

שליטה רפואית ודומיננטיות הרופאים בדיוני הוועדה הציבורית-מקצועית לבחינת נושא תרומת הביציות בישראל

סמדר נוי (קניון)* ודניאל מישורי**

תקציר. הדיון אודות טכנולוגיות-פריון מעלה את השאלה אם הן מהוות אמצעי להעצמת נשים או שמא הן משעבדות אותן לתפקיד "הולדה" ומכפיפות אותן לשליטה רפואית. המאמר מראה, באמצעות בחינת הרכב חברי ועדה שהוקמה לבדיקת הנושא של תרומת ביציות בישראל וניתוח מבני השיח שלה, כיצד מתמסרת שליטה רפואית על קביעת המדיניות ועל ארגון התחום. בדיוני הוועדה, שיח פלורליסטי-לכאורה מתחלף במהירות בשיח אקסקלוסיבי שלפיו דילמות חברתיות ואתיות בתחום הן לאמיתו של דבר סוגיות רפואיות שבהן רק רופאים מסוגלים להכריע. טרוריקה צרכנית-כלכלית, המצוירת את הרופא כספק שירות לצרכניות אוטונומיות במסגרת "השוק החופשי", מלווה שיח זה, ודמויות הנשים משורטטות בו במובלע באופן המשרת את מסקנות הוועדה. המאמר מעלה לדיון שאלות ביו-אתיות וחברתיות על מעמד המומחים הרפואיים המשמשים סוכנים בעלי אינטרסים מקצועיים ואחרים בתחום תרומת הביציות ובקביעת מדיניות חברתית ואתית, ואת על רקע תהליכי המדיקליזציה של הפריון וחדירתו של השיח הכלכלי-צרכני לתחום הרפואה.

**מבוא: מקומה של ועדת הלפרין בשיח הציבורי-מקצועי
בנושא תרומת הביציות בישראל**

עדויות של נשים

זה הכול קשור בטרמינולוגיה – בשפה... הם גונבים ממך דרך השפה שמוליכה אותך שולל... הייתי מטופלת ארבע שנים. הפעילו עליי לחץ – תתרמי. לא רציתי. אבל אם

* החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, המכללה האקדמית אשקלון

** בית הספר ללימודי הסביבה על שם פורטר, אוניברסיטת תל אביב

ברצוננו להודות לד"ר משה לוי, לגב' רחל הלל, לגב' שרונה ירון, לד"ר הילה העליון ובמיוחד לפרופ' אברהם סהר על תרומתם לגיבוש המחקר. ברצוננו גם להודות לחברות ולחברי סקציית הגוף באגודה הסוציולוגית הישראלית, ובמיוחד לד"ר דלילה אמיר, על ההודמנות לקיים דיון בממצאים ועל הערותיהם הפורות. תודות לקוראים/קורות האנונימיים של מערכת סוציולוגיה ישראלית על הערותיהם החשובות לטיטות המאמר.

אני לא אתרום – הרי הוא זה שיעלה אותי על השולחן... והוא הרי האליל בתחום... אז את מגיעה אל האל והוא מנציח את המעמד שלו – עשר דקות ושוב שילמת שבע מאות ש"ח. ואת פשוט לא בסיטואציה שאת יכולה לסרב. ועד לרגע האחרון, שנייה לפני שהרדימו אותי, ואני כבר על הכיסא, האליל מגיע עם הטפסים... ואת כבר מפוסקת... תרומת ביצית – ביצית! הוא לא אמר ביציות. אחר כך הוא התקשר אליי והודיע לי שהם שאבו עשרים ומשהו והוא לקח שתיים עשרה. והרי הפציצו אותי בהורמונים על מנת לקבל 24 ביציות. הורמונים בתא־פפטיל – זה סירוס כימי – הוא אומר למוח להפסיק פעילות והרחם הופך לנתין מוחלט של האליל, משתק את הפעילות ההורמונלית... אז מזריקים לך ככה וככה ובודקים איך התפתחו הזקיקים. למה הוא חיכה מעבר ל-12 זקיקים? למה הזריק לי על מנת שיהיו לי 24? ככה זה פועל (שרית), מטופלת לשעבר בטיפולי הפריה, בשיחה אישית עם סמדר נוי).

אני צריכה כל החודש להיות מוכנה עם כדורי אסטרוגן, שזה במינון של בין שניים לשלושה כדורים... הרופא אמר לי, אפילו לא ברמיזה... התור פה מאוד ארוך, אני מציע לך להירשם במקומות אחרים – אלא אם כן הרופא שלך ידאג לך. אז כמוכן שבאופן טבעי הלכתי לרופא שעובד אתם, ושילמתי לו באופן פרטי על טיפולים כדי שיהיה בינינו קשר ושהוא ידאג לי... הוא כאילו גרם לזה שכשהייתה לו תרומה ממטופלות שלו אז הוא דאג לי... הם מבקשים שתתקשרי לא כל חודש, אלא כל יום, שזה מתיש בפני עצמו, והם אפילו לא עונים "מצטערים, אין כלום". "אין כלום" וסוגרים את הטלפון – משהו כזה ממש משפיל ולא נעים, אבל לא הייתה לי ברירה... בפעם האחרונה... כבר התחיל הסיפור של האנדומטריוזיס... שלחו אותי, במשך חצי שנה, עשיתי את כל הבדיקות שרק אפשר... כדי לוודא שזה לא שום דבר אחר, והם הגיעו למסקנה שזה פשוט זה. הם לא רצו להודות שזה נגרם מהאסטרוגן. עד שהייתי אצל רופא אחד שהוא אמר שזה ברור שזה מזה, כי זה כמויות עצומות של אסטרוגן, עצומות פשוט (אפרת), מטופלת המבקשת תרומת ביציות; קטעים מעדות שמסרה בדיוני הוועדה הציבורית-מקצועית לבחינת נושא תרומת הביציות).

לפי נתונים סטטיסטיים רפואיים, כ-16-20 אחוזים מהזוגות במדינת ישראל סובלים מבעיות פוריות.¹ עדויות שתי הנשים, שתיהן מטופלות בטכנולוגיות פריין חדשות, חושפות, מעבר לחווייתן האישית, את עוצמתם של רופאים ישראלים ב"ניהול" תהליכי פריין. עדויותיהן ספוגות בתיאורי שליטה רפואית על גופן, בחירותיהן וחייהן בכלל. אצל אפרת, נראה כי חייה סובבים סביב התלות במערכת הרפואית: רופאים רבים "מנהלים" את גופה וקובעים דרכי טיפול שונות, תוך שהם מלעיטים אותה בהורמונים, עד כדי חשש לפגיעה בבריאותה. אצל שרית מתואר האופן שבו שולט הרופא, ה"אליל", על גופה, על מוחה ועל הביציות שלה. היא מתארת מצב שבו נשאבו מגופה ביציות, וחלקן הועברו לנשים אחרות, בתהליך שהיה אגרסיבי ושהעמיד אותה בסיכון רב יותר מזה שחייב הטיפול בה. מעדותה עולה

1 מתוך מסמך רקע להקמת הוועדה הציבורית-מקצועית לבדיקת נושא תרומת הביציות, 2000. נדלה מאתר האינטרנט של משרד הבריאות: http://www.health.gov.il/units/egg_cont/found.htm

החשש כי הרופא שטיפל בה העמיד את הצורך בביציות להשתלה במטופלות אחרות מעל לשיקול בדבר רווחתה האישית ובריאותה. כל שיח ציבורי בנושא תרומת ביציות ובוודאי שכל ניסיון להסדיר עניין זה בחוק היו צריכים לבחון מצב זה.

הדילמות והמצוקות שעלו מדברי שרית ואפרת הן תוצאת לוואי של טכנולוגיות רפואיות חדשות המאפשרות להגביר את תהליכי המדיקליזציה של הפרייה. מדבריהן עולות שאלות בנוגע לקביעת המדיניות בתחום תרומת הביציות ולניהולה בשטח, ובמיוחד בנוגע לאינטרסים רפואיים-פרופסיונליים המעורבים בתהליך: האם רופאים הם שיקבעו מי תהיה זכאית לקבל ביציות, ומי תוכל לתרום ביציות? ובמיוחד, כיצד יתנהל הקשר בין הנשים התורמות והנתרמות לבין המערכת הרפואית והרופאים המטפלים, ומי יפקח על קשר זה?

המצב החוקי והקמת ועדת הלפריין

בישראל מוסדר נושא תרומת הביציות ב"תקנות בריאות העם" (הפריה חוץ-גופית) משנת תשמ"ז (1987). לפי תקנות אלה, תרומת ביציות יכולה להתקבל רק מתורמת שעוברת בעצמה טיפולי פוריות הכוללים שאיבת ביציות [סעיף 4 (1)]. הסיבה לכך היא שתהליך התרומה כרוך בסיכונים בריאותיים, הנובעים הן מהטיפול ההורמונלי האינטנסיבי והן מתהליך שאיבת הביציות.²

עם זאת, למרות הסיכונים נוצר "לחץ ציבורי" (ורצברג, 2000) להסדיר בחוק תרומת ביציות מנשים שאינן מטופלות בעצמן, וזאת בשל ה"מחסור" בביציות.³ הלחץ הציבורי להרחיב את מצאי הביציות התבטא במספר הצעות חוק שהוגשו בעניין.⁴ כמו כן, הלחץ בא לידי ביטוי בתקנה 2א שהוספה בשנת 2001 (תשס"ב) ל"תקנות בריאות העם", המאפשרת יבוא ביציות מופרות מחו"ל מנשים שאינן מטופלות.

בשנת 2000 הוקמה "הוועדה הציבורית-מקצועית לבחינת הנושא של תרומת ביציות" (להלן "ועדת הלפריין"), מטעם שר הבריאות דאז הרב שלמה בניזרי. הוועדה הוקמה בעקבות הצעות חוק שביקשו לאפשר לנשים שאינן מטופלות לתרום ביציות, אך מטרתיה הוגדרו

2 הטיפול מיועד להגביר את "ייצור" הביציות ולהבשילן. ככל שהוא אגרסיבי ומסוכן יותר מבחינת המטופלות, כך יכול הרופא לשאוב יותר ביציות מן התורמת. לוטן (2006) מונה סיבוכים רפואיים שהוצגו על-ידי ד"ר חנה קטן בוועדת הלפריין, ובהם: תסמיני גירוי יתר שחלתי ובכלל זה תסחיפים ואי ספיקת לב וכליות; סיכון לשיזור השחלה שעלול לגרום צורך בכריתתה; סיכון ליצירת ציסטות והצורך בשאיבתן; סיבוכים הקשורים להרדמה ולפעולת הדייקור, ביניהם זיהום באגן שעלול לגרום לאי-פרייה בעתיד ועלול להביא לכריתת הרחם ו/או החצוצרות; נזק למעיים, לשלפוחית השתן ולשאר איברים פנימיים שיצריך פתיחת בטן; ואף מוות במקרים נדירים.

3 אין נתונים מדויקים על מספר הנשים הזקוקות לתרומה. הערכות שונות, שלא ברור על אילו מקורות הן מסתמכות, מדברות על בין 2,000 ל-10,000 נשים.

4 הצ"ח מס' פ/2204 שהונחה על שולחן הכנסת ה-14 (שם), וחזרה והונחה על שולחן הכנסת ה-15 בידי ח"כ דיין וקבוצת ח"כים ומספרה פ/423, וכן הצ"ח של ח"כ טיבי וקבוצת ח"כים ומספרה פ/1328. הצ"ח דומה בעיקרה הונחה על שולחן הכנסת ה-16 בידי ח"כ אביטל וקבוצת ח"כים ומספרה פ/1388. הצעת החוק האחרונה, מס' פ/3459, הונחה על שולחן הכנסת ה-16 בידי ח"כ גולן ואח' ב-30.3.2005.

בצורה רחבה והקנו לה מנדט מקיף – לבחון את "ההיבטים החברתיים, האתיים, ההלכתיים והמשפטיים של השיטות הטיפוליות הקשורות לנושא הנ"ל" (מתוך כתב המינוי). ועדת הלפרין הייתה אמורה להיות הזירה שבה יתקיים דיון שיטתי ויסודי בנושא תרומת הביציות, וניתן לה המנדט לגבש המלצות שיהפכו, במוקדם או במאוחר, לחוק. מבחינה זו דיוני הוועדה מהווים אתר ייחודי לבחינה סוציולוגית של ניהול שיח פרופסיונלי-ציבורי בתחום המערב מדיקליזציה של הפריון מחד, וזירה למאבק על מידת השליטה והדומיננטיות של הפרופסיה הרפואית בתהליכים אלה מאידך.

המלצות הוועדה הוגשו כשנה לאחר הקמתה לשר הבריאות, ונוסחו כהצעת חוק המתירה תרומת ביציות מנשים שאינן נמצאות בטיפולי הפריה.⁵ עוד המליצה הוועדה כי תהליך הפניית הבקשות לקבלת תרומה ולמתן תרומה ייעשה באמצעות "יחידת תיאום מרכזית" ארצית. היחידה תחתום על חוזים עם תורמות ועם נתרמות, לאחר בחינת חוות הדעת הרפואיות.⁶ יתר על כן, הצעת החוק קבעה את עקרון אי-התשלום בגין תרומת ביציות והסתפקות ב"פיצוי" שיוגדר בחוק בגין סבל ו"ביטול זמן" של התורמת. כמו כן, נקבעו כללים בעניין התשלום לרופא ולמוסד הרפואי המבצע את ההליך.⁷

המלצות ועדת הלפרין "התגלגלו" במסדרונות שונים בכנסת במשך שש שנים ארוכות, כשמוקד הדיון עבר מהצורך בביציות למטרות ילודה לצורך בביציות למטרות מחקר (כפי שהתבטא בהעברת הדיון מהוועדה למעמד האישה בכנסת לוועדת המדע והטכנולוגיה). לבסוף, הוגשה הצעת החוק הממשלתית "תרומת ביציות התשס"ז-2007", והיא עברה בקריאה ראשונה במאי 2007.⁸

מטרה ומבנה

מטרת המאמר הנה לנתח את דיוני הוועדה, במיוחד מן ההיבט של אופן ההתמודדות עם שאלות בעניין אינטרסים רפואיים-פרופסיונליים ושליטה רפואית בתחום הפריון. לשם כך נבחרו שתי דרכי ניתוח:

- 5 הצעת חוק ההסכמים לתרומת ביציות התשס"א-2001. נדלתה מאתר האינטרנט של משרד הבריאות: http://www.health.gov.il/units/egg_cont/index.htm
- 6 הוועדה המליצה גם על הסדרים טכניים-בירוקרטיים שונים כגון: רישום התרומות, מיסוד תהליכי מתן התרומה וקבלתה, ועוד. כללים נוספים נוגעים לשמירת סודיות ולהגדרת ההורות של היילוד, למתן מידע גנטי במקרה של בעיה רפואית של היילוד ולמתן מידע לזוגות לפני נישואין (בדיקת קרבה גנטית אפשרית). נקבעה גם ועדת חריגים לנושאים שונים.
- 7 לדיון שיטתי בוועדת הלפרין, דיוניה והמלצותיה ראו קניון (2006).
- 8 הצעת החוק משנת 2007 נשענה לכאורה על מסקנות ועדת הלפרין, אך למעשה היא רחוקה מהן מרחק רב. הדבר נכון במיוחד בכל הנוגע ל"סירוס" מנגנוני הפיקוח המוגבלים על הרופאים המעורבים בתהליך ובהגנה על הנשים תורמות הביציות, אותם ניסתה ועדת הלפרין למסד. כמו כן, הצעת החוק משנת 2007 "מגניבה" נושא שלא עלה כלל בוועדת הלפרין, ושפותח גם הוא פתח לניצול נשים: הקצאה (בהסכמת התורמות) של ביציות למטרת מחקר. לסקירה של גלגולי הדיונים בחוק עד להעברתו בקריאה ראשונה, ולהשוואה מפורטת בין המלצות ועדת הלפרין להצעת החוק הממשלתית, ראו נוי (קניון), מישורי והשש (2007).

1. ניתוח הרכב הוועדה וניתוח הנחות היסוד שעלו מהדיון בתרומת ביציות.
 2. ניתוח דפוסי שיח מרכזיים שהופיעו במהלך דיוני הוועדה.
- הניתוח מתבסס על פרוטוקולים של ועדת הלפרין. מרבית הפרוטוקולים (פרוטוקולים משש עשרה ישיבות שנערכו בין ה-5.4.2000 ל-4.10.2000, וכן מספר נספחים) היו גלויים לציבור והוצגו באתר האינטרנט של משרד הבריאות. יש לציין כי גם לאחר ה-4.10.2000 נערכו כמה ישיבות נוספות שהפרוטוקולים שלהן לא פורסמו ולא נותחו במאמר זה.⁹
- מתודולוגיית הניתוח עוסקת בעיקר באפיונים הבסיסיים של השיח בוועדה: הדוברים בוועדה, הנושאים שנידונו בה והנושאים שלא נידונו בה, אף שהדיון בהם התבקש או נגזר ממנדט הוועדה; וכן דפוסים רטוריים מרכזיים (סוגי שיח) שעלו מהדיונים. במהלך הניתוח נתייחס גם לאופן שבו הוצגו בדיוני הוועדה דמויות הנשים: דמות התורמת ודמות מקבלת התרומה. החיבור בין זהות הדוברים לבין דפוסי השיח חושף את תהליך התגבשות הדומיננטיות של המבט הרפואי בוועדה, וזאת על רקע דיונים רלוונטיים בתחום המדיקליזציה של הפריון ודומיננטיות הפרופסיה הרפואית בתחום זה.

מבוא תיאורטי

מדיקליזציה, פריון והפרופסיה הרפואית

המושג "מדיקליזציה" מתייחס להגדרה מחדש של מצבים, של בעיות ושל תופעות חברתיות כסוגיות שהנן רפואיות מעיקרן. לפי אירווינג זולה (Zola, 1972), בחברה המודרנית מחליפות הגדרות מעין אלו טווח נרחב של הגדרות מסורתיות יותר, בעיקר דתיות או חוקיות. תהליכי ההיריון והלידה נחשבים דוגמה מובהקת למצבים שעברו תהליכי מדיקליזציה מלאה במחצית השנייה של המאה העשרים (Miles, 1991). הלידה עברה מהמרחב הפרטי של הבית למרחב הציבורי של בית החולים, ממרחב המנוהל בידי נשים למרחב המנוהל בידי פרופסיונלים (בעיקר גברים) ונתון לפיקוחם, והפכה מאירוע ביולוגי טבעי לאירוע רפואי וטכנולוגי (Arney, 1982; Oakley, 1984).

בעשורים האחרונים סבבו דיונים שונים את תהליכי המדיקליזציה והתפתחותיה והציגו דילמות חדשות שנוצרו מן ההתפתחויות הטכנולוגיות, כמו תחום טכנולוגיות הפריון: ההפריה החוץ-גופית, שימוש במיקרו-מניפולציה ועוד. מאז שנות השמונים, בעקבות הצלחת הפריית המבחנה בשנת 1978, חקרו הוגות פמיניסטיות את המשמעויות הרפואיות, הפסיכולוגיות והחברתיות של טכנולוגיות הפריון. ההתייחסות שלהן איננה אחידה, והיא נעה מהתנגדות עזה ועד לקבלה אוהרת.

9 בשיחה טלפונית שנערכה בספטמבר 2006 עם יו"ר הוועדה כדי לקבל את הפרוטוקולים, נאמר למחברת כי הסיבה לכך שהם לא הועברו לאינטרנט הייתה שתוכנם היה "טכני" בלבד: הם לא עסקו בשאלות מהותיות, אלא בניסוח סופי של סעיפי הצעת החוק. בשל הטרחה שהייתה כרוכה בעיון בהם ובתיקונם לפני פרסומם החליט היו"ר לוותר על עריכתם לפרסום. יש לציין כי כל הפרוטוקולים שעלו לאינטרנט אושרו לפרסום לאחר סקירתם בידי חברי הוועדה. אנו מצרים על אי-הפרסום, מכיוון שלעיתים קרובות דיונים "טכניים" חושפים שאלות מהותיות ועקרונות מרתקות.

הזרם הליברלי בפמיניזם רואה בטכנולוגיות הפריון החדשות אמצעי טכני, המגביר את יכולות הבחירה והפעולה של נשים כסוכנות עצמאיות, שהטכנולוגיה מאפשרת להן לממש את האוטונומיה שלהן בדרך של הרחבת טווח הבחירה בכל הנוגע לגופן (Overall, 1993). לעומתו, הזרם הרדיקלי מבקר את טכנולוגיות הפריון החדשות. חוקרות המשתייכות לזרם זה תופסות את טכנולוגיות הפריון כשלב נוסף בתהליכי המדיקליזציה של ההולדה, של ההורות ושל המיניות; נוסף על השלכותיהן הבריאותיות השליליות, הן מרחיבות את היכולות של מומחים רפואיים לשכלל פרקטיקות של שליטה על הגוף הנשי, הגורמות לנשים לחוות ניכור מגופן, ומוכילות לדה-הומיניזציה שלהן (Arditti, Klein & Minden, 1984). מביקורות אלה מהדהדת הביקורת הכללית שהפנה איבן איליץ' (Illich, 1976) בשנות השבעים כלפי תיעוש הבריאות ותוצאותיו של תיעוש זה בדמות היאטרוגנסיס (iatrogenesis): סיכונים בריאותיים הנובעים מעצם הטיפול הרפואי (יאטרוגנסיס קליני) ונוק חברתי שנגרם מהגדרות רפואיות "טכניות" המרדדות מצבים חברתיים מורכבים (יאטרוגנסיס חברתי או תרבותי).

תהליכי המדיקליזציה מרחיבים את "שטח השיפוט" של הפרופסיה הרפואית. רופאים, שסמכותם נשענת על אמון הציבור המניח שהם בעלי ידע מדעי או בייקטיבי, מומחיות מקצועית ומחויבות פרופסיונאלית, מקבלים לגיטימציה חברתית להגדיר ולהעניק "פתרונות" לקשת הולכת ומתרחבת של מצבים חברתיים.

עם זאת, בשנים האחרונות הועלו טענות כי דפוסי המדיקליזציה עוברים שינוי וכי לצד אינטרסים של הפרופסיה הרפואית הופיעו "מנועים" חדשים לתהליכים אלה – בעלי עניין כמו תאגידי תרופות וביטוח (Conrad, 2005). כך, למשל, אדל קלארק ועמיתיה (Clarke, Shim, Mamo, Fosket & Fishman, 2003) רואים במעורבות התאגידים ובאינטרסים הכלכליים שלהם גורמי מדיקליזציה. גורמים אלה, בשיתוף עם התרחבות הפרקטיקה של מעקב רפואי שוטף אחרי גורמי סיכון, הופכים אנשים בריאים ללקוחות קבועים של מערכת הבריאות ולחולים בפרוטנציה.¹⁰ לטענת קלארק ועמיתיה, דפוסי המעקב הרפואי וההתפתחות האדירה בתחום הטכנולוגיות החדשות ברפואה ובמדעי החיים מצדיקים את מיתוג התהליך בכינוי חדש: "ביו-מדיקליזציה". אחרים (לדוגמה, Conrad, 2005) סבורים כי אין הצדקה לכינוי חדש, משום שמבחינה מהותית היכולת להגדיר סוגיה כלשהי כרפואית (ולא, למשל, כחברתית, פסיכולוגית או רוחנית) היא התכונה שיש לה את החשיבות הרבה ביותר בתהליך המדיקליזציה.

עם זאת, שאלת מעמד המומחים הרפואיים נותרת מרכזית גם בעידן שבו קמים "מנועים" נוספים לתהליך המדיקליזציה; אף על פי שהם מוצגים לעתים כ"ספקי שירות" בלבד, סמכותם של רופאים חורגת מתחום הביצוע, יוצרת הגדרות תרבותיות (Ehrenreich & English, 1990; Foster, 1989), קובעת סדרי עדיפויות מוסריים (Rothman, 1991; Starr, 1982) ומתווה מדיניות בתחום הבריאות (Brint, 1990; Starr, 1982).

ערך הפריון בחברה הישראלית-יהודית ו"טכנולוגיות מסייעות רבייה"
 ישראל מתאפיינת באידיאולוגיה מעודדת ילודה, המקשרת בין נשיות נורמטיבית להולדה (Amir & Benjamin, 1997; Birenbaum-Carmeli, 1998). בשיח ההלכתי מכוננת

10 לדין בנושא בהקשר הישראלי ראו רמניק (Remennick, 2006).

האישה בראש ובראשונה כאם. האמהות מוצגת כתפקידה הבסיסי, ועל כן זכויותיה האישיות, החברתיות והמשפטיות נגזרות בעיקרן מיכולתה ללדת (אליאור, 2001). בשיח הציוני-לאומי נתפסת הפוריות כנכס פוליטי, ונשים מצופות "לגייס את רחמן" לטובת הדמוגרפיה. ההולדה היא ביטוי למחויבות שיש לנשים ל"פרויקט הציוני" (Amir & Benjamin, 1997; Kahan, 2000; Portugese, 1998; Yuval-Davis, 1987). שניתחה את "חוק שירות הביטחון" (1949), את "חוק שיווי זכויות האישה" (1951) ואת השיח בכנסת סביב חקיקתם, מראה כי שוויון הזכויות של נשים אינו נגזר מהיותן אזרחיות, אלא מתבסס על ה"שונות" שלהן – תרומתן לאומה כאמהות בפועל או בכוח. במערכת החינוך מועברים לילדים מגיל צעיר מסרים, באמצעות סיפורי התנ"ך, בנוגע לקשר שבין הולדה לבין אושר ובין עקרות של האישה לעונש. עקרות נלמדת כגורל טרגי, ואישה שאין לה ילדים מוצגת כאומללה וכראויה לרחמים ולחסדי שמים (Kahan, 2000). לריסה רמניק (Remennick, 2006) טוענת כי נשים שאין להן ילדים נושאות גם כיום סטיגמה, וכי סטיגמה זו מרוככת אם הן מנסות להרות באמצעים טכנולוגיים.

נוסף על האידיאולוגיה מעודדת הילודה, ישראל מתאפיינת גם במדיניות רשמית המעודדת הולדה,¹¹ שהחלה מיד לאחר קום המדינה (Yuval-Davis, 1987) ונמשכת בצורות שונות גם כיום.¹² ביטוי מרכזי למדיניות זו היא הנגשת טכנולוגיות המסייעות לפיריון. ישראל היא המדינה היחידה בעולם המסבסדת במסגרת סל הבריאות הממלכתי טיפולי פוריות, ובהם הפריה מתרומת זרע ומתרומת ביציות ותהליך הפריה חוץ-גופי¹³ עד ללידת שני ילדים חיים מבין-זוג נוכחי, במגבלות של גיל ושל נתונים רפואיים. יש לציין כי מדובר בטיפולים יקרים מאוד; לפי ג'ון קולינס, העלות הממוצעת של מחזור הפריה חוץ-גופית בישראל עמדה בשנת 2002 על כ-\$3,817. העלויות הישירות של טיפולים עד ללידת ילד חי מוערכות בכ-\$19,000 (Collins, 2002 in Shalev & Goodin, 2006).

עדויות להפנמת האידיאולוגיה מעודדת הילודה ולנגישות טכנולוגיות הפיריון הן שיעורי השימוש בטיפולי פוריות בישראל. מהשוואה בין-לאומית שנערכה בין ארבעים ושמונה מדינות עולה כי בשנים 1995-1998 בוצעו בישראל כ-1,657 מחזורי טיפול למיליון נפש.

11 יש להבחין בין מדיניות המעודדת הולדה לבין עידוד פיריון, שמשמעותו לידת ילדים רבים. בישראל התמיכה של המדינה באישה היולדת או בצאצא לאחר הלידה מצומצמת. לדוגמה, חופשת הלידה בישראל נמשכת 12 שבועות, זמן קצר בהרבה מזה הנהוג במדינות רבות באירופה. היעדר סכסוד למעונות יום לפעוטות וליום לימודים ארוך מהווים אף הם חסמים כלכליים לפיריון.

12 דוגמה קיצונית למדיניות מעודדת הולדה היא החקיקה בשנת 1996 של החוק לנשיאת-עוברים, הידוע כ"חוק הפונדקאות", שהפך את ישראל למדינה הראשונה שאישרה בחוק קיומו של מוסד כזה, וזאת למרות המשמעויות הבעייתיות הגלומות בו – למשל, מבחינת סיכונים רפואיים ואחרים של האישה הנושאת את ההיריון, ומבחינת השימוש המסחרי בגוף האישה והפיכתה ל"מכונה להולדת ילדים" ותו לא.

13 דפנה בירנבאום-כרמלי (Birenbaum-Carmeli, 2004), שסקרה את מדיניות התקצוב של טיפולי הפריה בקנדה ובאנגליה (מדינות שבהן מערכת הבריאות היא ציבורית), מתארת מדיניות שאיננה קבועה בחקיקה ראשית, אלא היא עניין של החלטות מחוזיות. מעבר לכך, גם כשיש מדיניות מקומית המסבסדת טיפולי פוריות, היא מתאפיינת בהגבלה של היקף המימון, של התנאים לזכאות (למשל בהקשר לגיל, למצב משפחתי ולילדים קיימים) ושל זמני ההמתנה לטיפול.

נתונים אלה הנם כפולים מהמדינה שבמקום השני (הולנד: 829 מחזורים למיליון איש), וכמעט פי שש ממוצע המדינות שהשתתפו בהשוואה: כ-289 (Collins, 2002, in Shalev) & Gooldin, 2006). יתר על כן, השימוש בטכנולוגיות הפריון החדשות עולה בקצב מהיר ביותר: בשנת 2003 כבר הגיע מספר מחזורי הטיפול בישראל ל-3,350 למיליון נפש (Israel Ministry of Health, 2003, in Shalev & Gooldin, 2006). לפי נתוני משרד הבריאות, מאז אמצע שנות התשעים ועד לשנת 2006, עלו שיעורי הטיפולים בהפריה חוץ גופית פי שניים (משרד הבריאות, 2008).

אולם, הפתרונות הטכנולוגיים שמציע עולם הרפואה אינם פתרונות קסם. לפי נתוני משרד הבריאות משנת 2006, שיעור ההריונות מכלל מחזורי הטיפול בהפריה חוץ-גופית הגיע לכ-25%, ושיעור לידות החי היה כ-17% בלבד. לנתונים אלה מצטרפים, כאמור, מחקרים המלמדים על סיכונים משמעותיים לאישה ומחקרים המלמדים על סיכונים לעובר (Fathalla, 2001 in Shalev & Gooldin, 2006).

המדינה ומקומם של המומחים הרפואיים בתחום טכנולוגיות הפריון
למערכת היחסים של פרופסיות בכלל ושל הפרופסיה הרפואית בפרט עם המדינה יש חשיבות מכרעת בעיצוב כוחן של הפרופסיות, מעמדן ויכולת ההשפעה שלהן. כדי שמקצוע יקבל מעמד של שליטה על תחום הידע, על פרקטיקות העבודה סביבו (Abbott, 1988; Freidson, 1994), על שוק השירותים (Larson, 1977) ועל הצרכנים (Johnson, 1972), נדרשות תמיכת המדינה והרשאותיה.

מחקרים שנערכו לאורך השנים ועסקו בפרופסיה הרפואית בישראל, מצאו באופן כללי כי עוצמתה של הפרופסיה הרפואית, בעיקר מול המדינה, מוגבלת (ישי, 1990, 1994; Harrison, 1994). עם זאת, המחקרים התמקדו בדרך כלל בארגון היציג של הרופאים (ההסתדרות הרפואית בישראל – להלן ה"י"), ולא עמדו על כוחן של קבוצות מומחים ספציפיות בהתוויית מדיניות וסדרי עדיפויות בתחומן.

בתחום הפריון נראה כי כוחם של הרופאים ויכולתם להשפיע על התוויית מדיניות תקציב וסדרי עדיפויות אינו שולי, וזאת עקב "ברית" שנוצרה בינם לבין כוחות חברתיים שונים המחזיקים באידיאולוגיה מעודדת ילודה, המעוניינים לעודד שימוש בטכנולוגיות פריון (Kahan, 2000). בעניין זה הראתה, לדוגמה, דפנה בירנבאום-כרמלי (Birenbaum-Carmeli, 2004) כיצד התקיים בשנת 1998 שיתוף פעולה של חברי כנסת ושל נציגי קופות חולים ורופאים, בישיבת הוועדה למעמד האישה בכנסת, שנועד לעודד הקצאה נרחבת של משאבי המדינה לטיפול הפריה.

גם בניהול תחום הפריון ב"שטח" מעניקה המדינה למומחים הרפואיים סמכויות ניהול. שלו (1995), לדוגמה, מתארת מערכת של הסדרים שנקבעו בישראל בתחומי ההזרעה וההפריה החוץ-גופית, שבה מועבר חלק מניהול התהליך ומהפיקוח עליו למערכת הרפואית, ולעתים גם לרופא הבודד, כשמקור הסמכות הוא בתקנות שר הבריאות ולא בחקיקה ראשית. ההנחה כי לגורמים רפואיים יש תפקיד מרכזי בהרחבת תחום הפריון ובארגונו מעלה את השאלה האם ועדת הלפרין התמודדה עם סוגיות בדבר שליטה רפואית ואינטרסים פרופסיונליים ואחרים של רופאים המעורבים בתהליכי קבלת ההחלטות בתחום תרומת הביציות.

ועדת הלפרין – מבנה והקשר

הרכב הכוחות שפעלו בוועדה

בוועדת הלפרין כיהנו בסך הכל תשעה חברים, שמונו באופן פורמלי על ידי שר הבריאות דאז, הרב שלמה בניזרי. מעניין לציין כי מעבר לאזכור תואריהם של חברי הוועדה (דוקטור, פרופסור, רב, משפטנית) בפרסום שעניינו הרכב הוועדה לא מצוינים תחומי עיסוקיהם של החברים. בפועל, ליו"ר הוועדה, ד"ר מרדכי הלפרין, יש שלושה "כובעים": רב, גינקולוג, ועוסק בנושאי אתיקה רפואית במשרד הבריאות. חמישה חברי ועדה נוספים הם גינקולוגים (מתוכם שתי נשים). חברי הוועדה הנוספים היו שני רבנים והיועצת המשפטית של משרד הבריאות.

העובדה שהוועדה הורכבה ברובה המכריע מגינקולוגים מעוררת תמיהה, שכן בכתב המינוי צוין שהוועדה תדון "בהיבטים החברתיים, האתיים, ההלכתיים והמשפטיים" של תרומת ביציות, ודווקא ההיבט הרפואי-טכני כלל אינו מוזכר בו. משתמע כי די היה ברופא אחד או שניים שיהנו בוועדה, וכי הוועדה יכולה הייתה לזמן גינקולוגים-מומחים להעיד בה (דבר שאף קרה). מנגד, נפקדים מהוועדה גורמים רלוונטיים כגון מומחים מן התחומים הבאים: עבודה-סוציאלית, פסיכולוגיה, חקר-התרבות ופילוסופיה, וכן נציגים של ארגונים פמיניסטיים ונציגי ציבור (בעלי תפקידים רלוונטיים אכן נקראו להעיד בוועדה, אך לא היו חברים בה).^{14 15}

עיון במאגרי מידע באינטרנט חושף כי בין רבים מחברי הוועדה התקיימו קשרים קודמים בתחום הפיריון ובתחום הדת. כך למשל, יו"ר הוועדה הוא מנהלו של מכון שלזינגר, הפועל ליד המרכז הרפואי "שערי צדק", ה"רואה את ייעודו בהחדרת ערכי תורה למערכות הרפואיות המדעיות" (מתוך פרסום רשמי של מכון שלזינגר). חברת הוועדה ד"ר קטן פועלת כמרצה במסגרת מכון שלזינגר ובמסגרת תנועת "אמונה" (תנועת האישה הדתית-לאומית), ה"רואה חשיבות מיוחדת בחיזוק התא המשפחתי". בין עיסוקיה היא גם "מתמחה בעיקר בענייני פיריון, ייעוץ גינקולוגי על-פי ההלכה" (מתוך פרסום רשמי של מכון שלזינגר). חבר נוסף, פרופ' שנקר, פועל שנים ארוכות ביצירת חיבורים שיאפשרו קבלה הלכתית של טכנולוגיות פיריון. שנקר פרסם מאמרים בנושא והופיע בכנסים המשותפים לרבנים ולרופאים. חבר אחר, הרב בורשטיין, הנו מנהל מכון "פוע"ה" (פוריות ורפואה על-פי ההלכה), ארגון מעודד ילודה הנתן ייעוץ הלכתי בענייני פיריון לזוגות ומספק אכסניה לדיונים בין רבנים לבין רופאים בענייני פיריון. באתר האינטרנט של מכון "פוע"ה מופיע מכתב לרב בורשטיין, המשבח

14 תמוה היה לקרוא במקום אחר – בפרוטוקול הוועדה לקידום מעמד האישה של הכנסת ה-15 בישיבתה מה-19.03.2001 – את דברי יו"ר הוועדה, הלפרין, שתיאר את ועדת הביציות כצינון כי "חברי הוועדה הם הטרוגניים... יש הטרוגניות רבה מאוד".

15 דוגמה להרכב שונה לגמרי באופיו אפשר למצוא בוועדה שעסקה בנושא דומה: הוועדה הציבורית-מקצועית לבחינת הנושא של הפרייה חוץ-גופית. ועדה זו הוקמה בידי שר המשפטים ושר הבריאות בשנת 1991, וכללה תשעה חברים ובהם שופט בדימוס (יו"ר), סוציולוגית, עובדת סוציאלית, פסיכולוגית, אנשים העוסקים באתיקה ברפואה ורבנים. מתוך כלל החברים רק שניים שימשו גם כרופאים (המידע על החברים נדלה מאתר "דעת" – אתר לימודי יהדות ורוח).

את תרומתו לחיזוק מצוות פרו ורבו בשיתוף פעולה עם בית החולים "ביקור חולים". את המכתב כתב לא אחר מאשר חבר הוועדה ד"ר יפה, מנהל מחלקת נשים ויולדות ב"ביקור חולים", המרצה אף הוא בכינוסים משותפים לרבנים ולרופאים. נוסף על כך, חברי הוועדה סובבים בחוגים דומים: ד"ר רחל אדטו היא סמנכ"לית ב"שערי צדק", שבמסגרתו פועלים ד"ר הלפרין וד"ר קטן. המשפטנית (היחידה) בוועדה, מירה היבנר, היא אישה דתייה. כלומר, רוב חברי הוועדה הם גינקולוגים-מיילדים או באים מרקע דתי או שניהם. ניתן לשער כי היכרותם המשותפת על רקע פעילות בנושאי פריון הובילה לבחירתם.¹⁶

הנחת היסוד: הרחבת הפרקטיקה של תרומת הביציות היא חיונית

נוסף על הרכב הוועדה, המרמז כשלעצמו על מוכנות להרחבת השימוש בטכנולוגיות הפריון, כבר במהלך דיוניה הראשונים נראה שרבים בוועדה מחזיקים בדעה כי אין כל קושי מיוחד בטכנולוגיית תרומת הביציות, וכי הרחבת מעגל תרומות הביציות היא חיונית. המחשה בולטת לכך מופיעה בישיבתה השנייה של הוועדה. ישיבה זו מתחילה בהרצאה מלומדת של יו"ר הוועדה שעניינה שאלות פילוסופיות: מהי זכות? האם הזכות לאמהות או להורות היא מוחלטת? האם מזכות זו נגזר חוב של המדינה? כשהיו"ר מגיע לנקודה בהרצאתו שבה הוא אומר "מכאן [אנו] מגיעים לנושא הזכות לקבל טיפולי פוריות בכלל, ותרומת ביצית בפרט", מחליף אותו (לא ברור אם מתוך תכנון מוקדם) פרופ' שנקר, הפותח בהרצאה משל עצמו. הרצאתו של פרופ' שנקר מתארת את טכנולוגיות הפריון כחלק ממסלול ליניארי של התקדמות מדע הרפואה. במסגרת זו תרומת הביציות מעוצבת כשלב מתבקש במהלך ההתפתחות הטכנולוגית הכולל (יש מקום לשאול אם כל מה שהטכנולוגיה מאפשרת צריך וראוי להיעשות).

הטכנולוגיה של תרומת ביציות מוצגת בוועדה כמענה היחיד למצוקתן של נשים שאינן יכולות ללדת עקב בעיה בביציות שלהן.¹⁷ הנחה זו מובילה את חברי הוועדה למסקנה המוצגת כמעט הכרחית: יש להרחיב את אפשרות גיוס הביציות באמצעות פנייה לנשים "מתנדבות בשכר", שאינן עוברות טיפולי הפריה בעצמן.

מסקנה זו של הוועדה כמעט ואינה נתונה לערעור. בשלב מסוים (ישיבה שתיים-עשרה) מבקש ד"ר יפה להרהר שנית בעניין: "... אני עוד לא גיבשתי דעה. קשה לי. וגם הנושא שמרדכי מדי פעם אומר זה כבר החלטנו, אני מרגיש עם זה לא טוב... אני לא חושב שאנחנו קיבלנו מנדט להגדיל את מצאי הביציות. אנחנו קיבלנו מנדט לדון בנושא הזה". דברים אלה

16 לא הצלחנו לברר כיצד התנהל תהליך המינוי, שהוביל להרכב ועדה כה בלתי-מאוזן. אנו מניחים שהסבר חלקי לעניין קשור לעובדה שהשר הממנה היה רב, ונציג של מפלגה חרדית (ש"ס).

17 ד"ר הלפרין (ישיבה שש): "אנחנו צריכים להשתדל למנוע את העכבות מסיבות הלכתיות. בכך ללא ספק נרחיב את המעגל, ונסייע בכך להרכב נשים המצפות בכליון עיניים לפרי בטן". ד"ר הלפרין (ישיבה שבע): "המצוקה בשטח מאוד מאוד קשה, מזה בעצם הכל נולד". פרופ' משיח (ישיבה שמונה): "אנחנו פה במטרה אחת קרושה, אני חושב, לקדם את הנושא של תרומת ביציות ואני לא בכדי אומר נשים בחוץ משוועות לתרומת ביציות. אנחנו פה במטרה מסוימת, כולנו באותה מטרה, לפתור את הבעיה הזאת, הבעיה הקשה ביותר של נשים שמשוועות, זוגות שמשוועים לילדים". פרופ' דור (ישיבה שמונה): "... נשים אומרות ומביעות הלך וחזור: אם לא היה לי ילד אני משולה לאישה לא מושלמת".

אינם זוכים לתגובה עניינית ובמהרה חוזר הדיון ל"מסלול", ומתמקד בפתרונות לבעיות ארגון טכניות כגון: הסדרים בענייני רישום תורמות, אבטחת מידע, צורות תשלום, הסדרי מס ועוד. אחד העדים שהופיע בפני הוועדה, מנכ"ל משרד הבריאות לשעבר פרופ' דן מיכאלי, מתמודד בעקביות עם הרעיון של "תורמות מתנדבות בשכר", לאחר ששלח מכתב בעניין (ישיבה שבע, 28.6.2000): מיכאלי מבקש שלא להתיר כלל פרקטיקה של תרומה מתורמות מתנדבות: "העמדה שלי היא עקרונית שאסור לחשוף אישה בריאה לסיכון כלשהו שלא למטרה של הצלת חיים". הוא מציג שאלות כגון: האם יש לרפואה זכות מוסרית לסכן את התורמות,¹⁸ והאם טובת הפציפינטית עומדת בראש מעייניהם של הרופאים או שמא יוקרתם האישית.¹⁹ הוא מזכיר לרופאים כי הכלל האתי הראשון ברפואה הוא "אל תזיק לחולה", וכי אל להם לפעול בניגוד לעקרונות האתיקה²⁰ גם אם "האפנה"²¹ היא כיום שונה וגם אם מופעלים עליהם לחצים שונים. כמו כן, הוא מדגיש את הסכנה הכרוכה בניצול נשים ובהפיכתן, בשיטות רמייה מתוחכמות, למעין "בית־חרושת לביציות".²²

דברי מיכאלי נשמעים בסבלנות, ולאחריהם מביעים שניים מהחברים, ד"ר יפה וד"ר קטן, מוכנות להרהר מחדש בעניין התרומה מנשים שאינן עוברות טיפולי הפריה (אצל ד"ר קטן ההתנגדות נובעת גם מנימוקים "חברתיים": "... אני חושבת שתפקידנו להגביל את הטכנולוגיות, לבקר אותן ולמצוא אלטרנטיבות שהן לא תפרקנה את התא המשפחתי... אנחנו

18 "מימוש זכות טבעית של כל אישה היא לשמור על בריאותה, ואם היא לא משכילה לעשות את זה, אז אנחנו כחברה צריכים להגן עליה"; "מה זה חקיקה? זה לשים סייגים על־פי ההסכמות מוסריות, אתיות, השקפות חברתיות ואחרות".

19 "אם אישה בגיל ארבעים וחמש חמישים נכנסת טבעית להיריון, אז אני לא מתערב בדברים האלה. אבל כל מה שנעשה היום כשאני לא יודע אף פעם מי רוצה לשמור את השיא בספר השיאים של גינס, הרופא או הגברת".

20 "... יש שני כללים שמנחים אותי, קודם כל, אל תעשה נזקים, ושניים: תקל על סבל. לכן אני מוכן לתת לבן אדם שהוא במחלה סופנית מורפין, בלי שום בעיה. אבל אני לא מתחייב לפתור את כל הבעיות".

21 "... זה שזה נעשה בכל העולם זו נטייה של היום. מחר תהיה נטייה אחרת. אז מדוע אני צריך לשנות את העמדה שלי בהתאם למה שהתקשורת משרתת כנטיית הקדמה, או האי־קדמה, או המוסר או האי־מוסר".

22 "... אני רואה היבט נוסף, והוא הסיכון והסיכוי שהרשאה כזאת תחשוף נשים ללחצים לא כשרים כדי שתסכמנה לתרום... אני יכול לראות הרבה מאוד מקרים שיתפסו בחורה כזאת או אחרת ויכניסו אותה למצוקה, או שהיא תהיה במצוקה, ויהיה בית־חרושת לביציות".

בדיעבד, המלצות ועדת הלפרין התייחסו לנקודה חשובה זו. הוועדה המליצה להגביל את מספר הפעמים שבהן תוכל אישה לתרום לשלוש פעמים; המליצה על טווח זמן ממושך יחסית של לפחות חצי שנה בין תרומה לתרומה; הגבילה את מספר הנשים שיוכלו לקבל ביציות מתרומה אחת לשלוש נשים; והגבילה את כמות הצאצאים שיולדו מתורמת אחת לשבעה. כמו כן, הוועדה המליצה שאת הביציות תתרומנה רק אורחיות והן תיועדנה להשתלה רק לאורחיות, וכי מתנדבות לא תוכלנה לתרום עבור נשים ספציפיות, אלא במקרים חריגים (קרובות משפחה בלבד). עם זאת, לא נקבעה כל מגבלה לגבי כמות הביציות שניתן "להפיק" בכל תרומה. עניין זה קריטי עקב העובדה ש"תפוקה" גדולה יותר של ביציות היא אינטרס מובהק של הגורמים ה"מתרימים", ומחייבת טיפול הורמונלי אגרסיבי. הצעת החוק הממשלתית ממאי 2007 התעלמה מחלק ניכר מהמלצות אלה.

מאפשרים לאישה בגיל חמישים לפתוח מעגל נישואים חדש, ויהיה לה ילד מבעלה החדש, ואולי אנחנו בזה גם מעודדים בצורה עקיפה גירושין" (ישיבה שבע). במהרה "מתעשתים" מרבית החברים; ד"ר ארטו אף מזכירה לחבריה כי:

אני חשבתי שבאחד השלבים הראשונים שעברנו, כבר לפני מספר ישיבות, ההרגשה הכללית של כולם, של כל האנשים כאן הייתה שבסך הכל הרעיון של לאפשר תרומת ביציות, הוא הקו המנחה של הוועדה הזאת... זאת אומרת כל מה שאנחנו דנים עכשיו אחרי צאתו, זה איכשהו נוגד את מה שכבר קיבלנו, הסכמנו, קיבלנו מראש בתור הקו המנחה של כולם.

ד"ר הלפרין מצדו "מסביר" לחברי הוועדה את הגישה שיש לנקוט כלפי עדותו של מיכאלי: "אני שמח שפרופ' מיכאלי הגיע... גם אני לא משוכנע שנקבל את דעתו. יש סבירות לא קטנה שדעתו לא תתקבל. אבל אנחנו חייבים להתייחס אליה".

"פרשת הסחר בביציות"

"פרשת הסחר בביציות" עלתה לכותרות במקביל לדיוני הוועדה. בפרשה זו נחשדו שני רופאים, פרופ' בן-רפאל וד"ר אשכנזי, בשאיבת יתר של ביציות מנשים שעברו טיפולי הפריה, תוך סיכונן, אי-יידוען על שנעשה בהן, וסחר בביציות שלהן (שימוש שלא בהסכמתן בביציותיהן עבור מטופלות אחרות).²³ פרשה זו אמורה הייתה להדליק נורת אזהרה ולעורר שאלות בעניין הסכנות הבריאותיות לתורמת ובדבר חשש ממשי מניגוד אינטרסים של רופאים המעורבים בתהליך – במצב שבו הם עוסקים בפועל בניהול התחום.

אכן, ייתכן כי פרשת הסחר בביציות עמדה באופן סמוי בבסיס הרעיון שהתקבל בוועדה למסד את תחום תרומת הביציות ולפקח עליו באמצעות "יחידה ארצית לתיאום ובקרה". סביר גם להניח שפרשה זו עמדה באופן סמוי גם בבסיסו של דיון שהתנהל בוועדה בנוגע להפרדה שיש לקיים בין התשלום לתורמת לבין התשלום לרופאים ביחידות ההפריה, כדי לצמצם את האינטרסים של רופאים בתהליך.

המעניין הוא שכאשר הפרשה נידונה בצורה מפורשת (ישיבה שלוש-עשרה), נטו כמה חברי וועדה להציג דווקא את המערכת הרפואית כקרבן. ד"ר יפה: "המערכת הרפואית עברה טראומה. בצדק או לא בצדק, עברה טראומה". היו"ר מחזק את דבריו: "ד"ר יפה אומר דבר חשוב ביותר. המערכת עברה טראומה, הציבור חושד ברופאים שהם אינטרסנטים, הייתה פגיעה בכבוד הרפואה, במקצוע הרפואה, בפרסונות הרפואיות, אלה שמעורבות ואלה שלא מעורבות". היו"ר, כמו גם חברי הוועדה, אינם מציינים כי את הפגיעה גרמו למעשה רופאים מומחים בכירים בתחום ההפריה.

יתר על כן, במהלך הדיונים נודע לחברי הוועדה כי ועדת הבדיקה שמשרד הבריאות החליט להקים בעניין "פרשת הביציות" לא תתכנס, משום שרופאים שמונו כחברים בה

23 בפברואר 2007 הורשע בן-רפאל על-פי הודאתו בבית הדין המשמעתי של משרד הבריאות בסעיפים של התנהגות שאינה הולמת רופא ובכמה הפרות של "חוק זכויות החולה", וזאת במסגרת עסקת טיעון עם פרקליטות המדינה.

סירבו להשתתף בישיבותיה. כלומר, הפרופסיה הרפואית סירבה לקיים בירור בפרשה. סירוב זה מרמז על הסגירות החברתית של קבוצת הרופאים העוסקת בתחום, ואף על חיפוי הדדי. העובדה שהעוסקים בהפריות הם קבוצה מצומצמת, שחבריה מכירים זה את זה,²⁴ מחזקת טענה זו. עם זאת, גם אם צלצלו פעמוני אזהרה בקרב חברי הוועדה, הם לא דרבנו אותם לחזור ולהעלות את שאלת היסוד אם אין סכנה בהרחבת הפרקטיקה של שאיבת הביציות, במיוחד מנשים שאינן עוברות בעצמן טיפולי הפריה. זאת משום שהנשים שאינן עוברות טיפולי הפריה הן בדרך כלל נשים צעירות ובריאות, והאינטרס היחיד של יחידות ההפריה הוא לקבל מהן כמה שיותר ביציות. המחויבות שיש לרופא וליחידת ההפריה כלפי נשים אלה היא קצרת מועד, ואיננה דומה כלל למחויבות שיש לרופאים כלפי נשים המטופלות אצלם, לעתים במשך שנים.

זאת ועוד, במהלך דיוני הוועדה נשמעו עדויותיהם של שלושה גינקולוגים בכירים העוסקים בתחום ההפריה. שלושת העדים עסקו בתחום הפריין גם באופן פרטי, אולם חברי הוועדה נמנעו מלהעלות בשיחה עמם שאלות נוקבות בעניין האינטרסים הכלכליים שלהם כרופאים במגזר הפרטי, כמו גם שאלות בעניין סכנת הניצול הטמונה בהתרת ה"התנדבות" של נשים.²⁵ פרט תמוה נוסף הוא שאחד מאותם שלושה עדים מומחים היה פרופ' בן-רפאל, הרופא שנחשד נכון לזמן כינוס הוועדה בגניבת ביציות מנשים שהיו בטיפולו.

דיוני הוועדה: שיח של מיסוד השליטה הרפואית וחיזוקה

ההרכב ההומוגני של הוועדה, שחבריה היו בעלי עניין בתחום הפריין ובתחום טכנולוגיות הפריין אשר קיימו ביניהם קשרים קודמים, תרם לארגון הדיון סביב הנחת היסוד שלפיה המטרה המרכזית של הוועדה היא להרחיב את הפרקטיקה של תרומת הביציות מנשים שאינן עוברות טיפולי הפריה. יתר על כן, מבנה הוועדה והנחת היסוד שלה היו בסיס לשיח שמיסד שליטה רפואית בתחום (נוסף על השליטה הרפואית מוסדה גם שליטה רבנית, בנושאים שעליהם לא נעמוד במאמר).

להלן נבקש להציג ארבעה מבני שיח דומיננטיים שהתקיימו בוועדה: (1) השיח הפלורליסטי-לכאורה; (2) השיח האקסקלוסיבי; (3) שיח הזכויות; (4) השיח הצרכני-כלכלי. מבני שיח אלה, כל אחד בתורו, חיזקו ומיסדו את השליטה הרפואית על הפרקטיקה של תרומת הביציות, על ההחלטות המתקבלות בנושא ועל פתרון הדילמות שעלו במהלך הדיונים.

24 "אגב, יש בסך הכל עשרים או שלושים רופאים בארץ שמטפלים בתרומת ביציות ואחד מכיר את השני, והם מסתכלים הצדה, והם כולם פועלים פחות או יותר כנוש אחד שלא מעזו לפרוץ את זה" (פרופ' בן-רפאל, ישיבה שמונה).

25 יש להדגיש כי הוועדה קיימה דיונים רבים בצורך להימנע מסחר בביציות, כסוג של סחר באיברי אדם, אולם לרופאים ניתנה האפשרות לגבות תשלום, הן על התהליך והן על תרומתם המקצועית. במצב עניינים זה, הסחר הישיר בביציות הופך לשולי לעומת השתלבות תהליך "תרומת" הביציות במסחר הרחב יותר של טיפולי הפריין וטכנולוגיות הפריין.

השיח הפלורליסטי-לכאורה

השיח הפלורליסטי-לכאורה אמור לייצג את המנדט הרחב שקיבלה הוועדה לבחון את "ההיבטים החברתיים, האתיים, ההלכתיים והמשפטיים" של תרומת הביציות. שיח זה מניח שתי הנחות יסוד: (1) עניינים הקשורים בתרומת ביציות אינם רפואיים בלבד; (2) בתהליך קבלת החלטות בעניינים אלה יש לערב גורמים חוץ-רפואיים. עם זאת, בחסות דיון פתוח לכאורה, נקבע כי בשל צידוקים כגון: "סכנות המתחזרות לוועדה", "אחריותו של הרופא כלפי הציבור, האישה והיילוד", "בעיות בירוקרטיות" ו"המנדט שניתן לוועדה לפעול", יועברו נושאים אלה לשליטת הרופא המטפל.

לדוגמה, השאלה מי זכאית לקבל תרומת ביציות מוצגת בתחילת הדיונים כסוגיה שאיננה רפואית גרידא. יו"ר הוועדה מעלה את העניין כבר בישיבה השנייה, תוך שהוא מהרהר באפשרות כי ייתכן ובהחלטות מסוג זה צריכה לדון ועדה רבי-גורמית. היו"ר אף מסביר שכיום ההתנהלות בנושא איננה ראויה, מכיוון שהיא נתונה באופן מוחלט להחלטות של רופאים ושל מוסדות רפואיים: "בהיעדר חקיקה, כל מוסד רפואי יש לו את ההגדרות שלו. וזה המצב הכי פחות טוב... איש הישר בעיניו יעשה".

רעיון הקמת ועדה רבי-גורמית שתהיה לה הסמכות לקבוע זכאות לקבלת ביציות, זוכה בשלב ראשון לתמיכה נלהבת. פרופ' אינסלר, למשל, אומר כי "רוב הבעיות שהרופאים מתלבטים הן לא רפואיות. הן חברתיות... זה שרופאים זקוקים לעזרה של גוף שהוא רחב יותר מרופאים, זה ברור".

עם זאת המשך הדיון מוליך לנסיגה מהצהרת הכוונות החגיגית ולהשבת השליטה לידי הרופאים בשטח. ד"ר יפה הוא הראשון שמערער על ההנחה שהשאלה לגבי הזכאות לתרומה אינה רפואית בלבד. הוא מביע תמיהה מדוע עליהם לדון בעניין שלדבריו הוא נושא רפואי "כמו כל נושא רפואי אחר". היו"ר מבקש להסביר:

... מאחר שיכולות להיות בעיות רפואיות שיכולות לסכן את האם או את הילד, הן בעיות רפואיות, ובחלק מהמקרים גם נושאים חברתיים קשים שיכולים להביא לסיכון לא פחות חמור, אז לא רוצים להשאיר את זה פתוח לרופא המטפל כמו שזה המצב היום.

או אז מופיע טיעון נוסף, הפעם מצד פרופ' שנקר: "אנחנו זורקים את הכדור למישהו אחר, שום דבר גם לא יצא מזה. לרעתי צריך [להשאיר] את הדברים כאן", כלומר, אצל הרופאים. היו"ר מבקש בכל זאת להציג את הבעייתיות: טוב, אבל לא תמיד ניתן לקבוע כלל. למקרים שיש זוגות שאתה חושב או בטוח שהתהליך יזיק, מה לכתוב, אם הוא נרקומן בדרגה שתיים". בעייתיות זו מובילה דווקא לחיזוק הנימוק לשליטה רפואית, מפי פרופ' שנקר: "תסלח לי, כן אפשר לקבוע את הכלל. בעיות רפואיות, על זה אין בעיה". שנקר מוסיף טיעון חברתי:

[אם לא נפתור את הסוגיה למי לתת ביציות] בעצם לא תרמנו שום דבר לחברה. אנחנו צריכים לתרום לחברה שאנשים, המטפלים והמטופלים, ידעו איפה הם נמצאים, באיזה מסגרות. ישבו פה ועדות וידונו פה עד מחר בבוקר. אנחנו יכולים לקבוע תנאים שהרופא חושב מבחינה בריאותית לאם, או לא. זה אנחנו יכולים לכתוב.

כלומר, בשם "טובת החברה" ואפילו בשם "טובת המטופלים" ישמש הרופא המטפל בעל הסמכות בהחלטה על ההקצאה.

ד"ר הלפרין ממשיך לנסות למסד את הכללים ברמת הפרופסיה: "... הייתי מציע לתת את קביעת התנאים הרפואיים לוועדת הקונצנוס של האיגוד הגינקולוגי, שתקבע ותפרט מה מזיק לבריאות". פרופ' אינסלר עונה בתגובה: "אבל צריך להשאיר לרופא המטפל שיקול [דעת] רפואי".

בהמשך קונה לו שביתה רעיון השליטה של הרופא הבודד על ההחלטה למי לתת ביציות, ומתווספות לו הצדקות חדשות. פרופ' שנקר משלב בין החשש מהאישה הלא רציונלית (שעליה יורחב בהמשך) לבין חשש מ"עומס בירוקרטי". הוא מתאר מצב "מסוכן" שבו נשים חולות יפנו לרופאים שונים, כדי לקבל תרומה. הרופאים ינהגו אמנם באופן אחראי ויסרבו לבקשתן, אולם בטירופן יפנו אותן נשים ל"איזו שהיא ועדה, הלא כל הזמן יהיו פה ועדות". הרופא מתואר בפי שנקר כ"מגן חברתי" רציונלי ושקול, לעומת "ועדות", שנרמז עליהן על דרך ההשוואה כי הן עלולות לקבל החלטות לא שקולות ופחות איכותיות.

סמכות ההחלטה חוזרת לידיהם הבלעדיות של הרופאים באמצעות ניסוחו ה"מקדם" של היו"ר: "האם ההמלצה המסתמנת היא שלגבי נושאים רפואיים ההחלטה תהיה בידי הצוות המטפל, כולל מדיניות של המוסד?". יודגש כי לא הוגדרו כלל נושאים "לא-רפואיים".

השיח האקסקלוסיבי

עניינו המרכזי של השיח האקסקלוסיבי הוא לקבוע את כשירותם הבלעדית של רופאים לנהל את תחום הפרייון בכלל ואת תרומת הביציות בפרט. שיח זה קיבל ביטוי מובהק וכוחני בדבריהם של שלושת הרופאים הבכירים שהעידו בוועדה (פרופ' בן-רפאל, פרופ' משיח ופרופ' דור – ישיבה שמונה). לדוגמה, פרופ' בן-רפאל קובע במהלך עדותו כי: "העניין החברתי צריך להישאר בידי רופאים: העניין הרפואי, הסיכון הרפואי". פרופ' משיח קובע כי השאלה אם משרד הבריאות ראוי להגביל פעולות רפואיות, עקב סיכון שהן עלולות לגרום, היא "שאלה רפואית זה לא שאלה משפטית". פרופ' דור מציע, בצורה מעודנת יותר, להגדיר "... סייגים רפואיים ברורים... ולהשאיר את זה לשיקול של הרופא שהוא לא עובר על הקו המנחה". בהמשך, אל מול הטענות, בעיקר של יו"ר הוועדה, כי נושא הדיון איננו רפואי בלבד וכי בסמכות הוועדה לקבל החלטות שינחו את הרופאים בשטח, מבטא פרופ' משיח את התפיסה האקסקלוסיבית בבוטות בקובעו נחרצות כי:

רבותיי, זה לא נושא שאתם יכולים לדון בו עם כל הכבוד... שום ועדה פוליטית או אחרת לא יכולה לקבוע את צורת הרפואה... וכל דבר שאתם תקבעו יהיה מבחינתי גזרה שהיא שרירותית לחלוטין ואסור לה להיקבע, אסור לה להיקבע, צריך להשאיר את זה פתוח.

דברי העדים, ובעיקר דברי משיח, מתאפיינים בפסילה קטגורית של כל גורם אשר עלול להתחרות בסמכות ההחלטה של הרופאים בשטח. לאורך כל הישיבה מתרה פרופ' משיח בוועדה שוב ושוב, לבל תגלוש מתחום המנדט שלה, שלדבריו כל כולו יצירת מנגנונים שירחיבו את אפשרויות התרומות. הוא מכריז כי תרומת ביציות "תהיה קיימת בישראל.

הצורך כל כך גדול". דברי משיח כוללים הצהרות כמו: "אנחנו לא אהבנו את הוועדה מראש ואני אוהב אותה עוד פחות עכשיו", ו"אני רופא שלושים וחמש שנה, גם השר לא יקבע לי איך לעבוד". דבריו כוללים איומים על הוועדה שלא תעז לחרוג ממה שהוא רואה כתפקידה היחיד – להתיר תרומת ביציות, שאם לא כן: "דעתי לא תיגמר פה, דעתי לא תיגמר פה כי אם אתם תכתבו לרופאים מה לעשות יש לכם עניין עם הר"י והאיגוד שאני עומד בראשו [האיגוד הגינקולוגי]. אני לא אתן את זה שאתם פה תכתבו ספרי רפואה". דבריו כוללים גם אמירות בוטות כלפי חברים ספציפיים בוועדה (בעיקר כלפי פרופ' אינסלר וד"ר קטן).

אל מול איומים אלה עומד יו"ר הוועדה לבדו. הוא חוזר ומסביר לפרופ' משיח כי מנדט הוועדה רחב, וכי הנושאים שמשיח רואה כרפואיים הם חברתיים במהותם. הוא מדגיש כי זכות המדינה לקבל החלטות בעניין הרגולציה על הביציות על בסיס לא-רפואי. עם זאת, אף על פי שמהדברים מצטייר מאבק בין הוועדה לבין המומחים הרפואיים, הרי שבדברי היו"ר נרמזות גם הסכמות מוקדמות. היו"ר מזכיר כי לפני הקמת הוועדה נפגשו הוא ופרופ' משיח אצל שר הבריאות, וכבר שם הוסכם כי הלפרין ימליץ לוועדה לאמץ את נייר העמדה של האיגוד הגינקולוגי (שפרופ' משיח עומד בראשו) בעניין תרומת הביציות.

עוד יש לציין כי לאחר הישיבה שבה העידו המומחים, הקפידו חברים בוועדה לחזור ולהצהיר כי אין לוועדה יומרה להתערב בנושאים רפואיים. למשל, היועצת המשפטית מדגישה בישיבה שלאחר מכן כי: "חוק הוא חוק יבש ולא ייכנס בו פרט רפואי אפילו לא בפופס... מעולם ולעולם לא כותב משרד הבריאות ספרי רפואה. לא בחוק ולא בתקנות. ספרי רפואה כותבים מי שעוסקים ברפואה". גם פרופ' אינסלר קובע כי: "אני מתנגד שפרטים של רפואה קלינית, של נהלים קליניים ברפואה, יהיו תוכן של חוק מדינה. לכן אין לי ספק, ואני מקווה שיש פה הסכמה, שבתוך המלצה שלנו על חוק, הדברים האלה לא יופיעו, כי זה לא מתפקידנו". דברים אלה נשמעים תמוהים לאור הנאמר בישיבות קודמות, שבהן פרופ' אינסלר ופרופ' שנקר ביקשו להגדיר נוהלי עבודה לרופאים בבואם לקבל תרומת ביציות.²⁶

שיח הזכויות והאוטונומיה של האישה

שיח אחר המשמש לחיזוק השליטה הרפואית על תרומת הביציות הוא שיח ה"זכויות". שיח זה מייחס לאישה "זכות יסוד" (מונח הלקוח מדברי פרופ' משיח) לרבייה כמעט בכל גיל ומצב, ובה זכות האישה לסכן את עצמה בתהליך. זכות זו משמשת מצד אחד הצדקה להרחיב את מעגל התורמות, כדי שיכלול נשים שאינן זקוקות לטיפולי הפריה (בהגבלות מסוימות של גיל), ומצד שני היא משמשת אמצעי למניעת הפיקוח על מעגל הנתרמות, מלבד פיקוחו של הרופא המטפל.

למרבה הפלא, דובריו של שיח זה הם, שוב, שלושת המומחים הרפואיים שהוזמנו להעיד בוועדה. לדוגמה, פרופ' משיח קובע כי: "... זה מזכויות הפרט שהיא תקבע את גורלה, היא ובעלה תקבע את גורלה כאשר לאם תקים משפחה, באיזה גיל, איזה משפחה, כמה ילדים, עד מתי וכו'". פרופ' דור מוסיף את ההיבט החוקי: "... אם אנחנו מסתכלים על האספקט

26 פרופ' שנקר: "... אנחנו חייבים להוציא הוראה רפואית מהו פרוטוקול הגירוי של נשים כאלה". פרופ' אינסלר: "אנחנו נוציאו את זה, אבל גם אז לא נוכל למנוע את הבעיה". ד"ר הלפרין: "צריך גם דף הנחיות מקצועיות שהרופא יקבל". פרופ' שנקר: "יקבל דף איך לעשות גרימת ביוץ" (ישיבה חמש).

החוקי יש פה גם חוק זכויות החולה במדינת ישראל אי אפשר להתעלם ממנו. בשלב מסוים בדיון שואל היו"ר את פרופ' משיח אם היה מבצע טיפולי הפריה לאישה שהסיכון שלה למות כתוצאה מהיריון שהושג באמצעות תרומת ביציות הוא 1:800, וזאת בהנחה שאותה אישה הבינה את משמעות הסיכון וקיבלה אותו על עצמה. משיח עונה בצורה ברורה: "אפילו אחד למאה, אתה יכול להקצין את זה מצדי". התנאי העקרוני לפעולה הוא הסכמה מדעת: "שצריך לעשות בירור שהאישה תבין את הסיכון שהיא נוטלת על עצמה לחלוטין". עם זאת, ההחלטה הסופית לגבי תרומת ביציות תהיה שמורה תמיד בידי הרופא המטפל, מכיוון שבמצבי-קיצון – מצבים שבהם האישה בכמיהתה העיוורת לילד מסכנת את חייה בצורה מוחשית – יש לחסום את חופש הבחירה של הנשים. האחראי לכך יהיה הרופא המטפל המכיר את הנתונים, והוא בלבד. פרופ' משיח אומר בעניין זה: "אישה שבאה אלינו אז זכותנו, יכולתנו וחובתנו להגביל אותה רק על בסיס של הסתכנות בחייה ואם כך, אז אנחנו כרופאים יכולים לבדוק".

על "זכויות" האישה מוטל סייג אחד בלבד, "המצב הרפואי", וסייג זה יכול להיקבע וצריך להיעשות כן רק באמצעות הרופא המטפל. הרופאים מציגים עניין זה כנכון וראוי על בסיס ההנחה שהם פועלים מתוך אחריות מקצועית ומוסרית. לפי פרופ' דור: "איש לא מעלה על דעתו שאנחנו נסכן את הציבור". או לפי פרופ' בן-רפאל: "הגבלה על גיל או התייחסות לגיל כמצב שהוא יותר תחלואה או יותר סיכון, זה עניינו של הרופא או עניינם של אותם אנשים שיעסקו או אותה ועדה שתחליט. יש ועדות אתיות בבתי חולים שהן מחליטות, לפעמים לא צריך ועדה אתית, יש אנשים שהתנסו בזה". ופרופ' משיח מוסיף: "אף אחד מאתנו לא מתכחש למוסר הרפואי שלנו".

חלק מהרופאים, כולל חברים בוועדה, ובעיקר פרופ' שנקר ופרופ' אינסלר, מתארים את המפגשים ואת הדיונים שהם ורופאים אחרים עורכים בנושאי אתיקה כזירה "טבעית" להחלטות מקצועיות ומוסריות בנושאי פרייה. הם אינם מבחינים בין סמכותם המקצועית לבין אחריות וסמכות מוסרית-חברתית.²⁷ עמדה זו, שלפיה פרופסיות פועלות לטובת הקולקטיב (Goode, 1957; Parsons, 1951), יכולה להתפרש גם כאסטרטגיה לשימור אוטונומיה מקצועית רחבה וכהצדקה לקבלת בלעדיות על שטח השיפוט בתחום הפרייה (Abbott, 1988). מכל מקום, השיח כורך את "זכויות" המטופלת עם האתיקה המקצועית של הרופא המטפל, ומוביל אף הוא, בסיכומו של דבר, להענקת סמכויות ההחלטה לרופא המטפל.

אוטונומיה לא-רציונלית?

שיח זכויות מניח בדרך כלל הנחת יסוד בדבר אוטונומיה של הפרט. הנחה זו נשענת על התפיסה שהפרט הוא רציונלי, שקול ומודע לבחירותיו, ושבחירותיו של הפרט הן אמיתיות

27 ארני (Arney, 1982, pp. 176–177), במחקרו על התפתחותו החברתית של מקצוע המיילדות ה"גבריי" (obstetrics), טוען כי הרופאים לא היו מעוניינים בחדירת אתיקונים להחלטותיהם, והעדיפו שהדילמות האתיות יישארו בידיהם. לדעתו, הדיאלוג בין האתיקה לבין הרפואה, שהתפתח החל משנות השבעים של המאה הקודמת, מבטא היסטוריה של פשרה ושל שותפות מוגבלת, שבה האתיקונים הסכימו לסייע בהגנת הפרויקט הרפואי ואילו הפרופסיה הרפואית הפכה אותם לשותפים זוטרים בצוות הטיפול בבריאות.

ומתבצעות מתוך שלל אפשרויות אמיתיות (אפשטיין, 2000). אולם עיון בדברי הרופאים מגלה כי הם מייחסים, לפחות לחלק מהמטופלות, תכונות שונות לגמרי. לאורך כל הדיונים מצטיירות נשים המבקשות פרייבטן כלא יותר מרחם משווע לארצינונלי. העדים, כמו גם הרופאים בוועדה, מרבים בסיפורים "מסמרי-שיער", שעניינם טירוף הדעת שמפגינות נשים המבקשות להרות. כך, לדוגמה, מספר פרופ' דור:

אישה שילדה תאומים, יש שני מקרים כאלה של נשים שילדו תאומים... ובמהלך ההיריון הסתבכו עם טרומבוזות קשות. הסתבר שיש להם טרומבופליה, אחת גם קיבלה טיפול לטרומבופליה, וזה לא עזר, ועשתה CVA ועשתה כל מיני דברים, סיבוכים איומים. אותם נשים ילדו בסופו של דבר כמו שנקרא בעזרת כל הגורמים הארציים והעליוניים. ואתה היית יכול לצאת מנקודת הנחה, או.קיי. יש להם תאומים, כל אחת מהם ילדה תאומים, או.קיי., גמרנו, מה הם עוד רוצות? עכשיו הם באות לטיפול נוסף, יש להם כבר שני ילדים, בהיריון הם עשו את כל הסיבוכים הכי קטסטרופליים שיכולים להיות ועדיין רוצים ללדת עוד פעם.

מסיפור זה, כמו מאחרים,²⁸ משתקפת האישה כלא-רצינונלית; האישה כמהה לילד אף שהיא נמצאת בסיכון רפואי, והיא תסכן את חייה על מנת להביאו לעולם. כלומר, מצד אחד יש לאישה זכות רבייה וזכות לעשות כרצונה בגופה, לכן אין לאפשר התערבות בהחלטותיה, אלא על בסיס רפואי. מצד שני, שיקול הדעת של נשים בנוגע לסיכונים רפואיים עלול להיות משובש מאוד, ואז על הרופא לשמש כסוכן חברתי אשר יפקח על הנשים ויגן עליהן מפני עצמן. מובן שבשני המקרים אין מקום להתערב בהחלטות הרופא המטפל.

תיאורי הנשים השונות מבססים גם הם את השליטה הרפואית על ניהול תחום הפרייון: במהלך הדיונים נוצרת הלימה בין "טיפוסים" של נשים לבין הרופא ה"מתאים": אל מול האישה האומללה, המשתוקקת לפרייבטן, עומד הרופא המושיע המחזיק בידע ובטכנולוגיות החדשניות ביותר; בעוד שמול האישה הלא-רצינונלית, המוכנה לסכן את חייה בפרוצדורה רפואית מסוכנת, ניצב רופא אחראי ושקול אשר יכול למנוע את הסתכנותה. כך, לכל אחד מטיפוסי הנשים, המוצגות כבעיה, מוצמד הפתרון בדמות רופא.

28 פרופ' בן-רפאל: "אם זאת אישה מושתלת לב או אישה עם אייזנמנגר שאני לא מרשה לה אפילו להרות, ולמרות דעתי היא נכנסת להיריון והיא נפטרת, כי יודעים שנשים עם אייזנמנגר שנכנסים להיריון חמישים אחוז תמותה. בלי שאתה מתעסק אתם חמישים אחוז תמותה, והן נכנסות להיריון. ואני מזהיר אותם ומביא אותם לרב ואומרים להם, עם רב ובלי רב, לא חשוב, הם לוקחות את הסיכון הזה". פרופ' משיח: "אצלנו הגיעה אישה אתמול במצב גרוע ביותר אחרי שהיא לא הסכימה לנוכח דימום לעבור ניתוח קיסרי בלידתה העשירית בהיותה בת ארבעים, כי היא רוצה עוד ילדים. היא היתה במצב טרמינלי, כן במצב טרמינלי". פרופ' שנקר (ישיבה שתיים): "באה אישה ואומרת אני רוצה ילד ויש לי נניח מחלה, שנניח היריון ישפיע עליה לרעה. אז אני שוקל באופן רפואי... אז היא תלך והיא תשמע מחמישה, עשרה, שתיים-עשרה, לא יודע כמה רופאים".

השיח הצרכני-כלכלי ואינטרסים כלכליים

שיח זכויות הפרט מתגלגל בוועדה לשיח צרכני-ליברלי שבו האישה-המטופלת היא צרכנית של טכנולוגיות רבייה, ואילו הרופא הוא ספק שירותים שמציע ה"שוק". כאמור, חוקרים ציינו את חדירת היחסים הצרכניים כגורם המשפיע על תהליכי מדיקליזציה בפתח המאה העשרים ואחת. באופן דומה, טוען אפשטיין (2000, עמ' 7) כי "עקרון כיבוד האוטונומיה קנה לו נחלה במערכות בריאות בסמוך להתמסחרות, וממילא תוך כדי הפיכה מן היסוד של יחסים בין מטפלים-סוחרים לבין החולים-לקוחות". מבחינה זו, לא מפתיע כי לצד שיח זכויות האישה והאוטונומיה שיש לה לבחור את בחירותיה הצרכניות, מופיע בוועדה (ובצורה הברורה ביותר בעדויות המומחים) שיח בעל גוון כלכלי-צרכני מובהק. שרון בסן (2006) גורסת כי:

לאור נרטיב המחסור [בביציות], רטוריקה של שוק ושימוש במונחים כלכליים, במיוחד מונחים של היצע וביקוש, היא מצב שכיח ואף מתבקש. השימוש ברטוריקה כלכלית צובע את דרך המחשבה במושגים של עסקאות ומתודולוגית שוק, תוך שימוש בניתוח כספי של עלות תועלת כדי לשפוט את אותן העסקאות. למונחים אלה, כאמור, הטיה אידיאולוגית כלפי חופש החוזים ומימוש המסחר בביציות קנניין, ולפיכך הם משמשים כנרטיב פונקציונלי המוביל באופן טבעי להכרה בקנייה ומכירה של ביציות (עמ' 143).

בסן מראה כי הרטוריקה הכלכלית שבה ומופיעה בדיוני הוועדה:

"אני חושב שעניין של תרומת ביציות, אין ברירה, צריך לעשות אותו בגלל שאין היצע בארץ" [פרופ' בן-רפאל]; "יש בעיה בשוק שאין מספיק נשים שתורמות ביציות ואין לך מספיק היצע לאותם נשים שרוצות" [פרופ' בן-רפאל]; "עכשיו אם וככל שמחלקים את הביציות זה עושה למערכת הכלכלית יותר רווח זה נכון, או פחות הפסד אם תרצי, מפני שבסך הכול אם אחת נותנת לאחת המערכת הפרטית מפסידה... אחת תתרום לאחת והפסדתי. אחת תתרום לשתיים ויצאתי מאוזן. אחת תתרום לשלוש והרווחתי, זאת אומרת כיסיתי על ההפסד. זה היבט כלכלי, רבותי, המערכות האלה הן מערכות כלכליות" [פרופ' משיח]; "התורמת תרוץ כי היא תקבל פיצוי כספי" [ד"ר יפה]; "אנחנו מעוניינים להגביר את ההיצע..." [ד"ר קטן]; "זה כבר הפך להיות מסחרי" [עו"ד היבנר-הראל]; "אם כוח האדם או הסחורה יותר זולה במקום אחר, אז הוא הולך איפה שהוא יכול לקבל את זה בזול יותר" [פרופ' אינסלר] (שם).

מעבר לרטוריקה הכלכלית, שבמסגרתה נוח להציג את חופש הבחירה של הנשים, עולה החשש כי גם שיקולי הרופאים הם, לפחות בחלקם, כלכליים. לדוגמה, פרופ' משיח מציע שלא להגביל את מספר הנשים אשר יכולות לקבל ביציות מתרומה אחת. יתר על כן, הוא מסכים עם העובדה כי המערכת הפרטית, שאליה הוא משתייך, תרוויח משיטה זו: כל אישה שתקבל ביציות מאותה תרומה (שעליה תתוגמל האישה התורמת ללא קשר למספר הביציות... שהרי זוהי תרומה בלבד), תשלם (דרך הקופה או באופן פרטי) את התשלום המלא (כיום

כ־\$1,600). לפי הצעה אחרת של פרופ' בן־רפאל, המעידה על אינטרס כלכלי ועל חוסר רגישות למצבה הכולל של המטופלת, נשים שאין באפשרותן לממן את טיפולי ההפריה שהן עוברות, יוכלו לפנות לנתיב שבו בטיפול אחד הן תשמורנה לעצמן את כל הביציות שלהן, ובטיפול שלאחריו הן תתרומנה אותן. כלומר, נשים שנמצאות בטיפולים קשים, הכרוכים בנטילת כמות גדולות של הורמונים, בפרוצדורות כירורגיות, בסבל רב ואולי בסיכונים רפואיים נוספים, ייאלצו להכפיל את סבלן ואת הקשיים שהן עוברות וייתכן שאף להפחית את סיכוייהן להרות. הצעה זו מעוררת שאלות מוסריות קשות, בעיקר משום שהיא עשויה להוות מקור הכנסה נאה לבתי החולים ולרופאים הפועלים בהם.

התורמת הפוטנציאלית

למעשה, בוועדת הלפרין לא התנהל דיון של ממש סביב הסוגיה מדוע אישה עשויה לרצות בכלל לתרום ביציות, בהנחה שהיא יודעת כי התהליך כרוך בסיכון. נראה כי בעיני הוועדה התורמת הפוטנציאלית היא מעין "סוחרת": אישה הנמצאת במצוקה כלכלית, שתתרום ביציות כדי ליהנות מהתשלום (כמו פונדקאית המשכירה את רחמה). כך אומר פרופ' דור: "... תבואנה לשם נשים שרובן תהיינה כאלה שנוקקות לכסף, לא תבואנה כאלה שחלמו בלילה שהן רוצות לתרום ביציות והלכו לקבל את הטיפולים ולעבור הרדמות." ד"ר אדטו אומרת כי "... המתנדבות הרי למעשה הן כולן כאלה שזקוקות לכסף ולכן הן באות... מלכתחילה ברור לגמרי שהמתנדבות עושות את זה רק בעבור כסף... בקרב עמי אני יושבת, ברור לי לגמרי שהאלטרואיזם זה דבר שיהיה מאוד מינימלי. מעט מאוד נשים שלא כחלק מטיפול, אלא נשים שתבואנה לעשות את זה בצורה עצמאית ותלכנה לתרום איברים מתוך אלטרואיזם לשמו, מעט מאוד נשים כאלה תהיינה". גם פרופ' בן־רפאל מסביר כי "... היא תורמת הרי מתוך משהו. היא לא תורמת לשם שמים".

שרטוט מצמצם וסטריאוטיפי זה של הנשים העלים אלטרנטיבה שונה במהותה לארגון הפרקטיקה של תרומת ביציות – האלטרנטיבה של תרומה אלטרואיסטית, שאינה כוללת פיצוי. אלטרנטיבה זו מציבה את האישה כסוכנת פעילה, אחראית ובעלת יכולת בחירה אמיתית וחופשית – כזו שאיננה נובעת מאילוץ כלכליים, ומונעת מערכים של אחווה, אכפתיות וסולידריות נשית.

יש לציין שאלטרנטיבה זו הוצגה על ידי אחת העדות שהופיעו בפני הוועדה: נציגת שדולת הנשים, הגב' גבי בר־זכאי. בר־זכאי התנגדה ל"תרומת" ביציות באופן שבו הגדירה אותה הוועדה, זאת מאחר ולדבריה מדובר למעשה במכירה, כשה"תרומת" תהיינה בדרך כלל נשים במצוקה כלכלית. למעשה, עלה החשש שלפי הצעת הוועדה, נשים אלה ינוצלו פעמיים: פעם אחת כשהן יסתכנו בבריאותן וברוחתן בשל התהליך הרפואי הנדרש לצורך שאיבת ביציות, ופעם שנייה כשהן יתוגמלו בתשלום נמוך, בחסות המושג "תרומה".²⁹

29 הצעת ועדת הלפרין הייתה שלא להעניק תשלום, אלא "פיצוי כולל" על "... נזק, סבל, ביטול זמן, אובדן הכנסה או הפסד זמני של כושר השתכרות". סכום הפיצוי "יהיה קבוע וייקבע אחת לשנה...", אולם המספרים שדובר בהם נעו בין כ־\$1,000 ובין שכר ממוצע של חודש במשק. סכומים אלה נמוכים בהרבה מהמקובל בארצות־הברית, שבה מחירן של ביציות הנמכרות בשוק הגו כ־\$4,200 בממוצע (Ameling, 2007).

נוסף על כך, היחס הסטריאוטיפי לתורמת – כאל "סוחרת" – ובכל מקרה לא כאל אישה שיש לה מחויבות ואכפתיות לרעותה, אפשר לוועדה שלא לדון בצורה מעמיקה באפשרות ליידע את התורמת על אודות המשך קורות תרומתה (אם כי פרופ' שנקר העלה את הנושא). נראה שהתורמות לא נתפסו ככאלה אשר יהיו מעוניינות לדעת אם הצליחו לסייע לאישה במצוקה, שהרי הן "תרמו" לשם תשלום. יתר על כן, חוסר העניין לעדכנן עשוי לנבוע מתפיסתן כ"אמצעי טכני", כלא יותר ממה שפרופ' מיכאלי כינה, בצער אמנם, "בית-חרושת לביציות". יש לציין כי בפני הוועדה לא הופיעה עדה שתרמה ביציות או שהייתה מעוניינת לתרום, והדיון בתורמות נותר כללי מאוד.

חשוב להדגיש כי אם אכן סברה הוועדה שהמניע העיקרי לתרומת ביציות יהיה תשלום, הרי שכינוי הביציות "תרומה" והצגת התשלום כ"פיצוי" גורמים עוול כפול לנשים התורמות. אם בשיקול כלכלי מצד הנשים עסקינן, הרי שבחסות מלל יפה (וסביר להניח שגם אמיתי) המתנגד לסחר בביציות, קובעת הוועדה תעריף נמוך לתרומת ביציות, במקום לתת ל"כוחות השוק" לקבוע את מחירן. לא מיותר לציין כי היבטים אחרים, המבטאים אף הם את מסחור התהליך ואת התפתחות אינטרסים כלכליים הקשורים בו כגון: הטיפול בבתי חולים פרטיים או אצל רופאים פרטיים, לא נכללו במסגרת מה שהוועדה ראתה כשייך לסחר ישיר בביציות ולמנדט של הדיון בוועדה.

דיון

דומיננטיות השיח האקסקלוסיבי והמבט הרפואי בוועדה

מניתוח הדיונים לעיל עולה כי הגורמים שהשתתפו בדיוני הוועדה, רפואיים ואחרים, מעוניינים היו, באופן גורף כמעט, להרחיב את הפרקטיקה של תרומת ביציות לנשים "תורמות" שאינן מטופלות בעצמן. עובדה זו יכולה לחזק את התזה בדבר חשיבות ערך הפיריון בחברה הישראלית, מלבד העובדה שמדובר בפיריון "רפואי", המותנה באישור הליכים רפואיים וטכנולוגיות רפואיות חדשניות. מבחינה זו, ועדת הלפרין, שאותה מינתה המדינה ואשר מרבית חבריה נמנים על הפרופסיה הרפואית, משמשת בעצם מינויה ביטוי לכוח שיש לרופאים על מדיניות הרשויות בתחומם. כמו כן, החלטות הוועדה שימשו למיסוד ולחזיון נוסף של כוחם הפרופסיונלי של רופאים.

ניתוח דיוני הוועדה לימד על העניין של מרבית הגורמים הרפואיים שנטלו חלק בדיונים להרחיב את הפרקטיקה של תרומת ביציות. דפוסי השיח השונים שהופיעו במהלך הדיונים בוועדה, הובילו, מי באופן ישיר ומי באופן עקיף ומתלבט יותר, למיסוד שליטת הרופא המטפל על קבלת ההחלטות בתחום תרומת הביציות.

השיח הפלורליסטי-לכאורה, המופיע בתחילה אצל חברי הוועדה (מי יותר ומי פחות), מבקש לייצר שיטות פעולה המשעות חלק מהשליטה הרפואית בנושאים הנחשבים ל"חברתיים", אולם במהלך הדיונים חל תהליך של השבת חלק ניכר מהשליטה לידי הרופא המטפל. השיח האקסקלוסיבי שהנהיגה הפרופסיה (כמו יו"ר האיגוד הגינקולוגי), חתר למטרה זו בגלוי וללא פשרות, תוך שהוא נשען על שני בסיסי העוצמה הפרופסיונליים המסורתיים: האמונה החברתית כי העשייה הפרופסיונלית היא שליחות מוסרית חסרת

אינטרסים (Parsons, 1951), והטענה כי הידע הרפואי הוא מורכב ומופשט ואי-אפשר לעבדו לנהלים ולתקנות (Abbott, 1988), גם לא במסגרת חוק או הליך פורמלי אחר. שיח הזכויות, המדגיש את חופש הבחירה האוטונומי של האישה ("הסכמה מדעת"), נוהל בידי אותם רופאים בכירים. אף שממבט ראשון נראה כי שיח זה מנוגד לשיח האקסקלוסיבי, בחינה מעמיקה חושפת כי גם הוא משרת את המטרה להשאיר את סמכויות ההחלטה בנושא תרומת הביציות בידי הרופא המטפל, מתוך הנחה שהוא אחראי וחסר-פניות ושיקוליו מקצועיים בלבד. כך, "חירות" האישה מתמזגת בשיח צרכני, המניח שיש שוק "חופשי" של ספקי שירות ולקוחות אוטונומיים ורציונליים, המאפשר לרופאים להשיג שליטה אופרטיבית וכלכלית רחבה על התחום.

עם זאת, חלק מההחלטות שנתקבלו בסיכומו של דבר בוועדה ביטאו צמצום מסוים בכוחו של הרופא הבודד: הוחלט על הקמת "יחידה ארצית לתיאום ובקרה של תרומת ביציות"; כמו כן הוחלט כי גיל מקבלת התרומה לא יעלה על 51 שנים (החלטה שבכירי הפרופסיה התנגדו לה בכל תוקף) ונתקבלו החלטות נוספות שעניינן הגנה על תרומות הביציות (נוי ואחרים, 2007).

סיכונים רפואיים למול רווחה כללית

חלק מדיוני הוועדה עסקו בסיכונים הרפואיים הכרוכים בפרקטיקה של תרומת ביציות לאישה ה"תורמת" ולאישה המקבלת את התרומה. הממצאים שעלו מתוך הנתונים הסטטיסטיים³⁰ שהציגו חברי הוועדה, ובעיקר ד"ר הלפרין, פרופ' שנקר ופרופ' אינסלר, הם שסיכוני התמותה נמוכים. נתונים רפואיים-סטטיסטיים אלה העניקו לגיטימציה להרחבת מעגל התרומות. לעומת העיסוק בסיכוני התמותה בלטה בדיון נטייה להתעלם מהמשמעויות הרחבות שיש לטיפול הפריון עבור נשים ומההשפעות שיש להם על רווחתן במובן של המושג "well-being", המתייחס לבריאות בצורה הוליסטית, וכולל מרכיבים נפשיים, פיזיים, בין-אישיים, חברתיים ואף כלכליים. התעלמות כזו באה לידי ביטוי גם במפגש של הנשים עם נציגי הפרופסיה הרפואית. דוגמאות לבעייתיות הגלומה בכך אפשר למצוא בעדויות של שרית ואפרת, שהובאו לעיל. נוסף על כך, לא נידונו צרכים של נשים תורמות ושל נשים המבקשות תרומה מעבר להקצאת הביציות עצמן, כמו העדפות בנוגע לאופי התהליך, למפגש עם הרופא, להתנניית טיפולי פוריות בתרומת ביציות, ועוד.

כאמור, אחת הסוגיות שעליהן הוועדה לא נתנה את דעתה כלל הייתה הבעייתיות הבראשיתית של לקיחת ביציות מאישה אשר עוברת בעצמה טיפולי הפריה – פרקטיקה שהייתה ועודנה ההליך השגור להשגת תרומת ביציות להפריה (וכיום גם למחקר). לכאורה,

30 יש להעיר כי בחלק מן הנתונים שנראו בתחילה מוחלטים, התגלו חוסרים. חלקם התבססו על כמות קטנה של מקרים, חלקם, כך הסתבר, התבססו על הערכות של הנוכחים, חלקם הגדול לא יכלו לספק מידע דווקא לגבי הקבוצה הרלוונטית לקבלת תרומות – נשים מבוגרות יחסית. יש לציין כי חוקרים שעסקו בנושא הראו זה מכבר כי הצגת הנתונים על סיכוני פריון "נגועה" באינטרסים. למשל, השיח הרפואי בעניין טיפולי פוריות התאפיין עד לשנות התשעים בהתעלמות מהסיכונים הטמונים בהם תוך הדגשת סיכויי ההצלחה (Oleszczuk & Keith, 2001, בתוך העליון, 2004). גם בירנבאום-כרמלי הציגה תופעה דומה בישראל של שיח מומחים הממעיט מהסיכונים לאם ולעובר (Birenbaum-Carmeli, 2004).

מדובר בפרקטיקה הגיונית וצודקת: האישה נהנית מטיפול ההפריה המתקדמים ביותר, ואגב כך גם תורמת לחברותיה המתקשות ללדת בשל בעיה בביציותיהן. עם זאת, כדי לשאוב מספר רב של ביציות יש לעבור הליך רפואי והורמונלי קשה, ובתהליך זה עלולים להינזק טיפולי ההפריה של התורמת עצמה, בריאותה ורווחתה.

רוב חברי הוועדה, פרט לד"ר קטן שטענה לעתים כי היא משמשת "פה" לנשים, התעלמו מדיון בהיבטים אלה. נראה כי הרכב הוועדה, שנשען על רוב מוחלט של רופאים, הביא לתפיסה צרה של סיכונים המתמקדת ב"קצה החד" (בעיקר בסיכון לתמותה). תפיסה זו נשענת על המודל הביורפואי המכני, המנתק את הפרט מהקשרים חברתיים ומתעלם מהיבטים שאינם פיזיולוגיים-רפואיים צרים.

כוחם של רופאים בקידום תהליכי החקיקה

הצעת החוק שהגישה ועדת הלפרין התעכבה במשך שש שנים ארוכות. במהלך אותן שנים התפתחה תעשייה של "טיולים מאורגנים לצורך הפריה", בניהול מספר יחידות הפריה ישראליות פרטיות³¹ והרופאים הפועלים בהן ובשיתוף פעולה עם יחידות הפריה הממוקמות במזרח אירופה, בקפריסין ובמקומות נוספים. דומה כי החיוניות והדחיפות שיוחסו לחקיקת החוק התפוגגו אל מול האפשרויות המסחריות, שבהן גם מצטמצמים הפיקוח והבקרה החיצוניים על הרופאים למינימום.

יתר על כן, כשעבר החוק בקריאה ראשונה במאי 2007, התברר כי חלו בו שינויים עמוקים. השוואה בין הצעת החוק של ועדת הלפרין לבין הצעת החוק הממשלתית מלמדת כי המלצות ועדת הלפרין נבלמו ושונו כמעט בכל מקום שבו הגבילו את סמכות ההחלטה הכמעט בלעדית של הרופאים או הציעו מנגנון פיקוח חיצוני.

נוסף על כך, נראה שהעברת החוק בקריאה ראשונה התאפשרה לבסוף בשל עניין נוסף, שלא עלה כלל בדיוני ועדת הלפרין, לא כל שכן בהמלצות החקיקה שלה: הקצאת ביציות למחקר. הצעת החוק שעברה בקריאה ראשונה מאפשרת הקצאה של חלק מהביציות למחקר בתאי גזע עובריים.³² מעניין לציין בנושא זה כי הצעת החוק הייתה מונחת זמן ארוך לפתחה של הוועדה למעמד האישה, אך רק כשהועברה לוועדת המדע של הכנסת, שדנה בנושא תאי גזע למחקר, חלה התקדמות בתהליך החקיקה. זוהי עדות לכך שהאינטרס המחקרי בביציות זירז את החקיקה.

אפשר לשער שהדומיננטיות של רופאים מתחום הפרייה ושל חוקרים ורופאים העוסקים במחקר ושיתוף הפעולה ביניהם תרמו לעיצוב הצעת החוק כפי שאושרה לבסוף בכנסת בקריאה ראשונה. האינטרס לפקח באופן פרופסיונלי בלבד על תחום הביציות להפריה ולמחקר מצא אוזן קשבת אצל משפטני משרד הבריאות ואצל המחוקקים.

31 לדוגמה יחידת ההפריה ב"אסותא" (בניהולו של פרופ' משיח), יחידת ההפריה ב"הדסה", יחידת ההפריה ב"אסף הרופא" ויחידת ההפריה ב"אלישע" (מתוך אתרי אינטרנט של בתי החולים ומתוך פורום "תרומת ביציות" באתר "תפוז").

32 ההקצאה למחקר תיעשה לאחר הסכמה של התורמת, אולם יידוע התורמת על האפשרות להקצות חלק מביציותיה למחקר ייעשה רק לאחר שתרמה ביציות.

ביו־אתיקה ומגבלות הפיקוח הפרופסיונלי העצמי

מהדיון למעלה עולה שוועדת הלפרין, כוועדה שרוב חבריה שייכים לפרופסיה, מיעטה להתייחס לסוגיה ביו־אתית מרכזית בתהליך התרומה: הדומיננטיות המוחלטת של הרופא המטפל ושל הפרופסיה הרפואית בתהליך, והחשש מניגוד עניינים או אינטרסים של הרופאים או של המערכת הרפואית בטיפולי הפריון ובתהליכי תרומת הביציות (במיוחד בעידן של הפרטה ומכירת שירותי בריאות פרטיים או פרטיים למחצה). "פרשת הביציות" יכולה הייתה לשמש זרו לדיון כזה. עצם העובדה שדיון זה לא התקיים כלל מצביעה על חולשות ההסדר הפרופסיונלי שלפיו סוגיות אתיות נידונות ונפתרות בתוך הפרופסיה עצמה ללא התערבות חיצונית של המדינה.

בחירות אלה של הוועדה חיזקו את מיסוד השליטה הרפואית על תהליך תרומת הביציות והעלימו חלופות אפשריות. אמנם, המלצות ועדת הלפרין יצרו מנגנונים המרסנים את כוחו של הרופא הבודד במידת מה (מנגנונים שברובם נעלמו מהצעת החוק הממשלתית ממאי 2007), ומאמץ רב הוקדש למניעת סחר ישיר בביציות (אם כי היבטים אחרים של מסחר התהליך הרפואי עצמו בבת־חולים פרטיים ובשירותי רפואה פרטית לא נידונו כלל). אולם, הליך הדיון בוועדה ומסקנותיו שימרו ואף העצימו את כוחם של המומחים הרפואיים להגדיר סוגיות חברתיות, כלכליות ואתיות בתחום הפריון כסוגיות רפואיות (רדוקציה של מרבית הדילמות לסיכונים רפואיים במובן הצר של המילה), כשביחס לאלה התקבלה העמדה הגורסת כי אסור שמסקנות הוועדה יפגעו באוטונומיה של השיקול ה"רפואי".

מקורות

אליאור, ר' (2001). "נוכחות נפקדות", "טבע דומם" ו"עלמה יפה שאין לה עיניים": לשאלת נוכחותן והיעדרן של נשים בלשון הקודש, בדת היהודית ובמצואות הישראלית. בתוך "עצמון (עורכת), התשמע קולי? ייצוגים של נשים בתרבות הישראלית (עמ' 42-82). תל אביב: חידקל.

אפשטיין, מ' (2000). בריאות, שוק וחירות כביכול: חוק זכויות החולה בהקשר היסטורי. רפואה ומשפט, 22, 6-13.

בסן, ש' (2006). מחסור ומסחר: תרומת ביציות תמורת תגמול מתורמת שאינה עוברת טיפולי פוריות. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת חיפה. ברקוביץ, נ' (1999). "אשת חייל מי ימצא?" נשים ואזרחות בישראל. סוציולוגיה ישראלית, (1), 277-317.

הוועדה לקידום מעמד האישה (2001). פרוטוקול דיון מתאריך 19 במרס, 2001. אוחר מתוך <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/html/maamad/2001-03-19-01.html>

העליון, ה' (2004). התנסויותיהן של נשים ישראליות בטכנולוגיות הרבייה החדישות: דיון סוציולוגי משולב ביחסי גוף-זהות-רגש. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור, אוניברסיטת בראילן.

הצעת חוק פ/423, תרומת ביציות להפריה חוץ-גופית, התשס"א-2001.

- הצעת חוק פ/1328, הפרייה חוץ גופית, התש"ס-2000.
- הצעת חוק פ/1388, תרומת ביציות להפרייה חוץ-גופית, התשס"ג-2003.
- הצעת חוק פ/3459, תרומת ביציות, התשס"ה-2005.
- הצעת חוק ממשלתית תרומת ביציות התשס"ז-2007.
- ורצברג, ר' (2000). מסמך רקע לדיון בנושא: תרומת ביציות. הכנסת: מרכז המחקר והמידע.
- ישי, י' (1990). כוחה של מומחיות: ההסתדרות הרפואית בישראל. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- (1994). עוצמת הרופאים במדינת הרווחה: מסגרת ניתוחית וחקר מקרה ישראלי. בטחון סוציאלי, 41, 47-20.
- לוטן, א' (2006). תרומת ביציות בישראל. הכנסת: מחלקת מידע ומחקר.
- משרד הבריאות (2008). הפרייה חוץ גופית (IVF) בישראל. אווזור מתוך <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=2&catId=842&PageId=4434>
- נוי (קניון), ס', מישורי, ד' והשש, י' (2007). אווזות המטילות ביציות זהב: הצעת חוק תרומת ביציות התשס"ז. רפואה ומשפט, 36, 179-161.
- קניון, ס' (2006). תרומת ביציות: היבטים חברתיים, אתיים ומשפטיים. רפואה ומשפט, 35, 190-159.
- שלו, כ' (1995). דיני פוריות וזכות הפרט להיות הורה. בתוך פ' רדאי, כ' שלו ומ' ליבן-קובי (עורכות), מעמד האישה בחברה ובמשפט (עמ' 503-532). ירושלים ותל אביב: שוקן.
- תקנות בריאות העם (הפרייה חוץ גופית), התשמ"ז-1987.
- תקנות בריאות העם (הפרייה חוץ גופית) (תיקון), התשס"ב-2001.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Almeling, R. (2007). Selling genes, selling gender: Egg agencies, sperm banks, and the medical market in genetic material. *American Sociological Review*, 72, 319–340.
- Amir, D. & Benjamin, O. (1997). Defining encounter: Who are the women entitled to join the Israeli collective? *Women's Studies International Forum*, 20(5–6), 639–650.
- Arditti, R., Klein, R. D. & Minden, S. (Eds.) (1984). *Test-tube women: What future for motherhood?* Boston: Pandora Press.
- Arney, W. R. (1982). *Power and the profession of obstetrics*. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Birenbaum-Carmeli, D. (1998). Reproductive partners: Doctor-woman relations in Israeli and Canadian IVF Contexts. In N. Scheper-Hughes & C. Sargent (Eds.), *Small wars: The cultural politics of childhood* (pp. 75–92). Berkeley: University of California Press.
- (2004). 'Cheaper than a newcomer': On the social production of IVF policy in Israel. *Sociology of Health and Illness*, 26(7), 897–924.
- Brint, S. (1990). Rethinking the policy influence of experts. *Sociological Forum*, 5, 361–385.

- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68, 161–194.
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3–14.
- Ehrenreich, B. & English, D. [1978] (1990). The sexual politics of sickness. In P. Conrad & K. Rochelle (Eds.), *The sociology of health & illness* (3rd ed.) (pp. 270–284). New York: St. Martin's Press.
- Fathalla, M. (2001). Introduction. In *Current challenges in assisted reproduction* (p. 4). Geneva: World Health Organization.
- Foster, P. (1989). Improving the doctor/patient relationship. *Journal of Social Policy*, 18(3), 337–361.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*. Cambridge: Polity Press.
- Goode, W. J. (1957). Community within a community: The professions—Psychology, sociology, and medicine. *American Sociological Review*, 25, 902–914.
- Harrison, M. (1994). Professional control as process: Beyond structural theories. *Human Relations*, 47, 1201–1231.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine*. London: Marion Boyars.
- Johnson, T. (1972). *Professions and power*. London: Macmillan.
- Kahan, S. (2000). *Reproducing Jews: A cultural account of assisted conception in Israel*. Durham: Duke University Press.
- Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Miles, A. (1991). *Women, health and medicine*. Buckingham: Open University Press.
- Oakley, A. (1984). *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. Oxford: Blackwell.
- Overall, C. (1993). *Human reproduction: Principles, practices, policies*. Toronto: Oxford University Press.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Portugese, J. (1998) *Fertility policy in Israel: The politics of religion, gender, and nation*. Westport, CT and London: Praeger.
- Remennick, L. (2006). The quest for the perfect baby: Why do Israeli women seek prenatal genetic testing? *Sociology of Health & Illness*, 28(1), 21–53.
- Rothman, D. J. (1991). *Strangers at the bedside: A history of how law and bioethics transformed medical decision-making*. New York: Basic Books.
- Shalev, C. & Gooldin, S. (2006). The uses and misuses of in vitro fertilization in Israel: Some sociological and ethical considerations. *Nashim: A Journal of Jewish Women's Studies & Gender Issues*, 12, 151–176.

Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.

Yuval-Davis, N. (1987). *Gender and nation*. London: Sage.

Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20, 487–504.

אתרי אינטרנט

אמונה: תנועת האישה הדתית לאומית

<http://www.emunah.org.il/index.asp>

בית-חולים אלישע

<http://www.ivf.co.il/hde.htm>

"דעת": אתר לימודי יהדות ורוח

<http://www.daat.ac.il/daat/kitveyet/assia/halperin2.htm>

הוועדה הציבורית-מקצועית לבחינת הנושא של תרומת ביציות

http://www.health.gov.il/units/egg_cont/index.htm

הלמ"ס: דפוסים פריזן בישראל בשנת 2005 (הודעה לעיתונות)

http://www1.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=2006

הכינוס השנתי הראשון לרבנים ולרופאים בנושא גינקולוגיה פוריות ויילודים לאור ההלכה

<http://www.daat.ac.il/daat/refua/shaar1.htm>

מכון שלזינגר לחקר הרפואה ע"פ התורה

<http://www.medethics.org.il/siteheb>

מכון פוע"ה

<http://www.puah.org.il/indexheb.htm>

משרד הבריאות: בריאות בישראל 2005

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=2&catid=653&pageid=3607>

משרד הבריאות, האגף למידע ומיחשוב, תחום מידע: טיפולי הפריה חוץ גופית

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=2&catid=842&pageid=4434>

מרכז רפואי הדסה

http://www.hadassah.org.il/Hadassa/Heb_SubNavBar/Departments/Medical+departments/Woomen+And+Newborn+EK/Vitro+Fertilisation/donation.htm

פורום תרומת ביציות באתר האינטרנט "תפוז"

<http://www.tapuz.co.il/tapuzforum/main/anashim.asp?id=926>