

אוניברסיטת בן גוריון בנגב  
הפקולטה למדעי הרוח והחברה  
המחלקה לעבודה סוציאלית

## שימוש ברפואה הציבורית לעומת הפרטית לניתוחי התאמה מגדרית בקרב טרנסג'נדרים בישראל

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח  
והחברה" (M.A)

מאת : מיכל סטולר  
בהנחיית פרופ' מיכל קרומר-נבו וד"ר פאולה פדר-בוביס

אוקטובר 2021

אוניברסיטת בן גוריון בנגב  
הפקולטה למדעי הרוח והחברה  
המחלקה לעבודה סוציאלית

שימוש ברפואה הציבורית לעומת הפרטית לניתוחי  
התאמה מגדרית בקרב טרנסג'נדרים בישראל

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח  
והחברה" (M.A)

מאת : מיכל סטולר

בהנחיית פרופ' מיכל קרומר-נבו וד"ר פאולה פדר-בוביס

תאריך : 12.10.2021

חתימת הסטודנטית :

תאריך : 12.10.2021

חתימת המנחה :

תאריך : 12.10.2021

חתימת המנחה :

תאריך : 12.10.2021

חתימת יו"ר הועדה המחלקתית :

אוקטובר 2021

אני רוצה להודות למנחות המדהימות שלי, מיכל קרומר-נבו ופאולה פדר-בוביס, על ההנחיה המסורה לכל אורך הדרך, על האמונה בי ובמחקר שלי, על העידוד שהענקתן לי ברגעי ייאוש ועל הסטנדרטים הגבוהים שהצבתן.

תודה לקבוצת הסטודנטיות של פאולה על התמיכה והשיתוף בידע ובניסיון.

עבודה זו היא תוצר של התגייסות קהילתית נרחבת. אני מודה לקהילה שלי שהאמינה במחקר שלי ותמכה בו בכל כך הרבה אופנים: לכל מי שהקדישו מזמנם והשתתפו במחקר, למי שהשתתפו בפיילוט וסייעו לדייק את השאלון, למי שעזרו להפיץ את השאלון ברשתות החברתיות ובין חברות, למי שתרגמו, למי שהצטרפו אליי לחשיבה משותפת על כל שלב ופסיק בדרך ולרבות אחרות שתרמו באופנים שונים.

תודה מיוחדת לאורי, איציק, אלה, אלונה, אלישע, אנדי, ברבר, גיתית, דימה, לינור, נוקי, נינה, סאלי, עידו, ערן, רוני, רותם, רן, רעות, שני ולכל המשפחה והחברות שליוו אותי לאורך המסע הזה.

תודה עצומה לפרויקט גילה להעצמה טרנסית על העשייה המשותפת מרובת השנים ועל שאתן תמיד הגב שלי.

## תקציר

מחקר זה עוסק באופני השימוש של אנשים טרנסג'נדרים בישראל ברפואה הציבורית לעומת הפרטית לביצוע ניתוחי התאמה מגדרית. עבודה זו בוחנת את היקפי הפנייה, מאפייני הפונים והשיקולים החשובים עבורם בבחירה בין הרפואה הפרטית לציבורית, ואת חוויות הפונים לוועדה הציבורית לאישור הניתוחים.

## רקע

טרנסג'נדריות רבות מעוניינות לבצע תהליכים שונים להתאמה מגדרית. אלו יכולים להוביל לשיפור באיכות החיים וברוחה הנפשית ולהפחית מצוקה ואובדנות. ניתוחי התאמה מגדרית כוללים פרוצדורות ייעודיות שפותחו במיוחד עבור אנשים טרנסג'נדרים, לצד פרוצדורות המתבצעות בשגרה גם באנשים סיסג'נדרים (מי אשר מזדהים בהתאם למגדר שנקבע עבורם בלידתם) כמו הגדלת או הקטנת חזה. בניגוד לסיסג'נדרים, טרנסג'נדרים המבקשים לעבור את הניתוחים נדרשים פעמים רבות להוכיח את כשירותם הנפשית לניתוחים.

קיימות שתי גישות מרכזיות למדיניות בנוגע לניתוחי התאמה מגדרית: מדיניות של שמירת סף ומדיניות של הסכמה מדעת. העמדה של שמירת סף, המתבטאת במדיניות משרד הבריאות בישראל, מטילה על אנשי מקצוע מתחום הבריאות, ובייחוד בריאות הנפש, אחריות לאבחן ולקבוע למי תתאפשר קבלת טיפולים להתאמה מגדרית. לעומתה, מדיניות של הסכמה מדעת גורסת כי ההחלטה על טיפולים להתאמה מגדרית יכולה להתקבל בדיון בין רופאה ומטופלת, ומדגישה את זכותם של אנשים טרנסג'נדרים על גופם.

ניתוחים להתאמה מגדרית מבוצעים ברפואה הציבורית בישראל משנת 1986, אז הקים לראשונה משרד הבריאות ועדה ייעודית לאישור הניתוחים. בשנת 2014 נכנסו הקלות בדרישות ועדה זו. לפי הדרישות כיום, ניתן לפנות לוועדה מגיל 18 בלבד והפונים נדרשים לתקופת מעקב הנמשכת כשנה. חל איסור על ביצוע ניתוחים להתאמה מגדרית במסגרת פרטית. בפועל, מדיניות זו לא נאכפת לגבי ניתוחים שאינם מערבים את איברי המין ואלו מתבצעים בישראל באופן פרטי ללא הגבלה. הניסיון מהשטח מלמד כי הנגישות לשירותים הציבוריים היא נמוכה וכי ישנם חסמים משמעותיים לשימוש בהם. מחקר זה הינו מחקר ראשון בישראל אשר מבקש לבחון את הפניות לשירותי רפואה ציבורית לעומת פניות לרפואה פרטית בניתוחי התאמה מגדרית.

## שאלות המחקר

1. מהו שיעור הפונים לרפואה הציבורית לעומת הפרטית לצורך ביצוע ניתוחי התאמה מגדרית?
2. מהם מאפייני הפונים לכל אחד מהערוצים?
3. מה השיקולים החשובים עבורם בבחירת הערוץ לביצוע ניתוחים?
4. מהן חוויותיהם של מי שפנו לוועדה המאשרת את הניתוחים ברפואה הציבורית?

## שיטת המחקר

המחקר הוא מחקר חתך כמותי. כתיבת השאלון והפצתו נערכו בשיתוף עם חברי הקהילה הטרנסית, שהחוקרת נמנית עליה, ועם ארגוני הקהילה. משתתפי המחקר גויסו במדיות החברתיות בחודשים ינואר-פברואר 2021. השאלון כלל פרטים סוציו-דמוגרפיים, שאלון תמיכה משפחתית וחברתית נתפסת, שאלות על רצון בניתוחים ופנייה לוועדה, פרטים על ניתוחים שהתבצעו וניתוחים מתוכננים, שיקולים בהחלטה האם לפנות לוועדה, תפיסות הוועדה ושיעור רצון מהתהליך בוועדה. מלבד שאלון תמיכה משפחתית וחברתית נתפסת, וחלק משאלון שביעות הרצון, נכתבו השאלונים במיוחד לצורך מחקר זה. כדי להגיע למקסימום משיבות, הפצת השאלון נערכה בצורה מקוונת בשפות העברית והערבית. ניתוח הנתונים נעשה באמצעות מבחני חי בריבוע, מתאמי פירסון וספירמן, מבחן T למדגמים בלתי תלויים, אנובה חד צדדית ורגרסיה לוגיסטית. השיבו על השאלון 385 משתתפות.

## ממצאים

כמחצית מהמשתתפות במחקר סומנו בלידתם כזכרים וכמחציתם כנקבות. הגיל הממוצע של המשתתפים הוא 29.35 (ס"ת 9.37). הכנסתם החודשית של 62.1% מהמדגם היא הרבה מתחת למוצע. 40.3% מקבלים קצבת נכות מהביטוח הלאומי. 21.9% מכלל המדגם ו-35.6% מהנשים הטרנסיות עסקו בעבר או בהווה בעבודת מין.

מבחינת מימון לניתוחים שכבר התבצעו, מרבית המשתתפות דיווחו כי מימנו את הניתוחים באופן פרטי. לסוג הניתוח השפעה משמעותית על מקור המימון. ניתוחי חזה התבצעו ברובם המוחלט ברפואה הפרטית. בעוד ניתוחים המערבים את איברי המין, ויש הכרח באישור הוועדה על מנת לבצע אותם בישראל, התבצעו ברובם במימון ציבורי. לגבי ניתוחים אלו נמצא כי שיעור גבוה מקרב מי שמעוניינים בהם, לא עברו עדיין את הניתוח המבוקש, בהשוואה לניתוחי החזה.

מעט יותר ממחצית משתתפות המחקר פנו לוועדה. הפונות לרפואה הציבורית לביצוע הניתוחים מתאפיינות במצב סוציו-אקונומי נמוך יותר, כפי שמתבטא בארץ לידה, מקום מגורים, הכנסת ההורים ומקורות ההכנסה, וכן בתמיכה חברתית מועטה. נשים טרנסיות נוטות לפנות לרפואה הציבורית יותר בהשוואה לגברים טרנסים, כאשר א-בינארים וא-בינאריות ממעטים במיוחד לפנות לרפואה הציבורית. הוועדה נתפסת כגורם שלילי בעיניי הקהילה, בעיקר בשל ההיבטים הביורוקרטיים הכרוכים בה, בעוד יחס צוות הוועדה נתפס כסביר. בהחלטה האם לפנות לוועדה, השיקולים שנמצאו כחשובים ביותר הם שיקולי בירוקרטיה, עלות ואיכות תוצאות הניתוח. משתתפות המחקר שפנו לוועדה דיווחו על קשיים בירוקרטיים, כמו קשיים בקבלת התחייבויות מקופות החולים, וכן על דרישות לא אחידות, כמו הדרישה לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי, אשר הוצגה בפני חלק מהמשתתפות, בשעה שהדבר לא נדרש מאחרות. מתשובות הפונות לוועדה עולה אי ודאות לגבי מימון הניתוחים גם אחרי קבלת אישור הוועדה. לצד זאת,

נמצא שיפור בשביעות הרצון מהוועדה בקרב הפונות אליה בשנים האחרונות וקיצור משמעותי במשך הזמן עד לאישור הוועדה.

## **דיון**

מצב שירותי הרפואה הציבוריים לניתוחי התאמה מגדרית ומדיניות משרד הבריאות מהווים חסם המקשה על טרנסגי'נדרים לצרוך שירותים אלו. שיעור הניתוחים להתאמה מגדרית המתבצעים במימון פרטי גבוה משמעותית בהשוואה לשיעור המימון הפרטי מתוך כלל הניתוחים המבוצעים בישראל. מרבית הטרנסגי'נדרים מממנים באופן פרטי ניתוחים להתאמה מגדרית, חרף המצוקה הכלכלית הרווחת בקהילה הטרנסגית. מהתבוננות בהבדלים בין הרצון בניתוחים לביצועם בפועל, עולה ההשערה כי רבים ממי שאינם יכולים לפנות לרפואה הפרטית, נאלצים לדחות את קבלת הטיפול או אף לוותר עליו לגמרי.

לערוץ הציבורי פונות בעיקר מי שאינן יכולות לפנות לרפואה הפרטית בשל רקע סוציאקונומי ו/או משום שהניתוחים המבוקשים על ידן אינם זמינים בישראל באופן פרטי. ממצא זה תואם לתפיסת הקהילה הטרנסגית את הוועדה כגורם אליו פונים רק מי שאינם יכולים להרשות לעצמם אפשרות אחרת.

החסמים המרכזיים לפנייה לרפואה הציבורית הם חסמים בירוקרטיים הקשורים ישירות למדיניות משרד הבריאות, אשר נמנע מפרסום נוהל ברור ומקביעת סטנדרטים לטיפול ואינו מטפל בחוסר הודאות שאופף את פעילות הוועדה. לצד קשיים בירוקרטיים וזמני המתנה ארוכים, נתקלות הפונות לוועדה בדרישות לא אחידות, כמו הדרישה לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי, שאינה מעוגנת בחוזר או בנוהל. חסמים אלו עלולים לגרום לויתור או דחייה של טיפול, או למעבר לרפואה הפרטית. בניגוד לממצאי מחקרים קודמים, רבות ממשותתפות המחקר דיווחו כי הן מרוצות מהיחס שקיבלו בוועדה.

## **חשיבות המחקר, השלכות ומחקרים עתידיים**

מחקר זה נערך מתוך ולמען הקהילה הטרנסגית ובשל כך זכה להיענות גבוהה והשתתפות רחבה. עם 385 משתתפות, זהו המחקר הגדול ביותר שנערך עד היום על הקהילה הטרנסגית בישראל. מסקנות המחקר הן כי על מנת לשפר את הרפואה הציבורית ולספק לטרנסגי'נדרים שירות רפואי ראוי כפי שמובטח בחוק בריאות ממלכתי, נדרש שינוי יסודי ומנגנון חדש לאישור הניתוחים. על מנגנון זה להתבסס על גישות מקצועיות עדכניות הדוגלות בהסכמה מדעת ועל רפואה בקהילה, על מנת להפחית את הסחבת הבירוקרטית. כמו כן, נדרש ממשרד הבריאות להסדיר את נושא ניתוחי ההתאמה המגדרית מול קופות החולים ולפעול למען קיצור זמני ההמתנה הארוכים לניתוחים.

## תוכן עניינים

3	סקירת ספרות
3	אנשים טרנסג'נדרים – רקע
7	התמודדות עם המערכת הרפואית
10	ניתוחי התאמה מגדרית: המצב בישראל
15	שאלות המחקר
16	השערות המחקר
17	מתודולוגיה
17	איתור וגיוס המשתתפים
19	כלי המחקר
21	אתיקה
22	שיטת ניתוח הנתונים
23	ממצאים
23	חלק ראשון: מאפייני המדגם
25	חלק שני: שכיחותם של ניתוחים להתאמה מגדרית
27	חלק שלישי: פנייה לוועדה
33	חלק רביעי: מקורות המימון לניתוחים שהתבצעו
36	חלק חמישי: מימון לניתוחים מתוכננים
37	חלק שישי: חוויות בוועדה ושביעות רצון
41	דיון
42	חלק ראשון: הצורך בניתוחי התאמה מגדרית
43	חלק שני: אופני שימוש בשירותי הבריאות לביצוע ניתוחי התאמה מגדרית
45	חלק שלישי: חסמים
49	חלק רביעי: עם הפנים קדימה. האם יש עלייה בפנייה לרפואה הציבורית?
50	מגבלות המחקר
51	תרומת המחקר
52	מסקנות והשלכות יישומיות
53	המלצות למחקרים עתידיים
54	ביבליוגרפיה
64	נספחים
65	נספח 1: שאלון המחקר
88	נספח 2: משתני המחקר
91	נספח 3: פירוט טרנספורמציות המשתנים והתאמתם למחקר
94	נספח 4: הזמנות מעוצבות להשתתפות במחקר

### רשימת לוחות ותרשימים

- לוח 1 . מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המדגם ..... 23
- לוח 2 . עיסוק בזנות, הערכת מצב בריאותי, חברות בקופת חולים ותמיכה משפחתית וחברתית ..... 25
- לוח 3 . שיעור העוברים והמעוניינים לעבור ניתוחי התאמה מגדרית ..... 26
- לוח 4 . מקורות המידע על הוועדה, שיעורים לפי זהות מגדרית ..... 28
- לוח 5 . שיעורי הסכמה לגבי היגדים מתייחסים לוועדה ..... 28
- לוח 6 . תפיסות לגבי הוועדה לפי זהות מגדרית ..... 29
- לוח 7 . גורמי שיקולים לפי זהות מגדרית ..... 30
- לוח 8 . שיעורי פנייה לוועדה לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים ..... 31
- לוח 9 . תמיכת חברים, תפיסות הוועדה, שנת ניתוח ראשון, שיקולים ומקורות מידע לפי פנייה לוועדה ..... 31
- לוח 10 . משוואת רגרסיה לוגיסטית לניבוי פנייה לוועדה ..... 32
- לוח 11 . מקורות מימון לפי סוגי ניתוחים ..... 33
- לוח 12 . מקור מימון הניתוחים לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים ..... 34
- לוח 13 . פנייה לוועדה, שיקולים, מקורות מידע, תמיכה, תפיסות ושנת ניתוח ראשון לפי מקורות המימון ..... 35
- לוח 14 . משוואת רגרסיה לוגיסטית לניבוי מקור מימון לניתוחים ..... 36
- לוח 15 . מקורות מימון לניתוחים מתוכננים לפי מין וסוג. שיעור מתוך סוג הניתוח ..... 37
- לוח 16 . מקורות מימון מתוכננים לפי פנייה לוועדה וקבלת אישור הוועדה ..... 37
- לוח 17 . קבלת האישור הסופי של הוועדה והסיבות לכך ..... 38
- לוח 18 . חוויות ושביעות רצון מהשירות בוועדה לפי קבלת אישור ..... 40
- תרשים 1 . שכיחות ניתוחים ורצון בניתוחים בקרב טרנסים AFAB ..... 26
- תרשים 2 . שכיחות ניתוחים ורצון בניתוחים בקרב טרנסיות AMAB ..... 27
- תרשים 3 . חשיבות השיקולים בהחלטה האם לפנות לוועדה ..... 29



## סקירת ספרות

עבודה זו מבקשת לבחון את אופני השימוש של אנשים טרנסג'נדרים בישראל בשירותי הרפואה הציבוריים לעומת הפרטיים לביצוע ניתוחי התאמה מגדרית. עבודה זו בוחנת מהם היקפי הפנייה ומאפייני הפונים לכל אחד מהערוצים, מהם השיקולים החשובים עבורם בבחירת הערוץ לביצוע ניתוחים ומהן חוויותיהם של מי שפנו לוועדה המאשרת את הניתוחים ברפואה הציבורית.

תת הפרק הראשון בסקירה עוסק באנשים טרנסג'נדרים, מאפייניהם, ההתמודדות החברתית והתהליכים אותם הם מבקשים לעבור. תת הפרק השני מתמקד במפגש של מערכות רפואיות עם טרנסג'נדריות, מתאר את החסמים העומדים בפני טרנסג'נדרים בצריכת שירותי בריאות ובפרט שירותי רפואיים להתאמה מגדרית. תת הפרק השלישי עוסק בישראל ומתאר את ההליכים לאישור ניתוחי התאמה מגדרית ואת ועדת משרד הבריאות המהווה "שומר סף" למי שמבקשים לעבור את הניתוחים הללו במערכת הציבורית.

### אנשים טרנסג'נדריות – רקע

תת פרק זה מציג רקע על האוכלוסיה הטרנסג'נדרית. הפרק נפתח בהגדרת טרנסג'נדריות וכיצד זו השתנה לאורך השנים. בהמשך, מוצגים מאפיינים מספריים, דמוגרפיים וחברתיים של האוכלוסיה הטרנסג'נדרית. לבסוף, מתוארים מה הם תהליכי התאמה מגדרית.

**הגדרה:** מרבית החברות האנושיות של ימינו מחולקות על פי מין/מגדר. מין נקבע לרוב במעמד הלידה, או אף לפניו, על פי מראה איברי המין של התינוק. לפי קביעה זו של מין הילוד, נגזרים תפקידים חברתיים, זכויות וציפיות תרבותיות. טרנסג'נדריות היא מי שמערערות על קביעה זו ומגדירות את זהותן המגדרית (gender identity) באופן שונה מזה שנקבע עבורן בלידה. עבור חלקנו, ערעור זה לא נשאר פנימי אלא כרוך בתהליך חברתי ו/או גופני של מעבר מגדרי (gender transition). הבחירה במעבר מגדרי היא אישית, אך קשורה גם בהקשר תרבותי וחברתי ובהזדמנויות הפתוחות בחברה בזמן נתון.

השאלה "מי הם טרנסג'נדרים?" אינה שאלה נייטרלית. מהתשובה לה נגזרים מעמד משפטי, זכויות אזרחיות ונגישות לשירותים חברתיים ורפואיים. מחקר בין תרבותי והיסטורי מראה שתפיסות תרבותיות וחברתיות על מיניות ומגדר משתנות בהתאם למרחב ולזמן. אולם מהתבוננות במגמות שהתרחשו בעולם המערבי מאמצע המאה ה-19, ניתן לראות כי בהשפעת גורמים חברתיים ודתיים החל תהליך של מדיקליזציה ופתולוגיזציה של המין, המיניות והמגדר. כלומר, מיניות "חריגה" כמו גם חצייה מגדרית או עמימות מגדרית נתפסו כסוגיה רפואית, ובפרט כסוגיה פסיכיאטרית (פוקו, 1996).

בעקבות תהליך זה בשנת 1980 נכנסה טרנסג'נדריות ל-DSM, ספר האבחנות הפסיכיאטרי האמריקאי, בהתחלה תחת האבחנה "טרנסקסואליזם", אשר השתנתה בהמשך לאבחנה "הפרעת בזהות המגדר" (Gender Identity Disorder). בשנת 2013, השתנתה גם אבחנה זו והוחלפה באבחנה "דיספוריה מגדרית" (Davy, 2015) אשר אמורה הייתה להפחית מהפתולוגיזציה של הזהות הטרנסג'נדרית. האבחנה החדשה אינה מתייחסת לזהות עצמה, אלא למצוקה הנפשית אשר נובעת

מאי הלימה בין הזהות המגדרית הסובייקטיבית לבין המין שאליו שויך האדם בלידה. בפועל, היא משמשת פעמים רבות לאבחון בטרנסג'נדריות, משל הייתה קטגוריה אבחונית בפני עצמה (Davy & Toze, 2018). גם ב-ICD, קטלוג האבחנות שנכתב על ידי ארגון הבריאות העולמי, הופיעה בעבר טרנסג'נדריות תחת סיווג הפרעות נפשיות והתנהגותיות. אולם, במהדורה ה-11 משנת 2019 חל שינוי והאבחנה של gender incongruence מופיעה תחת "מצבים הקשורים בבריאות מינית" ומטרתה היא לתת קוד רפואי שיאפשר מתן טיפול רפואי מתאים (Robles García & Ayuso-Mateos, 2019).

**מאפיינים:** שיעורי הטרנסג'נדרים, אשר מסווגים על ידי המערכת הרפואית ככאלו, נמוכים בהרבה ממי שמזדהים כך בעצמם. לפי מטה-אנליזה, שערכו גודמן ואחרים (Goodman et al., 2019), מחקרים ברחבי העולם מצאו כי שיעורים של מי שקיבלו את אחת מהאבחנות הנפשיות הקשורות בטרנסג'נדריות הוא בין 0.7 ל-28 לכל 100,000 איש, כלומר -0.0007% עד 0.028% מהאוכלוסיה. סדרי גודל דומים נמצאו במחקרים אשר בחנו את שיעורן באוכלוסיה של מי שעברו או ביקשו לעבור טיפול הורמונלי או כירורגי כחלק מהליך להתאמה מגדרית. כך גם לגבי מחקרים אשר בחנו את שיעורם של מי שביקשו לשנות את מסמכי הזיהוי כך שיתאימו לזהותם המגדרית, כלומר ביקשו שינוי שם ו/או סעיף מין/מגדר. לעומת זאת, מחקרים אשר התבססו על דיווח עצמי מצאו כי 0.1%-2% מבין האוכלוסייה הבוגרת הזדהו כטרנסג'נדרים וטרנסג'נדריות, בעוד בקרב בני נוער השיעור היה גבוה יותר ונע בין 1.3%-2.7% (Goodman et al., 2019).

בישראל לא נערך עד היום מחקר שמטרתו מדידת שיעור הטרנסג'נדרים באוכלוסיה, אך מהתבוננות במחקרים המעטים שהתפרסמו עולה מגמה דומה, לפיה שיעורם של מי שמגדירים את עצמם כטרנסג'נדרים גבוה משמעותית משיעורם של מי שהמערכות הרפואיות או הבירוקרטיות מסווגות ככאלו. מאמרם של קפלן ואחרים (2004) דיווח כי על פי נתוני הוועדה לשינוי מין של משרד הבריאות שכיחותן של נשים טרנסג'נדריות (כלומר, מי שמגדירות את עצמן כנשים אך לא הוגדרו כך בלידתן) הינה 1:100,000 ושל גברים טרנסג'נדרים (מי שמגדירים עצמם כגברים אך לא הוגדרו כך בלידתם) הינה 0.25:100,000. אולם, קשה להסיק מנתוני הוועדה לשינוי מין לגבי שיעור הטרנסג'נדרים באוכלוסיה שכן בסקרים מאוחרים יותר, אשר מדדו טרנסג'נדריות באמצעות הגדרה עצמית, עלה כי רק אחוז קטן מבין הטרנסג'נדריות פנו לוועדה לשינוי מין (12.5%) (מרטון, 2013) או שינו את סעיף המין במרשם האוכלוסין (25%-30%) (מרטון, 2013; גולדין, 2020).

בישראל ובעולם נמצאו שלוש מגמות שינוי עיקריות בהרכב האוכלוסיה הטרנסג'נדרית משנות ה-60 של המאה הקודמת ועד ימינו. האחת, עליה משמעותית בשיעור הטרנסג'נדרים באוכלוסיה. השנייה, ירידה בגילאים בהם מתחילה ההזדהות כטרנסג'נדרים. השלישית, שינוי ביחס בין נשים לגברים. בעבר, מחקרים מצאו שיעור גבוה יותר של נשים טרנסג'נדריות בהשוואה לגברים טרנסג'נדרים, בעוד במחקרים מהעשור האחרון היחס משתווה, ובקרב הגילאים הצעירים רואים שיעור גבוה יותר של גברים טרנסג'נדרים ו/או א-בינארים שסווגו בלידתם כנקבות (גולדין, 2020; Goodman et al., 2019).

מגמה נוספת שעולה במחקרים מהעשור הארון היא שטרנסג'נדרים רבים מזדהים כא-בינארים מגדרית. זהות מגדרית א-בינארית היא זהות שאינה נופלת לאחת משתי הקטגוריות המגדריות העיקריות "גבר" או "אשה". אנשים א-בינארים חשים

כי חווית המגדר שלהם שונה או מורכבת יותר מאשר שתי קטגוריות אלו. חלק חשים כי זהותם המגדרית היא בטווח שבין "גבר" ל"אשה", או מחוץ לסקאלה הזו לחלוטין, לחלק חוויה של נזילות מגדרית, כלומר כזו המשתנה לאורך זמן, ואחרים אינם חווים זהות מגדרית (Matsuno & Budge, 2017). בניגוד למחקרים אשר נסמכים על הגדרה רפואית לטרנסג'נדריות, מחקרים שנסמכים על הגדרה עצמית מוצאים זהויות מגדריות מורכבות יותר. בסקר שנערך בארה"ב בשנת 2015, למעלה משליש מהמשתתפים הזדהו כא-בינארים. הזדהות זו מאפיינת בעיקר את הדור הצעיר, וכן את מי שסומנו בלידתם כנקבות (James et al., 2016). בסקר בישראל, נמצא כי 41% מהטרנסג'נדרים אשר סומנו בלידתם כנקבות מזדהים כא-בינארים, לעומת 18% ממי שסומנו בלידתם כזכרים (גולדין, 2020).

**תהליכי התאמה מגדרית:** טרנסג'נדריות רבות מעוניינות להתאים את האופן בו הן חיות את חייהן לזהותן המגדרית. ההליכים הכרוכים בהתאמה כזו מכונים התאמה מגדרית, מעבר מגדרי או שינוי מגדרי (gender transition). תהליכי התאמה מגדרית כוללים היבטים חברתיים, בירוקרטיים וגופניים. היבטים חברתיים כוללים את הזהות המגדרית בה מישהי מציגה את עצמה בחברה, ולפיה החברה מתייחסת אליה, כולל השם ולשון הפנייה; היבטים בירוקרטיים כוללים שינוי שם וסעיף מין במסמכים רשמיים, בכללם מסמכי זיהוי; והיבטים גופניים, הכוללים הליכים רפואיים ושאינם רפואיים, הכוללים הסרת שיער, טיפולים קוסמטיים, עיצוב השיער ושימוש באביזרים שמשפיעים על מראה סממני המין, לדוגמה שימוש בביינדרים, גופיות מיוחדות אשר משטיחות את החזה. אנשים טרנסג'נדרים יכולים לרצות לשנות את זהותם המגדרית בכל ההיבטים הללו או בחלקם. שינוי זה, ובכלל זה שינוי המאפיינים הגופניים, מאפשר הבעה עצמית, ביטוי מדויק יותר של הזהות, השגת תחושה של נוחות בגוף ושיפור הביטחון בצאתם אל החברה (גל, 2013; דרור, 2018; Stewart et al., 2018). מחקרים רבים הראו כי תהליכי התאמה מגדרית עבור מי שרוצות בכך יכולים להוביל לשיפור באיכות החיים וברווחה הנפשית, ולהפחתת מצוקה ואובדנות (Bauer et al., 2015; Boza & Nicholson Perry, 2014; Cai et al., 2019; Glynn et al., 2016; Nobili et al., 2012; van de Grift et al., 2017; White Hughto & Reisner, 2016; WPATH, 2018).

**טיפולים רפואיים להתאמה מגדרית:** קיימים טיפולים רפואיים שונים המשמשים לשינוי מאפיינים גופניים והתאמתם לחוויה המגדרית, ביניהם: טיפולים הורמונליים, הסרת שיער, טיפולי קול וניתוחים. טיפולים הורמונליים יכולים להביא לשינויים רבים במערכות שונות בגוף: שינויים רגשיים, שינויים בפיזור השומן בגוף, במרקם העור, במסת שריר, בעוררות ותפקוד מיני, צמיחת חזה בקרב מי שנוטלות אסטרוגן ועיבוי הקול בקרב מי שנוטים טסטוסטרון. אולם, לטיפולים ההורמונליים השפעה מוגבלת, ולא תמיד הם מביאים לתוצאות משיבועות רצון בקרב מי שמעוניינות בשינוי מאפיינים גופניים נוספים, בעיקר אם הטיפול ניתן לאחר סיום ההתבגרות המינית. כך למשל, הטיפול התרופתי שניתן לנשים טרנסג'נדריות – טיפול באסטרוגן וחוסמי טסטוסטרון – אינו משפיע על קול, השפעתו מועטה על שיעור בפנים ובגוף, על תווי הפנים ועל איברי המין, ולעתים אינו מביא לצמיחה משמעותית של חזה. הטיפול התרופתי לגברים טרנסג'נדרים – טיפול בטסטוסטרון – מוגבל בהשפעתו על גודל החזה ועל איברי המין, ואינו מוביל לשינוי במבנה העצמות (Hembree et al., 2017).

ניתוחי התאמה מגדרית, המכונים לעתים "ניתוחים לשינוי מין", הם ניתוחים לעיצוב מחדש של סימני המין הראשוניים והמשניים. בקרב נשים טרנסג'נדריות, או מי שרוצות לשוות לגופן מראה נקבי יותר, הניתוחים הנפוצים ביותר הם הגדלת חזה, שיוף הגרוגרת, ניתוחים לנישוי הפנים, השתלת שיער וניתוחים באיברי המין, כגון כריתת האשכים וניתוח ליצירת איבר מין נקבי. בקרב גברים טרנסג'נדרים, או מי שמבקשים לשוות לגופם מראה זכרי יותר, הניתוחים הנפוצים הם השטחת החזה, כריתת מערכת הרבייה הפנימית, וניתוחים באיברי המין (Berli et al., 2017; WPATH, 2012).

המונח "ניתוחי התאמה מגדרית" עשוי לבלבל וליצור את הרושם כי מדובר בפרוצדורות מיוחדות שפותחו במיוחד עבור טרנסג'נדרים. למעשה, מיעוט הפרוצדורות הן ייחודיות, בעוד מרבית הניתוחים להתאמה מגדרית הם ניתוחים פלסטיים, כמו הגדלת או השטחת חזה או ניתוחי פנים, אשר נערכים בשגרה גם בקרב אנשים סיסג'נדרים<sup>1</sup>. מחקר אשר ערך השוואה בין חוויותיהם של טרנסג'נדריות וסיסג'נדריות העוברות ניתוחים לעיצוב סממני המין, מצא כי הן מבקשות לעבור אותן מסיבות דומות: להיראות טוב יותר, להרגיש טוב יותר ובנוח יותר בגוף, להקל על אינטרקציות חברתיות ולאשרר את המגדר שלהן (Windsor, 2011).

**אתגרים חברתיים.** בישראל ובעולם, טרנסג'נדריות רבות חוות דחייה, הדרה ואפליה על רקע זהותן המגדרית ו/או בעקבות יציאה מהארון ומעבר מגדרי. חוויות הדרה אלו חובקות את כל תחומי החיים: האוכלוסיה הטרנסית סובלת משיעורים גבוהים של עוני, אבטלה ואפליה בתעסוקה, ומתאפיינת בשיעורים גבוהים של עיסוק בעבודת מין (גולדין, 2020; דרור, 2018; קופפר, 2016; James et al., 2016). בנוסף, ישנם שיעורים גבוהים מאוד של חוויות דחייה וניכור מהמשפחה וממעגלים חברתיים (גל, 2013; גולדין, 2020; דרור, 2018; שטיינברג, 2018; Stewart et al., 2018). מרבית הטרנסג'נדרים מתמודדים עם הטרדות ואלימות מילולית במרחב הציבורי על רקע הזהות הטרנסג'נדרית וחווים אפליה בקבלת שירותים (גולדין, 2020; James et al., 2016).

האפליה וההדרה ממנה סובלים טרנסג'נדרים, משפיעות על הבריאות הנפשית (Testa et al., 2015). מחקרים רבים מעידים כי טרנסג'נדריות סובלות משיעורים גבוהים מאוד של תחלואה נפשית, ושיעורים גבוהים במיוחד של אובדנות. מחקרים שונים בעולם המערבי ובישראל מצאו כי כ-40% מהטרנסג'נדרים ביצעו ניסיון אובדני במהלך חייהם (גולדין, 2020; Bretherton et al., 2021; James et al., 2016; Su et al., 2016; Trujillo et al., 2017). בנוסף, טרנסג'נדריות סובלות יותר ממחלות כרוניות ומכאבים, משתמשות יותר בחומרים ממכרים ומדווחות על בריאות לקויה יותר בהשוואה לאוכלוסיה הכללית (גולדין, 2020; Lee et al., 2020; James et al., 2016; Dragon et al., 2017; Cheung et al., 2018; Bretherton et al., 2021).

<sup>1</sup> אנשים סיסג'נדרים הוא מונח המתאר אנשים שאינם טרנסג'נדרים. כלומר, אנשים אשר מזדהים ומזוהים בהתאם לציפיות המגדריות שהושמו אליהם בלידתם.

## התמודדות עם המערכת הרפואית

תת פרק זה יציג את החסמים והקשיים העומדים בפני טרנסג'נדרים בצריכת שירותים חברתיים, בדגש על שירותים רפואיים בכלל ושירותים רפואיים להתאמה מגדרית בפרט. תת הפרק יציג את הגישות המרכזיות למתן השירותים להתאמה מגדרית, וכיצד גישות אלו משפיעות על שביעות רצונם של המטופלים מהטיפול הניתן ועל נגישות הטיפול עבורם.

כפי שתואר בפרק הקודם, טרנסג'נדריות רבות מתמודדות עם אפליה, הדרה ואללימות. חוויות אלו חוזרות פעמים רבות גם בשירותים החברתיים אשר אמורים לשמש כרשת ביטחון. מדיניות מפלה בנוגע לחלוקה מגדרית בשירותים, דעות טרנספוביות בהם מחזיקים נותני השירותים או בורות וחוסר ידע גורמים לנגישות נמוכה לשירותים החברתיים (גולדין, 2020; גל, 2013; שטיינברג, 2018). בנוסף, טרנסג'נדרים רבים נתקלים בקשיים בירוקרטיים לשינוי מסמכי הזיהוי, ולכן רבים מסתובבים עם מסמכי זיהוי אשר לא תואמים את הזהות המגדרית בה הם חיים, דבר החושף אותם לאפליה ולאללימות ומקשה עוד יותר על צריכת שירותים חברתיים (גולדין, 2020; מרטון, 2013; קטרי, 2016).

למרות הצורך המוגבר בצריכת שירותי בריאות, קשיים אלו מופיעים ביתר שאת בכל הנוגע לשירותים הרפואיים וטרנסג'נדריות סובלות מנגישות נמוכה אליהם (Lerner & Robles, 2017). כך למשל, מחקר רחב היקף בארה"ב מצא כי למעלה ממחצית המשיבים דחו טיפול רפואי בשל אפליה או יכולת כלכלית, בהשוואה למוצע הארצי שעמד על כ- 20% (Cruz, 2014). מחקר ישראלי מצא כי 60% מהנשים הטרנסג'נדריות ו-55% מהגברים הטרנסג'נדרים נמנעו מלגשת לטיפול רפואי נדרש בשל חשש מיחס מפלה (גולדין, 2020). גורמים שנמצאו כמשפיעים לרעה על נגישות שירותים הם: חוויות עבר שליליות בשירותי בריאות (גולדין, 2020; Stotzer et al., 2013; Seay et al., 2017; Lerner & Robles, 2017), בורות וחוסר ידע של הגורם המטפל (רייכרט, 2012; Siverskog, 2014; Grant et al., 2011; Bauer et al., 2009), חסמים מערכתיים המונעים מטרנסג'נדריות טיפול שווה ברמתו לשאר האוכלוסיות (Hagen & Galupo, 2014; Stotzer et al., 2013; Taylor & Bryson, 2016), ומחסומים כלכליים הנובעים מהעוני המאפיין את האוכלוסייה הטרנסג'נדרית (קופפר, 2016; James et al., 2016), לצד כיסוי ביטוחי לא מספק עבור שירותים הנחוצים לאוכלוסייה (Lerner & Robles, 2017). לבסוף, אנשים טרנסג'נדרים רבים נתקלים באפליה ישירה ובסירוב להעניק להם שירותים רפואיים (רייכרט, 2012; Bauer et al., 2009; Grant et al., 2011; Whittle et al., 2007).

בנוסף לשירותים רפואיים כלליים, טרנסג'נדריות צורכות גם שירותים רפואיים ספציפיים כחלק מתהליכי התאמה מגדרית. מחקרים מהעולם תיעדו עלייה ברחבי העולם בביקוש לטיפולים רפואיים להתאמה מגדרית בכלל, ולניתוחי התאמה מגדרית בפרט (Berli et al., 2017; Canner et al., 2018; Cheung et al., 2018; Teixeira et al., 2020). אך טרנסג'נדריות רבות נתקלות בחסמים לנגישות אשר עומדים בפניהן או מעכבים אותן במימוש רצונן בשינויים גופניים (James et al., 2016; Kailas et al., 2017).

המחקרים העיקריים בנושא נגישות לניתוחי התאמה מגדרית הם מארצות הברית. בארה"ב, בה אין ביטוח בריאות ממלכתי כמו בישראל, נמצא כי כיסוי ביטוחי הוא חסם משמעותי. רבים מהטרנסג'נדרים לא מבטחים רפואית או שהביטוח

Canner et al., 2018; James et al., 2016; Nolan, ) מכיסם על כך שלם נאלצים להגדרת והם נאלצים לשלם על כך מכיסם (Canner et al., 2018; James et al., 2016; Nolan, ) מכיסם על כך שלם נאלצים להגדרת והם נאלצים לשלם על כך מכיסם (Daar, et al., 2020; Nolan, Poudrier, et al., 2020). מי שחיים בעוני, בעלי הכנסה נמוכה או לא מבוטחים בביטוח רפואי נטו פחות לעבור ניתוחי התאמה מגדרית לעומת אוכלוסיות אמידות יותר (James et al., 2016).

הרצון בשינוי הגוף כך שיתאים לזהות המגדרית עשוי להיות משותף לסיסיג'נדריות וטרנסג'נדריות כאחת. כך למשל, גברים סיסג'נדרים הסובלים מגינקומסטיה (חזה מוגדל) יכולים להיות מעוניינים בהשטחתו, בדומה לטרנסג'נדרים. אך כאשר מדובר בחצייה מגדרית בקרב טרנסג'נדרים, אותו רצון נתפס פעמים רבות על ידי הקהילה הרפואית כמעיד על פתולוגיה (Windsor, 2011). בשל כך, טרנסג'נדרים נדרשים פעמים רבות להליך שונה על מנת לעבור את אותם הניתוחים, הליך הכולל הוכחת כשירותם הנפשית והצורך בניתוח (Windsor, 2011).

**מודלים לאישור הליכי התאמה מגדרית:** אנשי המקצוע וקובעי המדיניות חלוקים ביניהם בשאלה למי נכון לאפשר טיפולים להתאמה מגדרית וכיצד לקבוע זאת. ניתן לזהות בויכוח זה שתי גישות מרכזיות – מודל שמירת הסף ומודל ההסכמה מדעת. **מודל ההסכמה מדעת** מדגיש את זכותם של אנשים טרנסג'נדרים על גופם, ולפיו ההחלטה על טיפולים להתאמה מגדרית יכולה להתקבל בדיון בין רופאה ומטופלת, וללא צורך בהערכה נפשית חיצונית (Deutsch, 2012). גישה זו שואפת להכיר ולקדם את זכותם ויכולתם של מטופלים לאוטונומיה בבחירת אפשרויות הטיפול. על מנת לקבל טיפול, המטופלת אינה צריכה לעמוד בקריטריונים אבחנתיים, אלא להיות בעלת יכולת קוגניטיבית לקבל החלטה מודעת לגבי טיפול רפואי. לפי גישה זו, תפקיד איש המקצוע הוא לספק למטופלים הטרנסג'נדרים מידע בדבר סיכונים, תופעות לוואי, יתרונות והשלכות אפשריות של טיפולים להתאמה מגדרית וכמובן לקבל את הסכמתם מדעת (Cavanaugh et al., 2016; Schulz, 2018). מרפאות ואנשי מקצוע רבים ברחבי בעולם אימצו את גישה זו למתן טיפולים להתאמה מגדרית (Budge & dickey, 2017; Cavanaugh et al., 2016; Schulz, 2018; Reiser et al., 2015; Deutsch, 2012; al., 2016). הגרסה השביעית של הסטנדרטים לטיפול (SOC) (WPATH, 2012).

**מודל שמירת הסף – סטנדרטים לטיפול לפי WPATH:** רואה בנשות מקצוע מתחומי הבריאות, ובייחוד בריאות הנפש, כשומרות סף אשר תפקידן לוודא שטיפולים להתאמה מגדרית ניתנים רק למי שזקוקות להם. האגודה המקצועית העולמית לבריאות טרנסג'נדרית: World Professional Association for Transgender Health (להלן: WPATH) היא ארגון בינלאומי מולטי-דיסציפלינרי אשר מפרסם מאז שנת 1979 מסמכים המגדירים סטנדרטים לטיפול באנשים טרנסג'נדרים (Standards of Care. להלן: SOC). הגרסאות הראשונות של ה-SOC שמו דגש רב על תפקידם של אנשי בריאות הנפש כשומרי סף. כך, למשל, נפתחת רשימת העקרונות והסטנדרטים בגרסה ה-4:

4.1.1 Principle 1. Hormonal and surgical sex reassignment is extensive in its effects, is invasive to the integrity of the human body, has effects and consequences which are not, or are not readily, reversible, and may be requested by persons experiencing short-termed delusions or beliefs which may later be changed and reversed. (Walker et al., 1990. p.3)

אזהרה זו מניחה את הבסיס לסעיפים הבאים, אשר מדגישים את תפקידם החשוב של נשות המקצוע באבחון והערכה נכונים, ומפרטים מי נשות המקצוע הכשירות לבצע הערכה כזו.

לאורך השנים נערכו שינויים ב-SOC, אך גם הגרסה העדכנית, השביעית במספר, אשר התפרסמה בשנת 2011, ממליצה על התניה של טיפולים להתאמה מגדרית בהערכה והמלצה של איש בריאות נפש. באופן ספציפי, לפני התחלה של טיפול הורמונלי או ביצוע ניתוח חזה (הגדלת, הקטנת או הסרת חזה) מומלץ כי יינתן מכתב הפנייה אחד, וכתנאי לביצוע ניתוח גניטלי, שני מכתבים מאנשי מקצוע שונים, אשר העריכו את המטופלת באופן עצמאי. לפי הגרסה השביעית מומלץ כי מכתבים אלו יכללו, בין השאר: הערכה פסיכוסוציאלית של המטופל, כולל כל האבחנות הנפשיות, תיאור של אופי ומשך מערכת היחסים בין איש המקצוע כותב המכתב למטופל, הסבר מדוע תומך המטפל בבקשת המטופל לעבור ניתוח והצהרה כי המטופל נתן את הסכמתו מדעת לניתוח (WPATH, 2012. p. 183). המסמך מפרט גם כי הערכת המטופלת נדרשת לכלול לכל הפחות: הערכה של זהות מגדרית ודיספוריה מגדרית, היסטוריה והתפתחות של תחושות מצוקה מגדרית, השפעתה של הסטיגמה הקשורה באי קונפורמיות מגדרית על הבריאות הנפשית של המטופלת והערכה של מידת התמיכה המשפחתית והחברתית הזמינה למטופלת (WPATH, 2012. p. 180). במקרה של ניתוחים גניטליים, בנוסף לשני מכתבי הפנייה המטופלת נדרשת לעמוד בתנאים נוספים: להיות בגיל הכשירות המשפטית במדינה (age of majority) וכן להתנסות בתקופת זמן של 12 חודשים לפחות של חיים מלאים לפי התפקיד החברתי המשוך למגדר בו היא מזדהה (WPATH., 2012. p. 202).

סטנדרטים אלו אומצו על ידי ארגוני בריאות מרכזיים ברחבי העולם (Berli et al., 2017; Hembree et al., 2017) וגם בישראל. חוזר משרד הבריאות המגדיר את הקריטריונים לביצוע ניתוחי התאמה מגדרית בישראל מתבסס חלקית על סטנדרטים אלו ומאמץ את גישת שמירת הסף שמובעת בהם (משרד הבריאות, 1986; משרד הבריאות, 2014). ביקורות רבות מופנות כלפי גישה זאת מצד אנשי מקצוע ופעילי זכויות אדם. המתנגדים לשמירת סף טוענים כי הדרישה באבחון נפשי יוצרת חוסר אמון בין המטופל לגורמים הרפואיים, מהווה חסם פיננסי ומעכבת טיפול רפואי, במיוחד עבור מי שיש להם אבחנות פסיכיאטריות נוספות (סיני, 2013; רייכרט, 2012; Davy, 2015; 2016; Cavanaugh et al., 2016; MacKinnon et al., 2020; Schulz, 2018).

מטופלות טרנסגינדריות רבות מביעות הסתייגות וכעס ממנגנוני שמירת הסף ביחס לתהליכי התאמה מגדרית, וטוענות כי היא פוגעת בטיפול הרפואי שהן מקבלות (רייכרט, 2012; Baldwin et al., 2018). סוגיה זו עולה גם במחקרים המעטים שבדקו שביעות רצון של טרנסגינדרים מטיפול במרפאות להתאמה מגדרית. למרות שבאף אחד מהמחקרים הללו לא נבנה שאלון המתייחס באופן ישיר לשביעות הרצון מתהליך שמירת הסף לקראת טיפולי התאמה מגדרית (Smith et al., 2018), בשאלות הפתוחות במחקרים אלו עלתה אי-שביעות רצון ממספר המפגשים ומשך הזמן שנדרש לתהליך ההערכה (Bockting et al., 2004; Davies et al., 2013; Wylie et al., 2009). מחקר חדש ממרפאה מגדרית באוסטרליה מצא כי שביעות הרצון מהטיפול גבוהה יותר כאשר הטיפול ניתן על פי מודל ההסכמה מדעת (Spanos et al., 2021).

## ניתוחי התאמה מגדרית: המצב בישראל

פרק זה מתאר את מצב ניתוחי ההתאמה המגדרית בישראל כיום, בדגש על הרפואה הציבורית. הפרק פותח בהצגת היחס של משרד הבריאות לניתוחי התאמה מגדרית לאורך תקופות שונות, ומתמקד בהקמת הוועדה לאישור ניתוחי התאמה מגדרית ושינוי פעילותה משנת 2014. לבסוף, מתואר הליך הוועדה כיום והחסמים שעומדים בפני מי שרוצים לפנות אליה וכך לממש את זכותם לניתוחי התאמה מגדרית במימון ציבורי.

ניתן לחלק את ההיסטוריה של ניתוחים להתאמה מגדרית בישראל לשלוש תקופות עיקריות: התקופה הראשונה, מתחילה בשנים הראשונות של מדינת ישראל, בהן ניתוחים אלו נאסרו לביצוע; השנייה, מתחילה בשנת 1986, אז נקבעה מדיניות חדשה המתירה ביצוע ניתוחים אלו במערכת הציבורית והוקמה ועדה בבית החולים שיבא-תל השומר אשר מטרתה לקבוע מי זכאי להם, והשלישית, מתחילה עם שינויים בפעולת הוועדה משנת 2014 וממשיכה עד ימינו, ותכלול לפיכך תיאור של הליך הוועדה הנוכחי.

**התקופה הראשונה**, משנות ה-50 עד לשנת 1986, התאפיינה בסירוב של משרד הבריאות להיענות לדרישותיהן של נשים טרנסג'נדריות לביצוע ניתוחים אלו. המקרה הראשון שזכה לפרסום בתקשורת הישראלית היה של רינה נתן, אשר ביקשה לעבור ניתוח גניטלי להתאמה מגדרית. ועדת מומחים שכנס משרד הבריאות בשנת 1954 המליצה על הניתוח מטעמים של "היגיינה רוחנית", אולם היועץ המשפטי לממשלה דחה את ההמלצה בטענה שמדובר בסירוס ומנוגד לחוק הפלילי אשר אוסר על גרימת נזק גופני. שנתיים לאחר מכן, רינה נתן הפכה להיות הטרנסג'נדרית הראשונה שנותחה בישראל. הניתוח התבצע לאחר שהובהלה לבית חולים במצב קריטי בשל ניסיון להסיר לעצמה את איברי המין (Engelstein & Rachamimov, 2019). מתיעוד שנאסף במחקרם של אנגלשטיין ורחמימוב, עולה כי בשנים הבאות יחס משרד הבריאות לניתוחים אלו היה אמביוולנטי. למשל, כאשר ביקשה ויקטוריה בינקוהר לעבור ניתוח בבית החולים תל השומר בשנות ה-70, היא עברה תהליך הערכה ובסיומו המלצה על הניתוח, אך משרד הבריאות דחה את בקשתה והיא הופנתה למנתח פרטי. כך, בשירותי הרפואה הציבוריים נאכפה הנחיתו של היועץ המשפטי לממשלה, לצד עצימת עין כאשר ניתוחים אלו התקיימו במרפאות פרטיות (Engelstein & Rachamimov, 2019).

**התקופה השנייה** התחילה בשנת 1986 עם פרסום חוזר משרד הבריאות מספר 14/1986 בעניין ניתוחים לשינוי מין. חוזר זה אפשר לראשונה את ביצועם של ניתוחים אלו בבתי חולים ציבוריים ובכך למעשה הכיר בחשיבותם הרפואית (משרד הבריאות, 1986). אך בה בעת קבע כללים קשיחים לביצועם ודרש כי ניתוחים אלו יתבצעו בכפוף לאישור ועדה רב מקצועית, אשר הרכבה המקצועי נקבע בחוזר. בחוזר נקבעו גם קריטריונים לאישור הניתוח: גיל 21 או יותר בעת הפנייה לוועדה; תקופת המתנה של שנתיים ממועד הפנייה הראשון לוועדה במהלכה יש להוכיח חיים במגדר הנבחר; אבחון פסיכודיאגנוסטי; ונטילת טיפול הורמונלי (משרד הבריאות, 1986). בית החולים שיבא היה היחיד שהקים ועדה לפי החוזר ומי שקיבלו את אישורה יכלו להתנתח במימון ציבורי (סיני, 2013). במקביל להכנסת הניתוחים לרפואה הציבורית, החוזר קבע איסור על ביצוע



ניתוחים אלו באופן פרטי. לאורך השנים התקבעה הנורמה כי האיסור חל רק על ניתוחים גניטליים, בעוד ניתוחים אחרים כגון ניתוחי חזה ופנים המשיכו להתבצע באופן פרטי (סיני, 2013).

מנתוני משרד הבריאות עולה כי בין השנים 2013-2005 פנו לוועדה לאישור ניתוחי התאמה מגדרית 200 אנשים. באותן שנים סיימו את התהליך וקיבלו את אישור הוועדה 83 מטופלים בלבד (משרד הבריאות, 2016). מהתבוננות בנתונים אלו ניתן להניח כי מרבית הטונסג'נדרים פנו לרפואה פרטית, על מנת להימנע מפניה לוועדה. סברה זו נתמכת גם על ידי מחקרו של מרטון (2013), שערך סקר בקרב אנשים טונסג'נדרים ומצא כי רק מעטים מביניהם (12.5%) פנו לוועדה. מחקרהן של סיני (2013) ורייכרט (2012), שנערכו בתקופה השניה, לפני שינוי חוזר הוועדה בשנת 2014, הציגו את הוועדה כגורם שמרני שמרתיע אנשים טונסג'נדרים מקבלת שירותים רפואיים במערכת הציבורית. ממחקרהן עולה כי מי שהייתה להן אפשרות כלכלית העדיפו להתנתח באופן פרטי בשל תפיסת רמת הניתוחים כנמוכה, אורך התהליך ובשל רתיעה מתהליך ההערכה בוועדה שנתפס כפוגעני, משפיל וככזה שצריך לשקר על מנת לצלוח אותו.

**התקופה השלישית** החלה בשנת 2014, כאשר בעקבות לחץ של ארגוני הקהילה הטונסג'נדרית וארגונים לזכויות אדם (בן דוד, 2014), פרסם משרד הבריאות חוזר חדש להסדרת פעילות הוועדה. חוזר 16/2014 הכיל שורה של הקלות לעומת החוזר הקודם: הורדת הגיל המינימלי לפנייה לוועדה ל-18 במקום 21; קיצור הדרישה לחיים במגדר הנבחר לשנה לעומת שנתיים בחוזר 14/1986; הסרת דרישה לנטילת טיפול הורמונלי, אלא השארת סוגיה זו להמלצת הוועדה; מינוי נציג ציבור מהקהילה הטונסג'נדרית; וכן הפיכת הוועדה לארצית ולא משויכת לבית חולים ספציפי. שינויים אלו לא שינו את מהות הוועדה - בסמכותה לקבוע מי יוכלו לעבור בישראל ניתוחים גניטליים להתאמה מגדרית, אשר נאסר לבצעם בכל דרך אחרת, ובאישורה ניתן מימון ציבורי גם לניתוחי התאמה מגדרית נוספים (משרד הבריאות, 2014).

המבקשות לעבור ניתוחי התאמה מגדרית דרך מערכת הבריאות הציבורית, נדרשות לפנות לבית החולים שיבא-תל השומר. בהתאם להפיכת הוועדה לארצית, חברות הוועדה החדשה מונו על ידי משרד הבריאות, אך הוועדה ממשיכה להתקיים בבית החולים שיבא-תל השומר ובו מתקיימות כל הפגישות. ההליך בוועדה מתחיל בפנייה למזכירת הוועדה. על פי דף ההסבר המחולק למטופלים, התהליך בוועדה נמשך כשנה לפחות, כאשר במהלכה מתקיימות פגישות עם כל חברי הוועדה לפחות פעם אחת, למעט הפסיכולוגית אשר איתה נדרש מספר רב יותר של פגישות. מטרת הפגישות עם הרופאים היא מתן חוות דעת מקצועית לגבי המשך התקדמות בתהליך מבחינה רפואית, בעוד מטרתן הרשמית של הפגישות עם הפסיכולוגית הינה ליווי, תמיכה והכנה רגשית בתהליך הוועדה ולקראת ניתוחים. זאת, כפי שהוסבר בדף הסבר למטופל, אשר הוגש על ידי משרד הבריאות במסגרת תשובה לבקשת חופש מידע (משרד הבריאות, 2017). על מנת לקבל את מימון קופת החולים לתהליך הוועדה, על המטופלת לבקש מקופת החולים טופס התחייבות נפרד לכל אחד מרופאי הוועדה, בנוסף לטופס התחייבות עבור מקצועות בריאות הנפש (מנוי אבחוני ולאחר מכן מנוי קצר). לאחר שנפגשו עם כל אנשי המקצוע בנפרד, מוזמנים המטופלים לפגישה מסכמת בנוכחות כל חברי הוועדה. במעמד זה יוכרע מי יקבל את אישור הוועדה ומי יידחה (משרד הבריאות, 2017).

לאחר פרסום חוזר 16/2014, עלה מספר הפניות לוועדה: מ-39 פניות בשנת 2013, ל-61 ו-92 פניות ב-2014 ו-2015, בהתאמה (משרד הבריאות, 2016). על אף ההקלות, מספר המקבלים את אישור הוועדה נותר נמוך יחסית: 33 בלבד בשנת 2017, ו-43 בשנת 2018 (משרד הבריאות, 2019). המדיניות החדשה, מאז שינוי החוזר בשנת 2014, עדיין לא נחקרה, אך מתוך תשובות משרד הבריאות לבקשות חופש מידע שהוגשו בעניין הוועדה (משרד הבריאות, 2016; 2017; 2018; 2019) ומתוך ניסיונם של ארגוני הקהילה הטרנסית וארגוני זכויות אדם נוספים העוקבים אחרי פעילות הוועדה, עולה כי חוזר 16/2014 לא מומש במלואו, וכי קשיים רבים ממשיכים לעמוד בפני הפונים לוועדה (הלוי, סטולר ודרור, 2020; הצוות הבינמשרדי לקידום האוכלוסיה הטרנסית בישראל, 2020; מעברים ופרויקט גילה, 2016).

בחלק הבא אסקור גורמים שונים העשויים להשפיע על הנגישות לפנייה לוועדה, להשלמת התהליך בה ולניתוחים עצמם: הנגשה נמוכה של המידע על הוועדה, מספר הפגישות ומשך הזמן הנדרש לאישור הוועדה, זמן ההמתנה לניתוחים, אי פרסום הנוהל הפנימי לעבודה הוועדה, אי בהירות לגבי אילו ניתוחים כלולים בסל הבריאות ותחת אילו תנאים, הנפקת טפסי התחייבות, חסם גיאוגרפי, חשש מיחס שלילי והקלות היחסית של האפיק הפרטי לעומת הציבורי.

**הנגשה נמוכה של המידע על הוועדה.** ניסיוני המקצועי כעובדת סוציאלית וכפעילה בקהילה הטרנסית, מלמד שטרנסג'נדרים רבים אשר מעוניינים בניתוחים כלל לא מכירים את האופציות העומדות בפניהם. המידע שמופץ באתרי הממשלה וקופות החולים הוא חלקי או אף לא מדויק. כך, למשל, באתר המידע הממשלתי (נכון לתאריך 11 בספטמבר 2021) מופיע מידע מועט על הוועדה והתהליך, שני מספרי טלפון ליצירת קשר, אשר אחד מהם כלל לא מעודכן, וכתובת דואר למכתבים. לא מצוינות שעות הפעילות בהן ניתן להתקשר ולא מופיעה כתובת המייל של מזכירת הוועדה (אתר המידע הממשלתי gov.il). באתר שיבא, אשר נבדק בתאריך 11 בספטמבר 2021, מופיע מידע מטעה ולא מדויק. נכתב שם כי "ביצוע הניתוח מותנה בקבלת אישור ועדה רב-תחומית שהוקמה על פי הנחיות משרד הבריאות ולאחר תקופת מעקב של שנתיים שבה האדם חי חיים מלאים כבן המין השני" (אתר שיבא, ללא תאריך). יש לשים לב, כי מידע זה הופיע באתר שבע שנים לאחר שהנחיות משרד הבריאות השתנו ותקופת המעקב קוצרה לשנה אחת. באתר לא מפורטים הניתוחים השונים אותם ניתן לעבור, או הסבר רפואי כלשהו, למעט קישור לדף "ניתוח לשינוי מין מגבר לאשה" אשר נותן הסבר על ניתוח וגינופלסטי.

באתר קופת החולים מכבי, היחידה מבין הקופות אשר מציגה באתרה מידע על ניתוחים להתאמה מגדרית, מופיע מידע לא מדויק על פיו ניתן להבין כי ניתן לפנות לוועדה רק לאחר מעקב רפואי בקופת החולים הנמשך כשנה (נבדק בתאריך 11 בספטמבר 2021). כמו כן נטען כי התהליך כרוך באבחונים פסיכולוגיים, פסיכיאטריים ופסיכו-דיאגנוסטיים אשר אינם במימון קופת החולים, וכי יש לפנות למשרד הבריאות לשם כך. זאת בניגוד למצב בפועל, לפיו קופות החולים מממנות את הפגישות עם אנשי המקצוע מתחום בריאות הנפש בוועדה. מודגש שם כי קבלת התחייבות לדיוני הוועדה מותנת בקבלת אישור מראש של מנהל תחום כירורגיה במכבי (מכבי שירותי בריאות, 2017). במקום אחר באתר מכבי, המפרט זכויות חיילות המטופלות בקופת החולים, מצוין כי המעקב הרפואי צריך להימשך שנתיים לפני מועד הפנייה לוועדה (מכבי שירותי בריאות, ללא תאריך). באתרי קופות החולים האחרות כלל לא ניתן למצוא התייחסות לנושא.

**מספר הפגישות ומשך הזמן מהפנייה לוועדה ועד אישורה.** ההליך מהפנייה לוועדה ועד קבלת האישור אורך שנה לפחות, כאשר פעמים רבות בשל קשיים שיפורטו בהמשך, משך הזמן מתארך עוד יותר. במסגרת שנה זו, נדרשות המטופלות לעבור כ-12 פגישות: 6 פגישות עם פסיכולוגית הוועדה, פגישה אישית עם כל אחד מחברי הוועדה הנוספים וכן פגישה מסכמת בהשתתפות כלל חברי הוועדה (משרד הבריאות, 2017). לארגונים הטרנסים ולנציגת הציבור בוועדה הגיעו תלונות רבות בעניין מספר המפגשים הנדרש ואופיים: ההכרח להיפגש עם רופאים אשר התמחותם לא רלוונטית לניתוח המבוקש (למשל, הכרח להיפגש עם אורולוג וגינקולוג גם כאשר המטופל לא מעוניין בניתוח גניטלי); מספר הפגישות הרב עם הפסיכולוגית ודרישות שהוצגו בפני חלק מהפונות לעבור אבחון פסיכו-דיאגנוסטי, מבלי להסביר מה מטרתו; סירוב הוועדה להסתמך בהחלטתה על חוות דעת חיצונית, גם במקרים בהם המטופלת/נמצאת/בטיפול קבוע בידי איש מקצוע שאינו חלק מחברי הוועדה.

טענות אלו עלו מצד ארגוני הקהילה הטרנסית גם במסגרת עבודת הצוות הממשלתי הבינמשרדי לקידום האוכלוסייה הטרנסית בישראל. המלצות הביניים של הצוות, שפורסמו בדצמבר 2020 המליצו להקל ולפשט את התהליך בוועדה על ידי הגדרת אפשרות לקיצור משך הזמן של שנה בכפוף לשיקול דעת של חברי הוועדה, אפשרות להסתמך על חוות דעת של מומחים ורופאים המלווים את הפונה בקהילה וביטול החובה בפגישה מסכמת בהשתתפות כלל חברי הוועדה (הצוות הבינמשרדי לקידום האוכלוסייה הטרנסית בישראל, 2020). נכון לספטמבר 2021, לא פורסם עדיין נוהל המעגן את המלצות אלו.

**זמן ההמתנה לניתוחים.** בנוסף למשך הזמן הנדרש לקבלת אישור הוועדה, מטופלות נאלצות לחכות לעתים זמן רב לניתוחים. עד השנתיים האחרונות, בית החולים שיבא היה היחיד בו התבצעו ניתוחים להתאמה מגדרית, והוא עודנו היחיד שמבצע ניתוחי וגינופלסטי<sup>2</sup>. בבית החולים מתבצעים 2-3 ניתוחים כאלו בחודש, כאשר מספר זה כולל גם ניתוחי תיקון, למי שנתקלות בסיבוכים. מכיוון שהביקוש הוא גדול יותר, טרנסג'נדריות המעוניינות בניתוח זה נאלצות לחכות לו ארבע עד חמש שנים (ינקו, 2021). ניתוחים גניטליים ליצירת איבר מין זכרי עבור טרנסג'נדרים שסומנו בלידתם כנקבות, אינם מתבצעים כלל בישראל (משרד הבריאות, 2018). לאחרונה חל שיפור בזמני ההמתנה עבור הניתוחים הלא-גניטליים, כאשר בית החולים איכילוב ולאחריו גם בית החולים וולפסון, החלו לבצע ניתוחים שונים להתאמה מגדרית, ביניהם ניתוחי חזה, שיוף גרוגרת ונישוי פנים. הגדלת ההיצע קיצרה את משך זמן ההמתנה לניתוחים אלו, למי שיודעים על האפשרות לפנות לבתי חולים אחרים.

**אי פרסום נוהל הפנימי לעבודת הוועדה.** הנגישות הנמוכה למידע קשורה גם לכך שבניגוד להוראת חוזר 16/2014, הוועדה לעולם לא פרסמה נהלים לפעילותה. לפי חוזר זה, על הוועדה לגבש ולפרסם נוהל פנימי לפעילותה שייכתב בסיוע של נציגת ציבור מהקהילה הטרנסג'נדרית. במכתב ששלח מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' ארנון אפק בדצמבר 2014, הוא מינה את חברי הוועדה וביקש כי נוהל פנימי יפורסם תוך 45 יום. מאז עברו למעלה כ-7 שנים, אך נוהל המפרט את פעילות הוועדה לא פורסם עד היום (ספטמבר 2021) חרף פניות חוזרות של ארגוני הקהילה הטרנסית למשרד הבריאות בעניין וחרף

<sup>2</sup> וגינופלסטי – ניתוח ליצירת איבר מין נקבי.

המלצות הצוות הבינמשרדי לפרסום הנוהל (הצוות הבינמשרדי לקידום האוכלוסיה הטרנסית בישראל, 2020; מעברים ופרויקט גילה 2016). מצב זה של היעדר נוהל ברור יוצר אי ודאות ומעכב דיון וביקורת ציבורית על עבודת הוועדה.

**אי בהירות לגבי אילו ניתוחים כלולים בסל הבריאות ותחת אילו תנאים.** ניתוחי התאמה מגדרית, כולל ניתוחים באיברי המין, ניתוחי חזה, פנים ושיוף גרוגרת, בוצעו באופן קבוע לאורך השנים במימון קופות החולים ובמסגרת הוועדה (משרד הבריאות, 2017, 2019; קפלן ואחרים, 2004). אולם, בשנים האחרונות עלו טענות מצד קופות החולים כי חלק מניתוחי ההתאמה המגדרית אינם בסל הבריאות, וכן טענה כי הניתוחים הלא-גניטליים מוגדרים כניתוחים "משלימים" ולכן מימונם מותנה בביצוע ניתוח גניטלי. בקהילה התפרסמו מספר מקרים בהם קופות החולים סירבו לממן ניתוחי נישוי פנים, או את עלות השתלים בניתוח הגדלת חזה. כך למשל, בפוסט שפורסם בקבוצה הפרטית "בריאוטרנס" בפייסבוק (27/12/2018) תיארה אשה טרנסג'נדרית כי הוצגה בפניה דרישה חדשה לתשלום אלפי שקלים לכיסוי עלות השתלים בניתוח להגדלת חזה בבית החולים שיבא. בתגובה לטענות כי קיימת אי בהירות בסוגיה אילו ניתוחים כלולים בסל, הגיב משרד הבריאות כי הוא מגבש את מדיניותו בנושא (משרד הבריאות, 2017). רק בעקבות תביעה שהגישה אשה טרנסג'נדרית, ניב שר, כנגד משרד הבריאות וקופת חולים מכבי, פרסם משרד הבריאות עמדה לפיה ניתוחי נישוי פנים ממומנים במסגרת סל הבריאות, וקופות החולים הסירו את התנגדותן למימון ניתוחים אלו (פסק דין שר נ' משרד הבריאות ומכבי שירותי בריאות).

השאלה באילו תנאים ניתן מימון זה נותרה פתוחה ולא קיבלה פתרון בפסק הדין הנ"ל. במסגרת פעילותי בארגון "פרויקט גילה להעצמה טרנסית" העוקב אחר פעילות הוועדה ומסייע לחברי קהילה במימון זכויות בתחום הבריאות, הגיעו לידיעתנו מקרים בהם קופות החולים, ואף חברות ביטוח פרטיות, טענו כי יש צורך באישור הוועדה על מנת לקבל מימון לניתוחים לא-גניטליים, אך מנגד גם מקרים אחרים בהם התקבל מימון קופות החולים לניתוחים אלו בבתי חולים ציבוריים אחרים (איכילוב וולפסון) וללא אישור הוועדה.

**הנפקת טפסי התחייבות לפגישות הוועדה.** התהליך בוועדה דורש הנפקת מספר טפסי התחייבות (טפסי 17) שונים לצורך פגישות עם חברה הוועדה, כך לפי דף ההסבר שניתן למטופלות (משרד הבריאות, 2017). מניסיוני המקצועי, נוכחתי כי חלק מהמטופלים נתקלים בקשיים מצד קופות החולים אשר לא מאשרות את ההתחייבות. קושי זה גורם לכך שלעתים מטופלים נאלצים לשלם מכיסם או לחלופין לדחות פגישות שנקבעו בשל אי השגת התחייבות בזמן. דבר זה לעתים קרובות מעכב את התהליך בזמן ניכר. בעיה נוספת עולה עבור מי שמטופלים במרכזים לבריאות הנפש. קופות החולים מקשות או אף לא מאפשרות הנפקת טפסי התחייבות במקביל לשני גופים שונים, ובמקרים אלו נדרשים מטופלים לבחור בין טיפול נפשי לבין פנייה לתהליך הוועדה.

**מחסום גיאוגרפי.** כאשר אדם נדרש לצרוך שירותים בעיר שאינה עיר מגוריו, הדבר כרוך בהוצאה כספית לא מבוטלת על נסיעות ואובדן ימי עבודה (אלבשן, 2004). על מנת לעבור את התהליך יש צורך להגיע לכ-12 פגישות אשר מתקיימות כולן בתל השומר. המחסום כבד במיוחד עבור מי שאינן מתגוררות במרכז הארץ ו/או מתקשות בהתניידות מסיבות שונות. יש לציין, כי בעקבות הגבלות הקורונה נכנסה במהלך שנת 2020 האפשרות לפגישות וידאו.

היבט נוסף של המחסום הגיאוגרפי הוא העובדה כי פעמים רבות מי שמתגוררות בפריפריה הגיאוגרפית מתקשות יותר להוציא טפסי התחייבות מקופות החולים, כפי שמלמד הניסיון בשטח. בשל כך, טרנסג'נדריות רבות, צורכות שירותי רפואת משפחה בתל אביב, גם כאשר הן מתגוררות ביישובים מרוחקים, על מנת להבטיח שתאושר להן התחייבות.

**הימנעות מפנייה לוועדה בשל חשש מיחס שלילי.** הוועדה נתפסה בעבר בעיני רבים בקהילה הטרנסית כגורם עוין, ממשטר ולא מקצועי, ונשמעו תלונות רבות על טיפול רפואי ברמה נמוכה (סיני, 2013; רייכרט, 2012). מאז פרסום הנוהל המעודכן ב-2014, התרחשו שינויים רבים, אשר כללו גם התחלפות של מרבית הצוות הרפואי. אך מהשטח עולה כי בקרב חלק מהטרנסג'נדריות בישראל, החשש מיחס שלילי עודו עומד ומרתיע מפני פנייה לוועדה.

**הקלות היחסית של התהליך ברפואה פרטית.** לעומת התהליך הארוך בוועדה, עבור מי שידם משגת, התהליך ברפואה הפרטית הוא קצר ופשוט בהרבה. על פי הסטנדרטים לטיפול שפורסמו על ידי האגודה העולמית לבריאות טרנסית (WPATH, 2011) טרנסג'נדריות שמעוניינות לעבור ניתוח להתאמה מגדרית שלא באיברי המין, צריכה להציג מכתב המלצה מאשת מקצוע מתחום בריאות הנפש (mental health practitioner). זאת, לעומת תהליך ההערכה הארוך בוועדה. מניסיוני האישי והמקצועי, חלק מהמנתחים הפלסטיים בארץ ובעולם אינם עומדים אף על דרישה זו ואינם באים בדרישות סף מחמירות למטופליהם הטרנסג'נדרים ביחס למטופלים סיסג'נדרים. מדובר לעתים באותם המנתחים בדיוק אשר עובדים גם בבתי החולים הציבוריים, אך באופן פרטי מאפשרים ניתוחים ללא צורך בפגישות הערכה רבות, שנת מעקב וזמן המתנה ארוך (סיני, 2013). במקרה של ניתוחים גינטליים, נאסר בחוזר 16/2014 לבצע ניתוחים אלו באופן פרטי בישראל. מי שמעוניינים בניתוח אך אינן פונות לוועדה, נאלצים לצאת לחו"ל על מנת להתנתח. זמן ההמתנה הוא לרוב קצר יותר ולא כרוך בהליך הערכה ממושך (סיני, 2013; רייכרט, 2012).

לסיכום, האוכלוסייה הטרנסג'נדרית מתמודדת עם הדרה חברתית וחסמים לשימוש בשירותים חברתיים בכלל, ושירותי בריאות בפרט. טרנסג'נדרים רבים מעוניינים בניתוחים להתאמה מגדרית לשיפור רווחתם הנפשית והגופנית. לעומת סיסג'נדרים שמבקשים לעבור ניתוחים דומים, טרנסג'נדרים נתקלים בשמירת סף, גישה עליה מתבססת גם קיומה של הוועדה הישראלית לאישור ניתוחי התאמה מגדרית, ולפיה על אנשי המקצוע מוטלת האחריות לוודא כי האדם לא מבצע ניתוחים מיותרים אשר יזיקו לו או עליהם יתחרט. ועדה זו הוקמה בשנת 1986 על ידי משרד הבריאות ותכליתה להכריע מי יוכל לעבור ניתוחי התאמה מגדרית. בשנת 2014 בעקבות חוזר חדש של משרד הבריאות הייתה הקלה בתנאי הוועדה, אך מהשטח עולה תמונה לפיה הנגישות לוועדה זו עודנה נמוכה, וכי רבים בוחרים לפנות בשל כך לאפיק של רפואה פרטית.

## שאלות המחקר

מטרת מחקר זה היא לבחון את הנגישות של שירותי הרפואה הציבוריים לניתוחי התאמה מגדרית. זאת באמצעות הערכת היקף הפניות לרפואה ציבורית לעומת היקף הפניות לרפואה פרטית לצורך ביצוע ניתוחים אלו, ובחינת הגורמים המשפיעים על השימוש בשירותי הרפואה הציבורית לעומת הפרטית. בנוסף, אבקש להעריך את שביעות רצונם של הפונים לוועדה לאישור

ניתוחי התאמה מגדרית. בשל כך, בחרתי לבצע מחקר חתך בשיטה כמותנית. המחקר עשה שימוש בשאלון אשר אוסף ברובו משתנים כמותיים, לו נוספו שתי שאלות פתוחות לניתוח איכותני.

1. בקרב טרנסימות שעברו ניתוח או שוקלים לעבור ניתוח להתאמה מגדרית, כמה פנו וכמה שוקלים לפנות לרפואה ציבורית וכמה לרפואה פרטית?
2. מהם המאפיינים של הפונים לשירות הציבורי ושל הפונים לשירותים הפרטיים, בהתייחס למצב סוציודמוגרפי, עיסוק בעבודת מין, מצב בריאותי, תמיכה משפחתית וחברתית?
3. מהם השיקולים המנחים את הבחירה בשירות רפואי לצורך ביצוע ניתוח התאמה מגדרית?
4. כיצד נתפסת הוועדה לאישור ניתוחי התאמה מגדרית בקרב האוכלוסייה הטרנסג'נדרית?
5. בקרב הפונים לוועדה הארצית לאישור ניתוחי התאמה מגדרית של משרד הבריאות: מהי שביעות הרצון מהשירות של הוועדה?

### **השערות המחקר**

1. מרבית הטרנסג'נדרים פונים לרפואה פרטית לצורך ביצוע ניתוחי התאמה מגדרית.
2. הפונים לרפואה הציבורית, כלומר לוועדה, יהיו מאופיינים בהכנסה נמוכה, הכנסה נמוכה של ההורים, תמיכה משפחתית וחברתית מועטה, לעומת הפונים לרפואה הפרטית.
3. שיקולים לבחירה בפנייה לרפואה ציבורית/פרטית: יימצאו הבדלים בין הפונים לרפואה הציבורית ובין הפונים לרפואה הפרטית בשיקולים אשר השפיעו על פנייתם.
4. הוועדה נתפסת כגורם שלילי בעיניי האוכלוסייה הטרנסג'נדרית.
5. שביעות הרצון:
  - 5.1. שביעות הרצון הכוללת מהשירות בוועדה תהיה נמוכה עד בינונית.
  - 5.2. יימצאו הבדלים בין שביעות הרצון ביחס לגורמים השונים בתפקוד הוועדה.

## מתודולוגיה

באוכלוסיות הסובלות מהדירה חברתית, כמו האוכלוסייה הטרנסג'נדרית עליה נערך מחקר זה, להליך המחקר והגישה מאחוריו השפעה מכרעת על שיתוף הפעולה של הקהילה הנחקרת ואמינות הנתונים. בשל כך, אחרוג מהנהוג במחקרים כמותיים, ואפרט על הגישה הביקורתית והפמיניסטית העומדת מאחורי מחקר זה. מחקר זה נשען על גישת מחקר פעולה פמיניסטי משתף. סינג מונה שלושה עקרונות בסיסיים בגישה זו: שיתוף האוכלוסייה הנחקרת בשלבי המחקר השונים; שימוש במחקר ככלי לסגור וקידום שינוי חברתי; ושימת דגש על ייצוג לאוכלוסיות מודרות והסרת מכשולים להשתתפות (Singh et al., 2013). עקרונות אלה הנחו את הבחירות המתודולוגיות שלי. אני בעצמי פעילה וחברה בקהילה הטרנסית. באופן טבעי המחקר מהווה עבורי אמצעי להשגת שינוי לטובת הקהילה. כבר משלבי המחקר הראשונים לקחו חלק בעיצובו שותפתי לאקטיביזם מעמותות "פרויקט גילה להעצמה טרנסית" ו"מעברים לקשת הטרנסית" וכן חברי קהילה נוספים אשר אליהם פניתי ישירות על סמך היכרות אישית ומקצועית. בהמשך, כאשר נדרשתי להשתתפות נרחבת יותר, יצאתי בקריאה להשתתפות במחקר תוך שימוש ברשתות החברתית. הצהרתי כי מטרת המחקר היא קידום שירותי הבריאות לקהילה והתחייבתי להשתמש בממצאי המחקר לצורך סגור. עשרות חברי קהילה הטרנסג'נדרית לקחו חלק פעיל במחקר, החל מבחירת שאלת המחקר, פיתוח כלי המחקר, תרגום השאלון, הפצת השאלון ואיסוף הנתונים, בנוסף למאות נוספים אשר השתתפו במחקר ומילאו את השאלון. להערכתי, השתתפות נרחבת זו התאפשרה בזכות היכרות של חברי קהילה עם העשייה שלי וכן בזכות הצהרתי כי המחקר ישמש להשגת שינוי בהנגשת השירותים להתאמה מגדרית. המחקר כלל שאלון למילוי עצמי שנכתב במיוחד לצורך מחקר זה והופץ באינטרנט.

מרבית חלקי השאלון פותחו עבור מחקר זה בהתייעצות עם טרנסג'נדרים וטרנסג'נדריות ופעילות מרכזיות נוספות העוסקות בקידום מדיניות בתחום הבריאות לטרנס. התייעצויות אלו התקיימו במספר מפגשים, קבוצתיים ופרטניים, בהם התבקשו הפעילות לשתף מהם לדעתן הגורמים המשמעותיים אשר לגביהם צריכים להיאסף במחקר משתנים, ולחוות את דעתם על טיוטת השאלון. בסיומו של תהליך זה, כלי המחקר הועבר לקבוצת פיילוט של 31 משתתפים טרנסג'נדרים. מטרת הפיילוט הייתה לבחון את תוקף ומהימנות הכלי שפותח, ובנוסף לוודא כי השאלות מנוסחות באופן מכבד ומכליל. בעקבות המשוב ממשתתפי הפיילוט, נערכו שינויים קלים בניסוח חלק מהשאלות.

## איתור וגיוס המשתתפים

מאחר ולא קיימת מסגרת דגימה עבור אוכלוסייה זו, המדגם הוא מדגם נוחות ובשיטת כדור השלג. על מנת להגיע למדגם מגוון ככל האפשר, גיוס המשתתפים התבצע בכמה דרכים: פנייה אישית של החוקרת למשתתפים פוטנציאליים ובקשה להפיץ את הפנייה לאנשים נוספים, פרסום ברשתות החברתיות, פרסום על ידי ארגוני הקהילה הטרנסית ופנייה לשירותים נוספים

העובדים עם אוכלוסייה טרנסגינדרית. המחקר נערך בתקופת מגיפת הקורונה ורוב תקופת איסוף הנתונים חפפה עם הסגר השלישי בחודשים ינואר-פברואר 2021. בהיעדר מפגשים חברתיים, הפרסום התבסס לחלוטין על אמצעים דיגיטליים. מתוך מחויבות לעקרונות המחקר הפמיניסטי המשתף, אשר שם דגש על ייצוג לאוכלוסיות מודרות, ראיתי חשיבות להגיע למשתתפים ערבים. לשם כך, תרגמתי את שאלון המחקר לערבית, וכך גם את ההזמנה להשתתפות במחקר. הפנייה הכילה טקסט קצר, המסביר על מטרת המחקר ומזמין להשתתף ומכיל קישור למילוי אנונימי של שאלון באמצעות תוכנת Qualtrics. לטקסט נלוויה גרפיקה בצבעי הדגל הטרנסי, עם הכיתוב "אולי יש לך. ם רבע שעה לעזור לשפר את השירות הרפואי שהקהילה שלנו מקבלת סביב ניתוחים להתאמה מגדרית?". הקהילה הטרנסית בישראל רווית מחקרים ומגיבה פעמים רבות בחשדנות ובהתנגדות למחקרים אשר חשודים במציצנות או ככאלו שלא יקדמו את הקהילה (זיו, 2019). על מנת להתמודד מראש עם התנגדויות אפשרות, הדגשתי בהזמנה להשתתפות במחקר את השתייכותי לקהילה הטרנסית, את התמיכה אשר מקבל המחקר מארגוני הקהילה הטרנסית, ואת כוונתי להשתמש בנתונים שייאספו על מנת לפעול לשינוי מדיניות לטובת הקהילה. על מנת לגייס אוכלוסייה ערבית להשתתף במחקר, כל הפרסומים הופיעו בעברית ובערבית והודגשה בהם האפשרות למלא את השאלון בעברית או ערבית, לפי בחירתה.ו של המשתתפת.

משום שהשאלון מולא באופן עצמאי ואנונימי על ידי המשתתפות, איני יודעת להעריך מאיזה פרסום הגיעו משתתפות המחקר, אך ממעקב אחר איסוף הנתונים זיהיתי כמה מגמות. האחת, היא קפיצה משמעותית של מספר המשתתפות במחקר לאחר שנינה הלוי, נציגת הציבור בוועדה בשיבא ומנטורית בקהילה, שלחה הודעה אישית בווטסאפ למכרות ולמכרים שלה בבקשה להשתתף במחקר. הלוי היא פעילה מרכזית בקהילה ליוותה באופן פרטני נשים רבות בשנים האחרונות, רבות מהן עוסקות בעבודת מין. ביומיים לאחר שליחת ההודעות נוספו 67 משיבות לשאלון, לעומת משיבות בודדות שהחלו במילוי השאלון בימים לפני ואחרי שליחת ההודעה. מגמה שנייה שזיהיתי היא כי הפרסומים ברשתות החברתיות לא הובילו כמעט להשתתפות של ערבים במחקר. אלו הגיעו כמעט אך ורק לאחר פניות אישיות שלי לחברות קהילה ערביות בבקשה שישתתפו ויסייעו בהפצה, ובעיקר לאחר פנייתה של הלוי.

לצד ההפצה הדיגיטלית, על מנת להגיע לאוכלוסיות מגוונות, מערך המחקר תוכנן כך שחלק מהשאלונים ימולאו באמצעות תיווך של עוזרות מחקר מתוך הקהילה, על ידי ביצוע ראיונות בעברית או ערבית. השימוש בשתי חלופות, שאלונים למילוי עצמי או ראיון, נבחר לאור ממצאים מסקר שנערך בארה"ב ומצא הבדלים מובהקים בזהות מגדרית, מצב כלכלי, מוצא, אינדיקטורים שקשורים לבריאות ועוד, בין הנחקרים שענו על הסקר המקוון לעומת הנחקרים שרואיינו (Reisner et al., 2014). בפועל, וככל הנראה בהשפעת עיתוי המחקר בעת סגר, הייתה היענות נמוכה לכך, ו-4 שאלונים בלבד מולאו על ידי עוזרות המחקר שגוייסו. שאלונים בודדים נוספים מולאו בעזרתן של חברות קהילה נוספות שהתנדבו לסייע במילוי השאלון באופן פרטני וסיפרו לי על כך בדיעבד. איסוף הנתונים נמשך כחמישה וחצי שבועות, בתאריכים 16.2.2021-10.1.2021. בסך הכול התקבלו 484 שאלונים. 99 מתוכם נפסלו מאחר והיו חסרים בהם פרטים רבים. נכללו במחקר שאלונים בהם נענו לפחות מחצית מהשאלות.



כלי המחקר מורכב מתשעה חלקים: שאלון פרטים סוציו-דמוגרפיים, שאלון תמיכה חברתית ומשפחתית, שאלון שבודק את הרצונות והבחירות ביחס לניתוחים להתאמה מגדרית, שאלות על ניתוחים שבוצעו, שאלות על ניתוחים מתוכננים, שאלון שיקולים בהחלטה האם לפנות לוועדה, שאלון תפיסת הוועדה, שאלון שביעות רצון מהשירות בוועדה ושתי שאלות פתוחות המזמינות את המשתתפים להוסיף ולהעיר על התהליך בוועדה או בכלל על סוגיית הניתוחים. מרבית חלקי השאלון פותחו במיוחד עבור מחקר זה, בשיתוף עם אקטיביסטיות טרנסג'נדריות ולאור ידע שנצבר בארגוני הקהילה וממצאי מחקרן של סיני (2013) ורייכרט (2012). שאלון המחקר המלא מופיע בנספח 1. פירוט משתני המחקר מופיעים בנספח 2.

**הזדהות על הקשת הטרונסית.** הגדרת המשתתפים כטרנסג'נדרים התבססה על השאלה: "האם אתה על הקשת הטרונסית?". המשך מענה על השאלון הותנה במענה חיובי לשאלה זו. זיהוי לפי הגדרה עצמית הוא פרקטיקה מקובלת במחקרים על קהילות טרנסג'נדריות (לדוגמא: גולדין, 2020; מרטון, 2013; James et al, 2016). פרקטיקה זו מתבססת על ההכרה בכך שזהות מגדרית היא סובייקטיבית ונמדדת על ידי הגדרתו העצמית של האדם (קטרי, 2016).

**שאלון פרטים סוציו-דמוגרפיים.** השאלון כולל 15 שאלות אודות זהות מגדרית, מין בלידה, גיל, ארץ לידה, אזור מגורים, דת, מידת דתיות, השתייכות לקופת חולים, השכלה, הכנסה, הכנסת ההורים, עיסוק בהווה או בעבר בעבודת מין, מקורות הכנסה, גודל משק הבית והערכת המצב הבריאותי. השאלון מספק מידע תיאורי ומאפשר בחינת ההבדלים בין הפונים לרפואה הציבורית לעומת הפרטית. זהות מגדרית נמדדה על ידי שאלה פתוחה. לאחר מכן, התשובות קודדו ידנית ל-3 קטגוריות כלליות: אשה, גבר, א-בינארי. לתוך הקטגוריה "א-בינארי" נכנסו מי שציינו מפורשות זהות לא בינארית, על ידי שימוש בהגדרות כמו: א-בינארי, קוויר, ג'נדרקוויר, פלואיד, ועוד. אופן מדידה זה הוחלט לאחר התייעצויות עם מספר חברי קהילה, מתוך הנחה כי מתן האפשרות לביטוי עצמי ישדר כבוד לסובייקטיביות של הזהות המגדרית ויגביר את ההיענות למילוי השאלון.

**שאלון תמיכה משפחתית וחברתית נתפסת.** שאלון תמיכה חברתית ומשפחתית נתפסת (Multi-dimensional Perceived Social Support = MSPSS) בוחן את תפיסתה של הנשאלת לגבי התמיכה שהיא מקבלת ממשפחה, מחבריה ומאחרים משמעותיים (Zimet et al., 1988). השאלון כולל 12 פריטים המחולקים לשלושת הגורמים שצוינו. התשובות מוצגות על סולם בן 7 דרגות כאשר ציון גבוה משקף תמיכה נתפסת גבוהה. שאלון זה נמצא בשימוש רחב במחקרים בישראל ונמצאה לו מהימנות גבוהה (טאוב, 2014). בנוסף, השאלון תורגם לערבית במחקרו של ביראני (2014). השאלון המתורגם נמצא בעל מהימנות גבוהה של אלפא קרונבך בין 0.84-0.87 לכל אחד מתתי המשתתפים, ו-Cronbach's  $\alpha=0.89$  לסך הפריטים. במחקר הנוכחי נמצאה עקיבות פנימית גבוהה לכל אחד מהגורמים: לגורם תמיכה מאחר משמעותי  $\alpha=0.907$ , לתמיכה מהמשפחה  $\alpha=0.945$ , לתמיכה מהחברים  $\alpha=0.955$ , וכן עקיבות פנימית גבוהה לסך הפריטים  $\alpha=0.934$ .

**רצון בניתוחים להתאמה מגדרית ופנייה לוועדה.** חלק זה כלל סדרה של 12 שאלות כאשר בפני כל משתתפת הוצגו רק חלקן, בהתאם לתשובותיה הקודמות. השאלות בדקו האם המשתתפת עברה ניתוח ואם כן, איזה ניתוח, האם היא מעוניינת בניתוח ו/או ניתוחים נוספים, ואם כן אילו ניתוחים. במידה ולא, האם הייתה רוצה לעבור ניתוח אם הייתה לה האפשרות, ומה המחסום שעומד בפניה לניתוח, האם שמעה על הוועדה, מקורות המידע שהיו ברשותה על הוועדה והאם פנתה לוועדה.

**פרטים על ניתוחים שהתבצעו.** עבור כל ניתוח שעברה המשתתפת התבקש לענות מתי התבצע הניתוח ומי הגורם שמימן את הניתוח. בפני המשתתפים הוצגו 7 אפשרויות לגורמי מימון: קופת החולים דרך הוועדה, קופת החולים שלא דרך הוועדה, ביטוח משלים של קופת החולים, שילמתי מכיסי, בני משפחה שילמו על הניתוח, ביטוח בריאות פרטי ואחר. לאחר קידוד ידני של התשובות המפורטות תחת "אחר", קודדו מחדש שתי האפשרויות הראשונות, מימון של קופת החולים, לקטגוריה "מימון ציבורי", שאר הקטגוריות קודדו ל"מימון פרטי", וניתוחים בהם היה שילוב בין מימון פרטי לציבורי קודדו כ"מימון משולב". מי שהתנתחו במימון קופת החולים, התבקשו גם לענות על שביעות רצונם מזמן ההמתנה לניתוח, תוצאותיו, הצוות הרפואי והצוות הסייעודי.

**מימון לניתוחים מתוכננים.** מי שכתבו שמעוניינים לעבור ניתוח, התבקשו לענות כיצד מתכננים לממן את הניתוח, בהתאם לאפשרויות שהוצגו בחלק הקודם, אך עם אפשרות נוספת "לא יודעת עדיין".

**שיקולים בהחלטה האם לפנות לוועדה.** בחלק זה הוצגו למשתתפים 14 פריטים, והם התבקשו לדרג עד כמה השפיע כל אחד מהשיקולים על ההחלטה האם לפנות לוועדה. התשובות הוצגו על סולם בן 5 דרגות שנע בין "השפיע במידה רבה" ל"לא רלוונטי". הפריטים בחלק זה נכתבו על בסיס עבודותיהן של סיני (2013) ורייכרט (2012), על בסיס ניסיוני המקצועי, מתוך התייעצויות עם חברות קהילה ששקלו האם לפנות לוועדה ועם פעילות מרכזיות בתחום.

בניתוח גורם מגשש נמצאו ארבעה גורמים. הגורם הראשון כלל שישה פריטים (5,6,7,8,9,10)<sup>3</sup>, אך הוצאו ממנו שני פריטים (9,10) בשל אי התאמתם לעולם התוכן. ארבעת הפריטים הנותרים (5,6,7,8) מרכיבים את הגורם 'שיקולי בירוקרטיה' ולו מהימנות פנימית גבוהה ( $\alpha=0.815$ ). הגורם השני שנמצא, 'חשש מטרנספוביה', כולל ארבעה פריטים (1,2,3,4). לגורם זה נמצאה מהימנות פנימית גבוהה ( $\alpha=0.780$ ). בגורמים השלישי והרביעי לא נעשה שימוש במחקר בשל מהימנות פנימית נמוכה. לכל אחד משני הגורמים 'בירוקרטיה' ו'חשש מטרנספוביה' נבנה אינדקס שחושב על פי ממוצע התשובות לפריטים מהם מורכב הגורם.

**תפיסה חיובית כלפי הוועדה.** בחלק זה הוצגו למשתתפים 14 היגדים אשר עסקו בתהליך הוועדה, הניתוחים שמתבצעים במסגרתה, יחס צוות הוועדה ועצם קיומה. הפריטים בחלק זה נכתבו על בסיס עבודותיהן של סיני (2013) ורייכרט (2012), על בסיס ניסיוני המקצועי, מתוך התייעצויות עם חברות קהילה ועם פעילות מרכזיות בתחום. על מנת להימנע מהטיות,

<sup>3</sup> על מנת להקל על הקריאה, המספור מתייחס למופיע בתרשים 3, ולא לסדר הופעת השיקולים בשאלון המקורי.

מחצית ההיגדים נוסחו באופן המחמיא לוועדה, למשל "התהליך בוועדה הוא מכבד ורגיש", ומחציתם באופן המבקר את הוועדה, למשל, "הפגישות שנדרשות בוועדה הן מיותרות". המשתתפים התבקשו לדרג את הסכמתם עם כל היגד, בסולם בן 5 דרגות שנוע בין "מסכים.ה מאוד" ל"כלל לא מסכים.ה". לאחר היפוך ההיגדים אשר מבטאים ביקורת על הוועדה, 6-1<sup>4</sup> ו-8, נערך ניתוח גורמים מגשש ונמצא כי בהוצאת היגדים 7 ו-3, שאר ההיגדים מהווים גורם אחד אשר עקיבותו הפנימית גבוהה ( $\alpha=0.886$ ). על בסיס 12 היגדים אלו נוצר אינדקס אשר ציון גבוה בו משקף תפיסה חיובית ביחס לוועדה והשירות בה.

**תהליך הוועדה.** חלק זה הוצג רק בפני מי שדיווחו כי פנו לוועדה והוא כלל שאלות אודות מועד הפנייה לוועדה, גורמים שסיפקו ליווי/יעוץ, האם קיבלו את האישור הסופי, אם כן, מתי התקבל, ואם לא, מדוע. עוד נשאל על מספר הפגישות הכולל, מספר הפגישות הנדרש עם הפסיכולוגית, האם התבקשו לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי, קבלת התחייבויות, ושביעות רצון מזמן ההמתנה. כתיבת השאלות בחלק זה נשענה על מחקרם של ברמלי-גרינברג ואחרים (2019) אשר בחן את דעת הציבור בישראל על רמת השירות והתפקוד של מערכת הבריאות. ל

**שביעות רצון מהשירות בוועדה.** חלק זה גם הוא הוצג רק בפני מי שדיווחו כי פנו לוועדה. הוא כלל שבע שאלות אשר בחנו ממדים שונים של שביעות הרצון מהשירות בוועדה. מבנה שאלות אלו התבסס על שאלון שביעות רצון המטופל לאנשים עם דיספוריה מגדרית – PSQ-GD Patient Satisfaction Questionnaire for Individuals with Gender Dysphoria – ממחקרם של דיוויס ואחרים (Davies et al., 2013), אך בהתאמה להקשר המקומי של פעילות הוועדה. בעוד במאמר המקורי לא צוינו מהימנות ותוקף, במחקר זה נמצאו לשבע השאלות מהימנות פנימית גבוהה ( $\alpha=0.893$ ).

## אתיקה

המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה האוניברסיטאית של אוניברסיטת בן גוריון בנגב. ההשתתפות במחקר הייתה בהתנדבות וכפופה להסכמתם מדעת של המשתתפים. בפתח השאלון הובהר למשתתפים כי ההשתתפות היא רק מרצונם ובהסכמתם, וכי ניתן לעצור בכל עת ולא חובה למלא את כל השאלות. לאחר קריאת טופס ההסכמה מדעת, היה על המשתתפים לסמן כי הם מסכימים להשתתף במחקר. ללא סימון זה, לא ניתן היה להמשיך ולמלא את השאלון. על מנת לוודא ששלומם וכבודם של המשתתפים יישמר, השאלון נבחן לפני הפצתו על ידי חברים בקהילה הטרנסית ולאחר מכן נבחן בפני קבוצה גדולה יותר במחקר פיילוט. בכל הפרסומים על המחקר, בפתח השאלון וכן בסיומו פורסם מספר הטלפון הנייד שלי וכתובת המייל על מנת לאפשר למשתתפים לקבל מידע נוסף, להעיר הערות או לשתף באם עולה אצלם חוסר נוחות ממילוי השאלון.

בעיה אתית שעלתה בעת בניית השאלון נגעה לאופי האישי של חלק מהשאלות. בהתאם לכך, על מנת להשלים את השאלון לא הייתה חובה לענות על כל השאלות, ובשאלון הייתה חובת מענה רק לשאלות מועטות ביותר: מספר שאלות שבחנו האם המשתתפת עברה ניתוח ואת רצונה בניתוחים, האם נעשתה פניה לוועדה המאשרת ניתוחים, איזה ניתוח עברה או

<sup>4</sup> על מנת להקל על הקריאה, המספור מתייחס למופיע בלוח 5, ולא לסדר הופעת ההיגדים בשאלון המקורי.

מעוניינת לעבור, מהם חסמים לניתוחים ומקור המימון לניתוח. שאלות אלו נבחרו בקפידה בשל היותן נדרשות לשאלות המשך ו/או חשיבותן המרכזית לשאלות המחקר.

בעיה אתית נוספת נגעה להיכרותי המוקדמת עם רבות מהקהילה. בשל כך, שיטת גיוס המשתתפים העיקרית הייתה הפצה ישירה של הקישור לשאלון המחקר. שיטה זו אפשרה סודיות ואנונימיות מירביים למשתתפי המחקר. בנוסף, על מנת לשמור על אנונימיות מירבית, לא נאספו פרטים מזהים. כך, למשל, הוחלט לוותר על שאלת יישוב מגורים, ולשאל במקומה על אזור המגורים בלבד.

### **שיטת ניתוח הנתונים**

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תכנת SPSS גרסה 27. ניתוחים דו-משתניים נערכו באמצעות מבחני חי בריבוע, מתאמי פירסון וספירמן, מבחן T למדגמים בלתי תלויים, ואנובה חד צדדית. עבור שני המשתנים התלויים העיקריים, פנייה לוועדה ומקורות המימון לניתוחים, התבצעה רגרסיה לוגיסטית באמצעות המשתנים אשר נמצאו מובהקים בניתוח דו-משתני.

## ממצאים

פרק זה מחולק לשישה חלקים. החלק הראשון יציג את מאפייני המדגם. החלק השני יעסוק בשכיחות ניתוחי התאמה מגדרית והרצון בהם. החלק השלישי יעסוק בפנייה לוועדה והגורמים הקשורים בה. החלק הרביעי יעסוק במקורות המימון לניתוחים והגורמים הקשורים בהם. החלק החמישי יעסוק במימון המתוכנן לניתוחים עתידיים. החלק השישי יעסוק בחוויות של הפונים לוועדה ובשביעות רצונם מהשירות.

### חלק ראשון: מאפייני המדגם

לוח 1 מציג את המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של משתתפי המחקר, בחלוקה לשלוש קבוצות המגדר. במחקר השתתפו 385 אנשים אשר הגדירו את עצמם על הקשת הטרונסית, מעל גיל 18 ואשר חיים בישראל. מן הלוח ניתן לראות כי כמחצית מהמדגם נרשמו בלידתן כזכרים ומחצית כנקבות. מרבית המשתתפות הן צעירות, יהודיות, חילוניות, רווקות ללא ילדים, אשר נולדו בארץ ומתגוררים באזור תל אביב או המרכז. בעוד מרבית המשתתפים תיארו את הכנסת הוריהם כממוצעת ומעלה, הכנסותיהם העצמיות המדווחות של המשתתפים נמוכות מאוד, ורבות נעזרות ונעזרים בקצבאות נכות של הביטוח הלאומי. נמצאו הבדלים בין הקבוצות במין בלידה, דת, השכלה, הכנסה וגיל. נשים טרונסיות במדגם מבוגרות יותר בהשוואה לגברים טרונסים ולא-בינארים.

לוח 1. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המדגם

χ <sup>2</sup>	df	השוואה	זהות מגדרית			
			כלל המדגם (n=378)	א-בינארי n=100	גבר n=113	אישה n=165
303.10***	4	מין בלידה	50.0%	25.0%	-	99.4%
			49.7%	75.0%	100%	-
			0.3%	-	-	0.6%
5.23	2	ארץ לידה	88.2%	87.9%	93.6%	84.4%
			11.8%	12.1%	6.4%	15.6%
4.50	2	אזור מגורים	63.2%	72.0%	60.2%	60.0%
			36.8%	28.0%	39.8%	40.0%
27.26***	4	דת	80.7%	83.0%	91.1%	72.2%
			8.0%	1.0%	4.5%	14.8%
			11.2%	16.0%	4.5%	13.0%
			0.3%	-	-	0.6%
10.11	6	מידת דתיות	80.6%	87.8%	79.6%	77.0%
			15.1%	8.2%	14.2%	19.9%
			4.0%	4.1%	6.2%	2.5%
			0.3%	-	-	0.6%
10.88*	4	השכלה	59.8%	53.0%	63.7%	61.2%
			8.7%	4.0%	8.8%	11.5%

השוואה		זהות מגדרית							
$\chi^2$	df	כלל המדגם (n=378)	א-בינארי n=100	גבר n=113	אישה n=165				
37.78***	8	31.5%	43.0%	27.4%	27.3%	תואר ראשון ומעלה			
						<b>הכנסה בשנה האחרונה</b>			
		62.1%	75.0%	64.9%	54.2%	הרבה מתחת לממוצע			
		15.2%	15.0%	18.0%	13.4%	מעט מתחת לממוצע			
8.02*	2	10.1%	7.0%	12.6%	10.4%	הכנסה ממוצעת			
		6.4%	1.0%	1.8%	12.8%	מעט מעל לממוצע			
		6.1%	2.0%	2.7%	11.0%	הרבה מעל לממוצע			
						<b>הכנסה מקצבת נכות</b>			
17.95	10	40.3%	37.0%	31.9%	48.2%	כן			
		59.7%	63.0%	68.1%	51.8%	לא			
6.25*	2	13.8%	8.0%	12.4%	18.4%	<b>הכנסת הורים</b>			
						הרבה מתחת לממוצע			
		12.5%	16.0%	13.3%	9.8%	מעט מתחת לממוצע			
		18.9%	14.0%	18.6%	22.1%	הכנסה ממוצעת			
		23.1%	32.0%	21.2%	19.0%	מעט מעל לממוצע			
		13.0%	13.0%	17.7%	9.8%	הרבה מעל לממוצע			
		18.6%	17.0%	16.8%	20.9%	לא יודע/ת/לא רלוונטי			
						<b>האם יש לך ילדים?</b>			
7.77	8	9.3%	4.3%	7.8%	13.5%	כן			
		90.7%	95.7%	92.2%	86.5%	לא			
3.05	6	87.2%	87.1%	91.3%	84.5%	<b>מצב משפחתי (לפי משרד הפנים)</b>			
		5.8%	4.3%	3.9%	8.1%	רווקה			
		4.1%	4.3%	1.9%	5.4%	נשוי/אה			
		2.9%	4.3%	2.9%	2.1%	גרשה			
						אחר			
13.86***	9.37	58.5%	51.6%	58.8%	62.2%	<b>מצב זוגיות</b>			
						לא בזוגיות			
		14.9%	18.3%	14.7%	12.9%	בזוגיות וחיים בבתים נפרדים			
		22.2%	24.7%	22.5%	20.4%	בזוגיות וחיים באותו הבית			
				אחר					
		4.4%	5.4%	3.9%	4.1%				
השוואה	כלל המדגם	א-בינארי		גבר		אישה		מאפייני הנבדקים	
<i>F</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	
13.86***	9.37	29.35	6.00	<sup>b</sup> 27.08	7.72	<sup>b</sup> 26.82	11.28	<sup>a</sup> 32.50	גיל

טבלה 2 מציגה את ההבדלים בין קבוצות המגדר במשתנים עיסוק בעבודת מין, הערכת המצב הבריאותי, חברות בקופת חולים ותמיכה משפחתית וחברתית. למעלה משליש מהנשים הטרנסיות דיווחו על עיסוק בעבודת מין, לעומת 17.0% מהא-בינארים, ו-6.3% מהגברים הטרנסים. נמצא קשר בין מגדר והערכת המצב הבריאותי, כאשר א-בינארים מדווחים על

מצב בריאותי פחות טוב בהשוואה לנשים טרנסיות וגברים טרנסים. גברים טרנסים מדווחים על יותר תמיכה משפחתית וחברתית, בכל מימדיה, בהשוואה לנשים טרנסיות. א-בינאריות מדווחים על יותר תמיכת חברים בהשוואה לנשים טרנסיות, ופחות תמיכה מאחר משמעותי בהשוואה לגברים טרנסים. בשאר מימדי התמיכה לא נמצאו הבדלים בין א-בינארים לנשים או גברים. לא נמצא קשר בין מגדר לחברות בקופת חולים.

לוח 2. עיסוק בזנות, הערכת מצב בריאותי, חברות בקופת חולים ותמיכה משפחתית וחברתית

השוואה		זהות מגדרית							
$\chi^2$	df	כלל המדגם (n=378)	א-בינארי n=100	גבר n=113	אישה n=165				
35.32***	2								<b>עיסוק בזנות</b>
		21.9%	17.0%	6.3%	35.6%				כן
		78.1%	83.0%	93.8%	64.4%				לא
15.64*	6								<b>הערכת המצב הבריאותי</b>
		23.1%	10.0%	25.7%	29.3%				טוב מאוד
		45.6%	55.0%	46.9%	39.0%				די טוב
		24.7%	26.0%	22.1%	25.6%				לא כל כך טוב
		6.6%	9.0%	5.3%	6.1%				בכלל לא טוב
									<b>קופת חולים</b>
11.16	8	45.9%	38.0%	45.1%	51.2%				כללית
		37.7%	48.0%	39.8%	29.9%				מכבי
		10.3%	9.0%	10.6%	11.0%				מאוחדת
		3.7%	4.0%	1.8%	4.9%				לאומית
		2.4%	1.0%	2.7%	3.0%				צה"ל
<i>F</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	
6.55**	1.41	4.78	1.33	<sup>a</sup> 4.80	1.29	<sup>a</sup> 5.24	1.49	<sup>b</sup> 4.55	<b>תמיכה משפחתית וחברתית – כל ההיגדים</b>
8.03***	1.70	5.05	1.78	<sup>a</sup> 5.22	1.49	<sup>a</sup> 5.53	1.75	<sup>b</sup> 4.63	<b>תמיכה מחברים</b>
4.95**	1.82	3.86	1.52	<sup>b</sup> 3.62	1.91	<sup>a</sup> 4.40	1.88	<sup>b</sup> 3.76	<b>תמיכה מאחר משמעותי</b>
3.52*	1.50	5.44	1.58	<sup>a</sup> 5.57	1.25	<sup>a</sup> 5.79	1.55	<sup>b</sup> 5.26	<b>תמיכה מהמשפחה</b>

משנתני התמיכה נמדדו בסולם 1-7.

#### חלק שני: שכיחותם של ניתוחים להתאמה מגדרית

**שכיחות של ניתוחים והרצון בהם.** לוח 3 מציג את שיעור המשתתפים אשר עברו ניתוח ו/או מעוניינים לעבור ניתוח. כל משתתפי המחקר אשר מזדהים כגברים טרנסים דיווחו כי הם עברו או רוצים לעבור ניתוח (100%), וכן הרוב המוחלט של הנשים הטרנסיות (94.5%), ומרבית הא-בינארים (80%). קיים קשר בין זהות מגדרית לבין מימוש הרצון בניתוחים: כפי ניתן לראות בלוח מספר 3, מרבית הגברים הטרנסים והנשים הטרנסיות עברו ניתוח כלשהו, בהשוואה למיעוט בלבד מבין מי שמזדהים כא-בינארים.

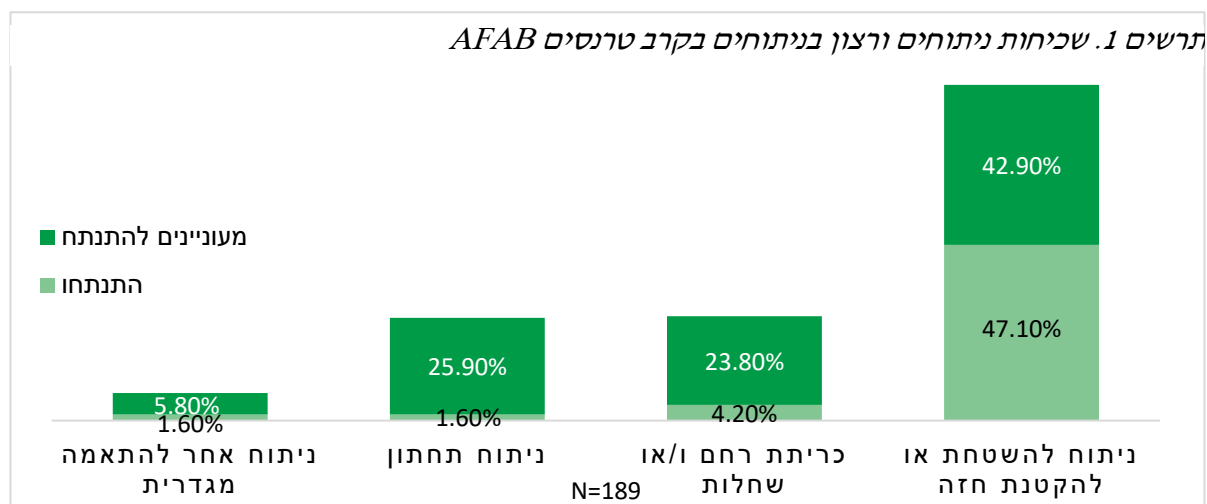
**סוגי ניתוחים.** שכיחות סוגי הניתוחים אשר משתתפי המחקר עברו ומעוניינים לעבור, מוצגים בחלוקה לפי מין בלידה. תרשים 1 מציג את שכיחות הניתוחים בקרב טרנסים שסומנו בלידתם כנקבות (Assigned female at birth =)

AFAB)<sup>5</sup>. הניתוח הנפוץ ביותר הוא ניתוח להקטנת או השטחת החזה, אותו עברו כמחצית המשתתפים, ואותו רוצים לעבור 43% נוספים. ניתוח זה ניתן לעבור בישראל גם באופן פרטי.

לוח 3. שיעור העוברים והמעוניינים לעבור ניתוחי התאמה מגדרית

$\chi^2$	Df	זהות מגדרית			
		א-בינארי (n=80)	גבר טרנס (n=113)	אשה טרנסית (n=156)	
47.18***	2	22.0%	66.4%	57.6%	עבר/ה ניתוח כלשהו
10.94**	2	53.0%	31.9%	33.9%	לא עבר.ה, אבל מעוניין.ת לעבור ניתוח
6.15*	2	5.0%	1.8%	3.0%	מעוניין.ת לעבור, אם הייתה אפשרות

נמצאו פערים גדולים בין שיעורי הרצון ומימוש בניתוחים באיברי המין והרבייה, אשר נדרשים לאישור הוועדה על מנת לעבור אותם בישראל. כך, רק 1.6% עברו ניתוח תחתון, ליצירת איבר מין זכרי (ניתוח מסוג פאלופסטי או מטוידופלסטי), בעוד 25.9% נוספים דיווחו כי היו רוצים לעבור ניתוח כזה. 4.2% בלבד עברו לניתוח לכריתת רחם ו/או שחלות, בעוד 23.8% נוספים דיווחו כי רוצים לעבור את הניתוח.



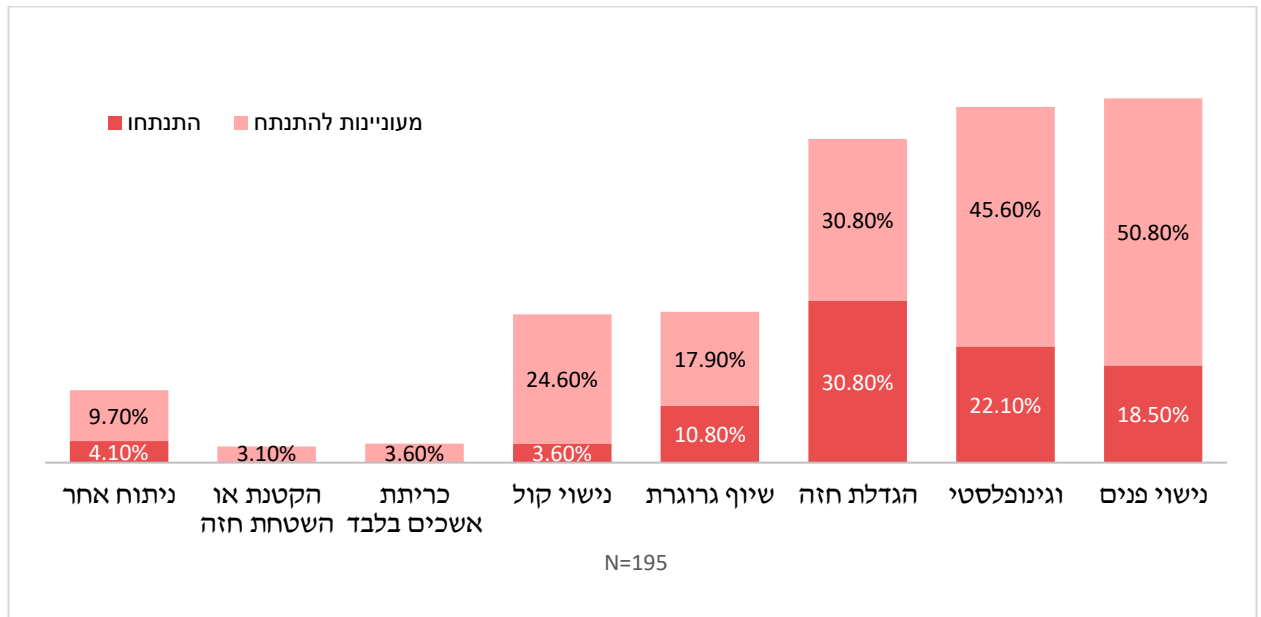
תרשים 2 מציג את שכיחות הניתוחים בקרב טרנסיות אשר סומנו בלידתן כזכרים (Assigned male at birth = AMAB). הניתוחים המבוקשים ביותר הם, בסדר יורד, נישוי פנים, וגינופלסטי (ניתוח גניטלי ליצירת נרתיק) והגדלת חזה. עבור כל אחד משלושת ניתוחים אלו, למעלה ממחצית המשיבות ציינו כי עברו את הניתוח או מעוניינות לעבור אותו. עם זאת, יש הבדלים ביניהם במידת המימוש של הרצון. ניתוח להגדלת חזה הוא הניתוח הנפוץ ביותר מבין הניתוחים שהתבצעו. נמצא שיעור זהה על משתתפות אשר עברו את הניתוח ומעוניינות לעבור את הניתוח. בניתוחים אחרים, נמצא פער בין הרצון

<sup>5</sup> הקיצור AFAB מתייחס למי שסומנו בלידתם כנקבות, ומזדהים על הקשת הטרנסית. קטגוריה זו כוללת גברים טרנסים, א-בינארים, וזהויות מגוונות אחרות. באופן דומה, הקיצור AMAB מתייחס למי שסומנו בלידתן כזכרים ומזדהות על הקשת הטרנסית. קטגוריה זו כוללת נשים טרנסיות, א-בינאריות, וזהויות מגוונות אחרות. בפרק זה ייעשה שימוש בחלוקה לפי מין לבחינת בהיבטים גופניים, כמו סוגי ניתוחים, בעוד בחלוקה לפי זהות מגדרית ייעשה שימוש כאשר יש רצון לבדוק היבטים חוויתיים.



למימוש. כך למשל, בניתוח וגינופלסטי, שיעור מי שמעוניינות בניתוח כפול משיעורן של מי שעברו את הניתוח. בעוד 3.6% דיווחו על רצון לעבור כריתת אשכים ללא ניתוח וגינופלסטי, אף אחת ממשותפות המחקר לא דיווחה כי עברה ניתוח כזה. שני ניתוחים אלו, אשר מערבים את איברי המין, מצריכים את אישור הוועדה על מנת לעבור אותם בארץ, ואינם מתבצעים בישראל ברפואה הפרטית.

## תרשים 2. שכיחות ניתוחים ורצון בניתוחים בקרב טרנסיות AMAB



### חלק שלישי: פנייה לוועדה

חלק זה עוסק בפנייה לוועדה לאישור ניתוחי התאמה מגדרית והגורמים הקשורים בה. תחילה יוצגו נתונים תיאוריים – מקורות המידע על הוועדה, תפיסות לגבי הוועדה והשירות בה, והשיקולים השונים בהחלטה על פניה לוועדה. בהמשך, יוצגו נתוני הפנייה לוועדה לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים ונוספים. לבסוף, תוצג רגרסיה לוגיסטית שנערכה על מנת לבחון אילו משתנים מסבירים את השונות בפנייה לוועדה.

**מקורות מידע.** לוח 4 מציג את מקורות המידע על הוועדה, לפי זהות מגדרית, על פי סדר יורד של שכיחות. מקורות המידע השכיחים ביותר, אותם סימנו למעלה מ-100 משיבים לכל מקור, הם מקורות מידע קהילתיים: אנשים בקהילה, ארגוני הקהילה הטרנסית, רשתות חברתיות וארגונים להט"בים. נמצא הבדל בין קבוצות המגדר השונות, במקורות המידע אנשים בקהילה, ארגוני הקהילה הטרנסית ורשת חברתית באינטרנט. במקורות אלו, שיעור הא-בינארים אשר שמעו על הוועדה ממקור המידע היה גבוה ביחס לגברים טרנסים, וביחס לנשים טרנסיות, אשר בקרבן היה השיעור הנמוך ביותר.

**תפיסות המשתתפים את הוועדה והשירות שניתן בה.** לוח 5 מציג את התפלגות ההסכמה עם היגדים המתייחסים לוועדה, לפי סדר יורד של הסכמה. ככלל, תפיסות המשתתפים את הוועדה והשירות שניתן בה הן שליליות. קיימת הסכמה

רחבה (90.2%) כי הליך הוועדה הוא ארוך וכרוך בבירוקרטיה רבה, כי משך הזמן עד אישור הוועדה הוא ארוך (89.6%) וכי מי שיכולה להרשות לעצמו או לעצמה, לא פונה לוועדה (76.0%). מנגד, מרבית המשתתפים (59.5%) הסכימו כי הם יודעים מה נדרש על מנת לעבור את הוועדה. מרבית המשתתפים הסכימו עם ביקורת על עצם קיום הוועדה. כך, למשל, מרבית המשתתפים (67.4%) הביעו הסכמה עם ההיגד כי הוועדה מערימה קשיים ומעכבת את תהליך השינוי המגדרי ומרבית (54.3%) לא הסכימו כי הוועדה חשובה על מנת שאנשים לא יעברו ניתוחים עליהם יתחרטו. לעומת זאת, תפיסות המשתתפים לגבי מקצועיות חברי הוועדה והטיפול הרפואי הניתן היו פחות שליליות. כך למשל, רק 21.9% לא הסכימו כי רמתם הרפואית של הניתוחים המתבצעים דרך הוועדה היא גבוהה.

לוח 4. מקורות המידע על הוועדה, שיעורים לפי זהות מגדרית

$\chi^2$	Df	זהות מגדרית			
		א-בינארי (n=75)	גבר טרנס (n=108)	אשה טרנסית (n=149)	
6.28*	2	80.0%	73.1%	64.4%	שמעתי על הוועדה מאנשים בקהילה
20.25***	2	65.3%	50.0%	34.2%	ארגונים של הקהילה הטרנסית
17.06***	2	48.0%	44.4%	24.2%	רשת חברתית באינטרנט
5.55	2	38.7%	35.2%	24.8%	ארגונים להטייבים
2.30	2	24.0%	22.2%	30.2%	מידע מאתרי מערכת הבריאות
3.03	2	14.7%	14.8%	22.1%	עובדת סוציאלית או פסיכולוגית
0.87	2	8.0%	11.1%	12.1%	אתר כל זכות
0.17	2	5.3%	6.5%	6.7%	רופאת משפחה
0.46	2	4.0%	3.7%	5.4%	דרך כתבה בתקשורת

לוח 5. שיעורי הסכמה לגבי היגדים מתייחסים לוועדה

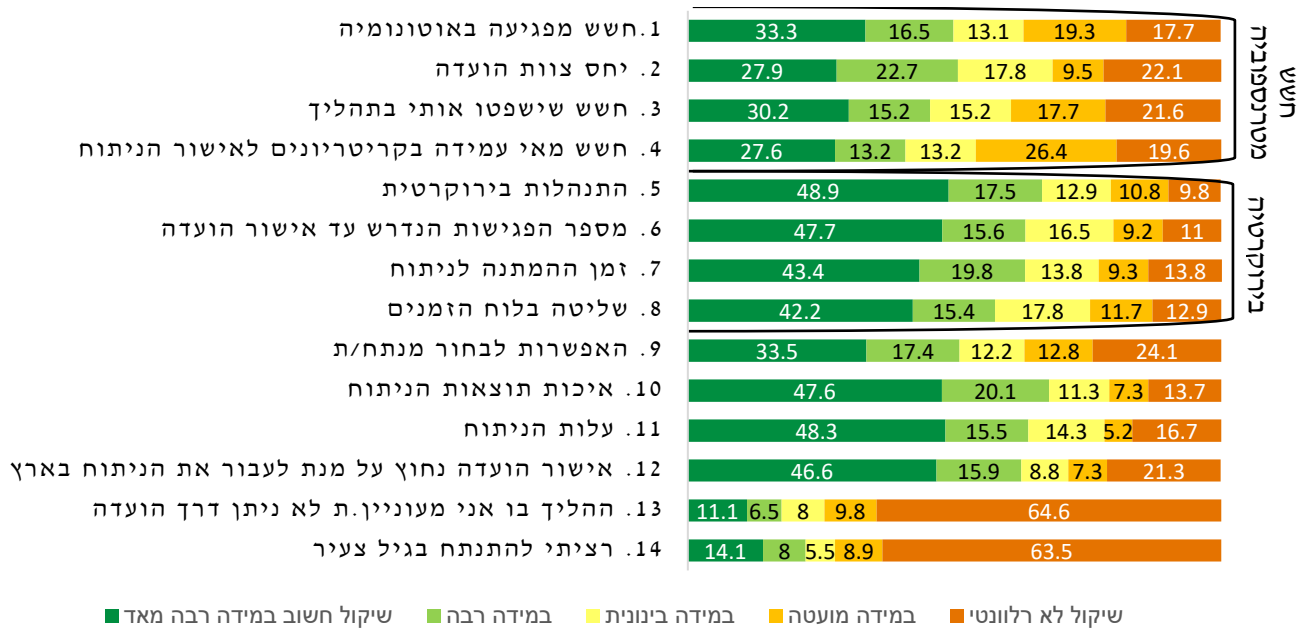
לא מסכים.ה	מסכים.ה	מסכים.ה	
+ לא מסכים.ה בכלל	ניטראלי	+ מאוד מסכים.ה	
4.7%	5.0%	90.2%	1 בשביל לעבור את הוועדה, צריך להתמודד עם הרבה בירוקרטיה
2.2%	8.3%	89.6%	2 משך הזמן עד אישור הוועדה הוא ארוך
11.9%	12.0%	76.0%	3 מי שיכולה להרשות לעצמו או לעצמה, לא פונה לוועדה
15.8%	15.1%	69.1%	4 מכעים אותי שצריך להיבחן על ידי ועדה בשביל לקבל מימון לניתוח
12.9%	17.9%	69.1%	5 הדרישה לעבור ועדה פוגעת בפרטיות ובאוטונומיה של אנשים טרנסג'נדריות
10.1%	22.5%	67.4%	6 הוועדה מערימה קשיים ומעכבת את תהליך השינוי המגדרי
23.1%	17.4%	59.5%	7 אני יודעת מה נדרש על מנת לעבור את הוועדה
22.8%	27.9%	49.2%	8 הפגישות שנדרשות בוועדה הן מיותרות
26.3%	43.7%	30.1%	9 התהליך בוועדה הוא מכבד ורגיש
54.3%	17.9%	27.9%	10 חשוב שתהיה ועדה על מנת לוודא שאנשים לא יעברו ניתוחים שיתחרטו עליהם בעתיד
40.1%	31.5%	26.7%	11 התהליך המקיף בוועדה נועד לסייע ולתמוך בתהליך השינוי המגדרי
21.9%	52.4%	25.7%	12 הרמה הרפואית של הניתוחים שהוועדה מאשרת היא גבוהה
33.8%	41.8%	24.3%	13 אפשר לנהל שיח כנה ופתוח עם חברי הוועדה
61.0%	25.1%	14.0%	14 כל מי שרוצה לעבור את הוועדה, יכולה לעשות זאת בקלות

השוואה	א-בינארי (n=75)		זהות מגדרית		אשה טרנסית (n=139)		תפיסה חיובית כלפי הוועדה
	F	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	
סולם 1-5	26.24***	0.53	2.00 <sup>c</sup>	0.65	2.28 <sup>b</sup>	0.75	2.67 <sup>a</sup>

לאחר היפוך היגדים 6-1<sup>6</sup>, נערך ניתוח גורמים מגשש ונמצא כי בהוצאת היגדים 7 ו-3, שאר ההיגדים מהווים גורם אחד אשר עקיבותו הפנימית גבוהה ( $\alpha=0.886$ ). על בסיס 12 ההיגדים הנותרים נוצר אינדקס אשר ציון גבוה בו משקף תפיסה חיובית ביחס לוועדה והשירות בה. ככלל, תפיסות המשתתפים את הוועדה והשירות הניתן בה הן שליליות (ממוצע 2.38 עם סטיית תקן 0.72 בסולם של 1-5). לוח 6 מציג את ממוצעי תפיסות חיוביות כלפי הוועדה לפי זהות מגדרית. ניתן לראות כי קיימים הבדלים מובהקים בין שלוש הקבוצות, כאשר נשים טרנסיות מחזיקות בתפיסות החיוביות ביותר, אחריהן גברים טרנסים ולבסוף א-בינארים מחזיקים בתפיסות השליליות ביותר.

**שיקולים בהחלטה האם לפנות לוועדה.** תרשים 3 מציג את שיעורי החשיבות שייחסו משתתפות המחקר לשיקולים בפנייה לוועדה. ניתן לראות כי השיקולים אשר קיבלו את ציוני החשיבות הגבוהים ביותר הם עלות, איכות תוצאות הניתוח, צורך באישור ועדה על מנת לעבור בארץ את הניתוח המבוקש, וכן שיקולים הקשורים בבירוקרטיה. על מנת לקבץ את השיקולים נערך ניתוח גורמים מגשש. נמצאו שני גורמים עיקריים: גורם "חשש מטרנספוביה" (שיקולים 1,2,3,4). ההיגד

תרשים 3. חשיבות השיקולים בהחלטה האם לפנות לוועדה



<sup>6</sup> על מנת להקל על הקריאה, המספור מתייחס למופיע בלוח 5, ולא לסדר הופעת ההיגדים בשאלון המקורי.  
<sup>7</sup> על מנת להקל על הקריאה, המספור מתייחס למופיע בתרשים 3, ולא לסדר הופעת השיקולים בשאלון המקורי.

"חשש מאי עמידה בקריטריונים לניתוח" כלול בתוך גורם זה, משום שהקריטריונים העיקריים אותם בוחנת הוועדה המאשרת את הניתוחים, הם הערכה של גורמי בריאות הנפש שאכן האדם העומד בפניה הוא טרנסג'נדר הסובל מדיספוריה מגדרית. לגורם חשש מטרנספוביה נמצאה עקיבות פנימית אלפא קרונבך 0.780. ממוצע התשובות הוא 3.17, ו-ס"ת 1.20. גורם שני הוא "בירוקרטיה" הכולל את שיקולים 5,6,7,8. העקיבות הפנימית שנמצאה היא אלפא קרונבך=0.815. ממוצע התשובות בגורם זה הוא 3.74, סטיית תקן 1.15. שיקולי בירוקרטיה נמצאו כחשובים יותר בהשוואה לשיקולים העוסקים ביחס צוות הוועדה וחשש מטרנספוביה.

לוח 7 מציג את הציונים בגורמים בירוקרטיה וחשש מטרנספוביה לפי זהותם המגדרית של המשיבים. ניתן לראות כי גברים טרנסים וא-בינארים ייחסו חשיבות גבוהה יותר לשיקולי בירוקרטיה ביחס לנשים טרנסיות. וכי א-בינארים ייחסו חשיבות גבוהה יותר לשיקולי חשש מטרנספוביה ביחס לנשים טרנסיות.

לוח 7. גורמי שיקולים לפי זהות מגדרית

גורם	השוואה		זהות מגדרית					
			א-בינארי (n=76)		גבר (n=107)		אשה (n=143)	
	סולם	F	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M
בירוקרטיה	1-5	8.53***	1.12	3.94 <sup>a</sup>	0.88	4.00 <sup>a</sup>	1.27	3.46 <sup>b</sup>
חשש מטרנספוביה	1-5	5.72**	2.00	3.53 <sup>a</sup>	1.06	3.19 <sup>ab</sup>	1.24	2.97 <sup>b</sup>

**שיעורי הפנייה לוועדה והגורמים הקשורים בפנייה.** מרבית משתתפות המחקר (55.3%) דיווחו כי פנו לוועדה ו-26.1% נוספות דיווחו כי חשבו לפנות לוועדה. לוח 8 מציג את המשתנים הסוציו-דמוגרפיים אשר נמצאו קשורים בפנייה לוועדה, לפי מבחן חי בריבוע. נמצא כי הן מין בלידה והן זהות מגדרית נמצאו כקשורים בפנייה לוועדה. טרנסיות שסומנו בלידתן כזכרים (AMAB) פנו יותר לוועדה בהשוואה לטרנסים שסומנו בלידתם כנקבות (AFAB). לזהות מגדרית נמצאה השפעה נוספת, כאשר א-בינארים, קבוצה אשר מורכבת ממי שסומנו מכל אחד מהמינים, פנו לוועדה פחות מאשר נשים טרנסיות וגברים טרנסים. מבין המשתנים המתייחסים למצב כלכלי, נמצא קשר בין פנייה לוועדה לבין הכנסת ההורים, מקור הכנסה מעבודה כעצמאית ולקבלת קצבת נכות. לוועדה נוטות יותר לפנות מי שהכנסת הוריהן נמוכה, מקבלות קצבת ביטוח לאומי ואינן עובדות כעצמאיות.

לוח 9 מציג משתנים נוספים שנמצאו במתאם מובהק עם פנייה לוועדה: תמיכת חברים, תפיסה חיובית כלפי הוועדה, שנת ניתוח ראשון, שיקולים בפנייה לוועדה, ומקורות מידע על הוועדה. נמצא כי הפונים לוועדה החזיקו בתפיסות חיוביות יותר על הוועדה בהשוואה למי שלא פנו. הפונים לוועדה העניקו חשיבות גבוהה יותר לשיקולי עלות וחשיבות נמוכה יותר לשיקולי בירוקרטיה וחשש מטרנספוביה. לבסוף, שנת הניתוח הראשון הממוצעת של הפונים לוועדה הייתה מאוחרת יותר, ממצא אשר עשוי להעיד על אורך הליך הפנייה לוועדה או לחלופין להעיד על מגמה של פנייה רבה יותר לוועדה לאורך השנים.

לוח 8. שיעורי פנייה לוועדה לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים

χ <sup>2</sup>	Df	פנייה לוועדה		השוואה
		לא	כן	
16.81***	2	34.0%	66.0%	<b>זהות מגדרית</b> אשה טרנסית (n=156) גבר טרנס (n=113) א-בינארי (n=80)
10.49**	1	48.7%	51.3%	<b>מין בלידה</b> זכר (n=179) נקבה (n=176)
16.61**	5	61.2%	38.7%	<b>הכנסת ההורים</b> לא יודע.ת / לא רלוונטי (n=66) הרבה מתחת לממוצע (n=50) מעט מתחת לממוצע (n=48) הכנסה ממוצעת (n=69) מעט מעל לממוצע (n=79) הרבה מעל לממוצע (n=42)
6.16*	1	28.8%	71.2%	<b>הכנסה כעצמאי.ת</b> כן (n=51) לא (n=304)
14.23***	1	42.1%	57.9%	<b>קצבת נכות מהביטוח הלאומי</b> מקבלת קצבה (n=146) לא מקבלת קצבה (n=209)
		32.9%	67.1%	
		53.1%	46.9%	

לוח 9. תמיכת חברים, תפיסה חיובית כלפי הוועדה, שנת ניתוח ראשון, שיקולים ומקורות מידע לפי פנייה לוועדה

סולם	T	Df	פנייה לוועדה		
			לא ממוצע (ס"ת)	כן ממוצע (ס"ת)	
1-7	1.98*	311	5.23 (1.61)	4.85 (1.75)	<b>אינדקס תמיכת חברים</b>
1-5	5.02***	320.9	2.17 (0.61)	2.55 (0.77)	<b>אינדקס תפיסה חיובית כלפי הוועדה</b>
	2.04*	171	2014.73 (6.82)	2016.56 (5.02)	<b>שנת ניתוח ראשון (רק למי שעברו ניתוחים)</b>
1-5	2.83*	334	3.91 (1.20)	3.61 (1.09)	<b>שיקולים – גורם בירוקרטיה</b>
1-5	3.38***	330	3.42 (1.23)	2.98 (1.13)	<b>שיקולים – גורם חשש מטרנספוביה</b>
	χ <sup>2</sup>	Df	לא (%)	כן (%)	
	32.04***	1	28.9%	71.1%	<b>האם שיקול עלות היה חשוב בהחלטה האם לפנות לוועדה?</b> שיקול חשוב מאוד (n=159) שיקול חשוב עד לא רלוונטי (n=170)
	15.649**	1	60.0%	40.0%	<b>ממי שמעת על הוועדה?</b> מקור מידע קהילתי (n=294) מקורות מידע אחרים (n=44)
	5.81*	1	47.6%	52.4%	<b>איזה גורם תומך בך בתהליך?</b> מקבלת תמיכה מחברים קרובים (n=231) אינו מקבלת תמיכה מחברים קרובים (n=90)
			15.9%	84.1%	
			49.4%	50.6%	
			34.4%	65.6%	

הפונים לוועדה מתאפיינים בפחות תמיכת חברים וקהילה, בהשוואה למי שאינם פונים לוועדה. הדבר בא לידי ביטוי בשלושה משתנים שונים: מקורות התמיכה בתהליך, מקורות המידע על הוועדה, ואינדקס תמיכת חברים, שנמדד בשאלון תמיכה חברתית ומשפחתית. לוח 9 מציג את משתנים אלו לפי פנייה לוועדה. נמצא כי בקרב מי שסימנו "חברים קרובים" כמקור תמיכה הקיים עבורם בתהליך ההתאמה מגדרית, שיעור הפנייה (50.6%) לוועדה נמוך יותר מאשר בקרב מי שלא סימנו תמיכה כזו (65.6%). מי שקיבלו מידע על הוועדה ממקור קהילתי, נטו פחות לפנות לוועדה (52.4%) לעומת מי שצרכו מידע ממקורות אחרים (84.1%). המשתנה "מקור מידע קהילתי" נוצר מקיבוץ של מקורות מידע מתוך הקהילה הלהט"בית והטרנסית בפרט: א.נשים בקהילה, חברים שהיו בוועדה, ארגוני הקהילה הטרנסית, רשתות חברתיות וארגונים להט"בים. כלומר, מי שקיבלו מידע על הוועדה ממקור קהילתי, הם מי שסימנו אחד או יותר מאפשרויות אלו כמקור ממנו קיבלו מידע על הוועדה. לבסוף, הציון הממוצע בתמיכת חברים נמצא נמוך יותר בקרב הפונים לוועדה לעומת מי שלא פנו אליה.

משתנים נוספים שנבדקו, אך לא נמצא קשר בינם לבין פנייה לוועדה הם גיל, השכלה, ארץ לידה, אזור מגורים, דת, מידת דתיות, קופת חולים, הכנסה עצמית, עיסוק בזנות, תמיכה משפחתית, מקורות ההכנסה: עבודה כשכיר.ה, דמי אבטלה, תמיכה כלכלית מהמשפחה, מלגת לימודים, שירותי צבאי או אזרחי, ללא הכנסה, וכן שאר מקורות התמיכה בתהליך (מלבד תמיכת חברים קרובים).

**רגרסיה לוגיסטית לבחינת הגורמים המשפיעים על פנייה לוועדה.** על מנת לבחון את השפעתם המצטברת של הגורמים השונים, נערכה רגרסיה לוגיסטית. המשתנה המוסבר היה פנייה לוועדה, והמשתנים המסבירים היו משתנים סוציודוגרפיים ונוספים אשר נמצאו בקשר מובהק במבחנים דו-משתניים ומוצגים בלוחות 8 ו-9. בצעד הראשון הוכנסו המשתנים המסבירים מין, זהות מגדרית (משתנה בינארי. מגדר א-בינארי לעומת מגדר בינארי, כלומר הזדהות כאשה או גבר), הכנסת ההורים, הכנסה כעצמאי.ת, קבלת קצבת נכות (משתנה בינארי), קבלת מידע על הוועדה ממקור קהילתי (משתנה בינארי), תמיכת חברים קרובים, אינדקס תמיכת חברים ואינדקס תפיסה חיובית כלפי הוועדה. בצעדים הבאים הוסרו אחד אחרי השני המשתנים אשר השפעתם במודל לא נמצאו מובהקת.

לוח 10. משוואת רגרסיה לוגיסטית לניבוי פנייה לוועדה

OR	Exp(B)	סוג המשתנה	משתנה
0.600*	-0.510	בינארי	מגדר א-בינארי
2.273***	0.821	בינארי	קבלת קצבת נכות
1.729**	0.548	רציף	תפיסה חיובית כלפי הוועדה
0.254**	-1.372	בינארי	קבלת מידע ממקור קהילתי על הוועדה
0.836**	-0.180	סדר	הכנסת ההורים

בצעד האחרון, התקבלה משוואת רגרסיה לוגיסטית עם המשתנים תפיסה חיובית כלפי הוועדה וקבלת קצבת נכות אשר להם קשר חיובי עם פנייה לוועדה, והמשתנים זהות מגדרית א-בינארית, קבלת מידע על הוועדה ממקור קהילתי והכנסת ההורים, אשר מקטינים את הסיכוי לפנייה לוועדה. משתנים אלו מייצרים מודל ניבוי מובהק ( $\chi^2(5)=57.98, p<0.001$ ). המודל

נמצא תואם לנתונים ( $\chi^2(8)=3.81, p>0.05$ ), מצליח לסווג נכונה 68.1% מהתצפיות ומסביר 20.5% מהשונות בפנייה לוועדה (Nagelkerke  $R^2=0.205$ ). מקדמי המשתנים ויחס הסיכויים מופיע בלוח 10.

### חלק רביעי: מקורות המימון לניתוחים שהתבצעו

חלק זה עוסק במקורות המימון לניתוחים שהתבצעו. תחילה יוצגו מקורות המימון לפי סוגי הניתוחים. בהמשך, יוצגו מקורות המימון לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים ונוספים. לבסוף, תוצג רגרסיה לוגיסטית שנערכה על מנת לבחון אילו משתנים מסבירים את השונות במקורות המימון.

לוח 11 מציג את מקורות המימון לפי סוגי הניתוחים. מרבית הניתוחים שדווחו על ידי משתתפות המחקר בוצעו במימון פרטי (59.6%). לסוג הניתוח השפעה רבה על מקור המימון. כך, מרבית ניתוחי החזה, הן ניתוחי הגדלת החזה (71.7%) והן הניתוחים להשטחת או הקטנת חזה (81.4%), נערכו במימון פרטי. לעומת זאת, ניתוחים אשר אישור הוועדה נדרש על מנת לעבור אותם בישראל, נערכו בעיקר במימון ציבורי, למשל, ניתוחי וגינולפסטי (72.1%) או כריתת רחם ו/או שחלות (75.0%).

לוח 11. מקורות מימון לפי סוגי ניתוחים

משולב	מקור מימון		סוג הניתוח	
	פרטי	ציבורי		
1.7%	71.7%	26.7%	הגדלת חזה (n=60)	AMAB
-	27.9%	72.1%	וגינולפסטי (n=43)	
2.9%	50.0%	47.1%	נישוי פנים (n=34)	
5.9%	29.4%	64.7%	שיוף גרוגרת (n=17)	
-	-	100%	נישוי קול (n=4)	
-	87.5%	12.5%	אחר (n=8)	
-	81.4%	18.6%	השטחת והקטנת חזה (n=86)	AFAB
-	25.0%	75.0%	כריתת רחם ושחלות (n=8)	
-	-	100%	פאלופלסטי (n=2)	
-	100%	-	מטוידופלסטי (n=1)	
-	50.0%	50.0%	אחר (n=4)	
1.1%	59.6%	39.3%	סך הכל (n=267)	

על מנת לבחון השפעת משתנים סוציו-דמוגרפיים על מימון, נבנה משתנה חדש הבוחן את מקורות המימון של כל הניתוחים שכל אחת ד. ממשותפיה. ות המחקר עבר. ה. ערכיו של המשתנה החדש הם: "פרטי", "ציבורי" ו"משולב", המתייחס למקרים בהם משתתפת עברה גם ניתוחים במימון פרטי וגם במימון ציבורי, או שעברה ניתוח במימון משולב.

לוח 12 מציג את התפלגות מקורות המימון לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים. נמצא מתאם בין מין בלידה ובין זהות מגדרית למקורות המימון. מרבית הטורנסים שסומנו בלידתם כנקבות (AFAB) עברו את כל הניתוחים במימון פרטי (76.4%), לעומת טורנסיות שסומנו בלידתן כזכרים (AMAB), אשר רק 45.5% מתוכן עברו את כלל הניתוחים במימון פרטי. מהתבוננות במשתתפות המחקר לפי זהותן המגדרית, ניתן לראות שבקבוצת הא-בינארים השיעור הגבוה ביותר של משתתפים שעברו

ניתוחים במימון פרטי בלבד (85.0%). מנתונים אלו ניתן לראות כי לזהות מגדרית יש השפעה שאינה מוסברת רק באמצעות מין בלידה.

משתנים סוציו-דמוגרפיים נוספים אשר נמצאו קשורים במקורות המימון הם הגירה, אזור מגורים ומקורות הכנסה. מהגרות נוטות יותר לממן ניתוחים במימון ציבורי (57.1%) ביחס לילידות הארץ (26.8%), וכך גם תושבות הפריפריה (47.5%) לעומת מרכז הארץ (26.4%). לעומתן, מי שיש להן מקור הכנסה כעצמאיות ומי שמקבלות תמיכה כלכלית מהמשפחה פחות השתמשו במימון ציבורי לניתוחים. לא נמצאו קשר בין מקורות המימון לגיל, הכנסה אישית או הכנסת ההורים.

לוח 12. מקור מימון הניתוחים לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים

$\chi^2$	Df	מקור המימון של הניתוחים			
		משולב n=13 (6.8%)	ציבורי n=63 (33.2%)	פרטי n=114 (60.0%)	
24.04***	4	11.7%	44.7%	43.6%	<b>זהות מגדרית</b>
		2.7%	21.9%	75.3%	אשה טרנסית (n=94)
		-	15.0%	85.0%	גבר טרנס (n=73) א-בינארי (n=20)
19.718***	2	10.9%	43.6%	45.5%	<b>מין בלידה</b>
		2.2%	21.3%	76.4%	זכר (AMAB) (n=101) נקבה (AFAB) (n=89)
15.79***	2	5.2%	26.8%	68.0%	<b>ארץ לידה</b>
		14.3%	57.1%	28.6%	ישראל (n=153) אחר (n=28)
8.416*	2	7.8%	26.4%	65.9%	<b>אזור מגורים</b>
		4.9%	47.5%	47.5%	מרכז (n=129) מחוץ למרכז הארץ (n=61)
11.84**	2	16.1%	9.7%	74.2%	<b>הכנסה כעצמאית</b>
		5.1%	37.3%	57.6%	כן (n=31) לא (n=158)
6.49*	2	0.0%	16.7%	83.3%	<b>תמיכה כלכלית מהמשפחה</b>
		7.9%	35.2%	57.0%	כן (n=24) לא (n=165)
7.79*	2	13.3%	60.0%	26.7%	<b>האם יש לך ילדים</b>
		6.3%	30.2%	63.5%	כן (n=15) לא (n=159)

לוח 13 מציג משתנים שונים אשר נמצאו במתאם מובהק עם מקורות המימון: פנייה לוועדה וקבלת אישורה, שיקולים, מקורות מידע, תמיכת חברים, תפיסות על הוועדה ושנת הניתוח הראשון. מרבית הפונות לוועדה התנתחו במימון ציבורי, אך כשליש מהפונות לוועדה עברו את כל הניתוחים במימון פרטי. בנוסף, שיעור לא מבוטל ממי שקיבלו את האישור הסופי של הוועדה, 16.4%, עברו ניתוחים במימון פרטי בלבד.

נמצא כי מי שסימנו כחשובים את השיקולים איכות תוצאות הניתוח והאפשרות לבחור מנתח עברו ניתוחים במימון פרטי, בעוד לעומתם שיקול עלות נמצא כקשור במימון ציבורי לניתוחים. בדומה למגמה שנצפתה בבחינת המשתנה פנייה



לוועדה, מתאם נמצא בין מקורות המימון לתמיכת חברים ולמקור מידע קהילתי על הוועדה - מי שמקבלים תמיכת חברים בתהליך, ומי ששמעו על הוועדה ממקורות מידע קהילתיים פחות השתמשו במימון ציבורי לניתוחים. הבדל נוסף נמצא בתפיסות כלפי הוועדה, כאשר מי שהתנתחו במימון ציבורי או משולב, החזיקו בתפיסות חיוביות יותר על הוועדה בהשוואה למי שהתנתחו במימון פרטי בלבד. בהשוואה למי שהתנתחו במימון פרטי, שנת הניתוח הראשון בקרב מי שהתנתחו במימון ציבורי הייתה מאוחרת יותר. לא נמצאו הבדלים מובהקים בגורמי תמיכה חברתית ומשפחתית, שיקולי חשש מטרנספוביה ושיקולי בירוקרטיה.

לוח 13. פנייה לוועדה, שיקולים, מקורות מידע, תמיכה, תפיסות ושנת ניתוח ראשון לפי מקורות המימון

מקור המימון לניתוחים							
$\chi^2$	Df	משולב (n=13)	ציבורי n=63	פרטי n=114			
80.81***	2	11.5%	54.9%	33.6%	<b>האם פנית לוועדה?</b>		
		-	1.3%	98.7%	כן (n=113)		
					לא (n=77)		
31.71***	2	13.4%	70.1%	16.4%	<b>האם קיבלת את האישור הסופי של הוועדה?</b>		
		3.4%	20.7%	75.9%	כן (n=67)		
					לא (n=29)		
14.26***	2	10.8%	41.2%	48.0%	<b>באיזו מידה השיקול 'עלות' היה חשוב בהחלטה האם לפנות לוועדה?</b>		
		2.7%	21.6%	75.7%	+ השפיע במידה רבה (n=102)		
					רבה מאוד (n=120)		
					מידה בינונית עד לא רלוונטי (n=74)		
10.34**	2	5.8%	25.8%	68.3%	<b>באיזו מידה השיקול 'איכות תוצאות הניתוח' היה חשוב בהחלטה האם לפנות לוועדה?</b>		
		10.7%	46.4%	42.9%	+ השפיע במידה רבה (n=120)		
					רבה מאוד (n=96)		
					מידה בינונית עד לא רלוונטי (n=56)		
24.11***	2	3.1%	20.8%	76.0%	<b>באיזו מידה השיקול 'האפשרות לבחור מנתח' היה חשוב בהחלטה האם לפנות לוועדה?</b>		
		12.5%	47.5%	40.0%	+ השפיע במידה רבה (n=96)		
					רבה מאוד (n=80)		
					מידה בינונית עד לא רלוונטי (n=80)		
8.58*	2	6.2%	29.6%	64.2%	<b>ממי שמעת על הוועדה?</b>		
		13.6%	54.5%	31.8%	מקור מידע קהילתי (n=162)		
					מקור מידע אחר (n=22)		
8.21*	2	7.6%	26.1%	66.4%	<b>איזה גורם תומך בך בתהליך?</b>		
		5.6%	48.1%	46.3%	חברים קרובים (n=119)		
					לא סומן חברים קרובים (n=54)		
<i>F</i>	סולם	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	<i>M</i>
12.02***	1-5	0.85	2.97 <sup>a</sup>	0.84	2.67 <sup>a</sup>	0.61	2.11 <sup>b</sup>
4.56*		5.91	2015.77 <sup>ab</sup>	3.94	2017.71 <sup>a</sup>	6.55	2014.83 <sup>b</sup>
							<b>תפיסה חיובית כלפי הוועדה</b>
							<b>שנת ניתוח ראשון</b>

**רגרסיה לוגיסטית לניבוי מקורות המימון.** על מנת לבחון את השפעתם המצטברת של גורמים שונים על מקורות מימון לניתוחים נערכה רגרסיה לוגיסטית. המשתנה המוסבר היה מקורות מימון (מי שעברו ניתוחים פרטיים בלבד, לעומת מי שעברו לפחות ניתוח אחד במימון ציבורי). בשלב הראשון הוכנסו למשוואת הרגרסיה כל המשתנים הסוציו-דמוגרפיים אשר נמצאו מובהקים בניתוחים דו-משתניים: מין בלידה, זהות מגדרית א-בינארית לעומת בינארית, ארץ לידה, אזור מגורים, הכנסה כעצמאי.ת, תמיכה כלכלית מהמשפחה, האם יש מקור מידע קהילתי על הוועדה, האם יש תמיכת חברים קרובים, האם יש ילדים, שנת ניתוח ראשון, וכן תפיסה חיובית כלפי הוועדה. בנוסף, הוכנס המשתנה הכנסת ההורים. המשתנים אשר נמצאו לא מובהקים הורדו בזה אחר זה, לפי סדר המובהקות, עד שהתקבלה משוואה אשר כל המשתנים בה קשורים באופן מובהק למקורות המימון. משתנים אלו הם: מין בלידה, אזור מגורים, ארץ לידה, עיסוק בעבר או בהווה בעבודת מין, הכנסת ההורים, תפיסה חיובית כלפי הוועדה ושנת הניתוח הראשון. המשתנים המסבירים מייצרים מודל ניבוי מובהק  $(\chi^2(df=7)=90.027, p<0.001)$ . המודל נמצא תואם לנתונים  $(\chi^2(df=8)=10.113, p>0.05)$  ומצליח לסווג נכונה 76.3% מהתצפיות. המודל מסביר 51.0% מהשונויות במשתנה מקור המימון לניתוחים  $(Nagelkerke R^2=0.510)$ .

מקדמי המשתנים מופיעים בלוח 14. נמצא כי רישום כזכר בלידה, מגורים בפריפריה, הגירה לישראל, ושנת ניתוח מאוחרת מגבירים את הסיכויים למימון ציבורי לניתוחים, בעוד עיסוק בעבודת מין והכנסת הורים גבוהה מגבירים את הסיכוי למימון פרטי.

**לוח 14. משוואת רגרסיה לוגיסטית לניבוי מקור מימון ציבורי לניתוחים**

משתנה	סוג המשתנה	Beta	OR
רישום כזכר בלידה	בינארי	2.719	15.160***
מגורים בפריפריה	בינארי	0.849	2.337*
ארץ לידה שאינה ישראל	בינארי	1.800	6.051**
עיסוק בעבודת מין	בינארי	-2.284	0.102***
הכנסת ההורים	סדר	-0.353	0.703**
תפיסה חיובית כלפי הוועדה	רציף	0.999	2.715**
שנת הניתוח הראשון	רציף	0.135	1.145*

#### **חלק חמישי: מימון לניתוחים מתוכננים**

משתתפים אשר דיווחו על רצונם לעבור ניתוח, נשאלו כיצד מתכננים לממן את הניתוח. לוח 15 מציג את תשובותיהם. בניתוח הנתונים הסתבר כי משתתפות רבות סימנו כמה תשובות שונות, הכוללות גם מימון ציבורי וגם פרטי. מכיוון שמדובר באפיקים שונים של קבלת שירות, אשר לא משתלבים ביחד למעט מקרים ייחודיים מאוד, תשובה כזו קודדה מחדש כ"לא יודעת עדיין". נמצא כי לגבי מרבית הניתוחים, משתתפות המחקר אינן יודעות מה יהיה מקור המימון. כאשר ודאות כזו קיימת, מדובר ברוב המקרים בניתוחים שמתוכננים להתבצע במימון ציבורי. ממצא זה נכון גם לגבי ניתוחים אשר התבצעו בעיקר במימון פרטי, כמו הגדלת והשטחת חזה.

חוסר ודאות לגבי מימון הניתוחים מופיע בשיעורים גבוהים גם בקרב מי שפנו לוועדה (49.0%) ואף בקרב מי שקיבלו את אישורה הסופי (45.2%), כפי שניתן לראות בלוח 16 המציג את מקורות המימון המתוכננים לפי פנייה לוועדה ולפי קבלת האישור הסופי של הוועדה.

לוח 15. מקורות מימון לניתוחים מתוכננים לפי מין וסוג. שיעור מתוך סוג הניתוח

AMAB	ניתוח	מקור מימון	
		ציבורי	פרטי
	וגינופלסטי (n=83)	43.4%	16.9%
	כריתת אשכים (n=26)	46.2%	3.8%
	הגדלת חזה (n=57)	40.4%	15.8%
	נישוי פנים (n=91)	41.8%	14.3%
	שיוף גרוגרת (n=32)	37.5%	9.4%
	נישוי קול (n=43)	34.9%	7.0%
	הקטנת חזה (n=2)	-	50.0%
	אחר (n=16)	18.7%	25.0%
AFAB	פאלופלסטי (n=24)	25.0%	8.3%
	מטוידופלסטי (n=26)	15.4%	11.5%
	השטחת חזה (n=74)	29.7%	18.9%
	הקטנת חזה (n=16)	12.5%	6.3%
	כריתת רחם ושחלות (n=41)	43.9%	4.9%
	אחר (n=10)	-	10.0%
	סך כל הניתוחים המתוכננים (n=541)	35.3% (191)	13.1% (71)
		51.6% (279)	

לוח 16. מקורות מימון מתוכננים לפי פנייה לוועדה וקבלת אישור הוועדה

$\chi^2$	Df	מקורות מימון מתוכננים			
		לא יודעת	משולב	רק פרטי	רק ציבורי
29.82***	3	49.0%	3.3%	9.8%	37.9%
		67.9%	0.9%	21.1%	10.1%
3.58	3	45.2%	4.1%	6.8%	43.8%
		57.6%	1.7%	10.2%	30.5%

#### חלק שישי: חוויות בוועדה ושביעות רצון

חלק זה עוסק בחוויות של הפונים לוועדה ושביעות רצונם מהשירות. תחילה יוצגו נתונים לגבי השלמת הוועדה וקבלת האישור הסופי ולאחר מכן נתונים המתארים את חוויות משתתפות המחקר בתהליך הוועדה, ושביעות רצונם מהתהליך ומהשירות.

#### קבלת האישור הסופי של הוועדה והסיבות לאי קבלה. לוח 17 מציג את שיעור מי שקיבלו את אישורה הסופי של

הוועדה מבין משתתפות המחקר וכן את הסיבות לאי קבלת האישור. מרבית משתתפות המחקר קיבלו את אישורה הסופי של הוועדה. בקרב מי שלא קיבלו את אישור זה, הרוב עדיין מצויות בתהליך הוועדה ויתכן כי יקבלו בעתיד את אישורה. הסיבה

השכיחה ביותר לאי קבלת האישור היא הפסקה יזומה של תהליך הוועדה (39.4%). עוד עולה מהנתונים כי 19.7% ממי שלא קיבלו את האישור לא הצליחו להשלים את הפגישות תוך שנה מהפנייה לוועדה. שלושה בלבד ממשותפי המחקר, המהווים פחות משני אחוזים מהפונים אליה, דיווחו כי הוועדה דחתה את בקשתם.

**לוח 17. קבלת האישור הסופי של הוועדה והסיבות לכך**

האם קיבלת האישור הסופי של הוועדה?			
%	n	(n=167)	
56.29%	94	כן	
43.71%	73	לא	
מדוע לא קיבלת את אישור הוועדה?			
%	n	(n=71)	
מתוך מי שלא קיבלו את אישור הוועדה			
39.4%	28	הפסקתי את התהליך בוועדה	
28.2%	20	לא עברה שנה מפנייתי	
19.7%	14	נותרו פגישות עם חברי הוועדה שעלי להשלים	
7.0%	5	השלמתי את התהליך ומחכה לתשובה סופית	
4.2%	3	הוועדה דחתה את בקשתי	
1.4%	1	אחר	

**תהליך הוועדה ושיעור רצון.** לוח 18 מציג משתנים המתארים את תהליך הוועדה ושיעור הרצון של המשתתפים מהשירות בוועדה, לפי קבלת האישור הסופי. הנתונים מעידים על חוסר אחידות בתהליך ובקבלת השירות. כך למשל, 41.2% מהמשתתפות דיווחו כי הוצגה בפניהן דרישה או המלצה לעבור אבחון פסיכו-דיאגנוסטי במסגרת תהליך הערכת הוועדה, בעוד בפני האחרות לא הוצגה דרישה כזו. גם במשתנים משך ההמתנה לתורים, קלות קביעת הפגישות, שביעות רצון מתקשורת כתובה והמידע שניתן על תהליך הוועדה ועל הניתוחים ניכרת שונות רבה. לעומת זאת, בקרב המשתתפים הייתה תמימות דעים גבוהה יותר לגבי שביעות הרצון מהמענה הטלפוני, כאשר 60.5% מהמשתתפים דיווחו כי הם לא מרוצים או מאוד לא מרוצים מהמענה הטלפוני שקיבלו.

נמצא כי ישנו קושי בקבלת התחייבות מקופות החולים לתהליך הוועדה. 33.6% מהמשתתפות דיווחו כי היה להן קשה או קשה מאוד לקבל התחייבויות לפגישות הנדרשות בתהליך בוועדה. בנוסף, שיעור לא מבוטל מבין הפונות לוועדה (18.7%) דיווחו כי נאלצו לשלם מכיסן לפחות פעם אחת, משום שלא קיבלו התחייבות מקופת החולים. מבדיקת האינטרקציה בין שתי השאלות עולה כי בסך הכל, 39.9% מהפונות לוועדה דיווחו כי התקשו או התקשו מאוד בקבלת התחייבות ו/או נאלצו לשלם מכיסן על פגישה אחת לפחות.

קשר מובהק בין קבלת אישור הוועדה עד למועד הסקר ובין שביעות רצון נמצא בחמישה ממדדי שביעות הרצון: יחס ומענה ידידותי, קלות קביעת הפגישות, תקשורת כתובה, המידע שניתן על תהליך הוועדה והמידע שניתן על ניתוחים. בכל אחד ממדדים אלו, מי שקיבלו את אישור הוועדה דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר. על מנת לבחון את השתנות שביעות הרצון מהשירות בוועדה עצמה נוצר משתנה חדש שהוא ממוצע הציונים בשבעת מדדי שביעות הרצון מהשירות, אשר מוצגים בלוח 18. ממוצע שביעות הרצון הוא 3.08 (סטטיית תקן 0.96) אשר מעיד על שביעות רצון בינונית. בבדיקת הקשר בין שנת הפנייה

לוועדה לבין שביעות הרצון נמצא קשר חיובי חלש ( $r=0.258$ ,  $p=0.002$ ) אשר מעיד על עלייה בשביעות הרצון לאורך השנים. לא נמצא קשר בין ממוצע מדדי שביעות הרצון מהוועדה לגיל, גיל הפנייה לוועדה, משך הזמן עד אישור הוועדה, השכלה, מידת דתיות, הכנסה עצמית, והכנסת ההורים.

**משך הזמן מהפנייה לוועדה ועד אישור הוועדה.** משך הזמן הממוצע מהפנייה לוועדה ועד אישורה היה כשנה ושמונה חודשים, הטווח נע בין 5 חודשים ל-7 שנים. נמצא קשר מובהק חזק ושליילי בין משך הזמן בוועדה לבין שנת הפנייה לוועדה ( $r=-0.733$ ,  $p<0.001$ ). כלומר, משך הזמן בוועדה עד לאישורה מתקצר ככל שעוברות השנים. קשר זה נשמר גם כאשר נבדקו רק מי שפנו לוועדה משנת 2014 ( $r=-0.586$ ,  $p<0.001$ ). כלומר, בנוסף לשינוי הנוהל בשנת 2014 אשר הגדיר קיצור של משך זמן מינימלי של התהליך בוועדה משנתיים לשנה אחת, בשנים מאז התרחש שיפור בשירות וקיצור זמן ההמתנה. לא נמצאו קשרים מובהקים בין משך הזמן לאישור הוועדה ובין משתנים סוציו-דמוגרפיים ואחרים: הכנסה, הכנסת הורים, השכלה, מידת דתיות, תמיכה משפחתית וחברתית, גיל, גיל פנייה לוועדה, שביעות הרצון מהשירות בוועדה ותפיסה חיובית כלפי הוועדה.

$\chi^2$	Df	קבלת אישור הוועדה			
		כל הפונות לוועדה n=167	לא קיבלו אישור n=73	קיבלו אישור n=94	
5.76	2	23.0%	21.2%	24.4%	<b>האם התבקשת לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי?</b> כן, הייתה דרישה לאבחון הייתה המלצה לעבור אבחון לא הוצגה בפניי דרישה או המלצה לעבור אבחון
0.90	1	18.2%	10.6%	24.4%	<b>האם קיבלת התחייבות לכל התורים בוועדה?</b> כן לא, נאלצתי לשלם מכיסי לחלק מהתורים
1.08	2	58.8%	68.2%	51.2%	
1.91	2	81.3%	77.8%	83.9%	<b>האם משך ההמתנה לתורים היה סביר או לא?</b> סביר מאוד + סביר למדי לא כל כך סביר לא סביר + בכלל לא סביר
		18.7%	22.2%	16.1%	
		31.5%	27.0%	34.9%	
		34.9%	36.5%	33.7%	<b>עד כמה היה קל או קשה לקבל התחייבות?</b> קל מאוד + קל לא קל ולא קשה קשה + קשה מאוד
		33.6%	36.5%	31.4%	
		32.0%	30.2%	33.3%	<b>האם משך ההמתנה לתורים היה סביר או לא?</b> סביר מאוד + סביר למדי לא כל כך סביר לא סביר + בכלל לא סביר
		31.3%	27.0%	34.5%	
		36.7%	42.9%	32.3%	
					<b>עד כמה אתה שבעת רצון מהשירות שניתן לך בוועדה לפי המדדים הבאים:</b>
14.78***	2	48.0%	30.3%	61.6%	<b>יחס ומענה יזידותי</b> מאוד מרוצה + מרוצה ניטראלי
		25.7%	33.3%	19.8%	לא מרוצה + מאוד לא מרוצה
		26.3%	36.4%	18.6%	
3.32	2	20.4%	17.2%	22.9%	<b>המענה הטלפוני</b> מאוד מרוצה + מרוצה ניטראלי
		19.0%	14.1%	22.9%	לא מרוצה + מאוד לא מרוצה
		60.5%	68.8%	54.2%	
10.69**	2	30.5%	27.7%	32.6%	<b>קלות קביעת הפגישות</b> מאוד מרוצה + מרוצה ניטראלי
		23.2%	12.3%	31.4%	לא מרוצה + מאוד לא מרוצה
		46.4%	60.0%	36.0%	
5.29	2	58.0%	47.7%	65.9%	<b>שמירה על פרטיותך</b> מאוד מרוצה + מרוצה ניטראלי
		32.0%	38.5%	27.1%	לא מרוצה + מאוד לא מרוצה
		10.0%	13.8%	7.1%	
7.36*	2	45.8%	33.3%	55.2%	<b>תקשורת כתובה</b> מאוד מרוצה + מרוצה ניטראלי
		24.8%	31.8%	19.5%	לא מרוצה + מאוד לא מרוצה
		29.4%	34.8%	25.3%	
13.80**	2	47.3%	32.3%	58.8%	<b>המידע שניתן לך על התהליך בוועדה</b> מאוד מרוצה + מרוצה ניטראלי
		24.0%	24.6%	23.5%	לא מרוצה + מאוד לא מרוצה
		28.7%	43.1%	17.6%	
11.99**	2	38.9%	22.6%	50.6%	<b>המידע שניתן לך על הניתוחים</b> מאוד מרוצה + מרוצה ניטראלי
		26.2%	32.3%	21.8%	לא מרוצה + מאוד לא מרוצה
		34.9%	45.2%	27.6%	

## דיון

מחקר זה מבקש לבחון את אופני השימוש של אנשים טרנסג'נדרים בישראל בשירותי בריאות ציבוריים לעומת פרטיים לביצוע ניתוחי התאמה מגדרית ואת הסיבות לכך. על מנת לעבור ניתוחים אלו במסגרת שירותי הרפואה הציבוריים בישראל, מטופלים נדרשים לעבור תהליך אישור ארוך על ידי ועדה היושבת בבית החולים שיבא בלבד. בשל מיעוט המחקר והנתונים בתחום, מחקר זה ביקש להציג תמונת מצב רחבה הכוללת את היקפי הפנייה ומאפייני הפונים לערוצים הציבורי והפרטי, אילו ניתוחים הם עוברים או מבקשים לעבור, השיקולים החשובים עבורם בבחירת הערוץ לביצוע ניתוחים, ואת חוויותיהם של מי שפנו לוועדה המאשרת את הניתוחים.

פרק זה יפתח בבדיקת השערות המחקר וימשיך בדיון בממצאי המחקר המרכזיים לאור הספרות. בחלק הראשון בדיון זה, יוצגו הצורך בניתוחי התאמה מגדרית והביקוש לניתוחי התאמה מגדרית על ידי משתתפי המחקר תוך דיון בפער שנמצא בין הביקוש להם למימושו בפועל. החלק השני יביא דיון באופני השימוש בשירותי הבריאות לניתוחי התאמה: היקף הפנייה לרפואה הציבורית לעומת הפרטית ומאפייני הפונים לכל אחד מהערוצים. בחלק השלישי יוצגו מסקנות המחקר לגבי החסמים המשמעותיים לשימוש בשירותי הבריאות הציבוריים. החלק הרביעי יידון בשינויים שחלו בשירות הוועדה והשלכותיהם. בהמשך הפרק יוצגו מגבלות המחקר, תרומתו המחקרית, השלכות יישומיות והמלצות למחקרים נוספים.

### **השערות המחקר הראשונה** הייתה כי מרבית הטרנסג'נדרים פונים לרפואה הפרטית לצורך ביצוע ניתוחי התאמה

מגדרית. השערה זו אוששה ונמצא כי 60% ממי שעברו ניתוחים מימנו אותם באופן פרטי בלבד. **השערה שנייה** הייתה כי הפונים לרפואה הציבורית מאופיינים בהכנסה נמוכה, הכנסה נמוכה של ההורים, תמיכה משפחתית וחברתית מועטה, לעומת הפונים לרפואה הפרטית. השערה זו אוששה באופן חלקי. בעוד הפונים לרפואה הציבורית אכן מאופיינים בהכנסת הורים ותמיכת חברים נמוכות יותר, לא נמצא מתאם בין ההכנסה העצמית ובין תמיכה משפחתית לבין פנייה לרפואה הציבורית. היעדר קשר בין הכנסה אישית לפנייה לרפואה הציבורית יכול מוסבר בכך שהייתה הומוגניות בהכנסות משתתפי המחקר. מרביתם דיווחו על הכנסות נמוכות – 62.1% דיווחו על הכנסה שהיא הרבה מתחת לממוצע, ורק 12.5% דיווחו על הכנסה מעל לממוצע במשק. בנוסף, הפונות לרפואה הציבורית מאופיינות בשיעורים גבוהים יותר של מגורים בפריפריה, הגירה, קבלת קצבת נכות ואי קבלת תמיכה כלכלית מהמשפחה, לעומת הפונות לרפואה הפרטית. **השערה שלישית** הייתה כי ימצאו הבדלים בשיקולים החשובים למי שפונים לרפואה הציבורית, לעומת מי שפונים לפרטית. השערה זו אוששה. הפונים לוועדה דיווחו על שיקולי עלות כבעלי משקל רב יותר, ועל שיקולי בירוקרטיה וחשש מיחס טרנספובי כשיקולים בעלי חשיבות נמוכה, לעומת מי שלא פנו לוועדה. **השערה רביעית** הייתה כי הוועדה נתפסת כגורם שלילי בעיני האוכלוסיה הטרנסג'נדרית. השערה זו אוששה. הציון הממוצע שניתן לוועדה בשאלון הבוחן את תפיסות המשתתפים הוא 2.38, בסולם 1-5, כאשר 5 מייצג תפיסה חיובית. תפיסה חיובית כלפי הוועדה נמצאה במתאם מובהק עם פנייה לרפואה הציבורית לעומת הפרטית. **השערה חמישית** הייתה כי שביעות הרצון מהוועדה תהיה נמוכה עד בינונית, וכי ימצאו הבדלים בשביעות הרצון בהיבטים שונים של תפקוד הוועדה. השערה זו אוששה חלקית. נמצאה שביעות רצון בינונית משירות הוועדה (ממוצע 3.08, בסולם 1-5), גבוהה מהמשוער.

נמצאו הבדלים בשביעות הרצון בין היבטים שונים של תפקוד הוועדה. כך, בעוד כ-58.0% מהמשתתפות דיווחו כי הן מרוצות או מרוצות מאוד מהשמירה על פרטיותן, 20.4% דיווחו כי הן מרוצות או מרוצות מאוד מהמענה הטלפוני. שונות רבה נמצאה בין המשתתפים לגבי היבטים רבים בתפקוד הוועדה, דבר שעלול להצביע על חוסר אחידות בשירות.

### חלק ראשון: הצורך בניתוחי התאמה מגדרית

עבור טרנסג'נדריות רבים תהליכים להתאמה מגדרית בכלל, וניתוחים להתאמה מגדרית בפרט, הם משמעותיים לרווחה ולבריאות הנפשית. עבור מי שרוצים בכך, ניתוחים יכולים להוביל להפחתת מצוקה נפשית ואובדנות ולשיפור באיכות החיים (Bauer et al., 2015; Glynn et al., 2016; Nobili et al., 2018; van de Grift et al., 2017; WPATH, 2012). הדבר נכון גם לגבי א-בינארים, מי שזהותם המגדרית לא נופלת לקטגוריות המסורתיות של 'גברי' או 'אישה', אלא היא בין לבין. רבים מהם מעוניינים בשינוי גופני וניתוחים, על מנת להרגיש בנוח יותר בגוף ומול החברה (דרור, 2018). הצורך בניתוחים קשור פעמים רבות ברצון לבטא טוב יותר את הזהות המגדרית ולשפר את הביטחון באינטראקציות חברתיות (גל, 2013; דרור, 2018; Stewart et al., 2018).

בפרסומיו, משרד הבריאות לעתים מכנה את הניתוחים המערבים את איברי המין "ניתוחים עיקריים" (משרד הבריאות, 2014), כאשר ניתוחי התאמה מגדרית שאינם מערבים את איברי המין מכונים "ניתוחים משלימים". בניגוד לרושם העולה מכינוי זה, ניתוחים אלו הם המבוקשים ביותר על ידי משתתפי המחקר: בקרב טרנסים שסומנו בלידתם כנקבות (AFAB) הניתוח המבוקש ביותר הוא ניתוח להשטחת או הקטנת החזה. בקרב טרנסיות שסומנו בלידתן כזכרים (AMAB) הניתוח המבוקש ביותר הוא ניתוח לנישוי הפנים, כאשר ניתוח תחתון וניתוח להגדלת חזה מבוקשים גם הם באחוזים גבוהים. ניתן להניח שהסיבה לכך היא שלניתוחי חזה ופנים השפעה ניכרת על הנראות החיצונית ובשל כך גם על אינטראקציות חברתיות.

בין הניתוחים השונים נמצאו הבדלים גדולים במימוש הרצון בניתוח. כך, בעוד מרבית הטרנסים AFAB שמעוניינים בכך עברו ניתוח חזה, בודדים בלבד עברו ניתוח תחתון או ניתוח לכריתת רחם ו/או שחלות. באופן דומה, בקרב טרנסיות AMAB, כמחצית מהמעוניינות בכך עברו ניתוח חזה, אך רק כשליש מהמעוניינות בכך עברו ניתוח תחתון וכרבע עברו ניתוח נישוי פנים. הבדלים אלו מצביעים על כך שהנגישות לניתוחים השונים אינה שווה. הפערים הגדולים בין הביקוש למימוש בחלק מהניתוחים, מעלים את ההשערה כי שיעורים גבוהים ממשתתפי המחקר מוותרים או דוחים טיפול בשל קשיי נגישות. למדיניות משרד הבריאות השפעה גדולה על נגישות הניתוחים. משרד הבריאות הטיל הגבלות על הניתוחים המערבים את איברי המין, ואסר על ביצועם ללא אישור הוועדה ובאופן פרטי. אך באותו הזמן, ניתוחי התאמה מגדרית אחרים המשיכו להתבצע ברפואה הפרטית בישראל ללא הגבלה (סיני, 2013). הדבר נכון במיוחד לניתוחי חזה. ניתוחים להגדלת או להשטחת החזה מתבצעים בשגרה גם באנשים סיסג'נדרים, והם מהניתוחים הפלסטיים השכיחים ביותר בישראל (אליזרע, 2018), ולכן זמינותם גבוהה יחסית. הממצאים מעידים כי בניתוחים אלו הפער בין הביקוש למימוש הוא הקטן ביותר, ולכך תורמת בעיקר



הרפואה הפרטית: 71.7% ממי שעברו ניתוח להגדלת חזה עשו זאת במימון פרטי, וכך גם 81.4% ממי שעברו ניתוח להשטחת חזה. לעומת זאת, בשל הגבלות משרד הבריאות מי שביקשו לעבור ניתוחים באיברי המין נדרשו לעבור אותם ברפואה הציבורית בישראל, או לטוס לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח באופן פרטי, ובכך להוסיף עלויות נלוות גבוהות על נסיעות, שהייה וליווי. בהתאם, מרבית מי שעברו ניתוחים באיברי המין עשו זאת במימון ציבורי: 72.1% ממי שעברו וגינופלסטי (72.1% במימון ציבורי) ו-75.0% ממי שעברו כריתת רחם ושחלות. גורמים נוספים שעשויים להשפיע על נגישות גבוהה יותר של ניתוחי החזה הם עלותם הנמוכה יותר ומשך ההחלמה הקצר יותר לעומת ניתוחים תחתונים או ניתוחי פנים.

### **חלק שני: אופני שימוש בשירותי הבריאות לביצוע ניתוחי התאמה מגדרית**

חלק זה עוסק באופני השימוש בשירותי הבריאות הציבוריים והפרטיים לביצוע ניתוחי התאמה מגדרית. הוא יפתח בדיון על שיעורי הפנייה הגבוהים לרפואה הפרטית והרקע לכך. בהמשך, דיון במאפייני הפונות לרפואה הציבורית לעומת הפרטית, תוך התמקדות בשתי אוכלוסיות שממעטות במיוחד לפנות לרפואה הציבורית: מי שעסקו בעבודת מין בעבר או בהווה, וא-בינארים.

**מימון הניתוחים: מרבית הניתוחים להתאמה מגדרית מתבצעים בערוץ הפרטי.** פנייה לרפואה הציבורית לעומת הפרטית נמדדה באמצעות שני מדדים: מימון לניתוחים שהתבצעו ומימון לניתוחים מתוכננים. בחינת הניתוחים שהתבצעו מצאה כי מרבית משתתפות המחקר התנתחו במימון פרטי – 60.0% מכלל המשתתפות שהתנתחו עברו אותם במימון פרטי בלבד, ו-6.8% מימנו פרטית עבור חלק מהניתוחים.

59.6% מכלל הניתוחים להתאמה מגדרית שדווחו במחקר התבצעו במימון פרטי. שיעור זה של מימון פרטי הוא גבוה בהרבה בהשוואה למצב מימון הניתוחים הכללי בישראל. כאשר משווים את הניתוחים להתאמה מגדרית לכלל הניתוחים בישראל, ניתן לראות תמונות הפוכות: מרבית הניתוחים בישראל מתבצעים במימון ציבורי, ורק מיעוטם במימון פרטי. בסקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2016, נמצא כי מתוך כלל הניתוחים שהתבצעו בישראל, רק 36% מהניתוחים נערכו במימון פרטי (ברמלי-גרינברג ואחרים, 2018).

שיעורי הפנייה לרפואה פרטית גבוהים במיוחד לאור העובדה שפנייה לרפואה פרטית בישראל רווחת יותר בקרב בעלי הכנסות גבוהות (Engelchin-Nissan & Shmueli, 2015). לעומת זאת, מצוקה כלכלית וקשיי תעסוקה מאפיינים את הקהילה הטרנסית בישראל (גולדין, 2020; דרור, 2018; דייך, 2019; קופפר, 2016) ובעולם (James et al., 2016). גם משתתפי מחקר זה מדווחים על הכנסות נמוכות: 62.1% מהמשתתפים מרוויחים הרבה מתחת לממוצע, ו-40.3% מתפרנסים מקצבת נכות. אם כן, הפנייה לרפואה הפרטית נעשית על אף התמודדות עם קשיים כלכליים.

מדד שני בו היה שימוש על מנת לבחון פנייה לרפואה הציבורית, הוא מימון לניתוחים מתוכננים. בשלב בניית השאלון חשבתי לנתח את שני מדדים אלו יחד, מתוך הנחה שמרבית האנשים אשר מעוניינים בניתוח, מחזיקים בתוכנית לאיזה ערוץ ייפנו על מנת לבצע אותו וכיצד ימומן. בפועל, התגלו שיעורים גבוהים מאוד של חוסר ודאות, כאשר לגבי 51.6% מהניתוחים

המתוכננים המשתתפים לא יודעים כיצד ימומנו. חוסר ודאות זה מאפיין גם את מי שהחלו בצעדים אקטיביים בתהליך לקראת הניתוחים, כמו פנייה לוועדה, ומאפיין אף את מי שקיבלו את אישורה הסופי של הוועדה. 45.2% ממי שסיימו את תהליך הוועדה בהצלחה, אינן יודעות כיצד יממנו אחד או יותר מהניתוחים בהן הן מעוניינות. דיון מעמיק יותר בממצא זה יובא בהמשך הפרק, בחלק שיסקור את החסמים לביצוע ניתוחים בערוץ הציבורי.

**מאפייני הפונים לרפואה הציבורית לעומת הפרטית.** פנייה לרפואה הציבורית לעומת הפרטית נמדדה באמצעות שני מדדים: פנייה לוועדה ומקורות המימון לניתוח. המדדים אינם נותנים תמונה זהה – למשל, רבים ממשתתפי המחקר עדיין לא עברו ניתוחים. אחרים עברו ניתוחים במימון פרטי למרות פנייה לוועדה - אך ניתוח מאפייני הפונים לרפואה הציבורית לעומת הפרטית באמצעות כל אחד מהם הציג מגמה דומה.

ראשית, נמצא כי טרנסיות AMAB פונות יותר לערוץ הציבורי בהשוואה לטרנסים AFAB. נתון זה יכול להיות מוסבר על ידי ההרכב השונה של הניתוחים המבוקשים: מרבית ה-AFAB מעוניינים בניתוח חזה בלבד, אשר זמין באופן פרטי בישראל. לעומתם, הטרנסיות AMAB מעוניינות בניתוחים רבים יותר, חלקם לא ניתנים לביצוע בישראל באופן פרטי (ניתוח תחתון) ו/או עלותם באופן פרטי גבוהה משמעותית מניתוחי חזה (כמו ניתוחי נישוי פנים וניתוח תחתון).

שנית, הפונות לערוץ הציבורי הן מאוכלוסיות אשר סובלות יותר מהדרה חברתית-כלכלית, כפי שמתבטאת בכמה מדדים: הגירה לישראל, מגורים בפריפריה, אי קבלת תמיכה כלכלית מהמשפחה, הכנסה הורים נמוכה, קבלת קצבת נכות ותמיכה חברתית מועטה יותר. מגמה זו נשמרה גם כאשר הייתה שליטה על משתנים שונים, כמו מין בלידה, בניתוחי רגרסיה לוגיסטית.

**עיסוק בעבודת מין ופנייה לרפואה הפרטית.** למרות הקשר בין מאפייני הדרה חברתית-כלכלית לבין פניה לערוץ ציבורי, מעורבות בעבודת מין בעבר ו/או בהווה נמצאה במתאם עם פנייה לרפואה פרטית דווקא. עיסוק בעבודת מין נמצא כשכיח בקהילה הטרנסית, ובעיקר בקרב נשים טרנסיות, הן במחקר זה (21.9% מכלל המדגם, 35.6% בקרב נשים טרנסיות) והן במחקרים קודמים (גולדן, 2019; סנטו וכרמלי, 2016; James et al., 2016). טרנסיות פונות לעיסוק בעבודת מין בגילאים צעירים וממשיכות להיות מעורבות בכך לתקופות ארוכות ביחס לנשים סיסגינדטריות (סנטו וכרמלי, 2016). מחקרים מצאו כי כניסה לעולם הזנות ותחילת העיסוק בעבודת מין בקרב טרנסגינדטריות קשורות בדחייה משפחתית ובמצוקה כלכלית, המוגברת בשל אפליה בתעסוקה והצורך במימון תהליכי התאמה מגדרית (כהן, 2019; ליכנטנטריט ודוידסון-ערד, 2002; שטיינברג, 2018). נטען בעבר כי מצב הנגישות לניתוחי התאמה מגדרית בארץ דוחף נשים טרנסיות לעיסוק בעבודת מין, משום שהן זקוקות למקור מימון מהיר ופרטי של תהליכי התאמה מגדרית. זאת, בשל הגבלות הוועדה והזמן הארוך הנדרש לקבלת אישורה (גיא, 2016).

מתוך ניסיוני כפעילה בקהילה ומעבודתי המקצועית אני משערת כי הקשר בין זנות למימון פרטי לניתוחים הוא מורכב ומרובד: עובדות מין ומי שמצויות במעגל הזנות מתקשות בצריכת שירותים רפואיים בכלל, ובפרט מתקשות עם פנייה לוועדה, הן בשל חסמים הקשורים בעיסוק בעבודת מין (למשל, שעות העבודה שלהן הן בלילה ולכן מתקשות לקום מוקדם בבוקר),

והן בשל ההדרה החברתית המאפיינת את אוכלוסייה זו. חלקן אינן מעוניינות בפנייה לרפואה הציבורית, משום שהעבודה בזנות מאפשרת אלטרנטיבה למימון הניתוחים. הערוץ זה נתפס כמהיר, ודאי ואיכותי יותר. לא רק הצורך בסכומי כסף גדולים במהירות למימון הניתוחים דוחף לעבודת מין, אלא גם נגישות נמוכה למידע על הוועדה והפנייה אליה. בעבודתי, יצא לי לא פעם לשוחח עם נערות טרנסג'נדריות אשר היו משוכנעות כי הן יצטרכו לעסוק בזנות על מנת לממן את הניתוחים שרצו. נערות אלו לא הכירו את הוועדה, או ביטלו אותה כלא רלוונטית לאור סיפורים ששמעו מנשים אחרות בקהילה.

**א-בינארים : פחות פוניסות לוועדה, פחות עוברים ניתוחים.** אף כי מרבית מי שהזדהו כא-בינארים והשתתפו במחקר דיווחו על רצון בניתוחי התאמה מגדרית (80.0%), מיעוט מימשו רצון זה ועברו ניתוח (22.0%). פער זה בין המימוש לביצוע הוא גדול בהשוואה לשאר משתתפי המחקר אשר מרביתם עברו ניתוח אחד לפחות (57.6% מהנשים הטרנסיות, 66.4% מהגברים הטרנסים). הסבר אפשרי לפער זה יכול להיות נעוץ בנגישות של א-בינארים לשירותי הרפואה הציבורית. נמצא כי א-בינארים פונים פחות לרפואה הציבורית, בהשוואה למי שלא הזדהו כא-בינארים.

ממצאי המחקר מעידים כי א-בינארים נרתעים מפנייה לוועדה. א-בינארים דיווחו כי חשש מהיתקלות בטרנספוביה מהווה שיקול משמעותי יותר בהחלטתם האם לפנות לוועדה, לעומת שאר משתתפי המחקר, ונמצא כי התפיסה הכללית שלהם על הוועדה היא שלילית יותר. ניתן להבין את חששות אלו לאור מחקרי עבר אשר מצאו כי הוועדה מחזיקה בתפיסה שמרנית לגבי מין, מגדר ומיניות (סיני, 2013). פונים לוועדה סיפרו כי הרגישו שעל מנת לעבור את הוועדה הם נדרשים להציג נרטיב של חוויה מגדרית בינארית, קבועה וסטריאוטיפית, גם כאשר נרטיב זה זר לחוויה שלהם (סיני, 2013; רייכרט, 2012). בעבודתי בקהילה, שמעתי פעמים רבות א-בינארים מביעים חשש מכך שייתקלו בוועדה במחיקה וזלזול בזהויות א-בינאריות. ניתן גם להבין את החשש מטרנספוביה על רקע חוויתיהם של א-בינארים עם מערכת הבריאות בכלל. א-בינארים חשים כי הקהילה הרפואית ומערכת הבריאות מתקשות להכיל זהויות מגדריות שהן בין לבין (דרור, 2018). כתוצאה מכך, א-בינארים נוטים יותר לחוות חוויות שליליות מאנשי מקצוע במערכת הבריאות (Goldberg et al., 2019; Reisner & Hughto, 2019).

לסיכום חלק זה, מחקריהן של סיני (2013) ורייכרט (2012) שנערכו לפני שינוי חוזר הוועדה בשנת 2014 הציגו תמונה לפיה לוועדה פנו רק מי שידם אינה משגת לפנות לרפואה הפרטית. ניתוח מאפייני הפונים לרפואה הציבורית מעיד כי במידה רבה זהו עדיין המצב. כך גם מעידות משתתפות המחקר: נמצאה הסכמה רחבה (76.0%) עם ההיגד "מי שיכולה להרשות לעצמו או לעצמה, לא פונה לוועדה".

### **חלק שלישי: חסמים**

חלק זה של הדיון מתמקד בחסמים לשימוש בערוץ הציבורי לניתוחי התאמה מגדרית. החסמים המרכזיים שנמצאו כרוכים זה בזה: התמודדות בירוקרטית, אי בהירות ואי-אחידות בדרישות ואי ודאות לגבי מימון הניתוחים. משתתפות המחקר מייחסות לתהליך הוועדה התמודדות בירוקרטית רבה וארוכה, שתורמת לתפיסה השלילית של הקהילה את הוועדה.

מי שפנו לוועדה נתקלו באי אחידות בדרישות, כפי שמתבטא בסוגיית הדרישה לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי. קשיים בירוקרטים נוספים הם קושי בקבלת התחייבויות מקופות החולים לתורים בוועדה ואי ודאות לגבי מימון הניתוחים. לעומת זאת, על אף המשמעות הרבה שיוחסה להם במחקרים קודמים, משתתפי המחקר נתנו משקל פחות לחסמים הקשורים ביחס צוות הוועדה.

**חסמים בירוקרטיים לפנייה לוועדה.** על מנת לבחון מה החסמים בפניה לרפואה הציבורית, נשאלו משתתפות המחקר על שיקוליהן בהחלטה האם לפנות לוועדה ועל תפיסותיהן את הוועדה. נמצא כי שיקולי בירוקרטיה ואיכות תוצאות הניתוח היו בעלי המשקל הרב ביותר. כמו כן, תפיסות המשתתפים את הוועדה היו שליליות ביותר בהיגדים המתייחסים לקשיים הבירוקרטים. כך, למשל, 90.2% הסכימו או הסכימו מאוד כי על מנת לקבל את אישור הוועדה נדרשת התמודדות רבה עם בירוקרטיה, ו-89.6% הסכימו כי משך הזמן עד לאישור הוועדה הוא ארוך.

חסם בירוקרטי משמעותי בו נתקלים רבים מהפונים לוועדה הוא קושי בקבלת התחייבויות מקופות החולים לפגישות בוועדה. 39.9% מהפונות לוועדה דיווחו כי קבלת התחייבות הייתה קשה עד קשה מאוד, או שנאלצו לשלם מכיסן על פגישה אחת לפחות. יש לזכור שמדובר בשירות הכלול בסל הבריאות, ואין לו כל אלטרנטיבה. בהיעדר בית חולים אחר שבו ניתן השירות, מי שלא מקבלות התחייבויות לוועדה נאלצות לשלם מכיסן, לדחות תורים שנקבעו, או לוותר על התורים ולא לקבל את מימון קופת החולים לניתוחים. שיעור המדווחות על קושי בקבלת התחייבויות גבוה ביותר בהשוואה לשיעור הכללי של חברי קופות החולים אשר מתקשים בקבלת התחייבויות. בסקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2018 לבחינת רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות, 7% מהמטופלים דיווחו כי התקשו או לא קיבלו התחייבות מקופת החולים לשירות כלשהו (ברמלי גרינברג, יערי ואבני, 2020).

סוגיה נוספת שנמצאה היא כי החוויה בוועדה אינה אחידה. נמצאה שונות רבה בשביעות הרצון של הפונים לוועדה, בעיקר במדדים משך ההמתנה לתורים, קלות קביעת הפגישות והתקשורת הכתובה. שונות נמצאה גם בדרישות תהליך ההערכה כפי שהוצגו בפני הפונות, כאשר רק חלק מהן התבקשו לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי, כפי שיוסבר בפירוט בהמשך. שוני זה בדרישות מתאפשר על רקע העובדה כי עד לכתיבת שורות אלו בספטמבר 2021 לא התפרסם נוהל אשר מסביר ומגדיר את דרכי הפעולה של הוועדה. זאת, אף שפרסום נוהל כזה נדרש על פי חוזר מנכ"ל 16/2014 (משרד הבריאות, 2014), ועל אף פניות חוזרות ונשנות מצד ארגוני הקהילה הטרנסית וארגוני זכויות אדם נוספים למשרד הבריאות בדרישה לפרסום הנוהל.

**דרישה לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי.** אבחון פסיכודיאגנוסטי הוא תהליך אבחוני אשר נמשך מספר מפגשים ארוכים, בנוסף לפגישות הקבועות עם פסיכולוגית הוועדה. אבחון זה כולל שימוש במבחנים פסיכולוגיים סטנדרטים הבוחנים אינטליגנציה וקווי אישיות (סיני, 2013). בחוזר 39/1986, שהיה בתוקף עד שנת 2014, הערכה פסיכו-דיאגנוסטית על ידי פסיכיאטר ופסיכולוג מופיעה כאחד התנאים לאישור הוועדה (משרד הבריאות, 1986). דרישה כזו לא מופיעה בחוזר 16/2014. שם נכתב כי נדרשת חוות דעת פסיכיאטרית והמלצה של פסיכולוג קליני או עו"ס קליני, וכי הוועדה תסתמך בדיוניה על הערכה ומעקב שבוצעו למטופל, אך מבלי לפרט את אופיים (משרד הבריאות, 2014).

הדרישה לעבור אבחון הוצגה בפניי חלק מהפונות לוועדה כדרישה וכחלק מתהליך ההערכה, בפני אחרות האבחון הוצג כהמלצה ואחרות כלל לא נתקלו בדרישה או המלצה כזו. פילוח הנתונים מגלה כי פרקטיקה זו הייתה נהוגה לאורך השנים, וכי חוסר האחידות בדרישות היה נהוג משנת 1996 ועד 2020. הדרישה לעבור אבחון וחוסר האחידות בה מעלים שאלות קשות: מה הרציונל הקליני מאחורי השימוש באבחון פסיכודיאגנוסטי? האם היו קריטריונים ברורים לפיהם נקבע הצורך באבחון זו בקרב פונות? האם היו מניעים אחרים לדרישה לעבור אבחון?

מהספרות בנושא, עולה כי הרציונל הקליני של שימוש במבחנים פסיכולוגיים במטופלים טרנסגינדרים מוטל בספק. חוקרים שונים טוענים כי תוצאותיהם של מבחנים אלו בקרב טרנסגינדרים אינן מהימנות. זאת משום שפירוש התוצאות הוא לפי סקאלות אשר תלויות במין הנבדק, וכן בשל הטיות הנובעות ממצאות החיים של טרנסגינדרים, בדומה לקבוצות מיעוט אחרות (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017; Lehmann & Leavey, 2019; Lingardi & Giovanardi, 2017). באופן ספציפי, הם מזהירים כי שימוש במבחנים פסיכולוגיים כחלק מתהליך הערכה הבוחן התאמה לתהליכי התאמה מגדרית, הוא שימוש שאינו הולם, אינו אפקטיבי ואין לו כל בסיס מדעי (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017; Lehmann & Leavey, 2019).

השערה בדבר המניעים לדרישה באבחון עולה משיחה עם נינה הלוי (תקשורת פרטית, 3/1/2020), אשר משמשת כנציגת הציבור הטרנסגינדרים בוועדה. חברים בוועדה טענו בפניה כי הדרישה באבחון פסיכו-דיאגנוסטי נועדה לענות על צרכי המתמחים בפסיכולוגיה בבית החולים שיבא. דרישות ההתמחות בפסיכולוגיה כוללות צבירת ניסיון בשימוש בכלים אבחוניים, כאשר המתמחים נדרשים להעביר כל מבחן מספר מינימלי של פעמים (מועצת הפסיכולוגים משרד הבריאות, 2021). אם זו אכן הסיבה, מדובר בניצול של קהל שבוי על מנת לענות על דרישות הכשרה והתמחות במערכת הבריאות. דוגמה אחרת לניצול של קהל שבוי לצרכי התמחות נחשפה על ידי התקשורת הישראלית בשנת 2008. אז התגלה כי סטודנטים ביצעו בדיקות גינקולוגיות בנשים מורדמות ללא ידיעתן או הסכמתן. בעקבות החשיפה, משרד הבריאות אסר על כך והדגיש את זכותם של מטופלים לתת הסכמה מפורשת לבדיקות (גל, 2008; משרד הבריאות, 2008).

**חסמים נוספים: מקורות מידע ומרחק.** כפי שפורט בסקירת הספרות, באתרי מערכת הבריאות מופיע מידע מצומצם ולעתים אף שגוי על תהליך הוועדה ודרישותיו, דרכי יצירת הקשר והניתוחים המתבצעים (אתר מכבי שירותי בריאות, אתר gov.il, אתר שיבא). בהתאם, מרבית המשתתפים לא שמעו על הוועדה מאתרי מערכת הבריאות או גורמים מקצועיים אחרים. בנוסף, כפי שצוין, עד היום לא פורסם נוהל המגדיר את פעילות הוועדה. לתוך ואקום זה נכנס הידע הקהילתי - מקורות המידע השכיחים על הוועדה הם אנשים אחרים בקהילה, רשתות חברתיות וארגונים קהילתיים. אך מניסיוני, המידע המגיע מהקהילה הוא פעמים רבות לא מעודכן ולא מדויק. מצב זה תורם לחוסר הודאות שנידונה בפרק זה ומזין את התפיסה השלילית של הקהילה את הוועדה.

חסם נוסף לפנייה לוועדה הוא המרחק. חוק בריאות ממלכתי (1994) קובע כי שירותים רפואיים צריכים להינתן במרחק סביר. מונופול הוועדה בשיבא על אישור הניתוחים מתנגש עם דרישת החוק. הוועדה מתכנסת בבית החולים שיבא בלבד, ומצריכה מכל הפונות אליה להגיע לפגישות בבית החולים. המרחק הוא בהחלט לא סביר עבור תושבות הפריפריה

הנדרשות לנסיעה ארוכה. במחקר נמצא כי דווקא תושבות הפריפריה משתמשות יותר במימון ציבורי לניתוחים בהשוואה לתושבות המרכז. כלומר, מי שהכי נזקקות לשירות הציבורי, הן מי שמתמודדות עם חסם משמעותי לצריכתן.

**חסמים לאחר קבלת אישור הוועדה: אי ודאות לגבי מימון הניתוחים.** אי ודאות נמצאה לא רק בפנייה לוועדה

ובמהלכה, אלא גם לאחר קבלת אישורה. משתתפים רבים, על אף קבלת אישור הוועדה, עברו ניתוחים במימון פרטי (16.4% ממי שעברו את הוועדה התנתחו רק בפרטי) או דיווחו על אי ודאות לגבי מימון ניתוחים מתוכננים (45.2% ממי שקיבלו את אישור הוועדה). גורמים שונים עשויים לתרום לחוסר ודאות זה.

גורם ראשון הוא זמני ההמתנה לניתוחים. זמן ההמתנה עלה גם במחקרים קודמים כסיבה לפנייה לרפואה הפרטית (סיני, 2013; רייכרט, 2012). במחקרה של סיני (2013) דיווחו משתתפות על המתנה של כשנה לניתוח לאחר קבלת אישור הוועדה, תהליך שארך לפחות שנתיים. כלומר, המתנה של כשלוש שנים ומעלה ממועד הפנייה לוועדה. מאז, ועל רקע העלייה במספר הפניות לוועדה (משרד הבריאות, 2016; 2019), זמני ההמתנה התארכו עוד יותר ומגיעים לארבע עד חמש שנות המתנה עבור ניתוח תחתון לטרנסיות AMAB (וגינופלסטי) ממועד קביעת הניתוח (ינקו, 2021), כלומר, כחמש שנים ומעלה מהפנייה לוועדה. זמן המתנה זה ארוך באופן קיצוני בהשוואה לזמני המתנה לניתוחים אחרים במערכת הבריאות. על פי נתוני משרד הבריאות, זמן ההמתנה הארוך ביותר לניתוח, ללא שיש חלופה קצרה יותר בבית חולים ציבורי אחר, הוא 122 יום (ניתוח ליישור מחיצות אף מסיבות שאינן קוסמטיות). בבית החולים שיבא, זמן ההמתנה הארוך ביותר לניתוח הוא 174 יום (ניתוח החלפת מפרק הברך) (משרד הבריאות, 2014ב).

חובת קופות החולים לסיפוק שירותים רפואיים בזמן סביר מעוגנת בחוק בריאות ממלכתי (1994). בחודש אוגוסט 2021, במסגרת הליך משפטי המתנהל בבית הדין האזורי לעבודה בסוגיית זמן ההמתנה לניתוח וגינופלסטי, הוצגה עמדת משרד הבריאות לפיה זמן המתנה זה אינו סביר (תקשורת אישית, 26/8/2021). באותו החודש הצהיר שר הבריאות על מחויבותו לצמצום זמני ההמתנה ושיפור השירות (כהן, 2021). למרות זאת, משרד הבריאות נמנע עד היום מקביעת סטנדרט לזמן ההמתנה לניתוח זה, ועד לכתיבת שורות אלו בספטמבר 2021 לא ידוע על צעדים מעשיים שננקטו לקיצור זמני ההמתנה הארוכים.

גורם שני הוא אי ודאות לגבי סוגי הניתוחים אשר יקבלו מימון מקופות החולים. בשנים האחרונות טענו קופות החולים שניתוחי נישוי פנים הם ניתוחים קוסמטיים אשר לא כלולים בסל הבריאות. במשך מספר שנים נמנע משרד הבריאות מלפרסם עמדה מובהקת וטען כי הנושא בגיבוש (משרד הבריאות, 2017). בשנת 2020 ובעקבות עתירה שהוגשה, הוציא משרד הבריאות הנחייה לקופות החולים לפיה ניתוחים אלו הם בסל הבריאות (פסק דין שר נ' משרד הבריאות ומכבי שירותי בריאות). על אף הנחיה זו, נראה כי קופות החולים עדיין מערימות קשיים בהנפקת התחייבויות לניתוחים אלו (רן יהלום<sup>8</sup>, תקשורת אישית, 3/8/2021).

<sup>8</sup> ד"ר רן יהלום הינו מנהל מחלקת כירורגית פה ולסתות בבית החולים שיבא-תל השומר, ומי שמבצע את הניתוחים לנישוי פנים בבית חולים זה. הדברים נאמרו בפגישה שקיים שר הבריאות ניצן הורוביץ בנושא ניתוחי התאמה מגדרית, בשיבא-תל השומר.

ניתוחים נוספים שקיימת אי ודאות לגבי מימונם הם ניתוחים גניטליים עבור טרנסים AFAB. ניתוחים אלו כלל לא מבוצעים בישראל בשנים האחרונות, ובשל כך הוציא משרד הבריאות הנחייה לקופות החולים לממן למטופלים הנדרשים לניתוחים אלו טיפול בחו"ל (משרד הבריאות, 2018). בפועל, מניסיוני בשטח ומקריאת הערות שכתבו משתתפים במחקר, עולה כי מטופלים רבים מתקשים לממש את זכאותם לניתוח, כאשר מחסום עיקרי לכך הוא השגת ההתחייבויות הנדרשות מקופות החולים.

**שיפור בשביעות הרצון מהוועדה.** משקלם של חסמים הקשורים בחשש מטרנספוביה או ביחס צוות הוועדה היה קטן ממשקלם של שיקולי בירוקרטיה. ממצא זה מפתיע לאור מחקרים קודמים, אשר הדגישו את התפיסה השמרנית שעומדת בבסיס הקמת הוועדה, את היחס הלא מכבד מחבריה ואת משטור הזהות המגדרית (סיני, 2013; קטרי, 2016; רייכרט, 2012). יתכן והדבר נובע משיפור שחל ביחס צוות הוועדה ומשביעות הרצון ממנה, דבר שעולה מממצאי המחקר והשוואתם לספרות. שיעור לא נמוך, 48.0% מהפונים לוועדה, דיווחו כי הם מרוצים או מרוצים מאוד מהיחס שקיבלו. בנוסף, הממצאים מעידים על עלייה קלה בשביעות הרצון כתלות בשנת הפנייה לוועדה. שיפור נוסף נמצא במשך הזמן לאישור הוועדה. משך הזמן עד לאישור הוועדה התקצר משמעותית כאשר שנת הפנייה לוועדה הייתה מאוחרת יותר.

עם זאת, לא ניתן לנתק בין הקשיים הבירוקרטיים לבין התפיסה השמרנית אשר דוגלת בשמירת סף, ובגינה הוקמה הוועדה מלכתחילה: שמירת הסף היא שעומדת בבסיס האיסור על ביצוע הניתוחים הגניטליים באופן פרטי והתניית הניתוחים באישור ועדה מקצועית מיוחדת (סיני, 2013; קטרי, 2016). מעבר למודל הסכמה מדעת, או מודל בו האישור לניתוחים היה ניתן בקהילה, על ידי רופא המשפחה ו/או הצוות הרפואי הקבוע שמלווה את המטופל. ת, היה מייתר את הצורך בוועדה ומסיר את החסמים הבירוקרטיים הנלווים לה.

### **חלק רביעי: עם הפנים קדימה. האם יש עלייה בפנייה לרפואה הציבורית?**

מתוך ממצאי המחקר עולה השאלה האם ישנה עלייה בפניות לרפואה הציבורית לעומת הפרטית לצורך ביצוע ניתוחי התאמה מגדרית. נמצא כי בממוצע, שנת הניתוח הראשון של הפונות לערוץ הציבורי הייתה מאוחרת מאשר מי שהתנתחו באופן פרטי. נתון זה עשוי להעיד על כך שהערוץ הציבורי לוקח זמן רב יותר, ולכן הניתוחים מאוחרים. אך הוא גם עשוי להעיד על מגמה של פנייה רבה יותר לרפואה הציבורית בשנים האחרונות. בשל מיעוט נתונים קודמים להשוואה ומכיוון שזהו מחקר חתך, קשה לפרש את הנתונים נכונה.

מחקר אחד בלבד בחן עד כה את שיעורי הפנייה לוועדה, והוא מחקרו של מרטון (2013) על מאפייני וצרכי הקהילה הטרנסית. במחקר זה נמצא כי 12.5% מהמשתתפים פנו לוועדה. שיעור זה נמוך בהרבה מזה שנמצא במחקר הנוכחי – 55.3%. אולם, חלק מההבדל בשיעורי הפנייה עשוי להיות מיוחס לאופן הצגת המחקר וגיוס המשתתפות. בעוד מחקרו של מרטון לא התמקד בניתוחי התאמה מגדרית, ופנה לכלל הקהילה הטרנסית, המחקר הנוכחי פורסם בקהילה ככזה שעוסק בניתוחים. בשל כך, סביר להניח שנטו לענות עליו בעיקר מי שמעוניינות בניתוחי התאמה מגדרית, ולכן גם שיעורי הפנייה לוועדה גבוהים

יותר בהשוואה לכלל הקהילה הטרנסג'נדרית. אולם, מכיוון שמדובר על פער גדול בשיעור הפנייה לוועדה, למעלה מפי ארבע, אין זה סביר לייחס את כולו לסיבה זו, וסביר שהתרחשה עלייה בשיעורי הפנייה. עלייה זו מתועדת גם בנתוני משרד הבריאות, שהראו גידול בפניות מאז שינוי חוזר הוועדה בשנת 2014 (משרד הבריאות, 2016).

עם זאת, כפי שנמצא במחקר זה, פנייה לוועדה ואף אישורה לא בהכרח גורמת לשימוש בפועל בערוץ הציבורי לביצוע הניתוחים. במחקר נמצאו חסמים רבים לשימוש בשירות הציבורי. אלו דוחפים מטופלים לעבר הרפואה הפרטית, שעדיין מהווה את הערוץ העיקרי בו מתבצעים ניתוחי התאמה מגדרית.

לסיכום, על אף השיפור שחל בעבודת הוועדה בשנים האחרונות – הקלות בדרישות בעקבות שינוי חוזר הוועדה בשנת 2014, לצד קיצור תקופת ההמתנה ושיפור ביחס צוות הוועדה – ממצאי המחקר מראים כי מרבית הטרנסג'נדרים בישראל אינם משתמשי בשירותי הרפואה הציבורית לצורך ניתוחי התאמה מגדרית. המעוניינים בניתוחים פונים לרפואה הפרטית או יתכן ונאלצים לדחות או לוותר על טיפולים הדרושים להם. הפנייה הרבה לרפואה הפרטית מתרחשת חרף המצוקה הכלכלית המאפיינת את הקהילה הטרנסג'נדרית. לערוץ הציבורי פונים בעיקר מי שאין בידם אפשרות אחרת. לכך תורמים בעיקר חסמים בירוקרטיים: קשיים בקבלת התחייבויות, אי אחידות בתהליך אישור הוועדה ובדרישותיה, אי וועדות לגבי מימון קופות החולים את הניתוחים המבוקשים וזמני ההמתנה הארוכים לחלק מהניתוחים. עבור רבות מהמטופלות, השירות לא ניתן במרחק ובזמן סבירים, כפי שנדרש מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בעת כתיבת עבודת המחקר נערכו חילופים במשרד הבריאות ושר הבריאות החדש הצהיר על מחויבותו לצמצום זמני ההמתנה ושיפור השירות (כהן, 2021). כולי תקווה כי שינויים אלו יביאו לשינוי משמעותי ועמוק במנגנון אישורי ומימון ניתוחי התאמה מגדרית, אשר יאפשר לטרנסג'נדרים ולטרנסג'נדריות לצרוך את השירותים שמגיעים להם מתוקף חוק בריאות ממלכתי.

### **מגבלות המחקר**

בחרתי לערוך מחקר חתך לצורך קבלת כמות מספקת של משתתפים, ולצורך הצגת תמונה רחבה ועמוקה של הגורמים המביאים לפנייה לערוץ הציבורי. בשל אופיים הסובייקטיבי, קשה לתחום תהליכים להתאמה מגדרית בזמן או להגדיר את נקודות ההתחלה והסיום שלהם. תהליכים אלו וניתוחים בפרט אורכים זמן רב, לעיתים אף שנים מרגע ההחלטה ועד למימושה. כאשר אלו קורים בחסות הערוץ הציבורי, הם נוטים להתארך אף יותר לאור תהליך האישור הממושך וזמני ההמתנה הארוכים. כדי להתגבר על אלו, הנתונים נאספו בנקודת זמן אחת, אך המשתתפים התבקשו להתייחס לחוויותיהם בעבר, מצבם בהווה ותכנוניהם לעתיד. בשל כך, המשיבים נמצאו בנקודות זמן שונות בתהליכי התאמה מגדרית בעת השתתפותם. ישנן מספר מגבלות עיקריות לסוג מחקר זה. ראשית, מאפייני המשיבים משתנים באופן משמעותי בין השנים: שינוי במקום מגורים, שינוי ברמת הכנסה ועוד. שנית, היכולת להסיק סיבתיות בין הנתונים מוגבלת מתוקף אופיו של מחקר חתך.



מגבלה נוספת נובעת מאופן הדגימה. בהיעדר מסגרת דגימה עבור האוכלוסיה הטרנסג'נדרית בישראל, נבחרה שיטת דגימה לא הסתברותית. בשיטת כדור השלג, נוצר ייצוג יתר למשתתפות שמחוברות לרשתות חברתיות של הקהילה הטרנסית ולארגוני הסיוע. באופן זה נוצר חוסר ייצוג של מי שאינן מחוברות לרשתות אלה, בין אם מבחירה אישית או בשל שוליות חברתית. מגבלה נוספת אשר השפיעה על ייצוגיות המדגם נובעת מהפצת השאלון דרך האינטרנט בלבד. שיטת הפצה זו הייתה הכרחית לאור הסגרים המתמשכים בשל התפרצות נגיף הקורונה. שיטת הפצה זו מגבילה את ההשתתפות במחקר רק למי שלהן אוריינות דיגיטלית מספקת. נעשו מאמצים לעקוף את המגבלה על ידי גיוס עוזרות מחקר שיסייעו בהנגשה ומילוי השאלון, אך בשל היענות נמוכה לא נאספו די נתונים בצורה זו. מגבלות אלו תרמו לשיעור נמוך של משתתפות מהחברה הערבית. זאת על אף המאמצים שהושקעו בפנייה ממוקדת לאוכלוסיה זו ותרגום השאלון לערבית.

מגבלה נוספת על ייצוג נוגעת לגיל המשתתפים. בשל סוגיות אתיות, המחקר פנה לאוכלוסיה בגירה בלבד, ולכן אין כל ייצוג לקטינים במחקר. בשנים האחרונות רואים מגמה של ירידה בגיל היציאה מהארון (גולדין, 2020; Goodman et al., 2019), ויותר ילדים ונוער עוברים תהליכי התאמה מגדרית ובכללם ניתוחים בהיותם קטינים (Mahfouda et al., 2019). מחקר זה לא עסק באוכלוסייה גדלה זו.

להתפרצות מגפת הקורונה השלכות על הכנסות, על האפשרות להתנתח בחו"ל ועל תפקוד מערכת הבריאות בישראל. להפצת שאלון המחקר בתקופת הסגר השלישי של הקורונה הייתה ודאי השפעה לא רק על זהות המשתתפים, אלא גם על משתנים כמו גובה ומקורות ההכנסה, על השיקולים לביצוע הניתוח בישראל ועל הודאות לגבי ניתוחים מתוכננים, בארץ ובעולם.

מגבלה נוספת נוגעת לשאלת הזהות המגדרית. במחקרים רבים בשנים האחרונות נהוגה הבחנה בין טרנסים וטרנסיות המזדהים כנשים או גברים למי שמזדהים כא-בינארים או ג'נדרקוויירים (דיין, 2019; מרטון, 2013; James et al, 2016). מכיוון שזהות מגדרית היא על רצף, קשה למתוח קו ברור בין הזהויות. יתכן וכלי מדידה אחר לזהות מגדרית היה מעלה תשובות שונות, והגדרת המשתתפים כא-בינארים הייתה משתנה.

לבסוף, אין הלימה בין הזדהות כטרנסג'נדר ובין רצון לעבור ניתוחים להתאמה מגדרית. בשל מסגור מחקר זה כעוסק בניתוחי התאמה מגדרית, ניתן להניח כי פנו להשתתף בו בעיקר מי שמעוניינות בניתוחים. לפיכך אין לראות במחקר זה כמייצג את כלל הקהילה הטרנסית.

## **תרומת המחקר**

מחקר זה הוא המחקר הכמותי הראשון בישראל אשר בוחן את המימון לניתוחי התאמה מגדרית, והיחידי שחקר את הנושא מאז שינוי חוזר המנכ"ל המגדיר את פעילות הוועדה בשנת 2014. עד כה, מחקרים מעטים בלבד (סיני, 2013; רייכרט, 2012) חקרו את הוועדה, שבאישורה ניתן לעבור את הניתוחים במערכת הציבורית, ונתונים כמותיים על שיעורי הפנייה לוועדה

מופיעים רק במחקרו של מרטון (2013). עד מחקר זה, המקור היחידי לנתונים היה בקשות חופש מידע שהוגשו למשרד הבריאות, ואלו סיפקו תמונה מצומצמת בלבד.

בשל ראשוניותו, במסגרת מחקר זה פותחו כלים למדידה של משתני המחקר, ובמיוחד תפיסה חיובית כלפי הוועדה, שיקולים בהחלטה על פנייה לוועדה ושביעות רצון, בהם ניתן יהיה להשתמש במחקרים עתידיים על מנת לבחון מגמות שינוי. המחקר הינו חדשני באופן ובהיקף שיתוף הקהילה בביצוע המחקר. חברי הקהילה הטרנסית לקחו חלק בכל שלבי המחקר, מתכנונו, דרך ניסוח שאלות המחקר, בניית השאלון וההפצה. שיתוף רחב של הקהילה תרם לרלוונטיות של המחקר, לתוקפו, לאמינותו ולייצוג מגוון של נקודות מבט. לאור מיעוט המחקרים העדכניים בתחום עליהם ניתן היה להישען בבניית כלי המחקר, שיתוף הקהילה היה הכרחי על מנת ששאלון המחקר יבחן את המשתנים אשר נתפסים כחשובים ומשפיעים על פנייה לרפואה ציבורית ופרטית. שיתוף הקהילה הבטיח כי הניסוחים יהיו מכבדים ומובנים לאוכלוסיה רחבה ככל האפשר. לבסוף, שותפות זו התבטאה בהיענות גבוהה להשתתפות במחקר. עם 385 משתתפים, זהו המחקר הגדול ביותר שנערך עד היום בקרב הקהילה הטרנסית בישראל (גולדין, 2020; דיין, 2019; מרטון, 2013).

### **מסקנות והשלכות יישומיות**

ממצאי המחקר מראים כי המענה הניתן כיום במסגרת הרפואה הציבורית לניתוחי התאמה מגדרית, אינו ראוי ואינו מספק. במצב זה, המעוניינות בניתוחים נדחקות לשימוש ברפואה פרטית, או לחלופין נאלצות לדחות ואף לוותר על טיפולים. הממצאים מצביעים על הצורך לנקוט בשורה של צעדים על מנת לשפר את הנגישות לניתוחי התאמה מגדרית ברפואה הציבורית: הסדרת התהליך לאישור מימון ציבורי לניתוחים – יצירת אחידות בתהליך ובדרישות; הסדרת מימון הניתוחים השונים והבהרה נוספת מצד משרד הבריאות לקופות החולים כי הם כלולים בסל הבריאות; התערבות של משרד הבריאות לאכיפת חובתן של קופות החולים להענקת התחייבויות לפגישות הוועדה; קיצור זמני ההמתנה לניתוחים; הנגשת מידע לקהילה הטרנסג'נדרית על האפשרות למימון ציבורי לניתוחים והשקעה בשיפור תדמיתי על מנת לשנות את התפיסה השלילית של הרפואה הציבורית בעיני הקהילה הטרנסית.

השינוי הגדול והחשוב ביותר שנדרש הוא פירוק הוועדה והמונופול שניתן לה על אישור הניתוחים. במקום, יש להעביר את האחריות על כך לקהילה, לצוות הרפואי הקבוע אשר מלווה את המטופלת הטרנסג'נדרית, ככל שישנו צוות כזה. המנגנון החדש לאישור הניתוחים יידרש לאמץ גישות עדכניות אשר מבוססות על מודל ההסכמה מדעת. מודל זה דוחה את גישת שמירת הסף המעניקה לגורמים הרפואיים אחריות פטרונית להכריע מה נכון עבור המטופל, אלא מבסס החלטות רפואיות על דיאלוג עם המטופל, תוך וידוא כי יש בידיה את התנאים והידע על מנת לקבל החלטות מודעות לגבי גופו.

מסקנה נוספת מהמחקר נוגעת לעבודה הסוציאלית עם טרנסג'נדרים. מיצוי זכויות הוא מרכיב חשוב בפרקטיקה של עבודה סוציאלית עם אנשים החיים בעוני (רוסו-כרמל, סוקולובר-יעקובי וקרומר-נבו, 2019). ממצאי המחקר מדגישים את

החשיבות של מיצוי זכויות רפואיות בעבודה עם טרנסג'נדרים. לעובדות סוציאליות המלוות טרנסג'נדרים יכול להיות תפקיד חשוב בהנגשת מידע, בליווי בתהליך הוועדה עד לקבלת האישור וסגור על המטופל. ת. ובמיצוי זכויות מול קופות החולים.

### **המלצות למחקרים עתידיים**

עבודות מחקר מעטות נערכו בישראל על הקהילה הטרנסית ועוד פחות מכך על התמודדות הקהילה עם מערכת הבריאות. על מנת לחשוף את החסמים הספציפים של מערכת הבריאות בישראל ולשפר את נגישותה לקהילה דרושים מחקרים נוספים, כולל מחקרי אורך אשר מהם ניתן להסיק סיבתיות.

מומלץ לערוך מחקרים נוספים אשר יתמקדו באוכלוסיות אשר להן ייצוג חסר במחקר זה: ערבים וערביות, מי שלהן אוריינות טכנולוגית נמוכה יותר, ומי שאינן מחוברות לרשתות חברתיות של הקהילה הטרנסג'נדרית. תשומת לב מיוחדת נדרשת למחקר בקרב נוער טרנסי, אוכלוסיה אשר גדלה בשנים האחרונות (גולדין, 2020 ; Goodman et al., 2019), אך עד כה בישראל לא נערכו מחקר אשר מתייחסים לצרכיה הייחודים בכלל, ובהתייחס לצרכים מתהליכי התאמה מגדרית וניתוחים בפרט.

קבוצה נוספת אשר מומלץ להקדיש לה תשומת לב מחקרית נוספת היא מי שעסקו ועוסקות בעבודת מין. קבוצה זו נמצאה במחקר הנוכחי כממעטת לפנות לרפואה הציבורית. נושא זה רלוונטי במיוחד לאור כניסתו לתוקף ביולי 2020 של חוק איסור צריכת זנות תשע"ט-2019. כחלק מהחלטת הממשלה הצמודה לחוק, מפתחים משרדי הבריאות והרווחה מענים שונים לשיקום וסיוע ביציאה ממעגל הזנות, ובכללם מענים הייעודיים לנשים טרנסיות (גור, 2021 ; כרמון, 2021). הבנה מעמיקה יותר של הקשר בין עבודת מין למימון ניתוחי התאמה מגדרית נדרשת על מנת להתאים את המענים לאוכלוסייה. לבסוף, משרד הבריאות הצהיר לאחרונה שיבוצעו מהלכים לשם קיצור זמני ההמתנה ושיפור השירות (כהן, 2021). מחקרים עתידיים נדרשים לעקוב ולבחון האם שינוי המדיניות המתוכנן אכן ישיג את מטרתו ויוביל לשימוש רב יותר בערוץ הציבורי.

## ביבליוגרפיה

- אלבשן, י'. (2004). נגישות האוכלוסיות המוחלשות בישראל למשפט. **עלי משפט**, ג, 497-530.
- אליזרע, ר. (2018, 11 בנובמבר). מהו הניתוח הפלסטי הנפוץ ביותר בישראל ב-2018? *Ynet*. נדלה ב-14 באוגוסט 2021 מתוך: <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5396645,00.html>
- אתר המידע הממשלתי gov.il (ללא תאריך). **אישור הוועדה לשינוי מין לביצוע ניתוח**. נדלה ב-28 באפריל 2020 מתוך: <https://www.gov.il/he/service/gender-reassignment-surgery-procedure>
- אתר שיבא. (ללא תאריך). **מרפאה להתאמה מגדרית (ניתוחים לשינוי מין)**. נדלה ב-11 בספטמבר 2021 מתוך: <https://www.sheba.co.il/מגדר>
- ביראני, ע' (2014). **הקשר בין תמיכה חברתית, רמת דתיות, העדפת מסורת והשפעתם על השונות בעמדות כלפי בקשת עזרה וסיוע נפשי בקרב סטודנטים מוסלמים ישראלים וסטודנטים מוסלמים בגדה המערבית**. עבודת גמר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת "דוקטור לפילוסופיה". אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- בן דוד, ל' (2014.5.13). ניצחון לקהילה הטרנסג'נדרית: עודכן הנוהל לשינוי מין של משרד הבריאות. **שיחה מקומית**. נדלה ב-28 במרץ 2020 מתוך: [https://safe-sex.co.il/מאפיינים-וצרכים-של-קהילת-הטרנס-דוח-סיכום](https://www.mekomit.co.il/ניצחון-לקהילה-הטרנסג'נדרית-שונה-הנוהל-ל-ברמלי-גרינברג, ש', יערי, ע' ואבני, י' (2020). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2018</a>. ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.</p><p>ברמלי-גרינברג, ש', מדינה-הרטום, ת', בלינסקי, א' ויערי, ע' (2017). <b>תמצית ממצאי סקר מבוטחים 2016 – בחירה בשירותים במסגרת מערכת האשפוז הציבורית</b>. ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.</p><p>ברמלי-גרינברג, ש', מדינה-הרטום, ת', יערי, ע' ו בלינסקי, א' (2019). <b>דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2016</b>. ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.</p><p>גולדין, ס' (2020). <b>מאפיינים וצרכים של קהילת הטרנס* בישראל בדגש על נושאי בריאות ורווחה: דוח סיכום מחקר ארצי 2019</b>. נדלה ב-8 פברואר 2021 מ: <a href=)
- גור, י. (2021). **טיפול משרד הבריאות באנשים המעורבים בזנות: פעילויות שהתקיימו בטרם ובעקבות חקיקת החוק לאיסור צריכת זנות ויישום החלטת ממשלה 4462**. משרד הבריאות. נדלה ב-21/08/2021 מתוך: <https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/treatment-people-involved-prostitution>
- גיא, ר' (2016). זרקור: זנות בקרב נוער להט"בי – היבטים חברתיים ומשפטיים והתמודדות עם התופעה בעשור האחרון בישראל. בתוך: ע' מורגנשטיין, י' לושינסקי וא' הראל, **זכויות הקהילה הגאה בישראל: משפט, נטייה מינית וזהות מגדרית (875-887)**. צפרירים: נבו.

גל, א' (2008, 1 במאי). הסוף לטיפול ללא רשות ע"י סטודנטים וסטז'רים לרפואה. Ynet. נדלה ב-21 באוגוסט 2021 מתוך:

<https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3538330,00.html>

גל, י' (2013). טרנסג'נדריות - סיפורי חיים, סיפורי הצלחה. עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך. האוניברסיטה העברית בירושלים.

דרור, א' (2018). נרטיבים של "בין לבין" - סיפורם של אנשים עם מגדר לא קונפורמי. עבודת גמר לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה". אוניברסיטת חיפה.

הלוי, נ', סטולר, מ' ודרור, א' (2020). סוגיות אתיות בעבודת הוועדה לאישור ניתוחי התאמה מגדרית. **ביו-אתיקה**, 20. נדלה

ב-7 במרץ 2021 מתוך: <http://bioethicsnews.zefat.ac.il/inner.aspx?id=411&cat=73>

הצוות הבינמשרדי לקידום האוכלוסיה הטרנסית בישראל. **טרנס\*פורמציה ממשלתית - דו"ח ביניים**. נשלף ב-8 בפברואר

2021 מתוך: <http://www.lgbtlaw.tau.ac.il/%E2%81%A8> **טרנספורמציה-ממשלתית-דו"ח-הצוות-הבינמשרדי-**

[לקידום-האוכלוסיה-הטרנסית-בישראל](http://www.lgbtlaw.tau.ac.il/%E2%81%A8)

זיו, א. (2019). **חוקי המשיכה: חוויותיהם של גברים טרנסג'נדרים הנמשכים לגברים**. עבודת גמר לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

טאוב, ת' (2014). **איכות חיים משפחתית בקרב משפחות המגדלות ילד עם נכות התפתחותית ביחס למשאבים של תמיכה משפחתית, חברתית, תמיכה משירותי מדינה, דת ורוחניות**. עבודת גמר לשם קבלת תואר מוסמך. האוניברסיטה העברית.

ינקו, א. (2021, 20 ביולי). "רק רופא אחד בכל המדינה": רוצה שינוי מין? תחכי 4 שנים. Ynet. נדלה ב-23 באוגוסט 2021

מתוך: <https://www.ynet.co.il/health/article/h1yphknrd>

כהן, מ. (2019). **תפיסתן של נשים טרנסג'נדריות בזנות אודות הזנות ויחסי הגומלין בין הזנות לזהותן המגדרית**. עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת תל אביב.

כהן, מ. (2021, 3 באוגוסט). הורוביץ: נקל על טרנסג'נדרים בתהליך הכולל של שינוי המין. **וואלה**. נדלה ב-19 באוגוסט 2021

מתוך: <https://news.walla.co.il/item/3451945>

כרמון, ט. (2021, 3 בינואר). משרד העבודה מרחיב את המענה לנשים שורדות זנות. **7בר**. נדלה ב-23 באוגוסט 2021 מתוך:

[/https://www.davar1.co.il/272465](https://www.davar1.co.il/272465)

מכבי שירותי בריאות (2017). **תהליך להתאמה מגדרית (שינוי מין) - תנאי הזכאות**. נדלה ב-11 בספטמבר 2021 מתוך:

<https://www.maccabi4u.co.il/7141-he/Maccabi.aspx>

מכבי שירותי בריאות (ללא תאריך). **זכויות חיילים המטופלים במכבי**. מדלה ב-11 בספטמבר 2021 מתוך:

<https://www.maccabi4u.co.il/14478-HE/Maccabi.aspx>

מעברים ופרויקט גילה (2016). **מחדלי רשויות המדינה בטיפול בקהילה הטרנסג'נדרית בישראל - נייר עמדה**. נדלה ב-28 באפריל 2020, מתוך: <https://www.maavarim.org/maavarim-stance>

מרטון, י' (2013). **אנשים טרנסג'נדרים בישראל: גורמי לחץ, משאבי תמיכה ובריאות נפשית**. עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת תל אביב.

משרד הבריאות (1986). **חוזר שירותי אשפוז מספר 39/86, ביצוע ניתוחים לשינוי מין אצל TRANSEXUALS**. מנהל הרפואה.

משרד הבריאות (2008). **חוזר המנהל הכללי מספר 10/8 בנושא בדיקת חולים מחוסרי הכרה או מורדמים**. נדלה ב-21 באוגוסט 2021 מתוך: [https://www.health.gov.il/hozer/mk10\\_2008.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mk10_2008.pdf)

משרד הבריאות (2014). **חוזר מס' 16/2014, ניתוחים לשינוי מין**. מנהל הרפואה.

משרד הבריאות (2014ב). **מדידת זמני המתנה לניתוחים אלקטיביים – רבעון 4 2013**. נדלה ב-21 באוגוסט 2021 מתוך: [https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/surgery\\_timing\\_4\\_2013.pdf](https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/surgery_timing_4_2013.pdf)

משרד הבריאות (2016). **שאלתה ישירה מספר 475 של חברת הכנסת יעל גרמן בנושא נתונים לגבי ניתוחים לשינוי מין**. פנייה מיום 29/11/2015 אסמכתא 9045515.

משרד הבריאות (2017). **מידע אודות עבודת הוועדה להתאמה מגדרית וניתוח שינוי מין – תשובות לבקשות לפי חופש המידע**. נדלה ב-28 באפריל 2020 מתוך: <https://foi.gov.il/he/node/4552>

משרד הבריאות (2018). **ניתוחים משלימים לשינוי מין - תשובה לבקשה לפי חוק חופש המידע**. נדלה ב-28 באפריל 2020 מתוך: <https://foi.gov.il/he/node/5698>

משרד הבריאות (2019). **נתוני התאמה מגדרית (שינוי מין) - המרכז הרפואי שיבא - תשובה לבקשה לפי חוק חופש המידע**. נדלה ב-28 באפריל 2020 מתוך: <https://foi.gov.il/he/node/7261>

פוקו, מ' (1996). **תולדות המיניות - הרצון לדעת**. תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

פסק דין שר נ' משרד הבריאות ומכבי שירותי בריאות. נדלה ב-8 בפברואר 2021 מתוך: <http://www.lgbtlaw.tau.ac.il> חב"ר-59470-07-19-שר-נ'מכבי

סיני, י' (2013). **וועדה תקבע אם אני גבר או אשה? מדיניות כלפי חצייה מגדרית וסובייקטיביות טרנסג'נדרית בוועדה לשינוי מין בתל השומר**. עבודת גמר לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת תל אביב.

קופפר, ח' (2016). **תחושות וחוויות אפליה של מועסקים מקהילת הלהט"ב בשוק העבודה בישראל (2015)**. נדלה ב-8 פברואר 2021 מ: <http://economy.gov.il/Research/Documents/Lahatab2015.pdf>

קטרי, ע' (2016). **על צומת דרכים: מפגשה של הקהילה הטרנסית עם מערכת המשפט**. בתוך: ע' מורגנשטיין, י' לושינסקי וא' הראל, **זכויות הקהילה הגאה בישראל: משפט, נטייה מינית וזהות מגדרית (776-727)**. צפרירים: נבו.

- קפלן, ח', בר-מאיר, ע', גלבווע, ד', יפה, ב', רבינוביץ', א', קרסיק, א', ויזר, מ', מדג'ר, י', רמון, י', שיף, א', צור, ח' ואורנשטיין, א' (2004). ניתוחים לשינוי מין. **הרפואה**, 143, 504-500.
- רוסו-כרמל, ס', סוקולובר-יעקובי, א' וקרומר-נבו, מ' (2019). מה בין מיצוי זכויות למיצוי זכויות אקטיבי? מיצוי זכויות אקטיבי בתכנית מפ"ה (משפחות פוגשות הזדמנות). **ביטחון סוציאלי**, 106, 1-23.
- רייכרט, ש' (2012). **חוויותיהם של טרנסג'נדרים מהמפגש עם המערכת הרפואית**. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. המכללה האקדמית תל-אביב יפו.
- שטיינברג, א' (2018). **חווית ההיעזרות של צעירות טרנסג'נדריות ישראליות במעני העזרה מנקודת מבטן ומנקודת מבט של מעניקי העזרה**. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת בר אילן.
- שיבא, **מרפאה להתאמה מגדרית**. נשלף 28 באפריל 2020, מתוך: <https://www.sheba.co.il/יחידה-לשינוי-מגדר>
- Baldwin, A., Dodge, B., Schick, V. R., Light, B., Scharrs, P. W., Herbenick, D., & Fortenberry, J. D. (2018). Transgender and Genderqueer Individuals' Experiences with Health Care Providers: What's Working, What's Not, and Where Do We Go from Here? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(4), 1300–1318. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0097>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": how erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC public health*, 15(1), 1-15.
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What Surgeons Need to Know About Gender Confirmation Surgery When Providing Care for Transgender Individuals: A Review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.5549>
- Bockting, W., Robinson, B., Benner, A., & Scheltema, K. (2004). Patient Satisfaction with Transgender Health Services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(4), 277–294. <https://doi.org/10.1080/00926230490422467>
- Boza, C., & Nicholson Perry, K. (2014). Gender-Related Victimization, Perceived Social Support, and Predictors of Depression Among Transgender Australians. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 35–52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890558>
- Bretherton, I., Thrower, E., Zwickl, S., Wong, A., Chetcuti, D., Grossmann, M., Zajac, J. D., & Cheung, A. S.

- (2021). The Health and Well-Being of Transgender Australians: A National Community Survey. *LGBT Health*, 8(1), 42–49. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0178>
- Budge, S. L., & dickey, l. m. (2017). Barriers, Challenges, and Decision-Making in the Letter Writing Process for Gender Transition. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 65–78. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.001>
- Cai, X., Hughto, J. M. W., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., & Levy, B. R. (2019). Benefit of Gender-Affirming Medical Treatment for Transgender Elders: Later-Life Alignment of Mind and Body. *LGBT Health*, 6(1), 34–39. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262>
- Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., Haider, A. H., & Lau, B. D. (2018). Temporal Trends in Gender-Affirming Surgery Among Transgender Patients in the United States. *JAMA Surgery*, 153(7), 609. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231>
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147–1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>
- Cheung, A. S., Ooi, O., Leemaqz, S., Cundill, P., Silberstein, N., Bretherton, I., Thrower, E., Locke, P., Grossmann, M., & Zajac, J. D. (2018). Sociodemographic and Clinical Characteristics of Transgender Adults in Australia. *Transgender Health*, 3(1), 229–238. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0019>
- Cruz, T. M. (2014). Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: A consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science & Medicine*, 110, 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.032>
- Davies, A., Bouman, W. P., Richards, C., Barrett, J., Ahmad, S., Baker, K., Lenihan, P., Lorimer, S., Murjan, S., Mepham, N., Robbins-Cherry, S., Seal, L. J., & Stradins, L. (2013). Patient satisfaction with gender identity clinic services in the United Kingdom. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(4), 400–418. <https://doi.org/10.1080/14681994.2013.834321>
- Davy, Z. (2015). The DSM-5 and the Politics of Diagnosing Transpeople. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1165–1176. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0573-6>
- Davy, Z., & Toze, M. (2018). What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review. *Transgender Health*, 3(1), 159–169. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0014>
- Deutsch, M. B. (2012). Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A



- Survey of the Practices of Selected Clinics. *International Journal of Transgenderism*, *13*(3), 140–146.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare Beneficiaries and Chronic Conditions: Exploring Fee-for-Service Claims Data. *LGBT Health*, *4*(6), 404–411.  
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>
- Engelchin-Nissan, E., & Shmueli, A. (2015). Private finance of services covered by the National Health Insurance package of benefits in Israel. *Israel journal of health policy research*, *4*(1), 1-8.
- Engelstein, G., & Rachamimov, I. (2019). Crossing borders and demolishing boundaries: the connected history of the Israeli transgender community 1953–1986. *Journal of Modern Jewish Studies*, *18*(2), 142-159.
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *3*(3), 336–344. <https://doi.org/10.1037/sgd0000171>
- Goldberg, A. E., Kuvalanka, K. A., Budge, S. L., Benz, M. B., & Smith, J. Z. (2019). Health care experiences of transgender binary and nonbinary university students. *The Counseling Psychologist*, *47*(1), 59-97.
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *48*(2), 303–321. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2011). Injustice at every turn. *A report of the National Transgender Discrimination Survey*.
- Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans\* individuals' experiences of gendered language with health care providers: recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, *15*(1), 16-34.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society\* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *102*(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 US transgender survey*. National Center for Transgender Equality.

- Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *Psychiatric Clinics*, *40*(1), 51-64.
- Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, *23*(7), 780-786.
- Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S.-S. (2020). Health Disparities Among Transgender Adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, *8*.  
<https://doi.org/10.1177/1010539520912594>
- Lehmann, K., & Leavey, G. (2019). Accuracy of psychometric tools in the assessment of personality in adolescents and adults requesting gender-affirming treatments: A systematic review. *European Psychiatry*, *62*, 60-67.
- Lerner, J. E., & Robles, G. (2017). Perceived barriers and facilitators to health care utilization in the United States for transgender people: A review of recent literature. *Journal of health care for the poor and underserved*, *28*(1), 127-152.
- Lingiardi, V., & Giovanardi, G. (2017). Challenges in assessing personality of individuals with Gender Dysphoria with the SWAP-200. *Journal of endocrinological investigation*, *40*(7), 693-703.
- MacKinnon, K. R., Grace, D., Ng, S. L., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2020). "I don't think they thought I was ready": How pre-transition assessments create care inequities for trans people with complex mental health in Canada. *International Journal of Mental Health*, *49*(1), 56-80.  
<https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1711328>
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, *7*(6), 484-498.
- Matsuno, E., & Budge, S. L. (2017). Non-binary/genderqueer identities: A critical review of the literature. *Current Sexual Health Reports*, *9*(3), 116-120.
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *19*(3), 199-220.  
<https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>
- Nolan, I. T., Daar, D. A., Poudrier, G., Motosko, C. C., Cook, T. E., & Hazen, A. (2020). Barriers to Bottom

- Surgery for Transgender Men. *Plastic & Reconstructive Surgery*, *145*(3), 667e–669e.  
<https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006601>
- Nolan, I. T., Poudrier, G., Motosko, C. C., Cook, T. E., Saia, W., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2020). Continued Barriers to Top Surgery among Transgender Men: *Plastic and Reconstructive Surgery*, *145*(2), 464e–465e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006487>
- Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L., & Mayer, K. (2015). Comprehensive Transgender Healthcare: The Gender Affirming Clinical and Public Health Model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, *92*(3), 584–592. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2>
- Reisner, S. L., Conron, K., Scout, N., Mimiaga, M. J., Haneuse, S., & Austin, S. B. (2014). Comparing in-person and online survey respondents in the US National Transgender Discrimination Survey: Implications for transgender health research. *LGBT health*, *1*(2), 98-106
- Reisner, S. L., & Hughto, J. M. (2019). Comparing the health of non-binary and binary transgender adults in a statewide non-probability sample. *PLoS one*, *14*(8), e0221583.
- Robles García, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2019). ICD-11 and the depathologisation of the transgender condition. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, *12*(2), 65–67.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2019.01.002>
- Schulz, S. L. (2018). The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*, *58*(1), 72–92.  
<https://doi.org/10.1177/0022167817745217>
- Seay, J., Ranck, A., Weiss, R., Salgado, C., Fein, L., & Kobetz, E. (2017). Understanding transgender men's experiences with and preferences for cervical cancer screening: a rapid assessment survey. *LGBT health*, *4*(4), 304-309
- Singh, A. A., Richmond, K., & Burnes, T. R. (2013). Feminist participatory action research with transgender communities: Fostering the practice of ethical and empowering research designs. *International Journal of Transgenderism*, *14*(3), 93-104.
- Siverskog, A. (2014). “They just don’t have a clue”: Transgender aging and implications for social work. *Journal of Gerontological Social Work*, *57*(2-4), 386-406.
- Smith, J. R., Washington, A. Z., Morrison, S. D., & Gottlieb, L. J. (2018). Assessing Patient Satisfaction Among

- Transgender Individuals Seeking Medical Services: *Annals of Plastic Surgery*, *81*(6), 725–729.  
<https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001582>
- Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The Informed Consent Model of Care for Accessing Gender-Affirming Hormone Therapy Is Associated With High Patient Satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*, *18*(1), 201–208.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.10.020>
- Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., & Coleman, J. D. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, *1*(1), 12-20.
- Stewart, L., O'Halloran, P., & Oates, J. (2018). Investigating the social integration and wellbeing of transgender individuals: A meta-synthesis. *International Journal of Transgenderism*, *19*(1), 46–58.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1364199>
- Stotzer, R. L., Silverschanz, P., & Wilson, A. (2013). Gender identity and social services: Barriers to care. *Journal of Social Service Research*, *39*(1), 63-77.
- Taylor, E. T., & Bryson, M. K. (2016). Cancer's margins: trans\* and gender nonconforming people's access to knowledge, experiences of cancer health, and decision-making. *LGBT health*, *3*(1), 79-89.
- Teixeira, J. C., Morrison, S. D., Brandstetter, K. A., & Nuara, M. J. (2020). Is There an Increasing Interest in Facial Feminization Surgery? A Search Trends Analysis: *Journal of Craniofacial Surgery*, *31*(3), 606–607. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000006220>
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(1), 65.
- van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of Medical Interventions on Gender Dysphoria and Body Image: A Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*, *79*(7), 815–823.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465>
- Walker, P. A., Berger, J. C., Green, R., Laub, D. R., Reynolds, C. L., & Wollman, L. (1990). *The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards of Care*. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on

Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21–31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>

Whittle, S., Turner, L., Al-Alami, M., Rundall, E., & Thom, B. (2007). *Engendered penalties: Transgender and transsexual people's experiences of inequality and discrimination*. Manchester: Press for Change. Manchester Metropolitan University.

Windsor, E. J. (2011). *Regulating Healthy Gender: Surgical Body Modification among Transgender and Cisgender Consumers*. Georgia State University.

WPATH. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- Nonconforming People: 7th version*. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). <https://www.wpath.org/publications/soc>

Wylie, K. R., Fitter, J., & Bragg, A. (2009). The experience of service users with regard to satisfaction with clinical services. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 163–174. <https://doi.org/10.1080/14681990903002730>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

## נספחים

שלום רב,

שמי מיכל סטולר, אני מזדהה על הקשת הטרנסית ואני פעילה בקהילה שנים רבות במסגרת פרויקט גילה להעצמה טרנסית, ובמסגרת עבודתי כעובדת סוציאלית באיג. מחקר זה הוא המשך של פעילותי, ונועד להעמיק את הידע הקהילתי, על מנת להוביל לשיפור הרפואה הציבורית לניתוחי התאמה מגדרית. מחקר זה נערך בתמיכת ארגוני הקהילה הטרנסית: פרויקט גילה, מעברים וטרנסיות ישראל, ובתמיכת ברית הלביות, במסגרת עבודת תזה באוניברסיטת בן-גוריון, בהנחיית פרופ' מיכל קרומר-נבו וד"ר פאולה פדר-בוביס.

השאלון מיועד לטרנסיות מעל גיל 18.

אודה לך מאד אם תוכלי להקדיש כרבע שעה למילוי השאלון הבא. אם לא הספקת לענות על הכל, ניתן לעשות הפסקה, לשמור ולהמשיך לענות בשלב מאוחר יותר. כל תשובה כנה היא טובה ומסייעת למחקר, אין נכון ולא נכון.

ההשתתפות במחקר היא אנונימית, וכל התשובות יישמרו חסויות. ההשתתפות במחקר אינה חובה, ואם תחליטי לא להשתתף לא תפגעי. מכך בשום דרך. אתה גם רשאית להפסיק את השתתפותך מתי שתרצה. או לענות על חלק מהשאלות בלבד.

אם יש לך שאלות או הערות על המחקר, או אם יתעוררו אצלך מחשבות בעקבות מילוי השאלון, אפשר ליצור איתי קשר בטלפון: 052-

3272678 או בדוא"ל: [michal.stoler@gmail.com](mailto:michal.stoler@gmail.com)

תודה על ההשתתפות, ואשמח לעזרתכם בהפצה לאנשים נוספים.

מיכל סטולר

1. האם אתה מסכימה לענות על השאלון?

- כן
- לא

(רק אם התשובה "כן", ניתן להמשיך במענה)

2. האם אתה על הקשת הטרנסית?

- כן
- לא

3. האם אתה בגיל 18 ומעלה?

- כן
- לא

(רק אם התשובה "כן" לשתי השאלות, ניתן להמשיך במענה)

**פרטים אישיים**

4. מהי שנת הלידה שלך? \_\_\_\_\_

5. מהי ההשכלה שלך?

- יסודית
- חטיבת ביניים

- תיכונית
- תואר ראשון
- תואר שני ומעלה
- תעודה מקצועית

6. ארץ לידה
- ישראל
  - אחר. פרט/י: \_\_\_\_\_

7. אזור מגורים
- הצפון
  - חיפה
  - ת"א
  - המרכז
  - ירושלים
  - הדרום
  - יהודה ושומרון

8. כמה זמן אורכת הנסיעה מביתך לבית החולים שיבא?
- עד חצי שעה
  - חצי שעה עד שעה
  - למעלה משעה
  - לא יודעת.

9. מה הדת שלך?
- יהודיה
  - מוסלמית
  - נוצרית
  - דרוזית
  - אחר. פרט/י: \_\_\_\_\_

10. מידת דתיות
- חילונית
  - מסורתית
  - דתית
  - חרדית
  - אחר. פרט/י: \_\_\_\_\_

11. מהי קופת החולים שלך?
- כללית
  - לאומית



- מכבי
- מאוחדת
- צה"ל
- אחר. פרט/י: \_\_\_\_\_

השכר הממוצע במשק בישראל לשכירים הוא כ-9000 ש"ח נטו לחודש:

12. איך אתה מעריך.ה את הכנסתך בשנה האחרונה ביחס לשכר הממוצע?

- הרבה מתחת לממוצע
- מעט מתחת לממוצע
- הכנסה ממוצעת
- מעט מעל לממוצע
- הרבה מעל לממוצע

13. איך אתה מעריך.ה את הכנסתם של הורייך ביחס לשכר הממוצע?

- הרבה מתחת לממוצע
- מעט מתחת לממוצע
- הכנסה ממוצעת
- מעט מעל לממוצע
- הרבה מעל לממוצע
- לא יודע.ת / לא רלוונטי

14. מהם מקורות ההכנסה שלך כיום? (ניתן לבחור יותר מתשובה אחת)

- עבודה כעצמאי.ת
- עבודה כשכיר.ה
- דמי אבטלה
- קצבת נכות מהביטוח הלאומי
- תמיכה כלכלית מהמשפחה
- מלגת לימודים
- אחר. פרט/י: \_\_\_\_\_
- אין לי כל הכנסה כיום

15. האם עסקת אי פעם לפרנסתך בזנות / עבודת מין?

- כן
- לא

16. עם כמה אנשים מלבדך אתה חולק.ת את הוצאות והכנסות משק הבית? נא לציין מספר: \_\_\_\_\_

17. כיצד אתה מעריך.ה את מצב הבריאות הכללי שלך בחודש האחרון?

- טוב מאד
- די טוב
- לא כל כך טוב
- בכלל לא טוב

18. מהי זהותך המגדרית? \_\_\_\_\_

19. מה המין שאליו שויכת בלידה?

○ זכר

○ נקבה

○ אחר. נא לפרט: \_\_\_\_\_

### שאלות על ניתוחי התאמה מגדרית

20. האם עברת ניתוח כחלק מתהליך להתאמה מגדרית?

○ כן

○ לא

(אם התשובה בשאלה 20 היא "כן", אז תופיע שאלה 21. אם היא "לא", מעבר לשאלה 22)

21. האם אתה מעוניין לעבור ניתוח או ניתוחים נוספים?

○ כן

○ לא

22. (מוצגת למי שענו "לא" על שאלה 20) האם אתה מעוניין לעבור ניתוח כחלק מתהליך התאמה מגדרית?

○ כן

○ לא

23. (מוצגת למי שענו "לא" על שאלה 22) האם היית מעוניין לעבור ניתוח לו הייתה לך האפשרות?

○ כן

○ לא

24. (מוצגת למי שענו "לא" על שאלה 21) האם היית מעוניין לעבור ניתוח נוסף לו הייתה לך האפשרות?

○ כן

○ לא

### מצב משפחתי ותמיכה

25. מצב משפחתי (כפי שרשום במשרד הפנים)

○ רווקה

○ נשוי/נשואה

○ גרושה

○ אלמן

○ אחר. נא לפרט: \_\_\_\_\_

26. מצב יחסים ומגורים

- לא בזוגיות
- בזוגיות וחיים.ות ביחד בבית אחד
- בזוגיות וחיים.ות בבתים נפרדים
- אחר. נא לפרט: \_\_\_\_\_

27. האם יש לך ילדים?

- כן
- לא

28. אילו גורמים בחיך תומכים בך בתהליכי ההתאמה המגדרית? ניתן לסמן יותר מתשובה אחת

- הורים
- אחים ו/או אחיות
- חברים קרובים
- בן.ת זוג
- משפחה מורחבת
- תמיכה מאיש/אשת מקצוע
- אחר. נא לפרט: \_\_\_\_\_

29. מה הרגשתך לגבי המשפטים הבאים? קרא.י בעיון כל משפט, וציין.י באיזו מידה הוא מתאים להרגשתך

מתאים במידה רבה מאד	מתאים במידה רבה	מתאים	מתאים לפעמים	לא מתאים	לא מתאים במידה רבה	לא מתאים במידה רבה מאד	
							יש לי אדם קרוב הנמצא בקרבתך כאשר אני נזקק.ת
							יש לי אדם קרוב.ה שאני יכול.ה לשתף בצער ובשמחה
							משפחתי מנסה באמת לעזור לי
							אני מקבל.ת ממשפחתי את העזרה והתמיכה הרגשית שאני זקוק.ה לה
							יש לי אדם קרוב.ה המהווה לגבי מקור עידוד ממשי
							החברים.ות שלי מנסים.ות באמת לעזור לי
							אני יכול.ה לסמוך על החברים.ות שלי כאשר מתעוררות בעיות
							אני יכול.ה לשוחח על בעיותיי עם משפחתי
							יש לי חברים.ות שאותן.ם אני יכול.ה לשתף בשמחתי ובצערי
							יש לי אדם קרוב.ה שרגשותיו.ה חשובים לי
							משפחתי מוכנה לעזור לי לקבל החלטות
							אני יכול.ה לדבר על בעיותיי עם החברים.ות שלי

שאלות נוספות על ניתוחים

30. מוצג בפני מי שסימנו "כן" בשאלות 23 או 24) מה עוצר בעדך מלעבור את הניתוח בו אתה מעוניין.ת? (ניתן לבחור ביותר מתשובה אחת)
- עלות הניתוח
  - מצב בריאותי
  - זמן ההמתנה לניתוח ארוך
  - לא ניתן לעבור את הניתוח בישראל
  - ניתן לעבור את הניתוח בישראל רק דרך הוועדה
  - חסר לי מידע בשביל להבין איך לעבור את הניתוח
  - אחר. פרט/: \_\_\_\_\_

31. האם שמעת על הוועדה לאישור ניתוחי התאמה מגדרית בשיבא-תל השומר?
- כן
  - לא

32. ממי שמעת על הוועדה? (ניתן לבחור ביותר מאפשרות אחת)
- א.נשים בקהילה
  - חברימות שהיו בוועדה
  - מידע מאתרי אינטרנט של מערכת הבריאות (למשל: אתר משרד הבריאות, אתר קופת החולים, אתר שיבא)
  - רופא.ת המשפחה
  - פסיכולוג.ית / עובד.ת סוציאלי.ת
  - רשת חברתית באינטרנט
  - ארגונים להט"ביים
  - ארגונים של הקהילה הטרנסית
  - אתר כל זכות
  - דרך כתבה בתקשורת
  - אחר. פרט/: \_\_\_\_\_

33. האם פנית לוועדה לאישור ניתוחי התאמה מגדרית?
- כן
  - לא

34. האם חשבת לפנות לוועדה?
- כן
  - לא

35. איזה ניתוח עברת? (ניתן לבחור יותר מתשובה אחת) **השאלה מוצגת עבור מי שסימנו "כן" בשאלה 20**
- וגינופלסטי (ניתוח תחתון לטרנסיות)
  - כריתת אשכים
  - הגדלת חזה
  - נישוי פנים
  - שיוף גרוגרת

- נישוי קול
- פאלופלסטי (ניתוח תחתון לטרנסים)
- מטוידיופלסטי (ניתוח תחתון לטרנסים)
- השטחת חזה
- הקטנת חזה
- כריתת רחם ו/או שחלות
- ניתוח אחר להתאמה מגדרית. פרט/י:

36. איזה ניתוח או ניתוחים אתה מעוניין לעבור? (ניתן לבחור יותר מתשובה אחת) **השאלה מוצגת למי שסימנו "כן"**  
**בשאלות 21 או 22.**

- וגינופלסטי (ניתוח תחתון לטרנסיות)
- כריתת אשכים
- הגדלת חזה
- נישוי פנים
- שיוף גרוגרת
- נישוי קול
- פאלופלסטי (ניתוח תחתון לטרנסים)
- מטוידיופלסטי (ניתוח תחתון לטרנסים)
- השטחת חזה
- הקטנת חזה
- כריתת רחם ו/או שחלות
- ניתוח אחר להתאמה מגדרית. פרט/י: \_\_\_\_\_

37. מתי עברת את הניתוח? **השאלה מוצגת עבור כל ניתוח שסומן בשאלה 35**

חודש: \_\_\_\_\_  
 שנה (ב-4 ספרות): \_\_\_\_\_

38. מי הגורם שמימן את הניתוח? **השאלה מוצגת עבור כל ניתוח שסומן בשאלה 35. ניתן לבחור ביותר מתשובה אחת**

- קופת החולים, דרך הוועדה לאישור ניתוחי התאמה מגדרית
- קופת החולים, לא דרך הוועדה
- ביטוח משלים של קופת החולים
- שילמתי מכיסי
- בני משפחה שילמו את עלות הניתוח
- ביטוח בריאות פרטי
- אחר. נא לפרט:

39. עד כמה אתה שבעת רצון מהניתוח שעברת, ביחס למדדים הבאים **השאלה מוצגת לגבי כל ניתוח שסומן כי התבצע,**  
**רק עבור ניתוחים במימון ציבורי. כלומר, תשובות 1 או 2 בשאלה 38.**

מאד לא מרוצה	לא מרוצה	ניטראלי	מרוצה	מאד מרוצה	
					זמן ההמתנה לניתוח
					תוצאות הניתוח

					הצוות הרפואי
					הצוות הסייעודי (אחים ואחיות)
					מידע והכנה לקראת הניתוח
					טיפול ומעקב לאחר הניתוח

40. איך אתה מתכנן לממן את הניתוח? **השאלה מוצגת לגבי כל ניתוח שסומן כמתוכנן בשאלה 36.**

- קופת החולים, דרך הוועדה לאישור ניתוחי התאמה מגדרית
- קופת החולים, לא דרך הוועדה
- ביטוח משלים של קופת החולים
- אשלם מכיסי
- בני משפחה ישלמו את עלות הניתוח
- ביטוח בריאות פרטי
- אחר
- לא יודעת עדיין

41. עד כמה השפיעו השיקולים הבאים על ההחלטה שלך אם לפנות או לא לפנות לוועדה?

לא רלוונטי	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	השפיע במידה רבה מאוד	
					זמן ההמתנה לניתוח
					עלות הניתוח
					יחס צוות הוועדה
					האפשרות לבחור מנתח/ת
					איכות תוצאות הניתוח
					חשש שישפוט אותי בתהליך
					אישור הוועדה נחוץ על מנת לעבור את הניתוח בישראל
					התנהלות בירוקרטית
					שליטה בלוח הזמנים
					מספר הפגישות הנדרש עד לאישור הוועדה
					חשש מפגיעה באוטונומיה
					חשש מאי עמידה בקריטריונים לאישור הניתוח
					ההליך בו אני מעוניינת לא ניתן דרך הוועדה
					רציתי להתנתח בגיל צעיר

42. האם הרצון להתנתח בגיל צעיר הוא שיקול שעודד אותך או הרתיע אותך מלפנות לוועדה? **השאלה הוצגה בפני מי**

**שסימנו את השיקול "רציתי להתנתח בגיל צעיר" בשאלה 41, כשיקול שהשפיע במידה רבה או רבה מאד**

43. באיזו מידה אתה מסכים עם ההיגדים הבאים?

כלל לא מסכים	לא מסכים	ניטרלי	מסכים	מסכים מאוד	
					הרמה הרפואית של הניתוחים שהוועדה מאשרת היא גבוהה
					מי שיכולה להרשות לעצמה או לעצמו, לא פונה לוועדה
					משך הזמן עד אישור הוועדה הוא ארוך
					אני יודעת מה נדרש על מנת לעבור את הוועדה

					חשוב שתהיה ועדה על מנת לוודא שאנשים לא יעברו ניתוחים שיתחרטו עליהם בעתיד
					בשביל לעבור את הוועדה, צריך להתמודד עם הרבה בירוקרטיה
					הדרישה לעבור וועדה פוגעת בפרטיות ובאוטונומיה של אנשים טרנסג'נדרים
					כל מי שרוצה לעבור את הוועדה, יכולה לעשות זאת בקלות
					אפשר לנהל שיח כנה ופתוח עם חברי הוועדה
					הפגישות שנדרשות בוועדה הן מיותרות
					מכעיס אותי שצריך להיבחן על ידי ועדה בשביל לקבל מימון לניתוח
					התהליך המקיף בוועדה נועד לסייע ולתמוך בתהליך השינוי המגדרי
					הוועדה מערימה קשיים ומעכבת את תהליך השינוי המגדרי
					התהליך בוועדה הוא מכבד ורגיש

*החלק הבאה הוצג רק בפני מי שסימנו כי פנו לוועדה*

44. מתי פנית לראשונה לוועדה?

חודש: \_\_\_\_\_

שנה: \_\_\_\_\_

45. האם קיבלת ליווי ו/או ייעוץ בפניה לוועדה מאחד הגורמים הבאים? ניתן למלא יותר מתשובה אחת.

- קבוצת פייסבוק
- רשת חברתית אחרת
- ארגון להט"ב
- ארגון טרנסי
- ליווי/ייעוץ של חבר.ה או בן/בת משפחה
- איש/אשת מקצוע
- אחר. נא לפרט:

46. האם קיבלת את האישור הסופי של הוועדה?

כן

לא

47. מתי קיבלת את האישור הסופי של הוועדה? *השאלה מוצגת למי שסימנו "כן" בשאלה 46.*

חודש: \_\_\_\_\_

שנה: \_\_\_\_\_

48. כמה פגישות נדרשו ממך עם חברי הוועדה? \_\_\_\_\_ *השאלה מוצגת למי שסימנו "כן" בשאלה 46*



49. כמה פגישות קיימת עד כה עם חברי הוועדה? \_\_\_\_\_ **הגרסה של שאלה 48, המוצגת למי שסימנו "לא" בשאלה 46**

50. כמה פגישות נדרשו ממך עבור ההערכה הפסיכולוגית? \_\_\_\_\_

51. האם התבקשת לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי?

- כן, הייתה דרישה לאבחון פסיכודיאגנוסטי
- לא הייתה דרישה, אך הומלץ לי לעבור אבחון כזה
- לא הוצגה בפניי דרישה או המלצה לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי

52. מדוע לא קיבלת את האישור הסופי של הוועדה? ניתן לבחור ביותר מתשובה אחת. **השאלה מוצגת למי שסימנו "לא" בשאלה 46.**

- לא עברה שנה מאז פנייתי
- נותרו פגישות עם חברי ועדה שעליי להשלים
- הפסקתי את התהליך בוועדה
- הוועדה דחתה את בקשתי
- אחר. פרט/י:

53. האם קיבלת התחייבות מקופת החולים (טופס 17) לכלל התורים בוועדה?

- כן, קיבלתי התחייבויות לכל התורים
- לא, לחלק מהתורים נאלצתי לשלם מכיסי

54. עד כמה היה קל או קשה לקבל התחייבויות אלו (טפסי 17)?

- קל מאוד
- קל
- לא קל ולא קשה
- קשה
- קשה מאוד

55. האם משך זמן ההמתנה לתורים היה סביר או לא?

- סביר מאוד
- סביר למדי
- לא כל כך סביר
- לא סביר
- בכלל לא סביר

56. עד כמה אתה שבע.ת רצון שלך מהשירות שניתן לך בוועדה, לפי המדדים הבאים:

מאד לא מרוצה	לא מרוצה	ניטראלי	מרוצה	מאד מרוצה	
--------------	----------	---------	-------	-----------	--

					יחס ומענה יידותי
					המענה הטלפוני
					קלות קביעת הפגישות
					שמירה על פרטיותך
					התקשורת הכתובה (מיילים ומכתבים)
					המידע שניתן על תהליך הוועדה
					המידע שניתן על הניתוחים

57. האם יש משהו נוסף שתמצאו להוסיף לגבי הוועדה, התנהלותה, מחשבותיך כלפי הוועדה או חוויתך בה?

---

58. *שאלה זו מוצגת לכל מי שענה על השאלון, ולא רק למי שפנו לוועדה.* מחשבות נוספות שתמצאו לחלוק בנושא ניתוחי התאמה מגדרית:

---



---

## שאלון המחקר מתורגם לערבית

مرحباً،

إسمي ميخال ستولر. أعرف عن نفسي امرأة عابرة (ترانس) وأنا ناشطة منذ سنوات عديدة في مجتمع الميم، بمشروع "غيلا" لتمكين العابرات والعابرين وفي إطار عملي كعامل اجتماعية في "أيجي". هذا البحث هو استمرارية لنشاطي ويهدف لتوسيع المعرفة في مجتمع الميم كي نستطيع تحسين الخدمات الطبية العامة للعمليات الجراحية للملائمة الجندرية. يدعم هذا البحث منظمات المجتمع العابر وهي مشروع "غيلا"، "معفاريم" و"ترانسيوت يسرائيل" وهو بإطار بحث الدكتوراة في جامعة بن غوريون في بئر السبع بإشراف بروفيسور ميخال كرومر- نيفو ود. باولا فيدر- بوبيس.

الإستبيان معد للعبارات بين فوق جيل ال-18.

سأكون ممنونة جداً إن استطعت تكريس ربع ساعة من وقتكم للإجابة على الأسئلة. إن لم يكن بقدرتكم الإجابة على جميع الأسئلة، من الممكن أن تستريحوا وتستمتروا بالإجابة لاحقاً. لا توجد أجوبة صحيحة أو غير صحيحة، كل جواب هو جيد ويساعدنا بالبحث.

الإشتراك هو سري وسيتم حفظ الأسئلة بشكل سري. المشاركة غير إجبارية وإن قررت عدم المشاركة، هذا من حقك ولن يمس بك بأي شكل. يحق لك التوقف عن المشاركة بكل مرحلة تختارها/ تختارينها أو الإجابة فقط على جزء من الأسئلة.

إن كانت لديك أسئلة عن البحث أو أي من الملاحظات، أو إن أردت مشاركة أي من الأفكار بعد تعبئة الإستبيان، من الممكن التواصل معي هاتفياً على رقم: 052-3272678 أو على البريد الإلكتروني: [michal.stoler@gmail.com](mailto:michal.stoler@gmail.com)

شكراً لك على المشاركة، ويسعدني إن استطعت تميرير الإستمارة لأشخاص آخرين.

ميخال ستولر.

1. هل توافقين على تعبئة هذا الإستبيان؟

- نعم  
 لا

2. هل تعرفين نفسك كعابرة (ترانس)؟

- نعم  
 لا

3. هل عمرك أكثر من 18 عام؟

- نعم  
 لا

4. بأي سنة ولدت؟ \_\_\_\_\_

5. ما هي درجة تعليمك؟

- إبتدائي  
 إعدادي  
 ثانوي  
 لقب أول  
 لقب ثاني أو أعلى  
 شهادة مهنية

6. مكان الولادة:

- إسرائيل
- آخر. الرجاء التحديد:

7. مكان السكن

- الشمال
- حيفا
- تل أبيب
- المركز
- القدس
- الجنوب
- الضفة الغربية

8. كم من الوقت تحتاج. بين للوصول من بيتك إلى مستشفى "شيبا"؟

- حتى نصف ساعة
- من نصف ساعة لساعة
- أكثر من ساعة
- لا أعرف

9. ما هي ديانتك؟

- يهودية
- مسلمة
- مسيحية
- درزية
- آخر، الرجاء التحديد:

10. درجة التدين

- علمانية
- محافظة
- متدين
- حريدي
- آخر، الرجاء التحديد:

11. بأي صندوق مرضى انت عضوة؟

- كلاليت
- لثوميت
- مكابي
- متوحيدات
- جيش الدفاع الإسرائيلي
- آخر، الرجاء التحديد:

الدخل المعدل للأجبرين في إسرائيل هو 9000 شيكل (نيتو) بالشهر:

12. كيف تقدر. بين دخلك في السنة الأخيرة مقارنة بالمعدل؟

- أقل بكثير من المعدل
- أقل بقليل من المعدل
- دخل معدل
- أعلى بقليل من المعدل
- أعلى بكثير من المعدل

13. كيف تقدر. بين دخل والديك بالنسبة للدخل المعدل؟

- أقل بكثير من المعدل
- أقل بقليل من المعدل
- دخل معدل
- أكثر بقليل من المعدل
- أكثر بكثير من المعدل
- لا أعرف. لا علاقة بالموضوع

14. ما هي مصادر دخلك حالياً؟ (ممكن إختيار أكثر من إمكانية واحدة)

- أعمل كمستقلة.
- أعمل كأجير.
- مخصصات بطالة
- مخصصات عجز من التأمين الوطني
- دعم مادي من العائلة
- منحة دراسية
- آخر، الرجاء التحديد:
- لا يوجد لدي دخل اليوم

15. هل عملت ي (أو تعمل. بين اليوم) في الزنا أو عمل الجنس لمعيشتك؟

- نعم
- لا

16. مع كم شخص (غير نفسك) تتقاسم. بين مصاريف ومدخولات البيت؟ الرجاء تحديد الرقم \_\_\_\_\_

17. كيف تقدر. بين وضعك الصحي العام في الشهر الأخير؟

- جيد جداً
- جيد
- غير جيد
- غير جيد بالمرة

18. ما هي هويتك الجندرية؟ \_\_\_\_\_

19. ما هو الجنس الذي حُصِّنَ لك عند الولادة؟

- ذكر  
 أنثى

آخر، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

20. هل مررت بعمليات جراحية كجزء من عملية الملائمة الجندرية؟

- نعم  
 لا

21. هل انت معنية أن بالمرور بعملية أو عمليات جراحية أخرى؟

- نعم  
 لا

22. هل انت معنية بالمرور بعملية جراحية كجزء من عملية الملائمة الجندرية؟

- نعم  
 لا

23. هل كنت ستمررين بعملية جراحية إن كانت لديك الإمكانية؟

- نعم  
 لا

24. لو كانت لديك الإمكانية، هل كنت ستمررين بعملية جراحية أخرى؟

- نعم  
 لا

25. الحالة الشخصية (كما هي مسجلة في وزارة الداخلية)

- أعزب/ عذباء  
 متزوجة  
 مطلق  
 أرملة

آخر، الرجاء التحديد \_\_\_\_\_

26. العلاقة الزوجية والسكن

- لست بعلاقة زوجية  
 بعلاقة زوجية ونسكن بنفس المنزل  
 بعلاقة زوجية ولا نسكن بنفس البيت  
 آخر، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

27. هل عندك أولاد؟

- نعم  
 لا

28. أي عوامل في حياتك تدعمك خلال عملية الملائمة الجندرية؟ من الممكن إختيار أكثر من جواب واحد

- الأهل
- الإخوة و.أو الأخوات
- الأصدقاء والصديقات القريبين والقريبات
- الشريكة.
- العائلة الموسعة
- دعم من شخص مهني
- آخر، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

29. ما هو شعورك بالنسبة للجمل التالية؟ الرجاء قراءة كل جملة بتمعن وتحديد بأي درجة تلائم الجملة شعورك

7= ملائم بدرجة كبيرة جداً	6= ملائم بدرجة كبيرة	5= ملائم	4= ملائم أحياناً	3= غير ملائم	2= غير ملائم بدرجة كبيرة	1= غير ملائم بدرجة كبيرة جداً	
							هنالك شخص قريب لي يسانديني كلما احتجت المساعدة
							هنالك شخص قريب يمكنني مشاركته في أحزاني وأفراحي
							عائلتي تحاول مساعدتي حقاً
							أتلقي من عائلتي الدعم والمساعدة النفسية التي أحتاجها
							هنالك شخص قريب لقلبي، يشكّل بالنسبة لي مصدر تشجيع حقيقي
							أصدقائي يحاولون مساعدتي حقاً
							استطيع أن أتكلم على أصدقائي عندما أواجه المشاكل
							أنا أستطيع التحدث عن مشاكلي مع عائلتي
							يوجد لدي أصدقاء أستطيع مشاركتهم بأحزاني وأفراحي
							هنالك شخص قريب لقلبي، ومشاعري مهمة له.
							عائلتي مستعدة لمساعدتي لإتخاذ القرارات
							أنا أستطيع التحدث بمشاكلي مع أصحابي

30. إن كنت معني.ة بالقيام بعملية جراحية للملائمة الجندرية، ماذا يمنعك من القيام بذلك؟

- تكلفة العملية
- وضعي الصحي
- وقت الإنتظار للعملية طويل جداً
- لا يمكن المرور بالعملية في إسرائيل
- يمكن المرور بالعملية في إسرائيل فقط عن طرق اللجنة
- تنقصني المعلومات كي أفهم كيف أمر العملية
- آخر، الرجاء التحديد:

31. هل سمعت عن اللجنة للموافقة على العمليات الجراحية للملائمة الجندرية في شييا- تل هشومير؟

- نعم

لا ○

32. من من سمعت عن اللجنة؟

- أشخاص في المجتمع
- اصدقاء/ صديقات كانوا في اللجنة
- معلومات من مواقع جهاز الصحة بالإنترنت (مثلاً موقع وزارة الصحة، موقع صندوق المرضى، موقع مستشفى شيبا)
- طبيب.ة العائلة
- معالج.ة نفسي.ة/ عامل.ة اجتماعي.ة
- شبكة تواصل اجتماعي بالإنترنت
- مؤسسات مجتمع الميم
- منظمات لحقوق العابرات والعابرين
- موقع "كل زخوت"
- مقال بالصحافة
- آخر، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

33. هل توجهت للجنة للموافقة على عمليات الملائمة الجندرية؟

- نعم
- لا

34. هل فكرت بالتوجه للجنة؟

- نعم
- لا

35. أي عملية جراحية مررت؟ (من الممكن إختيار أكثر من جواب)

- عملية جراحية مهبلية (عملية سفلى للعابرات)
- بتر الخصيتين
- تكبير الصدر
- تأنيث الوجه
- إزالة تفاحة آدم (جوزة الحلق)
- تأنيث الصوت
- بناء القضيب (عملية جراحية سفلى للعابرين)
- عملية متويدوبلاستي (عملية سفلى للعابرين)
- تسطيح الصدر
- تصغير الصدر
- إستئصال الرحم و/ أو المبيض
- عملية جراحية أخرى للملائمة الجندرية، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

36. أي عملية أو عمليات جراحية انت معني.ة بها؟ (من الممكن إختيار أكثر من جواب واحد)

- عملية جراحية مهبلية (عملية سفلى للعابرات)
- بتر الخصيتين
- تكبير الصدر
- تأنيث الوجه
- إزالة تفاحة آدم (جوزة الحلق)
- تأنيث الصوت



- بناء القضيبي (عملية جراحية سفلى للعابرين)
- عملية متويدوبلاستي (عملية سفلى للعابرين)
- تسطيح الصدر
- تصغير الصدر
- إستئصال الرحم و/ أو المبيض
- عملية جراحية أخرى للملائمة الجندرية، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

37. متى مررت بالعملية الجراحية

الشهر: \_\_\_\_

السنة (4 منازل): \_\_\_\_

38. من قام بتمويل العملية؟

- صندوق المرضى، عن طريق اللجنة للموافقة على عمليات الملائمة الجندرية
- صندوق المرضى، ليس عن طريق اللجنة
- خدمات الصحة المكملة لصندوق المرضى
- دفعت من جيبي
- قامت عائلتي بالدفع
- تأمين صحي خاص
- آخر، الرجاء التحديد:

39. ما مدى رضاك من العملية الجراحية التي مررت بها نسبة للمقاييس التالية؟

وقت الإنتظار للعملية	نتائج العملية	الطاقم الطبي	طاقم للمرضين والممرضات	المعلومات والتحضير للعملية	العلاج والمتابعة بعد العملية
راضية جداً	راضية	عادي	غير راضية	غير راضية	غير راضية

40. كيف تخططين تمويل العملية

- صندوق المرضى، عن طريق اللجنة للموافقة على عمليات الملائمة الجندرية
- صندوق المرضى، ليس عن طريق اللجنة
- التأمين المكمل لصندوق المرضى
- سأدفع من جيبي
- عائلتي ستمول العملية
- تأمين صحي خاص
- آخر
- لا أعرف حتى الآن

41. لأي درجة أثرت هذه العوامل على قرارك بالتوجه أو عدم التوجه للجنة؟

لا صلة بالموضوع	أثرت بدرجة قليلة	أثرت بدرجة متوسطة	أثرت بدرجة كبيرة	أثرت بدرجة كبيرة جداً	
					وقت الانتظار للعملية
					تكلفة العملية
					معاملة طاقم اللجنة
					إمكانية إختيار طبيب.ة للقيام بالعملية
					جودة نتيجة العملية
					الخوف من الحكم علي
					موافقة اللجنة على العملية ضرورية للمرور بالعملية في إسرائيل
					عمليات بيروقراطية
					التحكم بجدول الزمن
					عدد الجلسات اللازمة حتى الحصول على موافقة اللجنة
					الخوف من المس بالإستقلالية
					الخوف من عدم التوافق مع المعايير للمصادقة على العملية
					العملية التي أنا معني.ة بها لا يمكن الحصول عليها عن طريق اللجنة
					أردت المرور بعملية جراحية بجيل مبكر

42. هل كانت رغبتك بالمرور بعملية جراحية بجيل مبكر أمراً مشجعاً أم رادعاً من التوجه للجنة؟

- شجعتني بالتوجه للجنة
- ردعتني عن التوجه للجنة

43. لأي درجة توافق.ين على هذه الجمل؟

لأي درجة توافق.ين على هذه الجمل؟

لا أوافق أبداً	لا أوافق	عادي	أوافق	أوافق جداً	
					المستوى الطبي للعمليات التي توافق عليها اللجنة هو مستوى عالي
					من يستطيع أو تستطيع تمويل العملية بنفسها لا يتوجه. تتوجه للجنة
					اللجنة تحتاج لوقت طويل للمصادقة على العملية
					أعرف ما المطلوب كي أحصل على موافقة اللجنة
					من المهم أن تكون هناك لجنة كي لا يمر الناس بعمليات سيندمون عليها بالمستقبل
					للمرور باللجنة، يجب التعامل مع الكثير من البيروقراطية
					الطلب للمرور باللجنة يؤدي خصوصية واستقلالية العابرين والعابرات
					كل من يريد. تريد مرور اللجنة يستطيع. تستطيع القيام بهذا بسهولة
					من الممكن التحدث بشكل صريح مع أعضاء اللجنة
					الجلسات التي تطلبها اللجنة غير ضرورية
					يغضبني أنه يجب إختباري عن طريق لجنة للحصول على تمويل للعملية
					العملية الشاملة للجنة معدة للمساعدة والدعم للتغيير الجندي
					تصعب اللجنة وتؤخر عملية التغيير الجندي
					مراحل اللجنة حساسة ومحترمة

44. متى توجهت للجنة للمرة الأولى؟

الشهر: \_\_\_\_\_

السنة (4 منازل): \_\_\_\_\_

45. هل حصلت على المرافقة أو الإستشارة من أي من الجهات التالية عند توجيهك للجنة؟ من الممكن إختيار أكثر من إجابة واحدة

- مجموعة فيسبوك
- شبكو تواصل اجتماعي أخرى
- منظمة لحقوق مجتمع الميم
- منظمة لحقوق العابرات والعابرين
- استشارة ومرافقة من صديق.ة أو قريب عائلي
- شخص مهني.ة
- آخر، الرجاء التحديد

46. هل حصلت على الموافقة النهائية من اللجنة؟

- نعم
- لا

47. متى حصلت على الموافقة النهائية من اللجنة؟

الشهر: \_\_\_\_\_

السنة (4 منازل): \_\_\_\_\_

48. كم جلسة كانت لك مع أعضاء اللجنة؟ \_\_\_\_\_

49. كم جلسة كانت لديك حتى اليوم مع أعضاء اللجنة؟

50. كم جلسة مررت بها للتقدير النفسي؟

51. هل طُلب منك المرور بفحص تشخيص نفسي؟

- نعم
- لم يكن هنالك طلب لكن نصحوني بذلك
- لم يطلبوا أو ينصحوني بالمرور بفحص تشخيص نفسي

52. لماذا لم تحصل ي على الموافقة النهائية للجنة؟ من الممكن إختيار أكثر من إجابة واحدة

- لم يمر عام منذ توجيهي
- علي إكمال جلسات مع أعضاء اللجنة

- o أوقفت العملية مع اللجنة
- o رفضت اللجنة طلبي
- o آخر، الرجاء التحديد:

53. هل حصلت على تحويلة (توفس 17) من صندوق المرضى؟

- o نعم، لجميع الأدوار
- o لا، كان علي أن أدفع من جيبي على جزء من الأدوار

54. كم من الصعب أو السهل كان الحصول على التحويلات (توفس 17)؟

- o سهل جداً
- o سهل
- o غير سهل وغير صعب
- o صعب
- o صعب جداً

55. هل كان زمن الإنتظار للأدوار معقول أم لا؟

- o معقول جداً
- o معقول
- o ليس معقول كثيراً
- o ليس معقول
- o ليس معقول بالمرّة

56. لأي درجة أنت راضية من الخدمة التي تلقيتها من اللجنة، حسب المعايير التالية:

غير راضية بالمرّة	غير راضية	عادي	راضية	راضية جداً	
					المعاملة الودية والحسنة
					الرد على الهاتف
					سهولة تحديد اللقاءات
					الحفاظ على خصوصيتك
					التواصل بالكتابة (الرسائل والأيملات)
					المعلومات عن طريقة عمل اللجنة
					المعلومات التي أعطيت عن العمليات الجراحية

57. هل هنالك شيء آخر تودين بإضافته بالنسبة للجنة، طريقة عملها، أفكارك تجاه اللجنة أو تجربتك مع اللجنة؟

58. أفكار أخرى تريد.ين مشاركتها بموضوع عمليات الملائمة الجندرية:

شكراً لك على تعبئة الإستبيان!

إن كانت لديك أسئلة أو أي من الملاحظات بعد التعبئة من الممكن التواصل معي على هاتف رقم: 052-3272678 أو أيميل: [michal.stoler@gmail.com](mailto:michal.stoler@gmail.com)

שם המשתנה	סוג	ערכים אפשריים	הערות
משתנים תלויים			
פנייה לוועדה	נומינלי	כן / לא	
מקור לניתוחים שבוצעו	נומינלי	קופת חולים דרך הוועדה, קופת חולים שלא דרך הוועדה, ביטוח משלים של קופת החולים, שילמתי מכיסי, בני משפחה שילמו את עלות הניתוח, ביטוח בריאות פרטי, אחר	הייתה אפשרות לבחירה מרובה. בניתוח הנתונים ערכים אלו קודדו מחדש ל: פרטי, ציבורי, משולב
מקור לניתוחים מתוכננים	נומינלי	קופת חולים דרך הוועדה, קופת חולים שלא דרך הוועדה, ביטוח משלים של קופת החולים, אשלם מכיסי, בני משפחה ישלמו את עלות הניתוח, ביטוח בריאות פרטי, אחר, לא יודעת. עדיין	הייתה אפשרות לבחירה מרובה. בניתוח הנתונים ערכים אלו קודדו מחדש ל: פרטי, ציבורי, משולב, לא יודעת.
משתנים בלתי תלויים			
זהות מגדרית	נומינלי	שאלה פתוחה	קודד מחדש ל"גבר", "אשה", "א-בינארי"
מין בלידה	נומינלי	זכר, נקבה, אחר	
גיל	רציף	18 ומעלה	נמדד באמצעות שנת לידה
השכלה	סדר	יסודית, חטיבת ביניים, תיכונית, תעודה מקצועית, תואר ראשון, תואר שני ומעלה	
ארץ לידה	נומינלי	ישראל, אחר	
אזור מגורים	נומינלי	הצפון, חיפה, ת"א, המרכז, ירושלים, הדרום, יהודה ושומרון	על פי החלוקה למחוזות במשרד הבריאות
מרחק מבית החולים שיבא	סדר	עד חצי שעה, חצי שעה עד שעה, למעלה משעה, לא יודעת.	
דת	נומינלי	יהודיה, מוסלמי, נוצרי, דרוזי, אחר	
מידת דתיות	סדר	חילונית, מסורתית, דתית, חרדית, אחר	
מהי קופת החולים שלך	נומינלי	כללית, לאומית, מכבי, מאוחדת, צה"ל, אחר	
מצב בריאותי	סדר	טוב מאוד, די טוב, לא כל כך טוב, בכלל לא טוב	
הכנסה	סדר	הרבה מתחת לממוצע, מעט מתחת לממוצע, הכנסה ממוצעת, מעט מעל לממוצע, הרבה מעל לממוצע	
הכנסת הורים	סדר	לא יודעת / לא רלוונטי, הרבה מתחת לממוצע, מעט מתחת לממוצע, הכנסה ממוצעת, מעט מעל לממוצע, הרבה מעל לממוצע	
מקורות הכנסה	נומינלי	עבודה כעצמאי, עבודה כשכיר, דמי אבטלה, קצבת נכות מהביטוח הלאומי, תמיכה כלכלית מהמשפחה, מלגת לימודים, אחר, אין לי כל הכנסה כיום	
עיסוק בעבודת מין	נומינלי דיכוטומי	כן, לא	
מצב משפחתי	נומינלי	רווק, נשוי/נשואה, גרושה, אלמן, אחר	
מצב יחסים ומגורים	נומינלי	לא בזוגיות, בזוגיות וחיים. ות ביחד בבית אחד, בזוגיות וחיים. ות בבתיים נפרדים, אחר	

ילדים	נומינלי דיכוטומי	כן, לא	
תמיכה חברתית ומשפחתית	רציף	סולם 1-7	אינדקס שנוצר ממוצע התשובות לשאלון תמיכה חברתית ומשפחתית נתפסת
תמיכת משפחה	רציף	סולם 1-7	אינדקס שנוצר ממוצע תשובות 3,4,8,11 שאלון תמיכה חברתית ומשפחתית נתפסת
תמיכת חברים	רציף	סולם 1-7	אינדקס שנוצר ממוצע תשובות 6,7,9,12 בשאלון תמיכה חברתית ומשפחתית נתפסת
תמיכת משמעותי אחר	רציף	סולם 1-7	אינדקס שנוצר ממוצע תשובות 1,2,5,10 בשאלון תמיכה חברתית ומשפחתית נתפסת
מקורות תמיכה בתהליך			ניתן לסמן יותר מאפשרות אחת
מקורות מידע על הוועדה			א.נשים בקהילה, חבריסות שהיו בוועדה, מידע מאתרי אינטרנט של מערכת הבריאות, רופא.ת המשפחה, פסיכולוג.ית / עובד.ת סוציאלי.ת, רשת חברתית באינטרנט, ארגונים להט"ביים, ארגונים של הקהילה הטרנסית, אתר כל זכות, דרך כתבה בתקשורת, אחר
סוג הניתוח שהתבצע או הניתוח המבוקש	נומינלי		וגינופלסטי (ניתוח תחתון לטרנסיות), כריתת אשכים, הגדלת חזה, נישוי פנים, שיוף גרוגרת, נישוי קול, פאלופלסטי (ניתוח תחתון לטרנסים), מטוידיופלסטי (ניתוח תחתון לטרנסים), השטחת חזה, הקטנת חזה, כריתת רחם ו/או שחלות, ניתוח אחר להתאמה מגדרית
מועד הניתוח	רציף	חודש ושנה	
מועד לווועדה	רציף	חודש ושנה	
תפיסה חיובית כלפי הוועדה	רציף	1-5	ממוצע התשובות להיגדים הבוחנים את תפיסות הוועדה
שיקולים בהחלטה האם לפנות לוועדה	סדר/רציף	1-5	סדרה של 14 שיקולים. חלקם התקבצו לשני גורמים – בירוקרטיה, חשש מטרנספוביה
סיבות לזיכור על ניתוחים	נומינלי		עלות הניתוח, מצב בריאותי, זמן ההמתנה לניתוח ארוך, לא ניתן לעבור את הניתוח בישראל, ניתן לעבור את הניתוח בישראל רק דרך הוועדה, חסר לי מידע בשביל להבין איך לעבור את הניתוח, אחר
קבלת אישור הוועדה	נומינלי דיכוטומי	כן, לא	
מועד קבלת אישור הוועדה	רציף	חודש ושנה	
האם התבקשת לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי	נומינלי		כן הייתה דרישה לאבחון פסיכודיאגנוסטי, לא הייתה דרישה אך הומלץ לי לעבור אבחון כזה, לא הוצגה בפניי דרישה או המלצה לעבור אבחון פסיכודיאגנוסטי

	לא עברה שנה מאז פנייתי, נותרו פגישות עם חברי ועדה שעליי להשלים, הפסקתי את התהליך בוועדה, הוועדה דחתה את בקשתי, אחר	נומינלי	סיבות קבלת הוועדה לא-אישור
	כן לכל התורים, לא לחלק שילמתי מכיסי	נומינלי דיכוטומי	קבלת התחייבות לתורי הוועדה
	קל מאד, קל, לא קל ולא קשה, קשה, קשה מאד	סדר	קלות התחייבות קבלת
	סביר מאד, סביר למדי, לא כל כך סביר, לא סביר, בכלל לא סביר	סדר	משך ההמתנה לתורים זמן
נוצר אינדקס שביעות רצון מממוצע ההיגדים	מאד מרוצה, מרוצה, ניטרלי, לא מרוצה, מאד לא מרוצה	סדר/רציף	שביעות מהשירות בוועדה רצון



מקורות מימון לניתוחים שהתבצעו :

1. נערך קידוד מחדש לתשובות. מימון קופת חולים דרך או שלא דרך הוועדה - קודד למימון ציבורי. מימון ביטוח משלים, ביטוח פרטי, שילמתי מכיסי, בני משפחה שילמו – קודד למימון פרטי. כאשר סומן במקביל מימון פרטי וציבורי – קודד למימון משולב. טקסט חופשי שהופיע ב"אחר" קודד ידנית בהתאם לתוכן. ניתוח הנתונים נעשה ראשית עבור כל ניתוח בנפרד.
2. יצירת משתנה שמאגד את מימון כל הניתוחים אותם עברה משתתפת. מי שכל הניתוחים שעברו התבצעו במימון פרטי קיבלו במשתנה זה ערך "פרטי". מי שכל הניתוחים שעברו התבצעו במימון ציבורי קיבלו את הערך "ציבורי". מי שעברו חלק מהניתוחים במימון פרטי וחלק ציבורי, או עברו ניתוח במימון משולב קיבלו את הערך "משולב".
3. לצורך ניתוח רגרסיה לוגיסטית, בשלב האחרון של ניתוח הנתונים קובצו הערכים "ציבורי" ו"משולב" ליצירת משתנה חדש שערכיו הם "מימון פרטי בלבד" ו"היה שימוש במימון ציבורי".

מקורות מימון לניתוחים מתוכננים :

קידוד דומה לזה שנעשה עבור הניתוחים שהתבצעו, אך נוספה קטגוריה "לא יודע". קיבלו את ערך זה מי שסימנו "לא יודע". או מי שסימנו מימון ממקורות רבים, למשל, מימון ועדה ותשלום מהכיס.

זהות מגדרית :

1. התשובות הפתוחות שהתקבלו קודדו ידנית. מי שכתבו : קוויר, ג'נדרקוויר, א-בינארי, נונבינארי, דמי, חסרת מגדר, א-ג'נדר, ללא, א-מגדרית, ג'נדרפאק, mb trans, לא מגדיר, נטול מגדר, פלואידי, וג'נדרפלואיד קודדו כ"א-בינארי". מי שכתבו : בן, זכר, גבר, זכר, טרנס, ترانس, FTM, טרנסקסואל, טרנסג'נדר, בחור, בוי, transmasculine קודדו כ"גבר". מי שכתבו : אשה, נקבה, בת, טרנסית, MTF, אישה טרנסית, טרנסג'נדרית, טרנסקסואלית, TGirl, متحوله, انثي, ترانسيت, קודדו כ"אשה".

2. לבחינת אמינות הקידוד, נערכה הצלבה של נתונים אלו עם המשתנה "מין בלידה" ועם המשתנים ניתוחים שבוצעו וניתוחים מבוקשים.

מין בלידה

בהצלבה בין הניתוחים שהתבצעו/הניתוחים המבוקשים לבין מין בלידה, התגלו בחלק מהמשתתפים אי אחידות. כלומר, סומן "נקבה" בלידה, אך גם רצון בניתוח וג'נופלסטי והגדלת חזה. מקרים אלו נבדקו ידנית בהשוואה לניתוחים ולמשתנה הזהות המגדרית - כאשר הניתוחים הצביעו על מגמה מסוימת (למשל, רק ניתוחים להשגת נראות נשית), משתנה המין בלידה שונה בהתאם. אם הייתה אי עקביות, משתתפת זו סומנה כלא אמינה והוסרה מניתוח הנתונים.

קידוד מחדש: ת"א והמרכז קודדו ל"המרכז". כל השאר קודדו כ"פריפריה".

הכנסת ההורים

סדר המסיחים השתנה בניתוח הנתונים. האפשרות "לא יודעת / לא רלוונטי" קודדה מחדש כרמת ההכנסה הנמוכה ביותר. מתוך הנחה כי מי שהכנסת ההורים אינה רלוונטית עבורם, לא קיבלו כל תמיכה כלכלית מהוריהם.

תמיכה חברתית ומשפחתית נתפסת

1. נערך חישוב עקיבות פנימית לאינדקס הכללי (כל 12 ההיגדים), ולגורמים השונים: תמיכת משפחה (היגדים 3,4,8,11), תמיכה חברים (היגדים 6,7,9,12), תמיכת אחר משמעותי (היגדים 1,2,5,10), ונמצאה עקיבות פנימית גבוהה.
2. חושב ממוצע 12 ההיגדים ונקבע אינדקס כללי לתמיכה משפחתית וחברתית נתפסת. חושבו ממוצעי ההיגדים המתאימים לכל גורם ונקבעו אינדקסים.

מקורות מידע על הוועדה

על בסיס התשובות למשתנה זה נוצר משתנה חדש "מקור מידע קהילתי". ערכיו: "כן" עבור מי שסימנו לפחות אחד מהמקורות: א.נשים בקהילה, חבריסות שהיו בוועדה, ארגונים להט"ביים, ארגונים של הקהילה הטרנסית. "לא" עבור מי שלא סימנו אף אחד ממקורות אלו.

סוג הניתוח שהתבצע/סוג הניתוח המבוקש

בניתוח תשובותיהם של משתתפים AFAB קובצו התשובות "ניתוח להקטנת חזה" ו"ניתוח להשטחת חזה" לקטגוריה אחת. וכן התשובות "ניתוח מתוידופלסטי" ו"ניתוח פאלופלסטי".

תפיסות על הוועדה

1. היפוך קטגוריות 1-5 ל-5-11 עבור היגדים 2,3,6,7,10,11,13.
2. התבצע ניתוח גורמים ונמצא כי ההיגדים מהווים גורם אחד.
3. חישוב עקיבות פנימית אלפא קרונבך והסרת ההיגדים 2,4 שפגעו בעקיבות.
4. יצירת אינדקס תפיסה חיובית כלפי הוועדה לפי חישוב ממוצע התשובות.

שיקולים בהחלטה האם לפנות לוועדה

1. התבצע ניתוח גורמים ונמצאו שני גורמים – אחד המכיל את היגדים 1,4,5,8,9,10 והשני את היגדים 3,6,11,12.
2. מהגורם הראשון הוסרו היגדים 4,5 בשל אי התאמה תכנית, וניתן לו השם "בירוקרטיה". לגורם השני ניתן השם "חשש מטרנספוביה".
3. ניתוח האינטרקציות בין שיקולים למשתנים אחרים נערך עבור שני הגורמים, וכן עבור כל אחד מההיגדים בנפרד.

סיבות לאי-קבלת אישור הוועדה

במקור, שאלה זו הוגדרה בשאלון ככזו אשר ניתן לסמן עבורה יותר מתשובה אחת. בעת ניתוח הנתונים התברר שקיימת היררכיה בין התשובות. התשובות קודדו מחדש לפי ההיגיון הבא:

1. בכל מקרה שבו מישהי סימנה כי הפסיקה את התהליך - זו התשובה ה"חזקה" יותר, וזו נשארה. גם אם סומנו לצידה "נותרו פגישות" או "לא עברה שנה".
2. המקרים בהם סומנו התשובות "לא עברה שנה" וגם "נותרו פגישות", יקודדו מחדש כ"לא עברה שנה". ע"פ ההיגיון כי משך הזמן מסביר מדוע לא נערכו כל הפגישות.
3. כתוצאה מהצעדים הקודמים, התשובה החדשה "נותרו פגישות" תכיל רק את מי שלא הפסיקו את התהליך וממשיכות בו למעלה משנה.
4. התשובה "הוועדה דחתה את בקשתי" נשארת כמו שהיא, משום שכבר במקור לא סומנה ביחד עם תשובות אחרות.
5. לתשובות הפתוחות המפורטות ב"אחר" נערך קידוד ידני לפי ההיגיון המפורט למעלה.

#### שביעות רצון מהשירות בוועדה

1. חושבה עקיבות פנימית אלפא קרונבך ונמצא גבוהה.
2. חושב ממוצע התשובות ל-7 ההיגדים העוסקים בשביעות הרצון מהשירות ונוצר אינדקס.

#### טרנספורמציות לצורך ביצוע ניתוח רגרסיה לוגיסטית

1. ערכים חסרים: במשתנים אשר היו חסרים עד 10% מהערכים במשתנים, הוחלפו הערכים החסרים בממוצע או השכיח, כתלות בסוג המשתנה.
2. זהות מגדרית: על מנת לבחון את ההשפעה של א-בינאריות, נוצר משתנה חדש "מגדר לא בינארי" שקיבל את הערך 1 אם הזהות המגדרית היא א-בינארית ו-0 אם הזהות המגדרית היא אשה או גבר.

**هل لديك ربع ساعة للإجابة على بعض الأسئلة والمساعدة بتحسين الخدمات الطبية التي يتلقاها مجتمع العابرات والعابرين (الترانس) المتعلقة بعمليات الملائمة الجندرية؟**

**اولي יש לכם. רבע שעה לעזור לשפר את השירות הרפואי שהקהילה שלנו מקבלת סביב ניתוחים להתאמה מגדרית?**

**ענו על שאלון אנונימי للإجابة على الأسئلة بشكل سري**

**هل لديك ربع ساعة للإجابة على بعض الأسئلة والمساعدة بتحسين الخدمات الطبية التي يتلقاها مجتمع العابرات والعابرين (الترانس) المتعلقة بعمليات الملائمة الجندرية؟**

**اولي יש לכם. רבע שעה לעזור לשפר את השירות הרפואי שהקהילה שלנו מקבלת סביב ניתוחים להתאמה מגדרית?**

**ענו על שאלון אנונימי**

**هل لديك ربع ساعة للإجابة على بعض الأسئلة والمساعدة بتحسين الخدمات الطبية التي يتلقاها مجتمع العابرات والعابرين (الترانس) المتعلقة بعمليات الملائمة الجندرية؟**

**اولי יש לכם. רבע שעה לעזור לשפר את השירות הרפואי שהקהילה שלנו מקבלת סביב ניתוחים להתאמה מגדרית?**

**للإجابة على الأسئلة بشكل سري**

**גורמים המשפיעים על מקורות מימון בקרב טרנסיות שסומנו כזכרים בלידתן.** בגלל הקשר ההדוק שנצפה בין סוג הניתוח שהתבצע למקור המימון, ומשום שסוגי הניתוחים המתבצעים שונים בין מי שסומנו בלידתן כזכרים ומי שסומנו בלידתם כנקבות, הוחלט לבחון את ההשפעות על מקור המימון בחלוקה לפי מין. נמצא כי בשתי הקבוצות גורמים שונים הם על בקשר מובהק למקורות המימון. לוח 1 מציג את מקורות המימון לניתוחים בקרב טרנסיות שסומנו בלידתן כזכרים, לפי משתנים נומינליים. בקרב קבוצה זו נמצא כי עיסוק בעבודת מין והשכלה הם בקשר מובהק עם מקורות המימון לניתוחים. זהו קשר ייחודי אשר לא נצפה בכלל המדגם.

משתנים נוספים שנמצאו בעלי קשר מובהק למקורות המימון הם ביצוע ניתוח להגדלת חזה, ביצוע ניתוח תחתון, הכנסה כעצמאית, קיומם של ילדים. משתנים נוספים שנבדקו והשפעתם לא נמצאה מובהקת הם: מידת דתיות, קופת חולים, קצבת נכות, הכנסת ההורים, מגדר א-בינארי, וכן בין המשתנים מקור מידע קהילתי על הוועדה, תמיכה כלכלית מהמשפחה, תמיכת חברים קרובים ואזור מגורים. בעוד ארבעת המשתנים האחרונים נמצאו בעלי קשר מובהק למקורות המימון בקרב כלל המשתתפים, קשר זה לא נמצא מובהק בקרב מי שסומנו בלידתן כזכרים.

טבלה 1 מציגה את ההבדלים שנמצאו בין מקורות המימון במשתנים הכמותיים, בקרב טרנסיות שסומנו בלידתן כזכרים. הבדלים מובהקים נמצאו בשנת הניתוח הראשון ובתמיכת אחר משמעותי, כאשר מי שהתנתחו במימון משולב, פרטי וציבורי, דיווחו על יותר תמיכת אחר משמעותי בהשוואה למי שהתנתחו במימון פרטי בלבד. משתנים כמותיים נוספים שנבדקו ולא נמצאו בהם הבדלים מובהקים הם: גיל, תמיכה משפחתית וחברתית – אינדקס כללי, תמיכת משפחה, תמיכת חברים, תפיסות על הוועדה, שיקולים – גורם בירוקרטיה, שיקולים – גורם חשש מטרנספוביה.

טבלה 1. מקורות מימון בקרב טרנסיות AMAB, לפי משתנים נומינליים

$\chi^2$	Df	N	משולב	ציבורי	פרטי	
20.76***	2					<b>ניתוח להגדלת חזה</b>
		60	15.0%	25.0%	60.0%	עברה
		41	4.9%	70.7%	24.4%	לא עברה (אבל עברה ניתוחים אחרים)
13.55**	2					<b>ניתוח תחתון</b>
		43	20.9%	51.2%	27.9%	עברה
		58	3.4%	37.9%	58.6%	לא עברה (אבל עברה ניתוחים אחרים)
11.90**	2					<b>הכנסה כעצמאית</b>
		18	27.8%	11.1%	61.1%	כן
		82	7.3%	50.0%	42.7%	לא
27.54***	2					<b>האם אי פעם עסקת בעבודת מין</b>
		53	7.5%	22.6%	69.8%	כן
		46	15.2%	67.4%	17.4%	לא
20.51***	4					<b>השכלה</b>
		70	7.1%	32.9%	60.0%	עד תיכונית
		11	27.3%	63.6%	9.1%	תעודה מקצועית

שולב	מ	S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M
8.40*	2	20	15.0%	70.0%	15.0%		
		9	22.2%	77.8%	-		
8.14*	2	81	9.9%	39.5%	50.6%		
		83	8.4%	39.8%	51.8%		
17.01**	4	18	22.2%	61.1%	16.7%		
		69	8.7%	52.2%	39.1%		
		23	8.7%	21.7%	69.6%		
		6	50.0%	16.7%	33.3%		

השכלה אקדמית  
**האם יש לך ילדים?**  
 כן  
 לא  
**ארץ לידה**  
 ישראל  
 אחר  
**דת**  
 יהודיה  
 מוסלמית/נוצרית/דרוזית  
 ללא דת/דת אחרת

טבלה 2. הבדלים בין קבוצות המימון, בקרב טרנסיות AMAB

סולם	F	משולב		ציבורי		פרטי		
		S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	
	6.223**	6.34	2014.82	4.57	2017.24	8.19	2011.95	שנת ניתוח ראשון
1-7	3.376*	2.03	5.05 <sup>a</sup>	1.94	3.60 <sup>ab</sup>	1.77	3.32 <sup>b</sup>	תמיכת אחר משמעותי

**השפעה על מקורות מימון בקרב טרנסים - מי שסומנו כנקבות בלידתם.** טבלה 3 מציגה את מקורות המימון ניתוחים בקרב טרנסים שסומנו כנקבות בלידתם, לפי משתנים נומינליים. נמצא קשר בין מידת דתיות לבין מקורות המימון בקרב קבוצה זו. מי שעברו ניתוחים במימון פרטי בלבד מהווים רוב גדול בקרב החילוניים (84.2%), אך מיעוט בלבד בקרב מסורתיים (25.0%) ובקרב הדתיים (40.0%). קשר בין מקור מימון למידת דתיות לא נמצא בקרב טרנסיות שסומנו בלידתן כזכרים או בקרב כלל המדגם.

משתנים נוספים שנמצאו עם קשר מובהק למקור המימון הם דת, מקור מידע על הוועדה, קבלת תמיכה כלכלית מהמשפחה ותמיכת חברים קרובים. משתנים נוספים שנבדקו ולא נמצאו בעלי השפעה מובהקת הם זהות מגדר, גובה ההכנסה, גובה הכנסת ההורים, השכלה, אזור מגורים, מקורות תמיכה בתהליך (מלבד תמיכת חברים קרובים), מקורות הכנסה (מלבד תמיכה כלכלית מההורים) ועיסוק בעבודת מין.

טבלה 3. מקורות מימון בקרב טרנסים AFAB, לפי משתנים נומינליים מקורות מימון לניתוחים

χ <sup>2</sup>	Df	רק פרטי		רק ציבורי		משולב	דת
		82.1%	15.4%	0.0%	100.0%		
18.41**	4	2.6%	15.4%	0.0%	100.0%		יהודי (n=78)
		-	42.9%	57.1%	-		מוסלמי/נוצרי/דרוזי (n=4)
		-	42.9%	57.1%	-		ללא דת/דת אחרת (n=7)

				<b>מידת דתיות</b>	
19.92***	4	1.3%	14.5%	84.2%	חילוני (n=76)
		12.5%	62.5%	25.0%	מסורתי (n=8)
		-	60.0%	40.0%	דתי (n=5)
10.27**	2	<b>מקור מידע על הוועדה</b>			
		1.2%	21.7%	77.1%	מקור מידע קהילתי (n=83)
		25.0%	0.0%	75.0%	מקור אחר (n=4)
6.49*	2	<b>תמיכה כלכלית מהמשפחה</b>			
		-	-	100.0%	מקבל תמיכה כלכלית (n=17)
		2.8%	26.4%	70.8%	לא מקבל תמיכה כלכלית (n=72)
11.42**	2	<b>תמיכה מחברים קרובים</b>			
		2.8%	15.3%	81.9%	יש תמיכה מחברים קרובים (n=72)
		-	58.3%	41.7%	אין תמיכה מחברים קרובים (n=12)

טבלה 4 מציגה את ההבדלים שנמצאו בין מקורות המימון במשתנים הכמותיים, בקרב טרנסים שסומנו בלידתם כנקבות. הבדלים מובהקים נמצאו בתפיסות הוועדה ובשיקולי בירוקרטיה, בדומה לנמצא בכלל המדגם. בדומה לטרנסיות שסומנו בלידתן כזכרים, גם בקרב מי שסומנו כנקבות, נמצא הבדל בתמיכת אחר משמעותי, אך כיוון ההבדל הפוך. בקרב טרנסים שסומנו כנקבות, מי שהתנתחו במימון פרטי דיווחו על תמיכה רבה יותר מאחר משמעותי. משתנים כמותיים נוספים שנבדקו ולא נמצאו מובהקים הם: גיל, תמיכת משפחה, תמיכת חברים, שיקולים – גורם חשש מטרנספוביה ושנת הניתוח הראשון.

טבלה 4. הבדלים בין מקורות המימון, בקרב טרנסים AFAB

סולם	F	מימון משולב n=2		מימון ציבורי בלבד n=18		מימון פרטי n=62		
		S.D.	M	S.D.	M	S.D.	M	
1-7	3.36*	2.12	3.25	1.89	3.47	1.73	4.63	תמיכת אחר משמעותי
1-5	8.95***	0.12	3.67 <sup>a</sup>	0.82	2.37 <sup>b</sup>	0.50	2.06 <sup>b</sup>	תפיסה חיובית כלפי הוועדה
1-5	4.57*	0.82	3.58 <sup>ab</sup>	0.72	3.50 <sup>b</sup>	0.86	4.16 <sup>a</sup>	שיקולים – גורם בירוקרטיה

**גרגסיה לוגיסטית לניבוי מקורות מימון לניתוחים בקרב טרנסיות AMAB.** בשל השפעתם של גורמים הקשורים

במין בלידה, על מקורות המימון לניתוחים, התבצעה גרגסיה לוגיסטית נוספת עבור כל קבוצה בנפרד. למשוואת הגרגסיה הוכנסו כלל המשתנים אשר יצאו מובהקים בניתוח דו-משתני, והורדו בזה אחר זה לפי רמת המובהקות, עד אשר התקבלה משוואת אשר כל משתניה בעלי קשר מובהק למקורות המימון. במודל שהתקבל מופיעים המשתנים ניתוח וגינפולסטי, הגירה, עיסוק בעבודת מין בעבר ו/או בהווה, תפיסות הוועדה ושנת הניתוח הראשון. טבלה 5 מציגה את מקדמי המשתנים ואת יחס הסיכויים. מודל זה נמצא כמובהק סטטיסטית ( $\chi^2(5)=47.430, p<0.001$ ). המודל הסביר 50.1% מהשונות ( $R^2$  Nagelkerke) במשתנה מקורות המימון לניתוחים ומנבא נכונה 76.2% מהמקרים. עיסוק בעבודת מין בעבר ו/או בהווה מגביר את הסיכוי

למימון פרטי לניתוח, בעוד מי שעברו ניתוח וגינולפסטי, היגרו ישראל, מחזיקות בתפיסות חיוביות על הוועדה ועברו את הניתוח הראשון לאחרונה, סיכוייהן גדלים לעבור ניתוחים במימון ציבורי.

טבלה 5. רגרסיה לוגיסטית לניבוי מקורות מימון בחלוקה לפי מין בלידה

משתנה	מקדם (B)	יחס הסיכויים (OR)
בקרב טרנסיות שסומנו בלידה כזכרים (AMAB)		
ניתוח וגינולפסטי	1.554	4.728*
הגירה	1.498	4.473*
עיסוק בעבודת מין	-1.474	0.229**
תפיסה חיובית כלפי הוועדה	0.964	2.263**
שנת הניתוח הראשון	0.159	1.173*
בקרב טרנסים שסומנו בלידה כנקבות (AFAB)		
הגירה	2.13	8.42*
תפיסה חיובית כלפי הוועדה	1.15	3.17*
מידת דתיות	1.61	5.01*
הכנסת ההורים	-0.45	0.64*

**רגרסיה לוגיסטית לניבוי מקורות מימון לניתוחים בקרב טרנסים.** על מנת לבחון את השפעת המצטברת של גורמים שונים על שימוש במימון פרטי לעומת ציבורי או משולב, בוצעה רגרסיה לוגיסטית, אליה הוכנסו משתנים סוציו-דמוגרפיים שונים אשר נמצאו בקשר מובהק עם מקורות המימון במבחנים הדו-משתניים. טבלה 5 מציגה את המודל האחרון, לאחר הסרת המשתנים אשר השפעתם אינה נמצאה כמובהקת סטטיסטית במודל הרגרסיה. במודל שהתקבל מופיעים המשתנים הגירה, תפיסות הוועדה, מידת דתיות והכנסת ההורים. מודל זה נמצא כמובהק סטטיסטית ( $\chi^2(4)=30.93, p<0.001$ ). המודל הסביר 44.2% (Nagelkerke R<sup>2</sup>) מהשונויות במשתנה מקורות המימון לניתוחים ומנבא נכונה 80.9% מהמקרים.

נמצא כי הגירה לישראל מארץ אחרת, תפיסות חיוביות על הוועדה ומידת דתיות גבוהה מגדילות את הסיכוי למימון ציבורי לעומת פרטי. לעומת זאת, הכנסת ההורים היא בקשר הפוך למימון, כאשר הכנסה גבוהה מעלה לעומת זאת את הסיכוי למימון פרטי.



## **Abstract**

This study examines the ways in which transgender people in Israel employ public health services versus private healthcare to undergo affirming surgeries. The work assesses the scope of applications, the characteristics of the applicants and the considerations taken into account in choosing either private or public channels, and the experiences of the applicants to the Public Surgeries Approval Board.

## **Background**

Many transgender people are interested in different gender affirming surgeries. These can improve quality of life and mental well-being, and reduce distress and suicidal tendencies. Gender affirming surgeries include unique procedures specifically designed for transgender people, as well as procedures routinely performed on cisgender people (those who identify according to the gender assigned to them at birth) such as breast augmentation or breast reduction. Unlike cisgenderers, transgenders who wish to undergo these surgeries are often required to prove their mental fitness for the surgeries.

There are two leading approaches to determining policies regarding gender affirming surgeries: gatekeeping and informed consent. The gatekeeping approach, held by the Israeli Ministry of Health, imposes on health professionals, especially mental health professionals, the responsibility to diagnose and determine who will be eligible to get gender affirmation treatments. In contrast, the informed consent approach holds that decision on gender affirming treatments can be made by a physician-patient discussion, emphasizing the right of transgender people over their own bodies.

Gender affirmation surgeries have been performed within the public healthcare system in Israel since 1986, when the Ministry of Health first established a dedicated board to approve these surgeries. In 2014, the requirements made by the Board were eased. According to current requirements, only patients from the age of 18 can apply to the Board, and applicants are required to undergo follow-ups for about a year. Private

healthcare providers are prohibited from performing any gender affirmation surgeries. In practice, this policy is not enforced with regard to surgeries that do not involve the genitalia and these are performed in Israel privately without restrictions. First-hand accounts reveal that public healthcare services have low accessibility and that there are significant barriers for accessing them. This study is the first in Israel that seeks to examine the applications to public healthcare services versus private healthcare services with regard to gender affirmation surgeries.

### **Research questions**

1. What is the ratio of applications to public healthcare services versus private healthcare services for gender affirmation surgeries?
2. What are the characteristics of applicants to each of the channels?
3. What are the major considerations when choosing a channel for the surgeries?
4. What are the experiences of those who apply to the Public Surgeries Approval Board?

### **Method**

The research is a cross-sectional quantitative research. The questionnaire was designed and distributed in corporation with members of the transgender community, which the author is a member of, and with the community's organizations. Reaching out to participants in the research was made on social media during the months of January-February 2021. The questionnaire included socio-demographic details, perceived family and social support questionnaire, questions about desire in surgeries and applying to the Board, details about planned and performed surgeries, decision considerations in applying to the Board, the Board's perceptions and satisfaction from the Board's procedures. Apart from the perceived family and social support questionnaire, and the satisfaction questionnaire, the questionnaires were written specifically for the purpose of this study.

To reach maximum respondents, the questionnaire was distributed online in Hebrew and Arabic. Data analysis was performed using Chi-squared tests, Pearson and Spearman's rank correlation coefficients, T-test for independent samples, One-way ANOVA, and logistic regression. 385 participants responded to the questionnaire.

## **Results**

About half of the participants of this research were assigned male at birth and about half females. The average age of the respondents is 29.35 (SD 9.37). The monthly income of 62.1% of the sample is well below the average. 40.3% receive disability pension from the National Insurance Institute. 21.9% of the total sample and 35.6% of the trans women were engaged in past or present sex work.

With regard to funding for surgeries already performed, most respondents reported that they funded the surgeries privately. The type of surgery has a significant impact on the source of funding. Breast surgeries were performed for the most part using private healthcare services, while surgeries involving the genitalia, which require the Board's approval in order to be performed in Israel, were mostly done using public healthcare funding. Regarding these surgeries, it was found that a high percentage of those who are interested in them have not yet undergone the desired surgery, compared to the breast surgeries.

A little over half of the participants in this research applied to the Board. The applicants to the public healthcare services for performing the surgeries are characterized by a lower socio-economic status, as displayed by country of birth, place of residence, parents' income and sources of income, as well as little social support. Trans women tend to apply to public healthcare more than trans men, while very few non-binary people turn to public healthcare services.

The Board is considered a negative factor by the community, especially due to bureaucratic aspects it involves, while the Board members' attitude is perceived as reasonable. In deciding whether to apply to the

Board, the considerations that were found to be most important are considerations of bureaucracy, cost and quality of the surgeries' results. Participants who applied to the Board reported bureaucratic difficulties such as difficulties in obtaining obligations from the HMOs as well as non-uniform requirements including a requirement to undergo a psychodiagnostic diagnosis that some of the participants were required to while others were not. The Board applicants' answers indicate uncertainty regarding the financing of the surgeries, even after receiving the Board's approval. At the same time, there has been an improvement in the satisfaction from the Board among those who have applied to it in recent years and a significant shorter waiting time to get the Board's approval.

## **Discussion**

The status of public healthcare services for gender affirmation surgeries and the Ministry of Health policies constitute a barrier that makes it difficult for transgender people to use these services. The ratio of gender affirmation surgeries performed with private financing is significantly higher compared to the ratio of private financing of all surgeries performed in Israel. Most transgender people privately fund gender affirmation surgery, despite widespread economic hardship which is prevalent in the transgender community. When examining the differences between the desire for surgeries and the surgeries actually being performed, it is hypothesized that many of those who are unable to turn to private healthcare services are forced to postpone receiving treatment or even give it up altogether.

The public channel is approached mainly by those who are unable to turn to private healthcare due to their socio-economic background and / or because surgeries they desire are not available in Israel through private healthcare. This finding is consistent with the trans community's perception of the Board as a last resort for only those who cannot afford other options.

The main barriers to seeking public healthcare services are bureaucratic barriers directly related to the policy of the Ministry of Health, which refrains from publishing a clear procedure and standards of care, and does not address the uncertainties surrounding the Board's activities. Along with bureaucratic difficulties and long waiting times, applicants to the Board encounter non-uniform requirements, such as the requirement to undergo a psychodiagnostic diagnosis, which is not stated in any circular or published procedure. These barriers may result in the waiver or postponement of treatment, or the transition to private healthcare. Contrary to the findings of previous studies, many of this study participants reported that they were satisfied with the treatment they received by the Board.

### **Importance of the study, implications and directions for future research**

This study was conducted from within the trans community and for it, and as such got a high response rate and wide participation. With 385 participants, this is the largest study conducted to date on the trans community in Israel. The conclusions of the study are that in order to improve the public healthcare services and provide transgender people with a proper medical service as guaranteed by the National Health Insurance Law, a fundamental change and a new mechanism for approving surgeries is required. This mechanism should be based on up-to-date professional approaches advocating informed consent and community healthcare, in order to reduce bureaucratic red tape. The Ministry of Health should also regulate the issue of gender affirmation surgeries with the HMOs and work to shorten the long waiting times for surgeries.

BEN-GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV  
THE FACULTY OF HUMINITIES AND SOCIAL SCIENCES  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK





# Public Versus Private Healthcare Utilization Among Transgender Persons in Israel Seeking to Undergo Gender Affirming Surgeries

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER  
OF ARTS DEGREE

MICHAL STOLER

UNDER THE SUPERVISION OF:

PROF. MICHAL KRUMER-NEVO & DR. PAULA FEDER-BUBIS

Signature of student:		Date: 12.10.2021
Signature of supervisor:		Date: 12.10.2021
Signature of supervisor:		Date: 12.10.2021
Signature of chairperson of the committee for graduate studies:		Date: 12.10.2021

October 2021

BEN-GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV  
THE FACULTY OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

# Public Versus Private Healthcare Utilization Among Transgender Persons in Israel Seeking to Undergo Gender Affirming Surgeries

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR  
THE MASTER OF ARTS DEGREE

MICHAL STOLER  
UNDER THE SUPERVISION OF:  
PROF. MICHAL KRUMER-NEVO  
DR. PAULA FEDER-BUBIS

OCTOBER 2021