**אתיקה, רפואה ומשפט –**

מקרה מהשבוע האחרון –

מקרה של נערה, שהסכימה לשמש כאם פונדקאית עבור הדודה שלה. התהליך לא התבצע בארץ, אלא בחו"ל, בשל חוק. הנערה בת ה-20 הרתה. לנערה היה קשה מאוד מבחינה רגשית, היא הופגשה עם עובדת סוציאלית וחשפה בפניה את הפרשה. הוגשה עתירה לביהמ"ש (מטעם השירות למען הילד). המקרה עומד בפני החלטת שופט – מה יקרה עם הילד כאשר הוא ייוולד? הדוד הגישה בקשה להכריז עליה כאם של התינוק. הדודה לא קשורה בשום קשר ביולוגי לתינוק (הביצית לא שלה – הפן הגנטי, היא גם לא נשאה את ההיריון – הפן הביולוגי), היא אך האם המזמינה.

אינני יודע אם הנכם מעסיקים

**מי נחשבת כאם בישראל?**

1. כאשר האישה **יולדת תינוק**, היא האימא שלו, אלא אם יש טענה אחרת – נכנסה להסכם פונדקאות עם זוג (היא נושאת עבורם את התינוק).
2. דרך נוסף להפוך לאימא הינה ע"י **הסכם אימוץ מול השירות למען הילד**.
3. הדרך השלישית הינה ע"י **לידה של פונדקאית**, על פי המותר כיום בארץ (חוק הפונדקאות / חוק ההסכמים לנשיאת עוברים).

הבעיה הינה בכל המישורים – בעיה אתית, פסיכולוגית ומשפטית. הנערה לא רוצה את הילד, אך האם הוא ילך לדודה, או שמא למשפחה הממתינה לאימוץ?

הקורס נועד להוות מפגש בין **המשפט לבין אתיקה רפואית**. ננסה להבין מדוע יש התעניינות כל כך גבוהה בתחום המשפט הרפואי בשנים האחרונות, שהביאה אותנו למצב שבו לומדים קורס בנושא רפואה משפטית גם בפקולטה למשפטים וגם בפקולטה לרפואה.

לאורך השנים, יש התפתחויות מדעיות ורפואיות. יש רצון להתקדם, לבצע את הניסויים הרפואיים. בלי ה"דרייב" הזה, שמוביל את הרפואה, ספק אם היא הייתה יכולה להתפתח. מאידך, אנו כחברה רוצים לשים גבולות, להיות מעורבים.

**וועדות הלסינקי** – וועדות המוסמכות על פי החוק בארץ לאשר כל ניסוי רפואי בבני אדם, בטרם הוא מבוצע. כל ניסוי בבני אדם חייב להיות מאושר ע"י ועדת הלסינקי. מדוע? אחת האפיזודות הקשות בתולדות האנושות הייתה מלחמת העולם השנייה. אחד מהמאורעות שהמלחמה הזו הביאה היא הניסויים בבני אדם. בתום מלחמת העולם, עם חשיפת הזוועות, עלו הזוועות שהיא תחת אצטלה רפואית. בתגובה, **הוחלט שלא לאפשר מצב בו יוכלו לבצע ניסויים רפואיים ללא אישור. עד אז, היה צורך באישור של עמיתים בלבד, לא הייתה שום עין חיצונית, לא היו קריטריונים לבחינת הנושא של עריכת ניסויים רפואיים.**

נערכה **ועידת הלסינקי**. יש מדינות שאימצו את המלצות הועידה באופן מלא וקיבלו את אמנת הלסינקי. אולם, **בארץ אין חוק ממשי העוסק בניסויים רפואיים בבני אדם, אלא יש את** **פקודת בריאות העם** (ירושה מנדטורית, שטרם השכלנו לעצבה כחוק), העוסקת בהיבטים שונים של בריאות, בעיקר בהיבטים טכניים – מס' בתי חולים, הכנסת אנשים לבידוד במצב של מחלות מדבקות ועוד. מכיוון שפקודת בריאות העם הייתה דבר החקיקה היחידי שעסק בענייני בריאות ונוצר צורך לחוקק דברים בנושאי בריאות, "דחפו" משפטית אל תוך הפקודה, ע"י תקנות.

**דרך פקודת בריאות העם, יש תקנות העוסקות בניסויים רפואיים בבני אדם, שאימצנו כנספח את עקרונות אמנת הלסינקי.** אמנת הלסינקי היא נספח, בעקיפין, לפקודת בריאות העם. זו הייתה הדרך של מדינת ישראל לאשרר את אמנת הלסינקי.

**וועדת הלסינקי העליונה** – מוסמכת לאשר כל מיני דברים שבמחלוקת. בנוסף, **כל ניסוי שקשור בתאי רבייה (ניסוי שהוא בגדר התעסקות בגנטיקה) חייב לקבל אישור של וועדת הלסינקי עליונה**. הסיבה – לניסויים המתעסקים בגנטיקה יש השפעה שהיא איננה אך נקודתית, אלא היא מתגלגלת הלאה, ויכולה להשפיע גם על הדורות הבאים.

* **מה עושים עם כל הממצאים שנמצאו עקב הניסויים הלא-חוקיים, והלא-מוסריים שבוצעו במלחמת העולם השנייה?** מחד, ניתן לטעון כי הממצאים הושגו תוך רמיסת חיי אדם ועינויים, וכי יש להתנער מהם בשל כך. מאידך, ניתן לטעון כי יש "לעצום עיניים" ולעשות שימוש בממצאים אלה. בסופו של דבר, כל מדינה קבעה עקרונות משלעצמה בעניין זה.

בסרט הראשון נחשפנו לפער בין מקום שמרני (בואו נחשוב אם מה שאנו עושים ראוי) לבין הרצון בפיתוח המחקר. **אחת השאלות המרכזיות כיום באתיקה רפואית – האם העובדה שניתן לעשות משהו, משמעותה בהכרח שצריך וראוי לעשות אותו?** מתח זה בין היכולות המדעיות לבין המעשה בפועל הוא המתח האתי, זו השאלה המרכזית ביותר.

**המשפט והפילוסופיה הם תחומים איטיים יותר מהרפואה. הרפואה רצה קדימה והמשפט מדדה אחריה**. **הרפואה משתנה במהירות.** ברוב המקרים, אנו נפגשים תחילה עם הדילמה, ורק לאחר מיכן בוחנים כיצד אנו פותרים אותה מבחינה מוסרית (האינטואציות המוסריות שלנו לא תמיד מכירות את הסיטואציות הללו) ומשפטית. **מחד, יש לנו התקדמות רפואית. מאידך, ההתדמות יצרה עמה בעיות חדשות ומחודשות, שאנו כחברה צריכים להתמודד עמן. אולם, לעיתים, הכלים המוסריים, האתיים והמשפטיים שעומדים לרשותנו לא תמיד מספיקים כדי להתמודד עם הבעיות החדשות.**

1. **הרפואה השתנתה –** הרפואה עצמה השתנתה בשני מישורים עיקריים – במישור השדה הטיפולי ובמישור הטכנולוגי-מדעי.
2. מישור השדה הטיפולי – בעבר, רופא כפרי היה מגיע לבית החולה, מכיר את משפחתו ומשמש כאיש סודו. כיום, המפגש בין האדם למערכת הרפואית מאוד שונה. בחדר מיון יש צעקות, בלגאן, צריך לחכות, אין יחסי אמון עם הרופאים המתחלפים וכו'. מצד שני, התנאים הטיפוליים הרבה יותר טובים. הרפואה עברה מדרך פעולה של היכרות אישית של הרופא עם החולה, משפחתו וההיסטוריה שלו, לדרך **של אנונימיות וצוות מורכב, לצד עולם ומלואו של טכנולוגיה שלא הייתה קיימת בעבר** (סיטואציית ה-cure without care).
3. המישור הטכנולוגי-מדעי – אין ספק, כי היכולות הקיימות בידי מדע הרפואה עולות בהרבה על מה שאפילו סופרי המדע הבדיוני, בעלי הדמיון הפרוע ביותר, יכולים היו להעלות על דעתם לפני לא יותר ממאה שנים. כל אחת מההתפתחויות הטכנולוגיות האלו הובילה להופעתן של דילמות מוסריות שהדעת האנושית לא נדרשה להתמודד עימן בעבר, לדוג' –
* **פ"ד נחמני** – דני לא היה מעוניין בהבאת ילד משותף עם רותי, יש לו אישה אחרת. לרותי, מנגד, יש ביציות שהופרו בזרע של דני, והיא מעוניין להמשיך בתהליך הפונדקאות. דני מתנגד. שלוש ערכאות ודיון נוסף עסקו בשאלה, **למי שייכים הביציות והזרע שנלקחו מבני הזוג**. האישה התעקשה לקרוא להם "העוברים המוקפאים" ואילו הגבר התעקש לקרוא להם "הביציות המופרות" ולזרוק אותן לפח. התעוררה גם השאלה של הזכות להורות – האם גוברת הזכות של אדם להורות (רותי), או זכותו של אחר לא להיות הורה (דני). **הצדדים ביצעו שימוש בסמנטיקה, כשכל אחד ביצע שימוש לטובתו.** דני קרא לזה ביצית מופרת/תאי רביה. רותי, מנגד, קראה להן "עוברים מוקפאים".
* **Baby M (מקרה אמריקאי)** – הזוג שטרן שהיה זוג אמיד אבל ללא יכולת להביא ילדים, נכנס להסכם עם בחורה לא משכילה, על פיו נקבע שהבחורה תעבור תהליך של הזרעה, מזרעו של הגבר, והילד שייוולד יימסר לזוג שטרן. הבחורה ילדה את התינוקת, ואז החליטה שהיא לא מסכימה להיפרד ממנה. בין הצדדים התחיל מאבק מטורף, כאשר התינוקת נחטפה ממדינה למדינה בארה"ב. כשהמקרה הגיע לבית המשפט העליון בארה"ב, הוא הצליח להתחמק מהשאלה של חוקיות הפונדקאות, התייחס לזה כסכסוך בענייני משמורת (בין הבחורה לאבא), ושאל **איפה יהיה לילד יותר טוב לגדול.** הוא הגיע כמובן למסקנה, שלבת יהיה יותר טוב לגדול בביתם של הזוג שטרן האמיד, אבל קבע כי הבחורה היולדת תזכה לפגוש את הילדה. יש לציין, כי הבחורה הייתה גם האם הגנטית, שכן הביצית הייתה שלה. במקרים אמריקאים אחרים, בהם מדובר היה באישה פונדקאית, בית המשפט התקשה ליצור את הפיקציה הזאת ולקבוע שמדובר בסכסוך של משמורת.
* **פרויקט למיפוי הצופן הגנטי האנושי, פיצוח הצופן הגנטי** – נעשתה עבודה מדהימה, מיליארדים הושקעו. אחוז קטן מהסכום הוקדש לדיונים אתיים משפטיים, חברתיים, פסיכולוגיים של כל מיני השלכות שיכולות להיות כתוצאה מפיצוח הקוד הגנטי האנושי. נעשה מאמץ להיות צעד אחד קדימה, להקדים תרופה למכה.
* הדילמות החדשות בתחום הרפואיות מעמתות אותנו עם מושגים ותופעות חדשות, שלא הכרנו קודם. יש צורך בשפה אתית ומשפטית חדשה. המושגים "אמא", "משפחה" ו-"תחילת החיים" הולכים ומשתנים. כמו כן, יש מושגים חדשים – זוג בני אותו מין, למשל.
1. **החברה השתנתה –** גורם נוסף המקשה עלינו להעניק מענה הוא העובדה שלא רק הרפואה התקדמה והשתנתה, אלא **גם אנו כחברה התקדמנו והשתנינו,** נהיינו הרבה יותר חכמים, אינטליגנטים ויודעים. החברה כיום מתאפיינת באוריינות כמעט אוניברסלית ובנגישות גבוהה למידע רפואי, הן אישי והן תיאורטי. בעבר החברה הייתה שמרנית-דתית והיום החברה הרבה יותר פלורליסטית ומשכילה. יש עידוד לפתיחות מחשבתית. הערכים ומושגי היסוד שהיו מאוד ברורים בעבר כבר לא ברורים כיום. בשבועת הרופא, הרופא נשבע שלא לספר לחולה מידע. כיום, **כל המידע חשוף וגלוי לחולים בספרים ובאינטרנט והחולה מגיע לביקור אצל הרופא מצויד בידע ומחקרים.**

במשך שנים, הרפואה נשלטה ע"י **תפיסה פטרניאליסטית**. כיום, מנגד, יש מעבר **לתפיסה אוטונומיסטית**, יש רצון להיות אוטונומיים על החיים שלנו, על מה שהולך להיעשות בגופנו. בני האדם מעוניינים במידע, לבחון ולשאול.

בנוסף, הפכנו להיות **חברה צרכנית, חברה שעומדת על הזכויות שלה.** המוטו הזה מחלחל גם על מרקם היחסים שבין רופאים לחולים – "זכותי" לדעת ולהאשים. פעם הרפואה הייתה "קדושה" והיום יש לנו תביעות על רשלנות רפואית. החברה שלנו מתאפיינת בהיותה צרכנית וחסרת סנטימנטים, והדבר הביא גם לפיחות משמעותי במעמדם של הרופאים, אשר כיום חווים את המפגש עם החולה כחוויה הרבה יותר תוקפנית מבחינתם.חלה ירידה בקרנה של הרפואה. פעם, הרופא היה מדומה ל"מלאך", הייתה יראת כבוד לרופאים. **התביעות על רשלנות רפואית יוצרות רפואה מתגוננת**, רפואה שמשמעותה היא שהרופא לא פועל מתוך ראיית טובת החולה (כמו הרופא הפטרניאליסטי), אלא מתוך פחד, מתוך רצון לשמור על עצמו מפני תביעות.

ההשפעה של השינוי במארג היחסים גדולה מאוד, **וחורגת מעבר לתביעות הרשלנות. יש תחושה שלכל אחד מאתנו יש מה לומר בדיון, אנו מפקיעים את הדיון מידי הרפואה.**

**התוצאה של קביעת הנהלים החדשים בוועדת הלסינקי ובבאות אחריה הייתה הפקעת האוטונומיה של בעלי המקצוע.** הדברים אמורים גם בחקיקת חוק החולה הנוטה למות, שבה היו מעורבים לא רק רופאים, אלא גם משפטנים, אנשי דת שונים, סוציולוגים ועוד, מתוך הבנה שהסוגיה הזו מחייבת את השתתפותם של אנשי מקצוע מתחומים אחרים. גם החוקים החדשים האחרים שנחקקו בנושאים רפואיים (כגון- חוק מוות מוחי נשימתי, חוק נשיאת עוברים וכו') מבטאים את השאיפה **לערב כמה שיותר גורמים בקביעות נורמטיביות מסוג זה**. כמו כן, הרופאים עצמם אינם בהכרח יכולים לקבל את ההחלטה המקצועית הנכונה ביותר בכל מצב.

1. **תקשורת –** **התקשורת היום מנגישה לנו את המידע**. ניסויים מדעים שפורצים דרך נחשפים לכל. התקשורת גורמת לחברה להיות יותר מעורבת. אנשים היום מאוד חשופים למקרים שונים של רשלנות רפואית, והם יכולים לנצל זאת לטובתם. כך גם ניסויים מדעיים שפרצו דרך נחשפים ואנשים רוצים לקחת חלק בזה, כי אולי זה יעזור למצב שלהם. התקשורת גורמת לחברה להיות מעורבת.

לפעמים יש לכך **פן שלילי** – כך, למשל, כשעיתונאי מחליט לרדת על איזו מחלקה בבית חולים. לפני מספר שנים, אחד העיתונאים הצליח לשים ידו על הנתונים שמשרד הבריאות אסף בנוגע ליחידות של ניתוחי לב וחזה, ופרסם זאת בעיתונים. כל אדם שפתח את אותו עיתון, ראה מהם אחוזי התמותה בכל אחת מהמחלקות. מצד אחד, יש יופי של מידע שאני כאדם יכול לקבל החלטה מושכלת לאן ללכת. מצד שני, הנתונים לא בהכרח משקפים דבר, כי יכול להיות שמחלקה מסוימת בוחרת בכוונה מקרים שבהם אחוזי ההצלחה גבוהים מאוד. כמו כן, הטבלה הזאת לא כוללת אחוזי תחלואה. כלומר, מדובר על מידע חלקי ולא מלא, ולכן זה לא תמיד טוב שהתקשורת חושפת אותנו לזה. **התקשורת מנגישה את המידע, מביאה את המידע לכל אחד ואחד בצורה ברורה. לעיתים, מדובר בחרב פיפיות, מימנה יש להיזהר**.

דוג' – עד כמה יש לפרסם מידע באופן ציבורי? למשל, סטטיסטיקות הצלחה של רופאים ובתי חולים. האם נכון הוא לפרסם את המידע, או לא? **לצד החיוב יש שיקולים כבדי משקל** – זכות הציבור לדעת, מידע ציבורי, "זכותי לבחור" ועוד. **לצד השלילה** – המערכת שלנו היא מערכת ציבורית, היא צריכה לשמור על איזון מסוים (נהירה לרופאה מסוים, למשל), המידע המתפרסם יכול לגרום לפגיעה גדולה מאוד לציבור – עודף של מידע לא אחראי.

גישת קדושת החיים –

ההתמודדות האתית מצאה את ביטוייה בהתדיינויות המשפטיות, אשר נותרות במקרים רבים מוכות אלם לנוכח הדילמות שהמחוקק לא נתן עליהן את דעתו, והדבר בא לידי ביטוי ברטוריקה שלה נזקקים השופטים. אותן דילמות קיימות גם סביב סוף החיים, שהרי דווקא היכולת להחיות ולהחזיק אדם בחיים מעוררת את השאלה – האם קדושת החיים היא תמיד ערך עליון? זו הייתה הגישה שהחברה חייה סביבה במשך שנים רבות. אולם, לעיתים, יש **התנגשות בין קדושת החיים לאיכות החיים.**

**מושגי יסוד –**

**אתיקה** – מושג בפילוסופיה, המתאר את תורת המוסר ואת תורת המידות הטובות (מה נכון, מה ראוי?), וכן את העיון הפילוסופי בשאלות המוסר. זהו ענף בפילוסופיה, העוסק בעקרונות שמאפרים לנו להגדיר את הנכון והבלתי נכון בפעולות אנוש.

**אתיקה מקצועית** – ההיבטים המקצועיים, הספציפיים, של הערכים הכללים. זהו מונח יישומי, המתייחס לאורחות ולהתנהלות העניינים של קבוצות ובעלי עניין מקצועי.

**אתיקה רפואית** / **ביו-אתיקה** – בעבר, כשדובר על אתיקה ברפואה, התכוונו לאתיקה מקצועית. עם השנים, המושג של אתיקה רפואית הלך והתרחב. האם מדובר במושג חדש לחלוטין, או שמא מדובר ביישום של עקרונות כללים על הרפואה? **העתיקה הרפואית איננה תחום חדש בפני עצמו, אלא מדובר ביישום את עקרונות אתיים כללים בתחום הרפואה.** כלומר, מדובר ביישום של תורות ועקרונות אתיים כללים לבעיות קליניות ולבעיות בתחום מדעי הבריאות.

* דוג' – אמירת אמת. האם יש אמירת אמת ספציפי ברפואה? אמירת אמת לחולה. יישום המושג הכללי בתחום הספציפי של הרפואה.

**אתיקה מקצועית** (ע"פ אסא כשר) – "תפיסה סדורה של האידיאל המעשי של ההתנהגות, במסגרת מקצועית, שהיא מסגרת מוגדרת של פעילות אנושית מיוחדת".

תפקידי האתיקה –

* הנחיה על דרך הפעולה הראוי, איך נכון לנהוג? להנחות את הפועל לגבי דרך הפעולה הראויה.
* לספק הנחיה בקבלת החלטות במצבי דילמה.

**דילמה אתית** – דילמה היא התנגשות הנוצרת בין ערכים, עקרונות, חובות או אינטרסים שונים, באופן שחתירה להגשמתו של האחד תפגע בקיומו של האחר.

* אם מטופל מסרב לטיפול, שבלעדיו הוא ימות, ישנה דילמה אתית. מחד, יש רצון להציל אותו, לשמור על חיי החולה – לשמור עליו ולמנוע נזק. מאידך, ניצבת זכותו של החולה לאוטונומיה על גופו.
* לעיתים דילמות אתיות יכולות להופיע ב"תחפושות" שונות. זיהוין של השאלות האתיות אינו מובן מאליו, הן יכולות להתחפש לבעיות פסיכולוגיות, או עניינים אחרים.

מעבר מעקרונות המנוסחים ע"י רופאים, לכאלה המנוסחים ע"י קבוצות של מומחים מתחומים שונים מעיד על תפיסה חברתית, לפיה **יישום העקרונות המוסריים על דילמות המתעוררות בשדה הרפואי, אינו עניין לרופאים בלבד ופתרונן אינו בהכרח חלק מהטיפול הרפואי המקצועי**.

**בשאלות של אתיקה רפואית מכריעים לפתע לא רק הרופאים המטפלים**, אלא גם מומחים, פילוסופים, משפטנים, מדעני החברה ורבנים, שכן מדובר גם בשאלות פילוסופיות-חברתיות-משפטיות-הלכתיות. לדוג' –בשאלה של פונדקאות, לא יכריע רק הרופא. מדובר בהחלטה חברתית שיש לקבל ולכן שותפים לה מומחים רבים נוספים ולעיתים אף המחוקק שמכריע בנושא. **ההבנה שמדובר בשאלות שאינן רק רפואיות, עוררה התנגדות עזה בתחילת הדרך בקרב הרופאים, שכעסו על ההתערבות בתחומם.**

תגובת הרופאים להתערבות נציגי החברה והמשפטנים –

**התנגדות** – יש הטוענים כי "זה מרחב הסמכויות שלי", מדובר בהתערבות במרחב הסמכויות הרפואי.

**הבנה** – שאלות החורגות מהידע הרפואי.

**תמיכה** – הסרת מעמסה לא רצויה מכתפי המטופלים.

דוג' -

* רופא רוצה לרשום תרופה למטופל, שלא נמצא בסל הבריאות, זוהי תרופה יקרה מאוד. הרופא מתלבט – מחד, יש סיכוי שהתרופה יכולה לעזור. מאידך, התרופה יקרה מאוד עבור המטופל. במקרים רבים, הדילמה הזו תתחפש לדילמה רפואית – הרופא ינסה להתמודד עם נתונים רפואיים – מה הכי טוב עבור המטופל? הרופא יתעלם מהמרכיב הלא-רפואי (מרכיב המימון, האם לשים את המטופל בדילמה), ויגיע למסקנה כי יש תרופה אחרת, טובה יותר.
* **קביעת רגע המוות** – בסמכות של מי? של הרופאים, או של החברה? ההתפתחות המודרנית שינתה את הסיטואציה שהייתה בעבר – כיום, אנו יכולים להחזיק תפקודים שונים בגוף בחיים, באופן מלאכותי, גם אם האדם מת. המושג מוות מוחי מבלבל מאוד, קשה מאוד לקבל את הקונספט הזה. **מתי נקבע המוות?** יש רופאים, הטוענים כי הדבר מצוי בסמכותם. אולם, למוות השלכות נוספות – המוות הוא בבחינת קביעה חברתית, יש לו אפוא גם השלכות משפטיות (ממתי היורשים זכאים לירושה, למשל) וכלכליות.
* **השתלות לב** – כשמועצת הרבנות הראשית הכשירה את הנושא של השתלות לב בשנת 1986, היא דרשה שבמסגרת קביעת המוות, ייקח חלק רופא שעבר הכשרה ע"י הרבנות הראשית. ההסתדרות הרפואית לא הסכימה בשום פנים ואופן ולכן במשך שנים רבנים התנגדו להשתלות.
* **מתן תרופה** – סוגיית מתן תרופה איננה החלטה שהיא רק רפואית. כיום יש וועדה שקובעת את סל התרופות והדבר משפיע על התרופות שרופאים ממליצים עליהן.
* **מינון תרופתי** – גם מינון התרופות שאדם מקבל תלוי בשאלה האם אנחנו רוצים לשמור על האדם בכל מחיר (ואז צריך לתת לו מינון תרופתי גבוה) או שאנחנו לא רוצים להחזיק אותו "בכוח" בחיים (ואז אין צורך להפריז במינון התרופתי). השאלה הזאת שהיא כביכול רפואית, הופכת להיות גם שאלה פילוסופית-משפטית.

כמעט כל החלטה שאנו מקבלים בחיים מסתמכת על עקרונות מוסריים. לרוב, אנו לא מודעים לכך, אלו הן החלטות אינטואיטיביות. בצידה של כל החלטה יש עקרון מוסרי שאנו מנסים להתמודד איתו. בבעיות מורכבות יותר, יש צורך בבסיס, בדרך (מעבר לאינטואיציות). יש צורך באחידות.

**התאוריה התעולתנית –**

זוהי אחת התאוריות המקובלות בעולם. התיאוריה התועלתנית הקלסית גורסת, כי **מטרת המוסר היא למקסם את הטוב**, להביא את הטוב המירבי למירב לבני האדם. אחד המאפיינים של התאוריה, הוא שהיא מאוד ממוקדת בתכלית ובתוצאה, ופחות בהדרך – אם התוצאה טובה, הדרך תחשב כטובה. **תאוריה זו מודדת את ערכיות הפעולה ע"פ תכליתה ותוצאותיה. פעולה תחשב לנכונה ומוסרית, אם תביא לתוצאה הטובה ביותר עובר המספר הרב ביותר של בני אדם.**

קיימות גישות שונות לשאלה מהו הטוב העליון, ששאיפתו האידיאלית של המוסר היא להשיגו. יש המזהים את הטוב העליון במושגים של אושר (אריסטו, סוקרטס והסטואים היוונים. בעידן המודרני - סטיוארט ומיל), יש במימוש עצמי, (הגל, ברדלי), יש בהנאה, היינו הדוניזם לאדם עצמו (אפיקורוס, הובס, שפינוזה, ניטשה), או הנאה לטובת הכלל (יוס ובנטהם).

ביקורת –

* התאוריה מבוססת על מדידה כמותית והשוואתית של תוצאות טובות, בעוד שמדידה של אושר, הנאה וכד' היא בעייתית ביותר.
* קיים קושי לבחור את הערך הנמדד.
* חוסר עקביות מוסרית בהחלטות (עקב הקושי בצפיית התוצאות).
* היות המטרה מקדשת את האמצעים בעייתית. לדוגמא: בשנות ה-60' וה-70' ערכו בארה"ב מספר ניסויים רפואיים במוסדות למפגרים ובתי אבות. באחד הניסויים המפורסמים, החוקרים הדביקו עשרות מפגרים וקשישים בזיווה. המטרה הייתה למצוא תרופה למחלה והיא אכן נמצאה, אבל לאוכלוסייה עליה ביצעו את הניסוי נגרם נזק. מדובר היה באוכלוסייה של שחורים, שעקב גילם או מצבם הנפשי, לא הייתה יכולה לתת הסכמה להשתתפות בניסוי. לכאורה, על פי הגישה התועלתנית, אומנם נפגעה קבוצה מסוימת, אבל הדבר הסב אושר רב למיליוני אנשים ברחבי העולם שהיו מתענים לולא בוצע הניסוי ונמצאה התרופה בזכותו.
* קיים סיכון לאי-צדק חברתי מתוך העדפת הרוב על פני המיעוט.

**התאוריה הדאונטולוגית –**

**התאוריה שמה דגש על המעשה עצמו**, על הכוונות של המבצע ולא על התוצאות. התוצאה חשובה, אך לא כמו הכוונות. נסתכל על מעשה כמעשה טוב, כאשר הוא ממלא את העקרונות והערכים המדריכים את חיינו באופן מוחלט ובלתי אפשרי, ללא תלות בזמן, במקום ובנסיבות. ע"פ קאנט, על פעולות האדם לנבוע מתוך אוטונומיית הרצון (ולא מתוך דחפים או נסיבות), שמקורה בחובה מוסרית. על פי התיאוריה הדאונטולוגית, אדם הוא מטרה בפני עצמו ואף פעם אי-אפשר להסתכל עליו כאמצעי לאדם אחר.

"**נוסחת הכלליות**"- תמיד עליך לנהוג כך, שהמעשה שעשית יוכל להפוך לחוק כללי, שיחייב את כולם.

* לדוג' – הבאת ילד לעולם, על מנת שימש כתורם של מח עצם לאחיו – ישנה בעיה מבחינה התאוריה הדיאונטולוגית.

ביקורת –

* התעלמות מתוצאות המעשים במציאות.
* קושי בהכרעה מהו ערך מוחלט ומי יקבע זאת.
* קושי במקרה של התנגשות בין ערכים.

יש תיאוריות שמבקשות לשלב בין שתי התיאוריות, ויש גם תיאוריות אחרות. לדוג' - **תיאורית הצדק של רולס**. התאוריה מתמקדת בשאלה, **מה צודק מבחינה חברתית.** רולס מבקש לבדוק שאנחנו שומרים על עקרונות של שוויון הזדמנויות וצדק, ולא נותנים לקבוצה מסוימת יתרון על פני אחרים. משתמשים בתיאוריה זו בהקצאה של עקרונות מוגבלים (לדוג' - וועדת הסל שמחליטה אילו תרופות וטכנולוגיות חדשות ייכנסו לסל הבריאות).

רולס סבור, שההחלטות שאנחנו מקבלים צריכות להתקבל מאחורי מסך הבערות – שההחלטה תנבע ממקום "בור", שאין לו קשר לשאלה איך זה ישפיע אלינו (לדוג' - החלטה לקבל לסל התרופות תרופה לטיפול בסרטן, או תרופה לטיפול במעי הגס צריכה להתקבל מאובייקטיביות ולא ממניעים אישיים). אולם, בפועל, מדובר במטלה קשה.

**תפקיד החוק –**

* לקבוע את המסגרת של מה אסור ומה מותר.
* החוק מטיל חובות.
* לבחון את חוקיותן של פעולות שנעשו.
* לקבוע מנגנונים לקבלת החלטות והטלת סנקציות על הפועל בניגוד לחוק.

**החוק קובע מה מותר לעשות ומה אסור, מה חובה. האתיקה, מנגד, קובעת במה ראוי ומה לא.**

**תאוריית הרף והסף –**

אחת התיאוריות שמסבירה את האתיקה והמשפט היא תיאורית "הרף והסף".

**הרף (הגבול העליון)** מייצג את האתיקה המקצועית, האידיאל המעשי של ההתנהגות המקצועית, אנו רוצים לשאוף לגובה הרף, להתנהג בצורה הנכונה והמוסרית ביותר מבחינת האתיקה שלנו. הכוונה הינה לרף של ההתנהגות הראויה, מנקודת המבט המקצועית. פעולה בגובה הרף, או למעלה ממנו, היא בגדר התנהגות ראויה, התנהגות בהתאם לאידיאל של ההתנהגות המקצועית.

**הסף (הגבול התחתון)** מייצג את המשפט, את התפיסה המחייבת של ההתנהגות החוקית החלה על המקצוע, את סף התנהגות המותרת על פי הדין, מנקודת המבט המשפטית. פעולה בגובה הסף או למטה ממנו היא בגדר התנהגות עבריינית.

בין הרף לסף יש שטח. בשטח הזה, ניתן לבצע מעשה שהוא איננו בגדר עבירה לפי החוק, אך נוגד את האתיקה המוסרית. כלומר, המעשה אינו תקין מבחינה אתית מוסרית, אבל הוא לא בלתי חוקי.

דוג' – עד חוק לא תעמוד על דם רעך יש מעשים שיכלו לזכות בגינוי אדם אך מוסרי, מבלי שביצע עבירה על החוק, כלומר בעודו מצוי בטווח שבין הרף לסף (הפעולה לא מוסרית, לפי המוסר המקובל בחברה, אך אין מעבר על החוק). **כיום לאחר קבלת החוק, מעבר לגינוי המוסרי, יש מעבר על החוק. החוק לקח את הרף החוקי, את הסף, והרים אותו מעלה, דחף אותו לכיוון הרף.**

* **חוק זכויות החולה ביצע את אותו התהליך** – לקיחת עקרונות של אתיקה רפואית והפיכתם לחוק. כללי האתיקה והחוק נצמדים, יש לכך צדדים חיוביים ושליליים. לדוג' – בעבר, רופא יכול היה להסתיר את המידע מהמטופל, מבלי לעבור על חוק. כיום, הוא עלול להישפט על כך.

אחת הסיבות לשינוי – כשהמקצוע לא שמר על הרף לבד, לא הקפיד שהאנשים שלו (רופאים, למשל) יעמדו בסטנדרטים של האתיקה הרפואית, החברה לא סבלה זאת. החברה מאלצת, ע"י חוק, לנהוג כך – מצמידים את החוק לאתיקה, מבטלים את הרווח שבין הסף לרף. הרופא ימצא עצמו מועמד לדין בפני ביהמ"ש.

**ס' 5 לחוק זכויות החולה** – "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש". ישנו דיון סביב השאלה, **מהו טיפול נאות?** בעת בחינה של סטנדרטים מקצועיים, אנו מדברים במונחים של סבירות – רופא סביר. מהו טיפול רפואי נאות? הדעה המקובל היא שטיפול נאות (הרף) גבוה יותר מטיפול סביר (הדרישה המשפטית, הסף). **לאחר קבלת החוק, ובו ס' 5, הטיפול הנאות הפך להיות הסטנדרט של החוק, העלנו את הסטנדרט של סבירות מעלה. זוהי דוג' למושג מתחום האתיקה הרפואית שהפך למושג משפטי.**

**אתיקה מול חוק –**

|  |  |
| --- | --- |
| האתיקה | החוק |
| קובעת מה ראוי ומה לא ראוי לעשות | קובע מה אסור ומה חובה לעשות |
| פרופסקטיבית, מנחה | נתפס כבעל משמעות רטרוספקטיבית, סנקציה |
| מקור ההכוונה פנימי, "שכלי" | מקור ההכוונה חיצוני, "שמעי" |
| היענות מתוך הקשבה לצו המצפון | ציות (לעיתים בתחושת אין ברירה) |

איך מתבטאת האתיקה בחוקי הבריאות?

* **האתיקה כהשראה לחקיקה.**
* **ישנם מקרים, בהם סוגיות ותפיסות אתיות מוסדרות בחוק.**
* **תפיסה אתית בבסיס של החוק.**

**תפיסה אתית כבסיס לחקיקת הבריאות** – יש לי ערכים מנחים, כגון ערכי החיים והבריאות, איכות החיים, כבוד האדם, אוטונומית הפרט, מניעת פטרנליזם, פריון והזכות להורות, צדק ושוויון ועוד. כל אלו נמצאים בבסיס החוקים שמסדירים ענייני בריאות במ"י. יחד עם זאת, כאמור, אף ערך אינו מוחלט, הם יכולים להתנגש אחד בשני. לערך החיים יש משקל רב יותר בד"כ. גם באתיקה הרפואית, באופן כללי, התפיסה השולטת היא הענקת משקל רב יותר לערך החיים. **הערכים המנחים –**

* ערכי החיים והבריאות.
* הערך של איכות החיים.
* כבוד האדם ופרטיותו.
* כיבוד האוטונומיה של הפרט.
* מניעת פטרנליזם – מניעת כפייה על החולה.
* ערך הפריון והזכות להורות.
* צדק ושוויון (רולס).
* הגנה על החלש.
* מקצועיות .
* קידום הרפואה.

דוג' להצהרה על ערכים מנחים –

* **ס' 1 לחוק זכויות החולה** – "חוק זה מטרתו לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו". ניתן לראות ערכים בבסיס ההצהרה והמטרה של החוק. החוק קובע ומצהיר, שמטרתו להגן על זכויות, על הכבוד ועל פרטיות. הדבר חשוב, משום שבעת קריאת סעיפי החוק, **בעת מתן פרשנות, ביהמ"ש יפעל לפי סעיף זה, המשמש כמעין קו מנחה לעניין לאור אילו ערכים יש לפרש את החוק.**
* **ס' 1 לחוק מידע גנטי** – "מטרתו של חוק זה להסדיר עריכת בדיקות גנטיות ומתן ייעוץ גנטי ולהגן על זכות הנבדק לפרטיות לגבי המידע הגנטי המזוהה, והכל בלי לפגוע באיכות הטיפול הרפואי, במחקר הרפואי והגנטי, בקידום הרפואה ובהגנה על שלום הציבור". יש מוטו – **להגן על זכות הנבדק לפרטיות.** יש גורמים רבים המעוניינים במידע, לו יש ערך כלכלי ואחר. המטרה העליונה של החוק הינה להגן על הפרטיות. זהו הכלל, היתר הם בבחינת מנגנונים חריגים.
* **ס' 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי** – "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". יש השתתה על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. למחוקק הייתה מטרה, להשתית את החוק, להסדיר את כל נושא מערכת הבריאות במדינה על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית.
* **ס' 1 לחוק החולה הנוטה למות** – החוק מנסה לשלב בין קדושת החיים, ערך אוטונומיית הרצון של האדם והחשיבות של איכות החיים. לא מעוניינים להסדיר רק את מצבם של החולים הכשירים מבחינה אוטונומית. אלא, מדובר בהחלטה אמיצה – **להסדיר גם את מצבם של האנשים שכבר לא יכולים לומר את רצונם.** לכן, נוצר השילוש – קדושת החיים, אוטונומיה ואיכות החיים (גם מי שלא כשיר סובל).
* **ס' 1 לחוק תרומת ביציות** – יש כאן יומרות רבות בחוק אחד. החוק מסדיר את תרומת הביציות למטרות הולדה תוך שמירה על כבוד, זכויות, ובריאות התורמת והנתרמת, ובנוסף במקרים של שימוש ביציות לצורכי מחקר שמירה על מעמד האישה. לחוק יש מצפן ערכי, הצהרה המקלה בעת פרשנות החוק, עוזרת לנו להבין טוב יותר את החוק.

**האם נכון הוא שהחוק יאזן במסגרתו את הערכים האמורים? אם כן, האם האיזון שבוצע נכון?** יש לשים לב, שהעובדה שמול עיניהם של המחוקקים עמדו הערכים לעיל, אין משמעותה שהפרט צריך להסכים עם זה ולקבל את העמדה, לפיה בוצע איזון נכון. כלומר, העובדה שיש לנו ערכים מנחים, לא קובעת דבר לעניין האיזון, בסופו של דבר, של החוק. הערכים עמדו לנגד עיניהם של המחוקים, רוחם שורה על החוק, אך האם כל אחד ואחד מאתנו יזדהה עם הערכים ועם האיזון? לא בהכרח.

מחוקק במדינה דמוקרטית אמור לייצג את הלכי הרוח בעם ובחברה. אנו רוצים להאמין, שתמונת המצב הינה בבחינת תמונה ראי להשקפתה של החברה. כלומר, שרוב החברה מסכימה עם הערכים ועם האיזון שנעשה.

**הרב תרבותיות יוצרת זיקה לערכים שונים.**

* לדוג' – ברית מילה. כיום, בעולם שמקדש את זכויות הילד וטובת הילד, יכולה להישמע הטענה, לפיה מדובר בפגיעה בגופו של הילד, מטילים מום בילד. במדינת ישראל, אנו מבינים שלא היה סיכוי במערך הקיים לבצע שינוי ולקבל חוק האוסר מעשה זה. בדינמיקה התרבותית בישראל, זה לא אפשרי.

מנגד, אם יימצא שבט המבצע בעילת נשים, על אף כיבוד הרב תרבותיות, הוא לא יזכה לשיתוף מצד המדינה. **לרב תרבותיות יש גבולות** – יש דברים שכן נסכים לכבדם, בשם הרב תרבותיות, אך יש דברים שלא.

**הגבלת "קשת הפעילות האפשריות" –**

האיזונים נעשים, ראשית כל, בחקיקה. לאחר מיכן, בשטח ולבסוף האיזון מתבצע בביהמ"ש. במקרים רבים, תפקידו של החוק הוא להגביל את "קשת הפעילות האפשריות" מבחינת האתיקה, לצייר גבולות.

* **חוק החולה הנוטה למות – ס' 19** – איסור המתה במעשה (איסור המתה אקטיבית), או **ס' 20** – איסור סיוע להתאבדות. **החוק במדינת ישראל הגביל את קשת הפעולות האפשרויות**, **החוק צמצם את המרחב האתי וקבע מה חוקי ומה לא**. האתיקה מכילה עקרונות שונים לעניין הפעילות לקראת סוף החיים (יש מדינות המתירות פעולות מסוימות, ויש שאוסרות אותן). מדינות שונות בעולם אימצו עקרונות שונים – יש שהעדיפו את הזכות לאוטונומיה עצמית, להקל על הסבל. בארץ, מנגד, ערך קדושת החיים נתפס כנעלה וכגובר על האוטונומיה העצמית, שמתאזנת. האיזון הערכי שנעשה בעת חקיקת החוק קבע, שערך קדושת החיים גובר על הזכות לאוטונומיה עצמית.מרות כל האיזונים שהחוק מבקש לעשות, החוק קובע "קו אדום" אותו אסור לעבור.

**ס' 20, כאמור, קובע איסור סיוע להתאבדות.** במדינת ישראל, במסגרת החלטה חברתית-ערכית, בחרנו לראות באנשים המבצעים פעולת התאבדות כמי שלא עושים זאת מתוך גמירות דעת. מחד, ייתכן וזו פיקציה, ומאידך לפעמים באמת אנשים רק מבקשים להביע כך זעקה לעזרה. לכן, אנחנו בתור חברה בוחרים לטפל במתאבדים, ולנסות למנוע מהם להתאבד.

* **חוק תרומת ביציות** – החוק מאפשר לאישה בישראל, כל אישה, לתרום ביציות. מה כה מיוחד בחוק? עד שהוא נחקק, רק אישה שעברה טיפולי פוריות בעצמה יכלה לתרום ביציות מעודפי הביציות שלה. בעבר, אישה שלא עוברת טיפולי פוריות לא יכולה הייתה לתרום ביציות. החוק שינה את המצב, כל אישה כיום יכולה לתרום ביציות.

**החוק שאפשר את תרומת הביציות ע"י נשים שלא עוברת טיולי פוריות שם, בכל זאת, גבולות.** למשל - איסור על תשלום, על סחר בביציות. כמו כן, החוק אוסר תיווך (הכל מתנהל דרך המדינה). זוהי פעולה לשם הגבלת קשת הפעילות האפשרית.

* **חוק השתלת איברים** – לצד ההיתר, נקבעו מגבלות – איסור על סחר באיברים ואיסור תיווך. כלומר, לצד ההיתר, החוק קובע גם מה אסור.

חובת דיווח –

**פ"ד ישמחוביץ' נ' ברוך** – ישמחוביץ' היה רופא נשים מאוד מצליח, הוא ניהל בתחילת שנות ה-70 מרפאה מצליחה לטיפול בפוריות ותפקוד מיני. היו מגיעים אליו מטופלים, כשהכל נוהל בכרטיסיות ידניות. ישמחוביץ' נחשד ע"י מס הכנסה כמעלים מס. התגלה כי הוא אכן מעלים מס. פקידי מס הכנסה הגיעו עליו אם צו להחרמת כל הניירת. הוא פנה לבג"ץ, בטענה שיש לו חובה אתית, כרופא, לשמור על הסודיות הרפואית.

אנשים הגיעו אליו עם בעיות אינטימיות (כולל גם ידוענים). פקידי מס הכנסה יעברו על התיקיות ויראו ממה כל אחד סבל. לטענתו, יש לו חובה מוסרית, אסור לו לחשוף את החומר, מדובר בחומר חסוי.

**השופט חיים כהן** קבע – "טענת העותר כאילו מוטלת עליו חובה מוסרית או אתית-רפואית, על פי שבועת הרופאים שנשבע אז על פי כלל האתיקה המקצועית הרפואית, או על פי מצפונו הרפואי, אינה לעניין. כבודן של החובות האתיות הללו במקומן מונח, וכל המחמיר עם עצמו לפנים משורת הדין הרי זה משובח. ואולן כאן לא בחובות אתיות עסקינן, כי אם בחובות חוקיות. מקום שהחוק הטיל חובה לגלות, אין שום אתיק האוסרת את הגילוי יכולה לעמוד". לגישת השופט, קודם כל היה על ישמחוביץ' לעמוד בסף, ורק לאחר מיכן ברף. **בית המשפט קבע, שלמרות החיסיון הרפואי, החובה החוקית לדווח אמת למס הכנסה גוברת.**

השופט קובע, כי ערך תשלום המס במדינה חשוב יותר. ביהמ"ש מגן על ערך זה, על חשבון ערכים אחרים. הערך החברתי והמשפטי של אמירת אמת ותשלום מס אמת גבר במקרה הזה על הסודיות הרפואית של המטופלים, ופקיד השומה קיבל "אור ירוק" להסתכל בכל המסמכים כדי לגלות אם הייתה העלמת מס. מדובר היה בשנת 1972, בטרם התקבלו חוקים שונים, כגון חוק הגנת החולה. ייתכן כי היום היה מתבצע איזון אחר, המתחשב יותר באתיקה.

צורת ההגבלה של "קשת דרכי הפעולה האפשריות" –

**ס' 3 לחוק איסור התערבות גנטית** (**שיבוט אדם ושינוי גנטי בתאי רביה**) – במשך תקופת תוקפו של חוק זה, לא יעשה אדם כל פעולה שהיא אחת מאלה:

1. שיבוט אדם.
2. שימוש בתאי רבייה שעברו שינוי גנטי מכוון קבוע, במטרה לגרום ליצירת אדם.

החוק מגביל פעולות אותן ניתן לבצע, החוק אוסר על שיבוט גנטי של אדם, אסור לברוא אדם משובט. חוק זה נחקק לאחר סיפור הכבשה דולי. מדינות שונות נבהלו והזדרזו לחוקק חוק בנדון, בדומה למדינת ישראל.

יש התפתחויות רפואיות, שהתגובה האנושית הראשונית אליהן חמורה במיוחד. כשהתחילו ההפריות החוץ-גופיות, למשל, העולם סער מאוד. נטען, כי הדבר יהרוס את החברה, כולם ילכו להפריות, המבנה החברתי ישתנה, נשים לא יצטרכו גברים וכו'. בנוסף, נטען כי אין זה ראוי לבצע הפריה בבני אדם, בתאי רבייה אנושיים. ההתעסקות בתאי רביה אנושיים נתפסה כלא מקובלת. הניסוי בבני אדם התבצע בעיירה נידחת באנגליה. לאחר הבהלה, החלו להתעסק בפוטנציאל של ההתפתחות הרפואית האמורה.

גם לאחר השיבוט של הכבשה התעוררה בהלה גדולה. על כן, התקבל החוק לעיל. החוק קובע, כי מותרות התערבויות מסוימות, כל עוד אין מדובר ביצירת אדם של ממש. כלומר, **ניתן לנו הגבול, אך הוא לא מוחלט, אלא יש דברים שהמדינה כן מותירה לעשותם. מדובר באיזון שמדינת ישראל בצעה**. יש הטוענים, כי מדינת ישראל היא ליברלית מידי בתחום זה.

**ס' 5א' לחוק איסור התעברות גנטית** – "על אף הוראות סעיף 3, רשאי השר, אם מצא כי אין בכך כדי לפגוע בכבוד האדם, בהמלצת הועדה המייעצת ובתנאים שיקבע, להתיר בתקנות עשייתם של סוגי התערבות גנטית האסורים לפי סעיף 3(2)".

הכרה במצבים שבהם האתיקה רחבה מגבולות החוק –

ישנם מצבים, בהם החוק מצמצם בעצמו, הוא מודע לכך שהוא לא יכול להסדיר את הנושא בחקיקה. על כן, הוא מעוניין להשאיר את הסוגיה לשיקול דעת אתי. החוק מותיר את הנושא לשיקול דעתו של ביהמ"ש. החוק, מראש, הבין כי הוא לא יכול להסדיר את כל המקרים, הוא העדיף להעניק מסגרת, טווח התייחסות, ולהעביר את השיקול וההחלטה לגורם אחר.

ס' 19 לחוק זכויות החולה קובע חובה לשמור על סודיות רפואית.

**חוק זכויות החולה, ס' 20** (מסירת מידע רפואי לאחר) – למרות החובה לשמור על סודיות רפואית, ניתנת רשימה של מקרים, בהם מותר למסור מידע, ולא יהא מדובר בהפרה של חובת הסודיות הרפואית. דוג' – בכל המקרים בהם החוק מחייב את הרופא לדווח.

**ס' 20(5)** – "ועדת האתיקה קבעה, לאחר מתן הזדמנות למטופל להשמיע את דבריו, כי מסירת המידע הרפואי על אודותיו חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור וכי הצורך במסירתו עדיף מן העניין שיש באי מסירתו". יש מקרים, שוועדת האתיקה קבעה, באיזונים האתיים שהיא עשתה, כי **מסירת המידע חיונית להגנה על בריאות הזולת, או הציבור וכי הצורך במסירתו עדיך מן העניין שיש באי-מסירתו.**

**יש מציבים, שהוחלט להשאירם לגבולות השיפוט של האתיקה, היא זו שתסדיר את העניין. המציאות עולה על כל דמיון, לא ניתן להסדיר הכל בחוק**. החוק מעניק לנו עקרונות מפתח, את המסגרת (עקרונות הבסיס של השיקולים שיש לשקול), וכלי/מכשיר (מי צריך לשקול) – ועדת האתיקה תבצע את האיזון ולא הרופא.

* דוג' – חולה, נשא איידס. הוא מספר לרופא שהוא הולך להינשא, ומתוודה כי לא אמר לאישתו לעתיד שהוא נשא איידס. מה על הרופא לעשות? מחד, מדובר במידע רפואי סודי שנמסר ע"י המטופל (המטופל מגלה את המידע מתוך אמון). מאידך, האישה לעתיד עלולה להיות בסכנה. החוק קובע, כי מדובר במצב בו ועדת האתיקה תחליט, אם מסירת המידע חיונית לשם הגנת הזולת. הועדה תחליט, בסופו של דבר, האם לגלות את המידע, או לא.

לעיתים, **החוק מבין שהאתיקה יכולה להטיל על אנשים חובות שהם מעבר לגבולות החוק. החוק מכיר בכך**. דוג' לכך הינה **החוק להגנת הפרטיות**.

**ס' 18 לחוק** – החוק קובע, כי במשפט פלילי או אזרחי של פגיעה פרטיות, יש לנאשם הגנה טובה, במקרים בהן הייתה מוטלת עליו חובה מוסרית לעשות מעשה, כללי האתיקה שלו דרשו לבצע פעולה מסוימת. הנאשם ביצע מעשה מכוח החובה האתית שלו. כלומר, המעשה שבצעתי פגע בפרטיות של אדם אחר, אך אוכל להגן על עצמי – ביצעתי את המעשה מתוך חובה מוסרית.

**פ"ד קורטם** – אדם שנלכד במרדף משטרתי. חשדו שהוא בלע סמים, הוא לא הכחיש זאת. קורטם סרב לביצוע הבדיקה, שכן היה לו מאסר על תנאי, הוא חשש מהליכה לכלא ועל כן סרב לכל התערבות, שמשמעותה הוצאת הסמים. זאת, על אף העובדה כי הוא נתון היה לסכנה רפואית. בסופו של דבר, שופט הורה בצו על ביצוע הניתוח, למרות התנגדותו של הנאשם (כל זאת, בטרם חקיקת חוק זכויות החולה). לאחר הניתוח נמצאה כמות גדולה של סמים. קורטן הועמד לדין.

קורטם טען, כי **מדובר היה בפגיעה בפרטיות**. מבחינה משפטית, הוא הסתמך על תקדים, לפיו גם פגיעות פיזיות יכולות ליפול בגדר החוק להגנת הפרטיות. על כן, החוק פוסל ראיה זו, שכן התקבלה תוך מעבר על החוק – תוך פגיעה בפרטיות. **טענה הרופאים** – גם אם נניח והפרטיות של הנאשם אכן נפגעה, הרי שהם ביצעו את הניתוח מכוח החובה המוסרית והמקצועית שלהם להציל את חיו. לא המשטרה היא זו שפגעה בפרטיות, לשם העמדתו לדין, אלא הרופאים עשו זאת, על מנת להציל את חיו.

**זכויות החולה –**

מדינת ישראל הייתה לשנייה בעולם שקיבלה חוק מסוג זה (חוק זכויות החולה). האם קבלת החוק מעידה על רמתנו המוסרית הגבוהה, או שמא להיפך? בפועל, אחת הסיבות לקבל החוק הייתה הגישה הרווחת בציבור, שהרופאים לא נוהגים על פי כללי האתיקה, הם כשלו בשמירה על סטנדרטים אתיים.

לגישת המרצה, הנטייה לרצות לפתור הכל באמצעות חקיקה, מאפיינת חברה הלוקה במשפטיזציית יתר. בנוסף, בפועל, המהלך לא תמיד עוזר.

**זכויות** **החולה בישראל** –

* **הזכות לקבל טיפול רפואי** – **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** (1994) קובע, שכל תושב במדינת ישראל זכאי לקבל טיפול רפואי. יש גם פסיקות מעניינות על עובדים זרים ומעמדם לצורך קבלת טיפול. אין מדובר בזכות טריוויאלית. גם לפני קבל החוק, 96 אחוז מאזרחי המדינה היו מבוטחים בביטוח בריאות, הם שילמו ישירות לקופת חולים. החוק לא נועד להציל את אותם 4 אחוזים, אלא הסיבה הייתה להציל את מערכת הבריאות הקורסת – קופת חולים כללית החלה להידרדר מטה ולמשוך עמה את כל מערכת הבריאות של מדינת ישראל. החוק נועד לשנות את ההסדר שהיה קיים. כיום, מדינת ישראל היא זו שגובה את הכסף, ולא קופות החולים.
* **הזכות לקבל טיפול רפואי נאות** – השאלה המתעוררת סביב זכות זו היא, למה הכוונה במונח "נאות". המסקנה היא, שמדובר בסטנדרט שהינו מעבר ל"סביר". הזכות לקבל טיפול רפואי נאות מעוגנת **בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק זכויות החולה וכן בפסיקה.**
* **הזכות לכבוד ולפרטיות** – זכויות אלו מעוגנות **בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו,** שהוא ה"אב" הרוחני של חוק זכויות החולה, ולמעשה ניתן היה להסתפק בחוק היסוד הנ"ל. **חוק זכויות החולה** שהינו חוק ספציפי נחקק כדי לפשט את הדברים ולא להשאיר אותם רק ברמה הערכית. בחוק זכויות החולה עצמו מפורטות עוד זכויות שמצוינות מטה.
* **זכויות נוספות** – לדעת את זהות המטפל, לקבל חוות דעת רפואית נוספת, זכות לקבלת מידע והזכות שלא להיות מטופל ללא הסכמה.

**חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994**

* זכאות לשירותי בריאות לכל תושב.
* אספקת שירותי הבריאות ע"י קופות החולים.
* גביית דמי הביטוח ע"י המדינה באמצעות ביטחו לאומי.

מדובר בבחירות ערכיות. לדוג' – מדינת ישראל היא כמעט היחידה בעולם שמממנת טיפולי פוריות. זוהי בחירה ערכית של מדינת ישראל, בה נושא ההולדה מקבל משמעות שונה לחלוטין מהמשמעות ביתר מדינות העולם. כל דבר שנמצא בסל הבריאות בא על חשבון דבר אחר, אין אפשרות להגדיל את העוגה עד לאין סוף. על כן, תיק הבריאות הוא תיק שקשה מאוד להצליח בו. השמיכה קצרה, סל הבריאות לא יכול להקיף את הכל, יש וויכוחים גדולים מאוד סביב השאלה, מה ייכנס לתוך הסל ומה לא. ישנן פתרונות יצירתיים – במדינת אורגון, למשל, נעשה משאל עם לעניין הקביעה אילו תרופות ייכנסו לסל הבריאות

שאלה זו עמדה במרכז, ברגע שעמדו לחוקק את חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בשנת 1994 חוק כמעט טורפד, עקב ויכוחים סביב השאלה מה ייכנס לסל הבריאות ומה יישאר מחוצה לו. היו אלו ויכוחים ערכיים. בסופו של דבר, חיים רמון, שר הבריאות דאז, ראה את היוזמה שלו הולך ומתפוגגת, ועל כן החליט החלטה – קופת החולים הגדולה ביותר היא קופת חולים כללית, רוב האוכ' מבוטחת בקופת חולים זו. אי לכך, נקבע כי יש לקחת את סל הבריאות בקופות החולים כללית ולהפוך אותו לסל הבריאות של כלל אזרחי המדינה, של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. **נקבע שסל הבריאות הקיים בקופת חולים כללית יהיה גם הסל האחיד במסגרת החוק.** עבור רוב אזרחי המדינה, המציאות לא השתנתה – הסל נותר בעינו, אך כעת הוא ממון ע"י המדינה. אולם, מבוטחים של קופות החולים האחרות, שנהנו מסל רחב ועשיר יותר, התעוררו לבוקר של הרעת תנאים.

חיים רמון הבין, כי יש מוקש המונע מימנו מלהעביר את החוק, ועל כן מצא דרך לעקוף מוקש זה. הדיון בנושא לא הסתיים לגמרי. לאחר מספר שנים הוכנסה תוספת לחוק, לפיה בכל שנה מעדכנים את הסל באמצעות ועדת הסל, בכל שנה מתווסף תקציב ומעדכנים את סל הבריאות. בכל שנה, אנו עדים לדרמה של חברי ועדת הסל. **ריטואל** **זה בעייתי, משום שמטבע הדברים הוא מעניק העדפה לאוכלוסיות שיותר קל להן להפעיל לחץ ציבורי.** קבוצות הלחץ המשפיעות הן אלה שקל להן לעורר אהדה ציבורית.

המלחמות מתנהלות במספר רמות –

1. תחילה, איזה נתח מתוך עוגת תקציב המדינה יגיע למשרד הבריאות?
2. מתוך הנתח לעיל שהוקדש למשרד הבריאות, איך תראה החלוקה הפנימית – מחקר, בנייה וכו'.
3. החלטות ברמת המנהלים – כמה מיטות להוסיף, למשל. אלו הן שאלות קשות, שהולכות ומחמירות – הרפואה הולכת ונהיית יקרה יותר, האוכלוסייה נהיית זקנה יותר. זוהי מצוקה כלל עולמית.

עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (יש סממנים של מדינת רווחה) –

* **עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית**. עקרונות אתיים נמצאים בבסיס החקיקה, הם עמדו לנגד עיניהם של המחוקקים. אין הדבר מונע מאיתנו את הוויכוח לעניין השאלה, האם החוק אכן תואם את העקרונות האתיים לעיל?
* **מחויבות המדינה לתושביה** – אין מצב שתושב במדינה יזדקק לטיפול רפואי בסיסי ולא יקבלו.
* **הטיפול הרפואי -** **לפי הצורך**.
* **התשלום - לפי היכולת**, לפי גובה המשכורת.

החוק פותח בהצהרה על כך שהוא מבוסס על ערכים של "צדק, שוויון ועזרה הדדית". כל תושב במדינת ישראל זכאי לשירותי בריאות. גם לפני קבלת החוק, למעלה מ-90 אחוז מהתושבים בישראל היו מבוטחים, ולפיכך עולה השאלה, למה היה דחוף לשנות את המבנה הקיים ולחוקק את חוק ביטוח בריאות ממלכתי? ההסבר נעוץ בכך שקופת חולים כללית הייתה חלק אינטגראלי מההסתדרות, והדבר הוביל לכך שכספים רבים לא שימשו לצורך טיפול בחולים, אלא זלגו לשימושים אחרים. הדבר העמיד את קופת חולים כללית על סף קריסה, בלי יכולת ממשית לספק שירותים רפואיים. קופת חולים כללית הייתה המבטחת הגדולה בישראל, כאשר רוב האוכלוסייה הנזקקת הייתה מבוטחת בקופה זו. בנוסף, היא הפעילה יותר ממחצית מבתי החולים בישראל.

החוק נחקק לאחר שהוגשו לממשלה המלצות ועדת נתניהו, אשר בראשה עמדה שופטת בית המשפט העליון שושנה נתניהו. הועדה בחנה את מערכת הבריאות במדינת ישראל וחלק מהרפורמה של הועדה התקבל בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. **המהפך הגדול בחוק הוא שהמדינה למעשה מבטחת את התושבים ולא הקופות**, כאשר דמי ביטוח הבריאות יורדים דרך ביטוח לאומי והמדינה מחלקת את הכסף לקופת החולים עפ"י נוסחה שמביאה בחשבון את כמות המבוטחים ו"איכותם" (על חולים כרוניים / חולים במחלות קשות התשלום גבוה יותר). בעצם, המדינה גובה דמי ביטוח בריאות (ע"י המוסד לביטוח לאומי, בהתאם להכנסת התושב) ומחלקת את הכסף בין קופות החולים, כדי שתהיינה ספקיות שירותי הבריאות. כל קופות החולים מחויבות לשירותים אחידים – סל בריאות אחיד – שהוא בגדר המינימום הנדרש (עליו הן יכולות להוסיף).

**חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו –**

מדובר, כמובן, גם על כבוד של האדם החולה, החופש החירות והזכויות של האדם החולה.

**ס' 1א'** – "חוק-יסוד זה, מטרתו להגן על כבוד האדם וחירותו, כדי לעגן בחוק-יסוד את ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית".

**ס' 2 (שמירה על החיים, הגוף והכבוד)** – "אין פוגעים בחייו, בגופו, או בכבודו של אדם באשר הוא אדם".

**ס' 4 (הגנה על החיים, הגוף והכבוד)** – "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו".

**חוק זכויות החולה, התשנ"ו – 1996**

החוק הוא תולדה של חמש הצעות חוק פרטיות, הייתה תחושה שמשהו לא טוב קורה במערכת הרפואית בישראל - הרופאים יהירים מידי, שוכחים את המחויבות שלהם לחולים, המערכת לא מתנהלת בצורה נכונה. הצעות החוק אוחדו להצעת חוק אחת (הוגשה ב-1992). לגבי אותם דברים שהיו בגדר רף אתי – חוק העלה את הסף החוקי, דחף אותו למעלה והצמידו לרף האתי. מטרת החוק הינה לעלות את רף סטנדרט ההתנהגות.

סעיף 1 (מטרת החוק) – "חוק זה מטרתו לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ופרטיותו". **הסעיף מצהיר על הערכים שמניעים את החוק, את מטרות החוק.** חוק זה יונק ומכוון לאותו המקום אליו מכוון חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו. לכאורה, ניתן היה להסתפק בחוק היסוד. אולם, התחושה הייתה, שאנשים חולים זקוקים להגנת יתר. **ההגנה הכללית מחוק היסוד לא מספיקה לאדם חולה, הנמצא בכאבו הגדול ביותר, אין לא יכולת לשמור על זכויותיו בצורה מיטבית, הוא זקוק לעזרה.** החוק רצה לרדת לרמת הפרט, לרמת השטח ולקבע את הזכויות של האדם המבקש/מקבל טיפול רפואי ולהגן על זכויותיו.

"**אדם המבקש טיפול רפואי או מקבל טיפול רפואי**" – יש וויכוחים רבים לעניין הגדרת "אדם חולה". לכן, לא נעשה שימוש במונח זה. "**מקבל**" – לא כולם מבקשים טיפול רפואי. "**המבקש**" – אדם המבקש טיפול, אך עדין לא מקבל את הטיפול. ההגדרה האמורה הינה רחבה, עד כמה שניתן. הגדרת הטיפול הרפואי רחב במיוחד.

**שני פרופסורים לפילוסופיה הגדירו את העקרונות שצריכים המנחים, כאשר מתעסקים בדילמות של אתיקה רפואית** –

1. לא לגרום נזק לחולה.
2. להיטיב עם החולה
3. לשמור על האוטונומיה של החולה.
4. לשקול שיקולים של צדק (חברתי, שוויון).

ארבעת עקרונות אלו זכו לכינוי **"המנטרה של ג'ורג'טאון"**, ועם השנים ערך האוטונומיה זהר מעל לכולם וזכה להיות הערך הדומיננטי. הביקורת העיקרית התמקדה על כך שהמנטרה לא הזכירה את קדושת החיים, ערך שאנשים התאחדו סביבו. **העובדה שערך קדושת החיים לא מופיע בחוק זכויות החולה, נובעת מכך שהמנטרה של ג'ורג'טאון הוטעמה חזק.**

סעיף 2 (הגדרות) –

**טיפול רפואי** – "לרבות פעולות אבחון רפואי, טיפול רפואי מונע, טיפול פסיכולוגי או טיפול סיעודי".

**מטופל** – "חולה וכל המבקש או המקבל טיפול רפואי".

**מטפל** – "רופא, רופא שיניים, סטז'ר, אח או אחות, מיילדת, פסיכולוג, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, קלינאי תקשורת, תזונאי-דיאטן, קרימינולוג קליני, פודיאטר, פודיאטר מנתח, כירופרקט, וכן כל בעל מקצוע שהכיר בו המנהל הכללי בהודעה ברשומות, כמטפל בשירותי הבריאות" – רשימת המטפלים ארוכה ומתחדשת מפעם לפעם. חשוב לנו לדעת מי נחשב מטפל, כי מול כל זכות יש חובה, ומול כל זכאי יש מישהו שצריך לקיים את הזכות. ברוב המקומות בחוק, החובה מוטלת על המטפל. **רוב סעיפי החוק מטילים חובות על המטפלים.** משרד הבריאות הוציא בעבר חוזר המיועד למטפלים, שמסביר את חוק זכויות החולה בשפה של חובות.

**רשומה רפואית** – "מידע לפי סעיף 17 המתועד בדרך של רישום או צילום, או בכל דרך אחרת, לרבות התיק הרפואי של המטופל שבו מצויים מסמכים רפואיים על אודותיו".

* **מצב חירום רפואי** – "נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף" – מדובר במצב חמור, כאשר **הדגש הוא על מרכיב המידיות.**
* **סכנה חמורה** – "נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה לחייו או קיימת סכנה כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי" – סכנה לחייו של אדם, אך ללא אלמנט המידיות. ההבדל המשמעותי בין שתי ההגדרות לעיל הוא **אלמנט המידיות**, זוהי נק' השוני. סכנה חמורה – יש סכנה חמורה, אך **אין מדובר בעניין לטיפול מידי.**

לדוג' – אדם שאם לא יעשה דיאליזה ימות בימים הקרובים, או שיגרם לו נזק בלתי הפוך. מדובר בסכנה לחייו, אך היא אינה מידית.

סעיף 3 (הזכות לטיפול רפואי) – (א) "כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל". (ב) "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה".

* **סעיף 3(א) מחבר את חוק זכויות החולה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי.** סעיף זה מחבר אותנו בקשר חזק מאוד לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שכן התנאים וההסדרים במערכת הבריאות בישראל מוסדרים בחוק ביטוח בראיות ממלכתי. לפי הסעיף, הכל יהא בהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים במערכת הבריאות. מצד אחד זה טוב שיש סעיף כזה שקובע כי הטיפול הרפואי יינתן בהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים כי אחרת היינו מצפים לסטנדרטים גבוהים מאוד ולא ריאליים, והיינו הופכים את המטפלים לעבריינים שלא באשמתם, אולם אין לקבוע נורמות התנהגות פסולות ורשלנות רפואית.

לדוג' – יולדת הגיעה לבית חולים ובמשך כל השעות שהייתה בחדר לידה, טופלה רק ע"י מיילדות, מבלי שרופא בדק אותה. כתוצאה מכך נעשו כמה טעויות, ונגרם נזק לתינוק (נפטרה מדימום) ולה. היולדת תבעה את בית החולים, אשר ניסה להתגונן באומרו כי זה **הסטנדרט הנהוג, זוהי הפרקטיקה המקובלת**. **אולם, בית המשפט קבע, שגם אם זהו המצב בשטח, זה לא מצב תקין**. מחד, יש את המצב בשטח, ומאידך יש את העין הבוחנת של בית המשפט, שלא תיתן לנורמות פסולות להתחבא מאחורי הגדרת ה"סביר" וה"מקובל" (התנהגות בגבול הפרקטיקה המקובלת). אסור לביהמ"ש להטיל אחריות על רופא על דבר שהוא לא בגדר אחריותו של הרופא. מאידך, אסור לביהמ"ש להעניק גושפנקא למצב שאינו תקין, להתנהגות בעייתית שהביאה לאסון.

יש להיזהר מאוד בסעיף זה, שכן הוא יכול לייצר קיבעון. לדוג' – החוק מדבר על הצורך לשמור על סודיות ופרטיות של מטופל. אולם, מטופלים נמצאים כיום יחד עם 3-4 מטופלים נוספים בחדר, כך שהפרטיות לא באמת נשמרת. יש לחשוב, כיצד מקיימים את האמור בחוק, כיצד שומרים על הפרטיות. לא ניתן להסתתר תחת הטענה –"אין מה לעשות, זהו המצב".

מדובר בקביעה הדורשת מהמערכת הרפואית מחד להיות "בראש" של חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך גם לספק את אותם הדברים שמערכת הבריאות מאפשרת לספקם.

* **סעיף 3(ב) מאפשר לכל אדם, גם אם אינו תושב, לקבל טיפול רפואי ללא התניה, כאשר מדובר במצב חירום רפואי.** הבעיה מתעוררת בהמשך, כאשר האדם יצא מכלל סכנה, וכעת הוא נדרש לשיקולים או ניתוחים משקמים. ככלל, אין פסיקה רבה סביב סעיף זה, שכן הוא בעיקרו הצהרתי, קובע מדיניות.

**פ"ד ד.מ קטינה נ' בית החולים הסהר האדום** – פ"ד זה עוסק באישה בהריון שהגיעה לבית החולים עם הרון של תיאומים, עם סיבוך. בית החולים סרב לקבלה, למרות מצבה הדחוף, והפנה אותה לבית חולים אחר. הלידה הסתבכה, התאומים נולדו עם פגיעות מוחיות קשות. פ"ד זה מזכיר את סעיף 3 לחוק זכויות החולה וקובע כי כל אדם זכאי לקבל טיפול רפואי דחוף. לפי התובעת, בית החולים הפר את הסעיף, שכן היא הייתה במצב חירום, היא הייתה זכאית לקבל טיפול רפואי ללא התניה. השופט מדבר על העקרונות האתיים העומדים מאחורי החוק ואף מזכיר את שבועת היפוקרטס, הקובעת שכל אדם זכאי לקבל טיפול רפואי. **דובר היה במצב חירום, ובמצב כזה אדם זכאי לטיפול ללא התניה.** **ביהמ"ש קבע, שבית החולים הפר את חובתו כלפי היולדת**, מדובר היה במצב חירום. מעבר להפרת הסעיף, מדובר בהפרת החובה החקוקה והפרת הסטנדרט המקצועי.

**בג"צ 8062/05 אינס אל אטראש נ' שר הבריאות** – פסק הדין עסק בילדה בדואית אשר חלתה בסרטן ונדרשה לזריקות שיימצאו בקירור באופן קבוע, אולם ביישוב בו התגוררה לא היה חיבור לחשמל. נעשה שימוש במקרה הספציפי לשם השגת חיבור לחשמל. ביהמ"ש מבצע הפרדה – מחד, זכותה של הקטינה לקבל טיפול רפואי. מאידך, הוא לא מעוניין לפתור את בעיות הפזורה הבדואית, אלא מעוניין לפתור את המצב הספציפי, ולא להתערב בשיקולים של מדינת ישראל שלא לספק חשמל. השופט לוי – "לנוכח זכותה של הפעוטה לקבלתו של טיפול רפואי, זכות שאין חולקין עליה גם הואיל והוא מעוגנת בחוק זכויות החולה נותרה להכרעה שאלת יישומה של אותה זכות".

בית המשפט קבע, כי מצד אחד זכותה של הילדה לקבל טיפול רפואי נאות, ומאידך אין זה אומר שבשל כך יש לחבר את היישוב הלא מוכר לרשת החשמל. לפיכך הועלתה אפשרות שהמדינה תספק גנראטור למשפחה. יש פה אישוש של נושא הזכות לטיפול רפואי.

ס' 4 (איסור הפליה) – "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, או מטעם אחר כיוצא באלה". זהו הסעיף המקורי, כאשר המילים "כיוצא באלה" היוו הנחיה שאפשרה להכניס קריטריונים נוספים. במהלך השנים נוסף גם קריטריון הנטייה המינית. לדעת המרצה, מדובר בחקיקה פופוליסטית, שכן כמות האנשים שהלינו על הפליה בקבלת טיפול רפואי עקב נטייה מינית היא מזערית.

אבחנות שלא מצויות בסעיף – גיל, נטייה מינית, מצב רפואי ומצב כספי. בראיה משפטית, מדובר בסעיף של רשימה פתוחה – "מטעם אחר כיוצא באלה", אך מה הכוונה בכך? מה עוד יכול להיכנס בגדר הרשימה? עלנו להבין מה המכנה המשותף? מה המשעות של הרשימה?

העיקרון המאחד של הרשימה הוא – **מדובר** **בקריטריונים שלא קשורים למלחה, למצב הרפואי של האדם.** ברשימה לעיל מדובר בהבחנות בין אנשים שאינן קשורות, על פניו, לטיפול הרפואי. זאת, **בשונה מהבחנות הנוגעות לטיפול רפואי שהינן לגיטימיות**. אבחנה היא הבדלה מותרת, בעוד שהפליה היא הבדלה אסורה - ניתן להבדיל מסיבות נכונות, אך ניתן להבדיל מסיבות לא נכונות. ניתן לבצע אבחנה בין אנשים ממניעים לגיטימיים, כגון המצב הרפואי של האדם.

**לעיתים, הגבול בין הפליה לאבחנה דק מאוד.**

* **מצב רפואי** – לא יכול להיכנס, שכן הבדלה לפי מצב רפואי לא נחשבת כהפליה, אלא מדובר באבחנה אמתית ורצויה. ההבחנה מותרת כאשר הדבר קשור למצב הרפואי, ניתן לטפל במטופלים בצורה שונה, וזה יהיה תקין מבחינה אתית ומשפטית.
* **נטייה מינית** – תכנס לרשימה. הנטייה המינית שלה אדם לא משנה דבר עבור הטיפול הרפואי. אם הרופא יידע על נטייה מינית של אדם, הוא ישאל שאלות אחרות, יחשוד בכיוונים אחרים – אין בכך שום בעיה. הסעיף האמור תוקן, ו"נטייה מינית" הוכנסה לרשימה כמהלך פוליטי, לקידום זכויות של חד-מיניים. אולם, על אף הלגיטימיות של התיקון, ניתן היה להסתדר בלעדיו.
* **גיל** – הקושי להבחין בין הפליה חוקית ללא חוקית מתחדד בכל הנוגע לגיל. יכול להיות שגיל המטופל יהיה קשור למצבו הרפואי, אך לא תמיד. בהצעת החוק "גיל" הופיע ברשימה. ה"גיל" הוצא, שכן הגיל עשוי להיות למצב הרפואי – הוא יכול להיות בסיס לאבחנה ראויה ונכונה (אם ישנו שיקול רפואי), אך הוא יכול להיות גם בסיס להפליה אסורה. הגיל, לעיתים, יכול להיות קשור למצב הרפואי, אך לא תמיד. אין זה תמיד ברור, ניתן לשחק עם הנתונים. על כן, הגיל "זכה" לסעיף נפרד, שרק סיבך את העניין, **ס' 4ב'** – "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי גיל, ואולם אין רואים הפליה לפי סעיף זה כאשר ההבחנה נדרשת משיקולים רפואיים". הבעייתיות - **הכלל האמור נכון גם לקריטריונים האחרים, הצמדת האמירה רק לגיל יצרה לבול במערכת.**

לדוג' – בכל הנוגע להשתלות איברים החוק קובע כי כל אדם ממוקם ברשימת הממתינים והמיקוד (קדימות) שלו נקבעת ע"פ מספר פרמטרים, ובהם חומרת מצבו הרפואי, זמן ההמתנה שלו וכן גילו, כאשר עד גיל 16 יש תוספת מיקוד. הדבר נובע מכך שבגיל צעיר, נחיצותם של האיברים גבוהה יותר. דוג' נוספת – ילד זקוק להשתלת כליה בדחיפות גבוהה יותר ממבוגר, שכן ללא כליה נפגעת הגדילה שלו. מכאן, שאם שני אנשים ממתינים לאיבר, תהיה קדימות לילד עד גיל 16 על פני מבוגר ממנו. בנוסף, המיקוד יורד אצל מבוגרים, שכן מחקרים קובעים כי סיכויי ההצלחה של קליטת איבר מושתל אצל מבוגרים הינם נמוכים יותר.

**סוגיית איסור ההפליה בחוק זכויות החולה, הביא גם לחקיקת תיקון לחוק העונשין**, **בו נקבע** **בסעיף 28(א)** קנס על מי שמבצע אפליה – "מטפל או מוסד רפואי המפלה בין מטופלים מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא או נטייה מינית, דינם – קנס כאמור בסעיף 61(א)(3) לחוק העונשין, תשל"ז-1977".

מדוע, כשביקשו להכניס את קריטריון הנטייה המינית, הוא הוכנס לתוך סעיף 4(א) יחד עם כל הקריטריונים הנוספים שאסור להפלות בגינם, בעוד שכאשר רצו לשלב את קריטריון הגיל, הוא זכה לסעיף נפרד – 4(ב)? לדעת המרצה, מדובר במעשה שגוי, שלא ברור ממנו, האם מדובר בקריטריון חשוב יותר או חשוב פחות. נכון היה לשלב גם את קריטריון הגיל יחד עם יתר הקריטריונים.

* דוג' – אי-לקיחת דגימות דם של יוצאי אתיופיה, בשל חשש לסבירות גבוהה מאוד למחלות מסוימות, כדוגמת מחלת השחפת. במקור, לא היה רצון להפלות, אך ההתנהלות הייתה קלוקלת (אי-אמירת האמת, לקיחת תרומות דם ולבסוף זריקת הדגימות).

במלחמת העולם הראשונה התעורר ויכוח ער סביב השימוש בפניצילין, שהיה בגדר מצרך נדיר. ההתלבטות הייתה, האם לתת אותו לחיילים שנפצעו בקרב, כדי להציל את חייהם, או לחיילים ששכבו עם שבויות מלחמה ולקו במחלות מין. מחד, מתן התרופה לפצועים רק יחזיק אותם בחיים, אך הם לא יוכלו לעזור בקרוב, בעוד שאם תינתן התרופה לחיילים שלקו במחלות מין, הם יוכלו להתאושש ולסייע בלחימה. מאידך, הלוחמים הפצועים הם בגדר "החיילים הטובים" שנלחמו, בעוד הלוחמים שחלו במחלות מין, הם בגדר מי שהתהוללו והביאו על עצמם את המחלות. מכאן התעורר הקושי להחליט, למי לתת את הפניצילין שכמותו הייתה מוגבלת.

אותו דיון ניתן לקיים גם לגבי שיטת המיקוד ביחס להשתלת איברים. האם יש להעדיף, מבחינה מוסרית, תרומת איבר לחייל פצוע קרב, או לנהג מרוצים שנהג שיכור במרוץ לא חוקי? **כאשר הוכנסה שיטת המיקוד, נקבע כי לא יוכנסו פרמטרים של ביקורת, עונש או פרס. אולם, כדי לעורר את הציבור לתרום איברים, כופפו את העיקרון האתי הזה וכיום מי שמחזיק בכרטיס תורם מקבל תוספת מיקוד בהמתנה לתרומה.**

**בסינגפור** כולם נחשבים כתורמי איברים פוטנציאליים, אלא אם ביקשו שלא להיכלל ברשימת התורמים. אדם המבקש שלא להיכלל ברשימת התורמים, מיידית הופך גם ללא זכאי לקבלת איבר להשתלה, במידה ויזדקק לכך. ההיגיון פשוט – אם אתה לא מוכן שייקחו ממך איברים, אז למה שיתנו לך? אולם, סינגפור היא המדינה היחידה שאימצה את ההבחנה הזו. **ברוב המדינות לא מכניסים שיקולים שאינם רפואיים**. **ממש כשם שבטיפול רפואי לא בודקים גזע, דת או השתייכות פוליטית, מבקשים שלא לערב גם שיקולים של תרומה למדינה ולחברה.** כך, גם בעל כרטיס אדי, לתרומת איברים, אינו יכול לקבוע למי יתרום / לא יתרום.

**הרצון הוא, שההחלטה על השתלת איבר תנבע רק ממקומו של אדם ברשימת הממתינים**. **מדובר בהחלטה ערכית, שלא לתת לגיטימציה לפרמטרים לא רלוונטיים** כמו גזע / דת וכו'. כך, גם לא מתייחסים לשאלה האם האדם חלה באשמתו, או אם סייע למדינה. **הפרמטר היחידי לקביעת הצורך בהשתלה הוא הצורך בטיפול.** **כאשר נשקל שיקול לא ענייני, הדבר מהווה אפליה אסורה**. גם אם התעלמות משיקולים אתיים הייתה יכולה להביא למקסום כמות האיברים הפוטנציאליים להשתלה, מדובר בקוד אתי שלנו כחברה, שקובע כי **יש לטפל באדם לפי מצבו הרפואי, בלי להתייחס לשיקולים חיצוניים** כמו מה הוביל לפציעה, מין, גזע, דת וכדומה. דווקא בשל כך, כשהוחלט להעלות את המיקוד לבעלי כרטיס אדי זה עורר ויכוח, שכן יש בכך התייחסות לשיקול שאינו רפואי.

**אאוגניקה –**

**אאוגניקה = הורשה טובה.** התחום עוסק, בין היתר, בהגבלת הזכות להורות. **במשך שנים רבות התעסקו בנושא זה, על מנת להשביח את עולם החי והצומח.** התגלות נושא התורשה וההבנה שאנו יכולים לשלוט במידה מסוימת על איך יראו הדורות הבאים, היו המפתח לכל מה שאנו מדברים עליו תחת נושא זה. **היה רצון להשביח צמחים ובעלי חיים.** אולם, המחקר נותר בעולם החי והצומח, אף אחד לא העלה בדעתו שניתן להעביר את כלי החשיבה גם לעולם האנושי, להתפתחות בני האדם, אשר בם הרבייה נעשית בצורה טבעית.

התפנית הייתה בסוף המאה ה-19, כאשר **דרווין** העלה את התיאוריה שלו על האבולוציה. עלינו לזכור את התפתחות התאוריה של דרווין, בבואנו לעסוק בהתפתחות טכנולוגית, או של ידע מדעי. **היישום של הידע איננו בשליטתנו** (דומה לפרשנות של החוקים מצד בתי המשפט). דרווין היה תמים, לא היה לו מחשבות על יישום בפועל של התאוריות שלו, אך אנשים אחרים לקחו את הידע, את התאוריות והממצאים שלו, ופיתחו איתם את החברה לחינוך אאוגגני. **פרנסיס** **גלפום**, אחיינו של דרווין, ייסד באנגליה של סוף המאה ה-19 את **התנועה לחינוך אאוגני**. גלפום סבר, כי ניתן להשביח את המין האנושי. דהיינו, להשתמש ברעיונותיו של דרווין ולהשביח באמצעותם את המין האנושי, במקום לחכות לתהליכים של מאות שנים.

**גרמניה** התעניינה ברעיונות אלה ואימצה אותם. בתחילת המאה ה-20 נוסדה בגרמניה **התנועה להיגיינה גזעית**. החלו דיונים, לגבי מי הם הגזעים שישבחו את הגזע הגרמני, ואילו גזעים אינם רצויים. למרות שמדובר בתקופה טרם גילוי של הDNA-, הידע הגנטי היה מספיק, על מנת לדעת שניתן לחבר את העקרונות הללו. ככל שהחברה הנאצית גדלה בגרמניה, הרעיונות הללו באו לידי ביטוי. תנועה אאוגנית זו בגרמניה, שמה לעצמה למטרה "לטהר" את הגנטיקה של העם הגרמני מ"תכונות נחותות" שדבקו בה וע"י כך לשפר את החברה.

**בשלב מסוים, הרעיונות החלו להתחבר עם הכוח הפוליטי**. ברגע שמי שאימץ את הרעיונות היו אנשים בעלי כוח פוליטי, התעוררה הבעיה. במקביל לעלייתה הפוליטית של התנועה הנאצית התקבלו חוקים שנועדו לקדם את המטרות הללו. כבר בשנות ה-30, נחקק בגרמניה **החוק למניעת צאצאים הסובלים ממחלות תורשתיות**. מכוח חוק זה, ניתן היה **לעקר אנשים הסובלים מכל מיני מחלות** – מחלות נפש, אפילפסיה, סוגים שונים של ניווני שרירים, פיגור ועוד. בשלב מאוחר יותר, גם התנגדות לשלטון התקבלה כבעיה קשה, אותה יש למגר. **הוקמו טריבונלים (בתי דין מיוחדים) שהורכבו מרופאים ומשפטנים**. **לפי החוק, כל רופא היה מחויב לדווח על כל אדם שסבל מאחת המחלות שברשימה, ובית הדין היה דן ברשימות ומחליט אם לעקר, או לא.**

בשנת 1935 התקבל **החוק להגנת הבריאות הגנטית של העם הגרמני**. החוק חייב כל זוג שהתעתד להינשא לעבור בדיקות רפואיות, והטיל איסור על נישואי הסובלים ממחלות מין או מחלות גנטיות כאמור. **כל אדם הרוצה להתחתן חייב לבצע בדיקות רפואיות**. רק מי שעבר את הבדיקות קיבל אישור להתחתן. אבן הדרך המשמעותית הבאה היא **חוקי נירנברג** (1935), אשר כללו **הגבלות חמורות על נישואי תערובת בין יהודים לגרמנים**, מתוך מחשבה שמדובר בזיהום של הדם הגרמני. באותה עת, מתחילים בהמתות המוניות של אנשים שנחשבו כלא ראויים/מתאימים/שווים לחיות, בעיקר מוסדות של מפגרים, זקנים ונכים.

**אאוגניקה חיובית מול אאוגניקה שלילית –**

אאוגניקה שלילית – **מטרתה למנוע מצב שיהיו בחברה, או להפחית את מספרם, של אלו שאנו חושבים שאינם עומדים בסטנדרטים**. **השיטות של האאוגניקה השלילית** – המתה, עיקור, הפלות. גם לאאוגניקה השלילית יש תפקיד חשוב, הן בהיבט של עיקורים והן בהיבט של הפסקות הריון. הגרמנים, למשל, פעלו באאוגניקה שלילית. אוכלוסיות הוגדרו כלא ראויות, כמזהמות את הגזע הגרמני. הגרמנים לא הסתפקו בעיקורים ובאיסורי נישואים, אלא לקחו זאת לקצה – רציחה. דעת הקהל הייתה כבר "מבושלת" באותה עת, כשהתחילו עם הפרקטיקה של הרצח, היה ברור כי יש אוכלוסיות שיש להיפטר מהם. השאלה היא איך עושים זאת? ע"י רצח המוני. המעשים היו תחת באצטלה מאוד שקטה, בגיבוי של מסמכים רפואיים, הכול היה מנוהל לפי חוקים ונהלים תקניים. יש מחקרים המנסים להתחקות אחר הסיבות למה שארע בתקופת גרמניה הנאצית.

אאוגניקה חיובית – אין מחשבה על סילוקם מהחברה של גורמים לא רצויים, אלא **איך אנו יכולים לשכלל את התכונות הטובות שיש לנו בחברה**. אולם, בעוד שאצל בע"ח קל לבודד את התכונה הרצויה שאותה מעוניינים "לשכפל", בני אדם הם יצורים מורכבים יותר, ואין כל דרך להפריד את התכונה הרצויה מכל השאר.

אחד הפרויקטים בגרמניה הנאצית – **לרברס בורן** (מעין החיים), במסגרתו נבחרו נערות מרחבי גרמניה, שענו על הסטריאוטיפ הארי הטיפוסי, למחנות מיוחדים, אשר לשם הביאו נערים משורות האס-אס. המטרה הייתה להביא לכמה שיותר הריונות, לכמה שיותר ילדים טהורי גזע, שיגודלו הרחק מהוריהם, תחת חינוך מצוין. הפרויקט לא הספיק לקרום עור וגידים ולהיות יעיל, כמות הילדים לא הייתה מספיק גדולה. לו היה אז הידע הגנטי שקיים כיום בנוגע להפריות חוץ-גופיות, הדבר היה יכול להתפתח לממדים מפלצתיים.

עוד לפני פרויקט זה, היו חוקים (שנקבעו ע"י הימלר), שכל חיילי האס-אס היו כפופים להם, אשר קבעו כי כל חבר אס-אס הרוצה לשאת אישה, צריך לקבל אישור מיוחד – עליו לפרט מי ההורים שלה, איזה מחלות יש למשפחה וכו'. מי שלא הלך אחר החוקים האלה, נענש בחומרה.

לאחר מלחמת העולם השנייה, כשהתגדלו המעשים שנעשו תחת האצטלה הרפואית, העולם הוכה בהלם. הייתה לכך השפעה מכרעת על התפתחות האתיקה הרפואית, על המדע, ובמיוחד על הגנטיקה. **ועדות הלסינקי הן תוצאה של ההלם של העולם שלאחר המלחמה, וההבנה שלא ניתן להותיר את ההתפתחות המדעית רק בידי הרופאים, אלא יש צורך בפיקוח משמעותי יותר**. **המילה אאוגניקה, שהייתה חלק טריוויאלי מתחום המדע, נעלמה. זאת, מרוב פחד וזעזוע ממה שנעשה בשם האאוגניקה.** כל מקום שרצה להיות מכובד מבחינה מדעית ולקבל לגיטימציה, ניסה לנער את חוצנו ממונח האאוגניקה.

כשחזרו למחקר הגנטי, באמצע שנות ה-80, עשו זאת בזהירות גדולה מאוד. נעשה ניסיון למפות את הגנום האנושי. תחת מחקר זה, **הוקצו משאבים רבים למחקר אתי, על מנת שלא למצוא עצמנו במצב של שימוש לא נכון בתוצאות המדעיות**. זאת, למרות שצריך לקחת לתשומת ליבנו, שכאשר הידע והטכנולוגיה קיימות, **קשה מאוד לשלוט על השימוש והיישום של הידע**. יש חשש שהידע והטכנולוגיות יגוע לידיים הלא נכונות. על כן, יש חשש, שאם נחקור את הידע ונגלה אותו, הוא ייוודע לאנשים הלא נכונים, והשימוש בו יהיה שלילי. מאידך, יש הטוענים כי לא נכון הוא לא לחקור ולגלות את המידע, אך בשל החשש האמור. מנסים להיזהר, ולומר כי הטכנולוגיות בתחום כזה או אחר ניתנות למימוש, אך ורק לאחר אישורן של מספר וועדות.

**כיום, גרמניה היא הסמן הימני בעולם בנושא של מחקרים מן הסוג הזה, היא שמרנית מאוד**. המחקרים בתאי הגזע והמחקרים הגנטיים בכללותם מוגבלים מאוד, חוקי ההפלה מוגבלים ומצומצמים וכן גם נושא בדיקות ההיריון בגרמניה מאוד לא מפותח. כל דבר שמריח אאוגניקה נאסר.

* **בדיקת מי שפיר** – לוקחים מי שפיר של העובר ועושים להם סיקרה גנטית. בעבר, עשו בדיקות מי שפיר באזור השבוע 16-17 להיריון, אשר ערכו כשבועיים. אם היה מגלים ממצא שגורם לאישה לרצות בהפסקת היריון, היה זה קשה יותר מתחילת ההיריון, אך עדין בעל ביצוע. אולם, בשל הסכנה שבבדיקות מי השפיר (שבערך ב-1 אחוז עשויים להסתיים בהפלה ובמות העובר), ניסו כל מיני רופאים לתת מענה למטופלות שלהם, וייעצו להם לא לעשות את הבדיקה לא בשבוע ה-18, שאז אם הבדיקה חלילה תפגע בתינוק הוא יכול שלא להישאר בחיים, אלא לעשות את הבדיקה בשבוע ה-30-32. אם תבוצע הבדיקה בשבוע ה-30 , גם אם יקרה תהליך של הפלה והפסקת היריון, כתוצאה מתוצאות הבדיקה, הרי שהתינוק כבר יהיה בחיים, ניתן יהא לשים אותו באינקובטור ולגדלו. אם האישה רוצה בהפסקת היריון, היא עושה זאת בשבוע 32, כשהעובר חי לכל דבר ועניין – הדבר נעשה ע"י **לידה מוקדמת**.

זוהי בדיקה לא פשוטה, המעלה שאלות מוסריות ואתיות רבות. זהו **סוג של הסתכלות של אאוגניקה** – רצון שלא ייוולדו תינוקות עם מחלות. **מאחורי התיאורים בדבר אי-רצון לגרום סבל לתינוק, מסתתר תיאור אאוגני והצדקה אאוגנית**. לו היינו מסתפקים בבדיקות המזהות מומים קשים מאוד, אזי שניתן היה לומר שאנו לא רוצים שהתינוק יסבול, ועל כן ההפלה מוצדקת. אולם, כיום, אנו מחשפים פגמים בבדיקות ומאפשרים הפסקות היריון במצבים חמורים פחות מן המקובל – גמדות, או מחסור באצבעות, מומים הנחשבים קלים. דוג' נוספת – שפה שסועה, זהו מום חסר השפעה, שניתן לעשות לו טיפול קוסמטי.

היבטים של אאוגניקה חיובית בימינו –

* בארה"ב יש **בנק זרע של גאונים**. מדובר בבנק זרע המקבל דגימות רק מאנשים שעברו בדיקות פסיכומטריות בציונים גבוהים מאוד, שיש להם נתונים פיזיים מאוד משמעותיים. בנק זה מוכר את דגימות הזרע במחירים גבוהים, מתוך הנחה שנשים שיש להן הרבה מאוד כסף, הם גם ברמה גבוהה כזו. **המטרה הינה להעצים את העיצוב הגנטי בעולם.**
* היום יש אנשים שעושים **הפריה חוץ-גופית**, יש סוג אחד של הפריה שהיא יותר טבעית, שבה מכניסים ביצית וזרע אחד לצלחת ומחכים שתהיה הפריה. אבל יש הפריה שונה שבה לוקחים את הזרע ומחדירים אותו ישירות לביצית של האישה, בכך עוקפים את העיקרון של הברירה הטבעית הרגילה. עושים זאת במצבים שבהם הזרע של הגבר לא מספיק חזק על מנת לעשות את ההפריה לבד. הדרך הזאת העלתה שאלות אתיות, כיוון שזה לקחת זרע של אדם שבאופן טבעי לא היה מצליח לעשות את ההפריה הזאת, ולהפרות את האישה באופן שאינו טבעי.
* **PGD** – ההפריה חוץ גופית מגיעה לשלב שבו יש ביצית מופרית בצלחת שמפרה את עצמה עוד ועוד. השלב שבו יש באזור 8 תאים, הוא השלב של פי.ג'י.די, בו לוקחים את הביצית המופרית ומפרידים ממנה תא אחד. לוקחים את הביצית המופרית, מוציאים את הצלחת עם הפר-עובר, ובעזרת שיטות מתוחכמות לוקחים תא אחד, עליו מבצעים בדיקות גנטיות, מתוך תקווה שיש השלמה עצמית, ולא תהא פגיעה בעובר (לא יחסר דבר לעובר). לוקחים את התא, מריצים עליו בדיקות גנטיות, שמהם ניתן לקבל תמונה של הכרומוזומים, לבחון אם יש גנים מסוימים שמחפשים, אם ישנן מחלות מסוימות. היתרון – במקום גילוי המידע בזמן היריון (מועד בו יתעורר הצורך בהפסקת היריון), מבצעים את הבדיקות בשלב שלפני ההיריון, ומחזירים לגוף האישה אך את הביציות "הבריאות", הלא פגומות.
* מחלת הטאיזקס הנה דוג' למצב שאין עליו מחלוקת – מחלה קשה, שעלולה להביא לסבל קשה ולמות. יש הסכמה, שמוצדק הוא מבחינה חברתית למנוע הולדה של תינוקות (האאוגניקה השלילית מתקבלת). אם מצליחים למנוע הבאה לעולם של ילדים כאלו, הרי שהדבר מוצדק מבחינה מוסרית.

אולם, הבעיה מתחילה כאשר מזהים דברים נוספים, שאינם נוראים ומזעזעים כך. למשל, אנשים שרוצים בנים, מבקשים להפרות את התא שיהיה בן. ברגע שאנו יודעים לזהות את המין של העובר, אז לא רק שאנשים שממילא עשו את הבדיקה יבקשו בן, אלא גם אנשים שממש רוצים בן יתנדבו לבצע את הבדיקה – עושים את הבדיקה ומבקשים שישאירו להם רק את ההפריות שהם בנים. ברגע שאנו יודעים לזהות את מין העובר, יכול להיות מצב שאנשים, ללא כל בעיה גנטית, מעוניינים במין מסוים, ועל כן יבקשו לבצע PGD. במצב שכזה, אנו נמצאים תחת אאוגניקה שלילית, אם אנו מחליטים לזרוק לפח את ביציות האחרות – האם משנה העובדה, כי הדבר מבוצע רנדומלית, או לא?

מעבר למין, אנו יודעים למצוא כיום את התינוקות שיש להם סיכוי גבוה שיהיה להם עיניים כחולות, שיהיו גבוהים יותר וכו'. מה עושים במקרה כזה? אנו יודעים לא רק לבדוק, אלא אנו מתחלים לדעת להנדס, לבצע שינויים – אנו מגיעים לאאוגניקה החיובית. **אם אנו יודעים לשפר, בואו נשפר! אם אנו יודעים להתערב, באו נתערב!** אולם, מהי התכונה שאנו רוצים בבני אדם, מהי התכונה ששווה לשכפלה?

כיום, הנושא מעסיק מדינות רבות בעולם – עד כמה נאפשר שימוש בטכנולוגיות? יש לנו **אשליה מסוימת של שליטה.**

"דור ישרים" – זהו ארגון, ששם לו למטרה להפחית ילודה של תינוקת עם מומים בחברה החרדית. בעבר, התחילו לחשוב שיש בעיה מאוד גדולה, כיוון שתינוקות עם טייזקס נולדו בעיקר לנשים חרדיות. לכן, ארגון זה נועד לשם בדיקת נשים חרדיות הריוניות ומניעת הסטיגמות על העולם החרדי, היות ובעולם זה הנישואין נעשה על ידי שידוך, שידוך שיותר קל לשלוט בו.

כיום, זוג רגיל שנפגש ויוצא במשך תקופה ומחליט להתחתן, ולאחר מיכן מגלה שהוא נשא של מחלה מסוימת, לא ייפרד, אלא הם יפנו להפריות חוץ-גופיות. בעדה החרדית, מנגד, זה שונה, שכן אם אנו נדע שיש מישהו שהוא נשא טייזקס, הדבר יטיל כתם בשידוכים של כל המשפחה, המשפחה תיפגע. לכן, ניסו למצוא דרך להימנע מכך – בחורים ובחורות מעודדים לעשות בדיקות גנטיות בעמותה הזאת, הם מקבלים מס' קוד והוא המס' שלהם בדור ישרים. הם לא יודעים מה התוצאה של הסקירה הגנטית, אבל כשאותו בחור מקבל הצעה לשידוך, הוא פונה לדור ישרים, נותן את מס' הקוד ושואל אם יש אור ירוק לשידוך או לא (יש תשובה של תקין או לא תקין).

המהלך מתאים לחברה החרדית משני טעמים –

1. אין חיבור רגשי קודם, כמו בקשר זוגי רגיל.
2. בעדה החרדית מוכנים לחיות במצב שבו הם מבצעים בדיקה, אך לא עושים שימוש במידע שמתקבל. אנשים רגילים בד"כ לא יהיו מוכנים שלא לקבל את המידע. אנשים נוטים לדרוש שליטה בידע.

כיום, **אין חוק בארץ המטיל אחריות או חובה על אנשים לבצע את הבדיקות, או חוק האוסר הפלות של ילדים עם מומים**, לא יהיו אפילו טענות מוסריות.

מחלת פומפה – מחלה מטבולית, שיש לה השלכות מאוד קשות. יש לה תרופה למחלה הזאת, אבל היא מאוד יקרה, מיליוני ש"ח בשנה. בכל זאת, יש משפחה בארץ שנולדים לה ילדים עם המחלה, והם ממשיכים לעשות ילדים, אפילו שמפצירים בהם שלא לעשות. בוועדת הבריאות כל הזמן דנים במשפחה הזאת בנוגע לשאלה, **האם החברה כולה צריכים לממן להם את התרופות היקרות שלהם?** בדיון עולות שאלות שונות, כמו – האם ניתן להטיל סנקציות על אנשים שכן מביאים ילדים עם מומים מסוימים, או מחליטים להפסיק היריון ברגע שמזהים מום אחר?

יכול להיות מצב, בו אנחנו יודעים לעשות אאוגניקה חיובית ולהתעסק באופן ממשי עם הגנום האנושי, לשנות את הגן לפיו הילד ייוולד גבוה יותר, ואז אנו נתחיל לדבר על מחויבות באופן שונה. **האם להורים צריכה להיות חובה מוסרית, או חובה חוקית להתעסק בגנום של הילד ולהשביח אותו (לתת לו הורמון גדילה, למשל)** **כאשר החברה כבר יודעת לעשות זאת?**

בהרצאתו, טען פרופסור לביו-אתיקה שהוא שמח שהוא נולד בדור בו, מצד אחד, הצליחו להילחם בווירוסים ומחלות שונות, אך מצד שני עדיין לא למדו לעשות את כל הבדיקות הגנטיות, כיוון שבמקרה כזה, סביר להניח שהוא לא היה נולד. לדעתו, אם ההורים שלו היו עושים את הבדיקות הללו, הם היו מפסיקים את ההיריון, משום שהוא סובל ממחלות שונות. כלומר, ניתן לראות, שאם התחלנו בגרמניה הנאצית, אנו לא שונים כחברה במובן זה.

**חוק זכויות החולה - המשך**

חוק זכויות החולה בא לכבד אג'נדה מאוד ברורה – **כבוד האדם, הזכות לפרטיות, האוטונומיה של הפרט ועוד.** החוק הוא תוצר של חקיקה שבאה מלמטה, מתוך תחושה שמערכת הבריאות לא מתנהלת בצורה הנכונה – זכויות החולים נרמסות בשטח, אין מספיק כבוד לאנשים. **החקיקה הייתה בתקופה של שיא קידוש האוטונומיה בעולם**. **מעבר מתפיסה פטרנליסטית לתפיסה אוטונומיסטית שמקדשת את החוק**.

הזכויות אף פעם לא מוחלטות – תמיד מדובר על איזון ומצבים בהם יש זכויות שמתכופפות, לעומת זכויות אחרות. למשל, חופש הביטוי אף פעם לא מוחלט, הגנה על ביטחון המדינה ועוד. **גם בזכויות בתחום הבריאות אנחנו מאזנים** – נכון שאנו מצויים בתקופה בה שמים דגש על המוטו של זכות האדם לגופו, אבל חייבים לזכור שיש לבצע איזון.

* **ס' 3 לחוק – גם במצבים בהם קיימת זכות האדם לקבל טיפול רפואי, אנו מגבילים אותה – חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סל הבריאות ועוד.** הפרטיות תצטרך להתאים עצמה לתנאים של השטח.

**נקודת המוצא של חוק זכויות החולה –**

**חוק זכויות החולה כולל מספר סעיפים נוספים, המהווים בעיקר הצהרות** –

סעיף 6 (מידע בדבר זהות המטפל) – **מטופל זכאי לדעת מי הולך לטפל בו**. אולם, לפעמים אומרים לו: "צוות המחלקה מטפל", מבלי להתחייב על מטפל ספציפי, או שאומרים את שם המטפל, מבלי לספר אודותיו.

סעיף 7 (דעה נוספת) – **מטופל זכאי לקבל חוות דעת נוספת**. מול זכות זו יש גם חובה (מוגבלת) של המוסד הרפואי לאפשר לו לקבלה, ולא למנוע ממנו זאת. אולם, המוסד הרפואי אינו צריך להציע לו את האפשרות של קבלת חוות דעת נוספת. **החולה צריך ליזום זאת** וכן נדרש לשלם על כך. בית החולים, מצידו, לא מציע זאת אך גם אינו רשאי למנוע זאת. במידה וחוות הדעת הנוספת מציעה שיטת טיפול אחרת, הרופא אינו חייב לקבלה, אך עליו לשקול שיקול דעת ענייני. במידה והחולה אינו מסכים לטיפול, הוא יכול לבקש להחליף מטפל.

סעיף 10 (שמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל) – לדעת המרצה, מדובר ב"לב" של החוק. הסעיף מציב את הדרישה לא רק בפני המטפל, אלא בפני "כל מי שעובד בפיקוחו של המטפל וכן כל עובד אחר של המוסד הרפואי". כזכור, סעיף 3 קובע כי הטיפול הרפואי יינתן "בהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים". אולם, גם אם מדובר בתנאים קשים (לדוג' – אין וילונות, הטיפול ניתן במסדרון בית החולים), עדיין **יש לעשות את המקסימום כדי לשמור על כבודו ופרטיותו של המטופל.** כיו,ם יש יותר מודעות לנושא והרופאים נמנעים לדבר על חולים בפרהסיה, או נמנעים מלמסור פרטים אינטימיים לחולה, כאשר הוא אינו לבד בחדר.

הסכמה מדעת לטיפול הרפואי –

**המצב בד"כ הוא, שהטיפול ניתן רק בהסכמה של המטופל** – **ההסכמה יכולה להינתן בהתנהגות** (הנהון, הושטת יד לרופא), **בכתב** (חתימה על טופס הסכמה) **ובע"פ** (אמירת כן). בחוק עצמו יש רשימה של טיפולים שמחייבים הסכמה בכתב (הפריה חוץ גופית, דיאליזה). יכול להיות מצב, בו יש בתיק החולה טופס הסכמה חתום, אך בכל זאת הוא יצליח להוכיח שהוא לא נתן הסכמה. למשל, אם נתנו לו לחתום על הטופס בזמן שהיה מטושטש. **הנטל יהא על המטופל להוכיח כי לא הייתה הסכמתו בעניין.**

לאחר שבסעיפים 3-12 נמנות שלל זכויות החולה, בסעיף 13 מתחיל פרק "משפטי" של החוק, הנוגע להסכמה מדעת לטיפול רפואי.

ס' 13 לחוק זכויות החולק – **ההסכמה של המטופל מתבססת על כל המידע הרלוונטי. כאן היוזמה היא של הרופא.** עוד בטרם נחקק חוק זכויות החולה, אנשים תבעו כאשר טופלו ללא הסכמה, תוך התבססות על עילת התקיפה (לפי פקודת הנזיקין), או בהסתמך על רשלנות. גם ההנחיות לגבי המידע שיש למסור לחולה וכן מה הגדרתו של חולה סביר כבר היו. לפיכך, **החוק לא חידש דבר, אלא רק אסף את ההנחיות מהוראות חוק אחרות ומפסיקות בית המשפט ואיגד אותן בחוק זכויות החולה**.

עם זאת, ההתפתחות בנושא הואצה לאחר חקיקת חוק זכויות החולה. גם המושג "הסכמה מדעת" הופיע כבר קודם בתקנות בריאות העם. המושג מדבר על הסכמה הניתנת מרצון חופשי, ללא כפיה, ע"י אדם שכשיר לתת הסכמה (לא קטין / חולה נפש), כאשר מלבד יסוד ההסכמה יש גם יסוד של דעת – קרי, שנמסר מידע מספק. רוב התביעות בהקשר לסעיף 13 מבוססות על כך שלא נמסר מידע מספק.

ס' 17 לחוק זכויות החולה – **למטופל יש זכות לקבל את כל המידע שהוא רוצה על מצבו. הסעיף** מאפשר למטופל לקבל כל מידע שנוגע אליו. מה ההבדל בינו לס' 13? בס' 13 מדובר על הזכות לקבל מידע לצורך טיפול, ס' 17-18 מדברים על מצב בו אדם ביצע בדיקות והוא רוצה לדעת את התוצאות שלהן, מידע באופן ספציפי על המצב שלו, כדי לדעת בכלליות מה קורה איתו. **כאן היוזמה היא של החולה.**

**חובת סודיות רפואית** - **לא יימסר מידע לצד שלישי, ללא הסכמת המטופל.** החובה מוטלת על הצוות הרפואי ועובדי המוסד הרפואי (כולל המזכירות, עובדי מחסן, אנשי מחשב), הכל חייבים בסודיות רפואית. אין מדובר בנושא שהחוק חידש, אלא הדרישה לסודיות רפואית הייתה גם קודם בתור-

* חובה פלילית בחוק העונשין.
* חובה אזרחית בחוק הגנת הפרטיות.
* חובה משמעתית שחלה על רופאים ואחיות, דרך פקודת הרופאים וכללי האתיקה.

**פ"ד אסא חיים נ' קופת חולים של ההסתדרות הכללית** – בתיק הנידון, החולה התמקד לא במידע שנמסר, אלא בעצם ההסכמה. נטען, כי התבקש לחתום על טופס הסכמה לצנתור, כאשר הוא שוכב על המיטה בחדר הניתוח, מוקף בכל הצוות הרפואי, והרגיש כפייה. **בית המשפט העליון קיבל את טענתו וקבע כי בתנאים המלחיצים בהם היה מצוי, טבעי שחש בכפייה.**

עם זאת, יש לזכור, כי **יש מקרים בהם לא ניתן לקבל הסכמה**. לדוג' – אדם שנפגע אנושות בתאונת דרכים. עם זאת, **רוב הטיפולים הם אלקטיביים ויש זמן להתכונן אליהם ולמסור למטופל את המידע מראש, כדי שיספיק להפנים את הדברים**.

כמו כן, כפי שנקבע **בע"א רייבי נ' וייגל**, **כמות המידע שיש למסור למטופל תלויה בסיטואציה**. למטופל שהובהל לטיפול נמרץ חשוב למסור רק את המידע הנחוץ להסכמתו. אולם **ככל שהטיפול נובע יותר מבחירה, על המטפל למסור יותר מידע למטופל.**

לדוג' – לפני ניתוח פלסטי, על המטפל למסור את כל המידע הקיים, לעדכן על כל הבעיות הרפואיות האפשריות ולספק למטופל חומר קריאה. אולם, בפועל, כיוון ומדובר בתחומים עם הרבה כסף, המטפלים חוששים שהמטופל ימנע מביצוע הניתוח, או ילך לרופא אחר, ולכן לא תמיד מקפידים על מסירת מלוא המידע.

**מבחינת האמת המוסרית-משפטית, בטיפולים אלקטיביים יש למסור את מקסימום המידע לעניין הסיכונים ותופעות הלוואי.** ככל שמדובר בסיכונים חמורים יותר, גם אם הם נדירים, יש לציינם, שכן זה עשוי להשפיע על ההחלטה. גם אם מדובר בתופעות חמורות פחות, אך מאוד שכיחות, יש לציינן. כלומר, **יש להביא בחשבון את היחס שבין חומרת הסכנות לשכיחותן, ובהתאם להחליט כמה מידע יש למסור למטופל**.

מסעיף 13 **ומפסקי הדין רייבי נ' וייגל ומרגלית קדוש נ' בי"ח ביקור חולים** עולים מספר קריטריונים בדבר מסירת המידע –

* **ככל שהניתוח דחוף יותר – מופחתת כמות המידע שיש למסור**, בעוד ככל שמדובר בטיפול יותר אלקטיבי (הנוגע לעניינים שאינם קשורים להצלת חיים, כמו: ניתוח פלסטי, קיצור קיבה) – יש למסור מידע מקיף יותר על הטיפול הרפואי.
* **ככל שהטיפול הרפואי טומן בחובו סיכונים חמורים יותר – יש להרבות במידע שנמסר למטופל**, גם כאשר ההסתברות ללקות בהם נמוכה. זאת בעוד כאשר תופעות הלוואי אינן מסוכנות וברות חלוף (לדוגמא: כאבי ראש) ואז לא חובה למסור מידע זה.
* **ככל ששכיחות הסיכונים גבוהה יותר – חשוב לעדכן את המטופל על הסיכונים**.

**פ"ד בר חי נ' שטיינר** היה אחד המקרים הראשונים שעסקו בבית המשפט **בטיפול ללא הסכמה**. מדובר היה בילדה שהיו לה בעיות קיבה, הרופאים הציעו לבצע ניתוח דרך הבטן, או דרך השופכה וההורים בחרו באפשרות השנייה. התיק הגיע לדיון נוסף, נוכח חדשנות הטיפול הרפואי וההלכה שנפסקה בו הייתה מצומצמת לעובדות המקרה, כדי שלא "לרתום את העגלה לפני הסוסים" ולפתח כבר מההתחלה הלכות תקדימיות. התוצאה שעלתה מפסק הדין היא, כי **אם לא נתקבלה הסכמת המנותח לביצוע הניתוח, הרי שהניתוח עולה כדי תקיפה, וזאת במקרה שבו יש מספר שיטות טיפול**. כיום, תמיד יש מספר שיטות, שכן מלבד השיטה שהרופא מציע, יש גם אפשרות שלא לבצע ניתוח כלל. במקרה הנידון, החולה גם שאל במפורש על הסיכונים, ומאז ההלכה השתנתה והטילה את החובה על מסירת המידע בדבר הסיכונים של הטיפול הרפואי על המטפל. אם כן, בפסק הדין הנושא עוד היה טרי והגיע לפני ההתפתחות בתחום.

**בפ"ד צבר**, בית המשפט קובע, אומנם, **שלא צריך למסור את כל המידע הרפואי למטפל, כדי שלא להפחידו.** אולם בחלוף הזמן, קבע בית המשפט **בפ"ד דעקה וכן בפס"ד רייבי נ' וייגל**, כי מידע רפואי שיש למסור הוא –

1. אבחנה של מצבו הרפואי של המטופל.
2. תיאור המהות, ההליך.
3. הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע.
4. סיכויים וסיכונים.
5. עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני.

סעיף 13 (ב) – "לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו באורח סביר..." – על סעיף זה קיימים דיונים רבים. בהקשר זה, **קיימים 3 מבחנים מסורתיים** –

1. מבחן רופא סביר – מה רופא סביר היה עושה בנסיבות העניין? ההתמקדות היא על הרופא והשאלה היא מה רופאים אומרים לפני טיפול כזה למטופלים.

**היתרון** – קל לקבוע את הסטנדרט באופן יחסי, גם בארץ וגם בעולם.

**החסרונות** –

1. ברגע שמשאירים את הסטנדרט תלוי ברופאים, יש סיכוי שהם יצמצמו את המידע ויקבע סטנדרט שגוי שיהפוך להיות הסטנדר לרופא סביר.
2. ישנה התעלמות מהחולה, בשונה מהגישה הרווחת היום שהחולה במרכז.

הרופאים בעד המבחן הזה, שכן הוא לא מטיל עליהם מבחנים לא סבירים. באנגליה, זה היה המבחן השולט, אך גם שם יש כרסום במבחן ומשלבים לתוכו אלמנטים הקשורים בחולה סביר.

1. מבחן חולה סביר – מה חולה סביר היה רוצה לדעת בנסיבות העניין? ההתקדמות היא על החולה והשאלה היא מה חולים היו רוצים לדעת לפני טיפול כזה. הדבר מתקשר למבחנים לפיהם, ככל שהסתברות הסיכון גבוהה יותר, או ככל שעשויים להיות סיכונים חמורים יותר, יש להרבות במידע שנמסר. יש לשים לב, שמדובר **במבחן אובייקטיבי** ולא שואלים מה החולה הספציפי היה רוצה לדעת. **מדובר במבחן המקובל בארה"ב ובישראל.**
2. מבחן החולה הספציפי – מה החולה הספציפי היה רוצה לדעת? אם במבקשים ללכת עד הסוף לפי אוטונומית החולה, זהו המבחן המתאים. שואלים, מה חשוב למטופל הספציפי לדעת לפני הטיפול. **אם הולכים לפי האוטונומיה של החולה, הרופא צריך להקשיב לחולה ולמסור לו את המידע שמעניין אותו.** לדוג' – בחורה שעברה ניתוח אפנדיציט ביקשה רק לדעת מה זווית הצלקת, ולכן זה כל המידע שהרופא צריך למסור. אולם, מה יקרה אם לאחר הניתוח היא תגלה תופעות לוואי נוספות ותחליט לתבוע את הרופא? לכן, נהוג לשלב את מבחן החולה הספציפי עם מבחן החולה הסביר.

**הרעיון של הסכמה מדעת בא לעודד דו-שיח בין הרופא לחולה**. בעוד שבעידן הפטרנליסטי, הרופא לא מסר כלל מידע לחולה, **כיום, גישת האוטונומיה מושלת בכיפה ומתבססת על תקשורת בין מטפל למטופל**. אולם בפועל, במיוחד ברפואה הציבורית, בה אין למטפלים מספיק זמן, **הדבר לא תמיד עובד**. במקרים כאלה, קשה לרופא להבין מה החולה הספציפי רוצה לדעת, והוא לכל היותר יכול למסור לו את המידע שחולה סביר היה רוצה לשמוע. זאת, אלא אם כן החולה מבקש מיוזמתו לדעת מידע ספציפי. הדבר דורש מטופלים בעלי מודעות גבוהה ואסרטיביות, ומוציא מהמשוואה חולים רבים שכלל לא יודעים שהם מסוגלים לבקש לקבל מידע, והרופא מיוזמתו לא ידובב אותם.

לשון החוק קובעת כי "**לשם קבלת הסכמה מדעת ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו באורח סביר**". **יש בכך** **ערבוב בין המבחנים**: "הדרוש לו" מתייחס למבחן החולה הספציפי, בעוד ש"באורח סביר" עשוי להתייחס לחולה הסביר, או לרופא הסביר. בפסיקות השונות, **קבע בית המשפט כי מדובר במבחן של החולה הסביר**, **אולם אם החולה שואל על סיכונים / סיכויים מסוימים צריך לענות לו ולתת לו את המידע המבוקש**. כמובן שהדבר יוצר עדיין חוסר-שוויוניות, שכן רק אם החולה ישאל הוא יזכה לתשובה, בעוד שאם לא ישאל ייתכן ולא ייחשף למידע. כך, אין דרישה לפרט בפני המטופל נתונים אודות הוותק של הרופא, ולרוב אף מתחמקים מלמסור אותם, ורק אם החולה יתעקש, ימסרו לו את המידע.

לדעת המרצה, יש להיזהר מלנהור אחר הקריאות המתלהמות לפרסום מידע אודות אחוזי הצלחה, שכן זה עשוי להוליך למחוזות לא טובים. לדוג' – בארה"ב, רופאים המבקשים להגיע לאחוזי הצלחה גבוהים בוחרים רק את המקרים הקלים לניתוח, ואנשים עם בעיות קשות יותר מתקשים למצוא מנתחים שיסכימו לנתחם. אם כן, הלחץ לפרסום המידע בנושא יכול רק לפגוע יותר בחולים.

**בע"א מרגלית קדוש נ' בי"ח ביקור חולים**, **השופט עמית** ביקש לקבוע סטנדרט חדש שישלב בין מבחן הרופא הסביר עם מבחן החולה הספציפי. הוא **סבר כי חשוב לדעת מה החולה הספציפי רוצה, אבל כיוון ומדובר בהטלת נטל כבד על הרופאים, יש לשלב דרישה זאת עם דרישת הרופא הסביר**. אם כן, יש במבחן משולב זה צמצום של סטנדרט החולה הספציפי, ע"י הכנסת מבחן הרופא הסביר (נקודת המבט של הרופא, הפרקטיקה הנוהגת). הוא קרא למבחן זה **המבחן המשולב / המעורב**, **לפיו מוטלת על הרופא החובה לגלות מידע שהוא יודע, כפי שהמידע נתפס בעיני האדם הסביר במצבו של המטופל הספציפי**. לדעתו של השופט עמית, זהו המבחן המתיישב בצורה הטובה ביותר גם עם לשון סעיף 13(ב).

סעיף 13(ג) – "המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי, בשלב מוקדם ככל האפשר, ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות". בעקבות הסעיף עולות שאלות כמו האם על הרופא להציע למטופל דרכי טיפול אלטרנטיביות, וכן האם עליו לציין רק טיפולים שבסל הבריאות, או גם כאלו שמחוצה לו? נכון כי לרופא יש נטייה להמליץ על טיפולים שהוא טוב בהם, אך לעיתים הרופא אינו מסתיר בכוונה מידע, אלא הוא לא מודע לו. בעידן האינטרנטי, לעיתים חולים מגיעים עם מידע מחקרי לרופאים.

סעיף 13(ד) – "על אף הוראות סעיף קטן (ב), רשאי המטפל להימנע ממסירת מידע רפואי מסוים למטופל, הנוגע למצבו הרפואי, אם אישרה וועדת אתיקה כי מסירתו עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל". לפי סעיף זה, **יש מקרים שבהם נעדיף לא למסור מידע למטופל, מחשש שידיעת המידע תגרום לו יותר נזק מתועלת**.

* לדוג' – אם האדם צפוי להתאבד, אם ישמע שהוא חולה סרטן.

בעבר, הדבר נקרא "זכות היתר הטיפולית" והיא התייחסה לזכותו של הרופא להחליט במקרים מסוים לא למסור מידע למטופל כדי למנוע אצלו נזק. יש לשים לב, **שההחלטה בנושא כרוכה כיום באישור וועדת אתיקה**. מחד, מנסים למנוע נזק למטופל, ומאידך מבקשים לצמצם את שיקול הדעת של הרופא. לכן, העניין מועבר להחלטת וועדת אתיקה.

סעיף 14 (אופן מתן הסכמה מדעת) – (א) "הסכמה מדעת יכול שתהיה **בכתב, בעל פה או בדרך של התנהגות**". כשאדם מסכים באמצעות התנהגות, חשוב להבין לאיזה טיפול הוא נותן הסכמתו. ההנחיה היא שמתחשבים בהסכמה ע"י התנהגות, במקרים ברורים, כמו הושטת יד למדידת לחץ דם.

(ב) "הסכמה מדעת לטיפול רפואי המנוי בתוספת תינתן במסמך בכתב, שיכלול את תמצית ההסבר שניתן למטופל" – **לטיפולים רפואיים המנויים בתוספת לחוק** **נדרשת הסכמה בכתב** (ניתוחים, צנתור, דיאליזה, כימותרפיה וכו'). יש לציין כי גם בדיקת מי שפיר או השתתפות בניסויים רפואיים מחייבת הסכמה בכתב.

(ג) "נזקק מטופל לטיפול רפואי המנוי בתוספת ונמנע ממנו לתת את הסכמתו מדעת בכתב, תינתן ההסכמה בפני שני עדים, ובלבד שדבר ההסכמה והעדות יתועדו בכתב סמוך ככל האפשר לאחר מכן". מדובר במקרים בהם **האדם כשיר מבחינה משפטית, אך מסיבה טכנית הוא אינו יכול להביעה בכתב**. לדוג' – בחורה דתייה שהייתה צריכה לעבור ניתוח קיסרי בשבת, אבל לא הייתה מוכנה לחתום באופן ידני והרופאים הכריחו אותה. הסעיף נועד בדיוק כדי למנוע מצבים מהסוג הזה.

**מדרג להסכמות לטיפול רפואי –**

**אדם שיכול לתת הסכמה** (מבחינת תודעה) – בין אם הוא יכול לכתוב, או לא

**אדם שאינו כשיר לתת הסכמה** (מבחינה משפטית) – אדם ללא הכרה, סנילי, מפגר, קטין

**אדם שמתנגד לתת הסכמה** – מסוגל מבחינה תודעתית, אך טכנית אינו רוצה

ס' 16א' לחוק זכויות החולה – "מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי". בעוד רוב סעיפי החוק לקוחים מהוראות חוק ישנות, סעיף 16 הוא חידוש, ומאפשר **למנות מיופה כוח לעניין רפואי**. הכוונה הינה לבא כוח, שיהיה מוסמך להסכים עבורו על קבלת טיפולים רפואיים. הדבר חיוני מאוד ועשוי לתת פתרון במקרים רבים.

מיופה כוח זה לא אפוטרופוס, זהו מישהו שממונה על ידי המטופל עצמו. אפוטרופוס ממונה על ידי ביהמ"ש, כאשר המטופל לא כשיר ולא מסוגל לקבל החלטות על עצמו (מחוסר הכרה/סנילי/פגוע פגיעה מוחית ועוד). החיסרון של אפוטרופוס – זה לא מישהו שבהכרח המטופל היה בוחר בו ונקבע ע"י ביהמ"ש. **ס' 16 הקים מנגנון שלא היה קיים קודם בצורה ברורה, לפיו כל אדם יכול למנות מיופה כוח לעניינים רפואיים בלבד**.

**מתי זה יכול להיות רלוונטי?** לדוג' – אדם נכנס לניתוח, בזמן הניתוח התגלתה סיטואציה שלא הייתה ידועה לפני (**פ"ד קוהרי ופ"ד רייבי נ' נייג'ל**). באותו מקרה, אדם נכנס לניתוח וגילו לו בעיה נוספת שלא ידעו עליה קודם לכן. **בפ"ד עמיאל**, אישה עם הזעת יתר החליטה ללכת לניתוח בבית השחי, שבמהלכו התברר כי אצל האישה הספציפית הזו יש אנטומיה משונה מאוד - עצבים סבוכים. הדבר העלה את הסיכון, אך בכל זאת הרופא המשיך לנתח והאישה התעוררה משותקת ביד. הרופא אמר לה אחרי הניתוח שהסיכון לא היה כמו שהוא חשב בהתחלה, אלא הרבה יותר מסובך, ולכן **האישה טענה שהיה על הרופא להפסיק לנתח ולשאול את האישה להסכמתה**. **זהו מקרה קלאסי, שלא ניתן להסתמך על ההסכמה מלכתחילה**. יכול להיות, שאם האישה הייתה יודעת על הסיכון מלכתחילה, השיקול שלה היה אחר וכך גם החלטתה. נניח והאישה הייתה ממנה את אחותה להיות מיופת הכוח שלה, ואחותה היא זו שהייתה צריכה לקחת את ההחלטה. הנטייה הייתה לחשוב, שגם לפני החוק הרופא היה צריך לצאת החוצה למשפחה ולשאול מה לעשות. אך אין זה נכון, כי להחלטה שלהם אין שום תוקף, אלא אם כן מדובר בקטין, או אדם שיש לו אפוטרופוס עם מינוי של ביהמ"ש, או אם יש לו ייפוי כוח. בכל אופציה אחרת, גם אם זה בעלה או אחותה, לפנייה אל המשפחה אין תוקף משפטי.

**דוג' נוספות –**

* קשיש שנפל במדרגות ויחד עם הפגיעה הפיזית נגרמה גם פגיעה קוגניטיבית. במצב כזה, קשה לקבל את הסכמתו לניתוח, ועד שימונה לו אפוטרופוס ע"י בית המשפט עשוי לחלוף זמן יקר, מצבו עשוי להתדרדר. לכן, אם אותו אדם ממנה לו בא כוח שרשאי להחליט עבורו, ניתן להחתימו ולהתחיל את הטיפול הרפואי בהקדם.
* קטין שבר את היד במהלך טיול בבית הספר, והובהל לבית החולים. רוצים לקבל את הסכמת הוריו לניתוח בידו, אך הם בנופש בחו"ל ולא ניתן להשיגם. אם ההורים היו משאירים ייפוי כוח לסבא או לסבתא של הילד, היה ניתן לחסוך זמן יקר של חיפוש אחר ההורים ולהתחיל בניתוח.

**ההבדל המרכזי בין אפוטרופוס לבא כוח הוא שאפוטרופוס ממונה ע"י בית משפט כאשר האדם לא צלול, בעוד בא כוח ממונה ע"י האדם בעודו צלול.**

חוק הכשרות המשפטית מתייחס לקטינים, וקובע כי על ההורים לנהוג כדרך שהורה מסור היה נוהג בנסיבות העניין, ולא סתם הורה סביר, תוך שהוא רואה את טובת הילד. בעידן המודרני, מסתכלים על הילד כישות עצמאית, וההורים אינם יכולים לעשות בו כרצונם. הדבר מחלחל גם לתחום הרפואי. **הגישה הגורפת היא, שהמחויבות החברתית לשלומם של הילדים במקרים של סיכון רפואי, תגבר על רצונם של ההורים**. **ככל שהילד קטן יותר, כך מתעלמים מרצון ההורים.**

**טיפול רפואי ללא הסכמה – וועדת האתיקה**

חוק זכויות החולה מתמודד עם החריגים לעקרונותיו בדרך של אישור ע"י גוף שנקרא **ועדת אתיקה** – החוק הכיר בכך שהערכים שהוא מושתת עליהם הם לא ערכים מוחלטים. אולם, בגלל שהסטייה מעקרונות אלה היא כל כך משמעותית מבחינת הפגיעה בזכויות אדם, היא צריכה להיעשות בכובד ראש ובזהירות, ע"י החלטה של הוועדה. **וועדת האתיקה הוקמה ע"פ סעיף 24, היא מורכבת מצוות רב מקצועי שמטרתו לעזור לצוות הרפואי לקבל החלטות בנושאים שיש להם היבטים אתיים**. **איך מקבלים החלטות?**

1. **אוטונומיה עדיפה לפני הכל** – מה שהחולה יגיד. אולם, זה לא תמיד עוזר, כי לא תמיד החולה כשיר לכך. לעיתים, יש אינטרסים שמתנגשים – בעל שחולה באיידס לא רוצה לספר לאשתו על מצבו, למשל.
2. **הרופא יחליט** – גם זו גישה בעייתית. ייתכן כי בעבר טוב היה כשלרופא הייתה נתונה סמכות בלתי מעורערת, אך כיום אין זה רלוונטי, כי **לחולה יש "סיי" משמעותי בטיפולו הרפואי**.
3. **פניה לביהמ"ש** – בעייתי, משום שלפעמים מדובר בעניינים דחופים, השופטים לא מעוניינים לטפל בתיקים שכאלו ועוד.
4. **פניה לרב** – בהרבה מקרים נמנעים מטיפול רפואי מסוים (כמו הפלה), בשל איסור ע"י הרב. העמדה מתאימה רק לפלח מסוים באוכלוסייה.

ככה נולדה **וועדת האתיקה** – **הצורך ליצור מסגרת לחשיבה שתהיה בינתחומית, שיהיו בה אנשים ממקצועות שונים שיציגו השקפות עולם שונות**. הוועדות נולדו בארה"ב בסוף שנות ה-60, כשהייתה מצוקה מאוד גדולה לדיאליזה, שהצילה חיים של אנשים שכליותיהם לא תפקדו. באותה תקופה לא היו בבתי החולים מספיק מכשירי דיאליזה, והיה צריך להחליט מי יעשה טיפולי דיאליזה ומי לא. הוקמו וועדות שהיו שותפים להן לא רק רופאים אלא גם בעלי תפקידים ממקצועות נוספים. אלו היו סוג של וועדות אתיקה, מבלי שנקראו כך. לא היו מספיק דיאליזות, ולכן היו חייבים לקבל החלטות מאוד כואבות – מי יקבל דיאליזה ומי לא.

**הפריחה הגדולה שנעשתה בנושא וועדות האתיקה הייתה לאחר פ"ד קרן אן קווינלנד** (פס"ד אמריקאי) משנת 1977, שעסק בנערה שלקחה מנת יתר של סמים ואלכוהול. אביה מצא אותה ללא הכרה והביא אותה לבית חולים. עשו לה ניסיונות החייאה והבחורה נשארה בסופו של דבר מחוברת למכונת הנשמה, ללא הכרה. כך היא שכבה במשך מספר שנים, עד שאביה ביקש לנתק אותה ממכונות ההנשמה, שכן חייה אינם חיים שראויים לחיות.

בשנת 1977 היה זה דבר מהפכני, מנוגד לכל הערכים האתיים שעבדו לפיהם. ההורים פנו לביהמ"ש העליון בניו ג'רזי, שם החליטו השופטים כי **ההחלטה הזו לא מתאימה לביהמ"ש** – **צריך שבכל ביה"ח תהיה ועדה שמורכבת מצוות רב מקצועי שתשב בדיוק על המקרים האלה ותקבל החלטות.** ביהמ"ש צפה, שהולכת להיות הצפה של מקרים כאלה. בסופו של דבר, אישרו לביה"ח לנתק את קרן מהמכונות. בבית המשפט העליון בניו-ג'רזי, ברוב של 5 נגד 4, קבע כי החיים האלה הם לא חיים. התעורר דיון סביב השאלה מה זה חיים שראוי לחיות אותם ומה לא, ובית המשפט אמר ששאלות כאלו לא צריכות להתקבל ע"י בית המשפט וגם לא ע"י רופאים. יש צורך שבבתי חולים יהיו וועדות רב-מקצועיות, שיהיו בהם אנשים שמומחים באתיקה, בפילוסופיה, בדת, בפסיכולוגיה, במשפט, וכו', ויחד הם יקבלו את ההחלטות כבדות המשקל, שהרפואה המודרנית הביאה לפתחנו. ההורים הגיעו עם ההחלטה, אך **לא מצאו אף רופא שהסכים לעשות את זה.** על כן, האב הוא זה שניתק אותה ממכונת ההנשמה.

* **ישיעיהו ליבוביץ** יצא נגד פ"ד זה, וטען כי זוהי תחילתו של מדרון חלקלק.

**הסיפור הזה היה הזרז המרכזי להקמת וועדות אתיקה**. בעקבות פס"ד היה דיון נרחב בארה"ב על וועדות אתיקה, והחלו להקים בבתי חולים וועדות אתיקה. הדבר הזה הגיע גם לישראל, החל משנות ה-80, באופן נקודתי. עוד לפני חוק זכויות החולים, הרוח של וועדות אתיקה הגיעה לארץ, **ומספר מאוד קטן של בתי חולים הקימו וועדות התנדבותיות** **שכאלה. ההחלטה נשארת בסופו של דבר בידי הרופא, אך הוועדה היא זו שממליצה.** נכון הוא, שבעיניים המשפטיות שלנו, אנו מבינים שהאפשרות שרופא יעשה אחרת ממה שהוועדה המליצה לו היא מאוד קטנה, כי בעתיד הוא יהיה בבעיה, אך לפחות מבחינה תיאורטית ההחלטה היא שלו.

* יש הבדל בין ועדות אלה לועדות הלסינקי, שהם סוג מסוים של ועדות, המיועדות לאישור ניסויים רפואיים. בדיונים של חקיקת חוק זכויות החולה בועדת העבודה והרווחה של הכנסת עלה הנושא של ועדות אתיקה.

איך התנהגו בארץ לפני החוק? וועדות האתיקה לפני החוק –

* וועדות וולונטריות – לבחירת בית החולים האם להקים, ובאיזה אופן.
* הוועדות העניקו ייעוץ והמלצות להתנהגות אתית.
* נושאים גמישים – נתון לבחירת הסגל / ההנהלה.
* הרכב גמיש ורב מקצועי

במקור, הוועדות התפתחו כגוף שנועד לסייע למערכת הרפואית לקבל החלטות בעניינים כבדי משקל, דילמות וקונפליקטים, שאינם מצרכים אך ידע רפואי מקצועי, אלא יש שיקולים ערכיים נוספים. באופן כללי, הגישה כיום בעולם ובחוק זכויות החולה הישראלי היא שהחולה הוא מקבל ההחלטות, הוא המסכים לטיפול. לעיתים, החולה לא כשיר לקבל את ההחלטות. במקרים אחרים, החולה כשיר לקבל החלטות, אך האוטונומיה שלו אינה מלאה (מסכן אדם אחר, למשל).

אלמלא החולה, מי יחליט את ההחלטה? בעבר, הרופא היה מקבל את ההחלטה, אך עד מהרה הובן כי אין זה נכון שהחלטות אלו יתקבלו אך ורק ע"י הרופא, בימנו – ראשית, אנו חברה שלא אחידה בערכיה. שנית, הבעיות הינן כה כבדות משקל, עד שאין זו נכון מבחינה חברתית שההחלטות יתקבלו ע"י רופא (יש צורך בדיון ואין זה הוגן להטיל את האחריות על הרופא, אשר לא לומדים ולא מוכשרים לזהות את הבעיות האתיות ולפתור אותן בצורה מיטבית).

בחברה דתית, הסמכות היא דתית. גם כיום, יש בארץ משפחות הפונות אל **החלטת הרב** בעת דילמה אתית. דרך נוספת הינה **פנייה לביהמ"ש** – השופט יכריע. הבעיה – אין מדובר בשאלות משפטיות, אלא בשאלות ערכיות, ספק אם השופט מסוגל להתמודד עם שאלות אלה. אם מדובר בעניין מוסרי, ייתכן כי הסוגיה לא מתאימה להתדיינות בביהמ"ש

**וועדות האתיקה צמחו ככלי שיעזרו בתהליך קבלת החלטות**, מעצם זה שישבו בו אנשים מתחומים שונים, מייצגים של החברה מבחינת הערכים שהם מביאים איתם, הוועדה מדמה את הרעיון של רויס בדבר **מסך הבורות**. בוועדת האתיקה יושבים מומחים ממקצועות שונים, אנו יוצרים סוג של מסך בורות, אנו מנטרלים אחד את השני, אנו מאזנים אחד את השני, ההחלטות מתקבלות ממקור אובייקטיבי וכללי, פחות מוטה. יש לאפשר רב-שיח ורב ערכיות.

הוועדות שהתפתחו **בעולם** התפתחו בעיקר **ככלי מייעץ**. ההחלטה, בסופו של דבר, הינה על המטפל בשטח. בעולם, זהו הדגם של רוב הוועדות, אשר עוסקות במגוון רחב של נושאים. **בארץ**, היו וועדות אתיקה עוד לפני חוק זכויות החולה. אולם, הוועדות היו בתחילת דרכן, הן לא פעלו פעילות רצינית (ברמב"ם ובהדסה).

**עוד לפני חוק זכויות החולה, היו בארץ וועדות אתיקה**, בדומה לוועדות אתיקה שהיו בעולם. ברגע שהתחילו לחשוב ולהבין שהשאלות שמתעוררות בשדה הרפואי הן לא רק רפואיות מקצועיות שהסגל הרפואי יכול לתת עליהן את המענה, אלא שיש להן גם היבטים אחרים – פילוסופיים, מוסריים, משפטיים, חברתיים, ושצריך לעשות לפעמים חשיבה קצת יותר מערכתית ושלא רק רופאים יקבלו את ההחלטות, קמו וועדות האתיקה.

**נושא כפיית הטיפול היה מגיע לביהמ"ש והוא היה נותן הוראה, אם לטפל בחולה למרות שהתנגד, או לא**. **שאר ההחלטות היו של המטפל, הוא היה מחליט אם להפר את הסודיות ולהסתיר מידע מחולה וכו'.** בדיוני החקיקה הבינו, שלא רוצים להשאיר את ההחלטות לרופא המטפל. אולם, מנגד, נטען שלגבי שאלות שפנו איתם לביהמ"ש, נקבע כי אין זה מתפקידו לקבל את ההחלטה והגו את הרעיון של הועדות. כפי שאנו יודעים, כוונות טובות לא תמיד מיושמות, חקיקת החוק הייתה בחיפזון, בגלל שהוקדמו הבחירות. **בפועל, המנגנון שהחוק אימץ הוא וועדת האתיקה, גוף שממונה ע"י מנכ"ל משרד הבריאות וכולל 5 חברים, 2 רופאים מומחים, משפטן שהוא גם יו"ר הועדה, פסיכולוג/עובד סוציאלי ואיש דת/נציג ציבור**.

בנוסף, החוק מגדיר בדיוק מה **הסמכויות של הועדה** הזו – ס' 13, ס' 15(2), ס' 18 וס' 20(א)5. הדבר המשמעותי ביותר הוא, **שלוועדה יש סמכות הכרעה**, **היא לא מייעצת, אלא משמשת כמו ביהמ"ש**. החוק לא קבע מנגנון ערעור על החלטות הועדה, אך בהיותה גוף מעין שיפוטי, ניתן תיאורטית לתבוע דרך בג"צ. בס' 24 ניתן לראות סמכות לביהמ"ש מחוזי, במקרה שאי אפשר לכנס את ועדת האתיקה.

* האם אפשר לתבוע את חברי הועדה? החוק לא מתייחס לזה.

**לוועדות אין איש אתיקה ובעצם הן וועדות יותר משפטיות מאשר אתיות**, **סמכותן היא סמכות סטטורית.** כבר לפני החוק היו מספר קט של בתי חולים בארץ שהעתיקו את הדגם האמריקאי והקימו ועדות שכאלה. כאשר חוק זכויות החולה הקים ועדות אתיקה חדשות, עלו שאלות רבות – האם הן מחליפות את הישנות, או לא, למשל. הנושא לא הצליח להתרומם בארץ בצורה נכונה. **כשהחוק התקבל, הוא עורר זעקה גדולה, במיוחד מטעם הרופאים, שסמכויות נלקחו מידיהן והועברו לועדת אתיקה**. זה נקרא **זכות היתר הטיפולית** – אני, כרופא, מוסמך להגיד שאני לא מוסר את המידע למטופל, למשל, כשאני חושש שהמידע יסכן אותו. החוק לקח זכות זו מידי הרופא, והעבירה לועדת האתיקה.

בהתחלה וועדות האתיקה היו וועדות וולונטריות בבתי החולים. בית החולים היה רשאי לבחור האם להקים, ובאיזה אופן. בדרך כלל הדיונים היו לאחר המקרה. לפעמים היו דיונים לפני המקרה, אך מדובר היה רק בייעוץ והמלצות להתנהגות אתית, כאשר ההחלטות התקבלו בסופו של דבר בשטח ע"י הרופא. כשחוק זכויות החולה נחקק בשנת 1992 והתקבל בשנת 1996, בדיונים על החוק עלה הנושא של וועדת האתיקה. החשיבה הייתה להכניס בארץ דרך החקיקה, את המודל המוכר בעולם של וועדות האתיקה. אולם, כוונות לחוד ומציאות לחוד. כאשר התקבל החוק, קיבלנו וועדות אתיקה, אבל מדובר היה בוועדות אתיקה מסוג חדש, שונה ממה שהיה קיים בעולם וממה שדובר בוועדה.

**ועדת האתיקה מוסמכת לאשר פעולה בניגוד לכללים הרגילים (סמכויות ההכרעה של הוועדה) –**

* לאשר טיפול כפוי, למרות התנגדות המטופל.
* לאשר אי מסירת מידע במסגרת תהליך קבלת הסכמה מדעת לטיפול.
* לאשר אי מסירת מידע על מצבו של המטופל.
* לאשר מסירת מידע על מטופל לצד שלישי.

לא ניתן לסטות מהכלל ללא אישור מוועדת אתיקה.

יתכנו מצבים, כאמור, בהם **אדם אומר שאינו רוצה לקבל את הטיפול הרפואי**. כאשר מטופל מסרב לשיטת טיפול מסוימת, או כאשר הסירוב מגיע במצבים רפואיים לא חמורים, מדובר ב"מצב קל", אך כאשר המטופל מסרב לקבל כל טיפול רפואי והדבר עלול להעמיד אותו בסכנת חיים, קשה יותר לקבל את הסירוב.

בשנות ה-80', עם עליית קרנה של האוטונומיה, כשחולה סירב לטיפול רפואי, בחירתו הפכה להיות מקודשת. זאת, לאחר שבמשך שנים רבות מאוד הערך שהנחה את הרופאים הוא להיטיב עם החולה, לטפל בו וכמובן להציל את חייו. לפתע, נוצר מהפך ומה שחשוב לא היה להציל את החולה, אלא לשמור על האוטונומיה שלו. אם המטופל מסרב לטיפול – לא ניתן לבצעו. ההתפתלויות היחידות האפשריות הן כאשר לא היה סירוב, אלא רק אי-הסכמה וניתן לטעון שהיא נאמרה שלא מתוך צלילות, כאשר ההכרה של המטופל מעורפלת.

**סמכויות וועדות האתיקה על פי החוק –**

* מוסמכת לדון במספר מוגדר של סוגיות שהחוק מגדיר.
* מוסמכות לאשר ביצוע של פעולות מסוימות.
* לא ניתן לבצע פעולות אלו ללא אישור הוועדה (כדי לבצען, חובה לכנס את הוועדה).
* החלטת הוועדה מחייבת.
* ההרכב קבוע, השמות מאושרים ע"י שר הבריאות.

בשנת 1996, כשנחקק חוק זכויות החולה, וועדת האתיקה נכנסה לתוך החוק, הוועדות נכנסו באופן שונה ממה שתוכנן. **במקום להיות גוף מייעץ, הן הפכו לוועדה על פי חוק, וועדה סטטוטורית, גוף מעין שיפוטי, המוסמך לאשר פעולות מסוימות, שניתנות לביצוע אך בהינתן אישור שלל וועדת האתיקה**.

**ס' 24 (הרכב הוועדה)** – בראש הועדה עומד משפטן, שני רופאים בכירים, עובד סוציאלי או פסיכולוגי, ונציג ציבור או איש דת. זהו "סלט שלם". **הביקורות על הרכב הוועדה** –

1. **משפטן עומד בראש הוועדה** – חריג מאוד שבראש הוועדה עומד משפטן (נמצא ברוב הוועדות, אך לא כראש הוועדה). כשאנו שמים בראש הוועדה כמשפטן, אנו יוצרים מצב בו אופי הדיון הופך להיות מאוד משפטי, תהיה אוטוריטה שתקבע כי לפי החוק יש לפעול כך, או כך.
2. **אין בוועדה אדם המיצג את האספקט האתי** – לא אתיקאי, לא פילוסוף. אין ייצוג לאתיקה כגוף ידע נפרד.
3. **אין בוועדה אחות** –לשם מה נחוצה אחות? אם אנו רוצים לדעת את מהם הרצונות וההעדפות של החולה, הרי שהאחות היא כלי משמעתי, מכיוון שהצוות הסיעודי הוא הנמצא בקשר יומיומי והבלתי אמצעי עם החולה. האחות היא המייצגת של החולה במערכת הרפואית, לדבר בשמו. זווית הראיה הזו מאוד משמעותית.
4. **מיהו נציג הציבור?** **מה תפקידו של נציג הציבור?** יש מנעד רחב, המעיד על חוסר הכיוון לגבי מהות התפקיד של נציג הציבור.
5. **זהותו של איש הדת** – איזו דת? מחד, ניתן לטעון כי מדובר ברב, שכן הוועדה צריכה לשקף ערכים של מדינה יהודית ודמוקרטית. מאידך, אם נתמקד בחולה הקונקרטי, יהא צורך לדעת כיצד יש להתייחס ולפעול על פי הדת של החולה הנדון. לכל דיון ספציפי יש להזמין את האנשים הרלוונטיים. כל בית חולים הולך אחר מדיניותו.
* בפועל, בחלק מבתי החולק את תפקיד הרב (איש הדת) מאייש משגיח הכשרות של המקום.
* רוב בתי החולים משתמשים בגרעין של הוועדה שהינה על פי חוק (וועדת האתיקה) כוועדה מייעצת, שהינה לפי בחירת בית החולים.
* **טיפול עקר / חסר תועלת** – מעלה דילמה, האם להעניק את הטיפול, לבקשת החולה, או לא? באחד המקרים, הוגש ערעור על החלטת וועדת האתיקה.
* דוג' – מקרים בארה"ב בהם נתבע וועדת אתיקה על החלטה שהתקבלה. בארץ, עוד אין מקרה שכזה, אך הפוטנציאל קיים.
* **הסיפור של עפרה חזה / פ"ד יפת חזן נ' משרד הבריות** – תביעה כנגד משרד הבריאות וגופים שטיפלו בעפרה חזה, אשר לא טופלה באופן קונבנציונלי. הרופא העניק לה טיפול ביתי. הסיפור התפרסם, משום שכשהיא הגיעה לבית חולים היא לא סיפרה לצוות שהיא חולת איידס, וחשפה את הצוות הרפואי לסכנת הדבקה. הוגשה תביעה כנגד הרופא, שלא ניהל את הטיפול בה הצורה נכונה.

**אמרת אגב של השופטת** – גם בשלב בו עפרה חזה סירבה להיות מטופלת בבית חולים, כשמצבה התדרדר, היה על הרופא להפעיל את וועדת האתיקה, להביא את המקרה לדיון הוועדה ולקבוע אם לכפות, או לו, את הטיפול. באי-הפנייה של הרופא אל וועדת האתיקה, הוא לא נהג בהתאם לסטנדרטים שרופא סביר מצופה לפעול על פיהם.

יש לנו שלושה מצבים בנוגע להסכמה של החולה לטיפול –

1. מצב בו **ניתנה הסכמה** – אדם מקבל את כל המידע הדרוש ומעניק הסכמה לטיפול.
2. מצב בו **אין הסכמה** – קטין, מפגר, סנילי, אדם שלא בהכרה.
3. **התנגדות** – האדם כשיר לקבל החלטות, אך הוא מסרב להסכים לטיפול.

סעיף 15(1) וסעיף 15(3) דנים במצב בו לא ניתן לקבל הסכמה של החולה. **ס' 15(1) מדבר על הטיפול הרוטיני יותר**, קובע מה לעשות – לוודא שאין התנגדות, שהאופטרופוס לא מתנגד, מלבד אם הטיפולים מנויים בתוספת (טיפולים כבדי משקל). **ס' 15(3)** – **מדבר על מצב חירום**. המנגנון קובע, כי בעת מצב חירום פועלים מיד. אם מדובר בטיפול המנוי בתוספת, יש צורך בהחלטה של 3 רופאים – רוצים להיות בטוחים שהופעלה שיקול דעת, שאין מדובר בהחלטה פזיזה.

סעיף 15 (1) – טיפול רפואי ללא הסכמה – "על אף הוראות סעיף 13 – מטפל רשאי לתת טיפול רפואי שאינו מנוי בתוספת, גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל אם נתקיימו כל אלה":

1. "מצבו הגופני או הנפשי של המטופל אינו מאפשר קבלת הסכמתו מדעת" – לדוג' – אדם נפגע בתאונת דרכים והגיע לבית חולים. צריכים להכניס אותו לחדר ניתוח, אך לא ניתן לקבל את הסכמתו, שכן אינו בהכרה. **החזקה היא שלו היה ניתן להסביר לחולה את מצבו ולבקש את הסכמתו, הוא היה אומר "רוצה אני".** על סמך החזקה הזו, ניתן לטפל במטופלים, שלא מסוגלים לתת הסכמה, במקרים שאינם מצוינים בתוספת. הדוקטרינה שמסתמכים עליה מבחינה מוסרית ומשפטית היא **הסכמה מכללא** – **מניחים הסכמה מהנסיבות, מהכלל.** אנחנו מניחים, שלו היינו יכולים לקבל את הערנות של המטופל ולשאול אותו, הוא היה מסכים.

**סעיף 15(3)** קובע כי "טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת" – **כדי למנוע החלטה חפוזה, מבקשים את הסכמתם של שלושה רופאים. הדבר מחליף את חוסר ההסכמה של המטופל**. עם זאת, ל**עיתים לא ניתן לגייס שלושה רופאים** לכל החלטה (בעת פיגוע המוני / בבתי חולים קטנים בפריפריה / במשמרת לילה). **לכן, החוק מאפשר לבצע את הטיפול כאשר הנסיבות לא מאפשרות זאת**. זאת, בהתבסס על החזקה כי רוב הרופאים היו "לוקחים את הסיכון" ומטפלים במטופל למרות שלא נתן הסכמתו במפורש, מתוך הנחה שאילו היה יכול היה מסכים לביצוע הטיפול.

1. "לא ידוע למטפל כי המטופל או אפוטרופסו מתנגד לקבלת הטיפול הרפואי" – **כל עוד לא ידוע שהמטופל מתנגד לטיפול הרפואי, ניתן להעניק לו את הטיפול, גם ללא הסכמתו מדעת.** אולם, יש גם חריגים.

**לדוג'** – כת נוצרית שמאמינה, שכל התעסקות עם דם אסורה, גם במקרי מוות. הם מאמינים שאם אדם מקבל עירוי דם זה פוגם בטוהר הדם שלו, ומעבר לכך הם בכלל מתנגדים לעירוי דם עצמי. חברי הכת מאמינים שמי שמקבל עירוי דם מאבד את חלקו בעולם הבא, ולא יזכה לחיות עם ישו בעולם הנצח. במשך שנים מסוימות הייתה נטייה לזלזל באמונה זו, אך היום מתייחסים לזה הרבה יותר בכבוד. בארה"ב היו הרבה מאוד דיונים שהתעסקו בסוגיית הכת הזו, וחלקם אף הגיעו לבתי משפט. אם מגיע לבית חולים פצוע מתאונת דרכים והוא מדמם ומעולף, ויש לו על החזה סממן שהוא שייך לכת הזאת והוא מסרב לקבל עירוב הדם – החזקה שהיה מסכים לקבל טיפול רפואי אינה תקפה עוד, ואי-אפשר לטעון שהיה מסכים לטיפול הרפואי. התפיסה שהתקבלה בספרות ובפסיקה היא, שאין לתת להם טיפול שהם לא הסכימו לו, בטח ובטח אם אותו אדם בהכרה והוא מתנגד.

אם לא די בכך, מתעורר קושי כאשר חבר בכת נותן הסכמה לניתוח, אך במהלכו מתעורר צורך בעירו דם. מה על הרופאים לעשות במצב כזה? לצפות בו מדמם למוות? **בישראל, היועמ"ש קבע כי אסור לבצע עירוי דם בחברי הכת הזאת.** אולם, הידיעה שמדובר בחבר בכת צריכה לבוא ממנו, ע"י תג שהוא נושא עליו. אם יהיה ספק, הרופאים יטו להציל את חייו של המטופל.

**העיקרון שמוליך את הטיפול ללא הסכמה הוא עיקרון של הסכמה מכללא.** ההנחה היא, שאם היה ניתן לקבל את הסכמת המטופל, הוא היה נותן אותה. גם לגבי מתאבדים שמסרבים לטיפול, מחילים פיקציה כאילו באותו רגע הם לא צלולים בדעתם, אף שסטטיסטית זה לא נכון.

1. אין אפשרות לקבל את הסכמת בא כוחו אם מונה בא כוח מטעמו לפי סעיף 16, או אין אפשרות לקבל את הסכמת אפוטרופסו אם המטופל הוא קטין או פסול דין – האזכור היחידי למשפחת המטופל בחוק זכויות החולה, מצוי בסעיף 15. **כאשר לא ניתן לקבל את הסכמת בא כוח או האפוטרופוס, הרופא רשאי לבצע את הטיפול הרפואי.**

סעיף 15(3) – "בנסיבות של מצב חירום רפואי **רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת של המטופל, אם בשל נסיבות החירום, לרבות מצבו הגופני או הנפשי של המטופל, לא ניתן לקבל את הסכמתו מדעת**". יכול להיות מצב של פיגוע המוני, במסגרתו מגיעים עשרות פצועים למיון, ואין זמן לנהל את כל הליכי ההסכמה מדעת. הנסיבות יכולות להיות אם כן סביבתיות, אבל זה רק מצבי חירום. בדרך כלל נתייחס למצב הנפשי או הגופני של המטופל. "טיפול רפואי המנוי בתוספת יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת" – כאמור, **במקרים בהם לא ניתן להשיג הסכמה של 3 רופאים, יש לקחת את המטופל ישר לניתוח.**

סעיף 15(2) – "בנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה והוא מתנגד לטיפול רפואי, שיש לתיתו בנסיבות העניין בהקדם, רשאי מטפל לתת את הטיפול הרפואי אף בניגוד לרצון המטופל אם ועדת האתיקה, לאחר ששמעה את המטופל, אישרה את מתן הטיפול...". הסעיף מדבר על מצב בו **אדם מתנגד לטיפול הרפואי**. כיוון ומדובר בהסדר המתייחס להתנגדות במצב של סכנה חמורה, אנו מניחים שבשאר המצבים מכבדים את התנגדותו של המטופל לקבלת הטיפול הרפואי.

בסעיף 15(2) ניתן לראות בצורה הבולטת ביותר **ניסיון לגשר בחוק זכויות החולה בין עקרונות אוניברסאליים של זכות האדם על גופו לבין עקרונות יהודיים של קדושת החיים והרצון להציל חיים, כמעט בכל מחיר**. הרצון לגשר בין ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית, הוביל ליצירת סעיף 15. **סעיף 15 יוצא מתוך נקודת הנחה, שאסור לטפל באדם, מבלי שהוא נתן את הסכמתו לכך. היוצא מן הכלל מובא לנו בסעיף 15(2). כאשר החולה עומד בפני סכנה חמורה ובנסיבות מסוימות, ניתן לכפות עליו את הטיפול.**

הסעיף בולט, שכן אין לו אח ורע בחקיקה של מדינות מערביות אחרות ובכלל. בארצות אחרות, במיוחד במשפט האנגלו-אמריקאי, נוטים אומנם להרחיב את גבולות אי-הצלילות, ואז ניתן לומר שהאדם אינו צלול ולכן ניתן לטפל בו. אך מרגע שקובעים שהאדם צלול, בעצם מחויבים לקבל את דעתו, לפי כל שיטות המשפט. המהלך הנועז שהחוק שלנו עשה הוא להגיד בפה מלא, **שלמרות שהאדם צלול, יש משהו פגום בשיקול הדעת שלו ולכן אנחנו נחליט עבורו**. **לוקחים אדם שהוא צלול לחלוטין וכופים עליו טיפול.** הסעיף מקפיד להוביל אותנו לכך שההתנגדות תהיה מדעת ולא התנגדות של אדם חולה נפש. אם כן, למרות שהאדם צלול, קיבל מידע והתנגד מדעת, יש אפשרות לכפות עליו טיפול.

דווקא בגלל שמדובר בעניין כבד משקל מבחינת הפגיעה בזכויות אדם, ה**חוק קבע שהחלטת כפיית הטיפול לא תינתן ע"י הרופא בשטח, אלא תופנה לגוף שנקרא וועדת אתיקה והוא היחידי שמוסמך במדינת ישראל להחליט לכפות טיפול על בן אדם מתנגד**. המקרים שמובאים בפני וועדת האתיקה הם מקרים בהם הרופא מגיע למסקנה שזה לא יהיה נכון לעזוב את החולה מבלי לתת לו את הטיפול. חשוב להבין, שהשימוש בסעיף הוא נדיר מאוד. **רוב המקרים שמגיעים לוועדת האתיקה נפתרים ללא הצורך להשתמש בסמכות הכפייה. הם נפתרים ע"י שיחה, גישור ופתרונות יצירתיים אחרים**. חשוב להבין, שעל הסכנה להיות סכנה חמורה אבל לא מיידית. **צריך שתהיה שהות מספקת לכנס את וועדת האתיקה**. כאשר מגיע מטופל שנפגע בתאונת דרכים וחייבים לטפל בו באופן מיידי, אין זמן לכנס וועדת אתיקה. בנוסף, הוועדה חייבת לשמוע את המטופל ולוודא שאכן קיבל את המידע הרפואי.

* בשטח, במצבי חירום, גם אם האדם מתנגד, מטפלים לו. הנטייה היא לומר – אין לו גמירות דעת, הוא מבולבל בדעתו.
* דוג' – אדם המתנגד לקבלת מנת דם. בארה"ב, ברוב המקומות, בקשת המטופל תתקבל. באירופה יתאמצו וימתחו את גבולות צלילות הדעת של המטופל, את גבולות הכשירות הנפשית (הוא מטושטש, מעורפל). בישראל יש את סעיף 15(2), המאפשר לטפל באדם בכפייה – גם אם מדובר כשיר וצלול המתנגד לטיפול, אם מדובר במצב חירום, ניתן לכפות את הטיפול.

מקרה מס' 1 – אדם שהגיע לבית חולים לאחר ניסיון התאבדות, בלע מלא תרופות, אינו רוצה למות.

מקרה מס' 2 – אדם ששייך לכת, מגיע מדמם ורוצים לתת לו מנות דם – הוא טוען שאינו רוצה מנות דם לא רוצה עירוי דם, מוכן למות.

מקרה מס' 3 – המקרה של **פ"ד קורטם** – אדם שבלע סמים, כי לא רצה שהמשטרה תמצא אותם עליו, שכן תלוי ועומד כנגדו מאסר על תנאי של 6 שנים. הוא מםחד מחזרה אל בית הכלא, ולא מוכן לביצוע הפעולה הרפואית להוצאת הסמים, הגם שהוא עשוי למות עקב התנגדותו.

**לו אנו בוועדת אתיקה, על פי הקריטריונים לעיל, מה הייתה ההחלטה שלנו?**

**ס' 15(2)** – "בנסיבות שבהן נשקפת לאדם סכנה חמורה והוא מתנגד לטיפול רפואי, שיש לתיתו בנסיבות העניין בהקדם, רשאי המטפל לתת את הטיפול הרפואי אף בניגוד לרצון המטופל, אם ועדת האתיקה, לאחר ששמעה את המטופל, אישרה את מתן הטיפול...".

התנאים המקדימים –

* "**נשקפת לאדם סכנה חמורה**" – הסכנה החמורה נבדלת ממצב חירום. יש סכנה לחיי אדם, או לנכות בלתי הפיכה, אך היא **לא מידית. יש טווח זמן**, התלוי בנסיבות.
* "**והוא מתנגד לטיפול הרפואי**" – הכוונה הינה **להתנגדות מדעת**, אנו רוצים שהאדם יהא בגיר, צלול בדעתו, שניתן לתקשר עימו, הוא מבין ויודע על מה הוא מדבר – אלו הם **מבחנים רפואיים**. אחד הדברים הראשונים שעושים בעת הבעת התנגדות לטיפול הרפואי – בחינה פסיכיאטרית של המסרב (האם הוא מבין שהוא אכן הולך למות?). ישנם מקרי ביניים, בהם לא ברור לנו עד כמה האדם מודע למצבו. סטרס / לחץ נפשי סתם – לא מספיק.
* "**לתת את הטיפול בהקדם**" – אין פירוש חד-משמעי, על מנת לאפשר גמישות.
* **יש צורך באישור של וועדת האתיקה, לאחר ששמעה את המטופל** – עניין זה יכול להיעשות בכל מיני דרכים. לא תמיד ניתן לקיים ישיבה של כל חברי הוועדה ולראיין את המטופל. בהרבה פעמים מסתפקים בנציג של הוועדה שהולך ומדבר עם המטופל, ומביא את עמדתו.

על מנת שהוועדה תאשר לטפל באדם למרות התנגדותו, צריכים להתקיים שלושה תנאים מצטברים. **וועדת האתיקה כפופה למספר מגבלות הקבועות בסעיף 15(2) –**

1. **נמסר למטופל מידע כנדרש לקבלת הסכמה מדעת**.
2. **צפוי שהטיפול הרפואי ישפר במידה ניכרת את מצבו של המטופל** – חייבת להיות אמונה שהטיפול הרפואי ישפר את מצבו של המטופל והוא יוכל אח"כ לחיות חיים בריאים, ולא שהטיפול יעביר אותו עוד מסכת עינויים מבלי שמצבו הרפואי ישתפר בצורה משמעותית. מסתכלים על הטיפול הרפואי כאל דבר הוליסטי – דיאליזה לחולה בסרטן, למשל, לא תשפר את מצבו במידה ניכרת, הוא ימשיך לגסוס.
* מקרה מס' 1 – תלוי בנסיבות.
* מקרה מס' 2 – הטיפול ישפר במידה ניכרת את מצב הרפואי של המסרב לקבל עירוי דם.
* מקרה מס' 3 – כן, בוודאות. הטיפול הרפואי ישר את מצבו הרפואי של קורטם – הוצאת הסמים מהבטן תבריא אותו לחלוטין. מצבו הרפואי של קורטם ישתפר.
1. **קיים יסוד סביר להניח שלאחר מתן הטיפול הרפואי ייתן המטופל את הסכמתו למפרע** – ככל שהטיפול ישאיר את האדם יותר תלוי במכשירים ויותר סובל, הסיכוי שייתן את הסכמתו הולך ופוחת. ככל שהסיכוי שהוא יתאושש יותר גבוה, תהיה יותר נכונות של וועדת האתיקה לכפות את הטיפול. זהו תנאי המתייחס לחוש נבואי כלשהו, האם אנו חושבים שלאחר כפיית הטיפול ושיפור המצב, המטופל היה מסכים למפרע לטיפול?
* מקרה מס' 1 – האם מתאבד הוא אכן מתנגד לטיפול, או שמא ניתן לטעון שמצבו הנפשי לא מאפשר קבלת החלטות צלולות, עצם העובדה שהוא החליט להתאבד? **הגישה כיום – עצם העובדה כי אדם ביצע ניסיון התאבדות אינה מעידה אל מצבו הקוגניטיבי-נפשי. עצם ההתאבדות לא מצביעה על בעיה נפשית השוללת מאדם את היכולת לקבל החלטה.**

מחד, ניתן לטעון כי ההחלטה להתאבד הינה החלטה רגעית. מאידך, ישנם אנשים שבאמת מעוניינים להתאבד. במקרה דנן, לא ניתן לדעת מה תהיה תגובתו של המנסה להתאבד. מה תהא ההחלטה של וועדת האתיקה? התפיסה החברתית כיום היא, כי למרות שאנו לא מסכלים על המסרב כאל לא-שפוי, אנו מסתכלים עליו כאל **מישהו ההחלטה שלו נעשתה מתוך איזשהו ערפול. אנו מפעילים פיקציה במודע, על מנת לשמר את ערך החיים** – יכול להיות שטעינו, והאדם אכן רצה למות, אך הוא יכול לעשות זאת גם בעתיד. מנגד, אם נטעה לכוון ההפוך ונותיר לאדם למות (למרות שהוא בכלל לא רצה באמת להתאבד), לא נוכל להחזירו לחיים. אם נטעה, **עדיף לטעות לטובת החיים (להציל חיים של אדם שלא רוצה לחיות) – זהו ערך חברתי משמעותי.** יש צורך לאזן בין קדושת החיים והערך החברתי שלה, לבין הערך של האוטונומיה וזכות האדם על גופו, אשר אינם מוחלטים, יש דברים שגוברים.

יש פה גם היבט חברתי, של מסר, של אמירה תרבותית – זה חלק מהערכים החברתיים שלנו. לכן, גם אם בשוליים הדבר עלול לפגוע באוטונומיה של הפרט וזכותו על גופו, אזי שזהו מחיר שאנו מוכנים לשלם, לשם שמירה על ערך החיים.

למעשה, במציאות, **המקרה של המתאבד לא מגיע לס' 15(2)** – **טיפול במתאבד הוא אקסיומתי בחברתנו, הוא קורה, אין צורך בוועדת האתיקה**. **זוהי פיקציה של המציאות (החוק בפעולה, לא חוק עלי ספר) שאנו יוצרים לשם שמירה על ערך החיים** – מסתכלים עליו כאל מעורפל בעת קבלת החלטתו, הגם שאין זה נכון בפועל. זוהי סוג של תקנת ציבור, תפיסה חברתית, שעשויה להשתנות בעתיד.

* מקרה מס' 2 – במקרה של חבר בכת הנוצרית שמתנגדת לעירויי דם (מחשש שהוא יאבד את חיי הנצח), ככל הנראה המטופל לא ייתן את הסכמתו לטיפול הרפואי למפרע, ולכן הסעיף הזה אינו רלוונטי לחברי הכת הזאת.

בפועל, יכבדו את רצונו של האדם, ולא יטפלו בו. האוטונומיה מקבלת משקל משמעותי יותר. לעומת זאת, במקרים אחרים, בהם האדם התנגד מתוך פחד להליך הרפואי עצמו, נעשו מאמצים עילאיים לבצע את הטיפול הרפואי ונתנו לו את העירוי, בניגוד לרצונו.

* מקרה מס' 3 (**פ"ד קורטם**) – הדבר תלוי בנסיבות. מיד לאחר הטיפול אולי לא כי הוא ייכנס לכלא, אבל לאחר שייצא מהכלא, אולי יעריך את מה שעשו עבורו. המרצה נוטה לחשוב, שרוב הוועדות במקרה דנן היו כופות טיפול. השאלה המשפטית שעמדה בבסיס פסק הדין נגעה לקבלת ראייה ופסלות ראייה – שאלה מתחום דיני הראיות. קורטם טען שהוציאו שקיות הרואין מגופו ללא הסכמתו, תוך כדי תקיפה, ולכן הסמים האלה צריכים להיות פסולים מלשמש ראיה כנגדו. קורטם תבע על כך שהפרו את הפרטיות שלו (נטען כי הטיפול נכנס לגדר "הטרדה אחרת") – יש סעיף מובנה של פסלות ראיה.

קורטם הסתמך על **פ"ד ואקנין** – סיפורו של חייל, שהמשטרה הצבאית חשדה שהשתמש בסמים ובלע אותם, כדי להעלים ראיות. רצו להכריח אותו לשתות את מי מלח, להקאת הסמים, והוא סרב. חיילי המשטרה הצבאית השתמשו בכוח וגרמו לו לשתות. זהו המקרה הראשון בו הועלתה הטענה של "הטרדה אחרת". ביהמ"ש העליון פסק, כי אכן מדובר "בהטרדה אחרת", והסמים פסולים מלשמש כראיה. הדיון הנוסף הפך את ההחלטה, וקבע כי אין מדובר בהטרדה אחרת (אלא זוהי תקיפה, הפעלת כוח וכו') לצורך חוק הגנת פרטיות.

קורטם ניסה לתפוס טרנד על הסיפור, שכן תביעתו נדונה בין שתי ההחלטות לעיל. המטרה הייתה להשיג את פסלות הראיה. אולם, השופטים לא קיבלו את הטענה. המקרה של פ"ד קורטם היה בדיוק בתקופת הביניים, במסגרתה ההלכה הייתה שהכפייה הזאת היא "הטרדה אחרת". בנושא הזה לא הייתה מחלוקת בין השופטים וכולם היו תמימי דעים שצריך היה לנתח את קורטם. במקרה של פס"ד וקנין כל המטרה הייתה להוציא מהחייל את הסמים כדי להשתמש בהם כראיה. לעומת זאת, במקרה של פס"ד קורטם, ההליך של הוצאת הסמים נעשה ע"י רופאים, שעשו זאת מתוך ניסיון להציל את חייו. לכן עמדה להם הגנת תום הלב, הגנת החובה המקצועית וכו'.

**האם במקרים כאלה נכון היה לטפל בו ונתחו ללא הסכמתו?** מדובר בתקופה טרם קבל חוק זכויות החולה. בפ"ד התעוררו חילוקי דעות עקרוניים בין השופטים בך ובייסקי, לגבי זכותו של אדם במדינת ישראל להתנגד לטיפול ועל היכולת לכפות טיפול על אדם מתנגד.

**השופט בך** טוען, כי גם במדינת ישראל, כמו בכל המדינות המערביות הנאורות, חל הכלל של זכות האדם על גופו, זכותו של האדם לסרב לטיפול רפואי, גם כשמדובר בטיפול מציל חיים. מותר לאדם לסרב לטיפול מציל חיים. כשם שהעולם המערבי-הליברלי-דמוקרטי מקדש את זכותו של האדם על גופו, גם אנחנו צריכים לא לכפות טיפול על אדם שמתנגד לכך.

אבל, אנו **צריכים לבדוק את משמעות הסירוב (להבדיל בין הסיבות להתנגדות), יש לבחון את המניע שבגללו הוא מסרב** – האם הסירוב מונע ממניעים חיצוניים, או שמא ממניעים פנימיים?

* **מניעים חיצוניים** – פחדים שאינם נוגעים למצב הגופני, אין להתחשב בהם.
* **מניעים פנימיים** – שכנוע עמוק, שמבוסס על ערכים ואידיאולוגיה, ובו יש להתחשב.

השופט בך סווג את הפחדים של קורטם **כמניעים חיצוניים – הוא לא מפחד מהטיפול עצמו ולא מתופעות הלוואי של הטיפול, אלא מתוצאה חיצונית, שכביכול לא קשורה לטיפול עצמו (פחד מכניסה לכלא) לפיכך, מותר לכפות עליו טיפול.**

**השופט בייסקי** הלך בכוון אחר. לגישתו, אנו מדינת ישראל, מדינת העם היהודי שעבר את השואה, שחשובה לו קדושת החיים, זה המוטו שלנו. לפיכך, באיזון שבין קדושת החיים לאוטונומיה של אדם על גופו, קדושת החיים תגבר ברוב המקרים – ניתן לטפל, גם בניגוד להסכמה. המסורת היהודית מחייבת אותו לקדושת חיים כערך עליון ולהציל את המטופל בכל מחיר. לגישתו, מדובר בבחור צעיר שיכול לחיות מצוין, ואין סיבה שלא להצילו.

בסופו של דבר הויכוח הזה לא נצרך להכרעה בפס"ד הזה, וכל הדיון הזה היה במסגרת אוביטר. אבל הדיון הזה הפך להיות הכי משמעותי ומשפיע בשיח של כפיית טיפול והצלת חיים למול זכות האדם על גופו. כל פסקי הדין שניתנו בהמשך בנושא, התייחסו לפס"ד קורטם, תוך התייחסות לדבריהם של השופטים בך ובייסקי. הביקורת בעיקר קטלה את בך, מתוך אמירה שלבייסקי יש תפיסה מוסדרת (הפילוסופיה היהודית), בעוד שלבך אין "שורה תחתונה". כיצד ניתן להחליט מהו מניע חיצוני ומהו מניע פנימי? ברגע שמחליטים מה המניע של אדם, כבר מפעילים עליו פטרנליזם.

יש לציין, כי בייסקי הביא מקורות מהמשפט העברי שמראים, שלא תמיד כופים טיפול על אדם. במשפט העברי עורכים הבחנה בין חולי ומכה שבגלוי (גלויה לעין) לבין חולי פנימי (שקורה בתוך הגוף ולא רואים).

**פ"ד שפר** – פסק הדין נחלק שלושה חלקים עיקריים –

1. איזון בין מדינה יהודית למדינה דמוקרטית.
2. השופט אלון דן בהשלכות של האיזון על הנושא של זכות האדם על גופו.
3. השופט אלון מיישם את הבנתו על המקרה הקונקרטי – ילדה, חולת בטייזאקס, שמצבה הולך ומתדרדר. אם הילדה מבקשת להפסיק את הטיפול. השופט בוחן את הסוגיה הכללית, את האפשרות להימנע מטיפול בסוף החיים, ביכולת להתנגד לטיפול כזה.

עמדת השופט אילון דומה לזו של השופט בך - מאפשר לעשות הפרדה בין סוגי ההתנגדויות. הרעיון המרכזי של התנאי השלישי – אנו שוקלים, האם ההתנגדות רצינית, האם היא ממקום אמיתי, האם היא נובעת ממניע חיצוני, או פנימי?

**רוב המקרים המגיעים לוועדת האתיקה מסתיימים בפשרה, בגישור, מדברים עם המסרב ומניחים את דעתו, עוזרים לו לפטור את הסיבה שבגינה הוא מסרב לקבלת הטיפול הרפואי.** אולם, כאשר האדם עומד איתן על סירובו לקבל טיפול הרפואי, עוזבים אותו לנפשו (במקרים אלה, בכלל לא נגיע לוועדת האתיקה).

המקרים שכן מגיעים לוועדת האתיקה, הם אלו בהם הרופא מרגיש ש"יש פה משהו לא בסדר, שלא מסתדר", שניתן לשנות את עמדתו של המסרב. התחושה של הרופא היא, שיכול להיות שהסירוב של המטופל נובע ממניעים לא נכונים, לא רציונליים, שלא עולים בקנה אחד עם האדם עצמו, עם הערכים, הרצונות ואורח החיים שלו. במקרים כאלה, וועדת האתיקה תשקול כפייה של הטיפול הרפואי. הדבר קורה לעיתים נדירות, מדובר במקרים בהם האדם באופן ממשי מעניק הסכמתו למפרע.

* ב-2012 הגיעו רק 4 מקרים לדיון בוועדת האתיקה, כולם בעניין שביתת רעב.
* בהרבה פעמים, גם האפשרות המעשית, דהיינו האפשרות לכפות טיפול, מכריעה (לדוג' – לא ניתן לכפות על אדם להזריק לעצמו אינסולין בכל יום).
* הכלל הוא ס' 13, לפיו לא יינתן טיפול רפואי בניגוד להסכמתו של המטופל. ס' 15(2), המורה על כפיית טיפול, מהווה חריג לכלל האוטונומיה.
* האם גם ס' 15(1) ו-15(3) הם חריג לכלל האוטונומיה? לא, משום שכלל אין אוטונומיה, או שאין לנו אפשרות לדעת מהי עמדת המטופל.

דוג' נוספת – אישה בחדר לידה, יש מצוקה עם העובר. הדרך היחידה – ביצוע **ניתוח קיסרי**, אך האישה מסרבת. האם ניתן לכפות עליה את הטיפול? **ס' 15(2) מדבר על הסכנה של האדם עצמו**. **השאלה היא – מי נמצא בסכנה? אם העובר מצוי בסכנה, לא ניתן לכפות על האישה ניתוח קיסרי. אולם, אם האישה עצמה בסכנה, זה כבר סיפור אחר, ניתן לטפל בה גם ללא הסכמתה.**

**מסירת מידע רפואי לאחר, ס' 20א'(5) –**

סעיף 19 לחוק זכויות החולה מדבר על החובה לשמור על הסודיות הרפואית של החולה. סעיף 20 מונה רשימה של חריגים. הסעיף מאפשר מסירת מידע רפואי סודי של אדם לאחר, דהיינו להפר את הסודיות הרפואית, במידה ואנו סבורים שהדבר נחוץ להגנת אדם אחר, או החברה.

(א) "מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי לאחר בכל אחד מאלה: (5) וועדת האתיקה קבעה, לאחר מתן הזדמנות למטופל להשמיע את דבריו, כי מסירת המידע הרפואי על אודותיו חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור וכי הצורך במסירתו עדיף מן העניין שיש באי-מסירתו". **סעיף 20(א)(5) קובע, כי כאשר מדובר במקרה שבו מסירת המידע הרפואי חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור, יכולה וועדת האתיקה להתיר מסירת המידע.**

וועדת האתיקה היא המאשרת את ההפרה של הסודיות. סעיף 20(א)(5) הוא חלק ממכלול של מקרים, בהם אנחנו מפרים סודיות רפואית של אדם, מתוך רצון להשיג מטרה חשובה יותר מזה. הדבר רלוונטי בעיקר כאשר מעוניינים למסור מידע לאדם אחר או לכלל הציבור, **לשם הגנתו של אדם אחר או של הציבור** (במקרים של מחלה מידבקת, מחלת נפש, אפילפסיה). השאלה עולה רק כאשר המטופל מסרב שהמידע יימסר, על אף שהוסברה לו חשיבות מסירת המידע, ולאחר ניסיונות השכנוע. חובה לשמוע את המטופל. ראשית כל, יש לנסות לשכנע אותו למסור את המידע הרפואי בעצמו. רק אם הוא לא מסכים, ניתן לאיים עליו בחשיפת המידע. על ההחלטה להתקבל תוך 30 יום לכל המאוחר.

וועדת האתיקה, לאחר שהיא בוחנת את כל המידע ומחליטה שיש עדיפות למסירת המידע, יכולה להפר את הסודיות הרפואית של החולה, כדי להגן על הזולת. הצוות הרפואי לא יכול לעשות זאת לבדו.

* **דוג' למקרה בהם מסירת מידע לא נחשבת הפרה של סודיות** – לפי חוק בריאות העם, ישנה רשימה של מחלות מדבקות, שצריך לדווח עליהן למשרד הבריאות. רופא שדיווח למשרד הבריאות על חולה שיש לו מחלה מדבקת, לא הפר את הסודיות הרפואית.

**הזכות למידע ומניעת מידע –**

ס' 13ד' (אי מסירת מידע במסגרת התהליך הרפואי) – "על אף הוראות סעיף קטן (ב), רשאי המטפל להימנע ממסירת מידע רפואי מסוים למטופל, הנוגע למצבו הרפואי, אם אישרה וועדת אתיקה כי מסירתו עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל".

סעיף 13(ד) דומה לסעיף 18(ג) כי שניהם מדברים על אי-מסירת מידע למטופל עצמו. אך סעיף 18 מדבר על מסירת מידע מרשומה רפואית, בעוד סעיף 13 מדבר על מסירת מידע לגבי טיפול רפואי. בנוסף, סעיף 18 מדבר על מידע לאחר טיפול וסעיף 13 מדבר על מידע שנמסר לפני טיפול, לשם קבלת הסכמה.

בארץ הוחלט שלא מספיק להשאיר את שיקול הדעת אצל הרופא. במקרה בו רופא מבקש להימנע ממסירת מידע רפואי למטופל, נקבע כי עליו לקבל את אישור וועדת אתיקה. אולם למרות שהחוק מחייב זאת, בדרך כלל מקרים מסוג זה נסגרים בתוך המחלקה עצמה. **רופאים רבים בכלל לא מודעים לכך שהם חייבים להעביר את העניין לוועדת האתיקה, או שרופאים סבורים שזה פשוט צעד לא מעשי**. מדובר בהחלטות שמתקבלות חדשות לבקרים, ואין זה מעשי להביא כל עניין כזה בפני וועדת אתיקה. לדעת המרצה, הרבה פעמים "היד קלה על ההדק" בכל הנוגע להסתרת מידע ממטופלים. גם אם באמת זה לא מעשי לפנות לוועדת האתיקה, נדמה שצריך להתייעץ על זה בצורה יותר מקצועית בתוך המחלקה. חשוב להבין למה המשפחה רוצה להסתיר מהמטופל ולנסות גם לשכנע אותם שלא כדאי.

ס' 18ג' (אי-מסירת מידע מהרשומה הרפואית) – "על אף הוראות סעיפים קטנים (א) ו-(ב) רשאי מטפל להחליט שלא למסור למטופל מידע רפואי מלא או חלקי המתייחס אליו, אם המידע עלול לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של המטופל או לסכן את חייו; החליט המטפל כי אין למסור למטופל מידע כאמור בסעיף קטן זה, יודיע מיד על החלטתו לועדת האתיקה ויצרף את המידע שלא נמסר למטופל ואת נימוקיו לאי מסירתו". ניתן למנוע מסירת מידע מהאדם עצמו.

* מצב בו המטופל מבקש לקבל מידע רפואי מתיקו הרפואי (בע"פ, בצילום).
* תאושר החלטת המטפל לא למסור מידע (כולו או חלקו) אם המידע "עלול לגרום נזק חמור לבריאותו הנפשית או הגופנית" של המטופל.
* הוועדה יכולה לאשר את מסירת המידע לאחר.
* הוועדה רשאית לשמוע את המטופל.
* ההחלטה תינתן תוך 30 יום לכל המאוחר.

גם במקרים אלה, הנושאים בדרך כלל לא מגיעים לוועדת העתיקה. מכיוון וחוק זכויות החולה קבע שצריכות להיות וועדות, אך לא קבע תקציב לוועדות, תכנית הכשרה לוועדות או תכנית הטמעה, ההפעלה שלהן מאוד מקרטעת.

|  |  |
| --- | --- |
| **סעיף 13(ד)** | **סעיף 18(ג)** |
| אי-מסירת מידע לגבי טיפול רפואי | אי-מסירת מידע מרשומה רפואית |
| אי-מסירת מידע שאמור להימסר לפני טיפול | אי-מסירת מידע שניתן לאחר טיפול |
| מסירת המידע היא מיוזמתו של המטפל, כדי לקבל הסכמת המטופל | מסירת המידע נובעת מיוזמתו של המטופל, המבקש לקבל מידע על התיק הרפואי שלו |

סמכויות הוועדה באות לאשר חריגה מהכללים הרגילים של חוק זכויות החולה, השומרים על זכויות החולה והאוטונומיה שלו. יש לנו חריגים, המאפשרים לנו לפעול אחרת, להסתיר מידע מחולה ואף לכפות טיפול על אדם. אלו הן סמכויות מורכבות.

סמכויות ועדת האתיקה על פי חוק מידע גנטי (חוק המפנה לוועדת האתיקה) –

**ס' 14ב'** – "על אף הוראות סעיף קטן (א), רשאי מטפל להחליט שלא למסור לנבדק תוצאות בדיקה גנטית שנערכה לו, מלאות או חלקיות, אם ידיעתן עלולה לגרום נזק חמור לבריאותו הגופנית או הנפשית של הנבדק או לסכן את חייו; החליט המטפל כאמור, יודיע מיד על החלטתו לועדת אתיקה ויצרף את התוצאות שלא נמסרו לנבדק ואת נימוקיו לאי-מסירתן, ולענין זה יחולו הוראות סעיף 18 לחוק זכויות החולה". **הסעיף מאפשר שלא למסור מידע גנטי לאדם עצמו, בכפוף לאישור ועדת אתיקה, כאמור בס' 18 לחוק זכויות החולה** (המידע עשוי לגרום לו נזק). דוג' – אדם שמצבו הנפשי שברירי מאוד, שהמידע עשוי להרע את מצבו עוד יותר – מעבר לקושי הרגיל שיש בקבלת מידע זה.

**ס' 20** – "מטפל ומי שנותן ייעוץ גנטי רשאי למסור מידע גנטי למטפל אחר או לאדם אחר הנותן ייעוץ גנטי לצורך טיפול בקרוב של הנבדק אלא אם כן הודיע הנבדק על התנגדותו לכך; על אף התנגדותו של הנבדק ניתן למסור את המידע למטפל אחר אם ועדת האתיקה, לאחר ששמעה את הנבדק, שוכנעה בכל אלה:". **מסירת מידע גנטי לצורך טיפול בקרוב, כאשר המטופל מסרב**. המטופל מסרב, והמידע הינו לצורך טיפול בקרוב. לדוג' – מתגלה כי אדם נשא איידס. לפי הסעיף, כשעולה חשש כזה, שאנו עלולים שלא להגיע למישהו שצריך לדעת את המידע הגנטי, הוועדה יכולה להחליט למסור את המידע, אך לא לקרוב עצמו, אלא למטפל שלו – ליצור קשר עם רופא המשפחה, למשל, לא לפנות ישירות. החוק לא מאפשר פנייה לקרוב עצמו, אלא אך למטפל שלו. רופא המשפחה יהווה כצינור להעברת המידע.

* רק כאשר המטפל מסרב.
* המידע נחוץ לשמירה על בריאותו של קרוב, או לשיפור בריאותו, וכן למניעת מוות, מחלה, או נכות חמורה, לרבות קרוב שטרם נולד.
* מסירת המידע הגנטי היא הדרך היחידה להשיג מטרות אלו. חשיפת המידע תהא אך ורק, אם אין שום ברירה אחרת.
* התועלת לקרוב עולה על הנזק למטופל, או שהסירוב לא הגיוני.

הגם שאנו מאפשרים חריגה מהזכות של הסודיות הרפואית (ס' 20א' לחוק זכויות החולה וס' 20 לחוק מידע גנטי), אנו מעוניינים לצמצמה ככל שניתן. **אנו מעוניינים להפר את הסודיות בצורה המינימליסטית ביותר, זוהי הנחיה מפורשת בחוק. אנו מפרים את הזכות לסודיות רפואית, כי היא אינה מוחלטת, אך עושים זאת במינימום של פגיעה.**

**ס' 18 לחוק זכויות החולה** – הסעיף מאפשר מסירת מידע לאדם אחר, משום שאם נמסור למטופל עצמו, זה עשוי להזיק לו. כלומר, **כשמעוניינים למנוע המידע מהמטופל עצמו, ניתן למסורו לאדם אחר**. **ס' 20א'5 לחוק זכויות החולה** (מסירת מידע רפואי לאחר) מאפשר מסירת מידע לצד ג', כשהוא עצמו נמצא בסכנה.

**פ"ד טרסוף** – מקרה קלאסי בתחום של אתיקה רפואית מארה"ב. סטודנט שהיה מטופל אצל השירות הפסיכולוגי, עבר תקופה קשה מאוד עקב העובדה שחברתו נפרדה מימנו. במהלך הטיפול הוא הודיע כי הוא הולך לרצוח את הבחורה. הפסיכולוג התרשם כי האיום שלו רציני. הוא פנה למשטרה, והודיע על כך. המשטרה המקומית עצרה הבחור, תחקרה אותו ושחררה אותו. לבסוף, הוא אכן רצחה את הבחורה. המשפחה הגישה תביעה כנגד הפסיכיאטר, בטענה כי היה עליו להזהיר את הבחורה, ולא להסתפק בפנייה למשטרה. מדובר בעניין של איזונים – האמון שאדם רוחש למטפלו בעיקר בתחום בריאות הנפש הוא שברירי – אם מטופלים ידעו כי הדברים עשויים לזלות החוצה, הם לא יספרו את המחשבות שלהם, שכן הם ידעו שזה מסוכן, לא ישמרו את הסודיות שלהם. על כן, שמירה על סודיות היא חשובה, באופן כללי, הסוד הרפואי שמור. יש לנו אינטרס שהאמון של המטופלים במטפלים ישמר.

ביהמ"ש סבר, כי היה על המטפל להתריע את הבחורה. יש חובה מוסרית על המטפל, למנוע נזק מאנשים אחרים, שהוא חושב שהם מצויים בסכנה, ע"י כך שיזהיר אותם.

לפני סעיף 15(2), היו לנו מקרים כמו המקרה של **פ"ד קורטאם** (סוג של תקיפה). הייתה הגנה לרופאים גם בחוק העונשין וגם בפקודת הנזיקין, מכוח עקרון תוה"ל – ביצעו את התקיפה, שכן הייתה מוטלת עליהם חובה מוסרית לעשות זאת. מרגע שמוטלת על המטפל חובה מוסרית, הוא מוגן. אולם, זה לא חלחל לחוק זכויות החולה, החוק מאוד מצומצם, הרופא לא בטוח כי הוא מוגן מבחינה חוקית. **לוועדת האתיקה יש מנדט צר – למסור את המידע כשהוא עלול לסכן צ' ג', ולא כאשר הוא עשוי לסכן את המטופל עצמו.**

**מה קורה במקרה השלישי, לגבי מסירת מידע לצד ג', כאשר המטופל נמצא בסכנה?** לדוג' – אדם המנסה להתאבד, מעוניינים שמישהו יפקח עליו עין. יש לנו לקונה, אין לנו סמכות חוקית למסור למשפחה את המידע.

חוברת של מנכ"ל משרד הבריאות, לעניין מסירת מידע לבני/בנות זוג של נושאי איידס – נקבע, כי **שיקול הדעת אם לפנות לוועדת האתיקה הינו של הרופא (רשאי), הוא לא מחויב לפנות**. על כן, תיתכן סיטואציה בה הוא לא פונה, ויש הדבקות, ואז תובעים אותו. הרוח של חוק זכויות החולה הינה לכבד התנגדות, ורק במקרים חריגים במיוחד נפנה לוועדת האתיקה, לא בכל מקרה ומקרה. ישנה מחלוקת משפטית, אך הטלת חובת פנייה לא תואמת את רוח חוק זכויות החולה. כיום, יש אך חובה מוסרית.

חלופה לוועדת האתיקה – ס' 24ג' לחוק זכויות החולה

"התעורר מקרה שיש בו צורך בהכרעה דחופה של ועדת האתיקה ולא ניתן לכנסה בדחיפות הנדרשת מסיבה כלשהי, **יוקנו לבית המשפט המחוזי סמכויותיה של ועדת האתיקה**". במצב בו לא ניתן לכנס את הוועדה, הסמכויות עוברות לביהמ"ש המחוזי.

היו לנו מס' מקרים, בהם ביה"ח פנה לביהמ"ש על מנת לבקש כפיית טיפול, והתעלם מכך שכיום יש צינור חדש של וועדת האתיקה (פנה לצינור המוכר לו – ביהמ"ש המחוזי). בשנים האחרונות יש שינוי מגמה, בתי המשפט קובעים – אין זה בסמכותי, יש מסלול לפעול בו – אם כלל לא נעשה ניסיון לכנס את וועדת האתיקה, אין לו סמכות לפעול. בכמה וכמה מקרים, ביהמ"ש שלח את בית החולים לוועדתה אתיקה שלו.

הסיפורים חושפים מציאות עגומה – בהרבה מאוד בתי חולים, אין וועדת אתיקה. גם אם יש וועדה, בפועל לא פונים אליה (לא מתכנס אף פעם).

* במקרה של אישה בהריון, פניה לוועדת האתיקה לפי 15(2) לא תמיד אפשרית – רק אם האישה בסכנה, ולא רק אם התינוק.

**סיכום סמכויות וועדת האתיקה –**

1. כפיית טיפול על חולה המתנגד לקבלת טיפול – בעבר היו דעות שונות בנושא (כפי שראינו באוביטר **בפ"ד קורטאם**). גם בפסקי דין נוספים נקרא בית המשפט לדון בכפיית טיפול. לדוגמא: **פ"ד טרבלסקי** – מדובר היה בגברת בת כ-85, אשר סבלה מנמק ברגל והרופאים רצו לכרות לה את הרגל. היא לא רצתה להיות תלויה באחרים וביקשה למות. בני משפחתה התנגדו להחלטתה וניסו בכל הדרכים שיכלו לשכנע אותה, אך היא סירבה. מכיוון שכך, בני המשפחה פנו לבית משפט בבקשה שיכריז עליה כחסויה וימנה לה אפוטרופוס. אך השופט שנפגש איתה, גם מהתרשמותו וגם מחוות דעת פסיכיאטריות אמר שאינו יכול להכריז עליה כחסויה, שכן הגברת צלולה לחלוטין. לכן, בהינתן כך, לא הסכים שייכפה עליה טיפול וקבע שיש לקבל את דעתה. כל זאת לפני חוק זכויות החולה.

המקרה של הגברת טרבלסי נגמר בכך שהמשפחה מאוד לחצה עליה, תוך היעזרות בשכנועיו של רב, והיא הסכימה לעבור את הניתוח. אולם כמה ימים לאחר הניתוח היא מתה כתוצאה מכאבים קשים. לדעת המרצה, אם המקרה היה מגיע לוועדת האתיקה, אם האישה הייתה נשארת בסירובה, לא היו כופים עליה את הטיפול. בהתחשב בתנאים של סעיף 15(2), אישה בגיל כל כך מתקדם, עם סכרת כל כך קשה כפי שהייתה לה, ואישה שהייתה עצמאית כל חייה ועצמאותה הייתה חשובה לה, היו מתקשים לומר שיש סיכוי סביר שהיא תיתן את הסכמתה למפרע. אולם, בהיעדר חוק זכויות החולה, פסיקת בית המשפט לא הייתה אחידה. כל שופט החליט לפי השקפת עולמו.

1. מסירת מידע רפואי לאחר – סעיף 19 מדבר על סודיות רפואית וסעיף 20 נותן חריגים לסודיות הרפואית, כמו במקרים שהחוק מחייב לדווח. לדוגמא: במקרה של מחלות מדבקות, מי שעשוי להיות מסוכן בהחזקת נשק, מי שעשוי להיות מסוכן בהחזקת רישיון נהיגה.

יש רשימה של מקרים בסעיף 20א', שמאפשרים למטפל או למוסד רפואי למסור מידע רפואי לאחר:

1. **"המטופל נתן את הסכמתו למסירת המידע הרפואי"** – המטופל יכול לתת הסכמה בכתב (חתימה על טופס ויתור סודיות רפואית) או בהתנהגות (לדוגמא: אם מטופל נכנס לטיפול יחד עם קרוב משפחתו או בן זוג – שאז הוא משדר שלא אכפת לו שאותו אדם יידע). ויתור סודיות בהתנהגות צריך לקחת בעירבון מוגבל, שכן לפעמים המטופל אינו יודע על מה הרופא עומד לדבר איתו והיה מעדיף שעל נושאים מסוימים לא ידבר הרופא בנוכחות מי שהגיע עם המטופל פנימה. לדוגמא – במגזר הערבי, חמותה של בחורה שהתחתנה הופכת למלווה שלה בכל העניינים הרפואיים, והדבר עשוי להיתפס כמו ויתור על סודיות רפואית בהתנהגות, אף שאין הדבר כך.

1. **"חלה על המטפל או על המוסד הרפואי חובה על פי דין למסור את המידע הרפואי"** – מחלות מדבקות וכדומה.
2. **"מסירת המידע הרפואי היא למטפל אחר לצורך טיפול במטופל".**
3. **"לא נמסר למטופל המידע הרפואי לפי סעיף 18(ג) וועדת האתיקה אישרה את מסירתו לאחר"** – סעיפים 4 ו-5 כבר מערבים את וועדת האתיקה. צד אחד של המטבע זה לקבל מידע על בריאותו והצד השני הוא שאף אחד אחר לא יקבל את המידע הזה. יש אבל מקרים שמחליטים למנוע בהם מידע מהמטופל. וועדת האתיקה יכולה להחליט שלא למסור את המידע הרפואי למטופל כי זה עשוי לפגוע בו, אבל למסור אותו לאחר (לדוגמא: בן זוג).
4. **"וועדת האתיקה קבעה, לאחר מתן הזדמנות למטופל להשמיע את דבריו, כי מסירת המידע הרפואי על אודותיו חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור וכי הצורך במסירתו עדיף מן העניין שיש באי-מסירתו"** – וועדת האתיקה יכולה להפר את כללי הסודיות הרפואית, אם היא חושבת שיש פה סיכון לציבור באופן כללי. לדוגמא: כאשר יש חשש שבן זוג לא יודע כי לבן זוגו יש איידס.

**סעיף 20(ב) מבקש לצמצם את תחולתו של סעיף 20(א)** וקובע כי מסירת המידע "לא תיעשה אלא במידה הנדרשת לצורך העניין, ותוך הימנעות מרבית מחשיפת זהותו של המטופל".

סעיף 20(ב) בא להסביר לנו שיש להיזהר במסירת מידע רפואי ולא להפריז איתו. בעבר היה מקרה של מנתח בבית חולים שהיה חשש שהוא חולה איידס. היה לחץ מאוד גדול לפרסם את השם שלו. אולם היו דרכים אחרות להגיע לאותה מטרה. בית החולים פנה לכל אותם אנשים שנותחו על ידו כדי להיבדק (והתגלה שאף אחד לא נדבק). אבל הציבור רצה שם ותמונה בעיתון. בסופו של דבר, הלחץ הציבורי הכריע ושמו ותמונות פורסמו. נזק כבד נגרם לו, למשפחתו ולבני יישובו. לדעת המרצה, מדובר במקרה בו פעלו בצורה שגויה. גם כשחושפים מידע רפואי על אנשים, צריכים לעשות זאת במידה הנדרשת לצורך העניין, אחרת עלולים לגרום נזק למטופל, שהוא מעבר לנדרש.

יש לזכור גם שההתייחסות לאיידס השתנה עם השנים. כיום זו כבר לא נחשבת מחלה קטלנית, כפי שהיא נחשבה בעבר. אחת ההחלטות החשובות הייתה שכמה שיותר אנשים ידבקו. זה נבע מתוך מחשבה שיותר הידבקויות קורות כשאנשים לא יודעים שהם חולים. ניסיונות הדבקה הם בשוליים. לרוב, נשאי איידס מתנהגים בצורה אחראית שתמנע הדבקה. לכן, אפשרו בדיקות ללא כסף ובדיקות ללא הידבקות. ולכן, אחוזי ההידבקות באיידס במדינת ישראל נמוכים משמעותית ממדינות מערביות אחרות.

נשאלת השאלה מה קורה כאשר המידע מתגלה כדרך אגב? נניח אדם מאושפז בגלל סיבוך של איידס כתוצאה מדלקת ריאות. האחיות רואות שמגיעה בחורה לבקר והן מגלות שהיא בת הזוג שלו בשנה האחרונה. האם יש חובת דיווח לאישה? **חוק זכויות החולה מונע את האפשרות מהרופא לספר לבת הזוג. עליו להעביר את המקרה לוועדת האתיקה, כדי שתחליט האם מסירת המידע מצדיקה את הפרת הסודיות הרפואית של המטופל.** עושים את זה בעיקר כשיודעים שיש בן/ת זוג קבועים.

**מקור הקושי בטיפול בחולה בסוף החיים – חוק החולה הנוטה למות**

**טיפול בחולה הנוטה למות** – כשמטפלים באדם בסוך חיו, הדבר מורכב. מדוע? הצורך של הצוות הרפואי להתייצב מול מצב קיים שאיתו לא ניתן להתמודד הינה מציאות מורכבת. רופאים מחונכים לראות במוות אויב. בגישה כזו, הם מעוניינים להיות אקטיביים כל הזמן, ליצור מציאות בה הם מצליחים להילחם ולהכחיד את המוות. במצב של חולה סיפוני ולא מצליחים, זה מאוד קשה נפשית והתנהגותית – חוסר אונים, השלכות אישיות, הגדרה מחדש של מטרות הטיפול (לא מטפלים כדי לרפא, אלא מטפלים כדי להקל על הסבל).

הערכים האתיים המתנגשים –

* קדושת החיים והרצון להאריך את החיים ככל שניתן, לעומת איכות החיים.
* מניעת כאב וסבל – האם נפעל להארכת החיים, בהינתן כי אנו יודעים שהם מלאי סבל?
* הטבה עם החולה – מה נכון לו? מה טוב לו?

* רצון החולה / האוטונומיה של החולה – ייתכן כי הוא רוצה למות, כי הוא סובל כעת. מנגד, ישנם מצבים בהם אין אוטונומיה, והחולה מבקש למות בשל הסבל. מה עושים?

אנשים הנמצאים בסוף החיים, הסובלים ממחלות קשות, אנשים שלא ניתן לרפאם – י הרבה. חוק החולה הנוטה למות מתייחס לקבוצה מאוד מאוד קטנה. **הקבוצה אליה מתייחס חוק זכויות החולה – אנשים הסובלים מבעיה רפואית חשוכת מרפא, ושתוחלת החיים שלה, גם אם יינתן הטיפול הרפואי, לא עולה על שישה חודשים.**

**מיהו החולה הנוטה למות?**

* סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא.
* תוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שיש חודשים.
* רופא אחראי קבע כי הוא חולה הנוטה למות.

מדוע רק קבוצה זו? מה עם אנשים החיים כצמח/ניוון שרירים מתקדם (כרוניקה של מוות ידוע מראש)?

ההיסטוריה של החוק – החל מסוף שנות ה-80 החלו להגיע לבתי המשפט מקרים של אנשים שביקשו לא לקבל טיפולים שיאריכו את חייהם. מקרים אלה היו מאוד קשים להתמודדות, עד כדי כך שהם ניסו ככל הניתן על מנת שלא לדון בהם בכלל. כך היה בשני התיקים הראשונים – שני חולים בניוון שרירים שביקשו שלא יחברו אותם למכונות הנשמה, הם מתנגדים לכך. ביהמ"ש דחה את העיסוק מאליו, שכן אל רצה להתמודד עם זה.

החלו להגיע מקרים לבתי משפט המחוזיים, בהם התפתחה הלכה פסוקה מסוימת. נק' ציון –

* **פ"ד בנימין אייל** – חולה בניוון שרירים. לא מוכן להגיע אל השלב של חיבור למכונות הנשמה ופונה אל הרופאים – כשאגיע למצב של חיבור למכונות הנשמה, מצב בו כבר לא אוכל לדבר, אינני מסכים לכך. הרופאים טוענים – יש לנו חובות, חובה מקצועית לטפל לפי חוק העונשין (לפני ס' 15(2) לחוק זכויות החולה). בנימין אייל, חולה ALS במצב מתקדם, פנה בשנות ה-60' לביהמ"ש המחוזי בבקשה לסעד הצהרתי, שלא יחובר למכונת הנשמה בבוא העת, לאחר שהרופא שלו הסביר לו שהן מבחינה אתית והן מבחינה משפטית נאסר עליו שלא לעשות זאת.

ביהמ"ש – זימן וצרף את נציגי הפרקליטות, על מנת לקבל מהם הבטחה שבמקרה כזה הם לא יעמידו את הרופאים לדין. לרופאים – במקרה כזה, כשיגיע הרגע, יש לקחת בחשבון, במסגרת השיקולים, גם את השיקול של המטופל – לא תועמדו לדין. ההחלטה עדין בידי השופטים, אך ביהמ"ש קובע כי לגיטימי הוא לשקול את רצון המטופל.

במקרה הזה נעשתה פריצת דרך, בכך שבפעם הראשונה קבע השופט **שלגיטימי לשקול במסגרת קבלת ההחלטות הטיפוליות את רצונו של המטופל**. על מנת שיהיה לגיטימי לשקול את הרצון הזה, ברגע האמת החולה צריך להיות בהכרה ובצלילות, הנושא צריך לעמוד על הפרק, וההחלטה צריכה להתקבל ע"י רופא בכיר. אם התנאים הללו יתקיימו, הרי שאם מתוך שקילת רצון המטופל יוחלט שלא לחבר אותו למכונה, הצוות לא יואשם בעבירת המתה. הדברים היו מהפכניים ביותר ביחס לתקופה. מדבריו של הש' גורן עולה שהוא לא רואה כיצד ניתן להרחיב מעבר לכך, בהתחשב בערכי קדושת החיים וחוק העונשין. במקרים מאוחרים יותר היו פ"ד שהמשיכו את אותו הקו ואחרים שסירבו ללכת בדרך הזו.

* **פ"ד איתי ערד** – חייל בשנות ה-40 לחיו, חולה בניוון שרירים. הוא פונה לביהמ"ש בהליך של המרצת פתיחה ומבקש להורות לרופאים שלא לחברו למכונות הנשמה. השופט קובע – "רצונו, כבודו", המטופל, ברגע שהוא כשיר וצלול, הוא המחליט, ולא הרופאים. הרופאים לא רשאים לשקול, אלא חייבים שלא לחבר אותו. גם אם יהיו סיבות לחיבור, והוא מתנגד, תנתקו. הש' טלגם עשה צעד נוסף קדימה, כשקבע כי חייבים להיענות לבקשתו, ואם לא די בכך, הרי שאם בכל זאת יחובר, יש לנתקו. למעשה, הש' מבטל כאן את ההבחנה בין "אקטיבי" ל"פאסיבי", מתוך השקפה שלפיה זה היינו הך.

שנתיים לאחר פ"ד, הוא כבר לא יכול לדבר, לוקחים אותו לבית החולים הקרוב לביתם – הרופא משכנע אותו כן לחבר אותו למכונת הנשמה, הוא סבור כי המצב ניתן להיפוך. הסתבר, לבסוף, כי לא ניתן לנתקו מהמכונה. הרופאים – לא מנתקים אנשים מהמכונות, לא נעשה זאת.

המשפחה פונה לביהמ"ש המחוזי, בבקשה לנתק מהמכונה – אף אחד לא טוען שהוא שינה את דעתו, ועל כן יש לנתק אותו. המשפחה חוזרת לבית החולים, אך הרופאים טוענים – לא מוסרי ולא אתי לנתק את החולה מהמכשיר. בבית החולים הדסה היה רופא שטיפל בו שנים רבות, אשר בסופו של דבר מנתקו מהמכונה – נותן לו מורפיום שמרדים אותו, ומנתק אותו (לאחר 24 שעות הוא נפטר).

המדינה סערה מאוד עקב המקרה, שהבהיר עד כמה יש אי-אחידות. שלמה בניזרי, כשר הבריאות, הגיע ליום עיון בבית החולים הדסה – "אני אקים ועדת ציבורית ממלכתית לבחינת העניין". עוד לפני כן, ס' 10 בהצעת חוק החולה ביקשה להסדיר את הנושא של זכות האדם למות בכבוד, לפי השקפתו. לבסוף, מנסחי ההצעה הסכימו למשוך את ההצעה, משום שהם הבינו כי אין סיכוי שהחוק יעבור.

הנושא הוביל לסערה ציבורית ולמחלוקת עמוקה ביותר, ובעקבות זאת **הוחלט על הקמת ועדה ממלכתית (ועדת שטיינברג), שתדון ביצירת הסדר חוקי ודאי וחד-משמעי**. לעניין הזה, ראוי לציין שנימוק התומך בחוקיות הניתוק הוא שהסכמה מדעת של אדם המבקש להיות מנותק חזקה הרבה יותר מזו של אדם שמבקש מראש שלא להיות מחובר, וכן שהאפשרות לנתק מאפשרת לדחות את ההחלטה האם לחבר או לא, מבלי שההחלטה לחבר תכבול את הצוות מכאן ולהבא. מאידך גיסא, מעשה הניתוק מקשה מאוד על הרופאים, הרבה יותר מאשר אי-חיבור מלכתחילה.

לאחר ההחלטה של שלמה בניזרי, הייתה הזדמנות פז להגיע להסדרה. בראש הוועדה עמד פרופ' אברהם שטיינברג. **וועדת שטיינברג** חולקה ל-4 וועדות משנה –

1. וועדה רפואית-מקצועית.
2. וועדה משפטית.
3. וועדה אתית-פילוסופית.
4. וועדה דתית – לא רק הלכתית, אלא גם של הדתות האחרות.

כל תת-וועדה עבדה בנפרדת במשך שנתיים. המטרה הייתה – להגיע לקונצנזוס שיאפשר הצעת חוק. לא מספיק היה להגיע לכדי מה שחשוב וראוי, אלא הפרקטי והישים (הסתכלות פרגמטית – מה יכול לעבור בהצבעה בכנסת). היה צורך להגיע לכדי מכנה משותף רחב. כך, נקבעה ההגדרה של החולה הנוטה למות, בידיעה שקבוצות רבות נותרו מחוץ לחוק.

**עקרונות החוק – החשיבה שמאחורי החוק**

* מצבו הרפואי, רצונו וסבלו המשמעותי של החולה הנוטה למות הם הנתונים הבלעדיים לעניין השיקולים הנוגעים להמשך הטיפול הרפואי, או הימנעות מטיפול. בפועל, אין מדובר רק בעקרונות אלה, אלא יש לנו גם את ערך קדושת החיים. קדושת החיים כערך שבישראל יש עליו דגש מעבר.

**חזקת הרצון לחיות / נק' המוצא של החוק** – חזקה על אדם שהוא רוצה להמשיך לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת. לא הוכח אחרת מעבר לכל ספק סביר – יש לנטות לטובת הרצון להוסיף לחיות. החזקה קבועה בסעיף 4 לחוק.

**איך "מוכח אחרת"? בחולה כשיר – על פי הבעת רצונו המפורשת** (סעיף 4א'). אנו רוצים לדעת באופן ברור כי הוא לא מעוניין להמשיך לחיות. אחרת, יש לנו כחברה ויש לרופאים כשלוחי החברה, או למטפלים, חובה אתית וגם משפטית כלפי כל חולה שמגיע - לעשות הכל וטפל בו.

**"טווח" המחויבות האתית** – בארה"ב, למשל, נקבע כי החל מנק' מסוימת, אין חובה אתית לשמור על אדם. יש מעגל של מחויבות אתית וגם משפטית, במסגרתה אנו מחויבים לכבד אוטונומיה, לשמור על החיים וכו'. כלפי מי החובות חלות? זו שאלה בסיסית, למי אני מחויב

* **בע"ח** – **לפי רוב האנשים, בעלי החיים הינם מחוץ לטווח, מחוץ לטווח היצורים שכלפיהם יש לנו חובה**. הם לא חסרי מעמד בכלל, אך יש דרגות, הם לא בדרגה המלאה. מבצעים ניסויים בבע"ח, שכן רוב האוכ' חושבת, שהמחויבות כלפי בני אדם גדולה מהמחויבות שלנו כלפי כלב. חיי אדם בדרגה גבוה יותר, המחויבות האתית להציל אדם גבוה מן המחויבות האתית להציל בע"ח.
* **עוברים** – לדעת רוב האוכ', לא נמצאים במעגל הראשון הזה, בטווח. **העובר לא נמצא בטווח של המחויבות האתית, בה נמצאת האימא**.
* **הפסקת הריון בשבוע 37** (חיי האם בסכנה, מום שהתגלה בשלב מאוחר) – ע"י זריקה. מותר בישראל, לפי סעיפי חוק העונשין, בכפוף לאישורה של הוועדה להפקת היריון. החל משבוע 25, הדרישות מחמירות יותר. בעבר זה קרה לא מעט – הרופא מזריק את החומר, אך החומר לא עובד, העובר נולד חי, נושם. מה עושים? הייתה כוונה להפסיק את ההיריון, אך משהו השתבש והוא נולד עם דופק. מאותו רגע, הוא נכנס לתוך הטווח, לתוך המרחב שאנו מחויבים כלפיו אתית ומשפטית, יש לעשות הכל על מנת שיחייה. זאת, למרות שמלכתחילה הכוונה הייתה שהעובר לא יחיה.

**ועדת שטיינברג** – עניין הפגים. סוגיה זו לא מוסדרת עדין. מה הקושי עם סוגיה זו? אם מדובר בלידה מוקדמת, והעובר נולד קטן, ויש סיכוי שיישאר עם פגיעות קשות, מה עושים? האם העובר נכנס לגדר המחויבות האתית – יש לעשות הכל כדי להצילו, או לא? יש להבין את **המשמעות של המחויבות האתית**. התפיסה כיום לגבי המחויבות האתית וגם למשפטית היא – זה שיש לי כל מיני מכשירים וכל מיני תרופות ויכולות, לא אומר שאני חייב תמיד להשתמש בהם, אלא **יש להפעיל שיקול דעת רפואי.**

**שיקול הדעת הוא חלק מהמחויבות האתית, חלק מסטנדרט של סבירות מקצועית, סטנדרט של מקובלות בחברה, של מה מקובל בחברה מבחינת הדרישה החברתית שלנו**. למה הכוונה? אם אנו כיום מסתכלים על מצב בו באופן כללי אנו מטפילם בפגים שנולדים קטנים, הם כבר אדם בעייננו, ורק בשוליים, במצבים קשים במיוחד, יישארו עם סבל קשה בעתיד, ויש הסכמה עם ההורים, נאמר שלא תמיד נפעיל את כל התותחים שביכולותינו, אלא נסתפק בטיפול הבסיסי ביותר. אולם, בניגוד לשמועות שהיו בעבר – היו הורגים את התינוקות, כדי לא לטפל בהם, לא עושים זאת כיום. יש דברים שעושים בכל מקרה – הנשמה, אינפוזיה, משככי כאבים, מזון. ייתכן כי לא יבצעו ניתוח, או פעולות הרואיות, מעבר לשגרה. **כיום, מפעילים יותר שיקול דעת – מפעילים את הטיפול הבסיסי, ולאו דווקא את הפעולות ההרואיות.**

* **העשייה הרפואית כפופה לנורמות של הרפואה – יש לבחון אם הרופא נהג כרופא סביר.** אם הנורמה הרפואית היא לא לעשות פעולה הרואית, לא ניתן יהא לבוא בטענות לרופא. הבעיה – אין סטנדרטים חד-משמעיים בעניין זה, הרופאים לא יודעים מה מקובל ומה לא מבחינה אתית במקרים של טיפול פגים.
* **לא נחזיק אדם בכוח בחיים, במחיר של סבל קשה** – קדושת החיים הינה בעלת ערך משמעותי, איך יש גם דברים אחרים – אורח חיים (הולך לסבול). **לא נפעיל על אדם 15(2) – הוא לא עומד בתנאים, ולכן לא נפעיל על אדם סובל טיפול רפואי בעל כורחו.**

ייתכן כי יהיה רופא שיטען, כי אין לפעול במצב של ייסורים. מצד שני, אם יש רופא שחושב שיש מקום לפעול בכל מצב, רופא לפיו קדושת החיים הינה ערך עליון, והוא לא מסוגל לפעול, היות וזה מנוגד למצפונו – **אם הבחירות של החולה קשות לרופא (רוצה למות, בגלל הסבל), יש להעביר את החולה למטפל אחר, לפי חוק החול הנוטה למות וחוק העונשין.**

חולה שאינו כשיר –

החוק מדבר על קבוצה אחת מבין החולים הסובלים – **חולה הנוטה למות. על מנת שאדם ייכנס לגדר החוק, הוא צריך למלא 2 תנאים** –

1. חולה במחלה חשוכת מרפא.
2. גם אם יקבל כל טיפול אפשרי, הוא לא יחיה יותר מחצי שנה.

יש רופא אחראי, שקובע אם החולה הוא חולה הנוטה למות. אם כן – נכנסים לחוק. **אם החולה כשיר, ואומר שהוא לא רוצה לחיות – רצונו כבודו, לא מעניקים טיפול.**

**החוק לא חל רק על אנשים כשירים שלא מעוניינים בטיפול, אלא גם על אנשים לא-כשירים**. יש מצבים גם של אנשים לא כשירים, שנדע שהם הוציאו עצמם מחזקת הרצון לחיות, ואנו מחליטים שלא לטפל בהם, לתת למהלך הטבעי של המחלה להמשיך, לא להפעיל את כל התותחים. **בחולה שאינו כשיר – סובל סבל משמעותי.**

אנשים לא כשירים מתחלקים ל-3 קבוצות עיקריות –

1. **אנשים שעכשיו לא כשירים, אך פעם היו כשירים** – בזמן שהם היו כשירים, הם אמרו מה הם רוצים שיהיה איתם. לדוג' – חולה הנוטה למות, שאיבד הכרתו, וכעת יש הרעה במצבו. יש להחליט, האם לחבור לדיאליזה, או להקשיב למה שאמר בעבר, כאשר היה בהכרה.
2. **אנשים שכיום הם לא כשירים, פעם הם היו כשירים, איך אין מושג מה רצו, לא השאירו רצון בשום צורה שהיא**. זהו המצב ברוב הפעמים, שכן מבחינה תרבותית קשה לנו לדבר על המוות. רוב האנשים באוכ' יגיעו לביה"ח כשהם לא כשירים, ומבלי שנדע את עמדתם, כשהיו כשירים.
3. **אנשים שהם לא כשירים כעת, בזמן אמת, ולא היו כשירים אף פעם**. לדוג – מפגרים, ילדים, פגים – אנשים שמעולם לא הייתה להם כשירות.

הנטייה הראשונית הייתה להסדיר אך קבוצת החולים הכשירים, ולא לטפל בקבוצות החולים הלא-כשירים. אולם, מהר מאוד הובן, כי הסדרה כזו קלה, אך **מבחינה פרקטית לא יהיה לכך שימוש, כי לצערנו המסה הגדולה של המקרים הינה של אנשים שברגע האמת כבר לא יכולים לתקשר** – האם אנו באמת רוצים להתעלם מהקבוצה הזו? הוחלט ללכת צעד אחד קדימה, להיכנס לתוך קבוצה מצומצמת זו של החולים הנוטים למות, **מעוניינים להסדיר גם את הלא-כשירים.**

החזקה הראשונית של החוק – **חזקת הרצון לחיות**. יש צורך בהוכחה ברורה שאדם הוציא עצמו מחזקת הרצון לחיות. אם מדובר באדם כשיר – אין בעיה, פשוט אומר את עמדתו, מביע את רצונו. אולם, **מה בנוגע לאדם לא כשיר? כיצד אדם לא כשיר יכול להביע רצון?**

1. **על פי הנחיות רפואיות מקדימות או על פי הנחיות בא כוח** – המחייבות את הצוות. **ס' 31** קובע, כי כל אדם יכול, בעודו כשיר, לתת הנחיות ביחס למצב כזה, והיה ויבוא בגדר תחולת החוק. ההנחיות הללו תקפות לחמש שנים, ויש צורך לחזור ולאשרר אותן, מתוך תפיסה שהשקפתו של אדם עשויה להשתנות עם השנים. ניתן לבצע את ההארכה באמצעות טופס החוסך מהחולה את הצורך לעבור את הפרוצדורה מחדש (**ס' 34**). על מנת למסור הנחיות מוקדמות על האדם לקבל את האינפורמציה הרפואית מאיש מקצוע, על מנת להבטיח הבנה ביחס למשמעות ההוראות שהוא נותן. במידה והאדם מוגדר כבר כ"חולה הנוטה למות" בעת מתן ההוראות, המידע צריך להימסר ע"י רופא מומחה. **ס' 33(א)** קובע, כי הנחיות מקדימות יינתנו בכתב, כך שבשלב זה תפקידו של עו"ד מתמצה בהסבר לגבי מה שיכול להיכלל בהנחיות האמורות. כמו כן, במידה ומדובר בחולה שאיבד את כשרותו, ההנחיות יכולות לכלול הגדרה ל"סבל משמעותי".
2. **מינוי מיופה כוח** – **ס' 37** מאפשר לחולה לייפות את כוחו של אדם כלשהו לקבל את ההחלטות במקומו. יש להקפיד שמיופה הכוח יודע את הלך הרוח שלו, מה הוא רוצה – האם קדושת החיים שלו מוחלטת (מוכן להמשיך לחיות), או להיפך. יש לנהל שיחה, לדעת מה הסתכלותו. בהיעדר הנחיות רפואיות מקדימות, על הרופא לעשות מאמץ לברר עם בני משפחה או אנשים קרובי – במקרה כזה, הרופא רשאי להתחשב בהצהרתם.
3. אם אין – רשאי הרופא **להתחשב בעמדת האופוטרופוס, שהוא אדם קרוב** (אדם קרוב – בעל קירבה משפחתית, או רגשית, מסור לחולה, מכיר אותו היטב, קשר רצוף ומתמשך).

כשמדובר באדם לא כשיר, יש מרכיב של סבל – רוצים להיות בטוחים שאנו מאפשרים לו המשך סבל שכזה ומטפלים בו, רק אם אנו בטוחים שהוא לא רצה אחרת. לכן, אנו מתאמצים. נחפש אדם קרוב כזה, המצוי במערכת יחסים קרובה עם החולה. אדם המטפל בחולה בתשלום, לא יכול להיחשב כאדם קרוב. החוק לא רואה בו כאדם קרוב, בגלל שיכול להיות מצב שיש פה ניגוד אינטרסים, אנו לא רוצים לקחת סיכון. בפרקטיקה, אם הוא מוכר, יקשיבו לו, אך דעתו עדין פחות תחשב.

**אופוטרופוס** – בד"כ יש לו מעמד מאוד רציני, ממונה ע"י ביהמ"ש, אך **לצורך חוק החולה הנוטה למות יש לו מעמד נחות ממיופה כוח, משום שמיופה כוח ממונה ע"י החולה עצמו**, **יודע לשקף את רצונו של האדם**, בניגוד לאפוטורופוס שממונה ע"י ביהמ"ש, כשהאדם כבר לא בהכרה, אנו לא בטוחים שהוא מכיר את הלך הרוח של החולה. על כן, מעמדו נמוך ממיופה כוח ואף מאדם קרוב

1. **החלטה של ועדה מוסדית, או ארצית (ועדת האתיקה)** – זוהי ועדה מוסדית של חוק החולה הנוטה למות, להבדיל מועדת האתיקה של חוק זכויות החולה. אחד ההבדלים – יש גם ועדה ארצית בחוק החולה הנוטה למות, המשמשת כערכאת ערעור, וכן יש לה גם תפקיד לדון בעניינים עקרוניים, מקרים תקדימיים וכו'.

כשיש הנחיות מקדימות, או בא כוח – זה **מחייב** את הצוות הרופאי, בדומה **לפ"ד ערד**: רצונו כבודו. מנגד, אם אין מיופה כוח והוראות מקדימות, מחפשים אדם קרוב, או אופוטרופוס – ניתן ללמוד על הרצון, אך הרופא רק **רשאי** להתחשב בדעתם, כמו במקרה אמיר אייל.

* **כשירות** – **קביעה רפואית**. **חזקת הכשרות** – **כל בן אדם נחשב כשיר, עד שלא הוכח שהוא לא, בצורה ברורה**. **החזקה קבועה** **בס' 6 לחוק** – "חזקה על אדם שמלאו לו 17 שנים ושלא הוכרז פסול דין שהוא כשיר מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית לקבל החלטות בקשר לטיפול הרפואי בו מתוך בנה, שק"ד ורצון".

**הוצאה מן החזקה –** כיצד ניתן לקבוע כי חזקת הכשרות לא מתקיימת? **פסול דין שהוא בגדר חולה הנוטה למות**. הבעיה מתעוררת במצבים בהם האדם נעשה פסול דין כעת. **ס' 7 לחוק -** "אין מוציאים חולה הנוטה למות מחזקת היותו כשיר כאמור בס' 6 לצורך חוק זה, אלא בהחלטה רפואית מנומקת ומתועדת של הרופא האחראי (רופא המשפחה- ה"ש) לאחר שקיים התייעצות עם המטפלים בחולה הנוטה למות ועם רופאים רלוונטיים או מומחים, לפי העניין, ובמידת האפשר עם רופאו האישי".

* **מגיל 17 אדם כשיר לחלוטין לעניין חוק החולה הנוטה למות, בניגוד לחוק זכויות החולה (18).** יש ניגוד אינטרסים – להורים קשה מאוד להשלים עם אי-טיפול הילד. לכן, במצבים אלה מגיל 17 הקטין יחשב בגיר לעניין חוק זה. מגיל 15 כבר יש צורך לפנות את הקטין ולשמוע את רצונו, יש חובה לשמוע אותו, חובה ליידעו (עד גיל זה, ההורים יכולים לומר לצוות הרפואי – אל תגידו לו שהוא נוטה למות, להסתיר מימנו) – ההחלטה בידי ההורים, אך **אם יש מחלוקת עם דעת ההורים לדעת הקטין, ניתן להביא את הסוגיה ו אתיקה** (מגיל 17 – מה שהילד רוצה, כך יקבע). מתחת לגיל 15 – אם יש חילוקי דעות, גם ניתן להביא את המקרה לוועדת האתיקה. הבעיה היא, שבגיל זה ייתכן מאוד שהילד כלל לא ידע כי הוא נוטה למות (מסתירים מימנו).

גם בגילאים מתקדמים ניתן להסתיר את המידע – יש להביא לאישור של וועדת אתיקה (הסתרת מידע מאדם בגיר).

**על מנת שאדם יכנס לגדר החולה נוטה למות, יש צורך שהרופא יאמר לו זאת**. ייתכן מצבים, כי הרופא לא מעוניין לומר לו – יש צורך באישור לפי **סעיף 18 לחוק זכויות החולה להסתיר את המידע**. היה מקום שתהיה וועדת אתיקה אחת, ולא שתים, אך בשל הביקורת על המבנה וההרכב של הוועדה, הוחלט לבצע ועדה חדשה, שאף יכולה לייעץ ולא רק להכריע, הוחלט לבצע הפרדה.

**לעניין חולים שלא נכנסים לקבוצות הללו, או אף פעם לא היו כשירים** – לכאורה, יש חובה לעשות הכל. מה זה לעשות הכל? אין דבר כזה, אלא הכל במסגרת **רפואה טובה, במסגרת מה שרופא סביר היה עושה בנסיבות. כובד המאזניים ייטה לטובת החיים.**

* בד"כ – חובת המטפל הינה לעשות הכל כדי להציל את חיי החולה.

**החריג לחזקת הרצון לחיות** אצל חולה הנוטה למות, שיצא מחזקת הרצון לחיות – **מותר לא לטפל, אם הטיפול צפוי להאריך את סיבלו**. זאת, **בכפוף להגבלות שבחוק**. לדוג' – גרימת מותו של אדם ע"י פעולה אקטיבית, בשל רצון החולה – לא עושים זאת, שכן זה מעבר לגבולות האדומים של החוק. **המתת חסד אקטיבית אסורה באיסור חמור (ס' 19) – איסור המתה במעשה, גם אם האדם התחנן למות, או ההורים מבקשים לעזור לילד למות**. יש מקומות אחרים בעולם שכן ניתן לעשות זאת, אך בישראל זה מעבר לגבול. מבחינה אתית, יש מרחב גדול מאוד, יש מדינות המאפשרות זאת. בישראל אוסרים זאת, בשל ערך החיים וקדושתם.

דוג' נוספת – **סיוע להתאבדות ע"י רופא**, רופא המעניק מרשם לקוקטייל הגורם למוות. מבחינה אתית, יש על כך הסכמה רחבה בעולם. אולם, **בישראל נקבע שזה מעבר לקו הגבול של החוק. חוק החולה הנוטה למות אוסר זאת מפורשות**. מה נחשב סביר מבחינת האתיקה? זה משתנה, בדיוק כפי שהאתיקה משתנה.

* **ס' 23 לחוק** קובע חובה על הרופא לתת טיפול מקל לחולה ולבני משפחתו, יעשה כל שניתן להקל על כאבו וסבלו של החולה הנוטה למות. כמובן בכפוף לרצון החולה.
* **מצב חירום רפואי** – **ס' 18 לחוק** קובע כי במצב חירום רפואי יחולו הוראות 15(3) לחוק זכויות החולה - חזקה על כל אדם שרוצה לחיות ומטפל יכול לתת לו טיפול רפואי דחוף גם ללא הסכמתו מדעת, אלא אם כן נודע למטפל כי נקבע לפי הוראות ס' 5 כי רצונו של החולה להימנע מכך. על אף האמור בס' (א) לעניין חולה בשלב סופי הנתון במצב חירום רפואי, מותר להימנע מטיפול מציל חיים בו, אלא אם כן נודע למטפל כי רצונו של החולה בשלב הסופי לקבל טיפול רפואי בעת מצב כאמור.

**בסיטואציה של מצב חירום רפואי, יש לתת טיפול מציל חיים א"א הרופא האחראי קבע לגבי אותו חולה שרצונו לא להמשיך לחיות, ועם זאת בשבועיים האחרונים ניתן שלא לתת טיפול כזה**. השאלה האם ובאילו תנאים מותר להפסיק טיפול נענית בס' 21.

* **ס' 41 קובע חובת יידוע** – קבע רופא אחראי כי מטופל הוא חולה הנוטה למות והוא בעל כשרות, יודיע לו הרופא האחראי על האפשרות לתת הנחיות רפואיות מקדימות, או למנות מיופה כוח או יודיע לו על האפשרות לעדכן הנחיות רפואיות מקדימות או ייפוי כוח שנתן. לשם כך, ימסור לו רופא מומחה את המידע הרפואי הדרוש, והכל בכפוף להוראות ס' 13(ד) לחוק זכויות החולה.

ס' 41 קובע כי על הרופא האחראי להביא בפני החולה בעל הכשרות על האפשרויות החוקיות העומדות לרשותו, ולשם כך ייתן לו את כל המידע הדרוש בכפוף להוראות ס' 13(ד) לחוק זכויות החולה, אשר עוסק במסירת מידע לצורך קבלת הסכמה מדעת. הס' יוצר קושי, מכיוון שלא מעט חולים היו מעדיפים שלא לדעת על הפרוגנוזה הגרועה שלהם. המצב פשוט יותר כשמדובר בחולה חסר כשרות, מכיוון שאז מוטלת על הרופא האחראי החובה למסור את האינפורמציה לאפוטרופוס או לאדם קרוב לחולה, ולא לחולה עצמו.

**מהן הוועדות המוסדיות עליהן החוק מדבר?**

הוחלט להקים את הוועדות כגוף לפתרון מחלוקות ומצבים קשים ולא ברורים, בתהליך החקיקה עשו מעין "תיקון" לחוק זכויות החולה. מדובר בועדה שנועדה לפתור מצבים קשים ולא ברורים, תוך הפקת לקחים מהוועדות על פי חוק זכויות החולה. השאיפה לתקן את הטעון תיקון באה לידי ביטוי **בהרכב הועדה**, שכולל אחות ואתיקאי, פרט לבעלי התפקידים בוועדות הקודמות, **ובקביעת יו"ר הוועדה בהצבעה** ולא ע"פ הוראת חוק – יושב ראש הוועדה הוא לא בהכרח משפטן, אלא היו"ר נקבע ע"פ הצבעת הוועדה. הבדל נוסף הוא שבחוק זכויות החולה אין ערכאת ערעור על החלטות הועדה, ואילו **חוק החולה הנוטה למות מקים גם ועדה ארצית שמהווה ערכאת ערעור על הועדות המוסדיות וכן דנה בנושאים עקרוניים מיוחדים**. הרעיון היה שלא להקים ועדה מוסדית בכל בי"ח, אלא במספר מרכזיים ומשם להתקדם.

המקרים העיקריים שהוועדה דנה בהם זה ערעור על קביעה של רופא אחראי, אם מטופל בכלל נכנס בגדרו של חוק החולה הנוטה למות או קביעה של הרופא בשלב סופי, ההחלטה הזאת חשובה כיוון שיש לה משמעויות לטיפול שיקבל, אם בכלל. כמו כן, כל מקרה של חוסר בהירות בהנחיות המוקדמות שהחולה נתן, מקרים של מיופה כוח – המקבל החלטה שאנשי הצוות חושבים שאינה לטובת החולה.

כמו כן, בניגוד לועדה ע"פ חוק זכויות החולה, השורה התחתונה בפעילות הועדה המוסדית **אינה חייבת להיות הכרעה, אלא היא רשאית גם להסתפק בייעוץ בלבד ולהשאיר את ההחלטה בידי הצוות הרפואי**, או לקבוע שהמקרה מורכב מכדי שתראה עצמה מסוגלת להכריע בו ולהעביר את הדיון לועדה הארצית. אם כן, לכאורה נראה שבחוק הושקעה מחשבה רבה והוא מתוכנן לפרטי פרטים, אך **בפועל בשש השנים מאז שהחוק נחקק הוא כמעט לא מיושם**, החל מעצם הגדרת חולה כ"נוטה למות" ועד להעלאת מודעות הציבור. כנראה שאחת הסיבה לכך שהחוק תקוע היא שרופאים אינם מיידעים חולים על היותם "נוטים למות" ואינם מאפשרים להם להחיל על עצמם את החוק.

**כל אחד יכול לפנות לוועדה מוסדית, המטופל או מי מטעמו, רופאים ואנשי צוות, משפחת המטופל**. הפקת לקחים נוספת – השורה התחתונה בחוק זכויות החולה היא שהוועדה מכריעה, בעוד **שלוועדה המוסדית של חוק החולה הנוטה למות יש 3 אפשרויות –**

1. להכריע ולהחליט במקרה.
2. לתת ייעוץ ולהשאיר את ההחלטה בידי הצוות המטפל.
3. להחליט שמדובר במקרה עקרוני ומורכב מדי, ועל כן יש להעביר את המקרה לוועדה ארצית.

**הועדה הארצית** מתעסקת במקרים של חילוקי דעות בוועדה המוסדית עצמה, או חוסר יכולת של הוועדה המוסדית להגיע להכרעה, במקרים עקרוניים שוועדות העבירו אליהן או במקרים של ערעורים. כל המקרים מפורטים מאוד בחוק.

השאלות בפניהן ניצב הרופא המטפל בחולה הנוטה למות –

* אילו טיפולים לתת לחולה?
* אילו טיפולים לא לתת?
* האם לבצע החייאה?
* האם מותר להפסיק טיפול?
* איך מקבלים החלטות?
* האם צריך ליידע את החולה או קרוביו על מצבו?
* מה עושים במקרה של חילוקי דעות?

החוק מנסה לתת מענה לכל השאלות לעיל.

**מתן טיפול מקל – ס' 23 לחוק**

זהו עיקרון חשוב מאוד בחוק. החוק מדבר באופן מפורש על מתן טיפול מקל – "טיפול תומך". זהו טיפול שמטרתו אינה לרפא, שכן לא ניתן לעשות כן, אלא מטרתו אך להקל, לתמוך, לעזור ולסייע. **על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה כל שניתן כדי להקל על כאבו וסלו של החולה הנוטה למות** (ס' 23א').

על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה, במידת האפשר, כל שניתן כדי להקל על בני משפחתו של החולה הנוטה למות ולדאוג לרווחתם בעת שהותו של החולה במוסד הרפואי (ס' 23ב').

**ס' 23 קובע כי על הרופא האחראי לדאוג לכך שלחולה יתאפשר לקבל טיפול פליאטיבי (ושמשפחתו תקבל טיפול סוציאלי), וכל זאת בהתאם לרצונו.** פותחה תת-התמחות של טיפול תומך. הוקמו הוספיסים, בהם ניתן טיפול מקל בלבד, טיפול פליאטיבי.

* הזמנת אמבולנס – לא בטוח שרצון החולה יישמר.

דוג' למדקליזציה (מעבר מתופעה חברתית לבעיה רפואית) –

* מחלות נפש – בעבר, אנשים שהתנהגו בצורה שמהווה סטייה חברתית מסוימת, הוגדרו כאנשים משוגעים, מטורפים, הם נסגרו בכלא והוגבלו מבחינה חברתית. רק לפני 150 שנה הסתכלו על זה כמחלת נפש. המדקליזציה מתבטאת בכך **שלקחו תופעה חברתית והלבישו עליה הגדרות רפואיות.** כיום, אנו יודעים כי יש לטפל בכך. המדקליזציה לעיתים היא חיובית.
* תהליך נוסף של מדקליזציה של חברה – נטילת ריטלין.
* הומוסקסואליות – מעבר מתופעה חברתית למחלת נפש, לרמה של הפרעה נפשית, ולאחר מיכן למצב של סטייה מהנורמות החברתיות, ובסוף שנות ה-80 זה יצא מה-DSM.

**חולה יכול לבקש קבלת טיפול, גם כאשר הרופא סבור שהטיפול לא יעזור לו.**

* לדוג' – מקרה של ALS של רחמים מלמד, הקורא לעצמו חולה הנוטה לחיות. הוא חולה בניוון שרירים, מצבו קשה מאוד, הוא מחובר למכונת הנשמה, מתקשר באמצעות מכונה מיוחדת המדבררת אותו. הוא רוצה לחיות. כשצריך טיפול, הוא צריך להגיד לצוות כי הוא רוצה לחיות, שכן הנטייה במצבים אלה היא להסתכל עליו כאל מישהו שלא רוצה עוד לחיות, לא רוצה לקבל טיפולים נוספים. **זו גישה נוספת, התואמת את חזקת הרצון לחיות – זו החזקה, זו ברירת המחדל. מי שרוצה להוציא עצמו מחזקת הרצון לחיות – עליו נטל הראיה, בין אם הוא כשיר, ובין אם לא.**

יש מצבים, בהם הרופא אומר לחולה הנוטה למות שאין כבר מה לעשות, אלא ניתן לתת רק טיפול מקל, אך לא ניתן לעזור. החולה, בכל זאת, מבקש טיפול נוסף, מחזור נוסף של כימותרפיה, למשל. **לפי החוק – אם אדם רוצה, גם מעבר למה שאמור לעזור לו מבחינה רפואית, לפי הרופאים, יש לתת לו, אולם בכפוף לתנאים ולהסדרים בדומה לחוק זכויות החולה**. אם הוא מבקש דבר שהוא מעבר למתאפשר במערכת הבריאות הציבורית, לדוג' – השתלת מח עצם – הליך יקר, מורכב, יש לבחון האם מוצדק לעשות הליך זה, כשיודעים שהוא לא מוצדק. מעבר לכך, יש **שיקול רפואי** – יש סיכון על החולה הנוטה למות בעת ההליך. יתבצעו הליכים, בכפוף לסבירות.

* אחד הדברים המשמעותיים לעניין הטיפול המקל הוא המשפט השני בסעיף 23א' – "**אף אם הדבר כרוך בסיכון סביר לחייו של החולה**". לדוג' – מורפיום, במינונים מסוימים, יכול לדכא נשימה.,

**איך מטפלים בחולה הנוטה למות, שאינו רוצה שחיוו יוארכו?**

חולה כשיר – הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות. אנו נמנעים מטיפול, והוא זכאי להישאר בבית החולים, יכבדו את רצונו. אולם, ייעשה מאמץ סביר לשכנעו לקבל חמצן, מזון ונוזלים. אולם, אם הוא לא רוצה, לא ייתנו לו – רצונו כבודו. הוא לא יילקח לוועדת האתיקה, למרות שברור כי ימות בעוד כמה ימים.

**ס' 15א'** – "חולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות, אשר אינו רוצה שחייו יוארכו, יש לכבד את רצונו ולהימנע מטיפול רפואי בו".

**ס' 15ב'** – "על המטפלים בחולה הנוטה למות כאמור בסעיף קטן (א) לעשות מאמץ סביר כדי לשכנעו לקבל חמצן, וכן מזון ונוזלים, אף באמצעים מלאכותיים, וכן לקבל טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות בו–זמניות או במחלות רקע וטיפול מקל".

ע"פ ס' 15, **כאשר החולה כשיר, יש לכבד את רצונו ולהימנע מטיפול בו, אם כי יש להשקיע מאמצים סבירים ע"מ לשכנעו לקבל מזון, נוזלים וחמצן**. כמו כן, אי-מתן טיפול במחלה חשוכת המרפא אין משמעו היתר להפסיק גם את הטיפול למחלות או תופעות נוספות מהן סובל החולה.

חולה שאינו כשיר – הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות שאינו בכל ככשרות.

**ס' 16** – "חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות הסובל סבל משמעותי, שנקבע לגביו לפי הוראות סעיף 5(ב) כי אינו רוצה שחייו יוארכו, יש להימנע מטיפול רפואי בו, הקשור לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא, לרבות בדיקות, ניתוחים, החייאה, חיבור למכשיר הנשמה, טיפולים כימותרפיים, הקרנות או דיאליזה, והכל בהתאם לרצונו כפי שנקבע על פי סעיף 5(ב)".

**נכנס מרכיב של סובל סבל משמעותי**. **מחפשים** **מרכיב של סבל**. סבל – באופן אובייקטיבי, מה שאנו, החברה שלנו מחשיבה כבל – כאבים חזקים, למשל, או דברים שהאדם הספציפי אמר למיופה הכוח או כתב בהוראות המקדימות שלו שעבורו זה סבל. לדוג' – אי-שליטה על הסוגרים, עבור אדם מסוים, יכולה להיחשב כסבל. דוג' נוספת – שיתוק גפיים, כשאדם תלוי באחרים. **מעבר להיותו סובל סבל משמעותי,** **יש להוכיח כי הוא הוציא עצמו מחזקת הרצון לחיות** (לפי ס' 5ב' – מינוי מיופה כוח, הוא מתן הוראות מקדימות). במצב כזה, לא מטפלים בחולה, בהתאם לרצונו.

**אם החולה לא התיר, אנו נלך אחר המבחנים המקובלים בחברה – מתי נראה כי הוא סובל**. **אם הוא לא סובל – ממשיכים לטפל, בכל מקרה, בהתאם למצבו הרפואי!**

* אשר לחולים נטולי כשרות, יש למנוע מהם טיפול רפואי במחלה חשוכת המרפא, אך יש הכרח לתת להם את הטיפול הנלווה. כשהחולה חסר הכשרות נמצא ב"שלב הסופי" (כשנותרו לו רק שבועיים לחיות), אין לתת לו כל טיפול מלבד נוזלים, ואף זאת ע"פ שק"ד של הרופא האחראי.
* לעניין הטיפול המקל, ברוב המקרים המוחלט – נותנים. במצבים מיוחדים במיוחד, לא יינתן גם טיפול מקל. לדוג' – אדם שרוצה לבלות עם מכריו שמגיעים מחו"ל, והטיפול המקל מרדים אותו.

**טיפול נילווה – לא קשור למחלה חשוכת המרפא**

**טיפול נילווה** – טיפול רפואי בחולה הנוטה למות, שאינו קשור כלל לבעייתו הרפואית חשוכת המרפא, לרבות טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות בו-זמניות, או במחלות רקע, טיפול מקל, וכן מתן מזון ונוזלים, אפילו באמצעים מלאכותיים. מדובר בטיפול שלא קשור בכלל לבעיה הרפואית חשוכת המרפא.

**חולה כשיר** – לא נותנים טיפול נילווה, אם הוא לא מעוניין בכך. מנסים לשכנעו בזהירות לקבל את הטיפול.

**בחולה שאינו כשיר** – יש לתת טיפול נילווה, גם אם רצונו של החולה היה להימנע מכך.

בפועל, מאוד נזהרים מזה, המטרה היא כן למלא את רצונו של האדם. לעיתים, קשה להבחין בין הקשור למחלה העיקרית, חשוכת המרפא, לדבר המעורר צורך בטיפול נילווה. **לא נותנים את הטיפול בכוח, אלא יש לעשות הפרדה בין טיפול הקשור למחלת חשוכת המרפא לבין טיפול הנילווה לה.**

**הדברים שהחוק אוסר עליהם באופן קטגורי – גבולות המותר**

1. **איסור המתת חסד אקטיבית – ס' 19.** החוק ההולנדי המאפשר המתת חסד אקטיבית, קובע מס' קריטריונים ברורים – חייב להיות אדם כשיר וצלול בלבד, שמבקש בעצמו, וחוזר על בקשתו מספר פעמים, וכן כי החולה סובל סבל משמעותי. כמו כן, יש צורך באישור, מלבד של הרופא המבצע, גם של רופא נוסף שיאשר שזהו באמת המצב, יש לדווח על כל מקרה כזה לרשויות. בפועל, מקרים רבים נעשים שלא על פי הנהלים. מדוע? ברגע שזה התחיל, זה תופס תאוצה – אנשים מבקשים עבור בני משפחה שלהם, לא תמיד מקפידים על העובדה שהוא חולה במחלה חשוכת מרפא וכו'.

בישראל,הדבקות באיסור המתת החסד ובחזקת הרצון לחיות נובעת מרצון לעמוד חוצץ מול השיקולים הכלכליים – קודם כל יש לנו חובות רפואיות, מסתכלים על זה שהחולה רוצה לחיות. בישראל העמדה שנקבעה בפסיקה הייתה חד-משמעית כנגד "הגישה ההולנדית", כאשר נשמרה בקפדנות האבחנה בין "אקטיבית" ל"פאסיבית" וניתוק ממכונת הנשמה נכלל בקטגוריה הראשונה.

בשנות ה-80' נדרש בג"צ לשני מקרים (**פ"ד נחייסי ופ"ד נקש**) בהם היו מעורבים חולי ALS, מחלה שעוררה דיונים רבים בהקשר הזה, פשוט מכיוון שהפרוגנוזה הגרועה ידועה מראש ללא חריגות, ומאידך גיסא יש לחולים בשלבים המוקדמים של המחלה את המשאבים החומריים והאחרים לעסוק במה שיקרה להם בשלבים המאוחרים יותר. בשני המקרים הללו ביקשו החולים מביהמ"ש סעד הצהרתי שלפיו ייאסר על הרופאים לחבר אותם למכונות הנשמה. בג"צ נמנע מלהתייחס לעניין באופן ענייני, אלא דחה דיונים עד שבסופו של דבר החולה נפטר או שחובר למכונה (והרי אסור לנתק), אך קבע שתביעות כאלה צריכות להיות מוגשות בה"פ לבימ"ש מחוזי. לכן רוב הבקשות הללו הגיעו לש' גורן ולש' טלגם ז"ל, אשר במידה רבה עיצבו את הדין לפני החוק.

החריג לכך היה **פ"ד שפר**, בו היה מדובר בילדה קטנה חולת טאיי-זקס, שבעת הבדיקה הייתה כבר מאושפזת. האם פנתה לביהמ"ש העליון, שנאלץ להתמודד עם השאלה האם בכלל קיימת במצב המשפטי הנוכחי במד"י האפשרות שלא לתת הזנה והנשמה מלאכותיות, ואם כן – האם הורים רשאים להחליט החלטה כזו עבור ילדם הקטין, והאם די בבקשת אחד ההורים או שיש צורך בהסכמת שניהם (במקרה הזה האם בלבד הגישה את הבקשה המקורית)? הבקשה שלהם נדחתה מידית, אך הנימוקים של הש' איילון ניתנו לאחר זמן מה, ובמסגרת זו הוא ניתח באריכות את ההתייחסות לשאלת הטיפול בסוף החיים, הן במשפט ההשוואתי והן במשפט העברי (למשל בנושא "הסרת המונע"), תוך התמקדות ברכיב "מדינה יהודית ודמוקרטית" בחו"י: כבה"א וחירותו, מתוך התמודדות עם השאלה האם המצב בו הילדה הייתה נתונה פגע בכבודה. התפיסה העולה מדבריו היא **שגם המשפט העברי מכיר בסיטואציות בהן ניתן שלא לטפל, והוא קובע גם כי בנסיבות מסוימות ההורים יכולים להחליט על אי מתן טיפול לילדם, אך הדבר תלוי באישורו של ביהמ"ש.** **עם זאת, ההורים חייבים לראות את הדברים עין בעין, ויש צורך בהסכמת שניהם, כמו בכל מקרה של מתן טיפול רפואי לילד, אלא אם ניתן להניח הסכמה מכללא ולא ידוע על התנגדות בפועל**. לגופו של עניין קבע כי אין עדויות על כך שהילדה סובלת או שכבודה נפגע, ולפיכך לא התיר את מניעת הטיפול.

1. **איסור על סיוע להתאבדות – ס' 20.**
2. **איסור על ניתוק אקטיבי ממכונת הנשמה – ס' 21.**

**טיפול מחזורי מול טיפול רציף – ס' 21**

טיפול מחזורי – **טיפול שנגמר ואנו מתחילים מחדש**. לדוג' – קבלת נוזלים משקית אינפוזיה / ביצוע דיאליזה. הרגע שבין השקיות (החלפת השקיות), הוא רגע בו **ניתן לקבל החלטה חדש**. לטיפול יש מחזוריות, הוא מתחיל ונגמר, ניתן לקבל החלטה חדשה.

טיפול רציף – הנשמה, למשל. על מנת להפסיק, יש לנתק מהנשמה, דבר שהחוק לא מאפשר. **ניתן להפסיק טיפולים מחזוריים, לא טיפולים רציפים.**

* **יש אפשרות להפוך את ההנשמה לטיפול מחזורי**. לדוג' – יש מצבים בהם מפסיקים להנשים, משום שרוצים לבדוק אם החולה יכול לנשום לבד, או כשרוצים לעשות סנקשין (שאיבה). **אם צריכים את ההפסקות משיקולים רפואיים, ניתן להחליט לאחר מכן אם להמשיך, או לא.**

דוג' נוספת – טיימר. שנטען שיש הוראות מקדימות, אך עדין לא הביאו אותם – הרופא לא מעוניין לטעות לכוון המוות, אלא אך לכוון החיים. לכן, הוא יחבר את החולה למכונת הנשמה, למשך 24 שעות. בזמן זה, אם ישתכנע כי החולה הוציא עצמו מחזקת הרצון לחיות, לא יחברו שוב הנשמה.

אין מדובר בדבר סמנטי בלבד. גם הרופאים העדיפו את זה כך.

**קביעת רגע המוות –**

דרך נושא זה, ניתן לראות את כל ההבדלים לאור השינויים הטכנולוגיים של השנים האחרונות. פעם, היה קל מאוד לקבוע מתי אדם נפטר. כיום, לאור המדקליזציה, אנשים מוצאים את מותם כשהם מחוברים למכונות, המוות אינו מופיע במקרה הקלאסי שלו. העשורים האחרונים הביאו בפנינו התמודדות נוספת – כשאדם מחובר למכשירים המפעילים את המערכות של הגוף שלו באופן מלאכותי, מחזיקים את תפקודי המערכות, אך המוח נפגע בצורה בלתי הפוכה, זהו "**מוות מוחי**".

בתחילה, בסוף שנות ה-70, הבינו שיש מצב בעייתי – **המיטות תפוסת ע"י אנשים, שלמעשה מתים**, וכן מתעסקים בהם (מחליפים אינפוזיות), כשידוע שמדובר בעניין של זמן בלבד. אנשים אחרים, שכן זקוקים לטיפול, לא זכו לקבלו, שכן המיטות היו תפוסות. בהמשך, **ככל שהחלו להתפתח השתלות האיברים והידע בתחום זה, הגדרת המוות הפכה להיות נחוצה** – את האיברים הרציניים באמת (לב, כבד וריאות) לא ניתן להשתיל במצב של מוות לבבי, האיברים עוברים סוג של נמק, שפוגע באפשרות להשתילם לאחר מיכן. לכל איבר יש זמן חיים, מהרגע שבו הוא מפסיק לקבל חמצן. **אם אדם מת מוות לבבי, לא ניתן להשתמש באיברים, לבד איברים בודדים** – כליות. על כן, יש צורך בהגדרה מדויקת של המוות המוחי.

מאז שנות ה-80, וועדות שונות מנסות להגדיר מהו מוות מוחי, ומהן האינדיקציות למוות מוחי. הסוגיה מגיעה לישראל **בע"פ 341/82 בלקר** – בשנות ה-80. בחורה שהגיעה מהולנד בתור מתנדבת, פגשה את בלקר, הם התחתנו, אך הוא היה אלים כלפיה. בלקר הגיע לדירתה, ניסה להרוג אותה בכל מיני דרכים, ולבסוף השליכה מן החלון. האישה הגיעה לבית החולים במצב מאוד קשה. האישה הגיעה עם פגיעת ראש קשה מאוד, המאמצים להצילה עלו בתוהו, **נקבע לה מוות מוחי אך השאירו אותה מחוברת למכשירים, על מנת להשתמש באיבריה, תחת הסכמת בני משפחתה**. לבסוף, ניתקו אותה מן הכשירים. הבעל טען – לא רצחתי אותה. חבלתי בה חבלה חמורה, אבל לא רצחתי אותה. ביהמ"ש שניסה להתחמק מעיסוק בשאלת הגדרת המוות, מצא עצמו מחויב להתמודד עם שאלה זו, **האם מוות מוחי נחשב כמוות?**

**ביהמ"ש העליון הסיק כי מוות מוחי הוא מוות לכל דבר ועניין במדינת ישראל**. עד לקבלת חוק מוות מוחי נשימתי, לא היה לנו בדין הגדרה של "מוות", וזאת הייתה הגושפנקא הרשמית הראשונה. לא טוב שיהיו בחוק המדינה מספר הגדרות למוות – לצורכי ירושה, פלילי ולקיחת אבירים להשתלה. **יש צורך בהגדרה אחידה.** **הגדרת המוות משמעותית ויסודית בחברה שלנו, ולכן היא צריכה להיות בהירה וברורה, שזה לא יהא נתון למצבים וחוקים שונים.**

גם הנושא של קביעת שעת המוות הוא זירת מאבק. **הרופאים** – זוהי שאלה רפואית, יש לקבוע את השעה לפי קריטריונים רפואיים. מנגד, **יש הטוענים כי המוות הוא לא רק הגדרה רפואית, אלא זוהי הגדרה חברתית, משפטית, דתית.** יש מאבק גדול מאוד – **מי יקבע את רגע המוות?**

ביהמ"ש לא אומר כי הוא יקבע את הקריטריונים, אלא **הוא ייקח את הקריטריונים של הרופאים, אלא שהוא זה שייתן את הגושפנקא – אילו השלכות משפטיות יהיו לקביעה שהאדם מצוי במוות מוחי** (ניתן להוציא תעודת פטירה, ניתן לפתוח בהליכים בירושה, להאשים אדם ברצח וכו'). כלומר, **הקריטריון המשפטי יקבע את ההשלכות.**

**בפ"ד בלקר** ביהמ"ש מדבר על חשיבות הנושא – קורא לכנסת לחוקק חוק בהיר ומדויק לגבי מה זה מוות ומהן ההשלכות. אולם, זה לא קרה. **משרד הבריאות הוציא נוהל, חוזר מנכ"ל, לו כוח מחייב כלפי העובדים במשרד הבריאות, מעין חקיקה משנית, בו יש הסבר מפורט לתפיסה מהי מוות מוחי** – הקריטריונים הם רפואיים, אך יש תיאור של דברים אחרים. **החוזר נותן שורה של מבחנים רפואיים שיש לעשות על מנת להכריז על אדם כמת מוות מוחי.**

כשמגיע אדם עם פגיעת ראש החשודה כפגיעה המוליכה למוות מוחי, מדובר בד"כ באנשים שהיו בריאים – מקרים פתאומיים (תאונת דרכים, ירי וכו'). המבחנים הרפואיים נועדו על מנת למנוע טעויות. ראשית, **יש לוודא שעושים הכל על מנת להציל אדם, ולא נחפזים לקביעה של מוות מוח**י (אסור, למשל, לקבוע מוות מוחי בחדר מיון).

שנית, בנוסף, **יש לבדוק שלא מתקיימים מצבים היכולים להטעות אותנו ולבלבל אותנו ולגרום לנו לחשוב שזהו מוות מוחי בטעות**. לדוג' – מצב של היפותרמיה (הגוף נכנס למצב של קור קיצוני – משתיק חלק מהמערכות), נראה כאילו המערכות בגופו של האדם לא מתפקדות. דוג' נוספת – קבלת תרופות המכניסות לחוסר הכרה מכוון, כדי שהמוח לא יתמודד עם הגירויים. יש לחכות 24 שעות ממתן התרופות, מתוך חשש לשאריות של התרופות. על מנת להיות על הצד הבטוח, שלא יהא חשש / ספק שאנו מתחילים בבדיקות של מוות מוחי, כשלא צריך.

שלישית, **לאחר שלילת הגורמים שיכולים להטעות, יש לבצע שורה של בדיקות** **קליניות** (הארה על האישונים, למשל), **ובדיקות מכשירניות** (זרימה של דם בעורקים בראש, למשל).

מי מבצע את הבדיקות?

**שני רופאים בכירים לפחות, שעברו הסמכה מיוחדת בנושא**. הם סוג של וועדה לקביעת מוות מוחי, רופאים שלא מעורבים בטיפול בחולה הספציפי ושלא קשורים בשום צורה לנושא השתלות האיברים. מדוע? כדי שלא יהא ספק שמדובר ברצון להיחפז ולקבוע מוות מוחי כדי לקדם אינטרס של השתלת איברים.

מדוע מבצעים את כל הבדיקות הזהירות הללו?

אנו עושים זאת בגלל האתגרים החברתיים (לא רפואיים ולא משפטים). **האתר החברתי – על החברה לקבל שהאדם מת.** זהו תהליך. השינויים הם תהליכיים, לא מספיק שיש לנו חוק/פסיקה שקובע שמוות מוחי הוא מוות לכל דבר ועניין, אלא **אנו כחברה צריכים להפנים זאת, וזה לוקח זמן.** יש ניסיון להיות זהירים, ושקופים, להראות שהכל נעשה בצורה שקופה ובהירה, שלא ייווצר חשד למשהו לא תקין/כשר.

**חוק מוות מוחי נשימתי – שנת 2008**

לאחר **פ"ד בלקר**, רצו לעשות בבית החולים הדסה את השתלת הלב הראשונה בישראל. לשם כך, משרד הבריאות פנה למועצת הרבנות הראשית בדרישה כי יצהירו שאין עם כך שום בעיה הלכתית. פסק הלכה של **הרב שמואל פיינשטיין** – השתלת לב אסורה לפי ההלכה, היא מהווה רצח כפול, של התורם ושל הנתרם. בעת מתן פסק ההלכה, הנושא היה בחיתוליו, העוברים את ההשתלות לא שרדו מעבר למספר ימים. כמו כן, היו טענות שהמדדים שהיו אז לקביעת מוות מוחי ולהוצאת הלב לא היו מדויקים מספיק, לא היה ידע מספיק על מנת להחליט שאדם מת מוות מוחי.

פסק ההלכה היה לנגד עיני הרבנות הראשית, היה קשה לקבל את ההחלטה. בסופו של דבר, היה עדות של חתנו של הרב, שאמר: "הרב כן קיבל את הקונספט של השתלות הלב". לבסוף, **הרבנות הגיעה למסקנה, כי מוות מוחי מהווה מוות לכל דבר ועניין מבחינה הלכתית**. הדבר פתח את הפתח להוצאת הלב. מבחינה הלכתית, השתלות האיברים מעורות בעיות רבות – כבוד המת, אי-נבילת המת, לא ליהנות מהמת וכו'. כל האיסורים נדחים אל מול האפשרות להציל חיים. **אם יש אפשרות להיעזר בגופת המת על מנת להציל חיים, זה מותר.**

הבעיה היחידה שהיה צורך להתגבר עליה – **האם באמת מדובר במוות?** הצלת חיים היא ערך עליון, אך לא במחיר חיים של אדם אחר. לכן, ההחלטה האם מוות מוחי נחשב מוות הייתה קריטית. אם נגיע להחלטה שביהדות המוות נקבע ע"י הפסקת הלב, הדבר סותם את הגולל לעשיית השתלות איברים על פי ההלכה. **יש אמירות בגמרא ובשו"ת המתייחסים לעניין של הפסקת דופק כקריטריון למוות.**

אולם, מבדיקה מאוד דקדקנית של המקורות, הגיעו למסקנה שכל המקומות המתייחסים להפסקת פעולת הלב **לא מתייחסים ללב כאינדיקטור עצמאי, אלא מתייחסים אליו כאינדיקטור לכך שהנשימה פסקה באופן מוחלט ובלתי הפיך.** כלומר, מה שקובע בהלכה היא **הפסקת הנשימה – היא הקובעת את המוות**. אולם, פעם לא היו את המכשירים של היום. נושא ההחייאות וההנשמות הוא נושא חדש. בהלכה השתמשו במדד של הפסקת הדופק כאינדיקציה לכך שהנשימה לא תחזור יותר – מה שמעניין הוא שהאדם הפסיק לנשום.

כאמור, הסיבה הראשונה שאנשים מסרבים לתרום איבר היא **מסיבות דתיות**. השאלה היא עקרונית – האם המוות נקבע ע"י הפסקת פעולת הלב, או ע"י הפסקת פעולת הנשימה באופן בלתי הפיך. הרבנות הראשית – פעם האינדיקציה הייתה, כי ברגע שהלב הפסיק לדפוק, ידענו כי הנשימה לא תחזור יותר.

**הפסקת הנשימה באופן בלתי הפיך נקבעת בשתי צורות** –

1. **מוות לבבי** – קו ישר במוניטור, כמו בעבר, הפסקת פעולת הלב מעידה שהנשימה לא תחזור.
2. כיום, יש לנו אינדיקציה נוספת: **מוות מוחי!** גזע המוח הוא האחראי על הפעלת הנשימה. **אם גזע המוח נפגע בצורה רצינית לפי כלל הבדיקות, זה יכול להעיד כי הנשימה לא תחזור יותר ולכן האדם מת גם לפי קריטריון זה.**

**החלטת הרבנות הראשית הכשירה את הפתח להשתלת איברים בישראל.** סעיפים נוספים –

1. הרבנות דרשה שבמסגרת הבדיקות לקביעת המוות המוחי **לא יסתפקו בבדיקות קליניות** בלבד (סובייקטיביות). **יש דרישה להוסיף בדיקה מכשירנית.**
2. כמו כן, נדרש כי בין הרופאים שקובעים את המוות צריך להיות **לפחות רופא אחד שיהא אמון על הרבנות הראשית – "רופא אמון".** מוות וקביעת המוות הוא נושא כבד משקל, לו הלכות משמעותיות – אנו רוצים להיות בטוחים שאחד הרופאים המעורב הוא **רופא המכיר גם את המשמעויות ההלכתיות של המוות.** היה רצון למנות "משגיח כשרות לקביעת המוות". לאור המאבקים הללו בין אנשי ההלכה לאנשי הרפואה, **הרבנות הראשית לא הסכימה לצאת בקריאה לציבור לעודד השתלות איברים.** רבנים רבים בציונות הדתית לא הצטרפו באותה הקריאה – יש כאן בעיה, למרות שבפועל אם הייתה משפחה ספציפית שהייתה מבקשת לשמוע חוות דעת של רב, היו מקבלים זאת, אך לא בתור הצהרה. **לא הייתה אמירה כללית ומובהקת לציבור הרחב.**

על כן, הנושא עוכב מאוד. בשנת 2008 התקבל **חוק מוות נשימתי**. החוק מצהיר באופן חד-משמעי – **מועד מוות של אדם זה או קביעת מוות מוחי או קביעת מוות לבבי.** בעצם, על מנת לעשות סדר בעניין, החוק קורא לשני המצבים – **מוות לבבי נשימתי ומוות מוחי נשימתי** – החלק המשמעותי הוא **הנשימתי, אותו ניתן לבחון לפי הלבבי, או המוחי. זה מוות, לכל דבר ועניין.**

לעניין המוות המוחי, החוק ממשיך ומתאר את הוועדה וכל הבדיקות הנחוצות. כדי לסבר את העניין ההלכתי, אך לא לשים סדין אדום מול הרופאים, הפתרון – הרופאים שיוכלו להיות חברים בוועדה צריכים לעבור הסמכה של משרד הבריאות. **חלק מההסמכה של משרד הבריאות כוללת בתוכן שלה גם את העקרונות ההלכתיים לעיל. מעניקים להם מידע בנוגע למשמעות ההלכתית.**

לפי החוק – אם רופא מטפל באדם שיש חשש שהוא הולך להיות מוגדר כמוות מוחי, **יש לעשות מאמץ סביר כדי לאתר את בני המשפחה שלו ולומר להם**: נראה לנו כרגע שיש סיכוי סביר שהוא יכנס למוות מוחי. יש לשמוע את דעתם – מה היה רצון המטופל, אם היה לו כזה, בנושא של מוות מוחי.

יש עמדה נוספת והיא של **המגזר החרדי**, בו הדעות בנושא של המוות המוחי לא כל כך פשוטות. בכללם, החרדים בישראל מתנגדים לקונספט של מוות מוחי. יש רבנים חרדיים שסולדים מהעמדה, טוענים כי ייתכן **שהלב הוא אינדיקציה בפני עצמו** – הוא עצמו חשוב. זו גישה שהוביל בצורה חריפה **הרב אליישיב**. הרב חשב כי הרבנות צודקת – הלב הוא משני, הנשימה היא החשובה. אולם, הבדיקות כיום לא מדויקות חד-משמעית, הוא לא בטוח שאדם שהוגדר כמת מוות מוחי הוגדר נכון. נעשו ניסיונות לשכנע אותו שהידע הרפואי שהיה פעם בגמרא לא לקח בחשבון את הידע שקיים כיום.

* מצב היפוטתי של אדם ללא ראש אך מחובר למכשירים והמערכות שלו פועלים – הלב פועל בעזרת מכונות גם כשברור שהאדם מת לחלוטין.

בערוב ימיו, הרב החל לשנות את עמדתו, אך הוא נפטר, העניין נותר באמצע – **הוא לא הספיק לומר בצורה ברורה כי שינה את עמדתו ולהכשיר את העמדה.**

יש לנו מוות אחד עם כמה דרכים לקבוע אותו. החוק המנחה בהקשר זה הוא **חוק מוות מוחי נשימתי**, משנת 2008. רוב הרבנים היום מסכימים עם הקביעה שהמוות נקבע ע"י הפסקת נשימה, והדרכים להוכיח זאת הם או ע"י הפסקת פעולת הלב או ע"י הרס המוח. יש אומנם מי שסבור כמו הרב אלישיב כי רק הפסקת פעולת הלב היא זו שמעידה על הפסקת הנשימה באופן בלתי-הפיך ולכן מעידה על מוות. הייתה גם גישת ביניים, של הרב אורבך, שאמר שהוא מכיר בכך שמוות מוחי הוא מוות כי הוא מעיד על הפסקה בלתי הפיכה של הנשימה, אבל טען שהוא לא בטוח שהמבחנים שיש היום לרפואה כדי לאבחן את המוות המוחי הם מדויקים. באמצע התהליך להוכיח לו גם את העניין הזה, הוא נפטר.

בעקבות מחוק מוות מוחי נשמתי, החוק קבע באופן חד-משמעי את מה שידענו קודם מפ"ד בלקר ומה שהיה ידוע מבחינה רפואית ובחוזר המנכ"ל – מוות ניתן לקבוע או ע"י מוות לבבי נשימתי, או ע"י מוות מוחי לבבי. שני הסוגים נמצאים באותה הדרגה. עד לחוק, לא היית הגדרה למוות.

אולם, לכאורה, החוק בצד אחד שם את שני הדרכים על אותה הדרגה, אך בסופו של דבר, בסוך החוק בסעיף קטן יש קטץ', **סעיף 8ד'** – אם יש מצב בו נקבע מוות מוחי ומודיעים על כך למשפחה, היינו נקבע מוות מוחי נשימתי והקביעה מנוגדת להשקפת עולמו או דתו של המטופל, לפי עמדת המשפחה (לא קיבל את הקונספט של מוות מוחי נשימתי), לא מפסיקים את הטיפול התומך ולא מנתקים אותו ממכשיר ההנשמה, ממשיכים בטיפול התומך בנשימה בלבד, עד שהלב מפסיק לפעול.

הסעיף המראה לנו את ההבדל, לא ברמת הקונספט, אלא ברמת ההתנהגות בשטח – משאיר אותנו בתחושה של שני דברים שלא נמצאים באותה הדרגה. יש לשמוע את עמדת המטופל מפי המשפחה, שהיא בעצמה מתנגדת להפסקת הטיפול בד"כ. יש את התחושה שיש משהו שמעביר מסר כפול, שיוצר מדרג בסופיות המוות. הדבר בא מתוך רצון להשאיר את המקרים לקבוצה חרדית קטנה המתנגדת לתפיסת המוות המוחי, או לאנשים אחרים – שזה יהיה בשוליים, לצד התפיסה. בפועל, יש בעיות לא פשוטות.

* הנושא של השתלת איברים כרוך וקשור בנושא של קביעת המוות המוחי ולהיפך. השתלת האיברים תלוי בצורה מוחלטת בשיתוף פעולה מהציבור, יש צורך בהסכמה לתרום. שיתוף הפעולה של הציבור קשור בצורה חדה למרקם היחסים העדין בין הציבור לרפואה – חשדנות, עוינות. אנשים מפקפקים ביושרה של רופאים לעניין קביעת רגע המוות והשתלת איברים.

**השתלת איברים –**

**השתלת איברים מנפטרים –**

**ההאצה של סוגיית המוות המוחי הייתה בגלל סוגיית השתלת האיברים מאדם שנפטר**. נוצר מצב, שפנו למשפחות באמירה של מוות מוחי, רק כשהיה עניין בלקיחת איברים להשתלה. הדבר ייצר התנגדות ופחד – מחשבה, ייתכן כי מדובר בקביעה חפוזה, לשם לקיחת איברים. זאת, במיוחד שהנושא של מוות מוחי לא מנותק מכל התהליכים של העוינות וחוסר האמון, של החשש והירידה במעמד הרופא. על כן, במקרים רבים, אנשים לא היו מוכנים לשמוע.

* בפועל, אין זמן. חייבים להעלות את הדרישה בסמוך להכרזה על מוות מוחי – ייתכן שתתחיל קריסה של כל האיברים בזמן שהמשפחה מתלבטת.

ברגע שהובן כי האיברים המושתלים במצב של מוות מוחי מאפשרים להציל חיים (אם נחכה למוות לבבי, לא נצליח), הנושא הופך להיות נושא משמעותי. **על מנת שאנשים יסכימו לתרום, יש צורך ב-2 הנחות** –

1. הסכמה לקונספט של מוות מוחי.
2. הסכמה לקונספט של תרומת האיברים.

למרות **שחוק השתלות איברים** הינו חוק חדש משנת 2008, עדיין **חוק האוטונומיה והפתולוגיה** הישן משנות ה-50' מסדיר את כל הקשור לנתיחת גופות לצורך קביעת מוות. בתיקון שנעשה בחוק בשנת 1981, ערכו מספר שינויים שהחמירו את הקריטריונים לנתיחת גופות. **החוק מבדיל בין איברים הנלקחים לצורך הצלת חיים לבין איברים הנלקחים לצורך ריפוי**, כאשר התנאים ללקיחת איברים לצורך הצלת חיים יותר מקלים. יש לציין, כי חלק מההשתלות שקיימות כיום (כמו השתלות לב וכבד) לא היו בשנת 1981. לכן, החוק התייחס בעיקר להשתלות של כליה או קרנית, אך קבע כי מדובר בהשתלות שנועדו להצלת חיים ולא לצורך ריפוי. הנפקות של קביעה זו משמעותית לעניין השלבים שיש לעבור עד שניתן לקחת את האיברים.

לפי חוק האנטומיה והפתולוגיה, **כאשר מדובר על תרומת איברים לצורך הצלת חיים, ולא ניתן לאתר את המשפחה, ואם נשתהה לא ניתן יהיה להשתמש עוד באיבר, ניתן לקחת את האיבר מהנפטר גם מבלי אישור המשפחה ומבלי אפילו שנמסרה הודעה למשפחה**. אולם, כיום המקרים בהם לא ניתן להשיג אנשים נדיר מאוד וההנחיה היא לא לעשות שימוש בסעיף הזה בחוק, גם כדי לא לפגוע במערך העדין של אמון הציבור בצוות הרפואי, וכן כדי לא לצער את המשפחה.

**החוק, מבחינה פורמאלית, מתיר לעשות הרבה יותר ממה שנעשה ב"שטח".** בפועל, מקפידים שלא לקחת איברים מנפטרים, אפילו אם היה להם כרטיס אדי (כרטיס תרומת איברים), ברגע שהמשפחה מתנגדת לטיפול. למרות שרק במיעוט קטן של המקרים המשפחה מחליטה לפעול בניגוד לרצון הנפטר. לדוג' – מקרה אבי כהן שנפגע ונקבע מוות מוחי. למרות שהיה לו כרטיס תורם, המשפחה התנגדה לתרומת איברים. הנקודה המשמעותית בנושא השתלות איברים היא הצורך בשיתוף פעולה של הציבור.

**הסיבה השנייה להימנעות מתרומת איברים היא שאנשים חוששים שאם יהיה להם כרטיס תורם, הרופאים ימהרו להכריז על מותם בלי להתאמץ יותר מדי להציל אותם, כדי שיהיה אפשר להשתמש בהם לצורך השתלת איברים**. הדבר מעיד על פגם כבד באמון של הציבור ברופאים, ומתבטא בצורה חריפה מאוד. למרות שכל המנגנון של קביעת מוות מוחי, בנוי מבחינת החוק, כדי למזער ולא לאפשר בכלל צל של ספק שזה מה שקורה, והאנשים שקובעים מוות מוחי הם רופאים בכירים שלא קשורים לצוות המטפל או לצוות המשתיל. באמת נעשים ניסיונות כדי להציל את האדם, אבל זה כנראה לא משכנע את כולם. דעת הקהל בנושא הזה מאוד רגישה, ולכן כל פעם שיש שערורייה שקשורה לאיברים מנפטרים, מספר המסכימים לתרומה והחותמים על כרטיס תרומת איברים יורד בצורה משמעותית. משנת 2008, כשנחקק **חוק מוות מוחי נשימתי**, **נקבעה מעורבות של אנשי דת בכל ההליך של הכשרת רופאים שקובעים את המוות המוחי וכן יש אפשרות להתייעצות עם משפחת הנפטר, כדי להחליט אם לבצע את תרומת האיברים.**

שלושה חוקים שרלוונטיים כיום בהקשר להשתלות איברים –

1. **חוק האנטומיה והפתולוגיה** – חוק וותיק משנות ה-80'. נושא השתלת האיברים "נכנס בו מהצד", ולכן הוא מוסדר בו בצורה מאוד מסורבלת ובעייתית.
2. **חוק מוות מוחי נשימתי (2008)** – עוסק אך ורק בקביעת המוות.
3. **חוק השתלות איברים (2008)** – מדבר ברובו על תרומת איברים מחיים, קצת על נטילת איברים מנפטרים. בשאלות הקריטיות של הסכמה מפנה לחוק האנטומיה והפתולוגיה. לפיכך, חוק האנטומיה והפתולוגיה עדיין רלוונטי.

חוק האנטומיה והפתולוגיה – 1953

החוק מתעסק עם הפתולוגיה, עם ניתוחי המתים לצורך קביעת המוות. ב-1981, כשהממשלה הרכיבה קואליציה עם החרדים, אחד הדברים שנכנסו להסכם הקואליציוני – הסדרת ניתוחי המתים + הפסקות הריון (הסעיף הסוציאלי, לפיו ניתן לבצע הפסקות היריון בשל תנאי הסוציאליים של האישה ירד). הוכנסו הגבלות לניתוחי המתים, ועל הדרך, כיוון ששינו את החוק, הכניסו גם כמה דברים הקשורים להשתלות איברים.

לדוג' – **החוק מבצע הפרדה בין נתיחת גופה לצורך קביעת סיבת מוות ולצורך הוצאת האיברים כדי להציל חיים של אחר** (החוק לא משתמש במילים השתלה ותרומה של איברים, כי הדבר היה בחיתוליו). מה זו הצלת חיים? ברור שכל ההשתלות הגדולות (לב, כבד, לבלב) נחשבות כהצלת חיים, אך החוק קובע שגם קרנית (כדי שאדם לא יהא עיוור) ועור גם מהוות השתלות למען הצלת חיים, למרות שניתן לחיות ללא זה. לצורך הצלת חיים, התנאים בחוק מקלים מאוד.

**לעניין מסירת הודעה (למשפחה)** ישנה הבחנה בין נתיחה לצורך קביעת מוות לבין לקיחת איברים לצורך הצלת חיים. בעוד במקרים של נתיחה, יש הרבה הגבלות**, במקרה של הצלת חיים, ההגבלות הרבה יותר קלות**. הצורך למסור את ההודעה הוא כל עוד עדיין אפשר להשתמש באיבר. **ע"פ החוק, ניתן להוציא איבר לצורך הצלת חיים אם זה היה כבר הרגע האחרון, גם ללא מסירת הודעה למשפחה.**

**קבלת הסכמה / אפשרות לקחת איברים** – ההפרדה בין מסירת הודעה לקבלת הסכמה בהקשר הזה היא קצת מלאכותית.

חוק האנטומיה והפתולוגיה לצורך לקיחת איברים מבחין בין שלושה מצבים –

1. האדם התנגד בחייו – אדם שהתנגד בחייו בכתב שהגויה שלו תנותח, **לא מנתחים אותו, אף אם המשפחה מסכימה לכך.** מדוע? זה תואם את התפיסות של זכות האדם על גופו, הרצון לכבד את רצון האדם על גופו. אולם, בגלל שהמחוקק רצה לעודד תרומת איברים, נקבע "התנגד אדם בחייו **בכתב**...". כמה אנשים מסתובבים עם מכתב שכזה? כמעט ואין. על כן, לכאורה, אנו לא נמצאים במצב זה. **בפועל, במציאות – גם אם המשפחה תרצה לתרום, עוזבים את העניין, בשל הרצון לא לגרום מהומות, אלא לגרום לרגיעה ושקט תקשורתי.**
2. האדם הסכים בחייו – אדם שהסכים בחייו שהגויה שלו תנותח. אם ידוע לנו שהאדם הסכים, מותר לקחת מימנו, אפילו אם כל המשפחה מתנגדת. אולם, במציאות, אם המשפחה תתנגד, לא ייקחו איברים להשתלה (דוג' אבי כהן), על מנת להימנע מהעיסוק התקשורתי (חשש מפגיעה תקשורתית לעניין תרומות עתידיות – פרסום תקשורתי על לקיחת איברים, למרות התנגדות המשפחה).

מה הכוונה ב"הסכים"? **לצורך חוק האנטומיה והפתולוגיה, הסכמה מוגדרת כהסכמה שניתנה בטופס שנקבע בתקנות**. לכאורה, זה אומר שיש לנו בעיה עם כרטיס תורם. **אם הולכים בפירוש הדווקני, כרטיס תורם הוא לא בדיוק הטופס שמופיע בתקנות ולכן לא מדובר בהסכמה לפי התקנות**. אבל לפי המשמעות של העניין, האדם מצהיר פה הצהרת כוונות מאוד ברורה. לכן, להגיד שבעצם אנחנו לא נתחשב בזה כי זה לא הנוסח שכתוב בתקנות זה בוודאי מאוד בעייתי. בחוק ההשתלות החדש נקבעו עוד דרכים למתן הסכמה, כמו כרטיס תורם. לכאורה, ברגע שיש את ההסכמה לא צריך את ההסכמה של המשפחה, אבל בפועל אם המשפחה מתנגדת לא לוקחים כי לא רוצים מאבקים במשפחה.

היכן יהא בעייתי אם חתמתי על כרטיס תורם או על הטופס? אדם שחתם על כרטיס תורם, והמשפחה מתנגדת – לוקחים את האיברים, המשפחה מגישה תביעה וטוענת כי הוא לא חתם על הטופס הקבוע בתקנות, ולכן לא נתן את הסכמתו. זוהי בעיה היפותטית, שכן גם אם יש לו כרטיס וגם אם חתם על הטופס, בפועל, לא ייקחו את האיברים. המקרה לא יגיע לביהמ"ש. אם המקרה היה מגיע לביהמ"ש היה עליו להחליט אם הוא מפרש את ההסכמה בצורה מצומצמת – רק הסכמה בטופס שנקבע בתקנות, או מקבל פרשנות המתייחסת למהות, ומקבל בכך את הכרטיס התורם כהסכמה. הדברים בכרטיס ובסכמות זהים, השוני הוא אך בשפה.

1. אין לדעת את עמדת המת – ברוב המקרים אנחנו נמצאים במצב שאנחנו לא יודעים אם האדם הסכים או לא הסכים לתרומת איברים. לפי החוק, במקרה ואנו יודעים על התנהגות או הסכמה אין מעמד למשפחה, אלא רצונו של האגם הוא הקובע – לחיוב ולשלילה. במקרים בהם אין לנו מושג מה האדם רצה, מותר לקחת איברים אלא אם כן התנגד בכתב בן זוג, הורה או ילד לאחר המוות. החוק לא מבקש הסכמה, הוא מבקש שלא תהיה התנגדות בכתב. המשפחה נכנסת לתמונה אך **במצב השלישי** – כשלא יודעים מה היה רצונו של האדם. החוק מעניק מעמד למשפחה. רק אם התנגד בכתב בן משפחה מדרגה ראשונה ללקיחת האיברים, לא ייקחו את האיברים. בכל מקרה אחר, יכולים לקחת את האיברים. במציאות, אין דרישה להתנגדות בכתב, גם אם זה ההתנגדות נאמרה בעל פה, לא לוקחים את האיברים. בפועל, יש פער בין מה שהחוק מאפשר, לבין המציאות.

מקרה לדוג' – אחד המקרים שהיה בארץ הוא של הולך רגל שנפגע בתאונת דרכים ונקבע לו מוות מוחי. המשטרה פרסמה תמונות שלו, קבעה שהוא נעדר וניסתה להגיע אל המשפחה. הוא נמצא מתאים כתורם לאנשים אחרים. לקחו ממנו איברים כמו כליות, ורק אחר כך מצאו את המשפחה. מדובר היה במשפחה של עולים חדשים שהגיעו לא מזמן לארץ ולא היו חשופים לתקשורת. הייתה מהומה גדולה סביב העניין. אולם למרבה המזל המשפחה שמחה שלקחו את האיברים.

**חריג שקיים בחוק – אדם ערירי**, שאין לו בני משפחה מדרגה ראשונה. במקרה כזה, החוק משנה את טעמו – מותר לקחת איברים מאדם ערירי רק אם ידוע לנו בפירוש שהוא הסכים בחייו שייקחו מימנו איברים, כדי למנוע מצב שינצלו דווקא את המקרים של אנשים עריריים. לאדם ערירי, כרטיס אדי מספיק. לא ניתן להניח ע"י הסכמה מכללא שהוא היה מסכים (לשם הסכמה מכללא יש צורך ברוב, לדעת שרוב הציבור היה מסכים. כיום זה במצב של 50 אחוז).

**חוק האנטומיה והפתולוגיה קובע, שאם מדובר באדם ערירי שאין לו משפחה, ניקח ממנו את האיברים רק אם ידוע שהוא הסכים**. **וזאת, כדי למנוע מצבים שאנחנו כחברה ננצל את ההזדמנות**. דווקא במקרים של אנשים עריריים נזהרים יותר. במקרה של אותו אדם הייתה לו משפחה, אבל בבית החולים לא היה ידוע אם יש לו משפחה. היועץ המשפטי לממשלה החליט שלא להגיש כתב תביעה כי ראה שהרופאים התרשמו שיש לו משפחה (מתמונות שהיו עליו), ושהרופאים פשוט לא ידעו איך להשיג את המשפחה.

* כיום, **מתייחסים לכרטיס כאל הבעת הסכמה.**

**כל עוד מדובר באדם שאין לנו מושג מה היה רצונו – נקודת המוצא היא שניתן לקחת את האיברים, אלא אם מובעת התנגדות מטעם בני המשפחה.**

**למה אנו מגיעים למצב בו הפער כה גדול בין החוק למציאות?** המציאות נבנתה בצורה שלא תואמת את החוק. כל הליכה בניגוד לרצון המשפחה מעוררת הדים ציבוריים בעייתיים הפוגעים בתרומת האיברים. זוהי הסיבה המרכזית לפער שנוצר

חוק השתלות איברים – 2008

החוק ניסה קצת לסגור את הפערים, אך הוא לא סגר אותם לגמרי – בחלק מהעניינים הוא לא מתערב, וגם הוא לא עשה מהפכות גדולות. **יש שתי תפיסות מרכזיות בעולם בנוגע להסכמה לתרומת איברים** –

1. **רואים אותך כמסכים כל עוד לא התנגדת** – אופטינג אאוט. זוהי גישת **ההסכמה המשוערת** – אנו מניחים שאתה מסכים, אלא אם כן ידוע שאתה מתנגד. לדוג' – אוסטריה, שוויץ. מדינות אלו רואות בשטח, מאחוזי ההיענות הגבוהים, שרוב האנשים מסכימים שייקחו מהם איברים. הן מאפשרות למתנגדים להביע התנגדותם במפורש. **זוהי הגישה בחוק האנטומיה והפתולוגיה, לפי המצב השלישי, בו לא יודעים מה הייתה עמדת המת.**
2. אנו מניחים כי **כולם מתנגדים**. רק אם ידוע במפורש כי אדם הסכים (כרטיס תורם, בארץ, למשל), או שהמשפחה הסכימה במפורש – לוקחים במפורש.

רוב העולם עובר כיום לגישת ההסכמה המשוערת, שכן יש מחסור באיברים.

* בעצם, אין בחוק שום דבר מהפכני, החוק מחזיר אותנו לסעיפים הרלוונטיים בחוק האנטומיה לעניין ההסכמה ולקיחת איברים.

**בארץ אסור להגביל את ההסכמה (בתנאי שלא תלך לעברים, למשל).** לא מקבלים את ההתניות, במודע שמאבדים תרומות. זוהי המדיניות. הקצאת האיברים בישראל היא ע"י המרכז הלאומי להשתלות. המשפחה שתורמת לא יכולה להתנות את התרומה, למרות שמוותרים על האיברים, זוהי החלטה עקרונית של המדינה. **הדבר היחידי שניתן להכניס – שאיש דת יאשר למשפחה את התרומה**, בשל הסיפור של המוות המוחי.

* אין קדימות פורמלית לבן משפחה. אך אם יהיה מצב שכזה, תינתן העדיפות.

**השתלת איברים מחיים –**

מדובר על מצב בו אדם בחייו מתוך הסכמה מדעת ורצון לעזור מוכן שישתמשו באיבר מגופו להצלת אדם אחר. השאלה – מהי "הסכמה מדעת"? מה לגבי קטינים, מפגרים? עד איזה שלב נלך? האם נאפשר לקחת שתי כליות מאדם, או שמא נגיד כי האוטונומיה של האדם מוגבלת?

האיברים שאדם חי יכול לתרום – כליה, דם, מח עצם, אונת כבד (במשך שנים רבות אפשרו שרק הורה יתרום לילד כבד, בשל מורכבות הניתוח, אם כי בשנים האחרונות זה השתכלל ויותר מתירים, אם כי עדיין לא בכל מקרה), ריאה, תאי רביה (זרע, ביצית – נפרדת מהשתלת איברים, נמצא בחקיקה נפרדת)..

דוג' לאיבר שלא מתחדש – כליה (לא מחדשת את עצמה, אך ניתן לחיות עם אחת).

שתי דרכים לתרומה –

1. לתרום באופן וולונטרי לקרוב משפחה.
2. לתרום לאדם אחר, שאינו קרוב משפחה.

**הנקודות החשובות בהקשר של תרומת איברים מאדם חי הם הסכמה חופשית והיעדר תמורה**, והדבר נובע מהעיקרון של קדושת הגוף. לעניין ההסכמה, יש לבדוק את **חופשיות ההסכמה**. גם כאשר מדובר בקרובי משפחה וגם כאשר מדובר ב"סתם" אדם. **החוק** **אוסר על תשלום על איברים (וגם על תיווך), אוסר מתן תמורה**. הדבר היחיד – החזר מסוים על ההוצאות הרפואיות הכרוכות בביצוע הניתוח, או כרטיס כניסה חינם לכל החיים לגנים הלאומיים.

דברים שמקפידים עליהם בתרומת איברים מאנשים חיים –

* **יסוד ההסכמה** – וידוא שהתורם נתן הסכמה מדעת, ברמה הכי גבוהה שאפשר. **ככל שמדובר בטיפול שהוא יותר אלקטיבי (לא להצלת חיים) צריך רמת הסכמה מדעת גבוהה מאוד, ולכן במקרה של תרומת איבר לאדם אחר, עוד יותר צריך הסכמה מדעת**, כי אותו אדם לא צריך את הטיפול הזה לעצמו. הוא הולך להעמיד את עצמו בסיכון, תוך פוטנציאל לנזק, וצריך שהוא יהיה מודע למה הוא הולך לעבור.
* **מסוגלות התורם מבחינה רפואית** – התורם לא בקבוצת סיכון, הוא לא עלול לסבול בהרדמה / בהחלמה, מעבר לסיכונים הממוצעים.
* **היעדר העברה של תמורה** – היעדר סחר באיברים.

תרומת איברים מאדם חי עוברת ועדה שמאשרת כל מקרה –

* **כאשר מדובר במשפחה** – התרומה מאושרת ע"י וועדה מקומית בבית החולים.
* **כאשר מדובר באדם הקרוב רגשית (לא משפחה)** – התרומה מאושרת ע"י ועדה ארצית, ששמה דגש על בדיקת יסוד ההסכמה ובחינה שהתרומה נעשית ממניעים פילנתרופיים. לדעת המרצה, הוועדות לא יכולות להגיע ל-100% הבנה של יסוד ההסכמה ובדיקה האם אין העברה של תמורה. אבל פעמים רבות הן מצליחות לעלות על זה.

לדוג' –

* בחורה מהמגזר הערבי הגיעה לתרום כליה לאח שלה, אולם התגלה שהמשפחה החליטה שהיא תהיה התורמת מכל המשפחה, בשל היותה מעין "כבשה שחורה", וזאת על אף שלא רצתה לתרום. לפיכך, לא נתנו לה לבצע את תרומת הכליה.
* תושב ישראל מדרום אמריקה שחי כמה שנים בישראל הגיע לתרום כליה. הוא ובת-זוגתו חיו במשך כמה שנים אצל בעל הבית שלהם שהיה זקוק לכליה, ולפיכך ביקש לסייע לו, בטענה שהוא מאוד קרוב אליו וקשה לו לראות אותו סובל. הוועדה אישרה את התהליך, ולאחר הניתוח התורם קיבל סכום כסף מאוד גדול מבעל הבית, עזב את הארץ וחזר לדרום אמריקה. לכאורה, ניתן להגיד שמבחינת שני הצדדים מדובר בהסכם שהיה מקובל עליהם. אולם מדובר בזילות של גוף האדם ובישראל לא מרשים דבר כזה.

מניעת סחר באיברים –

**המתנגדים לסחר באיברים טוענים** שהדבר עשוי להוביל למצב שבו עניים יהפכו להיות "מחסני איברים" של עשירים, **שרק עשירים יוכלו לקנות איברים**, שזה יגדיל את הפערים בחברה ויפגע בשוויוניות. לעומת זאת, **התומכים טוענים**, מנגד, שהגיע הזמן שנפסיק להיות יפי נפש, **אנשים מתים מהמתנה להשתלה וחייבים להיות יצירתיים** בהקשר הזה. בדיוק כמו שאנשים מוכרים זרע או מנות דם, צריך לאפשר להם גם למכור איברים. ממש כמו שאנשים מוכנים לעשות כל מיני דברים, לרבות עבודות מסכנות, כדי להרוויח כסף, יש לאפשר להם למכור איברים בתמורה לתשלום. חשוב לזכור שיש אנשים שמוכרים איברים, במדינות אחרות.

* הצעה שהוצעה היא, כי אנשים ימכרו את האיברים למדינה, תמורת תשלום מוסדר בתעריף קבוע. הם יקבלו תמורה ולא ידעו למי הולך האיבר שתרמו. האיבר יוקצה לפי התור הרגיל, ולא לפי מי שיכול לממן את זה, כאשר הנתרם לא יצטרך לשלם עבור ההשתלה. כך הם אומרים, תישמר השוויונית.