

עובדים זרים בישראל בעידן הגלובליזציה – היבטים בריאותיים ורפואיים

פרידה שור¹ ויוסי וייס²

מעבר מהגרים ממדינות מתפתחות למדינות מפותחות הוא אחד מסימני ההיכר של עידן הגלובליזציה. ישראל נחשבת לאחת המדינות המובילות בשיעור העובדים הזרים הנמצאים בה. אף שמדיניות הכאתם הניחה ששהותם בארץ תהיה ארעית, השתקעו רבים מהם בעיקר במרכזי הערים הגדולות, וחלקם אף הקימו משפחות. מאמר זה בוחן אם ובאיזו מידה מערכת הבריאות הציבורית נותנת מענה לצרכים הרפואיים הרגילים והייחודיים של אוכלוסייה זו. מתוך הסקירה עולה שיש בעיות רבות הנובעות מהסדרי הביטוח הרפואי הנגישים לעובדים הזרים בישראל (בדומה לשאר מדינות העולם), ומוצע לתקן את המצב על ידי החלת ביטוח בריאות ממלכתי על כלל אוכלוסייה זו, הן לרווחתה והן לטובת כלל אזרחי המדינה, כראוי למדינה הדוגלת בזכויות אדם, ערכי היהדות וההומניזם.

מבוא

המאמר יעסוק בסוגיית הסדרי הביטוח הרפואי המוצעים לאוכלוסיית העובדים הזרים בישראל. תחילה נסקור את תופעת הגלובליזציה, ממדיה והשפעתה על מעבר מהגרי עבודה לישראל. לאחר מכן תיסקר התחלואה המאפיינת את אוכלוסיית המהגרים, ובהמשך יפורטו שירותי הרפואה שמדינת ישראל מציעה לעובדים זרים בעלי אשורות עבודה ונטולי אשורות אלה. לבסוף יובאו המסקנות וההמלצות על הפעולות שעל המדינה

1 הספרייה האקדמית, המרכז האוניברסיטאי אריאל בשומרון.

2 מחלקת מנהל מערכות בריאות, המרכז האוניברסיטאי אריאל בשומרון.

לנקוט כדי להבטיח את זכויותיהם הרפואיות ואת מצבם הבריאותי של כל מהגרי העבודה בישראל.

רקע

עידן הגלובליזציה מתאפיין בגידול חסר תקדים בממדי ההגירה. לפי הערכת ארגון ההגירה הבינלאומי (IOM – The International Organization For Migration) כ-3% מאוכלוסיית העולם (כ-175 מיליון בני אדם) מתגוררים מחוץ למדינה שנולדו בה. הערכה אחרת גורסת שמדובר ב-214 מיליון מהגרים (WHO, 2010). הגלובליזציה מאפשרת מעבר גמיש בין מדינות של סחורות, הון וכוח עבודה זול, אך בה בעת מעוררת בעיות, בעיקר בכל הנוגע לכוח העבודה, כי אין מדובר בטובין אלא באנשים (קמפ ורייכמן, 2008). מצב זה חייב את קובעי המדיניות לדון בחובתם כלפי אלה הנמצאים בגבולות מדינתם, אך אינם נחשבים לאזרחיה (Ghosh, 2003a, 2003b; Tiburcio, 2001).

ארגון העבודה הבינלאומי (The International Labor Organization) מציין שבשנת 2000 היו העובדים הזרים כ-130 מיליון איש מכלל המהגרים, לעומת 75 מיליון בשנת 1965 (ILO, 2000). תנועת ההגירה היא ברובה ממדינות מתפתחות למדינות מפותחות. מדינות המתקשות לגייס מקרב אזרחיהן עובדים לעבודות קשות ובשכר נמוך (בענפים כמו תעשייה, חקלאות, בניין, סיעוד) מעסיקות, בדרך כלל, עובדים זרים באמצעות אגודות עבודה לפרקי זמן קצובים. עובדים אלה באים בעיקר ממדינות שאין התנאים הכלכליים בהן מספקים פרנסה ראויה, כך שרבים רואים בהגירת עבודה הזדמנות לשפר את הכנסותיהם. באירופה, למשל, אחת מכל 20 אחיות היגרה מאפריקה (WHO Global Health Workforce Alliance, 2003). אוכלוסיית מהגרי העבודה במדינות המפותחות מורכבת מעובדים זרים בעלי אגודות עבודה תקפות ומעובדים מחוסרי אגודות עבודה, עובדה שהופכת אותם לבלתי חוקיים ומעמידה אותם בסכנת מעצר או גירוש לארצות מוצאם (בהתאם למדיניות הנוהגת במדינה שהם נמצאים בה).

מהגרי עבודה בישראל

מדינת ישראל החלה להנפיק היתרי עבודה לעובדים זרים בראשית שנות ה-90 של המאה ה-20 כדי לספק ידיים עובדות לענפים הכלכליים (בנייה, חקלאות ותעשייה) שנפגעו עקב הסגר הביטחוני וההגבלות שהוטלו על כניסתם של עובדים פלסטינים משטחי יהודה, שומרון ועזה. יש לציין שבתקופה זו התרחשו גלי עלייה המוניים ממדינות ברית המועצות לשעבר והדרישה לדירות הלכה וגברה, כך שתנופת הבנייה היתה בעיצומה. זאת ועוד, לנוכח הביקוש ההולך וגובר למטפלים באוכלוסיית הקשישים החל, באמצעות חברות כוח אדם פרטיות, גיוס מהגרי עבודה לענף הסיעוד. מדיניות הבאתם של עובדים זרים לישראל התבססה על ההנחה שתופעת מהגרי העבודה היא זמנית וחולפת. אבל עובדים אלה השתקעו בישראל, וחלקם הקימו משפחות או הביאו את משפחותיהם. משנת 1993 ואילך החלה מדינת ישראל להתמודד עם מציאות חדשה: במקום עובדים פלסטינים שמרביתם שבו לבתיהם בתום עבודתם נוצרו ריכוזי עובדים זרים בשכונות השוליים (בעיקר בתל אביב-יפו באזור התחנה המרכזית). אל העובדים הזרים בעלי האשרות הצטרפו עובדים נטולי מעמד חוקי, ובהם כאלה שהגיעו לישראל כתיירים או הסתננו אליה מעבר לגבול בדרכים שונות, ואחרים שנשארו בישראל מעבר לתקופת רישיון העבודה שקיבלו או שעזבו את מעסיקיהם החוקיים מסיבות שונות (כמו העסקה בתנאי עבודה קשים או בשכר זעום, הלנת שכר, תנאי מגורים גרועים, חילוקי דעות, מות המעסיק ועוד) (קמפ ורייכמן, 2008).

לפי נתוני הלמ"ס, בסוף שנת 2008 היו בישראל כ-115 אלף עובדים זרים שנכנסו לארץ עם אשרת עבודה וכ-107 אלף עובדים שנכנסו עם אשרת תייר (הלמ"ס, הודעה לעיתונות מ-30 ביולי 2009).

מדובר באלפי בני אדם מעשרות ארצות שאינם אזרחי המדינה, ונשאלת השאלה לאילו זכויות בתחום הטיפול הרפואי אוכלוסייה זו זכאית. בכנס של האיחוד האירופי שנערך בליסבון בספטמבר 2007 אמרה ד"ר מרגרט צאן, מנכ"ל ארגון הבריאות העולמי, שיש מתאם בין ההתייחסות לצורכי הבריאות של מהגרים לבין הדאגה הגוברת בנוגע לאי השוויון ההולך ומעמיק במערכות בריאות בטיפול הרפואי הניתן לאזרחי מדינות המשתייכים לשכבות חברתיות-כלכליות שונות. היא הדגישה שיש לתת את הדעת על פערים בשירותי הבריאות, בין שהם בין מדינות ובין שבתוך מדינות (Chan, 2007).

מדינת ישראל שחרטה על דגלה את ערכי היהדות וההומניזם איננה יכולה להתעלם ולהתנער מהגר, כמצווה בספר ויקרא: "וכי יגור איתך גר בארצכם, לא תונו אותו. כאזרח מכם יהיה לכם הגר הגר אתכם, ואהבת לו כמוך, כי גרים הייתם בארץ מצרים" (יט, לג-לד). כמדינת רווחה מודרנית על ישראל לממש את הציווי ולתת זכויות סוציאליות לכלל

תושביה, ובכללם מהגרי עבודה, ובכך להיות אור לגויים במיוחד בעידן הגלובליזציה. המאמר הנוכחי, העוסק באוכלוסיית העובדים הזרים בישראל מההיבט הרפואי והבריאותי, בוחן אם ובאיזו מידה אכן מקפידה מדינת ישראל להעניק לאוכלוסייה זו זכויות בקבלת שירותי בריאות וטיפולים רפואיים.

תחלואת מהגרי עבודה

מחקרים מצביעים באופן עקיב על בריאות נפשית ורווחה חברתית נמוכות בקרב קבוצות מהגרים (de Bousingen, 2002; McKay, Macintyre & Ellaway, 2003; UNESCO, 2003; WHO, 2003). מלבד זאת, הפצת מחלות מדבקות (כגון שחפת) במדינות מפותחות מושפעת בעיקר מהגירת אוכלוסיות ממדינות אנדמיות, כלומר מאזורים שבהם המחלה נפוצה (יוסיפוביץ ודן, 2007).

מעבר להיזקקות לטיפול רפואי שגרתו או, לחילופין, לטיפול רפואי במצבי חירום, מהגר עבודה נתקל בקשיים פסיים ופסיכולוגיים הנובעים מעצם היותו מהגר בארץ זרה והעשויים להשליך על מצב בריאותו. לחץ נפשי האופייני לעובדים זרים רבים נובע מדרך הגעתם לארץ. רבים שילמו למתווכים בארצותיהם הון תועפות כדי לעבוד בישראל (פריד, 2003), וגייסו את הממון הרב ממשפחותיהם ומחבריהם, ואף שקעו בשל כך בחובות כבדים (בר-צורי, 2005). על לחץ זה מתווספת העובדה שמהגר העבודה מוצא עצמו הרחק מבני משפחתו ומקרוביו וחסר ודאות בנוגע לעתידו. הבדידות, הגעגועים, הדאגה ואי הוודאות עלולים להביאו להתנהגויות התמכרותיות מסוכנות, כגון צריכת אלכוהול או עישון מוגבר. מהגר העבודה עלול גם לגור בתנאי תברואה גרועים או לעבוד מעל ומעבר לשעות העבודה המקובלות. לכל אלה עלולות להיות השלכות על מצבו הבריאותי.

תחומי עיסוקם של העובדים הזרים עשויים לחשוף אותם למחלות אופייניות, למשל בעיות גב הנפוצות בקרב אלה הסועדים קשישים ונכים וצריכים להרימם לעתים תכופות. הנתונים גם מצביעים על כך ששיעורי הפגיעות בתאונות העבודה וחומרתן בקרב העובדים הזרים גבוהים יותר מאשר בקרב העובדים המקומיים (Carballo, Cottler, & Smith, 2008). גורמים אפשריים לכך הם העסקה בענפים בעלי סיכון גבוה במיוחד לתאונות עבודה (כמו בניין, חקלאות ותעשייה) והעדר הסברה והדרכה נאותות ובשפתם של העובדים בכל הנוגע לאמצעי הבטיחות שיש לנקוט (אזולאי-זלטקין, 2005). עם זאת יש לציין, שחלק מהפרסומים של המוסד לבטיחות ולגיהות בישראל יוצאים לאור גם בשפתם של העובדים הזרים: סינית, תאילנדית, רומנית ותורכית.

תזונה שאיננה כוללת את כל מרכיבי המזון החיוניים, בשל הרגלי אכילה ובישול ייחודיים וחוסר מודעות (גם מצד המעסיקים), עלולה אף היא לסכן את מצבם הבריאותי של העובדים הזרים ואפילו לגרום למותם. למשל: עקב פטירתו של פועל סיני מתסמונת בריברי נערכו בדיקות בקרב עשרות פועלים סיניים באתר בנייה בדרומה של הארץ והתגלה שהם סובלים מחסר בתיאמין (ויטמין B1), הגורם לתסמונת זו. בעוד שחסר בתיאמין נדיר בעולם המערבי שבו התזונה מגוונת מאוד, במזרח אסיה הוא עדיין נפוץ בקרב אוכלוסיות עניות שעיקר תזונתן הוא מאכלי אורז קלוף, כאשר דווקא קליפת האורז עשירה בוויטמין זה (קלינר-באומגרטן ואחרים, 2003). דוגמה אחרת לתזונה לקויה או להרגלי תזונה העלולים לגרום לתחלואה היא אכילת בשר נא. בשנת 2002 התפרצה מחלת השערת (טריכינוזיס) בקרב 30 עובדים זרים מתאילנד במושב שדה יצחק. מחלה זו נדירה בישראל, משום שרוב אזרחיה אינם אוכלים בשר לא מבושל שניצוד בטבע (חפר, 2004).

על כל אלה יש להוסיף שעובדים זרים אינם נוטים לפנות לשירותי רפואה כדי לקבל טיפול, אם בשל חוסר ידע, קשיי שפה או העדר פנאי ואם משום שבארצות שמהן באו המודעות לשירותי סיוע רפואי נמוכה וכך גם היכולת לשלם עבורם. רבים מעדיפים אפוא להבליג על כאבם או להעמיד פנים שאין הם זקוקים לטיפול רפואי (Carballo et al., 2008). אם בכל זאת הם פונים לטיפול, אז לקשיי התקשורת בינם לבין הצוות הרפואי עלולות להיות תוצאות הרות אסון. הרופאים נתקלים במטופלים הדוברים שפות זרות ואין בנמצא אדם היכול לסייע בתרגום דבריהם. כשלא ניתן לתרגם לעובד הזר את המידע הרפואי הנחוץ לו, אין הוא מבין מהי מחלתו, כיצד עליו לטפל בה וכיצד עליו לנהוג. העדר ההבנה ועקב כך אי מילוי הוראותיו של הרופא עלולים להביא לדרדר במצבו הבריאותי. שילובם של מתורגמנים מקצועיים במערכת הבריאות נתקל בבעיות מינהליות וכלכליות ואף בהסתייגותם של הרופאים עצמם, המעדיפים להיעזר באיש צוות רפואי אחר או בבן משפחתו של המטופל (רובנובסקי, 2006).

לפי העיקרון המנחה את ארגון הבריאות העולמי משנת 1948, הזכות לבריאות היא זכותו היסודית של כל אדם ללא כל אפליה שהיא. בריאות מוגדרת כמצב פיסי, נפשי וחברתי טוב ולא כהעדר מחלה (Nygren-Krug, 2003). חרף זאת, לתושבים ארעיים בדרך כלל אין נגישות לביטוחי בריאות (Kawachi & Wamala, 2007). מחקר בארצות הברית הראה של-75% מהעובדים ההיספנים לא היתה נגישות לשירותי בריאות ולביטוחים רפואיים, וכאשר 25% מהם היו בסיכון גבוה ללקות במחלות לב, רק 7% היו מכוסים בתוכניות שהממשל תקצב (Hanson, 2002).

בשנת 1990 אושרה אמנה בינלאומית בדבר הגנה על זכויותיהם של כל העובדים הזרים (החוקיים והבלתי חוקיים) ובני משפחותיהם. אף שאמנה זו כוללת את הזכות לקבל טיפול רפואי במצבי חירום, אין היא מבטיחה לעובדים זרים בלתי חוקיים שירותי רפואה מונעת, כמו אבחנה מוקדמת ומעקב רפואי (Nygren-Krug, 2003). אם כן, כשמדברים על

זכויות בתחום הטיפול הרפואי, יש להפריד בין עובדים זרים בעלי אשרת עבודה לבין עובדים זרים בלתי חוקיים.

יש לציין, שאחד התנאים להענקת היתר עבודה לעובד זר הוא עריכת בדיקה רפואית במדינתו. רק עובדים שמצב בריאותם נמצא סביר יכולים לקבל אשרת עבודה. תנאי זה מעוגן בסעיף בריאות בחוק העובדים הזרים (העסקה שלא כדין), שנחקק בישראל בינואר 2000 במסגרת חוק ההסדרים. סעיף זה מחייב את העובדים הזרים מארצות מתפתחות לעבור בדיקות רפואיות לאיתור מחלות זיהומיות במכונים ובמעבדות בארצות מוצאם, המוכרים בידי משרד הבריאות בישראל (לבנטל, ברלוביץ ושם טוב, 2003).

שירותי רפואה לעובדים זרים בעלי אשרות עבודה

ישראל חתומה על אמנת ארגון העבודה הבינלאומי, ולפיה היא מחויבת להעניק למהגרי העבודה המצויים בתחומה טיפול רפואי שאינו נופל מזה שהיא נותנת לאזרחיה במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. אף שלפי האמנה יש שוויון בין עובדים זרים בעלי אשרה לבין אזרחי המדינה בנושא ביטוח רפואי, מתירה האמנה להתקין הסדרים מיוחדים לעובדים אלה. משתמע מכך, שחובה על המדינה לגבות מהעובדים הזרים דמי ביטוח לאומי ומס בריאות בתמורה לקבלת שירותים חברתיים השווים לכלל אזרחיה. אך מדינת ישראל בחרה לקבוע הסדרים מיוחדים לעובדים הזרים, כפי שאכן מאפשרת האמנה, ובעשותה זאת פגעה בעקרון השוויון בינם לבין כלל אזרחי המדינה. במלים אחרות, שר הבריאות לא החיל על העובדים הזרים בעלי האשרה את חוק ביטוח בריאות ממלכתי שמשמעותו תשלום מס בריאות לביטוח הלאומי וקבלת שירותים רפואיים דרך קופות החולים (אדוט, 2002). כתחליף הוציא השר צו עובדים זרים (אישור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים) (סל שירותי בריאות לעובד) התשס"א-2001, המחייב כל מעסיק לרכוש עבור העובד הזר פוליסת ביטוח רפואי באמצעות חברות ביטוח פרטיות. פוליסה זו חופפת כמעט במלואה את סל השירותים שמקבל כל אזרח על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אך לא נכללים בה טיפולי הפריה ופוריות וטיפולים במחלות כרוניות שאינן תוצאה ישירה של עבודתו בישראל. תקנות עובדים זרים התשס"ב-2001 קובעות, שהמעביד חייב לצרף לחוזה העבודה העתק מפוליסת הביטוח הרפואי שהסדיר לו, מתורגם לשפתו. אף שאת הצו הוציא שר הבריאות, על היבטיו הביטוחיים של יישום החוק מופקד המפקח על הביטוח במשרד האוצר (לבנטל, ברלוביץ ושם טוב, 2003). הוצאת צו העובדים הזרים, התשס"א-2001, באה לתקן את המצב הקודם שבו אמנם חויבו המעסיקים לבטח את העובדים הזרים בביטוח רפואי, אבל המחוקק לא הגדיר באופן

מפורש אילו שירותי בריאות ייכללו בו, והביטוח הרפואי לא כיסה רבים מהמקרים (קליין, 2000).

בסוף שנת 2006 יצאה הוראה מהמפקח על הביטוח בעניין השמירה על הסודיות הרפואית של העובדים הזרים. לפי הוראה זו כל מידע רפואי המתייחס למצב בריאותו ולטיפולו הרפואי של העובד הזר יועבר מהמבטח לעובד. חל איסור למסור כל מידע רפואי לידיעת מעסיקו של עובד זר או לידיעת כל גורם אחר הקשור להעסקתו בלא הסכמתו של העובד. כמו כן נאסר על המבטח לקבל מידע רפואי אודות עובד זר ממעסיקו או מגורם אחר, אלא אם מדובר במצב חירום רפואי (מדינת ישראל: משרד האוצר – אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון, חוזר ביטוח 2006-1-18, 27 בדצמבר 2006).

חוק הביטוח הלאומי התשנ"א-1991 (נוסח משולב) מחייב שכל עובד זר בעל אשרת עבודה יבוטח מפני תאונות עבודה, גם כשלא שולמו עבורו מראש דמי ביטוח לאומי. זאת ועוד, אם עובד זר בעל אשרה נפגע בפעולות איבה, הוא זכאי לגמלה ולסיוע כספי לפי חומרת פציעתו בדומה לכלל האזרחים במדינת ישראל (מדינת ישראל, חוק הביטוח הלאומי התשנ"א-1991 [נוסח משולב], ספר החוקים, סעיפי חוק התשנ"א עמוד 260).

מתוקף החוקים והצווים שסוקרו לעיל ועל פי הנחיות משרד הבריאות, כל אדם השוהה במדינת ישראל כחוק זכאי להיכלל בהסדר ביטוחי כלשהו (נתן, 2008 ב'). אך אין די בכך, שכן במקרים רבים אין הפוליסה הפרטית מיושמת. צו העובדים הזרים המחייב את המעסיק לרכוש ביטוח בריאות עבור עובד זר מאפשר לו בעצם לבחור את פוליסת הביטוח (בדרך כלל יבחר בפוליסה הזולה ביותר), להפסיק לשלם עבורה ובכך לבטלה (למשל במקרה של מחלתו של העובד) או להעביר את העובד מחברת ביטוח אחת לרעותה. בעת המעבר עלול המבוטח לאבד לגמרי את זכויותיו. זאת ועוד, מעביד שחדל להעסיק את העובד הזר מבטל את הביטוח הרפואי שלו בלי ליידע אותו, וגם חברת הביטוח אינה מציעה לו להמשיך את הביטוח כדי שלא יאבד את זכויותיו.

חברות הביטוח הפרטיות מרוויחות כ-180 מיליון שקל בשנה מביטוחים רפואיים לעובדים זרים השוהים בישראל כחוק. העלות השנתית הממוצעת של פוליסה היא כאלפיים שקל, והעובדים הזרים בעלי אשרות העבודה הם צעירים יחסית, בעלי כושר גופני מעל לממוצע, ובואם לישראל מתאפשר רק לאחר שממצאי בדיקתם הרפואית מורים על רמת בריאות טובה. ובכל זאת, כשהעובד הזר זקוק לטיפול רפואי, דואגות חברות הביטוח במקרים רבים להתנער מאחריותן בתואנות שונות. כך עולה ממאות התלונות המופנות לעמותת רופאים לזכויות אדם (לשם, 2008).

צו העובדים הזרים מאפשר לחברת הביטוח להפסיק לבטח את העובד, אם רופא תעסוקתי מטעמה קבע, שבמשך שלושה חודשים מבדיקתו הרפואית הוא לא יהיה כשיר לבצע את העבודה שלשמה הובא לארץ, גם אם יינתן לו טיפול רפואי. במצב כזה אין העובד זכאי,

אלא לטיפול רפואי חירומי כדי לייצב את מצבו, עד שיוכל להמשיך בטיפול רפואי מחוץ לישראל. במלים אחרות, אם מחלתו של העובד מעכבת את חזרתו לעבודה, חברת הביטוח משוחררת מאחריותה ורשאית לממן עבורו כרטיס טיסה לארצו במקום לכסות את עלות הטיפול (File & Davidovich, 2005). מכיוון שעלות הטיפול הרפואי גדולה לאין שיעור מעלות כרטיס הטיסה, האינטרס של חברות הביטוח הוא להצהיר על אובדן כושר העבודה של העובד הזר. כך הן עושות בנוגע לרוב העובדים הזרים החולים במחלת הסרטן. גם אם יש לעובדים אפשרות לערער תוך שלושה שבועות על החלטות הרופאים התעסוקתיים, לא תמיד הם מודעים לה או יכולים לנקוט אותה בפועל (סיני, 2007).

יתרה מזאת, לפי צו העובדים הזרים אין העובד הזר המבוטח זכאי לשירות רפואי, אם בעייתו הרפואית נובעת ממצב רפואי קודם (טרם הגעתו לישראל). לעתים משתמשות חברות הביטוח בהצהרת הבריאות שמילא העובד בעת רכישת הפוליסה, כדי להוכיח שהוא שיקר או לא דיווח נכונה באשר למצבו הבריאותי ולפטור את עצמן מלממן את הטיפול בו. במלים אחרות, חברות הביטוח הפרטיות מנסות להימנע מתשלום, בהצהירן שמחלתו נובעת ממצבו הרפואי הקודם (File & Davidovich, 2005). יש לציין, שלמרות טענת חברות הביטוח שמסמכי הביטוח וההצהרות הרפואיות מופיעים בשפתו של עובד הזר (לשם, 2008), בפועל אין העובד מקבלם. אי לכך הוא נאלץ לבקש ממעסיקו למלא את ההצהרה בשמו ובכך לחשוף לפניו את מצבו הבריאותי, וכך להגביר את תלותו בו (סיני, 2007 א').

ראוי אף לציין שחברות הביטוח המפנות וקובעות תורים לטיפול רפואי אינן דואגות לתת שירות זה בכל שפות לקוחותיהם. מכאן שמגזרים שלמים (כמו עובדים סינים ותאילנדים) אינם יכולים לקבל שירות רפואי הולם.

על פי צו העובדים הזרים, העובד הזר זכאי לקבל כיסוי מהביטוח הרפואי להוצאות טיפול בגין תאונת עבודה, וזאת רק אם לא הצליח המוסד לביטוח לאומי לקבוע במשך שלושה חודשים מאז הפגיעה, שאכן מדובר בתאונת עבודה גם אם העביר המעסיק טופס פגיעה כנדרש (במקרה שבו הביטוח הלאומי מאשר שאכן היתה פגיעה בעבודה, חובת כיסוי ההוצאות חלה עליו על פי החוק). משמעות הדבר היא שבמשך כשלושה חודשים מרגע פגיעתו עלול העובד הזר שלא לקבל מימון לטיפול רפואי משום גורם, וכך דווקא בעת מצוקתו רובץ עליו גם נטל כספי כבד.

בעיה אחרת נובעת מכך שהמחוקק, שהתיר לעובד זר לעבור ממעסיק למעסיק בתוך תקופה שלא תעלה על 60 יום, לא נתן את דעתו על כך שהוא משולל ביטוח רפואי בתקופת ביניים זו, וברוב המקרים אין הוא טורח מסיבות שונות לעשות ביטוח רפואי באופן פרטי.

הבעיות הרבות הנובעות מהסדרי הביטוח הרפואי לעובדים זרים גורמות לכך שרבים מהם אינם מקבלים טיפול רפואי, כשהם אכן זקוקים לו. מאז שנחקק חוק העובדים הזרים בשנת 2001, טיפלה עמותת רופאים לזכויות אדם ב-1,200 עובדים זרים, שחברות הביטוח סירבו להעניק להם טיפול רפואי. בינואר 2008 גם הגישה העמותה לוועדת הכנסת נייר עמדה הבוחן את בעיית העובדים הזרים. נייר העמדה מראה שרוב התלונות נובעות מהבעיות בהסדרים של ביטוחי הבריאות הפרטיים של מהגרי עבודה. חלקן אף נובעות מכך שחברות הביטוח מנצלות לטובתן ניסוחים המופיעים בצו העובדים הזרים (אישור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים) (סל שירותי בריאות לעובד) התשס"א-2001, אף שיש בו מנגנוני ערעור על החלטות שרירותיות מצדן, שמטרתם להגן על המבוטח (אדוט, 2002). בהקשר זה הגיש עורך דין דורי ספיבק מהפקולטה למשפטים באוניברסיטת תל-אביב מאות ערעורים על קביעות של אובדן כושר עבודה, ובעקבותיהם זכו רוב העובדים לטיפול רפואי (סיני, 2007).

שירותי רפואה לעובדים זרים חסרי אשרות עבודה

יש פער בין הצהרות ומדיניות לבין מתן הזכויות ומימושן בפועל. פערים גדולים בנגישות לשירותי בריאות למהגרים ללא אשרה נמצאו הן במדינות כמו ארצות הברית, שאין בהן ביטוח בריאות ממלכתי, והן בקנדה ובמדינות באירופה, שיש בהן כיסוי ביטוחי לכול (Ruiz-Casares et al., 2010).

הפגיעות של המהגרים קשורה למצב ולהקשר החוקי שלהם במדינה שהם נמצאים בה. בנאום שנשא קופי ענאן, בעבר המזכיר הכללי של האו"ם, בנובמבר 2003 הוא קבע, שהמידה שבה מדינות עשירות מקבלות את המהגרים משקפת את מחויבותן לשוויון ולכבוד האדם (Secretary-General Kofi Annan's Emma Lazarus lecture on international flows of humanity, 21 November 2003, New York). אחד הגורמים המשפיעים על נגישות לשירותי בריאות הוא שאלת המעמד של המהגרים.

התפיסה המקובלת בעולם בנוגע למהגרים ללא אשרה חוקית היא שעליהם לדאוג לעצמם, שמשלם המסים המקומי לא צריך לשאת בנטל ההוצאות הכרוכות בשהותם ושהוצאתם ממעגל הזכאים לזכויות סוציאליות תרתיע מהגרים ללא אשרה מלהגר בעתיד. לכן כשהמדינה מאפשרת נגישות לשירותי בריאות למהגרים ללא אשרה, זה נחשב בגדר צדקה או נדיבות מטעמה. ואולם חוקי זכויות אדם מחייבים מדינות לספק שירותי בריאות לאלה הנמצאים בתוך גבולותיהן (WHO, 2003).

זכויות אדם ועקרונות בריאות הציבור מחייבים שלמהגרים ללא אשרה תהיה לפחות דרגה מינימלית של הגנה. ואכן ב-1990 נערך הכנס הבינלאומי האחרון בנושא זכויות המהגרים, והתקבלה בו החלטה שיש לספק טיפול חירום לכל המהגרים, אבל לא הוחלט בו לספק שירותי רפואה מונעת למהגרים ללא אשרה.

הגישה כלפי מהגרים ללא אשרה משתנה ממדינה למדינה. בצרפת למשל יש מסורת ארוכת שנים של חקיקה, מאז 1893, שמבטיחה למהגרים נגישות לטיפול רפואי, ללא קשר למעמדם החוקי. ובכל זאת יש מכשולים רבים המונעים נגישות, כמו חוסר ידע בקרב המהגרים, הפחד שלהם שייחשפו ויגורשו, כללים מורכבים לקבלת טיפול ומצוקת המקומות בבתי החולים. אנגליה לעומת זאת נקטה גישה שונה ולא קבעה במפורש בחוק זכויות של מהגרים ללא אשרה. המהגרים נדרשים לשלם עבור שירותים בבתי החולים, ואילו הרופאים העובדים מחוץ לבתי החולים יכולים להחליט אם הטיפול יהיה תמורת תשלום או לא. הדרישה לתשלום מקשה על מהגרים לקבל שירותי בריאות ולעתים אף מונעת זאת מהם. המשותף לשתי המדינות הוא שבסופו של דבר נגישותם של מהגרים אלה לשירותי הבריאות היא מוגבלת.

תוכניות הבריאות במדינות השונות מפלות פעמים רבות את המהגרים ללא אשרה ומאפשרות טיפולים מצילי חיים בלבד. ואכן המהגרים פונים לחדרי המיון, רק במצב חירום. הם כמובן גם לא יכולים לקנות ביטוחים פרטיים.

הראיה הגלובלית היא לא רק כפר גלובלי או שוק גלובלי. יש כאן בריאות ציבור גלובלית שמשמעותה טיפול במחלות במספר ארצות כמו סין, סינגפור, מלזיה ואוסטרליה. מספר מקרי השחפת לא ירד במשך מספר שנים בשל הימצאות המחלה בקרב מהגרים (WHO, 2003).

לפי הערכה, במדינת ישראל יש כיום כ-50 אלף עובדים זרים חוקיים ולא חוקיים וילדיהם שאין להם ביטוח רפואי (נתן, 2008 ב'). מנקודת מבט בריאותית, עובדים זרים לא חוקיים (חלקם בעלי משפחות) מהווים אוכלוסייה בסיכון, הן בשל ארצות מוצאם והן בשל העובדה שרבים מהם הגיעו לישראל ללא אשרת עבודה – דבר שהיה מחייבם לערוך בדיקות רפואיות טרם הגעתם. שירותי הבריאות בישראל אינם נותנים מענה לכל צורכיהם הרפואיים של הלא חוקיים (File & Davidovich, 2005), והפתרונות המוצעים להם הם חלקיים בלבד. בדרך כלל עובדים זרים אלה נמנעים מלפנות לגורמים רפואיים רשמיים, הן בשל העלות והן בשל החשש שפרטיהם יועברו לשלטונות החוק והם יגורשו מהארץ.

לצד רופאים (ביניהם רופאי שיניים) המעניקים במרפאותיהם הפרטיות שירותי בריאות זולים לעובדים זרים מסיבות הומניטריות (פריד, 2003), קיבלו העובדים הזרים ומשפחותיהם (כמו גם אוכלוסיות אחרות שאינן זכאיות לביטוח בריאות ממלכתי ואין להן ביטוח רפואי פרטי) טיפול רפואי במרפאה באזור התחנה המרכזית הישנה בתל אביב,

שהקימה עמותת רופאים לזכויות אדם במאי 1998. המרפאה הופעלה בידי מתנדבים (כ-100 רופאים, אחיות וצוות מינהלי), שיתפה פעולה עם המרכז הרפואי סוראסקי בתל אביב לשם ביצוע בדיקות מעבדה ודימות בעלות נמוכה יחסית ומומנה מכספי תרומותיהם של יחידים וארגונים בארץ ובחול (נתן, 2008; פריד, 2003; File & Davidovich, 2005). עמותת רופאים לזכויות אדם הפועלת למען זכויות אדם בתחום הבריאות מסייעת לעובדים הזרים גם בדרכים האלה: מתן מידע על זכויות וייעוץ משפטי רפואי; השגת מימון לטיפולים רפואיים; ניסיון למנוע גירוש של אלה שחלו במחלות קשות למדינותיהם, שם לא יוכלו לזכות בטיפול רפואי ולכן נשקפת סכנה לחייהם; ייצוג עובדים זרים מול חברות ביטוח פרטיות המסרבות לממן את טיפוליהם הרפואיים חרף היותם מבוטחים בהן (מידע כללי על זכויות בריאות של מהגרי עבודה בישראל מתוך האתר www.phr.org.il). במרץ 2008 נסגרה המרפאה שפתחה העמותה, כי לא עמדה בעומס הפונים אליה (מספר המבקרים הגיע ליותר מ-100 מדי יום). אף שהעמותה הודיעה שלא תפתח את המרפאה, כדי לאלץ את המדינה לתת פתרון ולקחת אחריות על האוכלוסיות האלה שבטיפול (גלילי, 2008; נתן, 2008), בכל זאת היא נפתחה מחדש ביפו.

ואולם בנובמבר אותה שנה פתחו ההסתדרות הרפואית ומשרד הבריאות בתחנה המרכזית בתל אביב מרפאה, הפועלת באמצעות תרומות ורופאים מתנדבים. לדברי ד"ר חזי לוי, ראש מינהל הרפואה במשרד הבריאות, תפקיד המרפאה הוא לשרת אנשים שאין להם מעמד חוקי ועל כן אינם מקבלים מענה במוסדות הרפואיים הרגילים. כ-300 פליטים טופלו במרפאה במהלך החודש הראשון (מתוך אתר הר"י www.ima.org.il, 5.11.2008). ולדבריו של ד"ר מיכאל דור, ראש אגף רפואה כללית במשרד הבריאות, בשנת 2010 טופלו בה בממוצע כ-400 מהגרים בחודש.

עובדים זרים נטולי אשרות ומשפחותיהם יכולים לקבל שירותים רפואיים גם במסגרות האלה:

- תחנות טיפת חלב – נותנות טיפול מונע לנשים הרות, תינוקות ופעוטות, הן פתוחות לכול ולא מתנות קבלת טיפול בהצגת אשרות עבודה. בתל אביב ובירושלים תחנות אלה מופעלות בידי העיריות בשיתוף משרד הבריאות (לבנטל, ברלוביץ ושם טוב, 2003; פריד, 2003).
- שירותי בריאות לתלמיד – ילדיהם של עובדים זרים בגיל בית ספר זכאים לשירותי בריאות לתלמיד כמו כל תושבי המדינה. שירותי בריאות אלה כוללים בדיקות סריקה, חיסונים, חינוך וקידום בריאות (לבנטל, ברלוביץ ושם טוב, 2003).
- טיפול רפואי חינוך לחולי שחפת – בשל עלייה והגירה ממדינות אנדמיות לשחפת החלה ב-1997 לפעול בישראל תוכנית לאומית למיגורה. במסגרתה מכסה משרד הבריאות את עלויות האשפוז, האבחון, הטיפול האמבולטורי והטיפול התרופתי של

חולי שחפת ללא ביטוח רפואי. הטיפול ניתן במלש"ח – מרכזים לטיפול בשחפת (לבנטל, ברלוביץ ושם טוב, 2003; פריד, 2003; שם טוב ועמיתים, 2002). ראוי לציין ששיעור השחפת עדיין נמוך בקרב עובדים זרים השוהים באופן בלתי חוקי. בשנת 2002 היו 9.6% בלבד מכלל מקרי השחפת המדווחים בקרב מהגרי עבודה. יחד עם זאת, מכיוון שלא ידוע מספרה המדויק של אוכלוסיית התושבים הזרים השוהים במדינת ישראל, לא ניתן לחשב במדויק את שיעור התחלואה בשחפת בקרבה (יוסיפוביץ ודן, 2007; שם טוב, לבנטל וויילר-רבאל, 2002).

- מרפאות לאבחון ולטיפול תרופתי במחלות מין ללא תשלום הפתוחות בתל-אביב (באזור התחנה המרכזית) ובחיפה (לבנטל, ברלוביץ ושם טוב, 2003; פריד, 2003) – המרפאות מעניקות שירותים רפואיים באופן אנונימי. בתשעת החודשים הראשונים לפעולתה טופלו במרפאה בתל-אביב 767 פונים חדשים לצד פונים שאובחנו כחולים בביקורים חוזרים. בסך הכל נמנו 1085 ביקורים (אתר משרד הבריאות).

- מתן טיפול אנטי רטרו-נגיפי לנשים הרות שהן נשאות נגיף הכשל החיסוני הנרכש (HIV) – הטיפול המלא ניתן ללא תשלום עד חצי שנה לאחר הלידה (לבנטל, ברלוביץ ושם טוב, 2003; פריד, 2003), בעיקר כדי להגן על היילוד מפני הדבקה על ידי שמירה על רמות נמוכות של עומס נגיפי אצל האם. מטעם זה נשים אלה מוזמנות ללידה בניחות קיסרי (אביב, 2006). חשוב לציין, שאין המדינה מטפלת בנשאים אחרים, אף שיש טיפול יעיל שהופך מחלה זו ממחלה סופנית למחלה כרונית (סיני, 2007ב).

- טיפולים במסגרת בתי החולים – בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, סעיף 3, נקבע ש"כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל" ושכמצב חירום יש לטפל בחולה בדחיפות וללא כל התניה. יחד עם זאת אין החוק פוטר את המטופל מתשלום. מכיוון שרוב העובדים הזרים אינם מסוגלים לשלם עבור השירות בחדר המיון או האשפוז, הדבר הופך לנטל תקציבי על בתי החולים ובעיקר על המרכז הרפואי סוראסקי בתל אביב, לשם פונים ומופנים רובם של העובדים הזרים חסרי הביטוח הרפואי (לבנטל, ברלוביץ ושם טוב, 2003; פריד, 2003).

למעשה, אפשרויות הטיפול הרפואי העומדות לפני העובדים הזרים ללא אשרות אינן נותנות מענה הולם למכלול המצבים שבהם הם עלולים להיזקק לו. המענה ברובו הוא למחלות שיש בהן סכנה לבריאות הציבור, כמו שחפת, מחלות מין ובאופן חלקי לתסמונת הכשל החיסוני הנרכש או כאשר מדובר בטיפול במצבי חירום בבתי חולים (פריד, 2003). לאור כל זאת אין זה מפתיע שרבים באוכלוסייה זו, כולל נשים הרות שאינן זכאיות לאשפוז ומענק לידה מהמוסד לביטוח לאומי, פונים למרכזים רפואיים ולבתי חולים

במזרח ירושלים, הגובים מהם תשלומים נמוכים עבור טיפולים רפואיים (לבנטל, ברלוביץ ושמ טוב, 2003; Filc & Davidovich, 2005).

לפי דו"ח המרפאה הפתוחה של רופאים לזכויות אדם מדצמבר 2006, בישראל חיים בקרב אוכלוסייה זו (הכוללת מלבד עובדים זרים גם פליטים ומבקשי מקלט) עשרות נשאים וחולי איידס, וברבים מהם מאובחנת המחלה בשלב מתקדם. מכיוון שהמדינה לא הסדירה את הטיפול, הם בעצם "חיים משאריות". כלומר: הטיפול הופך לוולונטרי. הוועד למלחמה באיידס פועל להשיג עבורם תרופות מעודפים של חולים ישראלים מבוטחים, עודפים קטנים ומוגבלים מבתי חולים ותרומות של חברות התרופות, וכן הוא פועל לשלב חולים ונשאים במחקרים קליניים הנערכים מטעם חברות תרופות, כדי שיקבלו את התרופה במשך תקופת הניסוי. על פי רוב נמצאים נשאי האיידס במעקב במרכזי האיידס (בבתי החולים קפלן, מאיר, סורוקה, הדסה ובעיקר במרכז הרפואי סוראסקי בתל אביב), אך אלה אינם מספקים את התרופות עצמן. עלות הטיפול התרופתי הבסיסי היא כ-5000 שקל בחודש, והיא גבוהה אף משכרם של עובדים זרים המסוגלים לעבוד באופן מלא (אביב, 2006).

ביטוח רפואי לילדי עובדים זרים ללא אשרה הוא סוגיה בפני עצמה. מאז פברואר 2001 יכולים הוריו של ילד השוהה בישראל מעל שישה חודשים לרכוש עבורו דרך קופת חולים מאוחדת ביטוח רפואי המסובסד בידי משרד הבריאות והכולל בתוכו סל שירותי בריאות הזזה לזה שניתן במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (לבנטל, ברלוביץ ושמ טוב, 2003; פריד, 2003). חרף זאת, לפי עמותת רופאים לזכויות אדם רוב ילדי העובדים הזרים אינם מבוטחים. אלה הן חלק מהסיבות: ההסדר הוא וולונטרי, כלומר איננו מחייב את ההורים לבטח את ילדם (רבים מהעובדים הזרים אינם מודעים לחשיבות שיש ברכישת ביטוח בריאות עבור ילדיהם); בשל שכרם הנמוך אין ההורים יכולים לעמוד בעלויות דמי הביטוח החודשיים; רכישת הביטוח מותנית ביכולת לעמוד בתשלומים חודשיים, כאשר העובדים הזרים נתונים בדרך כלל במצב של אי ודאות תעסוקתית; הביטוח לא מכסה בעיות רפואיות שהמבוטח סבל מהן קודם לרכישת הביטוח; ילדי עובדים זרים שאינם ילדי הארץ צריכים להמתין שנה עד שיוכלו לממש בפועל את זכותם לקבל את שירותי הבריאות במסגרת הביטוח. יחד עם זאת, קופת חולים מאוחדת ממתינה שנתיים וחצי לאחר התשלום האחרון בגין הביטוח הרפואי שנרכש עבור הקטין לפני שהיא מבטלת את הביטוח. כלומר: הביטוח הרפואי איננו מבוטל ברגע שההורים אינם משלמים עבורו (נתן, 2008א).

אלה נתוני התחלואה בקרב עובדים זרים ללא אשרות, שנאספו במרפאה של עמותת רופאים לזכויות אדם: רבים סובלים מבעיות אורתופדיות שנובעות כנראה מאופי תעסוקתם. עובדה זו מצביעה על כך שנזקים למערכת השלד ונכות עלולים להיגרם בשל העדר פיקוח רפואי תעסוקתי הולם. חולים רבים חלו במחלות כרוניות כמו לחץ דם גבוה

וסוכרת. רוב חולי תסמונת הכשל החיסוני הנרכש אינם מטופלים. ברוב המקרים אין יכולת לסייע לחולים הזקוקים לטיפולים אונקולוגיים או לניתוחים שאינם נחשבים דחופים. יש חולים שנדבקו במחלות מדבקות (כגון שחפת ונגיף הכשל החיסוני הנרכש), ואף שהם זכאים לטיפול ללא תשלום, הם מעדיפים לא לקבלו מחשש שמא יוסגרו למשטרת ההגירה, ובכך מסכנים את בריאות הציבור (מלצר ואלקיים, 2003; פריד, 2003).

מכיוון שאין הממשלה מממנת את אשפוזו של עובד זר נטול אשרת עבודה בבית החולים, והעלות של כל אשפוז וטיפול רפואי גבוהה ביותר, מונחים הרופאים בידי הנהלות בתי החולים לתת טיפול דחוף בלבד, כלומר לטפל בחולים הנמצאים בסכנת חיים או שבריאותם יכולה להידרדר לאלתר. במקרים רבים מופעלים על רופאי בתי החולים לחצים לשחרר חולים שעדיין לא החלימו או להטיסם חזרה לארצם, אף שהסיכוי שקבלו שם טיפול רפואי הולם הוא נמוך ביותר (פריד, 2003). לא זו בלבד ששחרור מוקדם של חולים מבית החולים עלול לסכן את בריאותם, אלא גם אופן האבחון והטיפול עלולים להיפגע בשל הלחץ לצמצם עלויות. למשל: רופאים נמנעים מלבצע פעולה פולשנית אבחונית או טיפולית, אם ניתן לייצב את מצב החולה בדרכים אחרות זולות יותר. בנוסף לכך, ההכרה שהחולה לא יטופל לאחר שחרורו מאשפוז ולא יהיה נתון למעקב רפואי עלולה לגרום לכך שיימנעו מלתת לו טיפול תרופתי הולם במקרים שבהם אי סדירות בקבלת הטיפול התרופתי לאחר שחרורו מבית החולים עלולה להשפיע על התפתחות עמידות המחלה. הדרישה מבתי החולים לטפל רק במקרים דחופים עלולה לגרום לכך שמחלות שלא טופלו בשלב מוקדם ידרדרו את מצבו של החולה עד כדי סכנת חיים (מלצר ואלקיים, 2003).

דיון

הגלובליזציה והזרימה המתמשכת של מהגרי עבודה מעמידות אתגרים לקובעי מדיניות מערכת הבריאות הציבורית. במדינות רבות בעולם וישראל בכללן אין מדיניות זו יכולה להתעלם מקבוצות אוכלוסייה שלמות שמעצם טבען זקוקות יותר מכולן לנגישות לטיפול רפואי (Kawachi & Wamala, 2007). כדי שמערכת הבריאות הציבורית תהיה אפקטיבית, עליה להבטיח נגישות אוניברסלית. לעתים ממשלה המאפשרת למהגרים בלתי חוקיים זמינות לשירותי בריאות נחשבת נדיבה. אך בעצם אין כאן מעשה נדיבות, כי מחובתן של הממשלות להבטיח זמינות לשירותי בריאות הציבור ולכל משאביהם לכל אדם באשר הוא (Nygren-Krug, 2003). ואולם לא כל המדינות מספקות שירותי בריאות לתושביהן; ארצות הברית למשל. מדינות אחרות, כאנגליה, גרמניה, יוון, צרפת וספרד, רואות עצמן מחויבות להבטיח לחסרי מעמד אזרחי נגישות לטיפול רפואי, אם

משיקולי בריאות הציבור ומשיקולים הומניטריים ואם מתוקף האמנה הבינלאומית להגנה על פליטים. מדינת ישראל איננה נוהגת כך, אף שנמנתה עם מנסחי האמנה הזו ואף אשררה אותה בשנת 1951 (אביב, 2006). גם מסמך ארגון הבריאות העולמי (WHO) משנת 2003 מודה שנכשל הניסיון לחייב את המדינות לטפל במהגרים לא חוקיים בתחום של מניעת מחלות ובדיקות מקדימות.

ואולם ראוי להדגיש שהחובה לאפשר למהגרי עבודה זרים ולמשפחותיהם נגישות מלאה לשירותי הרפואה אינה נובעת מתוקף אמנה בינלאומית, אלא מכיוון שזהו צו מוסרי: לכל אדם זכות לחיים. מכאן שיש לספק טיפול רפואי מלא לעובד זר, ללא כל קשר למעמדו החוקי. האתיקה הרפואית נפגעת, כאשר ניתן טיפול רפואי שונה לאנשים החולים באותה מחלה או כאשר עובד זר משוחרר מבית החולים טרם החלמתו המלאה או מגורש לארץ מוצאו, כשידוע שלא יוכל לקבל בה טיפולים רפואיים הולמים (במיוחד כשמדובר במחלה קשה או סופנית).

הבעיות הרבות שמעוררים הסדרי הביטוח הרפואי לעובדים זרים נובעות משתי סיבות עיקריות: (1) הביטוח הרפואי נמצא בבעלותו של המעסיק ולא של העובד עצמו. (2) השיקול המנחה את חברות הביטוח הפרטיות שהעובד מבוטח בהן הוא שיקול כלכלי טהור.

ראוי לשקול איך להעביר את ההון שהמדינה מאפשרת לחברות הביטוח הפרטיות לצבור מתוקף צו העובדים הזרים (אישור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים) (סל שירותי בריאות לעובד; התשס"א-2001) להחלת ביטוח בריאות ממלכתי על העובדים החוקיים בישראל. כלומר: המעסיק יבטח את עובדיו בקופות החולים, והם יוכלו לקבל בהן את מלוא הטיפול הרפואי (סיני, 2007א). מהלך כזה איננו כרוך בחקיקה מיוחדת, משום שחוק ביטוח בריאות ממלכתי כולל בתוכו סעיף מיוחד, המעניק לשר הבריאות סמכות להחילו על עוד קבוצות אוכלוסייה (אלה שאינם תושבים), וגם לקבוע את תכולת הסל שיוענק ואת האופן שבו ייגבה המס עבורו. זאת ועוד, מן הראוי שהמדינה תפעל להחיל את חוק ביטוח בריאות ממלכתי על ילדים שאינם תושבים, כדי להבטיח לכל הילדים החיים בתחומי המדינה שירותי בריאות ללא תלות בשאלת מעמדם החוקי של הוריהם וביכולתם הכלכלית (נתן, 2008ב).

חרף הדעה הרווחת שהמהגרים הלא חוקיים מהווים מעמסה על משלם המסים המקומי וחרף העובדה שמשאביה הכספיים והתקציביים של מערכת הבריאות לוקים בחסר, דווקא הפניית תקציבים ממשלתיים להחלת ביטוח בריאות ממלכתי אף על עובדים זרים ללא אשרה, לא רק תגן עליהם מפני הידרדרות במצבם הרפואי עד כדי סכנת חיים, אלא אף תפיק, בסופו של דבר, יתרונות כלכליים למדינה משתי סיבות עיקריות: (א) משיקולי בריאות הציבור ניתן יהיה למנוע את התפשטותן מבעוד מועד של מחלות מדבקות

שהשלכותיהן הכלכליות כבדות מכיוון שדווקא עובדים בלתי חוקיים מהווים אוכלוסייה בסיכון, ואף שחלקם זכאים לקבל טיפול רפואי ללא תשלום, רבים נמנעים מכך מהחשש פן יוסגרו ויגורשו מהארץ. (ב) מניעת טיפול אמבולטורי מאוכלוסייה זו מעלה את סיכוייה להיזקק לשירותי רפואה דחופים ולטיפולים בבתי חולים. עלותם של טיפולי חירום אלה גבוהה בהרבה מעלותם של טיפול אמבולטורי וטיפול מניעתי. דוגמה לכך היא תסמונת בריברי העלולה לגרום לאשפוזו של החולה, ואף למותו, אך אם מגלים מבעוד מועד את חוסר התיאמין הגורם למחלה זו, הטיפול הוא פשוט ומבטיח החלמה מלאה (קלינר- באומגרטן ואחרים, 2003).

מלבד החלת ביטוח בריאות ממלכתי על כל העובדים הזרים במדינת ישראל, יש צורך לנקוט אמצעים שונים כדי לשמור על בריאותם ועל בטיחותם: יש לדאוג שהעובד הזר יהיה מודע לסכנות הנשקפות לו בתחום תעסוקתו ויידע להישמר מפניהן (למשל יקפיד להשתמש בכל אמצעי המגן המתאימים); יש להסביר לעובדים הזרים על הסכנות הטמונות בהרגלי תזונה לא נכונים; יש להבטיח שיהיו להם תנאי דיור נאותים בזמן שהותם בארץ; לאכוף הגבלה על מספר שעות העבודה; לחייב את המעסיקים לערוך בדיקה רפואית תקופתית לכל עובד.

על כל מעסיק ליישם את מכלול הדברים הללו, ובנוגע להסברה עליו להקפיד שתיעשה בשפתו של העובד. מן הראוי גם שמערכת שירותי הבריאות תיעזר במתורגמנים, כדי שהעובדים הזרים לא יירתעו מלפנות לקבלת טיפול בעת הצורך ויוכלו לקבלו כנדרש.

הגיעה העת שהעולם יכיר בכך שבריאות היא אחת מזכויות האדם, אומרת מרי רובינסון (Mary Robinson), נציבת זכויות האדם הקודמת של האו"ם. כמעט כל המדינות חתמו על אמנה המכירה בזכות לבריאות, אך עדיין לא כולן מתייחסות לנושא כראוי (Arie, 2005).

בישראל מתגברים הקולות הקוראים להחיל את חוק ביטוח בריאות ממלכתי על ילדים השוהים בה, ללא קשר למעמד החוקי של הוריהם או למצבם הכלכלי. ביוני 2010 הגישו ארבעה חברי כנסת (דב חנין, מוחמד ברכה, חנא סוויד, עפו אגבאריה- פ/384/18) הצעת חוק האומרת שיש לאפשר לילדים הנמצאים בישראל לקבל טיפול רפואי ללא כל הבדל ואפליה מילדים תושבי ישראל. תומכות בהצעה זו תנועת רופאים לזכויות אדם שפנתה לוועדת שרים לענייני חקיקה וכן קבוצת סטודנטים לעבודה סוציאלית מאוניברסיטת בן גוריון שניסחו עצומה, ולפיה "במקום שיש בריאות, יש תקווה ובמקום שיש תקווה יש הכול" (בתוך <http://hanizu.wordpress.com/2010/06/24/>).

סיכום ומסקנות

עולם גלובלי הוא עולם שיש בו פערים, אי שוויון, אי יציבות דמוגרפית, שינויים באקלים, משברים כלכליים ופוליטיים, אסונות טבע וגם הגירה. ההערכה היא שיש בעולם 214 מיליון מהגרים, ובהם עובדים, פליטים, סטודנטים ומהגרים שאינם רשומים. לתופעת ההגירה השלכות רבות, ואחת המרכזיות בהן היא בתחום הבריאות.

ככנס שנערך בספרד (WHO, 2010) בשיתוף פעולה של ארגון הבריאות העולמי (WHO), ארגון ההגירה הבינלאומי (IOM) וממשלת ספרד ניסו להגיע להסכמה בדבר העדיפויות, האסטרטגיות והפעולות שיש לנקוט כדי לטפל בתופעת ההגירה ובהשלכות הבריאותיות של המהגרים. התקבלו ההחלטות האלה:

1. ניטור מצב הבריאות של המהגרים – יש לוודא הימצאות בסיס נתונים סטנדרטי על מצב הבריאות של המהגרים ולבחון את המודלים של שירותי הבריאות הזמינים למהגרים במדינות השונות.
2. מדיניות ומסגרות חוקיות לטיפול – יש לפעול למען קביעת סטנדרטים בינלאומיים להגנה על המהגרים ועל זכויות הבריאות שלהם ולמען הטמעתה בכל מדינה של מדיניות לאומית המקדמת נגישות שווה לשירותי בריאות והבטחת הזכויות הסוציאליות.
3. רגישות מערכת הבריאות למהגרים – חשוב לוודא שמערכת הבריאות מספקת את צורכי המהגרים בהתאם למאפייני אוכלוסייה זו (תרבות ושפה) ומתאמת בין הגופים המטפלים בה.
4. שיתוף המהגרים – יש למסד את השיח בין המהגרים לבין כלל הגורמים הקשורים לנושא בערים הגדולות במדינה וברמה הבינלאומית. חשוב ליצור פורום גלובלי לשיח בנושא.

הגישה למהגרים מנקודת המבט של בריאות הציבור צריכה לכלול את המרכיבים האלה:

1. להבטיח את זכויות הבריאות של המהגרים;
2. להקטין תחלואה ותמותה בקרבם;
3. למנוע פערים במצב הבריאות של המהגרים ובנגישותם לשירותי בריאות;
4. להקטין את ההשפעות השליליות הנובעות מתהליכי ההגירה.

גלי ההגירה ההמוניים של עובדים זרים מארצות מתפתחות למדינות מפותחות, וישראל בתוכן, הם אחד מסממניו הבולטים של עידן הגלובליזציה. ישראל נחשבת כאחת המדינות המובילות בשיעור ההגירה אליה והימצאות עובדים זרים בקרבה. במאמר זה נבחנה

השפעת הגלובליזציה והגעת מהגרי עבודה על מדינת ישראל באמצעות ניתוח ההיבטים הבריאותיים והרפואיים של התפתחויות אלה.

מדיניות הבאתם של עובדים זרים לישראל התבססה על הנחה מוטעית שתופעת מהגרי העבודה היא זמנית וחולפת, אבל עובדים אלה השתקעו והתרכזו במרכזי הערים הגדולות, ובעיקר בתל אביב. חלק מהעובדים הזרים חשופים לסיכונים בריאותיים, למחלות, לתאונות עבודה ולתזונה לקויה, אך הם נוטים שלא לפנות לגורמים רפואיים לקבלת עזרה. על כן יש צורך חיוני להחיל את חוק ביטוח בריאות ממלכתי על העובדים הזרים ובמיוחד על הילדים שאינם תושבים. בעיות רבות נובעות מהסדרי ביטוח רפואי לעובדים הזרים. הביטוח הרפואי נמצא בבעלותו של המעסיק ולא של העובד עצמו והשיקול המוביל והמנחה את חברות הביטוח הפרטיות הוא כלכלי. יוזמת משרד הבריאות והר"י מוסרית, חשובה ומחייבת מיסוד והרחבה. עד ליישומה של מדיניות זו יש לעודד עובדים אלה לעשות ביטוח רפואי פרטי בעלות זולה תמורת קבלת סל שירותים זהה לזה שמקבל כל תושב.

מקורות

אביב, ע' (2006). חיים משאריות: ללא מעמד אזרחי – ללא טיפול רפואי – תמונת מצב על חסרי מעמד אזרחי, החיים עם HIV/איי.דס. תל-אביב: רופאים לזכויות אדם.

אדוט, ר' (2002). אדישות אלימה: מצב בריאותם של מהגרי עבודה ("עובדים זרים") בישראל. תל-אביב: רופאים לזכויות אדם.

אזולאי-זלטקין, א' (2005). תוכנית ביטוח מפני תאונות עבודה בישראל: מכשולים בתהליך יישום התוכנית לגבי אוכלוסיית העובדים הזרים. ביטחון סוציאלי, 69, 116-144.

בר-צורי, ר' (2005). עובדים סינים המועסקים בישראל ללא היתר. מינהל תכנון, מחקר וכלכלה, משרד התמ"ת, מאמר לדיון מס' 23.05, ירושלים, יוני 2005.

גלילי, ל' (2008). רופא ורע לו. הארץ, 30.5.2008.

ההסתדרות הרפואית בישראל, www.ima.org.il

חפר, א', רשפון, ש' ווולוביק, א' (2004). התפרצות שערנת (טריכינוזיס) בקרב מהגרי עבודה מתאילנד בנפת חדרה. הרפואה, 143, 656-660.

יוסיפוביץ, א' ודן, מ' (2007). שחפת במאה העשרים ואחת. הרפואה, 146, 206-211.

לבנטל, א', ברלוביץ, י' ושם טוב, ד' (2003). מהגרי עבודה – התפתחות בגישת מערכת הבריאות בישראל לתופעה חברתית חדשה. הרפואה, 142, 632-635.

לשם, ג' (2008). זה סינית בשבילם. הארץ, 14.3.2008.

מידע כללי על זכויות בריאות של מהגרי עבודה בישראל (1.1.2007). www.phr.org.il. נדלה ב-18.6.2008.

מלצר, א' ואלקיים, א' (2003). הטיפול הרפואי במהגרי עבודה חסרי רישיון במסגרת בית החולים הציבורי: הצורך בפתרון דחוף. הרפואה, 142, 402-404.

משרד הבריאות,

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=50&catId=267&PageId=1982>

נתן, ג' (2008). זכאות קטינים שאינם תושבים לביטוח רפואי. הכנסת: מרכז המחקר והמידע.

נתן, ג' (2008). סגירת מרפאת רופאים לזכויות אדם והטיפול הרפואי במבקשי מקלט. הכנסת: מרכז המחקר והמידע.

סיני, ר' (2007). בגלל בעיות שפה העובדת מרומניה תישאר ללא טיפול. הארץ, 16.12.2007.

סיני, ר' (2007). גזר דין מוות בחסות המדינה. הארץ, 30.11.2007.

סיני, ר' (2007). הפיליפינית חלתה, הביטוח הציע כרטיס הביתה. הארץ, 10.12.2007.

עמותת רופאים לזכויות אדם – ישראל (2008). נייר עמדה – בעיות בהסדרי ביטוח הבריאות הפרטיים של מהגרי עבודה מוגש לוועדת הכנסת לבחינת בעיית העובדים הזרים, 16.1.2008. www.phr.org.il. נדלה ב-18.6.2008.

- פריד, מ' (2003). היחס של מערכת הבריאות למהגרי עבודה בישראל. הרפואה, 142, 429-432.
- קליין, נ' (2000). מסמך רקע לדיון בנושא: בריאות עובדים זרים בישראל ובאירופה. הכנסת: מרכז המחקר והמידע.
- קלינר-באומגרטן, ע', סידי, א', אבו-שרקה, מ', קליין, מ', בילנקו, נ' וסלע, ב' (2003). חסר תזונתי של תיאמין בקרב פועלים סינים בישראל. הרפואה, 142, 329-331.
- קמפ, א' ורייכמן, ר' (2008). עובדים זרים: הכלכלה הפוליטית של הגירת עבודה בישראל. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- רובנובסקי, י' (2006). "איפה בליט לך?" – קשיי תקשורת בין רופאים למטופלים במערכת הבריאות בארץ. הד האולפן החדש: להנחלת העברית ותרבותה, 89 (גיליון מקוון).
- שם טוב, ד', לבנטל, א', ברלוביץ, י' וויילר-רבאל, ד' (2002). התוכנית הלאומית החדשה למיגור השחפת בישראל. הרפואה, 141, 265-271.
- שם טוב, ד', לבנטל, א' וויילר-רבאל, ד' (2002). מחלת השחפת בעולם ובישראל – היבטים אפידמיולוגיים עיקריים. הרפואה, 141, 226-232.
- Arie, S. (2005). Health should be seen as a human right, global campaign says. *British Medical Journal*, 331 (7530), 1421.
- Carballo, M., Cottler, S., & Smith, C. (2008). Migrant men's occupational health. *Journal of Men's Health*, 5 (2), 113-115.
- Chan, M. (2007 September). Health and migration. *Conference on Health and Migration in the European Union. Lisbon, Portugal.*
http://www.who.int/dg/speeches/2007/20070928_lisbon/en/index.html
- De Bousingen, D. D. (2002). Health issues and the rise of Le Pen in France. *Lancet*, 359 (9318), 1673.
- Filc, D. & Davidovich, N. (2005). Health care as a national right? The development of health care services for migrant workers in Israel. *Social Theory & Health*, 3 (1), 1-15.

- Ghosh, B. (2003a). *Elusive protection, uncertain lands: Migrants' access to human rights*. Geneva, International Organization for Migration.
- Ghosh, B. (2003b). The human rights of migrants: Strategies for moving forward. *Development* 46 (3), 21-29.
- Hanson, P. (2002). Migrant farmers suffering in silence. *The Hispanic Outlook in Higher Education*, 12 (17), 28.
- ILO (2000). *Globalization may increase number of migrant workers*. London, International Labour Organization.
- Kawachi, I. & Wamala, S. (2007). *Globalization and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Mares, P. & Allotey, P. (2003). Controlling compassion: The media, refugees and asylum seekers. In P. Allotey (Ed.), *The health of refugees: Public health perspectives from crisis to settlement*. (pp. 212-227). Melbourne: Oxford University Press.
- McKay, L., Macintyre, S., & Ellaway, A. (2003). *Migration and health: A review of the international literature*. Glasgow, Medical Research Council.
- Nygren-Krug, H. (2003). *International migration, health & human rights*. Geneva: World Health Organization.
- Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Derluyn, I., Watters, C., & Crepeau, F. (2010). Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. *Social Science & Medicine*, 70 (2), 329-336.
- Secretary-General Kofi Annan Emma Lazarus lecture on international flows of humanity. 21 November 2003, New York. NY. United Nations 2003 Press Release SG/SM/9027.
<http://www.un.org/News/Press/docs/2003/sgsm9027.doc.htm>
- Tiburcio, C. (2001). *The human rights of aliens under international and comparative law*. The Hague, Nijhoff.

UNESCO (2003). *Information kit on the UN Convention on Migrants' Rights*. Geneva: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

WHO (2003). *International migration, health and human rights*. Health and Human Rights Publication. Ser. No. 4. Geneva: World Health Organization.

WHO (2010). *Health of migrants – The way forward, Report of a global consultation*. Madrid, Spain, 3-5 March.