

נשים לגופן - المرأة וכيانها

החוברת הופקה במסגרת "הזכות לבריאות בידיים שלך" התוכנית למחויבות חברתית ולמעורבות בקהילה של פיזר ישראל, בשיתוף פעולה עם עמותת ציונות 2000 לאחריות חברתית, המקדמת שותפויות בין עסקים וקהילה.



ציונות 2000
לאחריות חברתית



נשים לגופן المرأة וכيانها
Women and Their Bodies

עורכות וכותבות

משכית בנדל, עסקה בקידום זכויות בריאות תושבי ישראל
ב"רופאים לזכויות אדם". כיום עו"ד באגודה ל"זכויות האזרח בישראל"

שלומית אבני, מנהלת מחלקת תושבים
"רופאים לזכויות אדם"

טל תמיר, מנהלת מרכז הידע והפעולה
"נשים לגופן"

כותבות ועורכות משנה

נעמה נגר, סטודנטית לתואר שלישי בסוציולוגיה
אוניברסיטת וויסקונסין-מדיסון

דנה וינברג, מייסדת ומנכ"לית
"נשים לגופן"

עורכת לשון

דפנה לב, מרצה בנושאי זואולוגיה,
התנהגות בעלי חיים והתנהגות האדם, עורכת לשון

תרגום

דורית כהן, ("תרגומי דור"), מתרגמת מוסמכת
MA בחוג לתרגום בבר-אילן, מתמחה (גם) בתרגום רפואי

קוראת חיצונית

אסתר ידגר, עקרת בית בכירה, מבחירה

איור

אלכס מן, מטפל ומורה לרפואה סינית, מדריך טאקוונדו ומאייר

מבוא

המערכת הרפואית מורכבת מאנשים רבים: עובדי/ות מנהלה, אחים/יות, רופאים/ות וצוות פארא-רפואי. הקשר עם הרופא/ה המטפלים והצוות הרפואי הבאים עמנו במגע משקף בעינינו לעיתים את כל מערכת הרפואה, לטוב ולרע. אל מול סבך האינטרסים והשיקולים - המקצועיים, הכלכליים והפוליטיים בדרגים השונים - כל מי שנזקקות/ים לשירותי הבריאות מרגישים, פעמים רבות, כי אינם מצליחים להתמצא בנבכי המערכת, תחושה המובילה לעיתים לחוסר אונים. העדות הבאה ממחישה את הבעיה:

"היה לי גידול שפיר בראש ולאחר הוצאתו הייתי מספר שנים במעקב, במרפאת החוץ בבית החולים. אחת לשנתיים הופנית על ידי הרופא שעשה את המעקב בבית החולים לצילום MRI. לצורך קבלת טופס 17, פניתי בדחילו ורחימו אל הרופא שלי בקופת חולים, על מנת שימליץ על הצילום וקופת החולים תאשר אותו. למרות שבבית החולים נאמר לי מפורשות שאני זקוקה לצילום, בכל פעם היה מאבק מחדש. הבדיקה יקרה ביותר, ולרופאים בקופת החולים יש הנחיות. הרופא שלי בקופה תמיד רצה שאעשה קודם CT, ורק אחר כך, אם לא יראו בצילום, יפנה אותי ל-MRI. לא היה לי ברור אם מגיעה לי הבדיקה ואין מבררים זאת, ואם כן, כיצד אוכל לדרוש אותה ולא להתחנן שייטנו לי אותה. הייתי במתח נוראי בכל פעם מחדש. בכל פנייה אליו הרגשתי כאילו אני יוצאת לקרב, ומלכתחילה ידי על התחונה."

פעולותיהם של הרופאים/ות ופרוצדורות הטיפול מוכתבות לא רק על ידי הצורך הרפואי אלא גם על ידי המערכת הרפואית. רופאות/ים נמצאים פעמים רבות בין הפטיש לסדן: בין המערכת המעסיקה אותם לבין המחויבות לחולות/ים. מצד אחד, תפקידם של עובדי הבריאות הוא תפקיד אתי ומוסרי ראשון במעלה, שאותו נשבעו לקיים. מצד שני, פעמים רבות מופעל עליהם לחץ להתייעל ולחסוך במשאבים. במה יבחרו? האם ימלאו את התחייבויותיהם לפעול לטובת החולה על מנת להקל את סבלו/ו? ומה יעשו, למשל, כאשר הבדיקות המומלצות יקרות וקופת החולים מתנגדת לממן? (אבני, וינר וזיו, 2005).

מטרתנו בחוברת זו כפולה: האחת, הנגשת מידע שימושי לגבי זכויותינו כנשים במערכת הרפואית בישראל והצעת דרכים לניווט בסבך המערכת הרפואית. השנייה, לעורר שאלות לגבי מהות מערכת הבריאות, מבנה ותקציבה, ולבחון האם וכיצד שיקולים שאינם רפואיים גרידא, כלומר שיקולים היסטוריים, כלכליים ומגדריים, מעצבים אותה.

להשגת מטרת אלה אנו מגישות בחוברת זו מדריך ראשוני למערכת הבריאות בישראל. בפתח לחוברת נציג את הקשר שבין רפואה למגדר, האם לנשים קשיים וסוגיות ייחודיות בבואן לצלוח את מערכת הבריאות? קשר זה ילווה אותנו לאורך החוברת כולה שתעבור מהפרטי אל הציבורי, ומהאישי והמצומצם אל הפוליטי והרחב יותר. בחלקה הראשון של החוברת נבחן את זכויותינו כחולות, אילו זכויות קיימות, נציע הצעות מעשיות למימושן ונעלה תהיות לגבי זכויות חסרות. בחלקה השני של החוברת נבהיר סוגיות כמו מהו "סל הבריאות"? כיצד הוא נקבע? נשאל מדוע שירותים חשובים ביותר לבריאותנו, כמו טיפול שיניים ואופטומטריה, נותרו מחוץ לסל? ונתהה: מדוע נשים הן הנפגעות העיקריות מהיעדר שירותים אלה? בחלקה השלישי של החוברת נדון בחסמים הקיימים להשגת טיפול רפואי הולם מפרספקטיבות שונות. מפאת קוצר המקום לא נוכל לגעת בכל הסוגיות הרלוונטיות בהרחבה הראויה, אלא רק להדגים את הבעייתיות.

רפואה ומגדר

הידע על הפיזיולוגיה האנושית נאסף בעיקר באמצעות שיטות מחקר מדעיות מסורתיות, וכך שימש הגוף הגברי, במהלך מאות השנים האחרונות, מודל למחקר. המחקר התמקד במחלות המופיעות אצל גברים, בעוד שגוף האשה נלמד רק ביחס להיבטים הקשורים לפוריות. התייחסות זו קיבעה עמדה התופסת את הגוף האנושי כגוף של גבר. על פי תפיסה זו, גוף האשה זהה לגוף של גבר בתוספת פונקציות שונות של רבייה. בנוסף, המחקר נערך על ידי ניתוח פרוטוקולים רפואיים, שמתמקדים, כמעט ללא יוצא מן הכלל, בביולוגיה גרידא. לכן, המחקרים הקלאסיים לא בדקו את השפעתם של גורמים תרבותיים, חברתיים ומגדריים, שנחשבו לא רלוונטיים. במהלך ההעשרות האחרונות התפתחה ההבנה כי יש להבחין בין "מין" שהוא ההבדלים הביולוגיים בין זכרים לנקבות, לבין "מגדר" שהוא ההבניה החברתית של התפקידים, תחומי האחריות והאפשרויות שנקבעים לגברים ונשים. מתוך הבנה זו נפתחו לחקירה נוספת דיסציפלינות שונות, ובהקשר שלנו - התפתח ענף מחקרי ואקדמי הנקרא "רפואה מגדרית". ענף זה עוסק בקשר שבין רפואה למגדר ובהשפעות החברתיות על תחלואה, טיפול ותמותה של נשים.¹

מחקרים שונים מראים כי תופעות פיזיות קשורות לא רק לגורמים ביולוגיים, אלא גם למגוון סיבות פסיכו-חברתיות, תרבותיות, חומרניות, סביבתיות ופוליטיות. כך יש מחקרים שמדגישים את ההכנסה האבסולוטית של הפרט כתנאי לבריאות (למשל, מי שאין להם אמצעים יתקשו לרכוש תרופות או לנסוע לקבל שירות רפואי), ומחקרים אחרים מדגישים את ההכנסה היחסית, ומתריעים שככל שהחברה תהיה פחות שוויונית בחלוקת ההכנסות שלה, כך יתרחבו הפערים במצב הבריאות בין קבוצות שונות.

ארגון הבריאות העולמי מדגיש את ה"גורמים החברתיים" לבריאות, ורואה בסך התנאים של האדם (תנאים מולדים כמו גם נרכשים, כגון מקום המגורים), יחד עם מבני הכוח והשליטה בחברה, את הגורמים המשפיעים באופן ממשי על בריאותו. לכן, הארגון ממליץ על נקיטת צעדים שונים לשינוי מצב בריאותם של אזרחי העולם ולצמצום הפערים בבריאות בין מדינות ובתוך מדינות, החל מצמצום העוני, דאגה לדיור הולם ותעסוקה מוגנת ממפגעים פיזיים ונפשיים וכלה בגבייה פרוגרסיבית של מיסים ובפעולות להתמודדות עם ההדרה הפוליטית של קבוצות מיעוט ונגישותן הנמוכה למוקדי הכוח (WHO, 2008).

הרפואה המגדרית מצביעה על קשרים שלא היו ידועים בעבר בין תופעות רפואיות להסברים חברתיים. כך, למשל, התברר שנשים וגברים שחוו פגיעה מינית נוטים לסבול יותר מתופעה של שלפוחית שתן רגיזה. במשך שנים לא בדקו קשר זה משום שהפגיעה המינית לא נחשבה גורם רלוונטי. השאלה כלל לא נשאלה, וגם אם כן, לא הובא בחשבון שנפגעות/רבים מתקשים לספר שנפגעו מינית. גם כיום, מרבית הרופאות/ים לא מודעים לנושא, ולכן לא מכוונים לכך בשאלותיהם או מנסים לבחון זאת בדרכים שונות.

ככל שנערכים יותר מחקרים ברפואה מגדרית, כך מתגלה שנשים וגברים שונים אלה מאלה באופן מובהק בכל מערכות הגוף והנפש. סל הבריאות צריך להיות מותאם גם לצורכיהן של נשים, ולא רק בתחומי הפוריות והרבייה. ארגוני נשים וארגוני בריאות וזכויות אדם מפעילים לחץ על מנת לוודא כי תקציבים יוזרמו גם למימון מחקרים שיתמקדו בנשים ובהשפעת התנאים החברתיים והסביבתיים על בריאותן. דוח מקיף של הקואליציה לבריאות הציבור מעלה רשימה ארוכה של מחקרים עדכניים, שבהם נמצא קשר סיבתי בין חשיפה לזיהום אוויר בטווח הקצר והארוך לבין תחלואה גוברת בקרב נשים (ביחס לגברים) בסרטן הריאה (בפרט אדנוקרצינומה), וכן במחלות לב בעיקר לאחר גיל המנופאוז (נווה, 2012). לכן יש לבדוק את עלות התרופות והטיפוליים הרלוונטיים, ובהתאם לבחון את נגישותן של נשים אליהם.

1 רפואה מגדרית, כשמה כן היא, עוסקת במגדר ומכאן שהיא עוסקת גם בגברים. עם זאת, מכיוון שבמהלך מאות השנים האחרונות עמדו הגברים במרכזה של החקירה הרפואית, במרכזה של הרפואה המגדרית כיום עומדת קבוצת הנשים. ראוי לציין שגם הגברים, כקבוצה, נפגעו מתפיסות סטריאוטיפיות, אם כי בהיקף נמוך יותר. כך, למשל, מחלת האוסטיאופורוזיס ידועה כ"מחלה נשית", ולכן המודעות לאפשרות שגברים יחלו במחלה זו נמוכה גם היום (להרחבה ראו מור-1001-הלוי, 2011).

חלק א. זכויותינו כחולות

“אני, המשכילה, המועדכנת, המקושרת, האסרטיבית, הייתי צריכה לכנס את כל המשאבים שלי כדי לקבל את מה שרציתי, את מה שהייתי זקוקה לו, בטיפול שלי לסרטן השד. טיפול עדכני, שמביא בחשבון את צרכי כאשה. זה היה מאבק שלם, לא יודעת איך מסתדרים אנשים אחרים בלי שפה, נגישות לידע, קשרים.”

החוברת נפתחת בנו, בזכויותינו, ומספקת לנו מידע לו אנו זקוקות כדי למצוא את דרכנו במערכת שירותי הבריאות במתכונתה הנוכחית. ככל שנדע יותר, כך סביר יותר שנעמוד על זכויותינו, שיקשיבו לנו, שנקבל את הטיפול הדרוש לנו ושנוכל להימנע מטיפול מזיק או לא הכרחי. תפקיד הרופא/ה להגן על בריאותנו הגופנית והנפשית ולהקל את סבלנו, תוך מתן כבוד לחיים ולערך האדם. עליהם לעשות זאת ללא אפליה על בסיס גיל, מין, דת, לאום, מעמד חברתי או כלכלי, אידיאולוגיה פוליטית וכדומה.

בישראל קיימים מספר חוקים המתווים את הנורמות הנוגעות לזכויותינו כחולות. בראש ובראשונה קובע חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו (1992) כי “כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו”. חוק זכויות החולה, שנחקק ב-1996, קובע כי לכל אדם זכות לקבל טיפול רפואי נאות. בהמשך נרחיב אודות סל הבריאות (ראו חלק ב') כעת נפנה לדון בזכותנו למידע. אנו זכאיות לקבל מידע לגבי המטפלות/ים, הטיפול המוצע וכל מידע רפואי הנוגע אלינו, כמו גם לקבל לידנו את התיק הרפואי שלנו. לכל אחת מאיתנו זכות לקבל טיפול תוך שמירה על פרטיותה וכבודה.

מהי הסכמה מדעת? / ד"ר נילי קרקו אייל

א. החוק קובע כי על המטפלת/ לקבל את הסכמתה החופשית והמודעת של המטופלת לכל טיפול רפואי. לכן, על המטפלת/ חלה חובה למסור למטופלת את המידע הרלוונטי לשם קבלת החלטה מושכלת בעניין הטיפול הרפואי ולקבל את הסכמתה מרצון חופשי.

ב. החובה לקבל מהחולה הסכמה מדעת בכל טיפול מבוססת על שתי הנחות עיקריות:

- גופנו הוא שלנו ולכן רק אנחנו נחליט מה נעשה בו.
- סביר שנגיע להחלטה טובה יותר לגבי הטיפול שלנו אם יסופק לנו מידע נרחב בנוגע לטיפול, שעליו נוכל לבסס את החלטתנו.

ג. החובה לקבל את הסכמתה המודעת של אשה לטיפול חלה בכל מקרה שבו מוצע לה טיפול רפואי, תהיה אשר תהיה המסגרת שבה הוצע הטיפול. לכן חובה זו חלה באשר לטיפול שהוצע על ידי רופא/ת המשפחה או על ידי רופא/ה מקצועיים; בטיפול במסגרת ציבורית (למשל אשפוז בבית חולים ממשלתי), או במסגרת פרטית (למשל טיפול קוסמטי); בטיפול רפואי “קל” (למשל בדיקת אק”ג) או בטיפול רפואי “רציני” (למשל ניתוח); בטיפול שאינו כרוך במגע בגוף (למשל מתן מרשם לגלולות) או בטיפול רפואי חודרני (למשל החדרת התקן תוך-רחמי למניעת היריון).

ד. החובה למסור למטופלת מידע משתרעת על פרטי מידע רבים:

- יש למסור למטופלת מידע על מצבה הרפואי, על הדיאגנוזה (האבחנה הרפואית) ועל הפרוגנוזה (התפתחותה הצפויה של המחלה ללא טיפול רפואי). במקרה של חוסר ודאות באשר לאבחנה הרפואית, יש למסור זאת לחולה. כך, למשל, יש ליידע חולה אם קיים חוסר ודאות באשר לטיבו של גוש שהתגלה בצילום אולטרה-סאונד.

- יש למסור למטופלת מידע בדבר מהות הטיפול המוצע לה, למשל: יש להבהיר אם הבדיקה חודרנית או שמא מדובר בבדיקה על פני הגוף בלבד; מהם חלקי הגוף שייבדקו (למשל, אילו איברי גוף נבדקים בבדיקה גינקולוגית); מה משך הבדיקה וכו’.

- יש למסור למטופלת מידע בדבר מטרת הטיפול המוצע ותוצאותיו הצפויות. למשל, שמטרת הטיפול היא מניעת כאב או הפחתתו (למשל, זריקת אפידורל) או מניעת מחלות עתידיות (למשל, חיסון נגד אדמת), ולא ריפוי המחלה.

- יש למסור למטופלת מידע בדבר סיכוי הצלחת הטיפול. למשל, שסיכויי של ניתוח מסוים להשיב את המצב לקדמותו עומדים על 50 אחוזים בלבד.

- יש למסור למטופלת מידע בדבר הסיכונים הטמונים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי-נוחות. למשל, יש ליידע את המטופלת כי בשאיבת ביציות לצורך טיפולי הפריה חוץ-גופית טמון סיכון לפגיעה בפוריות. בדומה לכך, יש ליידע את האשה בדבר תופעות הלוואי של החדרת התקן תוך-רחמי למניעת הריון, כגון כאבים, שינוי בדימום או דלקות. החובה למסור למטופלת מידע על הסיכונים הטמונים בטיפול חלה גם כאשר המטפלה/החליטה שלא לתת לאשה כל טיפול רפואי. לכן, אם הוחלט לשמר את הריונה של אשה לאחר ירידת מי שפיר ולא לגרום ללידה מוקדמת, על הרופא/ה ליידע את האשה על הסיכון לאלח דם ולמוות הטמון במסלול רפואי זה, אף שבפועל היא לא קיבלה כל טיפול רפואי. זה הדין גם אם הוחלט על הפסקת טיפול רפואי.

יש למסור למטופלת מידע על החלופות לטיפול המוצע, כמו גם על האפשרות שלא לקבל כל טיפול רפואי, ובכלל זה מידע על הסיכונים הטמונים בחלופות אלה. חובה זו אינה מוגבלת בהכרח לטיפולים הנכללים בסל שירותי הבריאות. לכן, על המטפלה/ת חלה החובה ליידע אשה הרה שבדיקת סריקת המערכות המבוצעת בקופת החולים מצומצמת בהיקפה, ששלמות הגפיים של העובר לא נבדקת במסגרתה, וכי עומדת לה האפשרות לרכוש בדיקה מקיפה יותר במסגרת הרפואה הפרטית. עם זאת, החובה למסור למטופלת מידע על טיפולים שאינם נכללים בסל השירותים מוגבלת בהיקפה לטיפולים שתועלתם ויתרונם ברור. לכן, המטפלה/ת אינם חייבים ליידע מטופלת על האפשרות לבצע בדיקה פרטית לגילוי נגיפי CMV, מאחר שתועלתה של הבדיקה מוטלת בספק. לעומת זאת, על המטפלה/ת חלה חובה ליידע את המטופלת על האפשרות לבצע בדיקת מי שפיר, גם אם גילה נמוך מ-35 ולכן בדיקה זו אינה נכללת בסל השירותים שהיא זכאית להם.

את המידע יש למסור למטופלת בשפה המובנת לה. על כן, אם החולה אינה מבינה עברית יש להעביר לה את המידע באמצעות מתורגמן/ית הדוברים את שפתה. בשנת 2011 נכנס לתוקפו חוזר מנכ"ל המחייב את כל מוסדות הבריאות להנגיש את שירותי הבריאות הניתנים למטופלים הדוברים ערבית, רוסית ואנגלית, בין השאר באמצעות שימוש במתורגמים או שירותי תרגום, ובאמצעות שימוש בטופסי הסכמה מדעת מתורגמים.

חשוב לדעת!!!

- אף שהחוזר אינו מתייחס לכלל השפות ניתן לפרשו (מכוח הדין) כמחייב את המוסדות הרפואיים להנגיש את שירותי הבריאות למטופלות דוברות השפה האמהרית, למשל, באמצעות שימוש בדוברי השפה.

- על פי החוזר יש להימנע, במידת האפשר, בשימוש בלידה של המטופלת לשם תרגום דברי הצוות הרפואי.

למטופלת הזכות להציג שאלות באשר למצבה הרפואי ולטיפול הרפואי המוצע לה, והמטפלים מחויבים לענות תשובה מלאה ומדויקת על שאלותיה. במקרים חריגים בלבד, ובאישור ועדת אתיקה, יכולים המטפלים להימנע ממסירת מידע לחולה.

מטפלה/ת יכולים לבצע טיפול רפואי במטופלת ללא הסכמתה מדעת רק במקרים קיצוניים, למשל, מצב חירום רפואי. לדוגמה, כאשר מטופלת הרה סובלת במהלך לידה מאיבוד דם באופן המסכן את חייה, ויש צורך לבצע ניתוח קיסרי כדי להציל את חייה.

כדי שהסכמתנו לטיפול הרפואי תהיה תקפה, עליה להינתן מרצוננו החופשי. לכן, הסכמה שניתנה עקב איום מצד המטפלה/ת שלא ימשיכו בטיפול אם לא נסכים לטיפול המוצע על ידם (למשל כריתת שד לעומת טיפול בכימותרפיה ושימור השד), אינה הסכמה תקפה. בדומה לכך, הסכמה שניתנת בעקבות לחץ של בנות/משפחה

(למשל לחץ לבצע הפלה) אינה הסכמה תקפה. גם הסכמה שניתנה על ידי אשה שנמצאת על שולחן הטיפולים (למשל הסכמה להסרת שומה שהתגלתה על ידי רופא/ת עור במהלך בדיקה) עלולה להיחשב להסכמה שניתנה בנסיבות שאינן מאפשרות הסכמה מרצון חופשי, ועל כן להסכמה שאינה תקפה. כאשר הצוות הרפואי מתייחס ברצינות ובכבוד להסכמה מדעת, יכולה להיווצר שותפות אמיתית עם המטפלים/ות, כזו שכוללת סמכות, קבלת החלטות ואחריות משותפות.

ד"ר נילי קרקו אייל, מרצה בכירה, בית הספר למשפטים ע"ש טריקס, המסלול האקדמי, המכללה למנהל

טופס הסכמה מדעת

לא אחת אנו מתבקשות לחתום על טופס הסכמה לטיפול שבו נכללים פרטים באשר לטיפול המוצע. **איננו חייבות** לחתום על הטופס האמור אם איננו מסכימות לכתוב בו. חשוב לעיין בטופס ההסכמה, במידע המפורט בו, לבחון מה שם הטיפול המופיע בו, והאם זהו הטיפול שהוצע על ידי הרופא/ה. אם איננו מבינות את הנאמר לנו על ידי הרופא/ה, אם אנו מרגישות שאיננו יכולות לשאול אותם שאלות או להבין את תשובותיהם, חשוב שלא נחתום על טופס ההסכמה. בנוסף, אם ההסבר הניתן לנו חלקי או שטחי, חשוב שנתעקש לקבל מידע עד שנוכל להחליט האם להסכים לטיפול המוצע לנו או לא. זכותנו להחליט מה ייעשה בגופנו, גם בבואנו לקבל טיפול רפואי. העובדה שלמטפלים יש ידע, מיומנות וכוונה טובה, אין משמעה שנתונה להם הזכות לקבל החלטות בנוגע לגופנו. יש לנו זכות לסרב לקבל טיפול רפואי, אף אם לדעת הרופא/ה הטיפול יטיב עמנו. לא ניתן לכפות עלינו את הטיפול אלא בהתקיים נסיבות חריגות. דברים אלה נכונים גם במקרים שבהם הסיורב לטיפול נובע משיקולים שייראו לרופא/ה "בלתי הגיוניים". אנחנו יכולות להחליט שלא לחתום על הטופס ולסרב לכל טיפול שהוא, אפילו אם סירוב משמעותו התדרדרות במחלה או מוות.

הסכמה מדעת וסירוב לקבל טיפול רפואי של קטינות/ים

גיל הכשירות המשפטית בישראל עומד על שמונה-עשרה. קטינים וקטינות מתחת לגיל זה זקוקים להסכמת הוריהם בכל טיפול רפואי מסוג כלשהו. עם זאת, החוק הכיר בכך שקביעתו הנוקשה של גבול הגיל אינה מאפשרת מענה לשורה של מצבים מורכבים. יוצאים מן הכלל הם המקרים הבאים:

- קטינות יכולות לקבל אמצעי מניעה ללא הסכמת ההורים ויש להן זכות חוקית לעבור הפלה ללא יידוע הוריהם וללא צורך בהסכמתם.
- קטין/ה יכולים להיבדק לגילוי נגיפי איידס/HIV ללא יידוע הוריהם וללא צורך בהסכמתם.
- אין לאשפז בכפייה קטין/ה שמלאו להם חמש-עשרה שנה, גם אם הוריהם מבקשים זאת, אלא באישור ועדה פסיכיאטרית.
- ניתן לאשפז במוסד פסיכיאטרי קטין/ה בגיל חמש-עשרה המבקשים להתאשפז, גם אם ההורים מתנגדים.
- בשנת 2005 נחקק חוק החולה הנוטה למוות, החל על כל חולה מעל גיל שבע-עשרה. החוק קובע כי יש להתחשב בדעת הקטין/ה, גם אם הם מתחת לגיל זה.

בעולם המערבי יש מגמה איטית של הכרה בזכויות של קטינות על גופן, על חייהן ועל גורלן. הורדת הגיל החוקי מאפשרת להן לקבל החלטות כאלה. גם בישראל הועלו מספר הצעות להכיר בכשירות החוקית של קטינים וקטינות בגילים שונים לביצוע מעשים מסוימים, או לבחון את יכולות הקטין/ה להביע עמדה בנוגע לגורלם, בהתאם לבגרותם הנפשית.

הסכמה מדעת לטיפול, איך נקבל החלטה?

מקורות מידע רפואי

כדי לממש את זכותנו להסכמה מדעת אנו זקוקות למידע מדויק על גופנו ועל שירותי הבריאות. בראש ובראשונה, חשוב שנקשיב לגופנו ונדע לבטוח במה שהוא אומר לנו. שינויים שניכרים אצלנו הם, לרוב, הסימנים הראשונים והחשובים ביותר לאיתור מחלה. סביר שמטפלות/ים ילמדו עלינו רבות ממה שנספר להם, גם אם לעיתים נראה כי אינם מעריכים את הידע שלנו. א/נשים קרובים יכולים לסייע לנו לאתר שינויים במראה שלנו ובהתנהגותנו, שיכולים להוות סימן ראשוני למחלה. רופאים/ות, מטפלים/ות וכל מי שמספקים שירותים רפואיים הם מקור מידע חשוב. אולם, יש גבול למה שהם יכולים או מוכנים לספר לנו. המידע שנקבל מרופאות/ים או ממטפלות/ים עלול להיות מוגבל בשל הסיבות הבאות:

- לרשותם עומד זמן מצומצם לאבחן ולהסביר.
- הם/ן אינם מאמינים ביכולתנו להבין מידע מסוכן או להשתמש בו.
- קופות החולים מעודדות אותם/ן להמליץ על טיפולים זולים.
- חברות התרופות לוחצות עליהם/ן להמליץ על התרופות שלהן.
- חלק מהרופאות/ים או המטפלות/ים נגועים בסקסיזם, גזענות, הומופוביה ודעות קדומות על מעמדות ומוצא.
- חלקם/ן אינם מעודכנים במחקרים האחרונים בתחום.
- חלקם/ן אינם מאמינים באפשרויות אלטרנטיביות, כמו טיפולי מניעה, טיפול עצמי, הליכים פולשניים פחות, חלופות לא רפואיות ושיטות ריפוי הוליסטיות מסורתיות.
- חלקם/ן רוצים להיראות "מהימנים", ולכן עלולים שלא להודות באי ודאות או במחלוקות מקצועיות.

חשוב שנפנה לרופאות/ים על מנת לקבל עצות ומידע. במקביל, כדאי לפנות גם למקורות אחרים. לא תמיד בידי אדם אחד, או מוסד אחד, מצוי כל המידע הרפואי הרלוונטי הקיים בנוגע למחלה שאנו חולות בה או למצב הרפואי שבו אנו נמצאות.

נאמנויות סותרות - רפואה פרטית ורפואה ציבורית

"הייתי בת עשרים וארבע ונזקקתי לניתוח עיניים דחוף להצלת הראייה שלי. הרופא שלי, אדם מקסים ולבבי הנחשב מן הטובים בתחומי, הסביר לי שאם אני רוצה שהוא ינתח אותי, עלי להירשם לניתוח דרך השירות הרפואי הפרטי (שר"פ). אם לא, כל רופא אחר במחלקה או אחד המתמחים יוכל לנתח אותי. הייתה לי ברירה? רציתי להציל את מאור עיני."

לא מעט רופאות/ים נתקלים במהלך העבודה היומיומית בקונפליקט בין טובת המטופלות לטובתו של צד שלישי, לרוב הגוף המעסיק אותם, כמו קופת חולים, בית החולים או חברת הביטוח. מחויבויות מקבילות אלה, גלויות או מרומוזות, עלולות לפגוע בנאמנות הרופאות/ים לחולה. הסיבות לקונפליקטים משתנות: חלקן כלכליות במובהק (כמו במקרים של רופאות/י חברת הביטוח) וחלקן נובע מעלות הטיפול ומהיעדר משאבים פיננסיים או אחרים של המטופלות. להלן מספר דוגמאות לנאמנויות סותרות:

- תמריצים כספיים או אחרים של המערכת, ניסיון לחסוך בעלויות על חשבון טיפול מיטבי בחולה.
- עבודה במערכות הרואות במטופלת גורם שיש לחשוש ממנו ולפקפק באמינותו, למשל בתי כלא, בתי חולים לחולי נפש וכו'.

- התנגשות עם אינטרסים פרטיים, למשל הרצון "להעביר" את המטופלת לקליניקה הפרטית של הרופא/ה ולא לטפל בה במסגרת המערכת הציבורית.
- לחץ של חברות תרופות לתת את התרופה/טיפול שלהן למטופלת.

אנו שואבות את המידע שלנו על בריאות ממוגון מקורות: ספרים, מגזינים, עיתונים, טלוויזיה ואינטרנט. לרוב, הבעיה אינה חוסר במידע, שכן, מידע על בריאות קיים בשפע, אלא חוסר במידע **איכותי**. חלק מהמקורות לא תמיד מציגים מידע מדויק או המלצות המגובות במחקר מקצועי. מאחר שלא כל החומר אמין, חשוב שנבדוק שמקורותיו מדויקים ובלתי תלויים. המידע הטוב ביותר מתאר שיטות שנתמכות במחקר, משתמש באמות מידה מדעיות על מנת לאמוד את הטיפול הרפואי ואינו מוטה מבחינה מסחרית (להרחבה ראו מור-יוסף-לוי, 2011, וכן רשימת קישורים באתר האינטרנט של "נשים לגופן" – www.wtb.org.il).

קבוצות תמיכה, טיפול עצמי ועזרה עצמית

מקור מידע מצוין נוסף הוא קבוצות תמיכה. בישראל קיימות מאות קבוצות תמיכה של חולות/ים במחלות שונות. קבוצות אלה נפגשות, לעיתים בליווי בעל/יות מקצוע, ומציעות סיוע והקלה בהתמודדות באמצעות תמיכה נפשית ושיתוף במידע שימושי ועדכני. יש קבוצות תמיכה גם לבנות/י משפחה של חולות/ים הזקוקים לתמיכה נפשית. קבוצות אלה נותנות הזדמנות לשוחח עם א/נשים הנמצאים באותו מצב, להחליף רעיונות, להפיג את הבדידות, ללמוד מניסיונם של אחרים ולסייע להם בתורנו.

באינטרנט קיימות קבוצות תמיכה רבות, שמקלות על מי שההתניידות קשה בעבורן, ומספקות מידע נרחב. נוכל למצוא קבוצות תמיכה כמעט לכל מחלה, מצב נפשי או מצב רפואי, באמצעות הקלדת המילים "קבוצת תמיכה" והקלדת שם המחלה. לדוגמה, אם חיפשנו קבוצת תמיכה לחולות אפילפסיה אנו יכולות לכתוב "קבוצת תמיכה אפילפסיה". אחרי שמצאנו קבוצות המתאימות לנו, כדאי לבצע חיפוש ברשת על פי שם הקבוצה, על מנת לגלות את התגובות והביקורות של א/נשים פרטיים או של כתבות עיתונאיות, אם התפרסמו.

יש קופות חולים, ארגוני חולים שונים ובתי חולים המציעים קבוצות או שיעורים במגוון רחב של נושאי בריאות. קבוצות אלה שמות דגש על טיפול עצמי ועל דרכים להתמודד עם המחלה ביחד עם הרופאות/ים. לעיתים קבוצות תמיכה מקומיות מוצעות על ידי ארגוני בריאות התנדבותיים, כמו האגודה למלחמה בסרטן. מקור תמיכה ומידע נוסף הם ארגוני החולים הרבים הפועלים בישראל, שאת מרביתם אפשר למצוא בחיפוש באינטרנט, תחת שם המחלה.

כיצד להעריך מידע על בריאות באינטרנט?

האינטרנט הוא משאב חשוב בעבור המחפשות מידע ותמיכה בנושאי בריאות. כמות החומר הזמינה עצומה ואיכות המידע מאוד מגוונת. כשאנו מבקרות באתר אינטרנט חשוב שניקח בחשבון את מקור המידע ונבחן בעין ביקורתית כל חומר שנמצא.

כל אחד/ת יכולים ליצור אתר ולכתוב בו ככל העולה על רוחם. יש אתרים המקדמים תרופות מפוקפקות, קונבנציונליות ואלטרנטיביות, יש אתרים שמטרתם למכור לנו מוצרים, ויש אתרים (כמו גם מחקרים) הממומנים על ידי חברות תרופות, חוגים מקצועיים, בעלי עניין ומפרסמים אחרים. לעיתים נראה כמעט בלתי אפשרי להפריד בין מידע מפוקפק או מטעה לבין מידע מדויק ואמין.

להלן כמה שאלות שרצוי שנשאל את עצמנו כדי שנוכל להעריך טוב יותר את איכות המידע האינטרנטי בנושאי בריאות.

מי אחראי/ת לפיתוח האתר ולתחזוקתו? באתר טוב בנושא בריאות אפשר לדעת בקלות מי אחראי/ת על האתר ועל תוכנו. אפשר לבחון את טיבו של האתר באמצעות ה-URL שלו (בשורת הכתובת בחלק העליון של המסך).

השם או ראשי התיבות של הארגון הם לרוב חלק מה-URL. סיומת של שתיים או שלוש אותיות מלמדת על אופי האתר. סיומות נפוצות למוסדות חינוך כדוגמת אוניברסיטאות הן "edu" או "ac". הסיומת "org" נפוצה במוסדות ללא מטרת רווח, "gov" היא סיומת למוסדות ממשלתיים ו-"com" לחברות מסחריות. הסיומת מלמדת גם על שייכות האתר. לדוגמה, "il" היא סיומת של אתרים ישראלים ו-"uk" היא סיומת של אתרים בריטיים.

למשל, מהכתובת <http://www.health.gov.il> אפשר להבין שאנו נמצאות באתר ישראלי (il), שנוצר על ידי מוסד ממשלתי (gov), העוסק בבריאות (health). זהו האתר הרשמי של משרד הבריאות הישראלי. כדי למצוא מידע נוסף על מנהלי האתר, נוכל לחפש את הקישור "מי אנחנו" או "אודות". אם אין מידע זמין לגבי שיוך האתר או פיתוח התוכן שלו, כדאי שלא נמהר לבטוח במידע שבאתר מסוג זה.

מהו מקור המידע של האתר? החזקת אתר כרוכה בתשלום. חלק מהאתרים שנותנים מידע על בריאות הם פרי אידיאולוגיה ורצון לעזור לא/נשים במצוקה, אך לרובם יש מקורות מימון חיצוניים שצריכים להיות מוצגים בבירור באתר. יש לבדוק כיצד האתר ממומן: האם הוא מפרסם תרופות, מוצרים או שירותים? האם הוא מציע לרכוש אותם דרך האתר? האם האתר ממומן על ידי חברת תרופות? האם הוא ממומן באמצעות מענקים או תרומות? מקור המידע יכול להשפיע על התוכן, על האופן שבו הוא מוצג ועל המניע של בעלי האתר. לדוגמה, מידע הממומן על ידי חברת תרופות נוטה להמעיט בערכן של גישות אלטרנטיביות או להתעלם מהן, אינו מציג אלטרנטיבות תרופתיות של חברות אחרות וכדומה. כדאי שננסה להבין האם למחבר/ת או לבעל/ת האתר יש אינטרס כלכלי או אחר להרוויח מהעדפת נקודת מבט "מחקרית", טיפול או תרופה מסוימים.

מי המחבר/ת של החומר הספציפי שאותו אנו קוראות? המחברות/ים של תוכן מכל סוג צריכות/ים להזהות בבירור. לעיתים קרובות המידע שפורסם נאסף מאתרים אחרים או ממקורות לא מקוונים. אם האחראיות/ם על האתר לא ייצרו את החומר בעצמם, חייבים להיות מראי מקום ברורים המסבירים מאין לקוח המידע.

מהו הבסיס למידע שבאתר? אתר טוב צריך שיהיו בו מראי מקום המבססים את העובדות והמספרים המופיעים בו. כמו כן, דעות או עצות צריכות להיות מסווגות ככאלה ולהיות מופרדות ממידע המבוסס על עובדות (כלומר, מבוסס על תוצאות מחקר).

מתי החומר נכתב או נאסף? לכל מידע תוכני באתר צריך להיות תאריך. כך נוכל לדעת מתי נכתב החומר, מתי פורסם, מתי עבר הגהה בפעם האחרונה ומתי עודכן. לתאריך יש חשיבות רבה בכל הנוגע להמלצות על תרופות וטיפולים רפואיים, שהרי הללו משתנים תדיר.

האם המידע נשמע טוב מכדי להיות אמיתי? חשוב שניזהר מ"תרופות" פלא למחלות חשוכות מרפא. יש להטיל ספק באתרים הזוקפים לזכותם מקור מידע בלעדי בנושא מסוים, או באתרים המזלזלים במחקרים אחרים, בטיפולים אחרים או בתרופות אחרות. אין בנמצא תרופה או טיפול שאין להם תופעות לוואי. עדיף להיות חשדניות ולבדוק את ההמלצות או המידע באתרים נוספים.

האם האתר מבקש שניתן את פרטינו האישיים? אם כן, חשוב שנקרא את הצהרת הפרטיות כדי לוודא שפרטינו האישיים לא יועברו לגורמים אחרים ללא הסכמתנו.

האם יש דרך ליצור קשר עם מנהל/ת האתר? אתרים מסודרים מאפשרים יצירת קשר עם מנהל/ת האתר כדי לתת מענה לבעיות ולשאלות. המענה לשאלותינו אמור להתקבל בתוך פרק זמן סביר. אם באתר יש חדרי צ'ט או פורומים, על האתר לספק לנו, כמשתמשות, הסברים על תנאי השימוש. רצוי לבדוק אם יש פיקוח על האתר ותוכנו, וצריכה להיות אפשרות לדעת מי מפקח/ת עליו.

האם נשמרת פרטיות המידע שאנו מוסרות באינטרנט? מידע פרטי שאנו כותבות על עצמנו אינו מוגן מפני שימוש על ידי גולשות/ים אחרים. לפיכך, רצוי להסוות פרטים אישיים שאינם נחוצים לקבלת המידע.

יחסי רופא/ה חולה

"כילדה, אחד מתפקידי היה להתלוות אל סבתי לקופת החולים. היינו ממתנינות במסדרון כשסבתי אוחזת שקית ניילון ובה כל התרופות, עד שהרופא קרא לנו. נכנסנו בדחילו ורחימו. סבתי כמעט ולא פצתה פה אלא שפכה על השולחן את כל התרופות ואריזותיהן. אני אמרתי בשמה שהיא לא מרגישה טוב ותיארתני את מה שחששה. הרופא רשם רצפט ואנו יצאנו במהרה מחדרו. בדרך כלל הוא גם נוף בסבתי שאינה עושה מה שהוא מורה לה, לוקחת תרופות על דעת עצמה, אינה מקפידה על הזמנים וכי'. סבתי וסבי לקחו מדי יום תרופות רבות שלא היה להם שמץ של מושג מהן. בשלב מסוים 'דחפו' לסבי גם כדורים נגד דיכאון. גם כך הוא לא ידע מה הוא לוקח. גם אני, כמו ישראלים רבים, חונכתי שהרופא הוא אלוהים. לא שואלים יותר מדי שאלות ובעיקר, לא גוזלים מזמנו היקר."

מערכת היחסים בין רופא/ה למטופלת אינה שוויונית בבסיסה. לרוב הרופא/ה בריאים, בעלי ידע וסמכות, בעוד המטופלת חולה, לעיתים כאובה, בעלת ידע מועט או חלקי ותלויה בידע של הרופא/ה. יחסי הכוחות הלא-שוויוניים מתעצמים כשהחולה נמצאת בעמדת נחיתות מבנית, כמו למשל אשה, לא משכילה, עם מוגבלות פיזית, שכלית או מנטלית, חולת איידס/HIV, מבוגרת, עוסקת בזנות ועוד. לעיתים אנו מדברות עם הרופאים/ות בעודנו שוכבות עירומות, כשהם עומדים מעלינו לבושים. לעיתים אנו לבד בעוד הרופא/ה מגובים במתמחות/ים, אחיות/ם וקולגות. סיטואציות אלה כלל אינן מובנות מאליהן, וניתנות לתיקון. הפערים מגדילים את חוסר השוויון, מעצימים את יחסי הכוחות ומקשים על היכולת לדבר במונחים של הסכמה מדעת או זכויות וחובות.

לעיתים אנו חשות כי הרופא/ה עוינים מכיוון שהם מייצגים בעבורנו את הממסד, אך התמונה אינה כה פשוטה. גם הרופאות/ים מוגבלים על ידי המבנה הנוכחי של מערכת הבריאות בישראל. רופאות/ים נמצאים תחת לחצים רבים – שעות עבודה רבות מדי ללא מנוחה ותעסוקה בלתי פוסקת; לחץ לרשום תרופות גנריות (זולות) ולא תרופות מקור; אין ביכולתם להפנות לבדיקות יקרות, אלא באישור רופאות/ים מחוזיים, המפעילים שיקולים מערכתיים שונים של יעילות וחיסכון; רופאות/ים בקופות חולים נאלצים לקבל מספר גבוה של מטופלות/ים בפרק זמן קצר על מנת שיוכלו להתפרנס; ושכרם במערכת הציבורית נמוך ואינו משקף את הניסיון שצברו, את ההשקעה העצומה בלימודים ובהתמחות ואת העבודה היומיומית המפרכת, האחראית והמסוכנת.

רופא או רופאה?

רבות מאיתנו חשות בנוח בבדיקה של רופאה, ואחרות בבדיקה של רופא. חשוב שנזכור כי אנו יכולות להשפיע על בחירת הרופאות/ים המטפלים בנו על בסיס מגדר. מגוון הרופאים והרופאות בישראל, העוסקים בתחומים שונים, מאפשר לנו לבחור ברופא/ה המתאימים לנו ביותר. לשם כך עלינו לברר מראש מי הרופא/ה המיועד לטפל בנו, ולבקש להחליפם אם נחוש צורך או אי נוחות.

"הטראומה הכי קשה הייתה מהתפירה. לא הייתי מחוברת לאפיזדורל. הרופאה נכנסה. 'טוב, בואי נתפור אותך. תפתחי רגליים'. הזריקה לי זריקת הרדמה חה לא עבד. נורא כאב לי ואמרתי לה שכואב לי. אז היא אומרת, 'לא, זה לא יכול להיות שכואב לך, נתתי לך הרדמה'. וככה המשכנו להתווכח. בשלב מסוים זה הפך ממש למאבק פיזי, אני סוגרת רגליים והיא פותחת לי בכוח. ביד אחת היא פותחת לי את הרגליים וביד השנייה תופרת ותוך כדי היא צועקת עלי: 'את לא עוזרת לי, את לא עוזרת'. זה היה נורא. הייתי לבד בשלב הזה. בעלי הלך עם התינוק לילודים, הדולה הייתה חייבת ללכת לאיזו אזכרה ונעלמה לי. זה היה באמת נורא, והמחשבה שאשה תעשה ככה לאשה. זה לא נתפס."

סודיות רפואית

כמטופלות יש לנו זכות שהמידע הרפואי שנוגע לנו יישאר בינינו לבין המטפלת/ת ולא יועבר לאף אדם אחר, למעט אם נתנו הסכמה מפורשת לכך. לכן, לכל אחת מאיתנו יש זכות לבקש להיוותר עם הרופא/ה לבד בחדר הבדיקה. נוכל לבקש מסטודנטים/ות לרפואה, או מכל אדם אחר שאינם המטפלת/ת, לעזוב את החדר בעת

השיחה עם הרופא/ה ובעת הבדיקה. אם נבחר יש לנו זכות, וחובה על המוסד לקיים אותה, שתהיה אשה נוכחת בחדר בעת הבדיקה. על הרופא/ה המטפלים מוטלת החובה שלא למסור את המידע הרפואי האישי שלנו, לא לחשוף אותו ולא לעשות בו שימוש ללא הסכמתנו. עם זאת, במקרים יוצאי דופן יש חובת דיווח למשטרה ו/או למשרד הבריאות כך במקרים של מחלות מדבקות (למשל דלקת קרום המוח), חשד לאלומות ועוד. בנוסף, יש לנו זכות לקבל עותק מהתיק הרפואי שלנו כאשר אנו נזקקות לו, אם לצורך חוות דעת שנייה, תביעה משפטית או לכל צורך אחר?

בבתי סוהר קשה יותר לשמור על עקרון הסודיות הרפואית, מכיוון שלעיתים רשיוות הכלא צריכות לקבל מידע בדבר מצבה הרפואי של אסירה. למשל, במקרה של אסירה חולה הנזקקת לאשפוז, או החולה במחלה מידבקת שיש להפרידה מן האסירות האחרות על מנת להגן עליהן. עם זאת, מקרים אלה חריגים ועל המידע להימסר למי שנוזקק/ת לו בלבד. על כל הנוגעים/ות בדבר לוודא כי מידע סודי לא יהפוך לנחלת כלל צוות הכלא והאסירות. על הרופא/ה לעשות ככל האפשר כדי ליצור אזור מתאים לבדיקות רפואיות ולשמור ככל האפשר על סודיות רפואית (ההסתדרות הרפואית הנוירווגית וההסתדרות הרפואית העולמית, 2001).

כיצד נפיק את המיטב מביקורנו אצל רופאים/ות?

רוב מערכות הבריאות, הביקורים אצל רופא/ה מוגבלים בזמן. מצב זה אינו מאפשר לנו לדון עם הרופא/ה בנושאים רבים ולהגיע לפתרון מיטבי. אם הרופא/ה לא נותנים מענה לבעייתנו, או לא משנים את התנהגותם בעקבות בקשתנו, מומלץ לנסות ולמצוא רופא/ה אחרים.

להלן כמה דברים שנוכל לעשות כדי לשפר את אופי הביקורים, לוודא שאנחנו מקבלות את מה שאנו צריכות וזכאיות לו ולהיות יותר מעורבות בהחלטות לגבי הטיפול בנו:

- **לבקש מידע כתוב על המרפאה** - מידע זה צריך לכלול את שעות הפעילות של המרפאה, כולל בערבים ובסופי שבוע, אפשרויות חלופיות במקרה חירום ומספרי טלפון להזמנת תורים ולקבלת מרשמים והפניות.
- **לבוא עם מישהו/ שאנו בוטחות בהם לביקור במרפאה** - עוד זוג עיניים וזוג אוזניים יעזרו לנו לתעד לעצמנו את שהתרחש בביקור ולשאל שאלות בזמן אמת.
- **לשמור את כל הניירת והמידע הרפואי שלנו באופן מסודר ולהביא אותם איתנו לביקורים** - הרופאים והרופאות לא תמיד יזכרו את פרטי המקרה הספציפי של כל אחת מאיתנו. אם זה אפשרי, כדאי שנחפש לפני הביקור מידע רלוונטי מההיסטוריה הרפואית שלנו ונדבר עליו עם מי שמטפלים בנו.
- **להביא איתנו תרופות, תכשירים צמחיים ותרופות ללא מרשם שאנו לוקחות** - כך נוכל לוודא שלא נקבל תרופות כפולות או תרופות העוללות ליצור תגובת נגד עם תרופות אחרות. נוכל לבקש מהרופא/ה לכתוב כיצד לקחת תרופות חדשות או את השינויים שעלינו לערוך באופן נטילת התרופות שאנחנו כבר לוקחות. אם אנו נוטלות גלולות למניעת הריון, יש לציין זאת כתרופה שאנו נוטלות על בסיס קבוע.
- **להגיע מוכנות לפגישה עם רשימה של שאלות ולוודא שהן יקבלו מענה** - רצוי לקחת בחשבון שזמנם של הרופא/ה מוגבל, כך שכדאי לשאול תחילה את השאלות המהותיות ולקצר בדברים.
- **לכתוב את מה שהרופא/ה אומרים לנו** - לעיתים המידע רב מאוד. אפשר שנרגיש ברגע הראשון שאנו זוכרות הכל, אולם שעה אחר כך כבר לא נהיה בטוחות. רישום (או הקלטה) ימנעו את הצורך בשיחות טלפון או בביקור חוזר לצורך בירורים.
- **לבקש מהרופא/ה הסברים לכל מה שאיננו מבינות** - אם צריך, נוכל לבקש תמונות או תרשימים המסבירים את מצבנו הרפואי. נוכל גם לבקש מכתב המפרט את תוכנית הטיפולים, כדי לתעד את הנעשה וכדי להגיש אותו לרופא/ה אחרים, במקרה שנרצה חוות דעת שנייה.
- **לחשוב ביחד עם הרופא/ה על האלטרנטיבות המוצעות לנו** - אם אין מדובר במקרה חירום, כדאי להתייעץ עם הרופא/ה לגבי אפשרויות חלופיות לטיפול. כדאי גם לחפש עליהן מידע בעצמנו.

2 למעט מקרים שבהם יש חובה לשמור על סודיות רפואית מסויגת, כגון קטינות/ים, א/נשים שלא נחשבים בעלי כשירות משפטית או חוסות/ים.

- לפעמים ניתן להיעזר באחיות המרפאה על מנת לקבל הסברים נוספים והבהרות.
- **לבקש ביקור ארוך** – אם אנו זקוקות לזמן ביקור ארוך יותר, כדאי לומר זאת בעת קביעת התור או לקבוע מראש תור נוסף.
- **לעקוב אחר מצבנו הגופני ואחר תוצאות הבדיקות** – כדאי לכתוב בתיק המעקב שלנו אם היו סימפטומים ותופעות לוואי לתרופות או לטיפולים שקיבלנו. אם אנו צריכות לעבור בדיקות, כדאי לשאול את הרופא/ה כמה זמן יש לחכות לתוצאות הבדיקה. חשוב לוודא שנקבל את התוצאות, הסברים על כל תוצאה חריגה והמלצות להמשך טיפול. כדאי לבקש העתק מודפס של התוצאות, שיכול להועיל לצורך קבלת חוות דעת נוספת. חלק מהרופאות/ים לא ייצרו איתנו קשר אם התוצאות תקינות. חשוב שנזכור לבקש שישלחו אלינו את התוצאות. בחלק מקופות החולים אפשר לקבל את תוצאות הבדיקות באתר האינטרנט. לשם כך עלינו להצטייד בסיסמה שנקבל במרפאה שאליה אנו שייכות.
- **הפגישה היא דיאלוג הנוגע לנו באופן ישיר** – כדאי לחלוק עם הרופא/ה את החששות שלנו, לשאול כל שאלה שמטרידה אותנו ולענות בכנות על שאלות הרופא/ה. זהו הגוף שלנו ואנחנו מכירות אותו. לכן נסמוך על האינטואיציה שלנו, ולא נחשוש גם להציג בפני הרופא/ה דעה מנוגדת לשלהם, או לגשת לרופא/ה אחרים לקבלת חוות דעת נוספת.

פגיעה בזכויותינו

פעמים רבות אנו בוחרות שלא להתלונן על טיפול לקוי או לא מספק. ייתכן שאנחנו חוששות שתלונה תביא להרעה בטיפול או ביחס מצד הרופא/ה, או מסיבות אחרות. אולם, באמצעות ביטוי הדאגות שלנו נוכל לשפר לא רק את הטיפול אלא גם את הרגשתנו, ואולי אף נמנע פגיעה עתידית במטופלות נוספות. כדי להקל את הקושי שעלול להתעורר בהליך הגשת התלונה ובמפגש העתידי עם הרופא/ה שנגדם הוגשה התלונה, נוכל לפנות לארגונים או לגופים העוסקים בהגשת התלונה, או לחבור לחולות נוספות להגשת תלונה קבוצתית.

"אני חולה במחלה נדירה, מעטים הרופאים בארץ שמסוגלים לייעץ ולעזור לי. כשכבר הגעתי למומחה המתאים הוא לא עבד עם הקופה שלי. כך נוצר מצב שכל פגישה איתו, ואנחנו מדברים על פגישה אחת לשלושה חודשים למעקב, עלתה לי 1,000 ש"ח. התחלתי לכתוב מכתבים על מכתבים ובסוף זה עזר. הלקח שלי הוא לא לוותר, זו הזכות שלי. למה אני משלמת כל כך הרבה כל השנים?".

לגופים הממונים על פניות הציבור תפקיד חשוב בהבטחת זכויותינו, בשמירה על איכות הטיפול והשירות הרפואי ובזיהוי ליקויים וחסמים במערכת הבריאות הציבורית. תלונות הציבור חשובות מכיוון שביכולתן להצביע על בעיות שאם יתקנו יוכלו לשפר את השירות בעבור כולנו. חשוב שלא נהסס להתלונן אם איננו מרוצות מרמת הבדיקה הרפואית או אם נתקלנו בהתנהגות לא הולמת מצד המטפלת.

מה עושים במקרה של פגיעה בזכויותינו

נוכל לכתוב את האירועים ברגע התרחשותם ולערוך טיוטה המתארת בבירור מה קרה ומתי. אם חברה או קרובת/משפחה יודעים ממקור ראשון מה קרה, נוכל לבקשם לתעד את רשמיהם. רופאות/ים מומחים מאוגדים בארגונים מקצועיים ספציפיים. לכן, אם התלונה מוגשת נגד מומחה/ית מורשה, כדאי לשלוח העתק למשרד הבריאות ולארגון המקצועי המתאים. בנוסף, הרופאות/ים מאוגדים בהסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) שבה פועלת ועדת אתיקה שדנה בהפרות כללי האתיקה מצד רופאות/ים, למשל הפרת חובות כלליות ביחס לחולה וחובות ספציפיות כשמירה על סודיות רפואית.

במקרים של התנהגות לא הולמת (מינית או אחרת) מצד מטפלת/חשוב לדבר על כך עם עורך/ת דין אמין. אפשר גם ליצור קשר עם ארגוני נשים המספקים ייעוץ ותמיכה משפטיים, או עם קבוצות תמיכה עצמאיות

(ראו רשימה מקפת באתר נשים לגופן: www.wtb.org.il). כשאנו מתלוננות נגד מוסד הפועל ברישיון משרד הבריאות (בית חולים, בית אבות, קליניקה וכו'), אפשר להפנות את התלונה לנציבות הקבילות במשרד הבריאות. אם מדובר בעבירה פלילית אפשר גם להגיש תלונה במסגרת. נוכל לשלוח מכתב תלונה למטפלת/עצמם, למטפלת/המפנה, למנהלת/או לאדם האחראים על הקליניקה, לבית החולים או למוסד רפואי אחר, לקופת החולים שאליה אנו שייכות או לגוף אחר ששילם על הטיפול (למשל חברת ביטוח), לקבוצת נשים מקומיות, למרכזי נשים ולעיתונים. לפעמים כדאי לדבר עם המטפלת/על כוונותינו לפני הגשת תלונה, ובכך לאפשר להם להבהיר את שגעוה ולשפר את המצב.

"כחולה כרונית את הרבה פעמים מרגישה שאת טובלת יותר מהקופה ומהבירוקרטיות, מאשר מהמחלה שלך שרוב הזמן את לא מרגישה בפועל. כל פעם שיש בדיקה, נדרשים טופס הפניה והתחייבות, ואם זה מישהו מחוץ לקופה זה בכלל מעיק. יש לי חברה שידועת לכתוב יפה, אז ישבתי איתה פעם ופתחנו את הכל, איפה אני נתקעת, מה התהליך. החלטנו לכתוב מכתב לרופאה המחוזית וזה עזר. היא מאוד קיצרה לי תהליכים אצל המומחה הקבוע שלי ויש לי עכשיו אישור במחשב. ככה כל פעם שיש לי בעיה אני פונה לחברה שלי, שתכתוב... מאוד שימושית (צוחקת)."

קיימים מספר גופים שאליהם ניתן לפנות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי:

- **קופת החולים** - באמצעות כתיבת מכתב למזכירות הרפואית בסניף קופת החולים שלנו או לרופא/ה המחזי/ת.
- **המחלקה לפניות הציבור בקופות החולים** - החוק הגדיר את חובת קופת החולים למנות "אחראי לבירור תלונות החברים, אשר יצביע על ליקויים שיתגלו וימליץ המלצות לתיקונם". בכל ארבע קופות החולים פועלים ממונים על פניות הציבור.
- **נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי** - אליו יכולה כל מבוסחת לפנות בתלונה נגד קופת חולים ו/או נותני שירותי בריאות אחרים. ראו פירוט בהמשך.
- **נציב פניות ותלונות הציבור במשרד הבריאות** - אליו יכולה כל מבוסחת לפנות בנושאים שאינם קשורים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (למשל, בנושאי רשלנות רפואית או טיפולים שאינם כלולים בסל השירותים הציבורי).
- **הממונים/ות על פניות ציבור בבתי חולים, במוסדות סיעודיים וכו'.**
- **בית הדין האזורי לעבודה** - לכל תושבת יש אפשרות לפנות לבית הדין בכל תביעה לגבי זכויות שלטענתה מגיעות לה מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, למעט בתביעה נזיקית, על נזקים שנגרמו לה על ידי טיפול לקוי.
- **ארגוני חולים וזכויות אדם** - למשל ה"אגודה לזכויות החולה" וארגונים נוספים המפעילים קווי פניות לציבור.

מלבד מענה פרטני לפניות מבוסחות/ים, לגופים אלה ערך נוסף בזיהוי ליקויים מערכתיים, בעיות עקרוניות במערכת הבריאות ובחינת יישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. למרבה הצער, הממונים/ות על פניות הציבור בקופות החולים ובמוסדות הנוספים אינם מפרסמים את פעילותם וממצאיהם ביחס לתלונות. כך, למשל, הדוח השנתי על פעילות הממונים על פניות הציבור בקופות החולים הוא דוח פנימי שאינו נגיש לקהל הרחב.

מבין הגופים השונים הממונים על פניות הציבור, ראוי לציין את **הנציבות לקבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**. נציבות הקבילות מעוגנת בחוק כגוף נפרד מנציבות תלונות הציבור במשרד הבריאות, בשל ייחודיותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מתוך הדוח האחרון של הנציבות, המסכם את שנת 2007, עולה שהנציבות טיפלה ב-7,920 פניות. לנציבות יש סמכות לאכוף את החלטותיה על קופות החולים, שמחויבות לפעול בתוך 21 יום ליישום ההמלצות. ואכן, בכמה מקרים בשנים האחרונות יישמה הנציבות (באמצעות מנכ"ל משרד הבריאות) סמכות זו, והשיבה למבוסחות/ים דמי טיפול שהגיעו להם.

חלק ב. מערכת הבריאות בישראל

ההיסטוריה של מערכת הבריאות

בישראל קיימת מערכת בריאות ציבורית, שבמסגרתה ניתנים שירותים רפואיים על ידי ארבע קופות חולים. בעבר, קופות החולים השונות היו עמותות של חברי/ות תנועות פוליטיות שונות. עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תושב/יות ישראל זכאים להיות מבוטחים באחת מארבע קופות החולים, על פי בחירתם.

בסוף המאה העשרים החלו חלק מקופות החולים בישראל להחליף את שמן מ"קופת חולים" ל"שירותי בריאות". השינוי אינו סמנטי בלבד אלא מסמל את השינוי שחל בתפיסתן של קופות החולים: לא עוד ארגון חברות וחברים עם "קופה" משותפת, שמטרתה לסייע לחברה/שנלקעים למצב מצוקה רפואי, אלא ארגון ששם דגש על ההיבט ה"שירותי", והחברות/ים בו הם לקוחות. השינוי הוביל לתוצאות מעורבות. מצד אחד, קופות החולים שיפרו באופן משמעותי את השירות לחולה והבירוקרטיה נעשתה פשוטה יותר, כך שקל לנו יותר להבין את זכויותינו ולקבל מידע אמין ושקוף. עם זאת, לאימוץ של קופות החולים את התרבות והשפה העסקית ולמסחור והפרטת מערכת הבריאות יש מחיר. ההפרטה של מימון מערכת הבריאות וההפרטה של הבעלות על השירותים (הרחבת חלקו של המגזר העסקי באספקת שירותי הבריאות באמצעות ביטוחי הבריאות הפרטיים, מוסדות בריאות פרטיים וכדומה) הם שינויים מדאיגים מבחינתנו כאזרחים/ות (פילק, 2007). כשהמימון הפרטי גבוה והמימון הציבורי נמוך נוצרת התניה של הטיפול הרפואי ביכולת של המטופל/ת לשלם בעבורו. שיקולים כלכליים נכנסים לתוך מערכת השיקולים הקלינית-רפואית.

מהו חוק ביטוח בריאות ממלכתי?

חוק ביטוח בריאות ממלכתי נחקק בסוף שנת 1994, ומטרתו המוצהרת לקדם ערכים של צדק, שוויון ועזרה הדדית. החוק קבע לראשונה כי לכל תושב/ת קבע במדינת ישראל יהיה ביטוח בריאות, וכי כל קופה תיתן את שירותי הבריאות באופן שוויוני לכל מבוטחיה. הרעיון היה מהפכני בזמנו, שכן, אנשים רבים בישראל לא היו מבוטחים בביטוח בריאות, ביניהם א/נשים שידם לא הייתה משגת או שלא קיבלו ביטוח במקום עבודתם, ובעיקר אוכלוסיות מוחלשות, כדוגמת ערבים ונשים.

החוק ניתק את הקשר בין היכולת לשלם לבין הזכות לקבל שירותי בריאות. נוצרה הפרדה בין המנגנון שגובה את מס הבריאות (ביטוח לאומי) לבין המנגנון שנותן שירות (קופות החולים ומשרד הבריאות). כיום, מס הבריאות מנוכה מההכנסה על ידי המוסד לביטוח לאומי. כך, גם מחוסרות עבודה שמקבלות דמי אבטלה זכאיות לטיפול רפואי, ומס הבריאות מנוכה באופן ישיר מקצבתן. עוד נקבע כי אין למנוע שירותי בריאות מנשים שאינן משלמות דמי ביטוח לאומי, דוגמת עקרות בית. שינוי חשוב נוסף היה החובה שהושתתה על קופות החולים לקבל כל מבוטח/ת בכל גיל, מין וכו', גם בעת מחלה. ביכולתנו להחליף קופת חולים גם אם אנו חולות. עם זאת, החוק מגביל את תכיפות המעבר בין הקופות (אחת לחודשיים).

מבנה סל שירותי הבריאות הממלכתי (ציבורי) ותכולתו

"סל שירותי הבריאות" מורכב מסך כל השירותים (בדיקות, תרופות, אביזרים וכדומה) שנותנת מערכת הבריאות הישראלית למבוטחי/ות ביטוח בריאות, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. סל זה לול סל השירותים שקופת חולים כללית הציעה ב-1994 לחבריה ולסל שסיפק משרד הבריאות לתושבי ישראל במועד זה. השירותים שנותנת קופות החולים קבועים בחוק, במה שקרוי "התוספת השנייה לחוק",

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי עלות סל שירותי הבריאות (הסל שניתן באמצעות קופות החולים) יעודכן מדי שנה בשיעור "מדד יוקר הבריאות", המשקלל מדדי מחירים שונים, המחושבים על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. העדכון אמור לשקף את התייקרות מחירי השירותים וכוח האדם במערכת הבריאות, אך עדכון זה זכה לביקורת בטענה שאינו מספק, שכן הוא אינו משקף את עליית המחירים האמיתית בתשומות הבריאות,

משום שאינו לוקח בחשבון את הגידול באוכלוסייה, את הזדקנותה ואת הצורך בהוספת תרופות ושירותים חדשים נוכח ההתפתחות הטכנולוגית. בעוד שסל השירותים שבאחריות קופות החולים זוכה לעדכון מסוים (מדד יוקר הבריאות), ולובי ציבורי חזק פועל לעדכון הראוי (בעיקר לובי של ארגוני חולים הפועלים במטרה להגדיל את התקצוב להוספת תרופות חדשות לסל), הרי שהסל שבאחריות משרד הבריאות "מוזנח" על ידי הציבור, והשירותים שבאחריותו (רפואה מונעת, גריאטריה, מכשירי שיקום וניידות, בריאות הנפש) נמצאים בתת-תקצוב קבוע.

מכיוון שאין מנגנון עדכון קבוע לסל שירותי הבריאות המעוגן בחוק, משרד האוצר קובע "נקודתית" את גובה התקציב לצורך הוספת תרופות וטכנולוגיות חדשות לסל. כך קרה שהיו שנים שבהן לא עודכן הסל כלל והיו שנים שבהן התקציב היה נמוך מזה המוגדר כ"סביר". ככל שהתקציב נמוך יותר, כך ייכנסו פחות שירותים לסל או שההתוויות לא יעודכנו (על הקריטריונים לקבלת התרופות ראו דיון והסבר בהמשך החוברת). כאשר האוצר קובע תקציב לעדכון הסל, מתכנסת "ועדת הסל", שבוחנת אילו תרופות וטכנולוגיות להכניס לסל הממלכתי, בהתאם לגובה התקציב העומד לרשותה. ההחלטה מה נכלל בסל שירותי הבריאות אינה רפואית גרידא ומעורבים בה שיקולים ערכיים ומוסריים. כך, ועדת הסל בוחנת שיקולים של עלות מול תועלת, לכמה חולות/ים תועיל תרופה מסוימת, מחשבת עלויות של תרופות בהשוואה לתרופות אחרות, ובודקת האם התרופה משמשת להצלת חיים או להקלת סבל, האם היא מיועדת לקשישות/ים או לילדות/ים וכדומה.

מספר התושבות והתושבים הנהנים מהסל גדל בכל שנה. האוכלוסייה בישראל גדלה ויגיל המבטוחות/ים משתנה עם העלייה המתמדת בתוחלת החיים. ככל שאחוז האוכלוסייה המזדקנת גבוה יותר, כך מתרבות עלויות הבריאות. במקביל, עולם הרפואה משתנה ומתפתח ובכל רגע נוספות תרופות וטכנולוגיות חדשות. לכן, יש צורך להגדיל ביחס מתאים את מימון סל הבריאות בכל שנה.

בפועל קורה ההיפך. בשנים האחרונות אנו עדות לשחיקה בתקציב סל הבריאות. כלומר, הממשלה מפחיתה את הקצאת הכספים המיועדים לעדכון הסל ביחס לאוכלוסייה הצרכנית שהולכת וגדלה. במצב כזה, תרופות חיוניות ושירותים מתקדמים נוספים נותרים "מחוץ לסל". כתוצאה מכך נוצרות קבוצות לחץ של חולות/ים המנסות להכניס תרופות מסוימות לסל הבריאות. ארגוני זכויות אדם מציעים לעדכן אוטומטית את תקציב הסל בשיעור קבוע של 2 אחוזים לשנה, העלאה שתענה על צורכי האוכלוסייה ותבטיח הכללת טכנולוגיות רפואיות, תרופות חדשות ומשופרות ושיטות טיפול עדכניות (סבירסקי וקונור-אטיאס, 2011).

מאז נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי חל תהליך מתמיד של התנערות המדינה מאחריותה לבריאות תושבותיה ותושביה. התהליך מתבטא בהפרטה הדרגתית של מערכת הבריאות הציבורית. הפרטה זו נעשית הן בהפרטה "קלאסית", על ידי העברת שירותים שהמדינה נתנה למלכ"רים (מוסדות ללא כוונת רווח) ומשם לידיים פרטיות, והן על ידי שחיקת המימון הציבורי ועלייה במימון הפרטי המשולם על ידי המבטוחות/ים עצמם (למשל, תשלומי השתתפות על שירותים ותרופות הכלולים בסל הציבורי, תשלומים שגדלו עם השנים מאז נחקק החוק). כאשר הממשלה מקטינה את חלקה במימון תקציב הבריאות, התשלומים שלנו כמבטוחות עולים בהדרגה, הן התשלומים על השתתפות עצמית שגובות הקופות על שירותים ותרופות הכלולים בסל הציבורי והן התשלומים על ביטוחים פרטיים וחצי פרטיים (כגון ביטוחים משלימים) המציעים שירותים ותרופות שאינם כלולים בסל (סבירסקי, 2010).

לכ-81% מהציבור יש ביטוחים רפואיים נוספים (שב"ן) מעבר לסל השירותים הבסיסי שקופות החולים מציעות בעבור תשלום נוסף. השב"ן אינו כולל שירותים הניתנים במסגרת סל שירותי הבריאות הממלכתי ביטוח סיעודי (הכיסוי הסיעודי נרכש בנפרד) או כיסוי לתרופות מצילות חיים או מאריכות חיים. למרות שנהוג לכנותו "ביטוח משלים", אין זו תוכנית ביטוח, בדומה לאלה הנרכשות בשוק הפרטי, ול"ביטוח המשלים" זכאי כל אדם, ללא קשר למצבו הרפואי, להתקבל ולקבל במסגרתו שירותי בריאות נוספים, תמורת תשלום הנקבע בהתאם לגיל.

מדוע לא כל החולות/ים באותה מחלה מקבלים את התרופה?

התשובה לכך נעוצה בהתוויה שיש לכל תרופה שבסל, כלומר לרשימת הקריטריונים הנקבעת לקבלתה. התנאים קבועים מראש, ונוגעים למצבו/ה הרפואי הנוכחי של החולה ולהיסטוריה הרפואית שלה/ו. הרופא/ה יכולים לרשום את התרופה, אולם המערכת המנהלתית של קופת החולים צריכה לאשר את מתן התרופה המסובסדת לאור ההתוויה. אם האישור לא ניתן, על החולה לרכוש את התרופה מכספה/ו הפרטי. הקונפליקט מתעורר

במלואו כאשר החולה חוזר/ת לקופת החולים עם מרשם שקיבלה מרופא/ה בבית החולים. לא אחת מסרבת הקופה לתת לחולה את המרשם מכיוון שאינה עומדת בתנאים הקשיחים של ההתוויה, גם אם החולה והרופא/ה סבורים כי תרופה זו יכולה לסייע באופן המיטבי. אם נרצה לערער על החלטת הקופה ניתן בקשיים, משום שאיננו בקיאות בז'רגון שבו כתובה ההתוויה, דבר המקשה על הבנת הקריטריונים לזכאות. במקרים כאלה כדאי לדבר עם הרופא/ה, להבין את ההתוויה, ואם אין ביכולת הרופא/ה לתת לנו מרשם לתרופה זזה אך מסובסדת, אפשר לכתוב מכתב ערעור לרופא/ת המחוז או לנציב/ת פניות הציבור בקופה.

דוגמה להתוויה לתרופה פוסאלאן (Fosalan)

הנתונים לקוחים מאתר משרד הבריאות, אגף הרוקחות

התרופה האמורה תינתן לטיפול באוסטיאופורוזיס ובהתאם לכללים הבאים:

א. למטופלות בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס:

- עם שבר אוסטיאופורוטי קיים.
- עם T Score (ההפרש בין צפיפות העצם של המטופלת לבין צפיפות העצם הממוצעת לאדם באוכלוסייה) הנמוך מ-3.5.
- בנשים מעל גיל שישים עם T score הנמוך מ-2.5.
- שנגרמה מאחת המחלות הידועות כגורמות לו.
- בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס שנגרם כתוצאה מטיפול בתכשיר גלוקוקורטיקואידי.

ב. למטופלים בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס:

- עם שבר אוסטיאופורוטי קיים.
- מעל גיל שישים עם T Score נמוך מ-2.5.
- בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס שנגרם כתוצאה מטיפול בתכשיר גלוקוקורטיקואידי.
- שנגרמה מאחת המחלות הידועות כגורמות לו.

ג. התרופות יינתנו למטופלים ומטופלות בהתאם לחלוקה זו:

- Alendronate Sodium למטופלים ולמטופלות.
- אף אחת מן התרופות האמורות (Alendronate Sodium, Raloxifene, Risedronate Sodium) לא תינתן בשילוב עם התרופות האחרות.

מה לא נכנס לסל ומדוע?

ההסברים המקובלים לתכולת סל הבריאות נוגעים לשיקולים של עלות מול תועלת, סדרי עדיפויות וכדומה. במקביל, קצב התקדמות הטכנולוגיה הרפואית, המשתקף בפיתוחן של תרופות ופרוצדורות רפואיות המתחדשות חדשות לבקרים, לעולם לא יוכל לקבל מענה מלא כשמדובר במערכת בריאות ציבורית המוגבלת מבחינת המשאבים. בה בעת, ההחלטה אילו פרוצדורות ותרופות ייכנסו לסל הבריאות, ובעיקר אילו לא ייכנסו, אינה חפה מתפיסות תרבותיות ודתיות ומשיקולים של סדרי עדיפות לאומיים. נרחיב על שלוש דוגמאות למצבים רפואיים המאפיינים בעיקר נשים: תסמונת הפיברומיאלגיה ותסמונת התשישות הכרונית וכן הפסקת היריון וטיפול פוריות. השירותים שניתנים במצבים רפואיים אלה משתנים. חלקם נכללים בסל הבריאות וחלקם לא.

התנסויות של נשים שחולות בתשישות כרונית ובפיברומיאלגיה / ד"ר עדי פינקלשטיין

פיברומיאלגיה, המכונה גם "דאבת השרירים", היא תסמונת של כאב ממושט ונוקשות בשרירים, המלווים לרוב בעייפות ובהפרעות שינה. התסמונת פוגעת ב-2-4 אחוזים מהאוכלוסייה ו-95 אחוזים מהסובלים ממנה הן נשים. התסמונת מתאפיינת בדפוס כאב מוגדר, של 11-18 נקודות (Tender Points) בשרירים ובאזורי הציבור שבין השרירים לגידים. אולם ייתכן גם אבחון של התסמונת אצל נשים עם מספר קטן יותר של נקודות רגישות. הכאב היומי משתנה בהתאם למיקום ולאינטנסיביות.

תסמונת התשישות הכרונית מופיעה בקרב 10-20 אחוזים מהאוכלוסייה, ושכיחה פי שניים בקרב נשים בהשוואה לגברים. ארגון הבריאות העולמי (WHO) פרסם שורה של קריטריונים לצורך אבחנת תסמונת התשישות הכרונית, ביניהם: תשישות מתמדת, לא מוסברת (לאחר בירור גופני מקיף), שאינה תוצאה של מאמץ ניכר ואינה משתפרת לאחר מנוחה. בנוסף תומכת באבחנת התסמונת נוכחותם של ארבעה מתוך שורת קריטריונים, במהלך שישה חודשים (מור-יוסף-לוי, 2011).

למרות מחקר נרחב בנושא, הסיבות לשתי המחלות עדיין אינן ידועות. תרופות שונות נבדקו, אך עד כה אף תרופה לא הוכחה כיעילה. תקופות סדירות של מנוחה חשובות ביותר, ולעיתים מסייעת גם פעילות גופנית מתונה ומדורגת. לעיתים, תרופות נוגדות דיכאון משמשות לטיפול בכאב ובקשיי השינה. הכרת המחלות ומעורבות פעילה בהחלטות הקשורות לטיפול יכולות לתרום רבות בתהליך ההתמודדות. יכולה לסייע גם השתלבות בקבוצות תמיכה, המספקות מידע עדכני ועידוד (מידע נוסף באתר עמותת א"ס⁹: www.asaf.org.il).

במחקר שנערך בשנים האחרונות, המבוסס על ראיונות עומק עם נשים החולות בשתי המחלות בישראל (פינקלשטיין, 2008), עולים כמה נושאים מרכזיים בהתנסותן של הנשים החולות. ראשית, הנשים מציבות במרכז את העמימות הרפואית ואת ההשלכות שיש לכך על הדרך שבה הסביבה הקרובה והרחוקה מתייחסת אליהן ואל מצבן הגופני. הן מתארות את הקושי של הסובבים להבין מה פירושה של מחלה ללא סימנים רפואיים, מחלה שאינה נראית כלפי חוץ. "זה בראש שלך", כך נאמר להן פעמים רבות על ידי רופאים, בני משפחה וחברים. משפט זה מסמל בעבורן, אולי יותר מכל, את החשש כי המצב הגופני, אשר הרפואה המדעית אינה יודעת לתת לו הסבר ברור, יקבל פרשנות פסיכולוגית ואף פסיכיאטרית.

אחד הקשיים המרכזיים, הנובע מהמצב הגופני המשתנה באופן לא צפוי, הוא הקושי להמשיך ולקיים אורח חיים רגיל של עבודה, לימודים, חיי חברה ומשפחה. הנשים מתקשות לתכנן מראש את המחה, ולכן פעמים רבות נאלצות להפסיק כל פעילות הדורשת מחויבות. רבות מהן מדברות על הקושי לקבל עזרה בבית, בשעה שהן נדרשות להמשיך ולתפקד כרגיל על אף הכאב והעייפות. "הם רגילים לסופרמן והם עדיין חושבים שזה סופרמן, רק מוגבל טיפה, אחרת נראה לי שהיו צריכים לעזור לי במשהו", כך אמרה אחת המראיינות.

בנוסף, המשתתפות במחקר סיפרו שפעמים רבות הן התקשו לקבל הכרה מצד המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים, לצורך קבלת סיוע כספי לטיפולים, קבלת זכויות או סיוע בתפקוד היומיומי בבית. הן הצביעו גם על חוסר ההכרה במחלותיהן כמוסדות העבודה ובלימודים.

הנשים מספרות על "מסע הייסורים" שהן עוברות בחיפוש אחר אבחנה למחלתן ועזרה רפואית, ממוסדת או אלטרנטיבית, שתקל עליהן ותאפשר להן לחזור לשגרת חייהן, אפילו באופן חלקי. פעמים רבות כרוך ה"מסע" בהוצאת כספים רבים ובעגמת נפש כתוצאה מכאב הגוף ומהאכזבה מהציפיות, שפעמים רבות אינן מתממשות.

מעבודת המחקר עולה הצורך לקבל הכרה ממוסדת, הכרה שתאפשר להן "לחזור לחיים". הבעייתיות היא שהממסד, מצדו, נסמך על הרפואה, אך גם זו עמומה ואיננה מספקת תשובות ודאיות. הכרה ממוסדת בעמימות ובאי-הוודאות הקיימת במדע וברפואה יכולה לסייע לנשים, אם תלווה גם במציאת פתרונות שיאפשרו להן לחזור לעבוד, תוך גמישות והתחשבות בצורכיהן בעקבות מצבן הגופני. כפי שהראו אחרים, גם מתוצאות מחקר זה עולה כי על הנשים בחברה הישראלית מוטל עדיין רוב העול הכרוך בתפקידים המסורתיים במסגרת הבית והמשפחה. נשאלת השאלה, כיצד אלו משפיעים על בריאותן של נשים ועל יכולתן לנוח ולהתאושש בזמן של חולי.

ד"ר עדי פינקלשטיין (PhD), האוניברסיטה העברית, מכללת בית ברל ומכון טל. חוקרת היבטים תרבותיים וחברתיים בבריאות, חולי ורפואה

מימון מלא לאמצעים להגברת הילודה

"אני אשה בת שלושים, עברתי עד עכשיו שמונה הפרייות מבחנה על מנת ללדת ילד שני... תגידו לי שלא מגיע לי שיהיו לי לפחות שני ילדים... האם משפחה עם ילד אחד לא נחשבת במדינת ישראל כמשפחה חריגה? אני לא אשה דתית, אני אשה חילונית. אני מסתכלת רק על השכבה הסוציו-אקונומית שאני נמצאת בה ואני יודעת באיזה בידוד חברתי אני נמצאת. אני חריגה בחברה שבה אני נמצאת, אני חריגה בחברה שבה אני עובדת..."

ישראל היא אחת השיאניות העולמיות במספר טיפולי ההפריה ביחס לגודל האוכלוסייה, ובשיעורי הצלחה גבוהים יחסית, שהם תוצאת השקעת משאבים במחקר ובפיתוח רפואיים. בשנת 2010 בוצעו בישראל טיפולי הפריה בכ-19 מותן כל 1,000 נשים, ובסך הכל כמעט 35,500 מחזורי טיפול בשנה (משרד הבריאות, 2010). הקופה הציבורית בישראל מממנת מחזורים של טיפולי פוריות כמעט ללא הגבלה עד שני ילדים, ועד שהאשה מגיעה לגיל ארבעים וחמש. לשם השוואה, נכון לשנת 2011, הונגריה היא המדינה שטיפול הפריה בה הוא הזול ביותר באירופה, ועלותו של מחזור טיפולי שלם עומד בה על \$2,200. עלות מחזור טיפול בארה"ב עומדת על \$7,000-\$12,000. באנגליה, עלותו של מחזור טיפולי היא \$12,000, אך בתנאים מסוימים (גיל האשה ומשך אי-הפוריות) הטיפולים ממומנים על ידי המדינה. ההמתנה בתור עלולה להיות ממושכת מאוד, ולכן זוגות רבים פונים לקבלת טיפול פרטי. גם בקנדה ובניו זילנד מוענק מימון הוצאות חלקי, שמתאפשר רק בתנאים מסוימים (נשים לגופן-ב', 2012).

מימון להפסקת היריון

"אני בת עשרים ותשע, לא רוצה ילד ואין לי כסף להפלה. אם אני נכנסת להיריון ואין שום חשש לי או לעובר, יכול להיות שיוולד לי תינוק בגלל מחסור כלכלי. זה כאילו המדינה מתעקשת שנביא ילדים לעולם"

סל שירותי הבריאות בישראל נחשב לסל עשיר, יחסית לסל הנהוג במדינות המערב. למרות זאת, ישראל היא אחת המדינות הבודדות שאיננה מסבסדת אמצעים למניעת היריון לנשים במשך רוב שנות הפוריות שלהן. בהתאמה, שיעור הפסקות ההיריון המדווחות בישראל נחשב גבוה יחסית לעולם המערבי.

הפסקת היריון אינה כלולה בסל הבריאות, למעט במקרים הבאים: הפסקות היריון עקב סיכון לחיי האשה או למצבה הנפשי, חשש למום גופני או נפשי בעובר, אם ההיריון נובע מיחסים אסורים על פי החוק הפלילי או מגילוי עריות ואם האשה היא קטינה.

בבתי חולים ממשלתיים משלמות נשים נשואות המבצעות הפסקת היריון כירורגית על בסיס הסעיף "מחוץ לנישואין", או נשים מעל גיל ארבעים, מחיר מלא הקרוב ל-2,500\$. במקומים פרטיים המחירים גבוהים יותר ויכולים להגיע גם עד 4,500\$. גם הפסקת היריון באמצעות תרופות בשלב מוקדם של ההיריון כרוכה בתשלום לא מבוטל של מעל 1,200\$. הוצאה כספית נוספת היא הגשת בקשה לאישור מהוועדות להפסקת היריון, שעומדת על כ-300\$. בשל היעדר מימון מלא של הפסקות היריון, נשים שידן אינן משגת לשלם סכומים גבוהים אלה אינן יכולות להפסיק את ההיריון.

על פי ההערכה המקובלת, בישראל מתבצעות בין 4,000 ל-6,000 הפסקות היריון לא חוקיות בשנה. מטבע הדברים, הפסקות היריון לא חוקיות אינן מתועדות. הפסקות היריון לא חוקיות עלולות לגרום לסיבוכים, ואם הן נערכות אצל רופאים/ות בכירים הן יקרות מאוד - לפחות 5,000\$ (להרחבה ראו ידגר, 2011). בשנת 2005 הוגשה לבג"ץ עתירה של ארגוני זכויות אדם בבקשה לחייב את המדינה לכלול אמצעי מניעה בסל הבריאות. בעתירה נטען כי אי הכללת אמצעי מניעה בסל הבריאות אינה נובעת מסיבות ענייניות תקציביות, אלא משיקולים דמוגרפיים של עידוד הילודה, כפי שניתן להסיק מהמימון הגבוה ביותר של טיפולי פוריות והמימון החלקי ביותר של הפסקות היריון יזומות. ב-2007, בהמלצת בית המשפט העליון, אשר סבר כי דין העתירה להידחות, משכו העותרים את העתירה תוך שמירת טענותיהם, והעתירה נמחקה (בג"ץ 6595/05).

הנפגעים/ות מאי הכללת שירותים בסל

אי הכללת שירותים בסל פוגעת בערך השוויון בפני החוק כאשר היא גורמת להנצחת פערים קיימים, כמו גם לפגיעה עתידית בזכות להתפתחות (שמוכרת, למשל, באמנה לזכויות הילד). השירותים שאינם כלולים בסל יקרים ביותר, ולכן הראשונים להיפגע הם חולים/ות הנזקקים לשירות הספציפי שאיננו כלול וכן אוכלוסיות מעוטות יכולת ככלל. האמנה לביעור כל צורות האפליה נגד נשים (CEDAW) מדגישה כי במצבי עוני ניתנת לנשים גישה מוגבלת ביותר למזון ולבריאות. חלקן של הנשים גדול יותר בקרב אוכלוסיות מוחלשות, ולכן הן נפגעות יותר מגברים. חלק נכבד מהאוכלוסייה הענייה בישראל הן קשישות. מרביתן נזקקות לשירותים רפואיים יותר מהממוצע וסדרי העדיפויות של המדינה פוגעים בהן ישירות. בנוסף נפגעות קבוצות נוספות של נשים מוחלשות, כגון אימהות חד-הוריות ועולות חדשות (חסון, 2007).

חלק ג. חסמים בהשגת טיפול רפואי הולם

הזכות לבריאות מעוגנת ב"הכרזה לכל באי העולם בדבר זכויות האדם" משנת 1948, וגם ב"אמנה הבינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות" משנת 1966. לפי אמנות אלו, הזכות לבריאות תלויה בזמינות, בנגישות ובאיכות:

מהי זמינות? החובה לספק מתקנים, מוצרים, שירותים ותוכניות בכמות מספקת ובאיכות נאותה.
מהי נגישות? החובה לספק מתקנים באופן שיהיה נגיש לכל אדם ויאפשר לכל אדם להשתמש בכל הנזכרים לעיל. נגישות כוללת:

- א. **נגישות כלכלית** - הסרת חסמים כלכליים, כך שהתשלום לא יהווה מחסום בפני קבלת טיפול רפואי.
- ב. **היעדר אפליה** - חובת המדינה להימנע מהגבלת גישה לשירותי בריאות, ממנהגים מפלים ומהגבלת גישה לבריאות ככלי לענישה. האמנה מכוונת בעיקר לקבוצות פגיעות או לקבוצות שוליים.
- ג. **נגישות פיזית** - כל השירותים צריכים להימצא במרחק סביר מכל התושבות/ים, ולהיות זמינים.
- ד. **נגישות למידע** - הזכות לחפש, לקבל ולהעניק מידע ורעיונות הנוגעים לבריאות, תוך שמירה על הזכות לפרטיות ולסודיות רפואית.

האמנות קובעות כי ביישום הזכות לבריאות ניתן להתחשב במצבה הכלכלי של המדינה, אך יש שירותים בסיסיים שאין להתנות את אספקתם. לדוגמה, מים ראויים לשתייה, תנאים סניטריים בסיסיים, מזון ותנאים סביבתיים הולמים. המצב בישראל אינו תואם קביעות אלה.

הפרת הזכות לבריאות תידון כאן בכל אחד משלושת היבטים - חסמים כלכליים, חסמי נגישות ואפליה.

1. חסמים כלכליים: תשלום על תרופות מרשם ועל שירותים הכלולים בסל

האמנה לזכויות חברתיות, כלכליות ותרבותיות, שאותה אישרה ישראל בשנת 1991, מדגישה את חובת המדינה לדאוג ששירותי הבריאות יהיו נגישים מבחינה כלכלית לתושביה ותושבותיה מכל שכבות האוכלוסייה. בפועל, מאז נחקק החוק, הממשלה הפחיתה את חלקה במימון מערכת הבריאות ובהדרגה גדל עוד ועוד הנטל על התושבות/ים.

כך, למשל, בחוק ההסדרים לשנת 1997 בוטל המס המקביל, מס "מסומן" לבריאות, שאותו שילמו המעסיקים. המדינה התחייבה, אמנם, למצוא מקורות מימון ציבוריים כתחליף למס המקביל, אך בעצם ביטולו חיזקה את תלותה של מערכת הבריאות בתקציב המדינה ובסדרי עדיפות פוליטיים. בחוק ההסדרים לשנת 1998, ניתן היתר לקופות החולים להגדיל את תשלומי ההשתתפות על השירותים הרפואיים ועל תרופות מרשם והיתר נוסף למכירת ביטוחים משלימים. החלטה זו יצרה, דה פקטו, מחסום כלכלי בפני קבלת שירותים, ואילצה מעל למיליון תושבות/ים לוותר על תרופות וטיפולים: 22 אחוזים מבעלי/ות הכנסה נמוכה ו-18 אחוזים מהחולות וחולים הכרוניים דיווחו בשנת 2009 שוויתרו על תרופת מרשם או טיפול רפואי בשל עלותם. בנוסף, נמצא כי נשים נוטות לוותר על תרופה או טיפול יותר מגברים (16 אחוזים לעומת 11 אחוזים, בהתאמה). במחקר משנת 2007, שבו נבדק על אילו שירותים מוותרים מבוטחות/ים בגלל עלותם, נמצא שמבין אלה שנאלצו לוותר על תרופות, 45 אחוזים ויתרו על תרופה למחלה כרונית, 14 אחוזים על טיפול בעור, בעיניים או במערכת העיכול, 8 אחוזים על אנטיביוטיקה יקרה ו-6 אחוזים על תרופה נגד כאבים. מבין אלה שנאלצו לוותר על שירותים,

40 אחוזים ויתרו על רופא/ה מקצועיים, 10 אחוזים על מכן אבחון והדמיה ו-25 אחוזים על טיפולים אחרים הכלולים בסל (כרופא/ת משפחה, מעקב היריון, דיאטנית, פיזיותרפיה) (ברמבלי-גרינברג, גרוס, יאיר ועקיבא, 2011; גרוס, ברמבלי-גרינברג ורוזן, 2007).

במחקר שנערך במסגרת מכון טאוב נמצא כי ההוצאה על השתתפות עצמית מורידה כ-20,000 נפש מדי שנה אל מתחת לקו העוני ומרחיבה את מעגל העוני ב-1.5 אחוזים (צ'רניובסקי, 2007). א/נשים החיים בעוני אינם זוכים לביטחון בריאותי והדבר עלול לקצר את תוחלת חייהם. חולים/ות המוותרים על שירותים חיוניים נחשפים לסכנה של הידרדרות במצבם הבריאותי. החמרה במצב הבריאותי עלולה להוביל לצריכת שירותי בריאות יקרים יותר (כאשפוז) ולאבחונים חוזרים ונשנים, ובמקביל - לפגיעה ביכולת לתפקד, פגיעה הכרוכה אף היא בעלויות ציבוריות, כדמי אבטלה, קצבאות נכות וכדומה. אל ההוצאות הישירות על בריאות שאליהן התייחסנו עד כה (ביקור רופא, פרודורה ותרופות) נלוות הוצאות עקיפות, כמו ירידה בהכנסות מעבודה, הוצאות נוספות על נסיעות לבית החולים במוניות, חימום/קירור של הבית ועוד. מחקר שבחן את ההוצאות השוטפות של חולי סרטן וטרשת נפוצה וחולים/ות הזקוקים לטיפול דיאליזה גילה שהוצאותיהם החדשיות הנלוות עומדות על כ-5,000 ₪ (נסיעות לטיפולים, חשמל, מים וכדומה) (רוזן, אוהיון וגלינסקי, 2012). לממצאים אלה השלכות על הפרט, אך גם על החברה בכללותה - הפערים במעמד החברתי-כלכלי מחריפים, ובהתאמה גדלים גם הפערים ברמת הבריאות.

אם נתקלנו בקושי לממן את הטיפול הרפואי, באפשרותנו לפנות לעובד/ת סוציאלית/ת בסניף קופת החולים שאליה אנחנו שייכות (או בסניף המחוזי) או בלשכה לשירותים חברתיים, לכתוב מכתב לרופא/ה המחוזיים או לנציבות קבילות הציבור, ולפנות לעמותות שונות שמנסות לסייע בהקשרים אלה (ראו רשימה באתר האינטרנט של עמותת נשים לגופן: www.wtb.org.il).

נשים נמצאות במגע אינטנסיבי יותר עם מערכת הבריאות, גם בשל צורכיהן הייחודיים (בכל הקשור לפוריות וכן בדיקות מניעתיות רבות) וגם משום שבמרבית המשפחות נשים הן המטפלות העיקריות בבן הזוג, בילדים, בהורים ולעיתים גם בהורי בן הזוג. אל העומס הרגשי והתפקודי שעובדה זו מטילה על נשים, נוסף לעיתים העול הכלכלי. ראשית, נשים ככלל הן עניות יותר. שנית, הן מפסידות יותר ימי עבודה ואפשרויות קידום בשל היעדרויות על רקע רפואי (של עצמן ושל בני משפחתן). בנוסף, הן נפגעות יותר מהטלת דמי השתתפות עצמית על שירותים ותרופות וכן מהוצאות בריאות נוספות וחיוניות שאינן כלולות בסל ורלוונטיות להן, כגון, אמצעים למניעת היריון, טמפונים, תחבושות וכו'. נשים בעלות הכנסה נמוכה שאינן רוצות או יכולות לוותר על רכישת תרופות ושירותים, מוותרות לעיתים על הוצאות חשובות אחרות, כמו מזון וחינוך.

להלן נתייחס לחסמים הנלווים לחסמים הכלכליים והמעמיקים אותם עוד: חסמים שפתיים ותרבותיים, המקרה של נשים מזרחיות והמקרה של נשים עם מוגבלות.

חסמים תרבותיים ושפתיים / ד"ר מיכל שוסטר

בישראל חיות קבוצות מיעוט תרבותיות רבות: ערבים על קבוצותיהם האתניות השונות, יהודים מהגרים (עולים), מהגרי עבודה ומבקשי מקלט. יש הכוללים בין המיעוטים התרבותיים אף את היהודים החרדים, הפועלים על פי קודים תרבותיים ייחודיים.

תפיסת הבריאות והערכים התרבותיים השונים של קבוצות אלה, כמו גם הצורך לתקשר בשפה שאינה שפת האם שלהם, משפיעים על האופן שבו נצרכים שירותי הבריאות. שירותים הקיימים במערכת הבריאות בישראל אינם נגישים, מבחינה תרבותית ולשונית, לחלק מן האוכלוסיות הזכאיות להם. נגישות לשונית היא הרמה שבה מוצר, שירות או סביבה זמינים לדוברי שפות מיעוט ולאנשים שאינם דוברי שפת הרוב. המטרה היא לאפשר לדוברי שפות מיעוט לצרוך מוצרים ושירותים באופן שוויוני ומכבד כמו צרכנים דוברי שפת הרוב.

חסמים תרבותיים מונעים ניצול יעיל של שירותי הבריאות ותורמים לאי-שוויון בבריאות (אפשטיין, 2010). נשים בדואיות סובלות במיוחד מבעיות נגישות בשל פערי שפה. דוח של ארגון "רופאים לזכויות אדם" מעלה כי רוב הצוות הרפואי ב-11 המרפאות המעניקות שירותים לתושבי כפרי הבדואים, דובר עברית בלבד. למעלה מ-60 אחוזים מהמטופלות חסרות אוריינות בעברית, וכמעט מחציתן אינן מבינות או דוברות עברית. מכשול זה

פוגע בנגישות המטופלות לטיפול וביעילותו (גוטליב, 2008). פערים בנגישות לשירותי בריאות תועדו גם בקרב קבוצות אוכלוסייה אחרות. כך, למשל, מחקר שנערך בקרב חולי סוכרת העלה ששיעור החולים האתיופיים המצהירים כי הם מבינים את הסברי הצוות הרפואי נמוך במידה משמעותית (רק 48 אחוזים) לעומת חולים אחרים, ש-92 אחוזים מהם הצהירו כי הם מבינים את כל הסברי הרופא (טולדנו ואח', 2005).

הספרות המקצועית והניסיון בשטח מוכיחים כי פערי שפה פוגעים לא רק בהבנה ובמילוי ההוראות על ידי המטופלים, אלא גם גורמים לעלויות גבוהות יותר למערכות הבריאות (Flores et al., 2003; Goldman et al., 2006; Hampers et al., 1999).³ בישראל, פערי שפה ותרבות בטיפול הרפואי זוכים רק בשנים האחרונות להכרה בקרב עובדי מערכת הבריאות ומקבלי ההחלטות. למרות זאת, נכון לזמן כתיבת שורות אלה, אין בישראל מערכת כוללת וממוסדת להנגשה לשונית, ואנשי הצוות מסתמכים על פתרונות מאולתרים, בדמות תקשורת בלתי-מילולית או תקשורת בשפה מפושטת, שימוש בקרובי משפחה, בעיקר בילדים, כמתורגמנים, וכן שימוש באנשי צוות שלא עברו הכשרה מתאימה בתרגום רפואי.

בשנים האחרונות מתקיימים מאמצים לקשור בין אי-שוויון בבריאות לפערי השפה והתרבות. על פערים אלה ניתן וצריך לגשר באמצעות שימוש במתורגמנים רפואיים, מגשרי בריאות, עובדים דו-לשוניים בעלי הכשרה מתאימה ועוד. בשנים האחרונות פועלים מספר פרויקטים להנגשה לשונית מקצועית, דוגמת שירות מתורגמנות טלפוני לדוברי אמהרית ולצוותי הבריאות, שירות מתורגמנות טלפוני למבוטחי "מכבי שירותי בריאות" דוברי ערבית ורוסית, וכן הכשרות של צוותי בריאות במיומנויות תרגום וגיבור. במקביל, ארגונים ויחידים מפעילים לחץ על מערכת הבריאות להכיר בפתרונות מעין אלה כחלק מהצעדים לצמצום פערים בצריכת שירותי בריאות, מתוך הכרה כי טיפול רפואי יעיל ואתי טומן בחובו התאמות של המערכת לצרכים התרבותיים של המטופל (הסתדרות הרופאים בישראל, 2008; המטה הציבורי לשוויון בבריאות, 2010).

מערכת הבריאות אמורה להעניק טיפול המותאם למטופלים השונים זה מזה בערכיהם, אמונותיהם והתנהגותם, תוך שימוש בשפה המובנת לדוברים והתאמת הטיפול לצורכיהם החברתיים והתרבותיים. בישראל מובעת ההכרה בחשיבות ההלימה התרבותית של שירותי בריאות בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מפברואר 2011, המנחה את ארגוני הבריאות לבצע התאמות על מנת שמטופלים מרקעים תרבותיים שונים יזכו לטיפול איכותי, בהתאם לרוח חוק בריאות ממלכתי (1996) וחוק זכויות החולה (1996). התאמות אלה יכללו שירותי תרגום בעל פה ומענה בשפת המטופל, תרגום מסמכים חיוניים, שיפור השילוט, התאמת הסביבה הארגונית והכשרת אנשי צוות למתן טיפול רגיש תרבות. החוזר מציב אתגר חברתי, כלכלי ומקצועי בפני ארגוני הבריאות, והוא בעל חשיבות בהעלאת סוגיית ההנגשה הלשונית והתרבותית על סדר היום של ארגוני הבריאות ונותני שירותי הבריאות בישראל.

ד"ר מיכל שוסטר, מתמחה בהנגשה לשונית והתאמה תרבותית של שירותי בריאות ובהכשרת מתורגמנים רפואיים

נשים עם מוגבלות

נשים עם מוגבלות סובלות מאפליה כפולה: ראשית, מעצם מוגבלותן, ושנית, בשל היותן נשים. הסטטיסטיקה מגלה שהשכלתן של נשים עם מוגבלות פחותה מזו של נשים ללא מוגבלות ומצבן הכלכלי קשה יותר. הן מועסקות פחות, וכ-29 אחוזים מהן דיווחו כי הן ובני משפחותיהן מתקשים מאוד לשלם בעבור צרכים בסיסיים. בקרב נשים מבוגרות ואלמנות יש שיעור גבוה יותר של נשים עם מוגבלות (שטרסברג וריבליס-איתן, 2006).

נשים עם מוגבלות נתקלות באופן שגרתי במחסומים רבים: מחסומים פיזיים ובעיות בנגישות למקומות ולשירותים; מחסומים תקשורתיים, כמו קושי של מטפלים/ות לתקשר עמן; מחסומים לוגיסטיים, כמו קשיים בביצוע מטלות יומיומיות; מחסומים של בורות וחוסר אמון מצד סביבתן, וכתוצאה מכך חוסר הבנה והתייחסות לא נאותה לצורכיהן הבסיסיים; ומחסומים כלכליים, כמו שכר נמוך והשכלה נמוכה אל מול צרכים מרובים. בנוסף, נשים עם מוגבלות חשופות יותר לאלימות. מחקרים מראים כי נשים עם מוגבלות נפלות קורבן למעשי אלימות (אונס, אלימות מינית ואלימות פיזית) בשיעור גבוה יותר מנשים ללא מוגבלות (שטרסברג ואיתן-ריבליס, 2008).

3 למשל, בישראל זכה זוג דוברי ערבית בתביעה נגד בית החולים "פוריה" על רקע זה משום שהצוות התרשל במתן הסברים לאשה ההרה, ובכך תרם למות עובריה (תיק 2564/05 דלאשה ואח' נגד מדינת ישראל).

יש סוגיות שהן ייחודיות לבריאותן של נשים עם מוגבלות. יש הסובלות ממוגבלות גופנית, המקשה עליהן להיבדק באמצעות הציוד הרגיל. לאחרות, הסובלות ממוגבלות התפתחותית, יש לעיתים קושי לבטא את עצמן והן אף עלולות להתנגד לבדיקה. לכן יש לדאוג למרפאות עם אמצעים וטכניקות שבעזרתם ניתן להיבדק חרף מגבלות פיזיות (למשל, ציוד המאפשר תנוחות אופטימליות בעת בדיקה במרפאת נשים).⁴ כמו כן, לרופאות/ים צריך להיות מלוא הידע הרפואי והטכני על המוגבלות שממנה סובלת המטופלת.

האמנה לזכויותיהם של אנשים עם מוגבלות, שהתקבלה באו"ם בשנת 2006, עיגנה את זכויותיהן של נשים עם מוגבלות בכמה היבטים. בעקבות חקיקת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות-התשנ"ח בישראל חלה התקדמות איטית בנוגע להכרה ולמימוש זכויות אלה.

בריאות נשים מזרחיות בישראל / אסתר עילם

נשים מזרחיות בישראל הן נשים יהודיות שמוצאן בעיקר מאסיה ומאפריקה, וגם מאסיה הקטנה וארצות הבלקן. נמצא שמוצא אתני משפיע על תכונות גנטיות, כך למשל נמצא סיכון מוגבר של נשים מזרחיות לחלות בסרטן צוואר הרחם ואילו נשים אשכנזיות נושאות עימן את גן הטי-זקס (אבן, 2009). בנוסף לכך, מושפעת בריאותן של נשים מזרחיות גם מאפליה חברתית ממוסדת.

מזרחיות/ים הם הקבוצה האתנית הגדולה ביותר בישראל, אך במבנה החברתי הקיים, יהודיות/ים מארצות אשכנז מהווים את הקבוצה ההגמונית בישראל הדומיננטית מבחינה פוליטית, והנהנית מזכויות יתר. הקבוצות הלא-הגמוניות כוללות מהגרות/ים מאתיופיה ומארצות ברית-המועצות לשעבר, פלסטיניות/ים, מהגרות/י עבודה, פליטות/ים, וכיוצא בזה. קבוצות אלה סובלות מיחס של אפליה, דיכוי, וגזענות, ומבחינה סוציו-אקונומית רובן נמצאות בעיקר בעשירונים הנמוכים, מה שמשפיע על אורח החיים ומצב הבריאות של הנשים באותן קבוצות. לעתים נוספת על כך הצפייה מנשים בחברה מסורתית להעמיד בראש סדר עדיפויותיהן את התפקידים המשפחתיים כמו גידול ילדים, טיפול, טיפוח והזנת בני ובנות המשפחה. עקב כך עליהן להיות בכשירות מלאה כל העת, מה שמקשה עליהן לדאוג לרווחתן ולבריאותן האישית, ויש סכנה שהן יכחישו וידחיקו בעיות רפואיות וידחו את הטיפול בהן.

נשים מזרחיות רבות מצויות במצוקה כלכלית, ויש לכך השפעה רבה על בריאותן. עוני מאלץ נשים לעבודת כפיים מאומצת - הן בבית, והן מחוצה לו - עבודה שבה נעשה שימוש רב בחומרי ניקוי ובחומרי הדברה מסוכנים לבריאות. העוני גם מהווה מחסום לקבלת שירותי בריאות שאינם בסל הבריאות הקבוע בחוק. הוא מקשה על נשים לקיים אורח חיים בריא המונע מחלות, כמו צריכת מזון בריאות, או השתתפות בשיעורי התעמלות וכושר, מה שעלול להשפיע על ערעור הבריאות בגיל מוקדם ועל קיצור תוחלת החיים.

מאחר ומערכת הרפואה הממסדית מבוססת על ערכים מערביים, שפתה אינה נהירה לקבוצות רבות באוכלוסייה, והסמכות הרפואית עלולה להשתיק דיבור של פציניטית שאינה משתמשת במונחים הממסדיים. ידע מסורתי המצוי ברשות נשים לא מערביות נדחה לעתים קרובות כ"אמונות הבל". נשים המזוהות כמזרחיות (על פי שם, צבע עור, מבטא וסגנון דיבור, וכך הלאה) עלולות לקבל מידע מוגבל יותר מזה הניתן לנשים שאינן מזרחיות (מתוך הנחה שלא יבינו את הנאמר), להיות מאובחנות כסובלות מבעיות נפשיות כתגובה לתלונותיהן על בעיות פיזיות, ולקבל מרשמים לגלולות הרגעה ולכדורי-שינה (יחס מעין זה שכיח כלפי נשים בכלל, אך במיוחד כלפי נשים מקבוצות לא הגמוניות).

בשנותיה הראשונות של המדינה, התרכז הממסד בפוריות נשים מזרחיות ("הסדרת לידות") מתוך תפיסה קולוניאלית, הרואה בריבוי פנימי בקבוצות אלה סכנה לקיומה של הקבוצה השלטת. עד לאחרונה התבצעה עדיין התערבות רפואית מטעם הממסד הרפואי בקרב נשים אתיופיות. הנשים אולצו - מבלי שידעו את משמעות הדבר - לקבל זריקות של 'ז'פרו פרוורה', שהוא אמצעי מונע היריון הידוע כמזיק (אייל, 2009). ידע זה התגלה מאוחר יותר, מאחר ופעולות אלה בוצעו בחשאי. בשנים הראשונות של המדינה התקיים ניסוי רפואי על א/נשים שעלו בגל העלייה המזרחית. הקרנות רנטגן בוצעו על ילדות וילדים מעדות המזרח שנחשדו כחולות

4 באתר www.pigur.co.il אפשר למצוא מידע הנוגע להורים למתברגות ולבוגרות המבקשים להתייעץ ולקבל חוות דעת ממומחה/ית לרפואת המתברגות, או מגינקולוגית/ית בעלי ניסיון בטיפול בא/נשים עם מוגבלות בנושאים מיניים.

וכחולים בגזת, מה שגרם, ועדיין גורם, לאלפים מהם לתלואה במחלות סרטניות ולמוות מוקדם. בשנים האחרונות התפרסמו כמה מקרים המעידים על התייחסות מתנשאת ומזלזלת של המסד הרפואי כלפי יולדות מזרחיות ואתיופיות. ד"ר גלית סעדה-אופיר, אשה מזרחית שילדה בניחוח קיסרי, נפטרה לאחר שלא קיבלה מענה לתלונותיה על כאבים וחולשה. בדוח החקירה העיד הרופא המטפל שלא הבחין בחיזורונה בשל צבע עורה הכהה. מקרה דומה הוא פטירתה לאחר לידה בניחוח קיסרי של סנטה מהרטו, אשה ממוצא אתיופי, אשר לטענת המשפחה תלונותיה על כאבים לא טופלו במועד.

עד היום כמעט ולא נעשו מחקרים רפואיים שיטתיים העוסקים בבריאותה של האשה המזרחית, ולכן לא נמצא כיום מידע היכול לשפוך אור על היקף תוצאות האפליה רבת השנים. יש להניח שככל שייחשפו ויאותרו המנגנונים הקולוניאליים והפטריארכאליים המשפיעים על בריאותה של האשה המזרחית והאתיופית, כך ניתן יהיה ליצור תנאים שוויוניים יותר עבורן במערכות הבריאות בישראל.

אסתר עילם, מייסדות הפמיניזם בישראל, מרכז הסיוע לנפגעות תקיפה מינית ותנועת "אחותי". מחברת 'אננסות, אונס והרשויות בישראל', בעלת תואר ד"ר לשם כבוד

2. חסמים פיזיים: זמינות שירותי בריאות ברחבי הארץ

בשנים האחרונות, מפרסמים משרד הבריאות וארגונים חברתיים שונים מידע על אודות הפריסה הלא שוויונית של שירותי הבריאות בין אזורים גיאוגרפים שונים. כך, למשל, פרסם משרד הבריאות כי בשנת 2010 שיעור המועסקים בכל מקצועות הבריאות השונים - רופאות/ים, אחיות/ים ומקצועות עזר רפואיים - היה נמוך יותר במחוזות הצפון והדרום בהשוואה לשאר המחוזות. שיעור הרופאים/ות במחוז תל אביב היה 5.2 ל-1,000 תושבים לעומת 2.2 בדרום ו-1.6 בצפון; שיעור האחיות/ות היה 6.0, 3.2 ו-3.7, בהתאמה; ושיעור המועסקים במקצועות הפארא-רפואיים היה 4.4, 2.0, 2.4, בהתאמה (חקלאי, 2010). קיימת התאמה בין פריסה לא שוויונית של שירותים לפריסת מכשור: במחוז הדרום קיים המספר הנמוך ביותר לנפש של מכשירים רפואיים מתקדמים כ-MRI, CT, ויחידות צנתור (רופאים לזכויות אדם וקבוצת ב"ש-שוויון בבריאות, 2008). שירותים דוגמת שיקום באשפוז ושיקום בקהילה זמינים במשורה בלבד באזור הדרום. במחוזות הצפון והדרום יש מצוקה חמורה במיטות אשפוז, עמדות לידה ועמדות חירום, כמו גם בכוח אדם רפואי זמין המאייש אותם. פריסה זו איננה רק תוצר של בחירה חופשית של בעלי המקצוע אלא גם פונקציה של מספר התקנים שמקצה משרד הבריאות.

הציבור הרחב נחשף למחסור ברופאים/ות, אחים/ות ובעלי מקצועות בריאות נוספים בעקבות שביטות האיגודים הפרופסיונאליים. "ההסתדרות הרפואית בישראל" (ה"ר") שבתה לאחרונה בקיץ 2011 ו"ההסתדרות האחים והאחיות בישראל" שבתה לאחרונה בחורף 2012. בהמשך לשביטות הרופאים/ות האחרונה, נחתם הסכם בין ההסתדרות הרפואית לממונה על השכר באוצר, שירותי בריאות כללית וההסתדרות המדיצינית הדסה (שלושה מעסיקים מרכזיים). ההסכם כלל מענקי עידוד בגובה מאות אלפי שקלים לרופאים ולרופאות במקצועות רפואיים במצוקה (מרדמים/ות, טיפול נמרץ, יילודים ופגים ועוד) וכן לרופאים/ות המועסקים בבתי חולים בפריפריה. הסתדרות האחיות חתמה על הסכם עם המדינה, לפיו המדינה תשתתף, בין היתר, במימון שכר הדירה של אחים/ות העובדים בדרום הארץ. לצד המאבקים שניהלו ארגוני העובדים, ארגונים חברתיים שונים פעלו על מנת לחשוף מידע על אודות פערים בזמינות שירותים בין אזורים גיאוגרפים שונים, ובין יישובים יהודיים לערביים. הישג משמעותי הושג כאשר קבוצת נשים פעילות מב"ש, "קבוצת ב"ש-שוויון בבריאות", אשר פעלה יחד עם "רופאים לזכויות אדם", "האגודה לזכויות האזרח" ו"הקליניקה המשפטית לזכויות אדם באוניברסיטת תל-אביב" הגיעה להישגים משמעותיים לטובת תושבי/ות הנגב. בעקבות זאת משרד הבריאות חויב להכליל במרכז לחלוקת רישיונות להפעלת מכשירי MRI, קריטריונים הנוגעים עדיפות את הפריפריה הצפונית והדרומית, והלוקחים בחשבון את הצורך לצמצם פערים בחלוקת משאבי בריאות בין המחוזות.

נשים ערביות⁵

בישראל חיים 1.3 מיליון ערבים מוסלמים, כ-153,000 ערבים נוצרים וכ-126,000 ערבים דרוזים, המהווים כ-20 אחוזים מתושבי המדינה. קבוצה זו סובלת, באופן כללי, מבריאות ירודה ביחס לאוכלוסייה היהודית במדינה.⁶ מדד אוניברסלי מקובל לבריאות של אוכלוסייה הוא שיעור התמותה של תינוקות. בשנת 2010, עמדה תמותת התינוקות בקרב ערביות מוסלמיות על 7.3 פטירות לכל 1,000 לידות, בהשוואה ל-2.7 בקרב נשים יהודיות. בדרום הארץ, שיעורי תמותת התינוקות גבוהים יותר ביחס למוצע: 5.1 בקרב נשים יהודיות בנפת באר שבע, ו-11.0 בקרב נשים ערביות מוסלמיות. נתון נוסף המעיד על פערים ברמת הבריאות הוא תוחלת החיים של נשים ערביות: 81 שנים בהשוואה ל-83.7 שנים בקרב נשים יהודיות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010). בין השנים 2008 ל-2010 הצטמצם הפער בתוחלת החיים בין נשים ערביות ליהודיות, אולם לא ברור אם מגמת הצמצום תימשך, נוכח העובדה כי הפער בתוחלת החיים בין השנים 1975-2008 התרחב. בשנים אלו עלתה תוחלת החיים בשתי קבוצות האוכלוסייה, אך העלייה בתוחלת החיים של גברים ונשים יהודים/ות הייתה גבוהה יותר, קרוב לפי שניים בהשוואה לגברים ונשים ערבים (משרד הבריאות, 2011).

הפערים בין בריאותם של ערבים לבריאותם של יהודים נובעים, בין היתר, מפערים במדדים חברתיים סביבתיים וכלכליים אחרים, ומגישות נמוכה יותר לתשתיות מקדמות בריאות, עקב השתייכות לקבוצת מיעוט אתנית מודרת ומופלת (דאוד ואחרים, 2012). אחד המשתנים המרכזיים המשפיעים בצורה שלילית על בריאותם של ערבים בישראל הוא תחולת העוני הגבוהה בקרב משפחות ערביות: 53.2 אחוזים בהשוואה ל-14.7 אחוזים בקרב משפחות יהודיות (מירי ואחרים, 2011). כמעט שליש מהציבור (31%) נאלץ לוותר לפחות על סוג אחד של שרות רפואי במהלך השנה האחרונה, כמו קניית תרופות וביקור אצל רופא/ה. הנתונים קשים יותר בקרב אוכלוסיות המרוויחות שכר מינימום (38%) וערבים (42%) (דגני ודגני, 2008). בנוסף, קיימת אפליה בתחום התשתיות, שמשפיעה על התנאים ההכרחיים לבריאות ראויה, כגון היעדר חיבור לרשת המים והחשמל הארצית בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, אחוזים נמוכים יחסית של חיבור לביוב ביישובים ערביים, מיעוט תחבורה ציבורית, פחות מדרכות וכבישים סלולים ופחות שטחים ירוקים ופארקים (אבני-וקנין, 2008; אגודת הגליל, 2011).

משתנה מרכזי נוסף המשפיע על הבריאות בקרב ערביות/ים הוא רמת ההשכלה. הוכח בשורה ארוכה של מחקרים שהשכלה מעלה את תוחלת החיים, מורידה את תמותת התינוקות ותורמת לבריאות, גם אם לא ברור בדיוק מדוע וכיצד. בשנת 2010 רק 35.4% מתלמידות י"ב בחינוך הערבי היו זכאיות לתעודת בגרות, ומהן רק 40.9% עמדו בדרישות הסף האוניברסיטאיות, בהשוואה ל-61.8% ו-52% (בהתאמה) מהתלמידות בחינוך העברי (לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, 2011).

גם נגישותה של האוכלוסייה הערבית לחלק משירותי הבריאות נמוכה יותר. למשל, באף יישוב ערבי בישראל אין בית חולים ממשלתי, ונכון לשנת 2012, היו רק שתי מרפאות קהילתיות לבריאות הנפש ביישובים ערביים (אבני-וקנין, 2008). ייתכן שנתון זה מסביר באופן חלקי מדוע 46 אחוזים מהאימהות המתגוררות ביישובים יהודיים או מעורבים פונות למרפאות לקבלת עזרה לילדיהן, בעוד רק כ-9 אחוזים מהאימהות המתגוררות ביישובים ערביים פונות לקבלת עזרה (Mansbach-Kleinfeld, 2010). חלק מהפגיעה בנגישותה של האוכלוסייה הערבית נובע גם מהיעדרם של שירותים נגישים מבחינה לשונית, כלומר בשפה הערבית, בפרסומים הכתובים או בהיעדר תקשורת בין-אישית עם הצוות הרפואי. דבר זה נכון גם לגבי מיעוטים לשוניים אחרים במדינה (שוסטר ושלזינגר, 2007). נשים ערביות נתקלות גם בחסמים תרבותיים ולוגיסטיים המונעים מהן לשמור על אורח חיים בריא יותר. כך, למשל, במחקר שכלל קבוצות מיקוד של נשים ערביות, הנשים דיווחו שעצם ההגעה לבדיקות במרפאה בעיר הסמוכה מהווה חסם בעבורן, משום שהן מעדיפות לחסוך את הכסף הנדרש לנסיעה לטובת צרכים אחרים של בני משפחתן (דאוד, 2010).

5 לקריאה נוספת על הפערים בין בריאותן של נשים ערביות לבריאותן של נשים יהודיות בישראל ראו: נשים לגופן - א', 2012.
6 לא כל הנתונים מפולחים לפי קבוצות דת, אך ידוע שמצבם הבריאותי של הערבים המוסלמים ירוד מאוד ביחס ליהודים, בעוד שרמת הבריאות של האוכלוסייה הערבית-נוצרית קרובה לרמת הבריאות של האוכלוסייה היהודית בישראל.

3. אפליה: נשים המודרות מטיפול רפואי בישראל

הזכות לבריאות והזכות לחיים שלובות זו בזו. הזכות לבריאות היא זכות יסוד בסיסית, אך בניגוד לזכות לחיים או הזכות הכללית ל"הגנה על הגוף", היא איננה נכללת ב"חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו" ואינה מעוגנת בחוק יסוד. עד כה התייחסנו לנשים תושבות ישראל המבוטחות בביטוח בריאות ממלכתי, שאינן יכולות לממש את זכאותן עקב חסמים שונים, אם משום שהן מתקשות לשאת בעלויות הטיפול, אינן דוברות את השפה או מסיבות אחרות. נתייחס כעת לקבוצת נשים חסרות מעמד אזרחי, שאינן מבוטחות בביטוח הממלכתי ולכן מודרות מטיפול רפואי.

נשים חסרות מעמד

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מגדיר כי החוק חל רק על תושבי קבע במדינה, ולכן מערכת הבריאות אינה מחויבת בחוק להעניק טיפול למי ששוהה בישראל ללא מעמד אזרחי (דהיינו, שאינה תושבת או אזרחית). בישראל שוהות עשרות אלפי נשים שאינן אזרחיות או תושבות. למשל, מהגרות עבודה ("עובדות זרות"), פליטות המבקשות מקלט מדיני בישראל, קורבנות סחר ונשים פלסטיניות הנשואות לאזרחים ישראלים אך מנועות מקבלת מעמד בישראל בשל "חוק האזרחות והכניסה לישראל".

זכאותן היחידה של נשים ששוהות בישראל ללא מעמד אזרחי לשירותי בריאות, פרט לשירותים הפתוחים לכל אם וילד בישראל, ללא קשר למעמד האזרחי, בתחנות האם וילד, מוקנית להן מתוקף חוק זכויות החולה (1996), המבטיח לכל אדם, בכל מעמד, טיפול רפואי ללא התניה במצבים של סכנה ברורה ומיידית לחיים. החוק מבטיח, לכאורה, את הזכות הבסיסית לחיים, אך בפועל, ניסוח החוק מאפשר לנשים חסרות מעמד אזרחי לקבל שירותי בריאות ציבוריים רק במקרי חירום. בנוסף, בעיות תקציביות גורמות לצוותי בתי החולים, ובעיקר לאנשי/נשות המנהלה, להערים קשיים בפני חסרות מעמד המבקשות טיפול במצב חירום רפואי.

בתי החולים מפרשים בצורה מצמצמת את הביטוי סכנה ברורה ומיידית לחיים. כך, למשל, טיפול במחלת הסרטן, אפילו במצב מתקדם, אינו מוכר כטיפול בסכנה מיידית לחיים. רק אשה המגיעה במצב אקוטי לחדר המיון, לדוגמה חולת כליות הזקוקה לדיאליזה באופן מידי או מי ששברה את ידה, תקבל טיפול ראשוני. המצב כה אבסורדי, עד כי אשה עם שבר תקבל טיפול של קיבוע וגיבוס, אולם לאחר מכן, כאשר תבקש להסיר את הגבס, בית החולים אינו מחויב לעשות זאת, שכן הסכנה כבר אינה מיידית.

החוק מבטיח אמנם טיפול חירום רפואי ללא התניה מוקדמת, אך אינו פוטר מתשלום ואינו מפצה את בית החולים במקרים שבהם החולה איננה יכולה לשלם את עלויות האשפוז הגבוהות. כתוצאה מכך, בתי החולים מציבים מכשולים וקשיים בפני חסרות מעמד הנזקקות לטיפול חירום. מבחינת חסרות המעמד, הבעיה מתחילה כבר עם ההגעה לחדר המיון. אם הצליחו להתגבר על החשש מהמאבטח/ת (שמזוהים לעיתים בטעות כשוטרים) הן נתקלות בפקיד/ת הקבלה שעורכים בירור ראשוני, הכולל מסמכים מזיהם, הפניה למיון (שבדרך כלל חסרה) ותביעת תשלום. תשלום בעבור בדיקת רופא/ה במחלקה לרפואה דחופה עומד על כ-1,124 ₪, עלות יום אשפוז לאזרחית זרה עומדת על כ-1,650 ₪. דרישת התשלום מובילה למצב של התניית הטיפול הרפואי בתשלום. נשים חסרות מעמד עלולות לפרש את המסרים של צוות בית החולים כסירוב לקבלן לטיפול, ולעיתים הן חוששות כי אם לא ישלמו ייעצרו ואולי אף יגורשו מישראל. במקרים מסוימים, חולות עוזבות את חדר המיון במצב רפואי מסוכן מבלי שנבדקו. הפגיעה בנשים מתעצמת כאשר הן נאלצות להגיע לחדר המיון בשל היריון ולידה, לאחר שלרוב לא זכו למעקב היריון הולם כמו נשים אזרחיות המדינה (אבני-וקנין, 2007).

במהלך השנים 2010-2012 נחשפה במרפאה הפתוחה, שאותה מפעילה בהתנדבות עמותת "רופאים לזכויות אדם", תופעה חמורה ומדאיגה ביותר, המצביעה על כך, כי רבות מהנשים מבקשות המקלט המגיעות לישראל דרך מדבר סיני, נופלות קורבן לעינויים, שלילת חירות ואונס (רופאים לזכויות אדם, 2012). בהיעדר גישה למערכת הבריאות הציבורית, נשים אלה אינן מאובחנות כקורבנות ואינן מקבלות את הטיפול הנדרש להן, לא את הטיפול הפיזי ולא את הטיפול הנפשי. נשים אלה זקוקות לא רק לטיפול חירום, אך כל שנותר להן, על פי החקיקה הקיימת, הוא לפנות לעזרתם של ארגוני זכויות אדם וחברה אזרחית, אשר מנסים לעשות ככל יכולתם, באמצעיהם מוגבלים, כדי לסייע לקורבנות (נשים לגופן - א', 2012).

הפגיעה בזכותן לבריאות של נשים פלסטיניות חסרות מעמד בישראל הנשואות לישראלים / רן כהן

תושבות מדינות זרות הנישואות לאזרחי ישראל זכאיות למעמד אזרחי ולזכויות חברתיות נלוות, בתום הליך המכונה "איחוד משפחות". במאי 2002 קיבלה ממשלת ישראל החלטה להקפיא את הליכי איחוד המשפחות של תושבות הרשות הפלסטינית הנישואות לאזרחי ישראל. החלטה זו גבתה בטיעונים ביטחוניים ועוגנה בשנת 2003 בתיקון ל"חוק האזרחות והכניסה לישראל", שתוקפו מוארך מדי שנה. מאז, תושבות הרשות הפלסטינית הנישואות לישראלים נותרו חסרות מעמד ולפיכך משוללות זכויות חברתיות.

התיקון לחוק האזרחות מוביל ליצירת שכבת אוכלוסייה רחבה, המוערכת בכ-20,000 נפגעים ונפגעות. חלק גדול מנפגעות החוק הן נשים המתגוררות בישראל דרך קבע, אך נטולות מעמד וזכויות. נפגעות החוק אינן זכאיות לשירותי בריאות, אין להן נגישות לשירותי רווחה, הן אינן מורשות לסייע בפרנסת המשפחה ולמעשה מודרות מכל מערכות הטיפול, התמיכה והסיוע המקומיות.

בהיעדר מעמד אזרחי, גם חופש התנועה שלהן נפגע. רבות מהן נמנעות לצאת מביתן וחיות בחשש תמידי מפני מעצר, גירוש והפרדה מילדיהן ומבני זוגן. מעבר לפגיעה הקשה בזכותן לבריאות, מצב זה מוביל נשים חסרות מעמד לניתוק חברתי, לתלות גבוהה בבן הזוג, לפגיעה במעמדן במשפחה, לחשיפה פוטנציאלית מוגברת להתעללות ולאלימות, ללא יכולת לברוח ממנה או לשים לה קץ, ולחיים רוויי לחץ וחרדה.

פלח אוכלוסייה נוסף הוא נשים הנשואות במסגרת משפחות פוליגמיות (ריבוי נשים). נשים אלה (פלסטיניות ברובן) נשואות לגברים אזרחי ישראל, אולם אינן זכאיות למעמד חוקי ולפיכך אינן מקבלות שירותי בריאות. לפי ההערכות הזירות ביותר, מדובר בלמעלה מ-300 נשים (אבני-וקנין, 2008).

אחת הפגיעות המשמעותיות במעמדן של נשים אלו היא במקרים של אלימות, שהרי כנשים אחרות, גם חלק מהנשים החסרות מעמד אזרחי סובלות מאלימות במשפחה. הטיפול הרפואי שלו הן זוכות איננו משתווה לזה של זכאיות אזרחיות ישראל. יותר מכך, לעיתים הראשונות אינן זוכות לטיפול רפואי כלל. אמנם, מקלטים להגנה ולטיפול בקורבנות אלימות במשפחה קולטים גם נשים חסרות מעמד אזרחי. על פי נתוני משרד הרווחה, ב-2007 שהו במקלטים אלה 33 נשים חסרות מעמד, 25 מתוכן שהו במקלטים עם ילדיהן (משרד הרווחה, 2008). בנוסף, החל מ-1993 זכאיות קורבנות אלימות במשפחה לקבל שירותים רפואיים, גם אם אינן מבוטחות בביטוח בריאות ממלכתי. הבעייתיות היא שבהיעדר נגישות לטיפול רפואי בבעיות שלכאורה אינן תוצאה ישירה של אלימות, נאלצות נשים אלה לממן את כל הטיפולים מכיסן. זאת משום שהנוהל מגביל את השירותים הרפואיים הניתנים לחסרות מעמד אזרחי אך ורק לטיפולים הנדרשים כתוצאה מהפגיעה ולבדיקות לביסוס ראיות לצורך הגשת כתב אישום (משרד הבריאות, 1993). במקרים רבים פונות הנשים (או המקלטים בשמן), במצוקתן הרבה, לעזרה הומניטרית ונאלצות להסתמך על ארגוני סיוע. במקרים קיצוניים, עלולות הנשים לוותר על טיפול רפואי.

כך, נוצר מצב חמור בעקבות הניסיון להפריד בין מצב רפואי שנוצר כתוצאה מאלימות לבין מצבים רפואיים אחרים. הפרדה זו נידונה לכישלון, שהרי קורבנות אלימות במשפחה עלולות לפתח בעיות בריאות שונות, שלכאורה אינן קשורות באופן הדוק למעשה האלימות, אך בפועל נובעות מהאלימות. הן זקוקות לטיפול פיזי ונפשי ללא קשר למעמדן האזרחי או לשיוכן התרבותי, אך הזכות הזו נשללת מהן. למעשה, בהתנערות מאחריות לשירותי בריאות בעבור קורבנות אלימות חסרות מעמד, הממסד הישראלי עושה יד אחת עם בן הזוג המכה ומנציח את נזקקותה של האשה לחסדי ארגונים וולונטריים.

רן כהן, מנכ"ל "רופאים לזכויות אדם"

סיכום

חברת זו הציעה הצצה קצרה ובלתי ממצה לסוגיות שונות, המוצגות, לרוב, כסוגיות רפואיות גרידא, אך למעשה שזורות בסוגיות פוליטיות, חברתיות, כלכליות, דתיות ואחרות. פתחנו בפרטי ופנינו אל הציבורי: תחילה שאלנו כיצד נכיר את זכויותינו אנו? כיצד נפיק את המרב מהקיים במערכת? כיצד נשים לב לעצמנו, לצרכינו, ולא נחשוש לדרוש את זכויותינו מהמערכת?⁷ בהמשך בחנו סוגיות רחבות יותר. כידוע, בריאות ורפואה אינם מושגים נייטרליים או אובייקטיביים, אלא נושאים עמם מטען חברתי, כלכלי, תרבותי, דתי ואידיאולוגי. חוקים ישראליים ואמנות בינלאומיות, דוגמת האמנות של מועצת האומות המאוחדות לזכויות אדם (HRCU) ושל ארגון הבריאות העולמי (WHO), מדגישים את ההיבטים הערכיים וההומניטריים הקשורים למצוקה רפואית. בחברת בחנו כיצד מתמודדת המערכת הרפואית, בשטח, עם הצהרות כגון אלה? ניסינו, באמצעות התבוננות בקבוצות מוחלשות באוכלוסייה - נשים, עניות/ים, קשישות/ים ומי שאינם תושבות/י המדינה, לספק חלק מהתשובות. ההתבוננות הובילה אותנו גם לבחינת התמודדותה של מערכת הבריאות עם חסמים המונעים מנשים, ומגברים, נגישות לידע. מחסומים לשוניים, תרבותיים כלכליים ואחרים מהווים פגיעה של ממש באפשרותנו לממש את חוק זכויות החולה ולהבין את המסמכים, את מצבנו ואת האפשרויות העומדות בפנינו.

"השתתפתי בסדנה שלכן (נשים לגופן) ואני מרגישה שזה ממש עזר לי גם לבריאות שלי. בפעם הבאה שבאתי לרופא האנטיפת הזה והוא שוב לא הקשיב לי, החלטתי שזהו כשיצאתי חיפשתי המלצות מחברות ומהאינטרנט והלכתי לרופא אחר מצוין, שסוף סוף התייחס אלי. אני כל כך שמחה, כיוונתן לי את המודעות והבטחון העצמי, הבנתי שגם אני יכולה לעשות משהו בעצמי לטובת הבריאות שלי."

במהלך כתיבתה של חברת זו העלנו נקודות לחשיבה ולשיפור של מערכת הבריאות, אולם נדמה לנו שהמסר החשוב ביותר שהבנו ככותבות נוגע לא למערכת הבריאות כי אם לנו, הנשים הפרטיות, אם במצבי חולי או בריאות. גופן של נשים היה ועודנו מרחב שבו מתחוללים מאבקים תרבותיים רבים, ומאבקים אלה משתקפים במערכת הבריאות. חשוב שנזכור כי האחריות לבריאותנו מוטלת בעיקר עלינו, ולכן בכל מפגש עם מערכת הבריאות, כמו גם עם מערכות אחרות, עלינו להיות ביקורתיות, נחושות וקשובות. אם נגיע אל הרופא/ה מצוידות במידע על אודות זכויותינו, גופנו והמצב הרפואי שלנו, נוכל, בהתייעצות משותפת עם הרופא/ה ותוך התחשבות בהרגלי החיים שלנו ובהעדפותינו, לבחור את הטיפול הנכון לנו ביותר.

7 מטבע הדברים לא הצלחנו להקיף כאן את כלל הנושאים הנוגעים לנשים, גוף ובריאות, כגון אלימות, מחלות ייחודיות, רפואה משלימה ועוד. לקריאה נוספת ראו: תמיר, 2011.

רשימת מקורות

- אבן, ד. 2009. "נשים מזרחיות בסיכון מוגבר לחלות בסרטן צוואר הרחם". **הארץ**. פורסם בתאריך 8.12.2009.
- אבני, ש. וינר, ז. זיו, ה. 2005. **צוותי רפואה במלכוד: נאמנות כפולה - היא קשורה אליך**. תל אביב: רופאים לזכויות אדם.
- אבני וקנין, ש. 2008. **הזכות לבריאות בקרב ערבים פלסטינים בישראל, מבט משווה, דוח לרגל יום הבריאות העולמי**. תל אביב: **רופאים לזכויות אדם**. <http://www.phr.org.il/default.asp?PageID=68&ItemID=230>. נשלף בתאריך 3.3.2012.
- אבני וקנין, ש. 2007. **צדק שוויון ועזרה הדדית, אתגרים במערכת הבריאות הציבורית בישראל**. תל אביב: רופאים לזכויות אדם. http://www.adva.org/UPLOADED/PHR_BreutFull11%209.pdf. נשלף בתאריך 3.3.2012.
- אייל, ח. 2009. **דפו פרורה, אמצעי למניעת היריון הניתן באמצעות זריקה, על מדיניות השימוש בקרב נשות הקהילה האתיופית בישראל. חיפה: אשה לאשה - מרכז פמיניסטי, חיפה**. <http://www.isha.org.il/default.php?lng=1&dp=2&fl=3&pg=17>. נשלף בתאריך 1.6.2011.
- אפשטיין, ל. 2010. "אי-שוויון ואי-צדק בשירותי הבריאות ובמצב הבריאות". בתוך, בן נון ומגנזי (עורכים). **היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל**. 325-308.
- בג"צ 6595/05. **האגודה לזכויות האזרח בישראל ואחרים נ' שר הבריאות** (החלטה מיום 7.5.2007). <http://elyon1.court.gov.il/files/05/950/065/N03/05065950.n03.htm>. נשלף בתאריך 15.12.2011.
- ברמלי-גרינברג, ש. גרוס, ר. יאיר, י. ועקיבא, א. 2011. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות**. ירושלים: מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל. <http://brookdaleheb.jdc.org.il/?CategoryID=156&A.rtitleID=248>. נשלף בתאריך 16.05.2012.
- גוטליב, נ. 2008. "אנא הון" - מגדר ובריאות בכפרים הבלתי-מוכרים בנגב. תל-אביב: עמותת רופאים לזכויות אדם. http://dukium.org/user_uploads/pdfs/ana_huna_heb.pdf. נשלף בתאריך 30.5.2011.
- גמזו, ר. 2011. **חוזר מנכ"ל, התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות**. מספר 7/11. 3 פברואר 2011. משרד הבריאות. http://www.lprc.org.il/lprc/images/PDF/language_access_health.pdf. נשלף בתאריך 1.6.2012.
- גרוס, ר. ברמלי-גרינברג, ש. ורוזן, ב. 2007. "תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושוויונות". **משפט ועסקים**. 1. ספטמבר 2007.
- דאוד, נ. 2010. "חסמים לקידום בריאות בקרב נשים ערביות בישראל". בתוך, **נשים פלסטיניות בישראל**. אבו-רביעה-קווידר, ס. ווינר-לוי, נ. (עורכות). ירושלים: הוצאת מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד. 102-81.
- ההסתדרות הרפואית בישראל (פברואר 2008). **אי-שוויון בבריאות בישראל**.
- דגני, ד. ודגני, ר. 2008. **צריכת שירותי בריאות, מרכז מול פריפריה**. מחקר בעבור ההסתדרות הרפואית. אפריל 2008. www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type1/center.ppt. נשלף בתאריך 01.06.2012.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2012. **השנתון הסטטיסטי לישראל 2011**.
- המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות. 2010. **מצב הבריאות בישראל 2011**. פרסום 333. אוגוסט 2011. <http://www.pagegangster.com/p/v9rZd>. נשלף בתאריך 30.5.2012.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994**.
- חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996**.
- חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב-1992**.
- חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998**.
- סון, י. 2007. **הפרטת שירותי הרפואה המונעת - נשים וילדים ישלמו את המחיר**. תל אביב: פורום נשים לתקציב הוגן. www.wbf.org.il/uploaded/preventive%20medicine.pdf. נשלף בתאריך 4.10.2011.
- קלאי, צ. 2010. **כח אדם במקצועות הבריאות 2010**. משרד הבריאות.

טולדנו, י, יפה, ע', גבעון, ש', איצ'ק, ס', גוטמן, נ' וקהאן, א'. 2005. **ניצול שירותי בריאות ואיכות הטיפול בסוכרתיים עולי אתיופיה מול סוכרתיים שאינם עולי אתיופיה**. המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות. www.israelhpr.org.il/files/server.php?file=175. נשלף בתאריך 30.5.2011.

ידגר, א. 2011. "הפסקות היריון". בתוך: **נשים לגופן, בריאות, גוף, מיניות, יחסים**. תמיר (עורכת). בן שמן: הוצאת מודן. 417-439.

לבנת, י. 2008. **אי-שוויון בפריסת מכשירים רפואיים מיוחדים ברחבי המדינה**. רופאים לזכויות אדם וקבוצת ב"ש-שוויון בבריאות.

ליפשיץ אבירם, פ. 2006. **הסכמה מדעת של קטין לטיפול רפואי**. תל אביב: פרלשטיין גינסור.

לשכה מרכזית לסטטיסטיקה. 2009. **הודעה לעיתונות: לקט נתונים לרגל יום האשה**. פורסם בתאריך 4.3.2009. <http://www.pmo.gov.il/NR/rdonlyres/7DCB652B-213A-4A2E-AE33-019BBBC1F94F/0/netu2009.doc>. נשלף בתאריך 20.5.2012.

לשכה מרכזית לסטטיסטיקה, 2008. **רווחת האוכלוסייה בישראל - ממצאים ראשוניים מתוך הסקר החברתי 2007**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. http://www.cbs.gov.il/hodaot2008n/19_08_112b.pdf. נשלף בתאריך 7.12.2011.

מדינת ישראל, בית משפט השלום ירושלים (08/01/2007). **פסק דין בעניין תביעת מהא דלאשה וסלים דלאשה נגד מדינת ישראל**. תיק מס' 002564/05.

מור-יוסף-לוי, ע. 2011. "מחלות כלליות". בתוך: **נשים לגופן, בריאות, גוף, מיניות, יחסים**. תמיר (עורכת). בן שמן: הוצאת מודן. 715-751.

מירי, א. ברקלי, נ. גוטליב, ד. ופרומן, א. 2011. **ממדי העוני והפערים החברתיים - דוח שנתי, 2010**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון. http://www.btl.gov.il/Publications/oni_report/Documents/oni2010.pdf. נשלף בתאריך 30.5.2011.

משרד הבריאות, 2010. **הפריה חוץ גופית בישראל 1986-2008**. http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/IVF1986_2010.pdf. נשלף בתאריך 30.5.2012.

משרד הבריאות, 1993. "תשלום עבור שירותים רפואיים לנפגעי עבירות מין או לנפגעי אלימות במשפחה". **חוזר מנכ"ל משרד הבריאות**. פורסם בתאריך 17.12.1993. www.health.gov.il/download/forms/a2344_mr7_93.pdf. נשלף בתאריך 7.6.2011.

משרד הרווחה. 2008. **נתונים שנמסרו ביום 26.10.08 מהשירות לרווחת הפרט והמשפחה במשרד הרווחה**. תגובה לפנייה של "עמותת רופאים לזכויות אדם" באשר לפגיעה בזכותן לבריאות של נשים ממדינות זרות הנשואות לישראלים.

נווה, א. 2012. **מה ידוע על זיהום סביבתי ותחלואת נשים? חיפה: הקואליציה לבריאות הציבור**. <http://www.phc.org.il/4873>. נשלף בתאריך 10.04.2012.

נציבות האו"ם לזכויות האדם וארגון הבריאות העולמי: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the World Health Organization. **The Right to Health Fact Sheet no. 31**. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>. נשלף בתאריך 20.5.2010.

נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. 2009. **דוח מספר 8 לשנים 2007-2008**. נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=21&catid=60&pageid=4915>. נשלף בתאריך 7.6.2011.

נשים לגופן - א'. 2012. "בריאות נשים". בתוך: **נשים בישראל 2011, בין תיאוריה למציאות**. וילמובסקי ותמיר (עורכות). רמת גן: שדולת הנשים בישראל.

נשים לגופן- ב'. 2012. "פרויות: היבטים נבחרים". בתוך: **נשים בישראל 2011, בין תיאוריה למציאות**. וילמובסקי ותמיר (עורכות). רמת גן: שדולת הנשים בישראל.

סבירסקי, ב. (עורכת). 2010. **לצמצם היום את פערי המחר - יעדים לצמצום פערים בבריאות**. המטה הציבורי לשוויון בבריאות. נייר עמדה משותף מטעם מרכז אדוה, רופאים לזכויות אדם, האגודה לזכויות האזרח בישראל, אגודת הגליל וטנא-בריאות. פברואר. <http://www.acri.org.il/pdf/health-gaps.pdf>. נשלף בתאריך 30.5.2011.

- סבירסקי, ב. וקונור-אטיאס, א. 2011. **תמונת מצב חברתית 2011**. תל אביב: מרכז אדוה. דצמבר.
- פילק, ד. 2007. "מסחורה של מערכת הבריאות - תהליך ראוי או שגוי?". **משפט ועסקים**. ו' 277-293.
- פינקלשטיין, ע. 2008. **ניכור וזרות בחויית החולי הכרוני: סיפורים אישיים של נשים החולות בתשישות כרונית ובפיברומיאליה**. דיסרטציה לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה". האוניברסיטה העברית בירושלים. מנחה: פרופ' תמר רפפורט. העבודה עומדת לצאת בקרוב כספר בהוצאת "רסלינג".
- צ'רניחובסקי, ד. 2007. **מימון מערכת הבריאות 1995-2005**. מרכז טאוב.
- קרקו אייל, נ. 2008. **דוקטרינת ההסכמה מדעת בחוק זכויות החולה**. תל אביב: הוצאת נבו.
- רוזן, ה. אוהיון, ל. וגלינסקי, ד. "כמה עולה להיות חולה? אומדן הוצאות של חולי סרטן, דיאליזה וטרשת נפוצה". הוצג בכנס **השנתי של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות**. 14 למרץ 2012.
- שוסטר, מ. ושלינגר, מ. 2007. "נגישות במבט אחר: מיעוטים לשוניים כאוכלוסייה מונגשת". **המרכז לחקר מדיניות הלשון**. www.lprc.org.il/LPRC/images/PDF/schuster_shlesinger.pdf. נשלף בתאריך 1.6.2011.
- רופאים לזכויות אדם. 2012. **שבי, עינויים ואונס במדבר - עדויות של מבקשי מקלט מסיני**. <http://www.phr.org.il/uploaded/Phr-israel-Sinai-Report-Hebrew-23.2.2011.pdf>. 31.5.2012.
- שטרסברג, נורית ואיתן-ריבליס, גלית. 2008. "נשים בנות 60-18 עם מוגבלויות בישראל - ממצאים נבחרים מנתוח משנה של נתוני סקרים ארציים". **בטאון חומ"ש**. אפריל. <http://www.homesh.org.il/rec/174>. נשלף בתאריך 7.6.2011.
- תמיר, ט. (עורכת). 2011. **נשים לגופן: בריאות, גוף, מיניות, יחסים**. בן שמן: הוצאת מודן.
- Betancourt, J. R., D. Green, A. R. and Carrillo, J. E. 2002. **Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches: a field Report**. New-York: The Commonwealth Fund.
- Daoud, N. et al. 2012. "Internal Displacement and Health among the Palestinian Minority in Israel". **Social Science & Medicine**. Volume 74. Issue 8. 1163-1171.
- Flores, G. Barton-Laws M. Mayo, S. J. Zuckerman, B. Abreu, M. Medina, L. and Hardt, E. J. 2003. "Errors in Medical Interpretation and their Potential Clinical Consequences" in **Pediatric Encounters**. *Pediatrics*. Vol. 111(1). 6-14.
- Goldman, R. Amin, P. and McPherson, A. 2006. Language and Length of Stay in the **Pediatric Emergency Department**. *Pediatric Emergency Care*. Vol. 22(9). 640-643.
- Hampers, L. C. Cha, S. Gutglass, D. J. Binns, H. J. and Krug, S. E. 1999. Language Barriers and Resource Utilization in a Pediatric Emergency Department. *Pediatrics*. Vol. 103(6). 1253-1256.
- Mansbach-Kleinfeld, I. et al. 2010. "Service Use for Mental Disorders and Unmet Need: Results from the Israel 33 Survey on Mental Health among Adolescents". **Psychiatric Services**. 61 (3). March. 241 - 249.
- The Galilee Society. 2011. **"The Palestinians in Israel: 3rd Socio-Economic Survey 2010"**. Rikaz- The Databank on the Palestinian Community in Israel.
- World Health Organization (WHO). 2008. **Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health**.
- Yunus, M. B. Celiker, R. and Aldag, J. C. 2004. "Fibromyalgia in Men: Comparison of Psychological Features with Women". **The Journal of Rheumatology**. 31(12): 2464-2467.



נשים לגופן والمرأة וכيانها Women and Their Bodies

על העמותה

"נשים לגופן" היא עמותה בה שותפות נשים יהודיות ופלסטיניות בישראל, העוסקות ברפואה, במגדר ובשינוי חברתי, ומייצגות מגוון רחב של תרבויות, דתות, חברות וגילים. אנחנו שואפות לחברה ישראלית שנשים ונערות בה יהיו שוות זכויות והזדמנויות, מועצמות בתפיסתן את גופן, מיניותן ובריאותן, גופן, מיניותן ובעלות מודעות לזכויות הבריאות שלהן. בשנת 2011 פרסמה העמותה את הספרים: 'נשים לגופן' בעברית בהוצאת מודן, ובערבית את הספר: "المرأة وكيانها" בהוצאה עצמית, אודות נשים, בריאות, גוף ומיניות. במקביל אנחנו עורכות סדנאות והרצאות בכל רחבי הארץ וב-4 שפות: עברית, ערבית, רוסית ואמהרית.

לפרטים נוספים: www.wtb.org.il

info@wtb.org.il | חפשו אותנו בפייסבוק:  נשים לגופן