...על הרצפה, לא על מיטה ... אני זוכר שהוצאתי את השלייה ... אני בדקתי והייתי מרוצה שהיא שלמה ... הזקנה ... לקחה, והיא בדקה גם כן, היא לא ידעה עברית אבל עשתה סימנים בראש שזה בסדר, היא הייתה מרוצה. (רופא)⁷

ב־1954 התערבה המדינה בנושא ביטוח אמהות וילדים באמצעות חקיקה, שקבעה מענק לידה לכל אישה, שילדה בבית חולים או שהגיעה אליו בתוך עשרים וארבע שעות מזמן הלידה. המענק היה שווה ערך למחירה של מיטת תינוקות, ויועד בתחילת תהליך החקיקה להיות מתנה צנועה לתינוק. רק בשלבים האחרונים של החקיקה הומרה המתנה הזו בתשלום כספי והותנתה במפורש בלידה בבית חולים. אחרי חקיקת החוק התברר שקיימת בו לקונה: האם אינה חייבת ללדת בבית החולים עצמו, אלא רק להוכיח שרצתה ללדת בבית חולים ושעשתה

7 ריאיון עם ד"ר א. רינת, ארכיון הנגב ע"ש טוביהו, עמ' 7.

מאמץ סביר כדי להיות זכאית לדמי הלידה.⁸ החקיקה התייחסה רק לאחת מהבעיות האובייקטיביות שהזכרתי לעיל – המרחק, זמינות התחבורה ועלות הלידה.

נראה, על פי נתוני לידות הבית, כי רוב העולות השתכנעו בעקבות מענק הלידה והחלו ללדת בבתי חולים.

ואחר כך התחיל הביטוח הלאומי שקיבלו. מי שילדה בבית לא קיבלה את הביטוח, רק אלה שילדו בבית החולים קיבלו, אז הן עברו לבית החולים ... ללדת אבל זה הכול היה עניין של תשלום וכסף זה לא היה עניין משהו אחר זה לא הנשים האלה עם האידיאולוגיות שלהן ללדת בבית ... [ש: את לא חושבת שהיה להן חשוב ללדת בבית?] היה להן יותר נוח ללדת בבית החולים וקצת לנוח במקום לבוא להיות בבית [צוחקת] עם כל הילדים והכול. (אחות)

בעקבות חוק זה התפתחה גם תופעה חדשה בקרב חלק מהעולות במעברות וביישובים המרוחקים – לידות יזומות בדרכים. אף שאין רישום מדויק של היקף התופעה, נראה שמדובר במאות מקרים, לפחות, של לידות בדרך לבית החולים, החל מאמצע שנות ה־50. פרקטיקת ההתנגדות הייתה פשוטה – היולדות דחו את ההודעה לאחות על תחילת הלידה, ואף הסתתרו אצל שכנות וקרובות משפחה. קשיים אובייקטיביים שכבר הוזכרו (כמו נגישות הרכב והנהג), האריכו יותר את זמן היציאה. אחיות המעברות שרואיינו זוכרות מקרים של "לידות דרך":

הן היו קוראות לי די מאוחר. ממש כבר לפני הלידה. כמה לידות שאני קיבלתי בדרך [לבית החולים] לא יכולה אפילו לספור. הייתי מעמידה ... את הטנדר משכיבה את היולדת עם רגל אחת על הנהג ורגל אחת על המושב. הנהג היה מחכה בחוץ. אחרי איזה שתיים-שלוש לידות היה לי סידור עם [בית החולים], שהם נותנים לי חבילות לידה. לפחות לקבל לידה בדרך בצורה נורמלית כמה שאפשר. (אחות)

8 הנוסח הסופי של החוק מ־1954 התנה את קבלת המענק בהזדקקות לאִשפוז בבית החולים. הסעיף לא התייחס בפירוש לחובת הלידה בבית החולים, אלא לאִשפוז עצמו. בפירוש לחוק נכתב באותה שנה, כי "פתוחה לפרשנות היא השאלה אם תנאי זה מחייב אִשפוז ממש של היולדת או שמא יראו את תנאי ההזדקקות לאִשפוז כמקום אם היולדת עשתה כל שביכולתה על מנת ללדת בבית חולים ומסיבות שאינן תלויות בה [...] ילדה מחוץ לבית־חולים". ראו בר־ניב, צ. (1954) *חוק הביטוח הלאומי*, תל־אביב: הוצאת יבנה, עמ' 46; *דברי הכנסת*, 17.11.1953, קריאה שנייה ושלישית לחוק הביטוח הלאומי תשי"ד-1953, כרך טו, עמ' 160.

אז הן היו קוראות לי בדקה האחרונה. (אחות)

היה לי בחנוכה בלילה אחד, שבע פעמים נסענו [לבית החולים]. זה אני לא אשכח. זה היה משהו. (אחות)

משהסתיימה הלידה ניקתה האחות את הטנדר, והאם, עם התינוק בזרועותיה, המשיכה בנסיעה לבית החולים.

לובה אליאב, מנהל חבל לכיש מטעם מחלקת ההתיישבות של הסוכנות, מתאר באחד מספריו אירוע דומה. הוא הגיע באקראי לביקור ב-1954 (בליל גשם סוער) במעברת "חרובית", ופינה ברכבו יולדת שהקשתה ללדת ואת אחות המעברה. "ריח חריף של דם ולידה עמד בג'יפ", הוא מתאר. הלידה הזו התנהלה ברובה תוך נסיעה מהירה של הג'יפ בדרכי עפר משובשות, והסתיימה בלידת בן בריא דקה אחרי שהרכב הגיע לבית החולים.⁹

כאמור, תופעת הלידות בדרכים אפיינה תושבות מעברות ויישובים מרוחקים. אחיות שעבדו במרכז הארץ לא נתקלו בתופעה.

אני אף פעם לא הייתי צריכה לקבל לידה ... הבית חולים היה קרוב. לא יצא לי אף פעם. (אחות)

הפלות

בקרב תושבות היישוב הוותיק הפלות היו תופעה רווחת. להערכת הרופאים, 20%-30% מההריונות הופסקו באמצעות הפלה מלאכותית. לעומת זאת, בקרב העולות החדשות, בייחוד מארצות מוצא לא אירופיות, לא התבצעו, לפי ההערכה, הפלות מלאכותיות.

בארץ יש שתי התנהגויות שונות בתכלית שינוי בקשר עם הפריזון: מצד אחד, ריבוי מבהיל של הפלות מלאכותיות, ומצד שני ריבוי לא פחות מבהיל של לידות. אנו עדים בארץ לקיצוניות כפולה: מצד אחד, משמידות נשים כל הריון רביעי או שלישי, ומצד שני יולדות נשים 9 עד 10 או אולי אפילו 15 עד 16 פעמים. שתיהן אינן רצויות מבחינה ציבורית: המשפחה הקטנה אינה מבטיחה את קיום המדינה בדור הבא, המשפחה

9 אליאב, א. ל. (1980) "הראש כבר כמעט בחוץ – מחרובית אל חדר היולדות 1954", עולם מלא, תל-אביב: עם עובד, עמ' 53-55.

הגדולה אינה מסוגלת להתקיים כיחידה כלכלית חינוכית עצמאית בדור הזה. (רופא)¹⁰

נושא ההפלות לא עלה באורח ספונטני בראיונות. כל המרואיינים התייחסו לנושא רק בעקבות שאלה ישירה שלי. רבים מהם סירבו להתייחס לנושא בטענה שהם לא יודעים, או שהפלה לא הייתה שייכת לתחום עיסוקם. גם בין מי שהתייחסו, טענו הרוב כי לא עזרו ולא היו עוזרים לעולה למצוא את הדרך לרופא המבצע הפלות באורח חוקי.

[ש: מה הייתה עושה עולה, נגיד באותה תקופה אם הייתה צריכה לעשות הפלה ... מה היא הייתה יכולה לעשות?] בכלל לא חשבה ... אולי בין אלה שבאו מתרבות קצת יותר גבוהה, אחרת. אבל אלה לא חשבו על הפלה, לא ידעו בכלל שאפשר. כן, אולי הן ידעו שאפשר על-ידי גרימת זיהומים עצמיים ... בהחלט היה נורא מסוכן. (רופאה)

המרואיינות הסבירו כי הניחו שהעולות לא רוצות בהפלות בגלל הרקע הדתי והתרבותי שלהן. אחרות הדגישו שגם במקרים של דרישה רפואית להפסיק את ההיריון (למשל, במקרה של מחלת לב) סירבו העולות לבצעה. בנוסף, הועלתה גם הטענה כי להפלה מלאכותית נדרשה גם הסכמת הבעל, וסיכוייה של הסכמה זו להינתן בתוך הקשר דתי ומסורתי היו נמוכים.

לא עלה על בדעתנו להציע לה [לאישה עולה] הפלה. זה לא הייתה המגמה שלנו להציע הפלות, הייתה מגמה למנוע הריונות עד כמה שיכולנו ... טיפלנו במניעת הריונות. עם הימים הבטוחים, ותשמעי לא היה, הם לא היו משתמשים בקונדום כמובן. הפלות זה לא היה. לא הדרכנו להפלות. בכל אופן, התימנים, בטח לא. [ואחרים?] אם מישהו בא ואומר שהוא רוצה ללכת להפלה, אז גם, לא, אנחנו, אף פעם לא, אני בכלל אופן. אף פעם לא יעצתי למישהו ללכת להפלה ... [אבל את אומרת שמישהי במצוקה] לא, לא. אז אנחנו עזרנו לה ... עזרנו לה כמה שרק יכולנו, עזרנו לה בהשגת אמצעים, במתן עוד עזרה קצת ועוד עזרה, ועוד דיבור. (אחות)

10 הורן, ר. (1959) "5 שנות ניסיון בוועדה לנשים הרות ברעננה", *דפים רפואיים*, 5-6 (דצמבר), עמ' 372-383. ההערכה שלפיה העולות לא השתמשו בהפלות מלאכותיות, אינה מביאה בחשבון הפלות "שחורות" מחוץ לכותלי בית החולים בידי מרפאים מקומיים, בתוך יישובי העולים ומחוצה להם.

אפילו רפואי, כשהייתה ועדה רפואית, וכשאנחנו המלצנו על אישה, שהיא תמות. הרופא אמר שבגלל הלב או בגלל כל מיני, אני לא יודעת, הפרעות בכליות, סיבה ... רפואית רצינית, והוא לא הסכים. [מי זה הוא?]
הזוג. הסכמה זה צריך להיות של הזוג. לשכנע הצטרכתי לדבר אֶתו. אז היה צריך לקחת מישהו את העוז וללכת לדבר אֶתו ... עכשיו תראי, היו חמישה ילדים שם ... כשהיא הבינה שהיא תעזוב חמישה ותלך, אם הלב שלה, לפחות היא צריכה ועדה רפואית ... [למרות הוראות הרופא] היא לא השתכנעה שהיא צריכה לעשות הפלה. (אחות)

אנחנו לא פעלנו, לא התערבנו ולא נתקלנו בהפסקות היריון בשום אופן.
(אחות)

חלק מהאחיות זכרו שנתקלו בעולות ממוצא אירופי שנזקקו להפלות. אבל גם במקרה זה טענו רובן שהן סירבו לעזור, או שהעולות הצליחו "להסתדר לבד".

למשל ברומניה, אני זוכרת שאמהות סיפרו לי, ואני הייתי נדהמת. כמה הפלות, זה היה אמצעי המניעה, ההפלות. (אחות)

האוכלוסייה שבאה זו אוכלוסייה דתית-מסורתית ... הם אף פעם לא רצו להפסיק היריון. [נו, אבל נניח לא עולות מצפון-אפריקה אלא עולות מרומניה?] תשמעי, הן ידעו להסתדר. אלינו הן לא הגיעו. (אחות)

רק כמה מהאחיות סיפרו שהן היו מעורבות בארגון הפלות מלאכותיות. הן התערבו במקרים קיצוניים מאוד של אונס, גילוי עריות והריונות נעורים.

זה לא היה כמעט, לא היו הפלות. רק אצל בחורות צעירות שנכנסו להיריון והשתדלנו לעזור להן.. היינו מדברים עם הרופאים בבתי חולים, אנחנו עבדנו מאוד צמוד לבתי חולים עם רופאים ... אני זוכרת עכשיו אחד או שני מקרים שדווקא דיברנו עם [שם בית חולים] שם היה רופא מוכר, דיברנו אֶתו כי גם אולי רצינו רחוק מהבית, שלא ידעו בכלל בבית. (אחות)

אני פעם אחת כן התערבתי, כן התערבתי, וזה היה מקרה מיוחד במינו עם העלייה הזאת, העלייה דווקא מאירופה. הגיעה ללוד אישה עם הבן שלה שהוא היה נער מבוגר אני הכרתי אותה מכיוון שהילד היה מפגר ... אישה בודדה בלי בעל. ויום בהיר אחד היא באה אליי לתחנה כבר לקראת סגירה, היא ... נכנסה, והיא מספרת לי סיפור שהיא בהיריון, אני אמרתי יופי, יש לך חבר, בעל. והיא אומרת לא, זה מהבן שלי. תשמעו,

אני הייתי אז צעירה וכשאני שמעתי את זה, זה כאילו שהשמים נפלו לי על הראש ... והיא אמרה לי, אני איבדתי את הבעל ואין לי משפחה, ולא איכפת לי שיהיו לי עוד ילדים ... אז אני שלחתי אותה לייעוץ, דיברתי עם מי שדיברתי ... עשו הפלה, עשו לה הפלה. לכי תדעי, והיא יוצאת שואה, זה לא מישהי סתם. (אחות)

ההפלות, הליך לא רצוי מבחינה רפואית-לאומית-חברתית, נחסמו בפני העולות החדשות. כדי להשיג גישה להפלה היה על העולה להבין את אופן הפעולה של מנגנון אישור ההפלות בשנות ה-50. נשים ותיקות (או שיש להן קרובים בארץ), נשים שקלטו את השפה והיו עצמאיות מבחינת תנועה ויציאה לעבודה, היו בעלות סיכוי רב יותר להשיג הפלה. נשים מסורתיות, שלא יצאו לעבודה מחוץ ליישובי העולים ולא הכירו את המנגנונים הרפואיים שמחוץ ליישוב היו בעלות סיכויים קטנים יותר להגיע להפלה. החסימה המבנית של הגישה להפלות בפני חלק מהאוכלוסייה תרם להגברת אי-השוויון בין עולים לוותיקים. האירוניה היא שהרופאים, שהלינו על שיעור הלידות הגבוה מדי בקרב העולים, חסמו בפניהם את האופציה להפלות. לעומת זאת, הוותיקים שמרו על שיעורי לידה נמוכים באמצעות שימוש נמרץ בהפלות.

מניעת היריון

שיעורי הלידה הגבוהים של העולים הוסברו על ידי עולי שנות ה-50 כפרי ההצלחה הרפואית של הצוותים בארץ. לולא מאמציהם, שמנעו את תמותת התינוקות והילדים הגבוהה, לא היו נשארים ילדים רבים בחיים, ותופעת משפחות מרובות ילדים לא הייתה קיימת.

העולות אלה, עם הילודה השכיחה, הם היו עולות דתיות, כל עדות המזרח. הלא התימניות לא ידעו שום אמצעי וגם לא השתמשו בשום אמצעים. פה רק בא הטבע והרבה מתו, כן? אני קיבלתי אישה עם ארבע עשרה הריונות, כי רשמנו הריונות וכמה לידות. והיו אולי, שבע לידות, ונשארו שתי ילדות ... לא הייתה בעיה של ריבוי ילדים, כי לא חיו, לא נשארו בחיים. (אחות)

חוסר שביעות הרצון משיעורי הלידה הגבוהים של העולים, שעלו במחיר בריאותי כבד לאמהות, אך גם (לדעת חלק מהרופאים) הכבידו על תהליכי בינוי האומה, הביאו להמלצה חדר-משמעת של רופאים לשימוש באמצעי מניעה להסדרת הלידות.

התייעצנו עם כמה אנשים, שיבואו להרצות. למשל רופא הנשים שהיה בא לשם לבדוק ... שיבוא פעם לתת הרצאה לנשים ... והוא בא, והוא התחיל לדבר על הרקע הזה כמו שהוא ידע, מה זה הנשים הגברים. היו באים גם נשים וגם גברים, היינו בכוונה מזמינים משפחות. אז הנשים והגברים ממש רצו ... להרביץ לו, אבל הם יצאו. הם לא רצו לשמוע מה שהוא מדבר, הם לא תפסו את זה בכלל ... בכלל זה לא היה לרוחם. זה לא היה לתפיסה שלהם. (אחות)

עשינו מאמצים נואשים להסדרת הלידות ... נשים בנות 25-30 כבר ניכרים בהם העדר שמחת חיים, אפיסת-כוחות ואפטיה.¹¹ (אחות מחוזית)

האחיות שעבדו עם העולים היססו הרבה יותר לפני שהתערבו בנושא אמצעי מניעה. רבות מהן קשרו בין דתיות ובין התנגדות לאמצעי מניעה. בתקופה שלא עודדה דיון פתוח על מין גם בחברה הכללית, ובה השתדלו להימנע מלדון בנושאים אלה, חשו האחיות דאגה אם הנושא עלה. לא יהיה זה מוגזם להניח שבהעדר עידוד, לא המשכיחה העולה את הדיון בנושא.

אני בזמנים ההם, אף פעם לא הייתי מדברת בתחום הזה בכלל. ואם כן, אז רק לפי מה שמקובל, בדת, לפי הדת ... הם היו כולם דתיים. (אחות)

אני חושבת שאז, אם היו באים בענייני מין, היינו מאוד מפחדות, כי לא קיבלנו שום הכשרה ... וגם אני חושבת שהזהירו אותנו מאוד, כי את לא יודעת, האוכלוסייה הזאת לא ראתה בעין יפה[התערבות בנושא מין]. (אחות)

כמה מהאחיות הודו בגלוי כי הן ניסו לעזור לנשים להסדיר את הלידות באמצעות טכניקות או באמצעות עזרי מניעה. היו אחיות שהסבירו לנשים את שיטת ה"ימים הבטוחים", ואחרות שהביאו להן אמצעים למניעת היריון. אחיות אחרות ניסו לשכנע את העולות הדתיות "לשחק" בתאריכי ההליכה למקווה, כך שיוכלו להימנע ממגע מיני בתקופות שיא הפוריות שלהן. חלק מהאחיות רמזו כי הבעלים היו ערים לניסיונות השינוי, וכי לא תמיד הצליחה השיטה.

אני אומרת לך שלא הייתה מגמה כללית. אלה נשים מסוימות שראינו שקשה להן ההיריון, שקשה להן. אז אמרנו לה, תראי יש שיטות של מניעה, יש, זה זאת אומרת בימים מסוימים. בימים ספורים. את אישה

11 לסקוב צ. (1954) "פעולת האחיות במעברות במחוז הצפון", *האחות בישראל*, ב (י), עמ' 25.

חולה, תתייעצי עם הרופא בקופת חולים. תתייעצי עם הרופא נשים.
תתייעצי. (אחות)

תראי מה שהן [האחיות] עשו בשביל המשפחות לעזור להם. היו אלה
שלא רוצים להיכנס להיריון ... הביאו להם כל מיני משחות וזה בסתר.
(אחות)

אני הצעתי משהו שהוא באמת מקורי, שהלא אצל הנשים דתיות הן
סופרות את הימים אחרי, אז אמרתי צריך לעשות טעות בספירה. אם לא
הולכים למקווה, אז הם עוד לא, לא, כשרים ללידה. אז אה, פשוט הם
יכלו לעשות, בשקט, ללמד, שזה דבר מאוד רגיש, כן? ללמד לשקר.
(אחות)

אז אישה אומרת לי מה אני אעשה שאני לא אכנס להיריון? אז אני
אומרת לה אל תלכי למקווה. אז בעלה בא אלי ואמר לי [מחקה מבטא
תימני] 'בשביל זה יש מקלחת'. (אחות)

גם בסוגיית אמצעי המניעה נתקלו האחיות בהתנגדות ובוויכוחים. מדובר לא רק
בהתנגדות הגורפת לאמצעי המניעה, אלא גם לכעס שהופנה כלפי הצוותים
הרפואיים במקרה שההתערבות לא נשאה את הפירות הרצויים. כך תואר מקרה
של אישה שלא רצה ללדת, אבל נכנסה למצוקה מרגע שאיבדה את היכולת
להיכנס להיריון. במקרה אחר כעסו עולים על כך שנכנסו להיריון, אף שהסכימו
להשתמש באמצעי מניעה. אירועים כאלה, יש להניח, הפחיתו עוד את הרצון של
האחיות בשטח להתערב בסוגיית אמצעי המניעה.

את נתקלת בבעיות שהשערות סומרות. אישה שבכתה בכי מר על זה
שהיא לא יכולה ללדת יותר, נשבר לה, נמאס לה, ואני לא זוכרת אם
עזרו לה אז בהפסקת היריון או אם עזרו לה למנוע, אבל היא ברגע
שנפסק ווסת או משהו אז היא נכנסה להיסטריה מפני שהיא עברה
מקטגוריה של אישה לקטגוריה של אלטעזאכן ... של דבר ישן. היא לא
הייתה יותר שווה. והיא באה והתחננה, היא אמרה תעזרו לי, אני אעשה
עוד ילד, אני לא יכולה לסבול את המצב. (אחות)

אישה שהיו לה עשרה ילדים. ואמרו לה שזה מספיק, שהיא תשתמש
בדיאפרגמה ... והכניסו לה דיאפרגמה והדיאפרגמה לא עבדה. והיא
נכנסה להיריון ואז בא אליי הבעל והפך שולחנות וצרח עלי, לא מספיק
שאנחנו עושים כל [שנה] ילד ואתם אומרים לא, הכנסתם לה משהו
ועשינו לה עוד שניים. (אחות)

כמו ההפלות, גם אמצעי המניעה היו נגישים הרבה פחות לעולות החדשות. התפיסה שמדובר במשפחות דתיות, יצרה הבחנה בין הפרקטיקות של הסדרת הלידות הנקוטות בקרב הוותיקים, העירוניים, המבוססים לבין אלו שלא אמורות היו להינקט בקרב העולים, תושבי הפריפריה והעניים.

הנקה

למרות הדתיות המיוחסת לעולות ולמרות הטאבו לכאורה על שיחות בנושאי מין, טענו אחיות רבות כי העולות התמידו בפרקי הנקה ארוכים כדי להימנע מכניסה להיריון נוסף. לא ברור אם האחיות שמעו את ההסבר מהעולות או שהן ייחסו להן הסבר שכבר היה מוכר ומקובל בחברה הקולטת.

הם לא היו מפסיקים ובייחוד, שהרי [הם] מאמינים שאם מניקים אז לא נכנסים כל כך מהר להיריון. (אחות)

הנקה הייתה נחשבת למניעת היריון בנוסף למזון. (אחות)

האמונה הטפלה שלהם, אולי לא טפלה, שאם מניקים שנים, אני ראיתי תימנייה, שהניקה אחרון חמש שנים, כבר היו שיניים וזה היה נורא. אבל הילד ידע למצוץ, לא חלב, אבל חושבים שאז פעולת ההורמונים היא כזאת, שמניעה יש של היריון. (אחות)

הרבה פעמים, באמת, אמהות מיניקות, לא נכנסו להיריון. את לא יכולה לדעת אם זה בגלל זה ... את לא יודעת אם מה שקורה בתוכו [בתוך המשפחה], וזה גם טאבו טוטאלי, לא כמו אצלנו. (אחות)

אז העבודה העיקרית הייתה להסביר שזה לא מניעת היריון. וזה היה מאוד קשה. (אחות)

במקרה של ההנקה, בניגוד למקרים של ההפלות ושל אמצעי המניעה, נפגשו האינטרסים של העולות עם האינטרסים הרפואיים. בשנות ה-50 שיעורי ההנקה בקרב תושבי הארץ הוותיקים היו נמוכים מאוד, ועיקר תזונת התינוקות התבססה על חלב ב"נוסחאות" שונות ועל דייסות. זאת למרות תעמולה מתמשכת מצד הרופאים שביקשו לעודד הנקה בגלל יתרונותיה הבריאותיים לתינוק.¹² שיעורי ההנקה הגבוהים בקרב העולות זכו לעידוד של הצוותים הרפואיים, אף שהסיבה להנקה והרצון להימנע מהיריון, נראו להן כאמונה טפלה.

12 סטולר-ליס, ש. (2003) "כך אגדל תינוק ציוני – הבניית התינוק והאם הארץ ישראלים באמצעות ספרי הדרכה להורים", עיונים בתקומת ישראל, 13, עמ' 286-288.

היינו מעודדים את ההנקה. כי זה הכי פשוט הכי קל, הכי טוב. במקום החלב שלא היו פריג'דרים, לא היה קרח. היו מביאים קרח, לא מביאים קרח, כן מגיע לא מגיע, אז כל הדברים האלה של הנקה, רק עודדנו את ההנקה. רק ביקשנו כמה שיותר להניק. כמה שאפשר יותר. (אחות)

אבל מצד שני היא [ההנקה] גם הייתה מזון מאוד נוח. בעיקר שנשים כבר התחילו לעבוד בחקלאות. והן היו צריכות לעבוד בחקלאות אף שמהבית לא הייתה להם מטפלת או עוזרת. (אחות)

למרות האהדה של האחיות להנקה בקרב העולים, היה להן הרבה מה לומר לגבי טיב ההנקה, קצב ההנקה, משך ההנקה ותוספת של מזון נוסף ליונקים. בכל הפרמטרים הללו סטו חלק מהעולים מההמלצות של הצוותים הרפואיים. היו אחיות שניסו ללמד את העולות להניק לפי שעון, כפי שהיה מקובל עדיין בשנות ה-50, ואחרות ניסו לשכנע את העולות, שבהנקה אין די לתינוק, וכי עליהן להוסיף לו חלב או דייסות. אחיות נתקלו באמהות שהניקו במשך שנים, עד גיל הילדות, וטענו כי תת-התזונה של ילדי העולים נבעה גם מהנקות ארוכות ללא תוספת מזון.

אז היה עוד לפי שעות [ההנקה] ואם הילד בוכה בין הניקה אז לתת מים [היו להם שעונים?]. זאת שאלה טובה שאת שואלת, אני באמת לא זוכרת ... אז זה היה די חשוב עדיין הנושא של השעות. (אחות)

[נהגתי] להגיד לה תשתדלי לא כל פעם שהוא בוכה, אלא לעשות את זה בזמן. תשתדלי לתת את הארוחות נגיד קודם, להניק קצת, להכין את הבקבוק לתת לו בצורה כזאת לא בהקפדה מוגזמת כזאת כמו שהייתה באמת בעיר. אני חושבת שזה עבד. (אחות)

אימא שלה הניקה את הילד עד שנתיים ... היא הניקה את הילד עד שנתיים. מה אני יכולה, אמרתי לה תראי, עד גיל שנתיים זה כבר לא מספיק אוכל. הוא צריך גם דברים אחרים, אז הנקה הייתה הדורט. הוא אכל, ובסוף היה הולך ופותח לאימא את הכפתורים, מוציא את השד ואוכל. היא ראתה את זה בבית. ככה האימא שלה, ככה הדודות שלה, ככה. (אחות)

בזמנו, מה זה רק מניקים? ... אני הייתי מזועזעת. מה זה לא נותנים אוכל. אז התחלנו ללמד אותם שצריך לתת אוכל [ש:מאיזה גיל] אני חושבת שמגיל ארבעה חודשים את הפירות ומגיל שישה חודשים המרק ירקות. (אחות)

חוסר תזונה, זה היה המאפיין ... הם לא ידעו להסתדר מעבר ליניקה וזה לא היה מספיק אצל תינוקות. (אחות)

בניגוד לטענות האחיות, שהיה צורך ללמד את העולות ולשכנען להוסיף אוכל לתינוקות יונקים, כתבו כמה רופאים שההפך הוא הנכון. הם מצאו שהאמהות נתנו מזון נוסף ליונקים לפני הזמן וכך סיכנו את בריאות תינוקותיהם בשלשולים וזיהומים. חלק מהאמהות עשו זאת שכן חלבן יבש במהלך ההגירה לארץ, ואחרות נתנו מזון נוסף במקביל להנקה.

להפתעתי, למעלה ממחצית האמהות הפרימיטיביות של עדות המזרח ... מוסיפות אוכל מלאכותי לתינוק החל מחודשי חייו הראשונים. חוסר חלב אם בולט בעיקר במשפחות שזה מקרוב הגיעו לארץ. (רופא)¹³

האם חולצת לתינוק כל היום את השד – אין בו דבר והילד מתייבש. (רופא)¹⁴

תיארתי כאן את אופני ההתערבות של הצוותים הרפואיים שעבדו עם העולים בהקשרים שונים בימי העלייה הגדולה. בתחום של לידות הבית תיארתי התערבות פעילה ונמרצת של הרופאים, של הרופאות ושל האחיות. לצד שכנוע נמרץ ללדת בבית חולים (שזכה בסופו של דבר לחיזוק ממסדי בדמות מענק הלידה), הייתה מעורבות של צוותי השדה כדי להקל על לידות הבית, שאותן לא היה ניתן למנוע. שיתוף הפעולה בין הצוותים הרפואיים למיילדות מקומיות (אם התרחש) עזר עוד ליולדות בלידת הבית. גם כשהתפתחה הפרקטיקה המקומית והזמנית של "לידה בדרכים", התאימו את עצמן האחיות כדי להוסיף לעזור ליולדות ולהבטיח במידת האפשר שהלידה תעבור בשלום.

מאידך, בתחומים הקרובים ביותר ללידה (מניעת היריון והפלה) סירבו להתערב, ועל פי רוב, דרגי השדה של הצוותים הרפואיים. המעורבות המינימלית בתחומים אלו, שנבעה אולי מהתנגדות אישית-מוסרית, ואולי מאתוס מקצועי שהתהדר בעזרה להבאת חיים לעולם ולא במניעתם, הותירה את העולות ללא כתובת מוכרת וזמינה שאליה יכלו לפנות בנושא. זה בניגוד למצבן של הנשים הוותיקות יותר בעיר, שהכירו את הנתיבים להשגת אמצעי מניעה והפלות. האחיות המרואיינות לא מסרו לי מידע על הפלות לא חוקיות בקרב העולות, או על השימוש

13 פרבר ב. (1951) "רשמי רופא במעברה", *אתגים*, 8, אוגוסט 1951, עמ' 235.
14 קלנר, א. (1990) "שלושה מכתבים מהימים ההם", (מכתב מ-22.8.1950 מתורגם לעברית) *הרפואה*, 119 (ט), עמ' 285.

במתכונים מסורתיים, שיקויים וכו' למניעת היריון. במחקר המשך שבו ירואיינו העולים, יש צורך לברר סוגיות אלו.

ההנקה הוצגה על ידי המרואיינים כאמצעי המרכזי למניעת היריון של העולות. כיוון שההנקה נחשבה רצויה מבחינה רפואית, התקבלה הפרקטיקה הזו ללא התנגדות, אף שהצוותים הרפואיים לא העריכו במיוחד את סגולות מניעת ההיריון של ההנקה.

הפרקטיקות של הלידה והסדרת הלידות מסמנות הבחנה ברורה בין "אנחנו" ל"הם". השוני בנגישות לאמצעי הסדר הלידות הבטיח שימור של השוני בין עולים וקולטים. המתווכים הרפואיים, ובעיקר אחיות טיפת חלב, שעשו מאמצים גדולים להפוך את העולים ל"אנחנו" בתחומי ההיגיינה, הטיפול בבית וגידול הילדים, השאירו את הסדרת הלידות מחוץ לתחום, ובכך שימרו הבחנה ברורה בינן לבין העולים.

פרק תשיעי

הטיפול בעולים הלכה למעשה

הניסיון הציוני לקלוט עלייה בארץ ישראל לא הכין את המוסדות הקולטים בה לטיפול בעלייה הגדולה. הניסיונות לקלוט עלייה היו חסרי ערך במציאות החדשה, והמוסדות הקולטים נדרשו לבצע ניסיונות קליטה חדשים תוך ניסוי ותעייה מתמידים.

שער עלייה

שער עלייה נוסד ב-1949 כ"מחנה מעבר", שאליו הגיעו עולים לצורך רישום ובדיקות מיון רפואיות. מטרתו הייתה למיין את העולים לבריאים ולחולים. בשנה הראשונה עברו 41.7% מהעולים במחנה המיון, ב-1950 עברו בו 75.3% מהעולים, וב-1951 עברו בו 80.7%. העולים (מעל גיל 8) עברו בדיקת מיינוגרף לאיתור שחפת¹ ובדיקות דם סרולוגיות, שאותן עברו רק כ-60% מהעולים ב-1951.²

למעשה, שער עלייה היה מחנה סגור, ועל השוהים בו נאסר לעזוב אותו ללא רישיון מִעֵבֶר מהנהלת המחנה. הרקע לסגירת המחנה היה לא רק החשש מפני המחלות שהביאו אתם העולים, אך גם הרצון לאתר "מרגלים קומוניסטים" בקרב העולים, ולהקל את איתורם של חייבי גיוס.³ המחנה הוקם על שטחו של המחנה הבריטי סנט לוקאס, והיה אמור לקלוט בריזמנית 4,000-5,000 איש. המיון הבריאותי אמור היה להתבצע בתוך יומיים-שלושה, ובעקבות כך הופנו החולים אל בתי החולים, והבריאים הופנו למחנות העולים ולכפרי העבודה. מיומניו של מנהל שער עלייה, יהודה ויסברגר, עולה כי כבר באפריל, חודש אחרי פתיחת המחנה, הגיעו לשער עלייה כ-10,000 עולים בשבוע. קצב הבדיקות הרפואיות היה אטי, ההחלטה לאן להפנות את העולים התקבלה על ידי ועדת

- 1 ליכטנשטיין, ה. (1953) "העלייה ההמונית והתחלואה השחפתית", *דפים רפואיים*, יב (ב-ג), עמ' 105.
- 2 Btsh S. (1952) (ed.) *Proceedings of the WHO/UCS Medical Teaching Mission to Israel*, Tel Aviv: Ministry of Health, p. 350
- 3 ראו לקט בעיתונות - *דפים לענייני עלייה*, 50 (77), 27.10.49, המסכם כתבה מעיתון *חרות* באותו השבוע. עוד ראו AJDC, Malban box 110.

מיון, וקצב היציאה מהמחנה היה אטי יותר מקצב הכניסה. ויסברגר מתאר מחסור במזון לעולים, בציוד רפואי בסיסי ובמקומות למגורים. בנוסף, התעכבו עולים רבים במחנה כדי להמתין להגעת מטעניהם מבדיקות אנשי המכס. בחורף המושלג של 1950 היו בשער עלייה 6,500 עולים. לעתים מזומנות, התרחשו במחנה הפגנות והשתוללויות של עולים בלתי מרוצים. בין השאר, התקיימה שביתת רעב של עולי שחפת שדרשו להתאשפז. לצד העולים שוכנו במחנה גם היורדים – עולים שביקשו לשוב לארצות מוצאם. אירוע נוסף שהתרחש במחנה ב־1953 היה גירושם של חמישה נערים מעליית הנוער חזרה למרוקו. הנערים (חולי גזזת) גורשו מהארץ, שכן בשער עלייה הופעלה כנופיית שוד על ידי עולה בוגר תושב המחנה.⁴

המחנה נסגר זמנית בסוף מרץ 1955, על רקע הירידה במספרי העולים ועל רקע מדיניות "מן האונייה אל הכפר". לטענת ויסברגר, סה"כ עברו בו 352,240 עולים, כ־60% מהעולים באותה תקופה.

בפועל, היה שער עלייה מחנה בידוד. הכנסת העולים למחנה סגור עד לבירור מצבם הבריאותי ועד להחלטה על העברתם למקום אחר, הפרידה אותם מ"היישוב" והחזיקה אותם במצב ארעי של "מיון". עם זאת, גם במהלך שהותם במחנה, הם עברו הדרכה לשינוי אורחות חייהם. נשות ארגון אמהות עובדות הדריכו אותם בנושאי היגיינה ובטיפול בילדים.⁵

אֲשְׁפּוּז

בימי העלייה הגדולה היה מחסור בכל הקשור לאֲשְׁפּוּז עולים במוסדות בריאות. כך, למשל, טען ישראל רוקח (הציונים הכלליים) מעל בימת הכנסת:

אני מצטער להודיע בשם מנהל מחלקת הילדים של בית החולים שלנו, שמדי יום ביומו מעבירים ילדים במצב של גסיסה באמבולנסים לבית החולים ואנו עושים מאמצים גדולים, כדי להציל כל תינוק ותינוק שהוא

4 תיאורי המחנה והנתונים לקוחים מתוך הספר שנערך (אחרי מותו), מתוך יומניו של ויסברגר. ויסברגר, י. (1986) שער עליה – יומן העליה ההמונית 1947-1957, ירושלים: ההסתדרות הציונית העולמית. סיפור גירוש הנערים הונצח בשיר של נתן אלתרמן ה"בלתי מנוצחים", שבו הוא כותב: "שישה בני שבע ובני עשר, שישה בכורי שטן, שישה מוכי גזזת: קטן, קטן יותר ועוד יותר קטן, שבח לכם והלל". אלתרמן, נ. (תשי"ד) "הבלתי מנוצחים", הטור השביעי, ספר שני, תל-אביב: דבר, עמ' 184-186.

5 ויסברגר, י. (1986) שער עליה – יומן העליה ההמונית 1947-1957, ירושלים: ההסתדרות הציונית העולמית, עמ' 90.

כה יקר לנו. אנו מוציאים את ילדי תל-אביב החולים מן המיטות המיועדות להם ומוסרים אותם לילדי העולים. הוראה זו ניתנה כדי למנוע הפליה בין ילדי תל-אביב וילדי המחנות. אבל אין זה פותר את שאלת האשפוז לא של ילדי תל-אביב ולא של ילדי העולים.⁶

ושר הבריאות משה שפירא השיב באותו דיון:

מחובתי לומר, שהמצב בשטח האשפוז חמור מאוד. ואנוכי משקיף בחרדה לקראת ימים קשים בהרבה מאלה שאנו נמצאים בהם היום. הסכנות הן גדולות מאוד ... בסקטור של האשפוז הכללי אנו בגרעון של 50% מיטות. חסרים לנו כ-2,750 מיטות, מלבד מיטות לחולי רוח ולחולי שחפת, שמספרם לא קטן, לצערנו בבתי העולים ובמחנות כאן בארץ. נכון שדרושות לנו כיום 1,000 מיטות לילדים ושבסך הכול יש לנו בשבילם 250 מיטות.

רוקח התייחס לנתוני קבלה של ילדים לאשפוז, שנמסרו לו במכתב על ידי בית החולים העירוני. לפיהם, אחוז ילדי העולים המתקבלים לאשפוז גבוה בהרבה משיעורם של ילדים בני הארץ. בשבוע השני של מאי 1949 הגיעו לבית החולים 242 ילדים "שרובם הגדול היו זקוקים מאוד לקבלה דחופה". התקבלו לאשפוז 65 ילדים, מתוכם 49 ילדי עולים ו-16 ילדים שאינם עולים. אחוז האשפוז של ילדי העולים היה 47% מהפונים, ואחוז האשפוז של האחרים – 11.5%. 47 ילדים מתוך 65 המאושפזים היו מקרי טוקסיקוזיס ודיזינטריה קשים, 17 מתוכם מתו במהלך השבוע. בית החולים הסביר את מותם של שמונה מתוכם בכך שאושפזו באיחור מחוסר מקום בבית החולים "נשאר הרושם שילדים אלו הוזנחו בזמן שאפשר היה אולי להצילם".⁷

באוקטובר 1949 ביקר בן-גוריון בבית החולים תל-השומר וכך כתב ביומנו:

מזעזע מחזה הילדים מתימן – מזי רעב ממש. אין די אחיות לטיפול. איני יודע אם בית חולים איזה שהוא מנסה לעשות דבר אנושי וציוני יותר.⁸

6 "מצב הבריאות והאשפוז", דיון, 18.5.1949, דברי הכנסת, 1, עמ' 535.

7 מכתב מבית החולים העירוני (אין חתימה) אל ראש העירייה י. רוקח, 15.5.1949, ארכיון עיריית תל-אביב, תיק 4-1486.

8 יומן בן-גוריון, 17.10.1949, עמ' 80, אב"ג.

טבלה 11: המיטות בבתי החולים על פי שנה ובעלות⁹

1957	1956	1955	1954	1953	1952	1951	1950	1949	בראשית שנת... כל המיטות
12,331	12,218	11,837	10,609	10,456	9,442	8,379	6,305	4,626	
4,491	4,480	4,381	4,146	4,368	4,214	2,996			ממשלתיים
828	818	816	738	694	646	583			רשויות מקומיות
1,926	1,915	1,784	1,574	1,311	1,130	997			קו"ח
673	687	635	626	636	577	541			הדסה
1,434	1,524	1,590	1,267	992	565	-			מלב"ן
2,979	2,794	2,631	2,258	2,455	2,310	2,262			אחרים

כפי שעולה מהטבלה, מספר המיטות בבתי החולים היה בעלייה מתמדת לאורך תקופת העלייה הגדולה. הגידול באוכלוסייה, מצבם הבריאותי הקשה של חלק מהעולים, ובעיית האשפוז של עולים וותיקים כאחת הביאו לפתיחת בתי חולים ולהוספת מיטות. עם זאת, השימוש הגורף במונח בית חולים, מתייחס למוסדות שהיו שונים זה מזה לא רק באופי הבעלות ובמספר המיטות, אלא גם בציווד ובתקציבים. בית חולים ראש העין, למשל, היה למעשה האנגר של הצבא הבריטי שחולק ל-16 חדרים. ב-1951 לא היו בו מעבדת רנטגן, מעבדה רפואית או ציווד לניתוחים. האספקה של ציווד רפואי הייתה מוגבלת, והצוות כלל שתי אחיות מוסמכות שהופקדו על 150 מיטות.¹⁰ שאלת האשפוז הייתה כרוכה בתשלום שונה בכל בית חולים. עיריית תל-אביב, למשל, נדרשה ב-1951 לשלם 750 פרוטות ליום אשפוז בבתי החולים הממשלתיים. רק בבית החולים למחלות מידבקות בפרדס כץ האשפוז אמור היה להיות ללא תשלום.¹¹

9 הנתונים עובדו על פי השנתון הסטטיסטי לישראל כרך 1, עמ' 46; כרך 2, עמ' 37; כרך 4, עמ' 44; כרך 5, עמ' 50; כרך 6, עמ' 54; כרך 7, עמ' 61; כרך 8, עמ' 55. לגבי השנתיים הראשונות לא נערכה חלוקה על פי בעלות.

10 Btsh S. (1952) (ed.) *Proceedings of the WHO/UCS Medical Teaching Mission to Israel*, Tel Aviv: Ministry of Health, p. 353

11 לעיריית תל-אביב הגיעו תלונות על לקיחת ערבונות מחולים בבתי החולים הממשלתיים להבטחת התשלום. מאישה אחת נלקח כערבון שעון זהב, כשבאה לשחרר את בן-החלה בשיתוק ילדים מבי"ח פרדס כץ, שבו אמור היה האשפוז להינתן חינם. במקרים

בהדסה ירושלים ובבלינסון נגבו 1 ל"י ליום אֶשפּוּז, ובבית החולים הצבאי תל-השומר נגבו 3.6 ל"י ליום אֶשפּוּז.¹² כדי לפתור את בעיית אֶשפּוּז ילדי המעברות, חולקו באוקטובר 1951 המעברות במרכז הארץ לפי בתי החולים שאמורים לשרתם.¹³ עם זאת, נמשכו הוויכוחים לגבי מי אמור לטפל בחולים, ובאילו נסיבות.¹⁴ שיעורי האֶשפּוּז הדיפרנציאליים של ילדי עולים וילדים בני הארץ בבית החולים העירוני של תל-אביב מדגימים את השימוש המרחיק לכת בפרקטיקת האֶשפּוּז. ילדי העולים אושפּוּזו יותר, כי מצבם הרפואי היה ירוד יותר, אבל גם כי הציפייה שיקבלו טיפול מחוץ לאֶשפּוּז הייתה נמוכה יותר. לפיכך, כשהגיעו ילד עולה ממחנה וילד מבני הארץ, אושפּוּז הילד העולה. אך כשבוחנים את התפלגות מיטות לילדים מול מיטות למבוגרים, רואים כי למרות השימוש הרב בחשש לחיי הילדים (בדברי הפוליטיקאים), הדגש היה דווקא על הרחבת כמות המיטות למבוגרים. בנוסף, חלק מהמיטות החדשות שהובאו במהלך העלייה הגדולה היו מיטות זמניות – חדרי אֶשפּוּז במחנות העולים, בתי חולים לעולים (כמו בראש העין) – ומיטות שיועדו באופן ספציפי לעולים. הספציאליזציה של האֶשפּוּז גברה עוד עם התחלת הפעולה של מלב"ן, שהמיטות שהקים היו מיועדות באופן בלבדי לעולים זקנים ולנכים. האֶשפּוּז מסמן, אם כן, הפרדה

אחרים, בבי"ח בגבעת עלייה, נלקחו מחולים פנקסי מזון ותעודות זהות. מכתב מד"ר פ. רובינזון מנהל המחלקה לרפואה ציבורית בעיריית תל-אביב אל המנהל הכללי של משרד הבריאות, 19.9.1951, ארכיון עיריית תל-אביב, תיק 4-1487.

12 מכתב מ' מימוני אל י. רוקח ראש העירייה, 30.1.1951, ארכיון עיריית ת"א, תיק 4-1487.

13 בית חולים צריפין שויך למעברות פתח תקווה, מחנה ישראל ויהוד; בית חולים בית ליד שויך למעברות חוף השרון וכפר סבא; בית חולים דג'אני שויך למעברות ג'ליל, הרצליה, כפר נחמן ורמת השרון. במקרה של עומס בדג'אני האחראי גם על מעברות בדרום, הובטחה קליטת תושבי מעברות הרצליה וכפר נחמן בבית ליד. מעברות ראש העין, מגדיאל ורמתיים הופנו לבלינסון. מכתב משרד הבריאות (חתימה לא ברורה) לד"ר בורשטין, רופא מחוז השרון בקופת חולים, 30.10.1951, אה"ע IV243-3-139.

14 כך התלונן רופא מבית החולים ראש העין על העדרה של תורנות שבת ולילה במעברת ראש העין, שבעטיה נותרה המעברה בחג השבועות שתי יממות וחצי ללא רופא או אחות. החולים (ביניהם יולדות ופצועי תגרות) הגיעו לבית החולים, שהוגדר כבית חולי למחלות פנימיות, לקבלת טיפול. במכתב חריף הודיע ד"ר י. ישראלי לקופת חולים ולשירות הרפואי לעולה, כי בית החולים קיבל הוראה לא לקבל (למעט עזרה ראשונה) חולים כירורגיים או יולדות. מכתב ד"ר י. ישראלי לקופת חולים מחוז השרון ולשירות הרפואי לעולה מחוז דרום, 14.6.1951, אה"ע IV243-3-139. בדומה, נשלח מברק (ללא תאריך) לקופת חולים בפתח תקווה מבית החולים הממשלתי בצריפין שבו נכתב: "הורו נא לרופאיכם לא שלוח אלינו ילדים חולים מכיוון שבית החולים שלנו אינו שייך לאזור שאליו הנכם משתייכים באֶשפּוּז חולים" אה"ע IV243-3-139.

כפולה: ההפרדה המובנת מאליה בין בריאים וחולים, אך גם מערך של הפרדות והבחנות בין חולים לחולים על רקע של גיל, על רקע מצב כלכלי ועל רקע של ותק בארץ.

טפּלית (מעון יום)

ה"טפּלית" הייתה מוסד יומי, שבו הייתה כמות מצומצמת של מיטות לתינוקות, לרוב בצמוד לתחנה לטיפול בתינוקות ובפיקוח רפואי שלה. ועדת המשנה לטיפול בבעיית התינוקות במעברות העריכה כי נדרשות 30 טפּליות – 15 מהן היו אמורות לקום בידי משרד הבריאות והדסה, ובהקמת 15 נוספות הייתה קופת החולים אמורה להשתתף עם ארגון אמהות עובדות.¹⁵ ב־1940 הפעילה עיריית תל־אביב לראשונה טפּליות בשלוש תחנות טיפות חלב בנווה שאנון, בנווה שלום ובפלורנטין, בהן טופלו 24-25 תינוקות. הסיבה להקמת הטפּליות הוגדרה "המצוקה הכלכלית בעיר והרעת תנאי הדיור וההזנה".¹⁶ ב־1952 תיאר מזכיר עיריית תל־אביב את הטפּלית בשכונת התקווה במלים הבאות:

טפּלית לתינוקות ירודי משקל, שבה מקבלים תינוקות אלה בגיל עד שנה וחצי טיפול ומזון דיאטטי במשך כל היום, והאם מקבלת הדרכה כיצד לטפל בתינוקה.¹⁷

הטפּליות הוקמו במחנות וביישובי העולים, שבהם פעלו בקביעות תחנות טיפות חלב. לא כל הטפּליות תוקצבו בנפרד מהתחנות, בחלק מהמקומות הייתה הקמת הטפּלית יזמה מקומית של צוות תחנת טיפת חלב. בטפּלית שהו תינוקות, על פי החלטת אחות התחנה, במהלך פעולת התחנה, וקיבלו בה הזנה והשגחה.

בתי התינוקות

בתי התינוקות נועדו לספק לתינוקות תנאי מגורים משובחים יותר משל שאר תושבי מחנות העולים (ברוח בית התינוקות הקיבוצי), שלהם נוספו טיפול

15 זיכרון דברים של ועדת המשנה לטיפול בבעיית התינוקות במעברות, 17.7.1951, אב"ג, תיק נושא מעברות, 5-7"ד-2.

16 כן מוסבר כי "השם 'טפּלית' נקבע במוסדות העירייה למונח האנגלי Day Nursery (מעון יום לתינוקות), והוא מצרף משתי מילים (טפּ-טפל)", ראו "דוח עיריית תל־אביב לשנת 1940/41", בתוך: ידיעות עיריית תל־אביב, 7-9, עמ' 26.

17 מכתב מיהודה נדיבי, מזכיר העיר תל־אביב, למערכת דבר השבוע, ארכיון עיריית תל־אביב, 3.10.1952, 4-1487.

מקצועי (או סמי־מקצועי) של מטפלות והדרכה של האמהות בהלכות הטיפול הראוי. המטפלות היו בחלקן עובדות משרד הבריאות או משרד העבודה, שעברו קורסים בטיפול בתינוקות, וחלקן מתנדבות שבאו מטעם ארגוני נשים מיישובים סמוכים למחנות. במאי 1950 הוקמו בתי תינוקות בכל 58 מחנות העולים, והם מנו יותר ממאה אלף נפש. בדרך כלל, שכנו בתי התינוקות במבני קבע מחוממים, נקיים יותר וצפופים פחות מהמגורים המשותפים שהוקצו לשאר השוהים. עם זאת, היו עולים שסירבו להוציא את ילדיהם מרשותם. התנגדות זו אפיינה במיוחד את יוצאי מחנות הנאצים באירופה, שמלכתחילה הוטרדו מרעיון המגורים הסגורים במחנות העולים.¹⁸ ההתנגדות של העולים הוסברה בפער התרבותי ביניהם לבין הקולטים.

לא ביום אחד ניתן להרים את הרמה התרבותית של האבות והאימהות האלה, עד שירצו למסור את ילדם החולה לידי הרופא בחדר המיוחד שהוקם במחנה בשביל ילדים חולים.¹⁹

ובאותה רוח, הנכונות של העולים לשאת פעולה עם בית התינוקות הוסברה כהצלחה של הקליטה:

יש לציין בסיפוק, כי הנשים מתימן שלא אבו תחילה למסור את ילדיהן לבתי תינוקות, החלו להבין את הברכה הרבה של מוסדות אלה ועכשיו הן מוסרות ברצון ובשמחה את ילדיהן לבתי התינוקות (המוחזקים על ידי ויצ"ו, הנהלת הסוכנות ועוד).²⁰

בתי התינוקות הוצגו בידי שרת העבודה כפתרון שאמור לענות חלקית על המחסור בתשתיות (ובעיקר במבנים למגורי קבע) על ידי מבני קבע, שהוקצו באורח בלבדי לתינוקות, ובמימון גופים לא ממשלתיים:

במעברות מוקמים מבנים לבתי תינוקות. בחלקם כבר הוקמו בתי תינוקות אלה. בחלק מהמעברות יהיו בתי תינוקות קבועים, זאת אומרת שהתינוקות ימצאו בבתי התינוקות יום יום. ובחלק מהמעברות – בעיקר במעברות ההתיישבות – ישמשו בתי התינוקות בעיקר בזמן של חירום, למשל: גשם, סערה, קור ... בציווד בתי התינוקות ובעול החזקתם נושאים ארגוני

18 הכהן, ד. (1994) עולים בסערה: העלייה הגדולה וקליטתה בישראל 1948-1953, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 326.

19 הודעת שר הבריאות על מצב הבריאות והאשפוז, 27.6.1949, דברי הכנסת, 1, עמ' 820.

20 אלחנני, א. ה. (1950) "העזרה הרפואית לעולם – כיצד", 27, 25.8.1950, עמ' 8.

הנשים בעזרת משרד הסעד והסוכנות היהודית. כעת, עם כניסתו של הצבא ל-37 מעברות נשלחו מ-3 עד 4 חיילות לכל אחד מהמעברות האלו, ובאופן מיוחד לעבוד בתוך בתי התינוקות בהוראת המדריכה או האישה האחראית לטיפול בילדים, שגם היא באה מבחוץ לטיפול בילדים.²¹

ב-1951 הודיעה שרת העבודה גולדה מאיר כי קיימים 209 גני ילדים ו-86 בתי תינוקות המוחזקים על ידי משרד הסעד ומנוהלים על ידי ארגוני הנשים.²² בבתי התינוקות סודרו 4,133 תינוקות – 490 מתוכם במסגרות של 24 שעות ביממה, 1,750 יום מלא, ו-143 מחצית היום.²³

סגירת בתי התינוקות, שנלוותה אל המעבר ממחנות עולים למעברות,²⁴ עוררה התנגדות עזה בקרב רופאים. בחודשים יוני ויולי 1952 התנהלה התכתבות נמרצת בין גורמי בריאות שונים בקשר למצב הקשה של התינוקות במעברות עם סגירת בתי התינוקות. כך למשל, כתב ד"ר רודולף קוכמן מבית החולים צהלון ביפו למשרד הבריאות:

נודע לי שנסגרו בתי התינוקות ברוב המעברות וזאת דווקא בקיץ שבו מחלות התינוקות, ובפרט השלשולים, מתרבות ... בכל בתי החולים נראות כבר התוצאות: הסתערות של תינוקות חולים מטוקסיקוזים על חדרי הקבלה. המחלקות מלאות ולמרות הוספת מיטות עד 25% מן התקן אפשר לקבל רק כ-30% של הילדים הזקוקים לאֶשפוז ... בטוחני, מניסיונותי בבית ליד לפני 3 שנים, שיהיה אפשר למנוע את רוב הגידול של הטוקסיקוזות על ידי השגחה וטיפול מתאים בתוך המעברות, להקטין את התחלואה והתמותה ולחסוך כספי התחבורה והאֶשפוז.²⁵

-
- 21 המצב במעברות הודעת שר העבודה, 11.12.1950, דברי הכנסת, 7, עמ' 407.
- 22 המצב במעברות, הודעת שר העבודה, 20.12.1951, דברי הכנסת, 10, עמ' 784.
- 23 ללא ציון שם המחבר, "4,133 ילדי מעברות סודרו במוסדות", הארץ, 27.12.1951, עמ' 1.
- 24 הדבר נעשה במטרה להחזיר לעולים את האחרייות על הטיפול בילדיהם, ולהוזיל את עלויות הקליטה.
- 25 מכתב מד"ר ר. קוכמן אל ד"ר י. טאושטין, מנהלת המחלקה לטיפול באם ובילד, האגף לרפואה סוציאלית במשרד הבריאות, 29.6.1952, ג"מ ג-4265/188/7. באותו תיק נמצאים מכתבים נוספים באותו עניין. למשל, מכתב מד"ר טובה ישורון-ברמן ממרכז קופת חולים לד"ר לוטן במשרד העבודה הכותבת: "בתי התינוקות כשלעצמם חשובים מאוד. שוללים אותם מפני שאין כוחות מקצועיים לנהל אותם", 10.7.1952, וכן מכתב מד"ר י. טאושטין לד"ר לוטן, 16.7.1952.

חלק מבתי התינוקות לא נסגרו לחלוטין, אלא המשיכו לפעול במתכונת של מעון יום. עם זאת, בעיות תקציב ופרסונל הביאו לסגירה מתמדת גם של בתי התינוקות המקוצצים. ב-1953 המפקחת ברכה שפרי דיווחה לקופת החולים כי בית התינוקות בכפר אנעד שהופעל שישה שבועות קודם לכן על ידי ארגון אמהות עובדות, נסגר מטעמי תקציב:

המצב בכפר אנע בכי רע. ילדים מגיעים לבי"ח ו-3-4 ימים אחרי עזבם שוב מתקבלים לבית החולים במצב גרוע יותר. מעון יום שימש כבית הבראה עבור ילדים ירודים אלה. וכעת אחרי שסגרו את הבית הופקרו הילדים כליל.²⁶

הרציונל של בתי התינוקות היה להוציא את התינוקות של העולים מרשות הוריהם לטיפול מוסדי בתנאים פיזיים ותזונתיים עדיפים על אלו של שאר תושבי מחנות העולים. בתי התינוקות נתפסו כאמצעי לשמירה על בריאות התינוקות בתנאי הסביבה הקשים של יישובי העולים.

קורת גג

הרעיון למבצע "קורת גג" התגבש במהלך החורף הקשה של 1950. אמנם מקרים אזוריים של אימוץ ילדי עולים מהמחנות אירעו כבר בחורף 1949,²⁷ אך לידי פרקטיקה מאורגנת הגיעו הדברים רק ב-1950. הרעיון היה להפנות את ילדי העולים לשהות של כמה חודשים בבתי מבוססים בערים, בקיבוצים ובמושבים. אך ההיענות הציבורית למבצע הייתה נמוכה הרבה מהמצופה:

נשמעה קריאה ביישוב לקורת גג. התכנית הייתה להעביר ילדים מגיל 6 עד 12 לבתי פרטיים בערים, המושבות ובמשקים. ישנם בערך 6,000 ילדים בגיל זה שבתכנית היה להעבירם. אני מצטערת צער רב להודיע, שאחרי כל הקריאות שלנו שהיו ביישוב, לא נמצאו 6,000 מקומות בשביל 6,000 ילדים ... קיבל על עצמו הצבא בתוך חוג פעולותיו להקים מחנות ל-1,000-1,500 ילד בחודשי החורף.²⁸

26 במכתב של ד"ר טובה ישורון-ברמן לח"כ זלמן ארן, 18.9.1953, א"ע IV208-7474. באותו מכתב מובא גם דיווח על סגירת מעון היום במחנה ישראל.

27 גובר, ר. (1961) אל משואות לכיש, תל-אביב: דבר, עמ' 14. המחברת מתארת את הבאת ילדי מחנה העולים בג'וליס למושב כפר ורבורג בחורף 1949.

28 המצב במעברות, הודעת שר העבודה, 11.12.1950, דברי הכנסת, 7, עמ' 407.

גם נכונות ההורים העולים למסור את ילדיהם ל"קורת גג" הייתה נמוכה מהמצופה. בסופו של דבר הועברו ל"קורת גג" 3,636 ילדים, מתוכם 1,383 סודרו במשפחות בערים ובמושבות.²⁹

שנה מאוחר יותר (1951) הוצאו עד דצמבר 4,000 ילדים ל"קורת גג" וסודרו "בצבא, בהתיישבות העובדת ובמוסדות עליית הנוער". לקחי השנה הקודמת נלמדו, והמבצע לא התבסס יותר על התנדבותו של הציבור הרחב, אלא על השתתפות מוסדית של הצבא, תנועת המושבים, הילדים ומוסדות עליית הנוער.

הילדים הועברו תחילה לבדיקה רפואית במחנות מיון בראש העין ובעתלית, ומתוך 1,200 המקומות שהקצה הצבא (שהורחבו באותה שנה ל-1,800 מקומות), 600 יועדו לילדים "הנגועים במחלות עור", 1,000 מקומות הוקצו בעליית הנוער, 2,400 בהתיישבות העובדת ו-600 במחנה המיון בעתלית.³⁰ שר הסעד הרב י. מ. לוין מסר כי 5,231 ילדים ממעברות המרכז והדרום בני 6-12 הועברו למיון בראש העין. בנוסף על הבדיקה הרפואית, מקבלים שם הילדים שתי מערכות הלבשה, וממוינים על פי אורח חייהם לחילוניים ודתיים. 2,205 ילדים הועברו למחנות צבא, ובהם 150 חולי גזת שנשלחו למחנה צבאי. ממחנה המיון השני בעתלית, שנוהל על ידי מחלקת הקליטה של הסוכנות, נשלחו ילדים להתיישבות העובדת בצפון.³¹

ילדי "קורת גג" נדרשו לעבור מיון רפואי כתנאי לקבלתם לתכנית. חסיה דרורי (מפא"י) אמרה מעל לדוכן הכנסת, כי חברות המושבים יקבלו את

29 מחקר מטעם מכון סאלד, שחקר את מבצע "קורת גג", מצא שחלק מהמשפחות היו משפחות דתיות, שגויסו על ידי החוגים הדתיים, מחשש שילדי העולים יועברו למשפחות חילוניות, וחלק אחר היה משפחות עניות שראו, בתשלום 6 ל"י לילד תוספת רצויה לכלכלת המשפחה. עם זאת, לטענת עורכי המחקר, מרבית המארחים לא לקחו את 6 הל"י. המחקר הראה מקרים רבים של העברת ילדים למשפחות לא מתאימות, אף שרוב המשפחות הוערכו בידי עובד סוציאלי. בנוסף, רבים מהילדים צלחו את מנגנון המיון הרפואי למרות היותם חולים, ובמקרים רבים הוחזרו על רקע זה לידי המשפחות, ובמקרים אחרים טופלו על ידי המשפחות המארחות וקישרו את האירוח עם הטיפול. המחקר מצביע על כך ש-3/4 מילדי "קורת גג" הסתגלו, כלומר קיבלו עליהם את מנהגי הניקיון והסדר של המארחים, הסתגלו לאוכל וקיימו קשרים רגשיים חיוביים עם אחד הקולטים. בסיכומה של התקופה, סירבו 45.7% מהילדים לחזור להוריהם במעברה. ספיר, ר. (1952) "קורת גג – לבעיית הסידור של ילדי הורים במשפחות עירוניות", *מגמות*, ג (1), עמ' 8-36.

30 המצב במעברות הודעת שר העבודה, 20.12.1951, *דברי הכנסת*, 10, עמ' 784.

31 שם, עמ' 797.

ילדי "קורת גג" ללא "תנאים חומריים" בתנאי שיעמדו ב"בדיקה רפואית מדוקדקת".³²

ברל רפטור (מפ"ם) טען שהמספר הנמוך (רק 1,200 משפחות שהתנדבו ל"קורת גג") נובע מכך שרופאים במעברות אסרו על הכנסת ילדים למשקי ההתיישבות העובדת "בגלל סכנת מחלות".³³ הדרישה לבדיקה רפואית התפתחה במהלכו של מבצע "קורת גג", וכן השתתפות של המדינה בהוצאותיה של המשפחה המאמצת בסכום של 6 לירות לחודש לנפש מאומצת במסגרת "קורת גג".³⁴

מטבחי ילדים

ניסיון אחר לקליטתם הבריאותית-חינוכית של ילדיה העולים היו "מטבחי הילדים" (בחלק מהמקרים גם "מטבחי הנשים ההרות") ביישובי העולים. מטרתם של המטבחים הייתה לספק מנת מזון מזינה, חמה וזולה (או ללא עלות) לילדים ולנשים הרות. במובן זה, לקחו רשויות הקליטה את המשימה להאכיל את מי שנתפסו כחוליות החלשות בקרב העולים – הנשים והילדים. חסיה דרורי (מפא"י) תיארה מעל לדוכן הכנסת:

מטבח ילדים כשלעצמו הוא דבר חשוב, אבל הוא נחוץ קודם כל לאימהות הזקוקות להזנה מיוחדת, ובמיוחד לאימהות ההרות; נוסף על כך משמש מטבח הילדים בית ספר לתורת ההזנה לאימהות החייבות ללמוד מחדש את תורת הבישול ואת תורת ההזנה לפי הצרכים שלנו.³⁵

ובסיכום ביקור של נציגי משרד הבריאות במעברה זבדיאל נכתב:

יש מטבח מסודר בו מקבלים כל ילדי הגן וילדי בית הספר כוס חלב וארוחת צהרים מבושלת. הארוחה שראינו באותו יום: מרק קטניות, חביתת ביצים, סלט עגבניות ומלפפונים, ארוחה מספקת מבחינת הכמות והאיכות. אותו מטבח מספק, גם כן לפי דברי המדריכה ארוחה מבושלת לתינוק (מרק ודייסה) החל מגיל של 5 חודשים.³⁶

32 שם, עמ' 417.

33 שם, 417.

34 שם, עמ' 481, דברי ח"כ אהרון ציזלינג (מפ"ם).

35 שם, 417.

36 מכתב מד"ר י. טאושטין לד"ר לוטן "המצב במעברת זבדיאל", 15.11.1951, גנזך המדינה, ג-4265/5/188/7. ד"ר יונס מקופת חולים מחוז יהודה תיאר במכתב מחודש

במאמר של חנה זמר "משמעותו של מפעל", שהתפרסם בעיתון *דבר הפועלת* במלאת 25 שנה לארגון אמהות עובדות (אא"ע), מתוארות לפרטים פעולות המטבח במעברת תלפיות. המטבח כונה "בית הנוער", ויועד להאכיל ילדים בלבד. הילדים הגיעו מצוידים ב"כרטיס אוכל", אך לפרקים הואכלו גם אחיהם שליוו אותם. כותבת זמר:

הילדים למדו כאן לאכול בכף כשהם יושבים ליד שולחן. בבית הם אוכלים בידיים, ויושבים על הרצפה. גם האימהות לומדות: לומדות להביא את הילדים כשהם רחוצים, מסורקים ולבושים בבגד נקי (במקרים רבים קבלו גם את הבגד מאז"ע). לומדות לשמור על כרטיס האוכל בנרתיק קטן או לתפרו על ניר קרטון. הן לומדות עוד הרבה דברים: כיצד לבשל, כיצד להאכיל וכיצד לשמור על הניקיון.³⁷

טיפת חלב

טיפת חלב נוסדה בישראל ב־1913 על ידי הדסה והפכה עם השנים לגורם מרכזי בקידום בריאות אנשי יישוב היהודי בארץ. היא הייתה אחד המוסדות המרכזיים לקידום ולהטמעה של התנהגות בריאותית בקרב אוכלוסיית העולים החדשים, ובעיקר בבקרב ציבור האמהות העולות החדשות. בעקבות הדסה הקימו קופת החולים הכללית ומשרד הבריאות תחנות דומות. משרד הבריאות ציפה מקופת החולים ליטול על עצמה את הקמת תחנות טיפת חלב במעברות, ואף העביר לקופה רשימה של 43 מעברות, שבהן היא התבקשה להקים תחנות, להפעילן ולדווח למשרד הבריאות באשר להיקף הפעילות.³⁸ חודש מאוחר יותר הוסיף משרד הבריאות דרישה לשמונה תחנות נוספות באזור טבריה ולהרחבה של תחומי התפקוד של התחנות הקיימות במעברות:

ספטמבר אותה שנה תלונות של רופאים ותושבים על מחסור במזון, שגרם "לששולים ודיסטרופיות קשות", מכתב מד"ר יונס לד"ר ט. ישורון־ברמן, 16.9.1951, גנזך המדינה, ג-4265/5/188/7.

- 37 זמר, ח. (1954) "משמעותו של מפעל", *דבר הפועלת*, 11-12, (שנה כ), עמ' 259-260.
- 38 ההיגיון המוצהר היה שקופת חולים מנהלת את התחנות ביישובים הסמוכים למעברות "ולכן טבעי יהיה אם התחנות החדשות תהינה מרוכזות בידי קופת חולים", מכתב מד"ר י. טאושטין לד"ר טובה ישורון־ברמן, 11.12.1950, (הנידון: טיפול באם ובילד המעברות), א"ע IV243-3-138. במכתב נוסף מאותו היום מבהירה טאושטין לברמן כי גם במפעל של טיפות חלב ניידות, שהופעל בשיתוף עם א.ז.ע במעברות באזור לוד, מצפה משרד הבריאות מקופת חולים לספק גם שירות לנשים הרות, מכתב מד"ר י. טאושטין לד"ר טובה ישורון־ברמן, 11.12.1950 (הנידון: תחנות לטיפול באם ובילד), א"ע IV243-3-138.

כך שהטיפול יכלול גם את האשה ההרה, את התינוק עד גיל של שנה, את הילד בגיל המעבר, את הילד בגיל הגן ואת ילדי בית הספר. עבודה זו צריכה להיות בידי אחות ציבורית מוסמכת שיכולה כמובן להיעזר על ידי מטפלת או אחות מעשית והיא צריכה להיות מלווה בפיקוח רפואי קבוע של רופא נשים ורופא ילדים. לאחות בתחנה צריכים להיות ימי עבודה קבועים בשבוע עם מספר מספיק של שעות עבודה ודרישה זו יפה גם לגבי השירות הנייד של אוזע-קופת חולים.³⁹

בחודשים נובמבר ודצמבר של 1950 פתחה קופת החולים 20 תחנות טיפת חלב חדשות בריכוזי העולים, והדסה פתחה (עד ינואר 1951) 22 תחנות.⁴⁰ עם זאת, נראה היה כי הסטנדרטים של פיקוח רפואי, שנדרשו מקופת החולים, לא תמיד מולאו בתחנות של הדסה. לעתים, נתבקשה קופת החולים כי רופאיה יפקחו גם על תחנות המנוהלות על ידי הדסה.⁴¹ במקרים מסוימים ערערה קופת החולים על פתיחת תחנות בידי הדסה.⁴²

סך הכול נוספו ב־1950 100 תחנות, שעם 124 התחנות שפעלו ב־1949, היו בהן כ־70,000 ביקורים.⁴³ בסוף 1956 היו 485 תחנות, כשעיקר הגידול בתחנות נרשם במשרד הבריאות, שהתמקד בפתיחת תחנות באזורי היישוב של העולים החדשים בצפון.⁴⁴

- 39 מכתב מד"ר י. טאושטין לד"ר טובה ישורון-ברמן, 9.1.1951, א"ע IV243-3-140.
- 40 על פי דיווח ששלחה ד"ר י. טאושטין להדסה, קופת החולים, עיריית תל-אביב וא.ז.ע, 30.1.1951, א"ע IV243-3-140. בספטמבר 1951 הודיעה טאושטין לברמן על 12 מעברות נוספות, שבהן מוכנים מבנים לתחנות, אך התחנות עצמן לא נפתחו, ומבקשת לדעת מתי ייפתחו, מכתב מד"ר י. טאושטין לד"ר טובה ישורון-ברמן, 28.9.1951, א"ע IV243-3-140.
- 41 למשל, במעברת אלישוב, מבקש משרד הבריאות שרופא הילדים המחוזי של קופת חולים, "המבקר כבר בתחנה", יגביר את קצב ביקוריו לפעם בשבוע ויפקח גם על הגן, על בית הספר ועל בית התינוקות. כמו כן, על רופא נשים מבית יולדות של הקופה לבקר פעם בשלושה שבועות בתחנה לנשים הרות, מכתב מד"ר ש. זימן, מנהל האגף לרפואה סוציאלית, לד"ר טובה ישורון-ברמן, 21.2.1951, א"ע IV243-3-140.
- 42 כך קרה עם ההודעה על פתיחת תחנות בידי "הדסה" בעין הוד ובכרם מהר"ל. נראה שמסירת תחנות לידי "הדסה" התפרשה על ידי קופת חולים כ"ויתור על האזור". ראו מכתבים מד"ר י. טאושטין למרכז קופת חולים, והערות בכתב יד (חתימה לא ברורה) של אנשי קופת חולים, 20.7.1950 ו־16.8.1950, א"ע IV243-3-138.
- 43 גרושקה, ת. (1952) "שירותי הבריאות בישראל 1950/1951", מגמות, ג (3), עמ' 292.
- 44 דין וחשבון של המחלקה לטיפול באם ובילד לשנת 1956, עמ' 2.

קצב הגידול המרשים של התחנות במהלך העלייה הגדולה, כפי שעולה מהטבלה שלהלן, מצביע על החשיבות הרבה שהוקנתה לטיפות החלב כגורם מרכזי בקידום בריאות העולים.

טבלה 12: חלוקת תחנות טיפת חלב לפי צורת יישוב והגוף המפעיל, 1954⁴⁵

המוסד	יישובי עולים	ערי עולים	אחרים	סה"כ
קופת החולים	123	5	45	173
משרד הבריאות	58	6	40	104
הדסה	21	1	11	33
עיריית תל-אביב	3	1	13	17
סה"כ	205	13	109	327

ביקור בית

ביקור הבית של האחות ברפואה מונעת נותן למשפחה את ההזדמנות לקבל הוראות והדרכה בחוקי הבריאות וההיגיינה האישית והציבורית וללמוד על ידי כך איך למנוע ממחלות. על האחות, אם כן, להקנות לציבור הרגלים היגייניים וללמד את אופן השימוש בחוקיה בחיי היום יום.⁴⁶

במהלך ביקור הבית, שהוא חלק מפעולת תחנת טיפת חלב, נכנסת האחות לבית העולה באחת משלוש תואנות: ביקור אישה הרה, ביקור תינוק או ביקור ילד עד גיל 4. במשך הביקור מדריכה האחות את האם באשר לטיפול בתינוק, סוקרת את תנאי החיים בבית ומדריכה לגבי טיפול בבית ובילדים האחרים לגבי תזונה ועוד.⁴⁷

45 מתוך ישורון-ברמן, ט. (1954) "הטיפול המונע באם ובילד בשנים 1942-1954", דפים רפואיים, יג (ג), עמ' 204. הוספתי לטבלה טורי סך הכול המדגישים את הפרישה על פי צורת יישוב ועל פי ארגון.

46 "על ביקור הבית לאור התפתחות הרואה המונעת" נכתב על ידי האחות אסתר שפירא-רינוביץ, המרפאה האזורית, שכונת התקווה, ללא תאריך, כנראה בשנת 1952. ארכיון עיריית תל-אביב, 4-1487.

47 ראו שם.

כך תיארה תלמידת בית הספר לאחיות של הדסה בתל-אביב ביקור בית אצל עולה מתימן בשכונת התקווה, אחרי שהקדימה ותיארה באריכות את הזיהום וההזנחה השוררים בבית:

במרכז תמונה זו שוכבת על מיטה אישה כבת 38 שנה נאה למראה אך לא מסודרת, אינה מסורקת, לבושת סחבות, אפאטית מאוד, פלגמטית בתנועותיה ונראת כנכנעת לגורלה. קשה להבין את הגורם למצבה זה. חוסר פעילות ... שולטת אמנם יפה בשפה העברית אך מבחינה פסיכית מפגרת וגטיבית ... הדרכנו את האישה לכבס ולהרתיח את הבגדים המשומשים ... בשיתוף פעולה עם הילדים הוראתי סדר בבית. הרימונו את הכלים מהרצפה. ניקינו את השולחן המזוהם. כיסינו את המיטות במידת האפשר, ריכזנו את הכביסה המלוכלכת. ניקינו את מדפי הארון ואת סדר הכביסה בו. גרפנו את החול. הוצאנו את גיגית המים המלאה מהמטבח. ביקשנו את החולה להשגיח על סביבתה ולפקוח עין על סדרי הבית.⁴⁸

טבלה 13: ביקורי בית שנערכו על ידי אחיות התחנות לאם ולילד (בניהול משרד הבריאות, עיריית תל-אביב וקופת החולים)⁴⁹

שנה	נשים הרות	תינוקות	ילדים 1-4	סה"כ ביקורי בית
1949	-	-	-	78,403
1950	26,148	55,259	25,012	106,419
1951	28,610	82,191	37,760	148,561
1952	31,993	88,005	44,187	164,185
1953	35,305	95,030	63,680	194,015
1954	32,587	97,809	71,868	202,264
1955	36,948	150,639	145,279	332,866
1956	46,765	153,978	144,752	345,495

48 האחות המתלמדת נדרשה לכתוב דוח מפורט בעקבות ביקור הבית. סיבת ביקור הבית הייתה טיפול בכוויות בשתי רגלי האם. הציטוטים הם מהדוח. ארכיון עיריית תל-אביב, 4-1487.

49 עובד על פי לוחות "תחנות לטיפול באם ובילד", שנתון הסטטיסטי לישראל, כרכים 1-8.

העלייה בכמות הביקורים בשלושת סוגי הביקורים הייתה עקבית, אבל התמקדה בעיקר בביקורי התינוקות (עלייה פי שלושה בין 1950 ל-1956) וביקורי הילדים (כמעט פי שישה), בעוד שמספר הביקורים אצל נשים הרות הוכפל.

הדרכה

התחלנו בפעולת הדרכה והסברה בין אימהות על ידי רופאי הילדים ורופאים כלליים מן המעולים בארץ, שיעברו במחנות במסע הסברה לשיטת תזונה נכונה וטיפול נכון בילד לפי דוגמת האם היהודיה הוותיקה בארץ. אנו מקוים שעל ידי כך ועל ידי הפעולה לרכז את מקסימום התינוקות בבתי הילדים המיועדים לכך נצליח במידה רבה לעצור את תחלואת פעוטותינו.⁵⁰

בעוד שהפעילויות הבריאותיות הקודמות הופעלו בידי מומחים ממקצועות הבריאות (רופאים ואחיות), הרי ההדרכה שאלה תכנים מתוכני ההדרכה הרפואיים, אבל בוצעה בפועל בעיקרה על ידי מתנדבים. ב-1951 נקראו "נשים ותיקות בארץ" להדריך עולים:

אלפי עקרות בית מנוסות ואימהות קשישות שרכשו ניסיון על ידי טיפול בילדיהן, צריכות לצאת מידי בוקר ליישובי העולים ולמעברות.⁵¹

עם זאת, היה משקל חשוב גם להדרכה בידי מומחים. הרופאים נקראו להדריך ולהסביר גם בנושאים "נשיים", כנראה בתקווה שסמכותם המקצועית תגביר את האפקטיביות של ההדרכה:

רצוי שרופאי הילדים יכנסו אסיפות הורים לשם הסברת בעיות הטיפול בתינוק ובילד, סדר האכילה, הניקיון (רחיצה בכול יום) ההלבשה, ההנעלה, אוורור חדרי המגורים, חיסון ומניעת זיהום ממחלות.⁵²

היו שטענו כי ההדרכה הבריאותית בקרב העולים בימי העלייה הגדולה התאפיינה בהזנחה ובאדישות. היו לכך שתי סיבות: א. "טיב החומר האנושי ורמתו

50 הודעת שר הבריאות על מצב הבריאות והאשפוז, 27.6.1949, דברי הכנסת, 1, עמ' 820.

51 ר. א. אלביני, "תמותת התינוקות ירדה השנה", הדור, 1.11.1951, אצ"מ, קטעי עיתונות בנושא בריאות S71/402.

52 יונס, ז. (1951) "הוראות לרופאי הילדים בכפר הנטוש", דפים רפואיים, י (א), עמ' 51.

התרבותית" (כשהכוונה הפעם למדריכים), ב. העדפה לעסוק ב"ארגונום החברתי-פוליטי" של העולים.⁵³ בימי מדיניות "מהאונייה אל הכפר", עלה במשרד הבריאות הרעיון למקד את ההדרכה הבריאותית של העולים עוד בהיותם על האונייה לארץ.⁵⁴

טיפול-יתר בגלל לחץ המטופלים

אם ילד חולה במחנה לא ניתן לרופא לדון בעניין אֶשפוזו על פי הנתונים הרפואיים האובייקטיביים. יש שהוא שולח ילד לאֶשפוזו לא משום שהוא צריך לאֶשפוזו מבחינת מחלתו יותר מילדים אחרים, אלא בגלל תקיפות ההורים ... אי אפשר להתגבר על התקיפות הזאת השוררת במחנות. ואם נאמר כאן על ידי אחד מחברי הכנסת, שאחות הוכתה בידי אחד העולים, הרי הוא אינו יודע אלא על מקרה אחד בלבד. אנו יודעים על עשרות מקרים כאלה.⁵⁵

אחות בחבל עדולם סיפרה בכנס אחיות:

התושבים, שהם בחלקם ותיקים למדי, הורגלו לספוג כמויות גדולות של אנטיביוטיקה ותרופות שונות אחרות וקשה היה להרגילם להינזר מכך. בקורס [לבריאות הציבור] חזרו והדגישו את חשיבותה של הרפואה המונעת והסיבוכים העלולים לקרות כתוצאה משימוש נרחב מידי בתרופות, בעיקר באנטיביוטיקה, ונקודה זו היא נקודת המוקד להתנגשות בין האחיות הציבורית לרופא הכפרי.⁵⁶

טיפול-יתר כתגובה לאיום (או לתחושת איום) מהעולים עמד בסתירה למערך השירותים המוסדיים שפעלו ביישוב. במקום "ריפוי" נדרשו הרופאים לטיפול-יתר, בזבזו תרופות יקרות, או המציאו אישורים כוזבים. טיפול-יתר פורש כנסיגה

53 מכתב ממנחם אמיר, עוזר למנהל היחידה לחינוך לבריאות, אל ד"ר פכטולד, 8.10.1957, גֶנוּךְ המדינה, ג-4247/6.

54 לצורך כך נשלח מנחם אמיר לסיור מקיף בריכוזי העולים בגנואה ובמרסיי, וחזר באונייה עם עולים. "אפשרויות לפעולות חינוכיות בקרב העולים טרם הגיעם ארצה – דוח שליחות", ללא תאריך, כנראה במהלך 1958. גֶנוּךְ המדינה, ג-4247/6.

55 הודעת שר הבריאות על מצב הבריאות והאֶשפוזו, 27 ביוני 1949, 27.6.1949, דברי הכנסת, 1, עמ' 820.

56 ללא ציון שם המחבר (1961) "הכשרת אחיות ציבוריות", בריאות הציבור, 1, פברואר 1961, עמ' 84.

בתהליך התרבות או הקליטה. במקום שהצוות הרפואי יכתיב את מבנה המפגש הטיפולי ותוצאתו, היו אלה עולים ש"תפסו את הפיקוד".

הנעה לפעולה

פרקטיקה זו הופעלה באורח לא שיטתי ולא מאורגן בריכוזי עולים שונים, ניסתה לתת מענה לתפיסה הרווחת באשר לפסיביות של העולים. כחלק מניסיונות ההנעה לפעולה יש לראות את סגירת מחנות העולים ופתיחת המעברות, ואת פעולות ההדגמה המרובות שנערכו לעולים הן בתחום החקלאי והן בתחום משק הבית, הטיפול בילדים, וכו'. למשל, היו הדרכות פומביות לבישול מרק או דייסה לתינוק.

במושבי חבל לכיש היו בעיות סניטריות קשות – לכלוך, הזנחה, העדר בורות ספיגה, וריבוי פשפשים בבתים. התושבים תבעו שהממשלה תממן את פתרון הבעיות הללו. נציגי משרד הבריאות והסוכנות, לעומת זאת, תבעו מהתושבים לממן את החיטוי נגד פשפשים ואת בניית בורות הספיגה, ולארגן בעצמם מבצע לניקוי היישובים. פעולת הריסוס על חשבון התושבים התנהלה בהצלחה אחרי ששני בתים רוססו לדוגמה. מבצע הניקיון, שבו הוכרזו פרסים, זכה להצלחה, אם כי בעיות הביוב נפתרו באופן זמני בלבד לצורך המבצע.⁵⁷

האנתרופולוגיה בשירות הבריאות – הרצוי, המצוי והתיאוריה

האנתרופולוגית מרגרט מיד פרסמה, בעקבות ביקור בישראל, דוח שבעקבותיו היא כתבה מאמר, שהזהיר מפני הקשיים של קליטת המהגרים. היא קראה לערב בתהליך הקליטה אנתרופולוגים מקצועיים הן בעימותים, הן בסכסוכים בין הקבוצות השונות והן ביישובם של אלה.⁵⁸

כתוצאה מביקורה של האנתרופולוגית, הפרופ' מיד, בארץ ומעבודת אנתרופולוגים ספורים בתוך שירותי הבריאות וההתיישבות, היה מורגש רצון רב להתאים את תכנית העבודה ושיטתה לקבוצות העולים השונות ולהתחשב עם תרבותם, עם מצבם החברתי-הכלכלי הקודם ... גישה

57 גרייצר, ע. (1958) "חינוך בריאותי בחבל לכיש", בריאות הציבור, 7-8, יולי-אוגוסט 1958, עמ' 19-21. הכותב מתאר בהרחבה כיצד מכסה ביוב יחיד שימש את כל המתחרים באחד המושבים.

58 Mead, M. (1960) "Problems of Cultural Accommodation" in: Mandelbaum, B. (ed.) *Assignment in Israel*, NY: Harper & Brothers, pp. 99-114

חדשה זו זקוקה לטיפול רב על ידי כוחות מומחים שידריכו את העובדים בפעולתם, המתכוונת להביא לידי שינוי דפוסי תרבות והרגלי חיים אצל העולים החדשים בתהליך אטי וללא זעזועים.⁵⁹

בשנות ה-50 הייתה בארץ מחלקה אחת לסוציולוגיה, באוניברסיטה העברית, שערכה כמה עשרות מחקרים בקרב העולים, חלקם בשיטות מחקר אנתרופולוגיות (עבודת שדה). מחוץ לאוניברסיטה פעלו כמה אנתרופולוגים נוספים. האנתרופולוגית פיליס פלגי (ילידת דרום-אפריקה ותלמידתה של מרגרט מיד) השתלבה במשרד הבריאות כאנתרופולוגית היחידה במשרד. היא הובילה מגמה של שילוב חשיבה אנתרופולוגית בפעולת מערכת הבריאות. היא כתבה מחקרים מגוונים, שעסקו בהשפעת שוני תרבותי על בריאות הנפש, על תזונה, על הנקה ועוד.⁶⁰

עמדתה במערכת הייתה שולית בתקופתה,⁶¹ אבל השפעתה על האחיות הייתה רבה. האחיות פגשו את פלגי בהרצאות במהלך לימודיהן בבתי הספר לאחיות, והוותיקות יותר שמעו הרצאות שלה במקומות עבודתן. הכשרתן האנתרופולוגית של האחיות כללה הפנמה של ז'רגון אנתרופולוגי, ששיקף התייחסות אוהדת וסובלנית לשוני התרבותי של העולים. בכינוס של בוגרות קורס לבריאות הציבור שנערך ב-1961 דיברה האחיות לוצי ברץ מחיפה על חשיבות לימודי האנתרופולוגיה:

בעבודתנו אנחנו נפגשות בחומר אנושי מגוון ביותר ... עלינו להכיר אותם היטב ולהתאים את עצמנו לרמתם הם, על מנת לעבוד אתם ולהעלות אותם לרמת החיים המקובלת אצלנו. הסבר מקיף על בעיות אלה – תיאור הגלויים והשבטים כגון תימנים, קורדים, עולי הרי האטלס והאחרים שמענו בקורס לאנתרופולוגיה חברתית בצירוף הרצאות על מנהגי דת, בנין המשפחה בקהילות שונות, מקום האב והאם בתוך המשפחה, גישות שונות לענייני בריאות, ניקיון, חינוך ילדים ומנהגי אכילה. הרצאות אלו עזרו לנו להבין יותר טוב מנהגים שונים שנתקלנו בהם בעבודתנו,

59 דין וחשבון של המחלקה לטיפול באם ובילד לשנת 1956, עמ' 10-11.

60 בין מחקריה: פלגי, פ. ואחרים (1955) "הפרעת אישיות טיפוסיות לקבוצת נשים עירקיות לאור הרקע התרבותי של עדתן", *מגמות*, ו (3), עמ' 236-242; פלגי, פ. (1969) "טיפוסי משפחות בישראל", בתוך: בר-יוסף, ר. וא. שלח (עורכות), *המשפחה בישראל – מקראה*, ירושלים: אקדמון, עמ' 115-123.

61 בריאיון עמי סיפרה פלגי שמשרתה במשרד הבריאות הוגדרה כמזכירה, אף שחתמה על מכתביה כאנתרופולוגית המשרד. ריאיון עם פיליס פלגי, רמת השרון, 3.2.2004.

לכבד את האמונות והגישות של אותם אנשים ולראות גם את התועלת שבהן.⁶²

אחות אחרת, שרה כוכבא, אמרה באותו כינוס:

כן הובהר לנו מה רבה השפעתה של הקהילה על עיצוב חיי המשפחה, ועד כמה חשוב לאחות לדעת על כל הרגלי החיים, האמונות והתרבות של הקהילה, למען תוכל להשיג את מטרותיה בקידום הבריאות במשפחה, מבלי לגרום לזעזוע פנימי בתוכה על ידי נטילת אמונה או שינוי קיצוני בהרגלי החיים. משום כך הייתה האנתרופולוגיה בעלת משמעות כה עמוקה, היא פתחה בפני שדה חדש למחשבה והתעניינות.⁶³

השינוי, שהחל מ"השטח", היה מקיף יותר מפרקטיקות אחרות בגלל המיקום המוסדי של מי שיזמה אותו, ד"ר פלגי. שנים ספורות מאוחר יותר הודו בכירים במשרד הבריאות בחשיבות של הכנסת האנתרופולוגיה לעבודת המשרד:

בגישת האחות לאם ולמשפחתה ניכר היה שינוי נוסף בתפיסתה את תפקידה היא. האחות החלה רואה את עצמה לא כמחליטה על הצורך של הפרט והמשפחה אשר בטפולה, אלא ראתה את עצמה כמורה וכמדריכה שצריכה לעזור לפרט ולמשפחה לקבל החלטות אחראיות בקשר לבריאותם. בגישה חדשה זו השתדלה האחות להשתחרר מהיחס האוטוריטטיבי בו הצטיינה לרוב עד כה ולעורר את הכוחות העצמאיים ואת שיתוף הפעולה של הנתונים לפיקוחה. לא קל לאחות לראות את עצמה בתפקיד זה, והממונים עליה מצווים לתת לה עידוד רב כדי לחזק אותה בגישה חדשה זו.⁶⁴

השינוי המתואר בעבודת האחיות ובתפיסת התפקיד שלהן, ודאי שלא היה שלם וחסר תקלות, אך היווה כיוון ברור עבור האחיות ובעל סיכוי להשיג את השינוי הרצוי במצב בריאותם של העולים.

62 ללא ציון שם המחבר (1961) "הכשרת אחיות ציבוריות", בריאות הציבור, 1, פברואר 1961, עמ' 82.

63 שם, עמ' 85.

64 דין וחשבון של המחלקה לטיפול באם ובילד לשנת 1956, עמ' 10-11.

פרק עשירי

כיצד רואים האחיות והרופאים את עצמם?

אנשים מהיישוב

מי היו אנשי הצוות הרפואי שטיפלו בעולי שנות החמישים? כיצד הם ראו את עצמם ואת פעולותיהם? כיצד ראו את תפקידיהם? ואיך הם רואים כיום את תפקודם בעליה הגדולה? להלן כמה תיאורים של האחיות את עצמן:

אני ילידת תל-אביב, בת הארץ. (אחות)

ילידת הארץ להורים יקים. (אחות)

אני נולדתי בכפר סבא. אבא שלי יליד יפו ואמא שלי באה בעלייה השלישית מרוסיה. מלח הארץ. (אחות)

הייתה אחות מיגור, היא הייתה ממלח הארץ. (אחות)

אנשים מהיישוב, אני עצמי גם כן, עשו את הכול בשביל לעזור לעליות שבאו. (אחות)

המובאות מהראיונות שבפתיחת הפרק מביאות כמה מהאמירות של מרואיינים, שפעלו בשנות ה-50, על עצמם.

המושגים שבהם השתמשו האחיות כאן רוויים במשמעויות. "בת הארץ", "מלח הארץ", ו"אנשים מהיישוב" הם ביטויים המייחדים את קבוצת האחיות מתוך שאר אוכלוסיית הארץ, וכל שכן מתוך אוכלוסיית העולים. הם מסמנים את הדוברים כבני שכבה חברתית מובחנת, סוג של אצולה ארץ ישראלית ילידית. יישוב המוצא, הבית, מוצא ההורים, וההגדרה "משפחה טובה" משמשים כאן סמן המבחין בין המרואיינים לאחרים. הביטוי "אנשים מהיישוב" ציין הבדלה בין "ותיקים", משמע אנשי היישוב (שקדם להקמת המדינה), לעולים שמקורם באו. האחיות ילידות הארץ הדגישו את נושא ה"ילידות".

אני ילידת כפר יחזקאל ... אני מוכנה להגיד רק שאני בת דור הפלמ"ח. הייתי בפלמ"ח. אבל הייתי הגיל הצעיר בפלמ"ח. שיעשו חשבון לבד. (אחות)

אנחנו שתינו [הדוברת ועמיתתה] ילידות הארץ ... ממשפחות טובות. גודד העבודה אצלה ואצלי ... אנחנו היינו שתינו בפלמ"ח, אנחנו היינו שתינו בבית ספר לאחיות. (אחות)

אני גדלתי בבית, לא מקובל להגיד היום, אני גדלתי בבית ציוני ... קיבלתי הרבה ערכים, אני לא מתביישת להגיד את זה. (אחות)

אנחנו היינו קבוצת בנות פְּנוֹת 21, 22, הכי מבוגרת הייתה בת 27. אנחנו היינו מלח הארץ. ההורים שלנו היו אידיאליסטים, חינכו אותנו על עבודה כערך עליון. כבוד לאדם, בית פתוח לכל אחד, להאמין לכל אדם. (אחות)

אחיות הרבו להשתמש בביטוי "מלח הארץ" אשר קשר בין מוצאן, החינוך שקיבלו והתרומה שתרמו לחברה (למשל, בהתנדבות למסגרת היוקרתית של הפלמ"ח בתקופה שלפני קום המדינה) לבין התוצאה – השתתפות במפעל של קליטת העלייה. ללא הרובד הערכי, כך נרמז, לא היו האחיות מסוגלות לבצע עם העולים את העבודה הקשה בתנאים הקשים מנשוא. לכן, לא פלא שהמרכיב האידיאולוגי-ערכי הופיע גם בראיונות עם אחיות עולות. האחיות עולות השתמשו בראיונות בביטויים מבחינים, שהבדילו אותן מכלל אוכלוסיית העולים וחיברו אותן לאוכלוסיית האחיות בנות הארץ:

היינו עולות חדשות ... יש הרבה עולות חדשות בהדסה וגם אני ביניהן. אבל אני כבר הייתי ותיקה. תראי, למדתי פה בגימנסיה ... הרגשנו מהרגע הראשון שאנחנו מהארץ. אני באתי וכעבור חודש הייתי מעורה פה ... כאילו שפה נולדתי בכלל. אני חושבת שהרבה כמוני. אני לא רציתי, יידיש שכחתי, דיברתי רק עברית ... אני ישראלית וזה המקום שלי, וזה הארץ שלי וזהו. (אחות עולה)

עליתי ארצה מעירק בחודש יוני 1951 ... כעבור חודשיים התקבלתי לביה"ס לאחיות הדסה.. במחזור היו 54 תלמידות, רובן עולות חדשות, שרק כמחציתן השלימו את לימודיהן. (אחות)¹

שאלו אותי, יש איזה דבר שאפשר לעזור לי? וכמובן כפולניה עם החינוך שקיבלתי אמרתי שיש לי הכול, אני לא צריכה שום דבר, ואז חיבקו אותי, ושמעתי משפט – שופרא דשופרא, אני לא ידעתי מה זה ...

1 שמש-מנדלסון, ג. "עדות", דבר הבוגרים, ארגון בוגרי בית ספר לאחיות הדסה, גיליון 25, יולי-אוגוסט 2004.

ושיננתי לי את המילה שופרא דשופרא, מה זה אומר? מה אמרו עליי? זה לא נתן לי מנוח. (אחות עולה)

האחיות העולות, כמו גם הרופאים/ות, דיברו על קליטה מהירה ביותר ועל מאמץ מרוכז המכוון להשתלבות מקסימלית בחיי הארץ. פעמים רבות הציגו האחיות והרופאים העולים את מאמצי ההשתלבות שלהם כמנוגדים לאלו של חלק מהעולים, שלא גילו נטייה להשתלב במהירות מספקת או ברצון בכור ההיתוך. חלק מהאחיות העולות השתמשו בביטויים "מקומיים" כדי לאפיין את האיכות המובחנת שלהם, אף שלא נולדו בארץ. כך למשל, השימוש של מעסיקיה של עולה אחות בביטוי הארץ ישראלי "שופרא דשופרא" לגביה נחרת בזיכרונה עמוקות, אף שבשעתו כלל לא הבינה את הביטוי. הביטוי שימש מעין אות הצטיינות, שקיבלה האחות החדשה בזכות "החינוך" שאותו, כמו "בנות הארץ", קיבלה "מהבית".

לימודים

מנגנון נוסף של הבחנה בין המרווינים לשאר האוכלוסייה, ולאוכלוסיית העולים בפרט, הוא בחירת מקצוע האחות. רק מעטות מהאחיות המוסמכות דיברו על בחירה במקצוע בגלל טווח אפשרויות מוגבל לנשים, או בגלל מודל חיקוי והערצה משפחתי. מרבית המרווינות דיברו על אידיאולוגיה ועל רצון לעזור לאחר.

ואני הלכתי לבית ספר לאחיות. והסיבה הייתה, שאני הולכת ללמוד משהו בשביל לעזור משהו לאנשים חולים מסכנים, כך נהייתי אחות. (אחות)

בתוך קבוצת האחיות, מובחנות אחיות הדסה ירושלים, כמעין "אצולה בתוך אצולה". הדסה, שהייתה במשך תקופת היישוב בית הספר היחיד לאחיות, הפכה במהלך תקופת העלייה, ובגלל הצורך הדחוף באחיות נוספות, לבית ספר לאחיות אחד מגי רבים. אבל יש לקחת בחשבון שמרבית האחיות המבוגרות יותר, ומרבית אלו שקיבלו משרות אחראיות וניהול היו בוגרות הדסה. האחיות אינן מסתירות את גאותן להיות בוגרות הדסה. הלימודים בכלל, והלימודים בהדסה בפרט, היו נדבך שלישי וחשוב ביותר בהבחנתן של האחיות כקבוצה לעומת שאר האוכלוסייה ולעומת העולים. רבות מאחיות הדסה שמרו על שם נעוריהן כשם מקצועי, או צירפו לשם הנעורים את שם המשפחה מנישואיהן. השימוש

בשם הכפול, שהפך לאֶפְנַתִי בישראל בעשורים האחרונים של המאה ה־20, לא היה מקובל בשנת ה־50 ועזר לזיהוי ולהבחנה מהירים של בוגרות הדסה.

ללמוד בהדסה זה היה איזשהו הישג. ובאמת בנות טובות היו אז בהדסה שלמדו. (אחות)

אחיות הדסה ראו את עצמן כאליטה של האחיות בארץ. אז הן קראו לעצמן בשמות המשפחה שבהם הן סיימו את בית־הספר. והן לא היו רובן נשואות כי אסור היה להינשא בזמן שהיית תלמידה. אז הן קראו לעצמן הלאה בשם ... שלפני הנישואין, הן לא שינו אותו אחרי הנישואין. אז, זה רק אחיות הדסה עשו. (אחות)

מעמד מיוחד ניתן לאחיות שהשתתפו בקורס "בריאות הציבור". האחיות שסיימו את הקורס נחשבו כ"אצולה בתוך אצולה" של האחיות. ולפיכך, משהחלה בלחץ העלייה מגמה של בחירת תלמידות מצטיינות מתוך קורסי האחיות ושילובן בקורסי בריאות הציבור, חשו הנבחרות ייחוד וגאווה.

הייתה מצוקה גדולה של הנושא הבריאותי בכל המעברות ... אז משרד הבריאות הוציא אחוז מסוים מהתלמידות בשנה שלישית לקורס בריאות הציבור עוד בהיותנו תלמידות. (אחות)

אני סיימתי ב־52 אחות מוסמכת ואז ב־53 קורס בריאות הציבור ... וזה לא היה רעיון שלי בכלל, הם אספו תלמידות שהם חשבו שהן ראויות ... ואמרו עוד שנה ללמוד ... והיינו שתיים, והיה כזה כבוד גדול. (אחות)

האחות המצוטטת להלן עבדה בזמן הקורס בבריאות הציבור כאחות חדר ניתוח בלילות וסופי שבוע. כשסיימה את הקורס, רצו שהיא תמשיך בחדר הניתוח (משרה שנחשבה יוקרתית), אבל היא התנדבה, מטעמים אידיאולוגיים לשירות במעברות.

לי הייתה מטרה לעזור למסכנים. הלכתי למעברה. (אחות)

אחות שהייתה מעורבת בהקמה של בית ספר לאחיות חדש אחרי קום המדינה, תיארה את הקריטריונים לבחירת המועמדות ללימודים. למרות תחושת הדחיפות שיצרה העלייה, היו דרישות המיון ללימודי אחות מוסמכת גבוהות:

בחרו בנות שהייתה להן השכלה של בית ספר תיכון, גם בחינת הופעה ... שתיראנה יפה ... ובשיחה גם מתרשמים מהבן אדם, הופעה ושיחה. (אחות)

באותה רוח, במודעה שפורסמה בכתב העת "איתנים" באביב 1951 נכתב:

בת ישראל! מקצוע האחות קורא לך! המוני העולים זקוקים לעזרתך!
מקצוע מדעי ושימושי כאחד. נושא הערכה והוקרה, מפרנס בכבוד.²

קבוצת האחיות המוסמכות, בוגרות קורס בריאות הציבור ובנות הארץ, הייתה אולי משמעותית מהבחינה התדמיתית, מה גם שבאותה תקופה ניהלו האחיות מאבק מקצועי להטבת תנאי התעסוקה שלהן. אבל בפועל, המסה הגדולה של האחיות ועובדי הבריאות וההדרכה שעבדו עם העולים הייתה של אחיות לא מוסמכות, אחיות מעשיות, או מטפלות בעלות הכשרה מינימלית. גם תנאי הסף לקבלה למקצוע היו נמוכים יותר, וכך גם השכר והתנאים. רבות מהאחיות העולות לא יכלו, מסיבה כלכלית או בגלל קשיי שפה, להשתלב בלימודי בתי הספר לאחיות. מאידך, המחסור בידיים עובדות היה כה גדול, שגם הכשרה מינימלית (למשל, ליווי של אחות בעבודתה למשך כמה שבועות) נחשבה מספקת. חוסר ההשכלה הרשמית נחשב בקרב המרואיינות כנושא מביש, והן נטו להמעיט לשוחח עליו, במיוחד במקרים שבהם הן זכו לקידום מקצועי על סמך עבודתן והמלצותיהן למרות העדר תעודותיהן.

היא [אחות שעבדה אֵתָה] לא בוגרת הדסה ... תראי אנחנו לקחנו אחיות שהן אמרו שהן אחיות. לקחנו, את יודעת, מי שרק היה מוכן לעבוד, והייתה לו גישה. (אחות)

הרוב זה אחיות מעשיות, הן לא היו ידעניות כל כך, אבל נתנו את הכול בחמימות. (אחות)

אני למעשה למדתי ... טיפול בתינוקות. וזה למעשה הדבר שאני כל כך לא אוהבת לדבר על זה, כי היו לי תפקידים של אחות אחראית, וכל הדברים שצריך היה להיות באמת עם תארים, אבל לי איכשהו סלחו לי, קדימה קדימה. בכל מקום כתבו עליי שאני טובה בתפקיד ותמיד קיצרו [את] כל הקורסים, הכל קיצרו לי. (אחות עולה חדשה)

המפקחת של חיפה ... ציפורה לסקוב ... היא העבירה אותי לאחות אחת, שהייתה בקיבוץ כברי ... היא קיבלה בטיפות חלב בחיפה ... והיא לקחה אותי אֵתָה לתחנות. ושם אני רק הסתכלתי איך היא שוקלת ואיך היא

2 המודעה, מטעם בתי הספר לאחיות של קופת חולים פורסמה (למשל), אתנ"ס, גיליון 4-3, מרץ-אפריל 1951, עמ' 97.

מנהלת את העניין. לחתל ודברים כאלו אני כן ידעתי. (אחות מעשית עולה חדשה)

בכמה מקומות (למשל, בבאר־שבע וברמלה) ניסו להתגבר על בעיית המיומנות של האחיות המעשיות על ידי פתיחת קורסי בריאות הציבור מיוחדים בעבורן. האחיות המעשיות שהשתתפו בקורסים קיוו לתוספת במשכורתן ולקידום, אך ההטבות בדרך כלל לא הוכרו בידי משרד הבריאות.

ברמלה ארגנו שלושה קורסים בבריאות הציבור לאחיות מעשיות, אבל בעצם ... אם היא מעשית, היא לא יכולה להיות מוסמכת לבריאות הציבור ... אבל זה עזר מאוד, נתן להם הרגשה שהם יודעים יותר וגם זה עזר מאוד. זה לא הקנה להן מה שהן קיוו, וגם אנחנו חשבנו שצריך להקנות להן מבחינת משכורת או סטטוס, אבל זה עזר מאוד. (אחות)

רבות מהאחיות הזכירו כחלק מתדמיתן המקצועית את המדים. באמצעות בגדי האחות ניתן היה להבחין בין האחיות לבין האחרים הבחנה זו גררה עמה גם הבדלים היררכיים ומשקל סמכותי וגם הבחנה (הקֶשָׁה לעתים במעברות) בין זמן העבודה ל"פנאי". הכיבוס היומי ביד של בגדי האחות, הוזכר גם הוא על ידי מרואיינות שביקשו להדגיש את קשיי החיים בימי העלייה הגדולה, ואולי אף את הקפדתן על ניקיון אישי, בניגוד לזו של הקהל שאָתו עבדו.

ברגע שאני במדים אז הייתה לי איזה שהיא סמכות. (אחות)

[לבשתי] ירוק, שמלה ירוקה וסינור לבן ... זה היה גם מבחינה היגיינית נוח לי מאוד. כל ערב הייתי מגיעה, מחליפה את השמלה, מכבסת וככה הייתה לי הרגשה יותר טובה שאני בחדר עם הבגדים שלי. (אחות)

סיבות ההגעה לעבודה עם עולים

כמתואר לעיל, בשיחה חופשית קשרו רבות מהאחיות המרואיינות בין הרקע המולד, האידיאולוגי וההשכלתי שלהן, לבין התנדבות לעבודתן עם העולים. אבל משנשאלו שאלות קונקרטיות לגבי הנסיבות, שהביאו אותן באופן אישי לעבודה עם עולים, רק מעטות מאוד דיברו על התנדבות. ההתנדבות יוחסה לאחרים – מכרים מתנועת בני המושבים, רופאים ואחיות מבוגרים מהערים, הקיבוצים והמושבים הוותיקים או פעילות בארגוני הנשים.

הימים ימי העלייה ותקופת המעברות. והיא, האישה המבוגרת, יוצאת לעבוד ולטפל בילדי העולים ולהדריך את אימותיהם. בימי החורף, במזג

האוויר הגרוע ביותר היינו פוגשים אותה בכביש, נוסעת בקומנדקר פתוח-למחצה, לעשות את עבודתה בין העולים.³ (מטפלת)

התאהבתי בנגב והתאהבתי באוכלוסייה מפני שזה היה מעניין מאוד בשבילי ... עזבתי את תל-אביב, פרקטיקה טובה, והלכתי לקיבוץ אורים. (רופא)⁴

ההגעה לעבודה עם העולים יוחסה לנסיבות חיצוניות, ומידת הכפייה של הנסיבות הללו השתנתה בעוצמתה.

בקשה או הוראה של ממונה או עמית בתוך מערכת הבריאות

חלק מהאחיות הגיעו לעבודה עם עולים מתוך עבודה אחרת במערכת הבריאות, או בעקבות הפניית בית הספר לאחיות. אם כי לרוב הדגישו המרואיינות את אופייה החיובי של הפנייה ברור כי יכולתן שלא להיענות לפנייה בחיוב הייתה מוגבלת.

נשארתי מעבר לשנת השירות. עשיתי שינוי, זה עבר למשרד הבריאות כל הסיפור. הפיקוח השתנה, והפיקוח לא נתן לי. תשמעי, היה להם בעיות קשות מאוד. (אחות)

עברנו ל[עיר פיתוח], זה עיר של עולים ובאו אליי ממרכז הבריאות, אמרו לי מה את חושבת שאת תשבי בבית ותגדלי את הילדים שלך? את עם קורס בריאות הציבור. צריכים אותך וזהו. (אחות)

כאשר סיימנו את לימודינו בביה"ס לאחיות ועוד אנו חוככות בדעתנו באיזה מחלקה להשתלב ולעבוד, מ. פיצי'ניק ז"ל מנהלת הסיעוד, זימנה אותי ועוד מספר חברות ... והודיעה לנו שאנו מתבקשות לעבוד בראש העין בבית חולים לילדים זה עתה הוקם ע"י הסתדרות מדיצינית הדסה. (אחות)⁵

3 ברגר, ת. (1966) "ללא ליאות", בתוך: חוברת זיכרון לד"ר פני יפה, קיבוץ חפציבה, עמ' 50-51 (באדיבות מיכל מן).

4 ריאיון עם ד"ר א. כהן, ארכיון הנגב ע"ש טוביהו, עמ' 3.

5 לכמן-סמואלוב, נ., דבר הכוגריס, ארגון בוגרי בית ספר לאחיות הדסה, גיליון 25, יולי-אוגוסט 2004.

התחייבות לשנת שירות כתנאי ללימודים

מרבית האחיות הגיעו לעבודה עם העולים במסגרת התחייבות "לשנת שירות". שנת השירות הייתה תנאי להשתתפות בקורס לבריאות הציבור, ובחלק מהמקרים גם ללימודים בבית ספר לאחיות. משמעות שנת השירות הייתה שהבוגרות הטריות התחייבו לעבוד במשך שנה בכול מקום שאליו ישלחו. בחלק מהמקרים החליפה שנת השירות את גיוס הבנות לצה"ל, והן נותרו באחריות משרד הבריאות. לא בכול המקרים שולם לאחיות הצעירות שכר עבור השנה הזו. אחיות אחרות גויסו, ושירתו במעברות כחלק משירותן הצבאי. במסגרת שנת השירות נשלחו רבות מהאחיות לשירות באזורי ספר שהגישה אליהם הייתה קשה.

והיית צריכה להתחייב [כתנאי ללימודים בקורס בריאות הציבור], שלאן ששולחים אותך אחרי זה את הולכת. (אחות)

משרד הבריאות אז, הייתה התחייבות של אחיות שהן חייבות שנה עבודה בכל מקום שישלחו אותן, אז שבע אחיות הגיעו אלינו. (אחות)

בגלל המצב, הצורך באחיות במעברות, חצי שנה אחרונה [בבית הספר לאחיות] עברתי לקורס בריאות הציבור בהדסה ירושלים, והיינו חייבות שנת שירות. (אחות)

עשיתי שמה שנת שירות, אחרי קורס בריאות הציבור, כל אחת נשלחה לספר. אז אותי שלחו לראש העין ... זה לא היה בדיוק ספר מה שאנחנו מבינים על הגבול וכך הלאה, אבל הייתה מצוקה רבה. (אחות)

אני כל כך נעלבתי שלא רצו לקחת אותי לצבא ... [לא גייסו אותי] בגלל שהיו צריכים אחיות בריאות הציבור במעברות, פשוט ... כל המחזור שלי בבריאות הציבור לא לקחו לצבא. (אחות)

גיוס רשמי

שיטת ההגעה השלישית לעבודה עם העולים הייתה גיוס רשמי. הגיוס בוצע על ידי משרד העבודה באמצעות צווים רשמיים. הגיוס היה, בדרך כלל, לארבעה עד שמונה שבועות, וחל בעיקרו על רופאים, אם כי גויסו באמצעותו גם אחיות. לא היו אחיות שגויסו בצו בין המרוואיינים במחקר זה.

בשנת 1951 לפי חוק העבודה נשלחתי לשישה שבועות לנגב. (רופא)⁶

בחורף 1950-1951 קיבלתי צו גיוס משולב־הצבא בשותפות עם משרד העבודה ... משאית שנסעה למעברת פאלוג'ה ב לקחה אותי ליעד שלי. שם התברר לי שאני רופא קופת חולים במקום. (רופא)⁷

מגורים בתנאים דומים לעולים

המגורים ביחד עם העולים באותם תנאים היו חלק מהליך המסירות וההזדהות שלקחו על עצמן האחיות הצעירות, שהתגוררו בתקופת שנת השירות במעברות ובכפרי העבודה באזור הספר. האחיות הללו התגוררו במחנות העולים, ולפיכך לא עזבו את המחנה בתום יום העבודה. ההקפדה על תנאי החיים הדומים לעולים נחשבה כהפגנת מסירות לעולים, והימנעות מיצירת "מעמדות" בתוך המחנה. עם זאת תוארו בראיונות הבדלים דקים בתנאי החיים בין האחיות לעולים ששמרו על ההבחנה בעיניה. כך למשל, תיארה אחת האחיות שמיעת מוזיקה במחנה שאין בו חשמל, ואחות אחרת תיארה מצב שבו לעולים לא הייתה אספקה של נייר טואלט, בעוד שהמוצר עמד לרשות הפרסונל בכפר העבודה.

הם ראו שאנחנו חיים אִתם, את מבינה, אנחנו לא גרנו בבתים אחרים, לא היינו כאלה שבאנו ונסענו. אנחנו היינו אִתם. (אחות)

אמא שלי פעם באה לבקר אותי, אז אל תשאלו איך זה היה. "חזרתם לעליה השנייה? מה קורה פה?", כי את יודעת מבשלים על פתילות... היא לא תיארה לעצמה שיש עוד תנאים כאלה, ושהבת שלה חיה בתנאים כאלה. (אחות)

מאחר שלתושבים [במעברה] אין חשמל, גם לנו [הצוות] אין חשמל. אבל בצריף של מנהל המעברה הכניסו חשמל בשביל לשמוע מוזיקה ... אז לתקליטים היה חשמל אבל לא לתאורה, כי אנחנו לא נהיה אחרים. (אחות)

עם זאת, גם מרואיינים שגרו מחוץ למחנות העולים הדגישו את קשיי החיים והמגורים שאפיינו את התקופה. הדגשת קשיי המגורים הופיעה בראיונות, בדרך

6 ריאיון עם ד"ר א. כהן, ארכיון הנגב ע"ש טוביהו, עמ' 3.

7 רמון (רייכמן), י. (ללא שנה) רק רופא כפרי (פרשת חיים), רמת-גן: הוצאת המחבר, עמ' 233.

כלל, בסמוך לביקורת על תלונותיהם של העולים על תנאי המגורים הקשים בימי העלייה הגדולה.

הדיר היה קשה ביותר, אני למשל גרתי, משפחה של שני ילדים, בחדר אחד. (רופא)

לי לא היה חשמל כי גרתי בשיכון א, גם שמה לא היו רחובות, לא שום דבר. (רופאה)⁸

אבל היינו באמת עולים חדשים, עם חדר אחד, חדר אחד שלא שלנו, בשכירות. (רופאה)

שעות עבודה ארוכות

שעות העבודה הארוכות, שבמקרים רבים הוצגו כעבודה מסביב לשעון, הן מרכיב נוסף של המסירות שמתארים המרואיינים. שעות העבודה מתוארות לא ככורח מערכת, או כדרישה מקצועית, אלא כביטוי לרצונם הטוב של אנשי מערכת הבריאות. חלק מהמרואיינים הצביעו על כך שהתנדבו מִזמתם להישאר בשבתות ביישובי העולים, אף שלא הייתה להם הוראה מגבוה לעשות כך. שוב, העבודה מסביב לשעון מאפיינת יותר את האחיות הצעירות שגרו במעברות אבל גם אחיות נשואות, שגרו מחוץ למחנות העולים, דיווחו על נכונותן להישאר מעבר לשעות העבודה המקובלות. הנכונות הזו מוצגת כביטוי של מסירות מרובה, כאשר גם בשעות אחרי העבודה היו רבות מהמרואיינות נכונות להשקיע זמן ומאמץ בענייני העבודה. כך סיפרה אחת האחיות, שהיא צבעה רהיטים לתחנה בשבת, ואחרות דיווחו על הזעקתן למחנה בלילה, או על הגעה לעבודה בשש בבוקר ועל עזיבה מאוחרת.

היא [האחות] הייתה שמה, אני לא יודעת אפילו כמה שעות היא עבדה שמה, אני לא יכולה להגיד לך. אם כל יום, רק כל יומיים, אבל היא הייתה שם הרבה, הרבה מאוד. (רופאה)

לא היה קיים שעון ... לא היה קיים התחושה הזאת של שבת או חג. פשוט 24 שעות, וגם גרנו במחנה ... תמיד זה היה או הנמל או המחנה. (אחות)

אם ידעתי שתהיה לי לידה, הייתי נשארת שבת. (אחות)

8 ריאיון עם ד"ר ו. כהן, ארכיון הנגב ע"ש טוביהו, עמ' 2.

אני לא הרשיתי לעצמי, שבמעברה הזאת לא יהיה אף אחד בשבת. אז היינו עושות בינינו תורנות – שבת אחת אני הייתי נשארת, ושבת אחת היא. אף אחד לא חשב קופת חולים, לא קופת חולים, צריך לשלם, לא צריך לשלם. (אחות)

היינו כולנו מאוד מסורים לעבודה, כל החיים שלנו זה היה רק עבודה. טוב, כי אני עוד לא הייתי נשואה, משש בבוקר עד שתיים עשרה בלילה, מתי שהיו באים העולים, היינו באים לקבל אותם. (אחות)

היינו באות בשש וחצי בבוקר, בשש ... אף פעם לא הולכות בארבע הביתה, תמיד היינו נשארות ... היו זמנים אחרים, הייתה מסירות עצומה מצד ה[צוות]. (אחות)

לא הלכנו הביתה בסוף יום עבודה, לא רשמנו שעות נוספות ולא ימי חופש. (אחות)

העדר תחבורה (תחבורה בעייתית)

אחיות במעברות ובמחנות העולים הרבו להתייחס לקשיי התחבורה הגדולים שליוו את העבודה עם העולים. רבות מהאחיות, שלא התגוררו במחנות, נאלצו להשתמש בטרמפים כדי להגיע אל ממחנות העולים והמעברות ולצאת מהם. שטחי המחנות והמעברות היו גדולים מאוד, והתנועה ברגל בתוכם (למשל, לצורך ביקורי בית) הייתה כרוכה בהליכה למרחקים ארוכים. גם במקומות שאליהם הייתה הסעה, היה על האחיות להגיע ברגל לנקודת המפגש המוסכמת, ולא תמיד עלה הדבר בידה. גם כדי לבצע בדיקות שגרתיות (כגון, בדיקות דם) נאלצו חלק מהאחיות ללכת מרחקים גדולים ברגל. אחת האחיות רתמה לשירותה את נהגי "אגד", אבל נראה שרבות אחרות נאלצו לוותר על ביצוע הבדיקות בגלל קשיי התחבורה.

[ההגעה היומית לעבודה כאחות] מהקיבוץ בטרמפים עד ראשון, ומראשון באוטובוס עד המעברה. (אחות)⁹

לא הייתה תחבורה, בנות עמדו על הכביש וחיכו לטרמפ. (אחות)

ואת הולכת לעשות ביקורי בית, וזה יום חורף ... ואת לא רוצה לאחר את ההסעה שלך ואת מסתכלת על השעון ... אז את עושה קיצור דרך. אני

9 פינרמן, מ. (1966) "לרופאה בהוקרה", בתוך: חוברת זיכרון לד"ר פני יפה, קיבוץ חפציבה, עמ' 27-28 (באדיבות מיכל מן).

זוכרת, אני עברתי דרך השדה ואני נפלתי. אני התביישתי, קמתי, הייתי יחפה ... וכל השמלה הייתה מכוסה בבוץ והנעליים היו בתוך הבוץ. לקחתי את הנעליים ביד וככה ברגליים יחפות הגעתי עד התחנה. מים חמים לא היה. לקחתי קומקום מים קרים ושפכתי על הרגליים ככה, והנעליים שטפתי. ואני מסתכלת, אני איחרתי את התחבורה. (אחות)

ברוב חודשי עבודתה של הרופאה בפרדס חנה לא סודרה נסיעתה ממחנה למחנה והיא הייתה מגיעה ברגל [המרחקים שם גדולים מאוד]. (אחות)

הייתי לוקחת מנשים הרות דמים ... הולכת עד הצומת [שעתיים הליכה] ועוצרת את האוטובוס שנוסע לאשקלון. תחנה סופית של האוטובוס הייתה ליד לשכת הבריאות. הייתי נותנת להם את הקופסה של הדמים ואומרת להם תעלו את זה ללשכת הבריאות, והם היו מעלים את זה. (אחות)

עבודה במהלך היריון

אחיות הדגישו כי את העבודה הקשה עם העולים עשו במהלך הריינות. אמנם רבות מהאמהות ההרות יצאו אחרי הולדת התינוק לשנת חופשה, או הועברו למקומות עבודה קלים יותר (קרובים למקום מגוריהם, מקומות שיש בהם הסעה וכו'), אך נראה שחלק מהן היו בהיריון במהלך "שנת השירות". אחות אחת סיפרה כיצד מסירותה לעבודה עיכבה את הגעתה לבית החולים ללידה.

היינו אחיות של הדסה, ואני עבדתי חצי משרה. הייתה לי בת, ואני הייתי בהיריון. בעצם שלושתנו, שלוש מהארבע, אני זוכרת, היינו בהיריון כולנו יחד. (אחות)

מים ירדו בלילה ... ו[שם בן הזוג] עמד ברחוב עם התיק שלי וחיכה שאני אסדר את כל העניינים וצלצל לרופא מה לעשות אֵתה. אז הוא אומר זה ממש סכנה מים ירדו, והיא לא באה לבית חולים, כי הייתי צריכה לגמור כמה דברים, שזה היה נורא חשוב. (אחות)

מסירות וְזְמָה

צורכי העבודה עם העולים הובילו לְזְמָה וְזְמָה שונות החורגות מהגדרת התפקיד הצרה של האחיות או הרופא, או הקרבה יוצאת דופן עבור העבודה. החריגה ממסגרת העבודה והנכונות להרחבת האחריות והמסירות היו חלק מהרגשת השליחות של עובדי הבריאות – אחיות ורופאים גם יחד.

אני בצפת והוא ברחובות, והיינו מאושרים שיש לנו עבודה, גם אם היה קשה. היום אני לא חושבת שמישהו היה עושה [את] זה. (רופאה)

אני עמדתי וצבעתי את המיטות כשקיבלנו. מיטות ... חלודות ומי יודע? מי יודע על זה בכלל? את מי זה מעניין? (אחות)

עד שסידרנו תחנה ... כי הדסה לא כל כך הייתה עשירה. ואני בעצמי צבעתי את הרהיטים וצבעתי, וקניתי אותם מהכסף שלי. קניתי רהיטים בשניקין. הכי זולים שיש ... לא היה לי הרבה כסף, עד שהדסה החזירה לי אחר כך ... ותליתי וילונות, סדינים כאלה. (אחות)

וכמה [פעמים] אפילו לקחתי באוטו שלי [ילדים לאֶשפוז בבית החולים] ... אני זוכרת שפעם גם לקחתי אֶתי תינוק, אולי יותר מפעם. (רופאה)

וידעתי שכל אחת רוצה לתת את הטוב ממה שיש לה כדי לעזור לילדים החולים, ובשטח זה אני רק יכולה לציין שהמסירות של העובדים באופן כללי, המסירות הייתה גדולה. (אחות)

מה חשבו עלינו העולים?

הקשר בין האחיות לעולים היה קרוב, לפחות מנקודת מבטן של האחיות. האחיות סיפרו על קשרים כמו־משפחתיים, ועל מעמד של נשות סוד שרכשו בקרב העולים. ההוכחה הבולטת ביותר לאהבת העולים, שחזרה מפי כמה וכמה אחיות, הייתה קריאת שם של תינוקות על שם האחיות המטפלות. המעשה הזה, שהיה כנראה נפוץ למדי, יכול להיות מוסבר במגוון הסברים (החל בחנופה של העולים, דרך ניסיון להתערות [או לחקות] על ידי מתן שמות ישראליים והכרות מוגבלת עם שמות אלה, וכלה בכך שהשמות [התנ"כיים בחלקם] התחבבו עליהם). הוא הוסבר על ידי האחיות כביטוי לאהבה ולהערכה של המטופלים אליהן. היו אחיות שתיארו פרידות רוויות דמע, כשעזבו את יישובי העולים, והייתה אחת אחת שתיארה התפתחות של מנהג תרבותי מקומי לפיו חול מהכניסה לטיפת חלב נחשב לסגולה ללידה קלה. האחיות הזו פירשה גם את המעשה הסמלי הזה כביטוי לאהבה ולהערכה שרחשו אליהן המטופלים.

מאוד קשורים אלינו, יותר מדי אפילו, כל כך קשורים. אנחנו היינו בשבילם אימא ואבא, וכל דבר היו באים לספר, וכל דבר היו באים להתייעץ, וכל דבר התחנה הייתה אוזן הקשבת. ידענו את הכול מה שהולך במשפחה. (אחות)

אני לא זוכרת משך כל שנות העבודה איזה תלונה או איזה סקנדאל או איזה אי שביעות רצון. הם ראו אותנו כמו אנשים שבאמת עוזרים להם. באמת עוזרים להם. (אחות)

על השם שלי נתנו הרבה שמות לילדות. יש הרבה ציפורות ושרות ורבקות על שמנו. (אחות)

כמה תמרות יצאו שם מכל המעברה הזאת, או שמות של מורות. (אחות)
כמה נשים היו שם וילדים, כולם ליוו אותי לאוטובוס של השכם בוקר, שאני אמרתי להם שלום. הם ממש בכו. [כשעזבת?] כן. כן, ואני בכיתי. (אחות)

בין המדרכה לדלת [של תחנת טיפת חלב] היה מן בור כזה. היו הנשים לוקחות חול משמה. שאלתי מה זה, אמרו לי בשביל ללדת, שאישה תוכל ללדת. החול של טיפת חלב זה מין אמונה, סגולה. רק תראי איך שהם האמינו בנו. (אחות)

עצמאות מקצועית

העלייה הגדולה והאחריות הרחבה, שהוטלה על כתפי האחיות, הובילה לשינוי משמעותי בתפקידן. אחיות ציינו כי התקופה אפשרה יותר עצמאות מקצועית, ויותר אפשרויות להיות "ראש גדול". האחיות, שפעמים רבות היו לבדן בשטח, לקחו על עצמן סמכויות שבזמנים רגילים נתונות בלעדית בידי הרופאים.

האחיות קיבלו על עצמן אחריות גדולה מאוד. הן הפנו ילדים לבתי חולים, ובתי חולים קיבלו אותם על סמך הפנייה שלהן, הן קיבלו את הילדים בחזרה עם הוראות טיפול, והן דאגו להוראות הטיפול, הן פעלו בנושא של בריאות, שחפת ... הן פעלו לבד על סמך הוראות, קיבלו הוראות, הן לא היו הכי מפונקות, האחיות היו חכמות ... התוצאה הייתה שהאחיות קיבלו סמכויות ענקיות, הן בהתחלה היו מבוהלות. אחות חדשה שקיבלנו לעבודה הייתה מבוהלת ממש. (אחות)

השינוי בסמכויות (אם כי מקומי וזמני), יחד עם הגידול במספר האחיות, השינוי בתנאי ההכשרה ושיפור תנאי התעסוקה של האחיות תרמו לשיפור בדימוי העצמי של האחיות. העצמאות היתרה הזו לא תמיד מצאה חן בעיני הממסד (קרי, משרד הבריאות) ובעיני הרופאים. אחד הרופאים המרואיינים עסק בסוגיה

זו בהרחבה וביטא מורת רוח ברורה מכך שהאחיות חרגו מ"מגבלות ההשכלה" שלהן.

במושגים שלה [הכוונה לד"ר טובה ברמני-ישורון], בעיקר כשהאחיות התקדמו למצב שהן קיבלו החלטות גורליות כמעט רפואיות, לא מצא חן בעיניה. (אחות)

אני לא סמכתי על האחיות. אני לא סמכתי מפני שאני ידעתי את מגבלות ההשכלה שלהן והניסיון שלהן ... הייתה תקופה שלא הייתי מרוצה שהייתה להן יד חופשית, לאחיות. כי אני הייתי צריך באיזושהי צורה גם קצת לרסן אותן ... הקפדתי על זה שהן לא יתנו הוראות כשהן אינן בתוך העניין ושזה חייב רופא ... באיזושהי צורה, הן לא כל כך נלהבו מזה. (רופא)

במבט רב-שנים לאחור, תקופת העבודה עם העולים תוארה על ידי אחיות ורופאים כתקופה הטובה והמספקת ביותר בחייהם המקצועיים. הם תיארו הישגים (כמו הורדת תמותת תינוקות), שמחת עשייה וחוויות מעצבות.

התקופה של רמלה הייתה התקופה בחיים שלי. אני יכולה להגיד כי הרגשנו שאנו מתחילים מלא כלום ובונים ועושים. ועם הצלחה, הצלחנו כל כך להוריד את תמותת התינוקות ... טוב, אלה היו זמנים שבכלל היום אי אפשר לתאר לך את זה, בהתלהבות. (אחות)

הייתה תקופה נהדרת כי באמת עשינו. (אחות)

היום שאני בדיעבד [אחרי] חמישים שנה חושבת על זה ... זה נתן גם חותמת לכל החיים. וגם הייתה שם, מה אני יגיד לך, זה לא מן אהבה גדולה, אלא מן הרגשה שזה מאוד גדול, שאת הרגשת שהיית טובה איתם והם אהבו אותך ושעשית הכול שביכולתך לשפר את המצב. וזה נתן מאוד התרוממות נפש. שאם אני מסתכלת איך יכולתי? איך עשיתי? איך? זהו, חייתי את היומיום הזה הקשה. אבל אני הרגשתי שזה באמת היה שליחות. (אחות)

היו שציינו חוסר חשיבה, בזמנו, על ההשלכות של עבודתם על עצמם ועל העולים. היו שהתייחסו לאחריות העצומה שהוטלה על כתפי אחיות צעירות לחייהם ולבריאותם של אלפי עולים. אחרים העמידו בספק את התבונה שבהתערבות בחייהם והרגליהם של העולים.

אז לא הבנתי מה גודל האחריות. קיבלנו [את האחריות] כצעירים. בסך הכול, הייתי פישרית קטנה מה? 20? 21? מה הניסיון שלי? מה הידע שלי בלקחת אחריות כזאת? (אחות)

היום אני הרבה פעמים, אני שואלת את עצמי מה שאנחנו עשינו זה להוריד תחלואה או תמותה ועשינו את זה באמת בהצלחה, אבל מצד שני בארץ לא היו יכולים לעזור לאנשים, מספיק להחזיק את כל הילדים שלא נפטרו שהם היו רגילים, הם היו רגילים כל שנה ללדת, אבל רק חלק קטן מהילדים נשארו בחיים, ופה אנחנו לא נתנו להם למות בכוח. אפשר להגיד, וזה לא זה לא פשוט לא היה להם לא היו רגילים לקחת ילד לבית חולים או דברים כאלה לא היה. אני מדברת עכשיו על הקהל שהתמותה והתחלואה היו כל כך גדולים ... בן-גוריון נתן "פרס הילד". על מה הפרס הזה? אבל הם היו צריכים לבוא בנעליים לבית הספר, לא היו מוכנים לקבל אותם יחפים. מאין הם קונים את כל הנעליים האלה? ... זה היה מאוד בעייתי, הלחץ על המשפחות היה מאוד גדול, והיה להם נורא קשה. (אחות)

חלק מהמראיינים ראו ביחסים הבלתי שוויוניים בין מטפלים לעולים, והפטרונות שהפגינו המטפלים מאפיין מרכזי של התקופה.

אי אפשר להתכחש שהייתה מן תחושה של פטרונות. אני חושבת שבגלל שהייתי צעירה כל כך ובעצמי עולה, זה מנע ממני, אני מקווה, את ההרגשה הזאת של הפטרונות. (אחות)

מהתחלה אמרנו לאם מה שאת עושה זה לא טוב האם את מסוגלת לעשות מה שאנחנו מציעים, כי זו דרך יותר טובה. במשך הזמן למדנו זה מזה, אני חושב שזה הביא לשיפור מאוד בולט. (רופא)¹⁰

הדימוי העצמי והקולקטיבי של אנשי מערכת הבריאות שעלו בראינות אופיין בכמה מרכיבים מרכזיים. לצד רובד בסיסי של הערכה עצמית ומגזרית גבוהה היונקת הן מגורמים שיוכיים (מוצא, משפחה, יישוב), הן מגורמים נרכשים (חינוך, אידיאולוגיה, ערכים והירתמות למשימות לאומיות) והן מגורמים השכלתיים (בית ספר לאחיות, הדסה, קורס לבריאות הציבור), מייחסים לעצמם אנשי הבריאות מאפיינים ייחודיים נוספים. עבודתם עם העולים מוצגת כמפעל התנדבותי, שהוא התוצר ההגיוני של מעמדם האישי והציבורי המובחן. זאת למרות העובדה

10 ריאיון עם ד"ר עמוס ארנן, ארכיון הנגב ע"ש טוביהו, עמ' 9.

כי בפועל הגיעו מרבית המרואיינים לעבודה עם העולים לתקופות מוגבלות, ובדרך כלל באמצעות רמה מסוימת של כפייה חיצונית. המרואיינים מרבים להדגיש את מסירותם לעולים – תנאי מגורים קשים, שעות עבודה ארוכות, תחבורה בעייתית ועבודה במהלך היריון. הם מדגישים כי שכרם על עמלם היה באהבה ובהערכה שלהם זכו מהעולים. הדימוי הקולקטיבי העולה מן הראיונות הוא דימוי עצמי מחמיא, מובחן מזה של כלל האוכלוסייה, ובוודאי מזה של העולים. דמות האחיות או הרופא/ה היא דמות אמיצה, הנלחמת בקשיים עצומים, מפגינה מסירות גבוהה וזוכה בתמורה באהבת המטופלים. בעיני חלק מהמרואיינים, הביאה העלייה הגדולה גם לעמעום מסוים של מעמדם. החשדות האישיים והקולקטיביים שהחלו להישמע בציבור לגבי תפקוד הצוותים הרפואיים בימי העלייה הגדולה (היעלמות ילדי תימן, טיפולי הגזוזת וכו'), יצרו בקרב אחיות ורופאים, שבמשך שנים נשאו בגאווה את פרק עבודתם עם אנשי העלייה הגדולה, תחושות קשות של עלבון וזעם. גם הערכתם הכללית את התקופה מעורבת. לצד התלהבות מהתפקוד ומההישגים בתחום הבריאות, עלו גם מחשבות שניות לגבי אופני הביצוע והתאמתם של המרואיינים לביצוען.

קידום בריאות וחינוך לבריאות בימי העלייה הגדולה

מלב הטיפול הרפואי בילד מחנכות האחיות של תחנות טיפות חלב את האם בעזרת המטפלת, מקנות לה ראשית הרגלי היגיינה, מדגימות לפניה בתחנה איך לרחוץ את הילד ואיך להאכילו, מבקרות בקביעות בפחונים, בבדונים ובאוהלים ונלחמות שם בבערות ובהרגלים הנחשלים.¹

המלחמה לבריאות העם – לגדל דור בריא וצעיר – הייתה נושא מרכזי בכל הפעולות הבריאותיות בישראל במהלך שנות ה-50. מעבר לשירותי הבריאות שנדרשו לטפל בעולים החדשים, הסכימו כל גורמי הבריאות שפעלו בישראל (המקומיים והבינלאומיים) כי אין די במתן מענה לצורכי הבריאות הקיימים, אלא יש לפעול במידה לא פחותה, ואולי אף נמרצת יותר, לחינוך לבריאות וקידום בריאות של ציבור העולים. לקובעי המדיניות ולעוסקים בשטח היה ברור כי אין זו משימה שגרתית וכי יש לצאת "למלחמה" לביעור נוהגי הבריאות, שהביאו עמם העולים ויש לפעול בנחרצות להטמעת נוהגי בריאות מודרניים. ה"חיילות" במלחמה זו היו אחיות צעירות, לעתים קרובות בנות פחות מעשרים, לובשות "מדים" בולטים בצבעי ירוק-לבן ושביס צחור, ו"חמושות" בידע שרכשו בקורס האחיות ובתחושת שכנוע פנימי עמוק. המסר של האחיות היה פשוט: הידע הקודם של העולים, מנהגייהם והאמונות התרבותיות שלהם אינם רלוונטיים עוד. מעתה נדרשו העולים על פי עצת האחיות לנהוג בכל דבר ועניין (קטן כגדול) הנוגע לחיי היומיום שלהם, אם זה גידול תינוק, ניקוי הבית, בישול, כביסה או כל נושא אחר. מערך העצות ודרכי החיים שהוצגו כמודרניים, כהיגייניים וכרציונליים, היו אמורים לשמש תחליף ל"בערות וההרגלים הנחשלים", שתוארו לעיל. בהמשך הציטטה שהובאה בראשית המאמר, נכתב:

הפחונים צוידו במיטות לילדים – תחת העריסה התלויה בחבל – בחיתולים ובבגדים מתאימים לתינוק ... ואף עליה, על האם, להחליף את מכנסי המזרח בהלבשה אירופית, הקלה יותר לכביסה וניתן לשמור בה על הניקיון. והאחיות והמטפלות גם מלמדות אותן איך עליהן לסדר את

1 ר"א, "על משמר הילד", דבר הפועלת, יולי 1951, 7-8, עמ' 142 (הדגשה שלי).

חדרן, איך לרכז את הבגדים בפינה אחת, להתקין מדף מקרשים ולסדר פינת מטבח. ואם כי העולות שוקדות למלא אחרי ההוראות, אין המטפלת מסירה עינה מהן. כי באם יניחון טרם שהתורה החדשה הכתה שורש ונקלטה כראוי, תשובנה אל הרגליהן מזה דורות.²

פרק זה יתאר את המלחמה למען בריאות העם. וכמו בכל מלחמה גם במקרה זה היו יעדים ואסטרטגיות, פרקטיקות ומכשולים.

מטרות המלחמה

הביטוי "מלחמה" טעון ומעורר אנטגוניזם. השימוש בו בהקשר של צוותים רפואיים לעומת העולים, במקום בביטויים מעודנים יותר כמו חינוך, יעוץ או הדרכה, עשוי להפגיע ואף לעורר התנגדות. עם זאת, הוא הופיע (וחזר והופיע) בטקסטים בני התקופה, גם בגלל האפיון הכמו־צבאי של הפעולות המורכבות שנערכו במסגרתו. אין זה שימוש בלתי מקובל בתחום הבריאות שבו תכניות לשינוי התנהגות בריאותית מכונות "קמפיין", או בלתי סביר אם לוקחים בחשבון את משקל התחלואה ביצור תפיסת האיום על הביטחון הלאומי

ניתוח מטרות "המלחמה", כפי שעלו בראיונות ובמאמרים בעיתונות הרפואית, העלה שלוש מטרות עיקריות, מהכלל אל הפרט. המטרה העיקרית שהוצגה היא המטרה הלאומית. עובדי הבריאות בעיקר אחיות ורופאים ראו את עבודתם עם העולים (הן בזמנה והן כיום) כתרומתם למפעל הלאומי־ציוני־התיישבותי. כך הם מבינים וכך הם הבינו את מאמצייהם להפוך את העולים לישראלים לא כהכחדה תרבותית, אלא כמעשה של בניית אומה וחברה. לא בכדי אומר הרופא "לא הייתה הפרדה בין הדברים". הרופאים והאחיות גויסו מרצון למפעל בניית האומה, גם אם גיוסם בפועל לעבודה עם העולים לא היה בדיוק התנדבותי.

הרבה השקענו בהדרכה [צוחקת] ניסינו להפוך אותם לישראלים, וזה לא היה קל, זה היה די קשה. ובכל זאת באו לישראל, וכאן ארץ שונה ... עם ערכים שונים ... אבל צריך היה את מה שהם [לא] יודעים להנחיל להם את זה. (אחות)

העבודה הרפואית שלנו בימים ההם הייתה חלק אינטגרלי מההתמסרות שלנו לכל העניין של פיתוח באר־שבע והנגב. ולא הייתה הפרדה בין הדברים. זה לא היה מקום עבודה בלבד, זה היה חלק אינטגרלי מהיצירה

החדשה ... להקים חברה חדשה, משק חדש, לגאול את הבריאות, את התרבות. (רופא)³

מרואינים אחרים ראו את שליחותם כחלק מהמסורת הרפואית של הצלת חיים. הם תפסו את העולים כחולים מאוד, ואת תפקידם בהצלת נפשותיהם. הצלת החיים קדמה לכל מטרה, לאומית או אחרת, ורק אז הגיעו משימות חינוכיות חשובות במישור הלאומי או האישי.

ככה הצלנו, הצלנו חיים, זאת הייתה המטרה, הצלת חיים – מניעת שלשולים, מניעת מחלות מדבקות. (אחות)

אחת המטרות הייתה להוריד את תמותת התינוקות. (אחות)

מטרה שלישית הייתה השינוי התרבותי, חינוך, לימוד ושינוי הפרקטיקות של ההיגיינה אצל אמהות ושל גידול הילדים. אם כי ההדרכה מוצגת בדרך כלל כאמצעי (נשק), יש לזכור שהשינוי התרבותי היה גם מטרה. מאגר התפיסות השליליות כלפי העולים היה הבסיס לתביעה לשינוי תרבותי שלהם, להפיכת "הם" ל"אנחנו". לפיכך, השינוי התרבותי חייב להיות מובן גם כמטרה, וגם כאמצעי.

זה היה התפקיד של בריאות הציבור לבוא הביתה ולדבר עם האישה וללמד אותה א-ב של משק בית. (אחות)

אסטרטגיות

בניגוד לצבא במלחמה, שלו (לפחות בתיאוריה) יש מפקד עליון המתווה אסטרטגיה כוללת לקראת הניצחון, המצב בימי העלייה הגדולה היה שונה. המדיניות הממשלתית נטתה להגיב לשטח יותר מאשר ליזום. עיקר הפתרונות, הן ברמה האסטרטגית והן ברמה הטקטית (או הפרקטית), הגיעו מהשטח – מאחיות, ממפקחות, מרופאים ומרופאות. בהעדר מדיניות ברורה ומאורגנת, החייל בשטח פיתח (או לפחות ניסה לפתח) אסטרטגיות, שישפרו את סיכוייו להגיע למימוש המטרות. תפיסה כזו יכולה גם לומר משהו על האקראיות, החד-פעמיות והייחודיות של שבירי האסטרטגיות שפותחו אד-הוק בידי יחידים. עם זאת, מהדוגמאות שהובאו לעיל אפשר ללמוד על גוונים ביצירתיות של האסטרטגיות, ועל השוני בין הפרטים שניסו להשתמש בהן.

3 ריאיון עם פרופ' חיים דורון, ארכיון הנגב ע"ש טוביהו, עמ' 3.

התמקדות בנשים

בראשית נעשתה עבודת הסברה היגיינית בעיקר בקרב האמהות, ואילו בין האבות הפעולה הייתה מועטת בלבד. כיום צו השעה הוא לפתוח בפעולת הסברה בין האמהות והאבות גם יחד, כי האב במשפחות אלו הוא הגורם העיקרי לחוסר הבנה לילד ולהעדר טיפול בו. (אחות מחוזית)⁴

כשכתבה האחות המחוזית של הצפון, ציפורה לסקוב, את הערת הביקורת הזו השנה הייתה 1954. דפוסי הקליטה הבריאותית של העלייה – למרות מדיניות מהאונייה אל הכפר – נותרו ממוקדים בעולה-האישה ומתעלמים, במידת האפשר, מהעולה-הגבר. לא הייתה זו החלטה מערכתית ברורה או מודעת, אלא הרחבה של פעולות קודמות, למשל, פעולות הדסה בירושלים בתקופת היישוב, שכוונו באורח בלעדי כמעט לנשים. השירותים שניתנו בידי המדינה המשיכו בכך דפוס שהנהיג ארגון נשים אמריקאי, בלי חשיבה או בירור של יתרונותיו או משמעויותיו. דימוי העולה-הגבר היה בעייתי וקשה, יוחסו לו אלימות, הסתגרות בתרבות המוצא וחוסר גמישות. האישה לעומתו, נתפסה גמישה יותר, נכונה לשינויים וכמי שיש לה מה להרוויח מהרס מסגרות המשפחה המסורתית (והאומללות מבחינתה). המעמד הנמוך שיוחס לה במשפחה, חולשתה היחסית הנתפסת לעומת הגבר, ומצבה הקשה – תפיסות אלו הקלו על האחיות והרופאים את התקשורת עמה. הנשים נתפסו פחות מאימות גם על הצוות הרפואי, זאת אף שהוזכרו בראיונות גם אירועי התנגדות אלימים שבהם לקחו חלק נשים. הדימוי החלש של האישה מחד, והנוטה להשתלב מאידך, חיזקו את הבחירה האסטרטגית לפנות לנשים. נושאי ההדרכה – גידול ילדים, ניקוי הבית, בישול, כביסה – נתפסו אף הם "נשיים", ולפיכך הפנייה לנשים בעניינם נראתה טבעית.

קניית אמון העולים

עובדי הבריאות דיברו על מאמציהם לרכוש את אמונם של העולים כדי להגיע למימוש מטרות הפעולה הרפואית וההסברתית. חלקם סברו שרכישת האמון דורשת מהאחות "לרדת אל העם", ולמתן מאפיינים ומסמנים המדגישים את ההבדלים בין האחיות לעולים כך למשל, הציעה אחת האחיות שיש לפשט את השפה שבה פונים לעולים, ואחרת הציעה לאחות להגיע למצב של חברות עם

4 לסקוב, צ. (1954) "פעולת האחיות במעברות במחוז הצפון", *האחות בישראל*, כרך ב, חוברת י', עמ' 26. ציפורה לסקוב הייתה האחות המחוזית במחוז הצפון בתקופת העלייה הגדולה.

העולה, מתוך הנחה שכחברה היא תוכל להשפיע על התנהגותה. היו שהצביעו על אסטרטגיה של ויתור על סמכות הציווי וההוראה של האחות, לטובת יצירת אווירה של חיקוי האחות בידי העולה. החיקוי יכול היה להתרחש על פי אסטרטגיה זו, רק באווירה של אמון.

את קולטת עלייה, את נכנסת לאטמוספירה אחרת, ואת צריכה להתרגל. ואת צריכה, שאת מדברת עברית יפה והם לא מדברים ... לא תמיד את יכולה לתת להם לעלות אליך. אז את צריכה לרדת אליהם ... כדי שהם יבינו מה את רוצה מהם. (אחות)

[תלוי] איך את ניגשת לזה. אם את ניגשת בצורה שאת מלאה את עצמך אז זה לא ... את לא התחלת עם הדברים האלה, רק שהיה לך קשר עם האישה. אם האישה שאת יכולה לייעץ לה כאילו חברה, כאילו לטובתה, כאילו טוב לילדים ... כל אימא רוצה שהילדים יאכלו ויתפתחו בסדר. (אחות)

האחיות בטיפת חלב היה להן קשר מאוד טוב עם אנשים. לא אמרו להן תעשה ככה כי ככה צריך [אלא] "בואי אני אראה לך" ... בואי אני אראה לך איך בארץ, איזה ירקות יש בארץ, איך עושים את זה. (אחות)

קבוצה אחרת של אסטרטגיות ניסתה לרכוש את האמון של העולים לא מתוך שינוי אווירת המפגש או טשטוש יחסי הכוח בתוכו, אלא באמצעות שכנוע העולים כי המפגש, על יחסי הכוח שבו, נועד לטובתן. השכנוע יכול היה להתבצע באורח ישיר ורציונלי, או כחלק מתהליך של התחברות כנה בין האחות לעולים (בלי להיכנס כרגע לסוגיה עם כמה משפחות מסוגלת האחות להתחבר באורח עמוק וכנה) או באורח עקיף, כשהאחות מצליחה לעזור בעת הצורך לחץ, שאינו בהכרח כרוך בתחום עיסוקה. סיפורה של ה"אחות החולבת", שסייעה לעולה צעירה במושב בחליבת פרה, וזכתה בהערכה ובשיתוף פעולה של מרבית תושבי היישוב, הוא דוגמה מאירת עיניים לאפשרות השלישית. עם זאת, יש לציין שמדובר באירוע שקשה לתכנן אותו, ולכן שיוכו ל"אסטרטגיה" נכון רק במבחן התוצאה.

אם אני לא הייתי נותנת להם את ההרגשה, שזה באמת לטובתם, אז הם לא היו גם באים. כי היה קשה. (אחות)

קודם כל תשבי, תשתי אתם כוס תה, תשבי אתם, תראי מה הם רוצים, מה הם יודעים, לאט לאט תלמדי אותם, לא תחשבי שאת באה בתור

מחנכת גדולה, תהיי אתם, כל אחד תעשי אתו צעד צעד ובאמת הם היו חברים שלי. מה זה אהבו אותי כל כך, ובאמת הגענו לתוצאות. הילדים הפסיקו למות מהשלשולים. (אחות)

יום אחד, אני באה לתחנה ומגיעה אלי אישה בצווחות נוראיות. היא מתה, היא מתה ... אני באה, אני רואה שהתינוקת היא שקטה. "מה קרה לתינוקת?" היא אומרת לא התינוקת, הפרה צועקת. אז אני רצה לפרה. מה קרה? הבעל שלי הלך למילואים בצבא, והיא הפרה המליטה ואף אחד לא חלב אותה. אני בת מושב. בוגרת מקווה ישראל ... אמרתי תביאי לי דלי, וחלבתי את הפרה. מאז קראו לי האחות החולבת ומאותו זמן היו לי פרוטקציה כזאת. כשהייתי באה מהכביש הראשי, כבר לא הלכתי ברגל. תמיד חיכתה לי עגלה עם סוס, ולקחו אותי לביקורי בית ... תמיד זאת הייתה האחות החולבת. (אחות מפקחת)

לימוד השפה/תרגום

הבעיות שנגרמו בגלל הפער הלשוני בין העולים לקולטים היו רבות – חוסר יכולת לתאר את סימני החולי, חוסר יכולת להבין את הוראות הרופא או האחות, ולפיכך גם ביצוע מוגבל של ההוראות. חוסר ההבנה הלשוני פגע קשות באסטרטגיה הקודמת – הניסיונות לכוון אמון.

הוא מאמין לנו בקושי בהיווכחו שאין אנו מבינים לשפתו ולמנטליות המיוחדת שלו. גם בעזרת החובשת המתורגמנית קשה לקבל מהחולה הפרימיטיבי נתונים אנמנסטיים כלשהם על מהלך המחלה, על מקום הכאבים, אם היה חום לילד וכו'. (רופא)⁵

התגובה של חלק מעובדי הבריאות הייתה ניסיונות ללמוד את שפת העולים. מרבית האחיות המרואיינות ציינו שלמדו שפה אחת או שתיים משפת העולים – בעיקר צוינו תימנית ומרוקאית. האחיות שלמדו שפה משל העולים היו לרוב בנות הארץ, ולא אחיות עולות. יש לקחת בחשבון שגם אחיות שלמדו מילים ספורות בערבית, או באחת משפות העולים המדוברות הן חשו כי הן עשו מאמץ מיוחד ללימוד השפה. מרבית האחיות שהתייחסו לנושא שלטו בכמה מילים, ורק מיעוטן הצליח ללמוד ממש את אחת השפות. עם זאת, יש לזכור שהצוותים טיפלו באוכלוסיות ממוצא מעורב, דוברי שפות רבות. בנוסף, כיוון שלימוד

5 ד"ר ב. פרבר (1951) "רשמי רופא במעברה", *איתנים*, 8, אוגוסט 1951, עמ' 238.

השפות היה אסטרטגיה אישית (ולא ניתנה עזרה ממסדית לאחיות בלימוד השפות), היו התוצאות תלויות בכישוריה הלשוניים של האחות, במהירות התפיסה שלה לשפות וברצונה הטוב.

קחי בחשבון שאני גם למדתי מרוקאית במשך הזמן כדי ליצור קשר ... זה הגיע למצב שגם נתתי הנחיות במרוקאית. הכול במרוקאית. (אחות)

היה לי איזושהו בסיס קטן בערבית ... זה הגיע לשלב כזה שגם נתתי הנחיות, הכול היה במרוקאית. (אחות)

קודם כול, הם לא ידעו שפה, אז אני ישבתי ולמדתי את הדברים הכי חשובים שאני צריכה לדעת. לקחתי את כל הירקות האלה, אמרתי מה זה אמרו לי חיז'ו, חיז'ו רשמתי, מה זה מטיסה (עגבניה). רשמתי את כל מה שאני [שמעתי], אחר כך הבנתי מה הם מדברים, ובכלל התחלתי להבין בקצת מרוקאית. (אחות)

כל אחות חדשה שהייתה מגיעה, הייתי יושבת אֶתה, מלמדת אותה כמה מילים בתימנית, לתקשורת. חליב, מויים. וכל מיני מילים שהיה צריך [כדי] להדריך את האימהות. [ש: שאת למדת תוך כדי עבודה?] לא, לימדו גם אותי, אחיות שהיו לפני. (אחות)

למדתי כמה מילים בלדינו כמה מילים בערבית ... הדברים הבסיסיים. איך שהוא תמיד הסתדרתי עם החולים. (אחות)

האחות [המעשית] הייתה מרוקאית. באתי אליה, שרה, מהר רשימה עם כל המילים הכי בסיסיות ... מהר מאוד למדתי מרוקאית והייתי מדברת אֶתם חופשי. (אחות)

הסתדרתי. אני מדברת ערבית, אמנם הערבית המדוברת שלנו ושלהם זה לא אותו דבר. (אחות)

רופאים ואחיות הצהירו על ידיעת שפה או שפות אירופיות, וטענו כי הצליחו לתקשר עם חלק מהעולים בצרפתית. בכל זאת, חלק מהם למדו כמה מילים בערבית.

אני דיברתי צרפתית ... לא צרפתית טובה, אבל סבירה בשביל מרפאה ... אני גם למדתי קצת ערבית ... היה איזה אחד הפקידים שם במשרד קופת-חולים. ישבתי אֶתו כמה פעמים והוא נתן לי ספר קטן כזה, חוברת כזאת, מילים ראשונות בערבית. (רופאה)

אחרים הבהירו כי הם סירבו ללמוד את שפות העולים. היו שטענו שמדובר בהתנגדות עקרונית, שכן בישראל אמורים כולם לדבר עברית. אחות אחת הסבירה שהיא לא אהבה ערבית, ולכן לא למדה.

המדריך צחק ושאל אם אני לימדתי אותם כבר הונגרית. אז לא. גם הם לא לימדו אותי ערבית. כי לא אהבתי ערבית. (אחות)

חלק מעובדי הבריאות נעזרו במתרגם במהלך עבודתם עם העולים. המתרגם היה עולה חדש, ותיק מעט יותר מהעולים, או בעל שליטה טובה יותר בעברית. אחת אחת קיבלה מבסיס צבאי סמוך חייל ממוצא תימני, ולעתים היה זה נהג של ההסעה, שהיה עולה חדש ונשאר עם אחת האחיות למשך היום כדי לתרגם. נהג ששימש כמתרגם לעת מצאו, תיאר בהרחבה את המבוכה שנגרמה לו מהשתתפות ומתרגום מה שנתפס בעיניו כעניינים אינטימיים.

קבלתי בחור תימני, שהוא כבר היה כמה שנים בארץ, והוא ידע לדבר. אז המחנה [בסיס צה"ל סמוך למגורי העולים] שחרר אותו, בכמה ימים שהייתי עובדת ... אז הוא היה בא והיה מתורגמן, ולא רק מתורגמן, הוא גם עזר בהרבה דברים לסדר. למשל, אם היו צריכים לתקן משהו, או שהיו צריכים לקנות משהו, הרי הם לא ידעו בכלל איך להסדר. (אחות)

[הנהג של ההסעה] היה מתיישב על יד האחות ומתרגם מהאחות מה שהיא אומרת לאישה בהיריון או לילד מסכן ... תשמעי הגענו למצב, שהנהג היה צריך לשאול את האישה מה שאומרת האחות. הייתה בהיריון, מתי היית פעם אחרונה? מתי זה? מתי בא? שאלות אינטימיות שהיה קשה ... היו אומרים לאישה תפתחי את הרגל לראות אם יש נפיחות, אם יש ורידים. עד כדי כך, נהג היה צריך להסביר דברים כאלה. ולא היה לו נעים. לפעמים נהג כזה, הוא מדבר עם אישה, אולי אימא שלו, תבינו. לא, ואז לא כמו היום. היום אולי זה כבר חופשי. (נהג במשרד הבריאות)

היו שחשו בבעיות בתרגום על ידי מתרגם, וניסו למצוא להם פתרון. הפתרון המתואר ביותר הוא הגפּרת המינון של ההדגמה הפיזית, על חשבון הסברים המילוליים.

אז הייתה לי מתרגמת יהודיה, שהיא כאילו ידעה ערבית, אבל אני תפסתי גם מהר שיש איזה פער בין מה שאני אומרת למה שהם שומעים. אז החלטתי שאני אדבר רק בהדגמות. והיא הייתה שם, איזה מילה תרגמה להם. ולמשל, אם זה היה עניין של הנקת ילדים, אז ביקשתי שיביאו את

הילדים. והם באו ואני עברתי והראיתי ... אם זה היה אמבטיה, אם זה היה אוכל, אם זה היה טיפול בפצעים. (אחות)

גם כשהעולים דיברו עברית, לא הייתה זו בדיוק השפה המדוברת בקרב בני הארץ, והם לא תמיד הובנו בידי המערכת הרפואית. דוגמאות למכביר של ביטויי לשון מקוריים ולא מובנים של העולים עלו בראיונות על התקופה. אחד מהם למשל, הוא "אשתי מצטערת", שכוונתו הייתה למעשה "אשתי יולדת". השימושים הלא מקובלים בשפה הלכאורה משותפת עוררו תסכול בקרב המרואיינים.

כשהיא [העולה] באה להירשם בתור אישה הרה, שאלו אותה מתי היא נולדה היא אמרה כשעירק טבעה. מתי היה לך המחזור הראשון? כשהשקדייה פרוחה. אנחנו לא הבנו אותה. והייתה לנו אחות כלכלה עירקית. אז היא אמרה בנות, שעירק טבעה הייתה שנה מסוימת שהחידקל עלה על גדותיו ... ושטף חלק גדול מהערים. זה תאריך מסוים ... מחזור זה כשהשקדייה פרוחת זה כמו טו בשבט בתאריך הזה ... את מבינה שאנחנו לא ידענו ... מה היית חושבת שזה? לא היית קושרת את זה בכלל. (אחות)

הם מדברים עברית במבטא ערבי, בהדגשה אשכנזית, בסגנון תנ"כי. זה מאוד נחמד ומצחיק על הבמה, אבל במרפאה זה מתסכל. האנשים הטובים אומרים "כן" לכל דבר, אם שואלים מה "כן"? הם מחייכים, ואני נותר טיפש כפי שהייתי. (רופא)⁶

שיתוף פעולה עם רבנים ועם מנהיגות מקומית

היו עובדי בריאות שבחרו באסטרטגיה של שיתוף פעולה עם הרבנים של קבוצות העולים השונות. שיתוף הפעולה עם הרב היה אסטרטגיה נוספת, שדרשה מהאחות או הרופא/ה להפחית מסמכותם המקצועי, ולהכפיף את עצמם לסמכות החברתית-רוחנית במקום. הרבנים של חלק מהקבוצות נתנו קמעויות וחילקו שיקויים. שיתוף הפעולה עמם היה למעשה שיתוף פעולה עם ה"הרגלים הנחשלים". לפיכך, רוב המרואיינים שתיארו פנייה לרב, עשו זאת במקרים שנראו להם כפיקוח נפש (למשל, סירוב לאשפז ילד), או כדי להתמודד עם מצוקות פנים-משפחתיות, כמו אלימות נגד נשים. היו שהרחיקו לכת עוד יותר, ושיתפו פעולה עם מרפאים מקומיים כדי לשפר את שיתוף הפעולה של העולים. אחת

6 קלנר, א. (1990) "שלושה מכתבים מהימים ההם" (מכתב מ-22.8.1950 מתורגם לעברית), הרפואה, 119 (ט), עמ' 285.

האחיות תיארה קשר ארוך עם לוחשת לחשים, שהצטרפה לביקורי הבית של אחיות טיפת חלב ושיפרה את הקשר בין הצוותים הרפואיים לעולים.

הייתי בקשר מאוד טוב עם הרב במקום ... הוא היה אדם מאוד נאור.
(אחות)

היה שם הרב, איש חכם מאוד ... לפעמים [כ]שהיינו במצוקה מאוד עם איזה משפחה, אז הייתי באה אליו, הוא היה מקבל אותי יפה. כמובן נתתי לו את כל הכבוד, והוא היה פותח את הספר ומראה לי מרחוק מה כתוב שם. ואם זה עין רעה כזו או אחרת וכך הלאה. והייתי שולחת אליו את המשפחה, והוא היה מסדר את העניינים. הוא היה מאוד נבון. הוא הבין מאוד את החיים בארץ ואת השינוי שהם צריכים לעבור. והוא תמיד היה מנחם אותנו, אתן צעירות ואתן חושבות שאפשר לסובב את הכפתור במחשבה של האדם. לאט-לאט, חכו. אז היינו אומרים לו, אבל זה פיקוח נפש. אם הילד לא הולך לבית חולים, הוא עלול למות. הנה גם הרופא של קופת חולים בא אתנו באותו נושא. אז תעשה משהו. לפעמים הוא היה עושה, לפעמים הוא אולי לא הצליח, אני לא בדיוק יודעת, אבל תמיד יצאנו ממנו עם המון רצון טוב לעזור בפתרון הבעיות. (אחות)

על מנת שיאזינו לנו ויקבלו את התרופות וימשיכו לבד ... התחברנו ללוחשת לחשים במקום. והיא הייתה עורכת אֶתנו את ביקורי בית. והיא, אם היא הייתה באה, הבית קיבל את מה שנאמר. (אחות)

הדרכה

פעולת ההדרכה היא פעולת השינוי המתונה ביותר. עיקרה במתן הנחיה ועצה, המועברות באורח מילולי, בדרך כלל בשטח תחנת טיפת חלב במהלך ביקור הייעוץ. ההדרכה ניסתה להתמודד בעיקר עם אזורי ה"בורות" של העולים. כלומר, להכיר להם את החומרים ואת השיטות המקובלות על הצוותים הרפואיים לטיפול ולגידול ילדים. בהתאמה, ניסו האחיות להתמודד עם טיפוס הבורות השונים – בענייני מזון, בענייני היגיינה ובענייני טיפול רפואי. ההדרכה בסיטואציה זו היא יחידנית – אחות מול עולה ותינוקה.

וככה אנחנו טיפלנו בהם, ולימדנו אותם כל דבר. (אחות)

ולימדו, לימדנו אותה לתת חצי חלב, כן. אז עוד לא היה, לא כל האבקות האלה ... ולימדנו אותם לתת אוכל, ולימדנו לתת שתייה, גם יותר בימי קיץ גם סתם מים, והיגיינה כללית. (רופאה)

לא עשו להם שום עוול, אלא לימדו אותם איך לבשל, איך לנקות, מה לאכול כיצד לאכול, וגם כללי בריאות. (רופא)

כל התנאים שונים ממה שהיו באירופה, ופה הם צריכים גם לדעת איך לגדל את הילדים, אז גם הדרכה לאמהות, הדרכה איך לטפל בילדים, והטיפול המסיבי בילדים חולים ובילדים בריאים. (אחות)

אחיות נצלו את המתנת האמהות בתור ליעוץ היחידני, ונתנו למקבץ האקראי של הנשים בתור הדרכה קבוצתית. אופייה של ההדרכה הבלתי מתוכננת הזו, פרי יזמה מקומית ואישית של צוותי הרפואה בשטח, השתנה לפי מי שיזם אותה. היו מי שהפכו את התור למפגש קצר, והדגימו הפעלה של מכשירים ביתיים כמו פרימוס, או בישול דייסה. אחרים דיברו אל הקבוצה המקרית שנתקבצה בתור על נושא, שעשוי להיות משותף למרביתן (כמו תפוחית חיתולים). עם זאת, אופייה המזדמן, האקראי והקצר של הפרקטיקה הזו השאיר אותה בתחומי ההדרכה.

בתחנה היה כל הזמן הדגמות של אחיות. היינו אוספות את האמהות באולם, לפני שמתחיל הרופא לעבוד או לפני קבלת קהל לעשר דקות. (אחות)

כשהם היו מחכים בתור להתקבל לטיפת חלב, אז אחת מאתנו, היינו בדרך כלל שתיים, אחת מאתנו הייתה מתפנה, והייתה מלמדת ממש, איך מדליקים פרימוס, איך מדליקים פתילייה. ואיך ... איך מבשלים את הקורנפלור. הרי הכנסנו את השיטה של הקורנפלור, לא כולם אהבו את זה, לא כולם היו רגילים לזה, לקורנפלור. בכלל חלב לא היה ידוע אצלם כל כך. לא, רק שתו חלב. אלה היו הימים הראשונים. (אחות)

תמיד ישבו בפרוזדור, אפילו נשים עם ילדים, קטנים נורא. וישבו ודיברו, זה היה גם איזה מפגש חברתי במידה רבה ... ישבו, וגם אני יצאתי ודיברתי, ואמרתי שאני ייתן להם הסברים קצרים. היה ממש איזה, מפגש. [ש: היית יוצאת להסביר במסדרון?] כן, זה היה כמו הרצאה על איך לטפל בפריחה בתחת. (רופאה)

הדגמה

עיקרה של ההדגמה בהפחתת משקלו של החלק המילולי ביעוץ. דיון במישור המילולי עשוי (אם כי לא מבטיח) לאפשר דיון, השגות, ויכוח. ההדגמה היא חד-כיוונית, ומגדירה את המדגים כ"מודל" שאותו יש לחקות.

והיינו עושים מרק ירקות. מקלפים, שוטפים, מראים איך אנחנו שמים תפוח אדמה, מרק ירקות. היה לנו מצרכי מזון, כף אורז. את העוף לא היה לנו, אבל זה הם הבינו לבד. שהם צריכים להוסיף לזה כנף, ואת זה לבשל, ואחר כך להוציא את העצמות, ולמעוך את זה, ולתת לילדים. (אחות)

אז זה היה הכול לימוד במעשה, בדוגמה ובמעשה. איך להשתמש בחלב. היו בקבוקים. אז ראשית, היה צריך ללמד הדבר המאוד מעשי, שהפטמה לא תהיה למעלה. לא יהיה גלוי. אחרי [ש]מרתחים ... ההיגינה המינימלית והממש פשוטה ביותר, הם לא ידעו. (אחות)

פשוט היו מראים להם, היו מראים להם פיזית איך הדברים נעשים. (אחות)

לימדו אותנו להראות דברים פשוטים: כוס, ספל, כפית, כף, לא מדידות. (אחות)

[הדגימו לעולים] איך לבשל, איך לחצות את הירקות למרק וכמה צריך לבשל אותו, ואיך צריך למעוך אותו, וכמה ילד צריך לאכול בדרך כלל. (אחות)

היו אחיות כלכלה ... היו עוברות ... מבית לבית. היו יושבות ומלמדות את ההורים, את האמהות. איך לבשל אורז, איך להאכיל את הילד, איך לחתל אותו. (אחות)

בואי נראה לך איך בארץ אצלנו עושים אמבטיה ... אצלנו פה זה אקלים אחר, פה חייבים לרחוץ יום יום את הילד. רק מה, לאט-לאט אפילו בכיור שלהם את רוחצת אותו ומראה להם איך רוחצים תינוק, איך לחתל. (אחות)

ואחת מהבחורות הצעירות האלה שחיתנו אותה, אני לא יודעת בת כמה היא הייתה ... והייתה בחרדה נוראה ... אז אני אמרתי לה, אין לך מה לדאוג, אני אבוא אני אראה לך, ותכניני את זה ואת זה ואת זה, ואז

הרתיחו את כל העניינים על האבנים בעצים. אני באתי לשמה, הכול היה מוכן. אז אני כיבסתי והראיתי לה איך לכבס וכו', והיא הסתכלה ... ואמרתי לה שמחרתיים אני אבוא אלייך, תכיני את הכול ותעשי את זה, ואני אבוא לראות איך את עושה את זה, והלכתי. חזרתי חזרה, הכול היה מוכן, כדי שהכובסת [האחות] תכבס, כן. (אחות)

אף שכבר היו קיימים חומרי הסברה כתובים וויזואליים (פוסטרים), וחלקם גם מופיעים בצילומים מהימים ההם, רבות מהאחיות לא זכרו שעמדו לרשותן חומרים כאלה או שנזקקו להם. ההדגמה התבצעה באמצעות גופה של האחות, ובאמצעות אביזרים מאולתרים, ולא אביזרי הדרכה או חומרי הדרכה.

לא [היו לי חומרים כתובים] ... גם לא יכולת, הם לא ידעו לקרוא. לא מדברת על אלה שבכלל היו אנאלפביתים, אבל עברית ודאי שהם לא יכלו לקרוא. (אחות)

ביקור בית כדי להעריך את מצב המטופלים

אחיות חדשות שרצו להכיר את ה"קהל" ואת תנאי חייו, נהגו לערוך ביקורי בית עם כניסתן לתפקיד. בגלל הכמויות הגדולות של העולים, והמספרים המצומצמים של האחיות סביר שביקור מסוג זה היה אקראי למדי, ולא הצליח לכסות את כל הבתים ביישוב העולים. האחיות התייחסו לבעייתיות של ביקור הבית, כשדה בלתי ניטרלי, שהמצב ההיגייני שלו מכתוב את תגובותיהן ופעולותיהן. רבות תיארו תגובות כמו-אוטומטיות של הדרכה (הסברים מילוליים) והדגמה (כגון, רחיצת רצפה, רחיצת כלים, או כביסה, כפי שהוזכר בסעיף הקודם), גם כשההדגמה לא הייתה המטרה של הביקור.

אמרו לי דבר אחד. איך תעבדי – תלכי מאוהל לאוהל, ותמצאי ... תתרשמי ותביני מה עלייך לעשות. (אחות)

היו ביקורי בית של להתרשם ... כמה חדרים, כמה פה, כמה זה. (אחות)

ביקורי בית זה דבר שאני חושבת שהוא אמנות אמיתית. מפני שהאני שלך הרבה יותר קובע ממה שאת רואה. כשאת נכנסת לבית עם ריחות איומים, את כבר לא יכולה להיות פתוחה לדברים. השאלה היא מה את עושה עם הדברים שאת מוצאת שם. זאת השאלה הגדולה. (אחות)

ביקורי הבית אחרי לידת תינוק

סוג אחר של ביקור בית היו ביקורי הבית אחרי לידת תינוק. ביקורי הבית הללו התבצעו בקפדנות על ידי האחיות, מתוך ניסיון להגיע ל-100% מבתי היולדות. ביקור הבית אצל יולדת לא התעלם ממצב הבית ומההיגיינה הכללית השוררת בו, אבל התמקד במצב בריאותם של היילוד ושל האם. במסגרת זו, הדגימו האחיות את האמבטיה לתינוק, ובמקרים רבים הייתה זו הדגמה פעילה, משמע רחיצה ראשונה בבית של התינוק. ביקור הבית אחרי הלידה אפשר גם מפגש עם האם כדי לוודא את מצבה אחרי הלידה (אם כי לא נערכו לאם בדיקות כלשהן), ושליחת אמהות במצב רע לבית החולים.

יש כמה סוגים של ביקורי בית. יש ביקור בית שהוא עם מטרה מסוימת. יש ביקור בית שבזמנו ... כל תינוק שנולד מקבל ביקור בית ... אז הם ידעו. הם חיכו. (אחות)

חיפשנו לבקר יולדות ותינוקות, אז אנחנו היינו מבקרים כל יולדת. (אחות)

האחיות הלכו לביקורי בית והראו לאימא איך לרחוץ את הילד ... כן, הן עשו עבודה יפה מאוד. (רופאה)

ביקורים יזומים

סוג נוסף של ביקורי בית היו ביקורים יזומים כדי להתמודד עם אי הגעה של העולים לתחנה. ההגעה לתחנה, על פי דרישות האחיות, דרשה הפנמה והקפדה על לוח זמנים, ונכונות מסוימת לשיתוף פעולה. עולים רבים הדירו תחילה רגליהם מהתחנה. ביקור הבית היה תזכורת לעולים על הצורך לבקר בתחנה.

חנה ואני עורכות ביקורי בית, כי הם לא באים אלינו בכלל. מוצאות מחזות פשוט לא יאומנו. (אחות)

היו ביקורי בית [ל]מי שחסר המון או מי שלא מופיע או משהו כזה, אז גם הייתה לו [לביקור] מטרה ברורה. (אחות)

או שלא באו, שהיו רשומים, והילדים היו צריכים לקבל חיסונים. (אחות)
כמעט רק בביקורי בית, הם לא כל כך באו לתחנה לשיחה קבוצתית, הם היו באות פרטי. כשהייתי מתפנה הייתי יוצאת מיד לבקר אותן בבית. (אחות)

לאחר ניסיון קצר הגענו למסקנה שהתחנה – מרכז הבריאות בעיר ובמושבה – אינה יכולה למלא את תפקידה במעברה, שכן הציבור החי בה הורגל במשך דורות רבים להזנחת הילד ואינו מסוגל – לפחות בשנים הראשונות – לקלוט בתחנה את ההדרכה שניתנת לו. מרכז הכובד הועבר אפוא לבתי המגורים. הביקורים בבתי תכפו, והאחות לימדה את דרכי הטיפול בתינוק והרגלי היגיינה שונים. (אחות מחוזית)⁷

אחיות שהגיעו לביקור בית (בלי קשר למטרתו המקורית) תפסו שתפקידן הוא לבדוק מה מתרחש בבית, כיצד מתפקדת האם, והאם היא עומדת בדרישות היגייניות והתפקודיות שהן מציגות.

[ש: לאילו מטרות] לפקח על בריאותן ולהדריך אותן. (אחות)

באותה הזדמנות [במהלך ביקור הבית] היינו פותחים את הארון, לא חשוב, איפה שמחזיקים את הבגדים, והיינו מוציאים את כל הבגדים הלא נקיים של הילדים וחיתולים ומשרים אותם במי סבון ... ואז זה הכריח את האמהות לכבס. ועל ידי זה נמנעו הרבה מאוד העברת מחלות. (אחות)

עם זאת, היה גם מרכיב חברתי בביקור הבית. האחיות הדגישו שתפקידן של ביקור הבית היה להיות מסגרת פחות פורמלית, שבה הייתה הזדמנות לרקימת קשרים חבריים בין האחות לעולים. אחיות תיארו שתיית תה משותפת ושיחות ארוכות. חלק מהאחיות תיארו ישיבה על הרצפה עם העולות. אחרות תיארו את ציפיית העולים לביקור, ואירוח לבבי במהלכו.

כשהייתי עושה ביקורי בית, זה לא היה לבוא ולראות מה נשמע. הייתי יושבת עם האישה על הרצפה, מדברות. זה היה טקס שלם. אני לא הקדשתי לזה חצי שעה ... אם הייתי יוצאת לביקורי בית הייתי יוצאת לארבע שעות, חמש שעות. (אחות)

אני זוכרת תמיד רצו להזמין אותי לתה כזה חזק חזק, נראה כמו קפה. (אחות)

כנראה שגם לא היו הרבה אנשים שבאו אליהם ככה הביתה ... אני חושבת שביקורי הבית היו חשובים. (אחות)

7 לסקוב, צ. (1954) "פעולת האחיות במעברות במחוז הצפון", *האחות בישראל*, כרך ב, חוברת י', עמ' 25.

התערבות פעילה

מפעלי הזנה קטנים ומקומיים שהוקמו בחלק מהתחנות בידי האחיות שימשו בסיס לקידום בריאותם של העולים. אין כאן הכוונה למפעלי ההזנה הגדולים בבתי הספר או במחנות ובמעברות, שמומנו על ידי הממשלה ואורגנו על ידי ארגוני מתנדבים ונשים, אלא ליזמות מקומיות של אחיות. בחלק מהמקומות התקיימה הדגמת בישול יומית כדי לחלק את המרק לצופים בה. באחרים הגיעו האחיות להסכמה עם המבשלת של בית הספר, או עם המנקה של התחנה, או עם מנהלת הטפליה (אם הייתה להן כזו), וכך החזיקו בתחנה סיר של מרק ו/או סיר של דייסה. המצרכים נאספו ממטבחים ציבוריים שכנים, נתרמו, גודלו על ידי תלמידי בית הספר ולפעמים הובאו מהבית על ידי האחיות. בכמה מהתחנות חולק המזון לאמהות הרות במצב בריאותי קשה. הכמויות לא היו גדולות, ומספר האמהות הנעזרות היה מוגבל. זו הייתה התערבות פעילה כתוצאה של יזמת האחיות וללא גיבוי מוסדי.

כי לנשים ירודות נתנו ... טיפה חלב, אורז, מה שהיה לנו. כך שהרבה פעמים הבאתי מהבית, דברים שהיא [אחת האמהות הירודות] תוכל לאכול. (אחות)

נשים הרות עם אנמיה קשה עם הרבה מאוד ילדים בבית קיבלו אצלנו ארוחה אחת ביום, שזה כלל ירקות ופרות וחלבון, ולא הרשינו להן לקחת את זה הביתה, הן היו חייבות לאכול בתחנה. (אחות)

לעומת תזונת האמהות, תזונת הילדים הייתה מפעל שבו הושקעו כספים, הועסקו אנשים במשרות (מבשלות בעיקר), והוקצו לו ציוד וחומרים. רק במקומות שבהם לא היו מסעדות מסודרות, נדרשו אחיות טיפת חלב להתארגן, ולהשיג מרק לצורך חלוקה של המזון לילדים.

כשאני הגעתי [לעבודה בראש העין] כבר הייתה מסעדת תינוקות. (אחות)
בתחנה היה לנו תקציב, וגם זה מהדסה לבישול מרק, מרק ירקות. ואמהות היו באות ומאכילות את הילדים במקום. (אחות)

הייתה מערכת של ארוחות לתינוקות. הייתה מבשלת מיוחדת [שבישלה, דייסות, בישלה מרק ירקות, ובעיקר לימדה את האימהות להאכיל את הילדים. ולגמור את המנה לאט-לאט ולהוציא את האוויר וכך הלאה. (אחות)

המצב הכלכלי היה קשה, והאמהות היו באות עם הילדים [לתחנה], וכל ילד היה מקבל צלחת אורז בחלב וביצה. (אחות)

המנהלת של המטבח [במעברה היה מטבח לבית הספר] הייתה עושה לי סיר גדול של מרק וסיר דייסה והייתי מזמינה אותם אליי עם הילדים שהם יתנו את האוכל אצלי בטיפת חלב ... כדי שזה לא יהיה ממש חנם, [לקחתי] שתי אגורות או שני מילים. (אחות)

ההתערבות של האחיות בהאכלת ילדים נגעה בעיקר להאכלה של תינוקות, שלא היו זכאים למפעלי ההזנה (כי לא היו חלק ממערכת החינוך) ונראו לאחיות ירודים. במקרים כאלה פעלה כל אחת לפי ראות עיניה. היו אחיות שרכשו (מתקציב הארגון שהפעיל את התחנה, מהכסף שגבו מאמהות אחרות עבור האכלה או לעיתים מכיסן הפרטי) אבקת חלב ודרשו מהאם להביא את התינוק יומיום לארוחה בהשגחה בתחנה. חלק מהאחיות הרגישו שבאופן כזה הן הצילו חיים של תינוקות, וראו בהתערבות הפעילה בתזונה את פסגת הישגיהן ב"מלחמה". אחיות אחרות התערבו בתזונה במטבחים המוסדיים.

אחת האחיות שלא הצליחה להאכיל ילדי עולים תימניים בכפר בגבינה, שכנעה את המבשלת להכין לילדים מאכלים מתוקים – בלינצ'ס ואטריות בגבינה כדי להתגבר על ההסתייגות מהגבינה.

היה לי ילד אחד ... [ש]הולך לבית חולים וחוזר אחרי דלקת ראות או ברונכיטיס או שלשולים, וזה נורא ... ביקשתי את האישה ... יום יום היא באה אליי. קניתי קופסת [אבקת חלב] כי נתתי כסף לפרודוקטים, אבל אי-אפשר היה לפקח על זה, שהם נותנים אבקת חלב או לא. יומיום באה עם הילד הזה, ויומיום האכלתי אותו בטיפת חלב, או שהיא האכילה אותו, אבל אנחנו הכנו את האוכל. אחרי חודש ימים, הילד השמין. כזה צימוק השמין, זה היה כבר עודף משקל, והבריא ... עשינו אותו בריא רק עם תזונה. אז את יודעת, אפילו לחשוב על זה היום, זה נותן לי סיפוק. הוצאנו ילד אחד, ככה. (אחות)

[התמודדות עם סירוב עולים תימניים לאכול גבינה] עשינו מטבח בית ספר עם בלינצ'ס הונגרי, עם אטריות עם גבינה ... והם קיבלו ממש את כל אותם החומרים הטובים, כמו ביצים וחלב ואבקת חלב ואטריות והכול הם קיבלו בתור ארוחת צהריים. וכך הם למדו, כי [הילדים] לימדו את ההורים. (אחות)

התערבות מסוג אחר הייתה כאשר האחות נתקלה במצב שדרש לדעתה הדגמה והדרכה במקום.

האווה היה על האדמה, אז הם [התינוקות הקשורים בחבל] שכבו על הרצפה ... את יודעת איזה תינוקות מצאתי? כאלו, [עם סימנים] של החבל ... זה בלי שום היגיון ... אז הוצאתי אותו [את התינוק], והמספריים זה היה הדבר הכי חשוב לי, ופתחתי אותו, וקיבלתי את ההקצבה של החיתולים, וחיתלתי אותו ... לקחתי את המגבת, ועטפתי אותו. תראי, על דעת עצמי ... הוצאתי את כל החפצים מהמיטה. והשתמשתי בציוד, מה שקיבלתי, והשכבתי את התינוקות. (אחות)

כל יום שישי גזרתי אלפיים ציפורניים, את מאמינה? תספרי. כל הבית ספר, לא היה מספריים. לא היו, תספרי, עשרים ציפורניים לילד. (אחות)

היו גם אחיות שהיו עושות טיפול [נגד כינים] לכל המשפחה, טיפול ללמד אותם איך לעשות לילד, האם לשים נפט, את יודעת איך היו עושים פעם את הטיפול, נפט חומץ ושמן, וזה טיפול הכי יעיל שיש עד היום. עושים נפט חומץ ושמן, שליש, שליש, שליש, מורחים על הראש סוגרים כל הלילה בבוקר הכול היה נעלם, אחרי שבועיים עושים אותו טיפול שוב. (אחות)

מעניין לציין שההתערבות ננקטה לא רק בידי הצוותים הרפואיים, אלא גם בידי כוחות סיוע שונים, שבאו לעזרת הצוותים הרפואיים. כך מתאר אחד הרופאים את העזרה שקיבל ממדריך באחד היישובים, שלא היסס להורות למטופלים לרחוץ את הילדים לפני הכניסה לרופא. באורח דומה תיארה רות דיין את מעורבות החיילים בחינוך להיגיינה, כפי שראתה במהלך ביקורה במעברת עולים שהועברה לטיפול הצבא במסגרת "מבצע מעברות":

הוא [מדריך באחד מיישובי הנגב] באופיו היה איש מלא התלהבות שדיבר בצורה מאוד תקיפה ככה ... כמו רס"ר וכן היה נותן להם על הראש. למשל כשהיו מביאים איזה ילד חולה מאוד מלוכלך הוא היה אומר 'הרופא לא מקבל ככה'. אני הייתי עולה חדש שקט, קצת ביישן הייתי מוכן לקבל כל אחד. (רופא)⁸

ומיד מצאתי את עצמי במקום שמשטר צבאי לאמיתו שורר בו. אנשי העדה כולה, גברים, נשים וילדים ומברשות שיניים בידיהם צועדים היו

8 ריאיון עם ד"ר אליעזר רינת, ארכיון הנגב ע"ש טוביהו, עמ' 6.

שלשות שלשות לעבר מיכל המים לשיעור בהלכות צחצוח שיניים. האמהות קיבלו הדרכה בכללי ההיגיינה הבסיסיים מפי חיילות שנשלחו למקום. "אמהות שלא תתנהגנה לפי ההוראות", סיפרה לי אחת האחיות "ולא תשטופנה את שלל הצבעים מגופם של התינוקות האומללים האלה, ייעקרו יתדות אוהליהן". זה מרושע, אך כדי להביא לשיפור יש צורך במשמעת קפדנית.⁹

טיפול בילדי עולים

מוסד נוסף ששימש במידה רבה את האחיות, בעיקר בעת מצוקה תזונתית, היה הטפּלית. הטפּלית שימשה פתרון יום לילדים, שמצבם חייב השגחה או האכלה, אבל לא אֶשפּוּז. היו מקומות שבהם הטפּלית שימשה ילדים עם שלשול. קיבלו בה מהאחיות שתייה מרובה והזנה מתאימה עד שהחלימו. היו מקומות שבהם הטפּלית שימשה פתרון לשמירה על ילדים בזמן שאמותיהם יצאו לעבודה, והיו מקומות שהטפּלית שימשה בהם אתר לימוד הדרכה והנחייה לאמהות העולות.

אז הייתה תקופה, בייחוד בקיץ ... התחילו שלשולים. אז פתחנו את הטפּלית. הביאו צריפים. הסוכנות סיפקה לנו שני צריפים, העמדנו אותם במרכז, על מנת שיוכלו להגיע מכל הצדדים, ואת התינוקות, הירודים המסכנים, שלא מקבלים טיפול כמו שצריך, היינו מקבלים אותם בבוקר, נניח בערב, כשהם היו חוזרים מהעבודה הם היו צריכים לקחת אותם. אז למזלי ... [אישה עוזבת קיבוץ בעלת ניסיון בטיפול בתינוקות] קיבלה על עצמה את הניהול של הטפּלית, אנחנו הדרכנו אותה וקיבלנו גם ציוד ... היא הייתה מטפלת בהם, מבשלת, מגישה, וזאת אומרת מאכילה, גם קצת מדריכה את [האימהות]. (אחות)

היו טפּליתים. טפּלית, זה היה [ל]ילד [או] תינוק שלא התפתח אז היו מאשפזים אותו לאֶשפּוּז יום והיו מלמדים את האמהות איך להכין אוכל לתינוקות, מה צריך לתת להם, איך צריך לנהוג בהם ... בארבע היו באות [האימהות], היו מכינים להם אוכל שמה במקום, והיו גם נותנים להם מנות הביתה. (אחות)

"בית התינוקות" היה סידור רחב יותר. לבית התינוקות היו אמורים להימסר כל התינוקות של העולים ששהו במחנה. ההתערבות הזו זכורה לאחיות שהשתתפו

9 דיון, ר. וה. דדמן (1973) נאולי ... סיפורה של רות דיין, ירושלים ותל-אביב: וידנפלד וניקולוסון וספריית מעריב, עמ' 155.

בה כעזרה גדולה לאמהות העולות, שמסרו את תינוקותיהם, מיד כשירדו מהאונייה (למשל, העולים שהגיעו מהמחנות בקפריסין).

[כ]שמגיעה קבוצה של עולים ... הייתי עולה לאוטו לוקחת את התינוקות שהיו, ואומרת לאמהות תלכו לנוח, ובבוקר למחרת, תבואו לבית התינוקות. והיינו מעבירים את התינוקות לבית התינוקות ... ואמרתי שהיום, לא היה עולה בדעתי לעשות דבר כזה, לקחת תינוק מהאימא. הייתי אומרת האימא, תלכי אִתו לשם, ותשימי את התינוק, תראי איפה הוא. אבל אז, ככה זה היה. אנחנו הרגשנו את עצמנו אחראים על הכול ... רצינו רק לעזור ... אז קמה אחות אחת ואומרת לי. את יודעת, אני הייתי אחת האמהות, שלקחת ממני, או שלקחו ממני את התינוק. ועד היום אני אומרת, איזה מלאך, אחות עם מגן דוד, שחררה אותי מהסבל, שלא ישנתי כבר שלושה לילות, והילד כל הזמן בכה ... אני הולכת לנוח, והילד הולך למקום טוב. ועכשיו הילד הזה הוא רופא, רופא בכפר סבא. (אחות)

אנחנו טיפלנו, כן, האמהות היו באות, [ו]היינו מלמדות אותן איך לרחוץ תינוק, איך הכול, נתנו את החיסונים, הכנו את האוכל לתינוקות, הם קיבלו את האוכל ואת כל הארוחות שהיו צריכים, כן הם הגיעו בתחתונה באמת. (אחות על תינוקות שהגיעו לארץ ממחנה קפריסין)

קשיים

למרות הכוונות הטובות, יש לציין כי קשיים רבים הכבידו על פעולות הצוותים הרפואיים. בין הסיבות נימנו קשיי התקופה – יישוב קטן קולט עלייה גדולה, מצב כלכלי קשה, מצב ביטחוני קשה, והעובדה שרבים מהקולטים היו בעצמם עולים הנתונים לקשיי קליטה. עוד הוזכרו מחסור ברופאים ואחיות, בעיות שכר וסטטוס של הצוותים הרפואיים, ותנאי היומיום הקשים של העבודה (מחסור בהסעות/רכבים, עבודה בתקופת היריון, ריבוי המטופלים ומיעוט בצוותים, בעיות האשפוז, מחסור בתרופות ובציוד ותנאים פיזיים קשים). קושי מרכזי היה ראשוניותה של העלייה הגדולה, וחוסר הניסיון בקליטת כמות כזו של עולים. כן צוינו העדר ידע ומבוכה של הצוותים הרפואיים בהתמודדות בבעיות שבהם לא נתקלו בעבר. העדר הידע נגע הן לסוגיות רפואיות (מחלות לא מוכרות, או מוכרות רק בתיאוריה) והן לסוגיות תרבותיות (חוסר הכרות עם מנהגים ותפיסות חברתיות ותרבותיות). לחוסר הידע הצטרפה תחושה של העדר יד מכוונת

והעדר מדיניות כוללת שהותירו את הצוותים בשטח לאלתר פתרונות מקומיים, זמניים, חלקיים, ולעתים אף אקראיים באופיים.

לא הייתה מסורת, לא היה ידע, לא היה ניסיון. צריך היה בעצם לחולל מעשה בראשית בעבודה הרפואית. כי אז הציבור היה די ללא כל ניסיון וללא כל ידע. אז צריך היה לעשות עבודה, עבודת בראשית. (רופא)

גם הרופאים לא ידעו בדיוק מה דרוש לתינוקות. (רופא)

לא היה כל ניסיון, לא היה להם שום ניסיון. לא easy, לאף אחד לא easy. ולא קבעו קווים מנחים, ככה שכל רופא פעל לפי הניחוש ולפי היזמה שלו. (רופא)

הפעולה המקומית של רופאים ואחיות, שלא דווחה לשאר המערכת, הביאה לכך ששוב ושוב נאלצו צוותים מקומיים "להמציא את הגלגל" – להקים מטבח, לארגן הדגמות, למצוא שיטות לשלוח דמים או למצוא פתרונות ללידות בית. לא היה גוף מכוון שיוציא קווים מנחים ברורים ומחייבים לאופני הקליטה הרפואית. בכל מקום (מחנה, מעברה, יישוב נטוש, מושב, עיר עולים) בתוך כל ארגון (קופת חולים, הדסה, משרד הבריאות, א.ז.ע ועוד), ועל ידי כל דור של רופאים ורופאות, אחיות ואחיות-מפקחות התגבשו באורח עצמאי נורמות פנימיות, דרכי מימון, קשרים עם תורמים וגוונים של פרקטיקות ואסטרטגיות.

אנחנו היינו די בשוק. כולנו, כי אנחנו בכלל לא ידענו בעצם מה צריך לעשות. עשינו מה שעשינו, תמיד מי שבא טיפלנו, הרופאים גם כן לא ידעו, הם היו כולם נחמדים עם הקהל. (אחות)

היינו צריכים להתחיל מבסיס שאף אחת מאתנו לא הייתה מוכנה. הכול היו דברים שהיינו צריכים להמציא בשטח. (אחות)

הייתה תנופה של עשייה, אבל לא הייתה יד שידעה להגיד מה העשייה הזאת בעצם. כל אחת הייתה צריכה קצת מהאינטואיציה שלה ומהחינוך האישי שלה ומהרקע האישי שלה לדלות רעיונות. חלק מהרעיונות באו מהיחד הזה של הרבה ישיבות צוות בערב, וזה כבר לא היה שייך לקטע של משרד הבריאות ... הדוקטור י. היה אוסף אותנו בערבים ומדבר על כל פצינט ומבקש מכל אחד מאתנו לתרום מה הוא יודע על אותה משפחה. וכך היינו מחלקים מי עושה מה. (אחות)

הערכה בדיעבד של המלחמה

אחיות רבות תיארו את תגובתן למה שכונה בשנות החמישים "הרגלים נחשלים", במילים "ואני מכבדת". המילים "אני מכבדת" ביטאו את ההבנה שרכשו בעיקר האחיות במהלך הרצאות באנתרופולוגיה החל מאמצע שנות ה-50 בהרצאות הן למדו כי עליהן לכבד את מנהגיהם השונים של העולים ולא להתערב בהם כשאינן זה הכרחי מבחינה בריאותית. באמצעות הידע הזה, גיבשו חלק מהן פרקטיקות שנועדו גם לטפל בסוגיית הקמעות, אך גם לעשות זאת תוך פגיעה פחותה בעולים ובמנהגיהם.

חשבתי שמאוד חשוב לכבד, כדי שהם לא ייצרו איזה שהוא "אנטי" נגדנו. אם אני אתחיל ואגיד "לא עושים ככה, כן עושים ככה ומה שאתם עושים זה לא טוב", אני מאבדת את האמון שלהם בי. הם ייפגעו ממני. מה יצא לי מזה. (אחות)

[היו] שמים כל מיני קמעות [במיטת התינוק]. מסכת ביטחון וכפתורים ודברים עטופים בעור, שקיבלו מאיזה, מישהו שמה שלהם ... בהדרכת הרבנים האלה הבנו שזה לא ניתן להילחם, לא ניתן להגיד להורים אל תעשו את זה. אז פשוט מתוך ההיגיון מצאנו שיטה, שהיינו באים ושואלים איפה כל החפצים. דורשים מהם שיתנו לנו, עוטפים את זה יפה באיזה חיתול או ניר נקי, ושמים את זה מתחת למזרון ואומרים לאימא, אסור להוציא את זה. זה חייב, זה שייך למזל של התינוק. כי ככה הם האמינו. (אחות)

אמרנו להם לשים את כל מה שהם [קמעות לתינוק] רצו, לקשור את הילד מעל לבגדים, לא על הגוף. היו הרבה פצעים, חום גבוה, כל מיני דברים. אחר כך זה נעלם מתוך הבנה שלהם. לא נלחמנו באמונות שלהם בשום אופן. (אחות)

נראה כי אחרי 1954, ככל שעלה חלקה של ההכשרה האנתרופולוגית של האחיות, מותנה הנימה המתנשאת הפומבית כלפי העולים. האחיות הוסיפו להדריך, אך השתדלו לא להפגין התנשאות. ב-1951 תוארה ב*דבר הפועלת* מתנדבת באחת המעברות בצפון המסתובבת בין ילדי המעברה כ"אם כל המחנה", ו"מסירה מכתונת הילד את הסיכה, שהיא סגולה נגד מחלות (בקמץ הענק שעל צוואר התינוק אין היא מעזה לנגוע שלא לזעזעם בבת אחת יתר על המידה)".¹⁰ לעומת

10 ר"א, "על משמר הילד", *דבר הפועלת*, 7-8, יולי 1951, עמ' 142.

זאת, האחיות שעבדו במושבים בדרום במחצית השנייה של שנות ה-50 מספרות שידעו כי אסור להן להתערב. נזכרת אחת האחיות:

נכנסתי הביתה וראיתי דברים שאני לא ראיתי בבית שלי ... שיש איזה קלף כזה נגד עין הרע של היולדת ... ניגשתי לתינוק, ואז מתחת לכרית היה סכין וספר תהילים קטן. אני בחיים לא ראיתי, אבל לא נגעתי. לימדו אותנו לא לגעת בשום דבר. (אחות)

האחיות שקיבלו הכשרה אנתרופולוגית קצרה, לרוב בדמותו של קורס מבוא לאנתרופולוגיה (המשולב עד היום בתכנית ההכשרה של האחיות), חשו כנראה פחות חופשיות להביע את הסתייגותן מאורחות חייהם של העולים. השימוש בפרקטיקות של אכיפה תרבותית לא נפסק, אבל הסגנון התמתן.

[האחות נשאלה איך הגיבה להנקה עד גיל שנתיים] אני מקבלת. אני רק אומרת לה [לאם] להוסיף את המרק ואת הפירות ואת הכול ושתמשיך לתת הנקה במקום לתת לו כוס חלב. אבל אני לא אני לא אף פעם לא ביטלתי את זה. (אחות)

היו אף אחיות שהפנימו את נושא הכבוד עד כדי כך שטענו בראיונות כי לא הייתה בהן שום התנשאות כלפי מטופליהם, אם כי קריאה זהירה של התבטאויות אלו מסגירה כי אף שאין התנשאות, יש לעתים צורך ל"הרים" את העולה למדרגתה של האחות.

אז לא הייתה התנשאות, אנחנו יודעים ואתם לא. (אחות)

הייתה כזאת הרגשה, שבאמת אכפת לך להתחבר עם, להבין איפה היא עומדת ויחד אֶתה לנסות לטפס לאן שאת רוצה שהיא תגיע. באותו מצב. (אחות)

עם זאת, חלק מהאחיות ערכו חשבון נפש נוקב עם עצמן, עם פעולתן ועם הנורמות התרבותיות של התקופה. אחיות אמרו כי הן מרגישות שהיחס לעולים היה מתנשא (אמנם עם כוונות טובות), וכי ההתנשאות נבעה מרתיעה מלכלוך, חוסר הבנה, או הסתייגות מיחס לנשים ולילדים. כשנשאלו אחיות אלו לגבי "אני מכבדת", הן התייחסו לאמירה כרטוריקה חסרת כל תוכן.

אני חושבת שהיחס לעולים היה יחס מתנשא ולא מבין, לא בתור הכללה, הייתה הבנה, אבל סך הכול, היחס היה יחס מתנשא ... היחס הזה של התנשאות, עם כוונות טובות, אבל גם לא תמיד, כי הייתה רתיעה מהאספסוף, הייתה רתיעה מהאנשים המלוכלכים, הייתה רתיעה מאנשים

שלא מבינים מה שמדברים אליהם, הייתה רתיעה מיחס לנשים, הייתה רתיעה מיחס לילדים. בכל אופן, אני כן רוצה שזה יוזכר. (אחות)

אחות אחת טענה כי אי־אפשר ללמוד לא להיות מתנשאת בקורס. היא הביאה לדוגמה את עבודתה של רופאה לא מתנשאת, שעמה עבדה בתקופת העלייה בנגב. רופאה זו הצטיינה ב"חום אנושי", תכונות אישיות ולא ידע, או פרקטיקות מוכתבות מבחוץ:

הייתה בבוקר באה ואומרת, יופי, יש לך עשרה ילדים, ארבעה ילדים, עד עכשיו הכנת הכול לארוחת בוקר, גמרנו. עכשיו את ואני יושבות בשקט על כוס קפה כמו חברות. לא בואי, אני יראה לך איך מנקים, איך עושים. [אלא] תלמדי אותי איך את עושה את הקישואים האלה, אני ילמד אותך איך עושים את זה. היא, היה לה משהו שאני חושבת שלא, בשום קורס לא למדנו, ולמדנו במיליון קורסים. כל יום עשו לנו איזה קורס. משהו אנושי חם מתחבר, לא מתנשא, ואני חושבת שזו הייתה צריכה להיות השיטה. (אחות)

ניתן לשער כי הערך "אני מכבדת" לא כובד כשמנהגי העולים עמדו בסתירה לערכי האחיות ולכללי "עשה" ו"אל תעשה", שרכשו במהלך הכשרתן המקצועית. משנשאלה אחת האחיות מה היה ה"קאזוס־בלי" שלה לפני התערבות, ענתה "כנמת", ותיארה בהרחבה מאמצי שכנוע, טיפולים בבית לכל בני המשפחה וביקורות פתע בבתים. ניתן להניח כי לא כל האחיות הבחינו בין התקופה שבה "התנשאו" לתקופה שבה "כיבדו". השינוי לא הגיע בלחיצת כפתור, ולא בקורס או במפגש עם אנתרופולוגית כריזמטית ומרתקת. חלק מהאחיות אימצו בראיונות רטוריקה מאוחרת יותר מזו שבתקופתה עבדו. אבל למרות זאת, מאירה האמירה "אני מכבדת" פינות עמומות של יחסי הצוות הרפואי והעולים. היו שחשבו במרחק הזמן כי אלה נעשו אך ללא כוונה רעה אלא משום אי ידיעה.

שנעשו שגיאות, על זה אין ויכוח. (רופאה)

עשינו שגיאות. עשו שגיאות גם בחוסר ידע וגם בחוסר הבנה וגם בחוסר מחשבה. שאנחנו יודעים הכול, ושהעולים לא יודעים כלום. העולים עם החינוך שלהם. (אחות מפקחת)

בתקופה הזאת כולם רצו לעשות טוב וכולם עשו טוב, הייתה שגיאה, ואני חושבת שאיש לא חקר את זה בשביל לא לעשות אותן השגיאות עוד פעם. (אחות)

נעשו דרך אגב על ידינו המון שגיאות, מפני שגם הרופאים וגם האחיות שטיפלו לא ידעו תמיד לתת את הייעוץ הנכון. אמרו לעולים שהמנהגים שהביאו אתם אינם טובים, אבל מה שהציעו להם כתחליף היה אולי פחות טוב או לא ניתן לביצוע. (רופא)¹¹

היו שראו כ"שגיאה" מתן הוראות רפואיות שאחרי כן התגלו כלא הכרחיות. אחדים אף התייחסו לכך שהיום יש חזרה לפרקטיקות רפואיות לא מערביות, פרקטיקות שכדוגמתן הוכחדו בתקופת קליטת העלייה:

מה יש לנו זכות להגיד פה מה נכון ומה לא נכון? אם היינו עושים מלמטה צומחים אתם, אז הייתה לנו זכות יותר, אולי. אבל כאן אנחנו ישר, חייבים להרתיח את זה ככה, מה פתאום? חייבים לחתל ככה, קיבינימט, מה זה חשוב? במילא, מאז שהייתי אחות, עד סוף הייתי אחות בבריאות הציבור, זה היה נגיד מחמישים וחמש ... את יודעת כמה שיטות התחלפו? כמה דברים שהיו אלוהים חיים, כבר מזמן לא היו אלוהים חיים? מה שרק מוכיח לנו שהדרישה של הבדיוק עשה כך, בכלל לא הייתה מוצדקת. ואיך היינו מתייחסים למי שלא עשה כך? זה כולם נתנו לנו גיבוי, להתייחס גרוע למי שלא עשה כך. אז אני חושבת שזה בבריאות, בחינוך, בכל מקום נתן את אותותיו. ואני לא מתפלאת אחר כך לקרוא סיפורים נוראים איזה עוולות עשינו לילדים. אפילו עד כדי דיכוי המערך המשפחתי שאותו שברנו לבטח. (אחות)

אני משוכנעת שהמון דברים של טיפול בעיניים וטיפול בדברים כאלה היו להם תשובות להם שהתייחסנו אליהם בזלזול, והיום אנחנו עושים אותם כי סיני אחד אמר. (אחות)

אחרים התייחסו כשגיאה לניסיון להפוך את העולים לישראלים, ולשנות את דפוסי המשפחה שלהם כך שיתאימו לדגם (או לאידיאל) הישראלי. כך התייחסה רופאה בחומרה לעצמה, כיוון שהעירה לעולה כי אשתו יכולה לצאת לעבוד, ואחרת התייחסה לאינטנסיביות של ניסיונות השינוי שלטעמה פגעה באפקטיביות שלהם.

והיה לי חולה אחד, בחור מאוד נחמד מרוקאי, נדמה לי, שאשתו גם בחורה צעירה. המצב מאוד קשה, הוא חולה בבית חולים, היא במצב קשה. ואני, באמת ברוח טובה אמרתי לו, אבל למה אשתך לא הולכת

11 ריאיון עם ד"ר עמוס ארנן, ארכיון הנגב ע"ש טוביהו, עמ' 8.

לעבוד. פגעתי בו, באיזו צורה אני מעזה להגיד לו. אחר כך ניסיתי להגיד לו, אבל לי יש תינוקת בבית ואני עובדת. אחר כך העובדת סוציאלית ... היא אמרה את פגעת בו. בלי שרצית, זה רק ההבדלים ... אני הייתי צריכה לדעת ... אחר כך הסבירו לי שאני לא מבינה את התפיסה הזו. (רופאה)

עשיתי המון טעויות אז, אני בטוחה שבהסתכלות לאחור המון המון טעויות. ניסינו להחדיר אליהם תרבות מערבית בדרך, אני חושבת, בדרך יותר מדי לא נכונה. יותר מידי לחצנו. (אחות)

עם השגיאות הוזכרו גם תופעות של הזנחה של העבודה ושל אי-עמידה באחריות. הסיפור על האחות שרצה להסעה והשאירה מחלקת ילדים שלמה ללא השגחה עם מדי חום מזכוכית בישבן, לא יכול, כמובן, לבטל את מאמציהם והשקעתם של אלפי אחיות ורופאים במשך שנות העלייה הגדולה. אבל יש בו כדי להכניס לפרופורציה את "התאור האידיאלי" של יחס ומסירות צוותי הבריאות לעולים. לצד ההשקעה הייתה גם הזנחה, לצד עודף הטיפול היה גם חוסר בטיפול. תופעות נוספות כמו גנבה של מזון וציוד מהעולים הוזכרו רק בשוליים. אבל הם התקיימו, ויתכן שגם אם לא כולם דיברו עליהם בקול רם, יש להם מקום ביצירת אוירת "עשינו שגיאות".

אחרי צהריים בארבע בא רופא לביקור. אז בשלוש צריכים כבר להיות מוכנים המדידות חום, וצריכים להיות רשום הכול, שאני יוכל לצאת עם הרופא לביקור. ואז, אהה, פשוט אחות אחת, שמה את המדי חום לכל הילדים המאושפזים, בישבן], שמעה שהאוטובוס נוסע והשאירה אותם ככה. ואז אני כמו משוגעת ... ואני ... הוצאתי את כל המדי חום, מהטוסיקים, אני זרקתי אותם ביחד ... וזה היה פלא שאחד לא התיישב, זה היה נשבר ... אז הרופא בא, ואמרתי היום אין חום. (אחות)

גנבו תרופות, גנבו, נעלם. נעלמו דברים. את מבינה? ונעלם אוכל. חשבו, נניח, היו שחשבו שמה צריך כזה עוף, כזה אדם חולה שאחר כך לא גומר אותו, וכשהעגלות האלו באו [עמוסות] מרוב טוב מהמטבח, אז הורידו מהם. (אחות)

ה"מלחמה" ב"בערות" וב"הרגלים הנחשלים" כללה מערך מפורט של שיטות, שפותחו בדרך כלל על בסיס מקומי, אישי ואקראי. השיטות נועדו הן לשיפור הקשר בין העולים והצוות הרפואי כדי לעזור לתהליכי האקולטורציה, והן לשיפור תדמיתו של הצוות הרפואי כדואג ועוזר לעולים. שיטות הטיפול היו

בחלקן ממוסדות, ובחלקן התפתחויות מקומיות. המרואיינים העריכו את פעולותיהם על רקע הקשיים, שבהם נתקלו במישור הכללי והפרטי, וביטאו את תפיסותיהם המורכבות לגבי פעולותיהם בתקופת העלייה הגדולה. התפיסות מבטאות אמביוולנטיות כלפי הפעולות שבוצעו בשנות ה-50. מחד, תחושה של חלק מהמרואיינים שהדברים נעשו היטב, ללא התנשאות ומתוך תחושת כבוד לעולים, מאידך חולקים כמעט כל המרואיינים את התחושה ש"נעשו שגיאות". אופיין של השגיאות המוזכרות משתנה בין המרואיינים, אבל עיקרן הן שגיאות מחוסר ידיעה (כמו המלצה על טיפולים שבדיעבד התגלו כמזיקים) ושגיאות תרבותיות (הניסיון לשנות את העולים ולהפוך אותם ל"ישראלים").

סיכום

מן הידועות שבריאות והגירה משולבות זו בזו עוד לפני אלפי שנים. סינון בריאותי של גלי המהגרים לארצות הברית ידוע מהמאה ה-19, אך מעולם לא הייתה הגירה כה מסיבית של בני אדם חולים למדינה כלשהי כמו זו שהתרחשה בישראל בשנותיה הראשונות, שנות מאבק קשות על קיומה. לא בכדי אמר ב־1951 נציג ארגון הבריאות העולמי לישראל: "התחלואה היא כיום מענפי היבוא המרכזיים אליכם".

אין אירוע דומה בעולם שבו מדינה הכפילה בתוך תקופה קצרה (3.5 שנים) את מספר תושביה, כאשר חלק בלתי מבוטל מתושביה החדשים היו חולים במחלות זיהומיות כה רבות ובתמותת תינוקות גבוהה (פי תשעה יותר מקרב בני היישוב הוותיק).

רוב העולים שבאו ארצה בשנים הראשונות להקמתה, היו חסרי כול ובמצב בריאותי ירוד ביותר – שיעור תחלואה גבוה של שחפת, גזזת, גרענת, סיפיליס והפטיטיס. חלק מהילדים ומהקשישים סבל מתת־זונה. כמו כן, אוכלוסייה זו התאפיינה בשיעור גבוה של נכים, תשושים וחולי נפש. 10% מכלל העולים סבלו ממחלה שדרשה אֶשפוז מידי. בנוסף, ב־1949 פרצה בארץ מגפת פוליו, שנמשכה במהלך כל העשור הראשון למדינה.

למרות הקשיים הרבים, שחלקם הותירו צלקות בלבם של אנשי הבריאות והעולים המטופלים גם יחד, בסופו של עשור הצליחה מדינת ישראל לייסד מערכת בריאות מתפקדת ופעילה. זאת בלא שהתפרצה אף לא מגפה אחת. בעיות הבריאות הקשות, שמולן ניצבה המדינה עם הקמתה, מוגרו וטופלו בהצלחה מרבית עד תום העשור הראשון לקיומה:

1. שחפת, מלריה, פוליו וסיפיליס נעלמו כמעט לחלוטין.¹
2. חיסון בתרכיב סאלק ובתרכיב סייבין (ב־1961) העלים את מגפת הפוליו.
3. מחלת העגבת (סיפיליס) מוגרה, בעיקר אצל נשים, באמצעות טיפול שיטתי ומעקב בתחנות טיפות החלב.
4. גרענת, גזזת וזיבה (גונוריאה) אמנם לא מוגרו לחלוטין, אך שכיחותן קטנה.²

1 בית החולים מאיר שנועד לאשפוז חולי השחפת הוסב ב־1962 (בגין מיעוט המטופלים) לבית חולים כללי.

2 בשנות ה־60 טופלה הגזזת במבצע המוני בתרופת הגריזופול, ולאחריה טופלה גם הגרענת.

5. "לידות הבית" התמעטו בזכות החוק לביטוח אמהות (תשי"ד 1954).³
6. טיפות החלב הצליחו להטמיע נוהגי היגינה אחידים וכללי טיפול בילדים ברוב חלקי האוכלוסייה, כולל במגזר הערבי.
7. הונהגו שירותי תזונה ושירותי בריאות בבתי הספר.

ההצלחה בהתמודדות עם אתגרי בריאות הציבור הייתה כמעט מלאה. למרות זאת, לא עלה בידי שירותי הבריאות לקבוע עקרונות יסוד לעבודתו של משרד הבריאות. אפשר שהצורך בריכוז כל האמצעים והכוחות כדי להתמודד עם בעיות הבריאות של העולים הוא שמנע קיום שיח ציבורי מעמיק והגעה להסכמה ציבורית בנושא. העדר קונצנזוס באשר למדיניות הבריאות ובאשר לשאלה אנה פני מערכת הבריאות, יצר בעיות מהותיות בעבודתה של מערכת הבריאות. חלקן לא נפתרו גם אחרי שישה עשורים להקמת המדינה.

מעמדו השולי של משרד הבריאות נקבע עם קום המדינה. תיק הבריאות נולד כברירת מחדל, ולא היה כלל ברשימת התיקים המיועדים לחלוקה. היה זה התיק הממשלתי היחיד, שנותר ללא דורש ונחשב מראשיתו (ועד היום) תיק חסר ייחוד וחשיבות פוליטית. ואכן איש מהשרים לא רצה לקבל את המשרד הזה. היה זה השר שפירא שהסכים לעמוד בראש המשרד הזה בתוספת למשרתו העיקרית כשר הפנים והעלייה. הוא ראה במשרה זו מטלה שנכפתה עליו מסיבות פוליטיות. ההתייחסות למשרד הבריאות הייתה כאל משרד משני, שדי אם ישמש בו שר במשרה חלקית. גישה זו שאינה מייחסת חשיבות רבה למשרד לא השתנתה גם בימינו, כשנושא הבריאות הינו סוגיה חברתית-כלכלית קשה ביותר.

הכשל המרכזי בסוגיית מעמדו של משרד הבריאות נוצר זמן קצר לאחר קום המדינה. ועדת השירותים הציבורית של מועצת המדינה הזמנית (ערב הבחירות לכנסת הראשונה, דצמבר 1948) קבעה כי משרד הבריאות לא יהיה גורם מחוקק ומפקח בלבד, אלא גם ספק שירותים. החלטה זו פגמה במעמדו, בתפקידו וביכולתו של המשרד להשפיע על מדיניות הבריאות ועל מערכת הבריאות בישראל. היא אף הגבילה את יכולתו לשמש כמחוקק וכמפקח, כפי שנדרש מכל משרד ממשלתי אחר. האחריות לאספקת שירותי בריאות לאוכלוסייה הגבילה עד מאוד את יכולת המשרד למלא את הנדרש ממנו כקובע מדיניות והעמידה אותו במצב של ניגוד עניינים מהותי ועקרוני.

3 חוק אפשר מימן לידות בבתי החולים, העניק מענקי לידה כספיים וקצבאות ילדים ובעיקר אפשר מתן סיוע כלכלי לאמהות עולות חדשות.

כפל תפקידים סותר זה נדון חדשים לבקרים בכל ועדות הבדיקה שהתקיימו במהלך השנים. ב־1988 נדונה סוגיה זו בהרחבה בוועדת חקירה ממלכתית למערכת הבריאות בראשות שופטת בית המשפט העליון שושנה נתניהו. הוועדה הגישה את מסקנותיה ב־1990 והמליצה להעביר את האחריות לביטוח בריאות הנפש והאשפוז הגריאטרי לקופות החולים. היא אף המליצה להפוך את בתי החולים הממשלתיים לתאגידיים, ולהותיר את משרד הבריאות כמחוקק וכמפקח בלבד.

הממשלה לא הצליחה ליישם את ההמלצה הזו (אף שזו אומצה על ידה), וב־2014 הוקמה רשות האשפוז, שתהיה אחראית לניהול בתי החולים הממשלתיים. גם במקרה זה יישום ההמלצה היה חלקי בלבד. ניהול בתי חולים פסיכיאטריים וגריאטריים נותר באחריות משרד הבריאות. אין אפשרות לחזות לאן תתפתח רשות האשפוז שהוקמה.

מראשית הקמת המדינה אופיינה מערכת הבריאות בקוטביות בין שתי השקפות עולם – זו שרצתה לשמור על קופת החולים הכללית כקופה עצמאית בפעולותיה ובמדיניותה (כדעתו של ד"ר מאיר, מנכ"ל משרד הבריאות הראשון) וזו שתמכה בממלכתיות המערכת הרפואית וראתה במשרד הבריאות את הגורם היחיד המתווה מדיניות בריאות בארץ (כדעתו של ד"ר שיבא, מנכ"ל משרד הבריאות השני).

הדבר בלט בדיונים על אופי ביטוח שרותי הבריאות, שנערך בשנותיה הראשונות של המדינה. בפברואר 1950 הגישה ועדת קנב, שמונתה על ידי שרת הבריאות, את עבודתה. הוועדה תמכה בהפיכת מערכת הבריאות למערכת ממלכתית, אלא שמסקנותיה הובילו להעמקת המחלוקת. מחד, ד"ר חיים שיבא שאף לביטוח בריאות חובה ולהקמת שירות בריאות לאומי, תוך הפיכת משרד הבריאות למשרד מרכזי. מאידך, קופת החולים הכללית וההסתדרות הכללית (במסגרתה פעלה הקופה) שאפו לשמור על עצמאותן, והתנגדו להלאמת המערכת הרפואית. ויכוח זה בגווניו השונים נמשך 45 שנים, ובמהלכן הוקמו שש ועדות שמונו על ידי הממשלה, והוגשו 15 הצעות חוק – חלקן הצעות חוק יזומות על ידי הממשלה וחלקן הצעות חוק פרטיות של חברי הכנסת ממפלגות שונות. רק בחירתו של חבר הכנסת חיים רמון לראשות ההסתדרות במגמה להביא לשינוי במדיניות הבריאות בישראל, אפשרה ב־1994 ליישם את המלצת ועדת נתניהו – לחוקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

התנגדות האוצר לנושא ביטוח הבריאות בלטה כבר ב־1950, כאשר אנשיו ניסו למנוע את פרסום דו"ח ועדת קנב ה־1. עמדה זו בולטת גם בימינו, שבהם ניתן לראות שחיקה ממושכת ומתגברת של המשאבים המתחייבים כדי לקיים את

העקרונות הבסיסיים של חוק ביטוח הבריאות. כמו כן, מבנה התמריצים מעוות, והוא פוגע קשות בתפקוד מערכת הבריאות.

מאבק זה שבין החלת הממלכתיות במערכת הבריאות לבין שמירה על עצמאות ארגונית, בלט גם בהתנגדות הנהלת קופת החולים הכללית להקמת בתי חולים ממשלתיים בנוסח בתי החולים הצבאיים על בסיס מבנים ארעיים ואזרוחם של בתי חולים אלה. פתרון זה של ד"ר שיבא היה צו השעה, שנועד לפתור את מצוקת האשפוז, בעוד שקופת החולים הכללית התנגדה לצעד זה, כי חששה לעצמאותה ולתקציבה. במבחן השנים היה זה מאבק סרק, ובתי החולים הממשלתיים הפכו לחלק בלתי נפרד ממערכת הבריאות הציבורית-ממלכתית.

סוגיה נוספת בשאלת מדיניות הבריאות, שעלתה על סדר היום הציבורי בעשור הראשון, הייתה שאלת הרפואה הפרטית. "רפואה פרטית במוסד הציבורי הנה כצלם בהיכל", קבעה קופת החולים הכללית. היא הייתה מוכנה אף לשלם מחיר כבד – עזיבת מנהלי המחלקות בבית החולים בילינסון, שהיה בית החולים המרכזי שלה, ובלבד שלא תסטה מעקרונותיה. עמדה זו מהווה עדיין בסיס מרכזי למחלוקה עקרונית בין גורמי הבריאות השונים בישראל, למרות השינויים המהותיים, שחלו עם השנים בתפיסת הציבור את מערכת הבריאות, בהתנהלותם של ארגוני הבריאות הציבוריים ובעיקר של ארבע קופות החולים הציבוריות.

מערכת הבריאות של מדינת ישראל התמודדה בהצלחה יוצאת דופן עם אתגרי הבריאות האדירים בעשור הראשון לקיומה. עם זאת, היא לא הצליחה ליצור קונצנזוס ציבורי בסוגיית תפקידו ומעמדו של משרד הבריאות, לא הצליחה לגבש עקרונות מרכזיים למדיניות הבריאות ונותרה חלוקה בשאלת הרפואה הפרטית במערכת הבריאות הציבורית. נושאים אלה ימשיכו לעמוד על סדר היום הציבורי גם בעשור השביעי לכינונה של המדינה.

מקורות

תיעוד בע"פ – ראיונות שנערכו על ידי ד"ר שחלב סטולר-ליס ז"ל

17.4.01	הוד השרון	יעל גלעד	.1
27.12.01	אשקלון	תמר אריאלי	.2
23.1.02	רמת-גן	נעמי דורון	.3
15.1.03	תל-אביב	רחל שדה-חן	.4
23.1.03	גבעתיים	שרה כהן	.5
26.1.03	באר-שבע	ד"ר ויולה איבי טורק	.6
14.5.03	תל-אביב	רוחמה לחמן	.7
21.5.03	תל-אביב	הדסה אורבך	.8
23.5.03	גבעתיים	דרורה נחושטן	.9
4.6.03	רמת-חן	חנה האוזר לסקר	.10
11.6.03	גבעתיים	ג'ניה בן-יאיר	.11
15.6.03	הרצליה	פרופ' בקי ברגמן	.12
18.6.03	אשקלון	ד"ר לאה צונגר	.13
18.6.03	אשקלון	בת שבע לוי	.14
19.6.03	תל-אביב	שרה פריד	.15
29.7.03	תל-אביב		
5.9.031	תל-אביב		
22.6.03	באר-שבע	יצחק אלקיים	.16
24.6.03	רמת-גן	לאה ויסברגר	.17
25.6.03	ראשון לציון	גילה אפלבוים	.18
29.6.03	קריית ביאליק	רחל וינשנק	.19
1.7.03	רמת-חן	ד"ר דניאל ברכות	.20
2.7.03	ראשון לציון	זיוה דומיניץ	.21
3.7.03	תל-אביב	רחל ליס	.22
6.7.03	פתח תקוה	ציפורה אדן	.23
8.7.03	רמת-השרון	תרצה לניר	.24
26.1.04	רמת-גן	לאה הלברכט	.25
27.1.04	תל-אביב	פרופ' יעקוב רותם	.26
3.2.04	רמת-השרון	פרופ' פיליס פלגי	.27

מקורות

25.2.04	קיבוץ יפעת	ד"ר חנה אדר	28.
25.2.04	עפולה	נעמי חייט	29.
29.11.04	ירושלים	יהודית שטינר-פרויד	30.

מקורות ארכיוניים

ארכיון הג'וינט בירושלים (AJJDC)
ארכיון הנגב ע"ש טוביהו
ארכיון העבודה, מכון לבון בתל-אביב (א"ע)
ארכיון מורשת בן-גוריון בשדה-בוקר (אב"ג)
ארכיון צה"ל בתל-אביב (א"צ)
ארכיון ציוני מרכזי (אצ"מ)
ארכיון עיריית תל-אביב
גנזך המדינה (גנזך)
ארכיון יוניסף UNICEF Archives NY

כתבי עת ותקופונים

איתנים
בריאות הציבור
דבר הפועלת
דבר השבוע
דברי הכנסת, כרכים 1-15
דפים רפואיים
האחות בישראל
הרפואה
שנתון סטטיסטי לישראל, כרכים 1-8

מחקרים – ספרים, מאמרים, עבודות לתואר שני ושלישי
איזנשטדט, ש. נ. (1973) *החברה הישראלית – רקע, התפתחות ובעיות*, מהדורה
שניה מצולמת ומורחבת, ירושלים: מגנס
איזנשטדט, ש. נ. (1998) *"ההבניה של זהות קולקטיבית"*, סוציולוגיה ישראלית,
א (1), עמ' 13-37
אלמוג, ע. (1994) *הצבר – דיוקן סוציולוגי*, חיבור לשם קבלת תואר ד"ר
לפילוסופיה, אוניברסיטת חיפה

- אמיר, ד. וי. אלמלך (1992) לחנך את לנה – שירותים וארגונים ישראלים מתגייסים לחנך את העולות מברה"מ בנושא מיניות ורבייה, אוניברסיטת תל-אביב: המכון למחקר חברתי
- אנדוולט, ר. (2002) מדיניות והתפתחות שירותי התזונה וההכשרה התזונתית באוכלוסיה בארץ ישראל מהנקה עד הונה 1970-1909, מחקר לשם קבלת תואר ד"ר לפילוסופיה, אוניברסיטת בן-גוריון
- אפרת, א. (1997) "עיירות הפיתוח", בתוך: צמרת, צ. וח. יבלונקה (עורכים) העשור הראשון תש"ח – תשי"ח, סדרת עידן, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 103-112
- אשכנזי, מ. (1986) "החוקר כמראיין", בתוך: שיטות מחקר במדעי החברה: עקרונות המחקר וסגנונותיו, תל-אביב: האוניברסיטה הפתוחה, יחידה 4, עמ' 32-43
- בוגנר, נ. (1999) "לחופש נולדו", עתמול, כרך כד (3), עמ' 143
- בוק, ג. (2000) "מניעת ילודה, אימהות ואבהות בגזענות הנאציונל-סוציאליסטית", בתוך: צימרמן, מ. (עורך) הרייך השלישי – מאזן היסטורי, ירושלים: מאגנס, עמ' 83-105
- בן-דוד, ע. (1999) "טיפול רגיש תרבות", בתוך: רבין, ק. (עורכת) להיות שונה בישראל – מוצא עדתי, מגדר וטיפול לזכרה של עמית בן-דוד, תל-אביב: רמות
- בן-חביב, ד. (2002) "מרגלית מולדתי: מגדר ועדה בספרי המעברה של סמי מיכאל", תיאוריה וביקורת, 20, אביב 2002, עמ' 243-258
- בן-צבי א. (2002) קליטת העליה ההמונית במגזר העירוני – דילמות ותהליכים תל-אביב-יפו 1948-1951 בראי הספרות, דיווחי העיתונות והמדיניות הממלכתית והעירונית, עבודת לתואר מוסמך, אוניברסיטת תל-אביב
- בראון-אפל, א., ח. פלג ור. ויינשטיין (עורכים) (2002) קידום בריאות בישראל, משרד הבריאות, פרסום מס' 223, נובמבר 2002
- בר-ניב, צ. (1954) חוק הביטוח הלאומי, תל-אביב: יבנה, עמ' 44-53.
- ברטל, נ. (2000) ההכשרה התיאורטית והמעשית של אחיות יהודיות הארץ ישראל בתקופת המנדט, 1918-1948, בראי התפתחותן של ביה"ס לאחיות ע"ש הנריאטה סאלד, הדסה, ירושלים: האוניברסיטה העברית
- גולנדר, ח. וי. בריק (2005) (עורכים) שליחות של חסד ואחוות אחים – סיפורו של מלב"ן-ג'וינט בישראל 1949-1975, ירושלים: אש"ל, עמ' 69-180
- גליצנשטיין-מאיר, א. (2012) יציאת יהודי תימן, תל-אביב: רסלינג, עמ' 163-215

- גראור מ. וד. גראור (1992) *אאוגניקה – השבחת האיכות התורשתית של האדם, תל־אביב: משרד הביטחון*
- גרינברג, י. (1992) "חברת העובדים וקליטת העלייה הגדולה בשנות החמישים", *עיונים בתקומת ישראל*, 2, עמ' 94-113
- גרינברג, ע. וח. הרצוג (1978) *ארגון נשים וולונטרי בחברה מתהווה – תרומתה של ויצ"ו לחברה הישראלית*, תל־אביב: המכון למחקר חברתי ליד החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה
- דהאן־כלב, ה. (1999) "פמיניזם בין מזרחיות לאשכנזיות", בתוך: יזרעאלי, ד. ואחרים, *מין מגדר פוליטיקה*, תל־אביב: קו אדום, הוצאת הקיבוץ המאוחד
- דהאן־כלב, ה. (2001) "נשים מזרחיות: זהות והיסטוריה", בתוך: שילה, מ. ר. קרק וג. חזן־רקם (עורכות) *העבריות החדשות – נשים ביישוב ובציונות בראי המגדר*, ירושלים: יד יצחק בן־צבי, עמ' 45-60
- דהאן־כלב, ה. (2002) "כמה שאת יפה, לא רואים שאת מרוקאית", בתוך: צלרמאיר, מ. ופ. פרי (עורכות) *מורות בישראל: מבט פמיניסטי*, תל־אביב: קו אדום, הקיבוץ המאוחד
- דומיניץ, י. (2000) *עליה והגירה – בשנות מצוקה ובימי תקומה*, ירושלים: הוצאת הספריה הציונית על יד ההסתדרות הציונות העולמית
- דורון ח., וש. שורץ (2004) *הרפואה בקהילה – משירות לעולים בנגב ועד לתחייתה של רפואת המשפחה*, באר־שבע: אוניברסיטת בן־גוריון
- דינאי, ע. וע. להב (1989) "אמהות בשכונות מצוקה בראי התחנה לבריאות המשפחה", *חברה ורווחה*, י (2), עמ' 133-147
- דנט, ב. (1973) *דפוסי מגע בין מטפלים ועולים*, ירושלים: המכון למחקר חברתי שימושי
- דרורי, ז. (2000) *אוטופיה במדים – תרומת צה"ל להתיישבות, לקליטת העלייה ולחינוך בראשית ימי המדינה*, שדה־בוקר: המרכז למורשת בן־גוריון, שדה־בוקר, שדה־בוקר
- דרין (דרבקין), ח. (1955) *שיכון וקליטה בישראל תש"ח-תשט"ו*, תל־אביב: ספרי גדיש
- דשן, ע. (1979) "האנתרופולוגים וחקר התרבויות של עדות המזרח", *פעמים* 1, עמ' 76-84
- הורוביץ, ד. ומ. ליסק (1990) *מצוקות באוטופיה*, תל־אביב: עם עובד, ספריה אוניברסיטאית
- הירש, ד. (2000) "אנו מפיצים כאן תרבות" – *חינוך להיגיינה ביישוב היהודי*

- בארץ ישראל בתקופת המנדט הבריטי", עבודה לתואר מוסמך, אוניברסיטת תל-אביב
- הכהן, ד. (2001) "פיזור אוכלוסין ו'מיזוג גלויות' – משימות מתנגשות? הניסיון של מושבי העולים", בתוך: שפירא, א. (עורכת) *מדינה בדרך – החברה הישראלית בעשורים הראשונים*, ירושלים: מרכז זלמן שזר, עמ' 128-109
- הכהן, ד. (1986) "צהל וקליטת העלייה", בתוך: נאור, מ. (עורך) *עולים ומעברות 1948-1952, מקורות, סיכומים, פרשיות נבחרות וחומר עזר*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 126-115
- הכהן, ד. (1994א) *עולים בסערה: העלייה הגדולה וקליטתה בישראל 1948-1953*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי
- הכהן, ד. (1994ב) *תוכנית המיליון*, תל-אביב: משרד הביטחון, עמ' 267-264
- הרצוג, ח. (2000) "כל שנה יכולה להיחשב כשנה ראשונה: הסדרי זמן וזהות בויכוח על שנות החמישים", *תיאוריה וביקורת*, 17, עמ' 216-209.
- וייס, ד. (2002) *הסיעוד כחלק משירותי הבריאות במחנות מאוריציזוס, עדן, קפריסין ועתלית 1940-1948*, עבודה לשם קבלת התואר ד"ר לפילוסופיה, אוניברסיטת תל-אביב
- וינטרוב, ד. (1959) "מבעיות הקליטה וההתערות במושב עולים", *מגמות*, ה (3), עמ' 260-248
- חבר, ח., שנהב י. ופ. מוצפיה-הלר (עורכים): *מזרחים בישראל*, ירושלים: מכון ון ליר והקבוץ המאוחד
- חלמיש א. (1993) "האם הייתה שנת 1933 נקודת מפנה במדיניות העלייה הציונית?", *עיונים בתקומת ישראל*, 3, עמ' 113-98
- חלמיש א. (2006) *במרוץ כפול נגד הזמן: מדיניות העלייה הציונית בשנות השלושים*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי
- טרבס, ד. וש. מנוחין איצקסון (1983) "הדגמה של שימוש ב'ריאיון תרבותי, עם מרואיין, יהודי אתיופי", *עלים*, עמ' 32-22
- טרואן, א. (1996) "התחלות חדשות בתכנון הציוני בתקופת העלייה הגדולה: הרעיון של עיירות הפיתוח בעשור הראשון למדינה", בתוך: עופר, ד. (עורך) *בין עולים לותיקים – ישראל בעלייה הגדולה*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 284-261
- טרטקובר, א. (תשי"ד) *האדם הנודד תל-אביב*: מ. נוימן
- יבלונקה, ח. (1994) *אחים זרים – ניצולי השואה במדינת ישראל 1948-1952*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי

- יבלונקה, ח. (1997) "עולי אירופה ותודעת השואה", בתוך: צמרת, צ. וח. יבלונקה (עורכים) *העשור הראשון תש"ח-תשי"ח*, סדרת עידן, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 41-56
- יונה, י. (1998) "מדינת כל אזרחיה, מדינת-לאום או דמוקרטיה רב-תרבותית? ישראל וגבולות הדמוקרטיה הליברלית", *אלפיים*, 16, עמ' 238-263
- יונה, י. וי. ספורטא (2002) "החינוך הקדם-מקצועי ויצירת מעמד הפועלים בישראל", בתוך: חבר, ח., שנהב, י. ופ. *מוצפי-הלר (עורכים) מזרחים בישראל*, ירושלים: מכון ון ליר והקבוץ המאוחד, עמ' 68-104
- יונה, י. וי. שנהב (2000) "המצב הרב תרבותי", *תיאוריה וביקורת*, 17, עמ' 163-188
- כהן-פרידהים, ר. (2004) *החלוץ שנותר מאחור – הקיבוצים וקליטת העלייה 1948-1953*, חיבור לשם קבלת תואר ד"ר לפילוסופיה, אוניברסיטת בר-אילן
- כוזם, ע. (1999) "תרבות מערבית, תיוג אתני וסגירות חברתית: הרקע לאי השוויון האתני בישראל", *סוציולוגיה ישראלית*, א (2), עמ' 385-428
- כוזם, ע. (2002) "להפוך למיעוט, לבחון את המגדריות: נשים עירקיות יהודיות בשנות החמישים", בתוך: חבר, ח., שנהב, י. ופ. *מוצפי-הלר (עורכים) מזרחים בישראל*, ירושלים: מכון ון ליר והקבוץ המאוחד, עמ' 212-243
- כצנלסון-שזר, רחל (1964) "בראשית התנועה", בתוך: *עם פעמי הדור – ילקוט מחצית היובל של דבר הפועלת*, כרך ב, תל-אביב: ההסתדרות הכללית, מועצת הפועלות, עמ' 17-19
- כתבן, א., "מי בעל הבית? הקרנטינה ובדיקת העולים בשערי ארץ ישראל", *קורות*, ב, עמ' 37-71
- לוי, י. (1996) "מדיניות מלחמתית, יחסים בינעדתיים והתפשטות פנימית של המדינה: ישראל 1948-1956", *תיאוריה וביקורת*, 8, קיץ 1996, עמ' 203-221
- לוי, נ. (1998) *פרקים בתולדות הרפואה בארץ ישראל 1799-1948*, תל-אביב: הקיבוץ המאוחד והפקולטה לרפואה
- ליסק, מ. (1996) "ארץ ישראל הראשונה וארץ ישראל השניה", בתוך: עופר, ד. (עורכת) *בין עולים לותיקים – ישראל בעלייה הגדולה*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 1-19
- ליסק, מ. (1999) *העלייה הגדולה בשנות ה-50: כישלוננו של כור ההיתוך*, ירושלים: מוסד ביאליק
- מאוטנר, מ., א. שגיא ור. שמיר (1998) "הרהורים על רב תרבותיות בישראל",

- בתוך: מאוטנר, מ., א. שגיא ור. שמיר (עורכים) רב תרבותיות במדינה דמוקרטית ויהודית – ספר הזיכרון לאריאל רוזן-צבי ז"ל, תל-אביב: רמות, עמ' 67-92
- מאיר-גליצנשטיין, א. (2001) "מעמד ועדתיות במאבקם הציבורי של עולי עירק בבאר-שבע בראשית שנות החמישים", בתוך: שפירא, א. (עורכת) מדינה בדרך – החברה הישראלית בעשורים הראשונים, ירושלים: מרכז זלמן שזר, עמ' 129-159
- מודן, ב. וש. פרי (2002) "גורמי סיכון וגורמי פיצוי: מדיניות הממשלה מול חולי הגזוזת", בתוך: כהן-אלמגור, ר. (עורך) דילמות באתיקה רפואית, תל-אביב: מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד, עמ' 389-411
- מורג-טלמון, פ. (2001) "רשתות נשים: ראייה חדשה של מחקרי הקליטה שנעשו בישראל בראשית שנות ה-50", בתוך: שילה, מ., ר. קרק וג. חזן-רקם (עורכות) העבריות החדשות – נשים ביישוב ובצינונות בראי המגדר, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 131-146
- מירון, ג. (תשנ"ח) "האוטוביוגרפיה כמקור להיסטוריה חברתית: יהודי גרמניה בארץ ישראל כמקרה מבחן", היסטוריה, א-ב, עמ' 103-132
- מנוחין-איציקסון, ש. (1983) "תאור אנתרופולוגי של המפגש בין התרבות של היהודים האתיופים (פלאשים) ובין התרבות הישראלית", עלי, עמ' 15-21
- נירל ג., ש. איסמעיל ומ. טרגין (2002) השפעת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" למען יוצאי אתיופיה על הטיפול ומצב הבריאות בקרב חולי אסתמה וחולי סכרת, המוסד לביטוח לאומי, פרסום מס' 85
- נירל, ג. ואחרים (1998) "עולים מברית המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים", ביטחון סוציאלי, 51, עמ' 96-115
- סבירסקי ש. וד. ברנשטיין (1993) "מי עבד במה, עבור מי ותמורת מה? הפיתוח הכלכלי של ישראל והתהוות חלוקת העבודה העדתית", בתוך: רם א. (עורך) החברה הישראלית – היבטים ביקורתיים, תל-אביב: ברירות, עמ' 120-148.
- סטולר-ליס, ש. (1998) כך אגדל תינוק ציוני, עבודה לתואר מוסמך, אוניברסיטת תל-אביב
- סטולר-ליס, ש. (2003) "כך אגדל תינוק ציוני – הבניית התינוק והאם הארץ ישראלים באמצעות ספרי הדרכה להורים", עיונים בתקומת ישראל, 13, עמ' 277-294
- סמוחה, ס. וי. פרס (1970) פער עדתי בישראל, תל-אביב: ללא ציון הוצאה
- פורת, ח. (1996) "היבטים גאוגרפיים יישוביים בעת הקמת מושבי העולים בנגב

- 1948-1952, בתוך: עופר, ד. (עורך) *בין עולים לותיקים – ישראל בעלייה הגדולה*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 227-260
- פיקאר א. (1998) *העליה הסלקטיבית מצפון אפריקה 1951-1954*, עבודה לתואר מוסמך, אוניברסיטת בן-גוריון
- פלג, מ. (2003) "שונים ועוינים", *פנים*, 26, סתיו, עמ' 37-46
- פלגי, פ. (1969) "טיפוסי משפחות בישראל", בתוך: בר-יוסף, ר. וא. שלח (עורכים) *המשפחה בישראל מקראה*, ירושלים: אקדמון, עמ' 115-123
- פלגי, פ. ואחרים (1955) "הפרעות אישיות טיפוסיות לקבוצת נשים עירקיות לאור הרקע התרבותי של עדתן", *מגמות*, ו (3), עמ' 236-242
- פרס, י. (1977) *יחסי עדות בישראל (מהדורה שניה)*, תל-אביב: ספריית הפועלים ואוניברסיטת תל-אביב
- פרס, י. (1999) "עוד לא נותקה השרשרת! הערות למאמרה של עזיזה כוזם", *סוציולוגיה ישראלית*, א (2), עמ' 435-439
- צבר בן יהושע, נ. (1995) "ריאיון העומק", בתוך: *המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה*, תל-אביב: מודן, עמ' 63-71
- צור, י. (1997) "העלייה מארצות האסלאם", בתוך: צמרת, צ. וח. יבלונקה (עורכים) *העשור הראשון תש"ח-תשי"ח*, סדרת עידן, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 57-82
- צור, י. (2001) *קהילה קרועה – יהודי מרוקו והלאומיות 1943-1954*, תל-אביב: העמותה לחקר מערכות ההעפלה ע"ש שאול אביגור, אוניברסיטת תל-אביב, עם עובד
- צמרת, צ. (1993) *ימי כור ההיתוך: ועדת חקירה על ילדי העולים (1950)*, שדה-בוקר: המרכז למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
- צמרת, צ. (1997) *עלי גשר צר: החינוך בישראל בשנות המדינה הראשונות*, שדה-בוקר: המרכז למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
- צמרת, צ. (2002) "פרשת התימנים מעמקה (1950)", *אלפיים*, 23, עמ' 114-141
- קודש, ש. (1953) (עורך) *מעשים – ההסתדרות בחיפה בשנים 1945-1953*, חיפה: מועצת פועלי חיפה
- קימרלינג, ב. (1993) "מיליטריזם בחברה הישראלית", *תיאוריה וביקורת*, 4, עמ' 123-140
- קימרלינג, ב. (1998) "הישראלים החדשים – ריבוי תרבויות ללא רב-תרבותיות", *אלפיים*, 16, עמ' 264-308

- קימרינג, ב. (1999א) "מדינה, הגירה ויצירתה של הגמוניה (1948-1951)", סוציולוגיה ישראלית, ב (1), עמ' 167-208.
- קימרינג, ב. (1999ב) "הממזרחים, הממוזרחים והמתמזרחים – הרהורים בעקבות קריאת מאמרה של עזיזה כזום" סוציולוגיה ישראלית א (2), עמ' 429-433 קינן, ע. (2004) "בין קיבוצים למושבים – שתי דרכים בקליטת עליה בעשור הראשון למדינת ישראל", קתדרה, 112, עמ' 113-136
- קמון, ע. (2001) יחסה של תנועת העבודה ומנהיגיה לעליה מתימן ולעולי תימן בתקופת העלייה השנייה 1914-1904 והעלייה ההמונית 1948-1953, חיבור לשם קבלת תואר ד"ר לפילוסופיה, אוניברסיטת תל-אביב
- קמפ, א. (2002) "נדידת עמים או הבערה הגדולה: שליטה מדינתית והתנגדות בספר הישראלי", בתוך: שנהב, י., חבר, ת. ופ. מוצפיה-האלר (עורכים) מזרחים בישראל: עיון ביקורתי מחודש, ירושלים: מכון ון ליר והוצאת הקיבוץ המאוחד, עמ' 36-67
- קמפ, א. ור. רייכמן (2000) "זרים" במדינה יהודית – הפוליטיקה החדשה של הגירת העבודה בישראל", סוציולוגיה ישראלית, ג (1), עמ' 79-110
- קצ'נסקי, מ. (1986) "המעברות", בתוך: נאור, מ. (עורך) עולים ומעברות 1948-1952: מקורות, סיכומים פרשיות נבחרות וחומר עזר, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 19-30
- רוזין, א. (2002א) "תנאים של סלידה – היגינה והורות של עולים מארצות האיסלם בעיני ותיקים בשנות החמישים", עיונים בתקומת ישראל, 12, עמ' 195-238
- רוזין, א. (2002ב) מגוף ראשון רבים לגוף ראשון יחיד – תהליכי אינדיווידואליזציה בחברה הישראלית בראשית העשור הראשון למדינה, חיבור לשם קבלת תואר ד"ר לפילוסופיה, אוניברסיטת תל-אביב, עמ' 273-360
- רוזין, א. (2002ג) "המאבק על הצנע – עקרונות הבית והמשלה", ישראל, 1, עמ' 81-118
- ריגר, ח. (1954) "לבעיית ההתערות של נוער תימני בארץ", מגמות, ג (3), עמ' 259-291
- שדמי, א. (2001) "הכמיהה למלאות ההווה, הכמיהה אל הכוח: הערות ראשוניות על הוויתן של נשים אשכנזיות בישראל", בתוך: עצמון, י. (עורך) "התשמע קולי" – ייצוגים של נשים בתרבות הישראלית, ירושלים: מכון ון ליר והוצאת הקיבוץ המאוחד
- שובל, ט. י. וע. אנסון (2000) העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל, ירושלים: מאגנס

- שוסטר, מ. (2004) דפוסי תקשורת בין מהגרי עבודה בישראל לבין נותני השרות הרפואי: מרפאת רופאים לזכויות אדם כמקרה מבחן. עבודה לתואר מוסמך, אוניברסיטת בראיילן
- שוקד, מ. (1977) "מחקר אנתרופולוגי בארץ: מעורבות לעומת הסתכלות מבחוץ", בתוך: שוקד, מ. וש. דשן (עורכים) *דור התמורה*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 32-42
- שוקד, מ. (2000) "על חטא שלא כול כך חטאנו בחקר יהודי המזרח", *מקרב*, 3, עמ' 79-99
- שוקד, מ. (2002) *מסע ישראלי – תל-אביב ניו-יורק ומה שביניהם*, תל-אביב: ידיעות אחרונות, ספרי חמד
- שוקד, מ. וש. דשן (1999) *דור התמורה מהדורה מורחבת*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי
- שורץ, ש. "בחירה ברירנית או עליה חופשית", *הרפואה*, 139 (11-12), עמ' 476-482
- שורץ, ש. (1997) *קופת חולים הכללית – עיצובה והתפתחותה כגורם המרכזי בשירותי הבריאות בארץ ישראל*, שדה-בוקר: המרכז למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר
- שורץ, ש. (1998) "הסתדרויות נשים למען אימהות בארץ ישראל: פעילותן של 'הדסה', 'הסתדרות נשים עבריות' ו'ויצו' להקמת תחנות אם וילד בארץ ישראל בשנים 1918-1948", *ביטחון סוציאלי*, 51, עמ' 57-81
- שורץ, ש. (2000) "קופת חולים בעליה הגדולה", בתוך: *קופת חולים, הסתדרות, ממשלה: מהלכים בעיצובה של מערכת הבריאות בישראל 1947-1960*, שדה-בוקר: המרכז למורשת בן-גוריון, שדה-בוקר, עמ' 143-161.
- שורץ, ש., פ. רומם, י. רומם, מ. שני, "מסע הגזזת הנשכח של 'אזע-טאז' (OSE-TOZ) פולין", *הרפואה*, 148(4), עמ' 265-270.
- שחור-רובין צ. וש. שורץ (2003) *הדסה לבריאות העם: פעילותה החינוכית-בריאותית של הדסה בארץ ישראל בתקופת המנדט הבריטי*, ירושלים: הספרייה הציונית
- שטרית, ס. ש. (2004) *המאבק המזרחי בישראל*, תל-אביב: אופקים, עם עובד
- שטרן, ב. (1997) *תנועת הפועלות בארץ ישראל: מועצת הפועלות 1920-1939*, חיבור לשם קבלת התואר ד"ר לפילוסופיה, אוניברסיטת חיפה, כרך ב.
- שלי-ניומן, א. (1996) "המסע הלילי: מפגשים בין עולים ומקומם החדש", בתוך: עופר, ד. (עורך) *בין עולים לותיקים – ישראל בעלייה הגדולה*, ירושלים: יד יצחק בן-צבי, עמ' 285-298

שנהב, י. (2003) היהודים-ערבים: לאומיות, דת ואתניות, תל-אביב: עם עובד
 שקדי, א. (2003) מילים המנסות לגעת – מחקר איכותני תיאורי וישום, תל-אביב:
 רמות אוניברסיטת תל-אביב
 שרעבי, ר. (2002) סינקרטיזם והסתגלות – המפגש בין קהילה מסורתית ובין
 חברה סוציאליסטית, תל-אביב: צ'ריקובר
 תמיר, י. (1998) "שני מושגים של רב תרבותיות", בתוך: מאוטנר, מ. שגיא א.
 ור. שמיר (עורכים) רב תרבותיות במדינה דמוקרטית ויהודית – ספר הזיכרון
 לאריאל רוזן-צבי ז"ל, תל-אביב: רמות, עמ' 79-92

- Amaro, H. (2000) "Criollo, Mestizo, Mulato, Latinegro, Indigena, White or Black? The US Hispanic/Latino Population and Multiple Responses in the 2000 census" *American Journal of Public Health* 90:1724-1727
- Anderson J. M. (1987) "Migration and Health: Perspectives on Immigrant Women" *Sociology of Health and Illness* 9(4):410-439
- Apple, R. D. (2002) *Reaching out to mothers: Public Health and Child Welfare* Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health publications
- Arnold, D. (1993) *Colonizing the Body- State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth- Century India* Berkeley: University of California Press
- Backer, T. E., E.M. Rogers & P. Sopory (1992) *Designing Health Communication Campaigns: What Works?* Thousand Oaks, CA: Sage pp. 1-31
- Barker, K. (2003) "Order from Chaos: Organizational Aspects of Information, Education and Communication (A Case Study from Mali)" *Journal of Health Communication* 8:383-394
- Barthes R., 1976. *Elements of Semiology* N.Y.: Hill & Wang
- Barthes R., 1977. *Image, Music, Text* N.Y.: Hill & Wang
- Bassett, M.T. (2000) "The Pursuit of Equity in Health: Reflections on race and Public Health Data in Southern Africa" *American Journal of Public Health* 90:1690-1693
- Beier, L. M. (2004) "Experties and Control: Childbearing in three Twentieth-Century Working-Class Lancashire Communities" *Bull.Hist.Med.* 78:379-409

- Berelson B., 1971. *Content Analysis in Communication Research* N.Y.: Hafner Publishing Company
- Berghahn, M. (1988) *Continental Britons- German Jewish Refugees from Nazi Germany* Oxford: Berg
- Berridge, V. (2004) "Public/private Relationships in Health in the Twentieth Century" *Michael- Publication series of the Norwegian Medical Society* 1(12): 131-144
- Berry, J. W. (1992) "Acculturation and Adaptation in a New Society" *International Migration* (Special issue: Migration and Health in the 1990s) Vol. XXX: 69-86
- Bollini, P. (1992) "Health Policies for Immigrant Populations in the 1990s. A comparative Study in Seven Receiving Countries" *International Migration* (Special issue: Migration and Health in the 1990s) Vol. 30, pp. 103-120
- Browne, D. R. (1999) "The Snail's Shell: Electronic Media and Emigrant Communities" *Communications: The European Journal of Communication Research* 24 (1): 61-84
- Btsh S. (1952) (ed.) *Proceedings of the WHO/UCS Medical Teaching Mission to Israel* Tel Aviv: Ministry of Health
- Bull, F. C., C. L. Holt, M. W. Kreuter, E. M. Clark and D. Scharff (2001) "Understanding the Effects of Printed Health Education Materials: Which Features Lead to Which Outcomes?" *Journal of Health Communication* 6:265-279
- Cohen, Y. S. (1998) *The Experience of Immigration-a Literary Perspective on Immigration to Israel* Jerusalem :Magnes
- Colgrove, J. (2004) "Between Persuasion and Compulsion: Smallpox Control in Brooklyn and New York 1894-1902" *Bull.Hist.Med.* 78: 349-378
- Dhillon, H. S. and L. Philip (1994) *Health Promotion and Community Action for Health in Developing Countries* Geneva: W.H.O.
- Drucker, S. and G. Gumpert (1998) "Media and the Modern Immigration Experience" in Gumpert, G. and S. Drucker (ed.) *The Huddled Masses- Communication and Immigration* Cresskill: Hampton Press pp.3-22
- Edmunds, K. (1993) "Transcultural Nursing Care with Old Colony Mennonotes

- in a School Context" in Parker, Marilyn E. (ed.) *Patterns of Nursing Theories in Practice* New York: National League for Nursing pp. 122-141
- Emmons, K. M. et al. (2004) "Tailored Computer-Based Cancer Risk Communication : Correcting Colorectal Cancer Risk Perception" *Journal of Health Communication* 9:127-141
- Evance, W. (2001) "Mapping Mainstream and Fringe Medicine on the Internet" *Science Communication* 22(3): 292-299
- Fairchild, A. L. (2003) *Science at the Borders- Immigrant medical Inspection and the Shaping of the Modern Industrial labor Force* Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press
- Fedunkiwi, Marianne (2003) "Malaria Films: Motion Pictures as Public Health Tool" *American Journal of Public Health* 93(7):1046-1056
- Finch, J. (1993) "It's Great To Have Someone to Talk to: Ethics and Politics of Interviewing Women" in Hammersbeg, M. (ed.) *Social Research* London: Sage
- Fowler, N. (1998) "Providing Primary Health Care to Immigrants and Refugees: The North Hamilton Experience" *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* 159: 388-391
- Glazer, N. (1997) *We Are All Multiculturalists Now* Cambridge, Massachusetts & London: Harvard University Press
- Glick Schiller, N., L. Basch and C. Szanton Blannic (1999) "From Immigrant to Transmigrants: Theorizing Transnational Migration" in Pries, L. (ed.) *Migration and Transnational Social Spaces: Aldershot, : Ashgate* pp.73-105
- Goldring, L. (1999) "Power and Status in Transnational Social Spaces" in Pries, L. (ed.) *Migration and Transnational Social Spaces: Aldershot: Ashgate* pp.162-185
- Gordon, A. F. and C. Newfield (1996) "Introduction" in *Mapping Multiculturalism* Minneapolis and London: University of Minnesota Press pp. 1-16
- Grbich, C. (1999) *Qualitative Research in Health- an Introduction* London: Sage
- Grushka, T. (1968) *Health Services in Israel* Jerusalem: Ministry of Health

- Haejin, Y. K. Govender & B. Mody (2001) "Factoring Poverty and Culture into HIV\ AIDS Campaigns" *Gazette* 63 (1): 73-95
- Halamish A., (2008) Zionist Immigration Policy Put to the Test: Historical analysis of Israel's immigration policy, 1948-1951, *Journal of Modern Jewish Studies*, 7(2) 119-134
- Halamish A.,(2010) Palestine as a Destination for Jewish Immigrants and Refugees from Nazi Germany", Frank Caestecker and Bob Moore (eds.), *Refugees from Nazi Germany and the Liberal European States*, New York: Berghahn Books, pp. 122-150
- Hogberg, U. (2004) "The Decline in Maternal Mortality in Sweden: The Role of Community Midwifery" *American Journal of Public Health* 94(8): 1312-1320
- Hutchinson, S. A. (2001) "The Development of Qualitative Health Research: Taking Stock" *Qualitative Health Research* 11(4): 505-521
- Hyman, I. and S. Guruge (2002) "A Review of Theory and Health Promotion Strategies for New Immigrant Women" *Canadian Journal of Public Health* 93 (3): 183-187
- Jiggetts, I. J. (1957) *A Study of the Absorption and Integration of the Yemenite Jew in the State of Israel* submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of education New York: New York University
- Jones, M. (2002) "Infant and Maternal Health Services in Ceylon 1900-1948: Imperialism or Welfare?" *Social History of Medicine* 15(2): 263-290
- Kaplan, B. A. (1998) "Migration and Disease" in C.G.N. Mascie-Taylor and G. W. Lasker (ed.) *Biological Aspects of Human Migration* Cambridge: Cambridge U.P.
- Kayser-Jones, J. (2002) "Malnutrition, Dehydration, and Starvation in the Midst of Plenty: The Political Impact of Qualitative Inquiry" *Qualitative Health Research* 12(10): 1391-1405
- Kemm, J. and A. Close (2001(1995)) *Health Promotion-Theory and Practice* Eastbourne: Palgrave
- Kickbusch I. and L. Payne (2003) "Twenty-first Century Health Promotion: The Public Health Revolution Meets the Wellness Revolution" *Health Promotion International* 18 (4): 275-278

- Kirksey, O. et al. (2004) "Assessment of Selected Patient Educational Materials of Various Chain Pharmacies" *Journal of Health Communication* 9:91-93
- Koltyk, J. A. (1999) review of Fadiman, A. (1999) "The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, her American Doctors and the Collision of Two Cultures" *Journal of Ethnic History* 18 (4): 193-194
- Kraner, E., S. L. Ivey and Y. Ying (ed.) (2000) "*Immigrant Women's Health: Problems and Solutions*" San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Kraut, A. M. (1994) *Silent Travelers - Germs, Genes and "immigrant Menace"* New York: Basic Books
- Ku, L. & S. Matani (2001) "Left Out: Immigrants' Access to Health Care and Insurance" *Health Affairs* 20(1): 247-256
- Leininger, M. (1991) "Ethnonursing: A Research Method which Enables to study the Theory of Culture Care" " in Leininger, M. (ed.) *Culture Care Diversity and Universality* New York: National League for Nursing pp. 73-118
- Leininger, M. (1991) "The Theory of Culture Care Diversity and Universality" in Leininger, M. (ed.) *Culture Care Diversity and Universality* New York: National League for Nursing pp.5-72
- Leininger, M. (1993) "Culture Care Theory: The Relevant Theory to Guide Nurses Functioning in Multicultural World" in Parker, Marilyn E. (ed.) *Patterns of Nursing Theories in Practice* New York: National League for Nursing pp.105-121
- Lieblich, A. R. Tuval- Mashiach And T. Zilber (1998) *Narrative Research* London: Sage pp. 1-28
- MacKay R. A. (2001) review of "Immigrant Women's Health: Problems and Solutions" *British Medical Journal* 322:242
- Maglan, C. (2002) "The first line of Defense: British Quarantine and the Port Sanitary Authorities in the Nineteenth Century" *Social History of Medicine* 15(3): 413-428
- Markel, H. (1997) *Quarantine! East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics of 1892* Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press
- Marks, L. (1994) *Model Mothers- Jewish mothers and Maternity Provision in East London 1870-1939* Oxford: Oxford University Press

- McElroy A. & M. A. Jezewski (2000) "Cultural Variation in the Experience of Health and Illness" in Albrecht G. et al, *Social Studies in Health and Medicine* London: Sage pp. 191-209
- McKee, A. (2003) *Textual Analysis: A Beginner's Guide* London: Sage
- Mead, M. (1960) "Problems of Cultural Accommodation" in Mandelbaum, B.(ed.) *Assignment in Israel* New York: Harper & Brothers pp. 99-114
- Meckel, R. A. (1990) *Save the Babies- American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality 1850-1929* Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press
- Miller, J. D. (2001) "Who is Using the Web for Science and Health Information?" *Science Communication* 22(3): 256-273
- Morse, J. M. (2002) "Enhancing the Usefulness of Qualitative Inquiry: Gaps, Directions and Responsibilities" *Qualitative Health Research* 12(10):1419-1426
- Munshi, D. (1998) "Media, Politics, and the Asianisation debate in New Zealand" *Australian Journal of Communication* 25(1): 97-110
- Murira, N. et. al (2003) "Communication Patterns between Health Care Providers and their Clients at an Antenatal Clinic in Zimbabwe" *Health Care for Women International* 24:83-92
- Nazroo, J. Y. (2000) "Understanding the Poorer Health of Black People in Britain: Revisiting the Class and Racialization Debates" in Kwesi Owusu (ed.) *Black British Culture and Society* London and New York: Routledge
- O'Neal, C. G. (1999) "Possibilities for Migration Anthropology" *American Ethnology* 26: 221-225
- Obrist, B. et al. (2003) "Engaging Anthropology in Urban Health Research: Issues and Prospects" *Anthropology and Medicine* 10(3):361-371
- Oxman-Martinez, J.S.N Abdool and M.S. Leonard (2000) "Immigration, Women and Health in Canada" *Canadian Journal of Public Health* 91:394
- Panayi, P. (1999) *The Impact of Immigration- A Documentary History of the Effects and Experiences of Immigrants in Britain Since 1945* Manchester and N.Y.: Manchester University Press
- Raviv, Y. (2002) *Recipe for a Nation: Cuisine, Jewish Nationalism and the*

- Israeli State* Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, New York University
- Reidy, M. F. (2000) "Health Care Services for Immigrant Children: Opportunities under Title XXI" *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 11(3): 276-283
- Reiff, M. F. (1997) *Immigration and Medicine: Stress, Culture and Power in Encounters between Ethiopian Immigrants and their Doctors in Israel* Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Columbia University.
- Rosental, G. (1993) "Reconstruction of Life Stories - Principles of Selection in Generating Stories for Narrative Biographical Interviews" *The Narrative Study of Lives* 1(1): 59-91 London: Sage
- Ryan, K. M. and V. M. Grace (2001) "Medicalization and Women's Knowledge: The Construction of Understandings of Infant Feeding Experiences in Post-World War II New Zealand" *Health Care for Women International* 22: 483-500
- Salwen, M. B. and F. R. Matera (1997) "Setting the News Agenda with an Ethnic-Relevant Topic: Public Salience of Illegal Immigration" *The Harvard Journal of Communication* 8: pp.329-341
- Santa Ana, O. (1999) "Like an Animal I was Treated: Anti-immigrant metaphor in US Public Discourse" *Discourse & Society* 10 (2): pp. 191-224
- Seedhouse, D. (1997) *Health Promotion-Philosophy, Prejudice and Practice* Chichester: John Wiley & sons
- Shlomowitz, R. (1997) "Coerced and Free Migration from the United Kingdom to Australia and Indentured Labour Migration from India and the Pacific Islands to Various Destinations: Issues, Debates and New Evidence" in: Lucassen, J. and L. Lucassen (ed.) *Migration, Migration History, History* Bern: Peter Lang
- Shuval, J. T. (1992) *Social Dimensions of Health-The Israeli Experience* Westport, CT: Praeger
- Siem, H. (1993) "Migration and Medical Issues" *Health Impact of Mass Immigration* proceedings of conference in Moscow, 27-28 April 1993. Geneva: IOM, pp. 7-12

- Smillie, W. G. (1955) *Public Health its Promise for the Future* New York: the Macmillan Company
- Smith, G. D. (2000) "Learning to Live with Complexity: Ethnicity, Socioeconomic Position and Health in Britain and the United States" *American Journal of Public Health* 90:1694-1698
- Sowell, T. (1996) *Migrations and Cultures- a World View* N.Y. : Basic Books
- Stern, A. M. (2005) "Sterilized in the Name of Public Health- Race, Immigration and Reproductive Control in Modern California" *American Journal of Public Health* 95 (7):1128-1138
- Stoler-Liss S. and S. Shvarts (2005) "The Medical Reasons, as You All Know, are Highly Subjective "-Abortions, Doctors, and the Israeli Nation Building Process *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft* (German) (in print)
- Sufian, S. M. (1999) *Healing the Land and the Nation: Malaria and the Zionist Project in Mandatory Palestine 1920-1947* submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of education New York: New York University
- Swartz T., *The Epidemiology of Polio in Israel*, ICDC, Ministry of Health, Dyonon Pub. No 317, Tel Aviv 2008
- Thorson, E. and C. E. Beaudoin (2004) "The Impact of Health Campaign on Health Social Capital" *Journal of Health Communication* 9:167-194
- Tomes, N. (1999) *The Gospel of Germs- Men, Women and the Microbe in American Life* Cambridge: Harvard University Press
- Turner, G. (1990) "Ethnographies, Histories and Sociologies" in *British Cultural Studies- an Introduction* Routledge: London and New York
- Waddell, B. (1998) "United States Immigration-A Historical Perspective" in Loue S. (ed.) *Handbook of Immigrant Health* New York: Plenum Press pp.1-17
- Werbner, P. (1990) *The Migration Process- Capital, Gifts and Offerings among British Pakistanis* Oxford: Berg
- Whittaker, A. (2002) "Eliciting Qualitative Information about Induced Abortion: Lessons from Northeast Thailand" *Health Care for Women International* 23(6): 631-641

- Winslow, C. E. A. (1984 (1923)) *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign* New Haven: Yale University Press
- Xuegin Ma, G. (1999) "Between Two Worlds: The Use of Traditional and Western Health Services by Chinese Immigrants" *Journal of Community Health* 24(6): 421-437
- Zola I. (1972) "Medicine as an Institution of Social Control: the Medicalization of Society" *Sociological Review* 20(4): 487-504

ספרי זיכרונות, ביוגרפיות

- אליאב, א. ל. (1980) "הראש כבר כמעט בחוץ – מחרובית אל חדר היולדות 1954", *עולם מלא*, תל-אביב: עם עובד, עמ' 53-55
- אשבל, ר. (תשמ"ו) כל אשר יכולנו – תרומת האוניברסיטה העברית ורופאי ארץ ישראל במלחמת העולם השנייה ולאחריה, ירושלים: פרסומי הר הצופים, הוצאת מאגנס
- בונדי, ר. (1981) שיבא – רופא לכל אדם, תל-אביב: זמורה ביתן מודן גובר, ר. (1961) אל משואות לכיש, תל-אביב: דבר
- דיין, ר. וה. דדמן (1973) ואולי ... סיפורה של רות דיין, ירושלים ותל-אביב: ויידנפלד וניקולוסון וספרית מעריב
- חבס, ב. (1964) תנועה ללא שם, תל-אביב: דבר
- וורם, ש. (עורך) (1963) גיורא יוספטל – חייו ופעלו, תל-אביב: מפלגת פועלי ארץ ישראל בשיתוף איחוד הקבוצות והקיבוצים
- ויסברג, י. (1986) שער עליה – יומן העליה ההמונית 1947-1957, ירושלים: ההסתדרות הציונית העולמית
- מאיר, ג. (1977) חי, תל-אביב: מעריב
- מרגלית, י. (עורך) (1962) בית במושב, תל-אביב: תרבות וחינוך (ריכזה: חסיה דרורי)
- עברון-נכברג, י. (1992) סיפורה של מעברה – עפולה א, חיפה: הוצאת המחבר
- פלק, ו. (1994) מכתבים של רופא ממוחנות קפריסין, תורגמו ונערכו על ידי רפאל פלק, תל-אביב: ירון גולן
- פריבס, מ. (1992) אסיר תקווה, תל-אביב: זמורה ביתן
- רמון (רייכמן), ד"ר י. (ללא שנה) רק רופא כפרי (פרשת חיים), רמת-גן: הוצאת המחבר
- שטרנברג, א. (1973) בהיקלט עם, תל-אביב: הקיבוץ המאוחד

ספרות יפה

אלתרמן, נ. (תשכ"ב) כתבים בארבעה כרכים, כרך ג, "הטור השביעי תשי"ד-
תשכ"ב", תל-אביב: הקיבוץ המאוחד ודבר
בלס, ש. (2003) "המעברה", בתוך: תל-אביב מזרח - טרילוגיה, תל-אביב:
הקיבוץ המאוחד
חבס, ב. (תשי"ג) (עורכת) שבטים - קובץ סיפורים ורשימות של עולים חדשים,
תל-אביב-עם עובד
זכריה, נ. (תשי"ג) "דרכי בארץ", בתוך: חבס, ב. (עורכת) שבטים - קובץ
סיפורים ורשימות של עולים חדשים, תל-אביב: עם עובד, עמ' 22-40
סרדהיי, מ. (תשי"ג) "יחדיו...", בתוך: חבס, ב. (עורכת) שבטים - קובץ סיפורים
ורשימות של עולים חדשים, תל-אביב: עם עובד, עמ' 84-94
קוד, ש. (תשי"ג) "מעשה בשק", בתוך: חבס, ב. (עורכת) שבטים - קובץ
סיפורים ורשימות של עולים חדשים, תל-אביב: עם עובד, עמ' 168-176

נספחים

נספח 1: הג'יפ, מאת רחל שדה־יחן

רחל שדה־יחן הייתה אחות מפקחת בבאר־שבע החל מ־1955. כיום היא עוסקת בכתיבת שירה (היא פרסמה כמה ספרים) ובצילום אמנותי. להלן השורות הראשונות של שיר שכתבה ב־1995, המתאר את עבודתה ואת הג'יפ.

נגב, מדבר בדואים,
מעט יישובים
זה מזה רחוקים.
מסלול, פטיש, אופקים
נתיבות, כסייפה, נבטים.
הרבה עולים חדשים.
ואני בג'יפ בין כולם
נוסעת לפה ולשם,
מגיעה לאילת, לים,
לשדה־בוקר וירוחם.
תפקידי, אחות מפקחת
שירותי רפואה מונעת,
באזור הדרום מפתחת:
הדרכת תושבים ועולים חדשים,
משפחות יהודים ובדואים
מניעת מחלות,
תזונה נכונה
בארצנו השחונה.
והג'יפ ידיד קרוב,
לעזרי ברע בטוב,
מסיעני באמונה
לכל בית ושכונה.
הג'יפ שלי כזה ישן,
הדלתות לא נסגרות
המנוע לעתים מגמגם
האגזוז טרטורו רועם,

נספחים

מודיע בכול התחנות
"מלכות הנגב" מגיעות!

נספח 2: ממשלות ישראל 1949-1959

עד 10/03/1949	מ-14/05/1948	ראש ממשלה	דוד בן-גוריון	הממשלה הזמנית
עד 01/11/1950	מ-10/03/1949	ראש ממשלה	דוד בן-גוריון	כנסת ראשונה
עד 08/10/1951	מ-01/11/1950	ראש ממשלה	דוד בן-גוריון	הממשלה ה-1 הממשלה ה-2
עד 24/12/1952	מ-08/10/1951	ראש ממשלה	דוד בן-גוריון	כנסת שנייה
עד 26/01/1954	מ-24/12/1952	ראש ממשלה	דוד בן-גוריון	הממשלה ה-3 הממשלה ה-4
עד 29/06/1955	מ-26/01/1954	ראש ממשלה	משה שרת	הממשלה ה-5
עד 03/11/1955	מ-29/06/1955	ראש ממשלה	משה שרת	הממשלה ה-6
עד 07/01/1958	מ-03/11/1955	ראש ממשלה	דוד בן-גוריון	כנסת שלישית
עד 17/12/1959	מ-07/01/1958	ראש ממשלה	דוד בן-גוריון	הממשלה ה-7 הממשלה ה-8
עד 02/11/1961	מ-17/12/1959	ראש ממשלה	דוד בן-גוריון	כנסת רביעית הממשלה ה-9

רשימת טבלאות

- טבלה 1: שרי הבריאות בשנות ה-50
- טבלה 2: שיעורי תמותת תינוקות לאלף תינוקות חיים
- טבלה 3: שחפת פעילה
- טבלה 4: תחלואה בשיתוק ילדים יהודים 1949-1956
- טבלה 5: התחלואה במלריה
- טבלה 6: תחלואה במחלות מין [יהודים]
- טבלה 7: מספר מוקרני הגזזת בשער העליה 1952-1960
- טבלה 8: מקרי גרענת – תוצאות בדיקות סקר 1953
- טבלה 9: אחוז לידות חי שקרו בבי"ח מסך הלידות לפי ארץ לידת האם (יהודים)
- טבלה 10: בעלי רישיונות ברפואה
- טבלה 11: המיטות בבתי החולים על פי שנה ובעלות.
- טבלה 12: חלוקת תחנות טיפת חלב לפי צורת יישוב והגוף המפעיל, 1954
- טבלה 13: ביקורי בית שנערכו על ידי אחיות התחנות לאם ולילד (בניהול משרד הבריאות, עיריית תל-אביב וקופת החולים)

תצלומים



שלט הקורא לעולים להצטרף לאחת מקופות החולים בפתח מחנה עולים. באדיבות ארכיון צה"ל

תצלומים



תחנת טיפת חלב באחד מיישובי העולים החדשים, שנות ה־50. באדיבות ארכיון צה"ל

תצלומים



בדרך למדינת ישראל, שנות ה-50. באדיבות ארכיון צה"ל



עולים מתכנסים במחנה העולים, לקראת ביקורו של דוד בן-גוריון, ראש הממשלה, במקום. באדיבות ארכיון צה"ל

תצלומים



הקמת אוהלים במעברה. שנות ה־50. באדיבות ארכיון צה"ל



חלוקת מזון במחנה העולים. שנות ה־50. באדיבות ארכיון צה"ל

תצלומים



מודעת קיר של מועצת הפועלות הקוראת להרמת תרומה למען תושבי המעברות.
באדיבות ארכיון קופת חולים, מכון לבון, תל-אביב

תצלומים



תנאי חיים במעברה, שנות ה-50. באדיבות ארכיון צה"ל

תצלומים



טיפול בגרענת (מחלת עינים מדבקת, טרכומה) במרפאת בית ספר באדיבות ארכיון צה"ל

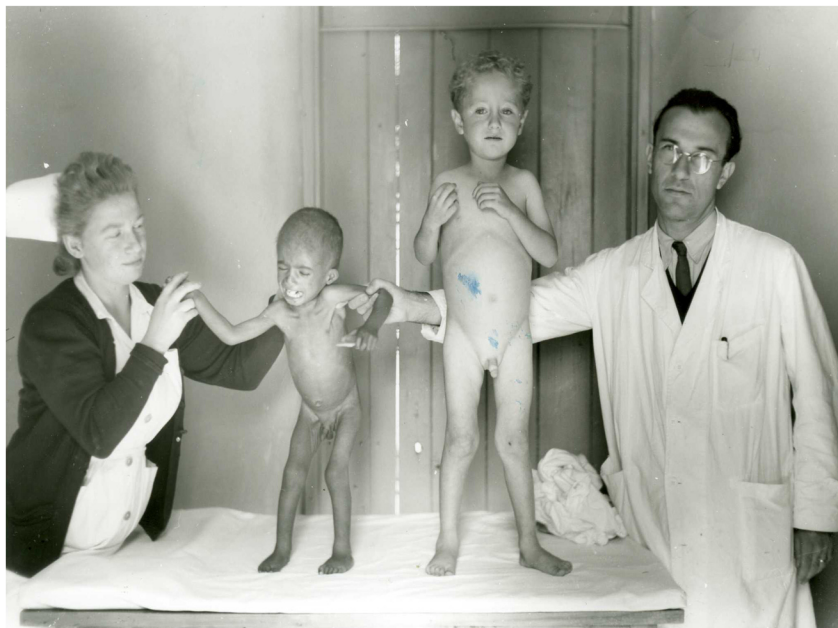


טיפת חלב שנות ה־50, על הקיר תלויה תמונת הנרייטה סאלד, באדיבות ארכיון העתונות הממשלתי, ירושלים

תצלומים

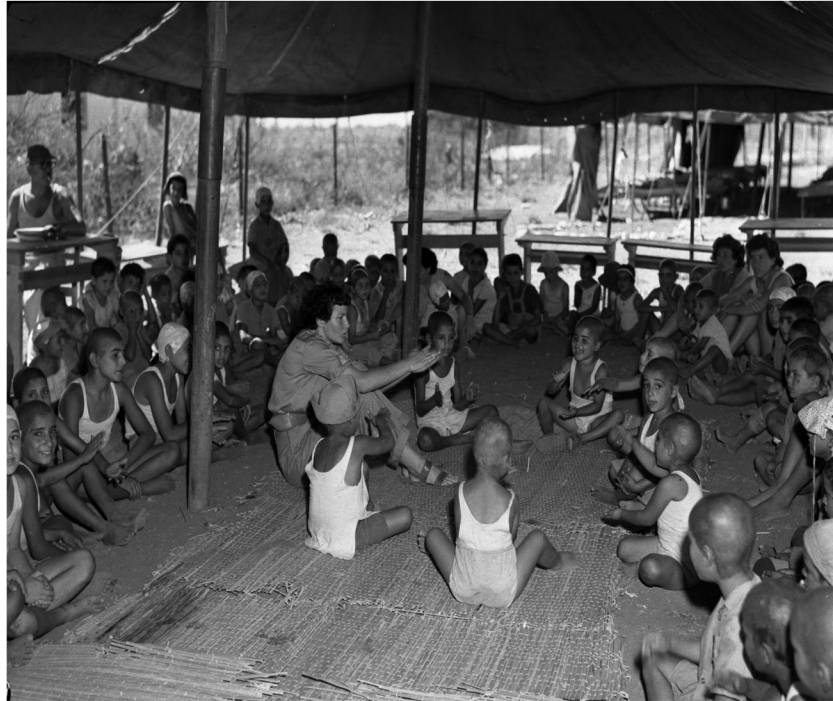


ריסוס די.די.טי. (D.D.T.) של ילדי עולים במעברה. באדיבות ארכיון צה"ל



תינוק עולה חדש מתימן הסובל מתת תזונה בהשוואה לתינוק עולה חדש מאירופה. ארכיון העיתונות הממשלתית

תצלומים



חיילת מדריכה ילדים חולי גזת במחנה ראש העין. באדיבות ארכיון צה"ל



בית החולים לילדים של הדסה, מחנה ראש העין 1950. אוסף דונחין, הדסה

ד"ר בטיש יצא לארה"ב לטפול בהשגת התרכיב

במידה שווה וצודקת לכל חלקי האוכלוסיה.

בינתיים גוברת והולכת ההתענינות הבינלאומית בהמצאת העתידה לגרום שינויים יסודיים ברפואה. מכל חלקי העולם מגיעות ידיעות על ממשלות המבקשות לקבל את חומר הפלאים. או לשגר משלחות רפואיות כדי לעמוד על החגגלית מקרוב.

הנשיא אייזנהאואר ציווה למסור אינ"פ פרמציה על התרכיב לכל המדינות, שאתן מקימת ארה"ב יחסים דיפלומטיים.

הקונגרס האמריקאי נתבקש אחרון להצניק הדלית-זהב לד"ר ג' סאלק כאות הוקרה על תגליתו.

חורי ד"ר סאלק —

במרכז התעניינות הציבור

חורי ד"ר סאלק, הגרים בני-יורק, נקלעו בפתע לתור מוקד ההתעניינות של הציבור: עתונאים, פרשנים רמקולי-רדיו ועדשות טלבויות — פל-ש' לדירתם הצנועה, מראיינים ומצלמים אותם. ד"ר סאלק עבד על תר"כ זה שלוש שנים.

אינפרמציה מתמנה וידיעות מפוזרות על תרכיב החיסון נגד שיתוק ילדים, יוספקו לכל המדינות החברות בארגון הבריאות הבינלאומי, ובכך לד"ר יונה סאלק ממציא התרכיב, אמר מיום לעתונאים, כי הוא לא יקבל מהמעבדות שום תשלום בעד השימוש בתרכיב שהמציא.

הדרכת ישראל — נודע בדנחה.

הגיע סארום נגד הכשת נחש

הסארום נגד צפעוני (הרוב הגדול של הכשות בארץ הן החשות צפע) שהוזמן ע"י משרד הבריאות, הגיע ביום ג', כיום ה' והחל בחלוקתו ללשכות חברי ארז המחוזיות. לארץ הובאו 400 מנות, שיספקו את צרכי הארץ לתקופה הקר

המנהל הכללי של משרד הבריאות, ד"ר ש. בטש, שעמד לצאת את הארץ ביום א' למספיקו טיטי ליערות ארגון הבריאות העולמי מקרים אלו נסיעתו יוצא הלילה, כדי להתעכב בדרמו בני-יורק, שם יברר את בעיית התרכיב נגד שיתוק ילדים שעמד להשלח לישראל ב-17 באפריל.

עם האמברגו שהוטל ע"י ממשלה ארה"ב על יצוא נסיון זה, עלינו להפיש דרכים לרכשו בכל זאת" — אמר ד"ר ש. בטיש, בצאתו בדרמו לארה"ב.

כרכי חזיה ישתה ד"ר ש. בטש בציפון אפריקה ויטפל בבעיית הבריאות הקשורות בעליה מצפון אפריקה.

משרד הבריאות הודיע אמש, כי עוד באפריל הובטח לישראל משלוח של תרכיב, אך בינתיים ארעו הפרעות במתן אישורי-יצוא לחומר זה מארה"ב.

הנאותים בארצות הברית כדי להביא משרד הבריאות מטפל בצינורות

סיה משלוח התרכיב בהקדם האפשרי, הואיל ונמך-התרכיב הוא גורם חייוני, בינתיים ומשכות כל ההכנות לפעיר לת החיסון, שעליה נמסר בזמנו, על התאריך המדוייק של התחלת הפעולה יפודסט כשיודע יום משלוח התרכיב.

כתבה על נסיעתו של ד"ר בטש (מנכ"ל משרד הבריאות) לארה"ב כדי להשיג תרכיב נגד שיתוק ילדים

מסלקים פקידים מנוסים, "מגניבים" עסקנים מפלגתיים

מי ימשול במשרדי הממשלה?

בכל המשרדים שהופקדו בידי שרים חדשים נטוש מאבק שקט על עמדות השררה: השרים מנסים לסלק את הוותיקים והמנוסים, כדי להחליפם ב"אנשים שלהם". אחת הזירות של מאבקים אלה היא משרד הבריאות

— מאת אהרן דולב —

איזה גיבור? הנושא את יצרו בקנה שרי ממשלת ישראל מספר המכורים מר עם, כנראה. מעטים השרים החדשים היחידים לך מר לפני הפתוח לאיש את כל עמדות השררה כי שררים ב"אנשים משהם", כיו שהם חברי המפלגה הנונה, כיו שהם בענין כפירות אלויות למו שהשלטון בידי.

וכך מתנהל זה השרים אחרים מאבק פשוט מן העין ככל אותם המשרדים שבראשיהם הועמדו שרים חדשים. הם מנסים בכל הדרכים להכניס את שרים משלהם ל"הזרות הנוחה". אך לפטר או ל"העבר פקוד בכיר — אין זה מן הדיברים הקלים. תקנות השרות הממשלתי, המבוססות על השאיפה למנוע זיוקא את התכנים האישיים-מפלגתיים הן אלה, קובעות שכל הסכמתם — אי אפשר להעביר פקידים בכירים במשרות.

התוצאה? למרות שארבעה משרדים ממשלתיים משרים השרים יעקובו את התקנות כדי למנוע אנוש מנוסים ומבשרים, והכניס במקומם פקידים מנוסים, מה שמורידה במשרד הבריאות:

השר נכשל

בשינוי ראשוני

כן היה — עד שהגיע מר נכסמה של "הזירה" הרביעית במשרד הבריאות: מטעם מר נכסמה, שהיה אז לא כבר משליחתו המדינית כענין ישראלי מוארשה. לא נא כבר הוא הכי נמוך את מנהיגותו וזה לשבוע, חבר קיבוץ הדור "מ"השירי מר פנחס דגן. במש"ר הבריאות החווה מבראשית כי השר מטעם פנחס לא יולא אותה מדה של סובלנות והיא למה עם מצאית אדמיניסטרטור שרות, עניני קורסו ו"כאי חד כשכא איש"אצל במשרד המיטלה, שהשתקף למטה ל"י איש"שילוש.

אך מר ברזילי, שלא חבר את המשרד המקצועי את הלי כיהודו ששבו במסדרונות ה- שררה, שעה בחישובי, כשפחה במערכת ישרת גולקין לוחח קה"ה, ש' הלי וסגן השר לנציגי מינהל השב"מ מלחמה ש' ערה: השר הפקידים שרחה זו אחרת, ונעו העובדים בראש ש' השריכו למען באמאם הלי. "השר עלמות", קרא ל"התערבות של איגוד עובדי ה- מדינה, נחלה את עניניו לש"ב נחמת המנהל.

"מבראות" עין נמתיים הסיכוב והאשון מביעתי של השר, ה" קה"ה, ש' הלי וסגן השר ל"י ווי לא וחת. הוא רק עבר מהתקפה נלית למאקטיקת מו- מוית, אך במחנה יתה. בה"ת אב תקשורי (תקין שירות הלידה) דרשה מר ברזילי, כי כל ש' באמצעות, למנת כל אי רה ונראה לו לאחת המשרות האחת למר: מנהל מלי, מ' ה"ל לשכ"ה השר, מוג פריט ל" עצה מנכ"לית) פריש(ת) יעצי מר דובר המשרד, ראה שאף את מן המשרות הלי לא ה"ל מן אה. המנכ"ל למר דגן ה' הפקידים. המנכ"ל למר דגן ה' הפקידים.

לשרות, זיקה, וסגן למינהל) כן להפקידים מהותיים.

משרה תפורה

לפי מידה

המשרה החדשה נשענה על בסיס פרישלי מוקדם למדי. זר פני מן איגוד העובדים הכיתה והמנהלת, ענה שכן ל-תפקידים מיוחדים" אנו אלא הארה סכסית, הכוללת ליי"י רה הפקיד מלא.

לאחר זמן פריש מן המשרד י"ד גיבוי, רופא ואדמיניסטרטור את הפקידהשעה למיניס בני מצולחו: נתמנתה משרת מ-מצעה כמנהל המלי.

מר ברזילי נפל על המציאה, והזרע קצינות, שהיא מבני קימו משרה חדשה: סגן לתת-קידים מיוחדים. כמובן — הוא מבקש מברכה אישור פורמלי ר"ה ע"פ מיוזמתו הפוליטית של השר דגן. באיגוד עובדי המדינה גרדה התבולת זו תגר המשרד — אינו מיוזמתו מר פסה גמדי, הממונה על משרד הבריאות מטעם איגוד עובדי המדינה — אינו מיוזמתו ל"י דים מיוחדים! מר דגן נתקל בל לעבורה כמנהל לשבח דושי, קיד זה ילכו ליה להתקבל, מר חימת מנהל השררהאלי.

שהתעלת והחוקק והשר, כי מר דגן נתקל ב"לפיסארי" ב-מטוה של פקיד, הנבכש על ידי עתונאים, שיבחרו את מותם הפקיד והעורש, הוא ניסה את כוחו השריטי מופשט בפקיד: את הפקידים מיוחדים — הם כל מה שאחרים ל א עושים ומאחר שאחרים הרבה לא עו" שיש — יבא שאני נושה את חל...

למרות אופיה הכללי וחתה זו בכל זאת תשובה לענין, דגן והוכשר העניין לעשה לו מן משוניה את המנות שניתלות בו אטראם נחוקהו מסמכותו של המנהל למינהל הלי, וברזילי מלי והסגן לתפקידים מיוחדים דגן, משתדל החתקי אל קיבו, ר' וזיה ונצג כלי ריקי — ניסה מר ברזילי בעיות תיבטי ש' יאלת לפרוש, אך פרישתו של פקיד בדליה ל משרות מות- יולת בהסכמתו, ומר הלי תמשי פל לא היה מוכן "להניח את הלוח" החדש.

ערה השפיל השר את-מבנותו, העביר פקיד מהפקיד להפקיד, יצא לשון המנוסע שנסמכה ושרד לשון מינהל חש"ה, ר' שמו: סגן מנהל כללי, להקד והרורה, הכלילה הממשלית של המשרד החדש הוא, לא ה"תה נזירה ד"צרכה.

חבל "לבזוז" את

המשרה

אף שבמרוצת-הזמן דאגו לפ" צווא בשבילה כל מיני ה"כונ" בים, מקיפים ופקידי שרשים המציאות היה לוח בעיני-הנה עז ויום מתקשים אשר-המפתח ממקורכי השר, לטרא

תקן של דרגה 2, שקבל שכר בתאם לכך, המרות שכר הוא "מנהל" (בעל כוח), מהלכה" שמספר עובדיה שלושה: זהו אמו, הוא מבזוז את כושרו המקצועי, את זרימה המקודד הלי, על משרה הנוספת דרגה 5 או 4 לכל היותר, "הק"י, נכונה בלשכת השר ההתיישבות, עבר עדה לתרוץ את גרלי משרה הספחה, נחמפתה לקונה רוחה של המפתח מנוסח התיישבו" מן ההכרעה שנפלה, ניתן ל" סיוס מקטנות מאלפת על חת" בולות החתירה על האמן של העשרה מבנות השמולחה" מוליסית: מנחם דגן, שפעעו "המנוחה" עשירי-המפתח, לא קיבל את המדינה, בבזוז ל" פ"י, אולי מחמת הסרתה, שזה"ת חולקת סביב הפרכה של רוח"ת קת הלי התקדי מלאה בה ל"ן עמ"ה, ריבה מבזוז מ"י מן את, "המכונה" הואת אואת לאגיונות-יעדים של ושרי הופש"ת לנת, שתשעו פנני, מנחם ה" אסטי, שדוידק שליח מ"מ"ת, תחולל את החדשה, יורש ב" עצמו את המשרד העוסקה, אי-לם התמיכה המנותחת הואת ה"ה ה"ה היממה מ"י: דגן, שחזר למשרד בע"ה, השפשוף הוא"ר (אף שחובב על"ייו השר עצמו) מציא כבר נתבסס ל" "לחפ"י" ולחכה הפקיד הסגן, "לחפ"י" דים מיוחדים" שראשיתו ל" את פקידה מיוחדים, נחמי ל" מרת, עתה חבל היה לבזוז את משרת המפתח, נחמפתה על פי סמילא כמו יוסף המנחה המוצר, היחה זו והדומות ה" קלקלה לחזרתו מ"מכניס נ"ר ק"ה — והפשה בלא בעיות ה" ורה, בלא התנגדות גלויה ל" פ" המגזר בתקן מקומותיהם מרות חל-שאיב חל... הנגיע שליח המפתח, ש' ל" כר, מר גברדו לא ילקק ובט"ן אך נסל בידו את הפקיד הסגן נעניי מנהל ומר נתקן, ב" חסם העיון של דרג הפקידים דרגים הנוכחיים והמוכרים, ר' ברשעם ו"העובדים, גברדו המסכן לא היה אשם, אלא כ" ב"העובדים, מתוך רגיש כ" יודאיות עם הסגן מברדה זה-ל, מר מה שסמיותו להמאס על הסגן החדש את חיי המשרד ידום, גברדו החוקק עמדו כ" נכסוח דגן בסאג נצב

ברזילי מקבל

מרות המפתח

הפקיד הסגן למינהל הוא, כ' אסרי, עשירי-מינהל אסרי (סוף במזוז 4)

מפתחות

104, 110, 111, 126, 129, 131, 132,	א. נושאים
136-139, 147, 157, 173, 181, 189-193,	אבעבועות רוח 16
201, 202, 209, 291	אגד 257
ארגון העבודה הבינלאומי 88, 104	אגודת ישראל 79
ארגון רופאי המדינה 37, 38	אדמת 16
ארגון רופאי קופת חולים 49, 157, 164	אוהלים 12, 56, 145, 146, 147, 148,
באר־יעקב 31, 145, 167, 174	264, 211
באר־שבע 125, 140, 181, 215, 252, 265,	אונר"א 183, 184, 187, 188, 189
315	אזע (א.ז.ע) 116, 117, 179, 180, 187,
בדואים 16, 315	304
בדונים 56, 264	אחדות העבודה 99
בדיקה רפואית ראו בדיקות רפואיות	אחיות 7, 16, 31, 33, 37, 41, 46, 57-60,
בדיקות דם (בדיקת דם) 131, 227, 257	90, 114, 116, 140, 143, 155-151,
בדיקות רפואיות 17, 67, 88, 90, 103, 106,	157-160, 163, 165, 167, 170, 174,
118, 164, 169, 170, 236, 237	175, 177, 182, 183, 189, 193, 197,
בדיקת מיינוגרף	205, 210, 212, 214, 216, 217, 219,
ביוב 16, 33, 116, 244	221-226, 229, 241-243, 245,
ביטוח בריאות חובה 69-73, 77, 78, 293	246-253, 255-271, 273, 274,
ביטוח בריאות ממלכתי 69, 70, 293	276-282, 289
ביטוח לאומי 301	אחיות בריאות הציבור 157, 254
ביטוח סוציאלי (חוק, הצעת חקיקה) 24, 34,	אחיות כלכלה (אחות כלכלה) 272, 275
71, 72, 159	אחיות מוסמכות (אחות מוסמכת) 158,
ביקור בית (ביקורי בית) 150, 176, 178,	230, 250
241, 257, 269, 273, 276, 277, 278	אחיות מעשיות 158, 159, 214, 251,
בית הבראה 235	252
בית החולים בילינסון 41, 294	אליס איילנד 103, 107, 108
בית החולים הממשלתי רמב"ם 40, 63, 125,	אמבולנס, אמבולנסים 137, 145, 180,
159	189, 214, 228
בית החולים הנסן 33	אמצעי מניעה 13, 210, 211, 220-222,
בית החולים העמק 41, 51, 53, 129,	225
82, 83	אסכרה 16, 97
בית חולים אסף הרופא 125, 126, 212	אסף הרופא ראו בית חולים אסף הרופא
65, 122, 291	אקסודוס 111
בית חולים מספר 5 5, 60-64, 68, 73, 74,	ארגון אמהות עובדות 177, 178, 180,
76, 80, 81, 83, 108, 134, 135, 162,	228, 232, 235, 238
171, 172, 229	ארגון האומות המאוחדות (או"ם) 8, 104,
בית יולדות 75, 211, 213, 239	107, 136
בית ליד 153, 180, 231, 234	ארגון הבריאות העולמי 9, 83, 84, 92, 99,
בית ספר לאחיות ראו אחיות	

מפתחות

הגליל 155, 142, 75	בית עריף 145
הדסה (הסדרות מדיצינית הדסה) 25, 24,	בית פינסטון (קרן נכות) 125
67, 57, 56, 48, 46, 41, 36, 33, 32, 29	בית שאן 180, 156, 155, 115
112, 110, 106, 92, 89, 85, 81, 79-77	בקשיש 105
150, 143, 133, 131, 125, 122, 121	בריאות הציבור 8, 9, 13, 17-19, 26, 29,
177, 172-168, 165-163, 162, 160-158	30, 36, 41, 54, 58, 65, 73, 78, 82, 93,
238, 232-230, 200, 197, 185, 179	102, 110-112, 114, 117, 121, 136,
258, 254, 253, 251-249, 248, 241-239	153, 157, 166, 187, 243, 245, 246,
284, 279, 267, 262, 259	250, 252, 254, 266, 288, 292, 294,
ההסדרות (הכללית) 22, 26, 27, 33, 35,	296
72, 70, 69, 61, 60, 54, 48, 46, 45, 39	קורס בריאות הציבור 250-254, 262
159, 95, 88, 87, 86, 83, 80, 78, 76, 73	בתי הבראה 179, 180
293, 199, 198, 178, 177, 173, 165	בתי החולים הממשלתיים 74, 294
298, 228, 129	בתי חולים צבאיים 84
ההסדרות הרפואית (המדיצינית) (הר"י)	בתי תינוקות 150, 151, 197, 233
55, 52, 49-47, 45, 40, 39, 38, 37, 25	ג'וינט 66, 73, 98, 116, 143, 162, 166,
162, 110, 90, 77, 71, 70, 61, 58, 57	168, 173, 174, 175, 187, 296
253, 171	גונוריה ראו זיבה
הידרותפיה 126	גזות 8, 9, 12, 13, 32, 33, 65-68, 89,
הלאמת שירותי הבריאות 84	98, 108, 133-141, 143, 162, 174,
המוסדות הלאומיים 12, 112, 188	187, 228, 236, 263, 291
הממשל הצבאי 9, 16, 189, 201	גיוס אחיות 158
המפלגה הפרוגרסיבית 71, 79	גיוס חובה (של אחיות) 58, 59, 60, 153
הנגב 281, 265, 160, 155, 142	גיוס חובה (של רופאים) 57, 60, 61, 63,
הנקה 286, 245, 226, 225, 224, 223, 210	64, 153
הסוכנות היהודית 12, 22, 56, 57, 65, 66,	גיוס נשים 79
165, 163, 162, 135, 134, 106, 96, 88	גראנד ארנס 89
200, 187, 180, 172, 170, 168, 166	גרדת 139
234, 213	גריזופולבין 139, 141, 291
הסדרות הנשים 200	גרענת 9, 12, 13, 14, 15, 16, 32, 33, 65,
הסדרות הרופאים ראו ההסדרות הרפואית	67, 89, 98, 108, 114, 135, 140-143,
הפטיסיס 9, 14, 291	162, 174, 187, 291
הפלה 225, 220, 219, 218, 217, 210	דורה (בנתניה)
הפלות 5, 85, 210, 211, 217, 218, 219,	די.די.טי 13, 129, 190
225, 223, 220	דיאפרגמה 222
הפלות מלאכותיות 217, 218	דיזנטריה 92, 114, 115, 229
הצבא הבריטי 36, 53, 54, 77, 92, 230	דיפטריה 14
הציונים הכלליים 28, 79, 80, 83, 94, 95,	דלקת קרום המוח 16, 123
124, 128, 198, 228	דמי לידה 97, 211
הצלב האדום 118, 120, 129, 184, 185,	האגודה לילדים נכים 125
190	האוצר ראו משרד האוצר
הצעת חקיקה ביטוח סוציאלי ראו ביטוח	הגירה 9, 88, 101, 102, 103, 104, 105,
סוציאלי	106, 107, 114, 159, 225, 291

מפתחות

280, 205, 204, 199-197	השירות הרפואי הצבאי 25, 26, 50, 57,
כוס חלב 192, 193-195, 198, 199, 207,	189, 171, 69
286, 237	השירות הרפואי לעולה 12, 16, 24, 29,
(תכנית) "סיוע החלב" 192, 194, 195,	31, 41, 55, 57, 66, 73, 87, 116, 117,
207-204, 201-198	173-162, 135
טא"ז 187	השירות הרפואי לעולה (שר"ל) 12, 16,
טבריה 26, 83, 238	24, 29, 31, 41, 55, 57, 66, 73, 87,
טיטנוס 97	116, 117, 135, 162-173
טיפוס 9, 13, 16, 107, 114, 161, 190	השלטון העותמני 105
טיפת חלב 84, 110, 126, 127, 140, 152,	התאחדות התימנים 19
162, 164, 175, 176, 177, 178, 179,	וי"צו 19, 180, 185, 208
180, 190, 193, 203, 205, 206, 226,	ויטמין D 193
232, 238, 239, 240, 244, 259, 260, 268,	ועד לאומי (הוועד הלאומי) 19, 20, 129,
273, 274, 279, 280	163, 190
טירת הכרמל 180	ועדה רפואית לשעת חרום 34, 219
טפלית 232, 279, 282	ועדת השירותים הציבוריים 15, 16, 21, 23,
טראכומה ראו גרענת	24, 97, 98, 116, 164-168, 170, 292
יום אשפוז (עלות, מחיר, תעריף) 73, 74,	ועדת קנב 69, 293
84, 85, 167, 230, 231	זבדיאל (מעברה) 176, 237
יוניס"ף (הקרן למען הילד) 8, 54, 111,	זיבה 131, 132, 291
118-120, 125, 126, 128, 129, 131,	חבל לכיש 181, 217, 244
132, 136-141, 166, 173, 183-209	חבל עדולם 243
יוניסף ראו יוניס"ף	חובשות 90
יישובי עולים 125, 148, 179, 180, 193,	חולירע 114
240	חוק ביטוח אמהות 97
ימי אשפוז ראו יום אשפוז	חוק ביטוח סוציאלי ראו ביטוח סוציאלי
יפו 120, 234	חוק השבות 17
ירושלים 8, 19, 24, 29, 33, 40, 41, 55,	חזרת 14
62, 67, 82, 92, 98, 99, 119-122, 125,	חיטוי 103, 109, 214, 244
126, 134, 142, 154, 155, 157-160,	חיל הרפואה 50, 53, 54, 63, 64, 67, 70,
178, 186, 189, 199, 201-203, 208,	81, 84, 120, 125
228, 231, 249, 254, 267	חיסון (חיסונים) 14, 59, 94, 97, 100,
כיבים טרופיים 14, 31	110, 118, 119, 120, 121, 122, 126,
כינוס נפולי 104, 105, 107	127, 170, 174, 184, 209, 242, 277,
כינים 281	283, 291
כפר ברנדייס 167	חיפה 13, 40, 66, 67, 107, 120, 124,
כפר ענה 180	125, 126, 134, 139, 141, 144, 147,
לידות 5, 111, 113, 148, 149, 170,	155, 159, 178, 188, 191, 198, 203,
210-214, 216, 217, 220, 221, 223,	245, 251
226, 292	חלב 112, 166, 191, 192, 194, 195,
הסדרת לידות 170, 210, 211, 221, 223,	197, 198-207, 209, 223, 224-226,
226	273-275, 280
לידות בית 146-148, 211-214, 216,	אבקת חלב 111, 180, 188, 193, 194,

מפתחות

מניעת היריון 210, 221, 222, 223, 225, 226	292, 284, 225
מנכ"ל (משרד הבריאות) 17, 20, 21	לידות באוהלים 146, 147
24-30, 33-40, 44, 50, 52, 53, 55, 58	לידות חי 149
61-66, 68-70, 75-77, 80-82, 84, 86	מבצע קורת גג 188, 201, 235-237
87, 91, 92, 96-100, 108, 112, 114	מגפות 15, 57, 102, 103, 105, 107, 110
116, 134, 152, 173, 190, 196, 293	114, 144, 170
מעברה (מעברות) 30, 31, 41, 56-60, 62	מגפת פוליו 9, 14, 16, 94, 97, 100, 103
63, 64, 78, 110, 112, 113, 122, 129	123, 125-128, 291
133, 134, 140, 144-148, 150-152, 154	מהאונייה אל הכפר 145, 152, 243, 267
155, 159-162, 168, 169, 171-174	מהגרים 9, 88, 101-105, 107, 110, 182
176-180, 182, 202, 211-214, 216, 217	183, 191, 192, 244, 291
221, 231-239, 242, 244, 250, 252	מועצת החלב 204
254-257, 260, 267-280, 284, 285	מועצת המדינה הזמנית 19-21, 23, 24
מעברות 281	165, 292
מעברת אלישוב 239	מועצת העם הזמנית 15, 116, 164, 165
מעברת באר-יעקב 145	מחלות כבד 14
מעברת בני ברק 145	מחלות לב 106
מעברת זבדיאל 176, 237	מחלות מין 13, 14, 116, 130, 131, 132
מעברת חיל הים 147	133, 139
מעברת חרובית 217	מחלות מעיים 9, 16
מעברת נחלת יהודה 145	מחלות עור 108, 130, 131, 133, 139
מעברת נס ציונה 145	236
מעברת סקיה ב 176	מחלות רוח 15, 16, 106, 116
מעברת פאלוג'ה 255	מחלקת הבריאות המנדטורית 17
מעברת פרדיה 146	מחלקת העלייה 66, 91, 134, 178
מעברת פתח תקווה 145	מחלת הפילריה (אלפנטיאזיס) 18, 89, 92
מעברת קסטינה 147	93
מעברת קסטל	מחנה (מחנות) מעפילים (בקפריסין) 54
מעברת ראש העין 231	153
מעברת שואבה 142	מחנה מעבר (מחנות מעבר) 65, 227
מעברת תלפיות 238	מחנה עדן 143
מעוז ציון ראו מעברת קסטל	מחנה שנלר 66, 67, 134
מעון יום ראו תפילת	מחנה שער העלייה 13, 33, 66, 67, 68
מעונות יום 177, 179, 180	89, 133, 135, 139, 140, 142, 170
מערכת בריאות ממלכתית 22, 24, 27, 56	מחנות עולים בצרפת ראו וראנד ארנס
69, 71, 73, 84	מיון רפואי 88, 91, 102, 227, 236
מפ"ם 22, 28, 95, 146, 161, 237	מיילד(ו)ת 213, 215, 225
מפא"י 19, 21, 22, 28, 72, 95, 144, 146	מלב"ן 153, 160, 161, 168, 174, 175
155, 177, 178, 236, 237	מלריה 9, 13, 14, 15, 16, 31, 40, 92, 98
מפד"ל 28, 72	114, 116, 129, 130, 143, 166, 190
מרבד הקסמים 14, 32, 143	203, 291
מרוקו 68, 88, 96-98, 107, 108, 133	ממשל צבאי 189
135, 136, 142, 143, 180, 184, 187	ממשלה זמנית 19

מפתחות

עיריית תל-אביב	228
231, 230, 162, 131	
מרכז השיקום באסף הרופא	126, 125
241, 240, 239, 232	
מרכז קופת חולים	86, 74, 61, 59, 41
ערביי ישראל	196, 16
עתלית	239, 234, 176, 163, 157, 118
299, 236, 181, 150, 26	
פוליו ראו מגפת פוליו	מרסיי (צרפת)
פועלי אגודת ישראל	79
פזיותרפיה	126
פזיותרפיסטים	126, 125
פחונים	264, 211, 148, 56
פטרת הראש ראו גזות	
פליטים	191-187, 185, 173, 163, 16
201, 196	
פניצילין	190, 143
פסיכיאטריה	293, 159, 157, 73
טיפול פסיכיאטרי	175
פצועי מלחמה	166
פקודת בריאות העם	17, 16
פרדס חנה	258, 182, 174, 167, 91
פריפריה	223, 193, 95, 90, 84, 74, 58
פרס (אירן)	141, 135
פרקטיקה פרטית	62, 37
צפת	259, 147, 83
צריפ(ים)	282, 255, 171, 125, 75, 74
צריפונים	56
צריפין	231, 125
צרעת	203, 34, 16
קופת החולים הכללית (קופ"ח, הקופה)	8
22, 24, 26, 27, 29, 30, 35, 36, 38, 39	
41, 43-45, 49, 51, 53-60, 62, 65, 69	
70, 72-80, 83-87, 90, 95, 96, 106	
110, 112, 127, 137, 142, 150, 157	
162, 163, 167, 170, 172, 173	
175-177, 197, 198, 200, 204, 211	
238, 239, 293, 294	
קופת חולים לאומית	172, 113, 60, 57
קופת חולים מכבי	60, 57
קוצ'ין (הודו)	93, 92, 89, 18
קורת גג ראו מבצע קורת גג	
קיבוצים	300, 252, 235, 180, 129, 125
קמעות	285, 272
קצין רפואה ראשי בצה"ל	63, 62, 57, 54
81, 64	
קריית אתא	180
משרד קסטנר	94
משרד האוצר	293, 160, 69, 56, 55
משרד הביטחון	76, 63, 61, 16, 9
משרד הבריאות	8, 13, 14-18, 20-33
35-46, 48-53, 55-57, 59, 61-69	
73-100, 108, 111, 112, 114-116, 118	
119, 121-124, 126-128, 130, 131	
134, 135, 137, 139-141, 144, 148	
152, 153, 158, 161, 162, 164-168	
170, 173, 175, 176, 180, 185, 190	
191, 196, 197, 200, 202, 204, 205	
213, 231-234, 237-241, 243-246	
250, 252-254, 260, 271, 284, 292	
293, 294	
משרד העבודה	57, 58, 62, 70, 144, 153
233, 234, 254, 255	
ניצולי השואה	167
נכים	9, 12, 15, 17, 91, 98, 102, 109
125, 126, 152, 163, 166, 174, 175	
182, 231, 291	
נכי פוליו	125
נטרפטומיצין	190
סיוע החלב ראו חלב	
סיפיליס ראו עגבת	
סלקציה	17, 91, 104, 152
סניטציה	10, 26, 33, 56, 144, 145
תנאים סניטריים	124, 143, 144
תקלה סניטרית	124
מצב סניטרי	143, 144, 145
סרטיפיקט(ים)	106
עבודה פרטית (של רופאים)	26, 35, 36
37, 39	
עגבת	13, 16, 131, 132, 190, 291
עדות המזרח	19, 142, 179, 220, 225
עורים ראו עיוורים	
עיוורים	15, 91, 171, 175
עין שמר	32, 167

מפתחות

282, 280	קריית גת 180
שמן דגים 188, 193, 197,	קריית חיים מערבית 178
שמן קיק ראו שמן דגים	קריית מלאכי 180
שנלר ראו מחנה שנלר	קריית שמונה 155, 156
שנת שירות 254	קרנטינה (הסגר) 105, 106, 109
שעלת 97	ר(ו)את ברזל 125
שער העלייה ראו מחנה שער העלייה	ראש העין 31, 32, 66, 123, 127, 133,
שר האוצר 24, 38, 39, 50, 76, 160, 198	134, 143, 146, 167, 230, 231, 236,
תאליום 138	253, 254, 279
תברואה 16, 116	רופא הנמל 104-108
תחלואה כרונית 110	רופא(י) עור 67, 133, 154, 156
תחנ(ו)ת טיפת חלב ראו טיפת חלב	רופאי המדינה 37, 38, 39, 40, 45, 49
תימנים 19, 178, 181, 218, 245	רופאי ילדים 31, 148, 154, 193, 211
תכנית המעברות 56	רופאי עיניים 154
תכנית המקלטון 64	רופאי קופת החולים 157, 164
תל השומר ראו בית חולים מספר 5	רופאים עולים 59
תל ליטווינסקי ראו בית חולים מספר 5	רכוש נטוש 145
תל-אביב 7, 62, 82, 123, 124, 131, 155,	רנטגן 41, 133, 134, 137-141, 230
162, 175, 195, 229-232, 239-241, 247,	רפואה מונעת 26, 29, 33, 59, 79, 81, 98,
253	110, 126, 159, 240, 315
תמותת תינוקות 9, 30, 111, 113, 261, 291	רפואת ילדים 190
תנועת המזרחי 72	שארית הפלטה 11
תעריף האשפוז 85	שביתות 37,
תקציב משרד הבריאות 22, 23, 73, 76,	שחפת 9, 12-16, 29, 31-35, 48, 65, 73,
167	81, 82, 89, 97, 114, 116-122, 130,
תרכיב סאלק 94, 126, 127, 291	133, 134, 136, 163, 165, 167, 170,
תרכיב סייבין 291	172, 174, 175, 184, 187, 189, 212,
תשושים 9, 12, 291	227-229, 260, 291
תת-תזונה 9, 12, 31, 110, 182, 191, 192,	שיירת הדסה 164
283, 291	שיקום 126, 163, 184
	מרכז שיקום 125, 126
	מיטות שיקום 125
ב. שמות	שירות בריאות ממלכתי 70, 71, 83
אביגדורי, זלמן (ד"ר) 48, 49, 57, 61, 77	שירות הבריאות הלאומי 69
אבלס, ולטר (ד"ר) 49, 77	שירותי בריאות בבתי הספר 292
אדלר, שאול (פרופ') 89, 92, 93	שירותי בריאות במגזר הערבי 9, 16, 126,
אוסטרן, יוסף (ד"ר) 197	166,
איסרון, זאב 198	שירותי ההיגיינה 163
איתן, ולטר 111	שירותי תזונה 292
אליאב, לובה 217	שיתוק ילדים ראו פוליו
אליאש, מרדכי (עו"ד) 185	שכונת התימנים חיפה 178
אסקנדר, מיכאל 141	שכונת התקווה 232, 240, 241
	שלושולים 115, 225, 234, 238, 266, 269,

205, 200, 197

טשרטוק (ד"ר) 118, 117
 יוסף, דב 202, 95, 72, 28, 26, 25
 יזרסקי, יוסף (ד"ר) 67, 66
 יקותיאל, פרץ (פרופ') 127, 93, 42, 40
 ישורון-ברמן, טובה (ד"ר) 115, 59, 58
 131, 133, 142, 147, 148, 156, 157
 158, 198, 211, 234, 235, 238, 239
 כהן, יהושע (ד"ר) 111
 כוכבא, שרה 246
 לבון, פנחס 86, 70, 55, 11
 לוריא, גבריאל (אלוף) 64
 ליכטיג, מקס (ד"ר) 40
 ליכטנשטיין, הרמן (ד"ר) 118
 למדן, חנה (ח"כ) 161, 146
 לסקוב, ציפורה 267, 251
 מאיר, גולדה 209, 154, 72, 69, 58, 57
 234
 מאיר, יוסף (ד"ר) 46, 44, 39, 29, 28, 26
 48, 50, 52, 53, 112, 143, 144, 155
 162
 מוביליו (ד"ר) 200, 199, 190
 מודן, ברוך (פרופ') 135
 מיד, מרגרט 245, 244
 מר, גדעון (פרופ') 98
 מתן, אליעזר (ד"ר) 108, 68
 נואק, פריץ (ד"ר) 196
 נוח (ד"ר) 67, 66
 ניסבאום, ב. (ד"ר) 144
 נמיר, מרדכי 86, 70
 נסאן, אריך (ד"ר) 205, 204, 151, 129
 סהר, יחזקאל 34
 סורוקה, משה 87-85, 74, 56, 35
 סייבין, אלברט (ד"ר) 127
 סילנטו, רפאל 185
 ספיר, יוסף 94, 80, 79, 28
 ספיר, פנחס 76
 סרלין, יוסף 87, 86, 85, 83, 80, 79, 28
 94, 95, 145, 156, 160
 עצמון, אברהם (ד"ר) 81, 64, 57
 פייטלברג, ישראל (ד"ר) 142
 פיירצ'יילד, אליס 103
 פישמן (הרב) 19

147 ארון, יומטוב (ד"ר)

ארליך, דוד (ד"ר) 63
 אשכול, לוי 86
 באנץ', ראלף 188
 בורג, יוסף (ד"ר) 79, 77, 76, 74, 72, 28
 161
 בטש, שמעון (ד"ר) 100-81, 68, 64, 29
 108
 ביקלס, יעקב (ד"ר) 49
 בלומנטל, האנס (ד"ר) 142
 בן-אשר, חיים (ח"כ) 144
 בן-גוריון, דוד 34, 27-25, 22-19, 17, 15
 38-40, 46-50, 53, 55, 56, 58, 60-65
 68-70, 72, 73, 75-81, 83, 84, 87, 88
 95, 118, 155, 167, 172, 181, 229
 262, 316
 בן-טובים, נתן (ד"ר) 142
 בקי, רוברטו (פרופ') 185
 ברזילי, ישראל 100-95, 28, 27
 בריל, מירקו (ד"ר) 137, 134, 133
 ברכות, דניאל (ד"ר) 295, 172
 ברנזון, צבי 70
 ברץ, לוצי 245
 גולדבלום, נתן (פרופ') 127, 94
 גזבין, רפאל (ד"ר) 77, 44
 גרושקה, תאודור (ד"ר) 30, 29, 14, 13
 87, 128, 132, 148, 160, 162, 166
 167, 171, 173
 דגן, פנחס 96
 דובדבני, יחיאל (ד"ר) 155
 היל, רון 206
 הכהן, דבורה 168, 150
 הכסטר, אליעזר (אמיל) 43, 42
 הלוי, חיים שלום (ח. ש. הלוי) 87, 86, 85
 96
 הלפמן, מרדכי (ד"ר) 49
 הלר, הרי (ד"ר) 36, 27, 26
 הרמן, זינה 203, 202, 138, 137
 וינגה, קנוד (ד"ר) 119
 ויסברגר, יהודה 228, 227
 זימן, שאול (ד"ר) 239, 131, 100, 99
 זמר, חנה 238
 זאושטיין, ג'ני (ד"ר) 189, 162, 140, 139

מפתחות

	פלגי, פיליס (פרופ') 295, 246, 245
רף (ד"ר) 68	פלק, ואלטר (ד"ר) 143, 31
רפאל, יצחק 93, 91, 88, 66	פסמן, צ'רלס 175, 174
רפטור, ברל 237	פרלסון-פרי, אליעזר 58, 35
שטרואיס, וולטר (פרופ') 42, 41, 30, 29	פת, מוריס 193, 184
שטרית, בכור 20	קוטרל (ד"ר) 190, 137
שטרנברג, אברהם (ד"ר) 55, 41, 40, 31	קורקיוף (ד"ר) 109, 108
, 153, 146, 143, 93, 92, 77, 68-66, 56	קנב (קנייבסקי), יצחק 208, 207
181, 172, 167, 160	קנטור, שולמית 159, 158
שיבא (שיבר), חיים (ד"ר) 28, 26, 22, 8	קפלן, אליעזר 198, 163, 46, 24
, 97, 95, 91, 90-88, 84-50, 41, 39, 29	קצנלסון-ניסן, אברהם (ד"ר) 36, 25, 23
, 188, 173-171, 168, 155, 135, 134	198, 190, 114, 60
313, 294, 293, 189	קרק, סידני (ד"ר) 121
שלוסברג, אסתר (ד"ר) 49	רודובנסקי (ד"ר) 49
שפירא, חיים משה (הרב) 36, 28-20, 16	רוזן, פנחס (רוזנבליט, פליקס) 20, 16
, 74, 60, 58, 55, 50, 49, 46, 44, 43, 37	רוקח, ישראל 231, 229, 228, 115
, 166, 161, 128, 124, 117, 116, 112, 77	רותם, יעקב (ד"ר) 295, 123
292, 229, 167	רייכמן, לודוויג 189-187, 183, 54
שרף, זאב 43, 42	רמון, חיים 293
שתקאי, יוסף (ד"ר) 158, 49-47	רמז, דוד 55 [20]