

מגמות בהעסקת רופאים בעידן של יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי

מאת נורית ניראל וברוך רוזן*

בעשור האחרון היתה עלייה בשיעור הרופאים לאוכלוסייה. עלייה זו קשורה, בין היתר לקליטת רופאים שהגיעו לישראל בגל העלייה האחרון מברית־המועצות לשעבר. אולם, ממדיה של עלייה זו מפתיעים, לנוכח המספר הגבוה של רופאים שהיו בישראל טרם גל העלייה, לאור האומדן הנמוך של מספר המקומות הפנויים בשוק ולנוכח העלייה התלולה בשכר הרופאים בשנים 1990–1995, כל זאת בתקופה של לחצי תקציב הקשורים לחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. המחקר, המתבסס על ניתוח משני של נתונים ממאגרי מידע קיימים לשנים 1990–2000 ועל ראיונות עם אנשי מפתח במערכת הבריאות, מספק תמונה מקיפה של המגמות בהעסקת רופאים על־פני זמן ובוחר את השינויים שהתרחשו במגמות אלה. הכוונה היתה להבין את מגמות השינוי, ואת הסיבות לשינויים שהתחוללו בהעסקת כוח אדם (במונחים של מי, מתי, היכן וביאזה אופן נקלט כוח אדם זה בעבודה) ולספק מידע שיוכל לעזור בתכנון מדיניות כוח האדם בתחום הבריאות.

מבוא

כוח אדם הוא אחת התשומות העיקריות במערכת הבריאות. בעשור האחרון היתה עלייה גדולה בהיקף העסקת רופאים, והיחס של רופאים מועסקים לאוכלוסייה עמד בשנת 1999 על 3.9 רופאים מועסקים לאלף נפש, לעומת 2.8 בשנת 1994, לפני החלת חוק ביטוח בריאות, ו־2.4 בשנת 1989, לפני גל העלייה מברית־המועצות לשעבר (חושב על סמך נתוני סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנים 1990–1995).

ניתן לשער, שעלייה זו בהיקף כוח האדם הרפואי קשורה לגל העלייה האחרון

* ג'ינט־מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים.
המחקר מומן בסיוע מענק מחקר מן המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

מברית-המועצות לשעבר. בגל העלייה בלט מספרם הגבוה של בעלי מקצועות מתחום הבריאות. למשל, בין השנים 1989–1995 הגיעו לישראל 14,800 עולים שעבדו כרופאים לפני עלייתם, מרביתם מברית-המועצות לשעבר. חלק נכבד מהם (11,280) פנו למשרד הבריאות בבקשה לקבלת רישיון לעסוק ברפואה בישראל (משרד הבריאות, 1996). עולים אלה היו מועמדים להצטרף ל-11,575 הרופאים שהיו מועסקים בישראל בסוף שנת 1989, לפני תחילת גל העלייה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1990). לפי נתוני משרד הבריאות (2001), עד סוף שנת 2000 קיבלו למעלה מ-9,500 עולים רישיון לעסוק ברפואה. שיעור גבוה מהם נקלטו בעבודה כרופאים, חלקם בעבודה בקהילה וחלקם במוסדות האשפוז (נוה וניראל, 1995; ניראל, 2000; Bernstein & Shuval, 1995).

אולם, הקליטה הנרחבת במקצוע, והעלייה בשיעור הרופאים המועסקים, לא היו צפויות ואף לא מתוכננות. בנוגע לרופאים רווחה הדעה, שבשל היחס הגבוה של רופאים לאוכלוסייה, עוד לפני גל העלייה, לא תהיה אפשרות לקלוט את רובם במקצועם. לא רק זאת, אלא שאומדן מספר המקומות הפנויים לקליטת רופאים עולים בשנים 1995–1998, לפי ממצאי עבודה שבחנה זאת, היה רק כאלף רופאים (דורון, רוזן וניראל, 1994).

ממדי העלייה בשיעור הרופאים המועסקים מעוררים שאלה גם לנוכח הסכמי השכר שהעניקו לרופאים תוספות שכר גדולות. בשנים 1990–1995 גדל שכרם הממוצע הריאלי של הרופאים הוותיקים ב-65 אחוזים בערך, ושל כלל הרופאים ב-50 אחוזים (זוסמן וזכאי, 1997). עלייה תלולה זו בשכר הרופאים היתה עשויה להוביל למגמה של צמצום במספר הרופאים המועסקים, אך לא כך קרה.

העלייה במספר הרופאים המועסקים מעוררת שאלה גם לנוכח הלחץ התקציבי שהיה כרוך ביישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי. החוק קבע מסגרת תקציב קשיחה לקופות-החולים שעליהן לעמוד בה כמעט ללא יכולת להגדילה. על-מנת לעמוד בתקציב שנקבע, דרש משרד האוצר מן הקופות לנקוט צעדי התייעלות והפחתת עלויות במסגרת הסכמי ההבראה שנערכו אתן. אופן יישום העברת הכספים לקופות, המחלוקת על עדכון עלות סל הבריאות, הגירעונות שהמערכת נתונה בהם והסכמי ההבראה של הקופות עם משרד האוצר, יצרו לחץ על קופות-החולים להתייעל תוך-כדי תחרות על מתן שירותים. לא רק זאת, אלא הלחצים הפיננסיים על הקופות, במיוחד במהלך השלבים המאוחרים יותר של ביצוע החוק, הובילו אותן לקיים מעקב צמוד אחר הוצאות בגין אשפוז מבוטחיהן. יותר מכך, מאחר שקופות-החולים צברו גירעונות, הן החלו לדחות את תשלומיהן לבתי-החולים עבור מבוטחיהן אשר אושפזו בהם. בדרך זו, הלחץ הכספי על קופות-החולים הביא בסופו של דבר ללחצים פיננסיים ולגירעונות כספיים גם בבתי-החולים. אפשר היה לצפות לכך, שתנאים אלה

יובילו את ארגוני הבריאות (הקופות ובתי-החולים) דווקא לחסוך ולצמצם הוצאות ולא להרחיבן באמצעות גיוס כוח אדם. ייתכן שהמגמה להתרחבות קשורה, בין השאר, למאמצים שנקטו קופות-החולים להעלאת רמת השירות והיקפו בשל התחרות על לקוחות. לנוכח האמור לעיל, לא היה קיים מענה ברור לשאלה כמה רופאים אכן נקלטו במערכת, היכן, ובאיזה אופן. היו שטענו, שבעקבות חוקי ההסדרים בשנים 1997 ואילך (אשר הטילו פיקוח רב יותר של הממשלה על תהליכי הניהול וקבלת ההחלטות בקופות, והגבילו את ההתרחבות ואת כפל השירותים של הקופות, במטרה להשיג ריסון בהוצאותיהן), היה שינוי במדיניות הקופות ואף במדיניות בתי-החולים: ממצב של תחרות על לקוחות והתרחבות, עברה מערכת הבריאות לצמצום עלויות וריסון הוצאות. לתפנית זו היו עשויות להיות השלכות גם על הביקוש לכוח אדם בתחום הבריאות.

מחקר זה מנסה לענות על השאלות שהוצגו לעיל ולספק תמונה מקיפה על המגמות בהעסקת רופאים על-פני זמן בתקופה של יישום החוק ושל קליטה נרחבת של כוח אדם במערכת הבריאות.

מטרות המחקר

לאור ההרחבה שהיתה בהעסקת רופאים ביקש המחקר לגלות היכן היתה ההתרחבות בהעסקה, לבדוק כיצד נקלט כוח העבודה הזה וגם לעיין בהסברים אפשריים לשינויים שהיו בהעסקת רופאים. מטרות המחקר המפורטות הן:

1. לבחון את מגמות השינוי ביחס של רופאים לאוכלוסייה במשך תקופת יישום החוק.
2. לבחון את מגמות השינוי בהרכב הפנימי של כוח העבודה הרפואי (גיל, אחוז הנשים לעומת אחוז הגברים, עולים לעומת ותיקים, חלוקה גיאוגרפית וכו'), כמו גם בהיקף ההתמחות לפי סוגי התמחויות.
3. לבחון התרחבות מול ריסון וצמצום בכוח העבודה בשלבים שונים של יישום החוק.
4. לבחון את השינויים שנמצאו לאור חוק ביטוח בריאות ותמריצים שניתנו בו.

המסגרת המושגית

בחינת מגמות ההעסקה של כוח אדם בתחום הבריאות בעידן של יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי, של קליטה נרחבת של עולים בעלי מקצועות רפואיים, נוגעת

לאופן שבו השוק התאים את עצמו כדי להשיג שיווי משקל בין היצע כוח האדם הרפואי ובין הביקוש לו בתקופה הנדונה. מחקרים מראים, שעל־מנת למנוע חוסר שיווי משקל, כאשר היצע כוח האדם עולה על הביקוש, השוק עשוי לבצע שורה של התאמות, כגון הפחתת שעות העבודה של רופא לשבוע, החלפת כוח אדם יקר בכוח אדם זול יותר, הפחתת היחס שבין רופאים לאוכלוסייה, ומעבר רופאים לתעסוקה שאינה עיסוק ברפואה (Reinhardt, 1991; Schroeder, 1994; O'Neil & Riley, 1996). הארכת תקופת ההתמחות היא דרך נוספת לשמירת רופאים מחוץ לכוח העבודה הרפואי הרגיל, כפי שהראה הניסיון בישראל (Anderson & Antebi, 1991). היצע כוח האדם הרפואי מושפע גם מן העובדה, שיותר ויותר נשים נכנסות למקצוע הרפואה, ויש עדות לכך שהן עובדות פחות שעות לשבוע מגברים ורואות פחות חולים ליום (Reinhardt, 1991). אופציה נוספת של התאמת השוק היא חלוקה שוויונית יותר של כוח האדם הרפואי. נמצא, שגם במצב של עודף רופאים עשוי להיות מחסור ברופאים באזורים גיאוגרפיים, במקצועות התמחות רפואיים, או במוסדות רפואיים אחדים. בנסיבות אלה רופאים מהגרים נקלטים בשוק העבודה בשל תרומתם למילוי הפער במקומות אלה (Mick, 1993; Baer et al., 1998), ובכך הם תורמים לחלוקה שוויונית יותר של כוח האדם הרפואי. אולם, ממחקרים עלה גם, שרופאים מהגרים מצטרפים לשוק העבודה לפי אותם דפוסים אשר לפיהם מצטרפים אליו בוגרי בתי־ספר מקומיים לרפואה, והעסקתם מנציחה ומחדדת מגמות קיימות בכוח האדם הרפואי (Politzer et al., 1998).

השוק יכול להתאים את עצמו גם באמצעות הגדלה או הקטנה של הביקוש לכוח אדם בבריאות. יש לזכור, שהביקוש לרופאים נגזר במידה רבה מן הביקוש לשירותים רפואיים, ביקוש שעשוי לעלות עקב הזדקנות האוכלוסייה, ופיתוח טכנולוגיות חדשות המאפשרות לטפל במקרים מסובכים יותר בקרב אוכלוסייה שמשך חייה הולך ומתארך (Schwartz et al., 1988; Schwartz & Mendelson, 1990). בנוסף לכך, הביקוש מושפע מהישענות בתי־החולים על משרות של מתמחים (Mullen et al., 1995), וגם משינויי חקיקה המחייבים הספקת שירותים חדשים. למשל, עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי חויבו קופות־החולים בישראל לספק "שירותי לילה" של רופאים. במסגרת זו הועסקו רופאים עולים מברית־המועצות לשעבר (ניראל, 2000). כמו־כן צריך לזכור, שאופי הביקוש לרופאים עשוי להשתנות, כפי שנמצא בארצות־הברית, שם היתה ירידה בביקוש למומחים, אשר לוותה בעלייה בביקוש לרופאים ראשוניים (Seifer et al., 1996). יותר מכך, הביקוש לכוח אדם רפואי מושפע גם מעלויות התשומות. כאשר ארגוני בריאות שהיו בעבר ארגונים ציבוריים הפכו להיות "Trusts" – כפי שקרה בבריטניה – הם הורשו לקבוע את רמת השכר ואת תנאי העבודה. אם שכרם של הרופאים הוא גבוה, ההנהלה עשויה לחפש תחליפים זולים יותר, ולבחון האם ניתן

להעביר מטלות שאותן מבצעים בדרך-כלל רופאים לידי אנשי מקצוע אחרים בבריאות על-מנת להפחית את עלויות כוח האדם (Maynard & Walker, 1995). ולהפך, אם עלות שכרם של הרופאים נמוכה, למשל עקב היצע גבוה, רופאים עשויים להיות תחליף חסכוני ויעיל לאחיות, כפי שציינו אנדרסון וענתבי (Anderson & Antebi, 1991) לגבי ישראל (במהלך שנות ה-80), ולגבי מדינות מזרח אירופה. כמו-כן, נטייתם של ספקי שירות כמו קופות-חולים להוריד את הביקוש לכוח אדם רפואי בגלל רצונם להקטין עלויות ולעמוד בתחרות (Weiner, 1993), עשויה לתרום אף היא לחוסר שיווי משקל הנובע מעודף רופאים. באותה מידה, השאיפה לחסוך בהוצאות ולצמצם תקציבים בשוק הבריאות הציבורי עשויה לגרום להורדת הביקוש לכוח אדם רפואי, ולהביא לאבטלה של רופאים – כפי שקרה בכמה מדינות בסקנדינביה בשנות ה-90 (Riska, 1995).

האופן שבו שוק הבריאות מתאים את עצמו, הן מצד ההיצע והן מצד הביקוש, קובע במידה רבה את המידה שבה יושג שיווי המשקל המבוקש. בחינת מגמות ההעסקה של כוח אדם בתחום הבריאות נוגעת לאופן שבו השוק הגיב על שינויים אלה. המודל המהווה בסיס לבחינת המגמות בכוח אדם רפואי במחקר זה מניח, ששינויים במספר הרופאים המועסקים מושפעים משינויים בצד ההיצע ומשינויים בצד הביקוש, משינויים במדיניות הממשלה ומשינויים מוסדיים או מבניים אחרים. במודל המוצג להלן מנינו את המרכיבים השונים המשפיעים על השוק של שירותי רופאים בישראל (ראו לוח מס' 1). ממודל זה נגזרו גם השערות המחקר.

השערות המחקר

1. המגמה של התרחבות בהעסקת רופאים מאפיינת את השנים הראשונות של יישום החוק וקליטת גל העלייה, אולם, מאוחר יותר (בעיקר משנת 1998 ואילך), נעצרה מגמה זו ויש תהליך של צמצום.
2. הקליטה הנרחבת של רופאים היתה תהליך כלכלי שבו הוחלף כוח אדם יקר בכוח אדם זול: את מקומם של רופאים בעלי ותק ומבוגרים בגיל תפסו, במספר גדול יותר, רופאים חסרי ותק ואף צעירים יותר.
3. הגידול בתעסוקת ברופאים בפריפריה תרם תרומה רבה לגידול בסך כל התעסוקה, שכן, עיקר התרחבות העסקת רופאים היתה באזורי הפריפריה, שבהם היה מחסור בכוח אדם רפואי.

לוח מס' 1. מרכיבים במודל השוק של שירותי רופאים בישראל

מצד הביקוש	מצד ההיצע
1. היקף שירותי הבריאות במגזר הציבורי	1. מספר הרופאים בעלי רישיון
א. המימון לפי החוק	א. סיימו בישראל
ב. תוספת שירותים לפי החוק	ב. עולים
ג. שינויים דמוגרפיים באוכלוסייה	ג. כניסת נשים למקצוע
ד. שינויים טכנולוגיים	ד. פרישה, מוות
ה. הסדרים של שר"פ ועבודה בתאגידי בריאות	2. רמת השכר של הרופאים
2. היקף שירותי הבריאות במגזר הפרטי	3. הזדמנות לעבוד במקצועות אחרים
א. הכנסה של משקי הבית	4. הזדמנות לעבוד כרופא בחו"ל
ב. תפיסת רמת השירות הציבורי	5. הערך המיוחס לזמן פנוי
ג. שינויים דמוגרפיים באוכלוסייה	
ד. התפתחות של ביטוחים משלימים ומסחריים	
3. היקף מוצרים ושירותים אחרים המעסיקים רופאים	
א. שיווק ופיתוח תרופות	
ב. מחקר רפואי	
ג. חינוך רפואי	
4. רמת השכר של רופאים	
5. היצע של תחליפים לשירותי רופאים	
א. אחיות	
ב. אוטומציה, טכנולוגיה	
6. תמריצים ממשלתיים להעסקת רופאים עולים	

התערבות ממשלתית וגורמים מוסדיים אחרים

1. משא-ומתן על שכר
2. דרישות להכרה בתוכניות הכשרה
3. תקני כוח-אדם לפי הסכמים או תקנות

שיטת המחקר וכלי המחקר

המחקר הוא מחקר תיאורי אשר עושה שימוש משני במאגרי מידע קיימים לצורך ניתוח הנתונים על המגמות בכוח אדם רפואי בשנים של יישום החוק. מערך המחקר כולל: (1) ראיונות שנערכו עם אנשי מפתח במערכת הבריאות לשם השגת תובנה על התהליכים שהשפיעו על מגמות השינוי בכוח אדם בבריאות; (2) ניתוח משני של נתונים שהופקו ממאגרי המידע האלה: סקרי כוח אדם שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנים 1990–1999, נתוני רופאים המועסקים מטעם המדינה לשנים 1993–2000, תאגידי בריאות בבת-יחולים ממשלתיים בשנת 2000, תורנויות חוץ בבת-יחולים ממשלתיים בשנת 2000, נתונים על עובדים המועסקים באמצעות האגודה לבריאות הציבור מחודש מאי 2001, נתוני כוח אדם רפואי בקופות החולים

בשנים 1995–2000, ונתוני המועצה המדעית בהסתדרות הרפואית לישראל על מספר המתמחים לפי סוג התמחות בשנים 1988–2001.

ניתוח הנתונים נעשה לפי תקופות: לפני יישום חוק ביטוח בריאות ממלכתי (השנים שלפני 1995), השנים הראשונות ליישום (1995–1997), והשנים שמאז 1998 ואילך, שנים שבהן, בעקבות חוקי ההסדרים, היו שינויים מרחיקי לכת בחוק, אשר הטילו פיקוח רב יותר מצד הממשלה על תהליכי הניהול וקבלת ההחלטות בקופות, והגבילו התרחבות וכפל שירותים של הקופות, במטרה להשיג ריסון בהוצאותיהן. שינויים אלה היה בהם כדי להשפיע גם על המדיניות של העסקת כוח אדם.

מגבלות המחקר

לניתוח משני של נתונים יש מספר מגבלות. העיקרית בהן היא השימוש בכלי מחקר שנבנו עבור מחקרים אחרים בהתאם למטרות שנוסחו עבור כל מחקר, ולמשתנים שנבדקו בהם. עובדה זו עשויה להקשות על ניתוח משתנים הקשורים להשפעת החוק על מגמות בכוח אדם שלא נכללו במחקרים אלה. הפתרון שנקטנו על-מנת לעקוף מגבלה זו היה שימוש במאגרי מידע שמשלימים זה את זה מבחינת הנתונים הכלולים בהם. יתר על כן, מחקרים אחרים שהתמודדו עם הבעיות המתודולוגיות שעולות בניתוח משני של בסיסי נתונים, הצביעו על הצורך להתמודד עם בעיות סטטיסטיות הנובעות מהטיות שעלולות לקרות עקב שימוש במדגמים קטנים מדי, או משימוש בלוחות קיימים (Rao & Thomas, 1988), כמו גם משימוש משני בקבצים המכילים משתנים המבוססים על הסכום המשוקלל של המאפיינים של אלמנטים יחידים (O'Brien aggregate level variables, 1991). כל אלה הן בעיות שעשויות לפגום במהימנות המדדים שבהם משתמשים. בשל הקושי הטמון בניתוח משני של קבצים הקשור בשוני בהגדרות המשתנים הנבדקים במאגרי המידע השונים (Kelle & Prein, 1995), כמו גם השוני בסוגי המשתנים שבנמצא במאגרים שבידינו, ניתוח הנתונים נעשה בנפרד לכל בסיס נתונים.

גם לקובצי הנתונים עצמם יש מגבלות. למשל, בסקרי כוח אדם המדגמים השנתיים הם קטנים. לפיכך, מספר הנדגמים מדי שנה הוא קטן יחסית למספר המועסקים ככוח אדם רפואי וסיעודי. טעויות הדגימה (לאומדני אחוזים, לאומדני שכחיות, לאומדני שעות עבודה לשבוע ולמוצע שעות עבודה בשבוע) שאפשר לחשבן על-פי מה שפורט בפרסומי סקרי כוח אדם, עלולות להיות גדולות. כמו-כן, כפי שנאמר בפרסומים של סקרי כוח אדם, עשויות להיות בסקר טעויות לא מדגמיות, כגון אלה הנובעות מאי-היענות, מטעויות בתשובות ומטעויות בשלבי העיבוד. על-מנת להקטין את ההסתברות

של טעויות מן הסיבות המפורטות לעיל ולהרחיב את מספר הנדגמים, הוצגו גם נתונים על ממוצעים של קבוצות שנים, ולא רק נתונים של שנים בודדות.

שיטות סטטיסטיות

הניתוח הסטטיסטי העיקרי הוא ניתוח כמותי הכולל לוחות צולבים לתיאור המגמות המשתנות. לצורך בדיקת מובהקות השינוי בין תקופות ביחס רופאים/אחיות לאוכלוסייה השתמשנו במבחן הפרש הפרופורציות. השיטה יוצרת סטטיסטי Z (ממוצע 0 וסטיית תקן 1) לפי הנוסחה הבאה.

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{(p_1 * (1 - p_1) / n_1) + (p_2 * (1 - p_2) / n_2)}}$$

כאשר: p_1 – יחס של הרופאים מכלל המדגם בתקופה א'

p_2 – יחס של הרופאים מכלל המדגם בתקופה ב'

n_1 – מספר הרופאים במדגם מתקופה א'

n_2 – מספר הרופאים במדגם מתקופה ב'

לפי שיטה זו חישבנו את ההפרש בין היחס של הרופאים לאוכלוסייה בתקופה אחת ובין היחס של הרופאים לאוכלוסייה בתקופה שנייה, וחילקנו אותו בשורש ריבועי של סכומי היחס של הרופאים בשתי התקופות, מחולק במספר הרופאים בכל תקופה. הערך שהתקבל מנוסחה זו אפשר לנו לקבוע ברמת ביטחון של 95 אחוזים ויותר האם יש הבדל מובהק בין התקופות.

לצורך בדיקת מובהקות השינוי בממוצע שעות עבודה בין תקופות השתמשנו ב־t-test לזוגות בלתי מזווגים.

ממצאים

1. מגמות השינוי בהיקף העסקת רופאים

המגמה הבולטת לעין בבחינת היקף ההעסקה של רופאים בשנים 1990–1999 היא העלייה במספר הרופאים ובשיעורם לאוכלוסייה. מספר הרופאים המועסקים עלה מ־12,143 רופאים בשנת 1990 ל־23,646 בשנת 1999. עלייה זו היא גם ביחס לגידול באוכלוסייה, כאשר שיעור הרופאים המועסקים לאוכלוסייה עלה מ־2.52 רופאים מועסקים לאלף נפש בשנת 1990, ל־3.81 בשנת 1999.

בחנו את מגמות השינוי ביחס רופאים לאוכלוסייה בקהילה, לעומת מגמות השינוי ביחס זה בקרב רופאי בתי־החולים. בעוד ששיעור רופאים לנפש בקהילה מציג את תשומות כוח האדם הרפואי ברפואה הראשונית והשניונית (רפואה אמבולטורית), שיעור הרופאים לנפש בבתי־החולים, כמו גם יחס רופאי בתי־חולים למיטה, מציגים את השינוי בתשומות כוח האדם הרפואי באשפוז, כלומר בעיקר ברפואה השלישונית.¹ מלוח מס' 2, שבו מוצג שיעור הרופאים המועסקים לאוכלוסייה לפי קבוצות של שנים, עולה, ששיעור העלייה ביחס רופאים לאוכלוסייה, בתקופה ג' (השנים 1998–1999) לעומת תקופה א' (השנים 1990–1994), היה 39 אחוזים. העלייה היתה הן בשיעור הרופאים בקהילה לאוכלוסייה, והן בשיעור רופאי בתי־החולים לאוכלוסייה.

לוח מס' 2. רופאי בתי־חולים למיטות, והשינוי בין תקופות (קבוצות שנים ובאחוזים)

שיעור רופאי בתי־חולים למיטה***	שיעור רופאי בתי־חולים לאלף נפש	שיעור רופאים בקהילה לאלף נפש	שיעור רופאים לאלף נפש	תקופה (קבוצות שנים)
0.27	1.6	0.9	2.7	1994–1990 (א')
0.34	2.2	1.2	3.5	1997–1995 (ב')
0.35	2.1	1.5	3.7	1999–1998 (ג')
שיעור השינוי בין תקופות (באחוזים)				
35	**33	**35	**33	תקופה ב' לעומת תקופה א'
-3	-2	*17	5	תקופה ג' לעומת תקופה ב'
31	**31	**58	**39	שיעור השינוי – תקופה ג' לעומת תקופה א'

* p<0.05
 ** p<0.01 לפי z-test.
 *** מובהקות ההבדלים בין השנים ביחס זה לא נבדקה מאחר שנתוני מספר המיטות בבתי־החולים אינם נכללים בנתוני המדגם.
 מקור: עיבודים מתוך קובצי הנתונים של סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנים המצוינות בלוח.

1. עבודה בקהילה הוגדרה כעבודה ככל הנכלל בענף מרפאות ומכוני רפואה, לפי החלוקה לענף כלכלי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה: מרפאות ציבוריות של הקופות ומרפאות החוץ של בתי־החולים, שירותי עזרה ראשונה (כולל מגן דוד אדום), רופאים פרטיים, מכוני רפואה פרטיים, לשכות בריאות ותחנות לבריאות המשפחה, תחנות למניעת מחלות ומרפאות ומכוני רפואה אחרים. עבודה בבתי־חולים הוגדרה לפי כל הנכלל בענף בתי־חולים: בתי־חולים כלליים, בתי־חולים לחולי נפש ובתי־חולים לחולים כרוניים ולשיקומם (כולל בתי אבות לתשושי נפש ולסיעודיים, ומחלקות גריאטריות בבתי אבות ובבתי־חולים).

במספרים אבסולוטיים, הגידול במספר הרופאים באשפוז ובקהילה היה דומה. יחד עם זאת, עיקר השינוי נבע מעליית היחס רופאים לאוכלוסייה בקהילה, שם שיעור השינוי הממוצע בין תקופה א' לתקופה ג' היה 58 אחוזים לעומת 31 אחוזים בבתי-החולים. ניתן ללמוד מכך, שעיקר קליטת הרופאים שנוספו למערכת בתקופה זו (תוספת שמקורה בעיקר ברופאים שהגיעו בגל העלייה ממדינות ברית-המועצות לשעבר) היה במסגרות השונות המעניקות טיפול רפואי בקהילה. יצוין, שמרבית הרופאים בישראל עובדים במסגרות האשפוז השונות, אולם, אם שיעור הרופאים המועסקים בקהילה עמד על 30 אחוזים בערך מסך כל הרופאים בשנים 1990–1994, אזי בשנים שלאחר מכן עלה שיעור זה והגיע עד ל-40 אחוזים בשנת 1999. עוד עולה מלוח מס' 2, שהשינוי בשיעור הרופאים לנפש בבתי-החולים, ובשיעור רופאי בתי-החולים למיטה, דומה מאוד בין התקופות.

העלייה בשיעור הרופאים לאוכלוסייה ובשיעור רופאי בתי-החולים למיטה היתה בעיקרה בשנים הראשונות ליישום החוק, בשנים 1995–1997, בהשוואה לשנים הקודמות. כך, למשל, בעוד שבין תקופה א' (1990–1994), לתקופה ב' (1995–1997), היתה עלייה של 35 אחוזים בשיעור הרופאים בקהילה לאוכלוסייה, ושל 33 אחוזים בשיעור הרופאים בבתי-החולים לאוכלוסייה, בתקופה ג' (1998–1999) שיעור העלייה בקהילה (בהשוואה לתקופה קודמת), היה 17 אחוזים, ואילו בבתי-החולים היתה ירידה של 2 אחוזים, בהשוואה לתקופה הקודמת. כמו-כן, בעוד שבין תקופת השנים 1994–1990 לתקופת השנים 1995–1997 היתה עלייה של 35 אחוזים בשיעור של רופאי בתי-החולים למיטה, בשנים 1998–1999 ירד השיעור של רופאי בתי-החולים למיטה ב-3 אחוזים לעומת התקופה שקדמה להן.

בחינת היחס רופאים לאוכלוסייה אינה מציגה את השיירות "האמיתית" המסופק לחולים, קרי, את היקף השעות שהרופאים מקדישים להם. משום כך השוינו בין קבוצות השנים גם בהיבט זה של תשומות ביחס לגודל האוכלוסייה – ממוצע שעות העבודה של רופא לשבוע² ושיעור סך כל שעות העבודה של רופאים לאלף נפש לשבוע. כלומר, סך כל השעות שכל הרופאים דיווחו עליהן לשבוע ביחס לאוכלוסייה.

מלוח מס' 3 אנו למדים, שהיתה ירידה קלה במספר השעות הממוצע שרופאים עבדו בשבוע, מ-47 שעות בתקופה א' (1990–1994), ל-45 שעות בערך בממוצע לשבוע בתקופה ב' (1998–1999). הירידה במספר שעות העבודה לשבוע היתה בעיקר

2. שעות העבודה שהרופא מדווח עליהן בסקרי כוח אדם מתייחסות לסך כל השעות שהוא עבד במשך השבוע, לא רק במקום עבודתו. למשל: כאשר מדובר בממוצע שעות עבודה לשבוע של רופא בבית-חולים, או, לחלופין, בסך כל שעות רופא בבתי-החולים, הכוונה היא לסך כל השעות שרופאי בתי-החולים דיווחו שעבדו בשבוע, בין שעבדו בבתי-החולים בעבודתם הרגילה, בעבודה נוספת בתוך בית-החולים או בעבודה מחוץ לבית-החולים הזה. הדבר נכון בכל מקום שבו אנו מדווחים על שעות עבודה לשבוע, הן בקרב הרופאים והן בקרב כוח האדם הסייעודי.

לוח מס' 3. ממוצע שעות עבודה רופא לשבוע, ושיעור השינוי בין תקופות (קבוצות שנים)

תקופה (קבוצות שנים)	שעות עבודה של סך כל הרופאים	שעות עבודה של רופאים בקהילה	שעות עבודה של רופאים בבתי-חולים
1994–1990 (א')	47.1	36.8	53.9
1997–1995 (ב')	45.7	36.1	51.3
1999–1998 (ג')	44.5	36.6	50.3
שיעור השינוי בין תקופות (באחוזים)			
תקופה ב' לעומת תקופה א'	*-3	-2	*-5
תקופה ג' לעומת תקופה ב'	3-	1	2-
שיעור השינוי - תקופה ג' לעומת תקופה א'	** -6	0	** -7

** p<.01 לפי T-test

מקור: עיבודים מתוך קובצי הנתונים של סקרי כוח-אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנים המצוינות בלוח.

אצל רופאי בתי-החולים. כמו-כן, מלוח מס' 3 עולה, שהירידה בתקופה ג' לעומת תקופה א' היתה גדולה במקצת בקרב רופאי בתי-החולים, בערך 7 אחוזים, בעוד שבין אותן קבוצות השנים לא היתה ירידה בשעות עבודה לשבוע בקרב רופאי הקהילה. עוד ניתן ללמוד מן הלוח, שעיקר הירידה במספר שעות העבודה שרופא בית-חולים עובד בממוצע בשבוע היתה בשנים 1997–1995, בשיעור של 5 אחוזים.

מלוח מס' 4 עולה, שבמקביל לעלייה במספר הרופאים המועסקים, עלה בשנים הנבדקות גם שיעור סך כל שעות העבודה של רופא בשבוע לאלף נפש מ-125 שעות בערך בשנים 1990–1994 עד ל-164 שעות בערך בשנים 1999–1998. העלייה בשעות עבודה של רופאים לשבוע לאלף נפש היתה גבוהה יותר בשנים 1997–1995 בהשוואה לשנים הקודמות (29 אחוזים), לעומת העלייה בשנים 1999–1998 ביחס לשנים הקודמות, שהיתה רק 2 אחוזים.

עוד עולה מלוח מס' 4, שאף-על-פי ששעות העבודה של רופאים בבתי-חולים לשבוע רבות יותר, עיקר העלייה היתה דווקא בשעות עבודה של רופא בקהילה לשבוע, בייחוד בתקופה ב' (1997–1995) בהשוואה לתקופה א', ובסך הכל העלייה בין תקופה א' לתקופה ג' בקהילה עומדת על 57 אחוזים. בבתי-החולים אנו רואים, ששיעור שעות העבודה של רופא לשבוע לאלף נפש עלה בקצב נמוך יותר מאשר בקהילה, ושיעור השינוי בתקופה ג' לעומת תקופה א' הגיע ל-22 אחוזים.

לוח מס' 4. סך שעות עבודה שבועיות של רופאים לאלף נפש,*
 ושיעור השינוי בין תקופות (בקבוצות שנים ובאחוזים)

תקופה (קבוצות שנים)	שעות עבודה של רופאים לשבוע לאלף נפש	שעות עבודה של רופאים לשבוע לאלף נפש	שעות עבודה של רופאים לשבוע לאלף נפש
1994–1990 (א')	125.4	33.8	88.1
1997–1995 (ב')	161.2	44.8	111.6
1999–1998 (ג')	164.4	53.2	107.3
שיעור השינוי בין תקופות (באחוזים)			
תקופה ב' לעומת תקופה א'	29	32	27
תקופה ג' לעומת תקופה ב'	2	19	-4
שיעור השינוי - תקופה ג' לעומת תקופה א'	31	57	22

* לגבי שיעור מועט (7% בממוצע) מן הרופאים המועסקים בשנים אלו חסר מידע על שעות עבודה. אנו מניחים שבממוצע הם עבדו כמו האחרים.

הערה: בלוח זה לא חושבה מובהקות השינוי בין תקופות משום שאין משמעות להשוואת היחס "סך כל שעות עבודה של רופאים לאלף נפש" לסך כל שעות העבודה של כל העובדים במדגם לאלף נפש. מקור: עיבודים מתוך קובצי הנתונים של סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנים המצוינות בלוח.

מגמות השינוי בהעסקת רופאים בידי המדינה ובידי קופות החולים

הנתונים מסקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מציגים תמונה כללית של השינוי בתשומות כוח האדם בבריאות על סמך אומדנים מתוך מדגם. על-מנת להבין ביתר עומק היכן ובאיזה אופן היתה ההרחבה בהעסקת רופאים, בחנו נתונים מנהליים של שני מעסיקים גדולים: המדינה וקופות החולים.

1. מגמות השינוי בהעסקת רופאים בידי המדינה

את התמונה בנוגע למגמות השינוי בהעסקת רופאים במערכת האשפוז, בחנו לפי נתונים מנהליים בנוגע לרופאים אשר הועסקו מטעם המדינה בשנים 1990–2000 (בין באופן ישיר כעובדי השירות הממשלתי ובין כעובדי יחידות סמך דוגמת אלה המועסקים בבתי-החולים הממשלתיים). פלח שוק זה מעסיק בערך 24 אחוזים מכוח העבודה הרפואי בישראל, מרביתו (92 אחוזים) במסגרות האשפוז הכוללות בתי-חולים לאשפוז כללי, אשפוז פסיכיאטרי ומחלות ממושכות. יחד עם זאת יש לזכור, שהנתונים שיובאו להלן נוגעים רק למערכת האשפוז הממשלתית, ולא לבתי-החולים האחרים (הציבוריים, הפרטיים ואלה של קופות החולים).

מספר הרופאים המועסקים מטעם המדינה עלה מ-2,973 בשנת 1993 ל-3,782 בשנת 2000 (עלייה של 27 אחוזים). לעלייה זו יש ביטוי גם ביחס לגידול באוכלוסייה, אף-על-פי שהעלייה בשיעור רופאי המדינה לנפש היתה צנועה הרבה יותר. שיעור הרופאים המועסקים מטעם המדינה לאלף נפש עלה מ-0.56 רופאים לאלף נפש ב-1993 ל-0.59 בשנת 2000 (עלייה של 5.4 אחוזים). מגמת השינוי בין השנים בהעסקת עובדים נבחנה בתוך שתי תקופות: לוח מס' 5 מציג את השינוי שהתרחש במספר הרופאים המועסקים מטעם המדינה בין 1993 ל-1996 ואת השינויים שהיו במספר המועסקים באותן קבוצות בין השנים 1998 ל-2000.

לוח מס' 5. מספר רופאים המועסקים מטעם המדינה
והשינוי בהם ב-1996 לעומת 1993 וב-2000 לעומת 1998

	1996	1993	אחוז השינוי ¹	השינוי האבסולוטי ²	אחוז מהגידול הכללי ³
סה"כ	3,268	2,973	10	295	100
משרד הבריאות	69	34	103	35	12
אשפוז כללי ⁴	2,499	2,415	3	84	28
מחלות ממושכות	106	94	13	12	4
פסיכיאטריה	426	316	35	110	37
בריאות הציבור	168	114	47	54	18
	2000	1998	אחוז השינוי ¹	השינוי האבסולוטי ²	אחוז מהגידול הכללי ³
סה"כ	3,782	3,518	8	264	100
משרד הבריאות	82	65	26	17	6
אשפוז כללי ⁴	2,870	2,700	6	170	64
מחלות ממושכות	106	111	-5	-5	-2
פסיכיאטריה	513	461	11	52	20
בריאות הציבור	211	181	17	30	11

- 1 אחוז השינוי – באיזה אחוז השתנה מספר המועסקים בין שנה לשנה.
- 2 שינוי אבסולוטי – ההפרש במספרים מוחלטים בין מספר המועסקים בשתי השנים.
- 3 אחוז מהגידול – השינוי האבסולוטי במספר המועסקים בקטגוריה זו מחולק בשינוי האבסולוטי במספר כל המועסקים במקצוע.
- 4 לא כולל נתונים על עובדים בשני בתי-החולים העירוניים-ממשלתיים, סוראסקי (איכילוב) ובני ציון. מקור: נתונים ממחלקת המחשב, נציבות שירות המדינה.

מלוח מס' 5 עולה, שבין 1993 ל-1996 היתה עלייה של 10 אחוזים במספר הרופאים שהועסקו מטעם המדינה. עוד עולה מן הלוח, שבשנת 1996 היה גידול רב במספר הרופאים המועסקים בפסיכיאטריה לעומת שנת 1993. כאשר בוחנים את האחוז מן הגידול הכללי במספר הרופאים המועסקים מגלים, שקבוצה זו תרמה ל-37 אחוזים מן הגידול במספר הרופאים המועסקים מטעם המדינה בשנת 1996 לעומת שנת 1993.

במקביל היה גם גידול יחסי במספר המועסקים בבריאות הציבור ובמשרד הבריאות עצמו. אחוז השינוי במספר הרופאים המועסקים באשפוז כללי היה נמוך יחסית (3 אחוזים בלבד), אולם העלייה במספרם תרמה ל-28 אחוזים מן הגידול הכללי במספר הרופאים בשנת 1996 לעומת שנת 1993.

בין 1998 ל-2000 היתה עלייה של 8 אחוזים במספר הרופאים המועסקים מטעם המדינה. עיקר הגידול במספר הרופאים בשנת 2000 בהשוואה ל-1998 היה באשפוז כללי, קרי בבריאות החולים הכלליים שבבעלות המדינה. תוספת הרופאים בתחום זה היתה 64 אחוזים מן הגידול הכללי במספר הרופאים המועסקים בידי המדינה. לעומת זאת, ניכרה ירידה בהעסקת רופאים בבריאות החולים ובמרכזים גריאטריים ובמסגרות אחרות של מחלות ממושכות (ראו לוח מס' 5).

בחינת מגמות השינוי מעלה מגלה אפוא, שהיתה עלייה בשיעור הרופאים המועסקים בידי המדינה הן בין 1993 ל-1996 (10 אחוזים), והן בין 1998 ל-2000 (8 אחוזים). אולם, עלייה זו נמוכה משיעור העלייה בסך כל הרופאים המועסקים במוסדות האשפוז כפי שנמצא לפי נתוני סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

נשאלת השאלה, האם אנו רואים במתואר עד כה את כל התמונה? האם ההעסקה במסגרות הפורמליות מציגה את כל היקף קליטת הרופאים במגזר הממשלתי באותן השנים? בחינת הנתונים על העסקה בתאגידי בריאות, במסגרת תורנויות חוץ ובאמצעות האגודה לבריאות הציבור מרמזת על האפיקים הנוספים שעמדו בפני המעסיקים במגזר הממשלתי לקליטת עובדים נוספים.

3. העסקה בתאגידי בריאות

לאורך השנים התפתחו הסדרי העסקה נוספים שהרחיבו את אפשרויות ההעסקה במסגרות האשפוז הממשלתיות, למרות שבאופן רשמי העובדים המועסקים אצלן אינם כלולים בנתוני ההעסקה שבידי שירות המדינה. אחת מאלה היא העסקה באמצעות תאגידי בריאות (קרנות המחקר של בתי החולים). תאגיד בריאות הוא גוף משפטי ליד בתי החולים שנוצר באמצעות תקנות שהסדירו את פעולות קרנות המחקר בבריאות החולים הממשלתיים. תאגיד הבריאות מאפשר לבריאות החולים לבצע פעילות רפואית מבוקרת ובפיקוח משרד הבריאות בשעות אחר-צהריים. תאגידי הבריאות בבריאות החולים הממשלתיים מוכרים שירותים בעיקר לקופות החולים. בידינו נתונים על העסקה בתאגידי בריאות בשנת 2000 בלבד. לפיכך לא נוכל לבחון את מגמות השינוי בהעסקה במסגרות אלה, אלא רק לנסות ולראות מה ניתן ללמוד מהיקף ההעסקה בהן לפי נתוני שנה זו.

לפי נתונים שנתקבלו מנציבות שירות המדינה, בשנת 2000 הועסקו בתאגידי בריאות של בתי החולים הכלליים הממשלתיים (לא כולל את שני בתי החולים

הממשלתיים העירוניים) 737 רופאים (בהיקף של 564 משרות). רופאים אלה נוספים ל-2,870 הרופאים שהועסקו בשנה זו באשפוז כללי (בהיקף של 2,585 חלקי משרה). ההעסקה בתאגידי בריאות מאופיינת בכך, ששיעור רב מן הרופאים עובדים בהם במשרות חלקיות, בהשוואה לרופאים המועסקים בידי המדינה, אולם, מסגרת זו אפשרה לקלוט עוד מספר רב של רופאים, חלקם מתמחים וחלקם מומחים, המועסקים בתור רופאים. בנוסף לאלה המועסקים רק באמצעות תאגיד הבריאות, יש רופאים המועסקים גם בתאגידי וגם בידי המדינה, אולם מדובר במספר קטן יותר של עובדים שנכללו כבר, למעשה, במניין 2,870 הרופאים המועסקים מטעם המדינה.

4. העסקה במסגרת "תורנויות חוץ" בבתי-החולים הממשלתיים

הסדר נוסף של העסקה שלא במסגרות ההעסקה לפי תקן, או לפי חודשי עבודה (עבודה זמנית), הוא העסקה בתורנויות חוץ בבתי-החולים. נתוני נציבות שירות המדינה שבידינו על עבודה במסגרת תורנויות חוץ הם שיקוף מצב בחודש אחד בשנת 2000, ומשום כך, כמו קודם, לא נוכל לבחון את מגמות השינוי בהעסקה במסגרות אלה בבתי-החולים, אולם נוכל לנסות ולראות מה ניתן ללמוד מההיקף ההעסקה בהן לפי נתוני שנה זו. מדובר בדרך-כלל ברופאים המועסקים רק לצורך מתן תורנויות, בחדרי המיון או במחלקות בתי-החולים, והם אינם חלק מכוח האדם הקבוע בבית-החולים.

מרבית המועסקים בתור תורני חוץ הם מתמחים, שאינם מועסקים על חשבון תקציב בית-החולים (תקציב שיא כוח אדם), אלא מתקציב תאגיד הבריאות (קרן המחקרים) של בית-החולים. מכיוון שכך, אין להוסיפם למצבת כוח האדם מאחר שהם כבר כלולים במספר הרופאים המועסקים בידי תאגידי הבריאות שבחנו בסעיף הקודם. קבוצה זו מונה 537 רופאים.

קבוצה נוספת היא של רופאים העובדים בבית-חולים אחד רק בתור תורני חוץ וזהו מקום עבודתם היחיד. בשנת 2000 הועסקו בבתי-החולים הממשלתיים הכלליים (לא כולל שני בתי-החולים הממשלתיים העירוניים) 210 רופאים תורני חוץ שעבודה זו היתה מקום עבודתם היחיד, בהיקף משרה שאינו ידוע לנו, שייתכן שהוא מלא וייתכן שהוא חלקי. את הרופאים האלה יש להוסיף למספר הרופאים שהועסקו בשנה זו בבתי-החולים הממשלתיים (2,870 רופאים בהיקף של 2,585 חלקי משרה), ול-737 הרופאים שהועסקו באותה שנה בתאגידי הבריאות של בתי-החולים הממשלתיים (בהיקף של 564 משרות).

קבוצה שלישית של תורני חוץ הם אלה שעבודתם בתור תורני חוץ היתה בנוסף לעבודתם במקום אחר (בבית-חולים אחר או בקהילה). בשנת 2000 הועסקו בתורנויות חוץ 271 רופאים כאלה, שיש להם מעסיק נוסף.

עבודה בתורנויות חוץ אֶפְשֶׁרָה בשנת 2000 להעסיק רופאים בבתי־החולים מחוץ למסגרות ההעסקה הרגילות, אולם, בהיקפים קטנים הרבה יותר מאשר היקף ההעסקה באמצעות תאגידי הבריאות. ייתכן, שבראשית שנות ה־90, בעת הקליטה הראשונית של רופאים עולים, שיעור המועסקים בתורנויות חוץ היה גבוה יותר, ואפיון את הקליטה בעבודה של רופאים אלה (במקביל, שיעור הרופאים העולים המועסקים לפי תקן היה בוודאי קטן יותר). במחקר שנערך בשנת 1994 על קליטה בעבודה של רופאים עולים מברית־המועצות לשעבר עלה, שבאותה השנה 45 אחוזים מן הרופאים העולים בעלי הרישיון הכללי (המייצגים בערך 940 רופאים, לפי אומדן על סמך המדגם) היו מועסקים בבתי־החולים. כאשר בחנו זאת החוקרים מזווית אחרת עלה, שקרוב למחצית מן הרופאים העולים שעבדו בבתי־החולים היו רופאים בעלי רישיון כללי לעסוק ברפואה, כלומר הם לא היו מומחים ואף לא מתמחים (ניראל ונווה, 1997). באותה תקופה קלטו בתי־החולים רופאים רבים שלא היתה בידם תעודת מומחה ואף לא היו במסלול להתמחות, והם הועסקו, רובם ככולם, בתור תורני חוץ בעבודה חלקית במחלקות בתי־החולים ובתורנויות בתדרי המיון. במחקר מעקב שנערך אחר אותם רופאים בשנת 1998 נמצא, ששיעור בעלי הרישיון הכללי מקרב העולים אשר עבדו בבתי־החולים ירד ל־22 אחוזים. שיעור זה נמוך בהרבה משיעור הרופאים בעלי הרישיון הכללי שהיו מועסקים בבתי־החולים, רובם בתור תורני חוץ, ארבע שנים קודם לכן, בשנת 1994 (ניראל, 2000).

5. העסקה במסגרת האגודה לבריאות הציבור

אמצעי אחר להעסקת עובדים בבריאות במגזר הממשלתי היא האגודה לבריאות הציבור. אגודה זו היא מעין קבלן לביצוע פרויקטים או שירותים בתחום הבריאות, ובאמצעותה ניתן להעסיק עובדים במגזר הממשלתי שלא בדרך של העסקה לפי תקן. הנתונים שבידינו מציגים את תמונת ההעסקה באמצעות האגודה לבריאות הציבור בחודש מאי בשנת 2001. בחודש זה הועסקו במסגרת האגודה לבריאות הציבור 278 רופאים (בהיקף של 154 חלקי משרה בערך). אין בידינו נתונים האם עבודה באמצעות האגודה לבריאות הציבור היא בנוסף לעבודה במקום אחר, או שזו עבודתו היחידה של הרופא. מכל מקום, מן הנתונים אנו למדים, שמסגרת זו אֶפְשֶׁרָה לקלוט רופאים בעבודה (גם אם לא בהיקף נרחב) שלא במסגרת העסקה פורמלית בידי המדינה.

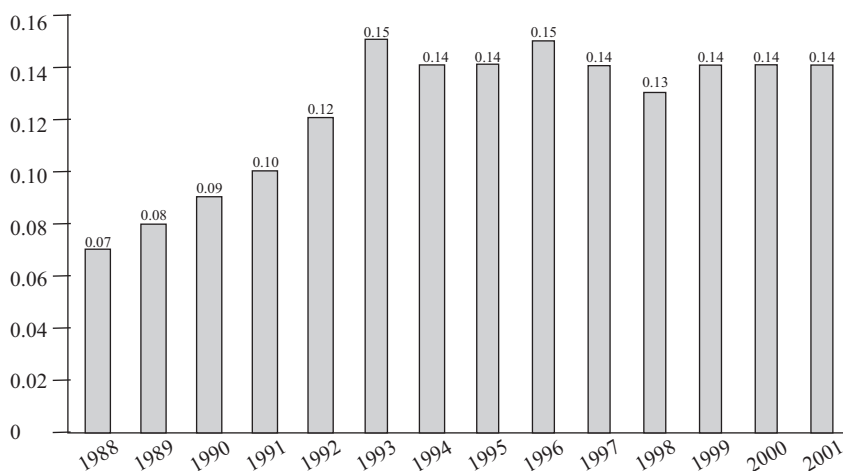
כאשר בוחנים אפוא את הנתונים על העסקת רופאים בידי המדינה לפי תקן, שיעור העלייה של רופאים מועסקים לנפש נמוך ממה שעולה משיעור זה לפי נתוני סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. אולם, כאשר מוסיפים לכך גם את המועסקים במסגרות העסקה שלא לפי תקן (בתאגידי בריאות, בתורנויות חוץ או באמצעות

האגודה לבריאות הציבור), הנתונים תואמים במידה רבה את העלייה שנמצאה בשיעור הרופאים בבתי החולים ביחס לאוכלוסייה לפי נתוני סקרי כוח אדם.

6. מגמות השינוי במספר המתמחים החדשים בשנים 1988–2001

חיזוק לנתונים הנוגעים לעלייה של רופאים מועסקים ביחס לאוכלוסייה מקבלים גם כאשר בוחנים את מגמות השינוי במספרי המתמחים לשנה. בין השנים 1988 ל-2001 עלה מספר המתמחים החדשים³ לשנה במידה רבה מאוד, מ-322 מתמחים בשנת 1988 ל-920 בשנת 2001, עלייה של 186 אחוזים. במקביל, עלה גם שיעור המתמחים החדשים לאוכלוסייה מ-0.07 מתמחים לאלף נפש בשנת 1988 ל-0.14 בשנת 2001, עלייה של 100 אחוזים (איור מס' 1).

איור מס' 1. התפלגות מספר מתמחים לאלף נפש, לפי שנים



מקור: ההסתדרות הרפואית בישראל

מבחינת מספר המתמחים לפי תחום התמחות, מספר המתמחים החדשים בשנים שנבדקו עלה במרבית תחומי ההתמחות. אולם, במספר התמחויות בולטת מאוד העלייה הגדולה במספר המתמחים בהשוואה לתחומי התמחות אחרים. נראה, שהעלייה היתה בעיקר בתחומי מומחיות שהיה בהם מחסור או תחושה של צורך בתוספת מתמחים. אמנם היתה עלייה גדולה במספר הרופאים שבחרו להתמחות ברפואה פנימית, מ-35 מתמחים חדשים לשנה ב-1988 ל-208 בשנת 2001 (עלייה של קרוב ל-500 אחוזים).

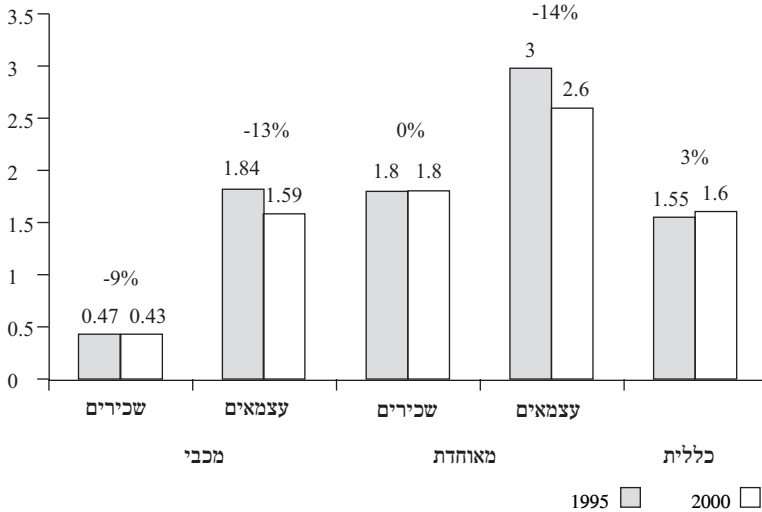
3. מספר הרופאים שפתחו פנקסי התמחות באותה שנה.

גם במספר הרופאים שבחרו להתמחות בהרדמה היתה עלייה, מ־17 מתמחים חדשים ב־1988 ל־47 בשנת 2001 (עלייה של 176 אחוזים). בנוסף לכך, היתה עלייה במספר הרופאים שבחרו להתמחות ברפואת המשפחה. בתחום התמחות זה עלה מספר המתמחים החדשים לשנה מ־21 מתמחים בשנת 1988 ל־75 בשנת 2001 (עלייה של 257 אחוזים). גם בפסיכיאטריה עלה מאוד מספר המתמחים החדשים לשנה (מ־18 מתמחים ב־1988 ל־42 בשנת 2001, עלייה של 133 אחוזים).

7. מגמות השינוי בהיקף העסקת רופאים בקופות החולים

בחינת מגמות השינוי במספר הרופאים המועסקים בקופות החולים אפשרה לבחון את מגמות השינוי בכוח אדם זה בקהילה על־פי נתונים מינהליים. על־פי נתונים משלוש מבין קופות החולים עולה, שלמרות שהיתה עלייה במספר הרופאים המועסקים בכל אחת מהן, חלוקת מספר הרופאים בכל קופה באוכלוסיית המבוטחים בה גילתה, שלא היתה כמעט עלייה בשיעור הרופאים לאלף מבוטחים בקופה (איור מס' 2).

איור מס' 2. רופאים לאלף מבוטחים בין השנים 1995–2000: שירותי בריאות כללית, קופת חולים מאוחדת, מכבי שירותי בריאות



מקור: ההסתדרות הרפואית בישראל.

מספר הרופאים העצמאיים במכבי שירותי בריאות עלה מ־1,914 בשנת 1995 ל־2,306 בשנת 2000 (עלייה של 22 אחוזים) ומספר הרופאים השכירים עלה מ־486 בשנת 1995 ל־616 בשנת 2000 (עלייה של 27 אחוזים). אולם, כשבוחנים את השינוי בין אותן שנים בשיעור הרופאים לאלף מבוטחים בקופה מגלים, שלמעשה היתה ירידה

של 13 אחוזים בערך (מ-1.84 ל-1.59) בשיעור הרופאים העצמאים לאלף מבוטחים, וירידה של 9 אחוזים (מ-0.47 ל-0.43) בשיעור הרופאים השכירים לאלף מבוטחים, בין השנים 1995 ל-2000.

בדומה לכך, מספר הרופאים העצמאיים בקופת-חולים מאוחדת עלה מ-1,447 בשנת 1995 ל-1,718 בשנת 2000 (עלייה של 19 אחוזים), ומספר הרופאים השכירים באותה קופה עלה מ-866 ל-1,178 (עלייה של 36 אחוזים). אולם, מבחינת השינוי בין אותן שנים בשיעור הרופאים לאלף מבוטחים במאוחדת עולה, למעשה, שבין השנים 1995 ל-2000 היתה ירידה של 14 אחוזים (מ-3.0 ל-2.6) בשיעור העצמאיים לאלף מבוטחים, ושיעור השכירים לאלף מבוטחים בקופה נשאר כשהיה (1.8).

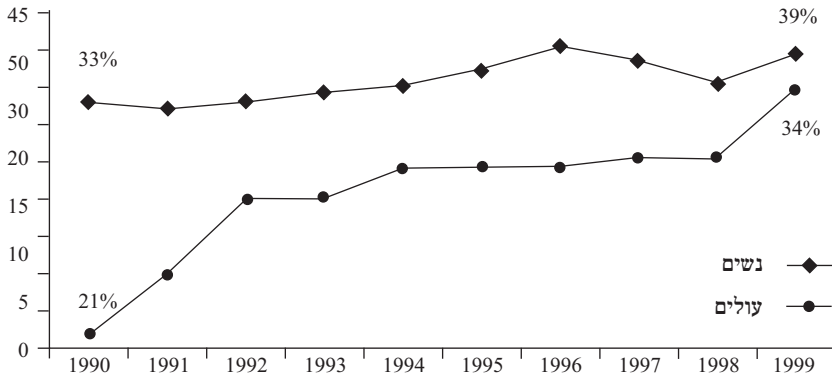
בשירותי בריאות כללית עלה מספר הרופאים מ-5,279 בשנת 1995 ל-5,768 בשנת 2000 (עלייה של 9 אחוזים). כאשר בוחנים את השינוי בין אותן שנים בשיעור הרופאים לאלף מבוטחים מגלים, שהיתה עלייה קטנה של 3 אחוזים בערך (מ-1.55 ל-1.60) בשיעור הרופאים לאלף מבוטחים. אולם, יש לזכור שבקופה זו נכללו בחישוב גם רופאים בבתי החולים של הקופה.

מגמות השינוי בשיעור הרופאים למספר המבוטחים בקופות החולים, לפיהן לא היתה עלייה בשיעור הרופאים למספר מבוטחים בקופה, עומדות בניגוד למגמה הברורה של עלייה חדה של 58 אחוזים בשיעור סך כל הרופאים המועסקים לנפש בקהילה במהלך העשור 1990-1999, כפי שעלה מניתוח סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

8. מגמות השינוי בהרכב הפנימי של כוח העבודה הרפואי והשלכותיהם על שעות עבודה בבחינת השינויים בהרכב הפנימי של כוח העבודה הרפואי המועסק בשנים 1990-1999 והשלכותיהם על שעות עבודה לשבוע נמצאו שתי מגמות עיקריות של שינוי: עלייה באחוז הנשים ועלייה באחוז העולים, קרי רופאים שעלו לישראל אחרי 1990, בעיקר מברית-המועצות לשעבר. אחוז הנשים בקרב הרופאים המועסקים עלה מ-33 אחוזים בשנת 1990 ל-39 אחוזים בשנת 1999. כמו-כן, אחוז העולים בקרב הרופאים המועסקים עלה והגיע לרמה של 25 אחוזים בערך מכלל הרופאים המועסקים בשנים 1997 ו-1998 ואף ליותר מ-30 אחוזים בשנת 1999 (איור מס' 3). יש קשר בין העלייה באחוז הנשים בקרב הרופאים המועסקים ובין עלייה באחוז העולים. שכן, החל מ-1992 ועד השנה האחרונה שנבחנה (1999), שיעור הנשים בקרב הרופאים העולים המועסקים נע בין 51 ל-57 אחוזים.

קודם לכן נאמר, שבעוד שמספר הרופאים ואף סך כל שעות העבודה של רופאים לשבוע לאוכלוסייה עלו לאורך התקופה, היתה ירידה במספר השעות הממוצע שרופאים עובדים בשבוע. אולם, הירידה במספר השעות לשבוע היתה בעיקר בקרב

איור מס' 3. נשים ועולים מתוך סך המועסקים, 1999–1990 (אחוזים)



מקור: סקרי כוח אדם, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

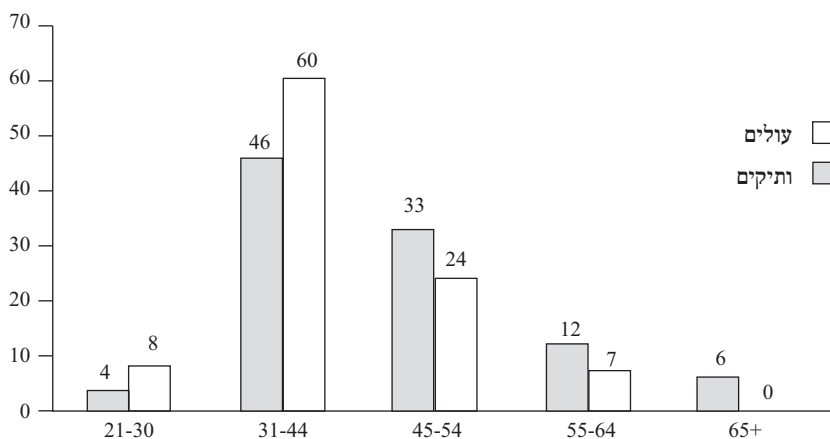
הנשים. בעוד שבקרב הרופאים הגברים מספר שעות העבודה הממוצע לשבוע נשאר דומה לאורך התקופה הנבדקת, בערך 49 שעות בממוצע לשבוע, בקרב הנשים הוא ירד מ־43 שעות בערך לשבוע בשנת 1990 ל־38 שעות שבועיות בערך בממוצע בשנת 1999.

גורם נוסף שעשויה להיות לו השפעה על מספר שעות העבודה בשבוע הוא מספר הרופאים העולים החדשים שהצטרפו לכוח העבודה. נמצא, שבקרב הוותיקים היתה ירידה מתמשכת במספר שעות העבודה מ־47 שעות שבועיות בערך בממוצע בשנת 1990 ל־44 שעות שבועיות בערך בממוצע בשנת 1999. רופאים עולים חדשים עבדו בהתחלה מספר שעות ממוצע דומה לזה שעבדו הוותיקים, 47 שעות בשבוע בשנת 1990. אולם, בשנים 1994–1995 ירד מספר השעות הממוצע לשבוע שעבדו רופאים עולים לעומת הוותיקים, ואילו בשנים שלאחריהן הוא עומד על ממוצע גבוה במקצת מזה של הרופאים הוותיקים (47–50 שעות בממוצע לשבוע).

השפעת היותו של הרופא עולה חדש על מספר שעות העבודה השבועיות שונה לפי מינו של הרופא. נמצא, שרופאות עולות אמנם עבדו יותר שעות בממוצע מאשר רופאות ותיקות בשנים 1995–1997, אולם הפער הלך והצטמצם לקראת סוף שנות ה־90, ובשנת 1999 מספר שעות העבודה הממוצע של עולות (39 שעות) ושל ותיקות (בערך 38 שעות) דומה למדי. בקרב הגברים התמונה שונה, בעוד שבשנים 1990–1991 רופאים עולים עבדו מספר שעות דומה לאלה שעבדו הוותיקים, בערך 49 שעות בממוצע, בשנים שלאחר מכן נמצא, שרופאים עולים עובדים יותר שעות בממוצע בשבוע מאשר רופאים ותיקים, ובשנת 1999 עבדו רופאים עולים 55 שעות בממוצע בשבוע, לעומת 47 שעות בממוצע בשבוע שעבדו הוותיקים.

על מספר שעות העבודה הממוצע שרופא עובד לשבוע משפיע גם הגיל. באופן ברור, לאורך כל השנים הנבדקות, מספר שעות העבודה של רופאים בגיל 55 ומטה (שנע בין 45 ל-51 שעות בשבוע) גבוה ממספר השעות הממוצע לשבוע שעובדים רופאים בגיל 56 ומעלה (בין 30 ל-36 שעות לאורך השנים הנבדקות). להצטרפות הרופאים העולים החדשים לכוה העבודה יש השפעה רבה על הרכב הגילים בקרב הרופאים המועסקים. נוכל לראות זאת באיור מס' 4, שבו מוצגת התפלגות הגילים בקרב הרופאים המועסקים בשנת 1999. בולטת העובדה, ששיעורם של גילאי 31-44 עומד על 60 אחוזים בקרב העולים, לעומת 46 אחוזים בקרב הוותיקים.

איור מס' 4. רופאים מועסקים לפי גיל, עולים לעומת ותיקים 1999 (אחוזים)



מקור: סקרי כוח אדם הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

לעובדה, ששיעור הרופאים הצעירים (גילאי 31-44) בקרב הרופאים העולים הוא גבוה יש חשיבות. משמעותה, שיש סיכוי שהם יישארו בכוח העבודה זמן רב יותר. לא רק זאת, לגיל הרופאים העולים יש גם השפעה אם יישארו מועסקים בתור רופאים מעבר לקליטה הראשונית אשר נעשתה, אם בשל הסובסידיה ששולמה עבורם מטעם משרד הקליטה, או מטעמים ציוניים שהשפיעו על המעסיקים, או משיקולים של התרחבות זמנית של הארגון המעסיק. במחקר מעקב שבדק את הקליטה בעבודה של רופאים מברית-המועצות לשעבר (ניראל, 2000) בחנו באמצעות ניתוח רב-משתני (רגרסיה לוגיסטית) מה הם המשתנים המנבאים עבודה בשנת 1998 לפי נתונים שהיו בידניו על הרופאים בשנת 1994. נמצא, שגיל צעיר הוא אכן אחד המנבאים לכך שהרופא העולה ימשיך לעבוד בתור רופא בישראל.

עיקר הירידה בממוצע השעות השבועיות היה בקרב הרופאות שעובדות בבתי-החולים, ירידה של 6 שעות בממוצע (מ-50 שעות בממוצע בשבוע ב-1990 ל-44 שעות בערך ב-1999), בעוד שבקרב הגברים היתה ירידה של 3 שעות בממוצע (מ-57 שעות ל-54 שעות בממוצע בשבוע). אשר לרופאים בקהילה, כאמור בפרק הראשון, הממוצע של שעות העבודה של רופאים בשבוע בקהילה נמוך מזה של הרופאים בבתי-החולים, לאורך כל השנים. ממוצע זה נשאר כמעט כשהיה בין השנים 1990 ל-1999, בעיקר בשל ירידה של בערך שעותיים בממוצע של עבודה בשבוע בקרב הרופאות שעובדות בקהילה, מ-35 שעות בערך ל-33 שעות בממוצע לשבוע, לעומת עלייה קלה במספר שעות העבודה של רופאים גברים שעובדים בקהילה, מ-37 שעות בערך בממוצע ב-1990 ל-41 שעות בערך ב-1999.

9. מגמות השינוי בחלוקה הגיאוגרפית של כוח העבודה הרפואי

בחנינת החלוקה הגיאוגרפית של רופאים מועסקים מעלה, שבפריפריה (בצפון ובדרום) היתה עלייה בשיעור הרופאים לאוכלוסייה, אולם לא רק שם, אלא גם במחוזות חיפה ותל-אביב. עוד עולה מבחנינת החלוקה הגיאוגרפית של הרופאים, שלאורך כל השנים היא אינה שווה. בכל השנים יש יתרון ברור למחוזות ירושלים, תל-אביב וחיפה, על-פני הצפון, הדרום והמרכז. מלוח מס' 6 עולה, שהצפון בעיקר, אך גם הדרום והמרכז נמצאים במצב נחות לעומת המחוזות האחרים בנוגע לסך כל שיעור הרופאים המועסקים לנפש. לגבי הצפון והדרום פערים אלה קיימים בכל קבוצת שנים, למרות העלייה שהיתה בשיעור הרופאים לנפש בתקופה כולה גם בצפון (52 אחוזים בסך הכל, 87 אחוזים משיעור הרופאים בקהילה ו-45 אחוזים בבתי-החולים) וגם בדרום (71 אחוזים בסך-הכל, 75 אחוזים בקהילה ו-67 אחוזים בבתי-החולים). הפערים לרעת מחוז המרכז קשורים לעלייה של 4 אחוזים בלבד שהיתה בשיעור הרופאים לנפש, לעומת העלייה הגדולה יותר שהיתה בכל שאר המחוזות.

עוד אנו למדים מלוח מס' 6, שהירידה במספר השעות הממוצע שרופא עובד בשבוע מאפיינת את עבודת הרופאים בכל אחד מן המחוזות שנבחנו. כמו-כן, כאשר בוחנים בלוח את סך כל שעות העבודה של רופאים לשבוע לאוכלוסייה (מספר הרופאים כפול מספר שעות העבודה שהם עובדים לשבוע), ואת שיעור השינוי לתקופה, חוזרת ועולה העובדה, שבהשוואה למחוזות האחרים סך כל שעות רופא לנפש קטן יותר בצפון ובדרום (בעיקר), אך גם במרכז. שוב, בעוד שהפערים לרעתם של מחוזות הצפון והדרום נשמרים למרות העלייה בשיעור סך כל שעות רופא לנפש במהלך התקופה, במרכז המצב נחות טוב בעיקר בשל הירידה בסך כל שעות רופא לנפש לשבוע, בעיקר בקרב רופאי הקהילה (ירידה של 4 אחוזים במהלך התקופה).

לוח מס' 6. שיעור רופאים מועסקים לאלף נפש,
לפי שנים ולפי אזור גיאוגרפי, ושיעור השינוי לתקופה

שיעור השינוי ¹	1999-1998	1997-1995	1990-1994	
39	3.7	3.5	2.7	סה"כ ²
32	4.5	4.4	3.4	ירושלים
52	2.3	2.2	1.5	צפון
58	5.0	4.0	3.2	חיפה
4	3.3	3.3	3.1	מרכז
79	4.9	5.0	2.7	תל-אביב
71	3.1	2.6	1.8	דרום
ממוצע שעות עבודת רופא לשבוע				
6-	44.5	45.7	47.1	סה"כ
8-	46.1	46.6	49.9	ירושלים
0	46.1	46.7	45.9	צפון
12-	41.6	47.4	47.1	חיפה
7-	42.2	42.4	45.4	מרכז
3-	45.1	45.1	46.6	תל-אביב
5-	46.9	47.3	49.5	דרום
סך שעות עבודת רופאים בשבוע לאלף נפש				
40	164.4	161.2	117.1	סה"כ ²
32	207.9	202.9	157.0	ירושלים
64	105.5	100.6	64.4	צפון
47	207.5	191.2	141.1	חיפה
2	137.2	141.5	134.2	מרכז
88	220.9	225.3	117.8	תל-אביב
74	147.1	124.6	84.4	דרום

1 שיעור השינוי בתקופה ג' (1999-1998) לעומת תקופה א' (1990-1994).

2 סך כל הרופאים כולל גם רופאים שסווגו בקטגוריה "אחר/לא ידוע". בשל חוסר מידע על האזור שהם עובדים בו לא ניתן היה לחשב עבור קטגוריה זו את שיעור הרופאים לנפש ולהציגו בחלוקה לאזורים.

מקור: עיבודים מתוך קובצי הנתונים של סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנים המצוינות בלוח.

הערה: בלוח זה לא חושבה מובהקות ההבדלים בין מחוזות בשל המספר הקטן יחסית של נדגמים בכל מחוז.

סיכום ודיון

הממצאים שעלו מניתוח הנתונים של סקרי כוח אדם שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מראים, שהשינוי המרכזי בהעסקת רופאים בין השנים 1990–1994 ובין השנים 1998–1999 היה העלייה המובהקת (בערך 40 אחוזים) בשיעור רופאים מועסקים לאוכלוסייה. העלייה בתשומות כוח האדם הרפואי לוותה, במקביל, במגמה של ירידה מובהקת, אם גם לא גדולה, במספר השעות הממוצע שרופאים עובדים בשבוע. הפחתה זו בשעות העבודה תואמת את מה שנמצא בספרות כדרך לאיזון שיווי המשקל של השוק לנוכח עלייה בהיצע הרופאים (Shroeder, 1994). למרות ירידה קלה זו בשעות העבודה של רופא לשבוע, היתה עלייה גם בשיעור סך כל שעות עבודת הרופאים לאלף נפש. לפיכך, רק חלק קטן מהיקף ההרחבה בהעסקת כוח אדם רפואי מוסבר בירידה במספר שעות העבודה של רופאים בשבוע.

ממצאי ניתוח סקרי כוח אדם תומכים בהשערת המחקר הראשונה לפיה המגמה של התרחבות כוח האדם הרפואי וההתרחבות שהיתה בעקבותיו בהיקף מתן השירותים במערכת הבריאות, מאפיינת יותר את השנים הראשונות של יישום החוק, שנים שאופיינו בתחרות רבה על לקוחות בין הקופות לבין עצמן ובין הקופות לבתי החולים. נמצא, שעיקר הגידול במספר הרופאים המועסקים היה בשנים 1995–1997. בהתאם להשערת המחקר, בשנים המאוחרות יותר ליישום החוק, 1998–1999, שנים שבהן הדגש במערכת הבריאות היה על צמצום עלויות וריסון הוצאות, קצב הגידול ירד, והיתה ירידת מה הן בשיעור רופאי בתי החולים לאלף נפש והן בסך כל שעות הרופאים בבתי החולים לאלף נפש.

הנתונים המינהליים בנוגע לרופאים שהועסקו מטעם המדינה בשנים 1990–2000 גילו עלייה של 27 אחוזים במספר הרופאים המועסקים בידי המדינה בין 1990 ל-2000, ועלייה של 5.4 אחוזים בשיעור הרופאים המועסקים בידי המדינה ביחס לאוכלוסייה. מצאנו, שהיה גידול באחוז השינוי במספר הרופאים המועסקים מטעם המדינה הן בין 1993 ל-1996 והן בין 1998 ל-2000. אולם עלייה זו נמוכה משיעור העלייה בסך כל הרופאים המועסקים בבתי החולים כפי שנמצאה לפי נתוני סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הסבר לחוסר התאמה זה נמצא בעזרת ניתוח נתונים ממאגרי מידע נוספים על כוח אדם המועסק במגזר הממשלתי. מנתונים אלה עולה, שההעסקה במסגרות הפורמליות אינה מציגה את מלוא ההיקף של קליטת הרופאים במגזר זה באותן שנים. ניתוח נתונים אלה מרמז על האפיקים הנוספים שעמדו בפני המועסקים במגזר זה לקליטת עובדים נוספים ולהרחבת היקף כוח האדם במערכת הממשלתי. שכן, מצאנו הרחבה רבה בהעסקת רופאים במגזר הממשלתי, שנבעה מהעסקה שלא במסגרת התקנים

המתוכננים. היתה זו, בעיקר, העסקה באמצעות תאגידי הבריאות, אך גם העסקה בתור תורני חוץ בתי-החולים והעסקה באמצעות קבלני משנה דוגמת האגודה לבריאות הציבור במסגרות שונות, גם מחוץ לכותלי בתי-החולים.

כלומר, כאשר מוסיפים לנתונים על העסקת רופאים בידי המדינה לפי תקן את המועסקים במסגרות ההעסקה שלא לפי תקן, הם תואמים במידה רבה לעלייה שנמצאה בשנים הנבדקות בשיעור הרופאים בתי-החולים, ביחס לאוכלוסייה, לפי נתוני סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הנתונים על מספר המתמחים החדשים בשנה תומכים גם הם בנתונים על העלייה במספר הרופאים המועסקים. מצד ההיצע, עלייה זו מוסברת, במידה רבה, במספר הגדול של רופאים שעלו לארץ, בעיקר מברית-המועצות לשעבר, החל מראשית שנות ה-90, אשר קיבלו רישיון לעסוק ברפואה בישראל ופנו להתמחות לצורך קבלת תעודת מומחה בישראל. מצד הביקוש, עדיין לא ברור מדוע בתי-החולים והמחלקות השונות היו מעוניינים להגדיל ולהרחיב את היקף העסקתם של רופאים מתמחים למרות קשיי המימון בשל הלחצים התקציביים על בתי-החולים. בחלקו, אפשר שהתשובה טמונה בכך שחלק מקליטת המתמחים, בעיקר במגזר הממשלתי, נעשתה בדרך של העסקה במסגרות שאינן לפי תקן, כגון תאגידי הבריאות בתי-החולים הממשלתיים, כמו גם בעזרת מימון ממשלתי מיוחד למלגות למתמחים עולים. העלייה בביקוש למשרות מתמחים יכולה להיות מוסברת בנטיית בתי-החולים להשתמש בעוד ועוד שירותי מתמחים כפי שעלה גם מניסיון של ארצות אחרות (Mick 1993). בנוסף לכך, העלייה הגדולה בשיעור המתמחים יכולה להעיד על כך שקליטת חלק מן הרופאים בעבודה היתה באמצעות הארכת תקופת ההתלמדות (קליטה בעבודה לתקופת התמחות), ממש כפי שמצאו אנדרסון וענתבי (Anderson & Antebi, 1991) במזרח אירופה וגם בישראל בשנות ה-80.

בניתוח נתונים מינהליים של קופות החולים נמצא, שלמרות שבין שנת 1995 לשנת 2000 היתה עלייה במספר הרופאים המועסקים בכל אחת משלוש הקופות שמהן קיבלנו נתונים מלאים לשנים אלה, כאשר בוחנים את שיעור הרופאים לאלף מבוטחים בכל קופה מגלים, שכמעט לא היתה עלייה בשיעור הרופאים למבוטחים בקופות החולים. ממצא זה אינו תואם את המגמה שעלתה מניתוח נתוני סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לפיה היתה עלייה בשיעור הרופאים המועסקים בקהילה לאוכלוסייה בשנים אלה. אי-התאמה זו מחזקת את ההנחה הרווחת, שבמהלך השנים הנבדקות היתה קליטה רחבה של רופאים במסגרות בקהילה שאינן של קופות החולים, כגון העסקה במכוני רפואה פרטיים ובהם גם מכונים שקופות-החולים קונות מהם שירותים, עבודה במסגרת שירותי עזרה ראשונה (כולל מגן דוד אדום), העסקה במסגרת שירותי לילה של קופות החולים קונות, ואולי אף הרחבה של מתן שירותי

רפואה פרטית ברמת הקהילה. קניית השירותים ללא גיוס כוח אדם נוסף אפשרה לקופות החולים להרחיב את מתן שירותיהן גם בשנים המאוחרות יותר ליישום החוק, שבהן הושם הדגש במערכת הבריאות על צמצום עלויות וריסון הוצאות.

ההשערה השנייה של המחקר גרסה, שהקליטה הנרחבת של רופאים היתה תהליך כלכלי שבו היתה מידת מה של החלפת כוח אדם יקר בכוח אדם זול. בנתונים על השינוי בהרכב הפנימי של כוח העבודה הרפואי יש תמיכה בהשערת המחקר. לפי הממצאים, מצבת כוח האדם הרפואי בסוף העשור שבחן מחקר זה כוללת כוח אדם צעיר יותר (שיעור הצעירים בקרב העולים גבוה מאשר בקרב הוותיקים), בעל ותק מועט בישראל, שמספר הנשים בו גבוה יותר, כוח אדם שבמהותו הוא זול יותר. ממצאים אלה תומכים בגישה האומרת, שחלק מן ההתאמה של השוק להיצע מוגבר של כוח אדם נעשה באמצעות החלפת כוח אדם יקר בכוח אדם זול (Reinhardt, 1991; O'Neil & Riley, 1996).

ממצאי המחקר בנוגע לפיזור הגיאוגרפי של כוח האדם הרפואי המועסק תומכים בהשערת המחקר השלישית, לפיה ההתרחבות בהעסקת רופאים תהיה ניכרת במיוחד באזורים בפריפריה. אכן, מספר רב של רופאים נקלט בתעסוקה בפריפריה (בצפון הארץ ובדרומה), אם גם לא רק שם. לפי הנתונים, גם במחוז תל-אביב ובמחוז חיפה היתה עלייה רבה למדי בשיעור הרופאים לאוכלוסייה במחוז. הממצאים תואמים את המקובל בספרות העוסקת בכך, לפיו רופאים מהגרים (שהם רוב הרופאים שנוספו לכוח האדם המועסק) נוטים להיקלט בשוק העבודה בשל תרומתם למילוי מקומות באזורים גיאוגרפיים שבהם חסרים רופאים (Mick, 1987; 1993).

אולם, בחינת הפיזור הגיאוגרפי של כוח האדם הרפואי המועסק מראה גם, שבכל התקופה הנבדקת יש יתרון ברור למחוזות ירושלים תל-אביב וחיפה על-פני הצפון, בעיקר, אך גם על-פני הדרום והמרכז. הדבר נכון בנוגע לסך כל שיעור הרופאים המועסקים, לשיעור הרופאים בקהילה ולשיעור הרופאים בבתי-החולים לאלף נפש, ואף לסך כל שעות רופאים בשבוע לאוכלוסייה. בעוד שהפערים לרעת הצפון והדרום קיימים, למרות העלייה שהיתה במחוזות אלה בשיעור הרופאים, ואף בכמות הכוללת של שעות עבודת רופאים לשבוע לנפש במהלך התקופה הנבדקת, במרכז הדבר קשור לירידה שהיתה בשיעור הרופאים ביחס לגודל האוכלוסייה במחוז זה, ואף לירידה בכמות הכוללת של שעות עבודת רופאים לנפש במחוז במהלך השנים שנבדקו.

ניתוח הנתונים על החלוקה הגיאוגרפית של כוח האדם הרפואי ומגמות השינוי בהם בשנים שבדקנו, מעיד אפוא על כך, שלמרות הקליטה של כוח אדם רפואי בפריפריה, לא נסגרו מלוא הפערים בין אזורים גיאוגרפיים בכל הנוגע לכוח אדם זה. ממצאים אלה מחזקים את טענתם של פוליצר ואחרים (Politzer et al., 1998), שגידול במספר הרופאים המועסקים בשל קליטתם של רופאים מהגרים אינו משפר בהכרח

את התפלגות הרופאים לפי אזורים גיאוגרפיים, אלא מחזק מגמות קיימות ושומר על אי־שוויון בחלוקת רופאים לפי אזורים.

הממצאים שבידינו מספקים תשובות הנוגעות להיקף העסקת רופאים בתקופה הנבדקת, ולאופן שבו הם נקלטו במערכת. אולם, זוהי רק תחילת הדרך להבנת הסיבות שהביאו להרחבה הרבה של העסקת רופאים במערכת הבריאות. בין ההסברים האפשריים שעלו עד כה עומד רצונם של ארגוני הבריאות (בתי־החולים וקופות החולים) להרחיב את השירות שהם נותנים על־מנת לתת שירות טוב יותר ולהגדיל את הכנסותיהם דרך הקפיטציה (אופן חלוקת הכספים) במסגרת חוק ביטוח בריאות. תוספת כוח האדם, הן באמצעות העסקה בתאגידי הבריאות, והן במסגרת ההעסקה הרגילה, סיפקה להנהלות בתי־החולים מנוף להרחבה ולשיפור של מתן השירות בבתי־החולים. תוספת זו ענתה גם על צורכי התפתחות הרפואה והטכנולוגיה בבתי־החולים, למרות השינויים בתחלואה ובחומרת המחלות של המאושפזים. ייתכן גם שהעסקת רופאים נוספים אפשרה לרופאים הבכירים לעסוק יותר במחקר, בהוראה, במתן שירותים במסגרת תאגידי הבריאות ובמתן שירותי רפואה פרטית. החוק הרחיב במידת מה את אחריות קופות החולים על מתן שירותים בקהילה (למשל, מתן שירותי רופא בלילה), אולם גם הטיל עליהן מגבלות ודרישה להתייעלות באמצעות חוקי ההסדרים, והסכמי ההבראה של הקופות עם משרד האוצר אף הגבילו את מספר העובדים בהן. לפי ממצאי המחקר, קופות החולים אכן קלטו כוח אדם רפואי נוסף לצורך הרחבת שירותיהן ושיפורם, אולם לא מעבר לנדרש עקב הגדלת מספר המבוטחים בהן. במידה רבה הרחבת הביקוש לכוח אדם בקהילה היתה במסגרות שמחוץ לקופות החולים, חלקן כאלה שהקופות קונות מהן שירותים. מחד גיסא, מסגרות אלה קלטו רופאים שלא מצאו תעסוקה במסגרת הציבורית. מאידך גיסא, הדבר אפשר לקופות החולים להרחיב את מתן השירותים בלי להגדיל בהרבה את מצבת כוח האדם שלהן.

בשלב זה כל האמור לעיל הוא בגדר הסברים אפשריים בלבד. במחקר עתידי יש מקום לבחון עד כמה תהליכים אלה אכן תרמו לגידול בהעסקת כוח אדם רפואי. בימים אלה הונחו על שולחן הממשלה המלצות "הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית" (ועדת אמוראי) המתייחסות למבנה, להעסקה ולשכר הרופאים במערכת הציבורית. ברור, שביצוע המלצות הוועדה, ומימוגן, קשורים במידה רבה להיקף כוח האדם הרפואי במערכת. עובדה זו מחזקת את חשיבות ממצאי המחקר ואת המשך המעקב אחר המגמות בכוח אדם במערכת הבריאות.

ביבליוגרפיה

- דורון, ה', רוזן, ב', ניראל, נ' (1994). קליטת רופאים עולים 1995-1998, מסמך א' - רקע. מוגש לוועדה הבין-משרדית לקליטת רופאים עולים, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1990). סקרי כוח אדם לשנים 1990-1999, ירושלים.
- זוסמן, צ', זכאי, ד' (1997). היצע רב של רופאים עולים ועלייה תלולה של שכר הוותיקים, 1990-1995. ירושלים: בנק ישראל.
- משרד הבריאות (1996). פעילות משרד הבריאות בנושא עולים בעלי מקצועות בריאות בין השנים 1989-1995, נתונים לוועדת העלייה והקליטה של הכנסת, ירושלים.
- משרד הבריאות (2001). כוח אדם במקצועות בריאות 2000. ירושלים: תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, אגף מקצועות רפואיים, מינהל הסייעוד.
- נוה, ג', ניראל, נ' (1995). קליטתם בתעסוקה של רופאים עולים מברית-המועצות לשעבר: ממצאים ראשוניים. דמ-95-239. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ניראל, נ' (2000). קליטה בעבודה של רופאים עולים מברית-המועצות לשעבר ב-1998: סיכום ממצאי מחקר מעקב. הרפואה, 3(138), 180-189.
- ניראל, נ.נ', נוה, ג' (1997). העבודה בתור רופאים בארץ - האם היא יציבה? מאפייני הקליטה בעבודה של רופאים עולים מברית-המועצות לשעבר. ביטחון סוציאלי, 50, 105-124.
- Anderson, G.F. & Antebi, S. (1991). A surplus of physicians in Israel: Any lessons for the United States and other industrialized countries?. *Health Policy*, 17(1), 77-86.
- Barer, L.D., Ricketts, T.C., Konrad, T.R. & Mick, S.S. (1998). Do international medical graduates reduce rural physician shortages?. *Medical Care*, 36(11), 1534-1544.
- Bernstein, J.H. & Shuval, J.T. (1995). Occupational continuity and change among immigrant physicians from the Soviet Union in Israel. *International Migration*, 33, 3-29.
- Kelle, U. & Prein, G. (1995). Threats to validity in the comparative analysis of data sets: A proposal for solving inferential statistical problems. *Angewandte Sozialforschung*, 19(2), 239-248.
- Maynard, A. & Walker, A. (1995). Managing the medical workforce: Time for improvements? *Health Policy* 31, 1-16.
- Mick, S.S. (1987). Sector theory, stratification, and health policy: Foreign and US medical graduates in medical practice. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 74-88.
- Mick, S.S. (1993). Foreign medical graduates and U.S. physician supply: Old issues and new questions. *Health Policy*, 24, 213-225.
- Mullen, F., Politzer, R.M. & Davis, C.H. (1995). Medical migration and the physician workforce: International medical graduates and American medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273(19), 1521-1527.
- O'Brien, R.M. (1991). Correcting measures of relationship between aggregate-level variables. *Sociological Methodology*, 21, 125-165.

- O'Neil, E. & Riley, T. (1996). Commentary: Health workforce and education issues during system transition. *Health Affairs*, 15(1), 105-112.
- Politzer, R.M., Cultice, J.M. & Meltzer, A.J. (1998). The geographic distribution of physicians in the United States and the contribution of international medical graduates. *Medical Care Research and Review*, 55(10), 116-130.
- Rao, J.N.K. & Thomas, D.R. (1988). The analyses of cross-classified categorical data from complex sample surveys. *Sociological Methodology*, 18, 213-269.
- Reinhardt, U.E. (1991). Health manpower forecasting: The case of physician supply. In Ginzburg, E. (Ed.). *Health services research: Key to health policy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Riska, E. (1995). They don't care: Unemployed physicians in the Nordic countries. *International Journal of Health Services*, 25(2), 259-269.
- Schroeder, S.A. (1994). Managing the U.S. health care workforce: Creating policy amidst uncertainty. *Inquiry*, 31(3), 266-275.
- Schwartz, W.B. & Mendelson, D.N. (1990). No evidence of an emerging physician surplus. An analysis of change in physicians' work load and income. *Journal of the American Medical Association*, 263(4), 557-560.
- Schwartz, W.B., Sloan, F.A. & Mendelson, D.N. (1988). Why there will be little or no physician supply between now and the year 2000. *The New England Journal of Medicine*, 318, 892-897.
- Seifer, S.D., Troupin, B. & Rubinfeld, G.D. (1996). Changes in the marketplace demand for physicians: A study of medical journal recruitment advertisements. *Journal of the American Medical Association*, 276(9), 695-699.
- Weiner, J.P. (1993). The demand for physician services in a changing health care system: A synthesis. *Medical Care Review*, 50(4), 411-449