



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research

כנס ים-המלח התשיעי

ים-המלח, 25-26 ליוני 2008

משאבי אנוש במקצועות הבריאות

- ◆ יחסי הגומלין והממשקים בין מקצועות הבריאות
- ◆ תכנון כח אדם בתוך מקצועות הבריאות
- ◆ הבטחת איכות המשאב האנושי ב מקצועות הבריאות



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research

כנס ים-המלח התשיעי

ים-המלח, 25-26 ליוני 2008

משאבי אנוש במקצועות הבריאות

- ◆ יחסי הגומלין והממשקים בין מקצועות הבריאות
- ◆ תכנון כח אדם בתוך מקצועות הבריאות
- ◆ הבטחת איכות המשאב האנושי במקצועות הבריאות

עיצוב גרפי: נאווה מוסקו
הפקה: יהלומי זיסמן שיבר

תוכן עניינים:

עמוד	
4	תכנית הכנס
5	רשימת משתתפים
7	הקדמה - שלמה מור-יוסף
9	מבוא - אריה שירום
	דוחות הצוותים:
15	צוות 1: יחסי הגומלין והממשקים בין מקצועות הבריאות
39	צוות 2: תכנון כח אדם בתוך מקצועות הבריאות
73	צוות 3: הבטחת איכות המשאב האנושי במקצועות הבריאות
134	נספח - רשימת משתתפי הכנס

תכנית הכנס:

יום ד', 25.6.2008

הרשמה וכיבוד	10:30 - 09:30
ישיבת מליאה: יו"ר: שלמה מור-יוסף	13:00 - 10:30
הרצאה: אבי בן-בסט: "מאזן הכוחות בתהליך התקצוב של ישראל"	
דברי פתיחה: אריה שירום	
הצגת עבודת הצוותים:	
צוות 1: מנחם פיינרו - יחסי הגומלין והממשקים בין מקצועות הבריאות	
צוות 2: גבי בן נון - תכנון כח אדם בתוך מקצועות הבריאות	
צוות 3: אורית יעקובסון - הבטחת איכות המשאב האנושי	
ארוחת צהריים	14:00 - 13:00
דיונים בקבוצות	16:00 - 14:00
הפסקת קפה	16:30 - 16:00
דיונים בקבוצות	18:30 - 16:30
ארוחת ערב	22:30 - 20:00
מרצה: שר הבריאות, ח"כ יעקב בן-יזרי - "סוגיות מרכזיות במערכת הבריאות"	
שירה בציבור	

יום ה', 26.6.2008

דיונים בקבוצות	10:30 - 08:30
הפסקת קפה	11:00 - 10:30
דיונים בקבוצות	13:00 - 11:00
ארוחת צהריים	14:00 - 13:00
ישיבת מליאה: יו"ר: אליק אבירם	16:30 - 14:00
הצגת סיכום דיוני הצוותים	
דיון	

רשימת המשתתפים:

וועדת ההיגוי: יו"ר - אריה שירום, אליק אבירם, אשר אלחיאני, ליאון אפשטיין, גבי בן נון, יצחק ברלוביץ, חיים דורון, אורית יעקובסון, יחזקאל לוי, בועז לב, שלמה מור-יוסף, מנחם פיינר, סיגל רגב-רוזנברג, יהודית שובל, יהושע שמר, אמיר שנון, מיכאל שרף

מרכזת: זיוה ליטבק

צוותי הכנה:	יחסי גומלין וממשקים בין מקצועות הבריאות	תכנון כח אדם בתוך מקצועות הבריאות	הבטחת איכות המשאב האנושי
יו"ר:	מנחם פיינר	גבי בן נון	אורית יעקובסון
מרכזי צוות:	אסף טוקר	ניר קידר	עדיה מאירוביץ
צוותי הכנה:	זאב אהרונסון	מזל אלבגלי	שלמה בירקנפלד
	ליאוניד אידלמן	דורית גולדמן	ז'אן לוק ברמי
	מלכה בורו	דני ורדי	שוש גולדברג
	דן בנור	יצחק זיידס	רויטל גרוס
	יצהל ברנר	חסייה לובצקי	מיכאל דור
	דורית וייס	נורית ניראל	יאיר זילברשטיין
	ציונה חקלאי	יוסי רוזנבלום	נעה כץ
	חצי קידר	ענת שמש	דב פסט
	ברוך רוזן		אמיר שנון
	שוש ריבא		
	אורלי תורן		

משתתפים:

אליק אבירם, חוה אבישי, יואב אבן, דן אבן, מגיד אברהמי, זאב אהרונסון, אורלי פיקר רותם, מאיר אורן, ליאוניד אידלמן, מזל אלבגלי, אשר אלחיאני, ליאון אפשטיין, לימור בוקר פארן, אנה בורד, מלכה בורו, יאיר בירנבאום, שלמה בירקנפלד, אורנה בלונדהיים, יורם בלשר, גבי בן נון, עדה בן ששון, דן בנור, נועז בר ניר, משה בר סימן-טוב, מסעד ברהום, יצחק ברלוביץ, ג'ון-לוק ברמי, שולי ברמלי-גרינברג, יצהל ברנר, נעם ברקן, בשארה בשאראת, דרור גוברמן, שושי גולדברג, דורית גולדמן, אנה גכטמן, גבי גל, איתמר גרוטו, אהוד דוידסון, מיכאל דור, חיים דורון, אלי דפס, ערן הלפרן, דורית וייס, צ'רלס וייסמן, איתן וירטהיים, לאה ופנר, דניאל ורדי, יאיר זילברשטיין, ג'ק חביב, איתן חי-עם, אנואר חילף, ציונה חקלאי, אסף טוקר, נעמה טלמור, הווארד טנדטר, מיטל יסעור, אורית יעקובסון, נחמיה יפה, רבינא ישראל, אלי כהן, סלעית כץ-אפודי, נעה כץ, בעז לב, אמנון להד, חסייה לובצקי, יחזקאל לוי, אסנת לוקסנברג, ניקי ליברמן, זיוה ליטבק, רוני לינדר גנץ, עדיה מאירוביץ, ורד מדמון קוית, זיוה מוגרבי, שמואל מועלם, שלמה מור יוסף, יעקב מנצ'ל, נורית ניראל, גור עופר, יאיר עמיקם, גדעון עשת, יעקב פולאקביץ, מנחם פיינר, אורלי פיקר רותם, דב פסט, עזריאל פרל, חגי קדם, ראובן קוגן, אהוד קוקיה, טל קיביץ, ניר קידר, רחל קיי, יוסי קינר, צחי ואירנה קציר, סיגל רגב-רוזנברג, ברוך רוזן, יוסף רוזנבלום, רן רזניק, שושי ריב"א, חיים רינג, רות רלב"ג, ציפי שדה, שפרה שורץ, עינב שימרון, אריה שירום, פנינה שלפר, שוקי שמר, ענת שמש, אמיר שנון, נפתלי שני, מיכאל שרף, אורלי תורן.

משאבי אנוש במקצועות הבריאות

כנס ים-המלח של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, הינו הכנס המרכזי בו ראשי מערכת הבריאות מתכנסים באווירה אקדמית בכדי לדון בנושאי מדיניות מהותיים, המעסיקים את מערכת הבריאות.

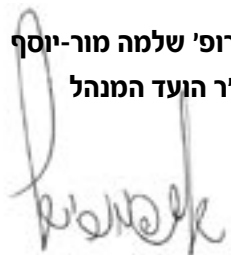
המצוקה הלאומית בתחום מקצועות הבריאות, לא פסחה גם על ישראל ועם סיום גלי העלייה הגדולים, אנו עומדים לפתחו של משבר בנושא כח אדם במערכת הבריאות, במיוחד בתחום הרופאים והאחיות. זו הסיבה שבחרנו השנה לדון בנושא זה בכנס ים-המלח.

מראש היה ברור שזה נושא טעון במיוחד, משום שהוא נושק גם לנושאים פרופסיונאליים המדאיגים כל אחד ואחת מאתנו. בדיונים השתדלנו, עם זאת, להתייחס לנושאים מהצד האקדמי ופחות מהצד הפרופסיונאלי. אני מקווה כי הצלחנו, כמו כל שנה, לקיים את הדיון פחות מתוך נקודת המבט האישית/מוסדית של כל אחד ואחד מאיתנו ויותר מתוך תחושת אחריות ממלכתית וגישה עניינית.

המסורת היא שכנס ים-המלח נועד להיות מקום מפגש לדעות שונות ולליבון נושאים עקרוניים. אי לכך לא התקבלו בכנס החלטות אופרטיביות אבל כן גובש מסמך אשר מתאר את מגוון הבעיות ומפרט את הפתרונות האפשריים. ניסוחו של המסמך המוגש בזאת הסתייע בעזרתם של כל משתתפי הכנס ותודתי נתונה להם על תרומתם הפעילה.

במיוחד ברצוני להודות לפרופ' אריה שירום - יו"ר ועדת ההיגוי של הכנס, לראשי צוותי ההכנה, פרופ' מנחם פיינרו, פרופ' גבי בן-נן וד"ר אורית יעקובסון, וכן לחברי הצוותים כולם, על עבודתם היסודית והמסורה אשר הבטיחה את הצלחת הכנס.

פרופ' שלמה מור-יוסף
יו"ר הוועד המנהל



משאבי אנוש במקצועות הבריאות

מבוא

ביוזמתו הברוכה של הועד המנהל של המכון ויו"ר המכון הלאומי, פרופ' שלמה מור-יוסף, מוקדש לראשונה הכנס השנתי - כנס ים-המלח 2008 - למשאבי אנוש במערכת הבריאות. למיקוד זה של הכנס השנתי כמה סיבות עיקריות. למשאבי האנוש במערכת הבריאות מאפיינים סגוליים המיוחדים רק למגזר שירותי זה. בין המאפיינים המיוחדים הללו, ניתן להזכיר רמת התמקצעות פרופסיונאלית גבוהה, ארגוני עבודה הבנויים על מבנים הירארכיים מקבילים של הפרופסיות העיקריות - הרפואית והסיעודית, ועיסוק מסביב לשעון בנושאים של חיים ומוות. יש להם מאפיינים חשובים המשותפים להם ולמגזרי שירותים אחרים. למשל, כח אדם נשי שהוא מעל שני שלישים של כלל המועסקים ועלייה של אחוז הנשים במקצוע הדומיננטי - רפואה (קיים גם בשירותי החינוך, וגם שם עולה אחוז הנשים המנהלות). כדוגמאות נוספות, עבודת משמרות ושינויים טכנולוגיים מהירים (קיימים גם במגזר הביטחוני) ועליה ברמת הציפיות של מקבלי השירות מהשירות הניתן להם (קיים גם בחינוך ובשירותים חברתיים אחרים). כמו גם בשירותי אנוש אחרים, התוצר הסופי של מערכת הבריאות, השפעותיה על בריאות התושבים, נקבע במידה דומיננטית על ידי איכותם ורמת הנעתם של משאבי האנוש במערכת. בניהול משאבי אנוש, מצטטים לעתים קרובות את המימרה הבאה: "העובדים הם הנכס היקר והחשוב ביותר שיש לנו בארגון". הכנס הנוכחי עוסק בהיבטים שונים של משאבי האנוש במערכת, כולל כמותם, איכותם, קשרי הגומלין ביניהם ושיפור רמתם לאורך זמן. בכך יש צעד חשוב בהפיכת מימרה זו ממס שפתיים של מנהל בכיר כלשהוא במערכת להמלצות מעשיות לקובעי מדיניות ולמנהלים במערכת הבריאות.

בדברי מבוא אלו, אנסה לתאר את קווי המתאר של התכנים העיקריים הכלולים בדוחות שלושת צוותי העבודה שהוקמו לקראת הכנס. תחילה, על המאפיינים המשותפים לכלל שלושת צוותי העבודה, בהתייחס למיתוסים שונים שעדיין שרירים וקיימים בניהול משאבי אנוש במערכת הבריאות. כפי שאראה, כל אחד מצוותי העבודה תורם, במישרין או בעקיפין, לניתוח מיתוס או מיתוסים מקובלים. לאחר מכן, אעסוק בתרומות חיוביות ולאו דווקא

שליליות (קרי-לניתוך מיתוסים) של שלושת הצוותים והדוחות שהגישו למליאת הכנס. לבסוף, אעסוק בתרומת צוותי העבודה לאפקטיביות הכוללת של ארגונים במערכת הבריאות.

לאיכות ניהול משאבי האנוש המועסקים במערכת הבריאות חשיבות קריטית בקביעת תוצאי המערכת. לפי ניסיוני, תחום זה, יותר מאשר תחומי ניהול אחרים במערכת הבריאות, עדיין איננו נשען בצורה שיטתית על גוף הידע שהתהווה במדעי הניהול והארגון. במקרים רבים מיישמים מנהלים במערכת, בניהול משאבי האנוש, מיתוסים שאבד עליהם הכלח ושמעולם לא הוכחו. כך, למשל, יש מיתוס שצריך לשאוף לתחלופה קרובה לאפס של עובדים בארגון כיוון שכל תחלופת עובדים מזיקה לארגון. מיתוס זה בעליל מופרך על ידי הראיות שנאספו על ידי הצוות השני, שעסק בהיבטים שונים של תכנון כח אדם במערכת. יש מידה מסוימת של תחלופת עובדים שהיא טבעית ואפילו רצויה, כדי להפוך את הארגון לדינמי, גמיש, ומסוגל להסתגלות אפקטיבית לשינויים המתרחשים סביבו. מיתוס אחר הוא שככל שירבו הכללים והנהלים של ניהול משאבי אנוש, כך ישתפר תפקוד הארגון. צוות העבודה הראשון עסק בכך בצורה עקיפה, כאשר דן בגבולות המקצועות וביחסי הגומלין בינם לבין עצמם. אם מערכת הכללים והנהלים מבוססת כולה על הגדרות מקצועיות או פרופסיונאליות היא הופכת להיות גורם מפריע ומעכב של שילוב אפקטיבי של מקצועות שונים, כולל הגדרה מחדש של הגבולות בין מקצועות אלו. מיתוס נוסף שאני מאתר לעתים קרובות הוא המיתוס שעובד שביצעו דלים ונמוכים יישאר כזה. כפי שמראה הצוות השלישי, בהקשר של הדרכה ופיתוח משאבי אנוש במערכת הבריאות, הרי ביצועים ירודים של בעלי מקצועות שונים עלולים להיות תוצאה של גורמים סביבתיים - למשל, היעדר השקעה של הארגון בהדרכה ובעדכון הידע של עובדיו המקצועיים. יש מיתוסים רבים נוספים שלא עסקתי בהם מכיוון שאין הם קשורים לנושאים שהכנס אמור לדון בהם. למשל, המיתוס שיש קשר חזק בין שביעות רצון של עובדים לבין רמת הביצוע שלהם. מטה-אנליזות שנערכו בתחום זה הראו שהקשר בין שביעות רצון לבין ביצוע בתפקיד חלש ונמוך. או, כדוגמה אחרת, המיתוס שתוספת שכר לא קשורה להנעה בעבודה. כאשר רמת השכר נתפסת כנמוכה, וככזו שאיננה הוגנת ואיננה מספקת, תוספת של שכר הופכת להיות גורם הנעה מאד משמעותי. כאמור, רשימת המיתוסים שנתן היה להביא ולדון בהם ארוכה יחסית.

שני מרכיבים עיקריים נדרשים לשיפור איכות הטיפול הרפואי שמקבלים תושבי המדינה מנותני שירות שונים במערכת הבריאות. המרכיב הראשון: התקדמות של ממש בפיתוח וביישום, במהלך הטיפול בחולים, של פרוטוקולים קליניים מבוססי-ראיות (evidence-based medicine). פרוטוקולים קליניים אלו מפותחים כיום הן במסגרת קופות החולים ובתי החולים והן במסגרת של מחקר מקיף הנערך על ידי המכון הלאומי, והם אמורים להגדיר את תוכן הטיפול הניתן לחולים. המרכיב השני מתייחס לפיתוח וליישום של ידע מבוסס-ראיות לא על התוכן אלא על הקונטקסט הארגוני של מתן הטיפול. למשל, ידע על כיצד נתן להפוך את תכני הפרוטוקולים הקליניים לתהליכי העבודה המופעלים במתן טיפול. המדובר הוא על פיתוח ידע בתחום הנקרא בספרות ניהול מבוסס-ראיות (evidence-based management) הכוונה היא לזהות וליישם בפועל את האסטרטגיות הארגוניות, המבנים הארגוניים, ותהליכי העבודה הארגוניים שיאפשרו לרופאים, אחיות, ונותני טיפול אחרים לטפל על פי פרוטוקולים קליניים-מבוססי ראיות. שלושת צוותי העבודה, הדוחות שהכינו לקראת הכנס, וכמקווה הדיונים בכנס, יתרמו תרומה משמעותית לקידום ניהול משאבי אנוש מבוסס-ראיות במערכת הבריאות. להלן יובאו מספר דוגמאות לכך.

הדוגמה הראשונה מבוססת על הדוח של הצוות הראשון, שעסק ביחסי הגומלין בין מקצועות הבריאות. דוח הצוות הראשון הציג מספר שינויים נדרשים בהגדרת גבולות המקצועות, כולל קריטריונים להעברת תחומי אחריות וסמכויות ממקצוע למקצוע.

ליחסי הגומלין בין מקצועות הבריאות חשיבות מפתח בכל הקשור לטיפול בחולים כרוניים. על פי סקר הבריאות הלאומי 2003-2004, קרוב לעשירית מבין כלל בני 21 ומעלה בישראל דיווחו שרופא איבחן שהם חולים בכל אחת מהמחלות הכרוניות הבאות: מחלות לב, סוכרת, דלקת פרקים, ומחלות כרוניות בדרכי הנשימה. הערכתי היא שיש חפיפה בין החולים במחלות השונות, ושקרוב לרבע של כלל התושבים מעל גיל 21 חולים במחלה כרונית הטעונה טיפול ממושך. לפי נתונים שנאספו באחת מקופות החולים הגדולות, קרוב ל-75% של כלל הוצאותיהם על הטיפול בחולים הכרוניים הללו. אין ספק שהטיפול בחולים כרוניים הנו אחד האתגרים המשמעותיים ביותר של מערכת הבריאות.

כיצד הדברים קשורים לדוח הצוות הראשון? ובכן, על פי הספרות המקצועית העוסקת בטיפול במחלות כרוניות, יש מספר מרכיבים ששילובם בתוכנית טיפולית מביא לתוצאות

מיטביות הן מבחינת איכות הטיפול בחולה והן מבחינת העלויות למערכת הארגונית המטפלת. מרכיבים אלו כוללים את הבאים. ראשית, פרוטוקולים קליניים לטיפול בכל אחד מהסוגים דלעיל של מחלות כרוניות. שנית, המצאות של מערכת רישום, בקרה אחר טיפולים, ואזכורים לחולים על הצורך בטיפול תקופתי מסוים לכל החולים הכרוניים באחת מסוגי המחלות דלעיל. מרכיב שלישי: מערכת משוב לרופאים המבוססת על מערכת הרישום והבקרה דלעיל. מרכיב רביעי: המצאות של תוכניות לחינוך של החולים לטיפול עצמי.

מרכיב חמישי, חשוב ביותר קשור לגבולות מקצועיים ולשיתוף פעולה בין מקצועות. זהו המרכיב של המצאות צוותים של בעלי מקצועות רפואיים, כולל רופאים ואחיות, שיש להם ידע בנושא המחלה, משאבים טיפוליים, ורמת אוטונומיה סבירה על מנת לפעול בצורה אפקטיבית. כללו של דבר: על מנת לבנות צוותי טיפול אפקטיביים לטיפול בחולים כרוניים מסוגים שונים, יש צורך לבנות צוותים טיפוליים שיוכלו לנהל עצמם, להכניס שינויים במערך הטיפולי בהתאמה לצרכים, ולהקצות לחברי הצוות את מטלות הטיפול הכרוני בצורה מיטבית. מכיוון שכך, בכל הקשור בטיפול אפקטיבי בחולים כרוניים על ידי צוות של מטפלים, שמירה על הגבולות המקצועיים הקיימים של המקצועות השונים פשוט איננה אופציה סבירה והגיונית. כאמור, המדובר בדוגמא בלבד, שבאה להמחיש את חשיבות עבודתו של הצוות הראשון בכל הקשור להערכה מחדש של גבולות המקצוע. דוח הצוות הראשון כולל גם הצעה לקריטריונים שלפיהם נתן יהיה לבנות צוותי טיפול כדוגמת אלו שהוזכרו לעיל.

הדוגמה השנייה מבוססת על הדוח של הצוות השני. הצוות השני עסק בכמה נושאים עיקריים: בתכנון כח אדם מקצועי בתוך מקצועות הבריאות, בהגדרת משמעות "מחסור" ו"עודף" בכל אחד מן המקצועות העיקריים במערכת הבריאות, בתכני ומשכי ההכשרה של התמחויות רפואיות ואחרות, בתמריצים לשמירת כח אדם מקצועי במערכת, ובסוגיית כח האדם המקצועי בפריפריה. הגוף האחראי לתכנון לאומי של כח אדם מקצועי בשירותי בריאות הנו משרד הבריאות. משרד הבריאות אמור להכין מודל אינטגרטיבי של תכנון כח אדם המבוסס על השיקולים העיקריים המובאים בדוח צוות זה. תפקיד חשוב ומרכזי של משרד הבריאות הוא להסדיר ולכוון את הכשרת כח האדם המקצועי, כולל במקצועות והתמחויות הרפואה והסיעוד. משרד הבריאות אמור כן לעסוק במחקר של מגמות

העסקת כח אדם מקצועי במערכת הבריאות. דוח הצוות השני יכול להוות תשתית לקבלת החלטות של משרד הבריאות על מילוי ויישום אחריות המשרד, כמיניסטריון, בכל אחד מן התחומים הללו. בכך תרם הצוות תרומה ישירה למקבלי החלטות במשרד הבריאות. כפי שמדגיש הצוות השני בדוח שלו, המצב הקיים, לפיו אין במערכת הבריאות מידע מוסמך על מספר העוסקים בפועל בעבודה ברפואה הנו מצב טעון-שיפור ושינוי מיד. יש, אמנם מידע במשרד הבריאות על מספר הרופאים שקבלו רישיון לעסוק ברפואה בישראל. יש גם אומדנים, המבוססים על סקרים מדגמיים של כח אדם שעורכת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, של מספרי העובדים בפועל במקצועות הרפואה. אך אין מידע מבוסס ומלא על כח אדם רפואי העוסק בפועל ברפואה בישראל. למשל, אין מידע מוסמך על מספר הרופאים שקבלו רישיון לעסוק ברפואה בישראל אך עזבו את המקצוע או עזבו את הארץ. המצב איננו שונה מהותית גם במקצועות הבריאות האחרים, ומקצוע הרפואה והעוסקים בו נידון כאן רק בשל מרכזיותם של רופאים במערכת הבריאות.

הדוגמה השלישית מבוססת על הדוח של הצוות השלישי. הצוות השלישי עסק במודלים לאבטחת איכות המשאב האנושי במערכת הבריאות, כולל נושאים כגון רישום חוזר, התעדכנות מקצועית נמשכת של בעלי המקצועות השונים כולל באמצעות לימודי המשך, רישוי מחדש של בעלי מקצועות בריאות והשימוש במדדי תוצאה. גם הצוות השלישי, כמו קודמיו, הניח תשתית לניהול מבוסס-ראיות במערכת הבריאות בכל הקשור לאבטחת איכות המשאב האנושי במערכת הבריאות. בתחום של ניהול משאבי אנוש בארגונים, ידוע היטב מחקר מקיף שנערך על מדגם גדול של חברות למטרת רווח בארצות הברית. המחקר בדק את מערכת הקשרים שבין היבטים מסוימים של ניהול משאבי אנוש בארגונים לבין הביצועים של אותם ארגונים, במונחים פיננסיים, רמת הפריון בעבודה של העובדים ואחוזי ניידות כח אדם באותם ארגונים. המחקר מצא, בין השאר, שממוצע שעות ההדרכה לעובד טיפוסי בשנה שקדמה למועד ביצוע המחקר היה בעלי השפעה חיובית חשובה על ביצועיהם הפיננסיים של הארגונים, פריון העבודה ואחוזי הניידות. ממצא דומה נמצא לגבי אחוז העובדים שהארגון מכסה בסקרי עמדות בצורה תקופתית (למשל, סקרי שביעות רצון של עובדים שמקובלים בחלק מקופות החולים), אחוז העובדים שמכוסים על ידי שיטות שכר עידוד ארגוניות, אחוז העובדים שמקבל משוב תקופתי על ביצועיו ואחוז המשרות הפנויות בארגון שאוישו מתוך עובדי הארגון הקיימים בשנים האחרונות. אמנם מחקר זה עסק במגזר העסקי, ולא במגזר שירותי כלשהוא, אך להערכתי ממצאיו ישימים

ישירות גם למערכת הבריאות בישראל. לדעתי, שילוב של יותר ויותר עובדים במערכות הדרכה פנים-ארגוניות, הגדלה של אחוז העובדים שמקבלים הערכת ביצוע תקופתית ושמוכים על ידי סקרי עמדות שוטפים הנערכים בארגון, יוליכו במישרין לשיפור אפקטיביות ארגונית בריאות. זהו אולי הקונטקסט הכללי יותר שראוי לראות בו את דוח הצוות השלישי והמלצותיו.

לסיום, אני תקווה שדיוני הכנס הנוכחי הם רק התחלת הדרך בדרך לשיפור איכות ניהול משאבי אנוש במערכת הבריאות על ידי הפיכתו לניהול מתקדם מבוסס-ראיות. במודע, היו נושאים רבים נוספים שלא נתן היה לכלול במסגרות של דיוני הצוותים, למרות חשיבותם הרבה לאפקטיביות של משאבי האנוש במערכת. כדוגמה, נושא עבודת צוות ברפואה ראשונית ושלישונית, בהקשר לנושאי הצוות הראשון. כדוגמה, נושא גיל פרישת חובה של רופאים ואחיות בשירות הציבורי ואולי אף בפרקטיקה פרטית, בהקשר לנושאי הצוות השני. כדוגמה, תוכניות לשיפור איכות החיים בעבודה של עובדי מערכת הבריאות בארגונים השונים, כולל חוגי איכות, וצוותי פתרון בעיות, בהקשר לנושאים שעלו בצוות השלישי. כמקווה, נושאים אלו יהוו צירי דיון בכנסים עתידיים. לסיכום, אני מבקש לאחל בהצלחה לכל משתתפי הדיונים בצוותים השונים במאמץ המשותף שלנו להגיע למסמכים שיהיו בסיס עתידי לניהול משאבי אנוש מבוסס-ראיות במגזר הבריאות!

פרופ' אריה שירום

יו"ר הכנס

צוות 1:

יחסי הגומלין והממשקים בין מקצועות הבריאות

תקציר

אחת הדרכים לשפר את איכות הטיפול האקוטי והכרוני הוא שילוב בין רופאים לבין מטפלים שאינם רופאים. הגדרות התפקידים במערכת הבריאות אינן סטטיות. מערכת הבריאות היא מערכת משתנה ועל כן לא מן הנמנע שייתכנו שינויים גם בהגדרות התפקיד של מקצועות שונים והזזה של יחסי הגומלין והממשקים בין מקצועות הבריאות השונים. הסרתם של חסמים בשילוב מקצועות עזר לרפואה ושל מגבלות חוקיות, יסייעו להגביר את איכות הטיפול בישראל ויעילותו ע"י מיקוד תפקידי הרופא במתן טיפול רפואי ובניהול הצוות הרפואי למתן טיפול מיטבי בחולים. סביר שתכנון ראוי והתאמת הסמכויות לצרכי מערכת הבריאות בשנות ה-2000 על ידי משרד הבריאות, בהסכמה של הר"י ושל בעלי המקצועות השונים במערכת הבריאות, יביאו לאיזון בין המקצועות, תוך ניצול מרבי של המשאבים המיועדים לבריאות.

הצוות דן בשלושה נושאים עיקריים:

- ◆ האם נחוץ עיצוב מחדש של הסמכויות במקצועות הבריאות?
- ◆ מה הם הקריטריונים להרחבת סמכויות מקצועות הבריאות?
- ◆ מה הם הסיכויים והסיכונים בהרחבת סמכויות מקצועות הבריאות?

במהלך שני ימי הדיונים הושגו בצוות ההבנות הבאות:

- ◆ בטיפול בחולה קיימת חשיבות רבה לעבודת צוות רב מקצועי. ברוב המקרים, איש המקצוע המנהל את הצוות הוא רופא אך לא מן הנמנע כי מנהל הצוות ישתנה בהתאם למצב המטופל.
- ◆ הרחבת סמכויות במקצועות הבריאות תתאפשר רק כאשר מקבל הסמכות יכול לבצע את הפעילות בצורה שאינה נופלת מזו של נותן השירות המסורתי.

- ◆ הרחבת הסמכויות תתבצע בהליך שמקובל ומוסכם על המקצועות הרלוונטיים ותוך כדי הדברות.
- ◆ שינוי בסמכויות של מקצוע אחד יגרור בדרך כלל גם שינוי במקצועות המקבילים.
- ◆ הרחבת סמכויות דורשת כמובן הכשרה מתאימה, מערכות מידע המאפשרות חלוקת מידע בין מקצועות, חקיקה מתאימה ופיקוח הדוק של משרד הבריאות.
- ◆ דרוש מחקר מלווה להערכת התהליך וכדאיותו מבחינה קלינית ומבחינות נוספות (כגון תכנון כח אדם והיבטים כלכליים).

הקדמה

בשנת 1910 פרסם אברהם פלקסנר דוח על בתי הספר לרפואה בארה"ב ובקנדה¹. בדוח, אשר בחן 168 בתי ספר לרפואה ברחבי ארה"ב ובקנדה, המליץ פלקסנר על צמצום מספר הרופאים בארה"ב על ידי הקטנת קצב הייצור באמצעות סגירת בתי ספר לרפואה ועל ידי העלאת תנאי הקבלה אליהם. הדוח של פלקסנר נחשב אבן דרך בתחום החינוך הרפואי ותכנון כח האדם הרפואי. מאז ועד היום פורסמו ברחבי העולם עשרות עבודות, אשר חקרו את נושא כח האדם הרפואי בעולם, אולם תחום פיתוח משאבי אנוש למערכות בריאות (HRH - Human Resources for Health) החל להתפתח בעיקר אחרי מלחמת העולם השנייה. המחסומים העיקריים בפיתוח משאבי אנוש במערכות בריאות כוללים סדרי עדיפויות שגויים, היעדר מדיניות עקבית, חוסר תכנון עתידי, היעדר ניהול של משאבי האנוש והיעדר מידע בסיסי וחיוני הדרוש לתכנון². רוב המודלים הקיימים כיום ב-HRH מתייחסים לחישוב הצרכים לדרישות מערכת הבריאות ולהספקת כח האדם הרפואי בהתאם. אין כמעט מודלים בהם קיימת גישה אנליטית המנסה לשפר את יעילות כח האדם הרפואי, התפוקה של כח האדם הרפואי או את פיזור משאבי האנוש בשירותי הבריאות.

כמות כח האדם הרפואי במדינת ישראל ואיכותו משפיעות בצורה ישירה על בריאות האוכלוסייה ועל כלכלת הבריאות בישראל. ככל שמספר העובדים במערכת הבריאות אינו מאוזן איכותית או אינו מפוזר גיאוגרפית באופן שוויוני, עלולה להיפגע איכות הטיפול והנגישות של האוכלוסייה לשירותים רפואיים עד כדי פגיעה במצב הבריאות. במקביל, חוסר האיזון במשאבי האנוש במערכת הבריאות מביא לחוסר יעילות ולתפקוד לקוי של מערכת הבריאות.

ההשלכות של תכנון לקוי בכח אדם של הרופאים ברורות:

עודף בכח אדם רפואי מביא הן לבזבז במשאבי המדינה, המושקעים בהכשרה רפואית, והן לשימוש יתר במשאבים המוגבלים של משק הבריאות; ואילו לחוסר בכח אדם רפואי השלכות על בריאות הציבור, על איכות השירות וכן על בזבז משאבים יקרים כתוצאה מתת-טיפול או איכות טיפול ירודה (פגיעה בשוויוניות בין המרכז לפרפריה).

כמות צוותי הרפואה והרכבם משתנים ממדינה למדינה, ומושפעים מגורמים רבים: מהמצב הכלכלי בו נמצאת המדינה; ממבנה מערכת הבריאות באותה מדינה; מצורת השלטון במדינה; מהממשקים שבין קובעי המדיניות, לחולים, לארגוני הרופאים; וכן שיקולים פוליטיים וכלכליים; מאפיינים תרבותיים; אינטראקציות חברתיות; מגמות דמוגרפיות ועוד. תכנון כח אדם רפואי הוא פעולה מורכבת, שכן היא מצריכה התחשבות במספר רב של משתנים אשר בחלקם קבועים, בחלקם משתנים וחלקם עלומים.

לכאורה, מדובר בבעיה, הנראית פשוטה, של היצע וביקוש כלכלי. אולם בעידן של שינויים ושל פיתוח טכנולוגיות חדשות בקצב מסחרר, הן הביקוש לשירותי רפואה והן היצע כח האדם הרפואי תלויים במשתנים קבועים ובלתי קבועים שיש לשקללם. בנוסף, יש לקבוע את היקף הביקושים הדרושים/צפויים לשירותי רפואה הנגזרים בעיקר מגודל האוכלוסייה, מתוחלת החיים העולה, מתחלואה משתנה, והשפעתן של טכנולוגיות רפואיות חדשות.

בחישובים אלו קשה להתעלם ממספר רב של משתנים, אשר משפיעים על תכנון כח אדם רפואי:

- א. גידול האוכלוסייה על רקע של גידול טבעי והזדקנות האוכלוסייה
 - ב. הגידול במחלות כרוניות, כגון: אי ספיקת לב, סכרת, יתר לחץ דם, אי ספיקת כליות ועוד
 - ג. השלכות מגדר (Gender) על שוק העבודה הרפואי ושילובן ההולך וגדל של נשים, בעיקר בקרב הרופאים
 - ד. שינויים במקצועות הבריאות (skill mix), כולל תת-התמחויות חדשות
 - ה. שינוי במאפייני השירות הרפואי:
1. הצורך באיכות טיפול לצד עלות סבירה, העצמת החולה המלווה בעליה בשביעות הרצון, ושקיפות מלאה של מידע

2. הצורך התמידי בשינוי היחס ובמהות התפקידים של בתי החולים ושל הקהילה
3. העברת חלק מהשירותים הרפואיים מבתי החולים אל הקהילה
4. הצורך בשינויים מבניים במערכת הבריאות
5. הצורך בשינוי במאפייני הכשרת כח אדם רפואי ובתוכניות הלימודים
- ו. מאפיינים תעסוקתיים, כגון:
 1. שינוי במסלולי קריירה בשנים האחרונות
 2. קיצור שבוע העבודה, משך משמרת
 3. אחוזי משרה (Part Timer/Full Timer)
 4. שיעורי פרישה מוקדמת או מאוחרת (גיל 67).
 - ז. שיעורי הגירה משתנים לישראל וממנה
 - ח. פיזור לא הומוגני של כח אדם בין אזורי המרכז לפריפריה.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מבטיח לכל תושב בישראל זכאות לסל שירותי בריאות מוגדר. אופן הקצאת כספי הציבור לאספקת סל שירותים זה אמור להבטיח בריאות שוויונית לכל. אולם כיום, אין בישראל מוקד לתכנון של כח האדם הרפואי ברמה הלאומית. ההתאמה של כח האדם הרפואי איננה עפ"י הצרכים המשתנים של מערכת הבריאות הישראלית אלא עפ"י העדפות תקציביות קצרות טווח. כך, לדוגמא, קיים חוסר קבוע ומתמשך במקצועות "נדרשים", כגון: אחיות, רופאים משפחה, רופאים פתולוגים, רנטגנולוגים, מרדימים ופנימאים, לצד קיומם של "עודפי" רופאים בתת מקצועות כמו במקצוע האורטופדיה, במנתחי לב ועוד. מצב זה עומד בסתירה מוחלטת לעקרונות הבסיסיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בנוגע לשוויוניות, לנגישות, לצדק חברתי ולאיכות.

הגישה המקובלת בתכנון כח אדם בשירותי בריאות כוללת אומדני היצע של ספקי הבריאות מול הערכת הביקוש לשירותי בריאות וקביעת תקנים מתאימים, פיזור גיאוגרפי ראוי ותמהיל מקצועי הולם. כיום לא קיים בישראל מודל אינטגרטיבי לתכנון משאבי אנוש במערכת הבריאות ברמה הלאומית. למרות מספר דוחות של מבקר המדינה, דיונים בוועדות הכנסת, ועדות חקירה ועבודות שונות שבוצעו בתחום זה, אין מדיניות המכוונת פיתוח של כח אדם רפואי והכשרתו, אין מידע מעודכן על רמת התעסוקה של כח האדם הרפואי וחסר מידע החיוני בתהליכים של תכנון כח אדם.

מצאי כח האדם העדכני

רופאים:

בסוף שנת 2006 היו רשומים בישראל 32,371 רופאים (גרף מספר 1)³. מספר הרופאים מתחת לגיל 65 עלה מ-14,943 רופאים בשנת 1990 עד ל-25,138 בשנת 2006, שיעור הרופאים מתחת לגיל 65 ל-1000 נפש עלה מ-3.1 בשנת 1990 ל-3.75 בשנת 1997 אך משנת 1998 נמצא יחס זה במגמת ירידה והגיע ל-3.53 בשנת 2006³.

שיעור הרופאים ל-1000 נפש עדיין גבוה בישראל ביחס לרוב המדינות ה-OECD.

חשוב לציין, שמדובר במספרים מוחלטים בלבד (Head count) של רופאים, אשר קיבלו רישיון לעסוק ברפואה בישראל. אין מידע על רופאים, שאינם עוסקים ברפואה או שאינם נמצאים בישראל, ואין כיום מנגנון הערכה של השפעות נוספות, כגון: תפוקת הרופא, מספר משרות בהן עוסק, שינויים מגדריים, שינויים בשעות העבודה, שיפור יעילות השירות הרפואי, תקנון של האוכלוסייה לפי פרמטרים של צריכת שירותים וכו'.

מספר הרישיונות החדשים ברפואה ממשיך לרדת מאז המחצית השנייה של שנות התשעים והגיע בשנת 2006 ל-575 רישיונות בלבד. מחצית הרישיונות היו לנשים בהשוואה לשליש בשנות השמונים. מספר הרישיונות שהונפקו לרופאים שהוכשרו במזרח אירופה נמצא גם כן במגמת ירידה מאמצע שנות התשעים; ובשנת 2005 מספרם היה, לראשונה מאז הקמת המדינה, נמוך ממספר בוגרי ישראל.

מספר הרישיונות לבוגרי ישראל הינו כ-250-300 בוגרים בשנה, ללא שינוי ממחצית שנות השבעים. משנת 2005 למעלה ממחצית (52%) מכלל הרישיונות החדשים היו של בוגרי ישראל, בהשוואה ל-33% בלבד בשנת 2000. בשנת 2006 הונפקו 269 רישיונות ברפואה לבוגרי חו"ל, מהם 112 לעולים שעלו משנת 1989 ואילך, 130 רישיונות לילידי ישראל או לעולים שעלו לישראל לפני שנת 1989 ו-27 רישיונות לילידי חו"ל ללא רישום של שנת עליה.

ארצות הלימוד העיקריות של ישראלים בוגרי חו"ל היו הונגריה (48 בוגרים) ואיטליה (27 בוגרים).

ועדת פזי (2002) לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים, אשר מונתה מטעם המועצה להשכלה גבוהה, צופה, שאם לא יחול שינוי בקצב הכשרת רופאים על ידי בתי הספר לרפואה בישראל, ירד שיעור הרופאים ל-1000:3 נפש בתסריט המוקדם ביותר בשנת 2011, ול-1000:2.7 בתסריט המאוחר ביותר בשנת 2021⁴. הוועדה קובעת, שעל מנת למנוע את המשך הירידה בשיעור הרופאים ל-1000 נפש מעבר לשנת 2017, קיים צורך להגדיל את מספר הרופאים החדשים הנכנסים למערכת הבריאות כבר משנת 2005 בכ-600-700 רופאים לשנה. זאת, על ידי הגדלה הדרגתית של מחזורי הסטודנטים בבתי הספר לרפואה בישראל, עד כדי הכפלת מחזורי הסטודנטים מ-300 סטודנטים כיום עד ל-600 בשנת 2010. ועדת פזי ממליצה גם על עדכונו של מאגר המידע העוסק במקצועות הרפואיים הקיים במשרד הבריאות, וממליצה על חובת רישום חוזר של רופאים, היכולה לסייע רבות לגיבושה של תשתית נתונים בנושא⁴.

בשנת 2007 פרסמו שתי ועדות נוספות תחזיות כח אדם של רופאים במדינת ישראל. הראשונה, ועדת בן-נן⁵ אשר מונתה ע"י משרד הבריאות, חוזה כי אם לא יחול שינוי בקצב ההכשרה של בתי הספר לרפואה בישראל, ירד מספר הרופאים ל-2.73 רופאים ל-1000 נפש בשנת 2020. הועדה ממליצה להגדיל באופן מיידי את מספר הסטודנטים בכל מחזור ל-600 ולשקול את המשך קיומן של התוכניות להכשרת סטודנטים מחו"ל. הועדה השנייה, ועדת הלוי⁶, אשר מונתה ע"י הועדה לתכנון ולתקצוב של המועצה להשכלה גבוהה לדיון בצורך בהקמת בית ספר חמישי ללימודי רפואה במדינת ישראל, המליצה על הרחבת כיתות הלימוד הקיימות עד 600 סטודנטים במחזור, פתיחת בית ספר נוסף לרפואה בהקדם, קיום תוכניות לימודי רפואה קצרות במתכונת הדומה לקיים בארה"ב ולצמצם את התוכניות ללימודי רפואה לתלמידי חו"ל (המתחרות על מקומות הלימוד בבתי החולים בישראל).

אחיות:

בבחינת מצב כח האדם של האחיות, מתגלה מצב חמור אף ממצבם של הרופאים. במהלך 2006 זכו להכרה 1709 אחיות מוסמכות (מתוכן 735 אחיות אשר עברו הסבה מאחיות

מעשיות) ו-207 אחיות מעשיות, למעלה ממחציתן היו עד גיל 30. מספר ההרשאות לאחיות מוסמכות ממשיך במגמת עליה לעומת ירידה במספר האחיות המעשיות. מרבית ההרשאות בשנת 2006 היו למוסמכות 89%, בהשוואה ל-62% בשנת 2000. בסוף 2006 היו 53,572 אחיות, מהן 41,355 עד גיל 60, מרביתן אחיות מוסמכות. בסך הכל היו 37,962 אחיות מוסמכות, מהן 30,790 עד גיל 60 ו-15,610 אחיות מעשיות, מהן 10,565 עד גיל 60. שיעור האחיות (מוסמכות ומעשיות) עד גיל 60 ירד ל-5.8 ל-1000 נפש בסוף 2006 (גרף מספר 1). שיעור זה נמצא בשנים האחרונות במגמת ירידה והוא מהנמוכים במדינות המערב.

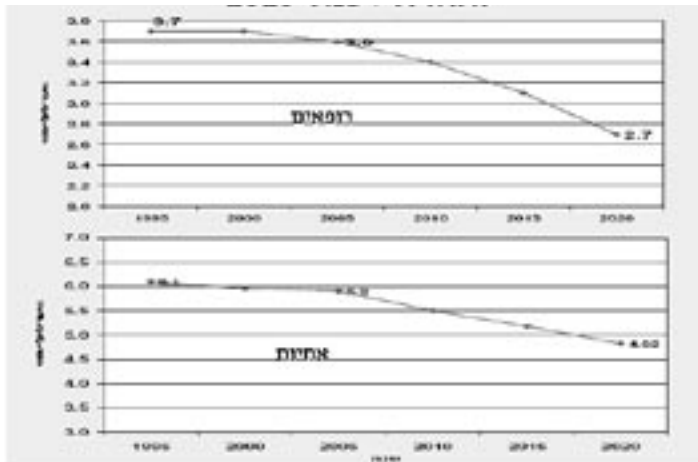
בסוף 2006 היו 16,933 אחיות מוסמכות עד גיל 60 בוגרות קורסים על בסיסיים. במהלך 2006 סיימו 612 אחיות קורסים על בסיסיים, מהן 258 סיימו קורס לטיפול נמרץ, 89 לאונקולוגיה, 85 למיילדות, 75 לטיפול נמרץ פגים, 65 לטיפול נמרץ ילדים, 64 לרפואה דחופה, 62 לנפרולוגיה והשאר בגריאטריה, רפואה מונעת, בריאות הנפש וחדר ניתוח.

שיעור האחיות עד גיל 60 בוגרות קורסים על בסיסיים היה 2.38 ל-1000 נפש. השיעור לטיפול נמרץ גבוה בהשוואה לקורסים אחרים.

ועדת קורן⁷ דנה בשנת 2004 בהיקף ההכשרה האקדמית של הסיעוד בישראל. הועדה התרשמה שנכון לשנת 2004 לא קיים עודף של אחיות מוסמכות בשוק העבודה. הועדה התרשמה כי יש לשמור בטווח התחזית על שיעור האחיות הכולל הנוכחי, כלומר 5.5 אחיות מוסמכות ומעשיות ל-1000 נפש, מתוכן 3.8 אחיות מוסמכות. כדי לשמור על השיעור של 3.8 אחיות מוסמכות מועסקות ל-1000 נפש, תידרש המערכת המכשירה את האחיות המוסמכות לספק כ-1350 רישיונות חדשים (לא כולל הסבה) בשנת 2008, 1420 בשנת 2015 וכ-1520 רישיונות חדשים בשנת 2020.

ועדת בן-נון (2007) אף המליצה על הגדלה מיידיית של מסגרות ההכשרה לאחיות בכ-850 אחיות נוספות בכל שנה עד שנת 2020 על מנת לשמור על שיעור יחס האחיות ל-1000 נפש הקיים כיום.

גרף מספר 1: שיעור רופאים ואחיות בישראל 1995 - 2020 - תחזית משרד הבריאות



מקור הנתונים: משרד הבריאות, דוח ועדת בן-נן. ירושלים 2007

יחסי גומלין בין מקצועות הבריאות השונים

בשנים האחרונות מתרחשים במערכת השירות הרפואי שינויים ארגוניים וכלכליים בשילוב לשינויים סוציולוגיים ודמוגרפים. ההתפתחות המדעית, ריבוי הטכנולוגית החדשנית והצפת המידע הרפואי, גרמו לעלייה בדרישות ובציפיות הציבור מהשירותים הרפואיים. שינויים במאפייני התחלואה, שינויים דמוגרפיים, מודלים חדשים לטיפול בחולים והזדקנות האוכלוסייה גרמו להרחבת הגדרת הטיפול הרפואי. נוצר צורך בהכלת ההוצאות לבריאות מחד, ובהגדלת אספקת השירותים, הגדלת הנגישות לטיפול ופתרון בעיית זמינות בכח אדם רפואי ייעודי מאידך.

אחת הדרכים לשפר את איכות הטיפול האקוטי והכרוני הוא שילוב בין רופאים לבין מטפלים שאינם רופאים. מספר מקצועות נמנים עם ספקי שירותי רפואה שאינם רופאים, כגון: כירורקטיים, נטורופטים, אקופונקטורה והומאופתים אשר מוגדרים בדרך כלל כספקי שירותי רפואה משלימה לשירותי רפואה קונוונציונליים.

מקצועות נוספים, הנמנים עם נותני שירותים רפואיים שאינם רופאים, אשר הקשר בינם לבין הזרם המרכזי של הרפואה ושל רופאים קונבנציונליים קרוב יותר. מקצועות אלו כוללים את האחות (Nurse), האחות המקצועית (Nurse Practitioner - NP), עוזר רופא (Physician Assistant - PA), רוקח קליני (Clinical Pharmacist), דיאטנית קלינית, מיילדות מקצועיות (Certified Nurse Midwife - CNM) ועוד.

מקצועות אלו מוגדרים בספרות כמקצועות רפואה קליניים שאינם רופאים (Non Physician Clinicians - NPC). ביוזמת הממשל הפדראלי וגופים נוספים במטרה לשפר את השירות הרפואי, בעיקר באזורי ספר, החלו להופיע בארה"ב בתחילת שנות השישים מקצועות ה-NPC (Non Physician Clinicians), עקב מחסור ברופאים באזורים אלו⁸. לאור החפיפה בין מקצועות ה-NPC לבין רפואה, והעלות הזולה יחסית של ביקור אצל אחד ממקצועות ה-NPC, חששו רופאים רבים מפגיעה במעמדם המקצועי, ולכן לרוב התנגדו למתן חופש מקצועי למקצועות אלו. החל מהתקופה שלאחר מלחמת העולם השנייה החזיקו רופאים בארה"ב במעמד חברתי גבוה בהרבה מעמיתיהם במקצועות חופפים או משל רופאים במקומות אחרים בעולם. במרבית שנות המאה העשרים הצליחו הרופאים, בעזרת מעמדם החברתי, להשפיע על מקבלי ההחלטות ולמנוע מ-NPC לפעול בצורה עצמאית. מקצועות בריאות אחרים, כגון אחיות, נשאו תמיד בדרגה נמוכה יותר בסולם ההיררכיה המקצועית. ארגונים כגון איגוד הרופאים האמריקאים (American Medical Association) התנגדו מאז ומתמיד למתן עצמאות מקצועית לאחיות. ב-1969, עקב המחסור החמור ברופאים, פנה איגוד הרופאים האמריקני לאחיות והציע להם להפוך לעוזרי רופא (Physician Assistant - PA). לאור העובדה, שמקצוע ה-PA כפוף באופן מלא לרופא (בניגוד ל-Nurse Practitioner - NP), ואיגוד הרופאים האמריקני לא שותף בבניית התוכנית יחד עם האיגוד האמריקני לאחיות (American Nurses Association), נכשלה התוכנית בתחילתה. אולם לאחר שנוסדו ועדות משותפות לאיגוד הרופאים ולאיגוד האחיות האמריקניים, והממשל האמריקני בראשותו של הנשיא ניקסון החל להזרים כספים לתוכנית אלו, החלו אחיות רבות לעבור הסבה לתפקידי PA ו-NP. בשנת 1971 אישר ממשל ניקסון תקציב של 15 מיליון דולר להכשרת עוזרי רופא, ובאותה שנה אף חוקק בקונגרס האמריקאי חוק שיפור הכשרה רפואית (Health Training Improvement Act), אשר הקציב סכום קבוע להכשרת עוזרי רופא, וחוק הכשרת האחיות (Nursing Training Act), אשר הקציב סכום קבוע להכשרת אחיות מקצועיות.

תוכניות אלו נועדו לענות על מספר צרכים:

1. פתרון למצוקת המחסור ברופאים
2. פתרון תעסוקתי הולם לחובשים ופרמדיקים ותיקי מלחמת וייטנאם
3. חיסכון בעלויות התוכניות האקדמיות וזמן הכשרה קצר יותר
4. הפחתה בעלויות של שירותי הבריאות
5. תנאים טובים לשירותי רפואה ראשוניים עקב תקשורת טובה יותר עם מטופלים
6. בריאות טובה יותר עקב מתן דגש על רפואה מונעת.

הדאגה נוכח העלייה בהוצאות לבריאות, והפתיחות לקבל מקצועות רפואה קליניים שאינם רופאים למקצוע הרפואה, מביאות לכך שבמדינות רבות בארה"ב יש כיום למקצועות ה-NPC סמכויות פעולה עצמאיות.

כיום התוכניות האקדמיות של האחות המקצועית (NP - Nurse Practitioner), עוזר הרופא (PA - Physician Assistant) והמייילדות המקצועיות (CNM - Certified Nurse Midwife) הינן תוכניות אקדמיות נפרדות ממקצוע הסיעוד, והלומדים בהן משלימים מסלול הכשרה קליני ומקבלים הסמכה ממשלתית. הפעלת תוכניות של Managed Care בשנות התשעים והשאפה להקטין את העלויות של שירותי הבריאות הביאו לשילוב מסיבי של NPC במערכת הבריאות בארה"ב. מספר ה-NPC הוכפל בין השנים 1992-1997 והמספר ממשיך לעלות עד לכך שבשנת 2005 צפוי מספר ה-NPC להיות כפול ממספר הרופאים⁹.

לשילוב של NPC יתרונות כלכליים. עלות הכשרת NP היא כרבע עד שליש מעלות הכשרת רופא. NP או PA גובים פחות תשלום עבור כל שירות שהם נותנים בהשוואה לרופא, כך שסך הוצאות המערכת פוחתות. בתחום החקיקה, חוקק חוק על פיו NP לא זקוקה לפיקוח ישיר של רופא, וברוב המקרים עבודתה הוגבלה לאזורים כפריים. PA אינם מורשים לעבוד בצורה עצמאית, אך ביותר ממחצית מהמדינות לא קיימות רגולציות ספציפיות עליהם.

בתחילת המאה העשרים היה רופא אחד על כל שלושה עובדים במערכת הבריאות. בשנות השמונים, בעקבות שינויים מבניים במערכת הבריאות האמריקנית השתנה היחס לרופא אחד על כל שישה עשר עובדים במערכת הבריאות¹⁰. מספר המטפלים שאינם רופאים

גדל בקצב מהיר, וצפוי שעד שנת 2015 מטפלים אלו יהיו שווי ערך לעליה של 20% בהיצע הרופאים.⁹

גם בבריטניה קיים מסלול ייחודי לאחיות מקצועיות¹¹. מספר רב של NP מועסקים ברפואה כללית, במחלקות טיפול נמרץ ובמערכות שונות של טיפול ראשוני. מטפלי NP יכולים לתרום רבות בהיותם נקודת המפגש הראשונה של החולה עם המערכת הרפואית¹².

ארגון הבריאות העולמי מכיר כיום בעובדה, שמציאת התמהיל הנכון של ספקי שירותי רפואה הוא אחד היעדים החשובים של מערכות בריאות בעולם¹³. קובעי מדיניות במערכות הבריאות בעולם מנסים להוביל שיפור מתמיד בטיפול בחולים תוך שמירה על בקרת הוצאות.

השאלה המרכזית צריכה להיות מיהו המטפל המתאים ביותר לביצוע המשימה, באלו מצבים, באלה יחידות ובאלו כלים? קיימת מערכת שיקולים מורכבת מאוד בנוגע לקביעת המשימות המוטלות על כל מטפל ומהם יחסי הגומלין והממשקים בין מטפלים שונים.

שיקול ראשון הוא **השיקול החוקתי** - קיימות תקנות וחוקים המסדירים בחוק את המשימות והפעילויות השונות המותרות לסקטורים מסוימים ואסורות לסקטורים אחרים. פקודת הרופאים (נוסח חדש, תשל"ו, 1976)¹⁴ מהווה את ההסדרה החוקתית ומגדירה את גבולות מקצוע הרפואה, ייחוד העיסוק ברפואה, תנאים לרישום רופאים וכשרות מקצועיות. כבר בפקודה זו מוגדרת יכולת האצלת פעולות מרופאים לאחרים:

פרק ב': ייחוד העיסוק ברפואה (רופא מורשה (תיקון מס' 1) תשמ"ז-1987)

2. מי שיש לו רשיון לפי פקודה זו, הוא רופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
3. (א) מי שאינו רופא מורשה לא יעסוק ברפואה ולא יתחזה, במפורש או מכללא, כעוסק ברפואה או כמוכן לעסוק בה.
- (ב) האמור בסעיף זה אינו בא למנוע -
- (1) רופא שיניים מורשה או רוקח בעל רשיון או מי שרשאי לעסוק במיילדות - מעסוק במקצועם לפי הפקודות החלות עליהם;

- (2) אחות או אדם אחר - מסייעוד חולים;
 (3) כל אדם - ממתן עצה או טיפול, באקראי ובלי שכר או גמול, או מעבודה תחת פיקוחו האישי הישיר של רופא מורשה.

העסקת אחיות חובשים ועוזרים

7. רופא מורשה רשאי להעסיק, בפיקוחו האישי, אחיות, חובשים ועוזרים בקשר לעיסוקו המקצועי, אך לא יתיר למי שאינו רופא מורשה לטפל בחולה, להשגיח עליו או לנתחו, כשהענין דורש שיקול דעת או מיומנות מקצועיים של רופא.

פרק ו': הוראות כלליות

59. (א) המנהל רשאי לפטור מהוראה של פקודה זו את המנויים להלן:
 (1) המועסקים כאחים או כאחיות או כעוזרים שהמנהל קבעם והסמיכם לאבחן ולרפא במצבים כפי שהורה או שהתיר, במרפאות או בסוגי מרפאות או בבתי חולים או בסוגי בתי חולים של משרד הבריאות או של מוסד שאישר המנהל;
 (ב) המנהל הכללי של משרד הבריאות יקבע בתקנות את הכשירויות הדרושות לבצע פעולות כאמור בסעיף קטן (א)(1); על יסוד תקנות אלה רשאי מנהל מרפאה או בית חולים להרשות בעלי כשירות כנקבע בתקנות לבצע פעולות כאמור.
 (ב1) המנהל הכללי רשאי להתיר לאח או לאחות מוסמכים לבצע פעולות כאמור בסעיף קטן (א)(1) גם בבית החולה בתנאים שיקבע בתקנות באישור ועדת העבודה והרווחה של הכנסת.
 (ג) סעיף קטן (ב) לא יחול לגבי נסיבות שיש בהן פיקוח נפש ושהן הרשה המנהל הכללי לבצע פעולה כאמור בסעיף קטן (א)(1).

בתקנות הרופאים (כשירויות לביצוע פעולות חריגות - התשס"א, 2001) מוגדרת **"פעולה חריגה"** כפעולה שהיא עיסוק ברפואה, המותרת למי שאינו רופא מורשה: אחות מוסמכת, אחות מעשית, עוזר, באישור המנהל הרפואי של המוסד הרפואי ובהסכמת מנהל המחלקה בביה"ח, בהתאם לקובץ ההנחיות לביצוע פעולות חריגות.

במדינת ישראל כיום, הרופאים מוחרגים מהגבלה לעסוק במקצועות בריאות ואילו מקצועות בריאות מוגבלים בעשייתם עד קו הפרשנות של עיסוק ברפואה ועל כן, כל שינוי בהגדרות המקצועות חייב להיות מגובה בחקיקה.

שיקול נוסף הוא **השיקול התרבותי** - תפקידים מסוימים מוגדרים לעיתים גם ע"י התרבויות השונות. הגדרות התפקידים אינן סטטיות. מערכת הבריאות היא מערכת משתנה ועל כן לא מן הנמנע שייתכנו שינויים גם בהגדרות התפקיד של מקצועות שונות והזזה של יחסי הגומלין והממשקים בין מקצועות הבריאות השונים. שינויים טכנולוגיים ושינויים במאפייני תעסוקה יוצרים תפקידים חדשים והגדרות מחודשות לתפקידים קיימים.

שיקול שלישי הוא **השיקול התקציבי** - הכשרת בעלי מקצועות כרוכה בעלויות שונות מחד, כמו גם עלויות ההעסקה ושימוש בשירותים שונים מאידך.

המועצה להשכלה גבוהה, באמצעות הוועדה לתכנון ולתקצוב, מתקצבת את בתי הספר לרפואה לפי נוסחת התגמול הבאה:

$$\text{מס' הסטודנטים בתחום} \times \text{תעריף התחום} \times \text{ניצולת}$$

כאשר ניצולת התחום היא מספר הסטודנטים המסיימים את לימודיהם בזמן, והיא למעשה מדד עקיף ליעילות המוסד. בשנת תשס"ו היה תעריף תואר ראשון ברפואה (שנים פרה-קליניות) 28,530 ₪ ותעריף תואר שני ברפואה (שנים קליניות) 43,970 ₪ בעוד תעריף התחום של מקצועות עזר רפואיים היה 23,720 ₪ לתואר ראשון ו-32,210 ₪ לתואר שני.

כל השיקולים לעיל יחד עם שיקולים נוספים הביאו את משרד הבריאות לבחינת האפשרות להעביר סמכויות טיפול בין מקצועות. ואכן, בשנת 2001, במסגרת פעילות ענפה לקידום הרפואה הראשונית בקהילה, אישר מנכ"ל משרד הבריאות המלצת הוועדה לפעולות חריגות להרחיב סמכויות האחיות המוסמכות למתן טיפול באשפוז ובקהילה בתחומים הבאים:

- ◆ איזון תרופה בטווח מוגדר, לאחר שסוג התרופה ומינונה הראשוני נקבע על ידי רופא - הכול על בסיס פרוטוקול שנכתב ונחתם על ידי הרופא המטפל
- ◆ חידוש טיפול תרופתי, שהוגדר בתחילת הטיפול על ידי הרופא המטפל לחולה כרוני, לאחר בדיקות מעקב

- ◆ מתן הוראה לטיפול תרופתי כעזרה ראשונה, בהתאם לקביעות רפואיות מוסכמות מראש
- ◆ החלטות לביצוע פעילויות טכניות מוגדרות.

במאי 2003 דנה הועדה לפעולות חריגות של משרד הבריאות והמליצה על שילוב אחיות במספר תחומים:

- ◆ מעקב וויסות יתר לחץ דם
- ◆ שימור האיזון בחולי סכרת
- ◆ טיפול ראשוני במצב אקוטי של שלשולים והקאות
- ◆ טיפול ראשוני במצב אקוטי של פצעים ורגישויות של העור.

בשנת 2007 הוספו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות פעולות נוספות אשר אושרו לביצוע ע"י אחיות המוכשרות באופן ייעודי בקורסים על בסיסיים לפעולות אלו.

עד כה נערך בישראל מחקר אחד בלבד שבדק את עמדות הצוות הרפואי והסיעודי בנוגע למגמת הרחבת הסמכויות של האחיות. על פי מחקר זה, קיימת ברוב המקרים תמיכה, גם מצד אחיות וגם מצד רופאים, בתהליך של העברת סמכויות בין רופאים לאחיות¹⁵.

סיבלד וחברותיה תיארו בשנת 2004¹⁶ את הגישות הידועות כיום בנוגע להעברת סמכויות בין מקצועות ושינוי גבולות מקצועיים. הן חילקו את השינויים לשתי קבוצות עיקריות. האחת, שינויי תפקידים ואילו השנייה שינויים בממשקים שבין שירותים שונים כמוצג בטבלה.

טבלה מספר 1:

Changing roles	
Enhancement	Increasing the depth of a job by extending the role or skills of a particular group of workers.
Substitution	Expanding the breadth of a job, in particular by working across professional divides or exchanging one type of worker for another.
Delegation	Moving a task up or down a traditional uni-disciplinary ladder.
Changing the interface between services	
Transfer	Moving the provision of a service from one health care setting to another (e.g substituting community for hospital care).
Relocation	Shifting the venue from which a service is provided from one health care sector to another without changing the people who provided it (e.g running a hospital clinic in a primary care facility).
Liaison	Using specialists in one health care sector to educate and support staff working in another (e.g hospital outreach facilitators in primary care).

ניתן לראות כי ישנן דרכים שונות להעברת סמכויות בין המקצועות השונים ועל כן, הוגדרו ע"י הצוות **קריטריונים להרחבת סמכויות במקצועות הבריאות**: העברת תפקידים, סמכויות או/ו אחריות לביצוע פעולות רפואיות מסוימות ממקצוע למקצוע (בדרך כלל מרפואה למקצועות הבריאות, אך גם בין מקצועות הבריאות לבין עצמם) נעשית ללא הרף תוך כדי התפתחות הטכנולוגיה והידע, ומקצועות בריאות חדשים הולכים ונוצרים ושואבים סמכויות ותפקידים מהמקצועות הוותיקים. בדרך כלל העברת תפקידים איננה זוכה להגדרה פורמאלית ועוד פחות מכך לעיגון בחוק במשך תקופה ארוכה מאד בהם נקבעות עובדות בשטח, ולפיכך גם לא קיימים קריטריונים מוסכמים להעברת סמכויות כזאת. אי לכך ממליץ הצוות על הקריטריונים הבאים להרחבת סמכויות:

1. הנחות יסוד:

1.1 תפקיד, אחריות או סמכות יואצלו למקצוע אחר מזה שעסק בו באופן מסורתי (להלן: "המקצוע המסורתי") אם, ורק אם:

- ◆ ההרחבה תשפר, ובכל מקרה לא תרע, את השירות המקצועי למטופל
- ◆ מקבל התפקיד הוכשר לבצעו בצורה שאיננה נופלת מזו שבה היה התפקיד מבוצע באופן מסורתי

◆ הרחבת הסמכות לא תגרום להחמרה במצב המקצוע המסורתי.

1.2 לא תמנע הרחבת תפקיד למקצוע בריאות אחר בשל:

- ◆ שיקולי מסורת והיסטוריה של המקצוע.

2. תפקיד, אחריות או סמכות יורחבו למקצוע בריאות אחר:

2.1 כאשר המקצוע המסורתי איננו מסוגל יותר לבצעו בצורה אופטימאלית בשל:

- ◆ מחסור יחסי או העדר מוחלט של כח אדם מיומן לתפקיד במסגרת המקצוע המסורתי.

◆ העדר או ליקוי הכשרה של בעלי המקצוע המסורתי לנושא הספציפי

◆ העדר מוטיבציה ועניין מצד המקצוע המסורתי

◆ המציאות ונוהלי העבודה שהתגבשו אינם משאירים זמן ומקום לביצוע התפקיד למרות הכשרה מתאימה ועניין.

2.2 כאשר העלות של הביצוע על-ידי המקצוע המסורתי עולה באופן משמעותי על

עלות הביצוע הזה על-ידי מקצועות אחרים.

2.3 כאשר ההעברה משפרת את זמינות השירות למטופל מבחינת זמן המתנה, מיקום

ומשך הזמן המוקדש למטופל

2.4 כאשר שחרור המקצוע המסורתי מהתפקיד מאפשר לו להתמסר לתפקידים

שהזנחו בגלל עומס יתר

2.5 כאשר ההרחבה מאפשרת הצלת חיים

2.6 כאשר הנגישות למקצוע המסורתי איננה שוויונית, והטיפול הספציפי נמנע

מקבוצות מסוימות באוכלוסייה

2.7 כאשר הביצוע כבר הועבר דה-פקטו, למרות שהאחריות והסמכות לא הועברו

2.8 כאשר התפקיד הוא טכני במהותו, המיומנות בו אינה דורשת הכשרה מסובכת והיא

נרכשת בעיקר הודות לניסיון

2.9 כאשר חל שינוי ארגוני מרחיק לכת של שירותי הבריאות.

3. העברת תפקיד ממקצוע אחד למשנהו יכולה להיעשות באחת מהדרכים הבאות:
 - ◆ התפקיד עובר לאחריותו וסמכותו המלאים של המקצוע החדש, ואין יותר סמכות לביצועו למקצוע הישן. (שיטת העברה כזאת איננה קיימת, למעשה. שום תפקיד לא נשלל דה-יורה מהרפואה גם כאשר מקצועות בריאות אחרים עוסקים בו)
 - ◆ התפקיד עובר לסמכותו המלאים של המקצוע החדש, אם כי האחריות נשארת גם בידי המקצוע המסורתי. האחריות היא בידי המבצע בפועל
 - ◆ הסמכות לתפקיד מואצלת למקצוע החדש, אך האחריות נשארת בידי המקצוע המסורתי
 - ◆ הסמכות לתפקיד מואצלת לאנשים ספציפיים בלבד מהמקצוע החדש ולא למקצוע כולו, על-סמך היכרות אישית של יכולותיהם, אך האחריות נשארת בידי המקצוע המסורתי.

הדרישה הגוברת לכח אדם רופאים מחד ועלות שכרו של הרופא מאידך גרמו בחלק ממדינות העולם המערבי להכשרה ולשילוב של מקצועות עזר לרפואה, המשלימים את עבודת הרופא ומפחיתים את הצורך בהכשרת רופאים מצד אחד, ומוזילים את העלויות למערכת הבריאות מאידך.

מחקרים רבים הראו, שמקצועות עזר לרפואה נוקטים גישה שונה למטופלים מאשר רופאים. מקצועות עזר לרפואה מקדישים זמן רב יותר למטופלים שלהם, ולכן מצליחים להעביר לחולה מידע רב יותר וביעילות גדולה יותר. יתרה מזו, מקצועות עזר לרפואה נוהגים להתאים את הטיפול לסגנון החיים של המטופלים שלהם, ועל ידי כך משיגים יותר היענות לטיפול.

יש כיום עדויות רבות, שמקצועות עזר לרפואה יכולים להחליף במקומות רבים את עבודת הרופאים. במערב אירופה לדוגמא, 70%-100 מכלל הלידות הטבעיות מתקבלות ע"י מיילדות, בעוד שבארה"ב רק 8.5% מהלידות הטבעיות מתקבלות ע"י מיילדות. כיום המגבלות העיקריות לשילוב של מקצועות עזר לרפואה בשירותי בריאות הן בעיקר מערכתיות ונובעות מהתפיסה ההיסטורית, שרק רופאים "יכולים", ושאין להעצים את תפקידיהם של מקצועות עזר לרפואה. בניגוד לתפיסה זו פתרו חלקית בצה"ל ובמד"א, חלק מבעיות כח האדם של הרופאים ע"י שילוב פאראמדיקים במוצבים קדמיים

ובאמבולנסים בהתאמה. בעבר, בוצעו פעולות מסוימות ע"י אחיות בקיבוצים בשל מצוקת כח אדם רופאים באזורים אלו. לא מן הנמנע שבעת מצוקת כח אדם ישמשו מקצועות אלה תחליפים לרופאים, אם כי חשוב לציין כי במדינת ישראל קיים מחסור באחיות בהשוואה למדינות ה-OECD, ומחסור זה אף צפוי להחמיר בשנים הקרובות.

הסרתם של חסמים בשילוב מקצועות עזר לרפואה ושל מגבלות חוקיות, יסייעו להגביר את איכות הטיפול בישראל ויעילותו ע"י מיקוד תפקידי הרופא באבחון בהתוויה ובמתן טיפול רפואי בלבד.

סביר שעל ידי תכנון ראוי, ביוזמת משרד הבריאות ובהסכמת הר"י, על מספר הרופאים הנחוצים במערכת מחד, וסוגי מקצועות העזר לרפואה ומספריהם מאידך, יביאו לאיזון בין המקצועות, תוך ניצול מרבי של המשאבים המוקצים לבריאות.

עמדת הפתיחה של הר"י מתבטאת בהתנגדות נחרצת להעברת סמכויות מרופאים לבעלי מקצועות אחרים ממספר סיבות:

- ◆ אין תחליף לשנות הלימוד האקדמיים הארוכות, לבסיס הידע וההתעדכנות, למומחיות, להכשרה ולניסיון של הרופאים
- ◆ פוטנציאל הסיכון והנזק למטופלים - פגיעה באיכות הטיפול וירידה ברמת הרפואה, היעדר מעקב רפואי
- ◆ בעיית האחריות המשפטית
- ◆ הרופא הוא ה-case manager, ריבוי מטפלים בעלי סמכויות מפוצלות עלול לגרום ל"נפילה בין הכיסאות"
- ◆ לעומת רופאים, על רוקחים ופארא-רפואיים אין פיקוח ומעקב, בייחוד לאור כך שרובם עובדים במגזר הפרטי
- ◆ היעדר תשתית להכשרה מתאימה של לא רופאים
- ◆ סיבות כלכליות - רופאים יימנעו מהפניה לבדיקות מיותרות לצורך אבחון; ייקור התרופות בהעברת סמכות המרשם למגזר הפרטי
- ◆ יוקרת המקצוע תרד ואז יהיה עוד פחות אטרקטיבי לבוגרי הרפואה (אחיות מרדימות לדוגמא).

למרות כל זאת נראה כי המצב הקיים מצריך חשיבה בנוגע לשינוי. יחד עם זאת ברור שהסתגלות מערכות בריאות לשינויים בכח אדם הם מורכבים מאוד, שינוי במקצוע אחד כרוך בדרך כלל בשינויים במקצועות אחרים ולא ניתן יהיה לשנות מקצוע אחד ולשמור על שאר המקצועות ללא שינוי.

מושב ראשון: האם נחוץ עיצוב מחדש של מקצועות הבריאות? מגמות ותמורות בחברה ובמערכת הבריאות

במושב זה הוצגו המגמות השונות במערכת הבריאות הישראלית והוצגו אפשרויות התמודדות עם המצוקות הקיימות והמצוקות הצפויות. כמו כן הוצגו, ע"י ד"ר צחי קציר תפיסה בנוגע לשילוב הרוקח כחלק מצוות רב מקצועי, וע"י פרופ' יצהל ברנר תפיסת התזונאי כחלק מצוות רב מקצועי.

המסקנה העיקרית ממושב זה הינה כי המצב כפי שהוא כיום אינו יכול להמשך ומתחייבת חשיבה באשר לפתרונות אפשריים למצוקות כח האדם הקיימות כיום במערכת הבריאות. חשוב להדגיש שהצוות רואה חשיבות רבה בעבודת צוות רב מקצועי בטיפול בחולה. ברוב המקרים, איש המקצוע המנהל את הצוות והאחראי על הטיפול הרפואי הוא רופא אך לא מן הנמנע כי מנהל הצוות ישתנה בהתאם למצב המטופל.

מושב שני: קריטריונים להרחבת סמכויות במקצועות הבריאות

במושב זה נערך דיון בקביעת קריטריונים להרחבת סמכויות במקצועות הבריאות. ברור למשתתפים כי הרחבת סמכויות של מקצוע אחד גוררת אחריה בדרך כלל שינוי במקצועות מקבילים. מומלץ כי הרחבת סמכויות במקצועות הבריאות תתאפשר רק כאשר מקבל הסמכות יכול לבצע את הפעילות בצורה שאינה נופלת מזו של נותן השירות המסורתי. בנוסף, הרחבת הסמכויות תתבצע בהליך שמקובל ומוסכם על המקצועות הרלוונטיים ותוך כדי הדברות. ההמלצות הנוספות להרחבת סמכויות מפורטות במסמך לעיל.

מושב שלישי: סיכויים מול סיכונים

מושב זה התמקד ביתרונות של שינוי המצב הקיים אל מול הבעיות שעשויות להתעורר משינוי זה. במושב זה הושגו ההבנות הבאות:

1. הרחבת סמכויות דורשת הכשרה מתאימה; מערכות מידע המאפשרות העברה שוטפת של מידע עדכני אודות המטופל בין בעלי המקצועות השונים; חקיקה מתאימה ופיקוח הדוק של משרד הבריאות
2. דרוש מחקר מלווה לצורך הערכת התהליך וכדאיותו מבחינה קלינית ומבחינות נוספות, כגון תכנון כח אדם והיבטים כלכליים.

סיכום

בכנס ים-המלח התשיעי נדונה לעומק אחת מסוגיות הליבה שמטרידות את מערכות הבריאות בעולם ובישראל והיא סוגיית משאבי האנוש במקצועות הבריאות. כמות כח האדם הרפואי במדינת ישראל ואיכותו משפיעות בצורה ישירה על בריאות העם על כלכלת הבריאות ועל המשק כולו. מבחינה זו מערכת הבריאות עומדת בפני אתגרים רבים. כיום לא קיים בישראל מודל אינטגרטיבי לתכנון משאבי אנוש במערכת הבריאות ברמה הלאומית. אין מדיניות המכוונת פיתוח של כח אדם רפואי והכשרתו, אין מידע מעודכן על רמת התעסוקה של כח האדם הרפואי וחסר מידע חיוני לקבלת החלטות בתהליכים של תכנון כח אדם.

הצוות דן בממשקים השונים בין מקצועות הבריאות.

בתום הכנס, שהיה כרוך לעיתים בביטויי רגשות עזים, הושגו נקודות הסכמה אלה:

- ◆ קיים צורך בקביעת קריטריונים מוסכמים על הרחבת סמכויות בין מקצועות
- ◆ הרחבת סמכויות דורשת כמובן הכשרה מתאימה, מערכות מידע המאפשרות חלוקת מידע בין מקצועות, מחקר מלווה, חקיקה מתאימה ופיקוח הדוק של משרד הבריאות.

אנו מקווים שהצפת הבעיות על פני השטח והדיונים הפוריים שנשמעו בכנס יביאו לתכנון ולשימוש מושכל יותר במשאבי האנוש במערכת הבריאות הישראלית.

ביבליוגרפיה

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching; Bulletin No 4. New York, 1910
2. Schroeder S.A. Western European Responses to physician oversupply. JAMA (252)3:373-384,1982
3. כח אדם במקצועות הבריאות 2006, משרד הבריאות, תחום המידע, שירותי מידע ומחשוב. ירושלים 2007
4. ועדת פז, דוח הועדה לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים, המועצה להשכלה גבוהה, הועדה לתכנון ולתקצוב, 2002
5. ועדת בן נון מטעם משרד הבריאות (2007)
- <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?pageid=4245&parentid=10&catid=6&maincat=1>
6. ועדת הלוי מטעם המועצה להשכלה גבוהה (2007)
7. ועדת קורן מטעם המועצה להשכלה גבוהה - דוח הועדה לבדיקת היקף ההכשרה האקדמית במקצוע הסיעוד (2004)
8. Weiner P.J, Steinwachs M.D, Williamson W.J. Nurse practitioner and physician assistant practices in three HMO: implication for future us health manpower needs. AJPH. 76(5):507-511. 1986
9. Cooper R, Getzen T, McKee H, Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage, Health Affairs. 21(1) 140-54, 2002
10. Aiken H.L. Achieving an interdisciplinary workforce in health care. NEJM. 348(2): 164-166, 2003
11. Royal College of Nursing. Nurse practitioners: Your questions answered. London: RGN, 1996.
12. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors, BMJ. (324):819-823, 2002
13. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance. Geneva: WHO, 2000.
14. פקודת הרופאים (נוסח חדש, תשל"ו, 1976)
15. ברודצקי א. מערך תפקידי סיעוד התמחותיים/מתקדמים: עמדות אחיות מוסמכות ורופאים בישראל. עבודה לקראת תואר מוסמך בניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. מרץ 2007.

Source: <http://www.fishbase.org>

גלובס - כותרת			
8.52x8.99	2	18	עמ
14/06/2006	9240861-0		

הרופאים לבג"ץ: לבטל הסעיף המאפשר לרוקחים לרשום תרופות

ההסתדרות הרפואית עתרה היום לבג"ץ כנגד הירעף המשפטי למגד שלה, מני מזוז, ושר הבריאות יעקב כץ יורו בבקשה לבטל סעיף בחוק ההסדרים, שמאפשר לשר הבריאות להוציא הוראות שיאפשרו לרוקחים לרשום תרופות ללא מרשם רופא. ההסתדרות הרפואית, המייצגת באופן ישיר את כלל הרופאים, טוענת כי החוק איננו בעל השלכה תקציבית כלשהי, המצדיקה את הכללתו במסגרת חוק ההסדרים. ההסתדרות הרפואית טוענת, כאמצעות עו"ד דפנה הולץ-לכנר, כי החוק התקבל בניגוד מוחלט לעמדת חברי ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת. לדבריה, החוק התקבל במחטף חסימת מכלי שקדים לריון כלשהו ומכלי שחברי הכנסת יתייחסו להשלכות המרחיקות לכת על כל מעורר נישוק התרופות בארץ. העתירה מציינת כי לאחר שהחוק עבר בקריאה ראשונה ב-10 במאי השנה, נדונה הצעת החוק בוועדת העבודה הרווחה והבריאות. חברי הוועדה היו בדעה כי אין להביא את החוק במסגרת חוק ההסדרים וכי יש לקיים דיון נרחב ומקצועי בעניין. לטענת ההסתדרות הרפואית, בסופו של דבר עבר החוק כמחטף, לאחר שהוצמד כהסתייגות לסעיף בחוק ההסדרים - זאת, מבלי שתהיה לו כל נגיעה לסעיף.

הרופאים הטילו וטו על העברת סמכויות נוספות לאחיות

הרופאים האחיות

בעקבות מחסור במרדמים, האחיות הציעו נעבור הכשרה בהרדמה, במקביל בארה"ב • הרופאים מתנגדים: "האחיות עלולות לגרום נזק רב לחולים", האחיות טוענות שמחקרים מראים אחרת • בינתיים נדמה להתכתשות לביטול הרחבת הסמכויות של האחיות בפניות • משרד הבריאות: כל מקרה יידון לגופו

צוות 2:

תכנון כח אדם בתוך מקצועות הבריאות

מבוא

מקצועות הבריאות מאופיינים במשך הכשרה ארוך ובמגבלות רבות על אפשרויות התחלופה באמצעות הסבה מקצועית מהירה, או גיוס כח אדם בלתי מיומן במצבים של מחסור בכח אדם מיומן. כתוצאה ממאפיינים אלה ולאור העובדה שמשאב כח האדם הרפואי הוא משאב מרכזי במערכת הבריאות (60% מההוצאה הלאומית לבריאות מוצא על שכר) - ישנה חשיבות רבה בחיזוי ותכנון כח אדם הן ברמת סה"כ המועסקים במקצוע והן בחתכים פרטניים יותר המתייחסים לתחומי ההתמחות בתוך המקצועות ולפיזורם הגיאוגרפי באזורי הארץ השונים.

תכנון כח האדם במקצועות הבריאות אינו מלאכה פשוטה. התכנון תלוי במשתנים רבים, אשר חלקם מצוי מחוץ לתחום ההשפעה של מערכת הבריאות. משתנים אלה כוללים שינויים דמוגרפים, שיפורים טכנולוגיים, דרכי ארגון ומימון מערכת הבריאות, דפוסי התחלואה, ממשקים שבין המקצועות השונים בתוך מערכת הבריאות, המצב המקרו כלכלי של המשק ועוד. לכל המשתנים הנדונים ישנה השפעה הן על הביקוש לכח אדם (הצורך) והן על ההיצע (מצאי כח האדם).

למרות מורכבותו של נושא תכנון כח אדם ומרכיב חוסר הוודאות הרב הכלול בו, תכנון וחיזוי ארוך טווח הוא הכרחי. תכנון זה עשוי למנוע את היווצרותם של צווארי בקבוק (עודף/מחסור) בטווח הארוך ולהקטין את "גובה הגלים" של עודף/מחסור המאפיין את מערכות הבריאות בעולם המערבי. תכנון כח אדם גם מאפשר להתאים את כמות כח האדם ואיכותו לצרכים המשתנים של המערכת.

נקודת המוצא בפרק זה הינה שקיים כיום מחסור באחיות ומסתמן כיום גם מחסור ברופאים.

ממצאי "מקרו" אלה כבר פורסמו בעבר על ידי וועדות שונות שעסקו בנושא¹. פרק זה יתמקד בנעשה בתוך מקצועות הבריאות ויבחן כיצד ניתן לתכנן טוב יותר את כח-האדם המקצועי אשר כבר הוכשר והוסמך במקצועות הבסיס, תוך קבלת שיעור סך בעלי הרישיון לעסוק במקצוע כנתון.

הפרק עוסק בארבעה נושאים מרכזיים:

בנושא הראשון נבחנים סוגיית הגדרת העודף או המחסור במקצועות הרפואה השונים והמשתנים אשר משפיעים על החיזוי העתידי של הביקוש וההיצע לכח-אדם במקצועות הבריאות. בחלק זה מוצגים המשתנים השונים העשויים להשפיע על הצורך בכח אדם רפואי, מתקיים דיון לגבי מרכיבי חוסר הוודאות הרבים הכרוכים בתכנון כח אדם ולבסוף נדונה הסוגיה הנורמטיבית של הגדרת עודף או מחסור.

הנושא השני בפרק, עוסק בהתמחויות במקצוע הרפואה ובוחן את מידת הרלוונטיות של תהליך הכשרת המתמחים למול צרכי הבריאות המשתנים. בחלק זה, מועלות שאלות לגבי משך ההתמחות, תכניה ומיקומה. בנוסף, מוצג דיון קצר לגבי המשתנים המשפיעים על בחירת ההתמחות.

הנושא השלישי, סוקר את סוגי התמריצים הקיימים לעידוד תעסוקה במקצועות הבריאות. בחלק זה נעשית אבחנה בין תמריצים חברתיים, מוסריים וכספיים, תמריצים חיוביים ושלילים ואבחנה לגבי מטרות שונות למתן תמריצים (גיוס, שימור ועידוד איכות כח האדם).

הנושא הרביעי בפרק דן בנושא תכנון כח האדם הרפואי בפריפריה. ראשיתו של הדיון בהגדרת הפריפריה ומאפייני הפריפריה, והמשכו בניסיון לשלב חלק זה עם שלושת החלקים הקודמים של המסמך (הגדרת צורך/מחסור, שימוש בתמריצים, ופערי המומחיות).

עקב המרכזיות של מקצוע הרפואה בקרב מקצועות הבריאות, בחלקים ניכרים מארבעת החלקים בפרק ההתייחסות הינה לרופאים. יחד עם זאת, חשוב לציין כי הן מסמך זה

1. על כך כבר נכתב במספר וועדות לבדיקת הנושא וביניהן דוחות פזי, הלוי, בן נון וקורן.

והן הדיון בכנס ים-המלח עסק לא רק במקצוע הרפואה, אלא בכלל מקצועות הבריאות. בנוסף, חשוב לציין כי הדיון במסמך זה אינו מציג פתרון אופרטיבי לתחום ספציפי של בעיות בכח אדם (כגון המחסור במרדמים), אלא מהווה פלטפורמה לדיון בכלל בעיות החוסר הקיימות בתחומי התמחות שונים כמו גם באזורים פריפריאליים שונים.

בסופו של כל נושא מבין ארבעת הנושאים בהם דן הצוות, מוצגות מספר המלצות מרכזיות. בכל ארבעת הנושאים שבה ועלתה סוגיית איכות תשתיות המידע של כח האדם הרפואי במערכת הבריאות בישראל. זמינות של מידע הינה תנאי הכרחי בתהליך תכנוני של כח אדם. רק על בסיס מידע אמין ניתן לבנות מודלים תכנוניים עם זרמי כניסה ויציאה של כח אדם ולבצע ניתוח רגישות של התחזיות השונות. **תשתיות מידע אלה לא קיימות כיום בישראל** ועל כך הצביעו כל וועדות הבדיקה שעסקו בנושא, כמו גם מבקר המדינה.

כל הצוותים בקבוצה התכנסו סביב ההמלצה **לאמץ מנגנון של רישום מחדש אחת לפרקי זמן מוגדרים, כאמצעי ליצירת תשתיות מידע איכותי במקצועות הבריאות השונים המחייבים רישוי.**

הגדרות עודף ומחסור בכח אדם רפואי

התיאוריה הכלכלית של שוק חופשי מניחה שבשוקים חופשיים של מוצרים ושירותים (ובהם גם שוק העבודה), שיווי המשקל בין הביקוש להיצע מושג על ידי כוחות השוק. שינויים ברמת שכרם של העובדים מהווה את המנגנון שעל פיו מתבצעת ההתאמה בין הביקוש לכח אדם ובין היצע כח האדם. על פי תיאוריה זו, מצבים של עודף או מחסור בכח אדם בתנאי שוק, הם זמניים בלבד והם מתוקנים בטווח הארוך על ידי כוחות הביקוש וההיצע, תוך התאמה מחודשת של כמויות ומחירים (שכר).

ניתוח ענף כח האדם הרפואי במערכת הבריאות, מלמד שפעילות כח האדם הרפואי במערכת (כמו גם תחומי עשייה אחרים בה), אינה מתנהלת בתנאים של תחרות ושוק חופשי וקיימת מעורבות ממשלתית גבוהה בענף. מעורבות זאת מתבטאת בין היתר בחובת רישוי, תקינה, בקרה ופיקוח מקצועי החל משלבי ההכשרה ולאורך כל תהליך ההעסקה.

מעורבות המדינה בענף כח האדם הרפואי נובעת בעיקר בשל פערי המידע בין היצרנים (כח האדם הרפואי) לצרכנים (המטופלים) ומרצון המדינה לגשר על פערי מידע אלה באמצעות הבטחת איכותו של כח האדם הרפואי.

היקף ההוצאה הגבוה על כח אדם במערכת הבריאות, משך ההכשרה הארוך של כח האדם הרפואי (בעיקר הרופאים) וכשלי שוק נוספים הקיימים בענף (היצע יוצר ביקוש), מהווים סיבה נוספת למעורבות הממשלתית הגבוהה בענף לתיקון כשלי שוק אלה. המעורבות הגדולה של ארגוני עובדים בקביעת רמות המחירים (השכר) והכמויות (תקינה) במערכת, תורמת גם היא את תרומתה לשיבוש המנגנונים הכלכליים של שווי משקל על ידי מנגנון השוק ומסבירה גם היא את הצורך במעורבות המדינה בענף.

על רקע כשלי השוק הרבים בענף כח האדם הרפואי והמעורבות הרבה של המדינה בענף, סוגיית העודף או המחסור בכח אדם מחייבת הבהרה מושגית מחוץ לתיאוריה הכלכלית השכיחה של מנגנון השוק חופשי.

עודף/מחסור ב"שוק מתוכנן" והמימד הנורמטיבי של הגדרת הצורך

מושגי העודף והמחסור בענף שבו ישנם כשלי שוק רבים ומעורבות גדולה של המדינה, הם מושגים יחסיים שאינם מבטאים בהכרח את המשמעות הכלכלית של מושגים אלו. הגדרות העודף והמחסור בכח אדם רפואי הינם במידה רבה הגדרות נורמטיביות המתייחסות בדרך כלל לצרכים בכח אדם (ביקוש), למול מצאי כח האדם (היצע). השימוש במושג "עודף" כוונתו לציין ש"צריך פחות ממה שיש" והשימוש במושג "מחסור" בכח אדם רפואי, כוונתו לציין ש"צריך יותר ממה שיש".

מאחורי השימוש במושג ביקוש² לכח אדם עומדת בפועל אמירה המתייחסת לצורכי כח אדם, כפי שאלו נקבעו על ידי גוף חיצוני (כגון מדינה, איזור, איגוד מקצועי ועוד). קביעה זו מבוססת ברוב המקרים על ערכים נורמטיביים, כגון: שיעור כח אדם רצוי לאלף נפש, יחס כח אדם לתשומות אחרות (מיטות), או יחס כח אדם לשימוש בשירותי בריאות אחרים (ביקורים במרפאות) ועוד.

2. קשר בין כמויות ומחירים בהיתן שכל שאר המשתנים המשפיעים על הכמות המבוקשת נותרים קבועים.

בחנית שיעורי כח האדם של בעלי מקצועות בריאות שונים במדינות המערב, יכולה להמחיש עד כמה המימד הנורמטיבי בקביעת הצורך בכח אדם רפואי הוא דומיננטי. בחינה זו מלמדת שקיימת שונות רבה בשיעור ובתמהיל כח האדם בין המדינות: כך למשל, שיעור האחיות באיטליה הוא נמוך ביחס למדינות OECD ועומד על 5.4 לאלף נפש בעוד השיעור המקביל בדנמרק הוא כמעט כפול - 10.5. לעומת זאת, שיעור הרופאים באיטליה הוא מהגבוהים בעולם - 4.1 לאלף נפש לעומת שיעור של 2.9 רופאים לאלף נפש בדנמרק. דוגמה זו ממחישה את העובדה שלשאלה מהו השיעור הנכון (הצורך) בכח אדם רפואי ומהו התמהיל הנכון שבתוכו - אין תשובה "מדעית" אחת. עובדה זו תקפה גם ברמת סה"כ העוסקים במקצוע (סה"כ רופאים, סה"כ אחיות) ועל אחת כמה וכמה ברמת תתי ההתמחויות בכל מקצוע ומקצוע שכן מספרם המוחלט של העובדים בכל תחום התמחות הוא יחסית נמוך³.

"כללי אצבע" לקיום מחסור נוכחי

- בהעדרה של תשובה מדעית אחת לגבי הגדרת מחסור בכח אדם רפואי, ישנם מספר "כללי אצבע" שעל בסיסם ניתן להעריך את תמונת המצב הנוכחית בכח אדם:
- ♦ תורים וזמני המתנה ארוכים לשירות רפואי יכולים להצביע על פער בין מצא כח אדם ספציפי ובין הצורך בכח אדם זה.
 - ♦ שכר לא מספק - תחושה של תגמול נמוך יחסית בקרב העוסקים במקצוע (החורגת מהתחושה השכיחה בקרב כלל העובדים).
 - ♦ קושי באיוש משרות - קיומן של משרות לא מאוישות ומתמחים איכותיים, ו/או שכיחות גבוהה של עבודה בחלקיות משרה עשויה גם היא ללמד על פער בין הביקוש להיצע כח האדם בתחום.
 - ♦ חוסר שביעות רצון - קיומן של מדדי "עומס" גבוה או תחושות עומס בקרב העוסקים במקצוע העשויים להגיע עד לנטישה או איום בנטישה.
 - ♦ תלונות של מטופלים - על זמן המתנה, איכות השירות, רמת ההתייחסות האישית ועוד.

3. מספרם של סה"כ הרופאים בעלי רישיון מתחת לגיל 65 היה בשנת 2006 24,600. מתוך סה"כ זה, מספר המומחים היה 12,100 ומתוכם - רופאים בעלי התמחות ברפואה פנימית - 2,620 ומתוכם מרדימים - 660.

בקרב חברי הצוות הסתמנה הסכמה שעל בסיס הקולות מן השטח "הכתובת של מחסור באחיות כבר מצויה על הקיר" וכי מחסור זה בא לידי ביטוי בכל הארץ ובעיקר באזורים פריפריאליים ובתחומי התמחות ייחודיים (אחיות טיפול נמרץ, פגים ועוד). "קולות השטח" לגבי המחסור הנוכחי ברופאים היו מתונים יותר והתמקדו בעיקר בתחומי התמחות שונים (לדוגמה הרדמה) ובאזורים פריפריאליים.

תכנון עתידי בתנאי אי וודאות

בשל כישלוננו של מנגנון השוק בהסדרת ההגעה לשווי משקל בתחום כח האדם הרפואי, נדרשת כאמור מעורבות מרכזית של רשות תכנונית, כדי להתאים בטווח הארוך את ההיצע לביקוש. תכנון ארוך טווח, כרוך באי וודאות הן בהקשר של איתור המשתנים העשויים להשפיע על כח האדם העתידי והן בהקשר של כווני ההשפעה ועוצמתה. תכנון ארוך טווח בתנאי אי וודאות מחייב גם לבחון את ההשפעות הצפויות ועוצמתן הן על הביקוש לכח אדם רפואי (הצורך) והן על היצע (מצאי) כח האדם הרפואי.

המשתנים העשויים להשפיע על הצורך ומצאי כח האדם הרפואי הם רבים ומגוונים ובתוכם כלולים המשתנים העיקריים הבאים:

◆ דמוגרפיה - קצב גידול האוכלוסייה, שינוי בהרכב הגילאים, הזדקנות ועליה בתוחלת החיים, שיעורי הפרייון, הגירה (בישראל - בעליה) - לכל אלה עשויה להיות השפעה רבה על הביקוש/צורך העתידי בכח אדם רפואי. הזדקנות האוכלוסייה - תוצאה של שיעורי ילודה נמוכים, לצד עליה ניכרת בתוחלת החיים - מאפיינים כיום את רוב מדינות המערב והשלכותיהם הצפויות חורגות הרבה מעבר לנושא כח האדם הרפואי. בישראל השפעת הממד הדמוגרפי שונה במעט ממדינות המערב בעיקר בשל שיעורי הפרייון הגבוהים יחסית (אוכלוסייה יחסית צעירה) והיותה של המדינה קולטת עליה. חשוב לציין כי לממד הדמוגרפי ישנה השפעה גם על היצע כח האדם הרפואי - הזדקנות כח האדם הרפואי, הקדמת גילאי פרישה, שינוי המאזן בין המינים⁴,

4. משקלם של הנשים בכח האדם הרפואי ובעיקר בקרב הרופאים מצוי במגמת עלייה בכל העולם המערבי: באיחוד האירופי, השתתפותן של נשים בנות 25-49 בכח העבודה עלה מ-40% בשנות ה-70 ללמעלה מ-70% עד 2000. חשוב לציין כי, הגידול באחוז הנשים העוסקות ברפואה משפיע גם על חלקיות המשרה הממוצעת של הרופאים ופיזורם הגיאוגרפי.

הגירת כח אדם רפואי ועוד.

◆ טכנולוגיה (שינויים באמצעי האבחון והטיפול הרפואי) - עלייתם של מקצועות חדשים (ביוטכנולוגיה, הנדסה ביולוגית ובגנטיקה), פיתוחים טכנולוגיים בתחומים כגון כירורגיה, הדמיה, קרדיולוגיה פולשנית, השתלות, חיזוק מגמת ההתמחות וההתמקצעות - לכל אלה השפעה רבה הן על ההיצע (מצאי) והן על הביקוש (צורך) בכח אדם רפואי. לשיפורים הטכנולוגיים עשויים להיות כונוי השפעה סותרים: שינויים ושיפורים טכנולוגיים יכולים לאפשר אבחון וטיפול רפואי שמעלה את הביקוש לכח אדם רפואי קיים או חדש, בעוד שיפורים טכנולוגיים אחרים עשויים לייתר מצאי של כח אדם נוכחי.

◆ דפוסי ארגון ומימון השירותים - לשינוי בדפוסי המימון והארגון של השירותים עשויה להיות השפעה רבה על היקפי כח האדם הרצויים והמצויים במערכת: שינוי עתידי בהיקף התשומות המשלימות (מספר מיטות האשפוז), פיתוח שירותי הקהילה למול צמצום האשפוז, הפרטה של שירותים או הרחבת סל הזכאות לשירותים הציבוריים, שינוי במדיניות ההשתתפויות העצמיות בגין שירותי בריאות, שינוי במדיניות הנגישות לרפואה מקצועית - לכל אלה עשויה להיות השפעה רבה על תמהיל מקצועות הבריאות הנדרש.

◆ תחלואה - עלייה בשכיחותם של מחלות כרוניות, תחלואה נפשית.

◆ דפוסי וסביבת העבודה - ארגון מחדש של נוהלי העבודה, שינויים בתנאי העסקה, חלקיות משרה, רמות השתכרות יחסיים, גיל פרישה, הסדרי העסקה גמישים - לכל אלה עשויה להיות השפעה רבה על מצאי כח האדם הרפואי.

◆ תכני העשייה של המקצוע - תחלופה בין המקצועות, מסלולי קידום, רמות השתכרות יחסיים, ועוד.

◆ שינויים בהעדפות וציפיות הציבור - כגון מידת חופש הבחירה בספקי שירותים, גמישות בנוהלי הפנייה לרפואה מקצועית - גם להם עשויה להיות השפעה על הצורך ומצאי כח האדם העתידי.

הרכב הגילאים של האוכלוסייה, אופי התחלואה העתידי, דפוסי ארגון השירותים, פריסתם ואיכותם, שינויים טכנולוגים, רמות השכר היחסי ועוד - כל אלה משפיעים באופן סימולטאני הן על הביקוש והן על היצע כח האדם הרפואי. אולם, חיזוי כיווני ההשפעה של גורמים אלו בעיקר על הביקוש/ צורך בכח אדם רפואי, כרוכים באי ודאות ומקשים על כימות המסקנות הנגזרות מהן. בנוסף, חלק מכיווני ההשפעה של המגמות שתוארו עשויים להיות לכיוונים סותרים: כך למשל, אימוץ טכנולוגיות חדשות יכול גם להקטין וגם להגדיל את הצורך בכח אדם רפואי (ובעיקר לשנות את התמהיל שבין המקצועות).

גישות בחיזוי בתנאי אי וודאות

בסביבה הלא וודאית שבה על המתכנן לעסוק בחיזוי כח אדם, התפתחו לאורך השנים מגוון רחב של גישות לחיזוי בתנאי אי וודאות כאשר בקצוות של גישות אלה מצויים, בקצה אחד גישת החיזוי על בסיס העבר, ובקצה השני גישת החיזוי על בסיס העתיד הרצוי.

גישת החיזוי על בסיס העבר - גישה תכנונית זו מבוססת על ההנחה כי שינויים במערכת הבריאות מתרחשים על פי דפוס הניתן לחיזוי על סמך מגמות מן העבר. בגישה זו המטרה העיקרית היא לנבא את ההתפתחויות הסבירות ביותר ובכך להפחית את מידת אי הוודאות. גישה זו מתרכזת בעיקר בחיזוי **מצאי** כח האדם ופחות בחיזוי הביקוש או הצורך העתידי בכח אדם רפואי.

גישת העתיד הרצוי - על פי גישה זו, אקסטרפולציה ממגמות העבר וההווה אינה מספיקה על מנת לספק חיזוי עתידי. חיזוי עתידי צריך להציג תפיסה רצויה של מערכת הבריאות **ויעדים נורמטיביים רצויים** המבטאים שקלול של עמדות מקצועיות, ואידיאולוגיות שעל בסיסן נקבעות כמויות כח האדם הרצויות: שינוי תמהיל הטיפול מהאשפוז לקהילה, שינויים מבניים בנגישות לרופאים מקצועיים, הרחבת הסמכויות של הרופא הראשוני, שינוי בטווחי הזמן שמקצה רופא לכל מטופל - מרכיבים אלה ואחרים צריכים על פי תפיסה זו, להיכלל בקביעת כמות כח האדם הרצויה.

דוגמאות נוספות לשיטות נוספות לחיזוי כח אדם

- ◆ שיטת משאל המעסיקים - לשאול את המעסיקים לכמה ולאיזה סוג של עובדים הם יזדקקו בשנים הבאות. סיכום הבקשות מאפשר להגיע לתחזית הצורך בכח אדם בשנת היעד. (חסרונות השיטה - מתאימה לטווח קצר, קושי באיסוף נתונים, סולמות הערכה לא אחידים ועוד).
- ◆ שיטת ILOR - מבוססת על שמירת היחס בין גידול בתוצר וגידול כח אדם. שיטה זו מאפשרת הצמדה של תשומות כח האדם לקצב הצמיחה של המשק, אולם בשיטה טמונה הנחה סמויה שתשתיות כח האדם הנוכחיות הן אכן התשתיות הראויות.
- ◆ שיטת יחסי צפיפות - מבוססת על מדדים יחסיים חזויים כגון: היחס בין כח אדם מקצועי אחד למשנהו (רופאים ביחס לאחיות) יחסי כח אדם לאוכלוסייה, יחסי רופא לחולה ועוד.
- ◆ שיטת ההשוואות הבינלאומיות - ניתוח המגמות בקרב מדינות התייחסות נבחרות⁵ תוך אימוץ נורמטיבי של קצב הצמיחה בשיעורי כח אדם במדינה מסוימת, או בממוצע המדינות הנבחרות.
- ◆ שיטת ההצמדה לקצב הצמיחה של המשק - מצמידה את קצב הגידול הרצוי של כח האדם הרפואי לגידול בתוצר המקומי הגולמי.

מתודולוגיית חיזוי מצאי כח אדם עתידי

סקירה של הספרות העולמית בנושא חיזוי ותכנון כח אדם רפואי, מלמדת שבשל מרכיב חוסר הוודאות הגבוה בחיזוי השינויים העתידיים ובשל המימד הנורמטיבי של קביעת מדדי כח אדם הרצויים למערכת, רוב האסטרטגיות התכנוניות בנושא חיזוי כח אדם רפואי

5. בדרך כלל מהווה קבוצת המדינות החברות ב-OECD כקבוצת התייחסות השכיחה.

בוחרות שלא לעסוק **בחיזוי הביקוש/ צורך העתידי** הנגזר משינויים אלו. במקום זאת, אסטרטגיות אלו מנסות לבחון את מגמות ההתפתחות של **מצאי כח האדם** הרפואי במספר תרחישים, תוך העמדת תרחישים אלו במבחני רגישות. גישה תכנונית זו נפוצה יותר גם מהטעם הפרקטי של פשטות החישוב - הטענה המרכזית של חסידי גישה זו הינה שחיפוש מודל תכנוני מורכב, אורך זמן רב שבמהלכו נקלעות מערכות בריאות למצוקות כח אדם המחייבות פתרונות דחק ולכן גישה תכנונית המתבססת על חיזוי מצאי עתידי של כח האדם היא עדיפה.

חשוב לציין כי גישה זו קלה יותר ליישום כשמדובר ברמת מקרו של המקצועות "הגדולים" במערכת הבריאות (רופאים ואחיות), אך היא הופכת למורכבת יותר ככל שרמת התכנון והחיזוי יורדת ל"מספרים הקטנים" של תחומי התמחויות ספציפיות, או פיזור גיאוגרפי.

כמות כח אדם הרפואי הצפויה בעתיד נגזרת ממצאי כח האדם הנוכחי, פחות פרישה (מטעמי גיל, הגירה או פטירה) ובתוספת כניסה (בוגרים מהארץ ומחו"ל, הגירה). על בסיס ניתוח זה ניתן לאפיין ברמת וודאות יחסית סבירה את ההתנהגות העתידית של שיעורי כח האדם הנמדדים ביחס לאוכלוסייה.

זיהוי מגמות השינוי בשיעורי כח האדם הנמדדים ברצף של זמן (עולה או יורד), ביחד עם ניתוח השוואתי של מגמות בינלאומיות בנושא, יכולים לתת קירוב טוב לגבי ההתערבות הנדרשת של רשויות התכנון הלאומי בנושא תכנון כח אדם⁶.

סיכום והמלצות

בסקירה זו הודגשה חשיבות התכנון והחיזוי של כח האדם הרפואי מצד אחד, אך הסקירה גם עמדה על הקשיים הרבים הכרוכים בחיזוי זה, הן בשל מרכיבי חוסר הוודאות הכרוכים בחיזוי והן בשל המימד הנורמטיבי המאפיין אותו. קשיים אלו הולכים ומתעצמים ככל שרמת החיזוי יורדת משיעורים כוללים של כח אדם רפואי, לרמות של מקצועות או תחומי התמחות ספציפיים.

6. ראה דוח משרד הבריאות "רופאים ואחיות בישראל תמונת מצב ותחזיות עתידיות", 2007.

מהסקירה ניתן ללמוד כי אסטרטגיות תכנון כח אדם השכיחות ביותר כיום מתבססות על חיזוי **מצאי** כח האדם העתידי, אולם חשוב לשוב ולציין כי חיזוי המתבסס על מצאי נתון של כח אדם **מניח הנחה סמויה שמצאי זה משקף מצב ראוי ויעיל של שימוש בכח אדם** - עובדה שאינה בהכרח נכונה. אסטרטגיית חיזוי זו היא בעייתית גם בשל התבססותה על ההנחה שלעבר יש נטייה לחזור על עצמו (וגם הנחה זו אינה בהכרח נכונה).

עקרי המלצות הצוות בפרק זה כללו את הנושאים הבאים:

◆ כפי שהודגש במבוא, הצוות ממליץ על שיפור מידי של תשתיות הנתונים הקיימות כיום בנושא כח אדם רפואי - **רישום מחדש הוא כלי הכרחי להשגת מטרה זו.**

◆ האחריות הכוללת לתכנון כח האדם במערכות בריאות צריכה להימצא בידי המיניסטריון. יחד עם זאת עמד הצוות על חשיבות שיתוף הפעולה של גורמי המערכת השונים בהליך התכנוני.

◆ עד היום, הצטברו המלצות של מספר וועדות בנושא כח אדם רפואי עם אבחנות דומות (מחסור נוכחי ועתידי של אחיות ומחסור עתידי של רופאים), ומתווים דומים יחסית של פתרונות. הצוות ממליץ **להאיץ את תהליכי הביצוע והיישום** של המלצות אלה, שכן בהמתנה לשיטת חיזוי אופטימאלית בכח אדם רפואי עשויה מערכת הבריאות בישראל להיקלע למצוקת כח אדם ולפתרונות דחק.

התמחות במקצועות הרפואה

לאחר קבלת הרישיון (הכרה) לעיסוק במקצוע, עומדת בפני אנשי המקצוע האפשרות להתמחות בפן ספציפי יותר של המקצוע ולקבל הכרה כמומחה בתחום. עיקר העיסוק במומחיות בישראל הינו בקרב רופאים, אך יחד עם זאת, גם בקרב מקצועות בריאות נוספים, כגון אחיות, יש מגמה של התמחות והתמקצעות בתתי-נושאים. בחלק זה נדון בעיקר בנושא התמחויות הרופאים, אך הסוגיות אשר יעלו בו הינן רלוונטיות גם ליתר מקצועות הבריאות.

על-פי תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות, 1973, תשל"ג) נושא התמחות הרופאים מוסדר על ידי המועצה המדעית ורופא אשר מעוניין להתמחות במקצוע מסוים

נדרש למלא אחר החובות שנקבעו בחוק. בישראל מוכרות כיום 55 מגמות התמחות (29 מקצועות בסיס ו-26 מקצועות על) ומסלולי ההתמחות נמשכים ארבע שנים ומעלה. בשנים האחרונות אנו עדים לעלייה בשיעור הרופאים המומחים בישראל, בשנת 2006, 49% מכלל הרופאים הרשומים עד גיל 65 היו בעלי לפחות התמחות אחת (זאת לעומת, 37% בשנת 1995)⁷. מגמה זאת דומה למגמה בקרב רוב המדינות החברות בארגון ה-OECD.

מחקר שבחן את המאפיינים השונים של הרופאים העובדים בקהילה, מצא כי בשנת 2004 69% מן הרופאים שעבדו בקהילה היו בעלי תעודת מומחה⁸. הטבלה למטה מפרטת את שיעור הרופאים המומחים העובדים בקהילה לפי מקצועות התמחויות שונות ומימנה ניתן ללמוד על השונות בין אחוזי המומחים במקצועות השונים.

אחוז הרופאים המומחים העובדים בקהילה מתוך סה"כ הרופאים בקהילה

העוסקים בתחום - 2004

תחום התמחות	% רופאים מומחים
משפחה וכללית	39%
ילדים	75%
אורטופדיה	80%
א.א.ג.	86%
נשים	88%
עור ומין	91%
כירורגיה אחרת	92%
פנימית	92%
עיניים	95%
סה"כ	69%

מקור: שמש ע. ואח' "הרופא בקהילה, מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים", משרד הבריאות, 2007

7. משרד הבריאות - כח אדם במקצועות הבריאות - 2006

8. שמש, ע. סמטניקוב, א. דור, מ. שרף, מ. שלו, ו. רוזנבלום, י. מץ, ע. הרופא בקהילה - מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים. אוגוסט 2007. משרד הבריאות.

תהליך ההתמחות - רקע היסטורי

מקצוע הרפואה נרכש מאז ומתמיד בשיטות של אמן-שוליה. הרעיון שהלימוד חייב להיות מוסדר, פלורליסטי ואקדמי הנו עתיק כימי האוניברסיטאות עצמן. בתי הספר לרפואה הראשונים, נוסדו בימי הביניים בעולם האיסלמי, וכבר אז נוצר השילוב בו הלימודים נעשו בבתי החולים ("בימריסטן") בהשראה ופיקוח אקדמי. תואר "דוקטור לרפואה" ניתן לראשונה באוניברסיטת סלרנו שבאיטליה סביב המאה ה-11 ובמאות ה-16 וה-17 נטבעה שיטת הלימוד המערבית המקובלת עד היום.

השורשים של ההתמחות הרפואית החלו לצמוח באירופה ובארה"ב במהלך המאה ה-19. כיום - הצורך בהתמחות רפואית נתפש כמובן מאליו, ישנה הסכמה גורפת הן אצל הצרכנים והן בממסד הרפואי שלימודי הרפואה הבסיסיים אינם מספקים, וכי טיפול אופטימאלי בחולה מחייב התמחות. ההתמחות צמחה בהדרגה כיחידות מקצועיות בבתי החולים, בהן הועסקו רופאים ורכשו מיומנות "דה-פקטו". לאורך השנים קמו איגודים מקצועיים שאיגדו רופאים מומחים, במטרה לשפר ידע, להעניק מסגרת חברתית ובעיקר - לספק הכרה במקצוע. במרבית מדינות העולם המערבי, האיגודים המקצועיים הפכו לסמכות המגדירה התמחות. בתחילת הדרך מודל ההקמה היה לפי שיטת הגילדות של "חבר מביא חבר", ולאורך השנים התגבשה מסורת של תנאי קבלה, תוכניות הכשרה, רישום ורישוי. המומחים הראשונים - היומי שנרשמו וזכו להכרה של האיגוד המקצועי.

בתחילת המאה העשרים עלה לראשונה הצורך בפורמליזציה של תהליך ההתמחות ובביצוע רישום והכרה לא רק מוסדיים אלא גם שוויוניים וברי מדידה. בארה"ב - החל תהליך הדרגתי בן שני עשורים, שהסתיים ב-1933 בהקמת ה-American Board of Medical Specialty המהווה איגוד גג לארגונים המקצועיים להסמכת מומחים. עם הקמתו - ניתן היה להתמחות בששה מקצועות, כיום המספר עלה ל-26.

בישראל עד לשנת 1976, מתן רישיון מומחה בארץ חייב שהות קלנדרית במחלקה ועמידה בסילבוס מוצהר. החל משנה זו הוכללו בחינות התמחות כחלק ממתן ההכרה המקצועית. בשונה מלימודי הרפואה בהם האוניברסיטאות בשיתוף רשויות-על (המדינה, המחוז, הריבון) מכתיבים את "כללי המשחק" וקובעים את מספר בתי הספר, כמות הסטודנטים

ומשך הלימודים - מתנהלות ההתמחויות בכל העולם המערבי בהגמוניה כמעט מוחלטת של האיגודים המקצועיים.

ההתמחויות, קמו והתבססו בתוך בתי החולים. עולם הרפואה של שלהי המאה התשע עשרה ומרבית המאה העשרים הצדיק תהליכים אלו. עד לפני כשלושה עשורים, הרפואה המקצועית (שניונית ושלישונית כאחד) ניתנה במסגרת בתי החולים. הסינוף האקדמי היה של בתי חולים בלבד, ובהתאם - המחקר, החדשנות והידע צמחו בין כותלי המוסדות הגדולים. ההפרדה בין רפואה ראשונית "ומקצועית" הייתה כמעט חד ערכית, כשהאחת ניתנה בקהילה, והאחרת בתוך בתי החולים.

היות והמתמחה נמצא בסטטוס של עובד משתכר, ישנה מערכת מסועפת של תקנות המשלבות חוקי עבודה עם סילבוסים מקצועיים שמטרתם לצעוד בשביל הזהב של עמידה בסטנדרטים מקצועיים ושמירה על סביבת עבודה שהיא רצפת הייצור הבסיסית של בתי החולים.

לאורך שנים, מעבר להסכמה כללית על הצורך בהתמחות, כמעט ולא היה דיון אקדמי או ציבורי לגבי תכני ההתמחות, משך זמן ההתמחות ומקום ההתמחות. תהליך ההתמחות התבצע באופן מסורתי ושמרני בתוך עולם בתי החולים, למרות התמורות המפליגות שחלו בשירותי הרפואה. משך ההתמחות הקלינית נותר קבוע ולא השתנה מספר עשורים. הטכנולוגיות, הידע, ערוצי ההכשרה והספרות המקצועית בכל תחום ברפואה עברו שינויים מפליגים בעשורים האחרונים, אולם שינויים אלו לא השתקפו במשך ובמהות של תוכניות ההתמחות. באורח מעניין, הספרות המקצועית דנה באורח כמעט בלעדי בקשרים החברתיים והכלכליים של ההתמחות, בעומסי עבודה, בשינוי סטטוס אישי וכמעט ואינה עוסקת במהות ההתמחות, בסילבוסים, ובתכניות ההתמחות עצמן.

בהשוואת תכניות התמחות בעולם, מתגלה כי משך ההתמחות אינו תלוי באיכות הרפואית ובהוצאה הלאומית לבריאות. כך לדוגמה, משך ההתמחות בשנים במקצועות ובארצות נבחרות הנו:

יוון	פקיסטן	דנמרק	קנדה	בולגריה	ברזיל	
5	4	5	5	4	4	הרדמה
6	4	7	6	7	4	קרדיולוגיה
4	4	4	5	4	4	עור
5	4	5.5	5	5	4	פנימית
5	4.5	5.5	5	4	4.5	גינקולוגיה
4	4	5	5	4	4	עיניים

מקור: מאתר האינטרנט של *International Residency plans*

כיום, המגמה בעולם המערבי הנה לצמצם בשירותי הרפואה הניתנים בבתי החולים, ולפתח חלופות רחבות ככל האפשר במסגרות טיפוליות בקהילה (כיום) ובבית החולה (בעתיד). הכח המניע את השינוי אינו כלכלי ומקצועי בלבד, אלא נובע משינוי בתפיסת מקצוע הרפואה אצל הלקוחות.

עיקר השירות הרפואי ניתן כיום במסגרת הקהילה. האשפוז נתפש אצל מרבית האוכלוסייה כאירוע משברי סביב הידרדרות חריפה במצב הבריאותי. לעומת זאת, הרפואה המשמרת ארוכת הטווח, לרבות אבחון, טיפול במחלות כרוניות, איזון ושיפור איכות חיים, מצופה שתינתן בקהילה. גם אם בנקודת הזמן הנוכחית, בישראל עדיין ניתנים מרבית שירותי הרפואה המתוחכמים בבתי החולים, ישנו שוני מהותי בכמות ובאיכות שירותי הרפואה הניתנים בלעדית בקהילה וכיוון השינוי ברור. פרט להתמחות ברפואת המשפחה, מסלולי התמחות קליניים אחרים לא הטמיעו בתוכם את השינוי, ובעיקר את המגמות העתידיות של העיסוק בפועל ברפואה. תכניות ההתמחות מותאמות למסלול עבודה בבית חולים, ולמרות שלכאורה ההתמחות כוללת עבודה במרפאות החוץ של בתי החולים, ישנה עדיין הטיה של תמהיל חולים, חומרה ומשך מעקב השונים מהותית בין הקהילה ובין בתי החולים.

מרבית המומחים לעתיד יקלטו לעבודה מלאה בקהילה, כשהן ההכשרה המקצועית, ההתנסות בפועל, והשיקולים המנחים בבחירת קריירה בתחילת הדרך שונים מהותית מאופק התעסוקה הצפוי. תכניות ההתמחות, משכן, ומיקומן לא התאימו עצמן עדיין למציאות מתפתחת זו. בנוסף, ההכרה המקצועית בהתמחויות נתונה בידי האיגוד המקצועי, אשר מהווה מצד אחד, גורם מקצועי מוביל ומן הצד השני גילדה שתפקידה לשמר את האינטרסים של חבריה.

תוכניות הלימודים בבתי הספר לרפואה (בשלב הקליני ובהתמחות) כוללות מעט מאוד לימוד בקהילה, זאת למרות שחלק ניכר מן הרופאים עובדים בקהילה. רובן המכריע של ההתמחויות ברפואה, מיוצגות גם בקהילה ולא רק בבתי החולים. מצד אחד נמצאים מקצועות כדוגמת, רפואת המשפחה וילדים אשר עיקר העיסוק בהם נמצא בקהילה ומהצד השני קיימים מקצועות כגון הרדמה, שהינם אשפוזיים במהותם.

מחקר שבחן את הניסיון העולמי בלימוד הרפואה בקהילה⁹ מצא כי תפקיד הרופא בקהילה כולל תפקידים רבים שקשה לרוכשם במסגרת האשפוזית, כגון: **"קידום בריאות, מניעה, תמיכה בחולה, חינוך החולה, המשכיות הטיפול ודינמיקה של יחסים בין הרופא לחולה"**.

בחירת מקצוע ההתמחות - בעקבות המחסור הקיים והצפוי במספר מקצועות רפואיים עולה השאלה, מה צריכה להיות מידת ההתערבות של הממסד בבחירת מקצועות ההתמחות. מחקר פיילוט שנערך בקרב סטודנטים לרפואה בשנה השישית בבית הספר לרפואה של הדסה והאוניברסיטה העברית, הראה שלסטודנטים הייתה נטייה גבוהה יותר לבחירת התמחויות במקצועות רפואת ילדים, פנימית וקרדיולוגיה מאשר במקצועות הכירורגיה (כללית, א.א.ג.). במחקר נמצא כי הגורמים המרכזיים שהשפיעו על החלטתם של הסטודנטים כללו: העדפה למקצועות על יד מיטת החולה, מקצועות עם אוריינטציה למשפחה, יכולת לשלוט על אורח חיים, משכורת גבוהה, ועבודה מעניינת ואתגרית.

9. ניראל, נ. בירקנפלד, ש. ישראלי, א. האם הגיעה העת להעביר חלק מתקופת ההתמחות מבית-החולים לקהילה? הניסיון בעולם ומחשבות לגבי היישום בישראל. הרפואה, כרך 146, חוברת ו', יוני 2007.

התמחויות במקצוע הסיעוד

ההכשרה העל בסיסית מהווה נדבך מרכזי ושלב ראשון בפיתוח מקצועי של אחיות מומחיות. ההכשרה העל בסיסית מתקיימת כיום ב-18 תחומים וכ-41% מכלל האחיות המוסמכות הן בעלות הכשרה על בסיסית בתחום אחד לפחות. תוכניות ההכשרה העל בסיסית בסיעוד נמשכות כשנה. פריסתן, משכן ותכניהן נקבעים על ידי משרד הבריאות ומכוונים למתן מענה לצרכי הבריאות של האוכלוסייה (כך למשל בשנת 2007 תוגברו תחומים נדרשים בתוספת קורסים במהלך השנה בתחומי חדר הניתוח, פגים ודיאליזה).

כמו במקצועות הרפואה, גם בתחום הסיעוד נעשו תהליכי ההתמחות בזיקה חזקה לתחום האשפוז. בשנים האחרונות, ננקטים צעדים רבים במהלך ההכשרה העל בסיסית בסיעוד על מנת לבטא את צרכי הקהילה ולתת למסגרות ההכשרה אוריינטציה קהילתית (בריאות האישה והתפתחות הילד).

עיקרי המלצות הצוות בחלק זה כללו את הנושאים הבאים:

- ◆ האחיות על נושא תכנון כח האדם הרפואי בכלל ובנושא תכנון התמחויות בפרט, צריכה להימצא בידי משרד הבריאות. למשרד תפקיד מרכזי בתכנון ההתמחויות הרפואיות ובהכוונת הסטודנטים להתמחויות הנדרשות, תוך שיתוף ודיאלוג עם הגורמים השונים במערכת הבריאות (לרבות המועצה המדעית).
- ◆ מומלץ להעביר חלק גדול יותר מתהליך ההתמחות לקהילה. חלק גדול והולך וגדל מהשירותים הרפואיים ניתן היום בקהילה. למרות זאת, כמעט וכול תהליך ההתמחות עדיין נמצא במסגרת בתי החולים.
- ◆ מומלץ לבחון מחדש, את מבנה ההתמחות הרפואית, משכה ותכניה.
- ◆ מחסור במומחים אינו יכול להיפתר על ידי מנגנון השוק - יש צורך בהתערבות אקטיבית של ארגוני הבריאות השונים, ובראשם משרד הבריאות על מנת להתמודד עם המחסור במקצועות מסוימים.
- ◆ מקצועות הסיעוד - יש למסד ולהכיר בתהליך המומחיות בסיעוד, להרחיב את המסגרות הקיימות ובמידת הצורך, להתאימן לצרכי השטח.

השימוש בתמריצים בנושא כח אדם רפואי

התמריצים מהווים כלי לעידוד או צמצום דפוסי התנהגות והשימוש בהם מחייב הגדרה של מטרות רצויות הן ברמת הארגון והן ברמה הלאומית.

פרק זה דן במערכות התמריצים המשפיעות על התנהגות כח האדם הרפואי בתוך ארגוני הרפואה השונים. הפרק יתמקד ברופאי הקהילה אך העקרונות המוצגים בו תקפים לרופאי בתי חולים, ואותם הכללים תקפים גם ליתר מקצועות הבריאות בהתאמות שונות.

סוגי תמריצים

נהוג להבחין בשלוש קבוצות של תמריצים עיקריים בהם נעשה שימוש בהקשר של בעלי מקצועות בריאות בכלל ורופאים בפרט:

1. התמריץ המוסרי - Moral Incentive
2. התמריץ החברתי - Social Incentive
3. התמריץ החומרי - Material Incentive

שלושת סוגי תמריצים אלה יכולים לשאת אופי חיובי או שלילי: תמריץ חיובי מחזק התנהגות רצויה ואילו תמריץ שלילי מפחית התנהגות שאיננה רצויה. בשימוש בתמריצים בנושא כח אדם נהוג גם להבחין בשלושה מצבים שונים: תמריצים לגיוס כח אדם, לשימור כח אדם ותמריץ לשיפור בתוצאים רפואיים.

1. התמריץ המוסרי - Moral Incentive

התמריץ המוסרי קשור לאתיקה המקצועית ולשיקולים מקצועיים אינדיבידואליים של הרופא ומקורו בתחושת השליחות החברתית של הרופא. שינויים בתמריץ זה הינם בעלי השלכות חברתיות נרחבות. הימצאות (או היעדר) מנהיגות קלינית מקצועית מהווה גורם מרכזי בתחום התמריץ המקצועי. הדבר בולט במיוחד במחלקות קליניות בבתי חולים אך רלוונטי גם למערכות בקהילה. התמריץ המקצועי (מוסרי) מעמיד את רופאי הקהילה בקונפליקט תמידי כאשר הם מצויים בעומסי עבודה ניכרים ומתקשים לעמוד בקריטריונים הבסיסיים שהמקצוע מחייב. אחד המחקרים המצוטטים ביותר בתחום, מצא שעל פי

הקווים הקליניים המנחים המקובלים ל-10 המחלות הכרוניות המובילות, אין לרופא הראשוני מספיק זמן ביממה לטפל בחולים אלו או לקדם טיפול בנושאים כגון מניעה ראשונית ושניונית והתעסקות במדדי איכות בקרב יתר המטופלים. צורך בקווים מנחים מעשיים, תגבור סביבת העבודה של הרופא, צוות תומך שמבצע חלק מהמטלות וחינוך מטופלים הם רק חלק מהפתרונות המוצעים^{10, 11}.

בנוסף למנהיגות קלינית (ומעבר להכשרה מקצועית ומאפיינים אישיים) התמריץ המוסרי מושפע מרמת שביעות הרצון של הרופא. בשנים האחרונות אנו עדים לשחיקה מתמדת ברמת שביעות הרצון של הרופאים. רופאים בכל העולם מרוצים פחות ופחות מעבודתם. למרות שתגמול חומרי ועומסי עבודה הינם גורמים מרכזיים בתמרוץ רופאים, נמצא כי מרכיבים אלה אינם מסבירים את הירידה בשביעות הרצון שצוינה לעי"ל: גם במערכות עם תגמול גבוה יחסית ועומסים נמוכים יש ירידה בשביעות הרצון. גורם מרכזי לירידה זו בשביעות הרצון הינו שינוי חברתי מהותי: האמנה החברתית הלא כתובה שבין הרופאים לבין החברה/מטופלים/מעסיקים השתנתה. סביבת העבודה של הרופא שכוללת קוים מנחים, פרוטוקולים, ביקורות עיתיות, רגולציה, דיווחים עיתיים, שימוש מורחב במערכות מידע וצורך באישורים ברמות שונות ושינויים חברתיים במודעות, יחד עם נטיית המטופלים להאשים, כל אלה יצרו סביבת עבודה שונה מהותית מהסביבה המסורתית שלקראתה הוכן הרופא בבית הספר לרפואה. גם רופא המתוגמל היטב, ושעומס העבודה עליו הוא סביר, מתוסכל מחוסר התאמה כזה. מצב זה מחייב מנהיגות קלינית, שינוי בהכשרה ואמנה חברתית חדשה.

תהליכים תומכים אפשריים:

♦ הפחתת עומסים בצד הביקוש, על ידי תכניות שונות לחינוך חולים ובצד ההיצע, על ידי ניהול זמן נכון.

10. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. *BMJ*. 2002 6;324(7341):835-8.

11. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. *Ann Fam Med*. 2005;3(3):209-14.

- ◆ תגבור/תמיכה סביבתית על ידי העברת חלק מהמטלות הפחות מקצועיות של הרופאים לאנשי צוות אחרים (אחיות, עובדים סוציאליים, אנשי מקצועות הבריאות).
- ◆ תגבור/תמיכה סביבתית של מידע וידע מקצועיים Information Technology ותכניות ניהול מחלה מובנות.
- ◆ מערכות תמיכה מקצועיות שונות. למשל, מערכת מידע קליני חכמה שנותנת מענה מהיר לשאלות של רופאים ראשוניים (עד 6 שעות) מהווה כלי תמיכה חשוב¹². צורות שונות של Call Center לרופאים וכו'.
- ◆ הקצאת זמן נפרד לתמיכה בחולים כרוניים (10% מהחולים ש"גוזלים" 70% מהמשאבים). השיטה המכונה "מיעוד" מיועדת להקצות זמן נוסף לטיפול בחולים כרוניים מורכבים אך איננה מנוצלת נכון במרבית הקופות. שיטות שונות לזיהוי הפרעות לרופא במהלך הביקור והפחתתן מיושמות ברמות שונות של הצלחה.
- ◆ מנהיגות ומובילות קלינית מקצועית.
- ◆ העצמת הרופאים על ידי תיאום ציפיות ברור ואופק מקצועי ברור.
- ◆ העצמת הרופאים על ידי שיתופם בפעילות אקדמית.

2. התמריץ החברתי - Social Incentive

התמריץ החברתי קשור למערכות שיקולים חיצוניים ולסביבת העבודה של הרופא: מוניטין מקצועי (בשונה מאתיקה המהווה תמריץ מוסרי), חוקי מדינה (כגון חוק ביטוח בריאות ממלכתי שמחייב רופא קהילה למגבלות הסל, למול חוק זכויות החולה שמחייב אותו לעדכן את החולה גם מחוץ למגבלות הסל), חיקוקים ותקנות של משרד הבריאות, נהלים של הארגון (קופה או בית חולים), חסמים ביורוקרטיים, מערכות אישורים, תהליכי מדידה ותהליכי תמיכה.

דוגמאות לתמריצים חברתיים:

א' - מערכת ארצית של **מדדי איכות רפואית**. תהליך של "מדידה" הוא תהליך מתמרץ חיובי הן ברמת כח האדם הרפואי והן ברמת הארגון המעסיק. מרבית האנשים והארגונים

12. Just in time information for clinicians: a questionnaire evaluation of the ATTRACT project. Brassey J, Elwyn G, Price C, Kinnersley P. BMJ. 2001 3;322(7285):529-30.

מתאימים את התנהגותם למדדים הנמדדים. עצם המדידה מהווה תמריץ חברתי חיובי. כאשר מערכת מדידה מחוברת למערכת תגמול התמריץ משתנה.

ב' - **מנהיגות קלינית**. למרות ההתקדמות הטכנולוגית וההתקדמות בשיטות הסימולציה הרפואית, הרופאים במרבית ההתמחויות עדיין מתפקדים כשוליות (apprentice) משך מרבית תקופת הכשרתם. מנהיגות קלינית מהווה תמריץ חשוב במסגרת של מערכות רפואיות מורכבות ועמוסות בתכנים אחרים.

3. תגמול חומרי - **Material Incentive**

לתגמול החומרי ישנה השפעה על ממדים שונים של פעילות כח האדם הרפואי, כולל על ההתנהגות המקצועית¹³. כבר בשנת 1953 כותב הסופר אלכסנדר סולז'ניצין בספרו "אגף הסרטן" שרופא שמתוגמל בשכר בלבד עבור שעות עבודה חסר מוטיבציה להשתפר ולטפל יותר טוב בחוליו. השימוש בתגמול החומרי יכול לשאת אופי שלילי או חיובי, ניתן להשתמש בו במינונים שונים ובאופנים שונים שאינם נושאים בהכרח אופי של פיצוי כספי מיידי (השתתפות בכנסים וימי עיון, סיוע במעבר דירה, יציבות תעסוקתית ועוד). לתמריץ החומרי השפעה הן בגיוס עובדים, הן בשימור עובדים והן בשיפור התוצאים הרפואיים. יחד עם זאת, גובה התגמול החומרי מהווה תמריץ משמעותי לגיוס רופאים ופחות לשימור. תמריצים חומריים נוספים בגיוס רופאים כוללים: המשך הכשרה (CME), סיוע במעבר דירה, יציבות תעסוקתית ותשלומים נלווים¹⁴.

קיימות דרכים שונות למתן תגמול חומרי המפורטים בטבלה המופיעה בעמוד הבא. מהטבלה ניתן לראות, כי לכל שיטת תגמול רופאים יש יתרונות וחסרונות.

13. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. *Int J Qual Health Care*. 2000;12(2):133-42.

14. Summary report – 2006 review of physician recruitment incentives. Merritt, Hawkins and Associates (MHA group) 2006. Accessed 24/4/08 http://www.merritthawkins.com/pdf/2006_incentive_survey.pdf

שיטת התגמול עבור תוצאים רפואיים מדידים (Pay For Performance) תופסת כיום תאוצה בארץ ובעולם ברמות הצלחה שונות, בהתאם לשיטה שהופעלה. בבריטניה הופעלה תכנית לעידוד התנהגות רפואית יוצרת-איכות לרופאים ראשוניים באמצעות תמריצים כלכליים. התוכנית כללה 146 מדדי איכות ל-10 מחלות כרוניות. השימוש בתמריץ הכלכלי בבריטניה אכן שינה את התנהגות הרופאים, אבל התכנית הייתה מלווה בעלויות ניכרות¹⁵.

יתרונות וחסרונות של שיטות שונות לתגמול רופאים

שיטת התגמול	השימוש בשיטה בישראל	תמריץ חיובי עיקרי	תמריץ שלילי עיקרי
שכיר בשכר חודשי קבוע ללא קפיטציה פאסיבית	חלק מהרופאים הראשוניים. רופאי בתי חולים.	הקדשת זמן למטופל ולרפואה מונעת	אינו מעודד עשייה נוספת
שכיר בשכר חודשי מותאם למספר מבטחים רשומים (קפיטציה פאסיבית)	רופאים ראשוניים בכללית	אחריות accountability לאוכלוסיית מבטחים	נטייה להגדלת עומסים על חשבון איכות
עצמאי מתוגמל לפי נפש רשומה	חלק מהרופאים הראשוניים במרבית הקופות	אחריות accountability לאוכלוסיית מבטחים	נטייה לסלקציה של מבטחים adverse selection ופחות השקעה בחולים כרוניים.

15. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. *N Engl J Med*. 2006 27;355(4):375-84.

שטת התגמול	השימוש בשיטה בישראל	תמריץ חיובי עיקרי	תמריץ שלילי עיקרי
תגמול עבור ביקור חדש בחודש	חלק מהרופאים הראשוניים	זמינות גבוהה יותר (תפוקות גבוהות יותר)	אין אחריות לאוכלוסיית מבטחים. מיקסום ביקורים לא נחוצים בתום החודש.
תגמול עבור ביקור חדש ברבעון	חלק מהרופאים הראשוניים	זמינות גבוהה יותר (תפוקות גבוהות יותר)	אין אחריות לאוכלוסיית מבטחים. מיקסום ביקורים לא נחוצים בתום הרבעון.
FFS - Fee For Service תגמול עבור כל ביקור או כל פעולה	רופאים יועצים ("מקצועיים")	זמינות גבוהה יותר (תפוקות גבוהות יותר)	מיקסום פעולות וביקורים לא נחוצים
Pay For Performance PFP – תגמול מותנה בתוצאים מדידים מדווחים	שיטת HVA במכבי ובאופן חלקי הביזור בכללית	שיפור בתוצאי איכות רפואית	עומסים נוספים וצורך במערכות מידע תומכות, סינון מבטחים
שכר לפי שעה	בעיקר מחליפים	אין	תפוקות ואיכות לא מותנים בתגמול

בארה"ב: שיטת PFP תופסת תאוצה במרבית חברות ביטוח הבריאות. השימוש בשיטה מחייב סט מדדים סטנדרטי לכולם ומחייב מערכות מידע מתאימות ומותאמות ונהלים ארציים. הופעלו מדדי שירות בנוסף למדדי איכות. נוצר צורך במתכונת דיווח לקהל הרחב, התאמה לאזורים עם תשתיות לקויות והתייחסות לסביבת העבודה של הרופא. למרות התפוצה הנרחבת של השיטה (למעלה ממחצית ה"קופות") אין עדיין הוכחות ברורות

לשינוי משמעותי בתוצאי איכות או ליחס עלות תועלת שמצדיק את השיטה^{16, 17, 18}. השיטה מיושמת חלקית בארץ: כל הקופות מפעילות את מערכת מדדי האיכות הארצית ובחלקם מופעלות צורות תגמול שונות¹⁹.

ככל שיטה, גם שיטות PFP חייבות ביישום מותאם למציאות. הפעלה לא נכונה של מדידת תוצאות עבודתו של הרופא עשויה להגדיל את עומס העבודה על הרופא. היעדר תעדוף וערבוב מדדי "שימוש מושכל במשאבים" עם מדדי איכות רפואיים עשויה לפגוע ברופא ובאוטונומיה שלו, יוצרת עומסים לא רלוונטיים התמרמרות וכעס²⁰. חוסר שביעות רצון של רופאים שקשור בעיקר לשינויים בציפיות המטופלים ופיקוח מינהלי מוגבר ניתן לשיפור על ידי העצמת הרופאים, תמיכה מצוות פארא-רפואי, מערכות מידע תומכות וארגון נכון של הקליניקה. למרות תחושה של חוסר שביעות רצון ותחושה של לחץ מוגבר בעבודה, אובייקטיבית, זמן הביקור הממוצע דווקא לא התקצר עם השנים אלא התארך. הסיבות לחוסר שביעות רצון נעוצות יותר במורכבות הגדולה יותר של הפעילות הרפואית, אבדן אוטונומיות (המרפאה שהייתה בעבר "מקדשו" של הרופא, כיום מצויה בפיקוח וניטור מערכות מידע ומנהלים והרופא מחויב לדין וחשבון על מרבית פעולותיו), יותר רגולציה ושינויים בציפיות המטופלים. זמן ביקור ממוצע התארך מ-16.3 דקות בשנת 1989 ל-18.3

16. Aligning physician incentives: Lessons and perspectives from California. A conference sponsored by the Pacific Business Group on Health, National Committee on Quality Assurance and California HealthCareFoundation in partnership with the California Medical Association, Centers for Medicare & Medicaid Services and Lumetra September 2005. Accessed 24/4/08 http://www.pbgh.org/news/pubs/documents/PhysIncentivesReport_09-01-05final.pdf

17. Pay for performance in commercial HMOs. Rosenthal MB, Landon BE, Normand SL, Frank RG, Epstein AM. *N Engl J Med*. 2006 2;355(18):1895-902.

18. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. *JAMA*. 2005 12;294(14):1788-93.

19. Health Value Added (HVA): linking strategy, performance, and measurement in healthcare organizations. Friedman NL, Kokia E, Shemer J. *Isr Med Assoc J*. 2003;5(1):3-8.

20. Is quality improvement improving quality? A view from the doctor's office. Vonnegut M. *N Engl J Med*. 2007 27;357(26):2652-3.

דקות בשנת 1998 במסגרות אמבולטוריות מאורגנות בארה"ב. זמן ביקור ממוצע הוא כמובן מושג מחושב ושונה בכל מדינה, אבל נותן סדר גודל וסרגל מדידה^{21, 22, 23}.

שיטות תגמול שונות מתאימות למצבים שונים ולקבוצות רופאים שונות. נמצא שקיימת שונות גבוהה בשיטות התמרוץ/תגמול של קבוצות רופאים ראשוניים²⁴. תגמול בשכר היה קשור לשימוש נמוך יותר במשאבים (פעולות, מעבדה והפניות) יחסית לתגמול FFS שהיה קשור ליותר שימוש במשאבים. כמו כן, תגמול בשכר היה קשור לזמן ביקור ארוך יותר ויותר התעסקות ברפואה מונעת²⁵.

פעילות אקדמית

אחד המנגנונים המוצלחים להפחתת שחיקה והגברת המוטיבציה בקרב רופאי קהילה הוא תמיכה בפעילות אקדמית, הן של הוראה והן של מחקר.

למרות שבתי הספר לרפואה עדיין לא פיתחו במלואו את מנגנון התקצוב של הוראה בקהילה ולמרות שתשתיות שירות מוגבלות מקשות על הקצאת זמן להוראה, במקומות שבהם מתבצעת הוראה בקהילה (הן של סטודנטים לרפואה, הן של סטודנטים לסיעוד ומקצועות הבריאות והן של רופאים בלימודי המשך), ישנה עלייה משמעותית בשביעות הרצון של הצוות הרפואי ומוטיבציה לשיפור השירות. מחקר בקהילה הינו בעל חשיבות מחקרית משל עצמו ונותן מענה לשאלות מחקריות שסביבת בית חולים לא נותנת להן מענה. במקביל שותפות רופאי (וצוותי) הקהילה במחקר משמש כלי חשוב להגברת

21. Physician discontent: challenges and opportunities. Mechanic D. *JAMA*. 2003; 290(7): 941-6.

22. Are patients' office visits with physicians getting shorter? Mechanic D, McAlpine DD, Rosenthal M. *N Engl J Med*. 2001; 18;344(3):198-204.

23. A symptom of discontent. Campion EW. *N Engl J Med*. 2001; 18;344(3):223-5.

24. Primary care physician incentives in medical group practices. Pedersen CA, Rich EC, Kralewski J, Feldman R, Dowd B, Bernhardt TS. *Arch Fam Med*. 2000;9(5):458-62.

25. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. *QJM*. 1999;92(1):47-55.

מוטיבציה והפחתת שחיקה.

השימוש בהוראה ובמחקר ככלי להעצמת צוותי הקהילה, חיזוק השירות והפחתת השחיקה מחייב מודעות לחשיבות הנושא ובניית מנגנונים תומכים²⁶. ראוי לציין, כי פעילות אקדמית קשורה בדרך כלל לבתי ספר לרפואה המבוססים על בתי החולים, למרות שחלק ניכר מהפעילות הרפואית עבר בשנים האחרונות לקהילה. כתוצאה מכך ישנו חוסר התאמה בין מבנה תכניות הלימודים בבתי הספר לרפואה לבין המציאות בשטח.

לסיכום: כח אדם רפואי בכלל ורופאים בפרט מהווים את הליבה של כל ארגון רפואי, ומשפיעים ישירות על כל תוצאי הארגון. התנהגותם מושפעת ממערכות תמריצים שונות שמשתלבות אחת בשנייה. שלושת סוגי קבוצות התמריצים: מוסרי, חברתי וחומרי אינם עומדים כל אחד בפני עצמו; שום תמריץ לבדו איננו מספיק ומשפיע לטווח ארוך ויש צורך באיזון סביר בין סוגי התמריצים השונים. גם במערכות שבהן יש תגמול גבוה יחסית ועומסים נמוכים, קיימת אי שביעות רצון של רופאים על רקע בעיות אחרות. שילוב נכון של מערכות תמריצים נותן פעילות הולמת יותר, יעילות מיקרו-כלכלית ותוצאי איכות ועלות טובים יותר.

"תוחלת החיים" של אפקטיביות התמריצים הינה מוגבלת - לאחר תקופת מה התמריץ נבלע בתוך שאר השורות בתלוש השכר או בשגרת היומיום. בשל כך, כדי לשמור על אפקטיביות התמריצים יש לעדכן ולשנות אותם מעת לעת כמו גם לשלב בין התמריצים, לעשות רוטציה של תמריצים ולהיות גמישים וערים לרחשי השטח.

שינוי והתאמת סביבת העבודה יכולה גם היא לשמש כתמריץ. סביבת העבודה אינה רק פיזית אלא גם מיחשובית, טכנולוגית, אנושית, מנהלית ותלויה גם בתרבות הארגונית של המוסד. מתן התמריצים צריך להיעשות על-ידי כלל הגורמים במערכת החל מהרמה הלאומית (מדינה), הן ברמה הארגונית (קופה) וכלה ברמה המוסדית.

26. Survey of research activity, training needs, departmental support, and career intentions of junior academic general practitioners. Lester HE, Carter YH, Dassu D, Hobbs FD. *Br J Gen Pract.* 1998;48(431):1322-6.

בפאראפרזה על שיטות הגיוס של אנשי הביון, ניתן לדבר על שלושה גורמי מוטיבציה:

- ◆ כסף: תגמול חומרי
- ◆ כבוד: יחס הארגון והעמיתים
- ◆ הנאה: הפחתת עומסים ועניין בעבודה

תמריצים שונים נותנים מענה נפרד או משולב לשלושה תחומים אלו ומחייבים איזון נכון. נטען כי אחת הבעיות ה"בוערות" כרגע הינה מחסור משמעותי ברופאים מרדימים בבתי החולים. האם פתרון הבעיה הוא רק מערכת תמריצים שונה? מבין שאר סוגי ההתמחויות (לאותה קבוצת גיל וותק) כבר כיום הרופאים המרדימים הם בעלי תגמול גבוה ממוצע השכר של ייתר המומחים, כך שכנראה תמרוץ באמצעות תגמול חומרי איננו מספיק. מכל מערכות התמריצים שתוארו, במרבית בתי החולים כבר נעשה שימוש בכל סוגי התמריצים ולא תמיד הושגה המטרה שלשמה נעשה שימוש בתמריץ. האם שינוי בסביבת העבודה יתמרץ? האם פתרונות של עוזרי מרדים אשר מופעלים בהצלחה במדינות מסוימות אך נכשלו באחרות יאפשרו ניצול יותר יעיל של עבודת המרדים? המרדימים הם רק דוגמא אחת מרבות בקשיים בגיוס ושימור רופאים ובשימוש בתמריצים לסוגיהם השונים ככלי אפקטיבי לגיוס ושימור עובדים.

עיקרי המלצות הצוות בחלק זה כללו את הנושאים הבאים

- ◆ טרם שימוש בתמריצים בתחום כח אדם, יש להגדיר באופן מדויק את המטרות אותן אנו מעוניינים להשיג הן ברמה המוסדית והן ברמה הלאומית. בנוסף, יש לפעול על-מנת לזהות את המאפיינים המיוחדים של קהל היעד והאמצעים המשפיעים עליהם.
- ◆ **התמריצים החומריים והכספיים אינם בהכרח העיקריים והאפקטיביים ביותר.** תמריצים מוסריים וחברתיים הם לעיתים רבות בעלי השפעה רבה יותר הן בשינוי ההתנהגות והן במשך הזמן שהם משפיעים.
- ◆ יש לפעול **ולשלב בין סוגי התמריצים** השונים (חברתי, מוסרי, חומרי, חיובי-שלילי) ובין הגורמים המתמרצים (מדינה, ארגון, יחידה). שילוב בין התמריצים השונים הינו האפקטיבי ביותר.
- ◆ יש לתת למנהלים הרפואיים מידה מסוימת של **גמישות במתן תמריצים דיפרנציאליים לפרט.**

♦ יש לפעול באופן שוטף על-מנת לרענן ולשווק את התמריצים השונים, זאת על מנת להאריך את "אורך החיים" של התמריצים והאפקטיביות שלהם.

משאבי כח אדם רפואי בפריפריה

בדיון בסוגיית כח האדם הרפואי בפריפריה, חשוב להבחין בין שתי הגדרות שכיחות של פריפריה בתחום שירותי הבריאות²⁷.

1. הגדרה בסיסית המתייחסת לממדים אובייקטיביים כגון מרחק נסיעה בתנאי עבירות סבירים ממרכז עירוני - המימד הגיאוגרפי.
2. הגדרה נרחבת המתייחסת לפערים בצרכי הבריאות הייחודיים של האוכלוסייה, במצבה החברתי-כלכלי והבדלים תרבותיים חברתיים אחרים.

ברוב מדינות העולם קיימת כיום התייחסות נפרדת בתכנון שירותי בריאות בכלל ותכנון כח אדם בפרט, לצרכים הדיפרנציאליים של אוכלוסיות בפריפריה תוך ניסיונות לצמצם במידת האפשר את פערי הבריאות שבין הפריפריה למרכז. ברוב מדינות העולם, הגדרת הפריפריה נושאת לא רק אופי גיאוגרפי אלא גם אופי סוציו כלכלי, תרבותי ואתני. בדיון בפריפריה בישראל אימצנו גישה זו והדיון יעסוק לא רק בתחום הגיאוגרפי הנמצא מעבר לקו "גדרה-חדרה" אלא גם באזורים פריפריאליים הנמצאים במרכז הארץ ומקורם אינו גיאוגרפי אלא חברתי-כלכלי או תרבותי. בנוסף, חשוב להדגיש כי מונח הפריפריה אינו אחיד וישנה שונות בין מאפייני הפריפריה והפתרונות המוצעים בין אזורי פריפריה שונים בישראל.

חלק משמעותי מהאוכלוסייה המוגדרת כיום כ"אוכלוסייה פריפריאלית" הינה מן המגזר הערבי. אוכלוסייה זאת הינה בעלת מאפיינים וצרכים שונים מקבוצות אחרות בפריפריה.

27. John Wakerman, בדק במאמרו Defining remote health חמישים וחמישה מחקרים ותשעה אתרי אינטרנט בנושא זה שהופיעו בשנים האחרונות באוסטרליה, קנדה, ניו זילנד, בריטניה וארה"ב. Australian Journal of Rural Health. 2004 12 (5) , 210-214

פיתרון לבעיית הבריאות וכח האדם בפריפריה חייב להתייחס למאפיינים המיוחדים של האוכלוסייה הערבית בישראל²⁸.

מעבר לאוכלוסייה הערבית, קיימות קבוצות נוספות בעלות צרכי בריאות מיוחדים המחייבים התייחסות נפרדת ובתוכם האוכלוסייה החרדית, עולים חדשים והאוכלוסייה הכפרית²⁹.

בדומה למרבית אזורי הפריפריה בעולם, גם בישראל מצב הבריאות של האוכלוסייה בפריפריה נמוך יחסית למרכז המדינה. באופן כללי, שכיחותן של מחלות שונות בפריפריה גבוה יותר מאשר במרכז, אך למרות קיומם של צרכי בריאות גבוהים יותר בפריפריה, תשתיות שירותי הבריאות בכלל ומשאבי כח האדם בפרט נמוכים בפריפריה ביחס לשאר חלקי הארץ. כך למשל למרות שצרכי הבריאות במחוז הדרום גבוהים יותר, תשתיות שירותי הבריאות בנגב נחותות ביחס לשאר חלקי המדינה: במחוז הדרום שיעורן של מיטות האשפוז והמכשור הרפואי המתוחכם הוא נמוך יותר מאזור המרכז. שיעור כח האדם הרפואי בדרום נמוך משיעורו במרכז וישנו מחסור קבוע של רופאים, אחיות מוסמכות ורופאים מומחים. העלות הגבוהה של מתן השירותים עקב הפריסה הגיאוגרפית הרחבה של הישובים מקשה גם היא על מתן שירות איכותי לאורך זמן³⁰.

חשוב לציין כי בחלק מן המקרים לא כל השירותים הרפואיים צריכים להינתן בכל נקודה בפריפריה הן מטעמים של איכות הטיפול הקליני והן מטעמים של יעילות כלכלית. יש תועלת בפיתוח מספר מצומצם של יחידות מקצועיות, המתמחות בטיפול מסוים ומרכזות את התשתיות הטכנולוגיות המתקדמות וכח האדם האיכותי ביותר. במקרים אלו, האוכלוסייה תזכה לטיפול טוב יותר אם היא תגיע "אל השירות הרפואי" מאשר שהשירות

28. כך לדוגמא, פיתרון בעיית שיעור תמותת התינוקות הגבוה בנגב מחייבת התייחסות לאוכלוסייה הבדואית, בה ממוצע שיעור תמותת התינוקות גבוה פי 3.2 מאשר שאר האוכלוסייה בנגב. זהו מקרה קלאסי של "פריפריה בתוך פריפריה".

29. פריפריה נוספת, היא פריפריית "הלילה". בחלק ניכר מהאזורים בישראל קיימות בעיות נגישות לשירותי בריאות במהלך שעות הערב והלילה, בעוד באזורי המרכז שירותים אלה נגישים לכל האוכלוסייה.

30. ניראל, נ. פלפל, ד. רזון, ב. זמורה, ע. גרינשטיין, מ. זלצברג, ס. נגישות וזמינות שירותי הבריאות בדרום: האם בעקבות חוק בטוח בריאות ממלכתי קטנו הפערים בין הדרום לאזורים אחרים בישראל? ירושלים. מרץ 2000

הרפואי יגיע אליה³¹. במקרים כגון אלה, שבהן הבטחת האיכות ויעילות אספקת השירות מצדיקים הבאת האוכלוסייה לשירות - חשוב להבטיח שגורם הניידות לא יהווה חסם בפני צריכת שירותי בריאות נחוצים.

לפריפריה בישראל (כמו בכל העולם) יש גם כאמור מימד גיאוגרפי (צפון ודרום הארץ) וגם מימדים סוציו-כלכליים. הפריפריות בישראל (הצפונית והדרומית) מאופיינות לא רק במרחק האובייקטיבי ממרכז המדינה אלא גם במעמד חברתי כלכלי נמוך, רמת השכלה נמוכה, שיעור נמוך בהשתתפות בכח העבודה ואחוזי אבטלה גבוהים, צפיפות אוכלוסין נמוכה, קבוצות אתניות ותרבותיות שונות, חסמים בשימוש בתחבורה ובתקשורת. חסמים אלו מפחיתים את היכולת של תושבי הפריפריה להשתמש בשירותי הבריאות בכלל ובפרט באזור הדרום התושבים מדווחים על יותר בעיות רפואיות מאשר יתר תושבי המדינה ותוחלת החיים שלהם נמוכה ביחס למוצא הארצי. מתוך כלל מדדי התמותה והתחלואה נראה כי למרות שהנגב "יותר צעיר", הנגב "יותר חולה".

פיתרון בעיית הבריאות בפריפריה, ובמיוחד נושא כח האדם הרפואי בה, אינו תלוי רק במערכת הבריאות אלא גם במערכות החברתיות הסובבות. מתן מענה אמיתי לבעיות הקיימות בפריפריה מחייב פיתרון אינטגרטיבי על-ידי כלל המערכות החברתיות ולא רק על-ידי מערכת הבריאות.

כפי שצוין, בחלק ממקצועות הבריאות בישראל קיים כיום מחסור בכח אדם רפואי ובחלק אחר - צפוי מחסור בשנים הקרובות. מחסור זה הינו חמור עוד יותר בפריפריה³². יכולת התחרות של ספקי שירותי בריאות בפריפריה על כח האדם האיכותי הינה מוגבלת ביחס לשאר האזורים. חלק מן הגורמים לכך נובעים מהסביבה החברתית בה נדרש איש הרפואה לעבוד ולחיות, וחלק אחר נובע מן העובדה כי, לפחות עבור הרופאים, אפשרויות

31. במקרים אלו חשוב לתת את הדעת על כך שנגישות גיאוגרפית וכלכלית לא תמנע מן המבוטחים להגיע לשירות, עקב הוצאות נסיעה, אובדן שעות עבודה ומציאת פיתרון לילדים.

32. לדוגמא: בנגב קיים כבר היום מחסור ניכר ברופאים מומחים, רופאים מקצועיים ומיילדות.

ההשתכרות מקליניקה פרטית בפריפריה הינה נמוכה ביחס למרכז וכי השכר המוצע בפריפריה אינו מפצה על הפסד הכנסה פוטנציאלי זה. נתוני סקר כח האדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מראים כי בכל מקצועות הבריאות, שיעור המועסקים באזורי הפריפריה, ביחס לאוכלוסייה, הינו נמוך מאשר בשאר חלקי הארץ.

מעבר לבעיית ההשתכרות של העובדים בפריפריה, למוסדות הבריאות בפריפריה, ובעיקר לבתי החולים, יש קושי בגיוס תרומות, לעומת מוסדות הבריאות במרכז. הפער בתרומות מהווה פער אבסולוטי בהכנסות של המוסדות, מכיוון ששאר המקורות התקציביים הינם יחסית שוויוניים. כך נוצר מצב, בו למוסדות הבריאות במרכז, אשר גם כך הינם יותר אטרקטיביים, יש גם יותר מקורות תקציביים למשיכת כח האדם האיכותי.

הספרות המקצועית³³ מלמדת שישנן מספר תכונות המשותפות לכח האדם הרפואי העובד בפריפריה:

- ♦ **בידוד מקצועי:** רופאי הפריפריה מנותקים מרשתות תמיכה מקצועית ומתשתיות למידה מתקדמות.
- ♦ **בידוד חברתי:** משפחת הרופא מהווה גורם משמעותי בהחלטה על שינוי מקום העבודה, במיוחד כאשר החיים החברתיים והתרבותיים של הקהילה לא מתאימים להם.
- ♦ **מרכיב מרכזי בקהילה:** הרופאים חיים בתוך הקהילה אותה הם משרתים, דבר הדורש מהם להיות זמינים גם מעבר לשעות העבודה מחד, ומאידך זוכים לתמיכה ולהערכה מצד הקהילה.
- ♦ **צורך בידע נרחב וייחודי:** הרופא מפתח יכולת להתמודד עם בעיות בריאות רבות ומגוונות וכן משמש כיועץ לתושבי הקהילה בנושאים שאינם בריאותיים בלבד.

33. Richard B. Hays *Common International Themes In Rural Medicine*, Australian Journal of Rural Health , 1999, 8, 7 (3) , 191-194

כח האדם הרפואי העובד בפריפריה זקוק לכישורים וידע שונים מאלו של העובדים הרפואיים במרכזים עירוניים, ויוכל לתפקד טוב יותר במסגרת הקהילה אם תהיה לו מיומנות והתייחסות מיוחדת לצרכיהם ולמאפיינים הייחודיים של הקהילה אותה הוא משרת. הכרה והבנה של מאפיינים ייחודיים אלה של העובדים בפריפריה עשויה לתרום להבנה טובה יותר של הצעדים הדרושים כדי לעודד עובדים לעבור לפריפריה ולהגדיל את תוחלת הזמן של עבודתם בה.

דרכים לגיוס ושימור עובדי בריאות בפריפריה:

נושא הגיוס והשמירה של עובדי בריאות בכלל ורופאים בפרט, מהווה את אחת הבעיות הקשות בתחום בריאות הפריפריה, לא רק בישראל אלא בעולם כולו. בשורות הבאות נסקור קבוצות שונות של הצעות בנושא גיוס ושימור כח האדם בפריפריה.

1. **תמריצים סביבתיים** - כפי שצוין בחלק הקודם בנושא התמריצים, התגמול הכספי אינו הצד העיקרי בגיוס ושימור כח האדם הרפואי. בפריפריה הדבר בולט עוד יותר: על-מנת שעובד/ת רפואי יבוא לגור ולעבוד בפריפריה, לרוב יש לספק לו "מטריה" של תמריצים סביבתיים. "מטריה" זאת כוללת בין היתר, אפשרויות תעסוקה עבור בן/בת הזוג, מערכת חינוך טובה עבור הילדים, חיי תרבות וסביבה חברתית, עניין אינטלקטואלי ואפשרות לקידום אקדמי.

2. **מוקדי מצוינות** - על מנת למשוך את כח האדם הרפואי האיכותי יש לפתח בפריפריה מוקדי מצוינות, אשר לא רק יעלו את הרמה הרפואית לה זוכים התושבים, אלא גם יעודדו את כח האדם האיכותי להגיע ולהישאר בפריפריה. בנוסף, פתיחת תקני מחקר לרופאים ואפשרויות קידום אקדמאי, תורמים למוטיבציה של כח האדם הרפואי להישאר בפריפריה.

3. **שיתוף פעולה של ארגוני הבריאות** - כפי שצוין בחלקים הקודמים, אחד מתפקידיו העיקריים של המיניסטריון הוא תכנון כח האדם הרפואי במדינה. יחד עם זאת, עקב ריבוי הגורמים הפועלים בפריפריה יש צורך בשיתוף פעולה בנושא גיוס ושימור כח האדם האיכותי בפריפריה. פעילות אינטגרטיבית משולבת ומשותפת של משרד

הבריאות (לשכת הבריאות), קופות החולים, בתי החולים ובתי הספר לרפואה בשילוב הרשויות המקומיות יובילו לאיגום משאבים והגברת היעילות של תוכניות ההתערבות בנושא כח אדם בפריפריה.

4. **תוכניות לימודים** - הניסיון הבינלאומי מלמד שמידת האפקטיביות של תוכניות התערבות לגיוס כח אדם רפואי בפריפריה ברחבי העולם, מושפעת משני מאפיינים מרכזיים: הרקע של איש המקצוע והסילבוס של תוכנית הלימודים. מספר מחקרים מראים כי סטודנטים לרפואה אשר הגיעו ללימודים מהפריפריה סביר יותר כי הם יחזרו לעבוד בפריפריה לאחר סיום לימודיהם. בנוסף, מחקר אוסטרלי מצא כי מתן העדפה לסטודנטים מן הפריפריה (על-ידי מלגות והעדפה בקבלה ללימודים) היה יעיל במשיכת רופאים לפריפריה. כלי נוסף, להתמודדות עם בעיות המחסור בכח אדם בפריפריה כולל גם הגדרת תחום "בריאות הפריפריה" כתחומם מומחיות עצמאי.

השפעה נוספת על גיוס כח אדם לפריפריה היא על-ידי תוכניות הלימודים בבתי הספר לרפואה ותוכניות הסטאז'. הניסיון הבינלאומי מלמד כי הכנסת תכני לימוד הקשורים לפריפריה וביצוע התנסויות מעשיות בפריפריה, מעלות את הסיכוי של הסטודנט לרפואה לעבוד בפריפריה. כמו כן, הכנסת תכני לימוד הקשורים לפריפריה, מכינים את הרופא טוב יותר למציאות הרפואית והתרבותית אותה הוא יפגוש במהלך עבודתו בפריפריה. בנוסף, גם לרגולטור יש השפעה בהכוונת הסטודנטים לפריפריה: ביוון, הרופאים חייבים לעבוד במשך שנתיים בפריפריה לאחר סיום לימודי הרפואה.

לסיכום: למרות העובדה שצרכי הבריאות בפריפריה גבוהים יותר, ולמרות הניסיונות להשתמש בצעדים שונים לעידוד גיוס ושימור כח האדם בפריפריה, קיים כיום קושי בגיוס כח אדם איכותי לעבודה בפריפריה, בעיקר ברפואה המקצועית. רופאי הפריפריה בישראל ובעולם מבודדים מקצועית, משפחתם מבודדת חברתית ומשפיעה על החלטתם להחליף מקום עבודה, אפשרויות ההשתכרות בעבודה נוספת במגזר הפרטי הם מוגבלות - כל אלה מהווים מכשולים בגיוס ושימור עובדים רפואיים בפריפריה. פיתרון של בעיית כח האדם הרפואי בפריפריה מחייב גישה אינטגרטיבית של כלל השחקנים המוסדיים בתחום מערכת הבריאות, תוך שימוש בתמריצים סביבתיים וחברתיים לצד תמריצים חומריים.

עיקרי המלצות הצוות בחלק זה כללו את הנושאים הבאים:

- ◆ צמצום פערי בריאות מחייב התערבות של משרד הבריאות בין השאר באמצעות תגבור תשתיות שירותי הבריאות בפריפריה והתאמתם לצרכי הבריאות הדיפרנציאליים של האוכלוסייה.
- ◆ גיוס ושימור כח אדם מקצועי ואיכותי בפריפריה מחייב טיפול אינטגרטיבי ושיתוף פעולה של כל מוסדות הבריאות המצויים בפריפריה.
- ◆ גיוס ושימור כח אדם מקצועי ואיכותי בפריפריה מחייב שימוש בחבילת פתרונות - חלקם תמריצים סביבתיים וחלקם תמריצים חומריים ישירים.
- ◆ חשוב להתאים את הצעדים הננקטים לגיוס ושימור כח אדם בפריפריה למאפייני הפריפריה (דפוסי צריכת שירותים, קשיים בתקשורת, נגישות וכו').
- ◆ כלי מרכזי לשמירה וקידום בריאות האוכלוסייה בפריפריה הוא חיזוק מערכת שירותי הבריאות הציבורית.

צוות 3:

הבטחת איכות המשאב האנושי ב מקצועות הבריאות

תקציר

התוצר הסופי של מערכת הבריאות נקבע במידה רבה על ידי איכות ורמת הנעתם של משאבי האנוש במערכת. הספרות המקצועית מתארת קושי בשמירת רמת התעדכנות מקצועית אחראית של העוסקים במקצועות הבריאות. קושי זה נובע מהתקדמות מהירה של הטכנולוגיה והרפואה וחידושים רבים בתחום; לחץ ציבורי ופרופסיונאלי לשמירה על סטנדרטים גבוהים של איכות הטיפול, בטיחות המטופל ובקרה על איכות המטפלים והרחבת תחומי העיסוק של מקצועות בריאות.

בישראל, צורך זה מתחדד לאור הנתונים לפיהם:

1. המידע לגבי מספר העוסקים בפועל במקצועות הבריאות השונים הוא חלקי ובלתי מדויק;
2. מספר בעלי המקצוע המתעדכנים בתחום אינו מספק;
3. המידע לגבי נושאי ההשתלמויות אינו מעודכן;
4. לא קיימת הסכמה לגבי נושאי ליבה מחייבים;
5. השימוש במנגנוני פיקוח והערכה לגבי אפקטיביות לימודי ההמשך הינו מינימאלי.

גורמים אלה מגבירים את הצורך בתהליכי התעדכנות מבוקרים ובמיסוד צעדים להבטחת איכות המשאב האנושי מחד וכאמצעי לתכנון כח אדם מאידך. וועדות, שדנו בנושא בשנים האחרונות באירופה ובארה"ב, המליצו למסד תהליכים לחידוש הרישיון ברפואה, ולא להתבסס על האחריות האישית של הרופאים בשימור איכותם המקצועית. המודלים השונים, המוכרים בספרות ומיושמים בעולם, מיועדים להבטיח לציבור שהעובדים במקצועות הבריאות בכלל והרופאים בפרט שומרים על רמת המיומנויות שלהם לכל אורך הקריירה.

טווח המודלים נע בין דרישה מכל בעלי הרישיונות להוכיח יכולות מעודכנות במועד חידוש הרישיון, לדרישה להדגמת יכולות אלו רק ע"י בעלי רישיונות העונים על קריטריונים מסוימים (כמו: שינוי בסביבת העבודה/ החדרת טכנולוגיות חדשות, פעולות משמעת, אי עמידה בדרישות הרישוי). ניתן להציב את המודלים האלטרנטיביים לשמירת איכות המשאב האנושי על פני רצף, שבקצהו האחד עומדת הדרישה לרישום חוזר אחת למספר שנים, בתווך - לימודי המשך, הוכחת התעדכנות מתמדת ורישוי מחדש, ובקצהו השני, הדרישה להוכחת היכולות המקצועיות בזמן חידוש הרישיון במונחים התנהגותיים ובתוצאות קליניות.

בכנס נדונו שלושה נושאים: לימודי המשך במקצועות הבריאות, רישום חוזר מחייב למקצועות הבריאות ורישוי חוזר מחייב במקצועות אלה.

נקודות המוצא בדיוני הכנס היו:

1. המגמות הרווחות בעולם לגבי בדיקת איכות משאבי אנוש ברפואה וההתפתחויות בארץ ובעולם בכל הקשור לשקיפות והתעדכנות לא יפסחו על מקצועות הבריאות בארץ ועל הרפואה בפרט;

2. תהליך השינוי המתבקש הינו רב-שנתי ומחייב שיתוף פעולה בין המעסיקים, ארגוני העובדים והרגולאטור.

בתום הדיונים המליצו משתתפי הכנס על שורה של צעדים: מפקד חד-פעמי לאיסוף מידע בסיסי לגבי העוסקים במקצועות הבריאות בישראל; רישום מחדש; הבניית מערכת דרישות להתעדכנות מקצועית מתמשכת; מיסוד מנגנונים לשיתוף פעולה ולחלוקת אחריות בין בעלי העניין במערכת וחקיקה לגבי רישוי מחדש.

הקדמה

מטרת מסמך זה היא לבחון כיצד ניתן לשמר ולקדם את איכות המשאב האנושי במערכת הבריאות. נקודת המוצא של המסמך הינה הידע שנצבר בספרות לגבי הקושי בשמירת רמת התעדכנות מקצועית אחראית של העוסקים במקצועות בריאות

(Schleyer, et al., 2002); Rowe & Garcia-Barbro, 2005; 2007, Adams
קושי זה נובע משילוב הגורמים הבאים:

- ◆ התקדמות מהירה של הטכנולוגיה והרפואה וחדושים רבים בתחום.
- ◆ לחץ ציבורי ופרופסיונאלי לשמירה על סטנדרטים גבוהים של איכות הטיפול, בטיחות המטופל ובקרה על איכות המטפלים.
- ◆ הרחבת תחומי העיסוק של מקצועות בריאות.

גורמים אלה, מאיצים את התפתחות מקצועות הבריאות ומגבירים את הצורך בתהליכי התעדכנות מבוקרים ובמיסוד צעדים להבטחת ההיקף והרמה של לימודי ההמשך המקצועיים והערכת האפקטיביות שלהם (Schleyer, et al., 2002); Rowe & Garcia-Barbro, 2005; 2007, Adams). בהקשר זה נשאלת השאלה האם יש לדרוש חידוש תקופתי של הרישיון ובמידה וכן מה צריכים להיות התנאים לכך.

הסוגיות המרכזיות בהן דן הצוות:

1. מודלים להבטחת איכות המשאב האנושי בתחום הבריאות - כללי

- ◆ רישום חוזר
- ◆ לימודי המשך
- ◆ הוכחה להתעדכנות מתמדת
- ◆ רישוי מחדש
- ◆ הערכת מדדי תוצאה

2. הבטחת איכות המשאב האנושי בתחום הבריאות בישראל

- ◆ הסדרת מקצועות רפואיים ומקצועות הבריאות (פרה-רפואיים)
- ◆ אומדן צרכים עתידיים במערכת הבריאות
- ◆ מיפוי ההתעדכנות המקצועית
- ◆ עמדות ארגוני עובדים במקצועות הבריאות
- ◆ אחריות לביצוע

3. דרישות לרישוי מחדש ולימודי המשך בעולם

- ♦ במקצועות שונים
- ♦ ברפואה ובמקצועות הבריאות
- ♦ אחריות לביצוע

מסמך זה יציג נייר עמדה, הכולל סקירת ספרות והמלצות בנושאים הנ"ל. לא לכל הסוגיות ניתנה התייחסות נפרדת, ולעיתים הן משולבות זו בזו. בסוף המסמך יוצג סיכום דיוני הכנס ועיקרי המסקנות וההמלצות שהתגבשו במהלכם.

מודלים לשמירת איכות המשאב האנושי בתחום הבריאות - כללי

מטרת המודלים השונים לשמירת איכות המשאב האנושי ופיתוחו היא להבטיח לציבור, שהרופאים בפרט ובמקצועות הבריאות בכלל שומרים על רמת המיומנויות שלהם לאורך הקריירה שלהם (Adams, 2007).

טווח המודלים נע בין דרישה מכל בעלי הרישיונות להוכיח יכולות מעודכנות במועד חידוש הרישיון, לדרישה להדגמת יכולות אלו רק ע"י בעלי רישיונות העונים על קריטריונים מסוימים (כמו: שינוי בסביבת העבודה/ החדרת טכנולוגיות חדשות, פעולות משמעת, אי עמידה בדרישות הרישוי) (FSMB, 2008).

ניתן להציב את המודלים האלטרנטיביים לשמירת איכות המשאב האנושי על פני רצף, שבקצהו האחד עומדת הדרישה לרישום חוזר, ובקצהו השני, הדרישה להוכחת היכולות המקצועיות בזמן חידוש הרישיון במונחים התנהגותיים ובתוצאות קליניות.

1. רישום חוזר אחת למספר שנים

- ♦ אדמיניסטרטיבי בלבד
- ♦ כולל בקרה מנהלתית

2. לימודי המשך (השלמת מספר מינימאלי של שעות לימודי המשך מקצועיים-CE)

- ◆ למידה עצמאית
- ◆ נושאי לימוד מחייבים

3. הוכחת התעדכנות מתמדת

4. רישוי מחדש

5. הערכת מדדי תוצאה

5.1 הערכת כישורים קליניים

- ◆ ממוקדת
- ◆ שוטפת
- ◆ הערכה עצמית
- ◆ הערכת חיצונית

5.2 הערכת תוצאים קליניים

רישום חוזר

הצורך ברישום מחדש של מקצועות הבריאות השונים נובע מצרכים אדמיניסטרטיביים של מיפוי ובקרה מנהלתית ומאפשר אומדן, תכנון והעכרות לצרכים עתידיים בתחום (משרד הבריאות, 2007). הרישום החוזר יכול להיות:

1. אדמיניסטרטיבי בלבד - דרישה מבעלי הרישיון להשלים טופס רישום (עדכון פרטים אישיים, פרטי תעסוקה וכדו'). בדך כלל נלוות דרישה לתשלום אגרה לכיסוי הוצאות.

2. רישום חוזר - יכול להיות אדמיניסטרטיבי בלבד, או לכלול גם בקרה מנהלתית והחלטה על אישור הרישוי. משרדי בריאות במדינות שונות רשאים לבחון מגוון דוחות (רשלנות רפואית, סטאטוס רישוי ההתמחות, משמעת, בקרה של בית החולים, תלונות מטופלים) וכל מידע שיכול לתמוך בהחלטה לגבי יכולות הרופא ומידת התאמתו לעסוק במקצוע במועד החידוש.

לימודי המשך

לימודי המשך ברפואה (CME) מוגדרים כ:

"Educational activities that serve to maintain, develop, or increase the knowledge, skills, performance, and relationships a physician uses to provide services for patients, the public, or the profession" (Marinopoulos et al., 2007).

לימודי המשך הינם חלק מהתפתחות מקצועית במקצועות הבריאות וכוללים התעדכנות מתמדת (ניהולית, קלינית ומיומנויות טכניות), המתבצעת בשני מסלולים (McConnell, 2002):

- ♦ לימודים שהארגון מחויב לתת מתוקף החוק/תקנות/הסכמי עבודה. עמידה בחובה זו מאפשרת למקום העבודה לשמור על רישיונו. לפיכך, לימודים אלה משולבים בתפקוד השוטף של הארגון.
- ♦ לימודים שאינם מתבצעים מכורח חוק/תקנה/הסכם. לימודים אלה (הכוללים נושאים כמו: מיומנויות ניהול, תקשורת, עבודת צוות) אינם משולבים בפעילות השוטפת של הארגון והם הראשוניים להיפגע מקיצוצים תקציביים.
- ♦ השתלמות עצמית עם תהליך של אקרדיטציה. לדוגמה: קריאת מאמרים והשלמת שאלון ידע עליו מקבל הרופא ניקוד.

שיטות לימוד

לימודי המשך ברפואה (CME) ובמקצועות בריאות אחרים כוללים טווח רחב של שיטות לימוד, החל מלמידה פסיבית, דידקטית, מצגות, למידה בקבוצות גדולות, המשך בשיטות למידה אינטראקטיביות וכלה בשיטות לימוד מקוונות (קיגלי-שמש ושילוח, Davis; 1989; et al., 1999). שיטות אלה כוללות: הרצאה, דיון, עבודה בקבוצות, אירוע, הדגמה, תרגול, הדמיה, משחק תפקידים, משחקים אחרים, למידה פרטנית, elearning. לכל אחת מהשיטות יתרונות וחסרונות המפורטים בטבלה 1.

טבלה 1: יתרונות וחסרונות של שיטות לימוד שונות

(מבוסס על קיגלי-שמש ושילוח, 1989)

שיטת לימוד	יתרונות	חסרונות
הוראה	◆ חסכוני בזמן ובתקציב ◆ מאפשרת תכנון לטווח ארוך וארגון יעיל של חומר הלימוד, המאפשרים השגת מטרות מוגדרות לטווח ארוך. ◆ מתאימה להצגת רעיון כללי שאין לגביו ידע מוקדם וכהשלמת ידע.	◆ ממוקד במלמד ולא הלומד ◆ למידה פסיבית ◆ שליטה חלקית על קליטת החומר ויעילות הלמידה ◆ קצב לימוד אינו מותאם בהכרח ללומד ◆ מתאימה למטרות לימוד קוגניטיביות ופחות ללימוד מיומנויות (מוטוריות והתנהגותיות)
דיון	◆ למידה פעילה - מעורבות ואחריות הלומד ללמידה. ◆ פעילות גומלין עם לומדים אחרים ◆ סיפוק פנימי מתהליך הלמידה ותוצאותיה ◆ סיוע בגיבוש עמדות, דעות וגישות באופן חופשי ופתוח ◆ פיתוח יכולת לעבוד בצוות ◆ הגברת העניין בחומר הנלמד ◆ הכרות מעמיקה יותר של המדריך את הלומדים	◆ שיטה הדורשת זמן רב - אינה חסכונית ◆ סכנת השתלטות משתתפים דומיננטיים על הדיון והפיכתו ל"במה אישית" או "זירת קרב". ◆ אינה מתאימה לקבוצה גדולה. ◆ סכנה של סטייה מהנושא העיקרי. ◆ מחייבת מיומנות הדרכת קבוצה של מנחה הדיון.

שיטת לימוד	יתרונות	חסרונות
עבודה בקבוצות	- ניתן להפעלה גם בקבוצה גדולה - מאפשרת ללומד להתבטא ולהיות פעיל - גיוון למידה ע"י מתן נושאים שונים לכל קבוצה - התנסות בעבודת צוות	- נדרש מרחב פיסי, שאינו זמין תמיד - לקיחת תפקידים "אקטיביים" ו"פסיביים" בקבוצה שאינם מאפשרים ביטוי חופשי לכל המשתתפים. - צורכת זמן
אירוע	- הכנה משמעותית לאירוע אפשרי - חשיפת תפיסות ודעות - למידה אקטיבית באחריות הלומד - הפריה קבוצתית - התייחסות להיקף רחב של ידע	- קושי בשליטה בזמן - קושי בהבניית אירוע ממושך ומאתגר - יתכן קושי בשליטה בדיון הקבוצתי - צמצום השליטה בתהליך העברת המידע - מחייב עבודה בקבוצה קטנה יחסית
הדגמה	- שיפור תקשורת בתהליך הלמידה - למידה אישית וקבוצתית - הגברת ביטחון הלומד במיומנות/ידע - חיסכון בזמן ובהסברים - למידה פעילה	שימוש בלתי מתוכנן בשיטה יכול להחטיא את מטרתה ולבלבל את הלומדים.
תרגול	- למידה פעילה - שיפור קשב והנעה בלמידה - משפר העברה של הלימוד למציאות	- היתכנות לבעיית שליטה - קצב שונה של לומדים שונים - אינו מתאים לקבוצת לומדים גדולה בזמן נתון

שיטת לימוד	יתרונות	חסרונות
הדמיה - סימולציה	- הכרת מצבים, תהליכים והתנהגויות בצורה מוחשית. - תחליף להתנסות ממשית - מעורבות בלמידה (גם בהיבטים רגשיים) - מאפשרת שיפור מיומנויות - מסייעת להערכה עצמית של הלומד	- עלולה להחסיר פריטים רבים ממרכיבי הסיטואציה האמיתית - מחייבת עבודת הכנה מדוקדקת ולעיתים במשך זמן ממושך - מורכבת ומסובכת להפעלה
משחק תפקידים	- למידה פעילה. - מאפשר ביטוי רגשי והתנסות במגוון התנהגויות - סיטואציה קרובה למציאות - מסייע לשינוי עמדות - מספק משוב מהיר	- לא מוביל בהכרח להעברת הלמידה למציאות - משך זמן ארוך בתכנון, ביצוע והליך הלימוד - איבוד שליטה בחומר הנלמד ובתהליך הלמידה - עלול לעורר מצבי דחייה/הגנה של המשתתפים
משחקים אחרים	- גירוי תהליכים קוגניטיביים - למידה פעילה - מעורר מוטיבציה ומעורבות בתהליך הלמידה - מסייע לשינוי עמדות וללימוד תהליכי פיתרון בעיות	- משך זמן ארוך בתכנון, ביצוע והליך הלימוד - עלול לעורר מצבי דחייה/הגנה של המשתתפים - חשש מתחרות - יתכן קושי במילוי הוראות וביצוע רעיונות

שיטת לימוד	יתרונות	חסרונות
elearning	- נוחיות וזמינות (למידה בשעות נוחות ללומד) - חסכוני בתפעול שוטף - קל לעדכן את הידע המקצועי - אם נבנה נכון, כולל למידה פעילה ומעורר מוטיבציה - קצב למידה מותאם לצרכי הלומד - מאפשר הערכה עצמית של הלומד - קל לבדוק את הידע (שילוב מבחן בתכנה)	- חסר היבט חברתי - דיון בקבוצת עמיתים - בעיית שליטה - נדרשת השקעה כספית ראשונית בבניית שיעורים

מודלים אלטרנטיביים לבחירת נושאי הלימוד

לימודים וולונטריים: למידה עצמאית (self directive learning), בה לא קיימת דרישה מחייבת ללמוד תכנים הקשורים ישירות לתחום ההתמחות. בלמידה זו, הפרט אחראי לאבחון צרכי הלימוד שלו ולנקיטת פעולות למילוי צרכים אלו באמצעות שיטות חינוך בלתי פורמאליות (כמו: קריאת ספרות מקצועית, ביצוע פרויקט), פורמאליות (כמו: השתתפות בקורסים, כנסים ומקוונות) (השתלמות מקוונת המקנה קרדיטציה מוכרת). הלמידה העצמאית גמישה בזמן, חסכונית וכוללת במקרים מסוימים הערכה עצמית וקבלת משוב על הלמידה. היא יכולה להיות ממומנת ע"י איש המקצועי, המעסיק או איגוד מקצועי (כחלק מדמי האיגוד).

לימודי ליבה מחייבים: דרישה להיקף מסוים של שעות לימוד בנושאים ספציפיים. תכני הלימוד המחייבים מוגדרים ברמת המקצוע ו/או ההתמחות, ויש עליהם חובת דיווח לרשות הרישוי ע"י הלומד, או ע"י מוסד הלימוד.

שילוב בין שני המודלים הנ"ל: קביעת היקף (בשעות או אחוזים) לימוד נושאי הליבה מסה"כ הקף לימודי ההמשך הנדרש למחזור רישוי ו/או ברמה שנתית.

יעילות סוגים שונים של לימודי המשך להבטחת איכות המשאב האנושי

מסוף שנות ה-70 נערך דיון בשאלה האם ועד כמה תורמים לימודי ההמשך לביצועי הרופאים, בעיקר במידה והם אינם מתייחסים ישירות לעבודה השוטפת של הרופא. סקירות מחקרים, הבוחנים את האפקטיביות של CME ושל אסטרטגיות למידה שונות, תומכות בשימוש בלימודי המשך ככלי ללמידת הרופאים: ידע, עמדות, מיומנויות, התנהגויות בפועל ותוצאים קליניים (Marinopoulos et al., 2007; FSMB, 2008). בתחום הסיעוד, רוב המחקרים שבדקו השפעה של CE על תוצאות היו סובייקטיביים והראו תוצאות חיוביות (Furze, 1999). עם זאת, בסקירות אלה עולה, שלמרות השינויים בהתנהגות שהושגו, אין אסטרטגיה אחת מסוימת היעילה בכל המצבים (Donen, 1998), וקיימת העדפה לשיטת לימוד אינטראקטיבית, לשילוב בין גישות שונות ולחשיפה מרובה (יותר מפעם אחת) ללמידה (Marinopoulos et al., 2007).

הרצאות פורמאליות משפיעות על שינוי יכולות (כמו: ידע, מיומנויות, עמדות), או יכולות לשמש כגורם מקדים לשינוי, אך אינן מצליחות לשנות את הביצוע או התוצאים הבריאותיים. לעומת זאת, טכניקות לימוד אינטראקטיביות (דיון במקרים, משחקי תפקיד, התנסות מעשית) ומקוונות יעילות בשינוי ההתנהגות והתוצאים הקליניים. חלוקת הלימודים לתת - יחידות והכללת התנסויות מעשיות תרמה גם היא לשיפור בתוצאים הקליניים. ממצאים אלו מתאימים לעקרונות של למידת מבוגרים (Davis et al., 1998; אשכנזי ועמיתים, 2006) (סיכום הנושא, בטבלה 2).

טבלה 2: אפקטיביות שיטות התערבות השכיחות בלימודי המשך מקצועיים

Mazmanian & Davis, 2002 ;(Oxman et al., 1995; Davis et al., 1995)

סוג ההתערבות	מאפייני ההתערבות	אפקטיביות
חומרים חינוכיים	חלוקת פרסומים, או המלצות לטיפול (כתוב/אלקטרוני)	♦ אפקטיבי במידה נמוכה מאוד
כנסים	השתתפות בכנסים, הרצאות, סדנאות, או כל הדרכה מחוץ לסביבת העבודה	♦ כנסים בהם לא נעשו מאמצים מכוונים לקבוע את הצרכים או השינויים הנדרשים, נכשלו בהשגת שינויים בתוצאות או ביצוע ♦ אסטרטגיות מקיפות יותר, שבמוקד שלהן נכללו סדנאות, הניבו שינויים
Outreach visits	שימוש באדם מיומן הנפגש עם המשתתפים בסביבת עבודתם ומספק להם מידע לשיפור הביצועים שלהם	♦ יעילה בהפחתת מתן מרשמים לקויה ושיפור קידום שירותים מונעים (כמו עישון)
מובילי דעה מקומיים	שימוש בבעלי השפעה חינוכית הממונים ע"י עמיתיהם לעבודה	♦ טווח התוצאות נע מהיעדר השפעה להשפעה חיובית (בהעלאת לידה טבעית לאחר ניתוח קיסרי קודם)
התערבויות בתיווך מטופלים בצורה ישירה או עקיפה	התערבויות בהן מידע נדרש או ניתן ישירות למטופל ע"י אחרים	♦ שיפור מובהק בניהול סכרת ♦ היעילות משתפרת כשההתערבות כוללת גם הדרכה של רופאים ♦ תוצאות מעורבות לאסטרטגיות העושות שימוש בשאלונים או ראיונות

סוג ההתערבות	מאפייני ההתערבות	אפקטיביות
בקרה, משוב, תזכורות	כל סיכום לגבי ביצועים קליניים של טיפול בריאותי בתקופה מוגדרת	♦ השפעה מועטה ביותר עד מתונה
דיון		♦ יש קושי לקבוע חד משמעית לגבי השפעת התערבויות אלו, אולם לחלקן היו השפעות חיוביות על ביצוע ועל תוצאות בריאותיות
תזכורות	כל התערבות (כולל אלקטרונית) המקדמת את הרופא בביצוע פעולה קלינית מסוימת	♦ תוצאות חיוביות בשינוי התנהגות לתזכורות דרך תיק רפואי ממוחשב
התערבות רב-גונית ותהליכי הסכמה	שילוב בין ההתערבויות הנ"ל	♦ תוצאות טובות בשינוי ביצועים מקצועיים ♦ פחות יעיל בשינוי תוצאים בריאותיים

הוכחת התעדכנות מתמדת - לימודי המשך מנדטוריים

מוגדרת כדרישה להוכחה תקופתית של התעדכנות ברורה ומוגדרת של איש המקצוע במספר מינימאלי של שעות לימודי המשך מקצועיים (CE), כאמצעי לשמירה על רמת התעדכנות מקצועית, המתאימה לסטנדרטים הנדרשים במדינה ובסקטור הבריאות הספציפי.

♦ קיימת קביעה לגבי סה"כ היקף לימודי ההמשך הניתנים לצבירה במהלך מחזור רישום/רישוי מוגדר, ולגבי ההיקף הנדרש בכל אחת משנות המחזור.

♦ הוכחת ההתעדכנות מתבססת על ניקוד מצטבר, שניתן על-פי היקף שעות הלימוד בלבד, או על-פי שיטת ניקוד המשלבת התייחסות דיפרנציאלית לשעות לימוד והוראה ולסוג הפעילות הלימודית המתבצעת (פגישות קליניות ברמות שונות, הדרכה ברמות

שונות, פרסום מאמרים וכו').

♦ במקרים מסוימים, במידה ואין הוכחה להתעדכנות מתמשכת בכל אחת משנות מחזור ההתעדכנות, מופעל מנגנון אכיפה ושחיקה בתגמול איש המקצוע.

היתרונות והחסרונות בחיוב לימודי המשך כתנאי לחידוש הרישיון מוצגים בטבלה 3.

טבלה 3: בעד ונגד חיוב בהתעדכנות מתמדת (ב-CE)

(מבוסס על Donen, 1998 ;McPartland, 1990)

נגד	בעד
מחויבות ואחריות אישית של איש המקצוע להתעדכנות, שלא תושפע משתתפות בלימודים	1. שמירה על איכות הטיפול
פסיביות: ניתן לחייב השתתפות בלבד, אך לא דווקא למידה: התעדכנות בנושא, עמדות, מוטיבציה, שינויי כישורים	2. הבטחת השתתפות כל אנשי המקצוע בלימודים
הפרה של עקרונות למידת מבוגרים	3. הבטחת שמירה על אחריות מקצועית
עלויות גבוהות (בשל היקף הלומדים)	4. שלב מעבר למערכת כוללת יותר של אחריות מקצועית
החיוב יוסיף לעומס הזמן של אנשי המקצוע	5. מענה על צרכים אמיתיים של המשתלמים
ביצועי העובדים שאינם כשירים לא בהכרח ישתפרו	6. השפעה חיובית על העבודה השוטפת
אין הוכחות מספיקות על השפעת החיוב בלימודים על ביצוע בפועל ותוצאות קליניות	7. צמצום פערים הנובעים מבידוד מקצועי ו/או גיאוגרפי
היעדר התאמה לצרכי המשתלמים	8. שיפור ביצוע של עובדים בעלי מוטיבציה נמוכה

רישוי מחדש

המגמה הנהוגה כיום במקצועות בתחום הבריאות ובתחומים אחרים (כמו: משפטים, ראיית חשבון) היא להגביל את תקופת הרישוי ולמסד מנגנון והליך לחידוש/ אשורו. Revalidation הינו מושג המתייחס להערכת התאמתו של עובד בתחום הבריאות לתפקידו. מושג זה מהווה מטרייה לשני מושגים ספציפיים יותר המתייחסים לרישוי מחדש¹:

- ◆ Re-licensure - חידוש הרישיון במלואו - כולל הרישיון הגנרי לעסוק בתחום העיסוק.
- ◆ Re - certification - חידוש אישור ההתמחות הספציפית של איש המקצוע.

הצורך בחידוש הרישיון נובע מההכרה שהידע והמיומנויות של הרופאים יורדים בהתמדה עם השנים מחד, ומההכרה בהשפעת מיומנויות בינאישיות ואחריות מקצועית של העוסקים בתחום על שביעות רצון המטופלים מאידך (Dale, 2007). מנקודת ראות המחוקק, הרישוי והרישוי מחדש מבטיחים שהציבור מקבל שירותי בריאות מאנשי מקצוע המוכשרים באופן איכותי וראוי. (Rowe & Garcia-Barbro, 2005). צורך זה נתמך ע"י נתונים לפיהם שיעור הכישלון בבחינות הרישוי מחדש בכירורגיה עולה ככל שחולפות יותר שנים ממועד קבלת הרישיון (Rhodes & Biester, 2007). מאידך, הידע הנשאל בד"כ במבחנים אינו משקף בהכרח את רמת הידע הנדרשת ממומחה בעל מיומנות, אלא ידע גנרי.

הערכת מדדי תוצאה

התפתחות מקצועית מתמשכת הינה ערך מקצועי חשוב, וקיימת מחויבות אתית להתעדכנות שוטפת (Donen, 1998). בקרה עצמית של הפרט על השפעת לימודי ההמשך המקצועיים שלו (CE - Continuing Education) על תפקודו המקצועי, והערכה דומה המתבצעת ע"י רשויות הרישוי, הן דרכים יעילות להבטיח שהציבור מקבל שירות ברמה מקצועית ראויה

1. <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=62>

ואיכותית, השומרת על בריאותו (FSMB, 2008; Donen, 1998). השאלה האם לחייב את בחינת היכולות המקצועיות כתנאי לחידוש הרישיון עומדת במרכז דיונים בארה"ב ובאירופה לגבי הדרכים להבטחת איכות המשאב האנושי².

גם אם ההערכה היא וולונטרית ואינה חובה, עומדת על הפרק השאלה באיזו גישה להעריך את שמירת איכות המשאב האנושי - הערכה שוטפת או ממוקדת (FSMB, 2008).

ההערכה הממוקדת מתייחסת ל:

1. הערכת פרוצדורות חדשות, שלא בוצעו בעבר בארגון;
2. מצבים לגביהם עולה שאלת קיום יכולות מתאימות.

ההערכה השוטפת מתייחסת להערכה, שאינה תקופתית על ביצועי הרופא.

כדי שתהליכים אלו יהיו אפקטיביים עליהם להתבסס על יותר מאשר הערכה חד שנתית ארגונית. עליהם להתבסס על כלי הערכה תקפים ומהימנים של מהו רופא טוב, או איש מקצוע, רמת הבטיחות של עבודת המטפל וסביבת עבודתו, ורמת האיכות של עבודתו היום-יומית. כמו כן, עליהם לכלול התייחסות למרכיבים סוציו אקונומיים של המטופלים ולהתאים את רמת ההערכה למטרות ולתוצאות המוגדרת מראש (דוגמה להתאמה זו מפורטת בטבלה 4). אחד המודלים להערכת ביצועי הרופאים הינו בחינת תיפקוד רופאים ע"י עמיתים מארגון/ בי"ח אחר מידי תקופה. תהליך זה כרוך בעלויות גבוהות ובהתנגדויות הן של ארגוני הרופאים והן של הרשויות הממשלתיות (דיוני הצוות).

2. סוגיה זו נבחנה לדוגמה, בסקר שבוצע ב- 2007 בארה"ב ע"י Federation of State Medical Boards. כ-57.2% מחברי הארגונים ענו כי הם דנו בסוגיה לפחות פעם אחת בשנה האחרונה. 47.5% מחברי הארגונים טענו כי לא החליטו בסוגיה, 36.1% תמכו בנקיטת צעד זה ורק 3.3% לא תמכו בו. 87.3% מהמשיבים לסקר לא יישמו או ניסו ליישם בעבר חוקים ותקנות או מדיניות, המתייחסים לתחזוקת היכולות, ו-12.7% ציינו שעשו זאת (FSMB, 2008).

טבלה 4: התאמה בין רמת ההערכה וכלי ההערכה

(Houlden & Collier, 2000)

רמה	אפיון ההערכה	כלים
1. הערכת תפיסה ושביעות רצון מלימודי ההמשך	רמה פשוטה וזולה ביותר להערכת מרצים, מתכנני תוכנית לימוד והמשתתפים	♦ שאלון
2. הערכת יכולות של ידע, מיומנויות ועמדות	מספק משוב לגבי יכולות ויכול לשמש כתיעוד עבור המלצה או רישוי	♦ שאילת שאלות: רב- ברירה/ נכון-לא נכון/פתוחות ♦ מבחן לפני ואחרי ♦ כלים להערכה עצמית
3. הערכת ביצועים מקצועיים	התמקדות בשאלה האם המשתתפים משלבים את מה שנלמד בעיסוקם	♦ תצפית ישירה ♦ צילומי וידאו ♦ סקירת תרשימים ו/או הרופאים ♦ ראיונות ♦ סקרי מטופלים ♦ נתוני מרשמים ♦ משך אשפוז ♦ נתוני בקרה
4. הערכת תוצאות טיפול בריאותי	האם הלמידה החדשה שינתה את התוצאות הקליניות בקרב המטופלים	♦ נתוני תוצאים קליניים ♦ שימוש במשאבים

הבטחת איכות המשאב האנושי בתחום הבריאות בישראל

הסדרת מקצועות רפואיים ומקצועות פרה-רפואיים בישראל³

עד לשנת 2004 ניתן היה לחלק את המקצועות הרפואיים לשלוש קטגוריות:

1. מקצועות המוסדרים בחוק: בקטגוריה זו נכללים המקצועות הבאים: רפואה (לרבות תחומי ההתמחות השונים), רפואת שיניים (לרבות תחומי ההתמחות השונים), אופטומטריה, רוקחות (רוקחים ועוזרי רוקחים), עובדי מעבדה רפואיים, גנטיקאים קליניים, שיניות, טכנאי שיניים. לזכאים לכך מונפקים רשיונות לעיסוק במקצועות אלה.

2. מקצועות שהוסדרו ע"י משרד הבריאות בצורה מנהלית. בקטגוריה זו נכללו המקצועות הבאים:

טכנאי דימות (רנטגן), פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, דיאטנות, כירופרקטיקה, פודיאטריה, קרימינולוגיה קלינית, טכנולוגים רפואיים, מפעילי מכונת לב-ריאה, מטפלים ביצירה והבעה, אורטוטיסטים-פרוטוטיסטים. לזכאים לכך הונפקו תעודות הכרה במעמד.

3. מקצועות שלא הוסדרו בכל דרך שהיא, לדוגמא, רפואה אלטרנטיבית/משלימה. האגף לרישוי מקצועות רפואיים אינו עוסק ברישוי העוסקים בסיעוד ובפסיכולוגיה. העיסוק בפסיכולוגיה מוסדר בחקיקה ראשית והעיסוק בסיעוד מוסדר במסגרת פקודת בריאות העם.

3. שנון, מסמך לדיוני הצוות

תעודות הכרה במעמד:

תעודות ההכרה במעמד הונפקו ע"י משרד הבריאות לבעלי המקצועות הנ"ל במשך שנים רבות (משנות השמונים). מעמדן של התעודות התחזק במשך השנים, גם בשל חוזרי מנכ"ל משרד הבריאות, שקבעו כי אין להעסיק במערכת הבריאות את מי שאין לו תעודת הכרה במעמד במקצוע הרלבנטי. מוסדות רפואיים ציבוריים שונים, בכלל זה, קופות החולים, אימצו נוהל זה וכך גם חברות ביטוח שעסקו בביטוח מקצועי. בהתאם, למעט העוסקים במקצועות אלה במגזר הפרטי, אחוז בעלי המקצוע המבקשים תעודות הכרה במעמד ממשרד הבריאות, עלה בהתמדה.

חלק ממבקשי התעודה שלא עמדו בדרישות משרד הבריאות לקבלתה, הגישו עתירות לבית המשפט העליון וטענו כי: הם זכאים לתעודה והמנהל שגה בסרבו להעניקה להם, כי בסירובו להעניק תעודה פגע המנהל בחופש העיסוק שלהם וכי למעשה, כיוון שמקצועות אלה אינם מוסדרים בחוק, אין למנהל סמכות להנפיקן.

בעתירות השונות שנידונו בבית המשפט, לא נמצא כי יש מקום להתערב בשיקוליו והחלטותיו של המנהל שלא להעניק התעודה לעותר זה או אחר. עם זאת, בית המשפט קבע כי אכן, משרד הבריאות פועל בחוסר סמכות, כי אין להנפיק עוד תעודות הכרה במעמד במקצועות אלה ואין להתנות העסקה של בעלי מקצועות אלה בהצגת התעודה למעביד. כל זאת, עד להסדרת המקצועות הרפואיים הנ"ל בחוק.

בהתאם לפסק הדין שניתן בבג"ץ - 2921/03, בתאריך 29.4.04, נוהל משרד הבריאות שעל פיו הונפקה תעודת הכרה במעמד למטפלים ביצירה והבעה, בוטל. בהתאם להנחיות בית-המשפט בדיון בבג"ץ 4395/02 בתאריך - 21.7.2005, הביטול חל גם על העוסקים במקצועות הבאים: פיזיותרפיה; קלינאות תקשורת; ריפוי בעיסוק; כירופרקטיקה; פודיאטריה; סייעות לרופא שיניים; קרימינולוגיה קלינית; טכנולוגים רפואיים; מפעילי מכונת לב ריאה; טכנאות רנטגן; דיאטנים; אורטוטיסטים-פרוטוטיסטים.

כיוון שכך, החל מהתאריך 22.7.2005, הפסיק האגף לרישוי מקצועות רפואיים להנפיק תעודות הכרה במעמד לבעלי מקצועות רפואיים אלה, שמקצועם אינו מוסדר בחוק, ללא יוצא מן הכלל.

החל מתאריך זה, חדל האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות מלטפל בבקשות לקבלת תעודות הכרה במעמד ולהנפיק תעודות הכרה במעמד זמניות או קבועות, למגישי הבקשות במקצועות אלה. נקבע כי הנפקת התעודות תחודש, אם וכאשר יוסדרו מקצועות אלה בחוק.

יש להדגיש, כי על-פי פסק בג"ץ 1423/05 מתאריך 20.6.2005, רשאים מעסיקים ציבוריים ואחרים להעסיק גם את מי שאין בידיו תעודת הכרה במעמד מטעם משרד הבריאות, על פי שיקוליהם הם. למוותר לציין כי מצב זה, יצר כאוס במערכת הרפואית ובמקומות רבים, פרטיים וציבוריים, מועסקים כיום בעלי מקצוע שאינם בעלי השכלה והכשרה מתאימים, חלקם, אף נכשלו בבחינות המקצועיות שהתקיימו בעבר מטעם משרד הבריאות.

במשך שנים רבות עסק משרד הבריאות בניסיונות להסדרת העיסוק במקצועות הרפואיים הנ"ל בחוק. "חוק המסגרת" שהוצע ע"י משרד הבריאות לפני מספר שנים, כלל הסדרה של כל המקצועות הנ"ל תחת קורת גג אחת. הצעת חוק זו לא הייתה מקובלת על משרד המשפטים ונגנזה.

בעת הזו, עוסק משרד הבריאות בהסדרה בחוק של ארבעה מקצועות רפואיים: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, דיאטנות וקלינאות תקשורת. הצעת החוק (שילוב בין הצעת חוק פרטית של ח"כ אחמד טיבי והצעת החוק של משרד הבריאות), אושרה בקריאה טרומית ובקריאה ראשונה בכנסת ונמצאת בדיון בועדת המשנה של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת, בהכנה לקראת קריאה שנייה ושלישית בכנסת. הצעת חוק זו מגדירה את העוסקים במקצועות אלה ותחומי עיסוקם, קובעת איזה השכלה והכשרה יש לרכוש כדי לקבל תעודת הכרה מטעם משרד הבריאות וקובעת כי רק בעלי תעודת ההכרה במעמד יהיו רשאים לכנות עצמם כפיזיותרפיסטים, קלינאי תקשורת וכד' (ייחוד הכינוי). בנוסף, במוסדות שיקבעו, ניתן יהיה להעסיק רק את מי שבידו תעודה זו. יש להדגיש כי הצעת חוק זו אינה אוסרת עיסוק במקצוע ממי שאינו בעל תעודת הכרה (למעט ביצוע פעולות ייחודיות שייקבעו בחוק, לכל מקצוע ומקצוע).

למשרד הבריאות הצעות חוק נוספות העוסקות בהסדרת העיסוק בפודיאטריה (כתוספת לפקודת הרופאים) והסדרת העיסוק ברפואה סינית ודיקור. הדיון בכנסת בהצעת

החוק הנוגעת לעיסוק ברפואה סינית ודיקור הופסק עד להשלמת עבודתה של הוועדה שהוקמה לדיון במקצועות הרפואה המשלימה והגשת מסקנותיה.

אומדן צרכים עתידיים במערכת הבריאות

דוח הביניים של הוועדה לבחינת אומדן צרכי כח אדם עתידיים במערכת הבריאות (2007) מדגיש את חשיבות קיום מאגר מידע אמין ומעודכן בנושא כח אדם במערכת הבריאות. מידע בתחום מתבסס על נתוני "סקרי כח אדם" של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) ועל קובץ בעלי הרישיונות שמנוהל במשרד הבריאות. המידע המתקבל משני מקורות אלה הינו חלקי. כך למשל, קובץ בעלי הרישיונות של משרד הבריאות אינו כולל מידע על מועסקים בפועל מקרב בעלי הרישיון: (1) רשומים בו בעלי רישיון שיצאו לחו"ל לתקופה; עשו הסבה לתחומי מינהל או לעבודה בחברות פרטיות (כמו חברות תרופות); (2) נגרעים ממנו רופאים היוצאים לגמלאות גם אם הם ממשיכים לעבוד בפרקטיקה פרטית. לעומתו, סקר כח האדם מציג נתונים אודות המועסקים במקצוע, אך מבוסס על אומדנים בלבד.

לאור נתונים אלו מדגיש הדוח את חשיבות קיום מאגר מידע אמין ומעודכן בנושא כח אדם במערכת הבריאות. לאור היעדרם של נתונים מדויקים לגבי מספר העוסקים במקצועות הבריאות השונים, מתכוונת הוועדה לבחון בהמשך את נושא חובת הרישום החוזר (Re-Registration) של כל המקצועות המחויבים ברישיון או ברישום במשרד הבריאות. רישום זה אחת לכמה שנים עשוי, לדברי הוועדה, "לתת מידע מדויק יותר לגבי מצאי כח האדם הפעיל במערכת".

כאמצעי לתכנון כח אדם בתחום הבריאות וכדי למנוע מראש מצבי מחסור, או ירידה בשיעור הרופאים והאחיות בישראל בשנים הבאות, ממליצה הוועדה להגדיל באופן מיידי את מסגרות ההכשרה לסקטורים אלו. המלצה זו הינה בעלת השלכות תקציביות.

חיפוי התעדכנות מקצועית בישראל

בישראל קיימים מנגנונים של עדכון ידע במקצועות הבריאות, אך הם נותנים מענה חלקי לבעיה מחד, והנתונים לגביהם, כמו גם לגבי כח אדם העוסק במקצועות השונים בכלל, הם חלקיים ולא מדויקים מאידך כמפורט לעיל.

ברמה עקרונית קיימת הסכמה של הממונה על השכר והסתדרות הרופאים על כך, שהצורך בהתעדכנות הרופא במהלך עבודתו הינו חיוני וכי יש להפוך את לימודי ההמשך לחובה. בהר"י הוסכם על עקרונות וקווים מנחים להסדרת תהליכי ההתעדכנות המקצועית⁴, המתייחסים ל:

♦ זכויות הרופא המתעדכן - תעודה החתומה ע"י המועצה המדעית והטבות ע"י המעסיק (השתתפות בכנס בארץ, בחו"ל, ספרות מקצועית, תוספת שכר, קריטריון לקידום מקצועי).

♦ אופציות אכיפה - חובת בחינה לאלו שלא משתתפים ב-CME ב-5 שנים האחרונות (או שלא עסקו במקצוע), או כתחליף ל-CME; פרסום רופאים שלא קיבלו תעודת התעדכנות ב-5 שנים האחרונות; עיכוב קידום אקדמי או מקצועי; קריטריון להכרה במחלקה מוכרת להתמחות.

♦ הגדרת מוסד השתלמות, הגדרת זכויותיו, חובותיו והקריטריונים להכרה בלימודי ההמשך מטעמו.

♦ היקף ואופן צבירת נקודות CME [500 נקודות הניתנות לצבירה בחמש שנים] פירוט מפתח הניקוד מצורף בנספח 1].

בתחום הסיעוד יש אפשרות לצבור נקודות בגין לימודי המשך בקורסים על-בסיסיים עד סף של תוספת שכר של 10%. מעל תוספת זו אין תמריץ כלכלי להשתתפות בלימודי המשך.

4. הר"י - מסמך פנימי

עמדות ארגוני עובדים במקצועות הבריאות

כדי לקבל תמונה של עמדות הסקטורים השונים בתחום הבריאות לגבי המודלים להבטחת איכות המשאב האנושי, נשלח מטעם הצוות שאלון לראשי הארגונים (נספח 2). מבדיקת עמדות אנשי מפתח בארגוני בריאות שונים עולה:

1. מרביתם אינם ממליצים על רישום מחדש, למרות הסכמתם כי הליך אדמיניסטרטיבי זה חשוב להשגת נתונים עדכניים על אנשי המקצוע העובדים במערכת הבריאות. להערכתם, למעט ארגוני השכלה שיתמכו בכך, ההתנגדות לצעד זה תהיה גורפת ותכלול עובדים (ובעיקר אנשי מקצוע, שאינם מועסקים), איגודים, מעסיקים ואת המחוקק. ההתנגדותם מתייחסת לעצם ההליך, לאפשרות היותו תנאי להמשך עבודה במערכת הבריאות ולצורך בתשלום אגרה בגינו. עם זאת, חלקם מסכימים לעדכון אדמיניסטרטיבי בלבד, שאינו כולל צעדי בקרה.

2. מרביתם מצדדים בחיוב לימודי המשך, כולל הכללת נושאי ליבה ומתן גמול השתלמות בגין לימודים אלו ורואים בהם חובה מקצועית. לדעת ראשי האיגודים, קידום מנגנון של השתלמות מקצועית מחייבת יתאפשר בעקבות חקיקה, שתקיף את כלל העוסקים בתחום הבריאות, כולל רופאים ואחיות.

המסתייגים מהשתלמות מקצועית מחייבת טוענים כי "לא ניתן לחייב את העובד להשקיע זמן וכסף מבלי לתת לו תמורה בשכר". המחסומים שצוינו על-ידם כוללים: פיזור גיאוגרפי (מרכז-פריפריה), פיזור במקומות עבודה שונים ומגוונים, תקציב, עלויות ההשתלמויות, אי הכרה בהשתלמות בשעות העבודה, חוסר נכונות של המעסיקים לתגמל בימי עבודה/ תשלומים/ קידום מעמד בגין השתלמויות, איכות ההשתלמויות ואי מענה לצרכי השטח.

דרכי התמודדות אפשריים עם חסמים אלו על-פי השאלון הינם:

- ♦ חקיקה, שתחייב, בין היתר, את המעסיק להכיר בשעות השתלמות כשעות עבודה, ולתגמל את העובד בגינה.
- ♦ קיום ההשתלמויות במקום נגיש ובעלות סבירה במימון ו/או בהשתתפות המעסיק.
- ♦ מינוי וועדות מקצועיות, שיבטיחו שההשתלמויות יתנו מענה לצרכי אנשי המקצוע.
- ♦ הבהרת רצף ההשתלמויות המחייבות בכל שלב של ההתפתחות המקצועית, והגדרת

מנגנון הכרה בלימודים.

♦ הוכחת כדאיות ההשקעה למעסיק.

♦ הוזלת ההשתלמויות.

♦ פריסה גיאוגרפית טובה של ההשתלמויות.

3. קיימת התנגדות גורפת לרישוי מחדש ולחיוב בתשלום אגרה לכיסוי הוצאות מנגנון זה^{5,6}. התנגדות זו חריפה יותר לגבי מחזור רישוי של שנתיים לעומת עשר שנים, ולבחינות ידע לעומת הוכחת השתתפות בהשתלמות מקצועית (כנסים, הוראה, פרסום מאמרים). עמדת איגוד הפסיכולוגים בנושא, לדוגמה, היא ש"משך ההכשרה וההתמחות בסקטור שלהם ארוך דיו ולכן אין צורך בבדיקות מחודשות". טענה נוספת מתייחסת להיעדר בשלות לנקיטת צעד זה: "יש להשקיע במשאב האנושי (תחושת שותפות, מוטיבציה וכו') ולהסדיר חוק לרישוי מקצועות הבריאות עוד לפני רישוי מחדש".

הגורמים המאיצים והחסמים ליישום המודלים להבטחת איכות המשאב האנושי בתחום הבריאות בישראל מסוכמים בטבלה 5 (נתוני השאלון בהקשר זה מוצגים בנספח 3).

5. רק אחת מראשי הארגונים הייתה בעד צעד זה (קלינאי תקשורת), אך גם זאת רק לאחר חקיקה שתסדיר את כלל מקצועות הבריאות (קלינאי תקשורת, מרפאות בעיסוק, פיזיותראפיסטים ותזונאים).

6. עמותת הדיאטנים - "עתיד" אין כל סיבה שאיש מקצוע שעובד בשטח יאלץ להירשם מחדש, לא קיים ברפואה ולא בכל מקצוע חופשי אחר, זאת דרך לגבות כסף מאנשים לא מוצדקת של משרד הבריאות, לא נסכים לכך בשום פנים.

טבלה 5: גורמים מאיצים וחוסמים ליישום המודלים השונים בישראל

מודל	מאיצים	חסמים
רישום מחדש מילוי פרטים דמוגרפים ועיסוקיים	♦ נתונים בסיס לתכנון כ"א ♦ הפסקת התבססות על נתוני הלמ"ס ♦ פרטים מפורטים יותר בהשוואה למצוי כיום	♦ תשלום אגרה יהפוך בהמשך מסכום סמלי שמטרתו כיסוי הוצאות למכשיר הכנסה. ♦ חשש שרה-רישום יוביל לרה-רישוי
חובת השתלמויות המשך	♦ העדפה כלכלית למודלים זולים: elearning , בחינה עצמית עם היזון חוזר ♦ תמיכה של הר"י במיסוד קריטריונים להוכחת התעדכנות מתמדת ♦ התייחסות חיובית של איגודים מקצועיים ♦ שיפור ידע בנושאים בעלי חשיבות לאומית ♦ שליטה על תוכן ההתעדכנות הדרושה למערכת	♦ מעסיקים לא מוכנים לתגמל בגין ההשתלמויות/להכיר בהן כשעות עבודה ♦ פיזור גיאוגרפי/מקומות עבודה תקציב - הגדלת לעלויות (הכנת מערכת ההכשרה) ♦ איכות נמוכה של חלק מהשתלמות ♦ אי מענה לצרכי חלק מהאוכלוסיות (תת התמחויות/ התמחויות כפולות וכו') ♦ חשש שתשלום אגרה יהפוך בהמשך מסכום סמלי, שמטרתו כיסוי הוצאות למכשיר הכנסה

מודל	מאיצים	חסמים
הערכה	- שיתוף פעולה של רופאים בקיום הערכה עצמית מקוונת - יכולות טכנולוגיות של מעסיקים גדולים	- מורכבות המקשה על קביעת קריטריונים ומדדים להערכת תת-התמחויות - קושי בהתייחסות למדדי תוצאה בלבד מבלי לשלב בהם מדדים נוספים כמו מאפייני אוכלוסייה ועבודת צוות - בחירת מדדים שאינם EB, או מדדים שאינם ספציפיים - לסקטור הנמדד - חשש מכישלון של אנשי מקצוע וותיקים בבחינות - התנגדות ארגוני עובדים - רתיעה מבקרת/הערכת עמיתים
נושאי ליבה	- שיפור ידע בנושאים בעלי חשיבות לאומית - שליטה על תוכן התעדכנות הדרושה למערכת - תמיכה של ארגוני עובדים	הגדלת עלויות (הכנת מערכת ההכשרה)
רישוי מחדש	סיכוי לשמירה על רמת רפואה גבוהה יותר	- בסה"כ ירידה במספר העוסקים במקצועות וכתוצאה מכך החרפת מחסור בכ"א - התנגדות ארגונית (מעסיקים, ארגוני עובדים) - התנגדות להיות ההליך תנאי להמשך עבודה - התנגדות להתנות חידוש רישיון בבחינה - התנגדות לתשלום אגרה - היעדר בשלות מערכתית לצעד זה

אחריות

בהתייחס למודלים העיקריים להבטחת איכות המשאב האנושי בתחום הבריאות, נשאלת השאלה מי אחראי ליישומם. בישראל, רישוי מקצועות הבריאות הינו באחריות משרד הבריאות, אולם אין משתמע מכך בהכרח כי האחריות במודלים השונים צריכה להיות דומה. שיקולים בהקשר זה מוצגים בטבלה 6.

עמדות ראשי ארגוני העובדים בסקטורים השונים בתחום הבריאות מצדדות בכך, **שהרישום מחדש** ייעשה ע"י משרד הבריאות או הארגון המקצועי; מתנגדות לכך שהאחריות על **רישוי מחדש** תהיה בידי אחד מגופים אלה; מעדיפות שקביעת **נושאי הליבה במסגרת לימודי ההמשך** תיעשה ע"י שילוב בין מספר גורמים: איגוד מקצועי, מעסיק, אקדמיה ומשרד הבריאות (נספח 4).

טבלה 6: אחריות על יישום מודלים להבטחת איכות המשאב האנושי

מודל	מי אחראי?	בעד	נגד
רישום מחדש (רישום מנהלי)	משרד הבריאות	- שמירת מצב קיים - רישום מנהלתי קיים היום במשרד הבריאות - רישום עם אגרה מינימאלית באמצעות מכתב לממונה על המקצועות אחת ל X שנים (5-10) - כל ארגון עורך רישום מחדש באופן עצמאי. כל המידע מרוכז במשרד הבריאות (מסיר התנגדויות של ארגונים)	אין רישום לגבי מתמחים (רק רופאים ומומחים)

מודל	מי אחראי?	בעד	נגד
	הר"י (ארגון מקצועי)	יכולת אדמיניסטרטיבית לניהול התהליך	המידע הינו רק לגבי רופאים הקשורים בהר"י התנגדות סקטורים אחרים בתחום הבריאות
	המועצה המדעית	הנתונים לגבי מומחים נמצאים בו זמנית במועצה המדעית, באיגוד המקצועי ובמשרד הבריאות	היעדר מידע לגבי בעלי רישיון ברפואה שאינם מומחים
לימודי המשך	משרד הבריאות	ממלכתי מרכז רישום כל התחומים	בניית מנגנון חדש עלויות - מחסור בתקציבים נטייה לחוסר אמון מצד אגודים
	הר"י (ארגונים מקצועיים)	אחריות לרמה מקצועית והכשרה של הסקטור אינו כרוך בתוספת עלות - כיוון שניהול ההכשרה מכסה את ההוצאה כישורים אדמיניסטרטיביים לניהול התהליך ידע לגבי צרכים בתחומי התמחות ספציפיים מיתון התנגדויות	תפיסת האיגוד המקצועי בציבור כשומר על האינטרסים של הרופאים (אנשי המקצוע) יותר מאשר על אינטרס הציבור תחומי ידע ממוקדים בלבד ביזור רב בין ארגוני עובדים במקצועות הבריאות התנגדות סקטורים אחרים - במידה והנושא מרוכז ע"י הר"י

מודל	מי אחראי?	בעד	נגד
	המועצה המדעית	- ארגון אקדמי - רמה גבוהה של מקצוענות - רמת אמון גבוהה של הגופים השונים בתחום - חלק מהר"י (שיתוף פעולה מאיגוד מקצועי) - בעל כושר ארגון - אדמיניסטרטיבי	- אין אצלו את נתוני כל הרופאים (רק מתמחים) - קיים מנגנון רק לגבי רופאים ולא במקצועות בריאות אחרים - אפשרות התנגדות של מקצועות בריאות (מלבד רפואה) להיות תחת חסותם
	אקדמיה (בתי"ס לרפואה/ סיעוד)	צוות מתאים	- מחסור במענה להתמחויות - תקציב
	מעסיקים	- שיפור איכות השירות והטיפול - תגמול בהתאם לביצוע/השתתפות בהשתלמויות	- עלות שעות עבודה - תקציב - אפשרות לניגודי אינטרסים
רישוי מחדש	משרד הבריאות	רישוי מקצועות הבריאות הינו חלק מאחריות המשרד	
	הר"י (ארגון מקצועי)		תפיסת האיגוד המקצועי בציבור כשומר על האינטרסים של הרופאים (אנשי המקצוע) יותר מאשר על אינטרס הציבור

דרישות לרישוי מחדש ולימודי המשך בעולם

במקצועות שונים

הדרישה לרישוי מחדש אינה ייחודית למקצועות הבריאות. בפסיכולוגיה⁷, לדוגמה, חידוש הרישיון בארה"ב מתבצע כל שנתיים ומחייב 36 שעות לימוד, הכוללות דרישה ללימוד ליבה בנושאים ספציפיים (כמו: גורמי תרבות, דינמיקה של התעללות). במקרה בו כמות השעות הנדרשת אינה מושלמת במועד חידוש הרישיון, הרישיון מושהה מיידית עד להשלמת הלימודים וקיים איסור לעסוק במקצוע. אם השלמת הלימודים לא נעשית תוך חצי שנה ממועד הקפאת הרישיון, ננקטים נגד הפסיכולוג צעדי משמעת. בראיית חשבון⁸, נדרשים לימודי המשך בכל המדינות בארה"ב⁹, כשחלקן מחייבות לימודי ליבה כתנאי לחידוש הרישיון (כמו: חשבונאות ציבורית, בקרה, אתיקה), ואחרות מאפשרות בחירת כל נושאי הלימוד באופן עצמאי, כל עוד הם עומדים בקריטריונים. במשפטים¹⁰ (בארה"ב) הדרישה היא להשלמת 34 שעות לימודי המשך¹¹ במשך שלוש שנים, הכוללים לימודי ליבה (אתיקה, מניעה וזיהוי התעללויות, הטיות מקצועיות). דיווח שעות הלימוד נעשה באופן פרטני על גבי טופס חידוש רישיון שנשלח ע"י הרשות במועד החידוש. קיימת התייחסות בקביעת היקף השעות למידת הפעילות בעיסוק במשפטים בתקופה שחלפה ממועד הרישוי הקודם¹².

7. <http://www.apa.org/ed/mcesurvey.html>

8. <http://www.educationfoundation.org/cperek>

9. מלבד וויסקונסין

10. <http://www.abanet.org/cle/mcview>

11. בממוצע

12. לדוגמה, בקליפורניה פטורים מלימודי המשך לצורך רישוי נבחר ציבור, מרצים בפקולטות למשפטים העובדים במשרה מלאה, שופטים במשרה מלאה (שאינם עוסקים בעריכת דין: <http://www.calbar.ca.gov>).

ברפואה

כיוון שהרופאים והאחיות מהווים את המרכיב הדומיננטי במערכת הבריאות הן בחלקם הכמותי והן בשל אופי תפקידם והשפעתם על פעילות המערכת והוצאותיה (הוועדה לבחינת אומדן צרכי כח אדם העתידיים במערכת הבריאות, 2007), עיקר ההתייחסות בסקירה זו תהיה לקבוצות עיסוק אלו.

וועדות, שדנו בנושא זה בשנים האחרונות באירופה ובאר"ב, ממליצות למסד תהליכים לחידוש הרישיון ברפואה, ולא להתבסס על האחריות האישית של הרופאים בשימור איכותם המקצועית. הדוח האירופאי של ארגון הבריאות העולמי (2005) ממליץ על הפיכת הרישוי מחדש לנורמה במערכות בריאות באירופה כאמצעי להבטחת שיפור איכות מתמיד של מקצוע הרפואה ושיפור יכולות הרופאים (Rowe & Garcia-Barbro, 2005). התייחסות דומה מופיעה גם בדוח ועדת ה-FSMB (Federal of State Medical Boards) (2008) לשימור רישיון העיסוק ברפואה באר"ב, הממליץ על נקיטת צעדים להרחבת ההתייחסות ליכולות מתמשכות כחלק מהליך הרישוי מחדש.

ארה"ב

מודל רישוי מחדש הכולל לימודי המשך, תחומי ליבה והמלצה על תהליכי הערכה שונים.

♦ הסטנדרטים החדשים בארה"ב דורשים מהארגונים להעריך את הרופאים במגוון יכולות, בין היתר בשש יכולות הליבה שפותחו ע"י ACCME (Accreditation Council for Medical Education Graduate) (ידע רפואי, טיפול בחולה, למידה התנסותית ושיפור, יחסים בינאישיים ותקשורת, פרופסיונאליות, והתנסות מערכתית) ולא רק במיומנויות טכניות (FSMB, 2008).

♦ דוח הוועדה הלאומית לרפואה בארה"ב (נובמבר 2007) המליץ, שרופאים, הנרשמים לחידוש רישיונם: א) ישתתפו בהערכה עצמית ובהערכה מקצועית, שיוכחו יכולות מעשיות בתחומים כמו טיפול בחולה וידע רפואי; ב) ישלימו מבחן בתחום התמחותם. אם ההצעה תתקבל (במאי 2008 מתקיים הדיון) יוכלו המדינות השונות להתבסס על

הקווים המנח שלה כבסיס לתוכנית רישוי מחדש (Adams, 2007).

◆ כחלק מהמאמץ לחזק את תפקיד לימודי ההמשך בשיפור ביצועי הרופאים והלימודים לאורך החיים, הציעה ACCME ב-2005 מודל לימודי המשך, המבוסס על מיקוד בביצוע, בו האחריות על הלמידה והשינוי היא בידי הרופא. ב-2006 פרסמה ACCME סטנדרטים חדשים להכרה בלימודי ההמשך הן ללומדים והן לספקי תוכניות הלימוד. בהנחיות אלו הונחו ספקי לימודי ההמשך להתרכז בתחומים המשפרים את יכולות הרופא, ביצועי, או תוצאות המטופל ולהעריך את עמידת הרופא במטרות אלו (FSMB, 2008).

◆ ב-2007 ו-2008 יישמה The Joint Commission סטנדרטים חדשים הדורשים מהארגונים המעסיקים ליישם הערכה מקצועית מעשית ממוקדת (חד פעמית) בנוסף להערכה השוטפת.

◆ ברוב המדינות בארה"ב רופאים יכולים לשמור על רישיונם ע"י היעדר פעולה משמעתית נגדם, רישום מחדש כמפורט לעיל והשלמת מספר מינימאלי של שעות לימוד של חינוך רפואי. רשויות הרישוי הבריאותי בארה"ב דורשות מאנשי המקצוע לחדש את רישיונם, או לרשום אותו מחדש במחזורים של שנה עד ארבע שנים. במחצית מהמדינות בארה"ב מחזור הרישוי ברפואה עומד על שנתיים (גרף 1, נספח 4).

◆ תהליך שימור הרישוי בארה"ב כולל 4 יכולות: מקצועיות, מחויבות ללמידה לאורך החיים, מומחיות קוגניטיבית והערכה של ביצועים בעבודה, כל התמחות מפתחת את דרישותיה לגבי יכולות אלו.

◆ 60 מתוך 69 רשויות הרישוי הרפואי בארה"ב דורשות מהרופאים להשתתף בלימודי המשך בהיקף שעות מוגדר, כשתחומי הלימוד הם באחריות הרופא. חלק מהמדינות (71.2%, גרף 1), כוללות בדרישה ללימודי המשך מקצועיים נושאי ליבה ספציפיים שיש ללמוד במסגרת זו (כמו: HIV/AIDS, טיפול פליאטיבי, ניהול כאבים, אתיקה רפואית).

♦ בעשר השנים האחרונות רשויות הרישוי המוסמכות בקליפורניה, נבדה וטקסס ניסו לחקור את היתכנות יישום הדרישות לבחינה תקופתית של יכולות כתנאי לרישוי/רישום מחדש. בכל שלושת המקרים, המדינות זנחו את ניסיונותיהם בשל אקלים פוליטי, דאגה מההשפעה השלילית על כוח העבודה, או התנגדות הארגונים המקצועיים, המבוססת על מחסור בהוכחות שדרישה כזו תשנה את איכות הטיפול הניתן למטופלים.

אירופה

טווח רחב של מודלים החל מרישוי לכל החיים ועד מודל רישוי מחדש הכולל לימודי המשך, תחומי ליבה והמלצה על תהליכי הערכה שונים (טבלת רישוי מחדש ודרישות CME באירופה, נספח 5).

♦ מתוך 39 המדינות באירופה, שענו לשאלון של ארגון הבריאות העולמי באירופה, רק ל-18 הייתה דרישה לחידוש הרישיון. מתוכם, 3 מדינות הציבו קריטריונים נוספים שהיה צורך לעמוד בהם (Rowe & Garcia-Barbro, 2005).

♦ במדינות אירופה בהן קיימת דרישה פורמאלית לרישוי מחדש/ חידוש הרישוי, נדרשות הוכחות לגבי מספר שעות לימוד מוכרות של לימודי המשך. כישלון במילוי דרישות אלו יכול להוביל לסנקציות, היכולות להסתיים אף בהשהיית הרישיון ו/או ביטולו.

♦ בהולנד, עד 2005, ההשתתפות ב-CME נחשבה כמחויבות מוסרית ואתית של כל רופא בנפרד. מינואר 2006 קיימת דרישת מינימום מחייבת של 200 שעות CME במשך 5 שנים לצורך חידוש הרישיון, המעוגנת בחוק (Schulpen & Lombarts, 2007).

♦ משנת 1998 נכנסה אנגליה לתהליך יישום של תוכנית תיקוף מחדש (revalidation), המחייבת את כל בעלי רישיונות הרפואה לעבור בחינה מחדש של תפקודם כל 5 שנים כדי לחדש את הרישיון. התחומים בהם נעשית בחינה זו חופפים את עקרונות המדריך לרפואה טובה (Good Medical Practice): טיפול קליני איכותי, שמירה על פרקטיקה

רפואית טובה, פעילות והערכה של הוראה והדרכה, יחסים עם מטופלים, עבודה עם עמיתים, הגינות/ יושר ובריאות (9). בימים אלו מפותחת באנגליה מערכת להערכה שנתית של הרופאים הכלליים והמומחים, שתבסס על הוכחות לביצוע שידונו עם מומחי הערכה. במקביל הרופאים יתבקשו לקיים פורטפוליו, שיכלול תוצאות הערכה שנתית והוכחות נוספות לגבי עיסוקם ותחום התמחותם (Rowe & Garcia-Barbro, 2005).

בהתמחויות שונות ברפואה

מגמת חידוש אישור ההתמחות החלה בשנות ה-70, כשהראשונים לעשות זאת היו רופאי המשפחה שהחליטו על חידוש רישיונם אחת ל-7 שנים. ב-1970 (ABIM American Board of Internal Medicine) בתמיכת ה-CPA (American College of Physicians) החל בתהליך רישוי מחדש באופן וולונטארי, שכלל בחינה כתובה ושאלות, אותן הומלץ לשאול במרווחים של 5 עד 10 שנים. בשלב זה השתתף בתהליך מיעוט רופאים. בשנות ה-90 התקבלה בארגון החלטה להגביל את תקופת הרישיון לפנימאים שסיימו את לימודיהם לאחר 1990 ל-10 שנים ולחייבם להיבחן אחת למחזור חידוש (Dale, 2007).

כל תחום התמחות בארה"ב אחראי על פיתוח ויישום תוכנית להבטחת ההתעדכנות של חבריו, תוך עמידה בסטנדרטים שנקבעו ע"י ABMS (American Board of Medical Specialties) לשימור הרישיון (MOC - Maintenance of Certification): הנחיות מקצועיות, מחויבות ללמידה לאורך החיים ומעורבות בהערכה עצמית תקופתית, מומחיות קוגניטיבית והערכת תפקודם בפועל. רופאים המשתתפים ב-MOC נדרשים להדגים את שש היכולות הבאות: ידע רפואי, טיפול בחולה, פרקטיקה המבוססת על לימוד ושיפור, מיומנויות בינאישיות ותקשורת, פרופסיונאליות והערכה עצמית המבוססת על תפקודם המעשי. רופאים בעלי רישיונות ללא הגבלת זמן פטורים מהשתתפות ב-MOC. אולם אם הם יבחרו להשתתף בתוכנית רישיונם לא יושהו גם אם הם ייכשלו בה. בכך מעודדת קבוצה זו להשתתף בתוכנית כדי לשמור על רמתה המקצועית ולהגיע לרמה הנדרשת למרות שאינם מחויבים בכך (דוגמאות לדרישות ספציפיות בהתמחויות השונות מופיעות בנספח 6).

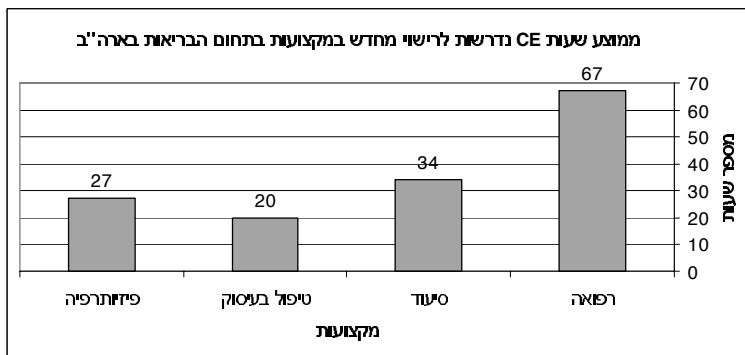
בסיעוד

- ◆ באופן כללי בכל מדינות **ארה"ב** יש צורך בחידוש רישיון לעסוק בסיעוד פעם בשנתיים. בכל המדינות על מנת לקבל חידוש הרישיון יש צורך בצבירת 15 נקודות לימוד (Landers et al., 2005). הנקודות נצברות על ידי למידת קורסים פרונטאליים או דרך האינטרנט (בד"כ באמצעות לומדות). במדינות מערב ארה"ב תקיפות הרישיון הינה לכלל המדינות. במדינות מזרח ארה"ב יש צורך בחידוש בהתאם לכל מדינה שעובדים בה, אך ניתן "להשתמש" בנקודות שנצברו ממדינה אחת לחידוש הרישיון במדינה אחרת. חידוש הרישיון כרוך בתשלום לרשויות, במקרים מסוימים עלות הקורסים מכוסה ע"י המעביד.
- ◆ **בקנדה** יש צורך בחידוש רישיון ההתמחות ולא ברישיון לעסוק בסיעוד. הרישיון בתוקף לחמש שנים. הסמכות למתן הרישיון היא בידי ארגוני האחיות. ניתן לקבל אישור לחידוש הרישיון באחת מהדרכים הבאות (Joachim et al., 2005):
 1. בסיום ההתמחות - צבירת 3,900 שעות עבודה קלינית בתחום ההתמחות (מאושרות ע"י מפקחת) במשך 5 שנים.
 2. תואר אקדמי בסיעוד והכשרה על-בסיסית בתחום ההתמחות וצבירת מינימום 1,950 שעות (מאושרות ע"י מפקחת) במהלך 3 השנים האחרונות.
- ◆ **בתאילנד** חידוש הרישיון מתבצע פעם בחמש שנים (Kunaviktikul, 2006).
- ◆ **באוסטרליה** לכל אזור מערכת חוקים משלו, אך ככלל, רובם, פרט לאזור אחד, דורשים הוכחה/ הצהרה עצמית על עבודה קלינית רלוונטית בחמש שנים האחרונות. חידוש הרישיון הינו לשנה אחת בכלל האזורים וכרוך בתשלום אגרה (Pearson et al., 2002).
- ◆ **באנגליה**, החל מ-1998, נדרשות כל האחיות המוסמכות להוכיח כי עמדו בדרישת לימודי המשך הנדרשים ע"י UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery, and Health Visiting) (Furze, 1999).

במקצועות בריאות נוספים

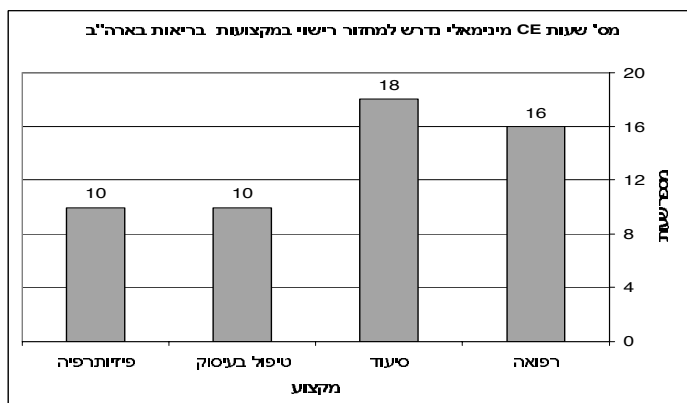
חובת הרישוי מחדש בארה"ב ובאירופה קיימת גם במקצועות בריאות נוספים. בארה"ב, הרישום החוזר במקצועות הפיזיותרפיה והריפוי בעיסוק נעשה אחת לשנתיים; ברוקחות (אוהיו) כל 3 שנים; ואופטומטריסטים נדרשים לכך (בקליפורניה) כל שנתיים. היקף השעות הנדרש לרישוי מחדש בארה"ב שונה בצורה בולטת בין מקצועות הבריאות ונמוך יותר במקצועות פארה-רפואיים (גרף 3).

גרף 3: השוואת ממוצע שעות CE בתחום הבריאות



הדרישה להיקף שעות מסוים של CE קיימת במקצועות בריאות נוספים לדוגמה: רוקחים (אוהיו): 60 שעות כל 3 שנים, אופטומטריסטים (קליפורניה): 50 שעות כל שנתיים (מתוכם 35 שעות בנושאי ליבה). מהשוואת היקף שעות המינימום הנדרש במקצועות בריאות שונים עולה שמספר השעות הנדרשות במקצועות הרפואה והסיעוד בארה"ב גבוהים מאלו הנדרשים במקצועות הפארה-רפואיים (Landers et al., 2005). פער זה גבוה מהפער הקיים בדרישת שעות CE המינימאלית הקיימת בין הרפואה לסיעוד (גרף 4).

גרף 4: השוואת מינימום CE נדרש לרישוי במקצועות בריאות בארה"ב



אחריות לחידוש הרישוי ולאישור לימודי ההמשך

החל מאמצע שנות ה-90 וועדות הדנות בסוגיית הרישוי והרישוי מחדש בארה"ב ובאירופה ממליצות על הרחבת התפקיד הפעיל של רשויות הרישוי בהבטחת שמירת יכולות העוסקים ברפואה לאורך הקריירה שלהם, כולל פיתוח, יישום והערכת תקנות להתעדכנות ולשמירה על רמת מקצוענות מתאימה במקצועות הבריאות.

באירופה, תהליך הרישוי ואישורו נמצאים בד"כ באחריות משרדי הבריאות, או משרדי החינוך. האקדמיה והאיגודים המקצועיים משחקים תפקיד מרכזי בקביעת הסטנדרטים לרישוי ובתהליך הרישוי עצמו (Rowe & Garcia-Barbro, 2005).

בארה"ב אחראים על הנושא גופים פדרליים:

♦ The Joint Commission (אחריות על הסמכת ארגוני בריאות ותוכניות בארה"ב): כחלק מתהליכי ההסמכה, וועדה זו מעריכה את עמידת ארגוני הבריאות בקריטריונים שהוצבו על-ידה.

♦ AMA (American Medical Association): גוף פדרלי המפתח תוכניות ומדיניות לגבי עבודת הרופאים (מקביל להר"י).

ניתן ללמוד על האחריות לרישוי מחדש מהגופים שאחראיים לנושא ברפואת שיניים, כפי שמפורט בטבלה 7.

טבלה 7: אחריות לרישוי ולימודי המשך ברפואת שיניים

(Schleyer et al., 2002)

מדינה	אחריות לרישוי	קיום רישוי מחדש	אחריות ללימודי המשך
קנדה	גופי רישוי בפרובינציות	+	אקדמיה, ארגונים מקצועיים, חברות, קבוצות בעלות עניין
צרפת	גוף מרכזי לאומי	-	בת"ס לרפואת שיניים
גרמניה	משרד הבריאות	-	מוסדות הדרכה ואקדמיה, ארגונים מקצועיים ופרטיים בתעשייה
אנגליה	גוף חוקי מרכזי	+	ממשלה, אקדמיה, בתי"ח, חברות, איגודים מקצועיים ואנשים פרטיים
ארה"ב	גוף חוקי בכל מדינה	+	אקדמיה, חברות, מוסדות, איגודים מקצועיים, אנשים פרטיים

התשובה לשאלה מי אחראי על חיוב שמירת היכולות כתנאי לחידוש הרישוי אינה ברורה גם לחברי ארגונים רפואיים בארה"ב. מסקר שבדק שאלה זו עולה ש-42.4% מהמשיבים, נציגי ארגוני הרופאים בארה"ב, ענו שאין זה מסמכותם ליישם דרישות מסוג זה, לעומת 35.6% שטענו כי סמכות מסוג זה מצויה בידם, ו-22% מהמשיבים שלא ידעו האם ישנם החלטות מסוג זה הוא בסמכותם (FSMB, 2008).

סיכום דיוני הכנס

בכנס נדונו שלושה נושאים עיקריים:

- ◆ לימודי המשך במקצועות הבריאות: האם לחייבם, האם לקבוע נושאי ליבה ומי אחראי.
- ◆ רישום חוזר מחייב למקצועות הבריאות: גורמים מאיצים וחוסמים, דרכי התמודדות ואחריות.

♦ רישוי חוזר מחייב למקצועות הבריאות: גורמים מאיצים וחוסמים, דרכי התמודדות ואחריות.

להלן תמצית הדיונים בנושאים אלו וההמלצות שגובשו במהלכו.

נקודות המוצא בדיונים היו:

- א. המגמות הרווחות בעולם לגבי בדיקת איכות משאבי אנוש ברפואה וההתפתחויות בארץ ובעולם בכל הקשור לשקיפות והתעדכנות לא יפסחו על מקצועות הבריאות בארץ ועל הרפואה בפרט;
- ב. תהליך השינוי המתבקש הינו אבולוציוני ומחייב שיתוף פעולה בין המעסיקים, ארגוני העובדים והרגולאטור.

לימודי המשך במקצועות הבריאות

בתקופת מחסור בכח אדם, איכות המשאב האנושי והתעדכנות בעלי מקצועות הבריאות חשובות ביותר. הסכמה זו התבססה על עדויות מהספרות המקצועית, לפיהן החיוב בלימודי המשך הינו בעל השלכות גבוהות על מקצועות הבריאות וככל שלימודי המשך הם יותר אינטראקטיביים יש להם השפעה רבה יותר (פירוט בחומר הרקע). עוד עלתה חשיבות ההשתלמות כמנגנון למניעת שחיקת עובדים בתחום.

הנושא נדון מכמה זוויות ראייה:

- ♦ תרבות ארגונית - התעדכנות מתמדת כקריטריון לקבלת החלטות לגבי קידום וככלי להעלאת מוטיבציה.
- ♦ משאבים - שימוש מושכל במשאבים, בו ההשקעה בכח אדם מחזירה את עצמה באיכות הטיפול.
- ♦ שקיפות - קביעת מדדים לאומיים לגבי אחוז המתעדכנים בכל מוסד, ותחרות בין בתי החולים ובין קופות החולים.

הוסכם כי הדרך להובלת שיפור איכות המשאב האנושי במערכת הבריאות היא באמצעות:

- א. קביעת התעדכנות מקצועית מתמדת כיעד לאומי;
- ב. עיגונה במנגנון המוסכם על כל השותפים במערכת, שיכלול תנאים שיאפשרו את

ביצעו (כמו: הפסד ימי עבודה, הפסד כסף לרופא היוצא להשתלמות, גמול השתלמות).

בהקשר זה נשאלה השאלה האם לתגמל את הפרט, או את הארגון. המצדדים בתגמול הפרט טענו, שהמעסיק מתגמל מעצם שיפור השירות והטיפול, ולכן יש לעודד את הפרט להשתתף בהשתלמויות. שניתן לעשות זאת, להצעתה של הר"י, באמצעות מנגנון אחזקה שוטפת של גמול ההשתלמות. המצדדים בתגמול למעסיק טענו כי הדבר יהווה תמריץ לזירוז החדרת השינוי.

בקרב כל משתתפי הדיון הייתה הסכמה כי החדרת המנגנון שייקבע צריכה להיות תהליכית, תוך בניית תוכנית רב-שנתית, הלוקחת בחשבון את הצורך לתקצב את ההשקעה בהון האנושי, כך שבתום תקופת ההבשלה של המנגנון, בהגיעו למצב סטטוטורי, הוא יהיה טוב יעיל ואפקטיבי.

לאור התפוצצות המידע במקצועות הבריאות בכלל וברפואה בפרט עלו השאלות: מהם התכנים האפקטיביים ומי קובע אותם. כיוון שנושאי ההשתלמות נגזרים ממטרותיה ושונים זה מזה במידת מרכזיותם לכל מקצוע ולתחום ההתמחות הוחלט לדחות את הדיון בנושא.

לגבי שאלת האחריות לקביעת נושאי הלימוד התמקד הדיון בנושאי הליבה בלבד [נושאים אלו מתייחסים לסה"כ השעות מכלל שעות ההשתלמות, שאדם צריך לעבור ברמה רב שנתית (פירוט בחומר הרקע)]. המשתתפים בדיון נחלקו בשאלה זו: חלקם צידדו בקביעת כל הנושאים ע"י האיגודים המקצועיים, הנתפסים כבעלי הידע המקצועי בתחום, וחלקם טענו, כי יש לשמור על איזון בין המעסיקים והאיגודים, ולתת אפשרות למשרד הבריאות, שאחראי על בריאות הציבור במדינה, לומר את דעתו לגבי הנושאים שיש ללמוד. בסיכום הדיון הוחלט, שנושאי הליבה ייקבעו בחלקם ע"י המדינה, המעסיק, האיגוד המקצועי - כל אחד בתחומו.

בהקשר זה הוצע לבנות מנגנון לשיתוף פעולה ממוסד בין הצדדים (לדוגמה, הקמת גוף לאומי, "המועצה הלאומית להשתלמות", שיעסוק בקביעת מדיניות והדגשים, כשהביצוע בפועל והאכיפה יעשה ע"י הארגונים המקצועיים).

הסכמות והמלצות

1. התעדכנות מתמדת של עובדים בתחום הבריאות היא משימה לאומית.
2. המלצה לקביעת מנגנון להתעדכנות מקצועית המושתת על עקרונות ומנגנונים קיימים (כדוגמת מנגנון הניקוד של המועצה המדעית).
3. ניתן לקבוע על פי הספרות שהתעדכנות מתמדת משפיעה על איכות הטיפול ואיכות המשאב האנושי בתחום, ושכלל ששיטת הלימוד אינטראקטיבית יותר היא אפקטיבית יותר.
4. על משרד הבריאות והמעסיקים לוודא שיינתנו התנאים המתאימים לבעלי מקצועות הבריאות על מנת לקיים את מסגרת ההשתלמות.
5. קביעת היקף לימודי ליבה מחייבים מסה"כ לימודי ההמשך הנדרשים בכל תחום. לימודים אלו ייקבעו ע"י האיגודים המקצועיים, המעסיקים ומשרד הבריאות - כל אחד בתחומו.
6. המלצה לשקול מנגנוני תמרוץ למעסיקים ולפרט המשתלם.

רישום חוזר מחייב למקצועות הבריאות

בשל מחסור במידע אמין ומעודכן לגבי מספר המועסקים בפועל במקצועות הבריאות השונים, מתקבלות כיום במערכת הבריאות החלטות משמעותיות בתנאי אי-וודאות גבוהים. בעיה זו חריפה עוד יותר במקצועות לגביהם אין רישום במשרד הבריאות. ניסיון לבנות בסיס נתונים אמין ע"י פנייה לכל קופות החולים ובתי החולים לא הניב את התוצאות הרצויות. מנגנון של רישום חוזר יכול לתת פתרון ישיר לבעיה.

התנהל דיון סוער לגבי אופי הנתונים שיש לעדכן בהליך זה והיכן יש לקיימם: האם על הנתונים להיות מצומצמים (כמו: כתובת מעודכנת, ת.ז., התמחות, האם עובד או לא

עובד, מקום עבודה עיקרי) ולשמש למטרות אדמיניסטרטיביות ולצורך תכנון כח אדם בלבד; או להיות מקיפים יותר (כמו: מקומות עבודה, אחוזי מישרה, מצב בריאותי וכדו') ולשמש גם למטרות בקרה.

רוב המשתתפים תמכו בקיום רישום אדמיניסטרטיבי בכל מקצועות הבריאות, שיתבצע במשרד הבריאות ולא יותנה בתשלום אגרה. הצעה זו נתקלה בהתנגדות נחרצת של הר"י לקיום מסד נתונים במשרד הבריאות, לצד מוכנותם לקיים מסד נתונים בלמ"ס, בה, לטענתם, יובטחו חיסיון הנתונים והיותם אגרגטיביים. מקורה של התנגדות זו ב: א) הבנה שהרישום מחדש הוא צעד לקראת שלב ב' - רישוי מחדש - והעדפתם להיערך לקראת המטרה הסופית; ב) חשש לשימוש במידע בניגוד לאג'נדה של הר"י (כמו: שימוש במידע לגבי מספר מקומות עבודה במו"מ עם האוצר); ג) חשש שעומק הנתונים הוא דבר מתגלגל.

בדיון הודגשה העמדה, שהסכמת הסקטור הרפואי להליך זה תהווה פריצת דרך, שתזרז את הסכמת מקצועות הבריאות האחרים לביצועו (צוין שהאופטומטריסטים רואים בחיוב את הרישום מחדש). כמו כן, הועלה החשש שהתייחסות ליעד הסופי בלבד, קרי רישוי מחדש, יכולה להוביל את העיסוק בנושא לדרך ללא מוצא. לכן, הוצע לפעול בתהליך איטי ומתפתח, הבודק את עצמו ולא במהפכות ולהתחילו ברישום אדמיניסטרטיבי, שיאפשר איסוף מידע אובייקטיבי בכל מקצועות הבריאות כבסיס לתכנון עתידי. עוד נשמעה הקריאה להתחיל בתהליך זה באופן יזום מחשש שבעתיד יאלצו הרופאים לבצעו (לדוגמה, ע"י בג"צ/ מבקר המדינה), בדומה לתהליך שהתלווה ל"חוק זכויות החולה".

הסכמות והמלצות

1. לדעת הרוב, יש צורך ברישום מחדש במקצועות הבריאות, כבסיס למידע מהימן ומעודכן על מצבת כח האדם העובד במערכת הבריאות. וכי עליו להתבצע ע"י משרד הבריאות, המנפיק את הרישיונות כיום.

2. לדעת הר"י, הרישום מחדש יהיה חלק מתוכנית, הכוללת גם רישוי מחדש. המידע הדרוש לגבי הרופאים ייגזר בנקודות צומת מתוך מנגנון ה-CME חובה, שינוהל ע"י המועצה המדעית ויועבר למשרד הבריאות. או לחילופין, הרישום מחדש יתבצע

ע"י הלמ"ס. מידע זה יאפשר למשרד הבריאות לקבל נתונים עדכניים על היקף כח האדם הרפואי בהתאם לתחומי ההתמחות השונים.

רישוי מחדש מחייב למקצועות הבריאות

הצורך ברישוי מחדש מתבסס על:

- ◆ תהליכים דומים בעולם - במקצועות בריאות ובמקצועות אחרים (פירוט בחומר הרקע).
- ◆ נתונים לפיהם כ-14,000 אחיות, שלא עסקו בתחום שנים רבות, התבקשו להשלים ידע ולעבור תהליך של רישוי מחדש בהגיען לישראל.
- ◆ נתונים לפיהם כ-30% מהרופאים בישראל הם בעלי רישיון זמני וחלקם אינם מחדשים את רישיונם הזמני במשך 10-15 שנים.
- ◆ אפשרות חזרתם של בוגרי רפואה, העוסקים בתחומי טכנולוגיה והי-טק שנים רבות לעסוק בפועל ברפואה.

הדיון התייחס לכל מקצועות הבריאות המחייבים רישיון עפ"י החוק, ועסק בשאלה האם הרישיון הוא לכל החיים, או מותנה בעמידה בתנאים מסוימים אחת לפרק זמן. התפיסה העומדת בבסיס הרישוי מחדש היא, שיש לאפשר לריבון לבדוק את איכות וכשירות כח האדם לצורך שמירת בטיחות המטופל.

בדיון עלתה הטענה, שצריכה להיות אפשרות לוודא שכלל העוסקים במקצועות הבריאות עומדים בקריטריונים לקבלת הרישיון לאורך זמן. עמדה מתונה יותר העלתה דרישה זו רק לגבי מי שלא עבד במקצוע כמה שנים (כמו: מי שחוזר מחו"ל ולא עבד כמה שנים).

הוצע כי חידוש הרישיון יותנה בקיום אחד התהליכים הבאים, או בשילוב ביניהם: (א) הוכחת התעדכנות מקצועית של היקף שעות מוגדר ונושאים מחייבים (עמדת הר"י); (ב) חוות דעת ניהולית ו/או Peer review; (ג) שימוש במנגנונים ארגוניים קיימים למעקב ובקרה על רמת מקצועיות והתעדכנות. רוב המשתתפים התנגדו לחידוש הרישיון על בסיס בחינות, או מדדים קליניים ואיכותיים של מטופלים.

הסכמות והמלצות

1. מוסכם על צורך בתהליך שיוביל לרישוי מחדש בכל מקצועות הבריאות, בו יהיו שותפים כל בעלי העניין בתחום.
2. תהליך קביעת המנגנונים והקריטריונים לרישוי מחדש יבוצע במקביל בכל מקצועות הבריאות במהלך 3 השנים הקרובות.
3. התהליכים הבאים יחולו באופן הדרגתי:
 - ◆ החלטה על התעדכנות מקצועית חובה בנושאי ליבה.
 - ◆ רישוי מחדש תקופתי על בסיס מנגנוני השתלמות.
 - ◆ הר"י מציעה לבצע רישום מחדש על בסיס מנגנוני ההשתלמות.
4. בחינת אפשרות קיום מפקד בשלב טרומי ע"י גוף בלתי תלוי (כדוגמת הלמ"ס), בשל הקשיים הקשורים בתהליך החקיקה.
5. הקצאת זמן ומשאבים לגיבוש התהליך ועיגונו בחקיקה או בשינוי חקיקה.
6. מומלץ לבצע מחקרים לגבי נושאים שונים כמו: סיבות לריבוי רישיונות זמניים, אחוז הרופאים שאינם משתתפים בהשתלמויות.

לסיכום: מומלץ לפעל לשמירת איכות כח האדם במקצועות הבריאות באמצעות תהליך רב שנתי, שיתחיל בשלב טרומי חד-פעמי של מפקד לאיסוף מידע בסיסי לגבי העוסקים במקצועות הבריאות בישראל, ימשיך ברישום מחדש, הבניית מערכת דרישות להתעדכנות מקצועית מתמשכת ומיסוד מנגנונים לשיתוף פעולה ולחלוקת אחריות בין בעלי העניין במערכת, ויסיימו בהסכמה על רישוי מחדש ועיגונו בחקיקה.

ביבליוגרפיה

1. אשכנזי י., גרוס ר., בן צבי ג., רוזנבלוט מ. (2006). תכנית למידה מתוקשבת קבוצתית לרופאי משפחה בשירותי בריאות כללית: ממצאי הערכה. כנס צ"י לחקר טכנולוגיות למידה, קריית האוניברסיטה הפתוחה, רעננה.
2. משרד הבריאות. (2007). הועדה לבחינת אומדן צרכי כח אדם העתידיים במערכת הבריאות, דוח ביניים: רופאים ואחיות. ירושלים.
3. קיגלי-שמשי, ר., שילוח, מ. (1998). *הדיאלוג החינוכי*. ישראל, יוזמות היילינגר.
4. Adams, D. (2007). Stricter requirements sought for relicensure as medical boards draft proposal. *AMNews staff*, American Medical Association.
5. Dale, D. C. (2007). "Recertification in Internal Medicine: The American experience." *Annals Academy of Medicine Singapore* 36(11): 894-897.
6. Davis, D., Thomson, M.A., Freemantle, N., Wolf, F.M., Mazamarian, P. & Taylor-Vaisey, A. (1999). "Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshop, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?" *JAMA* 282(9): 867-874.
7. Davis, D. A., Thomson, M.A., Oxman, A.D. & Haynes, R.B. (1995). "Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies." *JAMA* 274: 700-705.
8. Donen, N. (1998). "No to mandatory continuing medical education, Yes to mandatory practice auditing and professional educational development." *Canadian Medical Association* 158(8): 1044-1046.
9. Federation of State Medical Boards (FSMB). (2008). Special committee on maintenance of licensure. www.fsmb.org/pdf/BD_Rpt_08-03_Assuring_Ongoing_Competence_of_Licensed_Physicians_2008.pdf
10. Furze, G., Pearcey, P. (1999). "Continuing education in nursing: A review of the literature." *Journal of Advanced Nursing* 29(2): 355-363.
11. Houlden, R. L., Collier, C.P. (2000). "Evaluation of continuing professional development group activities." *Annals Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* 33(462-464).
12. Joachim, G., Saxe-Braithwaite, M., Mass, H., Calnan, R. & Ratsoy, B. (2005). The Current certification model: Does it reflect nursing knowledge? *Nursing Leadership*, www.longwoods.com.

13. Kunaviktikul, W. (2006). "Nursing and nursing education in Thailand: The past, the present and the future." *Nursing and Health Sciences* 8: 199-200.
14. Landers, M. R., McWhorter, J.W., Krum, L.L. & Glovinsky, D. (2005). "Mandatory continuing education in physical therapy: Survey of physical. The rapists in states with and states without a mandate." *Physical Therapy* 85(9): 861-871.
15. Marinopulos, S.S., Dorman, T., Ratanawongsa, T., Wilson, L.M. et al.,. 2007. Effectiveness of Continuing Medical Education. *Evidence Report/Technology Assessment, No. 149*.
<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cme/cme.pdf>
16. Mazmanian, P. E., Davis, D.A. (2002). "Continuing medical education and the physician as a learner: Guide to the evidence." *JAMA* 288(9): 1057-1060.
17. McConnel, C. R. (2002). "The manager and continuing education." *The Health Care Manager* 21(22): 72-83.
18. McPartland, P. A. (1990). Mandatory continuing education: Does it really protect society from incompetent health professionals?
www.academyprojects.org/mcpartland.htm.
19. Oxman, A. D., Thomson, M.A., Davis, D.A., & Haynes, R.B. (1995). "No magic bullets: A systematic review of 102 interventions." *Canadian Medical Association* 153: 1423-1427.
20. Pearson, A., Fitzgerald, M., Walsh, K. & Borbasi, S. (2002). "Continuing competence and the regulation of nursing practice." *Journal of Nursing Management* 10: 357-364.
21. Rhodes, R. S., Biester, T.W. (2007). "Certification in maintenance of certification in surgery." *Surgical Clinics of North America* 87: 825- 836.
22. Rowe, A., Garcia-Barbero, M. (2005). *Regulation and licensing of physicians in the WHO European region*. Copenhagen, the regional office for Europe of the World Health Organization.
23. Schleyer, T., Eaton, K.A., Mock, D. & Barac'h, V. (2002). "Comparison of dental licensure, specialization and continuing education in five countries." *European Journal of Dental Education* 6: 153-161.
24. Schulpen, T. W. J., Lombarts, K.M.J. (2007). "Quality improvements of pediatric care in the Netherlands." *Archives of Disease in Childhood* 92: 633-636.

נספח 1

מפתח ניקוד ללימודי המשך* - המועצה האקדמית - ה"ר¹³

הפעילות הלימודית	הניקוד למשתתף	הניקוד למרצה	חלק בסל לשנה	סה"כ לחמש שנים
פגישה קלינית חטיבתית/חוג	3	5 נק'	לא מוגבל	
פגישה קלינית/ אקדמית מקומית	3	5 נק'	עד 25 נק'	125
כנס/יום עיון	חצי יום - 5 נק' יום - 10 נק'	5 נק'	עד 80 נק'	400
הדרכת סטודנטים בסבב/רוטציה	-----	20 נק' לחודש	עד 40 נק'	200
קורס אקדמי	25 נק' ל- 3 שעות סמסטריאליות	5 נק' לשעת הרצאה	עד 50 נק'	250
ריכוז קורס אקדמי	-----	20 נק' לסמסטר	עד 40 נק'	200
נקודות CME בעיתונים ורשת	3 נק' לפעולה		לא מוגבל	

13. מסמך פנימי

ס"ה לחמש שנים	חלק בסל לשנה	הצגת פוסטר	פרסום מדעי בעיתון (Peer Reviewed)	הפעילות הלימודית
300	עד 60 נק'	10 נק'	20 נק'	מחבר/מציג ראשון
150	עד 30 נק'	5 נק'	10 נק'	מחבר/מציג שני
75	עד 15 נק'	3 נק'	5 נק'	מחבר/מציג שלישי
75	עד 15 נק'	3 נק'	5 נק'	מחבר/מציג רביעי ומעלה
300	עד 60 נק'	10 נק'	20 נק'	מחבר/מציג אחרון

* הדיווח למזכירת הוועדה בדבר זכאותם של רופאים לנקודות התעדכנות תיעשה במרוכז על-ידי מוסד ההשתלמות.

נספח 2

שאלון עמדות ארגוני עובדים בתחום הבריאות

לכבוד:

ההסתדרות הרפואית
הסתדרות האחיות
הסתדרות הפסיכולוגים
עמותת הדיאטנים - "עתיד"
ארגון הפיזיותרפיסטים
ארגון העובדים הסוציאליים
איגוד הרוקחים בהסתדרות החדשה
ארגון הרנטגנאים
האגודה הישראלית של קלינאי תקשורת
עמותה ישראלית לריפוי בעיסוק
ארגון מרפאים בעיסוק, דיאטנים, קלינאי תקשורת, טכנאים רפואיים
מנהלי קופות החולים
איגוד מנהלי בתי חולים
ארגון הרופאים העצמאים במכבי

שלום רב,

הנדון: עמדת הארגון לדרכים להבטחת איכות המשאב האנושי

כנס "יום-המלח" של המכון הלאומי שיתקיים ביוני 2008 עוסק בנושא "משאבי אנוש בתחום הבריאות". מטרת הכנס לגבש המלצות לקובעי המדיניות. הצוות שבראשותי מתמקד בדרכים להבטחת איכות המשאב האנושי, ומופקד על הכנת נייר רקע לדיון בכנס.

לצורך הכנת נייר הרקע, אנו פונים לאנשי המפתח בארגונים השונים על מנת לקבל את עמדתם לכוונים שנדונים בצוות. בדרך זו אנו מקווים להעשיר את נייר הרקע לכנס וכן לתת לארגונים השונים אפשרות להשפיע על הדיון וההמלצות.

נודה לך מאד אם תוכלו להעביר אלינו את עמדתכם בהתייחס לשאלות המפורטות
בנספח למכתב זה. על מנת שנוכל להציג עמדתכם, אנא העבירו אלינו את תשובתכם
בהקדם האפשרי, ולא יאוחר מיום 20 במאי 2008, לידי ד"ר עדיה מאירוביץ -
Adaya@bezeqint.net
09-772971, פקס: 09-7724971, טל: 054-4422838, 077-7002532.

בכבוד רב,
ד"ר אורית יעקובסון
וחברי הצוות "הבטחת איכות המשאב האנושי"

הבטחת איכות המשאב האנושי במערכת הבריאות שאלות לאנשי מפתח בתחום

הפעילות כיום:

1. **אילו פעולות נעשות על ידי הארגון שלך להבטחת איכות אנשי המקצוע העובדים
כיום במערכת הבריאות? (השתלמויות, מדידה, בקרה, וכו'). אנא סמן פעולות שנעשות
באופן שוטף (לפחות פעם בשנה).**

1. השתלמויות המאורגנות על ידי הארגון
2. השתלמויות הנעשות על ידי גופים אחרים ומוכרות על ידי הארגון
3. השתלמות בתכנים מסוימים שאותם מחייב הארגון
4. כנסים וימי עיון המבוצעים על ידי הארגון
5. מעקב או בקרה אחר השתתפות בלימודים
6. מעקב או בקרה אחר תפקוד העובדים
7. אחר, נא פרט _____

השתלמות מקצועית (Continuing Education):

2. מה עמדתכם לגבי החלת חובת השתלמות לעובדים, סוג הפעילות שתוכר כהשתלמות, תגמול על השתלמות, בחינת הידע שנרכש בהשתלמות?

מסכים מסכים מסכים	מסכים במידה מועטה	מסכים במידה בינונית	מסכים במידה רבה	מסכים במידה רבה מאוד	
5	4	3	2	1	יש לקבוע השתלמות מחייבת בנושאים שונים
5	4	3	2	1	צריך לדאוג לגמול על השתלמות
5	4	3	2	1	צריך לבנות תהליך להערכת הידע שנרכש בהשתלמות
5	4	3	2	1	יש לקבוע נושאי ליבה מחייבים להשתלמות

3. אם ציינתם כי אינכם ממליצים על השתלמות מקצועית מחייבת **אנא פרטו**

הסתייגותכם מהתהליך

4. **היה ויוחלט כי יש לחייב ב"נושאי ליבה" להשתלמות:** מי להערכתכם צריך לקבוע את נושאי הליבה

מסכים רבה מאד	מסכים במידה רבה	מסכים במידה בינונית	מסכים במידה מועטה	אינני מסכים	
1	2	3	4	5	האיגוד המקצועי
1	2	3	4	5	המעסיק
1	2	3	4	5	משרד הבריאות
1	2	3	4	5	מוסדות אקדמיים
1	2	3	4	5	שילוב של מספר גורמים, פרט

5. **מחסומים להשתלמות מקצועית מחייבת:** מהם להערכתכם הגורמים העשויים לקדם או לעכב תהליך מחייב של השתלמות מקצועית?

6. **באילו אמצעים ניתן להערכתכם להתגבר על הגורמים המעכבים השתלמות מחייבת?**

רישום חוזר:

7. רישום חוזר, נהוג במדינות רבות בעולם. משמעותו **רישום מנהלי מחייב** לעדכון פרטי העוסקים במקצוע. רישום זה משמש פעמים רבות כבסיס מהימן לתכנון כח אדם. דעתכם לגבי רישום חוזר חשובה לנו:

מסכים במידה רבה מאד	מסכים במידה רבה	מסכים במידה בינונית	מסכים במידה מועטה	אינני מסכים	
1	2	3	4	5	חשוב להשגת נתונים עדכניים על אנשי מקצוע העובדים במערכת
1	2	3	4	5	יהווה תנאי להמשך עבודה במערכת
1	2	3	4	5	יחייב תשלום אגרה לכיסוי ההוצאות
1	2	3	4	5	יש לבצע לפחות כל 5 שנים
1	2	3	4	5	יש לבצע לפחות כל 10 שנים
1	2	3	4	5	מומלץ לביצוע על ידי משרד הבריאות
1	2	3	4	5	מומלץ לביצוע על ידי הארגונים המקצועיים
1	2	3	4	5	איננו ממליצים על רישום מחדש

8. **מחסומים לרישום חוזר** אם ציינתם כי אינכם ממליצים על רישום חוזר מחייב אנא פרטו הסתייגותכם מהתהליך, מי להערכתכם עשוי להתנגד לתהליך ומדוע.

9. באילו אמצעים ניתן להערכתכם להתגבר על הגורמים המעכבים רישום חוזר מחייב?

10. **רישוי מחדש** רישוי מחדש נהוג במדינות שונות בעולם ומשמעותו **בחינת העמידה בקריטריונים מקצועיים כדי לקבל אישור להארכת הרשיון לעסוק במקצוע**. וועדות שדנו בנושא זה בשנים האחרונות באירופה ובארה"ב ממליצות למסד תהליכים לחידוש הרישיון של מקצועות הבריאות, ולא להתבסס על האחריות האישית של העוסקים בהם בשימור איכותם המקצועית. דעתכם לגבי רישוי מחדש חשובה לנו:

מסכים מאד רבה	מסכים במידה רבה	מסכים במידה בינונית	מסכים במידה מועטה	אינני מסכים	
1	2	3	4	5	חשוב לבחון עמידה בקריטריונים מקצועיים של אנשי מקצוע העובדים במערכת
1	2	3	4	5	רישוי מחדש יבטיח את האיכות המקצועית של העובדים במערכת
1	2	3	4	5	השתלמות מקצועית (כנסים, הוראה, פרסום מאמרים) צריכה להוות קריטריון לרישוי מחדש
1	2	3	4	5	בחינת ידע צריכה להוות קריטריון לרישוי מחדש
1	2	3	4	5	הערכת איכות הביצוע הקליני צריכה להוות קריטריון לרישוי מחדש
1	2	3	4	5	חשוב לחדש את הרישיון הגנרי לעסוק בתחום העיסוק

מסכים מאד רבה	מסכים במידה רבה	מסכים במידה בינונית	מסכים במידה מועטה	אינני מסכים	
1	2	3	4	5	חשוב לחדש את הרישיון לעסוק בתחום ההתמחות הספציפית של איש המקצוע
1	2	3	4	5	יחייב תשלום אגרה לכיסוי ההוצאות
1	2	3	4	5	יש לבצע לפחות כל שנתיים
1	2	3	4	5	יש לבצע לפחות כל 10 שנים
1	2	3	4	5	מומלץ לביצוע על ידי משרד הבריאות
1	2	3	4	5	מומלץ לביצוע על ידי הארגונים המקצועיים
1	2	3	4	5	איננו ממליצים על רישוי מחדש

11. **מחסומים לרישוי מחדש:** אם ציינתם כי אינכם ממליצים על רישוי מחדש מחייב נא פרטו הסתייגותכם מההליך, מי להערכתכם עשוי להתנגד לתהליך ומדוע.

12. **באילו אמצעים ניתן להערכתכם להתגבר על הגורמים המעכבים רישוי מחדש?**

תודה רבה על שיתוף הפעולה!

נספח 3

תוצאות שאלון עמדות

חמש הדרגות של סולם השאלון קובצו לשתי קטגוריות:
 הסכמה/ בעד: דרגות - מסכים במידה רבה מאוד (1), מסכים במידה רבה (2), מסכים במידה בינונית (3). חוסר הסכמה/ נגד: דרגות - מסכים במידה מועטה (4), אינני מסכים (5).

1. הארגונים שהשיבו על השאלון:

- ◆ ארגון הפסיכולוגים
- ◆ איגוד הפארה רפואיים
- ◆ עמותת הדיאטנים "עמית"
- ◆ איגוד קלינאי תקשורת
- ◆ איגוד ריפוי בעיסוק
- ◆ ארגון הפיזיותרפיה
- ◆ מכבי שירותי בריאות
- ◆ שירותי בריאות כללית
- ◆ איגוד מנהלי בתי החולים

2. רישום מחדש

חוסר הסכמה (N)	הסכמה (N)	
1	6	חשוב להשגת נתוני כ"א עדכניים
4	3	תנאי להמשך עבודה במערכת
6	1	חובת תשלום אגרה
3	4	אחת ל-5 שנים
4	3	אחת ל-10 שנים
1	6	באחריות משרד הבריאות
3	4	באחריות ארגון מקצועי
3	2	ממליצים על רישוי מחדש

3. החלת חובת השתלמות לעובדים

נגד (N)	בעד (N)	
1	7	חובת השתלמות
0	8	מתן גמול השתלמות
2	6	הערכת הידע
0	8	נושאי ליבה

4. אחריות לקביעת נושאי ליבה

נגד (N)	בעד (N)	
	6	איגוד מקצועי
2	5	מעסיק
	6	משרד הבריאות
3	2	מוסדות אקדמיים
0	8	שילוב מס' גורמים

5. רישוי מחדש

חוסר הסכמה (N)	הסכמה (N)	
3	5	חשוב לבחון עמידה בקריטריונים
4	4	רישוי מחדש יבטיח איכות מקצועית
4	3	חשוב לחדש את הרישיון הגנרי בתחום העיסוק
3	4	חשוב לחדש את הרישיון בהתמחות הספציפית

6. קריטריונים לרישוי מחדש

חוסר הסכמה (N)	הסכמה (N)	
3	4	השתלמות מקצועית
6	2	בחינת ידע
5	3	הערכת איכות ביצוע קליני

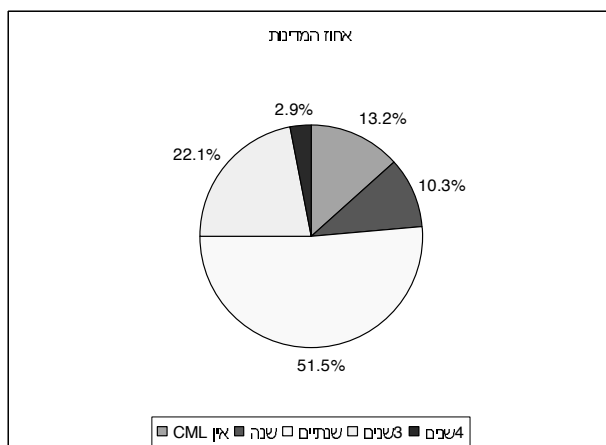
7. תהליך רישוי מחדש

חוסר הסכמה (N)	הסכמה (N)	
6	1	חיוב באגרה לכיסוי הוצאות
7	0	אחת לשנתיים
3	5	כל 10 שנים
4	3	ביצוע ע"י משרד הבריאות
4	2	ביצוע ע"י ארגונים מקצועיים
5	2	המלצה על רישוי מחדש

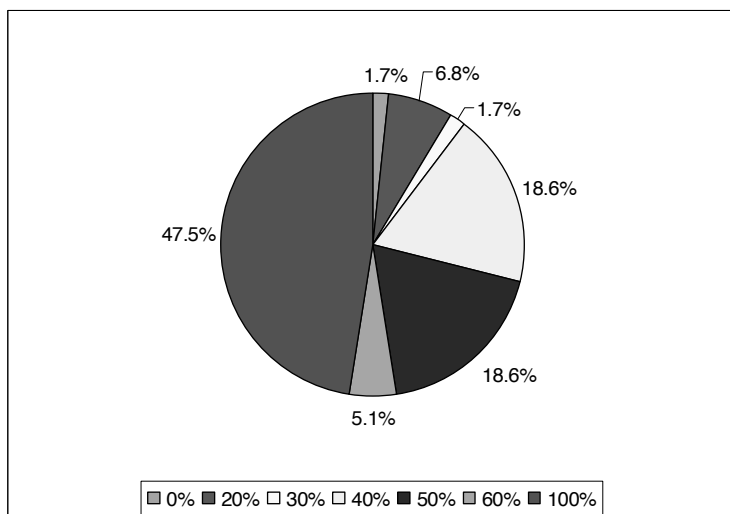
נספח 4

התפלגויות נתוני CME בארה"ב

גרף 1: התפלגות המדינות בארה"ב לפי מחזור השנים הנדרש לרישוי מחדש ברפואה



גרף 2: התפלגות המדינות המחייבות CME בארה"ב לפי אחוז שעות החובה הנדרשות ברפואה



נספח 5

רישוי מחדש ושעות CME נדרשות באירופה

(Rowe & Garcia-Barbro, 2005)

מדינה	מחזור רישוי מחדש (שנים)	דרישה ל-CME
אלבניה	2	
אזרבייג'אן	3	
בולגריה		X
קרואטיה	6	
צ'כיה	5	
צרפת		
גרמניה	5	X
גרמניה		X
הונגריה	5	
קזחסטן		X
קירגיסטאן	3-2	
לטביה	5	
ליטא	5	
הולנד	5	
נורבגיה	מעל 75	
פולין	5 שנים של הפסקת עבודה	
רומניה	5 שנים של הפסקת עבודה	
רוסיה	5	
סלובקיה	4 מעל גיל 70	
סלובניה	7	
שווייץ	מעל גיל 70	X
אנגליה	5	X

נספח 6

דוגמאות לדרישות ספציפיות לרישוי מחדש בהתמחויות שונות

רפואה פנימית - ארה"ב (Dale, 2007):

- ◆ הרישיון תקף ל-10 שנים.
- ◆ הרופאים נדרשים להשתתף בלימודי המשך, המוכרים ע"י ארגון הרופאים הפנימאים.
- ◆ תוכניות אלו כוללות שעות לימוד, הערכה עצמית, ובחינת בטיחות אחת למחזור חידוש הרישיון.

כיורוגיה - ארה"ב (Rhodes & Biester, 2007):

- ◆ הרישיון תקף במשך 10 שנים, כולל שלושה מחזורים של הערכת ביצוע.
- ◆ הדרישה היא ל-50 שעות לימוד בשנה.
- ◆ דרישות לשימור 4 היכולות הנדרשות.

דרישות הכיורוגיה לגבי היכולות הנדרשות בארה"ב

דרישות ההתמחות	כישורים
◆ רישיון בעל תוקף ◆ מכתב ממנהל הארגון/התחום במקום העבודה	1. הוכחה של סטנדרטים מקצועיים
◆ 50 שעות לימוד (מחולק לפי תחומים) ◆ הערכה עצמית כל שנה שלישית	2. מחויבות ללמידה לאורך החיים והערכה עצמית
◆ עמידה במבחן של בטיחות אחת ל-10 שנים	3. הוכחות למומחיות קוגניטיביות
◆ השתתפות במחקר לגבי תוצאים או בתוכנית הערכה - אחת לשלוש שנים.	4. הערכה של ביצוע בפועל

נספח - רשימת המשתתפים בכנס וכתובותיהם

ש. משפחה	ש. פרטי	מקום עבודה	e-mail
1	אבירם	אליק	המכון הלאומי aviram@israelhpr.health.gov.il
2	אבישי	חווה	המועצה להשכלה גבוהה hava@che.org.il
3	אבן	יואב	חדשות ערוץ 2 yoave@ch2news.tv
4	אבן	דן	עתון מעריב daneven@maariv.co.il
5	אברהמי	מגיד	שירותי בריאות כללית magidav@clalit.org.il
6	אהרונסון	זאב	קופת חולים מאוחדת ahronson@meuhedet.co.il
7	אורן	מאיר	המרכז הרפואי הלל יפה חדרה oren@hy.health.gov.il
8	אידלמן	ליאוניד	הסתדרות רפואית בישראל leidelman@clalit.org.il
9	אלבגלי	מזל	משרד הבריאות mazala@moh.health.gov.il
10	אלחיאני	אשר	מרכז רפואי מאיר elasher@clalit.org.il
11	אפשטיין	ליאון	בית החולים הדסה leon@hadassah.org.il
12	בוקר פארן	לימור	מכבי שירותי בריאות limorb@mac.org.il
13	בורד	אנה	גלי צה"ל annab.glz@gmail.com
14	בורו	מלכה	הסתדרות הרפואית בישראל malkeb@ima.org.il
15	בירנבאום	יאיר	בית החולים הדסה עין כרם ybirnbaum@hadassah.org.il
16	בירקנפלד	שלמה	שירותי בריאות כללית shlomobi@clalit.org.il
17	בלונדהיים	אורנה	מרכז רפואי העמק עפולה blondheim_o@clalit.org.il
18	בלשר	יורם	הסתדרות רפואית בישראל yochi@ima.org.il
19	בן נון	גבי	משרד הבריאות gabibinnun@gmail.com
20	בן ששון	עדה	שירותי בריאות כללית ada_b@clalit.org.il
21	בנור	דן	אוניברסיטת בן גוריון benor@bgu.ac.il
22	בר ניר	נועז	שירותי בריאות כללית noazb@clalit.org.il
23	בר סימן-טוב	משה	משרד האוצר barmoshe@mof.gov.il
24	ברהום	מסעד	בית החולים נהריה masad.barhoum@naharia.health.gov.il
25	ברלוביץ	יצחק	מרכז רפואי וולפסון berlo@wolfson.health.gov.il

jbrami@leumit.co.il	קופת חולים לאומית	ג'ון-לוק	ברמי	26
shuli@jdc.org.il	מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל	שולי	ברמלי-גרינברג	27
yzberner@clalit.org.il	מרכז רפואי מאיר	יצהל	ברנר	28
noam-ba@yediote.co.il	עתון ידיעות אחרונות	נעם	ברקן	29
bishara@nazhosp.com	בית החולים סקוטי - נצרת	בשורה	בשוראת	30
dror.guberman@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	דרור	גוברמן	31
shoshy.goldbcrg@sheba.health.gov.il	בית החולים תל השומר	שושי	גולדברג	32
goldman_d@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	דורית	גולדמן	33
gabigal@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	גבי	גל	34
itamar.grotto@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	איתמר	גרוטו	35
davidson@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אהוד	דוידסון	36
dor@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	מיכאל	דור	37
nihp@israelhpr.health.gov.il	המכון הלאומי	חיים	דורון	38
ilanits@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אלי	דפס	39
halpern_e@clalit.org.il	מרכז רפואי רבין	ערן	הלפרן	40
doritwe@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	דורית	וייס	41
charles@hadassah.org.il	בית החולים הדסה עין כרם	צ'רלס	וייסמן	42
ewirtheim@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	איתן	וירטהיים	43
lea@ima.org.il	הסתדרות רפואית בישראל	לאה	ופנר	44
dvardy@leumit.co.il	קופת חולים לאומית	דניאל	ורדי	45
yzilberstein@mof.gov.il	משרד האוצר	יאיר	זילברשטיין	46
jack@jdc.org.il	מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל	ג'ק	חביב	47
eytanh@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	איתן	חי-עם	48
anwarhl@mof.gov.il	משרד האוצר	אנואר	חילף	49
ziona.haklai@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ציונה	חקלאי	50
asaftoker@hadassah.org.il	בית החולים הדסה עין כרם	אסף	טוקר	51
naama_talmor@walla.com	וואלה	נעמה	טלמור	52
howard@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן גוריון	הווארד	טנדטר	53

yasurm@walla.com	YNET	מיטל	יסעור	54
oritya2@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אורית	יעקובסון	55
yoffe_n@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	נחמיה	יפה	56
elico@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	אלי	כהן	57
salit@salitpr.com	המכון הלאומי	סלעית	כץ-אפודי	58
noaca@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	נעה	כץ	59
mmancal@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	בעז	לב	60
amnonl@cc.huji.ac.il	שירותי בריאות כללית	אמנון	להד	61
hasia@bgv.ac.il	מרכז רפואי סורוקה	חסיה	לובצקי	62
chezy.levy@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	יחזקאל	לוי	63
osnat.luxenburg@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	אסנת	לוקסנברג	64
nickyli@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ניקי	ליברמן	65
zival@israelhpr.health.gov.il	המכון הלאומי	זיוה	ליטבק	66
ronnyl@haaretz.co.il	עתון הארץ - THE MARKER	רוני	לינדר גנץ	67
adaya@bezeqint.net	שירותי בריאות כללית	עדיה	מאירוביץ	68
vered.madmon@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ורד	מדמון קויתי	69
zivam@israelhayom.co.il	עיתון ישראל היום	זיוה	מוגרבי	70
mili_a@meuhedet.co.il	קופת חולים מאוחדת	שמואל	מועלם	71
moryosef@hadassah.org.il	המכון הלאומי	שלמה	מור יוסף	72
jacobm@ekmd.huji.ac.il	בית החולים הרצוג	יעקב	מנצ'ל	73
nuritn@jdc.org.il	מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל	נורית	נירל	74
msgur@huji.ac.il	המכון הלאומי	גור	עופר	75
yair.amikam@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	יאיר	עמיקם	76
gideshet@yedioth.co.il	עתון ידיעות אחרונות	גדעון	עשת	77
yakov.polikavits@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	יעקב	פולאקביץ	78
mfainar@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל-אביב	מנחם	פיינרו	79
dov.fast@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	דב	פסט	80
perelao@shani.net	בית החולים תל השומר	עזריאל	פרל	81
kedem_h@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	חגי	קדם	82

koreuven@mot.gov.il	משרד האוצר	ראובן	קוגן	83
kokia_e@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	אהוד	קוקיה	84
kivich_tal@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	טל	קיביץ	85
nir.kaidar@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ניר	קידר	86
kaye_r@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	רחל	קיי	87
yosike@civil-service.gov.il	נציבות שירות המדינה	יוסי	קינר	88
katzir_i@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	צחי + אירנה	קציר	89
israelara@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ישראלה	רבינא	90
sigalre@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	סיגל	רגב-רוזנברג	91
bruce@jdc.org.il	מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל	ברוך	רוזן	92
joseph_r@meuhedet.co.il	קופת חולים מאוחדת	יוסף	רוזנבלום	93
rreznik@haaretz.co.il	עיתון הארץ	רן	רזניק	94
michal.mizrahi@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	שושי	ריב"א	95
hring@post.tau.ac.il	בית החולים לוינסקי	חיים	רינג	96
ruth.raubag@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	רות	רלב"ג	97
zipisa@clalit.org.il	שירותי בריאות כללית	ציפי	שדה	98
shvarts@bgu.ac.il	אוניברסיטת בן גוריון	שפרה	שורץ	99
einav.shimron@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	עינב	שימרון	100
ashirom@post.tau.ac.il	אוניברסיטת תל אביב	אריה	שירום	101
pninas@clalit.org.il	המרכז הרפואי סורוקה	פנינה	שלפר	102
tovita@gertner.health.gov.il	מכון גרטנר	שוקי	שמר	103
anat.shemesh@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	ענת	שמש	104
amir.shanon@moh.health.gov.il	משרד הבריאות	אמיר	שנון	105
shanin@mac.org.il	מכבי שירותי בריאות	נפתלי	שני	106
michaelsh@clalit.org.il	המרכז הרפואי סורוקה	מיכאל	שרף	107
torly@hadassha.org.il	הסתדרות מדיצינית הדסה	אורלי	תורן	108

