

1004

פרוטוקול מס' 75 #6

מישיבת ועדת השירותים הציבוריים  
יום ג', כ"ג בשבט חשל"ה-4.2.75, שעה 11.00

נכח:

- חברי הוועדה:
- ח. גרוסמן - היו"ר
  - ח. אבו-רביעה
  - י. בארי
  - א. גיבלבר
  - ל. דיציאן
  - מ. דרובלס
  - א. ורדיגר
  - ה. זיידל
  - ח. זיאד
  - מ. חויש
  - א. נמיר
  - מ. פרידמן
  - ב.צ. קשח
  - ח. שמעוני
  - פ. שינמן

מוזמנים:

- מ.א. קורץ - מנכ"ל משרד הסעד
- מר הופמן - דובר משרד הסעד
- י. הנאל - משרד הסעד
- פרופ' פולישוק - ביה"ח "הדסה" י-ם
- פרופ' ויניק - ביה"ח טלביה י-ם
- ד"ר פרייס - משרד הבריאות
- ש. נעמן - יועץ משפטי של משרד הבריאות
- מ. גבאי - משנה ליועץ המשפטי לממשלה
- י. קרפ - משרד המשפטים.

מ"מ מזכיר הוועדה: ר. זודקביץ

רשמה: צ. ספרן

א. עליית מספרם של נחמכי הסעד - חשובה לשאילתה.

ב. הצעת חוק לחיקון דיני העונשין (הפסקת הריון) חשל"ד-1974 של חברי הכנסת: ח. שמעוני, א. אולמרט, נ. אליעד, ש. ארבל-אלמוזלינו, ח. גרוסמן, מ. דרובלס, א. הרליץ, מ. חויש, א. לין, א. נמיר, ג. פח, ד. קורץ, נ. קצב, ז. שובל, מ. שחל.

הצעת חוק לחיקון דיני העונשין (הפלוח), חשל"ד-1974 של חברי הכנסת: מ. פרידמן, י. בארי, ה. זיידל, א. כץ, ע. נוף, י. פלומין, מ. פעיל.

אני פותחת את הישיבה.

היו"ר ח. גרוסמן:

א. עליית מספרם של נתמכי הסעד - תשובה לשאלתה

השאלתה הועלתה על ידי חברת-הכנסת נמ"ר בעקבות פירוטו של שנים שהיו על כך בכלי התקשורת ושדיברו על עליה מסחררת במספר הנתמכים. כל המספרים שנמסרו בכלי התקשורת לא באו מפי משרד הסעד, שהוא המשרד המוסמך לדעת מהו מספר הנתמכים, על כן הזמנו את מנכ"ל משרד הסעד שישב על השאלתה.

מ.א. קורץ:

לפי החלטת הממשלה באה האוכלוסייה הנתמכת על מלוא סיפוקה בעקבות ההתייקרויות והביטול החלקי של הסובסידיות. אין הדבר כן לגבי חלקים אחרים של האוכלוסייה, שהם שכנים לאוכלוסייה הנתמכת מבחינת טולם ההתפלגות לפי ההכנסה. ביחוד נפגעו אותן יחידות משפחתיות שלא באו על סיפוקן על ידי תוספת לשכרן שתכסה את מלוא ההתייקרויות ומצטיידת לפנינו תמונה, שאנחנו מכירים אותה במשך כל השנים אך שבוודאי מחריפה לאחר מה שקרה בדצמבר-ינואר.

האוכלוסייה הנתמכת על ידי שירותי הסעד - אם בתמיכה מלאה ואם בתמיכה חלקית - היא בסדר גודל של 25 אלף משפחות בכל אחד מחודשי שנת 1974, כאשר הרשימה של 25 אלף המשפחות אינה כוללת במשך כל השנה אותן משפחות. יש 33 אלף שמות שהתחלפו במשך השנה, אבל לא היה חודש במשך חודשי 1974 שרשימת הנתמכים היתה נמוכה מ-25 אלף.

ח. שמעוני:

כלומר, לא כולם נתמכו שנה שלמה.

מ.א. קורץ:

נכון.

בין 25 אלף אלה יש בין 5,500 ל-6,000 משפחות שראש המשפחה שלהן עובד, אך השכר שהוא מקבל תמורת הכנסתו אינו מגיע למכסת הסעד. ראש משפחה זה זכאי להשלמה ממשרד הסעד והוא מקבל אותה. כאשר אנחנו בודקים ביתר פירוט את הנתונים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה של הביטוח הלאומי ושל כל מי שעוסק בניתוח הנתונים במערכת השכר וההכנסה אנחנו לומדים שאנשים אלה הם בדרך כלל אנשים שאינם עובדים עבורה מלאה ואינם עובדים באורח רצוף, אם בשל סיבות בריאות, אם בשל סיבות נפשיות וסיבות פסיכו-סוציאליות או אחרות שאינן מאפשרות להם להתמיד בעבודה.

את האוכלוסייה שיכולה לבוא בחשבון כזכאית להשלמה אנחנו מחלקים באורח תיאורתי לחמש קבוצות.

ח. שמעוני:

האם אתה מתכוון לאוכלוסייה זו המונה 5,500 עד 6,000 משפחות?

מ.א. קורץ:

לא, כוונתי לאוכלוסייה הנוספת. כאשר מדובר על חשש של הרחבת מעגל הנתמכים, אנחנו מחלקים אוכלוסייה זו לחמש קבוצות: קבוצה אחת - כ-11,500 משפחות שהכנסתן איננה מגיעה לגובה שכר המינימום והן זכאיות להשלמה. בכל המשפחות האלה המפרנס היחיד אינו עובד עבורה מלאה. כאן ראוי לציין, כי במספר זה של 11,500 כלולים אותם 5,500 עד 6,000, כאשר כ-5,000 נוספים יכולים להיות זכאים להשלמת תמיכה לפי הנתונים, אך לא פנו ללשכה.

א. נמיר:

נקבת במספר של 25 אלף משפחות שביניהן יש בין 5,500 ל-6,000 משפחות שראש המשפחה בהן עובד עבורה חלקית. האם עכשיו אתה מדבר על 11,500 משפחות נוספות?

מ.א. קורץ:

לא. כאשר אנחנו מחלקים את המשפחות באוכלוסייה הכללית, לא באוכלוסיית הסעד, לפי גודל הכנסתן אנחנו מוצאים לפי הנתונים שיש 11,500 משפחות שהכנסתן החודשית אינה מגיעה לגובה מכסת הסעד. ממספר זה 5,500 פנו ללשכות; 5,000 לא פנו.

א. נמיר:

זאת אומרת ש-11,500 משפחות, נוספות תיאורטית עוד 5000 משפחות נטו.

מ.א. קורץ:  
לא הייתי מקבל נוסח זה, כי נטו כזה של מספר משפחות שלא פנו היה גם בדצמבר 1974. זה אינו נטו שמתחדש, אלא נטו שהיה קיים לפני כן.

א. נמיר:  
כלומר, זר לא תוצאה של המצב הכלכלי החדש.

מ.א. קורץ:  
נכון. קיים חלק של אוכלוסיה, שזכאית להשלמה, שפנה; קיים חלק אחר מאותה אוכלוסיה שזכאית להשלמה שלא פנה. יש להניח שעם החלפת המצב הכלכלי אותה אוכלוסיה שהיתה זכאית גם לפני כן תממש היום את זכותה.

בנוסף לכך יש שכנה שכנה של כ-5,000 משפחות, שהכנסתן משכר נעה בין שכר המינימום במשק ובין מכסת התמיכה. שכר המינימום במשק היום, בחודש ינואר, הוא 923 לירות לחודש ברוטו, ומשכר זה יורדות בין 90 ל-100 לירות לתשלומי חובה.

ח. שמעוני:  
האם זה נתון שנקבע?

מ.א. קורץ:  
זה שכר המינימום לחודש ינואר.

בעוד ששכר המינימום במשק הוא 923 לירות ברוטו, הרי מכסת התמיכה למשפחה בת 4 נפשות היא 974 לירות נטו לחודש. אותן 5,000 משפחות שהכנסתן היא בין שכר המינימום לבין תמיכת הסעד זכאיות לפנות ללשכה להשלמה פלוס תמריץ. לאיש שעובר והכנסתו היא עד גובה המכסה אנחנו מעניקים מחצית המכסה הניתנת ליחיד. מכסה ליחיד בינואר היא בגובה של 433 לירות, המחצית - 217.

ב.צ. קשת:  
האם אותו אדם מקבל גם 974 לירות וגם תמריץ של 217?

הינ"ר ח. גרוסמן:  
משלימים לו את הכנסתו עד 974 לירות ומוסיפים לו גם תמריץ של 217 לירות, שהיא מחצית התמיכה ליחיד.

ה. זיידל:  
אם היו מעלים את שכר המינימום, היו משחררים הרבצ אנשים מלפנות לקבל סעד.

הינ"ר ח. גרוסמן:  
ברור.

מ.א. קורץ:  
מעריכים כי המפדנס היחיד אינו עובר עבודה מלאה, משום ששכר מינימום חל בדרך כלל על בודדים ובעיקר בודדות העובדים בשירותים שונים ולא על ראשי משפחה. אם הכנסתו של ראש משפחה היא בגובה שכר מינימום יש להניח שהוא שיין לאותה קבוצת אנשים שאינה עובדת עבודה מלאה ובאורח רצוף.

ב.צ. קשת:  
אני יודע שבערי פיתוח יש מאות על מאות אנשים המודווחים 600-650-700 לירות עבור עבודה של שמונה שעות. זו לא תופעה הקשורה לנערות בלבד.

ח. שמעוני:  
האם אותן 5,000 משפחות שבפוטנציה זכאיות להשלמה פלוס תמריץ עבודה מקבלות כולן את ההשלמה והתמריץ?

מ.א. קורץ:  
אני מדבר על אוכלוסיה נוספת.

אמיתי שבקרב 25,000 הנתמכים תמיכה מלאה או חלקית יש כ-5,500 עד 6,000 שעובדים ומקבלים השלמה. באותה קבוצה יש אותו מספר של אנשים שפונים. עכשיו אני מדבר על קבוצה נוספת שניה, שגם היא איננה שייכת למשפחות הנתמכות, אבל היא זכאית להשלמה.

קבוצה שלישית היא אותה קבוצה של משפחות שהכנסתן הגיעה לגובה מכסת התמיכה ולפעמים אף עולה עליה. בקבוצה זו 7,500 משפחות, שלו היו פונות, היו זכאיות לקבל את התמריץ בסכום של 217 לירות, אך לא את ההשלמה.

ס.א. קורץ:

חילקנו אותה הקבוצה לשלוש תת-קבוצות:  
 תת-קבוצה שהיה מגיע לה בין 101 ל-217 לירות; תת-קבוצה שהיה מגיע לה בין 51 ל-100 לירות לחודש; תת-קבוצה שלישית שהיה מגיע להם בין לירה אחת לבין 50 לירות לחודש. בקבוצה הראשונה -7,000 משפחות; בשניה - 4,000 משפחות; בשלישית - 5,000 משפחות.  
 כל הקבוצות שמניתי מונות יחד כ-33 אלף משפחות. כ-6,000 מהן קיבלו, ועל כן יש 26 אלף משפחות שהכנסתן מגיעה עד לגבול התמיכה פלוס תמריץ.

אם שואלים אותנו מה התחזית שלנו, הערכתנו היא - וייתכן שאנחנו טועים - שאותן 5,000 משפחות שתהיינה זכאיות לתוספת חודשית בין לירה ל-50 לירות ימשיכו לא לפנות כשם שלא פנו עד עכשיו. הוא הדין לגבי הקבוצה של 4,000 משפחות שלפי הטבלה מגיעים לה בין 51 ל-100 לירות. אנחנו סבורים שגם 7,500 המשפחות הזכאיות להשלמה בין 101 ל-217 לירות, שגם הן לא היו עד כה רגילות לפנות...

ב.צ. קשת: האם הם יודעים שהם זכאים?

ס.א. קורץ: הם יודעים. אנחנו מפרסמים את הדברים בכל אמצעי התקשורת.

ל. דיציאן: אם מישהו פונה אחרי חצי שנה, האם הוא מקבל דטרואקטיבית?

ס.א. קורץ: לא, רק מיום הפניה.

נדמה לי שאני יכול להצביע על תוספת - ואני מודאג מעובדה זו - של כ-10,000 משפחות. ואם תשאלו אותי מאלו חוגים אני רואה אותן: קודם כל מאותם 5,500 משפחות שלא פנו. שנית - וזו אפשרות - מאותן משפחות המרוויחות בין שכר המינימום לבין תמיכת הסעד. אינני חושב שאלה המרוויחים בגובה התמיכה וזכאים לתמריץ, שלא פנו עד כה, יפנו ללשכות. אני יכול להבין שמקרב אותן 10,000 משפחות, שחלקן היה זכאי עד כה וחלקן זכאי עכשיו, תהיה תוספת לתמיכה אם מערכת השכר נשארת כפי שהיא קיימת.

עשינו במשרד חישובים כמה כסף נצטרך להוציא אם כל אחת מן הקבוצות תפנה, אך אינני חושב שכדאי להעלות פה נתונים. אשמח אם חברי הוועדה ירצו ללמוד את המגיה באופן מעמיק יותר.

הי"ר ח. גרוסמן: אנחנו רחוקים מאד מלמצות את הנושא ואני מחפשת דרך איך נוכל לספל בנושא ולהיות שותפים לדיון בו, מאחר שידוע לי שההצעות לסדר היום בנושא זה תועברנה לוועדת העבודה.

א. נמיר: הנושא מאד רציני והוא קשור לסעד לא פחות מאשר למשרד העבודה. אני מודיעה שלא אסתפק באינפורמציה שקיבלנו היום ועלינו לחפש דרך לקיים דיון בנושא זה עם הנהלת משרד הסעד, כולל שר הסעד.

הי"ר ח. גרוסמן: הייתי רוצה להימנע מעריכת שני דיונים מקבילים בשתי ועדות על אותו נושא. לא אתנגד אם יציע מישהו במליאה להעביר את הנושא לוועדת השירותים הציבוריים, אבל מכל מקום עלינו לחפש הזדמנות לדון בסוגיה זו מנקודת דאגה של הסעד. יש נגיעה בין הסעד לשכר ואי אפשר להפריד ביניהם לפחות באותם מקרים שעליהם שמענו. אני מציעה שנאחת הישיבות הקרובות, לאחר שאברר עם ועדת העבודה את הדבר, נקדיש זמן לדיון יותר מעמיק בשאלה.

א. נמיר: מהדיווח של ד"ר קורץ אני מבינה שאם אנחנו מורידים מספר של 6,000 משפחות, נשארות 27 אלף משפחות שרשאיות לפנות ללשכות הסוציאליות. 27 אלף משפחות זו אוכלוסיה שיכולה להגיע ל-100 אלף איש ומכחינה זו היה הפירסום של הניסוח הלאומי מדויק פחות או יותר. מאחר שבאופן תיאורתי אפשר להניח שאוכלוסיה זו כולה יכולה לפנות בנקשה למצות את זכויותיה, נשאלות שתי שאלות: א. האם הלשכות הסוציאליות ערוכות לקלוט אוכלוסיה זו? ב. האם יש למשרד הסעד כסף כדי לתת לאלה שיפנו?

ח. שמעוני: כמה היו בחודש דצמבר? קראתי את הפירטום האחרון של משרד הסעד האומדן, שבחודש דצמבר אחרי הפיחות, קטן מספר הפונים ב-1,000 וגדל ב-700. כלומר, שבסך הכל קטן מספר הפונים ב-300. האם זה נכון?

היו"ר ח. גרוסמן: כל התשובות יינתנו בפעם הבאה.

ב. הצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפסקת הריון) תשל"ד-1974, של חברי-הכנסת: ח. שמעוני, א. אולמרט, נ. אליעד, ש. ארכלי-אלמוזלינו, ח. גרוסמן, מ. דרובלס, א. הרליץ, מ. חריש, א. לין, א. נמיר, ג. פת, ד. קורן, ג. קצב, ז. שובל, מ. שחל.

הצעת חוק לתיקון דיני העונשין (הפללות), תשל"ד-1974 של חברי הכנסת: מ. פרידמן, י. בארי, ה. זיידל, א. כץ, ע. נור, י. פלומין, מ. פעיל

היו"ר ח. גרוסמן: הוגשו שתי הצעות חוק פרטיות על ידי קבוצות מעורבות, בין סיעתיות, של חברי-כנסת. הצעה אחת הכניא לכנסת חבר-הכנסת שמעוני, הצעה שניה הביאה לכנסת חברת-הכנסת מרשה פרידמן. שתי ההצעות הונאו לדיון משולב בוועדת השירותים.

י. בארי: לסדר: אני מציע שנפתח את הדיונים בנושא זה לציבור.

היו"ר ח. גרוסמן: קודם כל נתחיל בדיון, אחר כך נחליט אם לפתוח את הדיונים או לא.

פ. שינמן: האם אפשר יהיה להציע להזמין גורמים נוספים לוועדה?

היו"ר ח. גרוסמן: בוודאי, כל הצעה תרצה.

א. נרדיגר: בדבריו במליאה אמר שר הבריאות כי החלטת הממשלה להעביר נושא זה לוועדת

החוקה, חוק ומשפט.

היו"ר ח. גרוסמן: הוא הודיע לי שהיתה טעות והעניין הועבר לוועדת הכנסת. בסופו של דבר השר איננו יכול להחליט לאיזו ועדה יועבר הנושא.

א. נרדיגר: הממשלה החליטה, לא השר.

היו"ר ח. גרוסמן: לא השר ולא הממשלה אינם יכולים להחליט. גם אם הממשלה החליטה, החלטתה אינה רלבנטית, מכיוון שוועדת הכנסת החליטה להעביר את ההצעות לוועדת השירותים. אנחנו דנים בהצעות חוק אלה באופן-לוגאלי לפי הודעה רשמית של מזכירות הכנסת ולפי החלטה של ועדת הכנסת.

בקשתך, חבר-הכנסת שינמן, תרצה, כי אני בהחלט חושבת שצריך להזמין רבנים שהם מודי הוראה בתחום ההלכה ולשמוע את דעתם.

השובני בין שתי ההצעות שהוגשו הוא בקריטריונים להתרת ביצוע הפלה. לפי ההצעה שהביאה חברת-הכנסת מרשה פרידמן ההכרעה בעניין זה, בשלושת החודשים להריון, היא בידי האשה, ואילו לפי ההצעה שהביא חבר-הכנסת שמעוני ההכרעה בעניין זה היא לפי קריטריונים המפורטים בשבעה סעיפים.

ל. דיציאן: בהצעת החוק שהביא חבר-הכנסת שמעוני לא כתוב הזמן.

היו"ר ח. גרוסמן: אבל אני סבינה שגם שם הכוונה לכך.

ל. דיציאן: זה לא כתוב.

הי"ד ח. גרוסמן:

נכון.

אני טוענת שמול הקריטריון המופיע בהצעת חברת-הכנסת מרשה פרידמן, שהוא רצונה של האשה בלבד --

מרשה פרידמן:

והסכמתה של האשה.

-- עומדים הקריטריונים שבהצעת חברת-הכנסת שמעוני הספורטים בשבעה סעיפים.

הי"ד ח. גרוסמן:

גם בהצעה שלנו מותנית ההפלה בהסכמת האשה.

ח. שמעוני:

פרופ' פולישוק:  
אני רוצה להציג בפני הוועדה אספקט אחד של בעיית ההפלה המלאכותית מתוך אספקטים רבים. הבעיה עומדת על סדר היום בכל מדינה מתקדמת בעולם, אך אין פתרונות קלים, אין נוסחת קסם, ואלה המציעים שהאשה עצמה תחליט על כך אינם תופסים במה מדובר.

אתייחס לאספקט הרפואי בלבד: ההפלה המלאכותית היא התערבות כירורגית. היא קשורה בהרדמה, בהחדרת סכשירים חדים לרחם, בגרימת נזק. עצם ביצוע ההפלה גורם נזק מסויים לרחם ואנחנו מכירים שני סוגי סיבוכים: סיבוכים מיידיים וסיבוכים מאוחרים. אשר לסיבוכים המיידיים: ישנה שכיחות רחבה מאד ושונה מאד ממדינה למדינה, מבית-חולים אחד למשנהו, אבל בלי כל ספק מדובר בתמותה מיידית של 2 נשים על 10,000 הפלות מלאכותיות. כדי להבין את התמונה נשווה זאת למאורע אחר, ללידות: התמותה ב-10,000 לידות היא בין 2 ל-3 נשים.

לידה יותר מסוכנת.

מ. פרידמן:

פרופ' פולישוק:  
אינני בטוח, אבל אם אפילו לידה יותר מסוכנת, ההפלה אינה רחוקה מן הסכנה שקשורה בלידה והתמותה המיידית איננה מבוטלת.

הצד החמור בבעיה אלו הם הסיבוכים המאוחרים: אפשר להביא נתונים שונים מסקנות שונים, אבל לא אטעה הרבה אם אומרם-15% מהנשים שעברו הפלות מלאכותיות סובלות בהמשך משורה של תופעות פתולוגיות: מעקרות; מהפרעות במחזור הווסת, על-וסת או מיעוט וסת; מהפלות חוזרות; מלידות מוקדמות; במידה והרו - מבעיות קשות בשליש השלישי של הלידה, הקשורות בדימומים.

האם מדובר על הפלות מבוקרות הנעשות בתנאים מבוקרים?

ב. צ. קשת:

פרופ' פולישוק:  
אין תנאים אחידים. יש כל מיני בתי-חולים, כל מיני רופאים, כל מיני מרדימים, אבל דבר אחד ברור: אם ההפלות מבוצעות בבית-חולים הן פחות מסוכנות.

כדי לדעת כיצד מתבטאים הסיבוכים המאוחרים די אם אומר שכשליש מעבודת רופאי הנשים במחלקות בתי-החולים קשורה בשיקום נזקים של הפלות מלאכותיות. ואם תבדוק, תתפלאו לראות כמה פעולות כירורגיות נעשות בבית-החולים כתוצאה ישירה מהפלות מלאכותיות. אני אומר זאת בתוך אדם הסובל מכך, וגם הנשים סובלות מכך.

באילו תנאים נעשות ההפלות האלה?

מ. פרידמן:

גם כאשר הן נעשות בבתי-החולים הטובים ביותר, כי יש דברים שאנחנו לא מסוגלים

פרופ' פולישוק:

למנוע.

אינני מזלזל בגישה להפלה מלאכותית, כי היא דבר רציני. גם אם מספר הנפגעים מהפלות קטן מספר הנפגעים בתאונות דרכים לא אומר שההפלה איננה מסוכנת. היא מסוכנת לטווח ארוך הרבה יותר ממה שידוע לציבור, כי האשה העקרה כתוצאה מהפלה אינה מופיעה

פרופ' פולישוק :

לא בעתון ולא ברדיו, אלא מופיעה בבית-החולים. זו בעיה שכל רופא נשים וציני ובעל מצפון לא ניגש אליה באותה קלות שניגשו אליה כמה חבתי-כנסת.

למה התכוונת כאשר דיברת על סיבון של הפלות חוזרות? י. בארי:

הכוונה לכך שלאשה בגרמות הפלות טבעיות כתוצאה מן ההפלה המלאכותית. פרופ' פולישוק:

אנחנו ערים כמובן לבעיות הקשורות לבריאות האם והילוד. נהוג להסכים - כמובן עם ביקורת מתאימה - שכאשר יש סכנה לחיות האם או לבריאות האם יש הצדקה רפואית להפסקת ההריון. עלינו להביא בחשבון את המושג של סיכון מחושב: מה יותר מסוכן - לתת להריון להימשך או להפסיק את ההריון? כאשר יש סכנה לחיי האשה לא צריכים להיות חילוקי דעות, אבל יכולים להיות חילוקי דעות בין הרופאים המטפלים כאשר מתעוררת השאלה אם מחלת לב או מחלת כליה מסויימת היא במצב כזה המאפשר המשך ההריון או לא, וכאן לא מדובר ברצון האשה. יש נשים הרוצות בהריון ואנחנו לוחצים עליהן להפסיק אותו כי אנחנו חוששים לחייהן. במקרה של סרטן שד יכול ההריון לגרום להתלקחות המחלה באופן כללי ואנחנו דורשים מן האשה להפסיק את ההריון. זכותה אמנם להתנגד לכך, אבל באופן רפואי צריך לדעתנו להפסיק אותו.

קיימת סכנה שההריון יגרום לאשה-נזק גופני ונפשי. לדוגמה, אשה שכליותיה פועלות רע ונשקפת לה סכנה עקב ההריון או אשה שחלתה במחלה חולפת ושההריון עשוי לעורר אותה מחדש.

סכנה לגבי הילוד: קיימים מצבים ברורים בהם אפשר לומר שהולד יהיה חרש או עורר או פגום בצורה אחרת. במקרים כאלה חשים הרופאים שיהיה זה עוול לילד, למשפחה ולמדינה אם יתעלמו מכך ויתנו לאשה ללדת את הילד.

לגבי הריון כתוצאה מאובס יכולות להיות חילוקי דעות, אבל זכותה של האשה לבקש הפסקת הריון.

באחת מהצעות החוק יש סעיף המתייחס להריון של נערה מתחת לגיל 16 ושל אשה מעל גיל 45. הריון מתחת לגיל 16 אינו רצוי גם מבחינת בריאותה הנפשית של הנערה וגם מבחינת בריאותו של הילוד, כי בהרבה מקרים נתקלים בתופעות חולניות. גם אחוז המופים המולדים בלידות של נשים מעל לגיל 45 גדול יותר, באופן ניכר, מאשר בגילים אחרים. אם האשה עומדת על כך שהיא רוצה להמשיך בהריון, איננו מתנגדים, כי ניתן לקבוע בחודש הרביעי אם הילד יהיה בעל מום או לא. אם מתברר שהוא עלול להיות בעל מום אפשר להפסיק את ההריון.

הסעיף הששי באחת מהצעות החוק מדבר על סיבה להפסקת ההריון שאיננה סיבה רפואית והוא אומר: "נזק חמור עלול להיגרם לאשה או לילדיה עקב תנאיה המשפחתיים או החברתיים הקשים של האשה וסביבתה, לרבות מספר רב של ילדים שהם בני ביתה". לדעתי זה סעיף מסוכן מאד. אינני יודע מה זה מצב חברתי קשה, מתי הוא מתחיל להיות קשה ומתי הוא מפסיק להיות קשה; מתי התנאים המשפחתיים מתחילים להיות קשים ומתי הם מפסיקים להיות קשים. אני סביר נשים הגרות ברסט-ג'נדירה של ארבעה חודשים והן טוענות שהן לא יכולות להביא ילד שלישי. האם המצב קשה או לא קשה? ולהיפך: יש נשים הגרות בחדר אחר עם שישה ילדים ואינן רוצות להפסיק את ההריון כי לא קשה להן.

סעיף אחרון - הריון מחוץ לנישואין. גם זו לא בעיה רפואית. במקרים כאלה מתעסקים הרופאים בשוכנות יותר ממה שאתם סבורים.

ואולי המעורבים בכך לא רוצים להתחתן? ט. פרידמן:

אז זו בעיה סוציאלית, לא רפואית. אם האשה בריאה, הריון מחוץ לנישואין אינו קשור. בעיה רפואית. מצבה הליגאלי של אשה כזאת אינו ברור כל כך ואפשר להתווכח עליו, אבל האם זו צריכה להיות סיבה להפסקת הריון?

פרופ' פולישוק :

32% מן הלידות בשבדיה הן של נשים שאינן נשואות. זה לא גורם רפואי ולא אתיחס אליו.

בהצעת החוק השניה, המדוברת על רשות הרופא לבצע הפלה כתוצאה מדצון האשה והסכמתה המודעת, הכוונה היא לחקות מה שעושים בכמה מדינות בחוץ-לארץ. ברוסיה הסובייטית, ברוסניה ובהונגריה עשו זאת, אך לאחר כמה שנים חזרו בהם מכיוון שראו שהם גורמים לעצמם אסון. ריבוי ההפלות הוריד את הפוריות, מילא את בתי-החולים בבעיות חדשות שלא היו ידועות להם. דרך אגב, כאשר הוציאו בניו-יורק את החוק שכל דכפין יכול לעשות הפלה מלאכותית, לא כל הרופאים הסכימו לעשות זאת. לא כל בתי-החולים ולא כל הרופאים יהיו מוכנים לבצע אפילו את החוק השמרני המוצע פה.

א. נסיד: מדוע?

פרופ' פולישוק:

כי קיימים אספקטים שאינם רפואיים בלבד. לדוגמה: לאשה מעל גיל 42 יש סיכוי של 6% להביא ילד מונגוליאידי. רופא אחד יאמר: 6% זה הרבה; שני יאמר: סיכוי של 94% להביא ילד נורמלי הוא הרבה יותר. גם בין הרופאים יש חילוקי דעות: יש כאלה שמחמירים, יש כאלה שאינם מחמירים. גם באינדיקציות הרפואיות הטהורות יש פנים לכאן ולכאן. אני בטוח שיהיו רופאים ומוסדות שלא יקבלו את כל סעיפי החוק.

לי נראה שנעשה עוול לנשים ולמדינה בכל מיני מישורים - גם במישור הרפואי, גם במישור הכספי, כי הדבר יעלה מלידני לידות - אם נפתח את השערים לכל דכפין. הפוריות של המדינה תרד וייגרם סבל לדורות, ייגרם סבל לאלפי נשים לכל חייהן.

י. בארי: מבחינה זאת מה המצב כיום?

פרופ' פולישוק:

כיום אם מוצא רופא שבטובן הרפואי יש אינדיקציה להפסיק את ההריון, הוא שולח את האשה למוסד רפואי. בכל בית-חולים יש ועדה רפואית המורכבת משלושה רופאים - כך על כל פנים אצלנו ב"הדסה": רופא פנימי, רופא נפש, רופא נשים ואדמיניסטרטור של בית-החולים או סגנו. הבקשה להפסקת הריון מובאת בפני אותה ועדה הנודקת אם חל במקרה זה אחר הקריטריונים הנזכרים בארבעת הסעיפים הראשונים: סכנה לחיי האשה; סכנה לגרימת נזק גופני או נפשי; סכנה לוולד; הריון הנובע מאונס או יחסי עריות. אם היא מוצאת שאמנם חל במקרה זה אחד מהקריטריונים האלה, מתקבלת החולה לבית-החולים למסרת ביצוע הפלה. במקרים בודדים מאשרים הפלה כתוצאה ממצב סוציאלי חסור ביותר או במקרים של חולות במחלת רוח.

ל. דיציאן: בהצעת החוק לא מדובר על מחלת רוח.

פרופ' פולישוק:

זה מוכרח להיות. למעשה החוק המוצע נא לעשות ליגאליזציה של המצב הקיים.

י. בארי: כמה הריונות מופסקים מחוץ לפרוצדורה שהזכרת?

פרופ' פולישוק:

אפשר לשאול כמה הפלות עושים בארץ גם עם הפרוצדורה, אבל על כך אין תשובה בטוחה ומוסמכת משתי סיבות: הנשים העושות הפלה מלאכותית אינן מפורסמות את הדבר; הרופאים המבצעים את ההפלות אינם מפורסמים על כך. לפי ההערכה מדובר בהפסקת הריון אחת על כל שתיים-שלוש לידות. כלומר, בין 30 אלף ל-40 אלף הפלות לשנה, כששליש מבוצעות באופן רשמי בבתי-חולים. אבל כאן צריך להוסיף שלא כל אשה שיש הצדקה לערוך לה הפלה בוחרת דווקא בבית-החולים. כלומר, אין פירושו של דבר שכל אשה שלא הלכה לבית-חולים לא היתה לה הצדקה להפסקת ההריון. יש נשים שמטעמים סוציאליים לא רוצות שיידעו שביצעו הפלה מלאכותית, אף על פי שיש הצדקה רפואית להפסקת הריון.

ט. פרידמן:  
אמרת ש-15% מהנשים העובדות הפלה מלאכותית סובלות לאחר מכן מסיבוכים. לפי חוברת של משרד הבריאות מדובר על 35% הסובלות רק מלידה מוקדמת או מהפלה טבעית. אינני מבינה את ההפרש במסטיסטיקה.

לפי מחקר של Christopher Teitze  
ההסתברות של מוות עקב הפלה הוא 1/8 מהסתברות של מוות עקב לידה. האם אתם מקבלים מחקר זה?

במדינת ניו-יורק היה שיעור התמותה עקב הפלות, לפני הליגאליזציה של ההפלה המלאכותית - 1.5%. לאחר הליגאליזציה - 1.1%. זאת אומרת, שיעור התמותה ירד עקב שינוי חוק ההפלה המלאכותית ואפשרות ביצוע הפלה על פי בקשתה של האשה.

ל. דיציאן:  
האם כל ההפלות בניו-יורק היו במוסדות רפואיים מבוקרים?

כן.  
ט. פרידמן:

אני חושב שרוב ההפלות שם נעשו במוסדות לא מבוקרים.  
ל. דיציאן:

לפי אינפורמציה אחרת שבידי ירד גם שיעור הסיבוכים מ-8.5% ל-7.2%.  
ט. פרידמן:

אם ההפלה מסוכנת, הלידה הרבה יותר מסוכנת, וכשם שאפשר לטעון שצריך להקטין את מספר ההפלות, כי ההפלה מסוכנת אפשר לטעון שצריך להקטין את מספר הלידות, כי הלידה מסוכנת. נכון שזה מנוחך, אבל השאלה אם הטענה שלך אינה מנוחכת באותה מידה.

ח. שמעוני:  
אני יוצא מנקודת הראות שההפלה היא דבר מסוכן ואני מסתמך על האינפורמציה שנמסרה על ידי פרופ' פולישוק ששני שליש מהנשים שנדחות על ידי הוועדות אינן נמנעות מהפלה אלא מבצעות אותה.

לא אמרתי כך.  
פרופ' פולישוק:

ח. שמעוני:  
אמרת שאלה שמאשרות על ידי הוועדות מהוות 1/3 מכאן - שאלה שאינן מאשרות על ידי הוועדות אינן נמנעות מהפלות אלא שהן מוצאות דרך הרבה יותר מסוכנת כדי לבצע אותן. האם זה לא יותר מסוכן כאשר ההפלה נעשית שלא במוסד רפואי מבוקר?

מהו אחוז הנשים שהוועדות מאשרות להן ביצוע הפלות מסיבות חברתיות ולא דווקא רפואיות?

פ. שינמן:  
באטר לנו שכל הפלה, אפילו טבעית, פוגעת בגוף האשה. אם בהפלה טבעית כך - והדבר לא תלוי בנו - הרי שיש ללמוד מכאן על הפלה מלאכותית הנעשית בידי אדם. האם אפשר להבין שהפלה מלאכותית איננה רצויה כיוון שהיא גורמת לפגיעות?

י. בארי:  
בהסלצה ג' של הוועדה נאמר: "קיימת סכנה שהולד יהיה בעל מום גופני או שכלי". האם הושמעה בפניכם הטענה או היתה נטייה בוועדה לקבוע כקריטריון מום או סבל של הילד במקרה שנוולד לאם שאינה רוצה בו?

ט. ידיד:  
מהו אחוז הנשים החולות במחלות מסובכות, כמו מחלת לב, סרטן או מחלות הקשורות ברחם, כתוצאה מהפלה מלאכותית?

ט. פרידמן:  
האם יש נתונים על מחלות נשים הבאות כתוצאה מלידה טבעית?

באילו מדינות יש חופש בלתי מוגבל  
בנושא זה ומהן התוצאות?

א. נמיר:

א. ורדיגר:  
פרופ' פולי' וק אמר ש-15% מן הנשים  
שעברו הפלות מלאכותיות סובלות בהמשך  
משורה של תופעות פתולוגיות. האם כתוצאה מכך סבורים הרופאים המומחים  
בנושא זה שיש לפקח על ההפלות המלאכותיות או יש גם גישה ליברלית יותר  
בקרוב הרופאים המומחים?

פרופ' פוליש וק:  
אשיב תחילה לשאלה : בדו"ח  
הוועדה לבעיות ילודה מ-1966 - ועדה  
שנתמנתה על ידי ראש הממשלה בן-גוריון ושראשה עמד פרופ' בקי - סופיע  
סכתב קצר ובו חוות דעת על הפלות מלאכותיות, החתומה על ידי פרופ' אשרסן  
ז"ל, פרופ' גן ז"ל, פרופ' הירש, פרופ' טואף, נציגי קופת-חולים והחברה  
למיילדות וגניקולוגיה. בחוות הדעת נאמר בין השאר: "אנו החתומים מטה  
מצהירים, בניגוד לדעה הרווחת בציבור, ולא רק בציבור ההדיוטות, שאין  
הפלה מלאכותית ניתוח של מה בכך, אפילו כשהוא מבוצע על ידי רופאים  
מומחים ובתנאים סניטאריים מתאימים. אמנם הניתוח איננו נראה קשה בשלושת  
החודשים הראשונים להריון והסיבוכים המיידיים אינם שכיחים, אם כי הם  
עלולים להיות חמורים... מכאן מסקנתנו שהפלה מלאכותית פסולה מבחינה  
רפואית בתור אמצעי לתכנון או צמצום המשפחה."

השיטה שמציעים, לפיה המדינה תאפשר  
הפסקת הריון למי שאינו רוצה בהריון, היא שיטה פסולה. יש הרבה שיטות  
אחרות. המדינה לא עשתה ועדיין איננה עושה לעידוד החינוך, בכל השכבות  
ובשכבות מיוחדות, למען תכנון המשפחה, למען מניעת הריון בלתי רצוי.  
זו צריכה להיות הגישה, זו צריכה להיות הדרך. אם נקדש את הפסקת ההריון  
כאמצעי לתכנון המשפחה, התוצאות ברורות.

חברת-הכנסת מצאה, ובצדק, איזו אי  
התאמה בין האחוז שאני מסדתי לבין מחקר שעשיתי עם פרופ' הלוי לפני  
12 שנה בחיפה. שם מצאנו שכ-30% מאותה אוכלוסיית נשים שנבדקה סבלו,  
לאחר הריונות שנפסקו, מהריונות מלווים בסיבוכים שונים. היום, באוכלוסייה  
הרבה יותר רחבה ומסיבות של בטחון רב יותר האחוז הוא כ-15%. אני רוצה  
לשמוע מי יאמר לי ש-15% זה מעט. אולי אני טועה באחוזים, אולי מדובר  
ב-12% או ב-12%, אבל השאלה: מה המחיר? האם אתם מוכנים לקבל מחיר של  
12% סיבוכים? לי נראה שזה מחיר יקר. מי שאינו מופיע במספר זה הן אותן  
נשים שהפסיקו הריון בצורה מלאכותית ויותר לא יעשו זאת, כי הן הפכו  
לעקרות ולא תיכנסנה אף פעם להריון.

בקשר למחקר של Christopher Teitze:  
הוא מתייחס לפרינת ניו-יורק, ששם היתה הפסקת הריונות לפני החוק בגור  
של הפקרות גדולה מאד. החוק הקודם היה חמור מאד וכל המוסדות הרפואיים  
היו קיצוניים באי קבלת נשים לשם הפסקת הריון. אם אשה זכנסה לבית-חולים  
מונר בניו-יורק לשם הפסקת הריון, היה זה דק במקרה קשה מאד כשנשקפה  
סכנת מוות. שם הם הלכו מקצה אחד לקצה שני, אבל אצלנו החוק הקיים איננו  
כל כך חמור וגם ביצעו איננו כל כך חמור. בדור שהתמותה ירדה במדינת  
ניו-יורק לאחר החוק החדש, כי קודם ביצעו את ההפלות בחדרים של רופאים  
או של מיילדות, כיום מבצעים אותן במוסדות מוכרים.

ח. שמעוני:  
גם כאן מתבצעים שני-שליש של ההפלות  
בחדרים.

פרופ' פוליש וק:  
לא שמתי את הדגש על התמותה המיידית  
עקב הפלות. לא מתים מהפלות, אבל  
אחר-כך חיים לא טוב כתוצאה מההפלות.

אשר לשאלה על מתן אישורים להפסקת  
הריון מטעמים סוציאליים: יש כאלה, איבני יכול לתת סטטיסטיקה, אבל  
קופת-חולים פירסמה על כך נתונים.

לגבי הסבל הנפשי שיכול לסבול ילוד  
שנולד לאם שאינה רוצה בו: אתה יוצא מהנחה שאשה הרוצה הפסקת הריון  
עושה זאת מתוך שיקול דעת ומחשבה מבוססת. לא כך הדבר. מתוך הנשים  
הבאות לבקש הפסקת הריון רבות משנות את דעתן תוך שנעה רגעים לאחר  
ששותחו עם רופא והוסכר להן שיש בכך סיכון מסויים וסבל.

ח. שמעוני:  
כאשר הן באות למוסד מוכר, הרופא ישכנע אותן לא להפיל, אבל כאשר אשה כזאת הולכת למחתרת, הרופא לא ישכנע אותה.

פרופ' פולישוק:  
השאלה היתה באיזו מידה הכאנו בחשבון את הסבל הנפשי של ילוד שייוולד לאם שאיננה רוצה בו. במובן סטטיסטי מוטמך אין לי תשובה, אבל מתוך נסיון אני יודע שרצונה של האשה לגבי הפסקת ההריון הוא לא תמיד כל כך מוחלט. קרה שאשה נכנסת להריון שלא מבעלה ואז אני יודע שהאשה תעשה הפלה.

היו"ר ח. גרוסמן:  
האם אתה עושה במקרה זה הפלה או לא?

פרופ' פולישוק:  
אני לא עושה, אבל השאלה איננה מה אני עושה.

כאשר באה אשה שיש לה ילד בן שנתיים היא בהריון, צריכה לעבור לדירה גדולה יותר ורוצה את הילד השני רק בעוד שלוש חודשים, אינני יודע איך אפשר לדון במקרה זה על מצבו הנפשי של הילוד של אותה אם שלא רצתה בו באותו זמן. השאלה מענינת מאד, אבל אני מסופק אם אפשר לחקור אותה עד הסוף.

ב.צ. קשת:  
יש ילדים שסובלים מאם שרצתה בהם.

ס. גבאי:  
אני חייב לומר שאני שמח מאד שפרופ' פולישוק דיבר הראשון, משום שכאשר ביקשו ממני לעמוד בראש הוועדה, לא תארתי לעצמי שהפרובלימטיקה מבחינת הדעות השונות, לרבות דעות בעלי מקצוע, תהיה רבה כל כך. ואם תראו את דשימת חברי הוועדה, המופיעה בעמוד 427, תמצאו שיש בה רופאים, עורכי-דין, משפטנים, עובדים סוציאליים, אנשים העוסקים בדמוגרפיה - קשת רחבה של משתתפים. ברור שהדו"ח של הוועדה, כפי שסוכם, הוא במידה מסויימת קונסנזוס של הדעות בוועדה. שניים מחברי הוועדה, פרופ' אנקר וגב' טאושטיין הסתייגו בכיוון זה שטענו כי דו"ח הוועדה אולי מרחיק לכת.

מה שאומר עכשיו אומר בתוקף תפקידי כי ישב-ראש הוועדה ולא כמייצג עמדת הממשלה. לממשלה אין עמדה בענין זה. שתי הצעות החוק הועלו בכנסת, שתיהן פתוחות לדיון ואין עמדת ממשלה בנושא זה.

הדילמה שהוועדה עמדה בפניה היתה: המצב הרפואי הנוכחי שהוא בלתי סביר לחלוטין; מצב של "הלכה ואין מורין" יש חוק והוא חמור למדי, כי הוא מטיל סנקציה פלילית חמורה על רופא שמבצע הפלות. במקרה מסויים היתה פרשנות של בית-המשפט שניסה להקל אבל מאז לא הגיעה השאלה לבית-המשפט העליון והתוצאה היתה שכמעט לא הפעילו את החוק, אך ורק משום שהיועץ המשפטי לממשלה היה סבור שזה חוק שבקונטקסט הקיים --

ל. דיציאן:  
היועץ המשפטי לממשלה בן-זאב רצה להפעיל את החוק.

ס. גבאי:  
בתקופה מסויימת הוצאה הנחיה ליועץ המשפטי לממשלה, אבל היא בוטלה לאחר מכן. המציאות היתה, שפרט לאותם מקרים בהם היה חשש רציני לרשלנות מצד מבצע ההפלה, לא הוכאו המבצעים לדין. מצב זה הוא בלתי סביר וזו היתה נקודת המוצא של הוועדה.

שתי נקודות מוצא אחרות מוטברות בהמלצות הוועדה בעמוד 430, בו מסכמת הוועדה את המלצותיה. הייתי מסכם את ההמלצות כך: קודם כל הוועדה סבורה שיש לשנות את המצב הקיים בכל הנוגע לדין החל על הפלות מלאכותיות.

י. בארי:  
האם ההמלצות היו מוטכמות על הכל?

ד. גבאי:

כן. ההסתייגות היתה לגבי הרחבת  
ההיתרים לגבי גורמים סוציאליים.

אפשר לסכם את המלצות הוועדה כך:

א. שיש צורך לשנות את החוק הקיים. ב. שמוסכם על הכל כי יש לבצע את  
ההפלות כמוסדות רפואיים. לאחר מכן נכנסת הוועדה לפירוש המקרים שבהם  
יש לבצע הפלה מלאכותית, פירוש הכולל שורה רחבה מאד של מקרים: סכנה  
לבריאותה הפיזית והנפשית של האשה; מקרה של הריון הנובע מאונס או מיחסי  
קרובים; חשש של פגיעה שכלית או פיזית בילד. הרחבה רבה ביותר היתה  
במעייף שהביא בחשבון את סביבתה של האשה, תנאיה החברתיים, לרבות מספר  
דב של ילדים שהם בני ביתה. לגבי היתר זה היתה הסתייגות של שניים מחברי  
הוועדה, פרופ' אנקר וגב' טאושטיין.

ה. שמעוני:

שמענו מפרופ' פולישוק שגם הוא מסתייג  
מכך.

ד. גבאי:

בוועדה היו דעות שונות, אך ההמלצות  
הן קונסנסוס של דעות אלה. דעתו של  
פרופ' פולישוק הובעה גם בוועדה, אבל היו דופאים שמכרו אחרת. היו דעות  
שונות גם בין המשפטנים, וגם בין העובדים הסוציאליים היתה דעה שיש  
להרחיב את תחום ההיתרים. בסופו של דבר ההמלצות הן קונסנסוס. אני מרגיש  
בקורה זו, כי היא מסבירה את עבודת הוועדה. רצינו להגיע לקונסנסוס וזה  
ניתן לנו. גם מבחינה ציבורית לא ניתן להגיע לקונסנסוס אחר אלא לזה.

דבר שלישי שהוועדה הסכימה לגביו

ללא כל ספק - שיש לקיים שירותי ייעוץ והסברה בכל הנוגע לתכנון המשפחה.

באשר לשתי השאלות, שיש לקיים הפלות

מלאכותיות רק כמוסדות רפואיים מוכרים ושיש לקיים שירותי ייעוץ לא היתה  
מחלוקת ולכן עיקר דיוני הוועדה נסב על הבעיה - מהו תחום ההיתרים  
שבתיק לשיקולי הוועדה הרפואית? התחומים הם רחבים ביותר והפרשנות שיכולה  
להינתן על ידי הגורמים המוסמכים היא פרשנות שתאפשר למעשה הפלה בכל  
מקרה שיש חשש לנזק גופני, שכלי, לרבות מצבה חברתית של האשה, וכאן הדגשנו  
במפורש את המספר הרב של הילדים שהם בני ביתה. אני חייב להודות שהצעות  
הוועדה אינן פותרות אותו מקרה שהזכיר פרופ' פולישוק: אשה שיש לה ילד  
אחד או שניים ומשיקולים שלה, ללא כל סיבה אובייקטיבית, מחליטה שאיננה  
רוצה בילד שלישי. בעיה זו נשארה פתוחה, לא מצאנו דרך לפתור אותה,  
והשאלה אם צריך לפתור אותה. מקרה זה נפתר על ידי הצעת חברת-הכנסת  
מרשה פרידמן, כי לפי ההצעה שלה בשלושת החודשים הראשונים להריון איך  
צורך בהובחה כלשהי.

חברי הוועדה היו סבורים שאין די

בהחלטה של הרופא האישי של האשה ושל האשה עצמה, אלא יש צורך בגורם  
אובייקטיבי. הוועדה לא נטתה לכך שהגוף יהיה מסורבל, אלא שתהיה ועדה  
שהיו בה שני רופאים ועובד סוציאלי. אין פירוש הדבר שצריך לפנות לוועדה  
היושבת במקום מסויים, אלא כל ועדה שיש בה שני רופאים ועובד סוציאלי  
יכולה להחליט בשאלה זו. אם מדובר בישוב או בעיירת פיתוח רחוקה, אפשר  
להסדיר שאותו צוות יישב אחת לשבוע או אחת לתקופת זמן מסויים וידון  
במקרים אלה. הוועדה לא רצתה לסרב את הפרוצדורה, אבל היתה סבורה שיש  
צורך בגורם החורג מתחום הרופא האישי של האשה.

חברת-הכנסת נמיר שאלה לגבי המצב

במדינות שבהן יש ליברליזציה מוחלטת. בעמוד 451 ישנו פרק על הפלה  
על פי דרישה, שם מוסבר שבברית-המועצות, בניגוריה, ובעת שנכתב הדו"ח -  
גם באלסקה, הוואי וניו-יורק יש הפלה על פי דרישה. בעמוד 452 אנחנו  
מסבירים את ההתפתחות הנוספת שהיתה בארצות-הברית עקב פסק דין של בית-  
המשפט העליון, שבו פסק כי החקיקה במדינות השונות, המגבילה את ההפלה  
בתקופת שלושת החודשים הראשונים, איננה עולה בקנה אחד עם הקונסנסוס של  
ארצות-הברית ולכן מבחינת הפסיקה המצב היום בארצות-הברית הוא כזה שבמשך  
שלושת החודשים הראשונים יש חופש מוחלט. אני חייב להוסיף שמאז הרוף  
נוספה עוד מדינה למדינות שבהן יש הפלה על פי דרישה וזו צרפת. החוק  
נחקק לפני כמה שבועות ולפיו יכולה להיות הפלה על פי דרישה בעשרת  
השבועות הראשונים להריון.

ס. פרידמן:

גם בשנדיה חוקקו חוק לפני שנה.

ס. גבאי:

כאשר אנחנו אומרים - הפלה על פי דרישה, הווה אומר: הסדר בין האשה לרופא. למעשה, כפי שכבר אמרתי, קיים כיום הסדר כזה בארצות-הברית מכוח פסק דין, לא מכוח חקיקה. הוא קיים בבריט-המועצות עם הסתייגויות שאינן יורדות לשורש הדברים והוא קיים לאחרונה גם בצרפת. בכל יתר המדינות - בדרגות שונות של הסתייגות: או הסתייגות פרוצדוראלית, כלומר שיש צורך בוועדה או בהחלטה של גורם אובייקטיבי, או הסתייגות המגבילה את העילה להפלה.

א. נמיר:

גם בצרפת יש סייג.

ס. גבאי:

הסייג שחייבים לבצע את ההפלה במסודות מוכרים.

א. נמיר:

זה לא רק ענין שבין האשה והרופא.

א. נמיר:

נדמה לי שבאחת ממדינות סקנדינביה היתה החסרה.

ס. גבאי:

גם במדינות מזרח אירופה החמירו בשלב מסויים לאחר שהיתה ליבראליזציה מוחלטת. אינני יודע מה יהיה עכשיו בארצות-הברית, כי למעשה אין הסדר משפטי בחוק חרות וייתכן מצב שהחקיקה תהיה שונה ממדינה למדינה, כי החקיקה היא של המדינות לא של הפדרציה.

בעמוד 473 של הדו"ח ישנו פרק -

ההפלה הטלאכותית בישראל, לרבות טבלה הסופיעה בעמוד 424. מטבלה זו אנחנו רואים שכ-45% מהפניות לוועדות הרפואיות אושרו מטעמים רפואיים טובהקים, אבל אם נאמר מטעמים רפואיים, הכוונה היתה בעיקר מטעמים רפואיים פיסיים. בקבוצה שניה נכללו דווקא בנות ארבעים פלוס ופונות משיקולים חברתיים נפשיים וכלכליים. פירוש הדבר שגם היום אחוז ניכר, קרוב ל-50%, של ההפלות מבוצע לא משיקולים רפואיים פיסיים אלא משיקולים אחרים.

ח. שמעוני:

כתוב פה שמסביבות חברתיות, נששיות וכלכליות נתקבלו בדצמבר 389. כלומר, אותן ועדות שפרוף פולישוק אמר שהן צריכות לנסות לשכנע קיבלו כ-50%.

ס. גבאי:

הסיכום הוא על הפלות מאושרות.

ח. שמעוני:

נכון, אבל אני מדבר על אלה שפנו בגלל עילה חברתית.

א. נמיר:

אותי מדאיג מאד הסעיף של סיבה נפשית.

ס. גבאי:

התייחסו גם למקור העדתי של הפונות לוועדות השונות ומצאנו מידע מענין: בגיליים נמוכים יותר גבוה יותר אחוז הפונות מבנות יוצאי אסיה-אפריקה בגיליים מתקדמים יותר גבוה יותר אחוז הפונות יוצאות אירופה וארצות-הברית. נראה לי שההסבר לכך נעוץ בעובדה שהנשים הצעירות לא ידעו להשתמש באמצעי מניעה אחרים והגיעו למצב שבו היו צריכות לפנות לוועדות רפואיות. הדבר קרה דווקא בין הקבוצות שרמת השכלתן נמוכה יותר.

הוועדה גם הכינה סיכום של

ההיבטים הדמוגרפיים, הסוציאליים ואחרים וגם שמעה דעת מוסחים במשפט העברי. צרפנו לדו"ח חוות דעת של הרב ליכטנשטיין וסיכום קצר יותר של הרב ולדנברג. ההתרשמות של הוועדה היתה שדעת ההלכה איננה שלילית בצורה מוחלטת והיא מביאה בחשבון מצבים, בהיקף נרחב למדי, שבהם יש מקום, מטעמים פיסיים או נפשיים, לבצע את ההפלה. ברור שמבחינת חוות הדעת ההלכתית אפשר לשמוע רבנים נוספים. אין ספק שחוות הדעת ההלכתית הרבה יותר מצומצמת מאשר סיכומי הוועדה, המקרים שיובאו בחשבון הם מצומצמים יותר, אבל אין לומר שחל איסור מוחלט על הפלה מלאכותית.

ל. דיציאן:  
יש הבדל בולט אחד בין הצעת הוועדה לבין הצעת החוק של חלק מחברי-הכנסת שהסחמכו על הצעת הוועדה: הוועדה הציעה אישור הפלות רק אחרי אישור של ועדה מוסמכת, לעומת זאת הצעת החוק של חלק מאותם חברי-כנסת משאירה זאת לחקנות שיוחקנו על ידי השר. הייתי רוצה לדעת מהם הנימוקים שהניעו את הוועדה להכניס זאת לחקיקה.

אחד הקריטריונים שיש להכניס לאישור הפלה הוא אם האשה היא חולח רוח. מחלת רוח של האשה אינה מופיעה בהצעת החוק ואינני רואה שאפשר לכלול אותה באחד הקריטריונים האחרים שמופיעים.

האם הוועדה דנה באופן כללי בפרובלימטיקה של הריון מחוץ לנישואין או לא? אם כן - מה היו מסקנותיה בנושא זה?

י. בארי:  
לכאורה - ואני מדגיש, לכאורה - קיימת סחירה בין עידוד הילודה לבין היחור הפלה, אבל יש מומחים הסבורים שזה רק לכאורה, אך לא למעשה. האם הוועדה ניסתה לבדוק את הקשר בין שני הדברים?

פ. שינמן:  
האם החייחסו בוועדה גם למסקנותיו של ולדנברג? האם נראה לכם שהצעותיכם חואמות ברובן את המסקנות הללו?

בסעיף 12 של המלצות הוועדה נאמר: "הוועדה סבורה שיש להקים שירותי ייעוץ לנשים המבקשות הפלה ולמשפחותיהן".  
מה יצטרכו ליעוץ להן - לעשות הפלה או לא לעשות הפלה?

ח. שמעוני:  
ייעצו להן לא להיכנס להריון.

מ. פרידמן:  
האם הוועדה החייחסה לדו"ח הנקרא Report on Population Growth and the American Future (1973) דו"ח זה מקובל כדו"ח יסודי ביותר למומחים בעניני אוכלוסיה והוא כולל נתונים מעודכנים ביותר מבחינת ההיבטים הרפואיים, הפסיכולוגיים והדמוגרפיים. אינני רואה שיש החייחסות לדו"ח זה, ואם הייתה החייחסות - מדוע אין נתונים?

בעמוד 459, בקטע המתאר את המצב ברומניה כחוב שבשנת 1966 היה שיעור הילודה 14.3 ואילו לאחר ההחמרה בענין ההפלה המלאכותית היה שיעור הילודה בשנת 1967 - 39.9. המספר הנכון לשנת 1967 הוא 27.4 והוא ירד עד שנת 1972 - וזה לא כחוב כאן - ל-18.8. זאת אומרת שהטבלה המלאה הייתה צריכה להראות שאין כל קשר בין שיעור הילודה לאינן איסור ההפלה המלאכותית.

אני חושבת שיש טעות יסודית בכל הקטע על ההיבטים הדמוגרפיים, משום שהוועדה החייחסה לשיעור הילודה ואילו השאלה הדמוגרפית שבילנו היא גודל המשפחה ולא שיעור הילודה. שיעור הילודה יכול לענות כל עוד גודל המשפחה נשאר אותו הדבר ולכן כל הנתונים המופיעים כאן אינם רלבנטיים לשאלה שלנו בארץ-ישראל על המצב הדמוגרפי ועל השאלה החוקית של ההפלה.

האם הוועדה הביאה בחשבון את העובדה שלאור זה שיש 55,000 הפלות כל שנה, לאור זה שכל ועדה, המורכבת משלושה אנשים מומחים, צריכה להקליש לפחות חצי שעה לכל מקרה, כלומר יכולה לקבל 16 מקרים ביום אחד, ובמשך שנה שלמה - 4,000 - נחוצות כ-12 ועדות למשרה מלאה, כלומר - נחוצים 36 תקנים מלאים של רופאים ועובדים טוציאליים? האם אין זה בזבוז כספים?

א. נמיר:  
לפי מה נערכה הטבלה בעמוד 474?

האם אפשר לקבל יותר פרטים על המצב הקיים כבר כיום - איפה יש ועדות כאלה? איך הן פועלים? ממי הן מורכבות? איזה סוג אוכלוסיה פונה לוועדות אלה? יש לי הרגשה שהמסקנות שלכם, גם על פניות ממוצא אסיה-אפריקה, עלולות להיות מטעות, משום שמאד יכול להיות שיוצאות מדינות אחרות בכלל אינן מגיעות לוועדות רפואיות.

מה אחוז הפניות בגלל סיבות נפשיות בסעיף של סיבות חברתיות, נפשיות וכלכליות?

ל. דיציאן:  
סיפור לנו שבאותן מדינות שיש ליברליזציה מוחלטת בכל זאת יש הגבלה לחודשים הראשונים של ההריון או לשבועות הראשונים. לעומת זאת הצעת החוק של קבוצת חברי - כנסת וגם של הוועדה איננה מתנה את אישור ההפלה בשום הגבלת זמן. מדוע?

היו"ר ח. גרוסמן: את החשיבות נשמע בפעם הבאה.

אני מעמידה להצבעה את השאלה - לפי הצעת בארי - אם לפתוח את הישיבות בשלב זה של הדיונים או לא.

ה צ ב ע ה

הוחלט: לא לפתוח את הישיבות בשלב זה של הדיון.

הישיבה ננעלה בשעה 13.10