

עבודה סמינריונית במוסד :

האוניברסיטה הפתוחה

קורס 10558 – ביטחון סוציאלי

השפעת ועדות ביטוח לאומי על
אוכלוסיית המבוטחים

עבודה סמינריונית לדוגמא האוניברסיטה הפתוחה

תוכן העניינים

2	1. מבוא
6	2. סקירת ספרות
6	2.1. היבט מוסדי בירוקרטי
	2.1.1. ניגוד עניינים 6
7	2.1.2. נוקשות הוועדות הרפואיות
8	2.1.3. התנהלות לא אתית של רופאים
10	2.1.1. דו"ח המבקר: התנהלות ארגונית לא תקינה
11	2.1.1. התנהלות מול נכים
13	2.2. מדיניות החקיקה כלפי אנשים עם מוגבלויות והשפעתה על מעמדם הכלכלי והחברתי
15	2.3. היבט חברתי כלכלי
18	2.4. היבט משפטי – ביקורת
19	2.5. רקע מחקרי – תיאוריית ההבניה החברתית
22	3. מתודולוגיה: מקורות ושיטת מחקר
22	3.1. השערות
24	4. ניתוח
28	5. סיכום
29	6. ביבליוגרפיה
32	7. נספח

עבודה סמלית לוגמא האוניברסיטה הפתוחה

1. מבוא

קניית לחם וחמאה, נסיעה לסרט והנאה מהליכה על חוף הים נראות לרובנו פעולות מובנות מאליהן. לא לכולם זהו המצב. אנשים בעלי מוגבלויות מתמודדים עם מציאות יומיומית מאתגרת, קשה וכמעט בלתי ניתנת לנשיאה ללא עזרה חיצונית. אלו שהתברכו מסתייעים בבני משפחה, חברים או מטפלים. אחרים נעזרים בבני זוגם או בעזרה מזדמנת משכנים ומכרים. ויש מי שמתמודד כמעט לבד לחלוטין עם האתגרים היומיומיים, עם הצורך להשיג תרופות, אוכל, טיפולים רפואיים תרופתיים.

פעולות אלו אינן מובנות מאליהן ומצריכות השקעה של משאבים רבים ומורכבים. דוד ואשתו, למשל, כבר הספיקו להיות ביותר מ-50 ועדות רפואיות של הביטוח הלאומי, כאשר בכל ועדה עליהם לעבור שוב ושוב את הבדיקות המשפילות, את האי נוחות הפיזית, את ההתייחסות המזלזלת המטילה ספק בקשייהם של בני הזוג המתמודדים עם נכות ברמה גבוהה.

דוד (שם בדוי) ואשתו, שניהם מבוטחי הביטוח הלאומי. דוד אינו יכול לעבוד כלל בשל פציעות עבודה ואשתו סובלת מנפילות חוזרות ונשנות כשהיא מתנהלת עם פלטינה ברגל. מסכת הייסורים שעבר הזוג כוללת טרטורים אינסופיים לוועדות ובדיקות כאשר כל בדיקה כזו כוללת סכנת נפילה ברחוב או פציעה קשה, התמודדות עם תהליכים מייגעים בהם הזוג מבקש שוב ושוב הכרה במצבו וזוכה להתעלמות, מסכת עינויים והשפלות, אפילו והמתנות ארוכות להתייחסות מבזה. יתרה מכך, בשל היעדר הידע של המבוטחים וחוסר ההתמצאות בחקיקה ובתהליכים השונים, הביטוח הלאומי מנצל את המצב ומגביר את פגיעותה של אוכלוסייה הרגישה ממילא.

הועסק בעבודות תעשייתיות משך רוב חייו. למרות פגיעות רבות שספג דויד בעבודה, בשלב מסוים הוא הפסיק לתבוע את הביטוח הלאומי, למרות שהוא עצמו נכה ובנוסף, מטפל באשתו הסיעודית. לאחר מאבקים רבים, טרטורים מצד הביטוח הלאומי, ועדות אין קץ ורק לאחר סיוע מרופאה שנשלחה במיוחד, הוכר דויד כנכה 100%.

בעוד שדויד סובל מנכות כללית, אשתו סובלת גם היא מבעיות נכות המקשות עליה את התפקוד היומיומי. במשך השנים, ספג דויד צורות שונות של התנהלות מהביטוח הלאומי: חלקן מזלזלות, אחרות מבטלות או ממזערות את הסבל שדויד ואשתו מתמודדים אתו.

המוסד לביטוח לאומי הוקם בשנת 1954 והוא הכלי ממשלתי המרכזי המשמש להעברה וביצוע של תשלומים ולשמירה על תפקודה של מדינת הרווחה. מבחינת התקציבים שהוא מפעיל, הביטוח הלאומי שווה ערך למשרדי הממשלה הגדולים במדינה. משמו ניתן היה להסיק כי מטרתו היא הבטחת ביטחון או ביטוח לבני הלאום בשעת משבר, זקנה או חולי. ואכן, במידה רבה הביטוח הלאומי אכן ממלא תפקיד זה. ואולם שלא כמו חברת ביטוח פרטית בה גובה הפרמיה קשור ישירות לגובה הכיסוי הביטוחי, מוסד הביטוח הלאומי אינו מכפיף עצמו ליחס זה וגובה את הפרמיות מהציבור הרחב על פי חקיקה לאומית.

זה הוא הגוף המרכזי במדינה אשר אחראי על מערכות הרווחה, העברת תשלומים, קצבאות וקביעת אחוזי נכויות¹. לשם כך, המוסד מפעיל ועדות רפואיות אשר יבחנו כל מקרה לגופו. ועדה רפואית היא ועדה הבוחנת את זכאותו של אזרח לגמלה או להטבה אחרת מהמדינה, וזאת על-פי עמידתו בקריטריונים רפואיים שהוגדרו כמזכים בהטבות. בסמכות המוסד לביטוח הלאומי להפעיל ועדות רפואיות הפוסקות בתביעות לגמלאות בענפי הביטוח נכות כללית, גמלת ילד נכה, גמלת שירותים מיוחדים, נפגעי עבודה, נפגעי פעולות איבה, אסירי ציון ונפגעי פוליו. 2 ועדות רפואיות פועלות לפי חוק הביטוח הלאומי ומשמש כגוף עצמאי ומעין שיפוטי, הכפוף להוראות החוק ולביקורת שיפוטית של בית הדין לעבודה. הועדה הרפואית משמשת כגוף עצמאי ובלתי תלוי, מעין גוף שיפוטי, אשר מורכב ממוזכיר הועדה שכותב את הפרוטוקול ומרופאים אשר אינם עובדי הביטוח הלאומי, וקיבלו מינוי כפוסקים משר הרווחה והשירותים חברתיים. ההליך והוועדות ניתנות לפיקוח על ידי הגשת ערער לבית הדין האזורי, לאחר מכן לארצי, וכי ישנה אפשרות לעתור לבג"צ. בנוסף לכך, הביטוח הלאומי הוציא נוהל קוד אתי שישמור על עבודתם המקצועית, אתית ויעילה של הרופאים בוועדות הרפואיות.

¹ אברהם דורון, ביטחון סוציאלי: שינוי מעמדו של המוסד לביטוח לאומי 67 (2004): 39.
² אוריאנה אלמסי, הכנסת – מרכז המחקר והמידע: ועדות ערר על ועדות רפואיות במשרדי הממשלה ובמוסד לביטוח לאומי (2015).

למרות כל אלה, ישנן קשיים רבים בהליכי הוועדות הרפואיות. אנו נזכיר ארבעה היבטים. ראשית, מדובר בארגון שהינו ביורוקרטי. הביורוקרטיה הינה חיונית לשמירה על השוויון והאחידות. יחד עם זאת, הביורוקרטיה עלולה לגרום לשלטון של פקידים, לנוקשות וחוסר רגישות של מזכירי הוועדה ואף רופאיה. שנית, ישנו קושי הקשור בניגוד עניינים. לכאורה, קיים סדר וביקורת שיפוטית, כללים ונהלים שישמרו על הוועדות כגוף עצמאי ובלתי תלוי, אך ישנן נקודות השקה רבות בין הוועדות לבין המוסד לביטוח הלאומי. כך למשל נראה כי המוסד הוא זה שמשלם גרופאי הוועדות את השכר והן הגמלאות, והינו אחראי על ארגון, תכנון, סדר, וזמן הוועדות הרפואיות.

בנוסף לכך, מזכירי הוועדות הם אלה המשבצים את הרופאים לוועדות הרפואיות, כל אלה עלולים להביא למצב שבו הרופאים מאבדים את עצמאותם ומנסים לרצות את מעבידם שהינו המוסר לביטוח הלאומי אשר מעוניין בהפחתת אחוזי הנכות. שלישית, ישנן ביקורות על נוקשות הוועדות הרפואיות. ניתן לראות כי ישנה ביקורת על הוועדות הרפואיות שהינן קצרות, משפילות ומלוות באווירה חשדנית. אלה עלולות לנבוע מתוך תופעות כגון: האשמת הקורבן ועמדת החברה לאנשים בעלי מוגבלות פיסית, וכי השכר שמשולם לרופאים הינו נמוך, דבר שעלול להשפיע על טיב הרופאים. רביעית, לוועדות הרפואיות ביקורת שיפוטית מועטה. החלטת הוועדה הרפואית לעררים ניתנת לערעור לשאלת חוק בלבד. אנו נראה כי עוצמת הביקורת השיפוטית תלויה בשתי גישות. הראשונה הינה הגישה הפורמליסטית פוזיטיביסטית, המחזקת את הקיים. גישה מנוגדת הינה הגישה הביקורתית למשפט, אשר תתמוך בהוצאת הוועדות הרפואיות מן המוסד לביטוח הלאומי והפיכתן לגוף חיצוני.

בנוסף לכך, המוסד מפעיל גם את ועדות הערר, הדנות בעררים על החלטותיהן של ועדות רפואיות אלה.³ ניתן לערער על החלטות ועדות הערר בפני בית-הדין האזורי לעבודה, אך יש להכיר בעובדה כי בית-הדין דן בשאלות משפטיות בלבד, כאלה הנוגעות לסמכויותיה ולדרכי פעילותה של הוועדה, ולא לעצם הקביעה הרפואית שעמדה בבסיס החלטתה. בוועדה נוכחים מזכירים שהם עובדי המוסד לביטוח לאומי, וחברי ועדות הינם רופאים שקיבלו מינוי כפוסקים משר הרווחה

³ אלמסי, ועדות ערר על ועדות רפואיות.

והשירותים החברתיים. יש לציין כי רופא החבר בוועדה רפואית אינו יכול לכהן גם כחבר בוועדת הערר.⁴

נושא העבודה הנבחר הינו השפעותיו של מורכבות המבנה של ועדות הרפואיות והמשפט על ההליך, תוצאותיו, ועל האדם הזקוק לשירותיהם במדינת ישראל בימינו, כמו גם על החברה ככלל. עוד מתחילת הקורס, נושא הוועדות הרפואיות תפס את תשומת ליבנו. לפי עניות דעתנו, ישנה חשיבות להצביע על בעייתיות ההרכב, והאופן בו מבוצע ההליך של הוועדה הרפואית, ולגלות באיזה אופן זה משפיע על המועמד לוועדה הרפואית. בעבודה זו, בכוונתנו לבחון באיזה אופן היבטים שונים של מורכבות הוועדות הרפואיות משפיעים על זכויות המבוטחים במדינת ישראל באמצעות מקרה בוחן וראיון עם המבוטח יוסף פור שטופל בקליניקה המשפטית, נראה את הקשיים ונציג את הזיקה שבין הרצון לקיים הליך הוגן ושוויוני לבין הנוקשות הנובעת מן המתח בין פוליטיקה למשפט, וזאת תוך התמקדות בארבעה היבטים הקשורים ל: המוסד לביטוח הלאומי כמוסד ביורוקרטי, נגוד עניינים, ההשפעות השונות על החברים בוועדה הרפואית, והביקורת השיפוטית.

⁴ אלמסי, ועדות ערר על ועדות רפואיות עמ' 2-3.

2. סקירת ספרות

2.1. היבט מוסדי בירוקרטי

פרק 2- היבט מוסדי / בירוקרטי – פרק זה יכלול בתוכו את נושא המוסד לביטוח הלאומי כמוסד בירוקרטי וועדות רפואיות וכן, רקע קצר על המוסד לביטוח לאומי, סמכויותיו, רקע על הוועדות הרפואיות וסמכויותיה, ענפי הביטוח בהם הן פוסקות והקישור ביניהם. נפרט את הקשיים העומדים בפני הרופאים ובין הפקידים האמונים על מהלכם התקין של הוועדות, נדבר על הבירוקרטיה אשר לה משקל כבד וחיוניות המיוחסת לה בכל הנוגע לעמידה במשימות הקשורות לוועדה הרפואית. זאת ועוד, נפרט את עניין ריצוי הרופאים אשר מבוצע מדי יום על ידם מהסיבה שהמוסד לביטוח לאומי הוא הגוף המשלם להם את שכרם חודש בחודשו. נדגיש את ניגוד העניינים ביניהם ונדבר על הסכנות הכרוכות בניגוד זה ונתונים אלו יעזרו לנו לדון בשאלת המחקר. בנוסף, נציין את הקוד האתי של רופאי הביטוח הלאומי ונשווה אותו להתנהלות הלקויה, לכאורה, של הוועדות הרפואיות במוסד לביטוח הלאומי. נפרט את ההליך הלא תקין של הוועדות ונחשוף תיאוריות ותופעות אשר יעזרו לנו לדון במורכבות המבנה של הוועדות הרפואיות, השפעת התהליך, תוצאותיו ועל האדם עצמו – כפי שצינו בשאלת המחקר. בתוך מורכבות זו, יכנס עניין השכר הנמוך של רופאי המוסד לביטוח הלאומי אשר בעצם פוגע במיומנות הרופאים – נבחן גם איך פן זה משפיע על אופן המורכבות.

2.1.1. ניגוד עניינים

הליך הוועדות הרפואיות הינו הליך מורכב. מצד אחד, ישנו המוסד לביטוח הלאומי. אחד הקשיים בהתמודדות מול מוסד זה קשור בהיותו ארגון בירוקרטי.⁵ השיטה מאופיינת באחידות, ידע, המשכיות, אובייקטיביות, האמורים לשמור על קבלת החלטות שוויוניות ולא שרירותיות במשרד. הבירוקרטיה מבצעת משימות מקיפות ומורכבות, מאפייניה הינם חיוניים לעמידה במשימותיה של המדינה המודרנית. יחד עם זאת, ישנה סכנה להיווצרותו של שלטון של פקידים הרואים רק את החוקה הכתובה.⁶ זאת ועוד, הבירוקרטיה נתפסת למשרה של פקידים חסרי נימוס, הנוהגים

⁵ דוד דרי, הפרדיגמה הבירוקרטית. (תל אביב: האוניברסיטה הפתוחה, 1996).

⁶ דרי, הפרדיגמה הבירוקרטית.

באטימות והתנכרות לנזקק, משום העמדת הנהלים מעל הכל ומוגנים ע"י הקביעות, כפי שז'אן ז'אק רוסו תבע: "האדם נולד חופשי, ובכל מקום נתון הוא בכבלים"⁷. מצד שני, לצד מזכירי הוועדה, ישנם הרופאים אשר אלה אינם עובדי המוסד לביטוח לאומי.⁸ אופיין השיפוטי של הוועדות הרפואיות מחייב את חבריה לפעול לפי כללים השוללים משוא פנים וניגוד עניינים.⁹

למרות זאת, ישנן טענות לניגוד עניינים ו"דריסת רגל" רחבה של הביטוח הלאומי בוועדות הרפואיות. בשל נקודות השקה רבות בין הוועדות הרפואיות לבין המוסד לביטוח הלאומי, צמחו טענות כי למוסד המשלם את קצבאות והגמלאות יש עניין בקביעת אחוזי נכות נמוכים, ואילו לרופאים יש עניין לרצות את מעבידם, וזאת מאחר והרופאים אמנם אינם עובדי המוסד, אך השכר משולם על ידו. בנוסף לכך, למזכיר ישנה השפעה גדולה על הרופא הנמצא בוועדה הרפואית, וכי הוא זה שמשבץ אותם לוועדות השונות שגם הן מאורגנות על ידי המוסד לביטוח הלאומי.¹⁰ מאחר והרופאים מצויים בניגוד עניינים, ישנה סכנה לאיבוד עצמאותם המקצועית ולהיענות לתכתיבי מזכירי הוועדות ועובדי המוסד, ולפעול לכאורה שלא על פי אמות המידה המקצועיות האובייקטיביות.¹¹

2.1.2. נוקשות הוועדות הרפואיות

המוסד לביטוח הלאומי הוציא מסמך המאגד בתוכו כללים להתנהלות הנדרשת מרופאים במוסד לביטוח לאומי, וזאת בשאיפה להבטיח כי השירות שיינתן מהרופאים בתחום הוועדות הרפואיות יהיה אתי, מקצועי ויעיל (המוסד לביטוח הלאומי, קוד אתי, 2010). אך בלשכה לאתיקה, כמו בעיתונות הכללית, התקבלו תלונות מצד הציבור הרחב בדבר התנהלות הלקויה, לכאורה, של הוועדות הרפואיות במוסד לביטוח לאומי. עיקר התלונות קשורות בבדיקה קצרה, מזלזלת ומשפילה, המתנהלת מבלי שניתנת לנבדק האפשרות להציג את עמדתו כראוי, ומתוך אווירה חשדנית כלפי הנבדק.

⁷ רוסו, 2006, האמנה החברתית.

⁸ אלמסי, ועדות ערר על ועדות רפואיות.

⁹ מירב אפרים, הארגון – מגזין הציבור לנכים : הוצאת הוועדות הרפואיות מהביטוח הלאומי (2010). עמ' 50.

¹⁰ אפרים, הוצאת הוועדות הרפואיות. עמ' 51

¹¹ אבינועם רכס, ההסתדרות הרפואית בישראל : אתיקה רפואית : כללים וניירות עמדה (2014). עמ' 139.

ישנה תופעה הנקראת "האשמת הקורבן".¹² תהליך זה מתרחש באופן סמוי, מוסווה באנושיות ולעיתים אף בדאגה אמיתית. האשמת הקורבן הנה אידיאולוגיה המתייחסת להפרדה, הגדרה של אותה קבוצת אנשים בעלי הבעיה הנתונה כקבוצה מיוחדת, שונה מהקבוצה הכללית, וישנו ניסיון לפרש את התנהגותם, ערכיהם השונים והדפוסים מעצם היותם קבוצה מופרדת.¹³ בהקשר של הרופא הנמצא במצב של ניגוד עניינים, ועלול להיות מושפע באופן משמעותי מהמזכיר הוועדה הרפואית, ובתיסוף שיקול הדעת של הפקיד הביורוקרטי, ישנה סכנה לניצול סמכותם לרעה, ושיפעלו מתוך שיקולים לא ענייניים, בחוסר רגישות¹⁴ ו"יאשימו את הקרבן".

בנוסף לתופעת "האשמת הקורבן"¹⁵, עמדת החברה כלפי אנשים עם מוגבלויות פיזיות דומה לעמדתה כלפי קבוצות מיעוט אתניות או דתיות בשליליותה. ההסבר לכך קשור בשלמות פיזית, בריאות, כוח פיזי, עצמאות ואי תלות כלכלית. לפיכך, ישנה נטייה לראות את המוגבל פיזית כסוטה חברתי, נחות ומלווה בדרישה סמויה להתאים את עצמו לחברה.¹⁶ זאת ועוד, ישנה טענה כי, שכרם של הרופאים בוועדות הרפואיות נמוך, וכתוצאה מכך נוצרת פגיעה ביכולת של המוסד לביטוח הלאומי לגייס רופאים מיומנים, מה שמשאיר אותו ואת המבוטחים עם רופאים פחות מיומנים, ומנותקים יחסית מחידושים ברפואה.¹⁷

2.1.3. התנהלות לא אתית של רופאים

הרופאים המבצעים את הבדיקות בביטוח הלאומי הם רופאים חיצוניים אולם עדיין מחויבים לקוד האתי עליו אמונים רופאים באשר הם. הרופאים אינם עובדי המוסד לביטוח לאומי ולפיכך, הקשר שלהם עם המוסד אמור להיות נטרלי. יחד עם זאת, בירור מעמיק יותר מגלה כי אופי הקשר שלהם עם הביטוח הלאומי מעלה שאלות. כיצד הם מתמנים?¹⁸ אופיין השיפוטי של הוועדות הרפואיות מחייב את חבריה לפעול לפי כללים השוללים משוא פנים וניגוד עניינים.¹⁹

12 "Oppression" in The Politics of Reality: Frye, Marilyn pp.1-16.

13 Frye, Marilyn Essays in Feminist Theory pp.1-16

14 דרי, הפרדיגמה הביורוקרטית, עמ' 37.

15 Frye, Marilyn Essays in Feminist Theory pp.1-16

16 חוה רופא, יורם יפה ומשה אלמגור, מגמות: הקשר בין מוצא אתני והשתייכות לקבוצת נכים לבין העמדות כלפיהם. עמ' 488-494.

17 אפרים, הוצאת הוועדות הרפואיות. עמ' 51

18 אלמסי, ועדות ערר על ועדות רפואיות.

19 מירב אפרים, הארגון – מגזין הציבור לנכים: הוצאת הוועדות הרפואיות מהביטוח הלאומי (2010). עמ' 50.

"הקוד האתי מהווה למעשה אמנה חברתית מהיסודות החשובים בחברה על פיה, מחד החברה נותנת אמונה ברופאיה אשר יקדישו את יכולתם, ידיעתם והמידע שלהם לטובת הפרטים ואילו הרופא מבחינתו מתחייב ליטול על עצמו את הקוד האתי, הוא מקדיש את מקצועיותו וידיעותיו לטובת המטופל שלו, אשר טובתו גוברת על כל שיקול אחר".²⁰

ישנם כללי אתיקה מחייבים הנוגעים ספציפית לרופא בוועדה הרפואית, וזאת על מנת להוות פיקוח ולהבטיח שחברי הקהילה הרפואית והקהילה כולה יפעלו למען טובת המטופל ובכך יישמר אמון הציבור ברופאים. הקשר רופא- מטופל עומד בעיקרו על הצהרת ז'נבה המפרטת את יסודות ההתנהגות האתית עבור רופאים. הצהרת ז'נבה נוסחה לאחר מלחמת העולם השנייה ועם התגלה המקרים המזעזעים שהתרחשו בה. בין המייסדים של הצהרת ז'נבה דאז הייתה ההסתדרות של ישראל. הצהרה זו מסדירה את כללי האתיקה של ההתנהלות בין רופאים ומטופלים ובמשך השנים עברה הצהרה זו מספר שינויים בהתאם לשינויים החברתיים, המדעיים והפוליטיים השונים. הצהרת הרופא הכתובה באמנת ז'נבה מצוטטת כדלהלן:

"יחבר למקצוע הרפואה אני מתחייב, בכבוד ובכבוד, להקדיש את חיי לשירות האנושות; בריאותו ורווחתו של המטופל יהיו בראש מעייני; אכבד את עצמאותו וכבודו של המטופל; אשמור על כבוד מרבי לחיי אדם. לא אתן לשיקולים של גיל, מחלה או מוגבלות, אמונה, מוצא אתני, מין, לאום, השתייכות פוליטית, גזע, נטייה מינית, מעמד חברתי או כל גורם אחר - להשפיע על מחויבותי למטופל; אכבד ואשמור סודות המטופל אשר הופקדו אצלי, גם לאחר מותו; אעסוק במקצוע הרפואה באורח מצפוני ומכבד, ובהתאם לנוהג הרפואי הטוב; אשמר את הכבוד והמסורת הנעלה של מקצוע הרפואה; אחלוק למוריי, לעמיתיי ולתלמידי את הכבוד וההוקרה להם הם ראויים; אחלוק את הידע הרפואי אשר רכשתי למען רווחת המטופל ולקידום הבריאות; אקפיד על בריאותי, רווחתי וכישורי במטרה להעניק טיפול ברמה הגבוהה ביותר; לא אשתמש בידע הרפואי שלי כדי לפגוע בזכויות האדם ובחירותו, אף לא תחת איום; על כל אלו, אני מצהיר באופן חופשי, בכל ליבי ובכל מאודי".²¹

²⁰ אבינועם רכס, ההסתדרות הרפואית בישראל: אתיקה רפואית- כללים וניירות עמדה (2014) עמ' 9.

²¹ הצהרת הרופא (הצהרת ז'נבה של ה-WMA). הורד מאתר: <https://www.ima.org.il/MainSiteNew/ViewCategory.aspx?CategoryId=11360>

היחסים הנרקמים בין רופאים וחולים עברו שינויים מהותיים בשנים האחרונות ונראה כי הקוד האתי לו מחויבים הרופאים עומד במקרים רבים כמס שפתיים בלבד. הטיפול הרפואי נתפס כ"שירות" הניתן ללקוח או כמוצר ומעמדם של הרופאים נתפס כ"נותני שירות". זמינות המידע הרפואי במדינות השונות תורם גם הוא להתייחסות אחרת אל הרופאים והשוואתם ללא הרף. באותה מידה, תביעות בגין רשלנות רפואית הפכו נפוצות יותר ויותר ובמקביל, מערכת הבריאות מתמודדת עם לחצים כלכליים המופנים אל הרופא הבודד. כל אלו מביאים לחוסר שוויון בולט בין הרפואה הפרטית והרפואה הציבורית, כאשר הרפואה הציבורית אינה יכולה להציע את אותה הרמה שמציעה הרפואה הציבורית וכתוצאה מכך, מתמודדת עם לחצים איומים המצריכים את הרופאים לעבוד בתנאים מינימליים. תנאים אלו בתורם מעמידים את כללי האתיקה בספק ומאתגרים אותם ללא הפסקה. מאידך, עומדת הזכות לבריאות המוגנת משפטית ומאידך, נצבת אוזלת ידה של המערכת שאינה מסוגלת לספק תנאים להבטחת זכות זו. לעתים רבות המערכת מתמודדת עם דילמות והתלבטויות בין מתן הטבות לקבוצות קטנות בעלויות עצומות או לחלופין, תמיכה באוכלוסייה גדולה יותר באמצעות רפואה מונעת בתקווה לצמצם את ההוצאות העתידיות. דיונים אלו עומדים במרכז השיח הציבורי הנוגע להבטחת בריאות הציבור ומעלה לא מעט מחלוקות בנוגע לחלוקת הכספים.²²

התמונה המתקבלת מול החולים מלווה בתחושת זלזול והשפלה כלפיהם. הלחצים הרבים המופעלים על הרופאים אינם משאירים את אלו האחרונים אדישים למסכת הדרישות המוצבות בפניהם. בלשכה לאתיקה ובדעת הציבור ישנן תלונות על התנהגות לקויה של הוועדות הרפואיות במוסד לביטוח הלאומי. עיקר התלונות אודות בדיקה קצרה, מזלזלת, משפילה ומלווה באווירה חשדנית כלפי הנבדק. הרי אין לשכוח, כי הרופאים מקבלים את שכרם מהמוסד לביטוח הלאומי, מכאן עולה, כי נמצאים במעין ניגוד עניינים טבעי, עצמאותם המקצועית מצויה בסכנה מתוך החשש להיענות לתכתיבי מזכירי הוועדות הרפואיות המנהלים את אותן וועדות.²³

2.1.1. דו"ח המבקר: התנהלות ארגונית לא תקינה

²² אבינועם רכס, ההסתדרות הרפואית בישראל: אתיקה רפואית- כללים וניירות עמדה (2014) עמ' 10.
²³ אבינועם רכס, ההסתדרות הרפואית בישראל: אתיקה רפואית- כללים וניירות עמדה (2014) עמ' 129.

בחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשנ"ה-1995 נקבע כי שר העבודה והרווחה יפקח על המוסד לביטוח לאומי וכי מועצת הביטוח הלאומי היא הגוף המפקח על הפעילות השוטפת. בשנת 2016 מונתה המועצה ה-15 וכהונתה תימשך עד 2020. בשנים 2017-2018 בחן מבקר המדינה תהליכי מינוי של בעלי תפקידים בכירים במשרד הרווחה ובביטוח הלאומי. על פי חוק הבטי"ל, תקנות הביטוח הלאומי קובעות כי במועצה יכהנו 56 חברים שונים המונים נציגים של ארגוני עובדים ומעסיקים. מטרתה של הוועדה הינה לפקח על כשירותם ומידת התאמתם של 25% מהמועמדים לתפקידים שונים. על 75% הנוספים אחראי היועץ המשפטי. לא קיימות תקנות כלשהן בנוגע למספר החברים ומספרם נקבע באופן אקראי. כלומר, אין כל פיקוח רשמי אודות אופן המינויים של חברי הוועדה. יתרה מכך, בבדיקה שנערכה על ידי מבקר המדינה נמצא כי כל המומחים שמונו לוועדה הינם מקורבים של שר הרווחה. המבקר כותב בדו"ח כי על המועצה להיות בלתי תלויה ואולם נראה כי אופן מינוי המקורבים אינו תקין בעליל ומהווה פתח לעברות שונות, לרבות פגיעה בפעילות העצמאית ובהבעת דעה עצמאית מצד החברים המכהנים בוועדה. יתרה מכך נמצא כי בוועדה האמונה על מינוי בעלי תפקידים וועדות מכהנים מי שאינו חבר מועצה. על פי חוות דעתו של המבקר, אין זה ענייני כי מי שאינו חבר במועצה יהיה אחראי על מינוי בעלי התפקידים הבכירים בביטוח הלאומי²⁴.

2.1.1. התנהלות מול נכים

המוסד לביטוח לאומי הינו הגוף המרכזי במדינת ישראל אשר אחראי על מערכות הרווחה מטעם המדינה, ומופקד על תשלומי הגמלאות המשולמות לקב' השונות באוכלוסייה.²⁵ ועדה רפואית היא ועדה הבוחנת את זכאותו של אזרח לגמלה או להטבה אחרת מהמדינה, וזאת על-פי עמידתו בקריטריונים רפואיים שהוגדרו כמזכים בהטבות. בסמכות המוסד לביטוח הלאומי להפעיל ועדות רפואיות הפוסקות בתביעות לגמלאות בענפי הביטוח נכות כללית, גמלת ילד נכה, גמלת שירותים מיוחדים, נפגעי עבודה, נפגעי פעולות איבה, אסירי ציון ונפגעי פוליו.²⁶ ועדות רפואיות פועלות לפי

²⁴ ליקויים בתהליכי מינוי של בעלי תפקידים בכירים - משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים והמוסד לביטוח לאומי. (2019). מבקר המדינה: דו"ח שנתי.

²⁵ אברהם דורון, ביטחון סוציאלי: שינוי מעמדו של המוסד לביטוח לאומי 67 (2004): 39.

²⁶ אוריאנה אלמסי, הכנסת - מרכז המחקר והמידע: ועדות ערר על ועדות רפואיות במשרדי הממשלה ובמוסד לביטוח לאומי (2015).

חוק הביטוח הלאומי ומשמש כגוף עצמאי ומעין שיפוטי, הכפוף להוראות החוק ולביקורת שיפוטית של בית הדין לעבודה.

בנוסף לכך, המוסד מפעיל גם את ועדות הערר, הדנות בעררים על החלטותיהן של ועדות רפואיות אלה.²⁷ ערעור על ההחלטה הרפואית יכול המבוטח להגיש לוועדה עצמה. אם ברצונו לעתור לבית המשפט לענייני עבודה, הוא יוכל לערער על החלטות ועדות הערר בפני בית-הדין האזורי לענייני עבודה אך יש להכיר בעובדה כי בית-הדין דן בשאלות משפטיות בלבד. כך, על פי חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995, 164[א] סעיף 123²⁸: "החלטת הוועדה הרפואית לעררים ניתנת לערעור. בשאלה משפטית בלבד, לפני בית דין אזורי לעבודה; פסק דינו של בית הדין ניתן לערעור לפני בית הדין הארצי לעבודה אם נתקבלה רשות לכך מאת נשיא בית הדין הארצי לעבודה או סגנו, או מאת שופט של בית הדין הארצי שמינה לכך הנשיא".

תקנות הביטוח הלאומי (סיוע משפטי), תשל"ח - 1978 מסדירות את נושא הסיוע המשפטי למי שרוצה לערער בפני בית הדין לעבודה על החלטת המוסד לביטוח לאומי בעניינו. כלומר, הערעור לבית המשפט הוא על החלטות כאלה הנוגעות לסמכויותיה ולדרכי פעילותה של הוועדה, ולא לעצם הקביעה הרפואית שעמדה בבסיס החלטתה. בוועדה נוכחים מזכירים שהם עובדי המוסד לביטוח לאומי, וחברי ועדות הינם רופאים שקיבלו מינוי כפוסקים משר הרווחה והשירותים החברתיים. יש לציין כי רופא החבר בוועדה רפואית אינו יכול לכהן גם כחבר בוועדת הערר.²⁹

הליך הוועדות הרפואיות הינו הליך מורכב. מצד אחד, ישנו המוסד לביטוח הלאומי. אחד הקשיים בהתמודדות מול מוסד זה קשור בהיותו ארגון ביורוקרטי.³⁰ השיטה מאופיינת באחידות, ידע, המשכיות, אובייקטיביות, האמורים לשמור על קבלת החלטות שוויוניות ולא שרירותיות במשרד. הביורוקרטיה מבצעת משימות מקיפות ומורכבות, מאפייניה הינם חיוניים לעמידה במשימותיה

²⁷ אלמסי, א'. ועדות ערר על ועדות רפואיות במשרדי הממשלה ובמוסד לביטוח לאומי. מרכז המחקר והמידע. (2015).

²⁸ חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995, 164[א] ס' 123.

²⁹ אלמסי, ועדות ערר על ועדות רפואיות עמ' 2-3.

³⁰ דוד דרי, הפרדיגמה הביורוקרטית. (תל אביב: האוניברסיטה הפתוחה, 1996). מס' עמ'?

של המדינה המודרנית. יחד עם זאת, ישנה סכנה להיווצרותו של שלטון של פקידים הרואים רק את החוקה הכתובה³¹.

להתנהלות הלא תקינה של הביטוח הלאומי השלכות על ההתנהלות של המוסד בתחומים אחרים, כגון תחומים חברתיים וכלכליים. על כך נקרא בפרק הבא.

2.2. מדיניות החקיקה כלפי אנשים עם מוגבלויות והשפעתה על מעמדם הכלכלי

והחברתי

מקום המדינה ועד שנות ה-70, החוקים שיקפו מדיניות סוציאלית, כלומר, מבוססים על מתן שירותים בהתאם לצורמות חברתיות ולמען סיפוק ביטחון סוציאלי על בסיס מבחני זכאות רפואיים שנקבעו בוועדו הרפואיות. מתחילת שנות ה-80 ועד 95, עקרונות הגלובליזציה ועקרונות הנורמליזציה החלו לחלחל והחלה מדיניות של שילוב קהילתי. משנות ה-90, ניתן לראות כי המדיניות השתנתה עם החלת חוק שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, אך זאת ברמה ההצהרתית, בפועל, ישנו היעדר תשתית ערכית מספקת בציבור הישראלי, וזאת בעיקר בשל הדעה הרווחת בציבור כלפי אנשים עם מוגבלויות שהזכרנו לעיל.³²

למעשה, המדיניות של הביטחון הסוציאלי בישראל לא מלדה בן לילה ולא הייתה כמשנה סדורה. מדיניות זו התפתחה במשך 120 שנה עוד מאז ימי ביסמרק תוך מאבקים חברתיים, כלכליים ופוליטיים. בשל נסיבות התפתחותה של מדיניות הביטחון הסוציאלי בישראל, המוסד לביטוח לאומי ואופן הארגון שלו עשויים טלאים טלאים במקום להתנהל כמקשה אחת³³.

מדיניות זו באה לידי ביטוי גם בקצבאות המוקצות לאנשים בעלי מוגבלויות. סך ההוצאה של הביטוח הלאומי על קצבאות עמד בשנת 2017 על 4.82 מיליארד שקלים. סכום זה הנו גידול של 10% מההוצאה בשנה הקודמת (2016). סך ההוצאה על קצבאות כאחוז מתוך התמ"ג גדל כאשר עיקר הגידול נובע מתכנית "חיסכון לכל ילד", תכנית אשר ההוצאה עליה עמדה בשנת 2017 על 2.4 מיליארד שקלים. ואולם, בין הנושאים המרכזיים שעמדו לדיון בשנת 2018 הוא קצבאות הנכות

³¹ דרי, הפרדיגמה הביורוקרטית.

³² אריק רימרמן, שירלי אברמי, וטל ארטן ברגמן, המדיניות כלפי אנשים עם מוגבלות בישראל: עמ' 107-119 : 2011.

³³ פלג ד. ארגון ושליטה במוסדות הביטחון הסוציאלי בישראל ובעולם (בריאות, פנסיה וביטוח לאומי). ביטחון סוציאלי. 40: 1999.

לאנשים בעלי מוגבלויות. ההוצאה של הביטוח הלאומי על קצבאות נכות היא השנייה בגודלה לאחר זקנה ושארים וחלקה בהוצאות עומד על כמעט 20% מסך ההוצאה על קצבאות. בשנת 2017 הוצאה זו עמדה על 3.15 מיליארד שקלים ומבחינת ציר הזמן נראה כי מאז תחילת שנות התשעים השיעור של מקבלי קצבאות הנכות עלה ביותר מפי שלוש, מ-73,000 מקבלי קצבה ל-242,000 מקבלי קצבה. בפברואר 2018 הועלתה קצבת הנכות בסך שנע בין 470-770 שקלים ובמקביל עלה שיעור הדיסריגארד המאפשר לנכים להרוויח מעבודה במקביל לקבלת הקצבה³⁴.

אם כן, אנו עדים להתעוררותה של גישה יותר סבלנית וסובלנית כלפי הנכים וכלפי אנשים בעלי מוגבלויות בישראל. במקביל להרחבת הגישה הסובלנית כלפי נכים ואנשים בעלי מוגבלויות נעשים צעדים להנגשת מקומות ציבוריים ומקומות עבודה בהתאמה לצרכיהם. יחד עם זאת, צעדים אלו חלקיים ביותר ונראה כי עדיין רבה העבודה, ועיקר העבודה החיונית טמון בהיעדר הארגון של המוסד לביטוח לאומי³⁵.

כפי שהוזכר לעיל, הגישה והיחס כלפי אנשים בעלי מוגבלויות השתנו רבות לאורך השנים והושפעו ממסורות שונות, אירועים והשפעות זרות. כך למשל, המדיניות כלפי אנשים בעלי מוגבלויות בשנים הראשונות להקמת המדינה הייתה אד הוק ותגובתית מאד. משנות ה-80 החלה לחלחל מגמה של שילוב בקהילה והורחבו ההנחיות באשר לאופן השילוב הנדרשים של אנשים בעלי מוגבלויות בחברה בכללותה. כך, הורחבה היריעה באשר לדרישות לקיים תרגומים וכתוביות בשידורי טלוויזיה, ניתנה הכרה חוקתית לאנשים בעלי מוגבלויות מלידה, חוקקו חוקים באשר לאופני השילוב הנדרשים של בעלי מוגבלויות במקומות עבודה ועוד. ואולם הלכה למעשה, נראה כי הנחיות אלו התקיימו כמס שפתיים בלבד ולא הייתה להן אחיזה של ממש במציאות: הלכה למעשה, התמונה המציאותית מגלה כי למדינת ישראל אין את האפשרות התקציבית להעניק למבוטחיה ולאנשים בעלי המוגבלויות את התנאים הנדרשים לשילובם בחברה. נכון

³⁴ מדהלה-בריק שביט, גל גיוני. מערכת הרווחה: מבט על. דוח מצב המדינה. (2018).

³⁵ אריק רימרמן, שירלי אברמי, וטל ארטן ברגמן, המדיניות כלפי אנשים עם מוגבלות בישראל: עמ' 107-119. משילוב להשתלבות". הוצאת בית איזי שפירא, 2011.

להיום, מבוגרים רבים בעלי מוגבלויות מתארים מציאות בה הם מרגישים מודרים ומנוודים בחברה וגם החוקים שחוקקו במטרה לשלב אותם אינם מיושמים הלכה למעשה³⁶.

באופן זה, מתחילה להתקיים מעין "תחרות" בין הגופים והקבוצות השונות בחברה על תקציבים שונים ואלו בתורם מביאים לוויכוחים אין סופיים ומתמשכים הפוגעים בסופו של דבר בעיקר בנכים עצמם, אשר אינם יכולים להגן על עצמם ולקדם את האג'נדות שלהם מתוך המערכת אלא רק מחוצה לה, באמצעות תהליכים כמו הפגנות, שביתות וכיו"ב. הפערים בתקציבים פוגעים באוכלוסיות השונות, כאשר גם במקרים בהם אוכלוסיות נבחרות זוכות להטבה זמנית כלשהי, בטווח הארוך, האי שוויון אינו קטן אלא גדל בשל התופעות הסביבתיות השונות³⁷.

גישתה של החברה ברובה כלפי אנשים עם מוגבלויות היא גישה שלילית במהותה. לרוב, נתפסים כנוקדי צדקה, נחותים, ופתוצאה מכך, הופכים למודרים חברתית, לקבוצת מיעוט, ונאלצים להתמודד עם דעות קדומות, סטיגמות ועמדות שליליות.³⁸ (עמ' 102-115)

בנוסף לכך, עמדת החברה כלפי אנשים עם מוגבלויות פיזיות דומה לעמדתה כלפי קבוצות מיעוט אתניות או דתיות בשליליותה. ההסבר לכך קשור בשלמות פיזית, בריאות, כוח פיזי, עצמאות ואי תלות כלכלית. לפיכך, ישנה נטייה לראות את המוגבל פיזית כסוטה חברתי, נחות ומלוות בדרישה סמויה להתאים את עצמו לחברה, כל אלה, משפיעים על מצבם של האנשים בעלי המוגבלויות ועל השתלבותם בפועל בחברה.³⁹

2.3. היבט חברתי כלכלי

פרק 3- היבט חברתי כלכלי - בפרק זה, ננתח את נושא מדינת הרווחה במדינת ישראל בהבנת המודלים העיקריים. נעמוד על הביטחון הסוציאלי, מהן ההגדרות של עוני, רמת חיים נאותה, ובאיזה אופן ניתן לצמצם את השוויון.

³⁶ אריק רימרמן, שירלי אברמי, וטל ארטן ברגמן, המדיניות כלפי אנשים עם מוגבלות בישראל: עמ' 107-119. משילוב להשתלבות". הוצאת בית איזי שפירא, 2011.

³⁷ אריק רימרמן, שירלי אברמי, וטל ארטן ברגמן, המדיניות כלפי אנשים עם מוגבלות בישראל: עמ' 107-119. משילוב להשתלבות". הוצאת בית איזי שפירא, 2011.

³⁸ רונן כהן, דנה רוט ואהרן יורק, ביטחון סוציאלי: מנהיגות נוער לשינוי עמדות כלפי אנשים עם מוגבלויות: שינוי עמדות ודימוי עצמי (2008), עמ' 102-115.

³⁹ חוה רופא, יורם יפה ומשה אלמגור, מגמות מס' גיליון : הקשר בין מוצא אתני והשתייכות לקבוצת נכים לבין העמדות כלפיהם, עמ' 488-494. שנת פרסום?

התנהלותו הכלכלית והארגונית של הביטוח הלאומי משפיעה הן במישרין והן בעקיפין על ההתנהלות מול מגישי תביעות. היעדרו של ארגון כלכלי יאות פוגע ביכולתו של הארגון לגבות את מבוטחיו ולהעניק להם שירות הולם⁴⁰.

בחינת ההתפתחויות השונות שארעו במערכת הרווחה בישראל מלמדת על שתי מגמות עיקריות בולטות: האחת היא של יציבות בכל הנוגע להתמודדות עם עוני ועם אי שוויון בחברה והשנייה היא יישום של מדיניות "השקעה חברתית". מגמת היציבות בנוגע להתמודדות עם אי שוויון באה לידי ביטוי בהפחתה ניכרת בהוצאות על מערכת הביטחון הסוציאלי וקיצוץ ניכר בנגישותן של תכניות ביטחון סוציאלי. באותן שנים ניכרה עלייה משמעותית בתחולת העוני וברמת האי שוויון. אמנם, ניכרת ירידה קטנה באחוזי העוני אולם זו מעידה על תקופה קצרה ביותר ומעידה בעיקר על סיוע ממוקד לאוכלוסיות במצוקה קשה כמו אוכלוסיית העניים. ההוצאה על ביטחון סוציאלי בישראל הייתה עוד לפני השנים האחרונות מהנמוכות ביותר שבמדינות ה-OECD ואילו לאחר הקיצוצים של השנים האחרונות, הוצאה זו הפכה קיצונית עוד יותר בהשוואה למדינות ה-OECD האחרות, כשבמקביל ממדי העוני הלכים וגבהים. בהשוואה למדינות אחרות, היעד שהציבה הוועדה למלחמה בעוני עוד רחוק אלפי מונים מהמקום בו אזרחי מדינת ישראל נמצאים כיום, ולא נראים סימנים של התאוששות באופק⁴¹.

בשנים האחרונות ניתן להבחין בגישה חדשה אותה מיישמת מדינת ישראל: גישה זו היא גישה "ההשקעה החברתית", הרואה את ההשקעה ברווחת האזרחים כתרומה להרחבת הצמיחה והלכידות החברתית. גישה זו אינה לוקחת בחשבון רק את המספרים ואת ההכנסות וההוצאות של המדינה, אלא מתבוננת בפרספקטיבה איכותנית על ההון האנושי בחברה והיתרונות שבהשקעה בהון זה. הביטויים של גישה זו הם השקעה במערכת החינוך, בשילוב אוכלוסיות מיעוטיות כמו חרדים וערבים בשוק העבודה וכן בתכניות כמו תכנית "נושמים לרווחה" אותה מפעיל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים במטרה להתמודד עם ההדרה הכלכלית והחברתית של משפחות המצויות בעוני. במקביל נעשה מאמץ להגדיל את שכר המינימום ולהרחיב את הנגישות של מענקי עבודה. על כך נוספות תכניות המקדמות רכישת השכלה בקרב

⁴⁰ המוסד לביטוח לאומי: אי-גביית דמי ביטוח מחייבים. (2016). מבקר המדינה: דו"ח שנתי.

⁴¹ מדהלה-בריק שביט, גל גיוני. מערכת הרווחה: מבט על. דוח מצב המדינה. (2018).

אוכלוסיות מוחלשות יותר. ואולם, צעדים אלו אינם מושלמים ויש עדיין התנהלויות רבות הלוקות בחסר בגדר פעילותו של המוסד לביטוח לאומי. כך למשל שכלול תכניות ביטוח אבטלה והבטחת הכנסה כך שמי שאינו מצליח להשתלב בעבודות כיום, סובל מאפליה⁴².

התנהלותו של המוסד לביטוח לאומי לוקה בחסר. ולמרות ניסיונות רבים לשפר את ההשקעה באוכלוסייה ולמטב את ההון האנושי, עדיין כשלים ארגוניים, כלכליים ובעיקר כאלה הנובעים מהיעדר מדיניות ברורה, יישומה ואכיפתה – כל אלו משפיעים לרעה על מצבם של המעמדות הנמוכים בישראל.

הפרמיה אותה גובה הביטוח הלאומי מכל אזרח ואזרח במדינת ישראל הינה מס הנגבה על פי חוק ונקבע על פי החלטות ממשלה. גם ההעברה של התשלומים לנזקקים מתקבלת בהחלטת ממשלה: החקיקה למי להעניק ולמי לא נקבעת על פי חוקים כוללניים. שלא כמו כל ארגון פרטי אחר, הביטוח הלאומי אינו כפוף למאזן רווחי כלשהו ואין עליו חובה להוכיח רווחים או התנהלות כלכלית מאוזנת שנתית. בשנות ה-60 של המאה ה-20 הועלתה הצעה לאיחוד בין מנגנון הגבייה של הביטוח הלאומי ובין זה של רשות המסים במטרה למנוע בזבוז של כספי ציבור וכפילות בהוצאות. הצעה זו לא יצאה לפועל. גם כיום, מוסד הביטוח הלאומי מתקשה לכלכל את צעדיו בצורה כלכלית נכונה ואינו ממזער סיכונים ואין כל סמכות רשמית המפקחת על התנהלותו של ארגון זה⁴³.

התנהלות כלכלית זו קשורה קשר הדוק בענייני חקיקה רלוונטיים: הצעות חוק הנוגעות להרחבת קצבאות לאוכלוסיות שונות מאיימות באופן אקוטי על יכולתו של המוסד לביטוח לאומי להמשיך ולהתנהל כפי שהתנהל עד כה וזאת למרות ההשלכות החמורות מבחינה חברתית שיש לצורת התנהלות שכזו⁴⁴.

לעומת התנהלות תקינה יחסית במשך שנים רבות, בעשורים האחרונים הביטוח הלאומי מפרסם דו"חות פיננסיים המעלים סימני שאלה ומעידים על בעיות חמורות. הדו"חות אותם מגיש הביטוח הלאומי מלמדי כי בשנת 2045 הכספים הנאגרים במאגרי המוסד יאזלו לחלוטין. הסיבות לכך

⁴² מדהלה-בריק שביט, גל גיוני. מערכת הרווחה: מבט על. דוח מצב המדינה. (2018).
⁴³ מור י. ביטוח לאומי: הבור בקצה המנהרה מתוך המדור: המספרים. השילוח. 2017.
⁴⁴ שם.

מבוססות בעיקר על התנהלות כלכלית לא נכונה ובמסגרתה הוצאות גבוהות יותר מההכנסות. מצב זה נגרם כתוצאה מעלייה בתוחלת החיים וחקיקה תקציבית רחבה. אמנם, המוסד לביטוח לאומי אינו יכול לקיים מאזן ולהתאים את הכנסותיו להוצאותיו, אולם עליו לפעול בהתאם להגדרותיו של גוף ביטוחי ולהתבסס על הפרמיות מהציבור. לשם כך על המוסד להבטיח את קיומו של איזון אקטוארי באמצעות הבטחת הכנסות גבוהות יותר מהוצאות לטווח של 10 שנים מהיום. ואולם בשל מבנהו הייחודי, למוסד לביטוח לאומי אין את האופציה לעשות זאת. במילים אחרות, המוסד לביטוח לאומי הולך ומתדרדר לבור עמוק. בנוסף, הארגון אינו דואג לגבות כסף מחייבים בשנים האחרונות, התנהלות המרחיבה את הפער בין הוצאות המוסד ובין הכנסותיו ומעיבה קשות על ההתנהלות השוטפת של הארגון ועל יכולתו להעניק תמיכה למבוטחיו בעתיד. על פי מבקר המדינה, על הביטוח הלאומי לעצור את מעגל החייבים אשר במקרים רבים כלל אינם מודעים לחובותיהם⁴⁵.

עיקר הקצבאות המשולמות על ידי הביטוח הלאומי מוקצבות לזקנה, שארים ונכות. בשנה האחרונה אף נחתם הסכם עם הנכים העתיד להעלות את הקצבאות המוקצות לאוכלוסייה זו. התחזיות שחורות אבל אין כל תכנית בלי לפיכך, מבחינה כלכלית, התנהלותו של המוסד אינה מעוררת ביטחון ולא נשקף כל פתרון בר קיימא באופן⁴⁶.

2.4. היבט משפטי - ביקורת

פרק 5- הביקורת השיפוטית על הוועדות הרפואיות - בפרק הרביעי נדון תחילה כיצד ניתנת הביקורת השיפוטית על החלטות ועדת ערר ובאילו מקרים ובאיזה סקטור עוסקת הביקורת

⁴⁵ המוסד לביטוח לאומי: אי-גביית דמי ביטוח מחייבים. (2016). מבקר המדינה: דו"ח שנתי.

⁴⁶ מור י. ביטוח לאומי: הבור בקצה המנהרה מתוך המדור: המספרים. השילוח. 2017.

השיפוטית. פרמטרים אלו יעזרו לנו לדון בשאלת המחקר מבחינת הנוקשות הנובעת מן המתח בין הפוליטיקה למשפט. בנוסף, נביא גם את הצד שתומך בהוצאת הוועדות הרפואיות לגוף הייצוגי ונראה כיצד מהלך זה יכול להשפיע על המורכבות של מבנה הוועדות הרפואיות, השפעותיו ותוצאותיו.

פרק 4- היבט משפטי- בפרק זה, נלמד על מערכת המשפט ואת המודלים השונים. ננסה להבין מהן הגישות והאידיאולוגיות השונות לפיהם השופטים פועלים. מהי החקיקה שפועלת בעד ומהי נגד של המבוטח?.

הביקורת השיפוטית על החלטות ועדת ערר נעשית באמצעות הגשת ערעור לבית דין אזורי וברשות לארצי, וקיימת אפשרות לעתור לבג"צ על קביעת בית הדין הארצי, אך החלטת הועדה הרפואית לעררים ניתנת לערעור בשאלת חוק בלבד⁴⁷. ניתן לראות כי, קביעה זו מחזקת את הגישה הפורמליסטית-פוזיטיביסטית. לפי גישה זו, ישנו דגש על ניתוח אנליטי, מבני, ופורמלי של המשפט. התפיסה מתעניינת בצורת ניסוח של הנורמות, כלומר בשאלות פרוצדוראליות ופורמליות. הכרעות משפטיות מבוססות על כללים, אותם יש לגזור מכללים מופשטים יותר. ביסוס הכרעות משפטיות נעשה על פי ניתוח פורמלי של הכללים המשפטיים ולכן אין להוסיף לניתוח הלוגי שיקולים ערכיים הייצוגיים. בד בבד, קיימת הבחנה ברורה בין משפט- לשיקולים חברתיים, פוליטיים, ערכיים ומוסריים.⁴⁸ לעומת זאת, גישה ביקורתית למשפט שממשיכה את הגישה הריאליסטית.

2.5. רקע מחקרי – תיאוריית ההבניה החברתית

לפי תיאוריית ההבניה החברתית, הידע הרפואי המודרני נתפס במשך שנים רבות לידע שאין להטיל בו ספק- ידע מדעי, אוניברסלי, רציונאלי, כזה שאינו מושפע מהשפעות חברתיות, אישיות או פוליטיות. הסדר החברתי הוא תוצאה של תהליכים חברתיים, ומה שנחשב למציאות מעוצב על ידי אינטראקציה של חברים בתרבות או בחברה מסוימת. גישה זו מבקשת לערער תפיסות מהותיות של תהליכים חברתיים, ולערער על ההנחה שתופעות חברתיות הן טבעיות או נורמליות.

⁴⁷ אפרים, הוצאת הוועדות הרפואיות. עמ' 51-50

⁴⁸ ניר קידר, מחקרי משפט: על הפורמליזם המחנך של בית המשפט העליון המוקדם: עיון מחודש בפסקי הדין בפרשות בז'רנו ושייב (2006). עמ' 385-423.

תחת זאת, הגישה הזו טוענת שתהליך חברתי יצר את התפיסה של אותן תופעות כטבעיות. כך למשל מפורשות דתות כהבניה חברתית, ותפיסות של מקומם של גברים ונשים בחברה כמו גם של מיניות. ⁴⁹ בנוסף לכך, לפי מישל פוקו, שיח הוא זה שמבנה את המציאות, ומי ששולט בשיח הוא בעל הידע, המומחים הרופאים, אלה שאמירתם נתפסת כאמת אובייקטיבית, ולפיכך, להם הכוח, מעצם שליטתם בשיח.⁵⁰

המשפט מהווה מכניזם חברתי המוסכם על החברה וביכולתו לחולל שינויים מבניים בחברה זו. תפיסה זו מבוססת על הגישה הביקורתית למוגבלות ומשפט הבוחנת את הנחות היסוד של השיח המשפטי ביחס למוגבלות, כמו גם את תפקידו של בית המשפט בתהליכי הבניה חברתית של תפיסות מוגבלויות. גישה זו יושמה לראשונה בקרב פעילים בעלי מוגבלויות בשנות ה-70 במאה הקודמת. פעילים אלו טענו כי מוגבלות היא אמנם מצב אשר נכפה על המוגבלים אבל בידוד המוגבלים מהחברה והדרתם מהפעילויות המקובלות בחברה – אלו הם מוגבלות אשר נכפו על האנשים בעלי המוגבלויות וכתוצאה מבידוד זה, הביאו את בעלי המוגבלויות להדרה מפעילויות חברתיות שונות, מיכולת גישה לעבודות, לאירועים, לפעילויות חברתיות, למקומות ואתרים ועוד. בשל ההכרח בהנגשתם של מקומות אלו עבור נכים, אנשים אלו נתפסים כנטל: הם זקוקים לעזרה בהגעה למקומות, הם אינם יכולים להסתדר במוחות עצמם והחברה באופן כללי אינה מותאמת לצרכיהם. הטענה של אותם פעילים הייתה כי למעשה, לא קיימת הפרדה בין הליקוי הרפואי ובין החברה המציבה חסמים לאינטגרציה ובעצמה יוצרת את המוגבלויות. אנשים אשר זהו על ידי החברה כשונים מתויגים ותיוג זה מעצים את הבדלנות ואת השונות של בעלי המוגבלויות מהחברה הכללית. הגדרות אלו והתייחסות זו המוענקת לבעלי מוגבלויות הינן תוצאות של יחסי הכוח וההבניה החברתית הנוצרת בחברה.⁵¹

אלה מחזקים את הגישה הרדיקלית שרואה את המשפט כחלק בלתי נפרד מהפוליטיקה, השופט משתתף ביצירת המשפט ומושפע בכך מהשקפת עולמו הערכית-הפוליטית. בבסיס הגישה הביקורתית למשפט עומדת ההנחה שהעולם המשפטי הוא מעשה ידי אדם ובבסיסו ערכים,

⁴⁹ יעל קשת, סוגיות חברתיות בישראל: שלמות בגוף הרפואה המשלימה- הבניה של ידע רפואי, קבלת החלטות משותפת והסכמה מדעת (2008), עמ' 153-184.
⁵⁰ קשת, שלמות הגוף הרפואה המשלימה, עמ' 153-184.

⁵¹ יריב ויניצר. היבטים חברתיים ומשפטיים של העסקת מוגבלים בשכלם בחברה הישראלית. 2013.

אמונות ואינטרסים וכי יש לחשוף את ההנחות הללו ולבארן מתוך מגמה להביא לשינוי הסדר החברתי, הכלכלי והמשפטי.⁵² כך למשל התומכים בגישה זו, אינם סומכים בביקורת השיפוטית הקיימת, ודוגלים בהוצאת הועדות הרפואיות הפועלות מכוח החוק לביטוח הלאומי לגוף חיצוני, כך שהמוסד יישאר רק הגוף המשלם לזכאים לכך.⁵³

לפי גישת מדינת הרווחה, ישנן שלוש אסטרטגיות עיקריות לממשה: בטחון סוציאלי, צמצום האי שיוויון ואינטגרציה חברתית. "מדינת רווחה" היא מדינה דמוקרטית, המקיימת מדיניות רווחה שמשלבת בין כלכלת שוק לבין מתן שירותים חברתיים - כלכליים לתושביה. מדיניות זו נעה במרחב שבין רווחה סלקטיבית, שפירושה מתן סעד לנזקקים, לבין רווחה אוניברסאלית - הענקת שירותים חברתיים לכל. הן היקף הסעד והן היקף הרווחה האוניברסאלית אינם אחידים, והם תלויים בהשקפת העולם המנחה את מקבלי ההחלטות וביכולתם הכלכלית להעניק שירותים אלה. הגישה הליברלית והגישה הסוציאל - דמוקרטית הן גישות תיאורטיות, הנמצאות משני צדיו של קו רצף, ואין מדינה בה מתרחש מימוש מלא של אחת מגישות אלה.⁵⁴

⁵² שלמה מזרחי ואסף מדיני, מדיניות ציבורית בין חברה למשפט: בית המשפט העליון, השתתפות פוליטית ועיצוב מדיניות (2006). עמ' 32-88.

⁵³ אפרים, הוצאת הועדות הרפואיות. עמ' 51-50.

⁵⁴ שלו, קונפליקט מעמדי ומדיניות ציבורית: מעבר לדגם הסוציאל-דמוקרטי של מדינת-הרווחה. עמ' 39-55.

3. מתודולוגיה: מקורות ושיטת מחקר

מחקרנו הינו מחקר איכותני ועוסק בהשפעות של מורכבות המבנה של הוועדות הרפואיות והמשפט על ההליך, תוצאותיו ועל האדם הזקוק לשירותיהם במדינת ישראל בימינו. מחקר זה מנסה להבין מצב מבלי להכריח את הנחקר להאמין בתובנות קיימות מראש על תנאי המחקר עצמו, וניתן לראות כי החוקר אינו משפיע על הסביבה המחקרית ועל מושאי המחקר. ביסוס הנחות המחקר מתבצע לאחר איסוף כל המידע הדרוש באמצעות ראיונות או תצפיות למיניהן, בתבניות תאורטיות מסוימות. נושא המחקר, שבו מעוניינים לעסוק החוקרים, הוא זה שמתחיל את המחקר האיכותני ולא התיאוריה או השערות מסוימות. במחקר עצמו, נשאלות שאלות ראשוניות ההופכות למוקדות יותר בשלבי המתקדמים. תפקידן של השאלות הוא להנחות את החוקרים כיצד ללמוד את הנושא הנחקר לעומק. כמובן שהשאלות יכולות להשתנות במהלך התפתחות המחקר.⁵⁵

בנוסף לכך, חקר המקרה, אינו מתמקד אך ורק בעובדות, אלא מתייחס להיבטים רבים בתהליך המחקר כולו. הוא עוסק גם בקביעת הגבולות בהלימה ל"מקרה", כגון העלאת שאלות המחקר, קביעת השיטות לאיסוף וניתוח הנתונים.⁵⁶ מחקרנו יתחיל בביסוס הנחות מחקר לאחר איסוף הנתונים. הבנת נושא המחקר תשתנה ותתפתח תוך כדי התקדמותנו בתהליך ותוך כדי איסוף מידע נוסף אשר ישפוך אור על שאלות המחקר. לאחר למידה על הנושא, הסתמכות על תאוריות ובחינת מקרים בקליניקה המשפטית, נבסס הבנה מעמיקה ונשארו פתוחים לשינויים נוספים העלולים להתבצע תוך כדי התהליך.

3.1 השערות

- השערה ראשונה: מדיניות הרווחה של מדינת ישראל פוגעת באנשים בעלי מוגבלויות ומגבירה את האי שוויון בשל התנהלותו הבלתי תקינה של המוסד לביטוח לאומי. המינימים מתבצעים בצורה לא תקינה מבחינה ארגונית וכי אין כל פיקוח על הארגון. מצב

⁵⁵ אשר שקדי, תיאוריה ויישום: מילים המנסות לדעת מחקר איכותני (2003).

⁵⁶ מרגלית יוסיופון, מסורות וזרמים במחקר האיכותי: חקר מקרה (2001). עמ' 257-281.

זה של התנהלות לא סדירה ומינויים לא תקינים מביא להרעת מצבם של הנכים ופוגע ביכולתם לחיות בשוויון עם שאר אזרחי האוכלוסייה.

- השערה שנייה: מורכבות המבנה הארגוני של הוועדות הרפואיות והמשפט משפיעה באופן ישיר ומחזקת את הקשר בין שוויון ונוקשות ממסדית: היא פוגעת בגמישות הממסד וביכולתו להתאים את המאפיינים שלו לצרכים החברתיים העדכניים של האוכלוסייה.
- השערה שלישית: לבעלי מוגבלויות נגרם עוול כפול: זכויותיהם הבסיסיות נפגעות. אם לא די בכך, הרי שבשל הבירוקרטיה הנוקשה, הטרטורים החוזרים ונשנים, הטלת הספק במצבם של החולים ובעיקר היחס המשפיל – כל אלו מביאים להרתעת החולים מבקשת עזרה.

עבודה סמינריונית לדוגמא האוניברסיטה הפתוחה

4. ניתוח

בעבודה זו ביקשנו לבחון את השפעותיו של מבנה ופעילות ארגון המוסד הביטוח הלאומי על חייהם, יכולותיהם, רמת החיים ואיכות החיים של אנשים בעלי מוגבלויות וכן את השפעותיה של התנהלות המוסד לביטוח לאומי על החברה הישראלית בכללותה והתייחסותה לאנשים בעלי מוגבלויות בפרט, כפי שהתייחסות זו באה לידי ביטוי במידת ההכלה/ ההדרה של אנשים בעלי מוגבלויות במרחבים הציבוריים השונים, במקומות עבודה, בתחומי עניין, במעמדות חברתיים, בהשתייכות לחוגים חברתיים שונים ועוד.

הרקע התיאורטי שלנו לבחינת נושא העבודה מבוסס על תיאוריית ההבניה החברתית. על פי תיאוריה זו, מבני ידע אינם נתפסים על ידי החברה באופן נטרלי, אלא מהווים פועל יוצא של סוכני חירות מרכזיים בחברה וגופים בעלי כוח פוליטי המשפיעים על החברה. למעשה, תיאוריית ההבניה החברתית גורסת כי הסדר החברתי הוא איננו אלא תוצאה של התהליכים החברתיים שהתרחשו באותה חברה ומה שנתפס בעיני האזרחים כנורמה, הוא איננו אלא תוצר של הבניה חברתית שנקבעה, עוצבה, הובנתה והוכוונה להיות מעוצבת על פי אמות המידה של מקבלי ההחלטות. תיאוריית ההבניה החברתית מערערת על התפיסה לפיה תופעות חברתיות הן טבעיות ומתרחשות מעצמן כדרך הטבע. כמו כן, גורסת התיאוריה כי בעלי הכוח, בעלי ההון והמוקדים של כל חברה בכל תקופה שהיא, הם אלו המעצבים את הנורמות החברתיות, או אינטראקציות ויחסי כוחות בין מבנים חברתיים שונים לאורך השנים⁵⁷.

בחינת ההתנהלות של המוסד לביטוח לאומי מלמדת כי יש דברים בגו: מבחינה מעשית, המדיניות החוקית, החברתית והארגונית של המוסד לביטוח לאומי כלפי אנשים בעלי מוגבלויות מעולם לא גובש באופן רשמי ובצורה מקצועית. נהפוך הוא, מדיניות זו נראית כטלאים טלאים של ניסיונות לקבוע חקיקה בהשפעת תקופות שונות ומצבים פוליטיים וחברתיים שונים. מדיניות זו של הביטוח הלאומי התפתחה במשך 120 שנים באופן לא רציף, תוך שהיא מושפעת ללא הרף ממאבקים חברתיים, כלכליים ופוליטיים. באופן זה, עד היום ניכר כי התנהלותו של המוסד לביטוח לאומי היא בעיקרה חלקים של מצעי מדיניות שונים⁵⁸.

שלוש השערות עמדו בבסיס מחקר זה. כל אחת מההשערות מתייחסת להיבט אחר של התנהלותו של הביטוח הלאומי: ברמת ההתנהלות המדינית, ברמה התיאורטית- ארגונית וברמת ההשפעה האישית על החולים עצמם. ההשערה הראשונה מתייחסת להתנהלות הלקויה של הביטוח הלאומי

⁵⁷ קשת, שלמות הגוף הרפואה המשלימה, עמ' 153-184.

⁵⁸ פלג ד. ארגון ושליטה במוסדות הביטוחן הסוציאלי בישראל ובעולם (בריאות, פנסיה וביטוח לאומי). ביטחון סוציאלי. 1999: 40.

והשפעתה של התנהלות לקויה זו על האי שוויון בחברה ככלל. השנייה מתייחסת לרמת המדיניות של התנהלות הביטוח הלאומי והשפעתה של מדיניות זו על מצבם של אנשים בעלי מוגבלויות בארץ. השלישית מתייחסת להביט הפרטני ולאופן בו ההתנהלות המורכבת והמסורבלת של הביטוח הלאומי משפיעה בסופו של דבר על האדם הנכה ועל קרוביו. ביטוח לאומי: מהמאקרו למיקרו.

כדי לנתח את המצב המתקיים במדינת ישראל השתמשנו בתיאוריית ההבניה החברתית. על פי תיאוריה זו, מבני ידע ותופעות חברתיות אינם מתהווים מעצמם או כדרך הטבע אלא מהווים תוצאה של יחסי כוחות והשפעה של בעלי ההון ומקבלי החלטות בכל תקופה. באופן זה, ביקשנו להראות כיצד היחס לנכים ולאנשים בעלי מוגבלויות כולל נידוי, השפלה והתייחסות אל השונה ואל האחר כאל עול.

כבר בתחילת סקירת הספרות עמדנו על טיבה של מדיניות הביטוח הלאומי: עשויה טלאים טלאים, מבוססת על מדיניות שעוצבה תחת השפעות ואירועים שונים עוד מלפני הקמת המדינה: החל מהגישה הסוציאליסטית שיושמה בשנים הראשונות להקמת המדינה וטיפול במקרים באופן "אד הוק", דרך התפתחותן של גישות יישום הנכים בחברה הכללית ועד לגישות עכשוויות יותר המגלות סבלנות גדולה כלפי נכים.

יחד עם זאת, למרות השתנות הגישה כלפי אנשים בעלי מוגבלויות במשך השנים ולמרות ניסיונות להתאים את היחס לאנשים בעלי מוגבלויות בהתאם לרמת החיים המודרנית, יוקר המחיה והצרכים הרלוונטיים להיום, היישום בפועל לוקה בחסר: עדיין מושהים תקציבים רבים ועדיין אוכלוסיות רבות אינן זוכות לקבל תמיכה כפי שנדרש.

הסקירה מלמדת אותנו כי ניגודי עניינים, מינויים לא תקינים, יחסי מקורבים, לחצים פוליטיים וכלכליים מאפיינים את התנהלותו של המוסד לביטוח לאומי ומביאים אותו לפעול תחת לחצים רבים כאשר מצד אחד עומדת חובתה של המדינה לספק לאזרחיה מענה לצרכיהם ומן הצד השני עומדים התקציבים המוגבלים ביותר של הביטוח הלאומי ויוקר המחיה ההולך ועולה עם השנים. יוקר המחיה ואיכות החיים מביאים בתורם לצורך לתמוך יותר באנשים בעלי מוגבלויות. כיצד תהליך זה מתאפשר כאשר הדוחות של הביטוח הלאומי מלמדים על מאגרים כלכליים הולכים ומדלדלים? נראה כי המוסד לביטוח לאומי עומד בפני משבר.

המשבר הקרב ובא מפעיל לחצים רבים על ראשי המוסד ולחצים אלו בסופו של דבר, מופנים אל הרופאים אשר למרות היותם אמורים להיות חיצוניים לביטוח הלאומי, ממונים על ידי מועצת הביטוח הלאומי עצמה. למעשה, עצמאות דעתם של הרופאים כפופה במידה רבה למידת שביעות הרצון של הממנים אותם במועצה. באופן זה, היושרה של הרופאים עומדת למבחן ולא אחת הם נאלצים לפעול על פי תכתיבים חיצוניים ולא על פי מחויבותם לחולים.

המינויים הלא תקינים, היעדר פיקוח יאות ופעילות שאינה מאוזנת כלכלית – כל אלו מקשים על החתמקדות במטרה העיקרית שלשמה הוקם הביטוח הלאומי: עזרה לנכים. באופן זה, ועדות מוקמות והלזכים רפואיים מתקיימים אולם אלו מתנהלים בצורה כה מסורבלת המאפיינת בצורה טובה כל כך את הביטוח הלאומי, שהטיפול במקרים השונים וגם הצעות לשיפור – יורדים לטמיון בין מציאות ה"טלאים טלאים" המתקיימת עד לפרט הדק ביותר במוסד.

בהתייחס להשפעתו של הארגון על חייהם הפרטיים של הנכים, סקירת הספרות מלמדת אותנו כי המדיניות החוקית של הביטוח הלאומי משפיעה ישירות על מצבם החברתי של המבוטחים ועל מצב האי שוויון בחברה. כך, על פי דוחות כלכליים ניתן לראות כיצד מניעת הקצבה מאוכלוסיות נזקקות שונות בשל החלטות מדיניות – הביאה לעלייה ברמות העוני והאי שוויון בישראל. למרות ניסיונות לתקצב אוכלוסיות ולאמץ גישות פלורליסטיות יותר, המבחינות בצרכים השונים של אוכלוסיות שונות, נראה כי בפועל, המוסד לביטוח לאומי לא הקפיד על הענקת תקציבים לאוכלוסיות הזקוקות לכך יותר מכל, קרי קשישים ונכים. עיקר העלייה בתקציבים הופנתה כלפי תכנית חסכון לכל ילד. באופן זה, הביטוח הלאומי למעשה מדיר את הנכים מהשטחים הציבוריים.

על פי ההשערה השלישית, לחולים המבוטחים נגרם נזק כפול: לא רק שאינם מקבלים את זכויותיהם, אלא הם אף נרתעים מבקשת עזרה חוזרת בשל ההשפלות המרובות, הטרטורים, ההמתנה האינסופית והקשיים הרבים העומדים בדרכם להשיג את התנאים הבסיסיים ביותר למחייה.

תיאוריית ההבניה החברתית מלמדת אותנו כי מבני ידע מעוצבים על ידי גורמי הכוח בחברה. מן הראיון למדנו כי היחס הניתן למבוטחים כולל השפלות, אפלויות וזלזול: 'היום אני כבר מכיר תקנות וחוקים, כ"כ הרבה שנים אתה לומד על הבשר שלך אבל בהתחלה בטח! מנצלים את זה שאתה לא יודע, שולחים לך מכתבים בלי שתקבל ואז מאשימים אותך בזה, חוות דעת עולות

הרבה כסף צריך מכתבים רווחה רופאים ולשמור הכל, אתה לא יודע את זה בהתחלה אתה לא חושב שתצטרך את זה אתה באמת בא בנפש חפצה".

זאת, תוך הדרת הנכים מהמרחב הציבורי באמצעות הערמת קשיים ומכשולים רבים. שהרי מראש מדובר באוכלוסייה המתקשה. הערמת קשיים בירוקרטיים, טכניים ופיזיים מדירים את הנכים ואינם מאפשרים להם לקבל את זכויותיהם:

"אני אוהב שבן אדם שמגיע לו יקבל, לצערנו זה לא ככה, לא כולם כמובן אבל אנחנו סבלנו מאוד מהם, גם בריאות וגם ביטוח לאומי, אני אביא לך דוגמא פעם היינו במועדון לקהילה היו לוקחים לטיולים אני ואשתי והיו נותנים שי 200 שקל בפסח ולא נתנו לנו, שאלתי עובדת סוציאלית למה לא נותנים היא אמרה רק מי שהולך למועדון, איך אני אלך למועדון? בן אדם לא יכול ללכת למועדון, היא צריכה רכב מיוחד היא לא יוצא רק לסידורים של ביטוח לאומי, מה זה איזה חוקים זה? אדם מוגבל ולא יכול ולא נותנים לו שי כמו לכולם, אפילו אדם בריא שילך למועדון יקבל, זה הגיוני? לא בשביל כסף, זה עקרון".

מגבירה את תחושת השונות שלהם ומקטינה את יכולתם להשתלב למינימום. באמצעות ההדרה מהמרחבים הציבוריים המקובלים, הנכים מקבלים את המסר כי הם מהווים נטל. כלומר, מתקיימת כאן הדרה כפולה: במובן האחד הם באמת לא יכולים להתנייד ממקום למקום ואינם מקבלים את זכויותיהם ואם לא די בכך, המדינה מנצלת את המוגבלות של בעלי הנכות ומקשה עליהם לממש זכויות המגיעות להם. בכך, מתגבר האי שוויון והיחס כלפי האחר והשונה.

כל היבטי הטיפול בקשיים מלמדים על המורכבות בהתנהלותו של הביטוח הלאומי אשר מביאה למתח לבין שוויון ונוקשות במדינת ישראל. ההליך מדגיש את חוסר האונים של האדם הפשוט בעל הנכות הפיזית או הנפשית או כל מקרה אחר שבגיניו הוא ניגש לוועדה רפואית על מנת לקבל את שירותי הסיוע אליו הוא זקוק בשביל לחיות בכבוד במדינה:

"לאשתי יש הרבה דברים שתהיה בריאה, היא לבד, אין לה ילדים ומי שיעזור לה, היא נעזרת עם הליכון, נופלת, הרבה בעיות רפואיות יש לה, סכרת, דם, רגליים. ואיך קוראים לזה, הלכנו לוועדה, הייתה שם עובדת סוציאלית ורופאה בוועדה והיא אמרה "רק מת יקבל", אמרתי לה "מה?" אמרה לי "סליחה, סליחה", למה זה טוב יחס כזה? באמת שיש גם אנשים טובים, אבל יש הרבה רעים. צריך להתנהג יפה, להיות קצת גיטלמן, ואז הייתה בוועדה אחרת שאמרה לרופא "לא יעזור לכם", למה היא יושבת שם בכלל?"

5. סיכום

בעבודה זו ביקשנו לבחון את האופן בו התנהלות מדינת הרווחה ומדיניות הרווחה בישראל משפיעים על התנהלותו של הביטוח הלאומי וכיצד התנהלות זו משפיעה על האדם הנכה.

ראינו כי האופן בו מורכבות המבנה של הוועדות הרפואיות והמשפט משפיעה בצורה אשר נותנת תוקף לדיאלקטיקה הקיימת בין שוויון ונוקשות. עוד נטען כי לעניות דעתנו, משוער כי נראה שעל אף ההליך המהיר של הוועדות הרפואיות כפי שהצגנו בסקירה הספרותית, השפעותיהם של תוצאות הוועדה ושל מצב האדם לאחר ההליך יהיו ארוכות טווח ולא יסתיימו בסיום ההליך אלא ימשכו גם הרבה אחריו. בעייתיות ההרכב והאופן שבו מבוצע ההליך הם לקויים ועקב כך יצרו מצב עגום בו המטופל מושפל ונתפס כמעליל עלילות שווא הנמצא תחת אווירה חשדנית, כך עולה על פי סקר של הציבור הרחב ומספר גבוה של תלונות אשר הגיעו מפיו ומחזקות את השערותינו.

במהלך העבודה, ההליך השפיע על דויד (שם בדוי) בראיון מעמיק ופסקי דין. באמצעות המקרה וסקירת הספרות ראינו את הפער בין ההצהרות ובין המעשים של הביטוח הלאומי, נוכח הקשיים הגלובליים והמקומיים עמם הוא מתמודד, היכן נמצאת מדינת ישראל על סקלת המודלים של מדינת הרווחה.

ראינו כי קיים פער משמעותי בין המחויבות לעשייה ובין העשייה בפועל, כמו גם בין הגישות המוצהרות ביישום ובין האי סדרים המתקיימים מדי יום בביטוח הלאומי. מעל לכל, זועק המוסד האמון על מתן ביטחון לאזרחי ישראל – חוסר ארגון ברמה המאפשרת עיוותים, חוסר ניהול, "חורים" בדיווחים, היעדר פיקוח, נהלים חסרים, מינויים לא בשרים ועוד.

כל אלו בתורם משקפים את הזלזול כלפי האזרח בישראל, את היעדר המחויבות של מדינת הרווחה בעידן העכשווי כלפי האזרח הקטן. מדיניות זו תביא את הביטוח הלאומי, עליו נשענים כל החלשים שבאוכלוסייה – להתמוטטות.

6. ביבליוגרפיה

אלמגור, מ', יפה, י' ורופא ח'. הקשר בין מוצא אתני והשתייכות לקבוצת נכים לבין העמדות כלפיהם. *מגמות* (4). 494-488 : 1980.

אלמסי, א'. ועדות ערר על ועדות רפואיות במשרדי הממשלה ובמוסד לביטוח לאומי. 2015. נדלה מתוך אתר הכנסת, מרכז החקר והמידע: <http://din-online.info/pdf/kn7.pdf>

אריק רימרמן וטל ארטן-ברגמן. חקיקת זכויות נכים ויישומה בישראל - מגמות וכיוונים עתידיים. *ביטחון סוציאלי*. מס' 69. ספטמבר 2005.

אריק רימרמן, שירלי אברמי, וטל ארטן ברגמן, המדיניות כלפי אנשים עם מוגבלות בישראל: עמ' 107-119. משילוב להשתלבות". הוצאת בית איזי שפירא, 2011.

דורון, א'. שינוי מעמדו של המוסד לביטוח לאומי. *ביטחון סוציאלי*, (67), עמ' 39-61 : 2004.

דרי, ד'. הפרדיגמה הביורוקרטית. בתוך ח', ארליך (עורכת), *יסודות המנהל הציבורי*, יחידה 3, עמ' 56-11 : 1996. תל אביב: האוניברסיטה הפתוחה.

הארגון- מגזין הציבור לנכים. עמ' 1-96.

נדלה מתוך: https://www.dmag.co.il/pub/metzuyanin/issue18/view_book.html

הצהרת הרופא (הצהרת ז'נבה של ה-WMA). הורד מאתר:

<https://www.ima.org.il/MainSiteNew/ViewCategory.aspx?CategoryId=11360>

המוסד לביטוח לאומי: אי-גביית דמי ביטוח מחייבים. (2016). מבקר המדינה: דו"ח שנתי כהן, ר', רוט, ד' ויורק, א' מנהיגות נוער לשינוי עמדות כלפי אנשים עם מוגבלויות: שינוי עמדות ודימוי עצמי. *ביטחון סוציאלי* (78). עמ' 101-126 : 2008.

יוסיפון, מ'. חקר מקרה. בתוך נ' צבר-בן יהושע (עורכת), *מסורות וזרמים במחקר האיכותי*. עמ' 281-257 : 2001. אור יהודה: דביר.

ריב ויניצר. היבטים חברתיים ומשפטיים של העסקת מוגבלים בשכלם בחברה הישראלית. 2013.

ליקויים בתהליכי מינוי של בעלי תפקידים בכירים - משרד העבודה, הרווחה והשירותים
והחברתיים והמוסד לביטוח לאומי. (2019). מבקר המדינה: דו"ח שנתי.

מדהלה-בריק שביט, גל גיוני. מערכת הרווחה: מבט על. דוח מצב המדינה. (2018).

מור י. ביטוח לאומי: הבור בקצה המנהרה מתוך המדור: המספרים. השילוח. 2017.

מזרחי, ש' ומדיני, א'. בית המשפט העליון, השתתפות פוליטית ועיצוב מדיניות. *מדיניות ציבורית
בין חברה למשפט*. עמ' 32-88: 2006.

קוד אתי וכללי התנהגות לרופאי הוועדות הרפואיות. ניגוד עניינים – נוהל – המוסד לביטוח
לאומי – הלשכה הרפואית – 2010. – נדלה מתוך:

[https://www.btl.gov.il/About/Vaadot/Chozrim/NA/Documents/%D7%A7%D7%95%
D7%93%20%D7%90%D7%AA%D7%99.pdf](https://www.btl.gov.il/About/Vaadot/Chozrim/NA/Documents/%D7%A7%D7%95%D7%93%20%D7%90%D7%AA%D7%99.pdf)

פלג ד. ארגון ושליטה במוסדות הביטחון הסוציאלי בישראל ובעולם (בריאות, פנסיה וביטוח
לאומי). *ביטחון סוציאלי*. 40: 1999.

קידר, נ'. על הפורמליזם המחנך של בית המשפט העליון המוקדם: עיון מחודש בפסקי הדין
בפרשות בז'רנו ושייב. *מחקרי משפט (2)*. עמ' 385-423: 2006.

קשת, י'. שלמות בגוף הרפואה המשלימה: הבניה של ידע רפואי, קבלת החלטות משותפת
והסכמה מדעת. *סוגיות חברתיות בישראל (5)*. עמ' 153-184: 2008.

רוסו, ז'. האמנה החברתית. הוצאות רסלינג. עמ' 1-227: 2006.

רימרמן, א', אברמי, ש' וברגמן ארטן, ט' (2007). מדיניות כלפי אנשים עם מוגבלות בישראל:

סקירה היסטורית, מצב עכשווי וצפי לעתיד. עמ' 119-107. נדלה מתוך:

https://www.tni-shiluv.org.il/sites/default/files/article_2.pdf

רכס, א'. אתיקה רפואית: כללים וניירות עמדה. ההסתדרות הרפואית בישראל. 2014. נדלה

מתוך: <http://mishkenot.org.il/wp-content/uploads/2015/03/klalim.pdf>

שלו, מ'. קונפליקט מעמדי ומדיניות ציבורית: מעבר לדגם הסוציאלי דמוקרטי של מדינת
הרווחה. ביטחון סוציאלי 24. עמ' 39-55 : 1983.

שקדי, א'. מילים המנסות לגעת מחקר איכותני- תאוריה ויישום. תל אביב: רמות. 2003.

Frye, Marilyn. (1983). "Oppression" in The Politics of Reality: Essays in Feminist
Theory. The Crossing Press, Trunmansburg, NY. pp. 1-16.

עבודת סמינריונית לדוגמא האוניברסיטה הפתוחה

7. נספח

למה החלטת לפנות לביטוח הלאומי? מה קרה?

על עצמי או על אשתי?

גם אתה פנית וגם אשתך?

אני היה לי ככה, נפגעתי בעבודה, קודם כל האוזניים, רעש של ברגים, עבדתי ברמת השרון, קיבלתי עשרה אחוז. אח"כ, אחרי 23 שנה שעבדתי שם ודווקא עובדת סוציאלית שלחה אותי ללמוד בלוחמשיין שם, שנה הייתי שם הייתה שם משחה שחורה ואז התנפחו לי הידיים, קיבלתי אלרגיה אז שישה חודשים הייתי בבית ואז נתנו לי 20 אחוז ואז עוד עשרה אחוז תקנה 15 אז אני קיבלתי את זה ונתנו לי 30 אחוז אבל יש גם חוקים לא הגיוניים, כשאני עבדתי קיבלתי 3 משכורות, וכשנפגעתי קיבלתי 280 שקל בחודש, זה בשנת 90. היה 184 יום במשך שישה חודשים סך הכל 5040 שקל, מה זה? ואח"כ התייחסו לא טוב, עשו לי נכות כללית, את רואה בברך? נפגעתי אבל לא דרשתי כלום.

למה לא הגשת?

לא יודע, לא היה לי כוח להתעסק עם זה.

אחרי זה קיבלתי נכות כללית על האוזניים ועל הידיים והכל, העלו לי 40 אחוז אבל עשרה אחוז זה חד פעמי מקבלים. אבל כל שנה עד שנת 2000 וועדות חוזרות, עוד פעם על הידיים ועוד פעם על האוזניים, כל שנה ועדה אחרת.

אני אגיד לך את האמת, אני הייתי ביחידה קרבית, 30 שנה מילואים, יש אנשים ויש אנשים, אני אוהב את הארץ, היום אנשים לא אוהבים לעבוד, לא מתנדבים, אני מתבייש ואני כועס.

נולדת בארץ?

נולדתי בעיראק, אני גם מתנדב בצבא.

אתה עוזר עכשיו לאשתך?

עושה הכל, מבשל, מנקה, מטפל, את רואה אני גם מוגבל בידיים, הביאו רופא תעשייתי לביטוח לאומי לאלרגיה, אף פעם לא מביאים רופא כזה לביטוח לאומי, עזר לי.

אז עכשיו אתה עדיין מקבל?

נכות כללית יש לי 100 אחוז, הרופאת תעשייה עזרה לי.

לא קשה לך לטפל באשתך?

קשה לי אבל מה אני אעשה, ובכלל רק ליד השולחן אני צריך לעבוד.

ביטוח לאומי לא המליץ על סיעוד?

יש לה 4 שעות, זה אל מספיק אבל ברוך השם.

איך הגעת לקליניקה שלנו?

עוד לפני זה, היה שם ---- דאג לי שלח מכתב לביטוח לאומי אבל גם לא ענו לו, מה אני אגיד לך יש הרבה דברים, הלכנו לתל השומר לוועדה של אשתי.

מה יש לאשתי?

לאשתי יש הרבה דברים שתהיה בריאה, היא לבד, אין לה ילדים ומי שיעזור לה, היא נעזרת עם הליכון, נופלת, הרבה בעיות רפואיות יש לה, סכרת, דם, רגליים. ואיך קוראים לזה, הלכנו לוועדה, הייתה שם עובדת סוציאלית ורופאה בוועדה והיא אמרה "רק מת יקבל", אמרתי לה "מה?" אמרה לי "סליחה, סליחה", למה זה טוב יחס כזה? באמת שיש גם אנשים טובים, אבל יש הרבה רעים. צריך להתנהג יפה, להיות קצת גינטלמן, ואז הייתה בוועדה אחרת שאמרה לרופא "לא יעזור לכם", למה היא יושבת שם בכלל?

היא מטעם ביטוח הלאומי?

כן, לא תמיד יש עובדת סוציאלית, לא יודע למה היא שם. אח"כ רופאה אחרת לא שהיא נתנה משהו אבל היא התנהגה אלינו יפה והיא אמרה שלא יכולה לתת יותר מאז היה לה 60 אחוז, אמרה לנו "תחמירו", אז עשינו החמרה ברמלה והיו שם שלושה רופאים, חמש דקות היינו בוועדה, נתנו לה עוד 15 אחוז רפואי ואח"כ וועדה אחרונה היא הייתה מאושפזת, היא נופלת היא לא יציבה, יש לה פלטינה ברגל, הייתה 9 ימים בברזילי, ו84 יום הייתה בבית לווינשטיין בשיקום.

בכמה ועדות היית?

אני אולי 50 וועדות הייתי בחיים, יותר, גם אשתי המסכנה.

הרבה זמן הייתם צריכים לחכות כל הזמן לוועדות?

כן עכשיו ועדה אחרונה היינו בבית לווינשטיין, הייתה מאושפזת, היה פרופסור ועובד סוציאלית ואני עד היום לא יודע מה תפקיד עובדת סוציאלית בוועדות, יש רופאה למשל תאונות עבודה לא היה, אם יש עוד ועדה יש עוד רופא, והיום אני לא יודע ועדות של נכות כללית יש עובד סוציאלית, והיא קובעת מה זה, והיה שם פרופסור שאמר בן כמה אתה, ועובדת סוציאלית אומרת מספיק לה 74 אחוזים והפרופסור (נתן לי תפיחה על השכם) ואמר לכו הביתה. היה לנו גם עורך דין מהממשלה, הוא רק בוועדות בבית משפט היה בא, היה עוזר לנו ואמר בסוף שהוא לא רוצה כסף, אז אחרי ועדה אחרונה קיבלה 100 אחוז היא מקבלת בערך 3000 שקל ברו השם אני לא אומר שלא. אין לה ילדים, ואני אלמן, זו אישה שנייה היא נפטרה ב86, יש לי שני ילדים שנשארו לבד,

עבדתי קשה ועד היום אני עובד, ביקשנו עוד שעות לא נותנים לה, לא מספיק, מה אני אגיד לך יש הרבה דברים אני בעד שיחקרו, אם אדם מגיע לו אז מגיע, לא לעשות אפילו, אני לא אוהב אפילו.

אתה מרגיש שעשו לכם אפילו?

בטח מה זה אני רק אומר לך עוד פעם, שיחקרו לא מפריע לי אבל אל תענה בן אדם. זה משגע אותי זה לא פייר, יש אנשים שאני רואה שלא מגיע ומקבלים, בתורה כתוב- אל עשה לחבריך מה ששנא עליך.

את שומעת הרבה דברים, שנות חמישים באנו לארץ, גיל 10 התחלתי לעבוד, כולם עבדו, היום אנשים לא רוצים לעבוד, לא כולם חלילה, אבל אם יכולתי לבחור הייתי מוותר על כל האחוזים ועובד, אני אוהב תקלאות.

לפני שפנית לביטוח הלאומי הכרת אנשים שהיו במגע עם ביטוח לאומי? מה שמעת? מה היו ההרגשות?

אני אגיד לך תאמת לא רדפנו אחר הדברים האלה, קודם לא היה כמו עכשיו, כל דבר היום הולכים לביטוח הלאומי, אם לא היית בתאונה לא הייתי הולך, שמעתי קצת כן אבל לא מה שהיה פעם, היום כולם ביטוח לאומי, פעם האמנתי שבאמת באים לעזור ממקום טוב.

עכשיו סימתם עם הוועדות?

ועדה אחרונה שהייתי רצינו יותר שעות, הייתה מקבלת 10 שעות לשבוע שלחו אותי לבאר שבע אז הלכתי לבד לוועדה. צלצלו אליי אם אני מקבל, לא יודע מאיפה צלצלו אליי ואח"כ הלכתי לוועדה ואמרו לי למה לא הבאת אותה, היא לא הולכת, איך אני אביא אותה הפסקתי להביא אותה, הביאו לנו מישהי הביתה שתראה אותה, ההיא אומר לה לכי מפה לשם (מראה לי בבית), מה הם עושים צחוק מסכנה בקושי הולכת עם הליכות גם כן. לא קל, גם שלבד, און לה ילדים לא כלום, לא קל. אני אגיד עוד הפעם, צריך לבדוק אבל לא סתם.

כמה זמן חיכיתם מוועדה לוועדה?

צחוק- אוהו, לפעמים זימונים לא היו מגיעים בכלל לדואר ואז בכלל אתה צריך שוב לחכות, לא יודע מה יש להם להתכוון כ"כ הרבה כשאתה בא זה לא יותר מחמש דקות.

אני אומר לך את האמת, מזלזלים בבן אדם, לא ככה, גם אני עשו לי צרות שנים, וגם היא מסכנה, אני הייתי מוותר על הכל רק שנהיה בריאים, הרבה צרות עברנו באמת, לא קל, הרבה צרות, אני מאחל לכולם רק בריאות ושלא יעברו את זה.

אתה חושב שזה היה חיסרון החוסר ידע בביטוח הלאומי?

היום אני כבר מכיר תקנות וחוקים, כ"כ הרבה שנים אתה לומד על הברש שלך אבל בהתחלה בטח! מנצלים את זה שאתה לא יודע, שולחים לך מכתבים בלי שתקבל ואז מאשימים אותך בזה, חוות דעת עולות הרבה כסף צריך מכתבים רווחה רופאים ולשמור הכל, אתה לא יודע את זה בהתחלה אתה לא חושב שתצטרך את זה אתה באמת בא בנפש חפצה.

האם סך הכל היית אומר שקיבלת יחס טוב בוועדות?

אני אומר יש רופאים טובים, אני לא מדבר נתן או לא נתן, היו כאלה שהתנהגו יפה ובכבוד אבל הרוב לצערי לא, מזלזלים, מה זה "רק מת מקבל"? אם היה אפשר לצלם את זה מה שהם עושים מה שבא להם, למה אם לא תלכו להשתתף בוועדות לא לדבר רק לשמוע וועדות רפואיות למנשל עובדת סוציאלית ככה תראו יותר טוב.

אני אוהב שבן אדם שמגיע לו יקבל, לצערנו זה לא ככה, לא כולם כמובן אבל אנחנו סבלנו מאוד מהם, גם בריאות וגם ביטוח לאומי, אני אביא לך דוגמא פעם היינו במועדון לקהילה היו לוקחים לטיולים אני ואשתי והיו נותנים שי 200 שקל בפסח ולא נתנו לנו, שאלתי עובדת סוציאלית למה לא נותנים היא אמרה הקן מי שהולך למועדון, איך אני אלך למועדון? בן אדם לא יכול ללכת למועדון, היא צריכה רכב מיוחד היא לא יוצא רק לסידורים של ביטוח לאומי, מה זה איזה חוקים זה? אדם מוגבל ולא יכול ולא נותנים לו שי כמו לכולם, אפילו אדם בריא שילך למועדון יקבל, זה הגיוני? לא בשביל כסף, זה עקרון.

לא נתנו לכם רכב נגיש?

עכשיו אנחנו תובעים יש לנו בית דין עוד שישה חודשים בדצמבר אני הולך לבד, כל פעם דוחים אותנו, ועדה אחרונה באתי לצאת והרופא ראה את הכיפה ושומר לי "אתה דתי?", מה זה שייך? בטח של ייתן, אז אמרתי למנכ"ל ביטוח לאומי היה פה בשדרות ואמרתי לו איך רופא אומר לי אתה דתי מזה השטויות האלה? אמר לי תביא תשם שלו, לא רציתי לעשות רע למישהו, אבל מה זה רופא?

מראה לי מכתב זימון לבית משפט

לפני הוועדה האחרונה אמרתי לו שאני לא רוצה אוטו אני רוצה עזרה אפילו מתי שאני נוסע לבית חולים אני משלם 700 שקל ולאשקלון זה 250 שקל, אני לא קיבלתי נסיעות ואז מה הוא עשה והוא כתב "מחדש" ולמה כתב מחדש כי היא קיבלה את ה100 אחוז שלה אחרי 4 שנים וזה נמשך ובגלל שאמרתי שאני לא רוצה אוטו אז הוא כתב מחדש, הביטוח לאומי אמר זה חדש? הרי היא נכנסה לפנסיה, אבל אמרתי כל הנכות שלה קיבלה אחרי פנסיה, יש מסמכים, למה כתב מילה "חדש" עשה בלגן עכשיו, הוא טעה ובגלל זה כל הצרות שיש לי עכשיו.

לא קיבלנו נסיעות והפרשים וכלום כשהגשתי, כל פעם 600 שקל, 250, 700 שקל לכל הוועדות והרופאים, 15 שקל מוניות לקופות חולים, חוץ מזה לא יוצאים לשום מקום.

איך התרשמת מהוועדות הרפואיות? אתה זוכר איך הרגשת?

אוהו, כ"כ הרבה הייתי, אמרתי לך כל שנה אמרו לי לעשות וועדות מחדש על אותם בעיות.

זוה עוד הפעם להביא מסמכים?

כן לבדוק שוב רופאים, מסמכים, שלחו אותי לאלרגיה מה שאמרתי לך, הלכתי לרופא בכיכר רבין מביטוח לאומי, באתי והרופא יושב ועושה לי ככה- "תראה לי את הידיים שלך" (מושיט ידיים) אומר "לך, לך הביתה", מה עשה לי? 30 עשה לי 00 אחוז. מה שאני אומר לך זה אמת, הלכתי אחרי כמה שבועות שלחו אותי שוב וועדה אותו רופא שנתן לי ת20 אחוז עם עוד רופאה והתחיל לצחוק והחזירו לי בחזרה, אז כל שנה 8 שנים כמעט, עד 2000 שזה נהיה קבוע. תמיד זה רופאים אחרים, לפעמים אחד ולפעמים שניים.

תראי אני לא מקבל הרבה כסף אבל ברוך השם מספיק, אבל נסיעות ולטפל בה ואני בעצמי חולה זה הרבה הוצאות.

אבל שוב יש רופאים טובים ויש פחות, גם העדות חשובות, אי לא רוצה להגיד ככה לא נעים לי להגיד מילה לא נעימה אבל יש אפילו! הייתי באשקלון בוועדה של הרכב- 3 דקות ולכו לכו הביתה ועוד הרבה וועדות כאלה מזלזלות שלא הייתי שם יותר מ4 דקות, אתה מכיר את הסיפור שלי? אתה יודע מי אני? איך ב2 דקות תחליט אם אני מספיק חולה או לא? זה נורא מה שמעבירים אותך את הרופאים האלה ואת העובדות סוציאליות שלא יודע מה הם עושות שם בכלל צריך להעביר גם קורס בלמוד איך מתנהגים ומכבדים בן אדם ולא לעשות אפליה לפי עדה או אם אני דתי או אם אני לא יודע את כל החוקים, אמרתי לך כבר צריך לבדוק ולחקור יש שקרנים אבל תן אם מגיע ותתנהג יפה, אל תעשה לחברך מה ששנוא עליך.