



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

## מרכזי לידה: מבט משווה

י"ב בניסן התשע"ח  
28 במרץ 2018

כתיבה: שלי מזרחי סימון, אהוד בקר  
אישור: אורלי אלמגור לוטן, ראש צוות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

[www.knesset.gov.il/mmm](http://www.knesset.gov.il/mmm)

## תוכן

### תמצית

2	
4	<u>1. מבוא</u>
5	<u>2. אפשרויות לידה בישראל</u>
7	<u>3. מבט משווה על מרכזי לידה במדינות שונות</u>
7	3.1. בריטניה
9	3.2. אירלנד
10	3.3. אוסטרליה
12	3.4. הולנד
14	3.5. נורבגיה
15	3.6. קנדה: אונטריו (ONTARIO)
17	3.7. ארה"ב
19	3.7.1. מסצ'וסטס (MASSACHUSETTS)



מסמך זה נכתב לבקשת חברת הכנסת תמר זנדברג והוא עוסק במרכזי לידה: מסגרות בהן נשים בהריון בסיכון נמוך יכולות ללדת בלייווי מיילדת, באווירה ביתית וללא התערבויות רפואיות. במסמך מוצגות אפשרויות הבחירה בישראל בנוגע למסגרת הלידה ואת מדיניות משרד הבריאות בדבר חלופות שונות ללידה בחדר לידה רגיל בבית-חולים. בהמשך נסקרים מרכזי לידה במדינות הבאות: בריטניה, אירלנד, אוסטרליה, הולנד, נורבגיה, קנדה (פרובינציית אונטריו) וארה"ב (מדינת מסצ'וסטס). בכל מדינה מוצג המודל הקיים למרכזי הלידה הפועלים בה, ובכלל זה מיקום מרכזי הלידה ביחס לבתי-חולים, צוות המרכז, אוכלוסיית היעד, השירותים הרפואיים הניתנים במרכז, אחריות הפיקוח על המרכזים ומימון פעילותם. יודגש, כי המסמך מתמקד רק במדינות בהן פועלים מרכזי לידה מתוך רצון להציג מודלים שונים של מרכזים אלה ואיננו בוחן את שכיחות המרכזים במדינות שונות בעולם. כמו כן, המסמך מתמקד במרכזי לידה שמוכרים על-ידי המדינות שנסקרו, הפועלים כחלק ממערכת הבריאות הקיימת בהן; נבקש לציין כי ייתכן שקיימים מודלים נוספים של מרכזי לידה אשר אינם נסקרים במסמך זה.

במדינות השונות יש מודלים שונים של אספקת שירותים רפואיים, ובכלל זאת שירותי מיילדות. מסמך זה אינו סוקר את ההבדלים בין מערכות הבריאות במדינות השונות, אולם הללו עשויים להשפיע על האופן בו מוצעים לנשים יולדות שירותי לידה שונים.

**מסמך זה אינו עוסק בהערכת הבטיחות של לידה במרכזי לידה**, אלא עניינו בהצגת ההסדרים הקיימים בכל מדינה בנוגע לפעילותם של מרכזים אלו. עם זאת, מחקרים רבים בנושא מצאו כי עבור נשים בהריון בסיכון נמוך, לידות במרכזי לידה בטוחות לפחות כמו לידות בבתי-חולים.<sup>1</sup>

## תמצית

### מרכזי לידה בישראל

- בישראל נשים יכולות לבחור ללדת בביתן או בבית-חולים. **עמדתנו המוצהרת של משרד הבריאות היא שלידות בחדרי לידה מוכרים ומורשים בטוחות יותר ליולדת וליילוד**. בבתי-חולים קיימת אפשרות ללידה טבעית (אשר לפי משרד הבריאות מוגדרת כלידה עם התערבות רפואית מזערית). לצד האפשרות ללדת באופן טבעי בחדר לידה רגיל, בחלק מבתי-חולים פועלים חדרי לידה ייעודיים ללידה טבעית, אשר ברובם המוחלט הלידה אינה כרוכה בתשלום של היולדת. עם זאת, לרוב מדובר ביוזמות של בתי-חולים ולא כחלק ממדיניות ממשלתית מסודרת ותוכנית ברורה בנושא.
- מתשובת משרד הבריאות לפניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה, כי **אין כוונה לאשר הפעלה של מקומות המיועדים לקבלת לידות מחוץ לבתי-חולים**. לעניין זה השיב המשרד כי **"במתווה הנוכחי של מערכת הבריאות בארץ, ובהינתן מגבלות תקציביות, לא ניתן לאפשר הפעלת מרכזי לידה מחוץ לבתי-חולים"**.

<sup>1</sup> ראו לדוגמה:

Anna Dencker, Valerie Smith, Colette McCann and Cecily Begley, ["Midwife-led maternity care in Ireland – a retrospective cohort study"](#), BMC Pregnancy and Childbirth (2017) 17:101.



## סקירת מרכזי לידה במדינות שונות

במסמך נסקרו מרכזי לידה והרגולציה שלהם בשבע מדינות. בסקירה זו עלה כי:

- **שיעור היולדות במרכזי הלידה במדינות שנסקרו הוא נמוך מאוד** (לרוב אחוזים בודדים מכלל היולדות בכל מדינה), **ורוב הלידות במדינות שנסקרו הן בבתי חולים**. שיעור גבוה יחסית של לידות במרכזי לידה ניתן למצוא בבריטניה, בה כ-11% מהלידות הן במרכזי לידה.
- **המניעים להקמת המרכזים או להרחבתם שונים בין מדינות**; כך, לעיתים המרכזים הוקמו מתוך מטרה להרחיב את אפשרויות הלידה המוצעות לנשים (אוסטרליה); לעיתים הם נועדו להיות חלופה נוחה ללידה ביתית (אונטריו, קנדה); ולעיתים המניע להפעלתם הוא הרצון להפחית את מספר הפרוצדורות הרפואיות המבוצעים במהלך הלידה וכך לחסוך בעלות הלידה עבור היולדת והמדינה (ארה"ב).
- **במדינות שנסקרו קיימים מודלים שונים של מרכזי לידה, הנבדלים ביניהם במידת עצמאות המרכז (האם הוא חלק מבית-חולים או עצמאי) ובמידת המעורבות של רופאים בהפעלתו**. המודל הנפוץ במדינות שנסקרו הוא של **מרכזים הפועלים בשטח בית-חולים וקשורים אליו**, כאשר בו בזמן המרכז לרוב נפרד ארגונית מבית החולים ואמור להיות מעוצב באופן שמבהיר את ההפרדה בינו לבין בית החולים. לצד זאת, ברוב המדינות שנסקרו הרגולציה מאפשרת גם הקמת מרכזי לידה עצמאיים. ככלל, מרכזי לידה (גם העצמאיים) נמצאים תחת אסדרה דומה לזו של מרפאות או בתי-חולים (כלומר – מוסדות רפואיים).
- המרכזים מקבלים רק יולדות שעומדות בתנאים שנקבעים על ידי המדינה או על-ידי מרכז הלידה עצמו. כל מרכז נדרש להיות מוכן לפינוי יולדות עם סיבוכים לבית-חולים באמצעות הסכם מקדים או סידור דומה, כאשר בחלק מהמדינות יש דרישה למרחק מסוים מבית-חולים.
- **במרבית המדינות שנבדקו הגורם הדומיננטי בטיפול ביולדות הוא המיילדת; אם יש בהם רופאים, הם משמשים לרוב בתפקידי ניהול או ייעוץ**.<sup>2</sup> בחלק מהמדינות שנבדקו אין כלל רופאים במרכזי הלידה. יוצאת מהכלל היא ארה"ב, בה ישנה התייחסות רחבה יחסית לשילוב רופאים במרכזי הלידה. הסבר אפשרי לכך הוא מבנה מערכת הבריאות האמריקאית והצורך ברופאים לשם הפניה לבית-חולים לצורך לקבלת טיפול.
- במספר מדינות היולדת מלווה למרכז הלידה (ולבית החולים, במקרה הצורך) במיילדת שנבחרה על-ידה מראש ושברך כלל סיעה גם להכין אותה לקראת הלידה.
- **בחלק מהמדינות שנסקרו גובשה בשנים האחרונות תוכנית לאומית לשיפור השירותים הניתנים לנשים בהריון ולידה**. התוכניות כללה לרוב הרחבה של האפשרויות בנוגע למקום הלידה - כולל לידה במרכזי לידה - וכן דגש על יידוע הנשים בדבר אפשרויות אלה.

<sup>2</sup> במסמך זה משמשת המילה "מיילדת", בלשון נקבה, משום שרוב העוסקים במקצוע הם נשים. ככלל, תפקידי אנשי המקצועות הרפואיים האחרים יהיו בלשון זכר (רופא, אח), וייתכנו לשני המינים אלא אם כן צוין אחרת.



## 1. מבוא

ככלל, מרכזי לידה הם מסגרות בהן נשים בהריון בסיכון נמוך יכולות ללדת בליווי מיילדת וללא התערבויות רפואיות.<sup>3</sup> מרכזי לידה נמצאים על הרצף שבין לידה בבית-החולים ולידה בבית, כאשר הלידה מתקיימת באווירה טבעית וביתית, במקום בו יש אפשרויות שונות לעזרה רפואית במקרי חירום.<sup>4</sup> מרכזי הלידה מהווים חלופה חדשה יחסית ללידות בבתי-חולים וללידות בית ועל-פי מחקרים שונים הביקוש אליהם גובר עם הזמן.<sup>5</sup> ההנחה בבסיס פעילות מרכזי הלידה היא כי הריון ולידה הם תהליכים פיזיולוגיים טבעיים, אשר במרבית המקרים לא מצריכים התערבות רפואית. עם זאת במידה שחלים סיבוכים או שהאישה מבקשת לקבל טיפול רפואי לשיכון כאבים היא מופנית לבית-החולים, ולעיתים במקרי חירום הטיפול הרפואי הרלוונטי אף מובא למרכז הלידה.<sup>6</sup>

יש הסוברים כי בהריון בסיכון נמוך, לידה במרכזי לידה היא זולה יותר ומתנהלת בצורה טובה יותר מלידה בבית-חולים.<sup>7</sup> התומכים במודל של מרכזי הלידה טוענים כי המרכזים מקטינים את הסיכון להתערבויות רפואיות מיותרות. כמו כן, לידה במרכזי לידה מאפשרת ליולדת להיות שותפה פעילה בלידה ולבחור את תנוחת הלידה המתאימה לה וכן מאפשרת קשר רציף עם המשפחה גם במהלך הלידה.<sup>8</sup>

מרכזי לידה קיימים במדינות שונות ונבדלים זה מזה במספר היבטים, דוגמת מיקומם הפיזי ומידת העצמאות שלהם ביחס לבתי-חולים ומחלקת יולדות, הטיפול שהם נותנים לפני הלידה ולאחריה, אבזור החדרים ועוד. עם זאת, למרבית מרכזי הלידה מאפיינים דומים ובכלל זה: אוכלוסיית היעד לה הם נותנים שירות – לרוב נשים בהריון בסיכון נמוך; הצוות המטפל, אשר מורכב רובו ככולו ממיילדות מוסמכות; אווירה ביתית וציוד שמאפשר ליולדת לידה טבעית ושליטה במהלך הלידה. יצוין, כי במדינות הנסקרות במסמך זה מרכזי הלידה מהווים חלק בלתי-נפרד ממערכת הבריאות במדינה ועומדים בדרישות השונות בנוגע לצוות הרפואי, ההליכים הרפואיים וכדומה.

---

<sup>3</sup> A.A. Marieke et al., "[The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre in the Netherlands](#)", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:148; Inge C. Boesveld et al., "[Developing quality indicators for assessing quality of birth centre care: a mixed-methods study](#)", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:259; M.A.A Hermus et al., "[Defining and describing birth centres in the Netherlands – a component study of the Dutch Birth Centre Study](#)", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:210; Anna Dencker et al. "[Midwife-led maternity care in Ireland – a retrospective cohort study](#)", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:101.

<sup>4</sup> M.A.A Hermus et al., *Ibid*, p. 210.

<sup>5</sup> Dominique Lescure et al., "[Preferences for birth center care in the Netherlands: an exploration of ethnic differences](#)", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:79.

<sup>6</sup> M.A.A Hermus et al., *Ibid*.

<sup>7</sup> House of Commons, Committee of Public Accounts, [Maternity Services in England – Fortieth Report of Session 2013-14](#), 20 January 2014; Embry Howell et al., [Potential Medicaid Cost Savings from Maternity Care Based at a Freestanding Birth Center](#), *Medicare & Medicaid Research Review* 4.3 (2014), exhibit 3; House of Commons, Committee of Public Accounts, [Maternity Services in England – Fortieth Report of Session 2013-14](#), 20 January 2014.

<sup>8</sup> Anna Dencker, Valerie Smith, Colette McCann and Cecily Begley, "[Midwife-led maternity care in Ireland – a retrospective cohort study](#)", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:101.



## 2. אפשרויות לידה בישראל<sup>9</sup>

נשים בישראל יכולות ללדת בבית-חולים או בבית. עם זאת, עמדתו המוצהרת של משרד הבריאות היא כי לידות בחדרי לידה מוכרים ומורשים **הן בטוחות יותר לילוד**<sup>10</sup>. בפרק שלהלן יוצגו בקצרה הנחיות משרד הבריאות בדבר לידות טבעיות בבתי חולים בישראל ובדבר לידות בית, וכן תוצג עמדת משרד הבריאות באשר להפעלת מרכזי לידה בישראל.

יודגש, כי רק מוסד רפואי מורשה רשאי להפעיל מקום המיועד לקבל לידות, קרי חדרי לידה בבתי-חולים. לידת בית אפשרית שכן ביתה של אישה אינו מקום אשר מופעל על-מנת לקבל לידות. **חוזר משרד הבריאות מספר 17/12 בנושא לידות בית אוסר במפורש על הפעלת מקום המיועד לקבל לידות, שאינו מוסד רפואי מורשה**<sup>11</sup>.

על-פי תשובת משרד הבריאות, ברובם המוחלט של בתי-החולים בישראל נשים יכולות ללדת בלידה טבעית (כמוגדר להלן), כאשר בחלק מהם קיים חדר ייעודי לכך.

### הנחיות משרד הבריאות בדבר לידה טבעית

ההנחיות בדבר לידה טבעית מפורטות בחוזר משרד הבריאות מס' 15/2017 בעניין "לידה טבעית בבית-חולים" משנת 2017.<sup>12</sup> להלן יפורטו עיקרי ההנחיות:

**הגדרת לידה טבעית:** לידה טבעית מוגדרת בחוזר משרד הבריאות כלידה עם התערבות רפואית מזערית וללא תרופות לזירוז לידה או מתן אלחוש אפידורלי, עם ניטור עוברי.

**קהל יעד:** נשים בהריון בסיכון נמוך. על-פי ההנחיות, רופא מיילד נדרש לאשר את התאמת היולדת ללידה טבעית.

**צוות מטפל:** כאמור, רופא מיילד מאשר את התאמת היולדת ללידה טבעית. במהלך הלידה, המיילדת היא הגורם המקצועי אשר מנהל את הלידה. באם במהלך הלידה חל מצב חירום על המיילדת לעדכן את הצוות הרפואי של חדר הלידה ואת היולדת. האחריות לטיפול במצבי חירום כאמור מוטלת הן על המיילדת והן על הרופא.

**שירותים רפואיים:** כאמור, בלידה טבעית לא ניתנות תרופות לזירוז או אלחוש אפידורלי. במידה שהיולדת מבקשת אלחוש אפידורלי או במידה שחל שינוי במצבה או במצב העובר היא תועבר למסלול של לידה רגילה.

**תשלום:** על-פי ההנחיות בחוזר אין לדרוש מהיולדת תשלום עבור לידה טבעית.

כאמור, ברובם המוחלט של בתי-החולים נשים יכולות ללדת לידה טבעית בחדרי לידה רגילים. נוסף על כך, על-פי תשובת משרד הבריאות ב-11 בתי-החולים בישראל מופעלים גם **חדרי לידה ייעודיים ללידה טבעית** (סה"כ 16 חדרים). מבדיקה מדגמית באתרי האינטרנט של בתי-חולים שבצע מרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה, שקיימים בתי-חולים נוספים בהם חדר לידה ייעודי ללידה טבעית, שאינם מופיעים

<sup>9</sup> אלא אם כן צוין אחרת, המידע אודות ישראל לקוח מתוך: מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר, משרד הבריאות, מכתב באמצעות מייל, 13 בפברואר 2018.

<sup>10</sup> משרד הבריאות, חוזר מנהל הרפואה מס' 17/2012, "לידות בית", ג' סיון תשע"ב, 24 במאי 2012.

<sup>11</sup> שם.

<sup>12</sup> משרד הבריאות, חוזר מנהל הרפואה מס' 15/2017, "לידה טבעית בבית-חולים", כ"ב אייר תשע"ז, 18 במאי 2017.



**בתשובת משרד הבריאות (למשל, בית-החולים הציבורי אסותא שבאשדוד).<sup>13</sup> לפיכך נראה, שתשובת משרד הבריאות אודות מספר בתי-החולים בהם פועלים חדרי לידה ייעודיים ללידה טבעית כמו גם מספר חדרים אלה, אינה בהכרח תואמת את הפריסה בפועל של חדרי הלידה הייעודיים בישראל.**

לרוב, החדרים הייעודיים ללידה טבעית שונים מחדרי הלידה הרגילים במספר היבטים. חדרים אלה הם לרוב עם אווירה ביתית ונעימה וכוללים ציוד ואביזרים הנחוצים לתמיכה ביולדת בלידה טבעית, ובכלל זה בריכת לידה, אמבטיות ג'קוזי, כדור פיזיו וכדומה. כאמור, הלידה הטבעית מתבצעת עם התערבות רפואית מזערית וללא תרופות לזירוז לידה או מתן אלחוש אפידורלי.<sup>14</sup>

לפי בדיקת מרכז המחקר והמידע של הכנסת, במרבית בתי-החולים המפורטים בתשובת משרד הבריאות (כאמור קיימים בתי-חולים נוספים בהם פועלים חדרי לידה ייעודיים ללידה טבעית אשר אינם מפורטים בתשובה) **הלידה בחדר לידה ייעודי אינה כרוכה בתשלום של היולדת.**<sup>15</sup> במרכז הרפואי בהדסה עין כרם שבירושלים לידה טבעית בחדר ייעודי כרוכה בתשלום של 3,800 ש"ח.<sup>16</sup>

מרכז המחקר והמידע של הכנסת הפנה למשרד הבריאות שאלה בעניין מספר הנשים היולדות בחדרים הייעודיים ללידה טבעית, אולם לא קיבלנו מענה לשאלה זו.

כאמור, נשים בישראל יכולות ללדת גם בביתן, בכפוף להנחיות הקבועות בחוזר משרד הבריאות בדבר לידות בית, המבוססות על המלצות המועצה הלאומית למיילדות וגניקולוגיה.<sup>17</sup> ההנחיות כוללות התייחסות לגורמים המורשים לעסוק בלידות בית (המוגדרת כלידה בבית היולדת), לאחר תכנון והכנה מראש ומתוך בחירה של היולדת), לתנאים המיילדותיים והרפואיים שמאפשרים לידת בית, לתנאים הסביבתיים, למכשור ולציוד הנדרשים בלידת בית, לכללים אודות העברת היולדת לבית-חולים ועוד. לפי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2015 התקיימו בישראל 579 לידות בית, ובשנת 2016 התקיימו 626 לידות בית. זאת, כאשר לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2016 היו בישראל סך של כ-181 אלף לידות.<sup>18</sup>

אשר לחלופות נוספות המוצעות לנשים ללידה מחוץ לבית-חולים, מתשובת משרד הבריאות לפניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה, **כי אין למשרד כוונה לאשר הפעלה של מקומות המיועדים לקבלת לידות מחוץ לבתי-חולים.** לשאלתנו באשר להפעלת מרכזים כאמור במתכונת הקיימת במדינות אחרות השיב משרד הבריאות כי **"במתווה הנוכחי של מערכת הבריאות בארץ, ובהינתן מגבלות תקציביות, לא ניתן לאפשר הפעלת מרכזי לידה מחוץ לבתי-חולים"**. על-פי תשובת המשרד, התמריץ הכלכלי אשר קיים לרוב בהפעלת מרכזי לידה (ובכלל זה ציוד רפואי ושכר כוח אדם זולים יותר) אינו קיים בישראל, שכן תכנון

<sup>13</sup> אסותא אשדוד, [חדרי הלידה בבית החולים הציבורי אסותא אשדוד](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018.

<sup>14</sup> ראו לדוגמה: מרכז רפואי הדסה עין כרם, [מרכז לידה טבעית](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018; המרכז הרפואי זיו, [המרכז ללידה טבעית](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018; המרכז הרפואי קפלן, [חדרי הלידה במרכז הרפואי קפלן](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018; המרכז הרפואי לניאדו, [מרכז לידה טבעית-אודות](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018; המרכז הרפואי מאיר, [חדרי לידה](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018; רמב"ם – הקריה הרפואית לבריאות האדם, [חדרי לידה](#), 20 במרס 2018; המרכז הרפואי בני ציון, [חדרי לידה](#), 20 במרס 2018; המרכז הרפואי שיבא, [מרכז לידה טבעית](#), 20 במרס 2018.

<sup>15</sup> ראו לדוגמה: המרכז הרפואי זיו, [המרכז ללידה טבעית](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018; המרכז הרפואי קפלן, [חדרי הלידה במרכז הרפואי קפלן](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018; המרכז הרפואי לניאדו, [רישום למרכז לידה-טופס רישום](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018; המרכז הרפואי מאיר, [חדרי לידה](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018; המרכז הרפואי שיבא, [מרכז לידה טבעית](#), 20 במרס 2018.

<sup>16</sup> מרכז רפואי הדסה עין כרם, [לידה טבעית-עלות השירות](#), תאריך כניסה: 20 במרס 2018.

<sup>17</sup> משרד הבריאות, חוזר מנהל הרפואה מס' 17/2012, **"לידות בית"**, ג' סיון תשע"ב, 24 במאי 2012.

<sup>18</sup> הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [הריונות ידועים](#), תאריך כניסה: 21 במרס 2018.



מצבת כוח האדם בחדרי הלידה, כמו גם מספר חדרי הניתוח, מבוססים על תמהיל מטופלות הכולל גם את היולדות בסיכון נמוך.

יצוין, כי בעבר פעלו מספר מרכזי לידה עצמאיים אשר אפשרו לילודות ללדת לידה טבעית. מרכזים אלו פעלו ללא אישור ממשרד הבריאות. בשנה האחרונה פנה המשרד אל מרכזי לידה אלה בטענה כי הם פועלים בניגוד לדין ולפיכך הופסקה פעילותם. בנושא הוגשה עתירה לבג"ץ והדיון בה צפוי להתקיים בחודש הקרוב (אפריל 2018).<sup>19</sup>

### 3. מבט משווה על מרכזי לידה במדינות שונות

#### 3.1. בריטניה

נשים בבריטניה יכולות לבחור ללדת בבית-חולים, במרכזי לידה המנוהלים על-ידי מיילדות, או בבית.<sup>20</sup> כחלק מהמדיניות הממשלתית למתן שירותי הריון ולידה, משרד הבריאות מעודד כל אישה לבחור היכן ללדת ובאיזה אופן, בהתאם להעדפותיה האישיות ולנסיבות הרפואיות. בגיבוש מדיניות זו ניתן דגש רב על יידוע הנשים ההרות אודות האפשרויות העומדות בפניהן.<sup>21</sup> המדיניות הממשלתית בנושא מבוססת על ההנחה כי הריון בסיכון נמוך ולידה הם אירועים טבעיים, אשר לרוב אינם מצריכים התערבות רפואית אלא מנוהלים היטב על-ידי מיילדות.<sup>22</sup> לפי נתוני הפרלמנט הבריטי, בשנת 2012 רוב מוחלט של הנשים שילדו (87%) עשו זאת בבתי-חולים, 11% ילדו במרכזי לידה ו-2% מהיולדות ילדו בבית.<sup>23</sup> יצוין, כי מהתייחסות שהועברה למרכז המחקר והמידע של הכנסת מארגון המיילדות בבריטניה (The Royal College of Midwives) עולה, כי נתונים אלו נכונים גם כיום.<sup>24</sup>

בבריטניה ישנם שני סוגים של מרכזי לידה: מרכזים לצד מחלקת יולדות בבית-החולים - בתוך מבנה בית-החולים או במבנה נפרד לצד (AMU - alongside midwife-led unit), ומרכזי לידה עצמאיים, שאינם לצד מחלקת יולדות אף אם הם פועלים בתוך שטח מבנה רפואי (FMU - freestanding midwife-led unit).<sup>25</sup> מדוח שסוקר את שירותי הבריאות הניתנים לנשים בבריטניה<sup>26</sup> בהקשר ללידה עולה, כי בתחילת שנת 2017 פעלו בבריטניה 220 מרכזי לידה: 124 מרכזים לצד מחלקת יולדות ו-96 מרכזים

<sup>19</sup> בג"ץ 1754/18.

<sup>20</sup> National Health Service Choices, Pregnancy and baby, "[Where to give birth: the options](#)", Retrieved on 4 December 2017.

<sup>21</sup> ראו לדוגמה: Department of Health, [Maternity Matters: Choice, access and continuity of care in a safe service](#), April 2007; NHS, [National Maternity Review, Better Births: Improving outcomes of maternity services in England](#), 2016.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> National Audit Office, [Maternity Services in England](#), Ordered by the House of Commons, 5 November 2013. נתונים אלו מופיעים גם בדוחות מאוחרים יותר של הפרלמנט ושירות הבריאות הלאומי, ראו: NHS, [National Maternity Review, Better Births: Improving outcomes of maternity services in England](#), 2016; House of Commons, Committee of Public Accounts, [Maternity Services in England – Fortieth Report of Session 2013-14](#), 20 January 2014.

<sup>24</sup> Louise Silverton, Director for Midwifery, The Royal College of Midwives, London, mail, 25 January 2018.

<sup>25</sup> National Health Service Choices, Pregnancy and baby, "[Where to give birth: the options](#)", Retrieved on 4 December 2017.

<sup>26</sup> הנתונים בדוח לא כוללים את צפון אירלנד.





עצמאיים. על-פי הדוח האמור, בעשור האחרון חלה עלייה קבועה במספר מרכזי הלידה הממוקמים לצד מחלקת יולדות, שמספרם גדל פי ארבעה.<sup>27</sup> על-פי הנתונים, רק כשליש מיחידות הלידה 'הרפואיות' בבית החולים פועלות כיום ללא מרכז לידה לצדן.<sup>28</sup>

**צוות המרכז:** הצוות המטפל בנשים במרכז מורכב ממיילדות מוסמכות. את שירותי ההיריון והלידה במרכז מנהלים לרוב מיילדת אחראית ורופא מיילדותי.<sup>29</sup>

**אוכלוסיית יעד:** במרכזי הלידה השונים יכולות ללדת רק נשים שהריוןן בסיכון נמוך, שצפויות ללדת בלידה רגילה בשבועות האחרונים להריון. במקרים שונים דוגמת סיבוכים בהריון הנוכחי<sup>30</sup>, סיבוכים בהריונות קודמים<sup>31</sup> או הריון רב-עוברי, המלצת המיילדת או הרופא המלווים את הריונה של האישה תהיה לרוב על לידה בבית-החולים. כמו כן, ישנם מרכזי לידה שלא מקבלים נשים מעל גיל מסוים. בנוסף, חלק ממרכזי הלידה מקבלים רק נשים המתגוררות באזור גאוגרפי קרוב אליהם וחלק מקבלים נשים ללא קשר למקום המגורים.<sup>32</sup>

**שירותים רפואיים הניתנים במקום:** במרכזי הלידה ניתנים שירותים רפואיים בסיסיים (למשל מתן עירוי והקלה על הכאב באמצעות גז צחוק), ולא שירותים רפואיים מורכבים יותר כגון הרדמה (לרבות אלחוש אפידורלי), זירוז לידה או ניתוח קיסרי. במרכזי הלידה שפועלים לצד מחלקת יולדות רפואית מתאפשרת במידת הצורך גישה מהירה לשירותים רפואיים ובכלל זה לרופא מיילד, מרדים או צוות ייעודי לטיפול ביילוד.<sup>33</sup> מרבית מרכזי הלידה כוללים ציוד שאינו נפוץ בבתי חולים כמו בריכת לידה, שרפרי לידה, רצפה מותאמת לידה ועוד.<sup>34</sup> במרבית מרכזי הלידה העצמאיים אין מיטות המיועדות לטיפול טרום לידתי. כמו כן, במרבית מרכזי הלידה העצמאיים אין כלל מיטות המיועדות לאשפוז נשים לאחר לידה או שיש מספר מועט של מיטות כאלה ולרוב היולדות משתחררות לביתן מספר שעות לאחר הלידה.<sup>35</sup>

**קשר עם בתי חולים:** במקרים בהם יש צורך בהתערבות רפואית, תועבר היולדת לבית-החולים הקרוב ביותר, כאשר במידת האפשר המיילדת תתלווה אליה. על-פי ההנחיות בעניין 'טיפול במהלך לידה שניתן לנשים בריאות ולתינוקות שנולדו' שגיבש The National Institute for Health and Care Excellence, בכל מרכז חייב להיות פרוטוקול ברור למקרים בהם נדרשת העברה של אישה, הכולל גם התייחסות למצב בו היחידה הרפואית הקרובה סגורה או מלאה.<sup>36</sup> ממחקר שבחן את הסיכונים והתועלות של לידות במסגרות השונות באנגליה עולה, כי הסיכון להתערבות רפואית ומעבר ממרכז לידה לבית החולים במהלך

<sup>27</sup>The National Maternity and Perinatal Audit (NMPA) project team. [National Maternity and Perinatal Audit: organizational report 2017](#). RCOG London, 2017.

<sup>28</sup> Ibid

<sup>29</sup> Louise Silverton, Director for Midwifery, The Royal College of Midwives, London, mail, 25 January 2018.

<sup>30</sup> ובכלל זה סכרת הריון, לחץ דם גבוה, אנמיה, סיבוכים הנוגעים לעובר, סיכוי ללידה מוקדמת וכדומה.

<sup>31</sup> ובכלל זה גם התערבויות רפואיות קודמות כמו ניתוח קיסרי.

<sup>32</sup> Baby Centre, "[All about birth centers](#)", 6.2017. Retrieved on 10 December 2017.

<sup>33</sup> National Health Service Choices, Pregnancy and baby, "[Where to give birth: the options](#)", Retrieved on 4 December 2017.

<sup>34</sup> House of Commons, Committee of Public Accounts, [Maternity Services in England – Fortieth Report of Session 2013-14](#), 20 January 2014; Baby Centre, "[All about birth centers](#)", June 2017. Retrieved on 10 December 2017.

<sup>35</sup> NMPA project team. [National Maternity and Perinatal Audit: organizational report 2017](#). RCOG London, 2017.

<sup>36</sup> National Institutes for Health and Care Excellence, [Intrapartum care for healthy women and babies](#): Published date: December 2014, last update: February 2017. Retrieved on 3 January 2018.



הלידה שכיח בעיקר בקרב נשים להן זו לידה ראשונה - ארבע מכל עשר נשים בהריון בסיכון נמוך שזו לידתן הראשונה מועברות לבית החולים, לעומת אחת מכל עשר נשים אשר כבר ילדו בעבר.<sup>37</sup>

**מימון ותשלומים:** השירות במרכזי לידה המשתייכים לשירות הבריאות הלאומי (National Health Service - NHS) ניתן בחינם. קיימים גם מרכזי לידה פרטיים, וכאשר אישה בוחרת ללדת במרכז כזה היא נדרשת לשלם עבור השירות בהתאם לתעריף אותו קובע המרכז ובהתאם לשלב ההיריון בו היא נמצאת.<sup>38</sup>

**פיקוח והסמכה:** מרכזי הלידה פועלים תחת שירות הבריאות הלאומי וכפופים להנחיות שמגבש The National Institute for Health and Care Excellence ולנהלים שמגבשים צוותים מיילדותיים ורפואיים בהתאם להנחיות אלה. מרכזי הלידה שפועלים בשטח בית-חולים מחויבים לדווח על פעילותם להנהלת בית-החולים.<sup>39</sup>

### 3.2. אירלנד<sup>40</sup>

נשים באירלנד יכולות לבחור ללדת בבית-חולים, במרכזי לידה המנוהלים על-ידי מיילדות, או בבית. כמו כן, במספר מועט של בתי-חולים יש לילודת אפשרות ללדת במחלקת יולדות רפואית עם מיילדת בלבד ולהשתחרר לביתה מספר שעות לאחר הלידה תחת ליווי מיילדת.

על-פי נתונים שפורסמו בדוח של משרד הבריאות האירי, רוב מוחלט של הנשים שילדו בשנת 2014 (כ-99% מהיולדות) ילדו בבתי-חולים, 0.6% ילדו במרכזי לידה ו-0.2% מהיולדות ילדו בבית. בהקשר זה יצוין, כי באירלנד פועלים שני מרכזי לידה בלבד, מה שכנראה מגביל את יכולת הנשים לבחור באפשרות זו.

שני מרכזי הלידה באירלנד פועלים בשטח שני בתי חולים, כיחידה נפרדת הפועלת בתוך מחלקת יולדות (MLU - alongside midwife-led unit). להלן מידע מפורט אודות מרכזים אלה:

**צוות המרכז:** הצוות המטפל בנשים מורכב ממיילדות מוסמכות.

**אוכלוסיית יעד:** נשים בהריון בסיכון נמוך, ללא סיבוכים בהריון הנוכחי. לפי נהלי משרד הבריאות, הנשים הללו לא יוכלו ללדת במרכזי הלידה: נשים עם סיבוכים בהריונות קודמים; נשים לאחר ניתוח קיסרי; נשים בגילאים מסוימים (נערות מתחת לגיל 16 ונשים מעל גיל 40); נשים שילדו יותר מחמש פעמים; נשים המצויות בתת-משקל או בהשמנת יתר.<sup>41</sup>

**שירותים רפואיים הניתנים במקום:** במרכזי הלידה ניתנים שירותים רפואיים בסיסיים, לצד שיטות טיפול טבעיות ולא שירותים רפואיים מורכבים יותר כגון הרדמה, אלחוש אפידורלי, זירוז לידה או ניתוח קיסרי. המרכזים כוללים ציוד דוגמת כדורי לידה ובריכות לידה. השירות הרפואי הניתן במרכזים כולל מעקב לפני הלידה ולאחריה. השירות הרפואי לאחר הלידה ניתן על-ידי מיילדת בקהילה.

<sup>37</sup> National Health Service Choices, Pregnancy and baby, "[Where to give birth: the options](#)", Retrieved on 4 December 2017.

<sup>38</sup> Baby Centre, "[All about birth centers](#)", June 2017. Retrieved on 10 December 2017.

<sup>39</sup> Louise Silverton, Director for Midwifery, The Royal College of Midwives, London, mail, 25 January 2018.

<sup>40</sup> המידע אודות אירלנד לקוח מתוך:

Department of health, "[Creating a Better Future Together: National Maternity Strategy 2016-2026](#)", January 2016.

<sup>41</sup> Health Service Executive, "[Midwifery Led Care](#)", Retrieved on 11 January 2018.



**קשר עם בתי חולים:** כאמור, שני מרכזי הלידה ממוקמים בתוך שטח בית-החולים, אך נפרדים מהם. אם נדרש הליך של התערבות רפואית היולדת מועברת לחדר לידה בבית החולים ובמידת האפשר המיילדת עוברת איתה. במקרה חרום, הטיפול הרפואי הרלוונטי מובא לאישה שבמרכז הלידה. מנתוני מחקר שבחן את בטיחות מרכזי הלידה באירלנד לעומת חדרי לידה בשנים 2008-2013 עולה, כי בשנים אלה שתיים מכל עשר נשים שהתחילו לידה במרכז לידה הועברו במהלך הלידה לבית-החולים.<sup>42</sup>

**מימון ותשלומים:** הלידה במרכזי הלידה אינה כרוכה בתשלום.<sup>43</sup>

**פיקוח והסמכה:** שני מרכזי הלידה פועלים בתוך שטח בתי-החולים ומצויים בתחום אחריותם.

בשנת 2016 גיבש משרד הבריאות האירי תכנית לשירותי הריון ולידה לשנים 2016-2026, המתמקדת בין היתר **בזכות הנשים לבחור היכן ללדת בהתאם למצבן הרפואי**.<sup>44</sup> כחלק מהתוכנית החדשה הומלץ על פיזור גאוגרפי נרחב יותר של מרכזי לידה, כך שבכל 19 בתי-החולים בהם ניתן ללדת יהיה מרכז לידה.<sup>45</sup> על-פי התוכנית האמורה, במקרה בו אין הצדקה לפתיחת מרכז לידה, על בתי-החולים להקצות מקום מיוחד בתוך מחלקת יולדות שיאפשר לנשים בהריון בסיכון נמוך ללדת בסביבה טבעית. דוח של הפרלמנט האירי שבחן את יישום התוכנית כשנה לאחר גיבושה מצא, כי תהליך יישום התוכנית עדיין בראשיתו ודחק במשרד הבריאות לפעול ליישומה, ובכלל זה לדאוג לפריסה מתאימה של מרכזי לידה.<sup>46</sup>

מהאמור לעיל נראה, כי מרכזי הלידה הפועלים באירלנד דומים לחדרי הלידה הטבעית הקיימים במחלקות היולדות בישראל.

### 3.3 אוסטרליה

נשים באוסטרליה יכולות לבחור ללדת בבית-חולים, במרכז לידה או בבית. לפי נתוני דוח של ממשלת אוסטרליה, רוב מוחלט של הנשים שילדו בשנת 2015 (97% מהיולדות) ילדו בבתי-חולים, 1.8% ילדו במרכזי לידה ו-0.3% מהיולדות ילדו בבית.<sup>47</sup> אחד ההסברים לשיעור הנמוך של נשים שילדו במרכזי לידה הוא מיקומם בערים הגדולות בלבד, מה שמקשה על נשים מאזורים מרוחקים להגיע אליהם.<sup>48</sup>

בשנת 2010 גובשה תוכנית חומש לאומית לשנים 2010-2015 לשיפור שירותי הריון ולידה, ולהרחבת אפשרויות הבחירה שיש לנשים בהריון לכלל הנשים באוסטרליה וצמצום הפערים בשירותים הרפואיים הניתנים לתושבות באזורים השונים. התוכנית כללה התייחסות לארבעה מרכיבים ובכלל זה הגברת הנגישות, שיפור השירות, שיפור התשתיות וכוח האדם. כחלק מהפעולות להגברת הנגישות נקבע בתוכנית, כי באחריות ממשלת אוסטרליה לפתח ולהרחיב את המודלים השונים של הטיפול ביולדת

<sup>42</sup> Anna Dencker, Valerie Smith, Colette McCann and Cecily Begley, "[Midwife-led maternity care in Ireland – a retrospective cohort study](#)", BMC Pregnancy and Childbirth (2017) 17:101.

<sup>43</sup> Citizens Information, [Flexible Maternity Services](#), Retrieved on 21 March, 2018.

<sup>44</sup> Department of health, [Creating a Better Future Together: National Maternity Strategy 2016-2026](#), January 2016.

<sup>45</sup> להרחבה ראו גם: Health Service Executive, [National Maternity Strategy Implementation Plan](#), October 2017.

<sup>46</sup> Houses of the Oireachtas, Joint Committee on Health, [Implementation of the National Maternity Strategy](#), June 2017.

<sup>47</sup> Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare, [Australia's mothers and babies 2015](#), 26 October 2017.

<sup>48</sup> Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare, [Australia's Health 2016](#), 13 September 2016.



ובכלל זה את פעילות מרכזי הלידה.<sup>49</sup> על מנת לאפשר את יישומה, התוכנית הוארכה בשנה נוספת עד לסוף יוני 2016.<sup>50</sup> בהקשר זה יצוין, כי בכל שנה מפורסם דוח שנתי העוקב אחר יישום התוכנית. דוח המעקב האחרון, שפורסם בשנת 2016, ציין כי במסגרת התוכנית נעשו שיפורים משמעותיים.<sup>51</sup> מתשובת משרד הבריאות האוסטרלי לפניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת עולה, כי בימים אלה מגובשת תוכנית חדשה לנושא השירותים הניתנים לנשים במהלך ההיריון והלידה. התוכנית צפויה להתפרסם באמצע שנת 2019.<sup>52</sup> אוסטרליה היא פדרציה המאגדת מספר מדינות, וההנחיות המפורטות להלן נקבעו ברמה הפדראלית.

### **מרכזי לידה – מאפיינים<sup>53</sup>**

**צוות המרכז:** הצוות המטפל בנשים במרכז מורכב ממיילדות מוסמכות.

**אוכלוסיית יעד:** נשים בהריון בסיכון נמוך ללא סיבוכים בהריון הנוכחי.

**שירותים רפואיים הניתנים במקום:** במרכזי הלידה ניתנים שירותים רפואיים בסיסיים לצד שיטות טיפול טבעיות ולא שירותים רפואיים מורכבים יותר כגון הרדמה, אלחוש אפידורלי, זירווי לידה או ניתוח קיסרי. בחלק מהמרכזים יש בריכות לידה. כמו כן, מרכזי הלידה מאפשרים לכלל המשפחה (כולל ילדים) להיות נוכחים בלידה. לרוב היולדת משתחררת לביתה ששעות לאחר הלידה. הטיפול במרכזי הלידה ניתן לאישה גם במהלך ההיריון ולאחר הלידה.

**קשר עם בתי חולים:** במקרים בהם יש צורך בהתערבות רפואית היולדת מועברת לחדר לידה בבית החולים. שתיים עד שלוש נשים מתוך עשר להן זו לידה ראשונה מועברות ממרכז לידה לבית-חולים. המיילדת לרוב תצטרף למעבר.<sup>54</sup>

**מימון ותשלומים:** ישנם מרכזי לידה הממוקמים בבתי-חולים ציבוריים או בסמוך להם, והטיפול בהם ממומן על-ידי המדינה. בנוסף, ישנם מרכזי לידה פרטיים עבורם נדרש תשלום.

**פיקוח והסמכה:** ככלל, מרכזי הלידה פועלים תחת הנחיות בתי-החולים לטיפול בנשים בהריון ונשים יולדות; הם מנוהלים על-ידי מיילדות, ולעיתים מפוקחים על-ידי רופא מילדותי.

---

<sup>49</sup> The Australian Health Ministers' Conference, [National Maternity Services Plan 2010](#), 2011.

<sup>50</sup> The department of Health, [Maternity Services](#), last update: 15 February 2017. Retrieved on 31 January 2018.

<sup>51</sup> Australian Health Ministers' Advisory Council, [National Maternity Services Plan: 2014-15 Annual Report](#), 2016.

<sup>52</sup> Samantha Diplock, Assistant Director, Maternity Services Team, Primary Care, Dental & Palliative Care Branch, Health Systems Policy & Primary Care Division, Department of Health, Australia, via mail, 9 February 2018.

<sup>53</sup> Pregnancy, Birth and Baby, ["Having a Baby at a Birthing Centre"](#), Retrieved on 16 January 2018.

<sup>54</sup> Baby Center, [All About Birth Centres](#), Retrieved on 16 January 2018.



### 3.4. הולנד

#### תפיסת ההיריון והלידה על-ידי המדינה

הולנד היא דוגמה מעניינת באשר לבחירת מקום הלידה: מאחר שההיריון והלידה נתפסים על-ידי המדינה כהליך פיזיולוגי טבעי ולא כהליך רפואי,<sup>55</sup> ממשלת הולנד מעודדת את הנשים ללדת בבית, וזאת באמצעות מספר דרכים: המדינה, באמצעות הביטוח הרפואי, מממנת את עלות לידת הבית. יתר על כן, אישה המבקשת ללדת בבית-חולים ללא סיבה רפואית מוצדקת נדרשת להשתתף בעלות הלידה.<sup>56</sup> ואכן, שיעור לידות הבית בהולנד גבוה מהשיעור בשאר המדינות המפותחות, אם כי בעשורים האחרונים חלה גם בהולנד ירידה משמעותית בשיעור יולדות הבית: בשנת 2016 כ-13% מהיולדות ילדו בבית, לעומת כ-30% מהיולדות בשנת 2000.<sup>57</sup>

באשר למקום הלידה, המערכת הרפואית בהולנד מבחינה בין שתי קבוצות נשים: נשים בהיריון בסיכון נמוך ונשים שלהן היריון בר סיכון.<sup>58</sup> אישה הנמצאת בהיריון בסיכון נמוך מלווה על-ידי מיילדת במהלך ההיריון והלידה, וכן לאחר הלידה, כאשר המיילדת עצמאית בהחלטותיה ומעשיה.<sup>59</sup> למעשה, עבור נשים בסיכון נמוך המיילדת מטפלת באישה ההרה במסגרת הקהילה, אחראית על הטיפול גם בזמן הצירים והלידה וזאת ללא תלות במקום הלידה (לידת בית, בית-חולים או מרכז לידה).<sup>60</sup>

#### מרכזי לידה – רקע כללי

נשים בהולנד יכולות לבחור ללדת בבית-חולים, במרכז לידה או בבית.<sup>61</sup> מרכזי הלידה במדינה הם מוסד חדש יחסית.<sup>62</sup> בעשורים האחרונים גדל מספרם משמעותית, כאשר מרביתם נבנו ליד בתי-חולים או בשטחם.<sup>63</sup>

בשנת 2009 פורסם דוח של ועדת היגוי שהוקמה על-ידי שר הבריאות ההולנדי לנושא השירותים הניתנים במהלך ההיריון והלידה. בדוח צוין, בין היתר, כי הרחבת פעילות מרכזי הלידה עשויה לשפר את איכות

---

<sup>55</sup> A.A. Marieke et al., ["The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre in the Netherlands"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:148; Monika Ewa Kaminska, "The Netherlands." in: *Maternity Services and Policy in an International Context: Risk, Citizenship and Welfare Regimes*, Patricia Kennedy and Naonori Kodate (eds.), Routledge, 2015.

<sup>56</sup> Royal Dutch association of Midwives, [Midwifery in the Netherlands](#), 2017.

<sup>57</sup> A.A. Marieke et al., *Ibid*, p. 148; Inge C. Boesveld et al., ["Developing quality indicators for assessing quality of birth centre care: a mixed-methods study"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:259; Royal Dutch Association of Midwives, [Midwifery in the Netherlands](#), 2017.

<sup>58</sup> Monika Ewa Kaminska, *Ibid*.

<sup>59</sup> Royal Dutch association of Midwives, [Midwifery in the Netherlands](#), 2017.

<sup>60</sup> A.A. Marieke et al., ["The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre in the Netherlands"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:148; M.A.A Hermus et al., ["Defining and describing birth centres in the Netherlands – a component study of the Dutch Birth Centre Study"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:210; Inge C. Boesveld et al., ["Developing quality indicators for assessing quality of birth centre care: a mixed-methods study"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:259

<sup>61</sup> M.A.A Hermus et al., *Ibid*, p. 210; Inge C. Boesveld et al., ["Typology of birth centres in the Netherlands using the Rainbow model of integrated care: results of the Dutch Birth Centre Study"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:426.

<sup>62</sup> A.A. Marieke et al., *Ibid*, p. 148; Inge C. Boesveld et al., *Ibid*, p. 426.

<sup>63</sup> Inge C. Boesveld et al., ["Developing quality indicators for assessing quality of birth centre care: a mixed-methods study"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:259.



השירותים. לאור המלצה זו נערך מחקר להערכת תפקוד מרכזי הלידה ובחינת הערך המוסף שלהם למערכת שירותי ההיריון והלידה בהולנד.<sup>64</sup> **מרכזי לידה הוגדרו כמקומות לידה בעלי אווירה ביתית בהם אביזרים המאפשרים לידה טבעית, שמיועדים לנשים בהיריון בסיכון נמוך ומנוהלים על-ידי מיילדות עצמאיות. בהולנד יש 23 מרכזים העונים להגדרה זו.**<sup>65</sup>

### מרכזי לידה – מאפיינים<sup>66</sup>

בהולנד יש שלושה סוגים מרכזיים של מרכזי לידה:

1. **מרכזי לידה המצויים בתוך מחלקת יולדות בבית-החולים** (on-site birth centre);
2. **מרכזי לידה המצויים בתוך שטח בית החולים אך מחוץ למחלקת יולדות** - בתוך מבנה בית-החולים בו יש מחלקת יולדות או במבנה נפרד לצדם (alongside birth centre);
3. **מרכזי לידה עצמאיים** (freestanding birth centre) הממוקמים בנפרד מבתי-חולים להם מחלקת יולדות.

כאמור, בהולנד פועלים 23 מרכזי לידה ומתוכם: שלושה מרכזים עצמאיים, שישה בתוך מחלקת יולדות ו-14 מרכזים המצויים בתוך שטח בית-החולים אך מחוץ למחלקת היולדות הרפואית.

**צוות המרכז:** השירות במרכזים ניתן לרוב על-ידי מיילדות שמטפלות ביולדות במסגרת הקהילה (כפי שהוזכר לעיל). **ברוב מרכזי הלידה אין צוות קבוע של מיילדות או גורמי עזר.**<sup>67</sup>

**אוכלוסיית יעד:** נשים בהריון בסיכון נמוך ללא סיבוכים בהריון הנוכחי.

**שירותים רפואיים הניתנים במקום:** במרכזי הלידה ניתנים שירותים רפואיים בסיסיים לצד שיטות טיפול טבעיות ולא שירותים רפואיים מורכבים יותר כגון הרדמה, אלחוש אפידורלי, זירווי לידה או אפשרות של ניתוח קיסרי. רוב מרכזי הלידה לרוב כוללים אביזרים התומכים בלידה טבעית כגון כיסא לידה, כדור לידה וכדומה.<sup>68</sup>

**קשר עם בתי חולים:** במקרים בהם יש צורך בהתערבות רפואית תועבר היולדת לבית-חולים. במרכז לידה הממוקם בתוך מחלקת יולדות הטיפול הרפואי הנדרש יינתן ליולדת במרכז הלידה עצמו.

**מימון ותשלומים:** לא מצאנו מידע רשמי על עלות הלידה במרכזי הלידה. עם זאת, מבחינה של פוליסות ביטוח בריאות שמציעות חברות ביטוח שונות בהולנד עולה, כי ההתייחסות למרכזי הלידה היא כאל לידה

---

<sup>64</sup> ["The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre in the Netherlands"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:148.

<sup>65</sup> M.A.A Hermus et al., ["Defining and describing birth centres in the Netherlands – a component study of the Dutch Birth Centre Study"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:210.

נוסף על המרכזים המוכרים יש מרכזים נוספים המכנים עצמם "מרכזי לידה", אולם אינם עונים לקריטריונים שצוינו לעיל, ועל כן אינם נכללים במניין המרכזים.

<sup>66</sup> Ibid, p. 210.

<sup>67</sup> Inge C. Boesveldet et al., ["Developing quality indicators for assessing quality of birth centre care: a mixed-methods study"](#), *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:259.

<sup>68</sup> Monika Ewa Kaminska, "The Netherlands". in: *Maternity Services and Policy in an International Context: Risk, Citizenship and Welfare Regimes*, Patricia Kennedy and Naonori Kodate (eds.), Routledge, 2015; M.A.A Hermus et al., ibid.



בבית-חולים, כלומר – באם אין לילדת אינדיקציה רפואית המונעת ממנה ללדת בביתה, היא נדרשת להשתתף בעלות הלידה. חלק מהביטוחים הרפואיים מכסים את העלות של לידה במרכז לידה.<sup>69</sup>

**פיקוח והסמכה:** ניהול המרכז משתנה בין המרכזים, כאשר מרכז יכול להיות מנוהל על-ידי רופאים או מיילדות. עם זאת כתנאי הכרחי לסיווג המרכז כ'מרכז לידה', מיילדת צריכה להיות לפחות אחד מהבאים:  
א. הבעלים של מרכז הלידה ב. מנהלת הקומה של מרכז הלידה ג. חלק מההנהלה של הריון ולידה ד. חברה בוועדה הקובעת את הנחיות המוסד לטיפול במהלך הריון ולידה.

### 3.5. נורבגיה<sup>70</sup>

בשנת 1999 קמה בפרלמנט הנורבגי ועדה שדנה בין היתר באפשרויות הלידה של נשים. בהתאם להמלצות הוועדה, נשים לקראת לידה מופנות למקום לידה המתאים לרמת הסיכון של הריון, באופן הבא:<sup>71</sup>

- נשים בהריון בסיכון גבוה מופנות לבית חולים מסוים בו יש מומחים רלבנטיים;
- נשים בהריון בסיכון בינוני מופנות למחלקות יולדות בבתי חולים מקומיים;
- נשים בהריון בסיכון נמוך מופנות למרכזי לידה, המנוהלים על ידי מיילדות.

מרכזי הלידה יכולים להיות עצמאיים או ממוקמים בבית חולים. בשונה ממרבית המדינות שבסקירה זו, גם המרכזים העצמאיים הם בבעלות הקרן שמנהלת את בית החולים המקומי ונמצאים תחת הפיקוח של מחלקת היולדות בבית החולים.

#### מרכזי לידה - מאפיינים

נכון למועד כתיבת מסמך זה יש בנורבגיה שלושה מרכזי לידה בבתי חולים עם מחלקות יולדות גדולות, הממוקמים בערים גדולות. בנוסף פועלים במדינה שישה מרכזי לידה עצמאיים, הנמצאים במקומות מרוחקים מבתי חולים (מרחק נסיעה של שעתיים או שלוש שעות מבית החולים הקרוב ביותר). נראה, כי מרכזי הלידה העצמאיים נותנים מענה ליולדות המתגוררות במרחק רב מבית-חולים.

**צוות המרכז:** במרכזים העצמאיים יש רק מיילדות, ללא רופאים. המרכזים שבבתי החולים מנוהלים על ידי מיילדות והצוות שלהם מורכב בעיקר ממיילדות, אך הם כוללים גם שירותים של רופאים.

**אוכלוסיית יעד:** נשים בריאות עם הריון בסיכון נמוך, ללא סיבוכים. לפי מידע שנמסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת ממשרד הבריאות הנורבגי, הקריטריונים ללידה במרכזים נאכפים באופן מחמיר יותר במרכזי הלידה העצמאיים.

<sup>69</sup> OZF, [List of Reimbursements 2017](#), November 2016; Averø, [Guide to Reimbursement 2018: Contracted Care](#), Retrieved 21 March 2018.

<sup>70</sup> אלא אם כן צוין אחרת, המידע אודות נורבגיה לקוח מתוך: Kari Grette, Deputy Director General, Royal Norwegian Ministry of Health and Care Services, Birth Centre in Norway - Research, email, 22 March 2018

<sup>71</sup> S. Bernitz et al., [Is the Operative Delivery Rate in Low-Risk Women Dependent on the Level of Birth Care? A Randomised Controlled Trial](#), *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(11), 2011, pp. 1358-1359.





**שירותים הניתנים במקום:** שירותים רפואיים בסיסיים, ללא שירותים רפואיים מתקדמים כגון הרדמה, אלחוש אפידורלי, זירוז לידה או ניתוח קיסרי. במקרים בהם יש צורך בפיקוח של רופא, בניתוח קיסרי וכדומה, תועבר היולדת לבית החולים.<sup>72</sup>

**קשר עם בתי חולים:** כאמור, המרכזים העצמאיים נמצאים במרחק של שעתיים או שלוש שעות נסיעה מבית החולים הקרוב ביותר, והם בבעלות הקרן שמנהלת את בית החולים. מכאן ניתן להניח כי במקרי חירום מועברת היולדת לבית החולים.

**מימון ותשלומים:** פעילות המרכזים ממומנת על-ידי המדינה, והלידה בהם אינה כרוכה בתשלום של היולדת.

**פיקוח והסמכה:** כאמור, הפיקוח על המרכזים נעשה על ידי בתי החולים בהם הם פועלים או על-ידי בתי-החולים הקרובים אליהם (במקרה של מרכזי לידה עצמאיים).

### 3.6 קנדה: אונטריו (Ontario)

**רקע:** נכון לשנת 2014, רוב מוחלט (כ-98%) של הלידות בקנדה היו בבתי חולים וכ-2% מחוץ להם (ובכלל זאת לידות בבית ובמרכזי לידה). ניתן לראות עלייה הדרגתית בשיעור הלידות מחוץ לבתי חולים, כאשר בשנת 2000 שיעור זה עמד על כ-0.7%.<sup>73</sup> מרכזי הלידה בקנדה אינם מוסדרים ברמה הפדראלית אלא ברמת הפרובינציה. פרק זה מתמקד בפרובינציית אונטריו כדוגמה.

כרקע לנושא מרכזי הלידה יש לציין כי עד לפני מספר שנים החקיקה הפדראלית בקנדה הגבילה את הטיפול בנשים הרות לרופאים בלבד. לקראת סוף המאה העשרים זוהה מחסור באנשי מקצוע המסייעים לנשים הרות והפרובינציות החלו להסדיר את העיסוק של המיילדות. בשנת 2008 פרסמה אגודת רופאי הנשים הקנדית יוזמה לאומית שקראה להגדלת מספר המיילדות ושילובן במערך השירותים המוצע, כאמצעי להפחתת תמותת תינוקות, לאחר שבין השנים 1990 ו-2002 עלתה תמותת התינוקות בקנדה באופן ניכר.<sup>74</sup> במסמך היוזמה לא היה עיסוק במרכזי לידה, אלא הם רק מוזכרים כאחד המקומות בהם עובדות מיילדות.<sup>75</sup>

כיום, כל תושבת של הפרובינציה זכאית לליווי מיילדת שהוסמכה על ידי המדינה; הליווי ניתן בהכנה ללידה, בלידה עצמה ובששת השבועות שלאחר הלידה, והוא במימון המדינה. השירות ניתן בדרך כלל על ידי צוות של שתיים עד ארבע מיילדות, באופן שמאפשר זמינות של מיילדת בכל שעות היממה.<sup>76</sup>

<sup>72</sup> S. Bernitz et al., [Is the Operative Delivery Rate in Low-Risk Women Dependent on the Level of Birth Care? A Randomised Controlled Trial](#), *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(11), 2011, pp. 1358-1359.

<sup>73</sup> Statistics Canada, [Annual Live Births and Fetal Deaths \(Stillbirths\), by Place of Birth \(Hospital and non-Hospital\), Canada, Provinces and Territories](#), retrieved on 31 January 2018.

<sup>74</sup> Louise Mary Roth, Amanda M. Lubold, "Canada", in Patricia Kennedy, Naonori Kodate (eds.), *Maternity Services and Policy in an International Context*, 2015, pp. 134, 137.

<sup>75</sup> The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, [A National Birthing Initiative for Canada](#), January 2008, p. 10.

<sup>76</sup> Ontario Ministry of Health and Long Term Care, [Midwifery in Ontario](#), retrieved on 14 March 2018.





## מרכזי לידה - מאפיינים

בשנת 2014 הוקמו באונטריו שני מרכזי לידה (Birth Centres), הפועלים במימון משרד הבריאות.<sup>77</sup> מרכזים אלו הם הראשונים בפרובינציה הפונים לקהל הרחב, כאשר עוד ב-1996 נפתח מרכז לידה שפנה באופן ייעודי לאוכלוסייה הילידית, אשר מציע לנשים בהיריון טיפול המותאם למסורת המקומית ואפשרות ללדת בו או לקבל ליווי של מיילדת מהאוכלוסייה הילידית לבית החולים.<sup>78</sup> המשך פרק זה מתייחס למרכזים הפונים לקהל הרחב.<sup>79</sup>

**צוות המרכז:** מיילדות, ללא רופאים.<sup>80</sup> לפי הנחיות הפרובינציה, אישה הפונה למרכז תעשה זאת עם מיילדת מוסמכת (שירות הניתן לה, כאמור, על-ידי המדינה).

**אוכלוסיית יעד:** נשים בריאות עם הריון ללא סיבוכים. מתיאור המרכזים נראה, כי אחד מקהלי היעד שלהם היא אוכלוסייה ממעמד כלכלי מוחלש: נשים שבתן אינו סביבה נוחה ללידה ביתית.<sup>81</sup>

**שירותים הניתנים במקום:** שירותים רפואיים בסיסיים (למשל עזרה ראשונה, מתן עירוי והקלה על הכאב באמצעות גז צחוק), ללא שירותים רפואיים מתקדמים כגון הרדמה, אלחוש אפידורלי, זירוז לידה או ניתוח קיסרי. מרכזי הלידה מוצגים כמציעים שירותים וסביבה המקבילים ללידה ביתית, ולא כאפשרות ביניים בין בית-חולים ולידה ביתית (בכל הנוגע לשירותים הרפואיים ולבטיחות).<sup>82</sup>

**קשר עם בתי חולים:** במקרים בהם יש צורך בהתערבות רפואית, תועבר היולדת לבית-חולים. המרכז נדרש לתאם נהלים לנושא זה מול בית-חולים אחד לפחות. על המרכז עצמו להיות מעוצב באופן שיאפשר פינוי מהיר. התקן למרכזים אינו מתייחס למיקום המרכז ביחס לבית-חולים או לכל שירות רפואי אחר.

**מימון ותשלומים:** פעילות המרכזים ממומנת על-ידי משרד הבריאות, והשירות בהם ניתן לתושבות הפרובינציה ללא תשלום.<sup>83</sup>

**פיקוח והסמכה:** הפיקוח על מרכזים אלה נעשה על-ידי ארגון המיילדות של אונטריו (College of Midwives of Ontario), שהוסמך לכך על ידי הפרובינציה. הארגון פרסם בשנת 2015 תקן מחייב להפעלת מרכז לידה.<sup>84</sup>

---

<sup>77</sup> Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, [Birth Centres](#), retrieved on 25 December 2017.

<sup>78</sup> Six Nations Health Services, [Birthing Centre](#), retrieved on 13 March 2018.

<sup>79</sup> Ontario Ministry of Health and Long Term Care, [Midwifery in Ontario](#), retrieved on 14 March 2018 .

<sup>80</sup> College of Midwives of Ontario, [Ontario Birth Centres: Facility Standards & Clinical Practice Parameters for Midwife-Led Birth Centres](#), January 2015, p. 10.

<sup>81</sup> Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, [Birth Centres](#), retrieved on 25 December 2017.

<sup>82</sup> College of Midwives of Ontario, [Ontario Birth Centres: Facility Standards & Clinical Practice Parameters for Midwife-Led Birth Centres](#), January 2015, pp. 10-11, 26-27; [Ontario Birth Centres](#), retrieved on 25 December 2017.

<sup>83</sup> Association of Ontario Midwives, [Birth Centres](#), retrieved on 14 March 2018.

<sup>84</sup> College of Midwives of Ontario, [Ontario Birth Centres](#), retrieved on 25 December 2017; [Ontario Birth Centres: Facility Standards & Clinical Practice Parameters for Midwife-Led Birth Centres](#), January 2015.



### 3.7. ארה"ב

**רקע:** ככלל, מערכת הבריאות בארה"ב אינה מוסדרת על ידי השלטון הפדרלי, אלא באופן נפרד בכל מדינה. מעבר לכך, אין בארה"ב ביטוח בריאות אוניברסלי, הניתן לכל האזרחים. במקום זאת, במרבית המקרים ניתנים שירותי הבריאות (ובכלל זאת שירותים לנשים יולדות) על-ידי ספקים פרטיים במסגרת ביטוח פרטי, כאשר מעל מחצית מהאוכלוסייה מבוטחת בביטוח בריאות פרטי וכ-30% מבוטחים במסגרת תוכניות ביטוח פרטיות במימון פדרלי (Medicaid ו-Medicare). מוסדות הבריאות, כגון בתי חולים ומרפאות, הם פרטיים ברובם ומחיר הטיפול בהם משתנה בהתאם להסדר הביטוחי.<sup>85</sup> בסקר שנערך בשנת 2013 בקרב נשים, כ-96% מהנשאלות ענו כי הן בוחרות בטיפול רפואי הקשור ללידה רק במסגרת שמכוסה בביטוח שלהן.<sup>86</sup> זאת, כאשר התשלום הממוצע הנדרש עבור לידה ללא סיבוכים מיולדת שמגיעה לחדר מיון בבית-חולים הוא כ-2,000 דולר, ויכול להגיע ליותר מ-18,000 דולר; שיעור הכיסוי הביטוחי של עלות זו משתנה בהתאם להסכמים עם חברות הביטוח.<sup>87</sup> בשנת 2016, מתוך כלל היולדות (בבתי חולים ומחוצה להם), כ-43% היו מבוטחות ב-Medicaid, 49% היו עם ביטוח פרטי, 4% שילמו באמצעים אחרים (צדקה או קרן אחרת) ו-4% שילמו באופן פרטי.<sup>88</sup>

**הביטוח הרפואי משפיע גם על הטיפול במרכזי הלידה:** הטיפול במרכזים משולם על-ידי הביטוח הרפואי של היולדת ולפי ההסדר הפרטני שלה, ללא סבסוד ממשלתי קבוע. יש לציין כי בשנת 2010 נקבע במסגרת החוק לטיפול בר השגה (Affordable Care Act), כי ביטוח הבריאות שניתן במסגרת החוק (ההסדר הביטוחי של Medicaid ו-Medicare) יכסה גם מרכזי לידה עצמאיים (Freestanding Birth Centers), הנבדלים ממרכזי לידה המקושרים לבית-חולים, (Hospital Affiliated Birthing Center).<sup>89</sup> יודגש, כי **חוק זה עוסק רק בהסדר הביטוחי הספציפי (Medicaid & Medicare) ולא בפעילות מרכזי הלידה ככלל**, המוסדרת בכל מדינה בנפרד. לפי הארגון האמריקאי למרכזי לידה, היות ושיעור גבוה של אמריקאים מבוטחים באחד משני הסדרי הביטוח הללו, לאחר השינוי האמור בחוק נפתחו מרכזי לידה רבים, ומספר המרכזים עלה בכ-76% בין השנים 2010 ו-2017, מ-195 מרכזים ב-2010 לכ-350 מרכזים בשנת 2017.<sup>90</sup>

<sup>85</sup> Christine H. Morton, Megan M. Henley, "United States of America", in Patricia Kennedy, Naonori Kodate (eds.), *Maternity Services and Policy in an International Context*, 2015, pp. 63-64; European Observatory on Health Systems and Policies, [United States of America: Health System Review](#), *Health Systems in Transition* 15(3), 2013, pp. 25-32.

<sup>86</sup> Christine H. Morton, Megan M. Henley, "United States of America", in Patricia Kennedy, Naonori Kodate (eds.), *Maternity Services and Policy in an International Context*, 2015, pp. 67-68, 71.

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> Centers for Disease Control and Prevention, National Vital Statistics System, [Births: Final Data for 2016](#), January 2018, p. 42.

<sup>89</sup> לפי החוק, מרכז לידה עצמאי הוא: מתקן שירותי בריאות שאינו בית-חולים, שנועד לאפשר לנשים ללדת מחוץ לביתן, שהוסמך או קיבל רישיון מטעם המדינה למתן שירותים טרום-לידה, במהלך לידה או אחריה ושעומד בדרישות הבטיחות והבריאות שנקבעו על-ידי המדינה. [Public Law 111-148, The Patient Protection and Affordable Care Act](#), Section 2301.

<sup>90</sup> American Association of Birth Centers, [Birth Centers in the United States](#), retrieved on 25 December 2017.



במסגרת כתיבת מסמך זה לא נמצא הסבר מפורש להכללת מרכזי הלידה בכיסוי הביטוחי של התוכניות במסגרת Medicare ו-Medicaid. הסבר אפשרי הוא החיסכון בעלות לחברת הביטוח: לפי מאמר משנת 2014, העלות הממוצעת לחברת הביטוח עבור הליך לידה וגנילת לידות המבוטחות ב-Medicaid היא כ-6,000 דולר בבית-חולים וכ-3,200 דולר במרכז לידה – כלומר, עלות הלידה במרכז הלידה היתה כמחצית מעלות ההליך בבית-חולים.<sup>91</sup>

לא נראה שהגידול במספר מרכזי הלידה הוביל לשינוי משמעותי בשיעור היולדות הבוחרות בהם; אמנם בין השנים 2010 ל-2017 עלה מספר הלידות במרכזי הלידה מ-7,000 לכ-19,800, אולם רוב מוחלט של הלידות עדיין מתרחשות בבתי-החולים: בשנת 2010, 98.8% מהלידות היו בבתי חולים ורק 0.34% מהלידות היו במרכזי לידה עצמאיים; ואילו בשנת 2016 - 98.4% מהלידות היו בבתי חולים ורק 0.52% מהלידות היו במרכזי לידה עצמאיים.<sup>92</sup> יש לציין כי נתונים אלו כוללים מדינות שכלל אין בהן מרכזי לידה. לפי נתוני הארגון האמריקאי למרכזי לידה, בשנת 2016 היו בכל ארה"ב כ-320 מרכזים, כאשר בכל מרכז היו בממוצע כ-62 לידות בשנה.<sup>93</sup>

פילוח היולדות לפי מוצא מלמד, כי במרכזי הלידה יולדות בעיקר נשים לבנות: כך, בשנת 2016, נשים לבנות היו 58% מכלל היולדות בארה"ב (בבתי חולים או מחוצה להם), ו-85% מהיולדות במרכזי לידה. נשים ממוצא היספני או שחור, שהיו יחד כ-42% מכלל היולדות במדינה, היו רק 15% מהיולדות במרכזים.<sup>94</sup>

במסגרת העבודה על מסמך זה לא נמצאה אסדרה פדרלית של מרכזי לידה (מעבר לאזכור בביטוח הבריאות הפדרלי, שהוזכר לעיל ושאינו מסדיר פעילות מחוץ להסדר הביטוחי). לפיכך נבחנה האסדרה המדינתית בארבע מדינות: מיסיסיפי, מסצ'וסטס, ניו יורק ופנסילבניה. היות שהבדיקה העלתה כי בין המדינות יש הבדלים קלים בלבד ברגולציה, להלן מוצגת מדינת מסצ'וסטס כדוגמה.<sup>95</sup>

<sup>91</sup> Embry Howell et al., [Potential Medicaid Cost Savings from Maternity Care Based at a Freestanding Birth Center](#), *Medicare & Medicaid Research Review* 4.3 (2014), exhibit 3.

<sup>92</sup> Centers for Disease Control and Prevention, National Vital Statistics System, [Births: Final Data for 2010](#), August 2012, p. 9; [Births: Final Data for 2016 - Supplemental Tables](#), January 2018, table I-4.

<sup>93</sup> American Association of Birth Centers, [Birth Centers in the United States](#), retrieved on 25 December 2017.

<sup>94</sup> Centers for Disease Control and Prevention, National Vital Statistics System, [Births: Final Data for 2016 - Supplemental Tables](#), January 2018, table I-4.

<sup>95</sup> נבדקו שתי מדינות (מיסיסיפי ומסצ'וסטס) בהן יש התייחסות נפרדת בתקנות למרכזי לידה המקושרים לבית-חולים ולמרכזי לידה עצמאיים ושתי מדינות בהן אין הבחנה כזו (ניו יורק ופנסילבניה). לעיון נוסף, התקנות במדינות אלו זמינות במקורות הבאים: Massachusetts Department of Public Health, [105 CMR 142.00: Operation and Maintenance of Birth Centers](#), 142.501(D); New York Code, Title 10, subchapter C - State Hospital Code, article 6, [Part 754 - Birth Center Services](#), section 754.3; Mississippi State Department of Health, [Minimum Standards of Operation for Birthing Centers](#), December 2016, rule 43.2.4; Pennsylvania Health Care Facilities Regulations, [Subpart E.: Birth Centers](#), retrieved on 31 December 2017.



### 3.7.1. מסצ'וסטס (Massachusetts)

הסבר אודות מרכזים קיימים: מרכזי לידה הוסדרו במסצ'וסטס בשנת 1983,<sup>96</sup> כאשר הרגולציה מבחינה בין מרכז עצמאי לבין מרכז מקושר לבית-חולים; נכון לשנים 2014-2015 פעלו במדינה רק שני מרכזי לידה, ושניהם היו מקושרים לבתי חולים.<sup>97</sup>

צוות המרכז: שירותי המרכז ניתנים על-ידי מיילדות מוסמכות, אחיות או רופאים המומחים לרפואת נשים. המרכז מונהל על-ידי מיילדת, אח או רופא. מרכז עצמאי נדרש למנות מנהל רפואי שהוא רופא בעל סמכות להפנות חולים לבית-חולים קרוב (במרחק 10 ד' נסיעה או נגיש במידה מספקת לפי אישור משרד הבריאות).<sup>98</sup>

#### נקודה למחשבה: הסמכות להפנות אדם לטיפול בבית-חולים (Admitting Privileges) בארה"ב

בארה"ב הפניה לבית-חולים יכולה להינתן רק על-ידי מי שהוסמך לשם כך על-ידי בית החולים (למעט חדרי המיון, הנדרשים לטפל בכל פונה).<sup>99</sup> במרבית המקרים מדובר ברופא; כך, למשל, ביטוח בריאות במסגרת Medicare ו-Medicaid מחייב כי ההפניה לבית החולים תיעשה על ידי רופא או איש מקצוע רפואי אחר שניתנה לו הסמכות הזו על-ידי חוקי המדינה והוראות בית החולים.<sup>100</sup> בדרך כלל המדינה מתירה לבית החולים לקבל החלטה בנושא במסגרת תקנותיו; היסטורית, סמכות כזו ניתנה לאחיות ומיילדות רק במקרים מעטים.<sup>101</sup> בכל הדוגמאות שנבדקו בארה"ב, ההוראות העוסקות במרכזי הלידה כוללות התייחסות מפורשת לכך שעל צוות המרכז לכלול רופאים עם סמכות להפנות אדם לבית-חולים.

אוכלוסיית יעד: נשים בריאות עם הריון שאינו צפוי להיות עם סיבוכים, שהשתתפו בהכנה ללידה במסגרת הביטוח הרפואי שלהן. למרכז תהיה רשימת קריטריונים וגורמי סיכון, המאושרת על-ידי משרד הבריאות, המהווים עילה לאי קבלת אישה הפונה למרכז.<sup>102</sup>

שירותים הניתנים במקום: המרכז נדרש להציע שירותי הכנה לאימהות לעתיד, שירות ליווי וטיפול בלידה ויכולת לבצע בדיקות בסיסיות לתינוקות לאחר הלידה. המרכז צריך גישה לשירותים מתקדמים יותר, כגון שירותי מעבדה ורדיולוגיה. בכל הנוגע לטיפולים רפואיים, אלו מוגבלים להליכים הרפואיים המתאימים ללידה ללא סיבוכים (ביניהם חיתוך חיץ ותיקון חתכים וקרעים) וישנו איסור על פעולות

<sup>96</sup> Massachusetts Department of Public Health, [105 CMR 142.00: Operation and Maintenance of Birth Centers](#).

<sup>97</sup> Massachusetts Department of Public Health, [Massachusetts Births 2015](#), March 2017, p. 27; [Infant Safe Sleep Policies at Massachusetts Maternity Facilities](#), February 2014, p. 1.

American Association of Birth Centers, [Find a Birth Center](#), retrieved on 13 March 2018.

<sup>98</sup> Massachusetts Department of Public Health, [105 CMR 142.00: Operation and Maintenance of Birth Centers](#), 142.620-650.

<sup>99</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, [United States of America: Health System Review](#), *Health Systems in Transition* 15(3), 2013, p. 74.

<sup>100</sup> Code of Federal Regulations, [Title 42 - Public Health. Chapter IV- Centers for Medicare & Medicaid Services. Department of Health and Human Services. Subchapter B - Medicare Program. part 412 - Prospective Payment Systems for Inpatient Hospital Services](#), subpart A - General Provisions.

<sup>101</sup> American College of Nurse-Midwives, [Hospital Credentialing and Privileging](#), retrieved on 30 January 2018; AARP Public Policy Institute, [Removing Barriers to Advanced Practice Registered Nurse Care: Hospital Privileges](#), October 2011.

<sup>102</sup> Massachusetts Department of Public Health, [105 CMR 142.00: Operation and Maintenance of Birth Centers](#), 142.600.



רפואיות המתקשרות לסיבוכים בלידה (כגון זירוז לידה, עיכוב לידה ולידה מכשירנית). הרדמה כללית ואלחוש אפידורלי אסורים באופן גורף והרדמה מקומית מותרת רק לשם ביצוע ההליכים הרפואיים שהוזכרו לעיל כמותרים.<sup>103</sup>

**קשר עם בתי חולים:** מרכזי לידה נדרשים להסכם כתוב עם בית-חולים קרוב המציע שירותי רפואת נשים ומחלקת יולדות לצורך העברת מטופלות במקרי חירום.<sup>104</sup>

**פיקוח והסמכה:** משרד הבריאות של מסצ'וסטס מפרסם תקנות למרכזי לידה והן הבסיס למידע שבפרק זה.<sup>105</sup> תקנות אלו מתייחסות גם להבדל שבין מרכזים עצמאיים ומרכזים המקושרים לבתי חולים: מרכז לידה עצמאי נדרש לעמוד גם בדרישות האסדרה של מרפאות עצמאיות (Clinics), ומרכז המקושר לבית-חולים כפוף גם לתקנות החלות על בתי חולים.<sup>106</sup>

---

<sup>103</sup>Massachusetts Department of Public Health, [105 CMR 142.00: Operation and Maintenance of Birth Centers](#), 142.501(D).

<sup>104</sup>Ibid, 142.507.

<sup>105</sup>Ibid.

<sup>106</sup>Ibid, 142.301-2.

