

ביו-אתיקה

פורום צפת לביו-אתיקה

עלון מס. 3 | אוקטובר 2013

עורכת: לימור מלול

עורכת לשונית: חנה כרמי

מערכת: אורן אסמן, מוחמד וותד, יעקב כהן, אמנון
כרמי, חנה כרמי, אנתוני לודר, לימור מלול וקרן מסן.

limorbiolaw@gmail.com

תוכן עניינים

מדורים

| | |
|----|---|
| 3 | דבר העורכת |
| 4 | בראי הכנסת |
| 6 | בעין המשפט: רשלנות רפואית - הולדה בעולה |
| 9 | בריאות הציבור - חיסונים |
| 12 | בעט האקדמיה |
| 13 | בפרקטיקה הטיפולית: הצגת מקרה |
| 14 | מבצע "רק 2 טיפות" |
| 16 | במרחב הגלובלי |
| 18 | מוסדות ואישים |
| 22 | ידיעות והודעות |

דבר העורכת

מערכת הבריאות הציבורית

מערכת הבריאות הציבורית בישראל עומדת בימים אלה על פרשת דרכים. הדרך הנבחרת תעצב את מדיניות הבריאות בישראל ותשרטט מסלול חד כיווני, שילווה את תחום הבריאות מכאן ואילך. ממצאי דו"ח מבקר המדינה, שפורסמו ב- 3.05.2013, חשפו בעייתיות רבה בהתנהלות מערכת הבריאות בישראל; כמו שחיקת מערכת הבריאות הציבורית והפערים בבריאות ובמתן שירותי בריאות בין המרכז לפריפריה. ועדת גרמן, שהוקמה כוועדה מייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, החלה דיוניה ב- 20.06.2013. מטרת הוועדה להתוות מדיניות בריאות, שתהיה מסוגלת להתמודד עם הבעייתיות שנחשפה בדו"ח המבקר בעניין מערכת הבריאות הציבורית. סדר יומה של הוועדה כולל דיונים בסוגיות כמו: השר"פ (האפשרות לבחור רופא מטפל או מנתח תמורת תשלום בבית חולים ציבורי), תיאגוד בתי החולים וביטוחי הבריאות המשלימים.

אנו חדורי אמונה כי יש לפעול לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל ולבססה על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. אנו סבורים כי נצא נשכרים אם ועדת גרמן תשכיל ליצוק תכנים מעשיים לעקרונות אלה ולבנות תוכנית פעולה שתוביל לעיצוב מערכת בריאות איתנה, המציבה בראש מעייניה את צימצום הפערים בבריאות, פיתוח ויישום תוכניות מניעה וקידום בריאות בקהילה, מניעת ניגודי עניינים במערכת הבריאות הציבורית, העלאת איכות הטיפול, שכלול הסטנדרטיזציה והקמת מערך יעיל של פיקוח.

העלאת אמון הציבור במערכת הבריאות הציבורית תתרום לסולידריות חברתית ולתחושה של ערבות הדדית בנושא כה חשוב ומרכזי בחיינו, כמו זה של הבריאות.

להרחבה ראו: לאן מועדות פניה של מערכת הבריאות הציבורית בישראל? לימור מלול

בראי הכנסת

יעקב כהן

הצעות חוק בעניין דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד)

שתי הצעות החוק שתידונה ברשימה זו הונחו על שולחן הכנסת בימים האחרונים, שתיהן עוסקות בדמי מחלה בשל מחלת ילד. הראשונה היא הצעת חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד) (תיקון-הורה ליותר מילד אחד), והשנייה היא הצעת חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד) (זקיפת ימי מחלה להורה של אדם עם מוגבלות). עוד יצוין כי הראשונה היא הצעת חוק פרטית והשנייה היא מטעם ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת.

הצעת חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד) (תיקון - הורה ליותר מילד אחד), התשע"ג-2013.

עד לשנת 1993 עובד בישראל לא היה זכאי לפי החוק דאז לימי היעדרות בשל מחלת ילדו, אלא אם כן, בהתאם לתנאי העבודה הנהוגים במקום עבודתו, קיימת זכות כזו. מאז תיקון מס' 2 לחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד) התשנ"ג-1993 (להלן: "החוק") היה זכאי כל עובד במשק להיעדר בשל מחלת ילדו.

הצעת החוק "הטריה" אשר הוגשה ליו"ר הכנסת וסגניו והונחה על שולחן הכנסת ביום כ"ב אב התשע"ג, 29.7.13, מביאה עימה הקלה נוספת להורים ליותר מילד אחד.

לפי סעיף 1 לחוק, עובד שעמו ילד שטרם מלאו לו 16 שנה רשאי להיעדר מעבודתו ולבקש דמי מחלה עבור מחלת הילד וזאת עד 8 ימים לשנה מתוך סך ימי המחלה להם הוא זכאי. ואם הלה הוא הורה יחיד - עד 16 ימים בשנה. האפשרות לבקש דמי מחלה אינה תלויה במספר הילדים הנמצאים בחזקת העובד, עד כדי כך נוצר מצב של אפליה בין עובד שבחוסותו ילד אחד לבין עובד שבחוסותו מספר רב יותר של ילדים, שכן הסבירות להיעדרות בשל מחלת ילד גדלה בהתאמה למספר הילדים. בתיקון זה מוצע להקצות יומיים נוספים עבור כל ילד נוסף מעבר לילד הראשון מתוך סך ימי המחלה לשנה המוקצים להורה ובכך להשוות את התנאים בין העובדים המוזכרים לעיל.

יש לציין כי חוק דמי מחלה התשל"ו-1976 (להלן: "חוק דמי מחלה"), מאז חקיקתו בשנת 1976 עבר כברת דרך בהקלותיו לעובד בשל דמי מחלה, כזכור בשנת 1993 הותרה היעדרות בשל מחלת הורה ובשל מחלת ילד. אם בשנת 1998 הותרה היעדרות בשל מחלת בן זוג ואם בשנת 2000 הותרה היעדרות עקב היריון ולידה של בת הזוג, הרי שהצעת החוק דלעיל הינה הצעד הבא.

הצעת חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד) (זקיפת ימי מחלה להורה של אדם עם מוגבלות), התשע"ג-2013.

לפי סעיף 1 וב לחוק, עובד שהוא הורה של אדם עם מוגבלות, שעבד במשך שנה לפחות אצל אותו המעביד או באותו מקום עבודה, זכאי לזקוף עד 16 ימי היעדרות בשנה על חשבון תקופת המחלה הצבורה שלו או על חשבון ימי החופשה המגיעים לו לצורך מתן סיוע אישי לילדו- בעל מוגבלות. נוסף על כך אותו עובד זכאי לזקוף כאמור עד 15 ימים נוספים, בהתקיים אחד התנאים המנויים בסעיף 1ב(א)(1) עד (4) לחוק, הנוגעים ליכולתו של העובד לחלוק את נטל הטיפול בילד עם אדם אחר. עקב צרכיהם היחודיים של אנשים עם מוגבלויות, מוצע להגדיל את מספר הימים שעובד יוכל לזקוף בשל מחלת ילדו בעל מוגבלות או לצורך מתן סיוע אישי לו מ-15 ל-18 ימים, ובהתאמה להגדיל את מספר הימים הנוספים שעובד יכול לזקוף בהתקיים לגביו התנאים הקבועים בחוק. כמו כן, התיקון המוצע יסייע לצמצם מקרים שבהם להורה העובד לא יותרו ימי מחלה לעצמו.

עוד עלה כי, לפי חוק דמי מחלה, הזכאות לדמי מחלה אינה מתחילה מהיום הראשון להיעדרות, וחוק דמי מחלה אינו מסדיר מקרים של היעדרות בחלק מהיום. יש בכך כדי להקשות על עובדים שהם הורים לאנשים עם מוגבלות למצות את זכויותיהם לעניין זה, שכן אנשים עם מוגבלות נזקקים פעמים רבות לטיפולים חד-יומיים או בחלק מהיום בלבד. לפיכך, מוצע לקבוע כי זכאותו של עובד לדמי מחלה כאמור תחל כבר מהיום הראשון להיעדרות וכי הוא יהיה זכאי לזקוף על חשבון תקופת המחלה הצבורה שלו או על חשבון ימי החופשה המגיעים לו גם חלקי ימי היעדרות, ולא רק ימים מלאים.

עוד מוצע לקבוע כי מספר ימי המחלה שיעמדו לרשות עובד כאמור במסגרת תקופת המחלה הצבורה יהיה יומיים וחצי לכל חודש עבודה, דהיינו 12 ימים נוספים בשנה על 18 הימים שעובד צובר בשנה, שלא כפי שקבוע בחוק דמי מחלה, שלפיו עובד זכאי ליום וחצי לכל חודש עבודה.

הצעת חוק זו נועדה להרחיב את זכאותם של הורים לאנשים עם מוגבלות, בין אם הם קטינים ובין אם לאו, לזקיפת ימי מחלה בשל מחלת האדם עם המוגבלות או לצורך מתן סיוע אישי לו, ויש לה השפעה על זכויותיהם של ילדים עם מוגבלות, בשיפור האפשרות שעומדת להוריהם להיעדר מהעבודה כדי לטפל בהם.

הצעת החוק הוגשה ביום ד' בתמוז התשע"ג, 12.6.13 ומגישיה פועלים רבות לקידומה.

בעין המשפט

קרן ממון

נזיקין- רשלנות רפואית- הולדה בעוולה

ע"א - 4486/11 פלוני ופלונית נ' פלוני ערעור על פסק דינו של בית המשפט המחוזי ירושלים בת"א 6018/04 [פורסם בבנו] שפסק הדין ניתן ביום 01.05.2011 על ידי כבוד השופט י' ענבר

עיקרי העובדות: המערערות, בת 36 ואם ל-11 ילדים בעת ההריון מושא הדין. במהלך השבוע ה-23 להריונה אובחן כי המערער (הילוד) סובל מהידרופס-פטאליס חיסוני (הצטברות נוזלים בשל אי ספיקת הלב, שמקורה באנמיה). המערער נולד בניתוח קיסרי בשבוע ה-27 להריון במשקל של 1.075 ק"ג, וטופל בסיבוכים הקשורים לפגות.

כמו כן המערער סובל מתסמונת PDD, תסמונת המאופיינת בפגיעה ביכולת החברתית-סוציאלית ונמצאת על הספקטרום של אוטיזם קל יחסית, בשילוב עם פיגור קל אשר מהווה את נכותו העיקרית של המערער (בשיעור של 40%). בנוסף, המערער סובל מקוצר ראייה, מטונוס שרירים נמוך, מבעיית לעיסה ומחוסר שליטה על הסוגרים.

פסיקת בית משפט קמא -

בפסק-דינו הראשון קבע ביהמ"ש המחוזי כי המשיבה התרשלה בכך שלא יידעה את המערערות לגבי סיכוני התפתחות ההידרופס בעובר, העלולה לגרום ללידה מוקדמת ולפגות על סיבוכיה. עוד נקבע, כי המערער סובל מתסמונת PDD, בשילוב עם פיגור.

נקבע כי קיים קשר סיבתי עובדתי בין ההידרופס לבין הלידה המוקדמת של המערער, על סיבוכי הפגות הכרוכים בכך. לא כך לגבי תסמונת ה-PDD אשר מקורה בהפרעה גנטית טרום לידתית.

בעקבות ערעור על פסה"ד הראשון, הדין הושב לביהמ"ש המחוזי לבחינה האם יש מקום לקביעת קשר סיבתי משפטי ייחודי למקרים של "הולדה בעוולה". שכן, ברי, כי לולא לידתו של המערער לא היה סובל הוא מנזקי ה-PDD.

בפסה"ד השני (נשוא הערעור), אימץ ביהמ"ש את עמדת המשיב, לפיה לא ניתן לחייב את הרופא - גם אם זה חב בהולדה בעוולה - בגין נזקים שנגרמו בעטייה של מחלה שלא יכול היה לצפות אותה מראש. לפיכך נקבע כי קופה"ח (שירותי בריאות כללית) אינה אחראית לנזקים מהם סובל המערער בשל תסמונת ה-PDD.

מכאן הערעור.

טענות המערערים -

המערערים טענו, כי אילולא לידתו של המערער הוא לא היה סובל מנזקי ה-PDD, כך שנתמלא המבחן של הקשר הסיבתי העובדתי. המערערים טוענים כי על פי הלכת המר **הנזק הוא בעצם אירוע ההיוולדות**, וזה האירוע שהיה על שירותי בריאות כללית לצפות. לשיטת המערערים, אילו המערער היה נולד בריא, אכן לא היה נזק לפצות בגינו, למעט בגין פגיעה באוטונומיה, אך משנולד עם מוגבלויות, הרי שיש לפצותו בגין מלוא הנזקים.

עוד נטען כי היה על רופאי המשיבה לצפות כי בעקבות לידה לאחר הידרופס או סיבוכיו (כפגות) עלולים להיגרם נזקים ניירולוגים אשר אמנם התממשו, אם כי מקורם במטענו הגנטי של המערער, מה שהיה נמנע אלמלא נולד. ובקיצור, לא ניתן לומר כי נזקי ה-PDD, אשר דומים באופיים הכללי לנזקי ההידרופס והפגות, אינם נכללים בנזקים שהיה על המשיבה לצפות.

טענות המשיבה -

המשיבה תמכה בפסק דינו של בית משפט קמא, וטענה כי הנזק נגרם בשל התממשות סיכון שאינו קשור כלל להתנהגות הרופאים. עוד נטען, כי אין לקבוע כללי סיבתיות שונים בתביעת הולדה בעוולה כחריג לדיני הנזיקין הרגילים. הטלת אחריות בגין נזק שהנתבע לא יכול היה לצפות, אינה עומדת בקנה אחד עם אושיות דיני הנזיקין. עוד נטען, כי אין מדובר באותו "סוג של נזק", באשר תסמונת ה-PDD היא גנטית, לא ניתן לאבחנה או למונעה, כך שלא ניתן לצפותה. הפגיעה בעיניים היא תוצאה של הפגות ולה משמעות מזערית בלבד, והיא נבלעת בלקויות האחרות של המערער.

בית המשפט פסק -

דרך הניתוח המסורתית של הפסיקה את עוולת הרשלנות, כפי שבאה לידי ביטוי במודל המסורתי הרווח, היא כלהלן: חובת זהירות מושגית - חובת זהירות קונקרטיית - הפרת החובה (התרשלות (אשם) - קשר סיבתי (עובדתי ומשפטי - צפיות הליך הגרימה בקווים כללים וצפיות סוג הנזק והיקפו) - נזק. על פי המודל המסורתי לדעיל, אנו מקדימים את בחינתה של החובה לבחינתה של ההתרשלות (הפרת החובה).

השופט עמית ממליץ לאמץ **מודל אחר** ופשוט יותר לבחינת יסודות עוולת הרשלנות, עבור המקרים השכיחים הנופלים בליבת דיני הנזיקין. על פי המודל המוצע, יש לבחון תחילה את **ההתנהגות שגרמה לנזק**, קרי, את ההתרשלות עצמה ושם לשבח את מבחן הצפיות הטכנית, לאחר מכן יש לבחון את הקשר הסיבתי על פי מבחן הסיכון ורק לאחר מכן לבחון את קיומה של חובת הזהירות במובן של מסננת של שיקולי מדיניות השוללים את האחריות חרף קיומה של התרשלות. תרשים הזרימה הוא כלהלן: בחינת ההתרשלות (ההתנהגות העוולתית) - קשר סיבתי (הזיקה בין ההתנהגות העוולתית לבין הנזק) - שיקולי מדיניות (בהינתן התרשלות וקשר סיבתי האם רצוי לשלול את האחריות).

לצורך הערכת ההתנהגות ביסוד ההתרשלות, יש להבחין בין סיכון צפוי לסיכון לא צפוי, ובין סיכון סביר לסיכון בלתי-סביר. הסיכונים שמאפיינים את ההתנהגות העוולתית ברשלנות הם סיכונים צפויים ובלתי סבירים. מכאן, שהנזק מושא התביעה צריך להיות התממשות של אותו סיכון. בהינתן קשר סיבתי עובדתי, על פי המבחן האם היה המעשה או המחדל הרשלני גורם-בלעדיו-אין לנזק, הרי שלצורך הקשר הסיבתי המשפטי, ביהמ"ש בוחן בדיעבד אם ניתן היה לראות את ההתנהגות כעוולתית בעת התרחשותה (מבחן הסיכון-בחינה בדיעבד של התממשות הסיכון).

על פי המודל המוצע, הצפיות משמשת אך במסגרת בחינת ההתרשלות והקשר הסיבתי המשפטי, במובן של צפיות טכנית/פיסית בלבד, כאשר שאלת "הצורך" לצפות עוברת אל סוף הדרך, על מנת לבחון אם מתקיימים שיקולי מדיניות משפטית בגינם רצוי לשלול הטלת אחריות. השופט עמית מצביע על מספר מקרים "פתולוגיים" בהם מתעוררת שאלה של קשר סיבתי המשפטי (והתמודדות הפסיקה והמלומדים עם מקרים כגון דא):

א. ניתן היה לצפות סיכון מסוג A אך נגרם סיכון מסוג B;

ב. ניתן היה לצפות סיכון מסוג A אך נגרם סיכון מסוג A+B;

ג. ניתן היה לצפות סיכון מסוג A ונתממש סיכון מסוג A אך נתברר בדיעבד כי הנתונים בגינם ניתן היה לצפות את סיכון A לא התקיימו;

ד. ניתן היה לצפות סיכון מסוג A לקבוצה מסוימת של ניזוקים (כמו בעלי מוגבלויות) ונתממש סיכון מסוג A אך לקבוצה אחרת של ניזוקים (אדם שאינו מוגבל).

ענייננו נופל בקטיגוריה השנייה של המקרים: ניתן היה לצפות סיכון מסוג A (הידרופוס וסיבוכי פגות) אך נגרם בנוסף גם סיכון מסוג B (תסמונת PDD על סממניה). אין חולק כי המשיבה אחראית לנזקים הנובעים מהסיכון מסוג A והשאלה היא, האם המשיבה אחראית גם לנזקים הנובעים מהסיכון מסוג B.

אין להטיל אחריות על מזיק במקרה בו לא מתקיימת הצפיות הטכנית. תסמונת ה-PDD לא ניתנת לאבחון מוקדם, וממילא אין לראותה כסוג נזק שניתן לצפותו. כאשר הנזק אינו התממשות של סיכון עוולתי שהתנהגות יצרה, אין קשר סיבתי. מסקנת הדברים היא שמאחר והסיכון שהתממש בסופו של דבר (תסמונת PDD) שונה מהסיכון הצפוי והבלתי סביר פרי ההתנהגות העוולתית של רופאי המשיבה (הידרופוס וסיבוכי פגות), הרי שאין קשר סיבתי משפטי בין ההתרשלות לבין הנזק. ביהמ"ש מוסיף, כי אין מקום לקביעת קשר סיבתי משפטי ייחודי למקרים של "הולדה בעוולה". באשר לטענה כי המערער נולד עקב התנהגותם העוולתית של רופאי המשיבה, שאילו לא בא לאוויר העולם, ממילא לא היה סובל מתסמונת ה-PDD. הרי שטענה זו אינה יכולה לעמוד על פי מבחן הסיכון. רופאי המשיבה אמנם התנהגו באופן עוולתי על פי מבחן הצפיות, מאחר שניתן היה לצפות כי היילוד יסבול מהידרופוס וסיבוכי פגות. אך בדיעבד, בבואנו לבחון מה הסיכון שהתממש, אין להטיל על הרופאים אחריות בשל התממשות סיכון של תסמונת ה-PDD. הטלת אחריות במקרה מעין זה, עלולה להביא להרתעת-יתר, שכן תסמונת זו, היא בגדר סיכון סביר אשר יכול להופיע אצל כל יילוד. דין הערעור להידחות.

בריאות הציבור - חיסונים

קרן ממון

בג"צ 7245/10 עדאלה נ' משרד הרווחה ואח', בג"צ 8357/10 המועצה לשלום הילד נ' ממשלת ישראל ואח', בג"צ 908/11- העמותה למידע על חיסונים ואח' נ' ביטוח לאומי ואח', ניתן ב - 04.06.2013

תמצית העובדות: ענייני של העתירות שבפנינו בהפחתת קצבת ילדים להורה אשר ילדיו לא קיבלו את החיסונים הנדרשים כפי שפורסמו על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. בעתירות פונים העותרים בדרישה לבטל את סעיף 61(2)(ד) לחוק ההתייעלות הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום התכנית הכלכלית לשנים 2009 ו-2010), תשס"ט-2009 (להלן: חוק ההתייעלות הכלכלית או החוק) בהיותו בלתי חוקתי.

במה דברים אמורים? חוק ההתייעלות הכלכלית, אשר נחקק בשנת 2009, כלל את תיקון מס' 113 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995. עיקרו של התיקון הוא בהגדלה הדרגתית של קצבאות הילדים המשתלמות עבור הילד השני, השלישי והרביעי בתא משפחתי. במקביל מורה התיקון על הפחתה בקצבאות הילדים המושלמות עבור ילדים אשר לא קיבלו את החיסונים הנדרשים בהתאם לגילם ומצבם הבריאותי ועל פי תוכנית החיסונים שעליה הורה מנכ"ל משרד הבריאות. מנכ"ל משרד הבריאות פרסם תוכנית חיסונים מכוח החוק, במסגרתה נכלל חיסון אחד בשם MMRV, שהינו חיסון "מרובע" נגד ארבע מחלות: חצבת, חזרת, אדמת ואבעבועות רוח. החיסון ניתן לתינוקות בגיל שנה, והתוכנית תחול על תינוקות שנולדו החל מיום 1.1.12, כך שהפחתת הקצבאות הראשונה תיעשה לא לפני 1.7.13. כנגד הסדר זה הוגשו העתירות בהן עסקינן. בעוד שתי העתירות הראשונות עוסקות בעיקר בנושא זכויות הפרט והפגיעה בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, אנו נתמקד בעתירה השלישית (בג"צ 908/11) שעיקר עניינה היא סוגיית החיסונים.

טענות הצדדים:

העותרים - העותרים טוענים כי בקהילה הרפואית ובקרב הציבור הדעות חלוקות באשר לשאלת האפקטיביות של החיסונים ולחומרת תופעות הלוואי שלהם. משכך הם סבורים כי יש לאפשר להורים את הזכות לבחור לחסן את ילדיהם או שלא לחסנם. לטענתם, העובדה שקיים חוק שמטרתו לפצות נפגעי חיסונים מוכיחה שהחיסונים אינם נטולי סיכונים. העותרים מוסיפים וטוענים כי התיקון פוגע בזכות לשוויון, בזכות הפרט לאוטונומיה ובזכות לאוטונומיה של ההורים בגידול ילדיהם. העותרים מלינים על פרוצדורת הליכי החקיקה של התיקון והכנסתו במסגרת חוק ההסדרים שאינו מאפשר מיצוי הדיון והבדיקה של הנושא. בדומה לעתירות האחרות, טוענים העותרים כי הפגיעה אינה עומדת בתנאיה של פסקת ההגבלה.

המשיבים - מדגישים את חשיבותו של חיסון ה-MMRV ואת חומרת המחלות מהן הוא מחסן. לטענתם, מדובר בחיסון אשר נועד להתמודד עם מחלות בעלות פוטנציאל לפגיעה קשה בבריאות

הציבור, ובפרט בבריאות ילדים. כמו כן מדובר במחלות בעלות סיכון הידבקות גבוה. המשיבים מדגישים כי על פי עמדת גורמי המקצוע, על מנת להגיע ל"חסינות עדר", המגנה אף על אלה שלא ניתן לחסנם או שלא פיתחו חסינות על אף שקיבלו את החיסון, נדרש כיוסיו חיסוני באוכלוסייה של כ-95%. כן עומדים המשיבים על חשיבותו של הכיוסיו החיסוני הן ביחס לכל ילד בפני עצמו, הן ביחס לכלל אוכלוסיית הילדים, והן ביחס לאוכלוסייה כולה. הם מציינים אף את ההשלכות הכלכליות והחברתיות הצפויות למדינה בשל היעדר מניעה אפקטיבית של התפרצות מחלות.

בית המשפט פסק -

עיקרה של הסוגיה שבפנינו הוא התניה של חלק מקצבת הילדים במתן חיסונים לילד בגינו משתלמת הקצבה. לפיכך יש לעמוד בקצרה על תכליתה של תוכנית החיסונים בישראל.

עמדתו המקצועית של משרד הבריאות הינה כי חיסונים הינם אמצעי בעל חשיבות עליונה לשמירת בריאותם של ילדים ושל הציבור כולו. מערך החיסונים הקיים כיום שומר על האוכלוסייה בכלל ועל הילדים בפרט מפני תחלואה קשה. חשיבותם של החיסונים אינה מתבטאת רק בנתינתם לילדים אלא גם בהקפדה על מתן החיסון במועדו, בהתאם להמלצות משרד הבריאות.

משרד הבריאות רואה חשיבות רבה בהתחסנות ילדים בשני רבדים: הרובד הראשון עניינו בהגנה על בריאותו של הילד הפרטי מקבל החיסון. הרובד השני עניינו במה שמכונה "חסינות עדר". חסינות עדר מגנה על פרטים בציבור שלא התחסנו מסיבות מוצדקות, כגון תינוקות רכים, קשישים, או אוכלוסיות נוספות המצויות בסיכון מבחינת המערכת החיסונית שלהם.

המחלוקת העיקרית המתעוררת במקרה דנן, היא בשאלה מהם האמצעים שיש לנקוט בהם על מנת לעודד התחסנות ילדים. העותרים טוענים כי האפקטיביות של החיסונים וחומרת תופעות הלוואי שלהם שניים במחלוקת, בית המשפט קובע כי אין הנחה זו נכונה, וזאת בהסתמך על העובדה כי עמדת משרד הבריאות בדבר חשיבותם של החיסונים היא עמדה רווחת ונפוצה ביותר בארץ ובעולם. כמו כן בהסתמך על פסקי דין "הסיכון הכרוך בקבלת החיסון, אף שהוא עקרונית קיים, הינו רחוק ונדיר ביותר, בעוד שתועלתו וחיוניותו של החיסון לבריאותו של הילד אינם מוטלים בשום ספק" (ע"א 470/87 אלטורי ב' מדינת ישראל - משרד הבריאות, פ"ד מז(4) 153, 146 (1993)).

כאמור, בהתאם לתיקון לחוק הביטוח הלאומי על מנכ"ל משרד הבריאות לפרסם תוכנית חיסונים המחייבת לצורך קבלת קצבת ילדים מלאה. קצבת הילדים תופחת רק להורים שלא חיסנו את ילדיהם בחיסונים הכלולים בתוכנית שפורסמה. כיום כלול בתוכנית זו חיסון אחד בלבד, הוא ה-MMRV, המכונה גם החיסון המרובע, שניתן לפעוטות בגיל שנה.

החיסון המרובע כשמו כן הוא מגן מפני ארבע מחלות: חצבת, חזרת, אדמת ואבעבועות רוח. מדובר בחיסון המקובל ברבות ממדינות העולם. כל מדינות אירופה ממליצות על חיסון נגד חצבת, חזרת ואדמת. החיסון נגד אבעבועות רוח מומלץ בארצות הברית, אוסטרליה, קנדה, גרמניה, יוון, לטביה ויפן. לגופו של עניין - רוב רובה של ההפחתה בקצבאות הילדים עבור משפחות שאינן מחסנות את

ילדיהם, נעשית לאחר העלאה בסכום דומה של סכומי קצבאות הילדים כפי שהיו ערב התיקון. קצבת הילדים עבור הילדים השני, השלישי והרביעי הוגדלה במסגרת התיקון ב-100 ₪ לחודש עבור כל ילד. ההפחתה, במקביל, בגין אי התחסנות הינה 100 ₪ לחודש לילד.

הבחינה החוקתית של התיקון לחוק הביטוח הלאומי העלתה כי התיקון אמנם פוגע בזכות לשוויון המעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, אך פגיעה זו עומדת בכל תנאיה של פסקת ההגבלה באופן שנוצר איזון ראוי עם זכויות ואינטרסים אחרים. משכך מדובר בתיקון מידתי ואין מקום להתערבותו של בית משפט זה. אזכיר כי בית המשפט אינו בוחן מה היה עושה הוא בנעליו של המחוקק ומה היו העדפותיו באותו עניין, אלא בודק רק האם בחירתו של המחוקק נופלת למתחם המידתיות הנתון למחוקק.

בית המשפט עמד על כך שמרבית ההפחתה בקצבאות הילדים תיעשה במקביל להעלאה שנערכה בקצבאות במסגרת התיקון. כמו כן עמד בית המשפט על החשיבות המיוחדת להתחסנות הילדים, לא רק עבור בריאותם של הילדים עצמם, אלא גם לבריאות הסביבה, הציבור והכלל. המסקנה אליה הגיע בית המשפט, אם כן, כי הפגיעה הנגרמת כתוצאה מהתיקון עומדת בתנאי פסקת ההגבלה, ומכאן כי דין העתירה להידחות.

בעט האקדמיה

מוחמד וותד

מתוך כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט'

הילן פיטרקובה ואח', "תופעת ההרמוניזציה במשפט הרפואי האירופי", כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 31(1) 1-17 (2012).

מאז שנות ה-50 קיימים שני גופים מרכזיים באירופה בתחום המשפט הרפואי. הגופים הבאים מוכרים על ידי המשפט הבינלאומי: (1) המועצה האירופית שמטרתה לשמור על זכויות האדם ועל חירויות היסוד. (2) האיחוד האירופי שנוסד על ברכי הקהילות האירופאיות המקוריות שהיוו גורם גובר והולך המשפיע על זכויות יסוד של האדם, ביחוד בעשורים האחרונים. האמנה של האיחוד האירופאי מחייבת מבחינה משפטית ומגוננת על זכויות יסוד אלה. למרות ההסתייגויות הרבות ביחס לאמנה האירופאית ולאמנה לזכויות אדם ולביו-רפואה, מהוות שתיהן גורם רב השפעה ביחס לחוקיים המדיניים. תפקידם של מוסדות אירופיים באשר לתיאום, הרמוניזציה וחקיקה בנושאי בריאות הציבור הוא תפקיד קשה. קיימים אמצעים משפטיים המחייבים ציות לסטנדרט מינימלי; באמנת האיחוד האירופי ובתחום של בריאות הציבור תופסת האמנה הביו-רפואית מקום מרכזי.

ג'אנה מנאר ואח', "שימוש באפידורל אצל יולדות ערביות-ישראליות", כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 31(3) 387-403 (2012).

נמצא כי יולדות ערביות-ישראליות בהשוואה ליולדות יהודיות-ישראליות נוטות פחות להסכים לקבל הרדמה אפידורלית בתהליך הלידה. בגדר מחקר זה, מוצע מודל לגבי בחירת היולדות באשר להסכמה להרדמה אפידורלית בעת הלידה. זאת, לפי תיאוריית הפעולה ההגיונית/המנומקת של אייזן ומיידן. למטרת המחקר נערך מדגם של כמאה נשים/יולדות משני בתי חולים שונים. כלי המחקר היה שאלון שנבנה וחובר על-ידי החוקרות. המשתנים שנבדקו כמשפיעים על היולדות היו: גיל, מספר לידות קודמות, דת, השכלה וניסיון שהיה להן בעבר עם אפידורל. למחקר היו חמש מסקנות שונות.

לייר אליעזרי אורטסון, "הסכמה מדעת - תוצאות לא צפויות במשפט הספרדי", כתב העת הבינלאומי 'רפואה ומשפט' 31(4) 553-565 (2012).

במחקר זה נבחנת הבעייתיות בנושא מסירת מידע רפואי לחולה, המגיע לקבל טיפול. החוק בספרד אינו חד משמעי ביחס לשאלה האם חובת הרופא לידע את החולה על כל סיכון או תוצאה אפשריים, או שעליו לידעו אך ורק לגבי הסיכונים השכיחים יותר. בעניין זה קיימות מספר החלטות סותרות של בית-המשפט העליון.

בפרקטיקה הטיפולית

הצגת מקרה: הסכמה מדעת לניתוח בחולה בעלת לקות קוגניטיבית

לימור מלול

רווקה בת 39, הגיעה בליווי משפחתה לבדיקה אצל אונקולוג. החולה אובחנה בגיל צעיר מאוד כבעלת לקות קוגניטיבית בדרגה בינונית-קשה (פיגור שכלי). בבדיקת ביופסיה שנערכה נמצא כי הממצא שנתגלה אצלה בבדיקת ממוגרפיה הינו גידול ממאיר מסוג אליים. הרופא מסר לחולה ולמשפחתה כי יהיה עליה לעבור כריתה שלמה של שני השדיים ולקבל כימותרפיה כטיפול משלים.

במשך כל השיחה עם הרופא מלמלה החולה באופן לא ברור, וניכר היה כי היא מתרגשת מהמעמד החורג ואינה מבינה את סיבת ההתקלה. משפחתה התעקשה כי במעמד הניתוח שבו כורתים את שדיה ייעשה גם שיחזור, כדי לשמור על מראה אסטטי. אחותה הגדולה הדגישה כי היא מקלחת את החולה באופן קבוע והיא לא תוכל לעשות זאת אם במקום שדיה היא תראה לאחר ניתוח שתי צלקות דוחות. למרות הסברי הרופא על הקושי הרב בהתמודדות לאחר ניתוח הכולל שיחזור, על הכאבים הממושכים, על ההחלמה הארוכה יותר ועל הצורך התדיר במעקב ובביקורת הנשענת גם על דיווח החולה, שבמקרה זה אינה מסוגלת לכך, התעקשה המשפחה על שיחזור שדיים.

מהי דרך הפעולה הראויה במקרה זה?

דין: ההנחה הכללית היא שלכל אדם קיימת כשרות משפטית, אלא אם כן היא הוגבלה בחוק או בפסק דין של בית המשפט (סעיף 2 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, תשכ"ב-1962). במקרה שלפננו החולה הינה בת 39 (להלן: **החסויה**), אך בעלת לקות קוגניטיבית קשה ואינה מסוגלת לדאוג לצרכיה ולהבין את הסיטואציה בה היא נמצאת. במקרה כזה אין היא מסוגלת לגבש הסכמה מדעת (כמפורט בסעיף 13 לחוק זכויות החולה, תשנ"ז-1996) ובודאי שלא לשאת באחריות לתוצאות של הסכמה כזו. ביצוע פעולה פולשנית כמו ניתוח מחייבת מינוי אפוטרופוס על ידי בית משפט (בית משפט יהיה רשאי במקרה כזה למנות אפוטרופוס, סעיף 33(ד) לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, תשכ"ב-1962). בן משפחה המתמנה כאפוטרופוס ישקול את טובתה של החסויה בכל החלטה שיקבל בעניינה (סעיף 41 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, תשכ"ב-1962). במקרה שמתפל חושב שהחלטת האפוטרופוס נוגדת את טובתה של החסויה, הוא רשאי לפנות לבית המשפט. אם ישתכנע בית המשפט כי ההמלצות של חוות הדעת הרפואיות הן לטובת החסויה ואמורות לשמור על שלומה ובריאותה, יורה לנקוט באמצעים הנדרשים לצורך כך (סעיף 68(א)-ו(ב) לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, תשכ"ב-1962).

המקרה שלפנינו מציג בעיה מורכבת מאוד הדורשת איזון עדין, שהרי משפחתה של החסויה (בעיקר שתי אחיותיה) מלוות את החסויה בכל רגע ובכל צעד בחייה. אחיותיה ימשיכו גם לחיות עימה ולטפל

בה גם לאחר הניתוח. אם תוצאות הניתוח יובילו את האחיות לסלוד מאחותם הנזקקת להם, בסופו של דבר הדבר יפגע בחסויה ולכן יפעל נגדה. לכן רצוי מאוד לשקול במקרים מעין אלה את כל האמצעים העומדים לרשותנו ואת כל הדרכים החלופיות בהן ניתן לנקוט, ולבחור בזאת שתניב את התוצאה הרצויה עבור החסויה.

דרך אפשרית אחת היא לערב במקרה זה צוות רב מקצועי, לדון יחד במקרה ולהביא בפני המשפחה היבטים שונים בנוגע לסיטואציה מנקודות ראות שונות. מטפלים מדיסציפלינות שונות, כמו: רפואה, סיעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, ביולוגיה, מתאמת שד ועוד, תופסים באופן שונה את הסיטואציה ועשויים להביא בפני המשפחה היבטים משכנעים לכאן או לכאן. ברור כי המשפחה מעוניינת במקרה זה בטובת החסויה, ואם יביאו בפניה את טובתה בצורה ש"מדברת" אליהם לא יהיה קשה לשכנע את בני המשפחה להסכים, ואף לקבל בהשלמה החלטה העולה בקנה אחד עם חוות הדעת הרפואית.

דרך אפשרית אחרת היא פניה לוועדת האתיקה של בית החולים (הועדה מוקמת מכוח סעיף 24 לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996). כאשר אין מדובר במקרה דחוף, כמו המקרה שלפנינו, ניתן לפנות לוועדת האתיקה המורכבת מצוות רב מקצועי. צוות זה הינו בעל מיומנויות דיון וניתוח של סיטואציות מורכבות, הצוות ישמע לרוב את המעורבים בסיטואציה ויתערב באופן שקול ומקצועי. • אין לראות באמור לעיל תחליף לחוות דעת מקצועית, הדברים מובאים לשם דיון תאורטי בלבד.

מבצע "רק 2 טיפות" חיסון הפוליו - היבטים אתיים

א. לודר

בקיץ 2013 משרד הבריאות החליט על מבצע מיוחד לחסן כל ילדי ישראל נגד פוליו עם חיסון "וירוס חי מוחלש". פוליו, כידוע, הינה מחלה קשה וכל ילדי ישראל מקבלים חיסון IPV (חיסון מומת, להלן: IPV) נגדה. חיסון זה שניתן בזריקה, מונע התפתחות המחלה אבל אינה מונע נשאות הווירוס הפראי במערכת העיכול, ולא מונע הפרשת הווירוס ביציאות. חיסון OPV (ווירוס חי מוחלש, להלן: OPV), שניתן כטיפות לפה, מונע נשאות. מניעת נשאות (ולכן הפרשת) הווירוס הפראי, הינה הכרחית בכדי למגר את הווירוס בחברה ובסביבה. משנות ה-60 עד לשנת 2004 היה מתן OPV שגרתי בארץ (משנות ה-80 ביחד עם IPV). בשנת 2004 הופסק מתן OPV בארץ, מאחר והווירוס לא זוהה בסביבה במשך תקופה של למעלה מ-15 שנה, ולא היה מקרה קליני של פוליו בארץ מאז 1988. החלטה זו ניתנה בתיאום עם אירגון הבריאות העולמי (WHO) ועל פי המלצתו; החלטות דומות נתקבלו במדינות רבות אחרות. באביב 2013, במהלך ניטור שגרתי של מי הביוב זוהה ווירוס הפוליו הפראי בדרום הארץ וממצא זה זוחל בהדרגה צפונה. אין ספק כי הווירוס הפראי מופרש כעת בצורה וגורם להדבקה בקרב משפחות שונות, וכל זה בגלל שילדים שנולדו מאז 2004 לא חוסנו ב- OPV. לא היו מקרים קליניים (של תסמיני המחלה) של פוליו עד כה כי הילדים חוסנו ב- IPV. זו הסיבה שמשרד הבריאות החליט כעת לשנות את מדיניותו ולחזור למדיניות חיסון דומה לזו שחלה לפני 2004.

ההצעה לחסן אדם, אשר כבר מחוסן נגד מחלה על-ידי חיסון מסוג אחד, בחיסון מסוג שני, הינה חריגה; למחבר רשימה זו אין דוגמה דומה אחרת ברפואה. מעבר לכך מתעוררות שאלות רבות לגבי המבצע הזה: אם ילד קיבל כבר IPV, והוא לא יחלה במחלה, מדוע הוא צריך לקבל חיסון אחר OPV, אשר לא יתרום לו מבחינה בריאותית או מכל בחינה אחרת. למעשה, ההיגיון של החיסון הוא שהילד המקבל אותו יפסיק להיות מאגר פוטנציאלי של הווירוס הפראי, ובכך יתרום האקט החיסוני למיגור הווירוס מהסביבה. החיסון בעל חשיבות רבה לתחושת הביטחון של התושבים; איש אינו רוצה לגור במדינה שכל פינה בה נגועה בווירוס מסוכן. יש לא מעט אנשים שאינם מחוסנים מסיבות שונות, למשל: אנשים מדוכאי חיסון, אנשים עם AIDS, חולי סרטן בשלבים מסוימים, אנשים שקיבלו כימותרפיה או הקרנות או תרופות מדכאות חיסון כמו סטרואידים במיגון גבוה ועוד; אלה נמצאים במצב של סכנה ממשית בהיותם בסביבה הנגועה בווירוס הפוליו הפראי. יש מיליוני תיירים ומבקרים מכל רחבי העולם, שמצבם הרפואי או החיסוני אינו תמיד ידוע; מדינת ישראל אינה רוצה להמנות על המועדון המפוקפק והקטן של מדינות מן העולם השלישי הנגועות בפוליו. קיימת כאן שאלה איתת מעניינת: האם ניתן לתת לאדם טיפול (חיסון) אשר אינו מטיב עימו אישית אלא רק עם זולתו. במצב שיותר מ-80% מהאוכלוסייה מחוסנת ב- OPV, ווירוס החיסון עשוי להדביק גם את שאר האוכלוסייה ולהעניק לה הגנה, אף על פי שהיא לא קיבלה את החיסון בעצמה. תופעה זו נקראת "חיסון עדר" וזהו יתרון נוסף של ה- OPV הניתן בנוסף ל- IPV, שאינו יוצר אפקט זה כשלעצמו.

אי לכך, מתן OPV לילד הינו ללא ספק מעשה של **סולידאריות חברתית** ("אחד למען כולם, כולם למען אחד") אבל נשאלת השאלה: מה הם הגבולות הלגיטימיים של מתן טיפול כזה? חלק מהתשובה טמון בבטיחות החיסון OPV. בעבר, כאשר OPV ניתן **בלי** מתן IPV קודם, היו מקרים נדירים ביותר (1:1,000,000) של מחלה משתקת כתוצאה ממתן החיסון (vaccine associated paralytic polio, VAPP). תופעה זו לא מתרחשת בילדים שחוסנו ב- IPV (לפחות במנה אחת) לפני OPV, אבל אין זה מניח את הדעת של אזרחים רבים.

מתן חיסון OPV הינו החלטה של מערכת בריאות ציבורית למען מטרה ציבורית. קיימת שאלה נוספת: מה הם הגבולות הלגיטימיים של התערבות בפרטיות ואוטונומיה הגוף למען מטרה קולקטיבית, במיוחד כשמדובר בגוף של קטין, 'שאינו לא קול' בעניין? המדינה מחייבת אותנו על פי חוק בהתנהגות בריאותית במצבים מסוימים (מגבלות בעישון, חגירת חגורות בטיחות וחבישת קסדות). אם כן קיימת **התערבות המדינה בפרטיות הגוף**. האם מבצע "2 טיפות" שונה או שמא הוא פותח אופק אתי חדש? יש מדינות רבות המחייבות מתן חיסונים ומטילות סנקציות על אלה שלא מחסנים. קיים דיון ציבורי בארץ סביב עניין זה - האם מדינת ישראל צריכה לחייב מתן חיסון פוליו (או כל חיסון אחר)? מתי התועלת של הרוב עדיפה על התועלת של הפרט? מהן אמות המידה על פיהן נוכל להחליט? מי צריך להחליט ומה הוא התהליך הנכון? האם מבצע "רק 2 טיפות" תואם את הסטנדרטים האתיים שאנו רוצים לאמץ?

במרחב הגלובלי

קובץ ידיעות של מייקל קוק, עורך Bioedge

א. כרמי

מחקרים קלוקלים

אמינות המחקר המדעי

לאחרונה התעוררו דיונים סוערים בתחומי הרפואה, הביולוגיה ומדעי החברה לגבי האמינות של המחקרים המדעיים. אלה נדונו בהקשר לדילמות אתיות עכשוויות כגון: שימוש בתאי גזע עובריים לריפוי חולים, או התפתחות תקינה של ילדי מבחנה. משבר של אמון נוצר בשל דיווח סלקטיבי של תוצאות מחקר, בשל תחרות לפרסום ראשון או בשל הלהיטות לפרסום, בחינת "פרסם או תיעלם". קרל אליוט, ביו-אתיקן מאוניברסיטת מינסוטה מתלונן על כך שמחקרים רבים הנעשים על ידי מומחים לאתיקה לאתיקה ממומנים על ידי תעשיית התרופות. הוא מצביע, לדוגמה, על תרומה של פיזר למלגות בסך 100,000 דולר למחקר של סוגיות אתיות באוניברסיטת פנסילבניה.

דיווח שיקרי של חוקר

אוניברסיטת טוקיו פיטרה מדען יפני שהתיימר לשתול בהצלחה ללב אדם תאי שריר לב שנוצרו מתאי גזע. מדען זה פרסם את טענת הכזב בדף השער של יומון גדול. היסאשי מוריגושי (46) נשכר על ידי הממשלה במסגרת תכנית של "חוקרים בכירים לקראת הדור הבא". הוא הודה בכך שדיווחו על לפחות חמש מתוך שש השתלות, שכביכול בוצעו על ידו היה כוזב. הוא טען ששיתף פעולה עם אוניברסיטת הארוורד, והתראה כחוקר שותף למאמרים מדעיים. מסתבר שהמחברים של המאמרים הללו כלל לא הכירו אותו.

מרדים יפני אחר, יושיטאקה פוג'י (52) פרסם לא פחות מ-172 מאמרים מפוברקים. במקרים רבים הוא כלל שותפים בלי ליידע אותם על כך, ובמקרים אחרים זייף את חתימותיהם.

הבעת "חרטה" של חברת תרופות

בשנות החמישים והשישים של המאה הקודמת נמכר התלדומיד (thalidomide) כתרופה לסבל הבוקר של אימהות. ההערכה היא שכתשעים אלף נשים הפילו את עובריהן, וכעשרת אלפים יילודים נולדו פגועים או חסרי ידיים או רגליים. בשנת 1961 נפסק השיווק של התרופה. המקרה הזה הוכר כאסון הרפואי החמור ביותר בעולם. חמישים שנה חלפו עד שהחברה הגרמנית גרואנגנטאל (Gruenthal) יצאה בפומבי בהבעת חרטה. נציג החברה, מר סטוק, הודיע במהלך טקס להצבת פסל של ילד תאלדומידי, על "הבעת חרטה כנה על תוצאות התרופה, ועל סימפתיה עמוקה לכל הנפגעים, אמותיהם ומשפחותיהם". מר סטוק ציין שהחברה שלו לא יכלה לצפות את ההשפעות

הנוראות על העוברים: "החברה פעלה על פי היידע המדעי הקיים והסטנדרטים התעשייתיים לבדיקת תרופות חדשות שהיו רלבנטיות וידועות בשנות החמישים והשישים. אנחנו מתחרטים שלא ניתן היה לגלות את הפוטנציאל המפלצתי הגנטי של התלדומיד במבחנים שאנו ואחרים קיימנו לפני השיווק של התרופה". אשר לשאלה, מדוע המתינה החברה חמישים שנה לפני בקשת הסליחה מן הקרבנות ומשפחותיהם, ענה: "אנו מבקשים שאתם תקבלו את השתיקה הארוכה כאות להלם הדומם שהגורל שלכם גרם לנו".

ההודעה של החברה התקבלה כבלתי מספיקה וכמעליבה. חברת עורכי דין מאוסטרליה, המייצגת קרבנות, הודיעה: "הטיעון כי יש לראות את השתיקה הממושכת כהלם דומם היא קשקוש מעליב. במשך חמישים שנה חברת גרונטאל עסקה באסטרטגיה מחושבת של הסתייגות מן המסקנות המשפטיות והכלכליות של הפעולות הרשלניות שלה בשנות החמישים והשישים". הרולד אוואנס, העורך לשעבר של London Sunday Times

כתב: "Thalidomide was incubated in ignorance, fueled by haste, propelled by reckless greed, concealed by deceit. The company has covered up a crime against humanity for more than 60 years".

ספר חדש

הקתדרה לביואתיקה של אונסקו הממוקמת במרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה באוניברסיטת חיפה, הוציאה לאחרונה ספר חדש במסגרת סדרת ספרי ההדרכה שלה:

The Ethics of Pharmaceutical Industry Influence in Medicine.

הספר מציג דילמות אתיות שהתעוררו ב 33 משפטים שהתנהלו במדינות שונות. כל מקרה מלווה בהסברים אתיים ובפתרונות חלופיים אפשריים.

מוסדות ואישים

המרכז הבינלאומי לבריאות משפט ואתיקה

בשנת 1996 הקים סנאט אוניברסיטת חיפה- בפקולטה למשפטים וברשות המחקר - את המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה (להלן "המרכז"). המרכז הינו המוסד המדעי הגדול מסוגו בארץ ונמנה על אחד מחמשת המוסדות המובילים מסוגו בעולם. במרכז פועלים כשלושים ממלאי תפקידים ובפעילויותיו השונות, בארץ ובעולם, מעורבים למעלה ממאתיים אנשים נוספים. פעילויות המרכז נעשות בשיתוף פעולה עם ארגונים בינלאומיים, לרבות: אונסקו, ארגון הבריאות העולמי, הארגון הרפואי העולמי, הארגון הפסיכיאטרי העולמי, הארגון העולמי למשפט רפואי והארגון העולמי לחינוך רפואי.

ועד המנהל - בראשותו של פרופ' אליעזר ריבלין (שופט בית משפט העליון בדימוס). חברים: פרופ' יהודה אולמן, פרופ' רפי ביאר, ד"ר יורם בלשר, עו"ד רחל בן ארי, פרופ' גד ברזילי, פרופ' מיכאל גרוס, פרופ' דני זילברשטיין, פרופ' מיכל ירושלמי, פרופ' אמנון כרמי, פרופ' שי לין, דר' שרון לינק, פרופ' מוטי מירוני, השופט (בדימוס) אהרון מלמד.

ראש המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה: פרופ' אמנון כרמי.

הנהלת המרכז:

אלפנשטיין ג'ני, אמר יעל, עו"ד דר' אסמן אורן, עו"ד בסן שרון, גולינסקי שושנה, גרושקביץ מירה, עו"ד ויצ'נר נעמה, דר' מוחמד וותד, פלד מרים, עו"ד דר' פלד-רז מאיה, ציפריס עדנה, קולין יפה, פרופ' קידר דניאלה.

במרכז פועלות המחלקות הבאות:

- קתדרת אונסקו לביו אתיקה
- מחלקת כנסים והשתלמויות
- המחלקה לבריאות נפש, משפט ואתיקה.
- המחלקה לפסיכולוגיה, משפט ואתיקה.
- המחלקה לתקשורת אנושית, בריאות ואתיקה.
- מחלקה לרפואה אינטגרטיבית, משפט ואתיקה
- המחלקה לסייעוד, משפט ואתיקה
- המחלקה לפיזיותרפיה, משפט ואתיקה
- המחלקה לוועדות אתיקה בבתי חולים
- המחלקה לפריון וחברה
- יחידת המחקר
- מערכת של כתב עת בינלאומי (רבעון) "MEDICINE AND LAW".
- הוצאה לאור של ספרים בתחומי בריאות, משפט ואתיקה.
- כתב העת "רפואה ומשפט"
- ספרייה.
- מרכז לדוקומנטציה לביו-אתיקה.
- מועדון חברתי מקצועי.

ריאיון עם עו"ד ליזה סקג'יה, נאמנת זכויות אדם באו"ם בנושא בריאות, זכויות אדם, עריכת דין מכוונת זכויות אדם וקריירה משפטית באו"ם/ אורן אסמן

במסגרת פרוייקט בנושא אנשים עם מוגבלויות בבית הספר למשפטים באוניברסיטת הרווארד פגשתי בעמיתת המחקר ליזה סקג'יה, שעובדת בנציבות זכויות האדם באו"ם. בשל הרקע המשפטי שלה ובשל עיסוקה ביישום ובהטמעה של אמנות בינלאומיות שעניינן זכויות אדם, הנוגעות גם להיבטים שונים של בריאות, אתיקה ומשפט, ביקשתי להתראיין לעלון הביאותיקה.

ליזה נענתה לבקשה זו, מתוך תקווה לעודד סטודנטים ובעיקר סטודנטיות למשפטים להציג מועמדותם ולשאוף למלא תפקידים משמעותיים בזירה הבינלאומית בתחום קידום זכויות האדם.

ש: האם תוכלי לשתף אותנו ברקע האישי שהביא אותך לעסוק בתחום זכויות האדם?

ת: הרקע האישי שלי ומוצאי מאוגנדה, מדינה קטנה באפריקה, תרמו רבות לעניין הרב שגיליתי בנושא זכויות אדם. במהלך שנות ה-90 התרחש רצח עם ברואנדה השכנה (ראו אודות הנסיבות ההסטוריות לרצח העם ברואנדה, באתר האו"ם: www.unitedhumanrights.org/genocide/genocide_in_rwanda.htm). רבים נהרגו ואילו אנו באוגנדה ראינו גופות שצפו בנהר והגיעו לארצנו בנוסף לשטף הפליטים שהגיעו. בשלב זה טרם התחלתי בלימודי הגבוהים וחשתי שעלי למלא תפקיד שיאפשר לי להגן על זכויות אדם ולקדם; הלכתי ללמוד משפטים. בזמן לימודי התואר השני בחנתי סוגיות כמו: ילדים בני 10-12 שמשרתים כחיילים; בחנתי את המציאות במדינות שונות שיש בהן הפרות של זכויות אדם; כל אלה השפיעו עלי ותרמו לרצוני להיות עורכת דין העוסקת בתחום זכויות האדם.

ש: את עובדת באו"ם. האם יש דבר מיוחד שנדרש כדי להתקבל לעבוד באו"ם? כיצד הגעת לעבודה זו?

ת: לאחר ששבתי מלימודי באנגליה הגשתי מועמדות לשמש מתמחה ב UNHCR (מועצת הפליטים של האו"ם, <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home>) באוגנדה כמתנדבת מתמחה. העובדה שהתנדבתי שם והייתי מאוד פעילה, כולל ביצוע ראיונות עם פליטים ודיווח עליהם לגורמים המוסמכים הרלוונטיים באו"ם - כל אלה אפשרו לי להבין את דרך הפעולה של האו"ם. אחרי חצי שנה הגשתי מועמדות למלא תפקיד אירגונים בינלאומיים שונים, הניסיון הקצר שלי באו"ם נלקח בחשבון וכך צברתי ניסיון נוסף בתחומים נוספים. הצטרפתי לארגון בינלאומי ללא כוונת רווח באוגנדה שנקרא 'הצילו את הילדים', העוסק בזכויות אדם. כמו כן הייתי בקשר עם ארגונים ללא כוונת רווח שעסקו בזכויות אדם באוגנדה. בזמן עבודתי במסגרת 'הצילו את הילדים' (<http://www.savethechildren.org>) הכרתי אנשים רבים מהאו"ם, שכן ביצענו פרוייקטים משותפים עם קרן הילדים של האו"ם - UNICEF (<http://www.unicef.org>)

במסגרת הפרוייקט המשותף יצרתי קשרים רבים ונחשפתי להזדמנויות עבודה שונות שפורסמו - כולל משרות לתקופה קצרה, עבודות ייעוץ וכן הלאה. ביקשתי מחברי להעיר את תשומת ליבי אם יתקלו בהצעת עבודה בסגנון זה, וכך הצלחתי בתחילת דרכי להתקשר בחוזה לטווח קצר בגיבנה.

ש: במילים אחרות, האו"ם עשוי להיות פתוח לכל מי שמגיש מועמדות לעבוד בו?
ת: יש אפשרויות רבות, אני מציעה לבחון אותן באתר האינטרנט שיש לאו"ם. אתר האינטרנט ההתנדבותי הרשמי של האו"ם (<http://www.unv.org>), מציע אפשרויות של פעילויות והתמחויות גם לאנשים שאין להם יותר משנתיים ניסיון של עבודה מקצועית.

ש: את משמשת בתפקיד "נאמנת זכויות אדם". מה משמעות תפקיד זה?
ת: יש נציגים רבים של נאמני זכויות אדם במקומות שונים, כמו: באפריקה, באסיה, באירופה וגם בניו-יורק. חלקם עוסקים בנושאים ספציפיים כמו מוגבלויות או אמנות בינלאומיות שונות, אחרים פועלים במדינה מסוימת בלבד ומתמחים בה. תפקידה של נאמנת זכויות אדם הוא לייעץ לממשלות בסוגיות שונות של זכויות אדם בהתאם לתחום התמחותה. אנו מקיימים הכשרות לשחקנים לאומיים שונים ביחס למסמכים וסטנדרטים הקשורים בזכויות אדם.

ש: עבודתך בוודאי חשפה אותך למגוון נושאים. אחד מהם הוא נושא הבריאות. האם תוכלי לציין מקרים שכאלו?

ת: ישנן דוגמאות רבות, כמו: סוגיית האיידס וסוגיית מילת הנשים, אירגוני זכויות אדם מקיימים פעילויות ופרוייקטים לשמירה ולקידום זכויות אדם בסוגיות אלה. איידס וזכויות אדם היא סוגיה משמעותית במיוחד במדינות מתפתחות, שבהן יש שיעור גבוה של נשאים וחולים. אנו מיעצים למדינות השונות לפתח חקיקה ידידותית לזכויות האדם, שתגן על נשאי הנגיף ועל החולים. מילת נשים היא סוגיה בעלת היבטים בריאותיים והשלכות ביו-אתיות שונות, כמו: כבוד האדם, הסכמה מדעת, פרטיות ועוד.

ש: האם נראה לך שפרוייקטים אלה משפיעים על המציאות בשטח? מביאים שינוי? (עד כמה שניתן להעריך זאת, כמובן)

ת: קיים קושי לקדם זכויות אדם בפרקטיקות שמושרשות כל כך עמוק בתרבות והתקיימו אלפי שנים. אנו מנסים להציג את הצדדים השליליים בפרקטיקות אלה ולבחון אותן על רקע האמנות הבינלאומיות, בייחוד אמנות שאותה מדינה אישרה. כך למשל, האמנה בדבר זכויות נשים תהיה חשובה מאוד בהקשר של מילת נשים. מדינה שאישרה אמנה זו צריכה לחוקק חוקים שיקדמו את יישום האמנה.

בין הפרוייקטים שעסקו בפליטים בדקנו את המקרים של אונס ילדים באפריקה ובאיזו מידה יש להם גישה לשירותי בריאות. אנו בוחנים את הגישה הבסיסית לבריאות - הזכות לבריאות, השירותים שניתנים לילדים - האם הם באיכות טובה, האם חוסנו? תעודות לידה וכו'.

ש: נניח שקיימת הפרה של זכויות אדם או חשד להפרה כזו. מה הצעדים שנאמן זכויות אדם יבצע?
ת: אנשי המטה הכללי, הנמצאים בהנהלה הראשית בניו יורק או ג'נבה, שונים בהקשר זה מאנשי

השדה הפועלים בשטח.

במקרה של עבודת שטח במדינה מסויימת, אם הממשלה היא הגורם שמפר את זכויות האדם נקיים פגישות, נזכיר את המחוייבויות שלה ואת האמנות העוסקות בזכויות האדם. למשל, יש פעמים רבות מקרים של אי קיום אמנות זכויות אדם בבתי כלא. אנו, יחד עם ארגוני זכויות האדם והחברה האזרחית, מפרסמים דו"חות ומנסים שיישנו את המצב, מבצעים הכשרות של אנשי מקצוע.

למשל, אם הכלא אינו עומד בסטנדרטים הבינלאומיים אנו מנסים לבצע הכשרות לעובדי הכלא כדי לשפר את התנאים בו.

בה בעת, במישור הבינלאומי אנו מנסים לעודד את המדינות לדווח לגבי אמנות שהם אשררו. למשל, אם מדינה אשררה אמנה נגד עינויים אנו מעודדים אותה לדווח על הפרות, אנו מבצעים פיקוח ודיווח. במטה אנו עוסקים יותר בסוגיות של מדיניות, למשל: כיצד להכשיר את המשטרה, אנו מכינים מדריכים. המשרד שלנו משמש מטה כללי לכל שמונה האמנות הבינלאומיות בנושא זכויות האדם.

ש: שוחחנו על התמחות באו"ם. מי מהווה מועמד טוב למשרה כזו?

ת: באופן רשמי, באתר האינטרנט מצויין שעלייך להיות תלמיד תואר שני, למשל במשפטים. מעודדים אנשים שכותבים תזה לבוא במהלך הכתיבה ולהיות פעילים בקידום ובהגנה על זכויות אדם, המועמד נדרש לשלוח מכתב של הצהרת כוונות. מידע מפורט יותר לגבי המועמדות מופיע באתר האינטרנט (<https://careers.un.org/lbw/Home.aspx>). מי שנמצא מתאים למאגר המועמדים עשוי לקבל פניה מגורמים שונים באו"ם שיימצאו עניין בקורות החיים שלו.

שליטה בשפות עשויה להוות גורם תורם. לאו"ם שש שפות רשמיות: אנגלית, צרפתית, ערבית, ספרדית, סינית, רוסית ושליטה בשתיים מהן מהווה יתרון משמעותי; אך גם מועמד ששולט באחת מהשפות הללו עשוי להחשב כמועמד הולם.

ש: תודה על הריאיון ובהצלחה בהמשך.

ת: תודה.

ידיעות והודעות

תוכנית פורום ירושלים לביואתיקה לשנה האקדמית תשע"ד:

פורום ירושלים לביואתיקה ממשיך במסורת תוכנית ההרצאות, ממנה יוכלו ליהנות אנשי מקצוע והקהל הרחב. התוכנית המגוונת מציעה הרצאות הניתנות אחת לחודש על ידי חוקרים ואנשי אקדמיה מובילים מהארץ ומהעולם. ההרצאות יתקיימו בימי שלישי אחת לחודש בין השעות 16:00-17:30 ב"חדר המשולש" בקמפוס האוניברסיטה העברית שבעין כרם. המעוניינים להשתתף במפגשי פורום ירושלים לביואתיקה מוזמנים להרשם בכתובת: bioethics@ekmd.huji.ac.il. לפרטים נוספים ניתן לפנות אל ד"ר דניאל שפרלינג dsperling@mssc.huji.ac.il

כנס עולמי על אתיקה רפואית, משפט רפואי וביו-אתיקה

נפולי, איטליה 19-21 נובמבר, 2013

בחסות:

- ◀ ההסתדרות הרפואית העולמית
- ◀ אונסקו
- ◀ ההסתדרות הרפואית בישראל
- ◀ פורום צפת לביו-אתיקה
- ◀ המרכז הבינלאומי לבריאות, משפט ואתיקה, אוניברסיטת חיפה

קול קורא להגשת תקצירים

ניתן להגיש תקצירים (עד 250 מילים, בצירוף תמצית קו"ח) עד ליום 31 במרץ, 2013

נושאים מרכזיים:

אתיקה רפואית, קודים אתיים, משפט רפואי, מחקר רפואי, ניסויים רפואיים, ועדות אתיקה, הסכמה מדעת, אוטונומיה ופטרנליזם, העיסוק במקצוע, אחריות מקצועית, כשרות וסמכויות, זכויות החולה, קבלת הכרעות טיפוליות, מוסדות, מכשור וטכנולוגיה, מחלות ומפגעים, הנדסה גנטית, רוקחות, תרופות וסמים, המתת חסד, סודיות רפואית וגילוי מידע, ביטוח בריאות, הליכים שיפוטניים, חינוך אתי: מתודולוגיה, תכניות הוראה ושיטות הערכה.

אתר: מלון רויאל קונטיננטל. שפה: אנגלית. רישום: seminars@isas.co.il
דמי רישום: אירו 250 עד 15.5.13; 295 אירו עד 15.6; אירו 345 עד 30.8

פרטים נוספים: www.isas.co.il/bioethics2013

שליחת תקצירים אל: 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