

# כריית נשים

## אומי לייסנר

מבוא

ברחבי העולם ניתן להצביע על מדינות הדוגלות בפרו-נטליזם (עידוד ילודה), ולמדוד מדיניות זו על פי ממדים של תמיכה באימהות או בהורים לילדים קטנים.<sup>1</sup> מדינת ישראל, למשל, נחשבת באופן מסורתי למדינה פרו-נטליסטית, בין השאר בזכות מתן זכויות יוצאות דופן לאימהות (בעיקר לאימהות "עובדות") בשנות המדינה הראשונות. אף שבמשך הזמן הלכו זכויות אלה והצטמצמו,<sup>2</sup> הטענה שישראל היא מדינה פרו-נטליסטית המשיכה להישמע, אלא שכעת נטען שהביטוי המובהק אם לא הבלעדי לכך הוא שימוש ליברלי וחסר תקדים בטיפולי פוריות מסובסדים, בפרט מסוג ההפריה החוץ-גופית (IVF).<sup>3</sup> בהקשר זה מתוארת ישראל לא אחת כ"מעצמת פריון".<sup>4</sup>

במאמר זה אתייחס לבעייתיות שבהצגה זו של הדברים ואציע את המושג "כריית נשים" כמסגרת חלופית להבנת המדיניות הישראלית בנוגע למתן טיפולי פוריות ולנושאי פוריות האישה בכלל. בחלקו הראשון של המאמר אבקש להצביע על הסדקים<sup>5</sup> בספרות הקיימת, המציעה ניתוח בעייתי משני טעמים: ראשית, ההסבר שניתן לטענה שישראל היא מדינה פרו-נטליסטית מתבסס בעיקר על נימוקים הנשענים על "המאבק הדמוגרפי", כלומר על מדיניות שנועדה לעודד ילודה באוכלוסייה היהודית כדי לשמר רוב יהודי בישראל.<sup>6</sup> אבקש להתמודד עם הבעייתיות בטענה גורפת זו דרך תיאור מעין שרשרת מאמרים שהדיאלוג ביניהם מערער על הקשר בין הדברים. שנית, אטיל ספק בהנחה כי המדיניות בנוגע לטיפולי פריון היא ביטוי לפרו-נטליזם מטעם המדינה, בעיקר באמצעות מבט רחב על הסוגיה. בפרט, אתבונן באופן הבעייתי שבו ניתנים הטיפולים בשטח ובתוצאות הכושלות הידועות מראש של חלק גדול מהם. בנוסף, אבחן את ההתנהלות המקומית בסוגיות אחרות השייכות לתחום הפרייה והרבייה של נשים. בתוך כך אדגיש שבשאר מועדדים מגוון טיפולים והתערבויות בגוף האישה הפורה, אך רבים מהם כלל אינם מיועדים ללידה ילד אלא למניעתה. במילים אחרות, אטען שמדינת ישראל אינה מעודדת ילודה דווקא, אלא התערבות רפואית בגופן של נשים בכלל.

על רקע תובנות אלה, אציג את המושג "כריית נשים", אשר נועד לשקף את הטענה כי המטרה העליונה של המדיניות הישראלית בכל הקשור לגוף האישה הפורה היא הפקת רווחים ממנו ועל חשבוננו. בנוסף, בהתאם לספרות הפמיניסטית הרדיקלית, אציע שתעשיית "כריית הנשים", ובכלל זה סוגיית טיפולי הפריון, משמשת כלי להמשך השליטה הפטריארכלית בגופן של נשים.<sup>7</sup> בהקשר זה, המושג "כריית נשים" מתכתב גם עם מטבעות לשון נוספות כגון "קריעת נשים" ו"הכרעת נשים". גם בשאלה של "קריאת נשים" נעסוק, כלומר בתפקיד של הבעת רצונן של נשים בעד הטיפולים או נגדם.

אומי לייסנר: חוקרת עצמאית | [jomi6666@gmail.com](mailto:jomi6666@gmail.com)

על הקריאה, התמיכה, ההארות או ההערות ברצוני להודות מקרב לב לאפרת אבן-צור, ליאורה בילסקי, דבי ברנשטיין, יעל השילוני-דולב, יאלי השש, אורית רוזין, רונית עיר-שי, כרמל שלו, אלי תימן, ולעורכים של כתב העת מפתח.

בפרק האחרון נדון בהשלכות הניתוח המוצע ובחיבורו לספרות רחבה יותר. אטען שאף כי המונח "כריית נשים" נולד בהקשר הישראלי, עסקי "כריית הנשים" מתבצעים למעשה בעולם (הפטריארכלי) כולו, אלא שכל חברה נוטה להתמקד בענף אחר – הכול בהתאם למאבקי הכוחות ולזרמי התרבות הדומיננטיים. עוד אציע כי האקט של "קריאה לילד בשמו", דהיינו השימוש במושג "כריית נשים" המדגיש היבטים של כסף וכוח, עשוי לעזור במאבק נגד הניצול האינסטרומנטלי של נשים והיחס אליהן בתור משאב.

### פרו-נטליזם ישראלי, "הבעיה הדמוגרפית" ו"הזכות לאושר"

מקובל לתאר את מדינת ישראל כמדינה פרו-נטליסטית, וההסברים לכך מתייחסים לצו הדתי "פרו ורבו", להיסטוריה של השואה, ובעיקר למה שמכונה "המאבק הדמוגרפי"<sup>8</sup>. אבן דרך בהתפתחות הטענה האחרונה נמצאה במאמר "אשת חיל מי ימצא" (1999) מאת הסוציולוגית ניצה ברקוביץ. המאמר מסביר שכדי לשמור על מאפייניה של ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית דרוש רוב יהודי,<sup>9</sup> אשר יכול להישמר בעזרת שני אמצעים: "עלייה חיצונית", דהיינו הגירה של יהודים אל המדינה, או "עלייה פנימית", כלומר שיעור ילודה גבוה במגזר היהודי לעומת הערבי. בנסיבות אלה, השיעורים השונים של הריבוי הטבעי בשתי הקבוצות נעשו לסוגיה לאומית – עם הנשים בקו החזית. לדברי ברקוביץ:

למדיניות לעידוד הילודה יש צורות ביטוי רבות שמשתנות בהתאם למאפייני התקופה. בשנות השמונים והתשעים החליפו טיפולי הפוריות את הטקסים לבחירת "אם השנה", ישראל מובילה בעולם כולו מבחינת המספר היחסי של מרפאות ציבוריות שעוסקות בהפריה חוץ-גופית. לאחרונה אנו עדים גם להרחבת המימון הציבורי לטיפולי פוריות לסוגיהם השונים, בעוד אמצעי מניעה אינם זוכים בשום סבסוד ציבורי.<sup>10</sup>

לחיזוק הטענה הציעה ברקוביץ שיש גם היגיון כלכלי למדיניות הזאת, על סמך ציטוט של שר הבריאות אז, מוטה גור, שהדגיש עוד בשנות השמונים ש"הפריות מלאכותיות הן יקרות, אך עדיין זולות יותר מאשר קליטת עלייה".<sup>11</sup> הלך המחשבה שאימצה ברקוביץ עובר כחוט השני בספר *Fertility Policy in Israel* (1998) מאת החוקרת הקנדית ג'קלין פורטוגו. פורטוגו מציעה מעין מטה-אנליזה של כלל החוקים שנועדו להסדיר את הפריון בישראל, וטוענת שאת כולם מנחה "המאבק הדמוגרפי", כלומר הרצון להגביר את הילודה היהודית ולהפחית את הילודה הפלסטינית בחבל ארץ קטן זה.<sup>12</sup>

התזה שהציעו ברקוביץ ופורטוגו מקנה אפוא משקל מכריע למאבק הדמוגרפי בהשפעה על מדיניות עידוד הילודה. אולם מאמר של הסוציולוגית שהם מלמד, שניתח את חוק גיל הנישואין (התש"י–1950), הצביע על סדקים בתזה זאת.<sup>13</sup> לדבריה של פורטוגו, חוק זה מגלם (עוד) ניסיון לצמצם את שיעורי הפריון של האוכלוסייה הערבית (לעומת היהודית) בהסתמך על המנהג להשיא בנות בגיל צעיר. מנגד טענה מלמד שאין להגיע למסקנות בקשר לחוק רק על סמך

קיומו ובלי לנתח את תהליכי חקיקתו. בפרט הפנתה מלמד לדברים שאמרה יוזמת החוק, חה"כ עדה מיימון-פישמן, במהלך הדיון בהצעת החוק בכנסת: "המצב מחמיר והולך בשטח זה, בקשר לעלייה מארצות המזרח. הרי [...] כעבור עשרות שנים מועטות נהיה כולנו בני עדות המזרח, כלומר – בנינו אחרינו, לכן כולנו מעוניינים בתחיקת חוק מתאים".<sup>14</sup> מכאן הגיעה מלמד למסקנה כי "גם אם ניתן לראות בחוק זה אמצעי עקיף לצמצום הילודה הפלסטינית, [...] האובייקט המרכזי של החוק היו המהגרים היהודים מארצות האסלאם".<sup>15</sup>

מלמד גילתה אפוא סדקים בטענה בדבר השפעתו המכריעה של המאבק הדמוגרפי (הלאומי), אולם בספרה *A Home for all Jews* מ-2016 גילתה ההיסטוריונית אורית רוזין סדקים בניתוח של מלמד. רוזין הדגישה כי לא זו בלבד שאי אפשר לבסס תיאוריה שלמה על תוכנו של חוק בלבד, גם אי אפשר לבססה על הליכי חקיקה בלבד, אלא יש לנקוט "מבט רחב יותר" מבחינת מקורות היסטוריים.<sup>16</sup> אשר לטענה בדבר המניע הדמוגרפי הפנים-יהודי לחוק (כלומר היותו מכוון נגד לידות בקרב מזרחים), רוזין הצביעה על המאבק להעלאת גיל הנישואין בקרב נערות כמאבק שניהלו ברחבי העולם באותם ימים פמיניסטיות הגל הראשון – כמו מיימון-פישמן – בד בבד עם המאבק על זכות ההצבעה.<sup>17</sup> אשר לטענה בדבר הקשר בין החוק לבין המאבק הדמוגרפי (הלאומי), רוזין הציעה להסתכל על יישום החוק בפועל. לדבריה, חוק גיל הנישואין נועד יותר מכול לעצב את הקולקטיב היהודי, והוא כמעט ולא נאכף בקרב האוכלוסייה הערבית,<sup>18</sup> והדבר נכון עד היום.<sup>19</sup>

על רקע מורכבות זאת, עולה השאלה על השפעתו של השיח הפרו-נטליסטי הישראלי על החברה הפלסטינית. על כך חותרת לענות האנתרופולוגית רודה אן כנאענה בספרה *Birthing the Nation* (2002). בתור נקודת מוצא, כותבת כנאענה, "קל למצוא דוגמאות לפרו-נטליזם [ישראלי]", ובהערת השוליים הצמודה היא מפנה לספרה של פורטוגו.<sup>20</sup> אולם בהמשך מתברר שכנאענה כלל אינה מסכימה עם הניתוח של פורטוגו – היא מצהירה במפורש ש"אין למעשה קונצנזוס ציבורי בישראל בכל הקשור לפרו-נטליזם, לעומת, למשל, מדיניות עלייה", ומוסיפה שהיחס האמביולנטי מתבטא בתמיכה הכללית של מדינאים ישראלים בשימוש באמצעי מניעה, שהוא פועל יוצא של "קושי לעודד את רמת הילודה בקרב יהודים בלי לעודד באותו זמן רבייה בקרב הערבים".<sup>21</sup> במילים אחרות, אין כאן טענה שהשיח והפחד מפני האיום הדמוגרפי אינם קיימים, אלא שבמדינה בעלת יומרות דמוקרטיות אי אפשר להוציא אל הפועל מדיניות שמעודדת רבייה בקרב קבוצת אוכלוסייה אחת בלבד, לפחות לא באופן ישיר.

בתוך כך, כנאענה מתעלמת לחלוטין מסוגיות דמוגרפיות פנים-יהודיות, כגון היחס למזרחים או לחרדים – אוכלוסיות יהודית שמתאפיינות במשפחות מרובות ילדים. אכן, עוד בתקופת "בניית האומה" נתפסו החרדים כסממן של גלותיות ואנטיטזה לתנועה הציונית.<sup>22</sup> בפועל, החרדים מנהלים כבר שנים (יחד עם הערבים) מאבק נגד קיצוץ בקצבאות הילדים, שנועד בעיקר להקטין את משפחותיהם.<sup>23</sup> כנאענה הגיעה למסקנה שרוב המאמצים הפרו-נטליסטיים בישראל הם סימבוליים בלבד.<sup>24</sup> אשר לתגובת-הנגד של הפלסטינים (בפרט תושבי הגליל), כנאענה מצאה שהיא לאו דווקא "ללדת כמה שיותר ילדים" אלא להפך: במטרה להתנגד לשיח הפרו-נטליסטי

הישראלית המציג את האישה הפלסטינית כפרימיטיבית שיוולדת הרבה ילדים צמח בחברה הפלסטינית שיח שמעודד את הגבלת מספר הלידות כדי ליצור מעמד ביניים משכיל ומקצועי שישמש כנשק מסוג אחר במאבק הלאומי הפלסטיני.<sup>25</sup>

על רקע התובנות הללו, אפשר היה לחשוב שהקשר ההדוק בין המאבק הדמוגרפי לפרו-נטליזם הישראלי סדוק כל כך, עד שגם אם יש בו גרעין של אמת, במקרים רבים הוא מתפקד כמיתוס בלבד.<sup>26</sup> אולם בחינת הספרות מעלה כי לא כך מתייחסים אליו, במיוחד בהקשר של טיפולי פוריות. ב-2004, למשל, פורסם מאמרה של הסוציולוגית דפנה בירנבוים-כרמלי, "יותר זול מעולה חדש".<sup>27</sup> המאמר נפתח בתובנה ש"למרות הדימוי המקובל של מדינת ישראל כמעודדת ילודה באופן גורף",<sup>28</sup> בפועל הלכה עם השנים והצטמצמה אותה מדיניות פרו-נטליסטית לכדי היבט אחד: נגישות ומימון ציבורי חסרי תקדים של טיפולי פוריות, ובפרט של הפריה חוץ-גופית.

במאמרה תיארה בירנבוים-כרמלי את ההיסטוריה של מתן טיפולי פוריות בישראל, והראתה בין השאר כיצד היחס לטיפולים התאפיין מתחילת הדרך בהתמקדות באישה, כפי שניכר מניסוח הדברים (כגון "אם אישה לא הצליחה להרות") ובאופי הטיפולים עצמם, שהתמקדו בגופה גם כשהסיבה לבעיית הפוריות נמצאה אצל הגבר.<sup>29</sup> בנוסף, המדינה הפקידה בידי גינקולוגים את הסמכות הבלעדית למטלה רגישה זו, אך לא הפנתה אליהם שום הנחיה או הכוונה.<sup>30</sup> עוד הדגישה בירנבוים-כרמלי את הסבסוד הנדיב מטעם המדינה, שכלל בעת כתיבת מאמרה מימון ציבורי של טיפולי פוריות לכל ישראלית עד גיל 45, או עד גיל 51 אם היא מסתייעת בתרומת ביצית, ללא תלות במצבה המשפחתי, הכלכלי או הנפשי או בנטיית המיניות, עד לידת שני ילדים לזוג וילד אחד לאם יחידנית.<sup>31</sup>

המדיניות הישראלית היתרגמה כמובן להוצאה תקציבית ניכרת, אך כל ניסיון להגביל את מימון טיפולי הפוריות נכשל. בירנבוים-כרמלי חתרה להבין את הסיבה לכך, במיוחד בהשוואה למסלול האלטרנטיבי של אימוץ ילדים, המתאפיין בהיעדר מימון ציבורי ובקביעת קריטריונים נוקשים. לשם כך היא ניתחה דיון שהתנהל ב-1998 בוועדת הכנסת לקידום מעמד האישה סביב מגבלות שביקשו קופות החולים להטיל על הטיפולים.<sup>32</sup> בירנבוים-כרמלי מצאה בדיון שלושה נרטיבים ששימשו להצדקת המדיניות הקיימת: הרפואה הישראלית כמקור לגאווה בינלאומית; נרטיב אישי של חמלה לנשים מיוסרות; ונרטיב רפואי שלפיו המומחים הם בעלי היכולת הטובה ביותר לוויסות הפריה חוץ-גופית. נדמה כי שלושת הנרטיבים התמזגו ויצרו קונצנזוס בקרב פוליטיקאים, רופאים, וצרכנים וצרכניות שהטיפולים ימשיכו להינתן באותה מתכונת.

אולם לטענת בירנבוים-כרמלי רב הנסתר על הגלוי, והיא זיהתה כמה סוגיות שבלטו בהיעדרן או במיעוט הדיבור עליהן: הסכנות הטמונות בטיפולים עבור המטופלות; סוגיות אתיות וחברתיות שממשלות בארצות המערב התחבטו בהן במשך שנים, כמו השימוש הרחב בהפריה חוץ-גופית כפתרון לליקויים רפואיים בגוף הגבר;<sup>33</sup> וכן שאלת האינטרסים הכלכליים והמקצועיים של המומחים הרפואיים שהשתתפו בדיונים.<sup>34</sup> נושא נוסף שנעדר מהדיונים, לפחות על פני השטח, היה הסוגיה הדמוגרפית. ובכל זאת, לתפיסתה של בירנבוים-כרמלי, סוד התמיכה הרחבה של

משתתפי הדיון במתן טיפולי פוריות נמצא הלכה למעשה בקידוש "המודל הטבעי-הביו-גנטי של המשפחה", מתוך רצון להגדיר את הקולקטיב היהודי בישראל כרשת של שארי בשר. להבנתה, קשר זה הוא קריטי לעיגון תביעות פוליטיות וטריטוריאליזם של הקולקטיב היהודי בישראל על בסיס המושג "זכות אבות". כלומר, גם אם אין מדברים בגלוי על "המאבק הדמוגרפי", ההפנמה החברתית של השיח הדמוגרפי נמשכת, והדיון כולו מתנהל תחת השפעתו.<sup>35</sup>

איפה הסדק, אם כך? כשבירנבוים-כרמלי מייחסת משקל מכריע כל כך לשיקול הדמוגרפי בעיצוב המדיניות, היא אינה מביאה בחשבון את "הקושי לעודד את רמת הילודה בקרב יהודים מבלי לעודד רבייה בקרב הערבים בה בעת", כדברי כנאענה.<sup>36</sup> את הטענה הזאת פגשה הסוציולוגית סיגל גולדין פנים אל פנים במאמרה "טכנולוגיות של אושר" (2006), שעסק בטקסטים שנוצרו סביב הצעת משרד האוצר לקצץ מימון להפריה חוץ-גופית ב-2003.<sup>37</sup> בניתוח הדיונים הפרלמנטריים והשיח התקשורתי הנלווה להם הצביעה גם גולדין על הטענות שנעדרו מהדיון, כולל – שוב – האינטרסים הכספיים של הרופאים; הסוגיות האתיות הקשורות בתמיכה לא מוגבלת בטיפולי פרויון; דיבור על זכות הבחירה ועל אפשרויות הבחירה של נשים וגברים הנעזרים בטיפולי פרויון; וכן בעיית הנגישות למידע, על הסיכונים, הכישלונות וההשלכות הלא-רצויות של טכנולוגיות אלו.<sup>38</sup>

בניגוד לממצאיה של בירנבוים-כרמלי, גולדין אכן זיהתה בין הטענות שהושמעו את "הטענה הדמוגרפית" – ולא פעם דווקא מפי רופאים. לפעמים הועלתה הטענה בשילוב עם טענות אחרות, למשל שמימון טיפולי פוריות עולה פחות מסל הקליטה, ושעוד ילדים משמעו עוד חיילים לצה"ל.<sup>39</sup> גולדין הדגישה שיש טעם לפגם בכך שרופאים החותרים להשיג הסדר שמיטיב איתם כאנשי מקצוע משתמשים בטענות מן התחום הדמוגרפי, כמו גם בטיעונים הקשורים לסדר עדיפויות כלכלי או לסבלן של נשים עקרות בחברה הישראלית. מדבריה עולה האפשרות שטיעוני המאבק הדמוגרפי משמשים לצרכים רטוריים בלבד, כדי לכסות על מניעים אחרים. כך או כך עלתה כאן במלוא העוצמה תעלומת המימון השווה של טיפולי פוריות לכלל המגזרים. לא זו אף זו, גולדין מצאה שבין התומכים הנלהבים למתן הטיפולים היו ח"כים ערבים.<sup>40</sup>

על רקע סתירות אלה הציעה גולדין שהסוד לקונצנזוס בין המתדיינים נמצא לא בשאלת המאבק הדמוגרפי וגם לא בהוכחת זכות אבות על הארץ, אלא בהזדקקות לתפיסות ליברליות-גלובליות, ובמרכזן הזכות לאושר באמצעות הורות, המוצגת כזכות אנושית אוניברסלית וכזכות אזרח גם יחד. בכך "טושטשו" יריבויות דיכוטומיות בין יהודים לערבים, כמו גם בין חילונים לדתיים, בעיקר בכל הנוגע למימון טיפולים לנשים לא נשואות או לזוגות חד-מיניים, והודגש המכנה המשותף – התחום הרגשי.<sup>41</sup>

בפועל, גם בהסבר המסתמך על "הזכות לאושר" נותר סדק: כחלק מהסקת המסקנות שלה התבססה גולדין על כך שהטענה הדמוגרפית הועלתה למרות "השתקת שאלות בדבר השפעותיה המעשיות של התמיכה הבלתי מסויגת בטיפולי פרויון במגזרים השונים, בעיקר במגזר הערבי".<sup>42</sup> אולם למעשה, גם כשדובר על הקשר בין הטיפולים לבין "הזכות לאושר" היא הצביעה על השתקת דיון מעמיק בנושא ועל התעלמות נחושה מן הצדדים המאושרים פחות של הטיפולים (כישלונות מרובים, כאבים פיזיים, לחץ נפשי, קשיים בזוגיות ועוד) ושל ההורות עצמה (דיכאון

אחרי לידה, היעדר תמיכה ועוד).<sup>43</sup> באותה מידה הושתקה בדיקת הטענה שמתן הטיפול ביד כה נדיבה אכן "יותר זול מעולה חדש", וכן הטענה שעל הפרק לא עומדת השאלה של יעילות כלכלית, אלא שאלה של סדר עדיפויות כלכלי והעדפת אושרם של א/נשים מסומים על פני אחרים, כגון חולי סרטן או חולים סיעודיים.<sup>44</sup>

במילים אחרות, בנסיבות של השתקה גורפת של כל טענה שמבקשת לצמצם את מימון הטיפולים או את מספרם, לבטח אין בסיס לתפיסה שהמאבק הדמוגרפי הוא הכלי הרטורי היחיד או העיקרי בדיון על מדיניות הפיריון. אמנם מדובר ברטוריקה שיווקית יעילה ביותר, המבוססת בראש ובראשונה על הפחדה,<sup>45</sup> אולם גם שיח האושר משמש לאותה מטרה שיווקית, כדברי המשפטנית כרמל שלו: "האידיאולוגיה של השוק היא אגוצנטרית, היא ניזונה מהשתוקקות ומפחד, ובמסגרתה נהפכת ההולדה ממתנת אהבה לפרויקט צרכני".<sup>46</sup> מבחינה זו, ככל שניתן להצביע על מעבר בשיח מ"דמוגרפיה" (על כל צורותיה) אל "אושר", ולכל הפחות אל התקווה להשיגו,<sup>47</sup> ניתן לראותו כמשקף התפתחויות בהבנה של "מה מוכר" בחברה שאימצה עם השנים ערכים של אינדיבידואליזם וצרכנות על חשבון הקולקטיביזם.<sup>48</sup>

ואם הן השיח הדמוגרפי והן שיח האושר משמשים בעיקר כמפלט רטורי-שיווקי ושלא הטיעון הלאומי ולא הליברלי מספיקים בזכות עצמם, יוצא שנוצר מקום לפרש אחרת את ממצאיה של גולדין, כמו את אלה של בירנבוים-כרמלי, ולהמשיך לשאול מהו הבסיס לקונצנזוס הרחב שבין מגוון המתדיינים בעד המשך מתן הטיפולים ביד רחבה.<sup>49</sup>

בתשובה לכך, בדומה לרוזין, אבקש להציע שהפתרון נמצא לא במה שאמרו המתדיינים – על אחת כמה וכמה ככל שמדובר ברופאים, שהם המרוויחים העיקריים מן הטיפולים, ובפוליטיקאים, המפיקים רווח סימבולי מהצהרותיהם בנידון.<sup>50</sup> במקום זאת הייתי מציעה שבבואנו לפענח את סוד ההסכמה הרחבה שנוצרה בכנסת – ואולי צריך לדבר על המכנה המשותף לכל המתדיינים: יהודים, ערבים, חילונים ודתיים – עלינו להתמקד במהותה של אותה הסכמה, דהיינו בהמשך הענקת הטיפולים לנשים ביד רחבה והפקדתן בידי הממסד הגינקולוגי. את הטענה הזאת אבקש לחזק בפרק הבא, דרך פן אחר של אותו מבט רחב, כהצעתה של רוזין, דהיינו לא רק בתוכן החוק אלא גם באופן יישומו בפועל.

### פרו-נטליזם ישראלי ומתן טיפולי פוריות

סוגיית היישום (הבעייתית) של טיפולי הפוריות בישראל לא נעלמה מעיני החוקרות. בירנבוים-כרמלי נגעה במאמרה בתוצאות הכושלות של חלק גדול מטיפולי ההפריה חוץ-גופית, בהסתמך על דבריו של נציג משרד הבריאות שנאמרו עוד ב-1998: "אם ניקח אישה בת 45, האפשרות שהיא תהרה, לפי כל הסקרים בכל העולם, ושהיא תלד ילד [מהפריה חוץ-גופית], היא אפס".<sup>51</sup> בנוסף לכך כתבה בירנבוים-כרמלי ש"בשיחות אישיות טענו באוזניי המנהלים של שתי יחידות הפריה חוץ-גופית כי רבים ממחזורי הטיפול הם אכן עודפים, הן מבחינת בריאות האישה והן מבחינת עלותם למערכת הציבורית".<sup>52</sup>

סוגיית הטיפולים העודפים זכתה לאזכור גם בהערת שוליים במאמרה של גולדין. "יש הטוענים כי שיעורי ההצלחה בישראל נמוכים מאלו המדווחים בעולם", נכתב בה, "כפי בישראל, המממנת עד הילד השני, עוברים [טיפולים] גם אנשים שהסיכוי שלהם [להצלחה] נמוך מאוד מלכתחילה".<sup>53</sup> בהערת שוליים נוספת מציינת גולדין ש"בישראל זה שנים 'מחזירים' לרחם כמה עוברים, ולראיה מספרן הגבוה [...] של לידות פג ושל שיעורי תמותת פגים".<sup>54</sup> בהמשך היא מדווחת על גיבוש המלצת משרד הבריאות להגביל את מספר העוברים המחזירים לרחם בהפריה חוץ-גופית.<sup>55</sup> אולם כעבור שנים, ב-2013, הכריז מנכ"ל משרד הבריאות אז, פרופ' רוני גמזו, באחת מוועדות הכנסת:

יש לנו בעיה במדינת ישראל – ואני אומר את זה בזהירות, מה שאני לא אומר אני אחטוף – של עודף טיפולי IVF, לעיתים במצבים שלא מצדיקים. ויותר מכך, אולי פחות מדי אומץ ללכת למחזורים של החזרת עובר יחיד ולפעמים גם במחיר של שיעורי ההצלחה, מגמה שהרבה מאוד מדינות בעולם הולכות אליה. קודם כול, הקריטריונים, קריטריוני הגיל, ומתי לא סביר כבר לעשות טיפולי IVF. [...] משרד הבריאות לא טיפל בזה שנים.<sup>56</sup>

במילים אחרות, שאלת חוסר היעילות של רבים מן הטיפולים אינה חדשה. הסוגיה הבולטת היא גילן המבוגר של המטופלות. עד היום, הגיל העליון של האישה לצורך ביצוע טיפולי IVF מסובסדים הוא 45, ובמקרה של ביצית נתרמת היא אף הועלתה ב-2010 ל-54.<sup>57</sup> בנוסף, ישנם טיפולים עודפים מן הסוג של "יד קלה על ההדק", לדוגמה: על סמך הגדרה "קלה" של אי-פריון,<sup>58</sup> או בלי לחתור לקבלת דיאגנוזה ברורה בדבר מהות הבעיה,<sup>59</sup> או כשהבעיה נובעת מהלכות נידה,<sup>60</sup> או כשמדובר בנערה בת חמש-עשרה.<sup>61</sup> כך או כך, מספר ההפריות הלך וגדל לאורך שנים הרבה מעבר לגידול הטבעי של האוכלוסייה.<sup>62</sup> בהמשך התברר שישראל אמנם שיאנית במתן טיפולי ההפריה החוץ-גופית, אך אחוזי ההצלחה שלה הם מן הנמוכים בעולם.<sup>63</sup> בשנים האחרונות אף החלו לטפטף לעיתונות הפופולרית המקומית כותרות כגון "93% מרופאי הפוריות בישראל: נתנו טיפולים מיותרים"; "אחד מתוך חמישה מחזורי טיפולי פוריות (19.8%) הסתיים בהיריון שנראה באולטרה סאונד";<sup>64</sup> ו"רק אחד מכל שישה טיפולי פוריות הסתיימו בלידה".<sup>65</sup> הנה אם כן עוד סיבה לפקפק בכך שהמטרה היא ילד והאמצעי הוא טיפולי פריון, כפי שמשמע מהטענה בדבר פרו-נטליזם על רקע לאומי; או בכך שהאמצעי הוא ילד והמטרה היא אושר, כפי שמשמע מהטענה בדבר פרו-נטליזם על רקע ליברלי. במקום אלה, על סמך הנוהל המתמשך של מתן טיפולים עודפים, אפשר לומר שהטענות בדבר השאיפה או הזכות לאושר/ליילד הן האמצעי (הרטורי), בעוד המטרה היא ביצוע (עוד ועוד) טיפולים בגוף האישה. תמיכה נוספת לטענה זו אפשר למצוא במבט רחב על סוגיות אחרות הקשורות בתחום פריון האישה בישראל. מבט כזה יגלה שככל שניתן לתאר את המדיניות הישראלית כנדיבה במיוחד במתן טיפולי פוריות, אפשר לתאר אותה כך גם בקשר לטיפולים והתערבויות רפואיים שאי אפשר להגדיר אותם אלא כלא-נטליסטיים.<sup>66</sup> ניקח לדוגמה את אמצעי המניעה. אמנם, כדברי ברקוביץ, אלה לא זכו לרוב למימון ציבורי בישראל, אך זאת כנראה משום שמדובר בהוצאה

שהיא בהישג ידן של רוב הנשים.<sup>67</sup> לא זו אף זו, כפי שהדגישה כנאענה, המחוקקים הישראלים תומכים בשימוש של נשים באמצעי מניעה (רפואיים), והאפשרות שלהן (ואף חובתן) להזדקק להם עומדת בבסיס הטלת הגבלות על ביצוע הפלות בישראל.<sup>68</sup> הלכה למעשה, גם הפלות קלות להשגה בישראל – יחסית למדינות רבות בעולם – אם כי ההליך של אישור ההפלה דורש התערבות ממסדית ורפואית חריגה יחסית למדינות רבות בעולם.<sup>69</sup> אדרבה, הנוהל של החזרת יותר מעובר אחד לרחם במסגרת טיפולי פוריות נוצר<sup>70</sup> בצל החוק הישראלי המקל על ביצוע הפלות כחלק ממהלך שנקרא "דילול עוברים".<sup>71</sup> בתוך כך יודגש שישראל מתאפיינת בשימוש קיצוני בטכנולוגיות לאבחון עוברים בזמן היריון (הדמיות אולטרה-סאונד ובדיקות גנטיות) לשם הפסקות היריון אויגניות.<sup>72</sup>

לפי המשפטניות שולמית אלמוג ושרון בסן, את הדו-קיום המקומי בין שני סוגי המדיניות – מצד אחד מדיניות פרו-נטליסטית המעודדת טיפולי פריין, ומצד שני מדיניות לא-נטליסטית המתירה בקלות הפלות – אפשר להסביר כפועל יוצא של אותם שני מאפיינים של המדינה שברקוביץ ביססה עליהם את הניתוח שלה: היותה מדינה יהודית ודמוקרטית.<sup>73</sup> לגישתי, לעומת זאת, אין הצדקה של ממש להבחנה בין שני סוגי המדיניות על פי שאלת עידוד הילודה, אלא יש להתייחס לשניהם כאל פרקטיקות שדרות בשלום זו לצד זו תחת אותה קטגוריה: התערבות רפואית בגוף האישה. ההבחנה שיש לדעתי לעשות היא בין ההכרה הרחבה בזכותה של האישה להתערבות רפואית בקשר לפריינה, לעומת חירותה שלא להזדקק לרפואה בהקשרים אלה, שכלל אינה מובטחת.<sup>74</sup>

למסקנה זו הגעתי לראשונה על סמך מחקר רב-שנים סביב החוק הישראלי המקשה מאוד על לידות בית עד כדי מניעתן בפועל.<sup>75</sup> בתוך כך גיליתי כי מה שעמד מאחורי אימוץ מדיניות זו, עוד בשנות המנדט הבריטי, היה בראש ובראשונה האינטרסים הכלכליים של הרופאים ושל הממסד הרפואי (דהיינו רשויות הבריאות, וכן הרופאים ומנהלי בתי החולים), והדבר נכון שבעתיים גם היום.<sup>76</sup>

למסקנה דומה הגיעה ההיסטוריונית החברתית יאלי השש על סמך בדיקה של שלוש סוגיות אחרות השייכות לתחום הפרייה והרבייה של נשים בישראל. האחד הוא פיתוח והפצה של אמצעי מניעה רפואיים בין שנות החמישים לשנות השבעים של המאה הקודמת; השני הוא ניהול היריון והפלות בשנות השבעים; והשלישי הוא הסוגיה של תרומת ביציות בשנות ה-2000.<sup>77</sup> מדובר אפוא בהסדרים הן מן הסוג הפרו-נטליסטי והן מן הסוג הלא-נטליסטי, ונראה שגם לגישתה של השש אין מדובר בהבדל מהותי. במקום זאת היא מראה כיצד האינטרסים של גינקולוגים ושל הממסד הרפואי בישראל בכלל הייתה להעמיק את השפעתם על תהליכי פריין של נשים ועל המדיקליזציה שלהם. אשר לטיעונים לאומיים ואידיאולוגיים למיניהם, אם מן הסוג הפרו-נטליסטי ואם בעד צמצום הילודה, אלה ואלה הושמעו על ידי רופאים כדי לקדם את עניינם, הכול בהתאם לתכתיבי הסוגיה. לטענת השש, אין לראות ברופאים "משרתים נאמנים של המדינה", וגם לא "סוכניהם של תהליכי קידמה שמאפשרים לנשים להגביר שליטתן על פריינן", אלא אנשים שפועלים למען האינטרסים המקצועיים והכלכליים שלהם עצמם.<sup>78</sup>

אשר לתוצאות בשטח, הסוציולוגית לריסה רמניק מצאה שרמת המדיקליזציה של תהליכי



פריון בישראל ניכרת בהשוואה למדינות אחרות,<sup>79</sup> ושלו מדברת על העדפה של שיטות טיפול עתירות טכנולוגיה על פני שיטות פשוטות.<sup>80</sup> כשרק התחלתי להבחין בתרבות המקומית של ריבוי טיפולים ובדיקות רפואיות בהקשר לפוריות, כיניתי את העניין "הקלות הבלתי נסבלת שבה מתערבים בגוף האישה בישראל".<sup>81</sup> אולם הביטוי עשוי לתת את הרושם כי אותה התערבות שגרתית בגוף האישה מתרחשת באקראי, ללא יד מכוונת. מכאן המושג "כריית נשים", שנועד להדגיש את הפקת הרווחים מתעשיית הטיפולים וקידום האינטרסים המקצועיים של העוסקים במלאכה. כדברי אחד המומחים שצוטטו אצל בירנבוים-כרמלי: במצבים רבים היוקרה והתגמול הכלכלי החריגים בארץ עלולים לעמוד מאחורי מתן הטיפולים.<sup>82</sup>

באותה נימה, כדאי להקשיב למסקנתם של אורית רוזין ונדב דווידוביץ במאמרם על הסתדרות הרופאים בישראל. אמנם לטענתם ייתכן במקרים רבים קיומו של אלמנט אידאולוגי אישי, וגם ברובד הקבוצתי "אפשר להניח כי [רצונם של רופאים] להתערב בזירה הציבורית ולפעול גם למען מה [שבעיניהם] הם אינטרסים של הציבור הרחב נובע [מתפיסתם] העצמית כאלטיה משרתת אומה". אולם לצד זאת נמצא שמדובר בעיקר ב"אלטיה המשרתת קודם כול את עצמה".<sup>83</sup> ראו גם דבריה של שלו, שלפיהם "התפוצה של טכנולוגיות הפריור והגנטיקה מונעת על ידי גורמי שוק גלובליים ומקומיים שכוונתם עשיית רווח"<sup>84</sup> (שימו לב לכך שההסבר המסורתי שניתן למצב העלוב יחסית של הטיפול בפגים בישראל הוא הקושי לגייס רופאים למקצוע – "בעיקר משום שהעבודה היא רק בבתי החולים הציבוריים ולא ניתן לעבוד בקופת חולים או בקליניקה פרטית"<sup>85</sup>).

לסיכום, הטענה שאינטרסים כלכליים מעורבים בתחום איננה חדשה, אלא טענה שהלכה וצברה תמיכה עם השנים. עם זאת, כפי שראינו לעיל, היא נוטה להופיע כטענה נלווית לטענות אידיאולוגיות-לאומיות-תרבותיות. בנסיבות אלה, המונח "כריית נשים" נועד לא רק להמשיג טענה קיימת,<sup>86</sup> אלא להביא את האינטרסים הכלכליים לקדמת הדיון במדיניות הפריור הישראלית וביישומה.

### כריית נשים

את המושג "כרייה" אפשר ליישם בהקשר הכללי של תהליכי טכנוקרטיה,<sup>87</sup> מדיקליזציה וקומודיפיקציה של הגוף בחברה קפיטליסטית.<sup>88</sup> אפשר גם לשייך את המונח "כרייה" לשאלה ביו-אתית רחבה יותר של בעלות על חומרי גוף ומסחורם.<sup>89</sup> בהקשרים האלה גברים כנשים, ילדים כזקנים – במידה זו או אחרת כולנו מושא לכרייה מצד הרפואה ושותפיה. בדומה לכך, את המושג "כריית נשים" אפשר לראות בהקשר רחב יותר מאשר טיפולים רפואיים, למשל בתעשיית הצרכנות של אימהות בכלל<sup>90</sup> או בתעשיית היופי בתרבות הקפיטליסטית.<sup>91</sup> עם זאת, המושג "כריית נשים" מתאר באופן המדויק ביותר את תחום הפרייה והרבייה של נשים, שבו כוחות המדיקליזציה והקפיטליזם פוגשים את הפטריארכיה.<sup>92</sup> אין זה מקרי אפוא ש"כריית נשים" דומה דמיון צלילי לביטוי "כריעת נשים", שמקורו בביטוי התלמודי "[אישה] שכורעת לילד" (גמ' שבת לב:א).

הוגות הגל השני הרדיקלי של הפמיניזם הראו שמוסד האימהות שימש לאורך ההיסטוריה כמוקד השליטה בנשים, ובהמשך לכך שימשו גם התהליכים הביולוגיים הייחודיים הנלווים לאימהות כהנחת יסוד שהצדיקה ואיפשרה את השליטה בהן. כדברי אדריאן רייץ: "גוף האישה הוא הקרקע שעליו נבנית הפטריארכליות".<sup>93</sup> בעידן המודרני זוהו הרופאים כסוכנים העיקריים של תהליך זה, ואמצעי השליטה העיקרי שלהם הוא המדיקליזציה של תהליכי הפריה והרכייה אצל נשים.<sup>94</sup> בתקופה שבה כתבה רייץ' באה אותה מדיקליזציה לידי ביטוי בעיקר סביב הלידה עצמה, אבל מאז היא הלכה והתפשטה לעוד תחומים בחיי המין ותהליכי ההולדה של האישה. התגובה הפמיניסטית לא איחרה לבוא. ב-1985 הוקמה FINRRAGE, רשת בינלאומית פמיניסטית של התנגדות להנדסה רבייתית וגנטית, על רקע "המודעות הגוברת בקרב פמיניסטיות שהגיע הזמן להטיל ספק בהנחה שצורות ישנות וחדשות יותר של אמצעי מניעה, טכנולוגיות רבייה חדשות והנדסה גנטית הן ניטרליות, או ככלל מיטיבות".<sup>95</sup>

בהתאם להבנות אלה, אבקש לטעון גם בקשר ל"כריית נשים" שאין מדובר רק באינטרסים כלכליים, אלא גם בפיקוח חברתי<sup>96</sup> ובכוח, במובן הפוקיאני הרחב,<sup>97</sup> ובמיוחד במובן הפמיניסטי הרדיקלי, דהיינו מטעם הפטריארכיה.<sup>98</sup> בהקשר זה רלבנטי לענייננו גם הדמיון הצלילי של המושג "כריית נשים" לביטוי "הכרעת נשים", אף כי מן המילה "הכרעה" עולה ריח של משימה שהושלמה, ואילו את "כריית נשים" יש להבין כניסיון להכריע נשים – משימה שיש לקוות שלעולם לא תושלם. אמנם הדיון על "פרו-נטליזם" נראה במבט ראשון ניטרלי מבחינה מגדרית, אולם כפי שראינו לעיל, חוקרות רבות הראו כיצד השיח מתמקד בנשים ומתייחס אליהן כאל מי שאחראיות הן על היקף הילודה והן על איכותם של היילודים, ובכך פועל ליצור ולשמור על היררכיה מגדרית. העובדה שבתוך כך נבנות ונשמרות היררכיות בקרב נשים, בין אם על בסיס לאום, עדה, מעמד כלכלי ועוד, אינה סותרת את משטור הנשים ככלל ואף מגבה אותו.<sup>99</sup>

כלי מרכזי נוסף שנועד "להכריע" נשים הוא הפעלת כוח של ממש על גופן, וכאן אפשר להוסיף למשחק המילים את הביטוי "קריעת נשים". בהקשר של מתן טיפולים בתחום הגינקולוגיה, הוגי דעות זיהו צורות שונות של הפעלת כוח, החל ב"אלימות סימבולית"<sup>100</sup> וכלה ב"אלימות מיילדותית".<sup>101</sup> בהקשר של טיפולי פוריות בפרט, ראוי לציין בנוסף לקשיים הגופניים והנפשיים הכרוכים בטיפולים עצמם, את החוסר בסיוע ותמיכה לנשים מטעם המדינה גם במקרים שבהם המדינה אחראית בחלקה למצבן, לדוגמה, בעת טיפולי פוריות חוזרים, ביצוע "דילול עוברים" לאחר ההחזרה של יותר מעובר אחד לרחם, הורות מאוחרת, וטיפול לקוי בפגים שנולדו בעקבות הטיפולים.<sup>102</sup>

לבסוף, אבקש לנמק את הבחירה במונח "כריית נשים" מכיוון שעל פי רוב, כשמדובר ב"כרייה" מדובר בנגישות למשאב טבע שנמצא לרוב בבעלות המדינה ונתון להסדרתה ובמעורבותה של תעשיית-ענק. כך גם המצב בקשר לתעשייה הישראלית של "כריית נשים". בישראל, כאמור, מתן טיפולי פוריות כרוך בהוצאה אדירה מצד המדינה,<sup>103</sup> וככל הנראה מדובר בהשקעה משתלמת: תעשיית ה-IVF הישראלית היא מפורסמת, וכתוצאה מכך מושכת גם צרכנים מחו"ל.<sup>104</sup> בנוסף, לצד הסבסוד הציבורי הניכר שניתן לטיפולים אלה בישראל, ההזדקקות לטכנולוגיות פריון

הולכת ונעשית כרוכה בהוצאה כספית פרטית, המוסיפה למניעים הכלכליים של ספקי שירותים אלה.<sup>105</sup> מתברר שמתן "אוטונומיה" לצרכניות בתחום יוצר שוק פעיל ורווחי.<sup>106</sup>

לצד הדברים האלה, אין ספק שהניסיונות הכושלים של משרד האוצר להטיל הגבלות על מתן טיפולי פוריות, כמו אלה שתוארו במאמריהן של בירנבוים-כרמלי ושל גולדין לעיל, יוצרים רושם של אוזלת יד של הרשויות, ואף של מעילה בתפקידן כשומרות סף שאמורות להגן על הציבור מפני אינטרסים כלכליים לא ענייניים. באותה דרך אפשר להתייחס למסמכי ההנחיות בדבר מתן הטיפולים שפורסמו במשך השנים, לעיתים בחסות משרד הבריאות.<sup>107</sup> יש להדגיש שבהקשר הישראלי, הרופאים מהווים קבוצת אינטרס חזקה מאוד,<sup>108</sup> בין השאר בשל שיטת הממשל הישראלית, היוצרת מצבים רבים של ניגוד עניינים אינהרנטי בין הרופאים כאנשי מקצוע לבין רשויות הבריאות. לדוגמה, הממשלה היא הבעלים של רבים מבתי החולים (שבהם מתבצעים בין השאר טיפולי הפוריות), אשר ממומנים באמצעות תקציב משרד הבריאות, שאף הוא מנוהל באופן מסורתי על ידי רופאים בכירים, ומתחרה במשק הבריאות עם גורמים אחרים, פרטיים וציבוריים, ובה בעת מתפקד כמשרד ממשלתי הקובע את המדיניות של מערכת הבריאות כולה.<sup>109</sup> בנוסף, ועדות ממלכתיות העוסקות בתחום הפיריון מאוישות בדרך כלל על ידי רופאים או מתקיימות תחת חסותה של הסתדרות הרופאים, שדואגת הן לרפואה הציבורית והן לרופאים שעוסקים ברפואה פרטית וביזמות רפואית וכיו"ב.<sup>110</sup>

והנה בתוך סבך האינטרסים האלה, נראה שכמעט ולא נותר מקום לשאלת האישה עצמה, אם באשר לטובתה, ואם לרצונה. אשר להיבט של "מה נשים רוצות?" בהקשר של תעשיית "כריית הנשים", אפשר להתייחס אליו תוך שימוש בביטוי "קריאת נשים", ומבחינה זאת אין ספק שהצגת טיפולי הפוריות בישראל באור שלילי-דכאני בלבד מסתירה את מורכבות הסוגיה. ההוגה הפמיניסטית שולמית פיירסטון אף זיהתה את האפשרות לשחרור נשים דרך טכנולוגיות פיריון. בספרה *The Dialectics of Sex* שראה אור ב-1970 הייתה פיירסטון אחת הפמיניסטיות הבולטות שאיתרו את מקור ההפליה נגד נשים באימהות, ומכאן הצעתה שהישועה תבוא מטכנולוגיה שתשחרר נשים מתפקידן הביולוגי להרות ולהוליד.<sup>111</sup>

בפועל, נשים רבות עושות שימוש חתרני באפשרויות שמקנות טכנולוגיות הפיריון, למשל ללדת רק לאחר פיתוח קריירה, או במסגרת מבנים משפחתיים לא הטרונומרטיביים, בניגוד לרטוריקת הפרו-נטליזם המסורתית.<sup>112</sup> בנוסף, נשים רבות מדווחות על חוויית העצמה דרך טכנולוגיות הפיריון.<sup>113</sup> גם אין להתעלם מכך שנשים לקחו חלק חשוב בהפצת טכנולוגיות הפיריון בישראל, וראו מאמרה של גולדין לתיאור מקיף של אקטיביזם ציבורי בתחום.<sup>114</sup> לא זו אף זו, הטענה בדבר "דרישה מצד הנשים" משמשת לעיתים קרובות את הרופאים כדי להסביר את ריבוי הטיפולים, כולל כאלה שנחשבים לחסרי סיכוי.<sup>115</sup>

כך או כך, וגם אם נתעלם מן הבעייתיות הפילוסופית הכרוכה במושג הרצון האנושי,<sup>116</sup> טענות אלו מפספסות את "המבט הרחב", הן בקשר לסוגיות אחרות בתחום ניהול הפיריון של נשים והן בקשר לנשים אחרות, דהיינו אלו שאינן תומכות במתן הטיפולים במתכון הנוכחי. במילים אחרות, העמדה שמייחסת את "כריית הנשים" ל"רצונן של נשים" מסתירה את העובדה שנשים

ככלל רוצות הרבה דברים, ושהקשבה ל"קריאת הנשים" בעד הטיפולים היא סלקטיבית למדי.<sup>117</sup> השאלה שראויה לבחינה אפוא איננה מה נשים רוצות, אלא אילו מבקשותיהן נענות בחיוב.<sup>118</sup> בכל מקרה, העובדה שרופאים תומכים בבקשתה של קבוצה (מסוימת) של צרכניות, גם אם מתוך רצון אמיתי להקל על סבלן, אינה אומרת שהם אינם פועלים מתוך אינטרס כלכלי או משיקולים של יוקרה מקצועית. אדרבה, לדברי רוזין ודוידוביץ, שיתוף פעולה עם ארגונים לזכויות אדם וארגונים העוסקים בזכויות בריאות תוך כדי שימוש בנימוקים מוסריים ובתביעות מן הסוג של הצלת מערכת הבריאות או ציבור החולים הוא אופן פעילות שכיח של (הסתדרות) הרופאים בישראל, שכך הם "מקשים על הציבור הנידון להבין אל נכון את מפת האינטרסים שלהם."<sup>119</sup>

אשר להישענות של רופאים על "דרישות הנשים" כדי להצדיק את ריבוי הטיפולים והטיפולים העודפים, לא פעם בצירוף הנימוק "אם אזורק מטופלות מהקליניקה שלי הן יילכו לרופא אחר",<sup>120</sup> וגם אם נתעלם מן הבעיות האתיות הכרוכות בו, מן הראוי להתמקד בשאלה אילו בחירות (ה)עמדו בפני אותן מטופלות. בפרט, אין לדון בתמיכתן של נשים בטיפולי פוריות בלי להביא בחשבון את המחיר החברתי הכבד שנשים "חשוכות ילדים" בישראל נאלצות לשלם.<sup>121</sup> מנגד, המדיניות שמספקת לנשים מימון ציבורי למספר בלתי מוגבל של טיפולים עד להשגת שני ילדים, והרשות לקבל טיפולים נוספים שלא במימון ציבורי, לא רק הופכת דרך זו ל"קלה" ביותר להשגת הורות,<sup>122</sup> אלא גם מעבירה לאישה מסר ברור שלפיו אין גבול להקרבה האישית המצופה ממנה בדרכה "למלא את התפקיד המשמעותי ביותר בחייה – להיות אם".<sup>123</sup> גם בירנבוים-כרמלי מתארת רופאים המחמיאים לנשים על התמדתן ונחישותן במהלך הטיפולים.<sup>124</sup>

בשורה התחתונה, טענות המבקשות להדגיש את "רצונן של נשים" יוצרות מצג שווא במציאות שבה עד היום, רוב מקבלי ההחלטות בתחום – החל ברופאים, עבור בפקידי ממשל וכלה בחברי כנסת – הם גברים.<sup>125</sup> פיירסטון עצמה הדגישה שהישועה לא תבוא כל עוד אותן טכנולוגיות פרוין אינן נשלטות על ידי נשים. הלכה למעשה, מדיניות הפרוין הישראלית מסתמכת על תקנות, נהלים פנימיים והנחיות (לא מחייבות) שרובם נקבעים על ידי רופאים,<sup>126</sup> ובעיקר מאשרים קבלת החלטות במקרים פרטניים, בין שעל ידי הרופא המטפל ובין שעל ידי ועדות מומחים, בלי שקיפות ובלי חובת דיווח.<sup>127</sup> אמנם במסגרת קבלת הטיפולים עצמם עדיין עומדת לנשים הזכות ל"הסכמה מדעת", המושרשת היטב במשפט הישראלי ובפרט בחוק זכויות החולה התשנ"ו–1996, אך גם כאן אפשר להצביע על כמה דרכים להניע נשים לבחור בטיפולים. שלו וגולדין מציינות למשל כי "מאחורי הדרך שבה ההצלחות, הכישלונות והסיכונים הכרוכים בטיפולים מועברים עשוי לעמוד רופא אמביציוזי השואף להיות חלוץ בתחום רפואי המאופיין בחידושים טכנולוגיים".<sup>128</sup>

במקרים רבים, גם כאשר האישה מעוניינת לקבל החלטה מושכלת משלה, אין בנמצא די מידע שעליו תוכל להתבסס. עד לאחרונה (2014) לא היה בישראל מרשם מרכזי של נתונים בנושא הבטיחות והיעילות של השימושים השונים בטכנולוגיות הפריון העומד בסטנדרטים בינלאומיים.<sup>129</sup> וגם כאשר הממצאים המחקריים זמינים, הם תלויים בשאלות המחקריות שנשאלו מלכתחילה, וכן באופן שבו מודדים הצלחה במחקר. לדוגמה, במשך שנים נהגו למדוד הצלחת

טיפול פוריות בהתאם למספר ההריונות שהושגו. גם כשהחלו לאחרונה להתפרסם הנתונים על פי לידות, דבר לא נאמר על איכות חייו של הנולד (ושל הוריו).<sup>130</sup> אדרבה, כפי שהדגישו גולדין ובירנבוים-כרמלי, יש עדות להתעלמות מסורתית מן הממצאים בדבר הנזקים שהטיפול מסבים לנולדים מהם.<sup>131</sup> הנה, שוב מתברר שלא הילד ולא האושר מהווה המטרה אלא עצם ביצוע הטיפול, ומטרה זאת היא שעומדת בבסיס תעשיית הכרייה.

### סיכום ומסקנות

במאמר זה הוצג המושג "כריית נשים" מתוך הטלת ספק בטענה הרווחת שישראל היא מדינה מעודדת ילודה בראש ובראשונה עקב "המאבק הדמוגרפי", ושהנדיבות במתן טיפולי פוריות היא הסממן הבולט של מדיניות זו. לטענתי, המאבק הלאומי איננו ההקשר הנכון להבנת הנדיבות הישראלית הייחודית במתן טיפולי פוריות, ותחת זאת יש לראות במדיניות טיפולי הפריון הישראלית דוגמה אחת בלבד לשלל התערבויות רפואיות בגוף האישה שהמדינה מציעה ומעודדת. בפרט, במושג "כריית נשים" (יחד עם הביטויים הדומים לו מבחינה צלילית – קריאת נשים; קריעת נשים; כריעת/הכרעת נשים) טמונות התשובות לשאלת המוטיבציה מאחורי ריבוי ההתערבויות הרפואיות הללו: כסף וכוח, כלומר שילוב בין אינטרסים כלכליים, יוקרה מקצועית ומבנה חברתי פטריארכלי וכאני כלפי נשים. טענתי טענה כפולה: (א) יש להעדיף את הניתוח הפמיניסטי הן על פני הניתוח הלאומי של המקרה המקומי והן על פני הניתוח הליברלי המתמקד ב"זכות לאושר"; (ב) השימוש בכיולוגיה הנשית הוא בראש ובראשונה כלי שנועד לשמור על מקומן (הנמוך) של הנשים בהיררכיה הפטריארכלית ובכך לשמש בסיס מדעי ליחס אליהן בתור משאב ליצירת רווח, והסוכן המרכזי של תהליך זה והמרוויח העיקרי ממנו הוא הממסד הרפואי. מהן ההשלכות של הניתוח שהוצג כאן? אבקש להצביע על שתיים. ראשית, כפי שראינו לעיל, בכל האמור בטכנולוגיות עזר לפריון היחס הרווח לישראל הוא כאל מקרה ייחודי, גם אם גרוטסקי מעט, אולם אם בוחנים את המקרה הישראלי לאור התיאוריה הפמיניסטית, הייחודיות המיוחסת לישראל מתפוגגת, בין אם בקשר לשימוש בטכנולוגיות פריון בפרט ובין אם בקשר לתעשיית "כריית נשים" בכלל. גם אם הנתונים הסטטיסטיים בסוגיה של מתן טיפולי פוריות בישראל הם חריגים, הם רחוקים מלהצביע על תופעה ייחודית, שכן בעולם כולו נעשה שימוש בטכנולוגיות אלו, המושתתות על העדפה של ילדים גנטיים.<sup>132</sup>

בנוסף, גם אם בישראל נעשה שימוש קיצוני בטיפול פוריון, הוא קיצוני פחות מן הנהוג בהיבטים אחרים של תחום הפריון והמיילדות של נשים, למשל ביצוע ניתוחים קיסריים מיותרים, הפלות של עוברים ממין נקבה, בדיקות גנטיות של פגיונות וכיוצא בזה.<sup>133</sup> וגם אם בישראל הצליחו הרופאים לגייס את תמיכת הרשויות ולהשתלב בהן יותר מאשר במדינות רבות אחרות, אין לתרגם את היעדר ההסדרה החוקית של עסקי "כריית נשים" במקומות אחרים כהיעדרם; בדרך כלל, ככל שהמדינה נסוגה או נרתעת מהסדרה של סוגיה זו או אחרת, נפתח פתח לפעולתם של גורמי שוק פרטיים, וגם בארץ משתלבים גורמים ציבוריים ופרטיים בשטח בכל סוגיה וסוגיה.<sup>134</sup>

בכל מקרה, נותרת השאלה "מה כבר ההבדל מבחינת האישה?" ונראה שלכל היותר ההבדל הוא בצורה ובמידה. כפי שהראתה כנאענה, גם בתוך אותה חברה עצמה הנשים ניצבות בפני דרישות סותרות: ללדת כמה שיותר ילדים, או ללדת כמה שפחות אך "להשקיע" בהם. לשיטתה, העיקר הוא גיוס גופן של נשים לצורכי הלאום, ולשיטתי – לצורכי הפטריארכיה.<sup>135</sup> אשר לשאלה איך בדיוק מתבצעת "כריית הנשים" בכל חברה וחברה, היא מעניינת אך חורגת ממסגרת הדיון במאמר זה. ככלל, אפשר להניח שהייחודיות של כל חברה תבוא לידי ביטוי בכל פעם שקובעי המדיניות – פוליטיקאים, רופאים, אנשי דת ובעלי אינטרסים שונים – מצליחים לרתום את האמונות, התקוות, הדאגות והפחדים הדומיננטיים באותה חברה לצורכיהם. דוגמה טובה לכך נמצאת במאמר של האנתרופולוגית ציפי עברי, המתאר איך תמונות אולטרה-סאונד של עוברים משמשות בחברה הישראלית להטלת אימה כדי לשכנע נשים לבצע בדיקות רפואיות ולהפיל עוברים "בלתי תקינים", ואילו בארצות הברית נעשה בהן שימוש כדי לשכנע נשים שלא להפיל כלל.<sup>136</sup> במילים אחרות, העיקר הוא תהליך "חינוכן" ומשטורן של נשים וויסות התנהגותן בחסות הרפואה; התוצאה עצמה חשובה פחות.

ההשלכה השנייה של ההצעה לטבוע את המושג "כריית נשים" נוגעת לאחריות ולאסטרטגיות שלנו, החוקרות הפמיניסטיות והאקטיביסטיות. כאמור, השיח על "המאבק הדמוגרפי" ועל "הזכות לאושר" וכיוצא באלה דאגות לשלום הציבור ולביטחוננו משמש במקרים רבים כלי רטורי שנועד לשכנע (גם את הדוברים עצמם) במטרות הנעלות כביכול המנחות את הנדיבות הישראלית במתן טיפולי פוריות. אולם בתוך כך "הם מקשים על הציבור הניזון ממנו להבין אל-נכון" חלק ניכר ממניעיו האמיתיים, ובעיקר את האינטרסים העומדים מאחורי תעשיית הפריון בישראל.<sup>137</sup> נאמר אחרת: למילים, כמו תמיד, יש כוח רב, וייתכן מאוד שבזכותן התאפשרה הפיכתה של ישראל ל"מעצמת פריון".

בנסיבות אלה, בכל פעם שאנו כחוקרות מתייחסות לטענות על הקשר האמיץ בין מדיניות הפריון ל"מאבק הדמוגרפי" כאילו מדובר בשיקוף המציאות, אנחנו מעצימות את כוחו של הממסד לפגוע בנו. מנגד, על פי מיטב המסורת הפמיניסטית, הצעד הראשון בכל מאבק הוא שיום, דהיינו קריאה לילד בשמו. המושג "כריית נשים" נועד להתייחס לתופעה ישראלית ללא כחל ושרק, ולהדגיש את החתירה להפקת רווחים מגופן של נשים ולעיגון השליטה בהן, לעיתים קרובות על חשבונן.<sup>138</sup>

לסיום, אני מחכה בקוצר רוח שיימצאו הסדקים בתזה שהוצגה בדפים אלה; כדברי לאונרד כהן, "בכל דבר יש סדק, כך נכנס האור",<sup>139</sup> והייתי שמחה לראות את הדברים באור קודר פחות.

## הערות

1. ראו לדוגמה: "Breaking the baby strike", *The Economist* (July 25, 2015), p. 47 וכן Alena Heitlinger, "Pronatalism and Women's Equality Policies", *European Journal of Population*, 7(4) (1991): 343-375.
2. Daphna Birenbaum-Carmeli & Y. S. Carmeli, "Introduction: Reproductive technologies among Jewish Israelis: Setting the ground", in *Kin, Gene, Community: Reproductive Technologies among Jewish Israelis* (New York and Oxford: Berghahn Books, 2010), Leslie וראו ("Birenbaum-Carmeli & Carmeli, "Introduction להלן 1, 7-8, 14-15, 19 King, "Demographic trends, pronatalism, and nationalist ideologies in the late twentieth century", *Journal of Ethnic and Racial Studies* 25 (2002): 367 דמוגרפיות, מדיניות פרו-נטליסטית ואידיאולוגיות לאומיות בארבע מדינות: צרפת, רומניה, ישראל וסינגפור. קינג הגיעה למסקנה שבהשוואה למדינות האחרות, המאמצים הישראליים לעודד פוריות חלשים.
3. אמנם תמצאו כאן השוואות לסוגיות אחרות מתחום הפרייון, אך מפאת קוצר היריעה לא אוכל לפרט יתר על המידה בהקשרים השוואתיים אלה.
4. Daphna Birenbaum-Carmeli, "Thirty-five years of assisted reproductive technologies in Israel", *Reproductive Biomedicine & Society On-line*, 2 (2016): 16-23 (להלן: "Carmeli, "Thirty Five Years-Birenbaum לטיכום הבחינה המשפטית ראו למשל Shulamit Almog and Sharon Bassan, "The Politics of Pro and Non-Reproduction Policies in Israel", *Journal of Health & Biomedical Law*, 14 (27) (2018): 39 (להלן "Almog and Bassan, "The Politics of Pro and Non-Reproduction
5. לשימוש באותה מטאפורה ראו אורנה דונת, "פרו-נטליזם סדוק: נרטיבים של הולדה ואי-הולדה בישראל" סוציולוגיה ישראלית י"א (2) (2010): 417 (להלן דונת, "פרו-נטליזם סדוק").
6. כפי שמסבירה יאלי השש, באופן כללי חוקרים נוטים לראות את המדיניות הישראלית בקשר לפרייון כביטוי של פרויקט "בניית האומה". ראו Yali Hashash-Daniel, "The Medicalization of Reproduction in Israel", in *Kin, Gene, Community: Reproductive Technologies among Jewish Israelis* (New York and Oxford: Berghahn Books, 2010), 271 (להלן "Hashash. "Medicalization of Reproduction" בתוך כך מושמעות שתי טענות עיקריות: ראשית נטען שישראל היא פרו-נטליסטית על רקע "המרוץ הדמוגרפי" עם הפלסטינים, טענה שנדונה במאמר זה. שנית, דובר על השאיפה ליצור "יהודי חדש" בעל מאפיינים פיזיים ותרבותיים התואמים אידיאלים מערביים מודרניים. טענה זו תידון כאן רק כדרך אגב. בשלב זה אבקש רק להצביע על סתירה מסוימת בין שתי המטרות כביכול – שהרי בבסיס הטענה הדמוגרפית עומדת ההנחה שכוונת המדינה היא רק לעודד את לידתם של כמה שיותר יהודים, ואילו הטענה השנייה מסתייגת מכך. לעיתים מדברים על המאבק בין איכות לכמות. ראו Gary S. Schiff, "The Politics of Fertility Policy in Israel", in *Modern Jewish Fertility*, ed. Paul Ritterband (Leiden: E.J.Brill, 1981), 256, 267

7. באנגלית אפשר לדבר על *min(d)ing women*.
8. על "המשפחתיות" כאפיון של החברה הישראלית ראו סילביה פוגל-ביז'אווי, "משפחות בישראל: בין משפחתיות לפוסט-מודרניות", בתוך מין, מגדר, פוליטיקה, עורכות ד' יורעאלי, א' פרידמן, ה' דהן-כלב, ח' הרצוג, מ' חסן, ח' נוה וס' פוגל-ביז'אווי (תל אביב: הקיבוץ המאוחד, 1999), 107; Hisky Shoham, "You Can't Pick Your Family": Celebrating Israeli Familism around the Seder Table", *Journal of Family History* 39 (3): (2014): 239–260.
9. ניצה ברקוביץ, "אשת חיל מי ימצא? נשים ואזרחות בישראל", סוציולוגיה ישראלית 10 (1999): 277 (להלן ברקוביץ, "אשת חיל"). כאמור, אין כאן סקירת ספרות מקיפה, ויצוין שבחרתי במאמרים שעוסקים בהיבט החוקי-מדינתי של הסוגיה לעומת הפן החווייתי-אתנוגרפי. מן השנים שקדמו לכתיבת מאמרים אלה ראויים לציון ספרה של לסלי הייזלטון, *צלע אדם: האשה בחברה הישראלית* (ידיעות, 1978), 52–74, שדיברה לראשונה על "פולחן הפוריות" בישראל, וגם Nira Yuval-Davis, "The Bearers of the", *Feminist Review* 15 (4) (1980).
10. ברקוביץ, "אשת חיל", 86–285. בהמשך הציטוט נאמר כי "ישראל היא גם המדינה הראשונה שבה הוסדר נושא הפונדקאות בחוק", אולם מאמר זה מתמקד בטיפולי פוריות.
11. ברקוביץ, "אשת חיל", 286, וראו ההפניות שם.
12. Jacqueline Portuguese, *Fertility Policy in Israel: The Politics of Religion, Gender, and Nation* (Westport, Conn: Praeger Publications, 1998), 194 גם פורטוגו התייחסה לפן הכלכלי של המדיניות, אלא שבניגוד לברקוביץ היא טענה ש"מדיניות פרו-נטליסטית המכוונת לאוכלוסייה היהודית קיימת ללא התחשבות במצב הכלכלי" (להלן Portuguese, *Fertility Policy in Israel*).
13. שוהם מלמד, "כעבור שנים מעטות נהיה כולנו בני עדות המזרח: אמהות, פריון והבנייתו של 'האיום הדמוגרפי' בחוק גיל הנישואין", תיאוריה וביקורת 25 (2005): 69, 70 (להלן מלמד, "כעבור שנים").
14. שם, 78–79.
15. שם, 78. ראו גם יאלי השש, כמה ילדים זה שמחה: מדיניות ילודה בישראל 1962–1974, עבודת מאסטר, אוניברסיטת חיפה, 2004.
16. Orit Rozin, *A Home for all Jews: Citizenship, Rights and National Identity in the Young Israeli State* (Waltham MA: Brandeis University/University Press of New England, 2016) (להלן Rozin, *A Home for all Jews*).
17. שם, 36. רוזין אינה חותרת להסביר מדוע מימון משתמשת ברטוריקה זו כדי לקדם את המאבק. לדעתה מדובר בסימן של ייאוש ותסכול מצידה מול ההימנעות של הרשויות מלטפל במה שהיא ראתה כבעיה בוערת. ראוי לציון גם את היעדר ההתייחסות של מלמד למצוקה של אותן בנות-אימהות שנאלצו להינשא מוקדם כל כך.
18. שם, 17, 42, 47. והשוו ברקוביץ, "אשת חיל", 294. Rawia Aburabia, "Family, Nation Building



and Citizenship: The Legal Representation of Muslim Women in the Ban against Bigamy and Citizenship: The Legal Representation of Muslim Women in the Ban against Bigamy (2019) 34 (3) *Journal of Law and Religion* 1951- Clause. לי נראה שמתאים כאן הניתוח בדבר "ברית בין גברים" שמציעה חסן. מנאר חסן, "הפטריארכיה, המדינה ורצח נשים בשם כבוד המשפחה", בתוך מין, מגדר, פוליטיקה, עורכות ד' יזרעאלי, א' פרידמן, ה' דהן-כלב, ח' הרצוג, מ' חסן, ח' נוה וס' פוגל-ביז'אוי (תל אביב: הקיבוץ המאוחד, 1999), 267.

19. ראו למשל "מעקב אחר יישום חוק גיל הנישואין", פרוטוקול מס' 178 משיבת ועדת חוקה, חוק ומשפט (2/5/2016). יודגש שבין היוזמות להעלאת גיל הנישואין מ-17 ל-18 ב-2013 היו פעילות פמיניסטיות ערביות שעדיין נלחמות למען אכיפת החוק.

20. Rhoda Ann Kanaaneh, *Birthing the Nation: Strategies of Palestinian Women in Israel* (California: University of California Press, 2002), 38. (להלן *Kanaaneh, Birthing the Nation*).

21. שם.

22. דפנה הירש, "באנו הנה להביא את המערב: השיח ההגיגיני בארץ ישראל בתקופת המנדט הבריטי", *זמנים* 78 (2002): 107.

23. "Introduction", Birenbaum-Carmeli & Carmeli, 10-11, וראו גם לעיל ה"ש 6.

24. אם כי לדעתה, בהיבטים אחרים של מדיניות האוכלוסין של המדינה, כגון הגירה ושליטת קרקעות אתנית, המאמצים הם מוחשיים (38, *Kanaaneh, Birthing the Nation*).

25. שם, 63-65.

26. השש, כמה ילדים זה שמחה, 30.

27. Daphna Birenbaum-Carmeli, "'Cheaper than a Newcomer': On the political economy of IVF in Israel", *The Sociology of Health and Illness*, 26(7) (2004): 897-924. דפנה בירנבוים-כרמלי, "יותר זול מעולה חדש": על מדיניות הפריון והפוליטיקה של 'המשפחה הטבעית' בישראל", *מטעם* 18 (2009): 65 (להלן בירנבוים-כרמלי, "יותר זול מעולה חדש").

28. בירנבוים-כרמלי, "יותר זול מעולה חדש", 66.

29. במיוחד לאחר פיתוח טכנולוגיית ICSI, שבה מופרית ביצית שנשאבה בהפריה חוץ-גופית באמצעות זרע המוזרק היישר לתוכה. במילים אחרות, גם אם הבעיה הרפואית היא ספירת זרע נמוכה אצל הגבר, מספיק שייצור זרע בכמות כלשהי על מנת להעביר את הטיפולים לגוף האישה. על השיטה ראו למשל כרמל שלו, "טכנולוגיות פריון וגנטיקה בישראל", ביו-אתיקה כחול לבן: ביו-אתיקה ומשפט רפואי בישראל, עורך גיל סיגל (ירושלים: מוסד ביאליק, 2015), 140, 141-142 (להלן שלו, "טכנולוגיות פריון").

30. בירנבוים-כרמלי, "יותר זול מעולה חדש", 68.

31. שם, 70.

32. לרקע ההיסטורי של המימון ראו 23–24, Birenbaum-Carmeli & Carmeli, “Introduction”.
33. על הסיכונים ועל כך שהם אינם חלק מהדיון הציבורי ראו שם, 19–18, Judith Lorber, “Choice, gift, or patriarchal bargain? Women’s consent to in vitro fertilization in male infertility”, *Hypatia* 4 (1989): 23–36.
34. בירנבוים-כרמלי, “יותר זול מעולה חדש”, (2009), 72, Birenbaum-Carmeli & Carmeli, “Introduction”, 23.
35. מנגד ראו Elana Bloomfield, “Conceiving Motherhood: The Jewish Female Body in Israeli Reproductive Practices”, *Interceptions* 10 (2009): 227. Bloomfield, (להלן) “Conceiving Motherhood”. בלומפילד מייחסת את ההתמקדות בטיפולים ואת החתירה ללדת תינוק גנטי ליחס של היהדות אל נשים בתור אימהות, ולהיריון ולידה כחלק אינטגרלי מן הזהות הנשית.
36. בירנבוים-כרמלי מתייחסת לעניין במאמר מאוחר יותר (Thirty Five) Birenbaum-Carmeli, “Years” שבו היא טוענת כי בגלל מחסומים כלכליים ותרבותיים, רוב צרכני טכנולוגיות הפרייה הם יהודים. מנגד ראו מאמרה המראה את היתרונות היחסיים שמציעה מערכת הבריאות הישראלית לגברים פלסטינים הסובלים מאי-פוריות: Daphna Birenbaum-Carmeli & Marcia Inhorn, “Masculinity and Marginality: Palestinian Men’s Struggles with Infertility in Israel and Lebanon”, *Journal of Middle East Women’s Studies* 5 (2009): 23–52.
37. סיגל גולדין, “טכנולוגיות של אושר: ניהול פרייה במדינת רווחה פרו-נטליסטית”, בתוך פערי אורחות: הגירה, פוריות וזהות, עורכים יוסי יונה ואדריאנה קמפ (ירושלים: ון ליר/הקיבוץ המאוחד, 2006), 167 (להלן גולדין, “טכנולוגיות של אושר”).
38. שם, 202.
39. שם, 191; לדברי גולדין, הסיבות שהועלו בדיון היו אי-יעילותה הכלכלית של הצעת הקיצוץ; הפגיעה באינטרס הדמוגרפי הלאומי-יהודי; הפגיעה במה שהוגדר כשתי זכויות בסיסיות: הזכות לרווחה רגשית והזכות להגשמה עצמית באמצעות הורות (ובעיקר אימהות); הפגיעה בזכויותיהם של האזרחים (היהודים); והפגיעה בצורך שמשמעותו ייחודית לחברה הישראלית: הצורך במשפחה.
40. שם, 192–194. גולדין גם מבקרת את השיח התומך בטיפולים באמצעות טענות מסוג המאבק הלאומי בין יהודים לערבים: “בכך הופך ‘הגוף הערבי הפורה’ לנוכח-נפקד בשיח על טכנולוגיות הפרייה בישראל” (שם, 198).
41. שם, 202.
42. שם, 180. נראה ששיקולים דמוגרפיים-לאומיים גם אינם ממלאים תפקיד בהחלטות הפרטיות של אנשים סביב ילודה. ראו דונת, “פרו-נטליזם סדוק”, 426.

43. גולדין, "טכנולוגיות של אושר", 177-178, 185, 189, 193.
44. שם, 184-185, 187-188, וראו גם יחזקאל מרגלית, "משאבים רפואיים (בלתי) מוגבלים – הורות בכל גיל, בכל מחיר ובמימון המדינה?" מאזני משפט ט (תשע"ד): 267 (להלן מרגלית, "משאבים רפואיים"). הטענה הכלכלית שטיפולי פרויון הם "יותר זולים מעולה חדש" מעולם לא נבדקה; במשך שנים לא נעשה שום רישום של הנתונים בתחום, ועד היום אין מעקב (מבחינת נתונים) אחרי התינוקות שנולדים מטיפולי פוריות ואחרי הטיפולים שהם נזקקים להם, למשל בגלל לידות פג.
45. גם בענפים אחרים של כריית הנשים, כמו הניהול הרפואי של היריון ולידה, תמות של אושר ופחד משמשות לשימון גלגלי העסקה. ראו למשל Tsipy Ivri, "The Ultrasonic Picture Show and the Politics of Threatened Life," *Medical Anthropology Quarterly* 23 (3) (September 2009): 189-211 (להלן "Ultrasonic Picture").
46. שלו, "טכנולוגיות פרויון", 141.
47. Sarah Franklin, *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception* (Routledge, 1997). בכלל, יש מקום לדיון על "טכנולוגיות של תקווה" – אני מודה ליעל השילוני-דולב על ההערה החשובה.
48. Larissa I. Remennick, "The Quest for the Perfect Baby" (להלן "The Quest" (Remennick, "Hashash, "Medicalization of Reproduction ;
49. בירנבוים-כרמלי עצמה נשארת איתנה בהבנת הדברים גם במאמריה המאוחרים: Birenbaum-Carmeli, "Introduction", 8, 24; וכן "Thirty Five Years", שבו היא מוסיפה לדוגמת האימוץ את היחס של המדינה בכל הקשור לתהליכי פרויון טכנולוגיים שמסתמכים על תרומה מצד שלישי.
50. Birenbaum-Carmeli & Carmeli, "Introduction", 25.
51. בירנבוים-כרמלי, "יותר זול מעולה חדש", (2009) 72.
52. שם, 76.
53. גולדין, "טכנולוגיות של אושר", ה"ש 14.
54. גולדין גם מציגה את הטיעון של רופאים מסוימים שקיצוץ במימון הטיפולים יגרום לנשים ללחוץ על הרופאים להחזיר לרחמן כמה עוברים יחד, דבר שמעלה את הסיכוי להריונות מרובי עוברים וללידת פגים, המהווים נטל כלכלי על המערכת הרפואית (שם, 185). עם זאת, נראה כי הנוהל נמשך על אף שהקיצוץ לא אושר – ראו להלן.
55. שם, ה"ש 24; נכון ל-2004. ראו גם Birenbaum-Carmeli & Carmeli, "Introduction", 20; וכן Birenbaum-Carmeli, "Thirty Five Years", שבו מוצע שיש קשר בין נוהל זה ובין גילן (המבוגר) של רבות מן המטופלות.

56. ועדת הכנסת לעבודה ורווחה, 19.11.2013. לשינוי קטן בעניין ראו איתי גל, "הנחיות חדשות בישראל: החזרת עובר אחד בלבד בכל טיפול פוריות", *Ynet*, 3.10.17 (מדובר בנשים עד גיל 30).
57. על פי חוק תרומת ביציות (התש"ע-2010), וראו חדוה אייל, "על העלאת הגיל/רווחים", אתר אישה לאישה, יוני 2010. אייל מתארת מעין מחטף מטעם הרופאים שישבו בדיון והעלו את גיל האשה מ-51 ל-54.
58. Portugese, *Fertility Policy in Israel*, 154. לא ברור איך הממצא תורם לטענתה בדבר המניעים הפרו-נטליסטיים מאחורי הטיפולים. לדיון על המדיקליזציה של אי-פריון ראו גולדין, "טכנולוגיות של אושר", 173-175.
59. ככל הנראה בניסיון להתמודד עם הבעיה, האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה פרסם בינואר 2018 נייר עמדה שנועד לפרט את ההתוויות לטיפול הפריה חוץ-גופית ואת הבדיקות הנדרשות לקראתו. וראו גם קרין לויט פרידריך, "נשים מבוזות שנים על טיפולי פוריות, כשהבעיה היא בגבר", *Ynet*, 5.12.2017. (להלן לויט פרידריך, "נשים מבוזות שנים").
60. לדוגמה תמר רותם, "איך קורה שרופאים נכנעים לתכתיבי רבנים ושולחים נשים בריאות לטיפולים מיותרים?" הארץ, 20.3.2019.
61. ראו בנתונים שמציגות טליה אלדר-גבע, אתי סממה וליאת לרנר גבע, "טיפול הפריה חוץ גופית בישראל: מדיניות המימון הציבורי והשלכותיה", הרפואה 157 (11) (2018): 731-737 (להלן אלדר גבע ואח', "טיפול הפריה"). מדובר בנערות שגילן נמוך בהרבה מגיל הנישואין. היות שהרשויות נוהגות למנוע מנערה יהודייה להתחתן בגיל כזה, אפשר להניח שמדובר בנערות ערביות, ושוב אין התאמה בין מתן הטיפולים לבין הטענה הדמוגרפית-הלאומית.
62. Birenbaum-Carmeli, "Thirty Five Years"; דן אבן, "נשים מעל גיל 45 יעברו בדיקות מקיפות לפני אישור טיפולי הפריה", הארץ, 5.9.2012; אורית גולן, "הזכות להורות או הזכות לאשליה?" פורום צפת לביו-אתיקה, 19.3.2019 (מדווחת על מחקר שמתייחס לשנים 2007-2014); אלדר גבע ואח', "טיפול הפריה".
63. שרית רוזנבלום, "תעשיית האשליות", ידיעות אחרונות, 7 ימים, 28.11.2014.
64. איתי גל, "93% מרופאי הפוריות בישראל: נתנו טיפולים מיותרים", *Ynet*, 28.12.2014; ירון קלנר, "נתונים מדאיגים: ישראליות עוברות טיפולי פוריות – לשווא", *Ynet*, 22.5.2014; שרית רוזנבלום, שם, 32.
65. דנה ויילר-פולך, "מחקר: רק אחד מכל שישה טיפולי פוריות הסתיימו בלידה", וואלה, 6.3.2016. ראו גם אלמוג ובסן על שינוי מסוים ביחס התקשורת בעשור האחרון, המתבטא בפרסום דברי ביקרת בקשר לטיפולים, בעיקר לאחר שאירעו כמה אסונות בתחום (Almog and Bassan, "The Politics of Pro and Non Reproduction", 54-55). המחברות מדברות על התקופה של התגברות הביקורת נגד הטיפולים גם בכנסת, אבל אין במאמר ביקרת ישירה על הרופאים/הממסד הרפואי.
66. החלטתי לאמץ את המינוח שמציעות אלמוג ובסן (שם, 27, ה"ש 2) על-פי דונת פרו-נטליזם סדוק.
67. אין בדברים אלה הבעת הסכמה עם המדיניות. אדרבה, נראה שיש כאן פגיעה חמורה בשוויון על

- Carmel Shalev and Sigal Gooldin, "The Uses and Misuses of in vitro Fertilization in Israel: Some Sociological and Ethical Considerations", *Nashim* 12 (2006): 151, 175, fn. 60. (להלן "The Uses and Misuses") (Shalev and Gooldin).
68. דלילה אמיר, "'אחראית', 'מחויבת' ו'נבונה': כינון נשיות ישראלית בוועדות להפסקת היריון", תיאוריה וביקורת 7 (1995): 247.
69. כך לפחות כשמדובר בביצוע הפלה חוקית. לצד ביצוע הפלות אלה ממשיך להתקיים – בהסכמה בשתיקה של הרשויות – שוק פורה של ביצוע הפלות בלתי חוקיות בידי רופאים. ראו למשל נויה רימלט, "מנגישות חלקית שאין בה צדק לחקיקה צודקת: לקראת פרדיגמה חדשה של הפסקות היריון בישראל", עיוני משפט לט (2016): 415.
70. כשליש מהיילודים הם מלידות מרובות עוברים (תאומים ושלישיות) שבהם נצפו שיעורים גבוהים של סיבוכים לטווח קצר וארוך. אלדר-גבע ואח', "טיפולי הפריה".
71. ראו גם Ivry, "Ultrasonic Picture", 197. שימו לב שנהוג להשתמש במונח "עובר" גם כשמדובר בביצית מופרית (embryo); לדעתי, הבלבול במונחים עשוי להצביע אף הוא על היחס המקל יחסית לביצוע הפלות בישראל.
72. Hashiloni-Dolev, *A Life (Un)Worthy of Living: Reproductive Genetics in Israel and Germany* (New York, 2007), מצוטט אצל שלו, "טכנולוגיות פריון", 140, Larissa I. Remennick, "The Quest for the Perfect Baby: Why Do Israeli Women Seek Prenatal Genetic Testing?" *Sociology of Health and Illness* 28 (2006).
73. Almog and Bassan, "The Politics of Pro and Non Reproduction", 45–46. מנגד, ציון שבועוד קבלת טיפולי פוריות זכתה בהכרה רשמית כ"זכות" (שם, 37–38), לא ניתן להצביע על הכרה מקבילה ב"זכות" האישה לבצע הפלה, למשל.
74. דוגמאות מובהקות נוגעות ללידה ולהפלות, אך יש לשים לב גם לקשיים בקשר לאימוץ (כירנבוים-כרמלי, "יותר זול מעולה חדש") ואי-הורות (דונת, "פרו-נטליזם סדוק").
75. על פי סעיף 30 לחוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953 (כיום סעיף 42 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995) נקבע שרק יולדת שנוקקה לאשפוז הקשור ללידה זכאית למימון הוצאות הלידה. הלכה למעשה, המדיניות הצליחה לחסל את האפשרויות שהתקיימו אז ללידה חוץ-אשפוזית, ומאז עושה המדינה כל שביכולתה למנוע לידות שלא תחת אשפוז – ראו בספרי פְּרִיַת נשים יולדות: כלכלת הלידה בישראל (תל אביב: רסלינג, 2018) (להלן, לייסנר, כריית נשים).
76. אומי לייסנר, "תעשיית הלידה בישראל", המשפט 27 (2009): 20; לייסנר, כריית נשים.
77. Hashash. "Medicalization of Reproduction", 271. ראו גם סמדר נוי (קניון); דניאל מישורי ויאלי השש, "אווזות המטילות ביציות זהב – הצעת חוק תרומת ביציות התשס"ז-2007", רפואה ומשפט 36 (2007): 161.

78. Hashash, "Medicalization of Reproduction", 271–272; אורית רוזין ונדב דוידוביץ', "ההסתדרות הרפואית בשנות החמישים ובשנות האלפיים", עיונים בתקומת ישראל 19 (2009): 56 (להלן רוזין ודוידוביץ', "ההסתדרות הרפואית").

79. Remennick, "The quest", 21, 25. לתחילת התהליך ראו דפנה הירש, "המדיקליזציה של האמהות, יחסים אתניים וחינוך אימהות מזרחיות לטיפול היגיני בתינוק בתקופת המנדט", עיונים בתקומת ישראל (סדרת נושא): מגדר בישראל: מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה, עורכים מרגלית שילה וגדעון כ"ץ (2011), הוצאת מכון בן-גוריון, 106; "ללדת ועוד איך – חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט", בתוך מגדר בישראל, 336; צבי טריגר, "על הרגולציה של שירותי הפריור בישראל", בתוך מסדירים רגולציה: משפט ומדיניות, עורכים ישי בלנק, דוד לוי-פאור ורועי קרייטנר (אוניברסיטת תל-אביב, 2016), 295–292 (להלן טריגר, "על הרגולציה"). כיום יש עדות לנורמליזציה של ההזדקקות לטכנולוגיה בכל היריון בישראל. ראו Tsipy Ivry, "Kosher medicine and medicalized halacha: An exploration of triadic relations among Israeli rabbis, doctors, and infertility patients", *American Ethnologist* 37 (2010): 662–680; Birenbaum-Carmeli, "Thirty Five Years"

80. שלו, "טכנולוגיות פריור", 159.

81. אומי לייסנר, "הלידה שאינה קיימת: מחשבות ראשוניות על הסדרת לידה ללא-סיוע בישראל", חוקים ט (2017): 215.

82. בירנבוים-קרמלי, "יותר זול מעולה חדש", 77; Birenbaum-Carmeli & Carmeli, "Introduction", 23. ראו גם רותם אליזרע, "אין רופאים, הפגייה נסגרה", *ynet*, 25.12.2017 (להלן אליזרע, "אין רופאים").

83. רוזין ודוידוביץ', "ההסתדרות הרפואית", 91. המחברים חקרו את הסתדרות הרופאים בישראל ומוסיפים שאין זה אומר שחלק מן המאבקים שלה, למשל, להגדלת תקציבו של סל הבריאות, אינם עולים בקנה אחד עם טובת הציבור.

84. שלו, "טכנולוגיות פריור", 145. וראו גם Merav Amir, "Bio-Temporality and Social Regulation: The Emergence of the Biological Clock", *Polygraph: An International Journal of Culture and Politics* 18, (2006): 47–72. אמיר טוענת שטכנולוגיות הפריור יצרו אינטרס כלכלי של התערבות הממסד הרפואי בתהליכי הפריור של נשים (להלן Amir, "Bio-Temporality").

85. אליזרע, "אין רופאים".

86. תודה ליאלי השש על הסיוע בניסוח הדברים. דוגמה בולטת נמצאת במאמר של ורד ברזילאי (שנדון במאמרה של גולדין, "טכנולוגיות של אושר", 187–189) "תביאו שישה, תביאו שבעה, תביאו שמונה ילדים", מוסף הארץ, 25.1.2005. מעניין להשוות ריאיון זה שנתן פרופ' משיח עם הריאיון שנתן כעבור כעשר שנים. ראו רוזנבלום, "תעשיית האשליות".

87. הטכנוקרטיה והנהירה אחרי קסמי הטכנולוגיה חזקה בישראל לא רק בתחום הפריור – תודה לאלוי תימן על ההערה החשובה. ראו גם Robbie Davis-Floyd, "The Technocratic Body: American

- .Childbirth as Cultural Expression”, *Social Science and Medicine* 38(8) (1994): 1125–1140
- P. Conrad, “The shifting engines of medicalization”, *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1) (2005): 3–14
89. רוב תודות ליאלי השש על ההערה החשובה, שלמעשה מזמינה מאמר בפני עצמו, אך לא יכולתי לעשות עימה צדק במסגרת המאמר הנוכחי. לדיון חלקי בנושא ראו Hashash, “Medicalization of Reproduction”, 282–288, בפרק העוסק בתרומת ביציות ותאי גזע עובריים, וכן בפרק השוואתי אצל יאלי השש, נופר ליפקין וחדוה אייל, דו”ח: הצעת חוק תרומת ביציות: תמונת מצב (אשה לאשה, חיפה, 2008).
- Janelle S. Taylor & Linda Layne (eds.), *Consuming Motherhood* (New Jersey: Rutgers, 2004).
90. Joseph Hansen, Evelyn Reed & Mary-Alice Waters, *Cosmetics, Fashions, and the Exploitation of Women* (Pathfinder, 1986)
92. לדיון על הקפיטליזם ועל הפטריארכיה ככוחות נפרדים או משותפים בדיכוי נשים ראו Rosemarie Tong, *Feminist Thought: A Comprehensive Introduction* (Routledge, 1992, originally printed by Westview Press, 1989), 173–193 (להלן *Feminist Thought*, Tong).
93. אדריאן ריץ, ילוד אישה (עם עובד, 1989), 84.
94. ראו לרוגמה: Barbara Ehrenreich and Deidre English, *For Her Own Good: 150 Years of Expert Advice to Women* (New York: Doubleday, 1989 [1978, Anchor Books]); Mary O’Brien, *The Politics of Reproduction* (London: Routledge & Kegan, 1981) ובאופן כללי ראו Linda Gordon, *Woman’s Body, Woman’s Right: A Social History of Birth Control in America* (New York: Grossman/Viking, 1976) על הופעת המושג “השעון הביולוגי” כמכניזם (רפואי-מדעי) לשמירה על סדר מגדרי שמרני ראו מרב אמיר, “תקתוקו של שעון החול: השעון הביולוגי כביולוגיזציה של המשפחה ההטרונורמטיבית”, בתוך סקס אחר: מבחר מאמרים בלימודים להט”ביים וקוויריים ישראלים, עורכים א’ גרוס, ע’ זיו ור’ יוסף (תל אביב: רסלינג, 2016) (להלן אמיר, “תקתוקו של שעון”).
95. FINRRAGE emerged with the growing awareness among feminists that it is time to question the assumption that older and newer forms of contraceptives, the new reproductive technologies, and genetic engineering are neutral or even benign (מתוך האתר של FINRRAGE: <https://www.finrrage.org>).
96. I. K. Zola, “Medicine as an institution of social control”, *The Sociological Review*, 20(4) (1972): 487–504.
97. לכתובה הקושרת בין מדיקליזציה לבין רעיונות של הפעלת הכוח ומשמוע על פי פוקו ראו William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics* (University of Chicago, 1982); Sandra

Lee Bartky, "Foucault, Femininity and the Modernization of Patriarchal Power", In *The Politics of Women's Bodies: Sexuality, Appearance, and Behavior* (New York: Oxford University Press, 1998), 25-45; Jan Sawicki, *Disciplining Foucault: Feminism, Power, and the Body* (New York: Routledge, 1991). (להלן *Disciplining Foucault*, Sawicki). על הפעלת כוח על הגוף ככלי משטור באופן כללי ראו Arthur W. Frank, "For a Sociology of the Body: An Analytical Review", in *The Body: Social Process and Cultural Theory*, eds. Mike Featherstone, Mike Hepworth & Bryan S. Turner (London: Sage, 1991), 36–102. צבי טריגר מסביר שלפי פוקו כוח הוא דבר שמפעילים ולא דבר שיש (או אין) לנו, כפי שנובע, למשל, מהתיאוריה המרקסיסטית (טריגר, "על הרגולציה").

98. ראו גם טריגר, "על הרגולציה", 284, על סמך אייל כתבן, "דופן התא המשפחתי – אסורי בדיקות, יסורי בדיקות ומדותיה הטובות של האשה", משפט ועסקים 487; "אבחנה מברלת או הבחנה מברלת? הקשר בין בדיקות רפואיות, גופניות ונפשיות כפיות לדיכוי נשים והפלייתן", בתוך עיונים במשפט, מגדר ופמיניזם, עורכות דפנה ברק-ארוז, שלומית יניסקי-רביד, יפעת ביטון ודנה פוגץ' (אלון הוצאה לאור, 2007), 849; סמדר נוי (קניון) ודניאל מישורי, "שליטה רפואית ודומיננטיות הרופאים בדינוני הוועדה הציבורית-מקצועית לבחינת נושא תרומת הביציות בישראל", סוציולוגיה ישראלית, י"א/1, (2009): 37 (להלן נוי (קניון) ומישורי, "שליטה רפואית").

99. Katherine De Gama, "A Brave New World? Rights Discourse and the Politics of Reproductive Autonomy", *Journal of Law and Society* 20(1) (1993): 118: "[T]he policing of the details of the lives of all pregnant women is invasive, expensive, and impracticable. Instead, the state opts for the supervision of a small number of women, invariably those "least able to offer resistance

100. Susan Irwin and Brigitte Jordan, "Knowledge, Practice and Power: Court-Ordered Caesarean Sections", *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1987): 319–334

101. Sara Cohen Shabot, "Making Loud Bodies 'Feminine': A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence", *Human Studies* 39.2 (2016): 231–324

102. ראו לדוגמה צביה בירמן ואליעזר יצטום, "טיפול פוריות: הצד הפחות שמח", הארץ, 11.4.2010; חנה גילאי גינור, "הגיע הזמן לשילוב תמיכה נפשית בעוברים טיפולי פריון בישראל", הארץ, 21.11.2010; ליאת רותם מלמד, "נשים משלמות מחיר כבד על טיפולי הפוריות", *Ynet*, 6.3.2013.

103. מדובר בכ-2% מן ההוצאה הציבורית על בריאות, לא כולל הוצאות נלוות, למשל לטיפול בפגים (Birenbaum-Carmeli, "Thirty Five Years", 17).

104. שם, 18.

105. בשל ההוצאה הפרטית הנדרשת, בפועל רוב הצרכניות שייכות לאוכלוסייה היהודית האמידה יותר. אחת ההשלכות היא שמדיניות הפריון האינקלוסיבית יחסית ככל זאת משרתת את השאיפות הדמוגרפיות



הלאומיות, והקשר ביניהן אינו רטורי בלבד ("Thirty Five Years", Birenbaum-Carmeli, ולעיל ה"ש 36). לדברי פורטוגו, היעדר החקיקה בתחום מבטא מאמץ מכוון של הממשלה לעודד פיתוח כל טכנולוגיה שמעודדת ילודה (Portugese, *Fertility Policy in Israel*, 152). עוד היא מדגישה שבפועל הנגישות של נשים ערביות לטיפולים מוגבלת, מכיוון שהטיפולים כרוכים בנסיעה לעיר (שם, 160).

106. Birenbaum-Carmeli, "Thirty Five Years".

107. רוזנבלום, "תעשיית האשליות", 32, 35; דן אבן, "נשים מעל גיל 45 יעברו בדיקות מקיפות לפני אישור טיפולי הפרייה", *הארץ*, 5.9.2012; דן אבן, "ועדה ממליצה להגביל את מספר טיפולי ההפרייה לנשים מבוגרות", *הארץ*, 1.5.2013; טריגר, "על הרגולציה". טריגר מנתח באופן ביקורתי את המצב החוקי בתחום השימוש בטכנולוגיות פרייה ומצביע על הגורמים האפשריים להיעדר חקיקה ראשית מקיפה בתחום ועל ההשלכות של היעדרה. בין השאר, הוא דן בתהליך שבו נהפכה סוגיית הפרייה לסוגיה שבשליטת שתי פרופסיות – הרופאים והרבנים. הדומיננטיות של הגישה לסוגיות של פרייה כאל סוגיות מקצועיות שיש להפקידן בידי מומחים מעודדת את הצנעת ההתפתחות של הרגולציה בתחום זה, ואת היותה סמויה מהעין הציבורית ומביקורת ציבורית.

108. רוזין ודוידוביץ', "ההסתדרות הרפואית"; גולדין, "טכנולוגיות של אושר", 186; ושימו לב שבאופן קבוע ממלאים רופאים את רוב המקומות ברשימת שיאני שכר בגופים ציבוריים. ראו לאחרונה: גד ליאור, "יותר מ-100 אלף שקל בחודש: שיאני השכר בגופים הציבוריים", *Ynet*, 19.3.19. יצוין שיש המסבירים את ההתמקדות הכללית של טיפולי הפוריות בגופן של נשים בכוחם של הגינקולוגים יחסית לרופאים אחרים. ראו לויט פרידריך, "נשים מבוזות שנים". ראו גם בירנבוים-כרמלי: "מיעוט הרופאות בתחום, מיעוט חריג בהשוואה למרבית מדינות המערב, מרמז אף הוא על היוקרה והתגמול הכלכלי החריגים בארץ" ("יותר זול מעולה חדש", 77).

109. רוזין ודוידוביץ', "ההסתדרות הרפואית", 91; כרמל שלו, *בריאות, משפט וזכויות האדם, רמות, תל אביב*, 2003, 22; Hashash, 289; טריגר, "על הרגולציה", 292-294.

110. נוי (קניון) ומישורי, "שליטה רפואית", 37-64.

111. Shulamit Firestone, *The Dialectic of Sex*, 1970, 8th printing by Bantam Books, 206.

112. ראו לדוגמה ליאורה בילסקי, "פמיניזם ומשפחתיות בישראל – קריאה חדשה במגילת רות", בתוך *על אהבת אם ומורא אב*, עורך אביעד קליינברג (כתר, 2004), 194. והשוו אמיר "תקתוקו של שעון" וטריגר, "על הרגולציה", 278.

113. הילה העליון, "סיפורו של הגוף: חוויות גוף-והות של נשים מטופלות פוריות", סוציולוגיה ישראלית יא 13 (2009); Chris Thompson, "Fertile ground: feminists theorize infertility", in *Infertility*; Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies, eds. Marcia Inhorn and Frank van Balen (University of California Press, 2002), 52.

114. ראו גם ברקוביץ, "אשת חיל", 286; שלו, "טכנולוגיות פרייה", 144; Sawicki, *Disciplining*.

Foucault; Birenbaum-Carmeli & Carmeli, "Introduction", 21–22; Almog and Bassan, "The Politics of Pro and Non Reproduction", 49–51; Bloomfield, "Conceiving Motherhood". Birenbaum-Carmeli, "Thirty Five Years", 17. 115.

116. תודה ליעל השילוני-דולב שהעירה כי על פי מושג הביו-כוח של פוקו, מושאי הכוח – במקרה זה הנשים – נענות לו לא אחת ברצון ומשתפות איתו פעולה מתוך תחושה שהוא מיטיב עימן. ראו למשל Jen Pylypa, "Power and Bodily Practice: Applying the Work of Foucault to an Anthropology of the Body", *Arizona Anthropologist* 13 (1998): 21 המרקסיסטית והפמיניסטית, למשל Tong, *Feminist Thought*, 1992, 43–44, וכן המושג "אלימות סימבולית" לעיל ה"ש 100. לדברי דברה רוד, "תפקידו של המשפט הוא לגרום לאנשים לרצות את מה שהם אמורים לרצות" *Harvard Law Review* "Feminism and the State", Deborah L. Rhode, (1994): 1181, 1189.

117. גולדין "טכנולוגיות של אושר", 187–190, על הקולות שהתנגדו.

118. ברקוביץ ("אשת חיל", 286) מדברת על "ההיענות המהירה של המדינה". והשוו Shalev and Gooldin, "The Uses and Misuses", 166, הטוענות ש"נראה שדואגים לצרכים הבריאותיים הרבייתיים המיוחדים של נשים בתנאי שבתוך כך מודגש תפקידן כאימהות" ("It seems there is provision for women's special reproductive health needs only to the extent that their role as mothers is reinforced.")

119. רוזין ודוידוביץ, "ההסתדרות הרפואית", 91–92.

120. שרית רוזנבלום, "תעשיית האשליות", 35.

121. "[T]he stigma of infertility is a powerful symbolic mechanism, sometimes leading women to pursue treatments for many years, at any cost" (Shalev and Goolding, "The Uses and Misuses", 167).

122. D. Birenbaum-Carmeli & M. Dirnfeld, "The more the better? IVF policy in Israel and women's views", *Reproductive Health Matters* 16 (31) (2008): 1.

123. ציטוט מדבריו של פרופ' איתן לוננפלד, מתוך כתבה באתר "Doctors only": "מחלקת יולדות חמישית נפתחה במרכז הרפואי 'סורוקה' בבאר שבע, " (<https://shpac.doctorsonly.co.il/2016/09/115586>), (25.9.2016). וראו גם כרמל שלו, "טכנולוגיות פריון", 162; Larissa Remennick, "Childless in the land of imperative motherhood: Stigma and coping among infertile Israeli women", *Sex Roles* 43 (11/12) (2000): 821; Hilla Haelyon, "Longing for a Child": Perceptions of Motherhood among Israeli-Jewish Women Undergoing In Vitro Fertilization Treatments," *Nashim* 12 (2006): 177–202.

124. Birenbaum-Carmeli & Carmeli, "Introduction", 22. ראו גם דבריו של פרופ' משיח: "בדיקת היריון חיובית מעודדת את בני הזוג וגורמת להם אושר, אבל אם ביום ה-12 להפריה מדדי הורמון ההיריון

של האישה מאוד נמוכים, כבר די ברור לכולם שתינוק לא ייצא מזה. למרות זאת, במערכת הרפואית מניחים לאישה לחשוב שהיא הייתה בהיריון ואומרים לה, 'זה נהדר, נסי שוב'. מצוטט אצל רוזנבלום, "תעשיית האשליות", 36.

125. השוו דברי ח"כ מרשה פרידמן בדיון בכנסת על הסדרת הפלות: "חברי הכנסת, מצערת למדי העובדה ש-90% של המצביעים בעד או נגד חירות האשה כיום הם גברים. את המצב הזה אנו הנשים נתקן, במוקדם או במאוחר". דברי הכנסת ט"ו, 1400.

126. טריגר, "על הרגולציה", 293.

127. שלו, "טכנולוגיות פריון"; 140 טריגר, "על הרגולציה", 299-305. עם זאת, אינני מצדדת בחקיקה בתור פתרון לבעיות הרבות בתחום מתן טיפולי פוריות, כפי שעולה ממאמרם של שלו וטריגר. לעומת זאת, ראו הפתרון שמציע מרגלית, "משאבים רפואיים".

128. Shalev and Gooldin, "The Uses and Misuses", 169; Yaakov Rosenfeld and Avshalom Strulov, "Informed consent, Israel 2008 — is it informed? The case of in vitro fertilization and embryo transfer", *Israel Medical Association Journal* 11 (7) 2009: 407-410

129. שלו, "טכנולוגיות פריון", 155. ב-2014 החל ניהול רישום ארצי וכתוצאה מכך הונהגו ב-2014 כמה הגבלות מינוריות ("Thirty Five Years", Birenbaum-Carmeli). לדוגמה, בפברואר 2015 הוציאה ועדת האתיקה של האגודה הישראלית לחקר הפריון (איל"ה) נייר עמדה בשם "הגישה האתית לטיפול פריון חסרי תוחלת", שממליץ על הגבלות לעומת מה שניתן בסל.

130. השוו דבריו של פרופ' משיח: "רופאים מחזירים לרחם עוברים לא תקינים, בני יומיים שלושה, שהסיכוי להשיג מהם הריון – רק כדי לשמור את הזכאות להמשך הטיפולים על חשבון המדינה". מצוטט אצל רוזנבלום, "תעשיית האשליות", 35. נטייה ותיקה זו מקבילה לזו שנצפתה בקשר לעיסוק בדמוגרפיה: אף שהעיסוק בה שם נשים במוקד, ניכר חוסר ההתעניינות בהרבה משתנים שרלבנטיים לחייהן. Jan Brunson & Nancy E. Riley, "Introduction", in *International Handbook on Gender and Demographic Processes*, 8 (2018, Dordrecht, Springer, 2018), 1, 1

131. ראו Ruth Landau, "Assisted Reproduction in Israel and Sweden: Parenthood at any Price?" *International Journal of Sociology and Social Policy* 16 (3) (1996): 29-46; Ruth Landau, "Israel: Every person has a right to have children", in *Third Party Conception Across Cultures: Social, Legal and Ethical Perspectives*, eds. E. Blyth and R. Landau (New York: Jessica Kingley Publishers, 2004); שרית רוזנבלום, "ילדי חוץ", ידיעות אחרונות, 7 ימים, 22.2.2017, כולל דיווח על קבוצת חוקרות שחשדו שיש קשר בין הטיפולים לבין אוטזום, אך לא הצליחו לגייס מימון למחקר.

132. ראו Amir, "Bio-Temporality"; Barbara J. Berg, "Listening to the Voices of the Infertile", in *Reproduction, Ethics, and the Law: Feminist Perspectives*, ed. Joan C. Callahan (Bloomington: Indiana University Press, 1995).

- Margaret Sleeboom-Faulkner, *Frameworks of Choice: Predictive and Genetic Testing*. 133  
*in Asia* (Amsterdam University Press, 2010)
134. וראו לאחרונה: כתבה באתר "Doctors only", "בתוך שנה גידול של פי 11 בהכנסות בתי חולים פרטיים מטיפולי פוריות", 26.2.2019, (<https://gynecology.doctorsonly.co.il/2019/02/160480>).
135. Kanaaneh, *Birthing the Nation*, 63–65. וראו באתר של FINRRAGE: "טכנולוגיות פרו-נטליסטיות ואנטי-נטליסטיות מהוות שני צדדים של אותו מטבע; הם חולקות מטרה משותפת של הניסיון לשלוט בכמות ובאיכות האוכלוסייה באמצעות שליטה ביכולת הרבייה של נשים" (<https://www.finrrage.org>).
136. Ivri, "Ultrasonic Picture", 2010.
137. Hashash, "Medicalization of Reproduction", 272.
138. רוזין ודווידוביץ ("ההסתדרות הרפואית", 91-92) מכריזים על מטרה דומה של "יצירת מודעות" במאמרם על הסתדרות הרופאים.
139. Leonard Cohen, "Anthem".

