

איך נשים ילדו, מי עוזר להן, כיצד ומדוע? אלה אינן רק שאלות הקשורות בהיסטוריה של הילודה והמיילדות: אלו הן שאלות פוליטיות [...] החלטותיה [של האישה] – אם היא אכן מחליטה – מתקבלות, או נשללות, מתוך מצע של חוקים וקודים מקצועיים, הגבלות דתיות ומסורות אתניות, שלנשים לא היה כל חלק במהלך היווצרותם. אדריאן ריץ', ילוד אישה

מבוא

הלידה היא מקרה אידאלי לבחינת השאלה "האם המשפט חשוב?". מדובר בדוגמה קלאסית לאירוע שלכאורה לא ניתן לשלוט בו באמצעות החוק, מה שניתן לכנות "an unruly act". עצם הביטוי השגור בדיבור "חוקי הלידה" (the laws of birth) משקף בה בעת את קיומה של סדרת כללים שעל-פיהם פועלת הלידה, כללים שאינם בהישג ידם של בני אדם, ואת ניסיונותיהם (הנואשים לרוב) של בני אדם לפענח את אותם כללים ולהשליט בהם סדר.¹ באופן מסורתי, התפקיד של פענוח חוקי הלידה וניהול הלידה בפועל הוטל על נשים – בנות משפחתה של היולדת, שכנותיה ולעתים גם מיילדות שהתמחו בסיוע בלידות.² במתן עזרה ליולדת נהגו נשים אלה על-פי רוב בהתאם לניסיון החיים האישי שלהן, אך

* מלמדת בפקולטה למשפטים באוניברסיטה העברית, בתכנית ללימוד מגדר באוניברסיטת בראנדסילן ובמסלול ללימודי האישה והיהדות במכון שכטר. המאמר מתבסס באופן חלקי על עבודת הדוקטור שלי, חוקי הלידה ולידה כחוק בישראל, בהנחיית פרופ' דפנה יורעאלי (ז"ל), פרופ' רות הלפרין-קדרי ופרופ' טוון סרד, ובמימון מלגת הנשיא ופרס מחקר מאת Hadassa-Brandeis Institute. ברצוני להודות ליופי תירוש, לטלי ארטמן ולחבריי ב"סדר נשים" שטרחו לקרוא ולהעיר הערות חכמות על טיוטות קודמות של מאמר זה; לחבר המערכת, יניב רון-אל, שעבר אתי על המאמר לאורך כל הדרך והיה לי לבן שיח ממש; ולעורכות הספר נטע זיו ודפנה הקר, שראו לנכון לכלול בפרויקט חשוב זה את נושא הלידה, נושא אשר על-פי רוב נדחק לשוליים כאילו אינו נוגע לכל אחד ואחת מאתנו. כולי תקווה כי החשיפה הניתנת כאן להתעסקות האובססיבית כמעט של מערכות החוק בשאלת הלידה תשנה מצב זה כמעט.

1 כמובן "חוקי לידה" כוונתי לאופן שבו נתפס המהלך "הטבעי" של לידה בחברה נתונה.
2 לעניין זה ראו למשל את מחקרה של שולמית שחר על ימי הביניים: שולמית שחר ילדות בימי הביניים 62–63, 66 (1990); ראו עוד את הדיון אצל אלישבע באומגרטן, המציגה מצב מורכב יותר (אך כזה שאינו משנה מן המסקנה הסופית): אלישבע באומגרטן אמהות וילדים – חיי משפחה באשכנז בימי הביניים 64–89 (2005). כמו כן ראו יערה בראון רואות את הנולד – לידה ויילוד לקראת העידן המודרני (2000), ספר העוסק בלידה בצרפת בראשית העת החדשה, וכן ציפורה שחורי-רובין "וייטב אלהים למילדת": מיילדות עבריות בארץ ישראל בשלהי התקופה העות'מאנית" מסכת ח 51–95 (התשס"ט).

קשה לומר שהן פעלו על דעת עצמן בלבד. כמשתקף מהציטוט הפותח של אדריאן ריץ' – ככל שהן השתייכו לחברה אנושית רחבה יותר, כך הן פעלו בתוך סדרה של כללים ושל חוקים, פורמליים ובלתי פורמליים כאחד, שקבעו את היחס ללידה – כל תרבות וחוקי הלידה שלה.³

בפרספקטיבה היסטורית, ניכר כי בתרשיש המתואר של עיצוב חוקי הלידה ממלאת הדת תפקיד חשוב במיוחד.⁴ אולם בעידן המודרני החלה השליטה על הלידה לעבור לידי אנשי מקצוע הרפואה (ראו בחלק א למאמר); לימים אף נוסד ענף התמחות רפואית חדשה בשם מיילדות (obstetrics), ענף שכל כולו מתמקד בלידה. כוחם של הרופאים נסמך על הגדרתם מחדש את הלידה – לגישתם אין מדובר באירוע דתי-מיסטי אלא בתהליך ביולוגי גרדא, תהליך שניתן לפענוח ולוויסות בהתאם לכללי הרפואה המדעיים, הרציונליים והמתקדמים.

לאור הנחת יסוד זו, ניתן היה לחשוב שעם הזמן יוסדרו כללי ניהול הלידה באופן אחיד ומשותף לכל מדינות העולם המתועש, ושייעלמו ההבדלים בתרבויות ניהול הלידה בין ארצות ובין תרבויות שונות. אך בפועל הדבר לא קרה. במקום לשנות את כללי ניהול הלידה המקומיים, נראה שכללי המיילדות הרפואיים פשוט התאימו את עצמם לתנאיה של כל תרבות מקומית, ועד היום קיימים הבדלים גדולים בין תרבויות הלידה אף בקרב מדינות העולם המתועש.⁵

עדות לכך אנו מוצאים בהשוואה בין תרבות הלידה בהולנד לבין זו שבישראל (ראו בחלק ב למאמר). שתי מדינות קטנות אלה דומות זו לזו בשיעורי התמותה הקטנים בכל הקשור ללידה.⁶ אולם ככל שמדובר בתרבות הלידה הן שונות זו מזו כמעט מן הקצה אל הקצה (אדרבה, כפי שנראה בהמשך, פעמים רבות הדנים בלידה הישראלית מציבים לצדה את הדוגמה ההולנדית לשם המחשת השיטה ההפוכה). הבדלים אלה מוצאים את ביטויים

3 במילותיה של האנתרופולוגית הידועה בריגיט ג'ורדן: "Everywhere birth is socially marked and shaped", BRIGITTE JORDAN, BIRTH IN FOUR CULTURES: A CROSS-CULTURAL INVESTIGATION OF CHILDBIRTH IN YUCATAN, HOLLAND, SWEDEN AND THE UNITED STATES 1 (4th ed. 1993).

4 ראו את המקורות שהובאו לעיל בה"ש 2, וכן יערה בר־און "משני צידי המתנס: מיילדות ולקוחותיהן בפריז של המאה ה־17" זמנים 59, 39 (1997). ראו עוד: Judith Walzer Leavitt, *The Growth of Medical Authority: Technology and Morals in Turn-of-the-Century* (1987) *Obstetrics*, 1(3) *MED. ANTHROP. Q.* 230. במאמר זה מתואר המעבר מאנשי הדת לאנשי הרפואה כפי שהתרחש בארצות הברית.

5 במונח "תרבות לידה" כוונתי לצורה שבה מתנהלת הלידה בתרבות נתונה על־פי רוב, כגון המקום שבו היא מתרחשת, האנשים שנמצאים עם היולדת, היחס הכללי אל האם ואל הנולד וכיוצא באלה מאפיינים נוספים.

6 ראו להלן ה"ש 19. למעשה קשה מאוד לערוך השוואות מדויקות בין ארצות שונות בענייני בריאות, כיוון שכל מדינה מודדת את הנתונים בדרך שונה. ראו: Alberto Torres & Michael P. Reich, *The Shift From Home to Institutional Childbirth: A Comparative Study of the United Kingdom and the Netherlands*, 19 (3) *INT'L J. HEALTH SERVICES* 405, 407 (1989).

בראש ובראשונה במקום התרחשות הלידה – בהולנד מתרחשות כשליש מן הלידות בבית, ואילו בישראל מספר הלידות בבית קרוב יותר לשליש האחוז. כמו כן, רמת המדיקליזציה של הלידה גבוהה מאוד ככל שמדובר בלידה בבתי חולים בישראל, ואילו בהולנד היא נמוכה מאוד.

הבדלים אלה בין תרבויות הלידה בארצות העולם המתועש מחזקים את הטענה שנשמעת מפעם לפעם בדבר חוסר המדעיות וחוסר הרציונליות של הרפואה בכלל ושל רפואת נשים בפרט.⁷ אולם השאלה הנשאלת כאן היא שונה, קרי: מה מהות ההבדלים בין תרבויות הלידה השונות? האם גורמים לכך הבדלים קיימים בין התרבויות (ראו בחלק ג למאמר) או שמא מדובר בידה המכוונת של המדינה?

לגישה לפיה מקור ההבדלים הוא דווקא בידה המכוונת של המדינה יש על מה לסמוך; כבר ציינתי את כניסתם של הרופאים אל חדרי הלידה, אך באותה המידה החלו גם הממשלות הלאומיות לפלוש אל תוך התחום הנשי הזה ולחוקק חוקי לידה של ממש, בעיקר במאה שעברה.⁸ חוקי לידה לאומיים אלה, בדומה לתרבויות הלידה שאליהן נלוו, היו (ועודם) שונים מאוד זה מזה. חלק מהחוקים שימשו כדי להסדיר את מקצוע המיילדות, ובעיקר כדי להעביר את המיילדות במידה זו או אחרת לפיקוחם של הרופאים.⁹ אולם היה גם אמצעי נוסף שבו השתמשו מדינות רבות בדרכן להסדיר את הלידה – מנגנון הרווחה המקומי. כאן הושם הדגש בשאלה אילו סוגים של סיוע ושל טיפול יינתנו לילודות.

במאמר זה אתמקד, כאמור, בהסדרים מתחום הרווחה כפי שנראה בהמשך, לשאלות בדבר טיב הטיפול שאותו זכאית היולדת לקבל ובדבר זהותו של הנושא בעלויות הטיפול יש חשיבות רבה ביותר. בדוגמת ישראל והולנד אף אטען כי ההבדל העיקרי בין הלידה בכל אחת מן המדינות טמון בתנאים השונים שהעמידה כל אחת מהמדינות ושהתקיימם יזכה הליך הלידה למימון (ראו בחלק ד למאמר). הולנד השתמשה בחוקי הרווחה שלה בין השאר כדי להעניק למיילדות מונופול בכל הקשור לטיפול בלידות רגילות, ואילו בישראל הוענק המונופול לבתי החולים.

7 ראו למשל: RAYMOND DE VRIES, A PLEASING BIRTH: MIDWIVES AND MATERNITY CARE IN THE NETHERLANDS 182–186 (2004); WILLIAM RAY ARNEY, POWER AND THE PROFESSION OF OBSTETRICS (1982); ANN OAKLEY, FROM HERE TO MATERNITY: BECOMING A MOTHER (1979); WOMEN CONFINED: TOWARDS A SOCIOLOGY OF CHILDBIRTH 97 (1980).

8 למעשה, בחלקים של אירופה החלו הממשלות להסדיר לידה עוד קודם לכן, בדרך כלל באמצעות הסדרת מקצוע המיילדות; ראו למשל: EDWARD SHORTER, A HISTORY OF WOMEN'S BODIES (1982).

9 בצפון אמריקה, למשל, כמעט שהוציאו את המקצוע הזה אל מחוץ לחוק; ראו למשל: Sirpa Wrede, Cecilia Benoit & Jane Sandall, *The State and Birth/The State of Birth: Maternal Health Policy in Three Countries*, in BIRTH BY DESIGN: PREGNANCY, MATERNITY CARE, AND MIDWIFERY IN NORTH AMERICA AND EUROPE 28, 29 (Raymond De Vries, Sirpa "BIRTH BY DESIGN" Wrede, Edwin van Teijlingen & Cecilia Benoit eds., 2001) Susan Corcoran, *To Become a Midwife: Reducing Legal Barriers to Entry into the Midwifery Profession*, 80 WASH. U. L. Q. 649, 650, 656–657 (2002).

כמובן, מתעוררת השאלה מה קדם למה – דהיינו, האם החוקים הייחודיים בכל מדינה הם שהולידו את תרבויות הלידה המיוחדות שלהן, או שמא קדמו תרבויות הלידה לחוקים? בהמשך (ראו בחלק ה למאמר) אדון באפשרויות השונות, ובפרט באפשרות שלפיה החוקים לא נבעו מיחסה המיוחד של התרבות בכל מדינה ללידה, אלא הם עצמם היו חלק מהבניית אותו יחס ייחודי ללידה.

פרט לכך, אדון במאמר בשאלת תוקפם של חוקי הלידה הלאומיים מבחינה חוקתית ומנקודת המבט של הפגיעה בזכויות האדם (ראו בחלק ו של המאמר); אדון בכך בעיקר בהקשר של החוק בישראל, אשר נתפס בעיניי כמפר את זכויות היסוד של היולדת במידה רבה, יותר מאשר "אחיו" בהולנד.

על רקע מכלול הדברים הללו עולה מאליה התהייה, שמא ניתן לחולל שינוי בתרבות לידה נתונה באמצעות חוקיה (ראו בחלק ז למאמר). לעניין זה, מסקנתי היא שגם אם אין לדעת בוודאות אם שינוי החוק יגרום לשינויים בתרבות ובהתנהגות, הרי אם מדובר בחוק מהסוג הנדון, הכולל ומגביל את זכויות האדם, בכל מקרה לא ייתכן שנותיר אותו על כנו.

א. היסטוריה של הלידה בעולם המתועש – מאבק פרופסיונלי

את ההיסטוריה של הלידה בעולם המתועש ניתן לתאר למעשה כמאבק בין שתי קבוצות של מטפלים שהתמחו במתן סיוע לילדות: המיילדות – המטפלות המסורתיות ביולדות, והרופאים – תחילה גלבים (barber-surgeons) ורופאים כלליים, ועם הזמן מומחים ברפואת נשים ובמיילדות (obstetricians and gynecologists).¹⁰ באופן מסורתי היו שתי הקבוצות שונות זו מזו מבחינה מגדרית: המיילדות היו נשים ועד היום מספר הגברים המיילדים קטן ביותר, ואילו הרופאים היו גברים, ועד היום נחשב מקצוע הגינקולוגיה והמיילדות כ"גברי" באופיו.¹¹

10 Karen L. Michaelson, *Childbirth in America: A Brief History and Contemporary Issues*, in *CHILDBIRTH IN AMERICA: ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVES* 1, 1–32 (1988) ראו עור: 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* 200 (Peter Conrad ed., 8th ed. 2008). ראו עוד בר-און, לעיל ה"ש 2; המחברת מתארת את המאבקים הפרופסיונליים בין מיילדות לרופאים בראשית העת החדשה. מעניין לשים לב שבעברית, המונח המתאר רופא העוסק בענייני פריון אצל נשים הוא "רופא נשים" – רוצה לומר שכל מהות האישה נמצאה בפריונה?

11 ראו למשל: BARBARA EHRENREICH & DEIDRE ENGLISH, *WITCHES, MIDWIVES AND NURSES: A HISTORY OF WOMEN HEALERS* (1973); BARBARA EHRENREICH & DEIDRE ENGLISH, *FOR HER OWN GOOD: TWO CENTURIES OF EXPERTS' ADVICE TO WOMEN* (rev. ed. 2005); Barbara Katz Rothman, *Childbirth as Negotiated Reality*, 1(2) *SYMBOLIC INTERACTION* 124, 124–137 (1978); BARBARA KATZ ROTHMAN, in *LABOR: WOMEN AND POWER IN THE BIRTHPLACE* (1982); MARY O'BRIEN, *THE POLITICS OF REPRODUCTION* (1981); MARY DALY, *GYN/ECOLOGY: THE METAETHICS OF RADICAL FEMINISM* (1978). האנתרופולוגית

כמוכן, מאבק זה לא נסב רק סביב זהותם של המטפלים השונים, אלא נגע גם בגישתם ללידה: "מודל המיילדות" (הנקרא גם "המודל הפיזיולוגי") מתייחס אל היריון ואל לידה כאל תהליכים טבעיים-נורמליים בדרך כלל, ואילו המודל הרפואי מתמקד בפתולוגיה שבלידה (יש האומרים שהוא מתייחס אל הלידה עצמה כאל מעין פתולוגיה) ובמניעתה באמצעות מגוון הולך ומתרחב של טכנולוגיות רפואיות.¹²

במאבק זה שבין המיילדות לרופאים נגעה אחת השאלות המרכזיות במקום התרחשות הלידה – שהרי מי ששולט במקום התרחשות הלידה עשוי גם לשלוט בהגדרתה ובמשמעותה.¹³ בהתאם לגישה הרואה בלידה תהליך טבעי, היו המיילדות קשורות לבית. הרופאים, לעומת זאת, דגלו בלידה בבית החולים. כדברי החוקרת מרג'ורי טיו: "אשפוז הלידה הוא האמצעי שדרכו מוציאים לפועל את הפילוסופיה של רפואת הנשים המתערבת".¹⁴

הלכה למעשה, במשך המאה העשרים, ברובן המכריע של המדינות המתועשות ובסיוע הממשלות עצמן אכן הועברה הלידה אל בתי החולים.¹⁵ חוקרים מתארים את המעבר הזה כשינוי המשמעותי ביותר שאירע במאה העשרים בקשר לטיפול ביולדות: בעקבותיו הוגדרה מחדש הלידה כפתולוגיה המצריכה התערבות רפואית, התגברה התערבות הרפואה בלידה, התגבשה סמכות רופאי הנשים ופחת כוחן של המיילדות – ברוב המקרים הן הובאו עם היולדות אל תוך בתי החולים.¹⁶

עם זאת, ביטוייהם של שינויים אלה ומידת עצמתם השתנו ממדינה למדינה, הן כאשר לעצם תהליך האשפוז הן כאשר למונח "לידת בית חולים", ומונח זה קיבל תוכן שונה בכל מדינה ומדינה (ולעתים אף באותה מדינה עצמה). מחלקות אשפוז יולדות היו שונות

רובי דיוויס-פלוריד מצאה שכניסתן של נשים למקצוע לא חוללה שינויים רבים; השוו: Robbie E. Davis-Floyd, *Obstetric Training as a Rite of Passage*, 1(3) MED. ANTHROP. Q. 288–318 (1987).

12 לענין זה ראו את המקורות שהובאו לעיל בה"ש 10 וכן, למשל, Arney, לעיל ה"ש 7, בפרק 3; SUZANNE ARMS, IMMACULATE DECEPTION: A NEW LOOK AT WOMEN AND CHILDBIRTH 3 חוקרים (1975); ROBBIE E. DAVIS-FLOYD, BIRTH AS AN AMERICAN RITE OF PASSAGE (1992). נוטים להתמקד בהבדלים שביחס לאם ולעוברה (או לתינוקה): מודל המיילדות רואה בהם קשורים בצורה סימביוטית, ולכן עזרה לאם כמוה כעזרה לתינוק; לעומתו, נוטה הרפואה להתמקד בתינוק כיצור נפרד מן האם ולפעמים כבעל אינטרסים נוגדים. לפי מודל המיילדות – האם יולדת את תינוקה; לפי המודל הרפואי – הרופא מיילד את האם. ראו למשל רות הלפרין-קדרי "שניים שהם אחת, אחת שהיא שניים: יחסי אם-עובר ושימוש בסמים על-ידי נשים הרות" פלילים ו 261 (1997).

13 Michaelson, לעיל ה"ש 10, בעמ' 29.

14 MARJORIE TEW, SAFER CHILDBIRTH? A CRITICAL HISTORY OF MATERNITY CARE 21 (1998).

15 REBECCA M. ALBURY, THE POLITICS OF REPRODUCTION: לענין התערבות המחוקק ראו: TEW; BEYOND THE SLOGANS 158–159 (1999), לעיל ה"ש 14, בעמ' 25–27.

16 Eugene Declercq, Raymond De Vries, Kirsi Viisainen, Helga B. Salvesen & Sirpe לעיל Wrede, *Where to Give Birth? Politics and the Place of Birth, in BIRTH BY DESIGN* ה"ש 9, בעמ' 7; ראו עוד: ARNEY, לעיל ה"ש 7, בפרק 2; השוו לאמור בה"ש 9 לעיל.

זו מזו במידת ההתערבות הרפואית וכן באווירה הכללית במחלקה, אווירה שתוארה כנעה בין "ריכוז שקט ואינטנסיבי" ל"פניקה קולית ויאווש"¹⁷. יש הגורסים שכל ההבדל בין המחלקות נעוץ בזהותם של המטפלים ביולדות שבמחלקה, היינו בחלוקת הסמכויות בין הרופאים למיילדות – כל קבוצה וגישתה שלה אל הלידה, גם בתוך בתי החולים.¹⁸

ב. תיאור כללי של תרבויות הלידה של ישראל ושל הולנד

לאחר שסקרנו באופן כללי את ההבדלים בין תרבויות הלידה בעולם המתועש, נעבור עתה להתייחס בצורה פרטנית אל ישראל ואל הולנד. כאמור לעיל, ככל הקשור ללידה בישראל ובהולנד רמות התמותה נמוכות במידה דומה, אולם הדמיון בין שתי המדינות נעלם כמעט ככל שמדובר בניהול הלידה.¹⁹ ההבדלים מתבטאים במאפיינים רבים, ולהלן ארון בכמה מהם.

שיעורי האשפוז: בשנות החמישים של המאה העשרים אירעו כ־77 אחוזים מן הלידות בהולנד בבתיים פרטיים, ועד היום כשליש מן הלידות שם מתרחשות בבית היולדת.²⁰ לעומת זאת, בקרב האוכלוסייה היהודית בארץ ישראל עוד לפני הקמת המדינה (בשנת 1945) נולדו כ־90 אחוזים מהתינוקות בבתי חולים; מאז שנות השבעים המוקדמות של המאה העשרים מרביתן המוחלט של הלידות מתרחשות בבתי חולים; כיום שיעור לידות הבית המתוכננות בישראל עומד על פחות מאחוז.²¹

- 17 JORDAN, לעיל ה"ש 3, בעמ' 63.
- 18 ראו למשל: Declercq et al., לעיל ה"ש 16, בעמ' 8; Tew, לעיל ה"ש 14, בעמ' 1–2; JORDAN, לעיל ה"ש 3.
- 19 ככל שמדובר בתמותת תינוקות; ברשימות לשנות האלפיים של ארצות ה־OECD (הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי) מדורגות ישראל והולנד במקומות סמוכים; למשל, בשנת 2003 עמד שיעור התמותה לכל לידות חי על 4.8 בהולנד ועל 4.93 בישראל (ישראל דורגה במקום אחד מתחת להולנד); בשנת 2004 עמד שיעור התמותה על 4.5 בישראל ועל 4.9 בהולנד. למעשה, בשתי המדינות שיעור התמותה עולה על הממוצע במדינות אירופה המתועשות (4.69 בשנת 2003). בישראל הנטייה היא להסביר זאת באמצעות הנתון של נישואים בתוך המשפחה, הרווחים בפרט בקרב האוכלוסייה הערבית והבדואית; ראו משרד הבריאות, דו"ח תמותת תינוקות בישראל (2002) וכן גבי בן־נרן וניר קידר, השוואות בינלאומיות במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל, 1970–2005 (משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות 2007). www.health.gov.il/download/pages/OECD2007.pdf. לעומת זאת, בהולנד קושרים את שיעור התמותה לאפיונים כגון לידות מאוחרות ולשיעור קטן יותר של אבחונים טרום־לידה; ראו: Ank De Jonge, Birgit Y. Van Der Goes, Anita C. J. Ravelli, Marianne P. Amelink-Verburg, Ben Willem Mol, Jan G. Nijhuis, Jack Bennebroek Gravenhorst, Simone E. Buitendijk, *Perinatal Mortality and Morbidity in a Nationwide Cohort of 529 688 Low-Risk Planned Home and Hospital Births*, 116(9) BJOG: AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY 1177 (2009).
- 20 De VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 176.
- 21 ראו למשל משרד העבודה והביטוח העממי תכנית לביטוח סוציאלי בישראל: דין וחשבון הוועדה הבינמשרדית לתיכנון הביטוח הסוציאלי 165 (1950) (להלן: תכנית קנב); גיורא

מעמדן וסמכותן של המיילדות: בהולנד, חלק קטן מן המיילדות מועסקות על-ידי בתי החולים אולם רובן עובדות באופן עצמאי, לבד או בקבוצות, בבית או בבית החולים לפי העדפת היולדת. דוגמה למעמדה העצמאי של המיילדת ניתן למצוא במקרה שבו במהלך לידת בית עולה הצורך להעביר את היולדת לבית חולים; על-פי רוב, תמשיך המיילדת ללוות את היולדת גם שם.²² בישראל, לעומת זאת, הרוב המכריע של המיילדות מועסקות על-ידי בתי החולים.²³ בדרך כלל המיילדות מסייעות בלידות רגילות ובית החולים קובע מתי עליהן לקרוא לרופא. בפועל, גם בלידות רגילות אלה נחשב הרופא התורן כנושא באחריות ואילו המיילדות, שהן למעשה אחיות (כפי שנראה להלן), כפופות לו²⁴ וסמכותן בקשר לקביעת המדיניות לניהול הלידה מוגבלת.²⁵

לוטן עשר שנות ביטוח לאומי – רעיון והגשמתו 24 (1964); אריה ניצן עשרים שנות ביטוח לאומי בישראל 27 (1975). בעניין מספר לידות הבית המתוכננות שמתרחשות היום ראו למשל את חוות הדעת של ד"ר אבנר שיפטן, חות דעת שהוגשה לבית הדין הארצי לעבודה במסגרת עניינה של רות דיוויס: עב"ל (ארצי) 1245/00 רות דיוויס – המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם, 3.11.2005) ("חוות הדעת להלן: "חוות הדעת של ד"ר שיפטן"). ראו עוד שרית רוזנבלום "משרד הבריאות נכנע לאופנה – נשים יכולות ללדת בבית" ידיעות אחרונות 6.8.2002, 12 – שם מובאת ההנחה לפיה מתוך 200,144 לידות בישראל בשנת 2003, התרחשו 367 לידות בבית. ראו עוד לידות בית בישראל ובעולם 2 (הכנסת – מרכז מחקר ומידע, 2008): "לפי ד"ר אבנר שיפטן, רופא מיילד המרכז נתונים על לידות בית, בשנת 2006 התקיימו בארץ כ-375 לידות בית מתוכננות ובשנת 2007 עמד המספר על כ-500 לידות כאלו. משרד הבריאות אינו עורך רישום של לידות בית".

22 Eva Abraham-Van der Mark, *Dutch Midwifery, Past and Present: An Overview*, in *SUCCESSFUL HOME BIRTH AND MIDWIFERY: THE DUTCH MODEL* 141, 151–152 (Eva Susan Abraham-Van der Mark ed., 1996) (הספר להלן: (SUCCESSFUL HOME BIRTH); Susan McKay, *Models of Midwifery Care: Denmark, Sweden, and The Netherlands*, 38(2) J. NURSE-MIDWIFERY 114, 119 (1993) – היולדת יכולה להעדיף מיילדת מסוימת, בין אם מדובר בלידת בית ובין אם בלידה בבית חולים; אלא אם היא עוברת לטיפול של רופא מומחה בבית החולים.

23 ארגון מיילדות בית ישראלי (אמה"י) נוסד רק בשנת 2004; כיום חברות בו כארבע-עשרה מיילדות.

24 באופן מסורתי נהנו המיילדות מעצמאות רבה יחסית בכל הקשור ללידות רגילות – ראו למשל: MARION SILMAN, MIRIAN SIEGEL-KELLNER & TAMMY NAAMAN, A HISTORY OF THE MIDWIFE 18 (1991); אולם עם השנים הוגבל חופש פעולה זה של המיילדות. לעניין זה ראו ע"א 410/93 ד"ר יגר נ' שר הבריאות, פ"ד מח(4) 97 (1994), והשוו: ת"א (ירושלים) 2605/00 מנת ואח' נ' המרכז הרפואי שערי צדק ואח', תק-מח(4) 3544, סע' 53 לפסק דינו של השופט דרורי (2003).

25 ראו: SUSAN SERED, WHAT MAKES WOMEN SICK? MILITARISM, MATERNITY AND MODESTY in ISRAELI SOCIETY 44–45 (2000). סדר כותבת כי אף שבבתי חולים ישראליים נוטים לקיים מדיניות חדר-משמעת ונוקשה בעניין המועד שבו על המיילדות לקרוא לרופאים, נוטות היולדות להאשים את המיילדות בכך שלא קראו לרופא ובכך שלא היו אוהדות כלפיהן בסבלן. אם כן, בדומה לקבוצות רבות אחרות של נשים בחברה הישראלית, סובלות המיילדות

המשכיות הטיפול: בהולנד, המשכיות הטיפול היא מאפיין חשוב של שיטת הלידה: באופן מסורתי, היולדת נמצאת בטיפול של אותה מיילדת בזמן ההיריון, הציירים והלידה וכן לאחר הלידה (תקופת משכב הלידה); לעתים רחוקות יותר מדובר ברופא משפחה.²⁶ לעומת זאת, בישראל מבצע את מעקב הלידה רופא קליני בקהילה בדרך כלל,²⁷ ואילו בלידה עצמה (בבית החולים) מטפלים ביולדת המיילדת שבמשמרת (או אף כמה מיילדות העובדות במשמרות של שמונה שעות) ולפעמים גם הרופא שבמשמרת.²⁸ אם כן, יולדת המבקשת בכל זאת ליווי צמוד במהלך הלידה תיאלץ בדרך כלל לשכור את שירותיו של רופא בית חולים באופן פרטי;²⁹ אם תשכור את שירותיה של מיילדת בבית,³⁰ עליה להבין שהמיילדת לא תוכל ללוות אותה אם תיאלץ לעבור לבית חולים.³¹

- מעודף אחריות שלצדה סמכות מעטה מאוד, נאלצות לייצג את הממסד הגברי בפני נשים אחרות ושומרות על הטובין ועל השירותים הניתנים על-ידי המוסדות הגבריים והנצרכים על-ידי נשים (ולכן הן מכונות "gatekeepers of the patriarchy").
- 26 McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 119; Abraham-Van der Mark, לעיל ה"ש 22, בעמ' 151.
- 27 בעבר היה המעקב מתבצע בתחנות "טיפת חלב", בידי אחיות התחנה ורופאיה. ראו למשל שפרה שורץ וצפורה שחור-רובין "הסתדרויות נשים למען אימהות וילדים בארץ ישראל: פועלן של 'הרסה', 'הסתדרות נשים עבריות' ו'יצור' להקמת תחנות לאם וילוד ('טיפת חלב')", 1913–1948 "העבריות החדשות: נשים ביישוב ובציונות בראי המגדר 248 (מרגלית שילה, רות קרק וגלית חזן-רוקם עורכות, 2001), וכן אומי לייסנר "ללדת ועוד איך: חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט" (צפוי להתפרסם בעיונים בתקומת ישראל, כרך מגדר בישראל, 2010).
- 28 SERED, לעיל ה"ש 25, בעמ' 43.
- 29 ניתן לעשות זאת משנות השמונים של המאה העשרים לערך, רק בבתי חולים לא ציבוריים שבהם מתנהלים שירותים רפואיים פרטיים (שר"פ).
- 30 אמנם בשנים האחרונות אפשרו בתי חולים ספורים לשכור מיילדת באופן פרטי (ראו למשל הדיון בלידות בית בישראל ובעולם, לעיל ה"ש 21, בעמ' 7–8), אך מדובר בעיקר בעבודה עם קבוצה של מיילדות; לרוב הן אינן מקבלות את התמורה לידיהן והרווח נופל בחלקו של בית החולים. מגמה זו נוגדת את ממצאי המחקר הרפואי, המראים 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 מפני שאין כמעט אפשרות לשכור מיילדת פרטית, החלו נשים בעלות אמצעים לשכור את שירותיהן של דולות או תומכות לידה, ואלה באות אתן אל חדרי הלידה (אם כי לא כל בתי החולים מסכימים לכך). קיימים גם בתי חולים המציעים ליווי של דולה מטעם בית החולים כשירות בתשלום.
- 31 במקרים המעטים שבהם קרה הדבר עד כה, דיווחו הן מיילדות הבית הן היולדות על יחס קריר ביותר כלפיהן מצד צוותי בית החולים. ראו למשל גילה מצה-למפל "ללדת כמו בעבר" הורים וילדים 99, 29–33 (1993); עדי כץ "ביוקר תלדי בנים" מעריב – סופשבוע 7.3.2003, 62, 64; דליה מזורי "בית חולים מסרב לקבל אם מדממת" מעריב 19.9.2002, 14. ראו עוד נשים קוראות ללדת – למען חופש בחירה בלידה, חוות דעת לקבלת יולדות בית (2001); בחוות הדעת דווח על מכתב ובו המלצות לקבלת יולדות בית, שהתקבל בשני בתי חולים בישראל. השוו: תיאורה של סימון דה בובואר ביחס לנעשה בצרפת בשלהי שנות הארבעים

לימודי מיילדות: בעניין הכשרת מיילדות קיימות שתי גישות עיקריות: הגישה הראשונה מתייחסת אל המיילדות כאל מקצוע נפרד לחלוטין מן האחיות. גישה זו שכיחה בעיקר במדינות אירופה, ובראשן בהולנד, שם לומדות המיילדות בבתי ספר נפרדים לגמרי מן האחיות.³² יש לציין כי בהולנד נחשבים לימודי המיילדות לקשים במיוחד ורמת ההשכלה של התלמידים גבוהה, בעיקר בשל הגבלות שהונהגו בדבר מספרם.³³ על-פי הגישה השנייה, הנפוצה בקרב המדינות האנגלו-סקסיות, על המיילדות להיות תחילה אחיות; ואכן, בישראל רק אחיות מוסמכות ובעלות ניסיון בסיעוד עשויות להתקבל ללימודי מיילדות.³⁴ ציון כי ארגון הבריאות העולמי תומך בגישת "שני המקצועות הנפרדים"; בעיקר משנות התשעים של המאה העשרים החלו לאמץ אותה מדינות מן הקבוצה השנייה, כמו קנדה, אוסטרליה ואף חלק ממדינות ארצות הברית, אולם בישראל הנושא אף לא נדון.³⁵

גישת המטפלים: לימודי המיילדות בשתי המדינות נבדלים אלה מאלה גם מבחינה מהותית: בהולנד "מודל המיילדות" הוא התמה המרכזית של טיפול מיילדותי.³⁶ הנחת היסוד היא שלידה היא תהליך טבעי וכי תפקידן של המיילדות הוא לאפשר לו להתרחש ללא התערבות רפואית וללא היווצרות פתולוגיה, למשל באמצעות הגברת הביטחון העצמי של האם ובאמצעות יצירת אווירה שלווה שבה האישה מרגישה שהיא בשליטה ושביכולתה ללדת ללא פחד.³⁷

וליחס שאליו זכו נשים שנפצעו במהלך ביצוע הפלה מלאכותית כושלת: "[T]he hospitals are obliged to receive a woman whose miscarriage has begun, but she is punished sadistically by the withholding of all sedatives during her pains and during the final operation of curetting", SIMONE DE BEAUVOIR, *THE SECOND SEX* 507 (1971)

32 Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 407; De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 77 (ראו גם את המקורות שציינו שם); Abraham-Van der Mark, לעיל ה"ש 22, בעמ' 150–151. לימודי המיילדות ההולנדיים ידועים ככל העולם בשל איכותם הגבוהה ובשל הקושי להתקבל אליהם.

33 Rosemary Mander, *The Relevance of the Dutch System of Maternity Care to the United Kingdom*, 22(6) J. ADVANCED NURSING 1023, 1024–1025 (1995)

34 אף כי הדרישה שמילדות תהיינה אחיות קיימת כבר מימי המנדט, היא לעולם לא הוכללה בפקודת המיילדות וככל הנראה הופיעה לראשונה בתקנות בריאות העם (עוסקים בסיעוד בבתי חולים), התשמ"ט-1988. על כך אומרים כתבן וברטל: "לא ברור כיצד חקיקת משנה מוסיפה על הקבוע בחקיקה הראשית באופן שמשנה מהותית את דרישות הכניסה לעיסוק במיילדות. מכל מקום, התקנות הכניסו בדלת האחורית את המודל [...] של אחות-מיילדות, שכאמור מעמיד את האחרונה בנעליה של הראשונה, ומכפיף אותה למרותו ולפיקוחו של הרופא"; אייל כתבן ונירה ברטל "על 'סידור הפרקטיקה של הילוד': עיון בפקודת המיילדות בארץ-ישראל (1929) ובמשמעויותיה" חוקה אחת ומשפט אחד לאיש ולאשה: נשים, זכויות ומשפט בתקופת המנדט (לא פורסם).

35 Suzanne Hope Suarez, *Midwifery is not the Practice of Medicine*, 5 YALE J.L. & FEMINISM 315, 331 (1993)

36 McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 119.

37 Abraham-Van der Mark, לעיל ה"ש 22, בעמ' 151.

בישראל, לעומת זאת, תכנית הלימודים של המיילדות דבקה ב"מודל הרפואי" ורק בתחילת המאה העשרים ואחת, בעקבות שינויים ב"שטח", החלו לכלול ברשימת הקורסים הנלמדים נושאים כמו לידה טבעית.³⁸ באופן מסורתי, המיילדות הישראליות מתוארות כסמכותיות מאוד, גישה העולה בקנה אחד עם רעיון ההיררכיה העומד ביסוד המודל הרפואי. לדברי הסוציולוגית סוזן סרד, בדרך כלל הן נמצאות עם היולדות זמן קצר מאוד במהלך הלידה ופוסקות בדבר התקדמותן בלבד. אם כן, הידיעה שמילדות נוטות להתייחס רק ליולדות עם בעיות "אמיתיות", משערת סרד, עלולה ליצור מצב שבו יולדות רבות הפכו לחולניות בזמן הלידה וחלקן אף יצרחו כדי לקבל תשומת לב מצד המיילדות.³⁹

רמת המדיקליזציה של הלידה: הגישות המתוארות לעיל מוצאות את ביטויין גם ברמות שונות מאוד של התערבות רפואית בלידה. בישראל, 41.4 אחוזים מכלל היולדות מקבלות הרדמה אפידורלית במהלך הלידה; בהולנד מדובר בחמישה אחוזים.⁴⁰ בהולנד, שיעור הניתוחים הקיסריים עומד כיום על כחמישה אחוזים מהלידות, השיעור הקטן ביותר באירופה,⁴¹ ואילו בישראל עומד שיעור הניתוחים הקיסריים על 20 אחוזים מהלידות, והוא גדל מדי שנה – בבתי חולים מסוימים הוא מגיע אף לכדי 28 אחוזים מהלידות.⁴² הגידול בשיעור הניתוחים הקיסריים נובע בעיקר מניתוחי חירום של יולדות שתוארו כבעלות היריון בסיכון נמוך, אך לא ניכר כל שיפור באחוזי התמותה בעקבות ניתוחים אלה.⁴³ לפי

- 38 ראו למשל: Judy Slome, *A Midwife's Private Practice in Israel* 10 B. J. MIDWIFERY 224 (2002). באופן כללי יותר, כאן אפשר למצוא כמה מהמחקרים הגדולים שנערכו לאחרונה בנושא: Judith T. Shuval & Sky E. Gross, *Midwives Practice CAM: Feminism in the Delivery Room*, 13(1) COMPLEMENTARY HEALTH PRACTICE REV. 46 (2008).
- 39 SERED, לעיל ה"ש 25, בעמ' 44. לדברי סרד ניתן, כמובן, למצוא מיילדות עדינות, אולם באופן מסורתי המיילדות נתפסות בעיני היולדות כבעלות מרות.
- 40 שרית רוזנבלום "ישראל 2003: יותר לידות וניתוחים קיסריים – פחות שלישיות" Ynet בריאות 23.11.2004 www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3008401,00.html; הנתונים הוצגו על-ידי פרופ' מיכאל קופרמיניץ בכנס השנתי של החברה לרפואת אם ועובר בישראל; ראו עוד מיטל יסעור בית-אור "באיזה בי"ח הסיכוי הכי טוב לקבל אפידורל?" Ynet בריאות www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3633066,00.html 4.12.2008. לשם השוואה מובאים נתוני ההרדמה האפידורלית במדינות אחרות: 51 אחוזים מכלל היולדות בצרפת, 33 אחוזים מכלל היולדות באוסטרליה, 30 אחוזים מכלל היולדות בקנדה, 24 אחוזים מכלל היולדות בבריטניה וחמישה אחוזים מכלל היולדות בהונגריה ובהולנד (כאמור).
- 41 De VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 45, 77. על המידה המועטה של התערבות בלידה ראו: Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 408, והשוו: Therese A. Wieggers, Jouke van der Zee & Marc J. N. C. Keirse, *Maternity Care in The Netherlands: The Changing Home Birth Rate*, BIRTH – ISSUES IN PERINATAL CARE 190 (1998) 25(3). המחברים מדווחים על שיעורים גדולים יותר של ניתוחים קיסריים בשנות השמונים והתשעים של המאה העשרים.
- 42 רוזנבלום, לעיל ה"ש 40, וכן חוות הדעת של ד"ר שיפטן בעניין דיוויס, לעיל ה"ש 21. ראו עוד ימימה עברון "הקיסרי ירום הודו: כל ילד חמישי בישראל נולד בניתוח קיסרי" הארץ Online בריאות www.haaretz.co.il/hasite/spages/1118586.html 4.10.2009.
- 43 Cohain Judy Slome & Yoselis Aviva, *Caesareans and Low-Risk Women in Israel*, 7(7) THE PRACTISING MIDWIFE 28–31 (2004).

הערכתו של פרופ' מרסדן וגנר, מומחה בין-לאומי בתחום הלידה, רמת המדיקליזציה של הלידה בישראל היא מן הגבוהות בעולם, ואילו בהולנד – מן הנמוכות.⁴⁴

ג. ההבדלים בין התרבויות

מבוא

לאחר סקירת ההבדלים הרבים שבין תרבויות הלידה בישראל ובהולנד, מתעוררת כמעט מאליה השאלה מה עומד ביסוד הבדלים אלה? אנסה לענות על כך. בהעדר מחקרים אמפיריים בנושא, אפנה להסברים אחדים שהוצעו במשך השנים להבנת תרבות הלידה בהולנד בפרט. גם בקרב הארצות המתועשות נחשבת הולנד כ"חריגה", ורבים הם המחקרים השואפים להבין את הסיבות לכך. בהמשך, אנסה ליישם למקרה הישראלי.⁴⁵ ההסבר הנפוץ ביותר שניתן לתרבות הלידה הייחודית בהולנד נוגע לגאוגרפיה המיוחדת המאפיינת אותה ולתשתיות הטובות שלה: מדובר בארץ קטנה, שטוחה וצפופה שלה מערכת כבישים טובה, ובמקרה הצורך קיימת אפשרות להעביר במהירות לבית החולים נשים שיוולדות בבית.⁴⁶ אולם אם לשפוט לפי הדוגמה הישראלית, נראה שתשובה זו אינה מספקת:⁴⁷ גם ישראל היא מדינה קטנה מבחינה גאוגרפית, ולה בתי חולים מפוזרים בכל אזור ואזור; גם אם הקושי להגיע אל בית החולים קיים מפעם לפעם מדובר לרוב בכעיה

44 מרסדן וגנר (Marsden Wagner), "כוחה של מיילדת" (הרצאה בבית החולים איכילוב, תל-אביב, 17.12.2001). ראו עוד דואר אלקטרוני ממרסדן וגנר לאומי לייסנר, מחברת המאמר (29.1.2005). בקשר להולנד בפרט ראו: McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 119. נראה כי גם בהולנד גבר השימוש בטכנולוגיה בלידה במשך השנים, אך הוא נותר מצומצם בהשוואה למדינות אחרות; ראו: Wiegiers et al., לעיל ה"ש 41.

45 ראו Declercq et al., לעיל ה"ש 16, בעמ' 16 (ההדגשה שלי – א' ל):

Although the rates of infant mortality and morbidity in the Netherlands are among the lowest in the world, the Netherlands remains an inconvenient *exception* in sociological and epidemiological discussions of the hospitalization of birth in industrialized nations.

46 Mander, לעיל ה"ש 33, בעמ' 1023; McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 119, דנה במערכת תחבורה שמאפשרת העברה לבית חולים בתוך 15 דקות ובכלל שלפיו צריכה המיילדת להיות בטווח זמן של לא יותר מ-15 דקות מהיולדת או שצריכה להיות לה ממלאת מקום בטווח זמן זה.

47 Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 407, טוענים שאלמנטים כגון שטחה המצומצם של המדינה והצפיפות הגדולה של האוכלוסייה אינם יכולים להסביר את הייחודיות בשיטת הלידה ההולנדית, כיוון שהאלמנטים הללו אינם ייחודיים להולנד. בלגיה, למשל, היא מדינה קטנה שבה רמת המדיקליזציה של הלידה היא גבוהה. ראו: Sicco Scherjon, *A Comparison Between the Organization of Obstetrics in Denmark and The Netherlands*, 93(7) BJOG: INT'L J. OBSTETRICS & GYNAECOLOGY 684 (2005).

נקודתית, ובעיות כאלה קיימות גם בהולנד.⁴⁸ זאת ועוד; בכל הקשור לישראל, התנאים האמורים רק הלכו והשתפרו במשך שנות קיום המדינה אולם ההתנגדות ללידת בית רק גברה עם השנים, כפי שנראה להלן.⁴⁹ אם כן, הנתונים הגאוגרפיים הדומים אינם מסבירים את היחס השונה ללידת בית בשתי המדינות; על כן אפנה עתה להסברים אפשריים אחרים ליחס שונה זה.

חולשת הרופאים

טענה אחת המובאת כדי להסביר את חריגותה של הולנד נסמכת על החולשה היחסית של ארגוני הרופאים המקומיים, במיוחד בהשוואה לכוחם הרב יחסית של ארגוני המיילדות שם.⁵⁰ יחסי הכוח הייחודיים שבין הרופאים למיילדות בהולנד הם למעשה תוצר של היסטוריה ארוכת שנים: בקצרה, אם ביתר ארצות העולם המתועש הצליחו הרופאים לגבור על המיילדות באמצעות מונופולים על השימוש במכשור ובטכנולוגיה להתערבות בלידה, בהולנד הצליחו המיילדות להשתמש במונופול של הרופאים על טכנולוגיית הלידה לטובתן הן, באמצעות יצירת תחום נפרד ללידות "רגילות" במינימום של התערבות רפואית וטכנולוגית. בתחום זה שולטות המיילדות.⁵¹

בישראל, לעומת זאת, עוד בשלהי התקופה העותמאנית החלו המיילדות המסורתיות שפעלו בארץ לאבד את מקומן למיילדות ה"מדופלמות" שקנו את השכלתן מחוץ לארץ.⁵²

- 48 ראו למשל: De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 90, 197 – לפיו טווח הזמן בפועל קרוב יותר ל-30 דקות; קיים לפחות מקום אחד שממנו נדרשת נסיעה במעבורת כדי להגיע לבית החולים. לפי מסקנותיה של ועדת קלוסטרמן (ראו להלן בעמ' 20 למאמר זה), צריכה האישה להיות בטווח זמן של 60 דקות מבית החולים: L. H. Lumey, *Illness versus Natural Process: Competing Paradigms in Great Britain and The Netherlands, in Successful Home Birth*, לעיל ה"ש 22, בעמ' 173, 187.
- 49 בעניין קשיי תחבורה בשנות החמישים בישראל שחוו יולדות שגרו במרחק רב מבתי החולים, ראו את דבריהן של חברות הכנסת שרה כפרית (מפא"י), ד"כ 18, 1874 (התשט"ו) ואסתר וילנסקה (מק"י), שם, בעמ' 1875; ראו עוד חנה הרדוף "מענק לידה" ירחון העבודה והביטוח הלאומי 17–19 (1955), וכן לוטן, לעיל ה"ש 21, הכותב כי לידת בית אפשרית מבחינה בריאותית, אלא ש"תנאי מוקדם לכך הוא קשר טלפוני בין הבית אל הרופא ואל המיילדת ותנאים היגייניים בבית, המבטיחים את בריאות האם והנולד". הדברים נכתבו בשנת 1975 ויש להניח שתנאים אלה התקיימו ברוב הבתים בישראל במשך כעשור לכל הפחות. זאת ועוד; אישה שגרה רחוק מדי מבית חולים יכולה ללדת בביתו של אדם אחר, למשל בביתה של המיילדת; ראו לעניין זה ס' 2א למכתבו של פרופ' וצלב אינסלר, יושב ראש המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה (19.6.2002) ("דיון על נושא לידות בית"; עותק בידי המחברת) (ראו להלן את הטקסט המפנה לה"ש 161).
- 50 Declercq et al, לעיל ה"ש 16, בעמ' 7; Mander, לעיל ה"ש 33, בעמ' 1024; Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 407–408, 411. ראוי לציין כי חולשה יחסית של ארגוני רופאים אינה דבר כה נדיר באירופה – Tew, לעיל ה"ש 14, בעמ' 1–2; Declercq et al, שם.
- 51 Abraham-Van der Mark, לעיל ה"ש 22, בעמ' 155.
- 52 שורץ ושחרור-רובין, לעיל ה"ש 27.

בתקופת המנדט הבריטי החל תהליך של הכפפת סמכותן של המיילדות לרופאים. לשם כך חוקקו השלטונות הבריטיים את פקודת המיילדות (1929),⁵³ שבמסגרתה הוטל פיקוח על עבודת המיילדות, צומצם תחום פעולתן ביחס לרופאים ונקבעה כפיפותן להם. בה בעת החלו לפעול בישראל מיילדות מטעם ארגון "הדסה"; בעידודו של הארגון השתרשה המגמה לפיה רק אחיות מוסמכות יכולות להיות מיילדות, ובשלב מסוים עוגנה מגמה זו בחוק. ככל הנראה, המיילדות עצמן כמעט שלא פעלו נגד מגמה זו וגם לא למען התארגנות נפרדת כמקצוע עצמאי.⁵⁴

סיבות היסטוריות: שיטת הממשל ופערים חברתיים

יש האומרים שגם שיטת הממשל וחלוקת הכוח הפוליטי האופייניות להולנד גרמו לשמירה על מוסד לידת הבית ועל עצמאות המיילדות שם. באופן היסטורי, עד לשנות השישים של המאה העשרים הייתה החברה ההולנדית מפולגת מאוד ומחולקת בצורה ברורה לקבוצות שונות שכונו "עמורים" (zuielen), בהתאם לאידאולוגיה דתית-חברתית-פוליטית: כל בית ספר, חברת ביטוח, מועדון, מפלגה פוליטית ומוסדות כיוצא באלה היו פרוטסטנטיים או קתוליים, ליברליים או סוציאליסטיים וכן הלאה. בנסיבות אלה פיתחו האליטות מכל "עמוד" שיטה לעבודה משותפת, וכך נוצרה שיטת הממשל האופיינית להולנד, המכונה "democracy of interests". שיטה זו מבוססת על משא ומתן ועל פשרה ושואפת להבטיח ייצוג לכל מי שיש לו אינטרס בתחום נדון, ובכל הקשור למדיניות הלידה ההולנדית – לילדות ובעיקר למיילדות.⁵⁵

גם החברה הישראלית הורכבה בראשיתה מקבוצות שונות, לא רק בלאומן (יהודים-ערבים); האוכלוסייה היהודית עצמה הייתה מפולגת מאוד, למשל במידת הדתיות, בארץ המוצא או בהשתייכות האתנית. בתקופת "בניית האומה", הגישה הרשמית של רשויות המדינה כלפי הקבוצות השונות כונתה "כור היתוך" – מיזוג כל הקבוצות, גישה שאמורה הייתה ליצור תרבות ישראלית משותפת. אך בפועל שאפו מנהיגי המדינה הצעירה, בהתאם למאפייניהם עצמם, לבנות חברה אירופית מערבית וחילונית; הקבוצות האחרות, בעיקר יוצאי המזרח (Orientals), נדרשו לאמץ את אותם ערכים ובכלל זה את אתוס הרפואה המודרנית.⁵⁶ אדרבה, מתברר שלמסד הרפואה המקומי היה תפקיד מרכזי בסוציאליזציה של העולים החדשים ובמיזם "לארפן"⁵⁷ את התושבים המקומיים (לרבות התושבים

53 פקודת המיילדות, חא"י כרך ב', עמ' (ע) 903, (א) 931.

54 כתבן וברטל, לעיל ה"ש 34, בסעיף שכותרתו "קיבוע העיסוק במיילדות כעיסוק נשי", וכן ליד ה"ש 30. זאת ועוד; מעניין לציין כי ככל הנראה היו אלה אחיות של תחנות "טיפת חלב" אשר עודדו את מעבר הלידה לבית החולים בצורה נמרצת במיוחד. לעניין זה ראו לייסנר, לעיל ה"ש 27.

55 De VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 168–169. שיטת ממשל זו נקראת גם מודל "פולדר"; "פולדר" בהולנדית היא אדמה מוקפת סכרים, והמונח נבחר כדי לשקף את אותו שיתוף פעולה הנדרש מהחברה כדי לשמור על הפולדרים יבשים.

56 לסיכום טוב של נושא זה ראו: GERSHON SHAFIR & YOAV PELED, BEING ISRAELI: THE DYNAMICS OF MULTIPLE CITIZENSHIP ch. 1–2 (2002).

57 מלשון "אירופה"; חבר הכנסת ישראל יהושע-שרבי (מפא"י), ד"כ 22, 2041 (התשי"ו).

הערבים);⁵⁸ בהקשר זה, כפי שטענתי במקום אחר, ניתן גם להבין את המדיקליזציה של הלידה המקומית.⁵⁹ יש לציין כי עד היום נשארו אותו מבנה היררכי של החברה הישראלית ואותו אתוס מערבי-חילוני כמעט לגמרי על כנם, וכי עד היום ממשיכים להזכיר הן את העולים מארצות נחלשות הן את האוכלוסייה הערבית בכלל כסיבה מספקת למדיניות גורפת של אשפוז יולדות ישראליות.⁶⁰

כאב, גוף והשימוש בשירותי הבריאות ובתרופות

יש חוקרים הטוענים כי תוצאה אחת של ההחדרה בכוח של ערכי הרפואה המערבית בישראל, גם בקרב קבוצות אוכלוסייה שהגיעו ממדינות המזרח, הייתה גיוף (סומטיזציה – ביטוי מצוקה נפשית בתסמינים גופניים) ותלות יתר באנשי רפואה במיוחד בקבוצות אוכלוסייה אלה ובקרב הנשים בפרט.⁶¹ ייתכן שיש מקום להתחשב בממצאים היסטוריים אלה בבואנו להסביר את רמת המדיקליזציה הגבוהה של הלידה בישראל.

בכל הנוגע להולנדר, יש חוקרים המקשרים בין ההערפה ללידה "טבעית" לבין ההיסטוריה שלה, ובפרט לרפורמציה הפרוטסטנטית אשר הביאה אתה תרבות של הסתפקות במעט, של

58 על מקומן של היולדות הערביות בתרחיש האמור ראו אומי לייסנר, "לידה, חוק ונשים ערביות: לפעמים הערביות הן רק תירוץ" (לא פורסם) וכן אומי לייסנר חוקי הלידה ולידה כחוק במדינת ישראל פרק 2 (עבודת גמר לתואר דוקטור בפילוסופיה, אוניברסיטת בר-אילן – התכנית ללימודי מגדר, 2006) (העבודה להלן: חוקי הלידה).

59 דנתי בנושא זה בהרחבה בעבודת הדוקטור שלי – לייסנר חוקי הלידה, שם, בפרק 3 – The Regulation of Childbirth in Israel: All Women are Equal; But Some are More Equal than Others, וכן בהרצאתי – אומי לייסנר "להוליד לאום, להוליד תרבות – לידה לאומית" (הרצאה בכנס "משפט וחברה", אוניברסיטת חיפה, 22 בפברואר 2008) (ההרצאה להלן: "לידה לאומית"). ראו עוד שחלב סטולר-ליס ושפרה שורץ "נלחמות בכערות ובהרגלים נחשלים: תפיסות ופרקטיקות של אחיות ורופאים כלפי עולים בעלייה הגדולה של שנות החמישים" ישראל 6, 31 (2004); רפנה הירש "באנו הנה להביא את המערב: השיח ההיגייני בארץ-ישראל בתקופת המנדט הבריטי" זמנים 78, 107–120 (2002); Nadav Davidovich & Shifra Shvarts *Health and Hegemony: Preventive Medicine, Immigrants and the Israeli Melting Pot*, 9 *ISR. STUD.* 150–179 (2004).

60 ראו לייסנר, חוקי הלידה, שם, וכן לייסנר, "לידה לאומית", לעיל ה"ש 59. באופן כללי, לעניין העדר השוויון בחברה הישראלית ראו למשל סמי סמוחה "שסעים מעמדיים, עדתיים ולאומיים ודמוקרטיה בישראל" העשרה למורה – אזרחות (משרד החינוך, האגף לתכנון ולפיתוח תכניות לימודים) (www.education.gov.il/tochniyot_Limudim/ezrahot/aezi0017.htm#t14). ראו עוד ברוך קימרינג קץ שלטון האחוּסלים (2001). לעניין הבדלים במעמד כהסבר להבדלים בתרבויות הלידה של הולנדר ושל ארצות הברית, השוו: Barabara Katz, *Rothman, Going Dutch: Lessons for Americans, in SUCCESSFUL HOME BIRTH*, 22, בעמ' 201, 204.

61 ראו למשל סטולר-ליס ושורץ, לעיל ה"ש 58, בעמ' 50; Michael A. Weingarten, *Changing Health and Changing Culture: The Yemenite Jews in Israel* 30, 93 (1992); ריאיון שקיימה מחברת המאמר עם האנתרופולוגית פיליס פלגי (25.1.2003); (Phyllis Palgi); Sered, לעיל ה"ש 25, בפרק המבוא.

רציונליות ואף של סגפנות.⁶² בתחום הרפואי מוצאות תכונות אלו ביטוי, למשל, בנורמה הרווחת בקרב הציבור בהולנד, לפיה אין לעשות שימוש בתרופה כלשהי אלא כשאין חלופה אחרת ורק אם הוכחה יעילותה. בפועל, ההולנדים משתמשים במשככי כאבים ובתרופות אחרות בתדירות קטנה יותר מזו של יתר ארצות האיחוד האירופי.⁶³ מנגד, במדינת ישראל, השימוש הכללי במשככי כאבים ובתרופות מרשם כגון אנטיביוטיקה רב מאוד.⁶⁴ ההולנדים מבקרים אצל רופאים מעט מאוד באופן יחסי, ואילו מספר הביקורים אצל רופאים בישראל רב – במיוחד בקרב נשים.⁶⁵ גם שיעור ההשתתפות הפרטית במימון שירותים רפואיים קטן יחסית בהולנד וגדול יחסית בישראל.⁶⁶ בהתאם לכך, שיעור הרופאים בישראל יחסית לאוכלוסייה הוא מהגדולים באירופה. שיעור האחיות, יש לציין, קטן מן הממוצע האירופי וקטן בהרבה מזה שבהולנד.⁶⁷

62 De VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 162. השוו: Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 407; המחברים טוענים שאלמנטים כגון דת בלבד אינם יכולים להסביר את הייחודיות שבשיטת הלידה ההולנדית.

63 De VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 158, 162–163. ראו עוד: Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 411–410.

64 בסקר שערכה קופת חולים לאומית עולה כי 84 אחוזים מהציבור בישראל משתמשים באורח קבוע במשככי כאבים; המשתמשים במשככי כאבים נוטלים אותם בממוצע כשלוש פעמים בחודש. ראו: "84% מהישראלים משתמשים באופן קבוע במשככי כאבים (גיאוקרטוגרפיה עבור קופ"ח לאומית)", e-med: ערוץ החדשות הרפואיות של ישראל, 23.8.2005. www.med.co.il/emed/new/usersite/content.asp?CatID=24&ContentID=64778 (הטעות במקור – א' ל'). כמו כן, כשליש מהישראלים נוטלים אנטיביוטיקה על דעת עצמם. ראו: אריאלה איילון "קלות האנטיביוטיקה בישראל: לוקחים גם בלי מרשם" Ynet בריאות ואיכות חיים 1.5.2005. www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3079574,00.html

65 בקשר להולנד ראו De VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 158; Mander, לעיל ה"ש 33, בעמ' 1025–1026. בטבלה ג.1. צוין השיעור השנתי לנפש של ביקורים אצל רופאים. ההבדלים על-פי המגדר: שיעור הביקורים של נשים אצל רופאי משפחה גדול ב-20 אחוזים משיעור זה אצל גברים; שיעור הביקורים של נשים אצל מומחים רפואיים גדול ב-60 אחוזים משיעור זה אצל גברים; ושיעור מקרי האשפוז אצל נשים גדול ב-33 אחוזים משיעור זה אצל גברים. גבי בך נון והגי כ"ץ השוואות בינלאומיות במערכות בריאות: ארצות OECD וישראל 1980–2003 (משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, 2006). ראו עוד: Sered, לעיל ה"ש 25, בעמ' 5.

66 בן-נון וכ"ץ, שם, בחלק ד. ראו עוד: רוני לינדר-גנץ "הבריאות על חשבוננו: ההוצאה הפרטית עלתה ב-34 אחוזים בעשור" הארץ The Marker, 1.6.2009, 1, 6–7.

67 שיעור הרופאים לאלף נפשות בישראל הוא מהגדולים באירופה (שיעור הרופאים ל-100,000 נפשות: בישראל – 367; הממוצע באירופה – 358; בהולנד – 315). לעומת זאת, שיעור האחיות לאלף נפשות בישראל קטן מן הממוצע וקטן בהרבה משיעורן בהולנד (שיעור האחיות ל-100,000 נפשות: בישראל – 602; הממוצע באירופה – 818; בהולנד – 1367). ראו בן-נון וכץ, לעיל ה"ש 65.

הבית, המשפחה ותפקיד האישה

לעתים קושרים את תרבות הלידה ההולנדית להיסטוריה של התפתחות המשפחה שם: ההולנדים היו הראשונים מבין העמים המודרניים שחוו את מושג "המשפחה הגרעינית", בסביבות המאה השבע-עשרה, ובתוך כך הם פיתחו בתי מגורים מותאמים – בתים קטנים, פרטיים, מסודרים ומוארים, היאים לביצוע לידת בית.⁶⁸ הנשים היו מנהלות את בתיהן ביד רמה וללא עזרה של משרתות, למשל. כמו-כן, באופן מסורתי היה מספר הלידות רב יחסית בהולנד והנשים נטו שלא לעבוד מחוץ לבית – עד לפני כעשרים שנה כמעט שלא היו מרכזים לטיפול בילדים ועד היום שיעור הנשים העובדות בחצי משרה היא מן הגבוהים באירופה.⁶⁹ יש הטוענים כי התיעוש המאוחר של הולנד הוא שאפשר למוסד המשפחה למנוע התערבות רשמית בלידה (וגם במוות, יש לציין), בשונה מן המדינות האחרות.⁷⁰ כידוע, מדינת ישראל הוקמה רק במאה שעברה, כך שההשוואה ההולנד בעניין התפתחות המשפחה הגרעינית בסביבות המאה השבע-עשרה חסרת טעם.⁷¹ עם זאת, כבר

Rineke Van Daalen, *Family Change and Continuity in the Netherlands*, in **SUCCESSFUL** 68

HOME BIRTH, לעיל ה"ש 22; DE VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 149. DE VRIES מדגיש כי האחריות על הבית רבצה על הנשים, ובתוך כך נהגו הנשים מעצמאות רבה. אמנם נראה כי יש מקום לדבר על היחס בין מעמד האישה בחברה בכלל לבין מידת העצמאות שלה בלידה בפרט, אך דיון זה גולש אל מעבר לגבולות המאמר ועל כן אותיר את השאלה בצריך עיון. אציין רק כי בדו"ח פערי המגדר של הפורום הכלכלי העולמי, המבטא את א־השוויון בגישה למשאבים ולהזדמנויות של נשים לעומת גברים במדינות העולם השונות, דורגה הולנד במקום התשיעי ואילו ישראל דורגה במקום נמוך הרבה יותר – *The Global Gender Gap Report :56* – 2008: *Country Highlights and Profiles*, WORLD ECON. FORUM, www.weforum.org/en/initiatives/gcp/Gender%20Gap/Countries2008/index.html

DE VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 151–152, 154. כאן מוזכר גם שבאופן מסורתי היה שיעור הפרייה הכללי בהולנד גדול, ואמנם, כשהחל שיעור הילודה בהולנד להצטמצם, הצטמצם גם מספרן של לידות הבית. כיום יותר לידות ראשונות ויותר לידות של תאומים עקב טיפולי פרייה דורשות טיפול של מומחים; ראו: Wieggers et al., לעיל ה"ש 41, בעמ' 192. נראה כי נתון זה אינו משפיע בהכרח על שיעור הפרייה בישראל; שיעור זה עומד על כ-2.84 לידים לאישה, שיעור גדול מזה הרווח במדינות המתפתחות ובכלל זה הולנד – 1.7 לידים לאישה. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה דפוסי פרוין בישראל בשנת 2005 (הודעה לעיתונות 184/2006, 28.82006) www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hoda=200601184

DE VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 155–156; וראו את הציטוט של המשורר הגרמני היינריך היינה, בעמ' 215: "If the world should perish, I will move to the Netherlands because everything there happens fifty years later". אולם השוו Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 407; לעומת הסטטיסטיקה באשר ללידה, בקשר לטיפול בזקנים המצב שונה – עד שנות השבעים של המאה העשרים השיעור הגדול ביותר של אשפוז במוסדות באירופה, לצד מעט טיפול ביתי, היה בהולנד.

נראה כי בהקשר הישראלי ניתן לשלול את קיומם של "בתים קטנים ומוארים וכו'" (DE VRIES), לעיל ה"ש 7, בעמ' 148), אם כי במאה התשע-עשרה רוב הלידות אירעו בבית גם ללא תנאים

בשנת 1926 חיפשו אימהות יהודיות בארץ ישראל מענה לבעיית הטיפול בילדיהן, כיוון שהמשרד הכלכלי ששרר בשנים אלה אילץ אותן לצאת לעבוד.⁷² החל בשנת 1927 פתח ארגון ויצ"ו מעונות יום בכל רחבי מדינת ישראל (שירותים אלה הורחבו כשקמה המדינה עצמה).⁷³ המעונות סיפקו לילדי הגיל הרך שירותי חינוך וטיפול רפואי, והמטפלות אף הוכשרו להדריך את האימהות בנושאים שונים הקשורים בגידול ילדים.⁷⁴ בעניין זה קיימים טקסטים מפורשים המדגישים את תפקידן החשוב של האימהות בגידול דור של אנשים בריאים וחסונים אשר יבנו את המולדת.⁷⁵ אם כן, נראה כי החברה הישראלית התרגלה משלב מוקדם ביותר להתערבות ציבורית-לאומית בתחום ה"פרטי" של גידול ילדים ושל עצם הבאת ילדים לעולם, וזאת בתוך מציאות דמוגרפית וביטחונית טעונה של מיעוט יהודי החי במזרח התיכון.⁷⁶ בנסיבות אלה היה מיסוד הלידה צפוי בהחלט.

אלה. בכל מקרה באופן רגיל, ובמיוחד בתקופת קום המדינה, רוב המשפחות בישראל לא גרו בבתים "פרטיים, מסודרים ומוארים" אלא בצפיפות מרובה, לא כל שכן דיירי המעברות. לעניין זה ראו למשל הרדוף, לעיל ה"ש 49. ראו עוד יצחק קניבסקי, הביטוח הסוציאלי בארץ-ישראל: הישגיו ובעיותיו 248 (התש"ב); המחבר כן ב"תנאי-החיים, ובייחוד תנאי-הרירה, והמקשים על היולדות את הלידה בביתה". ראו עוד תכנית קנב, לעיל ה"ש 21, בעמ' 165–166, שם דובר ב"צפיפות, עוני ומחסור, רמה היגיינית נמוכה, והיות האישה מטפלת בילדים רבים".

72 שחלב סטולר-ליס "כך אגדל תינוק ציוני": הבניית התינוק והאם הארץ ישראלים באמצעות ספרי הדרכה להורים" עיונים בתקומת ישראל 13, 277, 283 (2003); סטולר-ליס כותבת על דיון שהתנהל בארץ ישראל המנדטורית בשאלת "האימהות השלמה" לעומת "האימהות הקצוצה", לרבות ביציאתה של האם לעבודה. מסקנה אחת הייתה שיש עדיפות לאימהות המלאה, אך בלית ברירה – מטעמי אידאולוגיה, כלכלה ומטעמים נפשיים – ייתכן בהחלט שדווקא אימהות "קצוצה" עדיפה. הדעה הרווחת הייתה שהאימהות ה"קצוצה", בעיקר במשמעותה הקיבוצית, עשויה להיות בריאה יותר לילד.

73 כשקמה מדינת ישראל נדרשה לה תשתית כלכלית בסיסית. מימיה הראשונים של המדינה עודדו הרשויות נשים, וביניהן אימהות, לצאת לעבוד; לשם כך הקימו ארגונים נוספים כמו "נעמ"ת" מסגרת בסיסית רחבה של מוסדות לטיפול בילדים. ראו פרנסס רדאי "על השוויון" מעמד האישה בחברה ובמשפט 19, 25–26 (פרנסס רדאי ואח' עורכים, 1995). רדאי מניחה שארגון "נעמ"ת" היה בין ארגוני הנשים הגדולים ביותר בעולם מבחינה מספרית ביחס לאוכלוסייה שאותה שירת. אם כן, נראה כי בשונה מן החברה ההולנדית, אימצה החברה הישראלית תפיסה של נשים כ"אימהות עובדות", גם אם שיעור הנשים שעבדו מחוץ לבית לא היה גדול כפי שנטען. ראו לעניין זה: Mimi Ajzenstadt & John Gal, *Appearances Can be Deceptive: Gender in the Israeli Welfare State*, 8(3) SOCIAL POLITICS 292–320 (2001).

74 שורץ ושחורי-רובין, לעיל ה"ש 27, בעמ' 267.

75 ראו למשל סטולר-ליס, לעיל ה"ש 72.

76 במילותיה של ניצה ברקוביץ, מעולם לא הייתה הבחנה ברורה בין הספרה הפרטית לספרה הציבורית בישראל, וזאת עקב המשמעות הסמלית הלאומית העצומה שיוחסה לאימהות כמציאות הפוליטית המקומית: Nitzta Berkovitch, *Motherhood as a National Mission: The Construction of Womanhood in the Legal Discourse in Israel*, 20 WOMEN'S STUDIES INTERNATIONAL FORUM 605–619, 616 (1997). ראו עוד: Daphna Birenbaum-

צבאנות (מיליטריזם) והיחס לגבורה

הסוציולוג ריימונד דה ורי מצא לנכון לקשור בין תרבות הלידה ההולנדית הייחודית לבין הימנעותה של החברה ההולנדית מהרואיות ויחסה האמביוולנטי לצבא ולמלחמה. לדבריו, ברחבי המדינה קשה למצוא אנדרטות המנציחות את זכרם של גיבורים: "Heroic monumentality is simply un-Dutch". בהתאם לגישה כללית זו, טוען דה ורי, נוטים גם הרופאים בהולנד להמעט בערכו של אלמנט הגבורה; הם מגלים נכונות לתת לטבע לפעול על-פי דרכו, ובכך ניתן להסביר את ההתערבות המעטה בלידות בהולנד.⁷⁷

בניגוד להולנד, בנוף הישראלי מצויות אנדרטות רבות לזכר נופלים ולזכר חללי מלחמות ופעולות איבה. זאת ועוד; החברה הישראלית תוארה זה מכבר כחברה צבאנית מאוד.⁷⁸ במקום אחר דנתי בהרחבה בקשרים האפשריים בין הצבאנות האמורה לבין תרבות הלידה המקומית.⁷⁹ כאן אסתפק בהערתה של הסוציולוגית סרד, אשר מבטאת התרשמות הפוכה מזו שהביע הסוציולוג דה ורי בקשר להשפעה של (העדר) צבאנות על מדיניות הלידה בהולנד. לדברי סרד, שיטת ניהול הלידה הנהוגה בישראל נוטה להגביר את המסתורין ואת היוקרה של הרופאים:

[A]llowing them to swoop in and save the day with sophisticated technological equipment and operations, and in the process reinforcing faith in the power of the medical establishment to 'save' women from their own bodies.⁸⁰

נוסף לכך, ייתכן שהמציאות של מלחמות חוזרות ושל מצב ביטחוני רעוע משפיעים על הלידה בישראל גם באופן אחר: מדעני חברה מגייסים היבטים אלה כבואם להסביר את הפחדים החזקים הקיימים בקרב החברה הישראלית בכל הקשור לגוף האישה הפורה, המסמל את המשכיות העם. פחדים ותחושות של איום בטחוני הם מרכיב מרכזי בהווי

Carmeli, *Reproductive Policy in Context: Implications on Women's Rights in Israel, 1945–2000*, 24 POLICY STUDIES 101–113, (2003)

De Vries, 'לעיל ה"ש 7, בעמ' 166–175, 176–175.

לעניין ריבוי האנדרטות בישראל ראו דרורה דומיני ופראנס לבה-נדב כל מקום: נוף ישראלי עם אנדרטה (2002); עוז אלמוג "אנדרטות לחללי מלחמה בישראל: ניתוח סמילוגי" מגמות ל"ד(2), 179 (1992); Maoz Azaryahu, *War Memorials and the Commemoration of the Israeli War of Independence*, 13 STUD. ZIONISM 57 (1992) בישראל ראו: Baruch Kimmerling, *Patterns of Militarism in Israel*, 34 EUR. J. OF SOC. THEORY 196–223 (1993); Baruch Kimmerling, *Militarism in Israeli society*, 4 THEORY AND CRITICISM: AN ISRAELI FORUM 123–140 (1993). ראו עוד: Dafna Izraeli, *Gendering Military Service in the Israeli Defense Forces*, 12(1) ISR. SOC. SCI. RES. 129–166, 157 (1997).

Omi Morgenstern Leissner, *Hospital Birth, Military Service, and the Ties That Bind Them: The Case of Israel*, 12 NASHIM 203 (2007). ראו עוד מסקנותיה של אמיר דלילה "אהוראית", 'מחוייבת' ו'נבונה' – כינון נשיות ישראלית בוועדות להפסקת הריון" תיאוריה וביקורת 7, 247 (1995).

Sered, 'לעיל ה"ש 25, בעמ' 45 (ההדגשות הוספו – א' ל').

רפואי (לאומי)⁸⁵ רק עבור שירותיהם של מטפלים מה"קו" הראשון (eerstelij), היינו, מיילדת או רופא משפחה.⁸⁶

ההבחנה הנוספת שנקבעה בחוק הייתה בין שני סוגי המטפלים מאותו "קו ראשון", היינו בין המיילדות לבין רופאי המשפחה; ההבחנה נקבעה באמצעות הפרימאט (Primaat), אשר נקרא לפעמים "המונופול על רפואת נשים נורמלית" (Monopoly over Normal Obstetrics). לפי הפרימאט נדרשו נשים הרות להסתייע בשירותיה של מיילדת לצורך מעקב היריון ולידה, ורק במקומות שבהם לא הייתה גישה לשירותים אלה, בעיקר באזורים כפריים מרוחקים, הותר לגשת לרופא משפחה.⁸⁷

בתקופה האמורה התרחשו עדיין מרביתן של הלידות בבתייהן של היולדות עצמן. לעניין זה קבע החוק שהביטוח יסייע בתשלום גם עבור עוזרת בית הנקראת "kraamverzorgende"; מדובר בבעלת מקצוע ייחודי להולנד, שתפקידה להגיש סיוע לאם בזמן ההיריון והצירים ולאחר הלידה, לרבות בישול, טיפול בילדים האחרים וכיוצא באלה מטלות נחוצות.⁸⁸ מתי תפנה אישה אל מטפל מה"קו" השני (tweedelyn), קרי, לרופא מומחה בגינקולוגיה ובמיילדות? לפי החוק ההולנדי, פנייה כזו תבוא רק כאשר מתגלה סיבה רפואית המצדיקה אותה. כדי ששיטה זו של מעבר ממטפלים מה"קו" הראשון אל מטפלים מה"קו" השני תפעל כראוי, נדרשו כללים ברורים הקובעים מתי יתבצע מעבר כזה. ואמנם, לצורך זה פותחה ה-"Indicatjelijst" – רשימת אינדיקטורים המבחינים בין הריונות ולידות פיזיולוגיים לבין הריונות ולידות פתולוגיים. תחילתה של הרשימה הייתה בספר לימוד למיילדות משנת 1930, אך עם השנים היא הפכה לרשמית יותר (כפי שנראה בהמשך). ניתן לומר שרשימה זו עומדת ביסוד שיתוף הפעולה הניכר והנדיר שבין הרופאים למיילדות בהולנד.⁸⁹

יצוין כי בעוד כללי הכיסוי של הפרימאט התייחסו רק למבוטחות בביטוח בריאות לאומי, ביחס לשירותיהם של מטפלים מה"קו" השני הוגבלו גם נשים המבוטחות בביטוח פרטי. כלומר, גם מנשים המבוטחות באופן פרטי נמנעה האפשרות לרכוש בהולנד

85 ראו להלן את הטקסט המפנה לה"ש 90.

86 Declercq et al., לעיל ה"ש 16, בעמ' 16–18, 129.

87 Declercq et al., שם, בעמ' 17; McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 119.

88 Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 408 – המקצוע של עוזרת הבית החל להתפתח בתחילת המאה העשרים וקיבל הכרה רשמית בשנת 1925. עד 1987 עברו עוזרות הבית לימודים של 15 חרשים. היום נמשכים הלימודים כשלוש שנים וכוללים לימודי היגיינה, תאוריות של טיפול באם ובילד, בישול וטיפול בזקנים ובאנשים עם מוגבלויות. על-פי McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 118, מדובר בכשני ביקורי בית בתקופת ההיריון, מתן עזרה בעת הצירים, טיפול ומתן עזרה במשך כשמונה ימים לאחר הלידה – במשך 80 שעות לכל היותר. ראו עוד: Wiegiers et al., לעיל ה"ש 41, שם נדונו ההתפתחויות במקצוע זה במשך השנים. קיימת עדות לכך שעוזרות הבית סייעו להנמכת רמות הדיכאון שלאחר הלידה בקרב היולדות בהולנד – McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 119. כיום יכולה האישה להודיע מראש כמה שעות עזרה היא רוצה לקבל, והכינוי למקצוע הוא ניטרלי מבחינה מגדרית; ראו De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 31.

89 De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 51.

פוליטת ביטוח בריאות אשר תממן טיפול על-ידי רופא נשים מומחה במקרה של היריון ולידה "רגילים".⁹⁰

ד. 1. 2. התפתחויות בקשר לחוק ההולנדי בשנים שלאחר חקיקתו

כאמור, כבואו להבחין בין לידות שונות, המחוקק ההולנדי שם דגש לא במקום התרחשותה של הלידה אלא בסוג המטפל. עם זאת, ברור שבמהותה תמכה השיטה בלידת בית; דוגמה לכך היא התפתחות המקצוע ההולנדי הייחודי של עוזרת הבית והסיוע במימון עוזרת כזו, הניתן לנשים הרות. והנה אף על פי כן, בשנים שלאחר חקיקת החוק הצטמצם שיעור לידות הבית בהולנד בדומה למדינות המתועשות האחרות באותה התקופה, אם כי לא באותה מידה: בשנת 1954 עמד שיעור לידות הבית על 77 אחוזים מכלל הלידות; בשנת 1965 ירד שיעור זה ל-68.5 אחוזים.⁹¹

פקידי ממשלה לא פירשו את הגידול במספר הלידות בבית החולים בסיוע רופא נשים כביטוי של שינוי במצבן הבריאותי של היולדות; הם סברו כי נשים דיווחו על סיבוכים רפואיים שונים, וייתכן שאף מדומים, עקב רצונן ללדת בבית החולים. על רקע זה נולד בשנת 1965 המושג "poliekliniek" – לידה בסיוע מיילדת עצמאית במסגרת אשפוז קצר טווח למשך פחות מ-24 שעות.⁹² כפי שמסבירה זאת החוקרת סוזן מקיי: "In essence, the hospital room and nurse are 'rented' until the woman goes home within a day after

90 אנשים שמרוויחים סכום שהוא קטן יותר מסכום שנקבע מראש – בערך שני שלישים מן האוכלוסייה – חייבים להיות מבוטחים בביטוח רפואי במסגרת הנקראת "Sick Fund", באחת מקופות החולים; השליש הנותר של האוכלוסייה מבוטח באופן פרטי. הממשלה קובעת סל של שירותים בסיסיים ושל הטבות אחרות וכן את מחיריהם. אם כן, שיטת הביטוח הרפואי ההולנדי מערבת בתוכה גורמים פרטיים וציבוריים כאחד: הביטוח ממומן באמצעות שילוב בין השתתפות העובד והמעביד לסבסוד מצד הממשלה; De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 52–54.

91 כעבור עשור, בשנת 1975, ירד שיעורן של לידות הבית ל-44.4 אחוזים מכלל הלידות: De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 44; Wiegiers et al., לעיל ה"ש 41, מבוא וחלק 1 (היו הבדלים בין אזור לאזור – למשל יותר לידות בית באזורים כפריים); Declercq et al., לעיל ה"ש 16, בעמ' 8. אולם טורס ורייך מדגישים שהירידה במספר לידות הבית בתקופה זו בהולנד קרתה למרות מדיניות הממשלה ולא בגללה. הם טוענים כי הסיבה לכך הייתה הקיטון במספר המיילדות ורופאי המשפחה באותה תקופה; Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 409. De Vries מנתח את הממצאים על-פי רמת ההשכלה של היולדות ומראה כי עד לסוף שנות השמונים, ככל שרמת ההשכלה של הנשים עלתה כך הן העדיפו שלא ללדת בבית, אך לאחר מכן השפעת רמת ההשכלה הייתה הפוכה – נשים שרמת השכלתן גבוהה יותר העדיפו לידות בית; De Vries, שם, בעמ' 222–225. ראו עוד: Abraham-Van der Mark, לעיל ה"ש 22, בעמ' 7–9.

92 De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 217. השוו: Wiegiers et al., לעיל ה"ש 41, בחלק 1 – בתקופה זו הפסיקו לאשר לכל אישה שאושפזה ללידה להישאר בבית החולים לאחר הלידה, כדי לחסוך בהוצאות.

”birth”⁹³ נקבע כי בדומה לילדות בית, גם נשים יולדות שמשך אשפוזן קצר יוכלו ליהנות מסיוע עוזרת הבית.⁹⁴

ביסוד ה-”poliekliniek” עמדה האמונה שלפיה אם תינתן לנשים שהרינון ”רגיל” האפשרות לקבל בלידה סיוע של מיילדת (או של רופא משפחה) גם בתוך בית החולים, אזי יותר נשים יסתפקו בטיפול בידי מטפלים מה”קו” הראשון. בפועל, לא זו בלבד שמספר לידות הבית המשיך להצטמצם, אלא שמספר היולדות המטופלות על-ידי רופאים מומחים גדל.⁹⁵

בנסיבות אלה, הוקמו במשך השנים כמה ועדות וקבוצות עבודה ממשלתיות, כולן בהשתתפות רחבה של בעלי האינטרסים השונים בתחום (רופאי נשים, רופאי ילדים, רופאי משפחה, מיילדות, חברות ביטוח, יולדות וכן הלאה); כולן כאחת חזרו ואישרו את ההערפה ההולנדית ללידות בית, והציעו פתרונות שונים שנועדו לעודד לידה כזו. כך למשל הציעה ועדת סיקל (1979), בין השאר, לבטל כל הסדר פיננסי אשר עלול לעודד לידות בית חולים.⁹⁶

למסקנה הפוכה הגיעה ועדת קלוסטרמן (1984).⁹⁷ ועדה זו ביקרה את המדיניות שלא לתמוך כלכלית בלידות במסגרת אשפוז קצר טווח דווקא בשל הכרתה בצורך להקל את נטל העבודה על מיילדות הבית, וכן המליצה על תמיכה נמשכת במקצוע של עוזרות הבית. התוצאה החשובה ביותר של הוועדה הייתה ”רשימת קלוסטרמן” (Kloosterman List) – עדכון לרשימת האינדיקטורים המבחינים בין לידות פיזיולוגיות ללידות פתולוגיות. הרשימה המעודכנת קיבלה אישור מטעם הממשלה ואומצה בפרקטיקה המקובלת, אם כי ארגון הרופאים המיילדים לא הביע באופן רשמי הסכמה לרשימה.⁹⁸ בשנת 1980 הגיע

93 McKay, לעיל ה”ש 22, בעמ’ 119.

94 De VRIES, לעיל ה”ש 7, בעמ’ 76.

95 משמונה אחוזים לערך בשנות החמישים של המאה העשרים לארבעים אחוזים בתחילת שנות השמונים; Wieggers et al., לעיל ה”ש 41, בחלק 2. במאמר זה מנסים המחברים להסביר את הירידה הניכרת בשיעור לידות הבית בהולנד בעיקר בין השנים 1965 ל-1978. הם כמה ”אשמים”: פיתוח האפשרות של לידות באשפוז קצר-טווח; מתן האפשרות למיילדות ולרופאי משפחה עצמאיים להשתמש בבתי חולים עבור המטופלות שלהם; עלייה בשיעור ההפניה ממטפלים ב”קו” הראשון למטפלים ב”קו” השני, בד בבד עם התגברות השימוש בטכנולוגיה כגון אולטרה-סאונד למעקב הריון ועם גידול במספר הרופאים המומחים במיילדות לעומת ירידה במספר המיילדות; ירידה כללית ברמת הילודה בהולנד, אשר הובילה ליותר לידות ראשונות ומטבע הדברים לבעיות רבה יותר מבחינת הסיכון הרפואי; הגירה מארצות שבהן לידת בית לא הייתה מקובלת.

96 Abraham-Van der Mark, לעיל ה”ש 22, בעמ’ 187.

97 הוועדה נקראה על שם יו”ר הוועדה, ג’ קלוסטרמן, רופא נשים הולנדי מפורסם שהיה ידוע כתומך נלהב בלידת בית ובמיילדות שאינה מתערבת (nonmeddlesome midwifery).

98 De VRIES, לעיל ה”ש 7, בעמ’ 57–59.

שיעור לידות הבית בהולנד ל־35.4 אחוזים, ומאז שנת 1987 ועד היום הוא עומד על כ־30 אחוזים של לידות בית, באופן חסר תקדים בעולם המתועש.⁹⁹

ד. 1. 3. התפתחויות בקשר לחוק ההולנדי משנות התשעים של המאה העשרים ועד תחילת המאה העשרים ואחת

למרות ההתפתחויות שתוארו לעיל, נמשכו בהולנד המאבקים בנושא הלידה בין הפרופסיות. כך, למשל, המשיכה רשימת האינדיקטורים להיות נושא למחלוקת; במסגרת הדיון בנושא הוקמו ועדות וקבוצות עבודה ממשלתיות נוספות, שהורכבו מנציגים ממגוון של קבוצות אינטרסים. בסופו של דבר, בשנת 1998 הוצגה רשימת אינדיקטורים חדשה שהייתה מקובלת על כל הגורמים המעורבים. הרשימה החדשה נועדה לכלול כמה שיותר מקרים גבוליים, בתוך התחשבות בכך שמטבע הדברים לא ניתן לכלול ברשימה את כל המקרים האפשריים. כמו כן, לראשונה נכלל ברשימה פרק הנושא את הכותרת "רצון האישה"; פרק זה נועד לטפל במקרים חריגים שבהם אישה המוגדרת כבעלת היריון בסיכון נמוך מבקשת בכל זאת להיות מטופלת על־ידי רופא נשים (למשל אם עברה אצלו טיפולי פוריות).¹⁰⁰

בדומה למשברים שנוצרו בעניין רשימת האינדיקטורים, צצו במשך השנים גם בעיות בקשר לפרימאט, אותו מונופול או זכות קדימה שניתנו למיילדות על פני רופאי המשפחה בטיפול בנשים הרות המוגדרות "בסיכון נמוך". בתחילה, כשנוצר הפרימאט, הייתה ידם של רופאי המשפחה על העליונה והם היו מוכנים לגלות רצון טוב כלפי המיילדות. אולם עם השנים החלו רופאי המשפחה להרגיש יותר ויותר כי הסדר זה מקפח את זכויותיהם.¹⁰¹ בשנת 1994 פתח ארגון רופאי המשפחה ההולנדי בהליכים משפטיים נגד הממשלה כדי לבטל את הפרימאט. בית המשפט בהאג הכריע לטובת הרופאים, בהכריזו כי כל אישה המבוטחת בביטוח בריאות לאומי תוכל לבחור בידי מי תטופל – מיילדת או רופא משפחה. בסופו של דבר החליט בית המשפט כי מעמד המיילדת בהולנד חזק מספיק ואין עוד צורך בפרימאט, ולכן החליט לבטלו החל מיום 1.1.1999.¹⁰²

99 לרשימות האחוזים ראו De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 44 וכן Wiegiers et al., לעיל ה"ש 41, בחלק 3 – הירידה בשיעור לידות בית הייתה בעיקר באיזורים עירוניים. הרשימה החדשה הובילה לירידה בהפניות של מטפלים מן ה"קו" הראשון למטפלים מן ה"קו" השני, במיוחד בשלבים המוקדמים של ההיריון. אולם הגיל הממוצע העולה של האימהות עשוי לגרום למספר רב יותר של לידות באשפוז.

100 לכל השתלשלות הדברים ראו: De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 118–133. הרשימה לא קיבלה מעמד של חוק ממש אלא הוגדרה כ"עצה רבת משקל" (serious advice) והיא התקבלה על־ידי בעלי כל המקצועות העוסקים בלידה.

101 Wiegiers et al., לעיל ה"ש 41, בחלק 2; בשנת 1954 ילדו כ־42 אחוזים מן היולדות בסיוע מיילדת, 50 אחוזים בסיוע רופאי משפחה, ושמונה אחוזים בסיוע רופאים מומחים. בשנות השמונים הצטמצם חלקן של הלידות בסיוע רופאי המשפחה ל־16 אחוזים בלבד.

102 De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 109–112. הממשלה ערערה על החלטת בית המשפט לערכאה גבוהה יותר. במהלך הדיון בערעור שאלו השופטים מה הייתה הכוונה המקורית שמאחורי הפרימאט, ונציגי הרופאים השיבו: "יעילות כלכלית", כלומר עלות העסקתן של המיילדות

המיילדות החליטו לערער על החלטת בית המשפט; אולם לפני הדיון בערעור, ובעזרת התערבות מצד הממשלה, החלו הצדדים להתקדם לקראת פשרה במיטב המסורת ההולנדית. בשנת 1999 הקימה הממשלה ההולנדית ועדה למודרניזציה של רפואת נשים (Steering Committee for the Modernizing of Obstetrics), ועדה שמטרתה הייתה לפתח מדיניות לטיפול ביולדות במאה העשרים ואחת, לחזק את המטפלים ב"קו" הראשון בכלל ולעודד לידות בית בפרט. הוועדה, אשר כרגיל נהנתה מייצוג רחב של קבוצות שונות, המליצה בסופו של דבר לבטל את הפרימאט (ובשל כך בוטל הערעור כאמור), אך בה בעת לחזק את המיילדות בדרכים אחרות ולטפח יחסים טובים בין הגורמים השונים. כך, למשל, מתוך הכרה בדאגותיהן של המיילדות בדבר איכות הטיפול ביולדות, הומלץ כי רופאי משפחה המבקשים לעסוק בלידה יחויבו בלימודים נוספים ומתמשכים וכן יחויבו לסייע במספר מינימלי של לידות בכל שנה.¹⁰³

זירת מאבק אחרת נוצרה בעניין מעמדן של המיילדות ובעניין תנאי העבודה שלהן. בשנת 2000 ארגנו המיילדות ההולנדיות כמה שביתות והפגנות מתוקשרות היטב – הן טענו שעבודתן רבה מדי, שהן נאלצות לעבוד במשך שעות רבות ולא תמיד נוחות ושהתמורה מועטה מדי. בסופו של יום הסכימה הממשלה לרוב דרישותיהן של המיילדות: שכון הוגדל, מספר הסטודנטים הלומדים מיילדות הוגדל והוקם בית ספר חדש למיילדות.¹⁰⁴

ד. 1. 4. סיכום: המגמות העולות מהחוק ההולנדי

הנחת היסוד של השיטה ההולנדית היא הכרה במיילדות כבעלות מקצוע רפואי עצמאי, שמקורה במסורת ארוכת שנים.¹⁰⁵ הכרה זו עולה לא רק מן הפרימאט אלא גם מהפיקוח על מספר התלמידות במקצוע המיילדות ועל רמת ההשכלה שלהן. השיטה ההולנדית מבוססת על הסדרים עם חברות ביטוח פרטיות והמיילדות עובדות כעצמאיות, כלומר במצב של

הייתה קטנה מזו של הרופאים. מנגד טענו המיילדות שהייתה כוונה אחרת בהעסקתן – לשמור על איכות הטיפול שניתן ליולדות – כוונה שנבעה מן ההנחה שמייילדות הן מנוסות יותר ומתאימות יותר לטיפול ביולדות. מעניין לציין כי טענה אחרת של רופאי המשפחה הייתה שהפרימאט הונהג לראשונה כאשר הולנד הייתה נתונה בכיבוש נאצי. למעשה, הגרמנים חוקקו חוק דומה בשנת 1938 – נשים אריות בריאות היו אמורות ללדת בסיוע מיילדת בלבד, כדי להשאיר כמה שיותר רופאים פנויים לטיפול בחיילים גרמניים פצועים. כנגד טענה זו טענו המיילדות ההולנדיות שאף אם הונהג הפרימאט לראשונה כשהולנד הייתה נתונה בכיבוש נאצי, הרי ההסדר עלה בקנה אחד עם המדיניות ההולנדית הקודמת. זאת ועוד; לאחר המלחמה החליטו ההולנדים באופן מפורש לכלול את ההסדר במדיניות הממשלה, ובשנת 1966 הוא הפך לחוק של ממש. שם, בעמ' 111–112.

103 De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 113–116. התערבותה של הממשלה כדי להשיג פשרה אינה עומדת בסתירה להגשת הערעור האמור – לדברי דה וריי, "השיטה ההולנדית" משמעה חתירה להשיג פשרה מתוך ידיעה שהדבר לוקח זמן. בסופו של דבר הפך הדיון בערעור לדיון אקדמי בלבד.

104 Mander, לעיל ה"ש 33, בעמ' 1025; McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 120; De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 93.

105 Mander, לעיל ה"ש 33, בעמ' 1024 – הכרה רשמית במקצוע ניתנה כבר בשנת 1865.

תחרות חופשית ביניהן, בדומה למקצועות חופשיים נחשבים אחרים; גם שיטה זו תורמת לביסוס מעמדן של המיילדות בחברה.¹⁰⁶ תרומה נוספת למעמד המיילדות היא בקיומן של עוזרות הבית¹⁰⁷ – המיילדות ממוקמות מעליהן בהיררכיה. היעדרות הממשלה לרוב דרישות המיילדות לאחר שביתתן בשנת 2000 משקפת גם היא את התמיכה ההולנדית הנדירה והנמשכת במקצוע נשי כל כך, מקצוע אשר במדינות רבות אחרות נאבקים על הכרה רשמית בו.¹⁰⁸

נראה שביסוד אותה תמיכה במיילדות קיימים לא רק מסורת ותרבות, אלא גם שיקולים כלכליים ששוקלת המדינה. מסיבה זו ניתן להבין את המשך ההתעקשות על מדיניות של עידוד לידות בית גם כאשר המגמה הציבורית הייתה הפוכה כברור: מטפלים מה"קו" הראשון הם זולים יותר מאשר מטפלים מה"קו" השני, ומכאן שאיפה לחסוך בהיזקקות לטיפול של מטפלים מה"קו" השני עד כמה שאפשר.¹⁰⁹ גם ההחלטה לאפשר לנשים עם הריונות "רגילים" לקבל סיוע בלידה ממיילדת (או מרופא משפחה) גם בתוך בית החולים נועדה לוודא שיותר נשים יישארו בטיפולם של מיילדות ושל רופאי משפחה – כלומר של מטפלים מה"קו" הראשון, הזול יותר.¹¹⁰

באשר להסדר שבמסגרתו מממן הביטוח עזרה בבית במקרה של לידת בית – גם הוא נועד, בין השאר, לצמצם את עלויות הטיפול ביולדות, בכך שהוא מקל את עומס העבודה של המיילדות ושל רופאי המשפחה – מטפלים שעלותם יקרה יותר מזו של עוזרת הבית.¹¹¹ מכל מקום, בין אם הסיבות לעידוד לידת הבית הן תרבותיות ובין אם כלכליות (אין זו סתירה בהכרח), התוצאות הן כי רמת המדיקליזציה של הלידה נמוכה מאוד בהולנד, ותוצאות הלידה (birth outcomes) שם הן מן הטובות בעולם.

ד. 2. סיוע ליולדות על-פי המשפט הישראלי

ד. 2. 1. החוק המקורי וחבלי לידתו

ההיסטוריה של חוקי הלידה הישראליים קודמת, למעשה, להקמתה של מדינת ישראל.¹¹² במאמר זה אתמקד בקורותיהם מאז שנת 1949, זמן קצר לאחר קום המדינה. בשנה זו נוסדה

106 שם, בעמ' 1024–1025. ראו עוד: Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 409; McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 118–119 – נטייתן של המיילדות היא להשקיע זמן רב בעסקים שלהן, ולכן למיילדות חדשות קשה למצוא עבודה.

107 Declercq et al., לעיל ה"ש 16, בעמ' 76; McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 118. עד היום מקבלות כ-95 אחוזים מן הנשים היולדות בבית או ב"poliekliniek עזרה זו.

108 De VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 97. השוו עם המצב בארצות הברית: לעיל ה"ש 9.

109 Declercq et al., לעיל ה"ש 16, בעמ' 18; Tew, לעיל ה"ש 14, בעמ' 232–233; ראו עוד: Rondi E. Anderson & David A. Anderson, *The Cost Effectiveness of Home Birth*, 44(1) J. NURSE-MIDWIFERY 30 (1999).

110 Wiegiers et al., לעיל ה"ש 41, בחלק 2.

111 De VRIES, לעיל ה"ש 7, בעמ' 76.

112 לייסנר, "ללדת ועוד איך", לעיל ה"ש 27.

ועדה בין-משרדית לתכנון הביטוח הסוציאלי בראשות יצחק קנב;¹¹³ תפקיד הוועדה היה להכין תכנית ביטוח סוציאלי לאומית. בדו"ח שהכינה ועדת קנב בסיום עבודתה הומלץ לייסד בהדרגה מערכת מקיפה של ביטוח סוציאלי, הכוללת ביטוח אימהות.¹¹⁴ אחת השאלות שעלתה לדין בוועדה הייתה מהו סוג העזרה הרפואית שתקבל היולדת בשעת הלידה עצמה – האם אשפוז בבית חולים או שמא גם עזרת מיילדת בית? למקרא תכנית קנב מתגלה אמביוולנטיות מסוימת בעניין זה. מצד אחד נאמר, כי עוד באותם ימים כבר הושרש בקרב היישוב היהודי בארץ ישראל "נוהג [...] של לידות בתוך בית-החולים", ולנוהג זה יוחסו שיעורי התמותה הנמוכים של היולדות.¹¹⁵ אולם מן הצד האחר נאמרו גם הדברים הללו:

כדאי לציין כי כמה ארצות הגיעו להישגים חשובים בכיחונה הבריאותי של היולדת, אף על פי ששם נפוצות ביותר דווקא הלידות בבית, כגון: הולנד. בארץ זו, ההולכת לפי שיטתה המכוונת לעידוד לידות הבית בקרב האוכלוסייה, אנו מוצאים כי שיעורי התמותה של היולדות והיונקים הם מן הנמוכים ביותר. שם טופחה שיטה ענפה של שירותים הנותנים ליולדת לא רק טיפול ופיקוח רפואי מעולה, כי אם גם עזרת בית ע"י עובדות בית שאומנו לכך [...] שאלת הסיכון היחסי בין הלידה בבית והלידה בבית החולים עדיין לא הובררה די צרכה.¹¹⁶

בסופו של דבר הופיעה בדו"ח מסקנה אשר בראי התקופה היא מפתיעה ברגישותה לנושא של זכויות וחירויות האדם: "שיטתנו ביחס לאשפוז היולדות צריכה להיות מבוססת לא רק על התנאים הרפואיים, אלא גם על העדפתה האישית ותנאיה המיוחדים של היולדת".¹¹⁷

באופן מעשי המליצה ועדת קנב לאמץ מעין פשרה: אמנם "תהיה כל אישה זכאית לקבל עזרה רפואית מלאה בלי תשלום בזמן הלידה, בין אם תלד בבית חולים ובין אם תלד בביתה". אולם עם זאת נאמר שה"זכות" ללדת בבית תינתן לאישה אך ורק בתנאי שהרמה ההיגיינית בביתה ותנאי הדיור ישיביעו את רצון הרשות המוסמכת למתן אישור כזה. ההנחה הייתה כי "הגבלה זו תפחית עד למינימום את מספר לידות הבית במקומות העלולים לסכן את בריאות האם והתינוק גם יחד".¹¹⁸ המודל שהוצע דמה מאוד לשיטה שעל-פיה פעלה עד אז קופת חולים כללית, קופת החולים היחידה שהתקיימה בישראל עוד מתקופת המנדט הבריטי (וכן דמה לשיטה ההולנדית, אם כי ללא העדיפות למיילדות המאפיינת את השיטה הזאת).¹¹⁹

113 להלן: ועדת קנב.

114 תכנית קנב, לעיל ה"ש 21, בעמ' 165.

115 שם, בעמ' 165; ראו עוד קניבסקי, לעיל ה"ש 71, בעמ' 251.

116 תכנית קנב, לעיל ה"ש 21, בעמ' 165.

117 שם, בעמ' 166.

118 שם.

119 ראו "תקנות קופת חולים בדבר עזרה ליולדת" אצל קניבסקי, לעיל ה"ש 71, בעמ' 247–

248.

זאת ועוד; מודל זה הוא אשר עמד ככל הנראה ביסוד הצעת החוק לביטוח לאומי אשר הונחה על שולחן הכנסת בשנת 1951, ולפיה הובטח לכל יולדת מבוטחת "שי לנולד [...] הן בכסף והן בשווה כסף", ללא כל תנאי נוסף.¹²⁰ אולם בהצעת חוק הביטוח הלאומי שהוגשה לכנסת שנתיים לאחר מכן, ושתוכנה אומץ בחקיקה, הוחלף ה"שי לנולד" המקורי ב"מענק לידה", שחלקו האחד יוענק לאם לצורך רכישת מוצרים בסיסיים לתינוק וחלקו האחר לבית החולים, לכיסוי הוצאות האשפוז; המענק כולו יינתן רק בתנאי שהאישה נזקקה לאשפוז בקשר ללידה.¹²¹

קשה לומר מה בדיוק גרם לסטייה האמורה מהצעת החוק המקורית.¹²² ממחקרי עולה כי היא הושפעה מן השינוי ביחסי הכוח. כבר בקרב חברי ועדת קנב נתגלעו חילוקי דעות בשאלה עד כמה לחייב נשים ללדת בבתי חולים;¹²³ אולם אם בוועדה הצליחו הקולות המתונים לגבור על הקיצוניים שהתנגדו ללידות הבית, הרי בוועדת המשנה שמונתה לניסוח החוק היה ההפך נכון. למעשה, גם בכנסת נשמעו קולות התנגדות (מסוימת) ל"חומרה מיותרת" הטמונה בהתניה החדשה, אך אלה נדחו וחוק הביטוח הלאומי עבר.¹²⁴ יתר על כן, כעבור כשנה תוקן הנוסח המקורי של החוק כדי "למנוע כל ספק שמענק הלידה

120 כל שנאמר בה היה: "אשה מבוטחת וגם אשת מבוטח מקבלות שי לנולד בשווי של 20 לירות לכל תינוק, הן בכסף והן בשווה כסף"; הצעת חוק הביטוח הלאומי, התשי"ב-1951, ה"ח 98, 64.

121 חוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953, ס"ח 137; נתקבל בכנסת ביום י"א בכסלו תשי"ד (18.11.1953).

122 מי שנתן את ההסבר היחיד (והטאוטולוגי) לשינוי משמעותי זה היה חבר הכנסת ראובן שרי, יו"ר הכנסת דאז: "הוועדה סבורה שההיזקקות לאשפוז וקידוש האשפוז ליולדת בארץ, הם מן הדברים שהחוק הנדון צריך לקדםם ולעודדם. על כן קבענו זיקת גומלין בין מענק הלידה וחובת הלידה בבית החולים"; ד"כ 15, 145 (התשי"ד).

123 דנתי בעניין זה ביתר פירוט בעבודתי, לעיל ה"ש 59, בפרק 2, חלק 2, ס' 1.3. ראו עוד מאמרו של חיים ש' הלוי "ביטוח אמהות במסגרת בריאות הציבור: ציוני דרך בעבר ותוואי לעתיד" ביטחון סוציאלי 20, 134 (1980), בעמ' 136, בעניין ההתנגדות של רופאי המשפחה ושל הרופאים הכלליים לחובת הלידה בבית חולים.

124 וראו דבריו של חבר הכנסת יעקב ריפתין (מפ"ם), ד"כ 15, 160 (התשי"ד), שם מופיע הביטוי "חומרה מיותרת". יש לשים לב כי ריפתין אינו מתייחס במפורש להתניית מתן מענק הלידה באשפוז של היולדת, ויש מקום להניח שכל כוונתו הייתה לשלילת דמי הלידה (התשלום עבור שנים-עשר השבועות לנשים המרוויחות משכורת) במקרה ש"המבוטחת לא מילאה אחר הוראות המוסד בדבר פיקוח רפואי בקשר להריון וללידה". בין כה וכה מתייחס חבר הכנסת בן ציון הראל בדבריו אל ההסתייגויות כמתייחסות להתניית מענק הלידה באשפוז היולדת. מתנגדת אחרת באותו דיון בכנסת הייתה חברת הכנסת אסתר וילנסקה (מק"י); היא הציעה שבמקום מענק של חמישים וחמש לירות המותנה בלידה בבית חולים, תקבל כל יולדת משכורת חודשית נוסף על שלושה חודשים של דמי לידה; שם, בעמ' 161. ראו עוד את הדיון בכנסת מיום 13.6.1955 בעניין התיקון לחוק הביטוח הלאומי (להלן ה"ש 125), ד"כ 18 (התשט"ו), דיון שבו השתתפו חברי הכנסת אסתר וילנסקה (מק"י), שם, בעמ' 1875, חנן רובין (מפ"ם), שם, בעמ' 1873, שרה כפרית (מפא"י), שם, בעמ' 1874, ושלמה לורנץ, שם, בעמ' 1879-1878.

לא יינתן, אף בחלקו, אלא ליולדת שהזדקקה לאשפוז בבית חולים בקשר ללידה.¹²⁵ בחוק עצמו נוסחו הדברים כך:¹²⁶

מבוטחת שהזדקקה לאשפוז בקשר ללידה, זכאית – ואם אינה בחיים זכאי בעלה או האפוטרופוס על הנולד, הכל לפי העניין – למענק בשווי של 55 לירות אם נולד ילד אחד, ובתוספת של 25 לירות לכל ילד נוסף שנולד חי באותה לילה; המענק יינתן להוצאות האשפוז ולרכישת ציוד בשביל הנולד, או בציוד בעין בשבילו, הכל כפי שייקבע בתקנות.

בתוך זמן קצר לאחר חקיקתו הועבר החוק תחת שבט ביקורתו של בית המשפט; בית הדין לעבודה פירש את החוק באופן השולל את הזכות למענק לידה במקרה של אי-הזדקקות לאשפוז.¹²⁷ ראינו אפוא כי אף שלידתו של החוק הייתה מתוך יחס אמביוולנטי לנושא לידות הבית לעומת לידות בית החולים, באופן שבו נוסח החוק ובאופן שבו יושם בפועל ננקטה הכרעה חד-משמעית לטובת הלידות בבית החולים. בהמשך הדברים נראה כיצד עד לשנות השמונים של המאה העשרים התפתחה מגמה זו והתבססה, ומה היה דינם של ניסיונות שנעשו לשנותה מאז שנות השמונים ועד לימינו.

ד. 2. ההתפתחויות ביחס לחוק הישראלי וליישומו עד לשנות השמונים של המאה העשרים

המוסד לביטוח לאומי הוא הגוף שעליו הוטלה האחריות ליישום חוק הביטוח הלאומי. הלה החליט לתמוך במדיניות של אשפוז היולדות כמעט בכל תנאי, "ואולי אף מעבר לכוונת המחוקק".¹²⁸ למשל, בעניין תשלום הוצאות הלידה, כל שנאמר בחוק היה כי האישה שהזדקקה לאשפוז בקשר ללידה זכאית לקבל מהמוסד מענק לידה וכי חלקו יינתן בגין הוצאות האשפוז (בתקנות נקבע כי מדובר ב־30 לירות מתוך מענק כולל בסך 55 לירות).¹²⁹ אולם בפועל, מאז 1954 התחייב המוסד לביטוח לאומי כלפי כל בתי החולים לממן את מלוא הוצאות האשפוז של לידה, ובתי החולים לא דרשו יותר כספים מן היולדות

125 ס' 1 לחוק הביטוח הלאומי (תיקון), התשט"ז-1955, ס"ח 187; דברי הסבר להצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון), התשט"ו-1955, ה"ח 243, 181.

126 ס' 30 לחוק הביטוח הלאומי, התשי"ד-1953 (היום סעיף 42 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 – להלן: החוק).

127 תב"ל 59/55 ביתן – המוסד לביטוח לאומי, פב"ל א 11 (1955); ב"ל 7/58 המוסד לביטוח לאומי נ' מגנזי, פב"ל ג 25 (1958); ב"ל 85/57 מגנזי נ' המוסד לביטוח לאומי, פב"ל ג 9 (1958). ראו עוד אברהם דורון "ביטוח אמהות: יחסי גומלין בין חקיקה, מדיניות יישום והפעלה" חברה ורווחה: רבעון לעבודה סוציאלית י"ד(2), 147, 154 (1994).

128 דורון, שם, בעמ' 152. ההערכה תואמת את ממצאי המחקר שלי: לייסנר, לעיל ה"ש 59, בפרק 2.

129 תקנות 6(א) ו-6(ב) לתקנות הביטוח לאומי (אמהות) (התשי"ד-1954). תקנה 6(ב) קבעה ש"המוסד רשאי לתת את חלק מענק הלידה המיועד לאשפוז באמצעות המוסד המאשפז או המוסד המטפל באשפוז". מאוחר יותר הוכנסה ההוראה לחוק עצמו – חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשכ"ח-1968, ס"ח 530, 94(ג).

(כפי שנהגו לעשות עד אז במקרים שבהם עלות הלידה עלתה על הסכום שהתקבל מן המוסד לביטוח לאומי).¹³⁰

דוגמה אחרת נוגעת לעיר אילת, שבה לא נפתחו חדרי לידה בשל כמות לידות מועטה (כשתי לידות בחודש בממוצע). המוסד לביטוח לאומי לא הסכים לקבל את הצעת משרד הבריאות לפיה ישולם מענק הלידה ליולדת באילת גם במקרה של לידת בית שהתנהלה על-ידי מיילדת העובדת בפיקוח המשרד, אלא העדיף להשתתף בדמי הטסת יולדות מאילת לבית חולים בפנים הארץ.¹³¹

אפילו במקרה של אמונה דתית לא נמצא מקום לפשרה – כך, למשל, ביקשו ראשי הקהילה הדרוזית מהמוסד לביטוח לאומי לוותר על תנאי האשפוז בקשר ליולדות בטענה "שאסור לדרוזים הדתיים לשלוח את נשותיהם לבית חולים אלא במקרה של צורך ואז הטיפול יעשה ע"י רופאה ולא ע"י רופא", אך בקשתם נדחתה.¹³²

בנסיבות אלה, החריג היחיד לתנאי שזכה להכרה רשמית התייחס ליולדות שלא הספיקו להתאשפז עד ללידה; ליולדות אלה הותר לזכות במענק במקרה שהגיעו לבית החולים בתוך 24 שעות.¹³³ כלל זה, שאותו אכנה כאן "כלל 24 השעות", מעולם לא נכלל בחוק או בחקיקת משנה אולם נוהגים על-פיו עד היום.¹³⁴

חוק הביטוח הלאומי נכנס לתוקף בשנת 1954, ועל פי המוסד לביטוח לאומי, כבר בשנות השישים "ולא הייתה" כמעט אפשרות להשיג מיילדות מוסמכות מחוץ לכתלי בתי החולים.¹³⁵ אולם לדעת אחרים הייתה השפעת החוק הדרגתית יותר, ויש הטוענים שנשים רבות לא רצו ללדת בכתי החולים.¹³⁶ כך או כך, בתחילת שנות השבעים ילדו כבר כמעט כל

130 לוטן, לעיל ה"ש 21, 24–25.

131 מכתב מ'מ' דובינסקי, עוזר למנהלת ביטוח אמהות, למועצה המקומית של אילת (31.5.1956), ומכתב מא' רמון, ממלא מקום מנהלת ביטוח אמהות, למועצה המקומית של אילת (11.6.1956) (עותקים בידי המחברת).

132 מכתבים מאת חמוזה סלאמן עזאם, כפר עוספיה, למנהל המוסד לביטוח לאומי (16.6.1958), (26.6.1958). המוסד לביטוח לאומי 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, מנהלת ביטוח אמהות, למר חמוזה סלאמן עזאם, כפר עוספיה (28.7.1958).

133 מכתב מאת ד"ר ב' נוימן, מנהל העניינים הרפואיים, לד"ר א' להמן (4.9.1956); מכתב מאת מ' דובינסקי, עוזר למנהלת ביטוח אמהות, למר י' רוכל, המחלקה לענייני בטוח לאומי – קופת חולים הכללית (29.6.1956).

134 אך ראו להלן ה"ש 179.

135 לוטן, לעיל ה"ש 130, בעמ' 24.

136 סטולר-ליס ושוורץ, לעיל ה"ש 59; Sachlav Stoler-Liss & Shifra Shvarts, *Birth on the Road: Israeli Nurses and Birth at Immigrant Camps During the 1950's* (Lecture delivered at BIRTH AS EXPERIENCE AND METAPHOR, The Hebrew University of Jerusalem, 12.11.2003).

הנשים בישראל בבתי חולים.¹³⁷ סייעה לכך הענקת הסמכות לבתי החולים לבצע את רישום הילד, בשנת 1965, אשר היטיבה עם היולדות בבית חולים לעומת היולדות בבית.¹³⁸ למרות הדברים הללו, נראה כי בעיות מן הסוג של מרחק רב מדי מבית החולים ושל קשיי תחבורה מנעו ממספר קטן של נשים, ובעיקר מנשים ערביות, להתאשפז לצורך לידה.¹³⁹ ייתכן שמקרים אלה הם שעמדו לנגד עיני המחוקק כאשר ראה לנכון להקל במעט את ההתניה של מענק הלידה באשפוז היולדת.¹⁴⁰ בשנת 1972 נחקקה הוראת חוק שהעניקה למוסד לביטוח לאומי סמכות לתת מענקים לאדם "מטעמי צדק", היינו כשתביעתו של האדם במסגרת ענפי הביטוח אינה מזכה אותו בגמלה; בין מענקים אלה נכלל במפורש גם מענק לידה במקרה של "אי-הזדקקות לאשפוז".¹⁴¹

הלכה למעשה הוראת חוק זו לא שינתה דבר כיוון שחרף נוסח החוק, התקנות שהותקנו על-פיה לא התייחסו במפורש לנושא הלידה, וניתן היה לכלול מקרים חריגים רק בסעיף הכללי שאפשר מתן מענק מטעמי צדק מ"סיבה אחרת שלפי שיקול דעת [המוסד לביטוח לאומי] מקורה בנסיבות שלא היו תלויות במבקש הענקה בתום לב [והמוסד לביטוח לאומי] שוכנע ששורת הצדק מחייבת מתן הענקה".¹⁴² במילים אחרות, תקנה זו אפשרה לתת מענק לידה רק כאשר הלידה הייתה מחוץ לבית חולים בטעות, ויש להניח כי בנסיבות כאלה תשתדל היולדת ממילא להגיע לבית חולים בתוך 24 שעות. על כל פנים, ככל הידוע לי, בתקנה זו מעולם לא נעשה שימוש בהקשר של לידה.¹⁴³

137 ניצן, לעיל ה"ש 21.

138 ס' 6 לחוק מרשם האוכלוסין, התשכ"ה-1965, ס"ח 446; הצעת חוק מרשם האוכלוסין, התשכ"ד-1964, ה"ח 622; לפי הספר: Rhoda Ann Kanaaneh, *Birthing the Nation: Strategies of Palestinian Women in Israel* 39-40 (2002). הצעד ננקט בעיקר כדי להבטיח את רישום הילדים שנולדו בקרב האוכלוסייה הערבית.

139 ראו לעיל ה"ש 48.

140 למקרים כאלו ראו תב"ע לב/59-0 שחאדה – המוסד לביטוח לאומי, פד"ע ד, א (1972); דב"ע לר/0-15 המוסד לביטוח לאומי – כושקגי, פד"ע ה, 381, 388-389 (1974); תב"ע לא/0-32 עלי – המוסד לביטוח לאומי, פד"ע ג, יז (1972).

141 ס' 64 להצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 10), התשל"ב-1972, ה"ח 998, בעמ' 346. ס' 198 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשכ"ח-1968 (היום סעיף 387 לחוק).

142 תקנה 103 (לתקנות הביטוח הלאומי (הענקות מטעמי צדק), התשל"ה-1975, ק"ת 3392, 2550 (להלן: "תקנה 103")). שאר תתי-הסעיפים מתייחסים בעיקר למחדלים טכניים כגון אי-השלמת תקופת הכשרה, או למחדלים שאינם רלוונטיים לנשים יולדות מסיבות אחרות. העדר ההתייחסות המפורשת ללידה נכון גם בכל הנוגע להנחיות הפנימיות של המוסד לביטוח לאומי, ואלה הוגשו לבית הדין בעניין דיוויס, לעיל ה"ש 21.

143 בעניין דיוויס, שם, הסתמכה השופטת ורדה וירטל-לבנה על פסק דין מתחום אחר המפרש את המונח "נבצר", אך לא על תקנה 103 באופן ספציפי. השופטת לא התייחסה לכך שאין בנמצא פסק דין העוסק במתן מענק לידה או מענק אשפוז מטעמי צדק, גם לא בפסק הדין בעניין גדליהו, שאותו היא עצמה כתבה, שם לכאורה היה מקום ליישם את התקנה – היולדת טענה שהיא ילדה בבית, בעזרת מיילדת, אף שלא התכוונה לעשות כן מלכתחילה וכיוון שמוזג אוויר קר מנע ממנה להגיע לבית חולים גם לאחר מכן; תב"ע נ"ג/0-1192 גדליהו – המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם, 26.5.1994).

7.2.3. התפתחויות ביחס לחוק הישראלי וליישומו, משנות השמונים של המאה העשרים ועד תחילת המאה העשרים ואחת

החל משנות השמונים של המאה העשרים ניתן להצביע על התפתחויות אחדות בקשר לחוק כפרט וללידה בכלל; אחת מהן היא העלייה ברמת המדיקליזציה של הלידה בבתי חולים ישראליים. עדות לכך אנו מוצאים בשיעור הניתוחים הקיסריים, שהכפיל את עצמו כמעט בתקופה זו: ב־1973 רק 5.5 אחוזים מכלל הלידות התבצעו בניתוחים קיסריים, ואילו כעבור עשור הועמד שיעור זה כבר על עשרה אחוזים מן הלידות.¹⁴⁴ ראייה נוספת לשימוש הגובר בטכנולוגיה במהלך הלידה מצויה בעלייה המתמדת בסכום שאותו דרשו בתי החולים לכיסוי הוצאות ניהול הלידה.¹⁴⁵

לעומת זאת, בה בעת הסכום אשר הוענק לאם עצמה במסגרת מענק הלידה כמעט שלא התעדכן כלל. בנסיבות אלה הוחלט בשנת 1985 לתקן את החוק כך שתעוגן בו ההפרדה בין מענק האשפוז – אותו חלק ממענק הלידה המקורי הניתן ישירות לבית החולים, לבין מענק הלידה – שמעתה התייחס רק לסכום שניתן לאם. הוחלט גם שאותו מענק יוצמד לשכר הממוצע (ויעמוד על 20 אחוזים ממנו) ויתעדכן באופן אוטומטי.¹⁴⁶ עם זאת, מומחים מתחום הרווחה הביעו ספק אם "גם לאחר השיפור והאמור היה המענק מסוגל למלא את יעדו – רכישת ציוד ראשוני לתינוק?"¹⁴⁷

כד בכד, חלו בשנות השמונים התפתחויות חשובות בלידה גם בגלל התגברות הרפואה הפרטית, שהחלה לפעול אז בישראל; "רפואה שחורה", כלומר מתן שירותי רפואה פרטית בין כתליו של מוסד ציבורי תמורת תשלום, הפכה לשכיחה יותר ויותר.¹⁴⁸ בזירת הלידה "תורגם" הדבר ברבים מבתי החולים למגוון של שירותים נלווים, מהשכרת שירותיו של רופא ועד להשכרת חדר המיועד ללידה טבעית – לרוב בעבור תשלום באופן פרטי.¹⁴⁹

144 ראו לעיל ה"ש 42.

145 הוועדה לבחינת סוגיות בשירותי האשפוז ליולדות דו"ח הוועדה (1975) (להלן: דו"ח קפלינסקי), בעמ' 21. בדו"ח צוין כי בשנים 1965–1975 עלה מחיר האשפוז בשיעור של 36 אחוזים יותר משיעור העלייה בשכר; העלייה במחיר אשפוז היולדות יוחסה במפורש ל"שיפור הטכנולוגי", וצוינה ההנחה לפיה גם בעתיד תתקיים במחיר האשפוז עלייה בשיעור דומה. ראו עוד משה לנדסט "המיילדות והגינקולוגיה בסוף שנות השבעים" עדכון במיילדות ובגינקולוגיה 26, 19–21 (1998).

146 ס' 94 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשכ"ח-1968. באותה הזדמנות הוסף סוג נוסף של תשלום – "קצבת לידה" – הניתן במקרה של לידה מרובת עוברים. מפאת קוצר היריעה לא אעסוק בתשלום זה כאן, אם כי ראוי לציין שמעולם לא התנהל דיון על כך שגם תשלום זה הותנה באשפוזה של היולדת.

147 דורון, לעיל ה"ש 127, בעמ' 158. נכון לינואר 2010, סכום מענק האשפוז הקבוע בתקנות הוא אחד, ועומד על 9,813 ש"ח. שיעורו של מענק הלידה משתנה בהתאם למספרה של הלידה: לידת ילד ראשון – 1615 ש"ח, לידת ילד שני – 727 ש"ח, לידת תאומים – 8,047 ש"ח וכיוצא באלה; ראו באתר המוסד לביטוח הלאומי: www.btl.gov.il.

148 יעל ישי "עוצמת הרופאים במדינת הרווחה: מסגרת ניתוחית וחקר מקרה ישראלי" ביטחון סוציאלי 41, 20, 34, 40–41 (1994).

149 ראו אומי לייסנר "תעשיית הלידה בישראל" המשפט 27, פרק ז (2009).

לצד התפתחויות אלה, ובדומה למדינות מתועשות אחרות, החלו מספר קטן של נשים ישראליות לבחור בלידה בית מתוכננת בסיוע מיילדת.¹⁵⁰ לקראת סוף שנות השמונים אף אירעו שורה של ניסיונות לשנות את החוק – לפחות בכל הקשור להתנניית מענק הלידה באשפוז – ברובד הדין המשפטי, ברובד האדמיניסטרטיבי וברובד החקיקה. ניסיונות אלה כשלו, כפי שאפרט להלן.

ניסיון להשיג שינוי ברובד המשפטי

בשנת 1987 הגישה אישה בשם חנה לדווין תביעה לבית הדין האזורי לעבודה בגין כך שלא קיבלה את מענק הלידה כיוון שילדה בביתה.¹⁵¹ בביקורת מאוחרת בבית החולים נמצא כי הילד בריא ושלם, וכי הלידה התבצעה כשורה. כוונת התובעת מלכתחילה הייתה ללדת בבית ואף נעשו הכנות לכך, לרבות ביקור אצל מיילדת וקבלת תדריך ממנה. לסיכומי התובעת צורפו מאמרים של רופאים שתומכים בלידה טבעית ומשפחתית וביניהם תקציר של דיון שנערך במסגרת ארגון הבריאות הבין-לאומי ושבו הובעה תמיכה באותה גישה.¹⁵²

בערכאה הראשונה נדחתה התביעה. נקבע כי החוק ברור לחלוטין ואינו מעניק כל שיקול דעת, ושהתקנות למתן מענקים "מטעמי צדק" מאפשרות לאשר מענק רק אם היולדת ילדה בבית מסיבות שאינן תלויות בה. עם זאת, באמירת אגב קרא השופט נחתומי להערכה מחדש של המצב המשפטי שתיאר, באומרו: "מן הראוי בנסיבות מסוימות לאפשר לבני זוג לקיים הלכה למעשה את השקפת עולמם, אם אמנם הם פועלים בצורה אחראית ומבוקרת, כפי שללא ספק פעלו בני הזוג לדווין. אלא מאי? האפשרות לשיקול דעת הנתבע, במסגרת הענקות מטעמי צדק, איננה רחבה דיה".¹⁵³ ועוד הוסיף השופט, כי "אם לא יוגש ערעור, יועבר עותק מפסק דין זה לידיעת ועדת העבודה והרווחה של הכנסת".¹⁵⁴ בפועל הוגש ערעור לבית הדין הארצי לעבודה, וזה דחה אותו מבלי להתייחס כלל לדברי הביקורת של השופט בערכאה קמא.¹⁵⁵ השופט קובובי ציטט ממאמר שכתבה מנהלת ענף האימהות של המוסד לביטוח לאומי דאז, חנה הרדוף, כשנה לאחר חקיקת החוק, ולפיו:

חוק הביטוח הלאומי שלנו קובע כי מענק הלידה יינתן ליולדת אם הזדקקה לאשפוז. תנאי זה אינו קיים בכל ארץ אחרת. אם כי אין לקבוע שלידה

150 אילנה שמש ללדת בבית: המדריך ללידות בית בישראל 25 (2003); ניצה שפירא "הדרך הטבעית" הארץ 17.6.1991; 5; אסי טוחן "נטע סימפלי יולדת בבית" ידיעות אחרונות – זמנים מודרניים 25.7.1990; 4; אלה קומר "תינוקות של בית" הארץ 1.10.1999.

151 תב"ע מח/0-138 לדווין – המוסד לביטוח לאומי, ס' 2 לפסק דינו של השופט נחתומי (לא פורסם, 13.5.1988). התביעה הייתה ל"מענק לידה", אם כי השופט נחתומי ציין ש"בשלב זה התביעה היא כבר ליותר ממענק הלידה"; ככל הנראה הייתה כוונה לתבוע את כיסוי הוצאות הלידה.

152 שם, בס' א.

153 שם, בס' ד.

154 שם, בס' ה.

155 דב"ע (ארצי) מח/0-191 לדווין – המוסד לביטוח לאומי, פד"ע כא(1) 5 (1989).

בבית חולים עדיפה, ככל מקרה, על לידה בבית, אחידים בדעתם המומחים לרפואה ציבורית במדינתנו, כי יש לעודד, ככל האפשר, את אשפוז היולדות בבתי החולים. מגמה זו, הקיימת כבר שנים רבות, נובעת מגורמים מיוחדים לארצנו...¹⁵⁶

ככל הנראה, בהביאו דברים אלה רצה השופט לומר כי החוק מוצדק לא מפני שלידת בית היא מסוכנת ככלל, אלא בנסיבות הקונקרטיות – עקב "גורמים מיוחדים לארצנו". אולם השופט השמיט את המשפט האחרון של הציטוט המקורי, שבו פירטה הרדוף מהם אותם "גורמים מיוחדים לארצנו" שהצדיקו לכאורה את חקיקת החוק, ואלה הם: "צפיפות דיוון של מרבית המשפחות, הבנה בלתי מספקת בהיגיינה אלמנטרית מצד העולים הבאים מארצות נחשלות והקשיים בהסעת יולדות הגרות בנקודות ישוב מרוחקות – לבתי החולים, במקרים של סיבוכים בלידה".¹⁵⁷

אמנם, מקריאת הציטוט המלא משנות החמישים ניתן לשער כי השופט השמיט דברים אלה על-סמך הסברה כי הם אינם רלוונטיים לפסק דין שנכתב בשלהי שנות השמונים.¹⁵⁸ אולם בה בעת, הוא גם לא הציע גרסה חלופית ומעודכנת של אותם "גורמים מיוחדים לארצנו" כדי להצדיק את המשך קיומו של החוק כפי שהוא. כאמור, לא נכללה בפסק הדין המלצה להעריך את המצב המשפטי מחדש, כפי שהציע בית הדין קמא.

דרך הצדקה זו של פסק הדין, קרי הסתמכות על ציטוט ממאמרה של הרדוף והצדקת קיומם של "גורמים מיוחדים לארצנו" מבלי לציין מהם, חזרה על עצמה כעבור עשור בפסק הדין בעניין גדליהו, וכן כעבור (כמעט) עשור נוסף – בעניין דיוויס.¹⁵⁹ בעניין דיוויס הסתמך בית הדין הן על אמרתה של הרדוף הן על מסמך חדש לגמרי – דו"ח בדבר ניהול לידות בית מאת ועדה שמונתה על-ידי המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה,¹⁶⁰ לצד אישור המעיד על כך שהדו"ח התקבל באופן עקרוני על-ידי משרד הבריאות. כפי שנראה להלן, בסופו של דבר שימש הדו"ח כבסיס לקביעת כללי ניהול ללידת בית בישראל, אולם בעניין דיוויס סירב בית הדין לראות בו מעין מתן הכשר

156 הרדוף, לעיל ה"ש 49, בעמ' 19, פס' 13 לפסק דינו של סגן הנשיא קובובי.

157 שם.

158 השוו לעיל ה"ש 49.

159 יצוין כי שני פסקי דין מאוחרים אלה (עניין גדליהו, לעיל ה"ש 143, ועניין דיוויס, לעיל ה"ש 21) נכתבו על-ידי אותה שופטת, השופטת ורדה וירט-לבנה. בציטוט דבריה של חנה הרדוף בעניין דיוויס אף נמחקו שלוש הנקודות המצביעות על כי הציטוט אינו שלם. מעניין לציין כי במהלך המשפט טענו בטעות נציגי המדינה, בין השאר, כי "יש לציין כי בהולנד אשר בה עד השנים האחרונות 90% מהלידות התרחשו בבית ואשר שם קיים מערך רפואי-קהילתי התומך בתהליך הלידה בבית, ירד שעור הלידות בבית כדי 40%"; פסקה 5 למסמך "עיקרי טיעון מטעם המשיב", כחתימת עו"ד חיה שחר, שהוגש לביה"ד הארצי לעבודה בעניין דיוויס (ההדגשה במקור – א' ל').

160 המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה, תת הוועדה בנושא לידות בית בישראל (2003) (ד"ר מנחם פישר – יו"ר; חברי תת-הוועדה: פרופ' שלמה משיח, פרופ' ראובן פיזור, ד"ר איילה בלאו, ד"ר צפורה דולפין, ד"ר יורם לוטו, גב' מרגלית ורדה). להלן: "הוועדה ללידת בית".

ללידות בית והביא רק את אותם חלקים ממנו שבהם הביעה הוועדה את הדעה הרפואית המסורתית המתנגדת ללידות מחוץ לבית חולים. נקבע כי "המצב כיום הוא שהוועדה הרפואית בישראל ממליצה שלא ללדת בבית", והערעור נדחה.¹⁶¹

ניסיונות להשיג שינוי ברובד האדמיניסטרטיבי הכישלון לשנות את החוק או את אופן הפעלתו ברובד השיפוטי חזר על עצמו גם במישור של דיון במישרין עם הרשויות האדמיניסטרטיביות, למשל בחליפת מכתבים ענפה עם גורמים מצד המוסד לביטוח לאומי. בשנת 1994 שיגרה חברת הכנסת נעמי חזן מכתב למנכ"ל המוסד לביטוח לאומי ובו נאמר כי נשים היולדות בלידת בית מתוכננת "מופלות לרעה בכך שאינן זוכות למענק לידה, שכן איני רואה קשר הגיוני בין מקום הלידה לבין מענק הלידה". בהמשך ביקשה חזן שתימצא דרך לתת מענק לידה גם ליולדות אלה, אולם בקשתה נתקלה בסירוב.¹⁶²

כעבור כמה שנים הגיע מכתב דומה אל המוסד לביטוח לאומי מאת עורכת הדין נוייה רימלט מהמרכז לסיוע משפטי בזכויות האזרח של הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת תל-אביב.¹⁶³ במכתב פירטה רימלט את היתרונות הבריאותיים הטמונים בלידת בית עבור היולדת וקבלה על פגיעתו של החוק בזכויות יסוד של היולדות כגון הזכות לחירות והזכות לשוויון (כיוון שלמעשה הדרך ללידת טבעית, בבית או בבית החולים, פתוחה רק לנשים בעלות אמצעים); עוד תקפה רימלט במכתב את חוסר סבירותה של התקנה המאפשרת לתת מענק "מטעמי צדק" רק לאישה שנאלצת בלידת ברירה ללדת שלא בבית החולים.¹⁶⁴ מכתב התשובה של המוסד לביטוח לאומי התבסס על דיון פנימי שנערך במוסד בהשתתפות רופא מומחה חיצוני בשם ארנון סמואלוב, מנהל המחלקה לסיבוכי היריון בבית החולים "שערי צדק".¹⁶⁵ במכתב זה נכתב כי לדעת ד"ר סמואלוב, קיום לידות בבית בתוך שמירה על מידת סיכון סבירה הוא אפשרי אמנם ואף נהוג במדינות שבהן קיים מערך רפואי מתאים (וכדוגמה צוינה הולנד כמובן); אולם בישראל קיים החשש שמתן לגיטימציה

161 עניין דיוויס, שם, פס' 34 לפסק דינה של השופטת וירט-לבנה.

162 מכתב מאת חברת הכנסת נעמי חזן (מרצ) ליוסי תמיר, מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי (15.3.1994) ("מתן מענק לידה ליולדות בבית", עותק בידי המחברת); מכתב תשובה מאת עורך הדין יוסי תמיר, מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, לחברת הכנסת נעמי חזן (6.4.1994) (עותק בידי המחברת).

163 מכתב מאת עורכת הדין נוייה רימלט, המרכז לסיוע משפטי בזכויות האזרח של הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת תל-אביב, לאלי ישי, שר העבודה ורווחה (14.1.1997) ("מענק לידה לנשים הבוחרות ללדת בבית").

164 שם, בס' 7, 9, 12, 15; עורכת הדין רימלט מפנה לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ס"ח התשנ"ב 150, ודורשת כי חקיקת משנה תהיה לתכלית ראויה וכי פגיעתה בערכים הראויים להגנה תהיה שלא למעלה מן המידה הדרושה.

165 סיכום מפגישה שהתקיימה בתאריך 16 לנובמבר 1997 בנושאים לידות בבית ומי שפיר, בהשתתפות ישראל ערד, ד"ר ארנון סמואלוב, חיה קטן, רועי קרת, שולה זלצר, רבקה שי (מצורף ל"עיקרי טיעון מטעם המשיב" בעניין דיוויס; בפועל, כמעט כל המסמך הוא העתק מילה במילה של הרו"ח מאותה פגישה – א' ל').

ללידות בבית, ללא בדיקה מקדימה וללא הקמת מערך רפואי תומך מצד מערכת הבריאות, תגרום לגידול בשיעור התחלואה והתמותה של תינוקות ושל יולדות. במכתב צוין כי ביטול הקשר בין מענק הלידה לבין האשפוז יישקל רק אם מערכת הבריאות תשקול את העניין, תחליט שיש לעודד לידות בית ותיערך בהתאם.¹⁶⁶

ניסיונות להשיג שינוי ברובד החקיקה

בשנת 2000 נעשה ניסיון ראשון לתקן את החוק באמצעות בית המחוקקים, בכיוון התומך בלידת בית. בשנה זו נדונה הצעת חוק של חבר הכנסת אברהם הירשזון מן הליכוד, לפיה גם אישה הבוחרת מרצון ללדת בביתה תזכה לקבל את מענק הלידה.¹⁶⁷ הכנסת העבירה את הצעת החוק לוועדת העבודה והרווחה לשם הכנתה לקריאה ראשונה, וביוני 2000 הוזמנו לישיבת הוועדה נציגים מן המוסד לביטוח לאומי, ממשרד הבריאות ומכמה משרדי ממשלה נוספים, משדולת הנשים, מארגון "נעמ"ת" וכן מלשכת עורכי הדין.¹⁶⁸ גם בדיון זה דיברו נציגי המדינה על האפשרות העקרונית של עריכת לידות בית בישראל בתנאי שיוקם "מערך בריאותי תומך" – כדברי נציגת המוסד לביטוח לאומי אשר השתתפה בדיון:

אני חושבת שהדיון הוא לא אם כן או לא לבטל אינסנטיב לידת 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...¹⁶⁹

ד"ר ארנון סמואלוב, אשר השתתף גם הוא בדיון, אף הזכיר את האפשרות של הקמת "תוכנית מתאר ללידות בית".¹⁷⁰ אולם בתום הדיון גם תומכי הצעת החוק פקפקו בעמדתם הראשונית לפיה לא יהא זה מסוכן לאפשר יותר לידות בית. הוחלט לחקור את הנושא לעומק ולחזור אליו בעתיד, אך אין עדות לכך שהדבר נעשה אי-פעם. אדרבה, כעבור חודשים ספורים הוציא משרד הבריאות חוזר שזו לשונו:

166 מכתב מאת עורך הדין יוסי תמיר, מנכ"ל הביטוח הלאומי, לעורכת הדין נויה רימלט, המרכז לסיוע משפטי בזכויות האזרח של הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת תל-אביב (16.12.1997) ("מענק לידה לנשים הבוחרות ללדת בבית").

167 הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון – זכות למענק לידה), התשנ"ט-1999 (מספר פ/212, של חבר הכנסת אברהם הירשזון [ליכוד]; הצעת חוק דומה בעיקרה של חברת הכנסת ענת מאור [מרצ] הונחה על שולחן הכנסת ה-14, ומספרה פ/1305). ראו פרוטוקול ישיבה מס' 168 של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, הכנסת ה-15 (11.7.2000) (להלן: "פרוטוקול ישיבה 168").

168 אבל לא הוזמנה לישיבה אף מיילדת בית, למשל. השוו לדבריו של חבר הכנסת אברהם הירשזון (ליכוד), פרוטוקול ישיבה 168, שם, בעמ' 15: "כשמביאים מומחים, ואני מאד מכבד מומחים, צריך היה להביא גם מומחים שאולי חושבים אחרת, כדי לאזן את הדברים. הרי מי אנחנו שנוכל להתמודד עם מומחים".

169 דבריה של דליה גורדון מן המוסד לביטוח לאומי, שם, בעמ' 15.

170 שם, בעמ' 9; עוד ראו תמיר, לעיל ה"ש 166, שם נדון הצורך "לבדוק את הנושא ולבנות מערך תומך כמו בהולנד".

עמדת משרד הבריאות היא כי מבחינה רפואית עדיף ביצוע לידות בחדרי לידה בבתי חולים מוכרים ומורשים. רק לידה בבית חולים יכולה להבטיח השגחה וטיפול רפואי וסיעודי מיטבי לילודות וליילוד. יש להביא תוכן חוזר זה לכל הגורמים המקצועיים במוסדכם וכן לכל הנשים ההרות.¹⁷¹

ד. 2. 4. התפתחויות מן העשור הראשון של המאה העשרים ואחת

בשנים האחרונות מאז שהוגשה הצעת החוק של חבר הכנסת הירשזון, הוגשו כמה הצעות חוק הנוגעות בנושא, מתוך ניסיון להרחיב את זכות הבחירה של היולדת. חלק מן ההצעות ביקשו, למשל, לאפשר את מתן מענק הלידה גם לילודת שלא אושפזה; אחת מהן דיברה על הקמת מרכזי לידה מחוץ לבתי החולים; הצעה נוספת, הצעת חוק זכויות היולדת, ניסתה לטפל בכל הבעיות גם יחד.¹⁷² בינתיים התנהלו כמה דיונים בנושא בוועדות הכנסת, בעיקר בוועדה לקידום מעמד האישה, אולם הדיונים לא הניבו פרי מעשי, והצעות החוק לא עברו לשלב מתקדם יותר בהליך החקיקה.¹⁷³

לצד כישלונות אלה אירעו כמה התפתחויות שחיזקו דווקא את המדיניות של אשפוז מקיף (אוניברסלי) ללידה (מדיניות לפיה ראוי לאשפוז את כלל הנשים היולדות, ולא לאפשר לידות בית).¹⁷⁴ כך, למשל, נקבע שיוולדת הנזקקת לשירותי אמבולנס לשם העברתה לבית חולים תקבל החזר כספי מלא עבור הוצאות ההעברה ולא החזר חלקי כמו בעבר.¹⁷⁵ כמו

171 "לידות בית" חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 14/2000 (2000).

172 ראו למשל הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון – זכות למענק אשפוז, למענק לידה ולקצבת לידה), התשס"ג-2003, ה"ח הכנסת 54219, (של חברת הכנסת אורית נוקד [העבודה]; "בסעיף 42, אחרי 'בקשר ללידה' יבוא 'או שילדה מחוץ לבית החולים והמציאה לכך אישור רפואי'"); הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון – מתן מענק לידה וקצבת לידה לנשים שילדו שלא במוסד רפואי), התשס"ז-2007 (מספר פ/17/2232, של חבר הכנסת סטס מייסודניקוב [ישראל ביתנו] ואחרים); הצעת חוק לתיקון בריאות העם (מרכזי לידה), התשס"ד-2004 (מספר פ/2430, של חברת הכנסת גילה גמליאל [ליכוד]); לעניין הצעת חוק זכויות היולדת ראו אתר הבית של תנועת "נשים קוראות ללדת": www.leida.co.il/nashimko/show.asp?art=2&t=l.

173 ראו למשל הדיון באפשרות להקים מרכזי לידה בישראל: פרוטוקול ישיבה מס' 114 של הוועדה לקידום מעמד האישה, הכנסת ה-16 (7.7.2004); פרוטוקול ישיבה מס' 151 של הוועדה לקידום מעמד האישה, הכנסת ה-17 (29.7.2008) (להלן: "פרוטוקול ישיבה 151"); פרוטוקול ישיבה 168, לעיל ה"ש 167.

174 לאחרונה אף פורסם בעיתונות כי חברת הכנסת נדיה חילו (העבודה) תכננה להגיש הצעת חוק שלפיה יינתן מענק הלידה רק בתנאי שבני הזוג עברו קורס הכשרה להורות; ראו אריק בנדר "הצעת חוק: מענק לידה יותנה בקורס הורות" nrg מעריב חדשות – פוליטי מדיני 28.08.2008 www.nrg.co.il/online/1/ART1/779/683.html.

175 ראו מכתב מעורכת הדין סוניה בולוס, האגודה לזכויות האזרח, לפרופ' אבי ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות, ולד"ר יגאל בן-שלום, מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי (13.3.2006) ("אי-תשלום דמי הסעה לילודות המועברות לבתי חולים באמצעות נידות מגן דוד אדום", עותק בידי המחברת). עד אז, על-פי ההסכם שנכרת בין המוסד לביטוח לאומי לבין מגן

כן נקבעו בחוק תנאים חדשים, נוקשים יותר, לרישום ילוד שלא נולד בבית חולים.¹⁷⁶ התפתחויות אלה, התומכות בדרישה לאשפוז יולדות, אירעו למרות החלטת הממשלה להפחית באופן ניכר את מענק הלידה שניתן ליולדת (למעט בלידות ראשונות), במסגרת סדרה של קיצוצים בתחום הרווחה שהנהיגה הממשלה בשנת 2003.¹⁷⁷ נוסף לכך, במוסד לביטוח לאומי החלו "להקשיח עמדות" כלפי לידות הבית. במרוצת הזמן התפתח בקרב יולדות הבית ובכמה מבתי החולים נוהג בעניין "כלל 24 השעות": היולדות היו מגיעות אל בתי החולים קרוב לאחר הלידה, נרשמות, מקבלות את מענק הלידה וחוזרות הביתה, ואילו בתי החולים היו מקבלים את מענק האשפוז. במוסד לביטוח לאומי נקבע נוהל חדש, לפיו גם אם הלידה עברה כשורה לא תוכל היולדת לקבל את המענק אלא לאחר שהתאשפזה בפועל למשך 12 שעות לפחות.¹⁷⁸

דוד אדום דברר התנאים להעברת יולדות לבית חולים, הייתה יולדת זכאית להחזר מהמוסד לביטוח לאומי רק אם המרחק בין תחנת מגן דוד אדום הקרובה ביותר לבית החולים לבין בית החולים עלה על 40 קילומטרים. בכל מקרה הייתה היולדת נושאת בהוצאות הנסיעה עבור 20 הקילומטרים הראשונים.

176 6' לחוק מרשם האוכלוסי, (תיקון מס' 9), התשס"ו-2005, ס"ח 270; התיקון התקבל בכנסת ב"ג בכסלו התשס"ו (14.12.2005); הצעת חוק מרשם האוכלוסי (תיקון מס' 10) (הוכחת אמהות) התשס"ו-2005, ה"ח 100, 28. הקושי חמור במיוחד במקרים של לידת בית ללא סיוע מיילדת מורשה; ראו למשל יובל אזולאי "לידת מחוץ לבית החולים? משרד הפנים דורש הוכחה שאת האם האמיתית של התינוק" הארץ online חדשות 18.5.2009 www.haaretz.co.il/hasite/spages/1086326.html; וכן נשים קוראות ללדת "משרד הפנים מקשה על רישום ילודים לאחר לידת בית" (2008) www.leida.co.il/nashimko/show.asp?art=13&t=1

177 שיעור המענק המופחת הועמד על שישה אחוזים מן השכר הממוצע בכל לידה שאינה לידה ראשונה; בשלב מאוחר יותר נוסף תיקון לפיו בלידת הילד השני ינתן "מענק לידה" בשיעור של תשעה אחוזים מן השכר הממוצע; ראו ס' 58 לחוק התוכנית להבראת כלכלת ישראל (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב והמדיניות הכלכלית לשנות הכספים 2003 ו-2004), התשס"ג-2003, ס"ח 1897 (תיקון עקיף של ס' 44א) לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995). על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, כ-29 אחוזים מכלל הילדים הנולדים מדי שנה הם ילדים ראשונים; ראו ריטה ינקילוביץ' מענקי לידה והשינויים המוצעים בתכנית להבראת כלכלת ישראל – 2003 (הכנסת – מרכז מחקר ומידע, 2003). לעניין שיעור הפרייה הישראלי ראו למשל: Larissa Remennick, *Fertility Regulation Problem: The Israeli Scene in the International Context*, THE ISRAEL WOMEN'S NETWORK 19 (1996); Daphna Birenbaum-Carmeli, *Reproductive Policy in Context: Implications on the Rights of Jewish Women in Israel, 1945–2000*, 24(2) POL'Y STUD. 101, 102 (2003) וכן מדינת ישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לעיל הערה 69, שם דווח כי שיעור הפרייה בישראל עומד על 2.84 ילדים לאישה, שיעור גדול מזה הרווח במדינות המתפתחות.

178 נוהל זה נדון בעניין דיוויס, לעיל ה"ש 21, בס' 10 לפסק דינה של השופטת וירט-ליבנה, שם כינתה אותו השופטת "חוק" אף שמדובר היה בהנחה פנימית של המוסד לביטוח לאומי. ביולי 2008 התנהל בוועדה לקידום מעמד האישה דיון בעקבות מקרה שפורסם בעיתונות; באותו מקרה ילדה אישה בבית חולים אך שחררה את עצמה מבית החולים בטרם עברו 12 שעות, ובשל כך סירב המוסד לביטוח לאומי לשלם לה הן את מענק הלידה הן את מענק

המהלך החשוב ביותר אירע בינואר 2008, עם פרסום הנחיות משרד הבריאות לניהול לידת בית, הנחיות שהתבססו על דו"ח הוועדה ללידת בית.¹⁷⁹ כמו הדו"ח המקורי, גם בהנחיות החדשות הוצגה העדפה ברורה ללידת בית חולים – כגון העדפה ברורה ל"ביצוע לידות בחדרי לידה בבתי-חולים מוכרים ומורשים".¹⁸⁰ אם כן, ההנחה ביסוד ההנחיות הייתה השאיפה לצמצם את הבחירה בלידת בית.¹⁸¹

הלכה למעשה, הרכיבו ההנחיות רשימה ארוכה של אינדיקטורים רפואיים בקשר לאם ולעובר, שבהתקיימם אין לאפשר עריכת לידה בבית; אולם בניגוד לרשימה המקבילה בהולנד, במקרה הישראלי לא הושגה הסכמתם של כל הנוגעים בדבר בעת הרכבתה.¹⁸² זאת ועוד; להנחיות צורף טופס הסכמה מדעת ללידת בית – דרישה בעייתית, שהרי דרישה דומה אינה נדרשת מיולדת הבוחרת ללדת בבית חולים. לבסוף, לענייננו, ההנחיות החדשות אינן מבטיחות את מימון הלידה באמצעות מענק מטעם המוסד לביטוח לאומי אפילו ליולדת העונה על כל הקריטריונים שנקבעו בנהלים. למרות הדברים הללו, לא ניתן להכחיש כי בהנחיות הוכר לראשונה באופן מפורש בקיומה של מציאות של "לידות בית בישראל לפי בחירה חופשית של האשה".¹⁸³

האשפוז. במהלך הדיון הודיעו אנשי המוסד לביטוח לאומי כי הוחלט לשלם את המענקים האמורים, אך בפרוטוקול הדיון ניכרת תחושת אי-נוחות מצדם בשל כך שבדומה ל"כלל 24 השעות", ההסדר בעניין 12 שעות האשפוז מעולם לא מוסד בחקיקה ראשית או בחקיקת משנה. בתום הדיון הגישה יושבת ראש הוועדה הצהרה שנטתה להביע תמיכה בנייתוק הקשר בין המענק לבין האשפוז; ראו פרוטוקול ישיבה 151, לעיל ה"ש 173.

179 "לידות בית (בבית היולדת)" חוזר מנהל רפואה 01/2008 (התשס"ח), www.health.gov.il/download/forms/a3124_mr01_08.pdf. יש לציין כי במהלך הדיון על נוסח הדו"ח הסופי – היינו, ההנחיות הישראליות הראשונות לניהול לידות בית – ניתנה למיילדות הבית הזרמנות מסוימת להתבטא, אם כי כוח ההחלטה נשאר כמובן בידי הרופאים בכלל ובידי אנשי משרד הבריאות בפרט.

180 כאמור בחוזר שצוטט לעיל. ההנחיות מסתמכות על חוזר המנהל הכללי, לעיל ה"ש 171; בהמשך ההנחיות נכתב: "היה והתקיימה לידת בית בביתה של היולדת, יש לעודד את היולדות לפנות לבית חולים לבדיקתן, בדיקת הילוד ורישום מסודר במהלך 24 השעות הראשונות לאחר הלידה".

181 ייתכן שזו הסיבה לכך שהרשויות מדגישות כי ההנחיות חלות על המיילדות ולא על היולדות עצמן – כדי לומר שאין כאן פגיעה בזכויות אשר הייתה מעוררת ספק בדבר חוקיותן של ההנחיות, שמה הן בגדר חריגה מסמכות; השוו: כרמל שלו, בריאות, משפט וזכויות אדם 76–77 (2003). בפועל ההנחיות אכן מצמצמות את זכות הבחירה של היולדות, ולכן מתעוררת השאלה שמה פרסומן אינו בגדר חריגה מסמכות.

182 הוועדה ללידת בית (ראו לעיל ה"ש 160 ואת הטקסט המפנה אליה), הורכבה מרופאים, למעט ראש ארגון המיילדות הישראלי שממילא הצטרף במשך השנים להתנגדות הרופאים ללידות בית. יצוין כי במהלך הדיונים בערעור בעניין דיוויס, לעיל ה"ש 21, התברר כי הופעתן בפני הוועדה של נציגות התנועה החברתית "נשים קוראות ללדת" לא הותרה, והן נזקקו לעזרת בית הדין כדי לעשות כן. בסופו של דבר התייעצה הוועדה עם ארגון מיילדות הבית המקומי, אך ההחלטה הסופית הייתה של נציגי משרד הבריאות ואין מקורה בקונצנזוס.

183 חוזר מנהל רפואה, לעיל ה"ש 179, בעמ' 1.

7.2.5. סיכום: המגמות העולות מהחוק הישראלי

סקירה היסטורית זו של חוקי הלידה בישראל התחילה בוועדת קנב ובתכנית שגיבשה הוועדה בשנת 1949. הזכרנו כי בכואה להסדיר את הנושא של ביטוח אימהות ובכלל זה של ביטוח יולדות, המליצה ועדת קנב לאמץ מעין פשרה: "תהיה כל אישה זכאית לקבל עזרה רפואית מלאה בלי תשלום בזמן הלידה, בין אם תלד בבית חולים ובין אם תלד בביתה", אולם רק בתנאי שהרמה ההיגיינית ותנאי הדיור ישביעו את רצון הרשות המוסמכת למתן אישור כזה. הזכרנו גם כי המודל שהוצע דמה מאוד לשיטה שעל-פיה פעלה עד אז קופת חולים כללית, קופת החולים היחידה שהתקיימה בישראל דאז עוד מתקופת המנדט הבריטי.

אולם הלכה למעשה, כבר בשנות השלושים של המאה העשרים הסתמנה מצדה של קופת החולים הערפה לאשפוז את היולדות. בפרסום משנות הארבעים הוסבר כי אחת הסיבות לכך הייתה כלכלית, דהיינו, "שכר הטיפול והעזרה בבית גם הוא ניכר".¹⁸⁴ כפי שראינו, סמוך לאחר קום המדינה הפכה המדיניות האמורה לחוק של ממש, הוא החוק אשר התנה את מתן מענק הלידה בהתרחשותה בתנאי אשפוז.

כמובן, בעידן הנוכחי של לידה רווית התערבויות טכנולוגיות, ובכלל זה עלייה מתמדת בשיעור הניתוחים הקיסריים, לא ניתן עוד להסביר את המשך קיומו של החוק באמצעות הנימוק של חיסכון כלכלי, שהרי לידה בבית חולים יקרה הרבה יותר מלידת בית.¹⁸⁵ עם זאת, אין פירוש הדבר שהחוק בנוסחו כיום אינו מונע מאינטרסים כלכליים.¹⁸⁶ החוק העניק לבתי החולים מונופול על הלידה – הוא הבטיח להם תשלום על כל לידה בתנאי שתתרחש בבית החולים (או 24 שעות קודם לאשפוז של היולדת); מכך נהנים בעיקר הרופאים כקבוצה, הן כמטפלים העיקריים האחראים על ניהול הלידה בבתי חולים הן כאחראים בדרך-כלל על ניהול בתי החולים.

הסדר זה מיטיב כלכלית גם עם הממשלה, כיוון שהמדינה היא הבעלים של רבים מבתי החולים בארץ. עם משרד הבריאות מיטיב ההסדר בפרט, שכן התשלום לכל יולדת אינו מגיע מתקציב הבריאות אלא מן המוסד לביטוח לאומי – ובכך הוא ממומן (חלקית לפחות) על-ידי היולדות המבוטחות עצמן. אם כן, מובן מדוע עד כה לא הסכימו מדינת ישראל בכלל, ומשרד הבריאות בפרט, להנהיג כל שינוי בחוק אשר יפגע בהסדר התשלום שנקבע בו, למרות הפגיעה הנלווית בזכות הבחירה של היולדות, פגיעה שבה נעסוק בהמשך.¹⁸⁷

184 ראו לעיל קניבסקי, ה"ש 71, בעמ' 248; עוד ראו לייסנר, לעיל ה"ש 27.
 185 עלותה של לידת בית בעזרת מיילדת בישראל היא כמחצית משווי מענק האשפוז. לעניין זה ראו לעיל ה"ש 147. לעניין הגידול בשיעור הניתוחים הקיסריים, ראו לעיל ה"ש 41–42.
 186 אני דנה ביתר פירוט בעניינים אלה במאמרי, לעיל ה"ש 149.
 187 יצוין כי מרגע כתיבת מאמר זה ועד למועד פרסומו הספיקו להסתמן התפתחויות נוספות בקשר לחוק, ומוקדם עדיין לומר מה יעלה בגורלן. אזכיר כאן בקצרה שתיים מהן: האחת, תזכיר הצעת חוק שהפיץ המוסד לביטוח לאומי – חוק הביטוח הלאומי (לידת בית) (תיקון סעיף 42), התש"ע-2010 – המאפשרת תשלום של מענק לידה לאישה שילדה בבית ללא צורך באשפוז בבית חולים, בתנאי שרופא מוסמך יברוק אותה ואת תינוקה בבית חולים בתוך 36 שעות ממועד הלידה. השנייה, תביעה נגד המוסד לביטוח לאומי שהגשתי אני עצמי

ה. ניתוח היחס בין חוק לתרבות: שאלת "הביצה והתרנגולת"

הלידה מתרחשת על קו התפר שבין הטבע לתרבות; זהו אירוע ביולוגי טבעי אשר בקרב בני אדם מתרחש בקונטקסט חברתי ותרבותי מסוים, כדברי ההוגה הפמיניסטית הצרפתית אנטואנט פוק: "Nothing human is natural"¹⁸⁸. אולם הלידה אינה אירוע בעלמא, אלא רגע המסמל את שכפול האנושות בכלל והחברה המסוימת בפרט; מכאן ניסיונותיה של כל חברה וחברה לשכפל באמצעות הלידה גם את ערכי היסוד שלה ולהשתלט על הלידה, עד כמה שהדבר אפשרי, גם באמצעות חוקי מדינה של ממש.¹⁸⁹

שתי תרבויות הלידה שהוצגו לעיל שונות מאוד זו מזו, וכך שונות גם ההסדרות של חוקי הלידה שבהן דנו. זאת ועוד; התרבות והחוק בהולנד מצביעים בכיורר על העדפה ללידה ללא התערבות רפואית ואף ללידת בית, ואילו מקביליהם בישראל מצביעים על העדפה מובהקת ללידה המתקיימת במוסד רפואי הנהנה מרמה טכנולוגית גבוהה, לידה שמצויה כולה בשליטתו של מוסד הרפואה. על רקע התיאורים הללו נשאלת השאלה מה הוביל למה: האם תרבויות הלידה הולידו את חוקי הלידה, או שמא ההפך הוא הנכון?¹⁹⁰ מצד אחד, ההיגיון מחייב כי התרבות היא שמובילה לחקיקת החוק, או במילים אחרות – החוק הוא שמתאים את עצמו לתנאי תרבות קיימים.¹⁹¹ מן הצד האחר, עצם קיומם של חוקים אשר מבטיחים את התרחשותה של הלידה בהתאם לערכיה של החברה מצביע על כך שבהקשר הנדון, הממשלות והחברות אינן מוכנות לסמוך רק על כללי התרבות המקומיים. זאת ועוד; ראינו שהן בהולנד הן בישראל התעוררו במשך השנים סימנים של התנגדות לשיטה הלאומית הנבחרת, אך בשני המקרים דאגו הרשויות, באמצעות החוק והמשפט, למנוע שינוי מהותי בתרבויות הלידה שלהן.

אפשרות שלישית היא לא לראות את החוק ככולם שינוי בלבד, אלא לאמץ את העמדה לפיה החוק בפרט והשיח המשפטי בכלל אינם רק משקפים מציאות תרבותית וחברתית קיימת אלא גם משתתפים בהבנייתה.¹⁹² ודוק, כשמדובר בחוק ובשיח משפטי השואפים להסדיר את גוף האדם, יוצא כי אלה עשויים להשפיע ישירות על האדם, על רגשותיו ועל

תשלום מענק הלידה ומענק האשפוז "מטעמי צדק" (ב"ל (י-ם) 10443–10 נעמי לייסנר נגר בטוח לאומי – סניף ירושלים).

Antoinette Fouque, *Women's Democratic Personality: An Essay of Feminology*, 4(1) 188
J. CONTEMP. FRENCH FRANCOPHONE STUD. 181 (2000)

189 על העברת ערכי היסוד של החברה באמצעות ניהול הלידה ראו למשל ספרה של דייוויד-פלויד, לעיל ה"ש 12.

190 לדיון מפורט ומעמיק בשאלות אלה ראו מנחם מאוטנר משפט ותרבות בישראל בפתח המאה העשרים ואחת (2008), בפרט בפרק השני.

191 לייסנר, לעיל ה"ש 27; הראיתי שם כי המגמה לאשפז את היולדות החלה זמן רב לפני חקיקת החוק. ראו עוד את טורס ורייך, המדווחים על העברת השליטה לידי גורמים רפואיים זמן רב לפני היווסדות שירותי הבריאות הלאומיים: Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 407.

192 ראו את הסיכום ל"גישה המכוונת למשפט" אצל מאוטנר, לעיל ה"ש 190, בעמ' 46–55; "The state does not simply respond to expressed desires; it plays an active role in legitimating, suppressing, or redirecting them", Deborah L. Rhode, *Feminism and the*

תחושותיו. לא זו אף זו, ייתכן שדינמיקה זו נכונה במיוחד בהקשר הישראלי ובמיוחד בקשר לגוף האישה ולפריונה, כדברי הסוציולוגית סרד: "The state, with its power to unify and enforce bodily practices, is probably the most important player in the construction of female corporeality in Israel"¹⁹³.

הבה נראה כיצד ניתן ליישם את הדברים בקשר לחוק בפרט. כבר הזכרנו כי אחד המרכיבים החשובים בתרבות הלידה הישראלית הוא הפחד. בנסיבות אלה נתפס החוק כמנגנון חיוני שנועד להגן על היולדות ועל הילודים מפני הסכנות הכרוכות בלידה, בעיקר באמצעות אשפוזה של היולדת בבית חולים. אולם ברצוני להציע כאן ראייה הפוכה של הדברים; במקום לראות בחוק מנגנון שמטרתו להרגיע את הפחדים הקשורים בלידה ולהגן על הנשים מפני כל הסכנות הכרוכות בלידה שלא בבית חולים, יש להתייחס אליו כמנגנון שעוזר ליצור את הפחדים הללו מלכתחילה – ומכאן גם את הצורך בהגנה מפניהם. לכל הפחות, ניתן לומר שהחוק העניק גושפנקה או מרקם של לגיטימיות לקיומם של פחדים אלה.¹⁹⁴

השוואה מעניינת לעניין זה קיימת במחקרה של ציפי עברי. בניסיונה להסביר מדוע נשים הרות בישראל מבצעות את המספר הרב ביותר בעולם של בדיקות היריון, מציינת עברי מצד אחד את ההצגה של ההיריון כדבר מפחיד וכ"הימור בסיכון גבוה"¹⁹⁵ אולם מן הצד האחר היא מצביעה על המשפט הישראלי כרקע וכמסגרת לגישה זו, המתבטאת למשל בחוק המתיר לבצע הפלה בשל אבחון כל מום שהוא בעובר אף ללא ציון גיל היריון מרבי, וכן בשיעור הגדול של תביעות משפטיות נגד רופאים מומחים ונגד מוסדות רפואיים בשל אי-גילויים של מומים כאלה.¹⁹⁶ אם כן, אותם הסדרים משפטיים שנועדו לכאורה להבטיח לאישה תהליך של היריון תקין, הופכים אותו למעשה למקור של סיכונים שעל האישה להתגונן מפניהם.

יעל השילוני-דולב שואלת גם היא בעבודתה מדוע נוהגים יועצים גנטיים בישראל להמליץ להפיל עוברים שיש סיכוי שיסבלו בעתיד מעקרות.¹⁹⁷ גם במקרה זה החוק הוא תשובה אפשרית; החקיקה בישראל מאפשרת גישה רחבה ביותר לטיפולי פוריות, לרבות תמיכה כספית חסרת תקדים ברמה עולמית. חקיקה זו מתפרשת כמתן ביטוי להנחה השוררת בישראל כי חיים ללא ילדים אינם חיים ראויים, ובשל כך ההתייחסות אל עקרות היא כאל מום חמור. נמצא כי אותה מסגרת חוקית המעודדת ילודה באמצעים של תמיכה

¹⁹³ Sered, 193, לעיל ה"ש 25, בעמ' 7. הרבר התאפשר באמצעות הגדרה מחדש של החוויה הגופנית

נשים ואזרחות בישראל" סוציולוגיה ישראלית ב(1) 277, 308 (1999).

¹⁹⁴ הנשית: "[B]y appropriating and imposing new definitions on their bodily experiences", Katherine De Gama, *A Brave New World? Rights Discourse and the Politics of*

Reproductive Autonomy, 20 J.L. Soc'y 114, 127 (1993).

¹⁹⁵ השוו לתמיר, לעיל ה"ש 166.

¹⁹⁶ עברי, לעיל ה"ש 81, בעמ' 91–94, 96–99.

¹⁹⁷ שם, פרק ג.

¹⁹⁸ יעל השילוני-דולב "מיהו תינוק רצוי? הפלות סלקטיביות בשל אנומליות בכרומוזומי מין בגרמניה ובישראל" תיאוריה וביקורת 25, 97 (2004).

בטיפולי פוריות היא לא רק ביטוי לנטייה הקיימת בתרבות הישראלית לייחס מקום מרכזי לערך ההורות, אלא גם מחזקת נטייה זו.¹⁹⁸

בחזרה לחוק שלנו ולמאמציה הנחרצים של המדינה להוקיע כל מי שמעוזה ללדת שלא בתנאי אשפוז; בנסיבות אלה אין זה פלא כי הנשים עצמן מבקשות ללדת בדרך זו בלבד, וחסרות את הביטחון העצמי בגופן וביכולתן ללדת ילדים ללא עזרה רפואית צמודה. כל זאת, כמובן, בניגוד מוחלט להנחת היסוד של החוק בהולנד לפיה לידה איננה מחלה ולפיכך אין מקום להתערבות של רופא נשים מומחה בהליך הלידה, אלא בהתקיימה של אינדיקציה לפתולוגיה. כאמור, גם רמת ההתערבות הרפואית-טכנולוגית בלידה בהולנד היא מן הנמוכות בעולם, אם כי תוצאות הלידה שם נשארות בין הטובות. אם כן, באמצעות חקיקת חוקים משתתפות המדינות ביצירת השקפותיהן והתנהגותן של היולדות בארצן, התוצאה היא: "P]eople who claim to choose what they are supposed to want".¹⁹⁹

1. ניתוח חוקתי: מהו תוקפם של החוקים הנדונים מבחינת זכויות האדם?

לאחר שעסקנו בכוחם של חוקים בפרט ושל השיח המשפטי בכלל לעצב דעות והתנהגויות בקרב בני אדם, בחלק זה ברצוני לשאול אם האופן שבו נעשה הדבר הוא ראוי. במילים אחרות, אבקש לנתח את החוקים האמורים מבחינה חוקתית ואת הפגיעה שלהם בזכויות אדם. שני חוקי הלידה הלאומיים שנדונו כאן, הן ההולנדי הן הישראלי, נמנעים למעשה מאסדרה (רגולציה) של הלידה באופן ישיר – למשל, בקביעה כי נשים חייבות ללדת רק במקום מסוים שנקבע מראש. אם כן, אסדרת התנהגותן של היולדות מופעלת באופן עקיף – באמצעות קביעת הסדרי תשלום עבור הלידה ובפרט במימון הניתן רק ללידות העולות בקנה אחד עם יעדי המדינה.

בין הסיבות לשימוש ב"הגבלות עקיפות" אלה ניתן למנות את הכלל המשפטי "lex non cogit ad impossibla", כלומר "חזקה על המחוקק שלא תלה זכות של אדם בעשיית דבר שלא ניתן לעשותו", ומה ניתן פחות לעשות, מה ניתן פחות לשליטתה של אישה העומדת ללדת, מקביעת הרגע שבו תלד, ומקביעת המקום שבו תימצא ברגע שבו יאחווה

198 לעניין זה ראו את מחקרה של הילה העליון, המראה כי נטייתן הברורה של נשים ישראליות לבחור בדרך של טיפולי פרויזן כפתרון לבעיות של עקרות מוסכרת על רקע החקיקה הישראלית המאפשרת גישה רחבה לטיפולים אלה, לרבות תמיכה כספית חסרת תקדים ברמה עולמית: Hilla Haelyon, *Longing for a Child: Perceptions of Motherhood Among Israeli-Jewish Women Undergoing In Vitro Fertilization Treatments*, 12 NASHIM 177–202 (2006); וכן הילה העליון גן נעול: חוויות הגוף, הזהות והרגש של נשים מטופלות פוריות בישראל (2007).

199 Rhode, לעיל ה"ש 192, בעמ' 1189; המחברת מצטטת את קת' פרגוסון: KATHY FERGUSON, *The Feminist Case Against Bureaucracy*, 177 (1984). ראו עוד את מאוטרנר, לעיל ה"ש 190, בעמ' 49, המסביר כך את הטיעון המרכזי של הגישה המכוננת למשפט: "מי ששולט במשפט מסוגל לשלוט באמצעותו בתרבות, ובעקבות זאת גם בתודעותיהם של בני האדם וביחסים החברתיים המתקיימים בין בני האדם".

חבלי לידה".²⁰⁰ סיבה אחרת היא שהדרישה להפוך לידה במקום מסוים לחובה משפטית עלולה להיתפס כנוגדת את זכויות היסוד של האישה היולדת.²⁰¹ אולם בפועל שני החוקים האמורים, הן ההולנדי הן הישראלי, מגבילים בצורה משמעותית מאוד ויעילה מאוד את זכויות היסוד של האישה היולדת.

בישראל מבטיח החוק מתן מענק אשפוז לבית החולים וכן מענק לידה לכל יולדת, בתנאי שהיא מאשפזת את עצמה בקשר ללידה. בכך פוגע החוק בזכויות יסוד של האישה היולדת, ובעיקר בזכותה על גופה.²⁰² נוסף לכך פוגע החוק בזכויות האישה לחירות ולאוטונומיה אישית.²⁰³ זכויות אלה כבר זכו להכרה במשפט הישראלי, בין השאר במסגרת הזכות לכבוד, לרבות בהקשר של טיפולים רפואיים בפרט, כפי שאמר בית המשפט העליון: "המשפט מכיר באוטונומיה של הפרט לגבש את רצונו כנראה לו על-פי 'טובתו': הפרט הוא המחליט על 'טובתו'—שלו: 'טובתו' היא רצונו ורצונו הוא 'טובתו' [...] יש בה ביטוי להכרה בערכו של כל פרט ופרט כעולם בפני עצמו".²⁰⁴

אמנם, ניתן לטעון כי אין החוק מגביל ממש את חירות הבחירה של היולדת, אלא רק מעניק תמריץ כלכלי כדי לעודד לידות בבית חולים.²⁰⁵ אולם הצגה זו של הדברים אפשרית, אם בכלל, בקשר למענק הלידה בלבד. מענק האשפוז, לעומת זאת, משמעו מימון הוצאות הלידה של בית החולים, והחוק שולל מימון כזה עבור לידה המתרחשת מחוץ לבית חולים. לפיכך, לא מדובר במניעת מתן "פרס" ליוולדת שמבקשת ללדת בלידת בית מתוכננת אלא בשלילת האמצעים למימוש רצונה, ומכאן בפגיעה ישירה באוטונומיה שלה.²⁰⁶

200 עניין כושגי, לעיל ה"ש 140, ס' 14 לפסק הדין, בעמ' 388.

201 Tew, לעיל ה"ש 14, בעמ' 10.

202 לעניין זה ראו את התיקון משנת 2000 לחוק שיווי זכויות האשה — על-פי ס' 6א לחוק, "לכל אישה זכות מלאה על גופה"; חוק שיווי זכויות האשה, (תיקון מס' 2), התש"ס-2000, ס"ח 167. ראו עוד את חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, לעיל ה"ש 164, העוסק בזכות להגנה על החיים ולשלמות הגוף.

203 שם; ס' 2 ו-4 לחוק היסוד עוסקים בזכות להגנה על החיים ולשלמות הגוף. ס' 1 לחוק היסוד מכיר במפורש "בערך האדם, בקדושת חייו ובהיותו בן-חורין".

204 ע"א 2781/93 מיאסה עלי דעקא נ' בית החולים 'כרמל', פ"ד נו(4) 526 (1999), פס' 15 ו-17 לפסק דינו של השופט אור; אהרון ברק פרשנות במשפט כרך שלישי, 319 (2003) — הזכות לכבוד האדם מתפרשת בראש ובראשונה כזכות "שלא לשמש אמצעי להשגת מטרה" ו"אוטונומיה של הרצון". עוד ראו את הדיון אצל הלפרין-קדרר, לעיל ה"ש 12, בעמ' 322, ה"ש 281.

205 ראו למשל, פסק הדין בעניין דיוויס, לעיל ה"ש 159, בפס' 6, 13 ו-14 לפסק דינה של השופטת וירט-ליבנה (2005). ראו עוד את פס' 36 ו-42 למסמך "עמדת היועץ המשפטי לממשלה" שהגישה עורכת הדין נורית אלשטיין לבית הדין באותו תיק.

206 השוו: שולמית אלמוג ואריאל בנדור "חופש הרבייה כזכות יסוד" הדין מסוג אחר 115, 121-123 (1996); המחברים עוסקים בממד התביעתי של זכות. ראו עוד סיגל דוידובי-מוטולה "פסק-דין פמיניסטי? היבט נוסף על פרשת נחמני" עיוני משפט כ(1) 221, 226-230 (1996); במאמר עוסקת המחברת בחירות חיובית לעומת חירות שלילית.

החוק בישראל אף פוגע בערך השוויון, שהרי גם אם לכאורה פעולת החוק היא שוויונית כלפי כל הנשים, בפועל מאפשר החוק ליהנות מלידה מחוץ לבית החולים רק לנשים שידן משגת זאת. במילים אחרות, אם כי בנימה של "העשיר והעני מנועים באותה מידה מלישון מתחת לגשר", מדובר כאן באפליה על רקע סוציו-כלכלי.²⁰⁷ לעומת זאת, במסגרת ההסדר ההולנדי בקשר ללידת בית, נוסף מקצוע עוזרות הבית למימון הכספי ומוודאים שלידה מסוג זה מובטחת לנשים מכל שכבות האוכלוסייה, לרבות במקרים של העדר תמיכה משפחתית נדרשת.²⁰⁸

מאחר שהחוק בישראל מגביל את האוטונומיה של נשים בלבד, הוא עומד בסתירה גם לזכות לשוויון על רקע מגדרי.²⁰⁹ אמנם על פני הדברים לא מדובר באפליה, שהרי גברים אינם הרים ויולדים.²¹⁰ אולם היום ברור כי כבר לא ניתן להסתפק בעצם קיומם של הברדלים ביולוגיים בין המינים כדי להצדיק הגבלת זכויות יסוד של נשים, ויש להוכיח "הצדקה" להטלת הגבלות ספציפיות כאלה או אחרות.²¹¹ כפי שאמר השופט מצא בעניין אליס מילר: "עצם קיומו של שוני בין בני אדם אינו מצדיק הבחנה ביניהם";²¹² לעצם העניין הוחלט שם שהשוני הביולוגי שבין המינים, כלומר היותן של נשים בלבד הרות ויולדות, נחשב לנימוק מוצדק במקרה של הענקות הקלות לנשים בתנאי שירותן, אך לא לפסילתן הגורפת מתפקידים מסוימים בצבא, אף אם תפקידים אלה נחשבים מסוכנים. במקרה שלנו, עצם העובדה הביולוגית שנשים בלבד הן שיוולדות מצדיקה כיסוי כספי שיבטיח להן לידה בטוחה, אך אינה מצדיקה שלילה גורפת של האוטונומיה שלהן בדרך של התניית הכיסוי האמור באשפוזן בבית חולים, במיוחד לאחר שלא הוכח שהן זקוקות לכך מטעמי בטיחות או בריאות.

- 207 Parents Involved in Community Schools v. Seattle School District No. 1, 551 U.S. 701 (2007) (Stevens, J., dissenting). בג"ץ 454,453/94 שדולת הנשים בישראל נ' ממשלת ישראל ואח', פ"ד מח(51) 525, בפס' 18 לפסק דינו של השופט מצא, שבו הוא מפנה לפסק הדין: University of California Regents v. Bakke, 438 U.S. 265 (1978); ע"א 10026/01 עדאלה נ' ראש ממשלת ישראל, פ"ד נז(3) 31, 39 (2003).
- 208 McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 119. השוו: Abraham-Van der Mark, לעיל ה"ש 22, בעמ' 9 על האפשרות ללידה באשפוז במקרים של בעיות "סוציאליות".
- 209 לעניין זה ראו את דבריה של פרנסיס רדאי, לפיהם "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 שוני אויביקטיבי בינן לבין גברים"; רדאי, לעיל ה"ש 73, בעמ' 40.
- 210 ראו של, לעיל ה"ש 181, בעמ' 60, והדיון שלה בעניין גדולדיג: Geduldig v. Aiello, 417 U. S. 484 (1974).
- 211 "Perhaps social risks such as special hazards regarding female prisoners of war or special dangers of psychological injury, [may be allowed for] – if there is adequate proof", Frances Raday, *Equality of Women Under Israeli Law*, 27 JERUSALEM Q. 81, 93 (1983) (ההרגשה שלי – א' ל').
- 212 בג"צ 4541/94 אליס מילר נ' שר הביטחון, פ"ד מט(4) 94, 110, בפס' 13 לפסק דינו של השופט מצא (1995).

יפים לענייננו גם דבריה של השופטת בן-עתו בעניין פלונית נ' פלוני: "התעברות, הריון ולידה הם אירועים אינטימיים, שכל כולם בתחום צנעת הפרט; אין המדינה מתערבת בתחום זה אלא מטעמים כבדי משקל"²¹³. כאשר לתוכנם של אותם "טעמים כבדי משקל" נוטה הפסיקה לדרוש הוכחת "ודאות קרובה לפגיעה ממשית ולנזק ממשי"²¹⁴. אולם בסוגיה הנדונה לא הוכח ששיטה המאפשרת לידות בית (לפחות בכל הקשור) לנשים המוגדרות "בעלות הריון בסיכון נמוך" טומנת בחובה סכנה של "פגיעה ממשית" או "נזק ממשי" לאם ולילוד.²¹⁵ אדרבה, הדוגמה ההולנדית מוכיחה שרווקא בשיטה זו ניתן להשיג תוצאות לידה מצוינות.²¹⁶

נוסף לכל האמור, כפי שראינו לעיל, במשך השנים הבהירו נציגי המדינה באופן מפורש כי אין סיבה רפואית למנוע לידת בית בישראל, אלא שיש צורך לבנות "מערך תמיכה כמו שיש בהולנד"²¹⁷. טענה זו דורשת הוכחה, ויש הטוענים שתשתית מערך התמיכה הדרוש כבר קיימת בישראל.²¹⁸ אך גם אם טענה זו נכונה, עיקרה בכך שדרושה התארגנות מחדש וזו למעשה שאלה כלכלית.

213 ע"א 413/80 פלונית נ' פלוני, פ"ד לה(3) 57, 81 (1981). הזכות (לפרטיות) זכתה להכרה משפטית גם בהקשר של יחסי הורים-ילדים – ככל שמידת ההתערבות גדולה יותר, כך נדרשה לה הצדקה טובה יותר; הלפרין-קדרי, לעיל ה"ש 12, בעמ' 314–316. ראו עוד ס' 7 לחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, לעיל ה"ש 164.

214 למשל עניין אליס מילר, לעיל ה"ש 212, ובמיוחד בפס' 12 לפסק דינה של השופטת שטרסברג-כהן, שבו היא מפנה לספרו של ברק, לעיל ה"ש 204, כרך שני, בעמ' 688–693, וכרך שלישי, בעמ' 220. לעניין הדרישה להוכחת סכנה קרובה וממשית ראו עניין מילר, שם, בפס' 19–23 לפסק דינו של השופט מצא, בפס' 12 לפסק דינה של השופטת שטרסברג-כהן ובפס' 22 לפסק דינה של השופטת דורנר. השוו: בעניין פלונית, לעיל ה"ש 213, מדברת השופטת בן-עתו רק על טעמים "הנעוצים בצורך להגן על זכות הפרט או על אינטרס ציבורי רציני".

215 בעניין ישראל בפרט ראו מחקרם של אבנר שיפטן, ענת תל אורן, אייל שיינר ואמנון הדר "תוצאות של לידות בית מתוכננות בישראל בין השנים 2003–2007" הרפואה 148(6), 362 (2009); וכן: Judy Slome, *A Midwife's Private Practice in Israel*, 10(4) BRIT. J. (2002) 224. באופן כללי יותר, אפשר למצוא כאן כמה מהמחקרים הגדולים האחרונים: Kenneth C. Johnson & Betty-Anne Davis, *Outcomes of Planned Home Birth with Certified Professional Midwives: Large Prospective Study in North America*, 330 (2005) De Jonge et al.; B. M. G 1416, לעיל ה"ש 19.

216 השוו Torres & Reich, לעיל ה"ש 6, בעמ' 412, על הבעיות האתיות הכרוכות בלהכריח נשים ככלל ללדת בבתי חולים.

217 ראו לעיל ה"ש 169; כן ראו את עיקרי הטענות שהגישה עורכת הדין חיה שחר מטעם המוסד לביטוח לאומי לבית הדין הארצי לעבודה בעניין דיוויס, לעיל ה"ש 159, בפס' 8: "אין ב"כ המשיב סבורה כי אין צד מבורך בלידות בית..."

218 מכתב מאת טיה פינסקי, אמה"י – ארגון מיילדות הבית בישראל, לד"ר עזרא, המרכז הרפואי הרסה, עין כרם (15.1.2004); ראו גם את חוות הדעת של ד"ר שיפטן בעניין דיוויס, לעיל ה"ש 159.

בהקשר זה יש לזכור כי הפסיקה הישראלית הביעה זה מכבר עמדה לפיה לשיקולי תקציב אין ליתן משקל נכבד מקום שלעומתם עומד מימושן של זכויות יסוד. 219 אמנם לגישתה של השופטת שטרסברג-כהן בעניין אליס מילר יש להגביל את המחיר של מימוש הזכויות לסכום ש"איננו גבוה מדי ואיננו בלתי סביר". 220 אולם בהקשר של לידה גישה מעין זו עלולה להישמע מגוחכת, שהרי מדינת ישראל מוציאה סכומי כסף עצומים כדי לדאוג להתעברותן של נשים מלכתחילה. 221 על כל פנים ניתן להניח שטענה זו אינה חלה בעניינו, כיוון שראינו לעיל כי הולנד דבקה בשיטתה דווקא כדי לחסוך בכספי מדינה. חרף הדברים הללו, אין לומר כי החוק בהולנד אינו מגביל את האוטונומיה של היולדות. גם בהולנד נעשה בחוק שימוש באמצעי של מימון כדי להגביל את גישתן של נשים לרופאים מומחים (ומכאן גם לטכנולוגיות לידה) במהלך הריונן ולידתן. 222 עם זאת, אני סבורה כי הפגיעה בזכויות האדם הגלומה בחוק זה אינה חמורה כזו שבישראל, בעיקר בשל הסיבות הללו:

ראשית, כפי שראינו לעיל, במשך השנים הונהגו בהולנד רפורמות בחוק, אשר נועדו לאפשר בחירה רבה יותר ליוולדות. למשל, מאז שנות השבעים של המאה העשרים זכאיות גם יולדות בלידות "רגילות" לבחור ללדת בבית חולים. כמו כן עם השנים בוטל הפרימאט, וניתנה ליולדות בלידות "רגילות" האפשרות לבחור בטיפול של רופא משפחה; בה בעת הוסכם שבמקרים חריגים תוכל גם יולדת "רגילה" להיות מטופלת על-ידי רופא מומחה (למשל אם עברה אצלו טיפולי פוריות). התפתחות זו מנוגדת למדיניות הישראלית; בישראל, השינויים שהונהגו בחוק במשך השנים נועדו רובם ככולם להגביל עוד יותר את חופש הבחירה של היולדת בדבר מיקום הלידה ומכאן גם בדבר אופן ניהולה. שנית, קביעותיהן של הרשויות בהולנד לאורך השנים ביחס לכללים חדשים בקשר ללידה נעשו בתיאום עמדות עם מספר רב של גורמים שיש להם נגיעה בעניין, לרבות נשים עצמן – הן כיוולדות הן כמיילדות. במילים אחרות, אם בפתח המאמר הובאו דבריה של

219 עניין אליס מילר, לעיל ה"ש 212, בעמ' 121, בפס' 6 לפסק דינה של השופטת שטרסברג-כהן.

220 עניין אליס מילר, שם, בעמ' 122, בפס' 8 לפסק דינה של השופטת שטרסברג-כהן.

221 על ההיקף הרחב של טיפולי פוריות הניתנים בישראל ראו למשל שלו, לעיל ה"ש 181, בעמ' 76–75.

222 לדיון על התנגדות לשיטה ההולנדית מטעמים פמיניסטיים ראו De Vries, לעיל ה"ש 7, בעמ' 214–215; המחבר כתב על מאמר דעה שהופיע בעיתונות ההולנדית ושמחה נגד הקושי לקבל אפידורל במהלך הלידה. בדומה לכך, החוק ההולנדי מגביל את זכויותיה של אישה המוגדרת "בעלת סיכון גבוה" ללדת בסיוע מיילדת (או בסיוע רופא משפחה). אחת התוצאות של השיטה היא שפחות מיילדות מסייעות ליוולדות במשך הלידה. McKay, לעיל ה"ש 22, בעמ' 119, מדווחת כי בהולנד מיילדות מסייעות בכ-46 אחוזים מן הלידות, שיעור קטן בהרבה מזה שבשוודיה וברנמרק, למשל, שם האשפוז לצורך לידה הוא בכ-99 אחוזים מן המקרים. ורוק, קיים מחקר המראה כי יולדות שהוגדרו "בעלות סיכון גבוה" נהנו מתוצאות לידה טובות יותר בלידות בית; לעניין זה ראו Tew, לעיל ה"ש 14, בעמ' 12 להקדמה, וכן ראו: Doris. B. Haire & Charlotte. C. Elsberry, *Maternity Care and Outcomes in a High-Risk Service: The North Central Bronx Hospital Experience*, 18(1) BIRTH 7–33 (1991)

אדריאן רייץ' בגנות ה"מצע של חוקים וקודים מקצועיים" וכיוצא באלה הגבלות על הלידה, במקרה ההולנדי לפחות לא ניתן לומר "שלאישה לא היה כל חלק במהלך היווצרותם".²²³

ז. מסקנות: האם שינוי החוק יגרום לשינוי גם בתרבות הלידה?

במאמר זה ניסיתי לבחון את טיב היחסים בין תרבויות לידה נתונות לבין חוקי המדינה הלאומיים השואפים להסדיר אותן – מה קדם למה, או שאלת "הביצה והתרנגולת". לטענת החוקרת נירה יובל-דייוויס, לא ניתן לדון בזכויות פריון של נשים מבלי להביא בחשבון את "האלמנט הלאומי". לדבריה, "בהתאם לפרויקטים לאומיים שונים, בנסיבות היסטוריות ספציפיות, נקראות נשים בגיל הפוריות, חלקן או כולן, לעתים משוחררות, ולעתים אף מאולצות בכפייה, ללדת יותר, או פחות, ילדים".²²⁴ ראינו כי מסקנתה זו נכונה לא רק בקשר לשאלה של עצם הולדת ילדים ומספרם, אלא גם לשאלה של אופן ההולדה: הן בישראל הן בהולנד מכוונת המדינה את בחירתה של האישה היולדת בדבר מקום הלידה, ולכן גם את אופי הלידה. זאת ועוד; בשני המקרים נעשה הדבר לא באמצעות איסורים נחרצים, אלא באופן עקיף – באמצעות הסדרי מימון, כדברי המלומדת קטרין דה גמה: "[R]esource management has become the unseen, unaccountable, and less

obviously political means of denying reproductive choice"²²⁵.

למעשה, כאשר בוחנים את חוקי הלידה שנדרונו כאן מזווית זאת, קרי, כמפרי זכויות אדם באמצעות מימון או באמצעות "שוחד" כדברי יובל-דייוויס, החשיבות של שאלת "הביצה והתרנגולת" בהקשר לתרבויות הלידה הנלוות אליהן פוחתת; שהרי ככל שתלותם של אנשים במימון האמור גדלה כך הם מנועים מלפעול אחרת. מכאן שינוי בתרבות לא יוכל להתרחש – לפחות לא במידה ניכרת – ללא שינוי החוק.

חרף הדברים הללו, ייתכן שחשיבותה של שאלת הסביבה התרבותית מתגברת בעת הניסיון לשנות חוקי לידה בקשר עם מידת השינוי האמור והדרך שבה מבצעים אותו. אכן, מומחים אחדים בתחום טוענים כי גם אם ישתנו חוקים המסדירים את ניהול הלידה לא ייגרם שינוי משמעותי בתרבות הלידה הנלווית כל עוד לא יילקחו בחשבון המאפיינים המיוחדים של אותה התרבות.²²⁶ לאור תובנה זו, נראה, למשל, שלא יהא זה רצוי או ראוי להחליף את החוק בישראל בחוק שבהולנד, על אף ההכרה שהחוק בהולנד אכן פוגע פחות בזכויות היולדת. ניתן לצפות, למשל, כי ההחלטה למנוע מנשים ישראליות אשר מוגדרות "בעלות היריון בסיכון נמוך" את האפשרות לפקוד רופאי נשים לצורך לידה אם הן רוצות בכך, לא תתקבל יפה בציבור הישראלי. אדרבה, הסדר כזה לא יהיה הוגן כלפי הנשים

223 אולם השוו: Lumei, לעיל ה"ש 48, בעמ' 189, שם נטען כי גם כשקראה להקמת ועדות ממלכתיות כדי להחליט על מדיניות לאומית בתחום הלידה, דאגה הממשלה ההולנדית לכלול בהן אנשי מקצוע שתומכים בתוצאה שאותה רצתה הממשלה להשיג.

224 NIRA YUVAL-DAVIS, GENDER AND NATION 22 (1997).

225 De Gama, לעיל ה"ש 193, בעמ' 128.

226 זאת, למעשה, הפילוסופיה של De Vries שעוברת כחוט השני לאורך ספרו – ראו De Vries, לעיל ה"ש 7, פרק 8. עוד ראו: Mander, לעיל ה"ש 33, הטוענת כי אי אפשר לייבא את השיטה ההולנדית אל אנגליה ולא צריך לעשות כן מבלי להתחשב בקונטקסט הרחב יותר.

בישראל, לאחר שבמשך כל כך הרבה שנים הרגילו אותן להזדקק לרופאים ולבתי חולים בקשר ללידה.

עם זאת, ראוי לחקות ולאמץ היבטים של השיטה ההולנדית אל תוך שיטתנו, ובראשם הפסקת כיסוי הוצאות ללידות בית חולים בלבד ומתן מימון גם ללידות בית. הסדר זה דומה לשיטה שאותה הציעה ועדת קנב כאמור לעיל, עוד בטרם נחקק החוק, והוא עולה בקנה אחד גם עם המלצות ארגון הבריאות הבין-לאומי ועם ההסדרים הפועלים במדינות רבות אחרות ובכללן ניו זילנד, בריטניה, קנדה ועוד.²²⁷ בתוך כך ראוי גם לאמץ את שימת הדגש לא במקום התרחשות הלידה אלא בזהות המטפלים, שהרי היבט זה בשיטה ההולנדית הוא המבטיח את המשכיות הטיפול עבור היולדת, ובכך גם מגביר את סיכוייה ללדת בהתאם לרצונה בפועל.

בהמשך, יש להניח ולקוות שעצם הוצאת המונופול על הלידה מידי בתי החולים בכלל, ומידי רופאי הנשים בפרט, תגרום לפיתוח מגוון רחב יותר של אפשרויות לידה ליולדות בישראל; כלומר לא רק בחירה בין לידה בבית חולים לבין לידת בית, אלא גם לידה במרכזי לידה, עצמאיים ובלתי עצמאיים,²²⁸ ובכלל זה לידה במסגרת אשפוז קצר טווח (כמו ה־*poliekliniek*). יש להניח ולקוות שעצם הפסקת המונופול על הלידה יגרום לבתי החולים לשפר את תנאי הלידה המוצעים ליולדות, גם כשהן אינן משלמות על כך באופן פרטי.

אולם החשוב מכל הוא שבכל צעד בדרך להבטחת זכויות היולדות בישראל יש לשתף נשים, הן כצרכניות הן כנותנות שירות (ועיקר הכוונה היא למיילדות בכלל ולמיילדות הבית בפרט).²²⁹ אם נאמץ את הגישה המזהה את כוח ההבניה של השיח המשפטי, יש

227 לעניין זה ראוי ללמוד מן המודל בניו־זילנד, שם זכאית האישה ההרה לבחור במטפל עיקרי (Lead maternity carer – LMC) אשר יהיה אחראי על הטיפול בה בתקופת ההיריון, בזמן הלידה וכן בתקופת משכב הלידה. המטפל יכול להיות מיילדת, רופא משפחה או רופא נשים – כולם ממונים על־ידי הממשלה והתקציב נשאר קבוע בכל המקרים. סיכום בעברית של שיטה זו ניתן למצוא אצל יפעת שחק מסמך רקע בנושא: לידות בית ומרכזי לידה בהולנד, בבריטניה, בניו־זילנד ובקנדה (הכנסת – מרכז מחקר ומידע, 2004); עוד ראו: Michel Odent, *Planned Home Birth in Industrialized Countries*, in 5 WORLD HEALTH ORGANIZATION, TARGETS FOR HEALTH FOR ALL (1991).

228 שני מרכזי הלידה הפועלים כיום בישראל הם חלק אינטגרלי מבתי החולים שבהם הם נמצאים. לעומת זאת, בקשר למרכזי לידה עצמאיים ראו את דו"ח הוועדה ללידת בית, לעיל ה"ש 160, בעמ' 3, שם נאמר: "יש איסור חוקי להקמת חדרי לידה בניהול מיילדות"; בהערה 3 נכתב: "אין מקום למרכזים ללידת בית, כמו גם ל־*Group practice* של מיילדות בית. התקשרות היא על בסיס אישי אחת לאחת, מיילדת אל מול יולדת ולא מול מוסד רפואי שהוא"; לעומת זאת בעמ' 14 נכתב: "בית חולים שיש בו חדרי לידה רשאי לפתוח חדר לידה 'ביתי' בתוך מתחם ביה"ח".

229 כדברי כרמל שלו: "בשיח הזכויות החברתיות שזור מוטיב של הליך הוגן המחייב לשתף את הציבור בתהליכים דמוקרטיים של קבלת החלטות בנושאים בעלי השלכות חברתיות רחבות [...] לשם כך יש לפנות אל הקהילה עצמה, ולא להסתפק בדעות של מומחים לגביה"; שלו, לעיל ה"ש 181, בעמ' 34. ייתכן שהיום ראוי לכלול גם דולות מקצועיות בדיון.

להניח ולקוות ששינוי החוק האמור יגרום לשינוי רחב יותר בדרכי החשיבה בישראל בכל הנוגע ללידה – לא עוד אסון העומד להתרחש אלא הליך טבעי, רב עצמה ומעצים. לסיום, כדאי לזכור את דבריה של חוקרת הלידה הידועה, מרג'רי טיו: “Recent experience in several countries has shown that profound changes in previously entrenched political attitudes can take place. Change is not impossible if motivation is there”²³⁰. ובתרגום חופשי לעברית: “אם תרצו – אין זו אגדה”.