

# בניטחון סוציאלי

## כתב עת בנושאי רווחה וביטחון סוציאלי

- צדק לבעלי מוגבלות: זכויות נכים ואחריות מקצועית באלף החדש
- מי ישקם את השיקום? מדיניות השיקום בארצות-הברית ובישראל
- אינטגרציה חברתית של חולי נפש כרוניים: בעיה ישנה בהקשר חדש
- עובדים סוציאליים יהודים וערבים המועסקים בשירותי תמיכה למשפחות עם ילדים בעלי נכויות בישראל: מאפיינים ותפיסות מקצועיות
- תוכנית "סל שיקום" לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב
- ייעוץ והכנה פסיכוסוציאלית לטיפול הפריה חוץ-גופית במדינות מערביות נבחרות ובמדינת ישראל
- קידום נשים בשירות המדינה בישראל, 1997-2000, לאור גישות יישום מדיניות
- ביטוחי בריאות משלימים: תמורות במדיניות ובהתנהגות הצרכנים
- דמי אבטלה לעצמאים ולדמויי-עצמאים



# **ביטחון סוציאלי**

**כתב-עת בנושאי רווחה וביטחון סוציאלי**

**יוצא לאור מטעם  
המוסד לביטוח לאומי**

**ירושלים • כסלו תשס"ב • נובמבר 2001  
חוברת 61**

## בתוכנית זו

תחום השיקום בעולם המערבי עבר בשני העשורים האחרונים שינויים מרחיקי לכת: מתפיסה רפואית ותפיסה "תעסוקתית" מוחלטות לתפיסות הרואות בתעסוקה נדבך אחד בלבד בדרך להשגת איכות חיים טובה יותר לנכים בכללם, תוך הדגשת ערכים כגון איכות חיים וזכויות הפרט ותוך הפניית תשומת הלב לאוכלוסיות חלשות במיוחד, אשר צורכיהן המיוחדים נוגעים בנושאים שהם מעבר לתפקוד היומיומי שלהן, או לנושא התעסוקה בלבד.

נושא חשוב נוסף שקיבל הדגשה רבה הוא הטיפול והשיקום של נפגעי נפש, עם התגברות תהליך המעבר מאשפוז בבתי-חולים פסיכיאטריים לחיים בקהילה. קהיליית השיקום בארץ ובעולם מתמודדת בשני העשורים האחרונים עם האתגרים המלווים את הטיפול בבני אדם שאיבדו במידה רבה את הכישורים והמיומנויות שלהם לתפקד מחוץ למסגרת המוסדית. עבור תהליך הטיפול הפסיכוסוציאלי הוכנו מספר תוכניות, שמטרתן להשיב לבני אדם אלה את היכולת לנהל חיים בעלי איכות טובה תוך מיצוי זכויותיהם.

חמישה מאמרים בחוברת מוקדשים אפוא לנושא חשוב זה: המאמר הפותח את החוברת, פרי עטו של סטנלי קר, שנפטר לפני חודשיים והיה נשיא האגודה האמריקנית לפיגור שכלי, מציג את נקודת הראות המקובלת בארצות-הברית כלפי המטרות העיקריות של עשיית צדק בתחום השיקום וכיצד אלה משפיעות על זכויות הפרט והאדם של הנכים. מאמרו של יחזקאל טלר מתאר את השינויים שהתרחשו בתפיסות השיקום ובהגדרתו בישראל ובארצות-הברית על רקע ההתפתחות ההיסטורית שביסוד מדיניות השיקום בשתי המדינות. אורי אבירם מנתח את האינטראקציה החברתית של חולי נפש כרוניים. חיה שוורץ, אילנה דובדבני ופייל עזאזיה דנים במאפיינים ובתפיסות המקצועיות של עובדים סוציאליים המטפלים בילדים נכים ובמשפחותיהם בישראל.

מערכת "ביטחון סוציאלי" מודה ליחזקאל טלר, העורך-אורח של מאמרי השיקום, על יוזמתו בריכוז המאמרים בנושא.

ארבעת המאמרים האחרים בחוברת עוסקים במגוון נושאים: רוח לנדאו עוסקת בסוגיית הייעוץ וההכנה לקראת טיפול הפריה הוץ-גופית, וכמיוחד בהיבטים הפסיכולוגיים והאתיים שלה. משה מאור בוחן את המדיניות של קידום ושילוב נשים במשרדי הממשלה וכיחידות הסמך בישראל בשנים האחרונות מנקודת מבט של גישות יישום מדיניות. רויטל גרוס ושולי ברמלי-גרינברג מתארות את השינויים שהתרחשו במדיניות ביטוחי הבריאות המשלימים ובהתנהגות הצרכנים. רועי קרת, שמאמרו חותם את שורת המאמרים בחוברת, מעלה את הבעיה של ביטוח אבטלה ממלכתי לעצמאים מנקודת הראות של החוק והמשפט.

★

מאמרים ל"ביטחון סוציאלי" יש להגיש בשלושה עותקים, מודפסים ברווח כפול, על צד אחד של הדף. יש לצרף תמצית קצרה (אבסטרקט) בעברית, בהיקף של 100 עד 130 מילים, תמצית של המאמר באנגלית (באורך של עמוד עד עמוד וחצי בערך), הכוללת את שם המחבר, את שם המאמר ואת שם המוסד שהמחבר קשור אליו, גם הם באנגלית. המאמרים מועברים לשיפוט אנונימי של אנשי מקצוע.

איורים יש להגיש על נייר לבן, בצד אחד של הדף, בצבע שחור, מוכנים לצילום. מען המערכת: "ביטחון סוציאלי", מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי, שדרות ויצמן 13, ירושלים 91909. הדעות וההערכות המובעות במאמרים הן של המחברים והאחריות לתוכן הדברים מוטלת עליהם בלבד.

המערכת:

מיה עורב-הטל (יו"ר)

לאה אחדות

ד"ר ג'וני גל

פרופ' אברהם זורון

פרופ' יעל ישי

חזקיה ישראל

פרופ' יוחנן שטסמן

פרופ' אריה שירום

פרופ' משה סקרן

העורך:

רפאל יוליוס

ISSN 0334-231X

"ארי" מבשרת ציון

ודפוס פרינטיב, ירושלים

## תוכן העניינים

### מאמרים בנושא שיקום בעריכת יחזקאל טלר

		<b>צדק לבעלי מוגבלויות: זכויות נכים ואחריות מקצועית באלף החדש</b>
5	סטנלי סי קר	
		<b>מי ישקם את השיקום? מדיניות השיקום בארצות-הברית ובישראל על רקע ההתפתחות ההיסטורית</b>
27	יחזקאל טלר	
		<b>אינטגרציה חברתית של חולי נפש כרוניים: בעיה ישנה בהקשר חדש</b>
42	אורי אבירם	
		<b>עובדים סוציאליים יהודים וערבים המועסקים בשירותי תמיכה למשפחות עם ילדים בעלי נכויות בישראל: מאפיינים ותפיסות מקצועיות</b>
62	חיה שוורץ, אילנה דובדבני, פייסל עזאיזה	
		<b>תוכנית "סל שיקום" לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב בריאות ורווחה</b>
80	דינה פלדמן, יהודית בר און	
		<b>מאמרים בנושאים אחרים</b>
		<b>ייעוץ והכנה פסיכו-סוציאלית לטיפול הפריה חוץ-גופית במדינות מערביות נבחרות ובמדינת ישראל</b>
108	רות לנדאו	
		<b>קידום נשים בשירות המדינה בישראל, 1997-2000, לאור גישות יישום מדיניות</b>
127	משה מאור	
		<b>ביטוחי בריאות משלימים: תמורות במדיניות ובהתנהגות הצרכנים</b>
154	רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג	
		<b>דמי אבטלה לעצמאים ולדמויי-עצמאים</b>
172	רועי קרת	
		<b>סקירת ספרים חדשים</b>
197	ישראל דורון, דוד ברגל, ג'וני גל	
		<b>חקיקה ופסיקה סוציאלית</b>
207	אריה וולף, עו"ד	
		<b>רשימת מחברי המאמרים המתפרסמים בחוברת</b>
213		

# צדק לבעלי מוגבלויות: זכויות נכים ואחריות מקצועית באלף החדש

מאת סטנלי ס' קר\*

מאמר זה מציג את ההיבט האמריקני על אחדות מן המטרות המרכזיות, המלחמות והסוגיות ההיסטוריות המשפיעות על זכויות אדם ועל עשיית הצדק בתחום השיקום והקימום. ההמחשות לקוחות בעיקר מתחום הפיגור השכלי, מגזר שהיה פעיל באופן מיוחד בשלושת העשורים האחרונים. זהו גם תחום שהמחבר רכש בו ידיעה מעמיקה בתור נשיא האגודה האמריקנית לפיגור שכלי (American Association on Mental Retardation, AAMR), שהיא האגודה הרב-דיסציפלינרית הוותיקה ביותר והגדולה ביותר בתחום זה. ההתפתחויות בארצות-הברית ובמדינות מתועשות אחרות מציגות תהליכים מקבילים ומנוגדים שאפשר ללמוד מהם על תהליך השינוי העובר על אוכלוסיית הנכים בישראל. בכל העולם מופיעים סימנים רבים לתנועה בינלאומית לזכויות נכים, שחסידיה מפגינים תחושה חדשה של העצמה וחוסר סבלנות כלפי הקצב האיטי של השינוי.

---

## מבוא

---

עשיית צדק לבעלי מוגבלויות והתמקדות בזכויות האדם של בני אדם נכים נחוצה היום מאוד. חוק שוויון זכויות נכים, שהתקבל בכנסת ב-1998, העלה נושאים אלה לזירת המדיניות הציבורית. הפגנה של 37 יום שערכו פעילים למען זכויות הנכים בשערי משרד האוצר בירושלים הובילה להסכמה דרמטית לגבי תנאים נוחים עבור קהילת הנכים. פעולה זו חושפת אווירה חדשה של לוחמנות ושל חוסר סבלנות כלפי מה שנתפס כמענים לא

---

\* בית-הספר למשפטים, אוניברסיטת בולטימור, מרילנד, ארצות-הברית.  
המאמר תורגם מכתב-יד באנגלית.  
(פרופ' סטנלי קר נפטר בספטמבר שנה זו).

מספיקים לחיפוש אחר איכות חיים טובה עבור בני אדם בעלי מוגבלות. ההפגנות, שהחלו באוקטובר 1999, משכו אליהן תשומת לב גוברת מצד הציבור ומצד כלי התקשורת לשאיפתם של הנכים לחיות חיים משולבים ומלאים יותר בחברה הישראלית.

אנשי מקצוע בתחום השיקום מצאו דרכים לסייע למגמה זו ולפעול למען קידומה. התחום יצא מעידן הפחד והייאוש. כעת, באמצעות עבודה קלינית, רפורמות במדיניות, סינגור תחיקתי ומעורבות בתהליך המשפטי נמצאו דרכים חדשות לעזור ללקוחות להשיג יותר חופש וצדק. כתורמים למהפכה הומניטרית היו אנשי מקצוע השיקום חייבים להתמודד עם המגמות המשתנות בדעת הקהל וגם עם הספקות הפנימיים שלהם עצמם בנוגע לתפקידם כמחוללי רפורמה. בהתחלת המאה ה-21, שלא לומר בפתיחת אלף חדש, זה הזמן להעריך את מצב החיפוש אחר הצדק בתחום שלנו.

למאמר זה יש חמישה חלקים. בחלק הראשון ייבדקו בקצרה מספר מושגים של צדק חברתי שהם רלוונטיים לחיפוש זה. בחלק השני תיבדק ההיסטוריה של הדרה ודיכוי, שסבלו מהם בני אדם בעלי מוגבלויות אחדות. בחלק השלישי ייבדק מצבן הנוכחי של הזכויות והמדיניות הנוגעות לבני אדם בעלי מוגבלויות. החלק הרביעי יעסוק באחריות מקצועיות אחדות ובאפשרויות באלף החדש. בחלק החמישי והאחרון יוצעו תחזיות אחדות ומודלים של תפקיד, שבכוחם לתמוך בבני אדם בעלי מוגבלויות ובמשפחותיהם ולסייע לאנשי המקצוע להקים קואליציות שבכוחן לחתור ולהגיע לצדק בתחום השיקום.

## מושגים של חתירה לצדק

אחת ההגדרות של צדק היא: העיקרון, או האידיאל, של התנהגות הוגנת או פעולה נכונה. לחתור לצדק או לעשות צדק אין פירושו אפוא רק "לפעול כאופן הוגן", או "להתנהג בהגינות או בצורה הולמת", אלא גם להכיר בכוחותינו לעשות את הטוב (דהיינו, "להתנהג כאופן ההולם את היכולת שלנו").

עשיית צדק היא עניינו של כל אדם. היא אינה התחום הבלעדי של איזשהו מקצוע או המונופול של עובדי ציבור בשכר, דהיינו השופטים. כל איש שיקום הוא - או שהוא יכול להיות - עובד צדק בתחום שלנו, בקהילה, בעם, בעולם כולו. אגב כך, על כל אדם ללמוד מזולתו, בין שמצבו טוב או רע, בין שהוא נתמך או תומך. שכן, כמו שנאמר בתלמוד: "איזהו חכם? הלומד מכל אדם".

לצורך מאמר זה יש להבין את מושג הצדק יותר במשמעותו המוסרית מאשר כהיבט החוקי שלו. לדוגמה, הכנסייה הקתולית האמריקנית מתארת את הצדק כעניין שאדם מקדיש לו את עצמו יומיום במטרה "לשמור על חיי אדם ועל כבודו ולעמוד לצדם של אלה שהם עניים ופגיעים" (Rivera, 1998). כחלק מתוכנית הנקראת "Jubilee 2000", חבריה מקדישים את עצמם לעבודה למען צדק חברתי באלף החדש. יהיו אמונתו הדתית או

מערכת האמונות המוסריות של אדם אשר יהיו, כולנו נוכל להפיק תועלת של ממש אם נכיר באחריות המיוחדת שלנו "להאיר פנים לזר, להילחם באפליה, לרדוף שלום ולקדם את טובת הכלל". בתחום זה, קבלתם לקהילה של בני אדם נתמכים, אנשים ונשים בעלי מוגבלויות, עידוד קידום והגברת אושרם, המאבק נגד דעות קדומות, בכל אלה אנו פועלים למען הצדק. בהגנים על כבודם, בכל מקום שהם חיים בו, אנשי מקצוע השיקום והסמך-מקצועיים עובדים לטובת הצדק.

ועוד מחשבה כנקודת מוצא: בשעה שחותרים לצדק עבור בני אדם בעלי מוגבלויות, הצד האישי והצד המקצועי חייבים להיות משולבים זה בזה. זוהי עבודה של הלב ושל המוח, של ניתוח רציונלי ושל מחויבות רגשית. לפיכך מאמר זה ינסה לארוג לא רק מסכת של מגמות נרחבות ושל רעיונות מעוררי חיות, אלא גם של סיפורים המוסיפים מרקם וטעם לעבודה זו.

## ההיסטוריה של הדרה ודיכוי

התמזל מזלו של תחום השיקום בכך, שיש לו אתגרים דינמיים לעבוד למען הצדק ואמצעים להתמודד עם אתגרים אלה. לא תמיד היה הדבר כך. ניתן לקרוא לתקופת החושך של תחום הפיגור השכלי בשם "עידן ההדרה". כדי להתגבר על עידן זה ולעבוד את המאה ה-20, התחום זקוק לגיבורים רבים ולהתערבויות מבחוץ. למאה ה-20 היו תקופות מבישות ונקודות-שפל עמוקות של ייאוש. בתקופות אלה שכללה החברה אנדרטאות של אי-צדק, כגון אשפוז כפוי למשך כל החיים, מוסדות ענקיים, עיקור בכפייה ופגיעות נוספות בחופש ובצדק.

על-מנת להבין כיצד ראו מנהיגים לפני מאה שנה את סופה של מאה אחרת וכיצד הבינו נושאים של זכויות, המחבר ברק את הדיונים של ועידת AAMR (האגודה האמריקנית לפיגור שכלי), שהתקיימה בשנת 1899. אז היו רק מעט חזונות מגביה-עוף או רטרוספקטיבות היסטוריות. למען האמת, אבן-פינה לשוויון הוצבה, כאשר בראש האגודה עמדה לראשונה אישה. אבל בהצהרה הקצרה שמסרה הזכירה מארי דונלופ רק את מספר המדינות שיש בהן מוסדות לאשפוז פסיכיאטרי ואת התקווה שהאשפוז במוסד יקיף גם את שאר המדינות בעולם. אולם דברים אחדים אינם משתנים, וגם אז הושמעו הסתייגויות משמה של האגודה. הנה מה שאמרו אחדים מן האבות המקצועיים הללו. לדעתה של ד"ר דונלופ היה שמה של "האגודה של עובדי רפואה במוסדות אמריקניים לאידיויטים ולרפי שכל", כפי שניסחה זאת בערינות, "מעט ארוך ומסורבל" (Sloan and Stevens, 1976, p. 44). למרות שהיה רצון לשתף פעולה עם ארגונים נוספים, כגון הסתדרות עורכי-הדין האמריקנית, המטרה היתה שלילית: לצמצם את חוקי הנישואים על-מנת להגביל את זכאותם של בני אדם בעלי מוגבלויות להינשא. תמיכה ניתנה גם לשיטה, הפסולה היום, של



עבודת כפייה במוסד, אשר תוארה במאמר שנשא את השם "האידיוט המקיים את עצמו", שבו המליץ המחבר שעובדים ללא שכר אלה יחיו במקומות בשם "מושבות" ויטפלו ב"חוסים מוגבלים" עוד יותר מהם. תנאי המגורים שלהם יהיו קשים מכיוון, כפי שטען הכותב, שעובד כזה יהיה מאושר יותר ב"בקתת עץ", ולא בארמון, "אוכל פשוט והבגדים הפשוטים והצנועים ביותר." (Johnson, 1899, מצוטט בתוך: Sloan and Stevens, 1976, p. 45), אבל האם ניתנה להם אי פעם אפשרות בחירה?

בישיבה של "האגודה האמריקנית לפיגור שכלי" שהתקיימה ב-1901 החליט נשיא האגודה פולגלייז (Polglase), שהגיע הזמן לסקור את המאה ה-19 ולראות בה "תקופה... עם הערכה חיובית לערכם של חיי אדם", שבה "נשתלה באמריקה חירות האדם ונוסדה אסכולה חדשה של הומניטריות". אבל מה המשמעות של רטוריקה נאה זו לתחום שלנו? האוויר יוצא מן הבלון כאשר מיד במשפט הבא הוא דורש "אימוץ של מדיניות הפרדה וכליאה לכל החיים של כל המפגרים בשכלם." (צוטט אצל Sloan and Stevens 1976, p. 47).

פולגלייז לא היה יחיד בקריאתו הצורמת. בישיבה השנתית של ה-AAMR בשנת 1903 דרש הנשיא דאו, ג'יי"מ' מורדוק (J.M. Murdoch), "שהמדינה תבודד את כל רפי השכל שנוכחותם בבית ובקהילה היא איום מתמיד." (Sloan and Stevens, 1976, p. 52). עם מנהיגים כאלה, שמילאו תפקיד של "מיסיונרים" לנקודת מבט זאת, "במיוחד בין המחוקקים, על בעיות הנוגעות לרפי השכל והחשיבות של בידודם מן הקהילה והעמדתם תחת פיקוחה של המדינה", הגיע הדיכוי לשיאו. שופטים התבקשו לתמוך בתביעה זו לכליאה לתמיד במוסדות, וב-1915 ניתנה לשופטים סמכות בלתי מוגבלת לאשפוז כל ילד "הנראה רפה שכל." (Herr, 1983, p. 24). כאן, הצדק נכשל והפחד ניצח.

העתיד צפן בחובו פגיעות נוספות בזכויות האדם. אחת הדוגמאות הגרועות ביותר לגישה מענישה זו של פיקוח על בני אדם בעלי מוגבלויות שכליות ונפשיות - וללא ספק הדעה השיפוטית הנודעת לשמצה מכולן - היתה פסק-הדין במשפט *Buck v. Bell* משנת 1923. לדעת מלומדים, היה זה "משפט מכור" - קנוניה של "תעתוע משפטי" - שנועדה להביא את בית-המשפט העליון של ארצות-הברית לתמוך בחוק העיקור הכפוי של המדינה, למרות עדויות מפוקפקות, הנמקה חוקית לקויה והעדרו של עורך-דין שייצג באמת את האינטרסים של קארי באק האומללה (Burgdorf and Burgdorf, 1977; Lombardo, 1985, p. 56). בפסק-דין שבית-המשפט העליון מעולם לא ביטל במפורש, הכריז השופט העליון אוליבר נדל הולמס: "שלושה דורות של אימבצילים הם די והותר". הולמס קבע, שאם חברה יכולה לגייס גברים לשירות צבאי, היא יכולה גם למנוע, באמצעות עיקור אבגני (eugenic sterilization), מאלה שאינם מוכשרים מבחינה נפשית, את אפשרויות ההולדה. תחת הרשאה משפטית זו - הגם שהיתה מבוססת על מיתוסים ועל אנאלוגיות מטעות - צצו חוקים אבגניים כפטריות אחר הגשם. היה זמן שבו-32 מדינות היו חוקים לעיקור כפוי,



ותשע מדינות עדיין התירו עיקור כזה ב־1981 (Ross, 1981). אשר לפחד האֶכגני, ניתן לומר שהצדק נכשל והפחד ניצח.

מעשים אלה שהיו נהוגים בארצות־הברית היו המכשרים של זוועות בחלקים אחרים של העולם. ב־1933 החלה גרמניה במכצע T-4, הידוע היום לשמצה, שהביא לרציחתם של 300,000 בני אדם בעלי פיגור שכלי ומוגבלויות אחרות. אילו עצר העולם טבח זה כאשר הוגבל רק לאזרחים גרמנים ואוסטרים, אולי היו נמנעים הטבח והסכסוך הגלובלי. הצדק בכה למראה שואה זו של חפים מפשע. נזכיר בדרך אגב: כאשר, אחרי המלחמה, הועמדו מנהיגי גרמניה הנאצית לדין בנירנברג על פשעים נגד האנושות, הם העלו להגנתם את התקדים של חוק העיקור הכפוי של מדינת וירג'יניה ואת האישור שניתן לו במשפט *Buck*. לפחות בגרמניה, גם אם לאחר מעשה, הצדק ניצח.

גם לאחר הצעדים הראשונים שעשתה התנועה הבינלאומית למען זכויות האדם בתגובה לזוועות אלה, מחצית המאה ה־20 היתה תקופה אדישה וקהת חושים מבחינה חברתית, מקצועית וחוקית. בתי־המשפט שתקו. החוק לא גילה מעורבות. חוק המוגבלות הנפשית היה ביצה נידחת והיוֹבֵל שלו הנוגע לפיגור שכלי היה שלולית של מים עומדים. המוסד הגדול היה לסמל התחום, והדרה מבתי־הספר ומפעילויות הקהילה היו הנושא שעל סדר־היום. למרבה הצער, השנים 1950-1968 היו עדות להתרחבות הגדולה ביותר בתולדות אמריקה של מוסדות אלה (Trent, 1994). אנשי מקצוע השיקום היו פחות או יותר במצב של דריכה במקום, ממתנינים לימים טובים יותר.

על אפה ועל חמתה של התנועה לזכויות האזרח למען צדק גזעי בארצות־הברית בשנות ה־60, העשור ההוא היה עֵד לפעילות מעטה בלבד למען השגת צדק בזירת המוגבלויות. היוצא מן הכלל היחיד היתה החלטה פדרלית בערעור *Herford v. Parker* משנת 1968, התומכת בזכותם של בני אדם המאושפזים במוסדות לפיגור שכלי לקבל ייעוץ משפטי. אבל למרות שמדינת וירמינג חששה, שמקרה זה יוביל "לשחרור סיטוני של חוסים" ברחבי המדינה, לרוע מזלם של אלה שהיו יכולים לזכות בחירותם, לא היתה למקרה זה השפעה ישירה כזאת (Herr, 1998).

המהפכה למען זכויותיהם של בני אדם בעלי מוגבלויות ניצחה סוף סוף ב־1972. באותה שנה, בפסק־דין שהם בבחינת ציון־דרך בכל הנוגע לזכות לחינוך בווישינגטון הבירה (*Mills v. Board of Education, 1972; Pennsylvania Association for Retarded Children v. Commonwealth, 1972*), נפסק, שלילדים עם מוגבלויות שכליות או אחרות יובטח חינוך ההולם את צורכיהם במסגרת הזכויות המעוגנות בחוקה להגנה שווה ולתהליך משפטי נאות.

במועד מאוחר יותר ב־1972, בפסק־דין בעניין *Wyatt v. Stickney*, הכשיר בית־המשפט קרקע משפטית חדשה באשרו את הזכות החוקתית לשיקום. מקרה זה נחשב ציון־דרך, משום שהורה ליישם 49 אמות־מידה מינימליות והעניק לשופט הפדרלי סמכות שיפוט קבועה להבטיח, שתוכנית הפיגור השכלי של אלכמה תבוצע באורח חוקתי. במהירות, בזה

אחר זה החלו משפטים בולטים אחרים של פעולה מעמדית בוויילברוק שבניו-יורק (*Halderman v. N.Y.S.A.R.C. v. Rockefeller*, 1973) ובפנהארסט שבפנסילבניה (*Halderman v. N.Y.S.A.R.C. v. Rockefeller*, 1973) במיניסוטה, במסצ'וסטס, במיין, במישיגן ובמדינות רבות נוספות (Herr, 1983). לפעמים, לאחר עשרות שנים של התדיינות משפטית, הסתיימו המשפטים בסגירתם של מוסדות ובפתיחת שירותים חדשים בקהילה. כמעט בכל מקום היתה התקדמות והושגו הישגים שלא היו מושגים ללא המנהיגות הקולקטיבית, הזיעה והעבודה הקשה של אנשי מקצוע השיקום. אלה שימשו עדים מומחים, האגודות שלהם תרמו תצהירים של "ידיד בית-המשפט" (*amicus curiae*) ומנהיגיהן. פעלו ליישומם של פסקי-דין גורפים ולרפורמה בחקיקה שנבעה מכך.

מהפכה הומניטרית וחקיקתית זו עשתה יותר מאשר לחשוף תנאים לא אנושיים במוסדות ברחבי המדינה. היא יצרה קואליציות למען שינוי. חבריה כללו עובדים שהקדישו את כל זמנם למען הצדק: רשת ממלכתית של שירותים משפטיים עבור בני אדם בעלי מוגבלויות התפתחותיות, שכללה משרדים להגנה ולסינגור בכל מדינה ומדינה, תוכניות שטח של אגודה לשירותים משפטיים (*Legal Services Corporation*), חברות של עורכי-דין להגנה על אינטרסים של הציבור ועורכי-דין פרטיים אמיצי לב ואליהם הצטרפו קבוצות של עובדי שיקום מקצועיים מכל דיסציפלינה, שדחקו לאחור את עידן ההדרה. במטרה לשרת את לקוחותיהן המשותפים קואליציות אלה יצרו מודלים חדשים של תוכניות, תפיסות שירות, תיאוריות משפטיות ורגישויות מוסריות (Herr, 1979).

אולם מילים בלבד לעולם לא יוכלו לתאר את המראות, הצלילים והריחות של העוולות שנגרמו תחת מדיניות ההדרה. קשה לתאר את התנאים שנתגלו במהלך ביקור באחד המוסדות הממלכתיים הגדולים בעבר הלא רחוק כל כך. שוב ושוב נראו הקורבנות העירומים, המוכים ונטולי צלם אנוש של הצדק הממלכתי. כעורך-דין צעיר המעורב במשפט *Willowbrook*, הציג המחבר עדות שכללה התעללויות כגון:

- 90 עד 100 גברים ונשים לבושים למחצה שהצטופפו על הרצפות הקרות של חדר הפעילות;

- תאי בידוד שבהם נכלאים האומללים למשך חודשים ואף שנים;

- הריח והרעש הנוראים שבחדרים;

- שטחי המגורים החשופים והקודרים;

- הבטלה המדכאת;

- מראה הפצעים שגרמו הכלואים לעצמם או שגרמו להם אחרים;

- רשימת עוולות הנמשכת עוד ועוד, תוך פגיעה באמות-מידה מקצועיות וגם חוקתיות. סוג שונה של מוסד, על אי אחר של ניו-יורק, הציג תמונה של הדרה אכזרית. באליס איילנד, בערך 50% מן המהגרים שהגיעו לאמריקה ועברו דרך גשר זהב זה, נדחו רק בגלל



החשד שהם בעלי מוגבלויות. רוחל'ה גר היתה אחת מאלה באמריקה שלאחר מלחמת העולם הראשונה, שסומנו בגיר באות "X" בשל ליקוי נפשי (או באות אחרת של האלפבית של מוגבלויות בזויות), סימון שהיה עשוי להיות בעל תוצאות של שברון לב ואף של מוות. רוחל'ה, אשר לוותה באחות אמיצת לב בשם קריינדל, הופרדה ממשפחה של עשרה ילדים ונשלחה חזרה לליטא, שם היתה השואה עתירה לגזול מהן בסופו של דבר את חייהן. הצדק נכשל; הפחד ניצח שוב.

## תחום המוגבלויות בעידן של סינגור וקבלה

תחום המוגבלויות מצוי עתה בעיצומו של עידן של סינגור וקבלה רבה יותר. במשך שלושת העשורים האחרונים נתקבלה החלטה לגבי מאות אם לא אלפי מקרים הנוגעים לאנשים בעלי מוגבלויות נפשיות. הם מכסים כמעט כל תחום של המאמץ האנושי. מאמץ משותף זה לעשות צדק לבני אדם בעלי מוגבלויות הוא אחת המורשות החיוביות ביותר של המאה ה-20. עכשיו קיימים משפט פסקים (Case Law) ומשפט סטוטורי, המגיעים מלידה עד מוות, מפשע עד עונש, מבטלה עד חינוך, מאפטרופסות עד חופש, מהדרה אזורית עד כלילה, מהזנחת ילדים עד רווחת ילדים ומאפליה עד הגדרה עצמית, כמו גם חוקים באין ספור תחומים אחרים. ללא המעורבות והמומחיות שלהם לא היה קיים גוף כזה של אישורים למדיניות פרוגרסיבית ולזכויות אדם.

המדד למהפכה זו בזכויות איננו הנפח הכולל של המקרים, התקנות וההוראות. מה שמאפיין אותה הם שינויים בדפוסי החשיבה שלנו והאסרטיביות והביטחון העולים מחדש של הסניגורים של עצמם. סוף עידן ההדרה ועבודת הצדק של התחום שלנו ודורנו - ניצחון הכלילה על ההדרה, ניצחון השיקום על הדריכה במקום, ניצחון ההגדרה העצמית על הכפייה - חורגים אל מעבר לבתי-המשפט ולייעוץ המשפטי. עתה כבר הפנימו זאת כל המסנגרים על בני אדם בעלי מוגבלויות והתומכים בהם, בני אדם הממשיכים להיות פגיעים לאדישות ולאפליה עוינת. לאחר שורה ארוכה של תצהירים וקביעות ועמדות של "ידידי המשפט" בנוגע למדיניות ציבורית, הציבו עתה ארגוני השיקום את עצמם במחנה של מתקני עוולות היסטוריות.

התחלתה של המאה ה-21 מבטיחה להיות עידן של קבלה ברמות רבות - המקצועית, החברתית והאישית. תחום השיקום איננו עוד הסינדרלה של שירותי האנוש. בעיני רבים הוא עתה האחות המועדפת והדינמית. בהשוואה לתחום בריאות הנפש, תחום המוגבלויות השכליות יצר קונסנזוס מדהים וקואליציות חזקות. הוא התנתק לגמרי מן המודל הרפואי ועיצב גישה שיקומית בין-דיסציפלינרית. יש לו קרנות וידידים במוקדי כוח המעוררים את קנאתם של רבים. נוסחאות מימון עבור שירותים לבני אדם בקהילה אינן מותנות עוד בעבודה בעלות נמוכה מזו שבמוסדות, אם המחיר הגבוה יותר מוצדק. כאשר תיאר

קליינפלד (Kleinfeld, 1997a, 1997b, 1997c) מן ה"ניו יורק טיימס", שזכה בפרס המדיה מטעם AAMR לשנת 1998, ברגישות את השאיפות האנושיות הבסיסיות של ג'יימס וָלוּז בן ה-23 להגיע לבית, למצוא עבודה ולחיות חיים רגילים, הוא סיפר על מאמץ יקר מאוד ומוצלח מאוד שעשו השירותים הקהילתיים כדי לאפשר לג'יימס חיים עצמאיים לאחר 16 שנות שהייה במוסדות. הציבור האמריקני מבין עתה טוב יותר ומוכן לתמוך במסעות כאלה לא רק לעבר עצמאות, אלא אף לעבר תלות הדדית.

גם מאבקים לחיסול רשימות המתנה צוברים עתה תנופה בארצות-הברית. לדוגמה, תוכנית החומש המקיפה של ניו-יורק מבטיחה 129 מיליון דולר כדי לשים קץ למעשה לרשימת המתנה לשירותי דיור. כדי שנוכל להעריך את עוצמתו של מפנה זה בהספקת שירותים, יש לזכור, שב-1971, כאשר בוויילוברוק לבדו שהו למעלה מ-5,300 חוסים, היו בכל המדינה רק 1,500 מיטות בתוכניות קהילתיות. היום, יותר מ-31,000 מתושבי ניו-יורק מקבלים שירותים במסגרות כאלה. דפוס זה חוזר ומופיע במדינה אחר מדינה. יחד עם ניו-ג'רזי היתה מרילנד אחת המדינות הראשונות הללו ויש לה תוכניות לשרת יותר מ-5,000 בני אדם נוספים בעזרת תקציב של 118 מיליון דולר. מרילנד כבר סיפקה 2,522 שירותים חדשים, והיא עושה זאת תוך עמידה על עקרונות של הגדרה עצמית ללקוחות ישירים ותומכת בהם בסביבות מגורים מקובלות בקהילה. עיקרה של גישת מרילנד הוא בחירה ותכנון באופני תמיכה המסייעים לבני אדם להגשים את חלומותיהם, כולל מציאת עבודה אמיתית ובית אמיתי.

כחלק מתקופה זו של קבלה ושל סינגור פורחות בריתות אסטרטגיות בין קבוצות מקצועיות למען צרכנים. קשרים הדוקים יותר בין קבוצות של אנשי מקצוע, של צרכנים ושל משפחות הם מרכיב חשוב לשינוי חברתי. לדוגמה, ה-AAMR היא חלק מן התאגיד של אזרחים בעלי מוגבלויות (Consortium for Citizens with Disabilities) CCD, קואליציה המתמקדת במדיניות. היא גם יצאה ביוזמות ספציפיות יחד עם ארגוני אחרים כדי:

- לבדוק את האפשרות למצוא שם חדש לתחום, או מאבק ציבורי לשינוי עמדות שליליות קיימות כלפי לקוחות, יהיה שמם אשר יהיה;
  - לתכנן ועידה לאומית בנושא צדק פלילי ופעילויות הקשורות לכך, כדי לתקן עיוותים מרכזיים בטיפול של המערכת בקורבנות ובעבריינים בעלי מוגבלויות שכליות;
  - לפתח כנסים משותפים עם ה-Arc (ארגון הצרכנים וההורים המוביל בתחום הפיגור השכלי בארצות-הברית) בנושאי המדיניות הציבורית ועניינים כלליים.
- שלא כמו בתחום בריאות הנפש, תחום זה לא עלה על שרטון בגלל שאלות מפלגות על עצם המציאות של הקטיגוריות המאבחנות שלנו, או על הצורך במומחיות שהתחום מספק. בני אדם מקבלים את התועלת שבשיקום, והתחום פשוט אינו מתמודד עם ויכוח מקביל לזה



שנתקלו בו לא פעם אנשי המקצוע בתחום כריאות הנפש באשר לשאלה "האם מחלת נפש היא ישות לגיטימית" (Appelbaum, 1994, p. 9).

בתחום זה קיימת הסכמה כללית על כך, שהצרכנים ראויים לקבל תמיכה להשגת אוטונומיה רבה יותר. תחום השיקום מכיר עתה במגבלות המוטלות על הדרכים, שבהן אנשי המקצוע עלולים לשלול מאנשים את זכויותיהם בשם טיפול או שיקום אחר. הספר של ה-AAMR, *A Guide to Consent* (Dinerstein, Herr and O'sullivan, 1999), כולל עצה מאוזנת בקפידה רבה בעניין שקילתם של סיכונים ויתרונות. כפי שנאמר שם, התחום "מכיר בכך, שאכן יש כאן התקדמות, בכך שבני אדם בעלי פיגור שבלי נתפסים כבני אדם שיש להם זכות לכך שהערכים שלהם והבחירות שלהם יזכו לכבוד." (שם, עמ' 125). בשעה שהוא מנסה לקבל את הסכמת המטופל ומכשיר אנשי מקצוע בדקויות שלה, המטפל חייב להיענות ל"כוחות הטמונים בכל אדם", ואל לו להירתע ממוגבלותו. ככל שייכנסו יותר בני אדם בעלי מוגבלויות לזרם המרכזי של החיים - בין בתמיכות הטבעיות שהם מקבלים, בבתים שהם מתגוררים בהם, במקומות העבודה שהם מוצאים, בבתי-הספר שהם לומדים בהם, בפעילויות הפנאי שהם נהנים מהן - כך יתקיימו יותר חופש ובחירה. על רקע השקפות וציפיות חדשות אלה, לעתים קרובות יותר ויותר תהיה פנייה להסכמתו של היחיד והיא תזכה יותר ויותר להערכה.

אפשר שתחום השיקום טרם הגיע לסוף המאבקים האידיאולוגיים, אבל המשתתפים בו לפחות השתיקו את חילוקי הדעות ביניהם והשיגו פשרות מעשיות. התערבויות שהן קיצוניות ומתנגשות בזכויות של היחיד, חייבות להיות כפופות לרמה הגבוהה ביותר של בדיקה, אם לא להימנע מלכתחילה. על התחום לחפש דרך קבע נתונים טובים יותר, הדרושים לרפורמה מעוצבת בתבונה. ה-AAMR וכתבי-העת שלו (*Mental Retardation, American Journal on Mental Retardation*) ממשיכים לספק במות לדיון ולוויכוח. על התחום למצוא גם דרכים להגיע ליתר שוויון בכוח המיקוח אצל השותפים השונים שלו, כך שיושגו תוצאות צודקות. יתרה מזו, אם לא יימצאו דרכים להגברת כוח המשיכה של אנשי המקצוע המעניקים תמיכה ישירה ולתגמל אותם באופן הוגן יותר, תחום השיקום ימשיך לאבד אחדים מטובי אנשיו ולסבול מתחלופת עובדים שתפגע בעבודה למען הצרכנים ולמען בני משפחותיהם.

בכל זה, בתי-המשפט חייבים להמשיך ולהיות יוצרי השוויון הגדולים בין בעלי הכוח לחסרי הכוח. ב-1999 פסק בית-המשפט העליון של ארצות-הברית בשישה מקרים חשובים של מוגבלות. הוא אישר שהחוק לחינוך בני אדם עם מוגבלויות (IDEA, Individuals with Disabilities Education Act) הוא המקור ל"שירותים רלוונטיים" יקרים, המאפשרים כלילה בבית-הספר (*Cedar Rapids Community School District v. Garret*, F., 1999). דבר זה הבטיח את זמינותם של התיקונים המתחייבים על-פי חוק ה-ADA (Americans with Disabilities Act) עבור בני אדם שביקשו לקבל גמלאות נכות של הביטוח הסוציאלי (*Cleveland v. Policy Management Systems*, 1999). חשיבות רבה

ביותר נודעה להחלטה המכרעת שנתקבלה, החלטה שהיא בבחינת "קו פרשת המים", במקרה של *Tommy Olmstead, Commissioner, Georgia Department of Human Resources v. L.C.*, by Jonathan Zimring, *Guardian Ad Litem and Next Friend* (No. 98-8536), לפיה ה-ADA אוסרת הפרדת מגורים על בסיס מוגבלות כצורה של אפליה. פסיקה זו אוסרת בידוד לא מוצדק של אדם במוסד לחולי נפש כאשר הוא אינו מתנגד לשחרור, ואנשי המקצוע סבורים שזהו טיפול ראוי.

ברמה הפוליטית לשאלות אלה יש חשיבות החורגת אל מעבר לקביעה המדויקת של בית-המשפט. הן היו לסיסמת הקרב של פעילים ברחובות ובמסדרונות הרשויות המחוקקות והמבצעות. לדוגמה, ב-12 במאי קיימו פעילים משמרת לילה ומחאה שקטה בצל בניין הקפיטול ובית-המשפט העליון של ארצות-הברית. עוד לפני ששמע בית-המשפט את הטיעונים אילצה תנועה זו למען הצדק 20 מדינות למשוך את ידן מתקציר של "ידיד בית-המשפט", שדרש נוסח מתון יותר של ה-ADA. הדחיפה למען שירותים המבוססים על הקהילה מתחזקת לא רק בבתי-המשפט, אלא גם בקונגרס ובבתי המחוקקים של המדינות כדי לקדם את עניין ההאצלה. שתדלנים ושופטים ממשיכים להביא להתקדמות נוספת בעזרת הכלים המשפטיים שבידיהם.

ואחרון אחרון, בני אדם בעלי נכויות וידידיהם התומכים בהם, כגון ה-AAMR, ניצחו במשפט *Olmstead v. L.C.* ב-22 ביוני 1999 פסק בית-המשפט ברוב של שישה נגד שלושה, שבידוד חסר הצדקה במוסד הוא אפליה לפי ה-ADA. עוד קבע בית-המשפט, שאין להרשות הפרדה כזאת כאשר אנשי מקצוע סבורים שחיים בקהילה הם הדבר המתאים, ואף-על-פי שניתן להסדיר השמה זו בלי שיוטל נטל כספי בלתי ראוי על המדינה. בקיצור, בית-המשפט חזר ואישר, שגם לבני אדם בעלי מוגבלויות כרוניות וקשות יש זכות לחיות בקהילה.

אף-על-פי שבית-המשפט הוא הפוסק בכל מקרה של חילוקי דעות, לעתים רחוקות בלבד הוא זה האומר את המילה האחרונה כאשר תנועות עממיות ומגמות חברתיות מצביעות לכיוון אחר. לדוגמה, כאשר בית-המשפט העליון לא אישר, במשפט של *Board of Education of Hendrick Hudson Central School District v. Rowley* (1982), לילד חירש ומבריק לקבל מתרגם לשפת החירשים וקבע לגבי כל הילדים בעלי מוגבלויות, שתוכניות לחינוך אינדיווידואלי (IEPs, Individualized Education Programs) אמורות להביא רק "תועלת כלשהי", הפרשנים חששו מפני הפסקת התנופה. אולם, לאחר 17 שנים של פרשנות משפטית מה שנבע מכך הוא, שבתי-המשפט הנמוכים יותר היו מוכנים ליישם את ה-IDEA באופן נמרץ לטובת ילדים, שנשללה מהם התוכנית היחידנית המובטחת בחוק. כך יכול היה להיות ב-1999, אם בית-המשפט העליון ינסה לרסן את ה-ADA כאשר השאלה תהיה, האם בני אדם יחיו ויתפתחו בחירות גדולה יותר. בתי-המשפט הנמוכים יותר עדיין ישתמשו בכלי פרשנות וגילוי עובדות כדי ללכת בדרך נכונה יותר. אף-על-פי שבית-המשפט תומך עתה ביישום ה-ADA כדי להגן על בני אדם בעלי פיגור שכלי או



בעלי מוגבלויות אחרות מפני אשפוז מחמיר במוסד, הרבה עדיין יהיה תלוי בפרשנות של בתי משפט נמוכים יותר למונחים רחבים ולפרטים עובדתיים. לפיכך, הזמן בשל למשא ומתן נוסף היכן שההתקדמות אפשרית והיכן שדרושה שמירה במקרים שבהם חירות הפרט נמצאת על כף המאזניים.

בזמן שנשמעו הטיעונים במשפט *Olmstead v. L.C.*, התוצאה היתה בהחלט לא צפויה. בטיעון התגלתה המוזרות של השופט השמרן סקאליה, שמתח ביקורת על הדוקטרינה של יראת כבוד מקצועית לדעות של אנשי המקצוע במדינה. "אתה מתכוון לכך, שלדעת המומחה מטעם המדינה צריך להיות יותר משקל מאשר לדעת המומחה מטעם החולה?" הוא שאל בספקנות, כאילו לא ידועה לו הדוקטרינה ארוכת הטווח של בית המשפט בעניין *Youngberg v. Romeo* (1982) באותו כיוון בדיוק. ואז, מן הכיוון הליברלי של בית המשפט בא השופט בריאר עם חיפוש המתמיד אחר הבטחה מחדש שפסיקה לטובת *L.C.* לא תוביל לתגובת יתר של המדינה שבה תושבים שבירים יידחפו החוצה למצבים מסוכנים. אבל אני בטוח בתוצאה אחת. אי-אפשר להחזיר את השעון אחורנית, מפני שהמוסדות ימשיכו להצטמצם, להיסגר, ואת מקומם יתפוס רצף של תוכניות ליווי ותמיכה יחידניות. ברמת היחיד כבר ניצחו התובעות לויס קרטיס ואליון וילסון. הן יצאו מאחורי המסך של ראשי תיבות ואלמוניות (דהיינו, *Olmstead v. L.C.* (1999)), כדי לספר לנו, שהן כבר נמצאות בקהילה. לויס עברה לשם חודשים אחדים אחרי הגשת התביעה, ואליון הצטרפה זמן קצר אחר כך. שתי הנשים מצליחות בתוכניות שלהן המבוססות על חיים בקהילה ומבקשות, שהודמנות כזאת תינתן גם לאלה הדומים להן. אליין, לדוגמה, שהתה במוסד לפיגור שכלי בשנות העשרה שלה, ולאחר מכן הושלכה 37 פעמים מבתי-חולים פסיכיאטריים לפנימיות שאינן מתאימות, ופעם אף איימו עליה שיכניסו אותה למקלט לחסרי בית. מאז יולי 1997 פרחה אליין. תחילה התגוררה בדוור קבוצתי ולאחר מכן עם שותפה בבית משלה. היא משתתפת בתוכנית הכשרה למקצוע ועולמה נראה בהיר יותר. עם סניגורים טובים לצדן ועם השגחה של אנשי מקצוע מסורים בתחום השיקום, נשים כמו לויס ואליון שוב אינן ניצבות בפני רוח-הרפאים של השלכה לתוכניות נמוכות רמה. הצדק חייב לנצח, פחד שווא חייב להיכשל.

אגודות מקצועיות נקטו עמדה עקרונית של תמיכה בצרכניות לויס ואליון, ובאלה הנמצאים במצב דומה. מבין 37 הארגונים הכלל-ארציים והאחרים שתמכו בהן בבית המשפט תפסה ה-AAMR מקום מרכזי במסמך שנשא את הכותרת "Brief for Amici Curiae American Association on Mental Retardation et al., in Support of Respondents" (תקציר לידידי בית-המשפט של האגודה האמריקנית לפיגור שכלי וכו' בתמיכה למשיבות). המחבר ועמיתיו המשפטנים, שכתבו לטובת ברית נרחבת זו, העלו מספר נקודות בסיסיות:

- רוב המדינות של ארצות-הברית כבר קיבלו על עצמן מחויבות למדיניות של שיקום

קהילתי, ואישרו בכך שניצחונן של לויס ושל אליין בבית-המשפט לערעורים לא יערער תוכניות או תקציבים של המדינות.

- המדינות אינן צריכות לבחור בחלופה היקרה ביותר של הכנסה למוסד כאשר האפשרות המתאימה ליחיד והזולה יותר של תמיכת הקהילה היא "יעילה באותה מידה, או יותר".  
- ההקשר ההיסטורי, כפי שנסקר לעיל, מראה, שהקונגרס התכוון להפוך על פיה, באמצעות חקיקת ה-ADA, את המסורת של מדיניות הפרדה.

- ההכרזה המפורשת של ה-ADA, שהפרדה לא נחוצה היא צורה אסורה של אפליה, עולה בקנה אחד עם שלושה עשורים של חקיקה פדרלית הנעשית, תקיפה יותר, המפנה עורף לבידוד ופונה לעבר שילובם המלא של בני אדם עם מוגבלויות בחיים הרגילים של קהילות. בדרך זו או אחרת אנשי מקצוע השיקום ימשיכו לעבוד למען הצדק כדי להגן על בני אדם בשלבי מעבר שונים. חייבים גם להודות לעמיתים שעדיין עובדים במוסדות על מסירותם בתקופה של מעבר. גיבורים רבים הניחו את היסודות למעבר זה וחוללו מהפכה בתחום. ענקים אלה של המאה ה-20 עשו רבות כדי להפוך על פניהן את התדמיות המכוערות של ההזנחה מצד החברה ולטפח את ההישגים של צמיחה אישית וקבלה קהילתית.

הגיבורים האמיתיים לעתים קרובות אינם זוכים לשבח ואינם מופרים. אלה הם האנשים המקבלים תמיכה והחייבים להיאבק כל יום על קבלה ועל כבוד. בני אדם בעלי מוגבלויות פשוט רוצים "להשתתף בזרם החיים". כזה היה המקרה של דייוויד דנאיין ומאמציו בפני בתי-המשפט הפדרליים. למרות שבית-המשפט זיהה אותו כ"תלמיד בעל פיגור שכלי עם תסמונת דאון", הוא היה חבר מלא בנבחרת השחייה של בית-הספר התיכון שלו בכיתות ט', י"א וי"ב. אף-על-פי שהיה השחיין האיטי ביותר בקבוצה, בתחרויות מירוץ-השליחים זכתה קבוצתו לא פעם בנקודות ודייוויד קצר את הפירות של מיומנויות חברתיות טובות יותר ושל הרגשת השתייכות לבית-הספר שלו. כאשר עלה לכיתה י"ב היה בן 19 ולפי תקנות הוועדה האתלטית הכלל-בית-ספרית של המדינה הוא לא היה זכאי עוד להשתתף לקבוצה. למרבה המזל, כולם שיתפו פעולה למען עשיית צדק לדייוויד. בית-הספר שלו פנה בבקשה לוותר על התקנה הקובעת גיל מקסימלי לזכאות להשתתף בנבחרת; הוריו דרשו להרשות לו לשחות עם הנבחרת מפני שהאיטיות שלו אינה מוסיפה לה כל יתרון בתחרויות; חבריו תמכו בו מפני שגילו לא יצר כל בעיות בטיחות לאתלטים צעירים ממנו ומפני שהוא ראוי להתחרות. אולם הוועדה האתלטית נקטה קו נוקשה ודחתה את הפנייה.

משום כך פנו הוריו של דייוויד, שהצטרפה אליהם מועצת החינוך, אל בית-המשפט בהסתמך על חוק ה-ADA ועל חוק השיקום משנת 1973. הם טענו, שבגלל המוגבלות שלו הוא נזקק לזמן רב יותר מזה שנדרש לאחרים על-מנת להשלים את לימודיו ואין לשלול ממנו את ההשפעה המרפאה של השתתפות בקבוצת השחייה. בית-המשפט הפדרלי האזורי הסכים. הוא לא רק פסק, שדייוויד הופלה לרעה אך ורק בגלל המוגבלות שלו, אלא קבע גם

שנשללו ממנו זכויותיו לפי חוק ה־IDEA, שכן השתתפותו בקבוצה היתה חלק מומלץ ביותר של תוכנית החינוך האישית שלו (*Denain v. Connecticut Interscholastic Athletic Conference*). בזמן שהוועדה האתלטית הגישה ערעור על צו זה, עונת השחייה כבר הסתיימה ודייוויד ניצח. מאחר שאיש לא יכול היה להעניש את דייוויד או את קבוצתו ולשנות למפרע את זכאותו בעונה שחלפה, מצא בית־המשפט לערעורים ששוב אין חילוקי דעות בעניין.<sup>1</sup> ניצחונו של דייוויד היה ניצחון של רבים. כאשר הלך לבית־המשפט עמדו לימינו מוריו והנהלת בית־הספר. אפילו התובע הכללי של קונטיקט תמך בו והגיש תקציר של "ידיד בית־המשפט" באשר לזכותו "להישאר בקבוצת השחייה". הם נחלו ניצחון בעניין זכותו של דייוויד להשתייך לזרם המרכזי - להיות חלק מחיי בית־הספר שלו.

### אחריות מקצועיות ותחזיות לאלף הבא

דוגמאות כאלה של סולידריות הן עדיין נדירות למדי, ואנשי המקצוע עדיין ניצבים מול משימות רבות של צדק חברתי שיש להשיגו. להלן רשימת עדיפויות של עשרה נושאים דחופים לעתיד, הדורשים התייחסות אחראית:

ראשית, חברות חייבות לחולל רפורמה במערכות המשפט הפלילי שלהן, שעודן מעין הגרלה כאשר מדובר בהגנה על זכויות של קורבנות ושל עבריינים לכאורה שהם בעלי מוגבלויות. לדוגמה, התקיפה המינית הנתעבת בג'ן רידג', נירג'רזי. התקיפה והמשפט הומחזו עבור הטלוויזיה ותועדו בספר בשם *Our Guys* (Lefkowitz, 1997). לאחר שנים של משפט ועיכובים אמר השופט: "מספיק זה מספיק. זה כבר נמשך יותר מדי זמן". הוא שלח ארבעה בריונים, תלמידי בית־ספר תיכון לשעבר, לכלא. היה זה יום של התחשבות, שהגיע סוף סוף לאחר שמונה שנים, שבהן אתלטים אלה נמלטו מעונש. אין ספק, שצדק התובע של מחוז אָסקס, רוברט לורינו, כאשר טען, ש"לבסוף נעשה היום צדק". שום אדם, ובוודאי לא נערה בגיל העשרה בעלת מוגבלויות, אינו צריך לעבור ייסורים כאלה. אנשי המקצוע חייבים לעמוד לימינו של קורבן כזה של תימרונים, פשע נתעב והסתרתו.

על אנשי מקצוע השיקום להיות גם מוכנים לעמוד לימינם של מתגוננים שהיו לקורבנות, דוגמת אנתוני פורטר, שעמד להיות מוצא להורג תוך ימים מספר באילינוי. הודות לעבודת החקירה הנפלאה של פרופסור לעיתונאות באוניברסיטת נורת'וסטרן התגלה הרוצח האמיתי והודות לעבודה המשפטית של הפרופסורים למשפטים גיימס אָליס ולורנס מרשאל, ניצלו

1. לפסקי־דין שהגיעו למסקנה מנוגדת של זכאות לפי גיל ראו: *Sandison v. Michigan High School Athletic Association*, 64 F. 3d 1026 (6th Cir. 1995); *Potigan v. Missouri State High School Activities Association*, 40 F. 3d 926 (8th Cir. 1994).



חייו של מר פורטר. תחום השיקום חייב לעבוד הרבה יותר קשה למען הצדק כאשר אדם בעל פיגור שכלי יכול לבלות 16 שנים באגף הנידונים למוות בגין פשע שלא ביצע. שנית, כדי להרחיב את השירותים ולשפרם, אנשי מקצוע השיקום חייבים להתארגן טוב יותר לקראת התחרות של המדינות בזו אחר זו על תקציבים ועל תשומת הלב של הפוליטיקאים בנוף המתפתח החדש של שירותי אנוש. כדי להצליח בעתיד, החברה תזדקק להכרה מצד המנהיגים והאזרחים שנחוץ שינוי נוסף. מן הראוי שהתחום ישאב ממאגר של תיאוריות - משפטיות, קליניות ופילוסופיות - שבכוון להמריץ אותנו. ומה שחשוב מכל, יהיה צורך בקבוצה של שחקנים שהם מחויבים לשינוי ומוכנים לפעול עד למימוש. אם ישלב תחום השיקום את כל המרכיבים הללו, הוא ישגשג באלף החדש (Appelbaum, 1994).

שלישית, יש לעצב דעת קהל חיובית כלפי המאמצים שלנו, שאם לא כן תפחת התמיכה בו. הוא מתחיל עם כמה נכסים רציניים. לפי סקר של לואיס האריס שנערך ב-1999, 87% מן האוכלוסייה יודעים על קיומו של ה-ADA. שלושה רבעים מן האוכלוסייה סבורים, שהגמלאות של תוכניות הנכות "מן הראוי שיעלו לממשלה ולעולם העסקים כספים נוספים". רוב עצום של 83% תומכים בהגדלת הזדמנויות התעסוקה לבני אדם בעלי מוגבלויות, במיוחד אם פירוש הדבר יציאה מרשימת מקבלי גמלאות ציבוריות. אבל התחום יודע, שרק חצי אחוז לכל היותר יוצא מרשימות מקבלי השלמת הכנסה (ה-SSI) לעבודה, ועליו לתמוך בצעדי חקיקה כדי להגדיל את התמריצים בשביל להשיג זאת. (ראו, לדוגמה, Incentives Improvement Act, 1999, המאפשר לאלה היוצאים מרשימות מקבלי גמלאות נכות להמשיך לקבל סיוע רפואי).

רביעית, בפני תחום השיקום ניצבת המשימה האדירה של הכנסת לקוחות נוספים לכוח העבודה התחרותי. אף-על-פי ש"כוח המשימה הנשיאותי להעסקת מבוגרים בעלי מוגבלויות בארצות-הברית" (U.S. Presidential Task Force on Employment of Adults with Disabilities) כבר ערך פגישות בחסות העיריות (Town Hall Meetings), התחום שלנו כבר יודע את מצב התעסוקה העגום של לקוחותיו. הלקוחות באמת זקוקים, כפי שהדגיש כוח המשימה, ל"מדיניות ממלכתית מתואמת ותקיפה להכנסת מבוגרים בעלי מוגבלויות לתעסוקה רווחית בשיעור שהוא קרוב ככל האפשר לזה של כלל האוכלוסייה המבוגרת" (Ogle, 1999, p. 26440). הלקוחות זקוקים עתה לעזרה תקיפה זו כדי לעצור את הקיפאון הכלכלי שלהם. במיוחד זקוקים לכך בני אדם צעירים עם מוגבלויות קשות ממגוון של רקעים לשוניים ותרבותיים, הנמצאים בסיכון גדול אף יותר להיפלט מבית-הספר ולמצוא את עצמם מובטלים. לפעול באופן צודק במגזרי התעסוקה פירושו הגדלת חלקם של בעלי פיגור שכלי בשוק העבודה בכלל העובדים בעבודה לא מוגנת מן השיעור הנוכחי של 30%. פירוש הדבר פנייה לסוגיות של נגישות לשירותי תעסוקה ותמיכה, יצירת צורות חדשות של השכלה על-תיכונית והכשרה מקצועית, שינוי עמדות המעסיקים ומלחמה באפליה. כפי שכתב הנציב פול מילר (Miller, 1999), מן הוועדה להזדמנויות

חפוקה שוות בארצות-הברית (U.S. Equal Employment Opportunity Commission), התביעות הראשונות של בני אדם בעלי מוגבלויות שכליות כבר הוגשו או יושבו, למשל ההסדר בעניין *E.E.O.C v. Hertz*. הצדק החל לנצח.

חמישית, על אנשי המקצוע לקרוא לצדק בין שהם נמצאים בעמדה נמוכה או בעמדה בכירה. הם יכולים לגייס תמיכה גם מצבא נסתר גדול של תומכים, מאחר שמדובר בעניין הגון וצודק. אחד מתומכים אלה הוא התובע הכללי לשעבר של ארצות-הברית, ריצ'רד ת'ורנבורו (Richard Thornburgh), אשר פרסם, בעת שכהן תחת הנשיא בוש, תקנה האומרת שיוצעו שירותים או תוכניות ב"מסגרת המשולבת ביותר ההולמת את הצרכים" של בני אדם בעלי מוגבלויות. מר ת'ורנבורו ובת זוגו ג'יני, הורים לבחור בעל מוגבלויות שכליות, עדיין ממשיכים לקרוא לפתוח את הכנסיות ובתי-הכנסת, מקומות העבודה ומקומות האכסון שלנו. כאשר אנשי מקצוע עדים לפגיעה בכבוד, האם ישמיעו גם הם את קולם? האם יפנו אנשי המקצוע לבריון המעליב או הגוען, כמו שעשה ג'וזף נ' ולטש, בימי השיא של רדיפת הקומוניסטים, ויאמרו להם: "אין לך שום רגש של הגינות, אדוני, אחרי כל זה? האם לא נשאר בך אף שמץ של הגינות?" תחום המוגבלויות מציג רגעים מקבילים של עימות. לדוגמה, ההיסטוריה של חקיקת ה-ADA גילתה, שגן-חיות פרטי אסר על בני אדם הלוקים בתסמונת דאון להיכנס לגן בטענה המשפילה והמגוחכת, שנוכחותם מרגיזה את קופי השימפנזה. אנשי המקצוע חייבים להגיד לשומר הגן: "אין לך שום רגש של הגינות? תחזיר אותו לך או שתישא בתוצאות משפטיות!"

שישית, על אנשי המקצוע ליישם את החזונות שלנו במציאות. פרופסור בוב שאלוק (Bob Schalock), מלומד בעל שם, ניסח זאת כך: כדי שלצרכנים יהיו הזדמנויות טובות יותר בחיים, הם חייבים להעשיר את עצמם בנחישות עצמית, בכלילה חברתית; הדגשה על כוחות ויכולות, הכרה בחשיבות הסביבות הטבעיות והתמקדות בזכויות, בשוויון ובשירותי תמיכה פרטניים. בקיצור, אלה הם ממדי היסוד של איכות חיים עבור צרכנים מבוגרים יותר, שזכו להמשגה בספר *Aging, Rights, and Quality of Life: Prospects for Older People with Developmental Disabilities* (Herr and Weber, 1991). יחליט כל בית-משפט כאשר יחליט, זיכרו שתהיה זו אחריותכם להחליט כבר בהתחלה מה ייצור את המסגרת הנאותה. חוכמתכם ותכנון התוכנית שלכם הם שיאפשרו להגשים את רצונו של הקונגרס הדובר בשם העם האמריקני, שחייבים להסיר מחסומים העומדים בפני אנשים בעלי מוגבלויות, על מנת להפוך על-פיה את המגמה ההיסטורית "לכודד ולהפריד בני אדם בעלי מוגבלויות" מן הזרם המרכזי של חיי החברה באמריקה.

שביעית, על אנשי המקצוע לעזור לנו עצמנו ליהנות משביעות רצון גדולה יותר מן החיים, אם עליהם ללמד לקחים אלה לחברינו הנחמכים. האחריות המוטלת עלינו היא ליצור מקומות עבודה וקריירות, המעודדים שיתוף פעולה, הנעה רבה, שביעות רצון מן העבודה והוגנות.

שמינית, על אנשי המקצוע מוטלת האחריות להיות פעילים מבחינה פוליטית כמו גם

לחזק את הלקוחות המסוגלים והרוצים להצביע בבחירות. אורחי ארצות-הברית המסוגלים לכך צריכים לממש את האחריות האזרחית שלהם. הגיע הזמן גם לעדכן את חוק נגישות ההצבעה של קשישים ומוגבלים משנת 1984 (Voting Accessibility for the Elderly and the Handicapped Act), כדי לשפר את הנגישות למתקני ההרשמה ולקלפיות. ב-2 במרס 1999 הציע הסנטור ג'ון מקקייין (שהיה מועמד של הרפובליקנים לנשיאות ארצות-הברית) דבר זה בדיוק. כדי שלא נקפח את המפלגה הדמוקרטית חייבים לומר, שטוני קואלו (Tony Coelho), פעיל ותיק למען המוגבלים, עמד בראש המאבק למינויו של אל גור לנשיאות. זכויות המוגבלים ומדיניות ממלכתית בעניין מוגבלות חייבות להימצא בסדר-היום הפוליטי של אמריקה.

תשיעית, לאנשי מקצוע יש אחריות גלובליות, שהם הסכימו ליטול על עצמם. לדוגמה, השליחות של ה-AAMR היא בינלאומית: להפיץ שיטות עבודה, מדיניות, מחקר וזכויות אדם אוניברסליות טובים לטובת בני אדם בעלי מוגבלויות שכליות. עדיין יש מקומות בעולם, שבהם בני אדם בעלי מוגבלויות חיים חיי סיוט. אנשי המקצוע יכולים לעזור. אנשי המקצוע חייבים לעזור. תמיכתם באמנת זכויות אדם בינלאומית, שהיא זמינה עתה לחתימתם של חברי ארגון מדינות ארצות-הברית (Organization of American States) ואשר הוצעה לאחרונה באמצעות מוסדות האו"ם בוועידה משותפת בין-אזורית של האו"ם בהונג-קונג, תקדם את הנושא.

עשירית, על אנשי מקצוע השיקום מוטלת אחריות לעסוק בסוגיה הלוחצת של הדמוגרפיה, שתכפיל עד שנת 2030 את אוכלוסייה הקשישים בעלי מוגבלויות שכליות. מוטלת עליהם עבודה קשה של תכנון ועשייה, כדי שתחום השיקום יהיה מוכן לשיא הלידות הצפוי ולדורות הצעירים יותר כאשר אלה יגיעו לגיל זיקנה ויחפשו את אותן אפשרויות פלורליסטיות לימי זיקנה נוחים, אשר אנשי מקצוע כמונו מוקירים כאזרחים מבוגרים של המאה ה-21.

מהפכת זכויות המוגבלים זקוקה לדרכים טובות יותר כדי להגן על אלה הנמצאים בשלב חייהם האחרון. אנשי המקצוע חייבים להבטיח, שכאשר בני אדם מזדקנים, הם ייכללו בקהילות ולא יושלכו לבתי אבות שבהם יתעללו בהם או אף גרוע מזה. בקהילות רבות מדי מערכות תמיכה ושירותים כלליים לזקנים אינם ערוכים למלא את צורכיהם או לתמוך בגמלאים שלהן. שתיים מלקוחות המחבר, מרי וגרייס, התנוונו במשך 50 שנה במוסד ובבית אבות קודר. הן חיות עתה בעזרת תמיכות ושירותים קהילתיים נאים. ציוריה של מרי תלויים על קיר בבית. תצלומיה של גרייס מעטרים את כריכת ספרי. הן פרחו. אנשי מקצוע חייבים לשחרר אחרים כמוהן.



## חזונות ומודלים של מופת לקיום צדק חברתי

לתחום השיקום יש חזון שיום אחד יישבו ילדים בלי או עם מוגבלויות גלויות על אותם ספסלי לימוד.

לאנשי המקצוע יש חלום, שיום אחד מוסדות נפרדים גדולים ייראו בעינינו מוזרים כמו שמוזרים לנו קרוונות רכבת נפרדים לשחורים וללבנים, שהיו נהוגים לפני מאה שנה לפי מה שנקרא טיפול נפרד אבל שווה (*Plessy v. Ferguson, 1896*). לאנשי המקצוע יש חזון, שיום אחד נשים וגברים בעלי מוגבלויות שוב לא יסבלו מפשעים איומים או מניצול מיני, אלא יזכו לאותו יחס של כבוד שכל בן אנוש זוכה לו.

יש לאנשי המקצוע חזון, שיום אחד יהיה שפע של אפשרויות בחירה והריסון העצמי יגבר על הכפייה. לאנשי המקצוע יש חזון, שמקורו בגיבורים מבוגרים יותר, שנושאי החזון החדשים ימשיכו לשאת את דגליהם. אחת מאלה היא אליין וילסון. כפי שניסחה זאת אליין וילסון, שה-AAMR תמכה בה במשפטה בבית-המשפט העליון: "חשבתי שאמות בבית-חולים ושאינ מוצא. עכשיו יש לי סיכוי לחיות כמו בני אדם אחרים. בשום פנים ואופן לא אוותר על כך לעולם. עכשיו אני יכולה לעשות החלטות, שאנשים אחרים נהגו להחליט בשבילי".

עורכת-הדין של אליין, סו ג'יימיסון הסבירה, שהלקוחות שלה "מעריכים מאוד את אנשי המקצוע שביכולתם להעניק להם הזדמנות לחיות כמו האמריקנים האחרים". לדבריה, הם "מודים לאנשי המקצוע שסללו את הדרך והסתכנו", ושאיש המקצוע האמיץ ביותר שפגשה אי פעם היה איש מקצוע בתחום הפיגור השכלי בצוות בית-החולים, שראה כאליון ובלויס בני אדם היכולים לחיות בקהילה.

מקור השראה נוסף הוא צ'רלס טרנר. הוא היה לקוח תוקפני שלי, שלא נכנע גם לאחר 63 שנה במוסדות, שהסתיימו רק עם מותו בגיל 79. צ'רלי עבד במשך עשרות שנים, שישה ימים בשבוע, מבוקר עד ערב, ללא שכר (*Herr, 1998*). בסופו של דבר השיג משרד החוק הקליני (*Clinical Law Office*) של אוניברסיטת מרילנד לצ'רלי פנסיה צנועה עבור עבודתו, כדי שיידע, שלעבודת חיו היה ערך, וכדי שיוכל ליהנות מכמה דברים הגורמים אושר, כמו חופשה, מתנות לחברתו, חליפה ללבוש בעת שקיבל פרס על סינגורו על עצמו. אלה הם כמה מתגמוליו של החופש.

תחום השיקום יכול לשאוב חזון וכוח גם מחייו ומתורתו של גונאר דיבוואד (*Gunnar Dybwad*). ב-12 ביולי 1999 אירחה אוניברסיטת ברנדייס סימפוזיון לציון יום הולדתו ה-90 של עובד למען הצדק ראוי לציון זה, שנושאו היה: "אז ועתה: שנותיו של דיבוואד והשפעתן הנמשכת". האירוע כלל הצגת שני כרכים: אוסף נאומיו (*Dybwad and Bersani, 1999*) ושורה של מסות לכבודו (*Bersani, 1999*). דברי התודה של המחבר היו:

"גונאר, אתה הסנדק של האנשים המעורבים בתחום המוגבלויות. כמו הסנדק ההוא, אתה מגיש מנחות שאנו איננו רוצים לוותר עליהן. הן כאיש מעשה והן כהוגה דעות אתה נותן תקווה לכך שנוכל לחסל את הניצול לרעה של בני אדם. אתה עודדת אותנו להאמין במה שלפני כן אי אפשר היה להעלותו על הדעת: שקיעתם של מוסדות הפיקוח והעלייה של סינגור עצמי. ב-1971, כאשר התקשרתי אליך לראשונה כדי לקבל ממך הצהרה בשבועה למשפט של *Mills v. Board of Education*, פסק-דין שהוא ציון-דרך, אשר הבטיח את הזכות לחינוך חופשי ונאות, כתבת הצהרה ראויה להיזכר, בהירה ואמיצה. השווית מתן שתי שעות לימוד שבועיות לילדים למתן שתי ארוחות בשבוע לילדים רעבים. הסברת, שכמו ששתי ארוחות בשבוע אינן מהוות תזונה מספקת, גם שתי שעות הוראה לילדים מוגבלים אינן תוכנית חינוכית. במשפט של *Stickney v. Wyatt* (1972), הסבת ביוזמתך את תשומת לבו של השופט פרנק ג'ונסון להצהרת האו"ם בעניין זכויותיהם של בני אדם בעלי פיגור שכלי (United Nations Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons, 1971). למרבה המזל, לא ביקשת תחילה את עצתי המשפטית. לא הייתי מנחש, שהשופט ישתמש בהכרזת האו"ם כנימוק לתמיכה בזכות השיקום. גונאר דיבואר, תמיד היית זמין כאשר אדם מדוכא היה במצוקה. אתה ורוזמרי מעולם לא הייתם עסוקים מכדי להציע מילת עידוד, או לתת עצה אמיצה. בשל היושר שלך והודות לחזונך האישי אכן היית כוח מיטיב בחיי ובחייהם של כה הרבה בני אדם נוספים!" (Herr, 1999). כפי שכתב אייזיק ניוטון (ב-1675): "אם הרחקתי ראות יותר מאחרים, הרי זה בגלל שעמדתי על כתפיהם של ענקים". מנהיגים בינלאומיים כמו פרופסור דיבואר הם ענקים מסוג זה, הממשיכים להיות מקור השראה אפילו על ערש דווי. כך הדגיש דיבואר לאחרונה, "עד כמה חשוב הוא להאמין ולבטוח בבני אדם, שאנו תומכים בהם, ביכולת שלהם. במשך זמן רב מדי הכשירו אותנו להיות אנשי מקצוע בדרכים השמות דגש על השלילי. עתה אנו יודעים - התנועה של סינגור עצמי מראה לנו - שכאשר ניגשים אל בני אדם מנקודת מבט חיובית, הם יכולים לפרוח באמת".

ארגונים מקצועיים כמו ה-AAMR, עם הצהרת השליחות והתוכנית האסטרטגית החדשות שלהם, עשויים להיות מקור נוסף של טוב. שכן השליחות שלה מצהירה: "AAMR מטפחת התפתחות גלובלית והפצה של מדיניות פרוגרסיביות, מחקר מבוסס, שיטות עבודה יעילות וזכויות אדם אוניברסליות עבור בני אדם בעלי מוגבלויות שכליות". בכך שהם עוסקים בתכנון מסוג זה ובקבלם על עצמם שליחות דומות, ארגונים של אנשי מקצוע בתחום השיקום יכולים להיעשות איגודים חזקים יותר, אמיצים יותר ומשקפים את עצמם. אז הם יהיו מכוונים באמת כדי לקדם מדיניות טובות, מחקר, שיטות עבודה וזכויות אדם ברמה גלובלית. לדוגמה, קבוצות שיקום חייבות לחזק במידה הנמרצת ביותר את הבריתות האסטרטגיות שלהן עם גופים של צרכנים ועם גופים ממשלתיים. באופן זה AAMR וקבוצות דומות תוכלנה להגביר את כוחן, במספר ובמיומנויות ואגב כך להביא לכלל ביטוי את היכולות, הכשרונות ונקודות המבט המיוחדים שלהן. אם אנשי מקצוע

השיקום באמת מחויבים לעבוד למען הצדק, הם אינם יכולים עוד לעשות זאת לבדם. עליהם לפעול באופן גלובלי ולהימנע מצרות אופקים, הן מבחינת המוגבלויות שהם מטפלים בהן והן מבחינת המדינות, שבהן הם שואפים לסייע למנהיגות המקצועית. עליהם גם לקבל במאור פנים סניגורים של עצמם, כדי שקולם יוכל להישמע בדיוניה של אגודה מקצועית וכדי שאנשי המקצוע יוכלו ללמוד מן הניסיון שלהם שנקנה בייסורים (Dybwad and Bersani, 1996).

זהו חלק מפילוסופיה של כלילה. על אנשי המקצוע לא רק לומר, שהם מציעים "אוהל גדול". עליהם לפתוח את היריעות ולמשוך פגימה אנשי תמיכה ישירה מקצועיים, מחנכים ושאר בעלי מקצוע מחוגי העומדים מן הצד, או חברים לשעבר, כך שהם יהיו לקוחות שלנו, חברים שלנו ומנהיגים שלנו בעתיד.

אחריות מקצועית כוללת גם היות מקור אמיץ של סינגור עתיד ידיעות, לערכאה המשפטית הגבוהה ביותר של מדינה ולקובעי מדיניות, כך שעמדות וערכים ארגוניים ייכנסו למשחק בשעה שאנשי מקצוע יצטרכו לקום על רגליהם ולהתפקד. על אנשי המקצוע להימצא "ליד השולחן", כאשר הנושאים העיקריים עומדים לדיון.

אנשי מקצוע חייבים לזכור גם את דברי החכמה של פרופסור ברט בלאט המנוח, ששום דבר הנוגע לבני אדם בעלי פיגור שכלי "אינו צריך להביאנו להאמין שהם חושבים על החופש שלהם פחות מבני אדם אחרים." (Blatt, 1987, p. 332).

זכויות נכים בנושא למאבק הן עניין אוניברסלי. המחזות המבישים, שאנשי מקצוע היו עדים להם עדיין קיימים בארצות אחרות. כדי לתקן זאת אנשי המקצוע חייבים להיעשות, בדרכיהם המיוחדות, לוחמי חופש. כל אחד יכול להביא כבוד למדוכאים, דאגה ואכפתיות לאחינו ולאחיותינו הפונים אלינו כדי לקבל אהבה וקבלה. אדם יכול להיעשות גיבור בהאמינו, כמו שאמר פעם ברט בלאט, ש"אתה יותר משומר אחיך. האמן שכל עוד אתה בעולם הזה, אתה המושיע שלו, והוא המושיע שלך." (Blatt, 1970, p. 259).

מאמר זה מסתיים בהרהורים על העמיתים הרבים ועל הקואליציות הרבות שעבדו במסירות למען הצדק ברבע האחרון של המאה. מתוך הוקרה לתקופה פורייה ומכרעת זו הודיעה ה-AAMR ב-1998, שהנושא שלה שיידון בוועידתה השנתית יהיה "החיפוש אחר חיים, חופש, חירות ואושר". במדינות רבות אנשי מקצוע וארגוניהם ממשיכים בעלייה זו לעבר חזונות מקסימים על העידן הבא של אושר כללי, שהוא הגדרה נוספת למילניום. לנושאים אלה של זכויות אדם יש באמת כוח משיכה בשביל בני אדם בעלי מוגבלויות וכשביל בני בריתם אנשי המקצוע ותומכיהם. יש בכוחם להעניק השראה לבני אדם מאינדיאנה עד ישראל, מהוואי עד הונגריה.

בימינו הצביע החוזה מרטין לותר קינג הבן על הר נוסף והכריז בלילה שקדם להירצחו: "והוא [האל] הרשה לי לעלות בהר. ואני הבטתי סביבי וראיתי את הארץ המובטחת. אולי לא אגיע אליה יחד אתכם, אבל אני רוצה שתדעו הלילה, שאנחנו, בני אדם, נגיע גם נגיע לארץ המובטחת." (King, 1963).



כתחום, אנשי מקצוע השיקום - עם לבותיהם וראשיהם הטובים - יגיעו לשם באחד הימים. כאנשי מקצוע השיקום המתמצאים היטב בזכויות המוגבלים הם יעשו זאת מהר יותר, כאשר יתלכדו יחד לעבודה למען הצדק והחירות. קריאתו של ד"ר קינג צריכה לשמש הימנן לתחום שלנו, שכן חופש אומר הרבה לבני אדם בעלי מוגבלויות, לאלה העומדים מושפלים והנרחקים לשוליים הרחוקים של החברה. מזירות של מדיניות למסגרות קליניות אנשי מקצוע כאלה יכולים להתחייב לעשות צדק ולזכור קריאה חזקה זו נגד כל צורות האפליה:

"כאשר נרשה לחופש לצלצל, כאשר נרשה לו לצלצל מכל כפר ומכל בית, מכל מדינה ומכל עיר, יהיה ביכולתנו להאיץ את בואו של אותו יום, שבו כל ילדי אלוהים, גברים שחורים כלבנים, יהודים וגויים, פרוטסטנטים וקתולים, יוכלו לשלב את ידיהם אלה באלה ולשיר את מילותיו של שיר הנשמה של השחורים: 'סוף סוף חופשיים! סוף סוף חופשיים! תודה אלוהים הכל יכול, אנו חופשיים סוף סוף!' (King, 1963).

אנשי מקצוע התומכים בבני אדם בעלי מוגבלויות באלף החדש חייבים לתת את דעתם לשאיפותיהם בעניין ההגדרה העצמית והכבוד האנושי. ידיעת זכויות האדם ותמיכה בהן הן צעד ראשון בכיוון זה. בארצות הברית, בישראל ובמדינות נוספות רבות, חקיקה חדשה וציפיות חדשות ממתונות למימושן. אבל הניסיון שנרכש מהיסטוריה זו של מעבר מהדרה לכלילה עשוי לעודד שינוי חברתי מהיר יותר באזורים רבים של העולם. מחקרים בין-תרבותיים וחליפין עשויים לסייע להפוך שינויים אלה לשינויים חיוביים יותר עבור כמעט 600 מיליון מתושבי העולם שהם בעלי מוגבלויות.

---

## ביבליוגרפיה

---

- Allard, A. Howard A.M., Vorderer, L.E. and Wells, A. (eds.) (1999), *Ahead of His Time: Selected Speeches of Gunnar Dybwad*, Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Appelbaum, P.S. (1994), *Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change*, New York: Oxford University Press.
- Bersani, H. Jr. (1999), *Responding to the Challenge. Current Trends and International Issues in Developmental Disabilities: Essays in Honor of Gunnar Dybwad*, Cambridge, Mass.: Brookline Books.
- Blatt, B. (1970), *Exodus from Pandemonium: Human Abuse and a Reformation of Public Policy*, Boston, Mass.: Allyn and Bacon.
- Blatt, B. (1987), *The Conquest of Mental Retardation*, Austin, Texas: Pro-Ed.
- Burgdorf, R. and Burgdorf, M. (1977), "The wicked witch is almost dead: *Buck v. Bell* and the sterilization of handicapped persons", *Temple Law Quarterly*, 50: 995-1034.
- Dinerstein, R., Herr, S.S. and O'Sullivan, J. (1999), *A Guide to Consent*, Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

- Dybwad, G. and Bersani, H, Jr. (1996), *New Voices: Self-advocacy by People With Disabilities*, Cambridge, Mass.: Brookline Books.
- Herr, S.S. (1979), "The new clients: Legal services for mentally retarded persons", *Stanford Law Review*, 31: 553-611.
- Herr, S.S. (1983), *Rights and Advocacy for Retarded People*, Lexington, Mass.: Heath.
- Herr, S.S. (1998), "Aging and ethics of caring for persons with developmental disabilities", Laramie, Wyo.: Wyoming Institute for disabilities.
- Herr, S.S. (1999), "Foreword", in: Bersani, H. Jr. *Responding to the Challenge: Current Trends and International Issues in Developmental Disabilities. Essays in Honor of Gunnar Dybwad*, Cambridge, Mass.: Brookline Books.
- Herr, S.S. and Weber, G. (1999), *Aging, Rights, and Quality of Life: Prospects for Older People with Developmental Disabilities*, Baltimore: Brookes.
- King, M.L. Jr. (1963), Speech at the March on Washington.
- King, M.L. Jr. (1964), Speech at Memphis, Tennessee.
- Kleinfield, N.R. (1997a), "A room of his own (series), Quest for normal life, at a price", *New York Times*, June 22, p. A1.
- Kleinfield, N.R. (1997b), "The case of the boy who itched; Institutions, electric shocks, and now, a glimmer of hope", *New York Times*, June 23, p. B1.
- Kleinfield, N.R. (1997c), "With round-the-clock-help, young man joins the world", *New York Times*, June 24, p. A1.
- Lefkowitz, B. (1997), *Our Guys: The Glen Ridge Rape and the Secret Life of the Perfect Suburb*, Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Lombardo, A. (1985), "Three generations, no imbeciles: New light on *Buck v. Bell*", *New York University Law Review*, 60: 30-62.
- Mish, F.C. et al., (1989), *Webster's Ninth New Collegiate Dictionary*, Springfield, Mass.: Merriam-Webster.
- Miller, P.S. (1999), "The Equal Employment Opportunity Commission and people with mental retardation", *Mental Retardation*, 37: 162-165.
- Ogle, R. (1999), Meeting notice of Presidential Task Force on Employment of Adults with Disabilities, Notice of Town Hall Meeting, May 14, *Federal Register*, 64, 26439-26440.
- Rivera, J. (1998), "Nation's Catholics called on to work for social justice; Bishops ask faithful to live more simply; Group elects first black vice-president", *Baltimore Sun*, Nov. 18, p. 3A.
- Ross, H. (1981), "Sterilization of the developmentally disabled: Shedding some myth-conceptions", *Florida State University Law Review*, 9: 599-643.
- Sloan, W. and Stevens, H.A. (1976), *A Century of Concern: A History of the American Association on Mental Deficiency*, Washington, D.C.: American Association on Mental Deficiency.
- Trent, J.W. (1994), *Inventing the Feeble Mind: A History of Mental Retardation in the United States*, Berkeley, Calif.: University of California Press.

**דברי חקיקה ופסיקות של בית-משפט בארצות-הברית שנוכרו במאמר**

Americans with Disabilities Act of 1990, PL 101-336 (July 26, 1990). Title 42, USC 12101 et seq.: U.S. Statutes at Large, 104, 327-378.

Incentives Improvement Act, 1999.

United Nations Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons (1971), G.A. Res. 2856, 26 U.N. GAOR, Supp. (No. 29), 93-04, U.N. Doc. A/8429.

Voting Accessibility for the Elderly and Handicapped Act of 1984, Pub. L. 98-435, 42 S.S.C. Para. 1973ee, 1973ee-1 to 1973ee-6 (1994).

Work Incentives Improvement Act of 1999.

*Board of Education of Hendrick Hudson Central School District v. Rowley*, 458 U.S. 176 (1982).

*Buck v. Bell*, 274 U.S. 200 (1927).

*Cedar Rapids Community School District v. Garret F.*, 67 U.S.L.W. 4165, 119 S.Ct. 992 (1999).

*Cleveland v. Policy Management Systems Corp.*, 119 S Ct. 1597 (1999).

*Denain v. Connecticut Interscholastic Athletic Conference*, 913 F. Supp. 663 (D. Conn. 1996), appeal dismissed 94 F 3d 96 (2nd Cir. 1996).

*E.E.O.C. v. Hertz*.

*Halderman v. Pennhurst State School and Hospital*, 446 F. Supp. 1295 (E.P Pa. 1977), aff'd 612 F. 2nd 84 (3d Cir. 1982).

*Heryford v. Parker*, 396 F. 2nd 393 (10th Cir. 1968).

*Mills v. Board of Education*, 348 F. Supp. 866 (D.D.C. 1972).

*N.Y.S.A.R.C. v. Rockefeller*, 357 F. Supp. 715 (E.D.N.Y. 1973).

*Pennsylvania Association for Retarded Children v. Commonwealth*, 334 F. Supp. 1267 (E.D. Pa. 1971), modified, 343 F. Supp. 279 (1972).

*Olmstead v. L.C.*, 67 U.S.L.W. 4567, 1999 W.L. 407380 (U.S. June 22, 1999).

*Plessy v. Ferguson*, 163 U.S. 537, 16 S.Ct 113 (1896).

*Potigan v. Missouri State High School Activities Association*, 40 F. 3d 926 (8th Cir. 1994).

*Sandison v. Michigan High School Athletic Association*, 64 F. 3d 1026 (6th Cir. 1995).

*Tommy Olmstead, Commissioner, Georgia Department of Human Resources v. L.C., by Jonathan Zimring, Guardian Ad Litem and Next Friend* (No. 98-8536).

*Wyatt v. Stickney*, 344 F. Supp. 387 (M.D. Ala. 1972), aff'd sub nom. *Wyatt v. Aderholt*, 503 F. 3rd 1305 (5th Cir 1974).

*Youngberg v. Romeo*, 457 U.S. 307 (1982).



# מי ישקם את השיקום? מדיניות השיקום בארצות-הברית ובישראל על רקע ההתפתחות ההיסטורית

מאת יחזקאל טלר\*

החברה המערבית בכללה, וזו האמריקנית בפרט, עברו בשני העשורים האחרונים מתפיסת מהות השיקום כשיקום תעסוקתי בעיקרו, אשר בלעדיו לא ייתכן שיקום, לתפיסה הוליסטית יותר של האדם הנכה, הקהילה שהוא חי בה ואיכות החיים שהוא שואף אליה. בישראל עדיין פני הדברים שונים. השתלבות בעבודה עדיין נתפסת כהצלחה הסופית בשיקום. מדיניות הממשלה, החקיקה ואופני מתן השירות של המשרדים השונים המופקדים על נושא השיקום, מעורדים, מתגמלים ונותנים תמריצים לאלה מבין הנכים המסוגלים להשתלב בעבודה. עקב כך, קבוצות שלמות של בני אדם עם נכות מוצאות ממעגל הזכאים לקבלת שירותים והם נדחקים לשוליים. במאמר נסקרת מדיניות השיקום בארצות-הברית ובישראל על רקע התפתחותה ההיסטורית. כמורכב מובאת הגדרת השיקום ומועלית השאלה, האם ישראל מתקדמת בתפיסותיה את השיקום יחד עם שאר מדינות העולם, או אולי היא דורכת במקום.

---

מבוא

---

השיקום, העוסק בטיפול בבני אדם עם נכות, קיבל משמעות שונה בעקבות השינויים שהתרחשו בתפיסות חברתיות ובערכי היסוד של החברה. תפיסת השיקום הושפעה מתנועות חברתיות שונות, שנאבקו על קידום זכויות הפרט, שוויון בין בני האדם, חובת החברה כלפי אזרחיה ובמיוחד כלפי החלשים שבה. אבל גם תמורות הזמן והתקדמות

---

\* בית-הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה.

החברה המערבית לקראת עולם מודרני, סובלני, עם מכוונות רבה יותר ליחיד, השפיעו על תפיסות השיקום.

החברה המערבית בכללותה, והחברה האמריקנית בפרט, עברו בשני העשורים האחרונים מתפיסת מהות השיקום כשיקום הקשור בעיקר בתעסוקה, שבלעדיה לא ייתכן שיקום, לעבר תפיסה הוליסטית יותר של האדם הנכה, הקהילה שהוא חי בה ואיכות החיים שהוא אליה. שימת הדגש באיכות חיים, בבירור מרכיביה ובקידום למען האדם הנכה תוך שיתוף פעולה עמו, הפכה להיות מטרה חשובה בפני עצמה של השיקום. מדדי ההצלחה בשיקום כבר אינם קשורים בתעסוקה בלבד ומדדי איכות החיים בקהילה קיבלו לגיטימציה והדגשים חדשים.

בישראל עדיין פני הדברים שונים. השתלבות בעבודה עדיין נתפסת כקריטריון עיקרי בשיקום. מדיניות הממשלה, החקיקה ודרכי מתן השירות של המשרדים השונים המופקדים על נושא השיקום, מעודדים, מתגמלים ונותנים תמריצים לאלה מבין הנכים המסוגלים להשתלב בעבודה. עקב כך, קבוצות שלמות של בני אדם עם נכות מוצאות ממעגל הזכאים לקבלת שירותים והם נדחקים לשוליים.

במאמר זה מועלית השאלה, האם בשנות האלפיים יש בתפיסות השיקום המקובלות בישראל משום מענה ללקוחות השונים בתפיסה המודרנית? האם השיקום נותן היום שירותים לאוכלוסיות שהן שוות בפני החוק ובכל הקשור לזכויות האזרח? ואם לא כך הדבר, האם לא ראוי לשאול מי ישקם את שירותי השיקום בארץ ויביא אותם לעידן המודרני המתקדם הן מבחינת זכויות הפרט והן מבחינת הטכנולוגיות והאפשרויות המוצעות לאנשי מקצוע וללקוחות גם יחד?

---

## שיקום מהו?

---

ניתן לראות את השינויים בתפיסת השיקום ובהתפתחות הגדרותיו השונות כמבטאים שינוי ערכי חברתי. השיקום הוא מושג דינמי ומשתנה בהתאם לקדימויות חברתיות הניתנות לבני אדם עם נכויות ולמשקלה של אוכלוסייה זו בקרב הנכים.

הרחבה זו של מהות השיקום רואה לפנייה את הצורך להחזיר לאדם הנכה את האחריות על חייו ולאפשר לו למצות את יכולתו באמצעות שילובו בזרם המרכזי של החיים, דהיינו מתן תעסוקה מתאימה ושימוש בשירותים הפתוחים בפני כלל האוכלוסייה. הדגש מושם בפרודוקטיביות כלכלית וביכולת להקטין את הנטל הכלכלי המוטל על החברה. בעניין זה, ביטר (Bitter, 1979) רואה בשיקום "תהליך המלמד את האדם לעזור לעצמו ולקחת אחריות על חייו. זהו תהליך הוליסטי, המקיף מישורי חיים רבים, המשפר את הדימוי העצמי ואת ההסתגלות האישית, מקטין תחושות תסכול וייאוש ומעצב עבורו תפקיד חברתי

שנמנע ממנו עד כה." (שם, עמ' 193). רייט (Wright, 1983) רואה בשיקום "תהליך דינמי המתבסס על עבודת צוות רב-מקצועי והמסייע לאדם לגלות או לשנות, ליצור או לממש את מירב הפוטנציאל האפשרי הטמון בו." (שם, עמ' 86). ברקר (Barker, 1988) הגדיר את השיקום כתהליך המנסה להשיב לאדם את יכולתו ובריאותו, כפי שהיתה לפני שנפגע, או להביאו למימוש רמתו האופטימלית האפשרית, תוך ראייה מערכתית של יחסי-גומלין בין הפרט המוגבל ובין בני משפחתו והקהילה הסובבת אותו. גולדברג (1993) רואה בשיקום "תהליך של עבודה משמרת - צירוף תהליכים וטכניקות המיועדים לשפר את תפקודו הכולל של האדם המשתקם לשביעות רצונו." (שם, עמ' 372). ואילו יום ופולר (Hume and Pullar, 1994) רואים בשיקום "תהליך המסייע לאדם להסתגל לגבולות מגבלותיו ומתמקד באופן אולטימטיבי באיכות חייו." (שם, עמ' 16). סאליבן (Sullivan, 1996) הרחיב את היריעה בהגדרתו, לפיה מדובר ב"התערבות פסיכו-סוציאלית בסביבות החיים, התעסוקה והפנאי של צרכנים לשם קידום מיומנויותיהם והצהרה על זכותם להשתתף בצורה מלאה בתהליכים קהילתיים." (שם, עמ' 217). רוזוניקו (Rozzonico, 1996) מרחיב את ההגדרה ולדעתו מדובר ב"תהליך המאפשר לאדם להשיג שינוי בעל משמעות באיכות חייו. הוא מתמקד בהעצמת האוטונומיה האישית שלו במקום לפתח תלות בתהליך הטיפול, כאשר הוא יוצק תוכן לכל ניסיון שלו למערכות חייו ולהליך השיקום האישי שלו." (שם, עמ' 59). סראצינו (Saraceno, 1997) מתייחס לשיקום כאל תהליך העובר מהתמקדות מוחלטת בפיתוח מיומנויות של המשתקם לעיסוק בפיתוח מיומנויות בקרב הקהילה, על-מנת שתוכשר לקלוט אותו בתוכה.

הגדרות אלה מדגישות את ייחודו של האדם הנכה. על השיקום להתאים לצורכי האדם הנכה, ולא דווקא לענות על צורכי החברה. האחריות לשיקומו של אדם נכה נחלקת בין האדם עצמו ובין החברה, כדי לאפשר לו לחיות בקרבה, באיכות חיים סבירה, על-פי יכולתו וצרכיו. בעבר הושם הדגש בשיקום בני אדם שיש להם נכות פיזית, שהצליחו לחזור למעגל העבודה והייצור כעזרת עובדי שיקום, ובכך תרמו לחברה מבחינה כלכלית. מאז שנות ה-70 התרחש שינוי בגישה זו וניתנה העדפה בשיקום לבני אדם שיש להם נכויות קשות, כמו נפגעי עמוד השדרה, שיתוק מוחין, פגיעות ראש ובעלי נכויות התפתחותיות ונפשיות. הגדרות השיקום הותאמו לאוכלוסייה שבקרבה טופלו, ובהתאם לכך נקבעו מטרות השיקום, משיקום תעסוקתי לחיים בקהילה והבטחת איכות חיים סבירה.

ב-1978 נחקק באמריקה החוק, שקבע עדיפויות במתן שירותי שיקום לבני אדם עם נכות קשה והתפתח זרם חדש בשיקום העצמאות של האדם בחיי היומיום שלו (Independent Living Rehabilitation, או I.L.R.). המטרה של תוכניות אלה, שפותחו עבור בני אדם נכים, לא היתה שיקום בתעסוקה בלבד, אלא הן ביקשו לאפשר לאדם הנכה להגיע למירב השליטה על חייו ולהפחית עד למינימום את תלותו באחרים. מערכת השיקום האמריקנית רואה את מטרת השיקום בהשגת עצמאותו של האדם הנכה ובשיקום הגדרתו את עצמו.



זוהי מטרת שיקום חדשה, המחוללת שינוי של ממש בהרחיבה את מושג השיקום ממטרה המתמקדת בתעסוקה למטרה המתמקדת באדם בכללותו ובאיכות חייו.

## מדיניות השיקום בארצות-הברית

### 1. סקירה היסטורית

חוקי השיקום הראשונים נחקקו בארצות-הברית והתמקדו תחילה באוכלוסיות ספציפיות. ב-1920 נחקק חוק השיקום התעסוקתי ע"ש ברדן לפולט (Barden Lafollette Vocational Rehabilitation Act), אשר עניינו שיקום חולי נפש ובעלי פיגור שכלי. נוסף על מימון שירותי בריאות אחדים, חוק זה הבטיח לאוכלוסיות אלה שיקום תעסוקתי. למעשה הועברה האחריות אל המעסיקים תוך פנייה לנכונותם להעסיק בני אדם אלה. בעקבות מלחמת העולם השנייה התרחש שינוי בתפיסת השיקום התעסוקתי. היו לכך שתי סיבות עיקריות: 12 מיליון צעירים אמריקניים גויסו לצבא ועקב כך נוצר מחסור בכוח עבודה. מאידך גיסא, היה צורך להגדיל את תפוקת הייצור לצורכי המלחמה. מחוסר כוח אדם נאלצו המעסיקים לשכך בני אדם נכים בפסי הייצור, כדי למלא את צורכי התעשייה. הם מצאו, שבאוכלוסיית הנכים הטראומטיים, כלומר אלה שנהנו מרמת תפקוד גבוהה לפני שנפגעו, קיימת יכולת טובה למדי לעבוד גם לאחר הפגיעה ולתת תפוקה טובה, למרות נכותם. בכך נפתחה הדרך להעסקת נכים בשוק העבודה.

לאחר המלחמה שבו הביתה מיליוני חיילים עם נכויות קשות, שנשארו בחיים הודות להתקדמות המערכת הרפואית הצבאית. עד תקופה זו מתו רוב הפצועים הקשים, כגון חיילים שנפגעו מאיבוד גפיים, מכוויות, מפגיעות באיברים פנימיים או בעמוד השדרה. כעת הם נותרו בחיים והיה אפוא צורך בהיערכות חדשה לשיקום הפצועים בקהילה שהם חזרו אליה.

בשנות ה-50 וה-60 תוקן חוק השיקום של 1920 והוקצבו סכומי כסף גדולים לשיקום תעסוקתי ולהכשרת כוח אדם מקצועי. ברחבי ארצות-הברית הוקמו מרכזי שיקום רבים ובאוניברסיטאות פותחו תוכניות לימוד בייעוץ שיקומי. מוקד העשייה השיקומית היה טיפול בבני אדם עם נכויות פיזיות והמטרה היתה להחזיר אוכלוסייה זו למעגל העבודה היצרנית. הדגש הושם בתועלת הכלכלית שהשיקום מציע כאלטרנטיבה לקבלת קצבאות ושירותים על חשבון משלם המסים. שירותי השיקום נדרשו להוכיח למחוקקים ולציבור, שיש תועלת כלכלית בהשקעה בשיקום. ניתן להניח, שלנכים טראומטיים היו גם מוטיבציה ושאיפה לחזור למעמדם הקודם.

ב-1973 נחקק חוק שיקום נוסף, The Rehabilitation Act of 1973, שהיה פריצת-דרך בתפיסת השיקום. החוק הדגיש את השינוי שהתרחש בסדר הקדימויות הלאומי

והמקצועי בתחום השיקום. השינויים החשובים כללו: שימת דגש בבני אדם בעלי נכות קשה; שיתוף בין הלקוח ובין עובד השיקום בבניית תוכנית השיקום; פיתוח שירותים מעבר לתעסוקה.

חוק זה הדגיש לראשונה ובמפורש, שיש לספק שירותים לבני אדם עם נכות קשה גם אם הם אינם מסוגלים לעבוד. שירותי השיקום התעסוקתי, מטבע הדברים, שמו להם למטרה לשלב את האדם הנכה בעבודה במשק התחרותי. אולם, מטרה זו לא הלמה את מצבם וצורכיהם של בני אדם בעלי נכות קשה. הטיפול השיקומי בבני אדם אלה מתמקד לא רק בכל הנוגע לתעסוקה, אלא גם במטרות של השגת עצמאות רבה יותר ובטיפול יכולתם לספק את צורכיהם בכוחות עצמם.

אבל החוק הזה לא פירט את משמעות המושג "נכויות קשות", ומשום כך נוצרה אי-בהירות לגביו. ב-1978 תיקן הקונגרס האמריקני את חוק השיקום מ-1973 והגדיר את המושג "נכויות קשות". עתה הושם דגש מיוחד בשיקום בני אדם בעלי פיגור שכלי ונכויות נפשיות (Robin and Roessler, 1978).

במהלך שנות ה-80 התחזקה הדגשת תהליך הנורמליזציה ועמה התפיסה שבני אדם עם נכויות שונות זכאים להשתלב בקהילה (ומתוך כך גם כתעסוקה הולמת) מתוקף היותם אזרחים. שיאו של תהליך זה היה ב-1990, עם חקיקתו בארצות-הברית של חוק זכויות שוות לנכים (Americans with Disabilities Act, 1991), שקבע, בין היתר, שאין להפלות לרעה, בעת קבלתו לעבודה, אדם עקב היותו נכה. חוק שוויון זכויות לנכים היה בעל השפעה בינלאומית, בעיקר בחברה המערבית, בכך שקבע סטנדרטים חדשים לזכויות אזרח, בכך שהגן על זכויותיהם של בני אדם עם נכות, ועקב הניסיון להביא את אוכלוסיית האזרחים בעלי המגבלה משולי החברה אל הזרם המרכזי שלה.

## 2. התפתחות מושג השיקום

תפיסת השיקום בארצות-הברית ובעולם המערבי כולו עברה במהלך המאה האחרונה גלגולים ושינויים בהתאם לאמונות החברתיות של כל תקופה ותקופה, ובהתאם למדיניות ולצרכים החברתיים ששררו בכל אחת מהן.

פרקר והנסן (Parker and Hansen, 1981) מתארים חמש תקופות היסטוריות של התפתחות השיקום ומציגים למעשה את ההתפתחות הדינמית של השיקום ותפיסותיו:

(1) ה של ב הר פו אי (1900-1945). בשלב זה היתה ההתייחסות לשיקום הרפואי של בני אדם בעלי נכויות והוא הוגדר כמודל רפואי-דיאגנוסטי. אז נעשה ניסיון ממשי להחזיר חולים בעלי ליקויים בתפקוד פיזי לתפקוד יציב. התערבות השירותים הרפואיים התבטאה בהספקת איברים תותבים או בהצעה לחולים להשתלב בעבודות שיסייעו להם להתמודד עם המוגבלויות שלהם. הנחת היסוד של הגישה היתה, שהרופא מכיר טוב יותר את בעיות החולים משהם מכירים בעצמם, והוא האחראי על מתן הפתרונות.

בשלב מוקדם של הטיפול הושם דגש בריפוי המגבלות הפיזיות של החולה ובהשמתו בסביבה פיזית מקבלת. היתה רק מעט התחשבות בעמדות החולים עצמם ובאופן שבו הם ראו את הצרכים שלהם.

(2) השלב התעסוקתי (1935-1955). בשלב זה הושם הדגש בהחזרת בני אדם נכים לעבודה יצרנית. העדיפות ניתנה לאיסוף, לעיבוד ולמתן מידע מתאים למשתקמים ולעזרה פעילה בהשמה בדרך המקובלת עליהם. שלב זה סימן את תחילתה של התנועה להשמה מקצועית בעבודה בארצות-הברית. כמו-כן הושם דגש בעיקר במתן הכוונה מקצועית למשתקם ובעידודו להתחיל לעבוד. תשומת-הלב הופנתה למציאת עבודה יותר מאשר להתפתחות האישית הפסיכולוגית של המשתקם. גישה זו יצרה סטריאוטיפים בסוגי העבודה שהוצעו לבני אדם נכים.

(3) שלב ההערכה הפסיכולוגית (1955-1970). בשלב זה הושם הדגש בגישתו ובעמדותיו של המשתקם ובאופן שבו הוא קולט את מצבו. הודגשה יותר מעורבות המשתקמים בהחלטות הנוגעות לשיקומם. הבסיס לגישה זו היתה הפילוסופיה האינסטרומנטלית של ג'ון דיואי (Dewey, 1965), שהשפיעה על חברי תנועת ההשמה והייעוץ השיקומי, כאשר התרחבה הדגשת חופש ההחלטה של האדם הנכה. יחד עם זאת, עדיין הושם דגש חזק בהערכת היועץ ובהשמת האדם הנכון בתפקיד הנכון.

(4) שלב הפסיכולוגיה ההתפתחותית (1955-1979). בשלב הזה החלו להדגיש את הפוטנציאל האישי של המשתקם, את הצורך בשיתוף המשתקם והעצמתו בבחירה עצמית, ובמיוחד את יחסי יועץ-משתקם. השפעה מכרעת על הייעוץ השיקומי, כמו גם על תחומים אחרים של הייעוץ והפסיכותרפיה, היתה להומניזם של קרל רוג'רס (Rogers, 1942). שלב זה לווה בהדגשה גוברת של השינויים בתפקיד היועץ. הפסיכולוגיה הייעוצית, שהופיעה אז, הדגישה טיפול התפתחותי וחינוכי, יותר מאשר את זה הרפואי, ואת ההתפתחות האישית של האדם מאשר את הפתולוגיה שלו.

למרות החשיבות שהוענקה ליחסים בין היועץ למשתקם, עדיין נותרו בעינן השפעות היועץ על הייעוץ השיקומי. ייעוץ זה המשיך להתמקד בקביעת יעדים מקצועיים, בהערכת פוטנציאל המשתקם ובסיפוק שירותים (רפואיים, מקצועיים וחינוכיים) למשתקמים והמודל הרפואי-דיאגנוסטי המשיך להיות חלק ממודל הייעוץ השיקומי. גם כאן היתה להנחות של רוג'רס השפעה מכרעת על הייעוץ השיקומי. חשיבות היחסים בין היועץ למשתקם ותפיסת עולמו של המשתקם סיפקו את הבסיס להתקדמות פילוסופית חשובה.

(5) השלב הפסיכו-סוציו-פוליטי (מ-1970 עד שנות ה-80). זה היה לב הייעוץ השיקומי. שלב זה מאופיין בהשפעה פוליטית גוברת ובמאבק פורמלי מתגבר על הזהות המקצועית. למרות שהשפעת התפיסה ההומניסטית לא נפסקה, היו מספר השפעות פילוסופיות נוספות שצברו תאוצה בשלב זה. השפעות אלה כללו מאמצים פוליטיים חזקים



להשפיע באמצעות חקיקה בתחום השיקום, על חיזוק מעמד יועצי השיקום, על אישור תוכניות חינוכיות ליועצי שיקום ולקדם את ההכרה במקצוע כמקצוע בעל השפעה פוליטית. נראה, ששלב זה הוביל בעוצמה לעבר שימת הדגש על כוחות ויכולות, על תוכניות הכשרה והגברת תשומת-הלב לתהליכי דיאגנוזה והערכה מסכמת. התקדמות זו נתמכה בחקיקה ובתמיכה כספית מצד המערכת הפוליטית.

שלב זה מייצג כנראה את הנטייה בייעוץ השיקומי לפרגמטיות, לפעולה ולטכנולוגיה. הנטייה היתה לעבר גישה ביהייבויריסטית למטרות הומניסטיות, עם הדגשה גוברת של מודלים שיטתיים של התפתחות.

---

### איכות חיים כמטרת השיקום

---

בשנות ה-80 וה-90 צמחו והתפתחו שלבים נוספים בתפיסת השיקום. החשוב בשלבים אלה היתה ההתמקדת בנושא איכות החיים של האדם הנכה בתור מטרת השיקום הפסיכו-סוציאלי. כחלק מנושא איכות החיים התפתח נושא זכויות הפרט, הסנגור העצמי, הגנה על זכויות וכדומה. מומחי המשפט בתחום זה ייצגו למעשה את ההכרה בזכותו של האדם הנכה להגשים עד כמה שניתן את צרכיו ומאווייו כאזרח מן השורה.

אין בספרות המקצועית תמימות דעים לגבי הפרמטרים המרכיבים את נושא איכות החיים. אולם, למרות הקושי להגיע להגדרה אחידה, יש הסכמה כללית על כך, שאיכות חיים מורכבת ממרכיב אובייקטיבי וממרכיב סובייקטיבי. מרבית ההגדרות של המושג איכות חיים בספרות מתייחסות לשני מרכיבים אלה, או ליחסי-הגומלין ביניהם (Felce and Perry, 1995).

המרכיב האובייקטיבי של איכות החיים מתבסס בעיקר על תנאים שהם סביבתיים בבסיסם, כגון: בריאות, רווחה חברתית, קשרים חברתיים, סטנדרטים של מגורים, חינוך, סביבת המגורים ופנאי. המרכיב הסובייקטיבי עניינו הסטנדרטים הפנימיים של הפרט. הכוונה היא לרווחה פסיכולוגית, לשביעות-הרצון של הפרט המבוססת על רווחה כלכלית, על מערכות יחסים עם הזולת, על התפתחות אישית, על הגשמה ובילוי הזמן הפנוי. ככל שהאדם שבע-רצון יותר מן המשאבים שברשותו, כך יהיה שבע-רצון יותר מן החיים, מן הרווחה, מיכולתו העצמית ומשליטתו בחייו (Shalock, Keith and Hoffman, 1989).

---

### סטנדרטים ועקרונות מנחים בספרות המקצועית

---

בספרות המקצועית נקבעו מספר סטנדרטים ועקרונות מנחים לקידום ושיפור איכות חיים אצל בני אדם עם נכות:

- (1) איכות חיים סבירה לאדם מושתתת על מבנה רב־ממדי.
  - (2) בכל אדם קיימים היבטים שונים שעיקרם בנוי ממרכיבים ביו־פסיכו־סוציאליים, הנמצאים בפעילות־גומלין מתמדת עם הסביבה שלו.
  - (3) היות שאיכות החיים מושפעת מן הממשק אדם-סביבה, הגישה ההוליסטית הכרחית לשם הבנתה.
  - (4) ההיבטים השונים של איכות חיים שווים אצל בני אדם ללא נכות ואצל בני אדם עם נכות, אף־על־פי שעוצמתם והשפעתם עשויה להיות שונה.
  - (5) נכות כשלעצמה אינה מצמצמת או מיטיבה את איכות החיים של האדם.
  - (6) למרות הדמיון בין המרכיבים אצל בני האדם, המשמעות הניתנת לאיכות החיים שונה מאדם לאדם, משום שבני אדם מעניקים משמעות שונה למרכיבים אלה. כיוון שיש להם בחייהם הזדמנויות שונות והם סובלים ממגבלות שונות, תפיסת איכות החיים היא עניין סובייקטיבי.
- המטרה של העלאת איכות החיים אינה מקרית, אלא נובעת מהתפתחויות חברתיות ותרבותיות שונות בתקופה זו (Renwick and Frieteld, 1996), בעיקר בתחומים שהם רלוונטיים לאוכלוסיות בעלות נכויות שונות:
- (א) שירותים חברתיים. השירותים החברתיים התפתחו מאוד במדינות המערב. דגש הושם בפיתוח שירותים בתחומי הדיוור, החינוך, הבריאות, בריאות הנפש, השיקום, הכלכלה ועוד, כולם במטרה להעלות את רמת איכות חייו של האדם הנכה, כמו גם להעלות את רמת השירות המוגש.
  - (ב) שוויון זכויות אדם. זכותו של האדם לקבל טיפול ולספק את צרכיו התקבלה ברוב המדינות המפותחות. ערכים של שוויון וזכויות הפרט הגדילו את האפשרויות של יחידים ושל קבוצות לחיות חיים בעלי איכות גבוהה יותר, תוך הדגשת זכותו של האדם להשתלב בקהילה כשווה בין שווים.
  - (ג) תחיקה ומדיניות. בכל מדינות המערב הורחבו החוקים והזכויות של בני אדם עם נכויות. כאמור, בארצות־הברית נחקק החוק (Americans with Disabilities, 1990), שפעל לכיוון של אל־מיסוד, ובמגמה של העלאת איכות חיי האדם הנכה בקהילה.
  - (ד) נורמליזציה. המושג התפתח לראשונה בתחום הנכויות ההתפתחותיות, במטרה להוציא בני אדם נכים ממסגרות מוסדיות ולשלבם בחיים נורמליים ככל האפשר בקהילה. משמעות המושג היא מתן תמיכה וליווי לבני אדם נכים, כולל נפגעי נפש, באופן שיוכלו ליהנות מאותם דברים שכלל האוכלוסייה נהנה מהם בקהילה, ובכך להעלות את איכות חייהם.

(ה) הו ליזם. הגישה ההוליסטית רואה בחיי האדם וסביבתו מערכת משולבת אחת. היא מדגישה את איכות החיים של האדם כחלק מהשתלבותו המלאה בסביבה, ולא כחלק נפרד מחייו.

(ו) שיקום פסיכו-סוציאלי. גישת השיקום הפסיכו-סוציאלי (Psycho-Social-Rehabilitation) התפתחה בעשורים האחרונים כדי לתת מענה לטיפול בבני אדם בעלי נכויות קשות ולשיקומם. בשנת 1977 הגדיר ארגון הבריאות העולמי את השיקום הפסיכו-סוציאלי (PSR) כתהליך שנותן לבני אדם בעלי ליקוי, נכות או מוגבלות, הזדמנות להגיע לרמה אופטימלית של תפקוד עצמאי בקהילה. כלומר, המטרה היא גם שיפור היכולות של האדם וגם יצירת שינויים בסביבה, כדי להשיג את איכות החיים הטובה ביותר עבורו. ה-PSR שואף להשיג רמה אופטימלית של תפקוד של בני אדם וחברות, להגיע למינימום של מוגבלות ולהדגיש את יכולת הבחירה של בני אדם בכל הנוגע לחייהם בקהילה.

(ז) רווחה כלכלית. ההתפתחות הכלכלית בעולם המערבי שיפרה את רמת החיים של האוכלוסייה הכללית והעלתה את איכות החיים שלה, כולל את זו של אוכלוסיית הנכים בתוכה. התפתחו מושגים כגון "הכלה" (Inclusion), שהתייחס לשילוב מלא בקהילה של אוכלוסיית הנכים, פעילות משולבת וגופים משותפים ו"תלות-גומלין" (Inter-dependency), כלומר התלות ההדדית בין האוכלוסייה הבריאה לאוכלוסיית הנכים. מושגים אלה חיזקו את המעמד של אוכלוסיית בני האדם בעלי הנכות ובכך אפשרו להם ליהנות במידה רבה יותר מיתרונותיה הכלכליים של החברה המערבית.

## השיקום בישראל

הרמב"ם, בהלכות "מתנות עניים", מדרג את שמונה המעלות שיש בצדקה. המעלה העליונה של צדקה היא למעשה שיקום: "שמונה מעלות יש בצדקה, זו למעלה מזו, מעלה גדולה שאין למעלה ממנה זה המחזיק ביד ישראל שמך ונותן לו מתנה או הלוואה או עושה עמו שותפות, או ממציא לו מלאכה כדי לחזק את ידו, עד שלא יצטרך לבריות לשאול..." (משנה תורה לרמב"ם, סדר זרעים, הלכות מנות עניים, פרק 10, משנה ז, דף 273 קל"ז), ואילו המעלה השנייה היא מתן בסתר. לפי זה ניתן לראות בשיקום ערך חברתי עליון וחובה על כל פרט לעזור בשיקומו של נזקק ולספק לו עבודה או מקור פרנסה.

מגמת השיקום החלה לפעול עוד לפני קום המדינה באמצעות ארגוני מתנדבים והמוסדות הלאומיים. אבל רק לאחר מלחמת השחרור נחקקו החוקים הראשונים: החוק לשיקום נפגעי צה"ל, שנחקק בשנת 1949, חוק הביטוח הלאומי, שנחקק בשנת 1953 ואחרים.



כידוע, בשנת 1949 הוקמה ועדת קנב כדי לגבש הצעה להקמת המוסד לביטוח לאומי. לאחר דיונים רבים קיבלה הכנסת את חוק הביטוח הלאומי, תשי"ג-1953, שכלל שלושה ענפי ביטוח: ביטוח אימהות, ביטוח זקנה וביטוח נפגעי עבודה. לכל ענף היה רציונל חברתי ערכי, שנבע ממערכת הערכים של תנועת העבודה והתבסס על דעותיהם של הוגי-הדעות של הציונות בשנים שקדמו להקמת המדינה. השפעה רבה על ערכי העבודה בישראל היתה גם לרעיונות של הקומוניזם והסוציאליזם.

חוק הביטוח הלאומי קבע, שיותקנו תקנות בדבר שיקום מקצועי. ואכן, ב-1956 הותקנו התקנות. בסעיף 3(א) נאמר: "שיקום מקצועי יינתן בדרך של הכשרה מקצועית, או בדרך אחרת, במידה שנתמלאו לגבי הנפגע התנאים האלה:

סעיף 3א(2) - עקב הפגיעה בעבודה אינו מסוגל יותר לעבודתו הקודמת או לעבודה מתאימה אחרת שידע לעשותה ושניתן להעסיק בה את הנפגע, או שהוא זקוק להכשרה מקצועית מיוחדת כדי שיהיה מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת.

סעיף 3א(3) - הוא יהיה, לדעת פקיד השיקום, מתאים לשיקום מקצועי."

קביעת השיקום התעסוקתי, דהיינו עבודה בשוק התחרותי, בתור מטרה יחידה לשיקום, הושפעה במידה רבה מהוגי-הדעות של הציונות, שראו בעבודה ערך עליון. להלן מספר ציטטות (לפי Harpaz, 1990) בנושא זה:

משה הס (1812-1875): "העבודה היא התמצית שבלעדיה חיי החברה לא יכולים להתקיים או להתפתח."

ליאו פינסקר (1821-1891): "רק אלו שאינם מכירים את המצב של היהודים... יעזו להגיד שהם מסרבים לעבוד עבודת כפיים."

נחמן סירקין (1864-1924): "עבודה בחקלאות צריכה להימדד לא רק לפי משך הזמן שלה, אלא על-פי רמת חוסר שביעות הרצון שעליו יש להתגבר."

אהרן דוד גורדון (1856-1922): "מעתה והלאה עבודה צריכה להיות האידיאל שלנו". וגם: "עלינו לשים את העבודה במרכז של השאיפות שלנו, שעליה צריך לגדל את הילדים שלנו."

חיים ארלוזורוב (1899-1933): "האדם שאינו עובד הוא יצור לא חברותי. אדם שאינו שואף להשתייך לקבוצה אנושית, לא יכול להכות שורשים בחברה, מפני שלחיות פירושו להיות יצרני."

ברל כצנלסון (1887-1944): "העיקרון של עבודה עברית חייב להיות עבודה פיזית, בכל תחומי הכלכלה". וגם: "מבחינה מוסרית, אדם חייב לעבוד בעצמו."

זאב ז'בוטינסקי (1880-1940): "משמעות העבודה היא כל עשיית מאמץ על-ידי הגוף או המוח, שמטרתו היא להרוויח למחייתו של העובד, או לעזור לזולת. כל מי שמשקיע מאמץ כזה - משתייך לקהילת העובדים."

דוד בן-גוריון (1886-1973): "בניית ארץ פירושה חזרה לעבודה... אנו לא רואים עבודה

כקללה או כחובה קשה או כאמצעי למחיה בלבד... העבודה היא חובה חברתית, חובה אנושית המגלה את הכוח היצירתי של היצור האנושי והשליטה שלו על הטבע". השפעתם של ערכי העבודה בארץ בראשית צעדיה היתה רבה, ולפיכך גם האחריות של החברה כלפי בני אדם שעבדו וסיכנו את עצמם למען המשק והחברה היתה רבה, ובתוך זה ניתן מקום מרכזי לאחריות לעזור להם לחזור למעגל העבודה.

יש לציין, שהמוסד לביטוח לאומי שינה פעמים רבות את התקנות וההוראות והרחיב את השירותים לבני אדם נכים באופן מרשים ביותר, ויחד עם זאת, הוא לא שינה מאז את מטרת השיקום - היכולת להשתלב בשוק העבודה התחרותי. ב-1974 תוקן חוק הביטוח הלאומי בעניין נכות כללית, כך שכל אדם נכה זכאי, כתנאים ידועים, לקבל קצבת נכות כללית וגם לשיקום מקצועי. גם חקיקה זו מפנה אותנו לתקנות 1956 בדבר שיקום מקצועי, דהיינו שיקום באמצעות שילוב בעבודה בשוק התחרותי, ולא כמסגרות מוגנות או כמסגרות שיקום אחרות, כפי שהדבר בא לידי ביטוי בהגדרות דלעיל.

ניתן לראות אפוא, שהמוסד לביטוח לאומי, הפועל על-פי חוק, ממשיך להגדיר שיקום באופן המצמצם את האוכלוסייה שבטיפולו רק לאלה המסוגלים באופן פוטנציאלי להגיע לעבודה בשוק התחרותי. אלה שנכותם אינה מאפשרת זאת, עוברים ניפוי מראש ומוצאים מן הטיפול השיקומי והם מופנים למסגרות אחרות מחוץ לביטוח הלאומי, האמורות לטפל בשיקום שלא על-פי חוק הביטוח הלאומי.

מצב זה אינו מתאים להתפתחויות שהתרחשו בעשורים האחרונים במדינות מתקדמות, המעדיפות לשלב את האדם הנכה בזרם החיים הכללי ולאפשר לאזרחיהן הנכים לחיות בקהילה ולמצות את איכות החיים הקיימת בקהילה. רוב מדינות המערב דואות את השיקום בהגדרה רחבה ביותר, ולא רק כשיקום תעסוקתי בשוק התחרותי.

כך קרה, שאגף השיקום במשרד העבודה והרווחה מגיש שירותים ללא עיגון בחקיקה ומתרכז באוכלוסייה השוורית, שאינה זכאית לשיקום מקצועי על-פי חוק הנכים שבמסגרת חוק הביטוח הלאומי. ואכן, ב-28 באפריל 1988 פרסם משרד העבודה והרווחה תע"ס (תקנון לענייני סעד) מס' 5.1 (הוראה 1, לפרק 5) תחת הכותרת "מדיניות משרד העבודה והרווחה בתחום שיקום מוגבלים". בסעיף 3, "אוכלוסיית היעד", נאמר, בין היתר:

"סוגי מגבלות

א. מגבלה פיזית - בגין מחלות מסוגים שונים, פציעות, קטיעות, שיתוקים, ניתוחים וכיוצא בזה, שאינם יכולים ליהנות משירותי המוסד לביטוח לאומי.

ב. מגבלה חושית - בעיקר בגין עיוורון, חירשות, כבדות ראייה, כבדות שמיעה.

ג. מגבלה נפשית - מחלה פסיכיאטרית עם הפרעות פסיכוטיות ופסיכו-נוירוטיות.

3.2 אוכלוסייה זו אינה כוללת: בני אדם עם פיגור, אוטיזם, נפגעי נפש מאושפזים, וחולים

סיעודיים וכרוניים המאושפזים בבתי-חולים. כמו-כן, נכי צה"ל אינם נכללים בשל היותם זכאים לשירותים מכוח חוק אחר."

אגף השיקום, באמצעות זרועותיו השונות, אכן יישם תקנה זו כאשר קלט במשך השנים, במסגרת מפעלי שיקום, בני אדם עם נכויות שונות, כולל בני אדם עם נכות נפשית. עד היום בערך 25% מן המועסקים במפעלים הללו הם נכי נפש.

ב-1 באוקטובר 1995 כתב מנכ"ל משרד העבודה והרווחה לוועדת תיאום עם מרכז השלטון המקומי, ש"המשרד לא יעסוק בתחום חולי הנפש בקהילה". ואכן, ב-1 במאי 1997 פורסם תע"ס חדש, מס' 5.17 (הוראה 17, לפרק 5), שנשא את הכותרת "שירותי שיקום בקהילה לגילאי 21-45". בהוראה זו פורט מה הן אוכלוסיות היעד: "בני אדם עם נכויות גופניות, חושיות או נכות התפתחותית (להוציא מצבי פיגור, מחלות נפש ואוטיזם)". כלומר, אוכלוסיית הנכים הקשים, כגון נפגעי הנפש, הוצאה מכלל הזכאים לטיפול שיקומי בידי משרד העבודה והרווחה, כולל הלשכות לשירותים חברתיים. יש לזכור, שמדובר באוכלוסיית הנכים הגדולה ביותר מבין מקבלי קצבאות הנכות הכללית מן המוסד לביטוח לאומי (30% בערך). כך קרה, שאוכלוסיות הנכים חולקו בין שלושה גורמים: המוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה והרווחה ומשרד הכריאות, שתפיסותיהם ומשאביהם שונים זה מזה.

לאור מצב התחיקה הקיים בישראל היום נשאלות השאלות האלה: האם ישראל מעוניינת להשתלב במגמות המתקדמות היום בעולם המערבי בכיוון של השקעת משאבים ומאמצים בטיפול שיקומי בבני אדם שהם נכים קשים, כולל בנפגעי נפש, או שאנו עדים לקיפאון הן בתפיסות, הן בתחיקה והן בהקצאת המשאבים בכל הנוגע לנכויות קשות? האם אנו פועלים על-פי הערכים של שוויון בפני החוק, של מילוי צורכי האדם הנכה ושל שילוב האדם הנכה בקהילה ככל האדם? האם למושגי היסוד של נורמליזציה ואינטגרציה של האדם הנכה יש ביטוי ממשי בחוק וביישומו האופרטיבי במערכות השירותים בישראל? האם השכלנו להרחיב את תפיסת השיקום כתהליך טיפול ביו-פסיכו-סוציאלי, המכוון להעלות את איכות החיים של הפרט הנכה, או שאנו ממשיכים להחזיק בתפיסה ששיקום פירושו השתלבות בעולם התעסוקה בלבד?

אם רצוננו להשתלב בהתפתחות תפיסות השיקום בעולם כולו לקראת האלף הבא, עלינו לבדוק מחדש את הגדרת השיקום ומטרותיו, את אופני היישום והפעולה שלו ואת האוכלוסיות שתקבלנה את שירותי השיקום על-פי החוק, ולשנות את החקיקה כך שתתייחס לגורמים האלה:

(1) כל אדם נכה, ותהיה נכותו קשה ככל שתהיה, זכאי לטיפול שיקומי ולשירותים על-פי יכולתו וצרכיו האינדיווידואליים.

(2) על הגופים האחראים לשיקום (כמו משרד העבודה והרווחה, המוסד לביטוח לאומי) לספק שירותי שיקום לכל בני האדם הנכים, ללא הבחנה בין דרגות הקושי של הנכות.

(3) יש לשים במוקד תהליך השיקום את טובת האדם הנכה, ולא שיקולים של טובת המערכת: המערכת קיימת לשירות האדם.

(4) יש לנסח מחדש את מטרות השיקום: משיקום תעסוקתי בלבד להעלאת איכות החיים של האדם הנכה מבחינה רפואית, כלכלית, תעסוקתית, משפחתית, חברתית וקהילתית.

(5) יש לפתח כלי מדידה לבדיקת תוצאות השיקום, כדי לשפר את תהליך השיקום באופן מקצועי.

(6) יש לבדוק את תוצאות הטיפול השיקומי לאור השגת המטרה הכללית של שיפור איכות חיי האדם הנכה על-מנת להשתלב בסביבה שהוא חי בה, בניגוד לתפיסה שראתה את מטרת השיקום בתועלת הכלכלית של שיקום האדם הנכה.

## סיכום

השיקום בעבודה הסוציאלית הוא חלק של רצף. זהו תהליך, שמטרתו לסייע לבני אדם בעלי נכות גופנית התפתחותית או נפשית להגיע לרמת התפקוד המירבית שלהם בעבודה, בחיי היומיום, תוך התייחסות לנכותם, למשפחתם, לקהילה שהם חיים בה ולחברה בכללותה (Rimmerman, 1999).

תנועת האל-מיסוד ואימוץ עקרון הנורמליזציה העלו על הפרק בהדרגה נושאים הקשורים לאיכות חיים כתשתית לשילובם של הנכים בקהילה. אם בשנות ה-70 המושג "השמה בעבודה" היה גולת-ההכותרת של השיקום, היום, עם תחילת האלף השלישי, החברה המערבית מאמצת לעצמה את הגישה ההוליסטית, המכירה במורכבות המושג "הצלחה" ובהשפעת הסביבה על אורח-חיו של היחיד. המושג איכות חיים הפך להיות פופולרי והוא מתייחס להערכה הכוללת של נסיבות חיי הפרט כפי שהוא חווה אותן. היום הנושא של העלאת איכות החיים נתפס כמטרה חשובה ביותר לכלל בני האדם ומשום כך הוא תופס גם תאוצה בתהליך השיקום של האדם הנכה.

בישראל פני הדברים שונים. עדיין מושם דגש ביכולת האדם הנכה להשתלב בעולם העבודה והיכולת להשתכר היא מרד חשוב להצלחת תהליך השיקום. בשל כך, אוכלוסיות בעלות נכויות שונות מוצאות את עצמן מחוץ למעגל השיקום. מצב דברים זה מעלה את השאלה לאן מועדות פני השיקום בישראל? האם נשתלב בעולם המודרני או שמא אנו דורכים במקום, שבויים בדוגמות שאבד עליהן הקלח?

עלינו להיות ערים לכך, שעולם הערכים החברתיים משתנה באופן דינמי, ואתו משתנות גם התפיסות המקצועיות שלנו והאופי שבו אנו בונים את כלי העבודה. לפיכך עלינו לבדוק לאורך זמן ובאופן דינמי האם אנו מתקדמים, יחד עם יתר המדינות המתקדמות, מכחינת



התפיסות, ההגדרות, קביעת המטרות, התחיקה והמדיניות, הקצאת המשאבים והפעלת תוכניות שיממשו באופן מעשי את תהליך ההתקדמות הרצוי.

## ביבליוגרפיה

- בצלאל, ח', חפץ, צ' (1987), "חוק הבטחת הכנסה, חוק המזונות (הבטחת תשלום) וחוק מס מקביל", חוק הביטוח הלאומי, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- בצלאל, ח', חפץ, צ' (1991), "ביטוח נכות" חוק ותקנות הביטוח הלאומי, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- בצלאל, ח', חפץ, צ' (1991), "ביטוח נפגעי עבודה, וביטוח נכות", חוק ותקנות הביטוח הלאומי, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- גולדברג, ד"ח (1993), "תפיסת 'שיקום' אצל חולי נפש", חברה ורווחה, יג(4): 380-367.
- מדינת ישראל (1968), חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- משרד העבודה והרווחה (1988), "מדיניות משרד העבודה והרווחה בתחום שיקום מוגבלים", תע"ס 5.1, ירושלים: משרד העבודה והרווחה.
- משרד העבודה והרווחה (1997), "שירותי שיקום בקהילה לגילאי 21-65", תע"ס 5.17, ירושלים: משרד העבודה והרווחה.
- Americans with Disabilities Act, 42 U.S.C.A. SS 12131-12165 (West 1991).
- Barker, R.L. (1988), *The Social Work Dictionary*, Silver Springs, Md.: Nasw Press.
- Bitter, J.A. (1979), *Introduction to Rehabilitation*, St. Louis: Mosby.
- Dewey, J. (1965), *Dewey on Education*, New York: Teachers College Press.
- Felce, D. and Perry, J. (1995), "Quality of life: Its definition and measurement", *Research in Developmental Disabilities*, 16: 51-74.
- Harpaz, I. (1990), *The Meaning of Work in Israel*, New York: Praeger.
- Hume, C. and Pullar, B.L. (1994), *Rehabilitation for Mental Health Problems*, Churchill Livingstone.
- Parker, R.M. and Hansen, C.E. (1981), *Rehabilitation Counseling*, London: Allyn and Bacon, Inc.
- Renwick, R. and Frieteld, S. (1996), "Quality of life and rehabilitation", in: Renwick, R., Brown, I. and Nagler, M. (eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*, London: Sage Publications.
- Rezzonico, G. (1996), "When does rehabilitation end?", *International Journal of Mental Health*, 25(2): 58-63.
- Rimmerman, A. (1999), "Rehabilitation social work in Israel: From generic social work towards specialization", in: Loewenberg, F.M. (ed.), *Meeting the Challenges of a Changing Society: Fifty Years of Social Work*, Tel-Aviv: The Council of Schools of Social Work.
- Robin, S.E. and Roessler, R.T. (1978), *Foundation of the Vocational Rehabilitation Process*, Baltimore: University Park Press.
- Rogers, C.R. (1942), *Counseling and Psychotherapy*, Boston: Houghton Mifflin.
- Saraceno, B. (1997), "Psychosocial rehabilitation as a public health strategy", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4): 10-15.
- Shalock, R.L., Keith, L.D. and Hoffman, K. (1990), *Quality of Life Questionnaire: Standardization Manual*, Hastings, Nebr.: Mid Nebraska Mental Retardation Services.

- Sullivan, P.W. (1996), *Encyclopedia of Social Work* (19th ed.), Washington, D.C.: Nasw Press.
- World Health Organization (1997), "Psychosocial rehabilitation: A consensus statement", *International Journal of Natural Health*, 26(2): 77-85.
- Wright, B. (1983), *Physical Disability. A Psychosocial Approach*, New York: Harper and Row.

# אינטגרציה חברתית של חולי נפש כרוניים: בעיה ישנה בהקשר חדש

מאת אורי אבירם\*

השינויים שהתרחשו ברפואי הטיפול בחולי נפש מחייבים היערכות חדשה על-מנת לקדם את הטיפול, השיקום והשילוב החברתי של חולי נפש קשים וממושכים בקהילה. המאמר בוחן את מצבה וצרכיה של קבוצת אוכלוסייה זו ומנסה להעריך את היקף הבעיה בישראל ואת מאפייניה. לאור יחס החברה כלפי חולי נפש, ובעזרת ניתוח התנאים המביאים לבדידותם החברתית, נבחנים הגורמים והדרכים היכולים לסייע לשילובם החברתי של בני אדם הסובלים ממחלות נפש, או לחלופין לעכבו.

---

## מבוא

---

דאגתה של מדינה לחולי נפש נחשבת אחד המאפיינים של חברה מתוקנת. הסוקר את גורלם של חולי הנפש בעבר הלא רחוק אינו יכול שלא להתרשם מן ההתקדמות שהתרחשה במערכת הטיפול בהם ובמידת האחריות שהחברה קיבלה על עצמה כלפיהם. אולם, בחינה מדוקדקת של מצבם וניתוח מידת שילובם בכל הרבדים של החברה אינם יכולים אלא להוביל למסקנה, שבני אדם אלה עדיין רחוקים מלהיכלל בזרם העיקרי של החיים החברתיים.

כל דיון המוקדש לסוגיות של אינטגרציה קהילתית והכללתן של קבוצות שוליים בחברה, שאינו נוגע בקבוצת חולי הנפש, ובייחוד אלה הסובלים ממחלות נפש קשות וממושכות

---

\* בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.  
המאמר הוצג בכנס על "Community Integration and Inclusion: Breaking the Circle of Loneliness and Isolation", שנערך בהיידלברג, גרמניה, ביוני 1998.  
המחבר מבקש להודות למעריך האנונימי של נוסח קודם של המאמר על הערותיו המועילות.

ומבעיות תפקוד חמורות בתחומים השונים של חיי היומיום, לוקה בחסר. קבוצה זו סובלת לא רק ממוגבלות, אלא גם מכדידות חברתית ומשפחתית (Goldman and Mander, 1987; Bachrach, 1988), והיא אולי אחת ה"חלשות" שבקבוצות הנמצאות בשולי החברה. מידת העניין הציבורי בה ותשומת-הלב החברתית המוקדשת לה מעטה. ניתן לומר, שהיא נמצאת ב"סוף התור" של הקבוצות הממחינות להכללתן בזרם המרכזי של החברה.

ניתוח מצבה של קבוצה זו ויחס החברה כלפיה יכולים ללמד על נושאים אלה גם בנוגע לקבוצות שוליים אחרות. אין ספק, שניתן ללמוד מניתוח זה על מידת האחריות שהחברה מוכנה לגלות כלפי החלשים בקרבה ועל רמתה המוסרית של החברה עצמה. במאמר זה יידונו מצבם וצורכיהם של חולי הנפש ומוגבלותם האישית והחברתית. כמו-כן ייבחנו יחסה של החברה כלפיהם והתנאים היוצרים את בדידותם החברתית ואת השוליות שלהם. לבסוף ינותחו הגורמים והדרכים שבכוחם לסייע לשילובם בחברה של אלה הסובלים ממחלות נפש, והגורמים המעכבים שילוב זה.

## הגדרת האוכלוסייה והיקף הבעיה

ההחלטה בדבר היקף הבעיה שעלינו להתמודד עמה תלויה קודם כל בהגדרת האוכלוסייה. מי הוא חולה נפש? את מי אנו כוללים בקבוצת היעד? ההערכות של מספרם של חולי הנפש באוכלוסייה נעות בין 1% ל-50% (Dohrenwend and Dohrenwend, 1969; Dohrenwend et al., 1980; Center for Mental Health Services and National Institute of Mental Health, 1992; Cockerham, 1996). אין ספק, שיותר מכפי שהאומדן קשור למתודולוגיה של המחקר הוא קשור להגדרה. לפני תקופת האל-מיסוד (Bachrach, 1978; Bassuk and Gerson, 1978) לא היה קושי להגדיר את האוכלוסייה של חולי הנפש הכרוניים והקשים. מכיוון שמרבית חולי נפש אלה אושפזו בבתי-חולים פסיכיאטריים ושהו שם תקופות ארוכות, או אף כל חייהם, נעשתה הקבלה בין עצם המחלה והמוגבלות ובין האשפוז, והאוכלוסייה הוגדרה ואותרה על-פי הגורם שנתן שירות, בית-החולים לחולי נפש (Deichtman, French and Weerts, 1981; Bachrach, 1988). במצב החדש שנוצר לאור שינוי דפוסי הטיפול בחולי נפש, הקריטריון של אשפוז כקריטריון יחיד להגדרת חולי נפש כרוניים חדל להיות מספק.

הצורך בהגדרה שתתאים למצב שנוצר היה חיוני הן בגלל המחקר האקדמי שעסק באוכלוסייה זו והן בשל החשיבות בתכנון שירותים לחולי נפש כרוניים וקביעת האוכלוסייה הזכאית לשירותים אלה. בארצות-הברית, למשל, תוכניות רחבות היקף לטיפול בחולי נפש קשים בקהילה, כמו תוכנית התמיכה הקהילתית (Community Support Project) של המכון הלאומי לבריאות הנפש (National Institute of Mental Health, 1977; 1987),



ותוכנית הקרן על-שם רוברט ווד ג'ונסון לטיפול בחולי נפש כרוניים (Aiken, Somers and Shore, 1986) כללו הגדרות ברורות של אוכלוסיית היעד.

המושגים "חולי נפש כרוניים" (chronically mentally ill), "חולי נפש ממושכים" (long term mentally ill) ו"חולי נפש קשים וממושכים" (severely and persistently mentally ill) משמשים חליפות לתיאור דומה, תוך הדגשים שונים של אפיונים אחדים של האוכלוסייה (Schinaar, Rothbard, Kanter and Jung, 1990). קבוצה זו של חולי נפש מאופיינת בדרך-כלל בהיסטוריה של אשפוזים או טיפולים פסיכיאטריים רבים או ממושכים, במוגבלות תפקוד המתמשכת לאורך תקופה ארוכה או במשך כל החיים, וברמה גבוהה של צרכים רפואיים ופסיכו-סוציאליים (Tessler and Goldman, 1982; Barker et al., 1992).

בסקירתם על הספרות העוסקת באוכלוסייה זו מצאו שנער ועמיתיו (Schinaar, Rothbard, Kanter and Jung, 1990) הגדרות שונות שהופיעו במהלך שנות ה-80. ניתוח ההגדרות מצביע על הבדלים גדולים ביניהן בעיקר כאשר מדובר בהגדרות האופרטיביות של אוכלוסייה זו (Schinaar, Rothbard, Kanter and Adams, 1990; Schinaar, Rothbard, Kanter and Jung, 1990). בשל כך הובעו הערכות שונות על היקף הבעיה ועל הקושי הכרוך באיתור האוכלוסייה הזכאית לשירותים ובקביעת גודלה. למרות השוני בין ההגדרות הרבות של "חולי נפש כרוניים", ניתן ללמוד מהן שהיתה בעשור האחרון הסכמה מושגית כמעט כללית לגבי שלושה ממדים עיקריים הכלולים בהגדרת האוכלוסייה:

(1) אבחנה פסיכיאטרית (Diagnosis). קיימת הסכמה רחבה על כך, שבמושג "חולי נפש כרוניים" נכללים בני אדם שאובחנו כחולים באחת ממחלות הנפש החמורות הגורמות בדרך-כלל הפרעה רצינית בחיים ומוגבלות קשה.

(2) נכות ומוגבלות תפקודית (Disability). מרבית הגדרות הנכות מתכוונות למוגבלות תפקודית (functional incapacity) ולקושי למלא תפקידים אינסטרומנטליים (בדרך-כלל בתחום התעסוקה או במילוי תפקידים בבית ובמשפחה). מבחינה אופרטיבית אפשר להגדיר נכות כרונית על-פי הזכאות לקצבת נכות או לקצבת הבטחת הכנסה עקב מחלת נפש, או עקב אי-יכולת להשתכר כתוצאה ממחלת נפש. רשויות הביטוח הסוציאלי בארצות-הברית קבעו, שזכאות להשלמת הכנסה (Supplemental Security Income, או SSI) נקבעת אם האדם אינו מסוגל, בשל הפרעה, ליטול חלק בכל פעילות חיובית ומועילה במשך תקופה ממושכת של שנה לפחות (U.S. Social Security Administration, 1988). חוק הביטוח הלאומי בישראל מגדיר זכאות לקצבת נכות על-פי שני מבחנים: נכות רפואית ואובדן, או צמצום, כושר השתכרות כתוצאה מנכות זו (חוק הביטוח הלאומי (תיקון 50), התשמ"ג-1983).

(3) משך תקופת המחלה והמוגבלות (Duration). התנאי של התמשכות הבעיה,

הליקוי, או הנכות, כתוצאה ממחלת נפש, מופיע במרבית ההגדרות של חולי נפש כרוניים. יחד עם זאת, יש לא מעט אי-הסכמה לגבי אורך התקופה בהגדרת הקריטריונים הספציפיים למדידתה. מרבית ההגדרות מקבלות את ההנחה, שאשפוז מתמשך בבית-חולים לחולי נפש או במוסד אחר כתוצאה ממחלת נפש, במשך שנה ויותר, מצביע על כרוניות. מקובל גם לראות בכמה אפיזודות אשפוז קצרות במשך תקופה ספציפית אינדיקציה לכרוניות (National Institute of Mental Health, 1977; Goldman, Gattozi and Taube, 1981). גם הימצאות בטיפול פסיכיאטרי מרפאתי מתמשך על-פני תקופה של שנה או שנתיים עם אבחנה של מחלת נפש מקובל במרבית ההגדרות כאינדיקציה לכרוניות (Krause and Salvinski, 1982; Schinaar, Rothbard, Kanter and Jung, 1990).

יש המעריכים, שקרוב למחצית מן האוכלוסייה יסבלו ממחלת נפש כלשהי במהלך חייהם (Kessler, et al., 1994). אין ספק, שרבים יסבלו ממחלות פחות חמורות (mild) ואחוז הסובלים מן המחלות הגורמות מוגבלות חמורה קטן אף יותר מזה. על-פי הערכות שנעשו בעשור האחרון במדינות מפותחות, אחוז חולי הנפש הממושכים והקשים מגיע קרוב ל-2% מן האוכלוסייה (Center for Mental Health Services and National Institute of Mental Health, 1992). מדובר בבני אדם הסובלים ממחלות נפש קשות (פסיכוזות-סכיזופרניה, מניה דפרסיה וכו'), הפוגעות בצורה חמורה בתפקודם ובאיכות חייהם, פגיעה הנמשכת במקרים רבים זמן ממושך.

מאמר זה יעסוק במיוחד בקבוצת אוכלוסייה זו. אין להסיק מכך, שבני אדם אחרים הסובלים אף הם ממחלת נפש אינם זקוקים ואינם ראויים לטיפול ולדאגה מצד החברה. אולם, הקבוצה שהמאמר מתמקד בה היא המוגבלת ביותר, הבודדה ביותר, החלשה ביותר, הדחוייה ביותר וגם הנושאת בסטיגמה הקשה ביותר מבחינה חברתית. הן מבחינת המדיניות הציבורית והן לאור שיקולים מוסריים, מן הראוי שנתחיל ונעסוק בה.

## היקף הבעיה בישראל

במחקר שנערך לאחרונה על חולי נפש כרוניים בישראל (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1996, 1998), על-פי האומדן שנערך, 1.2% מן האוכלוסייה הבוגרת סובלים מנכות זו. המחקר עסק בחולי נפש בגילים 18 עד 65. כמוכן שאין להתעלם גם מילדים ומזקנים הסובלים ממחלות נפש, אולם אלה מייצגים בעיות מושגיות ומתודולוגיות לא פשוטות ויש קושי לאמוד את היקף הבעיה בקבוצות אוכלוסייה אלה. מכל מקום, הקבוצה שנחקרה מהווה ללא ספק את עיקר האוכלוסייה ואת האתגר העיקרי לחברה בכלל ולשירותים הרפואיים והסוציאליים בפרט.

המחקר התייחס לאוכלוסייה שבטיפול או כזו שהרשויות הכירו בה (treated cases). קרוב לודאי, שאילו נערך מחקר קהילתי רחב היקף (community study), היו מאתרים

מקרים נוספים, בעיקר במגזרים אחדים באוכלוסייה, הנמנעים בחלקם מלפנות לשירותי בריאות הנפש או שאינם זוכים לטיפול בהיקף הראוי, כמו המגזר הערבי והמגזר החרדי. יחד עם זאת, על-פי דפוסי הטיפול והשירות הפסיכיאטרי בארץ, קשה להניח, שחולי נפש כרוניים לא היו מגיעים לרשות רפואית או חברתית. הנחה זו מתחזקת לאור ממצאיו של סקר קהילתי ארצי של חולי נפש שערכו דורנווד ועמיתיו (Dohrenwend et al., 1992). לפי דיווח (שלא פורסם) של עורכי הסקר, למעשה רוב מכריע מבין אלה שאובחנו בידי המראיינים כסובלים מסכיזופרניה דיווחו על פנייה לשירותים פסיכיאטריים בעבר. לפיכך סביר להניח, שגם אם יהיו חולי נפש כרוניים אשר אינם מוכרים לרשויות המטפלות, מספרם יהיה זעיר.

שני הקריטריונים האופרטיביים להגדרת האוכלוסייה היו:

(1) היסטוריה של אשפוז כרוני.

(2) מוגבלות תפקודית כרונית.

על-מנת לאתר את האוכלוסייה נעשה שימוש בשני מאגרי מידע עיקריים: קובץ המאושפזים של משרד הבריאות וקובץ מקבלי קצבאות נכות של המוסד לביטוח לאומי. המאגר של משרד הבריאות כולל את כל מי שאושפז במתקן פסיכיאטרי החל משנות ה-50 (פופר, 1981). כל מי שאושפז בעשר השנים האחרונות למשך 6 חודשים רצופים או יותר, או שהיה מאושפז באותו פרק-זמן במשך 3 חודשים לפחות, או שצבר בשנתיים האחרונות 6 חודשי אשפוז, הוגדר במחקר כחולה נפש כרוני.

הקריטריון השני התייחס למקבלי קצבת נכות בגין סיבות פסיכיאטריות (כאשר סעיפי הליקוי הפסיכיאטרי תרמו לרמת הנכות הרפואית 30% או יותר) במשך למעלה משנה. הנתונים הופקו מקובץ המוסד לביטוח לאומי של תובעי קצבה על-פי חוק ביטוח נכות (חוק הביטוח הלאומי, 1973; 1983). לקבוצות אלה נוספו, על-פי אומדן המתבסס על ממצאי מחקר שנערך בירושלים, חולי נפש כרוניים המקבלים טיפול מרפאתי, אשר לא ענו על אף אחד משני הקריטריונים הללו.

על סמך הגדרות אלה ניתן לחלק את חולי הנפש הכרוניים לשלוש קבוצות עיקריות: אלה העונים על קריטריון של היסטוריית אשפוז כרונית בלבד; אלה העונים על קריטריון של נכות כרונית בלבד; ואלה העונים על שני הקריטריונים גם יחד. בנוסף לאלה היתה כאמור קבוצה נוספת של מקבלי טיפול מרפאתי, שלא ענתה על אף אחד משני הקריטריונים העיקריים של המחקר.

האפיונים היותר ספציפיים של האוכלוסייה הופקו ממחקר מעמיק יותר שנערך על אוכלוסיית ירושלים בלבד (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1996). מן הראוי לציין, שהיתה חפיפה חלקית בין הקבוצות שענו על כל אחד משני הקריטריונים העיקריים של המחקר: 36% ענו על שני הקריטריונים העיקריים; 40% ענו על קריטריון של היסטוריית אשפוז בלבד (למרות שחלק מהם קיבלו קצבת נכות, אך לא קצבה כרונית על-פי הגדרתנו); 24% ענו על קריטריון של קבלת קצבה בלבד (למרות שחלק מהם היו מאושפזים, אך לא ענו על

הקריטריון של אשפוז כרוני). ראוי לציין גם, שרק 10% מכל האוכלוסייה שנחקרה לא התנסו אף פעם בחייהם באשפוז פסיכיאטרי.

מכיוון שדיווח מפורט על הממצאים מצוי כבר במקורות אחרים (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1996; 1998), כדאי להדגיש רק את שלושת הממצאים העיקריים:

(1) כפי שצוין, אחוז חולי הנפש הכרוניים באוכלוסייה הבוגרת מגיע ל-1.2%. דהיינו, 12 בני אדם מתוך 1,000 נכללים בקבוצה זו. אמנם מספר זה מתיישב עם ממצאים ממדינות אחרות, אבל מן הראוי להדגיש, שמדובר בקבוצה גדולה למדי. בישראל, שמספר תושביה מגיע ל-6,000,000 בערך (מהם היו בשנת 1996 בערך 3,250,000 בגילאי המחקר), מדובר ב-36,000 חולי נפש כרוניים בערך. אם משתמשים בקריטריון שמרני יותר, האחוז באוכלוסייה מגיע ל-1%.

(2) חלק גדול מקבוצה זו סובל מנכויות ומוגבלויות קשות (על כך ידובר בהרחבה בהמשך).

(3) בערך 90% מן האוכלוסייה שנחקרה מצויים בכל יום נתון בקהילה (אף-על-פי שבערך שליש מהם יאושפזו במהלך השנה).

מספרם הגבוה של חולי הנפש באוכלוסייה, העובדה שמרביתם סובלים מנכויות ומוגבלויות קשות ושמרביתם מצויים בדרך-כלל בקהילה, כל אלה מציבים בפני החברה אתגר. האם אנו מספקים להם שירותים ראויים בקהילה? האם אנו עושים את הדרוש כדי לכלול אותם בתוכנו ולאפשר להם איכות חיים ראויה?

## אפיונים ומוגבלויות

האוכלוסייה שמאמר זה עוסק בה סובלת ממוגבלות תפקודית וחברתית רבה. מחקרים גילו, שהיא סובלת לא רק מן המחלה ומן הנכויות הנגרמות כתוצאה ממנה, אלא גם מעוני ומהעדר משאבים חברתיים (Talbott, 1978, 1984; Tessler and Goldman, 1982; Freedman and Moran, 1984; Barker et al., 1992). מכיוון שראשיתה (onset) של הסכיזופרניה, למשל, מתרחשת בגיל צעיר, אנו עוסקים באוכלוסייה שלא הספיקה לרכוש השכלה נאותה, בעת שבני גילם עשו זאת, השכלה שהיתה מכינה אותם לחיים. חלק לא מבוטל מהם לא הקימו משפחה, או שבגלל המחלה לא נשאר במסגרת משפחתית ואינם נהנים מן התמיכה היסודית שמשפחה מעניקה. בגלל אופיה של המחלה והסטיגמה הקשורה בה, הרשת החברתית התומכת בחולים אלה קטנה מאוד, אם היא קיימת בכלל. לא בכדי, כאשר מדברים על שיקומם מעדיפים להשתמש במושג "Habilitation" על-פני המושג "Rehabilitation", שכן יש להתחיל מן ההתחלה: יש להקנות להם השכלה, כישורים וקשרים שלא היו להם בעבר.



במחקר נמצא, ש-80% אובחנו באחת מן האבחנות הפסיכוטיות; 90% לא עבדו; 75% מן האוכלוסייה קיבלו קצבת נכות ומבין אלה קיבלו 95% קצבה כרונית (צמיתה). מרביתם (60%) איבדו 100% מכושר ההשתכרות שלהם (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1996; 1998).

## שינוי דפוסי הטיפול בחולי נפש

כאמור, המחקר מצביע על כך שמרבית אוכלוסיית חולי הנפש הכרוניים נמצאת בקהילה. לפני 40 שנה בערך המצב היה שונה. מרבית חולי הנפש הכרוניים נמצאו אז בבתי-החולים לחולי נפש וחלק לא מבוטל מהם היו נשאים שם עד סוף ימיהם. אולם, מאז שנות ה-60 של המאה העשרים התרחש שינוי מהותי בדפוסי הטיפול בחולי נפש ובהתמודדות החברה עם בעיית חולי הנפש הקשים והממושכים (Goldman, 1983; Bachrach, 1988; Aviram, 1990; Mechanic, 1999).

רבים מן החולים הכרוניים שוחררו לקהילה ורבים, שהיו מגיעים לאשפוז על-פי הדפוסים שהיו קיימים בעבר, שוב אינם מתקבלים לבתי-החולים. שערי בתי-החולים לחולי נפש נפתחו לרווחה ושוחררו מהם חולים רבים שאינם מסוכנים עוד; מצד שני, בתי-החולים האלה נסגרו ושוב אינם קולטים חולים שאינם נחשבים מסוכנים או שניתן לטפל בהם בקהילה. בעוד שבעבר היה בית-החולים לחולי נפש מקום הטיפול היחיד בחולי נפש כרוניים, היום חולים אלה הם צרכנים בכוח או בפועל של שירותי בריאות נפש קהילתיים. לאור המגמות והמדיניות של אל-מיסוד (Deinstitutionalization), היחה ירידה חלולה במספרם ובשיעורם של חולי נפש המאושפזים בבתי חולים לחולי נפש (Bassuk and Gerson, 1978; Goldman, 1983; Mechanic and Rochefort, 1990). למרות שישראל השתתה באימוץ מדיניות של אל-מיסוד (אבירם, 1983), ניכרת בה מאז סוף שנות ה-70 מגמה של שינוי (פופר והורוביץ, 1989; אבירם, 1991; אבירם ורוזן, 1998). שיעור המאושפזים בבתי-החולים הפסיכיאטריים בארץ ירד בעשרים-וחמש השנים האחרונות ב-55% בערך: בעוד שב-1970 היה שיעור המאושפזים ל-1,000 נפש באוכלוסייה 2.7, ב-1998 הוא ירד ל-1.2 (משרד הבריאות, 1997; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1997; אבירם ורוזן, 1998).

תופעת האל-מיסוד היא שינוי המדיניות הבולט ביותר ביחס לחולי נפש במחצית השנייה של המאה ה-20 (Lerman, 1982; Goodwin, 1997). תופעה זו נבעה מקונפיגורציה של גורמים שונים (Aviram, 1990; Mechanic and Rochefort, 1990; Grob, 1995). הגורמים העיקריים לתופעת האל-מיסוד היו:

- (1) אכזבה מבתי-החולים ומשיטת הטיפול הכרוך באשפוז.
- (2) ממצאי מחקרים וכתבות באמצעי התקשורת על התנאים הלא-אנושיים השוררים בבתי-חולים לחולי נפש ועל הטיפול הגרוע הניתן בהם.

- (3) גידול בעלויות האשפוז והתרחבות סוגי האוכלוסיות המאושפזות.
- (4) פיתוח טכנולוגיות חדשות לטיפול בחולי נפש, כמו התרופות הפסיכואקטיביות והרחבת השימוש בהן.
- (5) התרחבות מדינת הרווחה ושיעור הגמלאות והשירותים הניתנים לאוכלוסיות נזקקות ומוגבלות.
- (6) תנועת זכויות האזרח ומגמות הדמוקרטיזציה בחברה.

חוקרי מגמות האל-מיסוד טוענים, שמבחינה פוליטית "ברית לא קדושה" הביאה לשינוי המדיניות. מטרות שונות ולעיתים אף מנוגדות הינחו את השותפים ב"ברית" זו (אבירם, 1988). הכוחות שחברו יחד והביאו לאל-מיסוד היו אלה:

- (1) אנשי מקצוע, שסברו שטיפול בקהילה טוב יותר מטיפול בבית-חולים.
- (2) אנשי זכויות האזרח וליברלים מתקדמים, שלחמו נגד כפיית האשפוז ובעד זכויות חולה הנפש והמוגבל.
- (3) אלה שסברו, שטיפול בקהילה הומני יותר.
- (4) אלה שחשבו שטיפול בבית-חולים עולה הרבה יותר מדי.
- (5) אלה שסברו, שהמשל המרכזי צריך לחדול מלספק שירותים ישירים לאוכלוסייה.
- (6) אלה שסברו על רקע אידיאלוגי, שמן הראוי לצמצם את מערכת בריאות הנפש.

אנו רואים אפוא, שקבוצות שמרניות ורדיקליות-ליברליות חברו כאן יחד וחוללו את השינוי. כאשר השתנו הנסיבות שהביאו לצמיחתה של התנועה לאל-מיסוד, התפרקה "הברית" והתמיכה הציבורית במגמות החדשות פחתה במידה רבה. בהעדר תמיכה ומשאבים לא ניתן היה להקים בקהילה מערכת חלופית ראויה במקום מערכת הטיפול בבתי-החולים.

---

### התוצאות השליליות של מגמות האל-מיסוד

---

בעקבות מגמות האל-מיסוד התברר, שרבים מאלה ששחררו מבתי-החולים לחולי נפש או מאלה שלא התקבלו לאשפוז למרות מחלתם, לא זכו לטיפול הולם במסגרת הקהילה. הספרות שבחנה את תוצאות מדיניות האל-מיסוד הצביעה על תופעות של חולי נפש מחוסרי דיור (Bassuk, 1984; Lamb, 1984; Bachrach, 1992), על חולי נפש ששחררו מן ה"מחלקות האחוריות" של בתי-החולים ומצאו את עצמם בסמטאות הנידחות של הקהילות (Aviram and Segal, 1973; Lamb, 1979). על קרימינליזציה של חולי נפש

(Issac, Teplin, 1991; Torrey et al., 1992) ועל הזנחה כוללת של חולי הנפש הכרוניים (and Armat, 1990; Grob, 1995) רבים טענו, שהרפורמות המשפטיות והחוקיות שהיו אמורות להגן על זכויות האזרח של חולי הנפש למעשה מנעו מהם את הטיפול הדרוש להם (Treffert, 1973; Appelbaum and Gutheil, 1979; Appelbaum, 1994).

תופעות כמו "הדלת המסתובבת" של חולי נפש שאושפזו לתקופות קצרות, שוחררו ואושפזו מחדש, ושל "חולי נפש כרוניים צעירים" (Pepper and Ryglewicz, 1982), החלו להעסיק את רשויות הבריאות והרווחה. בנוסף לשאלות הנוגעות להעדר טיפול ודאגה נאותים לחולי הנפש החלו להישמע יותר ויותר קולות של גורמים בחברה שהוטרדו מהפרעות לסדר הציבורי התקין, שגרמו לחולי נפש בקהילה. גם סוגיות של פיקוח חברתי החלו להעסיק את הציבור (Krauthammer, 1985; Boorstin, 1986; Pierce, Durham) (and Fisher, 1986; Aviram, 1990).

כתוצאה ממדיניות האל-מיסוד נעשה הנטל על משפחות חולי הנפש הרבה יותר כבד (Hatfield, 1978; Goldman, 1982). רבים מחולי הנפש ששוחררו או שלא התקבלו לטיפול בבתי-חולים לחולי נפש התגוררו עם משפחותיהם והכבידו לא מעט על בני משפחתם, בעיקר נוכח העדר שירותים בקהילה (Spaniol and Zipple, 1986; Gubman) (and Tessler, 1987).

על-מנת להתמודד עם האתגר שנוצר בעקבות מגמות האל-מיסוד, החברה היתה צריכה להקצות משאבים ולפתח שירותים קהילתיים ולתאם ביניהם, אבל היא לא הצליחה ליצור מערכת מתואמת של שירותים כוללניים, מקיפים ומתואמים לטיפול בחולי נפש בקהילה (Mechanic and Rochefort, 1990; Grob, 1995).

---

### גורמים המסייעים לשילובם של חולי נפש

---

אמנם הידע על הגורמים למחלות נפש, על מהלך המחלה, על הטיפול בה ועל השיקום עדיין מוגבל, אבל ברשותנו לא מעט ידע שיכול להנחות אותנו. עוד בשלבים המוקדמים של מגמות האל-מיסוד עמדנו על מספר גורמים מרכזיים המשפיעים על שילובם של חולי נפש בקהילה (Segal and Aviram, 1978). גורמים אלה הם:

- (1) יחס חיובי של שכנים.
- (2) מיקומו של מקום המגורים באיזור קרוב ונגיש לשירותי טיפול וסעד.
- (3) חופש לבחור את מקום המגורים.
- (4) הבטחת הכנסה לצרכים היומיומיים בקהילה.
- (5) תחושה של עצמאות ושליטה בניהול הכספים האישיים.

(6) זמינותם של שירותים פסיכיאטריים וחברתיים.

(7) יכולת לכטא באופן חופשי רגשות אישיים.

(8) קיומה של מערכת תמיכה חברתית במקום המגורים של חולה הנפש ובקהילה שהוא חי בה.

מחקרים על חולי נפש כרוניים שבים ומצביעים על כך, שמדובר בקבוצת אוכלוסייה שיש בה שונות רבה מבחינת רמות התלות והמוגבלות (Talbot, 1978). כאשר מדובר בהשתלבותם בקהילה מסתבר, שהמנבאים החזקים ביותר, בעיקר לגבי אלה שרמת התלות שלהם נמוכה יחסית, היו הבחירה החופשית של מקום המגורים, מגורים בסביבה חברתית סובלנית ומקבלת והימצאותם בקרבת מקום לשירותים קהילתיים (Segal and Aviram, 1978). תהיה זו אפוא טעות לפעול בבחירת מקום מגורים לחולי נפש מוגבלים על פי אמות-מידה מקובלות של מעמד בינוני, השואף להתגורר בפרברים. במקום זה עדיף להפנות את חולי הנפש למגורים בסביבה עירונית וליד שירותים זמינים.

תגובתה החיובית של הקהילה לחולי הנפש שבקרבה תלויה, ללא ספק, באופיה ובתרבותה של הקהילה. יחד עם זאת, אין לראות ברמת הקבלה של הקהילה כלפי חולי הנפש גורם נתון שאינו ניתן לשינוי. למרות ששינוי עמדות של קהילה אינו עניין של מה בכך, ולעתים הוא אף קשה ביותר (Cumming and Cumming, 1957; U.S. Dept. of Health and Human Services, 1999, pp. 7-9), יש לעשות מאמץ ולחנך את הקהילה, שכן נמצא קשר בין רמת השכלה וחינוך לעמדות חיוביות ומקבלות יותר כלפי חולי נפש (Rabkin, 1974).

אולם, חינוך הקהילה לבדו לא יוכל להביא לשינוי הרצוי. יש לעגן את זכויותיהם של חולי הנפש בחוק. בדומה לנכים אחרים, חולי הנפש זכאים לשוויון זכויות ולהסדרים חברתיים שימנעו את אפלייתם לרעה בתעסוקה, במגורים, בבילוי שעות הפנאי, בשימוש בשירותים ועוד. דוגמה לחקיקה כזו היא החוק האמריקני "Americans with Disabilities Act, 1990", או ADA (Gostin, 1993; West, 1996).

לאחרונה הצטרפה גם ישראל גם למדינות שחוקקו חוק שוויון זכויות לבני אדם עם מוגבלויות (1998), אלא שבינתיים החוק שהתקבל הוא חלקי ועדיין אינו מיושם כהלכה. אין ספק, שהכללת מחלות נפש במסגרת הנושאים הכלולים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, וחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, היא בעלת חשיבות רבה ועשויה לקדם את הטיפול בחולי נפש ואת האינטגרציה החברתית שלהם.

למרות חשיבות החקיקה לשם הדאגה והטיפול בחולי נפש ולשיפור במצבם, היא רחוקה מלפתור את הבעיה. חקיקה כשהיא לעצמה אינה מספיקה. יש צורך ליישם אותה. הספרות המקצועית הראתה עד כמה מוגבלת יכולתה הבלעדית של החקיקה להביא לשינוי בדפוסי הטיפול בחולי נפש ובדאגה להם (Appelbaum, 1994). נוסף על פעולות חקיקה וחינוך הקהילה, יש להבטיח תמיכה וסיוע לקהילות, על-מנת שתוכלנה להתמודד כהלכה עם



בעיית חולי הנפש הכרוניים. יש להבטיח למשפחתו של חולה הנפש הכרוני ולקהילה שבמסגרתה הוא חי, שברגע שתתעוררנה בעיות התנהגות קשות, או כאשר חולה הנפש ייקלע למשבר, יגיע סיוע מידי של מערכת שירותי הבריאות והרווחה. אופיה של מחלת נפש קשה ומתמשכת מחייב לעתים, בעת משבר, אשפוז מידי. מערכת שירותי בריאות הנפש חייבת להבטיח זאת. אסור שהמשפחה והקהילה ירגישו שהן נעזבות לנפשן כדי להתמודד עם המשבר. תחושה מעין זו היא מתכון בדוק להתנגדות הקהילה ואף המשפחה לקלוט את חולה הנפש הקשה ולנסות לשקמו במסגרתן. קיימות לא מעט עדויות על כך, שתוכניות שהבטיחו שירותים ותמיכה צמודה לחולי נפש בקהילה ואשר הפעילו מערכת ניטור ומעקב צמוד, הצליחו למנוע אשפוז בבית-חולים ואפשרו המשך חיים בקהילה. אחת הדוגמאות המוצלחות לתוכנית כזו היא התוכנית "Program in Assertive Community Treatment", שפיתחו עוד לפני למעלה מעשרים שנה שטיין וטסט (Stein and Test, 1978, 1985).

## תוכניות שיקום

מכיוון שמדובר בקבוצת אוכלוסייה הסובלת מנכות וממוגבלות אישית וחברתית, תוכניות שיקום הופכות להיות מרכיב חשוב של המאמץ לשלבה בקהילה. על-פי הגדרתם של אנתוני וליברמן (Anthony and Lieberman, 1986), מטרת השיקום הפסיכיאטרי היא להבטיח, שאדם הסובל מלקות נפשית יוכל לרכוש ולהפעיל מיומנויות הדרושות לו כדי לחיות, ללמוד ולעבוד במסגרת הקהילה שלו בסיוע מינימלי מארגונים פורמליים ומאנשי מקצוע. כדי שהאדם יוכל לפתח מיומנויות חברתיות, אשר דרושות לכל אדם כדי לתפקד במסגרת סביבתו הטבעית, פעולות השיקום צריכות להתמקד הן באדם והן בסביבה שלו. תוכניות שיקום עוסקות בעיקר בשלושה תחומים חשובים בחיי האדם בקהילה: דיור, תעסוקה וחברה. תוכניות שיקום חייבות לפעול תוך שילוב ושיתוף פעולה עם מערכות טיפוליות, רפואיות וחברתיות אחרות (לכמן, 1998; Anthony, Cohen and Farkas, 1990). הן מתמקדות ביכולות ובכוחות של האדם, ולא בפתולוגיה שלו ומשתפות את האדם בכל שלבי השיקום. תוכניות השיקום רואות את אדם בסביבתו ופועלות עם הסביבה על-מנת לסייע לה ולהתאימה לצורכי האדם. סביבה זו כוללת גם את הסביבה החברתית המידית, דהיינו המשפחה, וגם את הסביבה הרחבה, הקהילה.

מטרת השיקום לקרב את האדם ככל שאפשר ליכולת תפקוד נורמלית בקהילה ולנהל בה חיים עצמאיים. העבודה או התעסוקה היא מרכיב חיוני בפעולות השיקום. יש לה ערך קיומי ומעשי בכך שבדרך-כלל היא מלווה בהכנסה. אולם, יש לה גם ערך סמלי המשפיע על יחס החברה לאדם ועל הדימוי העצמי של האדם הסובל ממחלת נפש (לכמן, 1998; Patmore, 1987; Carling, 1990; McGurin, 1994; Surber, 1994).

## המרכיבים החיוניים הדרושים בתוכניות לחולי נפש כרוניים

אין מחסור בידע ובניסיון כאשר לסוג התוכניות עבור חולי נפש כרוניים שעשויות להצליח ולהשיג את יעדיהן. כבר לפני עשרים שנה בערך עמדה ליאונה בכרך (Bachrach, 1980), בסקרה תוכניות לחולי נפש כרוניים, על המרכיבים המשותפים לתוכניות מוצלחות. מרכיבים אלה כללו:

(1) תוכנית ייעודית לחולי נפש כרוניים. קודם כל חשוב שהתוכנית תהיה מכוונת לאוכלוסיית היעד של חולי נפש כרוניים. כאשר התוכנית אינה מעדיפה אוכלוסייה זו, עלולה להתרחש "בריחת משאבים" (כספיים וכוח-אדם) לאוכלוסיות "מושכות" יותר של חולי נפש.

(2) קשר עם משאבים אחרים בקהילה. על התוכניות להיות מקושרות כהלכה עם תוכניות אחרות ועם משאבים אחרים בקהילה, כדי שאלה יוכלו להשלים את החסר ולסייע בשיקום חולי הנפש.

(3) שלמות פונקציונלית. התוכניות צריכות לספק בעצמן, או להבטיח באמצעות גורמים אחרים, את מלוא טווח השירותים שניתנו בעבר במסגרות מוסדיות כוללניות.

(4) התאמה אינדיווידואלית דיפרנציאלית. התוכניות צריכות להתאים באופן ספציפי לצרכים הנבדלים של האוכלוסיות שהן משרתות, שכן בקרב החולים יש דרגות שונות של נכות.

(5) התאמה מבחינה תרבותית. התוכניות צריכות להיות רלוונטיות מבחינה חברתית ותרבותית ולהיות רגישות מבחינת התרבות.

(6) צוות מטפלים מתאים. צוות המטפלים בחולי נפש כרוניים צריך לקבל הכשרה מיוחדת לעבודה עם אוכלוסייה זו.

(7) קשר עם בית-חולים לחולי נפש. יש חשיבות רבה לקשר טוב עם בית-חולים לחולי נפש. חלק מן החולים יזדקק לאשפוז בגלל משבר או בשל בעיות אקוטיות שתיוצרנה ומן הראוי שהדרכים לבית-החולים וממנו תהיינה פתוחות ונגישות. נגישות זו היא בעלת חשיבות מכרעת מבחינת המשפחות והקהילות והיא תשפיע על מידת הסובלנות שלהן ועל מוכנותן ויכולתן לשתף פעולה.

(8) הערכה וניטור. תוכניות טובות עוסקות בהערכה מתמדת ומתמשכת של פעילותן. דבר זה מאפשר להכניס בהן שינויים והתאמות במהלך הפעלתן.

בנוסף על כל אלה מן הראוי להדגיש את החשיבות של התמיכה במערכת המשפחתית

של חולי הנפש. בהרבה מקרים המשפחות הן אלה הנושאות בעיקר הנטל של הטיפול והדאגה לחולי הנפש הקשים (Goldman, 1982). הסיכוי לשפר את מצבם של חולי הנפש תלוי במידה לא מעטה בתפקוד המשפחה ובתמיכה שהיא מקבלת (Falloon, Boyd and McGill, 1984; Leff and Vaughn, 1985; Lefley, 1994).

## תפקידו המשתנה של העובד בתחום בריאות הנפש

הנסיבות המשתנות והשינוי שהתרחש במערכת שירותי בריאות הנפש מציבים אתגר בפני אנשי המקצוע בתחום. כפי שנאמר, העבודה עם ולמען חולי נפש כרוניים מחייבת ידע ספציפי והכשרה מיוחדת. על העובד להתייחס למכלול הצרכים הכי-פסיכו-סוציאליים של האדם. עליו להיות מסוגל לעבוד עם האדם, להיענות לצרכיו ולשקמו ובעת-ובעונה אחת לשנות את תנאי הסביבה, כדי שאלה יתאימו יותר לחולה הנפש ויסייעו בשיקומו ובשילובו בקהילה. מה הם אפוא תפקידו המשתנים של העובד בתחום בריאות הנפש, המתחייבים לצורך עבודתו עם חולי נפש כרוניים?

(1) תיאום הטיפול (Case Management). במציאות החדשה, של חולי נפש כרוניים המצויים בקהילה, יש צורך באדם שיתאם ויארגן את השירותים עבורם תוך התייחסות לבעיותיהם הקליניות ולטיפול בהן. התפקיד של מתאם הטיפול (Case Manager) הופך להיות תפקיד מרכזי בעבודה עם חולי נפש כרוניים. הכוונה לאדם היכול לגייס משאבים, לארגן אותם ולתאם ביניהם תוך הכרת צרכיו של האדם הנכה, חולה הנפש, וטיפול בו בעת הצורך (Solomon, 1992; Surber, 1994; Rothman and Sager, 1998).

(2) עבודה עם קבוצות לעזרה עצמית. עזרה הדדית והעצמה הם מרכיבים חשובים בעבודה עם ולמען חולי נפש כרוניים. היכולת לאפשר הקמת קבוצות לעזרה עצמית ולסייע להן בהתארגנות ובפעולה מצריכים ידע וכישורים מיוחדים הקשורים לעבודה קבוצתית וקהילתית.

(3) פעולה במסגרת החוק ובאמצעותו. חשיבותה של החקיקה והפסיקה לגבי הטיפול בחולי נפש עלתה במידה רבה בשנים האחרונות. החוק משמש מסגרת לטיפול ויכול להוות מנוף לשיפור מצבם של חולי הנפש. יש צורך בהכשרה מיוחדת, כדי שעובדים בתחום בריאות הנפש יוכלו להתמודד כהלכה עם החוק, לעבוד במסגרתו ולקדם בעזרתו את ענייניהם של חולי הנפש.

(4) סינגור (Advocacy). בגלל המוגבלות והחולשה של חולי הנפש הכרוניים והשוליות החברתית שלהם, אלה שעובדים עמם חייבים למלא עבורם תפקיד של מסגור בפני הרשויות השונות. גם תפקיד זה מחייב ידע והכשרה ספציפיים.

(5) טיפול מבוקר (Managed-care). בשנים האחרונות, בקרב חוגים אחדים של נותני שירות וצרכנים, נעשה המושג "טיפול מבוקר" מילה נרדפת לטיפול שאינו מתחשב בצרכיו הרפואיים והאנושיים של המטופל. אולם, בהתחשב בעלייה התלולה בהוצאות הטיפול, בבעיות הקשורות בחוסר המיקוד שלו באוכלוסיות יעד ספציפיות ובאי-שביעות-רצון מעילות הטיפול, אין מנוס משימוש בשיטות טיפול מבוקר ומבקרת איכות. מכיוון שהטיפול בחולי הנפש הכרוניים לעתים אינו ממוקד דיו ולוקה בחסר, התפתחו גם כן שיטות של טיפול מבוקר (Essock and Goldman, 1995; Mechanic, 1999). כדי להבטיח שטיפול מבוקר לא ייעשה בידי אנשים לא מקצועיים ושטיפול זה לא יתמקד רק בפעולות שמטרתן להביא לחיסכון כספי, מן הראוי שיעסקו בכך אנשי מקצוע. יחד עם זאת, אין ספק שכדי לבצע משימה זו כהלכה, העובד בתחום בריאות הנפש זקוק להכשרה מיוחדת.

(6) עבודה עם משפחות. כפי שראינו, בעידן האל-מיסוד, המשפחות של חולי הנפש הפכו להיות הגורם המרכזי הנושא בעול הדאגה לחולי הנפש הכרוניים ומשאב מרכזי לשיקומם. על-מנת שתוכלנה להתמודד כהלכה עם התנאים החדשים, המשפחות זקוקות למידע, לתמיכה ולהכוונה. אחד התפקידים החדשים המוטלים על העובד בתחום בריאות הנפש הוא זה של עבודה עם המשפחות. גם לתפקיד זה דרושים ידע ספציפי והכשרה מיוחדת.

(7) עבודה עם הקהילה. בתקופה שבה מרבית החולים במחלת נפש קשה וממושכת חיים בתוך הקהילה, מיותר להסביר עד כמה גדולה חשיבותה של הקהילה ואין צורך בהנמקות נוספות. כדי להתמודד עם התנגדויות מצד הקהילה וכדי להפוך אותה למשאב, יש צורך בעובדים בעלי הכשרה מיוחדת בתחום זה.

---

## דברי סיום

---

מאמר זה התמקד בחולי נפש כרוניים. נבחנו בו האפיונים והצרכים שלהם, תוארו המוגבלויות האישיות והחברתיות שהם סובלים מהן ונותח האופן שבו ניתן לשלב אותם בחברה ולשפר את איכות החיים שלהם.

חולי הנפש הכרוניים אינה קבוצת אוכלוסייה חדשה ולא-מוכרת לשירותי בריאות הנפש. אולם, השינוי שהתרחש בעשורים האחרונים כדפוסי השירות והטיפול בחולי הנפש מחייב את החברה למצוא עבורם מענה חדש, שונה וחדשני. דבר זה דורש היערכות שונה של שירותי בריאות הנפש ושינוי התפקידים ודרך העבודה של אנשי המקצוע.

שילוב חולי נפש כרוניים בקהילה תלוי במספר גורמים:

(1) שינוי בעמדות הציבור כלפי חולי נפש כרוניים.

- (2) שינוי בסדרי העדיפויות של המדיניות החברתית ומתן עדיפות לטיפול בחולי הנפש הכרוניים ולדאגה להם.
- (3) הגדלת כמות המשאבים החברתיים המופנים לטיפול בחולי נפש.
- (4) הקצאת משאבים ייעודית (earmarking) לאוכלוסייה זו.
- (5) פיתוח ויצירת ידע ספציפי על הטיפול ועל השיקום של קבוצת אוכלוסייה זו.
- (6) יישום של ידע קיים בטיפול ובדאגה החברתית לחולי הנפש הכרוניים.
- (7) הקמה ופיתוח של מערכות ארגוניות נאותות ותמריצים שיתגמלו ארגונים ואנשי מקצוע עבור טיפול בחולי נפש כרוניים.
- (8) חקיקה שתעגן את זכויותיהם של חולי הנפש בחוק.
- (9) תמיכה במשפחות של חולי הנפש.
- (10) שינוי דפוסי העבודה וסדרי הקדימויות של הפרופסיות העוסקות באוכלוסייה זו.

מעבר לכל אלה, התנאי ההכרחי לשילובם של חולי הנפש בחברה ולהגדלת הסיכוי שייכנסו לזרם המרכזי של החיים החברתיים הוא מידת הרגישות שתגלה החברה כלפי קבוצות שוליות, אשר בגלל נכות ובגלל סיבות חברתיות שונות, אלה המשתייכים אליהן אינם יכולים לתפקד באופן עצמאי והם זקוקים להיוצרות תנאים מסייעים בהתאם לרמות השונות של המוגבלויות שלהם. רמתן המוסרית של חברות נבחנת לפי מידת הרצון שלהן ונכונותן לסייע לחלשים שבקרבן. חולי הנפש הכרוניים הם חלק מקבוצה חלשה זו.

## ביבליוגרפיה

- אבירם, א' (1983), "בריאות נפש קהילתית בישראל: הערכת ביניים של המדיניות", חברה ורווחה, ה': 115-103.
- אבירם, א' (1988), "אל מימסוד וטיפול קהילתי בחולי נפש ממושכים: בעיות מתמשכות וסוגיות עכשוויות של מערכת שירותי בריאות הנפש בארה"ב", חברה ורווחה, ח': 343-321.
- אבירם, א' (1991), "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל: קיפאון או התקדמות", בטחון סוציאלי, 37: 99-71.
- אבירם, א', זילבר, נ', לרנר, י', פופר, מ' (1996), חולי נפש כרוניים בישראל: הגדרה, היקף ואפיונים, ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה; מכון פאלק וג'וינט ישראל; בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- אבירם, א', זילבר, נ', לרנר, י', פופר, מ' (1998), "חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ואיפיוניהם", ביטחון סוציאלי, 53: 105-92.
- אבירם, א', רוזן, ה' (1998), "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל: הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי", חברה ורווחה, י"ח: 189-161.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997), שנתון סטטיסטי לישראל, 1997, מס' 48, ירושלים, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.



- לכמן, מ' (1998), "שקום פסיכוסוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה?", חברה ורווחה, י"ח: 45-63.  
 משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש (1997), שירותים לבריאות הנפש בישראל: סקירת נתונים, ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.  
 פומר, מ' (1981), "מערכת המידע הפסיכיאטרית בישראל", בתוך: אבירם, א', לבב, י' (עורכים), בריאות נפש קהילתית בישראל, תל-אביב: צ'ריקובר, עמ' 93-113.  
 פומר, מ', הורוביץ, ר' (1989), מגמות באשפוז פסיכיאטרי, 1975-1987, פרסום סטטיסטי מס' 6, ירושלים: משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.
- Aiken, L.H., Somers, S.A. and Shore, M.F. (1986), "Private foundations in health affairs: A case study of the development of a national initiative for the chronically mentally ill", *American Psychologist*, 41: 1290-1295.
- Anthony, W.A., Cohen, M. and Farkas, M. (1990), *Psychiatric Rehabilitation*, Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Anthony, W.A. and Lieberman, R.P. (1986), "The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual and research base", *Schizophrenia Bulletin*, 12: 542-553.
- Appelbaum, P.S. (1994), *Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change*, New York and Oxford: Oxford University Press.
- Appelbaum, P.S. and Gutheil, T. (1979), "Rotting with their rights on: Constitutional theory and political reality in drug refusal by psychiatric patients", *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 7: 306-315.
- Aviram, U. (1990), "Community care of the seriously mentally ill: Continuing problems and current issues", *Community Mental Health Journal*, 26: 69-88.
- Aviram, U. and Segal, S.P. (1973), "The exclusion of the mentally ill: An old problem in a new context", *Archives of General Psychiatry*, 29: 126-131.
- Bachrach, L.L. (1978), "A conceptual approach to deinstitutionalization", *Hospital and Community Psychiatry*, 29: 573-578.
- Bachrach, L.L. (1980), "Overview: Model programs for chronic mental patients", *American Journal of Psychiatry*, 137: 1023-1031.
- Bachrach, L.L. (1988), "Defining chronic mental illness: A concept paper", *Hospital and Community Psychiatry*, 39: 383-388.
- Bachrach, L.L. (1992), "What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary", *Hospital and Community Psychiatry*, 43: 453-464.
- Barker, P.R., Manderscheid, R.W., Hendershot, G.E., Jack, S.S., Schoenborn, C.A. and Goldstron, I. (1992), "Serious mental illness and disability in the adult household population: United States, 1989", in: Center for Mental Health Services and National Institute of Mental Health, *Mental Health, United States, 1992* (edited by Manderscheid, R.W. and Sonnenschein, M.A.), United States, U.S. Government Printing Office, DHHS Pub. No. (SMA) 92-1942, pp. 255-268.
- Bassuk, E.L. (1984), "The homeless problem", *Scientific American*, 251: 40-45.
- Bassuk, E.L. and Gerson, S. (1978), "Deinstitutionalization and mental health services", *Scientific American*, 238: 46-53.
- Boorstin, R.O. (1986), "City planning: 20 percent increase in beds for psychiatric patients", *New York Times*, July 27, p. A25.

- Carling, P.J. (1990), "Supported housing: An evaluation agenda", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13: 95-104.
- Center for Mental Health Services and National Institute of Mental Health (1992), *Mental Health, United States, 1992* (edited by Manderscheid, R.W. and Sonnenschein, M.A.), Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, DHHS Pub. No. (SMA)92-1942, Supt. of Docs.
- Cockerham, W.C. (1996), *Sociology of Mental Disorder* (4th ed.), Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Cumming, E. and Cumming, J. (1957), *Closed Ranks: An Experiment in Mental Health Education*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Deichtman, W.S., French, S.D. and Weerts, T.C. (1981), "Defining chronic psychiatric disability: Preliminary results", *Community Support System Journal*, 6: 4-8.
- Dohrenwend, B.P. and Dohrenwend, B.S. (1969), *Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry*, New York: Wiley.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., Gould, M.S., Link, B., Neugebauer, R. and Wansch-Hitsig, R. (1980), *Mental Illness in the United States: Epidemiological Estimates*, New York: Praeger.
- Dohrenwend, B.P., Levav, I., Shrout, P., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B., Skodol, A. and Stueve, A. (1992), "Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation selection issue", *Science*, 255: 946-952.
- Essock, S.M. and Goldman H.H. (1995), "Embrace of managed mental health care", *Health Affairs*, 14: 34-44.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. and McGill, C.W. (1984), *Family Care of Schizophrenia*, New York: Guilford Press.
- Freedman, R.I. and Moran, A. (1984), "Wanderers in a promised land: The chronically mentally ill and deinstitutionalization", *Medical Care*, 22 (Supplement): 12.
- Goldman, H.H. (1982), "Mental illness and family burden", *Hospital and Community Psychiatry*, 33: 557-559.
- Goldman, H.H. (ed.) (1983), "International perspectives on deinstitutionalization", *Special Issue of International Journal of Mental Health*, 11.
- Goldman, H.H., Gattozi, A.A. and Taube, C.A. (1981), "Defining and counting the chronically mentally ill", *Hospital and Community Psychiatry*, 32: 21-27.
- Goldman, H.H. and Manderscheid, R.W. (1987), "The epidemiology of psychiatric disability", in: Meyerson, A.T. and Fine, T. (eds.), *Psychiatric Disability: Clinical, Legal and Administrative Dimensions*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, pp.13-21.
- Goodwin, S. (1997), *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*, London and Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Gostin, L.O. (1993), *Implementing the American with Disabilities Act: Rights and Responsibilities of All Americans*, Baltimore and London: Brooks Publishing Co.
- Grob, G.N. (1995), "The paradox of deinstitutionalization", *Society* (Special issue, July/August): 51-59.
- Gubman, G.D. and Tessler, R.C. (1987), "The impact of mental illness on families", *Journal of Family Issues*, 8: 226-245.

- Hatfield, A.B. (1978), "Psychological costs of schizophrenia to the family", *Social Work*, 23: 355-359.
- Issac, R.J. and Armat, V.C. (1990), *Madness in the Streets: How Psychiatry and the Law Abandoned the Mentally Ill*, New York: The Free Press.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zaho, S., Nelson, C.B., Hughs, M., Eshelman, S., Witchen, H.U. and Kendler, K.S. (1994), "Life-time and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey", *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.
- Krause, J.B. and Salvinski, A.T. (1982), *The Chronically Ill Patient and the Community*, Boston, Mass.: Blackwell Scientific.
- Krauthammer, C. (1985), "When liberty really means neglect", *Time*, December 2, p.103.
- Lamb, R.H. (1979), "The new asylums in the community", *Archives of General Psychiatry*, 36: 129-134.
- Lamb, R.H. (ed.) (1984), *The Homeless Mentally Ill*, Washington D.C.: The American Psychiatric Association.
- Leff, J. and Vaughn, C. (1985), *Expressed Emotion in Families*, New York: Guilford Press.
- Lefley, H.P. (1994), *Helping Families Cope with Mental Illness*, Chur, Switzerland: Harwood Academic Press.
- Lerman, P. (1982), *Deinstitutionalization and the Welfare State*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- McGurin, M.C. (1994), "An overview of the effectiveness of traditional vocational rehabilitation services in the treatment of long term mental illness", *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17: 37-54.
- Mechanic, D. (1999), *Mental Health and Social Policy* (4th ed.), Boston, Mass.: Allyn and Bacon.
- Mechanic, D. and Rochefort, D.A. (1990), "Deinstitutionalization: An appraisal of reform", *Annual Review of Sociology*, 16: 301-327.
- National Institute of Mental Health, Community Support Program (1977), *Guidelines*, Rockville, Md.: NIMH.
- National Institute of Mental Health, Community Support Program (1987), *Community Support Systems for Persons with Long Term Mental Illness: Questions and Answers*, Rockville, Md.: NIMH.
- Patmore, C. (1987), *Living After Mental Illness - Innovations in Services*, London: Croom and Helm.
- Pepper, B. and Ryglewicz, H. (eds.) (1982), *The Young Adult Chronic Patient*, San Francisco, Calif.: Jossey Bass.
- Pierce, G.L., Durham, M.L. and Fisher, W.H. (1986), "The impact of public policy and publicity on admission to state mental health hospitals", *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 11: 41-66.
- Rabkin, J. (1974), "Public attitudes toward mental illness: A review of the literature", *Schizophrenia Bulletin*, 10: 9-33.
- Rothman, J. and Sager, J.S. (1998), *Case Management: Integrating Individual and Community Practice*, Needham Hights, Mass.: Allyn and Bacon
- Segal, S.P. and Aviram, U. (1978), *The Mentally Ill in Community Based Sheltered Care: A Study of Community Care and Social Integration*, New York: Wiley.

- Shinaar, A.P., Rothbard, A.B., Kanter, M.S. and Adams, K. (1990), "Crossing state lines of chronic mental illness", *Hospital and Community Psychiatry*, 41: 756-760.
- Shinaar, A.P., Rothbard, A.B., Kanter, M.S. and Jung, Y.S. (1990), "An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness", *American Journal of Psychiatry*, 147: 1602-1608.
- Solomon, P. (1992), "The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients", *Community Mental Health Journal*, 28: 163-180.
- Spaniol, L. and Zipple, A. (1986), "Families with a chronically mentally ill member: A review of the research findings", in: Bowker, J.P. and Rubin, A. (eds.), *Studies on Chronic Mental Illness: New Horizons for Social Work Researchers*, Washington, D.C.: Council on Social Work Education, pp. 52-82.
- Stein, L.I. and Test, M.A. (eds.) (1978), *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, New York: Plenum.
- Stein, L.I. and Test, M.A. (eds.) (1985), *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience* (No. 26 in New Directions for Mental Health Services), San Francisco, Calif.: Jossey Bass.
- Surber, R. (ed.) (1994), *Clinical Case Management: A Guide to Comprehensive Treatment of Serious Mental Illness*, London and Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Talbott, J.A. (ed.) (1978), *The Chronic Mental Patient: Problems, Solutions and Recommendations for Public Policy*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Talbott, J.A. (ed.) (1984), *Chronic Mentally Ill: Five Years Later*, New York: Grune and Stratton.
- Teplin, L.A. (1991), "The criminalization hypothesis: Myth misnomer, or management strategy", in: Shah, S.A. and Sales, B.D. (eds.), *Law and Mental Health: Major Developments and Research Needs*, Rockville, Md.: National Institute of Mental Health.
- Tessler, R.S. and Goldman, H.H. (1982), *The Chronically Mentally Ill: Assessing Community Support Programs*, Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Torrey, E.F., Stieber, J. Ezekiel, J. Wolf, S.M., Sharfstein, J., Noble, J.H. and Flynn, L.M. (1992), *Criminalizing the Seriously Mentally Ill: The Abuse of Jails as Mental Hospitals*, Arlington, Va.: National Alliance for the Mentally Ill.
- Treffert, D.F. (1973), "Dying with their rights on", *American Journal of Psychiatry*, 130: 1041.
- U.S. Dept. of Health and Human Services (1999), *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Social Security Administration (1988), *Code of Federal Regulations*, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- West, J. (ed.) (1996), *Implementing the American with Disabilities Act*, Cambridge, Mass.: Blackwell.

#### דברי חקיקה הנזכרים במאמר

- חוק הביטוח הלאומי (1973), תיקון מס' 13 (נכות), תשל"ג-1973, ספר החוקים 708, 212.
- חוק הביטוח הלאומי (1983), תיקון מס' 50 (נכות) תשמ"ג, ספר החוקים 1092, 154.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ספר החוקים 1469, 156.

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, התשנ"ח-1998, ספר החוקים 1658, 152.  
חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, ספר החוקים, 1746, 231.  
Americans with Disabilities Act of 1990, PL 101-336 (July 26, 1990). Title 42, USC 12101 et seq.:  
U.S. Statutes at Large, 104, 327-378.



# עובדים סוציאליים יהודים וערבים המועסקים בשירותי תמיכה למשפחות עם ילדים בעלי נכויות בישראל: מאפיינים ותפיסות מקצועיות

מאת חיה שוורץ\*, אילנה דובדבני\*\* ופייסל עזאיזה\*\*

המאמר מציג ממצאי סקר ראשוני המתאר את המאפיינים והתפיסות המקצועיות של עובדים סוציאליים המועסקים בשירותי תמיכה למשפחות שיש בהן ילדים עם נכויות בישראל. בסקר השתתפו 101 עובדים סוציאליים (58 מן המגזר היהודי ו-43 מן המגזר הערבי) העובדים במגוון סוכנויות ממשלתיות, מוניציפליות ובארגונים וולונטריים. הממצאים המובאים מתייחסים לנושאים אלה: (א) מאפיינים אישיים ומקצועיים של העובדים הסוציאליים; (ב) השירותים הניתנים בסוכנויות שהם מועסקים בהן; (ג) הערכת העובדים את השירותים הניתנים, הקשיים הכרוכים בהגשתם ומה הם השירותים החסרים; (ד) תפיסת העובדים את עמדת החברה הישראלית כלפי מקצוע העבודה הסוציאלית וכלפי מתן שירותים לילדים עם נכויות ולמשפחותיהם. הממצאים כוללים השוואה בין העובדים הסוציאליים במגזר היהודי והערבי.

---

מבוא

---

הגשת שירותי תמיכה למשפחות שיש בהן ילדים עם נכויות היא אחד התחומים החשובים בתחום המדיניות והמעשה בישראל ובעולם המערבי בכלל. הסיבה לכך טמונה בעובדה, שמספר המשפחות הבוחרות היום לגדל את ילדיהן הסובלים מנכות בבית ולדחות את ההשמה מחוץ לבית גדל והולך.

---

\* בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.

\*\* בית-הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה.

במאמר זה מוצג ונדון המידע שנאסף בסקר ראשוני על המאפיינים והתפיסות של העובדים הסוציאליים המועסקים בשירותי תמיכה למשפחות עם ילדים בעלי נכויות. הסקר כלל עובדים סוציאליים העובדים עם אוכלוסייה יהודית וערבית במגוון סוכנויות ממשלתיות, מוניציפליות ובארגונים וולונטריים. ייחודו של הסקר הזה בכך, שלראשונה נכללו בין הנשאלים גם עובדים סוציאליים מן המגזר הערבי.

שירותי תמיכה למשפחות שיש בהן ילדים עם נכויות הם חלק משירותי השיקום הניתנים במדינת ישראל. למקצוע העבודה הסוציאלית יש מקום מרכזי בהתפתחותם של שירותים אלה. בניגוד למדינות אחרות במערב ולארצות-הברית, העובדים הסוציאליים בישראל הם הכוח המוביל במערכת שירותי השיקום (Quinn, 1995; Rimmerman, 1998). העובדים הסוציאליים בישראל ממלאים תפקיד חשוב בהקמתה ובפיתוחה של מערכת שירותי הרווחה שלה, מערכת אשר שירותי השיקום הם חלק ממנה (דורון וקרמר, 1992). העובדים הסוציאליים הוכרו בחוק כספקי השירות העיקריים של שירותי הרווחה, כולל שירותי השיקום. עובדים סוציאליים מילאו תפקיד פעיל גם בהקמת מערך מרכזי השיקום במדינה, אשר חוק נפגעי תאונות עבודה, תשנ"ה-1954, וחוק נכות כללית, תשל"ד-1974, היוו את הבסיס החוקי להקמתם. בשני העשורים הראשונים לקיומה של המדינה עבדו העובדים הסוציאליים בתחום שירותי השיקום כעובדים כוללניים, שהגישו שירותים כוללניים לכלל הנזקקים, כולל שירותי שיקום. באמצע שנות ה-70 קיבלו חלק משירותי השיקום מעמד עצמאי (לדוגמה: שירותי השיקום של המוסד לביטוח לאומי, או מרכזי האבחון), עובדה שתרמה לבניית תחום התמחות במקצוע העבודה הסוציאלית - עובדים סוציאליים בתחום השיקום. לאותה תפנית סייעו פתיחתן של תוכניות התמחות בתחום השיקום באוניברסיטאות בפני עובדים סוציאליים בוגרי תואר ראשון, והתמחות בשיקום במסגרת הלימודים לתואר שני (באוניברסיטת בר-אילן ובאוניברסיטת חיפה). משנת 1981 עד היום סיימו בערך 350 עובדים סוציאליים את לימודי התואר השני במגמת השיקום.

ההתמחות בשיקום הביאה להתפתחות רבה בתחום המדיניות, בפיתוח שירותים ספציפיים ובמחקר. ההכרה, שאנשים עם נכות יכולים להיות אזרחים מועילים המעוררים בקהילתם הביאה לשינוי בעבודת אנשי המקצוע המספקים שירותים לאנשים אלה. לא עוד מתן שירותים בסיסיים, אלא פיתוח שירותים המיועדים לשפר את איכות חייהם של אנשים עם נכויות וכני משפחותיהם בכל תחומי החיים (Depoy and Miller, 1996). אימוץ עקרונות הנורמליזציה וההכרה בצורך בשילובם ובהעצמתם של בני אדם עם מגבלות הביאה להפתחות שירותים המבוססים על ידע ומומחיות בתחום. מצב חרש זה העלה את הצורך בהכשרת העובדים הסוציאליים וכהכנתם למלא את תפקידם המורחב.

במסמך המומחיות בעבודה סוציאלית בתחום השיקום משנת 1996 (איגוד העובדים הסוציאליים, 1996) הוגדרו מטרות העבודה הסוציאלית השיקומית, ולמעשה תפקידיו של העובד הסוציאלי בתחום שירותי השיקום, ששירותי התמיכה למשפחות עם ילדים בעלי נכויות נמנים עמם, כך: (1) עזרה בהתמודדות עם משבר הנכות; (2) מתן מידע וייעוץ

בנושאים כלכליים, כגון דיור ותעסוקה, ובתחומים נוספים; (3) שינוי עמדות של החברה כלפי בני אדם עם נכויות, למען קבלתם ושילובם המלא בחברה; (4) ליזום ולפתח תוכניות התערבות ושירותים חדשניים על בסיס מידע וממצאי מחקר עדכניים.

על-פי המדיניות המוצהרת של מדינת ישראל לא קיימת הפרדה במערך שירותי התמיכה במשפחות שיש בהן ילדים עם נכויות על בסיס השתייכות ללאום כלשהו. יחד עם זאת, אי אפשר להתעלם מן ההתפתחות ההיסטורית והחברתית השונה של שירותים אלה במגזר היהודי ואלה שבמגזר הערבי. עובדה זו מדגישה את חשיבות הבדיקה וההשוואה של הנעשה בתחום זה בשני המגזרים. בבדיקה של מערך תקני כוח-האדם, לדוגמה, שנערכה במשרד העבודה והרווחה בשנת 1995 נמצא, שקיימות שתי מערכות תקינה למחלקות לשירותים חברתיים, אחת למגזר היהודי והשנייה למגזר הערבי (עזאיזה, 1995). בעוד שבמגזר היהודי הנוסחה המשמשת לתקינה היא "נוסחת פרדס" - שמרכיביה הם גודל האוכלוסייה ביישוב ומבחנים שונים לבדיקת מצוקות האוכלוסייה, במגזר הערבי אמת-המידה היחידה היא גודל האוכלוסייה, וגם אז בסיס התקינה המוצהר לא תמיד מתקיים. קיים קושי לקבל נתונים עדכניים ומהימנים על מספר בני האדם עם נכויות החיים בקרב האוכלוסייה הערבית בכלל ועל מספר הילדים עם נכויות בפרט. הנתון היחיד שניתן להתבסס עליו הוא מספר מקבלי קצבת "גמלת ילד נכה" מן המוסד לביטוח לאומי. נכון לשנת 1998 היה אחוז מקבלי קצבת "גמלת ילד נכה" 0.22% מכלל תושבי מדינת ישראל. בחלוקה לפי מגזרים היה האחוז במגזר היהודי בסביבות 0.19% ואילו במגזר הערבי - בסביבות 0.48%, כלומר יותר מפי שניים (שמלצר וקורן, 1998).

העובדים הסוציאליים, המועסקים בסוכנויות המגישות שירותי תמיכה למשפחות שיש בהן ילדים עם נכויות במגזר היהודי והערבי, קיבלו הכשרה זוהה (הם למדו באותן אוניברסיטאות ובאותן תוכניות). לאור עובדה זו מעניין לבדוק כיצד ההכשרה הזוהה למקצוע משפיעה על דפוסי העבודה של העובדים הסוציאליים במפגשם עם שתי האוכלוסיות שהן בעלות מאפיינים שונים בכל הנוגע לתרבות ולחברה.

## שיטת המחקר

### 1. אוכלוסייה

הסקר נעשה במהלך שנת 1997. השתתפו בו 101 עובדים סוציאליים העובדים בפועל עם משפחות שיש בהן בנים או בנות עם נכויות והחיים עמן. מבין העובדים הסוציאליים, 58 עובדים עם אוכלוסייה יהודית ו-43 עם אוכלוסייה ערבית. בעת עריכת הסקר הועסקו המשיבים מטעם מגוון של סוכנויות ממשלתיות, מוניציפליות ובארגונים וולונטריים. המשיבים נדגמו מתוך רשימת העובדים הסוציאליים החברים בחטיבת השיקום של ארגון העובדים הסוציאליים. מתוך 720 עובדים שהיו באותה רשימה זמינה נדגמו באמצעות

מדגם שכבות דיספורפורציונלי (על-פי משתנה הלאום: יהודים וערבים) 200 עובדים. שאלוני המחקר נשלחו ל-120 עובדים מן המגזר היהודי ול-80 עובדים סוציאליים מן המגזר הערבי. אחוז המשיבים לסקר היה בין 48% במגזר היהודי ל-54% במגזר הערבי (11 שאלונים חזרו בשל כתובות שגויות).

## 2. כלי המחקר

בשל ראשוניותו של הסקר, ובשל העדר כלים מוכנים, נבנה שאלון מיוחד. כבסיס לשאלון זה שימש השאלון שהשתמשו בו שתי חוקרות בפולין כדי לתאר את השירותים אשר העובדים הסוציאליים נותנים שם למשפחות שיש בהן ילדים עם נכויות (דיווח על השאלון הזה מובא אצל Gammon and Dyiegielewska, 1997). השאלון נבנה כך שיתאים למילוי בידי המשיבים עצמם. בשלב המבחן המקדים (שהשתתפו בו 15 משיבים, שנדגמו מן הרשימה הזמינה) נכללו בשאלון מספר גדול של שאלות פתוחות שנסגרו בנוסחו הסופי. השאלון הסופי כלל שאלות שהתייחסו לנושאים אלה:

(1) המאפיינים האישיים של העובדים הסוציאליים. כאן נשאלו הנבדקים לגבי מאפיינים דמוגרפיים (כגון: גיל, מצב משפחתי) ומאפיינים מקצועיים (כגון: היקף משרה, ותק במקצוע, תואר אקדמי, הכשרה בתחום השיקום).

(2) דפוסי העבודה של אותם עובדים סוציאליים. כל משיב התבקש לציין את מספר הלקוחות שהוא אחראי עליהם, את תכיפות המפגשים הממוצעת שלו עם הילדים בעלי הנכות ועם הוריהם, משך הקשר הטיפולי והמקום שבו ניתן הטיפול.

(3) סוגי השירותים שנותנות הסוכנויות שבהן מועסקים העובדים הסוציאליים ונוהלי הגשת השירותים. המשיב התבקש לציין, מתוך רשימה מפורטת, אילו סוגי שירותים ישירים הוא מגיש, ולדרג את מידת התכיפות שבה הם ניתנים. רשימת השירותים הישירים כללה שירותים כגון: תמיכה כספית, ייעוץ, השמה במסגרת חרץ-ביתית. מידת התכיפות שבה הוגש השירות דורגה על-גבי סולם הנמשך מ-1 ("תכיפות נמוכה") עד 3 ("תכיפות גבוהה"). כמו-כן התבקשו המשיבים לענות לאילו סוכנויות ובאיזו שכיחות הם נוהגים להפנות את הילדים ואת משפחותיהם.

(4) הערכת העובדים הסוציאליים את השירותים הניתנים, הקשיים הכרוכים בהגשתם, ודעתם על שירותים חסרים. המשיבים התבקשו להעריך את השירותים הניתנים לילדים עם נכויות ולמשפחותיהם ביישוב שבו הם עובדים על-גבי סולם הנמשך מ-1 ("עלובים מאוד") עד 5 ("טובים מאוד"), ולהשוותם לשירותים הניתנים בארץ בכלל, על-גבי סולם הנמשך מ-1 ("הרבה יותר גרועים") עד 5 ("הרבה יותר טובים").

על-מנת לתאר את הקשיים שהם נתקלים בהם במתן השירותים ואת מידת תכיפותם,

התבקשו המשיבים לציין את הקשיים שלהם לפי רשימת קשיים שהוצגה בפניהם (כגון: השירותים הנדרשים אינם קיימים, או: הם יקרים מדי, יש שינויים תכופים בזכאות) ולדרגם על-גבי סולם הנמשך מ-1 ("בכלל לא") עד 5 ("לעתים קרובות מאוד").

נוסף על כך התבקשו המשיבים לציין מה הם השירותים החסרים לדעתם (כגון: קצבות כספיות, שירותי הסעה, בילוי שעות פנאי ועוד) ואת מידת הצורך בהם ולדרגם על-גבי סולם הנמשך מ-1 ("אין צורך") עד 5 ("יש צורך רב").

(5) תפיסת העובדים הסוציאליים את עמדת החברה הישראלית כלפי מקצוע העבודה הסוציאלית וכלפי מתן שירותים לילדים עם נכויות. המשיבים התבקשו לבחור מתוך רשימת משפטים המתארים את עמדת החברה הישראלית לגבי מתן שירותים לבנים ולבנות עם נכויות את אלה הנראים להם נכונים ביותר (כגון: "מתן שירותים לאוכלוסייה זו נתפס כחסד", או "קבלה והבנה של הצורך והתועלת שבמתן שירותים").

בדרך דומה התבקשו המשיבים לבחור את המשפטים המתארים את עמדת החברה בישראל כלפי עובדים סוציאליים (כגון: "עובדים סוציאליים דומים לדון-קישוטים, נלחמים בטחנות רוח", או "עושים עבודת קודש").

## ממצאי הסקר

הצגת הממצאים בנושאים השונים תיעשה תוך-כדי התייחסות להשוואה בין העובדים הסוציאליים העובדים עם אוכלוסייה יהודית לאלה העובדים עם אוכלוסייה ערבית.

### 1. מאפיינים אישיים ומקצועיים

לוח מס' 1 מציג את ההבדלים במאפייניהם האישיים והמקצועיים של העובדים הסוציאליים העובדים במגזר היהודי והערבי שהשתתפו בסקר. כל העובדים הסוציאליים שהשתתפו בסקר הם אקדמאים, רובם בעלי תואר ראשון. בקרב העובדים הסוציאליים העובדים עם אוכלוסייה יהודית אחוז בעלי התואר השני גבוה יותר (17% לעומת 2%). למרות שלא נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בין שתי קבוצות העובדים בכל הכרוך בקבלת הכשרה מיוחדת בתחום השיקום לאחר קבלת התואר הראשון, במגזר היהודי קיבלו כל העובדים הכשרה, בעוד שבמגזר הערבי רק 83% קיבלו הכשרה זו. בשני המגזרים ניתנת לעובדים הדרכה מקצועית בתחום השיקום תוך-כדי עבודתם, אבל שיעור המדריכים בעלי תואר שני במגזר היהודי גבוה פי שניים מזה שבמגזר הערבי. האוניברסיטאות ממלאות תפקיד מרכזי בהכשרת עובדים סוציאליים בתחום השיקום: בין 60% ל-70% מן המשיבים משני המגזרים מסרו שהם למדו במסגרת



לוח מס' 1. הבדלים במאפייניהם האישיים של העובדים הסוציאליים במגזר היהודי והערבי

המאפיין	מגזר יהודי	מגזר ערבי	ערכי $\chi^2$ , ערכי t ורמת מובהקות
<b>מאפיינים דמוגרפיים</b>			
א. סטטוס חברתי: נשואים	50 (86%)	24 (55%)	$\chi^2 = 4.01^*$ , df = 1
רווקים	6 (10%)	18 (43%)	
גרועים	2 (3%)	1 (2%)	
ב. גיל:			$\chi^2 = 35.1^{**}$ , df = 1
25-21	1 (2%)	17 (39%)	
34-26	21 (36%)	21 (49%)	
44-35	22 (38%)	4 (10%)	
+ 45	14 (24%)	1 (2%)	
<b>מאפיינים מקצועיים</b>			
<b>א. הסוכנות המעסיקה</b>			
מחלקה לשירותים חברתיים	27 (47%)	41 (95%)	-
מרכז לאבחון או לשיקום	12 (21%)	-	
המוסד לביטוח לאומי	9 (16%)	2 (5%)	
ארגון וולונטרי	5 (8%)	-	
ארגונים ממשלתיים אחרים	5 (8%)	-	
ב. ותק במקצוע (ממוצע שנות עבודה)	11.9	4.8	t = 5.37**, df = 99
	(sp = 7.8)	(sp = 4.4)	
ג. היקף משרה: חלקית	31 (54%)	4 (10%)	$\chi^2 = 26.6^*$ , df = 1
מלאה	27 (46%)	39 (90%)	
ד. תואר בעבודה סוציאלית: ב.א.	48 (83%)	42 (98%)	$\chi^2 = 5.16^*$ , df = 1
מ.א.	10 (17%)	1 (2%)	
ה. קבלת הכשרה בתחום הלימודים בסוכנות שבה עובדים	38 (65%)	22 (50%)	
באוניברסיטה (במסגרות שונות)	20 (35%)	14 (33%)	
לא קיבלו הכשרה כזאת		7 (17%)	
ו. מקבלים הדרכה מקצועית	52 (89%)	40 (93%)	
ז. השכלת המדריך: ב.א.	23 (89%)	29 (67%)	
מ.א. ומעלה	35 (61%)	14 (33%)	

\* p. < 0.05

\*\* p. < 0.01

לימודיהם האקדמיים קורסים שעסקו בתחום השיקום, ו-50%-60% מהם התנסו בתחום השיקום במסגרת ההכשרה המקצועית במהלך הלימודים.

קיים הבדל מובהק בין שתי הקבוצות במשתנה הגיל: העובדים במגזר היהודי מבוגרים יותר. זה ההסבר לכך שנמצא הבדל מובהק גם בסטטוס המשפחתי - במגזר היהודי 10% הם רווקים, לעומת 43% במגזר הערבי. קיים הבדל מובהק בין שני המגזרים בוותק המקצועי ובהיקף המשרה. העובדים במגזר הערבי עובדים פחות שנים במקצוע וכמעט כולם עובדים במשרה מלאה.

## 2. השירותים הניתנים בסוכנויות שבהן מועסקים העובדים הסוציאליים ונוהלי הגשתם

כפי שניתן לראות בלוח מס' 1, הסוכנות המעסיקה השכיחה ביותר בקרב משתתפי הסקר היא המחלקה לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות. במגזר הערבי היא המעסיק של 95% מן המשיבים ובמגזר היהודי של בערך מחצית מן המשיבים. המעסיק השני בחשיבותו הם מרכזי האבחון ומחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי, המופעלים מטעם משרד העבודה והרווחה. בהם מועסקים בערך 40% מן המשיבים העובדים במגזר היהודי, לעומת המגזר הערבי שבו מועסקים בערך 5% מן המשיבים.

עם האוכלוסיות המקבלות טיפול נמנות משפחות לילדים עם נכויות פיזיות והתפתחותיות. הנכויות הפיזיות השכיחות ביותר הן שיתוק מוחין, עיוורון וליקויי ראייה, חירשות וליקויי שמיעה. הנכויות ההתפתחותיות השכיחות הן פיגור שכלי וליקויי למידה. לא נמצא הבדל מובהק בין המגזר היהודי לזה הערבי מבחינת סוגי הנכויות שהילדים שבטיפולם של העובדים הסוציאליים לוקים בהן, פרט לכך שבמגזר היהודי שכיחות הילדים שנכותם הפיזית מאופיינת כמוגבלויות רבות (רב-מוגבלויות) גבוהה יותר (52% לעומת 23%). גם גילי הילדים המקבלים שירותים מן העובדים בשתי הקבוצות דומים, פרט לעובדה שבמגזר היהודי ציינו יותר עובדים שהם מגישים שירות לילדים בגילים 0-6 (11% לעומת 3%).

המשיבים התבקשו לדרג 9 סוגי שירותים בהתאם לתכיפות הגשתם בסוכנויות שהם עובדים בהן. לוח מס' 2 מציג את ההבדלים בין שתי קבוצות העובדים בתכיפות הגשת השירותים האלה.

לוח מס' 2. הבדלים בין המגזר היהודי והערבי בתכיפות הגשת השירותים שהעובדים הסוציאליים נותנים

השירות	ציון תכיפות ממוצע: <sup>1</sup> מגזר יהודי (n = 58)	ציון תכיפות ממוצע: <sup>1</sup> מגזר ערבי (n = 43)	ערך t ורמת מובהקות
ייעוץ	2.36 (.94)	2.78 (.43)	t = 2.38*, df = 80
חיווך/הפניה לשירותים	2.12 (1.07)	2.80 (.40)	t = 3.60**, df = 84
שיחות טיפוליות	1.80 (1.1)	2.48 (.68)	t = 3.00**, df = 77
הדרכת הורים	1.86 (1.1)	2.55 (1.6)	t = 3.02**, df = 80
ליווי ותמיכה	2.00 (1.2)	2.52 (.58)	t = 2.00*, df = 71
מתן תמיכה כספית	1.75 (1.12)	1.66 (.64)	
סינגור	1.56 (1.3)	2.17 (.68)	t = 2.09*, df = 66
השמה בעבודה	1.42 (1.2)	1.93 (.70)	t = 2.09*, df = 73
השמה חוץ-ביתית	1.17 (1.1)	1.70 (.80)	t = 2.12*, df = 72

1. תכיפות הגשת השירות דורגה על-גבי סולם שנמשך מ-1 ("תכיפות נמוכה") עד 3 ("תכיפות גבוהה").

\* p. < 0.05

\*\* p. < 0.01

הבדלים מובהקים נמצאו בין שתי קבוצות העובדים בתכיפות הגשת סוגי השירותים השונים, פרט לשירות "מתן תמיכה כספית". העובדים במגזר הערבי דירגו את כל סוגי השירותים כניתנים בתכיפות גבוהה יותר. השירותים הניתנים בתכיפות הגבוהה ביותר בשתי הקבוצות הם ייעוץ ותיווך ומדובר בעיקר בהפניה לשירותים אחרים. הפניה לסוכנויות אחרות לשם קבלת שירותים מאפיינת את שתי קבוצות העובדים. בערך 90% מן המשיבים דיווחו שהם מפנים את לקוחותיהם לשם קבלת שירותים נוספים לסוכנויות אחרות. לוח מס' 3 מציג את ההבדלים בין שתי קבוצות העובדים בשכיחות ההפניה לשירותים העיקריים שהם מפנים אליהם.

לוח מס' 3. הבדלים בין המגזר היהודי למגזר הערבי בשכיחות ההפניה לשירותים שונים

השירות שאליו מפנים	שכיחות ההפניה במגזר היהודי (n = 58)	שכיחות ההפניה במגזר הערבי (n = 43)	ערכי $\chi^2$ ורמת מובהקות
שירותי אבחון	44 (75%)	32 (74%)	
ארגון וולונטרי	28 (49%)	15 (36%)	
שירותי חינוך	28 (49%)	32 (74%)	$\chi^2 = 6.12^*$ , df = 1
שירותים רפואיים	26 (44%)	32 (74%)	$\chi^2 = 8.82^{**}$ , df = 1
שירות פסיכולוגי	19 (33%)	33 (76%)	$\chi^2 = 17.78^{**}$ , df = 1
ביטוח לאומי	42 (73%)	41 (95%)	$\chi^2 = 8.11^*$ , df = 1
שירותי פנאי	23 (39%)	7 (17%)	$\chi^2 = 5.61^*$ , df = 1

\* p. < 0.05  
\*\* p. < 0.01

מעיון בלוח מס' 3 ניתן לראות, שהעובדים במגזר הערבי מפנים בשכיחות גבוהה יותר לכל השירותים שאוזכרו, פרט לשירותים לבילוי שעות פנאי, שאליהם ההפניה גבוהה יותר במגזר היהודי. ההפניה שצוינה בשכיחות הגבוהה ביותר בשני המגזרים היא למחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי, לשם מופנים הלקוחות לשם מיצוי זכויותיהם על-פי חוק.

הבדלים נמצאו בין שתי קבוצות העובדים בכל הקשור לתפיסתם את ציפיות המשפחות מהם. העובדים במגזר הערבי, יותר מאשר בזה היהודי, דיווחו שהמשפחות שהם מטפלים בהן מצפות מהם לסייע להן בהשגת מקורות מימון וקצבאות: 93% במגזר הערבי, לעומת 74% במגזר היהודי ( $\chi^2 = 4.19$ , df = 1, p = .01).

הבדל נוסף בין שתי קבוצות העובדים נמצא בנוגע לתפיסת הציפייה של המשפחות למתן תמיכה רגשית. על ציפייה זו מן העובדים נמסר בשכיחות גבוהה יותר במגזר היהודי מאשר במגזר הערבי, 81% לעומת 63% ( $\chi^2 = 32.11$ , df = 1, p = .001). המשיבים נשאלו מי מפנה את הילדים עם הנכות או את משפחותיהם לטיפול. כאן

נמצאו הבדלים בין שתי קבוצות העובדים. במגזר הערבי, יותר מאשר במגזר היהודי, אנשי מקצוע מתחום הרפואה הם המפנים את הפונים בשכיחות גבוהה יותר אל העובדים הסוציאליים. כך השיבו 61% מן המשיבים במגזר הערבי, לעומת 36% במגזר היהודי ( $\chi^2 = 5.84, df = 1, p = .01$ ), ואחיות צוינו בידי 70% במגזר הערבי, לעומת 40% במגזר היהודי ( $\chi^2 = 8.9, df = 1, p = .002$ ). לעומתם, מורים וגננות, אנשי מקצוע מתחום החינוך, נמצאו מפנים בשכיחות גבוהה יותר אצל העובדים במגזר היהודי מאשר במגזר הערבי: 52% במגזר היהודי, לעומת 30% במגזר הערבי. ( $\chi^2 = 4.66, df = 1, p = .03$ ).

הקשר של העובדים הסוציאליים בשני המגזרים עם המשפחות שבטיפולם תכוף ביותר. שלישי מן המשיבים פוגשים את המשפחות או את בן או בת המשפחה הנכה אחת לשבוע, שלישי פוגשים אותם בתכיפות של 2-3 פעמים בחודש, והשאר - פעם בחודש. משך הפגישה השכיח הוא שעה אחת. נמצא הבדל מובהק בנוגע למקום המפגש עם המשפחה או עם הבן או הבת הנכים בין שתי קבוצות המשיבים. במגזר הערבי, מקום המפגש השכיח ביותר עם הילד הנכה הוא בבית המשפחה, וכמגזר היהודי - הסוכנות שהעובד מועסק בה. בית המשפחה צוין כמקום מפגש בידי 81% מן המשיבים במגזר הערבי, לעומת 31% במגזר היהודי. שני-שלישים מן העובדים במגזר הערבי טענו, שהמשפחות מצפות למספר גדול יותר של ביקורי בית. מכסת המשפחות עם ילדים בעלי נכויות שבטיפולם של העובדים בשני המגזרים דומה (מספר המשפחות השכיח הוא 10, והחציון 12).

### 3. הערכת העובדים הסוציאליים את השירותים הניתנים, הקשיים הכרוכים בהגשתם, ומה הם השירותים החסרים

המשיבים התבקשו להעריך את השירותים הניתנים לילדים עם נכויות והוריהם ביישוב שבו הם עובדים, ולהעריכם בהשוואה לשירותים הניתנים בארץ בכלל. הממצאים בעניין זה מוצגים בלוח מס' 4.

הברלים מובהקים נמצאו בין שתי קבוצות המשיבים בכל הנוגע להערכת השירותים. העובדים במגזר היהודי העריכו את השירותים הניתנים ביישובים שהם עובדים בהם בצורה חיובית יותר בהשוואה לעובדים במגזר הערבי. כמעט מחצית מן העובדים במגזר הערבי (46%) העריכו את השירותים ביישובים שהם מועסקים בהם כ"עלובים" או "עלובים מאוד", לעומת חמישית בלבד מן העובדים שהעריכו אותם כך במגזר היהודי (21%). העובדים במגזר הערבי ערים גם לרמה הירודה של השירותים הניתנים בו בהשוואה לארץ בכלל. רובם (71%) העריכו את השירותים הניתנים בסוכנויות שהם מועסקים בהן כ"הרבה יותר גרועים" בהשוואה לארץ בכלל, לעומת 29% מחבריהם במגזר היהודי.

בשני המגזרים ציינו העובדים, שהיו שינויים לטובה במתן שירותים בסוכנויות שהם מועסקים בהן: נוספו שירותים חדשים, פותחו שיטות התערבות חדשות, מתאפשר יותר מתן טיפול מעמיק, יש אפשרות להסתייע באנשי מקצוע מחוץ לסוכנות והועמדו תקציבים

לוח מס' 4. הבדלים בין המגזר היהודי למגזר הערבי בהערכת העובדים הסוציאליים את השירותים הניתנים

מגזר יהודי (n = 58)	מגזר ערבי (n = 43)	ערכי $\chi^2$ ורמת מובהקות
א. הערכת השירותים ביישוב:		
4 (7%)	-	$\chi^2 = 10.21^*$ , df = 1
19 (33%)	7 (17%)	
23 (39%)	16 (37%)	
11 (19%)	19 (44%)	
1 (2%)	1 (2%)	
ב. הערכת השירותים בהשוואה לארץ בכלל:		
8 (13%)	1 (2%)	$\chi^2 = 8.75^*$ , df = 1
18 (31%)	7 (17%)	
15 (26%)	13 (31%)	
15 (26%)	16 (38%)	
2 (4%)	4 (12%)	

\* .p. < 0.05  
\*\* .p. < 0.01

למטרה זו. למרות שבמגזר הערבי צוינו בשכיחות גבוהה יותר אותם שינויים לטובה שהתרחשו, לא נמצאו כאן הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית.

המשיבים העלו הצעות לשיפור שירותי התמיכה הקיימים למשפחות עם ילדים בעלי נכויות, ולפתיחת שירותים חסרים, כגון: הוספת מסגרות אבחון, פתיחת תוכניות יום חדשניות לילדים עם נכויות, שיפור דרכי הפצת המידע על השירותים הקיימים ושיפור נוהלי העבודה בתוך הסוכנויות או הקשרים שביניהן. בין שני המגזרים נמצאו הבדלים בנושאים של פתיחת תוכניות יום לילדים ומבוגרים, הקמת מסגרות אבחון ושיפור הפצת המידע. במגזר היהודי הוצע, שהסוכנויות ישקיעו יותר מאמצים בפרסום השירותים שהם נותנים. במגזר הערבי הוצע בשכיחות גבוהה יותר להקים תוכניות יום לילדים ומסגרות אבחון.

העובדים התבקשו לפרט את הקשיים שהם נתקלים בהם במהלך עבודתם עם המשפחות ועם בניהן ובנותיהן הנכים ולדרג אותם על-פי מידת התכיפות שהם נתקלים בהם. ההבדלים בין שתי קבוצות המשיבים בעניין זה מוצגים בלוח מס' 5.

משותפת לקשיים שדיווחו עליהם שתי קבוצות המשיבים היא העובדה, שקשיים אלה אינם מצויים בשליטתם הישירה, עובדה המוסיפה לתסכולם המקצועי. ואכן, כאשר



לוח מס' 5. הבדלים בין המגזר היהודי למגזר הערבי בתכיפות הקשיים (השכיחים ביותר) בהגשת השירותים

הקושי	ציון ממוצע בתכיפות הקושי <sup>1</sup> מגזר יהודי (n = 53)	ציון ממוצע בתכיפות הקושי <sup>1</sup> מגזר ערבי (n = 48)	ציון ממוצע בתכיפות ערכי t ורמת מובהקות
שירותים נדרשים שאינם קיימים	3.19 (1.09)	3.83 (.87)	t = 3.03**, df = 97
שירותים נדרשים יקרים מדי	3.55 (1.2)	3.51 (.88)	
עיכובים מינהליים או בקבלת החלטות	3.45 (1.13)	3.66 (1.14)	
קשיים בהגשת מידע	2.30 (.95)	2.80 (.74)	t = 2.66**, df = 95
שינויים תכופים בחוק או בזכאות	2.07 (.94)	2.66 (.92)	t = 2.78**, df = 78

1. דירוג תכיפות המפגש עם הקושי נעשתה על-גבי סולם שנמשך מ-1 ("בכלל לא") עד 5 ("לעתים קרובות מאוד").  
\* .p. < 0.05  
\*\* .p. < 0.01

התבקשו המשיבים לציין מה הם ההיבטים השליליים בעבודתם, השיבו בערך מחציתם ש"עבודתם קשורה בהתעסקות עם הרבה ביורוקרטיה ושאינה בשליטתם". בלוח מס' 5 מוצגים הבדלים מובהקים בין שתי קבוצות המשיבים באשר לתכיפות שבה הם נתקלים בקשיים שצוינו. ההבדלים המובהקים בין הקבוצות מצביעים על כך, שהעובדים במגזר הערבי נפגשים עם אותם קשיים בתכיפות גבוהה יותר מאשר העובדים במגזר היהודי. קיימת תמימות דעים בקרב המשיבים בשני המגזרים לגבי הצורך בשירותים נוספים על אלה הקיימים. נמצאו הבדלים בתפיסת מידת הנחיצות של שירותים אחדים בין שני המגזרים. הבדלים אלה מוצגים בלוח מס' 6.

בלוח מס' 6 ניתן לראות, שבמגזר הערבי דורגה מידת הנחיצות של השירותים המאוזכרים כגבוהה יותר. יוצאת דופן בעניין זה היא מידת הצורך בשירותי מגורים כחלופה לסידור חוץ-ביתי. נחיצותו של צורך זה דורגה כגבוהה יותר במגזר היהודי.

4. תפיסת העובדים הסוציאליים את עמדת החברה הישראלית כלפי מקצוע העבודה הסוציאלית בכלל וכלפי מתן שירותים לילדים עם נכויות ולמשפחותיהם בפרט

לדעת העובדים שהשתתפו בסקר, אחד המחסומים לשיפור הספקת השירותים לאוכלוסייה הנדונה הוא עמדתה של החברה הישראלית כלפי הנושא. שני-שלישים מן המשיבים סברו, שלציבור אין מידע עליו. יחד עם זאת, העובדים, בשני המגזרים, לא הביעו עמדה פסימית כלפי המצב. לדעתם צריך להשקיע בפעולות הסברה, ביחסי ציבור ובהבאת מידע על הנושא בפני הציבור הרחב, על-מנת להשפיע על מקבלי החלטות. ככלל נראה, שהעובדים

לוח מס. 6 הבדלים בין המגזר היהודי למגזר הערבי בתפיסת מידת נחיצותם של שירותים נוספים או חסרים

השירות	ציון ממוצע ב"נחיצות": <sup>1</sup> מגזר יהודי (n = 53)	ציון ממוצע ב"נחיצות": <sup>1</sup> מגזר ערבי (n = 48)	ערכי t ורמת מובהקות
שירותי הסעה	4.35 (.80)	4.20 (.79)	
שירותי פנאי	4.44 (1.01)	4.57 (.73)	
שירותים רפואיים	3.80 (1.13)	4.20 (.74)	t = 2.03*, df = 96
תעסוקה	4.52 (.80)	4.26 (.92)	t = 1.99*, df = 97
עזרים רפואיים	4.06 (.73)	4.44 (.70)	t = 2.47*, df = 91
שירותי חינוך	4.15 (.97)	4.51 (.59)	t = 2.15*, df = 97
מגורים	4.33 (.90)	3.84 (1.0)	t = 2.0*, df = 95

1. דירוג מידת הנחיצות נעשה על-גבי סולם שנמשך מ-1 ("אין צורך") עד 5 ("צורך גדול").  
\* p < 0.05.  
\*\* p < 0.01.

במגזר הערבי תופסים את עמדת החברה הישראלית כחיובית יותר מאשר העובדים במגזר היהודי. הבדלים מובהקים נמצאו בשני נושאים: במגזר הערבי ציינו בשכיחות גבוהה יותר ש"החברה הישראלית מכירה ומקבלת את הצורך במתן שירותים לאוכלוסייה זו": 42% במגזר הערבי, לעומת 22% במגזר היהודי ( $\chi^2 = 4.38, df = 1, p = .03$ ). במגזר הערבי ציינו פחות את התייחסות החברה הישראלית כ"התייחסות מתוך ריחוק", וכ"חברה שאינה רוצה להיות מעורבת ישירות בנושא": 35% במגזר הערבי לעומת 62% במגזר היהודי, ( $\chi^2 = 7.3, df = 1, p = .006$ ).

המחקר אפשר להשוות את תפיסותיהן של שתי קבוצות העובדים לגבי עמדת החברה הישראלית כלפי עובדים סוציאליים: העובדים במגזר הערבי תופסים את עמדת החברה הישראלית כלפי עובדים סוציאליים כחיובית יותר. במגזר הערבי הסכימו פחות לקביעה, ש"החברה הישראלית רואה את המקצוע כבעל סטטוס נמוך": 16% במגזר הערבי לעומת 42% במגזר היהודי ( $\chi^2 = 7.64, df = 1, p = .005$ ). במגזר הערבי הסכימו בשכיחות גבוהה יותר שהחברה הישראלית רואה את המקצוע כעוסק יותר במתן כספים מאשר בטיפול: 65% במגזר הערבי, לעומת 43% במגזר היהודי ( $\chi^2 = 4.8, df = 1, p = .005$ ). בשתי הקבוצות טענו, שבשנים האחרונות מתחולל שינוי: עמדת החברה הישראלית כלפי המקצוע נעשת חיובית יותר. תפיסה זו צוינה בשכיחות גבוהה יותר במגזר הערבי מאשר במגזר היהודי: 70% לעומת 50% ( $\chi^2 = 3.9, df = 1, p = .04$ ).

## דיון ומסקנות

כניסתם של עובדים סוציאליים לעבודה בחברה הערבית ובתחום שירותי השיקום בישראל באה בעקבות השינויים שהתרחשו במקצוע ובמבנה השירותים בארץ בחברה היהודית, ובמקביל בעקבות השינויים שהתרחשו במבנה החברה הערבית. החברה הערבית נמצאת בתהליך של מעבר מחברה מסורתית לחברה מודרנית. המעבר לחברה מודרנית מתבטא בירידה במעמדה של המשפחה המורחבת לטובת המשפחה הגרעינית. היחלשותה של המשפחה המורחבת הביאה להיחלשות הקשר המשפחתי ולנכונות של חבריה לתמוך ולעזור לאלה בתוכה הזקוקים לעזרה. כתוצאה מכך מתרחש מעבר משימוש ברשתות תמיכה לא-פורמליות לשימוש גובר ברשתות הפורמליות (חאג' יחיא, 1994; ליפשיץ, 1994, Hage Yehia, 1998). אבל למרות השינויים העוברים על החברה הערבית, עדיין מועדפת בחברה זו האוריינטציה הקולקטיבית על-פני זו האינדיווידואליסטית הן ברמת החברה והן ברמת המשפחה. החברה הערבית המסורתית מגינה על הפרט ועל-פי רוב מספקת את צרכיו באמצעות רשת רחבה של קשרים, בעיקר משפחתיים (חאג' יחיא, 1994; Hage Yehia, 1998). גם התלות ההדדית בתוך המשפחה הגרעינית ובין חברי המשפחה המורחבת עדיין מודגשת מאוד. תלות זו מתבטאת בין היתר בתמיכה כלכלית, בטיפול בילדים, בתמיכה חברתית ובדפוסים אחרים של תמיכה הדדית (Barkat, 1985; Rugh, 1998; Hage Yehia, 1998). דפוסי הפעילות וההתמודדות המועדפים בחברה הערבית הם של שליטה עצמית ועמידה בתחומי האחריות השונים. לעובד הסוציאלי לא קל, לעתים, להתמודד עם ניגוד זה שבין הגדרה עצמית ופטרונות (מצד נכבדי הקהילה) ומוטלת עליו האחריות למצוא את שביל הזהב שבין הערכים השונים. כאמור, מרבית העובדים הסוציאליים הערבים רכשו את השכלתם המקצועית באוניברסיטאות בארץ ותכני הטיפול והערכים החינוכיים שקלטו מקורם בחברה המערבית הפוסט-תעשייתית. ערכים אלה אינם עולים תמיד בקנה אחד עם האוריינטציות הערכיות של החברה הערבית בישראל (אל-חאג', 1988; חאג' יחיא, 1994), ועם קונפליקט זה עליהם להתמודד בעבודתם היומיומית. התופעה של תת-שימוש במערכות פורמליות של עזרה, המצויה בחברה הערבית (סויה ושפירו, 1990; Hage Yehia, 1998) אופיינית לקבוצות מיעוט אתניות. הסברי החוקרים לכך הם: חוסר אמון במערכות הפורמליות, טבעה של העזרה שהמסד השולט מציע, קיומו של סף גבוה יותר למצבים של אי-תפקוד (Heines and Franklin, 1982; Temkin, 1990; Sue and Sue, 1990; and Clark, 1988). סויה ושפירו (1990), במחקרם על שימוש בשירותי עזרה מקצועיים בקרב ערביי ישראל, מצאו, שההימנעות מפנייה לשירותים מיוחסת לאי-אמון ולחשדנות כלפי שירותים אלה. התופעה של תת-שימוש בשירותי רווחה אצל האוכלוסייה הערבית בארץ היא תופעה המאפיינת מיעוטים. הספרות הדנה בנושא

מציגה את הסיבה לכך באי־ההבנה של ערכי התרבות, סגנון החיים ונורמות ההתנהגות השונות של קבוצת המיעוט מצד הסוכנויות והעובדים המקצועיים שהן מעסיקות (Sue and Sue, 1990).

כפי שכבר נאמר, החברה הערבית בישראל נמצאת בתהליך מעבר ומתחוללים בה שינויים. אחד השינויים הוא המעבר לשימוש מוגבר בשירותים אשר הרשתות הפורמליות מציעות (חאג' יחיא, 1994). תהליך זה מסביר את פניית האוכלוסייה הערבית לקבלת שירותי רווחה בכלל ושירותי תמיכה למשפחות בפרט, וגם את הביקוש לעובדים סוציאליים מקצועיים בתחום זה מקרב האוכלוסייה הערבית. עיון במספר בוגרי בתי־הספר לעבודה סוציאלית בעשר השנים האחרונות אכן מצביע על גידול של ממש במספר הבוגרים הערבים (Hage Yehia, 1998). עובדות אלה מסבירות את ההבדלים שנמצאו במחקר הנוכחי במאפייניהם האישיים של העובדים הסוציאליים במגזר היהודי והערבי: גילם הצעיר והוותק הקצר בעבודה, יחסית, של העובדים הסוציאליים במגזר הערבי בהשוואה לעמיתיהם במגזר היהודי, ומיעוט העובדים והמדריכים ללא תואר שני.

העובדים הסוציאליים במגזר הערבי מתאימים את דפוסי עבודתם למאפיינים החברתיים והתרבותיים של לקוחותיהם. זו הסיבה להבדלים שנמצאו בין שתי אוכלוסיות העובדים הסוציאליים באשר לדפוסים ולנהלים של הגשת השירותים בסוכנויות שהם עובדים בהן. מקום המפגש השכיח של העובדים הסוציאליים במגזר הערבי עם הילדים הנכים הוא בבית המשפחה, ולא בסוכנות שהם עובדים בה. במגזר זה, המשפחה היא עדיין היחידה האחראית לבני המשפחה, ומפגשים מקצועיים בשירותים הפורמליים עדיין אינם דפוס שכיח. שירותי התמיכה במשפחות והעובדים הסוציאליים המועסקים בהם עדיין צריכים לעסוק בשיווק שירותיהם, בגיוס לקוחות ובהבאת הידיעה על קיומם של השירותים והאפשרות להיעזר בהם לידיעת האוכלוסייה הערבית. שירותי השיקום הפורמליים והעובדים הסוציאליים במגזר הערבי עדיין מצויים בתחרות עם מערכות התמיכה הלא־פורמליות המסורתיות. לפיכך דיווחו העובדים הסוציאליים במגזר הערבי על ביקורי בית כנוהל עבודה שכיח יותר, ועל ציפייה גבוהה של לקוחותיהם שייערכו ביקורי בית רבים עוד יותר.

השמה חוץ־ביתית של בני משפחה אינה שכיחה בחברה הערבית באותה מידה כמו באוכלוסייה היהודית. הסיבה נעוצה הן בתפיסה שונה של תפקידי המשפחה והן בעובדה ששירותי השמה חוץ־ביתיים מוסדיים הוקמו רק בשנים האחרונות (עזאיזה, 1995). משום כך כנראה דירגו העובדים הסוציאליים במגזר הערבי את מסגרות המגורים החוץ־ביתיות במידת הנחיצות הנמוכה ביותר בהשוואה לשירותים אחרים.

מספר התקנים וגודל התקציבים העומדים לרשות שירותי הרווחה בקרב האוכלוסייה הערבית קטנים בהשוואה לאלה שעומדים לרשות האוכלוסייה היהודית (עזאיזה, 1995). למרות זאת לא מצאנו הבדל בין שני המגזרים באשר למכסת הילדים עם נכויות ומשפחותיהם שבטיפולו של העובד הסוציאלי. בהעדר נתונים עדכניים על מספר הילדים

עם נכויות במגזר הערבי, לא ברור האם העובדים הסוציאליים במגזר הערבי נמנעים מלטפל בלקוחות נוספים בשל חוסר תקנים, או שילדים רבים עם נכויות ומשפחותיהם טרם פנו לקבלת שירותים.

בהסתמך על הנתון, שאחוז הילדים המקבלים קצבת גמלת ילד נכה גבוה פי שניים במגזר הערבי מאחוז הילדים המקבלים קצבה זו במגזר היהודי (שמלצר וקורן, 1998), מתקבלת תמונה של מערכת שירותי תמיכה במשפחות עם ילדים עם נכויות שאינה עונה על צורכי האוכלוסייה.

מערך שירותי החינוך לגיל הרך במגזר הערבי מצומצם ביותר בהשוואה למגזר היהודי. הוא מקיף רק 25% מן הילדים בגיל 3, לעומת 96% מן הילדים האלה במגזר היהודי (עזאיזה, 1995). עובדה זו מסבירה את השוני בגורם המפנה את הילד הנכה ומשפחתו לקבלת שירותי תמיכה ושיקום, בעוד שבמגזר היהודי הגורם השכיח בהפניה הם אנשי המקצוע בשירותי החינוך, במגזר הערבי, אנשי המקצוע בשירותים הרפואיים הם אלה המפנים את המשפחה עם הילד הנכה לטיפולו של העובד הסוציאלי ולשירותי השיקום. המצוקה הכלכלית במגזר הערבי קשה יותר מזו שבמגזר היהודי. על-פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, 48% מן האוכלוסייה הערבית נמצאת מתחת לקו העוני בהשוואה ל-13% במגזר היהודי (עזאיזה, 1995). משום כך מצא הסקר, שמצב כלכלי קשה של המשפחה משמש בשכיחות גבוהה יותר קריטריון לקבלת שירותים אצל משפחות עם בן או בת נכים. בשל העדר מסגרות אבחון ותוכניות יום לילדים עם נכויות במגזר הערבי, כפי שהעלה הסקר, העובדים הסוציאליים הם כמעט אנשי המקצוע היחידים המסייעים למשפחה בתהליך ההתמודדות והשיקום. עובדה זו מסבירה את התכיפות הגבוהה בהגשת סוגי השירותים השונים, שדיווחו עליה העובדים הסוציאליים הערבים בהשוואה לעובדים הסוציאליים היהודים. דבר זה מסביר גם את מידת ההפניה הגדולה יותר במגזר הערבי לסוכנויות אחרות לשם קבלת שירותים נוספים או חסרים.

ביישובים הערביים חסרים שירותים ומדריכים דוברי ערבית לבילוי שעות הפנאי לילדים עם נכויות. כמו-כן לא פועלים שם סניפים של ארגונים וולונטריים למען הנכים לצד השירותים הממלכתיים (דוגמת איל"ן, אק"ם או ית"ד, הפועלים במגזר היהודי). זו הסיבה לכך, שמידת ההפניה של העובדים הסוציאליים לסוגי שירותים אלה נמוכה יותר באופן מובהק במגזר הערבי מאשר במגזר היהודי. העובדים הסוציאליים במגזר הערבי שהשתתפו בסקר הביעו רמה גבוהה יותר של תסכול מבחינה מקצועית מאשר חבריהם היהודים. הם דיווחו על קשיים בהגשת שירותים בתכיפות גבוהה יותר ועל כך שהשירותים שביכולתם להגיש אינם מספקים באופן אובייקטיבי והם גם פחות טובים בהשוואה לשירותים המוגשים במגזר היהודי.

למרות הקשיים האובייקטיביים הגדולים יותר שבהם נתקלים העובדים הסוציאליים במגזר הערבי והתסכול המקצועי הרב שלהם, הם עדיין חושבים שהיכולת לעזור לאחרים היא ההיבט החיובי הבולט ביותר של היותם עובדים סוציאליים. הם תופסים את עמדת



החברה בישראל כלפי מקצוע העבודה הסוציאלית כחיובית יותר מעמיתיהם היהודים. הם חשים בצורה יותר חזקה, שמתחולל שינוי, שעמדת החברה בישראל כלפי המקצוע נעשית חיובית יותר. אפשר, שתחושות אלה מסייעות להם כאנשי מקצוע צעירים יותר בגיל ובוותק המקצועי להתמודד עם הקשיים האובייקטיביים הרכים יותר שהם דיווחו עליהם בחברה הערבית.

## מבט לעתיד

בשנים האחרונות התחזקה ההכרה בדבר הצורך בהתמקצעות ובהתמחות בעבודה הסוציאלית בישראל. חטיבת השיקום של העובדים הסוציאליים היתה בין הראשונות שקיבלה הכרה כתחום של מומחיות ממועצת העובדים הסוציאליים. הכרה זו הציבה בפני עובדי השיקום אתגר: להתמקצע ולהעלות את איכות השירות שהם נותנים. קרוב לוודאי, שהעלייה הגדולה במספרם של הסטודנטים לתואר שני ולתואר שלישי המתמחים בשיקום תביא לפיתוח שירותי שיקום ייחודיים ולהעשרת השירותים הניתנים למשפחות שיש בהן ילדים עם נכות. המודעות הגוברת בקרב המשפחות הללו, והמעורבות הגוברת של ההורים בארגונים השונים לעזרה עצמית בפיתוח שירותים חדשניים, יביאו ללא ספק להעשרת השירותים ולפיתוחם. עדות ראשונה לכך ניתן למצוא בחקיקה של החוק לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, החש"ח-1998. העברת החוק התאפשרה הודות למאבק העיקש שניהלו אנשי מקצוע בתחום השיקום יחד עם נציגי ההורים, ארגוני הנכים ופעילי ציבור. החוק מבטא את השינוי שהתרחש בתפיסת הממסד את מחויבותה של החברה כלפי חבריה הנכים.

אנו צופים שיימשך פיתוחם של שירותי השיקום במגזר הערבי, תהליך שהחל עם כניסתם של עובדים סוציאליים אקדמאים ערבים לעבודה בשירותי. הרווחה ביישובים הערביים בעשר השנים האחרונות. על עובדים סוציאליים אלה מוטלת החובה לשנות את הקונצפציה הקיימת של מתן שירותים כוללניים על בסיס אזור גיאוגרפי ולעבור לבניית שירותי רווחה המתמחים בתחומים ספציפיים, לאפשר תחרות באמצעות כניסת גופים פרטיים, ולהיאבק על הוספת תקציבים ומשאבים. משימה חשובה נוספת הניצבת בפניהם היא פיתוחה של העבודה הסוציאלית הקהילתית לצד העבודה הסוציאלית הפרטנית. קידומה של העבודה הקהילתית תסייע בהקמתן של עמותות, התארגנויות של צרכנים וקבוצות לעזרה עצמית. כמו־כן היא תפעל לגיוס מתנדבים ועובדים סמך־מקצועיים העשויים להקל על אנשי המקצוע בהגשת השירותים החסרים במגזר הערבי. בפיתוח הקהילתי הוא יביא למודעות חברתית, לתחושת העצמה קהילתית, שתסייע ליישובים הערביים למצוא דרכים לפתרון הבעיות ברמה המקומית, בעזרתם של אנשי מקצוע, במקום להיות תלויים בפתיחת שירותים בידי התנועה האיסלמית.

מספר הסטודנטים לעבודה סוציאלית בכל האוניברסיטאות (הן יהודיים והן ערבים) גדל והולך בשנים האחרונות. לפיכך אין לצפות למחסור באנשי מקצוע בעתיד. הדאגה צריכה להתמקד אפוא בהגדלת מספר התקנים לעובדים סוציאליים בכל שירותי התמיכה, הציבוריים והפרטיים, במשפחות לילדים עם נכויות. על-מנת להבטיח רמה מקצועית נאותה של שירותים אלה, יש צורך לפתח תוכניות התמחות נוספות בכל בתי-הספר לעבודה סוציאלית כדי לאפשר לעובדי השיקום מסלול התמחות. כמורכב יש לדאוג ליישומם של ממצאי המחקרים השונים שכבר נעשו, ולהרחיב את המחקר הקיים לכל ההיבטים של צורכי המשפחות המתמודדות עם גידול ילדים עם נכויות.

על העובדים הסוציאליים מוטלת האחריות להיות מעורבים יותר ופעילים למען הרחבת החקיקה, קידום מדיניות נכונה ופיתוח שירותים חדשניים בתחום. הרחבת הקשר של החטיבה לשיקום הישראלי עם ארגונים מקצועיים בינלאומיים העוסקים באותם תחומים עשויה גם היא לקדם את המאבק המקצועי לקידום הנושא.

## ביבליוגרפיה

- איגוד העובדים הסוציאליים (1996), "מסמך המומחיות בעבודה סוציאלית בתחום השיקום" (מסמך פנימי). אל-חאג', מ' (1988), "הבוגרים הערבים במוסדות להשכלה גבוהה בישראל: איפיונים עיקריים, פוטנציאל ופרופיל תעסוקתי", בתוך: אל-חאג', מ' (עורך), בעיות העסוקה בקרב בוגרי ההשכלה הגבוהה הערבים בישראל, חיפה: הוצאת אוניברסיטת חיפה.
- דורון, א', קרמר, ר' (1992), ישראל כמדינת רווחה, תל-אביב: עם עובד.
- חאג' יחיא, מ' (1994), "המשפחה הערבית בישראל: ערכיה התרבותיים וזיקתם לעבודה סוציאלית", הברה ורווחה, י"ד (4-3): 264-249.
- ליפשיץ, א' (1994), אזרחיה הערבים של ישראל ומדינת ישראל: תהליך של שינוי ואינטגרציה, תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- סויה, ר', שפירו, ש' (1990), דו"ח הערכה לשנת 1989, תל-אביב-יפו: התחנה לייעוץ נישואין ביפו, אגף הרווחה בעיריית תל-אביב ובית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.
- עואיזה, פ' (1995), "שירותי הרווחה במגזר הערבי בישראל - תמונת מצב", המזרח החדש, ל"ז: 212-207.
- שמלצר, מ', קורן, א' (1998), מקבלי גמלאות לפי ישוב 1997-1996, סקר תקופתי מס' 158, ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.
- Barkat, H. (1985), "The Arab family and the challenge of social transformation", in: Ferrea, E.W. (ed.), *Women and the Family in the Middle East: New Voices of Change*, Austin, Tex.: University of Texas Press, pp. 27-48.
- Depoy, E. and Miller, M. (1996), "Preparation of social workers for serving individuals with developmental disabilities: A brief report", *Mental Retardation*, 34 (1): 54-57.
- Gammon, A.E. and Dziegielewska, J. (1997), "Polish social services to families of children with disabilities: Practice in an emerging setting", *International Social Work*, 40(4): 393-406.
- Hage Yehia, A. (1998), "Special issues in social work in Arab society", in: Loewenberg, F.M. (ed.) *Meeting the Challenges of a Changing Society: Fifty*

- Years of Social Work in Israel*, Jerusalem: The Magnes Press, The Hebrew University of Jerusalem, pp. 233-256.
- Heines, A. and Franklin, B. (1982), "Black American families", in: McGoldrick, M., Pearce, J. and Giodanc, G. (eds.), *Ethnicity and Family Therapy*, New York: The Guildford Press.
- Quinn, P. (1995), "Social work education and disability: Benefiting from the impact of ADA", *Journal of Teaching in Social Work*, 12: 55-71.
- Rimmerman, A. (1998), "Social work rehabilitation in Israel. From generic social work toward specialization", in: Loewenberg, F.M., (ed.), *Meeting the Challenges of a Changing Society: Fifty Years of Social Work in Israel*, Jerusalem: The Magnes Press, The Hebrew University of Jerusalem, pp. 196-206.
- Rugh, A.B. (1984), *Family in Contemporary Egypt*, New York: Syracuse University Press.
- Sue, D.W. and Sue, D. (1990), *Counseling the Culturally Different*, New York: John Wiley and Sons.
- Temkin, G. and Clark, K. (1988), "Ethnicity, gender and utilization of mental health services in a medical population", *Social Science and Medicine*, 26: 989-996.

#### דברי חקיקה

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, החש"ח-1998, ספר החוקים 1658, התשנ"ח, עמ' 152.

# תוכנית "סל שיקום" לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב בריאות ורווחה

מאת דינה פלדמן ויהודית בר און\*\*

תוכנית "סל שיקום" לנפגעי נפש ובני משפחותיהם בקהילה תוכננה כניסוי ארצי בידי הוועדה הבין-משרדית בריאות-רווחה ובאישור משרד האוצר, ונועדה ליישום בשנת 1998. הניסוי נועד לכלול 1,350 נפגעי נפש שהוכרו כנכים בידי המוסד לביטוח לאומי ובדרגת נכות העולה על 40%. אלה סווגו בעזרת פרופיל תפקודי לפי 4 רמות: עצמאים, עצמאים באופן חלקי, מוגבלים ותלותיים ובהתאם לכך נקבע סל שירותים ייעודי דיפרנציאלי. במאמר מפורטים תפיסות-העל, העקרונות והיישום של הרכב ה"סל", עלותו, הגורם האחראי ליישומו בכל אחד מן המשרדים ומנגנוני התיאום שהוצעו בכל רמות הפעילות. הלקחים הראשוניים מן התוכנית הם הצורך בגיבוי חקיקתי לתוכנית ארצית כוללת שתבטיח כיסוי תקציבי והסדרת פרטי ההתארגנות, הטמעה יסודית של כל מרכיבי התיאום בכל רמות התכנון והביצוע, בתוך מערכת הבריאות, בינה ובין מערכת הרווחה ומערכות מטפלות אחרות וכיניהן ובין הצרכנים והמשפחות והקמת מערך ארגוני עצמאי לשיקום שיהיה בעל סמכויות מבחינת תקציב והנחיה מקצועית, אשר ילווה במועצה לאומית מיעצת ובגוף בקרה והערכה חיצוני.

---

## מבוא

---

בישראל, כמו במדינות מערביות רבות, הולכת ומתפתחת ההכרה בצורך בשינוי המדיניות החברתית בנוגע לנפגעי נפש ובני משפחותיהם. הכוונה היא להכיר בהם כבבני אדם שווי זכויות הזכאים לחיות בסביבה חברתית נורמלית, תוך קבלת תמיכה כוללת שתאפשר להם

---

\* בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.  
\*\* אגף לשירותים אישיים וחברתיים, משרד העבודה והרווחה, ירושלים.

לתפקד, ככל האפשר, כאזרחים תורמים לחברה. מדיניות זו מבוססת על תפיסה מערכתית סביבתית, המתייחסת לא רק אל נפגע הנפש ואל המערך המקצועי שהוא נעזר בו, אלא גם אל משפחתו הקרובה ואל הסביבה החברתית שהוא חי ומתפקד בתוכה. יישום מדיניות מעין זו מחייב פיתוח מענים של טיפול ושיקום, פורמליים ולא פורמליים, בתוך הקהילה, שיהיו מבוססים על גישה כוללנית ומעצימה וייתמכו בהכרה חברתית, בגיבוי מקצועי ובמשאבים מתאימים. בתוך מערך זה האשפוז הפסיכיאטרי הוא רק מרכיב אחד הנותן פתרון זמני למצבי חירום בלבד. מדיניות החזרה לחיים בקהילה ("אל-מיסוד"), מיושמת בארצות רבות בעולם והיא מתבטאת בצמצום מספר המיטות בבתי-החולים הפסיכיאטריים, בפיתוח חלופי ומשלים של רשת שירותים קהילתיים, בעיקר בתחום הרפואי, הפסיכוסוציאלי, ובתחום הדיור והתעסוקה.

גם במדינת ישראל, בעיקר מאז שנות ה-70, אומצה מדיניות האל-מיסוד, מסגרת האשפוז צומצמה במידה רבה ובמקביל פותחה מערכת קהילתית בעיקר של מרפאות, מקומות דיור ותעסוקה מוגנים ומועדונים למיניהם. אלא שפיתוח המערכת הקהילתית לא חפף בהיקפו את מידת הצמצום של מיטות האשפוז וסבל מהעדר כרוני של משאבים והעדר לגיטימיות ממוסדת של התהליך, כמו גם מפיצול ומהעדר של מדיניות-על בנושא: גורמים רבים עוסקים, למעשה, במלאכת הטיפול והשיקום של נכי נפש וכני משפחותיהם, וביניהם אלה שעניינם בריאות, בריאות נפש, עבודה ורווחה, שיכון, חינוך, שלטון מקומי. גורמים אלה לא נדרשו מעודם לגבש תמונה כוללת בכל הנוגע לתכנון, להספקה, לפיקוח ולהערכה הכוללת של השירותים המיועדים לאוכלוסיית נפגעי הנפש.

המאמר מתאר את תהליך פיתוחה של תוכנית חלוץ כוללנית לטיפול ושיקום אינטגרטיביים של נפגעי נפש וכני משפחותיהם, אשר תבוצע בידי משרדי הבריאות והעבודה והרווחה. התוכנית נקראה בשם "סל שיקום" לנפגעי נפש ומשפחותיהם בקהילה", והיא החלה לפעול בתחילת שנת 1998 וממשיכה לפעול עד היום. המאמר מציג את תפיסות-העל, העקרונות והמבנה של התוכנית, דרכי יישומה, השלב הראשון של הביצוע ואת הלקחים העולים מכך.

## רקע

### 1. מדיניות ביטוח בתחום בריאות הנפש

מדיניות ביטוח בריאות מגדירה את העקרונות לחלוקת משאבים והסדרי תשלומים לצורך כיסוי הטיפול הרפואי החוזי עבור הנזקקים לכך (Arrow, 1963) והיא תלויה בערכים חברתיים ובעקרונות הזכאות שכל חברה קובעת לעצמה (Mevorach-Levi and Shye, 1993). תוכנית ביטוח טובה אמורה לתת מענה לצרכים האמיתיים של המבוטחים, ללא הפליה או קיפוח, אך גם באופן המתאים ליכולות של החברה שהם חיים בה (Newhouse,).



1994). להבטחת כיסוי ביטוחי יש משמעות מיוחדת לגבי אלה הסובלים ממחלות ומנכויות נפשיות. אלה מוכרים כצרכנים כבדים במיוחד של המערכות השונות ומרבים להסתייע בעיקר בשירותי רווחה ובריאות, דבר הכרוך בעלות טיפול גבוהה. לפיכך גברה ההתעניינות של החברה המערבית בתכנון ויישום תוכניות ביטוח אפקטיביות לאוכלוסייה זו במיוחד (Franks, Goldman and McGuire, 1996; Anthony, 1996).

חיזוי צריכת שירותי בריאות בכלל ובריאות הנפש בפרט הוא תהליך מורכב הנתקל בקשיים כשבאים לנבא את מרכיבי הסיכוי לצריכה (שמואלי ואחרים, 1995), ולא פחות מזה את הקשר בין הצרכים, הדרישה לקבלת מענה טיפולי והשימוש בהם בפועל. משמעות הדבר היא, שגם אם מנבאי הצריכה מזוהים, עדיין אין זה אומר, שאלה הזקוקים לטיפול הם אכן אלה שצורכים אותו (Cleary, 1989). הדבר נכון במיוחד כשמדובר באוכלוסיות המתגוררות בפריפריה, או הסובלות ממחלות ונכויות המתויגות בסטיגמה כמו מחלות הנפש (Sytema, 1991).

קשיים אלה וההוצאות הרבות הכרוכות בטיפול במחלות נפש, הפכו את אוכלוסיית נפגעי הנפש לאוכלוסייה לא מושכת בעיני מבטחים פרטיים וציבוריים. משום כך ראו לעצמם מעצבי המדיניות, במדינות רבות בעולם, הכרח להציע לנפגעי הנפש מסגרת ביטוח ממשלתית, במטרה לצמצם את ההפליה העלולה להיווצר לגביהם בשוק ביטוח הבריאות הפתוח (Franks, Goldman and McGuire, 1996). מסגרת הביטוח המוצעת מצרדת בדרך-כלל בכך שכל אלה הסובלים מהפרעה נפשית יהיו זכאים לקבל טיפול על-פי "סל שירותים" מוגדר מראש. הסל נקבע באמצעות ניתוח של צריכת שירותים בידי האוכלוסייה הרלוונטית בעבר, בדרך-כלל על-פי חתך של אבחנות פסיכיאטריות ולעתים גם על בסיס של מאפיינים סוציו-דמוגרפיים. גישה זו מבוססת בעיקר על חישובים של כדאיות כלכלית וניסיון לחלק את הסיכון הכלכלי בין המבטח למבוטח. הבעיה העיקרית בשיטה זו היא ביסוס התכנון והספקת השירותים על-פי האבחון הקליני-פסיכיאטרי, ולא על-פי יכולת התפקוד. אבחון היכולת התפקודית ותוכניות השיקום התעסוקתי והחברתי מתבצעות, בדרך-כלל, מחוץ למערכת הרפואית וללא תיאום אתה ולפיכך קורה לעתים קרובות שהלקוח נופל בין שני הכיסאות (Franks, Goldman, McGuire, 1996).

ההכרח בשילוב המרכיבים התפקודיים והקליניים במערך התכנון והטיפול מתחזק עוד יותר לאור הממצאים המעידים על כך, ששני ההיבטים של הפרעה הנפשית - הסימפטומטי-קליני והתפקודי-חברתי - פועלים לעתים ללא תלות זה בזה (Katsching, 1993; Casey, Tyner and Platt, 1985; Wohfarth, et al, 1993). בגלל העובדה, שבדרך-כלל כל אחד מן ההיבטים מטופל במערכת אחרת, ועל בסיס עולמות תוכן שונים, ההתייחסות הכוללת אליהם מהווה למעשה את האתגר המרכזי בעיצוב ויישום מדיניות השיקום בכלל ובתחום שיקום נפגעי נפש בפרט (Pai and Kapur, 1982; Mezzich, 1988; Shepherd, 1991; De Jong, 1996).

## 2. המודל הקליני-תפקודי

המודל הקליני-תפקודי עוסק בקשר שבין המרכיבים הרפואי-פסיכיאטרי והחברתי-שיקומי ומתייחס לנקודת המפגש ביניהם. הנחת היסוד של המודל היא, שבני אדם הסובלים מנכות גופנית ונפשית לוקים, בדרך-כלל, במוגבלויות ארוכות-טווח בתפקוד, כאשר פעולת השיקום חייבת להתחיל כבר בשלב מוקדם, עם התפתחות המצב האקוטי ולאחר שמתברר אופיו של הליקוי הצפוי וכאשר עצם קיומם של הסימפטומים הקליניים אינו פוגע, במידה יתרה, בהתקדמות תהליך השיקום (Anthony and Lieberman, 1993). העיתוי האופטימלי להתערבות מהווה לעתים סלע מחלוקת בין המודל הרפואי לזה השיקומי, בייחוד במעבר ממסגרת מוסדית למסגרת קהילתית. המודל הרפואי רואה בהתערבות התרופתית המאזנת את מוקד התערבותו, ואילו המודל השיקומי מבסס את עיקר התערבותו על פונקציות תפקודיות, הפועלות לצמצום המגבלות הקיימות, עקב הנכות והחולי ורואה את מרחב פעולתו בעיקר במסגרות חיים טבעיות (Wood, 1980; Frey, 1984). הבדל אחר קשור לפרוגנוזה ההחלמה, כאשר התפיסה הרפואית חוזה לנכי הנפש פרוגנוזה מוגבלת, ואילו התפיסה השיקומית החדשה מדברת גם במושגים של החלמה (Anthony, 1993). השלבים של התפתחות המחלה וסוגי ההתערבות בכל שלב ושלב מוצגים בלוח מס' 1 (על-פי Anthony and Lieberman, 1993).

## לוח מס' 1. שלבי התפתחות המחלה וסוגי ההתערבות בכל שלב

שלב	הגדרה	מוקד מרכזי	סוג ההתערבות
1. פתולוגיה	חריגות במערכת העצבים המרכזית הגורמת להפרעה ביו-התנהגותית	גידול מוחי היוצר תמונה פסיכוטית	התערבות מעבדתית וניתוחית
2. ליקוי	אובדן/חריגות של המבנה הפסיכולוגי, הפיזיולוגי, האנטומי או הפונקציונלי, המתרחש עקב הפתולוגיה, בהופעה, בתפקוד ובקואורדינציה	סימפטומים חיוביים ושלייליים של המחלה	אבחון רפואי, טיפול תרופתי, אשפוז
3. מוגבלות	כל הגבלה או חסר של יכולת לבצע פעילות נורמלית המתרחשים עקב הליקוי	חסר במיומנויות חברתיות	הערכת תפקוד, אימון מיומנויות לתמיכה חברתית
4. נכות	קשיי ביצוע כתפקוד בחברה הנורמלית הקשור למוגבלות	אבטלה, בעיות דיור וכדומה	תוכנית שיקום תעסוקתית ומערכת לתמיכה קהילתית

המודל הקליני-תפקודי משלב ומגדיר את הנכות באמצעות סימפטומים קליניים ורמות תפקוד ואת ההתערבות כמבוססת הן על המודל הרפואי (בשלבים הראשון והשני) והן על מודל השיקום (בשלבים השלישי והרביעי). גישה זו אימצה לה ההסתדרות הפסיכיאטרית האמריקנית והיא שולבה בשנות ה-80 בספר האבחנות (American) DSM III (Psychiatric Association, 1980). שם, לראשונה, הופיעו חמישה צירים של אבחון הפרעות נפשיות: הציר הקליני-סימפטומטי, ציר האישיות, הציר הפיזיולוגי, הציר הפסיכוסוציאלי וציר התפקוד. ציר התפקוד רלוונטי במיוחד לפרוגנוזה השיקום, והוא נוגע לסיכויי השיבה של המטופל אל דרגת התפקוד הקודמת במישורי פעולה שונים. במסגרת זו מקובל לאבחן את יכולת התפקוד באמצעות סולם (Global Assessment of) GAFS (Functioning Scale), הנמשך מ-1 עד 90 והמשווה את הערכת התפקוד בעבר לעומת התפקוד הנוכחי (De Jong, 1996).

פיתוח דומה, המסווג ומדרג תופעות נפשיות באופן המאפשר ניסוח תוכניות שיקום, הוכן באירופה בארגון הבריאות העולמי. השיטה הזאת מאבחנת ומסווגת את מצב המחלה ואת תוצאותיה באופן המאפשר הגדרת יעדים ותוצרים של טיפול במונחי תפקוד. שיטת האבחון קרויה (International Classification of Impairment, Disabilities) ICDH (and Handicaps). מדובר בשלושה תוצרים אפשריים של המחלה הנוגעים למישור הפיזי, התפקודי, הפסיכולוגי והסוציאלי של החלמה (ארגון הבריאות העולמי, 1996; Wood, 1993; Badley, 1980):

- (1) ליקוי (Impairment): מצביע על פגם במבנה האורגני של האדם, בהופעה, בתפקוד, בקואורדינציה וכדומה. עיקר ההתערבות במישור זה היא פיזיולוגית-רפואית.
  - (2) מוגבלות (Disability): מצביעה על קיומו של פגם במונחים של קושי בתפקוד ובפעילות של הפרט. כאן עיקר ההתערבות היא בשיקום התפקוד.
  - (3) נכות (Handicap): מצביעה על חוויה של הפרט הנובעת מן הפגם והמוגבלות והיא משקפת בעיקר את פעילות הגומלין ואת יכולת ההסתגלות של הפרט לסביבתו. כאן עיקר ההתערבות היא פסיכו-חברתית.
- לדעת ויירסמה (Wiersma, 1986), תוצרים אלה דורשים שינוי מושגי ויישומי בתחום האבחון והטיפול, אשר יגדיר את התוצרים הביו-פסיכו-סוציאליים של הפרעה הפסיכיאטרית וההפרעה בתפקוד גם יחד. יש בכך משום המלצה לחזרה למודל הביו-פסיכו-סוציאלי, המדגיש את ההסתכלות האינטגרטיבית על המחלה, על תוצריה ועל דרכי הטיפול בה (De Jong, 1996).

### 3. הגדרת תוכנית הטיפול על-פי המודל הביו-פסיכו-סוציאלי

ליברמן (Lieberman, 1989), רואה במודל הביו-פסיכו-סוציאלי את המודל המתאים

לטיפול בבני אדם הסובלים מהפרעות נפשיות בכלל ומחולי נפשי ממושך, בפרט. הוא מצטרף בכך לרכים אחרים שעסקו בתהליכי התמודדות עם תחלואה ודחק (Antonovsky, 1979; Karger and Basel, 1988; Strumpfer, 1995). המודל הביו-פסיכו-סוציאלי מבוסס על תפיסת עולם הרואה באדם ישות מורכבת מחלקים פיזיים, פסיכולוגיים וסביבתיים. כל פגיעה באחד ממרכיבים אלה, או בקשר ביניהם, יכולה להשפיע על המכלול כולו. משום כך מתחייבת בטיפול אוריינטציה הוליסטית, עם דגש על חיזוק כל אחד מן המרכיבים. מכאן נובע, שגם מסגרות הטיפול צריכות להיות אינטגרטיביות ומתואמות ביניהן.

אוריינטציה זו ניתנת להשגה באמצעות תיאום מקצועי או אדמיניסטרטיבי בלבד, אך גם בעזרת איגום מקורות המימון ומשאבי האנוש של הגורמים השונים המטפלים באדם. האיגום מאפשר קבלת אחריות כוללת, מצד אחד, והגדרת אחריות דיפרנציאלית של כל אחד מן השותפים על הספקת השירותים, מצד שני. המלצה זו כלולה גם ברפורמה שהציע הנשיא קלינטון בארצות-הברית והיא עולה בקנה אחד עם גישות הביטוח המועדפות בעולם המערבי (NIMH, 1987).

במודל של ליברמן (Lieberman, 1989) מוגדר מערך כוללני של שירותים פסיכיאטריים ושיקומיים. אלה מיועדים לאפשר לכל פרט להיעזר, על-פי צרכיו, בהתמודדותו עם הסימפטומים האקוטיים של מחלת הנפש, עם המרכיבים הפסיכולוגיים שלה ועם החסרים התפקודיים. הטיפול מתבצע בד-בבד במסגרת שיקום תעסוקתי, שירות פסיכיאטרי, התערבות חברתית, מסגרות דיוור, טיפול רפואי ודנטלי ועוד. ריכוז תוכנית הטיפול מתבצע בידי מנהל המקרה (case manager).<sup>1</sup> מודל זה מציע מגוון רחב של שירותים פוטנציאליים שיעמדו לרשותו של המשתקם. מנהל המקרה הוא הגורם המרכז את ההחלטה על הרכבו של סל השיקום והוא גם האחראי לביצועו.

המאמר הנוכחי מתאר תוכנית התערבות ממשלתית, בין-משרדית, בתחום שיקום נפגעי נפש בקהילה ובני משפחותיהם, המבוססת על תפיסת שיקום כוללנית, ביו-פסיכו-סוציאלית ותפקודית. התוכנית שמה דגש על פיתוח רשת טיפול וארגון, ממוקדת בלקוח ובמשפחה, והיא אמורה להיות מיושמת באמצעות הגדרת "סל שיקום" דיפרנציאלי ותוכנית התערבות המותאמת לקבוצות שונות של בני אדם הסובלים מנכות נפשית, על-פי מחלתם ורמת תפקודם. את התוכנית הכין צוות משותף של משרדי הבריאות והרווחה והיא נועדה להיות מיושמת במשותף ותוך תיאום בין שני המשרדים החל משנת 1998. הכוונה היתה למנוע את הפיצול המתמשך בין שני המשרדים בטיפול ובשיקום אוכלוסייה זו (לכמן, 1998). התוכנית נושאת את השם "סל שיקום" לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה, ותוצאותיה

1. בוועדה הבין-משרדית הוסכם לכנות פונקציה זו בשם "מתאם טיפול", מושג המקביל למעשה ל-care coordinator.

תוכננו לשמש בסיס עובדתי לדיון בהגדרת מדיניות עתידית בתחום שיקום נפגעי הנפש בישראל, והבטחת יישומה באמצעות חקיקה ייעודית.

#### 4. "סל שיקום" והזיקה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ולחוק שיקום נכי נפש בקהילה

המושג "סל שירותים" מוגדר כ"מכלול של שירותים וגמלאות, שנקבעו מראש והניתנים או המוצעים ליחידים ולקבוצות במסגרת פעולות המדינה, או באמצעות גופים הפועלים עבורה, על-פי קריטריונים ברורים וקבועים מראש". (גל, 1996). הרגש בהגדרה זו מושם על כוללניות, גמישות ומחויבות אופרטיבית ומוגדרת של המדינה לספק שירותים תוך הקניית חופש בחירה, ברמה זו או אחרת, לצדכנים.

בישראל הונהגו בעבר מספר "סלים", למשל: "סל סיעוד", במסגרת חוק ביטוח סיעוד, התשמ"ו-1986, "סל קליטה" (מבקר המדינה, 1990), "סל בריאות" (לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשמ"ד-1994), "סל תרבות" (בקר, 1995) ו"סל שיקום" (חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, התשנ"ז-1997). ה"סלים" שונים זה מזה בפרמטרים המרכיבים אותם: בציבור היעד שלהם, בבסיס הפורמלי (האם ה"סל" מבוסס על חוק או רק על נהלים), במעמד מבחינת מבצעי המדיניות (קשור בדרך-כלל למעמד החוקי), באופי השירותים הניתנים (האם הם שירותים בעין או גמלאות כספיות), בתהליך השינוי והעדכון של ה"סל", במקור המימון (האם הוא מעוגן בחוקים ומוגדר כחובה, או שהוא תלוי במציאות תקציבית אקטואלית); באופן ההספקה (ישירות מן המדינה, או שקיימת אפשרות לפתח שוק חופשי להספקת השירותים); באופי ובאופן הפיקוח על הספקת השירותים האם באמצעות הגורם המממן, או באמצעות גורם אובייקטיבי; האם דרישת הפיקוח מעוגנת בנוהלי הסל עצמו, או שהיא שואבת את סמכותה ממקורות אחרים; מהו מקומם של בעלי המקצועות השונים בהספקת ה"סלים" וכידי מי, בסופו של דבר, מצויה הסמכות להחליט על זכאות, ולכסוף, מהו אופי המעורבות של הלקוחות ובני משפחותיהם בתהליך הספקת ה"סל" (גל, 1996).

התוכנית המוצעת של "סל שיקום" לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה, הוגדרה כתוכנית ניסיונית, ששאבה, באופן תיאורטי, את כוחה מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ובעיקר מהצעת חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התשנ"ח-1998, שאושר בינתיים והיה לחוק, ובמידת-מה גם מחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, התשנ"ז-1997.

תחום בריאות הנפש מופיע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי במספר סעיפים בתוספת השלישית: סעיף 3, תת-סעיף 1(3), עוסק באשפוז פסיכיאטרי ובטיפולים חלופיים לאשפוז, כגון: דיוור מוגן, הוסטלים ועוד. סעיף 2 עוסק בשירותים האמבולטוריים; בתת-סעיף (1) מוזכרת המחויבות ל"שיקום" ובתת-סעיף (2) מצוינים שירותים לאוכלוסיות מוגדרות: כגנים טיפוליים, במועדונים, במרכזי שיקום ובתעסוקה שיקומית (עמוד 153). בנוסח זה של החוק שירותי השיקום הם חלק מן המערך הרפואי ואינם מוכרים כתחום העומד בפני עצמו.



בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ז-1997, כלולה גם האוכלוסייה הסובלת ממוגבלות נפשית, קבועה או זמנית, בין מלידה ובין כתוצאה מאירוע שאירע במהלך החיים, אשר בגללה התפקוד מוגבל באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים (עמוד 23). החוק שהתקבל כולל בינתיים את מרכיבי התעסוקה והתחבורה בלבד ולפיכך יישומו (לאחר התקצוב) יהיה רלוונטי בעיקר לנפגעי נפש, המשתלבים בשוק העבודה הפתוח (כרגע מדובר בקבוצה קטנה בלבד) ולא לה הסובלים בעיקר ממוגבלות פיזיות.

קיומם התיאורטי, למעשה, של שני חוקים אלה המריץ את חברת הכנסת תמר גוז'נסקי לקדם חקיקה ייעודית הנוגעת לשיקום נפגעי נפש בקהילה. הצעת חוק זו (היום - חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000), היוותה, ללא ספק, את המסגרת החוקית הרלוונטית ביותר למימוש תוכנית "סל שיקום" כתוכנית לאומית. החוק הציב לעצמו בתור מטרה "לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד כבוד האדם וחירותו". מטרה זו עולה בקנה אחד עם הגדרת ארגון הבריאות העולמי, הרואה בהגעה לרמה אופטימלית של תפקוד עצמאי בקהילה יעד מרכזי (ארגון הבריאות העולמי, 1996א; 1996ב). החוק בא לקבוע את זכאותם של נכי הנפש והמשפחות לסל שיקום מפורט המגדיר גם את הדרך המינהלית לקביעת זכאות זו. כמורכב מציע החוק להקים מועצה ארצית לשיקום נכי נפש, אשר תורכב מאנשי מקצוע, מנציגים של משרדי הממשלה, מאנשי אקדמיה ומנציגי נכי הנפש ומשפחותיהם, אשר תלווה את התוכנית. עוד מוצע להקים ועדות שיקום אזוריות, שבסמכותן לקבוע את זכאותם של נכי הנפש הפונים אליהן לתוכנית השיקום, וגם את תוכנה והיקפה של תוכנית השיקום. על קביעותיהן של הוועדות אפשר יהיה להגיש ערעור לוועדות ערר מתוזות. העלות השנתית המוערכת של יישום הצעת החוק היא 30 מיליון ש"ח לשנה והיא אמורה להיות מתוקצבת מסעיף הרזרבה הכללית בתקציב המדינה.

תוכנית "סל שיקום" יצאה לפועל בהשתתפות משרד הבריאות בלבד ובמציאות של העדר בסיס חוקי מוחשי וברור המגבה את יישומה ומתוך התנגדות של גורמים שונים במשרד הבריאות, המזוהים בעיקר עם המודל הרפואי ועם תפיסת עולם מוסדית (אכירס ורוזן, 1998). גם משרד העבודה והרווחה התקשה לראות את עצמו מעורב באופן פורמלי בשיקום נפגעי נפש וכך גם מרכז השלטון המקומי והרשויות המקומיות, אשר נדרשו לבצע את חלקם בתוכנית תוך השלמת המימון בהיקף של 25%, כמקובל בשירותי הרווחה.

## תיאור התוכנית

### 1. עקרונות

הפעלת התוכנית התבססה על מספר עקרונות טיפול:

(1) נפגע הנפש הוא מוקד ההתערבות המכוונת להחזרת האדם לתפקוד בעזרת סביבתו הטבעית ובתוכה, תוך-כדי שיתופו הפעיל בתוכנית. משאלותיו וצרכיו ישמשו מצפן לאופן ההתערבות ולתוצריה.

(2) המשפחה היא משאב רב חשיבות לשותפות עם אנשי מקצוע בסיוע לנפגע הנפש בתהליך שיקומו. אבל היא גם יעד, בפני עצמו, לעזרה ותמיכה בעת הצורך. לפיכך השותפים, כמו הנפגעים עצמם, יזכו לעזרה וסיוע ויהיו שותפים בוועדות ההיגוי הארציות והמחוזיות, בתכנון וביישום ההתערבות.

(3) עבודת השיקום היא עבודה רב-מערכתית, מודולרית ומשלימה, לאורך זמן וברצף טיפולי, ולפיכך מתחייבים שותפות ותיאום בין הגורמים השונים העוסקים בטיפול ובשיקום נפגעי הנפש. משום כך הנציגים של מערכות הטיפול השונות (בריאות, רווחה, ביטוח לאומי ועוד), ישתתפו יחד עם הלקוחות והמשפחות במועצה הארצית, בוועדות החלטה מחוזיות ובתיאום הטיפול של המקרים הפרטניים כפי שייקבע על-פי קריטריונים שהוגדרו מראש.

(4) השאיפה לנורמליזציה באמצעים ובתוצרי הטיפול תוגשם באמצעות "מדיניות וטיפול מכווני חוסן" (Strength Based Policy and Practice).

### 2. מטרות

מטרתה של תוכנית "סל שיקום" היתה ליצור מציאות טיפולית וחברתית נורמטיבית, ככל האפשר, אשר תשפר את המצב הקליני והתפקודי של האנשים הסובלים מנכות נפשית ואשר נמצאו מתאימים להפיק תועלת מתוכנית זו. כמו-כן, התוכנית מיועדת לשפר את איכות החיים ושביעות הרצון של הפרט המטופל ובני משפחתו במציאות החיים היומיומית. ההנחה היא, שכאשר תושגנה מטרות אלה תושג גם המטרה להפחית את הסטיגמה של מחלת הנפש, להפחית את שיעורי האשפוז ולשפר את יחסי עלות-תועלת של הספקת השירותים בתחום בריאות הנפש ולאפשר על-ידי כך גם להרחיב את השירות לאוכלוסיות יעד נוספות או לתחומי טיפול חדשניים.

### 3. אוכלוסיית היעד

התוכנית תוכננה מלכתחילה לכלול 1,350 בני אדם (ובני משפחותיהם), אשר המוסד

לביטוח לאומי הכיר בהם כנכי נפש (בשיעור של יותר מ-40%), מינואר 1997 ואילך, ושעונים על קריטריונים מוגדרים מראש על-פי החלטת ועדת שיקום מחוזית, שחבריה הם נציגים של משרדי הבריאות והרווחה והמוסד לביטוח לאומי. המספר 1,350 חושב על-פי צפי של הצטרפות נכי נפש חדשים בכל שנה ובהנחה שההצטרפות השנתית האופיינית למעגל הנכות מתרחשת סביב גיל 30 ומשתרעת עד גיל 60 (אצל נשים) ועד גיל 65 (אצל גברים) ומכאן שמספר שנות הנכות האופייני הוא בערך 30 שנה לאדם. משום שבישראל מצויים 40 אלף נכי נפש, ניתן להניח, שבכל שנה מדובר בתוספת ממוצעת של 1,350 איש. בתוך אוכלוסייה זו הוגדרו 4 קבוצות של נפגעי נפש: עצמאיים, עצמאיים באופן חלקי, מוגבלים ותלותיים. כל אלה מסווגים על-פי קריטריונים תפקודיים המפורטים בלוח מס' 2. לגבי כל אחת מן הקבוצות הוגדרה מכסה של זכאים: בקבוצת העצמאיים - 350, בקבוצת העצמאיים באופן חלקי - 400, בקבוצת המוגבלים - 350 ובקבוצת התלותיים - 250. המספר בכל קבוצה הוא משוער ומגיע בערך לרבע מכלל אוכלוסיית היעד של התוכנית. הקבוצות הוגדרו על-פי תחומי תפקוד, הגדרת מסגרות התמיכה וסוגי ההתערבות הנדרשים. קיימת גם אפשרות לכנות פרופיל מעורב ותוכנית התערבות מגוונת.

#### 4. תחומי התפקוד

- כשרים אישיים (כגון: דימוי עצמי, ביטחון עצמי, מוטיבציה ויוזמה).
- מיומנויות היומיום (כגון: שמירה על היגיינה אישית, ביצוע משימות במשק הבית, שימוש בכספים, תכנון הזמן, התמצאות במרחב החיים).
- מיומנויות חברתיות (כגון: יוזמה, זיהוי רגשות, יכולת תקשורת בין-אישית).
- מיצוי זכויות ושימוש במשאבים קהילתיים (כגון: תחבורה ציבורית, מרפאה, בנק).
- תעסוקה (כגון: הרגלי עבודה, הבנת הוראות, התמדה).
- פנאי והשכלה.
- הערכה כללית של היכולת לחיות בקהילה, רמת העצמאות, היקף הפגיעה בתפקוד, רמת העזרה הנחוצה ומשך הזמן שיש בה צורך.

#### 5. רמות התמיכה

הוגדרו 4 רמות תמיכה, המתייחסות לסוג השירותים, העזרה והמשאבים הנחוצים לפרט כדי לתפקד:

- (1) תמיכה מזערית למשך פרקי זמן קצרים ולביצוע מספר מצומצם של תפקודים.
- (2) תמיכה מוגבלת במשך תקופות ארוכות יותר ובתחומי תפקוד רבים יותר.

- (3) תמיכה מוגברת המשאירה מעט תחומים ופרקי זמן מזעריים ללא תמיכה.  
 (4) תמיכה מלאה עניינה מתן עזרה במשך תקופות ארוכות ובכל שטחי החיים.

## 6. סוגי ההתערבות

הוגדרו 5 אופנים של התערבות בתפקוד:

- (1) דרבון - כאן מדובר בהתערבות המתמקדת בעידוד ובחיזוק המוטיבציה להחלמה, בהעלאת הביטחון העצמי ביכולת לטפל במחלה ובמצב, בחיזוק הכוחות החיוביים הקיימים באדם ובהחזרת התפקודים, שנפגעו עקב המחלה.  
 (2) התערבות של כוונה - עניינה סיוע בקביעת סדרי עדיפויות, ארגון סדריוס וכיצועו והגברת היכולת בשימוש במשאבים קיימים.  
 (3) הדרכה - כוונתה לאימון והקניית מיומנויות באמצעות הוראה ודוגמה אישית.  
 (4) ליווי - עניינו פעולה אקטיבית של השתתפות המטפל בביצוע הפעילות הנדרשת.  
 (5) סיוע - עניינו ביצוע מטלות עבור האדם הנזקק ובמקומו.  
 סיכום פעילות הגומלין בין כל התחומים מפורט בלוח מס' 2.

## 7. הרכב הסל

לגבי כל אחת מן הקבוצות הוגדר סל מרבי אשר מתוכו יסופקו שירותים על-פי הצרכים (לפירוט ראו לוחות מס' 3, 4, 5, 6).

מתוך הלוחות ניתן להגדיר את הרכב "סל השיקום" ככולל: ביטוח שיניים שוטף, טיפול לפרוטטיקה, מתן מענקים לשירותים משלימים, הספקת שירותי סמך מקצועי, שירותי אבחון ושיקום מקצועי והשלמת השכלה, שירותי ייעוץ ותמך למשפחות, מעקב של מרפאה, כולל פסיכותרפיה, סובסידיה לדיוור, שירותי מועדון חברתי ותיאום טיפול. עוד ניתן לראות, ששירותי ייעוץ ותמיכה למשפחות יסופקו תמיד באחריות משרד העבודה והרווחה, ואילו טיפולי שיניים, שירות מעקב של מרפאה ופסיכותרפיה, מועדון חברתי ודיוור מוגן יהיו תמיד באחריות משרד הבריאות. שירותי אבחון ושיקום מקצועי לעצמאיים יספק המוסד לביטוח לאומי, לעצמאים באופן חלקי - משרד העבודה והרווחה, למוגבלים ותלתיים - משרד הבריאות. משרד העבודה והרווחה יהיה אחראי גם על הספקת שירותים משלימים ושירותי תיאום הטיפול של הנפגעים העצמאיים וכל היתר יסופק באחריות משרד הבריאות. לשני המשרדים הוקצו כספים ייעודיים גם לבניית מנגנון ניהול, תיאום ופיקוח ברמת המטה וברמת המחוזות.

לוחות מס' 3-6 מראים, שהמאמץ בשיקום הוא רב-תחומי, רב-מערכתי ורב-מקצועי

לוח מס' 2. אפיון קבוצות נפגעי הנפש על-פי קריטריונים של הפקד, רמות תמיכה וסוגי התערבות

תלוחים	מוגבלים	עצמאיים באופן חלקי	עצמאיים
פגיעה חמורה בדימוי העצמי, בביטחון העצמי וכמוסיבציה. העדר יחמה	ידידה חדה בדימוי העצמי, ידידה גדולה בביטחון העצמי, מוסיבציה לא יציבה שאינה מתאמת לכוחות, יחמה נמוכה	ידידה חדה בדימוי העצמי, ידידה גדולה בביטחון העצמי, מוסיבציה נמוכה לשיעור.	ידידה בדימוי העצמי, ידידה בביטחון העצמי, מוסיבציה לבצוע
פגיעה מתמשכת ורחבה בתפקודי היומיום	ידידה חדה ביכולת לבצע פעולות יומיומיות	ידידה ביכולת לבצע פעולות יומיומיות	קיימות מיומנויות כטיסיות של חיי היומיום. כגון: הכנת ארוחות, קניית, טיפול במשק הבית, שמירה על הרכוש, סדר יום, התמצאות בבית ובסביבה הקרובה, הגינה והופעה אישית, שימוש בכספים
פגיעה חמורה ביכולת ליצור קשר רגשי ולשמור עליו	מיומנויות חברתיות מוגבלות, קושי ביצירת קשר והשמייה עליו לאורך זמן, קשיים בתקשורת בין-אישית, קשיים בהבעת רגשות	הימנעות וקושי זמניים בקיום קשר בין-אישי	קיימת יכולת לקשור קשרים חברתיים עם אחרים, כולל יחמה, ידחי רגשות, קבלה ומתן משוב, דיבור כרוז
חוסר יכולת לדאוג לזכויות	מוגבלות ביכולת לדאוג לזכויות ולהסתייע במשאבים הקיימים בקהילה באופן עצמאי	קושי זמני בשימוש במשאבים בקהילה, הונכע מן המשבר של החולי וההתמודדות אתו	קיימת יכולת לניצול מתאים של משאבי הקהילה, יכולת עצמאית להשתמש בחתוכה העיבורית, בשירותי קהילה, מרפאה, קולטת, תיאטרון, בנק, רווחה, תיעוד וכר
			מיומנויות חברתיות



תלוחיים	מוגבלים	עצמאיים כאופן חלקי	עצמאיים	תעסקה
פגיעה חמורה בכל כושרי התעסוקה והזדקקות לתעסוקה טיפולית מוגנת	פגיעה וירידה בכושרי עבודה והזדקקות למסגרת תעסוקה מוגנת	ירידה במסוגלות לתעסוקה, בהרגלי עבודה, במשמעת העצמית וכו', בעזרת הדרכה ניתן לרכוש מיומנויות והרגלי עבודה ולהשתלב במסגרות עבודה מתאימות ליכולת. קיימת יכולת ביצוע בעבודה זמנית ומוגבלת	יש הרגלי עבודה, יכולת להתחייס לזמן ולמקום, להכין הוראות, לקבל ביקורת, לקבל הדרכה וסמכות, ולפיכך קיימת יכולת להשתלב מחדש. תוך זמן קצר, בעולם העבודה	

פגיעה חמורה ביכולת להשתלב בפעילויות פנאי וליהנות מהן. יכולת נמוכה ללמוד	פגיעה ביכולת להשתלב בפעילויות פנאי וליהנות מהן. מתגלה קושי ללמוד	ירידה בהנעה וביכולת לקחת חלק בפעילויות פנאי והשכלה	קיימת יכולת להשתתף בפעילות חברתית וכלימדדים בבית ומחוץ לבית	פנאי והשכלה
---	--	--	---	-------------

בגלל הפגיעה הקשה ולעיתים אף בלתי ניתנת לשיקום, עלולים להיפגע כל יתר תחומי התפקוד או חלק מהם באופן זמני או מתמיד ומשום כך קיים צורך בליי, בטייע ובטיפול מתמידים, כדי לאפשר להם איכות חיים סבירה בחיי היומיום.	בגלל הפגיעה בכשרים האישיים עלולים להיפגע חלק מהם לטווח בינוני או ארוך ומשום כך קיים צורך בהדרכה וכליוי שיקומי.	בגלל הפגיעה בכשרים האישיים עלולים להיפגע כל יתר תחומי התפקוד או חלק מהם באופן זמני ומשום כך קיים צורך בהכוונה והדרכה או להחזרת כשרים קודמים, או לרכישת כשרים חלופיים הנדרשים לתפקוד יומיומי במצב הנוכחי.	בגלל הירידה בכשרים האישיים עלולים להיפגע כל יתר תחומי התפקוד או חלק מהם באופן זמני ומשום כך קיים צורך בהדרכה, בהכוונה ובהדרכה לטווח קצר, כדי לטייע במיצי היכולת.	כללי
זקוקים למטורים מוגנים במסגרת של מוסד או קהילה טיפולית עם תמיכה מלאה	למטורים מוגנים בקהילה עם תמיכה מוגברת	למרות המגבלות יכולים לחיות בקהילה בדיור עצמאי או עם בני משפחה עם תמיכה מוגבלת	בני משפחה עם תמיכה מעוררת	

## לוח מס' 3. סל שיקום לנכי נפש עצמאיים

סוג האוכלוסייה	סוג השירותים	הגורם המבצע
1. נכי נפש עצמאיים (N = 350)	מעקב רפואי	קופת חולים במסגרת חוק ביטוח בריאות
	ביטוח שיניים שוטף טיפול שיניים חד-פעמי לפרוטטיקה	מרפאות שיניים מרפאות שיניים
	שירותים משלימים, כגון: ציוד ביתי ואישי כולל בלאי	משרד העבודה והרווחה
	שירותי סמך מקצועיים	משרד העבודה והרווחה
	שירותי אבחון ושיקום מקצועי במרכזי שיקום + השלמת השכלה	המוסד לביטוח לאומי
	רכו אזורי על-פי מפתח של 1:85	משרד העבודה והרווחה
	שירות ייעוץ ותמיכה למשפחות במסגרת קבוצה של עשר משפחות	משרד העבודה והרווחה
	מעקב של מרפאה לבריאות נפש כולל פסיכותרפיה	משרד הבריאות
	שכר דירה לדיוור	משרד הבינוי והשיכון
	סוכסידיה לדיוור בערים הגדולות	משרד העבודה והרווחה
	מועדון חברתי על-פי 250 איש בממוצע	משרד הבריאות

וכלולים בו אנשי מקצוע ממקצועות בריאות הנפש, הרפואה הכללית ורפואת השיניים ועובדי רווחה מן הלשכות לשירותים חברתיים כמו ממערך השיקום והטיפול ברווחה ומן המוסד לביטוח לאומי. מכאן החשיבות העצומה של פונקציית התיאום, שנועד לה תפקיד מרכזי במלאכת השיקום (Lieberman, 1989).

## לוח מס' 4. סל שיקום לנכי נפש עצמאיים באופן חלקי

סוג האוכלוסייה	סוג השירותים	הגורם המבצע
2. נכי נפש עצמאיים באופן חלקי (N = 400)	מעקב רפואי	קופת חולים במסגרת חוק ביטוח בריאות
	ביטוח שיניים שוטף	מרפאת שיניים
	טיפול שיניים חד-פעמי לפרוטטיקה	מרפאות שיניים
	שירותים משלימים, כגון ציוד ביתי ואישי ראשוני, כולל בלאי	משרד הבריאות
	שירותי סמך מקצועיים	משרד הבריאות
	אבחון ושיקום מקצועי, מפעל מוגן (כולל הסעה וסכסוד שכר למשתקם)	משרד העבודה והרווחה באמצעות קרן מפעלי שיקום
	מתאם טיפול של 1:50	משרד הבריאות
	שירות ייעוץ ותמך למשפחות בקבוצות של עשר משפחות	משרד העבודה והרווחה
	מעקב של מרפאה לבריאות נפש כולל פסיכותרפיה	משרד הבריאות
	דיוור	משרד הבינוי והשיכון
	סובסידיה לדיוור בערים הגדולות	משרד הבריאות
	מועדון חברתי והשכלה ל-250 איש בממוצע	משרד הבריאות

## דרכי פעולה

## 1. היבטים מינהליים

על האדם המעוניין לבחון את זכאותו ל"סל שיקום" לפנות לגורם מקצועי, אשר יעריך את צרכיו ויכולתו. הבקשה להכרה מועברת אל הרכז המחוזי בלוויית אבחון מלא (קליני ותפקודי) והמלצה על "סל" מתאים. הרכז המחוזי בוחן את הזכאות ברמה הפורמלית (תאריך ההכרה בנכות, טופסי הפניה מלאים, אבחנה קלינית מתאימה וכדומה) ומעביר את

## לוח מס' 5. סל שיקום לנכי נפש מוגבלים

סוג האוכלוסייה	סוג השירותים	הגורם המבצע
3. נכי נפש מוגבלים (N = 350, כדלקמן: 70 בדיוור מוגן 210 בדיוור מוגן רגיל 70 בדיוור מוגן מתוגבר)	מעקב רפואי	קופת חולים במסגרת חוק ביטוח בריאות
	ביטוח שיניים שוטף	מרפאות שיניים
	טיפול שיניים חד-פעמי לפרוטטיקה	מרפאות שיניים
	שירותים משלימים, כולל בלאי	משרד הבריאות
	שירותי אבחון ושיקום תעסוקתי	משרד הבריאות
	ניהול מקרה על-פי מפתח של 1:30	כלול בדיוור המוגן
	שירות תמך למשפחות	משרד העבודה והרווחה
	מעקב של מרפאה לבריאות נפש	משרד הבריאות
	שכר דירה לדיוור	משרד הבינוי והשיכון
	סובסידיה לדיוור בערים הגדולות	משרד הבריאות
	הפעלת דיוור מוגן	משרד הבריאות
	מועדון חברתי + השלמת השכלה	משרד הבריאות

הבקשה לוועדת "סל שיקום" מחוזית.<sup>2</sup> במידה שההפניה אינה מתאימה, היא מוחזרת כשהיא מנומקת למפנה, המודיע על כך לפונה. ועדת "סל שיקום" מחוזית מורכבת מרכז מחוזי מטעם משרד הבריאות, רכז מטעם משרד העבודה והרווחה וכאשר הדבר רלוונטי -

2. קיימות 9 ועדות מחוזיות, שאותן מרכוזות רכזות מחוזיות מטעם משרד הבריאות. הפיקוח והבקרה על ביצוע ההמלצות מופקדים בידי לשכת הפסיכיאטר המחוזי.

## לוח מס' 6. סל שיקום לנכי נפש תלוחיים

סוג האוכלוסייה	סוג השירותים	הגורם המבצע
4. נכי נפש תלוחיים ( N = 250, כדלקמן: 30 בבית אבות 30 בבית לחיים 60 בהוסטל רגיל 130 בהוסטל מחוגבר)	מעקב רפואי	קופת חולים במסגרת חוק ביטוח בריאות
	ביטוח שיניים שוטף	מרפאות שיניים
	טיפול שיניים חד-פעמי לפרוטטיקה	מרפאות שיניים
	שירותים משלימים, כולל בלאי	משרד הבריאות
	שירותי אבחון ושיקום תעסוקתי	משרד הבריאות
	ניהול מקרה על-פי מפתח של 1:20	כלול בדיוור המוגן
	שירות המך למשפחות	משרד העבודה והרווחה
	מעקב של מרפאה לבריאות נפש	משרד הבריאות
	שכר דירה לדיוור	משרד הבינוי והשיכון
	סובסידיה לדיוור בערים הגדולות	משרד הבריאות
	הפעלת דיוור מוגן	משרד הבריאות
	מועדון חברתי + השלמת השכלה	משרד הבריאות

גם מנציג של המוסד לביטוח לאומי (למשל, כשמדובר באדם המסווג כעצמאי הזקוק להכשרה מקצועית), וגם מנציג של הגורם המפנה מן השדה (משרד הבריאות, 1999). הנוהל כולל חובה לקיים מפגש עם המועמד, במידה שהדבר אינו מזיק לו. כמו-כן כלולה בו המלצה להיפגש עם בני המשפחה, אם יש צורך בכך. העדר החיוב לקיים מפגש עם בני המשפחה עורר ביקורת רבה, מה גם שבמסגרת ה"סל" מוצע מרכיב של תמיכה במשפחות, עובדה שלדעת המשפחות פירושה שקיימת חובה לקיים מפגש גם אתן. הוועדה



מחליטה על הזכאות ועל הרכב ה"סל" ומוציאה התחייבויות עבור כל פריטי הזכאות של מי שהופנה אליה.

הפונה זכאי לבחור, בעזרת הגורם המטפל, את המסגרת הטיפולית שהוא מעוניין בה, מבין רשימת ספקי השירות באזורו. בעניין זה הועלו שתי טענות. האחת אומרת, שלא תמיד בחירת הזכאי במסגרת כלשהי מלווה בקבלה, מפני שברבות מן המסגרות יש ועדות קבלה ויש להן סדרי עדיפויות משלהן. טענה נוספת מתמקדת בצורך בפתיחת אופציות ומסגרות חדשות וחדישות של שיקום, שאינן קיימות עתה.

לאחר שהזכאי מתקבל לשירות שהוא זכאי לו, הגורם המטפל מדווח לרכז המחוזי על ביצוע הקבלה לצורך הסדרת התשלום בכפוף לאישור המשרד הראשי. הרכז המחוזי מפקח על ספקי השירותים ישירות, או באמצעות מתאם הטיפול. הרכז רשאי לשנות פריט זה או אחר ב"סל", לפי הצורך.

לצדה של הוועדה המחוזית אמורה לפעול ועדת ערר המורכבת מגורם מקצועי נייטרלי ומאיש ציבור, שתפקידה לדון בכל מקרה ומקרה, תוך התבססות על טענות האיש ועל חוות הדעת של המטפלים. עם הזמן התחזקה הנטייה לקיים ועדת ערר ארצית, לפחות לתקופת ההרצה, כדי לרכז את הערעורים ולהפיק מהם לקחים ברמה הארצית.

להבטחת זרימה שוטפת של התהליך הוגדרו מראש לכל אחד מן הרכזים תחומי פעולה על-פי המסגרות המפנות, ונכתבו נהלים ודפי הסבר על עבודת הוועדות ועל המסגרות האפשריות הקיימות. כמו-כן הוכנו טפסים מתאימים לכל שלב בעבודה, לשם יישום, רישום ודיווח.

## 2. היבטים מקצועיים

התוכנית מורכבת ממספר תוכניות התערבות, חלקן חדשניות בתחום ומחייבות הכשרה, הטמעה ותיאום. להדגמה יוצגו עקרונות התערבות שהוגדרו עבור עובדי הסמך המקצועיים - "עמיתי נפש" - המיועדים לעזור לנפגעי הנפש בחיזוק כישורי חיים, תוך-כדי ליוויים בסביבתם הטבעית: בבית, במקום העבודה וכדומה. מדובר, בעובדים לא-מקצועיים שיוכשרו למשימה זו. בין עובדים אלה ישולבו, בשכר, גם נפגעי נפש הנמצאים בשלב החלמה, בני משפחות וסטודנטים. עובדי הסמך המקצועיים ייבחרו על-פי התאמת גיל ויכולת אישית והם יוכשרו ויודרכו לפני מילוי התפקיד וכמהלכו, תוך שימת דגש על ביצוע משימות קונקרטיות ומובנות על-פי העקרונות שהוגדרו כדלהלן (קסטנבאום, שבאר ובר-און, 1987; פלר, בר-און וסלעי, 1994; לכמן, 1998):

(1) תפיסת היסוד של ההתערבות היא חברתית, ולא רפואית;

(2) ההתערבות מתמקדת בכוחות וביכולות של האדם, ולא בחולשותיו. הכוונה לשרד תקווה: "אני כאן לעזור לך, כי אתה יכול";

- (3) גבנית שותפות מדורגת עם המטופל ובני משפחתו, המבוססת על הגדרת היעדים להתערבות;
- (4) ההתערבות מתמקדת בהתארגנות בתוך הסביבה הטבעית של האדם הן בבית והן מחוצה לו;
- (5) הקשר הטיפולי מבוסס על סיטואציה אנושית משותפת. המטופל והמטפל שותפים לחויית המצוקה וההתמודדות ועוברים אותה יחד סביב אירועי חיים ממשיים;
- (6) הגישה היא אישית ודיפרנציאלית ומתאמת לצורכי הנזקק;
- (7) הדגש הוא על חזרה מעשית לתפקוד בכל מישורי החיים.

---

### עדכון המצב הנוכחי ביישום תוכנית "סל שיקום" (נכון לספטמבר 1999)

---

כאמור, משרד העבודה והרווחה וגם השלטון המקומי אינם שותפים להפעלת תוכנית "סל השיקום", בשל כך משרד הבריאות מפעיל אותה בעצמו. יחד עם זאת, המשרדים הנוגעים בדבר ונציגי החולים ובני משפחותיהם משתתפים במועצה הלאומית לשיקום שהוקמה לא מכבר ואמורה גם ללוות את ביצוע התוכנית. במקביל הוטלה המשימה של הערכת התוכנית על מכון ברוקדייל בשיתוף עם המוסד לביטוח לאומי והמשרדים הנוגעים בדבר.

עד כה הופנו לוועדות השיקום בערך 2,130 בני אדם בגילים מ-18 עד יותר מ-80. מתוכם הוכרו כזכאים 2,030 גבר ואישה: 1,800 מתוכם הם מקבוצת נכי הנפש שקיבלה את הכרת המוסד לביטוח לאומי לפני ינואר 1997 ועליהם נוספו 97 מקבוצת נכי 1997 ואילך. מבין אלה שהוכרו, 627 הוכרו כ"עצמאים" ו"עצמאים באופן חלקי", 520 הוכרו כ"מוגבלים" בתפקודם; 70 איש ואישה מבין המופנים לא הוכרו בגלל סיבות של התמכרות לסמים, או משום שלא נזקקו לתוכנית שיקום, אלא רק לסיוע כספי, או מסיבה של אי-התאמה למסגרות עקב בעיות תפקוד והתנהגות, או בגלל העדר שיחוף פעולה. הוועדות המחוזיות נפגשות בממוצע פעמיים בשבוע, ודנות בממוצע ב-4 מקרים שהופנו לוועדה. מרכיבי ה"סל" המסופקים היום הם: בריאות השן, דיור מוגן, שיקום תעסוקתי, מועדון חברתי, עובדי סמך באופן חלקי וטיפול במרפאה. מרכיבים אלה מסופקים בעיקר מטעם מערכת הבריאות, בתי-חולים ומרפאות ובחלקם באמצעות קניית שירותים מעמותות ומיזמים פרטיים. בולט חסרונה של פונקציית תיאום טיפול והתמיכה במשפחות.

## דיון

## 1. כללי

תוכנית "סל שיקום" היא ניסיון ליישם שילוב של תפיסות עולם ודיסציפלינות מקצועיות שונות (רפואיות וחברתיות) בתחום הטיפול בנכי נפש הן במישור האבחון והן בשיטות התערבות. במישור האבחון מדובר בהתניה של הכניסה לתוכנית גם בהכרה של המוסד לביטוח לאומי בנכות נפשית בחומרה של 40% ומעלה ובקיום אבחנה פסיכיאטרית של מחלת נפש. גם תכנון ה"סל" האישי של כל אדם מבוסס על אבחון בשני התחומים, והשילוב ביניהם יוצר קטגוריה של רמת תפקוד מתוך ארבע רמות קיימות: עצמאים, עצמאים באופן חלקי, מוגבלים ותלותיים. שילוב זה הוא חדשני, בעיקר במערכת הרפואית, משום שהוא רואה במרכיב התפקוד מוטיב מרכזי בזכאות לפריטי ה"סל" השונים. לשם הטמעת גישה זו מתחייב תהליך מסודר ומאורגן של הכשרה והדרכה בנושא בקרב כל הגורמים שיש להם נגיעה ליישומו במערכת הבריאות.

מצד שני, גורמי מערכת הרווחה אינם מכירים את ההיבטים הפסיכיאטריים של הנכות הנפשית ומשום כך יש צורך לקיים עבורם מערכת הכשרה והדרכה מקבילה. נושאים אלה מצריכים תקציב ייעודי. מעבר לתהליך הלמידה עצמו. מסגרות ההכשרה וההדרכה יכולות לשמש גם במה להיכרות הדדית של שתי המערכות.

## 2. רב־תחומיות

לדגש המושם בתוכנית על התפקוד יש גם השלכות מעשיות בקביעת הגורמים המקצועיים אשר יובילו ויישמו אותו. אלה חייבים לבוא בעיקר מן המקצועות שהם "מכווני תפקוד", כגון: עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק וסיעוד. בתוכנית "סל שיקום" ניתן בפועל תפקיד מרכזי לעובדים סוציאליים הן בהובלת התוכנית והן ביישומה. נראה שיש מקום להרחיב את כניסתן של הדיסציפלינות השונות ברמת הריכוז והתיאום ובכך לחשוף את כלל המערכת לתפיסת עולם ודרכי עבודה משולבות, הרואות במטופל, ולא במקצוע המטפל, את מרכז העניין.

## 3. תיאום

הצעתם של אנתוני וליברמן (Anthony and Liberman, 1993) לחלק את מוקד העבודה בהתאם לשלבים בהתפתחות המחלה מיושמת, למעשה, בתוכנית. כאשר בשלבים האקוטיים מוביל הטיפול הרפואי ומשלימה אותו עבודת הכנה לשיקום. ואילו בשלבים הממושכים מוביל השיקום הפסיכו־סוציאלי ומשלימה אותו עבודת המעקב הרפואית

והמעקב התרופתי. התיאום והרצף ביניהם אמורים להיות מושגים בתוכנית באמצעות שילוב כל הגורמים בוועדות השיקום המחוזיות, בחיוב קבלת חוות-דעת ודיווח שוטף מהם לאורך כל שלבי ההתערבות, וגם באמצעות פונקציית מתאם הטיפול, שאמורה לרכז עבודה זו. בכך מושגת למעשה החזרה למודל הביו-פסיכו-סוציאלי, המתחייב בעבודת השיקום עם בני אדם הסובלים ממחלות נפש ממושכות (Lieberman, 1989).

אולם, תפיסת העולם ההוליסטית-מערכתית, הבאה לידי ביטוי באופן הכנת התוכנית ובתכניה ובהסכמה על איגום משאבים, עלולה לטבוע ב"ים" המרכיבים והגורמים הרבים המעורבים בהספקת ה"סל". יש לזכור, שהאינטגרציה של המטופל יכולה להיות מושגת רק כאשר מגובשת מערכת אינטגרטיבית של שירותים (System of Care) התואמת ופועלת מתוך הידברות והשלמה הדדית (Burns, Gwaltney and Bishop, 1995). זו למעשה הפונקציה שאמורים למלא הרכזים המחוזיים ומתאמי הטיפול. בישראל לא היה, למעשה, תקדים לעבודה תוך-כדי תיאום ושיתוף פעולה כה הדוק בין המשרדים בתכנון שירות אינטגרטיבי לנפגעי נפש. בהעדר מסורת מעין זו, מתבקשות תשומת לב והשקעה מיוחדת בקידום השותפות והשילוב בכל דרגי העבודה: במשרד הראשי, במחוז, ברשות המקומית וסביב המקרה הפרטני (לכמן, 1998).

הקשיים בשיתוף הפעולה באו לידי ביטוי כבר בשלבים הראשונים של התוכנית, כאשר גורמי הרווחה לא התחילו בביצוע חלקם בשל התנגדות השלטון המקומי, שלא שותף מספיק באופן פורמלי בתהליך. "שותף" זה, למעשה, לא היה מוכר למערכת הבריאות, אשר אינה פועלת באמצעותו, כפי שפועלות מערכות הרווחה והחינוך. היכולת לזהות את השותפים הטבעיים השונים של התוכנית, הבנת המבנים הארגוניים שלהם, ה"שפה", המושגים ודרכי הפעולה של הגורמים המעורבים הם בעלי חשיבות מכרעת והם שיקבעו למעשה את הצלחתה.

גם בתוך מערכת הבריאות נדרשת העצמת התפיסה של עבודה משלימה ומתואמת בין אנשי המקצוע, בינם לבין עצמם, בינם ובין הגורמים המינהליים ובין כל אלה ובין הצרכנים, המשפחות וגורמים של הרפואה הראשונית, שגם להם יש תפקיד פעיל ביישום ה"סל". השקעה בתחום הארגון והתיאום ובבניית מערך שירותים כוללני יהיו, ללא ספק, גורם קריטי בהצלחת התוכנית, בהטמעת תפיסת עולם שיקומית אינטגרטיבית ואולי אף בצמצום הסטיגמה. בהמשך נתייחס לפרמטרים שהציע גל (1996) לבחינת הספקת התוכנית כדלקמן (סעיפים 4-13):

#### 4. ציבור היעד

כאמור, מתכנני התוכנית הגבילו אותה ל-1,350 נכי נפש המוכרים משנת 1997. הדבר עורר מחאה. בעיקר הועלתה הטענה, שנכים חדשים הם האוכלוסייה הפחות מתאימה לשיקום, משום שהם נמצאים בשלב שלפני הכרתם במחלה ובצורך שלהם בשיקום ויש טעם דווקא

בהגדרת זכאות לנכים ותיקים. טענה אחרת נגעה לאותה קבוצה של נכים שעקב החלטה זמנית לפתוח את ה"סל" בפני קבוצות אחרות הופנתה והוכרה כזכאית, אך יישום ה"סל" לגביה נכלם בידי משרד האוצר. סוגיה זו עלתה שוב ושוב במהלך השלבים הראשונים של התוכנית ונראה שהיא תמשיך לעמוד על סדר-היום כל עוד לא סופקו צורכיהם של כל נפגעי הנפש בישראל. כידוע, בעבר זכו חולי הנפש הממושכים, המהווים נדבך חשוב בקבוצת היעד של השיקום, לשיקום מתקציב שהופנה מן האשפוז. אבל מן הזמן שהוחל בתוכנית הופסק ערוץ זה כמעט לחלוטין. מבחינה זו ניתן לראות במציאות הכלכלית שנוצרה כרסום של ממש בתקציב השיקום הכולל.

היבט אחר נוגע לגיל הזכאים: הגדרת הנכות מוציאה מכלל הזכאות הפוטנציאלית צעירים מתחת לגיל 21, קשישים מעל גיל 65 וקשישות מעל גיל 60. קבוצות אלה זקוקות אף הן למסגרות שיקום בקהילה, וכמוהן גם קבוצות העולים החדשים, שאינם זכאים, בתקופה הראשונה לשהותם בארץ, להכרה בתור נכים. לכל אלה עדיין לא נמצאה תשובה הולמת.

#### 5. הבסיס החוקי

העדר בסיס חוקי ל"סל" הוא מכשול גדול. עד התחלת יישום חוק השיקום, שאינו מתקצב, למעשה, הבסיס הפורמלי העכשווי היה, בפועל, חוק התקציב, אשר במסגרתו הוקצה סעיף תקציבי לתוכנית. תקציב זה נתון למשא-ומתן שנתי מתמשך. עקב כך התוכנית עדיין חשופה לביטולים ולקיצוצים, מצב שיכול ליצור בקרב כל הצדדים הנוגעים בדבר תחושת זמניות וחששות בכל הנוגע לעתיד השיקום. מעבר לכך לא הועמדו במבחן בג"צ גם סמכותו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התוספת השלישית), התשנ"ד-1994, ופעילות-הגומלין שלו עם חוקים אחרים.

#### 6. מבצעי המדיניות

מעמדו של השיקום בתוך המערכת המפעילה אותו (משרד הבריאות) עדיין רעוע ויש לכך השלכות ישירות על ביצוע התוכנית. יש לזכור גם, שעד היום מורשה החתימה לסעיף התקציבי של תוכנית "סל שיקום" הוא ראש שירותי בריאות הנפש, ולא הממונה על השיקום. מכיוון שממלא תפקיד זה הוא רופא, הרי שעליו לפתור קודם כל את הבעיות הקשורות לתחום אחריותו החוקית (על-פי חוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, ותקנותיו, העוסק בהסדרת האשפוז והטיפול המרפאתי הכפוי) ולאחריותו האתית בתור רופא (דהיינו, להסדרת הטיפול הגופני והתרופתי). אמנם במהלך יישום התוכנית מצאו ראשי השירות לנכון לנסות ולהשתמש בכספי התוכנית למימון תרופות. כמו-כן היתה העדפה להכליל בתוכנית קודם כל בני אדם הנמצאים באשפוז ממושך, אבל בלי לבטל את



המיטות שאלה תפסו ובלי להעביר לקהילה יחד אתם את הכסף המשתחרר עקב כך. הבטחה של אי הישנות מקרים אלה יכולה להתרחש רק עם הקניית מעמד עצמאי לתחום השיקום ולממונה עליו באופן שייצור איזון ומעמד מקביל למודל הרפואי והשיקומי בעת עיצוב מדיניות הטיפול בנכי נפש בישראל.

#### 7. אופי השירותים הניתנים

התוכנית משלבת שירותים בעין ומענקים חד-פעמיים, לפי הצורך. גם בשילוב זה יש מן החידוש וחשוב יהיה לבחון את תרומתו של כל מרכיב להסתגלות. אשר לשירותים עצמם, אין ספק שמדובר ב"סל" מגוון. יחד עם זאת נראה, שעדיין אין ב"סל" ייצוג הולם לטכנולוגיות ולשיטות שיקום חדישות, שיכלו בוודאי לשפר רבות את איכות השיקום.

#### 8. שינויים ועדכונים ב"סל"

למעשה לא נקבעה שום פרוצדורה המסדירה נושא זה. באופן תיאורטי המועצה הלאומית לשיקום אמורה להיות אחראית על כך, אך בפועל רכזי השיקום הם המתריעים על הצורך בשינוי, וראש האגף לבריאות הנפש הוא המחליט עליו. כאן, למשל, חסר קולם של השותפים משאר המשרדים, הצרכנים, המשפחות ונציגי המגזר העסקי והתעשייה, היכולים לתרום להרחבת אופציות השיקום תוך עדכון שוטף של ה"סל" בהתאם לחידושים מוכחים בתחום.

#### 9. מקורות המימון

היום ה"סל" ממומן בעיקר מכספי הרזרבות המגיעים ממשרד האוצר ובחלקם מתקציבי ביטול מיטות אשפוז פסיכיאטרי. ידוע, שלאורך זמן משרד האוצר מתכנן להגדיל את החלק היחסי של המשאבים המופנים מאשפוז, כפי שהמליץ מבקר המדינה בדו"ח מספר 49 לשנת 1998 (מבקר המדינה, 1999). הדבר מעורר התנגדות רבה בקרב הממסד הפסיכיאטרי, שאינו מעוניין בצמצום מספר המיטות (אכירם ורוזן, 1998) ולפיכך עדיין נשארה פתוחה שאלת המקור הקבוע והממוסד למימון התוכנית כפרט ותחום השיקום בכלל.

#### 10. אופן ההספקה

הספקת השירותים בתוכנית מבוססת בעיקר על מסגרות ציבוריות ופרטיות, למטרות רווח ושלא למטרות רווח. המגזר הפרטי הוא גורם חדש למדי בתחום הרווחה בכלל ובתחום הטיפול הקהילתי בנפגעי נפש, בפרט. היתרון בהפעלתו טמון ביצירתיות, בגמישות ובחיסכון בתקציבי תקורה, אבל מגבלותיו קשורות בעיקר לצורך בהפעלת רמת פיקוח אינטנסיבית שתאפשר בקרה מקצועית וכלכלית לשם שמירה על סטנדרטים ואיכות (שמיד,

(1998). אין ספק, שגם הרחבת המעורבות של הצרכנים עצמם, כספקים של שירותי עזרה עצמית, יכולה לתרום תרומה חשובה לאיכות הטיפול ולשיפור תחושת השותפות והעשייה, אולם הנושא דורש תכנון, מעקב ובדיקה.

#### 11. מערכת פיקוח, ניטור והערכה

נושא הבקרה השוטפת וניטור איכות הביצוע ידועים כעקב אכילס של מערכת הבריאות בכללותה ושל מערכת בריאות הנפש בפרט (מבקר המדינה, 1999). למעשה, מערכת הפיקוח של התוכנית, כמו בשאר התחומים של בריאות הנפש, מוגבלת מאוד. הרכזים של התוכנית עסוקים בעיקר ביישום התוכנית, ולא בבקרה שיטתית עליו, וגורמים אחרים כמערכת (כמו, למשל, לשכת הפסיכיאטר המחוזי) אינם ערוכים להפעיל מערכת בקרה מסודרת על כלל השירותים ובוודאי לא על התוכנית מיוחדת זו. גם יכולת המועצה הלאומית לשיקום מוגבלת וקיים צורך דחוף לבסס את המידע על המתרחש על גורמים שיעסקו בניטור ובהערכה. הערכת התוכנית הופקדה בידי מכון ברוקדייל והפיקוח והניטור בידי לשכת הפסיכיאטר המחוזי. אולם ביסוס שני מנגנונים הכרחיים אלה נתקל בקשיים רבים, הן אידיאולוגיים והן תקציביים.

#### 12. מקומם של בעלי המקצועות השונים בתוכנית

בביצוע התוכנית משתתפים בעיקר אנשים ממקצועות לא-רפואיים משלימים, על-פי רוב עובדים סוציאליים, המשמשים הן יושבי-ראש של הוועדות המחוזיות והן רכזים, והם גם המאגר הרחב ביותר של מתאמי הטיפול. אך אליה וקוץ בה. בסופו של דבר זכות החתימה הבכירה נמצאת כאמור בידי ראש שירותי בריאות הנפש, שהוא לפי שעה תמיד רופא. תפיסת עולמה של המערכת הרפואית לגבי בריאות הנפש בכלל והשיקום בפרט מנוסחת בכירור בתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. שם השיקום הוא חלק בלתי נפרד מסעיף האשפוז ומן הטיפול המרפאתי. הרבר מנוגד לכל התפיסות המודרניות, הרואות בשיקום תחום העומד בפני עצמו, שצריך להיות מנוהל בידי אנשים עם תפיסת עולם שיקומית וכלים ספציפיים ליישומה (לכמן, 1998). זו גם הסיבה לכך שמעצבי התוכנית ראו יתרון בכך שהאחראי ליישום התוכנית ("ממונה שיקום") ויושבי-ראש המועצה הארצית לשיקום יהיו אנשי שיקום ולא רופאים.

#### 13. מעורבות הצרכנים ובני המשפחות

מעצבי התוכנית ראו ב"שותפות" (partnership) מושג מפתח המיושם באמצעות הכללת נציגים של צרכנים ומשפחות במועצה הלאומית לשיקום, במינהלות המטה, בפעולות

הוועדות המחוזיות ובצוותי הבקרה, בהכשרות ובמחקר וגם בהספקת חלק מן השירותים (כגון: עובדי סמך מקצועיים, מרכזי מידע ותמיכה וכדומה), אבל עד מהרה הסתבר, שקשיי היישום ופערים בציפיות יצרו אווירה של חוסר אמון וקושי בהתארגנות ובהידברות. מרכזיות מושג השותפות בעשייה השיקומית הוא כה קריטי עד שנראה, שהגשמתו תוכל להוות את אחת מנקודות המפנה המכריעות בהשבת תחום שיקום נפגעי הנפש בישראל.

## סיכום

במאמר תוארה תוכנית "סל שיקום" שתוכננה ויושמה בארץ, החל מינואר 1998, כניסוי ארצי, כוללני, דיפרנציאלי ואינטגרטיבי, לאוכלוסיות מוגדרות של נכי נפש חדשים. תואר הרקע העיוני לתפיסת ביטוח ממשלתית; פורטו הפרמטרים הקובעים את טיב התוכנית, מרכיבי הסל ודרכי הפעולה להגדרת הזכאות והספקת השירותים. כמו-כן הודגמו עקרונות של תוכנית התערבות אחת (עובדי סמך) המשקפת יותר מכל את עקרונות המודל השיקומי שעליו נבנתה התוכנית וצוינו לקחים ראשונים מיישומה. נראה, שמול הפוטנציאל העצום הקיים במימוש התוכנית עומדים קשיי ביצוע המחייבים חקיקה ייעודית מתוקצבת בנושא ומבנה ארגוני מסודר, בניית שותפות אמת בתוך מערכת הבריאות, בינה ובין מערכת הרווחה, כולל המוסד לביטוח לאומי, ומערכות החינוך, הקליטה והשיכון. לכל אלה יש לצרף את הצרכנים ובני משפחותיהם, שהם לב התוכנית ומרכז עניינה. השאיפה היא, שעבודה מתואמת של כל אלה, בגיבוי מועצה לאומית לשיקום, מנהלות שיקום מחוזיות, רשויות מקומיות ומסגרות לא פורמליות בקהילה, תוכל להצעיד את התוכנית ואת תחום שיקום נפגעי הנפש ובני משפחותיהם בישראל לעידן חדש של תקווה.

## ביבליוגרפיה

- אבירם, א', רוזן, ה' (1998), "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל - הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי", חברה ורווחה, י"ח (1): 161-189.
- ארגון הבריאות העולמי (1996א), פעילות עולמית לשיפור שירותי בריאות הנפש - קווי מדיניות ואסטרטגיות, ירושלים: משרד הבריאות.
- ארגון הבריאות העולמי (1996ב), קווים מגחים לקידום זכויות אדם של הלוקים בהפרעות נפשיות, ירושלים: משרד הבריאות.
- בקר, ב' (1995), "סל תרבות: הינוך לאמנות - הינוך הומניסטי", בתוך: היצע אמנותי, תל-אביב: סל תרבות - אמנות לעם, עמ' 13-25.
- גל, ג' (1996), דין-וחשבון בנושא סלי שירותים הקיימים במדיניות הרווחה בישראל, תל-אביב: הוצאת משוב.
- לכמן, מ' (1998), "שיקום פסיכוסוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה", חברה ורווחה, י"ח: 45-63.

משרד הבריאות (1999), "נוהלי סל שיקום", ירושלים: אגף בריאות הנפש.  
 מבקר המדינה (1990), דין-וחשבון שנתי מס' 40, ירושלים: משרד מבקר המדינה.  
 פלר, ג', בר-און, י', סלעי, י' (1994), עמית למשפחה: עובד סמך מקצועי בשירותי הרווחה, משרד ???  
 קסטנבאום, ש', שבאר, ר', בר-און, י' (1987), הכשרה לשותפות: העובד הסמך מקצועי והעובד הסוציאלי  
 בשירותי הרווחה, ירושלים: משרד העבודה והרווחה קרן אדנאור, האוניברסיטה העברית בירושלים.  
 שמואלי, ע', שמאי, נ', לוי, י', אברהם, מ' (1995), לקראת נוסחת קפיטציה לאומית: סיכום מחקר על דפוסי  
 צריכת שירותים, תל-השומר: מכון גרטנר לאפידמיולוגיה ומחקר מדיניות בריאות.  
 שמיד, ה' (1998), "שירותי אנוש למטרות רווח ושלא למטרות רווח: ניתוח משווה", ביטחון סוציאלי, 51:  
 43-29.

- American Psychiatric Association (APA) (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*, Washington, D.C.
- Anthony, W.A. (1993), "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health services system in the 1990's", *Innovation and Research in Clinical Services, Community Support and Rehabilitation*, 2(3): 17-24.
- Anthony, W.A. (1996), "Integrating psychiatric rehabilitation into managed care", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(2): 39-44.
- Anthony, W.A. and Jansen, M.A. (1984), "Predicting the vocal capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implication", *American Psychologist*, 39(5): 00-00.
- Anthony, W.A. and Liberman, R.P. (1993), "Principles and practice of psychiatric rehabilitation", in: Liberman, R.P. (ed.), *Handbook of Psychiatric Rehabilitation. General Psychology*, Washington, D.C.: American Psychological Press.
- Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M. and Cohen, B.F. (1998), "Clinical care update: The chronically mentally ill case management - more than a response to a dysfunctional system", *Community Mental Health Journal*, 24(3): 219-228.
- Antonovsky, A. (1979), *Health Stress and Coping*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Arrow, K. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, December: 941-973.
- Badley, E.M. (1993), "An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments: Disabilities and handicaps", *Disability and Rehabilitation*, 15: 161-178.
- Burns, B.J., Gwaltney, E.A. and Bishop, G.K. (1995), "Case management research: Issues and directions", in: Frieser, B.J. and Poertner, J., *From Case Management to Service Coordination for Children with Emotional, Behavioral, or Mental Disorders*, New York: Brooks Publishing Co. pp. 353-372.
- Casey, P.R., Tyrer, P.J. and Platt, S. (1985), "The relationship between social functioning and psychiatric symptomatology in primary care", *Social Psychiatry*, 20: 5-9.
- Cleary, P.D. (1989), "The need and demand for mental health services", in: Taube, C.A., Mechanic, D. and Hohmann, A.A. (eds.), *The Future of Mental Health Services Research*, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office 10402, pp. 161-184.
- De Jong, A. (1996), *International Classification of Mental Health Care: A Tool for Describing Services Providing Mental Health Care*, Groningen, Holland: University of Groningen.
- Franks, R.G., McGuire, T.G., Reiger, D.A., Mandersheid, R. and Woodward, A.

- (1990), "Paying for mental health and substance abuse care", *Health Affairs*, 13(1): 337-342.
- Franks, R.G., Goldman, H.H. and McGuire, T.G. (1996), "Insuring severe mental disorders: A comparison of approaches", in: Moscarelli, M., Rupp, A. and Sartorius, N.(eds.), *Handbook of Mental Health Economics and Health Policy*, Vol. 1; Schizophrenia.
- Frey, W.D. (1984), "Functional assessment in the 80': A conception enigma, ethical challenge", in: Halpern, A. and Fuhres, M. (eds.), *Functional Assessment in Rehabilitation*, New York: Brooks Publishing Co., pp. 11-43.
- Katsching, H. (1983), "Methods for measuring social adjustment", in: Helgason, T. (ed.), *Methodology in Evaluation of Psychiatric Treatment*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 205-218.
- Karger, S. and Basel, A.G. (1988), "The dream of unity of psyche and body: Has it passed us by?", *Psychotherapy Psychosomatic*, 50: 117-124.
- Liberman, R.P. (1989), "Future prospects for psychiatric rehabilitation", in: Liberman, R.P., (ed.), *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, Washington, D.C.: American Psychological Press, pp. 317-325.
- Mevorach-Levi R. and Shye, S. (1993), "A facet systematic theory of distributive justice, equality and utility too", *Proceedings of the First International Facet Theory Conference*, Prague, pp. 305-320.
- Mezzich, J.E. (1988), "On developing a psychiatric multi-axial schema for ICD-10", *British Journal of Psychiatry*, 152: 38-43.
- Newhouse, J.P. (1994), "Patients at risk: Health reform and risk adjustment", *Health Affairs*, Spring (1): 132-146.
- NIMH (1987), *Model Plan for Meeting the Needs of People with Serious Psychiatric Disabilities: P.L. 99-660, Guidelines*: Rockville, Md.: NIMH.
- Pai, S. and Kapur, R.L. (1982), "Impact of treatment intervention on the relationship between dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on the family of psychiatric patients", *Psychological Medicine*, 12: 651-658.
- Shepherd, G. (1991), "Psychiatric rehabilitation in the 1990s", in: Watts, F.N. and Bennett, D.H. (eds.), *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester: Wiley, pp. xiii-xlvi.
- Strumpfer, D.J.W. (1995), "The origins of health and strength: From Salutogenesis to Fortigenesis", *South Africa Journal of Psychology*, 25(2): 81-83.
- Sytema, S. (1991), "Social indications and psychiatric admission rates: A case register study in the Netherlands", *Psychological Medicine*, 21: 177-184.
- Wiersma, D. (1986), "Psychological impairments and social disabilities: On the applicability of the ICIDH to psychiatry", *International Rehabilitation Medicine*, 8: 3-7.
- Wholfarth, T.D., van den Brink, W., Ormel, J., Koeter, M.W.J. and Oldehinkel, A.J. (1993), "The relationship between social dysfunctioning and psychopathology among primary care attenders", *British Journal of Psychiatry*, 163: 37-44.
- Wood, P.H.N. (1980), "Appreciating the consequences of disease. The classification of impairments, disability and handicaps", *The WHO Chronicles*, 34: 376-380.



**דברי חקיקה שנזכרו במאמר**

- חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991, ספר החוקים 1339, עמ' 38.  
חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ספר החוקים 1500 - קובץ תקנות 5650 (1.2.1995).  
חוק ביטוח לאומי (נוסח משולב), התשנ"א-1995, ספר החוקים 1522, התשנ"ה (15.5.95), עמ' 207, פרק י:  
ביטוח סיעוד.  
חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, התשנ"ז-1998, ספר החוקים 1658, התשנ"ח (5.3.98), עמ' 152.  
הצעת חוק שיקום נכי נפש בקהילה - התשנ"ח-1998, ספר החוקים 2782, עמ' 226-232.  
חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, נוסח מס' 2782, א/ח"כ, פ/1506, מיולי 2000, עמ' 1-14.

# ייעוץ והכנה פסיכו-סוציאלית לטיפול הפריה חוץ-גופית במדינות מערביות נבחרות ובמדינת ישראל

מאת רות לנדאו\*

טיפול הפריה חוץ-גופית עדיין נתפסים כדרך לא שגרתית להשגת הורות, בגלל הקשיים הגופניים והנפשיים הכרוכים בהם והסיכונים העלולים להתרחש בעתיד. חלק מן המטופלים זקוקים גם לייעוץ פסיכו-סוציאלי, להכנה, לליווי ולתמיכה לפני הטיפולים, במהלכם ובעקבותיהם. במיוחד נזקקים לכך אותם מטופלים הנעזרים בתורמי זרע, ביצית או באם פונדקאית. מאמר זה סוקר את מהלך טיפולי ההפריה החוץ-גופית, את הסוגיות הפסיכו-סוציאליות והאתיות שטיפולים אלה מעוררים ואת מקומו של הייעוץ במדינות מערב אחדות וב ישראל. אלא שב ישראל, למרות ההיקף של טיפולי ההפריה החוץ-גופית, ובשונה ממדינות המערב, שבהן הייעוץ הפסיכו-סוציאלי הוא חלק מן הנוהל של טיפולי הפריה חוץ-גופית, ייעוץ זה אינו תופס מקום מרכזי. יתרה מזו, בניגוד למגמה העולה מן החקיקה, מתקנות ומהמלצת הוועדה הציבורית-מקצועית לנושא ההפריה החוץ-גופית, עובדים סוציאליים ופסיכולוגים על-פי רוב אינם משולבים בצוות של יחידות ההפריה החוץ-גופית. מוצע אפוא לבחון באופן מקיף ומעמיק את צורכי הייעוץ הפסיכו-סוציאלי של מטופלי ההפריה החוץ-גופית בישראל ולקבוע כללים מנחים לגבי דרך יישומו בסל הבריאות.

---

מבוא

---

על חשיבותה של ההולדה במדינת ישראל מעידה, בין היתר, הכללת טיפולי ההפריה החוץ-גופית במסגרת חוק הבריאות, תשל"ה-1995. אמנם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד

---

\* בית-ספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

הבריאות אינם מפרסמים בדרך שגרה נתונים על מספר טיפולי ההפריה החוץ-גופית לסוגיהם ועל שיעור הצלחותיהם, אולם, לפי מידע חלקי מן העשור הקודם, המעודכן לשנת 1996, בישראל לידות כתוצאה מהפריה חוץ-גופית תופסות בערך 2% מכלל הלידות בשנה (משרד הבריאות, 1999). בארצות-הברית, למשל, שיעור הלידות כתוצאה מהפריה חוץ-גופית מגיע רק ל-0.2% מכלל הלידות לשנה (McClure, 1996).

הטיפולים בהפריה חוץ-גופית בישראל החלו בשנת 1982, בפיקוח הוועדה העליונה לניסויים בבני אדם, ארבע שנים אחרי הפריית המבחנה הראשונה שנעשתה בבריטניה. בשנת 1991 מינו שר המשפטים ושר הבריאות ועדה ציבורית-מקצועית לבחינת נושא ההפריה החוץ-גופית (שנודעה גם בשם "ועדת אלוני", על שמו של מי שעמד בראשה), שמטרתה היתה לבחון את ההיבטים החברתיים, האתיים, ההלכתיים והמשפטיים של שיטות הטיפול הקשורות לטיפול הפריה חוץ-גופית ואת הצורך בחקיקה להסדרת הזכויות והחובות של המעורבים בה (משרד המשפטים, 1994). הדין-וחשבון שפרסמה הוועדה בשנת 1994 גילה, שההיקף של טיפולי ההפריה החוץ-גופית בישראל הוא מן הגבוהים בעולם (שם, עמ' 7). עדות לעובדה זו יוכל למצוא מי שמתבונן בחוצות הערים במדינה במספרם הגדל הולך של תאומים, ולפעמים גם שלישיות, המוסעים בעגלות תינוק, תופעה שהיחה לאחרונה לאחת מתופעות הלוואי של הפריות מבחנה.

ידוע, שטיפול הפריה חוץ-גופית תובעים מן המעורבים בהם יכולת גבוהה של עמידה בסבל גופני ורגשי במשך תקופה ארוכה (ראו, למשל, בירמן ואחרים, 1991; גילאי-גינור, 1996; לוי-שיף והנמן, 1996). הוועדה הציבורית-מקצועית לבחינת נושא ההפריה החוץ-גופית אכן הכירה במאמץ הגופני והנפשי הרב שהמטופלים, ובמיוחד הנשים שבהם, נדרשים להשקיע, וגם עמדה על החשיבות של בדיקת החלופות לטיפול הפריה חוץ-גופית, כולל התמודדות עם הסטיגמה של אי-הורות. גם העובדה, שחלק לא מבוטל מן המטופלים אינם זוכים להגשים את חלומם להוליד ילד משלהם אינה סוד (לייטמן, 1996), למרות שהיא זוכה לכיסוי מועט יותר בתקשורת מאשר ההצלחות יוצאות-הדופן שהושגו בתחום. בשנת 1996 דווח בישראל על 12,345 מחזורי טיפול עם החזרת עוברים, שהובילו ל-1,950 לידות עם 2,562 יילודים חיים, שהם 15.8% לידות למחזור עם החזרת עוברים (משרד הבריאות, 1999א). מתוך לידות אלה היו 31% לידות מרובות עוברים. על-פי מידע מ-1996 (מידע שגם הוא לא עודכן) עלה אחוז הלידות מרובות העוברים בשנת 1996 ל-3.9% מכלל הלידות חי, לעומת 3.3% בשנת 1993 (משרד הבריאות, 1999ב). השיעור הגבוה יחסית של לידות כתוצאה מהפריה חוץ-גופית מכלל הלידות בישראל בשנה מצביע על השיעור הכולל הגבוה של המטופלים.

הסיכוי הגבוה לכישלון הטיפול, כמו גם העובדה ששליש מן הלידות לאחר טיפולים מוצלחים הן מרובות עוברים, מצביעים על קיומם של קשיים רבים. טמפלטון (Templeton, 2000) ואוליבנס (Olivannes, 2000) מצביעים על התערבות רפואית בעלת השלכות מורכבות עבור המטופלים. זוהי, כפי הנראה הסיבה לכך, שהוועדה

הציבורית-מקצועית לבחינת הנושא של הפריה חוץ-גופית הניחה, שיהיו זוגות שיזדקקו לטיפול תומך במהלך הטיפול, הן במשך ההיריון, אם יקרה, והן לאחר הלידה. יתרה מזו, הוועדה אף שקלה את האפשרות להטיל חובה על כל יחידה העוסקת בהפריה חוץ-גופית לפרסם חוברת מידע שבה יובאו במפורט נתונים על סיכויי ההצלחה ועל הסיכונים הכרוכים בטיפולים שהיא מציעה, אך היא חזרה בה מכוונתה זו. לעומת זאת המליצה הוועדה, שמשרד הבריאות יפרסם מדי שנה נתונים על תפקוד יחידות ההפריה החוץ-גופית בישראל, ושכל יחידה לטיפול הפריה חוץ-גופית יהיה יועץ בעל הכשרה מתאימה, עובד סוציאלי או פסיכולוג, שיעמוד לרשות המטופלים (משרד המשפטים, 1994, עמ' 19-21). שתי ההמלצות לא בוצעו.

טיפול הפריה מאופיינים בקשיים גופניים ונפשיים רבים, הסיכויים להצלחת הטיפולים מוגבלים והם מצריכים קבלת החלטות אישיות ושל בני הזוג, חלקן בעלות גוון אתי. מטרתו של מאמר זה להתמקד במהות טיפולי הפריה החוץ-גופית, במיוחד בהיבטים הפסיכולוגיים והאתיים שלה, ולבחון את סוגיית הייעוץ וההכנה לקראת טיפולים אלה במדינות נבחרות בעולם המערבי ובמדינת ישראל.

## מהלך טיפולי הפריה החוץ-גופית

עברו רק 23 שנים מאז הפריית המבחנה הראשונה בעולם, שבה הופרתה ביצית אישה בזרע בעלה; זה קרה בבריטניה. מהלך הטיפול בהפריה חוץ-גופית כולל מספר שלבים רב (לייטמן, 1996) ובכללם גירוי שחלות האישה ליצירת מספר רב של זקיקים המכילים ביציות, פעולה המושגת בעזרת מתן זריקות יומיומיות של הורמונים. שלב זה, כמו גם השלב של שאיבת הביציות מתוך הזקיקים בשחלה - המתבצע בתהליך מורכב ותחת הרדמה כללית - מזוהה כנושא בתוכו סיכונים אפשריים לאישה המטופלת. ידוע, שגירוי השחלות של המטופלת בעקבות טיפול הורמונלי להשגת מספר ביציות רב (במקום ביצית אחת) עלול להעלות את סיכויי האישה לחלות בסרטן השחלות. אולם, רוב הרופאים אינם טורחים לשתף את המטופלות שלהם במידע זה (Thomas et al., 1997). הביציות מופרות במבחנה בזרע הגבר ושעות לאחר הפריה הן מוחזרות לרחם האישה בדרך של הזרקה. על-מנת להעלות את סיכויי הפריה מקובל להפרות במבחנה יותר מביצית אחת ולהשתילן ברחם האישה. כאשר הוחל בטיפול הפריה החוץ-גופית היה הנוהג להשתיל ברחם האישה ביציות מופרות רבות ככל האפשר. בשנים ראשונות אלה של טיפולי הפריה החוץ-גופית, חלק מהריונות מרובי עוברים הסתיים באובדן כל העוברים, וחלק אחר הסתיים בלידות של תאומים, שלישיות ורביעיות. עוד בשנת 1996 היה מקובל להניח, שהעברת ארבעה עוברים לרחם האישה היא אחד התנאים להשגת היריון (ראה, למשל, לייטמן, 1996). לאחרונה נעשתה התופעה של לידות מרובות צאצאים בעיני הרופאים מקור

של דאגה לבריאות הציבור (Jones, 1995; Lieberman, 1998a; 1998b), בשל הלידות המוקדמות, משקלם הנמוך של הנולדים, הסיכונים בעת הלידות ולאחריהן. משום כך הוחל בניסיונות לצמצם את מספר הביציות המופרות המושטלות ברחם האישה. על כל פנים, הטיפול ההורמונלי להשגת ביציות והבשלתן, שאיבתן בדרך כירורגית והשתלתן לאחר ההפריה במבחנה ברחם האישה, מחייבים עמידה בבדיקות רפואיות ומעבדתיות רבות, בלוחות זמנים קפדניים ובסבל גופני רב. החשש, שבכל אחד מן השלבים להשגת היריון משהו עלול להשתבש וכתוצאה מכך יהיה צורך להתחיל הכל מחדש, מעלה את המתח ומוסיף לתחושת המצוקה והחרדה של המטופלים. סביר להניח, שככל שמספר המשתנים הלא ידועים או הבלתי נשלטים בטיפול רב יותר, וככל שמספר הכישלונות עולה, החרדה מפני כישלון נוסף רכה יותר.

בעיה נוספת היא, שהשגת ההיריון הנכסף עדיין אינה ערובה ללידה של ילד חי ובריא. גם אם לאחר השתלת הביצית המופרית ההיריון משתרש ברחם, הסכנות עדיין מרובות, הן לעובר הן לאישה, במיוחד אם מדובר בהריונות מרובי עוברים (Olivannes, 2000). זוהי, אולי, הסיבה לכך, שכאשר אוספים מידע על שיעורי ההצלחה של טיפולי הפריה חוץ-גופית, נוהגים לציין בנפרד את שיעור ההצלחה של כל אחד מן השלבים האלה: שאיבת הביציות, הפסקת המשך מחזור הטיפול, הפריית הביציות במבחנה והשתלתן ברחם, השגת היריון ברחם, לידות, ולידות חי (SART Registry, 1998). הצלחת הלידה של צאצא חי לא ככל מקרה פירושה לידת ילד בריא. האפשרות של לידת צאצא פגום בעקבות ריבוי עוברים או לידה מוקדמת, המאפיינים לידות לאחר טיפולי הפריה חוץ-גופית, מעוררת בעיה נוספת שעלולה להחריף את המצב הרגשי של המטופלות, המתוח ממילא. המצב מורכב עוד יותר כאשר טיפולי ההפריה החוץ-גופית נעשים על רקע אי-פוריותו של הגבר, או כאשר המטופלים נזקקים לתרומות ביצית, זרע, או שניהם גם יחד או, במקרה של העדר רחם אצל האישה, גם לפונדקאות. מאז 1978, עם התרת הקשר בין מיניות לפוריות, כאשר הפריה במבחנה בין ביצית של כל אישה לזרעו של כל גבר והשתלתה של הביצית המופרית ברחם של כל אישה נעשו אפשריות, גדל מספר המעורבים בתהליך הרבייה וגדל גם מגוון המאפיינים שלהם. וכך אנו עדים היום, בין היתר, לשילובים חדשים שונים של הורות גנטית, ביולוגית וחברתית.

בין האפשרויות המגוונות, בשילוב עם הקפאת החומר התורשתי של זרע או ביצית מופרית, מצויות גם האפשרויות של הולדה לאחר מותו של תורם החומר התורשתי (Landau, 1999), או לידת צאצא בגיל שמעבר למנופאוזה. מה שמייחד את ההפריה החוץ-גופית היא העובדה, שהיא מצריכה בכל מקרה מעורבותו של צד שלישי, של איש מקצוע, כלומר רופא מיומן, שבלעדיו התהליך אינו יכול להתקיים. במקרים שבהם מעורבים, בנוסף לרופא, גם תורמי חומר תורשתי (זרע או ביצית או שניהם), או אם פונדקאית, מדובר בכני אדם נוספים שגם הם צד שלישי ביצירת ההורות. בשונה מן המעמד של הרופא, שבעיניו התהליך מסתיים עם סיום תהליך הטיפול הרפואי, המעורבים האחרים

קשורים בקשר הורי עם הצאצא, אם הטיפולים אכן מוכתרים בהצלחה, ובאמצעותו עם ההורים המגדלים אותו, גם אם לפעמים קשר זה איננו גלוי, למשך כל ימי חייהם (Landau, 1998a).

### סוגיות פסיכו-סוציאליות ואתיות בטיפולי הפריה חוץ-גופית

הרצון להוליד ילד, במיוחד במדינת ישראל, הוא עז. קושי להביא ילד לעולם נתפס כטראומטי ביותר. עבור רוב בני האדם חוסר היכולת לעמוד בציפיות שלהם עצמם, בציפיות של בן או בת הזוג, של המשפחה והחברה הרחבה יותר בתחום ההולדה, היא פגיעה קשה באיכות החיים. עצם האבחון של ליקוי פוריות יכול ליצור משבר אישי (Valentine, 1986), ירידה בערך העצמי ובעיות במיניות (Beck Black et al., 1992). אי-פוריות, המובילה לטיפולי פוריות, עשויה להגביר קונפליקטים בין בני הזוג ולצמצם את שביעות הרצון מביצועים מיניים ואת תדירות קיומם של יחסי המין (Andrews et al., 1991). ההבדלים האישיים בפרשנות האישית לאי-הפוריות ששני בני הזוג נותנים, כמו גם ההבדלים בסגנונות ההתמודדות עם הבעיה, יכולים להוות גורמי לחץ נוספים (Valentine, 1986). גילאי-גינור (1996) מפרטת את ההשלכות הנפשיות האישיות והזוגיות של אי-הפריה על טיפולי הפוריות. בין היתר, היא מונה את הפגיעה בתחושת הנשיות אצל הנשים ובתחושת הגבריות אצל הגברים המטופלים, העלאת קונפליקטים לא פתורים לתודעה ודפוסי תקשורת לא יעילים בין בני הזוג.

בחברה הישראלית ה"משפחתית" קיים לחץ להקים משפחה הן מצד המשפחה המורחבת והן מן הרשת החברתית. אולם, גם אם בני הזוג מצליחים להוליד ילד בסיוע טיפולי פוריות, יש לזכור שהטיפול אינו הופך את בן או את בת הזוג לפוריים. לעובדה זו יש גם השלכות על המשך חייהם של בני הזוג ועל הצאצא (גילאי-גינור, 1996; Glazer, 1998).

גם מטופלים, שהסיבה לפנייתם לטיפולי פוריות איננה אי-פוריות, נדרשים על-פי רוב להתמודד עם קשיים. החלטה על הורות ללא בן זוג, או הורות חד-מינית, מורכבת ובוודאי מחייבת בירור אישי מעמיק, הכולל קבלה עצמית והשלמה, ובמקרים אחדים גם חשיפת סוד.

בשל הלחץ החברתי להורות אין תימה אפוא, שבישראל ההחלטה להתחיל בטיפולי הפריה חוץ-גופית היא עבור רבים כמעט בלתי גמנעת. לעומת זאת, למרות הסיכוי הנמוך להצלחת ההולדה של ילד חי ובריא, בשל אותו לחץ חברתי, מעטים הסיכויים שיופסקו הטיפולים לאחר שהוחל בהם. חופעה זו יוצרת בעיה, מפני שהיא נוגעת לחופש הבחירה המודעת של המטופלים לקבל החלטה (Hildt, 1998).

החלטה זו על רקע אי-פוריות של אחד משני בני הזוג או של שניהם, או שהסיבה לכך



נעוצה בנסיבות אישיות המונעות מן המטופל להוליד בדרך הטבע, אינה החלטה של מה בכך. בשני המקרים מדובר בתהליכים פסיכולוגיים מורכבים, אישיים או זוגיים או שניהם כאחד, ובתוכם תחושות של אובדן ואשמה. מהלך הטיפול עצמו, כפי שתואר לעיל, טומן בחובו נקודות משבר רבות, המצדיקות ייעוץ, ליווי ותמיכה של איש מקצוע ממקצועות הטיפול. אבל גם ברשימה זו של הקשיים העומדים בפני המבקשים להיות הורים עדיין לא בא הקץ ללבטים המאפיינים את טיפולי ההפריה החוץ-גופית.

אחת הבעיות שהמטופלים נתקלים בהן היא הסוגיה של ריבוי טרום-עוברים. חלק מן המטופלים המצליחים להגיע לשלב של ביציות מופרות (טרום-עוברים), נוהגים לבקש להקפיא חלק מהן לשימוש בעתיד. אולם, בשל הנוהג להפרות מספר רב של ביציות, לעתים נוצר מצב שבו יש למטופלים "עודף" של טרום-עוברים. השאלה שעל המטופלים להתמודד עמה במקרה זה היא, מה יהיה גורלם של אלה: האם ייתרמו למעוניינים אחרים? האם יושמדו? אולי יופנו לניסויים רפואיים? או אולי יהיה מותר לערוך בהם תחילה ניסיונות ורק אחר כך הם יושמדו? (Englert, 1998).

הבדלים אישיים בין גישות בני הזוג ככלל, וכאלה המתגלים לאורך זמן בפרט, עלולים ליצור מתחים רבים (ראו למשל, המשפט ופסק-הדין בעניין דנ"א 2401/95 רותי נחמני נ' דניאל נחמני).

בעיה אחרת היא היווצרותו של היריון מרובה עוברים. הספרות מדווחת על מקרים של הפסקות היריון יזומות של הריונות מרובי עוברים שנוצרו לאחר טיפולי הפריה חוץ-גופית ממושכים, שכללו קבלת תרומות זרע ותרומות ביצית. הבקשה להפסקת הריונות "יקרים" אלה נבעה מן הקושי של בני הזוג לקבל הריונות מרובי עוברים מחד גיסא ואי-יכולתם לקבל החלטה לגבי מה שמכונה "דילול עוברים", מאידך גיסא (Edozien, 1998; Marcus and Brinsden, 2000).

ההזדקקות לזרע או לביצית או לשניהם פירושה חוסר אפשרות להוליד ילד גנטי וביולוגי; על המטופלים לא רק להתייחס לאובדן ההמשכיות הביולוגית על משמעויותיה, אלא עליהם להתמודד גם עם השאלה של מעורבות צד שלישי בהולדה. השימוש בתרומות זרע, ביצית או טרום-עובר מעלה שאלות על תפקידם של תורמי החומר התורשתי, על הקשר הגנטי החסר או הלא-שוויוני בין בני הזוג לילד, על הסודיות או הפתיחות בנושא זה כלפי הילד ובפני הסביבה ועוד (Landau, 1998a; 1998b; Blyth and Hunt, 1999). הסוגיה של פתיחות לעומת סודיות, הן לגבי עצם ההזדקקות לטיפול הפריה חוץ-גופית והן לגבי מעורבותם של תורמי חומר תורשתי, חשובה במיוחד. למשל, במקרה של תרומת זרע וביצית, האם האם הגנטית (בעלת החומר התורשתי), או האם הביולוגית (כלומר, היולדת) או האם החברתית (מי שמגדלת את הילד), היא האם האמיתית, בעוד שבעלה הוא הורה (אב) חברתי בלבד כאשר ברקע נמצא האב הגנטי? לשאלות אלה יש חשיבות כאשר נוצר בין בני הזוג קונפליקט קשה.

סוגיית טובתו של הילד לעומת רצון ההורים עולה גם במקרה של שימוש בפונדקאות.

כאן נוצרת הבחנה בין הורים מזמינים לאם הנושאת שיוולדת את הילד. גידולו של ילד הוא אתגר בכל משפחה. בוודאי שלא יהיה זה מציאותי להתעלם מן הקשיים כאשר בתפקידי הורות מעורבים מספר רב של הורים. מצבים של גידול ילד בידי אם חד-הורית כתוצאה מתרומת זרע אנונימית, או תרומת זרע וביצית גם יחד (ללא קשר גנטי עם הצאצא העתידי), בגיל שמעל לגיל הפוריות הטבעי, או מזרע של אדם שהלך לעולמו, הם מצבים ייחודיים. הם מעמידים את הבוחרים בהם במצב שאינו מוכר להם, גם אם לפעמים בשל הרצון בילד. הם ייטו להכחיש את אפשרות היווצרותן של בעיות בעתיד.

לדוגמה, בישראל קיימת נטייה להתעלם כליל מן המשמעות המלאה של תרומת החומר התורשתי. הקולות היחידים המושמעים בנושא זה הם של נשים המעוניינות בתרומה, הקוראות להעלות את מספרן של תורמות הביציות, בין מנשים העוברות טיפולי הפריה חוץ-גופית בעצמן, ובין באמצעות יוזמות חקיקה לשאיבת ביציות מנשים שאינן מצויות בטיפול הפריה חוץ-גופית. זאת, על אף הסיכונים הגופניים הקשורים בכך ובלי להתייחס להשלכות עתידיות של פעולה כזאת הן מבחינה גופנית והן מבחינה נפשית.

בניגוד לניסיון הקיים בארץ להתעלם מקיומו של תורם החומר התורשתי, המציאות כפי הנראה לא תאפשר התעלמות כזאת לאורך זמן. רק לאחרונה התפרסם בארצות-הברית פסק-דין, לפיו אין לתורם זרע זכות בלתי מוגבלת לסודיות ולפרטיות. בפסק-דין זה נקבע, שהתורם עשוי להידרש לתת עדות בבית-משפט על מצב בריאותו. במקרה שתואר בפסק-הדין, נמכר זרע התורם לזוג, למרות שהתורם ציין בטופס בנק הזרע (שהוא מוסד פרטי), שדודתו סובלת ממחלת כליות. עדותו נדרשה עתה בתביעה נגד בנק הזרע שמכר את הזרע כאילו היה התורם בעל בריאות תקינה (Marquis, 2000). הסוגיה עלתה כאשר התברר, שהילדה, שהגיעה לגיל 11, אשר נולדה מתרומת הזרע של התורם, חלתה לאחרונה במחלת כליות תורשית. נודע, שהתורם מכר 320 מנות זרע במשך תקופה של חמש שנים. אם יתברר שהתורם נושא את גן המחלה התורשית שבה חלתה הילדה, קיים סיכוי של 50% שכל אחד מן הילדים שנולדו מתרומת זרעו של תורם זה יחלו גם הם במחלה. מקרה זה ממחיש את מורכבות הנושא של תרומת חומר תורשתי, כגון זרע וביצית, ואת הצורך לברר בפני כל המעורבים בעניין את המשמעות של מעשיהם, ובכלל זה שעליהם לקבל על עצמם את האחריות עליהם בהווה ובעתיד.

דווקא מפני שבהפריה חוץ-גופית מעורבים בני אדם וסוגיות רבים כל כך, ומפני שהיא נוגעת לאחד היסודות המרכזיים של חיי האדם והחברה, נשאלת השאלה אילו מנגנונים מצויים בידי החברה על-מנת לצמצם את החששות ואת אי-הוודאות בקרב המטופלים ולהבטיח שהחלטתם היא תוצאה של הסכמה מודעת למה שכרוך בטיפולים אלה ומה עלולות להיות השלכותיהם.

## ייעוץ פסיכוסוציאלי והכנה לטיפול הפריה חוץ-גופית

לכל ליקוי גופני יש גם היבט רגשי. לפיכך אין לראות בטיפול הרפואי ובייעוץ הפסיכוסוציאלי שני דברים נפרדים. שתי צורות ההתערבות קשורות זו בזו ושתייהן חשובות באותה מידה (Kemeter and Feigl, 1998). העדר מידע על הקשיים, הסיכוכים וההשלכות בעתיד, כמו גם העדר מודעות לכפייה הפסיכולוגית והחברתית הכרוכה בטיפול הפריה חוץ-גופית בקרב המטופלים, מעלים את הצורך בבירור, בייעוץ ובהכנה מוקדמת לטיפולים כאלה, עוד לפני שהוחל בהם (Hildt, 1998). לאחר שהוחל בטיפולים, החלק הקשה עבור המטופלים הוא אי-הוודאות באשר להצלחת כל שלב ושלב של הטיפול (Boivin et al., 1999). המטופל יכול להפחית את החרדות ואת המשך אי-הוודאות בעזרת הכנה מתאימה לקראת הטיפול. באופן דומה, מטופלות הפריה חוץ-גופית אינן רשאיות להתחיל בטיפולים שמעורבת בהם, למשל, תרומת ביציות, לפני שנמסר להן מידע מעודכן על מהות הטיפולים עצמם ולפני שיש להן הזדמנות לברר כיצד ירגישו, למשל, אם מקבלת התרומה תהרה, ואילו התורמת לא תהרה (Tizzard, 1998).

בבריטניה, שהיתה המדינה הראשונה שהסדירה באופן חוקי את הנושא של הפריה חוץ-גופית (בשנת 1990), הוקמה רשות מיוחדת לנושא, שתפקידה לפקח על טיפולים אלה ולעקוב אחריהם. על-פי החקיקה הבריטית, כל מחזור טיפול חייב להירשם ברשות, כמו שנרשמים גם פרטיהם של תורמי הזרע והביצית, אם נעזרים בהם. החוק מכיר בצורך ביועץ בלתי תלוי על-מנת לסייע לזוגות לבחון את כל האופציות העומדות לפניהם בחייהם, ולא רק את זו הקשורה במאבק על השגת ילד, גם אם קיימות נסיבות שבהן הסיכוי לכך אפסי. לדוגמה, מקרה של טיפול בגיל גבוה, שסיכוייו להצליח אפסיים. במקרה זה יש מקום להראות לבני הזוג שמלבד הבאת ילד לעולם יש בחיים מקורות נוספים להנאה ולשמחה. הייעוץ בבריטניה, על-פי החוק, הוא חלק חשוב של טיפולי ההפריה החוץ-גופית. היום מזהים בבריטניה שלושה סוגים של ייעוץ: (1) ייעוץ על ההשפעות וההשלכות של טיפולי ההפריה החוץ-גופית, שפירושו מתן מידע מדויק ומובן למטופלים, על-מנת שיוכלו לקבל החלטות כיצד לנהוג בהמשך; (2) ייעוץ תומך, המתייחס להתמודדות הרגשית עם התהליכים הקשורים בטיפולים עצמם, כאשר נוצר במהלכם לחץ כבד; (3) ייעוץ טיפולי, שאיננו מכוון למידע או לתמיכה רגשית נקודתית, אלא מאפשר הבהרה וליבון רגשות שיש להם נגיעה לחיים בכלל, למשמעותה של ההורות והמחיר הכרוך בהשגתה, בפרט.

הייעוץ הטיפולי נותן למטופלים הזדמנות לשוחח עם אדם בלתי תלוי על סוגיות מטרידות הקשורות בטיפול הפריה חוץ-גופית וההשלכות שלהן בהווה ובעתיד, כולל השלכות אלה הנוגעות לחייהם. בפועל, למרות שהחוק מדבר במפורש על ייעוץ, היישום הוא חלקי בלבד. בסקר, שבחן את יעילות האבחון של המועמדים לטיפול הפריה מנקודת

הראות של טובת הילד, נמצא, שרק 44% בערך מן המרפאות שנסקרו ציינו מתן נגישות לייעוץ כחלק מן הנוהל המקובל (Patel and Johnson, 1998). יחד עם זאת, עובדה היא, שמזה שנים מספר קיים בבריטניה ארגון של יועצים בתחום הפוריות, שחברים בו עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ועובדי סיעוד. ארגון זה מקיים ימי עיון, סדנאות וקורסי הכשרה, ואף מוציא לאור בכל רבעון כתבי-עת. יתרה מזו, לא זו בלבד שיש לארגון נציג בחברה הבריטית לפוריות, אלא ששני הארגונים האלה הצליחו לזכות לאחרונה במשותף במענק ממשרד הבריאות הבריטי לצורך פיתוחה ובנייתה של תוכנית הכשרה מוכרת המעניקה הסמכה (accreditation) ליועצי פוריות (Pike, 1999).

הפרובינציה של ויקטוריה באוסטרליה הכירה בחשיבות הייעוץ בתחום ההפריה החוץ-גופית כבר בשנת 1984, וכתוצאה מכך נכלל הייעוץ הפסיכו-סוציאלי כחלק מטיפולי ההפריה החוץ-גופית בחוק משנת 1995 (Waller, 1999). לפי חוק זה, כל רופא מחויב לספק למועמדים לטיפולי הפריה חוץ-גופית, לפני תחילת הטיפולים, רשימה של יועצים מורשים בתחום. החוק מחייב את הזוגות המעוניינים בטיפולי הפריה חוץ-גופית לעבור, לפני שהם מתחילים בטיפולים, גם ייעוץ שבמהלכו מעיינים ברשימה של נושאים מוגדרים מראש. מטרת הייעוץ להבטיח שלבני הזוג יהיה מידע הולם על מה שמצפה להם. על-פי אותו חוק על יועצי ההפריה החוץ-גופית לקבל הסמכה לעסוק בייעוץ בתחום טיפולי ההפריה החוץ-גופית. דבר זה מחייב אותם להיות בעלי הכשרה מוקדמת בייעוץ או באחד המקצועות הרלוונטיים. בויקטוריה יש דרישות מיוחדות בנוגע למעורבות תורמים בטיפולי הפריה חוץ-גופית. פירושו של דבר הוא, שהן מקבלי התרומה והן נותני התרומה יודעים מה הן חובותיהם וזכויותיהם, כמשתתפים בתהליך. במקרה של תורם, החוק מכיר בתפקיד בני זוגם של התורמים וזכויותיהם בתור מעורבים בקבלת ההחלטה בנושא. הכוונה היא להבטיח את טובת הילד בכל שלבי התהליך. בפגישות עם תורמים פוטנציאליים של זרע או ביצית מושם דגש בבחינת הדברים האלה: מהות המניעים לתרום חומר תורשתי, דרישות החוק בנוגע לשמירה על סודיות פרטי התורם וזהותו, ההשפעה האפשרית של התרומה על ילדי התורמים, אם יש כאלה, ההשפעה האפשרית של התרומה על בני זוגם של התורמים, אם יש כאלה, וסוגיות נוספות שהתורם עשוי להעלות. באוסטרליה גם פועלת עמותה של מטופלי הפריה חוץ-גופית שבעצמם עומדים על הצורך בייעוץ והבהרת משמעותה של תרומת חומר תורשתי מנקודת ראותו של התורם.

גם בניו-זילנד, בדומה לנעשה בויקטוריה, שירותי ייעוץ הם היום חלק מטיפולי ההפריה החוץ-גופית (Daniels, 1999). שירותים אלה זמינים למטופלים, אבל יש הבדלים בתוך ובין המרפאות המציעות טיפולי הפריה חוץ-גופית, הן מבחינת משך הטיפול, הן בכל הקשור למימונו והן בנוגע למתן השירות. אופי השירות מושפע גם ממקצועם של היועצים: בחלק מן המרפאות היועצים הם בעלי הכשרה בפסיכולוגיה, בחלק אחר הם עובדים סוציאליים, או איזה שילוב של השניים. דניאלס (Daniels, 1999) טוען, שהדרישה להכללת יועצים בטיפולי הפריה חוץ-גופית באה במידה רבה מצד הצרכנים, שראו צורך

בשילוב היועצים בתהליך לפני התחלת הטיפולים. גם בניו-זילנד רוב היועצים מאוגדים באגודה המקומית או בזו האוסטרלית לייעוץ באי-פוריות. מאחר שגם בניו-זילנד, כמו באוסטרליה, תינתן בקרוב לשני הצדדים גישה למידע על התורמים ועל הנחרמים, מעריכים שהמצב החדש יגביר את השימוש בייעוץ הפסיכו-סוציאלי (Daniels, 1999).

בקנדה הנגישות לטיפול הפריה חוץ-גופית ולייעוץ בנושא תלויה במידה רבה כמיקום הגיאוגרפי ובמצב הכספי (Haase, 1999). אמנם ועדה מיוחדת (Royal Commission on New Reproductive Technologies, 1993) קבעה, שייעוץ יהיה חלק אינטגרלי מן השירותים בתחום ההפריה החוץ-גופית ויוצע או בתוך המרפאה או בדרך של הפניה לאנשי מקצוע מתאימים מחוצה לה, אבל טרם התקבל חוק המסדיר את הנושא. לפי האזה (Haase, 1999), הרמה הנוכחית של שירותי הייעוץ בתחום ההפריה החוץ-גופית היא בלתי הולמת באופן קיצוני. מרבית הרופאים העוסקים בטיפול הפריה חוץ-גופית שם אינם מפנים את מטופליהם לייעוץ ולפיכך גם מספר העוסקים בייעוץ קטן. האזה העלה את השאלה, כיצד יוצע הייעוץ ובידי מי, אם וכאשר תחליט הממשלה הפדרלית של קנדה שייעוץ למטופלים הוא תנאי לקבלת אישור להפעלת מרפאה לטיפול הפריה חוץ-גופית. בארצות-הברית, גם בסוגיית טיפולי ההפריה החוץ-גופית, כמו במרבית הנושאים, הקובעת היא כלכלת השוק. בארצות-הברית אין חוק ביטוח בריאות וטיפול הפריה חוץ-גופית אינם מוסדרים על-פי חוק. מאחר שהמעוניינים נושאים בעצמם בהוצאות הטיפולים הרפואיים, רק לעתים רחוקות מגיע מספר מחזורי הטיפול למספרים המקובלים בישראל. הרופאים העוסקים בטיפול הפריה חוץ-גופית בארצות-הברית פועלים על-פי רוב לפי הנחיות החברה האמריקנית לרפואה בתחום הפוריות, ואלה אינן מחייבות מטופלים לעבור הכנה או ייעוץ מקדים (Licker Feingold, 1999). יחד עם זאת, ההנחיות ממליצות ששירותי ייעוץ פסיכולוגיים יועמדו לרשות כל המועמדים לטיפול הפריה חוץ-גופית, כאשר מדובר בטיפולים קשים או כאלה שהם בעלי השלכות פסיכולוגיות, כגון תרומת ביצית או תרומת טרום-עוברים. בפועל, רבים מן הזוגות המשתמשים בהפריית מבחנה ללא שימוש בתורמים, אינם מופנים לקבלת ייעוץ, גם כאשר הטיפולים קשים ומלחיצים. לפי ליקר פיינגולד (Licker Feingold, 1999), שירותי הייעוץ בתחום זה הם מגוונים מאוד ומשתנים ממרכז רפואי אחד למשנהו, כמו גם ממדינה למדינה. בחברה האמריקנית לרפואה בתחום הפוריות חברים גם אנשי מקצוע המגדירים את עצמם כעוסקים בתחום בריאות הנפש. קבוצה זו של אנשי מקצוע קבעה דרישות מינימום לעיסוק בייעוץ למטופלי הפריה חוץ-גופית: על היועץ להיות בעל תואר מקצועי באחד מתחומי הטיפול, להיות מורשה לעסוק בטיפול, בעל ניסיון של שנה בייעוץ בתחום ההפריה החוץ-גופית, להיות בעל הכשרה בהיבטים הגופניים והפסיכולוגיים של אי-פוריות, ולהיות מעורב בלימודי המשך בתחום. בנוסף לתפקיד המסורתי של יועץ, העוסק בייעוץ בתחום ההפריה החוץ-גופית הוא משמש גם בתפקיד המחנך, המסנן, המעריך, שומר-שער ונחשב חבר חשוב בצוות הרכזי מקצועי המנסה לסייע למטופלי הפריה חוץ-גופית (Licker Feingold, 1999).

בחלק ממדינות המערב, למשל אלה שצוינו לעיל, הייעוץ למעוניינים בטיפול הפריה חוץ-גופית כבר הפך להיות חלק אינטגרלי ממהלך הטיפול, או שהוא נמצא בתהליך לקראת השגת מצב כזה, אם על-פי חוק או על-פי ההנחיות של ארגוני הרופאים. למרות שקיימים הבדלים לגבי היישום, המגמה במדינות אלה היא להכיר בחשיבותו של הייעוץ הפסיכוסוציאלי למטופלי הפריה חוץ-גופית. במדינות מערביות אחרות, כגון מדינות סקנדינביה, הייעוץ אינו רק חובה על-פי החוק, אלא על היועץ מוטלת גם האחריות לבחון, האם הטיפול המבוקש מתאים לבני הזוג. מן הראוי להעיר, שנוהל זה של הערכת המועמדים לטיפול הפריה חוץ-גופית הן בידי נציגי שירותי הרווחה והן בידי פסיכולוג, הוא מחייב, למרות העובדה שבמדינות סקנדינביה תרומת ביצית ופונדקאות - שני טיפולי הפריה חוץ-גופית שמעורב בהם צד שלישי, העלול לעורר בעיות בתחום הפסיכולוגי - אסורים (Landau, 1998a).

הדיון בסוגיית הייעוץ לא יהיה שלם אם לא תהיה התייחסות לעובדה שחלק לא מבוטל של המטופלים מעדיפים להישען בעת מצוקה על מקורות תמיכה לא פורמליים, כגון בני זוג ומשפחה, ולא לערב בטיפול גורם טיפולי נוסף. על-פי מחקר בקרב זוגות הלוקים בפוריותם, הנמצאים בטיפולים ללא צורך בתרומת חומר תורשתי, מרבית הזוגות דיווחו שהם אינם זקוקים לייעוץ, ושהם נעזרים ברשתות התמיכה הטבעיות שלהם (Connolly et al., 1993; Boivin et al., 1999). להערכת החוקרים, רק 15% בערך מן המטופלים נזקקו לטיפול מעמיק ולמשך זמן רב. לעומת זאת לא נברק כיצד משפיעה העובדה שהמטופלים נדרשים במרבית המקרים לממן את הטיפולים בכוחות עצמם, כאשר גם הייעוץ כרוך בתשלום.

בכל אופן, ההערכה היא, שהאתגר המקצועי הוא לזהות בעוד מועד מטופלים במצוקה הזקוקים לייעוץ, כך שייהנו ממשאבי הייעוץ אלה שבאמת זקוקים להם ובעיתוי המתאים ביותר (Connolly et al., 1993). אפשר שעצם הידיעה שהשירות קיים ושבעת הצורך ניתן להיעזר בו מעניקה תחושה של ביטחון, גם אם לא נעשה בו שימוש. במקביל, אפשר שמטופלים רבים, העוברים טיפולי הפריה חוץ-גופית יכולים להפיק תועלת מרובה מחומר אינפורמטיבי כתוב בכל הקשור לטיפולים עצמם (Boivin et al., 1999). שונה המצב לגבי המקרים שמעורבים בהם תורמי חומר תורשתי או פונדקאית; לדעת החוקרים, מטופלים אלה זקוקים בכל מקרה לייעוץ מקיף על ההשלכות הפסיכולוגיות של הטיפולים (Breaways et al., 1997).



## המצב בישראל

### 1. להלכה

כבר בשנת 1985, שלוש שנים לאחר הניסיון הראשון להפריית מבחנה בישראל, במחקר לבדיקת מצבן הנפשי והחברתי של נשים ישראליות הנמצאות בטיפולי הפריה חוץ-גופית, נשמעו מצד המטופלות תלונות על העדר מידע והדרכה על הטיפולים וציפייה לתמיכה נפשית רבה יותר מן הצוות המטפל (בירמן ואחרים, 1991). ממצאי המחקר הדגישו את הצורך בצוות רב-מקצועי בטיפולי הפריה חוץ-גופית, הכולל גם עובד סוציאלי ופסיכולוג או פסיכיאטר. הושם דגש גם בצורך בהכנה וייעוץ לפני הטיפולים, במהלכם ואחריהם (גילאי-גינור, 1996).

אמנם חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996, אמור לתת מענה לסוגיה הנדונה, אבל המציאות כאן שונה. לפי חוזר משרד הבריאות משנת 1990, שנושאו שיקולים בקבלת זוג לטיפול בהפריה חוץ-גופית, רופא המתבקש להגיש שירות של טיפולי הפריה חוץ-גופית יכול לבקש חוות-דעת על התאמת המועמד לטיפולי הפריה חוץ-גופית ממומחה באחד או ביותר מבין המקצועות האלה: פסיכולוג קליני, עובד סוציאלי בעל ותק של 3 שנים לפחות ופסיכיאטר. ההחלטה אמורה להתקבל בצוות הרב-מקצועי ובמקרה של דחייה יש לנמק בכתב את הסיבות לכך. תקנות ברוח דומה, תוך התבססות על חוות-דעת מומחה של עובד סוציאלי ושל פסיכיאטר, נוסחו על-מנת לבחון האם נשים לא נשואות מסוגלות להיות אימהות, אבל הן בוטלו בשנת 1997. מאז אין למעשה הגבלות על טיפולי הפריה חוץ-גופית ונשים רווקות כנשואות זכאיות לקבלת טיפולים, כולל תרומת זרע ותרומת ביצית, ללא קבלת ייעוץ מקדים.

היוזמות הראשונות הללו להתייחסות כלשהי להיבטים פסיכולוגיים-נפשיים של טיפולי הפריה חוץ-גופית באו לסייע לרופא, ולא להציע שירותי ייעוץ למועמדים לטיפול. הוועדה הציבורית-מקצועית לבחינת הנושא של הפריה חוץ-גופית הניחה, כאמור לעיל, שיהיו זוגות אשר יזדקקו לטיפול תומך במהלך הטיפול, הן במשך ההיריון אם יהיה, והן לאחר הלידה. הוועדה סברה, ש"יש להעמיד לרשות המטופלים אופציה לקבל שירותי ייעוץ ותמיכה מקצועיים, המשלימים ומלווים את הרפואיים, אשר יסייעו בתהליך קבלת ההחלטות של המטופלים בכל שלבי הטיפול." (משרד המשפטים, 1994, עמ' 21). הוועדה המליצה, שבכל יחידה לטיפולי הפריה חוץ-גופית יהיה יועץ בעל הכשרה מתאימה - עובד סוציאלי או פסיכולוג - שיעמוד לרשות המטופלים, לפי בחירתם, כדי לתת הסברים נוספים על המידע שנתן הרופא המטפל, או כדי לתמוך במטופלים הנתקלים בקשיים שונים במהלך הטיפול. חשוב היה לוועדה להדגיש, שקבלת הייעוץ היא זכות של המטופל ושאינן כל

כוונה לכפות ייעוץ, או להתנות את הטיפול בייעוץ, או ליצור מערכת מוסווית של פיקוח או שליטה.

אף-על-פי שנושא הפרייה החוץ-גופית טרם הוסדר בחקיקה בישראל, יוצאת-דופן היא החקיקה בסוגיית הפונדקאות. לצורך הנושא הזה נחקק חוק מיוחד - חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), תשנ"ו-1996. לפי חוק זה, האישור לטיפול הפרייה חוץ-גופית, המערב גם פונדקאית, מחייב קבלת אישורה של ועדה רבי-מקצועית, המסתמכת, בין היתר, על הדברים האלה: (1) הערכה פסיכולוגית בדבר התאמה לתהליך של כל אחד מן הצדדים להסכם ו-(2) אישור של פסיכולוג או עובד סוציאלי שההורים המיועדים קיבלו ייעוץ מקצועי מתאים, לרבות מידע על אפשרויות הורות אחרות. אישור ההסכם מותנה בכך, שכל הצדדים עשו את ההסכם לנשיאת עוברים בהסכמה ומרצון חופשי ושהבינו את משמעותו ואת תוצאותיו.

מדברים אלה עולה באופן ברור ההכרה בצורך בייעוץ, הבהרה והכנה לקראת הורות בסיוע גורמים חיצוניים, לפחות במקרים חריגים. מעבר לזה מתברר, שתפקיד הייעוץ מיועד לאנשי טיפול בתחום הרגשי-נפשי: עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים.

## 2. למעשה

בישראל פועלות למעלה מ-20 יחידות לטיפול הפרייה חוץ-גופית בתוכם בתיהחולים. למרות מספרן הגדול, ייעוץ פסיכו-סוציאלי כחלק מעבודת היחידה מוצע רק בשתיים מהן (רייכר-עתיר, 2000; בר-חוה, 2000; Bar Hava et al., 1999). על-פי מידע שנתקבל מן השירותים הסוציאליים והסיעודיים בבתי-החולים, ביחידות האחרות ייעוץ של עובדת סוציאלית או פסיכולוג ניתן רק על-פי קריאה במקרים חריגים מאוד. יש לציין, שגם ביחידות לבריאות האישה בקופות החולים השונות מועסקות עובדות סוציאליות, העשויות לשמש כתובת הן למטופלים והן לצוות הרפואי בסוגיות מיוחדות.

בהווה, ביחידה אחת של אחד משני בתי-החולים שבהם יש ייעוץ פסיכו-סוציאלי, קיים תקן לפסיכולוגית בהיקף של חצי משרה, ובשנייה קיים תקן לעובדת סוציאלית בהיקף של שלוש-רבעי משרה. אף-על-פי שאין להתעלם מהבדלי האישיות ומן הרקע המקצועי השונה של ממלאות תפקידי הייעוץ בשתי היחידות לטיפול הפרייה חוץ-גופית, רב הדמיון מן השונות במהות עבודתן.

בשתי היחידות הנועצים מגיעים לייעוץ פסיכו-סוציאלי ואתי באחת הדרכים האלה: (1) הפניה מטעם עצמם (מודעות על השירות מודבקות במקומות בולטים ביחידות); (2) הפניה של חברי הצוות האחרים (רופא, אחות, מזכירה), כאשר הם מתרשמים שמדובר אצל המטופלים במצב של מצוקה נפשית או שקיימים אצלם ספקות באשר לסוגיות אלו; (3) בעקבות הרצאות על נושאים רלוונטיים, ששתי העובדות מארגנות; (4) פנייה קבוצתית של מטופלים בעלי מאפיינים משותפים.

בכל מקרה מפגשים עם הרופא והאחות מקדימים על-פי רוב את הייעוץ. הרופא הוא הראשון שרואה את המועמדים לטיפול הפריה חוץ-גופית. הוא מקבל מהם את המידע הראשוני על מצב בריאותם הכללי, על בעיותיהם בתחום הפוריות ועל ניסיונות העבר להוליד, במידה שהיו כאלה.

לאחר הסבר כללי מפי הרופא על תוכנית הטיפול המוצעת, כל המטופלים מקבלים הדרכה אישית סיעודית (מפי האחות) על מהלך הטיפול הצפוי (הסבר על ההיבטים הפיזיולוגיים, הטיפול בתרופות, מהות בדיקות המעבדה והבהרה באילו מקרים יש להפסיק טיפול בתרופות או להתקשר ליחידה).

כאמור, חלק מן הפונים לייעוץ מגיע בעקבות הרצאות פתוחות למעוניינים הניתנות בשעות הערב או בימי שישי, שמארגנות ומציעות הפסיכולוגית או העובדת הסוציאלית (להלן היועצות), הרואות בהפצת מידע למטופלים חלק מטיפול תומך. ההרצאות, שנותנים חברים בצוות היחידה (רופאים, עובדי מעבדה), ומרצים מוזמנים אחרים (משפטן, איש דת ועוד), עוסקות בנושאים כגון מהות טיפולי הפריה חוץ-גופית, תפקידה של המעבדה, פוריות הגבר, מיניות וזוגיות, היבטים משפטיים, הלכתיים ועוד.

בשתי היחידות היועצות, בשיתוף עם אדם נוסף מן הצוות, לרוב אחות, מציעות עבודה בקבוצה למטופלים בעלי צרכים דומים: נשים, זוגות, נשים המעוניינות להיות חד-הוריות, נשים שהתנסו בהפלות חוזרות, ועוד. הקבוצות קטנות (בערך 10 משתתפים) והן נפגשות 8 עד 10 פעמים. נושאי השיחה בקבוצות משתנים מקבוצה לקבוצה, אך רובם נוגעים בהתמודדות עם הטיפולים עצמם, חוויית הבדידות על רקע הליקוי הגופני, קשרים בין בני הזוג, עם המשפחה ועם מקום העבודה, אופי הקשר עם הרשת החברתית ועוד. מטרת העבודה בקבוצות היא ייעוץ, הדרכה ותמיכה תוך שימוש בכוחות החיוביים שבקבוצה.

להלן דוגמה קלינית לייעוץ קבוצתי וזוגי: טלי ועידו נישאו בסוף שנות ה-20 לחייהם, לאחר 5 שנות חברות. רק כעבור שנתיים, אחרי שהשלימו לימודים מתקדמים וריהטו את דירתם, הם החליטו שהגיעה העת להקים משפחה. אחרי חודשים אחדים של קיום יחסים ללא שימוש באמצעי מניעה, שלא הסתיימו בהיריון, פנתה טלי בת ה-30 לרופא נשים. לאחר המתנה נוספת של חצי שנה ובדיקות רפואיות מקיפות וחודרניות, הוחל בטיפול פוריות. טלי, שעד כה חשה שהיא שולטת על חייה, החלה להרגיש שעליה להתמודד עם אובדנים: אובדן הפרטיות, אובדן השליטה על פוריותה, אובדן השליטה על סדר יומה, ניפוץ חלומותיה. תהליך ההתעברות, תהליך שהיה אמור להיות הטבעי ביותר בחייה, הפך להיות התערבות רפואית טכנית, כאשר כל הפרטים של חיי המין שלה ואבריה האינטימיים נעשו נושא לבדיקות. היא חשה כעס על גופה שבגד בה, כעס על הגורל ועל הרופאים שהכאיבו לה בעת הטיפולים ועל כך שגם 4 ניסיונות של הפריה חוץ-גופית לא הצליחו להגשים את חלומה להיות אם. היא כעסה גם על בני משפחתה ועל חבריה וחברותיה, שהפעילו עליה לחצים לממש את ההורות, או שהיו בהיריון בעצמן. ובעת ובעונה אחת היא חשה גם חרדות, שמא ישפיעו טיפולי הפוריות על יחסיה עם בעלה. גם לעידו לא היה קל.

גם אם לא סבל בעצמו מן הטיפולים הפולשניים, וסדר היום שלו לא הופרע, כמו אצל טלי, גם הוא חש נפגע מחוסר השליטה על חייו, ממצבי הרוח של טלי ומלחצי הסביבה. הפניית בני הזוג להשתתף בקבוצה של מטופלים בהפריה חוץ-גופית הייתה מעשה בעתו. טלי ועידו נוכחו לדעת, שהתחושות שחשו הן נחלת רוב המטופלים. במפגשים הקבוצתיים הם למדו יותר על ההשלכות של הטיפולים עצמם ועל הדרכים השונות שנקטו זוגות אחרים להתמודד עם הלא צפוי בטיפול. בעקבות תשומות שקיבלו מן הקבוצה ומן היועצת התלבטו בני הזוג יחד וקיבלו החלטה את מי מבני משפחתם ומן החברים כדאי לשתף ב"סוד" של היותם בטיפול. האפשרות לחלוק את סוד עם חלק מאלה הקרובים אליהם הפחיתה את תחושת הלחץ שחשו השניים. החשיפה של טלי ועידו לדילמות האתיות שהם עשויים להתקל בהן בהמשך הטיפולים הביא אותם לשקול פנייה לייעוץ זוגי. השתתפותם במספר שיחות כאלה אפשרה להם לשוחח על המקום שהטיפולים תופסים בחייהם, על היחסים ביניהם ועל הסוגיות האתיות שבטיפול הפוריות שהעסיקו אותם באותה עת. הבהרת ציפיותיהם האישיות מן הטיפולים והניסיון להגיע, בעזרת הייעוץ, לקביעת מסגרת זמן שתוקדש לטיפולים לסוגיהם, הגמישו את גישתם לטיפולים. הייעוץ הוסיף להם מידע, הפחית מתחושת הלחץ, צמצם את הכעס והחרדה, חיזק את הקשר הזוגי ושיפר את הקשר עם הצוות הרפואי. הפנמת העובדה, שההחלטה לגבי המשך טיפולי הפוריות וסוגיהם היא בידי בני הזוג, החזירה לטלי ועידו - במידת-מה - גם את תחושת השליטה על חייהם. הדגש בשתי היחידות מושם בהתערבות קצרת מועד, עם מעט עבודה פרטנית וזוגית, אלא אם זו קשורה לטיפול הפריה החוץ-גופית עצמם. במקרה של צורך בהתערבות מקצועית ארוכת-טווח, שאינה קשורה לטיפול הפריה חוץ-גופית, שתי היועצות מפנות את המטופלים לגורמי טיפול אחרים בקהילה.

סדרות ההרצאות וקבוצות התמיכה מהוות מצע ליצירת קבוצות תמיכה בהנחייתן ובהדרכתן של היועצות בשתי היחידות. באחת מהן פועלת קבוצה של מטופלים ותיקים בהדרכת היועצת במטרה לסייע למטופלים חדשים, בדרך של שיחות בטלפון ושיחות אישיות. אחת משתי היועצות רואה את עצמה מחויבת לעמוד לרשות המטופלים באמצעות הטלפון בכל שעות היממה. לדעת שתי היועצות, מטופלי הפריה חוץ-גופית נזקקים לייעוץ ברמות שונות ובאופנים שונים ומשום כך יש מקום ליצירתיות רבה וכשילוב טכניקות התערבות שונות המשלימות זו את זו.

מתיאור עבודתן של שתי היועצות ביחידות להפריה חוץ-גופית עולה: (1) היועצות משמשות כתובת הן לצוות הרפואי והן למטופלים ביחידה בסוגיות פסיכו-סוציאליות; (2) הן משלבות דרכי התערבות מגוונות על-מנת להגיע לקהלי יעד רבים ככל שניתן; (3) בייעוץ הפרטני או הזוגי הן מתמקדות בסוגיות ובמטופלים ה"לחוצים" ביותר ומשום כך אפשר שאינן מגיעות למי שאינו פונה אליהן ביוזמתו; (4) ההתערבות היא קצרת מועד ומתמקדת על-פי רוב בטיפול עצמו; (5) אופי עבודתן של היועצות נבנה באופן הדרגתי על-פי תפיסתן האישית, כאשר אין בנמצא נוהל מוסכם בנושא.

## סיכום והמלצות

טיפול הפריה חוץ-גופית, בין שהם ניתנים על רקע של ליקויי פוריות ובין שהם על רקע אישי או חברתי, עדיין נתפסים כדרך לא שגרתית להשגת צאצא. בשל כך, בגלל הקשיים הגופניים והנפשיים המאפיינים את הטיפולים ובשל הסיכונים הכרוכים בהם, יש מטופלים הזקוקים לייעוץ, להכנה, לליווי ולתמיכה לפני הטיפולים, כמהלכם ובעקבותיהם. דברים אלה נכונים במיוחד לגבי יחידים וזוגות הנעזרים בתורמי זרע, ביצית או פונדקאית.

במדינות המערב ההפניה לייעוץ פסיכו-סוציאלי הופכת להיות בהדרגה חלק מ"פרוטוקול", הנוהל, של טיפולי ההפריה החוץ-גופית. ההכרה בחשיבותו של הייעוץ הפסיכו-סוציאלי במדינות אלה מוצאת את ביטויה בחקיקה או בהנחיות שמפרסמים ארגונים של אנשי מקצוע. מן הספרות עולה, שאת שני סוגי הייעוץ, הקשורים ישירות במהלך הטיפול - הייעוץ הנדרש לקבלת החלטה לגבי בחירת הטיפול והייעוץ התומך במהלך הטיפול - יכולים לתת אנשי מקצוע מתחום הרפואה והסיעוד, בתנאי שהוכשרו לכך. לעומת זאת, אין ספק שהייעוץ הפסיכו-סוציאלי, שמטרתו להתמקד במשמעות האישית המיוחדת של המטופלים במושגי הורות וילד, הוא תחום התמחותם של עובדים סוציאליים ופסיכולוגים, ובמקרים נדירים יותר של פסיכיאטרים.

"סל שירותי הבריאות" בישראל מממן טיפולי פוריות עד ללידת שני ילדים חיים. משנת 1999 הוגבלו הטיפולים לשישה טיפולים בשנה, עד גיל 45 לאישה מביציותיה היא ועד גיל 51 ועד בכלל, כולל מתרומת ביצית. כלומר, הטיפולים מעל גיל 51 אפשריים רק במימון פרטי ורק מתרומת ביצית, משום שמעל גיל 51 אין סיכוי להיכנס להיריון מביצית של האישה, שכן הביצית "זקנה" מדי. מאחר שבישראל טיפולי הפריה חוץ-גופית זמינים לכל ללא סינון וכמעט ללא הגבלה, העדר התייחסות לסוגיית הייעוץ ביחידות הפריה חוץ-גופית כחלק מן הטיפול והעדר יועצים לבחינת ההיבטים הפסיכו-סוציאליים ביחידות אלה מצביעים על מודעות נמוכה לחשיבותו של הנושא. מעניין, שדווקא בישראל, שבה מוצע למטופלים מספר רב של מחזורי טיפול במימון המדינה, לא נמצאו המשאבים הנדרשים לייעוץ פסיכו-סוציאלי בכל יחידות ההפריה החוץ-גופית. בהעדר תשומת לב למקומו של הייעוץ הפסיכו-סוציאלי בטיפול הפריה חוץ-גופית בישראל, ובהעדר יועצים, אין גם דיון בסוגיית הפיתוח וההכשרה של העוסקים בטיפול הפריה חוץ-גופית.

ובכל זאת, רווחת המטופלים, משפחותיהם וצאצאיהם לעתיד, מחייבים הקמת פורום שיגדיר את תפקידי הייעוץ ביחידות הפריה חוץ-גופית, שיקבע קני-מידה לייעוץ מבחינת התוכן, ההכשרה וההסמכה המקצועית הקודמת והייחודית - כפי שהוא קיים בכריטניה (Cooke et al., 1999) - וגם יציע דרכים חלופיות ומשלימות ליישום הייעוץ לסוגיו.

לסיכום, בהתחשב במספר מטופלי ההפריה החוץ-גופית בישראל, מרביתם בבתי-חולים

ציבוריים ובמימון ציבורי, ולאור המלצות הוועדה הציבורית המקצועית לבחינת הנושא של הפריה חוץ-גופית משנת 1994 וחוק ההסכמים לגשיאת עוברים, תשנ"ו-1996, ועל-פי הניסיון הבינלאומי, מן הראוי היה, (1) לבחון באופן מקיף ומעמיק את צורכי הייעוץ הפסיכו-סוציאלי של מטופלי ההפריה החוץ-גופית בישראל; (2) לקבוע כללים לגבי סוגי הייעוץ לפי בעלי המקצוע השונים, כולל דרישות הכשרה ומסלולי הסמכה; (3) לפתח תוכניות התערבות שונות ומשלימות לקבוצות האוכלוסייה השונות; (4) להבטיח שלכל המטופלים תהיה אפשרות לקבל ייעוץ פסיכו-סוציאלי ואתי ושידוע להם, עוד לפני התחלת הטיפולים, מה מצפה להם בעת הטיפולים ואחריהם; (5) להבטיח את מקומם של העובדים הסוציאליים והפסיכולוגים בצוות המטפל בהפריה חוץ-גופית.

הכנת מערך ייעוץ מקצועי פסיכו-סוציאלי זמין למטופלי הפריה חוץ-גופית חשובה להעלאת המודעות בקרב המטופלים לסוגיות הטיפול והשלכותיהם ולהגברת שליטתם על הנעשה בחייהם. במקביל, יש צורך לערוך מחקרים על השפעת טיפולי ההפריה החוץ-גופית לטווח ארוך ועל השפעת הייעוץ על מצבם הנפשי של המטופלים.

## ביבליוגרפיה

- בירמן, צ', סוסקולני, ר', גרינשפן, ד', לוין, א', לאופר, ג', שנקר, י' (1991), "מצב נפשי וחברתי של נשים בטיפול הפריה חוץ-גופית", חברה ורווחה, י"ב: 44-55.
- בר-חווה, מ' (2000), תקשורת אישית, מיום 3 באוגוסט.
- גילאי-גנור, ח' (1996), "מטיפולי הפריה אל המשפחה", בתוך: אלמוג, ש', בן-זאב, א' (עורכים), הריון מסוג אחר: עיון רב תחומי בהפריה חוץ-גופית, תל-אביב: הקיבוץ המאוחד, עמ' 69-90.
- לוי-שיף, ר', הנמן, ט' (1996), "היבטים פסיכולוגיים של התמודדות גברים עם קשיי הפריה וטיפולי הפריה חוץ-גופית", בתוך: אלמוג, ש', בן-זאב, א' (עורכים), הריון מסוג אחר: עיון רב תחומי בהפריה חוץ-גופית, תל-אביב: הקיבוץ המאוחד, עמ' 13-45.
- לייטמן, א' (1996), "מהו הריון מסוג אחר?", בתוך: אלמוג, ש', בן-זאב, א' (עורכים), הריון מסוג אחר: עיון רב תחומי בהפריה חוץ-גופית, תל-אביב: הקיבוץ המאוחד, עמ' 13-45.
- משרד הבריאות (1990), חוזר מנכ"ל מיום 28.11.1990 בנושא "שיקולים בקבלת זוג לטיפול בהפריה חוץ-גופית", ירושלים.
- משרד הבריאות (1999א), הפריה חוץ-גופית, ירושלים: מינהל רפואה, 11 במאי.
- משרד הבריאות (1999ב), לידות מרובות עוברים, ירושלים: שירותי מידע ממוחשב, 6 ביוני.
- משרד המשפטים (1994), דין-וחשבון הוועדה הציבורית-מקצועית לבחינת הנושא של הפריה חוץ-גופית, ירושלים.
- דייכר-עתיר, ר' (2000), תקשורת אישית, 1 באוגוסט.
- Andrews, F.M., Abbey, T. and Holman, J. (1999), "Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands", *Journal of Health and Social Behavior*, 32: 238-253.
- Bar Hava, M., Schwartz, T., Yovel, I. et al. (1999), "Counselling and support are essential in the daily in-vitro-fertilization treatment scheme", *Human Reproduction*, 14: 253-253, Suppl. 1 June.



- Beck Black, R. (1992), "When in-vitro-fertilization fails: A prospective view", *Social Work in Health Care*, 17(3): 1-18.
- Blyth, E. and Hunt, J. (1999), "Sharing genetic origins information in donor assisted conception: Views from licensed centers of HFEA donor information form (91)4", *Human Reproduction*, 13(11): 3274-3277.
- Boivin, J., Anderson, L., Skoog-Svanberg, A., Hjalmsstedt, A., Collins, A. and Bergh, T. (1998), "Psychological reactions during in-vitro-fertilization: Similar response pattern in husbands and wives", *Human Reproduction*, 13(11): 3263-3267.
- Boivin, J., Scalan, L.C. and Walker, S.M. (1999), "Why are infertile patients not using psycho-social counselling?", *Human Reproduction*, 14(5): 1384-1391.
- Breaways, A., Golombok, S., Nooktegeboren, N. et al. (1997), "Donor insemination: Dutch parents' opinions about confidentiality and donor anonymity and the emotional adjustment of their children", *Human Reproduction*, 12: 1591-1597.
- Connolly, K.J., Edelman, R.J., Bartlett, H., Cooke, I.D., Lenton, E. and Pike, S. (1993), "An evaluation of counselling for couples undergoing treatment for in-vitro-fertilization", *Human Reproduction*, 8(8): 1322-1338.
- Cooke, I., Hunt, J., Monach, J., Russel, C. and Williams, D. (1999), "Development of a user friendly and easy to access portfolio of competences for fertility counselors", *Journal of Fertility Counselling*, 6(2): 12-15.
- Daniels, K. (1999), "Counselling services in assisted reproduction in New Zealand", *Journal of Fertility Counselling*, 6(2): 24-26.
- Edozien, L. (1998), "Why do some women undergo termination of pregnancy after successful IVF treatment?", *Human Reproduction*, Web 23, July 1.
- Englert, Y. (1998), "The fate of supernumerary embryos: What do patients think about it?", in: Hilds, E. and Mieth, D. (eds.), *In Vitro Fertilization in the 1990s: Towards a Medical, Social and Ethical Evaluation*, Aldershot: Ashgate, pp. 227-232.
- Glazer, E.S. (1996), *The Long Awaited Stork: A Guide to Parenting after Infertility* (Revised edition), San Francisco, Calif.: Josey-Bass Publishers.
- Haase, J.M. (1999), "Infertility counselling in Canada", *Journal of Fertility Counselling*, 6(1): 21-22.
- Hildt, E. (1998), "In vitro fertilization and freedom of action", in: Hilds, E. and Mieth, D. (eds.), *In Vitro Fertilization in the 1990s: Towards a Medical, Social and Ethical Evaluation*, Aldershot: Ashgate, pp. 195-201.
- Jones, H.W. (1995), "Twins or more" (Editor's corner), *Fertility and Sterility*, 63(4): 701-702.
- Kemeter, P. and Fiegl, J. (1998), "Adjusting to life when assisted conception fails", *Human Reproduction*, 13(4): 1099-1105.
- Landau, R. (1998a), "The management of genetic origins: Secrecy and openness in donor assisted conception in Israel and elsewhere", *Human Reproduction*, 13(11): 3268-3273.
- Landau, R. (1998b), "Secrecy, anonymity and deception in donor insemination: A genetic, psycho-social and ethical critique", *Social Work in Health Care*, 28(1): 75-89.

- Landau, R. (1999), "Planned orphanhood", *Social Science and Medicine*, 49: 185-196.
- Licker Feingold, M. (1999), "The role of mental health professionals in infertility counselling in the United States", *Journal of Fertility Counselling*, 6(1): 22-25.
- Lieberman, B.A. (1998a), "Success of in vitro fertilization", in: Hildt, E. and Mieth, D. (eds.), *In Vitro Fertilization in the 1990s: Towards Medical, Social and Ethical Evaluation*, Aldershot: Ashgate, pp. 159-161.
- Lieberman, B.A. (1998b), "Multiple pregnancy", in: Hildt, E. and Mieth, D. (eds.), *In Vitro Fertilization in the 1990s: Towards a Medical, Social and Ethical Evaluation*, Aldershot: Ashgate, pp. 173-174.
- Marcus, S.F. and Brinsden, P.R. (2000), "Termination of pregnancy after conception with donor oocytes and donor spermatozoa: Case report", *Human Reproduction*, 15(3): 719-722.
- Marquis, J. (2000), "Court limits anonymity of sperm donors", *Los Angeles Times*, May 20.
- Mclure, M.E. (1996), "The 'ART' of medically assisted reproduction: An embryo is an embryo is an embryo", in: Thomasma, D.C. and Kushner, T. (eds.), *Birth to Death*, Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Olivannes, F. (2000), "Avoiding multiple pregnancies in ART: Double trouble: Yes a twin pregnancy is an adverse outcome", *Human Reproduction*, 15: 1663-1665.
- Patel, J.C. and Johnson, M.H. (1998), "A survey of the effectiveness of the assessment of the welfare of the child in UK in-vitro-fertilization units", *Human Reproduction*, 13(3): 766-770.
- Pike, S. (1999), "HPEA interim Patients' guide to DI and IVF clinics 1998", *Journal of Fertility Counselling*, 6(1): 16.
- SART Registry (1998), "Assisted reproductive technology in the United States and Canada: 1995 results generated from the American society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry", *Fertility and Sterility*, 69(3): 389-396.
- Templeton, A. (2000), "Avoiding multiple pregnancies in ART: Replace as many embryos as you like one at a time", *Human Reproduction*, 15: 1662.
- Thomas, J., Neuman, J., Shapiro, H.M., Rosen, B., Robinson, G.E., Murhy, J.K., Irvine, J.N., Pitvo, P. and Stewart, D. (1997), "Ovulation induction drugs and an increased risk of ovarian cancer: Determinants of practice change", *Fertility and Sterility Proceedings*, October 21: S171.
- Tizzard, J. (1998), "Sharing eggs (Editorial)", *Progress in Reproduction*, 2(4): 3.
- Valentine, D.P. (1986), "Psychological impact of infertility identifying issues and needs", *Social Work in Health Care*, 11: 61-69.
- Waller, L. (1999), "Counselling in Victoria", *Journal of Fertility Counselling*, 6(1): 23-24.

#### דברי חקיקה ופסיקה שנזכרו במאמר

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ספר החוקים 1469, מיום 26.6.1994, עמ' 156.
- חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), התשנ"ו-1996, ספר החוקים 1577, מיום 17.3.1996, עמ' 176.
- חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ספר החוקים 1591, מיום 12.5.1996, עמ' 327.
- דג"א 2401/95 רוחי נחמני נ' דניאל נחמני, פ"ד נ' (4) 661.

# קידום נשים בשירות המדינה בישראל, 1997-2000, לאור גישות יישום מדיניות

מאת משה מאור\*

מאמר זה בוחן את מדיניות הקידום והשילוב של נשים במשרדי הממשלה וביחידות הסמך בישראל בשנים 1997-2000 מנקודת מבטן של גישות יישום מדיניות. הניתוח ייעשה בדרך של שילוב שתי גישות: "מלמעלה למטה" ו"מלמטה למעלה". במאמר תנותח הודעת נציבות שירות המדינה באשר לתיקון מס' 7 בחוק שירות המדינה (מינויים), התשכ"ט-1959, הכוללת את הקמתו של האגף לקידום ושילוב נשים ושלוחותיו במשרדי הממשלה; ייבחנו גם תוצאות המדיניות כפי שהן באות לידי ביטוי בשינויים בשיעור הנשים שנבחרו במכרזים פנימיים וחינוניים למשרות בכירות בשירות המדינה לאורך תקופת המחקר; כמו-כן ייבחנו פעולותיהן של הממונות על מעמד האישה במשרדים השונים, ויבדק האם קיים קשר בין מגמה של צמצום פערי ייצוג ובין רמת פעילות גבוהה של הממונות. המחקר מתבסס על שילוב של ניתוח היסטורי, על ניתוח כמותי של נתוני זכיית נשים במכרזים לתפקידים בכירים בשנים שנחקרו, ועל ראיונות עומק, חלקם מובנה וחלקם פתוח, עם נציבי שירות המדינה בעבר ובהווה, עם ראש האגף לקידום ושילוב נשים בנציבות שירות המדינה, ועם הממונות על קידום מעמד האישה ב-15 משרדים ממשלתיים.

---

## מבוא

---

קידום ושילוב נשים הוא אחד מתחומי המדיניות שבהם מתקיימת בשנים האחרונות פעילות ענפה.<sup>1</sup> כר הניתוח לבחינתו התמקד עד כה בגישות היסטוריות, משפטיות, כלכליות

---

\* החוג למדע המדינה, האוניברסיטה העברית בירושלים.  
הגרסה האנגלית של מחקר זה הוצגה בקונגרס העולמי ה-34 של האגודה הבינלאומית לסוציולוגיה, שנערך בתל-אביב, ביולי 1999. מחבר המאמר מודה למכון לוי אשכול למחקר כלכלי חברתי ופוליטי על תמיכתו בשלב המחקר המקדים. תודה נתונה גם לעו"ד רבקה שקד, ראש האגף לקידום ושילוב נשים בנציבות שירות המדינה, לרינה ברקת, רכזת בכירה ביחידה זו. הדס רוט, עוזרת המחקר, ביצעה את עבודתה בהצטיינות ועל כך תודתי לה. הערות לטיוטות שונות של המאמר נתקבלו מיצחק גלנור ועירא שרקנסקי, ותודתי נתונה גם להם. האחראיות על הכתוב מוטלת כמובן אך ורק על המחבר.  
1. בעשור האחרון אנו עדים לתנופת חקיקה והדוגמאות לכך רבות: החוק לשוויון הזדמנויות בעבודה, התשמ"ח-1988; החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991; אשרור אמנת האו"ם מ-1991 בדבר ביטול כל צורות האפליה נגד נשים; החוק לשכר שווה לעובד ולעובדת, התשנ"ו-1996; החוק למניעת

ותרבותיות<sup>2</sup>, תוך התעלמות מגישות יישום מדיניות שבהן נעזרים חוקרי המדיניות הציבורית. מאמר זה ינסה לגשר על לאקונה זו ולבחון את מדיניות הקידום והשילוב של נשים במשרדי הממשלה וביחידות הסמך בישראל בשנים 1997-2000 מנקודת מבטן של גישות יישום מדיניות (Pressman and Wildavsky, 1973). הניתוח יעשה בעזרת שילוב של שתי גישות: "מלמעלה למטה" (Top-Down) ו"מלמטה למעלה" (Bottom-Up) (Sabatier, 1986). על-פי הגישה הראשונה, נקודת המוצא לניתוח היא תיקון מס' ל-15 (לסעיף 15א') בחוק שירות המדינה (מינויים), התשכ"ט-1959, שהתקבל בכנסת בספטמבר 1995 והיה בתוקף עד מרס 2000. תיקון זה קבע את העיקרון של חובת ייצוג הולם והסמך את נציב שירות המדינה להתערב בהליכי המכרזים "ככל שניתן, ובנסיבות העניין" לשם השגת יעד זה, כולל שימוש בהעדפה מתקנת (הודעת נציבות שירות המדינה נ"ז/32 מיום 14.7.97).<sup>3</sup> כמאמר תנותח הודעת נציבות שירות המדינה בנוגע ליישום התיקון לחוק, הכוללת הקמת אגף לקידום ושילוב נשים ושלוחותיו במשרדי הממשלה, וייבחנו תוצאות המדיניות, כפי שאלה באות לידי ביטוי בשינויים בשיעור הנשים שנבחרו כמכרזים פנימיים וחיצוניים למשרות בכירות בשירות המדינה לאורך תקופת המחקר.

על-פי גישת "מלמטה למעלה" ניתן להרחיב את נקודת המבט של החוקר ולנתח בעיה רחבה יותר הנוגעת לפעילות מנגנון הנעת השינוי לקידומו של ייצוג הולם לנשים. הכוונה לפעילויות הכוללות, לדוגמה, בניית רשתות תמיכה מקצועיות לנשים, יצירת מאגר מקצועי של נשים פוטנציאליות לתפקידים בשירות המדינה, תכנון מסלולי קריירה וקידום לעובדות בשירות המדינה, והפיכת השירות לארגון ידידותי לעובדותיו.<sup>4</sup> ניתוח זה יעשה באמצעות

המשך הערה מס' 1:

הטרדה מינית, התשנ"ח-1998; חוק הרשות לקידום מעמד האישה, התשנ"ח-1998; התיקון לחוק עבודת נשים, התשי"ד-1954 בדבר ניצול חלק מחופשת הלידה בידי האב; והתיקון לחוק שיווי זכויות האישה, 1951, שאישרה הכנסת במאוס 2000.

2. ראו: רדאי, שלו וליבן-קובי (1995); גרבי (1996); בן-ישראל (1998); דורון ושנקר-שרק (1998); יורצאלי ואחרים (2000); Ministry of Foreign Affairs and Ministry of Justice, 1997; Yishai, 1997; Azmon, 1993; Herzog, 1996.

3. בסעיף 15א' לחוק המינויים נאמר: "(א) בקרב העובדים בשירות המדינה יינתן ביטוי הולם, בנסיבות העניין, לייצוגם של בני שני המינים (להלן - ייצוג הולם). (ב) ראה נציב שירות המדינה כי בקרב העובדים במשרד או ביחידה במשרד, או בסוג משרות, אין ייצוג הולם כאמור, יפעל לקידום הייצוג ההולם, ככל שניתן בנסיבות העניין. (ג) פעולות הנציב יכול שייעשו בתכנית אשר תכלול הוראות בדבר העדפה במכרז למשרה, או לקבוצת משרות, או לדרגה או לקבוצת דרגות שיפורטו בתכנית ולתקופה שתיקבע בה; התכנית תעונה אישור ועדת השירות." ובהמשך מוסבר למה הכוונה במילה "העדפה" שבסעיף קטן (ג): מתן עדיפות במכרז לבן המין שאינו מיוצג באופן הולם, כאשר מועמדים משני המינים הם בעלי כישורים דומים.

4. גישת הניתוח "מלמטה למעלה" מתמקדת בבחינת סוכני השינוי ברמת השטח. במקרה שלפנינו קיימת עמימות רבה באשר למסגרת שבה הממונות על קידום מעמד האישה פועלות, הנושאים שהן עוסקות בהם והגבולות התוחמים את תפקידן. בנוסף לכך, הודעת הנציבות, המהווה את הבסיס המוסדי לתפקידן, כלל אינה מאזכרת נושאי אכיפה והטלת סנקציות; פעולות להנעת השינוי מבוצעות בידי

בחינת פעולותיהן של הממונות על מעמד האישה במשרדים השונים, תוך ניסיון לבדוק בהם את קיומו של קשר בין מגמה של צמצום פערי ייצוג ובין רמת הפעילות, הגבוהה או הנמוכה, של הממונות. איי-קיומו של קשר זה יחייב מתן הסבר למגמת צמצום פערי ייצוג במשרדים אחדים. לשם כך יוצגו בחלקו התיאורטי של המאמר גישות נוספות ליישום מדיניות, כגון, גישת המדיניות הסמלית, "סטיות יישום", תוצאות שקובעי המדיניות לא התכוונו להן ותוצאות שמקורן אינו בתיקון לחוק או בפעילותם של סוכני אכיפה והנעת שינוי.

המחקר מתבסס על שילוב של ניתוח היסטורי, ניתוח כמותי של נתונים על זכיית נשים במכרזים לתפקידים בכירים בשנים 1997-2000, וראיונות עומק, חלקם מובנה וחלקם פתוח, עם נציגי שירות המדינה בעבר ובהווה, עם ראש האגף לקידום ושילוב נשים בנציבות שירות המדינה ועם הממונות על קידום מעמד האישה ב-15 משרדים ממשלתיים. הראיונות עם הממונות נערכו בשנת 1998.<sup>5</sup> בחלק הראשון מתוארת מסגרת הניתוח. בחלק השני מוצגים פערי הייצוג של נשים בשירות הציבורי. בחלק השלישי מוצגת התפתחותו של האגף לקידום ושילוב נשים בשירות הציבורי וההקשר המוסדי שבו הממונות פועלות. בחלק הרביעי נבחנים השינויים במספר הנשים הזוכות במכרזים פנימיים וחיצוניים למשרות בכירות במשרדים ממשלתיים וביחידות סמך. בחלק החמישי נבחנת פעילותן של הממונות. בחלק השישי מובא ניתוח של הממצאים. חותמים את המאמר דיון מסכם והמלצות מעשיות למקבלי ההחלטות בתחום.

## מסגרת הניתוח

אחד הנושאים שתיאוריות של יישום מדיניות (policy implementation) מתמודדות עמם הוא המידה שבה המדיניות מספקת פתרון אפקטיבי לבעיה שהיא אמורה לפתור. לפי גישת "מלמעלה למטה" (Sabatier, 1986), בעיית המדיניות, כמו גם קהל היעד שהיא מופנית אליו, מוגדרים על-פי רוב בחוק. ניתוח יעדי החוק הוא אפוא נקודת התחלה לכל בדיקה של מידת האפקטיביות של מדיניות. אחת הנגזרות של גישה זו היא גישת המדיניות הסמלית, המרחיבה את נקודת המבט של החוקר גם לנושאי הקצאת המשאבים ליישום המדיניות, הקצאת הסמכויות לשחקנים שאמורים להניע את השינוי ולאכוף את המדיניות, והרטוריקה

המשך הערה מס' 4:

סוכנות שינוי מקרב עובדות המשרד, הכפופות באופן מינהלי למנכ"ל המשרד; האחריות כמו גם הביצוע הפיזי של תוכנית בנושא מעמד האישה תלויים בממונה בלבד. מאפיינים יסודיים אלה מאפשרים להתייחס לפעילות הממונות בגישת ניתוח זו ליישום מדיניות.

5. בתקופה שבה נערכו הראיונות חסרו ממונות בשלושה משרדי הממשלה. במשרד אחד מונתה ממונה חדשה לתפקיד שלא היה מאויש לפנייה. בשלושה משרדים אחרים מונו ממונות חדשות, אולם הראיונות במשרדים אלה נערכו עם הממונות שכיהנו בתפקיד לפנייהן במשך שנתיים ויותר.



הטבועה ביעדי המדיניות המצוינים בחוק. מאזור, לדוגמה, מגדיר רפורמה סמלית כמדיניות שנועדה לפתור בעיות חברתיות ונכשלת במתן פתרון אפקטיבי לבעיות אלה (Mazur, 1995, p. 2). אֶלְדֵר וקוב מתארים מדיניות סמלית בדרך דומה כ"הצהרות מדיניות ללא תפוקת מדיניות ממשית." (Elder and Cobb, 1983, p. 22). מרכיבים סמליים בעיצוב מדיניות כוללים אפוא (1) ניסוח מעורפל של מטרות, יעדים ומסגרות פעולה, ומסרים לא בהירים, העלולים להביא לפרשנות של מבצעי המדיניות שהיא שונה מזו שהתכוון לה המחוקק ולעתים אף למדיניות שגויה;<sup>6</sup> (2) העדר הקצאת סמכויות ומשאבים לצורך יישום הרפורמה; (3) הפצה אינטנסיבית של סמלים, כגון, פירוט השאיפה לשינוי והצגה מפורטת של החזון, על-מנת לחפות על עמימות הצהרת המדיניות ועל המחסור במשאבים ליישומה. קובעי המדיניות יציגו כלפי חוץ מדיניות מושכת המעידה כביכול על כוונותיהם בתחומים השונים. אולם, בחינה מעמיקה של הצהרת המדיניות מסירה את החיצוניות הכובשת וחושפת את שני המאפיינים הראשונים, קרי עמימות המטרות והעדר המשאבים ליישום המדיניות. החיצוניות המרשימה של המדיניות הסמלית היא הסיבה לכך, שמקבלי החלטות בוחרים בה שוב ושוב. באמצעותה הם מעצבים את תדמיתם בחברה, או זוכים בתמיכת קבוצות אינטרס חשובות, ויחד עם זאת הם אינם נאלצים להשקיע משאבים במדיניות שאינה כדאש סדר העדיפויות שלהם, או שאין להם יכולת מעשית לבצעה (Mazur, 1995, p. 2).

אחת הבעיות התיאורטיות העולה מגישת המדיניות הסמלית מקורה בכך, שההגדרות השונות של מדיניות סמלית אינן מביאות בחשבון את כוונתם של מקבלי החלטות בעת עיצוב המדיניות. האם לא התכוונו מלכתחילה ליישם את המדיניות? האם היתה כוונתם כנה, אך הם העדיפו שלא להתעמת עם המתנגדים? או אולי היתה כוונתם של מקבלי החלטות כנה וגם עיצוב המדיניות שאף להשיג את המטרה (דהיינו, באמצעות קביעת מטרות ברורה, מתן סמכויות לאחראים על היישום והקצאת תקציב ליישום), אבל היישום כשל? אלה הם שלושה מקרים שונים, אולם רק שני הראשונים צריכים להשתייך לקבוצת המדיניות הסמלית. ההתעלמות מכוונתם של מקבלי החלטות בעת עיצוב החוק מעלה בנוסף לכך את האפשרות שתהיה ליישום מדיניות תוצאה שניתן לכנותה בשם "סטיית יישום". אם מניחים, שקובעי מדיניות מגדירים את המדיניות מראש ובמודע כהצהרה שאין להם כוונה לבצעה, והמדיניות מבוצעת ומביאה לתוצאות, אזי לפנינו "סטיית יישום".

בעיה תיאורטית שנייה נוגעת לניבוי המצוי בהגדרה של מדיניות סמלית כמדיניות הכרוכה תמיד באי השגת תפוקות ממשיות. הגדרות של מדיניות סמלית מביאות למסקנה, שכל מדיניות באשר היא שאינה משיגה תוצאות או נכשלת בהשגת התוצאות המקוות תיחשב מדיניות סמלית. אולם, האם רפורמה סמלית בהכרח לא תגיב תוצאות ממשיות? לכאורה, קיימת סתירה מובנית בשאלה זו, שכן אם אכן הושגו תוצאות ממשיות, האפיון

6. עמימות המטרות אינה מופיעה בכל המקרים של מדיניות סמלית.



הראשוני של רפורמה כסמלית שגוי. אולם נושא זה הרבה יותר מורכב, בייחוד אם ייתכן מצב שבו בחינת תוצאות יישומה של רפורמה סמלית תוכיח שכצפוי, ברוב-רובו של מגזר המטרה הרפורמה כשלה במתן פתרון, אולם במקטעים אחדים היא הכיאה לתוצאות ממשיות. האם במצב זה ניתן להגדיר רפורמה כסמלית, או אולי כסמלית באופן חלקי? לפי גישות יישום המדיניות מצב זה ייחשב מניב תוצאות שאינן צפויות (Unintended consequences) (Wildavsky, 1979; Sieber, 1981; Dery, 1999) של רפורמה סמלית, דהיינו למצב שבו רפורמה אינה מובילה לתוצאות ממשיות למעט במקטעים אחדים.

גישות יישום המדיניות מתמודדות גם עם קיומן של תוצאות שלא ניתן לגזור אותן מן המרכיבים הפורמליים של המדיניות, כלומר מסעיפי החוק. גישת "מלמטה למעלה", לדוגמה, מפנה את נקודת המבט של החוקר לפעילותם של הסוכנים הארגוניים האחראים על הנעת השינוי ואכיפתו (Sabatier, 1986). לפעילותם של סוכנים אלה עשויה להיות השפעה על יישום החוק, מפני שיכולות להיות להם הגדרות של בעיית מדיניות וקהל יעד שהן שונות במהותן מאלה הכתובות בחוק. שיקול הדעת שסוכני שינוי אלה יכולים להפעיל ואפשרות השימוש בערוצים לא פורמליים עלולים להכשיל יישום מדיניות או להביא להצלחתה. באותה מידה פעילותם יכולה להיות לא רלוונטית לחלוטין. ולבסוף, יכול להיווצר מצב שבו נצפית תוצאה התואמת את היעדים שהציב המחוקק, אולם זוהי תוצאה שאינה נובעת מן השימוש בכלי המדיניות שנקבעו בחוק.

לאור המורכבות של חקר יישום המדיניות נתמקד תחילה בשתי הגישות המרכזיות בתחום, כלומר גישת "מלמטה למטה" וגישת "מלמטה למעלה". לאחר ניתוח הממצאים נבחן את הימצאותן של נגזרות יישום נוספות, כגון מדיניות סמלית, "סטיות יישום", תוצאות שאינן צפויות ותוצאות שאינן נובעות מכלי המדיניות שקבע המחוקק. לפי הגישה הראשונה נבדוק האם בתקופה הנחקרת קיים שינוי חיובי של ממש במספר הנשים הזוכות במכרזים לתפקידים בכירים. לפי הגישה השנייה נבדוק האם בתקופה הנחקרת קיימות ממונות המאופיינות ברמת פעילות גבוהה. מבחינה אופרטיבית נגדיר רמת פעילות גבוהה של ממונות כביצוע של שבע פעילויות לקידום ושילוב נשים והן: (1) גיבוש תוכנית רב-שנתית; (2) הפצת מסרים הנוגעים למעמד האישה (כגון, בריאות נשים, אלימות במשפחה ויצירה נשית), הבאה לידי ביטוי בהפצת עלון הנושא מסר של שינוי עבור נשים, ובקיום אירוע "יום האישה", שבו הממונה מבטלת את הפעילויות המסורתיות ומחליפה אותן באחרות או מוסיפה עליהן הרצאות וסדנאות (המתרכזות על-פי רוב בבילוי ובהנאה) הרצאות וסדנאות המתמקדות במסרים הנוגעים לשילוב נשים; (3) יזום פעילויות הדרכה כדי להסביר מדוע השירות הציבורי זקוק לקידום ציבור הנשים במשרדים וכדי להקנות לנשים ידע וכלים למימוש עצמן; (4) בניית מאגר של שמות מועמדות לחברות ולראשות בחברות ממשלתיות;<sup>7</sup> (5) יידוע נשים בדבר פרסום מכרזים ומשרות פנויות; (6) דאגה

7. אמנם היום מטלה זו אינה חלק מתיאור התפקיד של הממונה, אולם בשנה שבה נערך המחקר נתבקשו הממונות במשרדים שיש להם זיקה לחברות ממשלתיות (כגון, משרד התעשייה והמסחר, משרד התיירות

לזכויות העובדות; (7) טיפול בהטרדות מיניות. נעמוד על הקשר, אם הוא קיים, בין השינוי במספר הנשים הזוכות במכרזים למשרות בכירות ובין הימצאותן של ממונות המאופיינות ברמת פעילות גבוהה במשרדים שבהם נרשם שינוי חיובי במספר הנשים הזוכות. אי-קיום קשר מעין זה יפנה את תשומת לבנו לנגזרות של הגישות המרכזיות ליישום מדיניות.

### פערי הייצוג בשירות הציבורי - רקע היסטורי

בשנים 1993-1997 היו הנשים בערך 60 אחוזים מכלל עובדי המדינה, ללא מורים וללא עובדי מערכת הביטחון והמשטרה (בתקופה הנבדקת היו בערך 54,000 עובדי מדינה). אולם, בדיקת הנתונים המוצגים בלוחות מס' 1, 2 ו-3 מגלה פער גדול בייצוג נשים בדרגות העליונות בשירות הציבורי. בבדיקת התפלגות עובדי המדינה נמצא ייצוג נמוך של נשים בדרגות העליונות; ככל שיורדים בסולם הדרגות עולה אחוז הנשים (לוח מס' 1). העובדה, שהנשים תופסות בערך 60 אחוזים מכלל עובדי המדינה באה לכלל ביטוי רק בדרגות 8 ומטה.

בדיקת התפלגות העובדים במשרדי הממשלה השונים (לוח מס' 2) יכולה לשמח את תומכי השוויון בין המינים, שכן יש משרדים שבהם ייצוג הנשים גבוה במידה רבה בהשוואה לשיעור ייצוגן בשירות המדינה (לדוגמה, משרד הבריאות, משרד הקליטה, משרד

לוח מס' 1. פערי ייצוג בשירות הציבורי, 1993-1997 (באחוזים)

השנה	דרגות עליונות				דרגות	
	3-1		7-4		מ-8 ומטה	
	נשים	גברים	נשים	גברים	נשים	גברים
1993	23	77	49	51	66	34
1994	33	67	45	55	67	33
1995	44	56	46	54	66	34
1996	37	63	48	52	68	32
1997	38	62	48	52	67	33

מקור: מעובד לפי נתונים שפורסמו בדו"ח פעילות היחידה לקידום ושילוב נשים לשנת 1998, נציבות שירות המדינה (1999), עמ' 3-4.

המשך הערה מס' 7:

ומשרד התשתיות הלאומיות) להציע את הרעיון לנשים המתאימות, לשכנען, להעביר את השמות וקורות החיים של מועמדות למנכ"ל המשרד שלהן, ולדאוג לקבלת הרשימה המעודכנת הכוללת את שמות הנשים העובדות במשרד שהסכימו להגיש קורות-חיים, ממשרד ראש הממשלה.

לוח מס' 2. התפלגות עובדי ועובדות המדינה לפי משרד  
ממשלתי, 1997 (באחוזים)

המשרד	נשים	גברים
בריאות	78	22
קליטה	75	25
רווחה	74	26
חינוך	71	29
פנים	68	32
משפטים	63	37
ראש הממשלה	62	38
תיירות	58	42
שיכון	53	47
עבודה	53	47
איכות הסביבה	53	47
תקשורת	52	48
האוצר	50	50
תעשייה ומסחר	50	50
תחבורה	45	55
תשתיות לאומיות	41	59
חקלאות	36	64
חץ	34	66
דתות	13	87

מקור: מעובד לפי נתונים שפורסמו בדו"ח פעילות היחידה לקידום ושילוב נשים לשנת 1998, נציבות שירות המדינה (1999), עמ' 5-6.

הרווחה, משרד החינוך, משרד הפנים, משרד המשפטים ומשרד ראש הממשלה). אולם, שמחה זו תהיה קצרת-מועד, שכן בחינה של אוכלוסיית הנשים שהן בעלות פוטנציאל ניהול - נשים בדרגות עליונות ב-4 דירוגים עיקריים, שהן 55 אחוזים מכלל עובדי המדינה - מראה, שבדרגה העליונה בדירוג המינהלי, בדירוג המהנדסים ובדירוג הטכנאים לא היתה בדצמבר 1997 אפילו אישה אחת (לוח מס' 3). למעשה, בדירוג המינהלי אין אף אישה משנת 1993. בדירוג המח"ר, שבו הנשים הן 45 אחוזים, מצויות רק שלוש נשים. בכל ארבעת הדירוגים מופיעה פעם נוספת התמונה של ייצוג נשים מעל לשיעורן באוכלוסיית עובדי המדינה (60%) בדרגות הנמוכות. גם כאשר נבדקים העובדים המועסקים לפי חוזה בכירים עולה תמונה עגומה: בשנת 1997 היו 347 עובדים כאלה, ומהם 40 נשים, שהן 12 אחוזים מכלל העובדים לפי חוזה בכירים (נציבות שירות המדינה, 1999, עמ' 9). פערים אלה בייצוג עמדו בראש הסיבות ליחזמה להקמת האגף לקידום ושילוב נשים שאותו נסקור עתה.

לוח מס' 3. התפלגות עובדות המדינה לפי דרגה ודירוג, 1997 (באחוזים)

דרגה	דירוג מינהלי	דירוג מח"ר	דירוג מהנדסים	דירוג טכנאים
עליונה	0	12	0	0
שנייה	11	9	14	0
שלישית	15	17	11	16
רביעית	27	24	18	34
חמישית	36	29	19	39
שישית	42	38	22	34
שביעית	56	49	33	71
שמינית ומטה	66	60	45	47
סך הכל נשים בדירוג	59	45	34	36

מקור: מעובד לפי נתונים שפורסמו בדו"ח פעילות היחידה לקידום ושילוב נשים לשנת 1998, נציבות שירות המדינה (1999), עמ' 11-14.

### האגף לקידום ושילוב נשים בשירות הציבורי: ההקשר המוסדי

עוד בשנת 1971 הוחלט להקדיש תשומת לב מיוחדת לעובדות המדינה ונקבע, שאת הפעילות תרכז עובדת בכירה בנציבות שירות המדינה, שתהיה אחראית לכל הנושאים הקשורים בתעסוקת נשים בשירות המדינה ותנחה בהם גם את המשרדים (הודעות נציבות שירות המדינה ל"א/69 ו"ל/74). בשנת 1976 הוגדרו מחדש תפקידיה של האחראית כך שהם כללו "גיבוש הסדרים להעסקת נשים בשירות המדינה לרבות הדרכים להרחבת שיתופן בכל תחומי הפעילות של שירות המדינה, ארגון מפגשים עם העובדות בקשר לבעיות הכרוכות בתעסוקתן [...]". הרחבת שיתוף הפעולה עם הגורמים השונים הקשורים בתעסוקת נשים, [ו]ייזום פעולות להרחבת ההדרכה וההכשרה המקצועית לנשים [...]. (שם). כמו-כן הוחלט על כפיפות התפקיד לממונה על ענייני עובדים בנציבות. למרות זאת, למינוי עצמו של האחראית לענייני עובדות המדינה לא היתה משמעות אופרטיבית ולא ניכרו פעולות ועשייה בתחום.

בעקבות המלצות ועדת נמיר (משנת 1978) לבדיקת מעמד האישה בישראל (משרד ראש הממשלה, 1978), ועדה שהקים ראש הממשלה דאז יצחק רבין ז"ל, הוחלט על מינוי ממונות על קידום נשים במשרדים השונים (שדולת הנשים בישראל, 1987, המלצה 218). ההחלטה מומשה באופן אקראי במשרדים אחדים החל משנת 1985. במשרד המסחר והתעשייה, לדוגמה, מונתה הממונה הראשונה בשנת 1986, ואילו במשרד המשפטים מונתה הממונה הראשונה בשנת 1991. בנוסף למינוי ממונות במשרדים, נקבעה בתקשי"ר (בשנת 1988) "כפיפותן המשולשת": כפיפות מקצועית של המוזכרות לעיל ליועצת ראש הממשלה למעמד האישה, כפיפות מינהלית לסמנכ"ל משרדן וכפיפות תפקודית לממונה על

האגף שהן עובדות בו. המשמעות האופרטיבית של החלטה זו היא ביזור התפקיד וניטרול מפעילות מרוכזת כתוצאה מריבוי כפיפויות. בנוסף לכך, יועצת ראש הממשלה למעמד האישה, שהיתה אחראית מתוקף תפקידה לטיפול במגוון עצום של בעיות שנשים נתקלות בהן בכל המגזרים, לקחה תחת חסותה גם את הטיפול בנשים העובדות בשירות הציבורי. העובדה, שיועצת ראש הממשלה למעמד האישה לא היתה פנויה לעסוק בעניין האישה העובדת במשרדי הממשלה, רוקנה את ההחלטה מתוכן.

מפנה חשוב בנוגע למעמד האישה התרחש עם קבלת התיקון לחוק החברות הממשלתיות, התשנ"ג-1993, שקבע את המטרה של ייצוג הולם של שני המינים בדירקטוריונים של חברות ממשלתיות, וחייב את השרים למנות "ככל שניתן בנסיבות העניין, דירקטורים בני המין שאינו מיוצג באופן ההולם באותה עת בדירקטוריון החברה." (סעיף 18א'). בנוסף לכך, בעתירות שהגישו לבג"צ בשנת 1994 אליס מילר ושדולת הנשים, הכיר בג"צ בחשיבותו של שוויון בתוצאות, דהיינו בצורך בהשתלבות שווה של כלל הקבוצות בחברה במוקדי הכוח הפוליטי והחברתי, כמשרת את המטרה של עשיית צדק.<sup>8</sup> בסוף שנת 1993 מינה עו"ד מאיר גבאי, שהיה אז נציב שירות המדינה, את עו"ד רבקה שקד, אז סגנית הממונה על ביקורת ופניות עובדי המדינה, לתפקיד "האחראית על טיפול בענייני עובדות המדינה", בנוסף לתפקידה הקבוע (הודעת נציבות שירות המדינה, נ"ג/54). לאור מסקנות ועדת קוברסקי (שפורסמו בשנת 1989) בנושא הרפורמות הרצויות בשירות המדינה, ובכלל זה לגבי קידום נשים, הוקם צוות משנה ליישום המסקנות בראשות פרופ' רות בן-ישראל. הצוות סיים את עבודתו בדצמבר 1993 והגיש את המלצותיו לנציב הנכנס, פרופ' יצחק גלנור, בינואר 1994. ההמלצות המרכזיות כללו הקמת מטה לקידום נשים בנציבות; שינוי שם תפקיד האחראית על האגף ל"ממונה על שילובן וקידומן של עובדות המדינה והרשויות הכפופות", מינוי עובדת בכירה לתפקיד זה, הכפופה לנציב שירות המדינה, ומינוי ממונות במשרדים השונים במשרה מלאה.<sup>9</sup> עם כניסת הנציב החדש לתפקידו, מסרה לידי עו"ד שקד תוכנית עבודה מפורטת והעלתה מספר דרישות, שכללו הגדרה מחודשת של תפקידה, מעמדה וכלי עבודתה. דרישות אלה לא התקבלו. אמנם הנציב גלנור התכוון לטפל כבעיית הפער הקיים בייצוג נשים בעזרת אמצעים מינהליים. אולם סירובה של ועדת השירות בנציבות למסד אמצעים לקידום נשים והתנגדות המנכ"לים של משרדי הממשלה ליישום שיטתי של מדיניות העדפה מתקנת אילצו את הנציב להפנות את מרצו ומאמציו לתחום החקיקה.<sup>10</sup>

8. ראו: בג"צ 453/94 שדולת הנשים בישראל נ' ממשלת ישראל ואח', פ"ד מח (5) 501; בג"צ 4541/94 אליס מילר נ' שר הביטחון, פ"ד מט (94) 4.

9. ר' בן-ישראל, הצעת תיקון הוראות התקשי"ר המסדירות את נושא הממונות על מעמד העובדות במשרדי הממשלה וברשויות הכפופות, עמ' 3-4.

10. ראיון שנערך עם פרופ' יצחק גלנור במאי 1999 בירושלים.

במהלך שנת 1995 נטלה נציבות שירות המדינה חלק פעיל בדיוני ועדת חוקה, חוק ומשפט של הכנסת, שהכינה את תיקון מס' 7 לחוק שירות המדינה (מינויים). התיקון לחוק, שהתקבל בספטמבר 1995, חייב מתן ייצוג הולם בשירות המדינה לבני שני המינים והטיל על הנציב לפעול "ככל שניתן בנסיבות העניין" להשגת יעד זה (נציבות שירות המדינה, 1995, עמ' 5). תיקון זה מכיל את כל מרכיביה של המדיניות הסמלית. הסייג "ככל שניתן בנסיבות העניין", מרוקן את החוק מכל תוכן. סייג זה, כמו גם התיקון לחוק בכללו, כתובים באופן לא ברור ואינם קובעים הוראת ייצוג הולם מצומצמת, קרי לתפקידים ספציפיים או בכל הדירוגים. אין פלא אפוא, שבעיה זו יצרה עמימות כבר בשלבים הראשוניים של הכנת התשתית המוסדית ליישום התיקון לחוק. קיומה של הוראה כללית כל כך להבטחת ייצוג הולם לא אפשרה לבתי המשפט להיות מעורבים באכיפת החוק וחייבה הקמת מנגנון להנעת שינוי ואכיפה שהיה, לאור התיקון לחוק, נטול תקציבים וסמכויות. החוק נקט גם לשון עמומה בכך שחייב את הנציב לפעול לקידום ייצוג הולם, ולא תבע את השגתו של ייצוג זה.

תיקון מס' 7 והמלצת דות כן-ישראל להקים מטה לקידום נשים בנציבות ולמנות ממונות במשרדים השונים החישו, בסוף שנת 1995, את ההחלטה למנות, בכל משרד, ממונה על קידום ושילוב נשים שתפעל במסגרת של חצי משרה ובכפיפות לנציב. בשל אופי התפקיד, היקף המשרה ומוגבלות הסמכויות, התפוגגה משרה זו לאחר ארבעה חודשים בלבד. יחד עם זאת, כבר בדצמבר של אותה שנה נפתח הקורס הראשון להסמכת ממונות על מעמד האישה.

המאבק סביב סמכויותיה ומשאביה של הממונה בכל משרד על קידום נשים ושילובן בשירות המדינה לא פסק. חוות דעת משפטית בנציבות קבעה, שהחוק, כללי המינהל התקין וההלכה הפסוקה של בית המשפט העליון מחייבים את נציבות שירות המדינה לפעול לריסון התופעה של אי-ייצוג הולם של נשים ולשם כך נדרשת בראש ובראשונה קביעת מדיניות ומנגנון שישם את הכללים הראויים הלכה למעשה.<sup>11</sup> אולם, הנציב גלנור לא הסכים להקצות סמכויות ומשאבים נוספים. לטענתו, באותה תקופה פעלה הנציבות ליצירת התנאים המתאימים ליישום התיקון לחוק. תנאים אלה כללו ביטול מינויים ארעיים, "שינויים בתקשי"ר המחייבים ייצוג שני בני המינים בוועדות המכרזים הבוחנות מועמדים לתפקידים בשירות המדינה, ופסילת ועדות מכרזים שאינן עומדות בתנאי זה, מתן אפשרות לנשים להשתמש בלשון נקבה בתיאורי התפקיד [...] והחמרה בהגדרת 'הטרדה מינית' לעניין עברות משמעת בשירות המדינה." (גלנור, רוזנבלום, יראוני, 1998, עמ' 98).

בעקבות חילופי השלטון מונה בנובמבר 1996 עו"ד שמואל הולנדר לנציב שירות המדינה. הולנדר החליט להקים יחידה נפרדת שתטפל באופן בלעדי בבעיותיהן של עובדות

11. מכתבה של היועצת המשפטית של נציבות שירות המדינה אל פרופ' גלנור, מיום 16.5.96.



שירות המדינה מכוח תיקון מס' 7 לחוק שירות המדינה (מינויים) המוזכר. לשם כך הקים הנציב את האגף הנמצא בכפיפות ישירה אליו והעניק לו סמכויות לפעולה ישירה בכל הנושאים הנוגעים לקידומן של נשים בשירות, כולל גיבוש עבודת מטה, תיאום בין משרדי הממשלה, ריכוז כל הטיפול השוטף בתנאי העסקתן, והנחיה והפעלה של הממונות על מעמד האישה במשרדים. בראש האגף הועמדה עו"ד רבקה שקד.<sup>12</sup>

בתאריך 14.7.97 פרסמה נציבות שירות המדינה הודעה רשמית (הודעת נציבות שירות המדינה נ"ז/32), המתארת את מסגרת תפקידה של "הממונה על קידום ושילוב נשים בשירות המדינה" וסמכויותיה. יש לדון בהרחבה בהודעה זו, משום שזו המסגרת הסופית לפעילות האגף, כפי שהיא משתקפת מן ההודעה, שהיא עבורנו הצהרת מדיניות, שאת יישומה שמנו לנו למטרה לבחון.

הודעת הנציבות פותחת בנימוק לכתיבתה ולאחר מכן היא נחלקת לשני חלקים. החלק האחד דן ביחידה לקידום ושילוב נשים בשירות המדינה, והשני עוסק בממונות במשרדי הממשלה וביחידות הסמך. מטרת ההצהרה היא יישום תיקון מספר 7 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשכ"ט-1959, בדבר ייצוג הולם לבני שני המינים בתפקידים השונים בשירות הציבורי (הודעת נציבות שירות המדינה, ג"ז/32, סעיף 2). על היחידה (היום, האגף), הוטל לגבש את כל עבודת המטה ותוכניות העבודה הנוגעות לקידומן ולשילובן של העובדות בשירות המדינה, וכמוֹכֵן לתפעל, להנחות ולהדריך את הממונות על מעמד האישה במשרדים בכל הנוגע לשיטות פעולה, לביקורת ולמעקב. מלבד כל אלה הוטל עליה לעסוק באיתור הצרכים ובהגברת המודעות לנושא וכתיאום בין משרדי הממשלה והגופים השונים העובדים בתחום, לרכז את הטיפול בתלונות של עובדות בשירות המדינה על קיפוח, אפליה ופגיעה במעמדן ובתנאי העסקתן בגין היותן נשים ולטפל בבעיות ייחודיות של עובדות בשירות המדינה בגין היותן נשים (שם, סעיף 3)

בפועל, ניתן להצביע על היקף מגוון של תפקידים, הכולל השתתפות בצוותי חשיבה שמטרתם לאכוף וליישם את החוקים הנוגעים לעניין, בניית תוכנית עבודה רב-שנתית, מעורבות בעבודת חקיקה, פיתוח תשתית רחבה של פעילות הדרכה ייחודית לנושא קידום נשים, בנייתו של מערך ממונות על מעמד האישה בכל משרדי הממשלה ויחידות הסמך, הכשרתו, הנחייתו ופיקוח על עבודתו, פעילות בנושאים הנוגעים לענייני הפרט בשירות המדינה ופיתוח קשרי חוץ עם גופים העוסקים בתחום. מגוון פעילויות זה אינו יכול להסתיר את מעמדו המעורער של האגף בנציבות. העומדת בראש האגף אינה חברה באף אחד מצוותי ההיגוי בנציבות, היא אינה חכרת הנהלה והיא אינה מעודכנת באופן שוטף בהחלטות בתחום פיתוח משאבי אנוש.

תפקיד הממונות במשרדי הממשלה וביחידות הסמך כולל כפיפות מקצועית לממונה על קידום ושילוב נשים בנציבות שירות המדינה וכפיפות מינהלית למנכ"ל המשרד שלהן.

12. מתוך חוזר ששלחה עו"ד רבקה שקד לממונות על מעמד האישה במשרדי הממשלה וביחידות הסמך.

התפקיד אמור להיות מוטל על עובדת שכבר מועסקת בשירות המדינה, אשר רמת משרתה אינה נמוכה מ-19 בדירוג המינהלי. כמו־כן, על הממונה לסיים קורס הסמכה שיזכה אותה בדרגה אחת מעל לדרגתה כל עוד תתפקד כממונה. משך המינוי הוא לשנתיים. הממונה במשרד או ביחידת הסמך, בתיאום ובהתייעצות עם הממונים עליה, אמורה לנקוט פעולות למניעת אפליה ולסייע לעובדות הנתקלות בבעיות מיוחדות עקב היותן נשים, תוך־כדי קיום קשר עם המחלקות במשרד או ביחידת הסמך הנוגעות בדבר ועם הממונה על קידום ושילוב נשים בנציבות שירות המדינה. באחריותה של הממונה להפיץ בין כל עובדי המשרד את החוקים, התקנות, ההוראות והנהלים הנוגעים לנושא מעמדן, זכויותיהן והבטחת ההסדרים למתן הזדמנות שווה לכל עובדות המשרד. מלבד זאת עליה לתאם פעולות הדרכה ואירועים שונים בנושא מעמד האישה (הודעת נציבות שירות המדינה ג"ז/32, סעיף 10)

הודעת הנציבות מציגה מסגרת רחבה של פעולות האמורות להתבצע תחת חסותו של האגף לקידום ושילוב נשים, כמו גם את סל הפעילויות המתבקש מן הממונה במשרדים השונים. על־פי ההודעה, הממונות הן זרועה הארוכה של הנציבות במשרדי הממשלה. יחד עם זאת, מהודעת הנציבות לא ברור מה הם האמצעים הכספיים העומדים לרשות האגף לקידום ושילוב נשים בנציבות לצורך ביצוע המשימות הרבות העומדות בפניו. למעשה, אין ליחידה תקציב פעולות. אמנם, גם היחידות השונות בנציבות (כגון, האגף לאיכות ומצוינות) אינן מתוקצבות, אך האגף לקידום ושילוב נשים עוסק ביישום חוק. תיקון מס' 7 לחוק שירות המדינה (מינויים) מטיל את אחריות היישום על הנציב. סמכות יישום, המואצלת ליחידה בנציבות הפועלת ללא תקציב פעולות, היא מרכיב מרכזי של המדיניות הסמלית בנושא. בנוסף לכך, בראש האגף עומדת עובדת בכירה, אולם דרגתה נמוכה מזו של ממונים אחרים בנציבות. לרשותה הועמדה מזכירה (בתקן ארעי) ומרכזת בכירה (גם היא בתקן ארעי) בלבד. קיימת עמימות רבה בכל הנוגע לסמכויות ראש האגף. נושאי אכיפה והטלת סנקציות אינם מאוזכרים. אמנם הודעת הנציבות מפרטת את הפעולות שינקוט האגף, אולם אין בידיו הסמכות לאכוף פעילויות שאמורות להתבצע במשרדי הממשלה השונים.

מהודעת הנציבות עולה גם העמימות הקשורה בתפקיד הממונות. הסעיף העוסק בתפקיד מתאר פעילות אמורפית שקשה להבין ממנה מהי המסגרת לפעולת הממונה, מה הם הנושאים שתעסוק בהם, ומה הם הגבולות התוחמים את תפקידה. כתוצאה מעמימות התפקיד סמכויותיה של הממונה אינן נהירות. לא ברור, למשל, מה בסמכותה של הממונה לעשות כאשר מתגלה אפליה במשרדה, או כיצד תוכל לסייע לעובדות הנתקלות בבעיות. ההודעה אינה מפרטת אילו צעדים תוכל הממונה לנקוט, ומה בסמכותה לבצע או לאשר לביצוע, בכל הנוגע לנשים במשרד שהיא פועלת בו. כמו־כן, לא מוזכרת מסגרת התקציב שבאמצעותה תפעל הממונה. לעומת זאת, בכל הקשור לטיפול בהטרדות מיניות קיימת בהירות רבה הודות לחוק למניעת הטרדה מינית, שנכנס לתוקפו בספטמבר 1998, ואשר לפיו הממונה תדאג להעברת הטיפול לגורמים המוסמכים בנציבות. כלומר, לא תתאפשר התערבות גורמים בכירים במשרד בטיפול בתלונות מסוג זה.

אשר לכפיפות הממונה, מבחינה מינהלית הממונה כפופה למנכ"ל המשרד שהיא עובדת בו, אבל מבחינה מקצועית היא כפופה לראש האגף לקידום נשים בנציבות שירות המדינה. התקשי"ר מחייב אישור של האגף לקידום ושילוב נשים בכל הנוגע להארכת מינוי הממונה לאחר שתי שנות פעילות.

כעת כתיבת המאמר (שנת 2000), מספר הממונות על קידום מעמד האישה הפועלות בכפיפות מקצועית לראש האגף לקידום ושילוב נשים היה בערך 75:<sup>13</sup> עשרים ממונות פועלות במשרדי הממשלה עצמם; השאר מוצבות ביחידות הסמך השונות, כגון בתי-החולים הממשלתיים. היקף עבודתה הפוטנציאלית של כל ממונה נגזר, בין השאר, ממצבת הנשים שתחת חסותה וממקומה במדרג ההיררכיה במשרד.

את תפקיד הממונה מאיישת עובדת המשרד (בדרגה מינהלית 19 לפחות, דרגה מקצועית 40), שתפקידה כממונה נוסף על תפקידה הקבוע במשרד. קורס ההסמכה, הכולל בערך 300 שעות לימוד, מספק את הכלים הדרושים כמו גם את הידע הנדרש לשם ביצוע התפקיד, והוא תנאי הכרחי לקבלת המינוי.<sup>14</sup> למרות כפל התפקידים, הממונות אינן זכאיות לתוספת שכר. יחד עם זאת, החל ממועד פתיחת קורס ההסמכה מוענקת לממונה שהשתתפה בו דרגה נוספת לדרגת משרתה. המשמעות האופרטיבית של הענקת הדרגה היא תוספת של 200 ש"ח למשכורתה. דרגה זו "נלקחת" ממנה עם תום תפקידה. ביחידות ביטחוניות אחדות, שבהן קיימים הבדלי שכר גדולים בין הדרגות השונות, הממונה אינה מקבלת דרגה נוספת, אלא ממלאת את תפקידה הנוסף בהתנדבות. באופן כללי, האחריות כמו גם הביצוע הפיזי של תוכניות בנושא מעמד האישה תלויים בממונה בלבד.

לפי ספרי הוראות התקציב לשנת 1998 ולשנת 1999 נראה, שלגבי רוב משרדי הממשלה אין סעיף תקציבי נפרד המופנה באופן בלעדי לפעילויות שהן באחריות הממונה. לא ברור מכאן כיצד אותן ממונות אמורות לבצע את המוטל עליהן לפי הודעת הנציבות נ"ז/32, כפי שתוארה לעיל. לקביעה זו יש שני יוצאים מן הכלל והם משרד החינוך ומשרד האוצר, שנקבע להם סעיף תקציב נפרד הקרוי "מעמד האישה". בשנת 1998 הוקצבו לממונה במשרד החינוך 502,000 ש"ח לצורך הפעילות לקידום נשים, ואילו לממונה במשרד האוצר יועדו 113,000 ש"ח למטרה זו. הסמכות לבצע פעולות לקידום נשים באמצעות התקציב נמצאת בידי הממונות.

אחד מתפקידיו של האגף לקידום נשים בנציבות שירות המדינה הוא לבצע מעקבים חצי-שנתיים אחר פעילות הממונות ולבחון את אופי תפקודן. כמו-כן, על האגף לסייע לממונה בפתרון בעיות העולות על-פני השטח. במקרים שבהם ממונה אינה מתפקדת

13 לשם השוואה, בסוף שנת 1996, עם הקמת האגף, היה מספר הממונות המתפקדות 25, ובסוף שנת 1997 היה מספרן 45. ראו: נציבות שירות המדינה (1999), עמ' 7.

14. קורס הסמכה ראשון נערך בשנת 1997 והשתתפו בו 25 ממונות. בקורס ההסמכה השני, שנערך בשנת 1998, השתתפו 34 ממונות.

כראוי, מי שעומדת בראש האגף לקידום נשים תוכל להמליץ לאחר שתי שנות שירות של הממונה על אי הארכת כהונתה. בפועל, מנכ"ל המשרד הוא האחראי למינוי ממונה חדשה. כאמור, לפי הוראת הנציבות, הכפיפות המינהלית של הממונות היא למנכ"ל המשרד. הצגת ההקשר המוסדי שהממונה פועלת בו חושפת בפנינו מדיניות בכיוון הנכון, אולם בעת ובעונה אחת, מדיניות המכילה מרכיבים סמליים המעמידים קשיים גדולים למדי בפני הביצוע והעלולים להכשילו בקלות רבה. בין קשיים אלה ניתן למנות את הטלת האחריות לביצוע המדיניות על הנציבות, ולא על ראשי המשרדים; הוצאת נושא המדיניות אל מחוץ לעניינים השוטפים של המשרד; יצירת כלים ומבנים ייעודיים לביצוע המדיניות (בדמות האגף לקידום נשים והממונות במשרדים השונים), שאותם ניתן להאשים במקרה של כישלון המדיניות; העדר תקציב לפעילות הממונות; כפל כפיפויות ועוד. קשיים אלה, שרובם ככולם נגזרים מן הבעיות המובנות בתיקון מס' 7 לחוק שירות המדינה (מינויים), ומהודעת הנציבות בנוגע ליישומן, הם מאפיינים קלאסיים של מדיניות סמלית. אמנם קובעי המדיניות הציגו כלפי חוץ מדיניות מושכת, שהעידה כביכול על כוונותיהם בתחומים השונים. אולם, מעבר לחיצוניות הכובשת נחשפו עמימות המטרות והעדר המשאבים והסמכויות לסוכני השינוי ואלה יצרו קשיים מובנים ביישום המדיניות. כאשר בוחנים באיזו מידה הצליח התיקון לחוק להביא לשינוי המצב הקיים יש לצפות אפוא לשינוי מועט, אם בכלל, למרות מדיניות ההעדפה המתקנת המסמיכה את נציבות שירות המדינה להתערב בהליכי מכרז.

## השינוי בבחירת נשים במכרזים למשרות בכירות בשירות המדינה

מניתוח נתוני מכרזים לתפקידים בכירים (שבע הדרגות העליונות בכל דירוג) בשנים 1977-2000, המובאים בלוחות מס' 4 ו-5, עולה בבירור, שבמקביל לפערי הייצוג הקיימים בין גברים לנשים בשבע הדרגות הבכורות בשירות הציבורי, מתקיים יחס קבוע בשיעור בחירת נשים במכרזים למשרות בכירות: מתוך חמש משרות העומדות למכרז זוכות הנשים בממוצע בשתי משרות. פער זה מתקיים למרות המדיניות של העדפה מתקנת, המסמיכה כאמור את נציבות שירות המדינה להתערב בהליכי מכרז. ניכרת גם ירידה קלה בשיעור הנשים שנבחרו (מתוך כלל המועמדים שנבחרו): מ-43% ב-1997 ל-40%, ל-41% ושוב ל-40% בשנים 1998, 1999 ו-2000 בהתאמה. אולם, יש לבחון מגמה זו לאור העובדה ששיעור הנשים המגישות מועמדות למכרזים נמוך במחצית בערך משיעור הגברים המגישות מועמדות. גם כאן מסתמנת ירידה קלה - מ-36% בשנים 1997 ו-1998 ל-33% בשנים 1999 ו-2000. יש לציין עוד, ששיעור הנשים שנבחרו מסך כל הנשים שהגישו מועמדות עמד על 20%, 14%, 21% ו-20% בשנים 1997, 1998, 1999 ו-2000 בהתאמה.

לוח מס' 4. התפלגות מועמדים למכרזים למשרות בכירות במשרדי הממשלה, 1997-1998\*

המשרד	מספר המכרזים		גברים		נשים		שניגשו		גברים שנבחרו		נשים שנבחרו	
	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997
ראש הממשלה	2	3	(60%)	(60%)	46	2	(40%)	37	46	2	(100%)	0
האוצר	49	115	(69%)	(69%)	97	51	(31%)	214	97	40	(82%)	14
ביטחון פנים	6	32	(52%)	(52%)	57	30	(48%)	56	57	5	(83%)	1
רחרה	3	1	(100%)	(100%)	2	0	(0%)	52	2	3	(100%)	0
חינוך	28	91	(37%)	(37%)	141	154	(63%)	104	141	10	(36%)	18
תקלואת	21	44	(77%)	(77%)	9	13	(23%)	56	9	17	(80%)	7
תעשייה ומסחר	6	31	(89%)	(89%)	8	4	(11%)	65	8	6	(100%)	2
משפטים	25	45	(75%)	(75%)	52	15	(25%)	80	52	10	(40%)	7
עבודה	11	9	(31%)	(31%)	18	20	(69%)	33	18	7	(64%)	12
פנים	37	21	(51%)	(51%)	93	20	(49%)	156	93	17	(46%)	7
תחבורה	22	68	(86%)	(86%)	54	11	(14%)	179	54	15	(71%)	6
בריאות	24	17	(41%)	(41%)	89	24	(59%)	98	89	8	(33%)	7
איכות הסביבה	21	104	(69%)	(69%)	87	47	(31%)	136	87	11	(54%)	6
תשתיות	5	84	(76%)	(76%)	18	26	(24%)	68	18	3	(60%)	3
בינוי ושיכון	26	85	(79%)	(79%)	47	22	(21%)	139	47	19	(73%)	5
תיירות	16	72	(67%)	(67%)	34	35	(33%)	48	34	11	(69%)	5
תקשורת	3	122	(75%)	(75%)	0	41	(25%)	5	0	3	(100%)	3
רווחה	4	5	(26%)	(26%)	31	14	(74%)	35	31	1	(25%)	3
קליטה	12	9	(38%)	(38%)	37	15	(62%)	48	37	5	(42%)	3
חוק	1	0	(0%)	(0%)	0	0	(0%)	2	0	1	(100%)	0
מדע	0	2	(100%)	(100%)	0	0	(0%)	0	0	0	(0%)	0
סך הכל	323	252	(64%)	(64%)	920	544	(36%)	1,611	920	194	(60%)	109
			(40%)	(40%)								

\* בדירוג המינהלי: דרגות 19-25; בדירוגים מחו"ר, מהורטים וטכנאים: דרגות 40-46. הנחיות נתקבלו מן האגף לקידום ושילוב נשים בוציבות שירות המדינה.



לוח מס' 5. התפלגות מועמדים למכרזים למשרות בכירות במשרדי הממשלה, 1999-2000\*

המשרד	מספר המכרזים		גברים שניגשו		נשים שניגשו		גברים שנבחרו		נשים שנבחרו	
	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999
ראש הממשלה	5	3	(70%) 26	(56%) 28	(30%) 11	(30%) 11	(60%) 3	(67%) 2	(40%) 2	(33%) 1
האוצר	49	3	(69%) 121	(72%) 160	(31%) 55	(72%) 160	(68%) 34	(65%) 32	(35%) 17	(32%) 16
ביטחון פנים	1	1	(0%) 0	(64%) 58	(100%) 1	(64%) 58	(87%) 7	(0%) 0	(100%) 1	(13%) 1
דתות	3	1	(67%) 6	(67%) 2	(33%) 3	(67%) 2	(0%) 0	(67%) 2	(33%) 1	(100%) 1
חינוך	15	17	(49%) 39	(43%) 38	(51%) 40	(43%) 38	(35%) 6	(33%) 5	(67%) 10	(65%) 11
חקלאות	40	23	(67%) 68	(88%) 51	(33%) 33	(88%) 51	(83%) 19	(57%) 23	(43%) 17	(17%) 4
תעשייה ומסחר	11	7	(60%) 85	(62%) 70	(40%) 56	(62%) 70	(57%) 4	(64%) 7	(36%) 4	(43%) 3
משפטים	18	21	(56%) 58	(64%) 71	(44%) 45	(64%) 71	(44%) 7	(44%) 8	(56%) 10	(67%) 14
עבודה	7	4	(77%) 68	(50%) 10	(23%) 20	(50%) 10	(75%) 3	(86%) 6	(14%) 1	(25%) 1
פנים	35	18	(69%) 237	(62%) 132	(31%) 105	(62%) 132	(50%) 9	(51%) 18	(49%) 17	(50%) 9
תחבורה	12	19	(78%) 51	(84%) 112	(22%) 14	(84%) 112	(74%) 14	(83%) 10	(17%) 2	(26%) 5
בריאות	12	8	(56%) 55	(59%) 51	(44%) 44	(59%) 51	(50%) 4	(67%) 8	(33%) 4	(50%) 4
איכות הסביבה	27	11	(67%) 102	(45%) 9	(33%) 50	(45%) 9	(27%) 3	(27%) 10	(63%) 17	(73%) 8
תשתיות	8	3	(68%) 36	(77%) 10	(32%) 17	(77%) 10	(23%) 1	(100%) 8	(0%) 0	(67%) 2
בינוי ושכונות	24	6	(80%) 98	(60%) 18	(20%) 24	(60%) 18	(50%) 3	(71%) 17	(29%) 7	(50%) 3
חיירות	4	9	(84%) 30	(74%) 63	(16%) 6	(74%) 63	(78%) 7	(75%) 3	(25%) 1	(22%) 2
תקשורת	8	7	(92%) 23	(80%) 16	(8%) 2	(80%) 16	(71%) 5	(87%) 7	(13%) 1	(29%) 2
רווחה	4	5	(16%) 3	(48%) 10	(84%) 16	(48%) 10	(40%) 2	(25%) 1	(75%) 3	(60%) 3
קליטה	6	4	(53%) 17	(57%) 4	(47%) 15	(57%) 4	(75%) 3	(50%) 3	(50%) 3	(25%) 1
חרך	0	4	(0%) 0	(87%) 52	(0%) 0	(87%) 52	(0%) 0	(0%) 0	(0%) 0	(25%) 1
מדע	3	5	(50%) 2	(88%) 29	(50%) 2	(88%) 29	(80%) 4	(23%) 1	(67%) 2	(20%) 1
סך הכל	290	235	(67%) 1,125	(67%) 994	(33%) 559	(67%) 994	(60%) 141	(59%) 171	(41%) 119	(40%) 94

\* בדיווח המינהלי: דרגות 19-25 : בדירוגים מתיי, מהתודעים וטכנאים: דרגות 40-46. הנתונים נתקבלו מן האגף לקידום ושילוב נשים בנציבות שירות המדינה.

TABLE



בלוח מס' 6 מובאים נתונים על משרדי ממשלה ויחידות סמך, המאששים את הימצאותה של מגמה לקיום פער קבוע בין גברים לנשים בזכייה במכרזים למשרות בכירות. גם בלוח זה שיעור הנשים המגישות מועמדות למכרזים נמוך במידה רבה משיעור הגברים שהגישו מועמדות, וגם כאן מתקיים יחס קבוע בין זכיית גברים לנשים במכרזים למשרות בכירות בתקופה שנבחנה. יש לציין, שבהתמודדות על מכרזים פנימיים משקלן היחסי של הנשים בין הנבחרים (4%) דומה למשקלן בין המועמדים. בשנים 1999 ו-2000 זכו, בהתאמה, 39% ו-34% מן הנשים במכרז, למרות שחלקן בין המועמדים עמד בשנים אלה על 30%. תמונה קודרת יותר נצפתה בקידום נשים לדרגות הבכירות ביותר בשנים 1997 ו-1998.<sup>15</sup> ניתוח תוצאות המכרזים למשרות בשלוש הדרגות העליונות בכל דירוג מעלה, שבשנים 1997 ו-1998 נבחרו ארבע נשים בלבד בכל שנה, שהן בערך 20% מכלל הנבחרים בשנים אלה. ביתר דיוק, מתוך שני מינויים לדרגה הבכירה ביותר בשירות הציבורי (דרגה 23 בדירוג המינהלי ודרגה 46 ביתר הדירוגים), שנעשו בשנת 1998, לא נבחרה ולו אישה אחת. גם במינויים לדרגה השנייה בחשיבותה לא היה שינוי במצב; בשנים 1997 ו-1998 נבחרו גברים בלבד. אשר לדרגה השלישית בחשיבותה, בין 24 המינויים בשנת 1997 ו-21 המינויים בשנת 1998 נבחרו בכל שנה רק 4 נשים.

התמונה הכללית המצטיירת היא אפוא עגומה, אך לא מפתיעה: הפערים בין בחירת נשים לבחירת גברים במכרזים למשרות בכירות בשירות המדינה שרירים וקיימים. השאלה העולה לאור קביעה זו היא, האם טענה זו תקפה בכל אחד ממשרדי הממשלה? ניתוח המכרזים לפי משרדים ממשלתיים (ראו לוחות מס' 4 ו-5) מגלה, שבמספר משרדים הפער בין נשים לגברים הנבחרים במכרזים לדרגות בכירות בשירות הציבורי מצטמצם. בחלק מן המשרדים עלה שיעור הנשים הנבחרות במכרזים על שיעור הגברים הנבחרים (במשך שנתיים לפחות) באופן עקבי למדי: כך היה במשרד החינוך בשנים 1997, 1998, 1999 ו-2000; במשרד המשפטים, בשנים 1998, 1999 ו-2000; במשרד לאיכות הסביבה, בשנים 1999 ו-2000; ובמשרד הבריאות, בשנים 1997 ו-1998.<sup>16</sup> במספר משרדים עמד משקלן היחסי של הנשים בין הנבחרים על 60% ויותר: בין הנבחרים במשרד החינוך היה משקל הנשים 64% (n=18) בשנת 1997 ובשנת 1998, 67% (n=10) בשנת 1999 ו-65% (n=11) בשנת 2000; במשרד המשפטים היה משקל הנשים בין הנבחרים 60% (n=15) בשנת 1998, 56% (n=10) בשנת 1999, ו-67% (n=14) בשנת 2000; במשרד לאיכות הסביבה היה משקל הנשים בין הנבחרים 63% (n=17) בשנת 1999 ו-73% (n=8) בשנת 2000; במשרד העבודה: 67% (n=12) בשנת 1997; במשרד הבריאות: 70% (n=7) בשנת 1997 ו-67% (n=16) בשנת 1998. בחלק הבא נראה, שניסיון למצוא מתאם כלשהו בין המשרדים שנצפתה בהם מגמה של

15. את הנתונים סיפק האגף לקידום ושילוב נשים בנציבות שירות המדינה.

16. גם במשרד הרווחה נרשמה מגמה זו בשנים 1997-2000, אולם מספר המינויים היה נמוך יחסית.

לוח מס' 6. התפלגות מועמדים שניגשו ועברו מברזל מברזל למשרות בכירות במשרד המשלה והחידה סמך, 1999-2000\*

סוג המברז	מספר המברזים			גברים שניגשו			נשים שניגשו			גברים שנובחו			נשים שנובחו		
	2000	1999	1997	2000	1999	1998	1997	2000	1999	1998	1997	2000	1999	1998	1997
חיצוני	168	204	207	847	1,755	1,591	1,298	401	32	38	30	30	30	30	30
(N)	33	35	33	68	62	70	70	32	32	38	30	30	30	30	30
(%)	20	33	207	847	1,755	1,591	1,298	401	32	38	30	30	30	30	30
פנימי	343	382	416	768	713	711	745	560	42	43	43	43	43	43	43
(N)	67	65	67	58	57	57	61	42	42	43	43	43	43	43	43
(%)	80	67	416	768	713	711	745	560	42	43	43	43	43	43	43
סך הכל	511	586	623	1,615	2,468	2,302	2,043	961	67	66	61	61	61	61	61
(N)	511	586	623	1,615	2,468	2,302	2,043	961	67	66	61	61	61	61	61
(%)	499	623	499	1,615	2,468	2,302	2,043	961	67	66	61	61	61	61	61
	204	241	256	205	307	345	367	294	59	59	59	59	59	59	59
	40	41	41	41	60	59	59	59	33	34	34	34	34	34	34

\* בדידת המידע: דרגות 19-25; בדידות מחדש, מהנדסים וטכנאים: דרגות 40-46. התחנים נחלקו מן האגף לקידום ושילוב נשים בוצעו שירות המדינה.

מס' מארז

צמצום פערי הייצוג ובין רמת הפעילות של הממונות אינו מצליח. אמנם, במשרד החינוך ובמשרד לאיכות הסביבה, שנצפתה בהם מגמה של צמצום פערי הייצוג, נמצאות ממונות המאופיינות ברמת פעילות גבוהה; לעומת זאת נמצאו משרדים שבהם פעלו לצד מגמה דומה ממונות המאופיינות ברמת פעילות נמוכה.

## הערכת פעילותן של הממונות על מעמד האישה במשרדי הממשלה

מתוך 15 ממונות (הפועלות ב־15 מתוך 18 משרדים ממשלתיים), שנבדקו במהלך השנים 1998-1999, נמצאו רק שתי ממונות (במשרד השיכון ובמשרד החינוך) שגילו רמת פעילות גבוהה, הכוללת גיבוש תוכנית רב־שנתית,<sup>17</sup> הפצת מסרים לקידום נשים, בניית מערך הדרכה, בניית מאגר מועמדות לראשות חברות ממשלתיות או לחברות בדירקטוריונים של חברות אלה, יידוע באופן שוטף של הנשים במשרד בדבר פרסום מכרזים ומשרות פנויות, טיפול בתנאי העסקתן של עובדות המשרד וטיפול בהטרדות מיניות. כמו־כן נמצאה ממונה אחת (במשרד לאיכות הסביבה), שהצליחה ליישם את כל הפעילויות האלה, למעט הפצת המסרים. שתיים־עשרה הממונות הנותרות התאפיינו ברמת פעילות שהיא נמוכה במידה רבה מן הרמה שנצפתה בשלושת המשרדים שהוזכרו: בשני משרדים כשלו הממונות בתחום הפצת מסרים ועיצוב תוכנית רב־שנתית; בשבעה משרדים כשלו הממונות בנוסף לכך גם בייזום פעילות הדרכה והכנת מאגר שמות של מועמדות לדירקטוריונים; ובשלושה משרדים התרכזו הממונות אך ורק בטיפול בזכויות עובדות ובהטרדות מיניות.

תוכנית רב־שנתית קיימת במשרד השיכון, במשרד החינוך ובמשרד לאיכות הסביבה, והיא כוללת יעדים מוגדרים, מערך ההדרכות הצפוי והדרכים למימונו (משרד החינוך, 1989). מסרים המוקדשים לקידום נשים מופצים במשרד השיכון ובמשרד החינוך באמצעות ביטאון היוצא לאור מדי ארבעה־חמישה חודשים במטרה מוצהרת "להעלות מודעות לנושא תרומת הנשים מחד, והצורך בקידומן למקומן הראוי והצורך מאידך." (משרד הבינוי והשיכון, 1997). הפצת מסרים על קידום הנשים בולטת מאוד בשני הביטאונים (משרד הבינוי והשיכון, 1998).

לעומת זאת, "יום האישה" אינו עומד בראש סדר העדיפויות של הממונות במשרד החינוך, במשרד השיכון ובמשרד לאיכות הסביבה. אבל מכיוון שלפי המסורת הקיימת במשרדים אלה חייבים לקיים את "יום האישה" בכל שנה, הממונות במשרדים האלה מקיימות אותו, תוך שימת דגש בהרצאות ובסדנאות שמטרתן להפיץ את המסר של קידום הנשים. שלוש הממונות שקדו רבות על ייזום פעילויות הדרכה. בין הקורסים שהוצעו ניתן

17. לניתוח מפורט של פעילות הממונות, ראו (Maor 1999).

למצוא בעיקר נושאי ניהול והאצלת סמכויות. מיעוטם של הקורסים עוסקים בנושאים "נשיים", כגון בריאות האישה ויצירה נשית. גיוסן של נשים לראשות דירקטוריונים נעשה בעיקר באמצעות פרסום בביטאון (משרד הבינוי והשיכון, 1998). הממונה במשרד החינוך פרסמה בנוסף לכך גם דין-וחשבון שנתי, המשווה את מצבת כוח-האדם הגברית לזו הנשית. נתוני ההשוואה הועברו לדיון קבוע בהנהלת המשרד (משרד החינוך, התרבות והספורט, 1997, עמ' 6). במשרדים אלה צוין, שהטרדות מיניות וחכויות העובדות מטופלות בידי הממונה תוך שיתוף פעולה הדוק עם סמנכ"לי המשרדים (האחראים הישירים על הממונה). כאמור, עם החלת החוק לטיפול בהטרדות מיניות (ספטמבר 1998) סמנכ"לי המשרדים שוב אינם מעורבים בנושא.

בשני משרדים כשלו הממונות בתחום הפצת מסרים ועיצוב תוכנית רב-שנתית. תחת ידה של ממונה באחד המשרדים האלה התבצעה המטלה של בניית מערך ההדרכות, אולם הקושי בהשגת תקציבים צמצם במידה רבה את מספר ההדרכות שנכללו במערך הזה. הממונה דיווחה על ארבעה קורסים בלבד שהתנהלו תחת חסותה בשנת 1998. את ההדרכות מימנו שתי יחידות, לאחר אישור מוקדם של הסמנכ"ל. ממונה שנייה קיבלה לדבריה אישור תקציבי לכל פעולות ההדרכה שהציעה ועקב זאת בנתה מערך הדרכה הכולל ימי עיון לנשים בתפקידי ניהול כמו גם קורסים לעובדות ברמות הנמוכות יותר. נוסף על כך, היא דאגה לכך שכל השתלמות שקיים המשרד בכל נושא שהוא תכלול גם הדגשות של נושא מעמד האישה.<sup>18</sup>

אשר למעקב אחר משרות מתפנות, במשרד אחד ביצעה הממונה מטלה זו באמצעות קבלת המידע ממחלקת כוח-אדם, ובאמצעות מפגש עם קבוצת נשים (שזכתה לכינוי "network"); ממונה שנייה יצרה, בשיתוף עם גורמים נוספים במשרד, מערך מבחנים המאתר עובדות מוכשרות. לדבריה, "לאחר איתורן, נבנתה עבורן תוכנית שמטרתה לסייע להן להתקדם הלאה במעלה הדרגות".<sup>19</sup>

מסרים הקוראים לקידום נשים הופצו במשרדים שמדובר בהם, אבל זו לא הייתה הפצה שיטתית ורציפה. אמנם "יום האישה" וקורסי ההדרכה הם אמצעי חשוב, אך לא היה קיים ביטאון שיסייע להפצה ולהטמעה של המסרים בקרב העובדות והעובדים. הסיבה העיקרית נעוצה בעובדה, שהפקתו של ביטאון אפשרית רק במשרדים שבהם לממונה קל להשיג תקציבים מיוחדים. במשרדים שפעלו בהם שתי הממונות השגת תקציבים לא הייתה בלתי אפשרית, למרות שהדרך להשגתם הייתה רצופה קשיים.

בשבעה משרדים אחרים נמצא, שתוכנית רב-שנתית אינה קיימת באמתחתה של אף אחת מן הממונות. מכאן, שהיעדים המכוונים את פעילותן נותרו מעורפלים ולא ברורים. חריג שאיננו מעיד על הכלל היא ממונת משרד, שלטענתה כתבה תוכנית שנתיית שלא זכתה

18. ראיון עם ממונת משרד מס' 1 (1992-1998), שנערך באפריל 1998 בתל-אביב.

19. באותו ראיון שנזכר בהערה הקודמת.

לאישורו של סמנכ"ל המשרד.<sup>20</sup> מכיוון שהפצת מסרים בעניין קידום נשים אינה מתבצעת באמצעות ביטאון, השופר המרכזי להעברת מסרים ומידע חיוני אינו קיים במשרדים אלה. "יום האישה" נשאר על-פי רוב במתכונתו המסורתית; במשרד אחד נערכו הרצאות, אבל רובן לא הפיצו את המסר של קידום נשים, ובמשרד אחר נערך "יום האישה" על-פי המתכונת הישנה שהמרחק בינה ובין מסרי הקידום רב. למרות הקושי שבהשגת תקציבים לפעולות הדרכה בתוך המשרד, מימן משרד אחד את "יום האישה" בשנת 1998 בסכום של 250,000 ש"ח; משרד אחר מימן אותו ב-150,000 ש"ח. במשרד נוסף העריכה הממונה, שפעולותיה כממונה תוקצבו ב-40,000 ש"ח, ומתוכם הופנו בערך 35,000 ש"ח ל"יום האישה". כלומר, עלות פעילותה השנתית לצורך העלאת המודעות לקידום נשים היתה 5,000 ש"ח בלבד.<sup>21</sup>

שבע הממונות דאגו לקיומם של קורסים בודדים בלבד כמהלך השנה. כיוון שמספר הקורסים היה כה מועט, קשה לראותם כחלק ממערך הדרכה מוגדר. כמו-כן, נושאי ההרצאות לא תאמו ברובם את המסרים הרלוונטיים. הדוגמאות שלהלן ממחישות היטב את האופן שבו מתקיימות הדרכות במשרדים אלה: בחמישה מתוך שבעה משרדים כלל לא התקיימו הדרכות או סדנאות בחסות הממונה. הנימוק העיקרי הוא חוסר יכולת להשיג תקציב. במשרד אחד דאגה הממונה למספר מצומצם של הדרכות המיועדות רק לדרגות הנמוכות, ובמשרד שני אמנם נערכו קורסים, אבל הם כונו לכלל העובדות ללא חלוקה לסוג התפקיד או הדרגה של העובדת. לפיכך נושאי הקורסים לא היו קשורים לקידום נשים, אלא לנושאים "נשיים" הנוגעים בקידום מודעות הנשים לעצמן, לגופן, לזכויותיהן וליצירת סולידריות וחברות בקרב הנשים. אף אחת מן הממונות לא הזכירה העלאת שמות של עובדות מוכשרות שיהיו מועמדות לחברות בדירקטוריונים של חברות ממשלתיות, ושליחת קורות חייהן למשרד ראש הממשלה בתור מטלה בשנה שבה נערך המחקר.

שבע הממונות ראו את עיקר תפקידן כמטפלות בבעיות אישיות של עובדות המשרד. הממונה במשרד אחד טענה, שהמטרה העיקרית של תפקידה לשמש אוזן קשבת לבעיותיהן של נשים המופלות לרעה.<sup>22</sup> הממונה במשרד שני ציינה, שמטרתה לפעול לקידום העובדות במשרדה ולטפל בבעיות של הטרדות מיניות.<sup>23</sup> כל שבע הממונות טיפלו בבעיות של אפליה במישור האישי בלבד, ולא דאגו ליצירת תוכנית לכידה לטיפול בבעיה. הטיפול בבעיות אישיות של עובדות ובהטרדות מיניות בלבד מאפיין את שלוש הממונות שרמת פעילותן נמוכה. שתי ממונות שרואיינו טענו, שהן אינן רואות צורך בפעילות מכוונת

20. מתוך שאלון לממונות על קידום מעמד האישה במשרדי הממשלה.

21. ראיונות עם הממונות במשרדים מס' 2, 3 ו-4. שנערכו בירושלים במאי 1998.

22. ראיון עם הממונה במשרד מס' 2, שנערך ביולי 1998 בירושלים.

23. ראיון עם הממונה במשרד מס' 3, שנערך ביולי 1998 בירושלים.

לקידום מעמד האישה במשרדיהן. משום כך הן אינן דואגות ליישם אף אחת מן המטלות ואף אחד מן היעדים שהוזכרו. הן מעולם לא כתבו תוכנית רב-שנתית, המגדירה יעדים ואמצעים, ולא הפיצו מסרים על קידום נשים, אפילו לא בצורה מינורית. "יום האישה" קיים במשרד אחד בלבד על-פי המתכונת המסורתית, המדגישה בילוי והנאה. עלותו של יום זה עמדה על 120,000 ש"ח.<sup>24</sup> תחת חסותן לא התקיימה אפילו הדרכה אחת בנושא מעמד האישה, ולא נבנה מאגר של שמות מועמדות לדירקטוריונים של חברות ממשלתיות. כמו-כן, הן לא דאגו לעקוב אחר מכרזים חדשים וליידע עובדות על קיומן של משרות פנויות. הפסיכיות המאפיינת ממונות מדגם זה מלווה לעתים באי-מיצוי של משאבים קיימים. ממונה באחד המשרדים, שקיבלה תקציב פעילות (בסכום של 50,000 ש"ח), העדיפה להשתמש בו לרכישת תלבושות לצעדת נשים, במקום לקיים בעזרתו פעילות הקשורה לקידום עובדות בדרגות הנמוכות במשרדה.

ניתוח פעילותן של הממונות מגלה, שמרביתן מאופיינות ברמת פעילות נמוכה בעיקר עקב קשיי הביצוע המובנים בהורעת נציבות שירות המדינה בדבר הקמתו של האגף, הנגזרת מלשון החוק. בין הקשיים ניתן למנות התנגדות של גורמים מרכזיים (בעיקר הסמנכ"ל), פיצול תפקיד הממונה, תחלופת מנכ"לים, ומשרדים שהם קטנים מבחינת מספר העובדים שלהם. ממונה עשויה לפתח רמת פעילות נמוכה כאשר ניסיונותיה להשיג אישורים לפעולות לקידום מעמד האישה נבלמים לאורך זמן בידי גורמים מרכזיים במשרד, כגון החשב או המנהל או המנהלת של מחלקת ההדרכה. במשרד שבו נשים רבות מאיישות משרות בכירות הממונה עשויה לראות בשילובן המוצלח של נשים רבות עובדה מוגמרת, ועקב כך לראות בתפקידה כממונה על קידום נשים תפקיד שאינו נחוץ או הכרחי. ראייה זו גם היא עשויה להוביל לפעילות בעלת אופי פסיבי. גם תחלופת מנכ"לים, כאשר זו מתרחשת מדי שנה על-פי הסכם רוטציה בין שרי המשרד, עשויה ליצור אי-יציבות בכל הנוגע לטיפול במעמד העובדת. כיוון שמינויים לטווח קצר אינם מאפשרים התעמקות, טיפול בנושא באופן רציף או ראייה לטווח ארוך, הממונה עלולה לאמץ דפוס פסיבי מתוך חוסר אמון ביכולת המנכ"ל לסייע לה. במשרדים שבהם מספר העובדים בכלל, ומספר העובדות בפרט, קטן, הממונה עלולה להתקשות לשכנע את מנכ"ל משרדה, או גורמים נוספים בתוך המשרד, בצורך לבצע פעולות נקודתיות עבור עובדות המשרד, למשל, על-פי חתך דרגה. בסופו של דבר הממונה עלולה לאמץ לעצמה דפוס פעולה פסיבי.

אולם אין להתעלם מן הסיבות לאימוץ רמת פעילות נמוכה הקשורות לממונה עצמה, כגון רמת מודעות נמוכה, חוסר עניין, אסרטיביות נמוכה, וחששות מפני עימות עם עובדים בכירים. חוסר הבנה או הסכמה לגבי האינטרס המערכתי שבקידום כוח העבודה הנשי יוצר בסיס תפקודי צר המטפל בבעיות מיוחדות של נשים כפרטים בלבד. כמו-כן, ליקויים

24. ראיון עם הממונה במשרד מס' 5 (1998-1999), שנערך ביולי 1998 בירושלים.



בהכנת הדרכים לקידום נשים ושילובן, או אי-הסכמה עמן, עלולים לסייע גם הם להתפתחותו של דגם פעילות פסיבי. לעומת זאת, ממונות בעלות מודעות גבוהה באשר לקידום מעמד האישה ישאפו לשנות את המערכת כולה. ממונות שמונו לתפקידן לפי בקשת מנכ"ל המשרד, אבל אינן רואות בו עניין אמיתי, או שאינן רואות בו אמצעי לקידום מסרים שהן מאמינות בהם, יתקשו לתפקד ויאמצו לעצמן רמת פעילות נמוכה. ממונה שאיננה אסרטיבית דיה תיטה שלא להיאבק בגורמים השונים במשרד כדי להשיג את המטרות שהציבה לעצמה, ועקב כך היא עלולה לפתח דפוס פעילות דומה.

לעתים ביצוע פעילות כלשהי, או טיפול בכעיות אישיות של עובדות, מצריכים משא-ומתן ממושך, ואף קשה, עם גורמים בכירים בהנהלת המשרד. ייתכן אפוא עימות בין מנכ"ל המשרד או עובד בכיר אחר בו ובין הממונה בנוגע להשגת המטרה. ממונה שתעדיף שלא להיכנס לעימותים שיפגעו במעמדה במשרד, ותוותר בשל כך, פעם אחר פעם, על השגת מטרות חשובות, תיטה לאמץ לה רמת פעילות נמוכה.

חשוב לציין, שאימוץ רמת פעילות נמוכה יוצר בעיה במערכת לקידום ושילוב נשים, שכן תגמול עבור חוסר העשייה יוצר זלזול בתפקיד ומוציא לממונות שם רע. הדרגה הנוספת המוקנית לממונה נועדה לפתות נשים לקבל על עצמן את תפקיד הממונה ויחד עם זאת היא פועלת כמו בומרנג, מפני שהיא מחייבת שתיעשה ושתיראה פעילות שגם תניב תוצאות. תוספת דרגה במערכת המצויה במשבר כספי עמוק והחייבת לחסוך ולהתייעל, תמיד יוצרת מערכת ציפיות מן הממונה המביאה לסחרור של עשייה. אי-עשייה מערערת את הלגיטימיות בבסיס הקמת המנגנון לקידום ושילוב נשים. כאן המקום לציין, שכתוצאה ממדיניות האגף לקידום נשים לרענן את השורות, מרבית הממונות שהתאפיינו ברמת פעילות נמוכה שוב אינן נמצאות בתפקידן.

## ניתוח הממצאים

תוצאות יישומה של המדיניות הסמלית לקידום ושילוב נשים הן חד-משמעיות. במרבית מגזר המטרה כשלה המדיניות במתן פתרון, אולם במשרדים אחדים היא הביאה לתוצאות ממשיות. אלה הן תוצאות בלתי צפויות של רפורמה סמלית הדורשות הסבר. נקודת המוצא להסבר נעוצה בהעדר מתאם כלשהו בין המשרדים שנצפתה בהם מגמה של צמצום פערי ייצוג (הבאה לידי ביטוי בשיעור גדול למדי של בחירת נשים במכרזים) ובין רמת הפעילות של הממונות. בחלק מן המשרדים שהתרחש בהם צמצום בפערי הייצוג בין נשים לגברים נצפתה רמת פעילות נמוכה ביותר, ואילו בחלק אחר נצפתה רמת פעילות גבוהה יחסית. השאלה שעולה אם כן היא איך ניתן להסביר את צמצום פערי הייצוג במשרדי החינוך, המשפטים, איכות הסביבה, והבריאות (בשנים 1997 ו-1998)?

על-מנת לענות על שאלה זו יש לבחון את המאפיינים הדומים במשרדים אלה. עד כה

התגלה, ששיעור הנשים במשרדים האלה היה גבוה יחסית. לפי לוח מס' 2, בשנת 1997 עמד שיעור הנשים במשרד הבריאות על 78%, במשרד החינוך על 71%, במשרד המשפטים על 63%, ובמשרד לאיכות הסביבה על 53%. בנוסף לכך, בשלושה מארבעת המשרדים, כיהנה אישה בתפקיד המנכ"ל בחלק נכבד מתקופת המחקר. במשרד המשפטים כיהנה בשנים 1996-2000 עו"ד נילי ארד; במשרד לאיכות הסביבה כיהנה בשנים 1996-1999 נחמה רונן ובמשרד החינוך כיהנה שלומית עמיחי כמנכ"לית משנת 1999, לאחר שהיתה סמנכ"לית למינהל בשנים 1995-1999.

קו דמיון נוסף בין ארבעת המשרדים הוא סוגיית ההתמחות. בכל תחומי המדיניות הללו בסיס הקידום הוא הכשרה מקצועית, המעידה על רמת המומחיות והמיומנות שנרכשה. "סביר להניח", כך טוענת דפנה יזרעאלי, "שכאשר הסמכה מקצועית היא תנאי חיוני לקידום למשרות בכירות, וכאשר רוב אנשי המקצוע בארגון או ביחידה המקצועית הם נשים, יגיעו הנשים לעמדות בכירות יותר." (יזרעאלי, 2000, עמ' 206). טענה זו מאוששת באופן מוצק במחקר זה, שכן בתחומי המדיניות שבהם נמצא, שמספר הנשים שנבחרו עלה במידה רבה על מספר הגברים שנבחרו, קיים שיעור גדול למדי של נשים, שיעור גבוה ביותר של עובדות מקצועיות, ונשים בתפקיד הניהולי הבכיר במשרד. אפשר שלמשתנים אלה לא היתה חשיבות גדולה כל כך אילו נוסח תיקון מס' 7 לחוק שירות המדינה (מינויים) כלשון בהירה, אילו קבע הוראה המחייבת מינוי לתפקיד ספציפי לעומת הוראת ייצוג הולם כללית, ואילו כתוצאה מכך היה מאפשר פיקוח שיפוטי על ביצועו. ולראיה, התיקון לחוק החברות הממשלתיות ופרשנותו של בית-המשפט לסייג הקבוע בו (קרי, להטלת החובה לייצוג הולם "ככל שניתן בנסיבות העניין")<sup>25</sup> הצליחו להביא על בסיס מאפיינים אלה, שכאמור אינם מצויים בחוק שירות המדינה (מינויים), לשיפור של ממש בייצוג של נשים בדירקטוריונים של החברות הממשלתיות. לפי נתוני רשות החברות הממשלתיות, משנת 1993 ועד שנת 1999 עלה מספר הנשים החברות בדירקטוריונים מ-59 לעומת 800 גברים (7%) ליותר מ-219 לעומת 411 גברים (36%) מכלל הדירקטורים. העובדה, שתיקון מס' 7 לחוק שירות המדינה (מינויים) מכיל מרכיבים של מדיניות סמלית, והכוונה בעיקר לסייג האמור לעיל המרוקנו מכל תוכן, העדר חובה המוטלת על הנציב לפעול לקידום ייצוג הולם בכל הדירוגים של המשרות בשירות המדינה, והחובה המוטלת עליו לפעול לקידום ייצוג הולם, ולא להשגתו של ייצוג זה, מביאה למצב שבו יישום המדיניות משמש בסיס רעוע ביותר להבטחת מילוי ההוראה בחוק.

25. לפי השופט מצא, אם יש למועמד יתרון יחסי על-פני המועמדת, ייבחן יתרון זה על רקע ההכרה במרכזיותו של עקרון ההעדפה המתקנת. ראו: בג"צ 453/94 שדולת הנשים בישראל נ' ממשלת ישראל ואח', פ"ד מח (501) 5.

## השלכות ומסקנות

חיינו משופעים בסמלים מסוגים שונים, החל מסמלי סטטוס וכלה בסמלים דתיים. לחלק מהם אנו מייחסים חשיבות רבה ולחלק מהם יש רק חשיבות מעטה. גם המדיניות הסמלית היא חלק מחיינו כאזרחים. קובעי מדיניות מרבים להשתמש בה משום שהיא מייצגת סמלים שאנו מאמינים או רוצים להאמין בהם. מעמד האישה, לדוגמה, הוא תחום משופע בסמלים. רבים מאמינים בשוויון ובקידום נשים, וכמוהם גם קובעי המדיניות. אך המרחק בין הסכמה עם ערך ובין עיצוב מדיניות ממשית לקידומו רב. המדיניות הסמלית היא זו המאפשרת לקובעי מדיניות לשדר הסכמה עם ערכים, אבל בו-בזמן מרחיקה אותם ממימושם. מדיניות קידום ושילוב נשים בשירות המדינה היא דוגמה קלאסית למדיניות סמלית.

אמנם, במספר משרדי ממשלה נמצאו תוצאות לא צפויות, אבל אלה ניתנות להסבר לאור הימצאות שיעור נכבד של נשים במשרדים אלה, כמו גם שיעור גבוה ביותר של עובדות מקצועיות, ונשים המכהנות בתפקיד מנכ"ל.

למסקנות אלה יש מספר השלכות ברמה המעשית. ראשית, ללא שינוי המדיניות בכיוון של חידוד המטרות לא יתרחש שינוי מהותי במעמד האישה בשירות המדינה. התיקון לחוק שיווי זכויות האישה, התשי"א-1951, שאושר בכנסת במאוס 2000, אמנם מעגן את הזכויות לייצוג הולם במגזר הציבורי ובחברות ממשלתיות, אולם אינו מבטא שינוי גדול במדיניות, שכן מצויים בו מספר סייגים לשוויון גורף. לפי החוק, "הבחנה בין אישה ובין איש אם היא מתחייבת מהשונויות העניינית שביניהם, או מאופיו וממהותו של העניין" אינה נחשבת אפליה. כמו-כן, החוק אינו חל על מינוי לתפקיד דתי. קביעות אלה עלולות לאפשר התחמקות, בחסות הוראת החוק עצמה, מתכליתה של החקיקה. ניסוחו של חוק באופן המתיר פרצות כאלה הוא למעשה נדבך מרכזי במדיניות הסמלית בנושא.

משום כך יש למקד את המאמצים בקידום נשים לדרגות הבכירות בהנחה שנשים אלה עשויות לקדם יותר נשים ולשמש מודל חיקוי לנשים המועסקות ברמות הנמוכות בארגון. ביוזמת האגף לקידום ושילוב נשים בנציבות שירות המדינה היתה התקדמות רבה בדרך להשגת מטרה זו עם קבלת תיקון מס' 11 לחוק שירות המדינה (מינויים), התשס"א-2000. ראשית, החוק קובע הוראת ייצוג הולם "בקרב העובדים בשירות המדינה, בכלל הדרגות והמקצועות, בכל משרד ובכל יחידת סמך" (סעיף 15א', סעיף קטן א). שנית, החוק מכיל הוראת ייצוג הולם ספציפית בכך שהוא מאפשר לממשלה "לייעד משרות אשר יועסקו בהן, ככל האפשר, רק מועמדים שהם כשירים לתפקיד, מקרב הקבוצה הזכאית לייצוג הולם [...] (סעיף 15א', סעיף קטן ב(2)), ובכך שהוא גם מאפשר לממשלה "להורות, לעניין משרה או קבוצת משרות או לעניין דרגה או קבוצת דרגות, שיפורטו בהוראה, ולתקופה שתקבע בה, על מתן עדיפות למועמדים מקרב קבוצה הזכאית לייצוג הולם [...] (סעיף

15 א', סעיף קטן ב(3)). שלישית, התיקון לחוק מעביר את האחריות לנושא ישירות לפתחו של מנכ"ל המשרד הממשלתי או יחידת הסמך בקובעו, ש"המשרד או יחידות הסמך הנוגעים בדבר, זכין נציב שירות המדינה, כל אחד בתחומו, ינקטו באמצעים הנדרשים בנסיבות העניין, אשר יש בהם כדי לאפשר ולעודד ייצוג הולם [...] (סעיף 15 א', סעיף קטן 4(1)). הוראות סעיפים אלה חלות על כל דרכי הקבלה לעבודה והקידום בעבודה, ועל הנציב להגיש לממשלה, אחת לשנה, המלצות בדבר יעדי המדיניות, ולוועדת החוקה, חוק ומשפט של הכנסת, גם זאת אחת לשנה, דין-וחשבון על הפעולות שנקט להשגת יעדים אלה. אולם, אין להתמקד אך ורק בהעדפה במכרז, שכן העדפה מלאכותית של מועמדים מקבוצה אחת "נתפסת כהתערבות חריגה, העלולה לפגוע בשוויון ההזדמנויות של המועמדים האחרים במכרז או באיכות המועמדים שנבחרים." (דברי השופט מצא בבג"צ 453/94, שם). יש לקבוע בחוק פעולות שיעצרו את הכרסום שחל בשנים האחרונות במכרזים - הן באובייקטיביות ובענייניות של ההליך עצמו, והן במרכזיותו של המכרז כדרך הכניסה הראשית לתפקידים הבכירים בשירות הציבורי. יש לצמצם את המינויים כפועל, להקפיד על קשר בין דרישות המכרז לדרישות התפקיד, לנטרל את המרכיבים המקנים יתרון לגברים במבחני כשירות, לצמצם את המינויים לתפקידים בכירים ללא מכרז, ולהגדיל את מספר הנשים המתמודדות על תפקידים בכירים בשירות המדינה (תירוש, 1998, עמ' 2).

## ביבליוגרפיה

- בן-ישראל, ר' (1998), שוויון הזדמנויות ואיסור הפליה בעבודה, תל-אביב: האוניברסיטה הפתוחה.  
 גלנור, י', רחנבלום, ר', יראוני, א' (1998), "רפורמה במנהל הציבורי בישראל", רבעון לכלכלה, מאי: 108-83.  
 ג"רבי, א' (1996), המחיר הכפול: מעמד האישה בחברה הישראלית ושירות הנשים בצה"ל, תל-אביב: הוצאת רמות.  
 דורון, ג', שגקר-שרק, ד' (1998), מח"כות לייצוג: נשים ופוליטיקה בישראל, תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.  
 יזרעאלי, ד' (2000), "המיגדר בעולם העבודה", בתוך: יזרעאלי, ד', פרידמן, א', דהאן-כלב, ה', הרצוג, ח', חסן, מ', נווה, ח', פוגל-ביז'אוני, ס', מין, מיגדר פוליטיקה, תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.  
 יזרעאלי, ד', פרידמן, א', דהאן-כלב, ה', הרצוג, ח', חסן, מ', נווה, ח', פוגל-ביז'אוני, ס' (2000), מין, מיגדר פוליטיקה, תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.  
 משרד הבינוי והשיכון (1997), בונות עתיד - ידיעון קידום מעמד האשה, אוקטובר.  
 משרד הבינוי והשיכון (1998), בונות עתיד - ידיעון קידום מעמד האשה, מארס.  
 משרד החינוך (1989), חוכנית עבודה לשנת 1989-99, ירושלים.  
 משרד החינוך, התרבות והספורט (1997), ביטאון הוועדה לקידום מעמד האשה, דצמבר.  
 משרד ראש הממשלה (1978), המלצות הוועדה למעמד האשה, ירושלים: המדפיס הממשלתי.  
 נציבות שירות המדינה (1971), הודעת נציבות שירות המדינה ל"א/69, 13.6.7.  
 נציבות שירות המדינה (1976), הודעת נציבות שירות המדינה ל"ו/74, 26.7.76.  
 נציבות שירות המדינה (1993), הודעת נציבות שירות המדינה ל"ג/54, 14.9.93.  
 נציבות שירות המדינה (1995), דוח נציבות שירות המדינה לשנת 1995, ירושלים.

- נציבות שירות המדינה (1997), הודעת נציבות שירות המדינה נ"ז/32, 14.7.97.
- נציבות שירות המדינה (1999), דו"ח פעילות היחידה לקידום ושילוב נשים בנציבות שירות המדינה לשנת 1998, ירושלים: נציבות שירות המדינה.
- רדאי, פ', שלו, כ', ליבן-קובי, מ' (1995), מעמד האישה בחברה ובמשפט, ירושלים ותל-אביב: שוקן.
- שרולת הנשים בישראל (1978), מעמד האישה בישראל: בדיקת המלצות הוועדה למעמד האישה 1978, ירושלים.
- תירוש, י' (1998), "קור' פעולה לייצוג הולם לבני שני המינים בשירות המדינה", נייר דיון, ירושלים: מרכז לייסר.
- Azmon, Y. and Izraeli, D. (eds.) (1993), *Women in Israel*, New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.
- Dery, D. (1999), "Policy by the way: When policy is incidental to making other policies", *Journal of Public Policy*, 18(2): 163-176.
- Elder, C.D. and Cobb, R.W. (1983), *The Political Use of Symbols*, New York: Longman.
- Herzog, H. (1996), "Why so few? The political culture of gender in Israel", *International Review of Women and Leadership*, 2(1): 1-18.
- Maor, M. (1999), "Symbolic policy with tangible effect: The advancement of women in the Israeli civil service", Paper presented at the 34th World Congress of the International Institute of Sociology, Tel-Aviv, July.
- Mazur, G.A. (1995), *Gender Bias and the State: Symbolic Reform at Work in Fifth Republic France*, Pittsburgh, Pa.: University of Pittsburgh Press.
- Ministry of Foreign Affairs and Ministry of Justice (1997), "Combined Initial and Second Report of the State of Israel Concerning the United Nations Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women (CEDAW)", Jerusalem.
- Pressman, J. and Wildavsky, A. (1973), *Implementation*, Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Sabatier, P.A. (1986), "Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis", *Journal of Public Policy*, 6(1): 21-48.
- Sieber, S.D. (1981), *Fatal Remedies*, New York: Plenum.
- Wildavsky, A. (1979), *The Art and Craft of Policy Analysis*, London: Macmillan.
- Yishai, Y. (1997), *Between the Flag and the Banner: Women in Israeli Politics*, Albany, N.Y.: State University of New York Press.

#### דברי חקיקה שנזכרו במאמר

- חוק לשוויון הזדמנויות בעבודה, התשמ"ט-1988, ספר החוקים תשמ"ח 88.
- חוק שירות המדינה (מינויים), התשי"ט-1959, ספר החוקים תשי"ט 88.
- חוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991, ספר החוקים תשנ"א 138.
- אמנה בדבר ביטול אסליה נגד נשים לצורותיה, כתבי אמנה, חוב' 1035, כרך 31, עמ' 179.
- חוק שכר שווה לעובד ולעובדת, התשנ"ו-1996, ספר החוקים תשנ"ו 230.
- חוק למניעת הטרדה מינית, התשנ"ח-1998, ספר החוקים תשנ"ח 166.
- חוק הרשות לקידום מעמד האישה, התשנ"ח-1998, ספר החוקים תשנ"ח 177.
- חוק עבודה נשים (תיקון מס' 14) (הוראת שעה), תשנ"ז-1997, ספר החוקים תשנ"ז 219.
- חוק שיווי זכויות האישה (תיקון מס' 2), תש"ס, 2020, ספר החוקים תש"ס 167.
- חוק שירות המדינה (מינויים) (תיקון מס' 7), התשנ"ט-1959, ספר החוקים תשנ"ט 500.
- חוק שירות המדינה (מינויים), התשס"א-2000 (תיקון מס' 11), ספר החוקים תשס"א 78.



# ביטוחי בריאות משלימים: תמורות במדיניות ובהתנהגות הצרכנים

מאת רויטל גרוסי ושולי ברמלי-גרינברג\*

למחקר הנוכחי היו שלוש מטרות: (א) לנתח את השינויים במדיניות לגבי הביטוח המשלים בשנים 1995-2000; (ב) לבחון האם בעקבות התקנות שנקבעו ב-1998 היו שינויים בהיקף הבעלות ובמאפיינים של בעלי ביטוח משלים; (ג) לבחון שינויים בהיקפי בעלות ובמאפייני הרוכשים ביטוח בריאות מסחרי. ממצאי המחקר הראו, שבשנים 1995-2000 החרחו שינויים גדולים למדי במדיניות בנוגע לביטוח המשלים וקובעי המדיניות ניסו לאזן בין האינטרסים והצרכים של הגורמים השונים, כמו גם בין חופש הבחירה והתחרות לשוויון וסולידריות. הנתונים הראו גם, שב-1999 היה גידול בשיעור בעלי הביטוח המשלים בהשוואה לשנים 1995 ו-1997. גידול רב בבעלות היה בקרב מבוטחי שירותי בריאות כללית, בקרב אלה המגדירים את מצב בריאותם כלא טוב או גרוע, בקרב בעלי הכנסה והשכלה נמוכים, ובקרב דוכרי ערבית ורוסית. גידול מקביל נמצא גם בהיקפי הרכישה של ביטוח מסחרי. במאמר נדונים גם הקשר בין השינויים במדיניות לשינוי בהתנהגות הצרכנים והשלכות הממצאים על קביעת המדיניות בתחום זה בעתיד.

---

## מבוא

---

בישראל, כמו במרבית המדינות באירופה (קיי ורוטר, 2001; Schneider, 1992), קיימים ביטוחי בריאות פרטיים לצד הביטוח הציבורי. הביטוחים הפרטיים כוללים ביטוח מסחרי שמציעות חברות ביטוח למטרת רווח וביטוח משלים של קופות החולים, הנקרא היום

---

\* ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.



"שב"ן" (שירותי בריאות גוספים).<sup>1</sup> בשני סוגי הביטוח קיימת הצטרפות וולונטרית של הפרט והוא מתבקש לשלם פרמיה בנוסף לתשלום החודשי שגובה המוסד לביטוח לאומי עבור ביטוח הבריאות הממלכתי.

התפתחות הביטוחים הפרטיים קשורה במאפייני שוק הבריאות, הגורמים לכך שמקור המימון הציבורי אינו יכול לספק את כל הצרכים הנתפסים בעיני האוכלוסייה (Arrow, 1963; Evans, 1984). במצב כזה ביטוח פרטי מאפשר להרחיב את היקף השירותים המוצעים לאזרח ואת זמינותם שלא על חשבון התקציב הציבורי. יתרון נוסף של הביטוח הפרטי הוא הגברת התחרות במערכת הבריאות, דבר שיכול להביא לשיפור באיכות השירותים וכיעילות הספקתם (כהן וברנע, 1991; Glazer and McGuire, 1995). יחד עם זאת, ביטוחים פרטיים עשויים להפחית את השוויון בקבלת שירותים ולעודד פיתוח של שתי רמות רפואה, האחת לבעלי היכולת והשנייה לחסרי היכולת. בנוסף לכך, ביטוחים פרטיים עלולים להביא לשימוש מיותר בשירותים, להגדיל את העומס על המערכת וגם את ההוצאה הלאומית על בריאות (אדר, 1993; גרוס וברמלי, 1996; Evans, 1984; Garfinkel et al., 1987; McCall et al., 1991; Short and Vistness, 1992; Shmueli, 1995).

קובעי המדיניות בישראל מתמודדים מאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי עם הצורך לעצב מדיניות המאזנת בין היתרונות והחסרונות שבשילוב ביטוח פרטי במערכת ציבורית. הקושי העיקרי בעיצוב המדיניות בנושא זה בישראל הן ההשלכות על שוויוניות בקבלת השירותים במערכת הציבורית (צ'רניחובסקי, 1996). הקושי בקביעת מדיניות בא לידי ביטוי בדיון הציבורי ובשינויים המתמידים שהיו בתקנות המסדירות את שוק ביטוחי הבריאות המשלימים מאז 1995, כפי שיפורט בהמשך.

בתקנות שנקבעו ב-1998 במסגרת חוק ההסדרים במשק המדינה, התשנ"ח-1998, נקבע, שקופות החולים חייבות לקבל כל פונה ונאסר עליהן להטיל הגבלות על מבוטחים בגין מצב הבריאות שלהם. באמצעות הוראות אלה היתה כוונה, בין השאר, להגדיל את היקף הרכישה ולאפשר גם לאוכלוסיות שבעבר היו עליהן הגבלות לרכוש ביטוח משלים. מתעוררת אפוא השאלה, האם בעקבות התקנות אכן היו שינויים בדפוסי הבעלות? האם הביטוח המשלים הוא עכשיו נגיש יותר מבעבר לקבוצות אוכלוסייה חלשות?

השפעת שינויים במדיניות על הביקוש של הציבור לביטוח המשלים אינה ודאית, מכמה סיבות. ראשית, ייתכן שבעקבות התקנות המגבילות את קופות החולים בתנאי השיווק של הביטוחים המשלימים, אלה ייראו בעיניהן כדאיים פחות ומאמצי השיווק יפחתו. שנית, ייתכן שהצרכנים לא יידעו על השינוי במדיניות ולא יגיבו, כך שבפועל לא יחול שינוי

1. לאחר חוק ההסדרים, התשנ"ח-1998, הוגדר הביטוח המשלים של קופות החולים כ"שב"ן", ולא כ"ביטוח". כדי לשמור על העקביות עם מחקרים אחרים נקרא לתוכניות אלה בשם "ביטוח משלים" גם במקרה של "שב"ן".

בביקוש. לבסוף, ייתכן גם שלמרות התקנות, קופות חולים ימשיכו בפועל להגביל הצטרפות של מבוטחים.

לאור השינויים שהתרחשו במשך השנים במדיניות בנוגע לביטוח המשלים, ובמיוחד בתקנות שבחוק ההסדרים, התשנ"ח-1998, נקבעו למחקר הנוכחי המטרות האלה: (א) לנתח את השינויים במדיניות לגבי הביטוח המשלים בשנים 1995-2000; (ב) לבחון האם בעקבות התקנות שנקבעו ב-1998 היו שינויים בהיקף הבעלות ובמאפיינים של בעלי ביטוח משלים. כידוע, בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל קיימים קשרי גומלין הדוקים בין הביטוח המשלים לביטוח המסחרי (גרוס וברמלי, 1996). לפיכך, למרות שהתקנות של חוק ההסדרים 1998 אינן מתייחסות באופן ישיר לביטוח המסחרי, צפוי שתהיה לשינויים בביטוח המשלים השפעה גם על הביטוח המסחרי. לפיכך, מטרה נוספת של המחקר היתה (ג) לבחון את השינויים בהיקף הבעלות ובמאפיינים של בעלי הביטוח המסחרי.

## שיטת המחקר

מקור המידע העיקרי על המדיניות הנוגעת לביטוחים המשלימים היה מסמכים רשמיים, פרסומים בעיתונות וראיונות עם אנשי מפתח במשרד הבריאות, במשרד האוצר, בקופות החולים ובחברות הביטוח, שנערכו במהלך התקופה 1996-1999.

המידע על התנהגות הצרכנים נאסף במסגרת סקרי אוכלוסייה תקופתיים שמבצע ג'וינט-מכון ברוקדייל לצורך הערכת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (Gross et al., 1998). הסקרים נערכו בתודשים אוגוסט-אוקטובר בשנים 1995, 1997, ו-1999. אוכלוסיית המחקר כללה את כל התושבים מעל גיל 22 הגרים במדינה באופן קבוע. המסגרת לדגימה היתה רשימת הטלפונים הממוחשבת של בזק, ובכל דירה נדגם בצורה אקראית אחד הדיירים. הראיונות נערכו בטלפון, על-ידי מראיינים שקיבלו הכשרה מיוחדת, ובאמצעות שאלון מובנה בעברית שתורגם גם לערבית ולרוסית.

בסקר 1995 רואיינו 1,089 איש, ושיעור ההיענות הגיע ל-84%. בסקר 1997 רואיינו 1,205 איש ושיעור ההיענות הגיע ל-81%. בסקר 1999 רואיינו 1,727 איש ושיעור ההיענות הגיע ל-83%.<sup>2</sup> המדגם שוקלל בשני שלבים: בשלב הראשון ניתן לכל אדם משקל המבטא את הסתברותו להידגם.<sup>3</sup> בשלב השני חולקה האוכלוסייה ל-8 שכבות לפי דת (ערבים,

2. נערכה השוואה בין מאפייני המדגמים בשלוש השנים לפי משתנים קופה, גיל, מין, איזור מגורים, מחלה כרונית, שפה, השכלה ומצב משפחתי. בהשוואת המדגם מ-1997 לעומת זה מ-1995 נמצא שיעור גבוה יותר של דוברי רוסית (16% לעומת 10% בהתאמה). לא נמצאו הבדלים במשתנים האחרים. בהשוואת המדגם של 1999 לעומת 1997 לא נמצאו הבדלים מובהקים במשתנים שנבדקו (גרוס וברמלי, 2001).  
3. יחס הדגימה נקבע לפי מספר הטלפונים באיזור החיוג שנדגם, לפי מספר הבוגרים מעל גיל 22 במשק הבית ולפי מספר קווי הטלפון המצויים בבית. בסקרים שנערכו ב-1995 וב-1997 לא נעשתה התאמה לפי מספר קווי הטלפון בבית, שכן נתון זה היה חסר בשאלון. חישוב המשקולות נעשה על-פי ייעוץ של שירותי הייעוץ הסטטיסטי של האוניברסיטה העברית בירושלים.

יהודים) מין (גברים, נשים) וגיל (מתחת לגיל 65 ומעליו). כל שכבה במדגם קיבלה משקל שהביא בחשבון את גודלה באוכלוסייה (לפירוט נוסף ראו גרוס וברמלי, 2001).

## שינויים במדיניות בנוגע לביטוח המשלים

לפני החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי הציעו כל קופות החולים תוכניות ביטוח משלים. כל המבוטחים חויבו לרכוש את הביטוח, שהיה כרוך בתשלום של סכום חודשי נמוך. בתמורה היו המבוטחים זכאים לקבל שירותים נוספים על אלה שניתנו בסל הבסיסי של הקופה. במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, נקבע, ששירותים שנכללו בתוכנית הביטוח המשלים של קופת חולים כללית ייכללו בסל השירותים הבסיסי. לפיכך, עם החלת החוק קופת חולים כללית נשארה ללא תוכנית ביטוח משלים. גם תוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים המאוחדת, מכבי והלאומית עברו שינויים. ראשית, החוק קבע, שהתוכניות יהיו וולונטריות ולא חובה. שנית, החוק אסר על כיסוי תחומים שנכללו בביטוח הבסיסי ולפיכך נגרעו כיסויים שונים מן התוכניות. למשל, השתלות אברים בחוץ-לארץ, שמחירן עד 250,000 דולר, או מכשירי שיקום. מצד שני, הוספו כיסויים אחרים שהקופה נתנה בעבר במסגרת הסל הבסיסי ובעקבות החוק הועברו לביטוח המשלים. דוגמאות לכך הם טיפולי התפתחות בילדים וסוגי תרופות אחדים (גרוס וברמלי, 1996).

### 1. שנת 1995

בשנה הראשונה להפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי התקיימו דיונים רבים בעניין הסדרת נושא הביטוח המשלים במערכת. היו שהתנגדו להפעלת ביטוח משלים בידי קופות החולים בטענה, שהדבר יביא לאי-שוויון ויגביל את המעבר בין הקופות. התומכים בהפעלת ביטוח משלים בידי הקופות טענו, שהסדר זה יגביר את השוויון במערכת מאחר שהביטוח המשלים, בניגוד לביטוח המסחרי, אינו יקר ונמצא בהישג ידם של רבים.

חברות הביטוח המסחריות התנגדו להפעלת הביטוח המשלים בידי קופות החולים משום שמבחינתן היה זה מוצר מתחרה ומטבע הדברים הן שאפו לשמור לעצמן פלח שוק גדול ככל האפשר. המפקח על הביטוח במשרד האוצר התנגד גם הוא, אמנם משיקולים אחרים: חשש מחוסר יציבות פיננסית של הקופות, העדר עתודות אקטואריות, והיות הקופות גופים ציבוריים מסובסדים ומלכ"רים הנהנים מהקלות במס. לעומתם, התומכים בהפעלת הביטוח המשלים בידי קופות החולים טענו, שההכנסות מן הביטוח המשלים יסייעו לקופות במימון הוצאות הסל הבסיסי ושהביטוח המשלים מאפשר להרחיב את היקף השירותים לאזרח ואת זמינותם שלא על חשבון התקציב הציבורי.

דיון התקיים גם בשאלה של תוכן סל השירותים המשלים. השאלה העיקרית שעלתה היתה, האם לאפשר לקופות להציע שירות תחליפי (כגון ניתוח בבית-חולים פרטי בידי מנתח פרטי). החשש העיקרי היה, שמתן אפשרות כזו תגדיל את אי-השוויון במערכת הציבורית בין בעלי הביטוח המשלים לאחרים בקבלת השירות הציבורי. לבסוף, התקיים דיון בשאלה הפיננסית של האפשרות לזליגת כספים מן הסל הבסיסי לסל המשלים ובאילו דרכים ניתן למנוע זאת.

הכיוון שהתגבש בתקופה זו בא לידי ביטוי בטיוטת תקנות מיום 7 בדצמבר 1995 (מדינת ישראל, 1995). בטיוטת התקנות נקבע, שקופות החולים יציעו ביטוח בריאות משלים באמצעות חברת ביטוח. הוטל איסור על העברת כספים מסל השירותים הבסיסי לשירותים המשלימים. כמורכך הוטל איסור על הכללת בחירת רופא וקיצור זמני המתנה בביטוח המשלים.

בתקופה זו החלה קופת חולים כללית בפיתוח תוכנית ביטוח משלים באמצעות חברת הביטוח "דקלה". גם קופת חולים לאומית הציעה תוכנית חדשה, באמצעות חברת הביטוח "הפניקס". קופות החולים מכבי ומאוחדת המשיכו לשווק את התוכניות הקודמות שלהן בעצמן.

## 2. השנים 1996-1997

כשנים אלה, לנוכח כוונות המדיניות שבאו לידי ביטוי בטיוטת התקנות הנזכרת, פעלו חברות הביטוח והמפקח על הביטוח במשרד האוצר לתת לחברות הביטוח בלעדיות בשוק הביטוח המשלים. לעומתם, קופות החולים מכבי ומאוחדת דרשו, שהביטוח המשלים ינוהל בקופות עצמן, ולא באמצעות חברת ביטוח. הן טענו, שלקופות יש ניסיון רב-שנים בניהול ביטוח בריאות, והביטוחים המשלימים מתנהלים ללא גירעון ואף ברווח. לפיכך, לטענתן, לא היתה סיבה שחברות הביטוח ייהנו מרווחים אלה ועדיף להשאירם בידי הקופות שיפנו, לדבריהן, את הרווחים לכיסוי גירעונות הסל הבסיסי ולשיפור השירותים למבוטחים. באותה תקופה נטה משרד הבריאות להעביר את נושא הביטוחים המשלימים לשוק הפרטי, ולהפסיק את פעילות קופות החולים בתחום, בעיקר מן השיקול של פגיעה בשוויוניות השירות במערכת הציבורית.

## 3. שנת 1998

במסגרת חוק ההסדרים, התשנ"ח-1998, נקבע, שקופות החולים ינהלו בעצמן תוכניות של ביטוח משלים, ולא באמצעות חברת ביטוח. תוכניות אלה נקראו "שירותי בריאות נוספים" או "שב"ן". יחד עם זאת, נקבע שבמסגרת ה"שב"ן" לא יכלל ביטוח סיעודי שלהפעלתו נדרשות עתודות אקטואריות. ביטוח סיעודי יינתן רק באמצעות חברות ביטוח מסחריות.

הוראות החוק קובעות עוד, שהביטוח יהיה כנגד שירותים בפועל (ולא פיצוי כספי), שיינתנו באמצעות הקופה או באמצעות ספקים שהיא קשורה עמם. בנוסף לכך, על-מנת להתמודד עם בעיות הנובעות מאי-השוויון שעשוי להיגרם כתוצאה מהפעלת ביטוח משלים, לפי הוראות החוק על קופת החולים לקבל כל פונה ללא קשר למצב בריאותו. כמור-כן נקבע, שאין להגביל זכויות של מצטרפים (החרגה), למעט תקופות אכשרה<sup>4</sup> סבירות, ואין להפלות בין עמיתים בתוכנית. ועוד נקבע, שהפרמיה תהיה אחידה לכל קבוצת גיל, ולפיכך לא תשקף את רמת הסיכון של הפרט לחלות.

על-מנת להבטיח את היציבות הפיננסית של התוכניות נקבע, שהן ינוהלו כמשק כספי נפרד. בנוסף לכך, נאסר על קופות החולים להעביר כספים המיועדים למימון הסל הבסיסי לתוכניות הביטוח המשלים. אולם, לא נאסר עליהן להעביר רווחים מתוכניות הביטוח המשלים לכיסוי גירעונות במסגרת הסל הבסיסי. כמור-כן נקבע, שהגורם המפקח על תוכניות הביטוח המשלים יהיה משרד הבריאות, ולא המפקח על הביטוח במשרד האוצר, שכן התוכנית הוגדרה כתוכנית שירותים נוספים, ולא ביטוח. לשר הבריאות ניתנה הסמכות לאשר את תוכניות ה"שב"ן של קופות החולים ולפקח עליהן.

בהשוואה לטיטת התקנות שהוצעה ב-1995, הוראות חוק ההסדרים יוצרות מצב שבו הביטוח המשלים נעשה דומה יותר לביטוח חברתי מאשר לביטוח פרטי. כמור-כן, הוראות החוק מעצבות את הביטוח המשלים כמוצר שהוא שונה במאפיינים מרכזיים מן הביטוח הפרטי.

הדבר בא לידי ביטוי בשינוי הגורם המבטח (קופה, ולא חברת ביטוח), סוג הכיסוי (שירות, ולא פיצוי), נגישות (איסור החרגות) והגורם המפקח (משרד הבריאות, ולא המפקח על הביטוח במשרד האוצר). מאפיין זה של הביטוח המשלים מתחזק גם לנוכח הקווים המנחים שהוציא משרד הבריאות,<sup>5</sup> שבהם מפורטות הוראות החוק העיקריות (סעיפים 1-2) ודרישות נוספות מקופות החולים (סעיפים 3-9):

- (1) תוכנית "שב"ן היא בעיקרה תוכנית למתן שירות בפועל (ולא מתן פיצוי כספי). במקרים אחדים יינתן החזר כספי בגין שימוש בשירותים הכלולים בתוכנית.
- (2) קופה אינה יכולה לסנן מבוטחים בגלל סיבות רפואיות ולשם כך נאסר על חיתום רפואי, החרגה, ותקופות המתנה. מותרת רק תקופת אכשרה שלא תעלה על 24 חודש.
- (3) לא ניתן להתנות קבלת שירותים בסל הבסיסי בחברות ב"שב"ן."

4. תקופת אכשרה היא פרק הזמן שתחילתו בעת הצטרפות המבוטח לביטוח אשר במהלכו הוא אינו זכאי לכיסוי הביטוח.

5. בעקבות חוק ההסדרים, שהעביר את אחריות הפיקוח על תוכניות ה"שב"ן ממשרד האוצר למשרד הבריאות, נעשה שינוי במבנה משרד הבריאות. בינואר 1998 מונתה סגנית למנכ"ל בתור אחראית לפיקוח על קופות החולים, הן לגבי הסל הבסיסי והן לגבי הסל המשלים.



- (4) חובה על המבוטח לרכוש את התוכנית על כל מרכיביה, אבל ייתכן שיהיו לתוכנית מספר רבדים, לפיכך המבוטח לא יחויב לרכוש את כל הרבדים. אולם, כל רובד ירכש על כל מרכיביו.
- (5) תוכניות "שב"ן" חייבות להיות מאוזנות מבחינה כספית בכל שנה והניהול הפיננסי חייב להיות נפרד מן הסל הבסיסי.
- (6) הקופה חייבת ליידע את החבר בכל הנוגע לזכויותיו וחובותיו ב"שב"ן", כולל תעריפים ואופן הפסקת החברות בתוכנית.
- (7) חייב להיות זמן סביר קבוע מראש להכרעה בגין תביעה של מבוטח.
- (8) חייב להיות מנגנון ערעור.

(9) חובת רציפות זכויות והמשכיות במעבר מתוכנית ביטוח משלים קודמת של הקופה, או מטעמה, לתוכנית ה"שב"ן" החדשה.

שינוי נוסף הכלול בקווים המנחים של משרד הבריאות נוגע לרכיב ביטוח סיעודי. נקבע, שקופות החולים רשאיות לכלול בתוכנית ה"שב"ן" גם ביטוח סיעודי, אולם רכיב זה צריך להינתן באמצעות חפזת ביטוח. לרכיב זה נדרש אישור של המפקח על הביטוח במשרד האוצר. על הקופה נאסר להתנות הצטרפות ל"שב"ן" בהצטרפות לביטוח הסיעודי. כמו-כן נדרש הסכם שיפוי בין חברת הביטוח לקופת החולים כך שהאחריות על התשלום למבוטחים תהיה של חברת הביטוח, ולא של הקופה.

#### 4. השנים 1999-2000

הדיון בתוכניות הביטוח המשלים נמשך במשרד הבריאות בשנת 1999 ונסב בעיקר על השאלה אילו נושאים יותרו לכיסוי בתוכניות אלה. הסוגיה העיקרית שנדונה היתה, האם לאפשר לקופות החולים להציע שירות משופר בתחומים הנכללים בסל הבסיסי, ובפרט - האם לאפשר כיסוי לבחירת רופא פרטי. בנושא זה נתגלעו חילוקי דעות במשרד הבריאות. המצדדים באישור כיסוי לבחירת רופא פרטי טענו, שבעקבות כך אפשרות הבחירה תהיה נגישה יותר גם לשכבות חלשות. בנוסף לכך, איסור בחירת רופא פרטי יקשה על התחרות של הביטוחים המשלימים עם ביטוחי הבריאות המוצעים במגזר הפרטי. המתנגדים לכיסוי בחירת רופא פרטי טענו, שכיסוי זה יוצר שתי רמות של רפואה (לעשירים ולעניים) לגבי אותם השירותים המכוסים בסל הבסיסי. מלבד זאת, יהיו לכך השלכות על הנהגת שירות רפואי פרטי (שר"פ) בבתי חולים ממשלתיים ועל האפשרות לבחור רופא במסגרתם. לאור זאת נטען, שיש לדחות את ההחלטה עד לגיבוש מדיניות כוללת ועקבית בנושא מבנה בתי-החולים, הנהגת שר"פ וסוג הכיסוי המותר בתוכניות הביטוח המשלים.



בשל כך התעכב אישור תוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים, אולם בסופו של דבר, במהלך שנת 2000, אושרו התוכניות עם הסעיפים המאפשרים בחירת רופא.

## התנהגות הצרכנים של ביטוח משלים בעקבות תקנות 1998

להלן יוצגו נתונים על היקף הבעלות ומאפייני בעלי ביטוח משלים בשנים שלפני החלת התקנות (1995, 1997) ובשנה שלאחריהן (1999), על-מנת לבחון מה היו השפעות המדיניות על התנהגות הצרכנים.

### 1. היקף הבעלות

מלוח מס' 1 עולה, שבין השנים 1995 ל-1997 לא היה שינוי מובהק מבחינה סטטיסטית בהיקף הבעלות על ביטוח משלים. לעומת זאת, בשנת 1999 בהשוואה ל-1997 היה גידול בשיעור בעלי ביטוח משלים (מ-37.5% ל-51%). הגידול היה גדול במיוחד בקרב מבוטחי שירותי בריאות כללית (מ-22% ב-1997 ל-44% ב-1999).

כאשר בוחנים את השינוי לפי משתני רקע נוספים מגלים, שבעוד שבין השנים 1995 ל-1997 כמעט לא היה שינוי בהיקפי הבעלות של הקבוצות החלשות, הרי שבין 1997 ל-1999 היה גידול רב בבעלות על ביטוח משלים בקרב בעלי השכלה יסודית ומטה (פי 2.2), בעלי מצב בריאות לא טוב (פי 1.7), בעלי הכנסה נמוכה (פי 1.8) ודוברי ערבית (פי 2.8). גידול נמצא גם בקרב דוברי רוסית, אך בשיעור נמוך יותר (פי 1.2).

ניתוח שינויים אלה לפי קופה מלמד, ששינויים מובהקים במאפייני בעלי הביטוח היו רק בקרב מבוטחי שירותי בריאות כללית, שבה הורחבו היקפי הבעלות בשנים 1997-1999. בקופות האחרות, שבהן היתה יציבות בהיקפי הבעלות בשנים אלה, לא היו שינויים בהרכב הפנימי של המבוטחים. ממצאים אלה מצביעים על הרחבת הנגישות לביטוח המשלים לקבוצות אוכלוסייה מגוונות בתקופה 1997-1999.

### 2. מאפיינים של בעלי ביטוח משלים

ניתוח מאפייני בעלי ביטוח משלים מלמד, שב-1999, למרות הגידול בבעלות על ביטוח משלים בקרב האוכלוסיות החלשות, עדיין שיעורי הבעלות גבוהים יותר בקרב השכבות החזקות. מלוח מס' 1 עולה, ששיעורי הבעלות בקרב הקשישים (34%) נמוכים לעומת הגילאים הצעירים יותר (54% בקרב בני 22-44 ו-57% בקרב בני 45-64). שיעורי הבעלות בקרב בעלי השכלה אקדמית (59%), על-תיכונית (54%) ותיכונית (52%), גבוהים לעומת שיעוריהם בקרב בעלי השכלה יסודית ומטה (33%). ברומה לכך, שיעורי הבעלות בקרב

לוח מס' 1. שיעור בעלי ביטוח משלים לפי משתני רקע (באהוזים)

סך הכל בעלי ביטוח משלים			
1999	1997	1995	
51	37.5	35	סך הכל <sup>2</sup>
*	*	*	קופת חולים <sup>1, 2</sup>
44	22	16	כללית
72	74	80	מכבי
63	59	65	מאוחדת
35	33	50	לאומית
*	*	*	גיל <sup>2</sup>
54	38	39	44-22
57	42	36	64-45
34	26.5	20	+ 65
			מין <sup>2</sup>
50	35	34	גברים
53	40	35	נשים
*	*	*	השכלה <sup>2</sup>
33	14.5	13	יסודית ומטה
52	37	36	תיכונית
54	38	34	על תיכונית
59	50	44	אקדמית
*	*	*	הערכת מצב הבריאות <sup>2</sup>
41	24	21	לא טוב / גרוע
56	42	42	טוב / טוב מאוד
*	*	*	הכנסה לנפש סטנדרטית <sup>1, 2</sup>
32	18	18	חמישון תחתון
43	33	32	חמישונים שני ושלישי
64	41	35	חמישון רביעי
72	62	47	חמישון עליון
*	*	*	שפה <sup>2</sup>
59	46.5	39	עברית
32	11.5	18	ערבית
27	22	29	רוסית

\* הברל מובהק בין הקטגוריות באותה שנה (0.001 < p).

1 הברל מובהק בין 1995 ל-1997.

2 הברל מובהק בין 1997 ל-1999.

לוח מס' 2. בעלות על ביטוח משלים בשנים 1997 ו-1999 לפי משתני רקע (רגרסיה לוגיסטית)

1999		1997		
Odds Ratio	מקדם B	Odds Ratio	מקדם B	
3.28	**1.19	11.2	**2.41	מבוטח של מכבי
2.18	**0.78	5.4	**1.68	מבוטח של מאוחדת
0.65	*-0.44	2.2	**0.80	מבוטח של לאומית
1.22	0.21	1.8	**0.57	קבוצת גיל 64-45
0.63	**0.46	1.3	0.24	קבוצת גיל 65 +
1.22	0.20	1.0	0.06	מין (אישה)
1.43	**0.36	1.8	**0.57	השכלה אקדמית
3.30	**1.19	4.7	**1.55	דובר עברית
1.18	0.16	1.5	**0.43	הערכת מצב הבריאות: טוב

\*  $p < 0.05$   
\*\*  $p < 0.001$

המשתתפים לחמישון ההכנסה העליון (72%) והרכיעי (64%) גבוהים לעומת המשתתפים לחמישון השני והשלישי (43%) ולחמישון התחתון (32%). גם שיעורי הבעלות בקרב דוברי העברית (59%) גבוהים לעומת דוברי הרוסית (27%) והערבית (32%).

ב-1999 כבשנים קודמות עדיין שיעור בעלי ביטוח משלים גבוה יותר בקרב המעריכים את מצב בריאותם כטוב או טוב מאוד (56%) בהשוואה לאלה המעריכים את מצב בריאותם כלא טוב או גרוע (41%).

בניתוח רב-משתני (לוח מס' 2) נמצא, שב-1997 למשתנים "חבר מכבי", "חבר מאוחדת", "חבר לאומית", גיל 64-45, השכלה אקדמית, דובר עברית, והערכת מצב הבריאות כטוב או טוב מאוד היתה השפעה עצמאית חיובית על בעלות על ביטוח משלים. בניתוח דומה בנתוני 1999 נמצא שינוי. למשתנה מצב בריאות טוב אין השפעה עצמאית על בעלות על ביטוח משלים. שינוי נוסף הוא בהשפעת הגיל. בעוד שב-1997 בקרב גילאי הביניים שיעורי הבעלות היו גבוהים יחסית, ב-1999 נמצא, שבקרב הקשישים (65+) שיעורי הבעלות נמוכים בהשוואה לקבוצות האחרות, כלומר קיים דמיון בין הצעירים לגילאי הביניים. בנוסף לכך, ב-1999 לחברות בקופת חולים לאומית היתה השפעה עצמאית שלילית על בעלות על ביטוח משלים, בעוד שב-1997 היתה לה השפעה חיובית.

השוואת היחס הצולב (odds ratio)<sup>6</sup> של משתני הרקע השונים ברגרסיה על נתוני 1997

6. היחס הצולב מבטא את ההסתברות היחסית לרכוש ביטוח משלים בקרב שתי קבוצות ההשוואה הדיכוטומיות. למשל, יחס צולב של 3.3 לדוברי עברית משמעו, שההסתברות גבוהה פי שלושה בהשוואה לדוברי ערבית ורוסית.

וברגסיה על נתוני 1999 מראה, שב-1999 עוצמת ההשפעה העצמאית של השכלה אקדמית, שפה עברית ומצב בריאות טוב היתה נמוכה יותר מאשר עוצמת ההשפעה של משתנים אלה ב-1997. כלומר, ב-1999 קיימים הבדלים קטנים יותר בשיעורי הבעלות בין בעלי השכלה נמוכה וגבוהה, בין דוברי עברית, ערבית ורוסית, ובין בעלי מצב בריאות טוב ולא טוב. גם עוצמת ההשפעה של חברות בקופות החולים מכבי ומאוחדת (לעומת חברות בקופת חולים כללית) נמוכה יותר ב-1999 לעומת 1997.

## התנהגות הצרכנים של ביטוח מסחרי בעקבות תקנות 1998

להלן יוצגו נתונים על היקף הבעלות ועל מאפייני בעלי ביטוח מסחרי בשנים 1995 ו-1997 לעומת 1999.

### 1. היקף הבעלות

מלוח מס' 3 עולה, שבין השנים 1995 ל-1997 לא היה שינוי מובהק מבחינה סטטיסטית בהיקף הבעלות על ביטוח מסחרי. לעומת זאת, בשנת 1999 בהשוואה ל-1997 היה גידול בשיעור בעלי ביטוח מסחרי - מ-16.5% בערך ל-24%. בקרב בעלי הביטוח המסחרי היה ב-1999 ל-50% בערך ביטוח מסחרי קבוצתי (ביטוח בריאות פרטי שנקנה באמצעות מקום העבודה, ארגון עובדים או ארגון אחר). ל-14% בערך מן האוכלוסייה היה גם ביטוח מסחרי וגם ביטוח משלים, ול-10% היה רק ביטוח מסחרי. בחינה לפי משתני רקע (ראו לוח מס' 3) מלמדת, שהשינויים בהיקפי הבעלות בקרב קבוצות שונות התרחשו בעיקר בין 1997 ל-1999. היה גידול רב בבעלות על ביטוח מסחרי בקרב קשישים (פי 3), דוברי רוסית (פי 3), דוברי ערבית (פי 2), בעלי השכלה יסודית ומעלה (פי 2), בעלי הכנסה נמוכה (פי 2) ומצב בריאות לא טוב (פי 1.8).

### 2. מאפייני בעלי ביטוח מסחרי

ניתוח מאפייני בעלי ביטוח מסחרי מלמד, שב-1999, בדומה למאפייני בעלי ביטוח משלים, שיעורי הבעלות היו גבוהים יותר בקרב השכבות החזקות (צעירים יחסית, בעלי השכלה אקדמית ובעלי הכנסה גבוהה).

בניתוח רב-משתני (ראו לוח מס' 4) נמצא, שב-1997 היתה למשתנים גיל 45-64, השכלה אקדמית ודוברי עברית השפעה עצמאית חיובית על בעלות על ביטוח בריאות מסחרי, ולמשתנה גיל 65+ היתה השפעה עצמאית שלילית.

בניתוח דומה ב-1999 נמצא, שרק למשתנה "השכלה אקדמית" יש השפעה עצמאית

לוח מס' 3. השוואה בין מאפייני בעלי ביטוח מסחרז בין השנים 1995-1999 (באחוזים)

סך הכל בעלי ביטוח מסחרז			
1999	1997	1995	
24	16.5	15.6	סך הכל <sup>2</sup>
			קופת חולים <sup>2</sup>
23	16	16	כללית
23	18	15	מכבי
24	18	16	מאוחדת
25	14	17	לאומית
*	*		גיל <sup>1, 2</sup>
24	16	17	44-22
27	23	17	64-45
18	6	11	+ 65
			מין <sup>2</sup>
25	19	17	גברים
22	14	15	נשים
*	*	*	השכלה <sup>2</sup>
13	7	6	יסודית ומטה
23	15	17	תיכונית
25	17	17	על תיכונית
29	23	21	אקדמית
	*	*	הערכת מצב הבריאות <sup>2</sup>
22	12	11	לא טוב / גרוע
24	18	18	טוב / טוב מאוד
*	*	*	הכנסה לנפש סטנדרטית <sup>1, 2</sup>
11	6	9	חמישון תחתון
20	15	15	חמישונים שני ושלישי
32	20	19	חמישון רביעי
35	33	21	חמישון עליון
*	*	*	שפה <sup>2</sup>
23	20	17	עברית
17	8	11	ערבית
33	11	15	רוסית

\* הבדל מובהק בין הקטגוריות באותה שנה ( $p < 0.001$ ).

1 הבדל מובהק בין 1995 ל-1997.

2 הבדל מובהק בין 1997 ל-1999.

לוח מס' 4. בעלות על ביטוח מסחרי בשנים 1997 ו-1999 לפי משתני רקע  
(רגרסיה לוגיסטית)

1999		1997		
Odds Ratio	מקדם B	Odds Ratio	מקדם B	
0.94	-0.06	0.99	-0.01	מבוטח של מכבי
0.93	-0.07	1.02	0.02	מבוטח של מאוחדת
1.1	0.1	0.89	-0.12	מבוטח של לאומית
1.26	0.23	1.56	*0.44	קבוצת גיל 64-45
0.78	-0.25	0.38	*-0.95	קבוצת גיל 65 +
0.83	-0.18	0.75	-0.29	מין (אישה)
1.6	*0.46	1.70	*0.53	השכלה אקדמית
1.01	0.01	2.28	*0.82	דובר עברית
1.02	0.02	1.05	0.05	הערכת מצב הבריאות: טוב

\*  $p < 0.001$ .

חיובית על בעלות על ביטוח בריאות מסחרי. לגיל ולשפת הדיבור לא נמצאה עוד השפעה עצמאית.

## דיון

ניתוח המדיניות להסדרת שוק הביטוח המשלים בשנים 1995-2000 מלמד, שמאז החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היו שינויים גדולים במדיניות. הדבר אינו מפתיע, שכן שוק הביטוחים הפרטיים הוא שוק מתפתח ונושא רווחים (ברמלי-גרינברג וגרוס, 1999), והן לחברות הביטוח והן לקופות החולים יש עניין להשפיע על המדיניות על-מנת להשיג יתרון תחרותי. גם הממשלה מגלה עניין בפיתוח השוק מאחר שיש בו הזדמנות לתוספת של מקורות הכנסה למערכת הבריאות שאינם מקורות ממשלתיים, אשר יאפשרו שיפור בשירותים או אף כיסוי גירעונות בתקציב המיועד למימון הסל הבסיסי, כפי שאכן נעשה (ויטקובסקי ונבו, 2000).

הדיון הציבורי התמקד בשאלה של השפעת הביטוחים המשלימים על השוויון במערכת, וגם בשאלת היכולת הפיננסית של הקופות להפעיל את התוכניות. מתוך ניתוח המדיניות עולה, שקובעי המדיניות ניסו לאזן בין האינטרסים והצרכים של הגורמים השונים. מצד אחד הבטיחו את מקומן ורווחיהן של קופות החולים בכך שהרשו להן לשווק ביטוח משלים בעצמן, ולא באמצעות חברות ביטוח. מצד שני הבטיחו את



מקומן של חברות הביטוח בכך שנתנו להן בלעדיות בתחום של שיווק הביטוח הסיעודי. בנוסף לכך, ניסו להתמודד עם הבעיה של יציבות פיננסית של קופות החולים בדרך של הפרדה פיננסית בין הסל הבסיסי והמשלים, הוראה שהקופות יתנו רק שירותים בפועל, והוראה שהקופות לא ישווקו ביטוח סיעודי שבו דרושות עתודות אקטואריות.

ניתוח המדיניות מלמד עוד על ניסיון לאזן בין הערכים של חופש בחירה ותחרות ובין אלה של שוויון וסולידריות באמצעות מתן אפשרות לקופות להציע ביטוח משלים יחד עם תקנות מגבילות המיועדות, בין השאר, להגביר את השוויון בנגישות לביטוח המשלים: חובה לקבל כל פונה, אי החרגה בכיסוי, סכסוד הדדי בין קבוצות גיל, התעלמות מסיכון אישי בפרמיה, ובקרה הדוקה של הממשלה על תוכניות הביטוח המשלים של קופות החולים.

נתוני המחקר האמפירי מראים, שב-1999, לעומת השנים 1995 ו-1997, היה גידול בשיעור בעלי הביטוח המשלים בקרב אלה המגדירים את מצב בריאותם כלא טוב או גרוע. כניתוח רב-משטני שבו נעשה פיקוח על קופה, גיל, מין, השכלה ושפה נמצא, שב-1999 לא היתה עוד למצב בריאות השפעה עצמאית על הבעלות על ביטוח משלים. בעבר, חולים נדחו מלהשתתף בתוכניות הביטוח המשלים או שהוצעה להם תוכנית עם הגבלות שונות (החרגות), שכנראה לא היה כדאי להם לרכוש. ייתכן שבעקבות התקנה של איסור ההחרגות גם חולים אלה הצטרפו לתוכניות הביטוח המשלים. נתונים אלה מלמדים, שכנראה ניתן לעצב באמצעות תקנות מינהליות את תוכניות הביטוח המשלים כך שיהיו תואמות יותר לערכים חברתיים רצויים, במקרה זה שוויון בנגישות וסולידריות במימון בין מבוטחים בריאים לחולים.

השינויים בהיקפי הבעלות על ביטוח משלים בשירותי בריאות כללית קשורים גם הם לשינויים במדיניות. במסגרת חוק ההסדרים, התשנ"ח-1998, נקבע כאמור, שאת הביטוח המשלים ינהלו קופות החולים, ולא חברות ביטוח. לפיכך, הרווחים מניהול הביטוח נשארים במלואם בידי הקופה, דבר המעלה את כדאיות הפעלת הביטוח הזה, במיוחד עבור קופת חולים כללית (היום - שירותי בריאות כללית). שבעבר ניהלה את הביטוח המשלים באמצעות חברת ביטוח. לעומת זאת, בקופות חולים מכבי ומאוחדת הביטוח נוהל בקופה גם בעבר, ומשום כך אין בשינוי המדיניות משמעות באותה מידה לגביהן. אכן, בקופת חולים כללית הוגברו במידה רבה מאמצי השיווק של הביטוח המשלים, דבר שבא לידי ביטוי בגידול רב בשיעור המבוטחים. לעומת זאת בקופות החולים מכבי ומאוחדת לא היה כמעט שינוי בשיעור המבוטחים בתקופה זו. ניתן לשער, שהסיבה לכך היא, שהיקפי הבעלות היו גבוהים מאוד כבר בשנים קודמות. בקופת חולים לאומית לא התרחש שינוי בשנים אלה, כנראה מפני שהופנו בה פחות משאבים לשיווק הביטוח המשלים. מראיונות עם נציגי הקופה הזאת עולה, שמאז 1999 מדיניות הקופה היא להפנות יותר משאבים לנושא ולפיכך צפויה עלייה בהיקפי הבעלות בשנים הבאות.

ממצאי המחקר הראו עוד, שבין השנים 1997-1999 היה גידול רב בהיקפי הבעלות על

הביטוח המשלים גם בקרב בעלי הכנסה והשכלה גמוכים, וגם בקרב דוכרי ערבית ורוסית,<sup>7</sup> למרות שתקנות חוק ההסדרים, התשנ"ח-1998, לא התייחסו ישירות לקבוצות אלה. שיעורי הבעלות בקרב אוכלוסיות אלה בשנים קודמות היו גמוכים במידה רבה בהשוואה לשיעוריהם באוכלוסיות החזקות יותר. לפיכך ניתן לשער, שבקופות החולים זיהו את פוטנציאל השיווק לאוכלוסיות אלה ועשו מאמץ מיוחד להגיע אליהן. יש לציין, שהגידול בשיעור בעלי הביטוח המשלים בקבוצות אלה נצפה בעיקר בקרב מבוטחי שירותי בריאות כללית. לפיכך, ייתכן שהדבר קשור לגידול בהיקפי הבעלות בקופה זו, למבנה האוכלוסייה בקופה או למאמצי שיווק מיוחדים שהופנו בקופת חולים כללית דווקא לאוכלוסיות אלה. במחקר המשכי יש מקום לבחון שאלה זו באופן מעמיק.

ניתוח הממצאים של היקפי בעלות על ביטוח מסחרי הראה, שבדומה לשינויים בהיקפי הבעלות של הביטוח המשלים (עלייה מ-37.5% ב-1997 ל-51% ב-1999), גם אצל בעלי ביטוח מסחרי נמצא גידול בהיקף הבעלות הכללי בתקופה זו (מ-16.5% ב-1997 ל-24% ב-1999). בנוסף לכך, נמצא דמיון גם במגמה של גידול בבעלות בקרב האוכלוסיות החלשות: בעלי מצב בריאות גרוע, דוכרי ערבית ורוסית ובעלי הכנסה והשכלה גמוכים. נמצא גידול רב (פי 3) גם בקרב קשישים בני 65+.

ניתן להבין ממצא זה לאור התחרות הקיימת בין חברות הביטוח הפרטיות ובין קופות החולים על שיווק ביטוחי בריאות. שכן, לחברות הביטוח יש רווח גבוה בענף ביטוח זה. ניתוח נתונים פיננסיים על פעילות חברות הביטוח מלמד, שבשנים 1986-1996 היחס של פרמיות/תביעות עמד על 1.95 בענף הבריאות, לעומת 1.89 בענף החיים ו-1.42 בענף הכללי (ברמלי-גרינברג וגרוס, 1999). גם ראיונות עומק עם אנשי מפתח בחברות הביטוח ובקופות החולים לימדו, שקיימת תחרות על קהל יעד דומה. ביטוי בולט לתחרות זו נמצא בגידול במכירות של פוליסות קבוצתיות ופוליסות בריאות זולות הדומות לפוליסות הביטוח המשלים של קופות החולים והמכוונות לאותו קהל יעד (ברמלי-גרינברג וגרוס, 1999). ממצאים אלה מצביעים על כך, שלשינויים במדיניות הממשלתית היו השלכות עקיפות גם על השוק הפרטי, ולפיכך יש מקום לעקוב אחר השינויים גם בשוק זה.

מתוך ניתוח המגמות בשוק ביטוחי הבריאות המשלימים, הנתונים לפיקוח והסדרה ממשלתית, עולים תחומים נוספים שבהם התערבות ממשלתית עשויה לקדם את יעדי המדיניות המוצהרים. תחום אחד הוא הבטחת מנגנוני אכיפה, לנוכח ההוראות של משרד הבריאות, המסדירות את פעילות קופות החולים בשוק הביטוח המשלים. הדבר חשוב במיוחד מאחר שההוראות החדשות עשויות להקטין את רווחיות הביטוח כתוצאה מאיסור הגבלות או חריגות למבוטחים חולים. לפיכך, חשוב להקים מערכת לאיסוף מידע

7. הגידול בקרב דוכרי רוסית נמוך יותר מאשר בקרב דוכרי ערבית ובעלי הכנסה והשכלה גמוכים. ייתכן שהדבר קשור לגודל המשפחה הקטן יותר. שכן, התשלום בתוכניות הביטוח המשלים הוא משפחתי, כך שהביטוח כדאי יותר לבעלי משפחות גדולות. בנוסף לכך, הפוליסות כוללות שירותים רבים שהם אטרקטיביים למשפחות עם ילדים (כגון טיפולי התפתחות לילדים, טיפולים במכוני דיבור ושמיעה וכד').

שתאפשר פיקוח שוטף על המירה שבה קופות החולים מקיימות את ההוראות, בפרט קבלת כל פונה ואי החרגה. בהעדר מנגנוני אכיפה אלה קיים חשש, שהמטרות של קובעי המדיניות לא תושגנה במלואן.

תחום שני הוא המשך הרחבת הנגישות לביטוח לבעלי הכנסה נמוכה. מאחר שערך השוויון הוא אחד הערכים המרכזיים המנחים את מדיניות הבריאות בישראל (ועדת החקירה הממלכתית, 1990), ולאור היתרונות של שילוב ביטוחים משלימים לצד הביטוח הממלכתי (שפורטו במבוא למאמר), יש מקום לחשוב כיצד ניתן להגביר עוד את השוויוניות בנגישות לביטוחים המשלימים. בדומה להנחיות הנוגעות למכירת ביטוח משלים לחולים, ניתן לשקול התערבות גם בתחום של מחירי הביטוח, במטרה להרחיב את הנגישות של שכבות בעלות הכנסות נמוכות. למשל, ניתן לקבוע פרמיה פרוגרסיבית המתחשבת ברמת ההכנסה של הפרט, דבר שעשוי להוזיל את הביטוח לשכבות הביניים ולשכבות הנמוכות. כך תורחב הנגישות של קבוצות אלה לשירותי בריאות נוספים.

ניתן להמשיך ולצמצם פערים בהיקפי בעלות בין קבוצות האוכלוסייה השונות גם בדרך של מתן אפשרות לקופות החולים להציע סלים שונים, המותאמים לצרכים השונים של אוכלוסיות הדוברות שפות שונות, משתייכות לקבוצות גיל שונות או בעלות רמת הכנסה שונה. למשל, ייתכן שעל-מנת שסל השירותים יהיה מותאם יותר לצורכי בעלי הכנסה נמוכה עדיף שיכסה פחות שירותים, אבל סכומי ההשתתפות העצמית שיידרשו יהיו נמוכים. בדומה לכך, ייתכן שלגבי קשישים יש מקום להרחיב את הרכיב של ביטוח סיעודי ולצמצם רכיבים אחרים.

לסיכום, לאור השינויים המתמידים במדיניות ובשוק ביטוחי הבריאות יש חשיבות לכך שמחקרים עתידיים ימשיכו לעקוב אחר התפתחות השוק ואחר הפעילות הממשלתית להסדרתו. במיוחד חשוב להמשיך ולאסוף מידע על היקפי הבעלות, מאפייני הרוכשים והשוויון בין קבוצות האוכלוסייה השונות בכל הנוגע לנגישות לביטוח המשלים. נוסף על כך, חשוב לבחון באיזו מידה קיים שוויון בין בעלי ביטוח משלים לאחרים בקבלת השירותים שבמסגרת הסל הבסיסי שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. מידע מסוג זה יכול לסייע לקובעי מדיניות בתפקיד המורכב של הסדרת מערכת בריאות המושחתת על עקרונות של שוויון ואשר בה בעת מאפשרת שילוב ייחודי בין ביטוח ממלכתי ופרטי הניתנים לאזרח מטעם גורם ציבורי אחד.

## ביבליוגרפיה

- אדר, צ' (1993), "יעילות ושוויוניות במערכת הבריאות", נייר עמדה, סדרת ניירות דיון מס' 1, תל-אביב: אוניברסיטת תל-אביב.
- ברמלי-גריןברג, ש', גרוס, ר' (1999), ביטוח בריאות משלים ומסחרי 1998, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.

- גרוס, ר', ברמלי, ש' (1996), ביטוח בריאות משלים ומסחרי בישראל 1996, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- גרוס, ר', ברמלייגרינברג, ש' (2001), דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- ויטקובסקי, י', נבו, י' (2000), דוח על פעילות קופות החולים לשנת 1999, ירושלים: משרד הבריאות.
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), דין-וחשבון, כרך ראשון: דעת הרוב, כרך שני: דעת המיעוט, ירושלים: המדפיס הממשלתי
- כהן, מ', ברנע, ת' (1991), התפתחות שוק ביטוח הבריאות המשלים והמסחרי וביטוח הסייעוד בישראל וההשלכות על מערכת שירותי הבריאות ועל מדיניות הממשלה, דמ' 91-22, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.
- מדינת ישראל (1995), "חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תקנות ביטוח משלים", טיוטה מיום 7.12.95.
- משרד הבריאות (1998), קורים מנחים לתוכניות "שב"ן", ירושלים.
- צ'רניחובסקי, ד' (1996), "סל וביטוח 'משלימים' והרפורמה במערכת הבריאות הישראלית - סכנות והזדמנויות, בטחון סוציאלי, 47: 9-31.
- קיי, ר', רוטר, ר' (2001), ביטוחי בריאות נוספים בארצות אירופה והמערב, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל להתפתחות אדם וחברה.
- Arrow, K. (1963), "Uncertainty and welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 33(5): 941-965.
- Cohen, M., Barnea, T. and Rodwin, M. (1996), *Consumer Protection in the Health and Long Term Care Insurance Market in Israel*, Jerusalem: JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development.
- Evans, R.G. (1984), *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Canada: Butterworth.
- Garfinkel, S.A., Bonito, A.J. and McLeroy, K.R. (1987), "Socioeconomic factors and medicare supplemental health insurance", *Health Care Financing Review*, 9(1): 21-30.
- Glazer, J. and McGuire, T.G. (1995), "Risk adjustment and performance of market for health insurance", paper presented at the International Conference on Governments and Health Systems: Implications of Differing Involvement, Jerusalem, December, 1995.
- Gross, R., Rosen, B. and Chinitz, D. (1998), "Evaluating the Israeli health care reform: Strategies, challenges and lessons", *Health Policy*, 45(2): 99-117.
- McCall, N., Rice, T., Boismier, J. and West, R. (1991), *Private Health Insurance and Medical Care Utilization: Evidence from the Medicare Population*, Los Angeles: School of Public Health, University of California.
- Schneider, M., Dennerlein, R.K.H., Kose, A. and Scholtes, L. (1992), "Health care in the EC member states", *Health Policy: Special Issue*, 20(1 + 2).
- Shmueli, A. (1995), *Adverse Selection and Cream-skimming Effects in the Supplemental Health Insurance Market in Israel*, Jerusalem: The Hebrew University and the Gertner Institute.
- Shmueli, A. (1998), "Supplemental health insurance ownership in Israel: An empirical analysis and some implications", *Social Science and Medicine*, 46(7): 821-829.
- Short, P.F. and Vistnes, J.P. (1992), *Multiple Sources of Medicare Supplementary Insurance*, Rockville, Md.: CGHSIR, Division of Medical Expenditure Studies, Agency for Health Care Policy and Research.

**דברי חקיקה שנזכרו במאמר**

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ספר החוקים 1469, י"ז בתמוז התשנ"ד,  
חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנת 1998), התשנ"ח-1998.  
חוק להגברת הצמיחה והתעסוקה ולהשגת יעדי התקציב לשנת הכספים 1998, ספר החוקים (נספח לחוק  
ההסדרים במשק).

# דמי אבטלה לעצמאים ולדמויי-עצמאים

מאת רועי קרתי\*

ישראל, בדומה למרבית מדינות העולם שהונהג בהן ביטוח מפני אבטלה, אינה מבטחת עצמאים במסגרת ביטוח אבטלה ממלכתי. העדרו של ביטוח אבטלה ממלכתי לעצמאים נובע ממספר גורמים מוכרים: (1) קושי בקביעת עובדות, הנדרשות לצורך בדיקת הזכאות לדמי אבטלה ולשם קביעת גובה דמי האבטלה (למשל: האם אכן מדובר במובטל? האם מדובר באבטלה מאונס? מהי ההכנסה האמיתית שממנה ייגזרו דמי האבטלה?); (2) מחסור במקורות מימון לענף זה; (3) העדר צידוק להטלת אחריות סוציאלית על המדינה כלפי מי שבחר ב"עצמאות" (מציאת מסגרת כלכלית ראויה לטיפול בסוגיה זו). המאמר מתייחס להיבטים השונים של ביטוח עצמאים מפני אבטלה ומציע פתרון לבעיה, תוך התייחסות מיוחדת לעובדים המועסקים בחברה שהם בעלי מניותיה ואשר מצבם המשפטי אינו ברור.

---

## מבוא

ישראל, כמו מדינות רבות בעולם, אינה מבטחת עצמאים במסגרת ביטוח אבטלה ממלכתי. חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995 (להלן - החוק), קובע בעניין זה, שמבוטח בביטוח אבטלה הוא "תושב ישראל... והוא עובד הזכאי לשכר, שמעבידו חייב בתשלום דמי ביטוח בעדו." (סעיף 158 לחוק, בפסקה הראשונה, להגדרת "מבוטח"). לעניין זה יש משמעות כפולה: מחד גיסא, עצמאי אינו נדרש להפריש דמי ביטוח בעד ענף ביטוח אבטלה. לפי סעיף 335(ה) לחוק הביטוח הלאומי, דמי ביטוח אבטלה ישולמו רק בעד עובד המבוטח בענף זה.

מאידך גיסא, עצמאי שכשל ונאלץ לחסל את עסקיו אינו זכאי לדמי אבטלה מן המוסד לביטוח לאומי ועליו לקיים את עצמו מחסכונותיו עד שימצא מקור הכנסה חדש. בניתוח

---

\* הלשכה המשפטית, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.



הסיבות לכך דומה, שראוי להתייחס גם לקבוצה שאינה נמנית באופן מובהק עם אוכלוסיית העצמאים, אבל יש לה מאפיינים משותפים רבים עם אוכלוסייה זו. כוונתי לעובדים שכירים בתאגיד, שהם בעלי המניות העיקריים בו, או שיש להם שליטה אחרת בו.

## העצמאים בישראל

לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (נכון לשנת 1998), שיעורם היחסי של העצמאים בישראל הולך ופוחת (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1999). בשנת 1990 היו העצמאים 8.7% מכלל המועסקים במשק, ואילו השכירים היו 80% מכלל המועסקים במשק. שיעור השכירים עלה בהדרגה ובשנת 1998 היו השכירים 85% מכלל המועסקים במשק. לעומת זאת, שיעור העצמאים ירד בהדרגה ובשנת 1998 הם היו רק 6.8% מכלל המועסקים במשק. חלוקת יתר המועסקים במשק (נכון לשנת 1998), לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, היא כדלקמן: 4.6% מעבידים; 2.6% חברי קיבוצים; 0.4% חברי קואופרטיבים; 0.5% בני משפחה המועסקים ללא תשלום. לצורכי מאמר זה מצבם של חברי שלוש הקבוצות הראשונות דומה למצב העצמאים, הואיל וגם הם אינם זכאים לדמי אבטלה מאותן הסיבות שבשלן אין משלמים דמי אבטלה לעצמאים. יש להניח, שיצירת אפשרות לביטוח עצמאים בענף אבטלה תחייב מתן זכות שווה גם למעבידים ולבני קיבוצים. לפיכך, לצורך מאמר זה, חלקה של האוכלוסייה הרלוונטית (עצמאים ודומיהם) מגיע ל-14% מכלל המועסקים במשק.

מבדיקת נתוני המוסד לביטוח לאומי (בנדלק, 2001) עולה, שההכנסה הממוצעת לעצמאי בישראל מוערכת ב-6,500 ש"ח לחודש (לשנת 2000). ממוצע ההשתכרות לעצמאי גבוה במעט מן השכר הממוצע למשרת שכיר, אולם מסתבר, שהתפלגות ההכנסות בקרב העצמאים שונה מזו שבקרב השכירים:

- 23.3% מן השכירים מקבלים שכר בגובה שכר המינימום (או פחות), לעומת 30.7% מן העצמאים.
- 38.8% מן השכירים מקבלים שכר בגובה השכר הממוצע במשק (או פחות), לעומת 28.1% מן העצמאים.
- 1.6% מן השכירים מקבלים שכר שהוא יותר מפי ארבעה מן השכר הממוצע במשק; ואילו בקרב העצמאים 3.6% מגיעים להכנסה כזאת.

מן האמור לעיל עולה, שהכנסתם של מרבית העצמאים בישראל נמוכה יותר מהכנסתם של מרבית השכירים, אבל מיעוט מן העצמאים מצוי ברמות ההכנסה הגבוהות ביותר וגורם להעלאת ממוצע ההשתכרות בקרב העצמאים (או במילים אחרות - הפערים בקרב העצמאים גדולים מאלה שבקרב השכירים).

לקביעה זו יש להוסיף את ההסתייגות שלהלן: דומה, שלעצמאי קל יותר להעלים הכנסות מאשר לשכיר ולפיכך יש להניח, שנתוני ההשתכרות של העצמאים (המבוססים על הדיווח למס הכנסה) מוטים כלפי מטה.<sup>1</sup>

דיונים שנערכו בכנסת בנושא ביטוחם של עצמאים בביטוח אבטלה מלמדים, שבשנים האחרונות נפגעה הכנסתם של העצמאים קשות בעקבות המיתון במשק, מיתון שהביא לסגירתם של אלפי בתי עסק קטנים.<sup>2</sup> אין ספק, שמצבו של המשק וההרעה שהיתה כמצבם של העצמאים בישראל הם הגורמים העיקריים לריבוי הצעות החוק בנושא זה (על כך - להלן).

הערכת עלות ביטוח עצמאים בענף אבטלה מחייבת מספר הנחות שאינן בהכרח מדויקות. בכל זאת, על-מנת להבין את סדרי הגודל בהם עסקינן נניח את ההנחות דלהלן:

(1) שיעור מקבלי דמי האבטלה בקרב העצמאים (להבדיל משיעור ה"מובטלים") יהיה דומה לזה שבקרב השכירים (בערך 4.8%).

(2) דמי האבטלה הממוצעים שישולמו לעצמאי יהיו דומים בקירוב לאלה המשולמים לשכיר, קרי: 120.2 ש"ח ליום (המוסד לביטוח לאומי, 1999. הנתון נכון לחודש יוני 2000).

(3) שיעורי דמי הביטוח שייגבו מן העצמאים יהיו דומים לאלה הנגבים מן השכירים.

בהתקיים כל ההנחות האמורות, ובהתחשב באומדני הגבייה והתשלומים במוסד לביטוח לאומי לשנת 2000 (המוסד לביטוח לאומי, 2000, עמ' 25 ו-41), ביטוחם של עצמאים בביטוח אבטלה כרוך בעלות של 430 מיליון ש"ח לשנה בקירוב.

---

## הסיבות לאי ביטוחם של עצמאים בענף ביטוח אבטלה

---

כאשר תוקן חוק הביטוח הלאומי והוסף בו לראשונה פרק העוסק בביטוח אבטלה, לא הסביר המחוקק באופן מפורט את הסיבה לאי ביטוחם של העצמאים בענף זה. כל שנאמר בהקשר זה הוא: "האבטלה היא תופעה סימפטומטית במיוחד לציבור העובדים השכירים, ולפיכך, בארצות המתקדמות שהונהג בהן ביטוח אבטלה הוחל ביטוח זה על העובדים

---

1. מחקר שנערך בראשית פברואר 1996 הצביע על כך, שהעלמת ההכנסה הדיפרנציאלית בקרב העצמאים נאמדת ב-37%. כלומר, אם השכירים מעלימים 10% מהכנסתם, העצמאים מעלימים 43% ממנה (ראו קונדור, 1994).

2. לפי נתונים שהציג חבר הכנסת אבי יחזקאל, בשנת 1998 בלבד נסגרו 14,000 בתי עסק קטנים, שהועסקו בהם בערך 70,000 עובדים (דברי הכנסת, ישיבה רל"ט, חוברת א' (תשנ"ח), עמ' 68). יש לציין, שלא יודע מהו מקור המידע שממנו נלקחו הנתונים שהציג חבר הכנסת יחזקאל.

השכירים בלבד" (דברי יושבת-ראש ועדת העבודה והרווחה של הכנסת, חברת הכנסת שושנה ארבלי-אלמוזלינו).<sup>3</sup>

רק בשנים האחרונות, בעקבות הצעות חוזרות ונשנות לכלול את העצמאים במסגרת ביטוח אבטלה, נתנה הכנסת את דעתה לעניין זה והשאלה זכתה להתייחסות מעמיקה יותר (כפי שיפורט להלן).<sup>4</sup>

את הקשיים המתעוררים בקשר עם ביטוחם של עצמאים ניתן לחלק לשלושה:

- (1) קשיים "טכניים" הקשורים בקביעת עובדות, הנדרשות לצורך תשלום דמי אבטלה;
- (2) אחריות המדינה כלפי מי שבחר להיות "עצמאי";
- (3) בעיית המימון.

### קשיים "טכניים" בתשלום דמי אבטלה לעצמאים

הבעיות הקיימות לגבי אוכלוסיית העצמאים בעניין זה זכו לאחרונה להתייחסות מפורטת של בית-הדין הארצי לעבודה. יש לציין, שכל פסקי-הדין אשר עסקו בסוגיה זו דנו בשאלת מעמדו של עובד שכיר שהוא גם בעל מניות בחברה שהועסק בה (כפי שנראה להלן, הבעיות המתעוררות לגבי אוכלוסייה זו זהות לאלה הקיימות באוכלוסיית העצמאים).<sup>5</sup>

1. כיצד נדע אם מדובר באבטלה מאונס, שנכפתה על העצמאי (לעומת מצב של בטלה מרצון)?

ענף ביטוח אבטלה מיועד למי שהאבטלה נכפתה עליו שלא מרצונו. עניין זה מוצא את ביטויו במספר סעיפי חוק. כך, למשל, קובע סעיף 163 לחוק, שמחוסר עבודה ייחשב מובטל רק אם יראה "נכונות ומסוגלות" לעבוד בכל עבודה המתאימה לו. מחוסר עבודה שהופנה לעבודה כאמור וסירב לקבלה - לא יהיה זכאי לדמי אבטלה במשך חודש ימים שלאחר הסירוב (סעיף 166(ד) לחוק), ותקופת זכאותו לדמי אבטלה תקוצר בחודש (כך נקבע לאחרונה בתיקון לסעיף 171 לחוק).

3. דברי הכנסת כרך 60 (תשל"ב) עמ' 2039.

4. דברי הכנסת, ישיבה דל"ט, חוברת א' (תשנ"ח), עמ' 74. ראו למשל דברי שר העבודה והרווחה מיום 20.10.98.

5. ראו, למשל, בפסקי-הדין בעניין שלמה חיון: דב"ע נו/0-34 חיון נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם) (להלן - עניין חיון) ובפסקי-הדין בעניין צ' גרוסקופף: עב"ל 20182/97 המוסד לביטוח לאומי נ' י"צ גרוסקופף (פר"ע לד בעמ' 97. להלן, עניין גרוסקופף). מעניין לציין, שפסקי-הדין בעניין גרוסקופף מוזכר כהלכה המחייבת בפסקי-דין רבים שניתנו אחריו, למרות העובדה, שעוד בטרם ניתן פסקי-הדין בעניין גרוסקופף נקבעה הלכה דומה בפסק דינו של בית-הדין הארצי בב"ל 20257/97 "אשתמקר נ' המוסד לביטוח לאומי (פר"ע לד בעמ' 122).

זאת ועוד, בסעיף 166(ב) לחוק נאמר, שמי שהפסיק את עבודתו מרצונו וללא הצדקה, לא יהיה זכאי לדמי אבטלה כמשך 90 יום מיום הפסקת העבודה.<sup>6</sup> מן האמור לעיל עולה, שבתשלום דמי אבטלה יש חשיבות מכרעת לשאלה האם מדובר באבטלה מאונס או בהפסקת עבודה מרצון. דא עקא, שלגבי עצמאי אשר חיסל את עסקיו לא ברור כיצד יש לנהוג: האם יש לראות בו אדם שהפסיק את עבודתו מרצון (ולשלול ממנו 90 ימי דמי אבטלה), או שמא עלינו לבחון את הנסיבות שבהן חוסל העסק ולהכיר בכך שהאבטלה נכפתה עליו שלא מרצונו?

ניתן לטעון, שהבעייתיות שהוצגה לעיל קיימת גם לגבי עובד שכיר. הלה יכול "להגיע להבנה" עם מעסיקו ולקבל מכתב פיטורין, גם כאשר הפסקת העבודה נעשתה לפי רצונו שלו. אולם, יש הבדל מהותי בין מצבו של העצמאי למצבו של השכיר. אמנם השכיר יכול להציג מצג כוזב כאילו פוטר, אך זה יהיה מעשה תרמית המנוגד לרוח החוק וללשונו. לעומת זאת, אצל העצמאי קשה לקבוע מהו מצב הדברים האמיתי גם בהעדר כוונת תרמית.

## 2. קביעת אורך תקופת העבודה לגבי עובד עצמאי

אחד התנאים הנדרשים בחוק לשם קביעת זכאות לדמי אבטלה הוא צבירה של "תקופת אכשרה"<sup>7</sup>. ככלל, עובד שכיר משלם כל חייו דמי ביטוח ואינו שולט בכספים שהמעביד מגכה ממשכורתו (לרבות הפרשות לביטוח הלאומי). לעומתו עובד עצמאי יכול להימנע מדיווח ולהתחיל לשלם דמי ביטוח רק סמוך למועד סגירת העסק.

לפיכך, קיים חשש, שעובד עצמאי "יתמרן" את המערכת ויזכה בדמי אבטלה הודות לתשלום מזערי של דמי ביטוח, שישולמו רק בתקופה המינימלית הנדרשת לצורך יצירת הזכאות לדמי האבטלה.

## 3. קביעת 'שכר העבודה' של העצמאי, עובר לסיום עבודתו

דמי אבטלה בישראל הם "גמלה מחליפת שכר". לפיכך, קיים קשר בין שכרו של המובטל (בטרם נהפך למובטל) ובין דמי האבטלה המשולמים לו.<sup>8</sup> בהקשר זה עשויות להתעורר מספר בעיות לגבי עצמאי, הואיל והוא הקובע את שכרו.

6. בסעיף 166(ב) לחוק אמנם מדובר על שלילת זכאות ל-30 יום בלבד, אולם תקופת השלילה הוארכה ל-90 יום בהוראת שעה משנת 1991, שתוקפה הוארך עד שנת 2003 (ראו לוח י"ג לחוק). הארכת התוקף פורסמה בספר החוקים התשנ"ט, עמ' 90.

7. "תקופת אכשרה" היא תקופה שעבד המבוטח והופרשו בעדו דמי ביטוח לענף האבטלה. הודאות סעיף 161 לחוק קובעות מספר חלופות לעניין אורך תקופת האכשרה הנדרשת והחלופה ה"פופולרית" ביותר היא זו הדורשת 180 ימי עבודה במהלך השנה החולפת.

8. סעיף 167 לחוק קובע, שדמי האבטלה ישולמו כאחוזים משכרו הממוצע של העובד (להלן - שיעור התחלוף) בהתאם לטבלה המופיעה בלוח ז' לחוק. עיון בלוח ז' האמור מלמד, שככל שהשכר גבוה יותר, כך שיעור התחלוף נמוך יותר. בחיקונים שנעשו בשנים האחרונות הוגבלו דמי האבטלה המירביים, כך שבכל מקרה לא ישולמו דמי אבטלה בשיעור העולה על השכר הממוצע במשק.

מחד גיסא, קיים חשש, שעצמאי יגדיל את שכרו סמוך לסיום העבודה, על-מנת לזכות בדמי אבטלה גבוהים יותר. מאידך גיסא ייתכן גם מצב הפוך, שבו נעשה ניסיון אמיתי להמשיך ולנהל את העסק, למרות היותו כושל. במקרה כזה דווקא מי שניסה להמשיך ולקיים את עסקיו יוצא מפסיד, משום שהוא נאלץ, בדרך-כלל, להקטין את שכרו בחודשים האחרונים שלפני סגירת העסק (ואז גם דמי האבטלה שיקבל יהיו נמוכים יותר).

בעיה נוספת שעשויה להתעורר בהקשר זה היא שאלת ההבחנה בין שכר עבודה ובין תשלומים והטבות אחרות הניתנות לעצמאי שלא בעד עבודתו, כגון חלוקת דיווידנדים או החזר של "הלוואות בעלים". תשלומים מעין אלה אין להביאם בחשבון לצורך קביעת גובה דמי האבטלה (הואיל ולא מדובר בשכר עבודה), אולם לעתים קשה לדעת אם משכורתו של עצמאי משתלמת כולה בעד עבודתו, או שיש בה גם מרכיבים שאינם בעד עבודה, כאמור.

#### 4. קביעת "עבודה מתאימה" לעצמאי

כפי שצוין לעיל, סעיף 163 לחוק קובע, כי מי שרשום כ"מחוסר עבודה" בלשכת שירות התעסוקה ייחשב מובטל רק אם יראה "נכונות ומסוגלות" לעבוד במקצועו או בכל עבודה אחרת המתאימה לו.

עבודה מתאימה, כהגדרתה בחוק, היא מסוג העבודות שבהן עבד המבוטח בשלוש השנים האחרונות, ושאינה מחייבת שינוי מקום המגורים שלו.<sup>9</sup> בהקשר זה עשוי להתעורר קושי אמיתי בקביעת "עבודה מתאימה" לגבי מי שהיה עובד עצמאי וזאת משתי סיבות: ראשית, לא תמיד ניתן להגדיר בצורה מדויקת את העבודה שהעצמאי מבצע במסגרת ניהול עסקיו. כך, למשל, עצמאי המנהל חנות למוצרי מזון והעוסק גם בהיכטים המינהליים של העסק (גביית חובות מלקוחות, תשלום לספקים, הפקדת המחאות וכדומה), לא ברור מהי "עבודה מתאימה" עבורו, והאם כל אחד ממרכיבי עבודתו בעסק יכול להיחשב, כשלעצמו, "עבודה מתאימה".

שנית, גם כאשר סוג העבודה מוגדר בקלות, כגון עורך-דין המנהל משרד עצמאי, עדיין קיים ספק האם עבודתו של עורך-דין עצמאי דומה בטבעה לעבודתו של עורך-דין שכיר. אם התשובה לשאלה זו שלילית, אזי שירות התעסוקה יידרש להפנות עורך-דין עצמאי רק לעבודה כעצמאי, דבר שאינו מתקבל על הדעת.

#### 5. "מיהו מובטל?"

נוסף על האמור לעיל קיים קושי אמיתי לקבוע מתי עצמאי נותר באמת מחוסר עבודה, היינו - מתי הוא מובטל. קושי זה עשוי להיות מנוצל לרעה בידי עצמאי בכך שיבקש דמי אבטלה

9. המונח "עבודה מתאימה" הוגדר בסעיף 165 וכלוח י"ג לחוק. המונח כולל מספר רכיבים והוא מתחשב גם בגילו של המבוטח.



כל אימת שהעסק שלו נמצא בתקופה "חלשה" - וגם אם לא התחסל לחלוטין (זאת לאור העובדה שהכנסתו של עצמאי היא שנתית, ולא ניתן לייחס אותה לחודש מוגדר). זאת ועוד, בהחלט ייתכן מצב שבו אין עבודה בעסק במשך מספר חודשים ולאחריהם העסק "מתאושש". למוסד לביטוח לאומי אין כלים מתאימים לטפל במצבים מעין אלה, בהעדר הגדרה של "הפסקת עבודה לתקופה מוגבלת" (מה גם שאין לדעת מראש מה יהיה אורכה של התקופה האמורה, אלא אם כן חוסל העסק באופן שאינו מאפשר עוד את החייאתו, כגון: שבית העסק וכל הציוד שהופעל בו נמכרו).

---

### אחריות המדינה כלפי מי שבחר להיות "עצמאי"

---

המדינה מסייעת למי שהפך להיות מובטל בעזרת תשלום דמי אבטלה בגובה השכר (או חלקו) ששולם לו טרם היה למובטל. הסיוע האמור מוגבל בזמן. למעשה, דמי האבטלה נועדו לסייע "לגשר" על הפער שבין שתי תקופות עבודה.

דמי האבטלה מבטיחים לעובד "תקופת חסד" כלשהי, שבה יוכל לשמור על רמת ההכנסה שהורגל בה, למרות שאינו עובד (בכך שונים דמי האבטלה מגמלת הבטחת הכנסה, המשתלמת בשיעור אחיד ונמוך ביותר, ללא כל קשר להכנסה שהיתה למבוטח בעבר).

לפיכך, מבחינת הניתוח העיוני של מטרות הביטוח הסוציאלי בתחום זה, ראוי להבחין בין אבטלת שכיר לאבטלת עצמאי. עצמאי, היוזם הקמת עסק חדש, ניצב בפני סיכוי להצלחה כלכלית אדירה, אך הוא נוטל על עצמו מראש סיכון מחושב של כישלון עסקי (כאשר האבטלה היא רק אחד מתוצרי הלוואי של סיכון זה). לעומת זאת, העובד השכיר (במרבית ענפי הכלכלה) "מוותר" על הסיכוי להתעשרות מהירה, תמורת היתרון שבשכר קבוע ויציבות כלכלית. ניתן לטעון אפוא, שחובת המדינה לסייע ב"גישור" בין שתי תקופות של עבודה חלה רק לגבי עובד שכיר, שכן רק הוא בחר ללכת בדרך המבטיחה הכנסה יציבה ובגובה קבוע.

ענף ביטוח אבטלה נועד, במקורו, לבטח את העובד מפני התרחשות שאין לו חלק בה (ומכאן גם הסנקציה המופעלת כלפי מי שהתפטר מרצונו), ואילו עצמאי שכשל בעסקיו - הוא הנושא באחריות לכישלונו.

בהקשר זה יש לציין, שגם בקרב העצמאים עצמם אין תמימות דעים לגבי הפתרון המתאים ויש הסבורים שהחלת ביטוח אבטלה באופן כפוי על כלל העצמאים במשק אינו הפתרון הנכון (ראו להלן).

אמנם, אין חולק על כך, שהמשק זקוק ליזמות עצמאית ואין לו קיום בלעדיה, אך ספק אם ראוי שאחריות המדינה לעצמאים תינתן במסגרת ביטוח אבטלה (לגבי העצמאים דומה



שנכון יותר לדבר על קרן ביטוח, שההצטרפות אליה תהיה מתוך בחירה, ואשר תמומן בידי אלה החברים בה).

נוסף על האמור לעיל, מי שהפיק רווחים גדולים במסגרת העסק שלו, יכול להשתמש בהם בתור עתודה כלכלית ל"יום סגריר". אחת הטענות שבית-הדין הארצי לעבודה מעלה אפוא נגד ביטוחם של עצמאים בענף ביטוח אבטלה היא, ש"עובדים זקוקים להגנה בתקופת האבטלה יותר מעצמאים, משום שהם חשופים יותר לפגיעה חמורה של העדר תעסוקה וכן משום שקשה יותר לעובד לצבור חסכונות שיהיו מקור פרנסה בתקופת האבטלה. כל הכנסותיו של ה'עובד' מקורן בשכרו, ואילו לעצמאי המנהל עסק יש יותר אפשרויות לצבור משאבים שיוכלו לעזור לו להסתדר בתקופות כלכליות קשות. אין להשוות, לדוגמה, את מצבה הכלכלי של הפקידה במשרד עורכי דין למצבו של בעל המשרד, או את מצבה הכלכלי של האחות במרפאת הרופא למצבו הכלכלי של הרופא." (כך, אליבא דכבוד הנשיא ס' אדלר, בעמ' 162 לפסק-דינו בעניין גרוסקופף).

### מחסור במקורות מימון לענף אבטלה

סוגיית המימון היא סוגיה מרכזית בכל הנוגע לענף ביטוח אבטלה, ובפרט ככל שהדברים נוגעים לביטוחם של עצמאים. בראשית דרכו של ענף זה (בתחילת שנות ה-70) נהנה הענף מגבייה מסיבית של דמי ביטוח, לעומת תשלום נמוך יותר של גמלאות: בשנת 1970 היו דמי הביטוח שנגבו בעד ענף ביטוח האבטלה כשיעור של 5.3% משכר העובד<sup>10</sup> (שיעור זה נקבע בעד ענף ביטוח אבטלה וענף הנכות במשותף). בשנת 1973 נגבו דמי ביטוח כשיעור של 3% משכר העובד (עבור ענף ביטוח אבטלה בלבד).<sup>11</sup> בשלוש השנים הראשונות, 1970-1973, נגבו דמי הביטוח לענף זה עוד בטרם הוחל בתשלום דמי אבטלה למובטלים (הזכאות לדמי אבטלה החלה רק ביום 1.1.1973).<sup>12</sup> כלומר, במשך שלוש שנים הפרישו השכירים במשק משכרם לצורך צבירת הקרן שתשמש לתשלום דמי אבטלה. לפיכך, אחד הטיעונים שהועלו בהקשר זה הוא, שלפני ביטוחם של העצמאים בענף אבטלה יש לחייבם בצבירת קרן חדשה, בדומה לקרן שצברו השכירים (עוד בעניין זה ראו להלן). בשנת 1980 הופחתו דמי הביטוח לענף זה במידה רבה ונקבעו כשיעור של 0.6% בלבד משכר העובד.<sup>13</sup> בשנת 1986 הופחתו דמי הביטוח פעם נוספת והועמדו על 0.3% בלבד משכר העובד, כלומר, עשירית מן השיעור המקורי שנקבע לענף זה ב-1973.

10. לוח י' לחוק כנוסחו בתיקון מס' 3. פורסם בספר החוקים התשל"ל 58.

11. לוח י' לחוק כנוסחו בתיקון מס' 10. פורסם בספר החוקים התשל"ג 126.

12. הוראת התחילה בסעיף 20 של תיקון מס' 7 לחוק. פורסם בספר החוקים התשל"ב 78.

13. לוח י' לחוק כנוסחו בתיקון מס' 36. פורסם בספר החוקים התש"ס 117.

מאז שנת 1986 לא היו שינויים גדולים בדמי הביטוח הנגבים לענף זה והם עומדים היום על 0.19% משכר העובד שעד מחצית השכר הממוצע ועל 0.3% משכר העובד על חלק השכר שמעל מחצית השכר הממוצע במשק. הטעם העיקרי להפחתת דמי הביטוח באופן שתואר לעיל נעוץ ברצונו של אוצר המדינה להביא להפחתת עלות העבודה במשק.<sup>14</sup> לאור הפחתת דמי הביטוח, מחד גיסא, והגידול בשיעור האבטלה, מאידך גיסא,<sup>15</sup> הצטמצמה והלכה הקרן שנצברה בענף זה עד שבשנת 1998 הגיע ענף אבטלה למצב של גירעון; בתחילת השנה היה לענף עודף מצטבר בסך 874 מיליון ש"ח, אך בסופה כבר היה הענף בגירעון של 1.6 מיליארד ש"ח (המוסד לביטוח לאומי, 2000ב', עמ' 24).

הגירעון העצום שנצבר לחובת הענף הביא לשתי תוצאות שיש להן השלכה ישירה על הנושא הנדון כאן. הזכות לדמי אבטלה קוצצה במידה רבה: תקופת הזכאות קוצרה בהרבה, וכמיוחד קוצרה זכאותו של מובטל "כרוני" (מי שכבר היה מובטל כמהלך 4 השנים האחרונות).<sup>16</sup> הסנקציה המוטלת על "סרבן עבודה" הוחמרה<sup>17</sup> וסכום דמי האבטלה המירביים לחודש הוגבל והועמד על 57% מן השכר הממוצע במשק, שהם בערך 3,400 ש"ח בלבד.<sup>18</sup>

משמעותם המצטברת של התיקונים שתוארו לעיל היא, שענף ביטוח אבטלה מאבד מתוכנו. אם במקור כווננו דמי האבטלה להיות גמלה מחליפת שכר, היום אין כמעט קשר בין שכרו המבוטח של העובד ובין דמי האבטלה שיקבל. דמי האבטלה הופכים להיות אט אט

14. הקרן שנצברה בענף ביטוח אבטלה בשלוש שנותיו הראשונות היתה אמורה להספיק ל-30 שנות ביטוח; (לפי חישוב שנערך באותה עת). לעניין השינויים שחלו בשיעור דמי הביטוח בישראל ראו גם גורדון וטולידנו (1997), עמ' 4. הנתונים שהציגו עורכות הדוח (בלוח מס' 3), מלמדים על מגמה ברורה של הפחתת דמי הביטוח לענף אבטלה בישראל, לעומת העלאת דמי הביטוח לענף זה במרבית המדינות שנבדקו. הפחתת דמי הביטוח לענף זה בולטת במיוחד על רקע הגידול שהיה בשיעור האבטלה ובמספר מקבלי דמי האבטלה בישראל.

15. על העלייה התלולה בשיעור מקבלי דמי האבטלה בשנים 1979-1989 ראו גל (1992), עמ' 125. על המשך המגמה בשנים 1987-1998 ראו הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1999), בפרק "עבודה ושכר", עמ' 12.51.

16. מרבית התיקונים שנעשו בשנים האחרונות בענף האבטלה הוכנסו כתיקונים עקיפים במסגרת חוקי ההסדרים במשק המדינה. גם ההוראות בדבר קיצור תקופת הזכאות וביטול הזכאות למובטל "כרוני" מצויות בחוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי תקציב והמדיניות הכלכלית לשנת 2000), החש"ס-2000, בסעיף 2 לחוק. פורסם בספר החוקים החש"ס 66.

17. הוארך חוקפו של לוח י"ג לחוק, לפיו סרבן עבודה יאלץ להמתין 90 יום (במקום 30) עד לקבלת דמי האבטלה. ראו הערה מס' 6 לעיל.

18. האמור לעיל נובע מצירוף של שני תיקונים: התיקון הראשון הגביל את דמי האבטלה המירביים לגובה השכר הממוצע במשק או לגובה 66% ממנו - לגבי מי שהיה מובטל 125 ימים או יותר (התיקון פורסם בספר החוקים התשנ"ט 90). התיקון השני הגביל את דמי האבטלה המירביים פעם נוספת לגבי מובטל "כרוני" וקבע, שמובטל כזה יקבל 85% מדמי האבטלה המגיעים לו (התיקון פורסם בספר החוקים התש"ס 66). לפיכך, דמי אבטלה מירביים למובטל "חדש" עשויים להגיע לגובה השכר הממוצע במשק, אבל אם מדובר במובטל "ותיק", לא יעלו דמי האבטלה שלו על 57% מן השכר הממוצע במשק (0.66% כפול 0.85%).

גמלה אוניברסלית בדומה לגמלת הבטחת הכנסה (מבחינת גובה הגמלה המשולמת), בלי שיהיה כמעט הבדל בין המבוטחים השונים.

נקל להבהיר את האמור לעיל בעזרת השוואה בין שני "מובטלים כרוניים", שאחד מהם משתכר 2,000 ש"ח והאחר משתכר 30,000 ש"ח. למרות שהמבוטח השני מרוויח פי 15 מן המבוטח הראשון, דמי האבטלה שיקבל יהיו רק פי 1.5 מדמי האבטלה של הראשון.<sup>19</sup> לאור האמור, ספק אם ניתן להרחיב עוד יותר את אוכלוסיית המבוטחים בענף ביטוח אבטלה, בשעה שהענף אינו עומד בעומס התשלומים שהאוכלוסייה הקיימת מטילה עליו. קיים חשש, שהוספת אוכלוסיית העצמאים תהיה "המסמר האחרון" בארון הקבורה של ענף זה.

מאידך גיסא, הגירעון המצטבר בענף אבטלה מכוסה באמצעות שימוש בכספים הנגבים מכלל האוכלוסייה (ולא רק מן השכירים). בראשית שנת 1999 הועברו לענף אבטלה כל הכספים שנצברו בענף ביטוח מילואים.<sup>20</sup> מאוחר יותר, כשאזלו כספי ענף המילואים, נקבע, שגם כספים שנצברו בענף הילדים ישמשו מקור לתשלום דמי אבטלה.<sup>21</sup> כשיאזלו גם כספים אלה, יצטרך אוצר המדינה לכסות ישירות כל גירעון שייווצר בענף אבטלה, בהתאם להוראות סעיף 33 לחוק, הקובע זאת במפורש. מן האמור לעיל עולה, שכבר מספר שנים ענף ביטוח אבטלה ממומן למעשה מתשלומים המוטלים על כלל האוכלוסייה (לרבות העצמאים).<sup>22</sup>

דומה, שיש חוסר צדק כלשהו באי-ביטוחם של העצמאים בענף שגם הם נושאים בנטל מימונו. יחד עם זאת יש לזכור את הדברים שלהלן:

ראשית, אחד מעקרונות היסוד של הביטחון הסוציאלי הוא קיומה של ערבות ודאגה הדדית בין כלל תושבי המדינה. במסגרת זו קיימים ענפי ביטוח נוספים שעבורם נגבים דמי ביטוח מכלל האוכלוסייה, למרות שאינם בהכרח רלוונטיים לכולם. כך, למשל, נגבים דמי ביטוח בעד ענף אימהות גם מגברים (אף-על-פי שהם אינם נהנים ממרבית הגמלאות המשולמות לפי ענף זה). כמו-כן נגבים דמי ביטוח לענף ילדים גם ממי שברור שלא יהיו לו ילדים. זאת ועוד, אוצר המדינה מחויב להעביר מדי שנה סכומים נכבדים לטובת תקציבו

19. מובטל "כרוני" (למשל עובד עונתי), שהשתכר 2,000 ש"ח, זכאי לדמי אבטלה בשיעור של 80% משכר המינימום, שהם 2,300 ש"ח בערך (מובטל זה אינו מגיע לתקרת דמי האבטלה ולפיכך אינו מושפע מן התיקונים שהוכנסו בעניין זה). מובטל "כרוני" שהשתכר למשל 30,000 ש"ח, זכאי לדמי אבטלה בשיעור של 57% מן השכר הממוצע במשק (לאור התיקונים שצוינו לעיל), שהם 3,400 ש"ח בערך.

20. לצורך כך תוקן החוק בהוראה מיוחדת, שאפשרה את העברת הסכום האמור. ראו סעיף 28 לחוק, כפי שתוקן בתיקון מס' 34 (פורסם בספר החוקים התשנ"ח 90).

21. ראו בחוק ההסדרים לשנת 2000, הערה מס' 16 לעיל.

22. ואכן, משנת 1998 החל טיעון זה להישמע בהצעות חוק פרטיות בנושא ביטוחם של עצמאים. ראו, למשל, בדברי ההסבר להצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון - ביטוח אבטלה לעובד עצמאי), התשנ"ח-1998, מס' פ/2475-14.

של המוסד לביטוח לאומי (סעיף 32 וסעיף 339 לחוק) ומובן שסכומים אלה מקורם במסים שהוטלו על כלל האוכלוסייה העובדת.

שנית, אין להתעלם מכך, שבשלוש שנותיו הראשונות של הענף נשא ציבור השכירים לבדו בעול צבירתה של הקרן, שנועדה לתשלום דמי האבטלה. אמנם הסכומים המקוריים שנצברו בקרן אינם קיימים עוד, אבל דומה שיש מקום לנהוג עתה באופן דומה גם כלפי העצמאים, בטרם יבוטחו בענף זה. כלומר, יש לחייבם לשלם דמי ביטוח מספר שנים, לפני שיוכלו לזכות בדמי אבטלה.<sup>23</sup>

על כל אלה יש להוסיף כמובן את השאלה העקרונית של אחריות המדינה לגבי מי שבחר להיות "עצמאי" (כמתואר לעיל) וכיצד יש לממש אחריות זו (האם במסגרת ביטוח כפוי שיחול על כלל העצמאים, או בדרך אחרת).

### מעמדו של עובד שכיר שהוא בעל מניות (או דירקטור) בחברה

עד עתה תוארו הקשיים העשויים להתעורר עם שילובם של העצמאים בענף ביטוח אבטלה. כעת ייסוב הדיון על פסיקתו החדשה של בית-הדין הארצי לעבודה בעניין אחר, הקשור קשר הדוק בסוגיה זו.

בשנים האחרונות, עם השתכללות הפעילות העסקית במשק, עסקים רבים מעדיפים להתאגד בדרך של חברה בעירבון מוגבל, על-מנת ליהנות מיתרונות במיסוי ומן ה"חסינות" ש"האישיות המשפטית הנפרדת" מקנה. בדרך זו בוחרים כיום גם עסקים קטנים ועסקים בעלי אופי משפחתי, הנשלטים בדרך-כלל בידי אדם אחד או שניים.<sup>24</sup> אחת מ"תופעות הלוואי" של בחירה זו היא, שבעל העסק הופך להיות עובד שכיר של החברה שבבעלותו, כך שבאופן פורמלי מתקיימים בינו ובין החברה יחסי עובד ומעביד, אף-על-פי שלמעשה מדובר בעצמאי.

אין חולק על כך, שכל אדם רשאי ליהנות מן הכלים החוקיים שהמדינה מעמידה לרשותו בתחום העסקים (הן לעניין תכנון מס והן לעניין יצירת "אישיות משפטית נפרדת"). אולם

23. קיימת גם גישה הפוכה, לפיה אין לחייב את העצמאים ליצור קרן משל עצמם, שכן גם עובד שכיר, המתחיל לעבוד היום אינו מחויב בהפרשה כזו. חבר הכנסת יורי שטרן סבור, שאם מייחסים לשכיר חדש את הזכויות שנצברו בקרן לפני 30 שנה, אזי מדובר בסוג של "הורשת" זכויות מאב לבנו (האב הפריש לקרן והבן נהנה מן הביטוח). "הורשה" מעין זו אינה סבירה, מכיוון שאין הכרח שאביו של עובד שכיר היה אף הוא שכיר, או להיפך. ראו דברי הכנסת, ישיבה רל"ט, חוברת א' (תשנ"ח), עמ' 70.

24. עד לאחרונה חייבו הוראות פקודת החברות (נוסח חדש), התשמ"ג-1983 (ספר החוקים התשמ"ד 53), שמספר בעלי המניות בחברה לא יפחת משניים. דרישה זו גרמה לכך שבמרבית העסקים הקטנים הבעל מחזיק ב-99% מן המניות ואישתו מחזיקה במניה אחת נוספת. לאחרונה, עם כניסתו לתוקף של חוק החברות, התשנ"ט-1999 (ספר החוקים התשנ"ט 189), שוב אין צורך ביצירת הפיקציה האמורה, שכן חוק החברות החדש מתיר הקמת חברה שיש לה בעל מניות יחיד.

התעוררה השאלה כיצד יש להתייחס למצבים אלה בהקשר של ביטחון סוציאלי בכלל, ושל ענף ביטוח אבטלה בפרט.

קל לראות, שכל הקשיים והבעיות שהודגמו לגבי החלת ענף ביטוח אבטלה על עצמאים קיימים גם לגבי עובדים אלה. בדומה לעצמאי, עובד שכיר שהוא בעל המניות העיקרי בחברה נהנה משליטה מוחלטת בשכרו וגם שולט במועד תחילת העבודה וסיומה. לפיכך, גם לגבי עובד זה קשה לדעת אם מדובר באבטלה מאונס (לעומת בטלה מרצון), ולא תמיד ברור האם אכן מדובר ב"מובטל" לכל דבר ועניין. ההבדל היחיד בין עובד זה לעצמאי "רגיל" הוא, שעצמאי המועסק בחברה שבבעלותו משלם דמי ביטוח כמו עובד שכיר - לרבות דמי ביטוח בעד ענף אבטלה.

בעבר היתה נהוגה ההלכה, ש"נקודת המוצא היא, שיחסים בין חברה, ששניים הם בעלי מניות בה, והשניים הם מנהלי החברה (כלומר, דירקטורים), אינם יחסי עובד-מעביד, אלא יחסים שבין חברה למנהליה, או יחסים שבין חברה לבין בעלי המניות".<sup>25</sup> אמנם הוכרה גם האפשרות, שיתקיימו יחסים מקבילים, ושבעל מניות יהיה גם עובד בחברה, אבל נקבע, ש"יחסים מקבילים כגון אלה אינם הכלל, וקיומם מחייב אפשרות הפרדה מבחינת מהות הקשר המשפטי בין השניים... מכוח קיומו הנפרד והעצמאי של התאגיד. כפילות זאת של יחסים אפשרית, אך תמיד יש לבחון אם היא מעוגנת בעובדות." (שם). בפועל, נהגו בתי-הדין לעבודה לשלול את קיומם של יחסי עובד ומעביד ברובם המכריע של המקרים, תוך הסתמכות על ההלכה האמורה.<sup>26</sup>

באופן פורמלי, הלכה זו לא שונתה מעולם (בתי-הדין לעבודה אף ממשיכים לצטט אותה מעת לעת), אך יישומה בפועל שונה ממה שהיה נהוג בעבר, וזאת לאור פסקי-דין שניתנו לאחרונה בבית-הדין הארצי לעבודה ושבהם בחן בית-הדין מחדש את שאלת מעמדו של עובד "שכיר" המועסק בחברה שבבעלותו.

כך, למשל, בפסקי-הדין בעניין גרוסקופף היה בית-הדין ער לדמיון שבין בעל חברה ובין עצמאי, וחלק נכבד מפסקי-הדין יועד לניתוח הקשיים הנוגעים לביטוחם של עצמאים כביטוח אבטלה. בית-הדין אף מעלה מיוזמתו את השאלה דלהלן: "מדוע בעל עסק עצמאי... לא יהיה מבוטח בביטוח אבטלה בעוד שבעל עסק העושה את אותה עבודה באמצעות חברה בע"מ, יהיה מבוטח?"<sup>27</sup>

למרות האמור לעיל, פסק בית-הדין בסופו של דבר, שבעל חברה יכול להיות מבוטח בענף אבטלה, אם הוא עובד בחברה ומתקיימים בו שלושת המבחנים האלה:

25. דב"ע נב/33-02 ליובין נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע כד 367.

26. ראו, למשל, בכל אחד מפסקי-הדין שלהלן: דב"ע נג/128-02 טל נ' המוסד לביטוח לאומי, עב"אר, כו (2) 382; דב"ע נד/195-20 סוקולובסקי נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם); דב"ע נד/13-02 מקמילן נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם). בכל אחד מפסקי-הדין הללו נשללה זכותו של התובע לדמי אבטלה. ייתכן בהחלט, שאילו היו התביעות מוגשות היום, היה בית-הדין מגיע לחוצאה אחרת. 27. ראו הערה מס' 5 לעיל. לאור תוצאת פסקי-הדין נותרה השאלה ללא מענה.



- (1) המבחן הראשון - האם ניתן להבחין בין תפקידו ופעילותו של האדם כ"עובד" ובין פעילותו כדירקטור או בעל מניות;
- (2) המבחן השני - האם הסדר העבודה בחברה הוא אמיתי או פיקציה;
- (3) המבחן השלישי - האם ניתן לקבוע מה היה שכרו של האדם כ"עובד".

המבחנים שקבע בית-הדין אמנם צמצמו את היכולת להערים על המערכת, והפחיתו את מספר בעלי החברות שיהיו זכאים לדמי אבטלה (כך, למשל, בפסק-הדין בעניין חיון שלל בית-הדין את זכותו של התובע לדמי אבטלה מן הטעם שהלה לא הקפיד על הפרדה בין נכסי החברה ובין הכנסתו האישית כעובד). יחד עם זאת, טרם הוכרעה השאלה האם ראוי לשלם דמי אבטלה למי שמועסק בחברה שבבעלותו, מן הטעמים שלהלן:

ראשית, אין להתעלם מן הבעיה שבית-הדין עצמו הציג, לעניין ההפליה שתיווצר בין עצמאי ובין מי שהעסק שלו מאוגד כחברה (והוא עובד בה כשכיר).

שנית, יש להתחשב בשוני שבין חקיקה מן התחום הפיסקלי ובין חקיקה מתחום יחסי העבודה והביטחון הסוציאלי.

בתחום הפיסקלי יש עדיפות ברורה לאופן שבו בחר הנישום לנהל את עסקיו. הנישום רשאי "לתכנן" את צעדיו מראש, והדרך שבחר בה קובעת את האופן שבו יתייחסו אליו חבריו לעסקים ורשויות המס. לעומת זאת, כאשר מדובר בתחום הביטחון הסוציאלי אין מקום לאפשר "תכנון מוקדם".

ספק רב אם המחוקק התכוון לאפשר למבוטחים לתכנן מראש את מעמדם וזכויותיהם בביטוח הלאומי. גמלאות הביטוח הלאומי מיועדות למי שהמחוקק קבע שהוא זכאי לסיוע סוציאלי, ולפיכך אין מקום לאפשר למבוטח "ליצור" לעצמו זכאות באופן פיקטיבי, מקום שהמחוקק לא התכוון לתיתה.

זאת ועוד, בית-המשפט העליון ובית-הדין לעבודה פסקו באופן חד-משמעי, שבקביעת יחסי עובד ומעביד הגורם המכריע הן העובדות בשטח, ולא האופן שבחרו בו הצדדים לכנות את יחסיהם.<sup>28</sup> דומה, שהכלל האמור צריך לחול גם בקביעת מעמדו של מבוטח בביטוח הלאומי, דהיינו: שההכרעה תיעשה לפי המהות, ולא לפי "הכסות" שניתנה ליחסי

28. לאחרונה התייחס בית-המשפט העליון להוראת חוק, הקובעת שלא יתקיימו יחסי עובד ומעביד בין הרשות ובין מחלקי הדואר. בית-המשפט קבע, שהוראת החוק אינה מפורשת דיה ושיש לראות במחלקי הדואר עובדים של הרשות לאור המציאות בשטח, המלמדת על קיומם של יחסים כאלה. ראו בג"צ 97/6194 נקש נ' רשות הדואר ובית-הדין הארצי לעבודה (טרם פורסם). בדנג"ץ 4601/95 י"ח סרוסי נ' המוסד לביטוח לאומי (פ"ד נב(4) 817) פסק בית-המשפט העליון, שאת המונח "עובד" יש לפרש לאור מטרתו של החוק שבו עסקינן וייחכנו אף מקרים שבהם יוכר אדם כ"עובד" לעניין אחד, אך לא לעניין אחר. הלכות דומות נקבעו בעבר, אך במקרה זה נפסק, שאפשר גם לקבוע מעמד אחד לפרק אחד שבחוק, ומעמד שונה לצורך פרק אחר באותו חוק.



העבודה. מבחינה זו אין ספק, שבעל שליטה בחברה המועסק בחברה שבשליטתו דינו כדין עצמאי לכל דבר.

עיון בפסקי-הדין הראשונים שהתוו את ההלכה הנוהגת כיום בבית-הדין מלמד, שהן בעניין גרוסקופף והן בעניין אשתמקר היה מדובר בעובדים שמקום העבודה שלהם אילץ אותם להתאגר כחברה בע"מ, על-מנת להימנע מיצירת יחסי עבודה ישירים בין מקום העבודה לעובד.

בפסקי-הדין בעניין גרוסקופף היה התובע איש מחשבים שהועסק בבנק לאומי והמעסיק שלו דרש ממנו להקים חברה בע"מ (הבנק העדיף להתקשר עם חברה בע"מ כדי ליצור מצג לפיו מר גרוסקופף אינו עובד של הבנק, אלא של החברה שבבעלותו).

בפסקי-הדין בעניין אשתמקר התובע היה עמיל מכס, שנדרש לאגד את עסקיו בדרך של חברה בע"מ, בשל מגבלות חוקיות שלא פורטו (והקשורות בכך שהמדינה אינה מוכנה להתקשר עם עמילי מכס באופן אישי, אלא רק עם חברות העוסקות בעמילות מכס).

עינינו הרואות, בשני פסקי-הדין שהתוו את ההלכה הקיימת דובר למעשה בעובדים, ולא בעצמאים. בשני פסקי-הדין נועדה הקמת החברה להסוות את היחסים האמיתיים שבין העובד למעסיקו בפועל. בשני המקרים קוימו יחסי עובד ומעביד עם מעסיק יחיד ובשניהם הסתיימו יחסי העבודה לפי רצונו של המעסיק.

בעניין גרוסקופף בית-הדין אף התייחס במפורש לעובדה שהתובע "פוטר" בידי הבנק - והתעלם מכך שמעבידתו הפורמלית של התובע היתה החברה שבבעלותו.

מן המתואר לעיל עולה, שההלכה שנקבעה בעניין אשתמקר ובעניין גרוסקופף נעוצה, בראש ובראשונה, בגסיבות המיוחדות שהתקיימו באותם מקרים. למעשה, לא היה הכרח בקביעת ההלכה כפי שנקבעה. בית-הדין יכול היה לומר, שבמקרים שלפניו יש "להרים" את מסך ההתאגדות ולהתייחס רק למצב הדברים האמיתי (למעשה היו שני התובעים עובדים שכירים של מקבל השירות בפועל).

בהקשר זה יש לציין, שלאחרונה מסתמנות בבית-הדין שתי מגמות הפוכות בסוגיה הנדונה,<sup>29</sup> רק ימים יגידו האם פסקי-הדין שניתנו בעניין גרוסקופף ואשתמקר יסללו את

29. בדב"ע 20080/97 עמוס זיו נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם) קבעה השופטת א' ברק: "ראוי לציין כי קיימת היום נטייה, הנראית לי, לראות בדירקטור עובד גם ללא דואליות של תפקידים, היינו, גם אותו דירקטור שאין להפריד בין תפקידו כדירקטור לתפקידו כעובד - יש לראות כעובד... גם אם עיסוקו כדירקטור הוא עיסוקו היחיד בחברה...". אמנם הדברים האלה נאמרו במסגרת הערת אגב, אבל הם מצביעים על מגמה ברורה של הרחבת ההלכה שנקבעה בעניין גרוסקופף. בעקבות הדברים האמורים ניתנו פסקי-דין רבים בערכאות הנמוכות של בית-הדין לעבודה, המזכים בעלי חברות בדמי אבטלה בהסתמך על פסקי-הדין בעניין עמוס זיו (למשל, ב"ל 20330/98 סלמה מאיר נ' המוסד לביטוח לאומי; ב"ל 2700/98 שוץ נ' המוסד לביטוח לאומי וגם ב"ל 20407/98 בנימין רז נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסמו). בכל אחד מפסקי-הדין הללו פסק בית-הדין לטובת התובע, למרות קיומן של אינדיקציות ברורות להעדר יחסי עובד ומעביד אמיתיים, כגון: תנודות חריפות בשכר, ויתור על השכר

הדרך לביטוחם של כלל העצמאים במדינת ישראל (שינוי כזה יחייב מן הסתם גם התייחסות של המחוקק).

סוגיית מעמדו של "שכיר המעסיק את עצמו" מתעוררת גם בשיטות ביטוחן סוציאלי במדינות אחרות. לאחרונה פסק בית-המשפט לערעורים אזרחיים באנגליה,<sup>30</sup> שאמנם ניתן לראות בבעל מניות המועסק בחברה עובד, אבל רק לאחר בחינה מדוקדקת של נסיבות העסקתו. לעניין זה מנה בית-המשפט מספר נושאים שיש לבחון בטרם הכרעה, כגון:

(1) טיבו של החוזה שנכרת בין העובד לחברה, קרי: האם מדובר בחוזה אמיתי או רק למראית עין, ובאיזה שלב נכרת (יש לציין, בהקשר זה, שהפסיקה בישראל ויתרה לחלוטין על הדרישה שבין הצדדים יהיה הסכם כתוב).

(2) מידת השליטה שהיתה למעסיק (החברה) על העובד.

(3) האם היו לחברה דירקטורים או מנהלים נוספים (מלבד העובד), והאם היתה לעובד השפעה מכרעת על נסיבות העסקתו ופיטוריו.

לסיכום נקודה זו יצוין, שהבעיות שהתעוררו בעקבות פסיקתו של בית-הדין הארצי

המשך הערה מס' 29:

המופיע בתלוש המשכורת, ויתור על זכויות סוציאליות וכדומה. במקרה אחר בית-הדין אף זיכה את התובע בדמי אבטלה למרות שהלה היה רשום כעצמאי (ב"ל 92827/00 (בלייכר נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם)). וראו גם בדב"ע נו/02-86, ברור נ' המוסד לביטוח לאומי (פד"ע ל"ח עמ' 166). לעומת זאת, בחודשים האחרונים ניתנו מספר פסקי-דין המצביעים דווקא על מגמה הפוכה מזו שתוארה לעיל, שיש בהם כדי לצמצם את ההלכה שנקבעה בעניין גרוסקופף ואשתמקר. כך, למשל, בדב"ע 20379/97 דבורה אורלי נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם) קבע השופט י' פליטמן כדלקמן: "מי שבחר לאגד עסקו בחברה והוא מנהלה ובעל השליטה בה, אזי על-פי תכליתו הסוציאלית של החוק... אין הוא ראוי להיחשב כעובד שלה... כשם שעצמאי, שחדל לעסוק בעיסוקו אינו ראוי להיחשב כעובד לעניין ביטוח אבטלה." (הדברים נאמרו במסגרת הערת אגב). ראו גם בדב"ע נו/02-347 סעד נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע לר עמ' 219, ובעב"ל 319/99, מינה נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם). בהשראת הדברים האמורים פסק גם בית-הדין האזורי לעבודה בתל-אביב (מפי כב' השופטת ש' מאירי): "אל לנו להפלות לטובה מי שניהל עסקיו בחברה... מול מי שניהל עיסוקו בשותפות או סתם כך בעסק שאינו אישיות משפטית... אין מתקבל על דעתנו כי עקרון האישיות המשפטית הנפרדת יהפוך כבמטה קסמים אדם שבפועל מכלכל את ענייניו במסגרת חברה... למבוטח כביטוח אבטלה." (ב"ל 92637/99 סלמונוביץ' נ' המוסד לביטוח לאומי. טרם פורסם). ביום 6.3.01 ניתן פסק דינו של בית-המשפט העליון בעניין דומה כבג"צ 1839/01 אלהרר נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם). לצערי בחר בית-המשפט העליון שלא להכריע בין שתי הגישות האמורות. מפסק-הדין לא ניתן להבין מהי עמדתו של בית-המשפט העליון בסוגיה, הואיל והוא מאשר את פסק דינו של בית-הדין הארצי (שניתן מפי כב' השופט פליטמן, והשולל את זכאותו של המבוטח לדמי אבטלה), תוך אזכור עמדתה של כב' השופטת ברק בפסק-הדין זיו דלעיל.

30. *Secretary of State for Trade v. Bottrill*, [2000] 1 All.E.R. pp. 915. פסק-הדין מתייחס לזכאות לגמלה המשולמת לעובד, שמעסיקו פשט את הרגל ונותר חייב שכר עבודה. התובע טען, שהוא זכאי לגמלה זו על אף העובדה שהיה המנהל ובעל המניות היחיד בחברה שבה הועסק (בישראל קיימת גמלה דומה במסגרת פרק ח' בחוק הביטוח הלאומי).

לעבודה בעניין גרוסקופף, והעובדה שהיום ניתן להקים חברה שיש בה בעל מניות יחיד (לפי סעיף 3 לחוק החברות), הובילה להתקנת סעיף 6א בחוק הביטוח הלאומי.<sup>31</sup> סעיף 6א האמור קובע, ששר העבודה והרווחה רשאי לקבוע כצו את מעמדם של חברים בתאגיד (שכירים או עצמאים). דא עקא, שהצו האמור מעולם לא פורסם ולפיכך נותר המצב הקיים בעינו.

## ביטוח עצמאים בענף אבטלה - ניסיונות לפתרון הבעיה

לאור הדרך שהלך בה בית-הדין לעבודה לגבי דירקטורים ובעלי מניות אפשר, שניתן יהיה לפתור חלק מן הבעיה בעקיפין, בדרך של תכנון מוקדם והתאגדות בצורה של חברה בע"מ. יחד עם זאת, בשנים האחרונות נעשו מספר ניסיונות לפתור את הבעיה באופן ישיר, כפי שיתואר להלן.

### 1. הצעות חוק פרטיות

בשנים האחרונות חברי הכנסת עושים שימוש נרחב באפשרות העומדת לרשותם להציע הצעות חוק פרטיות. עובדה זו, והתרופפות המשמעת הקואליציונית שהיתה נהוגה בעבר, הביאו לכך שמספר לא מבוטל של הצעות חוק פרטיות היו, בסופו של דבר, לחוק. גם נושא ביטוחם של עצמאים בביטוח אבטלה ממלכתי זכה להתייחסות עירנית של חברי כנסת מכל קצות הקשת הפוליטית.

בחינה של מספר הצעות חוק פרטיות, שהוגשו בארבע השנים האחרונות, מגלה התפתחות והתקדמות ברורה בניסוחן, החל בהצעה סתמית, שאינה מתייחסת כלל לבעייתיות שבביטוח עצמאים, וכלה בהצעות שיש בהן התייחסות מפורטת וניסיון אמיתי להתמודד עם הבעיה, כמפורט להלן:

הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון - ביטוח אבטלה לעובד עצמאי), התשנ"ו-1996.<sup>32</sup> בהצעה זו ביקש חבר הכנסת אבי יחזקאל לקבוע, ש"מבוטח" לעניין פרק אבטלה יוגדר כך: "עובד או עובד עצמאי ששילם דמי ביטוח אבטלה". ההצעה לא התייחסה לבעיות המתעוררות מביטוחם של עצמאים בפרק זה, וגם לא פירשה מיהו עצמאי "המשלם דמי ביטוח אבטלה". לפיכך, משמעות ההצעה היא, שהחלטה האם להיות

31. הסעיף תוקן במסגרת חוק החברות החדש (סעיף 376 לחוק), והוכנס לחוק הביטוח הלאומי כתיקון עקיף.

32. הצעת חוק פרטית מס' פ/98-14. הונחה על שולחן הכנסת ביום 15.7.96. הצעה דומה הוגשה גם בכנסת ה-15 (מטעם חבר הכנסת יורי שטרן): הצעת חוק פרטית מס' פ/46-15. הונחה על שולחן הכנסת ביום

12.7.99.

מבוטח או לא, נתונה בידיו של העצמאי (להבדיל מעובד רגיל, המבוטח בענף זה בכל מקרה).

הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון - ביטוח אבטלה לעובד עצמאי), התשנ"ו-1996.<sup>33</sup> בשונה מהצעתו של חבר הכנסת יחזקאל, יש בהצעה זו התייחסות חלקית לבעיית ה"ניצול לרעה" של החוק. לעניין זה הציע חבר הכנסת דיין, שעצמאים יוכלו להיות מבוטחים רק מגיל 25 וזאת בשונה משאר האוכלוסייה, המבוטחת מגיל 20 (ובמקרים מיוחדים - מגיל 18). זאת ועוד, ההצעה קובעת תקופת אכשרה מיוחדת לעצמאים - 360 ימי עבודה במשך השנתיים שקדמו לאבטלה (לעומת 180 יום בלבד אצל עובד שכיר). תקופת אכשרה ארוכה זו אמורה לצמצם את יכולתו של העצמאי לדרוש דמי אבטלה.

הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון - דמי אבטלה לעצמאיים), התשנ"ח-1998.<sup>34</sup> בהצעה זו ביקש חבר הכנסת ניסים זווילי לקבוע, שהשר יוסמך להתקין תקנות, שתאפשרנה את ביטוחם של עצמאים ובעלי משקים בביטוח אבטלה במקרה של סגירת העסק או חיסולו של המשק. ההצעה לא הגדירה מה ייחשב "סגירת העסק", או מהו "חיסולו" של משק. במאמר מוסגר יצוין, שבעל משק חקלאי פרטי דינו כדין עצמאי לכל דבר, ולפיכך לא היה צורך לציין את בעלי המשקים באופן מיוחד (במקרה זה ייתכן שאזכור בעלי המשקים נובע ממניעים חברתיים-פוליטיים). מאוחר יותר (בכנסת ה-15) הוגשה הצעת חוק שהתייחסה אך ורק לזכותם של חברי מושב לדמי אבטלה.<sup>35</sup> התייחסות מעין זו מפלה באופן מובהק בין כלל העצמאים וחברי הקיבוצים (שאינם מבוטחים) ובין חברי המושבים, שהוצע לבטחם.

הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון - ביטוח אבטלה לעובד עצמאי), התשנ"ח-1998.<sup>36</sup> הצעה זו מתייחסת בפירוט רב לאופן שבו יש לשלב את אוכלוסיית העצמאים בענף ביטוח אבטלה. ההצעה מתמודדת עם הבעיות שהוצגו לעיל (יצירת זכאות פיקטיבית בידי המבוטח) במספר אופנים:

ראשית - ביטוח אבטלה לגבי מי שהוא עצמאי יחול רק מגיל 22 ואילך (במקום מגיל 20).

33. הצעת חוק פרטית מס' פ/14-194; הונחה על שולחן הכנסת ביום 22.7.96. הצעות נוספות, זהות לחלוטין, הגישו חברי הכנסת אברהם פורז ביום 3.2.97, ביום 17.2.97 וביום 27.7.99 (הצעות חוק פרטיות מס' פ/14-1144, פ/14-1186 ופ/15-523). וחברי הכנסת יורי שטרן ביום 17.3.97 (הצעת חוק פרטית מס' פ/14-1292). לאחרונה הגיש הצעה בנוסח דומה גם חבר הכנסת רפי מלול (הצעת חוק פרטית מס' פ/15-2078, הונחה על שולחן הכנסת ביום 24.7.00).

34. הצעת חוק פרטית מס' פ/14-2088 הונחה על שולחן הכנסת ביום 23.3.98.

35. הצעת חוק פרטית מס' פ/15-211 של חבר הכנסת שלום שמחון. הונחה על שולחן הכנסת ביום 12.7.99.

36. הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון - ביטוח אבטלה לעובד עצמאי), התשנ"ח-1998, מס' פ/14-2475.

שנית - דמי האבטלה ישולמו רק למי שפרש לחלוטין מעיסוקיו ומכר את כל הנכסים העסקיים שהיו בבעלותו.

שלישית - עצמאי מובטל ידרש להפגין נכונות לקבל עבודה כשכיר. רביעית - ההצעה קובעת תקופות אכשרה מיוחדות, ארוכות יותר מן הרגיל. האמור לעיל עונה על מרבית השאלות ה"טכניות" שהוצגו בראשית המאמר, למעט בכל הנוגע לקביעת ה"הכנסה הקובעת" (ההכנסה שתהווה בסיס לחישוב דמי האבטלה). סוגיית מקורות המימון זכתה להתייחסות נפרדת בדברי ההסבר להצעה זו ונאמר בהם, שאין מקום לדרוש צבירה של קרן מיוחדת לעצמאים, הואיל והקרן שנצברה ממילא אינה קיימת עוד, ועיקר המימון לענף זה הוא מימון ישיר מאוצר המדינה. הצעה זו היא הקרובה ביותר לעמדה שהציג המוסד לביטוח לאומי בדיוניו עם ארגוני העצמאים (ראו להלן) ויש להניח, שהיא תיתקל בהתנגדות מצד ארגוני העצמאים.

## 2. יוזמה משותפת של לשכת ארגוני העצמאים והמוסד לביטוח לאומי

לאור הצורך הברור בהסדרת מעמדם של עצמאים בישראל ומאחר שאף אחת מהצעות החוק הפרטיות לא נתנה מענה אמיתי לבעיה (וממילא - אף אחת מהן לא עברה קריאה שנייה ושלישית), נעשה ניסיון לפתור את הבעיה בהידברות ישירה בין ארגוני העצמאים למוסד לביטוח לאומי.

בראשית שנת 1998 הקים מנכ"ל המוסד דאז, יוסי תמיר, ועדה משותפת למוסד וללשכת ארגוני העצמאים. הוועדה הוסמכה לבחון את אפשרות ביטוחם של עצמאים במסגרת ביטוח אבטלה ממלכתי ולהציע מקורות מימון לעניין זה. הוועדה התכנסה מספר פעמים, אולם לא הצליחה להגיע לפתרון מוסכם. מעיון בפרוטוקולים של דיוני הוועדה עולה, שעיקר המחלוקת התמקדה בנקודות אלה:

(1) נציגי המוסד לביטוח לאומי דרשו, שהעצמאים יפרישו דמי ביטוח כדי לצבור קרן התחלתית, בדומה להפרשה שנדרשו להפריש השכירים בראשית שנות ה-70. נציגי לשכת ארגוני העצמאים התנגדו לדרישה זו בטענה שהקרן שצברו השכירים כבר התרוקנה, ודמי האבטלה משולמים היום ברובם ממקורות כלליים (שגם העצמאים שותפים להם).

(2) נציגי המוסד לביטוח לאומי דרשו, שעצמאי המבקש דמי אבטלה ידרש להוכיח "סגירה מוחלטת של העסק", לרבות פירוק החברה ומכירת כל נכסיה וכלי העבודה שהיו ברשותה. דרישה זו נבעה מן החשש, שדמי האבטלה ינוצלו גם במקרים שהעסק עדיין חי, אך "רדום", או שהועבר באופן זמני לאדם אחר. נציגי לשכת ארגוני העצמאים התנגדו גם לדרישה זו, אבל לא העלו הצעה חלופית לפתרון הבעיה.

(3) נציגי הצדדים לא הגיעו להסכמה באשר לבסיס ההכנסה שישמש לחישוב דמי האבטלה, ולגבי האופן שבו יוכח שאכן מדובר באבטלה מאונס.

ראוי לציין, שבמהלך כל דיוניה של הוועדה המשיכו להתפרסם הצעות חוק פרטיות בנושא זה. כמו־כן פורסמו כתבות רבות בעיתונות היומית, ש"הכריזו" על הכללת העצמאים בביטוח אבטלה (ציטרין, 1998א'; 1998ב'; 1998ג'). פרסומים אלה הקדימו את זמנם והיו, במקרה הטוב, לא מדויקים.

בעקבות ההד הציבורי שקיבלו דיוני הוועדה המשותפת הסתבר, שלא כל ארגוני העצמאים מדברים "בשפה אחת". בשלהי שנת 1998 פנה יושב־ראש איגוד לשכות המסחר (שאף הוא מייצג עצמאים רבים בישראל) אל מנכ"ל המוסד לביטוח לאומי בדרישה להסיר את הנושא מסדר־היום. האיגוד הוטרד בעיקר מן האפשרות שיוטלו על חבריו דמי ביטוח נוספים.<sup>37</sup>

לאור האמור לעיל, ומאחר שלא נמצאו פתרונות אמיתיים לבעיות הנוגעות לביטוח עצמאים בענף אבטלה, התפזרה הוועדה המשותפת בלי שהגיעה להסכמה והמצב הקיים נותר על כנו.

## השוואה בינלאומית

האמנה הבינלאומית בדבר תקנים מינימליים לביטוח סוציאלי, 1952,<sup>38</sup> קובעת רמה מינימלית ל"גמלת אבטלה" ודורשת מן המדינה להעניק זכות זו לאחד מאלה:

(1) "סוגים קבועים של עובדים (ובנוסף האנגלי - employees)..."<sup>39</sup>

(2) "כל התושבים שמקורות מחייתם... אינם עוברים את הגבולות הקבועים בהתאם

לסימן 67."

הנה כי כן, בעניין דמי אבטלה מתייחסת האמנה, בראש ובראשונה, לסוגים של עובדים - להבדיל מן העצמאים. זאת ועוד, החלופה השנייה (המתייחסת לכלל התושבים) דורשת תנאי של עמידה במבחן הכנסות - תנאי שאינו קיים בחלופה הראשונה, והמאפיין בדרך־כלל גמלאות קיום (להבדיל מגמלאות מחליפות שכר).

בישראל ביטוח האבטלה אינו בא להבטיח קיום מינימלי ולפיכך הוא אינו כרוך במבחני הכנסה (למעט הכנסות מעבודה). לעומת זאת, אחד מתנאי הזכאות לגמלה להבטחת הכנסה

37. על הקשר ההדוק בין ארגוני העצמאים לעיתונות היומית ניתן ללמוד מכך, שסמוך לאחר הודעתו של מנכ"ל איגוד לשכות המסחר הופיע לראשונה מאמר המתייחס באופן שלילי לאפשרות ביטוחם של עצמאים בביטוח אבטלה (עד אותה עת היו כל המאמרים בעד אפשרות זאת). ראו פריידקס (1998).

38. כתבי אמנה, כרך 7, עמ' 423. הפרק הדין בעובד ו"גמלת אבטלה" מצוי בחלק ד' לאמנה, בעמ' 433 ואילך.

39. תרגומה המילוני המקובל של המילה Employee הוא: עובד, מועסק, שכיר. לעומת זאת, התרגום המקובל למילה "עצמאי" הוא Self-employed. ככל שניתן להסיק מתרגום מילוני, הפיסקה הראשונה בסימן 21 לאמנה מתייחסת לעובדים שכירים, להבדיל מעצמאים.



הוא שהכנסת המבוטח (מכל מקור שהוא) לא תעלה על הסף שנקבע בחוק. בישראל הגמלה להבטחת הכנסה משתלמת לכלל התושבים (בהתאם לחלופה השנייה באמנה). לפיכך, דומה שהדין בישראל עולה בקנה אחד עם הוראות סימן 21 לאמנה (על חלופותיו הנזכרות): דמי האבטלה בישראל משתלמים בהתאם לחלופה הראשונה, ואילו החלופה השנייה "מכוסה" באמצעות הגמלה להבטחת הכנסה.

גם במרבית מדינות העולם לא קיים ביטוח אבטלה לעצמאים, כנראה בשל הקשיים, שביטוחם של עצמאים בביטוח אבטלה ממלכתי מעורר. יחד עם זאת, במספר מדינות הונהגו תוכניות ביטוח המבוססות על ביטוח באמצעות קרנות ייעודיות, שחלק מהן מיועדות לעצמאים:<sup>40</sup>

בדנמרק העצמאים נהנים מביטוח אבטלה מאז שנת 1976 (לעומת השכירים, המבוטחים משנת 1907). הביטוח מבוצע באמצעות מספר קרנות בהתאם לעיסוקו של העובד או העצמאי. תנאי לזכאות הוא חברות באחת הקרנות האמורות ותשלום דמי חבר לפחות במשך 12 החודשים הרצופים שבתכוף לפני תחילת תקופת האבטלה. תנאי אחר הוא, שהמבוטח צבר לפחות 52 שבועות עבודה במהלך 3 השנים שקדמו לתקופת האבטלה. לגבי עצמאים נדרש תנאי נוסף: שהעסק שלהם נמכר או שאינו פעיל עוד. למעשה, הקרן המבטחת משמשת חברת ביטוח לכל דבר. מחד גיסא, אין חובה להצטרף אליה (ואכן, רק 10% בערך מן העצמאים מבטחים את עצמם) ומאידך גיסא, ניתן להמשיך ולהפריש את הפרמיה לקרן גם בתקופה שאינה תקופת עבודה.

גם בפינלנד ובשוודיה המצב דומה: עצמאים המשלמים דמי חבר לאחת מקרנות הביטוח שהוקמו לעניין זה זכאים לדמי אבטלה מן הקרן. הדרישה הבסיסית (בשתי המדינות) היא, שהחבר יהיה זמין לכל עבודה שתוצע לו (בשתי המדינות קיימת חובת התייצבות ב"לשכת העסוקה" - בדומה למצב בישראל). יש לציין, שבשתי המדינות משתלמים שני סוגים של דמי אבטלה:

(1) דמי אבטלה "בסיסיים" (שאינם נגזרים מהכנסותיו הקודמות של המבוטח).

(2) דמי אבטלה "מחליפי שכר" (המחושבים, כמו בישראל, כנגזרת של שכר המבוטח). לצורכי מאמר זה יש להשוות את המצב בישראל לדמי האבטלה מן הסוג השני בלבד (הואיל והסוג הראשון דומה יותר לגמלת הבטחת הכנסה). לעניין דמי האבטלה "מחליפי שכר" נדרשת חברות ממושכת בקרן המבטחת (בפינלנד - לפחות 2 שנות חברות; בשוודיה - לפחות 12 חודשי חברות).

בבלגיה ביטוח האבטלה מיועד לשכירים, אבל קיים ביטוח מיוחד לעובדי במה ולאחלטים מקצועיים. מצב דומה קיים בנורווגיה לגבי יורדי ים (דייגים וכדומה). דומה,

40. נתוני ההשוואה לעניין המצב במדינות העולם (למעט אנגליה) נלקחו מן החיבורים האלה: גורדון וטולידנו (1997); MISSOC, 1998; Social Security Administration (1999).

שהמשותף לחריגים האמורים הוא בכך שהם מתייחסים למצבים שמדובר בהם באבטלה מוכחת ולא מרצון, הגם שלא ברור מדוע נבחרו חריגים אלה בלבד (עובדי במה ואתלטים מובטלים מאונס בין הפקה להפקה ובין עונת משחקים אחת לשנייה; יורדי הים מובטלים מאונס בעונות החורף - בשל קפיאת הים).

בלוקסמבורג העצמאים נכללים במסגרת ביטוח האבטלה הממלכתי, אך הנאי הזכאות מחמירים ביותר. מעצמאי נדרשת תקופת עבודה של 5 שנים (לעומת חצי שנה הנדרשת מעובד שכיר) ודמי האבטלה הם בגובה של 80% משכר המינימום בלבד (לעומת העובד השכיר, שדמי האבטלה שלו נגזרים מהכנסתו הקובעת בשלושת החודשים שקדמו להיותו מובטל).

זאת ועוד, דמי האבטלה בלוקסמבורג מופחתים אם יש למובטל בן זוג משכר (בישראל, מבחן הכנסה זוגי הוא מאפיין של גמלת הבטחת הכנסה).

יש מדינות נוספות המצהירות על ביטוח אבטלה לעצמאים, אף-על-פי שבפועל לא מדובר בביטוח אבטלה כמשמעו בחוק הישראלי.<sup>41</sup> כך, למשל, בניו-זילנד ובאוסטרליה הזכאות לביטוח מפני אבטלה היא רחבה ביותר וחלה על כל מי שהיה תושב המדינה במשך 24 חודשים לפחות (בניו-זילנד), או שיש לו היסטוריה של תעסוקה ויכולת לעבוד (באוסטרליה). אולם, בחינה של הזכאות לדמי אבטלה מלמדת, שמדובר, למעשה, בגמלה שהיא קרובה יותר לגמלת הבטחת הכנסה הנהוגה בישראל:

(1) ראשית, הביטוח ממומן במלואו בכספי המדינה (ללא השתתפות העובד).

(2) שנית, דמי האבטלה תלויים במבחני הכנסה (והכנסה מעבודה עשויה לשלול את הזכאות לגמלה).

(3) שלישית, גובה דמי האבטלה נקבע לפי פרמטרים שנקבעו בחוק (גיל, מצב משפחתי וכדומה), והם אינם תלויים במשכורתו האחרונה של המובטל.

כאמור, המאפיינים דלעיל דומים יותר למאפייני הגמלה להבטחת הכנסה (המשתלמת גם בישראל לכל תושב, לרבות עצמאים), מאשר למאפייני דמי אבטלה.

באנגליה קיימת בחוק מערכת של כללים ותנאים, שמטרתם לעודד את היציאה לעבודה. כמסגרת זו מוענקת קצבה כספית ל"מחפשי עבודה" ("job seekers"). החוק חל על כל מי שמחפש עבודה ללא קשר למעמדו המקצועי הקודם, אך גם העבודה המוצעת אינה מתחשבת בעברו המקצועי של דורש העבודה, קרי: אין בחוק דרישה שהמובטל יופנה רק לעבודה התואמת את כישוריו.<sup>42</sup> זאת ועוד, המובטל נדרש לגלות מאמץ למצוא עבודה,<sup>43</sup> והקצבה תלויה במבחני הכנסה של המובטל ובני ביתו.

41. ראו: מילר (1987). ההשוואה שעשה מחבר זה מתעלמת ממאפייני הגמלה המשתלמת בניו-זילנד ובאוסטרליה, לעומת הגמלה בישראל (המאמר נכתב ב-1987, אבל ההערה היתה נכונה גם אז).

42. 40 Halsbury's Statutes (4th ed.) 1997 Reissue 813, pp. 821.

43. שם, עמ' 823.

סיכומו של דבר, מרבית מדינות העולם אינן מבטחות עצמאים בכיטוח אבטלה. במדינות שבהן קיים ביטוח אבטלה לעצמאים מדובר, על-פי רוב, בכיטוח בעל מאפיינים שונים מאלה של ביטוח אבטלה הנהוג בישראל, כך שהקשיים המתעוררים בהקשר זה בישראל (או לפחות חלק מהם) אינם מתעוררים במדינות האחרות.

## סיכום ומסקנות

כאמור, ישראל, בדומה למדינות רבות בעולם, אינה מבטחת עצמאים במסגרת ביטוח אבטלה ממלכתי. מניעת הכיטוח נעוצה במספר גורמים מוכרים:

(1) קושי בקביעת עובדות, הנדרשות לצורך בדיקת הזכאות לדמי אבטלה ולשם קביעת גובה דמי האבטלה (כגון: האם אכן מדובר במובטל? האם מדובר באבטלה מאונס? מהי ההכנסה האמיתית, שחשמש בסיס לחישוב דמי האבטלה?).

(2) מחסור במקורות מימון.

(3) הטלת אחריות על המדינה לגבי מי שבחר להיות "עצמאי" ומציאת המסגרת הנכונה למימוש אחריות זו.

מאידך גיסא, מן הנתונים שהוצגו בראשית המאמר עולה, שמצוקתם של העצמאים בישראל הורשת הסדר כלשהו, מה גם שענף ביטוח האבטלה ממומן היום גם מכספי העצמאים.

זאת ועוד, מדינה הרואה ביזמות עסקית "קטר המושך אחריו את כל המשק"<sup>44</sup> צריכה לעודד את המגזר העסקי לא רק במהלך קיומו של העסק, אלא גם כאשר העסק כשל. מבחינה זו יהיה ביטוח אבטלה לעצמאים מעין "רשת מגן", שתעודד יזמות עסקית חדשה. ברם, נכון למועד כתיבת שורות אלה, כל הניסיונות שנעשו לפתור את הבעיה עלו בתוהו. כדי למצוא את הפתרון הנכון יש להתייחס לתכליתו של הביטוח הסוציאלי ולהבחנה שבין אבטלת שכיר לאבטלת עצמאי. כפי שכבר צוין, עצמאי היוזם הקמת עסק חדש ניצב בפני סיכוי להצלחה כלכלית, ויחד עם זאת הוא לוקח על עצמו מראש סיכון מחושב שהעסק עלול להיכשל (בכך הוא נבדל מעובד שכיר).

לכישלוננו העסקי של עצמאי עשויים להיות גורמים רבים, הנעוצים בעצמאי עצמו (כגון רעיון עסקי שגוי, ניהול כושל וכדומה), בעוד שפיטוריו של עובד שכיר נובעים פעמים רבות מקשיים הקשורים במעסיק (קשיים שהעובד אינו אחראי להם).

לפיכך, ראוי לבחון אפשרות של פתרון שאיננו במסגרת ענפי הביטוח הסוציאלי, אלא

44. בסוק (2000): "למשק יש קטר - קוראים לו המגזר העסקי". כותרת הכתבה היא ציטוט מפיו של הממונה היוצא על התקציבים באוצר, דוד מילגרום.

במסגרת של ביטוח פרטי, שהמדינה תשתתף בה בצורה זו או אחרת (כין בדרך של סבסוד פרמיית הביטוח, וכין בדרך של מכירת אגרות חוב ממשלתיות לקרנות שתבטחנה עצמאים). במסגרת המוצעת תוקם קרן שתתמוך בחברי המגזר העסקי - גם לאחר כישלון של העסק. מערכת מעין זו לא תשולב במסגרת הביטוח הלאומי, ולא תיחשב "ענף ביטוחי". בכך תושגנה מספר מטרות חשובות:

ראשית, לאור הקשיים שהוצגו לעיל אין ספק, שבכגון דא יידרש פיקוח מחמיר ביותר כדי למנוע יצירת פיקציות. אפשר שתידרש גם מדיניות שיפוט שונה מזו הנהוגה לגבי גמלאות המוסד לביטוח לאומי.

הביקורת השיפוטית על ההטבות שתינתנה במסגרת החדשה תצא מנקודת הנחה של "הטבה כלכלית", ולא של "גמלה סוציאלית", מה שעשוי לשנות את אופי הביקורת. אפשר שבדרך זו תותר מדיניות פיקוח מחמירה יותר מזו הקיימת לגבי גמלאות הביטוח הלאומי (שלגביהן כל ספק פועל לטובת המבוטח).<sup>45</sup>

שנית, מימון ההטבה האמורה יבוא מהפרשה מיוחדת של כלל העצמאים בישראל (לקרן ביטוח) - ולא מגביית דמי ביטוח. באופן זה יהיה אוצר המדינה פטור מן המגבלה המיוחדת החלה על דמי ביטוח (תקרת גבייה משכר של עד 5 פעמים השכר הממוצע במשק). כך ניתן יהיה ליצור ערבות הדדית מלאה, גם לגבי מי ששכרו עולה בהרבה על השכר הממוצע במשק.

שלישית, מסגרת ביטוח פרטית יכולה להיות מוחלת לפי בחירה, וכך, מי שיבחר שלא להיות מבוטח, יוכל להיות פטור מתשלום.

לחלופין, ניתן לאמץ את המצב הקיים בחלק ממדינות אירופה וליצור עבור העצמאים שני סוגים של דמי אבטלה, באופן המוצע להלן:

(1) עצמאי שהפך להיות מובטל סמוך למועד הקמת העסק (עד 5 שנים) - יהיה זכאי לדמי אבטלה בגובה מינימלי, ללא כל קשר להכנסתו בתקופה שקדמה לסגירת העסק. כך תפתרנה הבעיות הטכניות הכרוכות בקביעת ההכנסה שהיתה למבוטח בטרם היה מובטל. מרגע שמנתקים בין גובה הגמלה להכנסת המבוטח, שוב אין צורך להכריע בשאלה, וממילא אין למבוטח עניין להציג מצג שווא לגבי גובה הכנסתו. פתרון דומה קיים היום בגמלה להבטחת הכנסה, אלא שגמלה זו מוגבלת בתנאים נוספים; כגון: העדר כל מקור הכנסה חלופי, אי שימוש ברכב, ועוד.

45. למשל, בדב"ע נה/266-01 בר ששת נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע לא 145, קבע בית-הדין לעבודה: "מטרת חוק הביטוח הלאומי, ככלל, להיטיב עם המבוטח. מקום בו קיים ספק באשר לפירושה של הוראה סטטוטורית כלשהיא - יהא במטרה זו לשמש כלי פרשני." וגם: "בתביעה ובזכויות מתחום הביטחון הסוציאלי, הרי שכל ספק צריך לפעול לטובת התובע ולא לטובת המוסד." (דב"ע כ/35-0 המוסד לביטוח לאומי נ' פאוזי, פד"ע כ"ד 177).

(2) עצמאי שהעסק שלו פעל במשך תקופה ממושכת (5 שנים ויותר), יוכל להיכלל באוכלוסיית המובטלים ה"רגילה" ויהיה זכאי לדמי אבטלה בצורת גמלה "מחליפת שכר" (לפי ההכנסה שהיתה לו בטרם היה למובטל).<sup>46</sup>

חלוקה זו ניתנת גם להצדקה "עיונית" בכך, שכישלון עסקי שאיננו לאחד שנים רבות של פעילות הוא כישלון שקשה יותר לחזותו מראש, ולפיכך הוא אינו קשור באופן מדי למאזן של "סיכוי-סיכון" שבהקמת העסק. לעומת זאת, כישלון עסקי בסמוך להקמת העסק הוא חלק אינטגרלי מן הסיכון שבהקמת כל עסק חדש, ולפיכך ההגנה הראויה כאן שונה (מה גם שאין מקום להבטיח לבעל עסק חדש, שנעשה מובטל, רמת הכנסה דומה לזו שהופקה מן העסק, הואיל והוכח שהעסק לא היה מסוגל לקיים את בעליו ברמת ההכנסה האמורה). פתרון מקורי אחר לבעיה עשוי לבוא דווקא מכיוונו של בית-הדין לעבודה, באופן שתואר לעיל, אם כל מי שיאגד את עסקו בצורת חברה בע"מ יורשה ליהנות מביטוח האבטלה הממלכתי (למרות שפתרון זה הוא חלקי בלבד ואינו מתייחס לאוכלוסייה החלשה ביותר - אלה שאין להם היכולת הכלכלית להיוועץ בעורך-דין, ולפיכך גם אינם מאוגדים כחברה).

מן ראוי לציין, שאפילו בדנמרק, שהונהג בה ביטוח אבטלה כבר בראשית המאה הקודמת (בשנת 1907), נדרשו קרוב ל-70 שנים בטרם הוחלט לבטח גם את העצמאים בביטוח אבטלה (בשנת 1976). בישראל, לעומת זאת, ענף ביטוח אבטלה הוא ענף צעיר יחסית וטרם מלאו לו 30 שנה.

## ביבליוגרפיה

- בנדלק, ז' (2001), "ממוצעי שכר והכנסה לפי יישוב ולפי משחנים כלכליים שונים, 1996-1997", סקר תקופתי מס' 164, ירושלים: מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.
- בסוק, מ' (2000), "למשק יש קטר - קוראים לו המגזר העסקי", הארץ, מיום 15.9.00.
- גורדון, ד', טולידנו, א' (1997), "חוק ביטוח אבטלה - השוואה בינ"ל (1997)", ירושלים: מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.
- גל, ג' (1992), "תולדות ביטוח האבטלה בישראל", בטחון סוציאלי, 38: 125.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1999), שנתון סטטיסטי לישראל, מס' 50, ירושלים, פרק 12.
- המוסד לביטוח לאומי (1999), רבעון סטטיסטי, מס' 3, ירושלים: מינהל המחקר והתכנון.
- המוסד לביטוח לאומי (2000א'), "מקבלי דמי אבטלה, דו"ח תקופתי", ירושלים, 1 ביוני.
- המוסד לביטוח לאומי (2000ב'), דברי הסבר לתקציב התפעולי, ירושלים.
- מילר, א"ל (1987), "ביטוח אבטלה - הדין הקיים והצעות לתיקונו", משפטים, י"ז: 220.
- פרידקס, נ' (1998), "מלכוד ביטוח האבטלה לעצמאים", הארץ, מיום 14.9.98.

46. מאליו יובן, שאין בפתרון המוצע מענה לכל הבעיות הטכניות שהוצגו כמאמר זה, ולפיכך בחירה בפתרון זה תחייב, למצער, הגברה של הפיקוח ובחינה קפדנית של תביעות שיגישו העצמאים.



ציטרין, ב"צ (1998א'), "ההסתדרות ולה"ב מכינים הצעת חוק לתשלום דמי אבטלה לעצמאים", הארץ, מיום 22.3.98.  
 ציטרין, ב"צ (1998ב'), "הביטוח הלאומי תומך עקרונית במתן דמי אבטלה לעצמאים שנקלעו לקשיים", הארץ, מיום 6.7.98.  
 ציטרין, ב"צ (1998ג'), "שטסמן: הביטוח הלאומי תומך בתשלום דמי אבטלה לעצמאים שעסקיהם נקלעו לקשיים", הארץ, מיום 17.8.98.  
 קונרוד, י' (1994), "אומדן העלמות של עצמאים בסקר הוצאות המשפחה 92/93", ירושלים: מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.  
 MISSOC (1998), *Social Protection in the Member States of the European Union*,  
 Social Security Administration (1999), *Social Security Programs Throughout the World*, Research Report #13-11805, August.

דברי החקיקה הנזכרים במאמר (לא הובאו כאן הצעות חוק פרטיות שטרם נתקבלו) חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995, ספר החוקים התשנ"ה 207.  
 חוק ההסדרים במשק המדינה (תיקוני חקיקה להשגת יעדי תקציב והמדיניות הכלכלית לשנת 2000), התש"ס-2000, ספר החוקים התש"ס 66.  
 פקודת החברות (נוסח חדש), התשמ"ג-1983, ספר החוקים התשמ"ד 53.  
 חוק החברות, התשנ"ט-1999, ספר החוקים התשנ"ט 189.

**פסקי-דין הנזכרים במאמר**

דב"ע נב/0-35 המוסד לביטוח לאומי נ' פאזוי, פד"ע כ"ד 177.  
 דב"ע נג/02-128 טל נ' המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם).  
 דב"ע נד/20195 סוקולובסקי נ' המוסד לביטוח לאומי (לא פורסם).  
 דב"ע נד/02-13 מקמילן נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 דב"ע י.ח. 4601/95 סרוסי נ' המוסד לביטוח לאומי, פ"ד נב(817) 4.  
 דב"ע נה/01-266 בר ששת נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע לא 145.  
 דב"ע נו/0-34 חיון נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 דב"ע נו/02-86 ברור נ' המוסד לביטוח לאומי, פד"ע ל"ח.  
 דב"ע נז/02-347 סעד נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 דב"ע עמוס זיו נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 דב"ע דבורה אורלי נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 בג"צ 6194/97 נקש נ' רשות הרואר ובית-הדין הארצי לעבודה (טרם פורסם).  
 כ"ל 20257/97 י' אשתמקר נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 כ"ל 20330/98 סלמה מאיר נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 כ"ל 20407/98 בנימין רז נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 כ"ל 2700/98 שוץ נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 כ"ל 92637/99 סלמונוביץ נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 כ"ל 92827/00 בלייכר נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).  
 עב"ל 20182/97 המוסד לביטוח לאומי נ' י"צ גרוסקופף, פד"ע לר.  
 עב"ל 319/99 מינה נ' המוסד לביטוח לאומי (טרם פורסם).

**פסקי-דין זרים**

*Secretary of State for Trade v. Bottril (2000), 1 All.e.r.*



# סקירת ספרים חדשים

עורך המדור: ג'וני גל

דן שניט, סודיות, פרטיות והזכות לדעת בעבודה סוציאלית, ירושלים: הוצאת מאגנס, 2001. 282 עמודים.

כותרת הספר היא פרודור הולם לפתוח בסקירת תוכנו, שכן היא מתארת היטב את הנושאים שהוא מתמודד עמם: הסוגיות החוקיות והאתיות הסובבות את ערכי הסודיות. הפרטיות והזכות לדעת בתחום העבודה הסוציאלית. במושגים "סודיות" ו"פרטיות" הכוונה לזכויות יסוד ולמחויבויות חברתיות לפיהן מידע אינטימי הנוגע לפרט לא יהיה לנחלת הכלל, או לא ייחשף לצדדים זרים ללא הסכמתו של אותו פרט או ללא קיומו של אינטרס ציבורי הולם. בזכות לדעת הכוונה לזכותו של אדם לעיין, לקבל ולדרוש לתקן את המידע שהצטבר עליו אצל הרשויות המטפלות בעניינו. זכויות אלה הן רלוונטיות במיוחד לבני אדם שמצוקתם מביאה אותם לבקש סיוע מעובדי רשויות הרווחה והם נדרשים לחשוף את עצמם ולגלות מכלול של פרטים אינטימיים על מהלך חייהם, על בני משפחתם ועל מערכת היחסים בינם ובין הסובבים אותם.

זכויות יסוד אלה, שהעסיקו מאז ומעולם את העובדים הסוציאליים, זכו בישראל למשקל רב בעשור האחרון עקב הצטברות של נסיבות. בין היתר ראוי להזכיר את חקיקת חוק העובדים הסוציאליים בשנת 1996, שהסדיר לראשונה בחקיקה סוגיות מרכזיות בתחומים אלה; את חקיקת חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ששינה באופן מהותי את נקודת האיוון החוקתית שבין חופש הפרט ובין סמכות המדינה להתערב בחייו מטעמים פטרנליסטיים; ולבסוף, יש להזכיר גם את קוד האתיקה של העובדים הסוציאליים, שעודכן בפעם האחרונה בשנת 1995 ואף הוא מתייחס בהוראות רבות לסוגיות אלה.

באופן מפתיע, למרות התפתחויות מהותיות אלה, ולמרות הביקוש הער מצד עובדים סוציאליים מן השטח להבהרת המצב החוקי והאתי, עד לפרסומו של הספר הנדון כאן לא היה קיים בישראל שום חיבור מקיף בנושא. במובן זה, ספרו של פרופ' דן שניט לא רק ענה על צורך אמיתי, אלא שבהרכה מובנים הוא חלוץ בניסיונו להתמודד בצורה מקיפה וכוללת עם תחומים מורכבים של סודיות, פרטיות והזכות לדעת ככל שהם נוגעים לעבודה הסוציאלית על כל היבטיה החוקיים והאתיים בישראל.

הספר עצמו בנוי בצורה ברורה והגיונית: הוא כולל שישה פרקים (או במינוח של הספר: "שערים"), המחולקים על-פי ההקשרים הענייניים והחוקיים שבהם הדילמה, הנוגעת לשמירה או לפגיעה בפרטיות ובסודיות של מטופלים בידי עובדים סוציאליים ופקידי סעד, מתעוררת.

השער הראשון הוא מכוא כללי, המשמש בסיס להצגת עקרונות ומושגי היסוד של הספר כולו, לאמור "פרטיות" ו"סודיות". בשער זה מובא הביסוס הרעיוני והמוסרי לעקרונות אלה ומוצגת עמדת המוצא המוסרית של הספר כולו: "חברה, שאינה מכבדת את זכות היחיד למנוע חשיפה ברבים של פרטים אישיים הנוגעים לו בהווה או בעבר, היא חברה אכזרית שהיחיד יתקשה לחיות ולתפקד בה." (עמ' 3-4). עמדה זו, המאמצת גישה ליברלית ואינדיווידואליסטית, מעניקה משקל רב לזכות הפרט לשמור על פרטיותו ועל סודיות המידע עליו והיא הקו המנחה לספר כולו. המחבר ממשיך ומפרט את הסיבות השונות העומדות בבסיס קביעה מוסרית זו ואת הרלוונטיות שלהן לתחום העבודה הסוציאלית. בשער זה המחבר סוקר גם את מכלול ההקשרים הייחודיים הקשורים בעבודה סוציאלית בכל הנוגע לסוגיות האתיות המרכזיות שבהן הספר עוסק: סודיות, פרטיות וחזכות לקבל מידע.

השער השני של הספר מתמודד עם לב הסוגיה האתית של גבולות חובת שמירת הסודיות: מתי רשאי (ולעתים חייב) עובד סוציאלי לגלות מידע על מטופל לגורמים זרים אף ללא הסכמתו של האחרון. שער זה מחולק לתת-סעיפים המתמודדים בצורה מעמיקה עם הגדרת הגבולות תוך הכחנה בין עילות שונות לפגיעה בזכות המטופל לסודיות: עילות הנובעות מחובה או מרשות חוקית לגלות מידע סודי; עילות הקשורות במטרות של פיקוח והדרכה מקצועית; ולבסוף, עילות הקשורות לקיום הליכי משמעת בפני ועדות משמעת.

השער השלישי מתמודד עם הסוגיה של חסיון המידע המצוי בידי העובד הסוציאלי בפני בית-המשפט. בחלק זה נעשה ניסיון להציג את נקודת האיוון הרצויה בין שני מצבים סותרים: מצד אחד הכלל לפיו עובד סוציאלי אינו חייב למסור לבית-משפט (או לרשויות מעין-שיפוטיות אחרות) מידע על מטופל כאשר המידע הזה הגיע אליו חוץ-כדי עיסוקו כעובד סוציאלי והוא מן הדברים שלפי טיבם נמסרים לעובד סוציאלי מתוך אמון שישמור אותם אצלו; מצד שני ניצב החריג החוקי, המאפשר לבית-המשפט לחייב את העובד הסוציאלי למסור את המידע, למרות החיסיון, כאשר הצורך לגלות את הראיה עדיף על העניין שיש שלא לגלותה לשם עשיית צדק.

השער הרביעי עוסק בזכות האדם לקבל מידע שיש לו נגיעה לטיפול בעניינו, תוך הבחנה בין שלושה מצבים אופייניים: (1) הזכות לעיין במידע שנצטבר במאגרי מידע כהגדרתם בחוק הגנת הפרטיות והמנוהלים בידי רשויות הרווחה השונות (הכוונה בעיקר למאגרי מידע ממוחשבים); (2) הזכות לעיין במידע המצוי בתיק האישי שהעובד הסוציאלי מנהל על כל אחד ממטופליו או על משפחתו; (3) הזכות לעיין במידע שאספו פקידי סעד המופקדים על הגנתם של קטינים וחסרי ישע במסגרת סמכויות חקירה מיוחדות, סמכויות המפורטות בחוקים ספציפיים שונים, שנדונו בשער השני של הספר.

השער החמישי של הספר דן באופן ספציפי בסוגיית הפגיעה בפרטיות במסגרת פעולות חקירה ואיסוף מידע של עובדים סוציאליים ופקידי סעד. הבחינה נעשית הן לאור חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, והן לאור הוראות חוק העובדים הסוציאליים, ותוך הבחנה בין שתי סיטואציות בסיסיות שונות: כאשר פעולות החקירה נעשות במסגרת פנייה של אדם מרצונו לקבל טיפול או תמיכה מעובד סוציאלי, וכאשר פעולות החקירה ואיסוף המידע נעשים

במסגרת הפעלת סמכות סטטוטורית המוקנית בחוק לפקידי סעד בהקשרים שונים לשם הגנה על אוכלוסיות חלשות כמו קטינים, מפגרים, חולי נפש ואחרים.

השער השישי והאחרון עוסק בניסיון להציע הנחיות מעשיות ליישום עקרונות הבטחת הפרטיות והסודיות במסגרת עבודתם היומיומית של עובדים סוציאליים. ההנחיות מחולקות לחמישה תחומים: (1) שימוש באמצעים כגון תצפיות, צילומים, הקלטות, ציתותים לשיחות ועוד; (2) העברת מידע באמצעים אלקטרוניים, כגון פקסימיליה, טלפון, דואר אלקטרוני; (3) כללים לאחסון מידע סודי ואופן תיקו ושמידתו; (4) כללים שעניינם הפיקוח, הבקרה וההדרכה בנוגע להטמעת ערכי שמירת הפרטיות והסודיות; (5) פעולות להגברת המודעות לנושא הסודיות בקרב עובדים סוציאליים והלקוחות שבטיפולם.

למי שהיה ספק בדבר מורכבות הנושאים הללו בא הספר וחושף את המציאות המורכבת מאוד שבה נמצאת ישראל בכל הנוגע למצב החוקי והאתי. יכולתו של העובד הסוציאלי למצוא את דרכו בסבך החוקים היא משימה כמעט בלתי אפשרית. מדובר בחוקים מרובים ושונים. עם עשרות סעיפים ותת-סעיפים, שאליהם נלווים תקנות וכללים שבמקרים רבים סותרים זה את זה, או שהם עמומים או לא מובנים. במוכן זה, המשימה שלקח על עצמו פרופ' שניט אכן היתה כבדת משקל ורחבה ביותר בהיקפה. ברם, הוא עמד בה בהצלחה בכך שספרו מצליח להציג בצורה בהירה מציאות משפטית ואתית סבוכה ומפותלת. הספר מציע פתרונות פרשניים מקוריים המיישבים את הסתירות המתגלות בחוקים השונים ומותח ביקורת עניינית יחד עם העלאת הצעות מעשיות לשינוי חקיקתי באותם מקרים שבהם לא ניתן ליישב את הסתירות בדרך אחרת.

הישגו של המחבר גם בכך שהספר אינו מסתפק בדיון תיאורטי או אקדמי בסוגיות היסוד. הספר מעוגן היטב במציאות העבודה הסוציאלית בכלל, ובישראל בפרט. המחבר מקפיד לחבר את טענותיו ואת הדוגמאות שהוא מביא להקשר החוקי הישראלי תוך ציטוט ופירוט פסקי-דין והוראות חוק ספציפיות. הוא גם מקפיד לחבר את הדיון בסוגיות המרכזיות להקשר הספציפי של העבודה הסוציאלית.

יש לזכור, שהנושאים המועלים בספר מעסיקים גם בעלי מקצוע אחרים, כגון עורכי-דין, פסיכולוגים ורופאים, שגם הם נאלצים להתמודד במסגרת עבודתם היומיומית עם סוגיות דומות.

חשיבותו ותרומתו הייחודית של הספר היא בכך, שהוא חורג מרמת הדיון הכללית ומנסה להתמקד בהיבטים הייחודיים הקשורים בהתמודדות עם סוגיות אלה בידי עובדים סוציאליים דווקא, מתוך הכרה בייחוד של תרבות מקצוע העבודה הסוציאלית ומודעות לה.

ברור שניתן להתמודד עם הסוגיות שהספר עוסק בהן בדרכים שונות, ואף ניתן לחלוק בנקודות אחדות על הפתרונות החוקיים והאתיים המוצעים בו. אבל אין בכך כדי לגרוע מטיבו ומאיכותו של הספר, ואולי יש בכך גם מן החיוב, שכן יש בו כדי לעורר דיון ושיח על הפתרונות הראויים לסוגיות המועלות בו. יחד עם זאת, מתוך הנחה וציפייה, שבעתיד יופיע הספר במהדורות נוספות וחדשות, נסתפק בהצגת שתי נקודות שניתן להביאן בחשבון בעתיד.

נקודה ראשונה שאולי ראוי לתת עליה את הדעת היא סוגיית המשפט ההשוואתי.

הדילמות המרכזיות שהספר דן בהן אינן ייחודיות לישראל. חברות רבות מתלבטות בסוגיות דומות ומגיעות להסדרים מגוונים בנושא הנדון. ואמנם במספר מקומות הספר מתייחס למימד המשפטי ההשוואתי של הנושא. כך, בשעה הראשון, מוזכרים הסדרים חוקיים שנועדו להגן על הפרטיות בארצות-הברית, באוסטרליה ובבריטניה; בשער הרביעי מובאות דוגמאות מקנדה, מארצות-הברית, מאוסטרליה, מאוסטרליה ואף מדנמרק. ברם, רמת הסקירה ההשוואתית איננה אחידה וקיימים בה הבדלים מהותיים לאורך הספר: לעתים היא מרחיבה אותה, במקרים אחרים היא חלקית או מצומצמת. ייתכן שנכון יהיה בעתיד ליצור יתר אחידות ברמת הסקירה ההשוואתית, כך שניתן יהיה להעריך באמצעותה את המצב בישראל או ללמוד ממנה על דרכי פעולה אפשריות נוספות.

הנקודה השנייה נוגעת לעובדה, שהספר אינו מסתיים בפרק מסכם, אלא דווקא ב"שער" של ההמלצות המעשיות. העדרו של פרק סיכום מותיר את הקורא בתחושת חוסר כלשהי, שכן לאורך כל הספר מצטיירת התמונה הברורה לפיה המצב הקיים הוא סבוך ומפותל: ריבוי חוקים, כללים מסובכים, לשון עמומה, סתירות ועימותים. הניסיון שעשה פרופ' שניט בחלקים השונים של הספר הוא אמיץ לב במובן זה שהוא מנסה ליישב או לפחות להציע פתרונות פרשניים חדשניים ל"בלגן" החקיקתי הנזכר. ברם, בסופו של תהליך הקורא נותר עם שורה ארוכה של פתרונות קונקרטיים או הצעות לפתרונות נקודתיים בסוגיות ספציפיות רבות בקשת של סודיות, פרטיות והזכות למידע. לפיכך, ייתכן שראוי ללכת צעד אחד נוסף ולנסות לתת תמונה מסכמת של מצב הדברים: מעין הערכה כוללת שלצדה גם קריאה ברורה לרפורמה חוקית מקיפה בנושא. שכן, דווקא הסקירה המקיפה המובאת לאורך ששת השערים של הספר מבהירה את הצורך החיוני בשינוי המצב הקיים, לפיו כל חוק סוציאלי יוצר בפני עצמו הוראות ספציפיות בכל הנוגע לסודיות, לפרטיות ולזכות לדעת - הוראות שאינן עולות בקנה אחד עם הוראות המצויות בחוקים אחרים. הוספתו של פרק מסכם עשויה להביא לכך שהקולות הקוראים לשינויים הנקודתיים המועלים בספר יקבלו עוצמה כללית חזקה יותר ואולי גם ימריצו את המחוקק הישראלי לאמץ אותם, או לבצע רפורמה של ממש בתחום הנדון.

לסיכום, יש לברך על פרסומו של ספר זה. מאז חקיקת חוק העובדים הסוציאליים בשנת 1996, ומאז השינוי הרמטי שהתחולל עקב חקיקת חוקי היסוד החדשים בדמות חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו וחוק יסוד: חופש העיסוק, נותר חלל עיוני ומעשי בכל הנוגע למציאת נקודת האיזון בין הערכים האינדיווידואליסטיים החדשים ובין הערכים הפטרנליסטיים המסורתיים בתחום המשפט והאתיקה של העבודה הסוציאלית בישראל. ספרו של פרופ' שניט תורם תרומה של ממש להבנת מורכבות הדילמות האתיות והמקצועיות הכרוכות בתחומי הסודיות, הפרטיות והזכות לדעת, וממלא את החלל שהיה קיים בעבר בתחום זה.

סקר: ישראל דורון

בית-הספר לעבודה סוציאלית,

אוניברסיטת חיפה

M. Harrison and A. Shirom, *Organizational Diagnosis and Assessment: Bridging Theory and Practice*, Thousand Oakes, Calif., 1999. 486 pages.

חברה מודרנית נמצאת בשינויים מהירים ומתמידים. שינויים אלה מקורם בחידושים טכנולוגיים ומדעיים, בהתפתחויות כלכליות, ובהשפעות פוליטיות ותרבותיות. הדוגמה הבולטת לשינויים בתחום הטכנולוגי הם המחשבים ונגזרותיהם: האינטרנט והתקשורת רבת הערוצים. דוגמה להתפתחות כלכלית ומדעית היא תעשיית ההיי-טק. השפעות פוליטיות נתנו את רישומן על הכלכלה העולמית בעיקר בעת קריסתה של ברית-המועצות לשעבר והמעבר שלה לשיטה יותר דמוקרטית. שינויים בתרבות מתבטאים בעיקר באימוץ רוב התרבויות את דפוסי ההתנהגות המערביים, שמקורם בחברה קפיטליסטית, אשר מדגישה אינדיווידואליזם, תחרות חופשית והתערבות מינימלית של השלטון המרכזי בתהליכים כלכליים.

הצורך בשינוי מתוכנן אשר יוחדר במערכות חברתיות וארגוניות נובע מן העובדה, שבני אדם, ובעיקר מנהיגים ומנהלים, נכשלים במאמצייהם ליצור ארגונים וחברות אשר יסתגלו באופן מתמשך לתנאים המשתנים. אי לכך גובר הצורך בתרומת מדעי החברה וההתנהגות לחקור ולהבין את תהליכי השינוי המתוכנן. הסוציולוגיה והפסיכולוגיה הארגונית, במיוחד, מתייחסות במסגרתן לנושאי השינוי והפיתוח הארגוני. מייצגים חשובים של תחום הפיתוח הארגוני בשנות ה-90 הם פורס ורוברטסון (Porras and Robertson, 1992) ופרנץ' ובל (French and Bell, 1995). פורס ורוברטסון מגדירים תחום זה כך: "אוסף של תיאוריות, ערכים, אסטרטגיות וטכניקות המעוגנים במדעי ההתנהגות ואשר מטרתם להשיג שינוי מתוכנן של המערך הארגוני. המערך הארגוני הוא יעד השינוי כדי לקדם את התפתחותם של העובדים בו וכדי לשפר את התפקוד הארגוני, באמצעות שינוי התנהגותם בעבודה של חברי הארגון." (עמ' 723). פרנץ' ובל מגדירים פיתוח ארגוני כך: "מאמץ ארוך-טווח, שאותו מנהיגה ומלווה ההנהלה הבכירה ואשר מטרתו לשפר את יכולת התכנון ויצירת החזון של הארגון, את תהליכי ההעצמה, הלמידה, ופתרון הבעיות באמצעות תהליך שיחופי המערב את תרבות הארגון וצוותי העבודה הפועלים בו. פעילות ההתערבות, הנעשית על-ידי יועץ-מנחה, מסתמכת על תיאוריה וטכנולוגיה שמקורן במדעי החברה היישומיים הכוללים מחקר פעולה." (עמ' 28).

הספרות הארגונית עוסקת באופן אינטנסיבי בנושא השינוי, כיוון שהוא המענה העיקרי לצורך ההסתגלות המהיר והחוזר לתנאים המשתנים התוך-ארגוניים והסביבתיים שבתוכם הארגון פועל. מסורת המחקר והקונצפטואליזציה בתחום הפיתוח הארגוני המתוארת למעלה מעוגנת בעיקר בגישות פסיכולוגיות חברתיות, שמקורן באסכולת יחסי האנוש בחקר ובהתערבות בארגונים. הדגש בהערכת הארגון ותפקודו, על-פי אסכולה זו, וגם ההמלצות להתערבות ממוקדת, מיושמים, ברוב המקרים, בתהליכים בין-אישיים, בדינמיקה קבוצתית וכיחסי מנהלים ועובדים. אף-על-פי שלמסורת של גישת יחסי האנוש היתה תרומה חשובה לחקר ולהתערבות בארגונים, היא אינה מספקת כדי לתת מענים לאבחנה ולהתערבות בתהליכים ארגוניים מורכבים, הקובעים את תפקודם ואת מידת האפקטיביות שלהם

בחומים כלכליים, פוליטיים, משפטיים, אידיאולוגיים וטכנולוגיים. ספרם של הריסון ושירום מתייחס למורכבויות אלה, על-פי עדות המחברים, מטרתו של הספר לספק מסגרת קונצפטואלית המבוססת על מספר תיאוריות, אשר תאפשר עריכת דיאגנוזה ארגונית, שהיא בבסיס כל פעולה להתערבות ולשינוי ארגוני, ולשלב בין תיאוריה למעשה בפעולת האבחון הארגוני. ובאופן יותר ספציפי המחברים מבקשים "לתרום לתיאוריה ולמעשה בחחום השינוי המתוכנן באמצעות פיתוח גישה חדשה למעשה האבחון הארגוני", גישה שהם קוראים לה "דיאגנוזה חדת-דימוי" (Sharp image diagnosis), והם מגדירים אותה כך: המאבחנים לפי גישה זו נעים במהירות מהגדרת הבעיות המוצגות בתחילה לשלב של זיהוי הכוחות אשר יוצרים תוצרים לא יעילים. בד בבד המאבחנים בודקים את כוחותיו של הארגון להתמודד עם שינויים ארגוניים מכריעים כמו שינויים בתקנות ממשלתיות, תמורות בציפיות של לקוחות, איומים הקשורים לתחרות, או שינויים בהרכב כוח העבודה. המאבחנים מספקים משוב במכוונות לפעולה, המביא בחשבון את יכולות הארגון וסיכוייו להשיג שינוי מתוכנן (עמ' 4).

המחברים גורסים, שמאבחנים ארגוניים חייבים להתרכז בשלוש פנים של תהליך הדיאגנוזה: ניתוח, שיטות איסוף נתונים, ויחסי-גומלין בין לקוחות ויועצים ובין אנשי הארגון. המיוחד בספרם של הריסון ושירום הוא בכך, שהוא מתרכז בראשון מבין שלושת פני הדיאגנוזה: ניתוח אבחנתי. לדעתם, הניתוח האבחנתי הנכון והשיטתי, שעושה שימוש במודלים ובגישות התיאורטיות המתאימות, יקבע את התקפות והאפקטיביות של ההתערבות בהמשך. שתי הפנים הנוספות של תהליך האבחון, איסוף הנתונים ויחסי-יועץ-לקוחות, נדונים בידי מחברים אחרים, ואילו פן הניתוח הדיאגנוסטי השיטתי אינו זוכה לטיפול תיאורטי הולם בספרות.

הספר מורכב מארבעה חלקים ומחולק לחמישה-עשר פרקים והוא מלווה ברשימה ביבליוגרפית עשירה ומעודכנת ובאינדקס מפורט. החלק הראשון נקרא "יסודות" והוא כולל חמישה פרקים, שהם הבסיסים הקונצפטואליים של הספר. הפרק הראשון, "מסגרות ומודלים באבחון ארגוני", מלין על העובדה שיועצים ארגוניים וראשי ארגונים רבים ניגשים למלאכת הייעוץ והשינוי הארגוני ללא מערכת קונצפטואלית ותיאורטית הולמת שתאפשר התערבות אפקטיבית. המחברים מצטטים מחקרים שהביאו קמרון (1994) וקמרון, פרימן ומישרה (1991), המצביעים על כך, שעסקים אשר תכננו קיצוצים ושינויים ארגוניים שלוו בפעילות אבחנתית שיטתית, השיגו שיפור בביצוע. בהמשך הפרק הזה מוצג מודל האבחון שהמחברים מציעים, "דיאגנוזה חדת-דימוי", וזה נדון במפורט תוך הדגמתו באמצעות שורה של תיאורי מקרים רלוונטיים (חמישה במספר).

הפרק השני בחלק זה של הספר מציב במפורט ובוחן באופן ביקורתי את גישת המערכת הפתוחה לחקר ולאבחון ארגוני. למשל, בעוד שלגישה זו יש יתרונות לא מבוטלים כאמצעי אנליטי, היא הקדישה רק מעט תשומת-לב לשאלות של קבוצות אינטרס ולתהליכים פוליטיים ולתפקיד שאלה ממלאים בהבנת תפקוד הארגון.

הפרק השלישי עוסק בהערכת אפקטיביות ארגונית. המחברים מביאים גישות שונות להערכת אפקטיביות ואי-אפקטיביות ארגונית. הם מצביעים, בצדק, על כך שקיים פער בין



עמדת התיאורטיקן והספרות התיאורטית הענפה הקיימת בנושא אפקטיביות ארגונית ובין העמדות של מנהלים וראשי ארגונים המעוניינים ביועץ ומאבחן שיסייעו לפתרון הולם לאי-אפקטיביות ארגונית. גישה המאכחנת אי-אפקטיביות ארגונית אף טומנת בחובה יותר השתמעויות לפעולה מאשר הערכות של אפקטיביות ארגונית.

נושא הפרק הרביעי הוא מודלים לאבחון ארגוני. בפרק זה הקורא נחשף למגוון מודלים של דיאגנוזה ארגונית: מודל ששת התאים של וייסבורד, מודל המערכת הפתוחה, ניתוח שדה כוחות, מודל ניתוח זרימה (stream analysis) של פורס וועידת החיפוש (Search conference) מבית מדרשם של אמרי וטריסט (Emery and Trist). לדעת המחברים, "עקב אכילס" של מודלים דיאגנוסטיים אלה היא השאיפה של יוצריהם להציע מערכת קונצפטואלית שתהיה אוניברסלית וכת-יישום לארגונים מכל הסוגים ואשר סובלים מבעיות תפקוד שונות. פעמים רבות שכרם האנליטי של המודלים יוצא בהפסדם הפרקטי והקונקרטי. לשון אחר, יועצים ארגוניים, העושים שימוש במודלים הסטנדרטיים והאבסטרקטיים הללו, מחטיאים פעמים רבות את צורכיהם של הלקוחות כיוון שהוא אינם תופרים "חליפה" דיאגנוסטית המבוססת על פרטי הארגון הספציפי, כגון ההיסטוריה ושלב ההתפתחות שלו, התרבות הארגונית, ואילוצים סביבתיים. כמו-כן המחברים מצביעים בצדק על העובדה, שמעטים המודלים הכוללים במסגרתם מרכיבים של המציאות הפוליטית הפנים-ארגונית והחוץ-ארגונית של הארגון הנמצא בתהליך האבחון.

לעומת זאת, כמודל "הדימוי החד" האבחוני המוצע בספר, תהליך הדיאגנוזה כולל לא רק את המרכיבים האנליטיים והקוגניטיביים. על-פי מודל זה נבנים במהלך תהליך האבחון יחסי-הגומלין בין הלקוח ליועץ תוך פיתוח מחויבות והנעה לפעולה של הראשון. יחסי-הגומלין הללו, הנבנים בהדרגתיות ותוך רגישות לצורכי הלקוח, הם המאפשרים בהמשך התהליך הדיאגנוסטי להגיע להסכמים על האנשים שהיועצים יראיינו: מה הם המסמכים והעדויות הדרושים לעבודת האבחון ולמי בארגון יוזנו מסקנות עבודת הייעוץ.

הפרק החמישי, החותם את החלק הראשון והתיאורטי של הספר, עוסק באבחון פוליטיקה ארגונית. המחברים יוצאים כאן מנקודת הנחה, שהרבה מן ההתערבויות לפיתוח ארגוני, למשל ברוח הגדרותיהם של פורס ופרנץ' ובל שהובאו לעיל, עלולות לא להצליח עקב בעיות בפוליטיקה הארגונית. לדוגמה, על-פי המחברים, שיטות התערבות מסוג ייעוץ תהליכי ובניית צוותים לא תהיינה אפקטיביות בארגונים שבהם קיימים קונפליקטים של אינטרס ואשר חסרים בהם תנאים של אמון ופתיחות בין-אישית. בהמשך הפרק המחברים מביאים את התייחסותם לשלושה מרכיבים של פעילות פוליטית בארגונים: התוצאות הארגוניות של פעילות פוליטית, שיטות ההשפעה הדומיננטיות, וההעצמה של העובדים.

חלקו השני של הספר מציג חמישה תחומי התערבות מרכזיים במבנה ובדינמיקה הארגונית אשר בהם ניתן ליישם את המודלים הדיאגנוסטיים שנדונו בחלק הראשון. התחום הראשון כולל דרכים לעשיית שימוש במודלים של מערכת פתוחה לאבחון ולהערכה של פעילות קבוצת העבודה. בתחילת הפרק מוצג מודל קונצפטואלי שהצביע על קשרי-הגומלין המתקיימים בין היחיד, קבוצת העבודה והארגון. באמצעות ניתוח מסוג זה ניתן לאבחן בעיות בתפקוד הקבוצה ואף לתכנן קבוצה חדשה.

בפרק שאחריו נדון תחום העיצוב הארגוני. המחברים מציגים כאן ניתוח מעניין של הנושא והצעות לשיפור העיצוב הארגוני.

בפרקים הבאים נדונים ניהול משאבי אנוש, טיפול בכוח עבודה רבת-תרבותי ובמיוחד בשאלות של יחסי גברים נשים, והאבחון של נושא התרבות הארגונית.

החלק השלישי של הספר מוכתר בשם "יישומים", והוא מציע אבחון בארבעה נושאים בתחומים אלה: מעגל החיים של הארגון, יחסי עבודה, יצירת אסטרטגיה ארגונית ואבחון של מערכות מקרו. פרקים אלה הם ממש מרתקים וכתובים כהבנה ובידע רב. למשל, הקורא לומד לדעת, שהבאה בחשבון של שלב ההתפתחות שהארגון העומד בפני אבחון נמצא בו עשויה לסייע במידה רבה כדי להציע תהליך שינוי וטרנספורמציה שמטרתם להתגבר על קשיים בתפקודו. וכל זאת בהסתמך על הבנה ובקיאות בתיאוריות מעגל החיים של הארגון. החלק האחרון של הספר, הנושא את הכותרת "גישור בין תיאוריה לפרקטיקה", מעניין ואתגרי במיוחד. המחברים מרחיבים את דיונם בנושא המסגרות הדיאגנוסטיות לכיוון חדש. הם דנים בפרק זה באפשרויות היישום של מספר תיאוריות, מודלים וטכניקות אנליטיות במהלך האבחון הארגוני. לדעתם, השימוש בגישות רבת-תיאורטיות במהלך האבחון עשוי להעשיר את תפיסתם הן של יועצים והן של לקוחות לגבי הדינמיקה הארגונית ותהליך השינוי שהם עוברים. דיאגנוזות אלה מבוססות על מספר תיאוריות ארגוניות העשויות להרחיב את ההתערבויות של היועצים הארגוניים ולהיעשות תקפות יותר. הנטייה השכיחה לדבוק בגישה אחת, שהיועץ הארגוני בקי בה, או הרצון לרצות את הלקוח באמצעות השימוש בטכניקה פופולרית כזו או אחרת, מביאים להתערבות שניתן לדמותה לירי מן המותן, התערבות שהיא פעמים רבות נעדרת תקפות ואף מוטה וסטריאוטיפית על-פי הנחות המודל המתיימר לתת תשובות אוניברסליות לבעיות ארגוניות ייחודיות.

הספר שלפנינו הוא, בלי ספק, תרומה חשובה מאוד לספרות הארגונית, שעניינה הערכה והתערבות ארגונית. נוסף על המתודולוגיה הספציפית להערכה שהמחברים מציעים (דיאגנוזה חדת דימוי), הם תורמים לספרות הארגונית בסקירתם רחבת ההיקף והמגוונת של מודלים קונצפטואליים להערכה ארגונית, שמקודה בגישות תיאורטיות שונות (מערכת פתוחה, תורת השדה של קורט לויין, תיאוריית שלבי החיים של הארגון). הספר כשמו כן הוא, והוא נותן דוגמה מצוינת לדרך שבה אפשר לגשר בין התיאוריה לפרקטיקה. חלק הארי של הספר אכן מדגים זאת בניחותים התיאורטיים השיטתיים והקולעים שהמחברים מביאים בדונם בהיבטים ארגוניים מרכזיים כמו קבוצות, משאבי אנוש ויחסי עבודה. ואכן, מתקיים בספר מאמרו של אחד ממייסדי תחום מחקר ועיון זה (קורט לויין): "הדבר השימושי ביותר היא תיאוריה טובה".

סקר: דוד ברגל

בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול כרוואלד,  
האוניברסיטה העברית בירושלים

## עיון ראשון

שלמה סבירסקי, אתי קונור, ברברה סבירסקי וירון יחזקאל, נשים בשוק העבודה של מדינת הרווחה בישראל, מרכז אדווה, תל-אביב, 2001. 126 עמודים.

העיסוק הגובר בנושאי מגדר בהקשר של מדינת הרווחה בישראל בא לידי ביטוי בספר זה, שהוציא לאור מרכז אדווה. במרבית המדינות המתועשות, מערכות מדינת הרווחה אינן משמשות רק מקור למענים לצרכים של בני אדם, אלא הן ממלאות גם תפקיד מכריע בשוק העבודה וביצירת מקומות עבודה, במיוחד עבור נשים. בשוודיה, למשל, שילובן המרשים של נשים בשוק העבודה קשור באופן מיוחד בעובדה שמדינת הרווחה היא המעסיקה רבות מהן.

חוקרים ממרכז אדווה עוסקים כאן בהיבטים מגוונים של העסקת נשים מטעם מדינת הרווחה בישראל. בפרקי הספר ניתן למצוא התייחסות למאפייני ההשתתפות של נשים בשוק העבודה, דיון בסוגיית נשים בשוק העבודה של השירותים הציבוריים והתייחסויות ספציפיות לשירותים ציבוריים שונים ולמאפיינים מיוחדים של העיסוק במגזר זה. בפרק הסיכום מובא דיון תיאורטי בהשלכות של העסקת נשים מטעם מדינת הרווחה ובמגמות המאפיינות את התופעה הזאת היום.

מאיר טייכמן, מנקטר האלים לכוס התרעלה, רמות, תל-אביב, 2001. 326 עמודים.

בספר זה נבחנת התופעה של צריכת אלכוהול וההתמכרות למשקאות אלכוהוליים מנקודות מבט שונות ובהקשרים חברתיים שונים. התופעה נדונה הן מנקודת המבט הביולוגית-פסיכולוגית וההתפתחותית והן מנקודת הראות החברתית. כמרכזן מתוארות השלכות האלכוהוליזם על מערכות היחסים בתוך המשפחה ועל מצבם של ילדים החיים במשפחות שבהן ההורים מכורים לשתיית אלכוהול. נושא ההתמודדות עם תופעת ההתמכרות לאלכוהול זוכה גם הוא למקום מרכזי בספר ויש התייחסות לדרכי התמודדות שונות עם התופעה. בחלקו האחרון של הספר נדונות תופעות של אלכוהוליזם בקרב ציבורים ספציפיים - נשים, קשישים ובני נוער.

אשר בן-אריה, יפה ציונית וזואי בינסטוק-ריבלין (עורכים), ילדים בישראל 2000, המועצה הלאומית לשלום הילד, ירושלים, 2000. 429 עמודים.

Asher Ben-Arie. Yaffa Tzionit and Zoe Beenstock-Rivlin (editors), *The State of the Child in Israel 2000*, Israel National Council for the Child, Jerusalem, 2001. 444 pages.

מדי שנה מפרסם המרכז למחקר ועיצוב מדיניות של המועצה הלאומית לשלום הילד בישראל את השנתון הסטטיסטי שלו, ילדים בישראל. עם השנים היה ספר זה למקור חשוב של נתונים מעודכנים בנושא ילדים בישראל והוא משמש הן את קובעי המדיניות, הן את מעצבי דעת הקהל והן אנשי אקדמיה העוסקים בנושאי ילדים. השנה, בניגוד לשנים

האחרונות, הספר מתפרסם גם כשפה האנגלית, מה שמאפשר גם למתעניינים במצבם של ילדים בישראל במדינות אחרות לקבל מידע מעודכן. בין הנושאים הרבים הכלולים בספר: מאפיינים דמוגרפיים של ילדים; משפחות, משקי-בית ותנאי גדילה של ילדים; ילדים עם צרכים מיוחדים; ילדים וכלכלה; ילדים במצבי מצוקה; ילדים בישראל ובעולם.

Susan Baker and Anneke van Doorne-Huiskes (editors), *Women and Public Policy*, Ashgate, Aldershot, 1999. 234 pages.

ספר זה עוסק במקומה ובזכויותיה של האישה במדינת הרווחה המודרנית. הנחת היסוד היא, שבמדינות המתועשות נשים אינן יכולות לממש את זכויות האזרח שלהן באופן מלא. הספר מתמקד במיוחד בנושא המעסיק זה שנים את השיח הפמיניסטי - הקשר שבין הציבורי ובין הפרטי. הטענה המועלית היא, שלא ניתן להבחין בין שני העולמות, הציבורי והפרטי, ושניהם קשורים ומעורבים זה בזה. ההבחנה החדה והפורמלית בין השניים נותנת לגיטימציה לפגיעה בזכויותיהן של נשים. את המצב הזה בא הספר לתקן. הספר מחולק לחלקים אחדים וכל אחד מאלה כולל מאמרים אחדים. לאחר המבוא התיאורטי בא חלק המוקדש לעובד במגזר הציבורי ולעיצוב מדיניות. החלק השלישי עוסק במדינת הרווחה ובמערכות שונות הקשורות בה, ואילו כחלק הרביעי הדגש הוא על תחומי הבריאות, וכמיוחד - השלכות הסכיבה על בריאותן של נשים.

# חקיקה ופסיקה סוציאלית

הסקירות במדור זה נכתבו בידי אריה וולף, עו"ד

---

הצעת חוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום) (תיקון מס' 20) (תיקון (תגמולים לאלמנה שנישואיה השניים פקעו), התש"ס-2000

---

הצעת חוק של ארבעה-עשר חברי כנסת, מסיעות שונות. החוק המקורי מקנה לאלמנות חללי מלחמת ישראל תגמולים. בחוק נקבע, שאם נישאה אלמנה מחדש, יפקעו זכויותיה לתגמולים מיום נישואיה מחדש. בתיקון שנעשה בשעתו בחוק נקבע, שאלמנה שנישאה שנית תוכל לשוב ולקבל זכויות מיום פקיעת נישואיה השניים. התיקון האמור בא להיטיב עם אלמנות בניסיון לשקם את משפחותיהן, אך מבטיח שאם ייכשל הניסיון, ביום פקיעת הנישואין יוחזרו להן זכויותיהן. בתיקון נקבע, שהוא יחול גם על מי שנישאה טרם תחילתו של התיקון ובלבד שנישואיה פקעו לאחר תחילתו. הוראה אחרונה זו, של חלות, מביאה לכך, שאלמנות צה"ל שנישואיהן פקעו לפני כניסתו של התיקון לתוקף, לא יחולו לגביהן הוראות התיקון ומשום כך זכויותיהן לא יושבו להן מיום פקיעת נישואיהן השניים.

עתה באים ארבעה-עשר חברי הכנסת ומציעים לבטל הוראה זו ולקבוע, שהקצבה תשולם לאלמנות אלה, אך רק בעד התקופה שמיום תחילת החוק המוצע ואילך.

לפי הערכת משרד האוצר ומשרד הביטחון עלותו של החוק המוצע היא 6,6 מיליון ש"ח לשנה.

---

הצעת חוק ותיקי מלחמת העולם השנייה, התש"ס-2000

---

הצעת חוק של הממשלה. ציבור ותיקי מלחמת העולם השנייה תרם תרומה רבה לקיומו של העם היהודי. לאוכלוסייה זו מצטרפת קבוצת האנשים שחיו בלנינגרד (היום סנט פטרבורג) בתנאים קשים עד סיומו של המצור על העיר וגם אלה שלחמו במצור ואינם "ותיקי מלחמה". הממשלה סבורה, שעל מדינת ישראל מוטלת החובה המוסרית להבטיח שציבור זה יוכל לחיות בכבוד; רבים מאלה הנמנים עם אוכלוסייה זו חיים בתנאים כלכליים קשים ומצב בריאותם אינו תקין. הצעת החוק באה אפוא לעגן בחוק הטבות סוציאליות לנוזקים מבין

ותיקי מלחמת העולם השנייה, שחלק לא מבוטל מהם עלו ארצה בגלי העלייה ממדינות חבר העמים ואשר גילם הממוצע 75 שנה ומעלה.

החוק פועל בשני מישורים: במישור ההכרה, החוק מציע לקבוע במסגרת חוק זיכרון השואה והגבורה - יד ושם, התשי"ג-1953, מתן אות זיכרון ותעודה לוותיק המלחמה ולקבוע את יום כניעתה של גרמניה הנאצית כיום זיכרון לאומי, כדי שתוכר גם תרומתם של ותיקי מלחמת העולם השנייה לקיום העם היהודי. עוד מוצע, שיד ושם יוסמך להקים מפעל זיכרון להנצחת מורשתם של ותיקי מלחמת העולם השנייה.

במישור הרווחה, החוק מציע לקבוצות האוכלוסייה האמורות שורה של הטבות. מוצע, שבתור ותיק מלחמת העולם יוכר לא רק מי שלחם במסגרת צבא סדיר, אלא גם מי שלחם בקבוצות פרטיזנים. כמו כן יוכר מעמדו של מי שלחם בעיר לנינגרד ואינו מוגדר כ"ותיק מלחמה" ומי ששהה בעיר זו עד סיומו של המצור עליה בתקופת מלחמת העולם השנייה וצוין על כך לשבח.

בין ההטבות הסוציאליות המוצעות: ותיק מלחמה הזכאי לסיוע בתשלום שכר דירה, יהיה זכאי לתוספת בשיעור של 10 אחוזים מסכום הסיוע שהוא כבר זכאי לקבל; ותיק מלחמה נזקק יהיה זכאי להנחה בשיעור של 75 אחוזים, במקום שיעור ההנחה של 50 אחוזים הקבוע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, המוענקת לאזרחים ותיקים שמשלמת להם גמלה לפי חוק הבטחת הכנסה.

ותיק מלחמה נזקק ייהנה מהנחה של 75 אחוזים מתשלומי האגרה בעד החזקת מקלט טלוויזיה לפי חוק רשות השידור, התשכ"ה-1965, במקום מהנחה של 50 אחוזים שאזרח ותיק זכאי לה. ההנחה תינתן גם כאשר רק אחד מבני הזוג, המתגוררים באותה יחידת דיור שבה נמצא מקלט הטלוויזיה, הוא ותיק מלחמה.

לפי הצעת התיקון לחוק יימנע כפל הטבות: ותיק מלחמה נזקק שזכאי להטבות לפי כמה חוקים, יהיה זכאי להטבה אחת בלבד ובשיעור הגבוה מביניהן.

---

### הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 44) (מענק לימוד לילד שהגיע למצוות), התשס"א-2001

---

הצעת חוק פרטית של חברת הכנסת נעמי חזן מרצ).

הורה יחיד, כמשמעותו בחוק משפחות חד-הוריות, התשנ"ב-1992, והורה שמשלמת לו גמלה לפי חוק הביטוח הלאומי (סעיף 74(ב)), זכאי למענק לימודים, בתחילת כל שנת לימודים, בשיעור של 18 אחוזים מן השכר הממוצע, בעד כל אחד מילדיו שמלאו לו 6 שנים וטרם מלאו לו 11 שנים, ובשיעור של 10 אחוזים מן השכר הממוצע בעד כל אחד מילדיו שמלאו לו 11 שנה וטרם מלאו לו 14 שנה. חברת הכנסת חזן מציעה לקבוע, שמענק הלימודים יהיה בשיעור אחיד של 18 אחוזים מן השכר הממוצע והוא ישולם בעד כל ילד שמלאו לו 6 שנים וטרם מלאו לו 18 שנה.

לתלויים של מבוטח, שפגיעה בעבודה גרמה את מותו ואשר מכוחו משולמת קצבת



תלויים (סעיף 143 לחוק הביטוח הלאומי) ולשאיירים של מבוטח שמכוחו משתלמת קצבת שאירים (סעיף 254 לחוק הביטוח הלאומי), משולמים מענק בר או בת מצווה בשיעור של שני-שלישים מן השכר הממוצע בהגיע הילד לגיל 13 שנה או הילדה לגיל 12 שנה. מענק זה אינו משולם לילדו של הורה יחיד אשר איננו יתום.

מוצע לקבוע, שלילדיו של הורה יחיד ישולם מענק בר או בת מצווה בשיעורים המשולמים למי שזכאי לקצבת שאירים.

לפי הערכת המוסד לביטוח לאומי תהיה העלות התקציבית השנתית של התיקון בעניין מענק הלימודים 80 מיליון ש"ח, ואילו עלות התיקון בעניין מענק בר או בת מצווה תהיה 40 מיליון ש"ח. לפי הצעת חברת הכנסת חזן יבוא המימון מסעיף הרזרבה שבתקציב המדינה.

---

### הצעת חוק שעות עבודה ומנוחה (תיקון מס' 11) (שינוי שבוע העבודה), התשס"א-2001

---

הצעת חוק פרטית של חבר הכנסת נחום לנגנטל (מפד"ל).

חוק שעות עבודה ומנוחה, התשי"א-1951, קובע, שמנוחה שבועית של יהודי תכלול את יום השבת. בשנים האחרונות הוחל במרבית המגזרים במשק שבוע עבודה מקוצר של חמישה ימים ויום שישי נקבע כיום מנוחה נוסף, בהיותו יום עבודה קצר הצמוד ליום השבת.

מטרתה של הצעת החוק לעגן בחוק את יום ראשון כיום מנוחה נוסף, במקום יום שישי הנוהג היום. חבר הכנסת לנגנטל מציע, שביום ראשון תותר העסקת עובדים לצורך קיום פעילות תרבות, חינוך, תחבורה ומסחר קמעונאי. כמורכך הוא מציע להתיר העסקה במפעלים, שיקבע שר העבודה, כדי לאפשר פעילות תעשייתית רצופה, בדומה לנהוג היום ביום שישי לגבי הפעילויות במשק.

עובד שיעבור ביום ראשון יהיה זכאי ליום מנוחה חלופי נוסף על יום המנוחה שחל ביום שבת. ההוראה בדבר תוספת לגמול העבודה במנוחה השבועית, לפי סעיף 17 לחוק, לא תחול לעניין העבדה ביום ראשון. ייקבע, שהעבדה ביום ראשון לא תיחשב העבדה בניגוד לחוק.

לדעת המציע, במרבית מדינות המערב נהוגים שני ימי מנוחה מלאים במשק כולו. הדבר מועיל לתא המשפחתי ומאפשר לבני המשפחה לשהות יחד זמן רב יותר, תוך שהם נוטלים חלק בפעילויות פנאי, לרבות פעילות בתחומי התרבות, החינוך והמסחר הקמעונאי.

לשינוי זה עשויה להיות השפעה גם על תחומים נוספים שיש להם חשיבות לחברה הישראלית. למשל, השינוי עשוי לצמצם מחלוקות בין דתיים לחילוניים, לצמצם את ממדי האבטלה ולהקטין פערים חברתיים. כמורכך יש לשינוי המוצע השפעות חיוביות על כלכלת ישראל ועל השתלבותה במסחר הבינלאומי.

לפי הערכת משרד האוצר תהיה עלותו של החוק המוצע 3,8 מיליארד ש"ח, והיא תמומן מסעיף הרזרבה הכללית בתקציב המדינה.

---

**חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 43) (תגמול בעד שירות מילואים חד-יומי), התשס"א-2001**

---

הצעת חוק של הממשלה, שנתקבלה כחוק בכנסת ביום י"ג בסיוון התשכ"א (4 ביוני 2001). סעיף 271 לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, מסדיר את הזכות לתגמול למשרתים במילואים.

מוצע לתקן את הסעיף כך שתימחק ההגבלה החלה לגבי תשלום תגמול בעד שירות מילואים חד-יומי, כך שאלה המשרתים שירות חד-יומי יקבלו תגמול מן היום הראשון של שירות המילואים, ולא מן היום השלישי. החוק המוצע יחייב תוספת של מאה מיליון ש"ח בערך לתקציב הביטחון.

---

**הצעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (תיקון מס' 14) (שירותי בריאות לתלמיד), התשס"א-2001**

---

הצעת חוק פרטית של חברי הכנסת תמר גוז'נסקי, מוחמד ברכה ועסאם מחול (חד"ש). סעיף 21א' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, שעניינו שירותי בריאות לתלמיד, קובע, ששירותי הבריאות לתלמידים בבתי-הספר יינתנו בידי משרד הבריאות, והללו מפורטים בתוספת השלישית לחוק. בהתאם למתכונתו הנוכחית של החוק, שירותי הבריאות האמורים חלים רק על תלמידים בכיתות א' עד ט'. מוצע לקבוע, שהיקף ההוראות האמורות יורחב והן תחולנה על תלמידים בכיתות א' עד י"ב.

כמורכן מוצע, שבכל בית-ספר יועסק צוות בריאות, אשר יכלול רופא ואחות, לפי מפתח של משרת רופא מלאה לכל ארבעת אלפים תלמידים ומשרת אחות מלאה לכל אלף מאתיים וחמישים תלמידים. הנהגתו של שירות זמין בבתי-הספר של רופא ואחות, בעלי הכשרה מתאימה בהתפתחות ובהתנהגות הילד, תסייע רבות לצוות בית-הספר לטפל בתלמידים המתמודדים עם בעיות בתחום הלמידה, עם בעיות התנהגות, או הנתקלים בקשיי הסתגלות לסביבת בית-הספר.

מוצע, שהוראות החוק יוחלו בצורה הדרגתית, כך שהחוק יושלם עד ספטמבר 2003. לפי הערכת משרד האוצר תהיה עלותו של החוק המוצע בערך 90 מיליון ש"ח לשנה. לפי ההצעה יבוא המימון מהקטנה של סעיף הרזרבה הכללית בחוק התקציב השנתי.

---

**חוק התגמולים לחסידי אומות העולם (תיקון מס' 3), התש"ס-2000**

---

הצעת חוק של הממשלה, שנתקבלה כחוק בכנסת ביום י"ג בסיוון התשס"א (4 ביוני 2001). חסיד אומות העולם היושב בישראל זכאי, לפי הוראות סעיף 2 לחוק התגמולים לחסידי אומות העולם, התשנ"ה-1995, לתגמול חודשי בסכום השווה לשכר הממוצע.

סעיף 324 לחוק קובע: "הנמצא בחוץ-לארץ למעלה משישה חודשים, לא תשולם לו קצבה בעד הזמן שלמעלה מששת החודשים הראשונים, אלא בהסכמת המוסד." (לביטוח לאומי. א"ו). אוכלוסיית חסידי אומות העולם היא אוכלוסייה מבוגרת. טבעי הדבר שמקצתם מבקשים לחזור לארץ מוצאם, ובעיקר כאשר הם זקוקים לטיפול רפואי או סיעודי. מוצע לקבוע אפוא, שהתגמול החודשי ישולם גם למי שהוכר כחסיד אומות העולם ויצא את ישראל לצורך קבלת טיפול רפואי או סיעודי, בתנאים הנקבעים בחוק.

---

### חוק משפחות חד-הוריות (תיקון מס' 3), התשס"א-2001

---

החוק התקבל בכנסת ביום ב' בניסן התשס"א (26 במרס 2001). התיקון בא להוסיף להגדרת "הורה יחיד" לצורך החוק גם אישה החיה בנפרד מבן-זוגה, אשר שהתה במקלט לנשים מוכות תשעים ימים לפחות, מתוך תקופה של שנים-עשר חודשים, שתחילתה ביום הראשון לשהותה במקלט, ואשר פתחה בהליך על-פי דין כדי להשתחרר מקשר הנישואין ופעלה במסגרת הליך זה במשך שישה חודשים לפחות. אך אישה תהיה פטורה מפתיחת הליך על-פי דין כאמור אם לשכת הסעד אישרה שיש בכך כדי לסכן את חייה או את חיי ילדה.

---

### חוק עבודת נשים (תיקון מס' 21), התשס"א-2001

---

החוק נתקבל בכנסת ביום ב' בניסן התשס"א (26 במרס 2001). התיקון עוסק באיסור פיטורי עובדים העוברים טיפולי הפריה חוץ-גופית או טיפולי פוריות. החוק קובע, שמעביד לא יפטר עובדת העוברת טיפולי הפריה חוץ-גופית או עובד או עובדת העוברים טיפולי פוריות, לקראת ילדם הראשון או השני, בימי העדרם מן העבודה או במשך תקופה של מאה וחמישים יום לאחר תום תקופת ההיעדרות האמורה, אלא בהיתר מאת שר העבודה והרווחה. שר העבודה והרווחה לא יתיר פיטורים כאמור אם לדעתו הפיטורים קשורים עם ההיעדרות האמורה. הוראה זו לא תחול על מעביד לגבי עובד או עובדת כאמור, שחלפו שנתיים מן היום הראשון להיעדרותם מעבודה אצלו, או באותו מקום עבודה.

---

### הצעת חוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 45) (הכנסה מזערית), התשס"א-2001

---

הצעת חוק פרטית של חברי הכנסת ענת מאור (מרצ), אלי בן-מנחם (ישראל אחת), צבי הנדל (האיחוד הלאומי) ומקסים לוי (גשר).

בחוק הביטוח הלאומי (תיקון מס' 30), התשנ"ט-1999, תוקן חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, ונקבע, שההכנסה המזערית לעניין תשלום דמי ביטוח לאומי וגמלאות, לעניין עובד, תהיה 47.5 אחוזים מן השכר הממוצע, היינו רמת שכר המינימום. מוצע לקבוע, שההכנסה המזערית שתחול לגבי חבר אגודה שיתופית שרואים בו עובד, תהיה 25 אחוזים מן השכר הממוצע, כלומר חזרה למצב כפי שהיה ערב תיקון מס' 30 דלעיל.

מוצע להחיל את תחילתו של תיקון זה ל-1 באפריל 1999, שהוא מועד תחילתו של תיקון מס' 30.

כמו־כן מוצע להסמין את שר העבודה והרווחה, באישור ועדת העבודה והרווחה והבריאות של הכנסת, לקבוע בצו סוגי אוכלוסיות שלגביהן תחול הכנסה מזערית כפי שייקבע. סוגי האוכלוסיות ייקבעו, בין השאר, בהתחשב בהכנסתם ובאיזור מגוריהם הגיאוגרפי.

הפסד הגבייה למוסד לביטוח לאומי הצפוי בהקשר של האגודות השיתופיות מוערך ב-23 מיליון ש"ח לשנה.

---

### הצעת חוק עבודת נשים (תיקון מס' 14) (הוראת שעה) (תיקון), התשס"א-2001

---

הצעת חוק של חברת הכנסת נעמי חזן (מרצ).

בחוק עבודת נשים (תיקון מס' 14) (הוראת שעה), התשנ"ז-1997, תוקן חוק עבודת נשים התשי"ד-1954, ונקבע, שעובד שאשתו ילדה, זכאי לחופשת לידה בתקופת חופשת הלידה שנותרה מתוך ששת השבועות הראשונים שלאחר יום הלידה, בהתקיים התנאים שבהוראת השעה.

כמו־כן נעשה תיקון עקיף לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995, שבו נקבע, שבתקופת חופשת הלידה של האב ישולמו דמי לידה לאב בהתאם לתנאים הקבועים בהוראת השעה ובחוק הביטוח הלאומי.

תוקפה של הוראת השעה נקבע לשלוש שנים, ופג ביום 1.5.2001.

לאור הניסיון שהצטבר מוצע להאריך את תוקפן של ההוראות הקבועות בהוראת השעה לשלוש שנים נוספות שבמהלכן ניתן יהיה להמשיך ולבדוק את ההשלכות של חלוקת חופשת הלידה בין שני ההורים.

כמו־כן מוצע להבהיר, שהזכאות לתשלום דמי לידה לפי חוק הביטוח הלאומי חלה גם לגבי אב מאמץ שלקח חופשת אימוץ, בעד פרק הזמן שהיה בחופשה כאמור, ובלבד שלא תשולם גמלה כאמור לאב מאמץ ולאם מאמצת בעד אותו פרק זמן בשל אותו אימוץ.

## רשימת מחברי המאמרים המתפרסמים בחוברת זו

אורי אבירם	פרופסור, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
יהודית בר און	סגנית ראש אגף לשירותים אישיים וחברתיים, משרד העבודה והרווחה, ירושלים.
שולי ברמלי-גרינברג	חוקרת, תחום מדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים, ומרצה בכירה, בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
רויטל גרוס	חוקרת בכירה, תחום מדיניות בריאות, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.
אילנה דובדבני	מרצה, בית-הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה.
סטנלי ס' קר ז"ל	היה פרופסור בבית-הספר למשפטים, אוניברסיטת בולטימור, מרילנד, ארצות-הברית, ונשיא האגודה האמריקנית לפיגור שכלי (AAMR). פרופ' קר נפטר בספטמבר 2001.
יחזקאל טלר	פרופסור, בית-הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה.
רות לנדאו	מרצה בכירה, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.
משה מאור	פרופסור, החוג למדע המדינה, האוניברסיטה העברית בירושלים.
פייסל עזאיזה	מרצה בכיר, בית-הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה.
דינה פלדמן	מרצה, בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
רועי קרת	עורך-דין, הלשכה המשפטית, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
חיה שוורץ	מורה בכירה, בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
סקירת ספרים	
דוד ברגל	פרופסור, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים, ירושלים.
ג'וני גל	מרצה, בית-הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים, ירושלים.
ישראל דורון	מרצה, בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל, חיפה.

## חברה ורווחה - רבעון לעבודה סוציאלית

כרך כ"א, מס' 3, תשרי תשס"ב, ספטמבר 2001

### תוכן העניינים

יעל גירון, מרים ברזון,  
ארנה כהן ודפנה פרומר

תחושת רווחה לפני התערבות מקצועית ואחריה:  
ההתאמה בין תפיסת הפוגה לתפיסת העובד  
הסוציאלי

ויקטור פלוריאן  
ונעה וילצ'ינסקי

שכיחות הבעיות העולות בטיפול זוגי והקושי לטפל  
בהן: נקודת מבט של מטפלים משפחתיים בישראל

שירלי אברמי

השפעת התאבדותו של הורה על ילדיו

נתי רונאל וגלית ליבמן

השינוי בהשקפת העולם אצל חברות או.איי. בישראל  
במהלך ההחלמה

רוני קאופמן

גורמים ותהליכים המשפיעים על פעילות קואליציונית  
של ארגונים לשינוי חברתי

### סקירות ספרים

זמן שאול: סוגיות בקבלת החלטות לגבי ילדים  
בסיכון

שרי בן-נתן (עורכת)

Rebuilding Communities: Challenges for Group Work

H. Berthcer, L.F. Kurtz  
and A. Lamont (eds.)

Putting Children First: A Guide for Parents Breaking Up

Hannah McDonough  
and Christina Bartha

מן המדף

מכתב למערכת

קול קורא למאמרים בנושאי נשים בחברה

תמציות באנגלית

מען המנהלה ומחלקת מנויים:

האגף למחקר ולתכנון, משרד העבודה

והרווחה

רח' יד חרוצים 10, תלפיות, ירושלים

טלפון 02-6708174

מען המערכת:

פרופ' חיה יצחקי, עורכת ראשית

כיי"ס לעבודה סוציאלית,

אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן 52900

דואר אלקטרוני itzhah@mail.biu.ac.il