

הטרונורמטיביות כבעיה בריאותית: על הזכות לבריאות של להט"ב

מאת

אייל גרוס*

א. מבוא

בריאות היא גורם מרכזי בחיים האנושיים של כל אדם, ולהקשר החברתי של קיומו יש השלכות רבות עליה. פרק זה יעסוק בשאלות ייחודיות הנוגעות לבריאות להט"ב מהזווית של הזכות לבריאות. בחלק ב' אציג כמה עקרונות יסוד לגבי הזכות לבריאות, בייחוד כפי שפותחה במשפט הבינלאומי, הרלוונטיים לנושא של בריאות להט"ב. בחלק ג' אבחן את מעמד הזכות לבריאות במשפט הישראלי ואעמוד על העקרונות בדבר זכות זו הקבועים בחקיקה הישראלית שהם בעלי רלוונטיות מיוחדת להגנה על הזכות לבריאות של להט"ב. בחלק ד' אתמקד בעקרונות של נגישות ומקובלות ואבחן בעיות של נגישות ומקובלות בנוגע לבריאות עבור להט"ב. בחלק ה' אבחן כיצד גישת זכויות לבריאות עשויה לסייע בהתמודדות עם בעיות ייחודיות של בריאות להט"ב. בסיכום הפרק אדון בסכנות שבמפגש להט"ב-בריאות ובעקרונות שבלב הזכות לבריאות, שראוי שינחו מפגש זה. במהלך הפרק אראה כיצד ההטרונורמטיביות של החברה משפיעה על הזכות לבריאות של להט"ב הן בכך שהיא חלק מתנאי הרקע החברתיים שמשפיעים על מצב בריאותי, והן בשל השפעתה על הנגישות לטיפול רפואי הולם. פרק זה מתכתב עם כמה פרקים אחרים בספר שמשלימים אותו, בייחוד הפרק שחיברו ד"ר גל וגנר קולסקו, ד"ר זהר מור וד"ר דרור ברמן שמצביעים בפרק שלהם מזווית רפואית על בעיות וצרכים מיוחדים של בריאות להט"ב.¹ כמו כן הוא נוגע רק בקצרה בסוגיות שנדונו בהרחבה בפרקים אחרים, בפרט הזכות לבריאות של טרנסג'נדרים² והזכות לבריאות של אנשים אינטרסקס.³ סוגיה רלוונטית

* פרופ' אייל גרוס, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת תל-אביב. תודה לשני שישה על עבודת המחקר המצוינת ולאילן מאייר, לזהר מור, לשגית מור, לעדי ניב יגודה, לרוני קציר, לעידו קטרי ולגיא שילה על הערותיהם המועילות על גרסה קודמת של פרק זה.

1 גל וגנר קולסקו, זהר מור ודרור ברמן "זרקור: צרכים רפואיים של הומואים, לסביות וביסקסואלים" בספר זה.

2 עידו קטרי "על צומת דרכים: מפגשה של הקהילה הטרנסית עם מערכת המשפט" בספר זה.

3 שגית מור, מעין סודאי ואור שי "דין זה שאינו אחד: על א/נשים אינטרסקס והמשפט הישראלי" בספר זה (להלן: מור, סודאי ושי "דין זה שאינו אחד").

אחרת שנדונה כאן רק בקצרה ומפורטת בפרק אחר היא הפלייתם של נשאי HIV וחולי איידס.⁴ שתי סוגיות הקשורות לנגישות להט"ב לבריאות ולא נדונות בפרק זה הן סוגיית נגישות להט"ב לטיפול פרוץ והולדה, שם בולטת בייחוד הפלייתם של בני זוג מאותו מין בכל הנוגע לנגישות לפונדקאות;⁵ וכן סוגיית ההכרה בבני זוג מאותו מין במערכת הבריאות, לצורך קבלת החלטות רפואיות, שנוגעת בהכרה בזוגיות.⁶

ב. הזכות לבריאות – עקרונות יסוד

בריאות היא אולי הנכס היקר ביותר שיש לאדם בחייו, שמשפיע על יכולתו להתקיים בעולם, לתפקד בו וליהנות ממנו. אך בריאות אינה רק משפיעה על קיומנו החברתי: היא גם מושפעת ממנו. גורמי הרקע הסביבתיים והחברתיים משפיעים הן על הבריאות של הפרט⁷ והן על הנגישות לשירותי בריאות. חוקת ארגון הבריאות העולמי מ-1946 מגדירה בריאות כ"מצב של קיום טוב פיזי, נפשי וחברתי, ולא רק העדר מחלה או חולשה".⁸ יש הטוענים שהגדרה זו רחבה מדי ולמעשה היא חלק מ"מדיקליזציה" של הקיום האנושי – כלומר הכנסת הקיום כולו תחת המטרייה של "בריאות". עם זאת, ההגדרה מזכירה לנו ש"בריאות" אינה רק היעדר מחלה – ושקשה לנתק משאר המרכיבים של הקיום האנושי. ב-1948 באה לעולם ההכרזה האוניברסלית על זכויות האדם. אמנם אין בהכרזה סעיף נפרד על הזכות לבריאות, אך היא קובעת כי "כל אדם זכאי לרמת חיים נאותה לשם הבטחת בריאותם ורווחתם שלו ושל בני ביתו – לרבות מזון, לבוש, שיכון, טיפול רפואי, שירותים סוציאליים כדרוש וזכות לביטחון במקרה של אבטלה, מחלה, אי כושר לעבודה, התאלמנות, זיקנה, או מחסור אחר בנסיבות שאינן תלויות בו".⁹ קביעה כללית זו תורגמה לסעיף ספציפי הרבה יותר בדבר הזכות לבריאות באמנה הבינלאומית על זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות משנת 1966. אמנה זו, שישראל היא צד לה, קובעת בסעיף 12(1) שלה כי "מדינות שהן צד באמנה זו מכירות בזכות כל אדם ליהנות מרמת הבריאות הגופנית והנפשית הגבוהה ביותר שאפשר להשיגה".¹⁰ ראוי לתת את הדעת לתוכנו של

- 4 אסף חדי-כהן "זרקור: נשאי HIV בישראל – על הפליה ודעה קדומה: בראי קבלת טיפולים רפואיים" בספר זה.
- 5 איילת בלכר-פריגת ורות זפרן "ילדים זה שמחה": הורות בסיוע טכניקות הולדה מלאכותיות על ידי בני זוג בני אותו מין" בספר זה.
- 6 עירא הדר "זכויות כלכליות לזוגות מאותו המין" בספר זה וכן ישראל (איסי) דורון "זכויותיהם של חברי הקהילה הגאה בזקנה בישראל" בספר זה.
- 7 על הגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות ראו Audrey R. Chapman, *The Social Determinants of Health, Health Equity, and Human Rights*, 12 HEALTH & HUM. RTS. 17 (2010); WHO COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH FINAL REPORT, CLOSING THE GAP IN A GENERATION: HEALTH EQUITY THROUGH ACTION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (2008), available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
- 8 מבוא לחוקת ארגון הבריאות העולמי, כ"א 79, 233.
- 9 ס' כה(1) לחוקת הבריאות העולמי (נוסח עברי) מתוך זכויות האדם והאזרח בישראל – מקראה כרך א 76 (רות גביון וחגי שניידור עורכים, 1991).
- 10 אמנה בינלאומית בדבר זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות, כ"א 31, 205 (נפתחה לחתימה ב-1966), בעמ' 211–212.

הסעיף, ובייחוד להכרתו בכך שהזכות לבריאות היא הזכות להנאה מהרמה הגבוהה ביותר הניתנת להשגה של בריאות פיזית ונפשית – הכרה המחייבת יצירת תנאים נאותים אשר יבטיחו לכול שירותי בריאות וטיפול רפואי במקרה מחלה.¹¹

כשאנו דנים בזכות לבריאות, אין להתמקד רק בשירותי הבריאות שהמדינה נותנת: ראוי להדגיש כי הזכות לבריאות אינה מוגבלת לזכות לשירותי בריאות. בריאותו של אדם נקבעת על סמך גורמים רבים. לא ניתן לדבר על זכות להיות בריא, או לא להיות חולה (ולו מהסיבה שקשה לחשוב על חובות תואמות לזכות זו שלא יהיו בלתי-אפשריות או בלתי-סבירות כלפי מי שהן מוטלות עליו). עם זאת, הזכות לבריאות יכולה וצריכה להכיל מגוון גורמים שעשויים להשפיע על בריאותו של אדם. כך, למשל, שיפורים במים וסניטציה, תזונה וגורמים נוספים, חיוניים להבטחת הבריאות לא פחות מאשר טיפול רפואי,¹² ולמעשה, כפי שהוזכר לעיל, מכלול הגורמים החברתיים כמו מצב סוציו-אקונומי משפיעים על הבריאות. לכן הזכות לבריאות נוגעת הן לתנאי הרקע החברתיים שמשפיעים על הבריאות והן לנגישות לטיפול רפואי.

בשנים האחרונות אנו עדים להתעוררות מחודשת של העניין בזכות לבריאות¹³ ועמה דיונים רבים על היקפה ומשמעותה.¹⁴ פרק זה לא יוכל לעסוק בדיונים אלו בהרחבה. לצורך דיונונו חשוב להדגיש שמשמעותה של הזכות לבריאות היא בכך שהפנייה לשיח הזכויות בתחום זה צריכה לעצב את מדיניות הבריאות ולהציג את הדרישה שהבחירות וההחלטות המתקבלות על ידי קובעי המדיניות בתחום, לרבות החלטות לגבי מבנה מערכת הבריאות, תהיינה מוצדקות לאור כמה עקרונות בסיסיים. בין עקרונות אלה, המהווים רכיבים מרכזיים של הזכות לבריאות: (1) איסור הפליה; (2) חובת המדינה לנקוט צעדים, לפי מרב המשאבים שברשותה, כדי להגדיל את הנגישות של כל האזרחים והתושבים לבריאות (הן במובן של יצירת תנאי רקע לבריאות והן במובן של מתן טיפול רפואי); (3) קיום מחויבויות ליבה, שבהן המדינה מחויבת בכל מקרה – קביעה חיונית משום שהזכויות החברתיות כפופות באמנה לעקרון "היישום ההדרגתי" עד כדי מרב המקורות העומדים לרשות המדינה.¹⁵ עקרונות אלו באים לידי ביטוי בין היתר באחד המסמכים שהשפיעו רבות על המחשבה על הזכות לבריאות בשנים האחרונות – הערה כללית 14 של ועדת האו"ם לזכויות כלכליות, חברתיות

- 11 לדיון מפורט ראו אייל גרוס "בריאות בישראל: בין זכות למצרך" זכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות בישראל 437 (יורם רבין ויובל שני עורכים, 2004).
- 12 ראו Katarina Tomasevski, *Health Rights, in ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS: A TEXTBOOK* 125, 126 (Asbjorn Eide, Catarina Krause & Allan Rosas eds., 1995).
- 13 Colleen M. Flood & Aeyal Gross, *Marrying Human Rights and Health Care Systems: Contexts for Power to Improve Access and Equity, in THE RIGHT TO HEALTH AT THE PUBLIC/PRIVATE DIVIDE: A GLOBAL COMPARATIVE STUDY 1, 2-4* (Colleen M. Flood & Aeyal Gross eds., 2014).
- 14 ראו גרוס, לעיל ה"ש 11; Flood & Gross; לעיל ה"ש 13; Aeyal Gross, *The Right to Health in an Era of Privatization and Globalization, in EXPLORING SOCIAL RIGHTS: BETWEEN THEORY AND PRACTICE* 289 (Daphne Barak-Erez & Aeyal M. Gross eds., 2007) שחלקם מצוטט בחיבורים אלו.
- 15 ראו גרוס, לעיל ה"ש 11, בעמ' 451.

- ותרבותיות.¹⁶ מסמך זה מהווה פרשנות מוסמכת לסעיף 12 לאמנה לזכויות חברתיות, שקובע את זכותו של כל אחד להנאה מהרמה הגבוהה ביותר הניתנת להשגה של בריאות פיזית ונפשית. אמנה להלן כמה עקרונות מרכזיים העולים מההערה הכללית, בייחוד אלה הרלוונטיים לנושא פרק זה.¹⁷
1. היקף הזכות: הזכות לבריאות אינה מוגבלת לזכות לטיפול רפואי (health care). אין מדובר בזכות להיות בריא, אך הזכות כוללת גורמים חברתיים-כלכליים שמקדמים תנאים שבהם בני האדם יכולים לחיות חיים בריאים, ונוגעת גם לגורמי הרקע לבריאות, כמו מזון ותזונה, דיור, נגישות למים נקיים וראויים לשתייה וסניטציה, תנאי עבודה בטוחים ובריאים וסביבת חיים בריאה.
 2. מה כוללת הזכות: הזכות לבריאות כוללת חירויות ("freedoms") וזכויות ("entitlements") החירויות כוללות את זכותו של אדם לשלוט בבריאותו ובגופו, ולהיות חופשי מהתערבות בגופו בצורה של טיפול רפואי שלא בהסכמה, עינויים ועוד. לעומת זאת, הזכאות החיובית כוללת את הזכות למערכת הגנה על הבריאות, שמספקת שוויון הזדמנויות לאנשים ליהנות מהרמה הגבוהה ביותר הניתנת להשגה של בריאות. רמה זו נקבעת תוך התחשבות בתנאים של הפרט ובמשאבים האפשריים של המדינה. המדינה אינה יכולה להבטיח את בריאותו של האדם כך שלא יחלה באף מחלה אפשרית, אך הזכות כוללת את הזכות להנאה ממגוון של מתקנים, מוצרים, שירותים ותנאים החיוניים להגשמת הרמה הגבוהה ביותר של בריאות.
 3. ארבעה עקרונות מרכזיים – מסגרת ה־AAAQ: הזכות לבריאות כוללת ארבעה יסודות שצריכים להיות מיושמים לפי התנאים הקיימים במדינה ספציפית:
 - (א) קיום (Availability) – השירותים, המתקנים, המוצרים והתכניות של הבריאות צריכים להיות קיימים בכמות מספקת במדינה. האופי המדויק שלהם ישתנה לפי הנסיבות, לרבות הרמה ההתפתחותית של המדינה. בכל מקרה, הם יכללו את גורמי הרקע לבריאות כמו מים וסניטציה, בתי חולים, מרפאות, צוותים רפואיים מאומנים ותרופות חיוניות.
 - (ב) נגישות (Accessibility) – שירותי הבריאות, מתקני הבריאות ומוצרי הבריאות צריכים להיות נגישים לכול ללא הפליה. לנגישות ארבעה היבטים חופפים: (1) איסור הפליה – הם צריכים להיות נגישים לכול, בייחוד לאוכלוסיות הפגיעות או השוליות ביותר באוכלוסייה, ללא הפליה (ראו להלן דיון באיסור הפליה); (2) נגישות פיזית – עליהם להיות נגישים פיזית בצורה בטוחה לכל חלקי האוכלוסייה, בייחוד קבוצות פגיעות וקבוצות הנמצאות בשולי החברה כמו מיעוטים, נשים, ילדים, קשישים, אנשים עם מוגבלויות ואנשים עם HIV ואיידס; (3) נגישות כלכלית – הם צריכים להיות בהישג ידם הכלכלי של כולם. תשלום עבור שירותי בריאות, כמו גם עבור שירותים הקשורים לתנאי הרקע לבריאות, צריך להיות מבוסס על עקרון הצדק

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)* (Aug. 11 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4. 16

לדיון רחב יותר בהערה כללית 14 ובעקרונות נוספים המצויים בה, ראו גרוס, לעיל ה"ש 11, בעמ' 452–457. לדיון בחובות מתחום הזכות לבריאות במשפט הבינלאומי והשלכותיהן על אוכלוסייה להט"בית ראו Stefano Fabeni & Alice M. Miller, *The Importance of Being Perverse: Troubling Law, Identities, Health and Rights in Search of Global Justice*, in *THE HEALTH OF SEXUAL MINORITIES: PUBLIC HEALTH PERSPECTIVES ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL AND TRANSGENDER POPULATIONS* 93 (Ian H. Meyer & Mary E. Northridge eds., 2007). 17

(equity), ולהבטיח שבין ששירותים אלה ניתנים באופן פרטי ובין שבאופן ציבורי, כולם יכולים להרשות אותם לעצמם, בייחוד קבוצות מוחלשות מבחינה חברתית. הצדק דורש שלא יוטל נטל לא-מידתי של הוצאות הבריאות על משקי בית עניים אל מול משקי בית עשירים יותר; (4) נגישות למידע – הזכות לבקש, לקבל ולמסור מידע ורעיונות הנוגעים לנושאי בריאות (בכפוף לזכות לסודיות על המידע הרפואי האישי).

(ג) מקובלות (Acceptability) – כל שירותי הבריאות, מתקני הבריאות ומוצרי הבריאות צריכים לכבד את האתיקה הרפואית ואת הקהילות, להיות רגישים למגדר, לסודיות ולחובה לשפר את מצב הבריאות של הנוגעים בדבר.

(ד) איכות (Quality) – שירותי הבריאות, מתקני הבריאות ומוצרי הבריאות חייבים להיות מתאימים ובאיכות טובה מבחינה רפואית ומדעית. לשם כך דרוש, בין היתר, צוות רפואי מוכשר, תרופות וציוד רפואי המאושרים מבחינה מדעית, מים נקיים וראויים לשתייה וסניטציה מתאימה.

4. **איסור ההפליה:** באשר לאיסור ההפליה, מדגישה ההערה הכללית כי בהתאם לאמנה, אסורה הפליה כלשהי בנגישות לשירותי הבריאות ולגורמי הרקע לבריאות, על בסיס גזע, צבע, מין, שפה, דת, השקפה פוליטית או אחרת, מוצא לאומי או חברתי, קניין, לידה, מוגבלות פיזית או נפשית, מצב בריאות (לרבות HIV ואיידס), נטייה מינית ומעמד אזרחי, פוליטי, חברתי או אחר (יש לציין כי מדובר באחד המסמכים הראשונים של האו"ם שמזכירים איסור הפליה על רקע נטייה מינית באופן מפורש).¹⁸ ההערה מדגישה כי גם במדינות שבהן הגבלה קשה על המשאבים הזמינים יש לתת הגנה לחברים הפגיעים ביותר של החברה. דגש מיוחד מושם על השוויון בנגישות לטיפול רפואי ושירותים רפואיים: על המדינה מוטלת חובה מיוחדת לדאוג למי שאין להם די אמצעים לביטוח הבריאות הדרוש ולגישה למתקני הבריאות הדרושים ולמנוע הפליה אסורה.

ג. מעמד הזכות לבריאות במשפט הישראלי

עד כה דנו בהכרה בזכות לבריאות במישור הבינלאומי. חשוב לציין שהזכות לבריאות מוכרת גם במשפט הישראלי. סעיף 3(א) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי "כל תושב זכאי לשירותי בריאות לפי חוק זה...". כמו כן נקבע בחוק כי שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם (סעיף 13(ה) לחוק). את הזכות הסטוטורית יש לפרש לאור סעיף 1 לחוק הקובע כי "ביטוח הבריאות הממלכתי לפי חוק זה, יהא מושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית". חוק זכויות החולה קובע בסעיף 3(א) כי "כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים מעת לעת במערכת הבריאות בישראל" ובסעיף 3(ב) כי "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התניה".

האם הזכות לבריאות היא גם זכות יסוד חוקתית? מאחר שהזכות אינה מוזכרת מפורשות באף אחד מחוקי היסוד של מדינת ישראל, הרי שניתן להכיר בה כזכות אדם חוקתית רק על ידי גזירתה מ"זכויות המסגרת" או מזכויות המנויות במפורש בחוקי היסוד. ואכן, ניתן למצוא מקור שיאפשר גזירה כזו

18 ראו International Commission of Jurists, Sexual Orientation and Gender Identity in International Human Rights Law: The ICJ UN Compilation (Fifth Updated Edition, 2013).

בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, שכן הוא מגן על כבודו של אדם, על חייו ועל גופו.¹⁹ הפרשנות החוקתית הנפוצה בישראל אחרי חקיקת חוק-היסוד בשנת 1992 היא שניתן לגזור מחוק-היסוד זכויות לא כתובות. מחוק-יסוד שמגן על כבודו, חייו וגופו של אדם ניתן לגזור את הזכות לבריאות כזכות שקשורה קשר הדוק לזכויות אלה, ושחיונית בייחוד להגנה על חייו ועל גופו של אדם. בית המשפט העליון הכיר בזכות לבריאות כנגזרת מזכויות אלו, גם אם נקט פרשנות זהירה לעניין זה. בפרשת לוזון קבעה נשיאת בית המשפט העליון (כתוארה אז), דורית ביניש, כי היקפה הפנימי של הזכות לבריאות קשה להגדרה, שכן לכאורה היא משתרעת על תחום רחב ביותר, ושאיפה שהזכויות החוקתיות המנויות בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו עשויות לכלול היבטים מתחומי הרווחה והביטחון הסוציאלי, לרבות בתחום הבריאות, הרי הפסיקה טרם דנה באופן ישיר בשאלה מהם "שירותי בריאות בסיסיים" הבאים בגדרן של הזכויות החוקתיות המנויות בחוק היסוד, והאם ראוי לקרוא לתוך הזכויות האמורות זכות חוקתית לשירותי בריאות בהיקף רחב יותר מהרמה הבסיסית הנדרשת לקיום אנושי בחברה. ביניש עמדה על כך שאיפה שהזכות לבריאות ולקבלת טיפול רפואי מוכרת במישור הבינלאומי ובחוקותיהן של חלק ממדינות העולם, ואיפה שאין חולק על מרכזיותה של הבריאות לקיום החיים האנושיים, לרווחתו של הפרט וליכולתו לממש את יתר זכויות האדם, הרי היקפה של הזכות האמורה, מידת ההגנה עליה ואופן מימושה משתנים ממדינה למדינה, ומתאפיינים בגישה זהירה המושפעת, בין היתר, מזמינות המשאבים הציבוריים ומיכולותיה הכלכליות של כל מדינה. לאור כך היא פסקה שאין צורך במסגרת העתירה שבגדרה נאמרו הדברים, להכריע במכלול השאלות הנוגעות למעמדה החוקתי של הזכות לטיפול רפואי בכלל, והזכות לשירותי בריאות במימון ציבורי בפרט.²⁰ עם זאת, ציטטה ביניש מפסיקה קודמת שקבעה ש"אדם שאין לו גישה לטיפול רפואי אלמנטרי הוא אדם שכבודו כאדם נפגע"²¹ וש"ניתן לעגן זכות סוציאלית לאספקת שירותי בריאות בסיסיים בגדר הזכות לשלמות הגוף, הקבועה בסעיף 4 לחוק היסוד".²² כמו כן אזכרה את הקביעה השיפוטית שהזכות לטיפול רפואי במצב חירום של מצוקה גופנית מידית – זכות המעוגנת בסעיף 3(ב) לחוק זכויות החולה – עשויה להיכלל בגדר הזכויות המוגנות במסגרת חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו.²³ פסק הדין עסק גם בנייתוח הזכות החוקתית (להבדיל מהחוקתית) לשירותי בריאות ציבוריים כנובעת מחוק ביטוח בריאות ממלכתי ומחוק זכויות החולה, אך קבע שהיקף הזכות החוקתית לשירותי בריאות ציבוריים מעבר לסל היסוד, נגזר מחוק התקציב השנתי. משמעות דברים אלו היא שככלל אין זכות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי לטיפול שאינו בסל השירותים הבסיסי המבוסס על הסל שהיה בתוקף בקופת חולים כללית כאשר נכנס חוק ביטוח בריאות ממלכתי לתוקף: כל תוספת לסל ההיסטורי תלויה בתוספת תקציבית, ולכן מדובר בזכות תלוית תקציב ולא זכות מוקנית.²⁴

- 19 ס' 2 ו-4 לחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו.
 20 בג"ץ 3071/05 לוזון נ' ממשלת ישראל, פ"ד סג(1) 1, פס' 9–12 לפסק דינה של הנשיאה ביניש (2008).
 21 רע"א 4905/98 גמזו נ' ישעיהו, פ"ד נה(3) 360, 375–376 (2001).
 22 בג"ץ 494/03 עמותת רופאים לזכויות אדם נ' שר האוצר, פ"ד נט(3) 322, פס' 16 ו-18 לפסק דינו של הנשיא ברק (2004).
 23 שם, בעמ' 334–335.
 24 פרשת לוזון, לעיל ה"ש 20, פס' 13–16 לפסק דינה של הנשיאה ביניש. לדיון נרחב במעמד החוקתי של הזכות לבריאות לאור פסיקה זו ופסיקות אחרות ראו Aeyal Gross, *In Search of the Right to Health in Israeli Constitutional Law*, in ISRAELI CONSTITUTIONAL LAW IN THE MAKING 311 (Gideon Sapir,

על גישה "מינימלית" זו נמתחה ביקורת בספרות, ונטען שהיא אינה מספקת.²⁵ נראה שאף בפסיקת בית המשפט העליון יש נטייה לפרשנות רחבה יותר: בפרשת קו לעובד חזרה השופטת ארבל על הקביעה שהזכות לבריאות היא נגזרת של זכות לכבוד האדם ושל הזכויות לחיים ולגוף המופיעות בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, אך גם הדגישה שמדובר באחת הזכויות הבסיסיות והחיוניות הנתונות לאדם. יתרה מכך, ארבל ציינה ש"נטיית ליבה" היא להרחבת היקפה של הזכות לבריאות החוסה תחת ערך כבוד האדם ותחת המטרייה החוקתית של חוק-היסוד.²⁶ הזכות לבריאות פורשה לעתים בצורה רחבה יותר על ידי בתי הדין לעבודה, המוסמכים לפסוק בתביעות של מבוטחים נגד קופות החולים. אלו פסקו שלאור מעמדה של הזכות לבריאות כזכות חברתית חוקתית בעלת מאפיינים חוקתיים, על קופות החולים להפעיל שיקול דעת ענייני אם להעניק למבוטח טיפול, גם אם אינו כלול בסל שירותי הבריאות, וזאת לכל הפחות במקרים ה"קשים" שבהם הטיפול נחוץ לשם הצלת חיים, הארכתם, מניעת נזק בריאותי משמעותי, או שאמורה להיות לו השפעה משמעותית על איכות חייו של המבוטח.²⁷ לשם הגשמת חובה זו פיתח בית הדין הארצי לעבודה אמות מידה לעבודתו של ועדות החריגים הפועלות בקופות החולים שעליהן מוטל הנטל להפעיל שיקול הדעת זה.²⁸ לאור קביעותיו של בג"ץ, לפסיקה זו חשיבות בכל הנוגע ל"דלת האחורית" שהיא פותחת לקבלת תרופות ושירותים שאינם בסל.²⁹ לכך חשיבות בייחוד בשל היעדר מנגנון עדכון הולם לסל הבריאות: הוספת שירותים ותרופות תלויה בהחלטת הממשלה ובתקציב שנתי. המחקרים מראים שחיקה משמעותית בסכומים שאותם המדינה מקצה לבריאות, שמתבטאים בכך שהיחס בין הוצאה פרטית לבריאות ובין הוצאה ציבורית משתנה לרעה בישראל, כלומר ההוצאה הציבורית קטנה וההוצאה הפרטית עולה: היחס בין הוצאה ציבורית לפרטית השתנה מ-75:25 בשנות השמונים ל-58:42 כיום (היחס במדינות ה-OECD הוא 72:28, מה שמציב את ישראל כאחת המדינות עם היחס הרע ביותר בין הוצאה ציבורית לפרטית במה

- Daphne Barak-Erez & Aharon Barak eds., 2013) (להלן: Gross, *In Search of the Right to Health*); דניאל שפרלינג וניסים כהן "השפעתם של חוק ההסדרים ופסיקות בג"ץ על מדיניות הבריאות ועל מעמדה של הזכות לבריאות בישראל – ניתוח נאו-מוסדי" חוקים ד 153 (2012).
- 25 גרוס, לעיל ה"ש 11; Gross, *In Search of the Right to Health*; לעיל ה"ש 24. ביקורת זו היא חלק מביקורת רחבה יותר על גישה המינימום לזכויות החברתיות, ראו דפנה ברק-ארז ואיל גרוס "הזכויות החברתיות והמאבק על אזרחות חברתית בישראל: מעבר לזכות לכבוד" ספר דליה דורנר 189 (שולמית אלמוג, דורית ביניש ויעד רותם עורכים, 2009); גיא מונדלק "זכויות חברתיות-כלכליות בשיח החוקתי החדש: מזכויות חברתיות לממד החברתי של זכויות האדם" שנתון משפט העבודה ז 65 (1999).
- 26 בג"ץ 1105/06 קו לעובד נ' שר הרווחה, פס' 59–62 לפסק דינה של השופטת ארבל (פורסם בנבו, 22.6.2014). לעניין מעמד הזכות לבריאות ראו גם את הדיון בבג"ץ 11044/04 סולומטין נ' שר הבריאות (פורסם בנבו, 27.6.2011).
- 27 ע"ע (ארצי) 575/09 מכבי שירותי בריאות נ' דהאן, פס' 23–26 לפסק דינה של השופטת דוידוב-מוטולה (פורסם בנבו, 6.1.2011).
- 28 שם, פס' 27–34 לפסק דינה של השופטת דוידוב-מוטולה. ראו גם ע"ע (ארצי) 33066-11-12 מכבי שירותי בריאות נ' גילגור (פורסם בנבו, 19.3.2014). עתירה נגד פסק הדין בעניין דהאן וקביעותיו העקרוניות, ונגד נוהל של משרד הבריאות שעיגן אותן, נדחתה על ידי בג"ץ. ראו בג"ץ 3933/11 מכבי שירותי בריאות נ' שר הבריאות (פורסם בנבו, 25.3.2014).
- 29 ראו Daniel Sperling, *Needs, Expectations and Public Knowledge Concerning Services Outside the Medical Basket: A Lesson from Israel*, 117 HEALTH POL'Y 256 (2014); דניאל שפרלינג "ועדות החריגים של קופות החולים: מגמות חדשות בשאלת מעמדן ותורמתן לנגישות הטיפול הרפואי ולאיכותו" רפואה ומשפט 44, 26 (2011).

שמכונה "העולם המערבי")³⁰ למותר לציין שאלו תהליכים שמגדילים את אי-השוויון הכלכלי בנגישות לבריאות.³¹ אחד הביטויים של גדילת ההוצאה הפרטית היא תשלומי השתתפות המוטלים על חולים תמורת שירותים ותרופות שכוללים בסל.³²

תהליכים אלו הם ביטוי לאידאולוגיה ניאורליברלית המבקשת להקטין את ההוצאה המדינתית לבריאות ושנמצאת במתח עם עקרונות הצדק, השוויון והעזרה ההדדית שאמורים להיות הבסיס לביטוח בריאות ממלכתי בישראל.³³ תהליכים אלו משפיעים כמוכך על חברי הקהילה הגאה כמו על שאר הציבור בישראל. ככלל אפשר לראות כיצד שאלת הבריאות בישראל מקבילה לשאלת האזרחות באופן כללי: תושבי המדינה נכללים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי אך סובלים מהשחיקה באזרחות החברתית ומתהליכי הפרטת המימון של שירותים חברתיים; תושבים ערבים ובפרט בדואים סובלים לעתים קרובות מהפליה תקציבית ומהזנחה בתשתיות; מהגרי עבודה ומבקשי מקלט מודרים ממערכת ביטוח הבריאות הממלכתי; ופולטינים תושבי השטחים סובלים מהפליה אל מול מתנחלים המבוטחים על ידי החוק, ומפגיעה בזכויותיהם בשל התנאים של הכיבוש לרבות הגבלות על חופש התנועה.³⁴ אל מול מעגלים אלו, מה מקומם של לסביות, הומואים, בייסקואלים וטרנסג'נדרים? לפני שנדון בשאלה זו, חשוב להדגיש את ההוראות המצויות בחקיקה שלהן רלוונטיות מיוחדת לדיון בה:

- ביסוס חוק ביטוח בריאות על עקרונות הצדק, שוויון ועזרה הדדית.³⁵
- הקביעה בחוק ביטוח בריאות ששירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית.³⁶ במקביל ביסוס חוק זכויות החולה על זכויות האדם של

30 לדיון מפורט ולפירוט הנתונים ראו גרוס, לעיל ה"ש 11; Aeyal Gross, *The Right to Health in Israel*; 11 *between Solidarity and Neoliberalism*, in *THE RIGHT TO HEALTH AT THE PUBLIC/PRIVATE DIVIDE: A GLOBAL COMPARATIVE STUDY* 159, 163 (Colleen M. Flood & Aeyal Gross eds., 2014) (להלן: Gross, *Solidarity and Neoliberalism*).

31 בג"ץ הכיר בכך ששחיקה שיטתית בתקציבי קופות החולים מרוקנת את אט את הזכות לבריאות של האזרחים. בג"ץ 8730/03 שירותי בריאות כללית נ' שר האוצר, פס' 37 לפסק דינו של השופט ג'ובראן (פורסם בנבו, 21.6.2012). ראו גם את הדברים שאמרה בעניין קשור הנשיאה ביניש בפרשת לוזון, לעיל ה"ש 20, פס' 17 לפסק דינה.

32 על השלכות תשלומי ההשתתפות על נגישות לשירותי בריאות, ראו רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג וברוך רוזן "תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ושוויונות" משפט ועסקים 197 ו (2007). בג"ץ דחה עתירה נגד תשלום השתתפות בשיעור 70% שהוטל על ניתוח שתל שבלול שהיה דרוש להצלת שמיעתה של אישה. ראו בג"ץ 2974/06 ישראלי נ' הועדה להרחבת סל הבריאות (פורסם בנבו, 11.6.2006). לביקורת על פסק הדין ראו Gross, *In Search of the Right to Health*, לעיל ה"ש 24.

33 ראו גרוס, לעיל ה"ש 11; Gross, *Solidarity and Neoliberalism*, לעיל ה"ש 30. ראו גם שרון אסיסקוביץ לחיים יש מחיר – הכלכלה הפוליטית של רפורמת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל (2011); דנה שוורץ-אילן בין רווחה להפרטה: התפתחות ביטוח הבריאות בישראל (2011); דני פילק "הפרויקט הניאורליברלי ותהליכי הפרטה במערכת הבריאות בישראל" צדק חלוקתי בישראל 375 (מנחם מאוטנר עורך, Dani Filc, *The Health Business under Neo-Liberalism: The Israeli Case*, 25 *CRITICAL SOC.*; (2001) POL'Y 180 (2005).

34 ראו גרוס, לעיל ה"ש 11, בעמ' 531; Dani Filc, *Circles of Exclusion: The Politics of Health*; 531 CARE IN ISRAEL (2009). על הקשר בין מבנה לאי-שוויון חברתי ואי-שוויון בבריאות בישראל ראו יהודית ט' שובל ועפרה אנסון העיקר הבריאות – מבנה חברתי ובריאות בישראל 283–315 (2000). על הצורך לצמצם את הפער בין הנגישות לשירותי הבריאות של תושבי המדינה ובין זו של מהגרי עבודה שמצויים בישראל שנים רבות ראו פרשת קו לעובד, לעיל ה"ש 26.

35 ס' 1 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד–1994.

- המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ועל ההגנה על כבודו ועל פרטיותו,³⁷ החובה המפורשת בו לשמור על הכבוד ועל הפרטיות של מטופל.³⁸
- הקביעה ששירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח, והכול במסגרת מקורות המימון העומדים לרשות קופות החולים לפי סעיף 13 לחוק.³⁹
 - הזכות לטיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית והן מבחינת יחסי האנוש.⁴⁰
 - איסור ההפליה על רקע כמה עילות, לרבות מין ונטייה מינית וטעמים דומים אחרים, המעוגן מפורשות בחוק זכויות החולה.⁴¹
- מעקרונות סטטוטוריים אלו ניתן להסיק גם על החובה לתת יחס נאות למטופל השייך לקהילה הלהט"בית: כזה שמבוסס על שוויון ועל האיסור להפלותו, עיקרון שהוכר גם בפסיקה שדנה במפורט בסוגיית השוויון בבריאות,⁴² על כבוד האדם בכלל וכבוד המטופל בפרט, ועל הזכות שהטיפול יהיה נאות לא רק מבחינת האיכות, אלא גם מבחינת יחסי האנוש. ניתן לראות כאן הקבלה לעקרונות הנגישות והמקובלות המעוגנים בהערה כללית 14 שנדונה לעיל ולהצביע על החובה להבטיח שטיפול רפואי יתבסס על עקרונות אלו. בחלקים הבאים אדון בדרך שבה שימוש בעקרונות אלו יכול לסייע לנו לדון בבעיות הנוגעות לבריאות להט"ב.

- ס' 3 (ה) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. 36
- ס' 1 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. 37
- ס' 10 לחוק זכויות החולה. 38
- ס' 3 (ד) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. 39
- ס' 5 לחוק זכויות החולה. 40
- ס' 4 (א) לחוק זכויות החולה. 41
- 42 לדיון במשמעות של שוויון בבריאות ראו Alicia Ely Yamin, *Shades of Dignity: Exploring the Demands of Equality in Applying Human Rights Framework to Health*, 11 HEALTH & HUM. RTS. 1 (2009). על הצורך להכיל תפיסות של שוויון וצדק חלוקתי בבריאות בהקשר הישראלי ראו רוני קציר "טיפול שורש לסל הבריאות: מרחיבים את גבולות הדיון" מעשי משפט ג 229 (2010). בג"ץ הכיר במרכזיות הזכות לשוויון בבריאות (במסגרת דיון בהקשר אחר, זה של השר"פ) והתייחס לסעיפי החקיקה הרלוונטיים, כאשר קבע, מפי השופטת ברלינר: "ומה לנו עקרון יסוד חשוב יותר מאשר עיקרון השוויון, [...] ככלל, זכאי כל חולה המגיע לבית חולים ממשלתי שהוא רכוש מדינת ישראל, לקבל את הטיפול הטוב ביותר שבית החולים יכול להציע לו, כאשר טיפול זה אינו מוכתב על ידי שיקולים שאינם רפואיים. לכל החולים דין אחד, והם זכאים ליחס שוויוני". ראו בג"ץ 4253/02 קריתי נ' היועמ"ש, פ"ד סג(2) 86, פס' 43 לפסק דינה של השופטת ברלינר (2009). עם זאת, ניתן לראות נסיגה מסוימת מדברים אלו בדבריו של הנשיא גרוניס בבג"ץ 2114/12 האגודה לזכויות האזרח בישראל נ' ממשלת ישראל, פס' 12 לפסק דינו של הנשיא גרוניס (פורסם בנבו, 15.8.2012) ("אף אם קיימת זכות לנגישות שוויונית לשירותי בריאות, כנגזרת של הזכות לכבוד, הרי מדובר בזכות פריפראלית ולא בזכות המצויה במרכזה של הזכות החוקתית"). עם זאת, בפרשת קו לעובד, לעיל ה"ש 26, ציינה השופטת ארבל כי ניתן לומר כי הפליה בהפסקת שירותי בריאות עלולה לעלות לכדי פגיעה חוקתית בזכות לשוויון. שם, פס' 59 לפסק דינה של השופטת ארבל. לדיון בנושא חשיבות השוויון בבריאות ועל כך שכל דיון בזכויות הקשורות לקבלת שירותי בריאות חייב לנבוע מעקרון השוויון אשר לאורו יש לבחון את מימוש הזכות בשל מרכזיות הבריאות, ראו חב"ר (אזורי ת"א) 8893-07-11 אסולין נ' שירותי בריאות כללית, פס' 51 לפסק הדין (פורסם בנבו, 27.4.2014).

ד. בריאות להט"ב: נגישות ומקובלות

מסגרת ה־AAQ שלב הערה כללית 14 שהוזכרה לעיל, כמו גם העקרונות שעולים מהחקיקה הישראלית, יכולים לסייע בדיון על נגישות לבריאות של להט"ב.⁴³ הם מצביעים על כך שלא די שקיימים במדינה שירותי בריאות בכמות מספקת, ולא די שהם באיכות טובה. אלו גורמים חשובים, אך לצדם חשובים לא פחות גורמי הנגישות והמקובלות, שבלעדיהם תימנע מרבים הזכות לבריאות. נגישות שוויונית, לרבות על רקע נטייה מינית, היא חלק מליבת הזכות לבריאות, שכן בלי נגישות שוויונית, הזכות נשמרת לאחדים ונשללת מאחרים. אנו רגילים לחשוב על מחסומים כלכליים לנגישות (למשל תשלומים עבור טיפול רפואי) או על מחסומים פיזיים (למשל היעדר נגישות מתאימה לכיסאות גלגלים, מחסומים בשטחים או גדר ההפרדה). אך למעשה ניתן לחשוב על מחסומי נגישות רבים נוספים, וכאן ניתן לראות את הזיקה בין עקרון הנגישות ובין עקרון ה"מקובלות": טיפול רפואי שלא יכבד את הקהילות השונות, ולא יהיה רגיש לשוני, לא ייחשב "מקובל", ובר־זמנית פגיעה כזו עשויה להוביל לחוסר נגישות. אחד המרכיבים של "מקובלות" שיכול להיות רלוונטי במיוחד לקהילת הלהט"ב הוא מרכיב הסודיות שמעוגן גם בחקיקה הישראלית, ושעשוי להיות משמעותי ביותר לחולים להט"בים במפגש עם הרופא.⁴⁴

הנה דוגמה מוכרת: אישה מגיעה לרופא, והוא שואל אותה בין היתר אם היא לוקחת גלולות למניעת הריון או משתמשת באמצעי מניעה אחר בזמן קיום יחסי מין. היא עונה שלא. הרופא שואל אם היא פעילה מינית, והיא עונה שכן. הוא מגיב: "אם כן, אני מבין שאת מנסה להיכנס להריון". באותו רגע, כאשר הרופא לא העלה על דעתו כלל שהאישה מקיימת יחסי מין עם אישה אחרת, נפגעה ה"מקובלות", אך במידה רבה גם נפגעה הנגישות. האישה שנתקלה בהנחה ההטרונורמטיבית עשויה לא לחזור לרופא זה, או להימנע מלהגיע לבדיקה רפואית כלשהי בשל הקושי שבהתמודדות עם הנחות אלו והרצון להימנע מהעומס הכרוך ביציאה מחודשת מהארון, כזו שעלולה להכפיף אותה לדעה קדומה או למבוכה.⁴⁵ זאת, נוסף על העובדה שאי־חשיפה של הנטייה המינית עלולה להביא לכך שאיש הצוות הרפואי לא ייתן למטופלת המלצות מתאימות.

לצד הטרונורמטיביות קיימת במערכת הבריאות גם הומופוביה של ממש. תחקיר עיתונאי שהתפרסם בשנת 2015 בעקבות התבטאויות הומופוביות של רופא משפחה בכיר, הצביע על עדויות של עשרות מטופלים, רופאים ובכירים במערכת הבריאות שמדווחים על קיום הומופוביה בכל שדרות

43 על הדרך שבה מהווה הומופוביה "סיכון רפואי" הן בממד של טיפול רפואי לא-הולם והן בממד של סכנות לבריאות שנלוות להומופוביה, ולדיון ברלוונטיות של הזכות לבריאות במשפט הבינלאומי, בייחוד במימד שלה שאוסר הפליה, ככלי ללחימה בדרך בה פוגעת הומופוביה בבריאות, ראו Michael D. Boucai, A Legal Remedy for Homophobia: Finding a Cure in the International Right to Health, 6 GEO. J. GENDER & L. 21 (2005).

44 לנושא זה ממד ייחודי בהקשר של מחלות מין. ראו עדי ניב־יגודה "הסודיות הרפואית ביחס למחלות מין מידבקות" כתב העת הישראלי לכירורגיה דרמטולוגית ודרמטולוגיה 9, 37 (2011).

45 על החשש שלהט"בים לא ישתמשו בשירותים רפואיים בגלל חוויה של סטיגמה או חשש מסביבה שתטיל עליהם סטיגמה ראו Carey Johnson, Matthew Mimiaga & Judith Bradford, Health Care Issues Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Populations in the United States: Introduction, 54 J. HOMOSEXUALITY 213, 218 (2008). על מחסומים לטיפול רפואי אופטימלי לציבור להט"ב ראו Kenneth H. Mayer et al., Sexual and Gender Minority Health: What We Know and What Needs to be Done, 98 AM. J. PUB. HEALTH 989 (2008).

המערכת הרפואית בישראל, ומעריכים שמאות רבות של מטופלים סובלים בכל שנה מיחס משפיל או מטיפול לקוי בגלל דעות קדומות של רופאים ואנשי צוות רפואי, אך לפי התחקיר רק מיעוטים מתלוננים על כך. התחקיר הצביע על כך שהתופעה פוגעת גם ברופאים ואנשי צוות רפואי הנמנים על הקהילה הלהט"בית, וגם על בורות המתבטאת ביחס מזלזל ומתנכר קלפי מטופלים מקהילה זו.⁴⁶ בתל-אביב קיימת משנת 2009 מרפאת גן מאיר של קופת חולים כללית שפונה לקהילה הגאה, ובה האישה מהסיפור לא הייתה נתקלת בהנחות אלו. אך ככל שנתרחק מגן מאיר, הסיפור עשוי להיות שונה, ואם מדובר בפריפריה, שבה מגוון השירותים הרפואיים והמומחים קטן יותר, הטרונורמטיביות עלולה להפוך לפגיעה בזכות לבריאות, הן ברמת המקובלות והן ברמת הנגישות. גל וגנר קולסקו, זהר מור ודרור ברמן מצביעים בפרק שלהם בספר זה על האופי הטרונורמטיבי של שאלונים רפואיים, על המבוכה, על החרדה ועל החשש מתיוג שבגינם מטופלים חוששים מלחשוף את נטייתם המינית, ומנגד על המספר המצומצם של נותני שירות רפואי שעברו הכשרה מתאימה ועל מיעוט המרפאות שיכולות להעניק טיפול כוללני שאינו שיפוטי, ההולם את צורכי הקהילות המגוונות ומותאם תרבותית.⁴⁷ אכן, סקר מראה כי לסביות בישראל נוטות לבקר פחות אצל רופאת המשפחה או הגינקולוגית ולמעלה ממחציתן אינן חשות בנוח לשתף את רופאיהן בנטייתן המינית. רבות מהן, יותר מהאחוז הכללי באוכלוסייה, לא ביצעו בדיקות לאיתור סרטן השד או הרחם. הנתונים על צריכה פחותה של שירותי בריאות אצל להט"בים מיוחסים לסטיגמה ולחוסר נגישות והבנה מצד מערכת הבריאות לצרכים של האוכלוסייה הגאה ולרגישיות שלה.⁴⁸ סקר שנערך בארצות-הברית בקרב גברים הומואים וביסקסואלים גילה שכמחצית מהנסקרים מעולם לא דיברו על נטייתם המינית עם רופאיהם, וכשלושים אחוז ציינו שלא יחשו בנוח לדון עם רופאיהם בהתנהגות מינית. המחקר הצביע גם על כך שחמישים ושישה אחוז מהנסקרים ציינו שרופא מעולם לא הציע שייבדקו בדיקה לגילוי נגיף ה-HIV, וציינו שחוסר התקשורת

46 רן רוניק "רפואה ודעה קדומה" ישראל היום 15.5.2015 www.israelhayom.co.il/article/281899. בעקבות ההתבטאות הנ"ל של רופא המשפחה, החליט בית הדין של ההסתדרות הרפואית בישראל בהליך של תלונה שהוגשה כנגד הרופא ללשכה לאתיקה בהסתדרות הרפואית, כי דברי הרופא היוו הפרה של כללי האתיקה הרפואית: בית הדין פסק כי היה בהם חוסר כבוד וסובלנות כלפי עמיתים למקצוע וכלפי חברי קהילת הלהט"ב בכלל, וכן שהרופא הביע דעות בנושא הומוסקסואליות שכביכול שיקפו מידע רפואי, אך שבפועל לא משקפות את הדעה הרווחת בקהילה הרפואית. בית הדין הרחיק בעקבות קביעה זו את הרופא נגדו הוגשה התלונה מתפקידו כחבר בלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל. ראו החלטה של בית הדין של ההסתדרות הרפואית בישראל בתלונה נ' ד"ר סודי נמיר (17.8.2015).

47 וגנר קולסקו, מור וברמן, לעיל ה"ש 1. לדיון בהשלכות הטרונורמטיביות על בריאות להט"ב ראו גם Claire Mahon, *Sexual Orientation, Gender Identity and the Right to Health*, in REALIZING THE RIGHT TO HEALTH 235 (Andrew Clapham et al. eds., 2009).

48 עידו אפרתי "רוב הלסביות בישראל נמנעות מבדיקות לגילוי סרטן השד וסרטן צוואר הרחם" הארץ – בריאות 23.5.2014 www.haaretz.co.il/news/health/premium-1.2329332; Zohar Mor, Uri Eick, Gal; Wagner Kolasko, Irit Zviely-Efrat, Harvey Makadon & Nadav Davidovitch, *Health Status, Behavior and Care of Lesbian and Bisexual Women in Israel*, 12 J. SEXUAL MED. 1249 (2015); Karina Willes & Mike Allen, *The Importance of Sexual Orientation Disclosure to Physicians for Women Who Have Sex with Women*, in HEALTH CARE DISPARITIES AND THE LGBT POPULATION 9 (Vickie L. Harvey & Jimmie L. Manning eds., 2014); Teresa Heinz Housel eds., 2014). לדיון בשאלת היציאה מהארון בפני מטפלים אצל גברים ראו Manning, *Coming Out Conversations and Gay/Bisexual Men's Sexual Health*, in HEALTH CARE DISPARITIES AND THE LGBT POPULATION 27 (Vickie L. Harvey & Teresa Heinz Housel eds., 2014).

עם הרופאים על נטייה מינית והתנהגות מינית עשוי להיות המחסום שגורם לכך שלא יותר גברים נבדקים.⁴⁹

דוגמאות אלו מעידות למעשה על יחסי הגומלין בין המרכיבים השונים של הזכות לבריאות: קיום, נגישות, לרבות אי-הפליה, מקובלות ואיכות.

הפליה ממוקדת יותר היא נחלתם של נשאי HIV, שכפי שמתאר אסף חדי-כהן בפרקו בספר זה⁵⁰ סובלים מסטיגמה ומהפליה, וחוששים לעתים מפנייה לבתי המשפט, בין היתר בשל חשש מחשיפת מחלתם. כפי שחדי-כהן מראה, איסורי ההפליה קיימים בחוק ובנהלים, אך לא די בתביעות משפטיות כדי להביא לשינוי. אף כי נושא זה אינו ייחודי לקהילת הלהט"ב, הרי אי-אפשר להתעלם מהזיהוי שקיים בתודעה הציבורית בין הנגיף ובין הקהילה, ומהסטיגמה הכפולה שנוצרת לכן בהקשר זה.⁵¹ בה בעת חשוב להזכיר את האיסור להשתמש בתרומת דם של גברים שקיימו יחסי מין עם גברים אחרים אחרי 1977. באיסור זה יש משום הפליה וקיבוע סטיגמה המשמרת את התפיסה שלפיה כל ההומואים נגועים בנגיף ה-HIV או שרק הומואים נגועים בנגיף ה-HIV.⁵² הפלייתם של נשאי HIV וחולי איידס, לעתים קרובות בשל סטיגמה ודעות קדומות, ומאבקים להכללת תרופות לאיידס במסגרת שירותי בריאות, היו נושאים מרכזיים שסביבם התעוררו מחדש מאז שנות התשעים של המאה העשרים ברחבי העולם הדיון בזכות לבריאות וההתדיינויות המשפטיות על אודותיה.⁵³ לצד זאת ראוי להזכיר מגנוני פיקוח שונים שמגבילים את הנגישות של להט"ב לשירותים רפואיים מסוימים, כמו הוועדה לשינוי מין שנדרש ממנה אישור לניתוח שינוי מין,⁵⁴ וההגבלה, שהצעת חוק נוכחית עשויה לשים לה קץ, על נגישות של הומואים לשירותי פונדקאות,⁵⁵ ובעבר גם ההגבלות על נגישות של לסביות לשירותי הפריה חוץ-גופית, שבוטלו רק בעקבות עתירה לבג"ץ.⁵⁶

ה. בריאות להט"ב וגישה זכויות לבריאות

בחלק ד' עסקתי בעיקר באופן שבו עשויה ההטרונורמטיביות של מערכת הבריאות להשפיע על נגישות לשירותי בריאות. אך כפי שהוזכר לעיל, הזכות לבריאות נוגעת לא רק לנגישות לטיפול רפואי, אלא גם לתנאי הרקע החברתיים שמשפיעים על הבריאות. על כן, כאשר מדברים על הזכות לבריאות של

LIZ HAMEL ET AL., HIV/AIDS IN THE LIVES OF GAY AND BISEXUAL MEN IN THE UNITED STATES 2 49
(2014), available at <http://files.kff.org/attachment/survey-hiv-aids-in-the-lives-of-gay-and-bisexual-men-in-the-united-states>

חדי-כהן, לעיל ה"ש 4. 50

ראו עדי ניב-יגודה "לנפץ את הסטיגמה – HIV וזכויות אדם: הארה על פסק הדין תמ"ש 43071-01-13 א.מ. נ' א.ג." המשפט ברשת: מבזקי הארות פסיקה 5, 27 (2014) www.colman.ac.il/research/research_institute/katedra_HumanRights/Psika/Documents/27/27_june_2014_3_niv.pdf 51

ראו באתר האינטרנט של מגן דוד אדום בישראל מי יכול/לא יכול לתרום דם: www.mdais.org/364 52
לעניין זה חגי קלעי "אל תזרקו את הדם הוורוד" יחסי מין – הגיגים של (א)נשים על מגדר 6.9.2010 www.meandiscourse.wordpress.com/2010/09/06/

ראו Flood & Gross, לעיל ה"ש 13, בעמ' 4 והמקורות המצוטטים שם. 53

ראו קטרי, לעיל ה"ש 2. 54

ראו בלכר-פריגת וזפרן, לעיל ה"ש 5. 55

שם. 56

להט"ב, יש לרונ לא רק בשאלה של הנגישות, במקרה זה של חברי הקהילה הגאה, לטיפול רפואי שיעמוד בדרישת המקובלות, אלא גם על השפעת תנאי הרקע, במקרה זה הייחודים לאוכלוסייה זו, על הבריאות. אם בחלק הקודם הדיון התמקד בהשפעת הטרונורמטיביות על בריאות להט"ב דרך סוגיות הנגישות לטיפול רפואי, חלק זה יתמקד בהשפעת הטרונורמטיביות על בריאות להט"ב דרך בחינתה כחלק מתנאי הרקע החברתיים שמשפיעים על בריאות.

אילן מאיר מצביע על צורכי בריאות ייחודיים של להט"ב בשלושה תחומים, הרלוונטים לשני הממדים של הזכות לבריאות:⁵⁷

1. תחומים שבהם להט"בים מצויים בסיכון מוגבר לחלות במחלות מסוימות בגלל חשיפת-יתר, שנובעת, למשל, מפרקטיקות מיניות או מעניינים הקשורים בזהות המינית-מגדרית. אלו כוללים חשיפה למחלות כמו איידס בשל הסיכון להדבקה הקיים במגע מיני אנאלי, אך גם סכנות הנוגעות לתנאים החברתיים של הפליה, דעה קדומה ודחייה שעלולים להשפיע על הבריאות הגופנית והנפשית, זאת לצד השפעתם על נגישות לשירותי בריאות, על השימוש בשירותי הבריאות, ועל איכות שירותי הבריאות.

2. תחומים שבהם להט"בים מצויים בסיכון מוגבר לחלות במחלות מסוימות שלא בגלל חשיפת יתר הקשורה בפרקטיקות מיניות או בזהות מגדרית – אלא משום שהם חשופים להומופוביה ולאלימות (ולכן מפתחים גם קשיים בתחום הנפש, צריכת סמים ואלכוהול מוגברת, השמנת יתר וכו'), ועל כן נדרשת תשומת לב מיוחדת להופעת בעיות רפואיות אלו בקרבם.

3. תחומים שבהם להט"בים כלל אינם מצויים בסיכון מוגבר, אך שראוי לטפל בהם באופן שתואם את הצרכים המאפיינים אותם, ולהתייחס באופן ראוי ומכבד לזהות המגדרית והמינית, ולהכיר בכך שיחס בלתי-רגיש או עוין עלול להביא לניכור ולחוסר אמון מצד החולים. על אלו צריך להוסיף שירותי בריאות ייעודיים שנחוצים לאוכלוסיית להט"ב, כמו גישה לטיפול שינוי מגדר אצל טרנסג'נדרים.

גל וגנר קולסקו, זהר מור ודרור ברמן דנים בפרק שחיברו בספר זה בהטרונורמטיביות של מערכת הבריאות שרלוונטית בייחוד לתחום השלישי ושידנתי בה בחלק הקודם, אך גם שני התחומים הראשונים באים לידי ביטוי בהרחבה בדיונם, שבו הם מצביעים על חשיפה מוגברת בקהילה הגאה למחלות המועברות על ידי מגע מיני, לתחלואה פסיכיאטרית, להפרעות אכילה, להשמנת יתר, לאלימות ולגורמי סיכון למחלות לב ולגידולים.⁵⁸

יש להדגיש כי הנתונים על פערי בריאות בין לסביות, הומואים וביסקסואלים לבין שאר האוכלוסייה, בולטים בייחוד בכל הנוגע לבני נוער, באופן המצביע על לחצים הכרוכים בסטיגמה

Ilan Meyer, *Why Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Public Health?*, 91 AM. J. PUB. HEALTH 57 (2001) 856, 857. לסקירת סכנות רפואיות הקיימות אצל להט"בים ברמה מוגברת ראו גם Mayer, לעיל ה"ש 45.

58 וגנר קולסקו, מור וברמן, לעיל ה"ש 1. ראו למשל על הפרעות אכילה ונפיצותם אצל גברים הומואים וביסקסואלים שגדולה משמעותית מאשר אצל גברים הטרוסקסואלים. Matthew B. Feldman & Ilan H. Meyer, *Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations*, 40 INT. J. EAT. DISORDER 218 (2007) 218. לסקירה מקיפה על בריאות להט"ב בהקשר האמריקאי ראו, Laura Dean et al., *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health: Findings and Concerns*, 4 J. GAY LESBIAN MED. ASS'N 3 (2000).

ובהפליה. התנהגות מינית מסוכנת (כגון מין לא בטוח, לרבות מין הנעשה בהשפעת סמים ואלכוהול),⁵⁹ כמו גם התנהגות פיזית מסוכנת (כגון עישון ושימוש בסמים), מוסברות לעתים קרובות כתגובה של האינדיבידואל לגורמי לחץ. אילן מאייר הצביע במחקריו על הדרך שבה מה שהוא מכנה "לחץ מיעוט" מסביר את הנפיצות של בעיות מתחום בריאות הנפש בקרב האוכלוסייה הנדונה, כאשר סטיגמה, דעה קדומה והפליה (בין בצורת אירועי הפליה ובין בצורת פחד מדחייה והסתרה), מייצרות סביבה חברתית שגורמת בעיות בתחום בריאות הנפש.⁶⁰ מחקר שנעשה בישראל מראה רמה גבוהה יותר של לחץ נפשי והתנהגות מינית ופיזית מסוכנת אצל צעירים וצעירות לסביות, הומואים

59 ראו בישראל Zohar Mor et al., *Gay Men Who Engage in Substance Use and Sexual Risk Behavior: A Dual-Risk Group With Unique Characteristics*, 19 INT'L J. STD & AIDS 698 (2008); Zohar Mor et al., *High-Risk Behaviour in Steady and in Casual Relationships Among Men Who Have Sex With Men in Israel*, 87 SEX. TRANSM. INFECT. 532 (2011); Zohar Mor et al., *Risk Behaviors and Sexually Transmitted Diseases in Gay and Heterosexual Men Attending an STD Clinic in Tel Aviv, Israel: A Cross-Sectional Study*, 14 ISR. MED. ASSOC. J. 147 (2012)

60 ראו Ilan H. Meyer, *Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*, 129 PSYCHOL. BULL. 674 (2003) על דעה קדומה והפליה לרבות הומופוביה מופנמת כגורמי לחץ והשלכותיהם על בריאות להט"ב ראו גם Ilan H. Meyer, *Prejudice and Discrimination as Social Stressors*, in THE HEALTH OF SEXUAL MINORITIES: PUBLIC HEALTH PERSPECTIVES ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL AND TRANSGENDER POPULATIONS 242 (Ilan H. Meyer & Mary Northridge eds., 2007); Dawn L. Strongin, Marc J. Silva & Fredrick Smiley, *Carving Triangles into Squares: The Effects of LGBTQ-Stigma-Related Stressors during Youth, Adulthood and Aging*, in HEALTH CARE DISPARITIES AND THE LGBT POPULATION 107 (Vickie L. Harvey & Teresa Heinz House ed., 2014) (כמו גם של Alexandra Brandes, *The Negative Effect of Stigma, Discrimination, and the Health Care System on the Health of Gender and Sexual Minorities*, 3 TUL. J.L. & SEXUALITY 155 (2014)

באופן כללי על גורמי לחץ והשפעתם על בריאות בהקשר הישראלי ראו שובל ואנסון, לעיל ה"ש 34, בעמ' 34-36. ראו גם את הדו"ח של הדווח המיוחד של האו"ם לעניין הזכות לבריאות על ההשלכה על בריאות של הפללה של יחסי מין המתקיימים בהסכמה בין בני אותו המין, כאשר הפללה זו יוצרת את התפיסה החברתית שהמשתתפים ביחסים כאלו הם "לא-נורמליים" ופושעים, כאשר הדיווח מצביע על שיעור התאבדויות גבוה, הימנעות מגישה לטיפול רפואי, והיעדר נגישות לרפואה מונעת מתאימה, ובפרט על הדרך שבה החשש משיפוט ומענישה עלול להרתיע מגישה לטיפול רפואי. אף כי הדיווח התמקד בהקשרים שבהם ההתנהגות המינית של בני אותו המין מופללת, הרי החשש משיפוט ומהסטיגמה החברתית שבהם הוא דן, רלוונטיים בהקשרים רחבים יותר. Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, U.N. General Assembly, U.N. Doc. A/HRC/14/20 (April 27, 2010) (by Anand Grover), available at <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrccouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf> Rights Council, *Discrimination and Violence against Individuals Based on Their Sexual Orientation and Gender Identity*, U.N. Doc. A/HRC/29/23 (May 4, 2015), paragraphs 50-54, available at http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/29/23&referer=/english/&Lang=E על האפקטים של הפללה, במקומות שבהם קיימת, על בריאות של להט"ב ראו גם Joanne Csete & Jonathan Cohen, *Health Benefits of Legal Services for Criminalized Populations: The Case of People Who Use Drugs, Sex Workers and Sexual and Gender Minorities*, 38 J. L. MED. & ETHICS 816, 823-825 (2010)

וביסקסואלים מאשר אצל נבדקים הטרנסקסואלים, וככלל מצבם הרפואי הנפשי והפיזי רע יותר משל הטרנסקסואלים.⁶¹ מחקר בקרב לסביות בישראל הראה התנהגות מסוכנת בדמות עישון וצריכת אלכוהול, הגבוהה משמעותית מאשר אצל נשים הטרנסקסואליות.⁶² מחקר בקרב טרנסג'נדרים בישראל הצביע על קשר בין אירועים טרנספוביים וטרנספוביה מופנמת לבין בריאותם הנפשית: ככל שטרנסג'נדרים חשופים לאירועים טרנספוביים רבים יותר, ומחזיקים בעצמם בדעות קדומות ובסטראוטיפים כלפי טרנסג'נדרים, כך גוברת מצוקתם הנפשית ובריאותם הנפשית פוחתת.⁶³ יש להזכיר גם בעיות ייחודיות הנוגעות למעמדן של טרנסג'נדרים במערכת הבריאות, אוכלוסיות שגם הן לעתים קרובות קרובות של תפיסה הטרונורמטיבית. אוכלוסיות אלו סובלות מכל מה שהקהילה הלהט"בית כולה סובלת ממנו, ולכך נוספת חשיפה כפויה של זהותם המגדרית במסגרת בדיקה רפואית, כמו גם העובדה שהם תלויים בממסד הרפואי לעצם ההכרה בזהותם, סוגיה שנשארת על כנה גם אחרי שינוי הנוהל בדבר ניתוחי שינוי מין על ידי משרד הבריאות,⁶⁴ ושנדונה בפירוט בפרק של עידו קטרי בספר זה,⁶⁵ וכן במחקרים נוספים.⁶⁶ למותר לציין שתפיסות הטרונורמטיביות, שכוללות בתוכן תפיסות

61 Guy Shilo & Zohar Mor, *The Impact of Minority Stressors on the Mental and Physical Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths and Young Adults*, 39 HEALTH & SOC. WORK 161 (2014) על סטיגמה ומשמעותה בהקשר זה ראו Gregory M. Herek, Regina Chopp & Darryl Strohl, *Sexual Stigma: Putting Sexual Minority Health Issues in Context*, in THE HEALTH OF SEXUAL MINORITIES: PUBLIC HEALTH PERSPECTIVES ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL AND TRANSGENDER POPULATIONS 171 (Ian H. Meyer & Mary Northridge eds., 2007)

62 אפרתי, לעיל ה"ש 48; דן אבן "סקר: לסביות מעשנות וצורכות סמים יותר מהטרנסקסואליות" הארץ – בריאות 21.3.2012 www.haaretz.co.il/news/health/1.1668476; ירון קלנר "מחקר ישראלי: לסביות מעשנות ושותות יותר מסטרייטיות" Ynet 17.3.2015 www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4637570,17.3.2015 מחקר בארצות-הברית הראה אחוז גבוה יותר של עישון ושתית אלכוהול בקרב הומואים, לסביות וביסקסואלים מאשר בשאר האוכלוסייה. מחקר זה הראה שאחוז נמוך יותר של נשים לסביות תיאר את מצבו הרפואי כמצוין או טוב יותר, מאשר של הטרנסקסואלים, ושאחוז גדול יחסית של ביסקסואלים דיווח על מצוקה נפשית רצינית שחווה בשלושים הימים שקדמו לסקר. ראו Brian W. Ward et al., *Sexual Orientation and Health Among U.S. Adults: National Health Interview Survey, 2013*, 77 NATIONAL HEALTH STATISTICS REPORTS 1 (2014), available at cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr077.pdf

63 יונתן מרטון אנשים טרנסג'נדרים בישראל: גורמי לחץ, משאבי תמיכה ובריאות נפשית (עבודת גמר לתואר "מוסמך בעבודה סוציאלית", אוניברסיטת תל-אביב – בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, 2013).

64 חוזר מינהל הרפואה 16/2014 "ניתוחים לשינוי מין" (12.5.2014) www.health.gov.il/hozer/mr16_2014.pdf

65 קטרי, לעיל ה"ש 2. לדיון בנוהל הקודם ובדרך שבה חוו את יישומו טרנסג'נדרים ראו: יעל סיני מדיניות כלפי חצייה מגדרית וסובייקטיביות טרנסג'נדרית בוועדה לשינוי מין בתל השומר (עבודת גמר לתואר "מוסמך אוניברסיטה", אוניברסיטת תל-אביב – החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, 2013).

66 שיר רייכרט מצביעה בעבודת התזה שלה על הדרך שבה מעדיפים מטופלים טרנסג'נדרים מפגש עם בעלי מקצוע בעלי היכרות עם התחום, אך אלו מועטים ומצויים ברובם במרכז הארץ. היא מצביעה גם על הקושי בחשיפה הן ברמת השיח והן ברמת הגוף שבו נתקלים טרנסג'נדרים. הקושי נובע מהיחס המבוסס על סטיגמה שלו זוכים ולו מצפים טרנסג'נדרים בפנייה לטיפול רפואי. היא עומדת גם על הדרך שבה המערכת הרפואית נתפסת על ידי מטופלים טרנסג'נדרים כמוסד כוללני והגורמים המטפלים נתפסים כסוכנים רבי-כוח. ראו שיר רייכרט חוויותיהם של טרנסג'נדרים מהמפגש עם המערכת הרפואית (עבודת גמר לתואר "מוסמך" בתכנית לפסיכולוגיה רפואית, המכללה האקדמית תל-אביב יפו – בית הספר למדעי ההתנהגות,

בינאריות לגבי מגדר, הן גם ביסוד היחס של המסד הרפואי לאנשים אינטרסקס. סוגיה זו נדונה בפירוט, לרבות מהזווית של הזכות לבריאות, בפרק של שגית מור, מעין סודאי ואור שי בספר זה⁶⁷ ובמחקרן הקודם.⁶⁸ מחקרים מהעולם מצביעים על ההשפעות של ביפוביה והיעדר נראות ביסקסואלית על בריאות של ביסקסואלים. היו מחקרים שהצביעו על רמת מצוקה נפשית גבוהה יותר ונטיות אבדניות רבות יותר אצל ביסקסואלים מאשר אצל הומואים ולסביות. אחד ההסברים לכך הוא היעדר מערכי תמיכה לאוכלוסייה הביסקסואלית, מהסוג שעומד לעתים לרשותם של הומואים ולסביות, וביפוביה והיעדר נראות ביסקסואלית גם בקרב הומואים ולסביות.⁶⁹ תוצאות דומות התקבלו במחקר ישראלי שהצביע על כך שמצב הבריאות הנפשית של צעירים ביסקסואלים גרוע משל הומואים ולסביות, בעיקר כאשר נעדרו תמיכה משפחתית וקהילתית.⁷⁰ כל הדוגמאות הנ"ל מצביעות על הצורך בגישה "ביו-חברתית"⁷¹ הבוחנת את מצבם הרפואי של להט"בים בהקשר של מעמדם החברתי.⁷²

2012). יונתן מרטון מצביע במחקרו על כך שטרנסג'נדרים חוששים "רוב הזמן" או "לעתים קרובות" מהיתקלות ביחס מפלה מרופא שלא מכיר אותם, זאת על אף דיווח נמוך על היתקלות ביחס מפלה בפועל במרחב זה, ראו מרטון, לעיל ה"ש 63. מחקר חדש על טרנסג'נדרים בישראל מצביע על מחסומים בגינם נשים טרנסג'נדריות לא פונות לרופא על מנת לקבל טיפול הורמונלי ונוטלות במקום הורמונים ללא מרשם רופא מהשוק השחור. מחקר זה מצביע גם על ריבוי מקרים של אלימות פיזית בשל זהותם המגדרית" ראו עידו אפרתי "מחקר: מחצית מהטרנסג'נדרים בישראל ספגו אלימות פיזית בשל זהותם המגדרית" הארץ 26.5.2015 www.haaretz.co.il/news/education/premium-1.2644553. לדיון מקיף בנושא בריאות טרנסג'נדרים מהיבט משפטי, בייחוד בהקשר האמריקני, ראו Liza Khan, *Transgender Health at the Crossroads: Legal Norms, Insurance Markets, and the Threat of Healthcare Reform*, 11 YALE J. HEALTH POL'Y L. & ETHICS 375 (2011). לדיון בהפליית שוברים מהן טרנסג'נדרים במערכת הבריאות ראו Sonny Nordmarken & Reese Kelly, *Limiting Transgender Health: Administrative Violence and Microaggressions in Health Care Systems*, in HEALTH CARE DISPARITIES AND THE LGBT POPULATION 143 (Vickie L. Harvey & Teresa Heinz Housel eds., 2014). למדריך שנועד להסביר כיצד להעניק שירות רפואי הולם לטרנסג'נדרים ראו Nikki Burrill & Valita Fredland, *The Forgotten Patient: A Health Provider's Guide to Providing Comprehensive Care for Transgendered Patients*, 9 IND. HEALTH L. REV. 69 (2012).

71 ראו מור, סודאי ושי "דין זה שאינו אחד", לעיל ה"ש 3.

72 על התפיסה הרפואית לגבי אנשים אינטרסקס ראו גם שגית מור, מעין סודאי ואור שי "מהכחשה להנכחה: ביקורת נוהל ניתוחים באינטרסקס" משפטים מד 89 (2013).

73 ראו SAN FRANCISCO HUMAN RIGHTS COMMISSION, LGBT ADVISORY COMMITTEE, BISEXUAL INVISIBILITY: IMPACTS AND RECOMMENDATIONS 11–26 (2011), available at <http://tinyurl.com/ma6yyg4>. גם מידת גילוי הנטייה המינית לרופאים נמוכה משמעותית אצל ביסקסואלים מאשר אצל הומואים ולסביות. ראו Laura E. Durso & Ilan H. Meyer, *Patterns and Predictors of Disclosure of Sexual Orientation to Healthcare Providers Among Lesbians, Gay Men and Bisexuals*, 9 SEXUALITY RES. & SOC. POL'Y 35 (2012). ראו גם את הנתונים הדומים על ביסקסואלים בדו"ח של Ward המצוטט לעיל בה"ש 62.

74 Guy Shilo & Riki Savaya, *Mental Health of Lesbian, Gay and Bisexual Youth and Young Adults: Differential Effects of Age, Gender, Religiosity and Sexual Orientation*, 22 J. RES. ADOLESCENCE 310 (2012).

75 על גישה "ביו-חברתית" ראו Paul Farmer et al., *Introduction: A Biosocial Approach to Global Health*, in REIMAGINING GLOBAL HEALTH: AN INTRODUCTION 1 (Paul Farmer et al. eds., 2013).

76 לניתוח מקיף של ההשלכות של מעמד חברתי על בריאות להט"ב ראו Mark B. Padilla, Ernesto Vasquez del Aguila & Richard G. Parker, *Globalization, Structural Violence and LGBT Health: A Cross-*

גישת זכויות לסוגיית הבריאות⁷³ תבחן סוגיות אלו מהזוויות שהזכרנו לעיל של שוויון, צדק, מקובלות, נגישות, לרבות היעדר הפליה, שמירה על כבוד האדם וקבלת טיפול רפואי נאות. קבלת טיפול רפואי נאות נוגעת הן לרמה המקצועית ולאיכות הרפואית והן ליחסי האנוש. לשם כך נדרש שינוי מודעות בחברה בכלל ובמערכת הבריאות בפרט. כפי שראינו, כל אלו הם רכיבים של הזכות לבריאות, כפי שהוכרה במשפט הבינלאומי והישראלי. לכן, על מנת להבטיח בריאות להט"ב, צריך להבטיח שהרופא שאליו מגיעה האישה שמקיימת יחסים עם נשים, לא יצא מנקודת הנחה הטרונורמטיבית אלא ישאל אותה שאלות שיוכלו לקבל מגוון תשובות שמשקף את המגוון המיני והמגדרי. יש גם לבחון עד כמה סל הבריאות ושירותי הבריאות מותאמים לצרכים הייחודיים של אוכלוסיית הלהט"ב: האם ראוי שאמצעי מניעה שמונעים הדבקה ב-HIV ייכללו בסל הבריאות? האם מערכת הבריאות נותנת מענה מתאים לצורכי בריאות הנפש של אוכלוסייה זו? במובן זה הדיון על בריאות להט"ב משתלב בדיון רחב יותר על הטיות שעשויות להיות בעצם עיצובו של סל הבריאות.⁷⁴ אם כן, הדרך ליישום הזכות לבריאות בהקשר זה אינה עוברת רק, ואף לא בעיקר, באכיפה שיפוטית של הזכות, אלא בשינוי מבני ותפיסתי שבא לעקר את ההטרונורמטיביות של מערכת הבריאות. זאת, על ידי יצירת שירותים מותאמים לאוכלוסייה הלהט"בית, הן על דרך יצירת שירותים ייחודיים והן באמצעות הדרכת הצוותים הרפואיים לצרכים המתאימים ולדרכים נכונות להתמודד עם מגוון של נטיות מיניות וזהויות מגדריות,⁷⁵ ועל ידי הטמעת תפיסות של בריאות כזכות אדם שכוללת ממדים אלו, בכל מערכת הבריאות. פול פארמר הצביע בהקשר אחר על הצורך לחשוב על בריאות ועל זכויות אדם באופן שלא תולה את כל התקווה במאבקים משפטיים, אלא בסולידריות ובאספקת שירותים לנזקקים. דברים אלו, בשינוי הקשר, נכונים לשאלת בריאות להט"ב.⁷⁶ עם זאת, כפי שראינו, הפגיעה בבריאות של להט"בים אינה נובעת רק מההטרונורמטיביות של שירותי הבריאות, אלא גם מהתפיסות החברתיות של הפליה, דעה קדומה וסטיגמה, שמהוות גורמי לחץ ומשפיעות לרעה על בריאות להט"ב כחלק

Cultural Perspective, in THE HEALTH OF SEXUAL MINORITIES: PUBLIC HEALTH PERSPECTIVES ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL AND TRANSGENDER POPULATIONS 209 (Ilan H. Meyer & Mary Northridge eds., 2007)

73 על גישת זכויות, Rights Based Approach, לבריאות ראו Alicia Ely Yamin, *Will We Take Suffering Seriously? Reflections on What Applying a Human Rights Framework to Health Means and Why We Should Care*, 10 HEALTH & HUM. RTS. 45 (2008); Sofia Gruskin, Dina Bogecho & Laura Ferguson, *'Rights-based Approaches' to Health Policies and Programs: Articulations, Ambiguities and Assessment*, 31 J. PUB. HEALTH POL'Y 129 (2010) מזווית של זכויות אדם ומשפט ראו, WORLD HEALTH ORGANIZATION, *SEXUAL HEALTH, HUMAN RIGHTS AND THE LAW* (2015), available at www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en.

74 ראו קציר, לעיל ה"ש 42.

75 על הצורך לכלול בחינוך הרפואי הדרכה מתאימה ראו Travis Franklin Chance, *'Going to Pieces' over LGBT Health Disparities: How an Amended Affordable Care Act Could Cure the Discrimination That Ails the LGBT Community*, 16 J. HEALTH CARE L. & POL'Y 375, 397-401 (2013)

76 ראו PAUL FARMER, *PATHOLOGIES OF POWER: HEALTH, HUMAN RIGHTS, AND THE NEW WAR ON THE POOR* ch. 9 (2003); Paul Farmer & Nicole Gastineau, *Rethinking Health and Human Rights: Time for a Paradigm Shift*, 30 J. L. MED. & ETHICS 655 (2002)

מגורמי הרקע לבריאות.⁷⁷ סוגיית בריאות הלהט"ב היא אפוא חלק אינטגרלי מהשאלה הרחבה יותר של מעמדם של להט"ב בחברה, ועל מנת להביא לסיום הפער בין בריאות הלהט"ב לבריאות האוכלוסייה, יש לעקור מן היסוד את ההומופוביה וההטרנורמטיביות לא רק ממערכת הבריאות, אלא מהחברה בכללותה, ולקדם שוויון בכל תחומי החיים. אך בכך לא די: בתור אוכלוסייה עם נתוני בריאות מוחלשים לעומת שאר האוכלוסייה, יש להניח שהקהילה הלהט"בית סובלת במיוחד מתהליכי הפרטת המימון והקטנת ההוצאה הציבורית לבריאות על חשבון גדילת ההוצאה הציבורית, ולכן על מנת להבטיח את בריאותה, יש לראות את מאבקה לשוויון כחלק ממאבק כולל למען שוויון בבריאות וחיזוק הרפואה הציבורית.⁷⁸

ו. סיכום: הזכות לבריאות של להט"ב – סיכויים וסיכונים

הזכות לבריאות נוגעת הן לתנאי הרקע החברתיים שמשפיעים על הבריאות והן לנגישות לטיפול רפואי. בפרק זה בחנתי את הדרך שבה ההטרנורמטיביות הן של החברה והן של מערכת הבריאות כחלק מהחברה, משפיעה על מצבם הבריאותי של לסביות, הומואים, ביסקסואלים וטרנסג'נדרים בשני הממדים של הזכות. כמו כן, הצבעתי על כך שגישת זכויות לבריאות דורשת אימוץ מדיניות מקדמת שוויון בתחום זה. יש לציין כי המפגש של הנושא הלהט"בי וסוגיית הבריאות אינו מפגש פשוט. כותבים מסוימים הביעו חשש ממיקוד מאבקים להט"ביים סביב סוגיית הבריאות, לאור ההיסטוריה – ובכל הנוגע לטרנסג'נדרים, כמו גם אנשים אינטרסקס גם ההווה – שבו מערכת הבריאות עושה פתלוגיזציה לזהויות מיניות ומגדריות לא-נורמטיביות.⁷⁹ במובן זה הדיון בצרכים של להט"בים ממערכת הבריאות מכיל בתוכו פרדוקס שניתן לראותו בצורה מובהקת בהקשר של סוגיית נגישות טרנסג'נדרים לטיפולי שינוי מגדר: אף כי כפי שמעידים המקרים של טיפול רפואי בהיריון ובהפסקתו, טיפול רפואי במערכת הבריאות הציבורית אינו מוגבל למקרים של מחלה, הרי כיום הסיווג של טרנסג'נדריות כסוגיה רפואית נחשב לעתים קרובות חיוני להבטחת מימון הנדרש לנגישות לניתוחי שינוי מין. בהקשר זה כבר קיימת מדיקליזציה של הזהות המגדרית, כזו שלעתים עולה החשש שוויתור עליה עלול לבוא על חשבון הנגישות לטיפולים שאנשים טרנסג'נדרים מעוניינים בהם. הדגשת שאלת המיניות והנטייה המינית בתוך הדיון על בריאות ציבורית בהקשרים נוספים, עלולה להביא למדיקליזציה מחודשת של הסוגיה. זאת, לאחר שרק במאמץ רב נמחקה ההומוסקסואליות

77 על ההשלכות של הפליה, לרבות של להט"ב, על בריאות ראו Nancy Krieger, *Discrimination and Health*, in SOCIAL EPIDEMIOLOGY 36 (Lisa Berkman & Ichiro Kawachi eds., 2000)

78 על הצורך לראות את המאבק לצדק כלכלי בכלל ובהקשר של בריאות בפרט כמאבק להט"בי ראו Laura F. Redman, *Outing the Invisible Poor: Why Economic Justice and Access to Health Care is an LGBT Issue*, 17 GEO. J. ON POVERTY L. & POL'Y 451 (2010). מחקר בארצות-הברית הראה שיותר ביסקסואלים ונשים כשלו לקבל טיפול רפואי בשל עלות, אל מול שאר האוכלוסייה (לגבי גברים הומואים לא נמצא הבדל בנתון זה). ראו Ward, לעיל ה"ש 62, בעמ' 4.

79 ראו Alice M. Miller, *Uneasy Promises: Health and sexual Rights as Human Rights*, 91 AM. J. PUB. HEALTH 861 (2001). ספציפית בהקשר הטרנסג'נדרים ראו Christoph Hanssmann, *Counting Us In: Problems and Opportunities in Health Research on Transgender and Gender-Nonconforming Communities*, 8 SEATTLE J. SOC. JUST. 541 (2010).

בשנת 1973 מרשימת המחלות הפסיכיאטריות.⁸⁰ טרנסקסואליות עדיין מצויה ברשימה זו, ורק בשנת 2013 שונתה הגדרת הטרנסקסואליות באותה רשימה מ"הפרעה" ל"דיספוריה", מונח שאמור להיות יותר פתלוגי ופחות מבוסס על רגשותיו ורצונותיו של המטופל.⁸¹ הסכנה למדיקליזציה עולה כאשר שבים ומעיינים בהגדרת ה"בריאות" של ארגון הבריאות העולמי שהוזכרה בפתח מאמר זה. אכן, אילן מאייר מזהיר שאם נתמקד בבריאות להט"ב, הרי על כל מאמץ להכיל את האוכלוסייה הרלוונטית בקבלת החלטות, אנו עלולים להיתקל בתכניות אחרות שיבקשו להשיג בריאות על ידי ביטול פרקטיקות שהן חלק מהביטוי העצמי והזהרות של אנשים.⁸² לעתים רק קו דק עלול להפריד בין ההצבעה על כיצד סטיגמה ודעה קדומה הם גורמי לחץ שמגדילים את הסיכון לבריאות הנפשית של להט"בים, ובין חזרה לפתלוגיזציה של נטיות מיניות הומוסקסואליות כבעיה של בריאות הנפש. אך על מנת להימנע מחציית קו זה יש להדגיש כי הגישה הראשונה מצביעה על הדרך שבה דעה קדומה היא המסוכנת לבריאות הנפשית, ולא על כך שעצם הנטייה המינית היא בעיה בריאותית. על כן הגישה המוצעת כאן רואה בהטרונורמטיביות, ולא בהומוסקסואליות, עניין בריאותי.⁸³ על מנת להימנע מהסכנות שמאייר דן בהן יש אפוא להדגיש, כפי שטענתי לאורך פרק זה, שהמפגש של הנושא הלהט"בי עם נושא הבריאות צריך להתמקד בזכויות, אך לא כרעיון מופשט, אלא כרעיון שמכיל בתוכו ערכים של נגישות, מקובלות, כבוד האדם וכן צדק, שוויון ועזרה הדדית – כמתחייב גם מהעקרונות שפותחו לגבי הזכות לבריאות במשפט הישראלי ובמשפט הבינלאומי.

80 ראו Charles Silverstein, *The Implications of Removing Homosexuality from the DSM as a Mental Disorder*, 38 ARCH. SEX. BEHAV. 161 (2009).

81 ראו Ching Li, Anca Vaida & Florence Dalton, *Transsexuality in the new DSM V: From Disorder to Dysphoria, A Report from within the World of Psychiatry*, INTER-DISCIPLINARY.NET (May 2014), available at <http://www.inter-disciplinary.net/critical-issues/wp-content/uploads/2014/04/Ching-Li-et-al-FM4-dpaper.pdf>. בה בעת מתנהל מאבק לדה-פתלוגיזציה של טרנסג'נדריות ב-ICD, הסיווג הבינלאומי של מחלות של ארגון הבריאות העולמי. ראו *New Developments in the ICD Revision Process*, STOP TRANS PATHOLOGIZATION (August 19, 2014), available at stp2012.info/old/en/news#information_ICD_revision_process.

82 ראו Meyer, *Why Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Public Health?* 57, בעמ' 858.
83 מאייר עומד על כך שאם לא נבחן את בעיות בריאות הנפש אצל האוכלוסייה הלהט"בית מתוך חשש מסטיגמה, נזניח את הטיפול בבעיה. ראו Meyer, *Prejudice and Discrimination*, לעיל ה"ש 60, בעמ' 674.