

# גישת מערכת הבריאות לטיפול במהגרי עבודה בישראל

ד"ר אלכס לבנטל

יולי 2002

## תוכן עניינים

---

3	תמצית
5	הקדמה- הגירת עבודה וגישת מערכת הבריאות אליה בעולם המערבי
9	הגירת עבודה בישראל וגישת בריאות הציבור
17	אסטרטגיה לטיפול בבריאותם של מהגרי עבודה בישראל
27	סיכום
29	מקורות

על המחבר

ד"ר אלכס לבנטל, ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות ובית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית ע"ש י. בראון של "הדסה" והאוניברסיטה העברית בירושלים.

הרשות לתכנון כח-אדם במשרד העבודה והרווחה משמשת במה לפרסום כתבי עמדה של גורמים מקצועיים שונים בנושאים שהרשות עוסקת בהם. הדעות המובעות במאמר הן דעותיו של הכותב, ואינן מחייבות את מקום עבודתו או את משרד העבודה והרווחה.



**תמצית**

למדינת ישראל ניסיון קצר יחסית, של פחות מעשור, בהתמודדות עם תופעת הגירת עבודה בכלל, ועם היבטים של הספקת שירותי בריאות למהגרי עבודה בפרט.

גישת האוכלוסייה, המהווה נקודת מוצא בתחום בריאות הציבור, מחייבת הספקת מכלול שירותי בריאות, החל מטיפול מונע, קידום בריאות טיפול רפואי ראשוני, ועד לאשפוז ושיקום, לכל מי שמתגורר במדינה נדונה. מכאן חשובה הכללת מהגרי העבודה במסגרת ביטוחית זהה או מקבילה לזו הקיימת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

הסקירה מדגישה הימצאותן של שתי אוכלוסיות של מהגרי עבודה בישראל: הראשונה, מהגרי עבודה עם היתרים "עובדים זרים חוקיים", והשנייה - מהגרי העבודה ללא אשרות "עובדים זרים לא חוקיים".

בעוד שמעמדם של מהגרי העבודה בעלי האשרות נקבע בחקיקה, בתקנות ובנהלים, הכוללים התייחסות לחובת ביטוח רפואי ושל השירותים הכלולים בו, הרי שהדיון הציבורי העקרוני על זכויותיהם של מהגרי עבודה ללא אשרות בישראל מתמשך עדיין. בינתיים, מפעילה המדינה גישה של הספקת שירותי בריאות לקבוצה זו בשלבים.

גישה זו, של החלה הדרגתית, פירושה הכללה של שירותי בריאות, על כל אוכלוסיית מהגרי עבודה בישראל, ומשמעותה המעשית היא הרחבה שיטתית ועקבית של מעגל זכאי קבלת טיפול רפואי על אנשים המתגוררים בישראל ואשר אינם "תושבי המדינה" לפי הגדרות חוקיות ומינהליות שונות.

בדיעבד ניתן לומר כי טיפול זה מתפתח על פי מספר עקרונות:

(א) חומרת הבעיה הרפואית ומתן מענה לה בחדרי המיון של בתי החולים עוד לפני הבטחת התשלום. (ב) מתן שירות מונע לפרט לילודים, תינוקות, ילדים ומתבגרים, שהם באחריות המדינה. (ג) עידוד מהגרי עבודה ללא אשרה לבטח את ילדיהם. (ד) הספקת שירותים רפואיים לכלל המהגרים הבוגרים בשל מחלות זיהומיות כגון שחפת, מחלות מין ואיידס בנשים הרות. (ה) הספקת שירותי בריאות על ידי ארגונים וולונטריים (מתנדבים) המפעילים לחץ ציבורי למתן מענה לצרכים הרפואיים של מהגרי העבודה על ידי מערכת הבריאות.

הסקירה דנה בגישה שעל מערכת הבריאות לנקוט לנוכח ההשלכות הנובעות מהעסקת מהגרי עבודה בישראל. מוצע שלא לחכות עד שהגלים הקטנים של השלכות קבוצה זו יהפכו לנחשול אדיר בעתיד.

## הקדמה

תופעת ההגירה מהדרום לצפון ומהמזרח למערב הפכה להיות חלק בלתי נפרד מחיי החברה והכלכלה של העולם המודרני, והיא קיבלה תנופה גדולה לאחר התמוטטות מסך הברזל של הגוש הקומוניסטי בתחילת שנות התשעים של המאה העשרים [1]. הגירה זו הינה, בחלקה הגדול, הגירת עבודה (Migratory workers) למציאת תעסוקה וחיפוש אחר עתיד טוב יותר בארצות המתועשות. מגמה זו התאימה למדיניות הבלתי מוצהרת של מדינות מערביות לחפש עובדים ממדינות אחרות על מנת לבצע עבודות ששכר נמוך בצידין. אלה הן עבודות פשוטות, לעיתים אף עבודות פיסיות קשות, הדרושות בשוק העבודה המקומי, אך אינן אטרקטיביות עבור אזרחי המדינה המארחת. פועלים פשוטים אלה, שהם אזרחי מדינות זרות, נקראו בשמות שונים בעולם\*.

נהוג לחלק את קבוצת מהגרי עבודה לשתי קבוצות עיקריות: אלה המגיעים עם היתרים או אשרות, ולצידם –אלו המכונים "פועלים זרים בלתי חוקיים", שהם מהגרי עבודה ללא אשרות\*\*.

בהקשר זה ראוי לציין כי, בעשור האחרון, מדינות דרום אירופה כמו פורטוגל, ספרד, איטליה ויוון, הפכו ממדינות מייצאות עובדים ומהגרים, למדינות קולטות מהגרי עבודה בעלי היתרים או חסרי היתרים. בעשור האחרון הצטרפה גם ישראל, לקבוצת מדינות ים - תיכוניות אלו בהזדקקות הכלכלית למהגרי עבודה: זאת בעיקר בשל אי זמינותם ההולכת וגוברת של הפועלים הפלשתינאים, בשל הטלת סגרים ומניעת כניסתם של הפלשתינאים לתחומי "הקו הירוק" בישראל.

בעקבות האינתיפאדה הראשונה של הפלשתינאים, החליטה ממשלתו של יצחק רבין, לראשונה בשנת 1993, על מתן אשרות להבאת קבוצות גדולות של פועלים זרים לענפי החקלאות והבנייה, ובכך עלו לאיטן ההכרה והמודעות בצורך להתמודד עם בעיה חדשה זו.

---

\* כגון עובדים- אורחים (Gastarbeiters) בגרמניה או עובדים- זרים (Foreign workers) בארצות דוברות אנגלית  
\*\* undocumented migratory workers או Irregular immigrants באנגלית או בצרפתית: Sans- Papiers. (פועלים ללא ניירות).

מערכות בריאות מסודרות בארצות קולטות הגירת עבודה בעולם המערבי, רואות, אם כי לא באופן רשמי, ב"פועלים הזרים בעלי ההיתרים", שאינם תושבים קבועים או אזרחים, תושבים זמניים לכל דבר, אך הגישה לטיפול בבעיה אינה אחידה בכל המדינות. עם זאת, קיימת הכרה בדיעבד, כי הם זכאים כפועלים בשוק העבודה המקומי, לשירותי בריאות מתוקף ביטוח באחריות המעביד [1]. בנוסף, שלטונות הבריאות יודעים כי קיימים פערים גדולים במדדי בריאות בין מדינתם, הנמנית על המדינות התעשייתיות המפותחות קולטות מהגרי עבודה, לבין מדדים אלו במדינות עניות או מתפתחות המהוות ארץ מוצא למהגרים. פערי בריאות אלו לא רק שאינם מצטמצמים בשנים האחרונות, אלא שהם אף מתרחבים והולכים. חלק מכך יכול להיות מוסבר בהידרדרות מערכות הספקת שירותי בריאות במדינות מייצאות מהגרי עבודה. הדבר נכון שבעתיים בקרב מדינות הנמנות על קבוצת המדינות הבלתי מפותחות, הכוללות את מדינות אפריקה דרומית לסהרה.

משום כך התקבלו ע"י ארגון העבודה הבינ"ל, כבר בשנת 1949, מספר אמנות בינלאומיות המתייחסות במיוחד לאי אפליית "עובדים זרים" בשל מחלותיהם [2]. אך המציאות היא אחרת. למרות האמנות, ואולי כתוצאה של התפשטות מחלות זיהומיות חובקות עולם כמו השחפת הישנה-חדשה, אך ניתנת לטיפול והכלה, ושל האיידס, שהיא בעלת סטיגמה גרועה יותר, והטיפול בה הוא ארוך, ממושך, יקר ומהווה נטל על שירותי הבריאות. שתי מחלות אלו, שהוזכרו לדוגמה, הן בעלות שכיחות גבוהה הרבה יותר במדינות המייצאות מהגרי עבודה מאשר במדינות הקולטות אותם. כתוצאה מכך, נטיית ליבם של מקבלי ההחלטות במדינות הקולטות, הינה לשמור על בריאות הציבור של הארץ הקולטת, ולהימנע מלכתחילה לאפשר כניסתם של עובדים חולים או נשאים של מחלות מדבקות, כמו גם של "עובדים זרים" החולים במחלות כרוניות, העשויים להוות נטל על צווארן של המדינות הקולטות למשך שנים רבות. אולם במספר מדינות אירופאיות מתקדמות נהוג כי במידה ומחלות אלו מתגלות לאחר שהפועל הזר בעל האשרה כבר הגיע ונקלט במערכת העבודה המקומית, הוא מקבל את כל הטיפול הנדרש בארץ העבודה.



**הגירת עבודה בישראל וגישת בריאות הציבור**

על מנת לדון בהמשך המאמר בהיבט המיוחד של התמודדות שירותי הבריאות בישראל עם התופעה החדשה של מהגרי העבודה, חשוב לדעת כי מדובר באוכלוסייה לא הומוגנית, אולם צעירה ובריאה ברובה הגדול, שניתן לפלח אותה לתת-אוכלוסיות יעד לצורך הספקת שירותי בריאות.

### א. מיהם מהגרי העבודה בישראל?

בישראל מצויים שני סוגים של עובדים, שאינם אזרחי או תושבי המדינה הדורשים מענה בריאותי למצבם:

1. **מהגרי עבודה זמניים**: בקבוצה נכללים אזרחי חוץ בעלי רשיון עבודה, המאפשר להם שהיה בארץ. עליהם נמנים עובדי שגרירויות, עובדי חברות רב-לאומיות או נציגיהם. לקבוצה זו נוספו קבוצות גדולות של עובדים המיובאים לישראל על ידי קבלני עבודה גדולים למטרות מוגדרות כמו פועלי בנין, עובדים בחקלאות ועובדי סיעוד המיועדים לטיפול בקשישים ונכים. עובדי הסיעוד מתגוררים ברובם בבית המעסיק, אך מרביתם של העובדים בעלי ההיתרים גרים בדירות שכורות, זולות, ובמגורים בתנאי מחנה עבודה המסופקים להם על ידי הקבלן. כולם מצוידים ברשיון עבודה זמני התקף למשך זמן מוגבל והמתחדש מעת לעת על ידי רשויות המדינה.

2. **מהגרי עבודה זמניים**: נחלקים לשתי קבוצות מישנה:

**עובדים שנכנסו ללא היתרי עבודה**: רובם מגיעים ארצה עם אשרות תייר, ומיעוטם-מסתננים לארץ בדרך אחרת. הם מגיעים ארצה על מנת לבדוק אפשרות להשתקע בה, ונשארים לעבוד בארץ במלאכות שונות, לרוב, אלו הקשורות לעבודות הבית או לעבודות תעשייתיות קשות. הגעתם היא עצמאית ללא תאום עם רשויות ההגירה וללא "חסות" של קבלן. ככל שידוע לנו עובדים אלו נהנים מתנאי מחיה משופרים בהשוואה לקבוצת בעלי ההיתרים.

**עובדים שנכנסו עם היתרי עבודה**: קבוצה זו נכנסת עם היתר עבודה וממשיכה לחיות בארץ מעבר לתקופת הרשיון. בנוסף כוללת קבוצה זו עובדים העוזבים בשלב זה או אחר את מעסיקיהם החוקיים שקיבלו היתר להעסקתם, ועוברים למעסיקים אחרים שאין להם היתר להעסיקם. אחת התכונות המבדילות את מהגרי העבודה הבלתי סדירים ממהגרי עבודה בעלי ההיתרים היא היותם בעלי משפחות: משפחתם הגרעינית יכולה להגיע, בעקבותיהם לישראל, או שהם מקימים במהלך שהותם

בארץ, משפחות חדשות עם בני זוג ישראלים או עם בני זוג שגם הם מהגרי עבודה ללא היתרים. כמשפחות וכבודדים הם שוכרים דירות או חדרים, כחלק מתהליך ההשתקעות בארץ היעד, בדומה לכל מהגר עבודה בעולם.

**היקף התופעה:** העובדים חסרי ההיתר מגיעים ממגוון של כ- 90 מדינות מקור (עפ"י אומדני הרשות לתכנון כח-אדם [3]) החל ממדינות המזרח התיכון שחלקן אינן מקיימות כיום קשרים דיפלומטיים עם ישראל, מדינות אפריקה דרומית לסהרה, מדינות דרום אמריקה ומדינות שונות מאירופה המזרחית. מגוריהם מרוכזים בעיקר באזור התחנה המרכזית הישנה בתל-אביב, בה הם הקימו, במשך השנים, קהילות עם מערכות רשמיות (פורמליות) ובלתי רשמיות, כגון ארגונים, מוסדות קהילתיים וכנסיות.

מספר עובדים הזרים בישראל נאמד בשנת 2001, ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בכ- 240 אלף עובדים, בהם כ- 140 אלף עובדים בלתי חוקיים. העובדים הזרים מהווים ב- 2001 כ- 4% מכלל אזרחי המדינה, וכ- 14% מהמועסקים במגזר העסקי בישראל. שיעור זה גבוה יחסית למדינות מערביות אחרות. הכנסתם של עובדים אלו נעה סביב שכר המינימום במשק, ובמקרים רבים אף נמוכה ממנו (אך גבוהה לעין שיעור מהכנסתם בארצות המקור שלהם).

למען השלמת תמונת העובדים הזרים המועסקים בישראל, ראוי להזכיר קבוצה שלישית של **עובדים פלשתינאים**, המגיעים מתחומי הרשות הפלשתינאית, ואשר אמורים לעת ערב, בתום יום העבודה לשוב למקומות מגוריהם. לקבוצה זו השתייכו, עד לנסיגת צה"ל מדרום לבנון בשנת 2000, כ- 2,500 עובדים מדרום לבנון (ממוצע חודשי) שהועסקו בישראל. שכרם של העובדים הפלשתינאים המועסקים בהיתר, משולם באמצעות שירות התעסוקה, וכולל העברות עבור ביטוח בריאות (תשלום בסך של 93 ש"ח לחודש לעובד המועבר לרשות הפלשתינאית, ומקנה לעובד אפשרות לקבלת טיפול רפואי בב"ח בתחומי הרשות), על כן המענה לצורכיהם הרפואיים אמור להינתן בתחומי מקום מגוריהם ביהודה, שומרון ורצועת עזה.

תת-קבוצה בקבוצת העובדים הפלשתינאים כוללת **פלשתינאים שוהים בישראל ללא היתרים** - שוהים בלתי חוקיים (שבח"ים בלשון כוחות הביטחון) הנכנסים לישראל מבלי שיש בידם היתרי כניסה כחוק, וגירושים לעבר שטחי הרשות הפלשתינאית הוא תדיר.

למרות ההשלכות האפידמיולוגיות האפשריות של מעבר מחלות זיהומיות, שאינן יודעות גבולות, בין ישראל לרשות הפלשתינאית, ניסיון מערכת הבריאות בישראל הוא שאין הצדקה לראות בעובדים הפלשתינאים בעיה בריאותית המצריכה פתרון מערכתי מעבר לקיים כיום.

### **ב. גישת בריאות הציבור לאוכלוסיית מהגרי עבודה חסרי אשרות בישראל.**

אחד הכללים הבולטים במקצוע בריאות הציבור, ששם לעצמו מטרה: מניעת מחלות וקידום הבריאות, היא גישת האוכלוסייה (population approach). המתייחסת לכלל האוכלוסייה המקומית, ללא הבדל בין אזרחי מדינה או תושביה החוקיים, שעליהם חלים חוקי חובת ביטוח בריאות מקומיים, כמו "חוק ביטוח בריאות ממלכתי" בישראל, לבין כל אדם או קבוצת אנשים המתגוררים באותה ארץ. מעניין כי התייחסות דומה מצויה כבר בתורה בספר דברים פרק א' פסוק טז: "ושפטתם צדק בין איש ובין אחיו ובין גרו". גר מופיע כאן במשמעות של בן נכר המתגורר בארץ. לעומת זאת גר המשתקע בארץ נקרא בתורה תושב כמאמר אברהם אבינו לבני חת בבראשית כ"ג פסוק ד' "גר ותושב אנכי עמכם...".

גישת האוכלוסייה נכונה על אחת כמה וכמה, בטיפול או במניעה של מחלות זיהומיות, מדבקות המועברות מאדם לאדם ללא הבדל מעמד, אזרחות, מיגדר, דת או לאום. התעלמות והכחשת קיומן של קבוצת אוכלוסין המתגוררת במדינה, ואשר אינן זכאיות לשירותי בריאות, היא בעיה חברתית-מוסרית, שלא רק אזרחי המדינה, אלא גם אנשי בריאות הציבור צריכים להתמודד אתה. העובדה כי אנשים אלה שוהים בישראל באורח בלתי חוקי אינה מקהה את הבעיה.

בראיה השוואתית, מהווה מדינת ישראל ארץ הגירה לכל דבר, עקב היותה קולטת גלי הגירה במהלך מאה ועשרים השנים האחרונות (מאז תחילת הציונות ושיבת ציון). אולם הניסיון שצברה מדינת ישראל מתרכז בטיפול ב"עולים חדשים", יהודים הזוכים באזרחות מיד עם הגיעם לשערי ישראל. טיפול זה כולל הספקת סל קליטה, לימוד השפה העברית באולפן, וסל הטבות בתחום הרווחה הסוציאלית שהזכאות לביטוח בריאות ממלכתי מהווה חלק ממנו. לעומת זאת אין לישראל ניסיון בהתמודדות עם סוגיית הטיפול במהגרי עבודה. אלו הם, כאמור, אנשים צעירים ובריאים ברובם, היודעים כי אינם זכאים לשום סל הטבות, מכיוון

שעל פי הכרתם, הם אינם אמורים להזדקק לשירותי בריאות בטווח הקרוב, ויותר מכך, תשלום עבור ביטוח בריאות מהווה עבורם נטל כספי, בהיותם מתפרנסים מעבודות בעלות הכנסה נמוכה, הם אינם דואגים לביטוח בריאות. בסיטואציה של שהייה בלתי חוקית בישראל והסיכוי להיות עצור ומגורש, שכירת דירה או חדר למגורים הם חשובים ובעלי קדימות על רכישת ביטוח בריאות.

יוצא איפה, שהחל משנת 1993 מתמודדת מדינת ישראל, לראשונה בתולדותיה, עם תופעת הגירה במלוא משמעותה. העיסוק ב"עובדים זרים", בקונוטציה של "עובדים זמניים", נמצא על סדר היום החברתי, הכלכלי והציבורי, ללא ההבנה כי למעשה, מדובר בתחילתה של בעיה שתדרוש התמודדות ארוכת טווח ורבת-שנים.

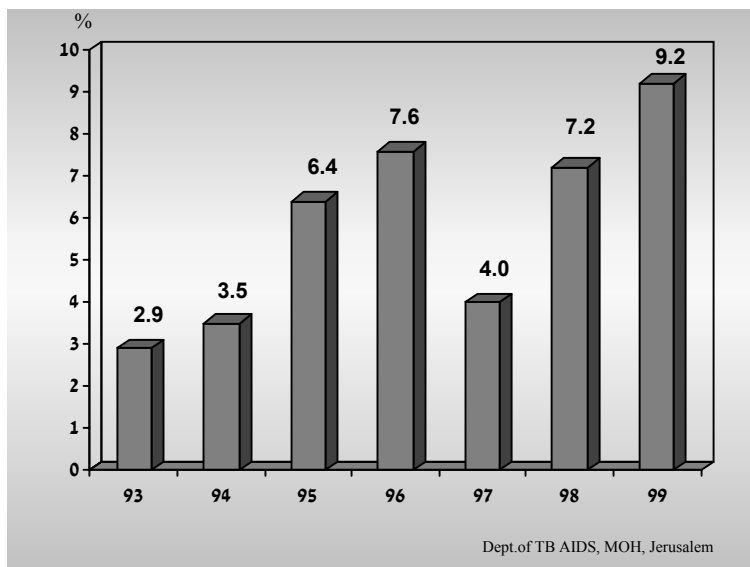
### ג. שחפת ואיידס בקרב מהגרי עבודה ללא אשרה

בניתוח גישת בריאות הציבור למהגרי עבודה ללא אשרה בישראל, יש לתת את הדעת לשעורי תחלואה של שחפת ואיידס בקרבם.

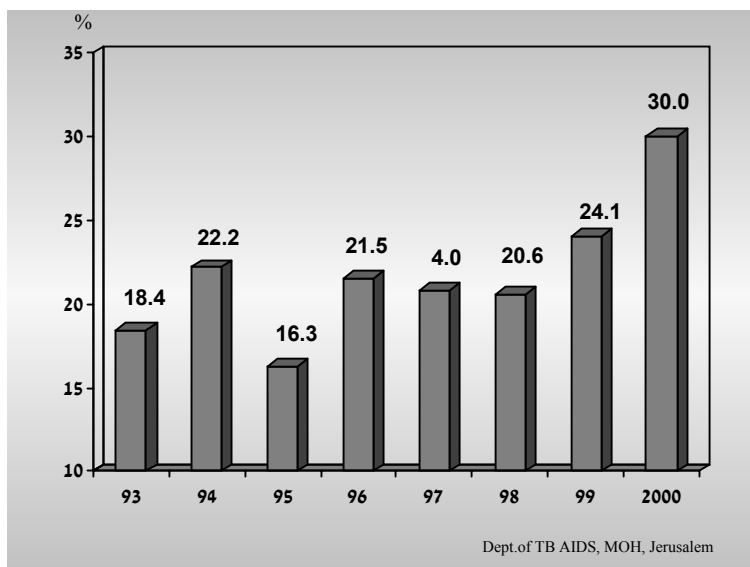
שחפת ואיידס הן שתי מחלות זיהומיות מדבקות אשר מהוות בעיה קשה בבריאות הציבור בארצות העולם השלישי שמהן באים רוב מהגרי העבודה חסרי האשרות לישראל. אלו הן מחלות שמחצית החולים בהם בישראל הם עולים חדשים ממדינות בעלות שיעור היארעות (תחלואה חדשה) גבוהים של המחלה. אולם לצד העולים החדשים, בולטת קבוצת מהגרי עבודה כקבוצה משמעותית מקרב החולים החדשים במחלות אלו.

תרשים 1 המציג התפתחויות בשיעורי החולים החדשים בשחפת בקרב מהגרי עבודה, מצביע על מגמת עליה באחוז החולים החדשים שהם מהגרי עבודה, מתוך כלל החולים החדשים בשחפת: במהלך התקופה הנסקרת (1993-1999), עלה אחוז מהגרי עבודה שהם חולים חדשים בשחפת פי שלושה: מ- 3% ב- 1993 עד לכ- 10% בשנת 1999. מגמה זו נמצאת בהלימה למגמת הגידול במספרם של מהגרי העבודה בישראל בתקופה הנדונה.

**תרשים 1: תחלואה חדשה של זרים בשחפת בישראל בשנים 1993-1999 כאחוז מהחולים החדשים בכל שנה.**



**תרשים 2: תחלואה חדשה ב- AIDS/HIV בקרב תושבים זרים בישראל 1993-2000 כאחוז מהחולים החדשים בכל שנה.**



מגמה דומה נתגלתה גם בבחינת אחוז מהגרי העבודה מתוך כלל החולים החדשים באיידס (או במינוח הרפואי: AIDS/HIV) : הנתונים המוצגים בתרשים 2 מלמדים כי מהגרי עבודה מהווים כ- 30% מכלל החולים החדשים באיידס ב-2000, לעומת כ- 18% ב-1993, זהו גידול של 67%.

מצב זה מצביע על פערים בתחלואה ובהספקת שירותי בריאות בין העולם המערבי, לבין מדינות מתפתחות ומדינות פחות מתפתחות. מכאן שמהגרי עבודה ללא אשרות המגיעים ממדינות אלו, משקפים במידה זו או אחרת את מפות התחלואה במדינות המוצא שלהם, ומחלות אלה מתגלות בישראל. לעומתם מהגרי העבודה בעלי-אשרה נדרשים לעבור, עוד בארצות מוצאם, בדיקות סריקה לאיתור מחלת השחפת והאיידס.

### ד. גישת מערכת הבריאות למהגרי עבודה בעלי אישורים

"עובדי זרים בעלי היתרים", אשר הוזמנו כביכול על ידי רשויות המדינה ותורמים לכלכלתה, הם תושבי המדינה במשך התקופה הקצובה, הקצרה יחסית, של העבודה בהיתר. ניתן לאמוד את גודלה של אוכלוסייה זו, את ארץ מוצאה, ולהתייחס אליה בהתאם. במהלך הדיונים בכנסת בשנת 1999 לקראת "חוק העובדים הזרים" [5] נשמעה הטענה מפי גורמי רפואה ופוליטיקה כי הם רואים בעובדים אלה פוטנציאל מעבירי מחלות או גורם מדביק מחלות, ולכן חשוב "לבצע פעולות סריקה" (Screening) לאבחון קיומן של מחלות שונות טרם הגיעם ארצה. גם העובדה הידועה, המודגשת בספרות הרפואית, כי בדיקות סריקה ככלל הן מוגבלות מבחינת כושר הניבוי שלהן, אינה מהווה, כנראה, סיבה ראויה לשינוי הגישה הארכאית לפיה אנשים זרים עלולים לשמש מקור לתחלואה. מבחינת בריאות הציבור חשוב לדאוג כי למהגרי העבודה תהיה זכות לקבלת טיפול מונע וטיפול רפואי ראשוני (Primary medical care) בכל בעיה בריאותית קטנה שהם נתקלים בה. שאם לא כן, הם עלולים להגיע לקבלת שירותי רפואה, כשהם כבר חולים יותר, ומצבם הרפואי מסובך יותר. כיום הדרך היחידה הנותרת להם, לקבלת שרות רפואי מיידי, בהעדר ביטוח רפואי אחר, היא לפנות לחדר מיון של בית החולים, ודרכו- למערכת האשפוז של מדינת ישראל. אולם מהגרי עבודה אלו אינם יכולים, בדיעבד, לשלם עבור עלויות האשפוז הגבוהות, בשל שכרם הנמוך, וכך נשארים בתי החולים עם "חובות אבודים" בסדר גודל של מיליוני שקלים, כמו שקורה בשנים האחרונות בעיקר במרכז הרפואי "איכילוב"

בתל אביב [6], המנקז אליו את מרבית הפונים מקרב העובדים בת"א ובסביבתה. היקף "החובות האבודים" של ביי"ח איכילוב עמד בשנת 1996 על 4.7 כ - מליון ש"ח, ובשנת 1997 על כ - 7.7 מליון ש"ח.

התנאים הנוגעים לטיפול הרפואי של עובדים זרים בישראל הוסדרו בחוק ובחקיקת משנה: חוק עו"ז העסקה שלא כדין 1991, התיקונים לחוק עובדים זרים 1999, בחוק ההסדרים 2000, ובתקנות שר הבריאות, מרס 2001 (המופעלות מאוקטובר 2001).

עפ"י החוק, חובה על כל מי שמעסיק עובד זר, להסדיר עבורו ביטוח רפואי למשך כל תקופת עבודתו של אותו עובד אצל המעסיק. ביטוח זה כולל סל שירותים שהיקפו נקבע בצו של שר הבריאות. המעסיק משתתף במימון חלק מסך הוצאות הביטוח.

קבלת היתר להעסקת עובד זר מותנית בקבלת אישור ממוסד רפואי, במדינת המוצא, המעיד כי העובד נבדק, במהלך 3 חודשים שקדמו לכניסה לישראל, ונמצא כי אינו חולה או נשא של מחלות מסוימות המפורטות בחוק ובתיקונים לחוק (כגון איידס שחפת ואח').

עובד שיש לו ביטוח בריאות מקבל טיפול ראשוני ולא ראשוני באמצעות רופאים, מרפאות ומכונים שלמבטח יש עמם הסדר ביטוחי.

לגבי מצבי חירום רפואיים, כל העובדים הזרים המגיעים לביי"ח מקבלים טיפול מיידי במח' מיון, או במח' המתאימות, אם מצבם מצדיק אשפוז.

עובדים חסרי ביטוח אינם יכולים לקבל טיפול רפואי שוטף במרפאות המבטח, והם נעזרים בארגונים וולונטריים לקבלת הטיפול הנדרש\*\*\*

---

\*\*\* דיון נוסף בסוגיה מופיע בהמשך, בסעיף הדן במדיניות השלבים בטיפול הרפואי בעובדים זרים.

**אסטרטגיה לטיפול בבריאותם של מהגרי עבודה בישראל**

### א. המודל הרצוי

המודל האידיאלי להתמודדות אנשי בריאות הציבור בסוגיה הנדונה, כולל ארבע נקודות עיקריות:

- מתן טיפול רפואי ופיצויים למהגרי עבודה בעבור היפגעות מתאונות בעבודה, בדומה לטיפול ולפיצוי הניתנים לכל תושבי מדינת ישראל ע"י הביטוח הלאומי.
- הסדרת ביטוח רפואי כביטוח חובה ל"עובדים בעלי היתרים" המגיעים לארץ על פי חוק.
- מתן אפשרות לביטוח רפואי מרצון לכל מהגרי העבודה ללא היתרים ולבני משפחותיהם.
- דאגה כי סל השירותים, שינתן לכל מהגרי העבודה, יהיה זהה ככל האפשר לזה הניתן לתושבי ישראל, ויערכו בו רק שינויים קלים. יתר על כן, חשוב לדאוג להספקת שירות מניעתי ואמבולטורי, Primary health care, טוב ככל הניתן, לכל מהגרי העבודה.

### ב. מהלכה למעשה – מדיניות פתרון בשלבים

מדינת ישראל עברה תהליך, כשאר מדינות העולם המערבי, שהחל מהכחשה של תופעת הגירת עבודה והסתכלות עליה כתופעה זמנית, עד להכרה כי יש לפעול למתן פתרון הגיוני ורצוי לתופעה גם בהיבט הבריאותי שלה. מובן מאליו כי בשלב הראשון חשוב לתת מענה ל"עובדים הזרים" בעלי אישורי עבודה ורק לאחר מכן לעסוק גם במתן פתרונות למהגרי העבודה הבלתי סדירים, חסרי האישורים. בראייה לאחור ניתן לומר כי עם השנים אימצה, למעשה, מדינת ישראל פתרון פרגמטי בשלבים במתן שירותי בריאות למהגרי העבודה.

תאור כרונולוגי של ההתפתחויות בתחום:

1. **נפצי צמדה**: המוסד לביטוח לאומי היה הראשון שנתן מלכתחילה לפועלים זרים בעלי היתרים זכויות כלשהן, והיה זה בהיבט של היפגעות בעבודה. לאחר שהוכר הפועל הזר כנפגע תאונת עבודה ע"י המוסד לביטוח לאומי, הוא עומד כשאר אזרחי או תושבי המדינה בפני ועדה רפואית של הביטוח הלאומי, הקובעת את אחוזי הנכות ובעקבות כך- את גודל הפיצוי או הגמלה לפי העניין.

2. **נפצי פאולות איבה**: עובדים זרים בעלי היתרים זכאים לגמלה וסיוע כספי בהתאם לחומרת פציעתם, בדומה ל"נפגעי פעולות איבה" מקרב אזרחי ותושבי מדינת ישראל [8].

3. **מיטוח רפואי מקיף לצומדים זרים בצלי היתרים:** ההתמודדות עם הסוגיה בכלל,

ומדיניות משרד הבריאות בפרט, עברה שינוי תפיסתי בעשור האחרון בנושא זה.

א. בראשית שנות התשעים המליץ משרד הבריאות בפני משרד הפנים לבדוק את הפועלים הזרים ברשיון בבדיקות סריקה עוד בטרם הגיעם ארצה. החל משנת 1993 שינה משרד הבריאות את מדיניותו. בתחילה ניתנה המלצה למשרד הפנים לדרוש כי המעביד (קבלן העבודה) יציג בפני משרד הפנים (למעשה "שלטונות הגירה") אישור המעיד כי "העובד הזר" בעל ההיתר, הוא בעל **פוליסת ביטוח רפואי תקף בישראל**. לגומחה עסקית זו נכנסו במהרה חברות הביטוח הפרטיות אשר הציעו לקבלני העבודה ביטוח רפואי תמורת תשלום נמוך יחסית. חלקן דרשו בדיקות רפואיות בארצות המוצא, כתנאי למתן הביטוח הרפואי.

ב. עד מהרה הורגש כי ההנחיה הקיימת אינה מספיקה, וכי יש צורך בחקיקה מיוחדת בנושא זה. הצורך נבע ממספר עובדות: (1) סל השירות שקיבלו העובדים הזרים מחברות הביטוח הפרטיות היה מוגבל למדי. הוא התמקד יותר בנושא האשפוז, ופחות ברפואה הראשונית. למשל, ב"סעיפים הקטנים" של הפוליסה נרשם בפירוש כי טיפול בשחפת הינו מחוץ לסל השירות. לעיתים היה כדאי יותר לחברת הביטוח להטיס את הפועל הזר החולה לארץ מוצאו מאשר לטפל בו, זאת מפני שעלות מחיר יום אשפוז אחד בבית חולים ישראלי שווה או גדול בהרבה ממחיר כרטיס הטיסה. (2) כיוון שהפוליסה הייתה אמורה להתחדש פעם בשנה, נמנעו חברות הביטוח לבטח פועל זר חוקי, שלקה במחלה מסוימת במהלך אותה שנה. לא מפליא הדבר כי מצב זה גרם אי נוחות הן לשלטונות הבריאות, הן לנציגויות ישראל בחו"ל, והן לנושאי תביעות של אגודות בלתי ממשלתיות העוסקות ברווחת מהגרי עבודה כמו "קו לעובד", "ארגון רופאים לזכויות אדם" וה- "האגודה לזכויות האזרח". תהליך זה יכול להסביר את הצורך בהוספת "סעיף בריאות" במסגרת חוק עובדים זרים.

ג. חוק עובדים זרים, שחוקק בכנסת במסגרת חוק ההסדרים בינואר 2000 [5], כולל חלק רפואי המדגיש את העובדה כי עובדים בעלי היתר לעבודה בישראל צריכים להיבדק על ידי מכונים ומעבדות מוכרים ע"י משרד הבריאות הישראלי בארץ המוצא על פי רשימה שיקבע משרד הבריאות.

- ד. שר הבריאות הוציא צו [8], שפורסם ב- 17/4/01 ושנכנס לתוקף ב- 17/10/01, מכוח החוק המחייב כל מעסיק לבטח את עובדיו הזרים בפוליסה מקיפה לביטוח בריאות. כיסוי הפוליסה מקיף פחות מהכיסוי שנותנות קופות החולים על פי סל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לכלל תושבי מדינת ישראל. הפוליסה מכסה את הביטוחים הדרושים העיקריים: אשפוז, ניתוחים, ביקורים אצל רופא ותרופות. יוצאים מכלל זה הם, למשל, טיפולי הפריה ופוריות וטיפולים במחלות כרוניות, אשר לא נגרמו כתוצאה מעבודה בישראל.
- ה. חברות ביטוח פרטיות ובראשן "שילוח" (שחברת בת שלה בשם "פמ"י- ניהול שירותים רפואיים" מתמחה מזה כעשר שנים במתן שירותי בריאות לעובדים זרים), "כללי" ו"איילון" הציעו פוליסות לביטוח זרים. למשל, הפוליסה של חברת איילון מציעה פרמיה של 200-290 ₪ לחודש, כאשר היא משתנה על פי רמת סיכון התעסוקה של העובד- במקצועות המסוכנים תהיה פרמיה גבוהה יותר- ועל פי ארץ המוצא והוותק בעבודה. הפוליסה כוללת הטסת החולה הביתה, אם אין הוא כשיר לעבודה, וכן תשלום עד לסכום של \$ 10,000 במקרה מוות או נכות כתוצאה מתאונת עבודה. כדאי לציין כי עובד המרוויח שכר מינימום, שהוא שכרם של רוב העובדים הזרים בישראל, משלם פרמיה בסך של 58 ₪ לחודש למוסד לביטוח הלאומי.
- ו. קופת חולים "לאומית" החלה לשווק גם היא ביטוח בריאות דומה. איגוד חברות הביטוח התלונן על כך בטענה כי קופת חולים זו עוברת על חוק הפיקוח על הביטוח, ומשווקת ביטוח ללא אישור משרד האוצר ומשרד הבריאות. המפקחת על הביטוח דרשה מקופת החולים לחדול משיווק זה, והנושא נמצא בהתדיינות בין הקופה ובין משרד האוצר[9].
- ז. מאז כניסת הצו לתוקפו הגישה עובדת זרה מהפיליפינים, אשר חלתה בסרטן צוואר הרחם, תביעה לבית המשפט השלום בתל-אביב, בטענה על אי מתן שירותי בריאות, כמתחייב מהצו האחרון של שר הבריאות בדבר העסקת עובדים זרים [10]. בית המשפט הורה לחברת הביטוח לממן טיפולים רפואיים לעובדת, כולל ניתוח דחוף, טרם ההכרעה הסופית בתיק. זאת מפני שהעובדת, שהיא מטפלת מתחום הסיעוד, רכשה את הביטוח כשבועיים בטרם כניסת הצו לתוקפו. את התביעה הגיש עורך דין מהתוכנית לחינוך משפטי קליני באוניברסיטת תל-אביב. התלונה התקבלה בעמותת רופאים לזכויות האדם.

4. הטיפול הבריאותי המהצרי העבודה לא היתר למדינת ישראל יש, כאמור, ניסיון רב ומוצלח בטיפול בעלייה ובעולים, אך לא בהתמודדות עם סוגיית הגירה בלתי סדירה אליה. אפשר להבין את הקושי של רשויות השלטון הניצבות נוכח הצורך לעודד תיירות לישראל, לעומת הגעה איטית ובלתי סדירה של אנשים לא יהודים מרחבי העולם, אשר אין להם זיקה רבת שנים לישראל, והם נשארים בה לאורך זמן על מנת להבטיח עתיד כלכלי – חברתי טוב יותר להם ולמשפחותיהם.

מהגרי עבודה בלתי סדירים, חסרי-היתרים, הם ברובם צעירים בגילאי 25-34, בריאים על פי ידיעתם, ורק לחלק קטן מהם ביטוח רפואי בסיסי [11]. הם מבינים, כי פלח שוק העבודה המיועד להם בישראל כולל עבודות קשות בעלות שכר נמוך שאינן אטרקטיביות לבני המקום. יש לשער כי השקעה בביטוח בריאות מהווה נטל כבד עבורם. זאת ועוד: ניתן לשער כי אנשים, השוהים בישראל ללא היתרים- שוהים בלתי חוקיים, אינם רואים עצמם זכאים או יכולים להיכנס למערך הביטוח הרפואי. בנוסף, הם חוששים כי רישומם ברשימות של מבטחים רפואיים יכולה להסגירם לשלטונות בבוא העת.

**הגישה המוצעת: פתרון בשלבים לבעיית ביטוח רפואי של מהגרי עבודה לא סדירים: מתינוקות לילדים ולהורים.**

הגישה מציעה הכלה הדרגתית של טיפול רפואי למהגרי עבודה, כאשר חלק משלבי הטיפול מופעלים כבר כיום, וחלקם- מתוכננים להיות מופעלים בעתיד.

**a. טיפול אונץ' מתינוקות ופאזיט:** רוב מהגרי העבודה הבלתי סדירים שהם גם בעלי משפחות, שוהים בתל-אביב באזור התחנה המרכזית הישנה. חלק מהם מתגוררים בשכונות פלורנטין, שכונת עזרא ושכונת הארגזים. בתחנות "טיפת החלב" של תל-אביב, המנוהלות על ידי העירייה בהסכם עם משרד הבריאות, מקבלים התינוקות והפעוטים, בני משפחותיהם של מהגרי העבודה הבלתי סדירים, את כל השירות המונע ככל ילדי ישראל. מהגרי העבודה למדו להשתמש בשירות זה והמידע עליו עובר ברשתות הבלתי פורמליות שיצרו בעיר העברית הראשונה.

**תל-אביב:** על פי דו"ח האגף לבריאות הציבור של העירייה [12] טיפלו התחנות לבריאות המשפחה ("טיפות החלב") בינואר שנת 2002 ב- 1,016 משפחות מהגרים זרים (זאת לעומת 971 משפחות ביולי 2001 ו- 856 משפחות ביולי 2000), בהם 24 נשים הרות, ו- 1,232 ילדים, בהם 399 תינוקות עד גיל שנה ו- 383 פעוטות. 35% מכלל המשפחות התגוררו באזור התחנה המרכזית הישנה, 17% בשכונת פלורנטין, 16% בשכונת עזרא ו"הארגזים" (התקווה) 12% ב"לב תל-אביב" (משפחות המטופלות בבית שטראוס). האחרים התגוררו בשכונות שונות ביפו. משפחות המהגרים המטופלים ב"טיפות החלב" הגיעו מחמישים וארבע מדינות, כאשר 19% מהן מגאנה (34% מכלל מהגרי העבודה מגיעים מדינות אפריקה דרומית לסהרה), 33% מהפיליפינים (39% מאסיה כולה) 7% מקולומביה, כאשר 17% מכלל המטופלים הזרים הם מדרום אמריקה. רוב הלידות של ילדי מהגרים התקיימו עד לאחרונה, בבתי החולים במזרח ירושלים ובבתי חולים אחרים ברשות הפלשתינאית, בשל התשלום הנמוך הנגבה שם מהיולדות. בשל מעמדן האזרחי הבלתי-חוקי, יולדות אלו אינן זכאיות כיום למענק לידה של המוסד לביטוח לאומי הניתן לתושבות ישראל.

**ירושלים:** טיפול רפואי למשפחות מהגרי עבודה הוא תופעה חדשה יחסית בעיר הקיימת העיר, רק בשנתיים האחרונות. ב"טיפות החלב" המנוהלות על ידי אגף לשירותי בריאות הציבור של עיריית ירושלים [13] טופלו בפברואר 2002, 42 תינוקות וכן 32 פעוטות מ-72 משפחות של מהגרי עבודה. ילדי מהגרים לא סדירים אלו, פזורים על פני כל שכונות העיר, הן בצדה המערבי והן בצידה המזרחי. מבחינת ארצות המקור של הפונים, רובם מגיעים מהפיליפינים ומקוריאנה, אך גם מרוסיה, מאלבניה, מרומניה, ובודדים המגיעים גם ממדינות דרום אמריקה ואפריקה.

**ב. שירות בריאות לילדי מהגרי העבודה זכאים לשירותי בריאות לתלמיד כשאר ילדי ישראל הלומדים במערכת החינוך.** כיום מרוכזים רבים מילדי הזרים בבית הספר הממלכתי "ביאליק" באזור התחנה המרכזית הישנה בת"א, אך ניתן למוצאם גם בבתי ספר אחרים. הם זכאים לבדיקות סריקה, חיסונים, חינוך וקידום בריאות ככל ילד ישראלי אחר הלומד בבית הספר.

**ג. שירות רפואי בהתנדבות לילדי מהגרי העבודה:** שירות כזה ניתן בהתנדבות ולא באופן רשמי על ידי רופאי "טיפות החלב" (התחנות לבריאות המשפחה) בתל-אביב, לאחר שעות העבודה, ועל ידי המרפאה של הרופאים לזכויות האדם, שנפתחה בשנת 1998 והממוקמת באזור התחנה המרכזית הישנה בתל-אביב.

בעבודת מחקר לתואר מוסמר לבריאות הציבור בשנת 1999 של ד"ר Roderico Ofriin מהפיליפינים [14], מבית הספר לבריאות הציבור של האוניברסיטה העברית בירושלים, על מצבם הבריאותי של מהגרי העבודה ללא אשרה, שפנו לקבל טיפול במרפאת הרופאים לזכויות האדם בתל-אביב, נמצא כי: 18% מהם סבלו מבעיות שרירים ושלד, 12% סבלו מבעיות במערכת הנשימה, 10% ממחלות לב וכלי דם, ו-8% ממחלות עור, כתוצאה מחשיפה לחומרי ניקוי, בדומה לאחוז הפונים לטיפול עקב תלונות על בעיות בקיבה ומעיים.

ד. **טיפול רפואי בחולי שחפת בקרב מהגרי העבודה:** הליגה למלחמה בשחפת המנהלת את המלש"ח ( מרפאה לטיפול בחולי שחפת ) בתל- אביב, מטפלת בחולי השחפת מקרב מהגרי העבודה ללא צורך בתשלום מצדם. הטיפול כולל אבחנה, טיפול תרופתי ואבחנה וטיפול במגעיים . המרפאה מתוגמלת על ידי משרד הבריאות על פי דיווח. כ- 30% מכלל 100-150 חולי שחפת המאובחנים מידי שנה בתל- אביב הם מהגרי עבודה ללא רשיון.

ה. **טיפול בחדר המיון ואשפוז דחוף:** על פי חוזר משרד הבריאות חייב חדר מיון של בית החולים בישראל ( או בשמו הנכון יותר : מחלקה לרפואה דחופה ) , לקבל, לאבחן ולטפל בכל אדם הבא בשעריו, בין שהוא תייר ובין שהוא מהגר עבודה ללא אשרה [15]. הדבר נכון גם לגבי אשפוז דחוף במחלקות בית החולים. כאמור, ברוב המקרים של המקרים, מהגר העבודה חסר הביטוח הרפואי אינו משלם עבור השירות בחדר המיון, ולא תמורת אשפוזו בבית החולים. מצב זה מהווה נטל על בתי החולים בישראל והרחבה של סעיף "חובות אבודים" או "חובות מסופקים" במאזנים התקציביים השנתיים שלהם.

ו. **ביטוח רפואי לילדי מהגרי העבודה הפלתי סדריט-** על פי הצעת חוק משנת 2000 ביוזמת ח"כ תמר גוזינסקי מסיעת חדי"ש, היה על מדינת ישראל לבטח כל ילד השוהה בה מעל שישה חודשים , ללא קשר למעמדו החוקי, בביטוח רפואי על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. על מנת להימנע ממצב שבו מדינה מפעילה חוק המקנה זכויות רווחה לשוהים בה באופן בלתי חוקי, הוצעה והתקבלה הצעת פשרה של אי- חקיקה, אך משרד הבריאות חוייב לארגן ביטוח רפואי באמצעות אחת מארבע קופות החולים הקיימות. משרד הבריאות פרסם מכרז בין קופות החולים, וקופת חולים מאוחדת זכתה במכרז. תנאי הביטוח כוללים תשלומי הורים עבור ביטוח הילד הראשון בסכום חודשי של 185 ₪, ועבור הילד השני ועד בכלל סכום של 185 ₪ נוספים. הנושא כולו הוסדר בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות [16] שעל פיו רישום הילדים על ידי הוריהם מתבצע בלשכות הבריאות המחוזיות או הנפתיות. נכון למאי 2002 מבוטחים כ- 800 ילדים בהסדר זה, כשמרביתם הינם תושבי תל- אביב – יפו [12]. היענות זו היא קטנה יחסית, למרות פעילות נרחבת לעידוד המשפחות להצטרף לביטוח ע"י אחיות תחנות "טיפת חלב" בתל- אביב, ארגון מסיל"ה ולשכת הבריאות בתל- אביב.

5. *ביטוח רפואי להורי ילדים*: הורים, שהם מהגרי עבודה, יכולים, באופן תיאורטי, גם הם לבטח את עצמם ולא רק את צאצאיהם בקופת חולים "מאוחדת". לא ידוע למחבר על מצוי אפשרות זו.

ת. *מתן טיפול אנטי ויראלי לפני כהריון נשיות HIV*: על פי החלטת משרד הבריאות, שהועברה למרכזי האיידס, זכאיות נשים בהריון, שהן מהגרות עבודה ללא אישורים ונתגלה אצלם מצב של HIV חיובי, לקבלת טיפול אנטי ויראלי במרכז איידס. זוהי הוראה מנהלית שנמסרה במכתב פנימי למנהלי מרכזי האיידס [17]. עד יוני 2002 התקבל דיווח על אישה הרה אחת המקבלת טיפול זה במרפאת האיידס של המרכז הרפואי "איכילוב" בתל-אביב.

ת. *מתן טיפול למחלות מין לצוסקות בתעשיית המין בתל-אביב ובחיפה*: משרד הבריאות יפעיל בקרוב מרפאות ניסיוניות לטיפול בעוסקות בזנות בתל-אביב ובחיפה, שרובן ככולן הן מהגרות עבודה ללא אשרה, המגיעות מרוסיה, אוקראינה ומולדובה, ובחלקן, מוברחות לישראל דרך ארצות ערב השכנות. דיווחים רבים באמצעי התקשורת ובמקורות משטורתיים, מתייחסים לתופעה זו של "סחר נשים" הקשור למהגרות עבודה אלו. מובן מאליו, כי תנאי העבודה של נשים אלו ה"עובדות במכוני ליווי", הם גרועים. יש לכך השלכות על בריאותן הנפשית והגופנית. מן הראוי להקדיש לנושא דיון נפרד. על פי החקירות האפידמיולוגיות, נשים אלו הן חולות בעצמן, ומהוות את מקור הגידול החדש בתחלואה במחלת הזיבה בישראל. על פי ניסיון ארצות המערב ניתן לצפות כי בעתיד תהיה קבוצה זו מקור לתחלואה בעגבת ובאיידס בישראל. במרפאות למחלות מין שיופעלו בקרוב, ניתן יהיה לקבל ללא תשלום, אבחון וטיפול תרופתי במחלות מין. הטיפול יינתן לנשים העובדות בתעשיית המין כמו גם לפונים אחרים מקרב קהילת מהגרי העבודה ללא אשרה.





בעת הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1995 היו כארבעה אחוזים מתושבי ישראל חסרי ביטוח רפואי, דהיינו: כמאתיים אלף איש. עתה, שש שנים לאחר החלת החוק, מוצאת עצמה מדינת ישראל בפני צורך להבטיח ביטוח רפואי למספר דומה של אנשים שאינם תושביה, אלא מהגרי עבודה בקרבה. עפ"י אומדנים, עבור כ- 40% ממהגרי העבודה שהם עובדים בעלי אשרות, הנושא צריך להיות מוסדר על פי חוק עובדים זרים. האחרים, חסרי האשרות, הם ברובם חסרי ביטוח רפואי כיום [18].

מהגרי העבודה חסרי - היתרים, שהם מהגרים לכל דבר ועניין, חלקם - בעלי משפחות שהגיעו מחוץ לישראל או שהם בעלי משפחות שהקימו בארץ, מהווים אוכלוסייה בסיכון על פי כל קנה מידה. מדיניות הממשלה היא לצמצם את מספר העובדים הזרים בעלי היתרים, ולגרש מהארץ את מהגרי העבודה חסרי היתרים. אולם נראה כי מצב זה, הזמני לכאורה, של הימצאות מהגרי עבודה ללא היתרים בישראל, הופך להיות למעשה מצב קבוע.

בסקירה הוסברה שיטת הפתרון של מתן טיפול רפואי בשלבים, שהוחל, באופן מלא על כל העובדים הזרים בעלי היתרים, ובאופן חלקי על חסרי היתרים. אלה האחרונים יכולים לבטח את עצמם ואת משפחתם במסגרת ביטוח רפואי בקופת חולים "מאוחדת", שזכתה במכרז לצורך זה. היענות מהגרי העבודה חסרי האשרות לאפשרות זו היא נמוכה מאוד בינתיים. אין ספק כי ההתמודדות עם הצורך בהספקת שירותי בריאות למהגרי עבודה, ובהיערכות לכך, תעסיק, יותר ויותר, את קובעי מדיניות הבריאות במדינת ישראל בשנים הקרובות, מה גם שהפתרון החלופי של החזרת העובדים הפלשתינאים לעבודה הולך ומאבד, בשל המצב הפוליטי - בטחוני, מישימותו.

המגמה של הכלת מהגרי העבודה ללא אשרות עבודה בתוך מערכות הרווחה והבריאות היא בלתי נמנעת. על מדינת ישראל להפיק לקחים מניסיון המר של מדינות מערביות שהתמהמהו בפתרון הבעיה, ויפה שעה אחת קודם.

המאמר מראה כי תהליך ההכלה (Inclusion) [19], דהיינו: הכללה בתוך מערכות הבריאות הקיימות, מקיף כבר עתה את ילדיהם של מהגרי העבודה ללא אשרה, והוא צפוי להתרחב בעתיד. ההחלטה על מתן טיפול רפואי לזרים, הופכת בהדרגה את מהגרי העבודה לישראל תושבי המדינה לכל דבר. ניתן לשער כי הנושא יקבל גם גיבוי משפטי בעתיד.

הסקירה דנה בגישה שעל מערכת הבריאות לנקוט נוכח ההשלכות הצפויות בתחום הבריאות, השלכות הנובעות מכניסתם של מהגרי עבודה לישראל. מוצע לא לחכות עד שהגלים הקטנים של ההתעלמות הנוכחית של המימסד מהמשמעויות הבריאותיות והרפואיות של הימצאות קבוצה זו, יהפכו לנחשול אדיר בעתיד.

**מקורות**

1. Cinar D, Gachter A & Waldrauch H (Edit.): Irregular migration: dynamics, impact, policy options. European Center for Social Welfare and Research , 2000.
2. International Labour Organization: C97 Migration for Employment Convention (Revised), 1949
3. עובדים זרים שגורשו מישראל, דפי מידע של הרשות לתכנון כח אדם, פברואר 2000.
4. דו"ח מבקר המדינה מס. 49 לשנת 1998 "העסקת עובדים זרים בישראל"- עמ' 272-284, 1999 , 284
5. "חוק עובדים זרים" (העסקה שלא כדין) , התשס"א, 2000. נחקק במסגרת: "חוק ההסדרים במשק מדינת ישראל (תיקוני חקיקה בנושאי חוק עובדים זרים, 1991, וחוק שירות התעסוקה, 1959) ."
6. רן צפריה, מנהל שירותי קבלת חולים, מרכז רפואי "איכילוב" תל-אביב, ביום עיון על הנושא "עובדים זרים ומערכת הבריאות לאן?" שהתקיים בבית החולים "איכילוב" תל-אביב, 28/5/98 .
7. הודעת פרופ' י. שטסמן, מנכ"ל הביטוח הלאומי, בדבר זכאותם של "עובדים זרים בעלי היתרים" לגמלה ולסיוע כספי בהתאם לחומרת פציעתם בפעולות איבה . ידיעות אחרונות- 4/12/01 .
8. משרד הבריאות : צו עובדים זרים ( אישור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים ) (סל שירותי בריאות לעובד) התס"א- 2001. חתום על ידי שר הבריאות 17/4/01
9. "קופ"ח לאומית: הפיקוח אישר מכירת ביטוח לעובדים זרים. סמט: אין אישור" שלומי שפר. עיתון הארץ 18/1/02
10. "בית המשפט: חברת ביטוח תממן טיפולים רפואיים לעובדת זרה שלקתה בסרטן"- חיים שדמי, עיתון הארץ 15/1/02
11. Fefferman B, Forgein workers employed illegally in Israel. In Cinar D, Gachter A & Waldrauch H (Edit.): Irregular migration: dynamics, impact, policy options. European Center for Social Welfare and Research, 2000. pages 61-76.

12. ד"ר חיים נחמה- דו"ח האגף לבריאות הציבור, עיריית תל- אביב, 4 באפריל 2002
13. דו"ח מר פרץ שמעוני, האגף לשירותי בריאות הציבור, עיריית ירושלים, פברואר 2002
14. Ofrin R O, Health status of migrant workers who come to a primary health center clinic in south Tel- Aviv, a cross sectional study. Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of public health, September 1999.
15. חוזר מינהל הרפואה, משרד הבריאות, מס. 46/98 "מסירת מידע על תושבים זרים המגיעים לבית החולים" ירושלים 24/6/98.
16. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס. 5/2000: הספקת שירותי בריאות לקטינים הנמצאים בישראל ואינם מבוטחים עפ"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ירושלים 14/2/01
17. המחלקה לשחפת ואיידס, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות: "הספקת טיפול תרופתי נגד נגיף ה- HIV לנשים הרות הנמצאות בישראל ואינן מבוטחות על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי", ירושלים 1/8/01.
18. בר-צורי רוני "עובדים זרים ללא היתר בישראל 1999", מאמר לדיון, הרשות לתכנון כח אדם, מרץ 2001 עמ' 52-55.
19. זאב רוזנהק "מהגרי עבודה במדינת הרווחה הישראלית: מגמות הדרה והכלה" בטחון סוציאלי 56 נובמבר 1999, עמודים 97-112.