

## דפנה בירנבוים־כרמלי

### “יותר זול מעולה חדש”

#### על מדיניות הפריון והפוליטיקה של ‘המשפחה הטבעית’ בישראל

כדי לבחון את מה שאתאר בעמודים הבאים, את הנדיבות יוצאת הדופן של מדינת ישראל בכל מה שקשור לטיפול הפרייה, אני מבקשת תחילה לתאר בקצרה את המסלול המפרך של אימוץ ילדים, הניצב בפני זוגות ישראלים שאינם יכולים להביא ילדים לעולם.

אימוץ של תינוקות בריאים נדיר בישראל ורחוק מלענות על ה“ביקוש” המקומי. אימוץ כזה כרוך בהמתנה ממושכת, של חמש עד שבע שנים. האימוץ אינו כרוך בתשלום אבל הקריטריונים לזכאות חמורים ומאפשרים פנייה רק מצד זוגות נשואים (לפחות שלוש שנים), שאין להם ילדים, שפער הגיל בינם לילד המאומץ אינו עולה על 43 שנים, שהם בני דתו של המאומץ, שמאחוריהם 12 שנות לימוד לפחות, בעלי הכנסה קבועה שאינה נופלת מן הממוצע הארצי, וביכולתם להציע לתינוק מקום מגורים בו יהיה לו חדר משלו. יתרה מזו, על בני הזוג לעבור בהצלחה הערכה מטעם המדינה, במקרה זה על ידי עובד סוציאלי, וזה צריך לאשר את יכולתם להתמודד עם אתגרי האימוץ. המתנה קצרה יותר, של כשנתיים בלבד, נדרשת כדי לאמץ תינוק או ילד ישראלי עד גיל 10 הסובל מליקוי התפתחות. ישראלים שאינם נשואים יכולים לפנות כדי לאמץ רק ילד שלא נמצא זוג שיאמצו. החוק מעודד את הפונים לאימוץ להמשיך בטיפולי פוריות בתקופת ההמתנה. עניין זה יידון בהמשך במסגרת הדיון במדיניות הישראלית יוצאת הדופן בכל הקשור לטיפולים המכוונים ליצירתה של הורות גנטית.

מינואר 1998 אימוץ בין־ארצי הוא חוקי בישראל, בתנאי שהוא מתבצע כאמצעות עמותה מורשית. כאן הקריטריונים לזכאות גמישים בהרבה, וכל שעל הפונים לעשות הוא לעבור הערכה של פסיכולוג. מעבר להערכה בסיסית זו עליהם לעמוד בתנאים המוכתבים במדינת המוצא של הילד המאומץ. סוכנויות האימוץ רשאיות לדרוש עד 20,000 דולר. לאחרונה הועלה הסף ל־22,000 יורו, סכום העולה על הכנסה שנתית ממוצעת לשכיר בארץ. העלויות אינן מסובסדות ושום הלוואה ציבורית אינה ניתנת למטרה זו. לסכום זה יש להוסיף הוצאות נלוות של נסיעות לחו“ל (בדרך כלל נסיעות מרובות, לפעמים אף מתארכות

מאוד), ואבדן של ימי עבודה רבים. החוק אמנם קובע כי על העמותות לסבסד תיקי אימוץ אחדים עבור פונים בעלי מגבלה כלכלית. בפועל, כל ניסיונותי לברר לא העלו ולו מקרה אחד כזה. אימוץ בחו"ל הוא הליך מורכב ביותר מבחינה מנהלית ואורך כששה עד שנים-עשר חודשים. עד שנת 2008 אימצו ישראלים כ-2,200 ילדים מחו"ל, מרביתם ממדינות מזרח אירופה.

הורים מאמצים זכאים עקרונית לכל ההטבות הניתנות להורים 'טבעיים' אך לא להיעדרות מעבודה מסיבות הקשורות בהליכי האימוץ. אמהות מאמצות אף אינן נהנות מאותה הגנה על זכויותיהן במקום העבודה, כזו הניתנת לנשים הרות או נשים העוברות טיפולי פוריות. תקופת מבחן של שישה חדשים חלה על כל המאמצים. במקרים בהם כרוך האימוץ בגיור – וכזה המצב במרבית האימוצים הבינ-ארציים – מחייבת המדינה גיור אורתודוקסי. את ברית המילה מממנת המדינה. בתום התהליך נחשב המאומץ ליהודי, אם כי בחוגים מסוימים ילדה שגוריה אינה רשאית להינשא לכהן. בהגיעם לגיל 18 רשאים הילדים לפתוח את תיקי האימוץ שלהם. חוק האימוץ מציג את טובת הילד כעיקרון המנחה ובשמו מכתוב ברירה קפדנית של המועמדים ואף מחדיר יסוד של חשדנות ליחסי ההורים והמאומץ (למשל בדרישה לתקופת מבחן או במתן משקל מיוחד לבקשות של 'שאר' בשר' של המאומץ). ניתן לסכם, אפוא, כי הקריטריונים של הזכאות לאימוץ מקומי הם נוקשים ומגבילים וההליך נמשך שנים ארוכות. אימוץ בין-ארצי מהיר ונגיש יותר מבחינת הזכאות, אך הוא כרוך בעלויות גבוהות ובביורוקרטיה סבוכה.

לשם השוואה ראוי לציין כי מרבית המדינות המתועשות מציעות תמיכה כספית מסוימת בדמות סובסידיה או הלוואת מדינה לאזרחים הפונים לאימוץ. מדינות מסוימות מאפשרות לאדם שאיננו נשוי לאמץ ילד או ילדה. באחדות רשאים בני זוג חד מיני לאמץ ילד כזוג. במדינות מסוימות אין גבול עליון לגיל המאמצים. מבחינת שכיחות האימוץ, קיימת שונות רבה בין מדינות כמו נורבגיה, בה מתבצעים 11.2 אימוצים לכל 1,000 לידות, ל-5.2 בקנדה ו-0.4 בבריטניה. בישראל עומד שיעור האימוץ הבינ-מדינתי על 1.34, ושיעור האימוץ הכולל, על 2.14. שיעורים אלה כשלעצמם נמוכים אך אינם חריגים. הם מקבלים את משמעותם על רקע ההשקעה הציבורית יוצאת הדופן בטיפולי פוריות ונוכח הדימוי המקובל של מדינת ישראל כמעודדת-ילודה באופן גורף.

מבט מדוקדק במדיניות הציבורית בנושאי ילודה חושף, לצד הטבות כמו מענק לידה, חופשת-לידה בשכר ומימון של מעקב רפואי במשך ההיריון, קווי מדיניות, המייצגים מגמה הפוכה. חופשת הלידה בישראל קצרה מזו שכרוך

המדינות המתועשות; קצבאות ילדים הוקצו במשך עשרות שנים, על ידי הממשלות השונות, בצמצום רב. הקצבאות חולקו רק למשפחות מרוכות ילדים ומעוטות יכולת והוגדלו רק כתוצאה של לחץ פוליטי כבד. באופן כללי, מכלול ההטבות הכלכליות למשפחות נמוך בישראל מאשר במדינות המתועשות, גם ביחס ליוקר המחיה המקומי. פער זה ממשיך להתרחב עם שחיקת ההטבות בשנים אלה. למעשה, בקרת ילודה כיעד לאומי נוסחה במפורש לפני יותר מארבעים שנה, כשהמרכז הדמוגרפי הציג ב־1968 את ייעודו כעידוד "משפחות עם שני ילדים להגדיל את המשפחה לשלושה-ארבעה ילדים, ולייעץ למשפחות גדולות בעניין תכנון משפחה"<sup>1</sup> על רקע זה מתבלטת המדיניות הישראלית בעניין טיפולי פוריות במלוא חריגותה. מכאן ואילך אתרכז במדיניות הפיריון של ישראל ובשיח הציבורי והפרופסיונלי שבהם היא מעוגנת.

### מדיניות משרד הבריאות: הפריה מתורם זרע

טיפול פוריות מקבלים מימון ציבורי בישראל מזה שנים. בשנות השבעים כלל הסיבסוד בעיקר טיפולים תרופתיים להסדרת ביוץ. לליקוי פוריות אצל הגבר לא הוציעה אז הרפואה כל פתרון ממשי. הפריית האשה בזרע תורם היתה המענה העיקרי, שהיה יעיל ואף בטוח מבחינת בריאותה, אבל הוביל להולדת צאצאים שלא היו קשורים גנטית לאבות. משך שנים ביצעו גינקולוגים הפוריות מתרומת זרע באופן בלתי־פורמלי במרפאותיהם הפרטיות. הם איתרו בעצמם תורמי זרע ותיאמו מועדי ביקורים, כך שלא התרחש מפגש בין התורם ובין הזוג המטופל. ב־1979 פירסם משרד הבריאות תקנות להפריה מתורם זרע והגביל את פעילותם של בנקי זרע רק לבתי חולים. הטיפול הפרטי נמשך באורח בלתי רשמי. המעבר המשמעותי יותר לבתי החולים התרחש בשנות השמונים, כאשר נאסר השימוש בזרע טרי (בעיקר בעקבות מגיפת האיידס), ובמקומו הונהג השימוש בזרע מוקפא. בתקנות בנק הזרע של משרד הבריאות מ־1989 נאסרה תרומת זרע פרטית.

התקנות כללו מספר תכתיבים מעניינים. הטיפול אמור להתבצע רק "לאחר שנתברר כי למרות השיטות הרפואיות המקובלות, אין האשה יכולה להרות מזרע בעלה בלבד" (תקנות משרד הבריאות, 1989, פרק ג, 19/א). דרישה זו,

1 יאלי השש, 2004. "עדתיים, מעמד ומגדר במדיניות הפיריון בישראל, 1974-1962", עבודת מ.א., אוניברסיטת חיפה

לא רק שהגדירה את הבעיה ככישלון של האשה, אלא תבעה ממנה למסור את גופה – בדרך כלל גוף בריא ופורה – להליך של הפריה חוץ גופית, טיפול פולשני, ובאותן שנים גם בלתי יעיל, כתנאי לזכות בטיפול אפקטיבי יותר בבעיה שמקורה בכן זוגה. אף כי במקרים רבים לא בוצעה כלשונה, די בקיומה של ההנחיה כדי להבחין בהערפה האידיאולוגית מצד המדינה של טיפול המכוון ליצירת שארות גנטית, על פני הסתייעות בתרומה מאדם שלישי. האידיאולוגיה הגלומה ביחסה של המדינה אל טיפולי הפוריות, החשיבות העצומה המוקנית לשארות גנטית ול"משפחה הטבעית", תלווה את המאמר לכל אורכו.

הסתייגות מתרומת זרע השתמעה גם מן הדרישה לסודיות מלאה ותמידית. המדינה מחייבת את התורם ואת הילד, כמו גם את התורם ואת מקבלת התרומה להישאר לעולם אלמונים זה לזה. לשמור מידע על כל אחד מן השלושה בתיק נפרד, ואת המידע על התורם – המכונה לכל אורך המסמך 'הזרע' – לשמור בכספת, שהגישה אליה אפשרית רק למנהל המרפאה. אפילו הפיקוח של המדינה לא חל על תיקי התורמים. הרופא הוא זה הבוחר את התורם המתאים "ללא התערבות בני הזוג וללא ידיעתם." בשם הפרטיות והסודיות הפקידה אפוא המדינה בידי גינקולוגים, בדרך כלל נעדרי הכשרה בתחומי הרווחה או בריאות הנפש, סמכות בלעדית על מטלה רגישה זו, ואף שללה מהם כל הנחייה והכוונה.

החשאיות וההסתרה נמשכו ואף קיבלו גוון של הכחשה, בתהליך ההפריה עצמו. משמעותית במיוחד היתה התקנה הבאה: "במידת האפשר יש להשתמש בזרע הבעל כשהוא מעורב עם זרע של תורם." מאחר שהפריה מזרע הבעל בנסיבות אלה היא בעלת סבירות קלינית נמוכה ביותר, נראה כי ההנחיה כוונה בראש וראשונה למיסוך ההתערבות: ככל שיהיה התורם מוכחש יותר, תהיה המשפחה המתהווה 'טבעית' יותר, והצלחת הטיפול – גדולה יותר. בטופס ההסכמה-מדעת, עליו אמורים היו לחתום מקבלי התרומה, היה עליהם לוותר על זכותם למידע כלשהו על אודות התורם או הטיפול. יש לציין כי הפריה מתורם, גם כאשר היא מבוצעת כמערכת הבריאות הציבורית, לא מומנה מעולם בידי המדינה.

השוואה בינלאומית תבהיר את חריגותה של המדיניות הישראלית: בשבדיה ובבריטניה, למשל, הוסדרה בחוק זכותם של ילדים לקבל מידע מזהה לגבי התורם, והתיק הרפואי של התורם נשמר שם למשך 70 שנה על מנת לאפשר גישה למידע גנטי אם יהיה בו צורך. בארצות הברית מציעים יותר ויותר בנקי זרע מידע מפורט על אודות התורם (לעתים כהתאם לגובה הסכום שבוחרים

מקבלי התרומה לשלם), ואף מוכרים זרע להפריה בבית, לעתים דרך האינטרנט. מול גישות אלה מתבלטת המדיניות הישראלית, ההופכת הפריה מתורם זרע להליך מביך שיש להסתירו. דחיקתה של תרומת זרע לסוף רשימת האופציות הטיפוליות, חרף יעילותה הקלינית והכלכלית, מרמזת על מרכזיותו של האינטרס בשארות ביוגנטית בעיצוב המדיניות הישראלית בתחום הפוריות. באמצע שנות התשעים נכנסה לתמונת הטיפולים בעקרות הגבר טכנולוגיה חדשה (ICSI), בה מופרית ביצית, שנשאבה בהפריה חוץ-גופית, באמצעות זרע המוזרק הישר לתוכה. טכנולוגיה זו היתה למעשה הראשונה שהציעה לגברים עם ליקויי פוריות סיכוי ריאלי לצאצא גנטי. בעקבות פיתוח זה השתנתה באופן רדיקלי עבודתם של בנקי הזרע, המשרתים כיום בעיקר נשים לא נשואות ולסביות ומיעוט קטן של זוגות הטרוסקסואלים.

### מדיניות משרד הבריאות: הפריה חוץ גופית

מאמצע שנות השמונים שולטת בכיפת הטיפולים טכנולוגיית ההפריה החוץ גופית (הח"ג). בהליך זה מקבלת האשה טיפול הורמונלי מסיבי משך שבועות מספר על מנת ליצור באופן מלאכותי הבשלה של מספר גדול יחסית של ביציות. הביציות הבשלות נשאבות בהליך ניתוחי מן השחלות ומופרות במעבדה באמצעות זרע. לאחר יומיים עד שלושה באינקובטור, מוחזרות כמה ביציות מופרות, לרוב אחת עד שלוש, לרחם האשה המטופלת. ישראל היתה אחת המדינות הראשונות שבה עשו שימוש בשיטה, וב-1982 נולדה בה 'ילדת המבחנה' החמישית בעולם. (התינוקת הראשונה נולדה ב-1978 באנגליה.) הפריה חוץ גופית התקבלה בישראל בפתיחות יוצאת דופן ונשים ישראליות הפכו עד מהרה לצרכניות הגדולות בעולם של הטכנולוגיה. עד היום הולך היקף הטיפולים ומתרחב. בין 1990 ל-2005 גדל פי חמישה מספר המחזוריים השנתי (מ-5,000 ל-25,000), בעיקר בשל העלייה התלולה בשימוש בטכנולוגיה לפתרון בעיות של עקרות הגבר, ביקוש רב מצד עולים אשר ביקשו לפתור בעיות עקרות שלא טופלו בארצות מוצאם, וכן עלייה במספר המחזוריים לאשה. בהשוואה בינלאומית של מספר המחזוריים, יחסית לנפש, ניצבת ישראל בראש הרשימה, בהפרש של כ-30 אחוזים מן המדינה הבאה אחריה (דנמרק). את ההיקף העצום של טיפולי הפריה חוץ גופית בישראל מסבירה בראש וראשונה המדיניות המקומית החריגה. ישראל היא המדינה היחידה בעולם המממנת טיפולי פוריות כמעט ללא הגבלה כחלק מביטוח הבריאות הציבורי

הבסיסי. טיפול ניתן תמורת השתתפות עצמית מינימלית לכל ישראלית עד גיל 44 (או 51, אם היא מסתייעת בתרומת ביצית), ללא תלות במצבה המשפחתי, הכלכלי, הנפשי, או נטיותיה המיניות, עד לידת שני ילדים. הטיפול ממומן גם אם לבני הזוג ילדים מקשרים קודמים. כל צירוף של טיפולים – למשל הפריה חוץ גופית עם תרומת ביצית או זרע או עם פונדקאות – הוא חוקי. המטופלות אינן עוברות כל בירור באשר ליכולתן החומרית או הנפשית לגדל ילדים. הפתיחות ביחס ליישום הטיפול ניכרת גם בפסיקות משפטיות שהתירו החזרת עוברים לנשים שהתאלמנו והתגרשו וביחסם האוהד של גורמים דתיים, אשר שותפו בעקביות בעיצוב המדיניות וצידדו בטכנולוגיה, כל עוד הובטח מעמד הצאצאים כיהודים ובני-חיתון.

להבהרת חריגותה של המדיניות הישראלית בנוגע להפריה חוץ גופית נתבונן פעם נוספת בפריזמה השוואתית. בכל המדינות המתועשות, ללא יוצא מן הכלל, מוגבל המימון למספר קטן, אם בכלל, של מחזורי טיפול (בשום מקום לא יותר מארבעה, ולרוב אחד או שניים), והוא ניתן רק לנשים העומדות בכמה קריטריונים, כגון משך תקופת האי-פריה, גיל האשה ומשקלה, גיל הגבר, היסטוריה של עיקור, וכן קריטריונים חברתיים כמו משך הקשר, נישואים פורמאליים, ערירות, ויכולת לגדל את הילדים בתנאים סבירים.

המדיניות הנדיבה של ישראל מיתרגמת כמובן להוצאה תקציבית ניכרת. בשנת 2005 היוו טיפולי הח"ג קרוב לשני אחוזים מעלותו של סל הבריאות. לסכום זה יש להוסיף את עלותם של טכנולוגיית ICSI, הניתוחים הקיסריים, והטיפול ביילודים מלידות מרובות עוברים, האופייניים להריונות מהח"ג. כדי להמחיש את משמעותן של עלויות אלה די לציין כי הסכום שלגביו התנהל בשנת 2007 מאבק ציבורי על הכללת תרופות חדשות בסל התרופות היה בשיעור של כמחצית מעלותם של טיפולי הח"ג, ללא ההוצאות הנלוות. הנטל על התקציב הציבורי אכן היה מניע עיקרי לכמה ניסיונות להגביל את מימון טיפולי הפוריות, אולם עד היום נכשלו ניסיונות אלה, גם כשנעשו בתקופות של שפל כלכלי.

## הרטוריקה של ולדנות ואושר האשה

מאז 'יובאה' לארץ, צידדו פוליטיקאים בהפריה חוץ גופית כאמצעי להגדלת האוכלוסיה היהודית בישראל. ב-16.2.1987 ציין הצוות הבין-משרדי לעניין הדמוגרפיה בראש רשימת המלצותיו את הסיוע לנשים המעוניינות בטיפולי פוריות. באותו הקשר, הציג ח"כ מיכאל קליינר מהליכוד שאילתא לשר הבריאות

על ההשתתפות העצמית בטיפולי הח"ג (שהגיעה באותה עת ל-1,000 דולר): "בתקופה זו, כשיש לנו אינטרס להגדיל את האוכלוסיה היהודית בארץ ישראל, מה מתכוון כבוד השר לשנות במערכת הבריאות כדי למנוע מצב שאדם יהיה מנוע מהבאת ילדים לעולם בגלל עלויות?" (דברי הכנסת, 5.7.1989). מפורשת מכל היתה התבטאותו של ח"כ מרדכי גור בדיון בכנסת, התבטאות שנשאה את סמכותו הכפולה כרמטכ"ל ושר בריאות לשעבר: "זה זול יותר מאשר להביא עולה חדש ארצה" ("עולם האשה", ינואר 1987).

עשור מאוחר יותר, ב-21.12.98, כינסה הוועדה לקידום מעמד האשה פגישה בעניין "הפריה, הריון וזכויות סוציאליות הנוגעות להריון בסל הבריאות". כיוון שהדיון מייטיב להדגים את יחסם של הגורמים העיקריים לנושא, אתעכב על כמה פרטים שעלו בו. המשתתפים כללו נציגים של ארגוני נשים (9), של משרד הבריאות (4), קופות החולים (4), חברי כנסת (3), ארגונים של צרכני הח"ג (2). כמו כן השתתף בדיון גינקולוג בכיר. למעט שישה גברים, שחמישה מתוכם גינקולוגים, היו כל היתר נשים. על סדר היום ניצבו מגבלות שניסו קופות החולים להשית על טיפולי פוריות.

הסוגיה הדמוגרפית נעדרה לגמרי מן הדיון. לעומת שתיקה זו, חלקו הדוברים שבחים להחלטת המכוננת של בן גוריון לממן טיפולי פוריות מתקציב משרד ראש הממשלה, לנאורות הישראלית, המתבטאת במדיניות הייחודית לגבי טיפולי פוריות וב"אחוזי ההצלחה בארץ [שהוא מאוד גבוה] אותם הציגו כסמלים של המצוינות המדעית בארץ. עוד דיברו על כאב העקרות שהוא גדול יותר בקרב נשים בישראל בהשוואה לנשים בארצות אחרות, והביעו תמיכה כוללת ב"החלטה [ה]עקרונית במדינת ישראל לגבי סדרי עדיפויות בתחום הפוריות וההריון, שאנחנו נותנים לזה עדיפות גבוהה מאוד, וזו הסיבה שבשנים האחרונות התקדמנו" (ח"כ נעמי חזן). שימוש נרחב נעשה במטפורות בעלות מטען היסטורי כבד: הדרישה להתייצב בפני ועדות כונתה "עוול משווע", ומגבלות על טיפולים – "גזרות" בלתי חוקיות בעליל". נשים שלא הרו תוארו כ"מוכות גורל"; וזוגות חשוכי ילדים כ"מוכרעים בידי יגונם", ו"לא מסוגלים לתרום לחברה". לעומתם הציגו את עצמם מומחי הפוריות כמי שהקימו "מעצמה רפואית" שלמראן "הקולגות שלנו מארצות מאוד נאורות אמרו כי הם מסירים בפני מדינת ישראל את הכובע".

כמו הדמוגרפיה, הושמטו מן הדיון גם האינטרסים הכלכליים והמקצועיים של המומחים, אשר לא הוזכרו ולו אף ברמז. במשך הדיון כולו דיברו הרופאים כאנשי מקצוע גרידא, וזכו לתמיכתם של שאר המשתתפים שקיבלו את

המלצותיהם ה"מדעיות הטהורות", כפי שתיארו אותן, כקנה המידה האופטימלי לקביעת מדיניות. נציג משרד הבריאות העלה את הטענה הביקורתית היחידה בדיון ואמר ש"אם ניקח אשה בת 45, האפשרות שהיא תהרה, לפי כל הסקרים בכל העולם, ושהיא תלד ילד מ-IVF (הפריה חוץ-גופית), היא אפס", ואולם, את דבריו שללה מכל וכל ח"כ יעל דיין, והם לא זכו לכל התייחסות אחרת. סוגיות אלו או חברתיות, שממשלות בארצות המערב התחבטו בהן משך שנים, לא הועלו כלל.

את המוטיב הלאומי והפרופסיונלי השלימו המשתתפים בנרטיבים אישיים של ייסורי נשים – תמיד נשים – כמקור לגיטימציה למימון בלתי מוגבל של טיפולים. משפט הפתיחה של ח"כ יעל דיין היה אופייני: "זה קורע לב. יש נשים שפונות אחרי הטיפול החמישי ואומרים להן ש'זה יותר מדי יקר, את לא זכאית יותר'." נציגה של ארגון צרכני הח"ג סיכמה את הרגשתה-שלה: "כשאני נכנסת לקופת חולים אני מרגישה אפס". ליקויי פוריות בקרב גברים או טיפול בהם באמצעות הטכנולוגיות הנלוות להפריה חוץ גופית, לא הוזכרו כלל. ההתייחסות לאי פוריות כבעיה נשית בלבד אפיינה באורח כללי יותר את הדיון שהיה רווי בסטריאוטיפים מגדריים כמו הצגת גוף האשה ככושל, או חלוקת התפקידים בין רופאים גברים בריאים לבין הנשים הלוקות בגופן שלהן הם מסייעים להרות. אחד הגינוקולוגים עיגן את הנרטיב האישי במסגרת לאומית:

יכולתי להביא לכאן קצינת משטרה שעושה יום ולילה בשירות המדינה. היא בת 42 והיא מתחפשת לזקנה כדי לתפוס אנסים ולתפוס רוצחים שמאיימים על הנשים שלהם, ויום ולילה היא עושה למען המדינה, מסכנת את גופה ואת נפשה, ועומדת בפתח של ועדה ומזילה דמעות ומגיעה לטיפול פסיכיאטרי. סגן-ניצב במשטרת ישראל, בת 42, ששעון החול שלה הולך אוזל והיא צריכה לעמוד בפני ועדה!

לענייננו חשוב במיוחד שמצוקת האשה לא היתרגמה, במקרה זה או בכל מקרה אחר מן המצוטטים, לקריאה לשינוי עמוק יותר, כמו ויתור על מסלול הטיפול הרפואי, בעיקר לאחר שכשל פעמים רבות, לטובת חלופה יעילה ובטוחה יותר, אם גם "פחות גנטית", כמו הפריה מתורם או אימוץ. נהפוך הוא, פוליטיקאים, רופאים ומטופלות הסכימו כולם כי יש להסיר את המגבלות שהוחלו על טיפולי הח"ג, הראויים ליישום על פי שיקולים רפואיים בלבד. גישה זו הלמה, כך נראה, את האינטרסים של כל הנוגעים בדבר.

קל להבין כיצד שירת קו זה את האינטרס של הרופאים והמטופלות. עמדתם ה"ליברלית" של קובעי המדיניות, האחראים למימון הטיפולים, טעונה עיון



נוסף. על פניו ניתן לפרש ככיסוי לאינטרס בהגדלת האוכלוסייה היהודית בישראל. בסוף שנות התשעים, שנות ה"נורמליות" והשגשוג הכלכלי, נוח היה לפוליטיקאים לקבל את עמדת המומחים והמטופלות, בלי לקשור את הקמת "המשפחה" לאינטרס דמוגרפי, קישור שעלול היה לעורר התנגדות באותה עת. לשון הגאווה הלאומית, המקצועיות הרפואית והחמלה האנושית הלמו את תחושת הרווחה והיוו אפיק נוח להענקת לגיטימציה למדיניות החריגה. למעשה, בעצם הבחירה לקיים את הדיון בוועדה לקידום מעמד האשה ניתן לראות סוג של דה-פוליטיזציה, הסטה של תשומת הלב לתשוקה הנשית לאימהות המקדמת נטורליזציה של המדיניות. עם זאת, נימוקים אלה כולם יכלו לחול בה במידה גם על אפיקים פחות ביולוגיים של יצירת קשרי שארות, ועל כן אינם מסבירים את העדפת השארות הביוגנטית. לנקודה זו חשיבות רבה. אשוב אליה בהמשך הדברים.

### פרקטיקה ורטוריקה של רופאים: הפריה מתורם זרע

בראיונות עם ששה מנהלים של בנקי זרע – כולם גברים יהודים בשנות הארבעים והחמישים לחייהם, נשואים ובעלי משפחות, וכולם, להוציא אחד, אשכנזים – הביעו הרופאים תמיכה במדיניות. מן האופן בו תיארו את עבודתם משתמע כי יישמו את התקנות בלב חפץ. תמיכת הרופאים במדיניות ה'טשטוש' של הטיפול ניכרה באופן סמלי כבר בשמות העמומים שהעניקו למרפאות: "המכון לחקר הפוריות" או "מעבדת פוריות". הקו נמשך גם בתוך המרפאה. הרופאים העידו על עצמם כי נהגו לעודד את הזוגות הפונים לנסות מחזורים נוספים של הפריה חוץ גופית בטרם יפנו להפריה מתורם. גם משהחליטו הפונים להתחיל בטיפול, ניצלו הרופאים את החירות שהעניקה להם המדינה כדי להמשיך ולטשטש את חלקו של התורם במשך ההליך עצמו. בשלב של התאמת התורם, למשל, הקפיד ד"ר א' להתאים את סוג הדם של התורם לזה של ההורים כדי "להבטיח שלא ייחשפו במקרה שהילד יזדקק לעירוני דם". מעבר לרגישות ייחודית זו, עשו כל הרופאים מאמץ שיטתי להתאים את מראה התורם לזה של הבעל. ד"ר פ' הדגיש כמה חשוב שהוא "מכיר גם את הבעל וגם את התורם; הרי יש כל מיני בלונדינים עם עיניים כחולות. יש כאלה עם עיניים צרות ויש כאלה עם עיניים רחבות." ד"ר מ' הדגיש את אחריותו ארוכת הטווח כלפי המטופלים, וייחס אותה למקרה בו הציע לזוג מזרחי, שעבר ללא הצלחה כמה מחזורי הפריה, להסתייע בתורם פורה במיוחד, בהיר עור וכחול עיניים. האשה אכן הרתה, אבל לדברי הרופא,

הזוג חש שלא בנוח ביחס להבדל החיצוני בינם לבין הבן שנולד, ולא חזרו אל ד"ר מ' כדי להרות פעם נוספת. ד"ר מ' ראה בטיפול:

כישלון מוחלט שלי, כי כשזוג בא לטיפול, הם יסכימו לכל דבר. הם תמיד ימצאו בן דוד בלונדיני וסבתא עם עיניים כחולות. רק אחר כך, כשהתינוק נולד, הם מתעשתים, והרבה פעמים, זה הזמן שמתעוררות בעיות. לכן, זה תפקידי להגן עליהם מפני השטויות שהם עלולים לעשות. אני חייב לשכנע אותם.

בשם השאיפה לטשטוש הטיפול לא איפשר ד"ר מ' למטופלים לשמור דגימות זרע של אותו תורם לשימוש בהריונות עתידיים. בראיון עימו הסביר כי כך הגן על הבעל מפני 'אב רפאים' שעלול היה להפוך ל"מושא פנטזיות של האם". לפיכך, אפילו כאשר השתמש בזרעו של תורם אחד בכמה הריונות באותה משפחה, לא סיפר על כך להורים, ואם נשאל – הכחיש. מעניין כי לשם אותה מטרה, של חיזוק המשפחה המתהווה כ"משפחה טבעית", נקטו חמשת הרופאים האחרים אסטרטגיה הפוכה ועודדו את המטופלים לשמור לעצמם מנות זרע של אותו תורם. ד"ר פ' אף הוסיף קריטריון אחר: "לעולם לא אתן זרע של יהודי לערבי או להיפך". מאחר שערבים בישראל כמעט שאינם משתמשים בתרומות זרע, לא כתורמים ולא כמטופלים, ומאחר שדמיון חיצוני בין אנשים משתי הקבוצות אינו בלתי סביר כלל ועיקר, ניתן לשמוע בדברים אלה בראש וראשונה את תפישת הדובר לגבי הפריה מתורם כאמצעי לשעתוק הקולקטיב היהודי. ברוח העמימות, דחו כל הרופאים, באופן מוחלט, את הרעיון של חשיפת זהות התורם. למעשה, בשנות התשעים עודדו את המטופלים להסתיר מן הסביבה אפילו את עובדת הטיפול ולא לחשוף אותה בשום שלב בחייהם. ד"ר פ' אמנם הכיר בכך ש"במצבים מסוימים הורים אינטליגנטים יכולים להגיד לילד אינטליגנטי ש'הגנים לא שלי אבל הכל נשאר אותו דבר", אבל פטר את האפשרות כנדירה מכדי להצדיק דיון רציני. ד"ר ש' ראה בכל חשיפה "סיבוך מיותר של חיי הילדים", וטען ש"זוגות מסתדרים יפה מאוד עם הסוד משך כל החיים".

השאיפה ל"משפחה טבעית" הפכה להכחשת הטיפול גם כלפי המטופלים עצמם. ברוח הנחיית המדינה לערכב את זרע הבעל עם זה של התורם – הנחייה שאמנם מיעטו ליישם כלשונה, אך הזדהו, כך נראה, עם רוחה – טיפחו הרופאים, מי יותר ומי פחות, אשליה בקרב המטופלים. האקטיבי ביותר בתחום זה היה ד"ר מ', שנהג להציע לזוגות הסבר כביכול-מדעי, על פיו מעלה הזרע האנרגטי של התורם את הסיכוי להפריה דווקא מזרע הבעל. יתר על כן, גם לאחר הלידה

המשיך לטפח כיוון מחשבה זה, כשביקר אצל היולדת ואמר לה, באופן שגרתני לדבריו: "בעלך סידר אותי! אני חשבת שהתינוק הוא מהזרע שאני נתתי לך, וכעת אני רואה שהתינוק הוא שלו!". ד"ר מ' הודה שההערה ההומוריסטית נאמרה במודע, במטרה "לטפח פנטזיה. אני חושב שפנטזיות כאלה הן טובות. צריך לעודד אותן."

באקלים חמקמק זה, הלכו רופאים מסוימים צעד נוסף בשם שלומה של 'המשפחה הטבעית'. ד"ר ש' תיאר כיצד שיתף פעולה עם נשים "שסידרו לעצמן תרומת זרע", והבטיח לבעל אשר סירב להסתייע בהפריה מתורם, כי ייתכן, מבחינה רפואית, שהאשה אכן הרתה מזרעו. הסביר הרופא: "היא אוהבת אותו ורוצה לחיות איתו, אבל הוא לא מוכן להפריה מתורם. אני צריך להיות זה שמספר לו את האמת? למה שאקלקל את האושר שלהם?"

היווצרותן של נסיבות כאלה, ומרכזיותו של הרופא בתהליך, כולן חלק ממנגנון אידיאולוגי ורפואי של המדינה, שהיבנתה הפריה מתורם כהליך רפואי גמור וחשאי, ובכך הטילה דופי במעמדו המוסרי של הטיפול והפכה את הרופאים לשותפי סוד בלעדיים. במטרה לשוות חזות 'טבעית' למשפחה שקיבלה תרומה, ובכך בעקיפין לרומם ו'לקדש' את רעיון 'המשפחה הטבעית', הטילה המדינה על הרופאים מטלות שהתנגשו לעתים אפילו עם אתיקה מקצועית בסיסית. הרופאים, מצידם, נראו מרוצים לתרום את סמכותם המקצועית, אם גם בהעדר מודעות מפורשת, ליצירה, ואפילו לאכיפה של דימוי 'המשפחה הטבעית' על המטופלים. במובן מסוים היו הרופאים חלק מרשת האינטרסים והאידיאולוגיה של המדינה; במובן מסוים הם קידמו, בשם טענה להיכרות קרובה עם משמעות הטיפול, אינטרס מקצועי וכלכלי אישי. סתירה לא ניכרה.

### רטוריקה של רופאים: הפריה חוץ גופית

הפריה חוץ גופית היא טיפול פולשני מסיבי העלול לגרום לאשה ואף לתינוק סיבוכים משמעותיים לטווח המידי והארוך, ובכלל זה העלאה אפשרית של הסיכון לסוגים מסוימים של סרטן (לאשה). בארץ, מאז החלו טיפולי הח"ג, זכתה הטכנולוגיה לשבחים כמקור לתקווה, תוך השתקה עקבית של צדדיה המסוכנים יותר. במשך השנים, למרות היקף הפרקטיקה ושכיחות הטיפול בנשים בריאות ופוריות, במטרה לפתור את ליקוי הגבר, ואולי דווקא ההיקף, נשאר עניין הסיבוכים בשולי השיח. במקרים הנדירים שבהם הוזכרו הסיכונים, הוקעו הדוברים כמניפולטורים המבקשים לחסוך בתקציב המדינה על חשבון

זכותן של המטופלות להורות. גם היישום הנרחב של הח"ג כפתרון לליקויי הגבר לא זכה מעולם לדיון ציבורי רציני.

במרפאות בתי חולים, היללו רופאים ישראלים לא רק את יעילות הטיפול, אלא גם את החלטיות הנשים כסגולה מוסרית. אשה שטופלה בשל ליקוי של בן זוגה סיפרה כיצד נענתה, כשהביעה הסתייגות מהח"ג: הרופא, מומחה ותיק שטיפל בה משך שנים, במסירות יוצאת דופן, לדבריה, והיה חף מאינטרס כספי בהחלטתה (הח"ג עתידה היתה להתבצע בבית חולים ציבורי), ניסה בבירור לשכנע את המטופלת: "נכון שהסיכוי קטן, אבל אַתְּ צריכה לעשות את זה, כדי שלא תשבי בליל חורף בעוד עשר שנים ותתחרטי שלא ניסית כל דבר כשעוד יכולת." להגיון החרטה העתידית היו שותפים כל הרופאים עמם שוחחנו, שסברו כי מיצוי אפשרויות הטיפול – שאת נקודת הרוויה שלו התקשו להגדיר – היא קריטית לעתידם של המטופלים. חשוב לציין כי כל אשה המטופלת בהח"ג בישראל חותמת על טופס הסכמה מדעת שבו מפורטים כל סיכוני הטיפול הידועים. עם זאת, הטון במרפאה הוא של אופטימיזם, הדוחק לשוליים אפשרות של כישלון, ובמצבים מסוימים אף מגדיר סיבוכים כיוצאי דופן.

בשנים האחרונות מסתמן שינוי-מה ביחס לטיפולי הפוריות הבלתי מוגבלים. בכתבה בעיתון 'הארץ'<sup>2</sup>, טענו רופאים אפידמיולוגים ואונקולוגים כי החשיפה המסיבית להורמונים בטיפולי פוריות אכן מעלה את הסיכון לסרטן שד וביקרו את מומחי הפוריות המדגישים את העדר הקשר העולה מן המחקרים, בודעים כי הידע הקיים אינו מבוסס דיו וכי היקף הטיפול בארץ הופך את המחקרים בחו"ל לבלתי רלוונטיים. ביוזמתו של ח"כ שאול יהלום נערך תחקיר שהצביע אף הוא על חוסר הוודאות לגבי הסיכונים והוסיף עליה את אי הסדירות באיסוף נתונים, אשר יקשה על בחינה יסודית של השאלה בעתיד. כתבות נוספות בעניין העלו אף הן את שאלת הסיכון המוגבר לסרטן. שינוי מסוים ניכר גם בפרקטיקה עצמה: רופאים מקפידים לברר היסטוריה של סרטן במשפחתה של המטופלת וחלקם מבהירים לנשים מבוגרות יותר כי סיכויי ההצלחה נמוכים. בשיחות אישיות טענו באוזני המנהלים של שתי יחידות הח"ג כי רבים ממחזורי הטיפול הם אכן עודפים, הן מבחינת בריאות האשה והן מבחינת עלותם למערכת הציבורית. מומחה אחד אף ציין כי במקרים רבים המניע להמשך הטיפול הוא האינטרס של הרופא, בעיקר כשמדובר בטיפולים הכוללים תרומת ביציות בחו"ל, שאינם

2 סקר עמדותיהן והעדפותיהן הפרקטיות של הנשים המטופלות ובני זוגן חשף מידה רבה של הסכמה עם מסגרת הנהלים, האינטרסים והאידיאולוגיה שבתוכן מתנהל הטיפול, אבל לשם סקירת העמדות הללו דרוש דיון נפרד.

ממומנים על ידי המדינה ואשר תמורתם גובים המומחים מחירים גבוהים במיוחד. בנקודה זו יש להתייחס לאינטרס המקצועי והכלכלי של הגינקולוגים בהמשך קיומה של קליניקה משגשגת של הח"ג. מעבר לכך שהגינקולוגים עצמם נראו חדורים בשיח הציבורי של עידוד ילודה ושארות 'טבעית', טיפולים מרובים פירושם שדות מחקר נרחבים, תקציבי מחקר, שיתוף פעולה בינלאומי ואף תקני העסקה והכנסות בשפע. מיעוט הרופאות בתחום, מיעוט חריג בהשוואה למרבית מדינות המערב, מרמז אף הוא על היוקרה והתגמול הכלכלי החריגים בארץ. ייתכן כי אינטרסים מסוג זה מסבירים, למשל, את טענתו של אחד המומחים בדיון המצוטט לעיל בוועדת הכנסת, אשר אמר כי "אחרי 11 טיפולים יש ל[אשה] סיכוי אולי לא כמו בטיפולים הראשונים, אבל עדיין לא מוצו כל האפשרויות ויש לנו כל הזמן טכנולוגיות חדשות." טענה זו סתרה ממצאים שהראו כבר באותן שנים ירידה חדה בשיעורי ההיריון בקרב נשים שלא הרו בשלושת מחזורי הטיפול הראשונים. כאמור, למיטב ידיעתי לא הוזכר האינטרס הכלכלי ואפילו האינטרס המקצועי של גינקולוגים בפרקטיקה נרחבת של הח"ג בשום דיון ציבורי בנושא. באורח עקבי מופיעים הרופאים ומתקבלים אך ורק כמטפלים וכחוקרים המבקשים את טובת הנשים המטופלות. יתר על כן, דווקא נוכח קריאת התיגר המסוימת של הפרקטיקה, המתחילה להישמע לאחרונה, מתבלטת עמידתו של הסטטוס קוו המקומי החריג כמו גם גוויעת הביקורת שאינה מובילה לשינוי או להתפתחותו של דיון ציבורי משמעותי.

### "קשר הדם" והקולקטיב היהודי בישראל

מעבר להשלכותיה של מדיניות השארות הישראלית על מהלך חייהם של רופאים ושל נשים וגברים בארץ, ההקשר האידיאולוגי ועניינה של המדינה טעונים בירור נוסף.<sup>3</sup> האינטרס הדמוגרפי, המוזכר תדיר כהסבר למימון החריג, כמו גם לשון החמלה ותפקידה בדה-פוליטיזציה של הנושא, כבר נדונו לעיל. לאלה יש להוסיף את עניינה של המדינה במשפחות עצמאיות בגודל בינוני, שכמותן מבקשות מטופלות הח"ג ליצור. ובכל זאת, אין בכל אלה כדי להסביר את ההעדפה הקיצונית של 'משפחות טבעיות' על פני אלטרנטיבות לא גנטיות. אחרי הכל, ילדים מאומצים, ובכללם ילדי חו"ל, הופכים באמצעות תהליך

3 מעבר לקידום ההגמוניה של המעמד הבינוני, המובנה פה כסביבת החיים האופטימלית להתפתחות ילדים.

האימוץ לישראלים ויהודים לכל דבר ועניין. מדוע אפוא מרכזת המדינה מאמץ רב כל כך בטיפולי פוריות תוך הזנחת מסלול האימוץ המכוון לעבר אותה מטרה עצמה?

על פי הבנתי, הדחיקה לשוליים של מסלול האימוץ מקורה בתפישת האימוץ כאיום על "המשפחה הטבעית", ומכאן גם על הניסיון להגדיר את הקולקטיב היהודי בישראל כרשת של שארי בשר. לפיכך מגדירה המדינה את הגוף הבריא על פי תרומתו לשעתוק הקולקטיב באמצעות שארות ביוגנטית, ומעודדת טיפולי פוריות, המדגישים את חשיבות הקשר הביולוגי בין הורים לילדים. יתרה מכך, ה"ליברליות" הכוללנית של המדיניות הישראלית לגבי טיפולי פוריות, כשלעצמה מאששת את התפישה כי קשר דם חזק דיו כדי לקיים כל מבנה משפחתי, כולל מבנים פחות מסורתיים. בהקשר הרחב משתמע שכל קשר דם הינו בגדר חיזוק הקולקטיב היהודי ה"טבעי". אם קשר זה נתפש כקריטי לסוגיות יסודיות כמו זהותה היהודית של המדינה וכבסיס לעיגון הטענה הגיאוגרפית של הקולקטיב, או אז חורגת החשיבות הריטואלית המיוחסת לשארות ה'טבעית' אל מעבר להגדרת המשפחה והקולקטיב, ונוגעת בשאלת הישרדותו של הקולקטיב ככלי פוליטי, אידיאולוגי ואסטרטגי. לשם כך, על המדינה לחדד את הגדרתה של 'המשפחה הטבעית', להבחינה בחריפות, ולרומם אותה בהשוואה לכל חלופה. זוהי ההבחנה שעליה מאיים האימוץ.

אימוץ בין־ארצי, המפרק באופן גלוי את הפרדיגמה ה'טבעית', מוקצה לפיכך מכל תמיכה מצד המדינה. אבל דווקא אימוץ של תינוק יהודי, קרי אימוץ בארץ, הוא האיום הסימבולי העמוק יותר על הגבול הקריטי. על רקע החשיבות המיוחסת לקשר כל־יהודי 'טבעי', עלולה התקשרות בין הורים לילדים מאומצים יהודים להיתפש כמטשטשת את הגבול בין החברתי לטבעי, ולכן כמאיימת. על כן יש להבנות את המשפחה המאמצת תינוק יהודי בישראל כשברירת, נזקקת לכל ערובה אפשרית כדי לשרוד כ'משפחה'. הבחינה המדוקדקת של הפונים לאימוץ, ותקופת המבחן לאחר ההשמה, מתבצעות כולם בשם דאגה לטובת הילד,<sup>3</sup> ומתבלטים במיוחד נוכח העידוד ה'ליברלי' של כל מבנה משפחתי באמצעות טיפולי פוריות, בידי אותן רשויות מדינה, המעבירות מסר חד משמעי לגבי עליונותם של קשרי דם על פני אימוץ ותרומתם הגדולה יותר לקולקטיב היהודי בישראל. את מחירה של המדיניות הנגזרת מאינטרס המדינה בהגדרה 'טבעית' של הקולקטיב היהודי בישראל לשם קידום תביעות פוליטיות וטריטוריאליזם במושגים של 'זכות אבות', משלמים גברים בישראל, אך בעיקר משלמות נשים, ובעיקר משלמות נשים בגופן, כבריאותן וכשנות חייהן.