

משרד הבריאות

פעולות הביקורת

במשרד הבריאות נסקרו מצב כוח האדם הרפואי והסיעודי והפעולות שעשה המשרד לפתרון המצוקה הקיימת והצפויה במספר מקצועות רפואיים, בייחוד באזורי פריפריה.

במשרד הבריאות ובמספר מרכזים רפואיים כלליים-ממשלתיים נבדקו פעילויות מסוימות של תאגידי הבריאות, לרבות יחסי הגומלין בינם ובין בתי החולים שלידם הם פועלים. בין היתר, נבדקו קיצור תורים, הסכמים להעסקת רופאים בקופות החולים, הפעלת מלוניות לילדות, שכר לעובדי תאגידים ופעילות מרכז רפואי בחו"ל. כן נסקרו המלצות ועדות והחלטות ממשלה לקראת תאגוד בתי חולים כלליים.

במשרד הבריאות ובמשרד האוצר נבדקו התקשרויות של משרד הבריאות עם "האגודה למען שירותי בריאות הציבור" והפטור ממכרז במשך שנים רבות על מרבית ההתקשרויות אתה שהקנה לה מעין בלעדיות בתחום.

במשרד הבריאות, בנציבות שירות המדינה ובעיריית תל אביב-יפו נבדקו אישורי עבודה פרטית של מנהלי בתי חולים ממשלתיים ועירוניים-ממשלתיים.

במשרד הבריאות נבדקו תהליך קבלת ההחלטות ועבודת המטה באשר לשיטת ההקצאה של מכשירי שיקום וניידות לנכים. כמו כן נבדקו פעילות לשכות הבריאות המחוזיות והיחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות, ניהול התקציב על ידי המשרד והבקרה של המשרד על מכון המספק תותבות לקטועי גפיים.

במשרד הבריאות נבדקה הקמת מערכת מידע לניהול האשפוז הסיעודי ובכלל זה תהליך קבלת ההחלטות על הקמתה, תקצובה, עלותה ורכישת שירותים לפיתוחה ולהטמעתה.

כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב

תקציר

היקף כוח האדם הרפואי והסיעודי ורמת הכשרתו הם מרכיב מרכזי ביכולת התפעול של מערכת הבריאות. רמתם המקצועית של הרופאים, האחיות ושאר העוסקים במקצועות הבריאות¹ היא נדבך מרכזי בתפקודה היעיל של מערכת הבריאות. משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) אמון על תכנון ארוך טווח של כוח האדם במקצועות הבריאות בישראל.

עלויות כוח האדם במקצועות הבריאות הן חלק ניכר מההוצאות הכספיות של מערכת הבריאות. על פי נתוני משרד הבריאות, הוצאות השכר של כוח האדם המקצועי במערכת הן כ-60% מההוצאה הלאומית על בריאות².

העלייה לישראל ממדינות חבר העמים הייתה מקור נכבד למילוי הצרכים בכוח אדם במקצועות הבריאות בכל שנות התשעים של המאה הקודמת, אולם מראשית שנות האלפיים, עקב הידלדלותה של העלייה, פחתו במידה ניכרת המקורות הזמינים לתוספת כוח אדם רפואי וסיעודי, ונוצר חלל שאמור להתמלא ממקורות כוח אדם פנימיים. ועדות של משרד הבריאות והמועצה להשכלה גבוהה קבעו בשנים 2002 ו-2007 כי בקרב האחיות וכוח האדם במקצועות הדימוס³ כבר יש מחסור, ונוסף על כך מסתמן מחסור ברופאים.

פעולות הביקורת

בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בדבר המחסור המסתמן בכוח האדם הרפואי והסיעודי הוא נעזר בכמה מקורות⁴, ובהם: דוחות שהגישו ועדות של משרד הבריאות והמועצה להשכלה גבוהה⁵; כנס ים המלח התשיעי, שהתקיים ביוני 2008 ועסק בנושא "משאבי אנוש במקצועות הבריאות"⁶; דוח של משרד הבריאות על כוח אדם במקצועות הבריאות; מחקר של משרד הבריאות בנושא הרופא בקהילה⁷; מחקר של

- 1 רופאי שיניים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוגים, פיזיותרפיסטים, טכנאי רנטגן, דיאטנים, רוקחים, אופטומטריסטים ועובדי מעבדה.
- 2 ההוצאה הלאומית על בריאות לשנת 2007 הייתה 53 מיליארד ש"ח.
- 3 הפקת דמות באמצעים אקוסטיים (גלים על-שמעיים), אלקטרוניים ותרמיים. ברפואה הדימוס משמש לצורך אבחון, למשל: רנטגן, רפואה גרעינית, טומוגרפיה ממוחשבת ודימוס מגנטי (MRI, US, CT).
- 4 מדובר במיטב המקורות שעומדים לרשות משרד הבריאות. עם זאת יש לציין כי בישראל, כמו במדינות אחרות בעולם המערבי, יש קושי לאמוד את הצרכים בכוח אדם רפואי וסיעודי בדיוק רב.
- 5 "ועדה לבדיקת כוח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות" (ועדת בן נון); "ועדה לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים" (ועדת פזי); "ועדה לבחינת הצורך בהקמת בית ספר לרפואה נוסף בישראל" (ועדת יונתן הלוי).
- 6 כנס שקיים המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, שהוא מוסד שמטרתו לקדם מחקר ולקבוע את מדיניות הבריאות בישראל, בעיקר בתחומי ארגון וניהול שירותי בריאות ומימון וכלכלה של שירותי בריאות.
- 7 הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומקצועיים, משרד הבריאות האגף לכלכלת בריאות, תחום תכנון סקרים והערכה, אוגוסט 2007.

מכון ברוקדייל בנושא מקצועות רפואיים במצוקה⁸; מחקר בנושא כוח אדם של מרדימים בישראל; ומחקר שעסק בהערכת מספר הרופאים הגריאטריים. משרד מבקר המדינה נעזר גם במסמכים של כמה איגודים רפואיים המציגים את עמדותיהם ונתונייהם⁹. הבדיקה היא בעיקרה סקירה ביקורתית והצגת תמונת מצב לפני מקבלי ההחלטות, ומטרתה להציג להם ולציבור כולו את מצבו של כוח האדם הרפואי והסיעודי בישראל.

בחודשים מרס-יולי 2008 בדק משרד מבקר המדינה את הפעולות שעשה משרד הבריאות לפתרון המחסור המסתמן ברופאים ובאחיות (להלן - הביקורת הנוכחית). בכלל זה נבדקו מצאי כוח האדם של רופאים ואחיות, הצרכים העתידיים ברופאים ובאחיות, המחסור ברופאים במקצועות מסוימים, המחסור בכוח האדם הרפואי והסיעודי בפריפריה ותכנון כוח האדם במקצועות הבריאות. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות ובשירותי בריאות כללית. בירורים נעשו במשרד האוצר - באגף תקציבים ובאגף הממונה על השכר והסכמי העבודה, בנציבות שירות המדינה (להלן - נש"מ) ובמועצה להשכלה גבוהה (להלן - מל"ג). בירורי השלמה נעשו בהסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) ובכמה איגודי רופאים מקצועיים¹⁰.

עיקרי הממצאים

צרכים עתידיים - תמונת מצב בדבר המחסור המסתמן

1. רופאים: מנתוני משרד הבריאות עולה כי משנת 2000 הולך ויורד שיעור הרופאים שגילם עד 65: 3.71 רופאים לאלף נפש בשנת 2000 לעומת 3.49 רופאים לאלף נפש בשנת 2007, כלומר יש קיטון של 6% במצבת הרופאים שגילם עד 65. אמנם שיעור זה גבוה בהשוואה לשיעור הרופאים במדינות העולם המערבי, שהוא 2.9 רופאים לאלף נפש, אך על פי תחזיות משרד הבריאות, שיעור הרופאים שגילם עד 65 צפוי לרדת עוד, ובשנת 2020 הוא יהיה 2.76 רופאים לאלף נפש, כלומר צפוי קיטון של 26% בשיעור הרופאים לאלף נפש. משרד הבריאות והמל"ג ערים למחסור המסתמן ברופאים, וכדי למלא את הצרכים העתידיים הם שיתפו פעולה עם משרד האוצר ונקטו עמו צעדים ניכרים בנושא הרחבת מסגרות ההכשרה. אך למרות המלצותיהן של כמה ועדות - הראשונה בהן כבר מ-2002 - ולפיהן יש להרחיב את מסגרת ההכשרה של הרופאים מ-300 לכ-600 בוגרים בשנה, הרי שמספר בוגרי האוניברסיטאות בארץ שקיבלו רישיון ברפואה היה בשנת 2007 308 בלבד, ומספר הסטודנטים לרפואה שהחלו את לימודיהם בשנת הלימודים התשס"ט (2008-2009) היה 440¹¹.

8 נורית ניראל, רונית מצליח, שלמה בירקנפלד, יוחנן בן בסט, מקצועות רפואיים במצוקה: מחקר גישושי, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, אייר התשס"ח, מאי 2008.

9 משרד הבריאות חולק על עמדות ונתונים מסוימים של האיגודים הרפואיים.
10 הרדמה, טיפול נמרץ ילדים, רפואת ילודים - תינוקות ופגים, רפואה פנימית וגריאטריה, כירורגיה, רפואת ילדים, דימות, פתולוגיה ורפואת משפחה.

11 משרד הבריאות ציין כי המספר המרבי האפשרי של סטודנטים לרפואה בבתי הספר הקיימים הוא כ-520 בלבד.

כפי שקבע משרד הבריאות בסוף שנת 2008, המקצועות הרפואיים הרדמה, טיפול נמרץ לסוגיו, נאונטולוגיה¹² וגריאטריה כבר מצויים במצוקת כוח אדם¹³, הנובעת ממחסור במתמחים וברופאים מומחים, ובמקצועות הרפואיים פתולוגיה, כירורגיה כללית ורפואה פנימית יש "חשש להתפתחות מצוקה"¹⁴. בשל מחסור זה בתי החולים מצויים במצוקה, והיא באה לידי ביטוי בקושי באיוש משרות פנויות, בהיצע קטן של מתמחים ובמחסור ברופאים ביחס להיקף המטלות הקליניות הנדרש במחלקות, כך שמוטל על הרופאים עומס עבודה רב. עומס זה גורם להתארכות משך ההמתנה לקבלת שירותים במקצועות אלה.

בביקורת הועלה כי למשרד הבריאות אין נתונים על מספר העוסקים בפועל במקצועות הרפואה הללו, על היקפה של המצוקה ועל מידת חומרתה. יש לציין כי רק בדצמבר 2008, לאחר מועד סיום הביקורת, הגדיר המשרד כמה מקצועות כ"נמצאים במצוקה" או מקצועות ש"יש בהם חשש להתפתחות של מצוקה" ("חשש למצוקה").

2. א ח י ו ת : על פי נתוני משרד הבריאות, שיעור האחיות שגילן עד 60 שנה הולך ויורד עם השנים: 6.0 אחיות לאלף נפש בשנת 2004 לעומת 5.7 אחיות לאלף נפש בסוף 2007. באחיות כבר יש מחסור בבתי החולים, בעיקר בחדרי ניתוח, במחלקות לטיפול נמרץ ובפגיות, והדבר עלול לפגוע באיכות השירות הרפואי ובתפעול מערכת הבריאות. נוכח המחסור באחיות קבעה ועדה ביולי 2007 שיש להגדיל את מספר הבוגרות, שהיה אז כ-1,200, בכ-850 בוגרות בכל שנה, באופן שסך כל הבוגרות יהיה כ-2,050; אך עד נובמבר 2008 מספר הבוגרות היה 1,200 בלבד.

סקירת מצוקת כוח האדם במקצועות הרפואה השונים

מקצועות שהוכרו כמצויים במצוקה

1. הרדמה : מקצוע ההרדמה נמצא במשבר חמור. בשנת 2007 היו בארץ 704 רופאים מרדמים - מומחים ומתמחים כאחד, ובהשוואה לתקן הנדרש היה בכל מחלקות ההרדמה בארץ חוסר של כ-30% רופאים. משנת 1998 היגרו מישראל לחו"ל יותר מ-10% מהרופאים המומחים בהרדמה. על פי מסמכים של איגוד הרופאים המרדמים בישראל, המחסור ברופאים גורם לדחיית ניתוחים ולהמתנה ממושכת לניתוחים, לא רק לניתוחים מתוכננים¹⁵ אלא גם לניתוחים דחופים וחצי דחופים.

2. טיפול נמרץ ילדים : היחידות לטיפול נמרץ ילדים שרויות במשבר עקב מחסור ברופאים מומחים ובעתודה מקצועית בתחום. מספר הרופאים המומחים בהן הוא 25, ואילו בפועל - על פי התקינה שנקבעה - דרושים כ-45. בשנים 2001-2007 עזבו את הארץ או פרשו מטיפול פעיל בטיפול נמרץ ילדים 15 רופאים, ובשנת 2008 רק שלושה רופאים מתמחים עברו הכשרה בארץ, וחמישה רופאים אמורים לפרוש לגמלאות בשנים הקרובות. העבודה במקצוע כרוכה בשעות עבודה ממושכות

12 נאונטולוגיה היא מומחיות-על ברפואת ילדים לטיפול בפגים.

13 עוד קבע משרד הבריאות כי גם המקצועות רפואה שיקומית, פסיכיאטריה של הילד, התפתחות הילד ונזירולוגיה של ילדים מצויים במצוקת כוח אדם, וכי יש חשש למחסור בכוח אדם גם בתחום רפואת המשפחה.

14 על פי מסמכי האיגודים הרפואיים המקצועיים וכן על פי מחקרים, כבר יש מצוקת כוח אדם במקצועות אלה וכן ברדיולוגיה וברפואת ילדים.

15 בעניין זה ראו את הפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

ובכוננויות פעילות במיוחד. ממסמכים של איגוד הרופאים הישראלי לטיפול נמרץ ילדים עולה כי הדבר גורם לשחיקת הרופאים, ולכן מתמחים אינם נמשכים למקצוע, כך שהמספר במקצוע הולך ומחריף.

3. רפואת ילודים (תינוקות ופגים): בביקורת שעשה משרד מבקר המדינה בשנת 2003¹⁶ בנושא יחידות לטיפול מיוחד ביילוד (פגיות) הועלה כי יש מחסור ברופאים ובכוח אדם סיעודי ביחידות אלה. בביקורת הנוכחית הועלה כי המחסור ברופאים מומחים לטיפול בפגים עדיין גדול: בשנת 2008 מספר הנאונטולוגים היה 96, ורק כ-80% מתקני הרופאים כפי שנקבעו בהסכמים הקיבוציים שנחתמו עם הרופאים בשנים קודמות היו מאוישים. בשנים 2002-2007 פרשו לגמלאות או עזבו את בתי החולים 34 נאונטולוגים - בהם חמישה שהיגרו לחו"ל. בה בעת קיבלו תעודת מומחה רק 29 נאונטולוגים.

בביקורת משנת 2003 הועלה שהמחסור בכוח אדם בפגיות בארץ עלול להיות גורם סיכון לזיהומים, והוא יכול להסביר את השכיחות הגבוהה - 30% של לוקים בזיהומים נרכשים בתינוקות שמשקלם בלידה היה נמוך מ-1,500 גרם. גם מחקרים שפורסמו באנגליה ובארצות הברית מעידים כי היחס שבין מספר האחיות והרופאים למספר הפגים המטופלים קשור לשכיחות הזיהומים ולתמותה בפגיות. בבדיקה שנעשתה בישראל בשנת 2008 הועלה כי שיעור הזיהומים ביילודים שמשקלם בלידה היה נמוך מ-1,500 גרם גדול ב-50% משיעור הזיהומים ביילודים כאלה בעולם המערבי.

4. גריאטריה: מספר הקשישים הולך וגדל, והדבר מגביר את הצורך ברופאים גריאטריים. בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בשנת 2005¹⁷ בנושא הטיפול בקשיש הסיעודי הועלה כי משרד הבריאות לא נערך כראוי להכשרת רופאים מומחים ואחיות מוסמכות בתחום הגריאטריה, ובדצמבר 2005 היו דרושים לפי הערכת משרד הבריאות כ-500 רופאים מומחים בגריאטריה. משרד מבקר המדינה העיר כבר אז למשרד הבריאות כי עליו לפעול ביתר שאת כדי לעודד רופאים להתמחות במקצוע זה ולעודד אחיות ללמוד להסמכה בתחום.

בביקורת הנוכחית הועלה כי עדיין יש מצוקה קשה של כוח אדם במקצוע הגריאטריה, והיא נובעת ממחסור ברופאים מומחים ובמתמחים בתחום. על פי מחקר ברוקדייל, בשנת 2005 פנו רק 14 רופאים להתמחות בתחום הגריאטריה, לעומת 23 בשנת 2000. גם על פי נתוני משרד הבריאות חלה באותן שנים ירידה במספר מקבלי תעודת מומחה בגריאטריה: 12 בשנת 2005 ו-13 בשנת 2007, לעומת 23 בשנת 2000. עם זאת, לפי נתוני המשרד, עד סוף שנת 2007 סיימו 73 מתמחים את התמחותם.

מקצועות שיש חשש שתפתח בהם מצוקת כוח אדם¹⁸

1. פתולוגיה: בשנים 2000-2007 עלה מספר הביופסיות¹⁹ שנעשו בבתי החולים ב-30% בממוצע. מנגד, מספר הרופאים הפתולוגים שעבדו במחלקות הפתולוגיה

16 מבקר המדינה, דוח שנתי 254 (2004), עמ' 400.

17 מבקר המדינה, דוח שנתי 256 (2006), עמ' 571.

18 על פי מסמכי האיגודים הרפואיים המקצועיים וכן על פי מחקרים, המקצועות המפורטים להלן כבר מצויים במצוקה.

19 דגימת רקמה מהגוף הנלקחת לצורך בדיקת אבחונת, למשל של גידול סרטני.

בשנת 2008 היה 149 - מספר קטן בהרבה ממספר הפתולוגים הדרושים על פי התקן כדי לעמוד בעומס העבודה, שהוא 178. בשנת 2008 סיים את התמחותו בפתולוגיה מתמחה אחד בלבד. ממסמכים של איגוד הפתולוגים בישראל עולה כי המצוקה בכוח האדם גורמת להתארכות משך ההמתנה לקבלת תוצאות הבדיקות, ועלולה לגרום לעיכוב בביצוע ניתוחים הדורשים ליווי של פתולוג.

2. כירורגיה כללית: על פי מסמכי איגוד הכירורגים בישראל, מספר המתמחים בוגרי בתי ספר בארץ שהתחילו להתמחות בכירורגיה הולך וקטן - 18 בשנת 1999 לעומת שבעה בשנת 2006. 80% ממשורות המתמחים מאוישות בידי בוגרי חו"ל. לפי נתוני משרד הבריאות, לעומת זאת, שיעור בוגרי חו"ל בקרב מקבלי הרישיונות החדשים הוא רק 50%-60%. הערכת מומחים בתחום היא שרמת הלימוד שלהם נמוכה מזו של בוגרי הארץ. מספר המועמדים למשרה פנויה במחלקות הכירורגיות פוחת, ויש בתי חולים שבהם תקנים של מתמחים לא מאוישים. כך, באוגוסט 2008 כלל לא היו מתמחים בבית החולים הלל יפה בחדרה. ממסמכי האיגוד עולה גם שהמחסור במתמחים בא לידי ביטוי בכך שרופאים בכירים מבצעים ניתוחים מורכבים בעזרת סטודנטים במקום בעזרת מתמחים ובכך שבשל העומס מתארכים זמני ההמתנה לניתוחים. יש לציין כי גם משרד הבריאות מסכים לכך שמתפתחת מצוקה במקצוע הכירורגיה ושקיים מחסור במתמחים.

3. רפואה פנימית: רופאים צעירים אינם פונים להתמחות במקצוע הרפואה הפנימית. על פי מחקר שנעשה בנושא מקצועות רפואיים במצוקה (להלן - מחקר ברוקדייל)²⁰, 601 מ-646 מסיימי התמחות ברפואה פנימית בשנים 2000-2005 פנו להתמחויות-על²¹ כמו קרדיולוגיה, גריאטריה, טיפול נמרץ כללי ורפואה דחופה, כלומר ברפואה הפנימית נותרו 45 מומחים. על פי מסמכי האיגוד הישראלי לרפואה פנימית, המחסור בכוח אדם גורם לעומס עבודה רב במחלקות הפנימיות, לשחרור חולים בטרם הושלם הטיפול בהם ולפגיעה באיכות הטיפול הניתן להם. יש לציין כי גם משרד הבריאות מסכים שיש מצוקה במחלקות הפנימיות ושנדרש לשפר את הטיפול הניתן בהן.

4. רפואת ילדים: לפי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2006 היו בבתי החולים ובקהילה²² 1,786 רופאים מומחים ברפואת ילדים, שגילם עד 65. 24% מהם היו בני 55-64. מנתוני איגוד רופאי הילדים עולה כי מספר המתמחים ברפואת ילדים שהחלו התמחות יורד: בשנת 2001 הוא היה 84, ובשנת 2006 הוא היה 61. ממסמכים של משרד הבריאות עולה שמספרם של המסיימים התמחות ברפואת ילדים קטן ממספר הרופאים הפורשים לגמלאות, והדבר יגרום למחסור ברופאי ילדים בבתי החולים ובקהילה.

5. רדיו לוגיה: בבדיקה של מבקר המדינה בשנת 2002 בנושא תכנון כוח אדם בתחום הדימות²³ נמצא כי הגידול הניכר במספר הבדיקות מחייב תוספות ניכרות של תקנים לרופאים ולטכנאים, וכי כדי לקבוע את היקף התוספות הנדרשות יש לבחון את מצאי כוח האדם ולקבוע כמה רופאים מומחים, רופאים מתמחים וטכנאים בתחום זה נדרשים למערכת בהווה ובעתיד.

20 ראו הערה 8.

21 ענפי רפואה שהתמחות בהם מותנית בקבלת תואר מומחה במקצוע ראשי, למשל נאנטולוגיה.

22 במרפאות קופות החולים.

23 מבקר המדינה, דוח שנתי 2005, עמ' 480.

הביקורת הנוכחית העלתה כי נושא התקנים עדיין לא הוסדר, וכי יש חשש שמא תפתח במקצוע מצוקה²⁴: על פי נתוני איגוד הרדילוגים בישראל, חסרים כ-200 רדילוגים מומחים, ויש ירידה במספר הפונים להתמחות - 14 בשנת 2008 לעומת 30 בשנת 2000. ממסמכי האיגוד ומדוח ועדה של משרד הבריאות שבחנה את הצרכים בכוח האדם בתחומי הדימות השונים נוכח התפתחות המקצוע עולה כי יש מחסור ברופאים ובטכנאי רנטגן, והדבר גורם לירידה בזמינות הבדיקות, להמתנה ממושכת לביצוע הבדיקות ולעלייה במשך ההמתנה לקבלת הפענוח.

כוח אדם בפריפריה

בפריפריה יש מחסור קבוע ברופאים מומחים, במתמחים ובאחיות מוסמכות²⁵. המחסור בכוח האדם הרפואי והסיעודי ואי-עדכון התקינה של רופאים בבתי החולים פוגעים בפריפריה יותר ממרכז, שכן קשה יותר לגייס לפריפריה כוח אדם איכותי. קושי זה נובע מרמת שכר נמוכה ומאפשרויות מוגבלות להשתכרות בעבודה נוספת מחוץ למערכת הציבורית; רופאי הפריפריה מבודדים מקצועית, והאפשרויות העומדות בפניהם לעסוק במחקר, לעבור השתלמויות מקצועיות ולעסוק בהוראה באוניברסיטאות מוגבלות.

משרד הבריאות - בשיתוף הר"י וקופות החולים - אמנם החל בשנת 2007 לבחון דרכים למשיכת כוח אדם לפריפריה והקים ועדה שתפקידה להמליץ על דרכים לסגירת הפערים הקיימים במערכת הבריאות בין המרכז לפריפריה, אך עם זאת - למרות המחסור המתמשך בכוח אדם הרפואי והסיעודי באזורי הפריפריה, בעיקר בבתי החולים, המשפיע על זמינות השירות ועל מצבם הבריאותי של התושבים - הוא לא קבע מערכת תגמולים שיהיה בה כדי לעודד משיכת כוח אדם לאזורי פריפריה.

תקינת כוח אדם בבתי החולים

היקף כוח האדם הרפואי והסיעודי המועסק בבתי החולים נקבע על פי מפתחות תקינה שנקבעו עוד בשנות השבעים של המאה העשרים. מפתחות התקינה עודכנו כמה פעמים בשנים שבאו לאחר מכן. התקינה מבוססת בעיקר על מספר המיטות בכל מחלקה, בכל יחידה ובכל מכון ועל מספר הביקורים במרפאות החוץ של בתי החולים. מנגד, שינויים טכנולוגיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, היקף הפעילות הרפואית והתפתחות של מקצועות ותת-מקצועות בתחום הרפואה והסיעוד, כל אלה מגדילים את הצורך בכוח אדם לתפעול המערכת ומשפיעים על אופן הקצאתו המיטבי, ולכן מחייבים תקינה עדכנית. לכך שמנגנון עדכון התקינה לא שונה במשך עשרות שנים ולא הותאם להתפתחויות שחלו ברפואה ובטכנולוגיה יש השפעה רבה על המצוקה בכוח אדם, בעיקר במקצועות מסוימים.

מעמדת נש"מ, כפי שהובאה לפני משרד מבקר המדינה, עולה כי שיטת התקינה הקיימת יוצרת עיוותים במערכת וגורמת להקצאה לא נכונה של תקנים: במחלקות

24 כעולה ממסמכים של משרד הבריאות.

25 ביטוי למחסור בכוח אדם בפריפריה ניתן בכנס ים המלח מיוני 2008, שבו השתתפו נציגים מכל מערכת הבריאות, ממשרד האוצר, מנש"מ, מהר"י, ממכון ברוקדייל ומהאוניברסיטאות.

מסוימות נשמרות מיטות גם כששיעור האשפוז באותן המחלקות קטן, כלומר יש מקום להפחית את מספר המיטות והרופאים; ומנגד, התפתחויות טכנולוגיות הביאו לידי הגדלת נפח הפעילות במרפאות החוץ של בתי החולים, אך התקינה בהן לא גדלה. חלק מהפתרון שניתן בפועל הוא חריגה מהתקינה, כלומר שמספר הרופאים והאחיות בבתי החולים גדול ממספר התקנים שבהם, וזאת מכיוון שחלק מהם מועסקים בידי תאגידי הבריאות²⁶ המופעלים בבתי החולים הכלליים הממשלתיים. רופאים ואחיות אלה אינם נכללים במצבת כוח האדם של בית החולים. מצב זה יוצר בעצם מצבת כוח אדם החורגת מהתקינה הממשלתית. בחלק מבתי החולים כשליש מהרופאים הם עובדי תאגיד.

למרות ההסכמה של נש"מ, משרד הבריאות ומשרד האוצר על כך ששיטת התקינה הקיימת יוצרת עיוותים ואינה מתאימה עוד לצורכי מערכת הבריאות, מפתחות התקינה ונוסחת עדכון התקינה לא נבחנו ולא נבדקו באופן מקצועי במשך עשרות שנים, ויש לראות בכך חוסר עשייה מתמשך של משרד הבריאות, משרד האוצר ונש"מ. לדעת משרד מבקר המדינה, על גופים אלה לבחון את שינוי ההסכמים הקיימים בנושא התקינה בבתי החולים הממשלתיים.

השפעת מבנה השכר על המצוקה בכוח האדם

תחום הרפואה נמצא בשינוי מתמיד, ובתוך כך חל שינוי גם בהעדפות של בוגרי הרפואה בבואם לבחור במקצוע רפואי זה או אחר. ההתמקצעות בתחומי הרפואה השונים, החשיבות שמייחסים רופאים צעירים לפנאי ולבילוי עם המשפחה לעומת הזמן שיהיה עליהם להשקיע במקצועות רפואיים תובעניים, וכמו כן מבנה השכר והרכבו, כל אלה משפיעים במידה ניכרת על משיכת מומחים ומתמחים למקצועות מסוימים ועל האפשרויות למשיכת כוח אדם לפריפריה. בחירת המקצוע הרפואי מושפעת גם מהאפשרות לעבוד בעבודה נוספת מחוץ לבית החולים, לעתים באופן פרטי.

אמנם משרד הבריאות ומשרד האוצר, הערים למצוקה שנוצרה במקצועות מסוימים ולמצוקה בכוח האדם בפריפריה, קבעו תמריצים - ובהם תוספות שכר מיוחדות - כדי לפתור מצוקות אלה, אך כאשר בוחנים את תרומתם, לא היה בתמריצים שנקבעו כדי להשפיע במידה רבה על שיקוליהם של הרופאים לבחור במקצוע שבמצוקה או לעבור לעבוד בפריפריה.

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות

1. אחת מסוגיות היסוד שמשרד הבריאות אמור לעסוק בהן היא תכנון לטווח ארוך של כוח אדם במקצועות הבריאות. בביקורת הועלה כי במשרד הבריאות פועלת אמנם ועדה פנימית לבחינת הצרכים במקצועות הבריאות, אך למרות המלצת "ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל"

26 על פי סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, "תאגיד בריאות" הוא "עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור"; ליד כל בתי החולים הממשלתיים הכלליים יש תאגידי בריאות.

(ועדת נתניהו) מ-1990, משרד הבריאות לא הקים אגף לתכנון משאבי כוח אדם שיעסוק באיסוף מידע על כוח האדם הקיים, על הצרכים, הביקושים והשימושים מבחינה דמוגרפית וגאוגרפית ועל שינויים טכנולוגיים והשפעותיהם על הביקוש לכוח אדם, ויהיה אחראי לתכנונם של הצרכים בכוח האדם במקצועות הבריאות בישראל - ובכך יסייע בידי המשרד לתכנן את הכשרת כוח האדם.

2. במשרד הבריאות אין מאגר נתונים מעודכן ומקיף על כוח האדם במקצועות הבריאות בישראל מקרב בעלי הרישיון. נתוני המשרד אינם כוללים מידע על כלל המועסקים בתחום הרפואי בפועל, על אלה העוסקים בפועל בתחום התמחותם, על מקום עבודתם ועל היקף משרתם, ועל אלה שעתידיים לפרוש או פרשו מהמקצוע ואופן פיזורם הגאוגרפי. שלא כמקובל ברוב המדינות בעולם המערבי, בישראל אין "חובת רישום ועדכון עיתי" המחייבת רופאים ברישום תקופתי הכולל עדכון פרטים רלוונטיים, כך שאין אפשרות לעקוב אחר תפקיד הרופא ואחר שינויים שחלו במצבו לאחר קבלת הרישיון. לו הייתה בארץ חובה כזו, היה בידי משרד הבריאות מידע מדויק יותר באשר למצאי כוח אדם הפעיל במערכת.

סיכום והמלצות

כוח האדם במקצועות הבריאות הוא אבן יסוד בהפעלת מערכת הבריאות. המצוקה ברופאים במקצועות רפואיים מסוימים ובכוח אדם סיעודי עלולה לפגוע בזמינותם ובנגישותם של שירותי הבריאות ולהשפיע על היקפו ועל איכותו של הטיפול הרפואי.

הכשרת רופא נמשכת בדרך כלל 11 שנים, בהן שבע שנות לימודים בסיסיות ועוד כארבע שנים של התמחות. רופא הבוחר להתמחות "התמחות-על" צריך ללמוד לשם כך עוד שלוש שנים. כלומר מדובר בהליך רב-שנתי עד שאותו כוח אדם הופך זמין. לכן חשוב שמשרד הבריאות יפעל להכשיר רופאים על פי צרכים נוכחיים ועתידיים של מערכת הבריאות, ויש להתחיל לפעול בנושא מיד.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות כמיניסטריון ורגולטור לקבוע מדיניות בכל הקשור לתכנון כוח האדם הרפואי והסיעודי, לפעול להכשרת רופאים ואחיות ולטפל ביסודיות ובשיטתיות - אגב קביעת תמריצים הולמים - בנושא המקצועות במצוקה ובבעיית כוח האדם בפריפריה.



מבוא

היקף כוח האדם הרפואי והסיעודי ורמת הכשרתו הם מרכיב מרכזי בתפעול מערכת הבריאות. רמתם המקצועית של הרופאים, האחיות ושאר העוסקים במקצועות הבריאות²⁷ היא נדבך מרכזי

27 רופאי שיניים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוגים, פיזיותרפיסטים, טכנאי רנטגן, דיאטנים, רוקחים, אופטומטריסטים ועובדי מעבדה.

בתפקודה היעיל של מערכת הבריאות. משרד הבריאות אמון על תכנון ארוך טווח של כוח האדם במקצועות הבריאות בישראל.

עלויות כוח האדם במקצועות הבריאות הן חלק ניכר מההוצאות הכספיות של מערכת הבריאות. על פי נתוני משרד הבריאות, הוצאות השכר של כוח האדם המקצועי במערכת זו הם כ-60% מההוצאה הלאומית לבריאות²⁸.

לכוח האדם הרפואי והסיעודי החדש בישראל יש כמה מקורות. עם כוח אדם זה נמנים בעיקר בוגרי בתי הספר לרפואה ובתי ספר לאחיות. מלבדם נמנים עמו בעלי הכשרה רפואית מחו"ל, ובהם עולים חדשים. העלייה ממדינות חבר העמים הייתה בכל שנות התשעים של המאה העשרים מקור נכבד למילוי הצורך בכוח אדם רפואי וסיעודי, אולם מראשית שנות האלפיים, עקב הידלדלותה של העלייה לישראל, פחתו במידה ניכרת המקורות החיצוניים הזמינים לתוספת כוח אדם זה, ונוצר חלל שאמור להתמלא ממקורות פנימיים.

ועדות של משרד הבריאות והמועצה להשכלה גבוהה קבעו בשנים 2002 ו-2007 כי בכוח אדם סיעודי ובכוח אדם במקצועות הדימוס²⁹ יש מחסור, ומסתמן מחסור במספרם הכולל של הרופאים. כפי שיוצג בהמשך הדוח, וכפי שקבע משרד הבריאות בשנת 2008, מקצועות כמו הרדמה, טיפול נמרץ לסוגיו, נאונטולוגיה³⁰ וגריאטריה כבר מצויים במצוקה³¹, ובמקצועות פתולוגיה, כירורגיה כללית, רפואה פנימית ורפואת המשפחה יש חשש שמא תתפתח בהם מצוקה³².

הרופאים והאחיות הם כ-60% מכלל המועסקים במקצועות הבריאות במערכת הבריאות. על פי נתוני משרד הבריאות לשנת 2007³³ מספר הרופאים שהיו רשומים במשרד באותה השנה היה 32,687, ומספר האחיות הרשומות היה 54,899 - 76% מהן מוסמכות.

בחודשים מרס-יולי 2008 בדק משרד מבקר המדינה את הפעולות שעשה משרד הבריאות כדי לפתור את בעיית המחסור ברופאים ובאחיות (להלן - הביקורת הנוכחית). בכלל זה נבדקו מצאי כוח האדם של הרופאים והאחיות, הצרכים העתידיים בהם, המצוקה ברופאים במקצועות מסוימים, כוח האדם הרפואי והסיעודי בפריפריה ואופן תכנון כוח האדם במקצועות הבריאות. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות ובקופת החולים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית). כמו כן נעשו בירורים במשרד האוצר - באגף תקציבים ובאגף הממונה על השכר והסכמי העבודה, בנציבות שירות המדינה (להלן - נש"מ) ובמועצה להשכלה גבוהה (להלן - מ"ג). בירורי השלמה נעשו בהסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) ובכמה איגודי רופאים מקצועיים³⁴.

בביקורת הנוכחית שעשה משרד מבקר המדינה בדבר המחסור המסתמן בכוח האדם הרפואי והסיעודי הוא נעזר בכמה מקורות³⁵, ובהם: דוחות שהגישו ועדות של משרד הבריאות והמועצה

- 28 ההוצאה הלאומית לבריאות לשנת 2007 הייתה 53 מיליארד ש"ח.
- 29 הפקת דמות באמצעים אקוסטיים (גלים על-שמעיים), אלקטרוניים ותרמיים. ברפואה משמש הדימוס לצורך אבחון, למשל: רנטגן, רפואה גרעינית, טומוגרפיה ממוחשבת ודימוס מגנטי (MRI, US, CT).
- 30 נאונטולוגיה היא מומחיות-על ברפואת ילדים לטיפול בפגים.
- 31 עוד קבע משרד הבריאות כי גם מקצועות רפואה שיקומית, פסיכיאטריה של הילד, התפתחות הילד ונוירולוגיה של ילדים מצויים במצוקה.
- 32 על פי מסמכי האיגודים הרפואיים המקצועיים וכן על פי מחקרים, כבר יש מצוקת כוח אדם המקצועות אלה וכן ברדיולוגיה וברפואת ילדים.
- 33 כוח אדם במקצועות הבריאות 2007, משרד הבריאות, אלול התשס"ח, ספטמבר 2008.
- 34 הרדמה, טיפול נמרץ ילדים, רפואת ילודים - תינוקות ופגים, רפואה פנימית וגריאטריה, כירורגיה, רפואת ילדים, דימוס, פתולוגיה ורפואת משפחה.
- 35 מדובר במיטב המקורות שעומדים לרשות משרד הבריאות. עם זאת יש לציין כי בישראל, כמו במדינות אחרות בעולם המערבי, יש קושי לאמוד את הצרכים בכוח אדם רפואי וסיעודי בדיוק רב.

להשכלה גבוהה³⁶; כנס ים המלח התשיעי, שהתקיים ביוני 2008 ועסק בנושא "משאבי אנוש במקצועות הבריאות"³⁷ (להלן - כנס ים המלח); דוח של משרד הבריאות על כוח אדם במקצועות הבריאות; מחקר של משרד הבריאות בנושא הרופא בקהילה³⁸; מחקר של מכון ברוקדייל בנושא מקצועות רפואיים במצוקה³⁹ (להלן - מחקר ברוקדייל); מחקר בנושא כוח אדם של מרדמים בישראל; ומחקר שעסק בהערכת מספר הרופאים הגריאטריים. משרד מבקר המדינה נעזר גם במסמכים של כמה איגודים רפואיים המציגים את עמדותיהם ונתונייהם⁴⁰. הבדיקה היא בעיקרה סקירה ביקורתית ומטרתה להציג בפני מקבלי ההחלטות ובפני הציבור כולו את מצבו של כוח האדם הרפואי והסיעודי בישראל.

מצאי כוח אדם רפואי וסיעודי

צרכים עתידיים - תמונת מצב בדבר המחסור המסתמן

רופאים

התמורות שחלו במשך השנים בביקוש לשירותי רפואה מבחינה איכותית וכמותית, ההתפתחויות הטכנולוגיות, הגידול שחל באוכלוסייה, הזדקנות האוכלוסייה והנטייה להתמקצע בהתמחויות-על⁴¹ במקצועות הרפואה, כל אלה הגבירו את הביקוש לרופאים, בעיקר לרופאים מומחים במקצועות מסוימים. מנגד פחת כאמור מספר הרופאים העולים במידה ניכרת, ומספר הרופאים שהוכשרו בבתי הספר לרפואה בארץ עד סוף שנת 2005 נשאר פחות או יותר קבוע. על כן נוצר צורך לבחון מחדש את היצע הרופאים הדרוש למערכת הבריאות ואת מדיניות הכשרת כוח האדם בה.

מנתוני משרד הבריאות עולה כי משנת 2000 הולך ויורד שיעור הרופאים שגילם עד 65 שנה: בשנת 2000 היה שיעור זה 3.71 לאלף נפש, ובשנת 2007 הוא ירד ל-3.49 לאלף נפש, כלומר חל קיטון של 6% בשיעור הרופאים שגילם עד 65. עם זאת, שיעור זה גבוה ביחס לשיעור הרופאים לאלף נפש בעולם המערבי - במדינות ה-OECD⁴² - שהוא בממוצע כ-2.9 רופאים לאלף נפש. על פי תחזיות המשרד, שיעור זה צפוי לרדת עוד, ובשנת 2017 הוא יהיה 2.93 רופאים לאלף נפש, ובשנת 2020 הוא יהיה 2.76 רופאים לאלף נפש, כלומר צפוי קיטון של 26% במצבת הרופאים שגילם עד 65.

36 "ועדה לבדיקת כוח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות" (ועדת בן נון); "ועדה לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים" (ועדת פזי); "ועדה לבחינת הצורך בהקמת בית ספר לרפואה נוסף בישראל" (ועדת יונתן הלוי).

37 כנס שקיים המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות, שהוא מוסד שמטרתו לקדם מחקר ולקבוע את מדיניות הבריאות בישראל, בעיקר בתחומי ארגון וניהול שירותי בריאות ומימון וכלכלה של שירותי בריאות.

38 הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים, משרד הבריאות האגף לכלכלת בריאות, תחום תכנון סקרים והערכה, אוגוסט 2007.

39 נורית ניראל, רונית מצליח, שלמה בירקנפלד, יוחנן בן בסט, מקצועות רפואיים במצוקה: מחקר גישושי, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל אייר התשס"ח, מאי 2008.

40 משרד הבריאות חולק על עמדות ונתונים מסוימים של האיגודים הרפואיים.

41 ענפי רפואה שההתמחות בהם מותנית בקבלת תואר מומחה במקצוע ראשי, למשל רופאי ילדים המתמחים בטיפול נמרץ ילדים.

42 Organisation for Economic Co-operation and Development - הארגון לשיתוף פעולה כלכלי ופיתוח, המאגד כ-30 מדינות.

בחינת הצרכים

בשל הירידה הצפויה בהיצע הרופאים ביקשו המל"ג ומשרד הבריאות לבחון את הצרכים העתידיים ברופאים, כלהלן:

1. (א) בדצמבר 2000 מינה יו"ר הוועדה לתכנון ותקצוב (להלן - הוות"ת), שהיא ועדת משנה של המל"ג, "ועדה לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים" (להלן - ועדת פזי). עם חבריה נמנו גם נציגים ממשרד הבריאות, ממשרד האוצר, מהכללית, מהאוניברסיטה העברית בירושלים וממכון ויצמן. הוועדה התבקשה לקבוע את השיעור הרצוי של רופאים לאלף נפש ולנקוב במספר הרופאים שלדעתה יהיה בהם צורך עד שנת 2010 ועד 2020, ועל פיו לנקוב במספר הרופאים שיש להכשיר בבתי הספר לרפואה בישראל. בדוח שהגישה ועדת פזי ליו"ר הוות"ת באוקטובר 2002 היא קבעה כי נוכח הגידול שממשיך לחול באוכלוסייה ונוכח הירידה במספר הרופאים החדשים שייכנסו למערכת, שיעור הרופאים צפוי לרדת, ואם מספר הרישיונות החדשים המונפקים בכל שנה יהיה 550, אזי בשנת 2017 יהיה שיעור הרופאים 2.8 לאלף נפש. הוועדה המליצה לפעול להגדלת מספר הרופאים שיוכשרו בפקולטות לרפואה של האוניברסיטאות בארץ מ-300 ב-2002 לכ-600 כבר החל בשנת 2005, דהיינו להגיע לכ-150 סטודנטים במחזור בכל אחד מארבעת מבתי הספר לרפואה.

(ב) נוכח המלצות ועדת פזי מינה בפברואר 2005 יו"ר הוות"ת "ועדה לבחינת הצורך בהקמת בית ספר לרפואה נוסף בישראל" (להלן - ועדת יונתן הלוי). בוועדה השתתף נציג משרד הבריאות. הוועדה התבקשה גם להמליץ על המקום שיוקם בו בית הספר. בדוח שפורסם בפברואר 2007 קבעה ועדת יונתן הלוי שאכן יש להקים בית ספר נוסף לרפואה. עוד קבעה הוועדה שיש להגדיל את מספר הסטודנטים בבתי הספר הקיימים עד ל-600 למחזור. הוועדה המליצה גם לבחון אם אפשר לאשר לפתוח תכניות לימודיות קדם-רפואה (Pre-Med) לבעלי תואר "בוגר במדעים", שיכינו את אותם הבוגרים לתכנית לימודים ארבע-שנתית לקראת תואר "דוקטור ברפואה".

(ג) נוכח המלצת ועדת יונתן הלוי החליטה המל"ג בנובמבר 2007 לפעול להקמת בית ספר חדש לרפואה באוניברסיטת מחקר בישראל. הוחלט שבית הספר יוקם בגליל ויתוקצב בידי הוות"ת. באוגוסט 2008 העבירה המל"ג לנשיאי האוניברסיטאות "קול קורא" להקמתו וביקשה את תגובתם.

מנתוני המל"ג עלה כי מספרם של הסטודנטים שהחלו ללמוד רפואה בשנת הלימודים התשס"ח (2007-2008) היה 370. לעומת זאת, בשנת הלימודים התשנ"ח (1997-1998) מספרם היה 308. עוד עלה בביקורת כי התכנית ללימודי קדם-רפואה אושרה, ובשנת הלימודים התשס"ט (2008-2009) החלו ללמוד בה כ-60 סטודנטים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2008 מסר הממונה על תחום האוניברסיטאות במל"ג כי עדיין אי-אפשר להגדיל את מספר הסטודנטים ל-600 בשנה, וזאת משום שהדבר מותנה - לפי תחשיב שעשה המל"ג - בתוספת תקציב של כ-55 מיליון ש"ח משנת הלימודים התשס"ט (2008-2009) ואילך. כמו כן, מכיוון שהדבר מותנה גם בתוספת תקציב לשדרוג התשתיות (כיתות ומעבדות) בבתי הספר לרפואה שכבר קיימים וכן בהקצאת מיטות להכשרת סטודנטים בבתי החולים, החליטה הוות"ת בפברואר 2008 להקצות לאוניברסיטאות 28 מיליון ש"ח באופן חד-פעמי, ונקבעו הקריטריונים לחלוקת הסכום בין האוניברסיטאות.

בביקורת הועלה כי בפברואר 2008, במהלך הדיונים על ההסכם הרב-שנתי עם משרד האוצר, העלו המל"ג והוות"ת את נושא הגדלת התקציב למימון תוספת הסטודנטים, אך עד נובמבר 2008, מועד סיכום הביקורת, לא קבע משרד האוצר תקציב לנושא.

2. בדצמבר 2006 מינה מנכ"ל משרד הבריאות "ועדה לבדיקת כוח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות" (להלן - ועדת בן נון). על פי כתב המינוי, תפקיד הוועדה היה למפות את כוח האדם הרפואי, את כוח האדם הסיעודי ואת כוח האדם בשאר מקצועות הבריאות שבמערכת הבריאות -

ולהשוותו לכוח האדם הדרוש בכל אחת מההתמחויות המקצועיות שבמערכת הבריאות. גם ועדה זו, שפרסמה דוח ראשון ביוני 2007 בנושא "אומדן צרכי כוח האדם במערכת הבריאות, דוח ביניים - רופאים ואחיות", המליצה להגדיל מיד את המסגרת שבה מכשירים רופאים בבתי הספר הקיימים ל-600 בוגרים בשנה. הוועדה קבעה כי יש להתחיל בכך מיד, מכיוון שהכשרת רופא נמשכת שבע שנים (לפני התמחות). עוד קבעה הוועדה כי מימוש החלטה זו מחייב לתקצב את בתי הספר בתוספת תקציב הנגזרת מהרחבת מסגרת זו.

מנתוני משרד הבריאות עולה כי מספר הסטודנטים שהחלו את לימודיהם בשנת הלימודים התשס"ט (2008-2009) היה 440. משרד הבריאות מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה כי בשנת הלימודים הבאה עתיד מספר הסטודנטים לרפואה לגדול ל-460⁴³. כן עולה מהנתונים שבשנת 2007 מספרם של מקבלי רישיון ברפואה בוגרי האוניברסיטאות בארץ היה 308 בלבד.

אמנם משרד הבריאות והמל"ג ערים לכך שנוכח הצרכים העתידיים צפוי מחסור ברופאים, והם אף פעלו במידה רבה להרחבת מסגרות ההכשרה, אך עד מחצית 2008 טרם הורחבו מסגרות ההכשרה של רופאים מ-300 עד ל-600 בוגרים בשנה, וזאת בניגוד להמלצותיהן של כמה ועדות כבר מ-2002.

הכשרת רופא נמשכת 11 שנים, בהן שבע שנות לימודים בסיסיות ועוד כארבע שנים של התמחות, והדבר מחייב תכנון ארוך טווח. לכן, לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות, על משרד האוצר ועל המל"ג לפעול מיד להרחבת מסגרת ההכשרה של הרופאים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שמשרד הבריאות - בשיתוף משרד האוצר והמל"ג - יקדם תכנית לאומית לפתרון בעיית המחסור ויפעל בשיתוף אותם גורמים לאיגום המשאבים הדרושים לכך, ואף יעלה את הנושא לדיון בדרג שרים.

3. נוכח המחסור המסתמן ברופאים החלה הכללית במחצית 2007 בתכנית לטווח של שלוש שנים למשיכת רופאים ולשימורם ככוח אדם במערכת. על פי התכנית יוגדל מספר הרופאים בקהילה⁴⁴ על ידי מתן תמריצים לרופאי משפחה - השתתפות בשכר דירה ועזרה בקידום מחקרים - ובכך תוגדל האטרקטיביות של המקצוע; יוקצו תקנים ייעודיים להתמחות ברפואת ילדים; הכללית תממן התמחות ברפואת ילדים, והמחוזות יעודדו מומחים ברפואת ילדים להתמחות והתמחות-על; יאותרו רופאים במקצועות במצוקה ותיבנה תכנית לייעוץ והכוונה לסטאז'רים ולמתמחים; יתוכנן תמהיל מתמחים כך שמתמחה יבצע לכל היותר שש תורנויות בחודש בממוצע; יוקל עומס התורנויות על ידי הקצאת תקנים; וכן יינתנו הטבות כמו נסיעה לכנסים, מחשב אישי וגישה למאגרי מידע מקצועיים.

אחיות

תפקידה של האחיות הופך גורם חשוב במערכת הבריאות ומשפיע רבות על תפקודה. התפתחויות טכנולוגיות, השקעה ברפואה מונעת ובקידום הבריאות, עלייה במספר החולים במחלות כרוניות - לחץ דם, סוכרת, אסטמה ומחלות לב - שהטיפול בהן דורש מעקב צמוד אחר החולה, והתפתחות הטיפול בקהילה, כל אלה לא רק שמגבירות את הצורך בכוח אדם סיעודי, אלא הן גם מגדילות את

43 משרד הבריאות ציין כי המספר המרבי האפשרי של סטודנטים לרפואה בבתי הספר הקיימים הוא כ-520 בלבד.

44 במרפאות קופת החולים.

המגמה להטיל אחריות רבה יותר על האחיות בבתי החולים ובקהילה ולאצול להן סמכויות רבות יותר - בהן ייעוץ, הדרכה, תיאום וניהול הטיפול - שהיו נתונות בידי הרופאים, שכן הן דורשות מידה רבה של מיומנות.

1. האחיות הן הקבוצה הגדולה ביותר בקרב העוסקים במקצועות הבריאות, ובשנת 2007 הן היו כ-36% מהם. מנתוני משרד הבריאות בנוגע לאחיות שגילן עד 60 שנה עולה כי שיעורן לאלף נפש הולך ויורד עם השנים: בשנת 2004 הוא היה 6.0 לאלף נפש, ובסוף שנת 2007 הוא היה 5.7 לאלף נפש - שיעור נמוך בהרבה מזה שבמדינות ה-OECD, שהוא בממוצע 8.1 אחיות לאלף נפש.

מנתוני משרד הבריאות לאוגוסט 2008 עולה כי בכל מסגרות ההכשרה לסייעוד לומדים 4,355 תלמידים. וכי חלה ירידה ניכרת במספרם של מקבלי רישיונות חדשים: 1,428 ב-2007 לעומת 1,717 ב-2006.

המחסור באחיות כבר מורגש בבתי החולים - בעיקר בחדרי ניתוח, במחלקות לטיפול נמרץ ובפגיות, והדבר עלול לגרום לשחיקת הצוות הסיעודי ולפגוע בתפקוד מערכת הבריאות ובאיכות השירות הרפואי.

יש לציין שכבר בשנת 1990 התריעה "ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל" (להלן - ועדת נתניהו) על הירידה בכוח האדם הסיעודי המועסק בפועל לעומת הצרכים הנובעים מהגידול שחל באוכלוסייה. הוועדה קבעה אז כי פיתוח שירותים עתידי טכנולוגיה, המעבר לטיפול בקהילה ומתן דגש לרפואה מונעת ולחינוך לבריאות יצריכו תוספת כוח אדם סיעודי בעל הכשרה נרחבת. הוועדה המליצה לחזק את עצמאות כוח האדם הסיעודי ולתת לו סמכויות רבות יותר, דבר שיכול למשוך למקצוע כוח אדם רב יותר.

2. הצרכים העתידיים בכוח אדם סיעודי נבחנו גם בידי ועדת בן נון, והיא קבעה בדוח מיולי 2007 כי שמירה על היקף ההכשרה הנוכחי תוביל לירידה של 18% בשיעור האחיות - עד לכ-5.2 אחיות לאלף נפש בשנת 2015 ול-4.82 אחיות לאלף נפש בשנת 2020. כדי לשמור על השיעור שהיה בשנת 2006 - 5.8 אחיות לאלף נפש - המליצה הוועדה להגדיל מיד את מסגרות ההכשרה, שהיה אז 1,200, ב-850 אחיות בכל שנה, וכך יסיימו בכל שנה את תקופת ההכשרה 2,050 אחיות. הוועדה גם קבעה כי הרחבת מסגרות ההכשרה במוסדות להשכלה גבוהה, כולל במכללות אזוריות, מחייבת תוספת תקציב.

אחות ראשית וראש מינהל הסיעוד במשרד הבריאות מסרה למשרד מבקר המדינה, כי כדי לשמור על השיעור שהיה ב-2007 - 5.7 אחיות לאלף נפש - יש צורך ב-2,000 בוגרות בכל שנה, לכן יש להגדיל את מספר תלמידי הסיעוד ב-800 בכל שנה. לדבריה, לא זו בלבד שקשה לגייס תלמידים למקצוע הסיעוד, אלא שרבים עוזבים את המקצוע, וזאת בשל ירידה ביוקרת המקצוע, חוסר שביעות רצון, שחיקה בעבודה ושחיקת שכר העבודה. עוד לדבריה, כדי להתגבר על כל אלה יש להעלות את קרנו של המקצוע: להרחיב את תחומי העיסוק, להרחיב את הסמכויות המקצועיות של העוסקים בו, לתת תמריצים חומריים - ובהם השתתפות בשכר לימוד ומלגות - ולהשתתף בשכר דירה ובמעונות לילדים.

3. ממסכי משרד הבריאות עולה כי בשנת הלימודים התשס"ט (2008-2009) הוא החל להפעיל כמה תכניות לימודיות לתגבור כוח האדם הסיעודי. בספטמבר 2008 נפתחו תכניות במסלולי לימוד ישירים לאקדמאים לקבלת תעודת אחות מוסמכת, ונוסף על זה גם תעודת מיילדת או מתמחה בחדרי ניתוח, ובתכניות אלה לומדים 30 תלמידים. כמו כן נפתח קורס במסלול ישיר לבוגרי תואר ראשון בסיעוד ללימודים בקורסים "על-בסיסיים" בחדרי ניתוח ובפגיות כמענה למחסור בכוח האדם הסיעודי בתחומים אלה, ולומדים בו 40 תלמידים. באותו מועד החל המשרד להפעיל גם תכנית לימוד להסבת אקדמאים לתואר אחות מוסמכת בתכנית לימודים שתימשך שנתיים במקום שנתיים וחצי.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מסוף ינואר 2009 מסר המשנה למנכ"ל משרד הבריאות כי בשנת 2009 יפעיל המשרד קורסים להסבת אקדמאים בהיקף של 250 תלמידים שיזכו למלגה בתמורה להתחייבות לעבוד במערכת הבריאות.

לצורך גיוס מועמדים ללימודי הסיעוד במסלולים השונים הכין המשרד מסע פרסום - בשיתוף לשכת הפרסום הממשלתית - והקציב לכך סכום של חצי מיליון ש"ח. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מסוף ינואר 2009 מסר משרד הבריאות כי מסע הפרסום החל בתחילת החודש, וכבר נרשמו פניות רבות.

כמו כן, משרד הבריאות עתיד להפעיל עבור תלמידים מהמגזר הברואי תכנית ייחודית ללימודי סיעוד באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. בתכנית ילמדו 50 תלמידים, והיא תהיה במימון המשרד - בסכום של 5.7 מיליון ש"ח. משרד הבריאות מסר למשרד מבקר המדינה כי התכנית תיפתח בסוף פברואר 2009.

4. נוכח המחסור ההולך וגדל באחיות החלה הכללית להפעיל ביולי 2008 תכנית לשימור ולגיוס אחיות. התכנית כוללת איתור צרכים של אחיות חדשות - שלכך הקציבה הכללית בשנת 2008 סכום של 30,000 ש"ח - וכן פיתוח והפעלה של תכניות לקליטת אחיות חדשות ופיתוח והפעלה של תכניות לטיפול באחיות המבקשות לעזוב. נוסף על כך נקבע סל תמריצים להכשרות על-בסיסיות של אחיות - בקהילה (ברפואה ראשונית ובבריאות הציבור) ובבתי החולים (ברפואה דחופה, במיילדות ובאונקולוגיה) - והוקצב לו סכום של 250,000 ש"ח לצורך השתתפות בהיקף של 75%-90% משכר הלימוד לשנת 2009. התכנית לגיוס אחיות כוללת פרסום ושיווק של הכללית כמקום עבודה מועדף, ולכך הוקצב בשנת 2008 סכום של 200,000 ש"ח. כמו כן הקציבה הכללית לשנים 2008 ו-2009 סכום של 1.6 מיליון ש"ח למתן תמריצים כספיים לסטודנטים מצטיינים - מלגת לימודים לשנה ג ו-ד והשתתפות בשכר דירה.

בביקורת הועלה כי למרות ההמלצה להגדיל את מסגרות ההכשרה בעוד כ-850 אחיות נוספות בשנה, כדי שסך כל הבוגרות יהיה כ-2,050 בשנה, עד נובמבר 2008, מועד סיכום הביקורת, הדבר לא נעשה, ומספר הבוגרות נותר 1,200 בלבד.

מנתונים של משרד הבריאות והמל"ג עולה כי בשנים 2007-2008 גדל מספר התלמידים בכל מסגרות ההכשרה רק בכ-210 סטודנטים. ממסמכים של המל"ג מיולי 2008 עולה כי למשרד האוצר יש נכונות להגדיל את מספר הסטודנטים לסיעוד, אך טרם נקבע לכך תקציב.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מסוף ינואר 2009 מסר המשנה למנכ"ל משרד הבריאות כי משרד האוצר מתכנן לתקצב, בסכום משוער של 50 מיליון ש"ח, את המכללות שיפתחו תכניות ללימודי סיעוד וצפויים עוד 200 תלמידים.

המחסור ההולך וגדל באחיות מצד אחד, וגידול האוכלוסייה והזדקנותה, העברת הטיפול בחולים - בעיקר הכרוניים והגריאטריים - מבית החולים לקהילה, והרחבת תפקידי האחיות וסמכויותיהן מצד שני, כל אלה מצריכים להגדיל את כוח האדם הסיעודי. אמנם משרד הבריאות והמל"ג החלו כאמור להפעיל תכניות להכשרת כוח אדם סיעודי, אך לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לפעול ביתר נמרצות ולהתוות - בשיתוף משרד האוצר והמל"ג - תכנית לאומית כלל-מערכתית לפתרון בעיית המחסור בטווח הארוך. מן הראוי גם להעלות את סוגיית המחסור בכוח אדם סיעודי לדיון בדרג שרים.



בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2008 מסר סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר כי משרד הבריאות ומשרד האוצר מגבשים תכנית להגדלת כוח האדם הרפואי והסיעודי, וגיבוש התכנית צפוי להסתיים במהלך המחצית הראשונה של 2009 כדי לישמה במהלך 2010.

תמונת מצב במקצועות הרפואה שבמצוקה

1. מהביקורת הנוכחית, ממחקר ברוקדייל שפורסם במאי 2008, מדוח כנס ים המלח וממסמכים של הר"י עולה שלמצוקות רפואיים במצוקה יש כמה מאפיינים, כלהלן:

(א) קושי באיוש תקנים פנויים בשל מחסור במתמחים מתאימים וברופאים מומחים.⁴⁵

(ב) תקינה לא עדכנית של כוח אדם בבתי החולים, שאינה מאפשרת להגדיל תקנים של מתמחים במקצועות מסוימים, למרות הצרכים. בהקשר זה יש לציין כי בהסכם קיבוצי שחתמה המדינה בשנת 2000 עם הרופאים הוגבלו שעות העבודה של מתמחים, ובניגוד לתקופה שלפני ההסכם, שבה מתמחה שעשה תורנות לילה נשאר לעבוד ביום שלאחריה, מאז ההסכם מנוע המתמחה מלעבוד ביום שאחרי תורנות הלילה. השינוי האמור לא לווה בתוספת תקנים בחלק מהמחלקות, והדבר מגדיל את עומס העבודה על המתמחים בכך שהם צריכים לעשות תורנויות רבות, ואלה גורמות להם לשחיקה בעבודה.

(ג) עומס עבודה שוטף וביצוע כונויות ותורנויות רבות. עומס זה נובע ממחסור ברופאים ביחס להיקף המטלות הקליניות במחלקות האשפוז, היקף שגדל בשל העלייה הניכרת בשיעורי התפוסה בבתי החולים, בשל התפתחויות טכנולוגיות חדשות שמצריכות כוח אדם מיומן רב יותר (למשל בתחום הדימות), ובשל החמרתן ומורכבותן של המחלות המטופלות בבית החולים.

(ד) תגמול שאינו משקף את המאמצים המושקעים בעבודה במקצוע, ובכמה מהמקצועות - גם אפשרות מוגבלת לאפיקי הכנסה נוספים כמו עבודה בתאגידי בריאות⁴⁶ או עבודה מחוץ למסגרת בית החולים. הפערים בין הכנסות של רופאים מומחים העובדים בבית חולים ובין הכנסות של רופאים העובדים ברפואה הפרטית, ההולכת ומתפתחת, יצרו מצוקה בתחומי מומחיות מסוימים - למשל פתולוגיה, רדיולוגיה ונאונטולוגיה - שבהם האפשרות לעבוד מחוץ לבית החולים קטנה יותר.

בהקשר זה יש לציין כי משכורת הרופא תלויה מאוד במספר התורנויות והכונויות שהוא מבצע. אם הוא נעדר ממקום עבודתו, אם בשל חופשה ואם בשל מחלה, מילואים או השתלמויות, משכורתו קטנה במידה ניכרת. משכורתו קטנה גם ככל שהמחלקה גדלה, כי התורנויות והכונויות מתחלקות בין רופאים רבים יותר.

(ה) פגיעה באיכות חיי העבודה שנובעת מעומס יתר, משחיקה ומאי-שביעות רצון. החשיבות שמייחסים רופאים צעירים לפנאי ולבילוי עם המשפחה - נוכח הזמן שיהיה עליהם להשקיע בעבודה במקצועות רפואיים תובעניים ונוכח השכר שיקבלו תמורתה - היא גורם המשפיע על כך שרופאים אינם מתמחים במקצועות שבמצוקה.

45 כפי שעולה גם ממסמכים של משרד הבריאות.

46 על פי סעיף 21 לחוק יסודות התקציב, התשמ"ה-1985, "תאגיד בריאות" הוא "עמותה, אגודה שיתופית, חברה או כל גוף משפטי אחר הכשר לחיובים, לזכויות ולפעולות משפטיות, המוכר שירותי בריאות בתוך בית חולים ממשלתי או תוך שימוש במתקני בית חולים כאמור"; ליד כל בתי החולים הממשלתיים הכלליים יש תאגידי בריאות.

(1) עלייה בשיעור הנשים הפונות לרפואה. מנתוני משרד הבריאות עולה כי שיעור הנשים בקרב הרופאים המומחים עולה - שיעור הרופאות שגילן עד 65 שנה בשנת 2007 היה 34.4%, לעומת 27% בשנת 1995. בקרב הרופאים המומחים שגילם עד 45 שנה היה שיעורן גבוה יותר - 48% ב-2007 לעומת 30% ב-1995. לפי נתוני הר"י לשנת 2008, חלקן של הנשים בקרב המתמחים הוא 47%. המקצועות במצוקה מאופיינים כמקצועות רפואיים תובעניים, והדעה הרווחת היא שנשים אינן נוטות להתמחות במקצועות רפואיים שתובעים מהן להקדיש זמן רב לעבודה, וזאת בשל רצונן להקדיש זמן רב יותר למשפחה. לכן הן בוחרות להתמחות במקצועות שאינם במצוקה.

2. (א) בדצמבר 2000 מינה ראש הממשלה דאז "ועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה" (להלן - ועדת אמוראי). דוח הוועדה הוגש בסוף שנת 2002. מהדוח עולה כי הוועדה התרשמה שבכמה מקצועות רפואיים המצוקה קשה מאוד, ויש להתמודד עם הבעיה בדחיפות, ובכלל זה יש לבדוק את שורשי הבעיה בדיוק מעמיקה ולהציג לה פתרונות לטווח הקצר ולטווח הארוך. הוועדה המליצה להקים פורום קבוע בראשות משרד הבריאות ובהשתתפות משרד האוצר והמועצה המדעית של הר"י⁴⁷, שיגדיר מדדים לבחינת קיומה של מצוקה בהתמחות רפואית מסוימת ויגבש תכנית התערבות לשיפור המצב. כן המליצה הוועדה לקבוע מנגנון מובנה לתמרוץ מקצועות חיוניים שיוגדרו "מקצועות במצוקה".

בביקורת הועלה כי לא הוקם פורום כאמור וכי למשרד הבריאות אין נתונים על מספר העוסקים בפועל במקצועות השונים ועל היקפה של המצוקה ועל מידת חומרתה. כמו כן רק בדצמבר 2008, לאחר מועד סיום הביקורת, הגדיר המשרד כמה מקצועות כ"נמצאים במצוקה" או מקצועות ש"יש בהם חשש להתפתחות מצוקה" ("חשש למצוקה").

(ב) ועדת אמוראי קבעה כי אין מדיניות ברורה ואין שיקולים כלל-מערכתיים הנוגעים למספר המומחים והמתמחים הדרוש במקצועות השונים על בסיס צרכים דמוגרפיים-אפידמיולוגיים. הוועדה קבעה שעל משרד הבריאות לבצע אחת לחמש שנים מיפוי ארצי של הצורך במומחים, והמיפוי ייעשה על בסיס מקצועות, היקף פעילות, כמות כוח אדם רפואי וסיווגו. עוד קבעה הוועדה כי על משרד הבריאות להקים מנגנון לניתוב מתמחים למקצועות חיוניים על פי צרכי מערכת הבריאות.

נמצא כי משרד הבריאות לא יישם את המלצות הוועדה.

בביקורת הועלה כי הוועדות לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים התמקדו בעיקר בהיבט התכנוני של הרחבת מסגרת ההכשרה של כוח האדם במקצוע הרפואה, ולא עסקו בהתפלגות הרופאים בין ההתמחויות השונות. המדד לחיזוי מספר הרופאים לאלף נפש, שלפיו נמדד המחסור ברופאים, הוא כללי ביותר ואין הוא מביא בחשבון שינויים דמוגרפיים, שינויים טכנולוגיים, דפוסי תחלואה ופיזור גאוגרפי, וכן אין הוא מביא בחשבון את האופן הרצוי של החלוקה להתמחויות, ובייחוד בתחומים רפואיים שכבר מוגדרים "מקצועות במצוקה" ושיש בהם מחסור ברופאים ובמתמחים.

(ג) בשל חילוקי דעות בנושא תוספות השכר לרופאים, משנת 2005 התקיימה בוורות (להלן - הבוררות), שהצדדים לה היו הר"י, המדינה, הכללית והסתדרות מדיצינית הדסה. הבוררות עסקה בנושא חידוש הסכם השכר הקיבוצי, זאת לאחר שהמשא ומתן בין הצדדים הגיע למבוי סתום.

47 הזרוע המדעית של הר"י, המופקדת על פי פקודת הרופאים על התכנון, הביצוע והפיקוח במערכות ההתמחות של רופאים בישראל.

נוכח המלצות ועדת אמוראי נעשו דיונים בראשות מנכ"ל משרד ראש הממשלה לסיכום עמדותיהם של משרד האוצר ושל משרד הבריאות כלפי המלצות אלה. מטיטת מסמך של משרד האוצר מאפריל 2008 בנושא "דוח ועדת אמוראי - סיכום עמדת המדינה ועמדת הר"י" עולה כי המדינה הסכימה לדון במסגרת הבוררות באופן התגמול שיינתן למקצועות במצוקה, באופיו ובגובהו.

בסוף נובמבר 2008 ניתן פסק בוררות בנושא שכר הרופאים, ולפיו הרופאים במגזר הציבורי יקבלו תוספת שכר של 23.5%. לרופאים במקצועות הרדמה, טיפול נמרץ לסוגיו ונאונטולוגיה נקבע עוד תגמול. על פי פסק הבוררות, סכום התוספת לרופאים מומחים יחושב לפי 0.7% משכרם המשולב של הרופאים במערכת הציבורית שעליהם חל פסק הבוררות, והמתמחים יקבלו 50% מתוספת זו. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2008 מסר המשנה לממונה על השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר כי גובה התוספת טרם נקבע סופית.

3. ועדת בן נון לבדיקת כוח אדם רפואי וסיעודי במערכת הבריאות, שמונתה כאמור בידי מנכ"ל משרד הבריאות בסוף 2006, אמורה לדון גם בנושא צורכי כוח אדם בהתמחויות במקצועות הרפואה.

בעת סיכום הביקורת, נובמבר 2008, טרם סיימה הוועדה את עבודתה בנושא זה.

4. אף על פי שמשרד הבריאות אמור להיות אחראי לתכנון כוח אדם רפואי, הרי שבפועל היקפו ואיכותו של כוח האדם הרפואי נקבעים בעיקר בידי אחרים: המל"ג, הקובעת את מספר הסטודנטים לרפואה; המועצה המדעית של הר"י, הקובעת את פוטנציאל ההתמחות וממליצה על מוסדות התמחות מוכרים; והנהלות בתי החולים, הקובעות את מספר המתמחים בפועל.

כאמור, הכשרת רופא נמשכת בדרך כלל 11 שנים, בהן שבע שנות לימודים בסיסיות ועוד כארבע שנים של התמחות. רופא הבוחר להתמחות התמחות-על צריך ללמוד לשם כך עוד שלוש שנים. אף כי מידת השליטה של משרד הבריאות בתהליך ההתמחות היא קטנה, ואף כי יכולתו לכוון ולנתב את הרופאים להתמחות במקצועות מסוימים היא מוגבלת, חשוב שיפעל בשיתוף המל"ג והר"י להכשיר רופאים על פי צורכי מערכת הבריאות, ויש להתחיל לפעול בנושא מיד.



תחום הרפואה נמצא בשינוי מתמיד, ולכן גם מספר המתמחים הנדרשים בכל תחום משתנה כל העת. אמנם התפתחויות טכנולוגיות, שינויים דמוגרפיים ושינויים בדפוסי המחלות מקשים על הגורמים האחראים לתכנון את מצבת כוח האדם במקצועות רפואיים מסוימים לטווח הרחוק, אך לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח המצוקה שכבר שרויים בה חלק ממקצועות הרפואה, יש למצוא מיד פתרונות לטווח הקצר. על משרד הבריאות לבחון עם המועצה המדעית את תהליך ההתמחות במגוון מקצועות הרפואה, ובייחוד את תהליך ההתמחות במקצועות המוגדרים כ"נמצאים במצוקה" - לבחון את תוכן הלימודים, את משך הלימודים, את דרכי ההתערבות בבחירת מקצוע ההתמחות ואת המשתנים המשפיעים על בחירת כיוון ההתמחות - ולהציע דרכים לניתוב כוח אדם למקצועות אלה.

על המשרד למפות - גם מבחינה גאוגרפית - את כוח האדם במקצועות הרפואה השונים, לאסוף נתונים עדכניים מבתי החולים, מקופות החולים ומהר"י, וליצור בסיס נתונים שעל פיו יהיה אפשר לגבש מערכת כללים להגדרת מקצוע כמצוי במצוקה, לבחון את היקף מצוקת כוח האדם בכל מקצוע ולהציע דרכים לפתרונה.

סקירת מצוקת כוח האדם במקצועות הרפואה השונים

מקצועות שהוכרו כמצויים במצוקה

הרדמה

ההרדמה הוא מקצוע המשרת מחלקות רבות בבתי החולים. מלבד הפעילות בחדרי הניתוח, להרדמה יש גם תפקיד חשוב וחיוני ביחידות לטיפול נמרץ, בחדרי הלידה (הרדמה אפידורלית), ביחידות הטראומה, בתחום הרפואה הדחופה ובטיפול בכאב. מספר הפרוצדורות הדורשות פעולת הרדמה, למשל ניתוחים קיסריים והרדמה אפידורלית לשיכוך כאבים בזמן הלידה, נמצא בעלייה מתמדת, והדבר מצריך כוח אדם מיומן יותר ורב יותר.

1. מקצוע ההרדמה נמצא במשבר, ויש מחסור ברופאים מרדימים. רובם הגדול של המצטרפים בשנות התשעים של המאה הקודמת להתמחות בהרדמה היו עולים חדשים ממדינות חבר העמים, ויותר ממחציתם סיימו את לימודי הרפואה לפני יותר מעשר שנים. עם הירידה במספר העולים ירד מאוד היצע הרופאים המרדימים בוגרי בתי ספר לרפואה בחו"ל. ולא זו בלבד, אלא שגם מספרם של בוגרי בתי ספר לרפואה בארץ הפונים להתמחות בהרדמה יורד בהתמדה.

הביקורת העלתה כי אכן יש מצוקה במקצוע ההרדמה, והמצוקה נובעת ממחסור ברופאים מומחים ובמתמחים.

ממחקר בנושא כוח אדם של מרדימים בישראל⁴⁸ עולה כי בשנת 2005 היו בה 711 רופאים מרדימים, ולפי התחזית לשנים 2005-2015, יהיה צורך בכ-200-300 רופאים מרדימים חדשים כדי להחליף את אלה שיפרשו וכתוספת לכוח האדם שיידרש עקב הגידול שיחול באוכלוסייה.

מהמסמכים של איגוד המרדימים בישראל עולה כי בשנת 2007 היו בארץ 704 רופאים מרדימים - מומחים ומתמחים, ובכל מחלקות ההרדמה בארץ היה חוסר של כ-30% ברופאים מומחים ובמתמחים בהשוואה לתקן הנדרש, וכי משנת 1998 יותר מ-10% מהרופאים המומחים בהרדמה בישראל היגרו לחו"ל. כן עולה ממסמכים של האיגוד כי פחות מ-1% מבוגרי בתי הספר לרפואה בארץ בוחרים להתמחות בהרדמה.

בתשובתו מנובמבר 2008 למשרד מבקר המדינה ציין משרד הבריאות כי הירידה במספר מקבלי תעודת מומחה בהרדמה התמתנה: 26 ב-2007 לעומת 15 ב-2006 ו-24 ב-2005. עם זאת ציין המשרד שעדיין צפוי מחסור נוכח הצרכים במקצוע ונוכח הגידול הצפוי באוכלוסייה, ולכן המקצוע הוצב בראש רשימת המקצועות שבמצוקה.

כן עולה מהמסמכים של איגוד המרדמים שהמחזור ברופאים מרדמים גורם לדחיית ניתוחים, להמתנה ממושכת לניתוחים - לא רק ניתוחים מתוכננים⁴⁹ אלא גם ניתוחים דחופים וחצי דחופים - לירידה בבטיחות ההרדמה, ולכך שילדות נאלצות ללדת בלי רופא מרדים. כמו כן עולה מהמסמכים כי בכמה בתי חולים רופא מרדים מומחה משגיח על כמה חדרי ניתוח, בעת ובעונה אחת, שחלקם מאוישים בידי מתמחים בתחום ההרדמה, ומשום כך קטנה האפשרות למתן מענה הולם בזמן חירום. עוד עולה מהמסמכים שהזמן המוקדש ללימוד מתמחים מתקצר, והוצאת מתמחים לתחלופה בין מחלקות, המתחייבת מתכנית ההתמחות, מתעכבת.

כדי למשוך מתמחים למקצוע ההרדמה נעשה במאי 2006 מסע פרסום להעלאת המודעות הציבורית לחשיבותו של המקצוע, וזאת מתוך כוונה להשפיע על רופאים צעירים לבחור לעסוק בו. למתמחים אף הוצע מענק בסך 100,000 ש"ח למי שיתמחה בתחום ויישאר בו חמש שנים. לדברי יו"ר איגוד המרדמים מסע הפרסום לא משך מתמחים למקצוע, ואין במענק משום תמריץ ממשי לבחור בו. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2008 ציין יו"ר האיגוד כי רק הגדלה ניכרת של השכר לרופאים מרדמים, בעיקר לאחר תום שנות ההתמחות, והגדלת התשלום המשולם להם בתמורה לתורנויות ולכוננויות יש בהם כדי למשוך רופאים חדשים לעסוק בהרדמה.

2. החוסר ברופאים מרדמים גדול בפריפריה יותר מבמרכז הארץ. יכולת ההשתכרות של הרופאים בעבודה נוספת מוגבלת, ומנתונים שהועברו לביקורת מהמרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה שבבאר שבע (להלן - סורוקה) עולה כי בשנת 2007 שלושה רופאים מרדמים עזבו אותו ועברו למרכז הארץ.

טיפול נמרץ ילדים

היחידות לטיפול נמרץ ילדים הן ציר מרכזי, חיוני וקריטי בתפקוד בית החולים. ביחידות אלה מתרכז הטיפול בילדים במצב קריטי ובילדים במצב קשה שמצבם הידרדר במחלקות אשפוז אחרות - בחדרי ניתוח, לאחר ניתוח לב, בחדרי מיון וביחידות טראומה.

כיום פועלות בארץ 14 יחידות לטיפול נמרץ ילדים, והן מטפלות בכ-6,000 ילדים בשנה. בבדיקה שעשה האיגוד הישראלי לטיפול נמרץ ילדים עלה כי בנובמבר 2008 היה מספר הרופאים המומחים בתחום זה 25, בעוד על פי התקנה שנקבעה⁵⁰ מספר הרופאים הדרוש בפועל ביחידות לטיפול נמרץ ילדים הוא כ-45. ממסמכי האיגוד עולה כי יש מחסור הן ברופאים למילוי התקנים הקיימים והן מחסור בתקנים, דבר שגורם לעומס על הרופאים. כן עולה שיש מצוקת מיטות קבועה הנובעת מגידול האוכלוסייה, ממורכבות החולים ומריבוי ניתוחים מסובכים.

הביקורת העלתה כי לא זו בלבד שיש מצוקה במקצוע טיפול נמרץ ילדים עקב מחסור ברופאים מומחים, אלא שיש מצוקה גם בעתודה המקצועית בתחום.

לדברי יו"ר האיגוד הישראלי לטיפול נמרץ ילדים, העבודה במקצוע מתאפיינת בשעות עבודה ממושכות ובכוננויות פעילות במיוחד. הדבר גורם לשחיקה רבה בקרב הרופאים, לכך שרופאים רבים עוזבים את המקצוע או עוזבים לחו"ל ולכך שמתמחים אינם נמשכים למקצוע. ממסמכי האיגוד עולה כי בשנים 2001-2007 עזבו את הארץ או פרשו מעבודה פעילה בטיפול נמרץ ילדים 15 רופאים; בשנת 2008 שלושה רופאים מתמחים עברו הכשרה בארץ, ושום מתמחה לא עבר

49 בעניין זה ראו את הפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.
50 התקן שנקבע כבר בשנת 1977 ליחידות לטיפול נמרץ ילדים קובע כי ביחידות שיש בהן 12 מיטות לכל היותר יהיו מנהל ורופא לכל שלוש מיטות; ואם יש יותר מ-12 מיטות ביחידה, יהיו מנהל ורופא לכל ארבע מיטות.

הכשרה במקצוע בחו"ל; וחמישה רופאים אמורים לצאת בשנים הקרובות לגמלאות. כך שלדברי יו"ר האיגוד במצב המתואר לעיל לא יהיה אפשר לאייש תקנים גם אם יגדילו את השכר או יסיפו תקנים.

רפואת יילודים (תינוקות ופגים)

רפואת יילודים כוללת מתן שירותי ייעוץ טרום לידתיים בהיריונות בני-סיכון, הגשת טיפול ליילוד בחדר לידה, מעקב וטיפול ביילוד הבריא, מעקב וטיפול ביילוד החולה ובעל המום ביחידות לטיפול מיוחד ביילוד - כולל תינוקות שמשקלם בלידה בשלבים מוקדמים של ההיריון היה נמוך.

בארץ פועלות 25 יחידות לטיפול מיוחד ביילוד (להלן - פגיות). במהלך השנים עלה מספרם של התינוקות המאושפזים בפגיות, וגם חלקם היחסי באוכלוסיית התינוקות גדל. כמו כן עלה מספרם של התינוקות שמשקלם בלידה היה נמוך מאוד (עד 1,500 גרם) ושנותרו בחיים.

1. בביקורת שעשה משרד מבקר המדינה בשנת 2003⁵¹ (להלן - הביקורת מ-2003) בנושא פגיות הועלה כי התקנים לכוח האדם הרפואי בפגיות, שנקבעו לפי נוסחה שגובשה בכמה הסכמים בשנים 1977-1985, נקבעו לפי מספר מיטות האשפוז בפגייה, בלי הבדל בין תינוקות שזקוקים לטיפול נמרץ ובין תינוקות שאושפזו בפגייה רק לשם התפתחות. תקנים אלה לא עודכנו שנים רבות, כך שאינם נותנים מענה הולם לצרכים האמתיים, הנובעים, בין היתר, משינויים באוכלוסיית המטופלים או מהכנסתן לשימוש של טכנולוגיות חדשות.

עוד העלתה הביקורת מ-2003 כי בכמה בתי חולים היה קושי לאייש את התקנים הקיימים בשל מחסור ברופאים מומחים לטיפול בפגים. משרד מבקר המדינה העיר אז כי על משרד הבריאות לבחון את הצעדים הדרושים לטיפול יעיל ומהיר בבעיית המחסור המסתמן ברופאים נאונטולוגים.

הביקורת מ-2003 העלתה גם כי התקנים לכוח אדם סיעודי בתחום זה, שנקבעו בשנים 1993-1997 נקבעו לפי מספר מיטות האשפוז בפגייה ובלי הבדל בין סוגי הטיפול השונים. עוד העלתה הביקורת כי יש מחסור חמור בכוח אדם סיעודי, והדבר משפיע על הטיפול הניתן לתינוקות המאושפזים בפגייה לטיפול המשכי לשם החלמתם ועל הטיפול הניתן לתינוקות שיש להם מחלה כרונית והם זקוקים להשגחה לשם התפתחות.

2. הביקורת הנוכחית העלתה כי המחסור ברופאים מומחים לטיפול בפגים עדיין גדול, ועל פי נתוני האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה, בשנת 2008 אוישו כ-80% מתקני הרופאים בפגיות, תקנים שנקבעו בהסכמים הקיבוציים שנחתמו עם הרופאים בשנים קודמות. עוד עולה מנתוני האיגוד כי מספר הנאונטולוגים העובדים הוא 96, 15 מהם בני 61-67, ורק ארבעה בני 36-40. כן עולה כי בשנים 2002-2007 פרשו לגמלאות או עזבו את בתי החולים בארץ 34 נאונטולוגים (26.8% מכלל הנאונטולוגים), בהם חמישה שהיגרו לחו"ל.

בתשובתו למבקר המדינה מציין משרד הבריאות כי על פי הנתונים שבידו, מספר מקבלי תעודת מומחה בנאונטולוגיה בשנים 2002-2007 היה 29.

ממסמכי האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה עולה כי מסך כל היילודים בשנה - כ-150,000 - אחוז היילודים שמשקלם בלידה נמוך מאוד הוא 1%, וכי מאז נקבעה התקנה של הרופאים חל גידול ניכר במספר הניתוחים הקיסריים המחייבים נוכחות רופא יילודים - מ-7% ב-1970 ל-20% ב-2008, וחלה עלייה של 50% בשיעור היולדות. כל אלה העלו במידה רבה את עומס העבודה המוטל על הנאונטולוגים. מנגד יש מחסור חמור ברופאים ובמתמחים במקצוע, והתקנה של כוח האדם לא עודכנה.

51 מבקר המדינה, דוח שנתי 254 (2004), עמ' 400.

מחקרים שפורסמו באנגליה ובארצות הברית⁵² מעידים כי היחס שבין מספר האחיות והרופאים למספר הפגים המטופלים בפגיות קשור לשכיחות הזיהומים ולתמותה בפגיות. בבדיקה שעשה יו"ר האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה בשנת 2008 עלה שבישראל שיעור הזיהומים ביילודים שמשקלם בלידה היה נמוך מאוד גדול ב-50% משיעור הזיהומים ביילודים כאלה בעולם המערבי. לכך עלולה להיות השפעה על שיעור התמותה ועל הסיבוכים הרפואיים.

ראוי לציין כי בביקורת מ-2003 צוין שמנתוני האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה לשנת 2002 עלה כי שכיחות הזיהומים הנרכשים בתינוקות שמשקלם בלידה נמוך מאוד בארץ הייתה 30%, לעומת 21% בארצות הברית ו-15.6% בספרד, כלומר ששכיחות הזיהומים בארץ גבוהה פי כ-1.4 משכיחותם בארצות הברית ופי כ-1.9 מהשכיחות בספרד. בביקורת צוין שבמחקר העוסק במאפיינים של זיהומים נרכשים בתינוקות שמשקלם בלידה היה נמוך מאוד בישראל⁵³ הודגש שהמחסור בכוח אדם בפגיות בארץ עלול להיות גורם סיכון לזיהומים, והוא יכול להסביר את השכיחות הגבוהה של זיהומים נרכשים.

3. מנתוני האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה הועלה גם כי חסרים 78 תקנים של רופאים למחלקות היילודים, זאת נוסף על חוסר של 20% בתקני הרופאים בפגיות, כאמור. מכיוון שאין הפרדה בתקינה בבתי החולים בין יילודים לפגים, רופאים מנוידים מהפגיות למחלקות היילודים.

ג ר י א ט ר י ה

בישראל יש יותר מ-700,000 קשישים בני 65 ומעלה, ומספרם הולך וגדל. דבר זה מגביר את הצורך ברופאים גריאטריים רבים יותר.

1. בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בשנת 2005⁵⁴ בנושא הטיפול בקשיש הסיעודי הועלה כי משרד הבריאות לא נערך כראוי להכשרת רופאים מומחים ואחיות מוסמכות בתחום הגריאטריה, וכי בדצמבר 2005, נוסף על 150 הרופאים הגריאטריים שהיו באותה עת, היו דרושים לפי הערכת משרד הבריאות כ-500 רופאים, כ-130 מהם בקהילה, והיתר בבתי החולים. משרד הבריאות הסביר כי חישוב זה אינו מביא בחשבון את הגידול הצפוי באוכלוסיית הקשישים ואת התחלופה של רופאים מומחים שפורשים. משרד מבקר המדינה העיר אז למשרד הבריאות כי עליו לפעול ביתר שאת כדי לעודד רופאים להתמחות במקצוע זה ולעודד אחיות ללמוד להסמכה בתחום.

בביקורת הנוכחית הועלה כי עדיין יש מצוקה קשה של כוח אדם במקצוע הגריאטריה, והיא נובעת ממחסור ברופאים מומחים ובמתמחים בתחום.

52 ראו:

Karen E StC Hamilton, Margaret E Redshaw, William Tarnow-Mordi, "Nurse staffing in relation to risk-adjusted mortality in neonatal care", Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. 2007;92:F79; Jeannie P. Cimiotti, DNS, RN; Janet Haas, MS; Lisa Saiman, MD, MPH; Elaine L. Larson, PhD, "Impact of Staffing on Bloodstream Infections in the Neonatal Intensive Care", Arch. Pediatr Adolesc Med 2006;160: 832-836.

53 ראו:

Makhoul, Imad R., MD, DSc; Polo Sujov, MD; Tatiana Smolkin, MD; Ayala Lusky, MSc and Brian Reichman, MBChB, "Epidemiological, Clinical and Microbiological Characteristics of Late-Onset Sepsis Among Very Low Birth Weight Infants in Israel: A National Survey", Collaboration with the Israel Neonatal Network, Pediatrics, vol 109 no. 1 (January 2002), 34-39.

54 מבקר המדינה, דוח שנתי 56 (2006), עמ' 571.

מנתוני האיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית מאוקטובר 2008 עולה כי בשירות הציבורי יש משרות פנויות של חמישה מתמחים לפחות.

מדיון במועצה הלאומית לגריאטריה ממאי 2008 הועלה כי אכן יש מחסור ברופאים, והועלו בו כמה הצעות למשיכת כוח אדם למקצוע, ובהן תמריצים כלכליים ושינויים במסגרת ההתמחות, שתיעשה בחלקה בחו"ל. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מאוקטובר 2008 ציין יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית כי מלגות לימודים ותמריצים כלכליים לא פתרו את הבעיה. כך למשל, אף על פי שארגון אש"ל⁵⁵ העניק ב-2005 למומחים ברפואה פנימית ורפואת משפחה חמש מלגות בסך 100,000 כל אחת למשך שנתיים ונסיעת השתלמות בחו"ל, כל זאת כדי שיתמחו בגריאטריה, חולקו רק שתי מלגות. ליתר המלגות כלל לא הוגשה מועמדות.

2. במחקר שעסק בהערכת מספר הרופאים הגריאטריים שיידרשו בשנים 2000-2020⁵⁶ הועלה כי אף על פי שחלה עלייה במספר הקשישים בישראל, לא נעשתה בידי משרד הבריאות הערכה באשר למספר מומחי הגריאטריה שיידרשו באותן השנים. על פי המחקר, בישראל יש 170 רופאים מומחים בגריאטריה. במחקר צוין כי לא ברור באיזו מידה עונה מספר זה על צורכי האוכלוסייה. על פי הערכת החוקרים שכתבו את המחקר, בשנת 2010 יהיו דרושים יותר מ-600 רופאים מומחים בגריאטריה, וב-2020 - יותר מ-850.

מנתוני מחקר ברוקדייל עולה כי בשנים 2000-2005 רק 111 מאותם 646 מסיימי התמחות ברפואה פנימית פנו להתמחות בגריאטריה; בשנת 2005 פנו להתמחות זאת 14 רופאים בלבד, לעומת 23 בשנת 2000. גם על פי נתוני משרד הבריאות חלה באותן שנים ירידה במספר מקבלי תעודת מומחה בגריאטריה: 12 בשנת 2005 ו-13 בשנת 2007, לעומת 23 בשנת 2000. עם זאת לפי נתוני המשרד עד סוף שנת 2007 סיימו 73 מתמחים את התמחותם.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה, מסוף ינואר 2009 מסר משרד הבריאות כי "המשרד מעורב באופן בלתי אמצעי בעידוד ומימון התמחות בגריאטריה" וכי "מתקיימת היערכות משותפת לאש"ל ולמשרד למימון התמחות ל-20 מתמחים נוספים בגריאטריה".

מקצועות שיש חשש שתתפתח בהם מצוקת כוח אדם⁵⁷

רפואת ילדים (פדיאטריה)

מגוון השירותים שנותנות המחלקות לילדים בבתי החולים גדל במשך השנים, בייחוד לאחר שהוקמו יחידות לאשפוז יום ויחידות של התמחויות-על. יחידות אלה קמות לעתים ללא תקנון מתאים, והן חולקות את מצבת כוח האדם עם מחלקות הילדים.

1. ההסתעפות של השירותים הפדיאטריים הביאה לידי כך שהרופא המתמחה ברפואת ילדים עובד בעת התמחותו לא רק במחלקת ילדים אלא גם במחלקת ילודים, במרפאה קהילתית, ביחידה לאשפוז יום, ביחידה לטיפול נמרץ ילדים ובמיון ילדים, וכל זאת נוסף על לימודים אקדמיים. ממסמכים של איגוד רופאי הילדים בישראל עולה כי זאת הסיבה לכך שהמתמחים נמצאים במחלקת הילדים כ-14 חודשים נטו מסך כל 4.5 שנות ההתמחות שלהם. יו"ר האיגוד מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי הדבר פוגע הן בהמשך הטיפול בילדים, שכן המתמחים אינם מכירים את החולים באופן הראוי, והן בהדרכת המתמחים. לדבריו, הצורך במתן כיסוי של תורנות בכל מיני מחלקות -

55 אגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן.

56 יאן פרס, מרק א' קלרפילד, הערכת המספר הדרוש של רופאים גריאטריים בישראל 2000-2020, הרפואה כרך 147, חוברת ב', פברואר 2008.

57 על פי מסמכי האיגודים הרפואיים המקצועיים וכן על פי מחקרים, המקצועות המפורטים להלן כבר מצויים במצוקה.

ילדים, מיון, טיפול נמרץ ויילודים - גורם לעתים למחסור ברופאים מתמחים שימלאו את מצבת התורנויות, ולכן משתמשים בתורנים שאינם מתמחים במחלקות הילדים (תורני חוץ), שהמיומנות שלהם נמוכה מזו של המתמחים.

2. (א) לפי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2006 היו בבתי החולים ובקהילה 1,786 רופאים שגילם עד 65, שהם מומחים ברפואת ילדים. בדיונים מינואר ומנובמבר 2007 במועצה הלאומית לבריאות הילד ופדיאטריה ובמועצה הלאומית לבריאות הקהילה⁵⁸ (להלן - המועצות הלאומיות) בנושא כוח אדם צוין כי כ-24% מרופאי הילדים הם בני 55-64, והמספר הצפוי של המסיימים התמחות ברפואת ילדים קטן ממספרם של אלה העומדים לפרוש לגמלאות, והדבר יגרום למחסור ברופאים בתחום.

מנתוני איגוד רופאי הילדים עולה כי מספר המתמחים ברפואת ילדים שהחלו את התמחותם בשנת 2006 היה 61, זאת לעומת 84 מתמחים שהחלו את התמחותם בה בשנת 2001.

(ב) בדיוני המועצות הלאומיות צוין גם שמספר בוגרי ההתמחות ברפואת ילדים הפונים לקהילה קטן, וכי רופאי משפחה המוכשרים לטפל בילדים בקהילה במסגרת תכניות ההתמחות ברפואת המשפחה רבים מהרופאים המוכשרים לטפל בקהילה במסגרת תכניות ההתמחות ברפואת ילדים. יו"ר האיגוד מסר למשרד מבקר המדינה, כי הדבר פוגע באיכות הטיפול בילדים.

ממחקר של משרד הבריאות בנושא הרופא בקהילה⁵⁹ עולה כי צפוי מחסור ברופאים מומחים בילדים ברפואה הראשונית בקהילה: בשנת 2013, למשל, צפוי שרק 31.5% מהרופאים בעלי תעודות מומחיות ברפואת ילדים יעבדו בקהילה, וזאת לעומת 48.6% שעבדו בה ב-2003 ו-39.1% שעבדו בה ב-2008. על פי המחקר, בשנת 2023 צפוי ששיעור זה יהיה 20.4% בלבד.

(ג) לפי נתוני משרד הבריאות, שיעור הנשים בקרב רופאי הילדים המומחים היה בשנת 2007 45%. על פי נתוני הר"י, בקרב המתמחים ברפואת ילדים היה שיעור הנשים באותה השנה 59%. כאמור, נשים רופאות נוטות לעבוד במשרה חלקית, וגם דבר זה מגדיל את המחסור ברופאי ילדים.

ר ד י ו ל ו ג י ה

ההתפתחות הטכנולוגית בתחום הדימות - טומוגרפיה ממוחשבת (CT), אולטרא סאונד (US), הדמיית תהודה מגנטית (MRI) וממוגרפיה - שהחלה במחצית השנייה של שנות השבעים של המאה הקודמת, הגדילה במידה רבה את צריכת שירותי הדימות, והשימוש בטכנולוגיות המתקדמות אף הצריכה התמקצעות בתחום.

בשל ההתפתחות הטכנולוגית חל שינוי בדפוסי העבודה ובאופן שבו נתפס תפקידן של מחלקות הדימות: מחלקות הדימות הן לא רק מחלקות אבחון אלא מחלקות העוסקות גם במעורבות טיפולית ואבחנתית-פולשנית. השינויים בדפוסי העבודה גרמו לדרישה מוגברת של שירותי הדימות המתקדמים, וממסמכים של משרד הבריאות ושל איגוד הרדיולוגים בישראל עולה כי מאז שנות השמונים של המאה הקודמת חלה עלייה של יותר מ-300% בכמות הבדיקות ובמורכבותן. כמו כן, מחלקות הדימות הפכו ציר מרכזי בטיפול הרפואי, והדבר הגדיל במידה ניכרת את הביקוש לרופאים ולטכנאים המפעילים את המכשירים ומפענחים את ממצאיהם.

58 המועצות הלאומיות הן גופים מייצגים מקצועיים בתחומי הבריאות. תפקידן לסייע למנכ"ל משרד הבריאות, בין היתר, בהתוויית מדיניות בריאות. ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 49 (1999), עמ' 130.

59 ראו הערה 38.

1. בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בשנת 2002 בנושא תכנון כוח אדם בתחום הדימויות⁶⁰ הועלה כי משנת 1995 ואילך התריעה המועצה הלאומית לדימויות לפני הנהלת משרד הבריאות על מחסור בכוח אדם בתחום הדימויות, ואף על פי שהנהלת משרד הבריאות הייתה ערה שנים רבות למחסור זה ולצורך לקבוע את מספר התקנים הרצוי של רופאים וטכנאים בתחום זה, לא עשה המשרד בעניין זה דבר. כן הועלה בביקורת ההיא כי למשרד הבריאות אין נתונים על צורכי המערכת בתחום הדימויות, ולכן אי-אפשר לעסוק בתכנון כוח אדם. משרד מבקר המדינה העיר אז למשרד הבריאות כי הגידול הניכר במספר הבדיקות מחייב תוספות ניכרות של תקנים לרופאים ולטכנאים, וכי כדי לקבוע את היקף התוספות הנדרשות יש לבחון את מצאי כוח האדם ולקבוע כמה רופאים מומחים, רופאים מתמחים וטכנאים בתחום זה נדרשים למערכת בהווה ובעתיד.

2. בביקורת הנוכחית הועלה כי נושא התקנים טרם הוסדר וקיים חשש שמא תפתח במקצוע מצוקה עקב מחסור בכוח אדם. לפי נתונים של איגוד הרדיולוגים בישראל לשנת 2007, בבתי החולים עובדים כ-580 רדיולוגים, וחסרים כ-200.

"ועדה לבחינת צרכי כוח אדם בתחומי הדימויות השונים לאור התפתחות המקצוע - רופאים ורנטגנאים" (להלן - ועדת הדימויות), שבראשה עמד יו"ר המועצה הלאומית לדימויות, הגישה ביולי 2005 למשנה למנכ"ל משרד הבריאות דאז, שהיה אז גם ראש מינהל הרפואה במשרד הבריאות, מסמך שבו צוין כי התקינה שעל פיה מתנהלת כל הפעילות המקצועית בתחום הדימויות נקבעה בשנת 1977, על סף השינויים שחלו בתחום הדימויות. הוועדה קבעה כי ההתמקצעות לתת-התמחויות הנותנות שירותים למגוון עצום של פעולות קליניות ולפריסה גדולה של שירותי הדימויות, השינויים הטכנולוגיים והשינויים בדפוסי העבודה, כל אלה דורשים מענה שונה לצורכי כוח האדם, והם צריכים למצוא את ביטויים בתקינה מתאימה ברמת היחידות ובכוננויות. הוועדה ציינה כי בתקינה הקיימת אין כל ביטוי לפעילות האמבולטורית.

ועדת הדימויות ציינה גם כי בשל המצוקה בכוח האדם הומרו תקני מתמחים בתקני מומחים, ולכן מספר המתמחים שאפשר להעסיק קטן, ומשום כך צפויה פגיעה בעתודת המקצוע. ממסמכי איגוד הרדיולוגים עולה כי המרת תקני מתמחים בתקני מומחים אכן גורמת למחסור במתמחים ולירידה במספר הפונים להתמחות - 45 ב-1996, 30 ב-2000, 20 ב-2007 ו-14 ב-2008. כן היא גורמת להגירה של מומחים - בשנים 2000-2007 כ-15% מהם מהגרים לחו"ל, זאת מכיוון שתקני המומחים מוגבלים ואין אפשרות להעסיקם בארץ.

ועדת הדימויות המליצה להנהיג שיטת תקינה המבוססת על מספר בדיקות למיטה ולא על מספר המיטות, וכן המליצה להנהיג שיטה המבוססת על ההבדלים בין הבדיקות על פי מורכבותה של כל בדיקה ועל פי דפוסי העבודה הנדרשים בה - אבחון, טיפול והתערבות פולשנית. כן המליצה הוועדה לקבוע מפתח תקינה לפעילות אמבולטורית.

המלצות ועדת הדימויות לא יושמו, ובדיון במועצה הלאומית לדימויות מינואר 2008 צוין שיש מחסור חמור בכוח אדם בתחום הדימויות, שמספר הבדיקות נמצא בעלייה מתמדת, שמספר התקנים מוקפא, שהגיל הממוצע של הרדיולוגים הפעילים הולך ועולה בעוד מספרם הולך וקטן, ושההתמקצעות בתחום הטכנולוגיות המתקדמות מושך אליו כוח אדם צעיר ומדלל את כוח האדם העוסק בשירותי הדימויות האבחנתי הרגיל (למשל צילומי רנטגן). בדיון צוין כי מצב זה ילך ויחמיר, יפגע באיכות האבחון הרדיולוגי ויגרום לירידה בתחום הטיפול הקליני. לכן נקבע בדיון כי יש צורך דחוף לפתור את הבעיה על ידי הוספת תקנים.

ממסמכי איגוד הרדיולוגים ומדוח של ועדת הדימויות עולה כי עומס העבודה פוגע באיכות השירות: זמינות הבדיקות קטנה, כך שמשך ההמתנה לביצוע הבדיקות מתארך; גם משך ההמתנה לקבלת

הפענוח מתארך; כ-30% מצילומי הרנטגן לא מפוענחים; בדיקות מבוצעות ללא נוכחות של רדילוג. כמו כן, בגלל עומס העבודה הרדילוגים אינם מתפנים לעסוק בהוראה ובמחקר.

3. ועדת בן נון, שעסקה גם בצורכי כוח האדם במקצועות בריאות נוספים⁶¹, קבעה ברוח שני, שפרסמה בפברואר 2008, כי עקב הצפי לעלייה בביקוש לרנטגנאים, יש להגדיל את מספר התלמידים במוסדות לדימוס מ-100 במועד פרסום הדוח לכ-140 בכל שנה.



בתשובתו למשרד מבקר המדינה מסוף ינואר 2009 מסר משרד הבריאות כי ועדה המטפלת מטעם מנכ"ל המשרד "בנושא הרדילוגים והצרכים לטיפול הרדילוגי ברמה הלאומית עומדת להגיש את המלצותיה למנכ"ל לשם יישום הנדרש להעלאת איכות הטיפול הרדילוגי, כולל כוח אדם ותשתיות בהיבטים הדמוגרפי, הגיאוגרפי ושיעור התחלואה". כן מסר המשרד כי הוא החל לגבש תכנית להגדלת מספר הלומדים טכנאות רנטגן ב-30 תלמידים.

פתולוגיה

הפתולוגיה משמשת אבן יסוד לאבחון חולים ולטיפול בהם. במשך השנים חלו שינויים ברמת הפעילות במקצוע הפתולוגיה ובדרישות המקצועיות שלו. המערכת הרפואית התפתחה לתת-התמחויות שבמסגרתן יש דרישה לפעולות אבחנתיות פתולוגיות ייחודיות, ומשום כך גם המערכת הפתולוגית נדרשת לתת-התמקצעות. דבר זה הגדיל במידה ניכרת את מספר הבדיקות והעצים את מורכבותן, וכדי לעמוד בדרישות המקצועיות הללו יש להגדיל את מספר הרופאים המומחים.

נתונים של איגוד הפתולוגים בישראל מעידים על כך שבשנים 2000-2007 גדל מספר הביופסיות⁶² שנעשו בבתי החולים ב-30% בממוצע, ואילו מספר הרופאים שעבדו כפתולוגים בשנת 2008 - 149 - היה קטן בהרבה מהדרוש על פי התקינה שנקבעה⁶³ - 178 - וקטן בהרבה מהדרוש כדי לעמוד בעלייה בעומס העבודה. מה גם שלפי נתוני האיגוד, בשנים 2003-2007 סיימו התמחות 20 פתולוגים בלבד, ובשנת 2008 סיים התמחות מתמחה אחד בלבד.

ממסמכי האיגוד עולה שמקצוע הפתולוגיה מצוי במצוקה בכוח האדם דבר הגורם לעלייה בזמן ההמתנה לקבלת תוצאות הבדיקה, והדבר עלול לגרום לעיכוב בביצוע ניתוחים הדורשים ליווי של פתולוג. מצוקה זאת גורמת גם לקושי בהתמודדות עם תוצאות מורכבות, והדבר יכול לגרום לטעויות. המצוקה גורמת גם לפגיעה בעתודות המקצועיות ולחוסר יכולת לעסוק בהוראה ובמחקר.

כירורגיה כללית

משנות התשעים של המאה הקודמת עברה הכירורגיה הכללית שינויים רבים וניכרים. קופות החולים וגופים פרטיים הקימו מערכות שבהן מנותחים רוב החולים הזקוקים לניתוחים קטנים ובינוניים כמו

61 בריאות השן, ריפוי בעיסוק, הפרעות בתקשורת, פסיכולוגיה, פיזיותרפיה, רנטגן, דיאטנים, אופטומטריה ועובדי מעבדה.

62 דגימת רקמה מהגוף הנלקחת לצורך בדיקה אבחנתית, למשל של גידול סרטני.

63 התקן שנקבע ב-1976 קובע כי בכל מכון פתולוגי יהיה מנהל ועוד רופא מומחה, ונוסף על כך גם רופא לכל 100 מיטות בבית חולים.

תיקון בקעים, ניתוח ורידים, ביופסיות, כריתת שד, כריתת כיס מרה ופעולות לפרוסקופיות⁶⁴. עיקר החולים במחלקות הכירורגיות בבתי החולים הם חולים דחופים או חולים הזקוקים לניתוחים מורכבים שאי-אפשר לבצעם במסגרת אמבולטורית. כך הפכו בעצם המחלקות לכירורגיה כללית למחלקות לטיפול נמרץ המטפלות בחולים שמצבם קשה - חולים הזקוקים לצוותים מקצועיים גדולים ולניטור מתקדם. המקצוע מתאפיין בעומס עבודה רב - לא רק עבודה בחדרי ניתוח אלא גם עבודה בחדרי מיון, במחלקות הטראומה ובייעוץ מחוץ למחלקה. כל אלה משפיעים על כך שחלה ירידה ביוקרת המקצוע, ומספרם של המתמחים המוצאים בו עניין הולך וקטן.

1. (א) ממסמכי איגוד הכירורגים בישראל עולה שבשל התפתחויות טכנולוגיות המחייבות את המתמחים ללמוד שיטות כירורגיה חדשות, ובשל פיצול המקצוע להתמחויות-על, מתמחים מעדיפים שלא להמשיך להתמחות בכירורגיה אלא במקצועות כמו טראומה ולפרוסקופיה, שהם מקצועות תובעניים פחות, שהעניין המקצועי בהם גדול יותר ושהתגמול הכספי שמקבלים בהם גבוה יותר.

ממחקר ברוקדייל עולה כי כירורגים בכירים במחלקות לכירורגיה כללית עובדים בכל שבוע 75 שעות בממוצע, כולל כוננויות ותורנויות, זאת לעומת רופאים קרדיולוגים, העובדים בכל שבוע 65 שעות בממוצע; ולעומת גינקולוגים, רופאי אף-אוזן-גרון ורופאי עיניים, העובדים בכל שבוע 55 שעות בממוצע. כן עולה מהמחקר שהתשלום במחלקות הכירורגיות עבור כוננויות זהה לזה שבמחלקות אחרות, אף על פי שבפועל הכירורגים מבצעים ניתוחים בעת הכוננות, כך שהתגמול אינו תואם את ההשקעה בעבודה.

(ב) על פי נתוני איגוד הכירורגים בישראל, מספר המתמחים שהם בוגרי בתי ספר בארץ והתחילו להתמחות בכירורגיה הולך וקטן - 7 ב-2006 לעומת 18 בשנת 1999. נתוני משרד הבריאות מעידים על כך שבשנים 2000-2005 הלך וקטן גם מספר מקבלי הרישיונות החדשים בכירורגיה: 36 ב-2000, 27 ב-2003, 19 ב-2004 ו-15 ב-2005.

(ג) ממסמכי איגוד הכירורגים בישראל עולה כי כ-80% ממשורות המתמחים אוישו בשנת 2008 בידי בוגרי חו"ל. הערכת המומחים בתחום היא שרמת הלימוד של בוגרי חו"ל נמוכה מזו של בוגרי הארץ; לפי נתוני משרד הבריאות, בשנים 2003-2007 היה שיעור בוגרי חו"ל בקרב מקבלי הרישיונות החדשים 50%-60%. כן עולה מהנתונים כי אמנם ב-2006 גדל מספר מקבלי הרישיונות החדשים ל-26, אך 15 מהם היו בוגרי חו"ל. ב-2007 שוב ירד מספרם של מקבלי הרישיונות החדשים ל-19, ו-12 מהם היו בוגרי חו"ל.

שיעורן של הנשים הפונות לרפואה עולה, ועל פי נתוני המל"ג, בשנת 2004 שיעורן של הנשים שלמדו רפואה (שנה א) היה 55%. כמו כן, מנתוני משרד הבריאות עולה כאמור כי חלה עלייה גם בשיעור הנשים בקרב הרופאים המומחים. עם זאת, כירורגיה כללית הוא מקצוע התובע להקדיש זמן רב לעבודה, ונשים ממעטות להתמחות בו. מנתוני משרד הבריאות עולה כי שיעור הנשים המומחות בכירורגיה כללית מכלל מקצועות הרפואה נמוך יחסית לשיעורן במקצועות אחרים, וכי בשנים 2004-2007 שיעורן היה כ-8%. גם בכך יש כדי להסביר את המחסור ברופאים הפונים להתמחות בכירורגיה כללית וכדי להגביר את המצוקה בתחום.

ממסמכי איגוד הכירורגים בישראל עולה עוד כי מספר המועמדים למשרה פנויה במחלקות הכירורגיות פוחת, ויש בתי חולים שבהם תקנים של מתמחים לא מאוישים. כך למשל, באוגוסט 2008, בעת סיום הביקורת, כלל לא היו מתמחים בכירורגיה בבית החולים הלל יפה בחדרה. על פי המסמכים, המחסור במתמחים בכירורגיה בא לידי ביטוי בכך שרופאים בכירים מבצעים ניתוחים גדולים בעזרת סטודנטים ובכך שמשך ההמתנה לניתוחים מתארך. זאת ועוד, מכיוון שבמקרים רבים

64 שיטה ניתוחית המשמשת לניתוחים ומבוססת על חדירה לגוף מבעד לחתכים קטנים וללא צורך בפתיחתו. הניתוח מבוצע בפיקוח מצלמה המוחדרת לחלל לגוף.

הצוות משובץ בניתוחים ובחדרי המיון, אין במחלקה רופא מומחה שיוכל לפקח על החולים ולתת פתרונות מידניים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מסוף ינואר 2009, ציין משרד הבריאות כי אכן מתפתחת מצוקה במקצוע הכירורגיה וקיים מחסור במתמחים. המשנה למנכ"ל משרד הבריאות מסר בתשובתו כי בינואר 2009, לאחר מועד סיום הביקורת, נועדו הנהלת המשרד, המועצה הלאומית לכירורגיה ויו"ר איגוד הכירורגים בישראל כדי לדון בפתרון המשבר ובצורך בהגברת המשיכה להתמחות במקצוע הכירורגיה הכללית.

2. בביקורת הועלה כי בסורוקה יש שבעה חדרי ניתוח, אך בשל מחסור בכירורגים, במרדמים ובאחיות חדרי ניתוח - הנובע בחלקו ממחסור בתקנים - מפעיל בית החולים רק חמישה מהם (12 מיטות מתוך 18). משום כך משך ההמתנה לניתוחים כמו תיקון בקע והסרת כיס מרה הוא כשנה. גם משך ההמתנה לניתוח קטרקט הוא שנה, ויש ניתוחים - כמו ניתוחי ורידים, פוליפים ואף-אוזן-גרון - שבגלל העומס לא קובעים לחולים הזקוקים להם תורים אלא מפנים אותם לבתי חולים אחרים. כן הועלה כי בסורוקה יש מחלקה אורתופדית אחת, וההמתנה לניתוח להחלפת מפרקים אורכת שנה.

רפואה פנימית

עליית תוחלת החיים חושפת את מערכת הבריאות לצורך גובר באשפוז חולים מבוגרים. רבים מהמאושפדים במחלקות לרפואה פנימית הם מבוגרים החולים במחלות קשות ומורכבות ובמחלות זיהומיות, הדורשים בירור וטיפול דחוף שאי-אפשר לתת אותו בשום מסגרת אחרת. למשל, חלק גדול מהחולים שזקוקים להנשמה וחולים באוטם שריר הלב מאושפדים במחלקות הפנימיות. התפוסה במחלקות הפנימיות היא יותר מ-100%, כך שהעומס ולחץ העבודה במחלקות האלה גדולים ביותר.

ממסמכי האיגוד הישראלי לרפואה פנימית וממחקר ברוקדייל עולה כי רופאים צעירים אינם פונים להתמחות במקצוע, וזאת בגלל עומס העבודה בו, הירידה ביוקרתו בשל התפתחות מקצועות-על כמו קרדיולוגיה, המטולוגיה⁶⁵, גסטרואנטרולוגיה⁶⁶ ונפרולוגיה⁶⁷ וכן בגלל האפשרות להתמחות התמחות-על בלי להתמחות קודם לכן באופן מלא או חלקי ברפואה הפנימית. וכך לרופא הפנימאי נותרת העבודה הקשה במחלקה. על פי המחקר, מ-646 מסיימי התמחות ברפואה פנימית בשנים 2000-2005, 601 פנו להתמחויות-על ובהן גריאטריה, רפואה דחופה, קרדיולוגיה וטיפול נמרץ כללי, ורק 45 נותרו ברפואה הפנימית.

מנתוני משרד הבריאות עולה כי בשנים 2006 ו-2007 אמנם חלה עליה במספר מקבלי הרישיונות ברפואה פנימית, אך אין נתונים המלמדים כמה מהם פנו להתמחות-על.

מנתונים שהתקבלו מיו"ר החטיבה הפנימית בסורוקה עולה כי מספר המתמחים ברפואה פנימית בבית החולים ירד מ-52 בתחילת 2007 ל-47 בתחילת 2008, ובתוך שנה יהיו 10 מתמחים פחות. עוד עולה מאותם נתונים כי עד שנת 2014 יפרשו 11 מרופאי הבכירים של בית החולים לגמלאות.

ממסמכי האיגוד הישראלי לרפואה פנימית עולה כי בשל המחסור בכוח אדם ובשל ריכוז החולים במחלקות הפנימיות, חולים רבים משוחררים לבתיהם בטרם הושלם הטיפול. עוד עולה מהמסמכים כי איכות הטיפול בחולים נפגעת וכי עייפות הצוות הרפואי עלולה לגרום לטעויות רפואיות.

65 תחום ברפואה העוסק במערכת תאי הדם, באיברים וברקמות המייצרים אותם ובקרישת הדם.

66 ענף ברפואה העוסק בחקר מחלות העיכול - הוושט, הקיבה, התוספתן, המעי הגס והמעי הדק.

67 ענף ברפואה העוסק במחקר ובטיפול במחלות של הכליה.

משרד הבריאות מסר בתשובתו למשרד מבקר המדינה מסוף ינואר 2009 כי הוא פועל להסגת חולים הנוקמים לשיקום נשימתי ותפקודי למרכזים גריאטריים, וזאת כדי לשפר את הטיפול הניתן להם וכדי להקל את המצוקה במחלקות הפנימיות.

רפואת משפחה

תפקידו של רופא המשפחה כולל טיפול בחולים כרוניים וחולים במחלות קשות, מתן שירותי רפואה מונעת וקידום הבריאות וכן מתן טיפול ביתי לחולים שאינם יכולים להגיע למרפאה. התפקיד הנרחב של רופא המשפחה מטיל על הרופא עומס עבודה רב, והדבר גורם לשחיקתו ולפגיעה באיכות הטיפול בחולה.

ראוי לציין שכבר בדוח מבקר המדינה שעסק בנושא סוגיות בתחום הרפואה הראשונית בקהילה⁶⁸ נאמר כי ממאמרים מקצועיים עולה שעומס עבודה וריבוי תפקידים הכבידו על רופאי המשפחה את עבודתם, וכי מהמחצית השנייה של שנות התשעים של המאה שעברה ועד 2001 עלו שיעורי השחיקה של רופאי המשפחה, וסביר להניח שהשחיקה פוגעת באיכות הטיפול שהם נותנים. כן צוין באותו הדוח שמשרד מבקר המדינה חישב, על פי הנתונים שהתקבלו מהקופות, את הזמן הממוצע שרופאים אחדים הקדישו למטופלים, והתברר שכמה רופאים קיבלו במקרים רבים 7-12 מטופלים בכל שעת עבודה.

בדיון מנובמבר 2007 במועצה הלאומית לבריאות הקהילה צוין שיש קושי למלא תקנים של מתמחים ברפואת המשפחה. יו"ר המועצה מסר למשרד מבקר המדינה כי יש כ-90 תקנים פנויים של מתמחים ברפואת המשפחה בקהילה.

ממחקר שעשה משרד הבריאות בנושא הרופא בקהילה⁶⁹ עולה שבסוף שנת 2003 שיעור הנשים מכלל רופאי המשפחה בקהילה היה 44%. מנתונים של הר"ל-2008 עולה כי 54% מהמומחים ברפואת המשפחה הן רופאות וכי 56% מהמתמחים במקצוע הן נשים. לפי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2007 53.3% מהמומחים החדשים ברפואת המשפחה היו נשים. לדברי יו"ר המועצה רבות מהרופאות עובדות במשרה חלקית, והדבר משפיע גם הוא על הקושי במילוי משרות של רופאי משפחה.

אצילת סמכויות לאחיות - סקירת עמדות

מקצוע הסייעוד התפתח עם השנים, ולעוסקים בו נדרשת הכשרה בתחומים רבים יותר. משום כך הידע שרכשו העוסקים במקצוע הסייעוד כיום רב יותר מזה של אלה שעסקו בו בעבר. נוכח המחסור המסתמן ברופאים עלתה לדיון האפשרות לאצול לכוח האדם הסייעודי סמכויות נרחבות יותר ולהגדיל את האחריות המוטלת עליו, מתוך הנחה שהדבר עשוי גם למשוך כוח אדם לתחום הסייעוד.

1. (א) בתקנות בריאות העם (עוסקים בסייעוד בבתי חולים), התשמ"ט-1988, מקצוע הסייעוד מוגדר באופן כללי ואין בהן הגדרה ברורה למהות המקצוע ולתחומים הכלולים בו, להכשרה הנדרשת לו ולסמכויות הנתונות בידי העוסקים בו. בתקנות גם אין פירוט של פעולות סיעודיות או רפואיות שבסמכות האחיות.

68 מבקר המדינה דוח שנתי 2006, עמ' 405.

69 ראו הערה 38.

בפקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז-1976 (להלן - פקודת הרופאים), נקבע כי מי שאינו רופא מורשה לא יעסוק ברפואה, אך הסעיף אינו בא למנוע אחות מלעסוק בסיעוד לחולים. כן נקבע כי רופא מורשה רשאי להעסיק בפיקוחו האישי אחיות, אך לא יתיר למי שאינו רופא לטפל בחולה, להשגיח עליו או לנתחו, וזאת כל אימת שהעניין דורש שיקול דעת או מיומנות מקצועית של רופא.

עוד נקבע בפקודת הרופאים כי מנכ"ל משרד הבריאות יקבע בתקנות אילו כשירויות דרושות לאחים או לאחיות - "שהמנהל"⁷⁰ קבעם והסמיכם לאבחן ולרפא במצבים כפי שהורה או שהתיר, במרפאות או בסוגי מרפאות או בבית חולים או בסוגי בתי חולים של המשרד או של מוסד שאישר המנהל" - לבצע פעולות סיעודיות או רפואיות.

מתוקף הוראה זו נקבעו תקנות הרופאים (כשירויות לביצוע פעולות חריגות), התשס"א-2001, שלפיהן, בין השאר, אחות⁷¹ מוסמכת, אחות מעשית ועוזר אחות רשאים לבצע פעולה חריגה לפי האמור בתקנות. פעולה חריגה מוגדרת כפעולה שהיא עיסוק ברפואה⁷² המותרת למי שאינו רופא מורשה על פי התקנות. במוסד תיעשה הפעולה באישור המנהל הרפואי של המוסד, ובבית החולים - באישור מנהל המחלקה. הפעולה החריגה תבוצע על פי קובץ הנחיות שיופץ על ידי המנהל לכל המוסדות הרפואיים. המנהל ימנה ועדה מייעצת לפעולות חריגות במשרד, והיא תייעץ לו בנושא, בין היתר בעניין קביעת פעולות חריגות, קביעת תנאים לפעולה חריגה ומתן היתרים לאצול סמכויות לעשיית פעולות חריגות.

(ב) משנת 2001 ואילך מרחיב משרד הבריאות את הגדרת פעולות הסיעוד ואת ההכשרה הנדרשת לביצוע פעולות אלה. את פעולות הסיעוד הגדיר המשרד כפעולות טכניות שעל פי פקודת הרופאים אינן מחייבות שיקול דעת של רופא, ובהן איזון תרופתי וחידוש טיפול תרופתי, ויסות יתר לחץ דם, שימור האיזון בחולי סוכרת וטיפול ראשוני בפצעים. במאי 2007 פרסם מנכ"ל משרד הבריאות חוזר שעסק באחיות מוסמכות בעלות הכשרה על-בסיסית מוכרת הרשומות במשרד הבריאות במדור השתלמות מוכרת, ובו הוא אישר להן לבצע עוד פעולות, ובהן פעולות סיעוד המעוגנות בתפקידן של אחיות שיקום וגריאטריה - למשל קבלת החלטה אם להכניס או להוציא זונדה לקיבה - ופעולות המעוגנות בתפקידן של אחיות ברפואה ראשונית - למשל שינוי מספר אינהלציות ביממה לחולי אסטמה ושינוי מינון טיפול תרופתי בטווח שהוגדר בידי הרופא המטפל ביתר לחץ דם.

בתשובתה למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2008 ציינה מזכ"ל הר"י כי בחוזר ממאי 2007 מדובר בהעברת סמכויות מקצועיות מרופאים לאחיות ולא רק בהרחבת הסמכויות לפעולות טכניות כפי שנעשה ב-2001, וכי מהלך זה לא נעשה בעבודת הכנה מוקדמת, משותפת ומתואמת עם הר"י.

(ג) נושא העברת סמכויות מרופאים לאחיות שנוי במחלוקת. פרסום חוזר מנכ"ל משרד הבריאות שפורסם כאמור במאי 2007 התקבל על ידי הר"י בהתנגדות נמרצת, וכבר באותו החודש היא עתרה לבג"ץ⁷³ בבקשה לבטלה. הר"י טענה שהפעולות שנקבעו בחוזר והוגדרו כפעולות סיעוד מצויות בתחום המובהק של עיסוק ברפואה, והן מוקנות בחוק לרופאים מורשים בלבד. עוד טענה הר"י כי החלטה להעביר לאחיות סמכויות הנתונות בידי רופאים צריכה להיעשות בהשתתפות גורמים רפואיים-מקצועיים ונציגים של האיגודים המדעיים של הר"י, שיוכלו לבחון את ההשלכות של פעולה כזו. כמו כן, טענה הר"י, יש ליידע את ציבור המטופלים על אודות הסיכונים הטמונים באצילת סמכויות למי שאינו רופא. בית המשפט הורה להר"י להתייחס לכל אחת מהפעולות המופיעות בחוזר ולהביע את עמדתה בשאלה אם הפעולה דורשת שיקול דעת או מיומנות מקצועית

70 מנכ"ל המשרד או רופא עובד המשרד שהמנכ"ל מינה לביצוע התקנות, כולן או חלקן.

71 לרבות אח.

72 כמשמעותו בסעיף 1 לפקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז-1976.

73 בג"ץ 4380/07 ההסתדרות הרפואית בישראל נ' משרד הבריאות.

של רופא. עקב כך צומצם מספר הפעולות השנויות במחלוקת. עד נובמבר 2008, מועד סיכום הביקורת, לא התקבלה הכרעה בנושא.

2. על פי פקודת הרופאים המנהל⁷⁴ רשאי, באישור שר הבריאות, להתקין תקנות לעניין הרדמה בפיקוח רפואי בידי מי שאינו רופא מורשה. בשל המחסור החמור ברופאים מרדמים סיכמו באוגוסט 2007 שר הבריאות ושר האוצר כי שני המשרדים יקדמו מהלך להרחבת סמכויות האחריות בתחום ביצוע פעולות הרדמה בפרוצדורות רפואיות הכרוכות בהרדמה, וזאת לאחר שיעברו הכשרה מקצועית ויעמדו בתנאים מקצועיים שיוגדרו. כן נקבע ששר הבריאות יעגן את המהלך בחקיקת משנה ויפעל לעיגון המהלך בחקיקה ראשית ככל שיידרש. עוד נקבע כי המהלך יושלם עד אוקטובר 2008. הנושא נתקל בהתנגדות הר"י, ובנובמבר 2008, מועד סיכום הביקורת, טרם הוחל במהלך להרחבת סמכויות האחריות בתחום ההרדמה ולעיגונו בחקיקה.

בכמה ממדינות העולם המערבי - למשל בארצות הברית, בבריטניה, בקנדה, בדנמרק ובצרפת - נקבעו לאחיות סמכויות בתחום ההרדמה, והן מבצעות הרדמה בפיקוחו של רופא מרדים, כך שרופא מרדים מומחה אחד אחראי לכמה חדרי ניתוח, ובכל חדר ניתוח יש אחות המוסמכת בהרדמה.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה ציין משרד הבריאות כי מהלך כזה מתבצע רק במדינות אחדות, וגם זאת לאחר הכשרה ממושכת.

איגוד הרופאים המרדמים מתנגד נמרצות למהלך הרחבת סמכויות האחריות בתחום ביצוע ההרדמה. לטענת האיגוד, כפי שעולה ממסמכיו, הרדמה נחשבת פעולה רפואית המצריכה את מבצעה לעמוד בסטנדרטים של רופא מקצועי, כך שלרופא המרדים יש תפקיד מכריע בפיקוח על מצבו של המטופל, ולכן אין מקום לפשרה בתהליך הבטחת שלומו של המטופל המורדם, והרדמה אינה יכולה להתבצע בידי מי שאינו רופא.

3. המחסור ברופאים הביא לידי כך שבכמה ממדינות העולם המערבי משתמשים במקצועות נלווים למקצוע הרפואה, המשלימים את עבודת הרופא. במדינות אלה התפתחו מקצועות כמו אחות מומחית (Nurse Practitioner, להלן - NP) ועוזר רופא (Physician Assistant, להלן - PA). מקצועות אלה מוגדרים כמקצועות רפואה קליניים שהעוסקים בהם אינם רופאים (Non Physician Clinicians, להלן - NPC).

במדינות רבות בארצות הברית ובבריטניה אחיות מוסמכות שלמדו לימודי סיעוד לומדות את מקצועות ה-NPC במסלולי תואר שני במסגרות אקדמיות, והן מועסקות ברפואה כללית, במחלקות טיפול נמרץ ובמערכות שונות של טיפול ראשוני.

בישראל אין הגדרה של מקצועות כגון ה-PA וה-NP ואין בבתי הספר למקצועות הבריאות תכניות לימוד להכשרתם. הר"י מתנגדת להוספת מקצועות עוזר אלה וטוענת, כפי שעולה ממסמכיה, כי הם עלולים לפגוע באיכות הטיפול בחולים בשל היעדר תשתית להכשרה מתאימה ובשל היעדר פיקוח ומעקב על מקצועות ה-NPC.

משרד הבריאות ציין בתשובתו למשרד מבקר המדינה כי התפתחות מקצועות כמו עוזרי רופאים בבריטניה וברבות ממדינות ארצות הברית אכן נובעת ממחסור ברופאים, אך לבעלי מקצועות אלה אין הכשרה מספקת לשם מתן טיפול רפואי הולם. כן ציין המשרד כי הוא "בוחר את נושא עוזר רופא כפי שהוא מקובל בעולם, ולא רק מקרב אחריות".

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות והר"י לבחון את נושא אצילת הסמכויות על כל היבטיו - ובתוך כך להשוותו למתרחש במדינות המפותחות - ובכלל זה לבחון את האפשרות להכשיר אנשים שאינם רופאים לסייע במקצועות מסוימים שייקבעו כמתאימים לכך.

כוח אדם בפריפריה

הפריפריה בישראל מאופיינת לא רק בריחוק גאוגרפי ממרכז הארץ אלא גם באוכלוסייה במעמד חברתי-כלכלי נמוך משל אוכלוסיית המרכז ובקבוצות אוכלוסייה אתניות ותרבותיות השונות ממנה.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, נקבע כי הוא יושתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית. החוק ביקש אפוא ליצור שוויון בין כל תושבי המדינה בקבלת שירותי בריאות.

1. מחקרים וסקרים⁷⁵ מעידים על כך שיש פערים בין מרכז הארץ לצפונה ולדרומה בזמינות שירותי בריאות ובנגישותם, על כך שמצב הבריאות של האוכלוסייה בפריפריה טוב פחות מזה של האוכלוסייה במרכז הארץ, על כך שרמות התחלואה והתמותה בצפון הארץ ובדרומה גבוהות יותר מאלה שבמרכז, ועל כך שיש מחסור קבוע ברופאים מומחים ובאחיות מוסמכות, ויש קושי לגייס כוח אדם איכותי.

(א) מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (להלן - למ"ס) לשנת 2006 עולה כי שיעור תמותת תינוקות לכל אלף לידות היה 6.8% במחוז דרום ו-5.6% במחוז צפון, זאת לעומת 2.6% במחוז מרכז ו-3.0% בתל אביב. 23% מכלל התינוקות שנפטרו בלידתם נולדו במחוז דרום.

(ב) במחקר שפורסם ב-2007 בנושא הרופא בקהילה⁷⁶ הועלה כי בסוף שנת 2003 שיעור הרופאים המומחים בקרב רופאי הקהילה בדרום הארץ היה 58%, ובצפונה - 57%; זאת לעומת 72% במרכז הארץ ו-82% בתל אביב. כן עלה מהמחקר כי במחוז דרום היה שיעור רופאי הקהילה 12.3 ל-10,000 מבוסתים, ובמחוז צפון - 10.7, זאת לעומת 16.0 במחוז חיפה, 14.9 בתל אביב ו-15.9 במחוז מרכז. שיעור הרופאים המומחים בקהילה היה במחוז דרום 5 ל-10,000 מבוסתים, ובמחוז צפון - 4.2, זאת לעומת 8.3 במחוז מרכז, 8.9 בחיפה ו-9 בתל אביב.

ממחקר בנושא אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות⁷⁷ עולה כי בשנת 2005 היה שיעור כלל הרופאים באזור הדרום ובאזור הצפון כ-2.2 לאלף נפש, לעומת 4.7 בתל אביב. גם כאשר מחשבים לפי נפשות מתוקננות⁷⁸, שיעור הרופאים בצפון היה 2.3 לאלף נפש לעומת 3.9 בתל אביב.

75 (א) נורית ניראל, דינה פלפל, ברוך רוזן, עירית זמורה, מרים גרינשטיין וסימה זלצברג, נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל?, מכון "מאירס-גוינט-ברוקדייל", מרס 2000; (ב) הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים, משרד הבריאות האגף לכלכלת בריאות, תחום תכנון סקרים והערכה, ירושלים, אוגוסט 2007; (ג) ליאון אפשטיין, טוביה חורב, אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות: הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה, מרכז "טאוב" לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, אלול התשס"ז, ספטמבר 2007; (ד) סקר בריאות לאומי 2003-2004 ממצאים נבחרים, פרויקט של ארגון הבריאות העולמי, האזור האירופאי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות, תשרי תשס"ז, אוקטובר 2006.

76 ראו הערה 75 סעיף (ב).

77 ראו הערה 75 סעיף (ג).

78 חישוב הנותן משקל יחסי שונה לכל קבוצת גיל באוכלוסייה, כאשר המשקל הניתן לקשישים גבוה יותר.

מנתונים של משרד הבריאות עולה כי בשנת 2006 היה שיעור כלל האחיות במחוז הצפון 4.2 לאלף נפש, ובמחוז הדרום - 4.5 לאלף נפש; זאת לעומת 5.2 אחיות לאלף נפש במחוז המרכז, 6.0 אחיות לאלף נפש במחוז תל אביב ו-7.1 אחיות לאלף נפש במחוז חיפה.

(ג) מנתונים של משרד הבריאות לשנת 2006⁷⁹ עולה כי שיעור מיטות האשפוז בכל המחלקות לאלף נפש ושיעור המיטות במחלקות מסוימות לאלף נפש באזור הדרום ובאזור הצפון נמוכים במידה רבה מאלה שבאזור המרכז, כלהלן בטבלה:

מחוז	אשפוז כללי	טיפול נמרץ כללי	יולדות	ילדים	כירורגיה
דרום	1.47	0.06	0.72	0.78	0.45
צפון	1.55	0.06	0.98	0.91	0.46
מרכז	2.17	0.09	0.82	1.02	0.75
תל אביב	2.62	0.10	0.9	1.39	1.0

שיעור המיטות הנמוך משפיע על היקף התקנים המוקצים לרופאים ולמתמחים במחלקות השונות בבתי החולים, ובכך הוא משפיע גם על עומס העבודה בבתי החולים. ממסמכים של הר"י עולה כי הרופאים נדרשים לבצע תורנויות וכווננויות רבות, לעתים 15 בחודש.

2. ממסמכים של משרד הבריאות עולה כי ברוב מדינות העולם המערבי, במהלך תכנון שירותי בריאות בכלל ותכנון כוח אדם בפרט מתייחסים בנפרד לצרכים הדיפרנציאליים של האוכלוסייה בפריפריה, וזאת כדי לצמצם במידת האפשר את הפערים בין הפריפריה למרכז.

במחקר בנושא אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות⁸⁰ צוין כי אין מדיניות עקבית לתיקון פערים בתשתיות - מיטות, ציוד וכוח אדם - בין המרכז לפריפריה, וכי אי-הקצאה מתאימה של משאבים לעידוד פיתוח שירותי הבריאות בפריפריה יוצרת ומקבעת פערים בתשתיות, כולל בכוח אדם במקצועות הבריאות. לפי המחקר, במערכת הבריאות בישראל לא נקבעה תשתית מזערית מחייבת למקומות יישוב בארץ, והדבר משפיע, בין השאר, על השירותים הניתנים ביישובי הפריפריה.

3. (א) הקושי לגייס כוח אדם רפואי איכותי ומקצועי בעיקר לבתי החולים והקושי לשמר עובדים קיימים, בייחוד בכל הנוגע לתפקידי ניהול בפריפריה, מקורו, בין השאר, ברמת שכר נמוכה ובאפשרויות מוגבלות להשתכרות בעבודה נוספת, מחוץ למערכת הציבורית: האוכלוסייה בפריפריה אינה צרכנית של שירותי בריאות פרטיים כמקובל באזורים שבהם רמת החיים גבוהה יותר; רופאי הפריפריה מבודדים מקצועית, ואפשרויות ההתפתחות המקצועית שלהם מוגבלות; בתי החולים בפריפריה אינם מסונפים למרכזים אוניברסיטאיים בהיקף הנהוג בבתי החולים במרכז הארץ, כך שהאפשרות לעסוק במחקר והאפשרות לעבור השתלמויות מקצועיות מוגבלות, וכמוהן גם היקף העבודה בהוראה באוניברסיטה. מלבד קשיים אלה נתקלים הרופאים והאחיות השוקלים לעבור לעבוד בפריפריה גם בבעיות משפחתיות וחברתיות: יש קושי למצוא תעסוקה מתאימה לבן הזוג או לבת הזוג באזורים אלה; חיי החברה, התרבות ורמת החינוך לילדים אינם תואמים תמיד את הרמה שילדי הרופאים הורגלו לה במרכז הארץ; ובידוד חברתי⁸¹.

79 מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2006, תחום מידע משרד הבריאות, חלק א', 2007.

80 ראו הערה 75 סעיף (ג).

81 ביטוי למחסור בכוח אדם בפריפריה ניתן בכנס ים המלח מיוני 2008, שבו השתתפו נציגים מכל מערכת הבריאות, ממשרד האוצר, מנש"מ, מהר"י, ממכון ברוקדייל ומהאוניברסיטאות.

בפריפריה יש גם קושי לגייס מתמחים איכותיים, שכן אלה מעדיפים להתמחות בבתי חולים במרכז, שבהם האפשרות להתפתח מבחינה מקצועית גדולה יותר.

כמו כן, המצוקה הכללית בכוח האדם הסיעודי ובכוח האדם הרפואי במקצועות מסוימים ואי-עדכון התקינה של רופאים בבתי החולים פוגעות בפריפריה יותר מבמרכז הארץ, והדבר משפיע על האפשרות לגייס לפריפריה כוח אדם איכותי.

(ב) בעיית הגיוס והשימור של כוח האדם במקצועות הבריאות בפריפריה - ובעיקר של רופאים - מוכרת במידה רבה גם במדינות אחרות. ממסמכים של משרד הבריאות עולה כי במדינות כמו אוסטרליה, ניו זילנד, קנדה וארצות הברית נקבעה בחוק מערכת תגמולים לעובדים בפריפריה - שכר גבוה יותר ומתן מענקים לכיסוי הוצאות המעבר. עוד עולה מהמסמכים הללו כי יש תחום התמחות ב"בריאות הפריפריה", הנלמד בפקולטות לרפואה ולמדעי הבריאות, וכי ניתנות מלגות לסטודנטים הבוחרים להתמחות בבריאות הפריפריה. כמו כן, בחלק מהמדינות יש חובה לקיים התנסויות קליניות בפריפריה.

כן עולה מהמסמכים האמורים כי מחקרים⁸² מורים שיש סבירות גבוהה שרופאים המגיעים מהפריפריה יחזרו לשם בתום לימודיהם, ואחת הדרכים המומלצות לגייס רופאים לפריפריה היא להקים בהם בתי ספר לרפואה.

אמנם כבר בשנת 1977, במסגרת הסכמי השכר הקיבוציים, הכירה מדינת ישראל בצורך לתת תמריצים לרופאים בפריפריה על ידי מתן תוספת שכר מיוחדת, אולם לפי נתוני הר"י, התוספת מסתכמת לכל היותר בכ-1,400 ש"ח למנהל, בכ-1,040 ש"ח למומחה שאינו מנהל לאחר שנתיים כמומחה וב-110 ש"ח למתמחה, ולכן אין בתוספת זו כדי להשפיע באופן ניכר על משיכתם של רופאים לפריפריה.

כמו כן כדי למשוך כוח אדם רפואי לפריפריה, הוחלט בשנת 2007, כאמור, עקב המחסור המסתמן ברופאים להקים בית ספר לרפואה נוסף שיוקם בגליל.

בדצמבר 2007 מינה מנכ"ל משרד הבריאות "ועדה לנושא הפערים בין המרכז לפריפריה במערכת הבריאות". על פי כתב המינוי, תפקיד הוועדה היה "להמליץ על דרכים לסגירת הפערים הקיימים במערכת הבריאות בין המרכז לפריפריה, תוך התייחסות למימדים הבאים: 1. פערים בתשומות כוח אדם, מיטות אשפוז, ציוד ותשתיות אחרות. 2. פערים בפרופיל הבריאות של האוכלוסייה. 3. פערים בדפוסי השימוש בשירותי הבריאות השונים". בראש הוועדה עמד מנהל בית החולים ע"ש רבקה זיו בצפת, וחבריה היו נציגים מקופות חולים, ממשרד הבריאות, מהר"י ומכמה בתי חולים ממשלתיים.

בדוח שהגישה הוועדה למנכ"ל המשרד בסוף דצמבר 2008 היא המליצה, בין היתר, לתת תמריצים ניכרים לרופאים, לאחיות ולעובדים פרה-רפואיים - בקהילה ובבתי החולים, למי שכבר עובד בפריפריה או למי שעתיד לעבוד שם. כמו כן היא המליצה להוסיף תוספת תקינה לכוח האדם בכל מקצועות הבריאות בבתי החולים ובקהילה. הוועדה עסקה גם בצעדים המעשיים המתחייבים מהמלצותיה, ובהם: העסקת אותו כוח אדם בכמה מוסדות ובכמה קופות חולים באזור; הקמת יחידות מקצועיות המשותפות לכמה בתי חולים; הפעלה משותפת של מכשירים מיוחדים (CT, ו-MRI); שימוש בטלה-רפואה בבתי חולים ובקהילה; זירוז התהליך להקמת בית הספר לרפואה בגליל; והקצאת כספים ממקורות לא ממשלתיים - כמו כספי עזבונות וכספי האפוטרופוס הכללי - לשימוש בפריפריה.

82 John Wakemam, "Defining Remote Health", Australian Journal of Rural Health. 2004 210 (5) 12 - מאמר המסכם מחקרים שנעשו בנושא באוסטרליה, בניו זילנד, בקנדה, בבריטניה ובארצות הברית.

משרד הבריאות, בשיתוף גורמים כמו הר"י והמל"ג, אמנם החל בשנת 2007 לבחון דרכים למשיכת כוח אדם לפריפריה, אך נוכח הפערים ונוכח המחסור המתמשך בכוח אדם רפואי וסיעודי באזורי הפריפריה, המשפיע על זמינות השירות ועל מצבם הבריאותי של התושבים, יש לפעול מיד - בשיתוף משרד האוצר - לקביעת מערכת תגמולים שיהיה בה כדי להשפיע במידה ניכרת על משיכת עובדים לשם. עד מועד סיכום הביקורת נובמבר 2008 לא נעשה דבר זה, וגם בפסק הבוררות של הרופאים בנושא הסכם השכר לא נדון נושא התגמול לרופאים כדי לעודדם לעבור לפריפריה.

תקינת כוח אדם בבתי החולים

היקף כוח האדם הרפואי והסיעודי המועסק בבתי החולים נקבע על פי מפתחות תקינה שנקבעו בשנות השבעים של המאה שעברה ועודכנו מדי פעם בפעם בשנים שלאחר מכן. התקינה מבוססת בעיקר על מספר המיטות בכל מחלקה, בכל יחידה ובכל מכן ועל מספר הביקורים במרפאות החוץ של בתי החולים. שינויים טכנולוגיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, היקף הפעילות הרפואית והתפתחות של מקצועות בתחום הרפואה והסיעוד, כל אלה מגדילים את הצורך בכוח אדם לתפעול המערכת ומשפיעים על אופן הקצאתו המיטבי. אולם מנגנון עדכון התקינה לא שונה, ואין הוא מביא בחשבון שינויים אלה. לכך, כאמור, יש השפעה רבה על המצוקה בכוח אדם, בעיקר במקצועות מסוימים.

רופאים

תקינת הרופאים ומפתחות התקינה הנהוגים בבתי החולים מעוגנים בהסכמים קיבוציים שנחתמו משנת 1976 בין הר"י למעסיקים הגדולים - הממשלה, הכללית והסתדרות מדיציניית הדסה. במשך השנים נעשו עדכונים ונוספו תקנים על פי מנגנון שקבע הבורר עו"ד גולדברג ועל פי סיכום עם נציגי שירות המדינה בהסכמת כל הגורמים.

יש לציין שנושא עדכון התקינה לא נכלל במסגרת הבוררות עם הרופאים בנושא הסכם השכר, שהתקיימה כאמור משנת 2005 עד סוף 2008. זאת בגלל פסיקה של בית הדין הארצי לעבודה⁸³ ממאי 2005, ולפיה "קביעת תקני כוח אדם במערכת הבריאות, לרבות קיצוץ והגדלת כוח אדם, היא פעולה שלטונית, במסגרת קביעת תקנון כוח האדם הכלול בתקציב המדינה", ולכן "אין להעביר לבוררות" את נושא ה"תקינה במערכת הבריאות".

1. ועדת אמוראי, שהמלצותיה פורסמו כאמור בסוף 2002, קבעה כי מספר המיטות בתקן הוא פונקציה של דרישת המועצה המדעית של הר"י⁸⁴, שלפיה במחלקה נדרש מספר מזערי של מיטות כדי להכיר בה כמחלקה להכשרת מתמחים, ומספר המיטות אינו מבוסס בהכרח על צורכי האוכלוסייה. הוועדה קבעה כי מאז נקבעו נוסחאות התקינה חלו שינויים הן בהיקף הפעילות לכל מיטה, הן בתמהיל המאושפזים, הן בטכנולוגיות המשמשות לביצוע הטיפולים והאבחונים והן בהרכב הצוות המטפל, ומשום כך נוצר מצב שבו במחלקות מסוימות יש עומסים כבדים ומחסור במיטות ובכוח אדם, ואילו במחלקות אחרות - בעיקר מחלקות שעיקר הפעילות שהייתה בהן עברה

83 ס"ק 9/03 ההסתדרות הרפואית בישראל נ' מדינת ישראל ואח', פדע-אור.

84 ראו הערה 47.

למרפאות ולאשפוז יום - התפוסה נמוכה, וכמה מהמיטות בהן מיותרות. מצב זה פוגע באיכות השירות הניתן לחולים.

ועדת אמוראי המליצה לבטל בהדרגה את הסכמי התקינה המושתתים על מספר המיטות ולקבוע מחדש כללים למתן הכרה למחלקות התמחות. עוד המליצה הוועדה כי נוסחת התקינה החדשה תביא בחשבון שינויים בתמהיל החולים והטיפולים. הוועדה המליצה גם כי בתוך שנה מיום פרסום המלצותיה תיעשה בדיקה מקצועית של מערך התקינה בבתי חולים ציבוריים נבחרים שייצגו את כלל בתי החולים בארץ. בתי החולים האמורים ייבחרו בידי חברה מקצועית בתחום הנדסת תהליכים ותקינה.

ועדת אמוראי המליצה גם לעשות בדיקה מיוחדת לקביעת התקנים במקצועות ייחודיים כמו הרדילוגיה, הפתולוגיה וההרדמה, שבהם, כאמור, המצוקה בכוח אדם היא רבה.

2. (א) נושא התקינה נבדק בידי משרד מבקר המדינה בשנת 2003.⁸⁵ בדוח הביקורת צוין כי תקינת כוח אדם רפואי היא סוגיה רפואית-תקציבית המושפעת בין היתר מהיקף הפעילות הרפואית, מסוגי הטיפול ומתדירות הטיפול. אולם חלק ניכר מסדרי העבודה בבתי החולים - ובכלל זה מספר משרות הרופאים בכל מחלקה על פי התקן ומכסת התורנים והכוננים בכל מחלקה - נתונים למשא ומתן בהסכמי השכר ומעוגנים בהסכמים הקיבוציים שנחתמו במהלך השנים עם הר"י, בהסכמות שהושגו ובהחלטות בוררות.

כן צוין בדוח הביקורת האמור שמעמדות משרד הבריאות, משרד האוצר, הנש"מ, הכללית והר"י, שהובאו אז לפני משרד מבקר המדינה, עולה שיש הסכמה שתקני הרופאים, שנקבעו בזמנו על פי מספר המיטות במחלקות האשפוז ועל פי הביקורים במרפאות החוץ, אינם מתאימים עוד לצורכי מערכת הבריאות, וכי הנוסחאות שעל פיהן נעשים העדכונים מיושנות, מה גם שהתפתחות ההתמחויות וההתמקצעות בתחום הרפואה הביאו לידי פתיחת מחלקות חדשות שלא ניתן להן ביטוי בהסכמי התקינה. בביקורת הועלה אז כי למרות זאת לא עשה משרד הבריאות בדיקה עדכנית של מערך תקני הרופאים בבתי החולים.

(ב) בביקורת הנוכחית של משרד מבקר המדינה הועלה כי מפתחות התקינה ונוסחת עדכון התקינה לא שונו מאז 1976, ואף על פי שיש הסכמה על כך שאין הם מתאימים עוד לצורכי מערכת הבריאות, הם לא הותאמו להתפתחויות שחלו ברפואה ובטכנולוגיות המשמשות אותה.

עוד הועלה בביקורת הנוכחית כי בטיטת המסמך מאפריל 2008 בנושא "דוח ועדת אמוראי - סיכום עמדת המדינה ועמדת הר"י" נקבע שמשרד הבריאות ומשרד האוצר דוחים את המלצת הוועדה בדבר ביטול שיטת התקינה לפי מיטות בבתי החולים הציבוריים ובדבר קביעת שיטת תקינה חדשה. עם זאת הסכימו משרד הבריאות ומשרד האוצר לקיים דיון עם הר"י בנוגע לשינוי ההסכמים הקיימים בנושא התקינה בבתי החולים הממשלתיים. בעת סיכום הביקורת, נובמבר 2008, טרם הוחל בדיונים.

3. כדי להתגבר על מצוקת התקינה מופעלים ליד כל בתי החולים הכלליים הממשלתיים תאגידי בריאות⁸⁶ המאפשרים להעסיק רופאים נוספים על אלה המועסקים בידי בתי החולים, וזאת תוך כדי עקיפת הסכמי התקינה וההסכמים הקיבוציים. ייעודם המקורי של תאגידי הבריאות היה מימון מחקרים רפואיים ופיתוח התשתית של בתי החולים, אך כיום הם עוסקים בפעילות המתבצעת בבתי

85 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 54 (2004), בפרק "רופאי בתי חולים - תקנים, נוכחות, תורנות, כוננות ועבודה פרטית", עמ' 470.

86 ראו הערה 46.

החולים הן בבוקר והן אחר הצהריים, למשל בביצוע ניתוחים, בבדיקות MRI ובהפריה חוץ-גופית. באמצעות תאגידי הבריאות עובדים בבתי החולים רופאים רבים יותר ממספר התקנים שאישר משרד הבריאות. בכמה מבתי החולים כשליש מהרופאים הם עובדי תאגיד, כך שנוצר מעין "מנגנון עוקף תקני כוח אדם", שבאמצעותו אפשר - כאשר אין תקני מדינה פנויים - לקלוט בבית החולים רופאים במימון התאגיד, וכשמתפנה תקן מדינה - אפשר להעבירם לצוות הרופאים של בית החולים. המנגנון גם מאפשר לשלם לאחוז קבוע מהרופאים שכר הגבוה עד פי ארבעה מזה הניתן לרופאים המועסקים במערכת הבריאות הציבורית.⁸⁷

כמו כן, על פי הסכמים עם גופים שמחוץ לבית החולים - הסדרים מיוחדים עם קופות החולים והסכמים עם צה"ל ועם האוניברסיטאות - יש בבתי החולים תקנים נוספים על אלה שנקבעו בהסכמי התקינה, חלקם ממומנים באמצעות תאגידי הבריאות.

4. נושא שינוי התקינה ועדכונה שנוי במחלוקת. כפי שעולה ממסמכי הר"י, עמדתה בעניין היא שיש להקים צוות משותף לרופאים ולמשרד הבריאות, בהשתתפות גורמים אובייקטיביים, שיקבע באופן מקצועי את תקני הרופאים הנדרשים בבתי החולים ויעדכנם מפעם לפעם. הר"י דורשת שהמלצות הצוות יעוגנו בהסכם הקיבוצי של הרופאים.

מנגד, עמדת המדינה - כפי שהובאה בידי נש"מ בפני משרד מבקר המדינה - היא שהתקינה היא במסגרת סמכויותיו של המעסיק, כפי שנקבע כאמור גם בפסיקה של בית הדין הארצי לעבודה, משום שהיא ביטוי לצורכי איוש של המערכת על פי יעדים של המעסיק או של המדינה ועל פי יכולת המימוש התקציבית, ועליה לבטא את היקף השירות הנדרש מבחינה כמותית ואיכותית, ולכן אין היא יכולה להיקבע במסגרת הסכמים קיבוציים, הנוגדת את מהות התקינה.

מעמדת נש"מ עולה גם שהסכמי התקינה גורמים להקצאה לא נכונה של האמצעים, משום שהם יוצרים במערכת עיוותים, ובהם שמירה על מיטות מיותרות במחלקות מסוימות ללא קשר לצרכים, וזאת בגלל הדרישה של הר"י להכיר באותן מחלקות כמחלקות להכשרת מתמחים, כלומר הסכמי התקינה לא אפשרו לבצע צעדי התייעלות גם כאשר קטנו שיעורי האשפוז במחלקות מסוימות - והיה מקום להפחית את מספר המיטות ואת מספר הרופאים; התפתחויות טכנולוגיות הביאו לידי הגדלת הפעילות במרפאות החוץ של בתי החולים, שבהן למשל מתבצעים ניתוחים, אך התקינה במרפאות לא גדלה, ועל כן ההקצאה של התקינה כבר אינה תואמת את המצב בבתי החולים בפועל; חלק מהפעילות הרפואית של בית החולים נעשית בידי תאגידי הבריאות, והדבר מאפשר להגדיל את מספר הרופאים באותה מסגרת תקינה, אף על פי שכמה מהם אינם נכללים בתקני מצבת כוח האדם של בית החולים במרכיבו הממשלתי.

גם מעמדת מזכ"ל הר"י כפי שהובאה בפני משרד מבקר המדינה עולה כי תאגידי הבריאות יצרו דרך לעקוף את מנגנון עדכון התקנים, ויש בתי חולים שכ-30% מהרופאים בהם הם עובדי תאגיד ואינם חלק ממצבת כוח האדם של המדינה. כמו כן, לדברי מזכ"ל הר"י בתי החולים מספקים לקופות החולים רופאים במסגרת הסכמים שיש להם עמן, והדבר מגדיל את היקף התקנים. למשל, תמורת הצבת רופא מומחה מבית החולים בקופת החולים מממנת הקופה לבית החולים העסקת שניים-שלושה רופאים מתמחים. לדבריה, משום כך אי-אפשר לדעת מה הם התקנים של המדינה, של קופות החולים, של התאגיד או של גופים כמו הצבא והאוניברסיטאות. חוסר הבהירות גורם לחוסר יציבות ולחוסר שליטה במערכת התקינה ומקשה על הגורמים האחראיים להתמודד עם הנושא.

87 בעניין זה ראו את הפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

שיטת התקינה הקיימת יוצרת עיוותים ואינה מתאימה עוד לצורכי מערכת הבריאות, מפתחות התקינה ונוסחת עדכון התקינה לא נבחנו ולא נבדקו באופן מקצועי משנת 1976, ויש לראות בכך חוסר עשייה מתמשך של משרד הבריאות, משרד האוצר ונש"מ. לדעת משרד מבקר המדינה, על גופים אלה לתת דעתם בעניין ולדון בשינוי ההסכמים הקיימים בנושא התקינה בבתי החולים הממשלתיים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2008 ציין המשנה למנכ"ל משרד הבריאות כי אכן מפתחות התקינה לא עודכנו, והדבר גורם לקשיים מרובים במערכת הבריאות; ולכן יש לפתח - בשיתוף הר"מ, הסתדרות האחים והאחיות, נש"מ ומשרד האוצר - מפתח תקינה עדכני. המשרד ציין עוד בינואר 2009 שנקבע שעד 2010 אין עדכון של התקינה וכי הוא בוחן את עניין התקינה רק במספר תחומים חיוניים - בפגיות, ביחידות טיפול נמרץ וביחידות לטיפול בשבץ מוחי. עם זאת לדבריו, תוספת תקינה מותנית בהסכמת משרד האוצר.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2008 ציין סגן הממונה על התקציבים במשרד האוצר כי הקשר בין מספר המיטות ובין מספר התקנים אינו תורם להתנהלות המערכת ואף מגביל את ידיו של מנהל בית החולים, וכי הסכמי התקינה שנקבעו בשנות השבעים של המאה הקודמת גורמים לעיוות בחלוקת התקנים. לדבריו, כדי להתגבר על בעיה זו ניתן במהלך השנים מענה פרטני לבעיות התקינה במסגרת סיכומים בין משרד האוצר למשרד הבריאות, ונוספו למערכת הבריאות תקני רופאים במספר גדול מהתקינה הנדרשת על פי ההסכמים.

לדעת משרד מבקר המדינה, מדובר בפתרון בעיות אד הוק, ואין לראות בו טיפול מערכתי ויסודי בבעיית התקינה, ולכן ראוי לפעול נמרצות כדי לקדם את הנושא.

כוח אדם סיעודי

בעוד שיטת התקינה של הרופאים שנויה במחלוקת, הסתדרות האחים והאחיות חתמה כבר בשנות השמונים של המאה שעברה על הסכמים עם המדינה, עם הכללית ועם הסתדרות מדיצינית הדסה בדבר קביעת שיטה לתקינה ולסיווג חולים ובדבר התוספת הדרושה בתקני כוח האדם הסיעודי בבתי החולים. לאחר שנחתמו ההסכמים ביצע המכון לפירוש העבודה - בפיקוח הנש"מ - בדיקה כוללת של הצרכים באיוש אחיות על בסיס סיווג החולים. יישום תוצאות הבדיקה הסתיים ב-1993. בספטמבר 1996 נחתם בין אותם הצדדים הסכם קיבוצי חדש ובו הוסכם על תוספת של 200-300 תקני כוח אדם סיעודי לבתי החולים. עוד הוסכם כי תוספת זו תיקבע על פי שיטת סיווג ותקינה שיקבע צוות בראשות משרד הבריאות בשיתוף משרד האוצר, הנש"מ ונציגי הסתדרות האחים והאחיות.

במרס 1997, לאחר שצוות הבדיקה הגיע להסכמה בנושא וקבע קריטריונים לחלוקת התקנים, נחתם הסכם נוסף. בהסכם זה נקבע כי אחת לשלוש שנים תיבדק התפוסה במחלקות האשפוז, בחדרי הלידה, בחדרי המיון ובחדרי הדיאליזה, וזאת לצורך עדכון התקנים. כמו כן הוסכם שתוקם ועדה פריטטית משותפת למשרד האוצר, למשרד הבריאות, לכללית, להסתדרות מדיצינית הדסה ולהסתדרות האחים והאחיות, ותפקידה יהיה לעקוב אחר יישום התקינה וחלוקת התקנים שנקבעו בהסכם ולהוסיף תקנים לסוגי שירותים חדשים בבתי החולים. הוועדה אכן הוקמה, ומאז היא עוקבת אחר יישום התקינה והוספת תקנים.

יש לציין שיש אחיות שעובדות בבתי החולים אך אינן מועסקות על ידיהם אלא על ידי תאגידי הבריאות - המעסיקים באותו האופן גם רופאים, כאמור - וכך, תוך כדי עקיפת הסכמי התקינה וההסכמים הקיבוציים, הוגדל מספר האחיות העובדות בבתי החולים ממספר התקנים שנקבעו בהסכמי התקינה.

מהבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה עולה כי הסכמי התקינה אמנם כוללים מנגנון לעדכון התקינה, אולם התקינה המעודכנת של כוח האדם הסיעודי אינה עונה על הצרכים בפועל, ובחודרי הניתוח, בפגיות ובבתי החולים באזורי הפריפריה חסר כוח אדם סיעודי. לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות, משרד האוצר ונש"מ לתת דעתם בעניין ולדון בדרכים לפתרון בעיית התקינה.

השפעת מבנה השכר על המצוקה בכוח האדם

שכר הרופאים והאחיות נקבע בהסכמים קיבוציים עם המדינה, הכללית, הסתדרות מדיצינים הדסה, הסתדרות האחים והאחיות וההסתדרות הרפואית בישראל, והוא מתעדכן במהלך השנים בהסכמים הנקבעים בין הצדדים, כך שבעצם למשרד הבריאות אין כמעט יכולת להשפיע על גובה שכרם של הרופאים והאחיות ולתת עדיפות למקצועות שבהם יש מחסור בכוח אדם, ובכך ניטל ממנו כלי חשוב שבאמצעותו אפשר להשפיע על מחסור זה.

בביקורת עלה כאמור שאחד הגורמים למצוקה בכוח האדם הרפואי במקצועות מסוימים - שבאה לידי ביטוי בכך שיש הנוטשים את המקצוע, בכך שנשים פונות למקצועות רפואיים עמוסים פחות ובכך שקיימת בו "בריחת מוחות" לחו"ל - הוא גובה השכר ומבנהו. אף כי כמה ועדות בחנו את הצרכים העתידיים בכוח אדם ואת הפעולות הדרושות להכשרתו, הן לא נתנו דעתן למצוקה הקיימת במקצועות רפואיים מסוימים ולא בחנו את סוגיית השכר ואת השפעתה על המחסור בכוח האדם הרפואי באותם המקצועות. זאת משום שנושא השכר - גם אם בהסכמי השכר נקבעו מנגנונים לדון בו ולשנותו - הוא בסמכותו של הממונה על השכר במשרד האוצר, והוא מושפע מאילוצים תקציביים ומסדרי העדיפויות של הממשלה.

בביקורת עלה גם כי גובה השכר ומבנהו אינם משקפים את משך הלימודים בהתמחויות השונות, את האחריות הרפואית, את השוני בעומס העבודה במקצועות השונים ואת הקושי היחסי במקצועות מסוימים, המגבירים גם הם את המצוקה במקצועות מסוימים.

משרד הבריאות ומשרד האוצר, הערים למצוקה שנוצרה במקצועות מסוימים ולמצוקה בכוח האדם בפריפריה, יצרו אמנם תמריצים כדי לפתור מצוקות אלה, ובהם, כאמור, תוספות שכר מיוחדות, אולם אלה נמוכות יחסית. מבחינת מהלך זה עלה כאמור כי לא היה בתמריצים אלה כדי להשפיע במידה רבה על שיקוליהם של הרופאים לבחור במקצוע שבמצוקה או לעבור לפריפריה.

פסק הבוררות מ-2008 אמנם הכיר במספר מקצועות במצוקה ואף קבע להם תוספת שכר נוספת. עם זאת, לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות והממונה על השכר במשרד האוצר לבחון כלים שיאפשרו להם להכיר במקצוע או באזור שבהם המצוקה חריפה יותר. לדעת משרד מבקר המדינה, אין מקום להמתין לבוררות אחת לתקופה אלא יש צורך בעבודת מטה ובהליכי משא ומתן שוטפים שיביאו לפתרון בעיית המצוקה. בהיעדר אלה יורדת רמת השירותים הניתנים לאוכלוסייה, והעדפתם של הרופאים לבחור במקצוע או לעבוד באזור מסוים נקבעת כעובדה בשטח.

ההיערכות לבחינת הצרכים בכוח אדם

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות

בעת תכנון של כוח האדם במקצועות הבריאות נאמדים היקף כוח האדם הנדרש לתפעול מיטבי של מערכת הבריאות ומידת ההכשרה הדרושה לו. תכנון נכון יכול לפתור בעיות של מחסור ועודף, ולא רק מבחינה כמותית אלא גם מבחינת חוסר איוון בין המקצועות השונים, הפיזור הגאוגרפי שלהם ואיכות הטיפול הניתן בהם, הבא לידי ביטוי בזמינות השירותים ובנגישותם.

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות הוא מורכב ומושפע מכמה גורמים: מיחסי הגומלין שבין המקצועות השונים במערכת הבריאות; משינויים דמוגרפיים - הגידול בפריז, העלייה בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה; משינויים טכנולוגיים באבחון ובטיפול הרפואי; מהפיזור הגאוגרפי של האוכלוסייה, המשפיע על זמינות שירותי הבריאות באזורים השונים ועל הנגישות להם; משינויים בדפוסי התחלואה, המשפיעים על הביקוש לשירותים רפואיים; משינויים ארגוניים - העברת שירותים מבתי החולים לקהילה, למשל שירותים סיעודיים ופסיכיאטריים; ומשינויים בדפוסי העבודה - פרישה מוקדמת של רופאים ואחיות, צמצום שעות העבודה, מעבר לתחומים רפואיים או למקצועות אחרים, כאלה שיכולת ההשתכרות בהם גבוהה יותר.

כמו כן, בתכנון כוח אדם יש להביא בחשבון את השוני במאפיינים החברתיים-דמוגרפיים והחברתיים-כלכליים של האוכלוסייה, הקובעים את תכונותיה האפידמיולוגיות ואת דפוסי הביקוש לשירותים רפואיים.

1. ועדת נתניהו המליצה בדוח שהגישה בשנת 1990 להקים במשרד הבריאות אגף לתכנון משאבי כוח אדם, שבין היתר יאסוף מידע על מצאי כוח האדם במקצועות השונים של מערכת הבריאות ועל דפוסי ההשתתפות בכוח העבודה, ירכז מידע על צרכים, ביקושים ושימושים בשירותי הבריאות על בסיס שינויים באופי הדמוגרפי והחברתי-כלכלי של האוכלוסייה וירכו מידע על שינויים טכנולוגיים ועל השלכותיהם על הביקוש לכוח אדם. האגף האמור גם יגבש מסקנות בדבר צורכי המערכת בכוח אדם לסוגיו, ועל פיהן יתכנן את מסלולי הכשרת כוח האדם.

2. נושא תכנון כוח אדם רפואי נבדק בעבר בידי משרד מבקר המדינה פעמים מספר, ולאחרונה בשנת 2002⁸⁸. בדוח הביקורת צוין אז כי "אחת מסוגיות היסוד שמשרד הבריאות אמור לעסוק בהן היא תכנון לטווח ארוך של כוח אדם במקצועות הרפואה". כן צוין ש"במהלך השנים הגדירו גורמים שונים את תפקידיו ויעדיו של המשרד, הכוללים גם תכנון כוח אדם". בביקורת ההיא הועלה שאף כי "המשרד רואה בתכנון כוח אדם במקצועות הרפואה אחד מתפקידיו, הוא לא גיבש מדיניות לתכנון כוח אדם במקצועות אלה, והוא חסר כלים בסיסיים לתכנון בתחום זה". כן הועלה "שהמשרד לא עשה די לבניית התשתית החוקית שתאפשר איסוף מידע עדכני על כוח אדם במקצועות הרפואה".

יש לציין שבחוזר של נש"מ מספטמבר 2002 הוגדר תפקידו של סגן מנהל כללי בכיר למינהל ומשאבי אנוש במשרד הבריאות, בין השאר, כ"אחראי לתכנון כוח האדם המקצועי במערכת הבריאות הלאומית בישראל (רופאים, אחיות, עובדים פרה-רפואיים בכל מקצועותיהם) וזאת בהיבט הכמותי והאיכותי, תוך קיום קשר עם כל המוסדות המוכרים המכשירים עובדים בישראל".

3. במשרד הבריאות פועלות מועצות לאומיות שתפקידן לסייע למנכ"ל משרד הבריאות, בין היתר, בהתוויית מדיניות בריאות⁸⁹. בדיון שהתקיים בתחילת נובמבר 2006 במועצה הלאומית לבריאות הקהילה בנושא המחסור הצפוי ברופאים מומחים במקצועות השונים ברפואת הקהילה

88 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 53ב, בפרק "תכנון כוח אדם במקצועות הרפואה", עמ' 478.

89 ראו הערה 58.

החליטה המועצה להמליץ למנכ"ל משרד הבריאות להקים ועדה לאומית מתמדת לתכנון כוח אדם בשירותי הבריאות.

המלצת המועצה הועברה באותו חודש למנכ"ל המשרד, אך בביקורת נמצא כי המשרד לא פעל בנושא.

4. תכנון כוח אדם עשוי למנוע היווצרות עודף או מחסור בכוח אדם בטווח הארוך, והוא מאפשר להתאים את כמותו ואת איכותו של כוח האדם לצרכים המשתנים של מערכת הבריאות. משרד הבריאות כמיניסטריון אחראי לבריאות הציבור, וחובתו להבטיח שמערכת הבריאות תספק לציבור טיפול רפואי איכותי. איכותו, היקפו ופיזורו הגאוגרפי של כוח האדם, יש בהם כדי להשפיע על איכות הטיפול ועל הנגישות לשירות - ובכך על מצב הבריאות של האוכלוסייה.

בביקורת הנוכחית הועלה כי אף על פי שתכנון כוח האדם במקצועות הבריאות לטווח הארוך הוא אחד מתפקידיו המרכזיים של משרד הבריאות, למרות המלצת ועדת נתניהו, טרם הוקם במשרד אגף לתכנון משאבי כוח אדם שיעסוק באסוף מידע על כוח האדם במקצועות השונים, וירכז מידע על הצרכים, הביקושים והשימושים על בסיס דמוגרפי וגאוגרפי ועל שינויים טכנולוגיים והשלכותיהם על הביקוש לכוח אדם, שיהיה אחראי לתכנון הצרכים בכוח האדם במקצועות הבריאות בישראל ועל פיהן יתכן המשרד את הכשרת כוח האדם.

בביקורת הועלה כי אמנם משרד הבריאות מינה בדצמבר 2006 ועדה פנימית לבחינת הצרכים במקצועות הבריאות, אך זו התמקדה בעיקר בהיבט התכנוני של הרחבת מסגרת ההכשרה של כוח האדם במקצועות הבריאות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד - בשיתוף גופים נוספים - להקים גוף שיספק מידע על התפעול של מערכת הבריאות, כולל נתונים אפידמיולוגיים, נתונים על היקף השירותים ועל משך ההמתנה לניתוחים⁹⁰ ולבדיקות (למשל בידי רופאים מקצועיים) ועל מגמות תעסוקה בכוח האדם - עבודה במשרה חלקית, נטישת המקצוע, פנייה לפרקטיקה פרטית ופיזור גאוגרפי של כוח האדם. על סמך המידע שייאסף יגבש גוף זה קווים מנחים לתכנון כוח האדם, יעקוב אחר יישומם, יכוון וירכז את הפעילות בנושא וינתב את המשאבים המוקצים לביצועם.

מאגר נתונים

בסיס נתונים מקיף ומעודכן על העוסקים במקצועות הבריאות הוא כלי חשוב לגיבוש מדיניות מערכתית לתכנון כוח אדם. תכנון כזה אמור להביא בחשבון את המצאי של בעלי מקצועות הבריאות וכן תחזיות בדבר שינויים במצאי זה. לשם כך יש צורך בבסיס נתונים מקיף ומעודכן, שיכלול את מספרם של הרופאים ואת תחומי מומחיותם, של עובדי הסיעוד ושל בעלי מקצועות בריאות אחרים, את גילם, את האזור הגאוגרפי שבו הם עובדים ואת אופן פיזורם הגאוגרפי. בסיס הנתונים יכלול גם פרטים על מקום עבודתם, על היקף משרתם ועל אלה שעתידיים לפרוש או פרשו ממקצוע.

90 בעניין זה ראו את הפרק "תאגידי בריאות ליד בתי החולים הכלליים הממשלתיים", עמ' 399.

1. בדוח קודם של מבקר המדינה⁹¹ צוין שהקושי בתכנון כוח האדם נובע, בין השאר, מהיעדר מערכת מידע בסיסי ואמין על כוח האדם המועסק במערכת ומהיעדר נתונים עדכניים על רוב בעלי מקצועות הבריאות. עוד צוין בדוח האמור שאין למשרד הבריאות בסיס נתונים כזה, משום שנתונים על הרופאים אינם מתעדכנים לאחר המועד שבו קיבל הרופא אישור לעסוק ברפואה או לאחר שקיבל הכרה במומחיותו. מאותו מועד אין משרד הבריאות יודע אם הרופא עוסק במקצועו, היכן ובאיזה היקף משרה.

כן צוין בדוח האמור שכדי להקים בסיס נתונים ולעדכן יש להחיל "חובת רישום ועדכון עיתי", כמקובל ברוב המדינות העולם המערבי, וכי לדעת משרד הבריאות יש לכלול בהצעת "חוק מסגרת למקצועות בריאות" סעיף המחייב לעדכן את הפרטים הנוגעים לעניין אחת לחמש שנים. עוד צוין בדוח האמור כי אף שבנובמבר 2001 הוחלט בהנהלת משרד הבריאות שהיועצת המשפטית של המשרד תכין הצעת חוק בעניין רישום חוזר של רופאים, עד דצמבר 2002, כשנה לאחר שהתקבלה ההחלטה, לא חלה התקדמות בעניין זה.

2. נושא הקמת מאגר נתונים במקצועות הבריאות נדון בשנים 2002 ו-2007 בכמה ועדות⁹², ואלה קבעו כי רישום חוזר אחת לכמה שנים יכול לסייע רבות לגיבושה של תשתית נתונים ולתת מידע מדויק יותר באשר למצאי כוח אדם הפעיל במערכת. לכן הן המליצו לבצע סקר על המועסקים בכל אחד ממקצועות הבריאות, וכן לרכז את הרישום החוזר של הרופאים במאגר נתונים ארצי במשרד הבריאות ולהקפיד לעדכן אחת לכמה שנים.

מטיוטת המסמך של משרד האוצר מאפריל 2008 בנושא "דוח ועדת אמוראי - סיכום עמדת המדינה ועמדת הר"י" עולה גם כי עמדת משרד הבריאות ומשרד האוצר היא לאמץ את המלצת הוועדה בדבר רישום חוזר של רופאים במאגר נתונים ארצי של משרד הבריאות.

היעדר מערך מידע הכולל רישום ומעקב רצוף על כוח האדם במקצועות הבריאות המועסק במערכת הבריאות מקשה לתכנן את כוח האדם, והדבר עלול לפגוע בתפעול מערכת הבריאות וביכולת לנהל מדיניות שוויונית ברמה ארצית.

בביקורת הנוכחית של משרד מבקר המדינה הועלה כי למשרד הבריאות יש אמנם קובץ בעלי רישיונות במקצועות הבריאות, אך עדיין אין לו מאגר נתונים מעודכן על הרופאים והאחיות בישראל מקרב בעלי הרישיון. הקובץ עדיין אינו כולל מידע על הרופאים והאחיות ובעלי מקצועות הבריאות השונים המועסקים בפועל בכלל ובתחום התמחותם בפרט; על מספר המועסקים באופן חלקי בלבד; על מספרם של אלה העומדים לצאת או יצאו לגמלאות; על מקום עבודתם; על מקום מגוריהם; ולא על הפיזור הגאוגרפי שלהם.

בתשובתו מינואר 2009 ציין המשרד כי הוא החל ב"עיצוב ותחילת סקר עם הלמ"ס לשם קבלת מידע מפורט, דמוגרפי וגיאוגרפי, על העוסקים בפועל במקצועות הרפואה".

בביקורת הנוכחית הועלה גם כי נושא הרישום החוזר טרם הוסדר, ומשרד הבריאות טרם גיבש הצעת חוק בנושא "חוק מסגרת למקצועות בריאות", ובעיקר בנוגע לסעיף המחייב רישום חוזר של המקצועות המחויבים ברישיון או ברישום במשרד, שהוא הבסיס כאמור לתכנון יעיל ונכון של כוח אדם במערכת הבריאות.

91 ראו הערה 88.

92 ועדת אמוראי מ-2002, ועדת פזי מ-2002 וועדת בן נון מ-2007.

הועלה כי אחת הסיבות העיקריות לכך שהנושא טרם הוסדר היא התנגדות הר"י לרישום חוזר של רופאים ולכך שניהול הרישום החוזר של הרופאים אם יהיה, ינוהל בידי משרד הבריאות. הר"י דורשת שהוא ינוהל בידי הלמ"ס או בידיה, וזאת כדי לשמור על חסיון הנתונים.

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח חשיבותו של הרישום החוזר באשר לגיבושה של תשתית נתונים מקיפה ומעודכנת, על משרד הבריאות והר"י לבחון את הנושא על כל היבטיו ולהסדירו.

סיכום

כוח האדם במקצועות הבריאות הוא אבן יסוד בהפעלת מערכת הבריאות. להיקפו ולאיכותו המקצועית יש השפעה רבה על תפקוד המערכת.

המחסור הצפוי במספר הכולל של כוח האדם הרפואי והמחסור הקיים בכוח האדם הסיעודי עלול לפגוע בזמינות שירותי הבריאות ובנגישותם ולהשפיע על היקפו ועל איכותו של הטיפול הרפואי. אמנם משרד הבריאות, משרד האוצר והמועצה להשכלה גבוהה - בשיתוף ההסתדרות הרפואית בישראל והסתדרות האחים והאחיות - ערים לצורך בהגדלת מספר הבוגרים ברפואה ובסיעוד, ואף על פי שהם עשו כמה מהלכים לקידום הנושא, הם טרם הגדילו במידה ניכרת את היקף ההכשרה. הדבר נכון בייחוד בנושא הסיעוד, שבו יש מחסור חמור באחיות.

כפי שקבע משרד הבריאות, כמה מקצועות רפואיים - ובהם הרדמה, טיפול נמרץ ילדים, נאונטולוגיה וגריאטריה - נמצאים כבר היום במצוקה, ומקצועות כמו פתולוגיה, כיורוגיה כללית, רפואה פנימית ורפואת המשפחה הוגדרו בידי המשרד ככאלה "שיש בהם חשש להתפתחות מצוקה". הדבר גורם, בין השאר, לדחיית ניתוחים ולהמתנה ממושכת לניתוחים, לשחרור חולים מבתי החולים בטרם הושלם הטיפול בהם ולפגיעה באיכות הטיפול⁹³.

אף על פי שמשרד הבריאות ער כבר כמה שנים למחסור בכוח אדם בתחומים אלה, המשרד לא נערך כראוי להכשרת רופאים במקצועות במצוקה ולא גיבש תכנית התערבות לשיפור המצב.

המחסור הנמשך ברופאים ובאחיות באזורי הפריפריה משפיע על זמינות שירותי הבריאות באזורים אלה ועל הנגישות של האוכלוסייה להם. על משרד הבריאות בשיתוף משרד האוצר לקבוע מערכת תגמולים שיהיה בהן כדי להשפיע במידה ניכרת על משיכת כוח אדם איכותי לפריפריה.

מבנה השכר והרכבו הם כלי רב השפעה למשיכת כוח אדם למקצועות מסוימים ולפריפריה, אך לא נעשה בו שימוש רב. על משרד הבריאות ועל משרד האוצר לבחון כלים שיאפשרו להם להכיר במקצוע או באזור שבהם יש מצוקה, וזאת כדי שיוכלו לפתור את בעיית המחסור בכוח אדם בהם.

93 כעולה ממסמכים של האיגודים המקצועיים של הרופאים, וממסמכים של משרד הבריאות.

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות הוא הליך חשוב שנועד, בין השאר, לאמוד הן את היקף כוח האדם הנדרש להבטיח לתושבי המדינה שירותי בריאות איכותיים והן את מידת ההכשרה הדרושה לו. בהליך התכנון חשוב לעקוב באופן קבוע אחר שינויים דמוגרפיים, אחר התפתחויות טכנולוגיות ואחר שינויים בדפוסי הביקוש לשירותים רפואיים. לכן, לדעת משרד מבקר המדינה, יש לגבש מדיניות לתכנון כוח אדם ולהקים גוף שתפקידו לאסוף מידע על מצאי כוח האדם ולזהות מגמות עתידיות בדרישות לכוח אדם במקצועות הבריאות השונים. משרד הבריאות, המופקד על תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות, טרם גיבש מדיניות בנושא, והוא חסר כלים בסיסיים לתכנון בתחום זה.

כדי לגבש מדיניות לתכנון כוח אדם יש צורך במערכת מידע מקיפה ועדכנית על כוח האדם המועסק במקצועות הבריאות השונים. למשרד הבריאות אין תשתית נתונים עדכנית המאפשרת תכנון כוח אדם ואין תהליך המחייב רישום חוזר של המחויבים ברישיון או ברישום במשרד.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות כמיניסטריון ורגולטור לקבוע מדיניות בכל הקשור לתכנון כוח האדם הרפואי והסיעודי ובכל הקשור לשאר מקצועות הבריאות, לפעול להכשרת רופאים ואחיות ולטפל ביסודיות ובשיטתיות בנושא המקצועות במצוקה ובבעיית כוח האדם בפריפריה.

