

תוכן

3.....	מבוא
3.....	תפיסות תרבותיות וחברתיות ביחס לאנשים מוגבלים
5.....	מדיניות וחקיקה בישראל לאורך השנים
5.....	תקופה ראשונה – חקיקה דיפרנציאלית
6.....	תקופה שנייה – נורמליזציה ושילוב
6.....	תקופה שלישית – שוויון. מחקיקה סוציאלית לחקיקת זכויות
7.....	סיבות לשילוב נמוך של מועסקים בעלי מוגבלות
8.....	השינויים במצב תעסוקת בעלי מוגבלויות לאור החקיקה
9.....	דיון ומסקנות
12.....	סיכום
13.....	ביבליוגרפיה

מבוא

במשך שנים רבות אוכלוסיית בעלי המוגבלויות בחברה מוקמה בשוליים והסיוע עבור חבריה כלל בעיקר עזרה פרטנית לצורך סעד בלבד. החל משנות השבעים של המאה הקודמת החלה לעלות המודעות לגבי הצורך בשוויון זכויות לבעלי המוגבלויות והצורך כמו גם החובה החברתית להפוך את המרחב הציבורי לנגיש עבורם בכדי לאפשר להם לממש את זכותם לשוויון. בהיסטורית החקיקה בישראל ניתן לראות שינויים במהות של החקיקה לצורך מימוש זכות בעלי המוגבלויות לשוויון. אך כפי שזה עדיין נראה, תקופת ההדרה הארוכה מהמרחב הציבורי והחברתי, וסדר העדיפות הממשלתי מערימים עדיין קשיים מרובים בדרך ליישום מלא של החוקים והתקנות ולמיצוי רחב יותר של הפוטנציאל החברתי והכלכלי הגלום בהעסקתם של עובדים בעלי מוגבלויות.

בחלקה הראשון סוקרת העבודה בקצרה את יחס המדינה לבעלי המוגבלויות דרך המודלים השונים עד למודל החברתי החדש ביותר. חלקה השני של העבודה מציג סקירה של המצב החוק בישראל בארבע תקופות מרכזיות: החקיקה הדיפרנציאלית, שלב הנורמליזציה, שלב השוויון והתקופה שהחלה לאחר חקיקת חוק לרון. בחלקה השלישי של העבודה מובאת סקירה על החסמים בפני העסקת בעלי מוגבלויות ויישום בפועל של החקיקה בנושא. בחלקה הבא של העבודה מבוצע דיון על מצב התעסוקה של בעלי המוגבלויות לאורך השנים תוך בחינת ופילוח מאפייני האוכלוסייה והתעסוקה והשוואה למצב במדינות ה OECD. ובחינה האם חל שיפור כתוצאה מחוק לרון. בחלקה האחרון של העבודה מובא סיכום.

שאלת המחקר: מהי ההשפעה על רמת ואופי התעסוקה של בעלי המוגבלויות מאז חקיקת חוק לרון?
השערת המחקר: חלה התקדמות אם כי לא מספקת בשל חסמים רבים המפריעים עדיין למימוש מלא של יישום החוקים והתקנות.

תפיסות תרבותיות וחברתיות ביחס לאנשים מוגבלים

התפיסה החברתית הרווחת בחברה לגבי בעלי מוגבלויות הינה שאלו אנשים "מוגבלים". משמעות תפיסה זו הינה שהלקות שלהם יוצרת הגבלה בתפקודם וביכולתם להשתלב כראוי בחברה (הולר, 2014). עמדה זו השליכה ומשליכה על בעלי המוגבלות וגורמת להם להפנים תפיסה זאת. בסך הכל נמצא שבעלי מוגבלויות משתלבים פחות מבחינה חברתית ומרגישים תחושות חזקות יותר של ניכור ובדידות ביחס לאנשים רגילים. במחקר שנערך נמצא כי השכלה ותעסוקה מהווים גורם משמעותי בפיתוח ושימור דפוסים של מעורבות חברתית ויצירה של תחושת שייכות וקבלה. ובשל הפנמת הגישה הקיימת בציבור, בעלי מוגבלויות נוטים להשתלב אופן מוגבל חברתית ותעסוקתית (טל, אלמוג, צינמון, 2017).

בספרות מוגדרת טיפולוגיה הכוללת 5 שלבים המתאים את יחס המדינה לבעלי המוגבלויות. שלב ראשון מהווה מודל מדיניות שלילית השוללת בצורה אקטיבית את זכויותיהם הבסיסיות של אנשים בעלי מוגבלויות (בדומה למשטר הנאצי). שלב שני מייצג מודל של "תנו לחיות" כאשר הוא כולל מעורבות

מזערית של המדינה במדיניות הרווחה בכלל ובסיוע לבעלי מוגבלויות בפרט. השלב השלישי מוגדר כ"גישת הטלאים" (Piecemeal Approach) ובו תגובתה של המדינה לצרכי בעלי המוגבלויות הינה ספוראדית ומוגבלת ומוכתבת על ידי לחצים נקודתיים המופעלים דרך גורמים והתארגנויות שונות. השלב הרביעי מוגדר כ"מודל המדיניות המקסימאלית" ובו המדינה מספקת בפועל את מירב הזכויות לבעלי המוגבלויות. השלב החמישי שונה לגמרי מקודמיו ולפיו מוגבלות אינה נתפשת כבעיה של היחיד אלא כבעיה של החברה ואי לכך מחובתה של החברה לספק לבעלי המוגבלויות את כל השירותים נדרשים לצורך הצלחת השילוב. שלב זה בנוי ברובו על מודל הטלאים,

המודל המוסרי (The Moral Model of disability), היסטורי ביותר ומקורו בימי הביניים. מטיל את האחריות למגבלה על בעל המוגבלות עצמו ומביא לדחיית אנשים אלו לשולי החברה. רק פלגים מסוימים בנצרות ראו באנשים עם מוגבלויות כהזדמנות לישועתה של החברה על ידי מתן צדקה ותמיכה בהם. **המודל הרפואי** (The Medical Model of Disability) היה דומיננטי עד שנות התשעים של המאה הקודמת ולפיו, המוגבלות נתפסת כטרגדיה וטראומה אישית בעטיה מאבד האדם את יכולתו לתפקוד "נורמלי" בחברה. לפי מודל זה, סיכויי של בעל המוגבלויות להשתלבות בשוק העבודה מושפעים ישירות מהאופן שבה נתפסת המוגבלות על ידי אותו אדם וכן מאפייני הלקות שלו (הולר, 2014). המודל הרפואי מדגיש את הפערים בין יכולות התפקוד לבין תפקוד בקרב אנשים "נורמליים" ולכן האחריות לפעולה לגישור על הפער בכדי להתאים לחברה מוטלת רק על בעלי המוגבלויות ולא על החברה (Johnson, 2011). **המודל השיקומי** (The Rehabilitation Model of Disability) דומה במהותו למודל הרפואי ולפיו בעל המוגבלות נתפש כזקוק לשירותי שיקום מקצועיים כדי לפצותו על החסך שנגרם כתוצאה ממוגבלותו. המודל זכה לפריחה מואצת במיוחד בתום מלחמת העולם השנייה, כאשר נדרש שילוב בחברה של קבוצות חיילים גדולות שחזרו משדה הקרב עם מוגבלויות שונות. **המודל הכלכלי** (The Economic Model of Disability) התפתח מהתפישות של המודל השיקומי והמודל הרפואי ולפיו הגדרת המוגבלות הינה בהתאם ליכולת הפרט להשתלב בשוק התעסוקה, ברמת היצרניות וההשלכות הכלכליות של המוגבלות על הפרט ועל המעסיק והמדינה. הבעיה המרכזית במודל זה הינה שהוא חוזה את יכולת העבודה בהתאם לפרט, אך לא קיימת התייחסות להתאמת סביבת העבודה אליו. המודל המודרני ביותר שנמצא ביישום כיום הינו **המודל החברתי** (The social Model of Disability) שהתגבש ברקע הביקורת למודל הרפואי. לפי המודל נדרשת הפרדה בין הלקות הגופנית לבין המוגבלות של האדם. הלקות הגופנית מתייחסת לפגיעה הגופנית או הנפשית (הולר, 2014). המוגבלות מתייחסת לחסמים