



שם בית הספר: סולם צור

כתובת בית הספר: קיבוץ גשר הזיו סמל מוסד: 260331 מספר טלפון: 04-9825272

המתת חסד-

"החופש למות בכבוד" עמדות שונות והשפעתן על

החקיקה

עבודת גמר צמודה באזרחות בהיקף של 5 יח"ל

שם המנחה: נטלי ברנד

שם התלמיד: אלה אוסרי

ינואר 2021, ה'תשפ"א

הקדמה אישית

"בשנותי הרבות כרופא למדתי שהמוות אינו תמיד האויב. הוא לעתים הטיפול הרפואי הנכון. לעתים קרובות הוא משיג את מה שהרפואה אינה יכולה עוד להציע - סוף לייסורים". פרופ' כריסטיאן ברנד.

במהלך השנים האחרונות נחשפתי למספר מחקרים המראים עלייה עקבית של מקרים בהם אנשים בוחרים לסיים את חייהם בהמתת חסד. עם התבגרותי, מצאתי כי במקרים בהם אנשים נמצאים במצב סופני, שמורכב מעצם טבעו, הם צריכים להתמודד עם דילמות קשות, מצפונית, רגשיות וערכיות. כך גם בני משפחותיהם, רופאיהם וכל הסובבים אותם. דוגמה מפורסמת היא של שדרן הרדיו הוותיק עדי טלמור שלקה בסרטן ריאות ובחר לסיים את חייו בשוויץ בשנת 2011. לבקשתו גופתו נשרפה ואת האפר פזרו באגם סמוך לציריך. דוגמה נוספת היא מורן וורנשטיין ששמה קץ לחייה בשל סבל פיזי ונפשי שלא יכלה עוד לשאתו כשהייתה בת 36 ובשנת 2017 "הגשימה" את משאלתה וסיימה את חייה בשווייץ. דוגמאות אלו, עוררו בי סקרנות רבה, והעלו בי שאלות הנוגעות למשמעות החיים וערכם ולזכותו של האדם לקבל החלטות על חייו באופן עצמאי. סקרן אותי מאוד להבין מהי המתת חסד, למה אנשים בוחרים בה מצונם ובמודע ולעיתים אף בגיל כה צעיר כמו מורן. כשהתחלתי את עבודת החקר, גיליתי עד כמה הנושא הזה מסובך ומורכב, ומהווה סוגיה אזרחית רלוונטית כיום. במהלך כתיבת העבודה קראתי באחד המחקרים משפט שהדהד בראשי לאורך כתיבת המחקר: "האופן בו אנו מתים נותר לנצח בזיכרון של מי שחי אחרינו. והמצוקה שנוצרת במשפחה כתוצאה מתהליך הגסיסה היא עצומה" משפט זה ממחיש את המשמעות והחשיבות של "מוות בכבוד", לא רק לאדם הגוסס אלא גם למי שהוא מותיר אחריו.

באופן אישי, רציתי להכיר את הנושא יותר לעומק על השלכותיו בהלכה היהודית. בנוסף עניין אותי ההיבט של המשפט המודרני, השלכותיו על חיי היום יום והשפעתו על חברה מתוקנת במדינה יהודית ודמוקרטית.

בנוסף, כיום בעידן הקורונה, יותר מאשר אי פעם, קיים החשש מפני גידול מהיר במספר החולים הקשים, שתוצאתו האפשרית הינה מחסור במשאבים רפואיים. בין השאר, עולה החשש מפני מחסור במכונות הנשמה, זאת נוכח מספרן המוגבל של מכונות אלה, וחוסר בצוותים רפואיים היכולים לטפל בחולים המחוברים למכונות הנשמה. אם אכן יתממש חשש זה, יאלצו הצוותים הרפואיים לבחור את מי מהחולים לחבר למכונת הנשמה. עולות השאלות המהותיות האם יש להציל חייו של חולה נוטה למות או להנשים חולה קורונה.

אני מקווה, שהדיון במחקר זה יפתח צוהר להתחדשות בנושא לאור ההתפתחות הטכנולוגית המתעצמת, והגורמים העוסקים בנושא ימצאו את הדרך להתוות פתרון הומני הולם המתאים לרוח התקופה והזמן.

כאן המקום, להביע תודה לכל מי שסייע לי בעבודתי. בראשם נטלי ברנד, שהנחתה אותי וליוותה אותי ברצון רב ובעצה טובה משלב בחירת הנושא וגיבוש ההצעה ועד להשלמתה, תמכה ועודדה אותי לאורך כל הדרך, הטביעה בי את החריצות והדבקות במטרה ועמדה לצידי גם כשלא היה לי קל. בנוסף, אני רוצה להודות להוריי ולסבתי שתמכו בי במהלך כתיבת העבודה, חיפשו עבורי כתבות, מאמרים וחומרים שונים שעזרו לי והכניסו בי את הלהט לגבי חקירת נושא המתות החסד, והקשר לדת.

תוכן עניינים

5.....מבוא

פרק ראשון: קדושת חיים מול איכות החיים וזכות האדם על גופו במדינת ישראל

- 7.....1. "המתת חסד"- הגדרה.....
- 8.....1.1. המתת חסד- סקירה היסטורית.....
- 10.....1.2. המתת חסד והימנעות מטיפול- סוגי המתות חסד.....
- 1.3. המתת חסד- הביטוי לאיזון בין קדושת החיים לעומת איכות החיים והזכות של האדם על גופו
- 12.....בחקיקה בישראל.....
- 13.....1.4. המתות חסד בהיבט האתי: דילמות וסוגיות מוסריות.....
- 16.....1.5. המתות חסד במדינות אחרות.....
- 20.....1.6. הצגת מקרי המתות חסד של ישראלים בארצות אחרות.....

פרק שני: השפעת הדת וההלכה היהודית על המתות החסד בישראל, ביחס להשפעת דתות על

מדינות אחרות

- 23.....2. הקונפליקט של דת ומדינה בישראל.....
- 25.....2.1. התייחסות הדת וההלכה היהודית להמתות החסד.....
- 28.....2.2. השפעת הדת על החקיקה והפסיקה במדינת ישראל.....
- 29.....2.3. המתת חסד בדתות השונות בעולם.....
- 31.....2.4. השפעת הדת על מדינות אחרות בעולם, ביחס להמתת חסד.....

פרק שלישי: ניתוח מושגים באזרחות של סוגיית המתות החסד

- 34.....3. זכויות אדם ואזרח סקירה כללית.....
- 34.....3.1. הזכות לחיים וביטחון ביחס להמתת חסד.....
- 36.....3.2. הזכות לחירות - חופש הפעולה וחופש הבחירה ביחס להמתת חסד.....
- 38.....3.3. הזכות לכבוד ביחס להמתת חסד.....
- 39.....3.4. חופש מדת וחופש המצפון ביחס להמתת חסד.....
- 40.....3.5. שקלול ואיזון בין זכויות מתנגשות וערכים בסוגיית המתת חסד.....
- 41.....3.6. חופש המידע ביחס לביצוע המתות חסד.....
- 42.....3.7. הפגיעה בעיקרון שלטון החוק בישראל בהקשר לחוק החולה הנוטה למות.....

פרק רביעי: פעילות המדינה להתמודדות עם סוגיית המתות חסד בהיבטים של חקיקה, מדיניות

ופסיקה

- 44.....4. יחס המחוקק והחקיקה בישראל בנושא המתות חסד.....
- 48.....4.1. פעילות המדינה ליישום חוק החולה הנוטה למות בהיבט של מדיניות ממשלתית.....
- 50.....4.2. המתות חסד בראי הפסיקה בישראל.....
- 53.....סיכום החלק התיאורטי.....
- 55.....דין ומסקנות.....
- 64.....ביבליוגרפיה.....

מבוא

סוגיית ושאלת המתת החסד מהווה את אחת הסוגיות והשאלות החברתיות המורכבות ביותר לאורך ההיסטוריה האנושית. סוגיה זו התעצמה בעידן המודרני, בו התקדמותה המהירה של הרפואה המודרנית מאפשרת הארכת חיים באמצעים מלאכותיים של חולים, המצויים בשלבים סופניים של חייהם נוסף על הארכת תוחלת החיים האנושית בכללה. בחברות ובתרבויות שונות בעולם ניתנו תשובות שונות לשאלה זו מהיבטים רפואיים, סיעודיים, פילוסופיים, אתיים ומשפטיים. הבעיה עוד מחריפה לנוכח הטרוגניות החברה הישראלית המכילה בתוכה השקפות עולם שונות המשפיעות על הגישה בסוגיה זו. כך גם ההתחבטות המוסרית-רפואית, חברתית-פסיכולוגית, דתית-הלכתית ומשפטית המעסיקה חברות ותרבויות שונות גם בעולם.

המתת חסד, פירושה המתת אדם או בעל חיים מתוך מטרה להיטיב עמו כאשר הוא סובל לקראת מותו ממחלה סופנית או פגיעה אחרת. קיימים שני סוגים של המתות חסד: האחד, המתת חסד אקטיבית, שבה מסיימים את חייו של חולה סופני, והשני, המתת חסד סבילה, פאסיבית, שבה נמנעים מטיפולים מאריכי חיים למטופל הנוטה למות. בעולם הרפואה, כמו בחברה האזרחית ככלל, קיים ויכוח סוער על השימוש בהמתות חסד והנושא מהווה נקודת מחלוקת מרכזית. אחד הטיעונים המרכזיים ביותר בעד המתת חסד אקטיבית הוא הזכות לחיות ולמות בכבוד. זכות שכזו, מעוגנת גם בחקיקת היסוד בישראל, וכן בחוקות אחרות בעולם. כאשר האדם בוחר בהמתת חסד לעצמו הוא מת בתנאים שלו ומתוך עמדה של עצמאות ובחירה חופשית. הטיעונים נגד המתות חסד, הם רובם ככולם, טיעונים מוסריים ודתיים. אחד הטיעונים המרכזיים נוגע לערך חיי האדם, ולפיו התרה חוקית של המתת חסד תביא לזילות בערך חיי האדם וקדושתם, שגם הם בתורם מהווים ערכים מרכזיים בחברות ובמדינות רבות.

בעבודתי, אעסוק בדילמות השונות המרכיבות את הסוגייה האזרחית, חברתית, דתית ומשפטית וכן בתהליכים היסטוריים הנוגעים לנורמות ולחקיקה בתחום. מטרת המחקר היא לדון בהיבטים השונים של סוגיה מורכבת זו ולהציג את העמדות השונות בנושא. כמו כן, אעסוק בדילמות המוסריות ובערכים המתנגשים העומדים במרכזה של כל גישה. בעבודתי ארצה להתחקות אחר דיונים ופסקי דין אשר מהווים אבני דרך משמעותיות ועשויים לרמז על פתרונות אפשריים בעתיד.

אנסה לענות על שתי שאלות מחקר הנוגעות בסוגיית המתת החסד בישראל. לאור מורכבותה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית. להלן השאלות:

1. כיצד מתייחסת מדינת ישראל לסוגיית קדושת החיים לעומת איכות החיים והזכות של

האדם על גופו, בהיבט החקיקה, המדיניות והמשפט, בסוגיית המתות החסד?

2. כיצד מושפעת מדינת ישראל מההלכה והדת היהודית, בנושא המתות חסד, בהיבט

החקיקה והמשפט, בהשוואה להשפעת הדת על המתות חסד, במדינות אחרות?

הפרק הראשון יעסוק בהגדרה של הנושא, בסקירה היסטורית ובמסגרת המוסרית בהקשר של המתות חסד. בפרק זה אתעמק בסוגים השונים של המתות חסד, המורכבים מגישה "אקטיבית" מול זו "הפאסיבית". בהמשך הפרק אדון בהתפתחות החקיקתית בישראל ובעולם ובמקרים מפורסמים שעוררו דיונים ומחלוקות בעולם המערבי.

הפרק השני יעסוק בהשפעתן של הדת וההלכה על סוגיית המתות החסד במדינת ישראל. אציג את הקונפליקט של דת ומדינה בישראל והשפעתן על החקיקה והפסיקה. בנוסף, אציג בפרק את השפעת הדת על המתות החסד במדינות אחרות ובדתות שונות בעולם.

הפרק השלישי יעסוק בניתוח נושא המתות החסד באמצעות מושגים רלוונטים מתחום האזרחות. אנתח את שאלות החקר לאור המושגים: זכויות האדם והאזרח, הזכות לחיים וביטחון, הזכות לחירות, הזכות לכבוד, חופש מדת, חופש המצפון, חופש המידע והפגיעה בעקרון שלטון החוק. כמו כן, אעסוק בנושא שקלול ואיזון הזכויות המתנגשות בסוגייה זו.

הפרק הרביעי יעסוק בהתמודדות של המדינה מהיבטים שונים עם סוגיית המתות החסד. הפרק יעסוק בהיבטים של החקיקה, המדיניות הממשלתית ליישום החקיקה ויחס בית המשפט והפסיקה לנושא.

שיטת המחקר בעבודה זו היא עיונית; המחקר יתבסס על ניתוח ופרשנות של ספרות עיונית מחקרית אקדמית, מאמרים, דוחות ומסמכים העוסקים בסוגיית המתות החסד. מחקר חשוב עליו התבססתי הוא מחקר בכתב העת 'רפואה ומשפט' שכתבו איילת גלעדי וניר סרבטקה, מחקר העוסק בשילוב חוק החולה הנוטה למות בדין הקיים. מחקר זה שופך אור על היבטים משפטיים שונים הקשורים לחוק החולה הנוטה למות, ובוחן האם החוק יצר איזון בין ערכי המדינה כיהודית וכדמוקרטית. מחקר נוסף שבו נעזרתי להבנת הפער בין חוק החולה הנוטה למות לבין יישומו, הוא מאמר שכתבו גילבר, ר', פלד-רז, מ' וקרקו-אייל, נ'. בכתב העת 'עיוני משפט' העוסק בחוק החולה הנוטה למות, בראי הפרקטיקה הרפואית. בנוסף נעזרתי במאמר של ד"ר אליזבט גולדזין בנושא אתיקה של עזרה לאנשים שרוצים למות, מחקר זה סייע לי להבין את הדילמות האתיות המרכיבות את הסוגיות השונות.

סקירת ספרות

פרק ראשון: קדושת החיים מול איכות החיים וזכות האדם על גופו

במדינת ישראל

1. "המתת חסד" - הגדרה

בספרות המקצועית, קיימות הגדרות שונות להמתת החסד. הראשון שטבע את המונח בשנת 1869 היה וויליאם לאקי. המתת חסד היא פעולה סופית של מאבק לחיות בכבוד לנוכח העובדה כי הכאב והסבל לא יפסקו (קנדל, 2006).

הגדרה נוספת להמתת חסד על פי אוריון ודניאלס (Orion & Daniels, 1997), היא זירוז המוות של חולה על ידי המטפלים בו. המונח האנגלי הוא אותנזיה, שמקורו מיוונית הוא מיתה טובה: EU = טוב, THANATOS = מוות. מטרת המתת חסד היא הפסקת סבלו של החולה, אשר לא ניתן להקל עליו בשום דרך אחרת, על המתה זו להיעשות בצורה שלא תגרום כאב לאדם ולבנוע ממניע של רחמים.

היבט נוסף להגדרת המתת חסד המוסיף להגדרתם של אוריון ודניאלס (Orion & Daniels, 1997) את מוטיב הבחירה של האדם, ניתן למצוא אצל צדוק (2009), המגדירה שני מונחים - "סיוע רפואי להתאבדות" ו"המתת חסד" כסיטואציה של מתן סיוע לאדם שהביע את רצונו לסיים את חייו (בדרך כלל בשל מחלה סופנית או סבל נמשך). בשני המקרים ההנחה היא שהדבר נעשה בעקבות החלטה מדעת של אותו אדם ומרצונו החופשי, מתוך חמלה ולא מאינטרס אישי של המסייע.

אוחיון, בן דיין ורוח (2018), מרחיבים הגדרה זו וקובעים כי, המתת חסד היא סיום אקטיבי או פסיבי של חיי האדם המצוי במצב סופני או הסובל ממחלה פיזית או נפשית קשה.

צדוק (2009) מציג הבחנה נוספת בין הגדרת "המתת חסד" לבין "סיוע רפואי להתאבדות". הבחנה זו נעשית בדרך כלל על-פי מבצע הפעולה האחרונה המביאה למוות. כאשר עושה הפעולה הוא החולה עצמו (באמצעים רפואיים שסיפק לו רופא), מדובר בסיוע רפואי להתאבדות. כאשר היא נעשית בידי אדם אחר (למשל באמצעות זריקה קטלנית), מדובר בהמתת חסד.

כפי שניתן לראות, ההגדרות משתנות אבל ההבחנה היא בנוגע לשני פרמטרים. האחד, רצונו של האדם והיכולת מבחינה תודעתית של החולה אשר המתת חסד מכוונת כלפיו. והשני, הדרכים שבה

המתת חסד תצא אל הפועל. לפיכך, ניתן לראות שלא קיימת הגדרה מוסכמת ומקובלת למונח המתת חסד. המתת חסד לפי חוקרים שונים, מתייחסת למהלך שבו מבצעים פעולה אקטיבית או פסיבית לזירוז מותו של אדם סובל. מהלך זה נובע מתוך רחמים, ויכול להתבצע מרצון או לא מרצון. פעולה זו מעלה שאלות ודילמות קשות המתייחסות לזכות של האדם על חייו ועל גופו. שאלות בהן אדון בהמשך העבודה.

1.1 המתת חסד - סקירה היסטורית

הביטוי המתת חסד מקורו בתקופה הקלאסית של יוון העתיקה ופירושו "מיתה יפה", מוות ללא כאב, מוות מתוך רחמים. הביטוי "מיתה טובה" מופיע גם מספר פעמים בתלמוד, במסכת סנהדרין, בהקשר לצמצום סבלם של פושעים בעת הוצאתם להורג (גורן, 1993).

המתת חסד אינה חידוש של המאות האחרונות. כבר מימי המקרא ניתן להבחין במקרים המזכירים את המתת החסד כפי שאנו מכירים אותה היום. לדוגמא, שאול מלך ישראל, ביקש מהנער העמלקי להמית אותו כי "אחז בו השבץ" (שמואל ב', א). בקשתו של שאול מן הנער לסייע לו לסיים את חייו מעידה כי הייתה התייחסות להמתה מרצון עוד מימי המקרא (חן, ח.ת).

בשבתים ובעמים פרימיטיביים היו נהוגות המתות חסד. נהוג היה להוציא אדם חולה או זקן, המבקש את נפשו למות, אל מחוץ לתחום היישוב, או להניח לו למות בנחת, במקום להמשיך ולקיימו באמצעים מלאכותיים. אחד הראשונים שלימד על המתת-חסד ודגל בה כשיטה היה אפלטון, שטען שאין להשאיר נכים בחיים. טענתו לא באה מתוך רחמנות על הנכים, אלא מתוך דאגה לעומס חברתי שהם גורמים. אפשר למצוא התייחסות להמתת-חסד גם בשבועת היפוקרטס: "לעולם לא אגיש רעל קטלני או סם ממית גם אם החולה יבקש זאת ממני, ולעולם לא אעוץ עצה המכוונת בכיוון זה." (קנדל, 2006). לטענת אורון (2014), ביוון העתיקה היו רופאים שדנו בכך והחליטו להמית חולה, או לספק לו רעל שבאמצעותו הוא שם קץ לחייו.

בתקופת המלוכה בימי הביניים ועד העת החדשה, זכותו של המלך הייתה לקחת חיים ולא להגן על החיים. רק למלך היתה שמורה הזכות להרוג, ונתין המבקש להתאבד, הואשם בניסיון לרצח. אם יצליח במשימה, ייענש בחומרה ירושתו תישלל ממנו, אדמותיו יילקחו לאוצר המלך, וגופתו תיקבר מחוץ לבית הקברות. עבירת ההתאבדות הייתה זהה במסורת המשפט המקובל לעבירת הרצח, בבחינת *se de felo*, פשע כלפי העצמי. מי שמסייע לאחר להתאבד דינו חמור כמי שסייע למעשה רצח, ללא קשר לנסיבות ביצוע העברה. תחת שלטון מונרכי לא ניתן להעלות על הדעת המתת חסד בחסות החוק (לביא, 2015).

מנקודת מבטה של הכנסייה המוות נתפס כהליך רוחני יותר מביולוגי, ועליו להתרחש ככל האפשר בכבוד, עם שלווה נפשית וללא כאבים. הכנסייה אסרה המתת חסד, כמו כן אסרה באיסור חמור כל הריגה בכוונה הנגרמת לאדם על ידי אדם אחר, דבר הנחשב מעליב את הבורא (שפיק, 2009).

עד מחצית המאה התשע-עשרה, לרופא לא היה תפקיד כאשר אדם גסס, בשלב זה הוא היה מפנה את מקומו לסמכות הדתית או לבני המשפחה. חילופי המשמרות בין הכומר המוודה לרופא, התרחשו במחצית המאה התשע-עשרה, כאשר הרופאים הכריזו שאנשי הדת מסכנים את בריאותם של החולים הסופניים, משום שהם מבשרים את אובדן התקווה ואת בואו של המוות. כך, עוד לפני התפתחות הרפואה המודרנית ועוד בטרם היה לרופא מה להציע לחולה הנוטה למוות, הרופאים לקחו על עצמם את התפקיד להיות נוכחים לצד מיטת החולה ולספק לו סוג חדש של תקווה, תקווה רפואית. את מקומה של התקווה בחיים שלאחר המוות וגאולת הנפש, תופסת החל מהמאה התשע-עשרה התקווה לחיים שלפני המוות וגאולת הגוף (לביא, 2015).

במאה ה-16 גיבשו באנגליה אנשי דת קתולים פילוסופיה הנקראת "ההשפעה הכפולה". השקפה זו קובעת שאם נעשתה פעולה להקלת כאבים עזים, גם אם הביאה למוות, הרי שלמרות התוצאה, הפעולה עצמה מוסרית, כי נעשתה מתוך כוונה טובה. על פי השקפה זו מותר לרופאים לתת לחולים סופניים מנת יתר של סמים משככי כאבים, אם הכוונה להקל על החולה ולהיעתר לבקשתו ("מילון מונחים הקשורים למוות בכבוד", ח.ת.).

כפי שהוזכר קודם לכן, בהגדרת המתת החסד, במשמעותו המודרנית הופיע המונח לראשונה כנראה בשנת 1869 שבה הוזכר ע"י חוקר האתיקה הבריטי ו.א.ה. לקי. להמתת חסד יש הרבה משמעויות, מוסריות, אתיות ודתיות, התוצאה היא ערפול רב ולכן חשוב להבהיר ולהבחין את הגבול הדק העובר בין מונחים קרובים, בהקשר של המתת חסד. (Abramson, Stokes, Weixreb & Clark, 1998). בשנת 1870 עלתה הסוגיה לראשונה מתוך הציבור הכללי ולא מקרב רופאים ואנשי דת, וזאת על ידי מנהל בית ספר בריטי בשם סמואל וויליאמס. הוא הציע להזריק לחולה סובל כמות מופרזת של חומרים המשמשים ברפואה להרדמה בעת ניתוח, וכך להביא למוות. בעקבות דיון ציבורי, דחתה אגודת הרופאים בבריטניה את הצעתו (אורון, 2014).

לאחר עליית היטלר לשלטון ב-1933, החליטו הנאצים על יישום "מבצע אותונזיה" שמטרתו הייתה השמדת נכים ובעלי מחלות גנטיות ונפשיות, כחלק מעקרונות הנאציזם, שנוגעים להשמדת החלש למען הישרדותו הטהורה של החזק. ההסבר המרכזי למבצע היה, טובת העם, שהיא מעל הכל. על אף שהיטלר לא היה הראשון שהעלה את רעיון האותונזיה, הוא היה מהראשונים שביצעו אותו

בהיקף כל כך רחב (ג'רבי, המנחם ושיביאק, ח.ת). למעשה אותונזיה במובן הנאצי איננה 'המתת חסד' במשמעות שבו מחקר זה עוסק אלא רצח אנשים במסווה אידיאולוגי של המתת חסד.

גם לביא (2015), מתייחס לשימוש ברעיון המתת חסד בתקופת המשטר הנאצי, וטוען כי אנחנו מרבים לזהות את רעיון המתת חסד עם המשטרים האפלים של המחצית הראשונה של המאה העשרים, ובעיקר עם תכנית T4 (אותונזיה) של המשטר הנאצי. לטענתו, פתרון המתת החסד בשם אינטרסים חברתיים אינו המצאה של גרמניה הנאצית. רעיונות דומים היו נפוצים מאד ברחבי אירופה וארצות-הברית, גם אם לא הגיעו למימוש. בארצות הברית אותונזיה נקשרה למדיניות בנושא האאוגניקה (eugenics): מניעת היווצרותם של חיים שאינם ראויים. והכוונה לטיפולים כמו עיקור כפוי.

בסוף המאה העשרים מערכת הרפואה ההולנדית פתרה את בעיית הסבל של חולים חשוכי מרפא, כמו גם את העול הרפואי והכלכלי של הטיפול בהם, על ידי המתת חסד אקטיבית של אלפי חולים.

בשנים האחרונות הפכה הבעיה של החולה הנטוה למות להיות אחת הבעיות המוסריות-רפואיות החמורות ביותר, והיא מעוררת ויכוחים סוערים בכל חלקי הציבור ובכל רחבי העולם (שטינברג, 2002-א).

לסיכום, במהלך ההיסטוריה האנושית נושא המתת חסד זכה להתייחסויות שונות, בתקופה העתיקה בהקשר לצמצום סבלם של פושעים בעת הוצאתם להורג, או סיוע לאדם חולה או זקן, המבקש את נפשו למות. בימי הביניים, הכנסייה שללה המתות חסד כחלק מהתפיסה הדתית, בעת החדשה המתת חסד מופיעה במסווה של היבט סוציאלי לטובת הכלל, בתקופת המשטר הנאצי. היבטים אלו לאורך ההיסטוריה מחזקים את הדילמות בדבר זכויות החולה למות בכבוד לבין הצורך החברתי או הציווי הדתי.

1.2 המתת חסד והימנעות מטיפול- סוגי המתות חסד

כפי שצויין קודם, הספרות הרפואית והמשפטית מתייחסת לגישות שונות בסוגיית המתת החסד. קיימת גישה שלפיה המתת חסד משמעה מעשה אקטיבי, כמו זריקה קטלנית, המכוון להביא לסיום חייו של אחר; מעשה כזה מכונה לפעמים "המתת חסד אקטיבית", אחרים כוללים בהגדרה מעשים שאינם נתפסים כפעולה אקטיבית אלא כמחדל, כגון ניתוק ממכשירי הנשמה או הזנה, שמטרתם להביא למותו של אדם; מעשים כאלה יכוננו "המתת חסד פסיבית", שכן לפי תפיסה זו הניתוק אינו הגורם הישיר למוות אלא המצב הרפואי שברקע. לעומת זאת, הימנעות מטיפול רפואי, כגון אי-חיבור למכשירים, בדרך כלל לא תיחשב להמתת חסד כלל (צדוק, 2009).

מוסיף לכך אנג'ל (Angel, 1988), ועל פיו, המתת חסד פסיבית הינה למעשה אי נתינת טיפול רגיל אשר הכרחי לחולה במצב סופני, כגון, הסרת ציוד תומך חיים, הימנעות מפעולות של הנשמה ושל החייאה. בנוסף, הפסקת פרוצדורות רפואיות כמו הפסקת מכשירי הזנה, אי סיפוק מכשירי החייאה לב וריאות, בנוסף אי מתן שתייה או אוכל כאשר המטרה לגרום לאדם להתייבש או לרעוב למוות. הפסקת דיאליזה, הפסקת החייאה מלאכותית, הפסקת הנשמה מכאנית, הפסקת כימותרפיה, הפסקת הקרנות, הפסקת עירוי דם ומתן תרופות משככות כאבים שמשמעותה של פעולה זו מצד אחד הקלת הכאב ומצד שני זירוז המוות. הפרוצדורות הללו מבוצעות בחולים במחלות סופניות אשר יודעים שהמות הטבעי מתקרב ובא. המתה זו מתבצעת גם על אנשים שנמצאים במצב מתמיד כמו צמח, כאשר במצב זה יש פגיעה ונדק מסיבי למוח, הגוף נמצא בתרדמת וישנה סבירות גבוהה מאוד שהאדם לא יחזור יותר להכרתו ולא יבריא.

בישראל על פי חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו 2005, כאשר המטופל סובל ממחלה קשה שאינה ניתנת לריפוי וכאשר לדעת הרופא תוחלת חייו של המטופל אינה עולה על שישה חודשים, מותר לרופא, לבקשת המטופל, להימנע מפעולות שעלולות לגרום לו סבל מיותר (מצא, 2015).

לעומת זאת המתת חסד אקטיבית שמשמעותה, נקיטת אמצעים אשר נועדו להפסקת חיים, וביצוע פעולה על מנת לשים קץ לחיי החולה. מתבצעת כאשר הרופא מאיץ את בוא הקץ של החולה, על מנת לגאול אותו מייסורי מחלתו. לדוגמא על ידי הזרקת "זריקת מוות". זוהי זריקה עם חומר הרגעה במינון גבוה והינה קטלנית לחולים. פעולה זו באה כתגובה לבקשת האדם הרוצה לסיים את חייו ובכך יש אפשרות לגאול את החולה מיסוריו באופן מיידי. אותונדיה אקטיבית נדחית ע"י רוב תורות המוסר, המשפט והרפואה, ולא רק על ידי הדת (פורטל הרפואה של ישראל, 2020; גרוס, 1994).

המתת חסד אינן חוקיות ברוב הארצות והוכנסו לחוק במספר קטן של מדינות. נקבעו חוקים, סמכויות משפטיות וכללים, כדי למנוע ניצול לרעה ושימוש לא נאות בשיטה זו. ככלל, פעולת המתת חסד תעשה רק כאשר המטופל הסובל ממחלה סופנית הוא בעל כשירות לקבלת החלטות, יביע רצון חוזר ונשנה לסיים את חייו וימסור זאת בכתב (אוהיון ועמיתיו, 2018).

הבחנה נוספת לפי מצא (2020), היא כאשר המתת החסד היא רצונית, כלומר החולה עצמו מבקש אותה, או שהינה לא רצונית במקרה שהחולה לא בהכרה ואז בני המשפחה או האפוטרופוסים החוקיים מחליטים עליה.

1.3 המתת חסד - הביטוי לאיזון בין קדושת החיים לעומת איכות החיים והזכות של האדם על גופו

בחקיקה בישראל

עד שנת 2005, לא היה בישראל חוק מיוחד המסדיר את נושא המתת חסד בצורה רשמית. המקור החוקי ממנו ניתן היה ללמוד על האפשרות או אי האפשרות לביצוע המתת חסד, היה חוק העונשין, אשר קובע כי סיוע להתאבדות מהווה עבירה פלילית שהעונש בצידה הוא עשרים שנות מאסר. עוד נקבע בחוק העונשין כי "יראו אדם כאילו גרם למותו של אדם אחר, אם במעשהו או במחדלו החיש את מותו של אדם הסובל ממחלה או מפגיעה שהיו גורמות למותו גם אילו לא מעשהו או מחדלו זה". כלומר, חוק העונשין אוסר במפורש על ביצוע המתות חסד אקטיביות. עם זאת, לעניין המתות חסד פאסיביות, המצב המשפטי בארץ היה פחות נהיר. בשל חוסר הבהירות בנושא, בסוף שנת 2005 חוקק "חוק החולה הנוטה למות", בעקבות המלצות וועדה מיוחדת בראשות פרופ' אברהם שטיינברג, אשר נועד להסדיר את הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, תוך איזון בין ערך קדושת החיים לבין כיבוד רצונו של החולה והחשיבות של איכות החיים. החוק קובע עקרון יסוד לפיו בקביעת הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, מצבו הרפואי, רצונו ומידת סבלו הם השיקולים הבלעדיים (סרור, 2012).

באופן עקרוני, ניתן למנות ארבע פעולות שניתן לנקוט ביחס לחולה הנוטה למות: 1. המתת חסד. 2. סיוע רפואי להתאבדות 3. ניתוק ממכשירים. 4. הימנעות מחיבור למכשירים (עוזר, 2006).

חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו 2005, מתיר רק את האפשרות המינימלית, במצבים מסוימים להימנע ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות (בהתקיים התנאים המנויים בחוק), אך אוסר במפורש בסעיפים 19 ו-20 הן המתה במעשה באמצעות טיפול רפואי (המתת חסד) והן סיוע רפואי להתאבדות (צדוק, 2009).

לטענת סרור (2012), בחוק ניתן עדיין לראות ביטוי לגישה לפיה ערך קדושת החיים הוא הערך המועדף. כך למשל, על פי החוק, נקודת המוצא היא שאדם רוצה להוסיף לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת. כל עוד לא הוכח אחרת מעבר לכל ספק סביר, יש לנטות לטובת הרצון להוסיף לחיות.

ביטוי מובהק לגישת המחוקק ניתן לראות בעצם הגדרת המונח "חולה הנוטה למות" והכוונה היא לאדם הסובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים. החוק קובע כי כדי להימנע ממתן טיפול רפואי נזקק הרופא להבעת רצונו המפורשת של החולה, במידה וזה יכול לתת את הסכמתו וכן הנחיות מפורשות לדרכי פעולה במקרים בהם לא יכול החולה לתת את הסכמתו בשל מצבו הרפואי (סרור, 2012).

חוק החולה הנוטה למות מבדיל בין 3 מצבים רפואיים של חולה:

- חולה שאינו נוטה למות – חולה שעל פי הערכות יחיה עוד לפחות 6 חודשים.
- חולה הנוטה למות – חולה שעל פי הערכות לא יחיה יותר משישה חודשים נוספים. גם במקרה זה אסורה כל המתה אקטיבית של החולה. אולם, במידה והחולה הצהיר כי אינו רוצה שחייו יוארכו, יופסק כל טיפול מאריך חיים או ניסיונות החייה. טיפולים כגון, ניתוחים, החייאות ודיאליזות, מופסקים בשלב זה. אולם החולה מחויב לקבל טיפולים במחלות נלוות ותרופות מקלות. מצב זה רלוונטי בעיקר לאנשים החולים במחלה סופנית כגון פרקינסון, אלצהיימר, סרטן ועוד.
- חולה בשלב הסופי – מצב קיצוני של חולה הנוטה למות בו לחולה נשאר פחות משבועיים לחיות והוא יכול להחליט על הפסקת טיפולים נלווים (חוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005).

ניתן לסכם ולאמר שחשיבותו של החוק הוא בהסדרת הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות תוך האיזון הראוי, כפי שקבע אותו המחוקק, בין ערך קדושת החיים, לבין חירות הפרט של האדם לחיות ולמות בדרך מכובדת לפי ראות עיניו. איזון זה מבוסס על ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית, ועל עקרונות היסוד החברתיים והפוליטיים בישראל, בתחום המוסר, האתיקה והדת. דיון מורחב בנושא החקיקה ביחס להמתות חסד בישראל, יתקיים בפרק הרביעי.

1.4 המתות חסד בהיבט האתי: דילמות וסוגיות מוסריות

סוגיית המתת חסד הינה דילמה מוסרית מרכזית באתיקה הרפואית. מחד, טוענים המתנגדים להמתות חסד כי ערך קדושת החיים הוא ערך עליון, המעוגן אף בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ואין לפגוע בו בשום מחיר. אחת הטענות הנשמעות פעמים רבות בהקשר זה הינה החשש מ"המדרון החלקלק". בעלי עמדה זו בדעה שאם תותר המתת חסד בנסיבות מסוימות, חמורות ככל שהן, הדבר יביא לזילות בערך קדושת החיים, עד כדי התרת המתה גם במקרים מובהקים פחות. מאידך, המצדדים בהמתת חסד טוענים כי יש להעדיף את זכותו של אדם למות בכבוד, זכות האדם לאוטונומיה על גופו וזכותו שלא לסבול (פורטל הרפואה של ישראל, 2020).

המחלוקת על המתת החסד קיימת מימים ימימה, אך הדיון עליה גבר בעשורים האחרונים של המאה העשרים ואילך, וזאת בשל מספר סיבות, הראשונה היא התפתחות מדע הרפואה. אם בעבר, חולים רבים קיפחו את חייהם כתוצאה ממחלות שהיום אינן מהוות עוד סכנה בריאותית. בשנים האחרונות, הרפואה המודרנית השאירה חולים רבים בחיים במצב פיזי קשה, כאשר הם

מורדמים ומונשמים, או לחלופין סובלים מכאבים פיזיים קשים. כתוצאה מכך, המתת החסד תפסה מקום נכבד בדיון הציבורי (חן, ח.ת).

שטינברג (2002-ב), מציין שתי סיבות נוספת לכך. האחת הינה המהפך המוסרי ביחסי חולה-רופא, מגישה פטרנליסטית, שעל פיה הרופא הוא המחליט מה טוב לחולה ופועל בהתאם להבנתו בלבד, לגישה אוטונומיסטית, שעל פיה החולה מחליט עבור עצמו, במסגרת מגבלות רפואיות, חוקיות ומוסריות, ולפיכך נדרשת הסכמתו המודעת לכל הליך טיפולי-רפואי. הסיבה השניה היא, העובדה שכיום הציבור בכללותו מעורב במידה רבה יותר בבעיות המוסריות הנוגעות לרפואה בכלל ולנוטה למות בפרט. דבר זה בא לידי ביטוי, בין השאר, במעורבות תיקשורתית, משפטית וחוקיקתית.

קיימות דילמות קשות ביחס לזכות החולה על חייו כגון, האם יש היתר מוסרי להפסיק את חיי החולה? האם ליצור אנושי הזכות להחליט על מותם של אחרים סובלים? אם כן באילו תנאים? ומי יסייע בכך? האם לדת, או לחוק חילוני, היכולת לקבוע? האם לחולה הזכות הבלעדית להחליט? למשפחה? לרופא? או לקבוצת רופאים? או לגוף ציבורי? שאלות אלה ורבות כמותן, היו, ועדיין במרכז של ויכוח רב עוצמה, בין שוללי המתת-חסד, לחסידיה (רוזנברג, 2014).

הדילמות הקשורות בנושא זה הן רבות ומורכבות, וניתן למצוא צידוקים פילוסופיים, משפטיים ודתיים כמעט לכל כיוון של חשיבה ופעולה. התומכים בהמתת חסד, מסתמכים בעיקר על האוטונומיה של הפרט ועל זכותו לשלוט על חייו ועל סיום חייו (צדוק, 2009).

לטענת גולדווין (ח.ת), ורוזנברג (2014), על הטיפול הרפואי להועיל לאדם ולהימנע מלהזיק לו. מטרת הרפואה בימינו הן, אם כן: מניעה, ריפוי, הקלה על סבל, הסבת תועלת ולא נזק. ולכן, כאשר אין סיכוי לרפא את החולה, משמעות הארכת חייו עלולה להיות הארכת סבלו ללא תועלת. לטענתם, אין לנו כחברה די כלים להתמודד עם משאלת המוות של זקנים וחולים, עם אנשים שרצונם למות או אנשים שאנו מאריכים את חייהם בצורה מלאכותית אף על פי שאין שום סיכוי שיברואו, ובכך אנו מאריכים למעשה את גסיסתם ואת הסבל של בני משפחותיהם. מכאן ניתן להסיק שלמעשה, בפעם הראשונה לא המוות, אלא צורת המיתה וגם ההישארות בחיים הפכה לבעיה פילוסופית בעקבות המודרניזציה המסייעת להארכת חייו של אדם. בכך ניתן לראות שזכות הבחירה של אדם על חייו מתנגשת בזכות לחיים שאליה מחויבים הרופאים בשבועתם.

מוסיף לדיון צדוק (2009) וטוען, אין הבדל מוסרי בין סיוע להתאבדות לבין הימנעות מטיפול רפואי. לפי דעתו יש להתיר סיוע רפואי להתאבדות, כשם שמאפשרים לחולה לסרב לקבל טיפול או להתחבר למכשירים אף אם הדבר מביא לסיום חייו.

גולדווין (ח.ת) מציגה היבט נוסף לשיקולי התומכים בהמתת חסד, והוא השיקול הכלכלי. בנוסף לסבל הנפשי של קרובי החולה, ההוצאות הכספיות על בני המשפחה הן עצומות במצבים כאלה. לא לכל החולים יש ביטוח בריאות המכסה את הוצאות הטיפול, וההוצאות עבור החולה יכולות להרוס את כל המקורות הכספיים של המשפחה.

עד כה, ניתן להבין שהתומכים בהמתת חסד, רואים לנגד עיניהם את הזכות הבסיסית של חירות האדם להחליט על גופו, כערך עליון. כמו כן, הארכת חייו של אדם, יכולה להוביל במצבים שונים, לחיים אשר בעיני רבים נחשבים לחיים נטולי כבוד שלא משקפים את חייו ואופיו של אותו אדם בימים בהם עוד היה בריא.

כפי שנאמר, הדיון בהמתת חסד מעלה שאלות אתיות מורכבות. מתנגדיה מעלים מספר טיעונים פילוסופיים וביניהם טענת "המידרון החלקלק". לפי רובינשטיין (2002), משמעותו של ביטוי זה הוא שמתן היתר לדבר הנראה על פניו בגדר הנסבל, יכול להוביל להיתר נוסף, וממנו להיתר אחר, עד למעשים שאינם ראויים וגם לעברות. בהקשר של המתת חסד המתנגדים לצעד זה דבקים בכל הקשור לקדושת החיים וחוששים שבמידה ודבר זה יהפוך למקובל, האצבע תהיה "קלה על ההדק" ואנשים רבים יסיימו את חייהם גם אם לא תהיה לכך הצדקה אמיתית.

מוסיף לטענה זו כרמי (בתוך גרין 2015), ואומר כי קיימת סכנה שאם תותר המתת-החסד מבחינה חוקית יעשו מעשים לא מוסריים, מכיוון שפעולה זו עלולה לגרום לצוות הרופאים והמטפלים, אפשרות קלה לברוח מהקושי הרגשי הכרוך בטיפול בחולים סופניים. צדוק (2009), מוסיפה שאפשרות כזו יכולה להוביל לכך שאוכלוסייה חלשה – מי שאין לו משפחה תומכת או תמיכה כלכלית, אנשים עם מוגבלויות או הסובלים מדיכאון – תהיה נתונה ללחץ או להשפעה בלתי הוגנת שתביא לבחירה במוות. חמור מזה, נטען כי יש סכנה ל"מדרון חלקלק" שיביא לרצח בחסות החוק. עוד נטען שרופאים עשויים לטעות באבחנה של מחלה סופנית או בהערכת הזמן שנותר לחולה לחיות ובכך להביא למותו של אדם שנותר לו זמן לחיות. נוסף על כך, ההסדר עלול להביא לאובדן אמון הציבור במקצוע הרפואה וברופאים אם הם יעסקו בסיוע להמתה.

גולדווין (ח.ת), דנה בשאלה אתית מורכבת שאותה מעלים מתנגדיה של המתת החסד. עם מי נעשה החסד – האם עם האדם הנוטה למות או עם משפחתו שנושאת בנטל הטיפול בו? שהרי האדם עצמו במקרים רבים כבר נטול הכרה וחופש בחירה. ועל כן, הוא מעלה את הטענה כי קיים חשש שהחברה תנצל את פעולת המתת החסד מתוך שיקולי נוחות. מאידך, יש הטוענים כי לעיתים קרובות קרוביו של החולה הנוטה למות דווקא מחזיקים בו בחיים למרות רצונו, בשל הקושי הרב להתנתק מאדם אהוב. לפיכך כאן ניתן לראות התנגשות ערכית בין זכויות קרובי המשפחה

כאפוטרופוסים של החולה, לבין האוטונומיה של החולה על גופו. לעיתים המתת חסד היא למעשה מימוש הזכות של קרובי המשפחה ולא של האדם הסובל. שפרלינג (2020), מחזק טענה זו ומוסיף, שהתאבדות משמשת לעיתים קרובות גורם לחיקוי, והיכרות עם אדם שהתאבד נחשבת כיום לגורם מנבא בהתנהגות אובדנית. בנוסף, האדם המתאבד מניח שהדברים בחייו יישארו כפי שהם, ללא שינוי, וזאת מבלי להכיר בערך ובתועלת שעצם חייו מביאים לאחר. וכך, היחלשותם של קשרים קהילתיים ובין-אישיים מעלה את נפיצות ההתאבדויות.

כרמי (בתוך גרין 2015), מעלה טיעון נוסף המתייחס לשבועת הרופא, ולמחויבות לערך החיים, אין זה מתפקידו של הרופא לסייע לחולה סופני לסיים את חייו בדרך שאינה טבעית. אלו פעולות הנוגדות את ערכי הקהילה הרפואית. ועל כן, לפי השקפה זו, המתת חסד והתאבדות בסיוע רופא הן פעולות לא אתיות. גם על פי בר (2012), היענות לבקשתו של אדם שחתם על הצהרת כוונותיו לממש את "הזכות למות בכבוד" יש בה משום ביטול מימוש הזכות לחיים, ובכך יש כמובן ערעור על הערך העליון המיוחס להן. על כן, הביקורת נגד המתת החסד מתבססת על כך שהרופאים המופקדים על החיים נמצאים על התפר בין הבריאות והחולי, ובין החולי והמוות ומכאן המשא הכבד בחציית הגבולות האלו.

לסיכום, השאלה האם להתיר המתת חסד ובאיזה אופן היא שאלה מורכבת. מעליה מרחפות שלוש סוגיות מרכזיות הקשורות אחת לשנייה. הסוגייה הראשונה היא זכות האדם על גופו ובכלל זה הזכות למות בכבוד. הסוגייה השנייה היא קדושת החיים; והסוגייה השלישית היא ההבחנה בין המתת חסד אקטיבית (הזרקת רעל לחולה) לבין המתת חסד פאסיבית (אי-מתן תרופות או אי-חיבור למכונת הנשמה).

1.5 המתת חסד במדינות אחרות

ברבות ממדינות העולם קיימת פתיחות וסובלנות כלפי המתת חסד פסיבית. ברוב המדינות באירופה המערבית חוקקו חוקים לאי הארכת חיים של חולים סופניים בנוסח זה או אחר וחלקן מתלבטות בנוגע לחוק המאפשר לרופאים להגיש עזרה מעשית לחולים המבקשים זאת, על ידי אספקת אמצעים להמתת חסד עצמית כאשר אי הארכת חיים באמצעים מלאכותיים אינה מספיקה ("תחיקה בעולם", 2018).

למשל, בבלגיה ובהולנד חוקקו חוקים המאפשרים המתת חסד אקטיבית. במדינות אלו המתות חסד אינן מוגבלות אך ורק לחולים סופניים אלא לכל אדם שמרגיש שהוא "מיצה את חייו". מדינות רבות אחרות מאפשרות המתת חסד בתחומן בפסיקה משפטית, או המתת חסד פאסיבית (אי הארכת חיים) כמו למשל יפן ופינלנד. כמובן שהדברים תלויים בנסיבות החולה והחוקים הרלוונטיים במדינות אלו משתנים תדיר.

מדינות שונות הגדירו חוקים הקשורים להמתת חסד. הפרקטיקה של המתת החסד כוללת מנגנון בקרה. כך למשל, בארצות מסוימות, על הרופא המטפל לספק הסבר לחולה על אפשרויות הטיפול השונות, להיוועץ עם רופא נוסף שאינו קשור במקרה ולאחר ביצוע המתת החסד לדווח על כך לוועדה מפקחת (אוחיון ועמיתיו, 2018).

בארצות-הברית, בשנת 1967, הוקמה ה"Council Educational Euthanasia", שמטרתה העלאת רמת הידע הקשור בנושא המתות החסד ויצירת סביבה שבה יוכל האדם להשתתף בהחלטות בנוגע לטיפול בו במצב סופני. כמו כן, בשנה זו הוקמה ועדת ה"America of Society Euthanasia" אגודה אשר תמכה בהמתת חסד שלא מרצון למטרות השבחת הגזע. בשנת 1971 נערך סקר בקרב הרופאים ומכיוון שרובם התנגדו למטרות האגודה, היא נאלצה לצמצם את פעילותה להמתת-חסד מרצון בלבד. עם עליית מודעות הציבור ופעילות התנועות לזכויות האזרח, ובד בבד עם התקדמות הטכנולוגיה, נוצרה תנופה חדשה בתחום החקיקה בנושא זה. ההתפתחויות היו בשלושה תחומים: אישור חוקי להמתה אקטיבית, עיגון זכות החולה להפסקת טיפול וזכות החולה לסרב לקבל טיפול רפואי (קנדל, 2006). עד כה אישרו שבע מדינות בארה"ב ביצוע המתת חסד במרשם רופא, והיתר אוסרות זאת. החלוצה בנושא היתה אורגון שבמערב ארה"ב, שם התקבל כבר ב-1998 חוק המאפשר לרופאים לצייד חולים סופניים במרשמים רפואיים לצורך המתת חסד. השנייה היא, מדינת וושינגטון שאישרה חוק דומה ב-2008. שנה לאחר מכן התיר בית המשפט העליון במונטנה המתת חסד כאמצעי למוות בכבוד במקרה פרטני אחד, ואולם עד כה לא הותר הנושא בחוק. בשנת 2013 נוספה מדינת וורמונט למדינות המאפשרות המתת חסד, ואחריה קולורדו, קליפורניה, ניו מקסיקו ולאחרונה הצטרפה מדינת הוואי. מדינת אורגון בארצות הברית הייתה הראשונה בעולם שבה נחקק חוק מוות בכבוד או "מוות במרשם רופא", החוק אושר בשני משאלי עם בשנים 1994 ו-1997, ונכנס לתוקף בשנת 1998 ומאז עמד בהצלחה בכמה וכמה "מתקפות משפטיות" מצד הממשל הפדרלי הרפובליקאי השמרני (אבן, 2012).

החוק באורגון מתיר מוות בסיוע רופא בתנאים מוגדרים היטב ומחמירים מאוד. וושינגטון ווורמונט מאפשרים לאדם בוגר, בן 18 שנה לפחות, החולה במחלה חשוכת מרפא ונוטה למות, לבקש מהרופא שלו "מרשם ממית". את הבקשה הוא חייב להביע פעמיים בעל פה, ופעם נוספת בכתב, בנוכחות שני עדים ובהפרש של חמישה עשר יום בין בקשה לבקשה. שני רופאים חייבים לאשר כי אכן מדובר במחלה סופנית חשוכת מרפא, כי החולה סובל סבל פיסי או נפשי וכי תוחלת חייו היא לכל היותר שישה חודשים. הרופאים גם נדרשים לקבוע שהבקשה ניתנה מתוך צלילות הדעת, וכי החולה אינו בדיכאון. המבקש המתת חסד, חייב להיות תושב המדינה חמש שנים לפחות במטרה למנוע "תיירות מוות". על הרופאים מוטלת החובה להסביר לחולה את כל האפשרויות האחרות העומדות לפניו, לרבות טיפול פליאטיבי (טיפול המביא להקלה בתסמיני המחלה אך אינו מרפא

אותה). אם התמלאו תנאים אלו, הרופא המטפל רשאי לתת לחולה מרשם לתרופה מרדימה במינון ממות. החוק מחייב את הרופא גם לדווח לרשויות הבריאות במדינה על כל "מרשם ממות" שנתן. ההליך כולו נבדק ביסודיות על ידי המדינה לאחר מות החולה. רופא הפועל במסגרת כללים אלו מוגן על ידי החוק, ואילו מותו של החולה אינו נחשב כהתאבדות אלא כמוות טבעי ממחלתו הראשונית. החוק מחייב את החולה לקחת את התרופה בעצמו, ואוסר על הרופא לתת אותה לחולה בכל צורה שהיא (שלח, 2013).

המצב המשפטי באורוגון, וושינגטון וורמונט שונה באופן מהותי מזה הקיים בהולנד, בבלגיה, בשווייץ ובשוודיה. שבהן החוק מאפשר, בצד מוות בסיוע רופא, גם המתת חסד פעילה שבה הרופא נתן בעצמו את התרופה הממיתה לחולה הסופני. עד לאחרונה הייתה הולנד המדינה המערבית הדמוקרטית היחידה כמעט שבה התבצעה המתת חסד אקטיבית באופן רשמי וגלוי. משנות ה-80 פרסם איגוד הרוקחים בהולנד רשימה ארוכה של תרופות וחומרים שיכולים לגרום למוות, כך שחולים אנשים הרוצים לשים קץ לחייהם יוכלו לעקוף את בתי החולים ולקבוע את גורלם בעצמם. אזרחים רבים נרשמו כחברים "באגודה ההולנדית להמתת חסד מרצון", וסקרים הראו שלמעלה משני שלישים מהאוכלוסייה תומכים בהמתת חסד. גם הממשל נמנע מלפעול כנגד המסייעים בכך. באותן השנים נוסחו בהולנד הנחיות מפורטות, מתי ניתן להתעלם ממעשה של רופא המבצע המתת חסד פעילה, בניגוד לאיסור המשפטי. בשנת 1993 התקבל בפרלמנט ההולנדי חוק המכיר בהמתת חסד, ופותר את הרופאים מהרשעה פלילית בתנאים מסוימים וקפדניים. והם: המתת החסד שנעשתה לבקשת החולה כאשר היה בר כושר שיפוט, ולאחר שהבין את מצבו הרפואי ואת משמעות החלטתו; המחלה אכן חשוכת מרפא ומלווה בסבל קשה ולפחות שני רופאים הסכימו לממצאים אלה. החוק בהולנד התקבל בזעזוע על ידי נוצרים אדוקים. הוותיקן גינה אותו וקבע כי זהו "צעד ראשון בדרך מסוכנת עד מאוד" (גלילי-שכטר ואביב, 1998).

ב-2002 הוגשה בהולנד הצעת חוק שלפיה המתה תינתן רק למי שסובל מכאב בלתי נסבל שאינו ניתן לריפוי. בשנת 2016 הרחיבה המדינה את החוק, כך שיתאפשר לכל מי שמבקש סיוע לסיים את חייו באופן יזום – לקבל זאת, גם אם אינו סובל מכאבים או נחשב כחולה סופני. כתוצאה מכך בשנים האחרונות התרחשו חריגות כגון המתות רבות של קטינים ויילודים פגומים גם ללא הסכמת הוריהם. בנוסף הומתו אנשים מחוסרי הכרה ללא הסכמתם המפורשת, ביניהם חולים פסיכיאטריים שחלקם אינם עונים על הגדרה של מחלה סופנית או חשוכת מרפא. הומתו חולים הסובלים משטיון (דמנציה) והיו המתות רבות בהן ההחלטה על ההמתה התקבלה בידי רופא בודד ללא שיתוף או ייעוץ עם רופא נוסף. לאחרונה אף החלה יוזמה נוספת: לסייע לאנשים בני 70 שאינם חולים למות ב"כבוד". כמחאה זקנים הולנדים החלו לענוד על זרועותיהם צמידים עם הכיתוב המצמרר: 'אל תמיתו אותי (ג'ולי, 2012 וצור, 2016).

בבלגיה, קיימת המתת חסד אקטיבית בתנאים ליברליים מאוד, המדיניות נתונה לפרשנות וההליך של המתת החסד מתאפשר כאשר קיימת הסכמה מקצועית שהכאב הפסיכולוגי שאדם חווה לא יכול להיות מטופל בדרך שמוסכמת עליו. משמעות הדבר היא שבבלגיה גם במקרים שבהם הרופא יכול לעזור לאדם, במידה והאדם החליט בעצמו שהוא מעדיף למות - המדינה תתמוך בו (פינס, 2015). עד לשנת 2014 התירה המדינה המתת חסד לבני שתיים עשרה ומעלה בלבד, אולם בשנה זו נחקק חוק המבטל את ההגבלה ומאפשר גם לילדים קטנים יותר לעבור המתת חסד. לפי החוק הבלגי, המתת חסד של ילדים מותרת רק כשהילד סובל ממחלה סופנית ומתמודד עם סבל כבד מנשוא, רק אם ההורים מסכימים לכך ואם נקבע שהילד כשיר נפשית לקבל את ההחלטה. החוק המתיר המתת חסד של ילדים בני פחות משתיים עשרה אושר בפברואר 2014 אחרי ויכוח ציבורי סוער. תומכיו טוענים כי מדובר במעשה רחום וכי החוק ספציפי דיו כך שהוא יושם רק על הילדים הסובלים מסרטן מתקדם או ממחלות סופניות ומתמודדים עם כאב בלתי נסבל. אין ספק שחוק המתת החסד בבלגיה הוא אחד המיוחדים מסוגו בעולם, ובמסגרתו מתקבלות מגוון רחב של בקשות. בשנים האחרונות כ-1800 בני אדם בשנה הביאו קץ לחייהם, על פי בקשתם, במסגרת החוק הזה. בהם למשל, תאומים בני ארבעים וחמש שסבלו מחירשות ועמדו גם לאבד את הראייה, או טרנסג'נדר שניתוח לשינוי מין שעבר נכשל (פפירבלט, 2015).

שוויץ הינה המדינה היחידה בעולם המאפשרת למטופלים שאינם אזרחי המדינה להגיע אליה, ולסיים את חייהם במועד שהם בוחרים.

החוק השוויצרי מתיר ניתוק חולים מאמצעי החייה, ואף מתיר לחולים סופנים לשים קץ לחייהם באופן פעיל, אולם רק כאשר החולה עצמו מעורב באופן פעיל בנטילת הרעל. הוא אינו מאפשר להזריק חומר ממית לאדם ללא מעורבותו, ידיעתו ואישורו. כמו כן, הוא מתיר את פעילותם של ארגונים "מסייעי המתה". זאת ועוד, החוק אינו מחייב מעורבות של רופא בתהליך, והוא אף מאפשר להמית בדרך זו אנשים שאינם אזרחי שוויץ. מצב זה הפך את שוויץ ל"בירת המתות החסד" העולמית עקב חוקים ייחודיים אלו.

את המצב החוקי הזה מאפשר סעיף 115 בחוק השוויצרי, המתיר לאדם לסייע לאדם אחר להתאבד, אולם אך ורק אם הוא אינו עושה זאת ממניע אנוכי. החוק נכנס לתוקפו כבר בשנת 1942, אך רק בשנות ה-80 נקבע התקדים המשפטי המתיר להפעיל ארגונים המסייעים בהמתה. כיום פועלים בשוויץ כמה ארגונים ועמותות כאלו. העמותה הגדולה ביותר היא "Exit", אולם היא מספקת את השירות רק לאזרחים שוויצרים. "דיגניטאס" (Dignitas), הארגון הפועל בעיר ציריך, מספק "שירותי המתה" בסיוע צוות של רופאים ואחיות מוסמכים, לאנשים הסובלים ממחלות סופניות וממחלות פיזיות או נפשיות קשות, בהם גם כאלו שאינם אזרחי המדינה. ציריך הפכה ליעד

תיירותי מבוקש לאזרחי מדינות האוסרות המתת חסד, הבאים אליה כדי לסיים את חייהם בכבוד (שילה, 2011).

אבן (2012), טוען שמדינות שונות מתייחסות להמתת חסד במגוון דרכים, חלקן מכירות בהמתת חסד פסיבית בדומה לישראל, וחלקן שוללות כל התערבות הקשורה להמתת חסד בצורה כלשהי. לדוגמה, יפן מתירה המתת חסד פסיבית (אי הארכת חיים) בחולים בתרדמת מעל ל-3 חודשים. גם בפינלנד מותרת המתת חסד פסיבית למי שהצהירו מראש על רצונם בכך. בצרפת פרץ ב-2008 דיון סוער בנושא, עקב התאבדותה של חולה שנאבקה ציבורית על זכותה להמתת חסד. בקולומביה, המתת חסד אושרה בשנת 1997 אך עוכבה בלחץ הכנסייה, ורק לאחרונה נסללה הדרך לרופאים לבצע זאת. באוסטרליה המתות חסד אושרו במחוז הצפוני ב-1995, אך בוטלו כעבור זמן קצר על ידי הממשל המרכזי. בגרמניה המתת חסד מוגדרת כרצח, על רקע ריבוי מקרים במשטר הנאצי. בבריטניה בית המחוקקים דחה כל יוזמה בנושא, וישנם המבקשים לאסור על אזרחים בריטיים לבצע המתה בשוויץ. באירלנד, המתת חסד ועזרה בהתאבדות הן מחוץ לחוק והן נחשבות לרצח או הריגה שהעונש עליהן הינו מאסר עולם.

כפי שניתן לראות, ברוב מדינות העולם עדיין אין חוקים המאפשרים המתות חסד אקטיביות וקיים ייכוח בנושא בין גורמים שמרניים כגון הכנסייה, הדת ומפלגות שמרניות לבין גורמים ליברליים המנסים לקדם חקיקה בנושא. יחד עם זאת, ברבות ממדינות העולם קיימת פתיחות וסובלנות כלפי המתת חסד פסיבית (אי הארכת חיים). הפרלמנט האירופאי הכיר באגודות הפועלות למען אי הארכת חיים וניסח פשרה שתיקח בחשבון את התפיסות השונות אודות סיום חיים. כיום, קיימות מספר מדינות מועטות המאפשרות המתת חסד אקטיבית, וביניהן שוויץ שאף מאפשרת המתת חסד לאנשים שאינם אזרחי המדינה במגבלות מועטות בלבד. בפרק הבא, אעמיק בנושא זה.

1.6 הצגת מקרי המתות חסד של ישראלים בארצות אחרות

בישראל נאסרת המתת חסד אקטיבית של חולים סופניים, וחוק החולה הנוטה למות שנכנס לתוקף בדצמבר 2006 מתיר רק הימנעות מפעולות מצילות חיים לחולים שנותרו להם עד שישה חודשים לחיות (אבן, 2011). כתוצאה מכך נוצר מצב בו פונים מדי שנה חולים ישראלים, הסובלים ממחלות קשות חשוכות מרפא שונות, אל ארצות המתירות המתת חסד. הארגון אליו פונים רוב החולים הישראלים הוא ארגון 'דיגניטס' השווייצרי, הארגון הוקם בשנת 1998 על ידי עורך הדין השווייצרי לדוויג מינלי. זהו ארגון צדקה ללא כוונות רווח, שמטרתו סיוע להפסקת החיים של אנשים הסובלים ממחלות חשוכות מרפא גופניות או נפשיות. המוטו של ארגון הוא: "לחיות בכבוד – למות בכבוד". כחלק מהתהליך החולים נפגשים עם צוות הארגון, (הכולל גם רופא חיצוני בלתי תלוי). בקשת החולה לשים קץ לחייו מתועדת במסמכים משפטיים ובצילום וידאו המעיד על הבעת בקשתו בדעה

צלולה ורצון חופשי. בעת סיום החיים, מספר דקות לפני שניתנת תרופת המוות מובהר לחולה כי המנה תהרוג אותו. תוך כדי התהליך הוא נשאל שוב ושוב אם ברצונו למות או להפסיק את התהליך ולחשוב שוב על בקשתו לשים קץ לחייו. לאחר שהבהיר המטופל שוב ושוב את רצונו המוחלט, ניתנת המנה הקטלנית (מלול, 2018). מאז הקמתו של הארגון, דווח על יותר מ-3,200 התאבדויות באמצעות המתת חסד. כאשר קיימת מגמת עלייה עקבית במהלך השנים, מ-6 מקרים בשנה הראשונה לפעילות הארגון, ל-256 ב-2019. כמה מהמקרים האלה היו של ישראלים וזכו לחשיפה בתקשורת, כגון שדרן הרדיו הוותיק עדי טלמור שלקה בסרטן ריאות; מתי מילוא, שסבל מפרקינסון במשך 25 שנים ומורן, בת 36, שבשנות נעוריה סבלה מתקיפה מינית קשה ומתמשכת (פלדמן, 2020).

עדי טלמור, שדרן גלי צה"ל, סיים את חייו בשוויץ, באוגוסט 2011, לאחר שחלה בסרטן סופני. טלמור ביים את מותו לפרטיו, שמר את דבר מחלתו ואת פנייתו לארגון דיגניטס בסוד אפילו מפני חבריו לעבודה ומבני משפחתו הקרובים. הוא סיפר כי הוא נוסע לחופשה בשוויץ ועל פי הנחיותיו המקדימות, קיבלו אנשי התחנה מכתב פרידה. הוא ציווה לשרוף את גופתו ולהטיל את האפר בתוך כד למעמקי אגם ליד ציריך (גרינצוויג, 2011).

מתי מילוא, יליד 1944, חתנו של מנחם בגין ואחיו של רוני מילוא, בחר לסיים את חייו בכבוד בשווייץ אחרי שנים של סבל בגלל מחלת הפרקינסון. הוא התמודד עם המחלה 25 שנה. אך בתקופה האחרונה של חייו בלע כמעט 30 כדורים בכל יום. השרירים שלו ננעלו חמש ושש פעמים ביום (ואת התרופות שמשחררות אותן מותר לקחת במינון נמוך בלבד); אנשים כבר לא הצליחו להבין את דיבורו, הוא התקשה להתרכז והמצב הלך והחמיר. כתוצאה מכך החליט לסיים את סבלו ולמות, אך בישראל לא היה פתרון לסבלו. מילוא שמע על דיגניטאס, ארגון שווייצרי המאפשר לחולים כמוהו לסיים את חייהם, ולמעשה מסייע להם להתאבד. הבירוקרטיה הייתה מתישה, והתשלום היה גבוה: סך של כ-10,000 פרנקים שווייצריים לדיגניטאס, ועוד 6,500 פרנק לחברה שתטיס את הארון. העלות הכוללת של המבצע, כולל טיסות ומלון, הגיע לכמעט 80 אלף שקל (דיין, 2013).

מורן וורנשטיין סיימה את חייה בעזרת חברת דיגניטס, בשל סבל פיזי ונפשי שלא יכלה עוד לשאתו והיא רק בת 36. סיפור חייה הטראגי של מורן יוצא דופן באופן ההתמודדות שלה עם הנסיבות הקשות של חייה ובשל בחירתה לסיים באופן יזום ומסודר. בהיותה נערה צעירה עברה התעללות מינית מתמשכת מצד אביה החורג. כאשר האם בחרה לצדד בן זוגה. מורן הפכה לצעירה אובדנית, ולאחר ניסיון התאבדות כושל נוספו אל סיבלה הנפשי גם כאבים כרוניים ונכות קשה. בינואר 2017 הגשימה את משאלתה ומתה בשווייץ. התהליך מול דיגניטס היה ממושך, מורן העבירה מסמכים רפואיים, חוות דעת וקורות חיים מפורטים. לאחר חודשים הוזמנה לפגישה בה יוכלו להתרשם ממנה. גילה הצעיר, הקשיים הנפשיים בעברה והיעדר מחלה סופנית הפכו את

המקרה שלה למורכב. ברגעיה האחרונים המתנדבים שאלו אותה שלוש פעמים האם היא בטוחה שברצונה למות היום, ולא היה צל של היסוס בקולה (מיטל, 2017).

מקרה נוסף המציג המתת חסד של אישה ישראלית בשוויץ, הוא המקרה של נורית מרמורשטיין שסיימה את חייה בעזרת ארגון דיגניטס, בגיל 58 בעקבות התמודדות עם מחלה ניוונית סופנית - ALS. הבחירה של נורית הייתה יוצאת דופן, בשל היותה אישה דתיה. לאחר שעברה בדיגניטס את כל שלבי אישור הבקשה, פנתה נורית לרב מהזרם הציוני, כדי לקבל מעין אישור הלכתי. הרב לא התיר לנורית את המהלך, אך גם לא אסר עליו. לפי דברי בעלה של נורית, גם לאדם דתי צריך שיהיה מוצא אם הוא נמצא במצב פיזי ונפשי קשה וסופני. לדבריו, תקוותו היא שבעתיד יחסכו לחולים אחרים את הנסיעה הקשה לחו"ל, ולמשפחתם את עוגמת הנפש שבהחזרת הגופה לארץ. נורית מרמורשטיין הגיעה לשוויץ במצב סיעודי. למרות קשיים משמעותיים בבליעה היא הצליחה לשתות את החומר בעצמה. תהליך הפסקת הנשימה, שנמשך בדרך כלל בין 10 דקות לשעה, ארך 5 שעות ארוכות (אפשטיין-אליאס, 2014).

מספר הישראלים שהצטרפו לארגון דיגניטאס גדל בהתמדה, מ-65 ישראלים בשנת 2014 ל-138 בשנת 2019, בשנה זו סייע הארגון להתאבדותם של 11 ישראלים. אפשר להצביע על כמה גורמים לגידול הזה. הראשון הוא הרחבת האוטונומיה של הפרט ורצונו לשלוט בסיום חייו, לצד התפתחות התפיסה של מוות בכבוד. הפתרון הזה נתפס כמוות בטוח, קצר ולא אלים. הגורם השני הוא החקיקה. ככל שיותר מדינות מחוקקות חוקים המתירים סיוע להתאבדות, כך הדבר נהפך לגיטימי יותר בשיח הציבורי, וזה מעודד שימוש בפרקטיקה זו. לכך נוסף הסיקור התקשורתי של התופעה, ככל שהתקשורת מסקרת יותר מקרים כאלה והדבר נעשה מוכר יותר, במיוחד בעידן מהפכת הידע, הרי שהחשיפה לפרקטיקה תורמת גם לעלייה בביקוש (שפרלינג, 2020).

בסיפורם האישי של יחידים וקרוביהם המלווים אותם, ניתן לראות שלא מדובר רק בהחלטה אישית ופרטית של אדם לממש את רצונו או זכותו הטבעית, זכות האדם למות בכבוד, ולעצב לעצמו את השליטה במקום, בזמן ובאופן פרידתו מהעולם הזה, אלא כרוך במעגלים נוספים של משפחה וחברים שהיו בקשר עם הנפטר. כמו כן הדבר כרוך בהוצאות כספיות ובירוקרטיות מסובכות שלא כל אדם יכול להרשות לעצמו.

פרק שני: השפעת הדת וההלכה היהודית על המתות החסד בישראל,

ביחס להשפעת דתות על מדינות אחרות.

2. הקונפליקט של דת ומדינה בישראל

מראשית התהוותה מתמודדת החברה הישראלית עם הניגודים המצויים במרכיבי זהותה השונים, ובעיקר בזהותה "היהודית והדמוקרטית". במציאות החברתית והפוליטית מתקיים מאבק מתמשך על המשמעות המעשית של היות מדינת ישראל "יהודית ודמוקרטית", המחלוקת המתגלעות בעניין זה משקפות את השסעים השונים, ובהם גם את השסע הדתי-החילוני (בן מאיר, 2003).

בעיית המתח בין הדת למדינה בישראל מורכבת יותר מאשר במדינות רבות אחרות. ביהדות הדת והלאום משולבים זה בזה. היהודים הם לאום בעל דת אחת - היהדות, והדת היהודית היא דת לאומית - דתו של העם היהודי. כך סבורים גם רוב היהודים החיים בארץ והרואים את לאומיותם היהודית כקשורה ביסודות דתיים-יהודיים. הדת היא גורם מרכזי שתורם לשמירת קיומו של העם היהודי בתפוצות ולחיזוק הזהות הלאומית של יהודי ישראל. מרבית אזרחי ישראל היהודים רואים בה מדינה יהודית, אך קיימות מחלוקות הן לגבי אופיה היהודי של המדינה והן לגבי האופי היהודי הרצוי של המדינה (נוה, 2001).

לפי חסון (2014), המחלוקת בישראל בין "דת ומדינה" כוללת לפחות ארבע מחלוקות יסוד, המפצלות את החברה הישראלית. ראשית, המאבק על מקומה של הדת בחיים הציבוריים, למשל: דיני אישות, גיור, קבורה וכדומה. שנית, המאבק על שוויון: בין אם שוויון לנשים או לזרמים הלא-אורתודוקסיים, הפטור משירות צבאי לחרדים, או היחס ללא יהודים. שלישית, המאבק על דמות המרחב הציבורי בישראל: תחבורה ציבורית, שלטי חוצות, חפירות ארכיאולוגיות וכיוצא בכך. והאחרונה, המאבק על גבולות המדינה. בכל המאבקים האלה עומדים זה מול זה ערכים ותפיסות שונות: מהו מקור הסמכות - עליונות החוק או עליונות ההלכה? חופש בחירה או תכתיבי הדת? דמוקרטיה ליברלית ובמרכז ערך השוויון או אחדות העם?

לעומתו, דון - יחיא (1996) (בתוך בן מאיר, 2003), הבחין בין שלושה תחומי מחלוקת בענייני דת ומדינה: הראשון - חילוקי דעות הנובעים מנסיבות החוגים הדתיים לאכוף על החברה היהודית בכללה כללים שבהלכה. במסגרת זו נכללים אכיפת הדין הדתי בענייני נישואין וגיורשין, איסורים על ידול חזיר, מניעת תחבורה ציבורית בשבת באיזורים שאינם בעלי אופי דתי מובהק, וכו'. השני - מאבקים הקשורים ברצונם של החוגים הדתיים להגן על אורחות חייהם ועל אינטרסים מובהקים

שלחם. במסגרת זו נכללים מאבקים על החינוך הדתי, חילוקי הדעות בעניין גיוס בני הישיבות ועוד. השלישי - מאבקים על הגדרת הזהות הלאומית, כדוגמת המחלוקת בשאלת "מיהו יהודי".

המתח בין דת למדינה הסתמן כבר בראשית ימיה של התנועה הציונית כתנועת תחייה לאומית. היה זה מתח בין קוד לאומי לקוד דתי על הבכורה בגיבוש העם ואיחודו. במקום הדת היהודית הפרטיקולרית (הנבדלת), העמידה הציונות את הרוח הלאומית על גילוייה האוניברסליים והחילוניים כמוקד לזהות המלכדת את העם היהודי ומאחדת אותו עם משפחת העמים (חסון, 2014).

עוד לפני קום המדינה - כחלק מתהליך גיבוש חיי הציבור המתחדשים של עם ישראל, נוצר הסכם ה"סטטוס קוו" מה שהתווה את התנהלות מדינת ישראל בסוגיות היסוד של דת ומדינה המבוסס למעשה על מכתבו של בן גוריון להנהלת 'אגודת ישראל' ביוני 1947. תפיסת היסוד שנקבעה הייתה: צביון ציבורי בעל אופי יהודי בסוגיות היסוד ובראשן השבת. הסטטוס קוו קובע תחומים בהם הצביון הציבורי, גובר על חירויות הפרט. מתוך הבנה, שיש מקומות שההלכה היהודית והצביון היהודי - חיוניים להגדרת הזהות הלאומית וממילא ליכולת המעשית של חיים משותפים של כלל חלקי הציבור כעם אחד. מאז חלה שחיקה בהסדרים הללו, והם השתנו ללא הרף. הגורמים לכך הם כמה: שינויים בחברה הישראלית ובערכיה, שינויים בהרכב האוכלוסייה בישראל, אקטיביזם של בית המשפט העליון, פעילות של ארגוני חברה אזרחית לקידום פלורליזם דתי ומודעות גדלה של לא-דתיים לאופי שירותי הדת שהם מבקשים או נאלצים לצרוך (פרידמן, 2019).

בחוקי היסוד 'חופש העיסוק' ו'כבוד האדם וחירותו' (שנחקקו ב-1992) - מוצג פתרון פורמלי, המייצג מחויבות לזהותה של מדינת ישראל כמדינה "יהודית ודמוקרטית". עם זאת, אין הסכמה הן בדבר תוכן ההגדרה של ישראל כמדינה יהודית והן באשר למקור הסמכות להגדיר את מהות הצביון היהודי שמוצג באופן ראשוני ומעורפל; בעוד גורמים "ליברליים" דוגמת המכון הישראלי לדמוקרטיה, טוענים כי אין ויכוח לגבי סמכותה של הכנסת ושל בית המשפט העליון להגדיר את העקרונות והתכונות של ישראל כמדינה דמוקרטית, יש הסבורים כי הסמכות להגדיר את אופייה היהודי של המדינה צריך להיות בידי גופים דתיים ("היחס בין הדת והמדינה", 2000).

מאמצים רבים ומגוונים נעשו במשך שנים רבות מאוד להסדרת הסוגיות של יחסי דת ומדינה על ידי גורמים מן החברה האזרחית ומן המערכת הפוליטית. ראוי לציון בהקשר זה אמנת גביון-מדן, שהציעה דרכים להסדרת מכלול הסוגיות העומדות על הפרק מתוך ראייה רחבה של הנושא ובמסגרת הניסיון ליצור נקודת איזון חדשה בין הדת למדינה כך שיישמרו, זה בצד זה, זהותה היהודית של המדינה ואופייה וערכיה הדמוקרטיים. ניסיון חשוב אחר נעשה על ידי המכון הישראלי

לדמוקרטיה כאשר הגיש לציבור שורת הסדרים בנושאים מרכזיים שבמחלוקת בין דת ומדינה ולצד מערך חוקתי הכולל מגילה שלמה של זכויות אדם (מלאך, פרידמן, שטרן ושלג, 2015).

לטענת פרידמן (2019), הסבר אפשרי אחר לחוסר היכולת להגיע להכרעה בסוגיות דת ומדינה הוא עליית כוחן של המפלגות החרדיות והגורמים הדתיים השמרניים בפוליטיקה. עם עליית כוחם ומעורבותם הגדלה בניהול ענייני המדינה, ראו החרדים את עצמם לא רק כמי שמגינים על האינטרסים המגזריים שלהם, אלא גם כמי שמגינים על זהותה של ישראל כמדינה יהודית. עד כה לא הוסדרה בחקיקה אף אחת מההצעות שהועלו באמנות השונות, ובכלל זה אלו של אמנת גביון-מדן, שלמרות שזכתה לתמיכה ציבורית עוד לא זכתה לאימוץ בחקיקה. תפקידו של בג"ץ בקונפליקט בנוגע לדת ומדינה בישראל גם ראוי לציון, בג"ץ לא נמנע מלקבל הכרעות בסוגיות דת ומדינה, גם כאשר היה ברור כי מדובר בנושאים מעוררי מחלוקת בחברה הישראלית. לכן אין זה מפתיע שבית המשפט העליון זכה לביקורת קשה וזעם מצד גורמים חרדיים ודתיים שמרניים. הם ראו בו גורם ליברלי שכופה עמדות ערכיות הזרות לתפיסתם את היהדות, ועושה זאת בניגוד לרצון הפוליטיקאים והרחוב הישראלי, כפי שהם תפסו אותו.

2.1 התייחסות הדת וההלכה היהודית להמתות החסד

לפי עמדתה של הדת היהודית הערך החשוב ביותר הוא קדושת החיים. עמדה זו מסתמכת על הדיבר השישי בעשרת הדיברות, "לא תרצח". חז"ל רואים את תפקיד הרופא רק כמרפא חולים: "רפוא ירפא", ואם הוא לא עושה כך הוא נחשב כשופך דם. כמו כן, חובה על כל יהודי להציל אדם ממוות, אפילו אם הדבר כרוך בחילול שבת. בספרות הפוסקים, לא ניתן למצוא פוסק שיסכים לביצוע המתת-חסד אקטיבית, - גם אם מצבו של החולה רע ביותר והוא סובל מיסורים קשים. כל פעולה הבאה לקרב מותו של אדם, כדי לשחררו מייסורים, דינה כמעשה רצח, והמציע זאת כמוהו כרוצח, על כל המשתמע מכך, כי לפי ההלכה דין גוסס כדין חי. בנוגע להמתת-חסד פסיבית, המתייחסת לשאלה עד מתי חייבים לטפל בחולה, ישנן שתי הנחות יסוד: הראשונה היא שקיימת מצווה להאריך חיי אדם אפילו לשנייה. והשנייה היא הקביעה שאסור להאריך באופן מלאכותי חיי גוסס, משום שהדבר נחשב כגרימת צער לחולה, ולכן לפי ההלכה יש לבדוק באיזה חולה מדובר. אם מדובר בחולה סובל, שאינו גוסס, חייבים לעשות הכל למען הארכת חייו, אפילו בשעה מועטה. מכך ניתן להבין שההלכה היהודית מתנגדת, באופן חד-משמעי, לסיוע אקטיבי למותו של חולה, אך מאפשרת הסרת מכשולים המונעים מיתה קלה, ומאפשרת בכך המתת-חסד פסיבית במקרים מסוימים (קנדל, 2006).

גם שטיינברג (2018), מחזק עמדה זו וטוען כי על פי ההלכה, ערכם של החיים הוא ערך בפני עצמו, וקדושתם עומדת מעל לכל, ואפילו מעל כל המצוות (פרט לג' - גילוי עריות, שפיכות דמים ועבודה זרה). במשנה נכתב: "לפיכך נברא אדם יחיד, ללמדך שכל המאבד נפש אחת מישראל, מעלה עליו הכתוב כאילו איבד עולם מלא, וכל המקיים נפש אחת מישראל, מעלה עליו הכתוב כאילו קיים עולם מלא" (סנהדרין, פ"ד, מ"ה). המשמעות של משפט זה היא כי לעולם לא נדע מהו הגבול שבו מותר או אסור ליטול חיים. על כן אין לאפשר להתייחסות יחסית בערך של קדושת החיים. במשנה נקבע עוד כי: "הגוסס הריהו כחי לכל דבריו... אין קושרין את לחייו... אין מזיזין אותו... אין מאמצין את עיני הגוסס..." (שמחות פ"א, ה"א-ה"ז), כל הפעולות הללו נאסרו מפני שהן עלולות לקרב ולזרז את מותו של הגוסס.

לאור כל זאת ניתן להבין שכאשר רופא ממית בפועל גוסס שמתייסר, גם אם עשה זאת מתוך רחמים ורגשי חמלה, הרי דינו כרוצח לכל דבר. ועל פי ההלכה גם ברור שלא מועילה קבלת רשות, או בקשה ותחינה של החולה המתייסר שיקחו את חייו.

הרב לאו (ח.ת) טוען שמבחינת ההלכה היהודית, המתת חסד פעילה אסורה בכל מקרה ובכל תנאי.

לפיכך, אין הבדל בין ההורג את הבריא לבין ההורג את החולה הנוטה למות. לפיכך, לפי ההלכה אסור לרופא לסייע להתאבדותו ולמותו של חולה סופני. ומוסיף לכך אלון (2004), כי על פי היהדות, האדם אינו בעלים על חייו ואף לא על גופו. אסור לאדם לצער את גופו או לפגוע בו, כי גופו אינו שלו. הגוף הוא פיקדון שהופקד ברשותו מאת הבורא, ואין לו רשות לגרום לו נזק. מכאן, שאין לרצונו של האדם בכל הקשור לחייו שום משמעות. כשם שאדם לא יכול לבקש שיקחו את חייו של אדם אחר, כך אין לאדם זכות לבקש את מותו. כי חייו אינם קניינו. משמעות הדברים הללו היא מתוך האמונה, שהאדם אינו חי בעולם-הזה למען עצמו, אלא כדי למלא את שליחותו של האל. לפיכך, על פי הדת היהודית, המשמעות האמיתית של קדושת החיים היא שהחיים קדושים משום שהם לא שלנו, אלא של האל. אם כך, נקודת המוצא של היהדות היא, כי חיי האדם הם פקדון מאת אלוהים ולכן אין לנו רשות להפסיקם. מסיבה זו התאבדות היא חטא, ומי שמתאבד נקבר מחוץ לגדר בית הקברות ואין לו חלק בעולם הבא ("בהלכה היהודית", ח.ת). אולם על פי "מכון שלום הרטמן" ("המתת חסד",

2016), קיימים תקדימים במסורת היהודית, לפיהם בנסיבות חריגות התאבדות עשויה להיות מעשה לגיטימי. דוגמא מקראית מובהקת לכך היא התאבדותו של שאול המלך. לאחר התבוסה בקרב מול הפלישתים על הר הגלבוע נפל על חרבו והמית את עצמו (שמואל א פרק לא). פרשני המקרא דנו בשאלה מהן הנסיבות שהתירו לשאול לפעול כך. הועלו מספר אפשרויות שונות, הראשונה הינה הידיעה המוקדמת של שאול שסופו למות במלחמה. בנוסף, חששותיו מעיבוי הפלישתים, רצונו להימנע משפיכות דמים גדולה יותר במלחמת נקם, שמירת כבוד המלכות, ועוד. מכאן ניתן להסיק כי במסורת היהודית קיימת תפיסה ערכית המצדיקה התאבדות בנסיבות מסוימות.

אלון (2004), מחזק טענה זו ומוסיף כי במקרים מסוימים צריך לבחור במוות ולא בחיים. אם עומדת בפני אדם הברירה לעבוד עבודה-זרה, או למות, התורה מצווה עליו כי "ייהרג ואל יעבור". היהדות קובעת בצורה הכי נחרצת, כי על כך צריך יהודי למסור את נפשו. ואכן, אין-ספור יהודים מסרו נפשם בפועל לאורך הדורות על "קידוש השם". שטיינברג (2018), מוסיף וטוען כי קיימים חילוקי דעות הלכתיים בעניין הארכת חיי גוסס בכל המאמץ האפשרי. יש הסבורים, שקיימת חובה לעשות כל מאמץ להארכת חיים. לעומת זאת, יש הסבורים שאסור להאריך חיי גוסס הסובל ייסורים. לעומת דעות אלו, קיימות דעות ביניים בין רבני דורנו, לפיהן בתנאים מסוימים מותר לעזור לגוסס בפרידת נשמתו במהרה. על פי השקפה זו קיימת התנגשות בין ערך החיים וערך כבוד האדם. יחד עם זאת בדרך כלל הנחת היסוד היא שטובים חיים עם ייסורים ממיתה בנעימים, כאמור בספר תהילים פרק קי"ח פסוק י"ח: 'יסור יסרני י-ה ולמות לא נתנני'. אלון (2004), מחזק טענה זו וכותב כי גם בספר חסידים מובאת הקביעה שאסור להאריך באופן מלאכותי חיי גוסס, משום שהדבר נחשב כגרימת צער לחולה, ולכן עלינו לבדוק תמיד באיזה חולה מדובר. אם מדובר בחולה סובל, שאינו גוסס חייבים לעשות הכל למען הארכת חייו. גם הרמב"ם פסק כי "גוסס הרי הוא כחי לכל דבר" (יורה דעה, סימן של"ט א'), אולם יש פסיקה של הרמ"ה (ר' משה איסרליש) שהיה מגדולי הפוסקים ביהדות בכל הדורות, כי אמנם אסור לקרב מיתתו של גוסס, אך מותר להסיר גורמים המעכבים את יציאת נשמתו ("בהלכה היהודית", ח.ת.).

לפיכך, ניתן לסכם מספר מסקנות על התייחסות הדת וההלכה היהודית להמתות חסד:
א. אסור להמית באופן פעיל שום אדם, בכל צורה, בכל מצב ובכל תנאי, והעושה כן דינו כרוצח.

ב. איסור של המתת חסד אקטיבית חל גם במצב שהחולה ו/או קרוביו סובלים ייסורים קשים, וגם אם מבקש הוא עצמו שיטלו את חייו.

ג. במצב של ייסורים קשים ובלתי-נסבלים, כשלא ניתן להקל על החולה את סבלו, יש פוסקים מסויימים הסוברים שהמתת חסד פסיבית לא תיחשב לעברה, ויש החולקים על כך.
ד. יש פוסקים האוסרים לעשות מאמצים ופעולות מיוחדות המכוונות להארכת חיי גוסס, כשהרופאים סבורים שאין סיכויים לחייו, והוא סובל צער ויסורים קשים, ויש גם פוסקים המחייבים לעשות כל מאמץ להארכת חייו בכל מצב ובכל תנאי.

ה. יש פוסקים המתירים המתת חסד פסיבית, המתבטאת בהסרת גורמים ופעולות המונעות ומעכבות יציאת הנפש, ויש הסוברים, שאף מצווה לעשותה (שטיינברג, 2018).

מהאמור לעיל אנו למדים שההלכה היהודית מתנגדת באופן חד משמעי לסיוע אקטיבי למותו של חולה, ואילו לגבי סיוע פסיבי יש מחלוקת בין הפוסקים, כאשר רוב הפוסקים נוטים לתמוך בכך בנסיבות מסויימות.

2.2 השפעת הדת על החקיקה והפסיקה במדינת ישראל

כפי שכתבתי בפרק הקודם, דעת הפוסקים היא שאין לגרום למותו של אדם הנוטה למות במעשה מכוון, גם אם ביקש באופן מפורש, משום שיש בכך איסור על הדיבר "לא תרצח". יחד עם זאת, פוסקים רבים סבורים שאין חובה להאריך חיי סבל חסרי תוחלת, אם החולה אינו מעוניין בכך.

חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, נשען על דעת רוב הפוסקים בסוגיות אלו. למעשה העיקרון המרכזי העומד בבסיס החוק הוא עקרון קדושת החיים כפי שהוא מעוגן ומובן ביהדות ובכך הייתה השפעה מכרעת על עיצובו של ההסדר שנקבע בחוק (גילבר, פלד-רז וקרקו-אייל, 2018).

עם זאת על פי (שטיינברג, 2005), כאשר מדובר בחולה שתוחלת חייו היא פחות משנה נקבעה הלכה בעניינו שיש להתחשב ברצונו, כולל רצונו להימנע מהארכת סבלו. מכאן שההלכה היהודית אינה מתעלמת לחלוטין מעקרון האוטונומיה בהקשר של חולים הנוטים למות, אלא מציגה הגבלות משמעותיות לתחולתו. לפי כך, החוק שנשען על ההלכה היהודית, יוצר איזון בין ערך קדושת החיים לבין ערך אוטונומיית רצון האדם וחשיבות איכות החיים, כך הוא מבוסס על ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית ועל עקרונות יסוד המוסר, האתיקה והדת. ביטוי לכך ניתן למצוא בכמה סעיפים בחוק. לדוגמא, יש לכבד את רצונו של חולה הנוטה למות הרוצה שחיייו יוארכו, ומבקש טיפול רפואי על אף שהרופא המטפל סבור שאין לטיפול הצדקה. כך יש איזון בין ערך קדושת החיים וערך האוטונומיה של החולה. כמו כן, יש לכבד את רצונו של חולה הנוטה למות שאינו רוצה שחיייו יוארכו, ולהימנע מלטפל בו. כאן גובר ערך האוטונומיה על ערך החיים. יחד עם זאת, נקבע בחוק שמי שמטפל בחולה הנוטה למות צריך לעשות מאמץ סביר לשכנעו לקבל חמצן, וכן מזון ונוזלים, אף באמצעים מלאכותיים, ולקבל טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות רקע וטיפול מקל. יש בכך ניסיון להביא לידי ביטוי את ערך קדושת החיים, אך אין לכפות גישה זו על החולה (חולה הנוטה למות, ח.ת.).

עיון בספרות מגלה כי השיח האקדמי הביקורתי שעסק בחוק התמקד גם בנקודת האיזון שאימץ החוק בין ערכים יהודיים לערכים דמוקרטיים, ובמיוחד בין עקרון קדושת החיים לעקרון האוטונומיה (גילבר ועמיתיו, 2018).

בשנים האחרונות מוגשות הצעות חוק המבקשות להכיר באפשרות חוקית של המתת חסד אקטיבית במדינת ישראל. ההלכה היהודית בישראל, עומדת לצידם של המתנגדים להמתות החסד בדיון הציבורי והמשפטי. בשנת 2017 דחתה מליאת הכנסת בקריאה טרומית את הצעת החוק שיזם ח"כ עופר שלח, 'מוות במרשם רופא', שאומרת כי חולה הנוטה למות רשאי לקבל מרשם מרופאו האישי לתרופת הרדמה במינון אשר יגרום למוות. שר הבריאות יעקב ליצמן מיהדות התורה,

המייצג את המגזר הדתי, נימק את התנגדותו לחוק בטענה שמדובר ברצח, האסור גם מבחינה הלכתית. באותם הימים, התנגדות זו ברוח הדת אפיינה את השיח התקשורתי בציבור. הטענה העיקרית היא שחוק כזה פוגע בזהותה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית (עופר-שטרק, 2018).

2.3 המתת חסד בדתות השונות בעולם

חולי ומוות הם חלק בלתי נפרד מחיי האדם. במשך מאות שנים האדם חיפש תשובות אודות מחלה ומוות, וכדי למצוא תשובות פנה לדת. הדיון האתי סביב נושא המתת חסד בדתות המונותאיסטיות ובדתות נוספות הוא נושא העוסק בסוגיית הבעלות על החיים וקדושתם.

באסלאם, אחת משלוש הדתות המונותאיסטיות. מתוארת רוח האדם כזרם החשמל או כאנרגיה החודרת למנורה (הגוף), והאור שנוצר הוא נפש האדם. במקרים בהם אדם נוטה למות, הטיפול הרוחני הינו מרכיב מרכזי ונעשה על-ידי אנשי הדת ובתיאום עם הצוות המטפל עם המשפחה ועם הקהילה (בדארנה, 2008). על פי בדארנה (2008) ובלפר (2017), באסלאם אין הבחנה בין דת ורוחניות. עבור האדם המוסלמי מחלה וסבל הינם חלק מהחיים, והם מהווים מבחן נאמנות לבורא. החיים מקודשים ולכן אותנזיה פעילה אסורה בכל הצורות והמצבים. הקוראן מדגיש: "אנו נותנים חיים וגורמים למוות, ואלינו אתם תחזרו" (הקוראן: 43). אותנזיה פסיבית מותרת כאשר אין סיכוי לריפוי ולהקלה בסבל. בכל מקרה, יש לספק לחולה מזון, נוזלים והקלה בכאב ובסבל עד המוות.

פרופ' כריסטיאן ברנד (בתוך קנדל 2006). כותב כי עמדת האסלאם, המבוססת על הקוראן, גורסת כי אין המוות נתון אלא בידי אללה, וההלכה האסלאמית מטילה עונשים חמורים על אלה הפוגעים בקדושת החיים. מוסיף לכך ויצמן (2019) כי האיסלאם מתבסס על האמירות "אל תהרוג את עצמך, כי אלוהים הוא הרחום ביותר" ו"אל תיקח את החיים שאלוהים ברא כקדושים", לפי כך ניתן לסכם כי דת האסלאם כמו היהדות, אינה מאפשרת המתה בסיוע רפואי או המתת חסד אקטיבית.

הדת הנוצרית הינה אחת משלוש הדתות המרכזיות ובעלת מספר המאמינים הגדול בעולם. על פי הדת הנוצרית, המוות הינו תוצאה של חטא קדמון שעשה האדם. בספר הקודש הנוצרי מצוי הפסוק שמציין אמירה זו, "ולכן כאשר על ידי אדם אחד בא החטא לעולם והמוות בעקב החטא, וכן עבר המוות על כל בני אדם מפני אשר כולם חטאו" (אגרת פאולוס אל הרומיים 5:12). ומכאן ניתן להבין כי אין מנוס לבני אדם מעובדת המוות (שפיק, 2009). חיזוק לרעיון זה ניתן למצוא אצל קנדל (2006), ולפיו הדת הנוצרית מחייבת את הרופא והחולה להתכונן למוות. ועל כן לפי הוראת הכנסייה חייב הרופא להודיע לחולה באופן אישי על הדיאגנוזה ועל הפרוגנוזה הצפויה, על מנת שיתוודה ויכפר על עוונותיו. עם זאת, שוללת הדת הנוצרית המתת-חסד. הנצרות אומרת כי האדם

נברא על ידי האלוהים, על כן הוא רכוש, וכל פגיעה בחיים דינה כהשמדת הרכוש. לפי גישת הכנסייה, רצופים החיים חובות לבורא. בנוסף, האמונה הנוצרית מלמדת שישו הגיע לעולם כבנו של אלוהים על מנת להושיע את בני האדם מחטאיהם, לכן במותו בייסורים ובצליבה כיפר על עוונות המין האנושי כולו, וישו עצמו קם לתחייה ביום השלישי למותו. על כן ישו הצהיר למאמינים הנוצרים על נצחיות הנפש שנשלחת לחיי נצח בעולם הבא לאחר מות הגוף. לפיכך, עבור הנוצרי המאמין, המוות הינו התחלת חיים חדשה. מנקודת מבטה של הכנסייה המוות נתפס כתהליך רוחני יותר מביוולוגי, ועליו להתרחש ככל האפשר בכבוד, עם שלוה נפשית וללא כאבים. לפיכך, הכנסייה אסרה המתת חסד, כמו כן אסרה באיסור חמור כל הריגה בכוונה שנגרמת לאדם על ידי אדם אחר, דבר הנחשב כמעליב את הבורא. ככל ששעת המוות קרבה, עולה הצורך לאדם הנוצרי הנוטה למות להשלים מטלות כמו התפייסות עם אחרים, עם האל, קבלת סליחה ומחילה מאחרים, והשלמה עם עצמו על מה שהיה בעולם הזה. מקובל שכומר נוכח בזמן ובמהלך המוות. מנהג זה מספק נחמה והזדהות למת עצמו ולמשפחות המתאבלות, ומדגיש תמיכה רוחנית, כבוד ודאגה למת ומשפחתו. המשפחה ממלאת תפקיד חשוב לאדם הנוטה למות, מכיוון שהיא עוזרת לו להשלים בהצלחה את הפרידה מהחיים (שפיק, 2009).

השנה (2020), נערכה בוותיקן שברומא ועידת פסגה בנושא המתת חסד. נציגים של שלוש הדתות המונותאיסטיות - אסלאם, נצרות ויהדות - חתמו על הצהרה היסטורית הקוראת לרופאים ברחבי העולם שלא לתת יד להמתת חסד, בין אם פסיבית, כלומר ניתוק ממכשירי החייה, ובין אם אקטיבית, באמצעות סם המוות. המסמך שנחתם בטקס חגיגי בוותיקן הוא יוזמה של פרופ' אברהם שטיינברג, ששימש כיו"ר הוועדה שאישרה בכנסת בשנת 2015 את חוק החולה הנוטה למות שמטרתו הסדרת זכויותיו של החולים על ערש דווי. פרופ' שטיינברג עזר לנסח את נייר העמדה המתייחס לחשיבותה של המשכיות החיים, משמעותה של ההמתה עבור החולה ומשפחתו ועבור הגורם המבצע את ההמתה, וצירף את חתימתו לאיגרת ששלח הרב הראשי לישראל, הרב יצחק יוסף, שכתב: "המתת חולים סופניים מוגדרת תחת האיסור 'לא תרצח', המוזכר בעשרת הדיברות" וחיבב אדם שנברא בצלם, כל אדם. החיים הם מתנה מבורא עולם, ואל לנו לקחת חיים של אחרים חלילה". באיגרת הוסיף הרב הראשי הגר"י יוסף: "עם זאת, יש לעשות כל מאמץ להקל את סבלם ואת כאבם של חולים הנוטים למות, הן מבחינה רפואית והן מבחינה רוחנית וגשמית, מבלי לקרב את מותם" (מצא, 2020).

במסורות הבודהיסטיות, מוות אינו אויב, והיחס אליו הוא כאל חלק ממחזור החיים. הוא יגרום סבל רק אם לא נדע לחיות את חיינו באופן משמעותי, ונסיים אותם מבלי להיפרד כהלכה מכל הדברים והאנשים שהיו חלק חשוב בחיינו. הכאב הוא בלתי נמנע.

הסבל הוא תוספת שאיננה הכרחית (עופרי, 2020).

לטענת פריסקו (2010), לפי בודהה, חיי אדם אינם ערך בפני עצמו, הם כרוכים בסבל, ואין טעם להיאחז בהם. ככל שניאחז יותר, נסבול יותר, ורק כשנדע להרפות נחייה באמת. מוסיפה לכך צ'נגויוואלה (2018), שלפי הדתות הַדְהַרְמיות (משפחה של דתות הכוללת את ההינדואיזם ואת 3 הדתות שצמחו ממנה: בודהיזם, ג'ייניזם וסיקהיזם), לבני אדם יש פרק חיים אחד בלבד בעולם הזה, ולכן יש לשמור על החיים בכל מחיר, אפילו אם החיים הופכים לגיהנום. יחד עם זאת, אנשים שהגיעו למעלה רוחנית גבוהה לעתים קרובות בוחרים את הזמן ואת המקום שבהם הם יעזבו את העולם. ה"בהגוד גיטה", הטקסט ההודי המקודש ביותר, מפרט בבירור את ההליך שבאמצעותו אדם שזכה בהארה יכול, מרצונו, לשמוט את גופו הגשמי. הן בג'ייניזם והן בבודהיזם, יש טכניקות שבהן אפשר, באורח מכוון, להרעיב את הגוף ולהיפטר ממנו. לפי כך, ניתן לראות שבשלוש הדתות המונותאיסטיות המתת חסד אסורה והיא מהווה, על פי תפיסתן, רצח של ממש. התפיסה המקובלת על רוב הדתות אומרת, שקדושת החיים היא ערך מוחלט, החיים אינם שייכים לאדם משום שהם ניתנו על-ידי הבורא, מכאן שאדם לעולם אינו רשאי להחליט מתי יש לחיים ערך ומתי לא. ברגע שעיקרון זה נפרץ, עלול להתפתח תהליך שלא נוכל לחזות את אחריתו. לעומת זאת, במסורות הבודהיסטיות כל תפיסת החיים והמוות שונה ולכן גם היחס לחולה הנוטה למות שונה.

2.4 השפעת הדת על מדינות אחרות בעולם, ביחס להמתת חסד

במדינות דמוקרטיות קיים מגוון גדול של הסדרים בין דת למדינה. לעתים אף קיים שוני בהסדרי דת ומדינה באזורים שונים של אותה מדינה (נויברגר, 2020). לטענת אוהיון ועמיתיו (2018), בארצות ובתרבויות שונות, נמצא כי העלייה בעמדות הציבור לביצוע המתת חסד קשורה באופן משמעותי לירידה ברמת הדתיות ולעלייה בתהליך החילון וברמת המתירנות במדינות מפותחות ומערביות. כמו כן, נראה כי באירופה המערבית, המגמה להכרה בביצוע המתת חסד עולה במשך השנים האחרונות (עלייה ממוצעת של 22%). עליה זו מתקשרת לעליה באימוץ ערכים חברתיים הדוגלים בחירות האדם ובזכויותיו, ובחינוך לערכים אלו.

כפי שכבר הרחבתי בפרקים הקודמים, ישנן שלוש גישות עיקריות הנוגעות להמתת חסד – הגישה הראשונה אשר מתירה המתת חסד פסיבית בלבד, כלומר ללא שימוש בחומרים מלאכותיים להארכת חיים. הגישה השנייה – אשר מעמידה את ערך קדושת החיים מעל כל ערך אחר ונוגדת כל

סוג של המתת חסד. וישנה הגישה השלישית, לפיה מותרת הן המתת חסד אקטיבית והן המתת חסד פאסיבית.

לפי מחקר שנעשה בישראל, בגרמניה ובארצות-הברית, ניתן לראות שקיימים הבדלים בין אוכלוסיות דתיות לאוכלוסיות חילוניות, בנוגע לחשיבות ערך קדושת החיים. נמצא כי האוכלוסייה הדתית רואה בקדושת החיים ערך עיקרי וראשון בחשיבותו, לעומת האוכלוסייה החילונית שחלוקה בדעתה לגבי ערך זה בנושאים שונים. בנוגע לנושא המתת החסד אקטיבית, נמצא כי האוכלוסייה הדתית מושפעת בעיקר מההלכה הדתית ומרצון האלוהים. בעוד האוכלוסייה החילונית מושפעת בעיקר ממחויבות לאחר והצורך לעזור לו ככל הניתן.

לפי המחקר ניתן לראות כי מדינת ישראל שבה קיימת השפעה רבה של הדת ישנה פתיחות מועטה להמתת חסד אקטיבית, לעומת ארה"ב שבה ההשפעה הדתית היא נמוכה, ולכן קיימת פתיחות גדולה יותר לנושא (ויצמן, 2019).

אוחיון ועמיתיו (2018), מציגים מחקר שנעשה בשנת 2012, בשש מדינות באירופה במטרה להבין את עמדותיהם של רופאים, אחיות, מטופלים ובני משפחה בנוגע לסיום חייהם. במחקר בדקו עמדותיהם של אנשים המגדירים עצמם כדתיים, לעומת אנשים שמגדירים את עצמם כחילונים. תוצאות המחקר הראו כי חולים ומשפחות דתיות רצו להאריך את חייו של החולה הנטה למות זמן רב ככל הניתן. לעומתם, החילונים, העדיפו המתת חסד על פני הארכת חייו של החולה הסובל.

דוגמה אחת להשפעת הדת על המדינה בעניין המתות החסד ניתן לראות בארה"ב. המצב כיום בארה"ב הוא שבתי החולים הקתוליים העמיקו את שורשיהם, הם הוקמו בידי נזירות במחצית השנייה של המאה ה-19. וכיום לכנסיה הקתולית השפעה רבה בעניין המתות חסד בארה"ב. אחד מכל שישה מאושפדים בארה"ב מקבל כיום טיפול בבית חולים קתולי, זאת לפי האגודה הקתולית לבריאות. ועידת הבישופים הקתולים הורתה על המוסדות לספק טיפול רפואי שתואם את תפיסת הכנסייה ולסרב לבצע כל הליך "שאינו מוסרי מיסודו כגון הפלות, המתות חסד, סיוע בהתאבדות ועיקורים". בנוסף, כ-30 מוסדות חילוניים שהתמזגו או נכנסו לשותפות עם רשתות בריאות קתוליות בשנים האחרונות, נדרשו לציית לחלק מהוראות הכנסייה או לכולן. הבעיה היא שרבים בארה"ב כלל אינם מודעים לכך שבית חולים מסוים הוא קתולי ("הכנסייה הקתולית החליטה", 2018).

בשנת 2002, בית משפט פדרלי בארה"ב החל לדון בתביעה של מדינת אורגון, להתיר לה להמשיך וליישם "חוק המוות בכבוד", המתיר לרופאים לסייע לחולים סופניים להתאבד. אורגון היא המדינה היחידה בארה"ב המתירה המתות חסד, והדבר מעורר התנגדות רבה בממשל. "חוק המוות בכבוד"

נכנס לתוקף ב-1997, ומאז השתמשו בו 91 חולים סופניים. אולם בנובמבר החל שר המשפטים בממשל בוש, השמרן איש הימין ג'ון אשקרופט, המקורב לחוגים נוצריים, לפעול למיגור הנוהג. הוא הורה לרשות התרופות הפדרלית לנקוט הליכים משפטיים נגד רופאים הרושמים מינוני יתר קטלניים של תרופות, זאת משום שהנצרות רואה בהתאבדות חטא חמור לא פחות מרצח, והדבר משפיע על עמדתם של רבים בארה"ב (זן, 2011).

פרק שלישי: ניתוח מושגים באזרחות של סוגיית המתות החדס

3. זכויות אדם ואזרח סקירה כללית

ההכרזה הבינלאומית בדבר זכויות האדם התקבלה בעצרת האו"ם ב-10 בדצמבר 1948. הכרזה זו, יחד עם האמנה הבינלאומית לזכויות כלכליות, חברתיות, ותרבותיות (1966) והאמנה הבינלאומית לזכויות אזרחיות ופוליטיות (1966) מהוות את 'המגילה הבינלאומית של זכויות האדם' ("זכויות האדם", 1998).

'זכויות האדם', או 'זכויות טבעיות', הן אותן זכויות המוקנות לאדם באשר הוא אדם מכוח טבעו וכבודו האנושי, ובלי תלות בכוחו של שלטון כלשהו. מכיוון שהזכויות, לפי עקרון זה אינן מוקנות על-ידי השלטון, אין השלטון רשאי ליטול אותן. ההוגה העיקרי, שבשמו קשורה מסורת זו, הוא ג'ון לוק, אשר מנה את הזכויות לחיים, לחירות ולרכוש, כזכויותיו ה'טבעיות' של כל אדם כלפי כל שלטון.

הזכויות לחיים, לחירות, לשוויון ולכבוד הן זכויות מהותיות. אלה הן זכויות, שיש להגן עליהן בין השאר, בהטלת איסורים משפטיים על פגיעה בלתי מוצדקת בהן ובהגבלת כוחו של המחוקק ליטול אותן. זכויות אלה מוגנות גם באמצעות עקרונות כלליים, כמו שלטון החוק. הדרישה היא שהגבלת זכויות תיעשה רק בחוק ראשי, בצורה מפורשת כאשר מובטח שכל פגיעה בזכויות תיעשה באמצעות הליך הוגן. ההליך ההוגן אף הוא חלק מתפיסת הכבוד והחירות, אולם בעיקרו של דבר הוא נועד להבטיח, כי פגיעות בזכויות מהותיות תיעשינה רק במקום שאכן הפגיעה מוצדקת. וכאשר לאדם שזכותו עלולה להיפגע ניתנת אפשרות להתגונן בפני הפגיעה (גבינזון, 1985).

סוגיית המתת חסד נוגעת במכלול זכויות האדם הטבעיות, ועל כן זו סוגייה מורכבת. מצד אחד יש שיאמרו כי סיוע לחולה הנוטה למות להתאבד משמעה פגיעה קשה בקדושת החיים, שכן החיים הם ערך עליון שאסור לפגוע בו גם במחיר של סבל. מאידך, יש שיאמרו כי שלילת היכולת של חולה לשים קץ לסבלו מהווה פגיעה בזכות האדם על גופו, פגיעה בזכות האדם לחיות ולמות בכבוד. וכך גם בסופו של דבר פגיעה גם בקדושת החיים. בפרקים הבאים אדון בזכויות האדם השונות הבאות לידי ביטוי בנושא, ואנסה להציג את ההשקפות השונות הנובעות משיח הזכויות בקשר להמתת חסד.

3.1. הזכות לחיים וביטחון ביחס להמתת חסד

ההכרזה לכל באי העולם בדבר זכויות האדם (1948), קובעת כי לכל אדם הזכות לחיים, חירות, וביטחון אישי. כמו-כן, ההכרזה קובעת איסור על עינויים או על עונש או התנהגות אכזרית, לא אנושית, או משפילה. האמנה הבינלאומית בדבר זכויות אזרחיות ומדיניות (1966) שישראל חתומה

עליה, קובעת את הזכות לחיים, אליה היא מתייחסת כ"זכות טבועה" (אבולאעפיה, סומר, קידר ורוזנאי, 2005).

הזכות לחיים הינה הזכות הבסיסית ביותר מכל זכויות האדם. ניתן לומר כי זכות זו מובנת מאליה. כל זכויות האדם תלויות בתהליך קיומו הביולוגי של האדם, אדם שאינו חי אינו יכול ליהנות מזכויות אחרות המוקנות לו. הגנה על החיים מהווה תנאי מוקדם להנאה מיתר זכויותיו של האדם. ההגנה הבסיסית של המשפט על הזכות לחיים שזורה בחקיקה הישראלית בכמה רבדים: ראשית, שורה של הוראות בחוק הפלילי אוסרות פגיעה בחיי אדם וסיכון חיי אדם; שנית, קיים צידוק לפעול בדרך מסוימת על-מנת להגן על חיי אדם אף אם דרך פעולה זו הייתה אסורה אלמלא הצורך להגן על החיים; ושלישית, בנסיבות מסוימות קיימת חובה משפטית לפעול להצלת חיי אדם (סומר ורוזנאי, 2016).

הזכות לחיים ושלמות הגוף נכללה במפורש בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, כאחת הזכויות שעוגנו בו בזכות חוקתית. ואולם, גם לפני שנחקק חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, היה הערך של קדושת החיים שלוב בשיטת המשפט הישראלית, אשר ינקה אותו מערכי היסוד של היהדות. מכאן עולה השאלה האם הזכות לחיים מקנה גם את זכות הויתור על החיים? אם הזכות לחיים שייכת לבעליה, האדם הספציפי, ניתן לכאורה לטעון שאדם רשאי לוותר על זכותו לחיים בנסיבות מסוימות. משאלה זו נגזרות מספר סוגיות משנה: הזכות לסרב לטיפול רפואי, הדיון בשאלת האפשרות להפסקת חיים של חולה סופני שביקש זאת וההתייחסות המשפטית להתאבדות ולסיוע להתאבדות (אבולאעפיה ועמיתיו, 2005).

שאלה נוספת שעולה בהקשר זה היא האם ניתן להתיר למישהו לפגוע בזכות לחיים? משום שאם המדינה מאפשרת סיום חיים, היא למעשה מסייעת בכך, ופועלת לכאורה בניגוד לחובתה לשמור על הזכות לחיים, כפי שעולה מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו.

פגיעה ברורה בזכות לחיים באה לידי ביטוי כאשר מדובר בהמתת חסד שאיננה מרצון. כמו כן, המתת חסד אקטיבית, שבה נותנים לאדם הנוטה למות סם מקצר חיים, במטרה להמית אדם כדי לסיים את סבלו, גם במקרה זה קיימת פגיעה בזכות לחיים.

יש הטוענים כי קדושת החיים וערך חיי האדם הם בלתי ניתנים לערעור. ועל כן המתת-חסד לא יכולה להתקיים בשום דרך (אקטיבית או פסיבית) משום שהיא מערערת את יסוד קיומנו כחברה אנושית. אלו הטוענים כך רואים את הזכות לחיים כזכות מוחלטת ואת האיסור לנטילת חיי כאיסור שאינו תלוי ברצונו של האדם.

מנגד, יש שיאמרו שחיים של אדם הנוטה למות במצב של סבל אנושי מתמשך וברור ללא כל ספק שחיי ספורים, עצם המשך קיומו במצב כזה, היא פגיעה בערך החיים וקדושתם. כמו כן עולה השאלה האם הזכות לחיים היא זכותו של האדם, ועל כן זכותו גם להפסיק אותם על פי רצונו. או שהזכות לחיים היא זכות אוניברסלית קהילתית, שעל החברה להגן כדי להמשיך את החיים בחברה. ולכן היא צריכה למנוע בכל מחיר פגיעה של האדם בחייו, גם אם הוא נוטה למות.

3.2 הזכות לחירות - חופש הפעולה וחופש הבחירה ביחס להמתת חסד

האוטונומיה האישית של הפרט פירושה החופש של הפרט לעשות ככל העולה על רוחו, כביטוי לאישיותו האינדיבידואלית ולמאוויו ולתכונותיו. חופש פירושו היעדר זכות של פרט אחר להגביל את חופש הפרט של מושא החופש. המשפט הציבורי מכנה את החופש או את הזכות לאוטונומיה אישית זכות שלילית: זוהי זכות אשר דורשת מהמדינה דרישה מסוג "שב ואל תעשה", וזאת להבדיל מן הזכות (החיובית) אשר מחייבת את המדינה לפעולה אקטיבית (בר-און, 2009).

הביטוי "חירות" (או חריות) במשמעותו הרחבה, כולל בתוכו את מרבית זכויות האדם המוכרות, ובהן חופש הביטוי, חופש הדת, חופש ההתאגדות וכיוצא בזה. כך כתב גם פרופ' אהרון ברק: "מבחינה לשונית 'כבוד האדם וחירותו' מתפרס על תחום נרחב של פעולות. כל פעולה הפוגעת בחייו, בגופו או בשמו הטוב של אדם פוגעת ב'כבוד האדם', וכל פעולה השוללת את חופש הרצון פוגעת ב'חירות' (אייל, מור וסומר, 2005).

עיקרון מרכזי בהבניית תהליך קבלת ההחלטות בסוף החיים הוא עקרון האוטונומיה. בבסיסו עומדת ההנחה שלפרט יש כשרות משפטית ויכולת לפעול באופן המשקף את האינטרס שלו לקבל החלטות מודעות וחופשיות (גילבר ועמיתיו, 2018). ההכרה בזכותו של אדם לאוטונומיה היא רכיב בסיסי בשיטת המשפט בישראל, זכותו של אדם לאוטונומיה אישית נגזרת מהזכות לכבוד שמעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. המשפט הפלילי מגן על הזכות לאוטונומיה אישית בשני אופנים: 1. קובע כי פגיעה באוטונומיה האישית של הפרט מהווה עבירה. 2. אוסר, באמצעות עיקרון החוקיות, התערבות יתר של הרשות השלטונית בפרט, וזאת באמצעות הגבלת המעשים אשר נחשבים עבירה אך ורק לאותם תחומים אשר יש בהם משום פגיעה בזולת. מעשה אשר נחשב כלא מוסרי אך אינו טומן בחובו פגיעה בזולת, לא ייחשב עבירה על החוק (בר-און, 2009).

הזכות לאוטונומיה אישית כוללת גם רובד נוסף - פיזי, הנוגע לזכותו של אדם כי יעזבוהו לנפשו. מזכות זו משתמע, בין השאר, כי לכל אדם חירות מפני התערבות בגופו ללא הסכמתו (שפירא, 2019).

תומכי המתת חסד סבורים, שזכותו של הפרט לאוטונומיה מזכה אותו אוטומטית לבחור מוות ללא כאבים. בנוסף, על המטפל לכבד את זכות המטופל להחלטה עצמית בעניינים הקשורים לבריאותו ולחיי, על בסיס אמונותיו, תרבותו וערכיו, גם כאשר הדבר מתנגש באמונותיו ותרבותו של המטפל (אוחיון ועמיתיו, 2018). יחד עם זאת, לפי אפרתי וחובל (2014), חוק החולה הנוטה למוות פוגע בזכות לאוטונומיה של החולה בכך שאינו מתיר הפסקה של טיפול רציף. ובכך שהוא אוסר לנתק חולה ממכונת הנשמה הפועלת ללא הפסקה. זאת, בשונה מהמצב ששרר לפני כניסת החוק לתוקף, אז היה נתון הנושא לפרשנות משפטית שעשויה להיות מקלה. מרגע שבו חובר חולה למכונת הנשמה, מבחירה או שלא, אין דרך חזרה, רופאיו לא יהיו רשאים לנתקו ממנה בהמשך.

אורון (2014), טוען כי השאלה המרכזית לדיון איננה, כפי שהמצדדים בתיקון לחוק מרבים להעלות, אם זכותו של חולה סופני לסיים את חייו על פי החלטתו. לטענתו, ברור מאליה שזו זכותו, מאחר והחולה, ככל אדם, אוטונומי לנהל כרצונו את חייו ואת מועד קטיעתם מבלי לקבל רשות, ויקטע אותם בכל אמצעי שימצא לנכון. השאלה המרכזית העולה היא, אם יש להטיל על החברה (הממסד הרפואי) לסייע בידי החולה הסופני לממש את החלטתו האובדנית.

נוסף על כך, חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מדגיש כי מטרת חוק הנוטה למוות היא להבטיח שהחלטות בדבר טיפול רפואי בסוף החיים יתקבלו לאחר שהרופא שוכנע מעל לכל ספק סביר כי זהו רצונו האמיתי של החולה, שהוא מבטאו כשהוא חופשי מלחצים לא-הוגנים, לרבות לחצים משפחתיים וחברתיים. בהמשך לכך החוזר מבהיר כי במקרים שבהם החולה הנוטה למוות כשיר, יש לברר עימו מהו רצונו, והטיפול בו ייקבע על-פי רצונו המפורש. בה-בעת, חוק החולה הנוטה למוות, חוק זכויות החולה וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות אינם אוסרים על המטופל לערב את בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות, ואף אינם מגבילים אותו מלעשות כן, אם רצונו בכך (גילבר ועמיתיו, 2018).

התייחסות נוספת לחופש הבחירה היא במצב של חולה קטין. בחוק זכויות החולה מצויין שככל שהקטין צעיר יותר, ויכולתו להביע את רצונו מצומצמת, כך תצומצם זכותם של ההורים להחליט להימנע מטיפול רפואי בשמו. לעומת זאת, במצב שבו הקטין הוא בר דעת, והוא מבקש להפסיק את הטיפול בו אך ההורים מבקשים להמשיכו – לא יכובד רצונו של הקטין, וזאת אף שישנה מגמה במשפט בארץ ובעולם לכבד את זכויותיו של הילד וזאת על בסיס היותו מסוגל להבין את מצבו. לעומת חוק זכויות החולה, בחוק החולה הנוטה למוות מוגדר בעל הכשרות והוא מי שמלאו לו 17 שנים, והוא מסוגל להביע את רצונו, איננו פסול דין ולא הוצא מחזקת הכשרות (גלעדי וסרבטקה, 2006).

3.3 הזכות לכבוד ביחס להמתת חסד

חוק היסוד "כבוד האדם וחירותו" קובע כי "אין פוגעים בחייו, בגופו או בכבודו של אדם באשר הוא אדם". (קמיר, 2004) מבחינה בין ארבע משמעויות שיש למושג "כבוד" בעברית: כבוד סגולי, כבוד מחיה, הדרת כבוד והילת כבוד. הילת הכבוד היא מושג הלקוח מעולם הדתות המונותיאיסטיות ומיוחס לאל שכבודו מוחלט ונצחי. לאדם שנברא בצלם אלוהים יש משהו מהילת הכבוד האלוהית. לפי תפיסת כבוד זו, כיבוד רצונו של אדם למות עלול להתנגש עם הילת כבודו כמי שנברא בצלם. ואולם לדעת קמיר, על חוק היסוד כבוד האדם וחירותו להתבסס על תפיסת כבודו הסגולי של האדם. הכבוד הסגולי הוא תכונה מולדת, אוניברסלית ואחידה לכל אדם בכל זמן ללא הבדל דת, גזע, מין, מעמד, גיל או כל שיוך אחר.

מאז חקיקתו של חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, שונה מעמדו והוא הפך להיות זכות חוקתית על-חוקית. כבוד האדם מוצא ביטוי מפורש בשלוש הוראות בחוק: הוראה האחת קובעת כי "אין פוגעים בחייו, בגופו או בכבודו של אדם באשר הוא אדם". ההוראה השנייה קובעת כי "כל אדם זכאי להגנה על חייו, על גופו ועל כבודו". ההוראה השלישית היא: "חוק-יסוד זה, מטרתו להגן על כבוד האדם וחירותו, כדי לעגן בחוק-יסוד את ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית". על רקע שלוש הוראות אלה, מתבלטת חשיבותו של כבוד האדם בישראל. חשיבות זו מתבטאת בשלושה עניינים מרכזיים: ראשית, חוק היסוד מטיל על החקיקה הרגילה הגבלה בפני פגיעה בכבוד האדם. במרכזו של כבוד האדם, מונחים קדושת חיי האדם וחירותו. ביסוד כבוד האדם עומדת האוטונומיה של הרצון הפרטי, חופש הבחירה וחופש הפעולה של האדם. כבוד האדם היא החירות של האדם לעצב את חייו ולפתח את אישיותו כרצונו. ביסוד כבוד האדם מונחת ההכרה בשלמותו הפיזית והרוחנית של האדם, באנושיותו, בערכו כאדם, וכל זאת בלא קשר למידת התועלת הצומחת ממנו לאחרים. כבוד האדם מניח אדם בן חורין, המהווה מטרה בפני עצמה, ולא אמצעי להשגת מטרת של הכלל או של פרטים אחרים (ברק, 1993).

חוק זכויות החולה, שנחקק ב-1996, וקדם לחוק החולה הנוטה למות תשס"ו - 2005 קבע כי: "חוק זה מטרתו לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו".

זכותו של אדם לכבוד מתעוררת גם בהקשר השאלה אם לאדם יש זכות למות בכבוד, באופן שבו הוא רשאי להביא את חייו לסיימם, או לדרוש מאחרים להביא את חייו לסיימם, על מנת שיוכל למות בכבוד. הויכוח השורר סביב סוגיה זו, נוגע לשאלה באיזו מידה ראוי שהמשפט יתיר את החשת המוות במקרים האלה- על ידי החולה עצמו, הרופא המטפל, או אדם שלישי כלשהו החפץ ביקרו

של החולה. ואולם, הנושא החוקתי המרכזי התומך בבקשת חולה להביא את חייו לקיצם, הוא בקשתו לכבוד בחייו של האדם, ורצונו (או רצון הסובבים אותו) שלא לחיות באופן שנתפס כמחוסר-כבוד. הדילמות הקשורות בנושא זה הן רבות ומורכבות, וניתן למצוא צידוקים פילוסופיים, משפטיים ודתיים כמעט לכל כיוון של חשיבה ופעולה (אנגלנדר, בן-דיין, בן-חמו, ביידא וסומר, 2005).

3.4 חופש מדת וחופש המצפון ביחס להמתת חסד

אחת הסוגיות שבהן בא לידי ביטוי המתח שבין הגדרתה של מדינת ישראל כמדינה יהודית לבין היותה מדינה דמוקרטית, היא שאלת קיומם של עקרונות ליברליים כמו חופש דת או חופש מדת. המושג "חופש מדת" מוגדר כיכולת של הפרט לבחור באפשרות לא להיות דתי ולא להיות כפוף לחוקי הדת ומצוותיה. עיקרון זה מחייב את המדינה להבטיח, כי אף פרט לא יחויב להחזיק באמונה כלשהי, או להשתתף בפולחן דתי בניגוד לרצונו, ושכל זכויות האזרח לא תהיינה מותנות באמונה, בפולחן, או בטקסים דתיים. המושג "חופש מדת" מוגדר כ"יכולת של הפרט לבחור באפשרות לא להיות דתי ולא להיות כפוף לחוקי הדת ומצוותיה" (אילני, 2006).

דורפמן (2015), מחזק תפיסה זו ומוסיף כי על פי התאוריה המקובלת, הזכות לחופש מדת נועדה למנוע מצבים שבהם המדינה משתמשת בכוחה הכופה כדי לחייב את אזרחיה לקיים, בעל כורחם, מצוות או מנהגים דתיים. אם כך, חופש המצפון והדת מחייב לשם הגשמתו המלאה שלא יכפו על אדם נורמות דתיות, ולא יטילו עליו הגבלות מטעמי דת על כפיית גורמה דתית על מי שאינו רוצה בה (שטרית ח.ת.).

חופש המצפון זוהה במשך דורות רבים עם זכותו של הפרט לסרב לעשות מעשים הנוגדים את צו מצפונו, וצו זה פורש בדרך כלל כצו המתחייב מן האמונה הדתית של האדם. מושג חופש המצפון היה קשור קשר הדוק עם מושג חופש הדת. מדינה המכבדת את חופש המצפון של אזרחיה היא זו שחוקיה אינם כופים על אזרחיה לעשות מעשים הנוגדים את מצוות דתם. במדינה כזו, אם כדי לקיים חוק מסוים חייבים בני מיעוט דתי זה או אחר לעבור על מצוות הדת, הרי בשם ההגנה על חופש המצפון צריכה אותה מדינה לפטור אותם מחובת הציות לחוק זה (ארליך, סומר ושמואלי, 2005).

במדינת ישראל, קיים צורך ייחודי להגיע להסכמה על בסיס מערכת ערכיה כמדינה יהודית ודמוקרטית. כך שמבחינה חברתית ולאומית השאיפה היא להגיע לפתרונות ערכיים ומעשיים הנוגעים לטיפול בחולה הנוטה למות מתוך קונצנזוס רחב ביותר, תוך איזון בין הערכים המנוגדים שביסוד תהליכי קבלת ההחלטות בנושא הנידון (שטיינברג, ח.ת.). יחד עם זאת, לפי מחקרם של גלעדי וסרבטקה (2006), יש המאמינים שחוק החולה הנוטה למות תשס"ו - 2005, נותן העדפה

לערכי הדת, שכן הוא מעניק חשיבות יתרה לערך קדושת החיים, וזאת במחיר ויתור על רצונו של החולה. לכן לדוגמא, בחוק החולה הנוטה למות קיימת הפרדה בין טיפול רפואי מחזורי לבין טיפול רפואי רציף. הראשון משמעו טיפול הניתן במחזורים, וכדי שטיפול ייחשב למחזורי נדרשת הבחנה מעשית וברורה בין מחזור אחד לבין מחזור אחר השני משמעותו טיפול בלא הפסקות. מדובר בהבחנה שמקורה בציווי ההלכתי- דתי שאין להפסיק פעולה המצילה חיים, אך ניתן להימנע ממנה מלכתחילה. הבחנה זו מכוונת, ומטרתה לשמור על הצביון הדתי. עם זאת, לטענת גלעדי וסרבטקה היא חסרת בסיס רפואי ועלולה להעיב על רצון החולה.

היבט נוסף אליו צריך להתייחס הינו חופש המצפון של הרופאים. בכל מקרה, אין לכפות על רופא לבצע החלטות העומדות בניגוד למצפונו ולהכרתו כרופא. אם הרופא חש כי אין הוא יכול להשלים עם החלטה שמתקבלת, יש מקום כי יעביר את הטיפול לרופא אחר (ג'וינט ישראל, ח.ת).

3.5 שקלול ואיזון בין זכויות מתנגשות וערכים בסוגיית המתת חסד

למרות שראוי לקיים תמיד את זכויות האדם, לא ניתן לקיים אותן תמיד במלואן. לעיתים נוצרת התנגשות בין זכות אדם אחת לאחרת, בין אחת או יותר מזכויות האדם לבין אינטרס ציבורי חשוב, או בין אחת או יותר מזכויות האדם לבין ערך קולקטיבי של החברה בכללותה. במובן זה, זכויות האדם אינן מוחלטות. החשיבה במונחי זכויות האדם כוללת, אפוא, חשיבה על איזונים שונים שמתבקשים במקרים של התנגשויות בין זכויות האדם לבין עצמן, או ביניהן לבין אינטרסים או ערכים קולקטיביים, כשהשאיפה היא למזער ככל האפשר את הפגיעה בהן בשל חשיבותן הרבה ("זכויות אדם בזמן משבר", ח.ת). יש מגוון מצבים שבהם דיני זכויות האדם מטילים על הרשות השלטונית חובה לפעול לשם הגנה על זכות חוקתית של אחד באופן שפוגע בזכות החוקתית של אחר. במקרים אלו נדרשת הכרעה בחוק, במסגרת הסדר כללי או בהכרעה שיפוטית. יישובו של הניגוד נעשה על דרך האיזון בין הערכים המתחרים, כאשר לכל אחד מהגורמים המתחרים חשיבות ומשקל יחסי משלו. ההכרעה נעשית על בסיס יחסיותם של הערכים המתנגשים זה מול זה (מדינה ושגב, 2017).

סוגיית המתת החסד היא סוגייה מורכבת, מכיוון שהיא מכילה בתוכה היבטים רבים שלפעמים מנוגדים אחד לשני. דבר זה יוצר דילמה המעוררת דיונים רבים ברחבי העולם. מעטות המדינות אשר הגיעו להסכמה בנושא. התפתחות הטכנולוגיה הרפואית מעלה שאלות קשות באשר לזכות לחיים. עיקרו של הקושי הוא באפשרות להאריך חיים באופן מלאכותי – הליך הכרוך פעמים רבות בכאב ובסבל של המטופל. בנסיבות אחרות חולה במצב קשה עשוי לבקש לסיים את סבלו ולסיים את חייו. אם אנו מתייחסים לחיים בעלי איכות כאל חיים עם תודעה, אשר חופשיים ככל האפשר

מסבל ומכאב, ואשר כבוד האדם נשמר בהם, אזי יתרה על כך, תיתכן סתירה בין הזכות החוקתית לחיים לבין הזכות החוקתית לכבוד ולזכות לאוטונומיה של האדם (סומר ורוזנאי, 2016; אוחיון, בן-דין ורוח, 2018).

בנוסף, במדינת ישראל ההתנגשות בין ערכים וזכויות מורכבת אף יותר. מצד אחד, מדינת ישראל מושתתת על ערכים דמוקרטיים המכבדים את כבוד האדם וחירותו, ומנגד היא תומכת בעקרונות הדת וההלכה ואלו אינם רואים באדם בעל יכולת בחירה אם לחיות או למות. עצם היותה מדינה יהודית ודמוקרטית, יוצר את קונפליקט המתת החסד בישראל. השאיפה היא למציאת מכנה משותף וסינתיזה בין הערכים של מדינת-ישראל כמדינה יהודית לבין ערכיה כמדינה דמוקרטית (אוחיון ועמיתיו, 2018; ברק, 2000).

הביטוי להתנגשות בין הערכים באה לידי ביטוי במדינת ישראל ביתר שאת, משום שהחברה הישראלית מורכבת מאוכלוסייה הטרוגנית מההיבט הדתי, כמו גם מהיבטים אחרים נוספים, ועל כן, הקונפליקט של סוף החיים כרוך במתח רב. מודעות הצוות הרפואי לקונפליקט זה הינה חשובה ביותר, משום שהם נדרשים להתייחס למטופל בהתאם לצרכיו, ערכיו ותפיסותיו הייחודיים, ובאופן התואם את דתו ותרבותו (ויצמן, 2019).

גם בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 בא לידי ביטוי האיזון בין הערכים השונים, ובעיקר בין קדושת החיים, מניעת סבל, וכיבוד האוטונומיה של הפרט. כמו כן החוק ייחודי לצרכיה וערכיה המיוחדים של מדינת ישראל, וכך מאזן בין ערכי זכויות האדם ליעדיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית.

3.6 חופש המידע ביחס לביצוע המתות חסד

הזכות לקבל מידע מרשויות ציבוריות היא אחת מזכויות היסוד במשטר דמוקרטי. היא תנאי בסיסי להגשמתו של חופש הביטוי ולמימוש זכויותיו הפוליטיות והאחרות של אדם בכל תחומי החיים. נגישות רבה יותר למידע תסייע לקידום של ערכים חברתיים ובהם שוויון, שלטון החוק וכיבוד זכויות האדם, ותאפשר גם בקרה טובה יותר של הציבור על מעשי השלטון (הצעת חוק חופש המידע, התשנ"ז-1997, ד1997).

בחוק חופש המידע, התשנ"ח - 1998, הוכרה זכותו החוקתית של כל אזרח ישראלי, תושב או תאגיד הרשום כחוק בישראל, לקבל מידע כפי שהוא מצוי ברשות הציבורית ובמגבלות החוק, במסגרת תפיסת היסוד שהמידע שבידי הרשות הוא גם קניינו של האדם הפרטי. זכות זו משתלבת עם מטרות-העל של משרד הבריאות לשקיפות ולצדק חברתי. מטרותיו העיקריות של החוק הן

הטמעת תפיסת יסוד של שימוש במידע ציבורי, הפיכת המידע השלטוני לשקוף, נגיש וזמין, מימוש זכות הציבור לדעת והבטחת תקינותה של הפעילות השלטונית (משרד הבריאות, ח.ת-א).

חופש המידע בא לידי ביטוי בנושא המתת חסד בישראל בעיקרון ההסכמה מדעת. עקרון ההסכמה מדעת נועד להבטיח שהחולה יקבל את החלטותיו רק לאחר שהוא מודע לכלל הטיפולים האפשריים למצבו ולסיכונים הכרוכים בהם. ההסכמה מדעת מורכבת משני חלקים מצטברים: הראשון, חובת גילוי מוחלטת המוטלת על הרופא, על הרופא החובה ליידע את המטופל כי נקבע לגביו שתוחלת חייו אינה עולה על שישה חודשים, גם אם יינתן לו טיפול רפואי. והשני, תהליך של הסכמה רציונלית וחופשית של החולה, כדי שהחולה יקבל החלטה " בדרך של בחירה מרצון ואי תלות. "התשתית לרעיון ההסכמה היא אוטונומיית הפרט. המעבר לתפיסה זו מבטא את המעבר לרפואה שרואה בחולה שותף שווה בהחלטות הרפואיות הנוגעות לו (גלעדי וסרבטקה, 2006; גילבר ועמיתיו, 2018).

3.7 הפגיעה בעיקרון שלטון החוק בישראל בהקשר לחוק החולה הנוטה למות

שלטון החוק במדינה דמוקרטית מבטא את רעיון האמנה החברתית הקיימת בין כל האזרחים במדינה, שכן החוק הוא ביטוי להסכמה על כללי המשחק בין האזרחים לבין השלטון. בידי המדינה מנגנוני אכיפה (משטרה, פרקליטות המדינה, מערכת המשפט) אשר מופקדים על קיום שלטון החוק וענישת העבריינים. אולם מנגנונים אלה אינם יכולים לבוא במקום נכונותם הוולונטרית של רוב אזרחי המדינה לציית לחוק שבלעדיה אין כל סיכוי לקיומו של שלטון החוק. גם רשויות השלטון, כפופות לחוק ושואבות את סמכותיהן מן החוק. ההבדל בין הפרט לבין הרשויות הוא שמה שלא נאסר על הפרט, מותר לו לעשות, ואילו לרשויות מותר לעשות רק מה שהוסמכו לעשות. לשלטון החוק במדינה דמוקרטית ישנם שני מובנים - המובן הפורמלי והמובן המהותי:

המובן הפורמלי קובע את הכללים (פרוצדורה) על פיהן נקבע החוק ועל פיהן הוא נאכף. חובת הציות לחוק חלה באופן שווה על האזרחים כולם. יהא מעמדם הכלכלי והחברתי אשר יהיה, תהא השתייכותם הקבוצתית אשר תהא, נבחרים ועובדי ציבור ומי שאינם כאלה. זהו עקרון השוויון בפני החוק. החוק קובע מה מותר ומה אסור, החוק צריך להיות מנוסח בבהירות ולהתפרסם ברבים. החוק נחקק על ידי בית המחוקקים.

במובן המהותי החוקים צריכים לשקף את העקרונות והערכים הדמוקרטיים להיות חוקים ראויים. החוק הראוי אמור להגן על זכויות האדם והאזרח ועל אינטרסים חברתיים חיוניים, להגן על זכויות המיעוט ולמנוע את עריצות הרוב (אשכנזי, דרמוני, כץ, לבל ושפיר, 2005).

החוק בישראל אוסר באופן גורף על המתות חסד, ואינו מבדיל בין ניתוק חולה ממכשירים שמצילים את חייו לבין מתן תרופות שעשויות בסבירות גבוהה להביא למותו. בשני המקרים מדובר בעבירה פלילית שדינה מאסר. "הימנעות מטיפול דווקא מותרת, 'חוק החולה הנוטה למות' התשס"ו-2005 עיגן את זכותו של אדם שלא לקבל טיפול מאריך חיים בהתאם לבקשתו, אבל אסור לצוות מטפל לגרום למותו של מטופל או להחיש את מותו בשום דרך. אבל בפועל למראה החולים שסובלים מייסורי תופת יש רופאים ואנשי צוות רפואי בבתי חולים שמחליטים לקחת את הסיכון. ברוב המקרים בהסכמת המשפחה, ולעיתים רק בהסכמה חלקית. החוק קובע שיש מצבים שאפשר לקחת 'סיכון סביר'. כלומר, אם רופא צריך לתת מורפיום למטופל, עליו לשקול האם התועלת ממתן המורפיום עולה על הסיכון, מצד שני, החוק קובע שאסור לתת את המורפיום כשהרופא יודע בוודאות שהוא יגרום לדיכוי נשימתי ולמוות.

הפגיעה בעקרון שלטון החוק באה לידי ביטוי במצבים אלו שבהם הרופאים פועלים בתחום האפור ואף חוצים אותו, לדוגמה במקרים בהם החולה הוא סיעודי לחלוטין, לעתים ללא תפקוד קוגניטיבי (למעשה סוג של 'צמח') והצוות הרפואי מסייע לו לסיים את חייו, על אף שהוא פועל בניגוד לחוק ואין לו הגנה משפטית (ינקו, 2016).

כתוצאה ממצב זה, בו נאלצים צוותים רפואיים לפעול בניגוד לחוק, הועלתה בשנים האחרונות הצעת חוק "מוות במרשם רופא" על-ידי חבר הכנסת עופר שלח, טיעונו המרכזי לנחיצותו של החוק, היא הפגיעה בעקרון שלטון החוק. לדבריו: "כל יום במדינת ישראל מסתיימים חיים של חולים ולא דווקא ממחלתם, מפני שרופאים, שהם רופאים נפלאים שטיפלו בחולה במיטב הטיפול האפשרי, רואים את החולה, רואים את מצבו ומבינים שחלק מתפקידם הוא ללוות אותו בדרכו החוצה מן העולם הזה, על פי רצונו. אבל הדבר הזה, בהיעדר ביסוס חוקי, מתקיים בתחום האפור, שתמיד יש סכנה שיוביל להסתבכויות ותמיד מותר דילמה אתית בלתי סבירה עבור החולה, עבור משפחתו ועבור הרופא המטפל" ("הצעת חוק החולה הנוטה למות", 2020) על הצעת החוק ארחיב בפרק הבא.

פרק רביעי: פעילות המדינה להתמודדות עם סוגיית המתות חסד

בהיבטים של חקיקה, מדיניות ופסיקה

4. יחס המחוקק והחקיקה בישראל בנושא המתות חסד

החקיקה בישראל בנושא החולה הנוטה למות והמתת חסד עברה כמה גילגולים, גם כיום קיימת אי שביעות רצון מהחוק הנוכחי, ונעשים נסיונות חוזרים ונשנים לשנותו, אציג כאן את פרטי החוק הקיים את שלבי התפתחותו ואת הצעת החוק שדנים בה בימים אלו:

הזכות של חולה להסכים ולסרב לטיפול רפואי נקבעה כבר בחוק זכויות החולה בשנת התשנ"ו-1996 ככלל, חוק זכויות החולה קובע שאין לתת טיפול רפואי למטופל, אלא אם כן נתן לכך את הסכמתו מדעת, בעל-פה, בהתנהגות או בכתב. הסכמה מדעת של המטופל ניתנת רק לאחר שהמטפל מסר לו את המידע הרפואי הדרוש לו כדי להחליט אם להסכים לטיפול. יחד עם זאת, בחוק זכויות החולה לא נקבעו הוראות מפורשות לעניין תוקפו של סירוב לטיפול, העלול להוביל למותו של המטופל ולעניין קבלת החלטות במצב כזה, במקרה בו המטופל כבר אינו מסוגל להביע את דעתו באופן מפורש בעצמו (משרד הבריאות, ח.ת-ב). אמנם החוק לא עסק בחולה בסוף חייו אך קבע כי במקרה שמטופל מסרב לקבל טיפול, מבחינה חוקית אי-אפשר לחייבו לכך (אלא באישור של ועדת אתיקה). הפרשנות המקובלת לחוק הייתה כי לאדם זכות לסרב לקבל טיפול רפואי ועל המערכת לכבד את הסירוב. עם זאת, בפועל, פעמים רבות לא כובד רצונם של אנשים (גלעדי וסרבטקה, 2006).

על כן, כבר בשנת 1992 נעשו ניסיונות לחוקק חוק שלפיו זכותו של אדם להחליט כיצד לסיים את חייו. הובאה לכנסת הצעת חוק זכויות החולה, התשנ"ב-1992, אשר כללה סעיף זה: "חולה סופני זכאי למות בכבוד ועל פי עיקרי השקפת עולמו ואמונתו, וככל שהדבר אפשרי, בנוכחות אדם שהמטופל רצה בו, והרופא המטפל והמוסד הרפואי יסייעו לו במימוש זכות זו, וימנעו כל דבר העלול לפגוע בכבודו." סעיף זה הוסר מהצעת החוק עוד בתחילת הליכי החקיקה, אך הנושא עצמו המשיך להעסיק רבים במערכת החקיקה ומחוצה לה (גלעדי וסרבטקה, 2006). הלחץ הציבורי להסדרת האפשרות להימנע מטיפול בסוף החיים הוביל בשנת 2000 את שר הבריאות דאז, שלמה בניזרי, למנות ועדה בראשות פרופ' אברהם שטיינברג כדי לנסח הצעת חוק להסדרת הטיפול בחולה הנוטה למות (משרד הבריאות, 2002). הוועדה כללה 59 חברים מתחומי הרפואה, האתיקה, ההלכה, המחקר והמשפט (גורדון, ינקלביץ' וניסנהולץ-גנות, 2017).

ב 15 בדצמבר 2006, נחקק בישראל חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005. החוק מסדיר את

המצב המשפטי בנושא קבלת החלטות רפואיות בסוף החיים. התקנות נכנסו לתוקף ביום 17 לדצמבר 2007. החוק והתקנות שהותקנו על-פיו קובעים את תהליך קבלת ההחלטות באשר לטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות בסוף חייו. החוק מבדיל בין 3 מצבים רפואיים של חולה (א) חולה שאינו נוטה למות – חולה שעל פי הערכות יחיה עוד לפחות שישה חודשים. (ב) "חולה הנוטה למות" – חולה שעל פי הערכות לא יחיה יותר מששה חודשים נוספים. גם במקרה זה אסורה כל המתה אקטיבית של החולה. אולם, במידה והחולה הצהיר כי אינו רוצה שחיו יוארכו, יופסק כל טיפול מאריך חיים או ניסיונות החייה. טיפולים כגון, ניתוחים, החייאות ודיאליזות, מופסקים בשלב זה. אולם החולה מחויב לקבל טיפולים במחלות נלוות ותרופות מקלות. מצב זה רלוונטי בעיקר לאנשים החולים במחלה סופנית כגון פרקינסון, אלצהיימר, סרטן ועוד. (ג) "חולה בשלב הסופי" – מצב קיצוני של חולה הנוטה למות ולחולה נשארו פחות משבועיים לחיות והוא יכול להחליט על הפסקת טיפולים נלווים (גילבר ועמיתיו, 2018).

בנוסף, החוק קובע מיהו "רופא אחראי", שצריך להיות ממונה במוסדות האשפוז ובקהילה על מנת לאשר שחולה מוגדר "נוטה למות". החוק עוסק גם במעמדן של "הנחיות רפואיות מקדימות" – ההוראות שאדם נותן ביחס לטיפול (או אי-הטיפול) שהוא מבקש בסוף חייו. בקשר לכך החוק קובע טופס ספציפי שעל אדם למלא לעניין הטיפול בו אם יהיה בלתי כשיר לתת הנחיות בסוף חייו. תנאי יסודי לקיומה של אפשרות למתן הוראות מקדימות הוא קביעה, כי מדובר באדם שהוא בעל כשרות. "בעל כשרות" מוגדר בחוק כמי שהתקיימו בו ארבעה תנאים מצטברים: מלאו לו 17 שנים, הוא מסוגל להביע את רצונו, הוא לא הוכרז כפסול דין, והוא לא הוצא מחזקת הכשרות. חזקת הכשרות קובעת, כי חזקה על אדם שמלאו לו 17 שנים ושלא הוכרז כפסול דין, שהוא כשיר מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית לקבל החלטות בקשר לטיפול הרפואי בו, מתוך הבנה, שיקול דעת ורצון חופשי. הוצאה מחזקת הכשרות נעשית בהחלטה רפואית מנומקת ומתועדת של הרופא האחראי (כהגדרתו בחוק), לאחר שקיים התייעצות עם המטפלים בחולה הנוטה למות ועם רופאים רלוונטיים או מומחים לפי העניין, ובמידת האפשר עם רופאו האישי.

למצבו הנפשי של האדם יש משקל רב בקביעת כשרותו. גורם מרכזי בכך היא כשרותו מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית. אמנם, קביעת החזקה שבחוק דורשת ביצוע פעולות מסוימות כדי שייקבע אחרת, אולם כדי לבסס חזקה זו ולמנוע מצבים שבהם ייטען כי האדם לא היה בעל כשרות ביום החתימה על ההוראות, רצוי לצרף להנחיות חוות דעת פסיכולוגית הקובעת את כשרותו של האדם מבחינה הכרתית, שכלית ונפשית. חוות דעת זו יכולה להיכתב על-ידי פסיכולוג, לאחר בדיקת האדם ובטרם חתימתו על ההנחיות.

אם אדם הוא חולה נוטה למות, אך אינו בעל כשרות, מפני שלדוגמה אינו בהכרה ואינו יכול להורות איך יטפלו בו. כלומר, אינו מסוגל לגבש רצון או להביע אותו בזמן אמת – ישנן מספר דרכים אחרות להוכחת רצונו: 1) הנחיות רפואיות מקדימות שניתנו על ידי המטופל בכתב. 2) החלטה של מיופה כוח שהמטופל מינה לעניין זה. 3) שילוב של הנחיות רפואיות מקדימות עם החלטה של מיופה כוח. 4) החלטה של ועדה מוסדית או הוועדה הארצית – במקרים המתאימים המפורטים בחוק. 5) אם אין הנחיות, יפוי כוח או החלטות ועדה כלשהן, ניתן להיעזר לשם בירור רצונו של המטופל בעדויות של אנשים קרובים אליו (הניתנות בתצהירים), ובמקרים חריגים ניתן גם להיעזר בעמדתו של אפוטרופוס שמונה לו, אם הוא גם אדם הקרוב למטופל (שמכיר את המטופל היטב ולאורך זמן).

בנוסף, החוק מפרט מהם הטיפולים שחובה להמשיך לתת לחולה נוטה למות, גם אם הביע רצון מפורש למות. כך, למשל, אסור לנתק חולה נוטה למות ממכונות החיאה אם חובר אליהן לפני שהוגדר כנוטה למות. כך גם לגבי כל טיפול אחר שהוחל בו קודם. הפסקת טיפול תיחשב המתת חסד והיא אסורה על פי החוק. לפי החוק, הרופא האחראי מחויב להעניק לחולה טיפול שיקל על כאביו וסבלו (גורדון ועמיתיו, 2017; רביה, 2019; ומשרד הבריאות, ח.ת-ב).

לכאורה ניתן היה להניח, כי אם בוצעה המתת חסד מותרת, אין מקום להטלת אחריות פלילית על מי מן המעורבים בביצועה, אולם אין הדבר כך בהכרח. הסיבה המרכזית למצב משפטי זה נעוצה בהחרגות מפורשות, הקבועות בהוראות חוק החולה הנוטה למות, מפני פטור מאחריות פלילית. הוראות סעיף 20 לחוק החולה הנוטה למות קובעות, כי "אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, שיש בה סיוע להתאבדות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה בין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר בין שלא" (הלוי, 2007).

בסיכומו של דבר, החוק הישראלי שולל כל סוג של המתת חסד אקטיבית. חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, מצוין מפורשות, שכל סיוע פעיל, הבא לסיים חיוו של חולה, אסור בתכלית האיסור. בנוסף, נקודת המוצא בחוק היא שהאדם רוצה להוסיף ולחיות אלא אם כן הוכח אחרת, זוהי "חזקת הרצון לחיות" אם לא הוכח אחרת מעבר לכל ספק סביר, כך אומר החוק, ולכן יש לנטות לטובת הרצון להוסיף לחיות (רביה, 2019).

ביוני 2014 אישרה ועדת השרים לחקיקה הצעת חוק שכונתה "מוות במרשם רופא", של ח"כ עפר שלח (יש עתיד) הקובעת כי חולה סופני יוכל לקבל מרשם לתרופה במינון ממית. על פי הצעת החוק, חולה הנוטה למות שהוא בגיר ובעל כשרות והוא אזרח ישראלי במשך חמש שנים לפחות, יהיה רשאי לבקש מרופאו האישי מרשם לתרופת הרדמה במינון ממית, אותה הוא ייטול באופן

עצמאי. מבלי שהרופא יישא באחריות פלילית לנתינתו.

בהצעת החוק מפורטים שלבי הבקשה, אפשרות החזרה ממנה וחובות המוטלות על הרופא האישי, כולל ידוע על חלופות לטיפול, סכנות והשלכות של המרשם, עמידה בתקופת המתנה מיום בקשת המרשם, הפנייתו של החולה לגורמים אחרים לצורך אימות רצונו וחובת תיעוד. הצעת החוק קבעה עוד כי הרופא האישי ידווח למשרד הבריאות על כל מרשם ממית שנתן וחובה דומה על רוקח על כל תרופה שניפק לפי מרשם כאמור. עוד נקבע בהצעה כי נטילת מרשם ממית לא תבוא לידי ביטוי בתעודת פטירה ובדוחות לעניין התאבדות, לא תיחשב כהזנחה מצד אפוטרופוס ולא תשפיע על ביטוחים או קצבאות שנתיות. בנוסף הוצע לקבוע עבירות פליליות על זיוף בקשה למרשם או הסרתו או התערבות בחזרה מבקשה למרשם ממית.

המודל שאותו מציג הצעת החוק הוא של מדינת אורגון, שלפיו אדם המוגדר כחולה במחלה סופנית קביעתם של שני רופאים, צריך לבקש מרשם ממית שלוש פעמים בהפרש של שבועיים מכל פעם, עליו להיות בגיר ותושב מקומי לפחות חמש שנים. רק אז הוא מקבל את המרשם לתרופה הממיתה, ועליו לקחת את אותה בכוחות עצמו.

הצעת החוק נותנת מענה שלא קיים בחוק החולה הנוטה למות לחולה מתייסר הנוטה למות שחיו אינם תלויים ב'אמצעים מלאכותיים', אשר את הפסקת השימוש בהם הוא יכול לדרוש כדי למות. החלטת ועדת השרים לתמוך בחוק ההתאבדויות במרשם רופא עוררה זעם רב בעיקר במפלגות החרדיות, ועד כה לא קודמה ההצעה. ביולי 2016 שוב הועלתה הצעת החוק על ידי חברי הכנסת עופר שלח, קארין אלהרר ומיקי רוזנטל. אך מליאת הכנסת דחתה אותה בקריאה טרומית, שר הבריאות דאז יעקב ליצמן, אמר בתגובה להצעה, שהריגת גוסס על פי ההלכה זה רצח ועל כן אסור לעשות זאת. באוקטובר 2020 שוב עלתה להצבעה במליאה בקריאה טרומית, הצעת חוק החולה הנוטה למות (תיקון – מוות במרשם רופא), התש"פ-2020. ההצעה נפלה ברוב של 44 מתנגדים אל מול 20 תומכים. סגן שר הבריאות ח"כ יואב קיש (הליכוד) הציג את עמדת הממשלה וטען כי הצעת החוק לא תואמת את הקונצנזוס בחברה ומייצגת חלק מסוים באוכלוסייה, כמו כן ההצעה נוגדת את הוראות חוק העונשין שאוסרות במפורש סיוע להתאבדות. לדעתו הליך כל כך משמעותי שמשמעותו היא שינוי סדרי עולם בנושא הזה צריך לעבור מתוך שיח עם הממשלה (אזולאי וקלנר, 2014; גל, 2016; "הצעת חוק החולה הנוטה למות", 2020).

4.1 פעילות המדינה ליישום חוק החולה הנוטה למות בהיבט של מדיניות ממשלתית

בהמשך לחקיקת החוק הותקנו גם תקנות החולה הנוטה למות (ועדות, מסמכים, מאגר מידע ודיווח), התשס"ח-2007 על - ידי משרד הבריאות, המשלימות את ההוראות ומאפשרות את יישומן באופן מלא וברור יותר.

בשנת 2008 יצא חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא יישום חוק החולה הנוטה למות (חוזר 08/7) המפרט את חובות המטפלים והמשרד בקשר לטיפול בחולה הנוטה למות. החוזר עוסק בהוראות ליישום החוק, בין היתר מדגיש כיצד יש לקבוע אם חולה הוא "חולה נוטה למות"; אם החולה כשיר או לא; מיהו "אדם קרוב"; וכיצד מגישים מסמכים רלוונטיים למשרד הבריאות.

בחוזר המנכ"ל, משרד הבריאות נקבע תהליך מובנה שיש לבצע כדי לקבוע כיצד יש לטפל (או לא לטפל) במטופל, במטרה להבטיח כי ההחלטות בדבר טיפול רפואי בחולים קשים לקראת סוף חייהם, ובפרט הימנעות מטיפול שיש בה לתרום לקיצור חייהם, יתקבלו ביישוב הדעת, בזהירות, ולאחר שיובהר כי החולה עומד בקריטריונים שנקבעו בחוק, כפי שהוצג בפרק הקודם, ולאחר שהגורם האחראי שוכנע מעל לכל ספק סביר כי זהו אכן רצונו האמיתי של החולה עצמו, כשהוא חופשי מלחצים לא ענייניים או לא הוגנים (חברתיים, משפחתיים, כלכליים). על מנת להבטיח, ככל שניתן, שאכן השיקולים הבלעדיים בקבלת ההחלטה הם מצבו הרפואי של החולה, רצונו, ומידת סבלו (משרד הבריאות, א.ת-ב).

בנוסף משרד הבריאות הקים ועדות נוספות והן פועלות בד בבד עם ועדות האתיקה שהוקמו על פי הדרישה בחוק זכויות החולה. ועדות אלו הן ועדות מיוחדות, רב מקצועיות, הכוללות אנשי רפואה וסיעוד, דת, אתיקה ומשפט. הועדות פועלות במסגרת מוסדות רפואיים גדולים המטפלים בחולים קשים, ותפקידן יהיה להכריע במקרה של מחלוקת או אם עולה ספק ביחס לרצונו של המטופל, בכל עניין הנוגע ליישום החוק. בנוסף, תפעל ועדה ארצית, שתפקידה, בין היתר, לדון בערעורים על החלטות של הודעות המוסדיות. בכך ניסו לצמצם את הצורך לפנות לבתי המשפט בהליכים יקרים ומורכבים, בעניינים אלה שאינם בהכרח משפטיים אלא בעיקר חברתיים, משפחתיים, ובעלי היבטים דתיים ואתיים.

מכיוון שחוק החולה הנוטה למות מתייחס באופן שונה מעט לחולה בשלבים הסופיים של חייו, משרד הבריאות הוציא שורה של תקנות העוסקות בטיפול בחולה בשלב סופי (חוזר המנהל הכללי, 2008).

הנהלים ליישום החוק עוסקים גם בטיפול הפליאטיבי שיש על רופא לספק לחולה הנוטה למות. טיפול כזה כולל טיפולים רפואיים כגון שימוש במשככי כאבים, טיפול בקוצר נשימה, וכן תמיכה פסיכולוגית ורוחנית להתמודדות עם הסבל במחלה והכנת המטופל ומשפחתו למוות. בחוזר משרד הבריאות בנושא הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) משנת 2009 (חוזר 09/30) מוטל על מערך קופת החולים לקיים מערך פליאטיבי ייעודי לבית המטופל, זמין 24 שעות ביממה, לקיים שירותים מייעצים בתחום ולוודא שהצוות הפליאטיבי עומד בדרישות הכשרה בסיסיות.

מאז חקיקת החוק, יותר משאנו עדים ליישום, אנו עדים לקשיים ומכשולים בדרך ליישום.

לפי מחקרם של גורדון ועמיתיו, (2017), אחד הנושאים הבולטים ביותר העולה מהמחקר הוא הפער בין הזכויות המוקנות בחקיקה לבין המודעות לקיומן. אלפים בודדים בלבד מילאו עד היום את הטפסים להסדרת הטיפול במצבי סוף החיים. מנתוני משרד הבריאות עולה כי עד ינואר 2016 הגיעו למשרד רק כ-5,000 טפסי הנחיות רפואיות מקדימות שהציבור הגיש, עובדה זו עשויה להצביע על קושי במילוי הטפסים, אם בגלל חוסר מודעות של הציבור לחוק ואם בגלל חוסר רצון להשתמש בזכויות המוקנות דרך החוק.

עוד עולה במחקרם כי בישראל הנושא של יישום חוק החולה הנוטה למות נחקר במידה מועטה. מהמחקר עולה כי הרופאים מכירים בסוגיות העולות בתקופת סוף החיים וכי הם תומכים בכך שהמטופל יקבל את ההחלטה על הטיפול בו בסוף חייו. עם זאת, יש כאמור מכשולים ביישום החוק, למשל קושי לשוחח על הנושא עם המטופל ועם משפחתו; רצון בסיסי של הרופאים לפעול להצלת חיים ולהארכתם; מחסור בזמן לשוחח על הנושא וטופס הנחיות רפואיות מקדימות קשה ומסורבל. בנוגע לבקיות בחוק, רוב הרופאים היו מודעים לעניינים היסודיים של החקיקה, כגון האיסור על סיוע בהתאבדות והיכולת לתת מקסימום משככי כאבים, גם אם יש בכך כדי לקצר את החיים. לעומת זאת, 80% מהרופאים לא היו מודעים לפרטי החוק, כגון הקריטריונים המגדירים חולה בסוף החיים.

ביקורת על החוק עולה במאמרה של שלו (2009). שלו טוענת כי אף שהחוק בישראל הכיר בהנחיות רפואיות מקדימות, בפועל הגביל אותן ואת היכולת להשתמש בהן בגלל הדגש שמושם בו על הפן הפורמליסטי והביורוקרטי של ההנחיות.

בעייה נוספת ביישום החוק, העולה ממחקרם של גורדון ועמיתיו, (2017), היא, שכיום חולה נוטה למות מוגדר מי שנותרו לו שישה חודשי חיים, וחולה סופי הוא מי שנותרו לו שבועיים. ואולם, לטענתם מן הדין ליצור מדרגות גם באפשרויות הטיפול (או אי-הטיפול) בחולה הנוטה למות. יש ליצור מדרגות ביניים לעניין הטיפולים הנלווים והטיפולים הבסיסיים הנדרשים, או שאינם נדרשים,

בתקופות אלו. פרק זמן זה מלווה בשינויים רבים, ולכן חשוב לתת מענה גם למי שמצבו משתנה במשך התקופה.

4.2 המתות חסד בראי הפסיקה בישראל

הוראות חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, נכנסו לתוקפן בישראל ביום 15 בדצמבר 2006 חוק זה עיצב את יחסה המשפטי של החברה הישראלית לסוגיה הכואבת של המתת החסד בהיבטים רפואיים, סיעודיים, פילוסופיים ואתיים. בתת פרק זה אציג באמצעות פסקי הדין חלק מן הדילמות המוסריות שבית המשפט מתמודד עימן.

עוד טרם נחקק "חוק החולה הנוטה למות", בית המשפט נדרש להכריע במקרים בהם ביקש חולה סופני את מותו. מקרה תקדימי שהוביל לצורך בחקיקת "חוק החולה הנוטה למות" ניתן בשנת 1998 בעניינו של איתי ארד שהיה חולה במחלת ניוון שרירים ונזקק למכשיר הנשמה. פסק הדין שנתן אז השופט משה טלגם, קבע כי "אין לחבר את המבקש לכל מכשיר הנשמה או החייאה מתמדת ואם חובר יש להפסיק את החיבור משיתברר כי אין אפשרות לקיים חיים ללא עזרה מתמדת". פרשת חיינו ומותו של ארד, אשר הורדם במרכז הרפואי הדסה לבקשתו ובחסות בית המשפט, הביאה לאחר תהליך חברתי ממושך לאישור חוק "החולה הנוטה למות" (רכס, 2015).

מקרה נוסף ומורכב הוא פסק דין נ' שפר - ערעור שנידון בבית המשפט העליון. העותרת היא יעל שפר תינוקת בת שנתיים, באמצעות אימה, טלילה שפר נגד מדינת ישראל. יעל נולדה בשנת 1986 ואובחנה כשהייתה בת שנה כחולה בטיי-זקס, מחלת ניוון שרירים גנטית חשוכת מרפא שסופה מוות. התינוקת לקתה בעיוורון, בפגיעה מוטורית חמורה ובהתקפים חוזרים של דלקת ריאות. היא אושפזה במחלקת הילדים בבית החולים בצפת במשך חודשים ארוכים. הורי הילדה ביקשו מהרופאים שברגע שיעל תקבל דלקת ריאות שוב לא יחברו אותה למכשיר החמצן, ויפסיקו את מתן התרופות, הרופאים השיבו בשלילה וטענו שהבת אינה מונשמת ואינה סובלת מכאבים. בנוסף טענו, "שאין לזרז את המוות רק מפני שהמשפחה סובלת". בשנת 1988, פנתה האם בסיוע "העמותה לזכות האזרח על חיינו" לבית המשפט המחוזי בתל אביב, בבקשה לתת פסק דין הצהרתי, כי הבת יעל, באמצעות אמה, זכאית לסרב לכל טיפול מאריך חיים, למעט שיבוך כאבים גרידא. בית המשפט המחוזי דחה את הבקשה על הסף. האם הגישה ערעור לבית המשפט העליון, אולם הוא דחה את הערעור.

שופטי בית המשפט העליון השתכנעו מעדות הרופאים כי התינוקת אינה סובלת, כבודה נשמר, ולפיכך קדושת חייה גם במצבם הסופני הוא הערך הבלעדי והקובע. כל התערבות ופגיעה בהם

עומדת בניגוד מוחלט לערכים של מדינה יהודית ודמוקרטית. לאחר מותה של יעל ניתנו נימוקי פסק הדין, אשר היו תיאורטיים והתבססו על חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו. פסק הדין קבע כי מניעת תרופות המייצבות את מצבה ומאפשרות לה להמשיך להתקיים היא שוות ערך להמתה אקטיבית. במשפט הישראלי המתת חסד אקטיבית אסורה באיסור מוחלט על פי החוק הפלילי ("מה במשפט", 2017). בפסק דין זה קבע בית המשפט קווים מנחים לעריכת האיזון הנכון בין ערך החיים לבין הערך של כבוד האדם, במקרה של התנגשות ביניהם. והדברים אמורים כאשר הארכת משך החיים פוגעת באיכות החיים ומביאה לכלל סבל פיזי, נפשי ושכלי, והפרעות קשות בתפקוד היומיומי, וכן כאשר השמירה על חיי החולה מתנגשת עם זכותו לסרב לטיפול רפואי. הזכות לסרב לטיפול רפואי היא זכות יחסית. היא עשויה לסגת מפני האינטרס של שמירה על חיי האדם, האינטרס בהגנה על מקצוע הרפואה והאינטרס בהגנה על צדדים שלישיים התלויים בחולה (חוזר המנהל הכללי, 1996).

דוגמא נוספת לפסיקה המקדשת את הזכות לחיים, היא פס"ד שלמה ראב, שהורשע בשנת 2009 בכך שניסה לרצוח את אמו הקשישה שהייתה במצב סיעודי ודמנטי, בשתי הזדמנויות באמצעות מתן כדורים במינון מוגבר, האם אושפזה במצב של תרדמת בבית החולים, אולם חייה ניצלו. הוא הסביר כי ניסה לגאול אותה מיסוריה. לטענתו, אמו גססה בבית במהלך שנתיים שבהן טיפל בה, על אף מצבה הקשה, הנאשם נמנע מלהעבירה למוסד סיעודי, וזאת בשל הסירוב שלה לכך כאשר הייתה צלולה בדעתה, הוא ישן בלילות בחדרה כששעון מעורר מעיר אותו כל שעה או שעתיים לבדוק אם צינורית החמצן נמצאת במקומה. ראב נידון לשנת מאסר בפועל בבית משפט המחוזי בחיפה. השופטים נחלקו בדעותיהם לגבי חומרת העונש - חלקם גרסו כי ניתן להסתפק בעבודות שירות, ואחרים דרשו לגזור עליו מאסר. ראב ערער על פסק הדין לעליון, שדחה את ערעורו וקבע כי הנימוק הוא "קדושת החיים והצורך באמירה שיפוטית ראויה, כי המבקש ליטול חיים בכוונת מכוון, דינו מאסר מאחורי סורג ובריח... אין ניתנים לאדם מפתחות השמורים אך ורק לבורא החותך חיים לכל חי" (ראבד, 2009; פסק-דין שלמה ראב נגד מדינת ישראל ע"פ 4688/09).

בנוסף אציג פסק דין תקדימי ויוצא דופן של בית המשפט המחוזי שבו התיר בית המשפט המחוזי המתת חסד לאדם שלא עומד בקריטריונים של "חוק החולה הנוטה למות" משום שתוחלת חייו עולה על שישה חודשים כל עוד הוא מחובר למכונת ההנשמה: בית המשפט המחוזי בתל אביב התיר בנובמבר 2014 את ניתוקו ממכונת הנשמה של חולה מחלת שרירים סופנית (ALS). הבקשה מתבססת על תצהירו של הרופא וחוות דעתו של מומחה לפסיכיאטריה, ואף קיבלה את הסכמתו של היועץ המשפטי לממשלה יהודה וינשטיין. הפסיקה התקבלה בעניינו של אדם שהיה חולה במשך כמה שנים במחלה והיה משותק לחלוטין. מדובר בחולה שהיה מרותק למיטתו, ללא יכולת

דיבור, כשהוא ניזון ומונשם באופן מלאכותי, וכל יכולתו מסתכמת בלהזיז את עיניו. עם זאת, המחלה לא פגעה בתפקודו השכלי, ועל כן היה מודע באופן מלא למצבו ולסביבתו. התקשורת שלו עם הסביבה התבצעה באמצעות מכשירים טכנולוגיים הקוראים את תנועות גלגלי עיניו. כמו כן, המחלה אף לא פגמה ביכולת התחושה בגופו, ולכן הוא היה מסוגל לחוש בסבל ובכאב. מצבו הוגדר סופני, ולא היה סיכוי, ולו קלוש שבקלושים, כי יחול בעתיד שיפור במצבו. החולה כך תיאר את מצבו בעתירתו: "אני מרגיש כי אני למעשה אדם מת בגוף חי. חיי הם גיהנום עלי אדמות, ואיני סבור כי ניתן לכנותם חיים. אני מעוניין ליטול בחזרה את השליטה על חיי, להתנתק ממכונת ההנשמה ובכך לקבוע את עתידי ולסיים חיי בכבוד".

במקרה זה היועץ המשפטי התייחס לכך שבקשת החולה לניתוקו ממכשירי ההנשמה נעשתה מתוך כשירות ומודעות מלאים לבקשתו. לפיכך קבע היועץ כי אין מניעה משפטית לכך שבנסיבות המקרה המיוחדות, הוא ימשיך להיות מחובר למכונת ההנשמה, אך תבוצע הפחתה הדרגתית של קצב ההנשמה ושל ריכוז החמצן. כך, בפועל, לא יתבצע ניתוק ממכונת ההנשמה, אך גם לא ייכפה על החולה טיפול רפואי שהוא אינו מעוניין בו (חובל, 2014). פסק הדין, שנתן השופט רחמים כהן, בא לתקן את מגרעות חוק החולה הנוטה למות: ראשית, חולה סופני אף שאינו מסוגל לנשום בכוחות עצמו אינו נחשב "נוטה למות" שכן השימוש במכשיר הנשמה מאפשר לכאורה לשמר את תוחלת חייו ללא הגבלה כמעט, ופסק הדין הנוכחי התעלם מהגדרה זו. שנית, החוק אוסר על פעולה אקטיבית המביאה למותו של אדם, ובייחוד ניתוק ממכונת הנשמה, ובכך דן את החולה לייסורים מתמשכים כל עוד מכשיר ההנשמה פועל. במקרה הנוכחי הדבר חייב את בית המשפט ליצירתיות. לא החולה נותק מהמכשיר, המכשיר הוא שנותק ממנו (רכס, 2015).

מכל האמור לעיל, ניתן ללמוד שסוגיית המתת החסד העסיקה רבות את בתי המשפט בישראל, לפני חקיקת החוק "החולה הנוטה למות", וגם לאחר חקיקת החוק, המשיך בית המשפט לעסוק בנושא מאחר והחוק לא נתן פתרונות לכל המצבים הקיימים, והשאייר סוגיות בלתי פתורות שבהן נדרש בית המשפט להתערב ולהכריע. ההכרעה היא בין ערכים זכויות מתנגשות ובית המשפט צריך למצוא את האיזון הראוי במכלול השיקולים המתנגשים. הכרעה בעניינו של חולה נוטה למות, יותר משהיא הכרעה משפטית הינה הכרעה ערכית – מוסרית. לכן, יש לשאוף, ככל שניתן, שתהיה חפיפה בין הנורמה המוסרית לנורמה המשפטית. וכפי שניתן לראות מהמקרים אותם הבאתי, לא תמיד קיימת חפיפה כזו, דבר המצביע על קשיים במימוש חוק החולה למות במקרים מסוימים.

סיכום החלק התיאורטי

ההגדרה להמתת חסד לפי חוקרים שונים, מתייחסת למהלך שבו מבצעים פעולה אקטיבית או פסיבית לזירוז מותו של אדם סובל. בשני המקרים ההנחה היא שהדבר נעשה בעקבות החלטה מדעת של אותו אדם ומרצונו החופשי. מתוך חמלה ולא מאינטרס אישי של המסייע. פעולה זו מעלה שאלות ודילמות קשות המתייחסות לזכות לחייו של האדם וזכותו על גופו. המתת חסד אקטיבית פירושה ביצוע פעולה על מנת לשים קץ לחיי החולה. המתת חסד פסיבית לעומת זאת הינה אי נתינת טיפול רגיל אשר הכרחי לחולה במצב סופני, שמשמעותו זירוז המוות. הפרוצדורות הללו מבוצעות בחולים במחלות סופניות אשר יודעים שהמוות הטבעי מתקרב ובא.

סוגיית המתת חסד הינה דילמה מוסרית מרכזית. מחד, טוענים המתנגדים להמתות חסד כי ערך קדושת החיים הוא ערך עליון, המעוגן אף בחוק יסודי: כבוד האדם וחירותו, ואין לפגוע בו בשום מחיר. כאשר אחת הטענות המרכזיות בהקשר זה הינה החשש מ"המדרון החלקלק". מאידך, המצדדים בהמתת חסד טוענים כי יש להעדיף את זכותו של אדם למות בכבוד, זכות האדם לאוטונומיה על גופו וזכותו שלא לסבול.

ברבות ממדינות העולם קיימת פתיחות וסובלנות כלפי המתת חסד פסיבית. כיום, קיימות מספר מדינות ספורות המאפשרות המתת חסד אקטיבית, וביניהן שוויץ שאף מאפשרת המתת חסד לאנשים שאינם אזרחי המדינה במגבלות מועטות בלבד. בישראל, נאסרת המתת חסד אקטיבית של חולים סופניים. בשנת 2006 נחקק חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו 2005, המתיר רק את האפשרות המינימלית, במצבים מסוימים להימנע ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות. חוק זה מנסה לממש את היותה של מדינה ישראל מדינה יהודית ודמוקרטית.

עמדתה של הדת היהודית בנושא זה היא חד משמעית ולפיה כל פעולה הבאה לקרב מותו של אדם, כדי לשחררו מייסורים, דינה כמעשה רצח. נקודת המוצא של היהדות היא, כי חיי האדם הם פיקדון מאת אלוהים ולכן אין לנו רשות להפסיקם. בניגוד לדת בתפיסה הדמוקרטית, חוסר היכולת של חולה לשים קץ לסבלו מהווה פגיעה באוטונומיה ובזכות האדם על גופו, פגיעה בזכות האדם לחיות ולמות בכבוד.

החקיקה בישראל בנושא החולה הנוטה למות והמתת חסד עברה כמה גלגולים, גם כיום קיימת אי שביעות רצון מהחוק הנוכחי, ונעשים ניסיונות חוזרים ונשנים לשנותו.

ביוני 2014 אישרה ועדת השרים לחקיקה הצעת חוק שכונתה "מוות במרשם רופא", על פי הצעת החוק, חולה הנוטה למות שהוא בגיר ובעל כשרות והוא אזרח ישראלי במשך חמש שנים לפחות,

יהיה רשאי לבקש מרופאו האישי מרשם לתרופת הרדמה במינן ממית, אותה הוא ייטול באופן עצמאי. מבלי שהרופא יישא באחריות פלילית לנתינתו. הצעת החוק לא התקבלה בכנסת.

סוגיית המתת החדסד העסיקה רבות את בתי המשפט בישראל, לפני חקיקת חוק החולה הנוטה למות, וגם לאחר חקיקתו, מאחר והחוק לא נתן פתרונות לכל המצבים הקיימים, והשאיר סוגיות בלתי פתורות שבהן נדרש בית המשפט להתערב ולהכריע.

דין ומסקנות

מחקר זה עסק בדילמות הסובבות סביב סוגיית המתות החסד.

העבודה דנה במספר סוגיות, הסוגיה הראשונה היא ההתנגשות בין הערך של קדושת החיים מול איכות החיים וזכות האדם על גופו במדינת ישראל. בדקתי סוגיה זו לאור ההתייחסות להגדרות שונות של המתת חסד וההתייחסות לסוגי המתות חסד שונים. כמו כן, ניסיתי לברר כיצד החקיקה בישראל מביאה לידי ביטוי את האיזון בין שני ערכים אלו. עוד במסגרת העבודה הנוכחית, נעשה ניסיון לערוך השוואה בין ההתייחסות להמתת חסד בישראל לעומת מדינות אחרות תוך מתן דוגמאות למקרים רלוונטיים שקרו בארץ.

סוגיה נוספת, שעמדה לדיון במחקר היא, מידת השפעה של הדת וההלכה היהודית על נושא המתות החסד בישראל, כמו גם ביחס להשפעת הדתות השונות במדינות אחרות בעולם. סוגיה זו נבחנה לאור הקונפליקט הקיים בישראל בין דת ומדינה. בחנתי כיצד מתייחסת הדת וההלכה היהודית להמתות חסד ומה השפעתה של הדת על החקיקה והפסיקה בישראל במבט משווה. בהמשך, ניתחתי את נושא המתות החסד באמצעות מושגים תיאורטיים מתחום האזרחות וניסיתי לחקור כיצד כל מושג בא לידי ביטוי בהיבטים שונים של הנושא, מכאן עלו תובנות ומסקנות שהובילו אותי לתשובות מעמיקות יותר על שאלות החקר. לבסוף, בדקתי כיצד מדינת ישראל מתמודדת עם נושא המתת החסד בהיבטים של חקיקה, יישום המדיניות והפסיקה בישראל.

כיצד מתייחסת מדינת ישראל לסוגיית קדושת החיים לעומת איכות החיים והזכות של האדם על גופו, בהיבט החקיקה, המדיניות והמשפט, בסוגיית המתות החסד?

מהמחקר עולה הטענה כי הטכנולוגיה הרפואית כיום גוזרת על חולה הנוטה למות חיי סבל יותר מאשר הארכת חיים וכי כיום בני האדם מבקשים לעצמם איכות חיים ואף מעדיפים חיים קצרים אך טובים מאשר חיי סבל ארוכים.

יחד עם זאת המתת חסד מעוררת דילמות הנוגעות בעימות בין ערכים אוניברסאליים. עימות בין עקרון "קדושת החיים" לבין עקרון "כבוד האדם" והזכות לאוטונומיה. כיוון שערכים אלה מתנגשים הם יוצרים דילמה קשה לפתרון.

כמו כן, קיימת שאלה פילוסופית העוסקת ביסוד קיומו של האדם- עד כמה שייך האדם לעצמו או לסביבה ולחברה בה הוא חי ובאיזו מידה הוא יכול להיות אדון לגורלו ולהחליט בעצמו על סיום חיו.

בשנת 2005 נחקק "חוק החולה הנוטה למות", המסדיר את נושא המתות החדס בצורה רשמית. חוק החולה הנוטה למות שאמור היה לפתור את הסוגיה, ניסה לאזן בין ערכים מתנגשים אלו, וקיימת בחוק הכרה חדשנית באוטונומיה של החולה ובזכותו שלא יטופל בניגוד לרצונו. עם זאת, המחוקק הגביל את האוטונומיה של החולה מול ערך החיים.

מהחוקר שערכתי עולה כי חלק מהחוקרים סבורים שהחוק החדש מקיים איזון ראוי בין ערך קדושת החיים לבין כיבוד רצונו של החולה והחשיבות של איכות החיים. יחד עם זאת, חוק החולה הנוטה למות מתיר התערבות מינימלית, שעיקרה בהימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות. בכך נתן החוק ביטוי לגישה לפיה ערך קדושת החיים הוא הערך המועדף.

לטענה זו ישנן מספר התייחסויות במחקר: ראשית, החוק אינו חל על חולה מתייסר ה"נוטה למות", שחיינו אינם תלויים ב"אמצעים מלאכותיים" אשר את הפסקת השימוש בהם הוא יכול לדרוש כדי למות. כמו כן, החוק מגדיר חולה "הנוטה למות" כמי שנותרו לו שישה חודשים לחיות, אי לכך אדם מתייסר שנותרו לו יותר משישה חודשים לחייו, לא יכול לבחור לסיים את חייו. בנוסף, חולה הנוטה למות יוכל לבחור שלא לקבל טיפול מאריך חיים, אך לא יוכל להפסיק טיפול תומך שהתחיל קודם לכן.

בנוסף, במחקר התברר כי לאחרונה נעשה ניסיון לפתור את הכשלים העולים בחוק, ולהעביר הצעת חוק: "מוות במרשם רופא" שתאפשר המתת חסד אקטיבית במגבלות מסוימות. הצעת החוק נותנת מענה שלא קיים בחוק "החולה הנוטה למות" לחולה מתייסר הנוטה למות שחיינו אינם תלויים ב'אמצעים מלאכותיים'. מתנגדיה של הצעת החוק מעלים מספר טיעונים פילוסופיים וביניהם טענת "המדורן החלקלק". הסכנה שאם תותר המתת-החסד מבחינה חוקית יעשו מעשים לא מוסריים. ניתן למצוא ביסוס לטענה זו במקרים של בלגיה, הולנד ושווייץ שהוצגו במחקר. לדוגמה, בהולנד המתת החסד יצאה מכדי שליטה, שם הומתו אנשים מחוסרי הכרה ללא הסכמתם המפורשת, ביניהם חולים פסיכיאטריים שמצבם כלל איננו סופני או חשוק מרפא, ואף קטינים וילודים פגועים גם ללא הסכמת הוריהם. שווייץ מאפשרת למטופלים שאינם אזרחי המדינה להגיע אליה ולסיים את חייהם. התפתחה שם מה שמכונה "תיירות מוות" באמצעות מספר ארגונים כגון ארגון "דיגיטאס". מסתבר שמספר הישראלים שהצטרפו לארגון דיגיטאס גדל בהתמדה, בשל חוסר המענה למצוקתם בחוק הישראלי.

בהיבט של המדיניות ליישום החוק, ניתן לראות שחוזר מנכ"ל והתקנות קבעו מגננון מסודר ומובנה לקבלת החלטות, שמטרתו הייתה להבטיח כי החלטות בדבר הימנעות מטיפול רפואי בחולים קשים לקראת סוף חייהם, יתקבלו בזהירות, ורק לאחר שיובהר כי החולה עומד בקריטריונים שנקבעו.

אך מהמחקר עולה כי מאז חקיקת החוק, אנו עדים לקשיים ומכשולים בדרך ליישומו. טענה זו ניתן לבסס על ידי אחד הנושאים הבולטים שעולה מהמחקר והוא הפער בין הזכויות המוקנות בחקיקה לבין המודעות לקיומן. בנוסף, הרופאים מכירים בסוגיות העולות בתקופת סוף החיים והם תומכים בכך שהמטופל יקבל את ההחלטה על הטיפול בו בסוף חייו, אך רובם לא מודעים לפרטי החוק, כגון הקריטריונים המגדירים חולה בסוף החיים. ביסוס נוסף לכך ניתן לראות בכך שהחוק מצד אחד הכיר בהנחיות רפואיות מקדימות, אך בפועל הגביל אותן ואת היכולת להשתמש בהן בגלל הדגש שמושם בו על הפן הרשמי והביורוקרטי של ההנחיות.

גם בהיבט של הפסיקה, במחקר עולה שבית המשפט נדרש להתערב ולהכריע בין קדושת החיים לבין הזכות של האדם על גופו ומנסה למצוא את האיזון הראוי בין הזכויות והערכים המתנגשים. מנקודה זו, ראוי להפנות לפרשה שהינה אבן דרך בסוגיה, פרשת יעל שפר. בפסק הדין בית המשפט העליון ערך דיון מפורט תוך עיון בערכיה של הדמוקרטיה, בשאלות יסוד בסוגיית המתת חסד, בעקרון קדושת החיים, בתפקידי הרופא ובמתן התייחסות לסבל המשפחה. בסיכומו של דבר, נפסק כי קדושת חייה של יעל, גם במצבה הסופני, הוא הערך הבלעדי והקובע. יחד עם זאת במקרים רבים אחרים חוק החולה הנוטה למות לא נתן פתרונות הולמים לאיזון בין הערכים המתנגשים, ובית המשפט הכריע לטובת האוטונומיה של החולה בניגוד לחוק זה.

כיצד מושפעת מדינת ישראל מההלכה והדת היהודית, בנושא המתות חסד, בהיבט החקיקה

והמשפט, בהשוואה להשפעת הדת על המתות חסד, במדינות אחרות?

מהמחקר עולה כי ברבות ממדינות העולם קיימת פתיחות וסובלנות כלפי המתת חסד פסיבית כלומר אי הארכת חיים של חולים סופניים. כמו כן, במדינות אלו אין חוקים המאפשרים המתות חסד אקטיביות. כיום, רק מספר מדינות מעטות מאפשרות המתת חסד אקטיבית (למשל שווייץ). נושא זה מעורר ויכוח בין גורמים שמרניים (לדוגמא אנשי דת ומפלגות שמרניות) לבין גורמים ליברליים המנסים לקדם חקיקה עדכנית בנושא. בישראל בעיית המתח בין הדת למדינה מורכבת יותר מאשר במדינות רבות אחרות, על כן ניתן לראות השפעה מובהקת של הדת וההלכה היהודית על החקיקה בנוגע להמתות חסד. בנוסף, ממצאי המחקר מלמדים כי רוב החוקרים סבורים ש"חוק החולה הנוטה למות" נשען על ערכיה של ההלכה היהודית בסוגיית המתות חסד ומתבסס על עקרון קדושת החיים. יחד עם זאת, החוק נותן מקום גם לעיקרון הבחירה והאוטונומיה של האדם ולחשיבות איכות החיים, ובכך הוא מממש את שני ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית ויוצר איזון ביניהם. לטענת חלקם האחר של החוקרים, החוק נותן עדיפות לערכי הדת שכן הוא מעניק חשיבות יתרה לערך קדושת החיים, וזאת במחיר ויתור על רצונו של החולה.

ערך קדושת החיים מהווה עקרון-על בהלכה היהודית כבר מראשית ימיה. עמדה זו מסתמכת על הדיבר השישי בעשרת הדיברות, "לא תרצח". לכן, בספרות הפוסקים, לא ניתן למצוא פוסק שיסכים לביצוע המתת-חסד אקטיבית. כל פעולה הבאה לקרב מותו של אדם, כדי לשחררו מייסורים, דינה כמעשה רצח, והמציע זאת כמוהו כרוצח גם אם זוהי בקשתו של החולה. יחד עם זאת, חרף מעמד-העל שניתן לקדושת החיים, הכירה ההלכה בכך שתיתכן התנגשות בין עקרון זה לעקרונות אחרים. במקרה זה אל מול עקרון קדושת החיים ניצב עקרון כבוד האדם, שממנו נגזרת החובה להימנע מביזוי ומהשפלתו של אדם, אשר עלולים להיגרם בעת גסיסה בייסורים. ועל כן, לגבי סיוע פסיבי יש מחלוקת בין הפוסקים, כאשר רוב הפוסקים נוטים לתמוך בכך בנסיבות של אדם גוסס. במקרה זה, אסור להאריך באופן מלאכותי חיי גוסס משום שהדבר נחשב כגרימת צער לחולה. ולכן על פי ההלכה יש לבדוק באיזה חולה מדובר. אם מדובר בחולה סובל, שאינו גוסס, חייבים לעשות הכל למען הארכת חייו. במחקר נמצא שישנן אף דעות ביניים בין רבני דורנו, לפיהן בתנאים מסוימים מותר לעזור לגוסס בפרידת נשמתו מהעולם. גישה זו מובילה למסקנה כי על-פי ההלכה ניתן להצדיק הימנעות ממתן טיפול רפואי מאריך חיים שאינו מוביל לריפוי כאשר החולה אינו מעוניין בכך.

לפי כך, מהמחקר ניתן להסיק שחוק החולה הנוטה למות, משקף יותר את עמדת ההלכה היהודית, מאשר את האוטונומיה של החולה. והעיקרון המרכזי העומד בבסיס החוק הוא עקרון קדושת החיים. ניתן לבסס טענה זו באמצעות מספר דוגמאות מהמחקר: ראשית יש לכבד את רצונו של חולה הנוטה למות הרוצה שחיו יוארכו, ומבקש טיפול רפואי על אף שהרופא מטפל סבור שאין לטיפול הצדקה. בנוסף, נקבע בחוק שמי שמטפל בחולה הנוטה למות צריך לעשות מאמץ סביר לשכנעו לקבל חמצן, וכן מזון ונוזלים, אף באמצעים מלאכותיים, ולקבל טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות רקע וטיפול מקל. יש בכך ניסיון להביא לידי ביטוי את ערך קדושת החיים, למרות שאין לכפות גישה זו על החולה. דוגמא נוספת לטיעון זה ניתן למצוא בכך שהחוק אינו מתיר הפסקת טיפול הניתן באופן רציף וללא הפסקה לחולה הנוטה למות. המשמעות המעשית של הבחנה זו היא שניתן להימנע מחיבור למכונת הנשמה אך אי-אפשר לנתק חולים ממנה. על הצוות הרפואי חל איסור לנתק חולה ממכונת הנשמה גם אם הוא סבור שסיכויי החלמתו קלושים והמשך הנשמתו מהווה טיפול עקר, גם אם לא הייתה הצדקה רפואית לחיבורו מלכתחילה ואפילו אם הנשמת החולה צפויה לגרום לו לסבל. מדובר בהבחנה שמקורה בציווי ההלכתי-דתי שאין להפסיק פעולה המצילה חיים, אך ניתן להימנע ממנה מלכתחילה.

בנוסף, ממצאי המחקר מראים כי גם ביישומו של החוק ניתן מקום מרכזי להשקפה הדתית, משום שוועדות האתיקה שמשדד הבריאות הקים ושתפקידן להכריע במקרה של מחלוקת או אם עולה ספק ביחס לרצונו של המטופל, כוללות מלבד אנשי הרפואה והסיעוד, אנשי דת.

בפסיקה ניתן למצוא ביסוס לתובנות אלו, שכן במרבית פסקי הדין השופטים פסקו כי קדושת החיים גם במצבם הסופני הוא הערך הבלעדי והקובע, מלבד פסק דין יחיד וחריג שעסק בבקשה של חולה במחלת ניוון שרירים סופנית (ALS) להפסיק את פעולתה של מכונת ההנשמה שאליה חובר. פסק הדין הציע להפחית באופן הדרגתי את קצב ההנשמה ואת ריכוז החמצן. פתרון זה אפשר לבית-המשפט "לעקוף" את האיסור שנקבע בחוק בנוגע להפסקת פעולתה של מכונת הנשמה. לפתרון זה יש תומכים בקרב פוסקי הלכה שאימצו גישה מקילה.

ממצאי המחקר מלמדים כי סוגיית המתות החדסד, היא סוגיה שמביאה לידי ביטוי את המתח שבין הגדרתה של מדינת ישראל כמדינה יהודית לבין היותה מדינה דמוקרטית, כפי שניתן ללמוד גם כאן קיים צורך להגיע להסכמה על בסיס מערכת ערכיה כמדינה יהודית ודמוקרטית. כאשר מבחינה חברתית ולאומית השאיפה היא להגיע לפתרונות ערכיים ומעשיים הנוגעים לטיפול בחולה הנוטה למות מתוך קונצנזוס רחב ביותר, תוך איזון בין הערכים המנוגדים שביסוד תהליכי קבלת ההחלטות בנושא הנידון.

בהיבט של השפעת הדת על מדינות אחרות, מהמחקר עולה שגם על פי שאר הדתות המונותאיסטיות, יש שלילה מוחלטת של המתות חסד. קדושת החיים היא ערך מוחלט. החיים אינם שייכים לאדם משום שהם ניתנו על-ידי הבורא, מכאן שאדם אינו רשאי להחליט מתי יש לחיים ערך ומתי לא. הנצרות מחייבת את הרופא והחולה להתכונן למוות. עם זאת, שוללת הדת הנוצרית המתת-חסד. הנצרות אומרת כי האדם נברא על ידי האלוהים, על כן הוא רכוש, וכל פגיעה בחיים דינה כהשמדת הרכוש. גם עמדת האסלאם, המבוססת על הקוראן, גורסת כי אין המוות נתון אלא בידי אלה, וההלכה האסלאמית מטילה עונשים חמורים על אלה הפוגעים בקדושת החיים.

ממצאי המחקר מלמדים שעל אף שבשלוש הדתות המונותאיסטיות המתת חסד אסורה ומהווה על פי תפיסתן רצח של ממש, בניגוד למדינת ישראל, בחלק ממדינות אירופה וארצות הברית, קיימת הפרדה ברורה בין דת למדינה והחוק מתיר המתת חסד אקטיבית, אם במרשם רופא ואם בדרך אחרת. דוגמא לכך ניתן לראות באורגון שם החוק מתיר מוות בסיוע רופא בתנאים מוגדרים היטב ומחמירים מאוד. דוגמא נוספת וקיצונית היא שווייץ, שהיא המדינה היחידה בעולם המאפשרת למטופלים (שאינם אזרחי המדינה) להגיע אליה, ולסיים את חייהם במועד שהם בוחרים.

מסקנות והצעות לפתרון אזרחי של הבעיה:

1. חוק החולה הנוטה למות מוצג כחוק ליברלי היוצר איזון בין ערכי הדת לערכי הדמוקרטיה, אך למעשה החוק נוטה בצורה ברורה לקיום ערכי הדת, ולא מאזן כראוי בין שני הצדדים באופן שוויוני. בכל מקרה של התנגשות בין העיקרון ההלכתי-דתי של קדושת החיים לבין העיקרון הליברלי של אוטונומיה, העיקרון הראשון גובר על האחרון. על כן, הוא יוצר מצבים בעייתיים כגון אי הפסקת טיפול רציף, המוביל לכך שלא ניתן לנתק חולה נוטה למות ממכונת הנשמה, גם אם חתם על טופס הנחיות מקדימות. המסקנה היא שהחוק אינו מאזן כראוי בין ערכים יהודיים לערכים דמוקרטיים הרווחים בחברה הישראלית הרבת-תרבותית.
2. במדינת ישראל הדת וההלכה משפיעות באופן מלא על החקיקה והפסיקה ולכן כל הצעה לשינוי בחוק אשר חורגת מהדת וההלכה גם אם היא מייצגת את רוב אוכלוסיית ישראל תהיה בניגוד לסטטוס קוו. על כן, הצעות חוק שיקדמו המתת חסד אקטיבית כנראה לעולם לא יצליחו להתממש. הפתרון הינו להתמקד בתיקונים של החוק הקיים, כך שישקפו במידה רבה יותר את הזכות לאוטונומיה של האדם על גופו.
3. מסקנה נוספת העולה מהמחקר היא כי קיים פער בין הזכויות המוקנות בחוק החולה הנוטה למות לבין המודעות לקיומן של הזכויות בציבור הישראלי. מצב זה מוביל לכך שמעטים ממלאים את הטופס לרישום "הנחיות רפואיות מקדימות". ייתכן שראוי לקיים פעולות להגברת המודעות בדרך של פרסום והסברה לציבור ובנוסף על כך מתן מידע למטופל ולבני משפחתו בנוגע לזכויותיו הבסיסיות של האדם לתכנן את סוף חייו.
4. עוד מסקנה העולה מיישומו של חוק החולה הנוטה למות והיא בעיה שיש לתת עליה את הדעת, היא שטופס הרישום "הנחיות רפואיות מקדימות" מסורבל ומקשה על היכולת להשתמש בו בגלל הדגש על הבירוקרטיה של ההנחיות. ייתכן שאם הטופס יהיה פשוט ומונגש יותר, הדבר יוביל לכך שיותר אנשים ימלאו אותו.

5. ממצאי המחקר מלמדים כי רוב הרופאים בישראל אינם בקיאים מספיק בחוק. אמנם הם מודעים לעניינים היסודיים של החקיקה, כגון האיסור על סיוע בהתאבדות והיכולת לתת מקסימום משככי כאבים, גם אם יש בכך כדי לקצר את החיים. אך אחוז ניכר מהם לא מודעים לפרטי החוק, כגון הקריטריונים המגדירים חולה בסוף החיים. מכאן נובע כי יש לשים דגש על לימוד הפרקטיקה של פרטי החוק בהכשרה של הרופאים בכדי שיוכלו ליישמו.
6. מתוך העבודה עולה כי החוק אינו מאפשר לחולה לממש את זכותו שלא לקבל מידע אודות מצבו הסופני, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, מידע שעלול לפגוע באיכות של שארית חייו. חובת הידוע חלה על הרופא במטרה לממש את זכותו של המטופל לאוטונומיה. השאלה היא האם מסירת מידע לחולה בניגוד לרצונו עלולה לגרום לו סבל נפשי ולפגוע באיכות חייו? יש לשקול תיקון בחוק שיאפשר לחולה הנוטה למות לבחור האם ברצונו לקבל את המידע.
7. ממצאי המחקר מלמדים שחוק החולה הנוטה למות לא נותן פתרון למצבים מורכבים כגון לחולים במחלה סופנית שנותרה להם יותר מחצי שנה לחיות והם במצב של סבל מתמשך, משותקים וכלואים בגוף שאינו מתפקד (לדוגמא חולי ALS). מצב זה מאלץ את בית המשפט לא פעם לפסוק בניגוד לחוק החולה הנוטה למות ולאפשר לחולים סופניים שלא עומדים בקריטריונים של החוק לסיים את חייהם על ידי ניתוקם ממכונת הנשמה (לפי החוק אין לנתק חולה סופני ממכונת הנשמה). ייתכן שיש לערוך גם כאן תיקון בחוק ולהחריג מצבים מסוימים מאחרים שיאפשרו לבית המשפט לפסוק גם במקרים אלה בהתאם לחוק. אפשרות אחרת היא תיקון בחוק שירחיב את תכולתו של החוק גם על חולים הנוטים למות שתוחלת חייהם עולה על שישה חודשים.
8. במחקר נמצא כי כיום חוק החולה הנוטה למות מבדיל בין שתי נקודות התייחסות: חולה הנוטה למות מוגדר כמי שנותרו לו שישה חודשי חיים, וחולה סופני הוא מי שנותרו לו שבועיים. ייתכן שמן הדין ליצור מדרגות ביניים. הפרק האחרון בחיי החולה הנוטה למות מלווה בשינויים רבים, ולכן חשוב לתת מענה גם למי שמצבו משתנה במשך פרק זמן זה.

9. מסקנה נוספת שעולה מהמחקר היא שהסיקור התקשורתי הנרחב של תופעת המתות החסד בשוויץ, עלול ליצור תופעה של "אפקט מדבק". ככל שהתקשורת מסקרת יותר מקרים כאלו והדבר נעשה מוכר יותר, במיוחד בעידן מהפכת המידע, הרי שהחשיפה לפרקטיקה תורמת גם לעלייה בביקוש. הדבר עשוי להתבטא בתופעה הולכת וגוברת של אנשים המבקשים למות ופונים לארגונים בשוויץ. העלייה בביקוש מצביעה על כי המדינה לא נותנת מענה לצורך של אזרחיה בחופש בחירה כיצד לסיים את חייהם.

10. מהצעת החוק "מוות במרשם רופא" של עפר שלח עולות שתי מסקנות- הראשונה היא שקיים צורך אמיתי במתן מענה לציבור לסוגיית המתות החסד. המסקנה השנייה היא שקיימת התנגדות גורפת להצעה משום שהיא מהווה נקודת מחלוקת בלתי פתירה במדינת ישראל הקשורה להתנגשות בין הדת למדינה. מכאן נובע שסוגיית המתת חסד כמו גם סוגיות נוספות הקשורות למתח בין דת למדינה הן סוגיות רגישות וייתכן אף בלתי פתורות. על כן, כל תיקון לחוק יצטרך להתאים לקונצנזוס בין כלל המגזרים.

11. מהסקירה המשווה שערכתי בעניין המתות החסד במדינות שונות עולה מסקנה נוספת- ישנן מדינות המוכיחות את טענת "המדרון החלקלק" שאותה העלו המתנגדים להמתות חסד. לכך ניתן לראות צידוק במקרה של הולנד, שם מבוצעות המתות חסד של קטינים, ילודים פגועים וחולים הסובלים משיטיון ללא הסכמתם. כך גם במקרה של בלגיה, שם מותרת המתת חסד של ילדים בני פחות משתיים עשרה. לפי כך, כל הצעת חוק שתנסה לקדם המתות חסד אקטיביות צריכה לכלול סייגים שישמרו עליה בתחומי גבולות המוסר.

לסיכום, ייתכן שבחלוף 10 שנים מאז נחקק החוק במציאות הטכנולוגית המשתנה, המאריכה חייהם של הנוטים למות וגוזרת עליהם סבל מתמשך יש מקום לשקול ולבחון מחדש את החוק ויחד עם זאת לשמור על האיזון בין הערכים העומדים בבסיסו של החוק.

מגבלות המחקר והצעות למחקר עתידי:

המחקר שביצעתי הוא מחקר עיוני שמבוסס על סקירתם של מחקרים, דוחות, פסקי דין, חוקים וספרות מקצועית. מחקר איכותני אשר ישלב בתוכו ראיונות עם רופאים, חולים הנוטים למות, משפחותיהם, ונציגי ציבור העוסקים במציאת פתרונות לסוגייה בהמשך יוסיף ממד מעמיק ונרחב יותר לעבודת החקר. בנוסף, בהמשך למחקר שערכתי מעניין יהיה לערוך באמצעות מחקר אמפירי את יחסו של הציבור הישראלי ואת השונות בין המגזרים השונים לנושא המתות חסד. כמו כן, לבדוק את הנטייה של הציבור הישראלי כלפי הערכים המתנגשים הבאים בדילמה זו, ואת עמדת הציבור בנוגע להצעת החוק "מוות במרשם רופא". בנוסף חשוב לבצע מחקר מקיף ורחב יותר סביב השפעות ההתרה של המתת חסד אקטיבית במדינות כמו שוויץ ובלגיה ובהן לבדוק האם החשש מה"מדרון החלקלק" מתמש.

ביבליוגרפיה

אבולעפיה, נ, סומר, ה, קידר ד ורוזנאי, י. (2005). הזכות החוקתית לחיים ולשלמות הגוף.

<https://bit.ly/2WUusy1G>

אבן, ד. (2011). מאות חולים סופניים מסיימים את חייהם בשוויץ מדי שנה. הארץ.

<https://www.haaretz.co.il/science/1.1372165>

אבן, ד. (2012). המתות חסד: כשהמוסר, ההלכה והאנושיות מתנגשים האחד בשני.

הארץ. <https://www.haaretz.co.il/news/health/1.1877344>

אוחיון, ח, בן דיין, ש, ורוח, נ. (2018). אנחנו (לא) הבעלים על גופנו. העמותה לקידום הסיעוד

האונקולוגי בישראל, ל' (3), 14-19. <https://bit.ly/3aPxahL>

אורון, י. (2014). האמנם מכאובי הגוף מביאים חולה סופני לבקש את מותו? פסיכולוגיה עברית.

<https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3187>

אזולאי, מ וקלנר, י. (2014). אושר: חולה יוכל למות במרשם רופא. ynet.

<https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4528035,00.html>

אייל, א, מור, ד וסומר, ה. (2005). הזכות לחירות אישית. <https://bit.ly/3aRa3Du>

אילני, א. (2006). חופש דת וחופש מדת במדינת ישראל. מטח.

<https://lib.cet.ac.il/pages/item.asp?item=16629>

אלון, מ. (2004). רפואה, הלכה ומשפט – ערכיה של מדינה יהודית ודמוקרטית. מכון שלינגר לחקר

הרפואה על פי ההלכה. עג-עד, 6.

<https://www.medethics.org.il/wp-content/uploads/2020/02/R0731006a.html>

אנגלנדר, ט, בן-דיין, ק, בן-חמו, מ, ביידיא, צ וסומר, ה. (2005). כבוד האדם כזכות חוקתית.

<https://bit.ly/37Sz53j>

אפרתי, ע וחובל, ר. (2014). המתת החסד התקדימית של חולה ה-ALS: מידת החסד גברה על

לשון החוק. <https://www.haaretz.co.il/news/law/.premium-1.2508511>

אפשטיין-אליאס, ב. (2014). "עזרתי לאשתי למות". וואלה.

<https://news.walla.co.il/item/2784659>

ארליך, ע, סומר, ה, ושמואלי, ע. (2005). חופש המצפון. <https://bit.ly/3pwbnjh>

אשכנזי, ו, דרמוני, מ, כץ, ג, לבל, י ושפיר, ח. (2005). שלטון החוק. מטח.

<https://lib.cet.ac.il/pages/item.asp?item=16478>

בדארנה, ק. (2008). עקרונות האסלאם בבריאות, במחלה ובמוות. <https://bit.ly/2WRPgrn>

"בהלכה היהודית", (ח.ת). ליל"ך. [/http://www.lilach.org.il/jewdaism](http://www.lilach.org.il/jewdaism)

בלפר, י. (2017). המתת חסד באיסלאם. מכון שלזינגר לחקר הרפואה על פי ההלכה.

<https://bit.ly/2WT4egY>

בן-מאיר, ל. (2003). מסמך רקע בנושא: הסכמות ישנות וחדשות בענייני דת ומדינה.

<https://bit.ly/3mYnALU>

בר, ח. (2012). דילמת המתת חסד: הערך של תוחלת החיים מול איכות החיים.

<https://megafon-news.co.il/asys/archives/79414>

בר-און, ע. (2009). אוטונומיה אישית. *News1*.

<https://www.news1.co.il/Archive/0018-D-36135-00.html>

ברק, א. (1993). כבוד האדם כזכות חוקתית.

<https://law.huji.ac.il/sites/default/files/law/files/67haperaklit-41-3-271.pdf>

ברק, א. (2000). מדינת ישראל במדינה יהודית ודמוקרטית. עיוני משפט כד(1).

<https://law.huji.ac.il/sites/default/files/law/files/94iyunei-mishpat-24-1-009.pdf>

גבינון, ר. (1985). זכויות האדם והדמוקרטיה- רקע רעיוני. מכללת הרצוג. דעת.

<http://www.daat.ac.il/daat/eZRachut/demokratia/zhuyot-2.htm>

ג'וינט ישראל. (ח.ת). פרק ט. המתת חסד. אשל. <https://www.eshelnet.org.il/node/25318>

גולדוין, א. (ח.ת). אתיקה של עזרה לאנשים שרוצים למות. <https://bit.ly/2WP6LlO>

ג'ולי, ד. (2012). רודפים אחרי הזכות למות. הארץ.

<https://www.haaretz.co.il/news/world/1.1689158>

גורדון, מ, ינקלביץ, א וניסנהולץ-גנות, ר. (2017). מה בין חוק החולה הנוטה למות ליישומו.

<https://bit.ly/34P1Dji>

גילבר, ר, פלד-רז, מ וקרקו-אייל, נ. (2018). חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005: החוק בראי

הפרקטיקה הרפואית. <https://bit.ly/3mVVHV4>

גל, א. (2016). הכנסת דחתה - לא תהיה המתת חסד בישראל. *ynet*.

<https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4827930,00.html>

גלילי-שכטר, ע ואביב, א. (1998). "ובחרת בחיים" ערך חיי אדם בתרבות ישראל.

<https://bit.ly/2WUyVIU>

גלעדי, א וסרבטקה, נ. (2006). עת להרוג ועת לרפוא שילוב חוק החולה הנוטה למות בדין הקיים.

הארת הדין. ג', 60. <https://law.haifa.ac.il/images/lawatch/gilionC/C4.pdf>

ג'רבי, ש, המנחם, א, ושיביאק, ד. (ח.ת). המכון ללימודי השואה ע"ש חדווה אייבשיץ ז"ל.

<https://www.shoa.org.il/image.ashx?i=79284.pdf&fn=11.pdf>

גרוס, ע. (1994). נושאים על סדר היום הציבורי, המת חסד אותנזיה, היבטיים מוסריים משפטיים

ומעשיים, 13 התמודדות בחו"ל ובארץ עמוד 5.

גרין, י. (2015). על צדק אנושי, חקיקה וסמכות בית המשפט בעקבות ה"פ 14-11-16813 פלוני נ'

היועץ המשפטי לממשלה. <https://bit.ly/3nWk6uJ>

גרינצוויג, א. (2011). עדי טלמור הלך לעולמו. וואלה. <https://b.walla.co.il/item/1848488>

דורפמן, א. (2015). חופש הדת והחופש מדת בראי הרעיון הדמוקרטי. המכון הישראלי לדמוקרטיה.

https://www.idi.org.il/media/4055/freedom_of_religion_and_from_religion.pdf

דיין, א. (2013). אילנה דיין במסע עם חברתה, בתו של מתי מילוא, בדרך להמתת חסד. הארץ.

<https://www.haaretz.co.il/magazine/.premium-1.2183210>

"היחס בין הדת והמדינה", (2000). צוות המכון הישראלי לדמוקרטיה.

<https://www.idi.org.il/articles/16349>

"הכנסייה הקתולית החליטה". (2018). הכנסייה הקתולית החליטה: החולה נדחה, הניתוח בוטל. הארץ. <https://www.haaretz.co.il/news/world/america/.premium-1.6390510>

הלוי, ג. (2007). האחריות הפלילית של הצוות הרפואי והמוסד הרפואי למותו של החולה הנוטה למות. משפט רפואי וביו-אתיקה, כרך 1, תשס"ח. <https://www.ono.ac.il/wp-content/uploads/2010/12/ARTICLE2.pdf>

"המתת חסד", (2016). "מכון שלום הרטמן". [/https://heb.hartman.org.il/euthanasia](https://heb.hartman.org.il/euthanasia)

"הצעת חוק החולה הנוטה למות". (2020). "הצעת חוק החולה הנוטה למות (תיקון – מוות במרשם רופא), של ח"כ עפר שלח נפלה בקריאה טרומית ברוב של 44 מתנגדים". על משמר הכנסת. <https://bit.ly/2JZLUzH>

הצעת חוק חופש המידע התשנ"ז-1997, 1997.

<https://www.nevo.co.il/law/html/law17/prop-2630.pdf>

ויצמן, ר. (2019). סיום החיים, דתיות וחילוניות. המכללה האקדמית צפת. <http://bioethicsnews.zefat.ac.il/inner.aspx?id=401&cat=72>

"זכויות אדם בזמן משבר", (ח.ת). האגודה לזכויות האזרח בישראל. הסדנא. <https://bit.ly/34TOFtB>

"זכויות האדם", (1998). המכון הישראלי לדמוקרטיה.

<https://www.idi.org.il/parliaments/11587/11588>

זן, ק. (2011). בימ"ש בארה"ב דן בחוקיות המתות החדש. הארץ. <https://www.haaretz.co.il/misc/1.781540>

חובל, ר. (2014). ביהמ"ש התיר המתת חסד של חולה שלא עמד בתנאי חוק הנוטה למות. הארץ. <https://www.haaretz.co.il/news/law/.premium-1.2507788>

חוזר המנהל הכללי. (1996). טיפול בחולה הנוטה למות. מדינת ישראל- משרד הבריאות. <https://www.medethics.org.il/wp-content/uploads/2020/02/RC031679a.html>

חוזר המנהל הכללי. (2008). הנחיות ליישום חוק החולה הנוטה למות. מדינת ישראל- משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/hozer/mk07_2008.pdf

חולה הנוטה למות, (ח.ת). אנציקלופדיה יהודית- דעת.

<http://www.daat.ac.il/encyclopedia/value.asp?id1=2274>

חוק החולה הנוטה למות, (תשס"ו- 2005).

https://www.nevo.co.il/law_html/law01/999_527.htm

חן, ש. (ח.ת). כשאיש אינו שומע את מבקשת את נפשך למות והיא מסרבת": המתת חסד בראי

הספרות והקולנוע. <https://www.smkb.ac.il/Data/Uploads/mikbatz6-shiran-hen.pdf>

חסון, ש. (2014). דת ומדינה בישראל תסריטים אפשריים. <https://bit.ly/3ryFQix>

ינקו, א. (2016). "אנחנו מעלים את המינרן של המורפיון, עד שהחולה מפסיק לנשום". *ynet*.

<https://www.yediot.co.il/articles/0,7340,L-4889293,00.html>

לאו, מ. (ח.ת). לרפא בלבד. מכללת הרצוג. דעת.

<http://www.daat.ac.il/daat/dilema/lerape.htm>

לביא, ש. (2015). מוות מבויים. <http://din-online.info/pdf/ham4-5.pdf>

מדינה, ב ושגב, ה. (2017). "התנגשות בין זכויות": אפיון מחדש של איזון אנכי ואופקי. הפקולטה

למשפטים. <https://lawjournal.huji.ac.il/article/12/231>

"מה במשפט", (2017). מוזיאון מורשת בתי המשפט. <http://din-online.info/pdf/jm31.pdf>

מיטל, י. (2017). סיפור חייה הטראגי ומותה בחיור של מורן וורנשטיין. הארץ.

[/https://www.haaretz.co.il/st/c/prod/global/moran/7](https://www.haaretz.co.il/st/c/prod/global/moran/7)

"מילון מונחים הקשורים למוות בכבוד", (ח.ת). ליל"ך. [/http://www.lilach.org.il/glossary](http://www.lilach.org.il/glossary)

מלאך, ג, פרידמן, ש, שטרן, י ושלג, י. (2015). תכנית להפחתת המתח בין דת למדינה בישראל.

המכון הישראלי לדמוקרטיה.

https://www.idi.org.il/media/3936/tension_between_religion_and_state_book.pdf

מלול, ש. (2018). א' בן ה-67 לא יכל להתמודד עם הסרטן ובחר להפסיק את חייו בהמתת חסד.

<https://bit.ly/34U0hNf>

מצא, א. (2015). גלובס בין זכות החולה להיפרד מחייו לבין עקרון קדושת החיים.

<https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001002074>

מצא, ג. (2020). המתת חסד: לא לחיים בכל מחיר. הארץ.

<https://www.haaretz.co.il/news/health/1.8354004>

משרד הבריאות. (ח.ת)-א. פניות לקבלת מידע במסגרת חוק חופש המידע.

<https://bit.ly/3hYumjV>

משרד הבריאות. (ח.ת)-ב. דפי מידע לציבור- חוק החולה הנוטה למות.

<https://www.health.gov.il/doclib/16914107.pdf>

נוה, נ. (2001). דת ומדינה בישראל: מדינה יהודית ודמוקרטיה. מטח.

<https://lib.cet.ac.il/pages/item.asp?item=8304>

נויברג, ב. (2020). תקציר בנימין נויברגר "דת ומדינה – הסדרים ומגמות במדינות דמוקרטיות".

<https://bit.ly/3saPw2W> יוחסין.

סומר, ה ורוזנאי, י. (2016). "אם כל הזכויות": הזכות החוקתית לחיים.

<http://portal.idc.ac.il/he/lawreview/volumes/19/documents/roznai+sommer.pdf>

סרור, ד. (2012). המתת חסד בישראל – מדוע כל כך קשה להסדיר את החקיקה? פורטל הרפואה

של ישראל. <https://www.infomed.co.il/article-2025>

עוזר, י. (2006). צינור לחיים ולמוות. <https://bit.ly/3puLBff>

עופר-שטרק, ע. (2018). ישראל היום- מותר לבצע המתת חסד על פי ההלכה? ישראל היום.

<https://www.israelhayom.co.il/article/533299>

עופרי, א. (2020). מפגשים עם המוות. רעות. <https://bit.ly/3hrpMKW>

פורטל הרפואה של ישראל, (2020). <https://bit.ly/38FQnQx>

פינס, א. (2015). אם אלה החיים. מאקו.

<https://www.mako.co.il/health-weekend/Article-bf054fe28e17e41006.htm>

פלדמן, נ. (2020). איך תרצו למות? *The Marker*.

<https://www.themarker.com/magazine/.premium-1.8725272>

פסק-דין, בית המשפט העליון בשבתו כבית משפט לערעורים פליליים, ע"פ 4688/09 שלמה ראב

נגד מדינת ישראל (2009). נבו- המאגר המשפטי. <https://bit.ly/35rrN52>

פפירבלט, ש. (2015). רופאים בבליגיה ביטלו את המתת החדש שאושרה לאסיר שביקש לסיים את

חיויו. <https://www.haaretz.co.il/news/world/europe/.premium-1.2532721>

פרידמן, ש. (2019). שחיקתו של הסטטוס קוו ביחסי דת ומדינה. *המכון הישראלי לדמוקרטיה*.

<https://www.idi.org.il/media/12308/status-quo.pdf>

פריסקו, ת. (2010). בודהיזם אינו פציפיזם.

<https://tomerpersico.com/2009/02/01/buddhism-is-not-pacifism>

צדוק, ד. (2009). סיוע רפואי להתאבדות של חולה הנוטה למות- החקיקה בארה"ב.

<https://bit.ly/358QALd>

צור, נ. (2016). "הצעת חוק בהולנד- המתת חסד לכל מי שמבקש".

<https://www.makorrishon.co.il/nrg/online/1/ART2/840/318.html>

צ'נגויוואלה, פ. (2018). למוות נולדו. *אלכסון*. <https://bit.ly/3n01kBo>

קמיר, א. (2004). שאלה של כבוד: ישראליות וכבוד האדם. *כותר*.

<https://kotar.cet.ac.il/KotarApp/Index/Book.aspx?nBookID=68835136>

קנדל, י. (2006). המתת-חסד - דילמות אתיות, 139-153.

https://www.wzo.org.il/files/kivunim/kivunim_13.pdf

ראבד, א. (2009). "ניסה לרצוח את אמו "מתוך רחמים" - וייכלא לשנה". *ynet*.

<https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3717390,00.html>

רביה, ח. (2019). רוצה לתת הנחיות על סיום חייך? קודם כל, קח עורך דין.

<https://www.haaretz.co.il/blogs/haimravia/BLOG-1.7734511>

רובינשטיין, א. (2002). על סכנת "המדרון החלקלק". "מי לה' אלי... והרגו איש את אחיו".

<http://www.daat.ac.il/mishpat-ivri/skirot/65-2.htm>

רוזנברג, ר. (2014). המוסר של המתת חסד.

<https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000948426>

רכס, א. (2015). לפעמים המוות הוא הטיפול הרפואי הטוב ביותר. הארץ.

<https://www.haaretz.co.il/news/health/new-research/.premium-1.2524654>

שטיינברג, א. (ח.ת). דו"ח הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות.

<https://www.medethics.org.il/wp-content/uploads/2020/02/R0691005a.html>

שטיינברג, א. (2018). רצח מתוך רחמים לאור ההלכה. מכון שלזינגר לחקר הרפואה על פי ההלכה

[/https://www.medethics.org.il/article/r0031424a](https://www.medethics.org.il/article/r0031424a)

שטיינברג, א. (2002-א). דין וחשבון הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות.

https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/steinberg_committee.pdf

שטיינברג, א. (2002-ב). דו"ח הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות.

<http://www.daat.ac.il/daat/kitveyet/assia/doh-2.htm>

שטיינברג, א. (2005). חולה הנוטה למות. מכללת הרצוג. דעת.

<http://www.daat.ac.il/mishpat-ivri/skirot/238-2.htm>

שטרית, ש. (ח.ת). חופש המצפון והדת: החופש מפני כפיית נורמות דתיות, קביעת חובת היזקקות

לרשות דתית, והטלת הגבלות מטעמי דת. <https://bit.ly/3mXdfQH>

שילה, א. (2011). סעיף 115: כך הפכה שוויץ ל"בירת תיירות המוות".

<https://news.walla.co.il/item/1848528>

שלו, כ. (2009). ייפוי כוח רפואי של קשישה. מרכז ידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה בישראל.

<http://igdc.huji.ac.il/home/Maagar/Details.aspx?AN=2200>

שלח, ע. (2013). חוק המתת חסד באורגון, ארה"ב. <https://bit.ly/3hqZCb7>

שפיק, א. (2009). מחלה ומוות בראיה של הנצרות.

<https://bit.ly/2L5FleZ>

שפירא, ג. (2019). 1980 - פסק הדין בבג"ץ 355/79 אריה קטלן נ' שירות בתי הסוהר ומנהל בית

המעצר רמלה. משרד המשפטים.

https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/roots_1980

שפרלינג, ד. (2020). "תיירות התאבדות" – שאלות חדשות בעיצומה של תופעה גלובלית

מתפתחת. <http://bioethicsnews.zefat.ac.il/inner.aspx?id=416>

"תחיקה בעולם", (2018). ליל"ג. http://www.lilach.org.il/law_world

Abramson, N ; Stokes, J; Weixreb, N; Clark, S. (1998). " Euthanasia And Doctor Assisted Suicide : Responses By Oncologists And Non- Oncologists."pp 637-642

Angel, M. (1988). " Euthanasia New England "pp 1348-1350

Orion, H: F D; Daniels, E. (1997) .Physician Desire For Euthanasia And Assisted Suicide: Would Physicians Practice What They Preach? pp, 428-432