

תעשיית הלידה בישראל*

אומי לייסנר**

א. הקדמה. ב. הקרב הבסיסי על הילודה – מיילדות לעומת רופאים.
ג. ההיריון של החוק – תכנית קנב. ד. צירי הלידה של החוק. ה. לידתו של החוק. ו. המרוויחים העיקריים מן החוק: בתי החולים ומשרד הבריאות. ז. התפתחויות בתחום מתן השירותים הרפואיים. ח. כניסת עורכי הדין המתמחים ברשלנות רפואית. ט. ניסיונות התנגדות לחוק. י. ניתוח החוק מבחינת זכויות האדם. יא. סיכום ומסקנות ראשוניות בנוגע לעתיד.

“The wishes of the woman are the only valid argument in obstetrics. Her will must be decisive: if she wants to have birth without any intervention, without anesthesia, without having an episiotomy, if she wants to give birth at home in the presence of her husband, and if she wants to hold her baby right after birth and put it to her breast, if there are no medical contraindications, she must be allowed to do so. She must be free to choose the place of delivery. Financial arguments should not be the main ones in making this choice”.

[Dr. Gerrit-Jan Kloosterman, famous Dutch obstetrician]¹.

* מאמר זה הוצג בכנס השנתי של האגודה הישראלית למשפט וחברה, שנערך בדצמבר 2008 באוניברסיטה העברית בירושלים.
** דוקטור לפילוסופיה בלימודי מגדר ומשפטים, מוסמך ובוגר במשפטים. תודותיי לשירה ארד שעזרה לי בתרגום המאמר מאנגלית; לכרמל שלו, לענת הרבסט ולנעמי לבנקרון שקראו או שוחחו אתי עליו. חלקים ממאמר זה מבוססים על ממצאים מן הדוקטורט שלי: “חוקי הלידה ולידה כחוק במדינת ישראל” (בר־אילן, 2005) שנכתב בסיוע “מלגת הנשיא” ומכון הדסה-ברנדייס.

א. הקדמה

כותרת המאמר וכך גם השימוש התדיר שנעשה במונח "סחר בנשים", מנסים לשקף את המציאות העכשווית שבה גופן של נשים יולדות הופך להיות מקור הכנסה של אחרים, רק בשל תהליך הלידה שהן עוברות.²

מטרת מאמר זה היא למפות את הדרכים המגוונות שבהן מופק כסף מן היולדות בישראל – כמעט תמיד על חשבון זכותן החוקית לבחירה חופשית ולאוטונומיה על גופן, ולעתים קרובות מאוד אף על חשבון בריאותן ורווחתן. טענתי המרכזית היא כי מצב דברים זה אינו חוקי, לפחות מבחינה חוקתית, ואף אינו ראוי, בייחוד במדינת ישראל, המעודדת לידה כמעט בכל מחיר.³

במאמר זה אתמקד בעיקר בהוראת חוק הביטוח הלאומי משנת 1953 (להלן: "החוק"), שלפיה רק יולדות אשר מתאשפזות לצורך הלידה תוכלנה לזכות בכיסוי הוצאות הלידה שלהן מטעם המדינה, ובדמי כיס האמורים לעזור לה ברכישת ציוד בסיסי לרך הנולד.⁴ החוק הביא, תוך שנים ספורות, למעבר כמעט מוחלט של לידות מהבית אל בתי החולים.⁵ בפועל, ניתן בכך לבתי החולים מונופול על הטיפול ביולדות. אמנם היו ניסיונות לטעון שהאשפוז האמור מוצדק מבחינה בריאותית, אולם טענה זו מעולם לא הוכחה.⁶ בנסיבות אלה אני מוצאת לנכון להתייחס אל החוק כעוסק במתן מונופול כלכלי לכל דבר, ומכאן הניסיון להבין מיהם הנהנים ממנו ומיהם הניזוקים ממנו.

1 Rineke van Daalen & Reinie van Goor, *Interview with Professor Gerrit-Jan Kloosterman, in SUCCESSFUL HOME BIRTH AND MIDWIFERY: THE DUTCH MODEL 191*, 195 (Eva Abraham-Van der Mark ed., 1996).

2 במקום זה, מן הראוי לציין את ס' 377 לחוק העונשין, התשל"ז-1977 (שתוקן בס' 1 לחוק איסור סחר בבני אדם (תיקוני חקיקה), התשס"ז-2006 (תיקון מס' 91 לחוק העונשין)). בסעיף 377א(ד) ניתן לראות הרחבה של הגדרת המושג "סחר באדם", היינו "מכירה או קניה של אדם או עשיית עסקה אחרת באדם, בין בתמורה ובין שלא בתמורה". סחר יכול להיות גם בגופו של אדם אחד ואין צורך ששני אנשים יסחרו בו.

3 ישראל מממנת טיפולי פוריות באופן חסר תקדים, יחסית לשאר מדינות העולם. למעשה, ניתן לומר שהלידה היא רק נקודה אחת על רצף של אירועי סחר/הנפקת רווח שנעשים בנשים בקשר לפרייהן. תחילתו של רצף זה בטיפולי פרייהן, המשכו במעקב היריון אשר כולל מספר עצום של בדיקות (ביחס למדינות אחרות בעולם), וסופו בשירותים כגון שמירת הדם הטבורי של הוולד לאחר הלידה. אני מודה לד"ר כרמל שלו על הערה זו.

4 ס' 30 לחוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953 – ראו חלק ה' להלן.

5 ראו להלן ה"ש 45-47 והטקסט הנלווה אליהן.

6 ראו להלן ה"ש 21 ו-35 והטקסט הנלווה אליהן.

בעמודים הבאים אטען כי החוק היטיב בבירור עם בתי החולים, בכלל, ועם הרופאים העובדים שם, בפרט. חשוב לציין, כבר עתה, כי רווחי הרופאים מתעשיית הלידה הושגו לרוב על חשבונן של המיילדות, שהן המטפלות המסורתיות של היולדות לאורך השנים. יתר על כן, בעיקר משנות השמונים ואילך, נכנסו בעלי אינטרסים נוספים לזירת הלידה, כגון יצרני טכנולוגיית לידה, גותני שירותים רפואיים פרטיים וכן עורכי דין המתמחים בתביעות של רשלנות רפואית. במאמר זה אתאר את האינטרסים הכלכליים של גורמים אלו בלידה. עם זאת, אתמקד בייחוד בחלקה של המדינה.

אכן, נראה כי בעצם חקיקת החוק היה למדינה תפקיד מעצב בהפיכת היולדה ל"תעשייה" בישראל. נוסף על כך, אצביע על ההטבות הכלכליות הרבות אשר המדינה – ובפרט משרד הבריאות – מניבה מן החוק. בהמשך אטען כי בנסיבות אלה, שבהן לא רק הרופאים כקבוצה מרכזית בחברה נהנים באופן כה ישיר מן החוק, אלא גם משרד הבריאות מרוויח ממנו, קל יותר להסביר את הסירוב העיקש של נציגיו לאורך השנים לתקנו, לפחות בכל הקשור להסדרי התשלום הטמונים בו.

מובן שאין בהסבר שאציע כדי להצדיק את הסירוב לשנות את החוק, אולם, מבחינה מעשית, עשוי הסבר זה לסייע בחיפוש אחר אסטרטגיה יעילה יותר לשמירה על זכויותיהן של נשים אלה. כך למשל אפשר להפנות את הטיפול ביולדות לרשויות מדינה אלטרנטיביות אשר אינן מרוויחות מן החוק באותה מידה. הפנייה לרשויות אלה, כגון רשויות הרווחה, עשויה להשיג תוצאות טובות יותר בשטח ובה בעת גם להיות בעלת תועלת סימלית. זאת, תוך הכרה בכך כי לידה איננה מחלה, השייכת לתחום בריאות הציבור, אלא תהליך טבעי וחלק מרווחתו, וכן כי זכותן המלאה של נשים יולדות לעצב אותה בהתאם לרצונותיהן ולצרכיהן האישיים⁷.

ב. הקרב הבסיסי על היולדה – מיילדות לעומת רופאים

כשמדברים על "תעשיית הלידה", תת-הנושא המרכזי הוא הקרב המתחולל זה שנים בין שתי הקבוצות של אנשי המקצוע שמטפלים בגוף האישה היולדת, כלומר בין המיילדות לבין הרופאים. המיילדות ידועות כמטפלות המסורתיות בנשים יולדות; הרופאים כבשו את תחום הלידה לפני כמאתיים שנה בלבד, ובמיוחד לקראת החצי השני של המאה התשע-עשרה.

7 השוה להלן הטקסט הנלווה לה"ש 140.

ה"קרב" שניצת בין רופאים למיילדות היה, למעשה, מיותר למדי, שהרי לאורך ההיסטוריה, המיילדות היו אחראיות על הלידות הרגילות והרופאים על הלידות הפתולוגיות. עם זאת, בתקופה המודרנית, רופאים לא היו מוכנים להסתפק עוד בחלק פעוט זה של השוק, ובמידה רבה הצליחו להשתלט על תחום הלידה כולו על ידי הפיכת כל הלידות לפתולוגיות או לכאלה בעלות פוטנציאל פתולוגי⁸. אפשר לומר שהאשפוז השכיח של יולדות מסמל את הניצחון האולטימטיבי של הרופאים בקרב שניהלו עם המיילדות⁹. ברוב המדינות המפותחות, מטרה זו הושגה בשלב כלשהו במאה הקודמת, בעיקר לאחר המלחמה¹⁰.

אולם ספק אם המעבר העצום של נשים יולדות אל בתי החולים יכול היה להתרחש ללא התמיכה שקיבלו הרופאים מן המדינות שבהן שהו. במילים אחרות, אף שרופאים הצליחו לשכנע את קובעי המדיניות שלידה בבית מסוכנת יותר¹¹, קשה לומר שלממשלות לא היו אינטרסים משלהן במעבר האמור, לרבות אינטרסים כלכליים.

בעניין זה הצביעו חוקרים על שתי דוגמאות לפחות. דוגמה אחת קשורה בקיומן של מיטות מיותרות בבתי חולים. מיטות אלה "סיפקו דרישה סמויה בלידות תחת אשפוז והוסיפו ללחץ על רופאים להביא לידות אל בית החולים"¹². הדוגמה השנייה נובעת מן ההבנה הכללית שריכוז של מספר גדול של חולים במקום אחד הוא חסכוני פי כמה עבור מתכננים וספקים, מאשר הענקת טיפול בבתים או בבתי חולים קטנים¹³. האירוניה היא שגישה זו מובילה, בדרך כלל, להקמת בתי חולים גדולים ליולדות אשר הופכים עם הזמן

- 8 ראו למשל: Karen L. Michaelson, *Childbirth in America: A Brief History and Contemporary Issues*, in *CHILDBIRTH IN AMERICA: ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVES*, 1–32 (Karen L. Michaelson ed., 1988); Richard W. Wertz & Dorothy C. Wertz, *Notes on the Decline of Midwives and the Rise of Medical Obstetricians*, in *THE SOCIOLOGY OF HEALTH AND ILLNESS: CRITICAL PERSPECTIVES* 134–146 (Peter Conrad ed., 1986).
- 9 משמעות המונח "אשפוז שכיח" (Universal Hospitalization) היא שכ-99% מן הלידות מתרחשות באשפוז.
- 10 Eugene Declercq, Raymond DeVries, Kirsi Viisainen, Helga B. Salvesen, & Sirpa Wrede, *Where to Give Birth? Politics and the Place of Birth*, in *BIRTH BY DESIGN: PREGNANCY, MATERNITY CARE, AND MIDWIFERY IN NORTH AMERICA AND EUROPE* 7, 14 (Raymond G. De Vries, Cecilia Benoit, Edwin R. van Teijlingen & Sirpa Wrede eds., 2001).
- 11 REBECCA M. ALBURY, *THE POLITICS OF REPRODUCTION: BEYOND THE SLOGANS* 158–159 (1999); MARJORIE TEW, *SAFER CHILDBIRTH: A CRITICAL HISTORY OF MATERNITY CARE* 10, 25–27 (1998).
- 12 Declercq, DeVries, Viisainen, Salvesen & Wrede, לעיל ה"ש 10, בעמ' 8.
- 13 שם, בעמ' 11.

למרכזי טכנולוגיה משוכללים. כפי שנראה בהמשך, באופן זה הופכת הלידה ליקרה הרבה יותר.

בישראל שתי התמות המתוארות לעיל – המאבק המקצועי של רופאים במיילדות והחישובים הכלכליים של רשויות הבריאות המקומיות – היו קיימות ככל הנראה עוד לפני קום המדינה. במהלך המחצית הראשונה של המאה שעברה, קופת חולים "כללית", היחידה שהייתה קיימת בפלשתינה המנדטורית (להלן: "קופת החולים"), הייתה ערבה לעזרה רפואית לחברות המבוטחות בין שאלה ילדו בבית חולים (פרטי או ציבורי) ובין שבבית. במקרה של לידה בבית, סיפקו ליולדת מיילדת מטעם קופת החולים, או כיסו את הוצאותיה של מיילדת שאיננה מטעם קופת החולים. כמו כן, דאגה קופת החולים לספק עזרה במשק הבית לאחר הלידה כאשר התעורר הצורך בכך¹⁴.

למעשה, בעשורים הראשונים של המאה, ממילא לא יכלו בתי החולים לשכן את כל היולדות. בנסיבות אלה רופאים עשו ככל יכולתם על מנת להרחיק את היולדות שאינן בסיכון מבתי החולים¹⁵. באחד המכתבים שנשמרו בארכיונים הציוניים, נמצא אחד מהרופאים הבכירים אף ממליץ לספק לנשים מענק כספי קטן כדי שהן לא תגענה לבתי החולים במקרים של לידה רגילה¹⁶. על כל פנים, כעבור זמן מה, ומסיבות שונות שאינן זה המקום לפרטן, הגיעה קופת החולים למסקנה כי בתי החולים חסכוניים יותר בעלות

14 קנב, להלן ה"ש 19, בעמ' 161, 247. יש לציין כי המונח "נשים מבוטחות" כולל את רעיותיהם של חברים מבוטחים.

15 אומי לייסנר "ללדת ועוד איך – חוקי הלידה הלאומיים בתקופת היישוב" (צפוי להתפרסם בעיונים בתקומת ישראל (סדרת נושא מגדר בישראל), 2010) על בסיס הרצאתי שנשאאה אותו שם וניתנה בכנס בנושא האמהות בתקופת היישוב (בר-אילן, פברואר 2007); גבריאלה אדמון-ריק לידה, פיקוח והגוף הנשי: מדיקליזציה של הלידה בא"י בתקופת המנדט הבריטי (1918–1948) (עבודת גמר לתואר "מוסמך אוניברסיטה", אוניברסיטת תל-אביב – הפקולטה למדעי הרוח, 2005); אייל כתבן ונירה ברטל "על 'סידור הפרקטיקה של הילוד': עיון בפקודת המיילדות בארץ-ישראל (1929) ובמשמעויותיה" (צפוי להתפרסם בחוקה אחת ומשפט אחד לאיש ולאשה: נשים, זכויות ומשפט בתקופת המנדט (ד"ר אייל כתבן, פרופ' מרגלית שילה ופרופ' רות הלפרין-קדרי עורכים, 2009) (עותק מן הטיוטה נמצא בידי המחברת).

16 מכתב מד"ר מ' ליבונטין, מנהל סניף תל-אביב להנהלת הדסה, לכבוד הנהלת הדסה (24.11.1926).

הלידות, והחלה לספק לנשים עזרה בעיקר בבתי החולים¹⁷. פועל יוצא של כך הוא, שעד לאמצע שנות ה-40 כמעט כל הלידות בקרב היישוב היהודי התרחשו בבתי החולים¹⁸.

ג. ההיריון של החוק – תכנית קנב

בשנת 1948 נוסדה המדינה, ובהתאם לאידאל הציוני הסוציאליסטי, אחד הצעדים הראשונים שלה היה מינוי ועדה בין-משרדית שתקים שירותים של ביטוח לאומי בישראל, כולל ביטוח אימהות. בראש הוועדה, שהתכנסה בינואר 1949, עמד ד"ר יצחק קנב, אשר נחשב לאב המייסד של הביטוח הלאומי בישראל. ב-1950 הוציאה הוועדה האמורה (להלן: "ועדת קנב") דו"ח (להלן: "תכנית קנב"), אשר הניב כמה מהרטוריקות היפות ביותר בנוגע למעמד האם¹⁹. בין היתר, נאמר שם כי "הדעה המסורתית, כי האשה מקומה אך ורק בבית, פינתה דרך להלכי-רוח חדשים המעניקים לאישה מידה גדולה יותר של בחירה חפשית ועצמאות". כמו-כן נאמר כי "נוכחנו לדעת, שאם עתיד האומה תלוי בילדיה, הרי האחריות לגידול הילדים רובצת על החברה כולה"²⁰.

בהמשך להצהרות אלו עלתה השאלה איזה סוג של סיוע רפואי יינתן לנשים יולדות, והאם יינתן לאלה היולדות בבית או רק לאלה היולדות בבית חולים. תכנית קנב גילתה העדפה מסוימת ללידות בבתי חולים, בציינה לדוגמה ש"נוהג זה של הלידות בתוך בית החולים המקובל כיום בארץ – ברכה רבה בו, אם נשפוט לפי שיעורי התמותה הנמוכים של היולדות בקרב היישוב היהודי בארץ"²¹. בה בעת הדגישה התכנית שלידה בבית חולים אינה בהכרח הדרך היחידה להגן על הנשים היולדות ועל צאצאיהן: "כדאי לציין", כך נאמר, "כי כמה ארצות הגיעו להישגים חשובים בבטחונה הבריאותי של היולדת, אף על פי ששם נפוצות ביותר דווקא הלידות בבית"²². בנוסף, בצעד שיכול להתפרש רק כהבנה והערכה

17 "קנבסקי הביטוח הסוציאלי בארץ-ישראל: הישגיו ובעיותיו" 248 (1942), שם נכתב כי שחר הטיפול והעזרה בבית נהיה יקר מדי. ראו גם כתבן וברטל, לעיל ה"ש 15, בטקסט הנלווה לה"ש 148–150. ראו גם לייסנר, לעיל ה"ש 15 וראו גם אדמון-ריק, לעיל ה"ש 15, בעמ' 90–95 לשאלת הקשר שבין שיקולים כלכליים לבין הרחבת מחלקות היולדות באותן שנים.

18 קנבסקי, לעיל ה"ש 17, בעמ' 248; תכנית קנב, להלן ה"ש 19, בעמ' 165.

19 "קנב תכנית לביטוח סוציאלי בישראל: דין וחשבון הבינמשרדית לתיכנון הביטוח הסוציאלי (משרד העבודה והביטוח העממי, 1950) (להלן: "תכנית קנב").

20 שם, בעמ' 160.

21 שם, בעמ' 165; וראו גם קנבסקי, לעיל ה"ש 17, בעמ' 251.

22 תכנית קנב, לעיל ה"ש 19, בעמ' 165. ראו גם אומי לייסנר "לידה, חוק, הביצה והתרנגולת" (צפוי להתפרסם בהאם המשפט חשוב (דפנה הקר ונטע זיו עורכות, 2010)). המאמר האמור משווה בין החוקים ותרבויות הלידה בישראל ובהולנד.

עמוקה של זכויות האדם שהקדימה את זמנה, הצהירה תכנית קנב: "ברור כי שיטתנו ביחס לאשפוז היולדות צריכה להיות מבוססת לא רק על התנאים הרפואיים, אלא גם על העדפתה האישית ותנאיה המיוחדים של היולדת"²³.

המלצותיה האופרטיביות של ועדת קנב היו מתואמות בעיקר עם השיטה שייסדה במקור קופת חולים "כללית". כלומר כל אישה תהיה זכאית לקבל שירותים רפואיים ללא תשלום בעת הלידה, בין שהיא יולדת בבית חולים ובין שהיא יולדת בביתה. במקרה של לידה בבית, היא תקבל עזרה חינוך ממיילדת או מרופא, וכן עזרה במשק הבית – באמצעות מענק כספי השווה לשלושה ימי אשפוז²⁴. עם זאת, הוסיפו את ההסתייגות הבאה: "זכות זאת [ללדת בבית] תינתן לה בתנאי שהרמה ההיגנית ותנאי הדיור ישיעו את רצון [הרשויות]". ההשערה הייתה כי "הגבלה זו תפחית עד למינימום את מספר לידות-הבית במקומות העלולים לסכן את בריאות האם והתינוק גם יחד"²⁵. מן הראוי לציין כי ועדת קנב המליצה גם לספק לאם אמצעים להחלמה בביתה ללא תשלום במקרים מסוימים, מענק כספי לרכישת ציוד בסיסי לתינוק וכן "דמי לידה" עבור אימהות המרוויחות משכורת ("אימהות עובדות"), שעם הזמן היו אמורים להינתן אף לעקרות בית²⁶.

ד. צירי הלידה של החוק

בעקבות המלצותיה של ועדת קנב, הצעת חוק הביטוח הלאומי שהונחה על שולחן הכנסת בשנת 1952, הציעה לספק לכל יולדת "שי לנולד", הן בכסף והן בשווה כסף, ללא תנאים מוקדמים²⁷. אולם כעבור כשנה וחצי, הצעה ראשונית זו הוחלפה בהצעה אחרת שהבטיחה ליולדת שתקבל "מענק לידה", וזאת רק בתנאי שתאושפו בבית החולים לצורך הלידה²⁸. התפתחות זו מעלה את השאלה מה בדיוק התרחש במעבר בין שתי הצעות חוק סותרות אלה? ממבחר המסמכים שחקרתי בעניין עולה המסקנה הבאה: באותה עת רווחו שתי

23 תכנית קנב, לעיל ה"ש 19, בעמ' 166.

24 שם.

25 שם.

26 שם, בעמ' 14–15.

27 הצעת חוק הביטוח הלאומי, התש"יב-1951, ה"ח 64, 69.

28 ד"כ 15, 157 (התשי"ד). "מבוטחת זכאית – ואם איננה בחיים, זכאי בעלה או האפוטרופוס על הנולד, הכל לפי הענין – לקבל מהמוסד מענק לידה בשווי של 55 לירות; המענק יינתן ליולדת, אם הזדקקות לאשפוז, ולרכישת ציוד בשביל הנולד, או ציוד בעין בשבילו, הכל כפי שייקבע בתקנות".

השקפות – היו כאלה, בעיקר רופאי בתי החולים, אשר תמכו בלידות בכתי חולים בלבד; והיו כאלה אשר תמכו בהענקת האפשרות לנשים ללדת גם בביתן.

הקבוצה האחרונה כללה עובדים סוציאליים, בעלי תפיסה רחבה יותר באשר לבריאות הציבור, כמו למשל, קנב עצמו²⁹. היא כללה קבוצות דתיות, לדוגמה: החרדים והדרוזים אשר התנגדו לכך שנשים תלדנה בכתי חולים בנוכחות רופאים גברים³⁰. כמו כן, היא כללה רופאים, ובעיקר רופאי משפחה, שעבורם הוצאת הלידות מהקהילה לבית החולים עלולה לגרום להפסד כספי³¹.

בהיעדר עדות מוכחת על יתרונות הבריאות הברורים הכרוכים במדיניות של לידה באשפוז³², שאלת מיקום הלידה הפכה בעיקר לשאלה של השקפה אישית או שיקולים אידאולוגיים, כלכליים ואף פוליטיים. אמנם הקבוצה שתמכה באפשרות הבחירה הרחבה יותר זכתה ב"סיבוב" הראשון, אך הקבוצה שתמכה בלידה בבית החולים בלבד זכתה ב"סיבוב" השני, והוא שקבע.

ניצחונה של הקבוצה השנייה הושג בעיקר במהלך ישיבות ועדת המשנה שמונתה על מנת לנסח סופית את החוק (להלן: "ועדת המשנה"), וניתן לייחסו בעיקר למאמץ המרוכז של חבר הכנסת בן ציון הראל, אחד מחברי הכנסת היחידים בהיסטוריה של מדינת ישראל

MICHAEL A. WEINGARTEN, CHANGING HEALTH AND CHANGING CULTURE: THE YEMENITE JEWS IN ISRAEL 120–121 (1992); HAIM BARKAI, THE EVOLUTION OF ISRAEL'S SOCIAL SECURITY SYSTEM: STRUCTURE, TIME PATTERN AND MACROECONOMIC IMPACT 45 (1998).

לעניין התנגדות הדרוזים ראו למשל דחיית המל"ל של בקשת ראשי הקהילה הדרוזית בעניין הוותור על תנאי האשפוז בקשר לילדות בטענה "שאסור לדרוזים הדתיים לשלוח את נשותיהם לבית חולים אלא במקרה של צורך ואז הטיפול ייעשה ע"י רופאה ולא ע"י רופא". מכתב מחמזה סלאמן עזאם, למנהל המוסד לבטוח לאומי בישראל או לנוגעים בדבר במשרד הדתות (16.6.1958). נאמר גם: "אנו משלמים את מה שהטילו עלינו ועל כן יש לנו זכות לקבל את המגיע לנו". מכתב מחמזה סלאמן עזאם, לכבוד מנהל המשרד לבטוח לאומי בישראל (26.6.1958). המל"ל דחה את הפנייה במילים אלה: "אין החוק מסמיך אותנו להתחשב בהשקפות אשר מונעות הזדקקות כזאת ולכן אין לנו ברירה אלא לדחות את הבקשה". מכתב מאת זאב ויל, ב/מנהלת בטוח אמהות, לכבוד מר חמזה סלאמן עזאם (28.7.1958). לעניין התנגדות החרדים, ראו למשל להלן ה"ש 41 והטקסט הנלווה לה.

ח' ש' הלוי "ביטוח אמהות במסגרת בריאות הציבור: ציוני דרך בעבר ותוואי לעתיד" בטחון סוציאלי 20, 134, 136 (1980).

תכנית קנב, לעיל ה"ש 19, בעמ' 165: "שאלת הסיכון היחסי בין הלידה בבית והלידה בבית-החולים עדיין לא הובררה די צרכה".

שהיה רופא בעצמו³³. הראל הזמין את פרופ' תיאודור גרושקה לדבר בפני ועדת המשנה. גרושקה, רופא בכיר במערכת הבריאות המקומית באותה תקופה, שכנע סופית את חברי הוועדה בדבר נחיצות האשפוז בעניין הלידה³⁴.

מן הראוי לציין כי אחת הטענות המרכזיות שתמכו בנחיצות החוק הייתה הירידה באחוזי התמותה בלידות, אשר יוחסה לשיעורי האשפוז שעלו באותן שנים, כאמור. אולם כלל ידוע בסטטיסטיקה הוא שאין היא מוכיחה ממצא אחד אלא לאחר שנעשתה קורלציה עם ממצא אחר. בעניין הנדון הקורלציה הרלוונטית הנה בין אחוזי התמותה הנמוכים בלידה לבין אחוזי האשפוז של היולדות³⁵. השוואה זו מעולם לא בוצעה בישראל. לעומת זאת, החוקרת הידועה, מרג'רי טיו (Tew), חקרה את הדבר באנגליה ומצאה כי אחוזי תמותה נמוכים בלידה קשורים מעל לכול לשיפורים במצב בריאותן הכללי של היולדות. עוד מצאה כי אחוזי התמותה היו אף קטנים במהירות רבה יותר לולא אשפוזן של היולדות³⁶.

למותר לציין כי עובדות אלה לא הוצגו בפני חברי ועדת המשנה, והם השתכנעו במהרה בדבר ההכרח בחובה ללדת בבית החולים. מכאן ואילך, נסבו הדיונים סביב השאלה מהם

33 www.knesset.gov.il/mk/heb/mk.asp?mk_individual_id_t=386 (נבדק לאחרונה ב- 15.6.2009). ראו גם יעל ישי "עוצמת הרופאים במדינת הרווחה – מסגרת ניתוחית וחקר-מקרה ישראלי" בטחון סוציאלי 41, 20, 36 (1994); הלוי, לעיל ה"ש 31, בעמ' 139.

34 ראו הדיון בפרוטוקול ישיבה מס' 12/ב של ועדת המשנה של ועדת העבודה לחוק הביטוח הלאומי, הכנסת, 1 (24.2.1953) (להלן: "פרוטוקול 12/ב"). על הדעות של גרושקה. ד"ר תיאודור גרושקה עצמו כיהן כמנהל בית חולים כאשר בסוף 1939 החליטה "הדסה" שמנהל בית החולים בתל-אביב חייב להיות איש ניהול במשרה מלאה, ולא קלינאי כמקודם. בתקופתו של גרושקה חלו שינויים רבים בבית החולים, והוא התרחב באופן ניכר. בפרט עבד גרושקה קשה על מנת להשיג עוד מיטות ליולדות. בשנת 1944 הועמד ד"ר גרושקה בראש שירות רפואי רחב שהוקם לעולים בראשות הסוכנות היהודית והדסה. ראו נסים לוי פרקים בתולדות הרפואה בארץ-ישראל 1799–1948, 241, 444 (1998). וכן בשאלת אשפוז היולדות ראו אדמון-ריק, לעיל ה"ש 15, בעמ' 73, 91–95.

35 יש שמטילים ספק בדבר ערכן של סטטיסטיקות אלה, כגון: הלוי, לעיל ה"ש 31, בעמ' 136 ("קשה להסיק מן הנתונים הסטטיסטיים, כי חובת האשפוז של היולדות היתה גורם בעל משקל רב בירידת תמותת התינוקות"); ראו גם שפרה שורץ "הסתדרויות נשים למען אימהות בארץ-ישראל: פעילותן של 'הדסה', 'הסתדרות נשים עבריות' ו'ויצ"ו' להקמת תחנות אם וילד בארץ-ישראל בשנים 1918–1948" בטחון סוציאלי 51, 57, 78, ה"ש 79 (1998).

36 Tew, לעיל ה"ש 11, בעמ' 34–36. בספר טוענת טיו כי הממסד הרפואי הבריטי הסתיר ממצאים אלה מן הציבור. שם, בעמ' 30. כמו כן, בהקדמה לספר היא מתארת את הקשיים הרבים שהיא נתקלה בהם בכוואה לפרסם את ממצאיה בהתחלה.

האמצעים שצריך לנקוט על מנת להבטיח שכל הנשים יתאשפזו עם הגיע מועד הלידה³⁷. בסופו של דבר, הפתרון נמצא בהפחתת "דמי הלידה" – אותו סכום שישולם ל"אמהות עובדות" בתקופת חופשת הלידה שלהן. בפרט הוחלט לשלם לאמהות משתכרות אלה רק 75% ממשכורתן, וכי היתרה תשמש למימון "מענק הלידה" לכלל היולדות, ובכלל אלה עקרות בית³⁸.

יוצא שבניגוד לרטוריקה שהובאה לעיל, האחזיות להבאת ילדים לעולם הוטלה, בסופו של דבר, לא על "החברה כולה" אלא על **הנשים כולן**³⁹, ובאשר "להלכי רוח חדשים המעניקים לאשה מידה גדולה יותר של בחירה חפשית ועצמאות", הרי אם לשפוט לפי חובת האשפוז שנקבעה כתנאי למענק הלידה, נראה שגם הם ירדו לטמיון.

ה. לידתו של החוק

אם כך, כאשר הונחה על שולחן הכנסת הצעת החוק החדשה, ב־18 בנובמבר 1953, היא קבעה את זכאותה של כל יולדת ישראלית ל"מענק לידה", אשר נועד לרכישת ציוד עבור הרך הנולד ולהוצאות האשפוז, בתנאי שהיולדת "הזדקקה לאשפוז בקשר ללידה"⁴⁰. בפועל, גם במעמד זה נשמעו כמה קולות שהתנגדו לכלול את האשפוז בין התנאים המוקדמים לקבלת מענק הלידה. לעניין זה ראו למשל את דברי חבר הכנסת שלמה לורנץ (ממפלגת "אגודת ישראל"):

37 למעשה, ככל שירידות אלה אירעו עוד לפני חקיקת החוק, הן עשויות להצביע על כך שלא היה כלל צורך בחקיקת החוק הדרקוני שבסופו של דבר נחקק. לעניין זה ראו הלוי, לעיל ה"ש 31, בעמ' 135.

38 ראו פרוטוקול ישיבה מס' 11/ב של ועדת המשנה של ועדת העבודה לחוק הביטוח הלאומי, הכנסת, 2, 9 (19.2.1953); פרוטוקול ישיבה מס' 13/ב של ועדת המשנה של ועדת העבודה לחוק הביטוח הלאומי, הכנסת, 5–6 (10.3.1953) (להלן: "פרוטוקול 13/ב"). למעשה רק כעבור כארבעים שנה, בשנת 1994, השתוו דמי הלידה לשכרן המלא של העובדות. ס' 100(א) לחוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 83), התשנ"ד-1994, ס"ח 91.

39 השוו: דברי ח"כ בן ציון הראל בפרוטוקול 13/ב, לעיל ה"ש 38, בעמ' 5: "היות ויוטל מס ביטוח לאומי על כל התושבים, יכולה להתקבל ההצעה להקטין את דמי הלידה על מנת לאפשר אישפוז חינם לכל היולדות".

40 ס' 30 לחוק הביטוח הלאומי (תיקון), התשט"ו-1955, ס"ח 127 ("מבוטחת שהזדקקה לאשפוז בקשר ללידה, זכאית – ואם אינה בחיים זכאי בעלה או האפוטרופוס על הנולד, הכל לפי הענין – לקבל מהמוסד מענק לידה בשווי של – 55 לירות אם נולד ילד אחד, ובתוספת של – 25 לירות לכל ילד נוסף שנולד חי באותה לידה; המענק יינתן להוצאות האשפוז ולרכישת ציוד בשביל הנולד, או בציוד בעין בשבילו, הכל כפי שייקבע בתקנות").

“והערה נוספת, לסעיף האומר: ‘מבוטחת שהזדקקה לאשפוז בקשר ללידה’. כאן מדגישים, שהמענק ניתן רק אם הלידה היתה בבית-החולים. אני חושב שדבר זה אין לו כל הצדקה. [בבה אידלסון (מפא"י): “שמעת: 96% מהלידות הן בבתי-חולים”] אז ודאי שאין צורך בפסיקה זו. אם יולדת אינה הולכת לבית-חולים – ולא חשובה הסיבה – אין כל הצדקה וטעם למנוע ממנה את המענק שהוא בלא-הכי קטן ואינו מכסה את ההוצאות הממשיות”⁴¹.

הלכה למעשה, וברומה להתפתחות הדברים בוועדת המשנה, גם בכנסת הוכרעו קולות ההתנגדות בנקל על ידי הטיעונים שהדגישו את רמת הבטיחות הגבוהה כביכול של לידה בבית החולים, שוב חרף היעדר נתונים ממשיים המוכיחים זאת⁴². כך קרה שסעיף 30(א) לחוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953, הכולל מענק לידה מותנה, הועבר בסופו של דבר בקלות יחסית על ידי הכנסת⁴³. שנה מאוחר יותר אף תוקן ה"ניסוח" של החוק "כדי למנוע כל ספק" (כדברי שרת העבודה דאז, גולדה מאירסון) שמענק הלידה יוענק אך ורק במקרים של אשפוז⁴⁴.

41 ד"כ 18, 1872, 1878–1879 (התשט"ו). ראו גם ח"כ יעקב ריפטיין: ד"כ 15, 157, 160 (התשי"ד). ריפטיין אינו הן במפורש בהתניית מתן מענק הלידה באשפוז של היולדת, ויש מקום להניח שכל כוונתו להוראת החוק (ס' 29(3) לחוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953) המאפשר שלילת "דמי הלידה" (התשלום בחופשת לידה של נשים המרוויחות משכורת) כאשר "המבוטחת לא מילאה אחר הוראות המוסד בדבר פיקוח רפואי בקשר להריון וללידה". בין כה וכה, ח"כ בן ציון הראל מתייחס אל הדברים כהסתייגות מחובת האשפוז. מתנגדת אחרת באותו דיון בכנסת הייתה ח"כ אסתר וילנסקה. זו הציעה שבמקום מענק של 55 לירות שיוענקו ליולדת בתנאי שהלידה תהיה בבית חולים, תקבל כל יולדת משכורת חודשית נוסף לשלושה חודשים דמי לידה. ד"כ 15, 157, 161 (התשי"ד). מתנגדים אחרים היו: ח"כ חנן רובין (מפ"ם), ד"כ 18, 1872, 1873 (התשט"ו); ח"כ שרה כפרית (מפא"י), שם, 1874; וכך ח"כ אסתר וילנסקה, שם, 1875. יש לציין כי לפי הסוציולוגית סוזאן סרד, ניסיונות אלה להתנגד להתניה שבחוק לא נבעו לרוב מתוך רגישות יתרה לזכות הנשים לאוטונומיה גופנית – SUSAN SERED, WHAT MAKES WOMEN SICK? MILITARISM, MATERNITY AND MODESTY IN ISRAELI SOCIETY (2000).

42 ראו למשל ח"כ בבה אדלסון, ד"כ 18, 1872, 1873–1874 (התשט"ו); שרת העבודה גולדה מאירסון, שם, 1879–1880; ח"כ אסתר וילנסקה, שם, 1875.

43 ס' 30 לחוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953. כיום ס' 42 לחוק הביטוח לאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995.

44 הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון), התשט"ו-1955, ה"ח 181. אברהם דורון מוצא טעם לפגם בהצגה זו של הדברים: הוא טוען שמדובר לא רק בתיקון טכני, אלא בתיקון מהותי של החוק. זאת ועוד, התיקון האמור למעשה הקשיח את התנאים לקבלת המענק. אברהם דורון

בגאות-מה, תואר החוק שוב ושוב כ"ייחודי לישראל" וכ"חידוש" כביר, אולם לא ברור ממש עד כמה מידית הייתה השפעתו בשטח⁴⁵. כפי שכבר צוין, בזמן חקיקת החוק, לידה באשפוז כבר הייתה מקובלת מאוד ביישוב היהודי. לעומת זאת, רק כחמישה אחוזים מקרב היולדות הערביות התאשפזו לצורך לידה. אחוזי האשפוז בקרב העולים החדשים המזרחיים היו באמצע⁴⁶. זאת ועוד, יש לציין כי רבים מן המשתייכים לשתי הקבוצות האחרונות נטו להתגרור רחוק מהעיר ומבתי החולים בפרט. לפיכך עבורם ההגעה לבית חולים לשם לידה לא הייתה תמיד אפשרית בשל תנאי התחבורה באותה עת⁴⁷.

על רקע נסיבות אלה, החליטו הרשויות – אף על פי שהדבר מעולם לא נכלל במפורש בחוק – שנשים שילדו מחוץ לבית החולים אך אושפזו בתוך 24 שעות מרגע הלידה, זכאיות לקבל את מענק הלידה (להלן: "כלל 24 השעות")⁴⁸. והנה, קיימת עדות לכך כי היו נשים שדווקא ניצלו פרצה זו בחוק על מנת ללדת בבית ורק לאחר מכן להגיע אל בית החולים על מנת לקבל את מענק הלידה⁴⁹. עם זאת, יש לזכור שהסכום שנקבע למענק הלידה היה משמעותי, בייחוד עבור שתי קבוצות האוכלוסייה הללו, אשר בדרך כלל היו מקופחות מבחינה סוציו-אקונומית. ואכן, ככל הנראה לקראת סוף שנות ה-60' כבר נהפכו לידות בבתי חולים להיות מנת חלקה כמעט של כל האוכלוסייה⁵⁰.

"ביטוח אמהות: יחסי גומלין בין חקיקה, מדיניות יישום והפעלה" חברה ורווחה יד/2 147, 154 (1994).

45 להכרזות על היותו של החוק ייחודי ראו למשל חנה הרדוף "מענק לידה" ירחון העבודה והביטוח הלאומי 7, 17, 19 (1955); גיורא לוטן עשר שנות ביטוח לאומי: רעיון והגשמתו 24 (1964); BARKAI, לעיל ה"ש 29, בעמ' 36.

46 אריה ניצן עשרים שנות ביטוח לאומי בישראל 27 (1975).

47 ח"כ שרה כפריה, ד"כ 18, 1872, 1874 (התשט"ו) וח"כ אסתר וילנסקה, שם, בעמ' 1875.

48 ראו שרת הבריאות גולדה מאירסון, שם, בעמ' 1879–1880, וכן גם המכתב ממ' דובינסקי, עוזר למנהלת ביטוח אימהות, למר' י' רוכל, המחלקה לענייני בטוח לאומי, קופת חולים הכללית (29.6.1956).

49 Sachlav Stoler-Liss & Shifra Shvarts, *Birth on the Road: Israeli Nurses and Birth at Immigrant Camps during the 1950s*, Lecture delivered at: BIRTH AS EXPERIENCE AND METAPHOR (The Hebrew University of Jerusalem, Nov. 11–13, 2003); ראו גם הלוי, לעיל ה"ש 31, בעמ' 136.

50 ניצן, לעיל ה"ש 46, בעמ' 27; ראו גם לוטן, לעיל ה"ש 45, בעמ' 24: "אין כמעט אפשרות להשיג מיילדות מוסמכות מחוץ לכתלי בתי החולים". כמוכן, העובדה שנשים צייתו לחוק איננה אומרת לנו דבר וחצי דבר על רצונן. פעם אף הצעתי שהמעבר התרחש בעיקר בזכות הבעלים של הנשים שהיו נחוישים בדעתם לקבל את מענק הלידה בזכות הלידה שעברו נשותיהם (הכוונה להרצאה שנתתי בשם "חוקי הלידה ולידה כחוק". ביכורי מגדר: לציין שלש שנים לתכנית הבין-תחומית ללימודי מגדר באוניברסיטת בר-אילן, בר-אילן (30.4.1003)). זוהי אפוא עוד צורה של "סחר בנשים יולדות".

1. המרוויחים העיקריים מן החוק: בתי החולים ומשרד הבריאות

כאמור בחוק, מענק הלידה ניתן עבור רכישת ציוד לרך הנולד ועבור הוצאות האשפוז. חלק אחרון זה של המענק שולם ישירות לבית החולים או למוסד הרפואי שבו אושפזה היולדת⁵¹. אם כן, המרוויחים העיקריים מן החוק היו הרופאים ובתי החולים. תימוכין לטענה זו ניתן למצוא בעובדת היותו של ח"כ בן ציון הראל, "הכוח המניע" מאחורי החוק. כאמור, הראל היה בעצמו רופא וגם מייסד ומנכ"ל לפחות של שני בתי חולים בישראל דאז. מכאן שהוא ועמיתיו היו עשויים ליהנות ישירות מן החוק, אשר העניק לבתי החולים מונופול על הטיפול בלידה⁵².

על אף הדברים הללו, ולמרות המטרה המוצהרת של המחוקקים שלפיה מענק הלידה יאפשר לכל יולדת להתאשפז לצורך לידה, יש לציין כי למעשה, הגרסה המקורית של החוק לא הבטיחה כיסוי של כל עלויות האשפוז או אפילו של רובן⁵³. בפועל, היה זה המוסד לביטוח לאומי (להלן: "המל"ל") – הגוף האחראי להוצאה לפועל של החוק – אשר העדיף לתת פרשנות רחבה לחוק, ולאחר משא ומתן מייגע, הצליח לשכנע את בתי החולים לחדול מלדרוש מהיולדת עצמה תשלום נוסף, וזאת תמורת קבלה של סכום קבוע מראש עבור כל יולדת.

בתי החולים מצדם הסכימו לשתף פעולה עם ההסדר, מאחר שהסכום שהציע להם המל"ל היה גבוה יותר אפילו מהסכום שדרשו עבור אותם שירותים באותה עת וכן עבור יום אשפוז בכלל. אדרבה, התשלום האחיד האמור לא רק עזר לבתי החולים לכסות את הוצאות האשפוז של היולדות, אלא גם עודד אותם להרחיב את המחלקות ליולדות. השיטה אף היטיבה עם המל"ל עצמו, שהרי בכך נחסכה ממנו העלות הבירוקרטית של עריכת החישובים המדויקים באשר לכל לידה ולידה⁵⁴.

51 ראו ת' 6(ב) לתקנות הביטוח הלאומי (אמהות), התשי"ד-1954, ק"ת 647, 648 (להלן: "תקנות הביטוח הלאומי"), שם נקבע: "המוסד רשא' לתת את חלק [מ]מענק הלידה המיועד לאשפוז באמצעות המוסד המאשפז או המוסד המטפל באשפוז". לאחר מכן, בס' 94א(ב) לחוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 58), התשמ"ו-1958, ס"ח 64, נקבע כי: "מענק האשפוז ישולם לבית חולים או למוסד הרפואי שבו אושפזה המבוטחת בקשר ללידה".

52 לעיל ה"ש 33. יש לציין גם כי בישראל, עד לפני זמן לא רב, מנהלי בתי החולים היו חייבים על פי חוק להיות בעצמם רופאים. ראו ס' 26–28 לפקודת בריאות העם, ע"ר 191 (1940).

53 השוו את הדין בפרוטוקול 13/ב, לעיל ה"ש 38, בעמ' 5: היו"ר ח"כ ראובן שרי (שרייבמן): "אפשר לקבוע, שהמוסד ישלם 70% של האשפוז". ח"כ בן ציון הראל: "במקרה זה איננו יכולים לחייב את כל המבוטחות ללדת בבית חולים. אנו יכולים לחייבן רק באם נקבע אישפוז מלא". והנה, החוק נחקק בכל זאת.

54 לוטן, לעיל ה"ש 45, בעמ' 24–25; דורון, לעיל ה"ש 44, בעמ' 150–151; הלוי, לעיל ה"ש 31, בעמ' 140–141.

אולם גם עבור ממשלת ישראל עצמה היווה החוק צעד כדאי ביותר. ראשית, מבחינה תדמיתית, נראה כי הסכומים שנדרשו למימון החוק לא היו מוגזמים, ואילו הרווח הפוליטי שנצפה ממנו היה אדיר, מאחר שהיה עתיד להשפיע כמעט על כל בית בישראל⁵⁵. שנית, מבחינה כלכלית טהורה עמדה הממשלה להרוויח ישירות מן החוק, אשר הבטיח כיסוי הוצאות הלידה רק ליולדות שהתאשפזו בבתי חולים, שהרי במערכת הבריאות בישראל, הממשלה היא הבעלים של רבים מבתי החולים⁵⁶.

נוסף על כך, בתי החולים בישראל ממומנים לרוב באמצעות תקציביו של משרד הבריאות⁵⁷. אולם בתחום של לידה, הסבסוד הממשלתי של שירותי הלידה, שלפני כן היה משמעותי, הופחת בהדרגה עד שהנטל הועבר כמעט לחלוטין למל"ל. לצורך המחשה, "ב-1954 כיסה הביטוח [לאומי] רק כ-50 אחוזים מהעלות [...] וב-1965 כבר כיסה למעלה מ-90 אחוזים"⁵⁸. לפי המומחה לביטוח סוציאלי אברהם דורון, "הציבור לא היה מודע כלל לשינוי מהותי זה בדרכי מימון השירות, ולממשלה לא היה עניין לתת לו פומבי"⁵⁹.

יש לציין כי עובדת מימון מענק הלידה על ידי המל"ל גם פעלה לטובת בתי החולים, וזאת לאחר שבשנת 1965 תוקן החוק כך שמאותו מועד ואילך, הסכום הנקוב בו יכול היה להשתנות לא רק "בשים לב לתנודות בשכר העבודה", אלא גם באשר "להוצאות הקשורות בלידה"⁶⁰. במילים אחרות, כינון סכום הכסף שיתקבל על ידי בתי החולים נקבע, הלכה למעשה, על ידי בתי החולים עצמם, ובעניין זה הפך משרד הבריאות לשותף לכל דבר. מומחה אחד הסביר את התהליך בפועל: "כל אימת שמשרד הבריאות, כנציג בתי החולים, דורש את העלאת התשלום, מגיע הדבר לדיון בוועדת האמהות ובהנהלת המוסד [המל"ל], ולאחר דיונים וויכוחים, פחות או יותר ממושכים, ניתן האישור"⁶¹.

55 BARKAI, לעיל ה"ש 29, בעמ' 36. השווה הלוי, לעיל ה"ש 31, בעמ' 134: "ניתנה עדיפות לענף האמהות, וזאת בהשפעת גורמים רגשיים יותר מאשר בגין נימוקים ושיקולים הגיוניים ואקטואריים".

56 כרמל שלו בריאות, משפט וזכויות האדם 22 (2003). בהמשך כותבת שלו ש"מצב זה יוצר ניגוד עניינים אינהרנטי בין תפקידי המשרד כבעלים של בתי-חולים וכנותן שירותים לפרט [...] לבין תפקידו כמשרד ממשלתי הקובע את מדיניותה של מערכת הבריאות כולה".

57 שם. והם גם מנוהלים על ידיו.

58 דורון, לעיל ה"ש 44, בעמ' 151-152.

59 שם, בעמ' 152. דורון מוסיף כי "המוסד לביטוח לאומי נאבק, אמנם, נגד מגמה זו אבל, כפי הנראה, ללא הצלחה".

60 ס' 30 לחוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 11), התשכ"ה-1965, ס"ח 130, 134.

61 הלוי, לעיל ה"ש 31, בעמ' 140. השווה את הדיון בפרוטוקול 13/ב, לעיל ה"ש 38, בעמ' 6: ד"ר לוטן: "לדעתי, הצעתו של חבר הכנסת הראל אינה ניתנת לביצוע, כיוון שפירוש הדבר, להטיל על המוסד לביטוח לכסות הוצאות אישפוז לידה אשר תיקבענה ע"י גורם אחר". כפי שנראה, שני הדברים אירעו בפועל. יש לציין כי כאשר נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-

מכאן שבמרוצת השנים הסכום שדרשו בתי החולים לכיסוי הוצאות האשפוז הלך וגדל, ואתו גדל גם הפער בין אותו חלק ממענק הלידה שניתן לבית החולים לעומת זה שניתן לידי היולדת עצמה, אשר כמעט ולא עודכן כלל. אציין כבר עתה כי בשנת 1985 נעשה ניסיון לתקן מצב זה. בתיקון לחוק הופרדו שני חלקי מענק הלידה המקורי, החלק שיועד עבור הוצאות אשפוז קיבל את השם הרשמי "מענק אשפוז", ואילו החלק שקיבלה היולדת עצמה לידיה נשא את השם המקורי – "מענק לידה", והוא הפך להיות שווה ערך ל-20% מהמשכורת הממוצעת, ומאז גם עודכן אוטומטית⁶².

בפועל, גם לאחר התיקון האמור הובע ספק אם מענק הלידה יכול היה למלא את ייעודו – רכישת ציוד ראשוני לתינוק. הבעיה הלכה והחריפה עם השנים, ככל שעלתה רמת החיים בארץ וכן הסטנדרטים בכל הקשור למשפחה וליילוד⁶³. לא זו אף זו, ביוני 2003, כחלק מתקציב המדינה השנתי, צומצם מענק הלידה בהדרגה, עד ל-6% מהמשכורת הממוצעת בגין הלידה השלישית ואילך⁶⁴. בפועל, הקיצוץ הופעל במספר גדול של לידות, שהרי בישראל מספר הילדים למשפחה גבוה יחסית⁶⁵. זאת ועוד, באחרונה הציע אוצר המדינה

1994 (להלן: "חוק ביטוח בריאות"), נכלל אשפוז יולדות ויילודים בסל השירותים הבסיסי יחד עם מקורות המימון שלו. הסדר זה בוטל בתיקון לס' 7א לחוק ביטוח בריאות (תיקון עקיף מס' 5), ס"ח 22, והוחזר על כנו ההסדר המקורי שבמסגרת חוק הביטוח הלאומי. הסיבה לכך הייתה קשורה למערכת של ניהול חשבונות: בתי החולים נאלצו להתחשבן עם קופות החולים ולדרוש מהן את מימון הוצאותיהם, במקום לקבל אותן באופן ישיר מן המל"ל. ראו שלו, לעיל ה"ש 56, בעמ' 73.

62 חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 58), התשמ"ו-1985, ס"ח 64; כמו כן, הוסף עוד סוג של תשלום: "קצבת לידה", הניתן אם ילדה האם יותר משני ילדים בלידה אחת. לא אעסוק בתשלום זה כאן, אם כי יש לציין שלא התנהל דיון על כך שגם תשלום זה מותנה באשפוז של היולדת.

63 דורון, לעיל ה"ש 44, בעמ' 158.

64 חוק התכנית להבראת כלכלת ישראל (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנות הכספים 2003 ו-2004), התשס"ג-2003. לעניין שלב הביניים של הילד השני ראו הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 64) (הגדלת מענק לידה בשל הילד השני במשפחה), התשס"ג-2003, ה"ח הממשלה 576. בהצעה זו נכתב כי 9% מהמשכורת הממוצעת ישולם אם מדובר בילד השני במשפחה. באותה עת החליט המל"ל למסור את מענקי הלידה ישירות לחשבונות הבנק שלהם ולא בהמתאות כפי שהיה נהוג עד אז. השוו: תכנית קנב, לעיל ה"ש 19, בעמ' 169: "למרות העובדה כי במקרה של לידה שנייה או כל לידה נוספת מערכת הבגדים והציוד לתינוק היא הרבה יותר מצומצמת מאשר בלידה הראשונה, מצאה הועדה לנכון לקבוע הענקות שוות בכל המקרים, בשים לב לכך שהאם המטופלת בילדים קטנים זקוקה באופן מיוחד לעזרה במשק ביתה בתקופת הלידה".

65 על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כ-29% מכלל הילדים הנולדים מדי שנה הם ילדים ראשונים. ראו ריטה ינקלוביץ' "מסמך רקע בנושא: מענקי לידה והשינויים המוצעים בתוכנית להבראת כלכלת ישראל – 2003", הכנסת – מרכז מחקר ומידע (15.4.2003).

לבטל לחלוטין את היתרון בלידות ראשונות ושניות, אם כי בסופו של דבר, לא התקבלה ההצעה⁶⁶.

לסיכום, אם במקור נקבע שמתוך סכום המענק הכולל בסך של 55 ל"י, ישמשו 25 ל"י לקנייה של ציוד בסיסי עבור התינוק ו-30 ל"י להוצאות האשפוז, הרי כיום מסתכם מענק הלידה המשולם לידי היולדת, ברוב המקרים בכ-460 ₪ ואילו "מענק האשפוז" שווה כ-8,600 ₪⁶⁷.

ז. התפתחויות בתחום מתן השירותים הרפואיים

אחת ההשלכות של שיטת עדכון מענק האשפוז שתוארה לעיל, על עלייתו המתמדת, הייתה שלידות בבתי חולים ישראליים הפכו להיות כרוכות בטכנולוגיית לידה עדכנית ומפותחת. התהליך ניכר במיוחד משנות ה-80 ואילך: בתקופה זו הוכנס ניטור עוברי אלקטרונים לבתי החולים⁶⁸. קרוב לסוף העשור, בדיון על בריאות האישה שנערך בכנסת, דימה אחד

www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m00567.pdf (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009). ישראל נהנית מרמת ילודה גבוהה מאוד יחסית למדינות המתועשות – היום שיעור הפרייה בישראל עומד על 2.84, גבוה מזה הרווח במדינות המתפתחות. הודעה לעיתונות 184/2006 מדינת ישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "דפוסי פרייה בישראל בשנת 2005" (28.8.2006). www1.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=200601184 (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009).

66 ראו משרד האוצר – אגף התקציבים חוברת הצעת התקציב לממשלה לשנת 2009–2010, 13 (2009) – שם נאמר כי "מענק הלידה נועד לעודד בין היתר, ילודה בבית חולים או במוסד רפואי אחר. כיום לפי נתוני המוסד, למעלה מ-99% מהלידות בישראל מתבצעות בבתי החולים או במוסד רפואי אחר". יש לציין כי על פי הצעה אחרת יופחתו דמי הלידה של האם המרוויחה משכורת ל-80% משכר העבודה שלה. שם, בעמ' 12. www.mof.gov.il/BudgetSite/EconomicPlan/Lists/20092010/Attachments/2/012009-2010.pdf (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009). יש לציין כי בסופו של דבר לא התקבלה אף אחת מן ההצעות.

67 החלוקה הראשונית נקבעה בתקנות הביטוח הלאומי, לעיל ה"ש 51. לגבי מענק האשפוז כיום, ראו ס' 43 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 (להלן: "חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב]"). www.btl.gov.il/benefits/maternity/Pages/default.aspx#anchor. (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009) Span_9f365f864307445ca710fa3b0dadd57e

68 משה לנצט "המיילדות והגינקולוגיה בסוף שנות השבעים" **עדכון במיילדות ובגינקולוגיה** 26, 19–21 (1998). השור: דו"ח קפלינסקי, להלן ה"ש 91, בעמ' 21, שם נאמר כי על פי העשור 1965/75 עלה מחיר האשפוז ב-36% יותר משעלה השכר וייחסו במפורש אותה עלייה במחיר אשפוז היולדות ל"שיפור הטכנולוגי", וכן הניחו שתקיים עלייה בשיעור דומה גם בעתיד. יש לציין, אם כי לא ארחיב את הדיבור על כך במאמר זה, כי תהליך זה סימן את כניסתה של עוד קבוצה רבת כוח בתעשיית הלידה – יצרני טכנולוגיית הלידה.

מהרופאים הבכירים את הנשים שיוולדות בבתי החולים תחת משטר "ההיי-טק" שאומץ ל-"ג'וק על הגב". כלומר, "יצור שנמצא בתנוחה בלתי טבעית לו והוא אינו יכול להתיישר כרצונו. כך האישה היולדת כשהיא מונחת במיטה על גבה, כשיד אחת תפוסה וקשורה לעירווי נוזלים, היד השנייה אולי מחוברת למכשיר למדידת דם, ביטנה מחוגרת במכשיר ניטור ועוד רבות ההפתעות המחכות לה"⁶⁹. הלכה למעשה, בשנות ה-80' עלה שיעור הניתוחים הקיסריים מ-5.5% ב-1973 ל-10%, וכיום יולדות כ-20% מהיולדות בארץ בניתוח קיסרי⁷⁰. בכלל, רמת המדיקליזציה של הלידה בישראל נחשבת למן הגבוהות בעולם⁷¹.

במקביל לעלייה ברמת המדיקליזציה של הלידה, עלתה גם התחרות בין בתי החולים המספקים שירותים ליולדות. במידה מסוימת, ניתן לאתר את שורשיה של תחרות זו בצעד שאומץ לקראת שנות ה-80' והוא ביטול ההגבלה שנועדה לחייב כל יולדת להתאשפז בבית חולים מסוים קבוע מראש⁷². נוסף על כך, במהלך אותו עשור, החלה להתפשט בישראל רפואה פרטית, ובכלל זה, "רפואה שחורה", כלומר, אספקה של רפואה פרטית בתוך כתליו של בית החולים עבור תשלום⁷³. בזירת הלידה, תורגם הדבר ברבים מבתי החולים לאפשרות לשכור רופא מיילד באופן פרטי⁷⁴ (לעומת זאת, האפשרות לשכור מיילדת פרטית

69 ד' מ' שר "בריאות האשה" מעמד האישה 20, 37, 38 (1988).

70 שרית רוזנבלום "ישראל 2003: יותר לידות וניתוחים קיסריים – פחות שלישיית" ynet בריאות, 23.11.2004, www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3008401,00.html (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009). הנתונים הוצגו על ידי פרופ' מיכאל קופרמיניץ בכנס השנתי של החברה לרפואת אם ועובר בישראל (23.11.2004). ולאחרונה אצל מיטל יסעור בית-אור "באיזה ביי"ח הסיכוי הכי טוב לקבל אפידורל" ynet 4.12.2008 www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3633066,00.html (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009). ראו גם "חוות דעת מומחה: בטיחות לידת בית" (חוות דעת של ד"ר אבנר שיפטן) (להלן: "חוות דעתו של ד"ר שיפטן") (עותק מחוות הדעת שמור בידי המחברת), הוגשה לבית הדין הארצי לעבודה במקרה של עב"ל 1245/00 דיוויס נ' המוסד לביטוח לאומי (פורסם בנבו, 3.11.2005) (להלן: עניין דיוויס), בפני המותב: השופט יגאל פליטמן, השופטת נילי ארד והשופטת ורדה וירט-ליבנה. יש לציין כי סיבה נוספת אותה מציינים בקשר לעלייה ברמת הניתוחים הקיסריים היא העלייה בתביעות משפטיות, ראו דיון בחלק ח' להלן.

71 ד"ר מרסדן וגנר, הרצאה שנתן בכ"ח ליס, תל-אביב, דצמבר 2001 ודואר אלקטרוני ממרסדן וגנר לאומי לייסנר (29.1.2005).

72 ראו למשל דו"ח קפלינסקי, להלן ה"ש 91, בעמ' 5 שם גם צוין כי באופן עקרוני, נשים ממילא לא צייתו להוראות והתעקשו ללדת בבית חולים לטעמן.

73 ישי, לעיל ה"ש 33, בעמ' 34, 40-41.

74 הדבר נוגד את החוק בבתי חולים ציבוריים לעומת בתי חולים לא ממשלתיים. כיום המחיר ליולדת עבור רופא פרטי הוא בסביבות 10,000 ₪.

בתוך כותלי בית החולים הייתה ונותרה נדירה⁷⁵). אף ביצוע ניתוחים קיסריים עקב בקשת היולדות נהפך לבחירה אפשרית⁷⁶.

בהמשך נוספו שירותים רבים ליולדות בבתי החולים, כגון חדרים פרטיים בתוך המחלקות תוך השארת התינוק בחדר עם אמו במקום בתינוקיה המרכזית ("בית"). לאחר מכן הוקמו בכמה מבתי החולים "בתי מלון" קרובים, שבהם יילודים ומשפחותיהם יכולים לבלות יחד בימים הראשונים שלאחר הלידה. שירותים אלו שילבו בתוכם אינטרסים כלכליים של בתי החולים וספקי שירות אחרים, שניתן רק להניח כי גם ביקשו לעודד לידה בבית החולים⁷⁷.

יש לציין כי בניגוד למגמות אלו של מדיקליזציה ואשפוז לשם לידה בכלל, החלו להתפרסם באותם שנים יותר ויותר מחקרים המלמדים על היתרונות בלידה טבעית, גם

75 אמנם בשנים האחרונות בבתי חולים אחדים ניתן לשכור מיילדת באופן פרטי, אלא שהקשר של בית החולים הוא עם קבוצה של מיילדות. אלה אינן מקבלות את התמורה לידיהן, והרווח הוא של בית החולים. יש לציין כי מגמה זו – כלומר אפשרות מוגבלת לשכור מיילדת פרטית – נוגדת את ממצאי המחקר הרפואי המלמדים כי עצם הימצאותה של מלווה מיומנת ליולדת מקטינה את מידת הצורך בהתערבות רפואית בלידה. ראו למשל Henci Goer, *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth* 177–186 (1999). בפועל, וככל הנראה מאחר שכמעט שאין אפשרות לשכור מיילדת פרטית, החלו נשים בעלות אמצעים לשכור את שירותיהן של דולות או תומכות לידה, שבאות אתן אל חדרי הלידה, ובתנאי שבית החולים מסכים לכך. הנה אפוא עוד קבוצה שמרוויחה מן היולדות.

76 כיום מדובר בכ-3–5 אחוזים מן הניתוחים הקיסריים המבוצעים בארץ. סיבה שצוינה בשכיחות לביצוע ניתוחים קיסריים היא הפחד מפני תביעות – ראו להלן ה"ש 87 והטקסט הנלווה לה. לדיון על כך בעיתונות ראו מרק גלזרמן "מי צריך ניתוחים קיסריים" **הארץ** – מאמרים 9.7.2006, 2; בנימין כספי, צבי אפלמן וזאב שוהם "זכות האשה לבחור" **הארץ** – מאמרים 16.7.2006, 2; אומי לייסנר "זכות היולדת לבחור" (2006) www.leida.co.il/page.asp?id=99049 (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009).

77 הנה רשימה של כמה כתבות בעיתונות המפרטות את השירותים השונים שניתן לקבל בבתי החולים: אראלה לרר "איפה ללדת" **הורים וילדים** 69, 62–63 (1993); מיכל שתיל-מלמד "איפה כדאי ללדת" **הורים וילדים** 118, 54–57 (1997); שושנה חן "חופשת לידה" **ידיעות אחרונות** – **ממון** 20.5.2005, 8; דן אבן "לידה כבקשתך" **מעריב** 5.7.2005, 13; תומר קרן "דור הזהב של היולדות בארץ" **הארץ** – **TheMarker**, 22.8.2005, 22; דן אבן "השוואה: באיזה בית יולדות כדאי ללדת?" **ynet** 8.6.2007 (הכתבה מראה כי לא כל האפשרויות ללידה טבעית הן בתשלום נוסף), www.ynet.co.il/Ext/Comp/ArticleLayout/CdaArticlePrint Preview/1,2506,L-3407439,00.html (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009); אביבה קרול "סוויטה, בייבי" **גלובס חדשות** 26.5.2005. www.globes.co.il/news/home.aspx?fid=2&did=917765&nagish=1 (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009); רן רוניק "באיכילוב נפתחה מחלקה פרטית ליולדות – ללא אישור משרד הבריאות" **הארץ** – **חדשות** 12.4.2005, 5.

מחוץ לבית החולים⁷⁸. והנה, בתי החולים ניסו דווקא להרוויח ממגמות חדשות אלה. בתחילת המילניום, כמה מהם אף פתחו חדרים מיוחדים שבהם התאפשרה "לידה טבעית" ואף "לידת בית". בפועל, עצם הקמת חדרים אלה מעלה כמה שאלות, לדוגמה: מדוע רק נשים שילדות בחדר זה זוכות להתערבות מינימלית, ומדוע ישנו רק חדר אחד כזה? אכן, על אף ההיצע ההולך וגדל של שירותים לילדות, רבים מהשירותים החדשים והתנאים המשופרים שהוצעו היו בעלי זמינות מוגבלת, והדבר נותן תוקף לטענה שאלה נוסדו על מנת למשוך נשים לבית החולים ולא על מנת לספק להן אותם באמת⁷⁹. יתר על כן, רבים מהתנאים החדשים הוצעו לילדות שמשלמות באופן פרטי בלבד⁸⁰. נוסף על כך, השפעת ה"שיפורים" שתוארו לעיל הורגשה בייחוד בקרב נשים יולדות במרכז הארץ. בתי חולים פריפריאליים לא יכלו, בדרך כלל, להרשות לעצמם את השדרוג האמור⁸¹. על רקע דברים אלה, הציג אברהם דורון שרבים מהשירותים המיוחדים הניתנים על ידי בתי החולים מהווים יותר מאשר הכנסה צדדית עבורם. הם מצביעים, כך טען, על התערבות בזכותן של נשים לאשפוז חינם לצורך הלידה. דורון הביע גם את מורת רוחו באשר לתגובת המל"ל לתופעה – זה הסתפק בתשלום מענק האשפוז וסירב להילחם בבתי החולים באשר לאשפוז ללא תשלום נוסף מצד האם היולדת⁸². מן הראוי להזכיר כאן החלטה אחרת מטעם המל"ל אשר הייתה לילדות לרועץ. כוונתי לנוהג שהתפתח בקרב היולדות בבית ובקרב כמה מבתי החולים, שלפיו היו היולדות מגיעות אל בתי החולים תוך 24 שעות מאז הלידה, נרשמות, מקבלות את מענק הלידה וחוזרות לביתהן, ואילו בתי

78 רבים רואים את מרג'רי טיו כחלוצה בעניין זה: Marjorie Tew, *Place of Birth and Perinatal Mortality*, 35 JOURNAL OF THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS 390 (1985) עם זאת, היו גם ספרים פמיניסטיים בנושא שיצאו עוד קודם ושהיו בעלי השפעה גדולה מאוד בתחום, למשל: SUZANNE ARMS, *IMMACULATE DECEPTION: A NEW LOOK AT WOMEN AND: CHILD BIRTH* (1975); ANN OAKLEY, *WOMEN CONFINED: TOWARDS A SOCIOLOGY OF CHILD BIRTH* (1980); BARBARA KATZ ROTHMAN, *IN LABOR: WOMEN AND POWER IN THE BIRTHPLACE* (1982).

79 ראו הדיון (2000), להלן ה"ש" 105, 7–8. השור: Tew, לעיל ה"ש" 11, בעמ' 379: "It's good policy to improve relationships with a captive, but often protesting, clientele, and perhaps improve outcomes, so long as obstetricians' convenience and dignity [are] not compromised".

80 ראו למשל נילי רחמני "בכסף תלדי בנים" מגזין – רחוב ראשי 20.2.1998, 10, 11, 13; יהודית ירב "חוויה פרטית" ידיעות אחרונות – ממון 21.11.2003, 8; ורד כהן-ברזילאי "בכסף תלדי בנים" מנטה 48, 29.9.2004, 43; רוני לינדר-גנץ "תינוקות הזהב של בתי החולים" הארץ – TheMarker 29.3.2005, 18, וכן המקורות שהובאו לעיל בה"ש 77.

81 ראו המקורות שהובאו להלן בה"ש 93.

82 דורון, לעיל ה"ש" 44, בעמ' 160. ראו קרול, לעיל ה"ש" 77.

החולים היו מקבלים את מענק האשפוז. בתגובה לכך החליט המל"ל לקבוע כלל חדש ולפיו, גם אם הלידה עברה כשורה, לא ישולמו המענקים אלא לאחר שהיולדת התאשפזה בפועל למשך 12 שעות לפחות⁸³. בפועל נראה שהקשחה זו בעמדת המל"ל הרתיעה נשים אלה מלהגיע בכלל לבתי החולים, וכך מנעה לחלוטין את תשלום מענק הלידה⁸⁴.

ח. כניסת עורכי הדין המתמחים ברשלנות רפואית

במהלך שנות ה-90 הופיעה בתעשיית הלידה בישראל קבוצת שחקנים חדשה – עורכי דין המתמחים בתביעות של רשלנות רפואית. הנתונים האחרונים מלמדים, כי מבין כלל התביעות שנושאן הוא רשלנות רפואית, בין 35% ל-40% עוסקות בלידה, והפיצויים נאמדים בכ-200 מיליון ש"ח לשנה⁸⁵.

לידה נחשבת לתרחיש אידאלי לתביעות ברשלנות רפואית משני טעמים עיקריים: ראשית, סכום הפיצויים שעשוי להיפסק במקרים שבהם מעורבים תינוקות, שכל חייהם לפניהם, נוטה להיות גבוה. שנית, תחום המיילדות כולל בתוכו מספר רב של סיטואציות אמביוולנטיות שמאפשרות מקום רב לפרשנות סובייקטיבית, דבר שמגביר בתורו את הפיתוי להגיש תביעה בטענה לרשלנות רפואית⁸⁶.

על רקע דברים אלה, נטען כי ריבוי התביעות ברשלנות רפואית מאלץ רופאים לנקוט "רפואה מתגוננת". משמעות הדבר שחולים מופנים לבדיקות ולסריקות מיותרות ויקרות.

83 ראו עניין דייוויס, לעיל ה"ש 70, השופטת קוראת לזה חוק אף שמדובר בהנחיה פנימית של המל"ל.

84 זהו רושם המבוסס על שיחות עם יולדות ומיילדות בית. כנראה ישנם עדיין בתי חולים שמוכנים לפעול לפי הנוהג האמור ולאפשר לנשים היולדות בבית להירשם אצלם אחרי הלידה כך שהן מקבלות את מענק הלידה, ובית החולים מקבל את מענק האשפוז.

85 ראו הוועדה הבין-משרדית להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית – דין וחשבון בראשות המשנה ליועץ המשפטי לשעבר, הגב' טנה שפניץ, עמ' 30–31 (ירושלים, חשוון התשס"ו, נובמבר 2005) 8F8E-0328CF328C93/4152/rashlanut.pdf (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009). ראו גם דברי רופאים וחוקרים שהובאו בעיתונות למשל: עמירה שגב "40 אחוז מהתביעות נגד רופאים, הן בעקבות אירועים בחדרי הלידה" הארץ – חדשות 15.3.1996, 14. וכן להלן ה"ש 86.

86 הרצאתו של פרופ' שמעון פולק, מנהל מערך קידום איכות וניהול סיכונים, רמב"ם "עורכי דין במקום תרופות – כמה זה עולה לנו?" ועידת ישראל לרפואה (ירושלים, 31.7.2008) (להלן: "ועידת ישראל לרפואה").

בתחום הלידה באופן ספציפי, מתבטא הדבר ברגיל בעלייה במספר הניתוחים הקיסריים⁸⁷. מובן שעלייה זו שהתרחשה בישראל בשנים האחרונות אינה מוכיחה כשלעצמה את קיומה של רפואה מתגוננת, וייתכן כי מניעים אחרים, כגון נוחותם של רופאים, הם שגרמו לעלייה במספר הניתוחים⁸⁸. מכל מקום, יש לזכור שהתופעה של רפואה מתגוננת, במידה שהיא קיימת, בעייתית ביותר, שהרי משמעותה ביצוע טיפולים מיותרים ולעתים מסוכנים למטופל משיקולים כלכליים (כלומר הרצון להימנע מתשלום פיצויים)⁸⁹. זאת ועוד, תופעה זו כרוכה גם בעלייה בהוצאות הכלכליות עבור בתי החולים. ניתוחים קיסריים, לדוגמה, יקרים בהרבה מלידות רגילות. דברים אלה מובילים ממילא לשאלה כיצד מתמודדים בתי החולים עם העלויות החדשות שמקורן בתופעת הרפואה המתגוננת? כדי לענות על שאלה זו, נשוב למענק האשפוז ולשיטת הממוצעים הטמונה בו. כמסביר לעיל, מאז שנת 1954 בתי החולים מקבלים סכום אחיד עבור אשפוז של כל יולדת, וזאת, ללא קשר לטיפול הניתן לה בפועל. כאמור, שיטה זו היטיבה כלכלית עם בתי החולים, ואף עודדה אותם להרחיב את המחלקות ליולדות. גם המל"ל יצא נשכר משיטה זו, שכן נחסכה ממנו העלות של עריכת חישובים מדויקים עבור כל לידה ולידה. לעומת זאת, טרם דנו בהשפעה של שיטת תשלום זו על היולדות המתאשפזות.

87 ראו הרצאתו של פרופ' מרק גלזרמן, מנהל בית החולים לנשים מרכז רפואי רבין וראש החוג למיילדות וגניקולוגיה באוניברסיטת תל-אביב, "רפואה ומשפט: הילכו שניהם יחדיו?", הנחיה למושב בוועידת ישראל לרפואה, שם. וכן מרק גלזרמן "רפואה מבוהלת" הארץ – בריאות 10, 19.10.2008; סמדר קניון "בין התנשאות פרופסיונלית לקורבנות כרונית: פרשנות והתמודדות של רופאים בישראל עם תביעות של חבות רפואית" סוגיות חברתיות בישראל 3, 190–225 (2007). יש לציין כי טענה זו מנוגדת למסקנת ועדת קלינג משנת 1999, שסברה שהתופעה של רפואה מתגוננת אינה כה נרחבת בארץ כפי שהיא בארצות-הברית. עם זאת, כדאי לשים לב למסקנת הוועדה שלפיה עצם החשש מפני ריבוי תביעות הוא שעלול להביא לידי רפואה מתגוננת. הוועדה לבדיקת האחריות לפגיעה בטיפול רפואי, בראשות השופט גבריאל קלינג פרק 2 ס' ג' (1999) (להלן: "ועדת קלינג").

88 בעניין נוחות בניית קיסרי גם לרופאים ראו את המאמר: "ניתוח קיסרי – יתרונות וחסרונות" (7.12.2008), www.beok.co.il/SelectedArticle.aspx?ArticleID=8004, (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009), ובעניין תחרות כלכלית בין רופאים ובין בתי חולים, ראו למשל: J.S. Cohain. (30.10.2009) www.rashlanut.co.il/Dynamic.asp?cid=7746 (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009) & A. Yoselis, *Cesareans and Low-Risk Women in Israel*, 7 PRACTISING MIDWIFE 28 (2004).

89 TEW, לעיל ה"ש 11 בעמ' 26: "Obstetricians have got themselves into the ridiculous position of having to perform an operation, or carry out a diagnostic procedure, in order to forestall successful litigation on the grounds that they did not do everything possible to secure a safe outcome, when in fact their action is much more likely to prejudice a safe outcome in most cases"

לעניין זה נטען, למשל, ששיטה זו גורמת לסוג של "סילוף". כפי שכבר ראינו, המוסדות המורשים על ידי משרד הבריאות לאשפוז נשים יולדות, שונים ברמת השירותים שהם יכולים לספק. לכן הסכום הכולל של יום אשפוז, וכך טיב הטיפול הניתן בבית החולים, משתנה ממוסד למוסד, אף שבפועל התשלום זהה בכל המקרים⁹⁰. נוסף על כך נטען ששיטה זו מעודדת שחרור מוקדם מדי של אימהות מבית החולים⁹¹. אכן, כאשר השהייה בבית החולים קוצרה במהלך הזמן, משישה ימים לארבעה, הסכום לא קוצץ⁹² (כיום בדרך כלל משוחררות היולדות מבתי החולים בתוך יומיים, ואף פחות מזה בפריפריה)⁹³. אולם לאחרונה התבהר איך השיטה המתוארת עלולה להשפיע גם על טיב הטיפול שמקבלות היולדות בבתי החולים, ועל שמירת רמה גבוהה של התערבויות רפואיות בלידה שקיימת כיום בארץ. במהלך דיון בנושא שהתנהל באחת מוועדות המשנה של הכנסת, הסביר מרק גלזרמן, פרופסור בכיר למיילדות ומנהל בפועל של מחלקת יולדות של אחד מבתי החולים בארץ, את הדברים הבאים:

"אני חושב שחשוב שהנוכחים יבינו מה זה מענק האשפוז הזה. מענק אשפוז מכסה אשפוז של 4.4 ימים [ימי אשפוז] של יולדת. אם היולדת הולכת הביתה אחרי 48 שעות, אז המענק קטן יותר. כ-20% מהיולדות בארץ יולדות בנייתוח קיסרי. אם האישה יולדת בנייתוח קיסרי או יש סיבוך

90 דורון, לעיל ה"ש 44, בעמ' 138.

91 למשל, ח"כ דוד טל, הדיון (2000), להלן ה"ש 105, בעמ' 6. עניין שחרורן המוקדם מדי של נשים לאחר לידה מבתי החולים אכן עולה לדיון ציבורי בישראל מפעם לפעם, ראו למשל ח"כ אסתר וילנסקה ד"כ 18, 1872, 1875 (תשט"ו); לוטן, לעיל ה"ש 45, בעמ' 24, המדבר על צמצום ימי האשפוז בפועל משישה ימים בממוצע לשלושה עד ארבעה ימים: "כתוצאה ממחסור קל במיטות ליולדות בבתי חולים באזורים מסויימים". בשנת 1974 הוקמה ועדה לבחינת הבעיה של השחרור המוקדם מדי של היולדות מבתי החולים. ראו דו"ח הוועדה לבחינת סוגיות בשירותי האשפוז ליולדות בראשות ד"ר נ' קפלינסקי (התשל"ה) (להלן: "דו"ח קפלינסקי"). כמו כן, בדו"ח נמיר דובר על משך האשפוז (שהגיע עד ל-48 שעות) ש"אינו מספיק להביא את היולדת לאיזון מתאים, אינו מאפשר פיקוח רפואי בתקופה בה עדיין יכולים להופיע סיבוכים אצל היולדת, וקצר מדי מכדי לאתר סטיות בהתפתחות הילד". דו"ח צוותי הוועדה למעמד האשה: דיונים וממצאים 21-22 (התשל"ח) (להלן: "דו"ח נמיר"). בסוף נפתרה הבעיה כשהרופאים החלו לטעון שנשים לא צריכות להתאשפוז במשך זמן כה רב – הלוי, לעיל ה"ש 31, בעמ' 142-143.

92 דורון, לעיל ה"ש 44, בעמ' 138 אם כי במקרי לידה פתולוגיים לא נדרש תשלום נוסף.
93 חיים שדמי "יותר לידות על אותו מספר של מיילדות ורופאים" **הארץ** – **חדשות** 26.1.2001, 1; צחר רותם "מאז הקמת מח' היולדות בסורוקה: פי 10 לידות, רק 2 חדרי לידה נוספו" **הארץ** – **חדשות** 21.5.2003, 8.

עבורה או סיבוך עבור העובר שלה [...] והאישה מאושפזת שבוע או שבועיים, היא בולעת את ההכנסה של 20 נשים אחרות"⁹⁴.

במילים אחרות, נטען כי בניסיון להתגונן מפני תביעות של רשלנות רפואית, שיעור ההתערבויות הרפואיות בלידות עולה. במקביל, לפי האמור, הנשים ההרות בעלות הסיכון הנמוך, בייחוד אלה היולדות במינימום התערבויות רפואיות, נהפכות לנכס של ממש עבור בתי החולים⁹⁵. נשים אלה מנצלות רק חלק קטן ממענקי האשפוז המשולמים על חשבונן, ובכך מתירות את יתרת המענק בידי בתי החולים, המשמש למימון מכלול ההתערבויות האמורות.

בתוך כך סיפק פרופ' גלזרמן תשובה נוקבת לשאלה מדוע נציגי בתי החולים, ואתם נציגי משרד הבריאות, נלחמים בעיקשות בכל ניסיון לנתק את הקשר שבין לידה בבית חולים לבין המענקים שמספק המל"ל: בשעה שצצות יותר ויותר עדויות לכך שעדיף לנשים בסיכון נמוך ללדת בבית, מדינת ישראל מאלצת נשים ללדת בבית החולים, וזאת, על מנת שיעזרו לממן באמצעות הלידה שלהן את ריבוי ההתערבויות בלידה⁹⁶. אם כן בפנינו דוגמה נוספת להפקת רווח כספי מגופן ועל חשבונן של נשים יולדות, והמחשה לטענה כי בישראל, האחריות להבאת ילדים לעולם רובצת לא "על החברה כולה", אלא על הנשים כולן.

- 94 פרוטוקול ישיבה מס' 151 של הוועדה לקידום מעמד האישה, הכנסת ה-17 (29.7.2008) www.knesset.gov.il/protocols/data/html/maamad/2008-07-29.html (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009) (להלן: "פרוטוקול 151"); הודעה לעיתונות 66354404, הכנסת, הוועדה לקידום מעמד האישה "חופש הבחירה בלידה – לידה חוץ אשפוזית" (7.7.2004).
- 95 נשים אלה מהוות נכס עבור בתי החולים כי במקרים רבים מדובר בנשים שמוכנות לשלם עבור חוויית לידה חיובית יותר. מכאן שנשים אלה מהוות שוק חשוב עבור בתי החולים על כל השירותים הפרטיים שהם מציעים כמוסבר לעיל.
- 96 לגבי ישראל בפרט ראו אבנר שיפטן, ענת תל-אורן, אייל שיינר ואמנון הדר "תוצאות של לידות בית מתוכננות בישראל 2003–2007" *הרפואה* 148(6) 362 (2009) (להלן: "תוצאות של לידות בית מתוכננות בישראל"); וכן Judy Slome, *A Midwife's Private Practice in Israel* 10 BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY 224 (2002). באופן כללי יותר, הנה כמה מהמחקרים הגדולים האחרונים: Kenneth C. Johnson & Betty-Anne Daviss, *Outcomes of Planned Home Birth with Certified Professional Midwives: Large Prospective Study in North America*, 330 B.M.G 1416 (2005); A. De Jonge B.Y. van der Goes, A.C.J. Ravelli, M.P. Amelink-Verburg, B.W. Mol, J.G. Nijhuis, J. Bennebroek Gravenhorst & S.E. Buitendijk, *Perinatal Mortality and Morbidity in a Nationwide Cohort Of 529 688 Low-Risk Planned Home and Hospital Births*, BJOG (2009).

ט. ניסיונות התנגדות לחוק

מאמר זה לא יהיה שלם ללא דיון בניסיונות ההתנגדות לחוק שנקטו נשים יולדות עצמן. כבר אמרנו כי בשלהי שנות ה-60 הפכה הלידה באשפוז לנחלת הכלל בישראל. למרות זאת, נראה כי עבור מספר קטן של נשים, בעיקר נשים ערביות כפריות, בעיות מן הסוג של מרחק רב מדי מבית החולים וקשיי תחבורה המשיכו להתקיים. במהלך שנות ה-70 ניגשו כמה מנשים אלה לבתי המשפט בדרישה לקבל את מענק הלידה אף על פי שלא הספיקו להתאשפז בבית חולים⁹⁷. ככל הנראה, על רקע מקרים אלה, ראה גם המחוקק כי יש מקום להתיר במצט את הכבלים שכבלו את מענק הלידה לאשפוז היולדת. בשנת 1972 נחקקה הוראת חוק שלפיה יהיה המל"ל רשאי לתת מענקים לאדם "מטעמי צדק", היינו כשתביעתו של האדם לגמלה במסגרת ענפי הביטוח איננה מזכה אותו בתשלום כלשהו. בין מענקים אלה נכלל גם מענק הלידה וכן מענק האשפוז במקרה של "אי הזדקקות לאשפוז"⁹⁸. הלכה למעשה, הוראת חוק זו לא שינתה דבר בשטח, וזאת מכיוון שהתקנות שהותקנו על פיה, ככל שהן התייחסו לנושא של לידה בכלל, דיברו רק על "סיבה אחרת שלפי שיקול דעת [המל"ל] מקורה בנסיבות שלא היו תלויות במבקש"⁹⁹. במילים אחרות, התקנות אפשרו את מתן המענקים רק כאשר האישה ילדה מחוץ לבית חולים בטעות, ויש להניח כי נשים אלה ממילא השתדלו להגיע לבית חולים תוך 24 שעות. על כל פנים, ככל הידוע, עד היום מעולם לא נעשה שימוש בתקנות אלה בהקשר של לידה¹⁰⁰.

97 דב"ע לב/59 – 0 עלי שאחדה נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע ד א (1972). ראו גם דב"ע לד/15-0 המוסד לביטוח לאומי – כושקגי, פד"ע ה 381, 388–389 (1974), ראו גם דב"ע (חי') לא/0-32 מוסטפה עלי – המוסד לביטוח לאומי, פד"ע ג יז (1972).

98 הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 10), התשל"ב-1972, ה"ח 346; ס' 198 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשכ"ח-1968, ס"ח 108 והיום ס' 387 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, ס"ח 210, 295.

99 "סיבה אחרת שלפי שיקול דעת המוסד מקורה בנסיבות שלא היו תלויות במבקש ההענקה בתום לב והמוסד [המל"ל] שוכנע ששורת הצדק מחייבת מתן הענקה". ת' 3 (10) לתקנות הביטוח הלאומי (הענקות מטעמי צדק), התשל"ה-1975, ק"ת 2550 (להלן: "תקנה 3(10)"). יתר תת-הסעיפים מתייחסים בעיקר למחדלים טכניים, כגון: אי-השלמת תקופת הכשרה, אי-מילוי חובת רישום או פיגור בתשלום דמי הביטוח.

100 ראו עניין דיוויס, לעיל ה"ש 70, השופטת מסתמכת על פסק דין מתחום אחר המפרש את המונח "נבצר", אך לא את תקנה 3(10) באופן ספציפי. התקנה גם לא יושמה בעניין גדליהו, להלן ה"ש 103, אף שהעובדות מתאימות לה לכאורה: היולדת טענה שהיא ילדה בבית – בעזרת מיילדת – אף שלא התכוונה לעשות כן מלכתחילה. לטענתה מזג אוויר קר מנע ממנה להגיע לבית חולים גם לאחר מכן.

בשנות ה-80', בדומה לנעשה במדינות מתועשות אחרות, החל מספר קטן של נשים ישראליות לבחור בלידת בית מתוכננת בסיוע מיילדת¹⁰¹. בשנת 1987, אף ניסתה אחת מיולדות אלה את מזלה בבית המשפט, במטרה לזכות במענק הלידה¹⁰². ניסיון זה לא עלה יפה, וכך גם תביעות דומות שהוגשו בשנים שלאחר מכן¹⁰³. נראה כי השופטים חששו להנהיג שינוי כלשהו באשר לדרישת האשפוז של הלידה כתנאי למענק, והעדיפו למסור "תפוח אדמה לוהט זה" לידי המחוקק¹⁰⁴.

ואכן, בשנת 2000 נעשה ניסיון ראשון לנתק את הקשר שבין מענק הלידה לדרישת האשפוז באמצעות בית המחוקקים. בשנה זו הועלתה הצעת חוק שלפיה גם אישה הבוחרת ללדת בביתה מרצון תזכה לקבל את מענק הלידה¹⁰⁵. הכנסת העבירה את הצעת החוק לוועדת העבודה והרווחה לשם הכנתה לקריאה ראשונה. בהמשך הוזמנו לשיבת הוועדה כמה נציגים של המל"ל, משרד הבריאות ועוד כמה משרדי ממשלה, שדולת הנשים, נעמ"ת וכן לשכת עורכי הדין. במהלך הדיון דיברו נציגי המדינה על עריכת לידות בית בישראל כאפשרות עקרונית וזאת כתנאי שיוקם "מערך בריאותי תומך", כדברי נציגת המל"ל אשר השתתפה בדיון:

- 101 אילנה שמש ללדת בבית: המדריך ללידות בית בישראל 25 (2003); ניצה שפירא "בדרך הטבע" הארץ 17.6.1991, 5; אסי טוחן "נטע סימפלי יולדת בבית" ידיעות אחרונות – זמנים מודרניים 4, 25.7.1990.
- 102 תב"ע מח/138-0 לדיון נ' המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם, 13.5.1988) (השופט מ' נחתומי) (עותק שמור בידי המחברת) (להלן: עניין לדיון); דב"ע מח/191-0 לדיון נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע כא(5) (1989) (לפני השופטים קובובי סגן הנשיא, אדלר ורבינוביץ) (להלן: דב"ע לדיון).
- 103 נג/1192-0 גדליהו נ' המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם, 26.5.1994) (השופטת ר' וירט-ליבנה) (עותק שמור בידי המחברת) (להלן: עניין גדליהו); ב"ל תשנ"ז/847/0 דיווס נ' המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם, 10.3.1999) (השופט ש' גוטמכר) (להלן: ב"ל דיווס); עניין דיווס, לעיל ה"ש 70.
- 104 לשימוש במונח ראו עיקרי הטיעון מטעם המערערת בעניין עניין דיווס, שם. לעצם העניין ראו עניין לדיווס, לעיל ה"ש 102. השופט שם קבע, שאם לא יוגש ערעור, יועבר עותק מפסק דין זה לידיעת ועדת העבודה והרווחה של הכנסת" (ס' ה' לפסק הדין), וכן עניין דיווס, לעיל ה"ש 70.
- 105 הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון – זכות למענק לידה), התשנ"ט-1999, הצעת חוק פרטית של ח"כ אברהם הירשזון, פ/212 (עותק שמור בידי המחברת). פרוטוקול ישיבה מס' 168 של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת ה-15 נוסח לא מתוקן מושב שני (2000) (להלן: "הדיון (2000)"). www.knesset.gov.il/protocols/data/html/avoda/2000-07-11.html (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009). יש לציין כי מדובר היה רק במענק הלידה ולא במענק האשפוז.

“אני חושבת שהדיון הוא לא אם כן או לא לבטל אינסנטיב ללדת בבית חולים. הנקודה היא שניתן לבצע את זה בתנאי שיש מערך בריאותי שתומך בזה, כלומר לפתח שירותי בריאות כמו שיש בהולנד ובמדינות אחרות, שאישה שרוצה ללדת בבית יהיו את התנאים ההכרחיים סביבה, אם זה אמבולנס במרחק סביר, וכן רופא וכו’. זה מערך שצריך לבנות אותו”¹⁰⁶.

פרופ’ ארנון סמואלוב, אשר השתתף בדיון מטעם משרד הבריאות, אף הזכיר את האפשרות של הקמת “תוכנית מתאר ללידות בית”¹⁰⁷.

על אף הדברים הללו, בסופו של יום, הדעה שהציגו אנשי הרשויות הייתה כי לידת בית מסוכנת¹⁰⁸. אדרבה, כעבור חודשים ספורים פרסם משרד הבריאות חוזר שעל פיו: “עמדת משרד הבריאות היא כי מבחינה רפואית יש להעדיף ביצוע לידות בחדרי לידה בבתי חולים מוכרים ומורשים. רק לידה בבית חולים יכולה להבטיח השגחה וטיפול רפואי וסיעודי מיטבי לילדות וליילוד”¹⁰⁹.

כעבור זמן קצר, ספגו היולדות בישראל מכה נוספת: בשנת 2001 נסגר בית החולים הירושלמי “משגב לדרך” בשל ניהול פיננסי לקוי ושחיתות. בית החולים היה ידוע ביחסו הליברלי ללידות, ומשך נשים מכל קצוות הארץ מטעם זה ממש. מחאת הנשים והמיילדות בעקבות סגירתו לא הצליחה לשכנע את הרשויות להתערב. על רקע מציאות זו נוסדה תנועה עממית למען זכויות יולדות: “נשים קוראות ללדת” – וכשנה לאחר מכן הוקם הארגון הראשון למיילדות הבית בישראל: “אמה”¹¹⁰. נראה כי משהו במודעות הציבורית לנושא החל להשתנות במידת מה.

באוגוסט 2002 הודיעה האחות הראשית מטעם משרד הבריאות כי בשל המספר ההולך וגדל של נשים שיוולדות בבית, החליט המשרד לשקול מחדש את עמדתו בעניין ותכנן לדון בסוגיית הטיפול הרפואי בנשים שיוולדות בבית¹¹⁰. בהמשך לכך, הורתה המועצה הארצית

106 שם, בעמ' 15 (דליה גורדון (המל"ל)).

107 שם, בעמ' 9, וראו גם שם, בעמ' 15.

108 לדיון לא הוזמנו “מומחים שאולי חושבים אחרת”. שם, בעמ' 15 (ח"כ אברהם הירשזון). בפועל הוחלט שהנושא דורש עוד עיון וחקירה ויחזרו אליו בעתיד, אך אין עדות לכך שהדבר אכן נעשה. השוו: מכתב תשובה מעו"ד יוסי תמיר, המנהל הכללי של המוסד לביטוח לאומי לעו"ד רימלט נויח, המרכז לסיוע משפטי בזכויות אדם, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת תל-אביב (5.10.1997) (עותק שמור בידי המחברת).

109 חוזר המנהל הכללי מס' 14/2000 מיום 13.11.2000 (להלן: “חוזר המנהל הכללי”) www.health.gov.il/download/forms/a1263_mk14_00.pdf (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009).

110 שרית רוזנבלום “משרד הבריאות נכנע לאופנה: נשים יכולות ללדת בבית” ידיעות אחרונות 12, 6.8.2002.

לגניקולוגיה ומיילדות, תורת היילוד וגנטיקה על הקמת תת-ועדה שתכין המלצות בנושא לידות בית. ואכן, האיגוד למיילדות ולגניקולוגיה מינה תת-ועדה לנושא. תת-ועדה זו, שהייתה מורכבת משישה רופאים ומיור איגוד המיילדות, אשר באופן מסורתי התנגד ללידות בית, ניסחה כללים לניהול לידות בית לקראת סוף שנת 2005¹¹¹. על בסיס אותו מסמך, פרסם משרד הבריאות נהלים ללידת בית בתחילת 2008 (להלן: "הנהלים")¹¹². הנהלים מכירים במפורש במציאות של קיום "לידות בית בישראל לפי בחירה חופשית של האשה". אולם בה בעת, וללא ציון סיבה לכך, הם מכריזים על העדפה מפורשת ל"ביצוע לידות בחדרי לידה בבתי-חולים מוכרים ומורשים"¹¹³. למעשה, הנהלים מהווים רשימה ארוכה של סימנים רפואיים אצל האם והעובר אשר בגללם נטען כי אין לאפשר עריכת לידה בבית. למעשה, לא ברור אם אכן יש הצדקה לכל האינדיקטורים שצוינו, ואם עצם הפצת הנהלים אינה מהווה "חריגה מסמכות"¹¹⁴. אולם לענייננו, הדבר החשוב מכול הוא, שגם כאשר יולדת עונה על הקריטריונים הקבועים בנהלים ומצייתת לכל הכתוב בהם, לא נכללת בהם הצהרה באשר לזכותה לקבל את מענק הלידה וכן החזר הוצאות לידה – באמצעות "מענק" המשולם מטעם המל"ל המקביל למענק האשפוז¹¹⁵.

י. ניתוח החוק מבחינת זכויות האדם

- 111 דו"ח תת הועדה בנושא לידות בית בישראל, בראשות ד"ר מנחם פישר (25.5.2003) (להלן: "דו"ח לידות בית בישראל"), הוגש גם לבית הדין בעניין דייזיס, לעיל ה"ש 70.
- 112 "לידות בית בבית היולדת" הנחיות משרד הבריאות 01/2008 (התשס"ח) www.health.gov.il/download/forms/a3124_mr01_08.pdf (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009).
- 113 שם, בעמ' 1, ההנחיות עצמן מפנות אל חוזר המנהל הכללי, לעיל ה"ש 109.
- 114 **נשים קוראות ללדת** הגישה מסמך מפורט על כל סעיף וסעיף ודוחה חלק גדול מן ההגבלות על סמך מחקרים רפואיים וראו גם חוות דעת הרפואית של ד"ר אבנר שפטן – שני המסמכים הוגשו לבית הדין הארצי לעבודה בעניין דייזיס, לעיל ה"ש 70, ועותקים מהם שמורים אצל המחברת. לעניין האפשרות כי הפצת הנהלים מהווה חריגה מסמכות – ראו למשל הדיון של שלו, לעיל ה"ש 56, בעמ' 76–77.
- 115 בנוסף לכך, בדצמבר 2005, הועבר תיקון לס' 6 לחוק מרשם האוכלוסין, התשכ"ה-1965, ס"ח 270, 271. ונקבעו תנאים חדשים לרישום יילוד שלא נולד בבית חולים. ככל הנראה, התיקון האמור לא נועד לעודד לידות בבית החולים, אלא נועד למנוע סחר בילדים, אולם בפועל, ההוראה מקשה מאוד על היולדות בבית. ראו למשל יובל אזולאי "ילדת מחוץ לבית החולים? משרד הפנים דורש הוכחה שאת האם האמיתית של התינוק" **הארץ** – **חדשות** 18.5.2009, 1. לאחרונה אף פורסם בעיתונות שח"כ נדיה חילו עומדת להגיש הצעת חוק שלפיה יינתן מענק הלידה רק בתנאי שבני הזוג עברו קורס הכשרה להורות, ראו אריק בנדרא "הצעת חוק: מענק לידה יותנה בקורס הורות" **nrg** 28.8.2008 www.nrg.co.il/online/1/ART1/779/683.html, (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009).

במאמר זה ניסיתי להראות שבתעשיית הלידה בישראל פועלים כמה גורמים – כל אחד בעל אינטרס כלכלי משלו בניהול התהליך שעוברת היולדת. בייחוד טענתי כי החוק, שהבטיח מענק מהמל"ל רק לנשים שאושפזו לשם לידה, ממשיך לספק תמריצים פיננסיים רבים לא רק לבתי החולים (ובכלל זה לרופאים העובדים שם ולספקי השירות למינייהם), אלא גם למדינה, שהיא כאמור הבעלים של רבים מהם, ובפרט למשרד הבריאות – אותה ישות לאומית האחראית לתפקודם היציב של בתי החולים. בנוסף, אף טענתי שאינטרסים פיננסיים אלה עשויים להסביר מדוע ישנה התנגדות עקבית ומשותפת של נציגי בתי החולים ושל משרד הבריאות לכל יזמה לשינוי בחוק, בייחוד בנוגע לשיטת התשלום המונחת בבסיסו.

כמובן, העובדה שאינטרסים אלו עשויים להסביר את ההתעקשות להותיר את החוק על כנו, אין בה כדי להצדיק גישה זו. דבר זה נכון כפליים כאשר ישנה פגיעה בזכויות יסוד, כמו במקרה של החוק. החוק הצליח להביא לכך שנשים יתאשפזו לצורך לידה, וזאת, באמצעות פיתוי כספי או "שוחד" – לפי המונח שטבעה נירה יובל-דייז בהקשר דומה¹¹⁶. בכך החוק מתערב באופן בוטה בזכות האישה היולדת לפרטיות, כדברי השופטת בן עתו: "התעברות, הריון ולידה הם אירועים אינטימיים, שכל כולם בתחום צנעת הפרט; אין המדינה מתערבת בתחום זה אלא מטעמים כבדי משקל"¹¹⁷. כמו כן, ניכרת כאן הפגיעה בזכות האישה לחירות אישית ולאוטונומיה גופנית¹¹⁸, אשר גם הן זכו להכרה במשפט הישראלי, בין השאר במסגרת הזכות ל"כבוד האדם", ובפרט בהקשר של טיפולים רפואיים¹¹⁹.

אמנם לטענת רבים מאנשי הרשויות מניח החוק "תמריץ כלכלי" בלבד שכל מטרתו "לעודד", ולא לאלץ קיומה של לידה בבית החולים¹²⁰. אולם להציג את החוק כמי שיוצר תמריץ בלבד, משמעו להתעלם מן הדרך שבה הוא חוסם נשים רבות מללדת מחוץ לבית החולים בליווי עזרה מקצועית. במילים אחרות, הצגה זו של הדברים אפשרית, אם בכלל,

116 NIRA YUVAL-DAVIS, GENDER AND NATION 22 (1997).
 117 ע"א 413/80 פלונית נ' פלוני, פ"ד לה (3) 57, 81 (1981). ראו גם ס' 7 לחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו (להלן: "חוק-היסוד").
 118 ס' 2 ו-4 לחוק-היסוד מדברים על הזכות להגנה על החיים ולשלמות הגוף. ס' 1 לחוק מכיר במפורש "בערך האדם, בקדושת חייו ובהיותו בן-חורין".
 119 אהרן ברק פרשנות במשפט כרך שלישי – פרשנות חוקתית 319 (1994). זכות זו מתפרשת בראש ובראשונה כזכות "שלא לשמש אמצעי להשגת מטרה" ו"אוטונומיה של הרצון". הזכות זכתה לגיבוי בשנים האחרונות בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וכן ראו ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים "כרמל", חיפה, פ"ד נג (4) 526 (1999).
 120 ראו למשל, ד"ר חיה קטן (המל"ל), דיון (2000), לעיל ה"ש 105, בעמ' 3; עמדת היועץ המשפטי לממשלה שהוגש בעניין עב"ל 1245/00, פס' 36 ו-42 (27.1.2004) (עותק שמור אצל המחברת). וראו גם פסק הדין בעניין דיוויס, לעיל ה"ש 70, ס' 6, 13 ו-14.

באשר ל"מענק הלידה" בלבד¹²¹. "מענק האשפוז", לעומת זאת, מיועד לכיסוי הוצאות הלידה. ככזה הוא מהווה אמצעי למימוש זכויות הבחירה והאוטונומיה הגופנית של היולדת. לכן יש לראות בו גם חלק אינטגרלי מאותן זכויות¹²². זאת ועוד, העובדה כי בישראל לידה מחוץ לבית החולים מתאפשרת רק לבעלי אמצעים, משמעותה שהחוק מפלה, למעשה, בין נשים על בסיס של רקע סוציו-אקונומי¹²³. אולם גם במקרה של נשים המצליחות לממן לידה זו בעצמן, יש בדבר טעם לפגם, שהרי מדובר (על פי רוב) בנשים ששילמו מס ביטוח לאומי במשך השנים כחוק¹²⁴. בנוסף, מובן שאין להתעלם מכך שהפגיעה הנדונה בזכות לאוטונומיה ייחודית לנשים. בהקשר זה, מן הראוי להזכיר גם את התיקון שבוצע בשנת 2000 לחוק שיווי זכויות האשה. על פי סעיף 6א "לכל אישה זכות מלאה על גופה"¹²⁵. במונחים משפטיים ניתן לומר, כי עצם העובדה שרק נשים יולדות אינה יכולה להצדיק את הגבלת חירותן הגופנית מעבר לנדרש¹²⁶.

121 אני כותבת "אם בכלל" מכיוון שניתן לומר שגם למענק זה המיועד במקור לרכישת ציוד ראשוני לליוד יש צורך רפואי. לעניין זה ראו דברי פרופ' גרושקה לפני ועדת המשנה שהייתה אחראית על ניסוח החוק: "לשי זה [לנולד] ישנה גם חשיבות רפואית, מפני שאין טיפול מספיק בתינוק אם אין חיתולים במספר הדרוש. החיתולים נחוצים בכדי למנוע וזוהמים של העור, אשר יכולים להביא למצבים רציניים, אפילו למוות". פרוטוקול ישיבה 12/ב, לעיל ה"ש 11, בעמ' 4.

122 בכך יש לומר גם כי החוק עובר על "דרישת המידתיות" הנדרשת בס' 8 לחוק-היסוד עצמו ("ובמידה שאינה עולה על הנדרש"). לעניין זה ראו בג"ץ 4541/94 מילר נ' שר הביטחון, פ"ד מט(4) 94, 144 פס' 22 לפסק דינה של השופטת דורנר (1995). השוו שולמית אלמוג ואריאל בנדור "חופש הרבייה כזכות יסוד" **הריון מסוג אחר: עיון רב תחומי בהפריה חוץ-גופנית** 115, 121–123 (1996), המדברים על ממד התביעה של זכות. ראו גם סיגל דוידוב-מוטולה "פסק-דין פמיניסטי? היבט נוסף על פרשת נחמני" **עיוני משפט** כ 221, 226–230 (1996), שם היא מדברת על חירות חיובית לעומת חירות שלילית.

123 ראו לעניין זה דברי שלו, לעיל ה"ש 56, בעמ' 29 ובפרק 2 בכלל: "איסור ההפליה הוא עקרון מרכזי של זכויות האדם, הן הזכויות האזרחיות והן הזכויות החברתיות. אך בעוד שעניינן של הזכויות האזרחיות הוא בחירות הפרט, עניינן של הזכויות החברתיות הוא בחלוקה צודקת של המשאבים והטובין החברתיים. עקרון הצדק בחלוקה הוא זה שעומד ביסודו של שיח זכויות האדם בהקשר הזכויות החברתיות". לידה ביתית בישראל כיום, בנוכחות של אחות מיילדת, אפשרית רק עבור אלו היכולים להרשות לעצמם לשלם בין 1,000 ל-4,000 ₪ – פחות ממחצית העלות של מענק האשפוז.

124 טענה זו גם הושמעה בחלק מהתביעות שהתבררו בנושא, למשל דב"ע לדונין, לעיל ה"ש 102.

125 חוק שיווי זכויות האישה (תיקון מס' 2), התש"ס-2000, ס"ח 167.

126 לעניין זה ראו את דבריה של פרנסס רדאי ולפיהם "כל הגנה פטרנליסטית הכפויה על נשים בלבד היא לכאורה חשודה. היא מדליקה אור אדום, שמא היא נובעת מגישה סטריאוטיפית ובלתי-שוויונית לנשים ומחוסר הכרה באוטונומיה שלהן, ולא מהצורך להגן על נשים בשל

אלא שבמשפט הישראלי אף זכויות היסוד אינן מוחלטות, וניתן לפגוע בהן למטרה מוצדקת. בפרט, יש להוכיח "ודאות קרובה לסכנה חמורה"¹²⁷. האם הגבלת חירותן של נשים יולדות מוצדקת מטעם זה? כפי שכבר ראינו, כמה וכמה גורמי מדינה הכריזו במפורש שאין סיבה רפואית למניעה גורפת של לידות בית, אף שהדבר דורש הקמת "מערך תמיכה" מתאים. כמובן, אף טענה זו דורשת הוכחה, שהרי יש האומרים שמערך התמיכה האמור כבר קיים בישראל¹²⁸. על כל פנים, תמציתה של טענה זו היא שדרושה התארגנות מחדש. זו דורשת מטבע הדברים מימון. והנה, בתי משפט קבעו כבר כי: "הגנה על זכויות אדם עולה כסף, וחברה המכבדת זכויות אדם צריכה להיות נכונה לשאת במעמסה הכספית"¹²⁹. אדרבה, עצם ההימנעות מלהוציא הכספים הנדרשים יכולה להתפרש כהפליה, כנאמר בדר"ח ועדת נמיר:

"הנשים מהוות כ-50 אחוז מהאוכלוסייה בישראל. פירושו של דבר, שכמעט מחצית האוכלוסייה נזקקת לשירותים הקשורים בלידה יותר משלוש פעמים, בממוצע, במהלך החיים, אף על פי כן, ענינה של אוכלוסיית הנשים בחווית לידה חיובית, על כל השלכותיה המשמעותיות, לא זכה לתשומת הלב הראויה"¹³⁰.

יא. סיכום ומסקנות ראשוניות בנוגע לעתיד

- שוני אובייקטיבי בינן לבין גברים. פרנסיס רדאי "על השוויון" מעמד האישה בחברה ובמשפט 19, 40 (פרנסיס רדאי, כרמל שלו ומיכל ליבן-קובי עורכות, 1995).
- 127 עניין מילר, לעיל ה"ש 122, בעמ' 141.
- 128 ראו למשל, מכתב מטיה פינסקי (אמה"י) לד"ר עזרא, המרכז הרפואי הדסה (15.1.2004) וכן חוות דעתו של ד"ר שיפטן לעיל ה"ש 70, בעמ' 7.
- 129 עניין מילר, לעיל ה"ש 122, בפס' 19 לפסק דינו של השופט מצא, שם מצטט השופט מצא את דבריו של אהרן ברק. אמנם השופט שטרסברג-כהן מגבילה את חובת המדינה לשלם את המחיר של השגת השוויון במחיר "ובלבד שאיננו גבוה מדיי ואיננו בלתי סביר". שם, בפס' 8 לפסק דינה של השופטת שטרסברג-כהן. אולם בתחום הלידה, לא סביר שהגבלה זו תיושם. אדרבה, יותר ויותר ממשלות מתחילות לשים לב למחקרים שמוכיחים שאם ישנו שירות ביתי זמין, ואם הוא מנוצל, יותר זול ללדת בבית. זאת אחת הסיבות העיקריות שממשלות הולנד שמרו על האופציה הזאת עד היום – ראו לייסנר, לעיל ה"ש 22. ראו גם Tew, לעיל ה"ש 11, בעמ' 232–233, Declercq, DeVries, Viisainen, Salvesen & Wrede; לעיל ה"ש 10, בעמ' 18, וגם Rondi E. Anderson & David A. Anderson, *The Cost Effectiveness of Home Birth*, 44 J. OF NURSE-MIDWIFERY 30 (1999). דבר זה נכון בייחוד בנוגע למדינות כמו ישראל, שבהן רמות השימוש בטכנולוגיה בבתי חולים הן גבוהות מאוד וכך גם אחוז התביעות המשפטיות.
- 130 דר"ח נמיר, לעיל ה"ש 91, בעמ' 23, ס' 8.

מאז שנת 1953 מקנה החוק הישראלי מונופול על הטיפול בלידה לבתי החולים, ובה בעת מגביל באופן משמעותי את חופש הבחירה של היולדות בדבר מיקום הלידה ואופייה. במשך השנים נעשו כמה ניסיונות לשנות את החוק כך שהפגיעה הכרוכה בו בזכויות יולדות תפחת, אולם אלה נכשלו.

במאמר זה ניסיתי לעמוד על הטעמים לסירוב האמור לתקן את החוק. בכלל אלה ציינתי את חוסר המוכנות לוותר על ההטבות הכלכליות שהעניק החוק הן לבתי החולים ולרופאים העובדים שם, הן לממשלה, כבעלים של רבים מבתי חולים בארץ, והן למשרד הבריאות, הממונה על מתן שירותי הבריאות.

אף לאחר ניתוח זה עומדת על כנה השאלה הבאה: מהי הנפקות המשפטית של דיון התר אחר המניעים הכלכליים של החוק? כפי שכבר אמרתי, התשובה לכך היא שגם אם אין באותם אינטרסים כלכליים כדי להצדיק את קיום החוק, אלו עשויים להסביר אותו. מכאן שניתן לכל הפחות להיעזר בהם בחיפוש אחר אסטרטגיה מוצלחת יותר במאבק לתקן את החוק. דהיינו לא עוד ניסיון לשנות את החוק באמצעות משרד הבריאות, וגם לא באמצעות בתי משפט או בית המחוקקים – כל עוד רשויות אלה סומכות את דעתן על דברם של משרד הבריאות וכן של ארגוני רופאים, ללא הטלת ביקורת עצמאית.

כתחליף לאסטרטגיה זו, הייתי רוצה להציע כיוונים ראשוניים אחרים לפתרון הבעיה. למשל, הפניית הדרישה לשינוי המצב המשפטי לרשויות אחרות לגמרי, שגם הן מחויבות על פי חוק לשמור על זכויות היסוד של הפרט, ושגם להן יד בהפעלת החוק¹³¹. באופן ספציפי, כוונתי היא למשרד העבודה והרווחה ולמל"ל¹³². באשר למשרד העבודה והרווחה, הרי יש בכוחו לנצל עד תום את הוראת חוק הביטוח הלאומי אשר מאפשרת מתן מענקים, ובכלל זה מענק אשפוז ומענק לידה, "מטעמי צדק". כאמור לעיל, התקנות שהתקין שר העבודה והרווחה בזמנו מצומצמות למדי ואינן מתייחסות ללידה כלל, לא כל שכן לידת בית מתוכננת. לעומת זאת, בידי השר נותרה הסמכות להתקין תקנה חדשה שתוודא במפורש את החלת הוראת חוק זו על נשים שיולדות בבית בסיוע מיילדת בית מורשה¹³³.

131 אמנם מן הראוי לציין שהיו בעבר ניסיונות כלשהם לשנות את (יישום) החוק דרך המל"ל וגם הועלו בהזדמנויות שונות טענות נגד אי-הסבירות של תקנה 3(10). ראו למשל השופט נחתומי, להלן ה"ש 134 וכן ההתכתבות הבאה: מכתב מח"כ נעמי חזן ליוסי תמיר, מנהל הביטוח הלאומי (15.3.1994); מכתב מעו"ד רימלט נוי, המרכז לסיוע משפטי בזכויות אזרח, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת תל-אביב, לאלי ישי, שר העבודה ורווחה (14.1.1997). מסיבה זו או אחרת, אלה לא צלחו. ייתכן שהגיע הזמן לנסות שנית ובמקרה של כישלון חוזר לפנות לבג"ץ.

132 המל"ל הנו תאגיד חוקי ועומד תחת פיקוח של שר הרווחה, וככזה הוא כפוף לחוק-היסוד.

133 עניין **דרוין**, לעיל ה"ש 102; השופט מ' נחתומי הצהיר **באוביטר דיקטום**: "מן הראוי בנסיבות מסוימות לאפשר לבני זוג לקיים הלכה למעשה את השקפת עולמם, אם אמנם הם

באשר למל"ל, כגוף אשר יהיה אחראי מן הסתם על יישום התקנה החדשה המוצעת, הוא יכול, למשל, לייסד בעניין זה "שיטה של ממוצעים", הדומה לזו המיושמת בבתי החולים. דבר זה יבטיח, מן הצד האחד, את כיסוי ההוצאות לילדות בית (כלומר, הוצאות המיילדת, רופא הילדים, הציוד ההכרחי, וכו'), ומן הצד האחר, ישמור את היתרה מ"מענק האשפוז" לכיסוי מקרים שבהם יולדות בית נאלצות לעבור לבית חולים תוך כדי הלידה או מיד לאחריה, למשל (בדרך כלל, כ-12% מכלל המקרים¹³⁴). עד אשר תותקן התקנה האמורה, יכול המל"ל לסייע בהגנה על זכויות היסוד של "לקוחותיו" באמצעות יישום נוקשה פחות של החוק. כך, למשל, ניתן לשנות את כלל 24 השעות, שכאמור לעולם לא נכלל בחוק במפורש, לכלל של 24 ימים¹³⁵. באשר לדרישה ל-12 שעות אשפוז, ראוי לבטלה לאתרה¹³⁶.

נוסף על כך, מן הראוי ששתי הרשויות הללו גם יחד, יפעלו להכרה בעבודה של מיילדות בית בצוותים במרכזי לידה¹³⁷. לא זו בלבד שהדבר יקל על חייהן של מיילדות בית בעצמן, אלא שיהיה בכך לתרום ליצירת מגוון אפשרויות גדול יותר עבור יולדות בישראל.

פועלים בצורה אחראית ומבוקרת, כפי שללא ספק פעלו בני הזוג לדווין. אלא מאי? האפשרות לשיקול דעת הנחבע, במסגרת הענקות מטעמי צדק, איננה רחבה דיה". וראו גם מכתב מעו"ד רימלט נויא, לעיל ה"ש 131, ס' 7 – שם נטען לחוסר סבירות של תקנה 3(10).

134 Kenneth C. Johnson & Betty-Anne Daviss, *Outcomes of Planned Home Births with Certified Professional Midwives: Large Prospective Study in North America*, 330 BRITISH MEDICAL J. 1416 (2005). ראו גם תוצאות של לידות בית מתוכננות בישראל, לעיל ה"ש 96.

135 התקופה של 24 ימים נבחרה כאן באופן אקראי כמו 24 השעות. כמובן, אם ניתן להסכים על פרק זמן שיש בו היגיון או הצדקה כלשהם, הרי זה יבורך.

136 ביולי 2008 התנהל דיון בוועדה לקידום מעמד האישה בעקבות מקרה שפורסם בעיתונות ובו אישה ילדה בבית חולים אך שיחררה את עצמה בטרם עברו 12 שעות ועקב כך נתקלה בסירוב מטעם המל"ל לשלם לה הן מענק הלידה והן מענק האשפוז. במהלך הדיון הודיעו אנשי המל"ל כי הוחלט לשלם את המענקים האמורים. פרוטוקול 151, לעיל ה"ש 94. יש לציין כי בשנת 1956 התקבלה במל"ל בקשה מטעם רופאה "לעכב את מענק הלידה לאותן היולדות העוזבות את בית החולים נגד הוראות רפואיות" ראו את המכתב מד"ר ד. סלבי לד"ר לחמן, ביי"ח הדסה (16.8.1956). בתשובה נאמר כי "עם כל ההבנה למגמותיה הטובות של הגב' ד"ר סלבי, לא יכול המוסד לביטוח לאומי לפי החוק הקיים, לעזר בהגשמת כוונותיה בדבר החזקת יולדת ותינוקה בבית החולים". מכתב תשובה מד"ר נוימן לד"ר א. לחמן, מנהל ביה"ח הדסה בנגב (4.9.1956).

137 השו: דו"ח לידות בית בישראל, לעיל ה"ש 111, בעמ' 2: "יש איסור חוקי להקמת חדרי לידה בניהול מיילדות". עוד נאמר שם: "אין מקום למרכזים ללידת בית, כמו גם ל Group practice של מיילדות בית". שם, בעמ' 2, ה"ש 3. ראו גם מכתב מוצלב אינסלר, יו"ר המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה, לחברי תת-הוועדה בנושא לידות בית (19.6.2002) (עותק שמור בידי המחברת).

תעשיית הלידה בישראל

כלומר, לא עוד בחירה בין שני הקצוות של לידה הקיימות כיום – בבית או בבית חולים – אלא גם אפשרות הביניים של מרכזי לידה למשל¹³⁸. לבסוף, עצם העובדה שהמדינה תדאג לכיסוי הוצאות הלידה באמצעות שירותי הרווחה ולא באמצעות תקציב הבריאות הלאומי, תשמש הוכחה לכך והכרה סמלית בכך שלידה אינה מחלה, אלא שייכת לתחום של רווחת הציבור והפרט¹³⁹. לפיכך יש להכיר גם בזכותן המלאה של היולדות להחליט היכן וכיצד ללדת. כפי שאומר ד"ר קלוסטרמן (בציטוט הפתיח), בכל הקשור לניהול הלידה, לא השיקולים הכלכליים צריכים להיות העיקר, אלא רצונותיה של האישה היולדת.

138 ראו לעניין זה דו"ח נמיר, לעיל ה"ש 91, בעמ' 25: "הוצאת בתי-היולדות אל מחוץ לבתי-חולים חשובה לצורך ניתוק מאירת בית-החולים, יצירת אווירה רגועה, ואפשר קשר שוטף בין היולדות ובני משפחתן". **המלצות הוועדה למעמד האשה** (ירושלים, 1978), המלצה 118 (ב) בעמ' 69. לעניין האפשרות של הקמת מרכזי לידה בישראל ראו גם פרוטוקול ישיבה מס' 114 של הוועדה לקידום מעמד האישה, הכנסת ה-16, נוסח לא מתוקן, מושב שני (7.7.2004). www.knesset.gov.il/protocols/data/html/maamad/2004-07-07.html (נבדק לאחרונה ב-30.10.2009).

139 ראו גם אלמוג ובנדור, לעיל ה"ש 122, בעמ' 123–124.