



# מדיניות למניעת נשירה מעבודה בשל מחלה או נכות

סקירת ספרות בין-לאומית והצגת נתונים מישראל

דניז נאון<sup>1</sup> חגית סופר-פורמן<sup>1</sup> אופיר פינטו<sup>2</sup> אסף בן שוהם<sup>1</sup>

ספטמבר 2013

ירושלים

תשרי תשע"ד

<sup>1</sup> מאירס-ג'זינט-מכון ברקדייל  
<sup>2</sup> המוסד לביטוח לאומי

## תוכן עניינים

1	מבוא
2	<b>פרק א:</b> עקרונות המדיניות למניעת נשירה מעבודה בשל מחלה או נכות
8	<b>פרק ב:</b> תהליך המעבר מעולם העבודה למערך קצבאות נכות כללית ולשיקום תעסוקתי בישראל
12	<b>פרק ג:</b> הערכת גודלה הפוטנציאלי של אוכלוסיית היעד בישראל לתכניות התערבות שמטרתן מניעת נשירה מעבודה
16	<b>פרק ד:</b> דוגמאות למדיניות המכוונת למניעת נשירה מעבודה בשל מחלה או נכות, בשלוש מדינות OECD
22	סיכום
23	רשימת מקורות

## רשימת תרשימים ולוחות

8	<b>תרשים 1:</b> תהליך המעבר מעבודה למערך קצבאות נכות כללית ולשיקום תעסוקתי בישראל
12	<b>לוח 1:</b> זרם תובעי ומקבלי קצבת נכות כללית ואוכלוסיית היעד הפוטנציאלית מתוכו (-2010 2006)
13	<b>לוח 2:</b> קבוצת היעד הפוטנציאלית למדיניות מניעת נשירה מעבודה מתוך כלל האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות בגיל העבודה בישראל שאינם מועסקים, ובחלוקה על פי זכאותם לקצבת נכות כללית (נתונים משנת 2010)
14	<b>לוח 3:</b> מאפיינים עיקריים של אוכלוסיית היעד הפוטנציאלית, מתוך תובעי קצבת נכות כללית בשנים 2006-2010, בחלוקה לפי זכאות לקצבה (באחוזים)

## מבוא

בשנים האחרונות אנו עדים לעלייה מתמדת במספר האנשים עם מוגבלות בגיל העבודה וכן במספר הזכאים לקצבת נכות כללית. לתהליך זה כמה הסברים אפשריים, ובהם הזדקנות דור ה"בייבי-בוס" (נאון, 2009) והעלייה בגיל הפרישה ובשיעור התחלואה (פינטו, 2013). מגמה זו, המתרחשת גם במדינות מפותחות אחרות בעולם, מביאה לצמצום בשיעור המועסקים במשק ולהגדלת העומס על התקציב הציבורי.

במטרה להתמודד עם המגמה המתוארת לעיל נוקטות מרבית המדינות המפותחות צעדים שונים על מנת לעודד אנשים עם מוגבלות להשתתף בכוח העבודה. צעדים אלה עולים בקנה אחד עם התפיסה כי יש להדגיש את הפוטנציאל התפקודי של אנשים עם מוגבלות ולא את מגבלותיהם ולקדם את שילובם בחברה, ובכלל זה בשוק העבודה. ידוע כי יציאתם לעבודה של אנשים עם מוגבלות משפרת את איכות חייהם, את איכות חיי משפחותיהם וכן מחזקת את חוסנה החברתי והכלכלי של המדינה ( World Health Organization and the World Bank, 2011).

מסמך זה מתמקד במדיניות ספציפית ברוח תפיסה זו, ההולכת ותופסת תאוצה בעולם המערבי. מדובר במדיניות המתמקדת בשמירת הרצף התעסוקתי של עובדים שכושר עבודתם נפגע, בין אם הם זכאים לקצבת נכות ובין אם לאו. במסגרת מדיניות זו ננקטים צעדים שונים, שמטרתם לשמר את הקשר של אנשים אלה עם מקום עבודתם ולהשיבם לעבודה מוקדם ככל האפשר. מטרת המסמך הנוכחי היא לסקור מדיניות זו, לפרט את הצעדים השונים הננקטים במסגרתה ולהציע את האפשרות ליישמה גם בישראל.

מסמך זה כולל ארבעה פרקים: בפרק הראשון ייסקרו העקרונות והרכיבים המרכזיים העומדים בבסיס המדיניות המוצעת. בפרק השני ייסקר התהליך שאותו נדרש עובד בישראל לעבור, החל מנקודת הזמן שבה נפגע כושרו עבודתו ועד לשלב שבו מתקבלת החלטה באשר לזכאותו לקצבת נכות כללית ולשיקום תעסוקתי. כמו כן יזוהו השלבים בתהליך הקיים המקשים על השיבה לעבודה. בפרק השלישי של המסמך ייעשה ניסיון להעריך את גודלה הפוטנציאלי של אוכלוסיית היעד בישראל לתכניות התערבות מהסוג הנדון, ובפרק הרביעי ייסקרו תכניות התערבות ברוח זו, הפועלות בכמה מדינות מפותחות בעולם.

# פרק א': עקרונות המדיניות למניעת נשירה מעבודה בשל מחלה או נכות

התכניות המופעלות בעולם, המכוונות לעודד תעסוקה בקרב אנשים עם מוגבלות, מתחלקות לשני סוגים עיקריים, על פי אוכלוסיות היעד שלהן:

- ♦ תכניות מן הסוג הראשון נועדו להגביר את זרם היוצאים ממערך קצבאות הנכות על ידי שילובם או החזרתם לעבודה, כדוגמת תכניות לשיקום תעסוקתי או תמריצים כספיים לעבודה.
- ♦ תכניות מן הסוג השני נועדו לצמצם את זרם הנכנסים למערך הקצבאות, ובהן תכניות המכוונות לשילוב בעבודה של צעירים עם מוגבלות המסיימים את מערכת החינוך וכן תכניות שמטרתן שימור הרצף התעסוקתי של עובדים שכושר עבודתם נפגע (בהן עוסק מסמך זה).

הנתונים הזמינים בנוגע לתכניות מן הסוג הראשון מלמדים כי מידת ההצלחה שלהן מוגבלת מאוד והן אינן רגישות לשינויי מדיניות. במדינות רבות מובילות המערכות האחראיות על חולי ועל שיקום את האנשים שכושר עבודתם נפגע למצב של תלות מלאה בקצבאות לשארית חייהם, במקום להשיבם לעבודה. נתוני מדינות ה-OECD מלמדים כי שיעור נמוך מאוד מקרב מקבלי קצבאות נכות עובדים<sup>1</sup> וכי רק כ-1% מתוכם יוצאים מדי שנה ממערך הקצבאות מסיבות שאינן מוות או פרישה (OECD, 2010). גם בישראל שיעורי התעסוקה בקרב מקבלי קצבת נכות כללית הם נמוכים מאוד (13%)<sup>2</sup>. כמו כן, בדומה למדינות ה-OECD רק 1% מתוך מקבלי קצבאות נכות כללית בישראל עוזבים מדי שנה את מערך הקצבאות בשל עליית הכנסתם מעל רף הזכאות לקצבה (פינטו, 2012). להצלחה המוגבלת של תכניות אלה ניתן לספק ארבעה הסברים (Mont, 2004):

- 1. השפעה פסיכולוגית של תכנית הקצבאות:** כדי להיות זכאי לקצבה, על האדם להוכיח כי הוא אינו מסוגל לעבוד או שיכולתו לעבוד נפגעה – תהליך המשפיע על תפיסתו העצמית. על מנת לשוב לעבוד עליו לשנות תפיסה עצמית זו, ואולם הסיכוי כי זו תשתנה ללא שיפור רפואי ניכר במצבו, תמריצים כספיים מוגדלים או שינוי לטובה באופן שבו הוא תופס את נכונותם של מעסיקים להעסיק עובדים עם מוגבלות, הוא נמוך מאוד.
- 2. התרחקות משוק העבודה:** כאשר האדם אינו עובד, חלה שחיקה במיומנויות העבודה שלו, בקשר שלו עם מקום העבודה וכן בזהותו העצמית כאדם עובד. תהליך זה בולט במיוחד כאשר הזכאות לקצבה כרוכה בתקופת המתנה ממושכת, במהלכה על האדם להוכיח כי לא חל שיפור בכושר עבודתו. ואכן במרבית המדינות, חלקם הגדול (50-90%) של הזכאים לקצבאות נכות נכנסים למערך הקצבאות לאחר תקופה ארוכה של ימי מחלה (OECD, 2010)<sup>3</sup>.
- 3. הסיכון הנתפס הכרוך ביציאה לעבודה:** השתלבות בעבודה מפסיקה או מצמצמת את הזכאות להטבות שונות (כגון קצבאות עבור בן/בת הזוג והילדים התלויים באדם עם המוגבלות, השתתפות בשכר דירה והנחות במיסים עירוניים). אנשים עם מוגבלות שאינם בטוחים ביכולתם לעבוד חוששים לסכן את זכאותם לקצבה ולהטבות הנלוות אליה. למרות שינויים שנעשו במדינות שונות

<sup>1</sup> בשנים האחרונות לא פורסם שיעור התעסוקה הממוצע בקרב מקבלי קצבאות נכות בכל מדינות ה-OECD, אך השוואה בין אנגליה, אוסטרליה, לוקסמבורג וספרד מלמדת על שיעור בטווח של בין 5% באנגליה לבין 25% בספרד (OECD, 2007a).

<sup>2</sup> אם כי חלה עליה של 3 נקודות אחוז בשיעור זה מאז יישום התיקון לחוק לרון ב-2009 (נתונים שהתקבלו מהמוסד לביטוח לאומי).

<sup>3</sup> לא נמצאו נתונים מקבילים בישראל.

בתכנית הקצבאות, שמטרתם הקטנת הסיכון הכרוך ביציאה לעבודה (למשל: מתן תקופת ביטחון שבמהלכה יכול האדם להתחרט ולשוב לקצבה, קצבאות עידוד או הטבות מס ליוצאים לעבוד), שיעור הצלחתן של תכניות אלה נותר נמוך. גם בישראל ניתנות קצבאות עידוד לאנשים עם מוגבלות היוצאים לעבוד והכנסתם עוברת את סף השכר לקבלת קצבת נכות<sup>4</sup>, אך אלו הובילו עד כה לעלייה קטנה בלבד בהיקף היוצאים לעבודה מקרב מקבלי הקצבאות<sup>5</sup>.

**4. חסמים מצד המעסיק:** סטיגמה על אנשים עם מוגבלות ואפליה נגדם וכן מחסור בתמיכות ובהתאמות נדרשות עבורם, מובילים לקושי במציאת מקומות עבודה מתאימים. חסמים אלה קיימים גם בישראל (ראו למשל: שטרך ואחרים, 2007; אלפסי, 2009; יבלברג, 2011).

בניגוד לנתונים המאכזבים באשר למידת הצלחתן של התכניות מן הסוג הראשון, מחקרים אחרים מצביעים על הפוטנציאל הגלום בתכניות מן הסוג השני, אלה שנועדו לצמצם את זרם הנכנסים למערך הקצבאות בכלל ואלה שנועדו לשמר את הרצף התעסוקתי בפרט (למשל World Health Organization and the World Bank, 2011; OECD, 2010; Mont, 2004). הטענה היא כי העיתוי היעיל ביותר לפעול לקידום תעסוקתם של עובדים שכושר עבודתם נפגע הוא מיד לאחר התרחשות הפגיעה התפקודית. יתרונותיו המרכזיים של עיתוי זה הם הקשר שעדיין קיים בין המעסיק לבין העובד והעובדה שבשלב זה העובד טרם חווה תהליך של התרחקות מן העבודה ושחיקת מיומנותיו וזהותו המקצועית, כפי שתואר לעיל.

תכניות שנועדו לשמר רצף תעסוקתי כוללות לפחות חלק מן הרכיבים האלה:

### **1. מתן אחריות רבה יותר למעסיק בפיקוח על מצבם הרפואי של עובדים שכושר עבודתם נפגע ובניהול חזרתם לעבודה:**

מעסיקים נמצאים בעמדה טובה לשפוט איזו עבודה מסוגלים עובדיהם לבצע ואילו התאמות נדרשות על מנת לאפשר את עבודתם. עם זאת מעסיקים רבים נוטים להניח כי העלויות הכרוכות בהשבתו לעבודה של עובד עם מוגבלות, הכוללות ביצוע התאמות במקום העבודה, יהיו גבוהות יותר מן העלויות של גיוס עובד חדש. ניתן לחזק את מחויבותם של מעסיקים להשבת עובדיהם לעבודה באמצעות סנקציות או תמריצים כספיים, כפי שנעשה בחלק מן המדינות המפותחות. דוגמא לכך היא ביסוסה של מערכת ביטוח נכות ולפיה המעסיקים משלמים פרמיות על פי "היסטוריית הנכות" במקום העבודה (Experience-Rated Premiums), כלומר על פי מספר המקרים שבהם עברו עובדים מן הארגון למערך קצבאות הנכות. דוגמאות נוספות הן הגדלת חלקו של המעסיק במימון תקופות מחלה ממושכות של עובדיו (ראו הדוגמא של הולנד בפרק ד' להלן) או פיצוי מעסיקים על ירידה ביצרנות עובדיהם כתוצאה מפגיעה בכושר העבודה (למשל באמצעות סובסידיות שכר). חשוב אפוא לספק למעסיקים מידע וייעוץ באשר להתאמות הנדרשות במקום העבודה ובאשר לתמיכות הכספיות המוענקות לשם כך, למשל באמצעות איש קשר לעניין זה בלשכת התעסוקה הסמוכה.

מודל טוב למעורבות המעסיקים במניעת נשירה של עובדים שכושר עבודתם נפגע מצוי בתכניות לניהול מוגבלות (Disability Management Programs) המופעלות בארגונים שונים, ומטרתן לשמר את קשרי העבודה בין העובד למעסיק לאחר התרחשות האירוע שגרם למוגבלות. ההנחה שבבסיסן היא כי תגובה מהירה ומתואמת לאחר האירוע תסייע לשמור על יצרנותו של העובד ועל הקשר שלו עם מקום

<sup>4</sup> החל משנת 2009 במסגרת "חוק לרון" – תיקון 109 לחוק הביטוח הלאומי.

<sup>5</sup> כאמור חל גידול של 3 נקודות אחוז בשיעור המועסקים מאז יישום התיקון לחוק לרון באוגוסט 2009.

עבודתו. הפעלת תכניות אלה בקרב מעסיקים במדינות מפותחות הולכת וגוברת, במטרה להפחית את ההוצאות הכרוכות בפיצוי עובדים עם מוגבלות ואת ההוצאות הנלוות לכך, כמו תחלופה בעבודה.

לתכניות לניהול מוגבלות במקומות עבודה כמה רכיבים מרכזיים:

- ◆ השקעה בבטיחות ובמניעת תחלואה במקום העבודה
- ◆ זיהוי והערכה מוקדמים ומהירים של בעיות רפואיות בקרב העובדים
- ◆ שמירת קשר רציף עם העובד לאחר התרחשות פגיעה תפקודית כתוצאה ממחלה או מליקוי
- ◆ מינוי מנהל תיק (Case Manager) המרכז את המידע הרפואי של העובד ואחראי לביצוע תיאומים מול הגורמים השונים
- ◆ יישום מדיניות לביצוע התאמות במקום העבודה ולהענקת שיקום תעסוקתי
- ◆ איסוף נתונים והפקת לקחים באשר לרכיבים המתוארים לעיל

#### דוגמה למדיניות ניהול חולי ומוגבלות עובדים במפעל היי-טק בישראל<sup>6</sup>

באחד ממפעלי היי-טק בארץ מיושמת מדיניות ברורה למניעה ולניהול חולי ומוגבלות של עובדים. ראשית קיימת השקעה רבה בבטיחות ובמניעת חולי במפעל. הדבר בא לידי ביטוי בקיומם של כללי בטיחות ברורים ובאכיפה בלתי מתפשרת שלהם, וכן בדגש המושם על התאמות ארגונומיות בסביבת העבודה ועל עריכת הדרכות שוטפות בנושא. לדוגמה: בשל הנזקים הבריאותיים הכרוכים בישיבה ממושכת הותקנה לאחרונה במחשבי העובדים תוכנה המספקת תזכורת לעובד לקום מן הכסא בכל פרק זמן מסוים, והכוונה לפעילות מומלצת. במפעל קיימת מחלקה המרכזת את הטיפול בנושאי בטיחות, ארגונומיה ורפואה, ובמסגרתה מועסק רופא תעסוקתי. בין השאר מארגנת מחלקה זו פעילויות שונות לשיפור הרווחה הפיזית והנפשית של העובדים, כגון שוברים לטיפולים אלטרנטיביים בתקופות עמוסות במיוחד וסדנאות להפגת מתח בעת של מתיחות ביטחונית. במפעל מופעלת מדיניות של דיווח מוקדם על מחלה או על ליקוי בריאותי אחר, ובמסגרתה מעודדים המנהלים את עובדיהם לגשת ולהיבדק במרפאת המפעל בכל מקרה של חולי או פגיעה, ולו הקלים ביותר. כמו כן ניתנת הכשרה למנהלים כיצד לנהל מקרים של חולי ממושך בקרב עובדיהם. במקרים אלה שומר המנהל הישיר על קשר עם העובד ועם משפחתו, תומך בעובד ועוקב אחר המקרה הרפואי שלו באמצעות מרפאת המפעל. הרופא התעסוקתי מלווה אף הוא את העובד. במידת הצורך הוא עומד בקשר עם הרופא המטפל על מנת להתעדכן במצבו של העובד, והוא מיעץ לו ומתווך בינו לבין המנהל הישיר באשר להעדרויות או התאמות נדרשות בעבודה. במידה שהמשך העבודה או הישיבה אליה לאחר פרק זמן של העדרות מצריכים ביצוע התאמות מיוחדות, יהיה המנהל אחראי על ביצוען. התאמות מעין אלה כוללות למשל: פינוי זמן לצורך יציאה לטיפולים רפואיים, עבודת יום ללא משמרות לילה, הימנעות מנשיאת משאות כבדים, עבודה בהיקף חלקי או התאמות ארגונומיות שונות. כאשר המחלה או הליקוי מתמשכים וברור כי העובד לא ישוב לעבודה לאחר שלושה חודשים, מוכוון העובד להגיש תביעה להכרה באובדן כושר עבודה. גם בשלב זה ממשיך המנהל הישיר לעקוב אחר המקרה ולעמוד בקשר עם העובד. אם העובד אינו יכול לחזור לתפקידו הקודם, פתוחה בפניו האפשרות לנסות ולמצוא תפקיד אחר בארגון, שיתאים למצבו הרפואי ולכישוריו, ובכך מסייע לו מנהלו הישיר. משאבים רבים מושקעים בארגון על מנת להימנע מסיום העסקה של עובד בשל מוגבלות. רק במקרים שבהם הוכר לעובד אובדן כושר עבודה או שחלפה למעלה מחצי שנה של העדרות וברור כי הוא לא יוכל לשוב לתפקידו הקודם וכי אין תפקיד אחר בארגון שיתאים למצבו הרפואי ולכישוריו, פונה הארגון לסיום העסקתו. החלטה על סיום העסקה נעשית על ידי מנהל המחלקה, בהתייעצות עם מנהל בכיר ובמעורבות של המנהל הישיר, המנהל שמעליו, נציג משאבי אנוש המרכז את הטיפול במקרים הרפואיים, נציגי מרפאת המפעל ובמידת הצורך גם היועץ המשפטי של הארגון. במקרים של סיום העסקה בעקבות חולי ממושך מעורב גם מנהל המפעל.

<sup>6</sup> המידע המוצג להלן התקבל ממחלקת משאבי אנוש.

## 2. החמרת הפיקוח על העדרות בשל ימי מחלה:

במטרה לצמצם את תקופות ההעדרות בשל ימי מחלה ובכך לצמצם את היקף הנושרים מן העבודה ואת זרם הנכנסים למערך קצבאות הנכות, נעשו בחלק ממדינות ה-OECD שינויים במדיניות הפיקוח על ימי מחלה. בין שינויים אלה אפשר לציין את הקמתם של גופים מיוחדים שתפקידם פיקוח על ימי מחלה ואת מתן התמריצים לגופים ציבוריים עבור פיקוח ועבור התערבות מוקדמת (OECD, 2010). בספרד, למשל, פועלת במסגרת המוסד לביטוח לאומי יחידה ובה מאות רופאים שתפקידם לפקח על העדרויות בשל מחלה. הדבר מתאפשר באמצעות מאגר מידע עשיר ובו נתונים על ההיסטוריה של ההעדרות בשל המחלה: מידע על העובד, על המעסיק, על סיבת ההעדרות ועל ההיסטוריה הרפואית המלאה. הרופאים המפקחים נעזרים ברשימות מפורטות הכוללות את משך ההעדרות הממוצע עבור כל מחלה ולהם סמכות להפסיק את תשלום ימי המחלה, כאשר הדבר מוצדק. במדינות נוספות קיימים כללים נוקשים בנוגע למתן ימי מחלה. באירלנד, למשל, נדרש כל עובד חולה לחדש את אישור המחלה שלו מדי שבוע (OECD, 2009b).

## 3. קביעת נהלים ותהליכים ברורים לרופאים מטפלים באשר למתן אישורי מחלה:

בדומה למעסיקים, רופאים מטפלים הבוחנים תביעות מחלה ונכות הם שחקני מפתח בקביעת זרם הנכנסים למערך הקצבאות. החלטותיהם בדבר כושרו של האדם לעבוד מכתבות את משך הזמן שבו הוא יהיה מנותק ממקום העבודה. פעמים רבות נוטים הרופאים המטפלים לבסס את החלטותיהם על דיווחים עצמיים של חולים ולהעניק להם תקופות מחלה ממושכות מן הנדרש. בחקר מקרה שנערך בישראל נמצא כי 99% מן המטופלים שביקשו מהרופא אישור על ימי מחלה קיבלו את מבוקשם וכי לעצם בקשתם היה משקל מרכזי בסיכוייהם לקבלת האישור (בידרמן, לוי ושורצמן, 2010). בחלק מן המדינות ננקטו צעדים לשינוי מצב זה, ובהם הגדרת נהלים רפואיים ברורים למשך ההעדרות המומלץ למחלות נפוצות והגדרת תהליכים אדמיניסטרטיביים ברורים יותר לרופאים. פתרון אחר הוא חיזוק סמכותו הרפואית של המוסד המעניק את הקצבה על חשבון סמכותו של הרופא המטפל (OECD, 2010).

## 4. הרחבת הידע בתחום השיקום והעלאת המודעות בדבר חשיבות החזרה לעבודה בקרב פקידיים ונציגי עובדים ורופאים, העומדים בקשר עם עובדים שכושר עבודתם נפגע:

הנתונים מצביעים על כך שלרופאים המטפלים אין בדרך כלל ידע מספק בתחום השיקום ואין להם מודעות מספקת לחשיבות השבת המטופלים לעבודה. הדבר נכון גם באשר לבעלי תפקידים אחרים העומדים בקשר עם עובדים שכושר עבודתם נפגע, כמו פקידיים ברשויות הרלוונטיות ונציגי ארגוני עובדים. ההמלצה היא להרחיב את הידע והמודעות לנושאים אלה, כך שבעלי תפקידים אלה יוכלו לסייע בחזרתם לעבודה של עובדים שכושר עבודתם נפגע ובמניעת כניסתם למערך קצבאות הנכות (OECD, 2010).

## 5. מתן שיקום תעסוקתי מוקדם בד בבד עם השיקום הרפואי:

מטרתו של השיקום התעסוקתי היא הגדלת מידת היצרניות של עובדים עם מוגבלות על ידי השבת מיומנויותיהם ויכולותיהם ופיתוחן, כך שיוכלו ליטול חלק בכוח העבודה. במרבית המדינות ובהן ישראל השיקום הרפואי ניתן על ידי המערכת הרפואית, בעוד שהשיקום התעסוקתי ניתן על ידי המוסד לביטוח לאומי. כתוצאה מכך שתי הגישות לשיקום נוטות להיות שונות לחלוטין. כמו כן, השיקום התעסוקתי ניתן בדרך כלל בתום השיקום הרפואי. על מנת לסייע באופן מיטבי בהשבת

אנשים לעבודה, מומלץ לקיים את התהליכים הללו בד בבד, במקרים שבהם הדבר מתאפשר מבחינה רפואית. שינוי מדיניות ברוח זו נעשים כיום בכמה ממדינות ה-OECD (OECD, 2010).

#### **פגועי גב כקבוצת יעד פוטנציאלית לתכניות התערבות**

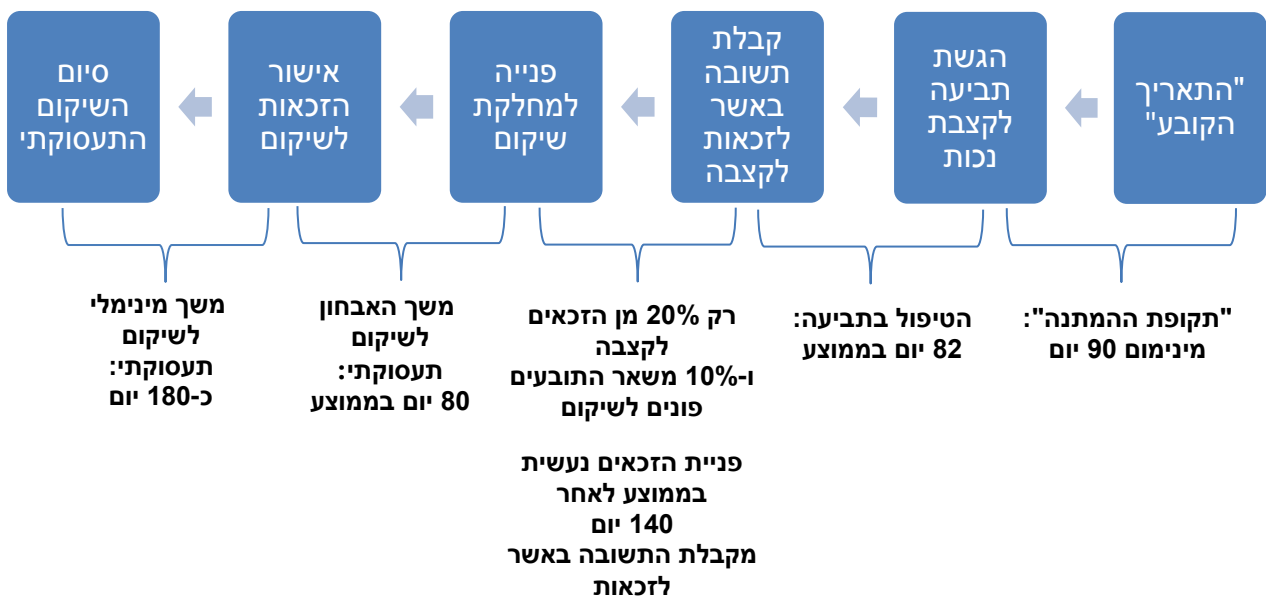
על פי ספרות המחקר, פגועי גב הם קבוצת יעד מתאימה במיוחד לתכניות שנועדו לשמר רצף תעסוקתי (Lee, 2005; West & Warth, 2002), הניסיון מלמד כי להתערבויות פשוטות יחסית, כמו הבנייה מחדש של מטלות בעבודה ושיקום תעסוקתי מוקדם, השפעה חיובית רבה על החזרה לעבודה. במחקר משווה שהתמקד בפגועי גב שהפסיקו לעבוד בעקבות הפגיעה, נמצא כי שיעורי החזרה לעבודה לאחר שנה עמדו על 32%-73% במדינות שונות. התכניות שהובילו לתוצאות הטובות ביותר כללו התערבות שיקומית מוקדמת, ביצוע התאמות במקום העבודה (כמו שינויים פיזיים בסביבת העבודה או עיצוב מחדש של התפקיד) וגמישות בשעות העבודה. גם חקיקה המגנה על זכותו של העובד לחזור למקום עבודתו הקודם נמצאה משמעותית להצלחת התכניות (International Social Security Association, 2002).



# פרק ב': תהליך המעבר מעולם העבודה למערך קצבאות נכות כללית ולשיקום תעסוקתי בישראל<sup>7</sup>

בפרק זה ייסקר התהליך שאותו נדרש עובד בישראל לעבור, החל מנקודת הזמן שבה נפגע כושר עבודתו ועד לשלב שבו מתקבלת החלטה באשר לזכאותו לקצבת נכות כללית ולשיקום תעסוקתי (ראו תרשים 1 להלן). במהלך הסקירה יפורטו הקשיים בתהליך, המקטינים את סיכוייו של העובד לשוב לעבודה.

## תרשים 1: תהליך המעבר מעבודה למערך קצבאות נכות כללית ולשיקום תעסוקתי בישראל



ראשיתו של התהליך האמור בהתרחשות של ליקוי גופני, שכלי או נפשי, מחלה או החמרה במצבו הבריאותי של האדם העובד ("התאריך הקובע"), הגורמים לפגיעה בכושר השתכרותו לתקופה של 90 ימים רצופים לפחות ("תקופת ההמתנה"). בתום תקופה זו דן המוסד לביטוח לאומי בתביעה לקצבת נכות כללית, אם זו הוגשה. במהלך תקופת ההמתנה זכאי העובד לדמי מחלה ממעבידו או מקופת הגמל, בהתאם לוותק במקום העבודה ולתנאי עבודתו, עבור התקופה כולה או עבור חלקה. אם ברשותו ביטוח אובדן כושר עבודה, הוא רשאי להפעילו.

קצבת נכות כללית משולמת למי שהוא תושב ישראל, מגיל 18 ועד גיל פרישה, אשר עקב מוגבלותו נפגעה יכולתו להשתכר מעבודה והוא עומד בתנאים מסוימים (שיפורטו בהמשך). קצבה זו נועדה להבטיח לזכאים הכנסה מינימלית לקיום.

כדי לבדוק את זכאותו לקצבת נכות כללית, על העובד שנפגע להגיש תביעה לקצבה למוסד לביטוח לאומי. במסגרת התביעה עליו להגיש מסמכים שונים על אודות מצבו הבריאותי, הכנסותיו מן העבודה וימי המחלה שאושרו לו. נציגי המוסד לביטוח לאומי מוודאים את שלמות המסמכים, שולחים בקשה

<sup>7</sup> סקירת התהליך מבוססת על המקורות האלה: ענבר ווסרשטיין, 2007; פינטו, 2012; פינטו, 2012; שיחה עם לודמילה אליאסיאן, מנהלת אגף גמלאות נכות במוסד לביטוח לאומי; שיחה עם אופיר פינטו, סגן מנהל תחום מחקרי נכות ושיקום במינהל המחקר במוסד לביטוח לאומי; וכן אתר המוסד לביטוח לאומי:

<http://www.btl.gov.il/benefits/Disability/pages/default.aspx>

להשלמתם במידת הצורך ומזמנים את התובע לוועדה הרפואית. בוועדה הרפואית קובע הרופא המוסמך את אחוזי הנכות הרפואית ואת סוגי הליקויים של התובע. הדבר נעשה על פי רשימת המבחנים הרפואיים שבתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז-1956, שבהן מוגדר שיעור נכות מסוים לכל ליקוי רפואי. לאחר מכן בודק פקיד התביעות אם התובע עומד בתנאי הזכאות לקצבה: אחוז נכות רפואית כולל העומד על 60 לפחות או על 40 לפחות, האחרון במקרה שקיים ליקוי יחיד העומד על 25 לפחות<sup>8</sup>. אם התובע אינו עומד בתנאי הזכאות, תביעתו נדחית.

בשלב הבא נבחנות ההכנסות של התובע מן העבודה במועד ההצטרפות ("הכנסה קובעת"). גובה ההכנסות המאפשרות תשלום קצבה אינו קבוע ומשתנה על פי המצב הרפואי ותקופת הזכאות של שתי הקבוצות האלה: קבוצה א' – אנשים עם לקות חמורה<sup>9</sup> או אנשים עם זכאות ממושכת<sup>10</sup>. אלה זכאים לקבל קצבת נכות אם הכנסתם מן העבודה אינה עולה על 60% מן השכר הממוצע במשק. קבוצה ב' – כוללת את היתר. האחרונים זכאים לקבל קצבת נכות אם הכנסתם מן העבודה אינה עולה על 45% מן השכר הממוצע במשק.

בשלב הבא נקבעת דרגת אי-הכושר של האדם להשתכר. קביעה זו נעשית על ידי פקיד תביעות, בהתייעצות עם רופא מוסמך ועם פקיד שיקום. בהליך זה נקבע האם עקב הליקוי כושרו של התובע להשתכר מעבודה או ממשלח יד אבד או הצטמצם, בבת אחת או בהדרגה, ב-50% או יותר. בקביעת הדרגה מובאת בחשבון השפעת הליקוי הרפואי על הכושר לעבוד ולהשתכר, על היכולת לשוב לעבודה (בהיקף מלא או חלקי) ועל היכולת לעבוד בעבודה אחרת או ללמוד מקצוע חדש במסגרת שיקום. אם התובע לא איבד לפחות 50% מכושרו להשתכר – פנייתו לקבלת קצבה נדחית. אם הפנייה מתקבלת, נקבעת לו דרגת אי-כושר מלאה (100%) או חלקית (60%, 65% או 74%). הדרגה מוגדרת כקבועה או כזמנית, האחרונה מתקבלת כאשר ייתכן שינוי במצב הרפואי או בדרגת כושר ההשתכרות.

בשלב זה מסתיים תהליך התביעה, מתקבלת החלטה על הזכאות לקצבה ועל גובהה ונשלחת הודעה על ההחלטה לתובע. תשלום הקצבה נעשה עבור תקופה של עד 12 חודשים טרם מועד הגשת התביעה ולאחר תום "תקופת ההמתנה" שאורכה, כאמור, 90 יום. אם ביום ה-91 האדם עדיין מקבל דמי מחלה ממעסיקו או מקופת גמל, תחל זכותו לקצבת נכות רק בתום פרק הזמן שעבורו שולמו לו דמי המחלה.

משך הזמן הממוצע לטיפול ב-80% מן התביעות הוא 82 יום ממועד הגשת התביעה (הוא עשוי להתארך במידה שחסרים בתביעה מסמכים שיש להמתין להגשתם). משמעות הדבר היא שהתובע ממתין כחצי שנה מ"התאריך הקובע" ועד לקבלת התשובה באשר לזכאותו לקצבה: "תקופת המתנה" של 90 יום ותקופת טיפול בתביעה של כ-82 יום.

<sup>8</sup> במידה שלתובע כמה מחלות או ליקויים רפואיים, לכל ליקוי יקבע הרופא אחוזי נכות בנפרד ואחוז הנכות הכולל יקבע לפי חישוב משוקלל של אחוזי הנכות

<sup>9</sup> לקות חמורה: בעלי נכות מצטברת של לפחות 70% או לפחות 40% נכות בגין סעיף פיגור שכלי או מוגבלות נפשית.

<sup>10</sup> זכאים במשך תקופה ממושכת: זכאים לקצבה חמש שנים לפחות מתוך שבע השנים שקדמו ל-1.8.2009 (מועד תיקון מספר 109 לחוק הביטוח הלאומי – "חוק לרון").

שני קשיים מקטינים את סיכוייו של העובד לשוב לעבודה, ואלה הם:

**קושי ראשון:** על מנת להיות זכאי לקצבה על התובע להוכיח כי כושר עבודתו נפגע, ולכן המוטיבציה שלו לשוב לעבודה בד בבד עם תהליך התביעה היא נמוכה מאוד. זאת ועוד, פרק הזמן הממושך שבו ממתין התובע לתשובה מקטין את סיכוייו לשוב לעבוד לאחר קבלת התשובה, שכן מיומנויות העבודה שלו נשחקות, הוא הולך ומתרחק ממקום עבודתו הקודם ונפגעת התפיסה העצמית שלו כאדם המסוגל לעבוד.

שירותי השיקום המקצועי של המוסד לביטוח לאומי מיועדים לסייע לאוכלוסיית הזכאים, שנפלטו משוק העבודה או שהם חסרי ניסיון תעסוקתי, להיקלט בעבודה ההולמת את כישוריהם המקצועיים ואת יכולתם התפקודית, באמצעות פיתוח והפעלה של תכניות להכשרה מקצועית ולהשמה בעבודה. הזכות לשיקום מקצועי ניתנת לאדם שנקבעה לו נכות רפואית משוקללת קבועה בשיעור של 20% לפחות, והוא עדיין לא הגיע לגיל הפרישה, ובתנאי שהוא עומד בכמה קריטריונים נוספים<sup>11</sup>. בפועל רק כ-20% מזרם המצטרפים החדשים לקצבת נכות כללית מדי שנה פונים על מנת לבחון את זכאותם לשיקום, והם עושים זאת בממוצע לאחר 4.8 חודשים (כ-140 יום). בקרב תובעי הקצבה שנמצאו לא זכאים לה, שיעור הפנייה נמוך אף יותר ועומד על כ-10% מדי שנה. אנשים עם מוגבלות שלא הגישו תביעה לקצבת נכות כלל אינם פונים לשיקום תעסוקתי<sup>12</sup>. הפונים למחלקת שיקום נדרשים לעבור אבחון, בטרם יקבלו תשובה באשר לזכאותם לשיקום. תהליך זה כרוך בהמתנה נוספת של 80 יום בממוצע. השיקום התעסוקתי עצמו אורך לכל הפחות 180 יום.

**קושי שני:** העובדה שהזכות לשיקום מקצועי ניתנת לאדם רק לאחר שנקבעה לו נכות רפואית קבועה מקטינה את סיכוייו לשוב לעבוד, שכן בזמן ההמתנה לקביעת הנכות הוא אינו מקבל כל סיוע על מנת לעשות כן. גם אם נקבעה לאדם נכות קבועה והוא פונה למחלקת שיקום, עדיין מצפה לו המתנה ממושכת בטרם יוכל להתחיל בתהליך השיקום, בשל הצורך באבחון. תהליך השיקום אף הוא ממושך ואורך לכל הפחות חצי שנה. כפועל יוצא מכך, ובדומה לקושי שצוין לעיל, עקב תקופת ההמתנה מיומנויות העבודה של האדם נשחקות, הוא מתרחק ממקום עבודתו הקודם ונפגעת התפיסה העצמית שלו כאדם המסוגל לעבוד.

נראה אפוא כי עובד שכושר עבודתו נפגע נדרש לעבור תהליך מורכב וממושך על מנת לתבוע קצבת נכות ולקבל שירותי שיקום תעסוקתי, תהליך זה מרחיק אותו ממקום עבודתו ומקטין את סיכוייו לשוב לעבוד. המדיניות למניעת נשירה מן העבודה נועדה להתמודד באופן מיטבי עם סוגיה זו, באמצעות איתור עובדים שכושר עבודתם נפגע בשלב מוקדם, צמצום משך הזמן שבו הם מנותקים מן העבודה, שמירת הקשר שלהם עם המעסיק והשבתם למקום העבודה.

<sup>11</sup> הקריטריונים הנוספים הם: 1. עקב הליקוי הוא אינו מסוגל לחזור לעבודתו או לעבוד בעבודה מתאימה אחרת. 2. הוא זקוק להכשרה מקצועית כדי לחזור לעבודתו או כדי לעבוד בעבודה שמתאימה לכישוריו לאחר שנפגע או חלה. 3. הוא מתאים לשיקום מקצועי, מסוגל לשתף פעולה בתהליך של שיקום מקצועי ולהשתלב כעובד רגיל בשוק העבודה הפתוח (להבדיל מעבודה מוגנת או נתמכת). הזכות לשיקום מקצועי אינה מותנית בקבלת קצבה. במקרים של נכות זמנית מותנה השיקום בחוות דעת רופא, המעידה על נכות שיוונית (כלומר נכות קבועה) של 20% ויותר.

<sup>12</sup> האחרונים אינם עוברים הליך לקביעת נכות רפואית ולכן אינם יכולים לקבל שירותי שיקום תעסוקתי וככל הנראה אף אינם מודעים לאפשרות לקבל שירותים אלו במצבים רפואיים מסוימים. קיימות שתי אפשרויות לביצוע הליך לקביעת אחוזי נכות: האחת, בעקבות הגשת תביעה לקצבת נכות, כמפורט לעיל. השנייה, באמצעות פנייה לוועדה רפואית (בתשלום). פנייה כזו נעשית רק לצורכי פטור ממס הכנסה על ידי עובדים, אשר ממילא אינם זכאים לשיקום בשל עבודתם.

# פרק ג': הערכת גודלה הפוטנציאלי של אוכלוסיית היעד בישראל לתכניות התערבות שמטרתן מניעת נשירה מעבודה

בפרק זה ייעשה ניסיון להעריך את גודלה הפוטנציאלי של אוכלוסיית היעד בישראל לתכניות התערבות שמטרתן מניעת נשירה מעבודה בשל מחלה או נכות. לצורך כך הוערך גודלה של אוכלוסייה זו מתוך הזרם השנתי של תובעי קצבת נכות כללית, ומתוך כלל האנשים עם מוגבלות בגיל העבודה. בפרק זה אף יוצגו מאפיינים עיקריים של אוכלוסיית היעד.

## 1. הערכת גודלה של אוכלוסיית היעד מתוך הזרם השנתי של תובעי ומקבלי קצבת נכות כללית

זרם התובעים השנתי לקצבת נכות כללית נבחן במהלך חמש שנים, החל מ-2006 ועד 2010, בהתבסס על נתוני המוסד לביטוח לאומי (ראו לוח 1). זרם זה עומד על כ-50,000 איש בממוצע מדי שנה, ומתוכם נמצאו זכאים לקצבה כ-19,000 איש. האוכלוסייה המתאימה להתערבות מסוג מניעת נשירה מעבודה הוגדרה כמי שעמדה בשני תנאים אלה:

- 1. תובעים שלא היו מועסקים במועד התביעה והפסיקו לעבוד במהלך השנה שקדמה למועד זה:** אלו אנשים שככל הנראה נשרו מן העבודה בשל פגיעה בכושר העבודה ולכן הגישו תביעה לקצבת נכות סמוך להפסקת העבודה.
- 2. תובעים שבעבודתם האחרונה שמרו על רצף תעסוקתי של שנתיים לפחות:** תנאי זה נקבע במטרה להתמקד באנשים שלמעסיקיהם יש מחויבות גדולה יותר להשיבם לעבודה ולכן הם מתאימים במיוחד להתערבות כזו.

כפי שניתן לראות בלוח 1 להלן, אוכלוסיית תובעי קצבת נכות כללית שעמדה בשני התנאים מונה כ-23,000 איש בממוצע מדי שנה. לכ-9,000 מהם אושרה הזכאות לקצבת נכות – אלו היוו קרוב למחצית (47%) מזרם הנכנסים לקצבאות נכות כללית מדי שנה.

לוח 1: זרם תובעי ומקבלי קצבת נכות כללית ואוכלוסיית היעד הפוטנציאלית מתוכו (2006-2010)

שנה	זרם התביעות השנתי לקצבת נכות כללית	קבוצת היעד מתוך זרם התביעות השנתי נשרו מעבודה בשנה שקדמה לתביעה לאחר רצף תעסוקתי של שנתיים לפחות
	סך-הכול תביעות	20,040
<b>2006</b>	תביעות שאושרו (זכאים)	7,559
	סך-הכול תביעות	22,262
<b>2007</b>	תביעות שאושרו (זכאים)	8,409
	סך-הכול תביעות	22,089
<b>2008</b>	תביעות שאושרו (זכאים)	8,519
	סך-הכול תביעות	24,823
<b>2009</b>	תביעות שאושרו (זכאים)	9,638
	סך-הכול תביעות	26,115
<b>2010</b>	תביעות שאושרו (זכאים)	9,588
<b>ממוצע שנתי</b>	סך-הכול תביעות	<b>23,066</b>
	תביעות שאושרו (זכאים)	<b>8,743</b>

מקור הנתונים: המוסד לביטוח לאומי.

## 2. הערכת גודלה של אוכלוסיית היעד מתוך כלל האנשים עם מוגבלות בגיל העבודה

הנתונים שהוצגו לעיל מתייחסים רק לזרם השנתי של תובעי קצבת נכות כללית. הם אינם מתייחסים לשאר האנשים עם מוגבלות באוכלוסייה, בתוכם מי שלא פנו בתביעה לקצבת נכות. כפי הנראה, בקרב מרבית המשתתפים לקבוצה זו, דרגת המוגבלות אינה חמורה דיה על מנת שיהיו זכאים לקצבת נכות. עם זאת גם בקרב קבוצה זו מתרחשים מקרים רבים של נשירה מעבודה כתוצאה מפגיעה בכושר העבודה. הערכה של מספר המקרים הללו ניתן לקבל מנתוני סקר בעלי מוגבלויות בגיל העבודה בישראל משנת 2010<sup>13</sup>. מתוך נתונים אלה אותרה אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות העומדים בשני תנאים אלה:

1. אנשים שלא היו מועסקים במועד הסקר אך עבדו בשלב כלשהו בעברם
2. אנשים שדיווחו כי עזבו את מקום עבודתם האחרון מסיבות של בריאות או נכות

יש להניח כי אנשים שעמדו בשני התנאים הללו נשרו מעבודה בשלב כלשהו בחייהם בשל פגיעה בכושר התעסוקה<sup>14</sup>. בעוד הנתונים שהוצגו לעיל מתייחסים לזרם השנתי של תובעי קצבת נכות כללית, הרי שהנתונים הנוכחיים מתייחסים למלאי האנשים עם מוגבלות בגילאי העבודה המשתתפים לאוכלוסיית היעד הפוטנציאלית, כלומר לכל מי שנשר מעבודה כתוצאה ממחלה או נכות בשלב כלשהו בחייו.

אוכלוסייה זו מוצגת בלוח 2 להלן, כאחוז מכלל אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות שאינם עובדים, ובחלוקה לפי זכאות לקצבת נכות כללית. מן הלוח עולה כי **קבוצת היעד מונה כ-162,000 איש, המהווים 31% מבעלי המוגבלות בגיל העבודה בישראל שאינם מועסקים. מתוך קבוצה זו, כ-58,000 זכאים לקצבת נכות כללית ו-104,000 אינם זכאים לקצבת נכות כללית.** ניתן לשער כי במידה שצעדי מדיניות ברוח הצעדים המתוארים במסמך זה היו ננקטים במועד הנכון, כלומר בסמוך להתרחשות הפגיעה בכושר העבודה, הייתה עשויה להימנע נשירתם מעבודה של רבים מן העובדים.

**לוח 2: קבוצת היעד הפוטנציאלית למדיניות מניעת נשירה מעבודה<sup>15</sup> מתוך כלל האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות בגיל העבודה בישראל שאינם מועסקים, ובחלוקה על פי זכאותם לקצבת נכות כללית (נתונים משנת 2010)**

אנשים עם מוגבלות שאינם מועסקים	סך-הכול	זכאים לקצבת נכות כללית	אינם זכאים לקצבת נכות כללית
524,110	524,110	152,410	371,700
N	161,682	57,898	103,784
אחוז	31%	38%	28%

מקור הנתונים: סקר בעלי מוגבלויות בגיל העבודה בישראל (נאון ואחרים, 2012).

<sup>13</sup> את הסקר ערכו המוסד לביטוח לאומי ומאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בסוף 2009 - תחילת 2010, וממצאיו פורסמו (נאון ואחרים, 2012).

<sup>14</sup> אין ברשותנו נתונים לגבי הרצף התעסוקתי בתפקיד אחרון, ולכן לא צומצמה קבוצה זו לבעלי רצף של שנתיים לפחות, כפי שנעשה בהתייחס לזרם תובעי קצבת נכות כללית.

<sup>15</sup> נשרו מעבודה בשלב כלשהו בחייהם כתוצאה מבעיית בריאות או נכות ולא שבו לעבוד.

### 3. מאפיינים עיקריים של אוכלוסיית היעד מתוך הזרם השנתי של תובעי ומקבלי קצבת נכות כללית

לוח 3 להלן מציג כמה מאפיינים של אוכלוסיית היעד הפוטנציאלית מתוך הזרם השנתי של תובעי קצבת נכות כללית, בהתבסס על נתוני המוסד לביטוח לאומי. מן הלוח עולה כי כמחצית (51%) מאוכלוסייה זו היא צעירה יחסית (עד גיל 50) ועדיין רחוקה מגיל פרישה, כשליש ממנה (34%) – בקבוצת הגיל 50-59, ולפחות ל-70% מאוכלוסייה זו השכלה תיכונית או גבוהה יותר. עוד ניתן לראות כי מרבית העובדים שנשרו מן העבודה (89%) עבדו כשכירים. נקודה זו חשובה, שכן כל ההתערבויות הנוגעות למניעת נשירה מעבודה שפורטו במסמך זה רלוונטיות לשכירים, בעוד שרק מעטות מהן רלוונטיות לעצמאים. נתונים באשר לליקוי הרפואי הראשי של העובד קיימים רק עבור מקבלי הקצבה, ואלו מלמדים כי לשיעור גבוה (44%) מתוך אוכלוסיית היעד מחלה פנימית, וליתר – ליקויים אחרים.

לוח 3: מאפיינים עיקריים של אוכלוסיית היעד הפוטנציאלית<sup>16</sup>, מתוך תובעי קצבת נכות כללית בשנים 2006-2010, בחלוקה לפי זכאות לקצבה (באחוזים)

תובעי קצבת נכות כללית שאינם זכאים	מקבלי קצבת נכות כללית	סך-הכול	N
71,616	43,713	115,329	סך-הכול
100%	100%	100%	קבוצות גיל
27.0	29.0	27.8	39-18
24.3	21.7	23.3	49-40
34.7	34.0	34.4	59-50
14.0	15.3	14.5	+60
			מעמד בעבודה אחרונה
89.4	89.0	89.3	שכירים
10.6	11.0	10.7	עצמאים
			השכלה
	11.1		יסודית
	45.5		תיכונית
	23.3		על-תיכונית ואקדמית
	20.1		לא ידוע
			ליקוי ראשי
	44.0		פנימי
	13.9		נפשי
	11.1		לוקומוטורי
	9.2		נוירולוגי
	3.3		חושי
נתונים אלו חסרים עבור מי שאינו זכאי לקצבה	2.6		אורוגניטלי
	0.4		פיגור שכלי
	15.5		אחר

מקור הנתונים: המוסד לביטוח לאומי.

<sup>16</sup> נשרו מעבודה בשנה שקדמה לתביעה, לאחר רצף תעסוקתי של שנתיים לפחות.

ניתן אפוא לסכם ולומר כי גודלה של אוכלוסיית היעד הפוטנציאלית למדיניות המכוונת למניעת נשירה מעבודה אינו מבוטל. כ-162,000 איש מקרב אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות בישראל נשרו מעבודה בשלב כלשהו בחייהם כתוצאה מפגיעה בכושר העבודה ולא שבו לעבוד לאחר מכן; כ-58,000 איש מהם מקבלים קצבת נכות כללית וכ-104,000 איש אינם מקבלים קצבה זו. מדי שנה מגישים תביעה לקצבת נכות כללית כ-23,000 איש שנשרו מעבודה ואשר להם רצף תעסוקתי של שנתיים לפחות בתפקידם האחרון. לכ-9,000 מהם מאושרת מדי שנה זכאות לקצבת נכות כללית ואלו מהווים קרוב למחצית (47%) מן הזרם השנתי של הנכנסים למערך קצבאות הנכות הכללית.

## פרק ד': דוגמאות למדיניות המכוונת למניעת נשירה מעבודה בשל מחלה או נכות, בשלוש מדינות OECD

בעקבות עלייה דרמטית במספר הזכאים לקצבאות נכות, בוצעו בכמה מדינות מפותחות בעולם רפורמות במדיניות, חלקן במטרה למנוע נשירה של עובדים בשל פגיעה בכושר העבודה, ברוח ההתערבויות שהוצגו במסמך זה. בפרק זה יוצגו שינויי המדיניות המרכזיים שבוצעו בתחום זה בשלוש מדינות, שאודותן קיים תיעוד מפורט בספרות: שבדיה, בריטניה והולנד, וכן יוצגו ממצאים ראשוניים באשר למידת האפקטיביות של צעדי המדיניות הללו.

### שבדיה

בשני העשורים האחרונים חלה בשבדיה עלייה דרמטית במספר הזכאים לקצבאות הביטוח הלאומי, כך שבאמצע שנות התשעים, 20% מן האוכלוסייה בגיל העבודה הייתה זכאית לקצבה כלשהי. בתחילה הייתה העלייה במספר הזכאים לקצבאות תולדה של אבטלה, אולם בהמשך חל מעבר מבני לקצבאות מחלה ונכות. ב-2004, 14% מן האוכלוסייה בגיל העבודה הייתה זכאית לקצבאות מחלה או נכות, השיעור הגבוה ביותר בקרב מדינות ה-OECD (OECD, 2009a).

כחלק מן הניסיון לצמצם את הוצאות המדינה על קצבאות, בוצעה באמצע שנות האלפיים רפורמה נרחבת שכללה גם שינויים בשירותי השיקום התעסוקתי. אחת המטרות של שינויים אלה הייתה עידוד התערבות מוקדמת ככול האפשר במקרים של הידרדרות במצבם הרפואי של עובדים. הרפורמה כוונה לחזק את אחריותם ואת זכויותיהם של עובדים ושל מעסיקים, לשפר את התפקיד המתאם של הרשות לביטוח לאומי ולפתוח את השוק לספקים פרטיים. השינוי הבולט ביותר הוא בתפיסה כי העובד עצמו נושא באחריות לחזרתו למקום העבודה: עליו לספק לרשות לביטוח לאומי אישור מהמעסיק על ביצוע התאמות במקום העבודה על מנת להשיבו אליה. אם המעסיק אינו מספק את האישורים המתאימים, הרשות לביטוח לאומי תפנה אליו בעצמה (Holmgren & Dahlin-Ivanoff, 2007).

בדומה למדינות נוספות ב-OECD, גם בשבדיה משמשת הזכאות לדמי מחלה אמצעי מעבר לקצבת נכות. עד שנת 2005, 85% מן הזכאים החדשים לקצבאות נכות נכנסו למערך קצבאות הנכות לאחר תקופה ממושכת של מחלה (OECD, 2009a). דמי מחלה (בשיעור של 77.6% מן המשכורת האחרונה) משולמים על ידי המעסיק לאחר יום המתנה ובמשך 14 הימים הראשונים. כעבור 14 יום מודיע המעסיק לרשות לביטוח לאומי כי מחלת העובד נמשכת וכי התשלום בגין ימי המחלה עובר אליה. בד בבד, פותחת הרשות ב'שרשרת שיקום': הערכת מצבו הרפואי של העובד, קביעת זכאותו לדמי מחלה והפעלת תכנית שיקום בשיתוף העובד ומעסיקו. כדי למנוע שימוש לרעה במתן ימי מחלה, נקבע תהליך חדש לאישור חופשת מחלה, הכולל הנחיות ברורות לקביעת מספר ימי המחלה הנדרשים במצבים רפואיים שונים.

לרוב, התקופה המרבית לתשלום דמי מחלה היא 364 יום, אולם במקרים חריגים ניתן להאריכה עד 550 יום. במהלך 90 הימים הראשונים, שבהם משולמים דמי המחלה על ידי הרשות לביטוח לאומי, על העובד והמעסיק להוכיח כי נעשו מאמצים להשיב את העובד למקום העבודה באמצעות התאמות בסביבת העבודה ובהגדרת התפקיד, ללא שינויים בתנאי העסקה. על המעסיקים מוטלת האחריות לבצע את ההתאמות הללו. רק במקרים שבהם המעסיק מוכיח כי ביצע את המרב אך העובד עדיין לא מסוגל לבצע את עבודתו, הוא רשאי להתחיל בתהליך של פיטורים.



במקרים שבהם מחלת העובד נמשכת בין 90 ל-180 יום והוא עדיין אינו מסוגל לשוב לעבודתו, ניצבות בפניו שתי אפשרויות. האחת, מעבר לתפקיד אחר באותו מקום עבודה, כולל קבלת השינויים בתנאי ההעסקה בהתאם לתפקיד החדש; האחרת, עזיבת מקום העבודה למשך שישה חודשים במטרה לנסות ולמצוא מקום עבודה חלופי. במהלך תקופה זו מקום העבודה הקודם נשמר לו והוא ממשיך לקבל דמי מחלה מן הרשות לביטוח לאומי, למעט מקרים שבהם יפנה לקבלת דמי אבטלה. אם נקבע כי שיקום מקצועי עשוי להשיב את כושר העבודה של העובד בתוך שנה מיום הפגיעה, נערכת תכנית שיקומית על ידי הרשות לביטוח לאומי. במסגרת תכנית זו מתבצעת הערכה של הצרכים הרפואיים והתקציביים ושל העדפות העובד. המעסיק מחויב לממן את השיקום התעסוקתי, בהתאם ליכולותיו הכלכליות. במקרים שבהם הוא אינו מסוגל לעמוד בכך, המוסד לביטוח לאומי רוכש שירותי שיקום מבתי חולים או מספקים פרטיים. ההשתתפות בשיקום אינה מחייבת את העובד, אך היא מקנה לו קצבת שיקום נוספת.

תכניות השיקום התעסוקתי בשבדיה כוללות ארבעה רכיבים: רכיב רפואי, רכיב פסיכולוגי, רכיב סוציאלי ורכיב חינוכי-הכשרתי. רכיבים אלה חיוניים לשיפור אפשרויות ההעסקה בשוק העבודה הפתוח. תכניות השיקום כוללות בין היתר הכשרות מקצועיות, התאמות במקום העבודה, שיקום כישורי תעסוקה בסיסיים ופיתוח מיומנויות תעסוקה רכות, והן נועדו לסייע בהחלטה האם השבת האדם לשוק העבודה היא אפשרית מבחינה רפואית וכדאית מבחינה כלכלית (Frolich, Heshmati & Lencer, 2004).

לאחר 180 יום מתבצעת על ידי המוסד לביטוח לאומי הערכת מצב נוספת לקביעת כושר העבודה. אם האדם נמצא כשיר לעבודה הוא רשאי לשוב למקום עבודתו או לחפש עבודה אחרת, וכמו כן הוא זכאי לעזרה סוציאלית, על פי מצבו הסוציו-כלכלי. רק אם כושר עבודתו נפגע לצמיתות, יהיה זכאי לקצבת נכות (Szymendera & Moller, 2005).

פרסומים שונים מצביעים על כך שזרם הנכנסים לקצבאות נכות בשבדיה ירד בשנים האחרונות (OECD, 2010; ISF, 2012). הדבר בא לידי ביטוי בירידה בשיעור הזכאים לקצבאות הנכות מתוך האוכלוסייה בגיל העבודה מכ-11% בשנת 2006 לכ-9% בשנת 2010 (OECD, 2010).

## בריטניה

גם בבריטניה חלה עלייה ניכרת בשיעור הזכאים לקצבאות הנכות השונות, מ-3% בשנות השמונים ל-7% בשנת 1995 (Adam, Bozio & Emmerson, 2010). מגמה זו הובילה לשינויי מדיניות, ברוח המסמך הנוכחי.

בבריטניה משלם המעסיק עבור ימי מחלה (SSP – Statutory Sick Pay), לאחר ארבעה ימי מחלה רצופים, סך של 85.85 אירו לשבוע, למשך 28 שבועות. במהלך תקופה זו או בסיומה רשאי העובד לשוב למקום עבודתו ולהשתכר כפי ששולם לו טרם הפגיעה בכושר העבודה. במקרים שבהם מחלתו נמשכת תקופה ארוכה יותר, הוא רשאי להגיש בקשה לקצבת תעסוקה ותמיכה: (Employment and Support Allowance – ESA). קבלת קצבה זו כרוכה בשני שלבים: הראשון – שלב ההערכה, נערך במהלך 13 שבועות ממועד הגשת הבקשה לקצבה. הערכה זו מתבצעת על ידי הרופא המטפל ולאחר מכן על ידי רופא תעסוקתי המועסק על ידי הממשלה (במסגרת הוועדה לקביעת כושר העבודה Work Capability Assessment – WCA). האחרון קובע את החלטתו על בסיס שאלון לבחינת מידת המוגבלות והשפעתה על מהלך החיים. בשלב השני נערך תהליך קביעת המוגבלות על ידי ועדת WCA. כחלק מרפורמה

שהחלה בשנת 2008, הוחלט כי כלל מקבלי קצבאות הנכות (למעט נכויות חמורות), יעברו הערכה מחדש עד שנת 2014, על פי השלבים שתוארו לעיל. מטרת ההערכה המחודשת היא ליצור מערכת רווחה שבמסגרתה ניתנים למקבלי הקצבאות השירותים המתאימים לצורך חזרתם למעגל העבודה (OECD, 2011).

בשנת 2003 הוצגה תכנית הדגל "Pathways to Work", שמטרתה לעודד תעסוקה בקרב הזכאים לקצבאות הנכות. תכנית זו מתמקדת בתובעי קצבאות נכות חדשים ושמה דגש על התערבות מוקדמת, בשלב שבו התובעים עדיין אינם מנותקים משוק העבודה. התכנית מציבה מגבלות רבות יותר מאשר בעבר על כניסה לקצבאות ומספקת תמיכה רבה יותר (כלכלית ושאינה כלכלית) ליציאה לעבודה. תמיכה זו כוללת שלושה רכיבים מרכזיים: פיקוח על הצעדים הננקטים לצורך מציאת עבודה, מתן תמריצים כלכליים למציאת עבודה ומתן שירותי שיקום מקצועיים על מנת לסייע בהשתלבות בעבודה.

לאחר הגשת הבקשה לקצבת ESA על הפונים לעבור 'ראיון ממוקד עבודה' עם יועץ אישי, במהלך שמונת השבועות הראשונים, וחמישה ראיונות נוספים, אחת לחודש, במידה שאינם משתלבים בעבודה. המטרה היא כי תהליך קביעת המוגבלות, שתואר לעיל, יסתיים לפני מועד הראיון השני. הראיונות משמשים להכנת תכנית פעולה מוסכמת, הכוללת את השלבים הנדרשים לקידום תהליך החזרה לעבודה. אנשים עם נכות חמורה ואנשים שהוגדרו כבעלי סיכוי גבוה לחזור למעגל העבודה במהלך השנה העוקבת ללא התערבות נוספת, פטורים מן הראיונות, אם אינם מעוניינים לקיימם.

כאמור, במסגרת התכנית קיימים תמריצים כלכליים ליציאה לעבודה. אחד מהם הוא תמריץ Return to Work Credit: אדם שהגיש בקשה לקצבת נכות, ומצא במהלך 13 השבועות הראשונים לאחר הגשת הבקשה עבודה בהיקף של 16 שעות שבועיות לפחות ובשכר שאינו עולה על 15,000 אירו בשנה, זכאי לתשלום של 40 אירו לשבוע, פטורים ממס, למשך שנה (Adam, Bozio & Emmerson, 2010). תמריץ נוסף בגובה של עד 300 אירו ניתן בגין הוצאות הכרוכות בחזרה לעבודה כמו בגדים, כלי עבודה והחזר נסיעות התחלתי.

רכיב נוסף בתכנית "Pathways to Work" מוגדר כ'חבילת בחירה', הכוללת שירותי שיקום מקצועיים, במטרה להגביר את מוכנותם של הפונים להשתתפות בשוק העבודה. שירותים אלו ניתנים במסגרת שני מסלולים: המסלול הראשון – "New Deal for Disabled People" ניתן על ידי גוף הנקרא "מתווכי עבודה" (Job Brokers), הכולל ארגונים ציבוריים, פרטיים והתנדבותיים. אלה פועלים במחוזות השונים ומסייעים במציאת עבודה מתאימה, בשיפור מיומנויות רכות, בהכשרות מקצועיות ובליווי מקצועי במקום העבודה החדש, בדומה למאפייני תעסוקה נתמכת. המסלול השני – "Condition Management Program" פועל בשיתוף עם שירות הבריאות הלאומי ומטרתו לסייע לאנשים להתמודד טוב יותר עם בעיותיהם הרפואיות במסגרת מקום העבודה. רכיב זה כולל זכאות לסיוע של אנשי מקצוע כגון פסיכיאטרים ורופאים תעסוקתיים, ולסיוע בהתאמות במקום העבודה (Bewley, Dorsett & Salis, 2009).

מחקר הערכה שבחן את מידת האפקטיביות של תכנית "Pathways to work" תוך שימוש בקבוצת ביקורת, העלה את הממצאים האלה: מצד אחד, התכנית הגדילה את שיעור היציאה ממערך קצבאות הנכות, אך זאת רק בקרב אנשים שהיו ממילא יוצאים ממערך הקצבאות תוך פחות משנה. מן הצד האחר, נמצאה לתכנית השפעה מובהקת של 5.8 נקודות האחוז על הסיכוי לשוב לעבודה לאחר 18 חודשים. אותם אנשים ששבו לעבודה תודות לתכנית היו אמנם עוזבים את מערך הקצבאות תוך פחות

משנה אך לא היו שבים לשוק העבודה לולא נטלו בה חלק. נוסף על כך נעשה ניתוח עלות-תועלת המבוסס על סימולציה של השפעת המדיניות על מקבלי קצבאות נכות ועל סימולציה ברמת המיקרו של מערכת המיסים והקצבאות. החוקרים מצאו כי התכנית הניבה רווחים כלכליים עבור המשתתפים ועבור הממשלה (Adam, Bozio & Emmerson, 2010).

## הולנד

בדומה לשבדיה ולבריטניה, גם בהולנד חלה עלייה ניכרת במספר הזכאים לקצבאות נכות, וזו הובילה לביצוע רפורמה נרחבת במערכת הסוציאלית (Bovenberg, 2000). כחלק מן הרפורמה פותחה מדיניות המכוונת להשבה מהירה ככל האפשר של עובדים שנפגעו או שחלה החמרה במצבם הבריאותי, לשוק העבודה. מדיניות זו מבוססת על התערבות מוקדמת בעקבות העדרות ממקום העבודה ועל הגדרה ברורה של אחריות השחקנים השונים להצלחת התהליך: העובדים עצמם, המעסיקים והגוף המקצועי המעניק שירותי בריאות תעסוקתיים.

החל משנת 2004 מעסיקים מחויבים לשלם לעובדיהם לפחות 70% משכרם הרגיל, החל מהיום הראשון להעדרותם ובמהלך השנתיים הראשונות למחלתם. במהלך שנתיים אלה על המעסיק והעובד לנקוט כל צעד סביר אשר ביכולתם על מנת לשפר את סיכוייו של העובד לשוב לעבודה, אם לתפקידו הקודם, אם לתפקיד אחר באותו מקום עבודה או אם לעבודה אצל מעסיק אחר. במידה שהמעסיק לא עמד במחויבות זו הוא ידרש להמשיך ולשלם את משכורתו של העובד למשך שנה נוספת. נוסף על כך, תשלומי המעסיק עבור ביטוח הנכות של עובדיו נקבעים על פי "היסטוריית הנכות" של הארגון (Experience-Rated Premiums) ולפיה ככל שגדל מספר העובדים שעברו מעבודה בארגון למערך קצבאות הנכות, כך תשלומי המעסיק לביטוח גבוהים יותר (OECD, 2007b).

חוק "שומר הסף" (Gatekeeper Law) משנת 2002 מסדיר את מחויבות המעסיק לשילוב מחדש של העובד שכושר תעסוקתו נפגע בעבודה (OECD, 2007b): בשבוע הראשון למחלת העובד על המעסיק לדווח על כך לשירות הבריאות התעסוקתי או לרופא החברה. בשבוע השישי למחלה, במידה שהיא מתמשכת, נפגש רופא תעסוקתי משירות הבריאות התעסוקתי עם העובד, מגבש הערכה בנוגע למצבו הרפואי וקובע המלצה באשר למועד חזרתו לעבודה. מעתה ואילך מחוייב המעסיק לנהל "תיק השתלבות מחדש", הכולל את כל המידע הנדרש בנוגע לעובד ולמחלתו. בשבוע השמיני להעדרות, אם הרופא קבע כי קיימת אפשרות לשוב לעבודה, מכינים העובד והמעסיק "דוח השתלבות מחדש" – תכנית שיקום מקצועי כתובה, המפרטת את הצעדים הנדרשים לשם החזרה לעבודה ואת התאריך שבו תתבצע הערכה תקופתית מחייבת. כמו כן ממנים המעסיק והעובד "מנהל תיק" שיפקח על התהליך. בשבוע ה-12, אם העובד עדיין חולה, על המעסיק לדווח על כך למוסד האחראי על קצבאות לעובדים (UWV – The Institute for Employee Benefit Schemes). במידה שהמעסיק מאחר בדיווח זה, תתארך התקופה שעבורה ישלם שכר לעובד החולה, כמשך האיחור. בתום שנה של חולי (שבועות 46 עד 52), המעסיק והעובד מכינים דוח הערכה על שנת המחלה הראשונה, ובו תכנית לשנת המחלה השניה. בשבוע ה-87 מקבל העובד מן הארגון האחראי על קצבאות לעובדים טופס בקשה לקצבת (WIA Work and Income Employment Capacity Act). עד השבוע ה-91 יגיש המעסיק בקשה לקצבה, אליה מצורף דוח ההשתלבות מחדש וחוות הדעת של ארגון הבריאות התעסוקתי או של רופא החברה. עד השבוע ה-104 יקבע הארגון האם המעסיק והעובד עשו מאמצים ראויים לשילובו מחדש של העובד. אם ההחלטה חיובית, מתקבלת בשלב זה קצבת ה-WIA. אם המסקנה היא כי מאמצי השילוב מחדש לא

היו מספקים, יש באפשרות הארגון להפעיל סנקציות, כמו הפחתה בקצבת ה-WIA או חיוב המעסיק להמשיך בתשלום השכר לתקופה נוספת.

בשנת 2006 החליף חוק עבודה והכנסה (WIA) את חוק ביטוח הנכות הישן (Invalidity Insurance Act – WAO). החוק כולל שתי תקנות: הראשונה מסדירה מתן הבטחת הכנסה לאנשים עם מוגבלות מוחלטת וקבועה (IVA), השנייה מתייחסת לתעסוקה מחדש של אנשים עם מוגבלות זמנית ו/או חלקית (WGA). תקנות אלה מבחינות בין ארבע קבוצות של עובדים, על פי אופי אובדן כושר השתכרותם לאחר שנתיים של העדרות מעבודה (OECD, 2007b):

**1. עובדים שכושר השתכרותם אבד באופן מלא<sup>17</sup> וקבוע:** המשתייכים לקבוצה זו אינם יכולים להשתכר למחייתם ולכן המדינה מבטיחה את הכנסתם באמצעות קצבת נכות ייעודית (IVA – Insurance Wholly and Permanently Incapacitated Employees), בשיעור של 75% מן השכר היומי האחרון.

**2. עובדים שכושר השתכרותם אבד באופן מלא אך מצבם עשוי להשתנות:** המשתייכים לקבוצה זו זכאים ל"קצבה הקשורה לשכר" (WGA – Wage Related Benefit), בשיעור של 70% מן השכר היומי האחרון. אם לאחר תקופה מוגדרת לא חל שיפור בכושר ההשתכרות של אדם המשתייך לקבוצה זו, הוא יהיה זכאי לקצבת IVA.

**3. עובדים שכושר השתכרותם אבד באופן משמעותי (יותר מ-35%):** המשתייכים לקבוצה זו עשויים להיות זכאים ל"קצבה הקשורה לשכר" (WGA). קצבה זו נועדה לפצות על אובדן הכנסה וכתמריץ כלכלי לשוב לעבודה ולמקסם את יכולת ההשתכרות. סכום קצבה זו הוא 70% מן השכר היומי האחרון אם האדם אינו עובד, ו-70% מן ההפרש בין השכר היומי האחרון לבין ההכנסה שלו בפועל, אם הוא עובד. קצבה זו משולמת לתקופה שבין 3 עד 38 חודשים, על פי ההיסטוריה התעסוקתית של האדם עם המוגבלות. כאשר קצבה זו מסתיימת, יכול אדם עובד להגיש בקשה ל"קצבת תוספת שכר" (Wage Supplement), הניתנת בתנאי שהכנסתו מעבודה היא בסכום של לפחות 50% מיכולת השתכרותו (OECD, 2007b). סכום קצבה זו אף הוא 70% מן ההפרש בין השכר היומי האחרון לבין הכנסתו בפועל. אדם שאינו עובד או עובד אך אינו עומד בתנאי האחרון, יכול להגיש בקשה ל"קצבת המשך" (WGA – Follow-on Benefit) שגובהה 70% משכר המינימום, מוכפל באחוזי אובדן כושר העבודה. האדם עם המוגבלות יכול לתבוע את אחת משתי הקצבאות המתוארות לעיל עד הגיעו לגיל 65. מדי חודש תבוצע הערכה שתקבע לאיזו מהן הוא זכאי.

**4. עובדים שכושר השתכרותם אבד באופן מוגבל (פחות מ-35%):** האחריות למיצוי יכולת העבודה של קבוצה זו מוטלת על המעסיקים. רק במקרים שבהם המעסיק אינו יכול לבצע את ההתאמות הנדרשות, להשיב את העובד למקום העבודה או לסייע לו בהשתלבות במקום עבודה אחר, הוא רשאי לבקש מן המרכז לעבודה והכנסה (CWI) אישור מיוחד על מנת לפטרו. במקרה זה העובד יכול להגיש בקשה לקצבת אבטלה. עובד שאיבד פחות מ-35% מהכנסתו אינו זכאי לקצבת נכות.

נתונים משנת 2010 (Van Sonsbeek & Gradus, 2011) מלמדים כי כלל הצעדים שנקטו במסגרת שינויי המדיניות והתמקדו בצמצום הכניסה למערך קצבאות הנכות בהולנד הפחיתו את זרם הנכנסים

<sup>17</sup> אדם מוגדר כמי שכושר השתכרותו אבד באופן מלא אם הוא אינו מסוגל להשתכר יותר מ-20% משכרו הקודם. הקביעה האם העובד איבד באופן מלא את כושר השתכרותו נעשית באחת משתי דרכים, כתלות במצב: על בסיס רפואי בלבד או כשילוב של גורמים רפואיים ותעסוקתיים.

לקצבאות ב-63 נקודות האחוז מאז שנת 1999. בחינת השפעתם של רכיבי מדיניות ספציפיים מעלה את הממצאים האלה: תשלומי פרמיות ביטוח נכות של מעסיקים בהתאם ל"היסטוריית הנכות" במקום העבודה (experience-rated premiums), שנכנסו לתוקף בשנת 1998, הקטינו את זרם הנכנסים לקצבאות ב-13 נקודות האחוז, השינויים שהטילו אחריות גדולה יותר להשבת עובדים שכושר תעסוקתם נפגע על העובד עצמו ועל המעסיק הסבירו ירידה של 25 נקודות האחוז, החמרת תנאי הזכאות לקצבה הסבירה ירידה של 4 נקודות האחוז וחוק עבודה והכנסה (WIA), שיצר הפרדה בין אנשים עם נכות מלאה וקבועה לבין אנשים עם נכות חלקית או זמנית, הסביר ירידה של 21 נקודות האחוז (Van Sonsbeek & Gradus, 2011).

## סיכום

מסמך זה נכתב במטרה להפנות את תשומת לבם של מקבלי החלטות בישראל למדיניות המכוונת למניעת נשירה מעבודה בעקבות מחלה או נכות. מדיניות זו נועדה להביא לזיהוי מוקדם של עובדים שכושר תעסוקתם נפגע, לשימור הקשר בינם לבין מקום עבודתם ולהשבתם לעבודה מוקדם ככל האפשר. מדיניות זו תופסת תאוצה במדינות מפותחות בעולם, וממצאים ראשוניים של מחקרים שבחנו אותה מצביעים על הפוטנציאל הגלום בה להשבה לעבודה של עובדים שכושר תעסוקתם נפגע ולצמצום זרם הנכנסים למערך קצבאות הנכות.

במסמך זה תואר התהליך שעובר עובד שכושר תעסוקתו נפגע, עד לקבלת תשובה באשר לזכאותו לקצבת נכות ולשיקום תעסוקתי, וזוהו השלבים בתהליך זה המקשים על השיבה לעבודה. הצעדים הננקטים במסגרת המדיניות, אשר פורטו במסמך זה, עשויים להקל עליו במשימה זו. במסגרת המסמך נעשה ניסיון להעריך את גודלה הפוטנציאלי של אוכלוסיית היעד בישראל להתערבויות מסוג זה. הנתונים מלמדים כי מדיניות זו עשויה להיות רלוונטית לכמחצית מן הזרם השנתי של הנכנסים למערך קצבאות נכות כללית בישראל (כ-8700 איש מדי שנה) וכן לאלפי אנשים עם מוגבלות נוספים מדי שנה, שאינם זכאים לקצבת נכות כללית. נראה אפוא כי למדיניות זו פוטנציאל רב להעלאת שיעור התעסוקה בקרב אנשים עם מוגבלות בישראל וכן לצמצום הצורך בקצבת נכות כללית.

## רשימת מקורות

אלפסי, מ'. 2009. **אפליית אנשים עם מוגבלות במקום העבודה ועמדות מעסיקים כלפי העסקת אנשים עם מוגבלות**, מנהל מחקר וכלכלה, משרד התמי"ת.

בידרמן, א'; לוי, ע'; שורצמן, פ'. אוקטובר 2010. **הגורמים הקשורים לאישורי מחלה: מחקר מקרה בקרה של רשת המחקר ברפואת משפחה (רמב"ס)**, הרפואה, עיתון ההסתדרות הרפואית בישראל, כרך 149, חוברת 10.

יבלברג, י'. 2011. **עמדות, חסמים ותמריצים של מעסיקים ביחס להעסקת אנשים עם מוגבלות**, מינהל מחקר וכלכלה, משרד התמי"ת.

נאון, ד'. 2009. **מבוגרים בעלי מוגבלות בישראל**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

נאון, ד'; שטרוסברג נ'; בן-שהם א'; הרן ד'; פריאור ר'; גאליה ד'. 2012. **בעלי מוגבלות בגיל העבודה בישראל: שכיחות באוכלוסייה, מאפיינים ומצב תעסוקה**, המוסד לביטוח לאומי מינהל המחקר והתכנון ומאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

ענבר, ל' ווסרשטיין ש'. 2007. **תהליך קביעת כושר השתכרות של נכים: השוואה בינלאומית והפקת לקחים**, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.

פינטו א'. 2012. **מקבלי קצבת נכות בשנת 2011 – מאפיינים דמוגרפיים, רפואיים ותעסוקתיים**, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.

פינטו א'. 2012. **פעילות אגף השיקום 2011**, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.

פינטו א'. 2013. **ההסתברות להצטרף אל מערכת קצבת הנכות ולצאת ממנה**, המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.

שטרוך, נ'; שרשבסקי י'; בידני-אורבך א'; לכמן מ'; זהבי ט'; שגיב נ'. 2007. **סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי**, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ושירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות.

Adam, S.; Bozio, A.; Emmerson, C. 2010. *Reforming Disability Insurance in the UK: Evaluation of the Pathways to Work Program*. Institute for Fiscal Studies, London, UK.

Bewley, H.; Dorsett, R.; Salis, S. 2009. *The Impact of Pathways to Work on Work and Self-reported Health in the April 2006 Expansion Areas*. Research Report No. 601, Department for Work and Pension.

Bovenberg, L.A. 2000. "Reforming Social Insurance in the Netherlands". *International Tax and Public Finance* 7: 345-368.

Frolich, M.; Heshmati, A.; Lencer, M. 2004. "A Microeconomic Evaluation of Rehabilitation of Long-Term Sickness in Sweden". *Journal of Applied Econometrics* 19: 375-396.

Holmgren, K.; Dahlin-Ivanoff, S. 2007. "Supervisors' Views on Employer Responsibility in the Return to Work Process. A Focus Group Study". *Journal of Occupational Rehabilitation* 17(1): 93-106.

International Social Security Association. 2002. *Who Returns to Work and Why? Evidence and Policy Implications from a New Disability and Work Reintegration Study*.  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_emp/@ifp\\_skills/documents/publication/wcms\\_108151.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@ifp_skills/documents/publication/wcms_108151.pdf) (Accessed: June 2013)

ISF – Swedish Social Insurance Inspectorate. 2012. *Stability in Sickness and Disability Insurance*. ISF Report 2012:15.

Lee, D.N. 2005. "Musculoskeletal Disorders, Case Management and Rehabilitation: A Review". *Journal of Occupational Psychology, Employment and Disability* 7(1): 59-72

Mont D. 2004. *Disability Employment Policy* (Social protection Discussion Paper Series). The World Bank.

OECD. 2007a. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – Australia, Luxemburg, Spain and the United Kingdom*.

OECD. 2007b. *Sickness and Disability Schemes in the Netherlands*.

OECD. 2009a. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – the Case of Sweden*.

OECD. 2009b. *Sickness, Disability and Work: Keeping on Track in the Economic Downturn*.

OECD. 2010. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings Across OECD Countries*.

OECD. 2011. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: Sweden – Will the Recent Reforms Make It?*

Szymendera, S.; Moller, H. 2005. "Public Disability in Sweden" In: *Learning From Others: Temporary and Partial Disability Program in Nine Countries*. Honeycutt, T.; Mitra, S. (eds.), pp. 233-253. New Brunswick, NJ: Program for Disability Research.

Van Sonsbeek, J.; Gradus, R. 2011. *Estimating the Effects of Recent Disability Reforms in the Netherlands*. Tinbergen Institute Discussion Paper

World Health Organization (WHO) and the World Bank. 2011. *World Report on Disability*.

West, R.; Warth, S.S. 2002. *Evaluation of the Spinal Cord Injury Project*. West Wood Spice, Sydney.