

# סוגיות נבחרות במערכת השיקום בישראל

ויקטור פלוריאן ונירה דנגור

מאמר זה מציג תמונה כוללת וערכנית של אוכלוסיית היעד של שירותי השיקום בישראל, אומדנה והרכבה, התפתחות החקיקה הרלוונטית לאוכלוסיות אלו מאז קום המדינה, ואת המבנה הארגוני של שירותי השיקום הפועלים היום בארץ. ניתוח ביקורתי של נושאים אלו מלמד שעיצובם של שירותי השיקום משקף את ההתפתחות הסוציופוליטית של המדינה יותר מאשר את המטרות השיקומיות-מקצועיות שהן פרי תכנון והמשגה שיטתיים. בין היתר, מתברר שהחקיקה בנושאי שיקום והשירותים הפועלים בכפוף לה מבטאים בעיקר מתן מענים לצרכים ברמה הפרטנית ופחות מחויבות לפתרונות אוניברסליים המקדמים את שילובם המלא של אזרחים עם נכות במערכת החברתיות השונות.

---

## מבוא

מדינת רווחה מודרנית נבחנת, בין היתר, גם בהתייחסותה החברתית והפוליטית לאותן קבוצות באוכלוסייה הנאלצות להתמודד עם מצבי חולי ונכות ולהסתגל להם. בדומה לרוב המדינות בחברה המערבית, גם בישראל ניתן לזהות תהליכים תחיקתיים וארגוניים שהביאו לבנייתה ולעיצובה של מערכת שירותי השיקום המיועדת לקבוצות אלו. אחד המאפיינים המרכזיים של תהליכים אלו היה כרוך בהכרח במתן מענים מידיים לצרכים לאומיים דוחקים – כפי שהתעוררו מפעם לפעם, כגון קליטה גדולה של קבוצות עולים מאזורי מצוקה, טיפול רפואי באוכלוסיות רחבות של נפגעי שיתוק ילדים, וכמובן טיפול שיקומי בנפגעי המלחמות השונות. אין תמה בכך שלחצים אלו הקשו על התכנון ועל הכנת מערך שיטתי של קביעת מדיניות שיקום לאומית. עם זאת, חשוב לציין שבשנים הראשונות לאחר קום המדינה היה חסר גרעין מרכזי של אנשי מקצוע בתחום השיקום ולא היתה מודעות חברתית לצרכים המיוחדים של אוכלוסיות עם נכויות שונות.

כדי להכין בסיס שיטתי ומקצועי לקביעת מדיניות כזו, ראשית כל יש לקבל תמונה ברורה וכוללת על הנושאים הבאים:

1. הגדרת אוכלוסיות היעד לשיקום, אומדן והרכבן.
2. התפתחות החקיקה בנושאי שיקום מהקמת המדינה ועד היום.
3. המבנה הארגוני של מערכת שירותי השיקום בישראל.

מטרת המאמר היא לתאר ולהציג ניתוח ביקורתי של הנתונים הקיימים בנושאים אלו לאור הידע השיקומי שהצטבר בארצות המערב.

אנו מעלים לדיון כמה דילמות מרכזיות, שיש להתמודד עמן לקראת תכנון מערכת השיקום בארץ בשנת 2000.

---

### א. הזכאות לשיקום בישראל – הגדרות אוכלוסיית היעד

---

כל מערכת ארגונית ציבורית שאמורה להעניק שירותים חייבת להתבסס על ההנחה שניתן להגדיר את אוכלוסיית היעד של שירותים אלו ולקבל אומדן מבוסס של גודלה ואפיוניה.

בישראל, לא רק שלא קיימת מערכת שיטתית של רישום מרכזי-ארצי של כלל האנשים שסובלים מנכויות שונות, אלא שגם לא ניתן להגיע להסכמה בין הגופים לגבי אומדן המבוסס של אוכלוסיות אלו.

מן הספרות המקצועית ניתן ללמוד שאחת הסיבות לקושי האמתי בקבלת נתונים מהימנים קשור למגוון הרחב של האפיונים המתייחסים להגדרת מצבי הנכות. ארגון הבריאות העולמי (W.H.O.) פרסם רצף מושגי הנע מאובייקטיבי לסובייקטיבי שמתאר את המצבים האלה (Lonsdale, 1990):

לקות (impairment) ← נכות (disability) ← מוגבלות (handicap)

אבר או מערכת גופנית שתפקודם נפגע עקב מחלה, תאונה או מלידה. הליקוי ניתן לאבחנה רפואית אובייקטיבית.	תפקודים או פעילויות שאנשים אינם יכולים למלא כתוצאה מהליקוי. הנכות מתוארת בדרך כלל במושגים תפקודיים.	המשמעות הסובייקטיבית שמייחס האדם לנכותו ותחושת הקיפוח והגנחיות הנובעת מכך. תפיסה אישית זו מושפעת מערכים נורמות תרבותיים וחברתיים.
---	---	---

מסקירת הספרות הרלוונטית (Hahn, 1982; Kunkel & Applebaum, 1992; Roberts, 1989) מתברר שניתן לסווג את השימוש המעשי בהגדרות של מצבי הנכות לשלוש קטגוריות עיקריות:

1. הגדרת הנכות מתבססת על אבחנה רפואית-קלינית מבודלת של בעיות רפואיות, והיא מצביעה על חולי או פגיעה כגורם המרכזי לליקויים הכרוניים.
  2. הנכות מוגדרת במונחים של יכולת (ability) והיעדר יכולת (disability) לבצע פעולות ותפקידים חברתיים מרכזיים החיוניים לחיים עצמאיים, כמו: פעולות בסיסיות של חיי היום-יום (A.D.L.) או עבודה.
  3. הגדרת הנכות אינה מתמקדת רק בתפקודו של האדם, אלא גם באיתור מכשולים סביבתיים, ארכיטקטוניים ותחיקתיים, שתורמים לחוסר התאמה של הסביבה החברתית לצרכים של אזרחים עם נכות.
- במרבית מדינות המערב, כגון בארצות-הברית ובקהיליה האירופית, מקובל להגדיר בחוק מצבי נכות במונחים תפקודיים (Council of Europe, Committee of Ministers, 1984; La Plante, 1989; Matson, Holleman, Nosek & Wilkinson, 1993). המונחים התפקודיים מבטאים את רוח ההגדרה של ארגון הבריאות העולמי הקובעת כי נכות היא קושי ניכר שיש לאדם בביצוע אחת או יותר מהפעילויות המצופות ממנו בהתאם לגילו, מינו ותפקידיו החברתיים-נורמטיביים. פעולות כאלו הן פעולות של טיפול אישי (self-care), פעולות של חיי היום-יום (A.D.L.), יחסים חברתיים ופעילות כלכלית (W.H.O., 1995).
- לעומת זאת, ניתן למצוא בישראל הגדרות שונות של המושג נכות (ראה לוח 1). מן הלוח ניתן לראות, שבחקיקה הנוגעת לנפגעי מערכות הביטחון ולנפגעי עבודה הגדרת הנכות היא ביולוגית-רפואית. את הגדרת הנכות קובעות ועדות רפואיות המסתמכות על רשימת ליקויים בריאותיים אובייקטיביים שמתורגמים לאחוזי נכות רפואית בהתאם למבחנים רפואיים, תנאים וכללים שקבע השר בחוק. רשימת ליקויים זו זהה לכל הוועדות הרפואיות העוסקות בקביעת אחוזי נכות הן במוסד לביטוח לאומי והן במשרד הביטחון. כאשר מדובר בהגדרת הנכות בחוק נכות כללית, מתייחסים בנוסף להגדרות הרפואיות גם לקשיי התפקוד בתחום התעסוקתי, דהיינו, אבדן או הפחתה של כושר ההשתכרות.
- אין תמה אפוא, שעקב ההבדלים המהותיים בהגדרות של מצבי נכות, קיימת בעיה אמיתית בקביעת אומדנים מבוססים של גודל האוכלוסיות הזכאיות לשירותי שיקום בארץ והרכבן.
- כבר בעבר ניסו כמה חוקרים לאמוד את היקפה של האוכלוסייה הסובלת מנכות החיה בישראל. ניצן ואבידור (Nizan & Avidor, 1968) העריכו שבסוף שנות ה-60 כ-2.9 אחוזים מהגברים (14-64) והנשים (14-59) בגיל העבודה בישראל אינם עובדים בעיסוק המתאים להם לפי מינם או גילם בגלל נכות כלשהי, וסה"כ כ-45,000 תושבים בוגרים. ניצן ואבידור לא יכלו לבסס את אומדנם על מקבלי גמלאות כפי שמקובל היום כיוון שבסוף שנות ה-60 עדיין לא שולמה גמלת נכות כללית. להערכתם, ל-26 אחוזים מקבוצה זו סיכוי להשתקם ולהשתלב בשוק הפתוח בתנאי

לוח 1 : המגדרות חוקיות של מצבי נכות בחוקי השיקום המרכזיים בישראל

המשרד	חוק/תקנות	הגדרת מצבי נכות	סף כניסה	סייגים לתחלת התכאות	מקור הנתונים
משרד הביטחון – אגף השיקום	חוק הנוכים (תגמולים ושיקום) נוסח משולב תשי"ט (1959)	נכות – איבוד הכושר לפעול פעולה רגילה, בין נופתת ובין שכלית או ירדה של כושר זה, שנגרמו לחייל משותרת או לחייל בשירות קבע כתוצאה ממחלה או מהתמרת מחלה שארעה בתקופת שירותו או עקב שירותו.	0%-9% – זכאי לשירותים רפואיים בלבד; 10% ומעלה זכאי לתגמולים, שירותים רפואיים, שיקום מקצועי, הולאות, מענקים וכדומה.		חוק הנוכים (תגמולים ושיקום) נוסח משולב (1959).
ביטוח לאומי – נפגעי עבודה	חוק הביטוח הלאומי (1954)	נכה – מבוטח שאירעה לו פגיעה בעבודה, תאונת עבודה או מחלה מקצועי.	5%-19% – מענק חד-פעמי; 10% ומעלה – זכאות לשיקום תעסוקתי; 20% ומעלה – זכאות לקצבת נכות צמיתה; 75% ומעלה – זכאות לקצבת נכות צמיתה ולקצבאות מיוחדות.	גילים 16-65 (נשים – 60)	המוסד לביטוח לאומי (1985), ביטוח נכות – הוראות החוק ותקנותיו. המוסד לביטוח לאומי (1994), זכריות נכים ומגבילים בישראל.
ביטוח לאומי – נכות כללית	חוק נכות כללית (1974)	לקיח – פגם נופגי, שכלי או נפשי הנובע ממחלה, תאונה או מום מלידה. נכה – כל מבוטח בעל לקיח שכתוצאה ממנו אין לו כושר להשתכר מעבודה או ממשלה יד, או אינו משתכר כיום השווה ל-25% מהשכר הממוצע במשק.	20% נכות ומעלה – זכאות לשיקום מקצועי; 40% ומעלה – זכאות למגלה תורשית.		המוסד לביטוח לאומי (1985), ביטוח נכות – הוראות החוק ותקנותיו. המוסד לביטוח לאומי (1994), זכריות נכים ומגבילים בישראל.

מקור הנתונים	סייגים לחולת הזכאות	סק בניה	הגדרת מצבי נכות	חוק/תקנות	המשרד
נאון, ש. (1993), בתוך סקירה שנתי 1993-1992.	בתנאי שאינו במוסד, בפנימייה, בבית-חולים או במשפחה אומנת והכנסת הוריו אינה עלתה על רמת ההכנסה הקבועה בתקנות.	בן 3 עד 18 שיעבד לקירוי הלוי בעזרת הולתו בפעילות היום-יום מעבר למקובל לברי גילי.	ילד נכה – ילד שלוקה במחלה קשה, עיכוב התפתחותי חמור או שהוא עיוור.	תקנות בישות לאומי (1980)	בישות לאומי – ליל נכה
משרד הרווחה, חוקר המנהל הכללי מיום 28.4.1988.	נשים 60, גברים 65. חלק מהשירותים מותגים במבחן אמצעים.	למעט נכי צה"ל, אנשים עם פיגור, אוטוים או אשפת כרוני.	נכות – הפגיעה עצמה; מוגבלות – צמצום היכולת התפקודית כתוצאה מוגבלת גופנית, חושית או נפשית.	חוקאות תע"ס (1988)	משרד העבודה והרווחה, אגף השיקום
שירות התעסוקה (1993), נהלים בסיסיים לעבודה שוטפת בלשכות התעסוקה.	גילים 16-64. דרוש עבודה בעל 75% נכות ומעלה נחשב כבלתי ניתן להשמה.		מוגבל – דרוש עבודה שטרען לליקוי גופני /או שורעדת הכושר קבועה כי סיכויי להשתלב בעבודה מתאימה ולהיקלט בה קטנים.	תקנות שירות התעסוקה	משרד העבודה והרווחה, שירות התעסוקה
משרד החינוך התרבות והספורט (1991), החינוך המיוחד במערכת החינוך בישראל.	גילים 3-21.		ילד חוליג – אם ביל 3 עד 21 שמחמת התפתחות לקיחה של כושר הגופני, השכלי, הנפשי או ההתנהגותי נפגמה יכולתו להתנהגות מסתמלת.	חוק חינוך מיוחד (1988)	משרד החינוך והספורט האגף לחינוך מיוחד

עבודה רגילים; ל-12.8 אחוזים סיכוי לשיקום בתעסוקה מוגנת ול-52 אחוזים סיכויי שיקום נמוכים (בתוך לוטן, 1973, עמ' 33).

חביב, פקטור ומור (Habib, Factor & Mor, 1985) פרסמו אומדן נוסף שהתבסס על סך מקבלי גמלאות נכות בגיל העבודה באגף השיקום של משרד הביטחון ושל המוסד לביטוח לאומי. בהסתמך על נתונים משנות ה-70 הם העריכו ש-8.6 אחוזים מכלל אוכלוסיית ישראל בגילים 16–64 הם אנשים עם נכות. הם סייגו אומדן זה בשתי הערות מרכזיות:

- א. בנתונים המתבססים על קבלת שירותי שיקום כמו שירותי שיקום תעסוקתיים עלולה להיות חפיפה באוכלוסייה ברישומים של הגופים המשקמים המרכזיים.
- ב. בגופים המשקמים השונים קיים סף כניסה שונה לזכאות. כך למשל, במשרד הביטחון זכאים אנשים שהוכרה להם נכות מ-10 אחוזים ומעלה לשיקום מקצועי בעוד שבביטוח הלאומי גמלת נכות כללית, הנכות הרפואית המקנה זכאות לשיקום מקצועי היא 20 אחוזים והזכאות לגמלה חודשית 40 אחוזים. כיוון שכך, ייתכן שדווקא הקבוצות הגדולות יחסית של אנשים עם נכות כלל לא מופיעות בנתונים הרשמיים.

בשנים האחרונות הצהיר "ארגון הגג של ארגוני הנכים בישראל" על קיומם של 500,000 אנשים עם נכות בארץ, שהם כ-10 אחוזים מהאוכלוסייה הכללית. נתון זה מתבסס על הערכות מקובלות של ארגונים בינלאומיים, כגון האומות המאוחדות, ארגון הבריאות העולמי וארגון העבודה הבינלאומי. אולם, אף אחד מהגופים השיקומיים-מקצועיים הפועלים בשטח לא ניסה לאמת או להפריך נתון זה.

בבואנו להציג אומדן לגבי האוכלוסייה הזכאית לשירותי שיקום בישראל הסתמכנו על נתוני מקבלי גמלאות לפי חוק או לפי תקנות שפרסמו הגופים השונים (ראה לוח 2). מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997) עולה שאוכלוסיית ישראל בגיל העבודה (20–64) מנתה בשנת 1996 כ-2,966,200 נפש. כדי למנוע הצגתם של נתונים שגויים עקב קיומה האפשרי של חפיפה בין מקבלי שירותים מגופים שונים ערכנו במאמר זה חישוב נפרד לכל אוכלוסייה מוגדרת וממוקדת. לפיכך, בין מקבלי הגמלאות לפי חוק בגיל העבודה כללנו רק את מבוטחי משרד הביטחון שלהם 10 אחוזי נכות רפואית ומעלה, נפגעי עבודה מקבלי קצבת נכות יציבה, מקבלי קצבת נכות כללית ומקבלי קצבת ניידות משתכרים, סה"כ 179,491 נפש שלפי חישוב יחסי מהווים כ-6 אחוזים מכלל אוכלוסיית ישראל בגיל העבודה בשנתון הרלוונטי. בהמשך לכך חשוב להדגיש שמכלל מקבלי גמלאות אלו בגיל העבודה, במהלך 1996 כ-20,000 איש קיבלו שירותי שיקום תעסוקתיים: 8,643 במחלקת השיקום של ביטוח לאומי (המוסד לביטוח לאומי, 1997; 2,931 במחלקת השיקום של משרד הביטחון (משרד הביטחון, 1997); כ-8,000 באגף השיקום של משרד העבודה והרווחה (תקשורת אישית).

לוח 2: אוכלוסיית הזכאים לקצבאות ולשירותי שיקום לפי חוק או לפי תקנות

המשרד	בסיס חקיקתי	מספר הזכאים	מקור הנתונים	הערות
משרד הביטחון אגף השיקום	חוק הנכים (תגמולים ושיקום/ נוסח משולב (1959))	0% - 9% 10% - 100%	משרד הביטחון (1997)	<sup>1</sup> זכאים לשירותים רפואיים בלבד. <sup>2</sup> זכאים לסל שירותים מגוון.
המוסד לביטוח לאומי	חוק הביטוח הלאומי (1965)	נפגעי עבודה	ביטוח לאומי, רבעון סטטיסטי (1997)	<sup>1</sup> מקבלי קצבת נכות יציבה.  <sup>2</sup> בין מקבלי קצבת גיירות כ-6,030 נחשבים למשחקרים (אינם מקבלים נכות כללית).
	חוק נכות כללית (1974)	נכות כללית קצבת גידוח <sup>2</sup>		
	תגמול נפגעי איבה (1976)	נפגעי איבה		
	תקנות המוסד לביטוח לאומי (1980)	גמלת ילד נכה		
	חוק ביטוח סיעוד (1986)	מקבלי קצבת סיעוד		
משרד העבודה אגף ההרוחה, השיקום	הוראות תע"ס (1988)	מקבלי שירותים שונים	משרד העבודה והרוחה (1997)	סביר להניח שחלק ממקבלי השירותים הן אוכלוסיות המקבלות גמלאות נכות כללית וילד עם נכות.
השירות למפגר		מקבלי שירותים שונים		
משרד החינוך התרבות והספורט	חוק חינוך מיוחד (1988)	מקבלי שירותים	בן אריה (1996)	מיעוט מהתלמידים בחינוך מיוחד הם מקבלי קצבת ילד עם נכות.

השיעור של כ-6 אחוזים בעלי נכות בגיל העבודה קרוב לאומדן המקובל במוסדות האר"ם. לצורך השוואה חשוב לציין שגם בארצות מערביות אחרות אומדן שכיחותם של מצבי נכות בגיל העבודה אינו אחיד. כך למשל: בכריטיניה השכיחות היא 3.6 אחוזים; בשוודיה - 17.3 אחוזים; בהולנד - 8.2 אחוזים; בארצות-הברית - 16.6 אחוזים (Hammerman & Maikowski, 1983; La Plante, 1989; Lonsdale, 1990). בהקשר זה ראוי לציין שקיימת אוכלוסייה נוספת שאומדנה לא ברור, והיא מקבלת שירותי שיקום שונים (שאינם קצבאות), וזאת בגין ליקוי גופני, נפשי או

התפתחותי. סבור להניח ששונות זו משקפת, בין השאר, את ההגדרות השונות והמשתנות של מצבי הנכות, וכן את השימוש במושגים בלתי אחידים לצורך ביצוע סקרי אוכלוסייה לשם איתור ולשם אומדן של מצבי חולי ונכות. גם את נתייחס רק לאנשים שנכותם הוכרה לפי חוק לצורך קבלת גמלאות, אין ספק שמדובר בקבוצה חברתית גדולה המחייבת היערכות למתן מענים בתחומים החברתי, התעסוקתי והכלכלי, הן ברמה החקיקתית והן בפיתוח מערך ארגוני של שירותי שיקום.

---

## ב. התפתחות החקיקה בישראל

---

התפתחותה של החקיקה בנושאי שיקום בישראל דומה במידה רבה להתפתחותה הכללית של החקיקה הסוציאלית. לדעתו של לוטן (1973), זהו תהליך שלא נבנה לפי תכנית אחידה ומקיפה ובמועד אחד מתוכנן, אלא זה תוצר של יזמה ולחצים של קבוצות חברתיות או נציגי גופים פוליטיים. ההיענות של הממשלות השונות ליוזמות החקיקתיות בתחום הרווחה קשורה בדרך כלל להיבטים הכספיים-תקציביים של ההצעה, לאופן גיוס המשאבים למימוש החוק, למצב הסוציו-כלכלי בעת הגשת ההצעה ולמשקלם היחסי של הגורמים היוזמים.

ניתוח השוואתי של חוקי הנכות והשיקום הקיימים בארץ מלמד שההבדלים ביניהם אינם רק ברמות ההסדרה המשפטית (גביון, 1995), אלא גם בבסיסם הרעיוני. בדיעבד ההשוואה מלמדת על הבדלים מהותיים ב"פילוסופיה השיקומית" שהנחתה את מעצבי החקיקה ואת מפתחי השירותים האלה.

מילר, פרוקצ'יה וקרצ'מר (1979) המנתחים את ההיסטוריה של החקיקה למען נכים בישראל בגיל העבודה קובעים כי תחיקה זו היתה תהליך זוחל של התקדמות והתפתחות שבא כתגובה לצרכים דחופים ולדרישות מידיות הצצות חדשות לבקרים. מעולם לא נעשה ניסיון מודע להקציב סכום כסף אחד לכל סוגי הנכים ולפצלו לצורך חלוקה בין סוגי הנכים השונים בהתאם למפתח מוסכם כלשהו של צדק חלוקתי. תחת זאת נוצרו מפעם לפעם דברי חקיקה שמכוחם הוקצבו סכומי כסף לקבוצות נכים מסוימות בלבד, כגון נכי צה"ל, נפגעי עבודה או נכים כלליים. הביצוע המנהלי של החוקים השונים הופקד בידי משרדי הממשלה השונים וזה אף הדין במשאבים הכספיים שהועמדו לרשות המערכות המנהליות.

בפרק זה נציג בקצרה את השקפתנו, לפיה ניתן להבחין בין שני מסלולי ההתפתחות של התחיקה השיקומית בארץ. תחילה, נתמקד בחוקים שתכליתם הענקת גמלאות ושירותי שיקום ברמת הפרט לקבוצות מוגדרות של אנשים עם נכות. בהמשך,



נתאר את התחיקה המאוחרת יותר המתייחסת לחוקים בעלי מכוונות קהילתית. תחיקה זו באה לצמצם את האפליה ולקדם את שילובם החברתי של אזרחים אלו (mainstreaming), והיא מעבר לקבוצות ולסוגי נכות שונים.

#### (א) חקיקה עם מכוונות לצורכי הפרט

בחקיקה לצורכי הפרט הכוונה לחוקים העוסקים בצרכים של אנשים עם נכויות אשר המענים להם ניתנים ברמת הפרט. את העקרונות העומדים מאחורי החוקים השונים הנוגעים בביטחון סוציאלי ובשיקום ניתן לחלק לשלושה תחומים:

1. מתן קצבאות ושירותים כביטוי לתגמול ולפיצוי עבור שירות שעשה האזרח למען מולדתו.
  2. מתן קצבאות לפי העיקרון הביטוחי, דהיינו, יצירת קרנות שבהן מרוכזים אמצעים (דמי ביטוח) לשם חלוקת סיכונים עתידיים בין מספר גדול של שותפים, לאורך תקופות זמן שונות. מאפייני תכניות אלו: תשלום דמי ביטוח, תכנון כספי ארוך טווח וקביעה מראש של תנאי הזכאות לגמלאות.
  3. הוכחת נזקקות ומצוקה כלכלית – זוהי גמלה שאינה תלויה בשירות או בדמי ביטוח ששולמו, אלא בהוכחה של חוסר אמצעים. מדובר במתן "חסד" ולא בזכות המוענק למיעוט חברתי שנטבעה בו סטיגמה (לוטן, 1973).
- בחינה היסטורית של התפתחות החקיקה למען אנשים עם נכויות בישראל מלמדת שכבר בתקופת המאבק על הקמת המדינה ובוודאי לאחר קבלת העצמאות, התגבשה הסכמה לאומית רחבה שטיפול ושיקום של אנשים ומשפחות שנפגעו במערכות הביטחון הוא נדבך חשוב בהבטחת קיומה של המדינה, יש בו תרומה ייחודית לשמירת מורל הכוחות הלוחמים והחברה הישראלית, והוא מבטא את הוקרתה של המדינה כלפי אלו שהקריבו את חייהם או את גופם למענה (פינק ולהב, 1990). גישה חברתית לאומית זו עמדה בבסיסו של החוק השיקומי הראשון שהתקבל בישראל: חוק הנכים (תגמולים ושיקום) התש"ט-1949. חוק זה בגלגוליו השונים אמור להבטיח לנפגעי מערכות הביטחון, תגמולים בכסף ובשירותים, ברמה ריאלית, במרבית תחומי החיים ולאורך כל מעגל החיים. בניסוחו המשפטי מבטא חוק זה את העיקרון שקבלת הגמלאות, הטיפול והשיקום מהווים פיצוי שמעניקה המדינה לאנשים ולמשפחות שנפגעו בעת שירותם הצבאי למען הבטחת ביטחונה. (חשוב להזכיר שעקרונות דומים הנחו כנראה גם את החקיקה המאוחרת יותר הנותנת מענה לצרכים של אזרחים שנפגעו בפעולות איבה וטרור. יש לציין, שהביטוח הלאומי הוא המבצע חוק זה, המתייחס לאוכלוסייה מצומצמת יחסית.)

ההתייחסות לאוכלוסייה השיקומית במגזר האזרחי קיבלה ביטוי מוחשי-תחיקתי רק עם הקמת המוסד לביטוח לאומי. בין החוקים הראשונים שהפעיל המוסד לביטוח לאומי היה החוק לנפגעי עבודה (1954). בניגוד לעקרון הפיצוי שעומד בבסיסו של

חוק התגמולים והשיקום של נכי צה"ל, העיקרון המרכזי של חוק נפגעי עבודה הוא ביטוחי-סטטוטורי, דהיינו, האדם ומעבידו מפרישים שיעור מסוים מהשכר, כפי שנקבע בחוק, לקרן המבטחת (ביטוח לאומי). התפיסה הרעיונית המרכזית בחוק זה היא ש"נכה עבודה מקבל בעת פגיעה בעבודה, מעין תמורה על הפרמיה שהשתלמה עבורו. אין הוא מנצל את משאבי החברה לפתרון בעיותיו הפרטיות, אלא מחזיר לעצמו חלק משכרו שעוכב למטרה הביטוחית למועד שבו יזדקק לו ביותר" (מילר, פרוקצ'יה וקרצ'מר, 1979, עמ' 37).

במהלך השנים שלאחר הקמת המוסד לביטוח לאומי הסתבר שאוכלוסייה גדלה והולכת של אנשים עם נכויות ונסיבות פגיעה שונות לא קיבלה כל התייחסות חוקית, כאן חשוב לציין שכבר בשנת 1950 המליצה ועדת קנב לממשלה (קנב, 1962; לוטן, 1973) להנהיג ביטוח נכות לכול כחלק מרשת הביטחון הסוציאלי, אולם, הנסיבות הפוליטיות והכלכליות באותה תקופה לא אפשרו יישום חקיקתי של המלצות אלו. רק מאוחר יותר, בלחצם של אנשי מקצוע בכירים וקבוצות פוליטיות וחברתיות שונות התגבש התהליך שהביא בסופו של דבר למימושו של רעיון זה. יישומו של חוק זה, חוק הביטוח הלאומי-נכות כללית (1974), התאפשר בין היתר גם הודות לשימוש בכספים שהצטברו כעודפי מס בביטוח הלאומי.

חוק נכות כללית הוא חוק שיורי, דהיינו, כל אזרח ישראל מגיל 18 עד 65 (60 שנה לנשים) שאינו מקבל תגמולים במסגרת חוקי השיקום האחרים, זכאי באמצעות תקציב המדינה להבטחת רמת קיום מינימלית ולשיקום מקצועי. מילר ועמיתיו (1979) מדגישים שההבדל העקרוני בין הזכאויות לנפגעי עבודה לבין הזכאויות המוענקות למבוטחים בנכות כללית הוא בסיס הפיצוי המצוין את שיטות המימון השונות של חוקים אלו. ההבחנה בין החוקים מבוססת על הרעיון ש"אין הצדקה לתת לאיש המקבל מתת חסד זכויות שוות לאלה המוענקות למי שמממש השקעה" (מילר, פרוקצ'יה וקרצ'מר, 1979, עמ' 37).

לבסוף, ראוי לציין את התיקונים שהוכנסו לפקודת מס הכנסה, תקנות מס הכנסה (קביעת אחוזי נכות, התש"ם-1979). תקנות אלו מבטיחות פטור או הקלה במס בגין שכר או גמלאות, במיוחד לקבוצות של אנשים בעלי אחוזי נכות גבוהים ללא קשר לסיבת הפגיעה.

במבט כללי על התפתחות התפיסות השיקומיות ניתן להצביע על אחת הבעיות הבסיסיות של מערכת השיקום בארץ: החקיקה המתייחסת לאזרחים עם נכות במדינת רווחה כמדינת ישראל צריכה לבטא את העקרונות החברתיים של שוויוניות ואחידות במתן הזכויות והזכאויות לכל אזרח, אך למעשה מתברר כי החקיקה הקיימת משקפת בעיקר את עקרון ההבדלה בזכאויות על-פי נסיבות הפגיעה, ופחות על-פי רמת הצרכים הנובעים מהנכות האובייקטיבית (בן צבי, 1995; מילר, פרוקצ'יה וקרצ'מר, 1979). מצב זה תורם בעקיפין, ואולי אף במישרין, להבדלים הניכרים בהתייחסות

הציבור ובמתן שירותי רווחה ושיקום לקבוצות השונות של אנשים הסובלים מנכויות החיים בישראל (צמח, 1988).

(ב) חקיקה עם מכוונות לקהילה

עיון בחוקים השונים הקיימים בארץ מצביע על קבוצת חוקים ותקנות שמטרתם להרחיב את הטווח ואת ההיקף של האפשרויות וההזדמנויות הפתוחות בפני כל אזרח גם בפני אנשים עם נכויות. המטרה היא לשפר את סיכוייהם להגיע לשילוב מלא בחיי החברה והקהילה.

תחת מטרייה זו נכנסת חקיקה שאינה מיועדת למתן גמלאות או פיצויים לפרט או למשפחה בגין הנכות. זוהי חקיקה שעוסקת בהסדרים הנוגעים לכלל הציבור, וכל אזרח או קבוצת אזרחים יכולים ליהנות ממנה באופן שווה.

השורשים הרעיוניים למגמה זו נעוצים בין היתר בתהליכים חברתיים הנוגעים למאבק על זכויות האזרח שהתרחשו במדינות המערב ובעיקר בארצות-הברית החל משנות ה-60 (Barton, Ballard & Fulcher, 1992; Roberts, 1989). נראה שתהליכים חברתיים אלו קיבלו ביטוי גם בישראל החל משנות ה-70 כאשר מוסדות ציבוריים וגופים שונים הניעו ודרכנו את המערכת הפוליטית בארץ לחוקק שורה של חוקים ותקנות בעלי אופי אזרחי אוניברסלי. מטרתם של חוקים אלו היא לצמצם את האפליה האובייקטיבית כלפי אנשים עם נכויות שונות לגבי הנגישות והשימוש בשירותים שונים הניתנים לכלל האזרחים.

ציון דרך לחקיקה בעלת מכוונות קהילתית הוא התיקון לחוק התכנון והבנייה (1980). תיקון זה והתקנות הנלוות לו מתנים מתן היתר לבניית בנייני ציבור בהתקנת דרכי גישה וסידורים מיוחדים לאנשים עם נכות. אחת הבעיות המרכזיות של החוק היא ההבחנה בין סוגי בניינים שונים, דבר המביא לקשיים ביישום החוק במקרים רבים. בפועל, לעתים קרובות, תיקון חשוב זה אינו מבוצע, ואף לא נאכף מספיק ברמה הארצית. בדומה לכך, לא מיושם עד תום חוק הרשויות המקומיות (סידורים לנכים), התשמ"ח-1988, הקובע את חובת הרשויות המקומיות להנמיך את כל המדרכות בארץ כך שתתאמנה לשימושם של אנשים עם כיסאות גלגלים.

לתחום חקיקה זה נוספו לאחרונה בארץ החוקים הבאים:

1. חוק חניית נכים התשנ"ד (1993) (באחריות משרד התחבורה), האומר שאדם שיש לו תג נכה כחוק רשאי להחנות את רכבו במקום שאין חנייה מותרת כמפורט בתקנות ובכפוף להסתייגויות.
2. הוראות מנכ"ל משרד התיירות (1993) בנוגע להתקנת דרכי גישה לנכים באתרי נופש בארץ. הנחיות אלו קובעות כי משרד התיירות לא יעניק סיוע לתשתית תיירותית, לאתר חדש או לשיפוצים באתר קיים, אלא אם כן יעמוד בקריטריונים

של אתר תיירות נגיש – אתר שיתוכנן לפי חוק התכנון והבנייה לעניין סידורים מתאימים לנכים.

תחום שיקומי נוסף שעד עתה נעשו בו רק כמה ניסיונות ליצירת חקיקה בעלת אופי אוניברסלי הוא מניעת אפליה בתעסוקה בגין חולי או נכות. תחילת העיסוק בנושא זה היתה כמובן לפי העיקרון המבדיל והיא התבטאה בחוק חיילים משוחררים (1949) ובהמשך, בתקנות העסקת נכי מלחמה (1951). לפי תקנות אלו כל אדם המעסיק בין 10 ל-20 עובדים, חייב לקבל לעבודה נכה מלחמה אחד. יתר על כן, נקבעו בתקנות כמה עיסוקים בתחום השירותים המשוריינים לנכי צה"ל. במשך שנים היתה אכיפת התקנות חלקית בלבד. במשרד הביטחון הופעל הגוף הקרוי הרשות המוסמכת לטיפול בענייני העסקת נכי מלחמה. גוף זה התערב בפועל בעיקר במניעת פיטורי נכי מלחמה שזה מכבר התקבלו לעבודה בשוק הפתוח. במגזר האזרחי התקיימו מדי פעם ויכוחים עקרוניים בקרב פוליטיקאים ואנשי מקצוע בשאלה האם וכיצד למנוע אפליה בתעסוקתם של אנשים עם נכות. בין היתר, ניטש ויכוח לגבי נכונותם של המעסיקים להעסיק אנשים עם נכות ולגבי עמדותיהם כלפי תעסוקת אנשים עם נכות כפי שתוארו בהרחבה במחקרו של פלוריאן (1974).

לאור הנאמר עד כה, חשוב לציין את הצעת החוק שאושרה (פברואר 1998) בכנסת, ודנה בשוויון זכויות והזדמנויות כולל לאנשים עם מוגבלויות בישראל. ארגון "בזכות" (מיסודה של האגודה לזכויות האזרח) בשיתוף "ארגון הגג של ארגוני הנכים" גיבשו את ההצעה הזאת. היא שמה דגש על מניעת אפליה ועל מתן שוויון בהזדמנויות החינוכיות, החברתיות והתעסוקתיות לכלל האוכלוסייה של האזרחים עם נכויות במירב תחומי החיים. לתהליך גיבוש ההצעה חברו, אולי לראשונה בישראל, תחת מטרייה אחת, מספר רב של ארגונים ונציגי קבוצות של אנשים עם נכויות ועם נסיבות פגיעה רבות. עם זאת, בעצם הגשת החוק יש לראות את תחילתו של תהליך חקיקתי שבוודאי יהיה ארוך ומייגע וייתקל בקשיים פוליטיים, תקציביים וארגוניים רבים.

ניתן לסכם שבישראל לקראת סוף שנות ה-90, החקיקה בעלת המכוונות לשילוב חברתי קהילתי עדיין חלקית ומצומצמת, והיא אינה עונה על הדרישות הבסיסיות של מתן שוויון בהזדמנויות לאנשים עם נכויות, המוקנות לכל אדם מעצם היותו אזרח המדינה.

### ג. המבנה הארגוני של שירותי השיקום בישראל

ראשיתם של שירותי הבריאות, הרווחה והחינוך בארץ, הם ארגונים ומוסדות התנדבותיים שנוסדו לפני קום המדינה והמשיכו להתפתח ולהתרחב לאחר הקמתה.

לעומת זאת, הקמתם וצמיחתם של שירותי השיקום התרחשה בעיקרה לאחר קום המדינה בלחץ הנסיבות ובכפוף להליכי החקיקה שצוינו לעיל. חשוב להדגיש שבשנות ה-50 וה-60 רוב מערך שירותי השיקום היה שייך למגזר הממלכתי. משמעות הדבר היתה שקביעת התקציבים, קבלת ההחלטות המשפיעות על כיווני המדיניות, הפיתוח, האספקה, הפיקוח על השירותים ועל הכשרת כוח האדם, התבצעו באופן ריכוזי והושפעו במידה לא קטנה משיקולים פוליטיים.

בשנות ה-70, לאחר מלחמת יום הכיפורים, ובעיקר בעקבות המהפך הפוליטי בשנת 1977, החלו להסתמן תהליכים של שינויים חברתיים-פוליטיים שנתנו את אותותיהם גם על שירותי השיקום בארץ. בין הצעדים המשמעותיים המאפיינים תקופה זו יש לציין את צמצום ההקצאה התקציבית לשירותים חברתיים: חינוך, בריאות, עבודה ורווחה, שיוכן, קליטה (קטן, 1994; Karger, 1991). מגמה זו נבלמה בסוף שנות ה-80 כאשר החלה תפנית בהקצאה הממשלתית למגזר זה. השינוי בולט בעיקר משנת 1992 והוא מתבטא בגידול רב בהוצאה החברתית השוטפת שהגיעה בשנת 1997 ל-53.2 אחוזים מהתקציב הכולל של הממשלה (וינבלט, קטן, בלנקט, בלס וקופ, 1997).

לאור המגמות וההתפתחויות בשני העשורים האחרונים, הצגת שירותי השיקום בארץ ומיפויים אינה בעיה פשוטה כלל ועיקר. אנו יכולים להמליץ על כמה ממדים קשורים, אך לא בהכרח משולבים, שלפיהם ניתן לנתח את המערכת הקיימת.

א. ממד נותני השירותים מאפשר למפות את השירותים לפי שלושת המגזרים העיקריים המספקים שירותי שיקום בארץ: ממלכתי, התנדבותי ופרטי (כץ ופלוריאן, 1975). המגזר הממלכתי כולל משרדים ממשלתיים, כגון עבודה ורווחה, בריאות וחינוך וכן את השלטון המקומי. במגזר ההתנדבותי נכללים ארגונים של אנשים או ילדים עם נכויות ולמענם, עמותות, אגודות ומלכ"רים, כגון ארגון נכי צה"ל, אח"א, אק"ם, אילן, שמע ועוד. המגזר הפרטי כולל חברות כוח אדם בעיקר בתחום הסיעודי, תחנות או מכונים המספקים שירותי ייעוץ ואבחון תעסוקתי, שירותי דיור קהילתי ומסגרות פנימייתיות.

ב. ממד מקבלי השירותים מאפשר מיפוי שירותים לפי נסיבות הפגיעה, סוג הליקוי, גיל הלקוח או השתייכותו למגזר מסוים. לדוגמה: שירותי שיקום המיועדים למבוטחי משרד הביטחון או שירותים ייחודיים לאנשים עם עיוורון, פגיעת ראש או תרשום. בשיוך למגזרים הכוונה לשירותים הניתנים בעיקר לפי השתייכות אתנית, תרבותית או דתית כמו שירותי חינוך ושיקום שהתפתחו במגזר החרדי או שירותים הניתנים רק לחברי קיבוץ.

ג. הממד הגיאוגרפי מתייחס לחלוקת הארץ לפי מחוזות. ממפה שפרסם משרד הבינוי והשיכון – המרכז למיפוי ישראל, מסתבר שרוב שירותי השיקום והרווחה בישראל ממוקמים במחוז המרכז ומיעוטם במחוזות הצפון והדרום. חיזוק לכך ניתן

למצוא גם במידע המופיע במדריכים האזוריים לשירותי שיקום (בנדל, בן שטרית וחיט, 1990; בנדל, בן שטרית, חיט וקרן, 1992, 1994) המצביעים על ריכוז ניכר של שירותים ומוסדות שיקום בשלוש הערים הגדולות בארץ.

ניתוח השוואתי של ממדים אלו מעלה אפשרויות שונות של מיון השירותים ומיפויים. לדוגמה, באזור מרכז הארץ ניתן למצוא ריכוז ומגוון של שירותים משלושת מגזרי נותני השירותים המופנים לטווח רחב של מקבלי שירותים (נפש, פיגור, נכויות חושיות וכדומה). לעומת זאת, נדיר למצוא באזור זה שירותים המיועדים לקבוצות אתניות־תרבותיות, כגון המגזר הלא־יהודי. דוגמה אחרת אפשר למצוא באזור ירושלים המאופיינת באוכלוסייה חרדית הולכת וגדלה. בעיר זו ניתן למצוא מגוון של שירותים שיקומיים ייחודיים המיועדים בעיקר לקבוצה זו. בשירותים הללו קיים שילוב של מקבלי שירותים מסוגים שונים וגיוס משאבים משלושת המגזרים: ממלכתי, התנדבותי ופרטי.

דוגמה נוספת לצירופים לפי הממדים השונים הם מרכזי השיקום הרצליה ומגדל אור (חיפה). בשני מרכזים אלו ניתן למצוא שילוב מעניין של שירותים שיקומיים היונקים את משאביהם מהמגזר הממלכתי וההתנדבותי, והם נותנים שירותים לסוגי ליקויים שונים (כגון עיוורון ונכויות גופניות) במגוון תחומים, כגון אבחון, הכשרה מקצועית, תעסוקה מגוונת, אזורי עזר לכבדי ראייה, רפוי שיניים ועוד.

לבסוף, חשוב להזכיר, שכבר בשנות ה־70 נעשה ניסיון להסדרת שיתוף הפעולה והתיאום בין המגזרים של נותני השירותים, אך ללא הצלחה רבה. לאחרונה (אוגוסט, 1995), ביזמת שרת העבודה והרווחה, נעשה ניסיון מחודש לבחון את המבנה ואת המטרות של שירותי השיקום בארץ, בעיקר בתחום שירותי השיקום התעסוקתיים. יש לקוות שפעילותה של ועדה זו, הוועדה העליונה לשיקום, תניב פירות ותביא להגברת התיאום בין כל הגורמים, תוך ניצול יעיל יותר של השירותים הקיימים. לסיכום יש לציין, שכפי הנראה שלושת המגזרים (ממלכתי, התנדבותי ופרטי) ימשיכו להתקיים זה בצד זה, כאשר מסתמן תהליך של הגברת הקשר ושיתוף הפעולה בין השירותים השונים הן ברמה המקומית והן ברמה הארצית.

---

## ד. בעיות מרכזיות בתפקוד שירותי השיקום בישראל

---

לאור המבנה המורכב והמפוצל של שירותי השיקום הפועלים בארץ, נשאלת השאלה כיצד ניתן לקבוע מה דרוש למי ומתי רצוי לספקו?  
 אוסטין והסנפלד (Austin & Hasenfeld, 1985) הדגישו זה מכבר שהקריטריונים החשובים ביותר להערכת מידת ההצלחה באספקת שירותים לאוכלוסייה נתונה הם

רמת היעילות, השילוב של מכלול מערך השירותים והתיאום ביניהם ולא דווקא התרומה של תכנית או שירות יחיד. כאן המקום להדגיש שגם ישראל כמדינת רווחה תידרש בעתיד לבחון את מערך השירותים הקיים ולא דווקא להרחיבו. יש לקוות שמציאות זו תכתיב יתר יעילות, תיאום בקשרי הגומלין בין השירותים הקיימים מהמגזרים השונים ושיפורם (דורון, 1992).

אם כן נראה שכאן אולי טמון המפתח להבנת כמה מהבעיות המרכזיות המאפיינות את שירותי השיקום בארץ. אמנם, בעשייה היוזימית ניתן למצוא סממנים של המשכיות בשירותים השיקומיים על הציר ההתפתחותי: לידה, ילדות, בגרות וזקנה, והתקדמות הדרגתית במסלול הטיפולי העובר מבתי החולים והמוסדות השיקומיים לשירותים בקהילה. אולם עדיין אין בישראל רצף מסודר ושיטתי של עקרונות ומדיניות שיהווה בסיס לתכנון לאומי כולל וארוך טווח ולמתן מענים הולמים לצרכים המגוונים של האוכלוסיות השיקומיות השונות.

כיוון שכך, אין תמה שמערכת השיקום בארץ מאופיינת לפי השקפתנו בכמה בעיות מרכזיות ואלה הן:

1. קושי אמתי בתיאום בין השירותים השונים המתבטא בשימוש יתר או בתת-שימוש בחלק משירותי השיקום

חוסר תיאום בין השירותים עלול להביא לבזבז או לניצול בלתי יעיל של משאבים קיימים. אחת הדוגמאות הבולטות למצב של שימוש בלתי יעיל בשירותים קיימים הוא מערך השירותים המוגשים לאוכלוסיות של אנשים עם נכויות חושיות כמו עיוורון או חרשות. אוכלוסייה זו זכאית לתגמולים ולשירותים מגוונים, כגון אבחון וטיפול שיקומי בגיל הרך, חינוך בגנים ובבתי-ספר רגילים או מיוחדים, אבזרי עזר ללמידה, תעסוקה וניידות, מורות בית וליווי בפעילות היוזימית, אבחון, שיקום והשמה בעבודה בשוק הפתוח או בתעסוקה במסגרות מוגנות, קצבאות לאבטחת הכנסה ופטורים שונים, וכן מועדונים לפעילות חברתית בשעות הפנאי. מנקודת מבטם של הצרכן ומשפחתו הבעיה היא שמוסדות וגופים מהמגזרים השונים, הנותנים את השירותים האלה, אינם פועלים בתיאום ובשיתוף פעולה ביניהם, והם אינם דואגים לניצול יעיל של המשאבים העומדים לרשותם. תמיכה לכך ניתן למצוא בסקר ארצי שברק את צורכי העיוורים ואת השירותים הניתנים להם בארץ (סמית וסמית, 1997).

2. כפילות או התנגשות בין נותני השירותים המטפלים בזמנית באותה אוכלוסייה שיקומית ובתחומים דומים

ביטוי לנושא זה ניתן לראות בפעילותם של שירותי האבחון התעסוקתי ושל שירותי ההשמה לעבודה הפועלים במסגרות של הביטוח הלאומי, הקרן למפעלי שיקום ושירות התעסוקה, ומכונים מהמגזרים ההתנדבותי והפרטי. לעתים קרובות הגופים האלה מטפלים במקביל באותו אדם ללא תיאום מספיק הנחוץ לקביעה ברורה של

מטרות ההתערבות. כך עלולים להגיע לעתים למסקנות מנוגדות לגבי התהליך השיקומי הרצוי, ובעיקר בכל הנוגע להשמה בשוק הפתוח. בהקשר זה ראוי לציין "תופעה תרבותית" מעניינת שאולי אופיינית גם לחיפוש עבודה באוכלוסייה הכללית. מסתבר, שמעבר לכל השירותים העוסקים בשיקום תעסוקתי ובהשמה, עדיין שכיחים מאוד המקרים שהשמה מוצלחת או מציאת מקום עבודה הם תולדה של קשרים אישיים או משפחתיים ולא דווקא תוצאה של המאמצים המושקעים בתהליך השיקום.

3. סרבול ביורוקרטי ומתן מידע חלקי המקשה על מקבלי שירותי השיקום. בעיה זו מתבטאת כמעט בכל נושא הקשור במימוש ובמיצוי זכויות כלכליות. למרות החוקים והתקנות המנסים להסדיר זכויות אלו, ולמרות הניסיון לפרסם בכתב ובאמצעי התקשורת פרטים רלוונטיים למיצוי הזכויות, בחלק גדול מן המקרים עדיין המערכת הביורוקרטית מסרבלת ומקשה על האזרחים עם הנכות ועל בני משפחותיהם להוציאן אל הפועל. לא פעם מתקשים צרכני השירותים לקבל בעיתוי הנכון מידע מהימן ומקיף על מה שמגיע להם, ממי מגיע להם וכיצד ניתן לקבלו. דוגמה לכך קשורה בקבלת מכשור רפואי ואזורי עזר שיקומיים ובהתאמת דיור. בהליך קבלת מכשור או אזור רפואי משתתפים בעלי מקצוע שונים, כגון רופאים, פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק. הם פועלים מטעם גופים ממלכתיים וציבוריים ובעבורם ועליהם לתת המלצות לגבי סוג המכשור הדרוש. המלצות אלו, שלא תמיד ברור מה טיבן ומהם הקריטריונים המנחים אותן, מועברות למנגנונים ביורוקרטיים אחרים הקובעים את הזכאות ואת גובה השתתפות המדינה בתשלומים עבור האזור הנדרש. בשלב הבא מתבקשים הצרכנים להביא הצעות מחיר מספקים פרטיים או ציבוריים, לחזור ולקבל אישור לתשלום, ורק אז, עם הרבה "מזל" ולא פעם עם עגמת נפש, לקבל את האזור המומלץ. תהליך דומה מתרחש גם במקרים של התאמת דיור. בהליך זה מעורבים בנוסף לגורמים ולוועדות שתוארו לעיל גם אגף האכלוס של משרד השיכון (משרד הבינוי והשיכון, אגף אכלוס, 1993).

4. חוסר מעורבות מספקת של הצרכנים בתכנון, ביישום ובהערכת תכניות שיקום הכוונה לתהליכים חברתיים סמויים של הפחתה וצמצום (disempowerment) במעורבות צרכני השירותים הן בתהליך שיקומם כפרטים, והן בשיתופם בעיצוב מדיניות שיקומית כקבוצות בעלות עניין. מאז קום המדינה ועד היום לא הצליחו קבוצות, גופים וארגוני נכים שונים להתארגן ולהתאחד לכוח פוליטי משמעותי העשוי להשפיע על קבלת החלטות חברתיות העוסקות בעניינם. למען הדיוק, אין להתעלם מהישגים חלקיים של קבוצות ייחודיות שהשיגו לא מעט זכויות, אך בעיקר למען עצמן או למען קבוצתם. לדוגמה, הזכויות שהשיג הציבור של אנשים עם עיוורון בארץ.

הניסיונות המעטים שנעשו, כגון הקמת מפלגת נכים שרצה לבחירות לכנסת



ב-1988, נכשלו בדומה לכשלונן הפוליטי של קבוצות מיעוט חברתיות אחרות. כמובן שאין להאשים רק את החברה הישראלית במתרחש, אלא יש לראות גם את תרומתם של ארגוני הנכים השונים למצב כאוב זה. למשל, ארגון נכי צה"ל, ארגון חזק בעל השפעה ציבורית נרחבת, לא ראה לנכון לתרום במידה מספקת מהשפעתו לקידום של נושאים הקשורים בשילוב קהילתי, כגון זכויות האזרח של קבוצות נכים אחרות. כמו כן קבוצות וארגונים שונים לא עמדו בתוקף על זכותם להיות שותפי אמת בגופים ובמוסדות מקצועיים הקובעים לעתים קרובות את גורלם. למרבה הצער, גם ההתארגנות תחת המטרייה של ארגוני הנכים בישראל לא הצליחה ליצור מוקד כוח משמעותי המשפיע על מקבלי ההחלטות העוסקים בשיקום במגזר הממלכתי והציבורי.

כדי להמחיש את משמעותה של חולשה זו בקרב ארגוני הנכים, חשוב לציין שעדיין לא ניתן למצוא בישראל עדות להשפעתה של המכוונות השיקומית הסוציפוליטית כפי שהתפתחה בארצות-הברית באמצעות התנועות לחיים עצמאיים ולשוויון זכויות לנכים (Barton, Ballard & Fulcher, 1992; Roberts, 1989). במילים אחרות, אין למצוא בארץ גופים או מוסדות שהקימו קבוצות של אנשים עם נכות שעיקר מטרתם להביא לשינוי חברתי מהותי בעמדות הציבור כלפי אוכלוסיות אלו, וליצור חקיקה המבטיחה הלכה למעשה ביטול כל אפליה בתחומי החיים השונים. דוגמה לאפליה ולחוסר התייחסות ממלכתית לצרכים של חלק גדול מציבור הנכים היא נגישות התחבורה הציבורית. מאז קום המדינה ועד היום ניתן לקבוע בבירור שכלל התחבורה הציבורית בארץ אינו נגיש לחלק גדול של אזרחי המדינה שיש להם קשיים תפקודיים עקב נכות או גיל.

סוגיה כאובה נוספת הקשורה בהיעדר מעורבות קבוצות שלמות באוכלוסייה בכלל, ואנשים עם נכות בפרט נוגעת לחוסר המודעות ולחוסר ההבנה, הן בקרב הצרכנים והן בקרב נותני השירותים, לתרומתם של ההבדלים התרבותיים לתהליך השיקום. שירותי השיקום פועלים בקרב אוכלוסיות המיעוטים בארץ הם "טעוני טיפוח" בלשון המעטה, ומעורבות הצרכנים ממגזר זה בתכנון וביישום אספקת השירותים מצומצמת. אמנם מדי פעם מופעלים פרויקטים מקומיים העוסקים במתן שירותים שיקומיים ספציפיים לקבוצה זו או אחרת, אך עד שלא תתקבל תמונה כוללת של הצרכים והשירותים המתאימים למגזר זה, כנראה לא יחול שינוי משמעותי במצבם.

אוכלוסייה שיקומית ייחודית אחרת שהחלה רק לאחרונה לזכות לתשומת לב מקצועית כלשהי היא עולים עם מחלות כרוניות ונכות, כגון יוצאי ברית-המועצות לשעבר ואתיופיה. למרות שקבוצות אלו לא שילמו דמי ביטוח או מסים בעבר, עקב הקבלה האוטומטית של האזרחות הישראלית הם זכאים למכלול ההטבות, הזכויות והשירותים הניתנים לכלל האזרחים והם מקבלים אותם. עם זאת, לאור ההבדל

התרבותי בעמדותיהם ובהתייחסותם של העולים לשיקום תעסוקתי וחברתי, יש מקום לפתח ידע ורגישות מקצועית לתרומתם של ההבדלים התרבותיים האלה לתהליך השיקום. התרשמותנו היא שטרם נעשה מאמץ שיטתי ומאורגן לפתח ידע רלוונטי זה וליישמו בתהליך הטיפול השיקומי באוכלוסיות אלו.

5. אפשרויות מצומצמות של נותני השירותים לקבל אחריות (accountability) מקצועית על טיב השירותים ומחסור במערכות של בקרה ומעקב על איכות הטיפול השיקומי בשירותים השונים

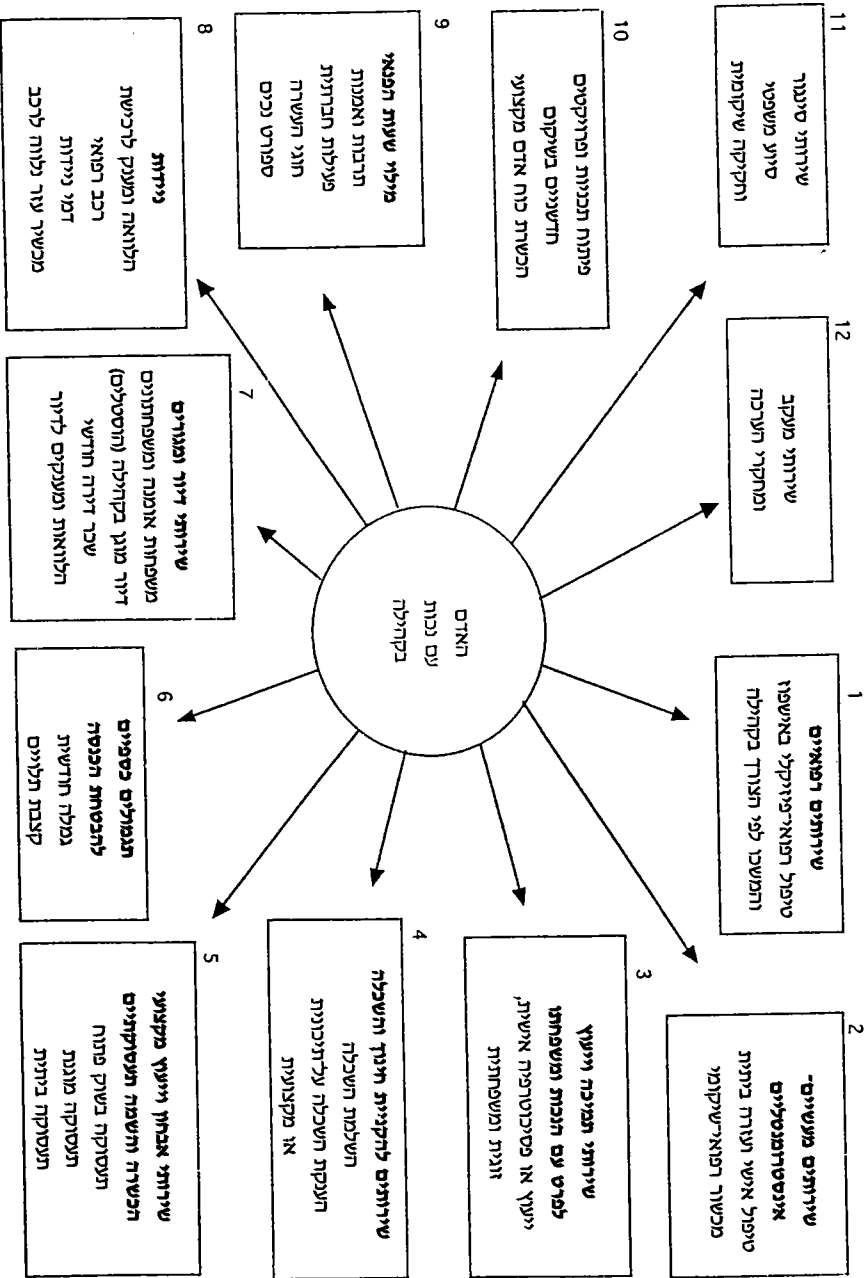
הבעיה האחרונה משקפת את המבנה הביורוקרטי-היררכי הקיים במרבית שירותי השיקום הממלכתיים והציבוריים. לאור העובדה שרוב השירותים הם ריכוזיים, והם פועלים ומתקצבים לפי חוק, אין לעובד השיקום מרחב ניכר להפעלת שיקול דעת מקצועי. לעתים קרובות מצב זה יכול ליצור קונפליקט קלאסי בין ה"מכוונות למוסד" לבין ה"מכוונות למקצוע". קונפליקט זה בולט בתחום השיקום, מפני שלא פעם איש המקצוע נאלץ לקבל החלטות בעלות תוצאות "אנטי-שיקומיות" בגלל ההכרח לבצע את המדיניות של המוסד או השירות שהוא עובד בו. לעומת זאת, אם העובד מחליט לסייע ללקוח לפי מיטב הבנתו המקצועית, הוא עלול למצוא עצמו מתנגש עם החוקים והתקנות המפעילים את השירות.

סביר להניח שמצב זה מהווה את אחת הסיבות השכיחות לתופעת השחיקה בעבודה (Stav, Florian & Shurka, 1986). תופעה זו עלולה להביא לקיפאון בהתפתחות המקצועית ולהיעדר יזמה ומוטיבציה לשינויים דינמיים, ההכרחיים להתייעלות ולשיפור איכות מתן השירות.

סוגיה נוספת הקשורה כפי הנראה באקלים הארגוני במרבית שירותי השיקום בארץ, הוא מיעוט העניין של הדרגים הניהוליים ושל קובעי המדיניות לקבל משוב שיטתי וביקורתי על פעילותם. אמנם, בחלק גדול של שירותי השיקום קיימות מחלקות העוסקות במחקר ובתכנון, אך לעתים רחוקות התוצרים של הגופים האלה משמשים כמערכות תומכות החלטה בגיבוש תהליך הטיפול השיקומי. ראוי לציין לחיוב את הסקרים והמעקבים השונים שמבצע מנהל המחקר והתכנון של הביטוח הלאומי (גורדון, 1985; ענבר, 1992, 1996) ואת מחקרי המעקב הבודדים והמזדמנים שבדקו אוכלוסיות שיקומיות אחרות (פלוריאן וקניג, 1981; הופיין, רולניק וליניצקי, 1994).

כדי לנסות לתת תשובה מסודרת לבעיות שתוארו, ננסה להציג תמונה כוללת ובהירה של "סל שירותי השיקום". לפי ההגדרות המקצועיות של יעדי השיקום המודרני, שירותים אלו אמורים לתת מענה לצרכים השיקומיים של הפרט עם הנכות או עם המוגבלות במרבית תחומי החיים (פלוריאן, 1982; ; Coudrogrou & Poole, 1984; Wright, 1980). תרשים 1 מציג באופן סכמטי את סוגי השירותים השונים הנדרשים לאוכלוסיות שיקומיות כדי שיגיעו לשילוב מלא בקהילה ולחיים עצמאיים.

תשיים 1 : מודל סכמטי של שירותי השיקום



מן התרשים עולה הצורך ביצירת רצף לוגי של שירותי שיקום אשר לעתים בנויים זה על זה ולעתים משלימים זה את זה. בדומה למדינות מערביות אחרות גם בישראל ישנה הכרה חברתית בצורך להקים, לפתח ולספק שירותי שיקום מגוונים ורציפים לקבוצות שונות של אנשים עם נכות. ואכן, כפי שראינו, אין מחסור בארץ במוסדות ובשירותים המטפלים באחד או יותר מהצרכים השיקומיים בתחומי החיים השונים. עם זאת, חשוב להדגיש שעדיין רוב המוסדות והשירותים מעניקים "שירותים אישיים" (personal services) המכוונים לפרט (רוזנפלד, 1982) ועוסקים בעיקר בתחום הרפואי והתעסוקתי. ברמה הארצית אין התייחסות לנושאים מרכזיים בעלי מכוונות שיקומית כוללת, כגון מערך הכנה למעבר מבית-הספר לעולם העבודה של נוער עם נכות, שירותי תמיכה למשפחה, ותכניות של שילוב חברתי.

פיתוח מודלים ושירותים בנושאים אלו דורש שיתוף פעולה ואיחוד משאבים בין משרדי הממשלה השונים לבין גופים וארגונים, כמו: הג'וינט, ביטוח לאומי, קרנות ציבוריות ופרטיות, ארגונים התנדבותיים ונציגי לקוחות.

גם בנושאים אחרים, כמו הקמת מרכז נתונים לאומי בתחום הנכויות, עיצוב מדיניות ובניית תכניות-אב רב-שנתיות בתחום שירותי השיקום, נדרשים גיוס ידע ותיאום בין כוחות ומשאבים שונים מעבר לאינטרסים של מגזר זה או אחר תוך מתן קדימות לגיבוש ראייה לאומית מקיפה.

---

## מקורות

---

- בנדל, י., בן שטרית, מ. וחיט, י. (1990). מדרוך אזורי לשירותי שיקום חיפה והצפון. ירושלים: אלמוג, ג'וינט ישראל.
- בנדל, י., בן שטרית, מ., חיט, י. וקן, נ. (1992). מדרוך אזורי לשירותי שיקום תל-אביב והמרכז. ירושלים: אלמוג, ג'וינט ישראל.
- בנדל, י., בן שטרית, מ., חיט, י. וקן, נ. (1994). מדרוך אזורי לשירותי שיקום ירושלים והדרום. ירושלים: אלמוג, ג'וינט ישראל.
- בן צבי, ב. (1995). הגנת יתר אל מול קיפוח בחקיקה למען נכים (נפגעי עבודה, נכים כלליים). ביטחון סוציאלי, 43, 45-53.
- גביון, ר. (1995). המשפט ומעורבותו במדיניות חברתית. בתוך: י. קופ (עורך), הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1994-1995. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- גורדון, ד. (1985). שיקום נכים — תכונות מסיימי טיפול שיקומי, 1983. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, אגף למחקר ותכנון.
- דורון, א. (1992). מדינת הרוחה בעידן של תמורות. ירושלים: מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- הופין, ד., ורלניק, א. ולוינצקי, א. (1994). תפקודם של נפגעי ראש בוגרים והגורמים המשפיעים על שיקומם: מחקר מעקב רב-תחומי ואורך טווח. תל-אביב: המכון הלאומי לשיקום נפגעי ראש, מרכז רקנאטי.

## סוגיות נבחרות במערכת השיקום בישראל

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997). שנתון סטטיסטי לישראל מס' 46. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- המוסד לביטוח לאומי (1985). ביטוח נכות. הוראות החוק ותקנותיו. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- המוסד לביטוח לאומי (1991). חוק ותקנות הביטוח הלאומי. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- המוסד לביטוח לאומי (1994). זכויות נכים ומוגבלים בישראל. מדריך. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון.
- המוסד לביטוח לאומי (1997). רבעון סטטיסטי, כו(1). ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון.
- וינבלט, ג., קטן, י., בלנקט, י., בלס, ג. וקופ, י. (1997). הוצאות הממשלה על שירותים חברתיים. בתוך: הקצאת משאבים לשירותים החברתיים 1997. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- כץ, ש. ופלוריאן, י. (1975). ארגון מוסדות השיקום בישראל. ביטחון סוציאלי, 9-10, 79-88.
- לוטן, ג. (1973). בדרך למדינת רווחה. תל-אביב: עם עובד.
- מילר, א"ל, פרוקצ'יה, א. וקרצ'מר, ד. (1979). זכויות הנכים בישראל — הצעות לקראת רפורמה. ירושלים: האוניברסיטה העברית, הפקלטה למשפטים.
- משרד הביטחון — אגף השיקום (1997). דו"ח לשנת 1996. תל-אביב: משרד הביטחון.
- משרד הביטוח והשיכון, אגף איכלוס (1993). שינוי לנוהל מוגבלים בתנועה. ירושלים: משרד הביטוח והשיכון.
- משרד הבריאות, שירותי בריאות הציבור (1984). מדיניות סוציאלית למכשירי שיקום רפואיים. תדפיס. ירושלים: משרד הבריאות.
- סמית, ח. וסמית, ר. (1997). סקר צורכי האדם העיוור בישראל. ירושלים: משרד העבודה והרווחה, אגף השיקום, השירות לעיוור.
- ענבר, ל. (1992). שיקום באמצעות השכלה גבוהה 1991. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון, מחלקת השיקום.
- ענבר, ל. (1996). שיקום נכים מסיימי טיפול שיקומי 1993-1994. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון.
- פינק, א. ולהב, א. (1990). שירותי השיקום של משרד הביטחון. בתוך: א. עורי וע. שקר (עורכים), מבוא לרפואה שיקומית. תל-אביב: משרד הביטחון.
- פלוריאן, ו. (1974). דעות מעבידים על נכים כעובדים ונכונותם להעסיקם. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן.
- פלוריאן, ו. (1982). הצלחה בשיקום — התייחסות אנשי מקצוע הפועלים כשדה. חברה ורווחה, ד', 245-255.
- פלוריאן, ו. וקניג, ד. (1981). אפיוני אוכלוסיית הפונים למרכז השיקום המקצועי ומעקב ארוך טווח על מצבם התעסוקתי. ירושלים: משרד העבודה והרווחה.
- צמח, מ. (1988). התייחסות הציבור לנכים (סקר דעת קהל). תל-אביב: דחף.
- קטן, י. (1994). מדינת הרווחה — המשכיות, שינוי או קריסה. ביטחון סוציאלי, 42, 17-33.
- קנב, י. (1962). חברה בישראל ותכנון סוציאלי. תל-אביב: עם עובד.
- רוחנפלד, מ. (1982). על השימוש במושג שיקום בישראל ועל פיתוחה של תורת שיקום מקצועית. ביטחון סוציאלי, 23, 42-51.
- שירות התעסוקה (1993). נהלים בסיסיים לעבודה שוטפת בלשכות התעסוקה. ירושלים: שירות התעסוקה.
- Austin, D.M. & Hasenfeld, Y. (1985). A prefatory essay on the future administration of human services. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 21, 4, 351-364.
- Barton, L., Ballard, K. & Fulcher, G. (1992). *Disability and the necessity for a socio-political perspective*. Durham: University of New Hampshire.
- Coudroglou, A. & Poole, D.L. (1984). *Disability, work and social policy: Models for social welfare*. New York: Springer.

- Council of Europe Committee of Ministers (1984). *On a coherent policy for the rehabilitation of disabled people*. Strasbourg: Council of Europe.
- Habib, J., Factor, H. & Mor, V. (1985). *Policies towards the disabled in Israel: A critical overview*. Jerusalem: Joint (J.D.C.) Israel.
- Hahn, H. (1982). Disability and rehabilitation policy: Is paternalistic neglect really benign? *Public Administration Review*, 42, 385–389.
- Hammerman, S.R. & Maikowski, S. (1983). The economics of disability from an international perspective. *Annual Review of Rehabilitation*, 3, 178–201.
- Karger, H.J. (1991). The crisis of the Israeli welfare-state. *Journal of Social Work and Policy in Israel*, 4, 101–114.
- Kunkel, S.R. & Applebaum, R.A. (1992). Estimating the prevalence of long-term disability for an aging society. *Journal of Gerontology*, 47, 253–260.
- La Plante, M.P. (1989). Disability risks of chronic illnesses and impairments. *Disability Statistics Report No. 2*. San Francisco: U.S. Department of Education.
- Lonsdale, S. (1990). *Women and disability. The experience of physical disability among women*. London: MacMillan.
- Matson, C.C., Holleman, W.L., Nosek, M. & Wilkinson, W. (1993). Impact of the Americans with disabilities act on family physicians. *Journal of Family Practice*, 36, 201–206.
- Nitzan, A. & Avidor, H. (1968). *An empirical study of handicapped persons in Israel in need of vocational rehabilitation*. Jerusalem.
- Roberts, E.V. (1989). A history of the independent living movement: A founder's perspective. In B.W. Heller, L.M. Flohr & L.S. Zegans (Eds.), *Psychosocial interventions with physically disabled persons*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Stav, A., Florian, V. & Shurka, E. (1986). Burnout among rehabilitation social worker working with physically disabled persons and bereaved families. *Journal of Social Service Research*, 10, 81–93.
- World Health Organization (1995). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, G.M. (1980). *Total rehabilitation*. Boston: Little, Brown and Co.