

הועדה לבחינת הנושא של הפריה חוץ-גופית סיכום ביניים – ראשי פרקים לדיון ציבורי

ט"ו כסלו התשנ"ג
10 דצמבר 1992
תיק מס' 410-177

מדינת ישראל
משרד המשפטים

א. מבוא

1. מינוי הועדה

ביום 18 ביוני 1991 מינו שר המשפטים ושר הבריאות ועדה ציבורית מקצועית לבחינת הנושא של הפרייה חוץ-גופית על כל הבטיו. לחברי הועדה מונו: מר שאול אלוני, שופט בית המשפט המחוזי בדימוס (יושב ראש); ד"ר דלילה אמיר מן החוג לסוציולוגיה באוניברסיטת תל-אביב; גב' אלה בלאס; עובדת סוציאלית; סגנית מנהלת השירות למען הילד במשרד העבודה והרווחה; פרופ' דוד הד מן החוג לפילוסופיה באוניברסיטה העברית; הרב ד"ר מרדכי הלפרין, מנהל מכון שלזינגר לחקר הרפואה על פי ההלכה, שהיה בעת המינוי יועץ לסגן שר הבריאות; הרב ישראל לאו, הרב הראשי לעיר תל-אביב; ד"ר אריאלה פרידמן מן החוג לפסיכולוגיה ובית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל-אביב; ד"ר כרמל שלו, ממונה על חקיקה במשרד המשפטים (רכזת הועדה); ופרופ' יוסף שנקר, מנהל מחלקת נשים וילדות בית החולים הדסה עין-כרם.

על פי כתב המינוי, תפקיד הועדה הוא לבחון את ההיבטים החברתיים, האתיים, ההלכתיים והמשפטיים של השיטות הטיפוליות הקשורות לנושא ההפריה חוץ-גופית, מתוך התייחסות, בין היתר, להסכמים לנשיאת עוברים. כמו כן, על הועדה לבדוק את הצורך בחקיקה אשר תסדיר את הזכויות והחובות של המעורבים בדבר, לרבות של הילדים שיוולדו, ולהמליץ את המלצותיה ביחס לכל ענין קשור שתמצא לנכון.

2. רקע

ההיקף של טיפולי הפוריות בישראל הוא מן הגבוהים בעולם. קיימות בה¹ 16 מרפאות להפריה חוץ-גופית, משמע, יחידת טיפול אחת לכל 250 אלף תושבים. כאשר בארה"ב, למשל, יש יחידה לכל מיליון תושבים. ועדה של משרד הבריאות לבדיקת תפקוד יחידות ההפריה חוץ-גופית בישראל פרסמה ממצאים שמהם עולים, בין היתר, נתונים אלה לגבי תוצאות הטיפולים: בשנה הנבדקת (1.9.88 עד 31.8.89) הגיע אחוז לידות החי למחזור טיפול ל- 10.5% (מאז

הקמת היחידות הגיע אחוז זה ל- 8.98%; ואחוז לידות החי למחזור של שאיבת ביציות הגיע בשנה הנבדקת ל- 11.59% (מאז הקמת היחידות - 11.3%). הועדה מצאה עוד כי במספר יחידות יש נסיון לדבוק במדיניות של 5 עד 7 מחזורי טיפול למטופלת, אך ברוב היחידות הנושא הוא גמיש ונדרן לכל מקרה ומקרה. כמו כן ברוב היחידות לא לוקחים בחשבון את הטיפולים שניתנו ביחידות אחרות, בין היתר, בגלל אי נכונותן של המטופלות לספק מידע זה המוגן על ידי דיני הפרטיות והסודיות הרפואית. הכיסוי של עלות הטיפול משתנה לפי קופת החולים המבטחת ולפי ההשתייכות הארגונית של בית החולים שבו פועלת המרפאה. התעריף המלא שקבע משרד הבריאות לטיפול על כל שלביו הוא 2,546 ש"ח. תעריף זה אינו כולל, ככל הנראה, עלויות של תרופות.

הרפואה הישראלית היא מן המובילות במחקר הרפואי בתחום הטכנולוגיה של הפרייה רפואית וטיפול פוריות. באנגליה ובאוסטרליה - שבהן חלה פריצת הדרך של ההפרייה החוץ-גופית בסוף שנות ה-70 הוקמו ועדות ממלכתיות לבחינת המגוון הרחב של ההשלכות הנורמטיביות של הטכנולוגיה. הדו"חות וההמלצות של ועדות אלו שימשו יסוד לחקיקה בנושא.

בישראל מוסדרים היום¹ הנושאים הקשורים להפרייה הרפואית בתקנות בריאות העם (הפרייה חוץ-גופית), התשמ"ז - 1987 ובתקנות בריאות העם (בנק הזרע), התשל"ט - 1979, שהתקין שר הבריאות, וכן בכללים לניהול בנק הזרע והנחיות לביצוע הזרעה מלאכותית, שהוציא מנכ"ל משרד הבריאות. שאלת התוקף המשפטי של תקנות ההפרייה החוץ-גופית, ככל שהן מגבילות את הזכות לקבל טיפולי פוריות, נתעוררה בעתירה לבג"ץ 1237/91 **נחמני נ' שר הבריאות**, אשר נסתיימה בפשרה ובהסכמה של משרד הבריאות לאפשר לבצע בארץ את טיפול ההפרייה.

שאלה דומה קיימת ביתר שאת לגבי הכללים המנהליים ביחס להזרעה מלאכותית, שאפילו אינם זוכים לפרסום כדבר חקיקה, כפי שהעיר בית המשפט העליון עוד בע"א 449/79 **סלמה נ' סלמה פ"ד** לד (2) 779.

הזכות לקבל טיפולי פוריות נוגעת לזכות החוקתית לפרטיות בחיים המשפחתיים, לרבות בהחלטות אם וכיצד להקים משפחה ולהיות להורה. זכות זו מעוגנת היום בסעיף 7(א) לחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו. מעבר לשאלת הגבולות של סמכות שר הבריאות להסדיר נושאים מעין אלה כעניינים של בריאות הציבור, קובע סעיף 8 לחוק-היסוד כי אין לפגוע בזכות לפרטיות "אלא בחוק ההולם את ערכיה של מדינת ישראל, שנועד לתכלית רצויה, במידה שאינה עולה על הנדרש". הנושא מצריך, אם כן, חקיקה של הכנסת.

1. בזמן כתיבת דו"ח הביניים, ב-1992.

3. עבודת הועדה

בתחילת עבודתה פרסמה הועדה מודעה בדבר מינויה בעיתונים היומיים, ובאמצעותה פנתה לציבור הרחב בהזמנה להעיר הערות בכתב לנושאים שעליהם הוטל עליה לתת את הדעת. בנוסף פרסמה הועדה מודעה בביטאונים המקצועיים של הרופאים, עורכי-הדין והעובדים הסוציאליים, אשר כללה את רשימת הנושאים שהחליטה לדון בהם. מודעה זאת הופצה גם בכל מרפאות ההפריה החוץ-גופית לתליה על לוחות המודעות בחדרי ההמתנה. כמו כן פנתה הועדה באופן אישי לאנשי רפואה, משפט ואקדמיה ולגופים ציבוריים שונים בבקשה לקבל את הערותיהם בכתב, והזמינה אותם לבקש להופיע בפני הועדה כדי להציג את עמדותיהם בעל-פה, אם רצונם בכך. נתקבלו תגובות ממגוון רחב של אנשים, לרבות נשים וגברים הנזקקים לטיפולי פוריות ובעלי מקצוע העוסקים בתחום.

רכזת הועדה יצרה קשר עם גופים ממלכתיים במדינות זרות, לרבות קנדה, אוסטרליה, ושבדיה, וקיבלה מהם חומר השוואתי עדכני בקשר לחקיקה ולדיונים הציבוריים שם. נודמן גם לחברי הועדה להיפגש עם שני מומחים בעלי מוניטין בעת ביקורם בישראל – עם ד"ר מרסדן ווגנר, לשעבר מנהל המחלקה לבריאות האם והילד במשרד האירופאי של ארגון הבריאות העולמי, ועם פרופ' לואי וולר מאוניברסיטת מונאש באוסטרליה, אשר כיהן כיושב-ראש הוועדה הממלכתית של מדינת ויקטוריה שפרסמה את הדו"ח הראשון בעולם כולו על ההיבטים החברתיים המשפטיים והאתיים של הפריה חוץ-גופית עוד בשנת 1984. פרופ' וולר משמש עדיין כיושב-ראש של ועדת קבע סטטוטורית שתפקידיה כוללים אישור של מחקר בעוברים ושל טיפולי פוריות במקרים מיוחדים.

ואלה הנושאים שהועדה החליטה להידרש להם:

1. הזכות לקבל טיפולי פוריות;
2. הגדרת ההורות (אבהות ואמהות);
3. הזכות למידע וחובות רישום;
4. תרומות חומר גנטי;
5. פונדקאות – הסכמים לנשיאת עוברים;
6. מחקר רפואי בטרום-עוברים;

בנוסף נותנת הועדה את דעתה לשני השיקולים הכלליים: שיקול טובתו של הילד, ושיקולים הנוגעים לאשה המטופלת.

4. דיון ציבורי

בתום שנה לעבודת הועדה היא סיימה בחינה ראשונית וכללית של

חמשת הנושאים הראשונים שעל סדר דיוניה, שכולם נוגעים להיבטים טיפוליים של ההפרייה הרפואית. מאחר שהועדה סבורה שיש לקיים דיון נפרד בנושא המחקר, היא החליטה לקיים בשלב זה מספר ישיבות שבהן תאפשר לאנשים מעוניינים להופיע ולהביע עמדותיהם בפניה בנושאים שלגביהם כבר נתנה את דעתה. הכוונה היא לתת הזדמנות לחברי הועדה לשמוע עצות של מומחים והצעות של הציבור הרחב לפני גיבוש סופי של המלצותיהם בחקיקה מתאימה.

סיכום הביניים של עבודת הועדה, שמתפרסם בהמשך, כולל שני מרכיבים. מצד אחד, הוא מביא את הקיום העקרוניים שלגביהם מסתמנת הסכמה בין חברי הועדה, מצד אחר, הוא מביא את השאלות שלגביהן קיימים חילוקי דעות. הועדה מבקשת מן האנשים שיופיעו בפניה להתייחס באופן מסוים לנקודות המועלות בסיכום זה.

הנושאים שהועדה מונתה להידרש להם יורדים ליחסים אינטימיים ביותר של רבים יש דעה אישית לגביהם, ולכן הועדה מעונינת לקבל תגובות מן הקהילה בכלל, בנוסף לאנשי מקצוע מובהקים. הועדה תשמור על פרטיות המידע שיימסר לה ועל סודיות ביחס לזהות הפונים אליה, במידה שתבקש לכך. היא מבקשת שהחומר יוגש בכתב ישלח לרכזת הועדה, במשרד המשפטים, ירושלים. הועדה שומרת לעצמה את הזכות לקבוע האם להסתפק בחומר שבכתב או להזמין אדם להופיע ולהציג בעל-פה את עמדתו בפניה.

ב. סיכום ביניים

1. הזכות לקבל טיפולי פוריות

השאלה המרכזית בהקשר זה היא האם יש מקום להגביל זכות זאת, ואם כן, לפי אלו קריטריונים. לשאלה זו שני פנים. מצד אחד היא מתייחסת לזכות היסוד של האדם להקים משפחה ולפרטיות בקבלת החלטות הנוגעות לכך, שמקימה לכאורה עקרון ראשוני של אי-התערבות חברתית בזכות הגישה (ACCESS) לטיפולים הרפואיים. מצד שני היא מעוררת שאלה, האם חלה על החברה חובה חיובית לספק את הטיפול ולממן אותו.

1.1 זכות הגישה והזכות לפרטיות

כעקרון הסכימה הועדה שאין מקום להתערבות או להגבלות על זכות הגישה, משמע, הזכות לקבל טיפולי פוריות נתונה לכל אדם. ואולם ייתכנו חריגים לכך, הנעוצים בשיקולים כבדי משקל. מוצע להקים בחוק ועדה רב-מקצועית (להלן – הועדה הרב-מקצועית) שתהיה מוסמכת להפעיל שיקול דעת ולהחליט אם לתת או לסרב לתת טיפול במקרים חריגים.

(1) שיקולים רפואיים

הועדה סבורה שכאשר קיים סיכון בריאותי לאם או לעובר, הרי שיש אינדיקציה רפואית לסרב לתת טיפול. שיקול הדעת הרפואי עשוי לקחת בחשבון גם שיקולים הנוגעים לבריאות הנפש. הועדה מציעה כי ההחלטה אם לתת או לסרב מתן טיפול במצב של חשש לפגיעה בבריאות של האישה או של הוולד תתקבל בידי הועדה המקצועית, תוך התייחסות גם לשיקולים חוץ-רפואיים. בשום מקרה לא ייכפה על רופא לתת טיפול רפואי בניגוד למצפונו.

(2) שיקולים חברתיים

הפריה רפואית היא פתרון לאנשים חשוכי ילדים. אך להבדיל מן האימוץ – מוסד הנענה לצרכים של ילד קיים – ההפריה פועלת כדי ליצור ילד שיענה על הצרכים של מבוגרים. ונשאלת השאלה האם יש להבחין בין יצירה "טבעית" ליצירה "מלאכותית" של ילד – כלומר, האם יהיו שיקולים הנוגעים לטובת הילד שיצדיקו את הגבלת זכות הגישה לטיפולי פוריות, למרות שלא היו מצדיקים התערבות ביחסי הולדה אינטימיים בין בני זוג?

הועדה היא בדעה כי שיקולים סוציו-אקונומיים לא צריכים להילקח בחשבון לענין זכות הגישה לטיפולי פוריות. במקרים קיצוניים של חשש לפגיעה בוולד בשל נסיבות סוציו-אקונומיות. יהיה שיקול דעת בידי הועדה הרב-מקצועית. הועדה נתנה את דעתה לשאלה בדבר הרלבנטיות של המעמד האישי של המטופלים. הועדה סבורה שאדם זכאי לקבל טיפולי פוריות ללא קשר למעמדו האישי, וכי למטופלים קיימת הזכות לשמירה על פרטיות אורח חייהם.

(3) שיקולים דתיים-הלכתיים

מתוך שיקולים של טובת הילדים שעתידים להיוולד נדרשה הועדה להגבלות הלכתיות אפשריות על הכושר לנישואין מכוח דיני הממזרות ואיסור העריות. כאשר עושים שימוש בתרומות של חומר גנטי במסגרת הפריה החוץ-גופית, השאלה היא האם יש אחריות חברתית למנוע ככל האפשר היווצרותן של בעיות מעין אלה ואפילו כדי הגבלת זכות הגישה, או שמא יש לתת למטופלים את מלוא המידע על כך ולהשאיר את ההחלטה בידיהם. מכל מקום, נראה לועדה שניתן למנוע בעיות אלה באמצעות מנגנונים חקיקתיים מתאימים, שיספקו פתרון כללי שלא יפגע בזכויות הפרט.

באשר לממזרות, הובהר לועדה כי הדעה הרווחת בין פוסקי ההלכה היא

שהממזרות היא תוצאה של ניאוף (קיום יחסי מין אסורים), כאשר רק מיעוט מעורר את הספק שמא גם עצם העירוב של חומר גנטי זר מביא לתוצאה של ממזרות. בהמשך הדיונים הועדה ביססה את שיקוליה בהתאמה לגישת הרוב האמורה, שאינה רואה בעיית ממזרות בהפריה רפואית. נראה לועדה באופן כללי שאין מקום להתייחס לילדים שנולדים מהפרייה רפואית בשונה מילדים שנולדים בדרך טבעית.

איסור העריות מעורר את השאלה של נישואין עתידיים של אח ואחות ביולוגיים שיש לה גם היבטים רפואיים. ככל הנראה לועדה, ניתן למנוע חשש זה על ידי סדרי רישום נאותים הן של זהות ההורים הגנטיים והן של האם היולדת, דוגמת שיטת הרישום על פי חוק אימוץ ילדים התשמ"א – 1981.

1.2 עלות הטיפול ומימונו

שאלה שנויה במחלוקת היא. האם שיקולים של עלות ויעילות מצדיקים הגבלה על זכות הגישה לטיפולי פוריות. למשל, לפי הנחיות ארגון הבריאות העולמי, ההגדרה של "אי-פוריות" המצדיק מתן טיפול של הפריה חוץ-גופית היא, אי יכולת להתעבר במשך תקופה של שנתיים של יחסי מין בלתי מוגנים. לפי מחקרים מסויימים, בשנה שאחרי השנה הראשונה ללא הריון היה אותו אחוז של הריונות ספונטניים ("עצמוניים") ושל הריונות הפרייה חוץ-גופית. בדומה, לאור נתונים המצביעים על ירידה משמעותית באחוזי ההצלחה של ההפרייה החוץ-גופית לאחר 3 עד 4 מחזורי טיפול, ממליץ הארגון אף על הגבלת מספר מחזורי הטיפול שיינתנו למטופלים. במקביל מדגיש הארגון את האלטרנטיבות להפריה חוץ-גופית: טיפול מניעתי (למשל, מניעה וריפוי של מחלות מין הגורמות לאי פוריות), טיפול רפואי קונבנציונלי (תרופתי וכירורגי), וכן אלטרנטיבות של אי-טיפול, כלומר אימוץ או הישארות במצב של אי-הורות (CHILDLESSNESS).

הועדה טרם דנה בשאלות הקשות של מימון הטיפול והתרופות הנלוות לו. האם המדינה או קופות החולים יכולות לספק שירותים אלה ללא הגבלה? אם לא, אילו הגבלות תהיינה לגיטימיות לצורך הקביעה של קדימויות "כלכליות"? האם הגיל של המטופלים הוא רלבנטי? או העובדה שיש להם ילדים קודמים?

1.3 ייעוץ

התפתחות הטכנולוגיה הרפואית לטיפול באי-פוריות יוצרת אופציות נרחבות למימוש הורות. למרות זאת במקרים רבים עוברים המטופלים סבל רב עם סיכוי זעיר להצלחת הטיפול. לפיכך סבורה הועדה כי בהתחשב

באזירה התרבותית בישראל, יש מקום גם לשחרר מהסטיגמה של אי-הורות באמצעות שירותי יעוץ מתאימים.

ההפריה הרפואית היא שיטת הולדה הכרוכה במאמץ גופני ונפשי משמעותי של בני הזוג המטופלים. המאמץ הוא כבד במיוחד מבחינת האשה, אשר מעורבת יותר מן האיש בטיפול הגופני, ואשר עשויה לייחס יותר חשיבות למימוש ההורות מבחינת זהותה האישית. המתח הכרוך במעבר של שלבי הטיפול השונים עשוי להשפיע גם על איכות היחסים בין בני הזוג. חשוב, אם כן, שלמטופלים תינתן הזדמנות ושהות לבחון את האופציות הקיימות לטיפול ולא-טיפול, בהתאם לצרכים הרגשיים שלהם: האם הם יכולים להעלות על הדעת אפשרות של חיים ללא ילד משלהם. האם האימוץ או אומנה עשויים להיות פתרון מתאים להם, או האם הם מעדיפים לבחור בשיטה זו או אחרת של טיפול רפואי. לאחר שבני הזוג בחרו בטיפול רפואי, ייתכן שהם יהיו זקוקים לתמיכה פסיכולוגית במשך הטיפול, וגם במשך ההריון ולאחר הלידה.

במסגרת שקילת האופציות לטיפול רפואי יש חשיבות גדולה לספק למטופלים מידע מלא ומהימן לגבי פרוטוקול הטיפול המוצע והשקעת הזמן והכסף הדרושה, וכן לגבי ההצלחה של הטיפולים והסיכונים הכרוכים בהם, לרבות תופעות לוואי של תרופות. לפי מידע שנצטבר בעשר השנים האחרונות קיימים במידה זו או אחרת סיכונים בריאותיים לאשה המטופלת והן לוולד. הסיכונים של האשה כוללים גירוי-יתר של השחלות שבמקרים קיצוניים עשוי לגרום למוות, סיבוכים של הריונות רב-עובריים, הריון מחוץ לרחם, וגם חשש להגדלת הסיכון לסרטן השחלות. הסיכונים לילד כוללים העלאת הסיכון ללידה במשקל נמוך, ולתמותת תינוקות. בנוסף יתכן שקיימים סיכונים מהקפאת עוברים והפשרתם שהם עדיין בלתי ידועים.

מכל הטעמים האלה, הועדה היא בדעה שיש מקום לקבוע חובה לספק שירותי יעוץ מתאימים למטופלים.

2. הגדרת ההורות (אבהות ואמהות)

במשפט העברי הקשר הביולוגי הוא הקובע את יחסי המשפחה של הורים וילדים. לפיכך, למשל, האימוץ איננו משנה את המעמד המשפטי של ילד ואיננו קובע הורות, אלא הוא לכל היותר מטיל חיובים ממוניים על המאמצים כלפי המאומץ. בישראל, חוק אימוץ ילדים, התשמ"א – 1981, משקף איזון בין הגישה ההלכתית לבין הגישה המודרנית של אימוץ כפתרון למצוקתו של ילד פלוני. כך מוסיף הילד המאומץ לרשת את קרוביו הביולוגיים, למרות האימוץ. ומאחר שהאימוץ איננו משפיע מבחינת ההלכה על איסורים של קירבת חיתון, הונהג פנקס האימוצים כדי למנוע נישואי קרובים.

הובהר לוועדה כי במצבים של הזרעה מלאכותית בזרע של תורם, דעת רוב הפוסקים היא שתורם הזרע הוא אבי הילד, לדעת מיעוט הפוסקים אין ייחוס לתורם הזרע אם ההולדה לא היתה תוצאה של יחסי מין. באשר למצב של תרומת ביצית מסתמנת הנטיה לייחס את האמהות לאם הפיזיולוגית, דהיינו, היולדת, ולא לאם הגנטית, דהיינו, תרומת הביצית, אך הנושא עדיין לא הוכרע סופית מבחינה הלכתית.

בישראל עדיין אין הסדר חקיקתי של הזרעה מלאכותית בזרע של תורם. כאשר מדובר בבני זוג שותפים לחיים, לפי הכללים של מנכ"ל משרד הבריאות, חותמים בני הזוג על טופס שבו הם מסכימים לכך שהילד ייחשב כילדו של האיש לכל דבר וענין, ותורם הזרע משוחרר מאחריות משפטית כלפי הילד. אלא שהשאלה היא האם יש בכוחם של הסכמים וכללים מעין אלה לקבוע את מעמדם האישי של הילדים, שהוא עניין של הדין. לפי פסיקת בית המשפט העליון בענין סלמה הנ"ל, האיש שהסכים להזרעה מלאכותית של אשתו בזרע של תורם חייב במזונות הילד כתוצאה של הסכמתו. ההסדר המקובל בשיטות משפט אחרות הוא שכאשר האיש מסכים מראש להזרעה של האשה בזרע של תורם, הוולד נחשב מרגע לידתו כילדו לכל דבר וענין, מכוח החוק. ובמקביל מנותק הקשר המשפטי בין תורם הזרע לבין הילד. כלומר, יש הפרדה בין אבהות משפטית לאבהות ביולוגית.

הועדה סבורה שבמקרים של תרומת חומר גנטי (זרע או ביצית), יש לקבוע הסדר הדומה במידת מה לחוק האימוץ, לפיו ייחשב הילד מבחינה משפטית כאילו היה ילדם הטבעי של מקבלי התרומה וינתק כל קשר משפטי בינו לבין נותני התרומה. יחד עם זאת, יהיה מנגנון של רישום היוחסין על מנת למנוע נישואין עתידיים בין קרובים ביולוגיים.

3. הזכות למידע וחובות רישום

בשנים האחרונות מעודדים העובדים הסוציאליים והעוסקים בבריאות הנפש פתיחות וגילוי במשפחות לא-ביולוגיות לעומת הסודיות והשתיקה שהיו מקובלות בעבר. הנסיון שהצטבר בעיקר מן ההקשר של אימוץ מלמד כי העלמת המידע לגבי נסיבות הולדתו של הילד, שיש בה הכחשה מסויימת לייחוד של יחסי המשפחה, עלולה לפגוע בהתפתחותו הרגשית. יתירה מזו, מוכרת היום זכותם של מאומצים להתחקות אחר מוצאם הביולוגי בהגיעם לגיל בגרות, כנובעת מן הצורך בשלמות הזהות העצמית. המימוש של זכות זאת מחייב הסדרי רישום נאותים. יחד עם זאת, נולדו בעולם אלפי ילדים מהזרעה מלאכותית ללא רישום כלשהו, ומבלי שהושקעה מחשבה בהשלכות שיש לכך.

חוק האימוץ הישראלי (שמקורו בחוק משנת תש"ך) היה הראשון בעולם אשר קבע את חובת הרשויות לנהל פנקס אימוצים ואת זכות המאומץ לעיין בפנקס בהגיעו לגיל 18. ואולם זכות זאת מותנית בקבלת רשות מאת פקיד הסעד. כמו כן יש לעיין שגם רושם הנישואין מוסמך לעיין בפנקס לצורך בדיקה של חשש לפסול-חיתון.

הועדה סבורה שיש להכיר בזכות של הילד שנולד מתרומת חומר גנטי בהפריה רפואית להתחקות אחר מוצאו הביולוגי בהגיעו לגיל בגרות, לאחר קבלת ייעוץ מתאים, מבלי שיהיה בכך כדי להטיל חובות משפטיות כלשהן על תורמי החומר הגנטי. הכוונה היא שהילד יהיה זכאי לקבל מידע בלתי מזהה על תורם החומר הגנטי, ושקבלת מידע מזהה תהיה מותנית בהסכמת התורם או התורמת, בין שניתנה לפני התרומה ובין לאחריו. זכות זאת לא צריכה להיות מותנית באישור ביורוקרטי, יש צורך להנהיג בהתאם סדרי רישום נאותים הן של זהות ההורים הגנטיים והן של זהות ההורים המשפטיים של הילד.

זכות העיון של רושם הנישואין ברישומים מעין אלה, לפי מודל של חוק האימוץ, עלולה לפגוע בזכות הפרטיות במידה העולה על הנדרש. קיימת אפשרות לצמצם את זכות העיון למידע ממוחשב שישלול או יאשר מצב של קירבה גנטית, ללא מתן מידע מזהה במצבים בהם אין מניעת חיתון.

מאחר שהדין הדתי חל על ענייני נישואין, קיימת אפשרות של מניעה לנישואין על פי ההלכה – אם בגלל אפשרות של קירבה ביולוגית (עריות) ואם בגלל המחלוקת בין הפוסקים בקשר לממזרות – יש, לדעת הועדה, לספק מידע למטופלים בענין זה במסגרת הייעוץ שקודם לטיפול, כדי שיוכלו לקחת בחשבון גם שיקולים אלה בבחירת האופציה המתאימה להם לפתרון אי-הפוריות.

4. תרומות חומר גנטי

ניתן לחלק את השאלות המתעוררות בקשר לתרומות של חומר גנטי לשני ראשים עיקריים:

1. הגבלות על מתן תרומה;
2. הקפאה של טרום-עוברים.

4.1 הגבלות על מתן תרומה

(1) תרומות על ידי מטופלות בלבד: לפי התקנות כיום, תרומת ביצית להפריה של אשה אחרת תלקח רק מאשה הנמצאת בעצמה בטיפול הפרייה חוץ-גופית. נטילת הביצית מן השחלה נעשית בהתערבות כירורגית תחת הרדמה, לאחר טיפול הורמונלי שמביא להבשלה של

מספר רב של ביציות במחזור אחד. הפעולה בכללותה כרוכה בסיכונים רפואיים מסויימים, משום כך היתה הגישה של מתקין התקנות שאין לבצע אותה לשם תרומה בלבד. גלומה בכך הנחה שהתרומה צריכה להיעשות בהתנדבות, ללא תמורה.

(2) **איסור תשלום:** יחד עם זאת, קיים כפי הנראה מחסור בביציות לתרומה. נשים מטופלות מעדיפות להפרות את כל הביציות שניטלו מהן ולהקפיא אותן, למקרה הצורך במחזורים נוספים של טיפולים או אפילו להולדה של ילדים נוספים. קיים גם סיכון רגשי בתרומה של ביציות, אם נותנת התרומה אינה מתעברת. במרפאות מסויימות, ככל הנראה, נותנים "תמריצים" לתרומת ביציות, באופן שבני הזוג המקבלים את התרומה מממנים את הטיפול התרופתי של התורמת. יש בכך ודאי עקיפה של הנורמה של תרומה בהתנדבות, ללא תשלום כספי. יחד עם זאת, בתרומות זרע מקובל לשלם לתורמים. השאלה היא האם לקבוע איסור כולל על תשלום בעד חומר גנטי?

(3) **נשים פנויות:** לפי התקנות הקיימות יש לאשר לאשה הלא-נשואה זכות לקבל טיפולי הפרייה חוץ-גופית, ולתרום ביציות. תרומת ביציות על ידי אשה פנויה אינה מעוררת בעיות הלכתיות של חשש ממזרות, שקיימת ביחס לתרומת הנשואה. יחד עם זאת, לפי התקנות, האשה הפנויה איננה זכאית לקבל ביצית כתרומה. אחד הטיעונים להגבלת הזכות של האשה הפנויה לקבל ביצית בתרומה היא שזהו חלק מאיסור כללי על תרומה של טרום-עוברים [ביציות מופרות] (ראו להלן). ההנחה היא שהאשה הלא-נשואה תהיה זקוקה גם לתרומה של זרע. ההגבלה היא גורפת מדי לפי נימוק זה, שכן ייתכן שיש לאשה בן-זוג שלא מנישואין. מכל מקום, כאמור, נראה לועדה שאין מקום להטיל הגבלות על הזכות לקבל טיפולי פוריות משום היות המטופלת לא-נשואה.

(4) **תרומת טרום-עוברים:** האיסור הקיים על תרומות של טרום-עוברים נובע מחשש לטשטוש היוחסין. כלומר, תרומת זרע אפשרית, וגם תרומת ביצית, אבל השילוב של השתים אסור. מדובר במקרים בודדים של זוגות שזקוקים לטיפול הכרוך בתרומה משולבת מעין זו – כאשר, למשל, האשה אינה מבייצת והאיש אינו מייצר זרע. נראה לועדה שלא צריכה להיות מניעה לטיפול זה אם יוקם מנגנון של רישום, כפי שהוצע לעיל.

(5) **תרומת ביצית על ידי קרובת משפחה:** איסור נוסף שקיים היום בתקנות הוא האיסור של תרומת ביצית על ידי קרובת משפחה של האשה המטופלת. הטעם לאיסור זה נעוץ, ככל הנראה, בחשש שהעירוב של

ביצית הקרובה עם הזרע של בן זוגה של המטופלת יהיה עבירה על איסורי עריות הלכתיים. אלא שדווקא קרובות משפחה של המטופלת עשויות להביע נכונות לתרום ביציות בהתנדבות. אם אין לראות בהפרייה רפואית משום ניאוף, כך גם במקרה זה אין לראות בעירוב של החומר הגנטי משום עבירה על איסורי עריות, כל עוד לא קיימת קירבה ביולוגית בין הקרובה לבין בן הזוג של האשה המטופלת.

4.2 הקפאה של טרום-עוברים

ברמה הטכנולוגית הנוכחית ניתן לשמר בהקפאה זרע או טרום-עוברים, אך לא ניתן לשמר באופן בטוח ביציות לא-מופרות. נראה שכל שתקופת ההקפאה ארוכה יותר כך יורדת החיות של הביצית המופרית. לפי התקנות הקיימות, ביצית מופרית תוחזק בהקפאה לתקופה שלא תעלה על חמש שנים, וניתן להאריך תקופה זו לחמש שנים נוספות על פי בקשה בכתב של בני הזוג. בעולם מוקפאות ביציות לתקופות בין שנה לשלוש שנים. בישראל יש ביציות מופרות בהקפאה זו השנה השביעית. לפני כשנה המליצה ועדה פנימית של משרד הבריאות שזוג המבקש לאחסן את העוברים לחמש שנים נוספות יחוייב בתשלום עבור העלויות הקשורות, בסכום כולל של §82.

הועדה דנה בשלב הראשון בשאלות האלה:

(1) מי מחליט?

למי מסורה ההחלטה בקשר למה שייעשה בטרם-עוברים? מבחינה משפטית, יש השואלים למי "שייך" טרום-העובר המוקפא. הועדה מציעה לא לדבר בשפה של קניין, שכן טרום-העובר איננו נכס סתם. במקום זאת יש לשאול מי מקבל את ההחלטה בקשר לדיספוזיציה של החומר המוקפא, כשקיימות ארבע אפשרויות: השתלה במטופלת, תרומה למטופלים אחרים, תרומה למחקר, או השמדה.

האם ההחלטה צריכה להיות של המטופלים בכל מקרה, או שמא ההחלטה היא בידיהם רק לגבי השתלה במטופלת, וכל החלטה אחרת תהיה בידי המוסד הרפואי? האם צריך להגביל את תקופת הזמן שבה נתונה ההחלטה בידי המטופלים, כאשר בחלוף תקופה זו היא תהיה בידי הרופאים? האם יש מעמד לתורמים של חומר גנטי?

הועדה נוטה לדעה שההחלטה צריכה להיות של המטופלים. כשם שמוסד רפואי אינו רשאי לעשות ניסויים בעודפים של דגימות דם או כל רקמה אנושית אחרת, שניתנו למטרה אחת, ללא קבלת ההסכמה

לניסוי האחר, כך, קל וחומר, נראה שאין לעשות שימוש כלשהו בטרם-עוברים ללא הסכמתם של המטופלים.

כאשר מדובר בבני זוג מטופלים, הועדה נוטה לדעה שהחלטה לגבי תרומה או השמדה צריכה, כעקרון, להיות משותפת, אך מה ייעשה כאשר אין ביניהם הסכמה?

(2) הסכמה של בני הזוג להשתלה:

כמו כן, כאשר מדובר בבני זוג מטופלים נשאלת השאלה האם דרושה ההסכמה של שניהם שוב בשלב ההשתלה של טרום-העובר באשה. שאלה זאת מתעוררת בחריפות כאשר הקשר בין בני הזוג מתערער במהלך הזמן. התקנות מתייחסות רק למקרה של גירושין, שאז דרושה ההסכמה של האיש להשתלה. אך ייתכנו עוד מצבים של חילוקי דעות בין בני זוג. הועדה היתה חלוקה בשאלה זו. לפי דעה אחת, כעקרון צריכה להיות ההסכמה של שני בני הזוג להשתלה, משתי סיבות. האחת, שיש לעודד מעורבות של האב בהחלטה. והשנייה, שבענין של טובת הילד אין לתת יד להולדה מתוך סכסוך. מצד שני הובעה הדעה כי לפי הפרקטיקה הנוהגת, חותם האיש בזמן ההפרייה וההקפאה על טופס שבו הוא מקבל על עצמו התחייבות כאבי הילד, ויש לראות במתן ההרשאה להפרייה גם הסכמה להשתלה, אלא אם כן באה התנגדות לאחר מכן.

הועדה גם נתנה דעתה לדיווחים בעתונות על הסכסוך שנתגלע בין בני הזוג נחמני אשר עתירתם בבג"צ 1237/91 הנ"ל נסתיימה בהסכמת משרד הבריאות לאפשר להם הפרייה של ביצית האשה בזרע האיש לשם השתלת הביצית המופרית בחור"ל ברחם של אם נושאת. לאחר שנעשתה ההפרייה, ובטרם נתבצעה ההשתלה באם הנושאת, נפרדו בני הזוג, ועתה מבקשת האשה להשתיל את הביצית המופרית באם נושאת ואילו האיש מתנגד לכך. נשאלת השאלה, האם יש להעדיף את האינטרס של האשה בהולדה על האינטרס של האיש באי-הולדה? והאם יש מקום לחריג לחובת המזונות של האב אם בית המשפט יאשר הסכם של בני הזוג שהאב לא יחוייב במזונות?

(3) דיספוזיציה לאחר פטירה:

התקנות מתייחסות לשימוש בביצית מופרית לאחר פטירה, כשהן מבחינות בין פטירת האיש לבין פטירת האשה. כאשר נפטר האיש, מותר להשתיל באשה את הביצית המופרית אך לא לפני שעברה שנה לפחות ממועד ההפרייה. (תקופת ה"צינון" נובעת, מדאגה פטרנליסטית להבטיח שהחלטת האשה תהיה שקולה. אך מתקין

התקנות טעה בקביעת המועד שממנו מתחילה התקופה, והכוונה היתה – יש לשער – להתחיל תקופה זו ממועד הפטירה, ולא ההפרייה). כאשר נפטרה האשה, קובעות התקנות שלא ייעשה שימוש בביצית המופרית. ניתן להסביר הבחנה זו בין האיש לאשה ביכולת של האשה להתעבר וללדת ללא מעורבות של אדם נוסף, בעוד שהאיש עשוי להיזקק לשירותים של אם נושאת (ראו להלן).

בהקשר זה יש להתייחס גם לנושא זכויות הירושה. לעובר אין זכויות משפטיות עד שלא נולד. אך אם לאחר הלידה יורש הילד את הוריו, ייתכן שלירושיהם האחרים תהיה התנגדות להשתלה. שאלה דומה מתעוררת בהקשר של השימוש בזרע מוקפא. הועדה נוטה לדעה שמבחינת דיני הירושה ייקבע בחוק שכאשר הריון נוצר כתוצאה מהשתלה (או הזרעה), לאחר פטירת הורה, לא יהיו ליילוד זכויות ירושה כלפי ההורה שנפטר.

5. הסכמים לנשיאת עוברים

הסוגיה של הסכמים לנשיאת עוברים (פונדקאות) מעוררת שאלות קשות במיוחד. למורכבות של היחסים בין הבוגרים המעורבים בהסכם ההולדה יש בודאי השלכות רגשיות הן על הילד שיוולד, הן על ילדים קיימים של האם הנושאת, הן על האם הנושאת עצמה, והן על היחסים בין בני זוג חשוכי-ילדים. שאלות של תקנת הציבור (PUBLIC POLICY) מתעוררות בשני מישורים עיקריים: שאלת התשלום לאם הנושאת, והשאלה ביחס לזכותה לחזור בה מן ההסכם לאחר הלידה. בארצות רבות, ובהן אנגליה, אוסטרליה, וצרפת נחקקו חוקים האוסרים פעילות מסחרית (דהיינו, תמורת תשלום) הקשורה להסכמים לנשיאת עוברים. והסכמים ככל מקרה אינם ניתנים לאכיפה מבחינה משפטית.

לאחר שהועדה דנה באופן ראשוני במכלול ההיבטים של הסוגיה, היא הגיעה למסקנה שאין לנקוט לגביה גישה קיצונית. כלומר, אין לאסור את הנושא באופן מוחלט, מצד אחד, וגם אין להתיר אותו ללא שום הגבלות, מצד שני. מוסכם על הועדה שבמקרים שמותרים של הסכם לנשיאת עוברים צריך להיות רישום מסודר שיכלול פרטים של כל הבוגרים המעורבים – האם הגנטית, האם היולדת, האב הגנטי, וההורים החברתיים – אשר ימנע בעיות של נישואי קרובים בעתיד.

5.1 אישור מראש של ועדה סטטוטורית

יש הסכמה עקרונית שניתן במצבים מסויימים לאפשר נשיאת עוברים במסגרת טיפולים של הפריה חוץ-גופית. ההשערה היא שבישראל מדובר

כיום בהצטברות בסדר גודל של כ-50 זוגות מטופלים שהיו יכולים להוליד ילד ביולוגי בדרך זו.

הועדה מציעה להקים גוף סטטוטורי, ועדה בראשות שופט, אשר יהיה מוסמך לקבל החלטות בכל המקרים הקשים של הפריה חוץ-גופית, לרבות בקשות לאישור מראש של הסכמים לנשיאת עוברים. בהרכב הועדה הסטטוטורית יש להבטיח ייצוג הולם לבעלי מקצועות הנוגעים לדבר ולאנשי דת. ויש להבטיח שוויון מספרי לנשים ולגברים כחברי הועדה. גישת הועדה היא שאין להתיר נשיאת עוברים אלא על פי אישור מראש של הועדה הסטטוטורית, אשר תפעיל שיקול דעת גמיש במקרים הפרטניים על פי הנחיות שייקבעו בחוק. השאלה היא מה יהיה תוכנן של ההנחיות למתן האישור?

באופן כללי רואה הועדה בהסכם לנשיאת עוברים הסדר שנועד לפתור בעיות של נשים שאינן יכולות לשאת הריון, או שההריון מסכן את בריאותן. מוסכם על חברי הועדה כי תנאי למתן אישור של הועדה הסטטוטורית הוא שכל הצדדים קיבלו הסברים מתאימים וייעוץ מקצועי, והבינו את מורכבות ההשלכות של ההסכם שעל המבקשים לחתום.

5.2 מי יכולה להיות אם נושאת?

מוסכם על חברי הועדה כי –

1. האם הנושאת לא תהיה קטינה;
 2. האם הנושאת לא תהיה אשה שעדיין לא עברה חוויה של הריון ולידה;
- בועדה הועלתה הצעה לקבוע בחוק שאם נושאת לא תהיה אשה נשואה, מאחר שאם היא אשת איש קיים סיכון של פגיעה בצאצא, מבחינת החשש לממזרות. מצד שני הובעה הדעה כי אין מקום להבחין בין נשים נשואות ללא-נשואות, ויש לבדוק בכל מקרה מהי הסיבה שהאשה מבקשת לשאת הריון עבור אשה אחרת. ייתכן, למשל, שקרובת משפחה או חברה נשואה של האשה חשוכת הילדים מוכנה לשאת עובר עבורה, ויש להשאיר את הבחירה בידי ההורים המזמינים. כמו כן, יש לקחת בחשבון חששות שהגבלה לגבי נשים נשואות עלולה להמעיט מכבודה של האשה הלא-נשואה שנכנסת להסכם לנשיאת עובר. חברי הועדה לא הגיעו לבסוף לידי הסכמה ביחס לשאלה אם להגביל אשה נשואה מלשאת עוברים עבור אשה אחרת. הועלתה הטענה שמאחר שאין יחסי מין, לא מדובר בניאוף. ולכן גם לא יכול להיות בסיס רציונלי לסטיגמטיזציה של הילד הממזר. מאידך, המעמד האישי של הילד נקבע על ידי גורמים הלכתיים. בכל מקרה, יש להבהיר להורים את הסיכון של אי בהירות לגבי המעמד האישי בעתיד כחלק מן הייעוץ הפסיכו-סוציאלי שיינתן לזוגות מטופלים.

הועדה מבקשת לקבל התייחסות, האם ההנחיות צריכות לכלול הגבלות נוספות, ובפרט לגבי המאפיינים האלה:

1. האם האם הנושאת מגדלת ילדים בביתה? ומהו גילם?
2. האם יש להורים המזמינים ילדים אחרים? משלהם או מיחסים קודמים?
3. האם צריכה להיות הגבלה ביחס לגיל של ההורים המזמינים?

5.3 הזרעה מלאכותית

מוסכם על הועדה שהיא עוסקת רק בהסכמים לנשיאת עוברים שיש בהם מעורבות רפואית. אין זה מעניינה לעסוק במצבים שההתעברות נעשית ללא מעורבות רפואית. הועדה אינה נוקטת עמדה לגבי השלכות המשפטיות על הסכמים אחרים, מבחינת תקפותם.

יחד עם זאת, הועדה נדרשה לשאלה האם להתיר נשיאת עוברים כאשר האם היא גם האם הגנטית. מצב זה נוצר כאשר ההתעברות נעשית בדרך ההזרעה המלאכותית, והיא מכונה בפי הרופאים "פונדקאות חלקית", להבדיל מ"פונדקאות מלאה" הנוצרת כתוצאה מהפריה חוץ-גופית, כאשר האם הנושאת אינה האם הגנטית של העובר. יושם אל לב, שההזרעה המלאכותית היא שיטה יותר פשוטה להתעברות ויותר נוחה מבחינת האם הנושאת. ועם זאת, הקשר שלה לעובר הוא יותר מלא בשיטה זו. מבחינה מספרית, רוב ההסכמים לנשיאת עוברים בעולם עד עכשיו היו כרוכים בהזרעה מלאכותית, ולא בהפריה חוץ-גופית.

חלק מחברי הועדה סברו שאם הועדה הסטטוטורית אמורה לתת אישורים לנשיאת עוברים, על כל ההסתייגויות מכך, אזי אך ורק בקשר להפרייה חוץ-גופית כאשר המצב הוא סימטרי מבחינת הקשר הגנטי של שני בני הזוג אל הילד, כלומר, שני ההורים המגדלים את הילד קשורים אליו מבחינה גנטית. לפי דעה זו, כאשר הדבר נעשה בקשר להזרעה מלאכותית, יש סיבוך נוסף של א-סימטריה בהורות הגנטית, כלומר הילד יהיה קשור גנטית רק לאב המגדל אותו, ולא לבת זוגו.

חלק אחד מחברי הועדה סבר, מסיבות שונות, שאין לייחס חשיבות לאופן ההתעברות. גם בהזרעה מלאכותית בזרע של תורם קיימת א-סימטריה, כאשר לילד יש קשר גנטי עם רק אחד מן ההורים המגדלים אותו (האם). לפי גישה זו, ההורות הגנטית היא מרכיב אחד מני רבים בקשר שנוצר בין הילד לבין ההורים המגדלים אותו.

5.4 תשלום לאם הנושאת

חלק מחברי הועדה היו בדעה שיש לאסור תשלום לאם הנושאת, שכן התשלום הוא פיתוי שמביא לניצול. זה עלול ליצור תופעה חמורה עוד יותר

מן הזנות, שכן העשייה של האם נושאת היא מורכבת ויקרה מבחינה פסיכולוגית ופיזיולוגית, יש בכך סיכון, כאב, והשקעה גדולה. דווקא בגלל היות הנשים פגיעות מבחינה כלכלית, צריך למנוע את הפיתוי הכלכלי להיכנס להסכם לנשיאת עובר. אבל יש לקחת בחשבון שיהיו מקרים יחידים וייחודיים של נשים שמוכנות לשאת עובר אשה אחרת. גם מבחינת טובתו של הילד יש שיקולים לאסור על תשלום לאם נושאת. יש בכך מימד בלתי מוסרי של סחר בילדים, ואין לדעת מהי השפעה הרגשית על הילד שידע שהוא נקנה בכסף.

דעה אחרת היתה שהאשה מנוצלת דווקא אם אין משלמים לה, וזכותה לקבל תשלום עבור עבודה. יש להבחין בין קניה של ילד לבין תשלום עבור שירותי האשה. צריך לשלם לה בשיעורים במשך כל זמן ההריון, ולא בסכום חד-פעמי לאחר הלידה. אין פסול מוסרי בתשלום לאשה, כשם שאין פסול מוסרי בתשלום לרופא עבור שירותי הולדה. יתירה מזו, אי החוקיות תיצור שוק אפור, שכן קשה להבחין בין תשלום עבור הוצאות טיפול רפואי, ביטוח, אובדן ימי עבודה, וכיו"ב לבין תשלום עבור עבודת האשה. דווקא אם הפעילות היא בלתי-חוקית, לא יהיה ניתן להגן על נשים מפני ניצול, כפי שאנו יודעים מן ההקשר עם הזנות.

5.5 הסכם פתוח

בפני הועדה עלתה הצעה שהועדה הסטוטורית תתווך בין ההורים המזמינים לבין האם הנושאת, ושהיה בכך כדי למנוע ניצול ולחץ, במיוחד על מתנדבת קרובת משפחה. חלק מחברי הועדה סברו, לעומת זאת, כי אם האם הנושאת אינה מקבלת תשלום והיא גם אנונימית הרי שלא יהיה לה כל מניע חיובי להסכים לנשיאת העובר, והאנונימיות הופכת את האם הנושאת למכונת לידה חסרת אישיות. בנוסף, ההורים המזמינים עשויים להיות מעוניינים לדעת את זהות המתנדבת, ואין מקום שרשות מטעם המדינה תפעל כסוכנות תיווך. הוסכם על הועדה לבסוף כי אין לקבוע נורמה של אנונימיות הצדדים להסכם.

5.6 זכות האם הנושאת לחזור בה

חברי הועדה הסכימו שיש להשאיר פתח לאם הנושאת לחזור בה מהסכמתה למסירת הילד להורים המזמינים. השאלה היא האם צריכות להיות נסיבות מיוחדות להצדיק את הפרת ההסכם על ידי האם הנושאת, או שמא יש לה זכות לסרב למסור את הילד מעצם היותה האם היולדת? שאלה נוספת היא, למי תהיה החזקה על הילד בפרק הזמן שבו מתברר אם ליולדת יש זכות חזרה?

5.7 תוכן ההסכם לנשיאת עוברים

הועדה טרם נתנה דעתה באופן מעמיק על התערבות המחוקק בתוכן ההסכם לנשיאת עוברים. ראוי לתת איזון נאות בין הזכות של האם הנושאת לפרטיות ביחס לקבלת החלטות לגבי ניהול ההריון, לבין האחריות שלה להימנע מסיכונים לבריאות העובר. בכל מקרה יש להזהר מהתייחסות אל האם הנושאת כאל אינקובטור.

5.8 האחריות לולד בעל מום

נשאלת השאלה מי יהיה אחראי במקרה של לידה של וולד בעל מום. שאלה זו קשורה להגדרה של ההורות המשפטית. האם האם היולדת תיחשב כאם המשפטית של הוולד, ויהיה צורך בהליך של מעין-אימוץ לאחר הלידה על מנת להקים את ההורות המשפטית של ההורים המזמינים? או שמא, מכוח האישור מראש של ההסכם, ייחשבו ההורים המזמינים כאחראים לוולד מרגע לידתו?

מצד אחד, הובעה הדעה כי המדינה תהיה אחראית במקרה של לידת ילד פגוע, כשם שבפועל לוקחת המדינה אחריות לילד פגוע שנולד להורים המבקשים למסור אותו לאימוץ. לעומת זאת, הסתמנה בועדה גישה שהאחריות לוולד פגום צריכה להיות של ההורים המזמינים. ההנחה צריכה להיות שהם יגדלו את הילד, ואין בהסכם לנשיאת העובר שום ערובה ל"איכות המוצר". משיקולים של טובת הילד, צריכה להיות ודאות למשמורת של מי ימסר הילד עם לידתו, במיוחד אם נתגלע סכסוך בין האם הנושאת לבין ההורים המזמינים בנושא זה.

6. מחקר רפואי בטרומ-עוברים

כאמור במבוא, הועדה טרם נתנה את דעתה לשאלות השונות המתעוררות לגבי מחקר רפואי וניסויים בטרומ-עוברים. באנגליה מותר לבצע ניסויים מדעיים בטרומ-עוברים רק בתוך תקופה של 14 ימים לאחר מועד ההפרייה. באוסטרליה קיימת נורמה שלא ליצור טרומ-עוברים לצורך מחקר, אלא להשתמש בעודפים של טיפולי הפוריות. בשבדיה קיימת המלצה שלא ייעשה מחקר בטרומ-עוברים אלא לצורך שיפור ההפרייה החוץ-גופית. נראה שעדיין אין ממצאים מלאים לגבי השפעות וסיכונים ארוכי טווח לילדים שנולדים לאחר תהליך הקפאה והפשרה של טרומ-עוברים.

שאלות אחרות קיימות לגבי ההגנה המשפטית על נשים המשתתפות בטיפולים חדשניים, ועל מעמדם כסובייקטים של ניסויים רפואיים.

מקור: אסיא סה-10, עמ' 94-111 (1999)