



# ביו-אתיקה

## פורום צפת לביו-אתיקה

המכללה האקדמית צפת  
עלון מס' 14 | אפריל 2016

עורכת: לימור מלול  
עורכת לשונית: חנה כרמי

מערכת: תמר גדרון, מאיר דובדבני, נורית דסאו, מוחמד וותד, רותם וייצמן,  
אמנון כרמי, חנה כרמי, אנתוני לודר, לימור מלול, קרן ממן, נילי קרקו-אייל וכרמל שלו.

כתובת: [limorbiolaw@gmail.com](mailto:limorbiolaw@gmail.com)

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

## מדורים

דבר העורכת	עמ' 3
בעין המשפט - רפואה ראשונית	עמ' 6
בעין המשפט - עדכוני פסיקה	עמ' 7
בראי הכנסת - עדכוני חקיקה	עמ' 10
תיירות רפואית	עמ' 12
בעט האקדמיה - כתב העת 'רפואה ומשפט'	עמ' 14
בעט האקדמיה - כתב העת 'משפט רפואי וביו-אתיקה', כרך מס' 6	עמ' 15
ביו-אתיקה בראי הדת - הריגת עוברים במקרא	עמ' 16
קווים מנחים אתיים לנציג הציבור הוועדת הלסינקי	עמ' 18
שימוש בתאי גזע - מה הסיפור הגדול?	עמ' 21
הטיפול בקנאביס רפואי: המדיקליזציה של הקנאביס	עמ' 24
במרחב הגלובלי, מוות בכבוד: פסיקה אמריקאית עכשווית בנושאי ביו-אתיקה	עמ' 31
מוסדות ואישים - המרכז לאתיקה ומדעי הרוח במדעים החיים באוניברסיטת מישיגן	עמ' 36
מוסדות ואישים - מאגר הביואתיקה של אוניברסיטת ליוולה מרימאונט	עמ' 37
ידיעות והודעות - כנס ארצי במלאת עשרים שנה לחוק זכויות החולה	עמ' 38



---

## דבר העורכת:

קוראות וקוראים יקרות ויקרים,

אנו עומדים בפתחו של חג האביב, הלוחש באוזננו על חלומות של חירות ושחרור, אך בכל נוגע למערכת הבריאות אנו, במקרים רבים, עדיין בבחינת 'קהל שבו'.

אם נחשוב על שירותי הבריאות, להם נזקקים כולנו מדי פעם, אין בידנו את האפשרות לבחור בשירותי הבריאות המתאימים לנו באמת. לא באשר למיקומם ואיכותם ואף לא נוכל לבחור בשירותי בריאות שנהיה שלמים עימם, מתוך ידיעה שקיבלנו את הבחירה הנכונה והבטוחה עבורנו. אנו נאלצים לקבל את שירותי הבריאות שקופת החולים מספקת לנו, גם אם הם איכותיים פחות ממה שהיינו רוצים או כאלה המאלצים אותנו להמתין זמן ארוך יותר מהנדרש במקומות אחרים, וזאת בהתאם להסדרי התשלום שנקבעו על-ידי הקופות. כמו כן, לרוב אין בידנו את המידע הנחוץ באמת לצורך בחירה מושכלת לשם קבלת החלטה על התחלת טיפול, המשכו או סיומו.

במה דברים אמורים? פעמים רבות אנו נאלצים לנסוע למרחק גדול מזה שהיינו רוצים או צריכים; או נחפזים לקבל שירות בריאותי שהשפעתו על בריאותנו ועתידינו מכריעה למרות שאיננו שלמים עמו, היות וחסר לנו ידע כדי להבין את המשמעות של בחירה זו.

במסגרת יחסי רופא-חולה המתפתחים במהלך קבלת שירותי בריאות, הרופא המטפל הוא זה שמנתב פעמים רבות את המשך הטיפול בפרט ומכוונו גם לקבלת שירותי בריאות אחרים, שאינם קשורים אליו ישירות. כמטופלים התלויים במטפל, המספק לנו שירות חיוני, בסיסי ונחוץ, לא נתעקש תמיד לקבל מידע לגבי אפשרויות טיפול נוספות, שאולי אינן חלק מהפרקטיקה שלו. נושא חשוב ומשמעותי נוסף הוא המשך טיפול במצבים בהם לא נותר טיפול רפואי ידוע שעשוי לסייע במצבו של האדם. הרופא מפנה במקרים אלה את המטופל לניסוי רפואי שהוא יודע עליו ונראה בעיניו נכון למצבו של המטופל. לעיתים מקבל האדם מענה לצרכיו במסגרת ניסוי זה ולעיתים לא. הקושי האיהרנטי לגבש הסכמה מדעת בשדה הניסויים הרפואיים בבני אדם מועצם נוכח התנהלות זו, שבה משאב הידע מוגבל אף מעבר למה שהכרחי.


מטרתה של החקיקה בקידום זכויות אדם בתחום הבריאות מתפספת נוכח התנהלות הדברים, שנעשית לעיתים בתום לב ולעיתים מנסיבות הנתפסות כאילווצים כלכליים. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994 קובע כי שירותי הבריאות יינתנו באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. קביעה זו מעלה שתי בעיות: האחת שאיכות, זמן ומקום סביר נתונים לפרשנות; והשנייה שגם אם נקבע, לדוגמה, מרחק מקסימלי, הרי שהמטופל יישלח רק למקום שנמצא בהסדר כספי עם קופת החולים. במסגרות טיפול שונות קיים קושי מהותי בהגשמת זכויות המטופל. אחד הכלים החשובים שמציע חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 לקידום זכויות אדם בתחום הבריאות הוא: הסכמה מדעת. זכותו של המטופל להסכים מדעת לטיפול המוצע לו הפכה, לא פעם, מכלי המקדם את האוטונומיה של המטופל למכשיר בירוקרטי הנשען בעיקר על טפסים, שנועדו לשמש כיסוי משפטי למטפל שהחתיים את המטופל. המטפלים המצויינים שפועלים במערכת הבריאות בארץ, פועלים לרוב תוך לחץ ודרישות בלתי סבירות. במצב זה, הם מכוונים מטרה להספיק לתת טיפול ומתקשים להגשים את זכויות המטופלים, גם אם הם מודעים לצורך בכך.

**ולמה זה קורה? כי אין לנו ברירה, לאור התנהלות הספקת שירותי הבריאות במדינת ישראל נכון להיום.**

**ולמה אנו מסכימים לזה? להערכתי, אחת הסיבות העיקריות היא שאנו מקבלים רפואה ברמה גבוהה וזה נתפס על ידינו כדבר החשוב ביותר, המאפשר לנו להחלים, להאריך חיים, להקל על סבל ואפילו למנוע מחלות.**

**האם אפשר אחרת? בוודאי.**

**כיצד? בעידן המדיה והטכנולוגיה הזמינה והמתקדמת הקיימת היום יש אפשרות לפתח מערכות ניהול מידע ארציות, שתרכזנה את מכלול שירותי הבריאות הניתנים כיום לתושבי המדינה. במסגרת זו, יוצע לציבור מכלול השירותים, מידע אודות שירותים אלה ואף מידע שרלבנטי לצורך קבלת הסכמה מדעת, כמו אחוזי הצלחה בבדיקה או בהליך טיפולי שמתבצע במרכזים רפואיים שונים. כחלק מפרויקט זה, מוצע ליצור מסגרת של שיח בין מטופלים, למשל כאלה המשתתפים באותו ניסוי רפואי. המשתתפים יוכלו לשתף האחד את השנייה בחוויותיהם, בידע ובתהליך שהם עוברים, ולקבל תמיכה והצעות במקרה הצורך. מסגרת זו, עשויה להוות חיזוק לתהליך ההסכמה מדעת הבעייתי בתחומים שבהם אי הוודאות**



---

מהווה מרכיב דומיננטי. למרות מסגרת הדברים המתומצתת המובאת כאן, הרי שהיא מדגישה את חשיבותו של תהליך המקדם שקיפות, הנגשה ויצירת שיח עשוי לתרום למימוש זכויות אדם במערכת הבריאות.

במי זה תלוי? כעיקרון בכולנו. במשרד הבריאות, המשמש כרגולטור ועוסק בקידום רמת הבריאות והרפואה בצורה יעילה ומקצועית. למשרד זה יש את המנדט לפקח על התנהלות קופות החולים וביכולתו להחליט על התנהלות שונה מזו הכופה על המטופל שירותי בריאות מסוימים בשל הסדרים כלכליים או העדר ידע. בבתי המשפט, העשויים לקבוע הלכות תומכות במדיניות המגשימה זכויות אדם במערכת הבריאות. וכמובן, במטפלים ובמטופלים, המקבלים ונותנים שירותי בריאות ויכולים ליצור שיח ער התומך בשינוי המיוחל. דעת הקהל היא כוח רב עוצמה, המסוגל להזיז הרים ממקומם ולסלול את הדרך להגשמת זכויות.

**קריאה מהנה,**

**לימור.**

## בעין המשפט

...

### טיפול במסגרת רפואה ראשונית // לימור מלול

**תא (י-ם) 3189-09 גבריאל בן דוד נ' ביקורופא בע"מ**

(מחוזי; ניתן ב-61.30.01)

לאחרונה חל שינוי בגישת בתי-המשפט בהתייחס לחובה החלה על המטפלים בכל הנוגע לאנמנזה רפואית (איסוף נתונים), בכיוון המצמצם את חובתו של המטפל, בעיקר ברפואה ראשונית ודחופה. הדבר ניכר בפסיקה העוסקת באופן ישיר ברשלנות רפואית עקב אנמנזה לא מספקת (כפי שהובא בגליון קודם), או באופן עקיף (כפי שיובא להלן). מדובר בתביעה כנגד חברה פרטית לשירותי רפואה ראשונית ודחופה, המעניקה שירותים רפואיים בבית המטופל. פסק הדין מדגיש שוב את חשיבות האנמנזה (איסוף הנתונים) על-ידי הרופא הבודק את המטופל. לפי הטענה, בפסק-דין תא (י-ם) 3189-09 גבריאל בן דוד נ' ביקורופא בע"מ (מחוזי; ניתן ב-10.03.16), אי אבחנה בזמן של המורסה האפיידוראלית אצל המטופל הובילה להידרדרות במצבו עד לשיתוק רגליו והעדר כמעט מוחלט של שליטה על הסוגרים. למרות שנמצא, כי ההתייחסות והניהול של מחלתו של החולה על-ידי רופאי ביקורופא היו בלתי סבירים, לא נמצא כי האיבחון היה רשלני ובודאי שלא קיים קשר בינו לבין הנזק שנגרם למטופל (וזאת על-סמך חוות הדעת הרפואית של המומחית שמונתה מטעם בית-המשפט). מדובר במחלה נדירה, אשר על-פי הספרות מאובחנת לרוב בשלבים מאוחרים, כשיש כבר לחץ על מערכת העצבים וסימנים נוירולוגיים. כלפי הרופאים העובדים ברפואה ראשונית נטען כי: "דווקא הם, הנמצאים בחזית, צריכים להיות מצויידים בכישורים הקליניים המרביים, אשר יאותתו על הצורך להפנות את החולה בצורה מושכלת ומנומקת להערכה הנדרשת להגיע לאבחנה הנכונה בזמן הסביר".

בית המשפט קובע, כי נדרש מרופאים המבצעים ביקורי בית להיות בעלי כישורים מירביים באבחון, וזאת בשל המגבלות בסביבת עבודתם. רופאים אלה עובדים בביתו של המטופל, המבקש את שירותיהם; ואין באפשרותם להיעזר במכשור

רפואי, מעבדה ובדיקות הדמיה לצורך אבחון. לכן, כדי שיוכלו להעניק טיפול מקצועי ומותאם לבעיותיו הרפואיות של המטופל, עליהם לדעת לזהות את הסימנים והסימפטומים המעידים על אבחנה רפואית מסוימת. רק בהסתמך על אבחנה רפואית נכונה יוכל הרופא לתת טיפול שעשוי לסייע למטופל ולקדם את מצב בריאותו. על-אף **שנמצא כי רופאי ביקורופא "לא מלאו אחר חובתם הרפואית הבסיסית, בכך שלא קבלו אנמנזה מפורטת ולא בצעו ורשמו תוצאות הבדיקה גופנית"** התביעה נגדם לא נתקבלה, היות והתנהגות רשלנית זו לא היא שגרמה לנזק. בפסק הדין **נמצא, כי בעזרת אנמנזה מקצועית ומלאה ניתן היה לזהות, כבר בביקור הראשון, הופעת כאב פתאומי בחזה/גב עליון שהחמיר עד כדי הצורך במתן טיפול מתמיד במשככי כאב שלא עזר, "והחשוב ביותר, הופעת הפרעות בשליטה על הסוגרים"**. ממצאים אלה, גם אם אינם מבססים אבחנה רפואית ודאית, הרי שהם מכוונים לצורך בהמשך ברור רפואי דחוף. דבר זה בא לידי ביטוי בחוות דעתה של המומחית שמינה בית המשפט: "תכן והפניה מוקדמת יותר ומנומקת בתאריך 05.04 היתה מביאה לקבלת טיפול מתאים שהיה מאפשר את החלמתו המלאה של החולה".

## בעין המשפט

### עדכוני פסיקה // לימור מלול

**ת"ק 15-03-31043 כהן לסרי נ' בית חולים מאיר**  
(בית משפט לתביעות קטנות בכפר סבא; ניתן ב- 4.1.2016).

בפסק-דין נידונה תביעה קטנה לפיצוי התובעת בגין אבדן טלפון סלולארי בזמן שביקרה בבית חולים מאיר. בפלאפון שאבד נשמרו קבצי תמונות וסרטוני וידיאו של הולדת בתה. נקבע, כי בית החולים אינו אחראי על אובדן חפצים יקרי ערך של אורחים המגיעים לבקר מאושפזים בבית החולים. לבית-החולים אחריות כלפי המטופלים המאושפזים. קיימת חובת הזהירות של בית החולים כלפי מטופליו,

חובת זהירות זו מקימה את אחריות בית החולים כלפיהם. מצבם הירוד של המטופלים, בעקבות מצבם הרפואי או קבלת טיפולים רפואיים, אינו מאפשר להם לטול אחריות על חפציהם. במצב זה מוטל על בית החולים לדאוג לביטחונם ולביטחון חפציהם (ביחס לחפצי ערך צריך שיהיה נוהל פנימי המסדיר את הנושא). לא כך כלפי אורחים, אשר אינם נתונים במצב זה. וכלשון פסק-הדין: "דומני כי לבית החולים אין חובת זהירות כלפי אורחי בית החולים, או אורחי מטופליו, לשמירת חפצי הערך שלהם. **יש לזכור כי תפקידו העיקרי של בית חולים הינו מתן טיפול רפואי לחולים ולמטופלים. ככלל, בית החולים אינו מוסד לשמירת חפצים.**"

### **עא 2360/14 אבו גאנם עבד אלקרים נ' ד"ר משה בצר**

(בימ"ש עליון; ניתן ב- 8.2.2016).

במסגרת פסק דין זה נידון ערעורו של קטין, שנולד להורים שהם בני דודים מדרגה ראשונה, עם תסמונת גנטית בשם "Bardet Biedl Syndrome BBS". תסמונת זו מאופיינת, בין היתר, בריבוי אצבעות, ליקויים בכליות, השמנת יתר, פיגור שכלי וליקויי ראייה. מבין שלושת יסודות עוולת הרשלנות: נמצא, כי היתה חובת זהירות כלפי המערער, וחובה זו הופרה על-ידי התרשלנות באי הפניית ההורים לייעוץ גנטי. הנחיות משרד הבריאות להפניה לייעוץ גנטי מאותה התקופה מעלות כי נדרש היה להפנות הורים לייעוץ באם הם קרובי משפחה. לעומת זאת, בנוגע לשאלת הקשר הסיבתי בין ההתרשלנות לנזק נקבע כי שאילו היה מבוצע ייעוץ גנטי כהלכתו, היתה נחשפת העובדה שבמשפחתו של כל אחד מבני הזוג קיימת המחלה. גילוי זה היה מוביל לצורך בסקירה על-קולית, שהיתה חושפת את ריבוי האצבעות ואת הכליה המולטיציסטית של המערער, ממצאים אשר מאפיינים את המחלה. כמו כן, על סמך ממצאים אלה, וועדה להפסקת היריון היתה צפויה להתיר ביצוע הפלה, באם ההורים היו רוצים בזאת. **אולם, מכיוון שנמצא לפי העדויות כי האם מתנגדת להפסקת הריון, ואף הצהירה בפני מטפלים מסויימים כי היא מעדיפה לידת ילד עם מום על פני הפלה, הרי שניתק הקשר הסיבתי בין הרשלנות לבין הנזק שנגרם.**



## תא (ו-ם) 13-12-19055 סלאם אבו דאהש נ' שירותי בריאות כללית

(מחוזי; ניתן ב-10.2.2016).

תביעתם של זוג הורים בשל הולדת ילד עם תסמונת דאון. האם עברה סדרת טיפולי הפריה חוץ גופית עד שהרתה. ההורים העלו מספר טענות כלפי הרופאים שטיפלו בה מטעם שירותי בריאות כללית: 1. על הרופאים שביצעו את טיפולי ההפריה החוץ גופית ליידע אותם בדבר האפשרות לביצוע בדיקת סקר טרום השרשה (PGS) קודם להשבת העוברים לרחם. בבדיקה זו ניתן היה לזהות את הכרומוזום הפגום הגורם לתסמונת דאון, ולהימנע מהשתלת עובר הלוקה בפגם זה ברחמה של התובעת. 2. הם היו מבצעים בדיקה מעין זו לו היתה מוצעת להם, וכי היא מותרת על פי מצוות דתם. 3. מוטלת חובה להציע בדיקה זו לכל אישה העוברת הפריה חוץ גופית, גם אם לא ידוע על כל סיבה שאמורה להביא לכך שהיא חשופה לסיכון מיוחד להופעת תסמונת דאון בעובר. 4. די בעצם השתלת עובר פגום ברחמה של התובעת כדי להקים אחריות של המטפלים. המומחים מטעם הצדדים התייחסו בחוות-דעתם ובחקירותיהם לשני סוגי בדיקות: אבחון גנטי טרום השרשה, בדיקה המכונה (PGD Preimplantation Genetic Diagnosis), וסקר גנטי טרום השרשה, בדיקה המכונה (PGS Preimplantation Genetic Screening). לא היתה ידועה בעיה גנטית במשפחה אצל ההורים והם לא היו בקבוצת סיכון ידועה להולדת ילד הלוקה בתסמונת דאון, לכן במקרה זה הבדיקה הרלבנטית היא בדיקת הסקר הטרומ השרשתי (PGS). בית המשפט השתכנע, כי גם אם היה ניתן הסבר להורים בנוגע לקיומה של הבדיקה הם לא היו מבקשים לבצעה (היות ומדובר בבדיקה שמסכנת את הכניסה להריון, ולפי עדויותיה היתה האם מסרבת לה). די בכך כדי לנתק את הקשר הסיבתי בין הנזק שנגרם לבין התנהלות הרופאים. אך מעבר לכך, קובע בית המשפט, כי הפניית כל אישה העוברת טיפולי הפריה חוץ גופית לבדיקה תטיל על מערכת הבריאות נטל כספי שאינו מתקבל על הדעת. כמו כן, מכיוון שחוות דעת המומחים העלתה כי קיים סיכון בביצוע בדיקת ה-PGS לגרימת נזק לעובר הפוטנציאלי, ולתוצאות כוזבות (חיוביות או שליליות); הרי שאין אין לחייב רופאים להציע בדיקה זו לכל יולדת במסגרת הפריה חוץ גופית. בית המשפט מתרשם כי קיים קושי להחליט על מידת דתיותו או אמונתו של מטופל על סמך מראה עיניים בלבד. לפיכך נקבע, כי אין להטיל על הרופאים חובה לחקור בדבר טיב אמונתו ודעותיו של המטופל ולהתאים את הסבריו אודות קיומן של בדיקות או אופציות טיפוליות בהתאם לטיב האמונה הדתית עליה מצהיר המטופל בתשובתו.

## בראי הכנסת:


...

### חוק זכויות החולה (תיקון מס' 9), התשע"ו-2016 // לימור מלול

בעניין טיפול רפואי בקטין קיימת ברירת מחדל משפטית, לפיה הוריו של הקטין הם המוסמכים להסכים או לסרב לטיפול רפואי המוצע לילדם. תיקון מספר 9 לחוק זכויות החולה שולל זכות זו מהורה שהוגש נגדו כתב אישום בחשד לביצוע עבירת מין או אלימות כלפי ילדו. עמדתו של הורה כזה לא תילקח בחשבון בעת החלטה על טיפול רפואי בקטין, כולל אבחון, בדיקה וטיפול פסיכיאטרי; והתיקון אף שולל מהורה זה לקבל מידע הנוגע לטיפול, כל עוד לא זוכה ההורה מהאישום של ביצוע העבירה בקטין. התיקון פורסם בספר החוקים 2544, כ"ז באדר ב' התשע"ו, 6.4.2016 ויכנס לתוקף בתחילת החודש, תוך שלושה חודשים מיום פרסומו.

חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962 הוא המקור המשפטי העיקרי בהסדרת הקשרים, החבות והזכויות שבין קטינים להוריהם. סעיף 3 לחוק קובע, כי: "אדם שלא מלאו לו 18 שנה הוא קטין; אדם שמלאו לו 18 שנה הוא בגיר". בסעיף 14 לחוק נקבע כי "ההורים הם האפוטרופוסים הטבעיים של ילדיהם הקטינים". סעיף 17 קובע כי "באפוטרופסותם לקטין חייבים ההורים לנהוג לטובת הקטין כדרך שהורים מסורים היו נוהגים בנסיבות העניין". בכל פעולה משפטית נדרשת הסכמת ההורים, כולל קבלת טיפול רפואי: ראו בסעיף 4 לחוק: "פעולה משפטית של קטין טעונה הסכמת נציגו...". הסכמה או סירוב לטיפול רפואי עשויים להשפיע על מאזן החובות והזכויות של הקטין ולכן מהווים פעולה משפטית. לפיכך, מבחינה משפטית אין משמעות להסכמה או לסירוב של קטין לקבלת טיפול רפואי, דבר שאינו נכון בפרקטיקה. החוק מחייב את שני ההורים לפעול בהסכמה בעניין ילדיהם בכלל, ובכל הנוגע למתן טיפול רפואי בפרט; אך ישנה הנחה (חזקה), לפיה ההורה השני מסכים עם החלטתו של ההורה הראשון, כל עוד לא הוכח ההיפך. כאשר החלטת ההורים נוגדת את טובת הקטין, לדעת הצוות המטפל, מאפשר סעיף 68 (א) לפנות לבית המשפט, בכל עת, ובית המשפט "רשאי לנקוט אמצעים זמניים או קבועים הנראים לו לשמירת עניניו של קטין...". כשמדובר בטיפול רפואי; לא יבטל בית המשפט את החלטת ההורים, אלא בהסתמך על חוות דעת רפואית;





סעיף 68 (ב) "היתה הבקשה להורות על ביצוע ניתוח או על נקיטת אמצעים רפואיים אחרים, לא יורה על כך בית המשפט אלא אם שוכנע, על פי חוות דעת רפואית, כי האמצעים האמורים דרושים לשמירת שלומו הגופני או הנפשי של הקטין, פסול הדין או החסוי". התערבות המדינה ומוסדותיה בהתנהלות התא המשפחתי זהירה ומדודה, ובמערכת המשפט מודגש בהקשר הטיפולי האינטרס של טובת הילד להבדיל מזכויותיו. בתיקון מספר 9 מצא המחוקק כי הצורך בהתערבות בהתנהלות התא המשפחתי גובר בשל הסיכוי הגדול שההורה לא יפעל לטובת הקטין. ובדברי ההסבר לתיקון נכתב, כי: "במטרה להגן על ילד שנגד הורה הוגש כתב אישום שלפיו ביצע עבירת מין או אלימות כלפיו, ולאפשר לו לקבל את הטיפול הרפואי הדרוש לו עקב הפגיעה כאמור, מוצע לקבוע כי לא תידרש הסכמתו של אותו הורה לטיפול רפואי בילדו האמור, ולא יימסר לו מידע על הטיפול בילדו, אלא אם כן הוא זוכה מהאישום לעניין. מוצע להגדיר טיפול רפואי, כך שיכלול גם אבחון, בדיקה וטיפול פסיכיאטרי הקשורים לפגיעה שסבל הילד לכאורה מצד ההורה". אולם, כדי לאזן את הפגיעה בזכותו של ההורה, מוסיף התיקון כי יכול: "החשוד בפגיעה בילדו כאמור לפנות לבית המשפט לענייני משפחה בבקשה לחרוג מהוראות ההסדר המוצע, ואולם פנייה כאמור לא תעכב את מתן הטיפול הנדרש".

## חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות (תיקון מס' 4 והוראת שעה), התשע"ו-2016

ב - 2.2.2016 התקבל בכנסת תיקון מס' 4 והוראת שעה לחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות. מטרתו של התיקון להסדיר את הליך קבלת תעודות של העיסוק באחד ממקצועות הבריאות המנויים בחוק: ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, טיפול בהפרעות בתקשורת, תזונה- דיאטנות, קרימינולוגיה קלינית, פודיאטריה, פודיאטריה ניתוחית וכירופרקטיקה. הדרישה לתעודת תואר ראשון, ולעיתים למעלה מכך, באחד המקצועות האמורים הינה בעייתית למטפלים שהגיעו ממדינות שבהן מקצועות אלה נלמדו כלימודי תעודה ולא כלימודים אקדמיים. התיקון מאפשר הוראת מעבר, אשר תאפשר במשך שש שנים, מתן תעודה במקצועות הבריאות האמורים, למי שהשלים לימודי תעודה במקצועות הבריאות בחו"ל, שמנכל משרד הבריאות הכיר בהם בהתאם לכללים הקבועים בחוק, ובתנאי שהמבקש עמד בכל יתר הדרישות הקבועות בחוק לקבלת תעודה, מלבד

התואר האקדמי. החוק קובע כי מנכל משרד הבריאות לא יסרב להכיר במוסד הכשרה ולימודים בחו"ל ללא התייעצות עם הוועדה המייעצת. בדברי ההסבר להצעה, שפורסמו בהצעות חוק הכנסת - 592, נכתב כי: "כדי לסייע למי שהגיע לישראל בניסיונות אלו להשתלב בעבודה, מוצע לקבוע כי מי שבידו תעודה המעידה שסיים לימודים באותם מקצועות בריאות ברמה שהיא שוות ערך לתואר אקדמי ראשון באותם מקצועות, המנהל הכללי של משרד הבריאות יהיה רשאי לתת לו תעודה זמנית במקצוע הבריאות."

...


## תיירות רפואית // נורית דסא

תופעת התיירות הרפואית הלכה והתרחבה בשני העשורים האחרונים עד שהפכה להיות גורם רב חשיבות המשפיע על אופייה ותפקודה של מערכת הבריאות. עם זאת, לא ניתן להתעלם מהאתגרים שהתופעה מציבה בפנינו. נטען, כי התופעה פוגעת בשוויון בין תיירים רפואיים ובין חולים ישראלים ובמיוחד בזמינות תורים לאזרחים ישראלים. פרופ' נדב דוידוביץ', יו"ר המרכז לחקר מדיניות הבריאות בנגב באוניברסיטת בן גוריון אמר בהקשר זה: "בתנאים שבהם מתפקדת היום הרפואה הציבורית, אין זה סביר שיהיה אפשר לקיים תיירות רפואית בלי לפגוע באזרח הישראלי".

עוד נטען, כי התופעה מהווה ניצול משאב ציבורי לטובת רווח פרטי. בתי חולים ממשלתיים מטפלים בחולים במתקנים שבבעלות המדינה, בצידו שנרכש מתקציב המדינה ועל ידי צוותים המקבלים את שכרם מקופת המדינה ומשכך עליהם להיות מחויבים בראש ובראשונה לחולה הישראלי; מאליה נשאלת השאלה: כיצד תופעת התיירות הרפואית מתיישבת עם מחויבות זו? נוסף על כך, רובה המכריע של התיירות הרפואית נעשית בבתי חולים באזור המרכז ואם ההכנסות ממנה תשמשנה לחיזוק המוסדות בהם היא מתבצעת, אזי יועמק אי השוויון בין בתי החולים במרכז לבין בתי חולים בפריפריה.

בשנת 2011 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לבחינת תיירות מרפא. הועדה סברה כי התיירות הרפואית מקדמת את הרפואה בישראל ומחזקת את התשתיות הציבוריות לטובת החולים הישראלים, אך הוסיפה וקבעה כי יש לוודא שתפעל





בדרך שלא תפגע בחולים הישראלים וכי התנאי המוסרי לקיומה הוא יצירת כללים שיבטיחו שהאחרונים ירוויחו מכך. בין הצעדים שהציעה הועדה היו הפרדת התיירות הרפואית מהפעילות השוטפת של בתי החולים, אי מתן העדפה בטיפול בתיירים בהשוואה לישראלים ויצירת קוד אתי שיבטיח שתיירות רפואית לא תפגע בישראלים.

בשנת 2013 פורסם חוזר מינהל רפואה בנושא, הקובע כי על כל המוסדות הרפואיים חל איסור לתת לתייר רפואי עדיפות על ישראלי בקביעת תורים, וכי יש להבטיח כי קביעת תורים לתיירי מרפא לא תפגע בזמינותם של שירותים המוענקים לחולים ישראלים. בחוזר נקבע, כי מטרתו להבהיר את ההנחיות המפורטות בו עד לקבלת מסקנות הועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ('ועדת גרמן'), אשר פורסמו בשנה העוקבת. מסקנות ועדת גרמן אכן ביטאו עקרון זה של הגבלת היקף התיירות הרפואית על ידי זמינות התשתיות עבור חולים ישראלים, אך בסמוך לאחר פרסומן החליטה הכנסת על התפזרותה ובהמשך לבחירות נערכו חילופי גברא במשרד הבריאות ויישומן הוקפא, נסיבות המוסיפות ויוצרות אי וודאות מסוימת בתקפות החוזר האמור.

בחודש נובמבר 2015 פורסם על ידי הפורום האתי המשותף של ההסתדרות הרפואית בישראל וחברות תיירות המרפא הקוד האתי המשותף לרופאים ולחברות תיירות המרפא, במטרה לגבש כללים למתן טיפול רפואי לתיירים רפואיים באופן שישמר את עקרונות האתיקה הרפואית: אוטונומיה, עשיית טוב, מניעת נזק ושמירה על עקרונות הצדק החלוקתי. הקוד קובע עקרונות כלליים להסדרת תיירות המרפא ולשיתוף פעולה בין הצדדים בנושא. עוד כולל הקוד עקרונות ביחס להתאמת מתן הטיפול הרפואי לעקרון הצדק החלוקתי, ובהם: מציאת נקודת האיזון הראויה בין טיפוח תיירות המרפא לטובת המטופלים ובין ניצול משאביה המוגבלים של הרפואה בישראל; מתן טיפול רפואי באיכות שווה לתיירי מרפא ולאזרחי ישראל; החלה דומה של כללי האתיקה הרפואית על טיפולים הניתנים לאזרחי ישראל ולתיירי המרפא; איסור העדפת טיפול בתייר המרפא על פני טיפול באזרחי ישראל וחובת הטיפול בתיירי המרפא בתנאים שלא ייגרמו דחיה באבחון או בטיפול אזרחי ישראל.

## בעט האקדמיה:

### מתוך כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' //

מוחמד ותד

קאי לווי, ווין לווי, "בריאות תעסוקתית של עובדים סינים מהגרים מנקוד מבט משפטית: סטטוס-קוו, בעיו, ופתרונות", 34(4) כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 543-568 (2015).

בעוד שבשפה האנגלית השימוש במונח "עובדים מהגרים" נעשה לגבי עובדים ממדינות אחרות, לרוב מדינות מפותחות פחות, הרי שבשפה הסינית הכוונה היא לעובדים מאזורים כפריים שהיגרו לאזורים עירוניים והשתלבו בעבודות יד הודות, בין היתר, לשכר הגבוה המשולם בגין עבודות אלה. עובדים מהגרים נחשבים לקבוצה פגיעה הנחשפת למחלות תעסוקתיות. מבחינה משפטית, המערכת אינה מגינה כראוי על זכויות הבריאות של עובדים אלה. במאמר זה מוצעת חקיקה השואפת לספק הגנה שוויונית ביחס לזכויות האמורות. בנוסף, מוצע חקיקה השואפת לתקן חקיקה חינוכית קיימת ביחס לתושבי האזורים הכפריים, דבר העשוי להשליך על המודעות ביחס לזכויות אלה.

אילה מליסינט, "מנדט תקנות הבריאות הבינלאומיות ביחס לפיתוח ולאחזקת מערכות פיקוח מרכזיות: תחזיות ואתגרים לקראת 2016 באפריקה", 34(4) כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 569-593 (2015).

השימוש בטכנולוגיה ניידת לשם מעקב אחר מחלות משפר את העיתוי לאיתור מחלות מדבקות. מעקב תסמינים אף מזרז את הליך האיתור האמור, משום שיש בכוחו להצביע על סימנים של התפרצות אפשרית של מחלות אשר תוביל לחקירה כאמור. תקנות הבריאות הבינלאומיות משנת 2005 מעניקות מנדט לכל המדינות החברות לפתח, לחזק, ולתחזק יכולת מרכזית של פיקוח ותגובה עד לחודש יוני 2016. בהיעדר הוראה תקציבית ספציפית נדמה, כי מדינות אפריקאיות, הסובלות כאמור ממקורות דלים, יתקשו לעמוד בלוח זמנים זה. עניין זה צריך להיות מושא לדאגה גלובלית שכן, מחלות מדבקות חוצות כל גבול מדיני. במסגרת מאמר זה

מוצע מנגנון פיקוח תסמיני המאפשר מיקור חוץ של מידע לקהילה הרלבנטית, כאשר ניתוח של מידע זה ייעשה לצורכי איתור התפרצויות של מחלות כאמור. הצעה זו יש בה כדי ליעל את אופן איסוף המידע וניתוחו מחד, ומאידיך הוזלת עלויות וזירוז איתור התפרצויות של מחלות מדבקות.

## בעט האקדמיה:

...

**מתוך כתב העת 'משפט רפואי וביו-אתיקה', כרך מס' 6 //**  
גיל סיגל

**האם אפשר להתיר מבחינה מוסרית את השימוש בטכנולוגיית אבחון טרום-השרשתי (PGD) לצורך הולדת ילד תואם מבחינה גנטית להצלת אח חולה?/ גליה ששון אברהמי**

טכנולוגיית האבחון הגנטי הטרום-השרשתי PGD - Preimplantation genetic diagnosis - היא שיטה המאפשרת אבחון גנטי של עוברים בשלב התפתחות ראשוני, בתהליך חוץ-גופי, טרום-הריון ומאשרת כיום לשימוש בחלק ממדינות העולם לצורך סינון עוברים בריאים אצל זוגות נשאים של מחלות גנטיות שונות (ובמדינת ישראל, אף לברירת מין היילוד במקרים מסוימים). עם התפתחות הרפואה המודרנית, עולה הדרישה להרחבת השימוש בטכנולוגיה זו, כאשר אחד מהשימושים המתבקשים, מיועד למציאת עובר בעל התאמה גנטית מושלמת לילד החולה במחלה חשוכת-מרפא, באותן מחלות שלרפואה המודרנית אין מענה משביע רצון לרפיון. למרות התוצאות המבטיחות בשימוש בטכנולוגיה, נשמעות התנגדויות רבות לשימוש בה למטרה זו. במסגרת מאמר זה אבחן את השאלה, האם יש להתיר מבחינה מוסרית את השימוש בטכנולוגיה לצורך הולדת ילד תואם גנטית לאחיו, אשר ישמש מקור לתרומת רקמות ו/או איברים בעבורו? המאמר יפתח בסקירה קצרה על טכנולוגיית האבחון הטרום-השרשתי ויצג באופן כללי חלק מהטעונונים המוסריים בעד השימוש בה ונגדה, ובפרט בהקשר הנדרש למציאת עובר תואם מבחינה גנטית. המתנגדים לשימוש בטכנולוגיה למטרה זו

טוענים גם לפגיעה אפשרית בזכויותיו המוסריות של הילד שיוולד והפיכתו למאגר חלקי חילוף לאחיו. עיקר הטיעונים נוגעים לפגיעה בתכלית כאדם, באוטונומיה ובטובת הילד (best interests).

במסגרת המאמר אבחן האם עשויה להיווצר פגיעה בתכלית כשלעצמה בילד שנוצר למטרת הצלת ילד אחר ושימוש בו כאמצעי? האם עשויה להיות פגיעה באוטונומיה שלו לאורך השנים? ואם כן, באילו דרכים אפשר לשמור עליה? האם אפשר להגן על האינטרסים של הילד? באיזה הקשר נבחנת שאלה זו? ומה יש לעשות במקרה של קונפליקט בין טובתו או רצונו ובין טובת הילד החולה והתא המשפחתי? על פי המסקנות העולות מן הדיון בשאלות אלה אטען, שמבחינה מוסרית אפשר להתיר את השימוש בטכנולוגיה למטרה זו.

## ביו-אתיקה בראי הדת:

...

### // הריגת עוברים במקרא

מאיר דובדבני


בפסקאות הבאות אחרוג ממנהגי אשר מתאר בדרך כלל בטור זה את גישת ההלכה והמשפט העברי ואבקש להציג מחקר קצר המנתח את מעמדו המוסרי של העובר במקרא.

האיסור על נטילת חייו של אדם הינו אחד מהציוויים החמורים והיסודיים במקרא והוא חוזר במתכונות וניסוחים שונים תוך דגש על אופן המעשה, הכוונה והענישה החמורה. עם זאת, האזכור היחיד של יחס לעוברים במקרא מופיע כחלק מרצף החוקים הקזואיסטי המפורט בפרשת משפטים (ספר שמות פרק כא' פס' כב'-כג):

וְכִי יִנְצוּ אֲנָשִׁים וְנִגְפוּ אִשָּׁה הָרָה וַיֵּצְאוּ יְלֵדֶיהָ וְלֹא יְהִי אָסוֹן עָנֹשׁ יַעֲנֹשׁ כַּאֲשֶׁר יִשִּׁית עָלָיו בְּעַל הָאִשָּׁה וְנָתַן בְּפִלְלִים: וְאִם אָסוֹן יְהִי וְנָתַתָּה נֶפֶשׁ תַּחַת נֶפֶשׁ.







המקרא מתאר מצב נזיקי, בו כתוצאה מריב אלים בין אנשים, נפגעת גם אישה הרה ומפילה את עובריה. במקרה קיימת אבחנה בין שני תרחישים: תרחיש קל יותר בו "לא יהיה אסון" אשר עונשו הינו ממוני בלבד לבין תרחיש חמור בו מתקיים "אסון" ואז עונשו של גורם האסון הינו עונש מוות.

ברי הוא, שהאפשרויות השונות בהן ניתן לפרש את המושג "אסון", משפיעות באופן ישיר גם על המסקנות המוסריות אותן ניתן להסיק מפסוקים אלו.

אפשרות אחת היא לפרש את המושג "אסון" כמוות ולבאר כי תפקידו הלשוני של מושג זה בפסוק הינו תיאור תוצאת התרחיש. לפי פירוש זה, בתרחיש הקל מסתיימת האלימות ללא תוצאות מוות בעוד בתרחיש החמור יותר, מסתיימת העלילה במוות. אך שאלה שנשארת פתוחה היא "מוות של מי?". האם רק כאשר מדובר במותה של האם אזי מוגדר המקרה כרצח וגורר בעקבותיו את עונש המוות, בעוד מיתת העוברים מחייבת תשלום כספי בלבד, או שמא גם במקרה של מות העוברים תיחשב הפעולה כרצח לכל דבר המחייבת עונש מוות. באם נבחר בפרשנות אשר תגדיר את תרחיש האסון כמופנה גם אל העוברים, נצטרך לנמק מדוע במקרה בו "אין אסון" (כלומר, העוברים והאישה בריאים ושלמים) עדיין מחויב המכה לשלם כסף.

בדרך זו, אשר מפרשת את המושג אסון כמוות ומזהה את האסון כמתקיים רק במקרים בהם האישה עצמה נהרגה ולא הוולדות, נקטו מדרשי ההלכה השונים בביאורם לפסוק זה.

אפשרות שנייה היא לפרש את המילה "אסון" באופן שונה, אשר איננו מתאר את תוצאת המקרה כי אם את נסיבותיו. בתרגום השבעים, מופיע תיאור התרחיש באופן הבא: "וכי ינצו אנשים ונגפו אשה הרה ויצא ילדה ולא יהיה מעוצב, עונש יענש. ואם מעוצב יהיה - ונתן נפש תחת נפש. לפי תרגום זה, משמעותו של המושג "אסון" הינו בעל צורה (=מעוצב) ותפקידו בפסוק הוא לתאר את מצבו ההתפתחותי של העובר ברגע ההפלה. כפי שניתן לראות, על מנת להעמיד אפשרות זו, יש צורך בשינוי של צורת הרבים של מושא הפגיעה ("ילדיה") לצורת יחיד בכדי שתתאים למילת התיאור "אסון". מבלי להיכנס לסוגיה הלשונית הסבוכה המצדיקה פרשנות מילולית מעין זו, הרי שמשמעויותיה המשפטיות הינן ברורות. הריגת עובר שכבר הגיעה לשלב "מעוצב", מצב התפתחותי בו הוא נראה כבן אדם מוגדרת כאסון ושקולה לרצח אדם לכל דבר ועניין. הריגת עובר בשלב התפתחותי ראשוני יותר בו

עדיין לא הושלמה צורתו, תחשב כפשע קל יותר מרצח ובו העונש מגולם בהחזר כספי בלבד. בכך מתעצם הפער בין שתי האפשרויות לפרשנות הפסוק כאשר ההבדל העיקרי המעשי הוא במעמדו של העובר העולה מן הפסוקים. בהמשך לתרגום השבעים, פירש גם פילון האלכסנדרוני ציווי זה של המקרא ונתן לו נימוק:

אם יתנגש אדם עם אשה מעוברת ויטיל מהלומה בכרסה והיא תפיל. אם הנפל לא מעוצב ולא מחוטב יישלם קנס הן על אלימותו הן על שמנע את הטבע מלתת חיים בשעה שזה מתקין ויוצר את היפה בבעלי החיים - האדם. אבל אם כבר היה העובר בעל צורה שכל איבר מאיבריו כבר קיבל את המעמד והאופי השייכים לו - עליו למות. הרי עובר כזה הוא אדם והלא הרגו בסדנת הטבע, שסבר כי עדיין לא הגיעה העת להביאו לאור היום - משל לאנדרטה המונחת באולפן הפסל שאינה חסרה דבר לבד מהוצאתה החוצה ושילוחה

לדעתי, האפשרות הראשונה מתאימה יותר לפשוטו של מקרא הן לאור משמעותה של המילה אסון בשאר המקרא והן לאור תפקידה הלשוני בפסוק כמתארת את תוצאת המקרה ולא את נסיבותיו. לפיכך, נראה כי מתוך ניתוח הפסוקים קיימת אבחנה מוסרית ברורה בין מעמדו של העובר לבין מעמדם של אמו ושאר בני האדם.


...

## // קווים מנחים אתיים לנציג הציבור בוועדות הלסינקי //

### הל אמיר

נציג הציבור היושב בוועדת הלסינקי, עורך דין, איש דת, או איש התחום הפארא-רפואי, נתקל במגוון של מחקרים מסוגים שונים. המחקרים המובאים בפני הוועדות מגוונים, וביניהם, עבודת מדעי יסוד של סטודנטים המתעתדים להיות רופאים ומחקרים רב לאומיים של חברות תרופות גדולות. שלל המניעים והאינטרסים, הגלויים והסמויים, הכרוכים בכל מחקר, מביא לקשיים בהערכה ובהחלטה לגבי כל אחד מהם. ברור, כי מטרתו הראשונית של כל רופא המגיע אל הוועדה היא להיטיב עם החולה ולקדם את המדע. אין ספק, כי מחקרים רבים מהווים קרש הצלה, אחרון לעיתים, לחולים סופניים, או דרך זמינה לקבל תרופות שאינן נמצאות בסל התרופות, מצילות חיים או כאלה המשפרות משמעותית את איכות החיים.





מול כל אלה עומדים אינטרסים רבים ושונים - אינטרסים כלכליים משמעותיים של חברות התרופות, האינטרס של הרופאים בקידום מקצועי או בקבלת מימון למחקר, אינטרסים של המרכז הרפואי או של קופת החולים. מעבר לכל אלה ובבסיס ההכרעה הנדרשת, הן באשר לכל המעורבים במחקר והן באשר לחברי הוועדה עצמה - קיימות אין ספור נטיות, הטיות קוגניטיביות, דעות קדומות ודוגמות מוטבעות, שעל חבר הוועדה להכיר ולנסות להתגבר עליהן בטרם יגיע להחלטה אתית מושכלת.

הבסיס של ההכרעה, ובעצם של עצם פעולת הוועדות, הוא בהיסטוריה הנוראית של הכשלים האתיים ברפואה, בשדה הניסויים הקליניים, במיוחד במאה ה-20. היסטוריה אותה לומד חבר הוועדה העובר קורס GCP. הדוגמה הבולטת ביותר, וזו שמרבים לדבר עליה, היא הרפואה הנאצית. אך ההליכה לאזור זה היא קלה מדי. מדובר בזוועות, שבוצעו בהלך רוח אתי ומוסרי שאינן קיימות עוד, לפחות בזמננו ובמקומותינו. אך רפואה הלוקה בכשלים אתיים בולטים ובעיוורון מוסרי, שהגיעה לתוצאות מזוועות לא פחות מ'הניסויים' שערכו הנאצים, הייתה קיימת גם במקומות בעלי אורח חשיבה אתי ומוסרי, הדומה מאוד לזה הרווח כיום והלך רוח דומה לזה הקיים בוועדות הלסינקי היושבות במרכזים הרפואיים בישראל. ארצות הברית, זו שהצהרת העצמאות שלה מדברת על זכויות האדם שלא ניתן לוותר עליהן, אלה הכוללות חיים, חירות, והחיפוש אחר האושר, הייתה במאה ה-20 זירה לפגיעה חמורה בזכויות אלה, תוך הפרה בוטה של כללי האתיקה הרפואית בתחומים שונים, וביניהם הניסויים הקליניים. במקום אחר כתבתי כיצד עיוות של ראיית העולם הליברלית הוביל בארצות הברית לפרויקט רחב היקף של עיקור כפוי של אלה שנתפסו כ'רפי שכל'. פרויקט זה נמשך משנות ה-20 של המאה ה-20 עד לשנות ה-80, פגע בעשרות אלפי אנשים, וזכה לתמיכת המחוקק, בית המשפט העליון ולכל עמודי התווך של החברה. אותו עיוורון עצמו הוביל גם לאחד הניסויים הרפואיים, שהיוו הפרה קשה ביותר של האתיקה הרפואית והוא: ניסוי העגבת בטסקיגי.

בניסוי זה, שהחל בתחילת שנות ה-30 ונמשך כארבע עשרות שנים, נבדק מהלך מחלת העגבת בקבוצה של מספר מאות עובדי כפיים שחורים בעיירה טסקיגי שבמדינת אלבמה שבארצות הברית. הפרט המחריד הוא שהרופאים המשיכו בניסוי, גם לאחר שהתגלתה תרופה זמינה ויעילה לעגבת - הפנצילין. רופאים אלה צפו בנבדקים הסובלים מייסורי המחלה, אותם ניתן היה למנוע, במשך עשרות

בשנים, מבלי לסייע בעדם. רק הדלפה בשנת 1972 הביאה לסיום המחקר, כארבעים שנה לאחר שהחל.

מהו הלך שניתן ללמוד ממקרה טסקיגי? ראשית, כי יש לשים לב במיוחד ליחס לאוכלוסיות מוחלשות - מיעוטים, קטינים, אנשים בעלי יכולת קוגניטיבית מוחלשת, ואחרים הנתפסים כאוכלוסיות הקלות למניפולציה. אך אלה רק פני השטח של הדברים. אני בדעה כי ניסוי נאצי, כדוגמת הטבעתו של אסיר במי קרח על מנת לבחון את שלבי חזרתו לחיים ואת שיטת החימום היעילה, לא היה עובר כל וועדת הלסינקי בכל מקום שהוא. הגיון הבסיס של ה'ניסוי' מנוגד לבסיס המוסרי עליו מושתתת פעולת הוועדה. לעומת זאת, ניסוי נוסח טסקיגי, אם יעטף בז'רגון רפואי מתאים, ובסמכות של רופא בעל שם בתחומו, עלול ליפול בתחום השטח המת המוסרי, הנקודות העיוורות המוסריות, ולקבל אישור.

כיצד נוכל, נציגי ציבור חסרי השכלה רפואית, להבחין בין המקרים? בין ניסוי 'נאצי' המבוסס על כוונת זדון, בין ניסוי בעייתי שיש לפסול, שאינו לוקה בכוונת זדון, אלא בעיוורון מוסרי או הטייה בלתי מודעת, ובין ניסוי כשר שיוכל לקדם את המדע, לסייע לחולה, ובסופו של דבר להציל חיים? אנו זקוקים לקנה מידה ברור, שיוביל אותנו באופן בטוח דרך השטחים המתים של ההטיות שאנו לוקים בהן, אל ההכרעה המוסרית והאתית הראויה.

קנה המידה ההיפוקרטי של *Primum non nocere*, ראשית אל תזיק, אינו יכול לסייע במקרה זה. הוא אינו ישים בתחום הניסויים הקליניים. כמובן, הרופאים המתכננים את הניסוי והוועדות עושים הכל כדי שניסוי לא ירע עם הנבדקים. אך טיבו של ניסוי הוא שתוצאותיו אינן ודאיות. וכך ייתכן, שהטכניקה הכירורגית החדשנית תיכשל, שהתרופה החדשה תגרום לתוצאת לוואי בלתי צפויה או ששייכותו של נבדק לקבוצת הפלאצבו תביא להחמרה, ולו זמנית וניתנת לתיקון, במצבו. תפקידה של הוועדה הוא להפחית למינימום את הסיכוי להתרחשות מקרים אלה. אך עדיין, מדובר בסיכון מובנה בעצם קיומו של הניסוי הרפואי, ומומחש היטב באמצעות הדיווחים המתקבלים בוועדה על תופעות לוואי חריגות או מקרי פטירה שאירעו במהלך ניסויים.

אני מציע ללכת אחר תורתו של הפילוסוף עמנואל קאנט, ולנסות ליישם את הנוסח הרביעי של הציווי הקטגורי שלו. מדובר בנושא פילוסופי עמוק, שלא ניתן לסקור לעומק במסגרת הנוכחית. מכל מקום, הבסיס של האתיקה של קאנט, הוא ציווי הנקרא 'הציווי הקטגורי', האמור לעמוד בבסיס כל פעולה מוסרית. אחד מנוסחיו של



ציווי זה הוא: "פעל באופן כזה, שלעולם לא תתייחס אל האנושות, הן זו שבך הן זו שבכל אדם אחר, כאל אמצעי בלבד, אלא תמיד ובאותו הזמן כאל תכלית".

'אדם' - כל אדם: קטין, אישה, בן מיעוטים, ואף עובר. הם תמיד תכלית בפני עצמה, ולא אמצעי. הם אינם אמצעי לקידום המדע, הם אינם אמצעי להשגת קידום מקצועי או רווח, הם אינם אמצעי להשגת תרומה נדיבה למרכז הרפואי. הם תכלית לכשעצמה. טובתם, בריאותם והשמירה על האוטונומיה שלהם, היא האמורה לעמוד במרכז הדברים, במרכז כל הכרעה לגבי כל ניסוי. לטעמי, זהו קנה המידה האתי העלול למנוע כשלים מסוג כשל טסקיגי, ולסייע בהכרעות הקשות והרות הגורל העומדות תדיר במרכז דיוני ועדות הלסינקי במרכזים הרפואיים בישראל.

...

## שימוש בתאי גזע-מה הסיפור הגדול? // אורית גולן

לאחרונה דווח כי מדענים בריטים הראו כי ניתן לייצר כמות רבה של תאי דם אדומים (אריתרוציטים) אנושיים במעבדה מתאי גזע עובריים. הבשורה המקווה היא, כי ניתן יהיה להשתמש בעירוי דם מתאי גזע להצלת חייהם של נפגעי תאונות דרכים או חיילים שנפצעו בשדה הקרב וזקוקים למנת דם באופן מיידי. מידע זה חשוב בעיקר עבור בעלי סוג הדם O שלילי - סוג דם נדיר באופן יחסי ומקיים שכעת ניתן יהיה לייצרו במעבדה מתאי גזע עובריים בכמויות בלתי מוגבלות. היתרון הגדול של פיתוח דם מתאי גזע עובריים, מעבר ל"ייצור" סוגי דם נדירים, הינו ייצור תאי דם אדומים נקיים מנגיפים שונים, כגון HIV וצהבת. הפוטנציאל המדעי והרפואי הגלום בתאי גזע אינו חדש ופיתוחים שונים מסעירים את החוקרים בתחום. תאי גזע מאופיינים ביכולת התמיינות גבוהה ובתנאים מתאימים מסוגלים להפוך לתאים ספציפיים לצרכים רפואיים. חוקרים מצביעים על פוטנציאל רפואי אדיר ביחס למחקר בתאי גזע עובריים, שעשוי להוביל לפריצת דרך בחקר מחלות רבות כגון: מחלות נוירולוגיות, אוטם שריר הלב, מחלות של העצמות והסחוסים, סרטן, סוכרת ועוד.

השימושים הנעשים כיום בתאי גזע הם: השתלת מח עצם ודם טבורי, אולם שימושים רבים עודם בפיתוח, והנושא נחקר רבות עקב חשיבותו. ישנה תקווה שבעתיד אפשר יהיה ליצור איברים שלמים מתאי גזע, וכך לחסוך את הצורך בתרומת אברים ועוד.


הסוגיה האתית עולה ביתר שאת בהקשר של תאי הגזע שמקורם עוברים בשלבי התפתחות ראשונית. תאי הגזע העובריים מתקבלים מעוברים עודפים מהפריה חוץ-גופית, שהכוונה היא להשמידם כאשר אין צורך בהם. המחקר על עוברים אלו נעשה כאשר הם בני חמישה ימים. למרות שממילא אין כוונה לאפשר את התפתחותם של עוברים אלה, לא ניתן להתחמק מכך שמדובר בעובר בראשית דרכו. לפיכך, נדרש דיון בשאלת הרגע שבו מתחילים החיים, והאם יהיה זה אתי להוציא תאים מעובר שנוצר בהפריה חוץ-גופית לפני השתלתו ברחם (ובכך, למעשה, לשים קץ להתפתחותו הפוטנציאלית) לצורך גידולם, ריבויים וחקירתם במעבדה.

הכרעת הסוגיה המוסרית של ביצוע מחקר בעובר האדם תלויה, באופן שבו נקבע את מעמדו של העובר. שהרי אם העובר הוא בן-אנוש (או אדם), עולה טיעונו המוסרי של קאנט באשר להיותו של כל אדם תכלית בפני עצמו ולא עבור מושא אחר. לעומת זאת, אם העובר הוא לא יותר מאשר אסופת תאי אדם, הרי שיש הרבה פחות מגבלות לטיפול בו.

הטכנולוגיה החדשה הכתיבה מציאות בה מתקיים סטטוס מיוחד - כ'פוטנציאל' של העובר - הפוטנציאל להפוך לייצור אנושי מפותח. אך האם יש להחיל זכויות אלה גם על עובר פוטנציאלי זה? סוגיית הליבה בהקשר זה: האם יש להתייחס אל העובר כאדם או לא; ו/או האם קיימים שלבים שונים של התפתחות עובר האדם.

בקהילות תרבותיות, פילוסופיות ודתיות שונות הועלו התייחסויות מגוונות לגבי סטטוס העובר, באף לא אחת מהן הגיעו הצדדים להסכמה. התפיסה הקתולית גורסת שהעובר הופך שווה זכויות לאדם עם הפריית הביצית על ידי הזרע. לפי תפיסה זו כל שימוש בעובר לצורכי מחקר ולאחר מכן השמדתו יהיה לא פחות מאשר רצח, והוא פסול מוסרית. לעומתה, ישנן תפיסות ביניים, לפיהן העובר ראוי ליחס של כבוד, אך אינו חלק מהקהילה האנושית אלא רק בשלבים מאוחרים יותר במהלך התפתחותו, ומשכך תינתן עדיפות לבני אדם על פניו.

על פי היהדות המעמד האנושי נרכש בהדרגה במהלך התפתחות העובר, ולא ברגע ההפריה. מהיבטים מסוימים, העובר יכול להיחשב לחלק מגופה של האם; ואין רשאים להסיר חלק זה על פי בחירה. ואולם, אם העובר מסכן את חיי האישה, או משפיע קשות על בריאותה (הגופנית והנפשית), הרי שיש לשקול ביצוע הפלה, משום שפיקוח נפש האם דוחה כל שיקול אחר. רק בלידה עצמה הופך מעמד



העובר למעמד בן-אדם, שאינו נופל ממעמד האם. אשר לעובר שטרם הושתל - על פי היהדות, לחומר גנטי שמחוץ לרחם אין כל מעמד משפטי, שכן עד להשתרשות ברחם אין הוא נחשב אפילו כחלק מבן-אדם. יתר על כן, גם ברחם עצמו, העובר אינו זוכה למעמד של עובר אנוש "מגובש" אלא בתום 40 הימים הראשונים. מעמד העובר מחוץ לרחם מזכיר את זה של תאי-מין, זרע וביציות - אמנם אין לבזבזם לחינם, אך מותר להשתמש בהם לצרכים ריפויים. מכאן שעדיף לעשות שימוש בעוברים מיותרים שנוצרו בעקבות טיפולי הפריה חוץ-גופית. שיקולי פיקוח נפש והצלת נפשות מהווים גם את בסיס להתרת המחקר הרפואי בתאי גזע.

המחקר בתאי גזע מהווה לדעתי סוגיה מעניינת במיוחד מן הבחינה האתית. השיקולים בדבר מעמדו של העובר בהקשר של תפיסות דתיות שונות - מצאו מקומם גם בדו"ח המועצה לביו-אתיקה בישראל משנת 2001. נראה כי סוגיה זו, על אף הפוטנציאל הרפואי האדיר, מציבה את האתיקה למול סוגיה קשה לא פחות אך ללא הכרעה ברורה. שיקולים מדעיים ופילוסופיים אלה מעידים על מורכבותה של הגדרת סטטוס העובר בשלב טרום-ההשתלה, הגדרה שסביבה נסבה המחלוקת אודות המוסריות של חקר תאי הגזע העובריים. הדיון בשאלה הביו-אתית מתרחש בהקשר של ההורים דתיים ותרבותיים על מהות חיי האדם, מתחילתם ועד סופם, ועל הכבוד שחיי האדם ראויים לו.

# הטיפול בקנאביס רפואי: המדיקליזציה של הקנאביס

// (חלק שלישי מתוך שלושה)  
דניאל מישורי, צחי קליין\*

## הקדמה

כפי שהראינו בחלק הראשון של מאמר זה (הטיפול בקנאביס רפואי: אתגר ביו-אתי למערכת הבריאות - חלק ראשון), היווצרות הקטגוריה החדשה של "קנאביס רפואי" מאיימת על הגדרת הקנאביס כ"סם בלתי-חוקי". ההיתר המוגבל להשתמש בקנאביס רק בהליך רפואי, הוביל לסדרה של עיוותים ביו-אתיים קשים שהוצגו בתיאורי המקרים בחלק הראשון של המאמר, ובניתוח בחלק השני של המאמר (הטיפול בקנאביס רפואי: ערעור האתיקה הרפואית והדילמות הביו-אתיות שבהסדרה הנוכחית). מחשש "זליגה" ללא-מטופלים, או מחשש שמא השיקול הרפואי ישמש כתואנה בלבד להשגת רשיון לקנביס, הליך אישור השימוש בקנאביס רפואי נותר רווי בחסמים, וכולל הגבלות בירוקרטיות שלא פוגשים בשום טיפול רפואי אחר. מגבלות אלה מעוותות ערכים שאמורים היו לעמוד בבסיס האתיקה הרפואית, תוך פגיעה קשה ובלתי מידתית באוטונומיה ובזכויות החולים ולא פחות מכך בסמכותם המקצועית של הרופאים המטפלים, במיוחד בתחומי ההתוויה, מתן האישור לשימוש בקנאביס, ואישור המינונים אותם ביקשו לספק הרופאים המטפלים. וזאת, מכיוון שהסדרים הנהוגים כיום מתייחסים לקנאביס בתור טיפול של קו אחרון, לאחר מיצוי כל אופציה טיפולית קונבנציונאלית, כולל אופציות טיפוליות המסוכנות יותר לחולים. בכך הסדרים אלה מהווים פגיעה קשה בחוק זכויות החולה (שבימים אלה מלאו לו 20 שנה [1996]), ובמיוחד קשה הפגיעה בעיקרון ה"הסכמה מדעת", שכן חולים המבקשים טיפול בקנאביס רפואי חייבים "להסכים" קודם לכן לדרך חתחתים ארוכה ומסוכנת של מיצוי אופציות טיפוליות אחרות, בחלקן רעילות ומסוכנות, לפני שייזכו לקבל את הטיפול בו הם מעוניינים. בחלק זה נדון בתהליך המדיקליזציה שעבר הקנאביס, נצביע על השלכותיו על הפרופסיה הרפואית ועל החברה בכלל, ונציע המלצות לתיקון המצב.





## מדיקליזציה

### (א) קנאביס "רפואי"

מרגע שנאסר הקנאביס בארה"ב, הוא נאסר לשימוש לכל מטרה שהיא. עובדה זו הפכה את הטיפול הרפואי בקנאביס לבלתי חוקי, והוא הוצא מידי הרופאים. סביר להניח שדור הרופאים ההוא, בשנות ה-30 וה-40 של המאה ה-20 ראה בתדהמה כיצד טיפול מסורתי, יעיל ובלתי מזיק יחסית הופך לבלתי-חוקי כתוצאה של גחמה פוליטית הניזונה מקמפיין הפחדה גזעני (את ה"מריחואנה" עישנו מהגרים ממקסיקו), כלל הנראה אחד הספינים התקשורתיים הראשונים בתקופה המודרנית. ייתכן שהיו כאלה שהמשיכו לטפל בקנאביס במחתרת, עד שאזלה אספקת החומר. כשהתחלפו הדורות, רופאים כבר לא הכירו את הקנאביס כטיפול, ולמדו להכירו (מסיפורים בלבד) כסם מסוכן, שונה לחלוטין מחומרי הפרמקולוגיה המודרנית. חומה גבוהה קמה בין תחום התרופות ועולם ה"סמים", אליו נוספו חומרים נוספים עם השנים, בעיקר מלאכותיים (תוצרי מעבדות).


חידוש הטיפול בקנאביס רפואי יצר לראשונה דיכטומיה בין טפול רפואי חוקי ובלתי חוקי. ככל שמספר המדינות שמכירות בטיפול זה גדל, כך התחדד הקושי. אם יש חומר בעל תועלת רפואית מוכחת, מדוע הוא בלתי חוקי, ואם יש בו נזק בריאותי וחברתי כה גדול, כפי שמניח החוק כיום, מדוע מרשים לעצמם רופאים (ומערכת הבריאות) לתת אותו לחולים?

עדות ליחס המסויג של רשויות הבריאות לקנאביס נמצאת במשפט הראשון של נוהל 106: "רישיונות לשימוש בקנאביס". בפתח הנוהל נקבע כי "קנאביס אינו תרופה, אינו רשום כתרופה, ויעילותו ובטיחותו בשימוש למטרות רפואיות טרם הוכחו. יחד עם זאת קיימות עדויות לכך שקנאביס עשוי לסייע לחולים הסובלים ממצבים רפואיים מסוימים, ולהקל על סבלם". כלומר, ה"עדויות" שקנאביס עשוי לסייע לחולים הסובלים ממצבים רפואיים מסוימים עדיין אינן משמשות סיבה מספיק טובה להגדרתו כתרופה, או הוכחה ליעילות הטיפול שבו, וממילא מה שאינו רשום כתרופה אינו ממש טיפול. נקודת מבט זו עשויה להסביר את היחס השלילי שחלק מהרופאים המקדמים טיפול בקנאביס בישראל קיבלו ומקבלים מצד הממסד הרפואי, על-פי עדויות שהצטברו אצלנו.

## (ב) הרופאים כאמונים על הקנאביס

הגילוי מחדש של הקנאביס כטיפול רפואי הוא חלק ממגמה. בשנים האחרונות נעשית עבודה מחקרית המנסה לטעון שיש ל"סמים מסוכנים" נוספים, במיוחד אלה השייכים למשפחת הפסיכדליה, פוטנציאל חשוב בטיפול רפואי, במיוחד נפשי ופסיכיאטרי. בין הסמים עליהם נעשה מחקר, או שלגביהם מועלות טענות בדבר הפוטנציאל הטיפולי הגדול שבהם, מוזכרים איוואסקה, קטאמין, MDMA, פסילוסבין, וכמובן LSD. המשותף לכולם היא כי הלגיטימציה החלקית אותה הם אמורים לקבל עוברת אך ורק דרך הערוץ הרפואי-טיפולי. במילים אחרות, ליגליזציה חלקית תתאפשר רק בהרשאת הממסד הרפואי, ורק לצורך טיפולי. במילים אחרות, מדיקליזציה של "סמים".

מדיקליזציה ("Medicalization") הוא כינוי לתהליך חברתי ההופך סוגיות שיכולות להיות או שהיו בעבר מומשגות או ממוסגרות (framed) כלא-רפואיות לסוגיות רפואיות, שרק הממסד הרפואי ומומחי הבריאות (רופאים) יכולים לעסוק בהן. התנהגויות ומצבים אשר הוגדרו כלא-רפואיים בעבר מוגדרים מחדש כמחלה או כהפרעה, אשר רק סמכות רפואית מסוגלת לטפל בהם; הממסד הרפואי מקיים עליהן פיקוח חברתי, מהסוג שבזמנו נעשה ע"י מוסדות של דת, משפט, או פרקטיקות חברתיות אחרות. מדיקליזציה באה לידי ביטוי גם בטרמינולוגיה, באמצעות תיוג של אדם בשפה רפואית: מדע כשפה. הממסד הרפואי מקבל את הסמכות לקבוע "אמת" בתחום הבריאות, כך ש"אבחנה רפואית" מתקבלת כעובדה מוחלטת בעולם, עליה לא ניתן לערער "מחוץ" למערכת. כך, אלכוהוליזם, השמנת-יתר או היפר-אקטיביות אצל ילדים ממוסגרים כמצבים רפואיים, ובעבר הומוסקסואליות אובחנה כמצב המחייב טיפול רפואי. פריון הוא דוגמה בולטת למדיקליזציה, כשהלידה עברה מהבית לבתי החולים, בעוד הליך ההפריה וההריון מלווה לעיתים קרובות לכל אורכו ע"י רופאים, במיוחד בישראל. גם סוגיות, הרגלים וסימפטומים של היוםיום, שהיו עד כה נחלת הפרט, הופכים לבעיה רפואית ולעיתים קרובות לסטיגמה חברתית. חוקרים שונים טוענים שלעיתים יש לתאגדי התרופות אינטרס להגדיר בעיה כרפואית/פרמקולוגית, כזו שיש לה טיפול תרופתי מאושר. כשבוחנים את סוגיית הקנאביס הרפואי מפרספקטיבה זו, "סמים" בכלל וקנאביס "רפואי" בפרט עוברים בבירור תהליך של מדיקליזציה. רק רופאים מוסמכים לקבוע התוויות, כלומר זיהוי מצבים רפואיים, שרק עבורם ניתן אישור חברתי להשתמש בקנאביס. וזאת, למרות שרופאים יהיו הראשונים להודות שבעניין הקנאביס הם מומחים קטנים מאוד. יש קומץ חוקרים בעולם הבקיאים בקנאביס



וחוקרים אותו; עם קומץ זה נמנים רופאים מעטים בלבד. עם זה, הרופאים הם אלה שקיבלו את ההרשאה לאסור או להתיר שימוש בקנאביס, ועבור (חלק מ-) המצבים ה"רפואיים" בלבד.

איוואן איליץ', בספרו "נקמת הרפואה" (1976), המהווה טקסט מכונן בדיון על מדיקליזציה, טען ש"החברה העבירה לרופאים את הזכות הבלעדית לקבוע מהי מחלה, מי חולה או עלול לחלות, ומה יש לעשות באנשים אלה" זכות ש"מאיימת להרוס את התנאים הסביבתיים והתרבותיים הדרושים לבריות, כדי לחיות חיים של ריפוי עצמי (אוטונומי)". המגבלות על צריכת קנאביס, לפחות בחלק מהמקרים, מהווה דוגמה להרס תנאים סביבתיים ותרבותיים שעשויה להרוס את האפשרויות של בני אדם לריפוי עצמי, שלא באמצעות הפרופסיה הרפואית.

כך למשל, הן קנאביס והן איוואסקה (Ayahuasca) מהווים באופן מסורתי אמצעי לפולחן והתעלות דתית ורוחנית. האיאווסקה מהווה חלק מטקסים בדתות שהתפתחו באגן האמזונס בדרום אמריקה, והתפשטו מאז גם מעבר ליבשת דרום אמריקה, בעוד לקנאביס היסטוריה ארוכת שנים כחלק מפרקטיקות רוחניות ודתיות שהתפתחו במרכז אסיה. הקנאביס זוהה בהודו עם שיווא, אחד מחשבי האלוהויות, וחידי שיווא נוהגים לצרוך קנאביס כחלק שגור מהפולחן. דת הראסטפארי, שמקורה באוכלוסייה השחורה בג'מייקה, מהווה דוגמה נוספת: בדת זו מגנים שימוש בקנאביס לשם ההנאה בלבד, ומייחדים את השימוש בו למדיטציה, התקרבות לאל ולמטרות רפואיות. לכל זאת אין מקום בעולם שבו סמים הם או לא-חוקיים, או מותרים בהקשר רפואי בלבד, ותחת הרשאה ופיקוח של הממסד הרפואי.

במילים אחרות, רופאים "מתקדמים", שתומכים בעד מתן קנאביס "רפואי" לחולים, אבל מתנגדים לליגליזציה (היתר שימוש בתנאים אלה או אחרים, כמו פיקוח או מיסוי, לכלל האוכלוסייה), פועלים בפועל כקבוצת כוח הפועלת לבצר את הסטאטוס הפרופסיונאלי שלהם.


יודגש, איננו טוענים כאן כי רופאים שוקלים את טובת הפרופסיה על חשבון רווחת כלל הציבור. סביר מאוד כי רבים מחברי הפרופסיה דהיום, בשונה לחלוטין מהרופאים בשנות ה-30 וה-40 של המאה ה-20 (שהתנגדו לאיסור על קנאביס), באמת ובתמים חוששים מליגליזציה של הקנאביס. להתנגדות זו יש מעט מאוד (אם בכלל) בסיס במחקר, והיא מעידה יותר מכל על שמרנות הפרופסיה, ועל

עוצמתם של המיתוסים השליליים על אודות הקנאביס. ההתנגדות הנמרצת לשימוש בקנאביס של יו"ר ההסתדרות הרפואית, ד"ר ליאוניד אידלמן, שהוצגה כעמדת ההסתדרות הרפואית בדיון ישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, בתאריך 13.7.2015, מעידה על כך יותר מכל. טענתנו היא אחרת: שעמדה "נאורה" יחסית זו (הגבלת ההיתר החברתי לשימוש בקנאביס לצרכים רפואיים בלבד), מהווה מדיקליזציה של הקנאביס, והרחבת תחום השיפוט הרפואי לתחומים חדשים.

### דוגמאות לבעיות: "תרופה" ו"מינון"

בפברואר 2012 נרשמה "סטיבקס" כתרופה לטרשת נפוצה ואושרה לשיווק בישראל, וב-2013 היא אושרה גם בביטוחים המשלימים של כללית ושל מכבי. "סטיבקס" היא מיצוי טבעי של קנאביס, אך אין צורך בהנפקת רשיון מיוחד ממשרד הבריאות לקנייה או שימוש בה, למרות שתכולתה זהה לחלוטין לקנאביס הרפואי. משרד הבריאות מאפשר לחולים בטרשת נפוצה לצרוך קנאביס כ"סטיבקס", במרשם רופא וללא צורך ברשיון מיוחד, אם ואך ורק אם הם משתמשים בתכשיר המיוצר באנגליה שמחירו עולה עשרות מונים על פני הקנאביס הרפואי המיוצר ומשווק בישראל. ככל הנראה, אם עד כה נראה היה שהסיבות שמניעות את משרד הבריאות לעכב ולהגביל את השימוש בקנאביס רפואי הם מתוך דאגה לבריאות החולים, מחשש שהקנאביס מסוכן, מתברר שהאריזה היא החשובה כאן. אם הקנאביס משווק כתרסיס, באריזה של חברת תרופות, הוא כשר לטיפול רפואי, ואם מדובר בצמח עצמו, לפני שעבר תהליכי עיבוד ומיתוג, הוא נחשב לסם מסוכן ומחייב פרוצדורת אישור קפדנית.

הפרכות שבהסדרים הנוכחיים מודגמות יפה גם בסוגיית המינון. משרד הבריאות מאשר שימוש בקנאביס בגראמים של חומר, ומסיבות עלומות מעודד צריכת קנאביס בשמן (להבדיל משימוש בצמח השלם). במקרה כזה מגדלי הקנאביס מזהלים את החומר הפעיל בשמן זית, בריכוזים שניעים בין 3% לבין 20%. כך, אישור המינון בגראמים של קנאביס או שמן (אין הבחנה ביניהם) יגרור אספקת חומר פעיל בכמות לא ידועה. כך ניתן בהחלט להבין טענות של מטופלים לפיהם האישור שניתן אינו מספק. זאת ועוד, ייתכן שמטופל רגיל לקבל צמח מזן מסוים שאחוז החומר הפעיל בו (למשל CBD) גבוה, ובהיעדר הצמח המסוים הוא מקבל תחליף נקוב בגראמים שבו החומר הפעיל הנדרש נמוך בהרבה, וזאת ללא יכולת "לפצות" את המטופל על הכמות הקטנה יותר של חומר פעיל. זאת ועוד, מטופלים ותיקים



עשויים לפתח עמידות יחסית לחומר הפעיל, ונזקקים לכן לכמות גדולה יותר של קנאביס. כך גם בטיפול בילדים שזקוקים למינונים עולים המקבילים לקצב הצמיחה שלהם. בנגוד להיגיון זה, משרד הבריאות אימץ בשנה האחרונה מדיניות של הפחתת מינון של צרכני קנאביס רפואי, וזאת ללא כל תימוכין במחקר תוך התעלמות מהמלצות הרופאים המטפלים.

כמו כן, קיימים הבדלים בין מוצרי הקנאביס של ספקים שונים. לאחרונה הוציא משרד הבריאות מסמך המגדיר לספקי הקנאביס מהם המוצרים אותם יאשר בעתיד. למרות שבישראל נצבר נסיון בגידול קנאביס ובאספקתו למטופלים כבר למעלה מ-7 שנים, ההנחיות לא מסתמכות על הניסיון הרב בשאלה הזנים היעילים יותר וכדומה, ולא ברור על-סמך מה ניתנו ההנחיות החדשות.

## דין ומסקנות

היווצרות הקטגוריה החדשה של "קנאביס רפואי" איימה ומאיימת על הקטגוריה של "סם בלתי-חוקי". המגמה להותיר קטגוריה זו, וליחד מקום בחוק (או בשוליו) רק לשימוש הרפואי הוביל לסדרה של עיוותים קשים, המאיימים על ערכי יסוד של האתיקה הרפואית עצמה.

מהאמור לעיל ניכר כי הרופאים ומערכת הבריאות נכשלים שוב ושוב בקיום הסדרים ההולמים את מחויבויותיהם האתיות, ואפילו אלו הנזכרות ב"שבועת הרופאים", על גרסאותיה השונות. כבר בנוסח הראשון, של היפוקראטס, מתחייב הרופא כי "אשמור על החולים מאי-צדק ולעולם לא אזיק להם", התחיבות המתערערת כשההנחיות מתייחסות לקנאביס כטיפול של קו אחרון בלבד, לאחר שמוצו טיפולים אחרים, ורק בהתוויות מסוימות.

בנוסח הנהוג בישראל, "שבועת הרופא העברי", מתחייבים הרופאים לוודא כי "שלומו [של המטופל יהיה] ראש חרדתכם כל הימים", והרופא מתחייב גם "להבין לנפש החולה לשובב את רוחו בדרכי תבונות ובאהבת אנוש"; גם בהתחייבויות אלה יתקשו רופאים לעמוד אם הם מעמידים שיקולים כמו "מניעת זליגה" של הסם בראש סדר העדיפויות, או מסכימים (או שאינם מתקוממים) ליחס מערכת הבריאות למבקשי קנאביס כאל "סטלנים" במסווה.

לבסוף, נכשלים המערכת הרפואית והרופאים בתחינה הנכללת ב"תפילה לרופא" של הרמב"ם: "תן בליבי לשמוע בקול חכמים אמיתיים בני אומנותי החפצים ללמדני בינה כי שדה החכמה גדול ורחב חזקני נא ואמץ לבבי נגד השוטים המתחכמים הנותנים בדופי שלא אסור מדרך האמת בלי משוא פנים". מעטים הרופאים שהפנימו עדויות להצלחות של טיפול בקנאביס הרפואי, ומעטים הקשובים לחזית המחקר בנושא המערכת האנדו-קנבינואידית, וחשיבותה למערכת החיסון, לעיכול, לחשיבה, למערכת השלד, ללב, למערכת העצבים ועוד, מבית מדרשם של חתן פרס ישראל בכימיה פרופ' רפאל משולם והחוקרים בתחום, מחקר שעדיין לא מהווה חלק מהידע הרפואי או מהכשרת רופאים ומטפלים.

לאחרונה, בתכנית ששודרה בערוץ הראשון (מבט שני), התראיינה, תחת הסתרה של קולה ופניה, אמא לילד אוטיסט שהתרופות הקיימות אינן מספקות לו מזוהר. היא "מייבאת" באופן לא חוקי שמן קנאביס מחו"ל, כיוון שבישראל היא לא מצאה רופא שימליץ על טיפול כזה, המסייע על-פי עדותה לבנה ולילדים אחרים במצבו.

במסגרת אותה תוכנית שודרה כתבה נוספת, ממנה עלה שמשרד הבריאות והמשטרה אף אינם מאשרים גידול המפ (Hemp), קנאביס ללא חומרים פסיכואקטיביים (ממנו ניתן להפיק שמן מאכל, גרעינים, סיבים, נייר, ביומסה לרדק, ועוד), וזאת למרות הפוטנציאל הכלכלי הגדול והייתרונות האקולוגיים החשובים שבו.

## קווים מנחים לתיקון

האירגונים הבינלאומיים שעוסקים במחקר על צמח הקנאביס וקנבינואידים חברו להצהרה עולמית עליה חתומים כל המדענים שעוסקים במחקר זה, ביניהם פרופ' רפאל משולם. לפי הצהרת זכויות האדם עבור גישה לקנאביס וקנבינואידים לרפואה, הנשענת על הצהרת זכויות האדם של האו"ם (1948), בסעיפים המדברים על "הזכות לחיים, לחירות ולביטחון אישי" (3) והזכות ל"טיפול רפואי" (25 [1]):

"...ההכרזה הזאת חלה על כולם וכל האנשים, ומאחר ועל רופאים רבים נאסר על-ידי דרישות חוק מלטפל בחולים שלהם עם תרופות מבוססות-קנאביס ומאחר ואנשים רבים לא יכולים להרשות לעצמם גישה לתרופות מבוססות-קנאביס, לכן אנו מצהירים כי:

- לכל רופא יש את הזכות לטפל בחולים שלו או שלה עם קנבינואידים ומוצרי הקנאביס לפי הכללים של טיפול רפואי טוב.

• לכל חולה יש את הזכות לגישה לקנאביס וקנבינואידים לטיפול רפואי בפקוח רופא, ללא קשר למעמד חברתי, רמת חיים או אמצעים כספיים. [תרגום שלנו: ד"מ, צ"ק]

קנאביס אינו יכול להיות זמין כטיפול רפואי כל עוד הוא נמצא תחת פיקוח מחמיר יותר מזה המוטל על נשק חם. רק בהוצאתו מפקודת הסמים המסוכנים (פעולה הנמצאת כיום לחלוטין במסגרת סמכות משרד הבריאות), או בשינוי מהותי של מעמדו בפקודה, יוכל הקנאביס לשמש כטיפול רפואי וכגידול חקלאי בעל חשיבות אקולוגית וכלכלית, ללא שלל העיוותים שנוצרים כיום בטיפול ובאתיקה הרפואית.

\*\* צחי קליין, חוקר קנאביס ויוצר סרטים. בוגר תואר שני בלימודי הסביבה באוניברסיטת תל אביב. חוקר השפעות של השימוש בקנאביס רפואי על בריאות חולים ועל רווחת מטופלים.

## במרחב הגלובלי

...

### מוות בכבוד: פסיקה אמריקאית עכשווית בנושאי ביו-אתיקה // ברברה פפר בילאוור

#### מוות בכבוד - המקרה של דייוויד דאן:

בנובמבר 2015, דייוויד כריסטופר דאן, גבר בן 46, אושפז בבית החולים המתודיסטי ביוסטון, לאחר שאובחן באופן בלתי וודאי כלוקה במצב מסכן חיים. הוא היה צלול, למרות שהתקשה לדבר בשל צינורות הזנה והנשמה. לאחר קבלתו, קבעו רופאיו, על דעת ועדת האתיקה של בית החולים, שמצבו הוא סופני, ועל אף התנגדותו והתנגדות אמו, תכננו לנתקו ממכשירי ההזנה וההנשמה ולהזריק לו זריקה קטלנית שתביא למותו המייד.

החלטת הרופאים הייתה כנראה חוקית לפי סעיף 166.046 לקוד הבריאות

והבטיחות של טקסס, המסמיך רופא למנוע או להפסיק טיפול משמר חיים (לאחר קבלת הסכמת ועדת אתיקה של בית החולים) אם לפי שיקול דעת הרופא המשך הטיפול וההזנה לא יאריך את חיי החולה. הסייג היחיד שנדרש לשים אליו לב הוא כי יש לאפשר לחולה ארכה בת עשרה ימים למצוא בית חולים אחר שיסכים לקבלו לפני שניתן יהיה לנקוט בפעולות אלה. ניתן להפסיק אף הזנה והשקיה אם לדעת הרופאים יש אינדיקציה מנוגדת לכך שמתן הטיפול מחמיר בעיות מסכנות חיים שאינן שקולות כנגד התועלת שבטיפול; או שהטיפול אינו יעיל מבחינה רפואית בהארכת חיי החולה.

מר דאן (ואמו) התנגדו להוצאת הצינורות והתחננו בפני הרופאים לשמור את מר דאן בחיים, אך אלה סירבו. למרות זאת, הם העניקו לדאן את עשרת הימים הדרושים כדי למצוא בית חולים חלופי. אדון דאן לא היה מבוסס בביטוח בריאות ומציאת בית חולים חלופי היתה בלתי אפשרית עבורו.

לפי מסמכים שהוגשו לבית המשפט המחוזי במחוז האריס ב-20 בנובמבר 2015, התובע, "דיוויד כריסטופר דאן ('דאן') תושב טקסס, מקבל כרגע טיפול משמר חיים בבית החולים המתודיסטי... דאן עומד בפני סכנת חיים בלתי הפיכה אם יופסק הטיפול משמר החיים. בית החולים המתודיסטי מבקש להפסיק את הטיפול, ובפגישת ועדה בה לא ניתנה לדאן האפשרות להיעזר ביעוץ משפטי או להביא ראיות להזמה, החליט בית החולים המתודיסטי שהוא יפסיק את הטיפול משמר החיים ביום שלישי, 24 בנובמבר 2015 (יומיים לפני חג ההודיה). דאן מאמין שחוקת טקסס וחוקת ארצות הברית מבטיחים לו ייצוג על מנת לטעון בעניין הנוגע לעצם חייו ואת ההזדמנות להישמע כאשר טיפול משמר חיים מופסק. דאן מבקש להצהיר כי סעיף 166.046 לקוד הבריאות והבטיחות של טקסס מפר את זכויות ההליך ההוגן שלו לפי חוקת טקסס וחוקת ארצות הברית... ומעניק לרופאים ולבית החולים את הסמכות המוחלטת ושיקול הדעת הבלתי מוגבל להפסיק טיפול משמר חיים לכל חולה, למרות קיומה של הוראה מראש, או אמירה מפורשת של החולה, הנוגדת זאת. (בעמ' 2-1)

לחולה, שהיה בהכרה מלאה וצלול בעת שהעלה את בקשתו (על אף שהוזן באמצעות צינורות) אמורים היו להזריק 'תערובת של סמים שתפסיק את חייו באופן מיידי'. הוא מבקש ארכה מ'גזר דין המוות שנגזר עליו' על מנת לחפש מוסד אחר שיטפל בו, מכיוון שבית החולים המתודיסטי, והרופאים המועסקים בו, מסרבים לעשות כן.





בית המשפט המחוזי מצא, כי זכויות החולה להליך הוגן הופרו והעניק לו ארכה בת שבועיים נוספים למצוא בית חולים שיסייע לו. ארכה זו הוארכה פעמיים.

ב-9 בדצמבר ביקש בית החולים אפוטרופוסות על מר דאן, על מנת לאפשר להם לסיים את חייו, ובכך לעקוף את הארכה שהעניק לו בית המשפט. בית החולים הסתמך על חוק ההוראות הרפואיות המקדימות של טקסס (שנחתם על ידי המושל דאז, ג'ורג' בוש) המאפשר לבית החולים לעקוף הוראה רפואית מקדימה ולהעניק התראה בת עשרה ימים בלבד בטרם יסירו טיפול משמר חיים באופן כפוי. הברירה היחידה של החולה היא למצוא מוסד רפואי אחר שייתן לו מיטה ביחידה לטיפול נמרץ, משימה בלתי אפשרית בהתחשב בעובדה שדאן לא היה מבוטח.

ב-23 בדצמבר 2015, בעוד הקרב המשפטי נמצא בעיצומו, מת כריס דאן באופן טבעי.

אין זו הפעם הראשונה שמצב כזה מתרחש ועומד בדרישות החוקיות בטקסס. לפני כשנה, קיבל נער בן 12 את אותו 'גזר דין מוות'. למזלו, בית חולים אחר הסכים לאשפזו, ולבסוף החלים ממחלתו.

## חוק הפלות של טקסס

האירוניה במצב שתואר למעלה, בו בית החולים קיבל החלטה לסיים את חיי החולה על אף בקשתו (ובקשת משפחתו) הברורה כי לא יעשה כן, יכולה להראות כניגוד לטיעונים שהועלו בעניין *Whole Woman's Health v. Cole*, העתיד להישמע בפני בית המשפט העליון של ארצות הברית במהלך שנת 2016. במקרה זה מתבקשת הגבלת זכותה של האישה להפלה בהתבסס על חוק אחר של מדינת טקסס.

בחודש מרץ שמע בית המשפט העליון את עניין *Whole Woman's Health v. Cole* המבקש להשית מגבלות על הפלות בהתבסס על החוק של טקסס המוכר כ-*HB2* שחוקתיותו מוטלת בספק. הזכות למות בכבוד: אינה זמינה ל'ילדים' מתחת לגיל 18.

IN RE CASSANDRA C.\* (SC 19426) Rogers, C. J., and Palmer, Zarella, Eveleigh, McDonald, Espinosa and Robinson, Js. Argued January 8, 2015  
 \*\*8—officially released January 8, 2015  
 עניין זה מתייחס לשאלה האם נערה בת 17 נחשבת 'קטין בוגר', ובכך יתאפשר לה לסרב לטיפול מציל חיים.

בספטמבר 2014, אישה צעירה, המכונה קסאנדרה סי. אובחנה כלוקה במחלת הודג'קין. לאחר יחסים מתוחים בין אמה ובין רופאיה (לרבות החמצת פגישות, ואי עמידה בעצות הרפואיות שניתנו) דיווחו רופאיה של קסנדרה על התנהגות האם למחלקת הילדים והמשפחה (DCF), כפי שנעשה באופן שגרתי במקרים של חשד להתעללות והזנחה בילדים. ה-DFC הביא את העניין בפני בית המשפט העליון של המדינה.

לבסוף, הסכימה קסנדרה לקבל טיפול כימותרפי בתנאי שה-DFC יאפשר לה לחזור הביתה, אך לאחר שני טיפולים היא החליטה שאינה רוצה להמשיך בכך וברחה מביתה. רופאיה של קסנדרה היו בדעה שללא טיפול, היא עלולה למות בתוך שנתיים, וסיכוייה לשרוד עם טיפול מגיעים ל-80-95%. הם חששו כי הפסקת הטיפול תחמיר את מצבה ותהפוך אותו לבלתי ניתן לטיפול.

בדצמבר, הורה בית המשפט על הוצאתה של קסנדרה מביתה בפעם השנייה. היא אושפזה בכפייה ועברה טיפולים כימותרפיים בהוראת בית המשפט מדצמבר 2014. קסנדרה ואמה עתרו לבית המשפט העליון של המדינה. בעתירה טען עורך דינה של קסנדרה, כי "בהעדר ממצאים שהן (קסנדרה ואמה) אינן כשירות, הערכאה הקודמת הפרה את זכותן החוקית בכך שאיפשרה ל-DCF להחליף את שיקול דעתן בשיקול דעתו ובכך שאיפשרה ל-DCF להכריח את קסנדרה לקבל טיפול רפואי בניגוד לרצונה". הן הוסיפו וטענו כי צריך היה להגדיר את קסנדרה "קטין בוגר" בדיון המקורי בעניינה, ולאפשר לה להחליט בעצמה בנוגע לטיפול רפואי. ה-DFC שלל את טיעון 'הקטין הבוגר' וטען כי במקרים כאלו זכותם לפעול, מקרים בהם קטין עתיד למות אם מותירים את ההכרעות הרפואיות בידי הוריו. לבסוף, הכריע בית המשפט העליון של מדינת קונטיקט כי למדינה יש את הזכות להמשיך ולקבל החלטות הנוגעות לטיפול רפואי עבור קסנדרה, לפחות עד ליום הולדתה ה-18 שחל בספטמבר.



## הזכות למות בכבוד - ניתנת באורגון לבגירים כשירים

בגירים כשירים באורגון יכולים לבחור לסיים את חייהם אם רופא מאבחן כי הם לוקים במחלה סופנית ומעריך פרוגנוזה של לא יותר משישה חודשים לחיות.

לפי 'חוק המיתה בכבוד' של אורגון, חולה יכול לבקש (בכתב) מרשם למנה קטלנית של תרופה למטרת התאבדות מרופאו. החולה הוא שחייב ליזום בקשה זו, והרופאים, הרוקחים וספקי טיפול רפואי אחרים המתנגדים לכך באופן מוסרי רשאים לסרב.

את הבקשה יש לאשר באמצעות שני עדים, שאחד מהם אינו קשור בחולה, ברופאו או מועסק על ידי ספק השירות הרפואי של החולה, או עשוי להיות זוכה בחלק מעיזבון החולה. לאחר קבלת הבקשה, רופא שני חייב לבחון את התיק הרפואי של החולה, לאשר את האבחנה וכי החולה אינו סובל ממצב רפואי השולל את שיקול דעתו.

אם עולה ספק אצל אחד משני הרופאים באשר למצבו המנטלי של החולה או באשר לכשירותו לביצוע החלטה מודעת, חייב החולה להיות מופנה להערכה פסיכולוגית. עם אישור הבקשה, החולה חייב לחכות לפחות 15 ימים ואז להשמיע שוב את הבקשה בעל פה לפני שניתן לו המרשם.

חוק המיתה בכבוד של אורגון מגן על אנשי צוות רפואי מחבות בגין סיוע לחולה סופני להתאבד, אם אלה עמדו בהוראותיו.

בנובמבר 2014, בריטני מיינרד, שסבלה מסוג מסויים של סרטן המוח (ועברה מקליפורניה לאורגון על מנת לנצל את החוקים באורגון) סיימה את חייה באמצעות תרופות שסיפק לה רופאה במרשם. לפי כתב העת 'People', גורמים רשמיים בוותיקן גינו את ההחלטה.

### חוקי הזכות לנסות:

רשות לחולים סופניים להשתמש בתרופות נסיוניות עוד בטרם הושלם הניסוי הקליני.

לארי קוט, בן 65, חי בעיירה קטנה בקולורדו בשולי הרי הרוקי. מר קוט סובל ממיאלומה כפולה מתקדמת, סוג של סרטן הדם, והוא מיצה את כל אפשרויות הטיפול הזמינות והמאושרות. הפרוגנוזה שלו קודרת, אך עתה יש לו תקווה להאחז בה, כאשר חוק חדש על 'הזכות לנסות' עבר בקולורדו. חוקי 'הזכות לנסות' עברו לפחות בעשר מדינות בשנת 2014. חוקים אלו מעניקים לחולים סופניים את הזכות לבקש מחברות התרופות גישה ישירה לטיפולים לא מאושרים, בתנאי שהטיפול עבר את השלב הראשון בניסוי קליני שאושר על ידי ה-FDA (מנהל התרופות האמריקאי). בנסיבות רגילות, חולים הם בעלי גישה לתרופות מסוג זה רק אם הם משתתפים בניסוי קליני.

## מוסדות ואישים

### המרכז לאתיקה ומדעי הרוח במדעים החיים באוניברסיטת מישיגן // רותם ויצמן

צוות המרכז לאתיקה ומדעי הרוח באוניברסיטת מישיגן, מקדיש כבר משנת-1977, את כל זמנו להבנה ולימוד סוגיות בעלות מימד אתי, חברתי והומניסטי בתחומי החולי והבריאות. באתר שלהם מוצגים הפרוייקטים השונים בהם עוסקים במרכז. מטרת הקולג' לרפואה אנושית בו נמצא המרכז היא לקשר בין מדענים שונים שכל אחד מתעסק בדרך כלל בנושא שלו, והקולג' מחבר אותם בתחום מולטידיסציפלינרי.

באתר המרכז ניתן למצוא פרסומים של המרכז ופעילויות שהמרכז מקיים, זאת בנוסף לרשימת כל אנשי הצוות במרכז. המרכז מציע גם תכנית לימודי קיץ, ללומדים אתיקה רפואית ומדיניות ציבורית בתחום הבריאות. באתר, ניתן גם למצוא מאגר של הרצאות מקוונות בתחומים שונים (תרומת איברים, מחקר רפואי, פגיעה באנשי צוות, הסכמה מדעת ועוד), הגישה להרצאות חופשית. המרכז מציע גם סדנאות בתחום הייעוץ הביו-אתי ושירותי ייעוץ.

במרכז עמותת סטודנטים, שמטרתה לקדם את תחומי האתיקה הרפואית, האתר מכיל פירוט גם על מנהיגות העמותה ופעילותם.



באתר יש בלוג המרכז מגוון כתבות וחדשות בנושאי הביו-אתיקה, שנכתבו על ידי חברי המרכז.

האתר מעניין ויכול להיות מצוין בעיקר למתעניינים בהרצאות המקוונות.

כתובת האתר: [www.bioethics.msu.edu](http://www.bioethics.msu.edu)

## מוסדות ואישים

### // מאגר הביואתיקה של אוניברסיטת ליוולה מרימאונט רותם ויצמן

אוניברסיטת ליוולה מרימאונט (Loyola Marymount University) הקימה מאגר ביו-אתיקה הכולל לוח שנה של אירועים בתחום הביו-אתיקה, אפשרויות למלגות, תאריכי הרצאות, כנסים, קולות קוראים למאמרים ולכנסים, הרצאות וידאו (בנושאים כגון מוות מוחי, עינייים ועוד) ומאגד מאמרים נבחרים מספרות מדעית בנושא ביואתיקה (מאפשר גישה בחינם לחלק מהמאמרים) וכתבות נבחרות ממגוון בלוגים שמתעדכנות כל הזמן.

המאגר טוב בעיקר למתחילים אשר רוצים להיחשף לתחום הביואתיקה ולמי שנמצא בארצות הברית (בעיקר באזור לוס אנג'לס) ורוצה להגיע לאירועים הקשורים לביואתיקה. מומלץ גם למי שרוצה לפרסם בספרות האקדמית ומחפש כתבי עת אשר מבקשים מאמרים.

האוניברסיטה מציעה גם מגוון מסלולי לימוד בתחום זה, שכוללים לימודי תעודה לעוסקים ולמתעניינים בתחום הרפואה והאתיקה הרפואית ותואר שני למעוניינים להכנס לתחום.

כתובת מאגר המידע: [bioethicshub.lmu.edu](http://bioethicshub.lmu.edu)

# ידיעות והודעות

## כנס ארצי

**"עשרים שנה לחוק זכויות החולה - תוצאות, השגות ומבט לעתיד"**

**הכנס יתקיים ביום שלישי, 14 ליוני 2016**

**בקמפוס המרכזי, הקריה האקדמית אונו, רחוב צה"ל 104, קריית אונו.**

**וועדה מארגנת:** גיל סיגל, גילה יעקב, דרור מועלם, נילי קרקו-אייל  
 חוק זכויות החולה, המעגן את זכויות המטופל, עוצב כדי להעצים את המטופל ולהתוות דרכי עבודה מתאימים לגופים ולמוסדות המטפלים. לאחר 20 שנה, הגיעה העת לבחון את השפעותיו על המטופל, המטפל, מוסדות וארגונים רפואיים, ועל מערכת הבריאות בכללותה.

**תכנית:** (ייתכנו שינויים ומרצים/מכובדים נוספים)

08:30-08:00 התכנסות, כיבוד קל

09:00-08:30 פתיחה וברכות

**פרופ' דודי שוורץ**, רקטור, הקריה האקדמית, אונו  
**עו"ד מירה היבנר**, יועמ"ש משרד הבריאות

10:00-09:00 **מושב ראשון:** פאנל "חוק זכויות החולה - מבט-על בפרספקטיבה

של 20 שנה - מה שהיה חשוב נותר כזה? מה פיספסנו? מה יש לעדכן/לשנות?"

**פרופ' אליק אבירם**, מנהל המכון הלאומי למדיניות בריאות  
**עו"ד טלי חלמיש שני**, מנכ"ל משותף, מדנס

**פרופ' יונתן הלוי**, מנכ"ל המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים  
**ד"ר גיל סיגל**, ראש המרכז למשפט רפואי, בו-אתיקה ומדיניות בריאות, הקריה האקדמית אונו

11:15-10:00 **מושב שני:** "סודיות רפואית - אתגרים בעידן החדש"

"של מי המידע הרפואי המזוהה ומידע רפואי אנונימי?"  
**עו"ד יצחק לוי**, יועמ"ש, שירותי בריאות כללית

"סודיות רפואית בעידן הרפורמה בשירותי בריאות הנפש"  
**ד"ר מוטי מרק**, הקריה האקדמית אונו

"סודיות בעידן המדיה החברתית - העוד רלוונטי?"  
**ד"ר אמל ג'אברין**, הקריה האקדמית אונו



11:15-11:35 הפסקה

12:50-11:35 **מושב שלישי** - "הסכמה מדעת - מריטואל להעצמה וחזרה"  
"מגבלות קוגניטיביות, טכנולוגיה, וחמלה בקבלת החלטות  
מושכלות על טיפול";  
**ד"ר טליה מירון-שץ**, הקריה אקדמית, אונו  
"פתרונות טכנולוגיים להסכמה מדעת משמעותית";  
**ד"ר גיל סיגל**, הסכמה MD  
"אוטונומיה - סוס פרא?";  
**ד"ר ועוד מירה קוחנובסקי**, שירותי בריאות כללית מחוז שרון-  
שומרון; עמיתת מחקר, הקריה האקדמית אונו

13:30-12:50 ארוחת צהרים

15:20-13:30 **מושב רביעי**: "ייצוג ותהליכים על פי חוק זכויות החולה"  
"וועדות אתיקה - עבר הווה ועתיד";  
**ד"ר נעמה ויצ'נר**, המרכז הבינ"ל לבריאות, משפט ואתיקה,  
אוניברסיטת חיפה  
"על מעמד בני משפחה";  
**ד"ר גילה יעקב**, המכללה האקדמית עמק יזרעאל  
"מדוע רק מעט מממשים את הזכות לחוות דעת שנייה?"  
**ד"ר רוני גאגין ואח'**, מרכז רפואי רמב"ם  
"וועדות בדיקה, בקרת איכות ומערכות ניהול סיכונים - העמדנו  
באתגר?"  
**פרופ' יונתן הלוי**, מנכ"ל, מרכז רפואי שערי צדק ירושלים

16:30-15:20 דיון פתוח בנושאי הכנס -  
מנחים: **פרופ' יונתן הלוי**, **ד"ר גיל סיגל**

סיום

להרשמה: [healthlaw@ono.ac.il](mailto:healthlaw@ono.ac.il)  
דמי הרישום לכנס: 100 ₪ והם כוללים ארוחת צהריים.

לידיעתכם: בכנס ניתן יהיה לרכוש את כתב העת "משפט רפואי וביאותיקה" (כרכים 6-1)  
ואת הספר "ביו-אתיקה כחול לבן" (2015), בהוצאת מוסד ביאליק/הקריה האקדמית אונו.



UP+HOFER

המכללה  
האקדמית צפת

