

הולדת הרפואה החברתית

בהרצאתי הראשונה ניסיתי להראות כי הבעיה הבסיסית איננה בניגוד שבין אנטי־רפואה לרפואה, אלא בהתפתחותה של המערכת הרפואית והמודל שאומץ ל"השקת" הרפואה והסניטציה במערב, מאז המאה השמונה־עשרה ואילך. ברצוני להדגיש שלוש נקודות, הנראות לי חשובות.

1. הביור־היסטוריה, כלומר ההשפעה של התערבות רפואית במישור הביולוגי, החותם שהשאירה ההתערבות הרפואית הנמרצת – זו שהחלה עם המאה השמונה־עשרה – על ההיסטוריה של המין האנושי. למעשה, ההיסטוריה של המין האנושי אינה אדישה למדיקליזציה. עובדה זו מצביעה על שדה מחקר ראשון שלמעשה טרם נלמד, אף על פי שכבר תחם בבחירות.

ידוע שמחלות זיהומיות רבות נעלמו מן העולם המערבי לפני כניסת הטיפול התרופתי המשמעותי במאה העשרים. הדָבָר – או סדרה של מחלות שכונו כך בידי מתעדים, היסטוריונים ורופאים – נסוג במהלך המאות השמונה־עשרה והתשע־עשרה מסיבות או תהליכים שאינם בדיוק מובנים לנו, ויש מקום לחוקרם.

מקרה ידוע אחר הוא זה של השחפת. לעומת 700 חולים שמתו משחפת ב־1812, רק 350 נחלו גורל דומה ב־1882, כאשר גילה קוֹך את החיידק שהביא לו את תהילתו; כאשר הוכנס הטיפול התרופתי לשימוש ב־1945, הצטמצם מספר קורבנות המחלה ל־50. כיצד ומדוע נסוגה המחלה? מה היו המנגנונים שהתערבו ברמה הביור־היסטורית? אין ספק ששינויים בתנאים הסוציו־כלכליים, מהלך ההסתגלות וההתנגדות של האורגניזם, תהליך היחלשותו של החיידק עצמו, כמו גם התפתחותם של אמצעי ההיגיינה והבידוד, מילאו תפקיד חשוב בשינוי זה. הידע שנצבר בנושא רחוק מלהיות שלם, אך יהיה מעניין לחקור את התפתחות היחסים בין האנושות, שדה החיידקים והווירוסים, ומעורבותן של ההיגיינה, הרפואה וטכניקות הריפוי השונות.

בצרפת החלה קבוצה של היסטוריונים, וביניהם לאדורי ופטר, לנתח תופעות אלה. ניתוחיהם מסתמכים על סטטיסטיקות הגיוס מן המאה התשע-עשרה לצורך בחינת התפתחויות סומאטיות מסוימות של המין האנושי.

2. המדיקליזציה, כלומר העובדה שהחל מן המאה השמונה-עשרה הקיום האנושי, ההתנהגות האנושית והגוף האנושי הוכנסו לתוך רשת של רפואיות, שחשיבותה ודחיסותה הגדלות בהתמדה אפשרו לפחות ופחות עניינים לחמוק מפניה.

גם המחקר הרפואי, שהפך פולשני ומדוקדק יותר ויותר, ופיתוחם של מוסדות בריאות, ראויים למחקר, ואת זה אנחנו מנסים לערוך בקולג' דה פראנס. אחדים מאיתנו חוקרים את הגידול שחל באשפוז ובמנגנוניו מן המאה השמונה-עשרה ועד ראשית המאה התשע-עשרה, בעוד אחרים מתמקדים בחקר ההביטאט של בתי החולים והסובב אותם: דרכי גישה, נתיבי תעבורה ותשתית המונים, המבטיחה את תפקודם היומיומי, בעיקר בסביבות עירוניות.

3. כלכלת הבריאות, כלומר האינטגרציה ושיפור הבריאות, שירותי הבריאות וצריכת הבריאות בחברות המפותחות והמשגשגות מבחינה כלכלית. זוהי בעיה קשה ומורכבת שתקדימיה אינם מוכרים היטב. בצרפת הוקמה קבוצה המקדישה עצמה למטרה זו, "המרכז לחקר הרווחה", הכוללת את לְטוֹרְמִי, קְרֶסְנְטִי ודופוי. קבוצה זו חוקרת בעיקר את הסוגיה של צריכת הבריאות במהלך שלושים השנים האחרונות.

ההיסטוריה של המדיקליזציה

מאחר שהצטמצמתי בעיקר להתחקות אחר תולדותיה של המדיקליזציה, אמשיך בניתוח כמה מן ההיבטים של התהליך בחברות ואוכלוסיות החל מן המאה התשע-עשרה. בהקשר זה אבחן את הדוגמה הצרפתית, המוכרת לי יותר, תוך התייחסות קונקרטית להולדת הרפואה החברתית.

לעתים קרובות טוענים כי ביקורות מסוימות של פרקטיקות עכשוויות של מדיקליזציה גורסות כי הרפואה העתיקה – היוונית והמצרית – או צורות רפואה של חברות פרימיטיביות, היו חברתיות וקולקטיביות, ולא התרכזו בפרט. בורותי באנתולוגיה ובאגיפטולוגיה מונעת ממני לחוות דעה בעניינן, אבל לאור מה שידוע לי על ההיסטוריה היוונית, רעיון זה מעורר בי תמיהה, כי איני מבין כיצד אפשר לאפיין את הרפואה היוונית כקולקטיבית או כחברתית.

אך אלה אינן שאלות חשובות. השאלה החשובה היא האם הרפואה המודרנית

– כלומר המדעית – זו שנולדה בסוף המאה השמונה-עשרה, בין מורגני ובישא, עם פיתוח האנטומיה הפתולוגית, היא אינדיווידואלית אם לאו. האם יש ביכולתנו להראות, כפי שאנשים מסוימים אכן מראים, כי הרפואה המודרנית היא אינדיווידואלית משום שהשתלבה ביחסי שוק? האם נטען כי הואיל והרפואה המודרנית קשורה לכלכלה קפיטליסטית, פירוש הדבר שהיא אינדיווידואלית או אינדיווידואליסטית, כלומר הולמת רק את יחסי השוק הקושרים את הרופא עם המטופל, ואינה הולמת את הממד הגלובלי, הקולקטיבי, של החברה? אפשר להראות כי לא בכך העניין. הרפואה המודרנית היא רפואה חברתית שבבסיסה טכנולוגיה מסוימת של הגוף החברתי; רפואה היא פרקטיקה חברתית ורק היבט אחד שלה הוא היבט אינדיווידואליסטי שמאדיר את ערך היחסים בין הרופא למטופל.

בהקשר זה אני מבקש להפנותכם לעבודתו של וארן ל. בולו: "התפתחות הרפואה כמקצוע: תרומתה של אוניברסיטת ימי הביניים לרפואה המודרנית", המבהירה את האופי האינדיווידואליסטי של רפואת ימי הביניים, ומציגה את ההיבט הקולקטיבי של הפעילות הרפואית כמוצנע וכמוגבל ביותר.

אני מבקש לטעון כי המעבר לקפיטליזם לא חולל מעבר מרפואה קולקטיבית לרפואה פרטית, אלא להפך: האובייקט הראשון שחיברת הקפיטליזם – שהתפתח מסוף המאה השמונה-עשרה ועד ראשית המאה התשע-עשרה – היה הגוף כגורם של כוח ייצור, כוח עבודה. שליטת החברה בפרטים לא הושגה רק באמצעות תודעה או אידיאולוגיה, אלא גם בתוך הגוף ועם הגוף. מבחינת החברה הקפיטליסטית, היתה הביו-פוליטיקה – הביו-לוגי, הסומאטי, הגופני – חשובה מכל. הגוף הוא ממשות ביו-פוליטית; הרפואה היא אסטרטגיה ביו-פוליטית.

כיצד התרחש חיברות זה? הייתי רוצה להסביר את עמדתי על בסיס כמה השערות מקובלות. אין ספק שמבחינה פוליטית וחברתית הגוף האנושי הוכר ככוח עבודה. עם זאת, באופן טיפוסי להתפתחותה של הרפואה החברתית או הרפואה המערבית עצמה, בתחילה לא התעסקה העוצמה הרפואית בגוף האנושי ככוח עבודה. הרפואה לא התעניינה בגוף הפרולטרני, האנושי, כאמצעי עבודה, עד המחצית השנייה של המאה התשע-עשרה, אז הועלתה הבעיה של הגוף, בריאותו, והכוח היצרני של פרטים.

אם כן, ניתן לשחזר את שלושת שלבי התפתחותה של הרפואה החברתית: תחילה רפואת מדינה, אחר כך – רפואה עירונית, ולבסוף, רפואת כוח העבודה.

רפואת מדינה

"רפואת המדינה" התפתחה לראשונה בגרמניה, בתחילת המאה השמונה־עשרה. כאשר בוחנים סוגיה זו, עולה על הדעת הצהרתו של מרקס כי הכלכלה היא אנגלית, הפוליטיקה – צרפתית, והפילוסופיה – גרמנית. אולם למעשה, דווקא בגרמניה של המאה השבע־עשרה – הרבה לפני צרפת ואנגליה – צמח מה שניתן לכנות בשם מדע המדינה, או Staatswissenschaft. תחת השם "מדע המדינה" אפשר לקבץ שני אספקטים שהופיעו במדינה זו באותה עת:

מצד אחד, תחום הידע שמושא מחקרו הוא המדינה – לא רק משאבי הטבע של חברה או תנאי המחיה של אוכלוסייתה, אלא כלל התפקוד של המנגנון הפוליטי. חקר משאביהן של מדינות ותפקודן היה דיסיפלינה גרמנית של המאה השמונה־עשרה.

מצד שני, הביטוי מציין גם את השיטות אשר סייעו למדינה ליצור את הידע שאיפשר לה להבטיח את תפקודה ולצוברו.

המדינה כמושא של מחקר, וככלי ומקום לרכישת גוף ידע ספציפי, התפתחה בגרמניה מהר יותר מאשר בצרפת ובאנגליה. לא קל לקבוע את הסיבות לתופעה זו, והיסטוריונים טרם התעמקו בה או בסוגיית הולדתו בגרמניה של מדע המדינה, או של מדע שעסק במדינה. לדעתי, ההסבר נעוץ בעובדה שגרמניה הפכה למדינה מאוחדת רק במאה התשע־עשרה, בעוד שעד אותו זמן היתה רק צירוף של כמעט־מדינות, כמו־מדינות, צבר של ישויות קטנות שלא היו ממש מדינות. אלא שכאשר מדינות אלו נוצרו, הלכו והתפתחו טכנולוגיות של ידע מדינתי שעסקו בעצם תפקודה של המדינה. ממדיהן הקטנים של אותן מדינות, קירבתן הגדולה זו לזו, הקונפליקטים והעימותים הבלתי פוסקים ביניהן, יחסי הכוח שלהן, שהיו בלתי מאוזנים ומשתנים תדיר, אילצו אותן להשוות עצמן זו לזו, לחקות שיטות ולנסות להמיר את כוח הזרוע ביחסים מסוגים אחרים.

לעומת זאת, תפקודן של מדינות גדולות, כמו צרפת או אנגליה, היה טוב יחסית בזכות מנגנונים בעלי עוצמה כמו צבא ומשטרה. בגרמניה, ממדיהן הקטנים של המדינות יצרו את הכורח והאפשרות לפתח מודעות דיסקורסיבית בנושא תפקודה של החברה ביחס למדינה.

הסבר נוסף תולה את צמיחתו של מדע המדינה בהתפתחות האטית, או בסטגנציה של הכלכלה הגרמנית במאה השמונה־עשרה, לאחר מלחמת שלושים השנים, וההסכמים הגדולים בין צרפת לאוסטריה.

לאחר פרץ הפיתוח הראשון בגרמניה בתקופת הרנסאנס, הופיעה בה גרסה

מוגבלת של בורגנות שהתקדמותה הכלכלית נעצרה במאה השבע־עשרה, ומנעה ממנה להתפרנס מסחר ומבתי המלאכה והתעשייה המתפתחים. לכן חיפשה בורגנות זו מפלט בשירות הריבון, כשהיא יוצרת גופים של פונקציונרים זמינים בשביל המנגנון המדינתי, אותו ביקשו הנסיכים לכוון במטרה לשנות את יחסי הכוח עם שכניהם.

בורגנות זו, שהיתה פאסיבית מבחינה כלכלית, התייצבה לימין השליטים שהתמודדו עם מאבק מתמשך, והציעה להם את אנשיה, מיומנותה, עושרה וכן הלאה, לצורך מלאכת ארגון המדינות. כך התפתח בגרמניה המושג המודרני של מדינה שכלל מנגנונים, עובדי ציבור וידע, הרבה לפני שהתפתח בארצות חזקות ממנה מבחינה פוליטית, כמו צרפת, או מבחינה כלכלית, כמו אנגליה.

המדינה המודרנית הופיעה במקום בו לא היתה עוצמה פוליטית וגם לא פיתוח כלכלי. בדיוק בשל סיבות שליליות אלה, דווקא פרוסיה, שהיתה מפותחת פחות מבחינה כלכלית ופחות יציבה מבחינה פוליטית, התפתחה בלב אירופה למדינה המודרנית הראשונה, בעוד שצרפת ואנגליה המשיכו להיצמד למבנים הישנים. מטרתן היחידה של הערות היסטוריות אלה על הולדתם של מדע המדינה ושל ההרהור אודות המדינה במאה השמונה־עשרה, היא להסביר כיצד קרה שרפואת המדינה הופיעה לראשונה דווקא בגרמניה.

באקלים הפוליטי, הכלכלי והמדעי שאפיין את סוף המאה השבע־עשרה וראשית המאה השבע־עשרה, אקלים שנשלט בידי מרקנטיליזם, החלו כל עמי אירופה להתעניין בבריאות אוכלוסיותיהם. מרקנטיליזם לא היה אז רק תיאוריה כלכלית, אלא גם פרקטיקה פוליטית שנועדה לווסת זרמים מונטריים בינלאומיים, לחולל זרימת טובין שתהלוך אותם, ולכוון את הפעילות היצרנית של האוכלוסיה. במהותה, המדיניות המרקנטיליסטית התבססה על גידול בנפח הייצור והאוכלוסיה הפעילה – כשהמטרה הכוללת היתה ליצור חליפין מסחריים אשר יאפשרו לאירופה להשיג את ההשפעה המונטרית המרבית, וכך לממן את אחזקת הצבאות והמנגנון אשר העניקו למדינה כוח ממשי ביחסיה עם אחרים.

מתוך נקודת ראות זאת החלו צרפת, אנגליה ואוסטריה לבחון את הכוח הפעיל של אוכלוסיותיהן. כך הופיעו סטטיסטיקות של שיעורי ילודה ותמותה בצרפת ובאנגליה, במפקדי האוכלוסין הגדולים שהחלו במאה השבע־עשרה. אבל באותה עת, גם בצרפת וגם באנגליה, העניין היחיד שגילתה המדינה בתחום הבריאות נגע לשרטוט טבלאות של שיעורי ילודה ותמותה, אשר סיפקו אינדיקציות אמיתיות של בריאות האוכלוסיה ושיעורי גידולה בהעדרה של כל התערבות מאורגנת לשיפור רמת הבריאות.

בגרמניה, לעומת זאת, התפתחה פרקטיקה רפואית שהוקדשה לשיפורה של בריאות הציבור. פראנק ודניאל, למשל, הציעו בין 1750 ל-1770, תכנית שכוונה למטרה זו: מי שכונתה המשטרה הרפואית הופיעה ב-1764, ומשמעותה היתה רחבה בהרבה מזו של סקר הילודה והתמותה.

המשטרה הרפואית, שהקמתה תוכננה בגרמניה באמצע המאה השבע-עשרה ויושמה בסוף אותה מאה, ובראשית המאה הבאה, כללה:

– מערכת של תצפיות על מחלות אשר התבססה על איסוף של מידע מבתי חולים ומרופאים בערים ובאזורים שונים, וברמת המדינה – רישום של תופעות אפידמיולוגיות ואנדרמיולוגיות שנצפו.

– היבט חשוב נוסף הראוי לציון היה הסטנדרטיזציה של הפרקטיקה והידע הרפואיים. עד אותה עת הופקדה הסמכות בעניינים של חינוך רפואי והסמכה בידי האוניברסיטה, או ליתר דיוק בידי הגילדה הרפואית. באותם ימים התפתח רעיון הסטנדרטיזציה של הוראת הרפואה, ובאופן ספציפי יותר של פיקוח ציבורי על תכניות ההכשרה והענקת התארים. הרפואה והרופאים הפכו לפיכך למושאה הראשונים של הסטנדרטיזציה, אשר יושמה על הרופא עוד לפני שיושמה על המטופל. הרופא היה הפרט המתוקנן הראשון בגרמניה. את התנועה הזאת, שהתפשטה על פני כל אירופה, צריך לחקור כל מי שמתעניין בהיסטוריה של המדעים. בגרמניה חלה תופעה זו על הרופאים, אבל בצרפת, למשל, תיקנון של פעילויות ברמת המדינה חל קודם כל על התעשייה הצבאית: ייצור התותחים והרובים עבר סטנדרטיזציה באמצע המאה השמונה-עשרה, על מנת להבטיח שכל סוג של רובה יוכל לשמש כל חייל, שכל תותח יהיה ניתן לתיקון בכל מסגריה וכן הלאה. אחרי הסטנדרטיזציה של כלי הירי, המשיכה צרפת ב'נירמול' הפרופסורים. ה-*ecoles normales* הראשונים, שתוכננו במטרה להקנות לכל הפרופסורים אותו סוג של הכשרה, ומכאן אותה רמה של מיומנות, נוצרו בערך ב-1775, ומוסדו בין השנים 1790 ל-1791. צרפת תיקננה את תותחיה ואת הפרופסורים שלה; גרמניה תיקננה את רופאיה.

– ארגון מינהלי לפיקוח על פעילותם של רופאים. בפרוסיה ובמדינות אחרות בגרמניה, בדרג של המיניסטרוניון והממשל המרכזי, יוחד משרד ספציפי למשימה של איסוף נתונים שהרופאים סיפקו; לפיקוח על דרך הניהול של בירורים רפואיים; לאימות סוגי הטיפולים המיושמים; לתיאור התגובות להופעתן של מגיפות וכיו"ב; ולבסוף, להוצאת צווים על בסיס נתונים ריכוזיים אלה. כל אלה הניחו, כמובן, את כפיפותה של הפרקטיקה הרפואית לסמכות מנהלית גבוהה יותר.

– יצירת דרג של מנהלים רפואיים, שמומנו בידי הממשלה, וקיבלו אחריות על אזור מוגדר. מפקחים אלה שאבו את עוצמתם מסמכותם-שלהם, או מיישום הסמכות שהיקנה להם הידע שברשותם.

התכנית שאימצה פרוסיה בתחילת המאה התשע-עשרה היתה בנויה כמעין פירמידה, שבבסיסה הרופא האזורי האחראי לאוכלוסיה של בין 6,000 ל-10,000 תושבים, ומעליו מוצבים מנהלים שבאחריותם מחוזות נרחבים יותר, והאוכלוסיה שלה הם אחראים מונה 35-50 אלף נפש. בתקופה זו תיפקד הרופא כמינהלן בריאות.

ארגון הידע הרפואי המדינתי, הסטנדרטיזציה של מקצוע הרפואה, ההכפפה של הרפואה למינהל הכללי, ולבסוף, הכללתם של רופאים שונים בארגון רפואי אחד, הנשלט בידי המדינה, יצרו סדרה של תופעות חדשות לחלוטין אשר איפיינו את מה שאפשר לכנות בשם "רפואת המדינה".

רפואת מדינה זו, שבמידת מה הקדימה את זמנה, שכן הופיעה לפני שנוצרה הרפואה המדעית הגדולה של מורגאני ובישא, לא שאפה לעצב כוח עבודה שיתאם את צורכי התעשיות שהתפתחו באותה עת. לא גופם של הפועלים עמד במרכז עניינם של מנהלי בריאות הציבור, אלא גופם של פרטים שבהצטרפם יחד יצרו את המדינה. זו לא היתה שאלה של כוח עבודה אלא של עוצמת המדינה בקונפליקטים שלה עם שכנותיה – קונפליקטים כלכליים, ללא ספק, אך גם פוליטיים. הרפואה היתה מחויבת אפוא לשכלל את כוח המדינה הזה ולפתח אותו, והתעניינות זו מצד המדינה משמעותה היתה סולידריות כלכלית-פוליטית מסוימת. לכן תהיה זו טעות לנסות לקשרה לאינטרס מידי של השגת כוח עבודה חזק וזמין.

הדוגמה של גרמניה חשובה גם משום שהיא מראה כיצד, באורח פרדוקסאלי, הרפואה המודרנית הופיעה בשיאה של הממלכתיות. לאחר הקמתם של פרויקטים אלה – רובם בסוף המאה השמונה-עשרה ותחילת המאה התשע-עשרה, לאחר שרפואת המדינה כבר מוסדה בגרמניה – אף מדינה לא העזה להציע רפואה ביורוקרטית, קולקטיבית וממלכתית כל-כך. לכן לא התרחשה כל טרנספורמציה הדרגתית של הרפואה, שהפכה ליותר ויותר חברתית ומנוהלת בידי המדינה. בדרך שונה מאוד, את הרפואה הקלינית הגדולה של המאה התשע-עשרה הטרימה רפואה ממלכתית קיצונית. מערכות אחרות של רפואה חברתית במאות השמונה-עשרה והתשע-עשרה היו ואריאציות מוקטנות של מודל מינהלי זה של שליטת המדינה אשר כונן בגרמניה באותן שנים.

זוהי מערכת התופעות הראשונה שאליה ארצה להתייחס. מערכת זו לא משכה את תשומת לבם של היסטוריונים של הרפואה, אבל זכתה לניתוח מדויק בדי ג'ורג' רוזן, במחקריו על היחס בין קאמרליזם,¹ מרקנטייליזם ומושג המשטרה הרפואית. ב-1953 פירסם רוזן ב-*Bulletin of the History of Medicine* מאמר שהוקדש לסוגיה זו, שכותרתו: "קאמרליזם ומושג המשטרה הרפואית". בהמשך הוא חקר אותה בספרו "היסטוריה של בריאות הציבור".

רפואה עירונית

את הצורה השנייה של התפתחות הרפואה החברתית מייצגת הדוגמה של צרפת, שם הופיעה בסוף המאה השמונה-עשרה רפואה חברתית שלכאורה לא היתה מבוססת על מבנה המדינה, כמו בגרמניה, אלא על תופעה שונה לחלוטין – העיור. הרפואה החברתית התפתחה בצרפת בזיקה להתרחבותם של מבנים אורבניים. כדי להבין מדוע ואיך התרחשו תופעות כאלה, צריך לעיין קצת בהיסטוריה. עלינו לדמות לעצמנו עיר צרפתית גדולה, בין 1750 ל-1780, כריבוי מעורבב של טריטוריות הטרוגניות וכוחות יריבים. פריז, לדוגמה, לא היוותה יחידה טריטוריאלית אחת, אזור שנשלט בידי סמכות יחידה, אלא הורכבה ממערכת של סמכויות סניוריאליות שהוחזקו בידי הדיוטות, הכנסייה, קהילות דתיות וגילדות, שהיו סמכויות בעלות אוטונומיה ותחומי שיפוט משל עצמן. בין נציגי המדינה היו גם נציגי הכתר, ראש המשטרה ונציגי בית המשפט הגבוה.

במחצית השנייה של המאה השמונה-עשרה התחדדה הבעיה של האחדת הסמכות העירונית. באותה עת הורגש צורך לאחד את העיר – לפחות לתלכידים גדולים – ולארגן את הגוף העירוני הקורפורטיבי בדרך הומוגנית וקוהרנטית, במטרה לשלוט בו באמצעות סמכות יחידה ומבוקרת היטב.

גורמים שונים שיחקו תפקיד בתהליך זה. במקום הראשון ניצבו, ללא ספק, שיקולים כלכליים. משעה שהעיר הפכה למרכז שוק חשוב שריכוז פעילויות כלכליות – לא רק במישור האזורי אלא גם במישור הלאומי, ואפילו הבינלאומי – פחתה יכולתן של התעשיות המתהוות לסבול את ריבוי הסמכויות ותחומי השיפוט. העובדה שהעיר לא היתה רק מרכז שוק, אלא גם מרכז של ייצור, הפכה את הצורך במנגנוני ויסות הומוגניים וקוהרנטיים לחיוני.

1 [קאמרליזם, Cameralism: אסכולה פרוסית בת המאה השמונה-עשרה שגרסה כי על המדינה להתמקד, בנוסף לשמירה על החוק, גם בקידום הרווחה הקולקטיבית באמצעים כלכליים. מטרתה היתה לגייס את כלל האוכלוסיה לטובת הכלל. כל ההערות הן של המתרגמת]

הסיבה השנייה היתה פוליטית. התפתחות הערים, והופעתה של אוכלוסיה עוברת ענייה אשר הפכה במהלך המאה התשע-עשרה לפרולטריון, הובילו בהכרח להתגברות המתח בתוך הערים. קיומן במקביל של קבוצות קטנות – גילדות, מקצועות, איגודים וכיו"ב – שהתנגדו אלה לאלה אבל גם איזנו וניטרלו אלה את אלה, החל להצטמצם לכדי עימות בין עשירים לעניים, פלכאים ובורגנות, והוביל לעתים קרובות לתסיסה ולהתקוממויות עירוניות שעירבו יותר ויותר אנשים. אף כי אירועים שכוננו מרידות של קיום – כאשר בעקבות העלאת מחירים או הורדת שכר התנפלו העניים ביותר, שלא הצליחו לפרנס עצמם יותר, על אסמים, שווקים וממגורות – לא היו תופעה חדשה לגמרי במאה השמונה-עשרה, מחאות אלה הפכו אלימות יותר ויותר והובילו להתפרעויות רחבות בתקופת המהפכה הצרפתית.

לסיכום אפשר לומר שבאירופה, עד המאה השבע-עשרה, האיום החברתי העיקרי היה ממוקם בעיקר באזורי הכפר. איכרים עניים, ששילמו יותר ויותר מסים, אחזו בחרמשים ויצאו להסתער על טירות ועיירות. המחאות של המאה השבע-עשרה היו מחאות איכרים, אשר בעקבותיהן אוחדו הערים. לעומת זאת, בסוף המאה השמונה-עשרה החלו מרידות האיכרים להיעלם, הודות לעלייה ברמת חייהם – אבל העימותים העירוניים הפכו תדירים יותר, עם התגבשותו של תת-מעמד שעבר פרולטריוזיה. מכאן נולד הצורך בסמכות פוליטית אמיתית שתוכל להתמודד עם הבעיה שהציבה אוכלוסיה עירונית זו.

בתקופה זו הופיעו והתעצמו תחושות של פחד וחרדה מפני הערים. הפילוסוף קָבָאנִי (Cabanis), למשל, אמר ביחס לערים בסוף המאה השמונה-עשרה כי בכל פעם שאנשים מתכנסים, רמתם המוסרית מידרדרת; וכל אימת שהם מתכנסים במקום סגור, גם רמתם המוסרית וגם רמתם הבריאותית מידרדרות. כך התעורר מה שניתן לכנותו פחד אורבני, פחד מפני העיר, אי נוחות אופיינית מאוד: פחד מפני בתי המלאכה ובתי החרושת הנבנים, מפני הגובה המוגזם של הבניינים והמגפות העירוניות, מפני השמועות שפשטו בערים; פחד מפני בורות השפכים והמחפורות שעל גבן הוקמו הבניינים, אשר היו מועדים לקרוס בכל רגע.

במאה השמונה-עשרה, חייהן של הערים הגדולות, ושל פריז בעיקר, עוררו סידרה של פאניקות. אפשר להזכיר את הדוגמה של "בית הקברות של החפים", במרכז פריז², שבו הושלכו, זו על גבי זו, גופותיהם של בני המעמד החברתי

2 [Cimetière des Innocents, או בשמו המלא "בית הקברות של הקדושים החפים" (בעקבות המסופר בברית החדשה על טבח החפים בבית לחם): בית הקברות שפעל במרכז פריז בין המאות השתים-עשרה והשמונה-עשרה]

שלא עלה בידם להשיג או לקבל חלקת קבר פרטית. הפאניקה העירונית אפיינה את החרדה הפוליטית-סניטרית, את אי הנוחות שפשטה בעת שהתפתח הסבך העירוני. היה צורך באמצעים שיאפשרו לשלוט בתופעות מדיקליות ופוליטיות אלה, שעוררו באוכלוסיות הערים חרדות עזות.

בשלב זה נוצר מנגנון חדש, שלמרות היותו ברחיזוי, אינו מוכל בתבניות המקובלות של היסטוריוני הרפואה. כיצד היה יכול המעמד הבורגני להגיב בלי להפעיל כוח שייבלם באמצעות הסמכויות המסורתיות? היה צורך במודל התערבות מוכר, אך נדיר בשימוש – מודל הקרנטינה. מאז סוף ימי הביניים נקבעה, לא רק בצרפת אלא בארצות אירופה כולן, 'תכנית חירום' לעת מגיפת דבר או מגיפה רצינית אחרת בעיר:

1. כל התושבים היו אמורים להישאר בכתיים כדי שאפשר יהיה לאתרם במקום אחד ויחיד. כל משפחה היתה צריכה להישאר בביתה, ואם אפשר – כל אחד בחדרו. כולם נדרשו להפסיק לנוע.
2. העיר היתה מחולקת לארבעה אזורים שעל כל אחד מהם היה מפקח אחראי שתפקידו לטפל במשימה זו. ראש האזור היה אחראי על המפקחים, שתפקידם היה לסייר במשך היום ברחובות ולוודא שאיש לא עוזב את ביתו. כך התהוותה מערכת פיקוח כללית שמידרה את העיר ושלטה בה.
3. פקחי הרחובות והאזורים היה אמורים להציג לראש העיר דו"ח יומי שיפרט כל דבר שהבחינו בו. כלומר, המערכת שהופעלה לא עסקה רק בפיקוח כללי אלא שימשה גם כמערכת ריכוזית של מידע.
4. המפקחים היו אמורים לבדוק מדי יום את כל בתי העיר. בכל רחוב שסרקו היה עליהם לבקש מכל דייר להופיע בחלון כדי לוודא שעודנו בחיים ולציין עובדה זו ברישומיהם. אי הופעה בחלון פירושה היה שהחולה נדבק בדבר, ולפיכך יש להעבירו לבית חולים מיוחד (infirmerie spéciale) מחוץ לעיר. כך נוצר רישום כולל של החיים והמתים שהתעדכן באופן יומיומי.
5. כל בית ובית חוטא באמצעות בשמים וקטורת.

תכנית הקרנטינה ייצגה את האידיאל של ארגון סניטרי טוב בערי המאה השמונה-עשרה. באופן בסיסי, בהיסטוריה המערבית התקיימו שני מודלים עיקריים של ארגון רפואי: האחד, שורשיו היו בצרעת, והשני – בדבר.

בימי הביניים, בכל פעם שהתגלה מקרה של צרעת, גורש מיד החולה מן המרחב המשותף, העיר, והוגלה למקום עלום שם התערבה מחלתו בזו של זולתו. מנגנון הגירוש נועד לטהר את הסביבה העירונית. בתקופה זו, המשמעות של

המדיקליזציה של הפרט היתה הפרדתו, לצורך טיהור האחרים. היתה זו רפואה של הדרה. בתחילת המאה השבע-עשרה, אפילו כליאתם של הלוקים בשכלם, בעלי עיוותי גוף וכדומה נענתה למושג הזה.

למולה התקיימה מערכת פוליטית-רפואית אחרת, שנוסדה לא נגד הצרעת אלא נגד הדבר. במקרה זה, לא הדירה הרפואה את החולה ולא פינתה אותו לאזור דל ועלוב. הכוח הפוליטי של הרפואה התבסס על פיזורם של בני אדם, זה לצד זה, בידודם, הפיכתם לפרטים, והשגחה על כל אחד מהם, תוך ניטור מצב בריאותם ובדיקה אם הם חיים או מתים, במטרה לשמור על החברה במרחב ממודר הזוכה לפיקוח קפדני ולשליטה באמצעות רישום מדוקדק של כל אירוע.

אם כן, היתה תכנית רפואית לטיפול בצרעת – הדרה בעלת אופי דתי של טיהור העיר. היתה גם תכנית לטיפול בדבר, וזו לא כלאה אנשים ולא העבירה אותם אל מחוץ למרכז העירוני, אלא היתה תלויה בנינוח מפורט של העיר, וברישום רציף שלה. המודל הדתי הוחלף, אפוא, במודל צבאי. בבסיסו היה זה הפיקוח הצבאי ששימש כמודל לארגון פוליטי-רפואי זה.

במחצית השנייה של המאה השמונה-עשרה, הרפואה העירונית, על שיטות התצפית והאשפוז שלה, לא היתה אלא שכלול של המתכונת הפוליטית-רפואית של הקרנטינה שהופיעה בסוף ימי הביניים, כלומר במאות השש-עשרה והשבע-עשרה. תכנית ההיגיינה הציבורית היתה גרסה מעודנת של הקרנטינה, ראשיתה של הרפואה העירונית הגדולה שהופיעה במחצית השנייה של המאה השמונה-עשרה והתפתחה מאותה עת ואילך בעיקר בצרפת.

מטרותיה העיקריות של הרפואה העירונית היו כדלהלן:

ראשית, לחקור את הצטברות הפסולת העלולה לגרום למחלות במרחב העירוני, ולאתר את המקומות שייצרו והפיצו מגיפות או תופעות אנדמיות. בתי קברות היו מקור החשש העיקרי. לפיכך, בין 1740 ל-1750 החלו להופיע מחאות נגד בתי קברות. העברתם הגדולה הראשונה לשולי העיר החלה בסביבות 1750. באותה תקופה התפתח בית הקברות האינדיווידואלי, כלומר ארון הקבורה האישי והמצבה המשפחתית, שעל גבה צוין שמו של כל אחד מחבריה.

לעתים קרובות נטען כי בחברה המודרנית, פולחן המוות מקורו בנצרות. אינני שותף לדעה זו. בתיאולוגיה הנוצרית אין דבר המעניק כבוד לגופה כגופה. האל הנוצרי הכל-יכול מסוגל להעיר את המתים אפילו לאחר עורכבו עם אחרים בבור קבורה.

האינדיווידואליזציה של הגופה, ארון הקבורה והקבר, הופיעו בסוף המאה השמונה-עשרה, לא מסיבות דתיות של כבוד לגוף המת, אלא מתוך שיקולים

פוליטיים-סניטריים הקשורים לכבוד לאנשים החיים. כדי להגן על החיים מפני פגיעתם הרעה של המתים, נקבע שיש לרשום את האחרונים ממש כמו את הראשונים, ואף יותר, אם רק אפשר.

כך הופיע בשולי הערים, בסוף המאה השמונה-עשרה, צבא אמיתי של מתים, כמו פלוגה המיושרת למסדר. לכן הכרחי היה לפקח על האיום הקבוע שהציבו המתים, לנתחו ולצמצמו. לפיכך הועברו המתים לאזורי הכפר והונחו זה לצד זה במישורים הגדולים סביב הערים.

רעיון זה לא היה נוצרי, אלא רפואי ופוליטי. ההוכחה הטובה ביותר לכך היא שבעת שהועלה הרעיון להעביר את "בית הקברות של החפים", פנו לפורקרוואה, מגדולי הכימאים של סוף המאה השמונה-עשרה, במטרה לברר כיצד להתמודד עם השפעותיו של בית הקברות הזה. היה זה הוא שדרש להעביר את בית הקברות, והיה זה הוא שעמד בראש המשטרה הרפואית והעירונית הראשונה, אשר הורתה על הגליית בתי הקברות על סמך מחקריו בנושא היחס בין אורגניזמים חיים לאוויר הסובב אותם.

דוגמה נוספת היא זו של בתי המטבחים, שאף הם ניצבו במרכז פריז, ובעקבות התייעצות עם האקדמיה למדעים, הוחלט להקימם בשוליה המערביים של העיר, בלה-וילט.

1. מטרתה הראשונה של הרפואה היתה אפוא למפות אזורים של צפיפות, אי-סדר וסכנה בתוך תחומים עירוניים.

2. לרפואה העירונית היתה מטרה חדשה – לשלוט במיחזור. לא מיחזור של פסלים אלא של דברים ויסודות, בעיקר מים ואוויר.

במאה השמונה-עשרה רווחה האמונה הישנה שלאוויר נודעת השפעה ישירה על האורגניזם בשל האדים הרעילים שהוא נושא, משום שהוא קר או חם מדי, בשל היובש או הלחות שהוא מעביר לאורגניזם, ולבסוף, משום שהאוויר יוצר לחץ ישיר על הגוף באמצעות פעולה מכאנית. האוויר נחשב לאחד הגורמים הפתוגניים ביותר.

אבל איך אפשר לקיים איכות אוויר בעיר? איך אפשר לשמור על אוויר בריא, כשזה כלוא בין קירות, בתים וחללים סגורים החוסמים את תנועתו? כך התעורר הצורך לפתוח את שדרות המרחב העירוני במטרה לשמור על בריאות האוכלוסיה. במסגרת המאמץ למצוא מהן השיטות הטובות ביותר לאוורור העיר, הוזמנה חוות דעת של ועדות מן האקדמיה למדעים, של רופאים, של כימאים וכדומה. אחת התוצאות המוכרות ביותר היתה הריסה. בשל צפיפות יתר ומחירי קרקעות גבוהים בימי הביניים, בתים מסוימים נבנו על מורדות. התעוררה אז

סברה שבתים אלה מונעים את תנועת האוויר מעל לזרמים ומשמרים את לחות האוויר במורדות: בתים אלה נהרסו באופן שיטתי. חישובים שהתבצעו הורו כי מספר מקרי המוות שנמנעו הודות להריסתם של שלושה בתים שנבנו על הפונט־נף היה 400 נפש לשנה, כלומר 20,000 בחמישים שנה וכן הלאה.

בדרך זו עוצבו מסדרונות אורור וזרמי אוויר בדומה לארגון המים. בפריז, ב־1767, הקדים האדריכל מורו את זמנו כשהגה את הרעיון לארגן את גדות הסינה והאיים שבה כך שזרם הנהר עצמו יטהר את העיר מאדים רעילים. אם כן, המטרה השנייה של הרפואה העירונית היתה למסד מיחזור טוב של אוויר ומים ולקנות שליטה עליו.

3. יעד מרכזי נוסף של הרפואה העירונית היה לארגן את מה שניתן לכנות פיזור וסדרתיות. השאלה היתה היכן למקם את היסודות השונים הנחוצים לחיי העיר המשותפים. בהקשר זה הועלתה בעיית מיקומם היחסי של ברוזים וצינורות ביוב, של משאבות ובתי מרחץ בנהר. איך למנוע חדירה של מים מזוהמים למעיינות מי השתייה? איך לשמור על אספקת המים הנקיים של האוכלוסיה כך שלא תתערב במי השופכין מבתי המרחץ הסמוכים?

במחצית השנייה של המאה השמונה־עשרה נתפש ארגון זה כמקור המגיפות העירוניות העיקריות. תפישה זו הובילה לתכנית ההידרוגראפית הראשונה של פריז, שנוסדה ב־1742. היה זה הסקר הראשון של מקומות בהם אפשר היה לשאוב מים שביוב לא זיהם אותם, והניסיון הראשון להגדיר מדיניות בנוגע לחיי הנהר. כאשר פרצה המהפכה הצרפתית, ב־1789, פריז כבר סיימה להיחקר בפירוט בידי משטרת רפואה עירונית אשר מיסדה הנחיות לארגון סניטרי ממשי של העיר. ובכל זאת, עד סוף המאה השמונה־עשרה, לא היה כל ניגוד בין רפואה לצורות אחרות של סמכות, כמו למשל קניין פרטי. המדיניות הרשמית ביחס לקניין פרטי ומגורים פרטיים לא הותוותה עד המאה השמונה־עשרה, למעט היבט אחד שלה – המרחב התת־קרקעי. מרחבים תת־קרקעיים שהשתייכו לבעל בית נדרשו לקיים כללים מסוימים ביחס לשימוש בהם ולבנייה של תעלות.

סוגיית הבעלות התת־קרקעית הועלתה במאה השמונה־עשרה, עם התפתחותן של טכנולוגיות הכרייה. כאשר התפתחה היכולת לחפור מכרות עמוקים, התעוררה שאלת הבעלות עליהם. באמצע המאה השמונה־עשרה נוסחה חקיקה מחייבת בנוגע לתת־קרקע, וזו קבעה כי המדינה והמלך הינם הבעלים היחידים של התת־קרקע, אך לא של פני הקרקע. בדרך זו נשלט המרחב התת־קרקעי של פריז בידי השלטונות, אך לא פני השטח, לפחות בכל הנוגע לרכוש פרטי. מרחבים ציבוריים, כמו למשל אתרי מיחזור, בתי קברות, בורות קבורה ובתי

מטבכיים היו נתונים תחת פיקוח כבר במאה השמונה-עשרה, אך על הקניין הפרטי לא היה פיקוח עד המאה התשע-עשרה. למדיקליזציה של העיר במאה השמונה-עשרה היתה חשיבות ממספר סיבות:

1. באמצעות הרפואה העירונית החברתית בא מקצוע הרפואה במגע ישיר עם מדעים קרובים אחרים, בעיקר הכימיה. מאז "תקופת המבוכה", כאשר כונן פארצלזוס ואלמונט את היחסים בין הרפואה לכימיה, לא התפתח התחום. הניתוח של המים, זרמי האוויר, ותנאי החיים והנשימה, הם שיצרו את המגע בין הרפואה לכימיה. פורקרואה ולָאוּוֹאֲזִיֶה (Lavoisier) החלו להתעניין בשאלת האורגניזם בהקשר של השליטה באוויר האורבני.

כניסתה של הפרקטיקה הרפואית לתוך הקורפוס של המדעים הכימיים-פיסיקליים התרחשה באמצעות העיור. הרפואה המדעית לא צמחה מתוך רפואה פרטית אינדיווידואלית, ואף לא בהשראת עניין גדל בפרט. החדרת הרפואה לתוך התפקוד הכללי של השיח והידע המדעי התרחשה באמצעות חיברות הרפואה, דרך יצירתה של רפואה קולקטיבית, חברתית, אורבנית. בממדים אלה נמדדת חשיבותה של הרפואה המדעית.

2. הרפואה העירונית אינה באמת רפואת האדם, הגוף והאורגניזם, אלא רפואה של דברים: אוויר, מים, התפרקות, תסיסה. זוהי רפואה של תנאי החיים של הסביבה הקיומית.

אף כי המושג 'סביבה' עדיין לא הופיע באותה עת, רפואת דברים זו כבר התוותה אותו, ונטורליסטים של סוף המאה השמונה-עשרה, כמו למשל קובייה (Cuvier), עתידים היו לפתחו. באמצעות הרפואה העירונית עוצבו יחסי האורגניזם עם הסביבה בתחום מדעי הטבע ובתחום הרפואה במקביל. כיוון ההתפתחות לא היה מניתוח האורגניזם לניתוח הסביבה. הרפואה עברה מניתוח הסביבה לניתוח השפעותיה על האורגניזם, ולכסוף עברה לניתוח האורגניזם עצמו. ארגון הרפואה העירונית היה חשוב לצורך יצירתה של הרפואה המדעית.

3. יחד עם הרפואה העירונית הופיע, מעט לפני המהפכה הצרפתית, המונח בריאותיות. אחת ההחלטות שקיבלה האסיפה המכוננת בין 1790 ל-1791 היתה, למשל, ליצור ועדות בריאותיות במחלקות ובערים הגדולות.

יש לציין שהבריאותיות לא היתה זהה במשמעותה לבריאות; בריאותיות התייחסה למצב הסביבה ולאדם גורמים בתוכה שאיפשרו להשיג שיפור בבריאות. הבריאותיות היתה הבסיס החברתי והחומרי שיכול להבטיח את הבריאות הטובה ביותר של הפרטים. בהקשר זה הופיע מושג ההיגיינה הציבורית

כטכניקה המאפשרת לשלוט באלמנטים הסביבתיים העלולים לשפר את הבריאות או להזיק לה, ולשנותם.

בריאותיות ואי-בריאותיות ציינו את מצב הדברים והסביבה במידה שבה היתה להם השפעה על הבריאות: בריאות הציבור היתה הדרך להשיג פיקוח פוליטי-מדעי על הסביבה.

המושג בריאותיות הופיע אפוא בתחילת המהפכה הצרפתית. המושג בריאות הציבור יהפוך, בצרפת של המאה התשע-עשרה, למושג המקשר בין רכיביה החיוניים של הרפואה החברתית. אחד מכתבי העת המרכזיים של אותה תקופה, ה-*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, אשר החל להופיע ב-1829, עמד להפוך לביטאון של הרפואה החברתית הצרפתית.

רפואה זו נותרה רחוקה מאוד מרפואת המדינה מן הסוג הגרמני, שהיתה קרובה הרבה יותר לקהילות קטנות, עיירות ומחוזות, ובאותה עת לא נסמכה על שום מנגנוני כוח ספציפיים. בעיית הקניין הפרטי, שהיתה עיקרון מקודש, שמרה שרפואה זו לא תאגור סמכות רבה מדי. אבל בעוד שרפואת המדינה עלתה עליה מבחינת סמכויותיה, אין ספק שרפואת העיר עלתה עליה בלהט התצפית שלה ובאופייה המדעי.

חלק גדול מן הרפואה המדעית של המאה התשע-עשרה מקורו בהתנסות ברפואה עירונית זו, שהתפתחה בסוף המאה השמונה-עשרה.

רפואה של כוח עבודה

הכיוון השלישי של הרפואה החברתית יכול להיבחן דרך המקרה האנגלי. רפואת עניים, רפואת כוח עבודה, או רפואת פועלים לא היתה המטרה הראשונה של הרפואה החברתית, אלא האחרונה שבהן. יעדיה של המדיקליזציה היו בראש ובראשונה המדינה, אחר כך העיר, ורק בסוף ניצבו העניים והעובדים.

הרפואה העירונית הצרפתית התאפיינה ביחס של כבוד כלפי הספירה הפרטית וביישום הכלל שאין לראות בעניים, הפלכאים, או בעם, גורם המאיים על בריאות הציבור. כתוצאה מכך, העניים או הפועלים לא הושמו באותה קטגוריה כמו בתי הקברות, בורות הקבורה, בתי המטבחים וכיו"ב.

מדוע תפישת העניים כמקור של סכנה רפואית לא התעוררה במהלך המאה השמונה-עשרה? לכך היו כמה סיבות. אופייה של הראשונה היה כמותני: מספר העניים בערים לא היה גדול דיו כדי להפוך את העוני לסכנה ממשית. אבל היתה לכך גם סיבה חשובה יותר: הפעילות האורבנית נסמכה על העניים. עניי

העיר מילאו כמה תפקידים: הם חילקו דואר, אספו אשפה, פינו רהיטים ישנים ובגדים משומשים, מכרו חפצים משומשים וכן הלאה. במובן זה הם היוו חלק מחיי העיר. באותה תקופה, לבתים לא היו מספרים ולא היה קיים שירות דואר. איש לא הכיר את העיר ואת פינותיה הנסתרות טוב יותר מן העניים, אשר ביצעו שורה של מטלות בסיסיות כמו חלוקת מים ופינוי אשפה.

כפי שהיוו חלק מן המערכת העירונית, בדומה למערכת הביוב או הצנרת, נתפשו העניים גם כפונקציה שאינה שנויה במחלוקת, ולא יכלו להיחשב כסכנה. במקום שבו הוצבו, היה לעניים שימוש. אלא שמאז השליש השני של המאה התשע-עשרה החלה בעיית העוני להידון במושגים של איום, של סכנה. הסיבות לשינוי מגוונות:

1. קודם כל, סיבות פוליטיות: במשך המהפכה הצרפתית, ובאנגליה במשך שנות התסיסה החברתית הגדולה של תחילת המאה התשע-עשרה, הפכה האוכלוסיה הענייה הנזקקת לכוח המסוגל למרוד, או לפחות להשתתף במרידה.
2. במאה התשע-עשרה נמצאו אמצעים שהחליפו חלקית את השירותים שהגישו המעמדות הנמוכים, למשל מיסוד שירות הדואר ומערכת התחבורה. רפורמות אלה הובילו לגל של התפרעויות נגד מערכות אלה, אשר גזלו את לחמם ואת סלע קיומם של הנזקקים ביותר.
3. עם מגיפת הכולרה של 1832, שהחלה בפריז והתפשטה משם לכל אירופה, התגבשו פחדים פוליטיים ובריאותיים שמקורם היה באוכלוסיה הפרולטרית או הפלבאית.

באותה תקופה התקבלה ההחלטה הראשונה לחלק את המרחב העירוני לאזורים עשירים ולאזורים עניים. ההרגשה היתה שבעיר, שכנות בין עשירים לעניים בסביבה בלתי מובחנת מהווה סיכון בריאותי ופוליטי. ייסודם של אזורים עשירים ואזורים עניים, ראשיתו בתקופה זו. כך החלה הסמכות הפוליטית להתערב בזכויות של קניין ומגורים פרטיים. זו היתה תקופת העיצוב הגדול מחדש של האזור האורבני של פריז תחת שלטון הקיסרות השנייה. מסיבות אלה, עד המאה התשע-עשרה, לא נתפשה האוכלוסיה העירונית כמקור של סכנה.

באנגליה – שחוותה את ההתפתחות התעשייתית ולכן גיבוש הפרולטריון בה היה מהיר ומקיף יותר – הופיעה צורה חדשה של רפואה חברתית. אין פירוש הדבר שפרויקטים של רפואת מדינה מן הסוג הגרמני לא התקיימו בה אף הם. בסביבות 1840, למשל, שאב ג'ון צ'אדוויק חלק גדול מן ההשראה לתכניותיו מן השיטות הגרמניות. יתר על כן, ב-1846 כתב ראמזי עבודה שכותרתה

היתה "בריאות וחולי באוכלוסיות העיר", אשר שיקפה את כינונה של הרפואה העירונית הצרפתית.

"חוק העניים"³ הפך את הרפואה האנגלית לרפואה חברתית כאשר כונן שליטה רפואית על העניים. מאחר שהעניים יצאו נשכרים ממערכת הרווחה, הם חויבו להפוך למושא של פיקוח רפואי מסוגים שונים.

עם חוק העניים התברר בדרך מעורפלת גורם חשוב נוסף בהיסטוריה של הרפואה החברתית: הרעיון של רווחה במימון מסים, של התערבות רפואית המסייעת לאנשים העניים ביותר למלא את צורכי הבריאות שלהם, שאיפה שהעוני הציב מעבר לתחום תקוותיהם. בה בעת נוצרה אפשרות הפיקוח, אשר באמצעותו הבטיחו המעמדות המבוססים או נציגיהם בשלטון את בריאות העניים, ועל ידי כך שמרו על האוכלוסיה העשירה. בדרך זו סומן פס הפרדה סניטרי רשמי בין העשירים לעניים בערים. כשהעשירים הציעו לעניים לקבל טיפול בזול או בחינם, הם שיחררו עצמם מן הסיכון להפוך לקורבנות של מגיפות שמקורן במעמדות המקופחים.

החקיקה הרפואית משקפת בבירור את השאלות העיקריות שהטרידו את בורגנות התקופה: באיזה מחיר לקיים אותה? באילו תנאים? איך להבטיח את הביטחון הפוליטי שלה? החקיקה הרפואית שנכללה בחוק העניים הלמה תהליך זה. אבל החוק – והסיוע לחסות, יחד עם סיוע לפיקוח שנכלל בה – היה רק הרכיב הראשון במערכת מסובכת שרכיביה האחרים הופיעו מאוחר יותר, בסביבות 1870, עם המייסדים הגדולים של הרפואה החברתית האנגלית. הראשון ביניהם היה ג'ון סיימון, שהשלים את החקיקה הרפואית עם שירות רשמי שלא אירגן את הטיפול הרפואי, אלא את הפיקוח הרפואי על האוכלוסיה. אני מתייחס למערכות של שירות הבריאות, משרדי הבריאות אשר הופיעו באנגליה ב־1875, שמספרם לקראת סוף המאה התשע־עשרה הוערך באלף, ותפקידיהם היו כדלהלן:

- פיקוח על חיסונים שחייב חלקים שונים של האוכלוסיה להתחסן.
- רישום של מגיפות ומחלות שעוללות להתפתח לכדי מגיפות, וחויב הדיווח על מחלות מסוכנות.
- זיהוי מקומות מסוכנים, ובמידת הצורך הריסת מקורות של תחלואה.

3 [חוק העניים" של אנגליה (וולס) הוא כינוי לסדרה של חוקים ותקנות שהחלו להיקבע כבר במאה השש־עשרה והתרחבה עד המאה העשרים, ובעיקר כללה רישום מפורט של עניי אנגליה, למטרות של סיוע ובעיקר של פיקוח].

שירות הבריאות התפתח מתוך אותה חשיבה שהניבה את חוק העניים. חוק העניים העניק שירותי רפואה שכוונו במפורש לעניים. שירות הבריאות, לעומת זאת, התאפיין בהגנה על כלל האוכלוסיה ללא אבחנה, ובהיותו מורכב מרופאים שהציעו טיפול לא אישי ואמצעים מניעתיים לכלל האוכלוסיה, כמו ברפואה העירונית בצרפת, עסק באובייקטים ובמקומות, כמו סביבה עירונית וכדומה. ואולם, ניתוח פעילותם של שירותי הבריאות מראה כי היו אלה אמצעים להשלמת הפיקוח ברמה הקולקטיבית, כפי שהבטיח חוק העניים. ההתערבות במקומות לא בריאים, אימות החיסונים ורישומי המחלות כוונו בעצם לפקח על המעמדות החברתיים הנזקקים.

בדיוק מסיבות אלה, במחצית השנייה של המאה התשע-עשרה, עורר הפיקוח הרפואי האנגלי, שיושם באמצעות משרדי הבריאות, תגובה עממית אלימה של התנגדות, מחאה אנטי-רפואית בזעיר אנפין. ר.מ. מקלאוד הסב את תשומת הלב לאותם מקרים של התנגדות רפואית בסדרת מאמרים שפורסמה בכתב העת "חוק ציבורי" ב-1967. לדעתי, מעניין לנתח כיצד רפואה זו, שאורגנה במתכונת של פיקוח על אוכלוסיה נזקקת, עוררה תגובות כאלה – לא רק באנגליה אלא בארצות שונות בעולם. לדוגמה, מעניין לשים לב לכך שבמאות השבע-עשרה והשמונה-עשרה, מטרתן העיקרית של קבוצות דתיות דיסידנטיות רבות במדינות הפרוטסטנטיות דוברות האנגלית היתה להיאבק נגד דת המדינה ונגד ההתערבות של המדינה בעניינים דתיים, ולעומת זאת, מטרתן של הקבוצות ששבו והופיעו מחדש במהלך המאה התשע-עשרה היתה להיאבק במדיקליזציה, לטעון לזכות לחיים, ולזכות לחלות, לטפל בעצמך ולמות לפי בחירתך. הרצון לחמוק מן המדיקליזציה הכפויה היתה אחד המאפיינים של קבוצות דתיות לכאורה אלה, אשר פעלו נמרצות בסוף המאה התשע-עשרה, ועודן פועלות עד היום.

בארצות קתוליות היה המצב שונה. איזו משמעות יכולה היתה להיות לצליינות ללוֹרֵד, של מיליוני הצליינים אשר הגיעו למקום מדי שנה מסוף המאה התשע-עשרה ועד ימינו, אם לא כביטוי של מעין התנגדות מבובלת למדיקליזציה הכפויה של גופם ומחלותיהם?

במקום לראות בפרקטיקות דתיות אלה שריד בן זמננו לאמונות ארכאיות, כלום אין לראות בהן צורה משלימה של מאבק פוליטי נגד רפואה סמכותנית מהבחינה הפוליטית, נגד חיברות הרפואה והפיקוח החברתי הלוחץ בעיקר על האוכלוסיה הענייה? כוחן של פרקטיקות מתמשכות אלה טמון בהיותן תגובת נגד לרפואת עניים זו בשירותו של מעמד; הרפואה החברתית האנגלית היא דוגמה מצוינת לכך.

באופן כללי אפשר לומר כי בניגוד לרפואת המדינה הגרמנית של המאה השמונה-עשרה, במאה התשע-עשרה הופיעה – בראש ובראשונה באנגליה – רפואה שכללה בעיקר פיקוח על גופם ובריאותם של המעמדות הנזקקים, במטרה להפכם כשירים יותר לעבודה ומסוכנים פחות למעמדות המבוססים.

לגישה אנגלית זו לרפואה היה עתיד, בניגוד לרפואה העירונית ובעיקר בניגוד לרפואת המדינה. מצד אחד, השיטה האנגלית של סיימון וממשיכי דרכו איפשרה למסד שלושה עניינים: סיוע רפואי לעניים, פיקוח על בריאותו של כוח העבודה, וניטור כללי של בריאות הציבור. בעזרת אמצעים אלה הגנו על עצמם המעמדות העשירים מפני הסכנות הגדולות ביותר. מצד שני – וכאן טמונה המקוריות של השיטה – רפואה זו איפשרה ליצור שלוש מערכות מדיקליזציה חופפות שהתקיימו בו־זמנית: רפואת סעד, בשביל העניים ביותר; רפואה מינהלית, שבאחריותה בעיות כלליות כמו חיסונים, מגפות וכד'; ורפואה פרטית, המשרתת את מי שיכולים להרשות לעצמם את שירותיה.

המערכת הגרמנית של רפואת המדינה העיקה, והרפואה העירונית הצרפתית היתה תכנית פיקוח כללית ללא יעד שלטוני מוגדר; אבל המערכת האנגלית איפשרה לארגן את הרפואה באופנים ובצורות סמכות שונות – של רווחה, מינהל או רפואה פרטית – ולכונן סקטורים מוגדרים, שאיפשרו להגיע בשנים האחרונות של המאה התשע-עשרה ובמחצית הראשונה של המאה העשרים לסקירה רפואית מלאה למדי. עם תכנית בוורידג' (Beveridge) ויצירתן של מערכות המדיקליזציה במדינות העשירות והמתועשות בנות ימינו, השאלה היא תמיד שאלת המשחק בין שלושה מגזרי רפואה אלה, אף על פי שכיום הם קשורים זה בזה בדרכים אחרות.

תירגמה דפנה בירנבוים-כרמלי