מכון ון ליר בירושלים
THE VAN LEER JERUSALEM INSTITUTE
معهد فان لير في القدس

המרכז לצדק חברתי ודמוקרטיה ע"ש יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים

נייר עמדה

מלוניות ליולדות בבתי חולים כלליים ציבוריים בישראל: פינוק נחמד או תת-מערכת של אי-צדק?

שלומית אבני, נובמבר 2012

תקציר

בישראל פועלות ארבע מלוניות פרטיות ליולדות, שלוש מהן בבתי החולים הממשלתיים שיבא, אסף הרופא ואיכילוב (עירוני-ממשלתי) באזור המרכז, ורביעית בבית החולים הדסה עין כרם בירושלים. המלוניות מציעות אשפוז ליולדת וליילוד בתנאי מלון טובים תמורת תשלום הנע בין 660 ל-1,695 שקל ללילה, ובכלל זה תינוקייה צמודה שמאיישות אחיות בית החולים 24 שעות ביממה, הדרכות אישיות וקבוצתיות וציוד ליולדת ולתינוק. אף על פי שמבקר המדינה הצביע כבר בשנת 2009 על היבטים בעייתיים בהפעלה של מלוניות פרטיות ליולדות בבתי חולים כלליים ציבוריים המלוניות פועלות בחלל ריק מבחינה משפטית ומינהלית, ואין תקנות או נהלים מטעם משרד הבריאות המסדירים את פעילותן.

הפעלת המלוניות בהיעדר הסדרה ופיקוח מעלה כמה סוגיות הנובעות משימושן של המלוניות הפרטיות בתשתיות הציבוריות של בית החולים, כגון כוח האדם (בעיקר הסיעודי), קרקע ומבנים, מכשור רפואי, אתר האינטרנט של בית החולים, ועוד – כולם נכסים ציבוריים: ההעסקה הכפולה של צוותי רפואה וסיעוד גם במחלקות הציבוריות של בית החולים וגם במלוניות הפרטיות ליולדות מסיטה כוח אדם חיוני מהמחלקות הציבוריות העמוסות לטובת שירות רפואי פרטי; שימוש בקרקע ובמבנים ציבוריים לשירות פרטי, במקום שאלו ישמשו להרחבה של המחלקות הציבוריות הצפופות של בית החולים; האופציה הפרטית לשירות יולדות משודרג מייצרת תמריץ שלילי להשקעה בשירות הציבורי; ולבסוף, ההוצאה הכפולה, היקרה, ואולי אף מיותרת, מכיסן הפרטי של מבוטחות שזכאיות לסל שירותים ליולדת, מתוקף חוק וכנגד תשלום דמי ביטוח לאומי, מעלה חשש ליצירת אי-שוויון באיכות שירותי הבריאות ליולדת וליילוד בין יולדות בעלות אמצעים ליולדות חסרות אמצעים.

נייר זה סוקר את המידע על המלוניות ליולדות, ודן בסוגיות של עירוב הגבולות בין מערכת הבריאות הפרטית והציבורית, פיקוח ורגולציה של המדינה, שוויון ונגישות לשירותי בריאות ליולדות.

מבוא

---

* נייר העמדה נכתב במסגרת מיזם המתנהל במרכז לצדק חברתי ודמוקרטיה בנושא אחריות המדינה, גבולות ההפרטה וסוגיית הרגולציה, ובשיתוף קרן אברט בישראל.

** הכותבת היא מנהלת מחלקת תושבים בארגון "רופאים לזכויות אדם – ישראל". ברצוני להודות לפרופ' גבי בן נון ולפרופ' דני פילק על הייעוץ וההערות.

סוגיית מסחורה של מערכת הבריאות בישראל בכלל, וסוגיות של בעלות, מימון ואספקה פרטית של משאבי בריאות ושירותי בריאות בפרט, נידונו בהרחבה בספרות המחקרית (ראו למשל פילק 2007), ואף זכו לתשומת לב תקשורתית בזמן האחרון (ראו למשל לינדר-גנץ 2012א). אחד ההיבטים של סוגיה זו הוא מסגרות פרטיות המציעות, תמורת תשלום, שירותי בריאות נוספים או משודרגים לעומת השירותים הכלולים בסל שירותי הבריאות, הדרות בכפיפה אחת עם שירותי הבריאות הציבוריים. דוגמאות לכך הם הביטוחים המשלימים של קופות החולים; השר"פ (שירות רפואי פרטי) המתאפשר בבתי החולים בירושלים ועתיד להתרחב לבית החולים החדש באשדוד; תיירות המרפא בבתי החולים הממשלתיים; והמלוניות ליולדות הפועלות בחמישה בתי חולים כלליים ציבוריים[1] בישראל.[2]

בשנת 2009 התפרסם בדוח מבקר המדינה (מבקר המדינה 2009) פרק על פעילות תאגידי הבריאות שליד בתי החולים, ובו התייחסות גם למלוניות ליולדות הפועלות בבתי החולים איכילוב ("בייבי ליס" שמפעילה חברה פרטית שהתקשרה בהסכם עם תאגיד הבריאות של איכילוב) ושיבא תל השומר ("שיבא בייבי" שמפעיל ישירות תאגיד הבריאות של בית החולים). המבקר קבע כי:

> **במלוניות ליולדות מתקיים עירוב של רפואה ציבורית עם רפואה פרטית, ולכן יש לפעול במשנה זהירות בקביעת הכללים**. אף על פי שחלפו כמה שנים מאז הוקמו המלוניות ליולדות בשיבא ובליס באיכילוב, המשרד טרם גיבש נוהל מחייב. בתי החולים מעוניינים להפעיל מלוניות ליולדות בתחומם. על משרד הבריאות ומשרד האוצר לבחון שוב את הסוגיות העולות מתפעול מלוניות ליולדות בסמוך למחלקת יולדות בבתי החולים, ולגבש נוהל שיותאם למעמדן המשפטי של המלוניות, הן הפרטיות והן המוחזקות על ידי תאגידי הבריאות, הן אלה שכבר מופעלות והן אלה שיופעלו בעתיד.
>
> מן הראוי כי במרכזים הרפואיים שתפוסת מחלקות היולדות בהם עולה על תקן המיטות הקיים יעודכנו התקנים, יורחבו המחלקות וישופרו תנאי האשפוז. זאת ייעשה כדי לאפשר ליולדות להתאשפז בתנאים ראויים וכדי להימנע מצפיפות יתר במחלקות, דבר שעלול לגרום ליולדות להעדיף שהות במלונית על פני שהות במחלקה. לדעת משרד מבקר המדינה הפעלת מחלקת היולדות בתנאי אשפוז וצפיפות סבירים, כפי שיקבע המשרד, צריכה להיות תנאי להפעלת מלוניות ליולדות (שם, עמ' 447, ההדגשה שלי).

למיטב ידיעתנו, מאז פורסם דוח המבקר לא פעל משרד הבריאות כדי להסדיר את פעילות המלוניות ליולדות בבתי חולים כלליים ציבוריים, והנושא לא זכה להתייחסות לא במסגרת המחקר האקדמי, לא בתקשורת ולא בארגוני החברה האזרחית.[3]

בצד ביקורת מטעם המבקר על פעילות המלוניות ליולדות, יש הטוענים ליתרונות שיש בהפעלת מלוניות פרטיות ליולדות בבתי החולים הכלליים הציבוריים, ובכללם תוספת תקנים של כוח אדם והכנסות לבית החולים המיועדות לשיפור התשתיות הקיימות. משרד הבריאות טען בפנינו (ראו להלן) כי בהסדרה נכונה יש במלוניות כדי לשמש תמריץ למחלקות הציבוריות ליולדות לשפר תשתיות. בהיעדר מידע נוסף ומחקר בנושא, קשה להעריך טיעון זו וטיעונים

---

[1] בית החולים הדסה אמנם בבעלות ארגון הדסה, אבל הוא ציבורי במובן זה שהוא נותן שירותים הקבועים בחוק דרך טופסי 17 של הקופה, והוא פועל ללא כוונת רווח.

[2] בנייר עמדה זה יידונו רק ארבע מלוניות. לא תידון המלונית בבית החולים הציבורי מעייני הישועה בבני ברק. מלונית זו מתנהלת בדרך שונה מארבע המלוניות האחרות: מחלקת יולדות אחת (מבין שתיים) בבית החולים משודרגת לתנאי מלון, ויכולה להתקבל אליה ללא תשלום כל יולדת שהיא ותינוקה בריאים (באישור רפואי) לאחר 24 שעות במחלקה הרגילה.

[3] למעט התייחסות קצרה בדוח של ועדת המומחים בבריאות של המחאה החברתית 2012.

אחרים בדבר יתרונות או חסרונות של פעילות המלוניות הפרטיות ליולדות. עם זאת, המלוניות ליולדות מעלות כמה שאלות:

- האם לא מדובר בהוצאה יקרה, ואולי אף מיותרת, למבוטחות שזכאיות לסל שירותים ליולדת מתוקף החוק וכנגד תשלום דמי ביטוח לאומי (כפל תשלומים)?
- האם אין בהפעלת המלוניות כדי לעלות את ההוצאה הפרטית על בריאות בישראל, שהיא ממילא מהגבוהות בקרב מדינות ה-OECD (OECD 2012)?
- האם אין חשש שהדבר יעמיק את חוסר האמון של הציבור ביכולתה של מערכת הבריאות הציבורית להיות לעזר בשעת הצורך, ויפגע במוטיבציה של המבוטחים לצדד בשימורה, בהרחבתה ובמימונה הציבורי של הרפואה הציבורית?
- האם אין כאן תמריץ לבתי החולים לפתח תחומים רווחיים (המלוניות הפרטיות) ולהשקיע בהם, במקום בתחומים החיוניים (מחלקות היולדות)?
- האם הפעלתן של המלוניות הפרטיות לא מייצרת אי-שוויון באיכות שירותי הבריאות ליולדת וליילוד (ועדת המומחים בבריאות של המחאה החברתית 2012)?

בנייר עמדה זה נציג מידע על ארבע המלוניות ליולדות הפועלות בישראל; נסקור את המידע שהתקבל מהנהלות בתי החולים ומהמלוניות ליולדות על תנאי התפעול של המלוניות לאחר פנייה מטעם מרכז חזן לצדק חברתי במכון ון ליר; ונדון בשאלות שמעלה פעילותן בנוגע לעירוב הגבולות בין מערכת הבריאות הפרטית והציבורית, לפיקוח ורגולציה של המדינה, לשוויון ולנגישות לשירותי בריאות ליולדות.

מלוניות ליולדות בבתי חולים בישראל: רקע

בישראל פועלות ארבע מלוניות פרטיות ליולדות: שלוש מהן בבתי חולים ממשלתיים – במרכז הרפואי על שם שיבא בתל השומר, במרכז הרפואי בצריפין על שם אסף הרופא ובמרכז הרפואי תל-אביב על שם סוראסקי (איכילוב) (עירוני-ממשלתי); והרביעית בבית החולים האוניברסיטאי הדסה עין כרם בירושלים (בבעלות ארגון הדסה). המלוניות מציעות שהות ליולדת וליילוד תמורת תשלום הנע בין 660 ל-1,695 שקל ללילה, תלוי במלונית, בסוג החדר ובמספר הלילות, עם אפשרות ללינה של בן הזוג (ולעתים ילדים נוספים).[4] חוץ מאשפוז בחדר פרטי בתנאי מלון טובים וארוחות מלאות (חצי פנסיון), יש במלוניות תינוקייה שמאיישות אחיות מוסמכות מצוות בית החולים 24 שעות ביממה, והיולדת יכולה להשאיר את היילוד בתינוקייה בשעות היום והלילה. השהות במלוניות כוללת גם הדרכות הוריות, קבוצתיות או פרטניות בנושאים כגון הנקה מפי יועצת הנקה, טיפול בילד (למשל רחיצת התינוק, תזונה, האכלה מבקבוק) ובריאות האם. המלוניות מדגישות כי במהלך השהות האם והיילוד נתונים בהשגחה רפואית של רופאי נשים וילדים של בית החולים, המבקרים במלונית בכל יום.

כחצי יום לאחר לידה רגילה ואשפוז במחלקת יולדות בבית החולים, ובאישור רופא, יכולה יולדת לעבור עם היילוד למלונית. מכיוון ששחרור יולדת לביתה מתאפשר, על פי חוזר משרד הבריאות,[5] רק 48 שעות לאחר לידה רגילה, יולדת שעוברת למלונית לפני כן היא בעצם **מאושפזת של בית החולים** עד תום 48 השעות (יש לה אפשרות להמשיך לשהות במלונית לאחר

[4] על פי אתרי האינטרנט של המלוניות:
http://nashim.sheba.co.il/Sheba_Baby_Hotel/; http://www.babylis.co.il/index.htm;
http://www.assafh.org/Baby/Pages/default.aspx; http://www.hadassahbaby.co.il/

[5] משרד הבריאות, חוזר מינהל הרפואה 43/99, 13 בספטמבר 1999.

תומן). צוות העובדים הרפואי והסיעודי במלוניות נשען על הצוות הרפואי והסיעודי של מחלקות היולדות והיילודים של בית החולים, ובעיקר על האחיות, שהן חלק הארי של כוח העבודה במלוניות. אנשי הצוות הרפואי והסיעודי משלבים לסירוגין משמרות במלונית ובבית החולים (מדובר בעיקר בצוות הסיעודי; בנוגע לרופאים לא ברור אם הם נותנים שירות רפואי ליולדת וליילוד במלונית במשמרת נפרדת או בזמן המשמרת במחלקה בבית החולים). את הצוות במלונית מעסיקים המלונית, בית החולים או התאגיד, ולעתים כמה מעסיקים במקביל.[6] המלוניות פועלות בשטח בית החולים (למשל בשיבא) או בסמוך לו (למשל באיכילוב, שהמלונית בו ממוקמת במרכז המסחרי אך גשר מחבר בין מחלקות היולדות בבית החולים למלונית הפרטית).

אין אחידות באופי הבעלות על המלוניות: המלוניות של איכילוב והדסה הן בבעלות פרטית, ואת המלונית בשיבא מפעיל תאגיד הבריאות[7] שליד בית החולים שיבא. על המלונית באסף הרופא אין בידינו מידע. על פי דוח מבקר המדינה בנושא שפורסם בשנת 2009, בית החולים מקבל שיעור מסוים מהכנסות המלוניות ליולדות, אף כי לא ברור מה גובהו. בשיבא העביר תאגיד הבריאות לבית החולים בשנת 2007 יתרת רווח בסך 2.7 מיליון שקל בעבור הכנסות המלונית ליולדות בניכוי הוצאות התפעול; המלונית באיכילוב, שהתקשרה בהסכם עם תאגיד הבריאות באיכילוב, העבירה תשלום חודשי לתאגיד על עבודת הצוות הרפואי במלונית, ו"בתנאים מסוימים" גם סכום קבוע על כל יולדת; המבקר מצא שהכספים שהועברו מהמלונית לתאגיד לא הועברו לבית החולים, אף שרוב העובדים במלונית מועסקים על ידי בית החולים ולא באמצעות התאגיד. בנובמבר 2008 השיב איכילוב למשרד מבקר המדינה כי תאגיד הבריאות מממן עשרה תקני אחיות, והן משובצות במחלקות אחרות בבית החולים, ולפיכך נעשית "הצלבה של משאבים בין בית החולים לתאגיד, כך שהתוצאה הסופית שווה" (מבקר המדינה 2009, עמ' 446). לא ידוע לנו אם מאז חל שינוי באופן ההתחשבנות בין המלונית לתאגיד הבריאות שליד בית החולים. על המלוניות בהדסה ובאסף הרופא אין בידינו מידע.

אף שאין מדובר בנושא שבלב הנייר ראוי לציין שבחלק ממחלקות היולדות במרכז הארץ מתאפשרת רכישה של שירותים רפואיים פרטיים, ובכלל זה שכירת אחות מיילדת, רופא מיילד, מרדים או חדר פרטי לאחר הלידה. בבית החולים שיבא, לדוגמה, אפשר לשכור אחות מיילדת אישית (המועסקת בבית החולים) תמורת תשלום של 3,300 שקל; בבית החולים איכילוב אפשר

---

[6] זהות המעסיק של הצוות הרפואי והסיעודי העובד במלוניות לא ברורה דייה ויש לבדוק אותה. מהתשובות שהתקבלו לפנייתו של מרכז חזן לצדק חברתי במכון ון ליר ומדוח מבקר המדינה מסתמן שככל הנראה עובדת במלונית עשויה להיות מועסקת אצל יותר ממעסיק אחד, ולקבל יותר מתלוש שכר אחד. אבל אם העובדת מועסקת בתאגיד ועובדת גם במלונית בבעלות התאגיד (להבדיל ממלונית בבעלות פרטית), יהיה לה מעסיק אחד ותלוש שכר אחד: "בביקורת עלה כי בשיבא האחיות המועסקות על ידי בית החולים או על ידי התאגיד משובצות בסבב משמרות הן במחלקת היילודים של בית החולים והן ב'שיבא בייבי' (עם זאת, התאגיד הקצה 18 תקנים של אחיות לתגבור מחלקות היולדות והיילודים בבית החולים); החברה הפרטית שמפעילה את 'בייבי ליס' משלמת לתאגיד תמורה בגין עבודת הצוות הרפואי במלונית על פי ההסכם ביניהם, אך כספים אלה אינם מועברים לבית החולים אלא נשארים בתאגיד, אף על פי שאת רוב הצוות הרפואי מעסיק בית החולים ולא התאגיד (מנגד הקצה התאגיד עשרה תקנים של אחיות המועסקות במחלקות אחרות בבית החולים)" (מבקר המדינה 2009, עמ' 405).

[7] תאגידי הבריאות (הידועים גם כ"קרנות מחקר") הם מוסדות ללא כוונת רווח המוסדרים מתוקף "תקנות יסודות התקציב (כללים לפעולת תאגידי הבריאות), התשס"ב-2002". התאגידים פועלים ליד המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים (לעניין נייר זה: איכילוב, שיבא ואסף הרופא), והם ישות משפטית עצמאית. בין מטרות התאגיד: ניצול התשתיות והאמצעים של המרכזים הרפואיים מחוץ למסגרת הפעילות הרגילה שלהם לצורך ייעול והרחבה של השירותים הרפואיים, ביצוע מחקרים רפואיים, סיוע למרכזים הרפואיים בפיתוח תשתיות ובהצטיידות. עם הקמתם בשנות השמונים של המאה העשרים עסקו התאגידים בעיקר במחקרים רפואיים, אחר כך החלו בביצוע ניתוחים בשעות אחר הצהריים ("ססיות"), ובהמשך החלו להפעיל שירותים רפואיים נוספים, דוגמת המלוניות. התאגידים מסייעים לבתי החולים בגיוס ובהעסקה של כוח אדם משלהם (התקנות מסדירות כללים למתן שכר חריג לאנשי רפואה המועסקים בתאגיד), מעסיקים אלפי מועסקים, והם מקור הכנסה לבית החולים (בתקנות יש הוראות שנועדו למנוע הסטה של פעילות והכנסות מבתי החולים לתאגידים, ונקבעה תקורה – שיעור תשלומי תאגיד הבריאות לבית החולים). עם זאת, יש המבקרים את פעילות התאגידים. ההסתדרות הרפואית, למשל, טוענת שתאגידי הבריאות יצרו דרך לעקוף את מנגנון עדכון התקנים בבית החולים, ובעקבות זאת אין שליטה במערכת התקינה (המידע מבוסס על צוובנר 2003; מבקר המדינה 2009; ביתן ודוד 2011).

לקבל ייעוץ עם מיילדת לפני לידה וייעוץ הנקה עם יועצות המחלקה בבית או במלונית (בתשלום שגובהו לא מפורט); בבית החולים מעייני הישועה ובבית החולים הציבורי לניאדו בנתניה אפשר לשכור חדרי יולדות פרטיים תמורת תשלום, בהתאם לתפוסה של המחלקה; בבית החולים לניאדו יולדות יכולות לבחור גם בשירות מיילדת (תמורת תשלום של 4,000 שקל), רופא מיילד ומרדים פרטי (בתשלום שגובהו לא מפורט), רובם עובדי אגף האימהות בבית החולים.[8] עוד ראוי לציין שארבע קופות החולים מציעות במסגרת הביטוחים המשלימים ותמורת השתתפות עצמית הבראה לאחר הלידה (השלישית או הרביעית, תלוי בקופה) במלוניות ליולדות (מכבי ומאוחדת) או בבתי הבראה אחרים (כללית ולאומית).[9]

מלוניות ליולדות בבתי חולים כלליים ציבוריים: פיקוח ורגולציה

להלכה ולמעשה פועלות המלוניות ליולדות בישראל בחלל ריק מבחינה משפטית ומינהלית, ואין שום תקנות או נהלים המסדירים את פעילותן. על פי דוח מבקר המדינה,

> בינואר 2007 התקיים דיון בנושא מלוניות ליולדות בהשתתפות נציגים ממשרד האוצר וממשרד הבריאות. מטרת הדיון היתה לגבש עמדה אחידה באשר לכללים שיאפשרו להפעיל מלוניות ליולדות. סוכם כי משרד האוצר ומשרד הבריאות ינסחו פנייה משותפת ליועץ המשפטי לממשלה בעניין התנאים להפעלת מלונית, ומשרד הבריאות יפעל להוציא נוהל הכולל את סיכום הדברים. בביקורת עלה כי המשרד הכין טיוטת נוהל ב-2007, אולם זו טרם הפכה לנוהל מחייב. בנוסף, לא נמצא כי נעשתה פנייה ליועץ המשפטי לממשלה. בהיעדר נוהל של המשרד המסדיר את פעולתן של מלוניות ליולדות ליד המרכזים הרפואיים קבע לעצמו כל מרכז רפואי נהלים פנימיים (מבקר המדינה 2009, עמ' 444).

המבקר מציין כי בדיון בין משרד האוצר למשרד הבריאות ובטיוטת הנוהל שנכתבה הוחלט שעובדי בית החולים הממשלתי ותאגיד הבריאות שלידו לא ייתנו שירות רפואי או שאינו רפואי כלשהו במלוניות, גם בשעות שבהן אינם מועסקים בבית החולים. עוד הוחלט שיולדת ויילוד יוכלו לעבור למלונית הפרטית רק לאחר שישוחררו שחרור מלא ובלתי מותנה מבית החולים. כאמור, הנוהל לא פורסם מעולם, והלכה למעשה, על פי בדיקתנו, אין המלוניות פועלות ברוח נוהל זה.

מאפייני המלוניות: שירות, בעלות ומימון

לנוכח הדילמות העולות מהפעלתן של מלוניות פרטיות ליולדות המספקות שירות רפואי בבתי חולים כלליים, ממשלתיים וציבוריים, דילמות שעל חלקן הצביע מבקר המדינה כבר בשנת 2009, ביקשנו ללמוד עוד על פעילות המלוניות. לשם כך פנינו ב-1 בינואר 2012 למלוניות ליולדות ולמשרד הבריאות. מכל מלונית ביקשנו את המידע הבא: שנת הקמת המלונית; מי נשא בעלויות ההקמה; בידי מי הבעלות על המלונית; מספר החדרים; תפוסה שנתית; תעריפי השהות במלונית ותעריף ממוצע ליום; הסדרי הנחה למבוטחות בביטוח משלים בקופות החולים או בביטוח פרטי; סל השירותים המוצע לשוהות; כמה כוח אדם מועסק במלונית; תפקידי המועסקים; האם הם

---

[8] המידע לקוח מאתרי האינטרנט של בתי החולים:
http://www.sheba.co.il; http://www.tasmc.org.il/Pages/default.aspx; http://www.mymc.co.il/; http://www.laniado.org.il/.

[9] המידע לקוח מאתרי האינטרנט של קופות החולים:
http://www.maccabi4u.co.il/14-he/Maccabi.aspx;
https://www.meuhedet.co.il/meuhedet/views/index.jsp; http://www.clalit.co.il/he-il;
http://www.leumit.co.il.

עובדים במקביל בבית החולים, ומי מעסיק אותם; הכנסות המלונית; אחוז ההכנסות של המלונית מתוך סך ההכנסות של התאגיד; והתחשבנות המלונית עם בית החולים על השימוש בתשתיות בית החולים. ממשרד הבריאות ביקשנו לדעת איזה אגף אחראי על פיקוח על פעילות המלוניות; אם ישנם תקנות, נהלים וחוזרי מנכ"ל המסדירים באופן ספציפי את פעילות המלוניות; ואם יש חובת דיווח כלשהי של המלוניות למשרד הבריאות.

בית החולים שיבא והמלונית בהדסה נענו לפנייתנו, ומסרו מידע חלקי בלבד. בית החולים אסף הרופא סירב לענות לבקשתנו למידע (ראו להלן). בית החולים איכילוב הפנה אותנו ישירות למלונית, וזו לא נענתה לבקשת המידע. בלוח 1 מוצגים הממצאים משני בתי החולים שנכונו למסור מידע.

לוח 1: הדסה בייבי ושיבא בייבי: נתוני פעילות והפעלה

	הדסה בייבי	שיבא בייבי
שנת הקמת המלונית ומי נשא בעלויות ההקמה	"2006, ישפרו – החברה להשכרת מבנים בע"מ נשאה בעלויות ההקמה".	"המלונית נבנתה על ידי בית החולים מכספי תרומות והיא מופעלת בערך משנת 1996".
בעלות והפעלה	"בעלות פרטית"	"המלונית הינה בחלקה ברישיון המדינה ובחלקה חלק מהסכם הפעולה עם תאגיד הבריאות. ההבדל מתייחס לנשים שעולות למלונית לפני שחרורן מאשפוז ואזי הן בחזקת מאושפזות ללא תשלום".
מספר החדרים במלונית	28	50
התפוסה השנתית הממוצעת במלונית	"10 יולדות בממוצע ליום"	"נתון מסחרי"
אפיון צרכני שירותי האירוח במלונית – יולדות, בני זוג, אחר		"במלונית מתארחים יולדות, ילודים ובני זוג או קרובים".
מספר הקבלות לשנה למלונית	"בשנת 2011 – 1,195 קבלות"	"נתון מסחרי"
מספר ימי השהות הממוצעת של השוהים במלונית	3 ימים	"נתון מסחרי"
תעריפי השהות במלונית	3 לילות – 660 שקל ללילה 2 לילות – 760 שקל ללילה 1 לילה – 960 שקל	"משתנים לפי סוג החבילה ורמת החדרים"
התשלום הממוצע ליום שהות במלונית	"בשנת 2011 הממוצע היה 507 שקל".	"תעריף יום ממוצע – אין".
הסדרי הנחה למבוטחות בביטוחים משלימים או בביטוחים פרטיים	"הנתון תלוי בסוג הביטוח של היולדת ובקופת החולים".	"נתון מסחרי"
פירוט סל השירותים המוצע במלונית	"לינה בחדר פרטי, שירותי תינוקייה 24 שעות ביממה, סדנאות שונות, 3 ארוחות ביום וביקורי רופאים"	"סל שירותים – רגיל"
כמה כוח האדם מועסק ובאיזה תפקיד?	"25 אחיות וכוח עזר (חלקם במשרות חלקיות)"	"נתון מסחרי"
מי המעסיק של העובדים?	"מלון עין כרם – ישפרו החברה להשכרת מבנים בע"מ"	"כוח אדם מועסק על ידי תאגיד הבריאות [...] רופאים ואחיות – משולבים, מדינה/קרן. הקרן תומכת בכוח אדם רופאים ואחיות במערך הנשים של המדינה".
האם ישנם עובדים המועסקים במקביל גם בבית החולים?	"מספר אחיות מועסקות גם בבי"ח הדסה".	

אם ישנם עובדים העובדים במקביל בבית החולים ובמלונית, מי המעסיק שלהם, והאם יש הבדלי שכר בין המועסקים במלונית לנותני שירות מקבילים בבית החולים?	"אין לנו מושג על פרטי שכר בבית החולים".	
הכנסות מהמלונית: סך ההכנסות של המלונית בשנה; אם המלונית היא בבעלות תאגיד הבריאות שליד בית החולים, מהו אחוז ההכנסות של המלונית מתוך סך הכנסות התאגיד? האם ההכנסות מהמלוניות מועברות בשלמותן או חלקן לתקציב בית החולים? כיצד מתבצעת ההתחשבנות על השימוש בתקורות בית החולים?	"מאחר והמלונית הנה פרטית אין באפשרותי להעביר את הפרטים הנ"ל".	"הכנסות – נתון מסחרי. מערכת היחסים בין התאגיד לבית החולים מוגדרת בהסכם הפעילות הסטטו[טו]רי".
הערות נוספות	"אני שוב מדגישה שמלון יולדות הדסה בייבי לא שייך לבי"ח הדסה עין כרם. הדסה בייבי בבעלות פרטית של חברת ישפרו – חברה להשכרת מבנים בע"מ".	"המלונית בשיבא מופעלת בתנאי תחרות. הפרטים המבוקשים ופרסומם עלולים לפגוע ביכולת התחרות שלה. הביני מראש את הסתייגויותינו משיתוף פעולה עם 'המחקר', בניגוד לנושאים אחרים בהם תמיד ניתן לסמוך על שיתוף הפעולה עימנו. לאחר הקדמה זאת אענה בקצרה על מה שאני יכול לענות".
החתומים על המכתב	לריסה רוטמן, עוזרת מנכ"ל ורכזת כוח אדם – מלון עין כרם	פרופ' ז. רוטשטיין, מנהל המרכז הרפואי

מקור: מכתב מהדסה בייבי למרכז חזן לצדק חברתי, 20.3.2012 (בידי המחברת); מכתב משיבא בייבי למרכז חזן לצדק חברתי, 22.1.2012 (בידי המחברת).

מ**אסף הרופא** התקבלה תשובה מגב' אנג'י אגאג'ני, עוזרת למנכ"ל במרכז הרפואי אסף הרופא: "תודה עבור הפניה. לצערי לא נוכל להיענות לבקשתך להשתתף במחקר".[10] לאחר פנייה נוספת נענינו כך: "המחלקה אצלנו חדשה לחלוטין. בינתיים אין לנו מידע לתת לך – כרגע מספר המאושפזים מאוד נמוך ולכן לא נראה לי רלונטי כרגע".[11]

מ**משרד הבריאות** השיבה הגב' נעמי לבני, הממונה על חוק חופש המידע: "לאחרונה גובש נוסח של חוזר המנחה את פעולות המלוניות, אך הוא טרם פורסם. לידיעתכם, המלוניות ליולדות אינן מהוות מחלקה רפואית, אלא מוסד להחלמה ולכן לא קיים עליהן פיקוח רפואי. הנוהל המתגבש נועד להסביר את דרכי העבודה של המלוניות למול מחלקת היולדות".[12] בתשובה לפנייה נוספת שלנו בנושא כתב ד"ר מיכאל דור, ראש אגף רפואה כללית, סגן וממלא מקום ראש מינהל רפואה במשרד הבריאות:

1. מלונית איננה מתקן רפואי, אלא מקום נוח לשהייה למשפחה וליולדת לאחר הלידה. אישה הזקוקה לטיפול רפואי, לא אמורה לשהות שם, וכך הדבר כמובן, לגבי הרך הנולד.
2. לאור גישה עקרונית זו, הסדרת פעילות המלונית היא באחריות מנהל בית החולים, בהתאם לדרישות ולתנאים המקומיים.

[10] דואל מאסף הרופא למרכז חזן לצדק חברתי, 10.1.2012 (בידי המחברת).
[11] דואל מאסף הרופא למרכז חזן לצדק חברתי, 10.1.2012 (בידי המחברת).
[12] מכתב ממשרד הבריאות למרכז חזן לצדק חברתי, 22.1.2012 (בידי המחברת).

3. מכך נובע גם שאין חובת דיווח של בית החולים למשרד הבריאות על הפעילות במקום.
4. כמו כן, ברור שהכניסה למלונית היא רק לאחר שחרור רשמי מבית היולדות.
5. חוזר המגדיר את העקרונות הנ"ל הוכן כטיוטא אך טרם הופץ.[13]

כמה ימים לאחר מכן קיבלנו תיקון לסעיף 5 למכתב: "הכנת חוזר בנדון נבחנת מבחינה משפטית".[14] מכיוון שמשרד הבריאות התעכב בתשובתו לפנייתנו השנייה הגשנו ב-30 במאי 2012 שאילתה בנושא לסגן שר הבריאות יעקב ליצמן, באמצעות ח"כ זהבה גלאון, בזו הלשון:

א. האם אכן קיים חוזר מנכ"ל המסדיר את פעילות המלוניות הפרטיות ליולדות, ואם כן מתי צפוי לצאת?
ב. האם החוזר שנוסח הוא תוצאה של ועדה שדנה בנושא המלוניות? אם כן, אודה על קבלת מידע על: חברי הוועדה; האם הוזמנו קולות קוראים להגשת חוות דעת בנושא פעילות המלוניות לוועדה? על איזה נתונים הסתמכה עבודת הוועדה?
ג. איזה מידע נאסף על ידי משרד הבריאות בנושא פעילות המלוניות ליולדות? נודה על קבלת נתונים של משרד הבריאות בנושא.[15]

ב-19 באוגוסט 2012 השיב סגן השר ליצמן על השאילתה:

> בנושא זה אכן עמל המשרד על טיוטת חוזר, אך העבודה טרם נשלמה. המדובר בסוגיה מורכבת, הן בהיבט הממשקים בין מחלקות ליולדות למלונית, והן בהיבטים נוספים. משרד הבריאות סבור, כי בהסדרה נכונה, הקמת המלוניות תיתן דחיפה לשיפור התשתיות ליולדות, בעיקר נוכח הקושי לשדרגן בתקציבים ציבוריים, לנוכח המחסור במקורות מימון ציבוריים ייעודיים למטרה זאת, מסיבות שכמובן אינן קשורות למלוניות. לכשתסתיים העבודה על הכנת הטיוטה, היא תפורסם כמקובל להערות הציבור, טרם פירסומה הסופי כחוזר. השלמת החוזר כלולה בתוכנית העבודה של המשרד לשנת 2013 וייעשה מאמץ להביאו לפרסום כבר במחצית הראשונה של השנה.[16]

כצעד משלים יצרנו קשר עם המלוניות הפרטיות באיכילוב, בשיבא, בהדסה ובאסף הרופא, ושאלנו על זמני קבלת היולדת, מיקום המלונית וסל השירותים ליולדת. משיחות טלפון עם נציגי המלוניות עולים הפרטים הבאים:

- כל המלוניות מקבלות יולדות לפני תום 48 שעות האשפוז במחלקות כמתחייב מהנחיות משרד הבריאות, באישור הצוות הרפואי של המחלקה: באיכילוב – 12 שעות אחרי לידה רגילה ו-24 שעות אחרי לידה קיסרית; בשיבא – שמונה שעות אחרי לידה רגילה ו-48 שעות אחרי קיסרית; בהדסה – 24 שעות אחרי לידה רגילה ובהתאם למצב הרפואי אחרי קיסרית; באסף הרופא – 12 שעת אחרי לידה רגילה ו-24 שעות אחרי קיסרית.
- בכל המלוניות הצוות הרפואי והסיעודי (האחיות ורופאי הנשים והילדים) עובד במקביל במחלקת היולדות הציבורית.

---

[13] מכתב ממשרד הבריאות למרכז חזן לצדק חברתי, 28.8.2012 (בידי המחברת).
[14] מכתב ממשרד הבריאות למרכז חזן לצדק חברתי, 3.9.2012 (בידי המחברת).
[15] שאילתה ישירה מס' 1886 לסגן שר הבריאות יעקב ליצמן, באמצעות ח"כ זהבה גלאון, 16.5.2012.
[16] תשובת סגן שר הבריאות יעקב ליצמן לשאילתה ישירה מס' 1886, 19.8.2012.

- בכל המלוניות מוצע אירוח ברמת מלון, הדרכות וציוד מלא לתינוק ולאם (חיתולים, מגבונים, ביגוד ליילוד, תחליף חלב אם, משככי כאבים וכדומה).
- פרט למלונית באיכילוב, כל המלוניות ממוקמות בשטח בית החולים: המלונית בשיבא בקומה השנייה מעל מחלקת היולדות, המלונית בהדסה בסמוך למחלקה, המלונית באסף הרופא בקומה אפס של בית החולים, ומעלית מקשרת בינה ובין מחלקת היולדות.

הדילמות העולות מהפעלת מלוניות פרטיות ליולדות לצד בתי חולים כלליים ציבוריים

בחלק זה אסקור את הדילמות ואת הבעיות העולות מעצם קיומן של מלוניות ליולדות, המציעות תמורת תשלום שירותי בריאות נוספים או משודרגים בהשוואה לאלה שזכאית להם יולדת מתוקף חוק הביטוח הלאומי במסגרת המחלקות ליולדות. יש לציין שאי-אפשר לראות במלוניות ליולדות מקשה אחת: המלוניות בהדסה ובאיכילוב הן בבעלות פרטית, המלונית בשיבא בבעלות תאגיד הבריאות, ועל זו שבאסף הרופא אין מידע (ככל הנראה גם אותה מפעיל תאגיד הבריאות). תופעה משותפת למלוניות היא השימוש של המלוניות בתשתיות הציבוריות של בית החולים, כגון (תלוי מלונית) כוח האדם (בעיקר הסיעודי), קרקע ומבנים, מכשור רפואי, אתר האינטרנט של בית החולים – כולם נכסים ציבוריים.

מאחר שחסר מידע נגיש ושקוף לציבור על פעילות המלוניות קשה לחוות דעה חד-משמעית על חלק מהדילמות העולות מהתנהלות המלוניות ליולדות, ובכך יש כדי להצביע על אחת הבעיות העיקריות בהתנהלות המלוניות – היעדר מידע והיעדר פיקוח של משרד הבריאות. תגובתו של פרופ' רוטשטיין, מנהל בית החולים **הממשלתי** שיבא, לחלק משאלותינו על המלונית שמפעיל **תאגיד הבריאות** שליד בית החולים כ"**מידע מסחרי**" מדגימה היטב את בעיית העירוב בין פרטי לציבורי ואת בעיית שקיפות המידע. להלן יפורטו הדילמות העולות מהפעלת המלוניות:

1. **אי-שוויון ופגיעה ביעילות הטיפול ובאיכותו**, הבאים לידי ביטוי בשלושת ההיבטים הבאים:

א. תמריץ שלילי לשיפור תנאי האשפוז במחלקות הציבוריות ליולדות. מבקר המדינה הצביע על האפשרות שעצם קיומן של המלוניות ליולדות הוא תמריץ שלילי לשיפור תנאי האשפוז במחלקות ליולדות בבתי החולים. במחלקות ליולדות בבתי החולים שאותן בדק המבקר (שיבא ואיכילוב) שהו היולדות בחדרים צפופים (שחורגים מהנורמה שהגדיר מינהל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה במשרד הבריאות [חכמון ואחרים 2007; ההנחיות תקפות לבנייה חדשה בלבד]) ותפוסת המחלקות עלתה על תקן המיטות הקיים. המבקר המליץ שהקמה של מלוניות ליולדות תהיה תלויה בעדכון תקני המיטות, בהרחבת המחלקות ובשיפור תנאי האשפוז.

בשנת 2011 עמדה התפוסה הממוצעת במחלקות ליולדות בבתי החולים על 109.9%.[17] בפברואר 2011 התקבלה החלטת ממשלה על הוספת 960 מיטות במהלך שש שנים, ומהן גם למחלקות יולדות ופגים, אך עד כה טרם סוכם אופן פריסת המיטות בבתי החולים. ב-29 במאי 2012 התכנסה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת לדיון מהיר בנושא "ירידה חדה במספר מיטות אשפוז במחלקות היילודים ובמיטות לבריאות הנפש", ביוזמת חברת הכנסת ד"ר רחל אדטו.[18] הוועדה התכנסה בעקבות דוח של משרד הבריאות בנושא, שממנו

[17] ראו "תפוסת מיטות בתי החולים לפי מחלקה וחודש", באתר משרד הבריאות, תחום מידע ומחקר, http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=2&catId=618.

[18] "מסקנות ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בעקבות דיון מהיר בנושא: ירידה חדה במספר מיטות אשפוז במחלקות היילודים והמיטות לבריאות הנפש של חברת הכנסת רחל אדטו", מושב רביעי של הכנסת ה-18, 29.5.2012.

עולה שלמרות הגידול באוכלוסייה מוסיף שיעור המיטות לאשפוז כללי לרדת, וכי עיקר המחסור במיטות לאשפוז הוא בחטיבה הפנימית, שנכללות בה המחלקות שיקום גריאטרי, טיפול נמרץ, יולדות ופגיות. עוד עולה מן הדוח כי התוספת של 960 מיטות אשפוז בשש השנים הבאות מחייבת תוכנית בינוי, וטרם החלו הדיונים עם משרד האוצר בעניינה. פרופ׳ שאול דולברג, יו״ר האיגוד לניאונטולוגיה, טען בדיון כי ״המחסור במיטות במחלקת יולדות עשוי להביא לשחרור מוקדם מדי של היולדת והתינוק, בניגוד לעמדת משרד הבריאות, שמחייבת שהות של 48 שעות בבית-החולים. [...] תוספת מיטות ללא תוספת כוח אדם, משמעותה תוספת הרשומה על הנייר בלבד״.[19]

עוד הצביע המבקר על התמריץ השלילי לשיפור תנאי האשפוז במחלקות ליולדות בשל הרווח הכספי של בית החולים מכפל התשלום. המלוניות מציעות שירות פרטי בתשלום גבוה למדי על שירות הקבוע בחוק הביטוח הלאומי (אשפוז האם והיילוד וטיפול בהם), שלו זכאית כל יולדת תושבת ישראל (וכן אשת תושב מבוטח ועובדת או אשת עובד העובד בישראל מעל לחצי שנה רצופה[20]). מדובר בשירות שהיולדת משלמת עליו באמצעות דמי הביטוח הלאומי, ואם היא עוברת למלונית לפני תום 48 שעות האשפוז במחלקה היא משלמת שוב מכיסה הפרטי (הדבר מזכיר את תופעת כפל הביטוח בביטוחים משלימים ובביטוחים פרטיים המציעים שירותים משודרגים לאלה הכלולים בסל הבריאות הממלכתי). מבדיקתנו עלה שבתי החולים מאפשרים ליולדות בלידה רגילה או מכשירנית לעבור למלונית עוד בטרם חלפו 48 שעות מהלידה, וכך מתאפשר להם לקבל כיסוי כפול על שירות יחיד, ואף לַגנות מקום במחלקת היולדות לעוד יולדת המביאה עמה הכנסה נוספת (מימון של המדינה בעבור השירות, כקבוע בחוק הביטוח הלאומי). משרד הבריאות אמנם אמר בתשובה לשאילתה שהגשנו כי יולדת תתקבל למלונית רק לאחר שחרורה המלא מבית החולים, אבל בפועל הדבר ככל הנראה לא מתרחש. אף שהמידע שיש בידינו אינו שלם ודורש בדיקה מעמיקה של הרגולטור, בהיעדר נוהל מטעם משרד הבריאות לא ברור מה יבטיח את מילויה של הדרישה הזאת בפועל.

לדעת משרד הבריאות, ״בהסדרה נכונה, הקמת המלוניות תיתן דחיפה לשיפור התשתיות ליולדות, בעיקר נוכח הקושי לשדרגן בתקציבים ציבוריים, לנוכח המחסור במקורות מימון ציבוריים ייעודיים למטרה זאת, מסיבות שכמובן אינן קשורות למלוניות״.[21] בהנחה שתיאסר קבלת יולדות ויילודים קודם לשחרור מלא מבית החולים, ותימנע עבודה מקבילה של הצוות הרפואי במלונית ובמחלקת היולדות, האם אכן יגבר היתרון הנובע משימוש בהכנסות מן המלוניות כדי לשפר את התשתיות במחלקות היולדות על החיסרון הנובע מהסטה של כוח האדם מהמחלקות הציבוריות למלונית הפרטית? תשובת משרד הבריאות, המלמדת שלצורך שיפור התשתיות נוטים בתי החולים לגיוס עצמי של משאבים הנשען על פילנתרופיה (מה שמתרחש כבר היום[22]), בעייתית מכמה בחינות: ראשית, ישנה התנערות מהאחריות למימון ציבורי של שירות רפואי שזכאית לו על פי חוק כל תושבת ישראל; שנית, נוצר אי-שוויון

---

[19] שם.

[20] הביטוח הלאומי משלם לבית החולים מענק אשפוז על כיסוי ההוצאות בגין כל לידה. על פי המוסד לביטוח לאומי, מבוטחת למענק אשפוז, למענק לידה ולקצבת לידה היא אחת מאלה: ״(1) מבוטחת לפי פרק י״א או אשת מבוטח לפי פרק י״א, אף אם הלידה אירעה מחוץ לישראל; (2) עובדת או עובדת עצמאית המועסקת בישראל או אשת עובד או עובד עצמאי המועסק בישראל ששה חודשים רצופים לפחות בתכוף לפני הלידה, אף אם כל אלה אינם תושבי ישראל, ובלבד שהלידה אירעה בישראל; פסקה זו לא תחול על מי שמתגורר באזור ואינו תושב ישראל באזור, והכל כהגדרתם בסעיף 378״ (חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ״ה-1995 פרק ג׳: ביטוח אימהות, סימן א׳, סעיף 40).

[21] תשובת סגן שר הבריאות יעקב ליצמן לשאילתה ישירה מס׳ 1886 (לעיל הערה 16).

[22] ראו למשל לינדר-גנץ 2012ב, על פנייה של מנהל בית החולים הממשלתי וולפסון וראש עיריית חולון לתושבי העיר חולון לצורך גיוס כספים לרכישת מכשיר MRI לבית החולים.

בכמות התשתיות הרפואיות ובאיכותן בין בתי חולים בהתאם ליכולת שלהם לגייס משאבים פרטיים, ובעיקר בין בתי החולים הגדולים במרכז הארץ לבתי החולים האחרים; שלישית, מצב זה מייצר פער בין דרישת משרד הבריאות מבתי החולים לעמוד באמות המידה שהוא קבע כדי להבטיח טיפול רפואי נאות במחלקות ליולדות ובין הציפייה של המשרד מבתי החולים להידרש לפתרונות עצמאיים כדי לעמוד בהנחיותיו שלו.

ב. חשש להסטה של כוח אדם רפואי לטובת פעילות מכניסה. בישראל יש שיעור נמוך במיוחד של אחיות לנפש (4.8 ל-1,000 נפש בשנת 2010, לעומת 8.7 בממוצע במדינות ה-OECD),[23] בייחוד בדרום הארץ ובצפונה. האחיות מהמחלקות הציבוריות ליולדות משובצות בסבב משמרות גם במלוניות ליולדות, וכך בתל השומר, לדוגמה (נכון לשנת 2007 [מבקר המדינה 2009]), יש כמה מיטות "אשפוזיות" במלוניות המשמשות ליולדות שטרם שהו את מלוא 48 השעות במחלקת היולדות ועברו למלונית. מכאן עולה החשש שהמלוניות הפרטיות ליולדות שואבות כוח אדם סיעודי ורפואי מהמחלקות הציבוריות ליולדות, שממילא עמוסות ביולדות וחסר בהן כוח אדם. זאת ועוד, עולה שאלה בדבר האפשרות של יחס מועדף של הצוות הרפואי ליולדת ה"רווחית" על פני היולדת ה"ציבורית", מבחינת היחס וזמן הטיפול. מנגד, המלוניות מייצרות הכנסה נוספת לתאגידי הבריאות, וכך יכולים בתי החולים לעקוף את תקני כוח האדם הלא מעודכנים. על פי דוח מבקר המדינה (שם), בית החולים מקבל שיעור מסוים מהכנסות המלוניות ליולדות באמצעות תאגיד הבריאות. זאת ועוד, בשיבא התאגיד המפעיל את המלונית הוסיף תקני כוח אדם לתפעול המלונית ותקני אחיות למחלקות שונות בבית החולים, ובאיכילוב המלונית חתומה על הסכם הפעלה עם התאגיד, וזה מוסיף תקני אחיות שעובדות בבית החולים (אין לנו מידע על אסף הרופא והדסה).

ג. הבדלים בסל השירותים ליולדת. עניין אחרון, שמבקר המדינה לא עסק בו, נוגע לסל השירותים שמקבלת יולדת השוהה במלונית. האם פרט לאשפוז בתנאי מלון, בו בזמן שיולדת חסרת אמצעים מאושפזת בתנאי צפיפות (וככל הנראה בתנאים שאינם עומדים בנורמות שקבע משרד הבריאות), מקבלת היולדת במלונית סל שירותים טוב יותר? קשה לקבוע אם השירותים המוצעים במלונית הפרטית הם רק בבחינת nice to have, ולפיכך אינם יוצרים חוסר שוויון ניכר בין יולדת שהפרוטה מצויה בכיסה לזו שלא, או שמא מדובר בסל משודרג שחלק ממרכיביו חשובים, וכך נוצר אי-שוויון בהיקף הסל ליולדת או באיכותו. האם האפשרות של היולדת לשהות עם בן זוגה, למשל, משמעותית להתפתחות הקשר בין האב ליילוד, מקלה על היולדת, מאפשרת שבירה של התפקידים המגדריים המסורתיים של מיהו המטפל (care giver) ה"מסורתי"? האם ההדרכות הקבוצתיות והפרטניות הנוספות שמקבלים היולדת ובן זוגה במלונית הפרטית (רחיצת התינוק, תזונה של האם והיילוד, הנקה וכדומה) משמעותיות ביצירת אי-שוויון?

דוגמה מוחשית לכך היא ייעוץ ההנקה. יועצות ההנקה מנחות אימהות במחלקות היולדות וגם במלוניות ליולדות, אבל מטבע הדברים במלוניות יש פחות יולדות מבמחלקות. אפשר לשער אפוא שהיולדות השוהות במלונית זוכות ליותר זמן עם יועצת ההנקה. אף כי ייעוץ הנקה יכול להיתפס כשולי או לא חיוני, ואף שישנן יולדות ואימהות שבוחרות לא להיניק, הגדיר משרד הבריאות בחוזר מינהל רפואה משנת 2001 (שעודכן לאחרונה[24]) שעל בית החולים לעודד הנקה. לפיכך נשאלת השאלה אם שירות שמגדיר משרד הבריאות בחוזר

---

[23] ראו OECD statistics: http://stats.oecd.org/.

[24] משרד הבריאות, "עידוד ההנקה", חוזר מינהל הרפואה 19/2012, 1 ביולי 2012 (עדכון לחוזר 60/2001 מיום 4 בספטמבר 2001).

מנכ״ל כחיוני בהרכב הסל ליולדת חשוב שיינתן באופן שווה לכל היולדות (מבחינת הזמן שמקבלת היולדת עם יועצת הנקה).

לסיכום, יוצא אפוא שנכון להיום, בהיעדר הסדרה ופיקוח, יולדת בעלת אמצעים כספיים יכולה להתאשפז בנוחות על פי אמות המידה שהגדיר משרד הבריאות, בתנאים של מלון, ואולי אף לקבל סל שירותים איכותי יותר. יתרה מכך, בהיעדר תקצוב ציבורי לפיתוח תשתיות בבתי החולים, לבתי החולים שיש בהם מלוניות פרטיות ליולדות אין תמריץ לשפר את התשתיות במחלקות הציבוריות ליולדות, וייתכן שהמלוניות אף שואבות משאב חיוני נוסף מן המחלקות הציבוריות – את כוח האדם הרפואי ובעיקר הסיעודי.

2. הסדרה, פיקוח ורגולציה, שבאים לידי ביטוי בשני ההיבטים הבאים:

א. היעדר פיקוח של משרד הבריאות. על פי מבקר המדינה, בינואר 2007 התקיים דיון בנושא המלוניות ליולדות בהשתתפות משרד האוצר ומשרד הבריאות. בעקבות הדיון הכין משרד הבריאות נוהל ובו, בין השאר, איסור מפורש על עבודה במקביל בבית החולים ובתאגיד או במלונית ליולדות, וכן איסור על קבלת יולדת למלונית לפני ששוחררה שחרור בלתי מותנה מבית החולים (מבקר המדינה 2009). עד היום לא פורסם הנוהל, ועל פי התשובה שהתקבלה ממשרד הבריאות לשאילתה שהגשנו בנושא, פרסומו צפוי במחצית הראשונה של 2013. משרד הבריאות אינו רואה בעצמו אחראי על הסדרת פעילות המלוניות ליולדות או על הרגולציה עליהן, שכן המלוניות ליולדות הן ״מקום נוח לשהייה למשפחה וליולדת״, דהיינו מתקן שאינו רפואי, כך על פי תשובתו לפנייתנו.[25]

הגדרה זו בעייתית מכמה טעמים: המלונית משרתת היום יולדות שטרם קיבלו שחרור מבית החולים (וקודם שהסתיימו 48 השעות שעליהן לשהות באשפוז לאחר הלידה); השהות במלונית חופפת חלקית את האשפוז במחלקת יולדות שהיולדות זכאיות לו מכוח חוק הביטוח הלאומי, ובעבורו מקבל בית החולים תשלום; חלק מהמלוניות פועלות בתוך שטח בית החולים הציבורי; עובדי מדינה עובדים במקביל בבית החולים ובמלונית ליולדות; משרד הבריאות טוען כי אין זה מתפקידו לפקח על פעילות המלונית, אך בבית החולים שיבא, לדוגמה, מפקח עליה בפועל מנהל בית החולים, שהוא עובד מדינה.

ב. היעדר מידע. אין מידע זמין, וודאי שלא מידע שקוף ונגיש לציבור, על פעילות המלוניות הפרטיות ליולדות. מכיוון שמשרד הבריאות אינו רואה בעצמו אחראי על הפיקוח והרגולציה על המלוניות אין הוא אוסף מידע על פעילותן. גם פניותינו למלוניות נענו בסירוב או באופן חלקי. חלק מהמידע שביקשנו הגדירו המלוניות ״נתון מסחרי״. הסירוב בטיעון שמדובר בנתון מסחרי בעייתי לטעמנו בייחוד במלוניות בבעלות תאגידי הבריאות שליד בית החולים. אלו, המוגדרים כמוסדות ללא כוונת רווח שאמורים לאפשר העשרה של התשתיות הציבוריות של בתי החולים הממשלתיים, מפעילים שירות פרטי באמצעות שימוש בתשתיות הציבוריות ואינם נכונים למסור מידע על פעילות שבאחריותם, אף כי הם עצמם רשויות ציבוריות.[26]

---

[25] מכתב ממשרד הבריאות למרכז חזן לצדק חברתי (לעיל הערה 13).

[26] עצם קיומו של שירות פרטי במסגרת בית חולים ציבורי מעלה שאלה על חובת מסירת מידע לציבור. למיטב הבנתנו, על תאגידי הבריאות שליד בתי החולים מוטלת החובה למסור מידע על פעילותם מכוח חוק חופש המידע, התשנ״ח-1998, מתוקף היותם רשויות ציבוריות. בתביעה של התנועה לחופש המידע חייב בית המשפט, למשל, גופים רפואיים ציבוריים לחשוף מידע על התקשרות עם תורמים פרטיים בטיעון ש״מעורבות גורמים פרטיים, עסקיים ופילנתרופיים באספקת השירותים החברתיים הבסיסיים במדינה מעוררת שאלות מורכבות באשר להשפעת גורמים פרטיים על פעילות המוסדות הציבוריים. במקרה זה, החשש הוא אף ספציפי יותר ונוגע לאפשרות קיומם של שיקולים זרים במינוי מנהלי בית החולים ומנהלי מחלקות בו. מסיבה זו, אין ספק כי קיים עניין ציבורי רב לבחון ולבקר התקשרויות של רשויות ציבוריות עם גופים פרטיים ולשם כך אין ברירה אלא לפרסם פרטי ההסכם״ (עת״מ 2032/08, התנועה לחופש המידע נ׳ שירותי בריאות כללית).

על כל פנים, אם משרד הבריאות אינו אוסף מידע על פעילות המלוניות ואינו מפקח עליה, ובהיעדר מידע נגיש לציבור, הרי שאי-אפשר להבין לעומק אם פעילות המלוניות הפרטיות משפיעה על המחלקות הציבוריות ליולדות ואיך. התנהלות משרד הבריאות בעניין המלוניות מזכירה את התנהלותו בעניין השר"פ בבתי החולים בירושלים: לאחר יותר מעשור שמשרד הבריאות לא אסף מידע על פעילות השר"פ ולא התערב בה כלל, ורק לאחר עתירה שהוגשה נגד האפשרות להפעיל שר"פ בבית החולים העתידי באשדוד, פנה המשרד לבתי החולים הרלוונטיים בבקשה לקבל נתונים על פעילות השר"פ בהם.[27]

סיכום וחלופות למצב הקיים

נייר עמדה זה ביקש לבחון את הסוגיות ואת הדילמות העולות מהפעלת מלוניות פרטיות ליולדות בבתי חולים כלליים ציבוריים בישראל. עקב המחסור במידע ובנגישות למידע לא יכולנו לבחון לעומק את היתרונות ואת החסרונות בהפעלתן. לפיכך הצבענו בנייר זה על כיוונים ראשוניים לבדיקה, המתבססים על מה שעולה מדוח מבקר המדינה שבחן את הנושא בשנים 2007–2008, וממעט המידע שהתקבל אצלנו בעקבות פנייה למלוניות ולמשרד הבריאות. נראה שבאין פיקוח והסדרה נעשתה פעילות המלוניות הפרטיות ליולדות מעין שטח הפקר, ואף כי מבקר המדינה הצביע על הצורך בהסדרת הסוגיה כבר בשנת 2009 לא נעשה דבר עד היום.

לשיטתנו, הצהרת משרד הבריאות שהוא אינו רואה בעצמו אחראי על הסדרת פעילות המלוניות או על הפיקוח עליהן מכיוון שמדובר במוסדות שאינם רפואיים בעייתית, שכן מדובר בשירות פרטי שעושה שימוש בנכסים ציבוריים (כוח אדם, ציוד, קרקעות), ולבטח במסגרת 48 השעות שבהן האם והיילוד אמורים לשהות בהשגחה רפואית כחלק מהשירות הרפואי שהוגדר כזכות חוקית של יולדות בישראל בחוק הביטוח הלאומי. לכל הפחות, יש חשיבות להסדיר את כללי הפעלת המלוניות, כגון: העברת יולדת למלונית רק לאחר שחרור מלא מבית החולים, העבודה המקבילה של עובדים בבית החולים ובתאגיד הבריאות או במלונית, השימוש בתשתיות הפיזיות של בית החולים (קרקע, ציוד), גובה ההכנסות שיועברו מהמלוניות לטובת שיפור התשתיות של בית החולים הציבורי.

יש הטוענים ליתרונות שיש בהפעלת מלוניות פרטיות ליולדות בבתי החולים הכלליים הציבוריים, ובכללם תוספת תקנים של כוח אדם והכנסות לבית החולים המיועדות לשיפור התשתיות הקיימות. משרד הבריאות טען בפנינו כי בהסדרה נכונה יש במלוניות כדי להמריץ את המחלקות הציבוריות ליולדות לשפר תשתיות. בהיעדר מידע נוסף ומחקר בנושא, קשה להעריך טיעון זה.

לסיכום, החלופות העומדות למצב הקיים מגוונות אך דורשות בדיקה ומידע נוספים: אפשר לאסור על הפעלת מלוניות בבתי חולים כלליים (ממשלתיים, ממשלתיים-עירוניים, ציבוריים), אפשר לכל הפחות לקבוע נהלים להתנהלותן, הכוללים הגדרה של בעלות המפעילים, הפרדה ברורה בין המשאבים הציבוריים של בית החולים לאלה של המלונית, והעברה של שיעור הכנסות גבוה מהמלונית לשימוש בית החולים. על כל פנים, ברור שהסוגיה שלפנינו דורשת התערבות והסדרה ברורות ומידיות של משרד הבריאות.

---

[27] בשנים האחרונות ביקרו ארגונים חברתיים כמו "האגודה לזכויות האזרח", "רופאים לזכויות אדם" ו"מרכז אדוה" את פעילות השר"פ בבתי החולים בירושלים. בשנת 2012 הוגשה עתירה לבג"צ בדבר הפעלת שר"פ בבית החולים העתידי באשדוד (בג"צ 2114/12, האגודה לזכויות האזרח בישראל ואחרים נ' ממשלת ישראל ואחרים). בכתבה בעיתון *The Marker* הודה מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, כי "הצורך עלה ביתר שאת בתקופת התנהלותו של בג"ץ השר"פ באשדוד [...] כשבמהלך הכנת תשובת המדינה לבית המשפט נקבע כי היקף השר"פ בבית החולים יוגבל ויחול עליו פיקוח הדוק. כששאלו אותנו איך תדעו לפקח, ולמה לא מפקחים על השר"פ שקיים כיום – המשרד עמד מעט נבוך [...] מה פתאום אנחנו מתחייבים להקפיד כל כך באשדוד בעוד שכבר שנים רבות מתקיים פה שר"פ ללא פיקוח" (לינדר-גנץ 2012ג).

ביבליוגרפיה

ביתן, אלי ואייל דוד, 2011. **בתי החולים הכלליים הממשלתיים ותאגידי הבריאות שלידם: דוח פיננסי 2010**, ירושלים: משרד הבריאות.

ועדת המומחים בבריאות של המחאה החברתית, 2012. "התערובת פרטי-ציבורי מזיקה למערכת הבריאות", **נייר עמדה**, ועדת מומחים למען צדק חברתי (יוני), http://j14.org.il/spivak/?p=664 (אוחזר ב-11.1.13).

חכמון, שלום, סיגל פרחי ללוש, תמי דוד, גדי דוידוביץ, עמוס רימון ואבי תורג'מן, 2007. **הנחיות תכנון למחלקות אשפוז בבית חולים כללי**, תל-אביב: משרד הבריאות, מינהל תכנון, פיתוח ובינוי מוסדות רפואה.

לינדר-גנץ, רוני, 2012א. "באשדוד תתחיל המהפכה", **The Marker**, 16.3.12, http://www.themarker.com/news/1.1665290 (אוחזר ב-11.1.13).

——, 2012ב. "אנא, תרמו בלב מורחב", **הארץ**, 16.6.12, http://www.haaretz.co.il/magazine/1.1731196 (אוחזר ב-11.1.13).

——, 2012ג. "משרד הבריאות יבדוק את נתוני השר"פ בבתי חולים", **The Marker**, 17.10.12, http://www.themarker.com/consumer/health/1.1844144 (אוחזר ב-11.1.13).

מבקר המדינה, 2009. **דוח שנתי 59ב לשנת 2008 ולחשבונות שנת הכספים 2007**. ירושלים: מבקר המדינה, עמ' 399–465.

פילק, דני, 2007. "מסחורה של מערכת הבריאות: תהליך ראוי או שגוי?" **משפט ועסקים** ו, עמ' 277–293.

צוובנר, שרה, 2003. "עיקרי ההצעה שנדונה בקבינט הכלכלי-חברתי בסוגיית המשבר במערכת הבריאות", מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת, ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

OECD, 2012. OECD Health Data 2012: Frequently Requested Data, http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm (accessed February 4, 2013).