

מגפת שיתוק הילדים: אירוע מעצב מדיניות, 1949-1956

דורית וייס

תקציר

מגפת שיתוק הילדים שפרצה ביולי 1949 והתמודדות עמה בימיה הראשונים של המדינה מזמנות התבוננות היסטורית במערכת הבריאות בראשית ימיה. תחום הבריאות היה חלק מהמכלול – יישוב מתחדש; עליית רבבות עולים בזמן קצר מארצות שונות, מקצתם לאחר נדודים ומלחמה, אחרים לאחר שבי ואבדן; הקמת המדינה ורצון להיות כאחד העמים, שותפים לארגון האומות המאוחדות וארגון הבריאות העולמי.

מערכת הבריאות שהחלה להתעצב נאלצה להתמודד עם אתגר רב־פנים ולגבש מדיניות עצמאית ואמיצה – ייצור תרכיב לחיסון ומבצע חיסונים ייחודי להמונים אגב הפגנת מנהיגות מקצועית ונטילת סיכונים. התמודדות שביססה את מקומה של ישראל בקרב אנשי הרפואה בעולם ובארגון הבריאות העולמי. בארץ פותחו מערכות טיפול, שיקום וניטור ומעבדות לייצור חיסונים, שפועלות עד ימינו. מדיניות בריאות הציבור בישראל, שעוצבה אז, קיבעה את מעמדה של ישראל בין המדינות המובילות בתחום הרפואה המונעת בעולם.

מילות מפתח: היסטוריה של הבריאות בישראל, חיסון המוני, ייצור חיסונים, מדיניות בריאות, משרד הבריאות, שיתוק ילדים

במובנים רבים ההיסטוריה של מחלת הפוליו בישראל משקפת את ההיסטוריה של הארץ. זהו סיפור על שינויים דמוגרפיים גדולים, שינויים בהרכב האוכלוסייה, בהתפתחות שירותי הבריאות, בפיתוח תרכיב חדש וביצירת מדיניות בריאות בישראל.¹

מבוא

במאמר אני עוסקת במגפת שיתוק הילדים (Poliomyelitis), שמערכת הבריאות הישראלית התמודדה עמה בשנות החמישים של המאה הקודמת. המניע לכתיבת המאמר הוא הרצון לתת מענה לשאלות שעלו במחקרים קודמים שעסקו בתקופה. שני היבטים ייחודיים אפיינו את תקופת המחקר: (א) התבססות מערכת הבריאות בראשית דרכה (לאחר מלחמת העצמאות) וההתמודדות עם צורכי בריאות שנבעו מהמציאות שלאחר הקמת המדינה; (ב) חלוקת התפקידים והאחריות בין הגופים הרפואיים המרכזיים (קופת חולים כללית [להלן: קופ"ח כללית], הדסה ומשרד הבריאות) לממשלה צעירה שקידמה מדיניות עלייה גדולה, וזו העלתה לדיון את השאלה אם לאפשר עליית המונים או למיין מיון רפואי כדי להיערך לקראתה.

למציאות הזאת התפרץ הנגיף פוליו, שגרם את מחלת שיתוק הילדים, ולא היו לו לא מרפא ולא חיסון. בשאלות המחקר אני מתייחסת לאתגרים שעמדו בפני מערכת הבריאות בשלושה רבדים:

- א. בהיבט הרפואי – יכולתה למגר את המחלה.
- ב. במעגל הלאומי-מדיני – התמודדות עם המגפה והשפעתה על מדיניות הבריאות ותהליכי הקליטה אגב עמידה בצורכי הבריאות של המדינה בימי העלייה הגדולה.
- ג. בהקשר הבין-לאומי – מיצוב ישראל בשורה אחת עם המדינות האחרות שנאבקו במחלה באותן שנים ומיצובה כחברה בארגון הבריאות העולמי (World Health Organization).

אתגר רב-פנים הביא לגיבוש מדיניות עצמאית ואפשר להכין תרכיב בארץ ולקיים מבצע חיסונים ייחודי לישראל אגב הפגנת אומץ ונטילת סיכונים. מדינות אחרות שהתפשטה בהן המגפה באותן שנים לא היו נתונות להגירה מרחבי העולם ולאכלוס מהיר אגב פריסת שירותים רפואיים מידית כמו בישראל. כיצד קרה שישראל הייתה השלישית בעולם – אחרי ארצות הברית ודנמרק – שמוגרה בה המגפה בשנות החמישים של המאה שעברה? באתר PubMed, המשמש במה לחוקרי רפואה, אפשר למצוא יותר מאלף מאמרים שעוסקים במגפת הפוליו בארצות השונות במשך השנים, ובייחוד בשנות החמישים של המאה שעברה. ספרים רבים עסקו בתיאור המאבק במגפות מאיימות כל ההיסטוריה,

1 דברים לזכר פרופ' טיבריו שוורץ מאת פרופ' מנפרד גרין, מחליפו באוניברסיטת תל אביב בראשות המחלקה לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת, מתוך: Tiberio A. Swartz, *The Epidemiology of Polio in Israel: An Historical Perspective*, Dyonon, Tel Aviv 2008, p. iii

ובייחוד במחלת שיתוק הילדים, בגילוי החיסון ובתיעוד חוקריה.² בישראל נחקרו היבטים שונים של המחלה, ובכלל זה השיקום, הפיזיותרפיה³ וההיפוך בתחלואה בשנות החמישים במגזר הערבי בתקופת הממשל הצבאי.⁴ חוקרים תיארו את האווירה ששררה ואת הידיעות, השמועות והדיווחים הרבים על מקרים נוספים של נדבקים שהטילו אימה על הציבור בישראל. חוסר הוודאות וחוסר האונים פרנסו את תעשיית הפחד וההרגעה והיו מבחן ראשון לחברה שהתגבשה בישראל.⁵ אך טרם נחקרה ההשפעה ההדדית של המחלה על מיצוב מערכת הבריאות, ובכך אתמקד.

הרקע העולמי

המאה ה-21 מאופיינת בהתפרצות חוזרת של מגפות שכמעט מוגדרו ובמחלות מידבקות חדשות. בימים אלו אנו עוקבים בחרדה אחרי הניסיונות בעולם למנוע את התפשטות הנגיף קורונה (COVID-19). בשנים האחרונות שם לעצמו ארגון האומות המאוחדות (להלן: האו"ם) למטרה להדביר לחלוטין מחלות שפותח עבורן חיסון, ובייחוד שיתוק הילדים.⁶ ב-2013 הוכרז על מבצע לחיסון במזרח התיכון; מטרתו הייתה לחסן בשישה חודשים כ-20 מיליון ילדים בשבע מדינות באזור.⁷

במאה הקודמת היה המצב חמור לאין ערוך בהיעדר תרופה או תרכיב למחלה ובאי-נהירות הסיבות להתפרצותה.⁸ לפני המהפכה התעשייתית התקיים הנגיף פוליו אלפי שנים כמחולל אנדמי.⁹ תינוקות נולדו עם נוגדנים מהאם, והדבר מנע את התחלואה בשיתוק. עם השיפור בתנאי הגהות (היגיינה) השתנתה האפידמיולוגיה של המחלה: מגע הילדים הצעירים עם

2 Howard Markel, *When Germs Travel: Six Major Epidemics that Invaded America since 1900 and the Fears They Have Unleashed*, Pantheon, New York 2004; Jeffrey Kluger, *Splendid Solution: Jonas Salk and the Conquest of Polio*, Penguin Putnam, New York 2006;

3 David M. Oshinsky, *Polio: An American Story*, Oxford University Press, Oxford 2006
גאולה פארן, "ותבוא בהם הרוח ויחיו ויעמדו על רגליהם": התפתחות הרפואה השיקומית בישראל כבבואה לתמורות בחברה הישראלית, עבודת דוקטור, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן תשע"ד.

4 מחמד עקל, 'הממשל הצבאי ותחלואת הפוליו של ילדי ואדי עארה בשנות ה-50', בתוך: ניר מן (עורך), *רפואה צבאית - עיונים בסוגיות רפואיות בתולדות כוח המגן וצה"ל*, משרד הביטחון-מודן, בן שמש, 2018, עמ' 193-216.

5 איתי בחור (עורך), *ספר היובל אל"ן בי"ח שיקומי*, הוצאה עצמית, זיכרון יעקב 2014, עמ' 56.
6 לורנס אלטמן, 'תאריך היעד להדברת הפוליו, שנת 2005 עלול להידחות', *הארץ*, 23.8.2003.

7 יפעת קונפינו-לוי, 'מגפת הפוליו במזרח התיכון - המטרה חיסון 20 מיליון ילדים בתוך שישה חודשים', *פוסט*, 10.11.2013.

8 Swartz, *The Epidemiology of Polio*, p. 1
9 מחולל אנדמי הינו גורם תחלואה, מחלה או הפרעה המופיע באופן קבוע באזור מוגבל או בקרב אוכלוסייה מסוימת ואינו מתפשט מעבר לאותו אזור או אוכלוסייה.

הנגיף פחת; הילדים הבוגרים והמבוגרים נעשו פגיעים וחשופים לנגיף, ובעקבות כך רבו מקרי פוליו. המגפה נעשתה שכיחה ברחבי העולם בעיקר במאה ה-20.

המחלה התפרצה בשנות החמישים בכמה ארצות באפריקה (סנגל, קמרון, סודאן, קניה, רודזיה ודרום אפריקה), באמריקה (אלסקה, ואיומינג, פלורידה, קליפורניה), בארצות הים הקריבי (קוסטה ריקה, גואטמלה, האיטי, פוארטו ריקו וטרינידד), באירופה (יוון, פינלנד ושווייץ), באוסטרליה ובטריטוריות שלה ובהוואי. באסיה דמה שיעור המקרים לזה שהיה בעבר.¹⁰ ספרים רבים שמתמקדים באנשי המדע שהביאו לפריצת הדרך לחיסול המחלה מרחיבים בנושא. הנגיף פוליו מתואר כגורם, וגם כמי שתרום להבניית תהליכים באישור תרופות בארצות הברית שלאחר מלחמת העולם השנייה.¹¹ בספרים אחרים המגפה מושווית למגפות אחרות ששינו את העולם. העיסוק בחיסון מפני פוליו בתום המלחמה מעלה לדיון ציבורי את המורכבות באינטרסים במדיניות ההגירה ובריאות הציבור. הווארד מרקל מסביר בספרו כיצד הגירה במאה ה-21, בהיעדר גבולות בין מדינות, שונה מההגירה במאה הקודמת, שאז היה אפשר לשלוט בעתיד המגפות ובהשפעתן.¹²

צביון המחלה בהתפרצותה בשנות החמישים (בייחוד לאחר מלחמת העולם השנייה) הביא את ד"ר אלברט סייבין, ממפתחי התרכיב למחלה, להניח שלאורח החיים קשר הדוק ביותר אליה.¹³ בדוח מקיף של ארגון הבריאות העולמי תואר המצב בעולם ב-1954 על בסיס מקורות סטטיסטיים, ציון שהעלייה בשיעור המקרים במקומות כמו אפריקה נבעה כנראה מהעלייה בדיווח. באמצע שנות החמישים, עם פיתוח החיסון של ד"ר יונה סאלק, שהכיל נגיף מומת וניתן בזריקה, התעוררה התקווה לריפוי ופחת מספר החולים. מיגור המגפה לחלוטין התאפשר עם פיתוח החיסון של ד"ר סייבין ב-1958, שהכיל נגיפים חיים מוחלשים וניתן דרך הפה.

הרקע המדיני בתקופת העלייה הגדולה

העלייה הגדולה לישראל (1948-1953) הוציאה לפועל את תכלית המאבק הציוני: קיבוץ גלויות, בניין הארץ, ייסוד המדינה ותשובה למצוקה עולמית של היהודים.¹⁴ בעקבות קריאת ראש הממשלה דוד בן-גוריון בטקס ההכרזה על המדינה 'להתלכד סביב היישוב בעלייה

A. M. Payne and M. J. Freyche, 'Poliomyelitis in 1954', *Bulletin World Health Organ.*, 10
15 (1956), pp. 12-43

Oshinsky, *Polio: An American Story*, pp. 9-10

Markel, *When Germs Travel*, p. 8

13 ארכיון המדינה (להלן: א"מ), ג 178/1; ד"ר אלברט סייבין, בתוך: טיוטה מאת וולטר פלק, 'מנסינגו במגפת הפוליומיאליטיס', תל אביב 1950, שם, עמ' 2. ד"ר פלק ניהל את מחלקת הילדים בבית החולים הממשלתי בחיפה ובקיבוצי הסביבה. בתדפיס הוא תיאר את הניסיון בטיפול בפוליו בקיבוצים.

14 יוסף גורני, *מראש פינה ודגניה ועד דימונה: שיחות על מפעל הבנייה הציוני*, האוניברסיטה המשודרת, תל אביב 1983, עמ' 89-90.

ובבניין ולעמוד לימינו במערכה הגדולה על הגשמת שאיפת הדורות וגאולת ישראל' נערכו שירותי הבריאות לקלוט את המוני העולים.¹⁵ קריאה זו ליוותה את העלייה הגדולה: מצד אחד הייתה העלייה משימתה של התנועה הציונית, ומצד אחר היא הגבירה את החששות לעתיד החברה, מאפייניה ובריאותה.

חוקרים של התקופה בשנים האחרונות מדגישים במיוחד את ההיבט של מערכת הבריאות,¹⁶ לדוגמה היעלמות ילדים חולים בזמן הטיפול בהם,¹⁷ או את סוגיית הטיפול בגזות. נקל להבין מדוע כוונה האצבע המאשימה לעבר הממסד הרפואי ושירותי הרווחה. משלהי המאה ה-19 העסיקה שאלת יכולת קליטת העולים את היישוב והנהגתו. ב-1943 ריכז דוד בן-גוריון עבודת תכנון לקליטת מיליון איש במחנות מעבר, בתכנית הודגשו דיו, תעסוקה ושירותי בריאות.¹⁸ אנשי הוועד הלאומי התבססו בהבנת המצב הרפואי על הניסיון עם עולים שהגיעו ב-1943 מטהרן, מטורקיה ומתימן (במדינות האלה חלו רבים בטיפוס, במלריה, בעגבת ובשחפת). בתכנית המיליון הוחלט על חיטוי יסודי ועל חיסונים מפני טיפוס, קֶרַמַת (דיפתריה) ואבעבועות.¹⁹

לאחר הקמת המדינה השתנתה המציאות. העלייה הגדולה והרכב האוכלוסייה יצרו נקודת מפנה בהתפתחות החברה הישראלית. היקף האוכלוסייה וקצב גידולה המהיר הגבירו את הארעיות במצב העולים בתקופת הקליטה. החברה הישראלית הוותיקה נחשבה פטרנליסטית ומתנשאת כלפי העולים בשל צביון ההתיישבות וריכוזם במחנות ובמעבדות. באותם ימים החל השיח בנוגע לקליטה נכונה של העולים – אם מוטב לנקוט גישה של כור היתוך או לשמר את הפלורליזם התרבותי.²⁰ השינוי בנסיבות הקליטה אילץ את האחראים לה לנתב את העלייה באמצעים ממלכתיים אגב שימת דגש על מנגנוני פיקוח ושליטה אינסטרומנטלית יותר מאשר על היבטי שכנוע, חזון ואידאולוגיה.²¹ מציאות זו השפיעה על מפגש של קולטים ונקלטים, ויותר מכך – על ההיבט הרפואי, ובכללו תהליכים שנחשבו משפילים (למשל ריסוס בדי-די-טי והפרדת הילדים). כללית, סוגיית קליטת העולים – מבחינת הבריאות – הייתה מהקשות שנדונו. היא תפסה מקום מרכזי בדיונים על מדיניות

- 15 נתנאל לורך, קורות מלחמת העצמאות, מודן, תל אביב 1989, עמ' 99-102.
- 16 נתן שיפריס, 'בנתיב היעלמותם של ילדי ישראל הנעדרים או: כיצד פעלה השיטה?', בתוך: טובה גמליאל ונתן שיפריס (עורכים), ילדים של הלב: היבטים חדשים בחקר פרשת ילדי תימן, רסלינג, תל אביב 2019, עמ' 303-304.
- 17 דב לויטן, 'מדוע נחקרה פרשת ילדי תימן הנעדרים לראשונה רק בשנים 1967-1968?', שם, עמ' 433-474.
- 18 דבורה הכהן, תכנית המיליון: תכניתו של דוד בן-גוריון לעלייה המונית בשנים 1942-1945, משרד הביטחון, תל אביב 1994, עמ' 117-134.
- 19 שם, עמ' 131-132.
- 20 משה ליסק, העלייה הגדולה בשנות החמישים – כשלונו של כור ההיתוך, מוסד ביאליק, ירושלים 1999, עמ' 1-6.
- 21 הנ"ל, "ארץ-ישראל הראשונה" ו"ארץ-ישראל השנייה", בתוך: דליה עופר (עורכת), בין עולים לוותיקים: ישראל בעלייה הגדולה, 1948-1953, יד יצחק בן-צבי, ירושלים 1996, עמ' 3-13.

העלייה, ובה התרכזה הביקורת הנוקבת ביותר שנמתחה על האחראים לארגונה. אף שמרבית המחלות נבעו מהמסע לארץ ומבעיות בריאות בארצות המוצא, הן הכבידו על הקליטה, ובעקבותיהן הוחמר הפיקוח על בריאות העולים.²² נגיף הפוליו לא היה היחיד שאיים על הבריאות בעולם באותן שנים. יש לזכור ש-95 אחוזים מהחולים במחלה לא הראו תסמינים, ומרביתם לא ידעו שחלו בה. הסוג החמור של המחלה – שגורם שיתוק – נראה באחוז אחד בלבד מהחולים. האיום העיקרי במחלה נבע בעיקר מאידיעת הגורם להתפשטותה. היו רופאים שראו בשחפת (בארצות הברית נפטר ממונה 34,000 איש ב-1950) או בשפעת (שהמיתה 62,000 איש ב-1957) מחלות מאיימות יותר, שכן משיתוק ילדים נפטרו בתקופה הקשה של המגפה שם (שנת 1952) 3,200 איש בלבד.²³

התפרצות המגפה בישראל

עד שנות החמישים לא הייתה דרך למנוע את הידבקות הילדים, וטיפול שיקום ופיזיותרפיה סייעו לאחדים בלבד. הטיפול היחיד שניתן היה תמיכה. רק בסוף שנות החמישים החלו לחסן את הילדים בחיסון שפיתח ד"ר סאלק – כדי למנוע את התפשטות המחלה.²⁴ עד להתפרצות נרשמו בארץ בכל שנה מקרים אחדים של שיתוק ילדים. מדיווחי משרד הבריאות הבריטי בימי המנדט עולה שבכל שנה אובחנו כעשרים מקרים. ב-1939, ערב מלחמת העולם השנייה, הגיע שיעור החולים לשישים. עם זאת, אפשר לשער כי לא כל המקרים שאותרו דווחו בבתי החולים.²⁵ משפרצה המגפה היא הטילה פחד על היישוב בארץ, והעיתונות כולה עסקה בה ובהיעדר תרופה לה. בעיתון על המשמר מ-1947 למשל נכתב:

רוח בלהות מרחפת ומאיימת על אירופה [...] כמעט בכל הארצות מודיעים על התפרצויות מסתוריות של המגפה [...]. האו"ם נוטה לחשוב על ההישגים העצומים שהשיגה הרפואה החדשה בהדברת מחלות אחרות וממילא נוטה היא להשוות את אלה בהתקדמות המועטה והמאכזבת בשיתוק הילדים.²⁶

ההתקדמות הייתה בעיקר באבחון, אף שמאות חוקרים ייחדו ממיטב זמנם ומרצם לנושא. המחלה החלה להתפשט רק ב-1949, באזור חיפה. במארס 1950 אובחנו תשעה חולי פוליו גם

22 דבורה הכהן, **עולים בסערה: העלייה הגדולה וקליטתה בישראל 1948-1953**, יד יצחק בן-צבי, ירושלים 1994, עמ' 187.

23 C. Kumerfeld, 'Remembering the Polio Epidemic of the 1950s: Part 1' (אוחזר ב-21.8.2017). www.ArgusLeader/Part of the USA TODAY network.

24 שם, עמ' 2.

25 פאול סטרובוסקי, 'מחקר אפידמיולוגי על הפוליומאליטיס בארץ', **דפים רפואיים**, יא (1952), עמ' 21-3.

26 'שיתוק ילדים מוסיף לאיים', **על המשמר**, 3.10.1947, עמ' 5. ארכיון עיתונות יהודית היסטורית, הספרייה הלאומית.

במחנה העולים בראש העין. בתוך שבועות נתגלו כמאה חולים, והמחנה היה למוקד המרכזי של המחלה.²⁷ במשך שלוש עונות ברציפות לקו בשיתוק יותר מ־3,000 חולים. שיעור התמותה בקרב החולים היה עשרה אחוזים. מלבד הטרגדיה שליוותה את המחלה עצמה, עלה גם מספר החולים במחלות מידבקות אחרות, שכן בשל חשש לקשר בין החיסונים מפניהן ובין שיתוק מהנגיף פוליו הופסקו חיסוני ילדים. התוצאה התבטאה בתחלואה של קרוב ל־1,400 איש שחלו בשנת 1952 בטיפוס הבטן. נוספו לכך תנאי התברואה הירודים. לדעתו של ד"ר שיבא ההשקעה במתקני אשפוז באה על חשבון הרפואה המונעת.²⁸ משנות החמישים היה קל יותר לאסוף מידע מדויק על המחלה - בזכות בדיקות לכל העולים ושאלון שמילא כל אחד מהם. משרד הבריאות נעזר בשאלונים הללו למעקב מדויק אחר ההתפרצות.²⁹

מקרי שיתוק הילדים בארץ - מאי 1949 - ספטמבר 1950³⁰

| שנה | מאי | יוני | יולי | אוגוסט | ספטמבר | אוקטובר | נובמבר | דצמבר | סה"כ |
|------|-----|------|------|--------|--------|---------|--------|-------|------|
| 1949 | 9 | 8 | 21 | 16 | 8 | 15 | 23 | 26 | 126 |
| 1950 | 19 | 33 | 38 | 87 | 338 | 319 | 247 | 250 | 110 |
| סה"כ | 28 | 41 | 59 | 103 | 346 | 458 | 470 | 516 | 2126 |

27 אברהם שטרנברג, **בהקלט עם**, הקיבוץ המאוחד, תל אביב 1973, עמ' 143.

28 ד"ר שיבא, **תיק אישי**, 1952, א"מ, ג' 16 / 139.

29 בחור (עורך), **ספר היובל**, עמ' 55.

30 **דפים רפואיים**, ב (1950), עמ' 147. החומר הסטטיסטי הומצא למערכת בידי משרד הבריאות הממשלתי. הנתונים מראים שבשמונת החודשים הראשונים של שנת 1950 חלו 1,441 חולים לעומת 126 בשמונת החודשים הקודמים בשנת 1949.

נקודת המבט של קובעי המדיניות

מאמצע 1948 העסיקו את קובעי המדיניות בעיות בריאות שנבעו מעליית ההמונים. 140,000 מתוך 700,000 איש היו ילדים עד גיל 9, וכ-45,000 בני 60 ומעלה. מוצא העולים, הרכב הסוציאלי, רמת גרות ירודה במחנות ומחלות מידבקות הביאו לפיתוח מואץ של הרפואה המונעת ושל בריאות הציבור. המטרה הייתה להתמודד עם זרם העלייה שהחל בקיץ 1948 והלך וגאה בשנים 1949 ו-1950.³¹ כדי לעמוד על חומרת המצב יש להבין את המציאות במחנות ובמעברות, שאת האשמה בקיומה תלו אנשי הקליטה בהיקף העלייה. הוויכוח בנושא הגבלת הקליטה משיקולים רפואיים שהחל בראשית ימי העלייה נמשך כל שנותיה, ולמעשה לא הוכרע גם לאחר סיומה. מתווה הדרך במדיניות זו היה ראש הממשלה דוד בן-גוריון; וכך עולה מדבריו בכנסת ב-21 בנובמבר 1949:

לפני כמה שבועות נמסר לי שמשיקולים מעשיים [...] יש הכרח להאט עליית תימן. אמרו לי שבין העולים יש הרבה ילדים חלשים, ילדים תשושים, נגועים ואין סידורים מספיקים ומתאימים בשביל כולם [...] אפילו אם נגזר על מי מהם למות, מוטב שימות פה בארצו, בין אחיו.³²

ד"ר יוסף מאיר, המנכ"ל הראשון של משרד הבריאות, ידע על תמותת התינוקות הגבוהה. הוא הבין שעליית יהודי תימן במטוסים לא תאפשר הפחתה בתמותה להיקף שהיה ביישוב היהודי ערב העלייה (36 לאלף נפש).³³

כדי להקל את המצוקה במחנות העולים הוחלט בינואר 1949 להקים מחנה למיון רפואי בארץ, ובעקבות זאת נפתח המחנה שער העלייה. הכוונה הייתה לאכלסו ב-5,000 איש לתקופות קצרות. בו בזמן החליטה מחלקת הקליטה להסב כמה ממחנות העולים למחנות עבודה.³⁴ המרפאות במחנות הקבע הועברו לקופת חולים, ובמחנות הגדולים המשיך השירות הרפואי לעולה (השר"ל) לספק שירותי בריאות. במחנות פעלו 15 מרפאות, שש מרפאות שיניים וחמישה מוסדות לאשפוז, ובהם 350 מיטות.³⁵

בשמונת החודשים הראשונים של 1949 לא מוינו עולים ולא נאסרה קליטתם. משרד הבריאות התמקד בהדרכת הצוותים הרפואיים במחנות ובהרחבת האשפוז (בעיקר לילדים).³⁶ ממדי העלייה העצומים (340,000 עולים בשנים 1951-1952) עוררו את הדיון

31 הכהן, תכנית המיליון, עמ' 79.

32 נאום ראש הממשלה דוד בן-גוריון, דברי הכנסת, 21.11.1949, עמ' 128.

33 ד"ר יוסף מאיר, בתוך: סחלב סטולר-ליס, שפרה שורץ ומרדכי שני, להיות עם בריא בארצנו, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר שבע 2016 עמ' 112.

34 הכהן, תכנית המיליון, עמ' 79.

35 א"מ, ג 144/22/5.

36 בכל הארץ נוספו 700 מיטות אשפוז; שם, 130/132/2.

בנושא קליטתם. ד"ר חיים שיבא (המנהל הכללי השני של משרד הבריאות) ומר גיורא יוספטל (מנהל מחלקת הקליטה של הסוכנות היהודית) דרשו לדחות עלייה ארצה של חולים מחשש מהתפשטות מחלות ומחוסר יכולת לטפל בהם כראוי. דרישה זו הייתה מנוגדת לדעת מחלקת העלייה; ואכן, העלייה נמשכה.³⁷ ד"ר שיבא הביע חשש מהעלאת עולים חולים.³⁸ הוא דרש לדחות את עלייתם ולדאוג לאשפוזם בחוץ-לארץ.³⁹ עם זאת, הוא תמך בהבאת ילדים לטיפול בארץ וקידם הקמת מרכז לטיפול בילדים חולי גרענת וגזת במחנה שער העלייה.⁴⁰

במיון הרפואי ובהגבלה תמכו בעיקר אנשי הכספים והקליטה מחשש ששירותי הבריאות לא יוכלו לשרת ציבור חולים גדול ושהמצב הסניטרי במחנות יביא להתפשטות מחלות ולסיכון כל הציבור. לעומתם, במחלקת העלייה נשענו על תמיכת דוד בן-גוריון, שטען שאין להגביל את העלייה.⁴¹ יש לזכור כי ישראל הייתה חתומה באותם ימים על אמנה בין-לאומית, שלפיה אין לאשר הגירת חולים מסיבות של בריאות או מסיבות ענייניות לאחר מלחמת העולם השנייה והגירת ההמונים ממזרח אירופה למערבה.⁴²

ב-1949 התפרצה מגפת שיתוק הילדים בארץ, ודווח על 338 חולים. תנאי המחיה בארץ היו אז קשים: מגורים ארעיים, היעדר ביוב במחנות הקליטה, תזונה לקויה וצפיפות.⁴³ מהמחלה נפגעו בעיקר תינוקות מתחת לגיל שלוש.⁴⁴ עליית עולים ארצה מארצות שמאפייניהן דמו לאלה של ארץ ישראל (מזרח אירופה, צפון אפריקה, עיראק, איראן ותימן) מנעה הדבקה בהיקף רחב יותר. השאלה שהעסיקה את קובעי מדיניות הבריאות אז הייתה אם העולים הביאו עמם את המחלה או שנחשפו לה בארץ.

כשפרצה המחלה בארץ היה היקף החולים בשיתוק ילדים כ-0.1 אחוזים מהאוכלוסייה, וב-1950 חלו בה כ-1,500 מ-1,200,000 נפש. שיא המגפה היה בקיץ,⁴⁵ ולכן קל להבין את חששם הגדול של ראשי מערכת הבריאות והנהגת המדינה מפני המגפה, ואך טבעי היה שייעשו מאמצים למצוא בהקדם תרופה לטיפול במחלה או תכשיר למניעתה.

באותה תקופה עלה גם מספר החולים במחלות המידבקות האחרות: בשחפת פעילה חלו 3,000 איש, ויותר מ-28,000 איש אובחנו כחולים בשחפת לא פעילה; בגרענת חלו

37 רות בונדי, **שיבא – רופא לכל אדם**, כנרת זמורה ביתן, תל אביב 1981, עמ' 142.

38 בספרה של רות בונדי נכתב על ד"ר שיבא כי לדבריו, מ-300,000 העולים שהובאו למחנה העולים שער העלייה במבואות חיפה היו כ-17,000 נכים, 11,000 משפחות ללא מפרנס ו-24,000 איש בני 60 ומעלה.

39 שם, עמ' 152-153.

40 מכתב ד"ר שיבא למשרד העלייה בסוכנות היהודית ב-4.11.1951 וכן מכתב ד"ר שיבא לד"ר שטרנברג ב-18.12.1951, א"מ, ג-17/180, בתוך: שפרה שורץ וסיגל סדצקי (עורכות), **הגזות, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב**, באר שבע 2018, עמ' 301.

41 בונדי, **שיבא**, עמ' 153-154.

42 The Refugee Convention, אוקטובר 1951, עמ' 141.

43 Swartz, *The Epidemiology of Polio*, p. 20

44 דברי ד"ר י' פאול, בתוך: סטרובסקי, 'מחקר אפידמיולוגי', עמ' 14.

45 שם, עמ' 15.

70,000; בבילהרציה חלו 10,000. בטבלה אפשר לראות את המצב בארצות אחרות ואת השיעורים הגבוהים בישראל, שאף החמירו עד מתן החיסון.

שיעורי תחלואה ל-10,000 נפש בעולם

| מדינה | 1945-1941 | 1950-1946 | 1953-1951 |
|-------------|-----------|-----------|-----------|
| אנגליה | 0.2 | 1.1 | 0.9 |
| דנמרק | 2.5 | 1.7 | 5.9 |
| שוודיה | 2.7 | 2.1 | 2.8 |
| גרמניה | 0.5 | 0.6 | 0.9 |
| ארצות הברית | 0.9 | 1.9 | 2.6 |
| קנדה | 0.6 | 1.4 | 3.4 |
| ישראל | --- | 0.5 | 7.2 |

מהנתונים ברור מדוע היו ארצות הברית, דנמרק וישראל הראשונות לחסן את הילדים.⁴⁶ אפשר לראות כי מאז הקמת מדינת ישראל עד מבצע החיסונים חזרה התחלואה בכל שנה.

שיעורי תחלואה ל-10,000 נפש בישראל⁴⁷

| 1950 | 1953 | 1951 | 1952 |
|------|------|------|------|
| 19.5 | 4.2 | 5.0 | 5.8 |
| 6.9 | | | |

מחשש שיימצא קשר בין התרכיב נגד טיפוס הבטן (Typhoid) למחלת שיתוק הילדים הופסקו חיסוני ילדים מפני מחלה זו ומפני אסכרה (Diphtheria). התוצאה: כ-14,000 איש חלו בטיפוס הבטן. המחלה היחידה שנצפתה בה ירידה ניכרת באותה עת הייתה מלריה (ב-1953 חלו חמישה חולים בלבד), שכן נמצא לה טיפול תברואתי-סביבתי.⁴⁸ בחקירה אפידמיולוגית שביצע ד"ר פאול סטרנבוסקי בארבעה קיבוצים שחלו בהם ילדים רבים והצוות המטפל, הוא ציטט מומחה בעל שם עולמי - ד"ר פאול, שלדעתו:

ישראל שייכת לארצות ששיתוק הילדים מתפשט בהן שנים רבות בצורה אנדמית, רק מעטים מגיעים לגיל בית ספר ואינם נושאים בגופם את נגיפי הפוליו. [...] ניתן להניח שבקיבוצים מקור המחלה היה בעולות חדשות שעלו לפני שלוש שנים.⁴⁹

בדוח על הפוליו בישראל ציין ד"ר פאול שאף על פי שהאוכלוסיה בארץ הוכפלה בשלוש השנים האחרונות, המחלה פגעה בעיקר בצעירים ובילדים מכיוון שמרבית העולים הגיעו ממזרח אירופה, מצפון אפריקה, מעיראק, מפרס ומתימן, כלומר מדינות שתנאי ההתחסנות

46 מסמך סודי ביותר מד"ר גרז'בין לשר הבריאות, 15.5.1955, א"מ, ג' 3/4271.

47 שם.

48 ד"ר שיבא, תיק אישי, 1952, א"מ, ג' 16 / 139.

49 דברי ד"ר פאול, בתוך: סטרנבוסקי, 'מחקר אפידמיולוגי', עמ' 14.

העצמית בהן דומים לאלה שבישראל. בהיעדר טיפול הומלץ לבודד את החולים ולשמור על גהות.⁵⁰ עמדה זהה הציג ד"ר אריך נסאו, רופא הילדים. לדעתו, יש 'לתת מצע אחיד ככל האפשר למלחמה במחלות מידבקות במטרה לסלק את אי הביטחון ואי השקט המציינים שדה זה של טיפול ופיקוח רפואי'.⁵¹

בסקירה אפידמיולוגית על התפרצות מחלת שיתוק הילדים מאת ד"ר וולטר פלק (רופא ילדים וממקדמי הטיפול הרפואי במחנות קפריסין) נטען שהמחלה תקפה בעיקר ילדים צעירים, ובגלים החוזרים נפגעו פחות תינוקות לעומת עלייה בתחלואת ילדים בגיל בית ספר ומבוגרים. מממצאי עולה שלא היה הבדל בין עולים לוותיקים. גם בעולם לא הייתה השפעה להגירה או לנוכחות של אנשים ממדינות אחרות (כגון חיילים).⁵² כן נמצאה השפעה של התפשטות המחלה בין בני משפחה, אך לא נמצאה השפעת גורמי סביבה (כמו תזונה). הוא ציין כי אף שחוקרים מצאו כי שיתוק הילדים פוגע באלה שתזונתם טובה ותנאי התברואה בסביבתם טובים, בארץ לא נמצא קשר בין תנאי הסביבה ובין תרכיבים אחרים.⁵³

ההקשר הבין-לאומי

ישראל וארגון הבריאות העולמי

בתום מלחמת העולם השנייה החלו דיונים על הצורך להקים ארגון בריאות חדש, וב-7 באפריל 1948 הוא הוקם כאחד מארגוני האו"ם והחליף את משרד הבריאות הבין-לאומי, שפעל עד המלחמה. מטרתו העיקרית של הארגון החדש הייתה לדאוג לבריאות בני העמים כיסוד לשלום וביטחון בדרגה גבוהה ומתוך שיתוף פעולה בין המדינות החברות. כל המדינות שקיבלו את עיקרי האמנה חויבו לפעול להשגת בריאות בדרגה הגבוהה ביותר. בין תפקידי הארגון היו מיגור מחלות אפידמיות, מחלות אנדמיות ואחרות.

לארגון נבחרו ועד פועל ומזכירות. נקבע כי על הוועד לתת מענה לכל שאלה שבתחום סמכותו, לבדוק מצבים דחופים ולנקוט אמצעי חירום בנושאים כגון מגפות ועזרה רפואית לקרבנות אסון. הצטרפות לארגון הזה התאפשרה למדינות האו"ם ללא תנאי. רצונה של ישראל להצטרף לארגון היה אמיץ ומאתגר,⁵⁴ וב-1949 נשלח מטעמה היועץ המשפטי של משרד הבריאות אליעזר גלובוס לשיבת הארגון בכוונה לצרף את ישראל לארגון. ב-1951 חתמה ישראל על הסכם שיתוף פעולה להדברת נגיף הפוליו עם ארגון הבריאות

50 שם, עמ' 15.

51 אריך נסאו, המטפלת - מורה דרך לעובדות בתי-הילדים ולאמהות, הקיבוץ המאוחד, תל אביב 1946, עמ' 111-116. ד"ר נסאו ניהל את מחלקת הילדים בבית החולים בעפולה.

52 פלק, 'מנסיוננו', עמ' 2.

53 שם, עמ' 7.

54 חוקת הסתדרות הבריאות הבין-לאומית, נרשם ב-27.10.1949 בידי אריה גלובוס, היועץ המשפטי של משרד הבריאות, א"מ, ג 190/8.

העולמי ו־UNICEF (קרן החירום הבין־לאומית של האו"ם לילדים).⁵⁵ אמנה אחרת שעליה חתמה ישראל עסקה במעמד מהגרים; זו גובשה לאחר מלחמת העולם השנייה, נחתמה ב־1951 ונכללה לימים בדיון בעניין העלאת חולים בימי העלייה הגדולה.⁵⁶ ייצוג ישראל ועמדותיה ראוי להתייחסות מקיפה שלא כאן מקומה, אך יש להזכירה בעניין המאמצים באו"ם ובמוסדותיו לביסוס מעמדה הבין־לאומי של ישראל אז.

הקשר עם ארצות הברית

בד בבד עם הפעילות בארגון הבריאות העולמי עשו גורמי בריאות ישראלים בארצות הברית לאחר הקמת המדינה כדי ללמוד מניסיון המומחים ולהסתייע בנדבנות ובתרומות. אנשי הדסה, קופ"ח הכללית ומשרד הבריאות קיוו למצוא תרופה למחלת שיתוק הילדים. ב־1950 כתב ד"ר יהודה אדלר מבית החולים הדסה בירושלים בדוח על ביקור בבית החולים הדסה ראש העין ובבית החולים פרדס כץ, לחולי שיתוק, כי כדאי לייסד ועד ארצי, ובו כל הגורמים המעורבים בטיפול בפוליו ומהפעילים בתחום זה, דוגמת *National Board of Infantile Paralysis in USA*.⁵⁷

ד"ר שיבא שהה אז בארצות הברית, כחלק מהשתלמות מטעם הצבא. הוא התעניין במיגור שיתוק הילדים ונפגש עם רופאים, ובראשם ד"ר סאלק, מפתח החיסון למניעת שיתוק הילדים. בפרק 'הקשר האמריקני' בספרה של רות בונדי מיוחסים לד"ר שיבא הדברים האלה:

במקום להתרחק מעבודה ציבורית – אני שוב בפנים [...] התחלתי לעסוק ב[...] מגפת שיתוק הילדים שפרצה ב־1950 [...] הלכתי לראות מוסדות בארצות הברית וראיתי שבשלב החריף של המחלה אין מה לעשות, אבל צריך ליצור כלים לשיקום.⁵⁸

ד"ר שיבא הצליח לגייס תרומות, ועל אף האיסור לייצא מארצות הברית פלדה הצליח לשלוח לארץ ציוד לפיזיותרפיה ומכונות הנשמה (ריאות ברזל) – כמאה מכשירים חולקו לבתי החולים בארץ.⁵⁹

בארצות הברית בלטו שני רופאים יהודים בקרב אלו ששקדו על פיתוח תרכיב: ד"ר סאלק וד"ר סייבין. ד"ר סאלק פיתח ב־1952 את התרכיב המכיל נגיף מומת שמייצר נוגדנים בגוף וניתן בהזרקה, וד"ר סייבין פיתח תרכיב חי מוחלש – למתן דרך הפה. זה נכנס לשימוש ב־6 באוקטובר 1956 ושניהם משמשים עד ימינו לחיסון מפני שיתוק הילדים.

55 עקל, 'הממשל הצבאי ותחלואת הפוליו של ילדי ואדי עארה בשנות ה־50', עמ' 193-216.

56 UNHCR (ארגון לפליטים מטעם האו"ם) Text of the 1951 Convention Relating to the Status of Refugees to the Status of Refugees Resolution 2198 (XXI) adopted by the United Nations General Assembly

57 דוח של ד"ר אדלר, 26.5.1950, א"מ, ג' 177/14.

58 בונדי, שיבא, עמ' 138.

59 שם, עמ' 139.

מדיניות ובריאות – ההיבט הלאומי

חילוקי דעות, ולא רק בגלל החיסון

שפרה שורץ מפרטת בספרה **קופת חולים, הסתדרות, ממשלה** את הגורמים שהשפיעו על עיצוב מערכת הבריאות בישראל בעשור הראשון לקיומה.⁶⁰ להלן שניים מהם:

1. במעבר רפואי בית החולים בלינסון לבית החולים הצבאי שהוקם בתל השומר – עקב חילוקי דעות בנוגע לעבודה רפואית פרטית והקמת השירות הרפואי הצבאי, שעל בסיסו קמה מערכת הבריאות הממשלתית – נטועים שורשי העימות בין ד"ר שיבא, ד"ר הלר וד"ר ברוך פדה ובין משה סורוקה וד"ר מאיר. העימות השפיע גם על צביון מערכת הבריאות בישראל והתפתח למאבק פוליטי, וסוגיית הבריאות נדחקה לפינה.
2. הטיפול בצרכים הרפואיים של העולים נעשה סוגיה פוליטית שבגינה התגלעו מאבקים ומשברים.

קופ"ח הכללית ראתה את הפוטנציאל בצירוף מבוטחים רבים לשורתיה ולהסתדרות והשתלטה על מרבית השירות הרפואי במחנות וביישובים, לעתים לאחר דין ודברים עם הדסה, שהקימה בהנחיית הממשלה שירותי בריאות משלה ביישובים. לכן התמקדו קופות החולים, ובראשן קופ"ח הכללית, שביטחה שני שלישים מתושבי הארץ, בפעילות בקהילה, והממשלה – באמצעות משרד הבריאות – התמקדה בשירותי אשפוז.⁶¹

לפי החלטת הממשלה הודח המנכ"ל הראשון – ד"ר מאיר – מתפקידו בעצם ימי בניית מדיניות הבריאות, אנב אתגרים ואימים על בריאות הציבור בימי העלייה הגדולה. גם ראשי האגפים במשרד נדרשו להתפטר.⁶² למניעת משבר נקרא לתפקיד ד"ר שיבא המנוסה מעבודתו במחנות ובצבא. הוא חשש לקבל את האחריות שלא בתיאום עם קופ"ח הכללית ושלא בתמיכתה.⁶³ הנתק בין ד"ר שיבא ומנכ"ל משרד הבריאות לקופ"ח הכללית ליווה אותו כל אותן שנים.⁶⁴

משהבין כי אינו זוכה לתמיכה מהממשלה ובשל המתחים עם קופ"ח הוא עזב את המשרד לאחר כשנה. התוצאה הייתה ששני המנהלים החזקים בתחילת הדרך – ד"ר מאיר וד"ר שיבא – עזבו את תפקידם לאחר זמן קצר, לפני שמימשו את חזונם. הדבר השפיע על ההיערכות למבצע החיסון וקרוב לוודאי שהקשה על ביצועו.

על ההיערכות לחיסון השפיעו גם היחסים בין קופ"ח הכללית להדסה, שהתבטאו הן במאמצים להגביר אחיזה במחנות, במעברות וביישובים שהוקמו, והן בהתנגיטות לפיתוח הרפואה המונעת

60 שפרה שורץ, **קופת חולים, הסתדרות, ממשלה**, המרכז למורשת בן-גוריון, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, קריית שדה בוקר 2000, עמ' 231-234.

61 שם.

62 ד"ר מאיר היה מנכ"ל משרד הבריאות שהובא לתפקיד מקופ"ח הכללית. הואשם בקידום הקופה באמצעות משרד הבריאות.

63 בונדי, **שיבא**, עמ' 141.

64 מכתב מד"ר שיבא לפרופ' הלברכט בנוגע להזמנה למסיבת פְּרְדה ממנו בבית החולים בחדרה, 15.7.1952, א"מ, ג 139/16.

ולשגשוגה. בעקבות המתחים בין הגופים זימן משרד הבריאות את נציגי המוסדות לדיון משותף וחילק ביניהם את תחנות טיפת חלב שווה בשווה: 68 לקופ"ח ו-68 להדסה.⁶⁵ ב-1950 חזר ד"ר עלי דיוויס, מנהל הדסה, מארצות הברית, ובידו הנחיה מנשות הדסה לצמצום פעילות התחנות. בהתחלה המשיך ארגון הדסה להפעיל את התחנות כספק מטעם משרד הבריאות ובמימונו, ומ-1952 העביר הארגון למשרד הבריאות את מערך התחנות, איושן וניהולן, למעט אלה שבירושלים (טיפות החלב שם הועברו לעירייה).⁶⁶ המצוקה במשאבים ובכוח אדם הביאה לאיחוד הכוחות ולאישור לארגון הג'וינט (ארגון פילנתרופי יהודי אמריקני) לפעול בארץ. בסוף 1949 הסכימו הסוכנות, הממשלה והג'וינט להקים מוסד משותף שיטפל בחולים קשה. המוסד היה אמור להתקיים עד 31 בינואר 1951, ואז יוחלט על עתידו.⁶⁷

את ניהול מבצע החיסונים ואת ההחלטה על ייצורם בארץ יש לזקוף לזכותו של מנהל משרד הבריאות השלישי ד"ר שמעון בטיש, שמונה ב-1953 למנכ"ל המשרד, בתקופת שר הבריאות סרלין. ד"ר בטיש לא היה מעורב במתחים שאפיינו את קודמיו וקבע שמשרד הבריאות יפעל לפי מסורת המנהל הציבורי-רפואי הבריטי. הקביעה התאימה לאנשי המנהל של משרד הבריאות, חניכי התרבות הבריטית, ששירתו בצבא הבריטי כרופאים או כאנשי ארגון רפואי והנהיגו תרבות ניהול זו בעבודת משרד הבריאות. פעילותו העיקרית בשנת כהונתו הראשונה נגעה לאזרוח בתי החולים הצבאיים והסבתם לבתי חולים ממשלתיים בניהול משרד הבריאות. ד"ר בטיש אף יזם שינוי מהותי בהסדרת שהייתם של הורים לצד ילדיהם בזמן האשפוז בכל בתי החולים הציבוריים והרחבת ביקורי הקרובים, להבדיל מהנוהג שהגביל את ביקורי המאושפזים, ובכלל זה תינוקות וילדים, ואסר על הורים לשהות ליד ילדיהם בזמן האשפוז. ד"ר בטיש הרחיב את קשרי משרד הבריאות עם ארגון הבריאות העולמי ופעל לקבלת ישראל כחברה ה-49 בארגון. בימיו התהדקו קשרי משרד הבריאות עם ארגון הבריאות העולמי, ואנשי המשרד נשלחו להשתלמויות ולכינוסים של הארגון ונערכו ביקורים הדדיים של ראשי הארגון.⁶⁸

באמצע 1955, כשהחל משרד הבריאות להיערך לחיסון המוני ילדים מפני שיתוק הילדים, נסע ד"ר בטיש לנוי יורק לשכנע את גורמי הבריאות האמריקניים לאפשר לישראל לייצר את התרכיב, אף שממשלת ארצות הברית הכריזה אמברגו על ייצואו. ואכן, האישור התקבל, וישראל הייתה המדינה הראשונה מחוץ לארצות הברית שיוצר בה תרכיב סאלק וחוסנו המונים. למעמדה הייחודי של ישראל סייעה בוודאי העובדה שהמפתחים היו יהודים. דוגמה לכך אפשר למצוא בכתבה מ-1956, שאז יצא ד"ר בטיש לארצות הברית

65 התכתבות בין הדסה למשרד הבריאות בשנים 1950-1951, הארכיון הציוני המרכזי (להלן: אצ"מ), 140/2.

66 שם.

67 הסכם בין הסוכנות לג'וינט ולממשלה להקמת ארגון מיוחד, 7.12.1949 ודוח מישיבה ראשונה, 8.12.1949, אצ"מ, S6/6135.

68 הערך 'בטיש שמעון', בתוך: האנציקלופדיה העברית האינטרנטית בכתיבה. באדיבות פרופ' שפרה שורץ.

לטפל בהשגת התרכיב: מדינות העולם התעניינו בהמצאה, וכל הממשלות ביקשו את התרכיב. דווייט אייזנהאואר, נשיא ארצות הברית, הורה לאפשר לכל מדינה שבקשרים דיפלומטיים עם ארצות הברית גישה למידע, והקונגרס ביקש להעניק לסאלק מדליית זהב על הגילוי. בכתבה הודגש מוצאו היהודי, והוריו נמצאו בלב ההתעניינות.⁶⁹ גם ד"ר סייבין ורופאים אחרים היו יהודים, ובארץ הודגש הדבר בפרסומים.

חילוקי הדעות במערכת הבריאות

ההתמודדות עם מגפת הפוליו בימים הראשונים של משרד הבריאות הייתה צו השעה. על המאבק במגיפה היו חילוקי דעות בנוגע לכיוונים שאליהם יש להוביל את מערכת הבריאות. בארכיון משרד הבריאות מצויים חילופי דברים בין ד"ר שיבא ובין מובילי דעה בתחום הבריאות בארצות הברית, בדרום אפריקה ובנורווגיה. קרל איבנג הנורווגי הזהיר במכתב את ד"ר שיבא שאם לא יזדרז, יתקשה לחולל את השינוי המיוחל במערכת הבריאות בארץ. המכתב נכתב לאחר כינוס ארגון הבריאות העולמי בז'נבה ב־1952, והכותב ציין שניסו לצרף את ישראל לוועד הפועל של ארגון הבריאות העולמי, אך הדבר נכשל מטעמים פוליטיים. בהמשך המכתב אף הביע חשש מהתפרצות נוספת של מגפת שיתוק הילדים.⁷⁰ בחילופי המכתבים גלומים כל המאפיינים הפוליטיים שעמה התמודדה ישראל בניסיונה להיות שווה בין שוות באו"ם ובהתמודדותה היום־יומית עם המגפה.

עוד דוגמה לקשיים יש בחילופי המכתבים בנוגע לייצור ריאות ברזל. משהביא ד"ר שיבא לארץ כמאה מכשירים, פנו אנשי מרכז הקואופרציה למלאכה, חרושת ושירותים ציבוריים שבהסתדרות העובדים למשרד האוצר – שיאשר לקואופרטיב המכוש לייצר ריאות ברזל. ד"ר שיבא פנה לשלושה מומחים לחוות דעתם⁷¹ – ד"ר פלק, ד"ר הרי הלר וד"ר בן ציון הראל (הירשוביץ) מאסותא.⁷²

ב־1953 עלה שוב נושא ריאות הברזל; בעיתון ג'רוזלם פוסט תוארה תרומת ציוד מבריטניה, ותשובת ד"ר מרדכי יהל ממשרד הבריאות הייתה שאכן בעבר נעזר היישוב בציוד של הצבא הבריטי, אך ב־1950 הוא הושב אליו.⁷³

69 ד"ר כטיש יוצא לארה"ב לטפול בהשגת התרכיב, דבר, 15.4.1956, מארכיון העיתונות, אוניברסיטת תל אביב.

70 מכתב מד"ר שיבא לד"ר פרנק ביוהנסבורג, דרום אפריקה, 12.10.1951; ומכתבו של קרל איבנג, משירותי הבריאות הנורווגיים במשרד הרווחה באוסלו לד"ר שיבא, 25.6.1952 – שניהם בא"מ, ג 139/16.

71 התכתבות בין משרד המסחר והתעשייה למרכז הקואופרציה, 3.1.1951, בעקבות פנייתה של הקואופרציה מ־13.12.1950, שם.

72 ד"ר הראל עבד בעין חרוד מטעם הדסה והקים את בית החולים העמק. היה רופא ראשי של קופ"ח הכללית בצפון הארץ. ב־1936 חבר לקבוצת רופאים, ויחדיו הקימו את בית החולים הפרטי אסותא. ראו: נסים לוי ויעל לוי, רופאיה של ארץ ישראל 1799-1948, איתי בחור, זיכרון יעקב 2017.

73 מכתב מד"ר יהל למערכת העיתון ג'רוזלם פוסט, 24.3.1953, עמ' 206, א"מ, ג 4267/3.

מההתכתבות בין גופי הבריאות עולה שהמתחים ביניהם נגעו בעיקר לתרומות להקמת מוסדות שיקום. למשל:

1. התכתבות בין הדסה למשרד הבריאות בנוגע לגיוס תרומות להקמת בית חולים שיקומי בישראל. בפניה לתורמים הודגש שלאחר המלחמה טופלו בארץ נכים רבים ונפגעי שיתוק ילדים שנוזקו לשיקום ממושך.

2. התכתבות עם קופת החולים על קמפיין של ארגון הפוליו למען פלסטיין שהגדיר את עצמו 'היחיד במזרח התיכון ובחסות הסתדרות העובדים וקופת חולים'. הקמפיין הציג לתורמים שייט של 42 יום מניו יורק לישראל במאסר 1949. לדעת המארגנים, זאת הזדמנות פז למפליגים לחגוג את ליל הסדר בישראל. למצטרפים לשייט הובטח שבכירים בממשלה יקבלו את פניהם. מטרת הארגון הייתה להקים בישראל בית חולים שיקומי.⁷⁴

ב־17 באוקטובר 1948 נשלח מברק ממנהל הדסה ד"ר דיוויס לשר האוצר אליעזר קפלן, ובו צוין שד"ר מאיר מקיים מגבית להקמת בית החולים בהיקף של 1.5 מיליון דולר. מומחים קבעו שאין צורך בבית חולים כזה, והמברק מסתיים במשפט: 'נא למנוע פעולה זו'.⁷⁵ בתגובה העביר ב־12 בדצמבר 1948 יצחק קניבסקי ממרכז קופ"ח הכללית מכתב לד"ר אברהם קצנלסון ממשרד הבריאות, בצירוף הודעת ד"ר מאיר, ששהה אז בארצות הברית, כי שישה חודשים לפני כן פנו אליו אנשים שמעוניינים לסייע בהקמת מוסד כזה בארץ. אנשי ההסתדרות וקופ"ח הכללית הסכימו לקיים משא ומתן עם מנהל האגף לרפואה מונעת במשרד הבריאות, שריכוז את המידע בנוגע לשיתוק הילדים, בשני תנאים: (א) המגבית תיעשה בחוג מסוים; (ב) היא לא תפגע במגביות ההסתדרות והתנועה הציונית. מקצת אנשי הקבוצה היו יהודים עשירים מתבוללים, ואחרים – לא יהודים.

בנובמבר 1949 הבהיר ד"ר מאיר שהמוסד ישקם לא רק חולי שיתוק ילדים אלא גם פצועי מלחמה ואחרים. הקבוצה ביקשה שהמוסד ייקרא מוסד לפוליו, ולאחר התייעצות עם ד"ר אדלר מהדסה ועם פרופ' וקסלר מניו יורק שביקש שהמוסד ייקרא המוסד לשיתוק ילדים ורהביליטציה. לעניין הדסה באמריקה הוא ביקש לא להתייחס בשל תרומתה למדינה, אך ציין שלאחר ששהה שלושה חודשים בארצות הברית, לא מצאה לנכון הנהלת הדסה ליצור אתו קשר ולהזמינו לשיחה ובמקום זאת ניזונה מידיעות מוגזמות וסברות שמפורסמות יום-יום בעיתונות.⁷⁶

בארכיון נמצא גם מכתב בכתב ידו של ד"ר שיבא לארתור לוריא, קונסול ישראל בניו יורק, בעניין פגישה עם אנשי הקרן הלאומית לשיתוק ילדים (NFIP) בנוגע לניסוי התרכיב בארץ ובנוגע לביקורו של ד"ר פרץ יקותיאל עם אנשי הקרן, שקשריו עמם יכלו ליצור

74 הודעת המוסד לפוליו בפלשת'נה, שנוסד כדי להקים בית חולים שיקומי בישראל, 10.11.1948, שם, ג 170/7.

75 מכתבו של ד"ר עלי דיוויס, מנהל הדסה, לשר האוצר אליעזר קפלן בנוגע לפעילות קופ"ח הכללית בארצות הברית, שם.

76 הודעת ד"ר מאיר למרכז קופ"ח הכללית, נובמבר 1949, שם.

הדדיות במידע ובסיוע. ד"ר שיבא העלה על נס במכתב את חשיבות הקשר הזה למשרד הבריאות.⁷⁷

דחיפות סוגיית הפוליו והעדר מגבלות או אילוצים פוליטיים אפשרו לבסוף לד"ר בטיש, כמנהל השלישי של משרד הבריאות, לנהל את מסע החיסון הארצי באופן מיטבי. תקופת הביניים של ממשלת ישראל השישית לפני בחירות אפשרה לו לקדם פעילות בנושא הפוליו ללא התנגדות במשרד או מחוצה לו. מבצע החיסונים שארגן משרד הבריאות בהנהגתו פעל ללא הגבלה ואפשר לחסן את ילדי ישראל.⁷⁸

המאבק למיגור המגפה – ההיבט הרפואי

המאמץ לבלימת המחלה בראשית שנות החמישים נחל מפלה, שכן למרות מאמצי ראשי מערכת הבריאות היא התפשטה ביולי 1949. ההתפרצות הביאה לשילוב כוחות. במאוס התקיים דיון משותף לאנשי הסוכנות היהודית, השירות הרפואי לעולה והאגף לגאות ציבורית במשרד הבריאות. הוסכם שאי־אפשר להטיל סגר על מחנות העולים מפני שבהיעדר הסברה ובהיעדר תנאי תברואה במחנה לא יבינו העולים את הדבר ויתנגדו לו. הוחלט שיש לשפר את התברואה במחנות, לאתר חולים חדשים ולהוסיף רופא וצוות רפואי.⁷⁹

בעקבות המשך התפשטות המחלה במרכז הארץ ובצפונה פרסמו ראשי מערכת הבריאות הנחיות להתיישבות הכפרית ולקיבוצים שרוכזו בהם הילדים. המחשבה הייתה שבתו הילדים ובתי התינוקות הם אלה שגרמו להדבקה מהירה. דגם זה של הבתים, שנבנה על יסוד האידאולוגיה של הלינה המשותפת בקיבוצים, אומץ במחנות המעבר בקפריסין, בעדן, בעתלית ובמעברות מכיוון שרופאי הילדים חשבו שהוא הדגם הנכון לבידוד ולהחלמה. לימים היה מהלך זה סלע מחלוקת, שכן מרבית העולים התנגדו להפרדת הילדים מהם. כן ניתנו הנחיות למעונות יום ולמוסדות לתינוקות.⁸⁰ בשל הקרבה הפיזית בין הילדים התחסנו מרביתם אף שלא אובחנו כחולים. תקופת הדגירה של הנגיף נמשכה 5-35 ימים.⁸¹

77 מכתב מד"ר שיבא, מנכ"ל משרד הבריאות, לקונסול ישראל בניו יורק, מר ארתור לוריא, ללא תאריך, שם, ג 178/3.

78 הערך 'בטיש שמעון', בתוך: האנציקלופדיה העברית האינטרנטית בכתיבה, עמ' 2. באדיבות פרופ' שפרה שורץ.

79 זיכרון דברים מישיבה, בנושא סכנת התפשטות מחלת ה-Poliomyelitis במחנה ראש העין, 8.3.1950, א"מ, ג 177/14.

80 קווי פעולה למניעת מחלת שיתוק ילדים, משרד הבריאות, המחלקה להיגיינה ציבורית, ללא תאריך, אצ"מ, S49/3038.

81 אבחון המחלה נעשה באמצעות דיקור נוזל עמוד השדרה וסימנים נירולוגיים אופייניים.

ב־1956 התגלו חולי שיתוק ילדים בכל הארץ, ורק מ־1957 פחתה כמות הנדבקים בעקבות מתן החיסונים שהחל שנה קודם לכן. מינואר 1956 עד אוקטובר 1957 אובחנו 533 חולים. כך תיאר ד"ר שיבא את המצב:

מלחמת השחרור פרצה לרפואה בארץ את הדרך למרחב [...] היא חייבה פיתוח מערכת אשפוז רחבה ומערכת היגיינה ציבורית ענפה. אנו מסכמים 4 שנות מדינה בעליה מ־2,500 מיטות ל־5,500. בגידול הזה לקחה הממשלה חלק ארי ויכולנו להתגבר על הבעיות שהתהוו עקב עליית אלפי חולים. הוכינו קשה על ידי מגפת שתוק ילדים שעד כה פגעה כבר במשך שלוש עונות.⁸²

ההיערכות לחיסון והיפוש הסיוע העולמי

משרד הבריאות החליט לשלוח מומחים לסיור במדינות המחסנות, ובעיקר בארצות הברית. בו בזמן החלו לדון באפשרות להקים בארץ מעבדה לייצור עצמי של תרכיבים.⁸³ הלחץ למצוא פתרון למחלה בארץ גבר. השמועות על התרכיב של ד"ר סאלק הגיעו לארץ, אך תוצאות הניסוי בתרכיב לא היו מספיקות עדיין כדי להרחיבו, ובייחוד משום שבניסוי בארצות הברית חוסנו ילדים מבוגרים יותר.⁸⁴ ניסוי השדה שבוצע שם היה לניסוי המבוקר והנרחב ביותר עד אז בהיסטוריה של הרפואה.⁸⁵ במאי 1956 כתב המנהל הרפואי של הקרן הלאומית לשיתוק ילדים בכתב העת *Pediatric Clinics of North America* כי המצב השתנה בארצות הברית עם התרכיב של סאלק. בנוגע ליעילותו ובטיחותו, בסיום המאמר הודגש: 'דיון בבטיחות החיסון של סאלק במתכונתו הנוכחית הוא אקדמי בלבד. הוא הפך שאלה להיסטוריונים ולא לקלינאים'.⁸⁶ המחבר התכוון לסתום את הגולל על הדיון בנוגע ליעילות התרכיב. דעתו הנחרצת, שהסתמכה על נתונים, הייתה שיש לחסן בתרכיב שפותח ולהפסיק את הדיון. הכותב התבסס על הניסוי שנעשה בשלושים מדינות בארצות הברית ב־1955 ועל הניסוי בקנדה. לדבריו, הוכח כי התרכיב בטוח. הדרך לחיסון בישראל נסללה, אלא שבארץ היו שמונים

82 סיכום ארבע שנות עבודה של ד"ר שיבא במשרד הבריאות (כנראה משנת 1952), א"מ, ג 139/16.

83 ד"ר מרבורג מניו יורק במכתב לד"ר בטיש, מנכ"ל משרד הבריאות, 1955, שם, ג 5090/1.

84 מיכאל דיוויס, 'שיתוק ילדים בישראל באמצע שנת 1958', הרפואה, נה (1958), עמ' 40-43. ד"ר דיוויס היה מהמחלקה לרפואה מונעת בבית הספר לרפואה והיה ממלא מקום מנהל המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות.

85 הניסוי בוצע ב־1954 ב־217 אזורים במימון הקרן הלאומית לשיתוק ילדים (NFIP). כשני מיליוני ילדים היו במעקב, 400,000 מהם חוסנו בשלוש זריקות שהכילו שלושה זנים של המחלה, ו־210,000 חוסנו בפלצבו. באפריל 1954 הראו התוצאות שהתרכיב יעיל ובטוח ב־60-70 אחוזים מפני זן אחד של המחלה, וב־90 אחוזים מפני הזן השני והשלישי שלה.

86 ד"ר ואן ריפר היה המנהל הרפואי של הקרן לשיתוק ילדים בניו יורק. תקציר מפרסום בכתב העת של איגוד רופאי הילדים בארצות הברית, מאי 1956, א"מ, ג 4271/3.

אחוזים מהחולים ילדים עד גיל שלוש, שלא ככרוב ארצות המערב, ולכן היה על אנשי משרד הבריאות להיערך בזהירות.

גיבוש מדיניות עצמאית למבצע החיסונים

משהוחלט לאשר את התרכיב, במחצית השנייה של שנות החמישים, נערך משרד הבריאות לחיסון הילדים בישראל. את ישראל הקדימו שתי מדינות: ארצות הברית, ששם פותח החיסון המקורי; ודנמרק, שפיתחה חיסון לפי הפיתוח של סאלק. במשרד הבריאות הוחלט להשתמש בתרכיב שנקנה בארצות הברית מחברת פארק דייוויס ובתרכיב שיפותח בארץ באותה שיטה, אגב הכנסת שיפורים שנלמדו במעבדות בדנמרק. מבחני הבטיחות והיעילות בוצעו לפי הנוהל האמריקני. שלא כמקובל בארצות הברית הוחלט בארץ – על סמך הניסוי בדנמרק – כי המינון יהיה 0.3: הזרקה תוך-עורית, ולא לשריר. שתי הזרקות יינתנו בהפרש שלושים יום, וזריקה שלישית – לאחר 7-12 חודשים.

מבצע החיסון היה אמור להתחיל בחודשי החורף, שאז המחלה רדומה. הוחלט להתחיל בילדים בני שישה חודשים עד שלוש שנים.⁸⁷ הציבור חיכה למבצע בכיליון עיניים, אך גם חשש מתופעות הלוואי. לראשי משרד הבריאות היה זה מבחן ראשון, והם התמודדו בכל המישורים – רפואה, חברה, פוליטיקה ותקשורת.

בפברואר כונסה במשרד הבריאות הוועדה המעבדתית לשיתוק ילדים, ובה ארבעה מנהלי מעבדות: בירושלים, באבו ככיר, בצה"ל ובנס ציונה. בישיבה חולקו תפקידים בין המעבדות, וסוכם כי עד שיהיה אפשר לייצר בארץ את התרכיב, יש לרכוש אותו בחוץ-לארץ, ובו בזמן לבדוק אפשרות לרכוש אותו בארץ לכשיתחילו לייצרו. סוכם שחברי הוועדה יפעילו יחדיו את המבצע, וד"ר קורט מרברג ינהל אותו.

אף שנבחר הנתיב האמריקני, לא נזנח זה של ארגון הבריאות העולמי. דוגמה לכך אפשר לראות בחשיבות שייחסו אנשי הדסה להצעת הארגון להקים בארץ מעבדה מטעמו להכנת התרכיב. ד"ר האנס ברנקופף, מנהל המעבדה בהדסה, דיווח בישיבה על הצעת ארגון הבריאות העולמי לקיים ניסוי שדה בישראל עם תרכיב חי מוחלש. הוא דיווח על פנייה מארגון הבריאות העולמי ועל התכתבות עם ד"ר שאול זימן, סגן המנהל הכללי במשרד הבריאות. הוא ציין שפנו אליו מארגון הבריאות העולמי בבקשה להקים באוניברסיטה העברית בירושלים מעבדה לפיתוח תרכיב להגנה מפני שיתוק ילדים, והאוניברסיטה ראתה בכך צעד מבורך, יוקרתי וחשוב, כמו שעולה מדברי ד"ר ברנקופף: 'משרד הבריאות מעוניין לעזור למוסדנו ואני מקווה שכך יהיה גם בעתיד.'⁸⁸ חברי הוועדה חשבו שישראל אינה מתאימה לניסוי הזה.

87 דיוויס, 'שיתוק ילדים', עמ' 40-43, שם, ג 5086/10.

88 מכתב מד"ר האנס ברנקופף לד"ר שאול זימן, סגן מנכ"ל משרד הבריאות, 27.10.1954, שם. ד"ר ברנקופף היה וירולוג בעל שם, שעבד תחילה באוניברסיטה העברית בירושלים ואחרי כן ניהל את המעבדות הממשלתיות. הוא היה חבר בארגון הבריאות העולמי בוועדת מומחים לטראכומה.

מנהלי המעבדות מצאו שנחוץ תקציב של 30,500 ל"י למחקר ולייצור התרכיב. בשלב הראשון אישר משרד הבריאות 20,000 ל"י.⁸⁹ לאחר פרסום התוצאות הטובות בחוץ-לארץ החלו ראשי מערכת הבריאות בארץ להיערך למבצע. להגדרת אוכלוסיית היעד מונתה ועדה מטעם משרד הבריאות, ובה ד"ר רפאל גז'רבין (המשנה למנכ"ל משרד הבריאות), ד"ר פרץ יקותיאל (ממשרד הבריאות) וד"ר קורט מרברג (מנהל מחלקה בתל השומר).

המלצות הוועדה תאמו את עמדת ועדה אחרת בראשות פרופ' אלפרד קלופשטוק,⁹⁰ שהתבססה על היקף התחלואה בשנים האחרונות, על גיל החולים ועל פיזורם הגאוגרפי. חברי הוועדה הסיקו שכדאי להתחיל לחסן בחודשים הראשונים של 1956 ולסיים באביב באותה שנה. הוחלט לייבא תרכיב מחברת פארק דיוויס במחיר 2.50 דולר למנה. בנוגע לייצור התרכיב בארץ נמצא שרק במכון המחקר בנס ציונה אפשר לייצר אותו ולבנות בניין ייעודי לגידול קופים לניסוי. ברוח התקופה, מטעמי ביטחון ומחשש שלא יהיה אפשר לייבא תרכיב מארצות הברית, הוחלט להזדרז בפיתוחו בארץ.

הוועדה לבעיית שיתוק הילדים המליצה לשלוח שניים-שלושה אנשי מעבדה לארצות הברית ולדגמרק ולקבל אישור מראש הממשלה ומשר הביטחון להשתמש במעבדות בנס ציונה ובתל השומר. שלושה מומחים נבחרו למשלחת, ובראשם פרופ' נתן גולדבלום, שהקים בשובו את המעבדה לייצור התרכיב; המשלחת המליצה לאחד את הפעילות בייצור התרכיב במעבדה אחת ולא להפריד בין הייצור לבדיקות הבטיחות.

במכתב למנכ"ל משרד הבריאות ד"ר בטיש כתבו חברי המשלחת שהתמונה התבהרה ושהתרכיב של סאלק הוא המומלץ, אך התרכיב שיוצר בארצות הברית לא אושר ליצוא, ולאחר התייעצויות עם מומחים הם המליצו להקים מעבדת רקמות בארץ.⁹¹ החברים הסכימו שיש לרכוש את התרכיב של ד"ר סאלק מארצות הברית ובו בזמן לייצר תרכיב מקומי שישלב ידע אמריקני וידע דני. הסוגיות המורכבות היו יבוא קופים ועמידה בלוחות הזמנים.⁹² יש לזכור שהייתה אז מתיחות ביטחונית; שיאה היה מלחמה של שמונה ימים בסיני (בין 29 באוקטובר ל-5 בנובמבר 1956), ולימים היא כונתה מבצע קדש.

דווקא אז הגיעו לארץ ידיעות מארצות הברית על פגמים בתרכיב, ולכן הוחלט לדחות את המבצע, אף שהמנות שהיו אמורות להישלח לישראל נבדקו בקפדנות.⁹³ ביולי התקבל

89 זיכרון דברים משיבה במשרד הבריאות בנוגע לתקציב המבצע בהשתתפות מנכ"ל המשרד ד"ר בטיש, 6.2.1955, שם.

90 פרופ' קלופשטוק היה בקטריולוג, ולימים רקטור אוניברסיטת תל אביב.

91 מכתב מד"ר מרבורג לד"ר בטיש בשם המשלחת למעבדות בארצות הברית מניו יורק, 11.7.1955, א"מ, ג 5090/1.

92 מכתב מד"ר גז'רבין, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, לשר הבריאות, 15.5.1955, שם, ג 4271/3.

93 מכתב מד"ר פרץ יקותיאל לד"ר ראובן קטהיין בנוגע לחיסון מפני שיתוק הילדים, 19.5.1955, שם. ד"ר יקותיאל התמחה בתחום המלריה ועבד עם ד"ר שיבא בבית החולים בלינסון, פעל בארגון הבריאות העולמי בנושא שיתוק ילדים ומלריה.

מידע גם מארגון הבריאות העולמי בז'נווה על תקלות בתהליך הכנת התרכיב של מעבדה אחת שגרמה הדבקה בנגיף. כנראה הוא לא היה מוחלש דיו.

בדוח של האו"ם צוין שהמדינות האחרות המשיכו לפתח את התרכיב. בקנדה חוסנו 100,000 ילדים, בדנמרק – 500,000, בשוודיה לא אושרה בטיחות החיסון, בגרמניה לא אושר התרכיב בשל וירוס חי בחיסון, באנגליה פותח התרכיב בחברה אחרת (גלסקו וולקס), וגם בצרפת ניסו לפתחו.

במרבית המדינות החיסון עוד היה אז בשלב מעבדתי, והיו פערים בין המדינות ובמדיניות. ארגון הבריאות העולמי לא נקט עמדה ולא קיבל אחריות על בטיחות החיסון, אך בשל חומרת המצב בישראל הוא התריע על הסכנה של הידבקות בני המשפחה והמטפלים מהפרשות הילדים שחוסנו.⁹⁴

לאחר חודש ימים זומנו בדחיפות למשרד הבריאות בכירי רופאי הילדים בבתי החולים לדיון בתכנית החיסונים מפני שיתוק ילדים, דיון שתוכנן לאפריל.⁹⁵ לאחר הדיונים שלח ד"ר רפאל גז'בין לשר הבריאות מסמך מסכם, ובו נתונים אפידמיולוגיים משווים מהעולם, שהעידו כי מחלת שיתוק הילדים גברה גם בארצות חמות כמו מלטה, מאוריציוס וישראל וכי בתוך שנתיים עד שלוש עלה מספר החולים.⁹⁶ מאז הקמת המדינה עד מבצע החיסונים נשנה מדי שנה היקף החולים בשיתוק הילדים.

החלטת משרד הבריאות להיערך לחיסון ההמונים בחורף 1956 הסתמכה על הנתונים האפידמיולוגיים שנאספו. השיקול המעשי היה גם כלכלי – חיסון התינוקות תחילה אפשר להזריק מינון נמוך יותר. לעומת זאת, לא היה אפשר להתמקד באזור גאוגרפי אחד.⁹⁷ שגרירות ישראל בארצות הברית גייסה להשיג את התרכיב שפיתח ד"ר סאלק. כדי לאפשר את משלוחו הובטח לאמריקנים שהחומר יהיה בשימוש משרד הבריאות בלבד. ד"ר מרבורג שהה אז באוניברסיטת ייל ללימוד הנושא.⁹⁸ לאחר הביקור במעבדה של פרופ' מלניק הוא דיווח לד"ר בטיש שחברי המשלחת נפגשו עם ד"ר סאלק, ד"ר פאול, ד"ר האמון ובכירים מהמכוניס הלאומיים לבריאות בארצות הברית (National Institutes of Health). הם נחשפו לחילוקי דעות המומחים: מצד אחד ד"ר סאלק שחשב שהתרכיב בטוח, ומצד אחר וירולוגים בעלי שם (כמו ד"ר סייבין וד"ר האמון) שטענו כי התרכיב בעייתי, תאורטית ומעשית. חילוקי דעות אלה השפיעו על אנשי משרד הבריאות, ולכן הוחלט להמתין לשינוי הזנים בתרכיב.

94 מכתב מד"ר מ' פאין, ארגון הבריאות העולמי המחלקה למחלות אנדמו-אפידמיות, לד"ר ברקנהוף, מנהל המעבדה בהדסה, 5.7.1955, שם.

95 מכתב מאת ד"ר רפאל גז'בין, לבתי החולים רמב"ם, שוויצר, בית ליד, תל השומר, אסף הרופא וצהלון, 1.3.1955, שם. ד"ר גז'בין מונה בידי ד"ר שיבא למנהל בית החולים רמב"ם, ואחרי כן היה יושב ראש ההסתדרות הרפואית בישראל, מנכ"ל משרד הבריאות וראש המשלחת לארגון הבריאות העולמי.

96 מסמך סודי ביותר מד"ר גז'בין לשר הבריאות, 15.5.1955, שם.

97 שם.

98 מכתב מד"ר בטיש, מנכ"ל משרד הבריאות, למנהל המחלקה הכלכלית במשרד החוץ, 3.7.1955, שם.

בארץ הוחלט להטיל על פרופ' גולדבלום את הקמת המעבדה. המשימה הייתה אמיצה, ובייחוד לאחר התקלה באמריקה במעבדת Cutter. בן ישי ציין בכתבה עליו: 'לימים הוכיח התרכיב את עצמו, והצוות הקטן של המדענים וטכנאי המעבדה יכול היה באמת לחגוג. היה זה הישג עצום לפרופ' גולדבלום וחבריו, ולמדינת ישראל. מדינה שזה עתה נולדה'.⁹⁹ התרכיב יוצר לפי הנחיות ארגון הבריאות העולמי, אך התוצאות בארץ ובאוכלוסיית היעד חייבו בשנים הראשונות שינויים בזנים ובמינונים.¹⁰⁰

על ההחלטות בארץ העיבו גם המתחים וחילוקי הדעות הבין-לאומיים: ארצות הברית עצרה את הרחבת מתן התרכיב בעקבות התקלה במעבדת Cutter. שייצרה את התרכיב ללא מבחני בטיחות מספקים, וכך מדינות כמו קנדה וארצות סקנדינביה הכינו בעצמן את התרכיב.

ד"ר סאלק ופרופ' מלניק יעצו לרופאי המשלחת מישראל להקים בארץ מעבדה לתרביות רקמה לשם הכנת התרכיב, ואף היו מוכנים לספק תרכיב בכמויות קטנות. לכן היה ברור שיש לפעול לעצמאות ולהקים מעבדה ייעודית.¹⁰¹

עם שוב אנשי המשלחת מארצות הברית הם נפגשו עם נציגי הוועדה האפידמיולוגית, נציגי קופות החולים, נציגי איגוד רופאי הילדים בהסתדרות הרפואית ונציגי הדסה ועיריית תל אביב. בדיון השתתפו 23 נציגים, ועל סדר היום עמדה השאלה אם להתחיל במבצע החיסון בשנה הקרובה.¹⁰² לא הייתה הסכמה בנוגע להיקף המבצע, ובכל זאת סוכמו הנושאים האלה:

1. יש לחסן ילדים בני חצי שנה עד שלוש שנים.
2. יש להבטיח את בטיחות התרכיב.
3. יש להבהיר שהתרכיב אינו נותן מענה מרבי למחלה.
4. על כל מוסדות הבריאות ואיגוד רופאי הילדים להשתתף בשכנוע הציבור.¹⁰³

המשתתפים התבקשו להימנע מלהעביר מידע בנושא החיסון לציבור ולעיתונות עד הגעת התרכיב ארצה בשל החשש משמועות ומתעמולת נגד. משרד הבריאות התעקש שלהצלחת המבצע נדרשת הסכמה מלאה של הוועדות השונות שהשתתפו בדיון, ובהם נציגי המוסדות ורופאי הילדים. כדי להימנע מציפיות מוגזמות הומלץ לרופאים לקיים דיון בלי להזכיר את תכנית משרד הבריאות לחסן עוד באותה שנה.¹⁰⁴

99 הארץ, 14.4.1958. פרופ' נתן גולדבלום (1920-2001) היה בקטריוולוג ישראלי שהשתלם במעבדתו של פרופ' סאלק ב-1953 ויוצר התרכיב נגד שיתוק ילדים בישראל. הוא חתן פרס סולד וחתן פרס ישראל למדעי החיים ל-1988.

100 Swartz, *The Epidemiology of Polio*, pp. 42-44

101 מכתב מד"ר מרברג מארצות הברית בסיוור במעבדות לד"ר בטיש, 11.7.1955, א"מ, ג 5090/1.

102 זיכרון דברים מפגישת הוועדה לאם ולילד שלידי מועצת הבריאות ב-9.10.1955. נכתב בידי ד"ר טאושטין, 16.10.1955, שם, ג 5090/3.

103 שם.

104 שם.

כדי לגייס תמיכה בין־לאומית הציע משרד הבריאות לארגון הבריאות העולמי להשתתף בניסוי ולראות בישראל שדה ניסוי בין־לאומי משום שגיל המתחסנים בארץ היה נמוך מגיל המתחסנים בארצות אחרות.¹⁰⁵ ארגון הבריאות העולמי בירך על כך, אך אנשיו לא יכלו לספק את התרכיבים הנדרשים מארצות הברית או מאירופה ואף לא יכלו להתחייב לספק לישראל בעתיד תרכיב מאחת החברות המייצרות. ד"ר פאין, מארגון הבריאות העולמי, כתב: 'אם יהיו לי חדשות, אני כמוכן איידע, ואם אפשר, תיידע אתה אותי בתכניות שלכם ובהתקדמות'.¹⁰⁶ מכך אנו למדים שארגון הבריאות העולמי ביקש להיות מעורב בתהליך החיסון, אך לא סייע באספקת התרכיבים. המוצא היה ייצור התרכיב בארץ.

בסוף 1955 ביקר בארץ פרופ' מלניק וסקר לפני ראשי משרד הבריאות את הקשיים במשלוח התרכיב מארצות הברית, ושוב נדונה שאלת אספקתו לעומת ייצורו בארץ. נראָה שצוות משרד הבריאות נואש מהסיכוי לרכוש את התרכיב בחוץ־לארץ. הוחלט להפחית את המינון ל־0.3 סמ"ק בהזרקה תת־עורית ולייצר בארץ תרכיב מגזע לא אליים, שהביא עמו פרופ' מלניק מארצות הברית. האורח הבטיח לסייע באספקת קופים ורקמות כליית קופים בביקורו הקרוב בהודו.¹⁰⁷

בינואר נערכה פגישה במשרד הבריאות עם 18 עורכי עיתונים בכירים. ד"ר יקותיאל תדרך אותם בדבר פעילות משרד הבריאות בנוגע לחיסון ותיאר את הקשיים בגיוס התרכיב. אנשי משרד הבריאות ככל הנראה חששו מסיבוכים עקב החיסון, והדבר השפיע על ההסברה ועל נקיטת אמצעי זהירות מרביים לקראת הוצאתו לפועל. עורכי העיתונים התבקשו לא לפרסם כל מידע הנוגע למבצע החיסון, ואלה ביקשו שגם הרופאים לא ידברו על הנושא בכינוסים מדעיים.¹⁰⁸

בנובמבר צולם סרט, ובו הסבר לציבור על חשיבות החיסון. הודגש בו שד"ר סאלק הוא רופא יהודי ושהתרכיב המושלם יוצר בארץ לאחר חודשים של מאמצים.¹⁰⁹ קרוב לוודאי שהוחלט על ההסברה לאחר הדלפת המידע לעיתונות. לרווחת העוסקים בחיסון התברר בספטמבר שאושר יבוא התרכיבים מחברת פארק דייוויס, שהיו אמורים להגיע לארץ בתוך חודש ימים. כל שנותר היה להחליט אם לחסן את אוכלוסיית הילדים בשני התרכיבים – זה שיוצר בארץ וזה שיובא מחוץ־לארץ.

105 ד"ר בטיש, מנכ"ל משרד הבריאות, בפנייה לד"ר לאונרד שייך, הרופא הראשי במשרד הבריאות החינוך והרווחה בארצות הברית, 27.11.1955, שם, ג 5090/1.

106 ד"ר פאין, חבר ארגון הבריאות העולמי, במכתב לד"ר יקותיאל, מנהל המחלקה האפידמיולוגית, 25.1.1956, שם.

107 זיכרון דברים משיבת הנהלת המשרד, 19.12.1955, שם.

108 ד"ר יקותיאל, מנהל המחלקה לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות, על הפגישה עם עורכי העיתונים בנוגע לפוליו, 27.1.1956, שם.

109 ישיבת ועדת האפידמיולוגיה ב־17.10.1956, שם.

מבצע חיסון המונים כמבחן ראשון למערכת הבריאות

לאחר דיונים מקיפים הוחלט לפעול. שתי ישיבות עסקו בהיערכות לחיסון, והוחלט לחסן אגב שימוש בשני התרכיבים בו בזמן, בהנחה שתתאפשר השוואה ביניהם ושתהיה לכך השפעה טובה על דעת הציבור. עם זאת, אנשי המשרד נערכו גם לתגובה שלילית מהציבור, אם יימצא שאחד התרכיבים יעיל פחות.

לקראת המבצע נרכשו תרמוסים בעלי פייה רחבה לאחסון התרכיב. כן נקנו 3,000 מחטים בגודל מיוחד וכ-3,000 מזרקים מסוג טוברקולין, שמיועדים לתבחין לשחפת. לחיטוי הציוד נרכשו כמאה מכשירי עיקור נוספים. מחציתם הותאמו לשימוש בחשמל, והשאר – להרתחה על פרימוסים.¹¹⁰ הכוונה הייתה שבכל מזרק יחוסנו שלושה ילדים, והחיטוי ייעשה לפני יום העבודה. כל מחט נועדה להזרקה זריקות לעשרה ילדים.¹¹¹ התרכיבים אוחסנו בתל אביב והועברו ללשכות הנפתיות, ומשם לתחנות החיסון. בכל לשכה הוצב מקרר לאחסון התרכיבים, ולרשות הצוותים נמסרו תרמוסים שבתחתיתם קרח, ובכל אחד מהם נשמרו מאה בקבוקוני תרכיב.

חילוקי דעות אפיינו גם את ההיערכות לחיסון. למשל:

1. לישיבות שעסקו בתכנית לא הוזמנו אחיות, אף שהן היו אמורות לחסן. טובה בלכר, אחות מפקחת ארצית בבריאות הציבור, כתבה לד"ר יקותיאל שבישיבת המפקחות הארצית לבריאות הציבור העלו האחיות נושאים שעלולים לגרום תקלות, והמליצה לצרף אחות לוועדה לתכנון המבצע.¹¹²
2. קופות החולים ביקשו מימון להשתתפותן במבצע, בתחילה הוחלט לא לשתפן אלא לשלב את צוותי בתי החולים הממשלתיים ואת צוותי הלשכות. הנהלת משרד הבריאות קראה לעובדים להתגייס למבצע, ולמתנדבים – להירתם למשימה הלאומית. לבסוף הוסכם לשתף את הקופות בתנאי שלא תהיינה להן דרישות כספיות.¹¹³ אך כשיצאו לדרך שיתפו כולם פעולה למרות חילוקי הדעות.

עם תכנון המבצע נערכו בוועדה לענייני החיסון גם למחקר ולהערכה והוחלט:

1. יחוסנו 10,000 או 20,000 ילדים בתרכיב במינון המקובל בארצות הברית ובהשוואה בין שני התרכיבים בו בזמן.
2. תעובד תכנית לנטילת 2,000 דגימות דם בתחילת המבצע, וללא זימון מיוחד, בידי עשרה צוותים שהוכשרו לכך. 2,000 דגימות נוספות יילקחו לאחר החיסון השני.
3. כל צוות מחקר יהיה מצומצם, ובו רופא, אחות ופקיד, להבדיל מהצוותים שלא עסקו במחקר, ובהם רופא מחסן, אחות ושני רשמים.

110 דוח מישיבה של ועדת חוליית המבצע, 15.11.1956, שם.

111 סיכום דיון בין ד"ר קלזמר לד"ר יקותיאל במחוז ירושלים, 19.11.1956, שם, ג 4271/3.

112 האחות נחמה גוטמן בשם טובה בלכר המפקחת ארצית בבריאות הציבור, 11.2.1956, שם, ג 5090/1.

113 מכתב על גיוס כוחות למבצע חיסון מפני שיתוק ילדים, 11.12.1956, שם, ג 4271/3.

4. את הזריקה יבצע רופא. ביישובים קטנים שלא ימצא רופא, יפקח רופא הילדים המחוזי על עבודת האחות.
5. ילדים יעוכבו לזמן־מה לאחר החיסון. ההנחיות לאחיות המחסנות ולרופאים היו ממוקדות, ולרופאים האזוריים ניתן חופש פעולה מועט.

בדצמבר נערכו כינוסי רופאים בכל הערים, ושר הבריאות דיבר ברדיו ובכנסת. משרד הבריאות העביר מידע לציבור באמצעות יומני הקולנוע של חברת גבע בבתי הקולנוע. אחד היומנים צולם בבית החולים צריפין, שאושפזו בו ילדים חולים, במעבדה לנגיפים ביפו ובאחת מתחנות טיפת חלב. בסרט נראתה גם תמונת מפתח התרכיב ד"ר סאלק. בסרטון שני, שתוכנן לינואר, נראתה פעולת החיסון במקומות שונים בארץ, ומנכ"ל משרד הבריאות צולם נושא דברים על מבצע החיסון.¹¹⁴

תחילת המבצע נקבעה ל־1 בינואר 1956 ובסוף אוקטובר החלו להיערך לכך בגלוי. אלא שהיישום היה שונה מהמתוכנן – רופא הלשכה היה אחראי לגיוס הצוותים ולשילוב קופות החולים. לשכות הבריאות עסקו באיתור הילדים ובהבאתם להתחסן. כבעבר, הוצע לעשות זאת באמצעות כרטיסי המזון במכולת.¹¹⁵ שאלה שנדונה הייתה אם נדרשת הסכמת הורי הילדים לחיסון, והוחלט שבואה של אם עם ילדה לחיסון מעיד על הסכמה. כן הוחלט שאם יישאר מלאי תרכיבים, יחוסנו גם עובדי בריאות, רופאים ואחיות שנמצאים במגע עם חולי שיתוק ילדים.¹¹⁶ בנובמבר הסתיים מצב החירום, ומשרד הבריאות הגביר את קצב הפעילות לקראת מבצע החיסון.¹¹⁷ בו בזמן נשלחו התרכיבים מארצות הברית לדנמרק לבדיקה נוספת, ואפשר להניח כי גם התרכיבים שיוצרו בארץ נשלחו לשם.¹¹⁸

משקרבו ימי המבצע הוקמה במשרד חוליית ביצוע, ואלה היו תפקידיה: (א) הספקת התרכיב והציוד לחיסון; (ב) הדרכת הצוותים המבצעים, ובכלל זה מסע הסברה לציבור. התפקידים בסעיף א הוטלו על ד"ר ביילין ממחסן האספקה ביפו, והאחרים – על ד"ר יעקב (דויטש) רותם מתל השומר. מחודש ינואר היו שניהם אמורים להתפנות למשימה הזאת, ועד אז הם ביצעו אותה נוסף על תפקידם.¹¹⁹

114 פרוטוקול משיבת הוועדה לענייני חיסון בתרכיב סאלק שהתקיימה ב־25.11.1956 במשרד הבריאות, ומכתבו של ד"ר ש' גינתון ליצחק נבון מסרטי גבע, 23.11.1956, שם.

115 מדובר בשיטה שיושמה בטיפת חלב ירושלים ב־1913, ולפיה כדי להבטיח הגעה לחיסון הותנה מתן מנות המזון בהתייצבות בטיפת חלב. במבצע פוליו לא הופעלה השיטה הזאת בסופו של דבר.

116 התכתבות עם הלשכות של חיפה, פתח תקווה, ירושלים, קופ"ח לאומית וקופ"ח כללית, סוף אוקטובר 1956, א"מ, ג 42711/3.

117 ד"ר יעקב יפה, הנהלת שירותי ההיקף, 19.11.1956, שם. ד"ר יפה היה בנו של הלל יפה ואפידמיולוג ראשי במשרד הבריאות. ראו: לוי ולוי, **רופאיה של ארץ ישראל**, עמ' 267.

118 זיכרון דברים משיבות ועדת הנגיפים שהתקיימו ב־17.9.1956 וב־21.9.1956, שם, ג 5090/1.

119 פרוטוקול ישיבת חוליית הביצוע מ־3.10.1956, שם, ג 427/3. ד"ר רותם היה ממקדמי המבצע ופיתח שיטת הנשמה בלחץ חיובי נמוך לחולי שיתוק הילדים. ראו: לוי ולוי, **רופאיה של ארץ ישראל**, עמ' 436.

המבצע תוכנן בסודיות, וזו חייבה את אנשי משרד הבריאות להיערך לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ולא לפי נתוני משרד הבריאות או מרשם התושבים. בארץ היו אז ארבע ערים גדולות וכ־800 יישובים קטנים, ובהם פחות מ־2,000 תושבים. לכל אחד מהיישובים היה צוות שאמור לחסן במשך 25 ימי עבודה בחודש כ־200 ילדים ביום (כ־5,000 בחודש), באזור גאוגרפי אחד, בלי לבזבז זמן על נסיעות וסידור מקום העבודה. בתל אביב היו 30,000 ילדים מכלל 420,000 התושבים בעיר ופעלו שישה צוותים לחיסון. ביישובי הערים היו כ־26,000 מועמדים לחיסון. הדבר חייב 43 צוותים, ולכן הומלץ להכשיר 50 צוותים. בכל צוות – רופא, שתי אחיות ושני פקידים.¹²⁰

המבצע התחיל בפברואר בתקציב דל ובניסיון לחסון בחומר לחיסון ובכוח אדם. בסיומו הוכנס התרכיב לשגרת החיסונים לאחר שנבלמה עליית התחלואה. בין ינואר 1956 לאוקטובר 1957 אובחנו 533 מקרים בלבד.¹²¹ אלא שב־1958 נצפתה שוב עלייה בתחלואה, בייחוד בקרב פעוטות, ובהם בעיקר בני שישה חודשים עד שנתיים. המחשבה הייתה שהתרכיב היה יעיל פחות בשל גילם הצעיר של המתחסנים.¹²² יתכן שהבעיה הייתה במינון הנמוך שניתן מהתרכיב שבחיסון הסביל שפיתח סאלק.¹²³ ניתוח אפידמיולוגי שבוצע בשנת 1958 בחן את יעילות החיסון בשלוש קבוצות שונות – 14,000 ילדים שקיבלו שלוש זריקות, 49,500 שקיבלו שתי זריקות ו־48,500 שקיבלו זריקה אחת או שלא קיבלו כלל. ההנחה הייתה שבשלוש זריקות היעילות עולה.¹²⁴

התוצאה הייתה שבמאוס 1958 הוחלט בוועדה האפידמיולוגית שליד מועצת הבריאות להכפיל את המינון – ל־1.0 מ"ל, כמקובל בארצות הברית. כן הוחלט על זריקת דחף שלישית לילדים שקיבלו שתי מנות; במינון 1.0 מ"ל. ילדים שחוסנו בשלוש מנות קיבלו עוד זריקת דחף. הכנת התרכיב הועברה למעבדה לנגיפים ביפו. מאז התרכיב נמצא בשגרת החיסונים בהרכבים שונים ומשמש לחיסון גם בהתפרצויות אחרות. ואכן, בריאיון בעיתון הארץ ב־1958 ציין פרופ' גולדבלום בסיפוק ירידה של יותר מתשעים אחוזים בחולים בשיתוק הילדים בשנה האחרונה, לעומת הממוצע בשנים 1952-1957. פרופ' גולדבלום הקים את מעבדת הנגיפים של משרד הבריאות ביפו ועמד בראשה.¹²⁵ לאחר שמיצה את תפקידו במעבדה הוא נענה ב־1960 להצעה להצטרף לבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים, מונה למנהל המחלקה לוירולוגיה, ולימים מונה לסגן נשיא האוניברסיטה למחקר ופיתוח.

לימים עוטר פרופ' גולדבלום בפרס סולד לרפואה והיגיינה ציבורית מטעם עיריית תל אביב לשנת 1960-1961 – על פועלו למיגור שיתוק הילדים.¹²⁶ הוא ועמיתיו המשיכו בייצור

120 הערכת האוכלוסייה לחיסון שהגיש ח"ש הלוי, איש משרד הבריאות, 8.10.1956, שם, ג 5090/1.

121 דוח מצבי כוכבי לד"ר יארוס (יעקב) ירוסלבסקי, 13.11.1957, שם, ג 5086/10.

122 דיוויס, 'שיתוק ילדים', עמ' 40-43.

123 חיים גריכטר, 'שיתוק ילדים – עבר והווה', מדע לב, 2 (1988), עמ' 91-96.

124 דיוויס, 'שיתוק ילדים', עמ' 43-44.

125 הארץ, 14.4.1958, עמ' 6.

126 הצפה, 12.6.1962, עמ' 3.

התרכיב, בתמיכת מנכ"ל משרד הבריאות ד"ר בטיש. יעילות התרכיב הוכחה. בתוך שנים אחדות הייתה המעבדה הקטנה ביפו למעבדה המרכזית לנגיפים של משרד הבריאות.

סיכום

העלייה הגדולה בשנות החמישים של המאה הקודמת אתגרה את מדינת ישראל ואת מערכת הבריאות שהחלה אז להתבסס. מחקרים רבים בנושא התקופה עסקו במפגש קולטים-נקלטים; ציטטי כמה מהם. קליטת העולים לזוהה בחשש; רוב הנימוקים נגעו למצב הרפואי, לסיכונים ולתחלואה שתתלווה לעלייה הגדולה.¹²⁷ הנהגת המדינה נחלקה בנוגע להמשך העלייה מחשש אפידמיולוגי מספק.

מגפת שיתוק הילדים שהחלה ב-1949 מוגרה עם גילוי התרכיב וחיסון ההמונים ב-1956. משרד הבריאות נלחם בו בזמן במחלות מידבקות אחרות, מתוך דאגה לעתיד המדינה ולבריאות הציבור. זה היה מבחן ראשון בעבור הנהגת מערכת הבריאות, שבחירה לייצר בארץ את התרכיב למרות התקלות במעבדות ידועות ומנוסות בעולם. הגדרת אוכלוסיית יעד שונה והזרקת מינון אחר מהמקובל בעולם מעידות על אומץ ועל נחרצות. משלא נמצא הסבר במסמכים להחלטה, אפשר לשער כי המניע לפעולה היה שילוב: משרד בריאות נחוש, ממשלה מחויבת לעלייה הגדולה ולבריאותה ורצון למעמד בתחום הרפואה העולמי. כל הסיבות האלה יחד וכל אחת מהן לעצמה היו ראויות באותם ימים.

מלבד החשש וחילוקי הדעות בנוגע לקליטת העולים ללא מיון רפואי שיוחס למחלות מידבקות ולהתמודדות עם מגפת שיתוק הילדים, תיארתי את המאמצים והלבטים של אנשי מערכת הבריאות – מנהלים, מומחים בעלי שם עולמי ומובילי דעה – שחברו זה לזה במאמץ למגר את המחלה.

אפשר לסכם כי המגפה שאיימה על היישוב ועל ראשי מערכת הבריאות בשנות החמישים השפיעה בשלושת הרבדים שנבחנו:

א. בהיבט הבין-לאומי – ישראל היא מהמדינות החלוצות שמייגרו את המגפה, והיא שיתפה פעולה בתחום הרפואי עם מדינות מבוססות ומנוסות ממנה. העובדה שהיא חתמה עם כלל מדינות האו"ם על האמנה שהזכרתי שירתה את התזה שהצגתי – שישראל פעלה להיות לשווה בין שוות באו"ם ובארגון הבריאות העולמי. יתר על כן, הצגתי את מיצובה

הבולט של ישראל ברפואה מונעת ובבריאות הציבור.¹²⁸

ב. במעגל הלאומי-מדיני – עמדת ראש הממשלה דוד בן-גוריון בנוגע לקליטת העלייה התוותה את המדיניות שלפיה יש להעלות עולים רבים, גם חולים. הטיפול הרפואי

127 בונדי, שיבא, עמ' 153.

128 דורית וייס, 'היסטוריה של טיפות החלב בישראל', הרפואה, 158, 12 (2019), עמ' 826-830.

ניתן בארץ. לשם כך הוקם למשל בית החולים לילדים בראש העין, ועולים ממדינות אויב לא נבדקו בדיקות מקדימות.¹²⁹ עמדתם של המתנגדים לעלייה מטעמים רפואיים לא התקבלה וחייבה התמודדות עם תחלואה ועם היעדר תשתיות. מדיניות הממשלה חייבה את ראשי מערכת הבריאות למצוא פתרון למחלה בארץ. תחום בריאות הציבור נמצא באחריות משרד הבריאות מאז, ולא שונה גם בחקיקת חוק בריאות ממלכתי. מאז ישראל היא מהמובילות בשיעור הילדים המחוסנים בעולם.¹³⁰ דווקא המגפה הקשה הביאה למיצוב סמכותו המקצועית של משרד הבריאות.

ג. בהקשר הרפואי, בעקבות המגפה פותחו בארץ מערכות טיפול, שיקום וניטור ומעבדות לייצור תרכיבים, ואלה משרתות את המדינה עד ימינו. הקמת מעבדת הנגיפים מדגישה את יכולת ישראל להתמודד עם פיתוח חיסונים (עד כדי כך שעם התפרצות הנגיף קורונה בישראל, בתחילת 2020, הנחה ראש הממשלה לפתח לו חיסון). השנים 1957-1960 אופיינו במעבר ממגפה רחבת היקף לתחלואה מצומצמת; זו פחתה בזכות התרכיבים שהזכרתי ובזכות הניסיון שנרכש.¹³¹ בלטו בנחישותם שני רופאים ישראלים – ד"ר בטיש ופרופ' גולדבלום, מקדמי מבצע החיסון, שהסתייעו ברופאים האמריקנים-יהודים – ד"ר סאלק וד"ר סייבין, מפתחי החיסון.

בשלושת הרבדים אפשר לראות השפעה הדדית של המגפה על מיצוב מערכת הבריאות ושל משרד הבריאות על מיגור המחלה. החשש מהמגפה ומשמעות התפשטותה חייבו את ראשי מערכת הבריאות להתמודד בשלוש החזיתות.

ממרחק הזמן אפשר לאמוד את ההשפעה של המבצע בשנות החמישים לטווח ארוך משני אירועים של התפרצות המחלה ב-1988, וב-2013, 25 שנה לאחר הדברתה בארץ. מאז לא אובחנו חולי פוליו בישראל.¹³²

129 הנ"ל, 'הסיעוד כחלק משירותי הבריאות במחנות המעצר', עבודת דוקטור, אוניברסיטת תל אביב, תל אביב 2002.

130 פרופ' אלכס לבנטל, ראש שירותי בריאות הציבור, מתוך פרוטוקול 4208 משיבת הוועדה לקידום מעמד הילד שהתקיימה ביום ב, כ"ה בכסלו התשס"ב, 10.12.2001.

131 Swartz, *The Epidemiology of Polio*, pp. 41-43

132 Leslie Roberts, 'Israel's Silent Polio Epidemic Breaks All the Rules', *Science*, 342 132 (2013), pp. 680-697