

משרד הבריאות

**דו"ח הוועדה לתכנון כוח אדם
רפואי וסיעודי בישראל**

תוכן העניינים

מס"ד	נושא	עמ'
	תקציר מנהלים – ריכוז המלצות	2
א.	מבוא	8
ב.	רקע כללי	
	(1) סקירה כללית (2) המלצות וועדות קודמות (3) צעדים שנקטו במהלך השנים האחרונות (4) הבסיס התיאורטי לעבודת הוועדה (5) היבטים מתודולוגיים	9
ג.	רופאים	
	(1) תמונת מצב (2) השוואה בינלאומית (3) אומדנים ותחזיות (4) מסקנות והמלצות	19
ד.	אחיות	
	(1) תמונת מצב (2) השוואה בינלאומית (3) אומדנים ותחזיות (4) מסקנות והמלצות	27
ה.	רופאים מומחים	
	(1) תמונת מצב (2) השוואה בינלאומית (3) אומדנים ותחזיות (4) מסקנות והמלצות	36
ו.	ניתוח גורמים המשפיעים על ההיצע והביקוש לכ"א רפואי	
	(1) משתנים המשפיעים על ההיצע (2) משתנים המשפיעים על הביקוש לשירותי בריאות	44
ז.	המלצות בתחום צעדי מדיניות, תכנון וניהול	49
ח.	מקורות	52
ט.	נספחים	53
	א. כתב מינוי ב. ריכוז המלצות דו"ח הביניים ג. מודלים עיקריים המקובלים לשימוש במדינות מערביות לחיזוי כ"א במערכות בריאות ד. סיכום המלצות צוות הקמה לגוף תכנון כ"א במקצועות הבריאות	53 54 56 58

תמצית מנהלים - ריכוז המלצות

א. רופאים

שיעור הרופאים הכללי בישראל כיום הוא עדיין סביר מול הצרכים ומול הנורמה המקובלת במדינות מערביות אחרות. אולם, בהתחשב במגמה המסתמנת של ירידה רב-שנתית בשיעור הרופאים לאלף נפש מול הזדקנות האוכלוסייה וצרכים עתידיים, יש צורך לבחור נקודת ייחוס המייצגת את שיעור הרופאים לאלף נפש, אליה מומלץ לשאוף. הן וועדת פזי והן וועדת הלוי, גם אם לא ציינו זאת במפורש, הניחו כי השיעור הרצוי של רופאים נע בטווח שבין 2.8 ל-3.0 רופאים לאלף נפש, זאת בהתאם לשיעור הממוצע של ארצות ה-OECD באותן שנים בהן פעלו וועדות אלו. לאחר שבחנה הוועדה את קצב הכשרת כוח האדם בישראל ובחוו"ל, וכן נתונים אודות שיעור רופאים במדינות שונות, החליטה גם הוועדה הנוכחית לאמץ שיעור של כ-2.9 רופאים לאלף נפש כנקודת הייחוס ממנה לא רצוי לרדת. זהו יעד לא שאפתני לאור הממוצע של ה-OECD העומד היום על 3.1 וממוצע 15 הארצות המקוריות של ה-EU העומד כיום על 3.5.

ההמלצות הרשומות מטה לוקחות בחשבון כ-285 רופאים המגיעים מדי שנה מחו"ל (ישראלים ועולים), בדומה למצב בשנים האחרונות.

המלצות

- א. לפעול לכך שהמחזור הראשון של סטודנטים לרפואה בביה"ח החמישי יתחיל את לימודיו באוקטובר 2011.
- ב. לפעול בהקדם האפשרי להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל לכ-700 בכל שנה, החל מ-2012, בבתי הספר הקיימים לרפואה ובבית הספר החמישי.
- ג. במידה וקיים מחסור במקומות הוראה ובמיטות קליניות, יש לפעול להפחתת מספר הסטודנטים מחו"ל שלומדים בישראל, להפנות מקומות אלו להכשרת ישראלים ולבחון חלופות למחסור שיווצר בתקציב.
- ד. להיערך לקראת הגדלה נוספת של מסגרות ההכשרה החל משנת 2014 לכ-800-900 סטודנטים בשנה, בכפוף לבחינה מחודשת של שיעור הרופאים בישראל, כך ששיעור הרופאים בישראל בשנת 2025 לא יירד מ-2.9 רופאים לאלף נפש.
- ה. יש לעודד ישראלים הלומדים בחו"ל, במהלך לימודיהם, לחזור לישראל כדי לוודא רציפות של תוספת כח האדם בנתיב זה. בנוסף, לעודד רופאים ישראלים שגרים ועובדים בחו"ל לחזור לישראל.

ב. אחיות

מקצוע הסיעוד בישראל עבר במהלך השנים שינויים משמעותיים שהעיקרי שבהם הוא הפיכתו למקצוע אקדמי. במקביל לכך צומצם המסלול של אחיות שאינן מוסמכות (מעשיות). צמצום מספר האחיות המעשיות מבלי שבמקביל לכך גדל בהתאם מספר האחיות המוסמכות החדשות המצטרפות למערכת

יחד עם הירידה בהיקף העלייה לישראל, תרמו לירידה במספר האחיות החדשות המצטרפות מידי שנה למערכת. מגמה זו יחד עם העובדה שבמרבית המדינות שיעור האחיות נמצא במגמת עלייה, העמיקה באופן משמעותי את הפער בשיעור האחיות לנפש בין ישראל לבין מרבית מדינות ה-OECD לכדי מצב בו היום במדינת ישראל קיים מחסור משמעותי באחיות. עקב משך ההכשרה במקצוע זה, ירידה זו תמשך ככל הנראה לפחות עד שנת 2015. אם נוסף למגמה זו את המחסור הקיים מלכתחילה בהשוואה למדינות אחרות וכן את מגמת הזדקנות האוכלוסייה בישראל והמגמה של פיתוח והרחבת התפקידים של מקצועות הסיעוד, נמצא תופעה מדאיגה אליה יש להתייחס בדחיפות.

הוועדה סבורה כי בהתייחס לשיעורים של אחיות במרבית מדינות OECD ולאור הפער הקיים כיום, המגמות הרב שנתיות בישראל, וכן מגבלות פוטנציאל ובמקומות הכשרה, לא ניתן יהיה להביא את ישראל בטווח הנראה לעיין לשיעור דומה לממוצע במדינות ה-OECD. הוועדה העריכה ששיעור של 5.8 אחיות לאלף נפש הינו יעד ראשוני, שמטרתו בלימת המגמה הנוכחית במטרה לאפשר תפקוד תקין של המערכת והיא מעריכה שהוא בר השגה. אולם, הוועדה ממליצה לבחון את האפשרות לגיוס משאבים תקציביים ואחרים שיאפשרו גידול משמעותי יותר (בניסיון להגיע לשיעור של 6.5 אחיות לאלף נפש עד שנת 2025). בנוסף לשיעור זה אנו ממליצים על תוספת של כעשרים אחוז, הכוללים סייעות לאחיות וכוחות עזר מיומנים. הסייעות ישתלבו, בין היתר, בתחום הטיפול במבוגרים ובכך יפנו את האחיות המוסמכות מפעולות טיפול בסיסי לטובת טיפול סעודי מורכב בחולים קשים.

המלצות

- א. להגדיל, בשלב זה, ובהקדם האפשרי את מסגרות ההכשרה לאחיות עד ל- 2,300 סטודנטים מדי שנה על-מנת לבלום את מגמת הירידה בשיעור האחיות ולהגיע עד שנת 2025 לשיעור של 5.8 אחיות לאלף נפש.
- ב. הגדלה זאת צריכה לבוא הן מפתיחת מסגרות לימוד חדשות, הן באמצעות הרחבת מסגרות ההכשרה הקיימות והן באמצעות הסבה של אקדמאיים.
- ג. לשאוף להגיע לחציון הקיים במדינות ה-OECD. בשלב זה, היעד ארוך הטווח הינו שיעור של 6.5 אחיות לאלף נפש. יש להתחיל בתכנון תוכנית אשר תבחן את ישימות הגדלת שיעור האחיות בישראל ל-6.5 אחיות לאלף נפש.
- ד. לפעול על מנת לעודד סטודנטים לפנות למקצועות הסיעוד.
- ה. למסד את מקצוע כח העזר המיומן – "סייעת אחות", בניית מסלול ההכשרה המקצועית והכשרה של מספר רב, ככל הניתן, של מועמדות במגמה להגיע להיקף השווה בשיעורו לכ- 20 אחוז מהיקף האחיות (ראה פירוט נוסף בפרק ז' להלן). להכשיר עוד בשנת 2011 כ-200 סייעות לאחיות.

ג. רופאים מומחים

הוועדה מצאה כי המקצועות הבאים נמצאים במצוקה ומחייבים צעדי מדיניות לעידוד והפניית רופאים למסלולים אלה: הרדמה וטיפול נמרץ, רפואת ילודים-ניאונטולוגיה, פסיכיאטריה של הילד, התפתחות הילד/נוירולוגיה של ילדים, גריאטריה ורפואה פסיקאלית ושיקומית. חלק מהממצאים שהוזכרו בדוח

התייחסו לחשש ממצוקה עתידית וזאת על רקע מיעוט פניות להתמחות במקצועות אלה וחשש לירידה בשיעור המומחים לנפש. ניתוח הממצאים הנוגעים להכשרת מומחים מאשש את הגישה שהוצגה בעבר על ידי משרד הבריאות בדבר חשש למצוקה עתידית גם במקצועות הפתולוגיה, רפואה פנימית (כ-50% מהמומחים בפנימית סיימו לאחר ההתמחות בפנימית גם ההתמחות נוספת), רפואת משפחה וכירורגיה כללית.

הלוח הבא מפרט את התוספת השנתית הממוצעת המומלצת למקצועות התמחות שמצוקה. לאור עודף ניכר שקיים לכאורה במקצועות התמחות מסוימים, ממליצה הוועדה לבחון את האפשרות למעורבות גדולה יותר של משרד הבריאות בניסיון להשפיע על תקני המתמחים בשטחי ההתמחות השונים בכל נקודת זמן, לרבות באמצעות פיתוח תמריצים, שיאפשרו וויסות כוח אדם מומחים בין מקצועות התמחות בהם קיים עודף למקצועות בהם קיימת מצוקה עכשווית או עתידית ועידוד באמצעות פנייה אישית לסטודנטים שסיימו לימודיהם לפנות לתחומי התמחות נדרשים.

המלצות

א. לאור האמור לעיל, מוצג בלוח הבא שיעור התוספת השנתית המומלצת במקצועות שהוגדרו במצוקה.

תוספת שנתית מומלצת למקצועות במצוקה

מקצוע ההתמחות	שיעור נוכחי ל-1,000 נפש	יעד השיעור ל-1,000 נפש*	תוספת ממוצעת 2005-2009	סה"כ תוספת שנתית מומלצת**	הפרש
הרדמה	0.078	0.18 ¹	25	44	19
טיפול נמרץ כללי	0.016	0.03	7	14	7
טיפול נמרץ ילדים	0.006	0.015	3	6	3
רפואת ילודים-ניאונטולוגיה	0.016	0.04	5	8	3
פסיכיאטריה של הילד	0.024	0.05	8	12	4
התפתחות הילד/נוירולוגיה של ילדים***	0.009	0.04			7
גריאטריה	0.025	0.06	16	24	8
רפואה פסיקאלית ושיקומית	0.015	0.03	6	9	3

** יעד השיעור לאלף נפש – לשנת 2025

*** תוספת המומלצת היא לעשר השנים הקרובות (תוך מעקב וביצוע הערכת מצב תקופתית)

***-התפתחות הילד – מקצוע התמחות חדש יחסית. לכן ערכי התוספת הממוצעת עד כה, אינם רלוונטיים

ב. עידוד פנייה למקצועות במצוקה –

1) ביצוע סקר מקיף בקרב רופאים מומחים, מתמחים וסטודנטים לרפואה לצורך איתור הגורמים המשפיעים על בחירת התמחות, כמו גם תוכן הלימודים ומשכם (בשיתוף המועצה המדעית, הר"י), ואיתור דרכים לניתוב כוח אדם למקצועות ההתמחות השונים, בדגש על מקצועות התמחות שבמצוקה או שבהם צפויה מצוקה בעתיד.

¹ בהרדמה טיפול נמרץ כללי וילדים, עקב המחסור החריף הקיים והחשש מנטישת המקצוע, מוצע להגדיל את קצב הכשרת המתמחים ב- 75-100 אחוז לעומת הקצב הנוכחי כבר כיום, ולהתמיד בכך לפחות במהלך העשור הקרוב. במקצועות האחרים התוספת השנתית המוצעת גדולה בכ-50 אחוז לעומת הקיים.

- 2) לבחון גורמים נוספים המשפיעים על כוח אדם רפואי, לרבות מדיניות הגבלה בתורנויות ושעות העבודה של מתמחים, וכן זמן (מתוך עבודת הרופא) המושקע בפעילויות שאין לרופא יתרון יחסי בהן.
- ג. **מקצועות שקיימת סכנה כי ייוצר בהם מחסור:** פתולוגיה, רפואה פנימית, כירורגיה כללית וכירורגית ילדים. **יש לפעול על מנת לעודד סטודנטים לרפואה ורופאים לפנות להתמחות במקצועות אלו.**
- ד. הכנת תוכנית לתמרוץ רופאים להתמחות במקצועות במצוקה או כאלו שיש סכנה כי ייוצר בהם מחסור ובחינת מתן תמריצים בתחומי התמחות שבמחסור ובאזורי הפריפריה.
- ה. בחינת האפשרות לשינוי מסלול המומחים (בשיתוף המועצה המדעית) כך שבתת התמחויות מסוימות לא צריך יהיה לעבור את ההתמחות הבסיסית ובהמשכה התמחות-על, אלא להתמחות באופן ישיר בהתמחות העל ולקצר את משך ההתמחות הכולל התחומים אלה.
- ו. הגברת המודעות למקצועות התמחות שבמחסור ועידוד סטודנטים לפנות למקצועות אלה.
- ז. לפעול להגבלת התקנים בהתמחויות בהן קיים עודף במומחים.

ד. המלצות בתחומי מדיניות, תכנון וניהול

- א. לנקוט בצעדים לשימור כוח אדם קיים (retention) ומניעת הגירה. לאחרונה סיימה עבודתה הסכם הבוררות בין המדינה לבין הרופאים. הסכם זה משמש בסיס לתמריצים כספיים, לרבות בהקשר למקצועות התמחות שבמחסור².
- ב. בנוסף לאמור לעיל, מומלץ לבחון שימוש בתמריצים שאינם כספיים/כלכליים שקשורים לארגון העבודה, כגון:
- 1) **התאמת סביבת העבודה** והתייחסות למעמד בעבודה. הקמת מעונות לילדים, מסלול קידום מקצועי, חילופי משרות וסדנאות למניעת שחיקה (לגבי מקצוע הסיעוד בבתי החולים מומלץ גם מומלץ לשקול צעדים דוגמת אלה שהונהגו במודל של - Magnet Hospitals בארה"ב³).
- 2) **בקרוב רופאים ואחיות**, הקניית אפשרות ללימודי המשך והרחבת מסלולים המשלבים משרות ניהול לצד תפקוד קליני. בנוסף, הקניית אפשרות למסלולי מחקר המשולבים עם עבודה קלינית.
- 3) קיצור תורנויות והקצאת שעות למחקר, הם אמצעים נוספים למניעת שחיקה של רופאים ואחיות.
- ג. לנקוט צעדים שתכליתם עידוד רופאים בקרב מקצועות במצוקה להמשיך לתפקד באופן קליני, **לפי צרכי המערכת**, גם לאחר מועד הפרישה הרשמי לגמלאות - **לדוגמא:**

² יחד עם זאת, אין לצפות שתמרוץ בהיקף שניתן הבוררות יהיה בעל השפעה משמעותית. לדעתנו, דרוש תמרוץ משמעותי יותר.

³ מרכז רפואי המתאפיין במדיניות שמאפשרת משיכת אחיות למקצוע ומניעת נשירתן ממקום העבודה באמצעות – אוטונומיה מקצועית, מבנה ניהולי מבוזר, ניהול משתף, וניהול עצמי.

- 1) מיסוד תוכנית המבטיחה לרופאים המשך תעסוקה במשרה חלקית, מבלי לאבד את זכויות הפנסיה.
- 2) בחינת האפשרות לקבל את הפנסיה ולהמשיך במקביל בתעסוקה עד תקרת השתכרות מסוימת.
- 3) שחרור רופאים מבוגרים (מעל גיל פרישה הרשמי) בבתי חולים מכוננויות.
- 4) במקצועות במצוקה, לאפשר הארכת גיל הפרישה בשנים נוספות.

ד. לבחון צעדים לעידוד עלייה של בעלי מקצועות רפואה ולהחזרת ישראלים שסיימו לימודי רפואה בחו"ל. בין השאר מומלץ לשקול צעדים כדלקמן:

- 1) ליווי בהכשרה המקצועית, בקורסי הכנה (סיוע כספי וליווי מקצועי צמוד במהלך ההכשרה ואף הפצת חומר לימודי עוד בטרם עלייתם) וכן לבוא לקראתם בתרגומים של חומרי הדרכה, כולל בחינות, ובשפתם במטרה להקל עליהם, ככל הניתן.
- 2) הסבה מקצועית לעולים - תמריץ והכשרה למי שלא הוכר כמורשה לעיסוק במקצוע הרפואי בו עסק בחו"ל, לשינוי מקצועי בתוך תחום הבריאות, לרבות במעבר ממעמד של רופא למסלול סיעוד, פרא-רפואה ומינהל.
- 3) הקלה בהליכים המנהליים הנלווים להכרה בדיפלומות מחו"ל.
- 4) פעילות משותפת – עם משרד הקליטה, הסוכנות היהודית וגורמים נוספים על מנת לגייס מקורות לתקנים יעודיים לעולים וחוזרים אשר יעבדו בפריפריה.

הוועדה מצאה לנכון להדגיש כי האומדנים שהוצגו במסגרת דו"ח זה יצאו מנקודת הנחה שלא יהיה שינוי במדיניות ובכללים לפיהם עובדת כיום מערכת הבריאות, ואשר שינוי בהם עשוי להשפיע על הביקושים.

המלצות נוספות בתחום ניהול כ"א רפואי וסיעודי

להלן המלצות שעניינן תכנון וניהול כוח האדם הרפואי/סיעודי בישראל

- א. **הקמת גוף מטה לתכנון כוח אדם במשרד הבריאות.** הגוף יעסוק בניתוח מצב כוח אדם במקצועות הבריאות ויבצע הערכות שוטפות וכן תכנון ארוך טווח. הגוף יסייע למנכ"ל בקביעת מדיניות לאומית בתחום כוח האדם הרפואי, סיעודי ופרא-רפואי. גוף המטה יבצע, בין השאר, גם בחינה שוטפת של צרכים ותמריצים, והערכה של היבטים שונים של התפעול השוטף הקשורים למצב כוח האדם הרפואי. גוף המטה יוקם עד לתחילת שנת 2011. נספח ד', מציג המלצות של צוות משנה אשר עסק בתכנון גוף המטה ודרכי פעילותו.
- ב. לפנות לקופות החולים ולהורות להן להכין תוכניות ארוכות טווח בתחום תכנון כ"א רפואי וסיעודי ואופן פריסתו.

ג. **הקמת מאגר מידע מרכזי** באחריות ובשליטת משרד הבריאות, שיכלול נתוני כ"א ונתונים אחרים הרלוונטיים לאומדן צרכים (כגון משכי המתנה), תהליכים וכן ניתוח מגמות רב-שנתיות וכן פיתוח של מדדי בקרה ומעקב בתחומים ובמקצועות השונים, לרבות פערים בפריסת כל האדם בין אזורים שונים.

ד. **מיפוי גיאוגרפי של מקצועות** ובניית בסיס נתונים שיאפשר ניטור מתמיד והערכת מקצועות מצוקה

ה. קידום תוכנית לאומית בשיתוף משרד האוצר והמל"ג לפתרון בעיית המחסור בכוח אדם רופאים ואחיות, תוך איגום המשאבים הדרושים לשם כך

ו. **הפעלת כלים לקבלת משוב מתמשך (רישום חוזר) מהעוסקים במקצועות הבריאות החייבים ברישיון**, ובחינת הצורך בהגשת "הצעת חוק מסגרת למקצועות הבריאות". הקמת וועדה לה שותפה ההסתדרות הרפואית בישראל והסתדרות האחים והאחיות לבחינת הצורך והאפשרות להנהגת הליך של re-certification.

ז. **לבחון את הצורך והאפשרות להביא להכרה במקצועות עזר חדשים ברפואה.**

1) בנוסף לגידול מיידי במספר ההכשרות של אחיות מוסמכות מומלץ לפתח/להכשיר מקצוע "סייעת לאחות" שיוכשר מעבר לתכנים הניתנים כיום לכוח עזר רגיל ויסייע לאחיות ויוכל להוריד מהן מטלות מסוימות (לא כולל חלוקת תרופות), כך שהאחות תוכל להתרכז בעבודה מקצועית לה הוכשרה, הדורשת מיומנות וידע שאינם ניתנים להאצלה לכוח עזר מכל סוג.

2) הוועדה מצאה כי מקצועות כגון עוזר רופא ואחות מומחית עשויים במקרים מסויימים להגביר את יעילות העבודה במרפאה ואת הפרודוקטיביות בעבודת הרופא והמרפאה/בית החולים ולפנות זמן רופא. הוועדה ממליצה לבחון את האפשרות ליישם מודל זה בישראל, ובמידה ויימצא מתאים להגדיר את מסלול ההכשרה והמודל הרצוי, בין מסלול עוזר רופא (Physician assistant), מסלול אחות מומחית (Nurse practitioner) ועוזר מרדים באמצעות וועדת יישום בהנהגת מינהל רפואה ובהשתתפות מינהל סיעוד, בהשתתפות נציגי המועצה להשכלה גבוהה, דיקני בתי הספר לרפואה, הר"י ואיגוד האחיות.

ח. **תקינה, תקנים ומדדים - על אף שנושא התקינה לא נכלל בין המשימות שהוגדרו לוועדה**, מרבית חברי הוועדה, מצאו לנכון להמליץ לבחון את התאמתם של תקנים ומדדים ושינויים בנושא תקינה (כגון תקינת בתי החולים). בנוסף גם מומלץ לבחון מנגנון שיבטיח תהליך שוטף לעדכון התקינה והשכר של רופאים ואחיות בהתאם לצרכים. חברי הוועדה ציינו כי ללא תוספת של תשתיות פיזיות (מיטות) ושינוי התקינה, צפוי קושי ביישום המלצות הדוח.

א. מבוא

בתאריך 29.3.2009 מינה מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' אבי ישראלי, ועדה פנימית לבדיקת כח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות (נספח א'). בכתב המינוי ביקש המנכ"ל למפות את כח האדם הרפואי והסיעודי ושאר מקצועות הבריאות, הקיים במערכת הבריאות, מול כח האדם הדרוש בכל אחת מההתמחויות המקצועיות. כמו כן, התבקשה הוועדה להמליץ על דרכי טיפול במצוקת כח האדם במקומות בהם קיים מחסור.

חברי הוועדה כוללים את:

ד"ר טוביה חורב, סמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות - יו"ר הוועדה
ד"ר חזי לוי, ראש מינהל רפואה
ד"ר מיכאל דור, מ"מ ראש מינהל רפואה ומנהל האגף לרפואה כללית
גב' ציונה חקלאי, מנהלת תחום מידע, האגף למידע ומחשוב
מר דב פסט, סמנכ"ל בכיר למינהל ומשאבי אנוש
ד"ר שושנה ריב"א, אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסיעוד
ד"ר אמיר שנון, ראש האגף למקצועות רפואיים
גב' ענת שמש, מנהלת תחום תכנון, סקרים והערכה
גב' ורד מדמון, מנהלת תחום תקינה וסיווג משרות

כמרכז הוועדה מונה מר ניר קידר, רכז כלכלת בריאות באגף לכלכלה וביטוח בריאות.

עם תחילת עבודת הוועדה התקבלו החלטות ששימשו בסיס לעבודת הוועדה בהמשך, כדלקמן:

1. מאחר ומאז תום דיוני וועדה קודמת בהרכב זהה, למעט יושב הראש (ד"ר חורב החליף את פרופ' גבי בן נון-יו"ר), חלפו פחות משנתיים, החליטה הוועדה להמשיך למעשה את עבודתה מהנקודה בה היא הופסקה, תוך הרחבת ההתייחסות לתחומים נוספים כגון התמחויות ועדכון תשתיות המידע שהוצגו בדוח הקודם.
2. כמו כן, הוחלט לעדכן את תשתיות המידע שעמדו בפני הוועדה בשנת 2007, לאור השינויים שחלו מאז, להאריך את האומדנים עד לשנת 2025 ולאור זאת לעדכן את ההמלצות.
3. מהסיבה האמורה לעיל, החליטה הוועדה שלא לזמן פעם נוספת נציגים של גופים ציבוריים להצגה מחודשת של עמדתם, ולהתבסס על עמדות שהוצגו על ידם בוועדה הקודמת. יוצאים מכלל זה היו, יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל, ד"ר יורם בלשר, שזומן כדי להציג את השקפתה של ההסתדרות הרפואית, בתחום תכנון כוח אדם רפואי, לאור מסקנות המיזם "נערכים לרפואת המחר" של ההסתדרות הרפואית בישראל שפורסם בספטמבר 2009, וכן גב' אילנה כהן, יו"ר ארגון האחים והאחיות.
4. בנוסף לעדכון תשתיות המידע שעמדו בפני הוועדה והמוצגים יחד עם המלצות קונקרטיביות בפרקים הראשונים של הדו"ח הנוכחי ובהתאם לכתב המינוי של הוועדה, מוצגים בדוח שלושה חלקים נוספים. פרק ה' עוסק בנושא התמחויות הרופאים, פרק ו' מנתח את הגורמים

המשפיעים על ההיצע והביקוש לכ"א רפואי, בפרק ז' מופיעות המלצות נוספות בתחום מדיניות, תכנון וניהול כוח האדם הרפואי והסיעודי.

חברי הוועדה מבקשים להודות לכל הגורמים אשר פנו ושלחו חומר כתוב בנושא ולכל המוסדות והארגונים שהופיעו בפני הוועדה. נספח ב' מפרט את כלל הגופים שהציגו את עמדתם ו/או שלחו חומר כתוב לוועדה מאז הקמתה ועד מועד הגשת דו"ח זה.

ב. רקע כללי

ב-15 השנים האחרונות, מופר ברוב מדינות ה-OECD האיזון בין היצע הרופאים לבין הצרכים זאת, בין השאר כתוצאה מגורמי היצע, כגון קצב הכשרות שלא מדביק את הגידול בביקושים, גידול בשיעור הנשים ברפואה וצמצום במספר שעות עבודה במקצוע - במרבית המדינות חלה ירידה במספר שעות העבודה השבועיות של רופאים, בעיקר בגילאים צעירים (עד 40) - וכן עקב הגידול במספר שטחי ההתמחות, הגיל הממוצע של העוסקים במקצוע ושיעורי הפרישה. מאידך, בצד הביקושים - הביקוש לשירותי הבריאות הולך וגובר כתוצאה מהזדקנות האוכלוסייה, הגברת המודעות של צרכני שירותי הבריאות והעלייה ברמת החיים. מחקרים מראים כי קצב הגידול בשיעור רופאים לנפש במדינות ה-OECD הוא איטי בהשוואה לקצב הגידול בהוצאה לנפש על בריאות במונחים ריאליים, אך מהיר יותר מהשפעה הצפויה של הזדקנות האוכלוסייה על ההוצאה על בריאות ולכן נראה שלרמת החיים ולצמיחה הכלכלית באותן מדינות היתה השפעה גדולה יחסית על האיזון בין היצע הרופאים והביקוש לשירותיהם. כמו כן נמצא שעיקר הגידול שאובחן בשנים האחרונות בשיעור כוח אדם רפואי במדינות שונות החברות ב-OECD, נובע הן מהגדלת מסגרות ההכשרה והן מקיטון באוכלוסייה.

בישראל, אנו עדים למגמה של ירידה בשיעורי הרופאים והאחיות. בקרב הרופאים, שיעור הרופאים בישראל הינו יחסית גבוה לעומת מדינות ה-OECD, אך הוא נמצא במגמה חדה של ירידה אשר תביא את ישראל תוך מספר שנים לשיעור ל-1,000 נפש נמוך מממוצע מדינות ה-OECD. בקרב האחיות, שיעור האחיות לאלף נפש לא רק שהוא מן הנמוכים בקרב מדינות ה-OECD אלא הוא אף נמצא במגמת ירידה. ההסבר העיקרי למגמות אלו נובע משילוב של גורמים כגון היקף הכניסה השנתית של כוח אדם חדש למערכת, גידול האוכלוסייה, וירידה משמעותית בהיקפי העלייה לישראל, של עולים ממקצועות הרפואה והסיעוד. עם זאת, חשוב לציין כי קצב הזדקנות האוכלוסייה בישראל הינו מן הנמוכים בקרב מדינות ה-OECD, עובדה אשר משפיעה על הביקוש לרופאים בישראל ביחס למדינות ה-OECD.⁴

המלצות של ועדות קודמות

במהלך העשור האחרון פעלו ארבע ועדות שבחנו היבטים שונים של נושא כוח האדם במערכת הבריאות בישראל. במאי 2000, מונתה על-ידי הות"ת ועדה ברשות פרופ' אמנון פזי (להלן - ועדת פזי), אשר ממצאה פורסמו לאחר שנתיים של עבודה. ועדת פזי קבעה כי במועד בו היא פעלה (שנת 2000) קיים מצב של עודף של רופאים. הוועדה חזתה כי שיעור הרופאים במדינת ישראל ירד ויגיע עד לשנת 2020

⁴ יחד עם זאת, יחס התלות בישראל הינו הגבוה ביותר בקרב מדינות ה-OECD וזאת בעיקר עקב הבדלים בשיעורי ילודה

לשיעור של כ- 2.6 רופאים לאלף נפש. כדי להימנע ממצב זה, המליצה וועדת פזי להגדיל את מספר הרופאים, בוגרי ישראל, הנכנסים למערכת ב-600 רופאים נוספים (להגיע להיקף הכשרות של כ- 900 רופאים בשנה).

הוועדה השנייה של הות"ת הוקמה במאי 2006 כדי לבחון את הצורך בהקמת בית ספר נוסף לרפואה. בראש הוועדה עמד פרופ' יונתן הלוי (להלן-ועדת הלוי) והיא הגישה את מסקנותיה לות"ת בחודש מרץ 2007. לפי תחזיות ועדת הלוי, במידה ומספר הרישיונות החדשים המונפקים מידי שנה יישאר דומה למצב הנוכחי, אזי שיעור הרופאים בישראל ירד בשנים הקרובות ויגיע ל-2.8 רופאים לאלף נפש בשנת 2019. המלצות ועדת הלוי כללו הגדלה של מספר הבוגרים בבתי הספר הקיימים לכ-600 מידי שנה וגם הקמת בית ספר נוסף לרפואה.

וועדה נוספת בחנה את מצב כ"א בתחום הסיעוד. וועדה זו בראשה עמד ד"ר יצחק ברלוביץ מונתה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות והגישה המלצותיה בינואר 2004. המשימה שהטלה על חבר הוועדה היתה לבחון את כוח אדם הסיעודי – אחיות מוסמכות, מעשיות ואת שאלת האקדמיזציה. בין היתר המליצה הוועדה להפסיק את ההכרה בתוכניות הלימודים לאחיות מעשיות, לפתח כוח עזר מיומן, להאיץ האקדמיזציה והמליצה על מתכונת ההכרה בתארים גבוהים לאחיות.

כאמור, בדצמבר 2006 מינה מנכ"ל משרד הבריאות דאז וועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי, בראשות פרופ' גבי בן נון. וועדה זו בחנה את נושא הכשרת הרופאים והאחיות בישראל⁵, ועל בסיס תחזיותיה, המליצה לנקוט צעדים שעיקרם הגדלת מסגרות ההכשרה של הרופאים ושל האחיות בישראל. הגדלת מספר הסטודנטים בבתי הספר הקיימים לרפואה לכ-600 מדי שנה ושל האחיות לכ-2000 בשנה. כמו כן, המליצה הוועדה על החלת חובת רישום חוזר במקצועות הבריאות המחויבים ברישוי. לפירוט מלא של ההמלצות שהופיעו בדו"ח הביניים של וועדה זו שהוגש למנכ"ל ביוני 2007 – ראה נספח ג'.

צעדים שננקטו בנושא כוח אדם רפואי וסיעודי במהלך השנים האחרונות

הרחבת בסיס המידע

משרד הבריאות בשיתוף עם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ערך בימים אלו מחקר הבוחן את המאפיינים התעסוקתיים של הרופאים והאחיות בישראל. כמו כן, ערך המשרד במהלך השנה האחרונה מחקר נוסף, במשותף עם מכון גוינט מאיירס ברוקדייל, בנושא מאפיינים תעסוקתיים של מקצוע הסיעוד. במקביל, משרד הבריאות פנה למרבית ארגוני הבריאות לקבלת רשימת הרופאים המועסקים בכל ארגון. במהלך שנת 2010 יתפרסמו הנתונים וניתן יהיה לקבל תמונה מקיפה יותר אודות מאפיינים תעסוקתיים של רופאים ואחיות בישראל.

הכשרת רופאים

בשנת 2007 התחילו את לימודי הרפואה בישראל כ-400 סטודנטים. מאז הוגדלו מסגרות ההכשרה לרופאים באוניברסיטאות הקיימות ונכון למועד כתיבת דו"ח זה (פתיחת שנת הלימודים – תש"ע) הן עומדות על כ- 515 סטודנטים (גידול של 30% לעומת 2007). הגידול במספר הסטודנטים נובע משני מקורות מרכזיים:

⁵. בכל מקום בדוח זה בו מצוינת המלה אחיות הכוונה היא גם לאחים וגם לאחיות- כנ"ל לגבי רופאים ורופאות.

- פתיחת מסגרת הכשרה ארבע-שנתית באוניברסיטת ת"א בשנת 2008. המכשירה כ-60 סטודנטים בשנה. עקב הסתמכות התוכנית על לימודי תואר ראשון של הסטודנטים במדעי החיים, משך ההכשרה הינו קצר יותר והרופאים יוצאים מוקדם יותר למערכת.
 - הגדלת מסגרות ההכשרה בעקבות הסכם בין משרדי הבריאות והאוצר. בחודש יוני 2009 סיכמו המשרדים על הגדלת מסגרות ההכשרה לרופאים כך שתעמוד, לכל הפחות, על 505 סטודנטים בשנה (גידול של 45 סטודנטים לעומת המצב באותה התקופה).
- בחודש מרץ 2009, החליטה ממשלת ישראל כי יוקם בית ספר חמישי לרפואה בעיר צפת שבגליל המזרחי, הפרויקט הוגדר על-ידי הממשלה כפרויקט בעל עדיפות לאומית (החלטה מס' 4541). בית הספר צפוי להכשיר כ- 100-70 סטודנטים בשנה. המועצה להשכלה גבוהה פירסמה מכרז, וכזכיון נבחרה אוניברסיטת בר אילן, אשר יפעיל את בית הספר החדש לרפואה.

הסכמי שכר – רופאים

בחודש נובמבר 2008 התפרסם פסק הבוררות בין המדינה להסתדרות הרפואית בישראל, בעניין שכר הרופאים העובדים בשירות המדינה, בקופת חולים כללית ובמרכז הרפואי הדסה. פסק הבוררות קבע כי שכר הרופאים יעלה בהדרגה בלמעלה מ-20%, כאשר למקצועות התמחות אשר הוגדרו כנמצאים "במחסור אקוטי"⁶ תינתן תוספת שכר נוספת.

אחיות

- משרד הבריאות פועל בשנים האחרונות במספר מישורים בנושא הגדלת מסגרות ההכשרה לאחיות בישראל. בין פעילויות המשרד (באמצעות מינהל הסיעוד) ניתן למנות:
- הפעלת מסע פרסום והסברה לגיוס מועמדים ללימודי סיעוד.
 - הגדלת מכסת הסטודנטים ללימודי סיעוד במכללות ב-200 מקומות.
 - בשנת הלימודים התשי"ע החלו כ- 1500 סטודנטים את לימודי הסיעוד, לעומת כ-1,000 לשנה בשנים קודמות. במסגרת תוכניות מינהל הסיעוד, בשנת 2015 כ-1,700 אחיות יקבלו רישיון, גידול של 70% לעומת שנים קודמות.
 - פתיחת מסלולי הסבת אקדמאים במימון ממלכתי תמורת התחייבות לעבודה בשירות הציבורי (סה"כ 480 סטודנטים).
 - פתיחת מסלולים ישירים לתואר אחות מוסמכת בחדר ניתוח ואחות מוסמכת מיילדת (סה"כ 54 סטודנטים).
 - תוכנית להגברת כח האדם הסיעודי המקצועי בפזורה הבדואית על-ידי הכשרת לומדים מהמגזר הבדואי (סה"כ 38 סטודנטים).
 - תוכניות להסבת אקדמאיים למקצועות הסיעוד.
 - הסבת פרמדיקים אקדמאים ללימודי סיעוד (סה"כ 16 סטודנטים)

⁶ בפסק הבוררות הוגדרו המקצועות הבאים ככאלה המצויים במחסור אקוטי: הרדמה, ניאונטולוגיה, טיפול נמרץ כללי ונשימתי, טיפול נמרץ ילדים וקרדיולוגים אשר כל עיסוקם בטיפול נמרץ לב

שינוי בשכר האחיות

- במסגרת תוספות השכר שניתנו במשק, ניתנה העדפה לאחיות בעלות תואר אקדמי, שהשפעתן על מדדי איכות מוכחת במחקרים.
- וועדה בין-משרדית החליטה על מתן תמריצים לאחיות שיועסקו במרכזי טיפות חלב המשרתים את המגזר הבדואי.

הבסיס התיאורטי לעבודת הוועדה

גורמים המשפיעים על אומדן עתידי של כוח אדם רפואי וסיעודי

הוועדה סקרה בספרות המקצועית מודלים שונים של הערכת כוח אדם ובחנה משתנים שעשויים להשפיע על אומדן עתידי של כוח אדם רפואי וסיעודי (ראה נספח ד').

משאבי כוח- אדם מהווים את התשומה העיקרית במערכת הבריאות. הרופאים והאחיות מהווים מרכיב דומיננטי מכלל המועסקים במערכת הבריאות (כ- 169 אלף מועסקים בשנת 2007), הן בשל חלקם הכמותי (כ-36%) והן בשל אופי תפקידם והשפעתם המרכזית על פעילותה של המערכת והיקף ההוצאה הנגזרת ממנה.

בתנאים כלכליים של משק תחרותי, מנגנון השוק החופשי מתקן מצבים של עודף או מחסור בכח אדם בטווח הארוך, על ידי התאמה מחודשת של כמויות ומחירים. ענף כוח האדם במערכת הבריאות אינו פועל בתנאים של תחרות משוכללת ובשל כך השימוש במושגים של עודף או מחסור בעובדים, אינו מבטא את המשמעות הכלכלית של מושגים אלו. ההגדרות "עודף" או "מחסור" בכוח-אדם רפואי מבטאות יותר הגדרות נורמטיביות המתייחסות לצרכים בכוח אדם (ביקוש) למול מצאי כוח האדם (היצע). השימוש במושג "עודף" כוונתו לציין ש"צריך פחות" והשימוש במושג "מחסור" בכ"א רפואי, כוונתו לציין ש"צריך יותר".

קביעת שיעור עתידי רצוי של כוח אדם, נגזרת במידה רבה מהנחות נורמטיביות העשויות להשתנות ממדינה למדינה. לדוגמא: שיעור האחיות בהולנד הוא עומד על 8 לאלף נפש והשיעור המקביל באירלנד הוא כמעט כפול – 15. שיעור הרופאים בהולנד לעומת זאת הוא מהגבוהים בעולם 4 לאלף נפש לעומת 3 באירלנד. לשאלה באיזה מדינה (הולנד או אירלנד) ישנו התמהיל הנכון של רופאים ואחיות אין תשובה מדעית.

גורמים רבים העשויים להשפיע על תכנון עתידי של רופאים ואחיות והם פועלים לעיתים בכיוונים מנוגדים. הוועדה בחנה את המגמות המסתמנות בספרות המקצועית בדבר מידת ההשפעה וכיווני ההשפעה של משתנים אלה ובחרה להציג בדו"ח את העיקריים שבהם.

היבטים מתודולוגיים

הנחות יסוד

כאמור, ישנם גורמים רבים המשפיעים על תכנון עתידי של כ"א רפואי. בין הגורמים העיקריים ניתן למנות שינויים דמוגרפיים, שינויים טכנולוגיים, שינויים בדפוסי התחלואה, שינויים בדפוסי ארגון השירותים ופריסתם, שינויים בדפוסי העבודה, הגירה ועוד. חברי הוועדה בחנו את כיווני ההשפעה של הגורמים השונים שהעיקרים שבהם הוצגו לעיל, ואת ההתייחסות הקיימת בספרות המקצועית למשתתפים השונים (להרחבה ראה נספח ב'). לאור הזהירות המתבקשת בעת ביצוע השוואות בינלאומיות, ועל רקע חוסר הקיים בתשתיות מידע בישראל, דבר שמקשה על בדיקת מידת ההשפעה של משתתפים אלה בישראל, הוחלט לבסס את האומדן שיבוצע במסגרת הוועדה על הנחות היסוד הבאות:

1. **נשירה מעיסוק ברפואה קלינית** – אימוץ נתונים מחו"ל המדווחים על שיעור של 5-6% מהרופאים בגיל העבודה שאינם עוסקים ברפואה קלינית.

2. **המשך עיסוק מעבר לגיל פרישה** – נתונים מישראל ומאירופה מדווחים על כ- 5-6% מהרופאים ככאלה שממשיכים לעסוק ברפואה קלינית מעבר לגיל פרישה. (מקור – סקר כוח אדם).

לאור הכיוונים המנוגדים של שני המשתתפים דלעיל ועוצמתם הזוהר, הוחלט להתייחס אליהם ככאלה המאזנים האחד את השני, ולבסס את כוח האדם הפעיל על שיעור המחזיקים ברישיון לעיסוק ברפואה עד גיל פרישה, כהגדרתו להלן.

3. **שיעור נשים** – לאור השיעור הגבוה יחסית למדינות אחרות של נשים כאחוז מכלל הרופאים בישראל והיציבות המשתקפת בשנים האחרונות, הוחלט לבסס את האומדן על ההנחה ששיעור הנשים מקרב העוסקים ברפואה יישמר במצב הנוכחי.

4. **מגמות בגיל הרופאים** – תמהיל הגיל של הרופאים המועסקים כיום יובא בחשבון בעת ביצוע האומדן.

5. **גיל פרישה** – באופן עקרוני ההתייחסות היא לגיל הפרישה התקף כיום. בגברים – גיל 67 שנה ובנשים – 64. על בסיס ההנחה הקודמת הוחלט כי לא יבוצע חישוב נפרד לגברים ונשים העוסקים ברפואה, אלא לבסס את החישוב על כלל העוסקים בפועל ברפואה ובסיעוד (גברים ונשים כאחד) עד גיל 65 מקרב בעלי רישיון לעיסוק ברפואה ועד גיל 60 בסיעוד⁷.

6. **פטירה והגירה מהארץ** – לאור המידע הקיים בישראל ועל בסיס הנתונים בשנים האחרונות, הוחלט להניח כי שיעור העוזבים את המקצוע בגיל העבודה כתוצאה מפטירה בטרם עת או הגירה לחו"ל, בהתאם לנתוני מרשם האוכלוסין, ימשיך לעמוד על כ- 0.2% לשנה.

7. **עליה לישראל של בעלי מקצוע הרפואה והסיעוד** – עקב חוסר וודאות במשתנה זה והיציבות הנשמרת בו בארבע השנים האחרונות, הוחלט לבסס את האומדן על ההיקף הממוצע של עולים מקרב בעלי מקצועות אלו ב-4 השנים האחרונות.

⁷ יש לציין כי ועדת פזי בחרה בזמנו להתבסס על הממוצע שבין מספר המועסקים בפועל (ע"פ סקר כ"א של הלמ"ס) למספר בעלי הרישיון עד גיל 65 (ע"ב נתוני משרד הבריאות) כאומדן למספר הרופאים בישראל.

8. **ביקושים ותפוקות** - הוחלט מחד לאמץ את ההנחה המקובלת בחו"ל בדבר גידול שנתי בתפוקות ומאידך לאמץ גם את הגישה שגידול זה מתאזן מול גידול, בשיעור דומה, הצפוי בביקוש לשירותי בריאות, גידול המיוחס בעיקר להתפתחות הכלכלית.
9. **טכנולוגיות** - עקב כיוונים סותרים של טכנולוגיות חדשות שחלקן חוסכות כ"א רפואי וחלקן מצריכות תוספת של כ"א, הוחלט להתייחס למשתנה זה ככזה שהשפעתו על האומדן תהיה מאוזנת (לא יובא בחשבון).
10. **מדיניות ואופן ארגון שירותי הבריאות** - הנחת היסוד היא שבמדיניות ובאופן ארגון שירותי הבריאות בישראל לא יבוצעו שינויים בעלי השפעה משמעותית על כוח האדם המועסק (בעיקר כאלה שעלולים להביא להחרפת מחסור).

בחירת בסיס הנתונים ששימש את הוועדה

למרות מרכזיותם של תשומות כוח האדם במערכת הבריאות, המידע הקיים כיום לגבי מספר העובדים ואפיונם לפי חתכים שונים, הוא חלקי בלבד - דבר המקשה על תכנון וחיזוי כוח האדם⁸. המגבלות העיקריות הקיימות כיום בניתוח וחיזוי זה הם:

- **בעיות מידע** – היקף ואיכות המידע על רופאים ואחיות מועסקים הינו חלקי ולכן מחייב התייחסות זהירה לנתונים המוצגים.
- **בעיות הגדרה** – הגדרתו של כוח האדם במערכת הבריאות אינה אחידה והיא נבדלת בהתייחסות להגדרת "עובד" (בעל רישיון לעסוק במקצוע, למול עובד בפועל), בהתייחסות לחלקיות המשרה או התעסוקה ועוד⁹.
- **מתודולוגיה** - מתודולוגיית איסוף המידע אינה אחידה (ראה פירוט להלן).

מגבלות אלו גורמות לכך שבמקורות שונים ניתן למצוא מספרים שונים לגבי מספר הרופאים והאחיות בישראל וכן לגבי ממוצע ביקורים לנפש אצל רופאים.

מאגרי הנתונים הלאומיים השוטפים בנושא הרופאים והאחיות בישראל כוללים שני מקורות מידע מרכזיים: "סקרי כוח האדם" שמבצעת מידי שנה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) וקובץ בעלי הרישיונות שמנוהל במשרד הבריאות.

קיימים יתרונות וחסרונות לכל אחד מהמאגרים הנדונים:

סקרי כוח-אדם (סכ"א) של הלמ"ס¹⁰ - סקרי כוח אדם נערכים על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) מאז 1954 ומהווים מקור מידע שוטף שנתי על המועסקים בכוח העבודה האזרחי בכלל ומקצועות הבריאות בפרט. הסקר מבוסס על מדגם ארצי שוטף של אוכלוסיית ישראל מגיל 15 ומעלה. סקרי הלמ"ס מספקים נתונים על מספר המועסקים בשבוע הקובע לצורך עריכת הסקר.

⁸ . נושא זה קיבל התייחסות כבר בוועדת נתניהו (1990), ולאחריו בדוחות של מבקר המדינה (האחרון בהם משנת 2008), ובדוח ועדת אמוראי.

⁹ כך למשל בשנת 1995 שונה ועודכן סיווג משלח היד של הלמ"ס. כתוצאה משינוי זה, עובדים שהיו כלולים בעבר בסיווג של אחיות מעשיות (כגון מטפלות בגנים), אינם כלולים משנה זו ואילך בסיווג של אחיות. שינוי טכני זה של הגדרה, גרם לירידה (טכנית) של 10 עשרת אלפים עובדים במקצוע הסיעוד.

¹⁰ עוד על סקר כח-אדם ניתן לראות ב- http://www1.cbs.gov.il/reader/?Mival=cw_usr_view_SHTML&ID=328

יתרונות הסקר: הסקר מבוסס על מדגם ארצי הנערך כל שנה ולכן ניתן לעמוד על מגמות התעסוקה ברצף של זמן. סקר זה מהווה מקור יחיד לאומדן המועסקים במקצועות הבריאות במשך שנים.

חסרונות הסקר: הסקר מבוסס על מדגם - כתוצאה מכך, ישנם הבדלים גדולים בין נתוני המועסקים לאורך השנים, שאינם מובהקים סטטיסטית. בנוסף, ככל ששכיחות המועסקים במדגם קטנה, כך גדל חוסר הדיוק של תוצאות הסקר¹¹. לדוגמא, מספר הרופאים לפי סכ"א נע בין 21 ל-25 אלף בשנה בשנים האחרונות, שינויים אלו הינם תוצאה של טעויות דגימה ולכן יש חשיבות רבה להתייחס לנתונים אלו כולל טעויות הדגימה (25.1 אלף בשנת 2007, 21.4 בשנת 2006). בנוסף, בהתאם לשאלה בסקר יתכן כי נתוני הסקר כוללים גם סטאז'רים.

קובץ בעלי רישיונות של משרד הבריאות - קובץ זה הוא קובץ מינהלי אשר מבוסס על מאגר בעלי המקצועות הרפואיים ומקצועות העזר הרפואיים המנוהל באגף למידע ומחשוב במשרד הבריאות, בשיתוף האגף למקצועות רפואיים ומינהל הסיעוד. מאגר משרד הבריאות כולל את כל בעלי רישיונות לעסוק במקצועות רפואיים החייבים ברישום על-פי חוק. במאגר זה מצויים נתונים רב שנתיים אודות מספר בעלי הרישיון ומספר הרישיונות לעסוק במקצוע המונפקים בארץ מידי שנה.

יתרונות הקובץ: הקובץ מציג תמונה מלאה של כלל בעלי הרישיון לעסוק במקצוע והוא מתעדכן באופן שוטף עם נתוני הפטירה וההגירה ממרשם האוכלוסין. קובץ זה מציג גם תמונה מלאה של מאפייני בעלי הרישיון: גיל, מין, מקצוע, התמחות ומאפיינים נוספים.

חסרונות הקובץ: הקובץ אינו כולל מידע על מועסקים מקרב בעלי הרישיון ואין בו מידע על היקף התעסוקה, מקום התעסוקה, סוג התעסוקה, מקצוע ההעסקה ומאפיינים אחרים שאותם ניתן לאסוף בשיטות שונות.

לוח מס' 1 מציג את נתוני הרופאים והאחיות בשנת 2008 משני מקורות הנתונים (סכ"א של למ"ס וקובץ בעלי הרישיון של משרד הבריאות). מטבלה זאת ניתן לראות כי המועסקים, לפי סכ"א, מהווים פחות מ 95% מקרב בעלי הרישיון מתחת לגיל הקובע, וסכ"א בעלי הרישיון גבוהים בכ- 30% ממספר הרופאים והאחיות מתחת לגיל 65 ו-60 בהתאמה.

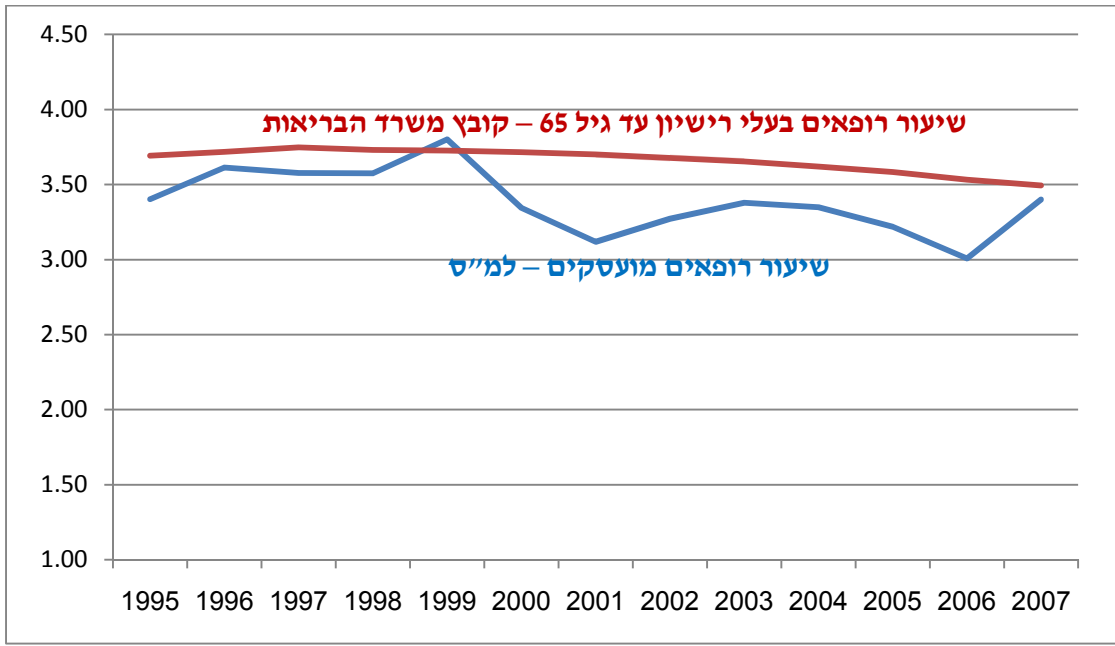
לוח מס. 1 – מספר רופאים ואחיות – מועסקים ובעלי רישיון 2008

אחיות		רופאים		
מדד	סה"כ	מדד	סה"כ	
1.34	55,844	1.29	33,051	סה"כ בעלי רישיון
1.00	41,601	1.00	25,542	בעלי רישיון: רופאים עד גיל 65 ואחיות עד 60
0.89	37,100	0.94	24,100	מועסקים (סכ"א, למ"ס)

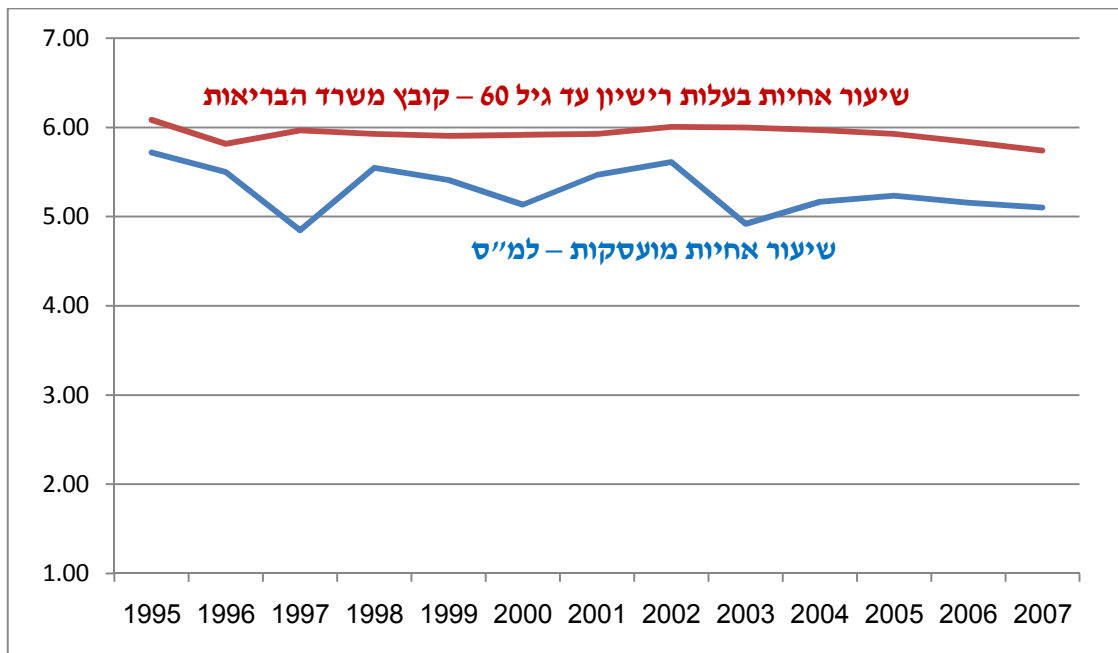
גרף מס' 1 וגרף מס' 2 מציגים באופן השוואתי את נתוני שני מקורות המידע (למ"ס ומשרד הבריאות) ברצף של זמן.

¹¹ רמת הביטחון של האומדנים בסקר הינה 95% וטווח טעויות הדגימה הינו $\pm 6\%$.

גרף מס' 1 – שיעור רופאים לאלף נפש – נתוני סקר כ"א ובעלי רישיון עד גיל 65



גרף מס' 2 – שיעור אחיות לאלף נפש – סקר כ"א ובעלי רישיון עד גיל 60



מגרפים 1-2 ניתן להסיק את המסקנות הבאות:

- מספר בעלי הרישיון מקובץ בעלי הרישיון של משרד הבריאות, גבוה באופן עקבי, ממספר המועסקים בכוח האדם האזרחי ע"פ נתוני הלמ"ס (הפער נע בין 5-15% באחיות וכ- 12% ברופאים).
- נתוני משרד הבריאות מציגים מגמה רציפה לאורך השנים, בעוד שנתוני הלמ"ס המבוססים על סכ"א מאופיינים בתנודות שנתיות הנובעות ככל הנראה מטעויות דגימה.¹²

כפי שניתן לראות, שני מקורות המידע שעמדו לרשות הוועדה אינם מושלמים: סקר כח-האדם מציג נתונים אודות מספר המועסקים במקצוע, אך מבוסס על אומדנים בלבד ואילו קובץ הנתונים של משרד הבריאות אינו כולל מידע על בעלי הרישיון אשר עוסקים בפועל במקצוע.

לאחר שנשקלו היתרונות והחסרונות של כל קובץ, **בחרה הוועדה להסתמך בדוח זה על נתוני קובץ בעלי הרישיון של משרד הבריאות**, תוך התחשבות כאמור בנתונים בינלאומיים בנושא שיעור הנטישה של המקצוע. החלטה זו נובעת בעיקר בשל התנודתיות בנתוני סקר כח אדם של הלמ"ס ובשל המהימנות הנמוכה של הנתונים בקרב קבוצות עובדים בעלות שכחות נמוכה באוכלוסיה. מאידך, קובץ משרד הבריאות כולל משתנים רבים ברצף של זמן (גיל, מין, מקום לימוד, מקצוע, התמחות) ומאפשר מעקב מדויק של בעלי המקצוע עד גיל מסוים בשנת היעד של התחזית.

בחירת יחידת המדידה – במחקר שבוצע על מאפיינים סוציו דמוגרפיים של הרופאים בקהילה נמצא כי שווי ערך של משרות מלאות (FTE) הרופאים הראשוניים בקופות החולים נוטים לעבוד במוצע בהיקף גבוה יותר ממשרה מלאה אחת. ($FTE/Head\ counts > 1$) וכי קיימים הבדלים בנושא זה בין קופות החולים. לעומת זאת, רופאים מקצועיים המועסקים בקהילה עובדים בקופות החולים בהיקף נמוך ממשרה מלאה¹³. המחקר לא בדק בנפרד תחומי התמחות שונים ולא כלל את שעות העבודה של הרופא המקצועי במערכת האשפוז.

לאור חוסר מידע כלל מערכת, ולאור העובדה שנמצא כי גישה זו אכן ננקטה במספר מודלים דומים מחו"ל, הוחלט שלא להתייחס לשיעור רופאים במונחים של היקפי משרה - FTE (full time equivalent), אלא במונחים של שיעור רופאים ואחיות לאלף נפש (Head counts)..

מתודולוגית הניתוח של אומדן כוח אדם (אופן החישוב)

נקודת המוצא בחיזוי מצאי כח האדם העתידי הוא מספר הרופאים והאחיות המעודכן ביותר הקיים (T₀). ממספר זה, בהפחתת הפרישה מהמערכת (A) ובתוספת רופאים ואחיות המצטרפים למערכת בכל שנה (B), ניתן לגזור את מספר החזוי של מצאי כוח האדם בשנה העוקבת (T₁):

תמונת מצב נוכחית (T₀): קובץ בעלי הרישיון המצוי בידי משרד הבריאות מציג את כלל אוכלוסיית הרופאים והאחיות הרשאים לעסוק במקצוע, החל משנת 1970 ועד ל-2008.

¹² . אחוז הרופאים המועסקים מסה"כ בעלי הרישיון עומד במוצע בשנים הנדונות על כ- 93%. ראויה לציון העובדה כי הפער בין מספק המועסקים ובין מספר בעלי הרישיון, מצוי במגמת עליה. אחוז האחיות המועסקות מסה"כ בעלות הרישיון נותר יציב ועומד על כ- 90%.

¹³ עם זאת, יתכן כי הם עובדים גם במסגרות פרטיות ואז היקף המשרה שלהם גדול.

כאמור, מתוך קובץ זה, בחרה הוועדה לשקף את מספר הרופאים והאחיות הפעילים בהסתמך על מספר הרופאים בעלי הרישוי עד גיל 65 ואחיות עד גיל 60¹⁴.

פרישה של רופאים ואחיות (A): כאמור, על-מנת לערוך תחזיות ארוכות טווח, הוועדה הניחה כי לאורך השנים 2007-2025 שיעור הרופאים שימשיכו בעבודה מעבר לגיל הפרישה יאוזן עם אלה שפרשו מעיסוק קליני לפני גיל פרישה ולכן הפרישה תחושב כאילו בכל שנתון יפרשו מהמערכת כלל הרופאים בעלי הרישיון שהגיעו לגיל 65 וכלל האחיות שהגיעו לגיל 60 באותה שנה. בנוסף, הוועדה מניחה כי מידי שנה, 0.2% ממספר הרופאים והאחיות יפרשו ממצאי הרופאים והאחיות בגין פטירה ואו הגירה מהארץ.

כניסה של רופאים ואחיות (C,B): חיזוי מצאי כוח האדם העתידי יעשה בהתבסס על היקפי מסגרות ההכשרה הנוכחיים ועל שני תרחישים אפשריים של כניסת רופאים ואחיות:

א. בהנחת עבודה, שהיקף הגידול בכוח האדם כתוצאה מעליה ומסגרות הכשרה הנוכחיים, לא ישתנו לאורך השנים הבאות (B): בתרחיש זה, מספר הרופאים והאחיות בשנה העוקבת (T₁) נגזר ממספרם הנוכחי (T₀), פחות הרופאים והאחיות היוצאים מהמערכת כתוצאה מפרישה, מוות או סיבות אחרות (A) ובתוספת כניסת רופאים ואחיות למערכת על בסיס מסגרות ההכשרה הקיימות כיום ועל בסיס היקפי העלייה הנוכחיים (B).

$$T_1 = T_0 - A + B$$

ב. בהנחת עבודה שמסגרות ההכשרה יגדלו לשיעור רצוי שיצוין בהמשך (C): בתרחיש השני מספר הרופאים והאחיות בשנה העוקבת T₁ ייגזר ממספרם הנוכחי (T₀), פחות יציאה כתוצאה מפרישה, מוות או סיבות אחרות (A) ובתוספת כניסה רצויה למערכת בהתבסס על שיעור עתידי רצוי של רופאים או אחיות (C).

$$T_1 = T_0 - A + C$$

שיעור רופאים ואחיות לאלף נפש מתקבל ממספר הרופאים והאחיות החזוי מחולק בתחזית האוכלוסייה (T₁ / P₁), המתבססת על תחזית האוכלוסייה הבינונית של הלמ"ס¹⁵.

ניתוח מגמות ובחירת נקודת הייחוס

מה תהא נקודת הייחוס לפיה יוחלט אם צפוי עודף או מחסור ברופאים ובאחיות בשנת 2025? אחת הדרכים לענות על שאלה זו היא על ידי הגדרת שיעור רצוי של רופאים ביחס לאוכלוסייה והשוואתו לשיעור החזוי (ללא התערבות). השיעור הרצוי לא נקבע בדרך כלל על ידי נוסחה מדעית, זאת מאחר והוא מושפע במידה רבה גם מערכים ונורמות הקיימים במדינות שונות. כדי לקבל החלטה בנושא זה בחנה הוועדה מגמות המשתקפות לאורך השנים בשיעור כוח האדם הרפואי בישראל, את תמונת המצב במדינות אחרות ואת הנורמות שהוגדרו עד כה בתחום זה בישראל ובעולם.

¹⁴ לפירוט נוסף ראה עמוד 15

¹⁵ שנתון סטטיסטי לישראל מס' 60 לוח 2.26

ג. רופאים

תמונת מצב

מספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה מתחת לגיל 65 עמד בשנת 2008 על 25,542 דהיינו שיעור של כ - 3.46 רופאים ל - 1,000 נפש.

שיעור הרופאים בישראל גבוה ביחס לשיעור בעולם המערבי – השיעור הממוצע של רופאים בארצות OECD עמד בשנת 2007 על 3.1 רופאים לאלף נפש (גרף מס. 6).

הגיל הממוצע של הרופאים בישראל נמצא במגמת עלייה. בשנת 1990 היוו הרופאים עד גיל 45 כ - 48% מכלל אוכלוסיית הרופאים בישראל, בשנת 2000 הם היוו 37% ובשנת 2008 הם היוו 27.7% בלבד.

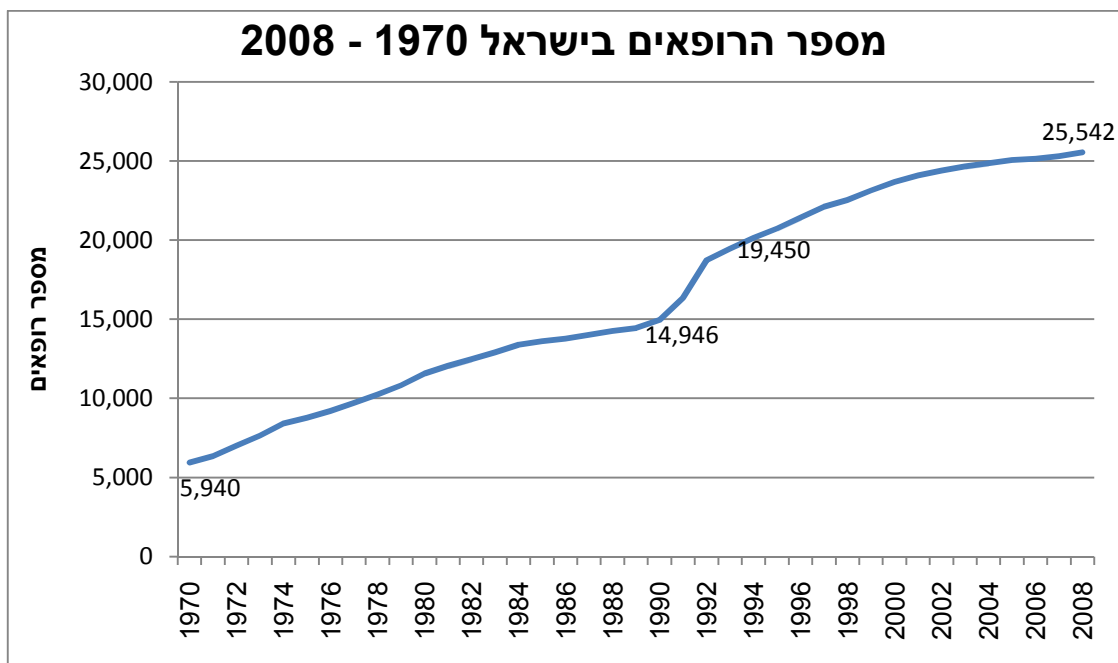
לוח מספר 2 מציג את תמונת המצב הנוכחית של מספר הרופאים ושיעורם במדינת ישראל.

לוח מס. 2 – מספר הרופאים ושיעורם לאלף נפש

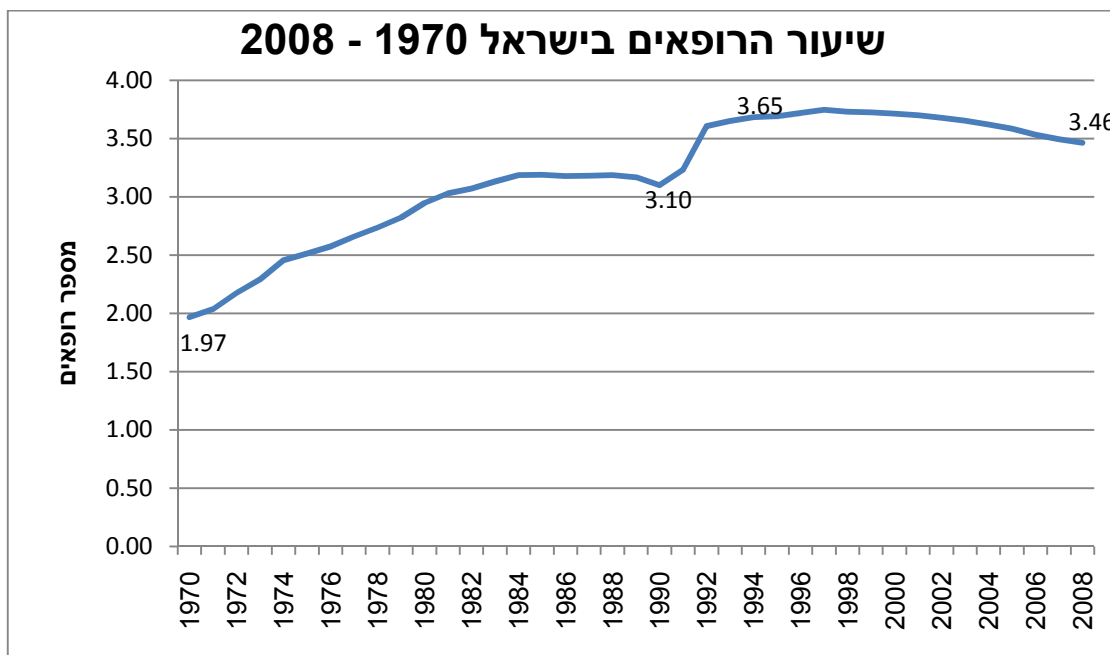
מקור	סה"כ רופאים	שיעור לאלף נפש
בעלי רישיון (2008)	33,051	4.48
בעלי רישיון עד גיל 65 (2008)	25,542	3.46
מועסקים (2007)	24,100	3.4

בשנות השבעים של המאה הקודמת, היתה עליה רצופה במספר הרופאים ובשיעור הרופאים לאלף נפש, בשנות השמונים השיעור היה יציב, עקב הירידה בהיקף העליה לישראל בשנים אלו. בתחילת שנות התשעים נרשמה עליה מואצת במספר הרופאים כתוצאה מגלי העליה, אך מסוף שנות התשעים החלה מגמת ירידה בשיעור הרופאים עקב הירידה בהיקף העליה לישראל. גרף מס' 3 מציג את המגמות במספר הרופאים וגרף מס' 4 את המגמות בשיעורם.

גרף מס' 3: מגמות במספר הרופאים בישראל 1970-2008



גרף מס' 4: מגמות בשיעור הרופאים בישראל 1970-2008



הכשרת הרופאים תלויה בשלושה מקורות עיקריים – הכשרה בבתי ספר לרפואה בישראל; הכשרה של ישראלים שיצאו ללמוד בבתי ספר בחו"ל; והכשרה של מי שלמד בחו"ל ועלה לישראל כרופא. כפי שמשקף מלוח מס' 3, היקף ההכשרות בישראל היה לאורך השנים קבוע למדי, אולם בשני המסלולים האחרים קיימת תנודתיות. דבר זה מקשה על תכנון לזמן ארוך ועלול ליצור תלות רבה מידי בגורמים חיצוניים.

לוח מס' 3: מגמות באסמכת רופאים חדשים בישראל לפי מקום הלימוד, 1990-2008

שנת קבלת רישיון	בוגרי ישראל	ילידי ישראל או עלו לפני 1989 בוגרי חו"ל*	בוגרי חו"ל		סה"כ מקבלי רישיונות	אחוז בוגרי ישראל מכלל מקבלי הרישיונות
			עולים משנת 1989	לא ידוע		
1990	261	136	512	6	915	28.5%
1995	265	84	560	4	913	29.0%
2000	300	115	475	8	898	33.4%
2005	304	99	164	34	601	50.6%
2006	300	142	124	20	586	51.2%
2007	310	94	129	15	548	56.6%
2008	310	165	119	12	606	51.2%

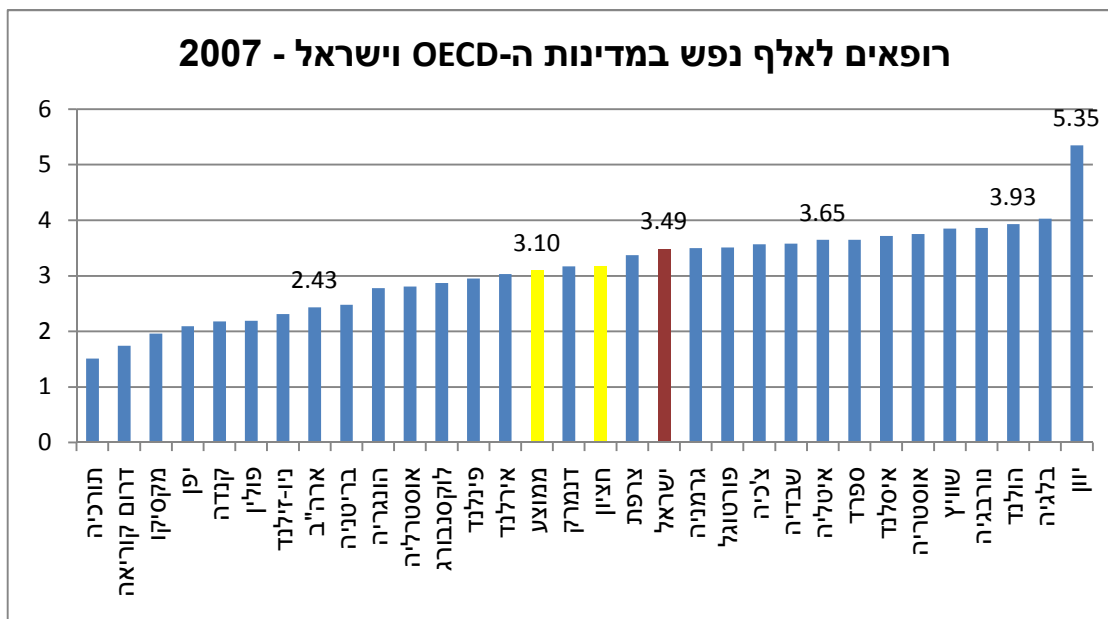
מקור: שירותי מידע ומחשוב, משרד הבריאות

בנוסף לאמור לעיל, יש לציין כי בישראל מצד אחד קיימת מגבלה במספר מקומות הכשרה של רופאים וכתוצאה מכך מגבלה של קצב כניסת רופאים חדשים למערכת, ומן הצד השני בתי הספר לרפואה בישראל מכשירים כ-120 סטודנטים זרים לרפואה אשר במרבית המקרים חוזרים למדינתם בתום לימודיהם.

השוואה בינלאומית

השוואה בינלאומית של שיעור הרופאים בישראל עם שיעור הרופאים במדינות ה-OECD¹⁶ (גרף 5) מלמדת כי שיעור הרופאים בישראל הוא מהגבוהים בעולם. שיעור הרופאים בישראל ביחס לאוכלוסייה גבוה ב-13% מאשר השיעור הממוצע במדינות ה-OECD. למרות מיקומה הגבוה של ישראל בקרב מדינות ה-OECD, חשוב גם להשוות את המגמה, לאורך השנים, בישראל מול המגמות הבינלאומיות בשיעור הרופאים.

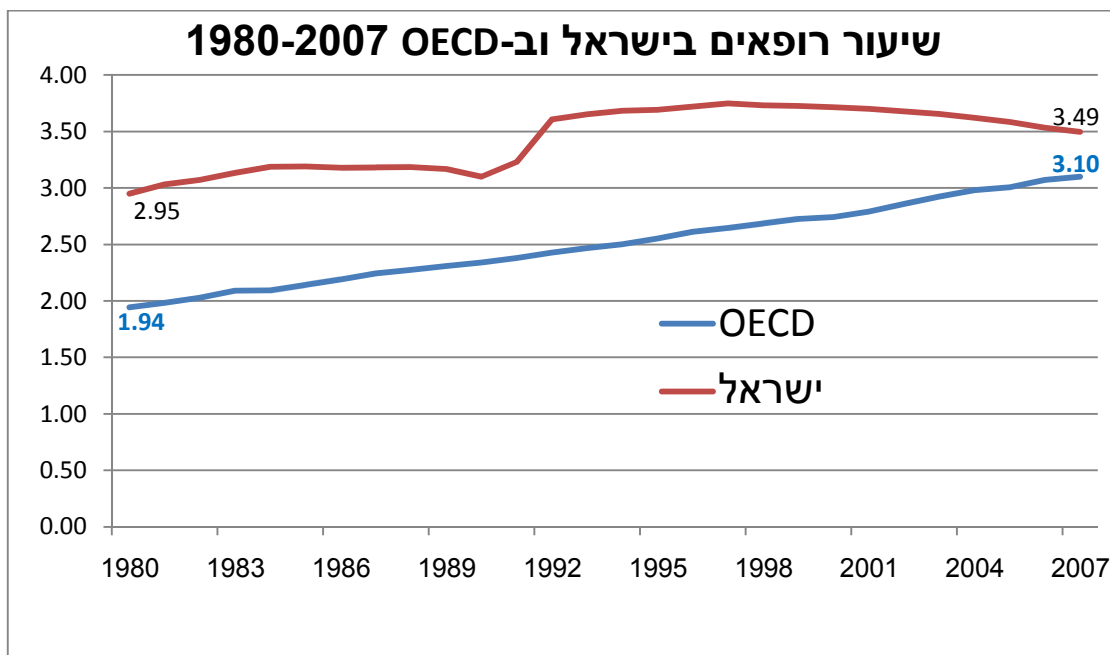
גרף מס' 5: שיעור רופאים ל – 1,000 נפש במדינות נבחרות ובישראל, 2007



בגרף מס' 6 ניתן לראות כי בעוד שבשנים קיימת מגמה מתונה של ירידה בשיעור הרופאים בשנים האחרונות, במדינות ה-OECD קיימת מגמה של עליה בשיעור הרופאים. למרות הכיוונים המנוגדים של המגמות הנ"ל בעשור האחרון, שיעור הרופאים בישראל עדיין גבוה משמעותית מזה של רוב מדינות ה-OECD.

¹⁶ נתוני מדינות ה-OECD מתייחסים לשיעור הרופאים המועסקים. חשוב לשוב ולהדגיש את הצורך בהירות רבה בהסקת מסקנות מהשוואות בינלאומיות, בעיקר בשל הבדלים בהגדרות.

גרף מס' 6: השוואת שיעור הרופאים לאלף נפש



תחזית מצאי הרופאים לשנת 2025 - ללא התערבות

תחזית מצאי הרופאים העתידי נעשתה על ידי הוועדה על סמך המתודולוגיה שהוצגה בפרק הקודם, הכוללת תמונת מצב נוכחית פחות פרישה ובתוספת כניסת רופאים חדשים.

כניסת רופאים למערכת ללא התערבות - ניתוח המקורות לכניסת רופאים למערכת מצביע על עובדה שנובעת ממאפיינים של מציאות שהינה ייחודית לישראל: הרופאים בוגרי בתי ספר לרפואה בארץ, היו בעבר רק אחוז קטן מסה"כ הרופאים החדשים המצטרפים בכל שנה למאגר הרופאים. בשנות השבעים עמד חלקם היחסי של הבוגרים הישראלים על 30% מסה"כ מקבלי הרישיונות. בשנות השמונים עמד שיעור זה על 43% ובשנות התשעים (בשיא גל העלייה) עמד שיעור זה על 22% בלבד. שיעור בוגרי הארץ בשנת 2008 עומד על 51% מכלל הרישיונות החדשים ברפואה. מספר העולים לישראל בשנים האחרונות, כמו גם שיעור הרופאים שבקרבם מצוי במגמת ירידה ואנו מניחים שמספר זה לא ישתנה בשנים הבאות. בישראל פועלים כיום ארבעה בתי ספר לרפואה: באוניברסיטה העברית, אוניברסיטת תל-אביב, אוניברסיטת בן-גוריון והטכניון בחיפה. בתי ספר אלה הכשירו בעבר בכל שנה בממוצע כשלוש מאות בוגרי רפואה. בשנים האחרונות גדל מספרם של התלמידים המתחילים את לימודי הרפואה ולכן בחיזוי כניסת רופאים למערכת הניחה הוועדה שהחל משנת 2016 יצטרפו למערכת בממוצע כ- 510 רופאים¹⁷. מקור נוסף למצאי הרופאים בישראל כולל בוגרים ישראלים בחו"ל והוועדה מניחה כי מקור זה ישאר גם הוא יציב בשנים הבאות. על בסיס מספר הרישיונות של בוגרי חו"ל שקיבלו רישיונות בישראל, עולים וישראלים, הניחה הוועדה כי מספר הרופאים העולים והישראלים החוזרים יעמוד בשנים הבאות על כ- 285 רופאים לשנה.

¹⁷ מספר זה מתבסס על מספר הסטודנטים שהחלו את לימודיהם בשנת תש"ע, במוסדות הקיימים כיום.

פרישת רופאים: מספר הרופאים הפורשים בכל שנה, יתבסס כאמור על שנתון הרופאים העוברים את גיל 65 בכל שנה, בתוספת 0.2% של פטירה והגירה. ניתוח הממצאים לגבי פרישת הרופאים וגילם, מלמד שבעוד כחמש שנים יגדל קצב הפרישה של הרופאים מכ- 500 רופאים לשנה לכ- 900 רופאים לשנה (יציאה לגמלאות של דור ה- Baby boomers). מגמה זו משקפת הן את גלי העלייה והן את ההרכב הגילאי של אוכלוסיית הרופאים בישראל כיום – כאמור, סקטור הרופאים כיום בישראל הולך ומזדקן (בסוף 2008 כמחצית מכלל בעלי הרישיון לרפואה היו בגיל 45-64 ו- 22% היו בגיל 65 ומעלה).

חיבורם של נתוני הפרישה והכניסה החזויים במערכת מאפשר חיזוי של שיעור הרופאים בתרחיש שאיננו כולל התערבות מתקנת (לוח מס. 4). על פי תרחיש זה, קצב הירידה בשיעור הרופאים בישראל יגבר בשנים הקרובות. בשנת 2020 צפוי לעמוד שיעור הרופאים על 2.83 רופאים לאלף נפש ובשנת 2025 על 2.60.

כפי שצוין קודם, משרד הבריאות עורך מחקר, בשיתוף עם הלמ"ס, אשר בוחן את המאפיינים התעסוקתיים של הרופאים והאחיות בישראל. לכשיתקבלו תוצאות המחקר ניתן יהיה לבחון את ההנחות עליהן התבססה הוועדה ואת השלכותיהן, ביתר דיוק. בנוסף, גם תיבחן ההשפעה של העלייה בגיל הפרישה על היצע הרופאים¹⁸.

לוח מס. 4 : תחזיות מספר רופאים ללא התערבות

שנה	רופאים עד 65 ללא מצטרפים	רישיונות חדשים			סה"כ רופאים	לאלף נפש רופאים
		סיימו בארץ	למדו בחו"ל+ עולים	סה"כ		
2008	25,551				25,551	3.46
2009	25,118	393	285	678	25,766	3.45
2010	24,566	393	285	678	25,893	3.41
2011	23,797	393	285	678	25,802	3.35
2012	22,853	393	285	678	25,538	3.27
2013	22,038	460	285	745	25,469	3.21
2014	21,205	460	285	745	25,382	3.15
2015	20,301	460	285	745	25,224	3.09
2016	19,511	510	285	795	25,230	3.04
2017	18,696	510	285	795	25,211	3.00
2018	17,772	510	285	795	25,083	2.94
2019	16,887	510	285	795	24,994	2.89
2020	15,980	510	285	795	24,883	2.83
2021	15,068	510	285	795	24,767	2.78
2022	14,104	510	285	795	24,599	2.73
2023	13,180	510	285	795	24,471	2.68
2024	12,328	510	285	795	24,415	2.64
2025	11,481	510	285	795	24,364	2.60

¹⁸ בין היתר נבחן האם עלייה זאת מתקזזת עם הגידול בשיעור הרופאות שגיל הפרישה שלהן נמוך יותר.

מצאי הרופאים לשנת 2025 עם התערבות

הוועדה בדקה שלושה תרחישים אפשריים של התערבות במספר הסטודנטים לרפואה (אלה המוצגים בלוח מס' 5). בתרחיש הראשון יגדל מספר הסטודנטים בהדרגה עד ל- 600 מדי שנה, כאשר ההגדלה תתחלק בין תוכניות שבע-שנתיות לתוכניות ארבע שנתיות. לפי אפשרות זאת, הסטודנטים מהמחזור הראשון שיכשיר 600 סטודנטים יקבלו רישיון בשנת 2018. בתרחיש השני מספר הסטודנטים יגדל ל-700 סטודנטים, כאשר התוספת בהשוואה לאפשרות הקודמת תהיה במסגרת של תוכנית ארבע-שנתית. גם לפי תוכנית זאת, הסטודנטים מהמחזור הראשון שיכשיר 700 סטודנטים יקבלו רישיון בשנת 2018. במידה ויש מחסור במקומות הוראה ובמיטות קליניות, יש לבחון הפחתה של מספר הסטודנטים מחו"ל שלומדים בישראל, להפנות מקומות אלו להכשרת ישראלים ולבחון חלופות למחסור שיווצר בתקציב.

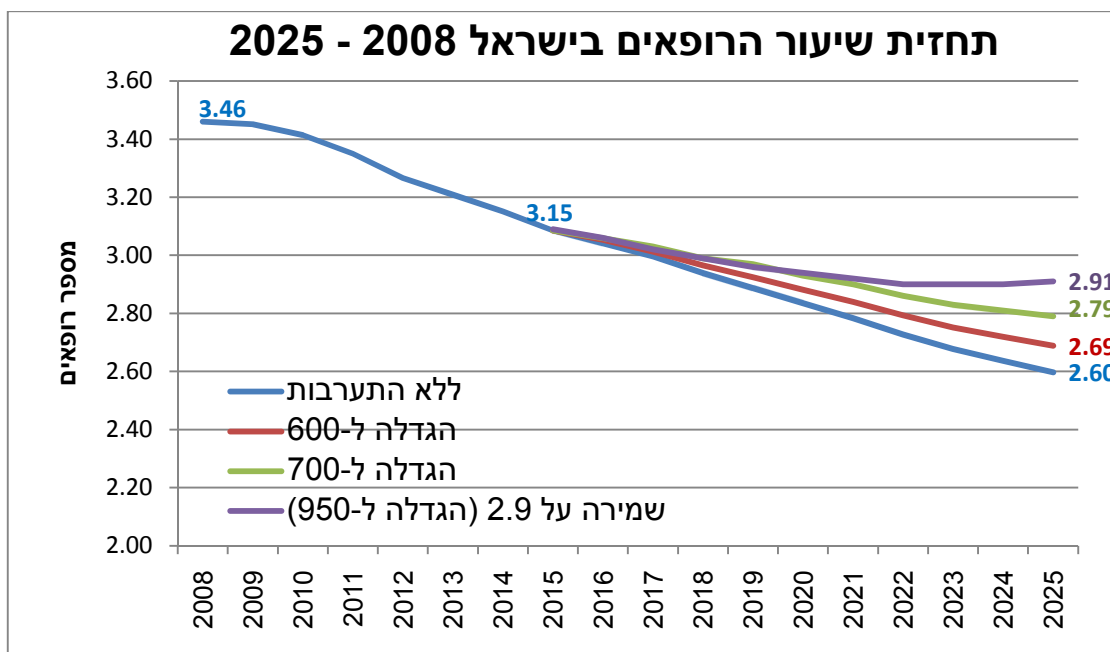
שיעור הרופאים הנוכחי במדינת ישראל הינו גבוה מהמוצע בעולם המערבי. בשנים הקרובות צפויה אמנם ירידה בשיעור הרופאים במדינת ישראל, אולם מהתרחישים שהכינה הוועדה עולה כי במידה וימוצה פוטנציאל מסגרות ההכשרה הקיימות בישראל כולל בית הספר החמישי לרפואה, לא צפוי להתקיים מחסור חמור ברופאים לפני שנת 2024. מיצוי פוטנציאל מסגרות ההכשרה הקיימות בישראל, לרבות בית הספר החמישי בצפת, ימתן את הירידה בשיעור הרופאים, ויעמיד את השיעור הצפוי של הרופאים לאלף נפש על כ- 2.69 לפי התרחיש הראשון וכ- 2.74 לפי התרחיש השני.

התרחיש שלישי מציג את היקף הרופאים הנדרש במצב בו השאיפה היא לשמור על שיעור הרופאים כד שלאורך כל השנים, עד שנת 2025, הוא לא ירד מטווח של 2.9-3.0 רופאים לאלף נפש (כאמור, ממוצע הרופאים לאלף נפש במדינות ה-OECD **כיום** עומד על 3.1 לאלף). לשם כך, יש להגדיל בצורה משמעותית ובאופן הדרגתי את מספר הסטודנטים לרפואה בישראל כך שיגיעו להיקף של 950 סטודנטים לרפואה, מידי שנה! עם זאת, חשוב לציין כי נתון זה תלוי במספר הרופאים בוגרי חו"ל המקבלים רישיון בישראל. במידה ומספר הרופאים בוגרי חו"ל יגדל יהיה צורך בהגדלה פחותה של מספר הסטודנטים במוסדות ההכשרה בישראל. התרחישים השונים מוצגים בלוח 5 ובגרף מס' 7.

לוח מס' 5: התוספת השנתית במספר מקבלי הרישיון לעיסוק ברפואה - השוואה בין תרחישים

תרחיש ג' (שמירה על שיעור של 2.9 לאלף)		תרחיש ב' (הגדלה ל- 720 בוגרים בשנה)		תרחיש א' (הגדלה ל- 600 בוגרים בשנה)		שנה
שיעור לאלף נפש	מספר בוגרים ישראלים	שיעור לאלף נפש	מספר בוגרים ישראלים	שיעור לאלף נפש	מספר בוגרים ישראלים	
3.45	393	3.45	393	3.45	393	2009
3.41	393	3.41	393	3.41	393	2010
3.35	393	3.35	393	3.35	393	2011
3.27	393	3.27	393	3.27	393	2012
3.21	460	3.21	460	3.21	460	2013
3.15	460	3.15	460	3.15	460	2014
3.09	510	3.09	510	3.09	510	2015
3.06	605	3.06	605	3.05	555	2016
3.02	605	3.03	650	3.01	555	2017
2.99	700	2.99	700	2.97	600	2018
2.96	700	2.97	700	2.92	600	2019
2.94	800	2.93	700	2.88	600	2020
2.92	800	2.90	700	2.84	600	2021
2.90	900	2.86	700	2.79	600	2022
2.90	950	2.83	700	2.75	600	2023
2.90	950	2.81	700	2.72	600	2024
2.91	950	2.79	700	2.69	600	2025

גרף מס' 7: תחזית שיעור הרופאים בישראל בתרחישים שונים



מסקנות והמלצות

שיעור הרופאים הכללי בישראל כיום הוא עדיין סביר מול הצרכים ומול הנורמה המקובלת במדינות מערביות אחרות. אולם, בהתחשב במגמה המסתמנת של ירידה רב-שנתית בשיעור הרופאים לאלף נפש מול הזדקנות האוכלוסייה וצרכים עתידיים, יש צורך לבחור נקודת ייחוס המייצגת את שיעור הרופאים לאלף נפש, אליה מומלץ לשאוף. הן וועדת פזי והן וועדת הלוי, גם אם לא ציינו זאת במפורש, הניחו כי השיעור הרצוי של רופאים נע בטווח שבין 2.8 ל-3.0 רופאים לאלף נפש, זאת בהתאם לשיעור הממוצע של ארצות ה-OECD באותן שנים בהן פעלו וועדות אלו. לאחר שבחנה הוועדה את קצב הכשרת כוח האדם בישראל ובחול, וכן נתונים אודות שיעור רופאים במדינות שונות, החליטה גם הוועדה הנוכחית לאמץ שיעור של כ-2.9 רופאים לאלף נפש כנקודת הייחוס ממנה לא רצוי לרדת. זהו יעד לא שאפתני לאור הממוצע של ה-OECD העומד היום על 3.1 וממוצע 15 הארצות המקוריות של ה-EU העומד כיום על 3.5.

ההמלצות הרשומות מטה לוקחות בחשבון כ-285 רופאים המגיעים מדי שנה מחו"ל (ישראלים ועולים), בדומה למצב בשנים האחרונות.

המלצות

1. לפעול לכך שהמחזור הראשון של סטודנטים לרפואה בביה"ח החמישי יתחיל את לימודיו באוקטובר 2011.
2. לפעול בהקדם האפשרי להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל לכ-700 בכל שנה, החל מ-2012, בבתי הספר הקיימים לרפואה ובבית הספר החמישי.
3. במידה וקיים מחסור במקומות הוראה ובמיטות קליניות, יש לפעול להפחתת מספר הסטודנטים מחו"ל שלומדים בישראל, להפנות מקומות אלו להכשרת ישראלים ולבחון חלופות למחסור שיווצר בתקציב.
4. להיערך לקראת הגדלה נוספת של מסגרות ההכשרה החל משנת 2014 לכ-800-900 סטודנטים בשנה, בכפוף לבחינה מחודשת של שיעור הרופאים בישראל, כך ששיעור הרופאים בישראל בשנת 2025 לא יירד מ-2.9 רופאים לאלף נפש.
5. יש לעודד ישראלים הלומדים בחו"ל, במהלך לימודיהם, לחזור לישראל כדי לוודא רציפות של תוספת כח האדם בנתיב זה. בנוסף, לעודד רופאים ישראלים שגרים ועובדים בחו"ל לחזור לישראל.

ד. אחיות

תמונת מצב נוכחית ומגמות¹⁹

משקלן היחסי של האחיות בסה"כ כוח האדם המועסק במערכת הבריאות, הינו הגבוה ביותר מבין כל הסקטורים - בשנת 2007 האחיות היוו 22% מכלל המועסקים בשירותי הבריאות. מקצוע הסיעוד מאופיין בהיותו בעל אינטראקציה רבה עם בעלי מקצועות אחרים ובכך שבשנים האחרונות גוברת המגמה להאציל סמכויות לאחיות בבתי החולים, כמו גם בקהילה²⁰ והאחיות מבצעות כיום גם פרוצדורות רפואיות שניתנו בעבר על-ידי רופאים, פרוצדורות הדורשות מידה רבה יותר של מומחיות. למול מגמה זו מתחילים להסתמן גם תהליכים הפוכים של האצלת סמכויות מהאחיות לטכנולוגים רפואיים, כגון בחדרי ניתוח, יחידות דיאליזה ועוד.

שיעור כוח-האדם במערך הסיעוד בישראל נדון בשנים האחרונות במספר מסגרות, שהבולטת שבהן, היא ועדה בראשות מר צבי קורן (ועדת קורן) אותה מינתה הות"ת בסוף שנת 2003 ומטרתה היתה לבחון את היקף הכשרת כח האדם האקדמי הנדרש למערך הסיעוד של מדינת ישראל עד שנת 2020. בזמנו, ועדת קורן "לא יכלה להצביע באופן ברור על מצב של חסר (באחיות)"²¹. יחד עם זאת המליצה ועדת קורן על גידול משמעותי במסגרות ההכשרה לאחיות. בדוח הקודם של הוועדה המליצו חברי הוועדה על הגדלה של מסגרות ההכשרה לאחיות ב-1000 מכסות (הגדלה של כמעט 100%). על הצעדים שנעשו בעקבות המלצה זאת הכוללים בין היתר גידול של 70% במספר הלומדים במסגרות ההכשרה, ניתן לקרוא בעמוד 11.

בשנים האחרונות אנו עדים למגמה של הגדלת היקף ההכשרה של אחיות מוסמכות ואקדמאיות וסגירת מסגרות הכשרה של אחיות מעשיות²². כתוצאה מכך, ההכשרה של אחיות מעשיות צומצמה במידה ניכרת וכיום, ההכשרה של כח אדם סיעודי הינה של אחיות מוסמכות ואחיות בעלות תואר אקדמאי²³. יש לציין כי בשנת 2006 מוסד תפקיד כוח עזר מיומן (חוזר מנהל הסיעוד מס' 64). על פי נתוני נציבות שירות המדינה, במיגזר הממשלתי מהווה כוח עזר מיומן 13% מסך כח האדם הסיעודי בממוצע.

השוואה בין התפלגות האחיות עד גיל 60 בין 1995 ל-2009 (גרף 8), מלמדת כי אחוז האחיות המוסמכות עלה בצורה משמעותית מ-53% בשנת 1995 ל-80% בשנת 2009. מגמה זאת צפויה להמשיך גם בשנים הקרובות.

¹⁹ נתונים נוספים על האחיות בישראל, ניתן למצוא בפרסום סיכום פעילות מנהל הסיעוד במשרד הבריאות לשנת 2009 http://www.health.gov.il/Download/pages/siud09_10_100210.pdf וכן בפרסום "כוח אדם במקצועות הבריאות", תחום מידע, אגף לשירותי מידע ומחשוב, משרד הבריאות.

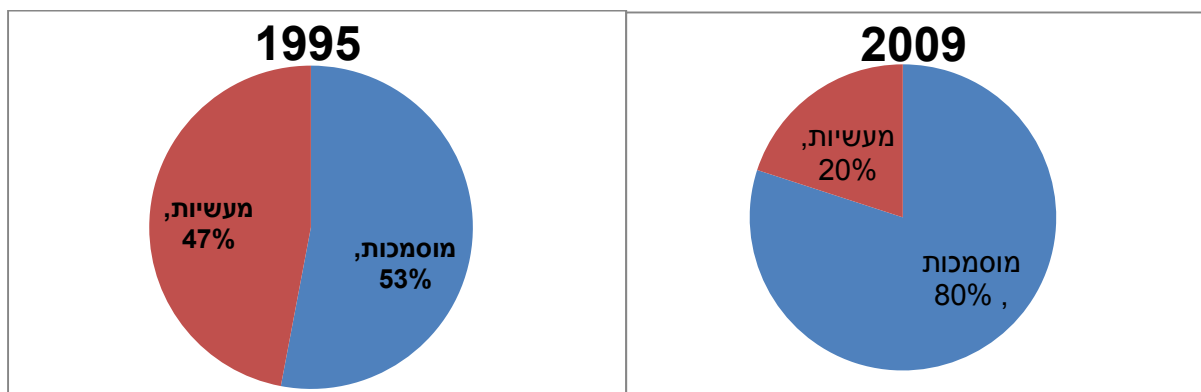
²⁰ אחיות נוטלות כיום תפקיד של DISEASE MANAGERS במחלות כרוניות כגון סכרת, אסטמה, אי-ספיקת לב ויתר לחץ דם. גם בטיפול החריף ניתנות כיום יותר סמכויות לאחיות.

²¹ דו"ח ועדת קורן. עמ' 8

²² ראה חוזר מנכ"ל 18/03 אשר כבר בשנת 2003 קבע כי החל משנת 2010 לא ירשמו יותר בפנקס האחיות מעשיות.

²³ ראה דוח הוועדה לבחינת כוח אדם סיעוד מוסמכות, ומעשיות ושאלת האקדמיזציה –ינואר 2004.

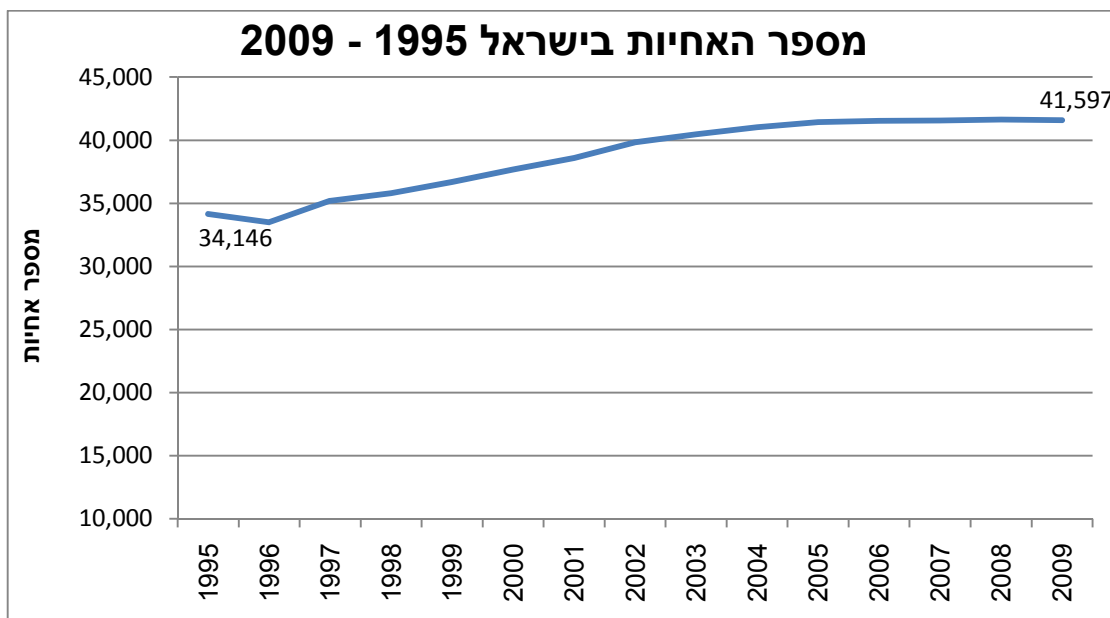
גרף מס' 8 - יחס אחיות מוסמכות ומעשיות: 1995 למול 2009



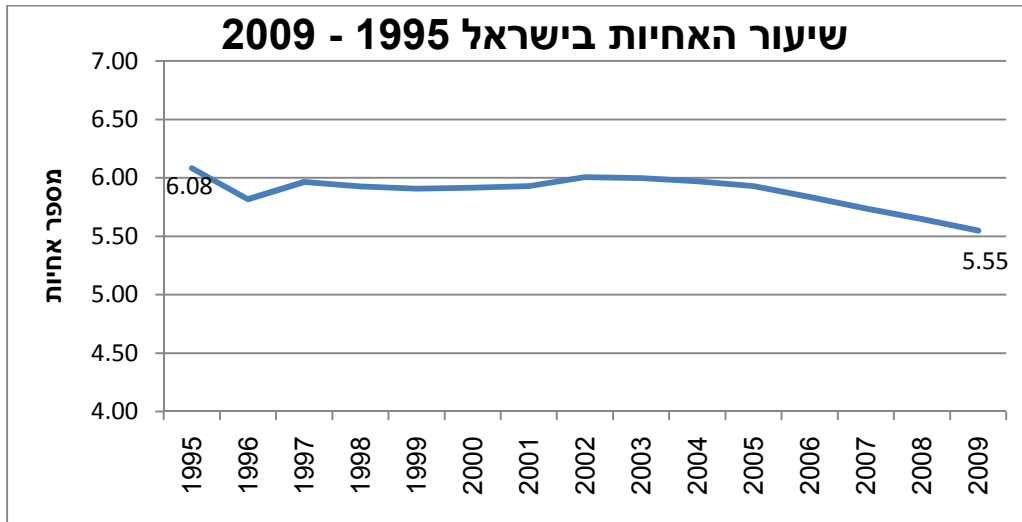
בשנת 2009 היו רשומות בישראל 56,656 אלף אחיות ומתוכן – 41,597 אלף אחיות מתחת לגיל 60. שיעור האחיות מתחת לגיל 60 לאלף נפש עמד בשנת 2009 על 5.6.

מניתוח הנתונים לאורך זמן ניתן לראות כי בעשור האחרון ישנו גידול מצטבר במספר האחיות עד גיל 60. יחד עם זאת, קצב גידול האוכלוסייה היה גדול מעט יותר מקצב הגידול במספר האחיות ולכן מסתמנת בשנים האחרונות מגמת ירידה במספר האחיות לאלף נפש (גרף 9). הירידה בשיעור האחיות ניכרת, במיוחד בחמש השנים האחרונות, מאחר ומספר האחיות עד גיל 60 נשאר יציב יחסית משנת 2005.

גרף מס' 9: מגמות במספר האחיות בישראל



גרף מס' 10: מגמות בשיעור האחיות בישראל

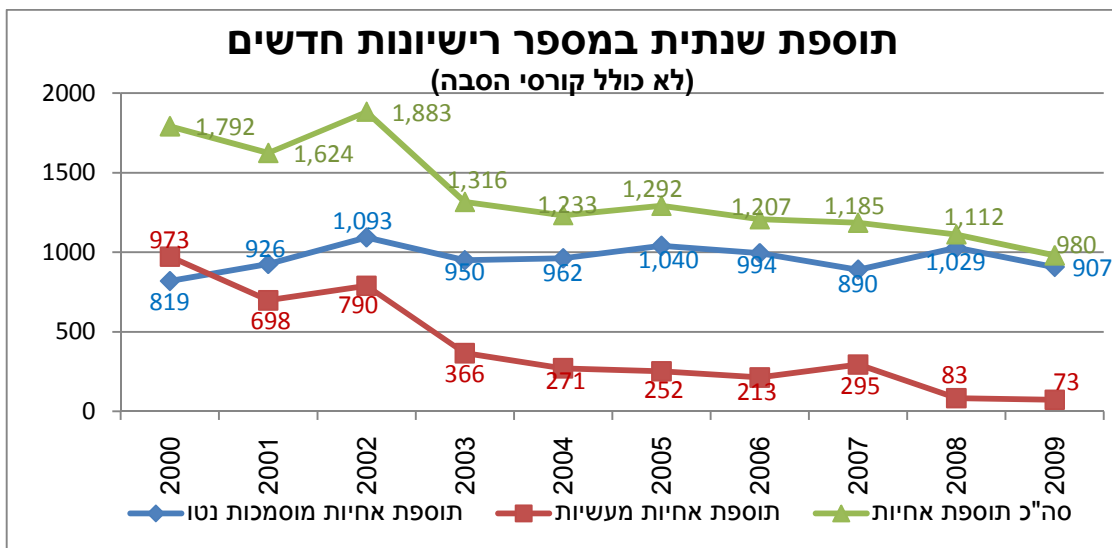


מאידך, בחינה מעמיקה של מצב האחיות החדשות שקיבלו רישיונות חדשים בשנים האחרונות והצטרפו למאגר האחיות (לא כולל הסבת אחיות ממעשית למוסמכת), מעידה על כך שכמעט מידי שנה קטן והלך מספר האחיות החדשות שהצטרפו למערכת.

בגרף מס' 11 ניתן לראות את הירידה במספר הרישיונות החדשים מידי שנה במסלול אחיות מעשיות. ירידה זו במשאבי כוח האדם שעמדו לרשות המערכת לא אוזנה על ידי תוספת מקבילה במספר אחיות חדשות במסלול מוסמכות. מאחר ולא ניתן להעריך את השחלוף של האחיות המעשיות עם כוחות עזר (מאחר והמקצוע של האחרונות אינו מחייב רישוי או רישום) נראה כי מספר האחיות החדשות המצטרפות מידי שנה הולך ויורד מאז שנת 2000, אם נוסיף לכך את הגידול המקביל באוכלוסייה הכללית, יסביר הדבר את הירידה בשיעור האחיות לנפש.

לאור האמור לעיל, נראה כי הירידה בשיעור האחיות בשנים האחרונות מוסברת בירידה במספר האחיות המעשיות החדשות, מאחר ומספר האחיות המוסמכות החדשות, ללא הסבות ממעשיות, נשאר יציב יחסית משנת 2000. בנוסף, גם היקף היציאה של אחיות (עקב פטירה, חו"ל או הגעה לגיל פרישה) גדול מהיקף המצטרפות החדשות.

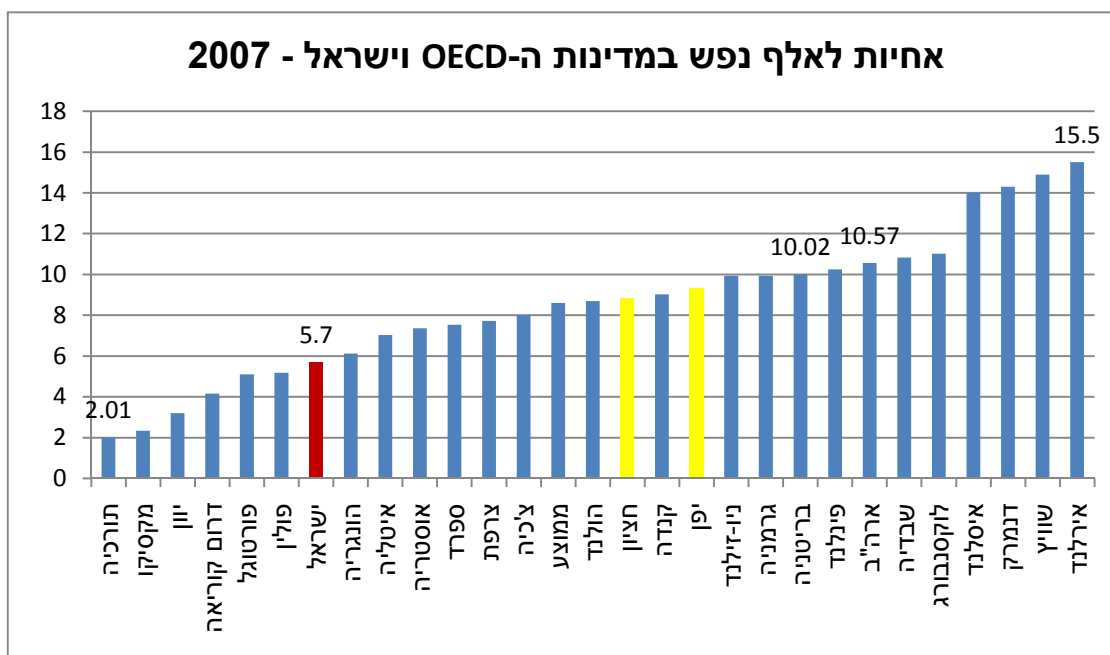
גרף מס' 11: מגמות במספר רישיונות חדשים של אחיות 2000-2009



השוואה בינלאומית

השוואה של שיעור האחיות בישראל ביחס לאוכלוסייה עם מדינות ה-OECD²⁴ (גרף 12) מראה כי שיעור האחיות בישראל הינו נמוך ביחס למדינות ה-OECD. (כ- 5.7 אחיות לאלף נפש בישראל לעומת כ 9 אחיות לאלף נפש בממוצע בארצות OECD).

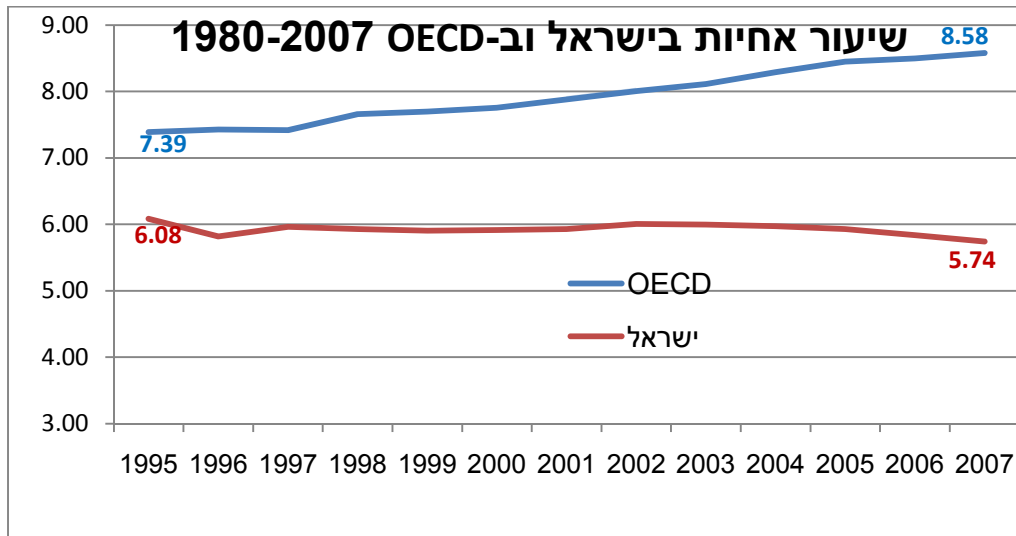
גרף 12 – שיעור אחיות ל-1000 נפש, השוואה בינלאומית – 2007



מהגרף עולה כי בניגוד למצב הרופאים, שם שיעור הרופאים בישראל כיום גבוה מהממוצע במדינות ה-OECD והחשש הוא ממצוקה עתידית, הרי שבמקצוע הסיעודי ישראל נמצאת כבר כיום בפיגור ניכר לעומת מרבית מדינות ה-OECD ומצב זה עתיד להחריף עקב הבדלים במגמות. ניתוח המגמה לאורך זמן למול מדינות נבחרות (גרף 13) מראה כי בעוד שבשאר המדינות נרשמת עליה בשיעור האחיות, בשאר המדינות נרשמת עליה בשיעור האחיות ביחס לאוכלוסייה.

²⁴ נתוני מדינות ה-OECD מתייחסים לשיעור האחיות המועסקות.

גרף מס' 13: השוואת שיעור האחיות בישראל ובמדינות נבחרות



יש לציין כי מרבית המדינות המערביות, בהן כאמור שיעור האחיות לאלף נפש גבוה בשיעור ניכר מישראל, מדווחות על מחסור באחיות. במחקרים שנערכו בחו"ל נמצא כי יחס גבוה של אחיות לאוכלוסייה נמצא קשור למדדי תוצאה בריאותית, פחות סיבוכים, יותר שביעות רצון של האחיות ופחות נטישה. יש לציין כי בדומה למצב אצל רופאים, שם חלק מהמדינות ואחרות שוקלות לפתח מקצוע עזר ברפואה, הנמצאים במדרג שבין האחות לרופא (כגון PA ו-NP), כאחד מאמצעי ההתמודדות עם המחסור בכ"א רפואי.

גם בנושא הסיעוד במדינות שונות האמצעי המקובל להתמודד עם מחסור בכח אדם הוא פיתוח כח עזר לאחיות לרבות פיתוח תפקיד חדש New Practical Nurse אשר במהותו יונק מתפקידה של האחיות המעשית המסורתית אך מנוע מלעסוק בטיפול תרופתי וטיפול פולשני. בישראל אומץ גם כן רעיון זה אשר הוטמע בתפקיד "כוח עזר מיומן" ובפיתוח תפקיד "סייעת לאחות". כבר בשנת 2004, עסק דוח "ועדת ברלוביץ" בנושא כח אדם בסיעוד. המלצות הועדה אומצו על ידי המנכ"ל להמשך יישום ופיתוח. ההמלצות העיקריות היו: אקדמיזציה של מקצוע הסיעוד, הפסקת רישום של אחיות מעשיות ופיתוח תפקיד כח עזר מיומן.

אומדנים ותחזיות

חיזוי מצאי האחיות לשנת 2025 - על בסיס הגדלת מסגרות ההכשרה הידועה כיום

חיזוי מצאי האחיות העתידי יעשה גם הוא על סמך המתודולוגיה שהוצגה בפרקים הקודמים²⁵. **כניסת אחיות** – המקורות העיקריים לכניסת אחיות למערכת הבריאות הם מוסדות ההכשרה לסיעוד בארץ. מעבר לכך ישנה כניסה של עולות חדשות, אשר משקלן היחסי בעשור האחרון הוא נמוך והשפעתן על סה"כ כמות האחיות במדינת ישראל אינה משמעותית. זו, נמוכה יחסית בהשוואה בהשוואה למדדי ההשפעה של הרופאים העולים על סה"כ הרופאים במדינה²⁶.

²⁵ הכוללת, כאמור, תמונת מצב נוכחית, פחות פרישה ובתוספת כניסת אחיות חדשות

²⁶ גל העלייה של שנות התשעים הגדיל את מספר האחיות שקבלו רישוי ונקלטו במקצוע בכ-8,700 אחיות, כמעט כולן במעמד של אחיות מעשיות וחלקן עשו הסבה למוסמכות.

מספר מקבלי הרישיונות החדשים לעסוק במקצוע הסיעוד נע בין 1,800 אחיות בשנת 1997 לכ-980 בשנת 2009. ע"פ הפירוט המוצג בלוח מס' 9, בשנת 2009 התקבלו 1,364 רישיונות חדשים של אחיות אשר מתוכם כ-384 אחיות שעברו הסבה מאחיות מעשיות למוסמכות. מכאן שתוספת האחיות נטו למערכת בשנת 2009 עמדה על 980 אחיות. בעשור האחרון, מספר מקבלי הרישיונות החדשים היה מצוי במגמת ירידה, בעיקר בשל הצמצום במספרם של מקבלי רישיונות חדשים לאחיות מעשיות (בשנת 2000 עמד מספר זה על 979 אחיות מעשיות ובשנת 2009 – רק 73). בעקבות פעילויות משרד הבריאות באמצעות מינהל הסיעוד להגדלת מסגרות ההכשרה אנו צופים כי בשנים הקרובות, ללא התערבות נוספת, יגדל מספר הרישיונות ויעמוד החל משנת 2015 על כ-1,700 רישיונות בשנה (לעומת כ-1,000 בלבד היום).

פרישת אחיות - מספר האחיות הפורשות בכל שנה, מתבסס כאמור על מספר האחיות העוברות את גיל ה-60 בכל שנה, בתוספת 0.2% של פטירה והגירה. ניתוח הממצאים לגבי פרישת אחיות מלמד ששיעור זה נותר יציב ונע בין 1,000 ל 1,100 אחיות לשנה.

חיבורם של נתוני הפרישה והכניסה החזויים במערכת מאפשר חיזוי של שיעור האחיות בתרחיש שאינו כולל התערבות מתקנת (לוח מס. 9). על פי תרחיש זה קצב הירידה בשיעור האחיות בישראל יגבר בשנים הקרובות. בשנת 2008 עמד שיעור זה על 5.65 (מול 8.7 כאמור ב – OECD), והוא צפוי לרדת בתרחיש ללא התערבות עד לרמה של 5.1 אחיות לאלף נפש בשנת 2025 - **ירידה של 9% נוספים.**

לוח מס. 9: תחזית אחיות עד לשנת 2025 ללא התערבות מתקנת נוספת

שנה	סה"כ אחיות עד גיל 60 כולל פטירה והגירה ללא מצטרפות	רישיונות חדשים (לא כולל הסבה)	סה"כ אחיות עד גיל 60	אחיות לאלף נפש
2009			41,597	5.51
2010	39,503	1,077	40,539	5.30
2011	38,449	1,002	40,488	5.24
2012	37,382	1,413	40,836	5.22
2013	36,346	1,565	41,366	5.21
2014	35,336	1,656	42,013	5.21
2015	34,236	1,700	42,620	5.21
2016	33,097	1,700	43,188	5.20
2017	31,893	1,700	43,691	5.19
2018	30,708	1,700	44,213	5.18
2019	29,504	1,700	44,716	5.16
2020	28,329	1,700	45,248	5.15
2021	27,020	1,700	45,647	5.12
2022	25,796	1,700	46,130	5.11
2023	24,548	1,700	46,589	5.09
2024	23,337	1,700	47,085	5.08
2025	22,161	1,700	47,617	5.07

חיזוי מצאי האחיות עם תוכנית התערבות

ועדת קורן שמונתה ע"י המלי"ג קבעה בשנת 2004, כי יש להגדיל באופן משמעותי את מסגרות ההכשרה לאחיות וכי יש לשמר את שיעור האחיות במדינת ישראל באותה עת על - 5.5 אחיות לאלף נפש²⁷. לאור הירידה מידי שנה במספר המצטרפות החדשות ולאור הגידול בתפקידי האחיות, במידה ולא יחול שינוי במסגרות ההכשרה של אחיות, אנו צופים כי בשנים הקרובות תחול ירידה חדה בשיעור האחיות ביחס לאוכלוסייה עד לשיעור של 5.1 אחיות לאלף נפש בשנת 2025. הוועדה סבורה שלאור מגמות אלו ובהתייחס לשיעורים השכיחים של אחיות במדינות OECD, יש בשלב ראשון כצעד של בלימה, להגדיל בהקדם האפשרי את מסגרות ההכשרה כדי להגיע לשיעור של 5.8 אחיות לאלף נפש. שמירה על שיעור האחיות זה עד לשנת 2025, מחייב את הגדלתן המיידית של מסגרות ההכשרה ל-2,300 אחיות בשנה בשל משך ההכשרה של האחיות (כארבע שנים), תוספת זו של מסגרות הכשרה תתחיל להשפיע על מספר האחיות רק בשנת 2013. כמו כן, מוצג תרחיש בו שיעור האחיות יעלה עד ל-6.5 אחיות לאלף נפש בשנת 2025, תרחיש זה מחייב הגדלה הדרגתית של מספר האחיות החדשות כל שנה לכ-3,000.

נקודת הייחוס: כאמור, הוועדה מאמצת את הגישה של ראש מינהל הסיעוד הפועלת לקידום מקצוע חדש של "סייעת אחות"- כוח עזר מיומן שיעבוד לצד האחות. תפקיד זה בא להחליף את כל תפקידיה של האחות המעשית, למעט העיסוק בתרופות. חברי הוועדה קיבלו את המלצות ראש מינהל הסיעוד במשרד ושל גב' אילנה כהן, יו"ר איגוד האחים והאחיות בדבר התמהיל הרצוי שבין שיעור האחיות לבין כוח העזר המיומן (הומלץ יחס של 20:80). לאור האמור לעיל, נראה לחברי הוועדה כי עקב המאפיינים הדמוגרפים של ישראל ומגבלות הפוטנציאל, מומלץ לשאוף ליעד במסגרתו השיעור הכולל של אחיות וכוח העזר יעמוד עד שנת 2025 על 8.15 לאלף נפש (כ-5 אחוז מתחת למוצע ה-OECD, כיום). נובע מכך, שנקודת הייחוס בהקשר של שיעור האחיות יעמוד על 6.5 אחיות ל-1,000 נפש.

²⁷ שיעור זה הינו ממוצע השיעור של המועסקים ובעלי הרישיון עד גיל 60. זאת בניגוד למתודולוגיה הנוכחית שמתייחסת למספר בעלי הרישיון עד גיל 60. מאחר ושיעור בעלי הרישיון גבוה משיעור המועסקים בכ-10% משמעות ההמלצה של הוועדה דאז היא לשמר שיעור של כ-6.0 אחיות בעלות רישיון עד גיל 60 לאלף נפש.

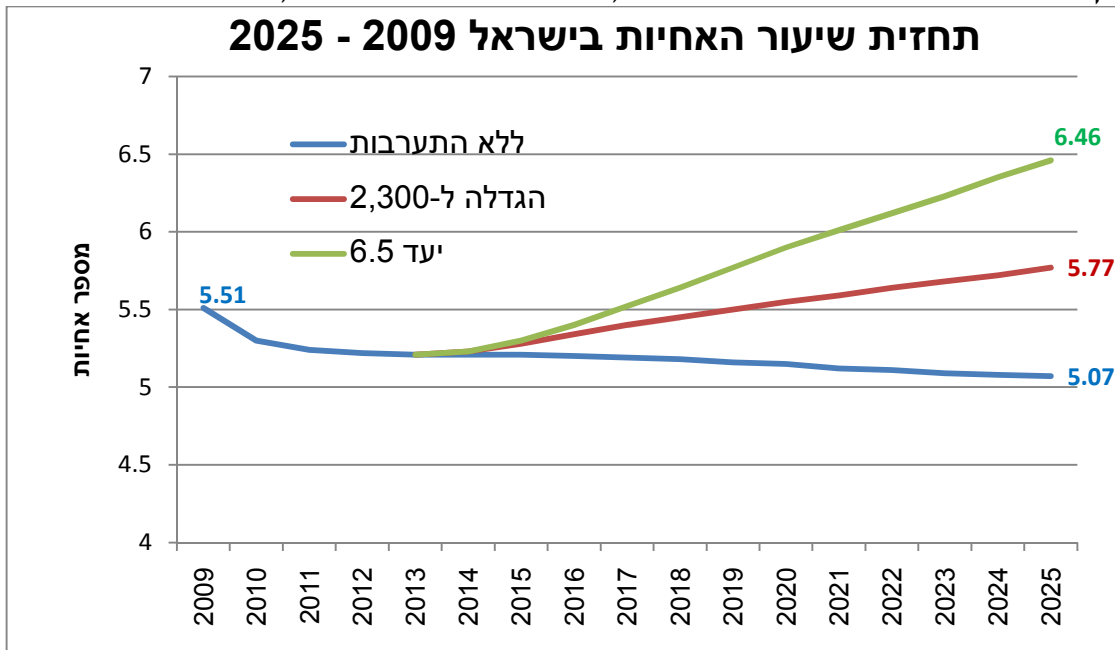
לוח מס. 10: תחזית אחיות* עד לשנת 2025 עם התערבות מתקנת

תרחיש ב' (יעד – 6.5)		תרחיש א' (יעד 5.8)			שנה
שיעור אחיות לאלף נפש	מס' רישיונות חדשים	שיעור אחיות לאלף נפש	מספר אחיות (עד גיל 60, כולל מצטרפים)	מס' רישיונות חדשים	
5.51		5.51	41,597		2009
5.30	1,077	5.30	40,539	1,077	2010
5.26	1,002	5.26	40,488	1,002	2011
5.22	1,413	5.22	40,836	1,413	2012
5.21	1,565	5.21	41,366	1,565	2013
5.23	1,800	5.23	42,157	1,800	2014
5.30	2,300	5.28	43,158	2,100	2015
5.40	2,600	5.34	44,320	2,300	2016
5.52	2,800	5.40	45,417	2,300	2017
5.64	2,900	5.45	46,533	2,300	2018
5.77	3,000	5.50	47,630	2,300	2019
5.90	3,000	5.55	48,756	2,300	2020
6.01	3,000	5.59	49,749	2,300	2021
6.12	3,000	5.64	50,826	2,300	2022
6.23	3,000	5.68	51,879	2,300	2023
6.35	3,000	5.72	52,969	2,300	2024
6.46	3,000	5.77	54,095	2,300	2025

הערה - סה"כ אחיות עד גיל 60 (כולל פרישה, פטירה והגירה)

גרף מס' 14 מציג את תחזית שיעור האחיות לפני ואחרי ההתערבות, בכל אחד מהתרחישים.

גרף מס' 14: תחזית שיעור האחיות ל – 1,000 נפש לפני ואחרי התערבות, על פי תרחישים שונים



מסקנות והמלצות

מסקנות מהמגמות המשתקפות:

מקצוע הסיעוד בישראל עבר במהלך השנים שינויים משמעותיים שהעיקרי שבהם הוא הפיכתו למקצוע אקדמי. במקביל לכך צומצם המסלול של אחיות שאינן מוסמכות (מעשיות). צמצום מספר האחיות המעשיות מבלי שבמקביל לכך גדל בהתאם מספר האחיות המוסמכות החדשות המצטרפות למערכת יחד עם הירידה בהיקף העלייה לישראל, תרמו לירידה במספר האחיות החדשות המצטרפות מידי שנה למערכת. מגמה זו יחד עם העובדה שבמרבית המדינות שיעור האחיות נמצא במגמת עלייה, העמידה באופן משמעותי את הפער בשיעור האחיות לנפש בין ישראל לבין מרבית מדינות ה-OECD לכדי מצב בו היום במדינת ישראל קיים מחסור משמעותי באחיות. עקב משך ההכשרה במקצוע זה, ירידה זו תמשך ככל הנראה לפחות עד שנת 2015. אם נוסף למגמה זו את המחסור הקיים מלכתחילה בהשוואה למדינות אחרות וכן את מגמת הזדקנות האוכלוסייה בישראל והמגמה של פיתוח והרחבת התפקידים של מקצועות הסיעוד, נמצא תופעה מדאיגה אליה יש להתייחס בדחיפות.

הוועדה סבורה כי בהתייחס לשיעורים של אחיות במרבית מדינות OECD ולאור הפער הקיים כיום, המגמות הרב שנתיות בישראל, וכן מגבלות פוטנציאל ובמקומות הכשרה, לא ניתן יהיה להביא את ישראל בטווח הנראה לעיין לשיעור דומה לממוצע במדינות ה-OECD. הוועדה העריכה ששיעור של 5.8 אחיות לאלף נפש הינו יעד ראשוני, שמטרתו בלימת המגמה הנוכחית במטרה לאפשר תפקוד תקין של המערכת והיא מעריכה שהוא בר השגה. אולם, הוועדה ממליצה לבחון את האפשרות לגיוס משאבים תקציביים ואחרים שיאפשרו גידול משמעותי יותר (בניסיון להגיע לשיעור של 6.5 אחיות לאלף נפש עד שנת 2025). בנוסף לשיעור זה אנו ממליצים על תוספת של כעשרים אחוז, הכוללים סיעות לאחיות וכוחות עזר מיומנים. הסייעות ישתלבו, בין היתר, בתחום הטיפול במבוגרים ובכך יפנו את האחיות המוסמכות מפעולות טיפול בסיסי לטובת טיפול סעודי מורכב בחולים קשים.

המלצות

- א. להגדיל, בשלב זה, ובהקדם האפשרי את מסגרות ההכשרה לאחיות עד ל- 2,300 סטודנטים מדי שנה על-מנת לבלום את מגמת הירידה בשיעור האחיות ולהגיע עד שנת 2025 לשיעור של 5.8 אחיות לאלף נפש.
- ב. הגדלה זאת צריכה לבוא הן מפתחת מסגרות לימוד חדשות, הן באמצעות הרחבת מסגרות ההכשרה הקיימות והן באמצעות הסבה של אקדמאיים.
- ג. לשאוף להגיע לחציון הקיים במדינות ה-OECD. בשלב זה, היעד ארוך הטווח הינו שיעור של 6.5 אחיות לאלף נפש. יש להתחיל בתכנון תוכנית אשר תבחן את ישימות הגדלת שיעור האחיות בישראל ל-6.5 אחיות לאלף נפש.
- ד. לפעול על מנת לעודד סטודנטים לפנות למקצועות הסיעוד.
- ה. למסד את מקצוע כח העזר המיומן – "סייעת אחות", בניית מסלול ההכשרה המקצועית והכשרה של מספר רב, ככל הניתן, של מועמדות במגמה להגיע להיקף השווה בשיעורו לכ- 20 אחוז מהיקף האחיות (ראה פירוט נוסף בפרק ז' להלן). להכשיר עוד בשנת 2011 כ-200 סיעות לאחיות.

ה.רופאים מומחים

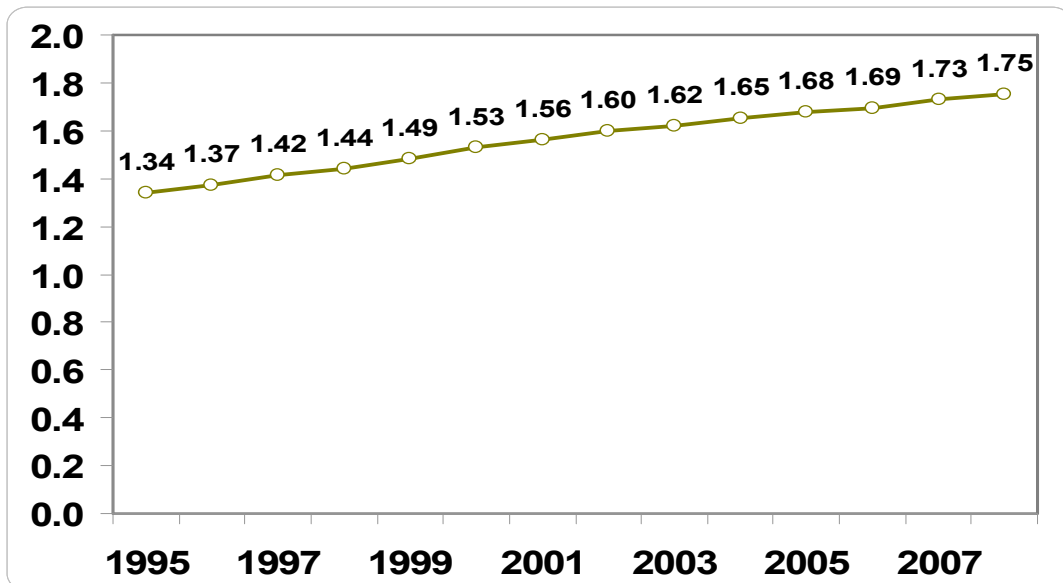
תמונת מצב

בסוף שנת 2008 עמד שיעור המומחים עד גיל 65 על 1.8 לאלף נפש (12,929 רופאים מומחים). היקף זה מהווה כ- 50% מכלל בעלי הרישיון לעיסוק ברפואה בגיל זה. שיעור הרופאים המומחים כאחוז מכלל הרופאים נמצא בישראל, כמו במדינות מערביות אחרות במגמה של עלייה – מ- 38% בשנת 1997 ל- 50% בשנת 2008. גם אחוז הנשים מכלל בעלות תעודת מומחה בכל באחד משטחי הרפואה נמצא במגמת עלייה. כך לדוגמא אחוז הנשים (מקרב כלל המומחים) היה בשנת 1997 28% ואילו כיום הן מהוות 35% מכלל המומחים. בקרב המומחים הצעירים (עד גיל 45) חלקן אף גבוה יותר ועומד על 49% (לעומת 24% בשנת 1990).

כפי שהוצג בהקשר לגיל הרופאים ככלל, גם בקרב הרופאים המומחים קיימת מגמת הזדקנות. בשנת 1990 עמד שיעור המומחים מתחת לגיל 45 על כ- 40% מכלל המומחים, בשנת 2000 עמד שיעור זה על 29.7% בשנת 2008 מומחים מתחת לגיל 45 היוו 23.7% בלבד מכלל המומחים.

אשר למגמות בהיצע הרופאים המומחים - שיעור הרופאים המומחים בישראל לאלף נפש, נמצא לאורך השנים במגמת עלייה. דבר זה מאפיין את רוב המדינות המפותחות והוא קשור למגמה הכללית של יתר התמקצעות והתמחות. גרף מס' 15 מציג את הגידול בשיעור המומחים לנפש בישראל לאורך השנים.

גרף מס' 15: מגמות בשיעור מומחים לאלף נפש 1995-2008



היצע הרופאים המומחים צריך להיבחן בנפרד בכל אחד מתחומי ההתמחות. לצורך כך, ביצעה הוועדה מיפוי של שיעור הרופאים ל-1,000 נפש, בכל שטחי ההתמחות המוכרים בישראל. לוח מס' 11, מפרט את שיעור הרופאים ל-1,000 נפש בתחומי ההתמחות השונים בשנים 2003 ו-2009. יש לציין כי לוח זה כולל גם רופאים בעלי יותר מהתמחות אחת.

לוח מס' 11: שיעור הרופאים עד גיל 65 ל – 1,000 נפש, לפי תחומי ההתמחות (2009, 2003)

שיעור ל-1,000 נפש		ההתמחות	שיעור ל-1,000 נפש		ההתמחות
2003	2009		2003	2009	
0.016	0.016	מחלות ריאה	0.04	0.032	א.א.ג. וכירורגיה ראש צוואר
0.038	0.037	מחלת עור ומין	0.017	0.020	אונקולוגיה
0.013	0.011	מינהל רפואי	0.01	0.009	אלרגולוגיה ואימונולוגיה קלינית
0.008	0.009	נירורכירורגיה	0.02	0.020	אנדוקרינולוגיה
0.036	0.038	נירולוגיה	0.023	0.021	אנטומיה פתולוגיה
0.007	0.010	נירולוגיה ילדים	0.012	0.013	בריאות הציבור
	0.011	נירולוגיה ילדים והתפתחות הילד	0.025	0.029	גסטרואנטרולוגיה
0.015	0.016	ניאונטולוגיה	0.028	0.036	גריאטריה
0.02	0.020	נפרולוגיה	0.02	0.024	המטולוגיה
0.114	0.117	פסיכיאטריה	0.073	0.079	הרדמה
0.023	0.025	פסיכיאטריה של הילד והמתבגר	0.004	0.006	טיפול נמרץ ילדים
0.061	0.064	קרדיולוגיה	0.013	0.016	טיפול נמרץ כללי
0.005	0.005	קרדיולוגיה ילדים	0.133	0.137	יילוד וגינקולוגיה
0.06	0.066	רדיולוגיה אבחנתית	0.028	0.030	כירורגיה אורולוגית
0.009	0.011	ריאומטולוגיה	0.064	0.072	כירורגיה אורתופדית
0.009	0.008	רפואה גרעינית	0.002	0.003	כירורגיה חזה ולב
0.011	0.014	רפואה דחופה	0.007	0.007	כירורגיה ילדים
0.013	0.015	רפואה פיסיקלית ושיקום	0.075	0.077	כירורגיה כללית
0.278	0.338	רפואה פנימית	0.019	0.019	כירורגיה פלסטית
0.013	0.012	רפואה תעסוקתית	0.011	0.011	כירורגיה של בית חזה
0.154	0.193	רפואת המשפחה	0.004	0.006	כירורגיה של היד
0.241	0.254	רפואת ילדים	0.009	0.009	כירורגיה של כלי דם
	0.035	תת התמחויות אחרות בילדים	0.015	0.018	מחלות זיהומיות
			0.069	0.069	מחלות עיניים

מקור: תחום מידע, האגף לשירותי מידע ומחשוב, משרד הבריאות

הוועדה בחנה גם מגמות במספר רישיונות מומחה שהונפקו במהלך השנים האחרונות במקצועות ההתמחות השונים. זאת, במטרה לבחון את פוטנציאל העתודה המקצועית במקצועות ההתמחות ואת הנטייה הקיימת לפנות למקצועות השונים.

לוח מס' 12 מציג את התוספת השנתית הממוצעת (לפי שנים 2005-2009) של מומחים בכל אחד מתחומי ההתמחות. בטבלה מוצגת התוספת הממוצעת, הן כמספר המומחים החדשים שהצטרפו והן כאחוז ממספר המומחים (עד גיל 65) הקיים בכל אחד מתחומי ההתמחות.

מהטבלה ניתן לראות גם את שיעור הגידול **במספר** המוחלט של המומחים עד גיל 65, בכל אחד מהתחומים, בין השנים 2006 ל – 2009. ניתן לראות כי מספר המומחים גדל ב- 10.6%, בהשוואה לגידול של 6% בכלל האוכלוסייה.

לוח מס' 12 : תוספת שנתית ממוצעת של מומחים בכל אחד מתחומי ההתמחות 2005 - 2009

אחוז הגידול במספר המומחים	תוספת שנתית ממוצעת כאחוז מכלל המומחים בתחום	תוספת שנתית ממוצעת של מומחים חדשים	תחום מומחיות	אחוז הגידול במספר המומחים	תוספת שנתית ממוצעת כאחוז מכלל המומחים בתחום	תוספת שנתית ממוצעת של מומחים חדשים	תחום מומחיות
				2006-2009	2006-2009	2009 - 2005	
5.9%	3.3%	18	מחלות עיניים	10.8%	6.2%	9	אונקולוגיה
6.3%	4.5%	5	מחלות ריאה	0.0%	6.3%	0	אימונולוגיה קלינית ילדים
7.7%	4.2%	2	מחלות ריאה ילדים	-4.2%	3.6%	2	אלרגולוגיה ואימונולוגיה קלינית
0.0%	5.2%	4	מינהל רפואי	9.5%	4.0%	6	אנדוקרינולוגיה
0.0%	4.0%	0	מיקרוביולוגיה קלינית	12.2%	6.1%	3	אנדוקרינולוגיה ילדים
18.0%	3.4%	3	נירוכירורגיה	0.0%	2.3%	4	אנטומיה פתולוגית
8.0%	4.1%	11	נירולוגיה	5.3%	4.4%	4	בריאות הציבור
32.8%	8.8%	25	נירולוגיה ילדים/התפתחות הילד	22.2%	8.1%	3	גנטיקה רפואית
7.2%	34.8%	5	ניאונטולוגיה	11.8%	5.1%	11	גסטרואנטרולוגיה
7.7%	3.9%	7	נפרולוגיה	16.3%	6.9%	3	גסטרואנטרולוגיה ילדים
32.0%	5.0%	2	נפרולוגיה ילדים	22.9%	6.8%	16	גריאטריה
7.4%	8.6%	34	פסיכיאטריה	11.1%	6.6%	4	המטואונקולוגיה ילדים
8.2%	4.0%	8	פסיכיאטריה של הילד המתבגר	16.2%	5.2%	9	המטולוגיה
14.3%	4.6%	2	פרמקולוגיה קלינית	11.2%	4.4%	25	הרדמה
8.0%	4.5%	18	קרדיולוגיה	14.6%	4.5%	3	טיפול נמרץ ילדים
6.3%	3.8%	1	קרדיולוגיה ילדים	13.2%	5.9%	7	טיפול נמרץ כללי
13.9%	3.8%	5	ראומטולוגיה	7.0%	4.1%	39	יילוד וגינקולוגיה
12.2%	7.8%	22	רדיולוגיה אבחנתית	9.1%	4.1%	8	כירורגיה אורולוגית
-1.6%	3.2%	2	רפואה גרעינית	11.2%	4.8%	25	כירורגיה אורתופדית
10.5%	5.0%	6	רפואה דחופה	8.3%	3.0%	2	כירורגיה ילדים
-16.7%	4.2%	0	רפואה משפטית	7.8%	4.5%	3	כירורגיה כלי דם
16.0%	5.9%	137	רפואה פנימית	8.0%	4.4%	23	כירורגיה כללית
16.7%	5.3%	6	רפואה פסיקלית ושיקום	2.9%	3.4%	5	כירורגיה פלסטית
-2.1%	2.1%	3	רפואה תעסוקתית	9.3%	2.8%	2	כירורגיה של בית החזה /חזה ולב
19.0%	5.7%	71	רפואת המשפחה	21.1%	8.3%	3	כירורגית כף היד/של היד
7.5%	3.9%	74	רפואת ילדים	74.0%	10.3%	9	מחלות א.א.ג וכירורגיה ראש וצוואר
				20.9%	6.6%	7	מחלות זיהומיות
10.6%	4.8%	721	סה"כ	5.3%	3.1%	8	מחלות עור ומין

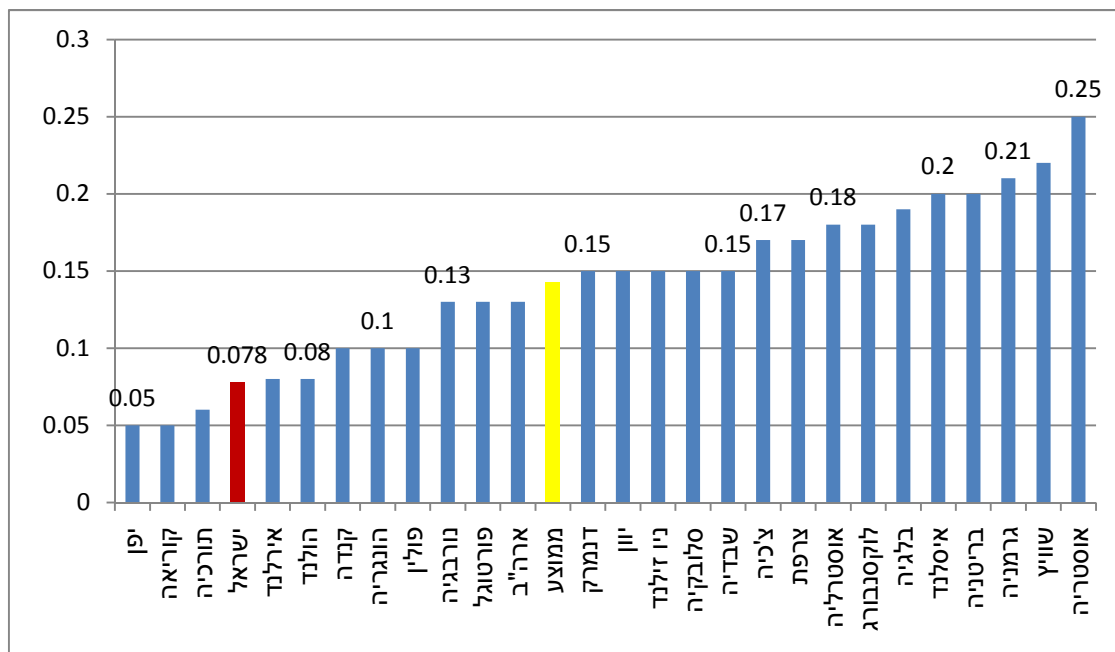
השוואה בינלאומית

מניתוח פרויקט של אומדני כוח אדם רפואי, שנערך על ידי ה- HRSA בארצות הברית, (Health Resources and Services Administration), עולה כי מבחינה מתודולוגית, תחזיות שנערכו על ידם לשנת 2020 התבססו על שיעור המומחים בשנת 2000. הם קיבעו את שיעור המומחים הפעילים ל- 1,000 נפש באותה שנה כנקודת הייחוס הרצויה גם לשנים הבאות. בעת התכנון ניתנה על ידם התייחסות ל- 34 התמחויות ותת התמחויות עיקריות. השוואת שיעור המומחים שם למצב הנוכחי בישראל (בזהירות המתבקשת) מצביע על קיים פער ניכר בין המצב בארה"ב לזה שבישראל, בעיקר במקצועות הבאים:

הרדמה (ל- 1,000 נפש בארה"ב לעומת 0.08 בישראל), טיפול נמרץ (0.10 לעומת 0.016 בהתאמה), קרדיולוגיה ילדים/ט"י ילדים (0.01 לעומת 0.004 בהתאמה), כירורגיה כללית (0.12 לעומת 0.08 בהתאמה), רפואת משפחה (0.39 לעומת 0.19 בהתאמה), ורפואה פסיקאלית ושיקום (0.03 לעומת 0.015 בהתאמה)²⁸. יש לציין כי התחזיות בארה"ב לא כללו התייחסות לתת התמחויות כגון גריאטריה, ניאונטולוגיה והתפתחות הילד/נוירולוגית ילדים ולכן לא ניתן להתרשם מהמצב הקיים שם בתחומים אלה.

האם המצב בארה"ב יכול לשמש כנקודת ייחוס? השוואת המצב בארה"ב בליתר מדינות ה- OECD מוצגת בגרף מס' 16, אשר מציג את שיעור המרדמים ל-1,000 נפש במדינות ה- OECD. מהגרף ניתן להתרשם כי השיעור הקיים בארה"ב לא חריג לטובה בהשוואה למדינות אחרות נראה אם כן שהשיעור הנמוך של מרדמים בישראל אכן מהווה חריג (לרעה), לא רק בהשוואה לארה"ב אלא גם בהשוואה לרוב מדינות ה- OECD. הוועדה התרשמה שהמצב דומה גם במקצועות אחרים שבמצוקה ושהשוואה לארה"ב אכן יכולה להוות אינדיקטור נוסף (עם כל הזהירות המתבקשת), לצד חוות דעת ואומדנים נוספים.

גרף מס' 16: השוואת שיעור מומחים ל-1,000 נפש להרדמה במדינות נבחרות



מקור: OECD

²⁸ יש להדגיש את העובדה כי הוועדה היתה ערה לחובת הזהירות המתבקשת בעת ביצוע השוואות בינלאומיות וזאת על רקע הבדלים בהגדרות, בדפוסי ארגון שירותי הבריאות ובנורמות המקובלות במדינות שונות ולכן הצליבה נתונים ממקורות שונים ולא הסתמכה רק על נתוני חו"ל.

בחירת נקודת הייחוס והערכת מצב

הוועדה בחנה עמדות של גורמים שונים שהתייחסו לנושא הכשרת מתמחים בישראל, לרבות כאלה שהופיעו במסמכים פנימיים של המשרד, בעמדת המדינה להסכם הבוררות בין המדינה להסתדרות הרפואית בישראל, בדו"ח מבקר המדינה וכפי שהשתקפו מתוך עמדת ההסתדרות שהוצגה בפני הוועדה על ידי ד"ר יורם בלשר, יו"ר הר"י²⁹. הוועדה מצאה כי גם בהתחשב בכל הזהירות הנדרשת בעת ביצוע השוואה בינלאומית, הממצאים מארה"ב המראים פער משמעותי ביותר אשר קיים בין שתי המערכות (ישראל וארה"ב), בכל הקשור לשיעור המומחים במקצועות הבאים: הרדמה וטיפול נמרץ, ניאונטולוגיה, קרדיולוגיה ילדים/ט"נ ילדים, כירורגיה כללית, רפואה פסיקאלית ושיקום, **מאששים** את העמדות שהוצגו בעבר על ידי כל הגורמים שהוזכרו לעיל, בהקשר של מקצועות שבמצוקה או במחסור. לאור כל האמור לעיל, מצאה הוועדה לנכון לציין כי אכן המקצועות הבאים מחייבים צעדי מדיניות לעידוד והפניית רופאים למסלולים אלה: הרדמה וטיפול נמרץ, רפואת ילודים-ניאונטולוגיה, פסיכיאטריה של הילד, התפתחות הילד/נוירולוגיה של ילדים וכן גריאטריה ורפואה פסיקאלית ושיקומית. במקצועות התמחות אחרים הניחה הוועדה כי השיעור הנוכחי עשוי לספק תשובה הולמת לצרכים ולכן החליטה לבחור את השיעור הנוכחי בישראל, כנקודת ייחוס כך ששיעור המומחים בכל אחד מהתחומים לא ירד מהשיעור הקיים כיום, למעט מספר חריגים שיפורטו בהמשך.

על רקע האמור לעיל בחנה הוועדה את קצב הגידול בהיצע בכל אחד מתחומי ההתמחות, וזאת, על בסיס קצב ההכשרות הנוכחי, אל מול התוספת השנתית הנדרשת כדי לשמר את השיעור הנוכחי. לוח מס' 13 מציג בכל אחד משטחי ההתמחות את התוספת הממוצעת הנדרשת כדי לשמר את השיעור הנוכחי אל מול התוספת השנתית הממוצעת ב – 5 השנים האחרונות. יש להדגיש כי בחלק מהמקצועות השיעור הנוכחי הינו נמוך יחסית, ולכן קצב ההכשרה הרשום בטבלה, אינו מספק. מהטבלה עולה כי בתחומים מסוימים שזוהו כמקצועות במצוקה היקף ההכשרה הנוכחי אכן מאפשר גידול משמעותי בשיעור המומחים לאלף נפש, לדוגמא (גריאטריה ורפואה פסיקאלית ושיקום). מאידך, **במקצועות אחרים שבמצוקה, קצב ההכשרות הנוכחי לא יביא לגידול משמעותי, אם בכלל, בשיעור המומחים.** דוגמא לכך ניתן לראות בתחומים כגון טיפול נמרץ ילדים, טיפול נמרץ כללי, ניאונטולוגיה, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר וכן נוירולוגית ילדים/התפתחות הילד. יש לציין כי מהטבלה הקודמת (מס' 12) עולה, שקיימים מקצועות שעד כה **לא** הוגדרו במצוקה, אך הגידול בהם הוא שלילי וקיים חשש למצוקה עתידית, לדוגמא קרדיולוגית ילדים. (ירידה של כ- 10% במספר המומחים לעומת שנת 2003) וכן פתולוגיה/אנטומיה פתולוגית (גידול של 3% בלבד), ובמידה מסוימת-כירורגיה כללית. לעומת כל האמור לעיל, קיימים מקצועות רבים, שלא הוגדרו כמקצועות במצוקה, בהם קצב ההכשרות **עולה** בהרבה על זה הדרוש כדי לשמר את המצב הנוכחי. הגידול במהלך התקופה האמורה במקצועות אלה עולה לעיתים בעשרות אחוזים על שיעור הגידול שהיה באוכלוסיה הכללית באותה תקופה. דוגמאות לכך הם כירורגיה אורתופדית (תוספת נוכחית 25 לשנה, מול כ – 18 לשנה לשם שימור השיעור הנוכחי) ורפואה פנימית (137 מול 66 בהתאמה)³⁰.

²⁹ יש לציין כי טרם סיום עבודתה, פנתה הוועדה להר"י גם בבקשה לקבל נתונים ספציפיים בנושא שיעור מומחים ומקצועות שבמצוקה, אך אלה לא הגיעו לידיה עד מועד כתיבת הדו"ח.

³⁰ יש לזכור כי חלק מהמומחים ברפואה פנימית עוסקים במקצוע אחר בו התמחו.

לוח מס' 13: תוספת שנתית הנדרשת כדי לשמר את השיעור הנוכחי בהשוואה לממוצע השנתי של הנפקת תעודות מומחה כיום (לפי ממוצע שנים 2005-2009) ³¹

תוספת שנתית ממוצעת בפועל של מומחים חדשים (2005-2009)	תוספת שנתית נדרשת כדי לשמר את השיעור הנוכחי	תחום מומחיות	תוספת שנתית ממוצעת בפועל של מומחים חדשים (2005-2009)	תוספת שנתית נדרשת כדי לשמר את השיעור הנוכחי	תחום מומחיות
18	17	מחלות עיניים	9	5	אונקולוגיה
5	4	מחלות ריאה			אימונולוגיה קלינית ילדים
2	2	מחלות ריאה ילדים	2	3	אלרגולוגיה ואימונולוגיה קלינית
4	4	מינהל רפואי	6	5	אנדוקרינולוגיה
1		מיקרוביולוגיה קלינית	3	2	אנדוקרינולוגיה ילדים
3	2	נוירוכירורגיה	4	6	אנטומיה פתולוגית
11	9	נוירולוגיה	4	3	בריאות הציבור
6		נוירולוגיה ילדים	3		גנטיקה רפואית
19	2	נוירולוגיה ילדים/התפתחות הילד	11	7	גסטרואנטרולוגיה
5	4	ניאונטולוגיה	3	2	גסטרואנטרולוגיה ילדים
7	5	נפרולוגיה	16	9	גריאטריה
2		נפרולוגיה ילדים	4	2	המטואונקולוגיה ילדים
34	30	פסיכיאטריה	9	6	המטולוגיה
8	6	פסיכיאטריה של הילד המתבגר	25	19	הרדמה
2		פרמקולוגיה קלינית	3	2	טיפול נמרץ ילדים
18	17	קרדיולוגיה	7	4	טיפול נמרץ כללי
1		קרדיולוגיה ילדים	39	36	יילוד וגינקולוגיה
5	3	ראומטולוגיה	8	8	כירורגיה אורולוגית
22	15	רדיולוגיה אבחנתית	25	18	כירורגיה אורתופדית
2	2	רפואה גרעינית	2	2	כירורגיה ילדים
6	4	רפואה דחופה	3	3	כירורגיה כלי דם
0		רפואה משפטית	23	20	כירורגיה כללית
6	3	רפואה פיסיקלית ושיקום	5	5	כירורגיה פלסטית
137	66	רפואה פנימית	2	3	כירורגיה של בית החזה/חזה ולב
3	3	רפואה תעסוקתית	3		כירורגית כף היד/של היד
71	40	רפואת המשפחה	9	10	מחלות א.א.ג וכירורגיה ראש וצוואר
74	58	רפואת ילדים	7	4	מחלות זיהומיות
			8	10	מחלות עור ומין

³¹ נתוני הממוצע – מקור: תחום מידע, האגף לשירותי מידע ומחשוב, משרד הבריאות

מסקנות והמלצות

לאור כל האמור לעיל, מצאה הוועדה כי המקצועות הבאים נמצאים במצוקה ומחייבים צעדי מדיניות לעידוד והפניית רופאים למסלולים אלה: הרדמה וטיפול נמרץ, רפואת יילודים-ניאונטולוגיה, פסיכיאטריה של הילד, התפתחות הילד/ניורולוגיה של ילדים, גריאטריה ורפואה פסיקאלית ושיקומית. חלק מהממצאים שהוזכרו לעיל התייחסו לחשש ממצוקה עתידית וזאת על רקע מיעוט פניות להתמחות במקצועות אלה וחשש לירידה בשיעור המומחים לנפש. ניתוח הממצאים הנוגעים להכשרת מומחים מאשש את הגישה שהוצגה בעבר על ידי משרד הבריאות בדבר חשש למצוקה עתידית גם במקצועות הפתולוגיה, רפואה פנימית (כ-50% מהמומחים בפנימית סיימו לאחר ההתמחות בפנימית גם התמחות נוספת), רפואת משפחה וכירורגיה כללית.

הלוח הבא מפרט את התוספת השנתית הממוצעת המומלצת למקצועות התמחות שמצוקה. לאור עודף ניכר שקיים לכאורה במקצועות התמחות מסוימים, ממליצה הוועדה לבחון את האפשרות למעורבות גדולה יותר של משרד הבריאות בניסיון להשפיע על תקני המתמחים בשטחי ההתמחות השונים בכל נקודת זמן, לרבות באמצעות פיתוח תמריצים, שיאפשרו וויסות כוח אדם מומחים בין מקצועות התמחות בהם קיים עודף למקצועות בהם קיימת מצוקה עכשווית או עתידית ועידוד באמצעות פנייה אישית לסטודנטים שסיימו לימודיהם לפנות לתחומי התמחות נדרשים.

המלצות

א. לאור האמור לעיל, מוצג בלוח הבא שיעור התוספת השנתית המומלצת במקצועות שהוגדרו במצוקה.

תוספת שנתית מומלצת למקצועות במצוקה

מקצוע התמחות	שיעור נוכחי ל-1,000 נפש	יעד השיעור ל-1,000 נפש*	תוספת ממוצעת 2005-2009	סה"כ תוספת שנתית מומלצת**	הפרש
הרדמה	0.078	0.18 ³²	25	44	19
טיפול נמרץ כללי	0.016	0.03	7	14	7
טיפול נמרץ ילדים	0.006	0.015	3	6	3
רפואת יילודים-ניאונטולוגיה	0.016	0.04	5	8	3
פסיכיאטריה של הילד	0.024	0.05	8	12	4
התפתחות הילד/ניורולוגיה של ילדים***	0.009	0.04			7
גריאטריה	0.025	0.06	16	24	8
רפואה פסיקאלית ושיקומית	0.015	0.03	6	9	3

** - יעד השיעור לאלף נפש - לשנת 2025

** - תוספת המומלצת היא לעשר השנים הקרובות (תוך מעקב וביצוע הערכת מצב תקופתית)

***-התפתחות הילד - מקצוע התמחות חדש יחסית. לכן ערכי התוספת הממוצעת עד כה, אינם רלוונטיים

ב. עידוד פנייה למקצועות במצוקה -

1) ביצוע סקר מקיף בקרב רופאים מומחים, מתמחים וסטודנטים לרפואה לצורך איתור הגורמים המשפיעים על בחירת התמחות, כמו גם תוכן הלימודים ומשכם

³² בהרדמה וטיפול נמרץ כללי וילדים, עקב המחסור החריף הקיים והחשש מנטישת המקצוע, מוצע להגדיל את קצב הכשרת המתמחים ב- 75-100 אחוז לעומת הקצב הנוכחי כבר כיום, ולהתמיד בכך לפחות במהלך העשור הקרוב. במקצועות האחרים התוספת השנתית המוצעת גדולה בכ-50 אחוז לעומת הקיים.

(בשיתוף המועצה המדעית, הר"י), ואיתור דרכים לניתוב כוח אדם למקצועות ההתמחות השונים, בדגש על מקצועות התמחות שבמצוקה או שבהם צפויה מצוקה בעתיד .

2) לבחון גורמים נוספים המשפיעים על כוח אדם רפואי, לרבות מדיניות הגבלה בתורנויות ושעות העבודה של מתמחים, וכן זמן (מתוך עבודת הרופא) המושקע בפעילויות שאין לרופא יתרון יחסי בהן.

ג. **מקצועות שקיימת סכנה כי ייווצר בהם מחסור:** פתולוגיה, רפואה פנימית, כירורגיה כללית וכירורגיית ילדים. **יש לפעול על מנת לעודד סטודנטים לרפואה ורופאים לפנות להתמחות במקצועות אלו.**

ד. הכנת תוכנית לתמרוץ רופאים להתמחות במקצועות במצוקה או כאלו שיש סכנה כי ייווצר בהם מחסור ובחינת מתן תמריצים בתחומי התמחות שבמחסור ובאזורי הפריפריה.

ה. בחינת האפשרות לשינוי מסלול המומחים (בשיתוף המועצה המדעית) כך שבתת התמחויות מסוימות לא צריך יהיה לעבור את ההתמחות הבסיסית ובהמשכה התמחות-על, אלא להתמחות באופן ישיר בהתמחות העל ולקצר את משך ההתמחות הכולל התחומים אלה.

ו. הגברת המודעות למקצועות התמחות שבמחסור ועידוד סטודנטים לפנות למקצועות אלה.

ז. לפעול להגבלת התקנים בהתמחויות בהן קיים עודף במומחים.

1. ניתוח גורמים המשפיעים על ההיצע והביקוש לכח-אדם רפואי

האומדנים שהוצגו מושפעים ממשתנים נוספים העתידים להשפיע על ההיצע והביקוש של כח אדם רפואי. הנחות היסוד שהוצגו בתחילת העבודה הבהירו את האופן בו התייחסה הוועדה למשתנים אלה במהלך ביצוע האומדנים. פרק זה יפרט את האופן בו מקובל לראות את השפעת המשתנים השונים. נושא זה הוא בעל חשיבות בבחירת כלי המדיניות ותמריצים שאמורים להתלוות בעתיד לסוגיית היקף כח האדם המוכשר בכל אחד ממקצועות הרפואה ולצורך בניטור תקופתי של כח האדם, במיוחד במצבים בהם קיים שינוי במשתנים שלהלן:

משתנים המשפיעים על ההיצע

גידול בשיעור הנשים מקרב העוסקים ברפואה

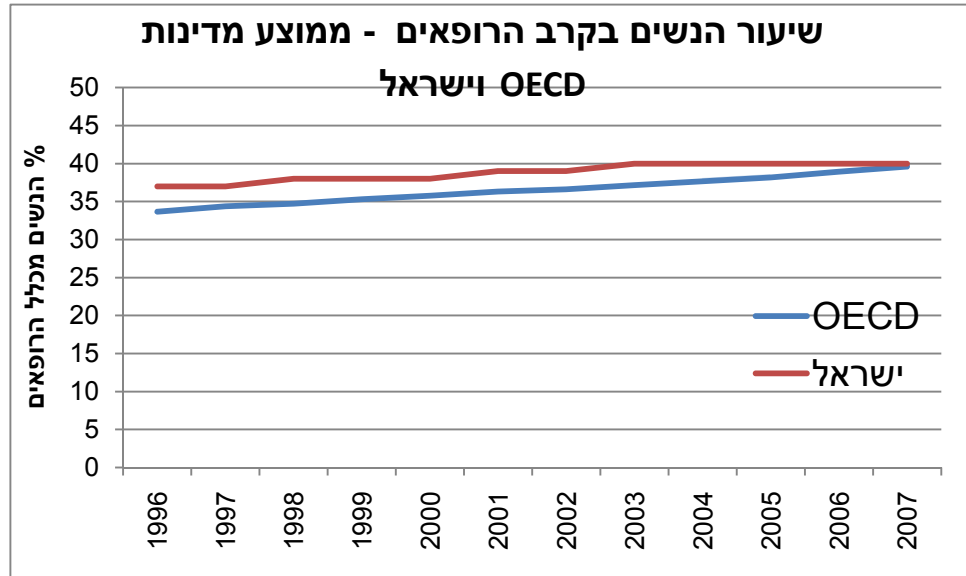
נשים וכן רופאים מבוגרים יחסית, עובדים בממוצע פחות שעות שנתיות קליניות (שעות עבודה עם מתרפאים), בהשוואה לאחרים. מאחר ושיעור הנשים והמבוגרים בקרב הרופאים עולה, נוצר מצב בו ההיצע, במונחים של FTE - Full Time Equivalent לרופא, עולה בקצב מתון יותר בהשוואה להיצע במונחים של מספר הרופאים הפעילים. מהספרות המקצועית עולה כי ההבדל במספר שעות העבודה הממוצע בין רופאים גברים לנשים הוא כ- 30% (בהתחשב בחלקיות משרה, חופשות לידה ופרישה בגיל צעיר יותר). בישראל, בהתאם לעיבוד נתוני סכ"א בשנים 2006-2008, היחס של שעות העבודה בין גברים לנשים רופאות הוא 1.20, כאשר עד גיל 45 היחס הוא 1.35, פער זה מצטמצם עם הגיל, בגיל 45-64 היחס ירד ל- 1.15 ובגיל 65 ומעלה נמצא יחס הפוך 0.90.

מנתונים מחו"ל עולה גם כי נשים נוטות להימנע מלבחור מקצועות כירורגיים וכן פעילות בשיעור גבוה יחסית דווקא באזורים עירוניים ופחות בפרפריה. בישראל, יש מגמת עליה של נשים במרבית המקצועות, כולל כירורגיה, אך לא כולל הרדמה ואורתופדיה.

בגלל המגמה המסתמנת של גידול בשיעור הנשים במקצוע הרפואה ככלל ובמקצועות ההתמחות בפרט, ובהתחשב בשעות העבודה המצומצמות יותר וגיל הפרישה המוקדם יותר, עלול להיווצר קוהורט אפקט, בו לכאורה צפויה ירידה משמעותית בשעות העבודה והיקפי משרה במונחים של FTE, דבר שיחריף את המחסור הצפוי ממילא, אלא אם כן הירידה תקוזז באמצעות תוספת למספר הרופאים הפעילים (או הגברת התפוקה לרופא, ראה להלן).

באשר למקצועות ההתמחות ברפואה, הספרות המקצועית מצביעה על הבדלים בין גברים לנשים העוסקים ברפואה, הן בכל הקשור לבחירת תחומי ההתמחות והן בפעילות בתוך אותה התמחות – לדוגמה בקרב בעלי התמחות בכירורגיה, נשים נטו יותר לפעילות מרפאתית והוראה והשתתפו פחות בתורניות ובעבודות ניהול, בהשוואה לגברים מאותו תחום התמחות.

גרף מס 17: השוואת שיעור הנשים בקרב הרופאים



מקור: תחום מידע, אגף למידע ומחשוב, משרד הבריאות

יש להדגיש עם זאת, שעל אף שנשים עובדות פחות שעות למשרה ממוצעת, בכל הקשור לתפוקה לשעת עבודה במקצועות הבריאות, אין הבדל בין גברים לנשים.

הזדקנות של אוכלוסיית הרופאים

קיימת מגמה בישראל ובעולם של עלייה בגיל הממוצע של העוסקים במקצוע הרפואה. הזדקנות הדור של ה- baby boomers צפויה להביא לכך שהחל מעוד כ- 10 שנים שיעור גדל והולך מקרב הרופאים יפרוש (ראה בנמשך נתונים אודות מגמות בגיל הרופאים).

כמו כן, יש לשער כי גיל הפרישה (הרשמי והלא רשמי) יעלה גם כן. בתחזיות שבוצעו על ידי HRSA (Health Resources and Service Administration – US), גיל הפרישה מהמקצוע (בקרוב רופאים) הוא 75. לפי נתוניהם כ- 10 אחוז מהרופאים הפעילים הם בגיל 65 ומעלה (וכ- 35% מכלל הרופאים בגיל 75 היו עדיין פעילים). לצורך חישוביהם הם התייחסו לרופאים מגיל 75 ומעלה כאילו כולם פרשו מעבודה. עם זאת, יש להדגיש כי נתונים ממדינות באירופה, מעידים על שיעורים נמוכים יותר, משמעותית, של השתתפות בכוח העבודה בקרב רופאים מעבר לגיל 65. שם היקף העוסקים במקצוע מעבר לגיל זה נע בין 4-5%³³. בישראל, 7% מהרופאים המועסקים הם בגיל 65 ומעלה בשנים 2006-2008, בהתאם לעיבוד נתוני סכ"א בשנים 2006-2008.

גיל פרישה מושפע לעיתים גם מהמצב הכלכלי במשק ומשביעות הרצון של הרופא מהסביבה המקצועית, אולם אלו השפעות קצרות טווח. בעבודת הוועדה הוחלט לשים דגש על השפעות ארוכות טווח בשוק העבודה ולא על תנודתיות קצרת טווח (כגון שביעות רצון).

³³ בעת תכנון עתידי מומלץ להביא בחשבון שבנתוני סקרים או נתוני הר"י – אם יהיו כאלה, עלול להיות פער בין מועד פרישה בפועל לבין מועד הדיווח להר"י. כמו כן, בתחום זה קיים במקרים רבים תת-דיווח ולכן מומלץ לשקול להתייחס למי שלא-מדוח בגיל שייקבע כגיל פרישה, כאילו פרש.

נטישת המקצוע

פועל יוצא של נטישת העיסוק הקליני ברפואה (בין אם עקב שינוי קריירה למקצוע אחר, או הפסקת פעילות קלינית) הוא הצורך בשימור כוח אדם במקצוע ובמניעת נשירה. על פי נתוני ה-OECD כ-5 אחוז ועל פי נתוני HRSA – כ-6 אחוז מבעלי רישיון לעיסוק ברפואה, בגיל העבודה, לא עוסקים בפעילות קלינית כעיסוק מרכזי³⁴. בישראל, אין עד כה מידע מסודר אודות נטישת המקצוע (בימים אלה החל בביצוע סקר שיבדוק, בין השאר, נושא זה). שימור כוח האדם במקצוע כאמצעי להגדלת פוטנציאל העוסקים בו מצריך פעילות למניעת נשירה במהלך הקריירה וכן כזו שתעודד שימור הפעילות גם מעבר לגיל הפרישה.

יש להדגיש כי במדינות ה-OECD, נשירה מעיסוק ברפואה קלינית היא בהיקף מצומצם בהשוואה למקובל במקצוע הסיעוד – שם היקף הנשירה גדול יותר (לדוגמא בארה"ב 17% מהאחיות בגיל העבודה לא עוסקות במקצוע – כ-40% מהן בגיל מבוגר יחסית)

פרודוקטיביות ותפוקות בקרב רופאים

הפרודוקטיביות יכולה להמדד במדדי תהליך (שעות עבודה עם מתרפאים או מספר ביקורים ממוצע לרופא) או מדדי תוצאה. אחת משיטות הניתוח של פרודוקטיביות המקובלות (שלא תפורט כאן) היא **תועלת יחסית – Resource-Based Relative Model** – על בסיסה הניחו ב-HRSA שבשנים הבאות (עד שנת 2020) תמשך מגמה של גידול בתפוקה הממוצעת לרופא. הערכה זו הוצלבה עם מודל אחר המבוסס על **השערת הגידול בפרודוקטיביות** של כלל העובדים במשק. זו, משתקפת בתחזיות של הגידול הריאלי בתוצר לנפש (הגידול הריאלי בניכוי השינויים הדמוגרפיים, מבטא את גידול בפרודוקטיביות). על בסיס מודלים אלה העריכו בארה"ב את הגידול הצפוי בפרודוקטיביות בכ-1 אחוז לשנה. סיבות לגידול בתפוקות יכולות להיות, בין השאר, שימוש באמצעי עזר ובכוח עזר לא רפואי, טכנולוגיות חדשות וכן שינויים בתמריצים ובמדיניות התגמול והבקרה בקרב רופאים.

הגירה שלילית ותופעת ה-Brain drain

דיווחים ממדינות שונות מעידים על מחסור צפוי ברופאים במדינות כגון בריטניה, קנדה, וצרפת, לכן, מאז אמצע שנות ה-90 של המאה הקודמת ועד 2007 מדינות כמו בריטניה, צרפת ואוסטרליה כמעט הכפילו את מספר הבוגרים המקומיים. גידול משמעותי (כ-50%) היה גם בקנדה. במדינות אחרות של ה-OECD, קצב הגידול ב הכשרת סטודנטים מקומיים היה איטי (אם בכלל).

המחסור הצפוי, מסלול ההכשרה הממושך והגבלה ביכולת הגידול בהיקף ההכשרות, גורמים למדינות רבות לגייס כוח אדם ממדינות אחרות. המדינות הקולטות רופאים מהגרים בהיקפים הגדולים ביותר הן ארה"ב (כ-200,000 רופאים שלמדו מחוץ לארה"ב), ובמקום שני - בריטניה (50,000). קולטות גדולות נוספות הן צרפת, ניו זילנד ושבדיה. בהקשר לאחיות, המדינה הקולטת הגדולה ביותר היא גרמניה (75,000).

לפי Cooper 2008 בשנים 2020-2025 צפוי בארה"ב **מחסור** של כ-200,000 רופאים ו-800,000 אחיות. הערכות נוכחיות אינן צופות שהמערכת האמריקאית לבדה תוכל להכשיר כמות מספקת של רופאים

³⁴ לשקול אם באומדנים רצוי לנכות מהחישוב הן את אלה שלא עוסקים במקצוע והן מתמחים. אלה האחרונים ייכללו באומדני המומחים.

ואחיות שתאפשר הדבקה משמעותית של הפער. התכנון שם נשען על הגירה של בעלי מקצועות אלה לארה"ב. ארגון ה-OECD קורא למדינות החברות בו לשתף פעולה בארגון ומיסוד הקשרים ביניהן בנושא זה (מחשש לתחרות פרועה והידלדלות נכרת בכוח האדם הרפואי/סיעודי במדינות מסוימות בעיקר בקרב המדינות המתפתחות). מצב זה, עלול לעודד קליטת מהגרים שהוכשרו במדינה אחרת ולהביא לכך שהמדינה הקולטת תהנה, כ-Free rider, מהפירות של תשומות שהושקעו בהכשרת כוח האדם הרפואי על ידי מדינות אחרות.

על רקע האמור לעיל, נראה כי בשוק הגלובלי עלולים בשנים הקרובות להיווצר תמריצים שיעודדו, באופן משמעותי, 'בריחת מוחות' (Brain-Drain) ממדינות שונות (לרבות ישראל) לארה"ב ולמדינות נוספות. תופעה זו תלך ותחריף עם השנים והיא מהווה איום על פוטנציאל כוח האדם המקצועי בישראל.

מקצועות עזר

מקצועות עזר – מאפשרים לרופא להיות יותר פרודוקטיבי ולראות יותר מטופלים בפרק זמן נתון (בכמות ביקושים נתונה, מאפשרים הגשת השירות על ידי מספר קטן יותר של רופאים). במדינות שונות קיימים מקצועות עזר ייחודיים כגון עוזר רופא (physician assistant) או אחות מומחית (nurse practitioner). מחקרים (בעיקר מארה"ב) טענו כי פיתוח Advanced Practice Nurse נותן מענה מקצועי לסוגיית העומס על הרופאים ומקובל מאוד הן על הרופאים, במילוי חלק מתפקידיהם, בעיקר בתחומי הרפואה הראשונית והן על האחיות הרואות בכך מסלול קידום מקצועי. המחקרים ביססו שיקולי עלות – תועלת בעבודת NP כמו: זמינות ונגישות השרות, הפחתה בפניות לחדרי מיון ומניעת אישפוזים. לטענתם, פיתוח תפקיד מתקדם של אחיות בעלות השכלה והכשרה מתאימה (תואר שני ושלישי) ובעלות סמכויות טיפול, יעלה את יוקרת המקצוע וישפיע על הביקוש למקצוע הסיעוד.

בעלי מקצוע המוגדר כ- Physician Assistant קיימים בהיקף גדול יחסית בעיקר בארה"ב. בשנת 2006 היה היקף העוסקים במקצוע זה – כ- 66,000 איש ועל פי התחזיות מספר זה צפוי לגדול משמעותית בשנים הקרובות. תנאי הקבלה שונים בהתאם לתוכניות השונות אולם מרביתם דורשים לפחות שנתיים לימודי קולג' וניסיון מסוים במערכת הבריאות. חלק גדול מהמוסדות מציעים מסלול לתואר שני, אחרים לתואר ראשון. מדינות נוספות המתעניינות בנושא זה הן – קנדה, אנגליה, סקוטלנד, הולנד ואוסטרליה. פוטנציאל להגדלת העוסקים במקצוע זה יכול לבוא מתחום הסיעוד אולם, במרבית המדינות הגידול בשיעור הרופאים עולה על הגידול בשיעור האחיות ולכן קיים חשש שצעד שכזה יביא להחרפת המחסור באחיות, למרות שצעד זה השפיע בכל העולם על העלאת יוקרת מקצוע הסיעוד והביא מן הצד השני לתוספת מועמדים משמעותית. כמו כן, בעיות פרופסיונליות ומתחים בין הפרופסיות עלולים להפריע לכך.

משתנים המשפיעים על הביקוש לשירותי בריאות

בעת תכנון של מספר רופאים עתידי יש להביא בחשבון גם משתנים המשפיעים על הביקוש לשירותי בריאות, מאחר וגם אם יישמר היצע בשיעור קבוע, הגידול בנפח השירותים כשלעצמו, יכול להוביל למחסור ברופאים. להלן משתנים עיקריים שנבחנו:

שינויים דמוגרפיים - שינוי בגודל האוכלוסייה ובהרכב הגילאים שלה (הזדקנות, פריון, עלייה בתוחלת החיים).

שינויים בדפוסי התחלואה - הארכת תוחלת החיים ועליה במחלות כרוניות, עליה בתחלואה הנפשית וכדומה.

שינויים טכנולוגיים - חלק מהטכנולוגיות החדשות פועלות בכיוונים מנוגדים. חלקן יוצרות תוספת ביקושים (לדוגמא - IVF), חלקן חוסכות ביקושים (gene therapy) וחלקן (כגון טיפולים פולשניים קרדילוגיים) מפחיתות ביקושים (שירותים קרדיאליים ותחלואה משולבת). מנגד, הארכת תוחלת החיים הנובעת בחלקה מהעלאת רמת שירותי הרפואה, מגדילה ביקושים במהלך החיים.

צמיחה כלכלית - צמיחה כלכלית (חיובית או שלילית) - ברמת הפרט, גידול בהכנסה מאפשר רכישה של יותר שירותי ומוצרי בריאות. ממחקרים מארה"ב עולה כי גמישות הביקוש כפונקציה של מחיר שירותי הבריאות, נעה בין 0.31 ל-0.75. ברמה הלאומית. צמיחה כלכלית עשויה להשפיע גם על אימוץ התנהגויות מקדמות בריאות (תזונה, פעילות גופנית, ונגישות לשירותי מניעה) שישפיעו בכיוון של הקטנת תחלואה. כמו כן, בזמנים של צמיחה כלכלית המדינה יכולה להשקיע בהרחבת הכיסוי/צמצום השתתפויות עצמיות - דבר שעשוי להשפיע על ביקושים. מאידך, נמצא כי צמיחה כלכלית קשורה לגידול בפרודוקטיביות בקרב עובדים במשק וכי גידול בפרודוקטיביות של הרופאים יכול לאזן את הצורך בתוספת רופאים שנובעת מגידול צפוי בביקושים.

ארגון השירותים ומדיניות במערכת הבריאות ובמערכות משיקות לה

שינוי בדפוסי ארגון השירותים ופריסתם - מרכז הכובד על שירותים בקהילה למול אשפוז, הפרטה, הרחבת זמינות השירותים ועוד.

מדיניות בתחום הביטוח הציבורי - שינויים במדיניות הנקטת במערכת הבריאות, עלולים להשפיע הן על הביקוש לשירותי בריאות (לדוגמא מדיניות בתחום השתתפות עצמית בשירותי בריאות, הוספת שירותים לסל הציבורי או הוצאה ממנו) והן על ההיצע של רופאים. לדוגמא כאשר מדובר בשינוי במדיניות השכר במגזר הציבורי ככלל ובמערכת הבריאות בפרט; וכן במדיניות הקשורה למסלולי/היקף המקומות ללימודי רפואה בישראל וכן מדיניות בתחום קליטת עלייה.

שינויים בהעדפות הציבור - במשולב עם שינויים מדיניות בתחום חופש בחירה, מידת הגמישות בנהלי פנייה לרפואה מקצועית.

כיווני ההשפעה של גורמים אלו על הביקוש / צורך ברופאים ואחיות כרוכים באי ודאות וקשים לחיזוי וכימות.

ז. המלצות בתחומי מדיניות, תכנון וניהול

א. לנקוט בצעדים לשימור כוח אדם קיים (retention) ומניעת הגירה. לאחרונה סיימה עבודתה הסכם הבוררות בין המדינה לבין הרופאים. הסכם זה משמש בסיס לתמריצים כספיים, לרבות בהקשר למקצועות התמחות שבמחסור³⁵.

ב. בנוסף לאמור לעיל, מומלץ לבחון שימוש בתמריצים שאינם כספיים/כלכליים שקשורים לארגון העבודה, כגון:

1) **התאמת סביבת העבודה** והתייחסות למעמד בעבודה. הקמת מעונות לילדים, מסלול קידום מקצועי, חילופי משרות וסדנאות למניעת שחיקה (לגבי מקצוע הסיעוד בבתי החולים מומלץ גם מומלץ לשקול צעדים דוגמת אלה שהונהגו במודל של Magnet Hospitals בארה"ב³⁶).

2) **בקרב רופאים ואחיות**, הקניית אפשרות ללימודי המשך והרחבת מסלולים המשלבים משרות ניהול לצד תפקוד קליני. בנוסף, הקניית אפשרות למסלולי מחקר המשולבים עם עבודה קלינית.

3) קיצור תורנויות והקצאת שעות למחקר, הם אמצעים נוספים למניעת שחיקה של רופאים ואחיות.

ג. לנקוט צעדים שתכליתם עידוד רופאים בקרב מקצועות במצוקה להמשיך לתפקד באופן קליני, לפי צרכי המערכת, גם לאחר מועד הפרישה הרשמי לגמלאות - **לדוגמא**:

1) מיסוד תוכנית המבטיחה לרופאים המשך תעסוקה במשרה חלקית, מבלי לאבד את זכויות הפנסיה.

2) בחינת האפשרות לקבל את הפנסיה ולהמשיך במקביל בתעסוקה עד תקרת השתכרות מסוימת.

3) שחרור רופאים מבוגרים (מעל גיל פרישה הרשמי) בבתי חולים מכוננויות.

4) במקצועות במצוקה, לאפשר הארכת גיל הפרישה בשנים נוספות.

ד. לבחון צעדים **לעידוד עלייה של בעלי מקצועות רפואה ולהחזרת ישראלים שסיימו לימודי רפואה בחו"ל**. בין השאר מומלץ לשקול צעדים כדלקמן:

1) **ליווי בהכשרה המקצועית**, בקורסי הכנה (סיוע כספי וליווי מקצועי צמוד במהלך ההכשרה ואף הפצת חומר לימודי עוד בטרם עלייתם) וכן לבוא לקראתם בתרגומים של חומרי הדרכה, כולל בחינות, ובשפתם במטרה להקל עליהם, ככל הניתן.

2) **הסבה מקצועית לעולים** - תמריץ והכשרה למי שלא הוכר כמורשה לעיסוק במקצוע הרפואי בו עסק בחו"ל, לשינוי מקצועי בתוך תחום הבריאות, לרבות במעבר ממעמד של רופא למסלול סיעוד, פרא-רפואה ומינהל.

³⁵ יחד עם זאת, אין לצפות שתמרוץ בהיקף שניתן הבוררות יהיה בעל השפעה משמעותית. לדעתנו, דרוש תמרוץ משמעותי יותר.

³⁶ מרכז רפואי המתאפיין במדיניות שמאפשרת משיכת אחיות למקצוע ומניעת נשירתן ממקום העבודה באמצעות – אוטונומיה מקצועית, מבנה ניהולי מבוזר, ניהול משתף, וניהול עצמי.

- 3) **הקלה בהליכים המנהליים הנלווים להכרה בדיפלומות מחו"ל.**
- 4) **פעילות משותפת – עם משרד הקליטה, הסוכנות היהודית וגורמים נוספים על מנת לגייס מקורות לתקנים יעודיים לעולים וחוזרים אשר יעבדו בפריפריה.**

הוועדה מצאה לנכון להדגיש כי האומדנים שהוצגו במסגרת דו"ח זה יצאו מנקודת הנחה שלא יהיה שינוי במדיניות ובכללים לפיהם עובדת כיום מערכת הבריאות, ואשר שינוי בהם עשוי להשפיע על הביקושים.

המלצות נוספות בתחום ניהול כ"א רפואי וסיעודי

להלן המלצות שעניינן תכנון וניהול כוח האדם הרפואי/סיעודי בישראל

- א. **הקמת גוף מטה לתכנון כוח אדם במשרד הבריאות.** הגוף יעסוק בניתוח מצב כוח אדם במקצועות הבריאות ויבצע הערכות שוטפות וכן תכנון ארוך טווח. הגוף יסייע למנכ"ל בקביעת מדיניות לאומית בתחום כוח האדם הרפואי, סיעודי ופרה-רפואי. גוף המטה יבצע, בין השאר, גם בחינה שוטפת של צרכים ותמריצים, והערכה של היבטים שונים של התפעול השוטף הקשורים למצב כוח האדם הרפואי. גוף המטה יוקם עד לתחילת שנת 2011. נספח ד', מציג המלצות של צוות משנה אשר עסק בתכנון גוף המטה ודרכי פעילותו.
- ב. **לפנות לקופות החולים ולהורות להן להכין תוכניות ארוכות טווח בתחום תכנון כ"א רפואי וסיעודי ואופן פריסתו.**
- ג. **הקמת מאגר מידע מרכזי באחריות ובשליטת משרד הבריאות, שיכלול נתוני כ"א ונתונים אחרים הרלוונטים לאומדן צרכים (כגון משכי המתנה), תהליכים וכן ניתוח מגמות רב-שנתיות וכן פיתוח של מדדי בקרה ומעקב בתחומים ובמקצועות השונים, לרבות פערים בפריסת כל האדם בין אזורים שונים.**
- ד. **מיפוי גיאוגרפי של מקצועות ובניית בסיס נתונים שיאפשר ניטור מתמיד והערכת מקצועות מצוקה**
- ה. **קידום תוכנית לאומית בשיתוף משרד האוצר והמלי"ג לפתרון בעיית המחסור בכוח אדם רופאים ואחיות, תוך איגום המשאבים הדרושים לשם כך**
- ו. **הפעלת כלים לקבלת משוב מתמשך (רישום חוזר) מהעוסקים במקצועות הבריאות החייבים ברישיון, ובחינת הצורך בהגשת "הצעת חוק מסגרת למקצועות הבריאות".** הקמת וועדה לה שותפה ההסתדרות הרפואית בישראל והסתדרות האחים והאחיות לבחינת הצורך והאפשרות להנהגת הליך של re-certification.
- ז. **לבחון את הצורך והאפשרות להביא להכרה במקצועות עזר חדשים ברפואה.**

1) בנוסף לגידול מיידי במספר ההכשרות של אחיות מוסמכות מומלץ לפתח/להכשיר מקצוע "סייעת לאחות" שיוכשר מעבר לתכנים הניתנים כיום לכוח עזר רגיל ויסייע לאחיות ויוכל להוריד מהן מטלות מסוימות (לא כולל חלוקת תרופות), כך שהאחות תוכל להתרכז בעבודה מקצועית לה הוכשרה, הדורשת מיומנות וידע שאינם ניתנים להאצלה לכוח עזר מכל סוג.

2) הוועדה מצאה כי מקצועות כגון עוזר רופא ואחות מומחית עשויים במקרים מסויימים להגביר את יעילות העבודה במרפאה ואת הפרודוקטיביות בעבודת הרופא והמרפאה/בית החולים ולפנות זמן רופא. הוועדה ממליצה לבחון את האפשרות ליישם מודל זה בישראל, ובמידה ויימצא מתאים להגדיר את מסלול ההכשרה והמודל הרצוי, בין מסלול עוזר רופא (Physician assistant), מסלול אחות מומחית (Nurse practitioner) ועוזר מרדים באמצעות וועדת יישום בהנהגת מינהל רפואה ובהשתתפות מינהל סיעוד, בהשתתפות נציגי המועצה להשכלה גבוהה, דיקני בתי הספר לרפואה, הר"י ואיגוד האחיות.

ח. **תקינה, תקנים ומדדים - על אף שנושא התקינה לא נכלל בין המשימות שהוגדרו לוועדה, מרבית חברי הוועדה, מצאו לנכון להמליץ לבחון את התאמתם של תקנים ומדדים ושינויים בנושא תקינה (כגון תקינת בתי החולים). בנוסף גם מומלץ לבחון מנגנון שיבטיח תהליך שוטף לעדכון התקינה והשכר של רופאים ואחיות בהתאם לצרכים. חברי הוועדה ציינו כי ללא תוספת של תשתיות פיזיות (מיטות) ושינוי התקינה, צפוי קושי ביישום המלצות הדוח.**

ח. מקורות

1. The Looming Crisis of the Health Workforce: How can OECD countries respond? (OECD, 2008aaa)
2. Cooper, R. (2008), "The US Physician Workforce: Where Do We Stand?", *OECD Health Working Papers*, No. 37, OECD publishing, OECD.
3. Physician Supply and Demand: Projections to 2020. U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration. Bureau of Health Professions. October 2006
4. Simoens S., Hurst J. The Supply of Physician Services in OECD Countries. OECD Health Working Paper No/ 21. DELSA/HEA/WD/HWP(2006)1. OECD France 2006.
5. Seago J.A., Spetz J., Chapman S., et al. Supply, Demand, and Use of Licensed Practical Nurses,. Prepared for the Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Office of Workforce Evaluation and Quality Assurance by the Center for Health Workforce Distribution Studies, University of California, San Francisco, November 2004.
6. Simoens S., Villeneuve M., Hurst J. Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD. DELSA/ELSA/WD/HEA(2005)1
7. What is Behind HRSA's Projected Supply, Demand, and Shortage of Registered Nurses? September 2004
8. US Bureau of Labor Statistics. Physician Assistants: Occupational Outlook Handbook, 2008-09 Edition.
9. Simoens S., Villeneuve M., Hurst J. Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Paper No/ 19. DELSA/ELSA/WD/HEA(2005)1. OECD France 2005.
10. Fujisawa R. Lafortune G. The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries? OECD Health Working Paper No. 41. DELSA/HEA/WD/HWP(2008)5. OECD France 2005

11. דו"ח וועדת פזי
12. דו"ח וועדת הלוי
13. דו"ח ביניים - הוועדה הקודמת
14. דו"ח הוועדה לבחינת כוח אדם סיעודי-מוסמכות, מעשיות ושאלת האקדמיזציה, בראשות ד"ר ברלוביץ, 2004
15. עמדת המדינה להסכם הבוררות
16. כוח אדם בשירותי בריאות. ענף מידע ומיחשוב, משרד הבריאות. שנים שונות.
17. שמש ע. סמטניקוב א. דור מ. ואח'. הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומקצועיים, האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות, משרד הבריאות 2007
18. סיכום כנס ים המלח

נוסח כתב המינוי לוועדה

נספח א'

ד' ניסן תשס"ט
29 מרץ, 2009
אסמכתא: 13 - 103/189889 (מ)
(במענה: ציין אסמכתא)

אל: ד"ר חזי לוי, ראש מינהל רפואה
ד"ר טוביה חורב, סמנכ"ל לכלכלה וביטוח בריאות
ד"ר מיכאל דור, מ"מ ראש מינהל רפואה ומנהל האגף לרפואה כללית
גב' ציונה חקלאי, מנהלת תחום מידע
מר דב פסט, סמנכ"ל בכיר למינהל ומשאבי אנוש
ד"ר שושנה ריב"א, אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסיעוד

הנדון: ועדה לבדיקת כח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות - כתב מינוי - תיקון

הריני מתכבד למנותכם כחברי ועדה לבדיקת כח אדם במערכת הבריאות.

כיושב ראש הועדה ישמש ד"ר טוביה חורב וירכז מר ניר קידר.

מטרת הועדה למפות את כח האדם הרפואי והסיעודי ושאר מקצועות הבריאות הקיים כיום במערכת הבריאות מול כח האדם הדרוש בכל אחת מההתמחויות המקצועיות וכיצד לטפל במצוקות כח אדם במקומות בהם קיים מחסור.

אבקש להעביר אלי את ממצאיכם עד 1.10.09.

בברכה,
פרופ' אבי ישראלי

העתק: ד"ר בעז לב, המשנה למנכ"ל
חברי הנהלה מורחבת
ת.ת. 1.10.09

המלצות דו"ח הביניים – של וועדת כוח אדם בראשות פרופ' גבי בן-נון

נספח ב'

כללי

1. לאור חשיבותו הרבה של מאגר מידע אמין ומעודכן בנושא כוח אדם במערכת הבריאות, ולאור העדרם של נתונים מדויקים לגבי מספר העוסקים במקצועות הבריאות השונים, הוועדה תבחן בהמשך עבודתה את נושא חובת הרישום החוזר (Re-Registration) של כל המקצועות המחויבים ברישיון או ברישום במשרד הבריאות. רישום חוזר זה אחת למספר שנים (כ- שלוש שנים) עשוי לתת מידע מדויק יותר לגבי מצאי כוח אדם הפעיל במערכת. במקביל, מומלץ לבצע סקר על המועסקים בכל אחד ממקצועות הבריאות, כאשר מסגרת הדגימה לסקר תהיה מאגר בעלי הרישיונות במשרד הבריאות.
2. הוועדה ממליצה כי אחת לחמש שנים יבחנו הנחות העבודה, התחזיות וההמלצות הקשורות בנושא כוח אדם.

רופאים

3. מספר בעלי הרישיון ברפואה מתחת לגיל 65 עמד בשנת 2006 על 25,138. דהיינו, שיעור של כ- 3.53 רופאים ל- 1,000 נפש. שיעור זה היה מצוי במגמת עליה עד לשנת 1999. החל משנה זו מסתמנת ירידה מתונה בשיעור זה. שיעור הרופאים לאלף נפש בישראל גבוה ביחס לשיעור השורר בעולם המערבי.
4. על פי הנחות העבודה המפורטות במסמך, שיעור הרופאים ל- 1,000 נפש צפוי לרדת בשנים הבאות ולהגיע ל- 2.73 בשנת 2020.
5. על מנת למנוע את המשך הירידה בשיעור הרופאים, ממליצה הוועדה להגדיל באופן מיידי את מסגרות ההכשרה בבתי הספר לרפואה הקיימים כיום בישראל, עד לרמה של סה"כ כ- 600 בוגרים לשנה.
6. הוועדה סבורה שתוספת הרופאים צריכה לבוא מהגדלת היקף ההכשרה המקומית של הרופאים בפקולטות לרפואה של אוניברסיטאות ישראליות. עוד ממליצה הוועדה לבחון את המשך קיומן של תוכניות ההכשרה לרופאים, המיועדות לסטודנטים מחו"ל ואת איוש מקומות ההכשרה המתפנים עבור סטודנטים ישראלים.
7. היות והכשרת רופא במערכת הישראלית נמשכת 7 שנים – שש שנים של לימודים ושנת סטאז', מומלץ שהרחבת מסגרות ההכשרה תתבצע באופן מיידי.
8. מימושן של המלצות אלו מחייב גם את תקצובם של בתי הספר לרפואה בתוספת התקציב הנגזרת מהרחבת מסגרות ההכשרה.

אחיות

9. שיעור האחיות בישראל בשנת 2006 עמד על 5.8 אחיות לאלף נפש. שיעור זה נמצא בשנים האחרונות במגמת ירידה והוא נמוך ביחס למדינות המערב.
10. שמירה על ההיקף הנוכחי של מסגרות ההכשרה יוביל לירידה של 18% בשיעור האחיות עד ל- 4.82 אחיות ל-1000 נפש בשנת 2020.

11. על-מנת לשמר את שיעור האחיות הנוכחי - הוועדה ממליצה על הגדלת מסגרות ההכשרה לאחיות בכ- 1,000 אחיות נוספות לשנה, במהלך חמש השנים הקרובות ובכ- 700 אחיות בשנים שלאחריהן.
12. הוועדה ממליצה כי בתקופה זו לא יסגרו מסגרות הכשרה קיימות לאחיות, כל עוד לא יפתחו מסגרות הכשרה חלופיות שיאפשרו שמירה על שיעור האחיות הנוכחי.
13. הוועדה תומכת בפתירת מסגרות הכשרה במכללות אזוריות בפיקוח ובקרה של המלי"ג ומשרד הבריאות.³⁷ הרחבת מסגרות ההכשרה הקיימות במוסדות להשכלה גבוהה, מחייבת את הגדלת תקציבי מוסדות אלו.

מודלים עיקריים ששימשו בשנים אחרונות לחיזוי כוח אדם במערכות בריאות

נספח ג'

שיטות שנוסו בעבר לאומדן צרכים בתחום כוח האדם הרפואי לא הגיעו לאומדנים נכונים ולמעשה, במדינות מסוימות חזו מגמה שהתבררה כהפוכה מהמציאות (עודף במקום מחסור). בשנים האחרונות נמצא בשימוש מודל ניתוח שונה שאומץ גם על ידי ה- Health Resources and Services Administration (HRSA), ארה"ב.

במסגרת הנספח הנוכחי נציג מספר מודלים ששימשו בשנים האחרונות גופים בינלאומיים לשם אומדן צרכים בתחום הבריאות; לסקור את הגורמים העיקריים שעשויים להשפיע על תחזית הצרכים העתידיים ברופאים; ולהציג כיוונים אפשריים של המלצות מדיניות. מודלים אלה נבחנו על ידי חברי הוועדה, כבסיס להחלטה בדבר המתודולוגיה בה יש לבחור.

מודלים עיקריים ששימשו בשנים אחרונות לחיזוי כוח אדם במערכות בריאות

- **מודל המבוסס על צרכי בריאות – Need based approach** – מודל שמבוסס על צרכי הבריאות של האוכלוסייה, וכפועל יוצא מכך - אומדן זמן רופא (ואחיות) והיקף המשרות הדרוש כדי לענות על צרכים אלה. מודל זה, מביא בדרך כלל להערכת-יתר של הצרכים בתחום כול האדם, כיוון שהוא מתעלם ממציאות כלכלית ומגורמים אחרים המשפיעים על הביקושים.
 - **מודל מבוסס ביקושים/שימושים בשירותי בריאות – Utilization based approach** מודל המתבסס על המגמות בדרישה/ביקוש לשירותי בריאות כדי לבצע אומדן עתידי. תת קבוצה של מודל זה היא שיטת – Benchmarking, בשיטה זו התייחסו לשיעור רופאים לאוכלוסייה ולהיקף השימוש בשירותי בריאות בקרב ה- HMOs בארה"ב ומתוך כך ביצעו אומדן לכלל האוכלוסייה במדינה – מודל זה היה מקובל בשימוש בשנות ה-90. אך הוא לא הצליח לחזות מגמות באופן מדויק דיו, בין השאר, מאחר והוא התעלם ממאפיינים של רכיבי מערכת הבריאות שאינם חלק מה- HMOs.
 - **מודל המבוסס על היצע – Physician Supply Model (PSM)** – מודל היוצא מתוך ההיצע הקיים ועל פיו חוזה את הצורך העתידי. בבסיס מודל זה קיימת הנחת יסוד שההיצע והביקוש בנקודת המוצא – מאוזנים. המודל יוצא מתוך מצב קיים בנקודת המוצא – שנת 2007 כדוגמא, ומביא בחשבון את המשתנים הבאים: היצע נוכחי של רופאים לפי גיל, מין, התמחות, ארץ לימוד, עיסוק עיקרי (קליני/ מנהלתי/ מחקר). על בסיס מצב נוכחי מתבצע אומדן עתידי – לפי היקף ההכשרות השנתיות בישראל (רופאים ומומחים), היקף הגירת רופאים (חיובית ושלילית), ונשירה מהמקצוע מסיבות של: פרישה, שינויים בקריירה המקצועית, תמותה, או נכות.
- הנחת יסוד:** היקף הכשרות, מגמות בבחירת מקצועות ההתמחות, והתנהגות מקצועית (שעות עבודה לרופא) יישמרו כפי שהם.

ההתייחסות היא לשני משתנים:

- מספר רופאים פעילים
- מספר משרות רופא (FTE- Full time equivalent)

הגדרת FTE – ממוצע שעות עבודה לרופא לשנה (משתנה לפי התמחויות). הדעה המקובלת היא שאומדן המבוסס על מונחים של FTE נותן תמונה מדויקת יותר מחישוב המבוסס על מספר רופאים, מכיוון שמביא בחשבון את השינויים בגיל ומין שהוזכרו לעיל.

- **מודל משולב** (בבסיסו, מבוסס ביקושים) - **Physician Requirement Model** – המודל מבוטא במונחים של שיעורי רופא לאוכלוסייה, בכל אחד משטחי הרפואה ומול אוכלוסיות הנבדלות ביניהן במגדר, עיור וסוג ביטוח. האומדנים מתייחסים בנפרד לאומדני אוכלוסייה לפי המשתנים הנ"ל, אומדני כיסוי ביטוחי לפי המשתנים הנ"ל וכן לאומדן של שיעור רופא אוכלוסייה ומנסה לשלב ביניהם כדי להגדיר את **הצורך ברופאים**. המודל מביא גם בחשבון משתנים שעשויים להשפיע על האומדן כגון, מגמות וביקושים נוכחיים בתחומי הרפואה השונים ומשלב גם התייחסות למגמות עתידיות בסוגיות מדיניות - כגון היקף הכיסוי הביטוחי, ואופן אספקת השירות. מודל זה משתייך לתת קבוצה של ה- utilization based model. הוא מקובל כיום בשימוש בארה"ב – HRSA.

על רקע מגבלת נתונים ומידע הקיימת במערכת הבריאות בישראל החליטו חברי הוועדה כי במסגרת הנוכחית יבוצע ניתוח במתודולוגיה קרובה ככל האפשר למתודולוגיה עליה התבססו ה- HRSA, תוך הצלבה בין שני המודלים האחרונים³⁸.

³⁸ הערה: קיימות מספר שיטות נוספות לחיזוי כוח אדם, כגון ראיונות עם איגודים מקצועיים ומעסיקים, אומדן על בסיס תוצר בהשוואה לגידול בכוח אדם, יחסי צפיפות ועוד. אלה נשקלו אולם לא נמצאו מתאימים לעבודת הוועדה וללוח הזמנים שהוגדר והוחלט שאין מקום לפרטם בנספח הנוכחי.

סיכום המלצות צוות הקמה לגוף תכנון כ"א במקצועות הבריאות

נספח ד'

רקע

בהמשך להמלצות שהתגבשו במהלך עבודת וועדת כוח אדם רפואי וסיעודי של המשרד ולהערות מבקר המדינה בדו"ח 59' (2009) בדבר הצורך בהקמת גוף תכנון כ"א לאומי במקצועות הבריאות, מינה מנכ"ל משרד הבריאות דאז, ד"ר איתן חי עס, צוות הקמה שיגבש הצעה למודל תהליך תכנון, מבנה ארגוני של הגוף, אומדן משאבי תפעול והצעה לתוכנית עבודה לשנים 2010-2011 (מצ"ב כתב המינוי כנספח 1).

חברי הצוות:

הגב' ורד מדמון קוייתי (יו"ר), מינהל משאבי אנוש
מר ניר קידר, אגף כלכלת בריאות
הגב' ציונה חקלאי, תחום מידע
הגב' שלומית קרפיבקה לוי, אגף תכנון תקצוב ותמחור

עבודת הצוות

הצוות החל עבודתו בפברואר 2010, התכנס מידי שבוע ועסק בנושאים הבאים:

1. סקירה של כל תחומי האחריות, התפקידים והפעולות בהם נדרש לעסוק משרד הבריאות במסגרת חובתו הלאומית לתכנון כ"א ולהעמדת המכסות הנדרשות של בעלי הכשרה במקצועות הבריאות.
2. מיפוי נושאים, פעולות ומשאבים קיימים בנושא.
3. הערכת משאבים נדרשים בנושאים בהם נמצא כי המשרד טרם החל לפעל או שפעל באופן חלקי בלבד.
4. סקירה של תשתיות קיימות בתכנון כ"א במקצועות הבריאות במדינות מערביות, על מנת ללמוד על מבנה גופים העוסקים בתחום ותהליכי העבודה שלהם.
5. הגדרת החזון המטרות והתפקידים של גוף התכנון.
6. הגדרת עקרונות הפעולה, הממשקים ותהליכי העבודה המרכזיים בהתנהלות גוף התכנון המוצע.
7. הגדרת תפקידים בגוף התכנון לרבות הכשרה ומיומנויות.
8. הערכת משאבים נדרשים להתנעת התהליך.
9. גיבוש הצעה לתוכנית עבודה לשנתיים הקרובות.

החזון:

איזון בין צרכי כ"א והיצע כ"א רפואי בישראל ברמה לאומית ובפיזור גיאוגרפי התואם את צורכי האוכלוסייה.

תפקידי משרד הבריאות במימוש החזון:

משרד הבריאות יוביל את מדיניות תכנון כ"א במקצועות הבריאות בישראל, יכוון וירכז את הפעילות בנושא וינתב את כלל המשאבים הנדרשים ליישום מדיניות זו.

1. הקמת תשתית, לאיסוף ועדכון נתוני בעלי הכשרה ועוסקים במקצועות הבריאות השונים, על מנת

לאמוד את היצע כ"א הקיים במקצועות הבריאות, פיזורו ומאפייניו, ובכלל זה:

- אפיון פרטי המידע הנחוצים בנוגע לנתוני בעלי הכשרה ועוסקים.
- פעולות לאיסוף נתונים ובכלל זה וסקרים עיתיים שוטפים והצלבת מאגרי מידע רלבנטיים
- קידום חקיקה בנוגע לרישום ועדכון פרטי בעלי הכשרה ועוסקים במקצועות הבריאות.

2. הערכת צרכי כוח אדם העתידיים ואומדן הפער בין היצע העוסקים הצפוי לעומת הצרכים

העתידיים, ובכלל זה:

בתחום ההיצע (נותני השירות)

- ניתוח מגמות דמוגרפיות, חברתיות וכלכליות
- ניתוח מגמות במתן שירותים רפואיים ופריסתם
- התפתחויות טכנולוגיות
- בחינת דפוסי קריירה
- בחינת השפעות ומגמות בינלאומיות בנושא ביקוש והיצע למקצועות רפואיים.
- השלכות של שינויים בסמכויות טיפול במקצועות הבריאות.
- בחינת השפעתם של שינויים חקיקתיים ורגולטורים על ההיצע.

בתחום הביקוש:

- ניתוח מגמות דמוגרפיות, חברתיות וכלכליות
- ניתוח מגמות בתחלואה
- התפתחויות טכנולוגיות
- בחינת דפוסי צריכה
- בחינת השפעת שינויים חקיקתיים ורגולטורים על הביקוש

3. זיהוי הגורמים המשפיעים על היצע ופריסת כ"א במקצועות הבריאות השונים וגיבוש המלצות על

פעולות לסגירת הפער. ובכלל זה:

- זיהוי הגורמים המשפיעים בבחירת העיסוק/ נטישת העיסוק
- גיבוש תוכניות לתגמול כספי וערכי במקצועות/ אזורים בהם נצפה מחסור
- בחינה מחדש של תחומי הפעילות והסמכויות במקצועות בריאות
- בחינה וגיבוש תוכניות להסבת כ"א ייעודי
- בחינת פעולות לוויסות ההיצע / ביקוש.

- גיבוש המלצות על שינויים במכסות לימוד והכשרה ופריסתם.
 - תעדוף של תוכניות ההתערבות ופועל לאישורן.
 - ליווי תוכניות ההתערבות, מבצע הערכת תוצאים וממליץ על שינויים נדרשים במידת הצורך.
4. קידום שת"פ וקשרי עבודה מקדמים עם מוסדות ממשלתיים, מוסדות מחקר וארגוני בריאות שיש להם השפעה, נגיעה ומידע בנושא מכסות העוסקים במקצועות הבריאות, ובכלל זה:
- פעולות לטיפול קשרי עבודה וקידום פרויקטים משותפים לבחינת היצע וביקוש במקצועות בריאות.
 - לימוד תהליך קביעת המכסות, מקור ומידת השפעתם של הגופים השותפים בקביעתן
 - זיהוי ממשקים משותפים לניצול יעיל של משאבים קיימים לשם קידום המחקר בנושא היצע והערכת צרכים עתידיים
 - נציג/ משתתף מטעם משרד הבריאות בועדות מקצועיות חיצוניות העוסקות בנושא הכשרה ותמרוץ במקצועות הבריאות.
5. אומדן היקף התקציב הנדרש ופעולות לאישורו .
6. ריכוז קידום וגיבוש מדיניות בנושא תכנון כ"א במקצועות הבריאות, תוך איגום המשאבים והתשתיות הקיימים ובשיתוף הגורמים המקצועיים הרלבנטיים בהנהלת משרד הבריאות .

מודל העבודה בנושא התכנון

ניתן לתלות את המורכבות הגדולה בנושא תכנון כ"א במקצועות הבריאות בישראל בשלושה היבטים מרכזיים: האחד העדר שליטה בנתוני תעסוקה של כלל בעלי ההכשרה במקצועות הבריאות בישראל, השני ביזור סמכויות בנושא הכשרה, תקצוב וויסות מכסות הכשרה, והשלישי הקושי בחיזוי הביקוש וההיצע לאור המשתנים הרבים שיש בידם להשפיע על שינוי בהיצע בעלי הכשרה וצריכת שירותי בריאות.

הביקורת שמופנית נגד משרד הבריאות על העדר מדיניות תכנון כ"א לא לוקחת בחשבון כי האחריות הלאומית המוטלת עליו, אינה כוללת חלק ניכר מהסמכויות הנוגעות למדיניות ההכשרה, קביעת המכסות וויסות כ"א מקצועי על פי הצרכים והמגמות המסתמנות.

משרד הבריאות אכן נדרש להרחיב ולהעמיק את תשתיות מידע לשם העמדת בסיס מהימן לאומדן מצאי של בעלי ההכשרה במקצועות הבריאות ולהערכת הביקושים לשירותי בריאות. בצד זה, בכל הקשור לתחזית הפערים וליישום מדיניות התכנון, רמת מעורבותו של משרד הבריאות ומידת השפעתו בקבלת ההחלטות חייבים להשתנות.

אין בהקדמה זו יומרות להמעט בערכם של הגופים הפועלים כיום בנושא, אלא לשקף מראש את הקושי במימוש הייעוד של משרד הבריאות בתכנון וביישום מדיניות התכנון במצב הקיים. להבנתנו, תנאי הכרחי וראשון להקמת תוכנית תכנון כ"א סדורה, מקצועית ואחראית מחייבת איזון הכוחות והאינטרסים בצד שקיפות ואינטגרציה של ההיבטים השונים המשפיעים על התמונה הכוללת. הפתרון ההכרחי מחייב, בצד ההיוועצות וקידום שת"פ שבאחריות משרד הבריאות, שיתוף ממוסד ואחראי של הגורמים הרלבנטיים והמשפיעים כפי שנציג בהמלצות שלהלן.

1. הקמת גוף תכנון במשרד הבריאות

גוף התכנון יהווה תשתית ארגונית ייעודית לנושא תכנון כ"א. הגוף יפעל להרחבה והעמקה של תשתיות המידע, לתיאום וקידום הפעולות הנדרשות לחיזוי הצרכים העתידיים, לאומדן פערים צפוי ולגיבוש מדיניות ותוכניות התערבות.

- א. הגוף יעבוד בתיאום ושיתוף פעולה מול גורמי המטה המקצועיים במשרד הבריאות לצורך בניית תשתיות המידע הנדרשות ותכנון כ"א לאומי במקצועות הבריאות ועם גורמים חוץ משרדיים רלוונטיים כגון המל"ג.
- ב. גופי המטה במשרד הבריאות יעבדו בשת"פ ובתיאום עם הגוף בכל הנוגע לצעדים שיכולים להיות להם השפעה על היצע וביקוש לכ"א במקצועות הבריאות.
- ג. אגף המידע במשרד הבריאות ייתן תמיכה שוטפת לגוף התכנון ויתאם מולו פעולותיו בנושא פרסום מידע בנושא כ"א במקצועות הבריאות.
- ד. הגוף ישמש יועץ להנהלת המשרד בכל הנוגע להשלכות כ"א במדיניות משרד הבריאות.
- ה. הגוף יעבוד בשיתוף פעולה עם ארגוני הבריאות המרכזיים לרבות איגודים מקצועיים.
- ו. הגוף ירכז את פעילות הוועדה המשרדית שתשמש גוף יועץ ומלווה לגוף התכנון, כמפורט בסעיף 2 להלן.
- ז. הגוף רשאי להקים וועדת היגוי שתייעץ לו בנושאים הקשורים ל תכנון ויישום תוכניות התערבות ואשר תורכב על פי שיקול דעתו מגורמים מתוך המשרד ומחוצה לו.
- ח. הגוף יפעל מול תשתיות תכנון כ"א בקופות החולים, וימסד מתכונת דיווח שנתית בדבר פערים בהיצע כ"א והיערכות הקופות בהעמדת כ"א נדרש למתן השירותים.
- ט. הגוף יפעל באמצעות נותני שירותים בהפעלה של סקרי עוסקים ואחרים, לצורך איסוף מידע שוטף בנוגע לנתוני עוסקים ומאפייניהם.
- י. הגוף יעמיק את הידע המקצועי בנושא תכנון כ"א לאומי בבריאות וילמד על פעילות ומודלים לתכנון כ"א של גופי תכנון במדינות בעלות מאפיינים דומים.
- יא. הגוף יערוך תחזיות היצע וביקוש ויפתח מודלים לחיזוי.
- יב. הגוף יעמיק ידיעותיו לרבות באמצעות שיתוף מומחים בכירים באקדמיה, במוסדות מחקר ובחברות מתמחות בנושא מודלים לתכנון כ"א.
- יג. הגוף יגיש למנכ"ל דו"ח סיכום פעילות שנתי שיסקור את הממצאים והפעולות שנקטו.

2. ועדת משרדית לתכנון כ"א

הצוות ממליץ על המשך פעילותה של הוועדה המשרדית לתכנון כ"א במתכונתה הנוכחית. הרכב הוועדה המשרדית כולל את נציגי המטות המקצועיים המובילים כיום, כל אחד בתחומו, את נושא כ"א במקצועות הבריאות. מעורבותם של נציגים אלו בתהליך התכנון חשובה ויש מקום לשמר את מעורבותם השוטפת בגיבוש מדיניות המשרד וסדרי עדיפויות בנושא תכנון כ"א לאומי במקצועות הבריאות.

גוף התכנון במשרד הבריאות

משרד הבריאות פועל מזה שנים רבים באופן שוטף בנושא תכנון כ"א על היבטיו השונים וכל העבודות שנעשו בנושא מסתמכות בעיקרן על נתונים המנוהלים במאגרי משרד הבריאות. מעבר לקשיים שפורטו לעיל בהיבטים הקשורים לסמכויותיו ומידת השפעתו במערך הכוחות הפועלים בנושא, העדר גוף פנימי ייעודי מתכלל פגם ביכולתו של משרד הבריאות להוביל מדיניות ולקדם פעולות ומשאבים בנושא תכנון כ"א.

האתגר בתכנון כ"א המתיימר בעיקרו לחזות את כוחות השוק ורצונותיהם החופשיים של בני אדם בבחירת משלח יד, לצד החובה הלאומית והמשבר העולמי המסתמן בחלק ממקצועות הרפואה, מחייבים עבודת מטה סדורה שמרכזת, מכוונת, מתאמת ומקדמת את כל הפעולות הנדרשות לשם העמדת תשתיות לקביעת מדיניות תכנון כ"א ויישומה.

תשתיות הבריאות במהותם ובעיקרן מתבססות על נותני שירותים וככאלה כמעט כל שינוי במדיניות בריאות טומן בחובו השלכות ישירות או עקיפות על צרכי כ"א. עובדה זו יוצרת מצב, כי גורמי המטה השונים עוסקים באופן פעיל בסוגיות הקשורות לתקינת כ"א במקצועות הבריאות השונים, ללא תיאום ובחינת השלכות לאומיות בנושא.

הגוף שיוקם יהווה תשתית ארגונית שתפעל להרחבה והעמקה של תשתיות המידע הקיימות, ירכז ויתאם את כל הפעולות הקשורות בנושא תכנון כ"א במקצועות הבריאות תוך שיתוף פעולה הדוק עם המטות המקצועיים. כמו כן יפתח כלים ומודלים לחיזוי ההיצע והביקוש ויפעל בשיתוף גורמי המטה הרלבנטיים לבניית תוכניות התערבות.

העמדת תשתית ייעודית שתתמקד בנושא תכנון כ"א אינה מחליפה את מעורבותם של אנשי המקצוע הרלבנטיים בקידום נושאים שבתחום אחריותם, אלא משמשת תשתית ייעודית מתכללת הפועלת להנעת התהליכים ולהעמדת כלים לאיתור צרכים וקידום תוכניות התערבות.

משאבי כ"א

כ"א באגף התכנון

היקף	השכלה	יחידה ארגונית	הערות
2	כלכלה וסטטיסטיקה	גוף תכנון	מייד. ניתוח מגמות והשלכות, אומדן עלויות ומעקב אחר תוכניות התערבות.
1	תעשייה וניהול/ חקר ביצועים	גוף תכנון	מייד. תחזיות ומודלים לתכנון.
1	אקדמאי	גוף תכנון	מייד. הסדרת רישוי, העדפות תעסוקה, תוכניות התערבות
1	כללית	גוף תכנון	מייד. אדמיניסטרציה- מזכירות
5	סה"כ	גוף תכנון	

תגבור כ"א נדרש באגפים אחרים במשרד :

היקף	השכלה	יחידה ארגונית	הערות
1.5	סטטיסטיקה	מידע ומחשוב	מייד. הרחבת תשתיות מידע.
0.5	כללית	מקצועות רפואיים	מייד. טיוב מידע במאגר בעלי הרשאה
2	כללית	מקצועות רפואיים	אם יוחלט רישום חוזר.
4	סה"כ		

סה"כ כ"א נדרש עומד על 9 משרות, מתוכן 2 משרות ייעודיות לתפעול רישום חוזר. מאחר שהצפי כי במהלך 2011 טרם יופעל מנגנון לרישום חוזר אין דחיפות מיידית בגיוס כ"א לנושא.

תקציב תפעול לשנת 2011 נאמד ב 1 מלש"ח והוא מיועד בעיקרו להרחבת תשתיות המידע. אומדן תקציב שנתי שוטף להמשך פעילות יגובש במהלך 2011.

תוכניות עבודה 2010

1. היערכות להקמת גוף התכנון גיוס משאבים וכ"א.
2. גיבוש ואישור תוכניות תוכנית עבודה לשנים 2011 - 2012

תוכנית עבודה 2011 - הצעה ראשונית תוכנית סופית תגובש במהל 2010

1. איסוף ועיבוד מידע בעלי הכשרה ועוסקים מארגוני בריאות ומוסדות הכשרה.
2. ביצוע סקר עוסקים במקצוע אחד לפחות.
3. קידום חקיקה למקצועות בריאות ללא רישוי: רנטגנאים טכנולוגים רפואיים ורשמים רפואיים.
4. פעולות לפתרון מחסור במסגרות להתנסות קלינית: רופאים, דיאטניות ועובדי מעבדה.
5. איסוף מידע בנוגע לסקרי כ"א שבוצעו בשנתיים האחרונות וממצאיהם.
6. מיפוי תוכניות התערבות קיימות, מעקב אחר יישומן וקביעת מדדים לבחינת השפעתן.
7. בניית מודל עבודה לקידום תשתיות תכנון בקופות החולים.
8. סקירת ולימוד של מודלים לתכנון כ"א בעולם.
9. מיפוי פריסת שירותים וסיווגם.
10. סקירת ספרות ומחקר בנוגע למגמות המשפיעות על היצע וביקוש כ"א במקצועות הבריאות.