

ביו-אתיקה

פורום צפת לביו-אתיקה

עלון מס. 11 | יוני 2015

עורכת: לימור מלול

עורכת לשונית: חנה כרמי

מערכת: נורית דסאו, מוחמד וותד, יעקב כהן,
אמנון כרמי, חנה כרמי, אייל כתבן, אנתוני לודר,
לימור מלול, קרן ממון, כרמל שלו ואיתמר תיאודור

כתובת: limorbiolaw@gmail.com

עלון הביו-אתיקה זמין ברשת תחת הערך "עלון הביואתיקה".

תוכן עניינים

מדורים

3	דבר העורכת
7-4	בעין המשפט- הפריה לאחר המוות
8-7	תגובת מומחה לסוגיית ההפריה לאחר המוות
11-8	בראי הכנסת - תיירות מרפא
14-12	ביו-אתיקה בראי הדת- פונדקאות, חלק א'
16-14	בפרקטיקה הטיפולית- פינוי כפוי ע"י מד"א
18-16	בעט האקדמיה- כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'
19-18	ביו-אתיקה כחול לבן - ספר
20-19	הגישה האתית לטיפול פריין חסרי תוחלת 2015
24-20	הפלרת מים, ביו-אתיקה וסביבה
25-24	במרחב הגלובלי
29-25	המסגרת המשפטית והאתית בטיפול בפצועים הסורים
30-29	מוסדות ואישים - The Hastings Center
30	הכינוס העולמי ה-11 על ביו-אתיקה, אתיקה רפואית ומשפט רפואי

דבר העורכת

קוראות וקוראים יקרות ויקרים,

לאחרונה (26.06.2015) פורסמה הכרעתו של בית המשפט העליון בארצות הברית בנוגע לנישואי חד-מיניים ברחבי חמישים המדינות המוגנות על ידי החוקה האמריקאית. הפסיקה התקדימית, שנשאה כותרות כמו: **פסיקה היסטורית בארה"ב: בית המשפט העליון הכיר בנישואים חד-מיניים**, התקבלה ברוב של 5:4. פסיקה זו מקנה לזוגות חד-מיניים את הזכות לבוא בברית הנישואים ככל הזוגות. עדיין לא ברור האם וכיצד תמומש פסיקה פדראלית זו בקרב המדינות השונות, אך היא מציתה ניצוצות של תקווה בקרב חברי קהילת הלהט"ב בארץ. סוגיות חברתיות וסוגיות ביו-אתיות שונות במדינת ישראל מתקדמות לאור התפתחותן בארצות הברית. גם אם נתקשה להצביע על קשר ישיר בין ההסדר המשפטי בנושא נישואים בקרב זוגות חד מיניים לבין השדה הביו-אתי, הרי שההשלכות של הסדר זה על סוגיות ביו-אתיות הן גלויות וברורות. אין זה ראוי שמדינה תיתן אישור לנישואים חד מיניים מבלי לתת דעתה על הצרכים של התא המשפחתי החדש. זוגות חד מיניים יבקשו לממש את יחסיהם גם על ידי העמדת צאצאים והדבר ידרוש הכרעה בנושאים של תהליכי פריון בקרב חד מיניים, כמו: הליכים של פונדקאות.

החוק אינו מתיר כיום לזוגות החד-מיניים והיחידנים: נשים או גברים שחיים לבד, לקחת חלק בהליך של פונדקאות בארץ (ראו: **חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), התשנ"ו-1996 והתקנות שלפיו**). הדבר מוביל זוגות חד-מיניים לביצוע הליכים של פונדקאות בארצות אחרות. אי הסדרת תחום כל כך רגיש עלול להוביל לפגיעה גסה בזכויות אדם, כמו פגיעה בלתי מידתית בזכותן של הפונדקאיות לכבוד ולבריאות. הדבר עלול לבסס סחר בגופן של נשים הנמצאות במצוקה כלכלית ולהוביל להגדלת הפערים החברתיים והבריאותיים בין נשים לגברים ובין עשירים לעניים.

הסדר משפטי בסוגיה מעין זו הינו בעל משמעויות חברתיות מרחיקות לכת, ויש בו כדי להוביל לשינוי פני החברה. הסדר זה עשוי לתת לגיטימציה לתאים משפחתיים מסוגים שונים או להדירם מהחברה. יש לתת את הדעת על כך שבציודו של ההסדר המשפטי המעשי מתלווה המשמעות ההצהרתית של החברה בדבר התאים המשפחתיים הרצויים והתורמים לחברה תקינה ובריא.

קריאה מהנה,

לימור.

בעין המשפט

הפרייה לאחר המוות:

תמ"ש 14-01-12977 פלונית ואלמונית נ' משרד הבריאות

(ניתן ב- 6.01.2015).

ביהמ"ש לענייני משפחה קיבל בקשה של אם שכולה לחלל מערכות ישראל לאפשר שימוש בזרעו של הבן המנוח לצורך הפרייה אישה זרה למנוח, שנמצאה ע"י האם השכולה, כמתאימה לכך.

רקע עובדתי

במהלך שירותו הצבאי בצה"ל היה המנוח חייל בודד, ועל אף הקשיים הכרוכים בכך, שירת כלוחם, כאשר לאחר הכשרתו כלוחם, סיים בהצטיינות קורס מ"כים וקורס קצינים.

בתחילת שנות ה-2000 נהרג המנוח בהיותו באמצע שנות העשרים לחייו, וזאת בהיותו קצין בצה"ל במהלך פעילות מבצעית כנגד מחבלים. זאת ועוד, המנוח היה בן יחיד לאם חד-הורית, ולא הותיר אחריו אחים או בת זוג.

לטענת האם, למן מועד נפילתו של המנוח, היא עשתה ככל אשר לאל ידה כדי למצוא מועמדת מתאימה להרות מזרעו של המנוח, וזאת בידיעה ברורה כי המדובר הוא בהליך הפרייה שיחייב הליך משפטי מקדים.

האישה שנמצאה מתאימה ללדת את הילד על-ידי האם, הינה גרושה ואם לילד, שנמצאה עומדת בכל הקריטריונים לביצוע הפרייה חוץ-גופית, החליטה לאחר מחשבה מעמיקה להרות מזרעו של המנוח (להלן: האישה).

לאחר שנמצא כי דגימת הזרע ראויה לשימוש, הגישו האם והאישה ב- 16/5/13 את והאישה הבקשה ליועץ המשפטי של משרד הבריאות לאשר את ההליך האמור, אך ביום 3/6/13 התקבלה תשובת היועץ המשפטי של המשיב, לפיה לא ניתן לאפשר השימוש בזרעו של המנוח, וזאת עקב הנחיות היועמ"ש דאז.

ביום 27.05.14 הוגש התסקיר בעניינם של הצדדים וביום 23.07.14 הוגשה תגובת היועץ המשפטי לממשלה. ביום 22.9.14 התקיים דיון במעמד הצדדים, וביום 2.10.14 נוכח הוראות

בית המשפט, הוגש מטעם המבקשות "מסמך הבנות" המסכם את ההסדרים וצפיות ההדדיות שלהן, האחת כלפי רעותה, וזאת לאחר הדיון כאמור.

לבסוף, ביום 14.10.22 הוגשה תגובה משלימה מטעם ב"כ היועמ"ש במסגרתה הודיעה עמדתה לפיה ככל שבית המשפט יתרשם כי השימוש בזרע עולה בקנה אחד עם רצון המנוח, בהתאם לראיות שהוצגו בפני בית המשפט, אזי היא מותירה העניין לשיקול דעתו של בית המשפט.

השאלות שעל הפרק

במקרה זה עלינו לאזן בין מספר עקרונות ואינטרסים העומדים על הפרק, כאשר לעתים הם סותרים ולעתים שלובים זה בזה, כגון: רצונו המשווער של המנוח להעמדת צאצאים לאחר פטירתו (ערכי כבוד הבריות וכבוד המת), האינטרס של אימו וקרוביו האחרים של הצאצא העתידי, האינטרס של החברה בכללותה ואחרון אחרון חביב וחשוב - טובת הקטין.

ישנם מספר סיבות שבעטיין הפריה לאחר מיתה מקימה עילה להתערבות בתי המשפט. ראשית, קיים החשש כי מתן היתר גורף במצבים שכאלו יוביל לערעור התא המשפחתי המסורתי כיחידה אורגנית המורכבת מאב, אם וילדיהם.

סיבה נוספת נעוצה בחשש שמא התרת ההפריה תוביל לפגיעה אפשרית בטובת הילד העתיד להיוולד ליתמות מתוכננת. לבסוף יש להתמודד עם השאלה האם הזכות להעמיד צאצאים ולהקים משפחה עומדת בעינה גם לאחר פטירתו של מי מהורים.

גישת המתנגדים

ישנן מדינות בעולם, כגון שבדיה, גרמניה וקנדה, שבהן הורות לאחר פטירה אסורה. בשים לב כי מלבד עצם מעשה הלידה ישנו פן נוסף להורות והוא האחריות לגידול הילד במרחב בריא פיזית ונפשית, יש הגורסים כי בהתרת הפריה לאחר מוות, פוגעים אנו בטובתו של הילד, תוך שהם מכנים את ההליך "יתמות מתוכננת", זאת ועוד, ישנם כאמור גם שיקולים הנעוצים ברצון להגן על התא המשפחתי המסורתי והמוכר.

עוד יצויין, כי בחודש מאי 2012 ישבה על המדוכה ועדת מור יוסף - הועדה הציבורית לבחינת ההסדרה החקיקתית של נושא הפריין וההולדה בישראל, שהמליצה על נקיטה בגישה מחמירה כנגד מגמת ההתרה הנהוגה בבתי המשפט וסברה כי יש להתיר שאיבת זרע ממת רק בהתאם לבקשת בת זוגתו וזאת בהתאם לאותם הקריטריונים אותם הנהיג ב"כ היועמ"ש בשנת 2003.

גישת המצדדים

מבין אותם מלומדים המצדדים בהורות לאחר פטירה, טוען לדוגמא פרופ' אסא כשר, כי אין כל מקום לנקוט בגישה ביקורתית כלפי אנשים שמוצאים לנכון, כדרך מהתמודדות עם פטירת היקיר להם, על ידי העמדת צאצאים ממנו. בנוסף, יש ליתן את הדעת לכך שאין כל דרך להשוות את הקיום לאי קיום, ולמעשה לא ניתן להעריך את משמעותם של אי החיים. יתרה מזאת, עצם הצגת דירוג בין "חיים ראויים" ל- "חיים שמוטב שלא יתחילו" כרוכה בהנחות יסוד מאוד בעייתיות, וחלק אינטגרלי מהנחות היסוד של משטרים חשוכים. בסוף, בל נשכח כי כנגד מצבם של ילדים הבאים לעולם לאחר פטירת האב, ניצבת במלוא עוצמתה ההשוואה עם ילדים שבאו לעולם כתוצאה מתרומת זרע אנונימית שהינה פרקטיקה מקובלת ומאושרת במחוזותינו מזה שנים רבות.

מכאן, שככל שמתנגדים להפריה לאחר הפטירה מהטעם של "יתמות מתוכננת" ובהתבסס על עיקרון טובת הקטין, הרי שמן הראוי הוא שגם יתנגדו לתרומת זרע אנונימית.

דין והכרעה

"כל אישה, כל אדם, זכאים לכתוב את סיפור חייהם כרצונם ועל פי בחירתם - כל עוד אין הם פולשים לתחומם של הזולת - והיא האוטונומיה של הרצון החופשי. כי ייכפה על אדם ללכת בדרך שלא איווה ללכת בה, תיפגע האוטונומיה של רצונו החופשי. אכן, זה גורלנו, גורל האדם, שעושים וחדלים אנו כל העת שלא-מרצון חופשי, ועל דרך זו נמצאת האוטונומיה של רצונו חסרה. ואולם במקום שהפגיעה באוטונומיה של הרצון החופשי פגיעה עמוקה היא, או-אז יתערב המשפט ויאמר את דברו."

סמכותו של בית משפט זה מבוססת בעיקר על הוראות ס' 75 לחוק בתי המשפט [נוסח משולב] תשמ"ד - 1984, לפיהן בסמכות בית המשפט "לתת פסק דין הצהרתי, צו עשה, צו לא-תעשה, צו ביצוע בעין וכל סעד אחר, ככל שיראה לנכון בניסבות שלפניו".

סבורני כי מן הראוי הוא שמושגים משפטיים שהסוגיה הכבדה שפנינו מעוררת, השזורה בערכי המוסר והתרבות של מורשת ישראל, לרבות עקרונות המעוגנים בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, כגון "קדושת החיים" (ס' 1 לחוק) תוך מתן ביטוי נאות לערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית (ס' 1א' לחוק) יתפרשו מתוך היכרות עמדת המשפט העברי. בפנינו אם שכולה לחלל מערכות ישראל שנכפתה עליה חוויה קשה ורוויות כאב של שכול.

חרף הטלטלה שחוותה ותחת שתאפשר לאותה חוויה קשה ונוראה לגרור אותה חלילה למחוזות של חידלון וכניעה, הרי שבשנים שחלפו מאז האסון היא המשיכה את חייה מתוך הכרה כי עליה להתגבר על ה- 'נוח' ולחפש ולהתמקד בעשיית הטוב תוך כדי מציאת המשמעות בחיים בסיוע שותפים שיסייעו לה במאבק, שהוא למעשה המאבק של כלנו. בית המשפט מאחל למבקשות ובני משפחתם הברוכה שבזכות השתדלותם הרבה יזכו לחבוק בקרוב פרי הילולים.

התייחסות לסוגיית הפריה לאחר המוות / פרופ' אסא כשר

הדרישה של המתנגדים, הגורסים כי השימוש בזרעו של המנוח יהיה מותנה בהבעה מפורשת של רצונו לפני שהלך לעולמו היא דרישה לא מוצדקת ואף פסולה. היא יוצרת עקרון חזקה מוטעה, כאילו חזקה על אדם שאינו רוצה שייעשה שימוש בזרעו לאחר מותו, אלא אם כן התיר זאת במפורש.

במדינת ישראל, הבאת ילדים לעולם היא ערך כל כך רוח, בעל ביטויים מעשיים כה רבים, עד שהחזקה צריכה להיות הפוכה: חזקה על אדם שהוא מעוניין שיהיו לו צאצאים שיחיו בעולם, גם בהיעדרו, אלא אם כן אסר זאת במפורש.

אין מחלוקת על כך שכבוד המת הוא חלק מהותי של כבוד האדם. כבוד המת הוא כבוד האדם במותו. אנחנו מביעים את הכבוד הזה בדרכים שונות - הלוויה, מצבה, אזכרה וכדומה. אין דרך מעשית יותר לכיבוד המת מאשר שמירה על נוכחות משמעותית שלו בחיי הנותרים אחריו. ואין דרך משמעותית יותר לקיום נוכחות זו מאשר קיום חי של צאצא שלו ביננו.

שיקולי טובת הילד הם פסולים לחלוטין. צריך להבין במה מדובר: כדי שהילד לא יסבול בחיינו מבעיה נפשית כלשהי עקב העובדה שנולד לאחר מות אביו, מספרים לנו שמוטב לו שלא יבוא לעולם בכלל. אין שום הצדקה לטענה שמוטב שלא יהיה ילד מאשר שיהיה ילד שיהיו לו בעיות כאלה. בסופו של דבר, אין ילד שלא יעמוד, במוקדם או במאוחר, בפני בעיה כזו או אחרת. וכמובן שזוהי העמדת פנים לקרוא לשיקול הזה בשם "טובת הילד": האם לטובתו של הילד אנחנו מונעים ממנו לבוא לעולם? טוב לו לילד שלא יבוא לעולם? לא לילד (שעדיין

לא נוצר אפילו כביצית מופרית) דואגים בשם הכוזב של "טובת הילד", אלא לנוחיות החברה המעוניינת לפטור את עצמה מכל בעיה אפשרית.

הביטוי "יתמות מתוכננת" הוא דמוגי. מה שאנחנו מתכננים הוא חיים של ילד, במסגרת של משפחה חד-הורית, מסגרת רווחת מאוד בימינו. יתר על כן, הילד עתיד ליהנות מיחס חם בלתי רגיל מהורי אביו המנוח. הוא יהיה יתום, אבל זהו מרכיב בלתי נפרד ולא מכריע של המצב. כשאנחנו רוצים להביא לסיים מוצלח היריון של עובר פגוע, האם נאמר שאנחנו עוסקים בנכות מתוכננת? אין ליחס הזה שחר, מלבד דעות קדומות ונוחיות חברתית. כבוד האדם במותו מחייב ללכת בדיוק בכיוון ההפוך.

בראי הכנסת:

הסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל

דו"ח מבקר המדינה / יעקב כהן

ברשימה זו אבקש להציג את סוגיית הסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל, אשר נסקרה בהרחבה על ידי מרכז המחקר והמידע של הכנסת והוגשה לוועדה לענייני ביקורת המדינה בחודש דצמבר 2014.

לבקשת חבר הכנסת אמנון כהן(הכנסת ה-19), יו"ר הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת, נסקרו חמש סוגיות: מצוקת האשפוז בבתי החולים הכלליים ובעיקר במחלקות הפנימיים; המחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי; פיתוח תכניות אב לצורכי מערכת האשפוז; פעולות משרד הבריאות להכללת הביטוח הסיעודי בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות-החולים והסדרת תחום התיירות הרפואית בישראל.

תיירות רפואית מוגדרת כנסיעה של חולה למדינה אחרת לשם קבלת טיפול רפואי משמעותי תמורת תשלום. בישראל, הטיפול בחולים הנכללים בהגדרה תיירים רפואיים נעשה בבתי-החולים הציבוריים, ובהם בתי-החולים הממשלתיים, בבתי-החולים של קופת-חולים כללית ובבתי-חולים פרטיים. במרוצת השנים התרחבה פעילות זו בבתי-החולים בארץ, בעיקר בתחום הכירורגי, האונקולוגי והקרדיולוגי.

חלה עלייה בהכנסותיהם של בתי החולים עקב הרחבת שירותי תיירות המרפא. מנתונים שהעביר משרד הבריאות בעקבות פנייה של מרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה כי

בשנים 2010-2012 חלה עלייה של כ-72% בהכנסותיהם של תשעה מבתי-החולים הציבוריים מתיירות רפואית. מכ-169 מיליון ₪ בשנת 2010 לכ-291 מיליון ₪ בשנת 2012. (פלורה קוך דבידוביץ', נתונים על התיירות הרפואית בישראל, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 22 בדצמבר 2013).

בדוח 61 טען מבקר המדינה:

"במהלך טיפולים אלה זוכים תושבי החוץ ליחס מועדף לעומת תושבי ישראל. בין היתר, הם אינם נדרשים להמתין לניתוח, ניתנת להם האפשרות לבחור את המנתח, הם נבדקים במכשירי הדמיה ללא המתנה ומאושפזים בחדר פרטי. מאחר שפעילות זו אינה מתוקננת, הקצאת הרופאים והאחיות לטיפול בתיירים מצמצמת עוד יותר את מספר הרופאים והאחיות המטפלים בכלל המאושפזים" (משרד מבקר המדינה, דו"ח 61 לשנת 2010, מאי 2011). בעקבות כך, העיר מבקר המדינה למשרד הבריאות שעליו להוציא הנחיות ברורות ומקיפות לבתי-החולים המפעילים טיפול במסגרת של תיירות רפואית.

הדוח מעלה גם את הצד שני של המטבע, לפיו: "ההכנסות מתיירות רפואית יכולות לשמש מקור מימון להשבחה ולשדרוג של התשתיות הרפואיות, לשמש מקור הכנסה נוסף לרופאים ולאחיות, לאפשר ניצול ציוד רפואי שאינו מנוצל דיו ועוד... " לעומת זאת: "... שירותי התיירות הרפואית מבוססים במהותם על העדפה של חולים מסוימים ובכך נפגע עקרון השוויון... מידת הנזק של התיירות הרפואית לחולה תושב המדינה המטופל במערכת הרפואית הציבורית גדולה מהתועלת הכלכלית לבתי-החולים ולמדינה". (משרד מבקר המדינה, דו"ח שנתי 63 לשנת 2012, מאי 2013).

לפיכך, נושא התיירות זכה להתייחסות נרחבת בדו"ח ועדת גרמן, ולהלן יובאו עיקר המלצותיו: (משרד הבריאות, הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות יעל גרמן, 25 ביוני 2014)

הוועדה המליצה, בין היתר, על הקמתו של מאגר ארצי של סוכני תיירות מרפא, שלגביהם ייקבעו תנאי סף. הרישום במאגר וניהול המאגר ייעשה על-ידי משרד הבריאות או גורם מטעמו. מאגר סוכנים זה יפורסם בשער מידע מרכזי באינטרנט, שירכז את כל המידע הממשלתי הרשמי

בתחום תיירות רפואית. פעילות סוכן רפואי מול הנהלת בית-החולים תוסדר באמצעות חוזה כתוב, והנהלת בית-החולים תדווח למשרד הבריאות על סוכן שעמו היא התקשרה כ"סוכן רשום". עוד המליצה ועדת גרמן כי משרד הבריאות, בשיתוף הגורמים הרלוונטיים, יגבש קוד אתי להתנהלות סוכנים רפואיים.

וועדת גרמן המליצה כי הזכות לטפל בתיירים רפואיים תהיה מותנית בקבלת רישיון ממשרד הבריאות וחידושו אחת לשלוש שנים. עוד נקבע, כי מחיר הטיפול בתייר רפואי לא יעלה על 200% ממחירון ג' של משרד הבריאות, לא כולל המיסים וההיטלים. ועדת גרמן המליצה כי תיירים רפואיים יחויבו בהיטל ייעודי עבור שימוש בתשתיות של המדינה, בסכום של עד 15% ממחיר הטיפול. ההכנסות מההיטל הייעודי ישמשו לקיצור תורים לחולים ישראלים ולהתאמת התשתיות למטרה זו.

ועדת גרמן המליצה כי המערכת הפרטית תישא במלוא האחריות על התייר שהגיע לטיפול במסגרתה. במקרה של סיבוכים, שבהם נדרש סיוע של מוסד רפואי אחר, התשלום יתבצע על-ידי המוסד שבו החל הטיפול בתייר. עוד המליצה הוועדה כי יבוטל הפטור מתשלום מע"מ על תיירות רפואית במערכת הפרטית וכן כי לא יופעלו תשתיות רפואיות פרטיות חדשות או קיימות שבהן לא ניתן טיפול למטופל הישראלי.

ועדת גרמן המליצה כי היקף הפעילות בתיירים רפואיים יוגבל לפי זמינות התשתיות עבור המטופלים הישראלים, וכי הזמנת תייר רפואי לישראל תתאפשר רק אם הקיבולת בבתי-החולים מאפשרת מתן טיפול ראוי בחולים ישראלים. עוד המליצה הוועדה כי בתי-חולים המעוניינים ברישיון לעסוק בתיירות רפואית יקימו מערכת תמסורת להעברת נתונים למשרד הבריאות תוך חצי שנה מיום פרסום ההמלצות, ויציגו באמצעותה נתונים על תפוסת המחלקות, זמינותן של פרוצדורות ועוד. טיפול בתיירים רפואיים ייעשה אחרי שעות הפעילות הרגילות של בית-החולים, פרט למקרים חריגים, שבהם יש אילוץ רפואי המחייב את הטיפול, כפי שיוגדרו על-ידי מנהל רפואה במשרד הבריאות. עוד המליצה הוועדה כי את כל הרווחים מתיירות רפואית יפנה בית-החולים לשירות למטופל הישראלי. הנהלת בית-החולים תתגמל את הרופאים ולא יתקיים קשר כספי ישיר בין הרופא למטופל. כמו כן, לא תינתן עדיפות לתייר הרפואי בתנאי אשפוז או במלונאות או בכל טיפול אחר שאינו מונגש לחולה הישראלי. הוועדה אימצה את העיקרון של קדימות המטופלים הישראלים על תיירים רפואיים וקבעה שעל התיירים הרפואיים יחולו אותם הכללים החלים על המטופלים הישראלים בכל הנוגע לשיבוץ המטופלים.

במאגר המידע הממשלתי שיוקם יכלל מידע הבא: ספקי השירותים שיש להם היתר לטפל בתיירים רפואיים, סוכני תיירות רשומים, טווחי מחירים לפי טיפול, האישורים הנדרשים לכניסה

ולטיפול בארץ, זכויות התייר הרפואי, כתובת לתלונות, הפנייה לשירותי תיירות שונים ועוד. אתר אינטרנט זה יפעל על-ידי משרד הבריאות סיוע משרד התיירות. עוד המליצה הוועדה כי בתכנון הלאומי של תחום התיירות הרפואית יינתנו דגש מיוחד ועדיפות לגיבוש תכניות בפריפריה, כדי לחזק את בתי-החולים ולאפשר להם להציע שירותים משופרים לחולים הישראלים בשים לב לזמינות המשאבים. עוד המליצה הוועדה כי תוקם ועדה קבועה לבחינת המדיניות בתחום וליישום ההמלצות.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת העלה ממצאים מהדיון בעניין הסדרת תחום התיירות הרפואית בארץ ובעולם ביום 02.08.10:

“היתרון הבולט ביותר בתחום התיירות הרפואית הוא **ההכנסות הכספיות לקופת בתי-החולים ולקופת המדינה**. ההכנסות מאפשרות שדרוג מחלקות במוסדות הרפואיים, תגבור כוח-האדם בהם ושמירה על כוח-האדם הקיים. פוטנציאל כספי נוסף מההכנסות יש לענפי התיירות האחרים, עקב הגעת מלואים ובני משפחה של התיירים הרפואיים. מעבר לפוטנציאל הכספי, אנשי תחום התיירות הרפואית רואים עוד כמה יתרונות בענף התיירות הרפואית, אחד מהם הוא שפעילות בתחום זה עשויה להיות **מקור למידע רפואי**: לעתים מגיעים תיירים רפואיים שחולים במחלות נדירות המשמשות מקור מידע למומחים בתחום ולסטודנטים לרפואה לצורך לימוד על מחלות אלה ועל הטיפול בהן. תיירים רפואיים מרוצים עשויים להיות **שגרירי רצון טוב של ישראל בעולם** כשהם חוזרים לביתם לאחר סיום הטיפול. לצד היתרון הגלוי של הגדלת ההכנסות הכספיות למערכת הבריאות בישראל שלא על חשבון קופת המדינה, ראוי לשקול את עידוד התחום והרחבתו מתוך בחינת ההשפעה שעשויה להיות להם על מערכת הבריאות ועל השירות הניתן לאזרחי המדינה, הזכאים לשירותי בריאות מתוקף ביטוח בריאות ממלכתי. ההשלכות האפשריות הן **מתן עדיפות לתיירים רפואיים** בביצוע בדיקות, טיפולים וניתוחים ובמתן טיפולים על-ידי מומחי רפואה בעלי שם עולמי; פיתוח תחומי בריאות אטרקטיביים לתיירים רפואיים על חשבון תחומים אחרים, הנחוצים לאזרחי המדינה, שאמורים להיות הצרכנים העיקריים של השירות. בארגון הבריאות העולמי, בתקשורת ובספרות המקצועית מעלים כיום סוגיה אתית שאופיינית בעיקר למדינות מתפתחות שפיתחו את ענף התיירות הרפואית - מדינות אלה עשויות להפעיל תיירות רפואית ברמה גבוהה שעה שרמת הטיפול הרפואי לאזרחיהן האלה נשארת נמוכה עד מאוד”.

מערכת הבריאות בישראל נועדה להיות מערכת שוויונית ולשמור על האינטרסים של אזרחי מדינת ישראל. ימים יגידו.

ביו-אתיקה בראי הדת:

פונדקאות - חלק א' / מאיר דובדבני.

רק לאחרונה, כחלק מאירועי רעש האדמה בנפאל, ליוותה התקשורת הישראלית מקרוב את הליך חילוץם של התינוקות, אשר נולדו שם בהליכי פונדקאות להורים ישראליים. הדרמה וההתרגשות הגדולה, אשר אפפו את החילוץ, דחקו לזמן מה את הדילמות האתיות והמשפטיות הרבות הכרוכות בהליך הפונדקאות.

דיון בסוגיה זו לאור עקרונות המשפט העברי מתפצל לשניים: הדיון האתי והדיון המשפטי. הדיון האתי מבקש לגעת כל כולו בעצם הלגיטימיות של הליך הפונדקאות ומעלה שאלות מוסריות מן המעלה הראשונה דוגמת גבולות החירות ובחינת הזיקה שבין הפונדקאות לבין סחר בבני אדם. בנוסף, דן הוא בלגיטימיות האבחנה שבין פונדקאות בתשלום לבין פונדקאות אלטרואיסטית וקביעת העילות המצדיקות הליך מעין זה. מאידך, הדיון המשפטי עוסק בבחינת הזיקה של התינוק אשר נולד בהליך מעין זה לבין מקורותיו האנושיים - בעל הזרע, בעלת הביצית, והאישה הפונדקאית עצמה.

במאמר מוסגר אציין כי הליך רדיקלי יותר מפונדקאות מתואר לנו כבר בספר בראשית. לאחר שנים של קושי בהבאת ילדים, פונה שרה לאברהם אבינו ומבקשת למסור לו את הגר שפחתה מתוך נימוק של "אבנה אנוכי ממנה", ובמילים אחרות, בכדי שיביא לה ילדים דרך שפחתה. בתקופה מאוחרת יותר שרה מצליחה ללדת גם בעצמה (את יצחק). מיותר לציין כי הליך מעין זה, בו אישה משמשת באופן מלא לשם הולדה לאחרים, כלל אינו עולה לדיון בחברה המודרנית של ימינו.

בדיוננו זה נעסוק אך ורק בשאלה המשפטית ובקביעת ייחוסו של התינוק. לשאלת הייחוס השלכות הלכתיות רבות דוגמת ירושה, גיור וכו'. בעלון הבא נעסוק בדיון האתי בדבר עצם פעולת הפונדקאות.

ראשית, ברי כי הליך הפונדקאות כפי שמתקיים כיום הינו תוצר של התפתחות הטכנולוגיה והיכולת האנושית לבצע פעולות אשר היו נחשבות כדמיוניות בלבד. ממילא, קשה יהיה למצוא דיון ישיר במקורות הקדומים יותר (דוגמת המשנה, הגמרא ופוסקי ההלכה עד המאה ה-20) ביחס להליך הפונדקאות כפי שנהוג כיום. כידוע, הליך פסיקת ההלכה הינו הליך המתאפיין בהסתמכות ופרשנות של מקורות קודמים. אם כן, כיצד יכול הפוסק להכריע

בשאלה שמעולם לא נדונה בעבר משום שכלל לא הייתה ריאלית? לפיכך, מתאפיין הליך פסיקת ההלכה בנושאי פונדקאות (ובנושאים דומים) בשתי תכונות עיקריות. הראשונה, עצמאות יחסית של הפוסק לגיבוש הכרעה תוך התבססות גבוהה על שכל ישר. השנייה, מתן פרשנות יצירתית ייחודית למקורות קדומים לשם תמיכה בהכרעתו.

נקודת המוצא של הדין היא שהפונקציה האמהית הביולוגית מורכבת משני מרכיבים עיקריים: העברת המטען הגנטי הנקבי, ונשיאת ההיריון והלידה. בניגוד להליך הטבעי בו המרכיבים מתאחדים בתוך אישה אחת, הרי שבהליך הפונדקאות נוצר פיצול בין שני מרכיבים הללו ולכן השאלה המתבקשת היא מהו המרכיב המכריע לזיהוי האם מבחינת המשפט העברי. אם מנתחים את השאלה מבחינה לוגית הרי שניתן להכריע בה בארבע דרכים שונות:

ההכרעה האפשרית הראשונה היא הגדרת האימהות דרך הזווית הגנטית והקביעה כי בעלת הביצית תוגדר כאמו של התינוק. **הכרעה אפשרית שנייה** היא לטעון שהגדרת האימהות נקבעת דווקא לאור הליך הלידה עצמו, ובעלת הרחם אשר ממנה יצא העובר לאוויר העולם היא שנחשבת כאמו. **הכרעה אפשרית שלישית** היא לטעון שהגדרת אמו לאור המשפט העברי כוללת באופן הכרחי את שני המרכיבים, וממילא בהליך של פונדקאות בו כל אישה כוללת בתוכה מרכיב אחד בלבד, הרי שלא בעלת הביצית ולא הפונדקאית תחשבנה כאמו של העובר. במקרה זה, מבחינה הלכתית ייחשב העובר כחסר אם. **הכרעה אפשרית רביעית** ואחרונה היא להכריע כי שתי הנשים ייחשבו כאימהותיו של אותו יילוד.

באופן מרתק, ניתן למצוא את כלל האפשרויות הלוגיות הללו גם בהכרעות ההלכתיות השונות של פוסקי דורנו. חלק ניכר מן הפוסקים הדגיש את הדומיננטיות של האישה ההרה אשר יולדת בפועל את התינוק והגדיר אותה כאם ההלכתית. עם זאת, יש מן הפוסקים אשר הכריעו דווקא כלפי בעלת הביצית וזיהו את רגע ההפריה כקובע לעניין זיהוי האם. אחרים, ביקשו לטעון שאכן במקרה זה, עקב פיצול המרכיבים, אף לא אחת מן הנשים הללו תיחשב כאם ההלכתית אשר הגדרתה כוללת את שני המרכיבים גם יחד. ויש אשר סברו כי לאור הספק הקיים בזיהוי האם יש לנקוט עמדה מחמירה אשר תזהה את שתי הנשים כאימהותיו של התינוק.

כפי שציינו, אין מקור קדום אשר עוסק באופן ישיר בסוגיית הפונדקאות. עם זאת, הפוסקים נקטו בדרכי פרשנות יצירתית של סוגיות אחרות על מנת לתמוך את הכרעתם. לעתים, סוגיות הללו כלל אינן עוסקות באישה הרה, אלא לקוחות מעולם החי או מעולם הצומח.

לסיכום, עם התפתחות הטכנולוגיה והאפשרות ליצור תהליכים אשר בעבר נחשבו כדמיוניים בלבד, מתמודדים פוסקי ההלכה עם שאלות תקדימיות אשר דורשות הכרעה ללא מקורות מפורשים קדומים. לשם כך, נוקטים הם בדרכים יצירתיות עד מאוד על מנת לגבש את הכרעתם תוך סימוכין גם על השכל הישר. באופן מעשי, ניתן למצוא בהלכה ביטוי למגוון אפשרויות בדבר זיהוי האם ההלכתית בהליך של פונדקאות.

בפרקטיקה הטיפולית:

נייר עמדה של המועצה הלאומית לביו-אתיקה בנושא פינוי כפוי על-ידי מד"א / נורית דסאו

המועצה הלאומית לביואתיקה פרסמה נייר עמדה בנושא ההיבטים האתיים הנוגעים לסוגיית הגישה לחולה המסרב לקבל טיפול או להתפנות לבית החולים על-ידי מד"א. להערכת מד"א בכ-900-800 מתוך כ-30,000-40,000 קריאות המסתיימות בסירוב החולים להתפנות, המדובר במצבים חמורים ומסכני חיים.

תחילה פורטו הערכים האתיים הרלוונטיים וכן השאלות והשיקולים הרלוונטיים המתעוררים בעת יישום: עקרון כללי של שמירה על כבוד האדם וחירותו האישית ועל זכות החולה לקבלת החלטות אוטונומיות גם אם החלטות כאלו עלולות לגרום לו נזק. ביחס לעקרון זה יש לבדוק האם החולה מקבל החלטה זו כאשר הוא כשיר באופן מלא לקבלת החלטות, לאחר קבלת מידע מלא על מצבו הרפואי, ומתוך הבנה מלאה של משמעות החלטתו; האם החולה נמצא במצב רפואי או נפשי המטיל ספק בכשירותו לקבל החלטות; וכן האם החולה חסר כשירות אוטונומית לקבלת החלטות; עקרון של ערך החיים וקדושתם המחייב לעשות כל מאמץ להציל ולשמר חיים, לגביו יש לבדוק האם המצב חמור במידה שסירובו של החולה להתפנות או לקבל טיפול רפואי מסכן את חייו או עלול לגרום לו נכות חמורה ובלתי הפיכה אם הטיפול לא יינתן בדחיפות מיידיה במסגרת בית חולים; האם סירובו של החולה לפינוי יפגע באיכות חייו, אך לא במידה שתסכן אותו; וכן האם מדובר בחולה הנוטה למוות; אתיקה מקצועית של הצוות הרפואי ביחס אליה יש לקחת בחשבון שיהיו מצבים שבהם לצוות המטפל ברור שאי-פינוי או אי-טיפול יביאו בסבירות גבוהה למוות של החולה או לנכות חמורה ובלתי הפיכה, ומאידיך מצבים בהם שימוש בכוח יהא עלול לגרום לנזק משמעותי לחולה, ואף למוות. הודגש כי סירובו של החולה לקבל טיפול רפואי או להתפנות לבית החולים אין משמעו כי הצוות המטפל יזנח אותו ויעזוב את המקום מבלי לפעול למענו, וכי במקרה כזה על הצוות

הרפואי לפעול בכל דרך אחרת העומדת לרשותו לטיפול בחולה.

צוין במפורש, כי מאחר ועסקינן בזכויות יסוד של הפרט, הרי יש להביא טעמים כבדי משקל על מנת להצדיק פגיעה בהן, ולקבוע מנגנונים פרוצדורליים הולמים על מנת להבטיח שהפגיעה בזכויות אלו תהא במידה שאינה עולה על הנדרש, ושתהא אמצעי אחרון לאחר שמוצו כל החלופות האפשריות האחרות.

לאחר מכן, עסק נייר העמדה ביישום מעשי של הסוגייה. הומלץ כי ככלל, כשיש הצדקה רפואית לפנות חולה לבית החולים, עליהם לנקוט בכל האמצעים ההסברתיים לשכנעו או את המטפלים בו להסכים להמלצתם לפנותו לבית החולים. עוד הומלץ על הקמת ועדת אתיקה של מד"א, אשר תכונס לדיון טלפוני בכל אחד מהמקרים בהם הצוות הרפואי במקום סבור שאין לכבד את סירובו של החולה להתפנות לבית החולים וכי יש לנקוט באמצעים מתאימים לפינויו. כן הומלץ על המנגנון הבא: במקרה בו החולה כשיר לקבל החלטות מבחינה שכלית ונפשית, וסירובו הובע לאחר שקיבל הסבר מלא על מצבו הרפואי וההשלכות של סירובו על מצבו הרפואי, והוא מבין את הדברים, או במקרה בו החולה אינו כשיר לקבל החלטות אך הוא הוגדר כחולה הנוטה למות, או שיש מידע מוסמך על רצונו האוטונומי מזמן היותו כשיר, אזי יש לכבד את סירובו של החולה להתפנות לבית החולים, אף אם הדבר עלול לגרום לו נזק משמעותי (אלא אם המדובר במצב חירום רפואי כפי שיפורט להלן), ועל הצוות הרפואי לנקוט בכל האמצעים העומדים לרשותם כדי להעניק לחולה את מיטב הטיפול הרפואי האפשרי בנסיבות המקרה.

במקרה בו החולה מצוי בסכנה מיידית לחייו, או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לחולה נכות חמורה בלתי הפיכה אם לא יינתן לו טיפול רפואי במסגרת בית חולים, וזאת בין אם הוא כשיר ובין אם לאו, או במקרה בו החולה בלתי כשיר אך לא הוגדר כנוטה למות, אין מידע מוסמך על רצונו האוטונומי מזמן היותו כשיר, והסירוב לפינויו הוא של בני משפחה שאינם אפוטרופסים חוקיים או במקרה בו החולה מצוי במצב כשירות לא ברור, וקיים ספק סביר בכשירותו האוטונומית בגין עצם המחלה, והמצב הרפואי מחייב טיפול דחוף בבית חולים להצלת חייו או למניעת נכות חמורה, אזי אין לכבד את סירובו של החולה להתפנות לבית החולים, ויש לנקוט באמצעים מתאימים לפינויו, לרבות שימוש בכוח. במקרה זה על הצוות הרפואי להזמין רופא למקום על מנת שיעריך את מצבו הרפואי של החולה, ובמידת הצורך האם מצבו הרפואי מטיל ספק בכשירותו האוטונומית, וכן להתיעץ עם הועדה האתית של מד"א, ורק לאחר אישורה פה אחד ימשיך בהליכי הפינוי הכפוי.

הפינוי הכפוי צריך להיעשות בדרך הפחות תוקפנית ככל האפשר, אך במקרה בו לא ניתן לפנות את החולה לבית החולים ללא שימוש באמצעים פיזיים או פרמקולוגיים, אזי יש לנקוט באמצעים מתאימים שעליהם יוחלט בין משרד הבריאות, מד"א והמשטרה.

הודגש כי במקרה בו יוחלט על פינוי של החולה לבית החולים, בהגיעו לבית החולים יוכל החולה לשוב ולהעלות סירובו לקבל טיפול רפואי. במסגרת הדיון עלתה הסוגיה של הצורך לדווח למשטרה על כל מקרה מוות מחוץ לבית חולים, כאשר ללא אישור המשטרה משרד הבריאות אינו מנפיק תעודת פטירה. בהקשר זה הוזכרה המגמה לאפשר לאנשים למות בביתם כשהם מוקפים ביקריהם ובמכריהם האוהבים, והומלץ כי ככל שידוע שכך הוא רצונו של החולה בנסיבות כאלה, יש לאפשר לו לממש החלטה זו, וכן לשקול האם נוכחות שוטר במצבים רגישים אלה היא רצויה ורלוונטית. משכך הומלץ להשוות את נהלי זימון חוקר משטרתית בין נפטר בבית החולים לבין נפטר מחוץ לבית חולים, כך שבמקרה בו לא מתעורר אצל הרופא או הפראמדיק שבשטח חשד למוות בלתי טבעי או פלילי, לא יזמן חוקר משטרתית, ומשרד הבריאות ינפיק תעודת פטירה על סמך קביעת רגע המוות וסיבתו. בתום נייר העמדה צוין כי יישום הנהלים המוצעים בו מצריך שינוי בחקיקה והומלץ למחוקק לשקול שינוי חקיקה בנושאים המפורטים בנייר העמדה והנדרשים ליישומם המלא של המלצותיו.

בעט האקדמיה:

מתוך כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' / מוחמד ותד

סלאם חדיד ומוחמד ח'טיב, "התפישה הציבורית באשר למעמדה

של פרופסיית הסיעוד"³⁴(1) כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'

90-69 (2015).

המועצה הבינלאומית לסיעוד מגדירה את ה"סיעוד" כתחום היוצר אינטגרציה בין טיפול אוטונומי לבין טיפול משותף, המוענק לפרט, למשפחה, ולקהילה במסגרת ושלא במסגרת הגדרת הטיפול. בנוסף, המועצה הבינלאומית לסיעוד העירה, זה מכבר, כי פרופסיית הסיעוד מאזנת בין ארבעה תחומים עיקריים של פעולה: קידום הבריאות, מניעת חולי, טיפול במטופלים ובאנשים עם מוגבלויות, ובחולים סופניים. הנחיות המועצה הבינלאומית לסיעוד עוסקות, בין היתר, בהטמעת הקוד האתי ומדיגישות את הצורך בהבנת ובהפנמת כללים

אלה, בפעולה שלפיהם, בצורך לדון בהם יחד עם עמיתים ואחרים, ובעיגון כללים אלה ביחס למגוון תחומי הפעולה הרלבנטיים, לרבות חינוך, ניהול, ומחקר. במשך המחצית השנייה של המאה החולפת, מאז פרסומו של הקוד האתי האמור, פרופסיית הסייעוד התפתחה, באופן נרחב, ביחס לעיקריה, בקשר לתחומי ההתמחות שלפיה, ובעיקר ברמה האקדמית. למרות התפתחות מרשימה זו, קיימת עדיין מחלוקת ביחס לתפישה הציבורית לפרופסיית הסייעוד, לתפקידה, וליסודותיה. מחקר זה בוחן את קיומן ומהותן של תפישות אלה.

רביע חילאילה, "הונאה אקדמית בקרב סטודנטים לסייעוד במכללה: עמדות, תפישות, ופעולות הונאה" 34(1) כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 108-91 (2015)

מטרתו של מאמר זה היא לחקור את ההקשרים בין עמדות, תפישות והתנהגויות הנוגעות להונאה אקדמית בקרב סטודנטים לסייעוד במכללה. המחקר בוצע בקרב קבוצות לימוד עימן נמנים 158 סטודנטים במכללה אקדמית, באחת מהתוכניות הסדירות ללימודי סיעוד בישראל. כלי המחקר הוא דיווח עצמי. ניתוח נסיגתי (רגרסיבי) יושם ביחס לנתונים של מושא המחקר. תוצאות המחקר מראות, כי כ- 44% מהסטודנטים האמורים מעורבים במקרה אחד, או יותר, של פעולת הונאה. סטודנטים בעלי רמת חשש יותר גבוהה מכישלון בלימודים וסטודנטים המצדדים בהצדקות להונאה אקדמית, נמצאו כמי שעלולים יותר להיות מעורבים בהונאה אקדמית. לעומת זאת, סטודנטים בעלי עמדה יותר ביקורתית ואחרים בעלי חשש יותר גבוה מפני היתפסות אגב הונאה, נמצאו כבעלי סיכוי נמוך יותר למעורבות בהונאה אקדמית. מחנכים בתחום הסייעוד צריכים לקדם את רמת החינוך לאתיקה, תוך שהם מתמקדים בערכים הנמנים עם הקוד האתי הרלבנטי לכל מדינה ומדינה בתחום הסייעוד, לא-כל-שכן לפתח מדיניות של הגינות אקדמית הולמת בכל מוסד אקדמי.

ספר: ביו-אתיקה כחול לבן/ גיל סיגל (עורך)*

הספר "ביו-אתיקה כחול לבן" (מוסד ביאליק, 2015) עוסק בבירור קווי היסוד של דמותה הביו-אתית של ישראל. לבירור זה כמה תכליות: ראשית, בניית תעודת זהות ביו-אתית שתשקף אל נכון את פניה של ישראל ותמנע פעולת "העתק-הדבק" ממדינות אחרות או מתפיסות עולם שונות. שנית, כך יתאפשר לנו לספק הסבר להכרעה קונקרטית בעבר, לחזות את סוג הפתרון שייקבע לדילמה או עימות עתידי (כפרשן אתי-משפטי), או להבנות דבר חקיקה בתחומי הרפואה והמדע (כמחוקק או רגולטור). כמו כן נוכל לספק הסבר ראשוני לתהליכים שונים שהוליכו למהלך חקיקתי, או להיעדר דיון ציבורי משמעותי. כך למשל במדינות מסוימות גועשת הארץ כולה בכל הנוגע לאפשרות שיבוט של בני אדם, ואילו בישראל הדיון נותר רדום. מדוע במדינות מסוימות העימות בנושא הפלות הוא קולני ואלים, עד כדי ירי ברופאים או שרפת מרפאות המבצעות הפלות, ואילו בארץ, למרות קיומו של חוק מגביל, יותר מ-95 אחוז מהבקשות להפלה מתקבלות ואין בכך לעורר דיון ציבורי נוקב.

בבואנו לשרטט את דמותה הביו-אתית של ישראל אנחנו ניצבים בפני אתגר לא פשוט, בשל הנסיבות ההיסטוריות, הדתיות, הפוליטיות והחברתיות של מדינה צעירה ומתגבשת. מורכבות זו אף עולה אל מול הגדרת מהותה של המדינה במגילת העצמאות (וכמשתקפת בשיטת הממשל והמשפט שלה) כ"יהודית ודמוקרטית" אך מאופיינת ברב-לאומיות, רב-תרבותיות ורב-דתות עם רוב חילוני מובהק. במילים אחרות, התוצאה של השפעת שלל הגורמים הללו היא פסיפס מרתק ודינמי, והיא מוליכה להכרה כי "ביו-אתיקה כחול לבן" אינה ביו-אתיקה יהודית כי אם ישראלית, שבה ליהדות יש מרכיב דומיננטי, אך לקבוצות שונות באוכלוסייה, ולתפיסות עולם ליברלית, דמוקרטית ומכילה יש מקום והשפעה רבים. פרקי הספר עוסקים הן בשאלות היסוד של עקרונות הביו-אתיקה הישראלית והן במקרי בוחן, ובהם תחילת החיים (גנטיקה, מחקר בתאי גזע ושיבוט, בחירת מין העובר ורפואת פוריות); סוף החיים (חוק החולה הנוטה למות, וועדות אתיקה); אתיקה צבאית (בשיגרה ובמקרי קיצון דוגמת רעידת האדמה בהאיטי) והקצאת משאבים ואתיקה של כלכלת בריאות. כן מוקדש פרק שלם לבחינה חיצונית של הביו-אתיקה כחול לבן על ידי סוציולוגיה ואתיקה מאנגליה (פרופ' פריינסק).

*ד"ר גיל סיגל, עורך הספר, ראש המרכז למשפט רפואי, ביו-אתיקה ומדיניות בריאות, הקריה האקדמית אונו.

מהי אתיקה רפואית טובה? אסופת דעות מומחים ברחבי העולם.

כתב העת *Journal of Medical Ethics* חוגג 40 שנות פעילות. לרגל האירוע פתח כתב העת את השנה בגליון עשיר וחגיגי שמוקדש כולו לשאלה: מהי אתיקה רפואית טובה? גליון מספר 1 בכרך 41 מרכז חוות דעת מומחים מכל העולם, בניסיון לענות על שאלה זו, תוך התייחסות לסוגיות ביו-אתיות שונות, כמו: חינוך לביו-אתיקה, הסכמה מדעת, טיפול בשנים הראשונות ובסוף החיים, עקרונות הביו-אתיקה, יחסי מטפל מטופל ועוד.

הגישה האתית לטיפול פריין חסרי תוחלת/ נורית דסאו

בחודש פברואר 2015, פרסמה ועדת האתיקה של האגודה הישראלית לחקר הפריין את עמדתה בנושא טיפולי פריין חסרי תוחלת. **טיפול פריין חסר תוחלת** הוגדר כטיפול שסיכוי ההצלחה המוערך שלו ללידה נמוך מ-1%; טיפול בעל סיכוי הצלחה נמוך מוגדר כטיפול שהסיכוי המוערך שלו ללידה הוא בין 1%-5% (בהתאם להגדרת הועדה האתית של האגודה האמריקאית לרפואת פריין (ASRM)).

בנייר העמדה צוינו האינטרסים של שני הצדדים: מצד אחד נמצאים המטופלים, המעוניינים לעשות כל אשר לאל ידם להרות, ואשר חלקם מתקשה להפנים הערכות נמוכות להצלחת הטיפול או לקבל החלטה על הפסקת טיפולי פריין. מטופלים מסוימים עשויים לראות סיכוי של 1% בטיפולי פריין כנותן תקווה, ואחרים עלולים להתייחס לאספקטים נוספים של הטיפול מעבר לסיכוי הצלחה, כגון כדי לחוש שעשו הכל כדי להשיג הריון ולידה, ומבחינתם גם טיפול סרק יכול להביא להם לרווח מסוים. מצד שני נמצא הצוות המטפל המעוניין לצמצם נזק פוטנציאלי למטופלים בטיפולי פריין, ולהקטין את התסכול בהענקת טיפולים חסרי תוחלת המועדים לכישלונות חוזרים. גם למניעים המקצועיים של הצוות המטפל השפעה על השיפוט שלו לגבי טיפול חסר תוחלת, ויחידות רבות רואות במניעת טיפולי סרק עניין של יושר מקצועי תהליך קבלת ההחלטות במקרים של הערכה לסיכוי נמוך להצלחת הטיפול קשור לשיקולים אתיים, כלכליים, חברתיים, פסיכולוגיים ואישיים. במקרים של החלטה על הענקת טיפול פריין שהפרוגנוזה שלו נמוכה אך מצדיקה נטילת הסיכון הכרוך בטיפול, על המטופלים לקבל מידע מפורט על סיכויי ההצלחה הנמוכים, הסיכון בטיפול ועלותו.

ניהול הדיאלוג בין המטופלים לצוות המטפל בדבר התחלת טיפולי פריין או המשכם, אשר סיכויי הצלחתם נמוך מאוד או לא קיים, מעלה שיקולים אתיים בסיסיים ביחסים שבין מטפל ומטופל. הזכות לסרב להעניק טיפול פריין חסר תוחלת למטופלים בשל הערכה לסיכויי הצלחה נמוכים מאוד כרוכה בעקרון האתי "ראשית לא להזיק". בנוסף, הסכמתם, או אפילו

דרישתם העיקשת, של מטופלים, אינה מצדיקה טיפולי שווא. אכן, עקרון האוטונומיה מתיר לחולה לבחור בין טיפולים לגיטימיים שונים, ואף בין טיפול להימנעות מטיפול, אך אינו מעניק לחולה את הזכות לקבל מרופא טיפול המנוגד לשיקול דעתו של הרופא.

המדיניות ביחס לטיפולים חסרי תוחלת ראוי שתבסס על דו-שיח והסכמה בין המטפל למטופלים ולא על החלטות חד צדדיות של הצוות המטפל. בתהליך ההסכמה מדעת על הצוות המטפל להסביר למטופלים את מהלך הטיפול, ולציין את שיעור ההיריון והלידה ביחידה והשיעור הממוצע בארץ. לאור האמור לעיל המליצה הועדה כי יש להימנע ממתן טיפולי פריון המוגדרים כטיפולים חסרי תוחלת וכי טיפולי פריון בעלי פרוגנוזה נמוכה יינתנו לפי שיקול הצוות הרפואי תוך הצגת הסיכויים הנמוכים להיריון ולידה, והסכמה מדעת לסיכונים, הרווח הפוטנציאלי והחלופות הטיפוליות.

בהקשר זה ראוי לציין את חוזר משרד הבריאות מחודש ינואר 2014 בעניין מחזורי טיפולי הפרייה חוץ גופית (IVF), אשר אימץ, בין היתר, את ההמלצות הבאות של המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה: לנשים להן מלאו 42 שנים, לא יבוצעו יותר משלושה מחזורי טיפולי IVF עוקבים בהם לא הגיעו לטיפול לשלב החזרת עוברים; בכל גיל, לאחר 4 מחזורי טיפול עוקבים בהם לא הגיעו לשלב החזרת עוברים או לאחר 8 מחזורי IVF (לא כולל החזרת עוברים מוקפאים), ללא הריון קליני, ייערך דיון של הצוות המטפל, והתכנית להמשך הטיפול, לרבות טיפולי IVF נוספים, תיקבע בהתאם למסקנות דיון זה.

הפלת מים, ביו-אתיקה וסביבה/ דניאל מישורי*

בימים אלה נחשף הציבור בישראל לשינוי מדהים בתחום מדיניות הבריאות בישראל. שרת הבריאות הקודמת, יעל גרמן, ביטלה את החובה להפליר מי שתייה בישובים מעל 5000 תושבים, סגן שר הבריאות הנכנס, יעקב ליצמן, הודיע על כוונתו להחזיר את הפלואור למי השתייה. ברקע המחלוקת שני בג"צים שהוגשו נגד ההפלרה (ב-2002, וב-2012), ואחד שהוגש בשנה החולפת על-ידי רופאים בשל ביטול חובת ההפלרה, וכן המלצות הוועדה לעדכון תקנות איכות מי שתייה ("ועדת עדין", 2007) לביטול חובת ההפלרה.

ההחלטה עדיין איננה סופית. נדרש אישור ועדת איכות הסביבה של הכנסת, וצפויים מתנגדים רבים, אבל עצם ההצהרה מחייבת דיון. הציבור בישראל היה רוצה לחשוב כי החלטות על מדיניות בריאות מתקבלות על-סמך מידע מהימן, ושינוי מדיניות קיצוניים ותכופים מערערים את אמון הציבור במערכת הבריאות.

מהי הפלרת מיים?

הפלרת מיים היא תהליך בו מוסיפים פלואור למי-השתייה. תהליך זה החל לראשונה בארה"ב, שבה התפרסם בשנות ה-30 מחקר תצפיתי שקבע שבשיני תושבים שחיים באזור בו היה אחוז פלואור גבוה במים סבלו פחות מעששת. תצפיות מעין אלו הובילו לאחת מתוכניות ההתערבות הגדולות ביותר במאה ה-20 בתחום בריאות הציבור: החדרת פלואור למי השתייה, תחילה בארה"ב ובהמשך גם מחוצה לה.

יש לציין, כי עצם ההחלטה להוסיף פלואור למים הייתה תמוהה, בלשון המעטה, כבר בהתחלה. פלואור הוא אחד החומרים הרעילים והריאקטיביים ביותר בטבע. מאז תחילת המאה ה-20 ידוע שחשיפה לפלואור מהווה גורם סיכון חמור לעובדים בתעשיות כבדות (אלומיניום למשל), כולל תאונות והרעלות המוניות של עובדים ושל אזרחים. מסיבה זו הפך הפלואור לאחד הראשונים שעבר הסדרה כחומר מסוכן בארה"ב. מדובר בחומר הגורם לקורוזיה, הגורם בוודאות לנזקים לצנרת ההולכה של המים, ואגב כך ליצירת חומרי לוואי מסוכנים. משרד הבריאות ציין בזמנו עובדה זו כהסבר לריכוז מתכות כבדות במי השתייה. החומר שמוסיפים למים בהנחיית משרד הבריאות אינו פלואוריד מהסוג אותו מכיר אזרחים ממשחות השיניים (עליהם מודבקת האזהרה שלא לבלוע את המשחה!), אלא חומצה פלואוריסיליציית, המופקת ממחצבים, לרוב כתוצר לוואי (פסולת) של תעשיית הדשנים. חומצה זו מכילה שאריות של מתכות כבדות ושאר חומרים מסרטנים שנקשרו במחקרים גם לפגיעות נוירולוגיות, ביניהם כספית, אלומיניום, ארסן, קדמיום ועוד, שנמצאים ברשימת החומרים המסוכנים של משרד להגנת הסביבה ואשר לגביהם אין מינון "בטוח" לחשיפה. כך, חומר מסוכן, שאינו עומד בסטנדרטים רפואיים, נמהל במי השתייה. מעולם לא היה גילוי נאות כלפי הציבור על החומר שמשמש בפועל להפלרה. הרכב החומר נודע במקרה.

ראוי לציין, כי מאז ראשית עידן ההפלרה עבר העולם את המהפכה הסביבתית. מאז הצטבר ידע על האופנים שבהם חומרים שונים עשויים לפגוע בבריאות, ועלתה המודעות לתהליכים סינרגטיים (פעילות גומלין) עם כימיקלים אחרים, קרינה וכו', שמקשים על היכולת לצפות תוצאות של חשיפה לגורמי סיכון. במרחב הציבורי חשיפת הציבור לסינרגיה של סיכונים (קרינה וכימיקלים) גדלה עם השנים. לא במקרה ביטלו מדינות רבות את הפלרת המים, ובאירופה כיום אין מפלירים (למעט אירלנד).

הוספת הפלואור למים מתבססת על תיאוריה שפג תוקפה, לפיה יש תועלת לשיניים בבליעת מיים מופלרים. תיאוריה זו נזנחה כיום כליל, גם בקרב תומכי ההפלרה. הטענה כיום היא כי התועלת (אם קיימת) מקורה בחשיפה חיצונית של השן לפלואור (חשיפה טופולוגית), ולא לספיגת הפלואור בגוף (חשיפה סיסטמית). חלק מהפלואור שנבלע עם מי השתייה מופרש באנשים עם כליות תקינות החוצה, בעוד שהשאר נספג בגוף, בעיקר בעצמות. יש לציין כי

חשיפה לפלואור ידועה כגורמת מחלת הרעלה בשם פלואורוזיס, שבמצבים קלים מופיעה ככתמים בשיניים, ובמצבים קשים יכולה לגרום לנזק חמור לעצמות, לכליות, ולטרטן.

עששת השיניים נובעת מהרגלי תזונה לקויים: צריכת ג'אנק-פוד ובעיקר קמח לבן וסוכר. ההפלה באה על חשבון קידום תזונה בריאה, באמצעות הסברה וסבסוד מזון מלא ובריאה. יש לציין כי תומכי ההפלה מציגים אותה כ"חברתית", בשל שכיחות העששת בילדים בעשירונים הכלכליים התחתונים. דווקא ילדים אלה זקוקים לסייע של תזונה מלאה ובריאה בשל הפגיעות שלהם למחסורים תזונתיים, ולא לחשיפה לחומרים מסוכנים. אגב: יש יחס הפוך בעולם בין הפלרת מים לבין מימון טיפולי שיניים ע"י המדינה: בארה"ב בה אין סבסוד של טיפולי שיניים מפלירים מים, ובמדינות באירופה בהן יש ביטוח שיניים ממלכתי, אין מפלירים.

יעילות ההפלה, אגב, לא הוכחה, לפחות לא בישראל. על-פי נתוני משרד הבריאות שפורסמו לאחרונה, בתקופת ההפלה (2014-2002) אחוז הילדים ללא עששת ירד מ-46% ל-37.4%. יש להדגיש: הפלואור אינו רכיב תזונה חיוני. כלומר, היעדר מוחלט של פלואור בתזונה/במים אינו גורם לבעיות בריאות או עששת, גם לא ידוע על תפקיד ביוכימי של פלואוריד בגוף. יתרה מכך, מי ברז מופלרים משמשים להכנת תרכובות מזון לתינוקות (תמ"ל), ובהם אחוז הפלואור גדול פי מאה אלף מהפלואור בחלב אם. בארה"ב פורסמה המלצה של משרד הבריאות לפיה אין להכין תרכובות מזון לתינוקות במים מופלרים.

סוגיות ביואתיות מרכזיות בהפלת מים:

1. **הסכמה מדעת**- חסידי ההפלה טוענים שהוספת פלואור אינה שונה מאמצעי הטיפול במים הנהוגים כיום, למשל הוספת כלור. טענה זו מבלבלת בין טיפול במים לבין טיפול רפואי באדם. מאחר והטענה מגיעה מרופאים התומכים בהפלה, העלאת הסוגיה האתית של "הסכמה מדעת" היא בלתי נמנעת. כזכור, רופאים אמורים לקבל הסכמה מדעת מפצינט טרם החדרת תרופה או טכנולוגיה לגופו. הפלרת מים בחוק מחייבת את הרשויות לספק לציבור הרחב "תרופה", ללא "הסכמה מדעת", תוך שלילת זכותו הבסיסית של האזרח להתנגד לקבלת ה"טיפול", תוך חשש לפגיעות יאטרוגניות (פגיעה בבריאות עקב הטיפול הרפואי עצמו, כמו בהשפעות לוואי של תרופות). מאז שמשרד הבריאות פעל כדי לכפות את ההפלה בחוק בשנת 2002, זכות הסירוב נשללה מהציבור, כמו גם הזכות לדעת את הרכב החומר המוכנס למים. גם הנמנעים ממי שתייה מופלרים ייחשפו לפלואורידים במי הבישול, בירקות שייטכן שהושקו במים מופלרים, בחשיפה חיזונית במקלחת, ועוד.

2. **טיפול קולקטיבי**- לצד חיסונים, הפלרת מים מהווה מקרה נדיר בו אזרחים מקבלים טיפול רפואי קולקטיבי. בניגוד לחיסונים, בהפלת מים אין יכולת לשלוט בכמות החשיפה: מהילת

הפלוואור עשויה להיות לא אחידה, אנשים ששותים הרבה חשופים ליותר פלוואור, אין מידע ברמת המשתמש הבודד לחשיפה ממקורות אחרים (למשל, משחות שיניים, מזון שהושקה במים מופלרים), ואין יכולת למנוע פלוואור מחולי כליות ומילדים ופעוטות (מסת גוף קטנה) המסוגלים פחות להתמודד עם הפלוואור.

3. **נזק לסביבה** - רק 1% מהמים המופלרים משמשים לשתיה, עוד 4%-3 משמשים להכנת מזון, ושאר ה-95% משמשים לרחצה ושטיפה, להדחת אסלות ולהשקיה. כ-70% ממים אלה ממוחזרים כיום במתקני טיפול בשפכים (שאינם מסוגלים לסנן את הפלוואור), ומשמשים כמי השקיה בחקלאות, מצטברים בקרקע ובמי התהום ועלולים לפגוע בפוריות האדמה. כמויות החומר הרעיל הן אדירות: כ-7,000 טון חומצה פלוואורוסייליציית בשנה הוחדרו בכל שנה למי השתייה בישראל. מאחר ואין אף מדינה שמתקרבת למיחזור המים הנהוג בישראל, אין אף מחקר בחו"ל שניתן לצטט כדי להפריך את החשש לפגיעה סביבתית. ממחקרים שנעשו בזמנו בארץ ע"י פרופ' בני בר-יוסף עלה חשש מנזקים לחקלאות עקב העלייה בשיעור הפלוואורידים בקרקע.

4. **עיקרון ההיזהרות** - יש לציין כי בתחום הסביבה מקובל עיקרון אתי לפיו במקרים בהם יש חשש סביר לפגיעה בבריאות או בסביבה, פועלים על-פי "עיקרון ההיזהרות" או "הזהירות המונעת" (the precautionary principle). ע"פ העיקרון, אם פעילות מסוימת מעלה חששות לפגיעה בבריאות או בסביבה, יש לנקוט באמצעי זהירות גם אם יחסי הסיבה והתוצאה טרם הוכחו מדעית. מדובר בהכרה במגבלות הרפואה ה"מדעית", מבוססת ההוכחה האמפירית, כשהפעולה נדרשת להקדים את הידע המדעי. לפי עיקרון ההיזהרות, הטלת ספק בנחיצות כימיקל על בסיס מידע על נזקיו האפשריים היא גישה נכונה יותר כלפי בריאות הציבור, על פני המשך השימוש בו עד אשר יוכח נזק בדיעבד.

עיקרון נלווה הוא "היפוך נטל ההוכחה" (the principle of reverse onus): בטיחות, ולא נזק, אמורים להיות הדבר אותו יש להוכיח. עיקרון זה מסיט את חובת ההוכחה מהציבור, לאלה המעוניינים לייצר ולהחדיר כימיקלים לסביבה. בעוד שלפי הגישה הקיימת, כל כימיקל הוא בטוח עד שלא הוכח אחרת, לפי "היפוך נטל ההוכחה" תעשייה שמעוניינת לקדם כימיקל או טכנולוגיה צריכה קודם לכן להוכיח שהם בטוחים לציבור. וזאת בעקבות הניסיון הרע עם הסיגריות, אסבסט, עופרת בדלק, ועוד. כל פרקטיקה אחרת מהווה הפרה גסה של עיקרון ההיזהרות.

5. **הכחשת המחלוקת** - תומכי ההפלה מסתמכים על שני טיעונים עיקריים: סקרי עששת, ועמדות הגופים המקצועיים. הטענה של תומכי ההפלה היא שסקרי העששת הוכיחו את יעילות ההפלה באוכלוסיה, וכי המומחים תומכים בהפלה. בהתאם מוצגים ההפלה כ"לא מבינים" או אפילו "הזויים", בזמן שבין מתנגדי ההפלה ישנם רופאים, אנשי מדע וסביבה.

אי-ההכרה בבסיס המדעי של המחלוקת, ובטעם שבעמדות המתנגדים, מהווה חלק מהאקט הכוחני של כפיית ההפלה בחוק, ולכך אין כל הצדקה במסגרת שיח מדעי הכפוף לכללים בסיסיים של הוגנות ושל אתיקה מקצועית.

- תודות רבות לאירים עצמון ולאהוד לשם על הערותיהם לטיטת המאמר.

* ד"ר דניאל מישורי, בית הספר ללימודי הסביבה ע"ש פורטר והחוג לגיאוגרפיה וסביבת האדם, אוניברסיטת תל אביב

במרחב הגלובלי

קובץ ידיעות של מייקל קוק, עורך bioedge / א. כרמי

השתלת איברים

יוטה, ארצות הברית, היא המדינה הראשונה המתירה לאסירים, לרבות אסירים המוצאים להורג, לתרום אבריהם. מומחים שנשאלו על ידי הניו-יורק טיימס לדעתם בנושא השיבו, רובם, בחיוב, והסתייגו רק מהכללת אסירים המוצאים להורג במסגרת היתר שכזה. הטעם העיקרי לדעה הרווחת הוא מתן אפשרות לאסירים להביע במעש את חרטותיהם. המתנגדים למתן ההיתר מעלים טענות אחדות. ראשית כל, לא ניתן לדבר על הסכמה מדעת הניתנת בנסיבות של כפייה. שנית, אסירים רבים סובלים מהפרעות נפשיות, עוני או חינוך לקוי, וכמה מהם צעירים. שלישית, אסירים חיים בכלא בתחושות של "אוש ובדידות הנובעים ממצוקתם הנפשית. כמו-כן, קל לכאורה "לחנך", לפתות או ללחוץ על אסירים לתרום אבריהם.

חקר המוח

אובמה, נשיא ארצות הברית, נתן אור ירוק לפרויקט של חקר פעילות המוח (Brain Activity Map). מדובר בפרויקט שיימשך כעשר שנים והמתקרב בסכום ענק של שלושה ביליון דולרים. התקווה היא שיימצא הפתרון לאוטיזם ולמחלות כגון אלצהיימר ופרקינסון. ברם, יש המותחים ביקורת על הפרויקט. נשאלת שאלה, האם נכון יהיה להקצות סכום ענק כזה על פרויקט אחד, או שמא עדיף להשקיע סכום זה באלף פרויקטים שונים של 3 מיליון דולרים כל אחד? ספק אחר עולה לגבי התקופה הנדונה, וההנחה היא שהמוח כה מורכב עד שיהיה צורך בתקופה ארוכה בהרבה על מנת לחדור לנבכי.

אבהות מוכפלת

משרד המשפטים בהולנד בוחן את ההצעה להסדר שיאפשר לילדים לגדול עם שלושה או ארבעה או יותר הורים. כבר כיום גדלים יותר מ-20,000 ילדים בהולנד במשפחות בעלות אבהות מורחבת. יותר ויותר קיימת הבחנה בין אבהות משפטית לבין אבהות ביולוגית. לדוגמה: סוזן סופהירט הייתה בת 11 כאשר אביה הצהיר שהוא הומו. אשתו נישאה לגבר אחר וסוזן גדלה עם שלושה אבות ואם, והביעה אהבה לכולם. וכן, לג'ואקין בת השלוש וסימון בת השש יש אמהות לסביות. אבות הומואים. הגברים תרמו את זרעם לאמהות, אך לא ברור מי האב של כל אחת מן הבנות.

הפלות

הפרלמנט באנגליה הקים ועדה שתחקור את מצב ההפלות בממלכה המאוחדת. על פי החוק באנגליה מותרת ההפלה עד למועד הלידה (40 שבועות), אם הבדיקות מצביעות על כך שהעובר סובל מנכות חמורה. הדעה הרווחת היא שהרופאים נוקטים בפרשנות מקילה של הוראה זו. היוזמה להקמת הוועדה נבעה מן החשש לשימוש בהפלה מגדרית. מחקרים מצביעים על כך שמבוצעות הפלות רבות רק משום שמדובר בעוברות.

המסגרת המשפטית והאתית בטיפול בפצועים הסורים/ לימור מלול

הפצועים הסורים מגיעים לגבול עם ישראל בבקשת עזרה רפואית לאחר שנפגעו במהלך הפעילות הצבאית הנערכת בסוריה. מרכזים רפואיים בצפון ובהם המרכז הרפואי רבקה-זיו קלטו פצועים אלה וטיפלו בהם. יש לציין כי מצב הפצועים המגיעים מסוריה הינו קשה לרוב, ודורש לא פעם טיפול אינטנסיבי וארוך טווח. בגליון השביעי של עלון הביו-אתיקה נכתבה על ידי פרופסור לודר רשימה ובמרכזה סוגיות ביואתיות-טיפוליות העולות תוך כדי טיפול בפצועים אלה. ברצוני להאיר זווית שונה בנושא הטיפול בפצועים הסורים, ולעסוק ברשימה זו בהיבטים המשפטיים והאתיים הכרוכים בטיפול האמור. השאלה האם צריך וראוי לטפל במטופלים אלה אינה השאלה היחידה, היות והיא מעלה את השאלה הבאה: מהו היקף הטיפול הראוי- האם ייצוב המטופלים והחזרתם למדינתם הינו מספיק או שנדרש טיפול נרחב יותר? האם גם נדרש גם שיקום לפני החזרתם?

מערכת הבריאות בישראל מבססת את מתן שירותיה על חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 ועל חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996. חוק ביטוח בריאות ממלכתי עוסק ישירות בהספקת שירותי הבריאות לתושבי המדינה באמצעות קופות החולים, ופותח בהצהרה כי:

"ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" (סעיף 1 לחוק). למרות זאת, **רק תושבי** המדינה זכאים לשירותי הבריאות המוענקים לפי חוק זה (סעיף 3). חוק זכויות החולה המבסס את החובות של המטפלים ואת זכויותיהם של מקבלי שירותי הבריאות. לפי חוק זה "**כל הנזקק** לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין **ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים**, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל" (סעיף 3(א) לחוק). לעומת זאת "**במצב חירום רפואי זכאי אדם** לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה" (סעיף 3(ב) לחוק). "מצב חירום רפואי" מוגדר בחוק זה - כנסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף. אם כן המסגרת המשפטית שלפיה מתנהלת מערכת הבריאות תומכת בכך **שכל אדם במצב חירום רפואי זכאי לקבל טיפול רפואי דחוף**. אך ברגע שהאדם מתייצב, הוא יהיה זכאי לטיפול רפואי רק לפי התנאים המקובלים במערכת הבריאות, דהיינו רק אם יש לו מעמד של תושב. חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו קובע כי לא די בכך שאין לפגוע בחיים ובגוף של כל אדם באשר הוא אדם (סעיף 2), אלא שיש לפעול כדי להגן על חייו, גופו וכבודו של כל אדם (סעיף 4). חיי אדם ושלמות גופו הועלו בחוק יסוד זה לדרגה של זכות חוקתית, דרגה זו מאפשרת הגנה חזקה על זכויות אלה, והפגיעה בהן תצטרך לעמוד בתנאים המחמירים של פסקת ההגבלה (סעיף 8).

המערכת המשפטית לא התמודדה בעבר עם סוגיה שבה נדרשה לתת מענה למבקשי טיפול רפואי שמתאימים למעמדם המשפטי של הפצועים הסורים. הפצועים הסורים נמצאים במצב של לחימה בשטח מגוריהם, מה שמכוון אותנו לבדוק את **המשפט הבינלאומי**. בזמן מלחמת העולם השנייה חל מפנה בכללי המשפט הבינלאומי, וזאת לאחר שבמהלכה הופרו דיני הלחימה של המשפט הבינלאומי המנהגי בצורה בוטה ואכזרית ומיליוני אזרחים נרצחו על לא עוול בכפם. לאחר הפרות מדיאגות אלה כונסה ועידת ז'נבה לדון בהצעות שהעלה ארגון הצלב האדום, בנוגע לפצועים, שבויי מלחמה ואזרחי שטח כבוש. בוועידה נתקבלו ארבע אמנות ז'נבה: אמנת ז'נבה להטבת מצבם של פצועים וחולים מבין אנשי הכוחות המזוינים בשדה הקרב; אמנת ז'נבה לטיפול בפצועים בסביבה ימית; אמנת ז'נבה בדבר הטיפול בשבויי מלחמה; ואמנת ז'נבה הרביעית בדבר הגנה על אזרחים בימי המלחמה. ישראל לקחה חלק בוועידת ז'נבה בשנת 1949 ובמסגרת זו תרמה לדיונים סביב האמנות, וכן חתמה על האמנה הרביעית. לאור המלצת המשלחת הישראלית בז'נבה, אישררה ממשלת ישראל את אמנת ז'נבה הרביעית ובכך הפכה צד לאמנה, בהתאם להוראות האמנה וכללי המשפט הבינלאומי. עם זאת, האמנה לא עוגנה בחוק על ידי הכנסת בישראל ולא הוכנסה לדין הפנימי. אמנת ז'נבה הרביעית משנת 1949 נועדה להגן על זכויות האדם של האוכלוסייה האזרחית בזמן סכסוך מזוין. ההתייחסות לאוכלוסיה שאינה נוטלת חלק פעיל בלחימה ונמצאת בעמדת חולשה לעומת חיילים מזוינים ומאומנים ללחימה עמדה

במוקד אמנה זו, שמצאה כי ראוי ונכון להגן על אוכלוסייה זו ולמנוע מהצדדים הלוחמים להתייחס אליה כמטרה צבאית במוקדי סכסוך שונים.

אמנת ז'נבה הרביעית מונה את הזכויות השונות של האוכלוסייה האזרחית- זכויות שהצדדים הלוחמים חייבים לשמור. לדוגמה הזכות לטיפול רפואי: "בתי חולים אזרחיים שאורגנו להושטת עזרה לפצועים ולחולים, לתשושים ולילודות, לא ישמשו בשום פנים מטרה להתקפה, אלא יכובדו ויוגנו תמיד על ידי בעלי הסכסוך..." (סעיף 18); כמו כן: "כל בעל אמנה יתיר מעבר חופשי של כל משלוחי הרפואות וצרכי בית החולים ותשמישי התפילה המיועדים רק לאזרחי בעל אמנה אחר, ואפילו היה זה האחרון יריבו. כן יתיר מעבר חופשי של כל משלוחי המזון, הבגדים והתרופות, ההכרחיים המיועדים לילדים פחותים מבני חמש-עשרה שנה, לנשים הרות ולילודות..." (סעיף 23). האמנה קובעת איסור על פגיעה בזכות לחיים ולשלמות הגוף: "בעלי האמנה מסכימים מפורש שכל אחד ואחד מהם אסור לו לנקוט שום אמצעי שיש בו כדי לגרום לסבלם הגופני או להשמדתם של המוגנים אשר בידם. איסור זה חל לא רק על רצח, עינויים, עונשי גוף, השחתת גוף וניסיונות רפואיים או מדעיים שאין הטיפול הרפואי במונן מצריכם, אלא גם על שאר מעשי אכזריות, אם בידי סוכנים אזרחיים ואם בידי סוכנים צבאיים" (סעיף 32). מעבר להוראות האמנה קובעת היא שני עקרונות מנחים: עקרון ההבחנה ועקרון היחסיות.

עקרון ההבחנה מטיל על הכוח הלוחם את החובה להבחין בין לוחמי האויב לבין אזרחים ולעשות כל מאמץ להימנע מלפגוע באוכלוסייה אזרחית וברכוש.

עקרון היחסיות מטיל על הכוח הלוחם לשקול כל פעילות צבאית מול השיקול של זכויות האדם, ולהימנע מפעולות צבאיות העלולות לסכן מאוד את האוכלוסייה האזרחית או להגביל פעילויות אלה לכל הפחות.

הדגש באמנה הרביעית הינו על מתן אפשרות למעבר חופשי של מצרכים החיוניים לבריאות האוכלוסייה המוגנת על פי האמנה, כמו: תרופות ומזון ומניעת סבל ונזק לאוכלוסייה זו; לפיכך, דרישות האמנה מתייחסות להתנהגות פאסיבית במטרה למנוע פעילות פוגענית כלפי אוכלוסייה מוגנת, להבדיל מדרישה לפעילות אקטיבית שמטרתה לנקוט באמצעים כדי לסייע ולקדם את צרכיה של האוכלוסייה המוגנת, כמו מתן שירותי בריאות. כמו כן, פונה האמנה הרביעית בתביעה לכוח הלוחם, ובעיקר לצד המנצח או הכובש לתת זכויות ולהגן על שבויי מלחמה ואוכלוסייה מוגנת.

המטופלים הסורים מגיעים לגבול ומבקשים סיוע רפואי מתוך ידיעה כי המשך שהותם בגבולות מדינתם עלול לסכן באופן בלתי הפיך את בריאותם ואולי אף לקפח את חייהם. במצב זה, שבו מבקשים הפצועים מקלט מסיבות רפואיות יכולנו להגדירם מבחינה משפטית כפליטים. הגדרת פליט באמנה בדבר **מעמדם של פליטים** (1951): "הנמצא מוחץ לארץ אזרחותו בגלל

מאורעות שאירעו לפני 1 בינואר 1951 ובגלל פחד מבוסס להיות נרדף מטעמי גזע, דת, אזרחות, השתייכות לקיבוץ חברתי מסוים או להשקפה מדינית מסוימת ואינו יכול להיזקק להגנתה של אותה ארץ או אינו רוצה בכך בגלל הפחד האמור; או הנמצא עקב המאורעות האמורים מחוץ לארץ שבה היה קודם לכן מקום מגוריו הקבוע, והוא חסר אזרחות, ואינו יכול לחזור לאותה ארץ או אינו רוצה בכך בגלל הפחד האמור". קיימים שני מסמכים בינלאומיים המסדירים כללים שמטרתם להגן על זכויותיהם של פליטים: אמנת הפליטים משנת 1951 שאושרה ב-28 ביולי 1951 על-ידי ועידה מיוחדת של האו"ם והיא משמשת מסמך היסוד שעל פיו פועלת נציבות האו"ם לפליטים (UNHCR), שהוקמה ב-1 בינואר 1951; מסמך בינלאומי נוסף התורם להסדרה נורמטיבית של נושא הפליטים הינו הפרוטוקול להסדרת בעיית הפליטים משנת 1967. הפרוטוקול מסדיר את נושא הפליטים בצורה רחבה יותר: בעוד האמנה עוסקת בעיקר בהגנה על פליטים אירופיים בעקבות מלחמת העולם השנייה, עוסק הפרוטוקול בהסדרת נושא בעיית הפליטים בעולם כולו. כ-147 מדינות חתומות כיום לפחות על אחד משני מסמכים אלה, ומדינת ישראל חתמה על שניהם, אך לא אימצה את האמנה לתוך הדין הפנימי על דרך של חקיקה.

מבחינה פרוצדוראלית מחייב "נוהל הסדרת הטיפול במבקשי מקלט", שגובש בשנת 2001, להגיש בקשה לנציבות האו"ם לפליטים ולבקש מקלט מדיני בישראל. כל מבקש מקלט שבקשתו עברה את הסינון הראשוני של נציבות האו"ם לפליטים מקבל ממשרד הפנים אשרה זמנית, המתירה את שהייתו בישראל עד להחלטה הסופית בעניינו. הליך בדיקת בקשת המקלט עלול לארוך זמן ממושך. המדינות החתומות על האמנה והפרוטוקול מחויבות מתחילת התהליך לספק לפליט מקום מקלט ולפעול לפי עקרון אי ההחזרה (Non Refoulement), לפיו אין להחזיר פליט למדינה שבה צפויה סכנה לחייו או לחירותו, למעט פליטים המהווים סכנה לביטחונה של אותה המדינה. עקרון אי ההחזרה מחייב את כל מדינות העולם, בהיותו כלל מנהגי בינלאומי ולא רק את החתומות על האמנה. לפי כלל זה: "אף מדינה החתומה על האמנה לא תגרש ולא תחזיר פליט בדרך כלשהי אל גבולותיהן של ארצות שבהן יהיו חייו או חירותו בסכנה מטעמי גזע, דת, אזרחות, השתייכות לקבוצה חברתית מסוימת או להשקפה פוליטית מסוימת" (סעיף 33). הפצועים הסורים מחכים לרוב לרגע שבו יוכלו לשוב לביתם בסוריה, שם הותירו את בני משפחותיהם ודאגתם במהלך קבלת הטיפול הרפואי בארץ נתונה לשלומם. מדובר, אם כן, במצב בו הפצוע הסורי מבקש מקלט זמני לצורך טיפול רפואי שאינו יכול לקבלו במדינתו ולכן בתקופה זו מוקנות לו זכויות האדם החוקתיות וזכויות האדם המוקנות בדין הבינלאומי.

מצד אחד, לא ניתן לחייב את מדינת ישראל, שאינה צד בלחימה המתבצעת בסוריה, לשאת בתוצאותיה. יחד עם זאת, סירוב לטפל בפצועים הקשים ושליחתם אל מותם אינו

עולה בקנה אחד עם מדיניות אתית בשדה הבינלאומי ובמערך מקצועות הטיפול בארץ. הקוד האתי של המקצועות הטיפוליים מבוסס על ערך כבוד האדם, המחויבות לערך החיים וקידום בריאות והאחריות לסייע למי שנזקק לטיפול רפואי. הפצועים הסורים מגיעים לרוב עם פגיעות קשות מאילו שאיתם מורגל הצוות הרפואי להתמודד, ובכך רוכש הצוות הרפואי מיומנויות פרקטיות-טיפוליות. משאבים רבים מושקעים בטיפול בפצועים הנזקקים לעזרה, דבר המוביל להכרת תודה מצדם ולגיוסם כמקדמי תדמית חיובית של ישראל בעולם. החשש בקרב המטפלים מפני תביעות בקרב הפצועים- אסירי התודה אינו קיים, דבר המאפשר לצוות המטפל להימנע מרפואה מתגוננת ולהתרכז רק במהלכים טיפוליים נחוצים. הטיפול בפצועים הסורים אינו חף מבעיות גם בשדה המשפטי, לדוגמה הגדרה פורמלית של מעמד המשפטי או הסכמה מדעת בקרב חסרי כשרות משפטית בקירבם, אך יחד עם זאת מתן טיפול רפואי לפצועים מבסס בארץ חזית טיפולית אתית המסוגלת לרכוש את אמון הציבור בארץ ובעולם.

מוסדות ואישים

מרכז הייסטינגס / The Hastings Center / רותם וייצמן

מרכז הייסטינגס בניו-יורק הוא מכון מחקר עצמאי לביו-אתיקה, ללא מטרת רווח וללא שיוך פוליטי. המרכז נוסד בשנת 1969 ובין משימותיו העיקריות: מחקר של העקרונות האתיים הבסיסים ברפואה, בריאות וסביבה, כפי שהיא משפיעה על אנשים, קהילות וחברות.

המרכז הציב ארבע מטרות עיקריות לצורך השגת יעדיו:

1. לקדם מחקר בינתחומי וחינוך, הכולל תיאוריה ופרקטיקה.

2. לערב מספר רב של מלומדים בעשייה של המרכז.

3. לקדם שיתופי פעולה עם קובעי מדיניות במגזר הפרטי והציבורי ולזהות ולנתח את המאפיינים האתיים של עבודתם.

4. חיזוק המומדים הבינלאומיים של עבודת המרכז.

רוב עבודת המרכז עוסקת במחקר בתחומי הביו-אתיקה, כמו: בריאות ושירותי בריאות, ילדים ומשפחות, הזדקנות, מחלות כרוניות וטיפול בסוף החיים, תפיסת המדע על העצמי והשפעת האדם על הסביבה. את המרכז מרכיבים חוקרים מכל העולם כשהמובילים בהם הם עמיתי מרכז הייסטינגס. המחקרים במרכז מתבססים על צוותים רב תחומיים שמתכנסים לבחן סוגיות שעל סדר היום הציבורי, בפרקטיקה המקצועית ובמדיניות החברתית.

דוח מרכז הייסטינגס מביא את המידע והפרשנויות לחברי המרכז ולקוראים נוספים ברחבי העולם. המרכז מארח חוקרים אורחים ונותן מענקים לחוקרים בתחום הביו-אתיקה.

באתר המרכז ניתן למצוא רשימה של כנסים ואירועים בתחום הביו-אתיקה, רשימה של מגוון מוסדות לימוד בארה"ב בהם אפשר לעשות תואר שני ושלישי בביו-אתיקה ורשימה של מגוון מודעות דרושים בתחום הביו-אתיקה ושל מקומות בהם אפשר להתקבל כחוקר אורח.

ניתן להתעדכן בנעשה במרכז: [/http://www.thehastingscenter.org](http://www.thehastingscenter.org)

ידיעות והודעות

הכינוס העולמי ה- 11 על ביו-אתיקה, אתיקה רפואית ומשפט רפואי.

הכינוס יתקיים ב- 20-22 באוקטובר 2015 במלון רויאל קונטיננטל, נפולי, איטליה.

שפת הכינוס: אנגלית.

נושאים מרכזיים: ביו-אתיקה, אתיקה רפואית ומשפט רפואי, ועדות אתיקה, ניסויים רפואיים, רפואה משפטית, חינוך לביו-אתיקה.

ארגון וחסות:

- המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה אוניברסיטת חיפה
- ההסתדרות הרפואית בישראל, אונסקו
- הוועד הישראלי לאונסקו
- הפדרציה העולמית של ארגוני הסטודנטים לרפואה
- הארגון האיטלקי לרפואה משפטית וביטוח
- פורום צפת לביו-אתיקה

תקצירים: תקציר להרצאה או לפוסטר (עד 250 מילים) ניתן להגיש עד ה- 15.8.15.

לשליחת תקצירים (וקורות חיים של המרצה): דוא"ל - seminars@isas.co.il

המכללה האקדמית צפת

אקדמיה גלילית בעלת מגוון תארים
יישומיים, אווירה קסומה ויחס אישי וחם,
היוצרת מקום לשאיפות ולהצלחה שלכם

רח' ירושלים 11, ת.ד. 160, צפת 13206
טל': 04-6927777, פקס: 04-6927719
www.zefat.ac.il