

להיות מדע חופשי בארצנו: ממשליות מדעית־רפואית בארץ ישראל

חדוה אייל

המאמר בוחן את האופנים שבהם ביסס מדע הרפואה את מעמדו כחלק ממנהיגותה של המדינה המתהווה ואת הפרקטיקות הרפואיות־מדעיות כחלק בלתי נפרד ממנגנוני השליטה החברתיים והפוליטיים בישראל. המאמר מתמקד בתהליכים ההיסטוריים של הממשליות (governmentality) שהתרחשו משנות ה־30 ועד שנות ה־60. שלושה מוקדים עיקריים ייבחנו בו כדי לברר מה הם המנגנונים שעיצבו את היחסים בין המדינה לבין מדע הרפואה: המוקד הראשון דן בתהליכי חקיקתו של חוק האנטומיה והפתולוגיה (1953), המוקד השני דן בביצוע ניסוי בתכשיר הניבלין¹ למיגור מגפת הפוליו, והמוקד השלישי בוחן את ההמשגה של ניסוי רפואי וטיפול כמושגים המבנים את סמכותו של מדע הרפואה. שלושת המוקדים מאפשרים לבחון במשולב את האופן שבו עיצב מדע הרפואה את מרכזיותו ואת כוחו בישראל ולענות על השאלות האלה: באילו

1 שם התכשיר מופיע על גבי מסמכים בצורות שונות: ניבלין, נווילין וכדומה. במאמר יופיע הכתיב האחד – ניבלין, אולם בציטוטים ובמראי המקום יכתב שמו כפי שנכתב במקור.

* ד"ר חדוה אייל, התכנית ללימודי מגדר, אוניברסיטת בן־גוריון בנגב.
דואר אלקטרוני: ehedva@gmail.com

המאמר מבוסס על עבודת הדוקטורט בבית הספר למדיניות ציבורית ולממשל באוניברסיטה העברית בירושלים. ברצוני להודות לד"ר לימור סמימאן־דרש על ההנחה המסורה והמלמדת. תודתי נתונה אף לד"ר עדי מורנו, לד"ר רות פרסר ולד"ר צביקה אור, שקריאותיהם העשירו את המאמר.

אופנים תורגמה הממשליות המדעית-רפואית להחלטות מעשיות וחברתיות וכיצד זכה מדע הרפואה בלגיטימיות חברתית ומדינתית שהמדינה מומשגת דרכה כביו־חברה.

מילות מפתח: מדע הרפואה, ניסויים רפואיים בבני אדם, ממשליות, חוק האנטומיה והפתולוגיה

בתקופת בניוי האומה, משנות ה־30 ועד שנות ה־60 של המאה ה־20, עוצבו המוסדות והמערכות הפוליטיות במדינת ישראל. במהלך עשורים אלו ביקשה הפרופסיה הרפואית ליצור סדר חברתי במדינה המתהווה, שקבלת ההחלטות בה ושורשיה הרעיוניים שאובים מעולם המדע, לצד ביסוס כוחה כמוסד האָמון על הטיפול הרפואי כמקור למשילות. במאמר אראה כיצד פרקטיקות, שיחים ומרחבים יוצרים סדר חברתי וניהול מדעי־רפואי באמצעות התבוננות בתהליכים ההיסטוריים של גיבוש מדיניות ופרקטיקות המשמשות את מדע הרפואה כמקור להגדרת הריבון והסדר החברתי. אין בכונתי לטעון כי המקרה הישראלי הוא ייחודי. אדרבה, ניתן לומר שתהליכי מודרניזציה, מדע ומדיקליזציה היו חלק בלתי נפרד מחתירה לבינוי האומה במדינות שונות (ראו, למשל, מדע הרפואה, כי אם את המנגנון שאפשר את מימוש כוחו וסמכותו, כלומר את תהליך ההמרה של כוח וסמכות לכדי צורות פעולה ומהן למימוש ממשליותו).

המחקר הסוציולוגי מציע נרטיבים שונים כהסבר למרכזיות המדע בישראל, ובכלל זה מדע הרפואה, ונרטיבים אלו אינם סותרים בהכרח. הנרטיב היהודי מחבר בין המדע לבין התחייה המחודשת של העם היהודי, שכן ההשתלבות במדע והאינטלקטואליות היו לא פעם אמצעי לשילוב של יהודים במדינות השונות וסימן למעמדם. בפלשתנה נחשב המדע כלי לבניית התרבות היהודית החדשה ולשילוב המסורת היהודית עם התרבות המערבית (Efron, 2007). פרינסק ופירשטיין (Prainsack & Firestine, 2006) ראו במונח "תיקון עולם", הלקוח מעולם הקבלה היהודי, מונח מפתח בהבנת הלגיטימיות של המדע בחברה ובפוליטיקה הישראלית. לדידם, היכולת לשפר ולקדם את האדם ואת העולם מאפשרת כר פעולה נרחב וחופש מדעי כמעט בלתי מוגבל.

הנרטיב הציוני והקמת המדינה ראו במדע ובטכנולוגיה כלי מרכזי בשאיפה ליצור חברה חדשה (Golan, 2004). הציונות והמדע נכרכו יחד בטכנולוגיה הגואלת של העם היהודי וכחלק מיצירת אוכלוסייה בריאה וחזקה (Davidovitch & Shvarts, 2004; Filc, 2009). נרטיב נוסף הוא השייכות לתרבות המערבית: המדע כרעיון וכסמל לתפיסת ערכים אוניברסליים ותרבות מערבית, שהאליטה הישראלית שאפה להיות מזוהה עמה (Hirsch, 2009; Kirsh, 2003a).

הטענה בספרות המחקר היא שהמדע והמדינה המתהווה שאבו כוח זה מזה לשם חיזוק הריבונות והעוצמה. לייבלר (Leibler, 2004) טענה שהמכון הלאומי לסטטיסטיקה

הוקם לא רק ככלי בידי המדינה, אלא כדרך של מדעני סטיסטיקה לבסס עוצמה לגיטימית של התחום כמדעי. קבוצת הסטיסטיקאים נעזרה בסמכות המדינה המתהווה כדי לקבל לגיטימציה ולבסס את תחום הסטיסטיקה כפרקטיקה אובייקטיבית מדעית דרך כוחה של המדינה. ואולם, סטיסטיקאים, עלי־פי לייבלר, נדרשו למצב את תחום הסטיסטיקה כמומחיות מדעית, ואילו למדע הרפואה לא היה צורך באשרור דומה. בדומה ללייבלר אראה כיצד פרופסיה משתמשת בכוחה כדי לבסס את מעמדה כחלק בלתי נפרד מן הממשליות ומניהול האוכלוסייה במדינה המתהווה.

המאמר מציג שלושה מוקדים לבירור האופנים שבהם ביסס מדע הרפואה את מעמדו בחברה ובניהול המדינה בישראל בשנות כינונה. המוקד הראשון, חקיקת חוק האנטומיה והפתולוגיה בשנת 1953, נועד לאפשר מחקר בגופות וניכוס של הגוף המת שאין לו דורש, ובדרך זו לעצב את מעמד המדע כגורם מרכזי במערך החברתי־פוליטי. המוקד השני הוא ניסוי בתכשיר הניבלין למיגור מגפת הפוליו, שיזם משרד הבריאות, וניתן ללמוד ממנו על תפקידו של מדע הרפואה בתהליך קביעתה של מדיניות הבריאות. במוקד השלישי אעמוד על משמעותו של טשטוש המושגים ניסוי רפואי וטיפול, שדרכו מושגת לגיטימיות של ניסויים רפואיים כחלק בלתי נפרד מיצירת כוח ומנגנונים ביו־חברתיים. שלושת המוקדים, הנדונים בזירות מדיניות, מאפשרים לבחון את האופן שבו הגבירה הפרופסיה הרפואית־מדעית את החופש ואת הלגיטימיות הציבורית לעשייתה. שני המוקדים הראשונים הם נקודות ציון משמעותיות ביחס שבין המדינה לבין מדע הרפואה משום שניכרה בהם התמודדות עם חקיקה ראשית ועם ניהול משבר בבריאות הציבור. זו עדות לפוליטיזציה של מדע הרפואה, ותשתיתו של מדע הרפואה עוגנה דרכן במהלך החיים החברתיים והמדינתיים. המוקד השלישי איננו דן באירוע מסוים, אלא עוסק בניתוח שיחני. מוקד זה מציג בחינה של התשתית הקונספטואלית לגבי ריפוי וניסוי בתקופת בינוי האומה ומנתח את השיח המנכיח את האפשרויות ואת הפרקטיקות בשימוש מומחים ומדענים במרחב המדינות. מוקד זה מאפשר הבנה מעמיקה יותר של מנגנוני עבודת הגבולות של מדע הרפואה, ודרכו אפשר לנתח את התהליכים המתוארים בשני המוקדים האחרים.

מטרת המחקר

המאמר מבקש להבין את האופן שבו עיצב מדע הרפואה את מרכזיותו במדינת ישראל. בחינת עיצובה של הממשליות המדעית־רפואית מאפשרת הבנה רחבה לגבי השאלה באילו אופנים תורגם הסדר המדע־רפואי להחלטות מעשיות וחברתיות וכיצד זכה בלגיטימיות להיתכנותן.

רוזין ודידוביץ' (2009), במחקרם על בחינת כוחה של ההסתדרות הרפואית בשנות ה־50, טענו שהרופאים ראו את עצמם כ"אליטה משרתת אומה" ובו־בזמן ניסו לעצב מחדש את הסדר החברתי. לטענתי, אל מול הצלחתם החלקית של הרופאים־המטפלים

בביסוס הסדר החברתי על יסודות הרפואה ובריאות הציבור הצליח מדע הרפואה – לצד תפקידו הטיפולי ובאמצעותו – לבסס את מעמדו הדומיננטי במנגנוני הממשל כאליטה פרופסיונלית רפואית-מדעית לצד חיזוק עוצמתו החברתית והפוליטית במדינה החדשה.

שיטה

המחקר מתבסס על חומרי ארכיון הכנסת, גנוך המדינה, ארכיון האוניברסיטה העברית וארכיון ההסתדרות הרפואית, שנאספו בשנים 2012–2015. הנתונים כוללים את הפרוטוקולים של הדיונים בהצעת החוק "אנטומיה ופתולוגיה", ובכלל זה ההסתייגויות שהוגשו להצעת החוק וחיפוש המקורות שהוזכרו במהלך הדיונים. לשם איסוף הנתונים נסקרו פרוטוקולים ודיונים רלוונטיים בוועדות הכנסת – ועדת השירותים הציבוריים ומליאות הכנסת – ונסקרו חוקים, פקודות העם, תקנות, חוזרים ונהלים. כמו כן נעשה שימוש בדוחות מדינתיים, בשאילתות ובמכתבים רשמיים בין גורמים שונים, רפואיים ומדינתיים, לצד פרסומים ודעות מתוך כתבי העת מכתב להבר והרפואה. נוסף על כך, נסקרו ביוגרפיות וספרי זיכרונות של רופאים ורוקחים, ששפכו אור על הלך הרוח וסיפקו מידע היסטורי על מדע הרפואה משנות ה־30 ואילך, ומקורות עיתונאיים ואתרים מקוונים, כגון אתר משרד הבריאות.

במחקר נעשה שימוש במתודה של ניתוח שיח, הבוחנת יחסי כוח ועוצמה בהקשר החברתי והתרבותי, כפי שהם באים לידי ביטוי בשיח ובפרשנות לטקסט הכתוב והדבור. חקר השיח כולל הפקת ניתוח של קשרים פנימיים, צורות דיבור שונות הלקוחות משדה הידע ההיסטורי ומתייחסות אליו כאל חקירה השואפת לגלות מחדש איזה בסיס ידע הפך לאפשרי (Foucault, 2007).

מסגרת אנליטית

מושג הממשליות (governmentality) של פוקו מתאר צורה כוללת לטכנולוגיות ניהול מגוונות – מוסדות, פרוצדורות ועוד – המתקיימות בו־בזמן ומופקות מפרקטיקות ומהקשרים היסטוריים שונים. הפרקטיקות הללו אינן מבטלות את האחרות, אלא נוספות עליהן (Foucault, 1982). הממשליות כוללת יחידות אוטונומיות שאינן חלק מן האפרטוס של המדינה הרשמית, אך הן ממלאות חלק בניהול המדינה ומתבססות כמקור כוחה של הממשליות. מושג הממשליות משלב את תיאור המבנה, ארגון הדברים ואופני הפעולה של אינדיבידואלים וקבוצות ומדגיש את החיבור בין אינדיבידואלים וקבוצות לבין יתר הדברים (Foucault, 1982). אימוץ מושג זה מאפשר לבחון את מדע הרפואה באמצעות זירות שונות, פורמליות, מוסדיות וקונספטואליות, המבנות ומעצבות יחד את שליטתן דרך המדינה ובנפרד ממנה.

פוקו מזהה שני היבטים של ממשליות המתקיימים בעת ובעונה אחת. ההיבט הראשון מבסס סדר חברתי באמצעות פרקטיקות שונות ומעניק לו לגיטימיות, והכוונה היא לעקרונות ולטכניקות של ניהול ציבורי חדש בסמכויות המקומיות (משרדי ממשלה, בתי חולים, בתי ספר) הדורשים עיצוב התנהגותי והבנה עצמית של הארגונים והצוות. הפרקטיקות לא רק מתוות פעולה בתהליך זה, אלא גם מאפשרות התאמה בין המסלולים בתוך המסגרת של ערכים ועקרונות אוניברסליים, כמו ביחס לידע רפואי. ההיבט השני בא לידי ביטוי באמצעות טכניקות של משמוע עצמי ובידוד כדרכים לניהול עצמי. ניהול המשמוע מציב נורמה קבועה מראש, שעל-פיה מתמיינים גופים במרחב. הסובייקטים ש"נורמלו" באמצעות כוח שהפעילו עליהם מומחים, עשויים להיות המפתח להבנת צורות מודרניות של ממשליות ולהבנת התנאים למשול בדרך ליברלית-דמוקרטית (Dreyfus & Rabinow, 1982; Wedel, Shore, Feldman, & Lathrop, 2005).

במאמר ייעשה שימוש במונח "עבודת גבולות" (Gieryn, 1983), שנועד להבחין בין המדע לבין מערכות סמכות אחרות, כגון חוק או דת. מטרתה של עבודת הגבולות היא להגן על האוטונומיה של המדע ולהשאירו בשליטתם הבלבדית של המדענים. יצירת הגבולות וקביעת הסמכות מיושמות על-פי אסטרטגיות שונות, כמו אסטרטגיית מונופוליזציה הקובעת את הבלעדיות על הסמכות של הידע המצוי בידיהם, או לחלופין, אסטרטגיית התרחבות, המבקשת להרחיב את סמכות הקבוצה לתחום המשוך לעולם חברתי אחר וכך להביא להגדרה מחודשת של הגבולות (Gieryn, 1983; 1999). התאוריה של עבודת הגבולות מאפשרת לנתח את הממשליות של מדע הרפואה, את דרכי פעולתו ואת מוקדי הכוח שבו. עבודת הגבולות של הממדע הרפואי נעשית במחקר שלפנינו מול קובעי מדיניות, החברה ואנשי דת. השילוב בין התאוריה של עבודת גבולות לבין מושג הממשליות מאפשר ניתוח המאפיינים המוסדיים והקונספטואליים לצד ניתוח יחסי ההשפעה והדינמיקה שבין חברה, מדינה ומדע.

ממצאים: כינון מעמדו של מדע הרפואה

טרומ מדינה: הרפואה היהודית – מנידוי ודחיקה לשליטה וריבונות

בחינת האירועים שקדמו להקמתה של מדינת ישראל מעלה כי האתגרים שניצבו בפני הרופאים היהודים בימי המנדט הבריטי היו גורם מכריע בעיצוב דמותו של הרופא היהודי ויחסו לתפקידו ולמדע. בימי המנדט הבריטי התמודדו הרופאים היהודים עם קשיים שונים והתמרמרו על זילות מעמדם ועל הקושי הכלכלי והתעסוקתי שהם נתונים בו (נידרלנד, 1983) לצד ההכשרה הארוכה הנדרשת מהם (שרמן, 1938; וראו גם, הוועד המרכזי של הרופאים, 1938). באותו זמן התמודדו הרופאים והמדענים היהודים באירופה עם אירועים הכוללים נידוי וסילוק ממקומות עבודתם, נידוי מעולם המדע והפיכתם

לפליטים, והם ניסו לשמור על הידע המדעי ולפתחו בתנאים שנכפו עליהם (לויז, 1997; שאשא, 2002). הרופאים היהודים היו מודעים למתחולל באירופה (ולשיק ודוידוביץ', 2007) ודיווחו על כך בהרחבה בעיתון הרופאים המקומי, הרפואה: "המצוקה האיומה שבה נמצאים כיום אלפי רופאים יהודים במרכז אירופה לרגל דחיתם ממקצועם ושליטת זכויותיהם כרופאים דורשת מאת כולנו עזרה דחופה" (פרידמן, 1939). באמצע שנות ה־30 של המאה ה־20 החלה הגירה גדולה של רופאים מגרמניה, ששינתה את מאזן הרופאים בארץ ישראל ויצרה קבוצת רופאים בעלת השפעה מבהינת איכות הרפואה. הכשרתם המדעית של הרופאים היהודים מגרמניה סייעה להם בקליטתם המקצועית, ועד מהרה הם עמדו בראש מחלקות בבתי החולים. נוסף על כך הם פיתחו רפואה פרטית, ובכך שימרו את כוחם ואת השפעתם והעתיקו את המודל הרפואי שהכירו בגרמניה (נידרלנד, 1983; שורץ, 2000). הזהות הציונית לא ניכרה בקרבם, ועלייתם הייתה תוצאה ישירה של שליטת פרנסתם או הפסקת לימודיהם על־ידי השלטון הנאצי (נידרלנד, 1983). הבהילות בדאגה לגורל הרופאים היהודים נכרכה בסכנה הנשקפת למורשת המדעית היהודית ולחלקם של היהודים בקידום המדע בעולם (פרידמן, 1939, עמ' 67):

על ידי הגזירות שנתכו על ראשי חברנו, המשפילות את כבודם והמגדות אותם, הוצא חלק גדול של רופאים מתוך ההשפעה על התפתחות המדע שבו עשו גדולות במשך דורות רבים לתועלת המקצוע והאנושות. סכנה מרחפת על עתיד החקירה המדעית, התעסקות שהייתה חלק גדול חשוב ומפואר של עבודת התרבות הגדולה של עמנו.

הפגיעה ברופא היהודי ונידויו מתחום הרפואה והמדע באירופה הנאצית הפכו למעשה לחלק בלתי נפרד מהגדרתם ומוהותם של הרופאים היהודים קבוצה מקצועית־חברתית. במילים אחרות, לא רק שהם חלק מן העם היהודי הנרדף, אלא הם גם חלק מקהילת הרפואה והמדע, שהייתה קבוצת ההשתייכות המקצועית והמעמדית שלהם, אך הם נודו ממנה. הגדרה מדירה זו הפכה לרכיב בזהותם ובהמשך אף למקור לפיתוח מרחב מדעי בישראל. הזהות היהודית והזהות המקצועית נכרכו אפוא יחד. הרופא היהודי בפלשתינה, הנאבק על מצבו הכלכלי ועל מעמדו המעורער, והרופא היהודי המגודה מביתו וממקצועו בארצות אירופה, נמצאים במאבק הישרדות וחשים שותפות גורל. תחושות העלבון והנידוי מעולם המדע היו התמריץ לפיתוח מנגנונים עצמאיים נפרדים. לקראת קונגרס הרופאים שהתקיים בז'נבה בשנת 1939 הם הדגישו את "ברית הרופאים היהודים" (פרידמן, 1939, עמ' 65), והפתרון שהציעו היה "יצור מקומות עבודה עבור הרופאים שנדחו ממקומות עבודתם ושליטת זכויותיהם כרופאים. בתוך כך גם יצור של במה מדעית מרכזית ולבסס את המחקר הארצישראלי כמקום מפלט עבורם" (שם, עמ' 67-68). במילים אחרות, הם ראו את ישראל כפתרון לרופא היהודי וכמקום לביסוס מרכז מדעי מקצועי ומקור פרנסה.

ההסתדרות הרפואית הארצישראלית החלה ביוזמות לפתרונות מדיניים לרופאים היהודים, המקומיים והמהגרים מאירופה, לנוכח הקושי הכלכלי שהיו נתונים בו (רוזנבאום, 1940). בשנת 1939 נוסדה הקרן "למען הרופא היהודי" כחלק מבניית "בית הרופאים היהודיים". על מנת לבסס את המחקר המדעי הוקמה באמצע שנות ה-40 "קרן לעידוד המחקר" שמטרתה מתן כספים, אך בעיקר "השפעה עקבית ומשכנעת על הנהלות בתי החולים בארץ לשם הבהרת הצורך לטיפוח המחקר הרפואי כיסוד מוצק גם לפעולה הרפואית" (הילפרין, 1945, עמ' 1087). הקמת הקרן נועדה לעודד את מרכזיות המדע ולבססו לצד הטיפול הרפואי. בקרב הרופאים-מדענים עלתה קריאה להגביל את כמותה ואת היקפה של הכשרת הרופא-המטפל ובהיעזר לקרוא לעידוד המדען. ד"ר חיים זלקאי, רופא בכיר וממנהיגי ההסתדרות הרפואית, התנגד להקמתו של בית הספר לרפואה בטיעון כי יש רוויה של רופאים ויש "דברים בוערים יותר בהקמה של מדינה עתידית". הוא מוסיף: "דבר אחר הוא ייסוד פקולטה לשם קידום המחקר הרפואי כל צדדיו. זה רק יביא ברכה לכולנו ותועלת מרובה לישוב מעל הבחינות" (זלקאי, 1946, עמ' 1203).

ספרות המחקר מתארת כיצד שאפה ההסתדרות הרפואית במהלך שנות ה-40, וביתר שאת בשנות ה-50, לפתח שפה רפואית מדעית ולבסס סדר חברתי מושתת על רפואה באמצעות מיסוד שירותי הבריאות למהגרים והבטחת בריאות הציבור. כאמור, הפרופסיה הרפואית, ששילבה בין מתן מענה טיפולי בריאותי לבין העיסוק במדע, שימשה כלי בשירות הלאום לשם טיפוח דור חדש ובריא, ובו-בזמן חיזקה את מעמדה ככאליטה (כתבן ודוידוביץ', 2007; רוזין ודוידוביץ', 2009; גוריאלי, 2015; Efron, 2007). זאת ועוד, הרופאים ביקשו לבסס את צורכי היהודים והאומה המתהווה במסגרת מדעית. ד"ר חיים שיבא, מנכ"ל משרד הבריאות (1950-1952) ולאחר מכן מנהל בית החולים תל השומר, ביקש להציב את המדע במרכז פעילותה של הרפואה בישראל. לדבריו, "למדתי, שבמידה שהרפואה נהפכת למדע, והיא לא רק משלחיד, נהיה תלויים יותר ויותר בשיטות מעבדה, ואם לא יהיו לנו טכנאים וטכנאיות, לא תהיה לנו תקומה" (בונדי, 1981, עמ' 136). דבריו מבטאים שאיפה להטמעתה של הרפואה במסגרת המדע, והם חלק בלתי נפרד מן העצמאות המדינתית. גישה דומה נשמעה בקונגרס העולמי של רופאים יהודים: "החקיקה בישראל תשפיע באמצעות המוסד הביו-גני וסניפי קהילות ישראל בתפוצות - חוקיו יתקבלו בתור הוראת חיים ויעזרו ליצור דור בריא שממנו יגויסו עולים לישראל" (הקונגרס העולמי השני של רופאים יהודיים, 1952). קירש (Kirsh, 2003b) טענה כי המחקרים הגנטיים נועדו לתמוך ברעיונות ציוניים ולשרת את השלטון. יש לזכור שהדברים המובאים בציטוט הושמעו בקונגרס הרפואי המרכזי, ולא בכינוס מתחום ההתמחות הגנטית, ועל כן מדובר במגמה רחבה של מעמד הרפואה והמדע. מכאן עולה שמדע הרפואה וחקר הגנטיקה לא נועדו לספק אחיזה היסטורית לאומית בלבד, אלא גם ליצור אזרחות גנטית, כלומר אזרחות המוגדרת בעזרת מערכת של הסברים גנטיים. התהליכים של ממשליות גנטית מציבים פוטנציאל לצורות חדשות של ידע וכוח ביחסים

שבין מדע לבין חברה, באמצעות מדע הרפואה והגנטיקה בפרט, והם בבחינת מנגנון מרכזי ליצירת סדר חברתי באמצעות המדע (Heath, Rapp, & Taussig, 2004). הפתרון הכלכלי התגבש אפוא על-ידי יצירת מקומות עבודה, הרחבת ענפי הרפואה ויצירת מנגנון כוח ועוצמה בתהליך יצירתה של המדינה החדשה. הגירת הרופאים, בייחוד זו מגרמניה, הביאה עמה כוח מדעי לא מבוטל ושדות שונים של מומחיות, שאפשרו להם לממש את השאיפה לבנות מערכת חדשה במקום זו שנודו ממנה: יצירה של מדינה המבוססת על מומחיותם – מדע הרפואה.

ממשליות מדעית באמצעות הגוף המת – חוק האנטומיה והפתולוגיה תשי"ג-1953

חוק האנטומיה והפתולוגיה תשי"ג-1953 היה בין החוקים הראשונים שהרופאים-מדענים ביקשו לקדם עם קום המדינה. עד חקיקת החוק היה הסטטוס קוו לגבי נתיחת גופות מה שנקבע בהסכם שנחתם בשנת 1946, טרם הקמתה של מדינת ישראל, בין הרבנות הראשית לבין הנהלת בית החולים הדסה. לפי ההסכם (הרבנות הראשית לארץ ישראל, ללא תאריך), אין לרבנות הראשית התנגדות לביצוע ניתוחי גופות במקרים שאנשים הביעו בהם הסכמה בכתב להשתמש בגופם לצורכי לימוד רפואה ובתנאי שבסיום יובאו לקבורה. חשוב לציין שעד אז נעשו הניתוחים כאשר התעורר חשד למוות שאינו טבעי ולשם פיקוח נפש של קרובי משפחה, על כן לא ניתן להגדירם כניתוחים לצורכי מחקר ולמידה. הצעת החוק מעמידה לרשות בית הספר לרפואה גוויות של אנשים שהסכימו בכתב להותיר את גופתם לשימוש מדעי, וכן של אנשים שגוויתם לא נדרשה לשם קבורה, נוסף על האפשרות לניתוח גופה לצורכי קביעתה של סיבת המוות. בדברי ההסבר להצעת חוק האנטומיה והפתולוגיה (משרד הבריאות, 1953) צוין כי סיבת הדחיפות לחוק היא הקמת בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה. אנשי המדע טענו שבהיתר הקיים אין די כדי לספק את צורכי הלמידה, והדבר אף מחבל באפשרות לקידום המדע (ועדת השירותים הציבוריים, 1953).

במהלך הדיונים בכנסת על הצעת החוק ניכר כי הטיעונים העיקריים עוצבו על-פי שני מחנות מרכזיים, המבטאים תפיסות עולם שונות. התומכים בחוק היו אנשי משרד הבריאות, אנשי מדע הרפואה וחברי הכנסת ממפלגות מפא"י, מפ"ם, חירות והציונים החופשיים, ואילו המתנגדים להצעת החוק היו חברי הכנסת הדתיים, ובעיקר מפלגת אגודת ישראל. הצדדים מבטאים בכך למעשה את השאלה המהותית – על אילו יסודות תיבנה המדינה החדשה? האם היא תהיה מדינה הנסמכת על תפיסה דתית-יהודית או שמא מדינה חילונית הנסמכת על תפיסה של מדע ורפואה? המצדדים בהצעת החוק, ובראשם משרד הבריאות, ביקשו לבסס מדיניות שבמרכזה מדע הרפואה וריבונות על הגוף המת. שר הבריאות דאז, יוסף סרלין, ביקש להסביר את חשיבותה של הצעת החוק במילים האלה:

ולא נשכח מליבי סבל חברי בבית ספר לרפואה במדינת פולין לפני המלחמה העולמית השנייה. שאפנו למדינה משלנו, לחמנו על מדינה משלנו, וזכינו למדינה משלנו, על מנת לרפא את פגעי הגלות. הצעת החוק הזאת היא סימן ואות להתבגרות הממלכתית ושאיפה לעצמאות ואי תלות באחרים בשדה הרפואה המדעית והשימושית (הכנסת, 1953א).

שר הבריאות הציג את חוק האנטומיה והפתולוגיה כחלק מן התחייה וההחלמה של העם היהודי וכחלק מן הריבונות היהודית המתחדשת. את הרציונל המדעי ביטא חבר הכנסת אריה אלטמן מתנועת חירות, רופא בהכשרתו:

כל הלימוד וכל ההכשרה של האנשים בשטח זה מכוונים למטרה אחת – להציל נפשות. וכאן מדובר על ניצול המוות למען החיים [...] אנו צריכים להפוך את המדינה הזאת ואת העיר הזאת למרכז גדול רוחני דתי ומדעי. צריך שמדינת ישראל תהיה גם מרכז רפואי עולמי, והיהודים יכולים לתרום רבות בשטח זה. אולם כל זה לא ייתכן בלי חקירות ולימוד... (הכנסת, 1953א).

בדברים אלו ביטא אלטמן את השאיפה להפוך את ישראל למרכז מדע-רפואי באמצעות ניכוס או הלאמה של הגוף והפתולוגיה. הטענה העיקרית של מצדדי החוק הייתה שאין אוניברסיטה בכל רחבי העולם היכולה לוותר על ביתור גופות לשם הוראת אנטומיה – הלמידה וביתור הגופות מאפשרים לחוקרי הרפואה לחקור מחלות, למצוא ריפוי ולפתח כירורגיה ואמצעי טיפול אחרים. ואולם, בחינה היסטורית של תחום האנטומיה בצרפת ובאנגליה, שנחשבו כבר במאה ה-18 כמרכזים מובילים בחקר האנטומיה, מעלה כי החוק הבריטי, כפי שעודכן בשנת 1871, קבע את העיקרון ששימוש אנטומי בגופות מחייב מתן הסכמה בחיים. בשנת 1943 נקבע בצרפת כי תרומת הגוף תיעשה רק בהסכמה מפורשת, וניתוחים לאחר המוות ייעשו רק בהסכמת המשפחה (McHanwell et al., 1998; Tierney, 2008).

המתנגדים לחוק, המשתייכים לזרמים הדתיים-היהודיים, טענו כי ההצעה היא פגיעה בחופש המצפון ובחופש הדת. אין הם שוללים את ההסכמה שהרבנות הגיעה אליה טרם הקמתה של מדינת ישראל, אך הם יוצאים נגד ההסדר החדש, שבו גווייה שאין לה דורש תועבר לחזקת המדע. הם ביטאו חשש שמא חולים יימנעו מלהיכנס לבית החולים, אם יחששו שהשקפתם, אמונתם ומצפונם לא יכובדו. במחקרה של ריצ'רדסון (Richardson, 1987) על ההיסטוריה של האנטומיה באנגליה נשמעה טענה דומה. לפי טענה זו, עוני היה הקריטריון לשימוש בגופות לצורכי אנטומיה עד סוף המאה ה-19, והתופעה גרמה לחשש רב בקרב אוכלוסיות עניות מלהגיע לבתי תמחוי או לטיפול רפואי מפאת האפשרות שגופותיהן לא ייקברו, אלא יבותרו.

חבר הכנסת קלמן כהנא ממפלגת אגודת ישראל הדגיש את משמעות ההסדר: "חוק זה בא לפתור בעיה זו דווקא על ידי האומלל שבאומללים. על ידי האדם הגלמוד, הבודד,

שאינן לו מי שיהיה רשאי לדרוש את גופו לשם קבורה" (הכנסת, 1953א). המתנגדים הציגו אפוא להתיר ביתור גופות רק בקרב מי שהביעו הסכמה ברורה בחייהם. אם כך, עיקר הסוגיה איננו שאלת ההסכמה, אלא המחויבות לסדר חברתי באמצעות היחס לגלמודים בקהילה.

טיעוני המתנגדים להצעת החוק התקבלו כניסיון לכפייה דתית-יהודית. חבר הכנסת יצחק בן אהרון ממפלגת מפ"ם ניסח את ההבדל בין מתנגדי החוק לבין תומכיו כהבדל שבין רציונליות וקדמה לבין נחשלות: "[...] הגיעה השעה שהמדע והמחשבה הרציונלית ינצחו באופן סופי את כל אמונות ההבל" (הכנסת, 1953א). שר הבריאות ביקש להבחין הבחנה ברורה בין הסמכות הרפואית לבין הסמכות הדתית ואמר: "אינני מוכן להתווכח על עניני דת ודין, ישנם כאן בני-סמכא יותר גדולים ממני, אבל אני מייעץ לבני-סמכא אלה, לא להתווכח בעניני רפואה" (הכנסת, 1953ב). במילים אחרות, הוא הגדיר את ניתוחי הגופות כתחום רפואי-מדעי, ועל כן כתחום שאינו בסמכותה של ההשקפה הדתית.

ניתוח התהליכים החברתיים שעיצבו את חוק האנטומיה והפתולוגיה מציב את הגוף המת במרכזו, שלא כמו הגוף החי, החולה או הבריא. נציגי הדת טענו לסמכות על הגוף המת שאין לו דורש באמצעות הגדרתו כ"מת מצווה", כלומר כדבר-מה שעל החברה מוטל לדאוג להביאו לקבורה מכבדת והלכתית (הכנסת, 1953א). לעומת זאת, הסמכות המדעית ביקשה להגדירו כסובייקט הנתון למדע ולחקירה לשם מזור עתידי לחברה. עבודת הגבולות של מדע הרפואה מרחיבה את התחומים הנתונים לסמכותו דרך רציונל של ריפוי ובשם הנאורות. לעומת זאת, עבודת הגבולות של גורמי הדת לביסוס סמכותם נעשית באמצעות ניהול טקסי הקבורה והמחויבות החברתית הכרוכה בהם.

הממשליות היא חלק מן המבנה של ביו-כוח, ולכן היא מייחסת מרכזיות למעמדו ולמיקומו של הגוף המת במנגנונים של ההסדרים הפוליטיים והחברתיים. לפי מישל פוקו, הריבונות היא פרקטיקה של שליטה במרחב, המאופיינת במעגליות של האמצעים לחיזוק הריבון ולמימוש הריבונות. במילים אחרות, החוק הוא ביטוי ליישום הריבונות, אמצעי לשליטה במרחב ומערכת פרקטיקות של ממשליות הכוללת פיקוח, ויסות ואסדרה המופעלים על האוכלוסייה (Foucault, 1991). הגוף המת הופך למוקד המבנה מחדש את הריבונות. נוסף על כך, הגדרת הגוף המת על-ידי הריבון מסמנת את הדרכים לניהול האוכלוסייה במישורים התרבותיים והפוליטיים (פוקו, 2008). אגמבן (2003) התייחס למושג "חיים חשופים" (bare life), שהוא מרחב שהחוק עדיין לא הסדיר, והוא ממתין "לכוח שיטביע בו את החוק" (אופיר, 2003, עמ' 359). אגמבן הרחיב את מושג הביו-כוח של פוקו מעבר לניהול החיים בניסיון "לאתר את המבנים הלוגיים והטופולוגיים של הריבונות" (אגמבן, 2003; אופיר, 2003, עמ' 356), שהם מקור הסמכות להכללה ולא-הכללה של אינדיבידואלים ולמימוש השליטה. הגוף המת נמצא בשלב הראשון בבית החולים, שאחראי לתת תעודת פטירה, ומשם הוא מועבר לאחירותה של "חברה קדישא". המעבר מחוקת הרפואה והמדע לחוקת אנשי הדת היהודית הוא מעבר של סמכות ומומחיות – מסמכות מדעית לסמכות דתית.

על אף ההסתייגויות שהעלו כמה מחברי הכנסת, הצעת החוק התקבלה כפי שהיא. בתקנות שנקבעו בשנת 1954 נקבע כי במקרים של גווייה שאין לה דורש – על הרופא שהיה האחרון לטפל במת להודיע על כך לבית הספר לרפואה (תקנות האנטומיה והפתולוגיה, 1954). התקנות מורות על רישום פנים-רפואי בלבד, ללא פיקוח החיצוני למוסדות הרפואיים. עד הקמתו של המכון לרפואה משפטית בשנת 1954 בוצעו הניתוחים בידי רופא או פתולוג בבית החולים. רק בשנת 1975 הוגדר המכון לפתולוגיה ואנטומיה ככפוף למשרד הבריאות (היס, 1998), ולכן בתקופה זו הייתה הסמכות בידי מוסדות המדע והרפואה, ולא בידי משרד הבריאות.

באמצעות החקיקה היה מדע הרפואה לחלק בלתי נפרד מן הבעלים על הגוף המת שאין לו דורש, ובכך הוא המיר את "שטח ההפקר", כלשונו של אגמבן, לשטח בבעלות המדע ואף סיפק למדע תפקיד בתהליך החברתי של סיום החיים. הלגיטימיות לשימוש בגוף המת יצרה צורת פעולה לצורכי המדע ועל-פי הגדרתו. בשנת 1958 בוצעו בבית החולים תל השומר ניתוחים ב-93% מן הגופות, ועל-פי משרד הבריאות, אלו אינם נוגדים את החוק, אלא אפשריים לצורך קביעתה של סיבת המוות ולשימוש בחלק מן הגופה לריפוי אדם (מאיר, 1959).

שני הסדרים החברתיים שואבים את כוחם ואת אמונתם מיסודות שונים – הדתי והמדעי. המדע מבקש להציג את עצמו ככוח וכסמכות ייצוגית לטובת הכלל. הסמכות הדתית מבקשת לבסס את סמכויות המדינה על הדת היהודית ועל הוראותיה. כל אחד מן הצדדים מבסס את "עבודת הגבולות" בכינון סדר חברתי במדינה המתהווה. לגוף המת יש אפוא תפקיד חשוב בהסדרת הבניות פוליטיות ונורמטיביות, והוא משרת את מדע הרפואה בעיצוב כוחו וסמכותו בניהול הסדר החברתי.

ניהול מדיניות הבריאות באמצעות מדע הרפואה – ניסוי רפואי בתרופת ניבלין

בשנים 1950–1951 התפרצה בישראל מגפת הפוליו, ו-2,511 אנשים חלו במהלכן, רובם המכריע ילדים מתחת לגיל 5 (Blum & Fee, 2007). הצורך במתן מענה ובמיגור מגפת הפוליו עמד לפתחו של משרד הבריאות בסוף שנות ה-50, עת התפרצה המגפה שוב. בשנת 1957 עמד מספר המקרים על 37, אולם שנה לאחר מכן, בשנת 1958, עלה מספרם באופן דרסטי ועמד על כמעט 573 מקרים (Swartz, 2008, p. 36). מגפת הפוליו פשטה במדינות שונות בעולם, ובמהלך שנות ה-50 נערכו ניסויים שונים למציאת חיסון. בשנת 1957 החלה בישראל היערכות של מתן חיסון הפוליו בתרכיב סאלק, שהתבסס על ייצור מקומי בתוספת חלקית של חיסון מארצות הברית, ונערכו ניסויים שונים הקשורים לתרכיב ולמידת השפעתו (Swartz, 2008).²

2 כזכור, מאמר זה אינו עוסק במגפת הפוליו ואף לא בניסוי עצמו, אלא במפגש שבין מדע הרפואה לבין קובעי המדיניות במשרד הבריאות.

התפרצות המגפה בשנת 1958 עוררה מצוקה ציבורית וחיפוש נואש אחר מרפא. בעקבות זאת החלה דרישה לתכשיר הניבלין, אף שהצלחתו הייתה מוטלת בספק. מגפת הפוליו יצרה לחץ רב מצד גורמים שונים – ציבור הנפגעים שחיפשו מזון, רופאים ויצרנית תרופת הניבלין, חברת Chimimport, שביקשה לאשר את התרופה. משרד הבריאות דיווח על "שוק שחור" של מכירת תרופת הניבלין (משרד הבריאות, 1960ג, 1960ד) ונקט שתי פעולות. ראשית, בעקבות לחץ קשה של גורמים שונים רכש המשרד את מלאי החיסונים שהופץ בשוק – 3,000 מנות חיסון (משרד הבריאות, 1960א). שנית, המשרד הכריז על ביצוע ניסוי רפואי בתכשיר. אפרים מנצל, מנהל אגף הרוקחות, הסביר כי המשרד החליט זאת כך:

אך ורק מתוך לחץ ציבורי שאי אפשר היה שלא להיענות לו, ע"י רכישה של ניאלין נמנע אשליה של חולים שהוציאו הון להשגתו. המינימום שיכל המשרד להבטיח היה קיום ניסוי, וזאת אף בהסכמת הכנסת. שייתן מענה לציבור אך מבלי ליצור אשליה (בית חולים אסף הרופא, 1960; משרד הבריאות, 1960ב).

בהוראת מנכ"ל משרד הבריאות התכנסה במאי 1960 ועדה בבית החולים "אסף הרופא", שנועדה לבסס הנחיות לניסוי אמבולטורי בניבלין לילדים שחלו בפוליו (בית חולים אסף הרופא, 1960). במילים אחרות, משרד הבריאות התמודד עם מגפת הפוליו על ידי ביצוע של ניסוי רפואי, בהסתמך על הידע הרפואי כסמכות לגיטימית וכהוכחה שאין עליה עוררין. ועדת הניסוי במשרד הבריאות כללה עשרה חברים, רופאים ונציגי משרד הבריאות. ד"ר טאושר, חברת הוועדה, פתחה ואמרה כי היא מניחה שהניסוי הוחלט "לא מתוך דעת חיובית אלא מתוך התפתחות העניינים – הסוכן שרצה להציעו, ציבור שרצה להשתמש בו ומשרד הבריאות שהשתדל למנוע שווקו בצורה חופשית" (הוועדה לעריכת ניסוי ניוואלין, 1960). בהמשך הדגישו חברי הוועדה כי "[...] בדרך כלל התנגדו רוב מכריע של חברי הוועדה לביצוע ניסוי זה" (שם).

הניסוי בוצע בשני מרכזים רפואיים: הדסה בירושלים ואסף הרופא בצריפין. בפרוטוקול הניסוי נקבעו תנאי הכללה להשתתפות ילדים בניסוי על-פי מידת הפגיעה ומשך המחלה. הניסוי כלל שתי קבוצות: האחת קיבלה מינון מסוים מן התכשיר, ואילו השנייה קיבלה פלצבו (הלוי, 1960). כל אחת מן הקבוצות כללה 50–60 ילדים. ממשקנות הניסוי עלה כי לא היה שינוי מובהק בין שתי הקבוצות ולא נרשם יתרון לתכשיר ניבלין (הכנסת, 1961).

הרופאים המדענים, חברי ועדת הניסוי, כונסו כגוף מדעי במסגרת תהליך קבלתן של החלטות מדיניות. הם ניהלו את המשבר הציבורי והיו סמכות עליונה ואמינה, שלא כמו גופי המדינה האחרים. משרד הבריאות הציג חזות של פעולה סמכותית ומידית לנוכח המגפה ורכש את אמון הציבור באמצעות המדע. שילוב זה של מדע ועשיית מדיניות דומה לתהליך שג'סנוף (Jasanoff, 1994) הצביעה עליו. לדבריה, מומחים מדעיים נתפסו כבעלי ידע ייחודי ושלם לעומת ביורוקרטים ורגולטורים שהיה בידיהם

ידע חלקי בלבד, לצד ההנחה שרגולטורים אינם אובייקטיביים. השילוב ביניהם עיצב את הגבולות ואת מוקדי הסמכות של המדע אל מול קובעי המדיניות. במקרה שלפנינו נוהל המשבר באמצעות שימוש במעמד המדע בחברה, כלומר הניסוי לא נועד להביא מזוהר ומרפא, שהרי תוצאותיו – על-פי חברי הוועדה – היו ידועות מראש, אלא להרגיע ולשוות לפעולתו של משרד הבריאות סמכות ומקצועיות באמצעות המדע.

טשטוש הגדרות בין ניסוי לבין טיפול רפואי

מוקד זה בוחן את האופן שבו הוגדרו שני המושגים ניסוי וטיפול לא במטרה להציע הגדרות, אלא כדי להתבונן בשימוש שנעשה במושגים אלו בהבניית המרחב והסדר החברתי. לשפה ולשיח יש תפקיד חשוב ככלי אסטרטגי בעבודת הגבולות, כמוקדי השליטה והסמכות של המדע, בנפרד מן המדינה ומן החברה. לשימוש בידע וב"מומחיות" יש מקום מרכזי בעיצוב תהליכים מוסדיים. אינדיבידואלים מבנים את עצמם במושגים של נורמות שהם נשלטים דרכן, והם נתונים להכפפה ולהשפעה על דרכי חשיבתם ועל פעולותיהם (Wedel et al., 2005).

ספרות המחקר דנה בהרחבה בגבולות ההגדרה שבין ניסוי רפואי לבין טיפול רפואי (Annas, 1996; Bamberg & Budwig, 1992; Henderson et al., 2007; Miller & Rosenstien, 2003). ניסוי רפואי מוגדר על-פי המטרה המדעית, ואילו המטרה הטיפולית הנקשרת לא פעם לניסוי קושרת אותו אף לתהליך הטיפולי, ומכאן גם להעדר הגדרה מובחנת ומוחלטת ביניהם. ניסויים רפואיים מתבצעים במרכזים רפואיים טיפוליים, ובשני המקרים המשתתפים מוגדרים לרוב כ"מטופלים" (Miller & Rosenstien, 2003). גישה זו, המטשטשת את ההבחנות בין ניסוי לבין טיפול, איננה מקרית, אלא יש בה המשגה מכוונת על-ידי הפרופסיה הרפואית המדעית הבין-לאומית, והיא אף עוגנה בנוסח המקורי של הצהרת הלסינקי משנת 1964 (Human Experimentation, 1964). בהצהרה קבועות ההגדרות של ניסוי לצורכי ריפוי (שבמהלכו משתתף-חולה מטופל בשיטה ניסיונית לצורכי ריפוי) ושל ניסוי שאיננו טיפול (הנערך על משתתפים בריאים ובוחרן הליכי ניסוי חדישים ותרופות לצורכי מחקר ומדע). הגדרות אלו מרחיבות את שדה הפעולה של מדע הרפואה יותר משהן מגבילות אותו, והן מעניקות לגיטימציה לניסויים משני הסוגים (Annas, 1992; Bassiouni, Baffes, & Evrard, 1981).

הטשטוש והעדר ההבחנה בין ניסוי רפואי לבין טיפול רפואי היו בשנות ה-50 וה-60 לחלק בלתי נפרד מעיצוב התפיסה לגבי מדע הרפואה גם בישראל. בתקופה זו נערכו סוגים שונים של ניסויים רפואיים: ניסויים אפידמיולוגיים (ניסויים בבני אדם, 1952), ניסויים גנטיים וביורכימיים וניסויים בחולים כחלק מן המערך הטיפולי. בשנת 1980 הוגדר לראשונה מה הוא ניסוי-רפואי (תקנות בריאות העם, 1980, הגדרות). המינוח טשטש את ההבחנה בין טיפול רפואי לבין ניסוי, משום שמדע הרפואה הוצג כחלק בלתי נפרד מבריאות הציבור וכחלק בלתי נפרד מתקומת העם. מקור הלגיטימיות של

מדע הרפואה הוא במתן מזור ובריאות לעם, מכאן שיש לו תפקיד מרכזי ביסוד האומה היהודית. אלו מקורות שונים המזינים זה את זה, ולפיהם מעוצבת סמכותו המרכזית של מדע הרפואה במדינה.

אחד ההסברים לטשטוש בין המושגים הוא גיוס מקורות מימון. מדע הרפואה בתקופה זו מאופיין כפרי יוזמה של רופאים וכתוצאה של שיתופי פעולה בין-לאומיים. שיתופי פעולה אלו שילבו נגישות למקורות מדעיים לצד מקורות מימון, כשני מישורים שהדגישו מגמה של עצמאות מדעית ביחס למדינה לצד מגמה של טשטוש בהבחנה בין ניסוי רפואי לבין טיפול. למשל, המקרה של חקר גנטי של האנזים G6PD (glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency), שבוצע בעיקר על יהודים מאסיה ומצפון אפריקה, מומן על-ידי קהילות אמריקניות, שהתנו את המימון בהבטחה של ד"ר שיבא שהפרויקט יהיה רפואי, ולא מחקרי טהור (Kirsh, 2003b). למעשה, מקורות המימון הפרטיים ביקשו לקדם טיפול רפואי בישראל, ולכן ניתן להניח כי זו אחת הסיבות לטשטוש ההבחנה בין ניסוי לבין טיפול.

מעניין לציין שמדובר בטשטוש הגדרות, ולא בהכרח במחיקה מוחלטת של ההבדלים ביניהן. ההבחנה נועדה להדגיש את עליונותו של המדע כייצוג "אמת" על פני הטיפול, ובמהלך הדיונים על חוק הפתולוגיה והאנטומיה בשנות ה-50 אכן דובר על עליונות המדען על פני הרופא. חבר הכנסת בן ציון הראל ממפלגת הציונים החופשיים, רופא בהכשרתו, ראה בהתנגדות חוסר ידיעה. לדבריו, הרפואה אינה יכולה להסתמך על הרופא המטפל, אלא על החקירה: "תרשו לי להגיד לכם שהאמון להבחנת מחלות מצד הקהל בכלל, האמון הזה לרופא, מופרז בהחלט" (הכנסת, 1953א). ההבחנה בין הרופא לבין המדען מתבססת על היררכיית ידע, כלומר הידע של המדען נתפס כמדויק וכמעמיק יותר מזה של הרופא. מדע הרפואה נתפס כחותר אל האמת וכסמכות מכרעת, ואילו הרפואה כפרקטיקה של טיפול נתפסת כמשנית מבחינת סמכותה ומבחינת האחיזה בידע.

דוגמה הממחישה את משמעותו של טשטוש המושגים לצד הסמכות שחוק האנטומיה והפתולוגיה העניק למדע הרפואה היא השתלת הלב הראשונה בישראל שנערכה בשנת 1968 בבית החולים בילינסון (גבריין, 2008). הליך השתלת הלב הוגדר כטיפול חדשני, ולא בהכרח כניסוי. הלב נקצר מגופו של אברהם סדגת ללא קבלת אישור מוקדם ממנו או ממשפחתו. הנהלת בית החולים בילינסון ושר הבריאות דאז, ישראל ברזילי, טענו כי פעילות הרופאים חוקית בהסתמך על חוק האנטומיה והפתולוגיה המתיר שימוש בחלקי גופה למען ריפוי של אדם (ויילר-פולק, 2008). במילים אחרות, גופו המת של סדגת עמד לרשות הממסד המדעי שיכול היה לעשות בו כראות עיניו ללא קבלת אישור ממנו או ממשפחתו, כאשר ההליך עצמו ייחשב טיפולי ולא ניסוי, ועל כן חוקי.

בדיון שנערך בוועדה לשירותים ציבוריים בכנסת בשנת 1966 בנוגע לניסויים רפואיים ללא הסכמת המטופלים או ללא ידיעתם, תיאר חבר הכנסת, שלמה לורנץ, ביצוע ניסוי בילדים בבית החולים תל השומר באמצעות הזרקת כמויות רדיואקטיביות

קטנות (ועדת השירותים הציבוריים, 1967א). בדיווח על הנושא פירט מנכ"ל משרד הבריאות את הבסיס הרפואי-מדעי לניסוי ותיאר את השימוש בקרני רנטגן כקדמה מדעית.³ בדיווחו הוא מנה סדרה של טיפולים הנעשים באמצעים אלו (ועדת השירותים הציבוריים, 1967ב):

כל הבדיקות נעשות אך ורק לשם קביעת אבחנה ומתן הטיפול הדרוש לילד החולה, אין הדברים נעשים לשם ובשם המחקר. נערכו בדיקות חיוניות אצל ילדים מפגרים: היפותיראויים, קרטינים, אידיויטים, עם בלוטות תריס אקאופיות בבסיס הלשון [...] אצל ילדים אלה התעוררו חשדות קליניים שבוססו בעזרת בדיקות בחומרים רדיואיזוטופים ורק לאחר קביעת האבחנה המדויקת ניתנה אפשרות לטפל בהם בהצלחה ולהצילם מניוון שכלי וירידה נפשית.

מנכ"ל משרד הבריאות הדגיש כי "לא נעשות שום בדיקות למטרות מחקרים ללא הצדקה אחרת" (ועדת השירותים הציבוריים, 1967ב). כלומר, אין בהודעתו בהכרח ביטול העובדה שמדובר בניסוי, אלא שביצוע הפעולות לא נועד לניסוי כשלעצמו, אלא למטרות ריפוי. הרופאים עצמם הצהירו במהלך הדיון כי לא ניתן להבחין בין טיפול לבין ניסוי. וכך תיאר אחד הרופאים את ההבדל בין טיפול לבין ניסוי בפנייה אל החולה:

נכון הוא כי אין החולה בר-סמכא בעניינים של טיפול רפואי. נראה לי כי לא תמיד יכול החולה להכריע בעניין זה ולא פעם משיב הוא תשובה שמשמעותה – עשו בי כטוב בעיניכם. לא כן הדבר במחקר. בשטח זה די בחשש הקטן ביותר של האדם כדי לקבוע את גורלו של המחקר – ייעשה או לא ייעשה (ועדת השירותים הציבוריים, 1966ב).

בשונה מתפיסת הטיפול, שלפיה יכול החולה לקבוע לגבי גופו, במקרה של ניסוי רפואי לא ניתן להטיל את האחריות לגורל הניסוי על החולה, ועל כן אין הוא נשאל על כך. העדר זה של הבחנה, שמקורו בתפיסתם של מדעני הרפואה, התקבל על-ידי משרד הבריאות והמדינה ללא בירור נוסף על משמעותו וכחלק מן הידע המדעי שאין לערער עליו. חברי כנסת מחו על עצם קיומו של הדיון מתוך סברה כי דיון מסוג זה אינו אמור להיות פומבי או עניין למחוקקים. כמו כן, קיימת הסכמה לגבי הגבלת המעורבות הציבורית בכלל, ומעורבות החולים והמשתתפים בניסויים בפרט, בהחלטות מסוג זה (ועדת השירותים הציבוריים, 1966א).

3 נוריאלי (2015) טען כי "הטיפול בהקרנות נעשה אף שבעת ההיא הכירו רופאים בעולם בסכנותיו של הטיפול ברנטגן..." (עמ' 287).

היבט נוסף של היחסים בין המדינה לבין מדע הרפואה עולה דרך המקרה של ניסויים בהזרקות רדיואקטיביות בילדים. חבר הכנסת לורנץ ביקש להזמין לוועדה את ד"ר שיבא מבית החולים תל השומר לבירור הנושא. הוועדה החליטה שלא להזמין, ותחת זאת לדרוש ממנכ"ל משרד הבריאות לברר את הנושא (ועדת השירותים הציבוריים, 1966ב).⁴ החלטה זו משקפת את יחסי הכוחות בין הרופאים לבין המחוקקים ואת כוחו ועצמאותו של מדע הרפואה. בעשור זה הרבה בית החולים תל השומר לבצע ניסויים רפואיים, ובכלל זה ניסויים גנטיים. בעזרת קידומו של תחום הניסויים הרפואיים בלט בית החולים אף בצידוד המתקדם, שהדגיש את הפער לעומת בתי חולים אחרים (בונדי, 1981).

שר הבריאות, ישראל ברזילי, הבחין בין מדיניות לבין מדע וטשטש את ההבדל בין טיפול לבין ניסוי. את הניסוי הציג ברזילי כסוגיה פנים-מדעית-רפואית:

... אמנם אין בית המחוקקים המקום לדיון בבעיות של התיאוריה הרפואית, וגם אני איני מוסמך לכך, אך מה זה מחקר רפואי? המדע הרפואי הוא מדע אמפירי מובהק, ולכן אין למעשה קו מבדיל ברור בין טיפול לבין מחקר, שכן כל טיפול הוא תולדה ישירה של ניסיון שנרכז ושל ניסוי, אם תרצו ההבדל הוא הבדל סמנטי [...] כל היחסים בין חולה ורופא מושתתים על אמון [...] ואין לאיש רשות להטיל חשד על יחסים... (הכנסת, 1966).

דבריו טשטש שר הבריאות את ההבחנה בין ניסוי רפואי לבין טיפול רפואי, ובכך הוא אימץ את התפיסה הרווחת בקרב מדעני רפואה וקבע ששניהם אינם מעיסוקו של המחוקק או שלו כשר הבריאות. משרד הבריאות ונציגי המדינה מחזיקים בכך את נציגיו של מדע הרפואה ומנכיחים את הטשטוש בין ניסוי לבין טיפול כסוגיה לאנשי מדע הרפואה בלבד. ג'סנוף (Jasanoff, 1987) טענה שגבולות מגדירים שפה – לא רק כדי לשאת אינטרסים מדיים של קבוצות חברתיות ופוליטיות, אלא גם לסלול את הדרך באמצעות יצירת קטגוריות קונספטואליות חדשות להרחבת האינטרסים לשליטה חדשה ורחבה יותר. במילים אחרות, הפרופסיה המדעית-רפואית משמרת באמצעות מושגים והגדרות את עצמאותה מפני התערבות, לצד חיזוק מעמדה כחלק בלתי נפרד מן הסמכות הקובעת את המדיניות ואת השליטה החברתית.

סיכום

בתקופת בינוי האומה ביסס מדע הרפואה את כוחו במבנה החברתי-הפוליטי במדינה באמצעות יצירת מנגנוני שליטה על המרחב, על השיח ועל הגוף. בתהליך זה עבר

4 אין בפרוטוקול הסבר להחלטה זו.

מדע הרפואה משיה אתנוצנטרי של לכידות האומה והעם היהודי לשיה ביו־פוליטי, שבו נקבעים מנגנונים לניהול סדר ביו־חברתי. מדע הרפואה בישראל ביסס את עצמו כחלק ממנהיגות המדינה המתהווה ואת הפרקטיקות הרפואיות־מדעיות כחלק בלתי נפרד ממנגנוני השליטה החברתיים והפוליטיים בישראל. בשונה מן הטענה כי הרפואה הייתה לאליטה בשירות האומה, טענתי כי מדע הרפואה ביקש לבסס את עצמו במנגנוני ניהול המדינה, ומושג הממשליות שימש מקור לבחינת המוקדים השונים ולהבנת המנגנון המגדיר את סמכותו של מדע זה. תאוריית "עבודת הגבולות" מסייעת לבחון את הפרקטיקות שמדע הרפואה משיג באמצעותן את סמכותו ואת האופן שבו סמכות זו מתקבלת ומארגנת מרחבים שונים שאינם מדעיים ויוצרת סדר ביו־חברתי. מדע הרפואה הפך למקור שדרכו מנוסחות בעיות מדיניות, ועמן גם הרחבה של מושגי הבריאות והטיפול למרחבים חברתיים ופוליטיים.

הדיונים על חוק הפתולוגיה והאנטומיה שימשו מקור חשוב לבחינה שאינה רק הסדרה טכנית של ניתוחי גופות, אלא גם מאבק לעיצובו של סדר חברתי־תרבותי. הצעת החוק ביטאה את הרצון לבסס גבולות פוליטיים, מומחיות וסמכות כחלק ממוקדי השליטה במדינה החדשה. לפי דאה־נאשף (2017), מציאת גוף המת היא הרגע שבו מתחילה פעילות החברה ומוסדותיה השונים, כלומר הגוף המת מחיה או מייצר תהליכים חברתיים־פוליטיים ומבנה אותם.

הפרופסיה הרפואית־מדעית ביקשה להגדיר את מעמדה ואת מקורות הידע שלה לא כפעולה פנים־פרופסיונלית, כי אם כפעולה חיצונית חברתית־מדינתית וכחלק מעבודת גבולות באמצעות התרחבות. הפרופסיה הרפואית־המדעית היא המגדירה מה הוא ניסוי ומה הוא טיפול. הפקת הידע המדעי תורגמה באמצעות הגדרות אלו למושגים חברתיים־פוליטיים, ובאמצעותה שרטט המדע את אופי הדיאלוג בין המדע לבין החברה. מדע הרפואה קיבל קדימות בתהליך זה על פני הטיפול הרפואי בחקר האמת ובידע שאין עליו עוררין, ולכן הוא מקור לסמכות ולריבונות. כמו במקרה של מגפת הפוליו וניסוי הניבלין, שהיו תוצאה של הבניית ממשליות, ולא פתרון לבעיה בריאותית, כך גם במקרים שבהם הוגדרו פעולות שונות, כדוגמת ניסויים רדיואקטיביים בילדים או השתלת הלב הראשונה, כפעולות טיפוליות חדשניות, ולא כניסוי רפואי.

ההתמקדות בניתוח דרכי פעולתו של מדע הרפואה, שלא כמו ההתמקדות בתיאור סמכותו וכוחו, מאפשרת להגדיר את המנגנון הביו־חברתי שנוצר ודרכו להבין את הפעולות הקולקטיביות־חברתיות שנעשו לאורך השנים באמצעות מדע הרפואה בישראל. בשלושת מוקדי הבחינה שתוארו ניתן היה לראות את האופן שבו הוגדרו הפעולות האפשריות, אך לא רק זאת: אפשר היה לראות בהם גם את ביסוס הלגיטימיות ואת עצמאותו של מדע הרפואה בממשליות הישראלית. זו סמכות המוגדרת למען החברה, ולא על־ידה.

מקורות

- אגמבן, ג' (2003). הומו סאקר: הכוח הריבוני והחיים החשופים (תרגום: נ' אביעד ומ' פולק). בתוך ש' לביא (עורך), טכנולוגיות של צדק: משפט, מדע וחברה (עמ' 395-434). תל אביב: רמות.
- אופיר, ע' (2003). בין קידוש החיים להפקרתם: במקום מבוא ל-"Homo Sacer". בתוך ש' לביא (עורך), טכנולוגיות של צדק: משפט, מדע וחברה (עמ' 353-394). תל אביב: רמות.
- בונדי, ר' (1981). שיבא: רופא לכל אדם. תל אביב: זמורה ביתן מודן.
- בית חולים אסף הרופא (1960, 5 במאי). פרוטוקול ישיבת הוועדה לעריכת ניסוי ניוואלין. ארכיון המדינה (גל-3469/5), ירושלים.
- גברין, י' (2008). רוח שיבא: תולדות המרכז הרפואי ע"ש שיבא 1948 עד 2008. תל השומר: המרכז הרפואי ע"ש שיבא.
- דאהר-נאשף, ס' (2017). גופה של מדינה נחשקת: חברה, מדע ופוליטיקה במכון הפלסטיני לרפואה משפטית. תל אביב: רסלינג.
- הילפרין, ל' (1945). קרן לעידוד המחקר הרפואי. מכתב לחבר, 126, 1087-1088.
- היס, י' (1998). רפואה משפטית בישראל. רפואה ומשפט, 19, 71-73.
- הלוי, ש' (1960, 4 באוקטובר). מכתב מסמנכ"ל משרד הבריאות אל ד"ר א. גלטנר, מנהל אסף הרופא על הניסוי בניוואלין. ארכיון המדינה (גל-3469/5), ירושלים.
- הוועד המרכזי של הרופאים (1938, 28 במרס). פרוטוקול ישיבה. הרפואה, 14(3), 273.
- הוועדה לעריכת ניסוי ניוואלין (1960, 5 ביולי). זיכרון דברים - ישיבת מליאה. ארכיון המדינה (ג-3469/5), ירושלים.
- ויילר-פולק, ד' (2008, 12 בדצמבר). שברון הלב מאחורי השתלת הלב הראשונה בישראל. הארץ. אותור מתוך <https://www.haaretz.co.il/news/health/1.1366768>
- ועדת השירותים הציבוריים (1953, 11 באוגוסט). פרוטוקול ישיבה 30. ארכיון הכנסת, ירושלים.
- ועדת השירותים הציבוריים (1966א, 13 בדצמבר). פרוטוקול ישיבה 45. ארכיון הכנסת, ירושלים.
- ועדת השירותים הציבוריים (1966ב, 27 בדצמבר). פרוטוקול ישיבה 47. ארכיון הכנסת, ירושלים.
- ועדת השירותים הציבוריים (1967א, 10 בינואר). פרוטוקול ישיבה 49. ארכיון הכנסת, ירושלים.
- ועדת השירותים הציבוריים (1967ב, 17 בינואר). פרוטוקול ישיבה 50. ארכיון הכנסת, ירושלים.
- זלקאי, ח' (1946). אנחנו והפקולטה הרפואית בירושלים. מכתב לחבר, 16, 1203-1204.
- זלשיק, ר' ודוידוביץ', נ' (2007). צלה של השואה על הביואתיקה: מבט השוואתי. תיאוריה וביקורת, 40, 213-239.

- הכנסת (1953, א, 13 ביולי). חוק האנטומיה והפתולוגיה תשי"ג-1953 (קריאה ראשונה).
פרוטוקול ישיבת מליאה 268. אוחזר מתוך https://fs.knesset.gov.il/2/Plenum/2_ptm_250446.pdf
- הכנסת (1953, ב, 14 ביולי). חוק האנטומיה והפתולוגיה תשי"ג-1953 (המשך הדיון).
פרוטוקול ישיבת מליאה. אוחזר מתוך https://fs.knesset.gov.il/2/Plenum/2_ptm_250545.pdf
- הכנסת (1966, 21 בנובמבר). עריכת מחקרים לגבי חולים שלא בהסכמתם ובידיעתם.
פרוטוקול ישיבת המליאה (ישיבה 112). אוחזר מתוך https://fs.knesset.gov.il/6/Plenum/6_ptm_252670.pdf
- הכנסת, מרכז מחקר (1961, נובמבר). על ניסוי בניואלין אצל משותקים לאתר מחלת הפוליו. ארכיון המדינה (ג-3469/6), ירושלים.
- כתבן, א' ודודוביץ', נ' (2007). בריאות, פוליטיקה ופרופסיונליזם: הבדיקה הרפואית למועמדים לעלייה לארץ ישראל, 1925-1928. ישראל, 11, 31-60.
- לוי, ד' (1997). המערך הרפואי של יהודי הארצות הבלטיות בשואה: 1941-1945. דברי הקונגרס העולמי למדעי היהדות, 12(5), 66-155.
- מאיר, מ' (1959, 15 ביוני). השאלתא בדבר ניתוחי גוויות (מכתב הממונה על המקצועות הרפואיים במשרד הבריאות אל שר הבריאות). ארכיון המדינה (ג-3469/5), ירושלים.
- משרד הבריאות (1953, 5 במרס). חוק הפתולוגיה והאנטומיה התשי"ג-1953. אוחזר מתוך https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Patolog_01.pdf
- משרד הבריאות (1960, א, 11 במרס). שאילתא 236. ארכיון המדינה (ג-3469/5), ירושלים.
- משרד הבריאות (1960, ב, 17 ביולי). ניבלין (מכתב מנהל מחלקת רוקחות אל מנכ"ל משרד הבריאות). ארכיון המדינה (ג-3469/5), ירושלים.
- משרד הבריאות (1960, ג, 18 בספטמבר). ניסוי בניואלין (מכתב סמנכ"ל משרד הבריאות אל יו"ר הנהלת איגוד אילנשול-פוליו). ארכיון המדינה (ג-3469/5), ירושלים.
- משרד הבריאות (1960, ד, 18 בדצמבר). גולאנטאמיין-ניואלין (מכתב ממחלקת הרוקחות אל מנכ"ל משרד הבריאות). ארכיון המדינה (ג-3469/5), ירושלים.
- נוריאלי, ב' (2015). חייבים להציל את הילדים: ארגון OSE ויהודי צפון אפריקה. בתוך 'י' שנהב (עורך), הציונות והאימפריות (עמ' 269-300). תל אביב: מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד.
- נידרלנדר, ד' (1983). השפעת הרופאים העולים מגרמניה על התפתחות הרפואה בארץ ישראל (1933-1948). קתדרה, 30, 111-160.
- ניסויים בכני אדם (1952, 5 ביוני). "ניסויים בכני אדם" (מתוך הרצאה שהוגשה למועצה להסתדרות הרפואית העולמית). מכתב לחבר, 302.
- פוקו, מ' (2008). הולדת הקליניקה: ארכיאולוגיה של המבט הרפואי (תרגום: נ' ברוך). תל אביב: רסלינג.

- פרידמן, א"ד (1939). לקראת כנוס רופאים יהודים בג'ניבה. הרפואה, 6(24), 65.
- הקונגרס העולמי השני של רופאים יהודיים (1952, 10-14 באוגוסט). מכתב לחבר, 195, 284.
- הרבנות הראשית לארץ ישראל (ללא תאריך). אישור על ניתוחים פתולוגיים (מכתב אל הוועד לפיתוח הפקולטה לרפואה בירושלים). ארכיון האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- רוזין, ת' ודודוביץ, נ' (2009). ההסתדרות הרפואית בישראל בשנות החמישים ובשנות האלפיים. עיונים בתקומת ישראל, 19, 56-92.
- רוזנבאום, ש' (1940). תפקיד הרופא ברפואה המונעת. הרפואה, 18(3), 48.
- שאשא, ש' (2002). הרפואה בגטאות בתקופת השואה. הרפואה, 141(4), 318-323.
- שורץ, ש' (2000). קופת חולים, הסתדרות, ממשלה: מהלכים בעיצובה של מערכת הבריאות בישראל, 1947-1960. באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- שרמן, מ' (1938). צבור הרופאים בארץ והישוב. הרפואה, 15, 1-2.
- תקנות בריאות העם, ניסויים רפואיים בבני אדם (תשמ"א-1980). נבו. אוהור מתוך https://www.nevo.co.il/law_html/Law01/049_028.htm
- תקנות האנטומיה והפתולוגיה (תשי"ד-1954). רשומות, קובץ התקנות 417, סעיפים 3-4. אוהור מתוך https://www.nevo.co.il/law_html/law06/tak-0417.pdf
- Annas, G. J. (1992). Changing landscape of human experimentation: Nuremberg, Helsinki, and beyond. *The Health Matrix, The Journal of Law-Medicine*, 2, 119-140.
- Annas, G. J. (1996). Ouestioning for grails: Duplicity, betrayal and self-deception in postmodern medical research. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 297(12), 297-324.
- Bamberg, M., & Budwig, N. (1992). Therapeutic misconceptions: When the voices of caring and research are misconstrued as the voice of curing. *Ethics & Behavior*, 2(3), 165-184.
- Bassiouni, C., Baffes, T. G., & Evrard, J. T. (1981). An appraisal of human experimentation in international law and practice: The need for international regulation of human experimentation. *The Journal of Criminal Law and Criminology (1973-)*, 72(4), 1597-1666.
- Blum, N., & Fee, E. (2007). The Polio epidemic in Israel in the 1950s. *American Journal of Public Health*, 97(2), 218.
- Davidovitch, N., & Shvarts, S. (2004). Health and hegemony: Preventive medicine, immigrants and the Israeli melting pot. *Israel Studies*, 9(2), 150-179.

- Dreyfus, H. L., & Rabinow, P. (1982). *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics* (2nd ed.) [Nachdr.]. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Efron, N. J. (2007). *Judaism and science: A historical introduction*. Santa Barbara, CA: Greenwood.
- File, D. (2009). *Circles of exclusion the politics of health care in Israel*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault effect: Studies in governmentality*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (2007). *Archaeology of knowledge*. London, England, & New York, NY: Routledge.
- Golan, T. (2004). Introduction. *Israel Studies*, 9(2), iv-viii.
- Heath, D., Rapp, R., & Taussig, K. S. (2004). Genetic citizenship. In D. Nugent & J. Vincent (Eds.), *A companion to the anthropology of politics* (pp. 152-167). London, England: Blackwell.
- Henderson, G. E., Churchill, L. R., Davis., A. M., Easter, M. M., Grady, C. Joffe, S., et al. (2007). Clinical trials and medical care: Defining the therapeutic misconception. *PLoS Medicine*, 4(11) e324, 1735-1738.
- Hirsch, D. (2009). Zionist eugenics, mixed marriage, and the creation of a "New Jewish type". *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 15(3), 592-609.
- Human Experimentation. (1964). Declaration of Helsinki. *Middle Articles*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1816102/pdf/brmedj02559-0071.pdf>
- Jasanoff, S. (1987). Contested boundaries in policy-relevant science. *Social Studies of Science*, 17(2), 195-230.
- Jasanoff, S. (1994). *The fifth branch: Science advisers as policymakers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kirsh, N. (2003a). Population genetics in Israel in the 1950s: The unconscious internalization of ideology. *Isis*, 94(4), 631-655.
- Kirsh, N. (2003b). Physicians in the young state of Israel: Putting Jewish migration into its historic perspective. *Korot*, 17, 71-96.
- Leibler, A. (2004). Statisticians' ambition: Governmentality, modernity and national legibility. *Israel Studies*, 9(2), 121-149.
- Mashelkar, R. A. (2004). Nation building through science & technology: A developing world perspective. *Innovation Strategy Today*, 1, 16-32.

- McHanwell, S., Brenner, E., Chirculescu, A. R. M., Drukker, J., van Mameren, H., Mazzotti, G., et al. (2008). The legal and ethical framework governing body donation in Europe: A review of current practice and recommendations for good practice. *Eur J Anat*, 12(1), 1-24.
- Miller, F. G., & Rosenstein, D. L. (2003). The therapeutic orientation to clinical trials. *New England Journal of Medicine*, 348(14), 1383-1385.
- Prainsack, B., & Firestone, O. (2006). "Science for survival": Biotechnology regulation in Israel. *Science and Public Policy*, 33(1), 33-46.
- Richardson, R. (1987). *Death, dissection and the destitute*. London, England, & New York, NY: Routledge & Kegan Paul.
- Swartz, T. (2008). *The epidemiology of Polio in Israel*. ICDC, Ministry of Health, No. 317. Tel Aviv: Dyonon.
- Tierney, T. F. (1998). Anatomy and governmentality: A Foucauldian perspective on death and medicine in modernity. *Theory & Event*, 2(1). doi:10.1353/tae.1998.0009
- Warwick, A. (2014). Making global health history: The postcolonial worldliness of biomedicine. *Social History of Medicine*, 27(2), 372-384.
- Wedel, J. R., Shore, C., Feldman, G., & Lathrop, S. (2005). Toward an anthropology of public policy. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 600(1), 30-51.