

עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל לוועדת שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן, לחיזוק הרפואה הציבורית

מוגשת בהמשך להופעת נציגי
הר"י בוועדה בישיבת הוועדה
שהתקיימה ב־25.7.13

ספטמבר 2013



ההסתדרות הרפואית לישראל



ההסתדרות הרפואית בישראל

רח' ז'בוטינסקי 35, בניין התאומים 2

ת"ד 3566 רמת גן, מיקוד 52136

טל. 03-6100444 פקס. 03-5753303

www.ima.org.il

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לאחסן במאגרי מידע,
לשדר או לקלוט בכל דרך או בכל אמצעי אלקטרוני, אופטי,
מכני או אחר כל חלק שהוא מן החומר המופיע בספר זה.
שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול בספר זה אסור בהחלט,
אלא ברשות בכתב מהמוציא לאור ובעלי הזכויות.

© כל הזכויות שמורות, 2013

תוכן עניינים

5.....	פתח דבר.....
6.....	עמדת הר"י בנושאי הוועדה – מבט על.....
14.....	עמדת הר"י בנושא תאגוד בתי החולים.....
19.....	עמדת הר"י בנושא מודל לבחירת רופא בבתי החולים הציבוריים.....
25.....	עמדת הר"י בנושא הרפואה בפריפריה.....
28.....	עמדת הר"י בנושא רפואת הקהילה.....
31.....	עמדת הר"י בנושא הרפואה הציבורית בהתמחות ובהכשרה הרפואית.....

עמדות האיגודים המדעיים בהר"י

34.....	עמדת איגוד רופאי המשפחה.....
38.....	עמדת איגוד רופאי הילדים.....
42.....	עמדת האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה.....
44.....	עמדת האיגוד הישראלי לרפואה פנימית.....
47.....	עמדת איגוד הפסיכיאטריה בישראל.....
53.....	עמדת איגוד הרופאים המרדמים בישראל.....
56.....	עמדת איגוד הכירורגים בישראל.....

נספחים

61.....	נתונים אודות פעילותה של המועצה המדעית.....
	נספח לעמדת איגוד רופאי המשפחה
70.....	מודל הצורך ברופאי משפחה בישראל – חומרי עזר לחישובים במודל.....
77.....	הקמת מרכז טיפול יום במרפאה בבית שמש.....
	נספח לעמדת איגוד הרופאים המרדמים
81.....	Israeli medical students' perceptions of six key medical specialists.....
93.....	The Israeli Anesthesiology Physician Workforce.....
	תשובות נציגי הר"י לבקשות הבהרה של חברי הוועדה הציבורית המייעצת
98.....	לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות.....

פתח דבר

הקמת הוועדה הציבורית ע"י שרת הבריאות, הגב' יעל גרמן, מהווה ציון דרך משמעותי במאבק על חיזוק מערכת הבריאות הציבורית בישראל.

אנו תקווה כי הוועדה תצליח היכן שוועדות אחרות נכשלו ותביא את הבשורה למערכת הבריאות הציבורית. אין ספק כי קיימות אינספור סוגיות ראויות לדיון תחת כותרת זו של "חיזוק מערכת הבריאות הציבורית", ואין ספק כי ציבור הרופאים המשרת את המערכת הזו נאמנה הינו בעל יכולת לתרום תרומה משמעותית לעבודת הוועדה.

במסגרת דיוני הוועדה הצגנו את עמדת הר"י המשקפת פסיפס עמדות ואינטרסים הקיימים בקרב רופאים. קובץ זה מסכם את הדברים אשר הוצגו בפני הוועדה.


ישנה חשיבות עליונה לכך שחברי הוועדה נחשפו לקשת רחבה של רופאים בשם הר"י ואיגודיה, אשר השמיעו מנעד רחב של קולות בדומה למנעד הקיים במציאות חייה של הר"י כארגון על המאגד בתוכו 20,580 רופאים במסגרת ארגונים פרופסיונאליים, 51 איגודים מדעיים, 47 חברות ו-89 חוגים. גם מקהלה המייצרת קול אחיד וצלול (אותו ניסיתי להביא בפני הוועדה), מורכבת ממגוון קולות בודדים אשר כל אחד מעט שונה מרעהו. מטבע הדברים, גם בהר"י לאור ההטרוגניות שבה, קיימות עמדות רבות ומובחנות. על-מנת לשקף את מגוון הדעות, הופיעו בפני הוועדה גם 4 סגני יו"ר הר"י – נציגי ארגון רופאי המדינה וארגון רופאי שירותי בריאות כללית, הן בחטיבת הקהילה והן בחטיבת בתי החולים, יו"ר המועצה המדעית של הר"י האחראית על ההתמחות ונציגים מ-7 האיגודים המדעיים הגדולים בהר"י.

הרופאים אשר הופיעו בפני הוועדה, כולם רופאים פעילים מן השטח העוסקים ברפואה מעשית ומעניקים טיפול רפואי יומיומי למטופלים. כולם יכלו להעיד מנסיונם על המרקם העדין הקיים ביחסי רופא ומטופל, ומכירים את אילוצי המערכת אשר במידה רבה מתווים את מציאות הרפואה הציבורית בישראל.

לרופא תפקיד מיוחד במערכת הבריאות הציבורית בהצלחת הטיפול, במניעת המחלות ובקידום בריאות תושבי ישראל. ההכשרה הארוכה אותה הרופא עובר – הכשרה מתמדת שלמעשה לא מסתיימת במהלך כל שנות עבודתו, כללי האתיקה החלים על הרופא ומחויבות מקצועית טוטאלית מדגישים את ייחודיות עבודתו של הרופא.

בחרנו להעביר את כל העמדות אשר הוצגו בפני הוועדה באופן מרוכז, וכן לצרף חומרים נוספים (בצורת נספחים) היכן שהוועדה ביקשה מן הרופאים שהופיעו בפניה את השלמתם.

נשמח להמשיך לסייע לוועדה היכן שנתבקש.
בברכה,


ד"ר ליאניד אידלמן,
יו"ר הר"י

עמדת הר"י בנושאי הוועדה - מבט על

כפי שהוצגה ע"י ד"ר ליאוניד אידלמן, יו"ר הר"י

הר"י פונה לוועדה לפעול במטרה:

- לחזק את הרפואה הציבורית
- לחזק את הקשר בין חולה לרופא

חולה בעת צרה מחפש את הרופא. הוא זקוק לאמון במערכת הבריאות על מנת שיוכל לסמוך עליה כי יקבל טיפול נכון בזמן הנכון. חיזוק האמון ברופא יביא לחיזוק האמון במערכת.

לרופא ולחולה יש אינטרסים משקים ואף משותפים -

- שניהם שואפים כי הטיפול יינתן ע"י רופא שאינו עייף
- שניהם שואפים כי הרופא יהיה בעל ידע רחב ברפואה
- שניהם שואפים כי בידי הרופא יהיו כל הכלים הנדרשים לטיפול

בנוסף, יש לציין, כי הרופא שואף לקבל הערכה מצד המטופל והיענות להוראות הרפואיות. המטופל, שואף לאמפתיה, חמלה ורגישות לצרכיו מצד הרופא.

מצבה של הרפואה הציבורית בישראל כיום רחוק מלהיות אופטימאלי. הבסיס לפיגור ולליקויים במערכת הבריאות הינו השקעה נמוכה של הממשלה בבריאות התושבים. השקעה בבריאות/הוצאה לבריאות מהווה כ-7.7% מהתמ"ג, רמה שלא השתנתה מתחילת שנות התשעים. כתוצאה מכך, בשנת 2011 הושקעו \$2239 בלבד לכל תושב במונחי שווי כח הקנייה (PPP). השקעה נמוכה בהרבה מכ-\$4000 המושקעים במדינות אירופה המפותחות, ויותר מ-\$7000 בארה"ב. יש לציין, כי בהשוואה ל-2007 עלתה ההשקעה במונחי שווי כח הקנייה בישראל ב-9% בלבד, כאשר באותן ארבע השנים, מדד זה עלה בארה"ב בכ-16% ובגרמניה ביותר מ-20%.

ישראל נמצאת בחלק התחתון של דירוג מדינות ה-OECD במדדים חשובים המשקפים את מצב מערכת הבריאות, בהם לדוגמה:

- מספר מיטות לאלף נפש
- מספר אחיות לאלף נפש
- מספר מכשירי MRI
- מספר מכשירי CT
- גם מספר רופאים לאלף נפש נמצא בירידה, זאת, בניגוד למגמת עליה במדינות אחרות

בשנים הקרובות צפוי המשך התייקרות שירותי הרפואה עקב הזדקנות האוכלוסייה, ריבוי מחלות כרוניות, פיתוח בדיקות ושיטות טיפול זעיר פולשניות, חיזוק הצורך בבקרת זיהומים ופיתוח תרופות חדשות היקרות בהרבה מהקיים היום. ברוב המדינות עליה

בתוחלת החיים כרוכה בעליה בהוצאה לבריאות.

במציאות הקיימת אין במסגרת הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי או בכל מקור נורמטיבי אחר לקיחה בחשבון של קריטריונים כגון שינויים דמוגרפיים, שינויים טכנולוגיים ומחירי יום אשפוז לחישוב מדד יוקר הבריאות. בדוחות של ועדות שונות אשר התכנסו לאחר חקיקתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי לבחינת מערכת הבריאות הציבורית נכללו אמירות ברורות בנוגע לחסרונם של שלושת מרכיבים אלו במנגנון עדכון הסל. הן בדו"ח וועדת החקירה הפרלמנטרית לבדיקת יישומו ומימונו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי בראשות ח"כ דוד טל (1999) והן בדו"ח ועדת אמוראי (2002) – עלה בבירור הנושא של עדכון אוטומטי של עלות הסל השנתי על-פי מדדים אלו.

לטעמנו, חשוב לתקן את נוסחת מדד יוקר הבריאות כך שתתבסס על קריטריונים אלו ותשקלל אף אותם בחישוב. במצב כיום, חסרונם של כל אחד מן המרכיבים יוצר פער אדיר בין העלות הריאלית של הסל ובין תקצוב הקופות. חישוב זה של המדד ישקף באופן מהימן יותר את המציאות בשטח, ייתן למערכת עצמאות, יציבות ואפשרות לתכנון לטווח ארוך.

הפיגור בהשקעה בבריאות במדינת ישראל, בנוסף למדדים שהוזכרו לעיל, בא לידי ביטוי גם בירידה באיכות עבודות המחקר הנעשות במדינה (על פי מדד הציטוטים המדעיים, ישראל הייתה מדורגת במקום ה־13 באמצע-סוף שנות ה־80 וירדה כיום למקום ה־23). ללא הגברת ההשקעה במחקר, הן בסיסי והן יישומי, הרפואה בישראל עלולה להתדרדר ולאבד את יוקרתה במישור הבינלאומי, דבר אשר יקשה על הרופאים הישראלים להתעדכן ולעמוד בקצב יוצא הדופן בו מתפתחת הרפואה העכשווית. יצוין, כי למרות ההשקעה הנמוכה, כמות הפטנטים בתחום הרפואה הנרשמים בישראל הוא גבוה, דבר המשקף את הפוטנציאל הקיים.

על־מנת לחזק את הרפואה הציבורית אין מנוס מלהגדיל את ההשקעה הלאומית לבריאות עד 8% מהתמ"ג באופן מיידי במטרה להגיע לכ־10% בשנים הבאות. יש לרסן את ההוצאה הפרטית לבריאות, שכבר היום ביחס להוצאה הלאומית, גדולה יותר מזאת הקיימת ברוב המדינות המפותחות. דהיינו, החלק הציבורי מההוצאה הלאומית לבריאות חייב לגדול באופן משמעותי.

מקורות הכנסה נוספים למערכת הבריאות הציבורית

1. תיירות מרפא

יש לגבש תכנית לאומית למימוש תיירות מרפא כענף יצוא משמעותי. מוניטין רופאי ישראל, שיטות רפואה מתקדמות מחד גיסא, ומאידיך, צורך הולך וגובר ויכולת להשקיע משאבים בקבלת טיפול רפואי במדינות רבות בעולם, מהווים יסוד לפיתוח תיירות מרפא.

התכנית הלאומית אמורה להבטיח מניעת פגיעה כלשהי במטופלים ישראלים במקביל להפניית משאבים לטובת הטיפול בתיירים.

יתרונות פיתוח ענף תיירות המרפא:

- הגדלת ההכנסות בבתי החולים לטובת השקעה בתשתיות
- הכנסת מטבע זר לקופת המדינה
- העמקת הניסיון של הרופאים הישראלים במחלות נדירות
- שיפור תדמית ישראל בעולם

יחד עם האמור, חשוב שכל תכנית לאומית המסדירה את נושא תיירות המרפא תקבע מספר עקרונות ברורים אשר יבטיחו שציבור המטופלים תושבי הארץ לא ייפגע, ביניהם:

- הגבלת היקף עבודת הרופאים במסגרת תיירות מרפא
- התניית עבודת הרופא במסגרת תיירות מרפא במתן שירות למטופלים המקומיים בהיקף מסוים
- קבלת מטופלים-תיירים החל משעות אחר הצהריים בלבד
- קבלת מטופלים-תיירים במחלקות בית החולים הקיימות ולא בנפרד
- הבטחת תנאי אשפוז (מלונאות) לתושבי הארץ זהים לאלה של המטופלים-תיירים

2. הכנסת ביטוחים משלימים לבתי חולים ציבוריים

מאז תחילת ימי הרפואה במדינת ישראל, המדינה תמיד הכירה בקיומה הלכה למעשה של רפואה פרטית, בנוסף הכירה המדינה בזכות המטופל, במסגרת הרפואה הפרטית, לבחור את הרופא אשר יטפל בו. כך, התקיים ועדיין מתקיים גם בבתי חולים ציבוריים או פרטיים-ציבוריים כגון: הדסה, שערי צדק, לניאדו, מעייני הישועה ועוד.

בנוסף, מדינת ישראל קיבלה החלטה, החלטה אשר עברה את אישור הכנסת, להקים בית חולים ציבורי באשדוד אשר יינתנו בו שירותי רפואה פרטיים, ולא רק זאת, אלא שנוסף על ההחלטה העקרונית אף נקבעו כל הכללים, הסטנדרטים והמנגנון ליישום ההחלטה (כך לדוגמה, נקבע שרק 25% מפעילות בית החולים תהיה במסגרת ש"פ). מדובר באמירה ציבורית וערכית מאד ברורה שלפיה למעשה קיימת עמדה פוזיטיבית הקובעת כי במדינת ישראל מותרים שירותי רפואה פרטיים במערכת הציבורית.

אף בית החולים "אסותא" הנמצא בבעלות שירותי בריאות "מכבי" אשר למעשה הוא בית-חולים בבעלות ציבורית, והמרכז הרפואי "מדיקל סנטר" המצוי בבעלות חלקית של שירותי בריאות כללית, מאפשרים שירותי בחירת רופא ללא הגבלה.

כעת במצב זה ניתן לקבל אחת מתוך 3 החלטות:

א. מדינת ישראל מבטלת את השר"פ ובחירת רופא בבתי החולים שהוזכרו לעיל, ובבית החולים העתיד לקום באשדוד (למרות שעל פניו לא קיימות כל נסיבות חדשות אשר מצדיקות צעד חריג זה)

ב. השארת המצב כפי שהוא כיום – יישום השר"פ/שב"ן בחלק מבתי החולים הציבוריים (על פניו אין הצדקה לוגית ועניינית לאבחנה הזו).

ג. קבלת החלטה על יישום השר"פ בכל בתי החולים הציבוריים

כאמור, בפועל אנו מצויים במצב שכיום במדינת ישראל יש רפואה פרטית. חשוב כי הרפואה הפרטית תמשיך ותתקיים לצד הרפואה הציבורית על-מנת לשפר ולאתגר את המערכת הציבורית, אולם חשוב שזו תדור לצד הרפואה הציבורית ולא תבוא על חשבונה. על כן, חשוב לנו כי הרפואה הפרטית בבתי החולים הציבוריים תהיה מרוסנת על-פי סדרה של כללים ברורים. יחד עם זאת, לא ניתן לפתור את בעיות הרפואה הציבורית על-ידי קביעת מגבלות כמותיות על המערכת הפרטית, משום שהמערכת הפרטית תמיד תמצא דרך לעקוף מגבלות אלה.

לטעמנו, השארת המצב כפי שהוא או יישום חלקי יביאו לחוסר שוויון בין התושבים על בסיס איזור מגורים גיאוגרפי לאור הפלייה ביכולת הגישה שלהם לשירותי רפואה פרטיים.

מבחינת בתי החולים הציבוריים, הכנסת שר"פ/שב"ן תביא להם ליתרון כלכלי ברור. עבור הרופאים, ההשתכרות הכוללת (פרטית+ציבורית) לא אמורה להשתנות עקב הכנסתו של שר"פ/שב"ן, אולם מסגרת העבודה תהיה נוחה יותר עבורם. עבור ציבור המטופלים, הרופאים יהיו זמינים לאורך שעות רבות יותר בסקטור הציבורי.

במצב בו 73% מהאוכלוסייה רוכשים ביטוחים משלימים, אין זה נכון ואין זה צודק לאפשר מימוש של ביטוחים משלימים רק בבתי חולים פרטיים. דבר זה גורם להחלשת בתי החולים הציבוריים ולא מאפשר לחולים רבים, במיוחד בפריפריה, לממש כלל את הביטוח המשלים שבידם.

העיקרון שלכל מטופל יש זכות לבחירת רופא הינו עיקרון מקודש. להוציאו לפועל בבתי החולים הציבוריים ניתן רק עם הכנסת ביטוח משלים. בחירת רופא ניתן להבטיח רק יחד עם תגמול נוסף לרופא שיבחר.

במסגרת ההצגה בוועדה, הציגה הר"י מודל המאפשר הן לבעלי ביטוחים משלימים והן למטופלים נטולי ביטוח משלים, ליהנות מהכנסת הביטוחים המשלימים לבתי החולים הציבוריים מבחינת בחירת רופא, איכות הטיפול וקיצור משך ההמתנה לבדיקה במרפאה ולניתוח.

באשר לסוגיית כפל הביטוחים – הר"י תומכת בביטול כפל הביטוחים בין פוליסה פרטית ובין תכנית השב"ן של הקופות. כפל הביטוחים גורם למטופלים להעדיף את השיקול הכספי בבחירת השירות על-פני שיקולים רפואיים (גובה ההחזר הכספי שיקבל). יש להגביל תכניות ביטוח שמאפשרות למבוטח לבחור בין שיפוי עלויות ניתוח על ידי המבוטח הפרטי ובין פיצוי כספי לניתוח שבוצע בשב"ן או במערכת הציבורית.

הר"י מציעה פתרון של רגולציית מידע והנגשה לשונית ותרבותית, לפיה המדינה תיידע

כל תושב בדבר השירותים שזכאי לקבל במסגרת ביטוח הבריאות הכללי, וכן במסגרת תכניות השב"ן. לגבי פוליסות פרטיות, יש ליידע כל מבוטח אודות פרטי הכיסוי בשפה ברורה, וכן ליידע על אורך התורים הקיימים לפרוצדורות הרפואיות השונות ועוד.

יחד עם מקורות ומשאבים נוספים למערכת הבריאות, מציעה הר"י גם צעדים להקטנת עלויות.

צעדים להתייעלות

- העברת סמכויות ביצוע של פעולות לא רפואיות (עבודות מזכירות, לקיחת דגימות דם וכו')
- הקטנת התופעה של ריבוי בדיקות ושל כפל בדיקות
- עידוד קיצור משך האשפוז לאחר ניתוחים/פרוצדורות, על ידי הרחבת רשימת הפעולות הרפואיות שמשלמים בגינם לפי קוד DRG (Diagnosis Related-Group)
- הקטנת שיעור האשפוזים החוזרים
- חיזוק רפואה מונעת

צעדים להקטנת עלויות שלא לצורך טיפול רפואי

1. קרן המבטחת את כלל הרופאים בביטוח אחריות מקצועית על עבודת היום ועבודה פרטית (Captive).

עלויות פרמיות ביטוח אחריות מקצועית בישראל עולות מדי שנה. עקב הגדלת מספר התביעות ומדיניות בתי המשפט, העלויות עשויות להמשיך ולגדול. בשיטת CAPTIVE ניתן להוזיל את עלויות הביטוח.

2. הכנסת מנגנון פיצוי No Fault (אין עוולה). מתן פיצוי למטופלים שהטיפול בהם לא עלה יפה ללא צורך בהוכחת אשמה. בשיטה הקיימת, מעל ל-30% מהסכום המיועד לפיצויים משמש לכיסוי הוצאות משפטיות. לעתים, השיטה מחייבת קביעה משפטית של סטנדרטים רפואיים שהציבור אינו יכול לעמוד בהם. כמו כן, בשיטה הקיימת, העלות המשמעותית נובעת מהיות הרפואה רפואה מתגוננת (נכון לשנת 2008 סך ההוצאות על תביעות רשלנות בארה"ב, כולל הוצאות על רפואה מתגוננת, מוערך ב-55.6 מיליארד דולר (!), כאשר רוב רובו של הכסף יוצא על רפואה מתגוננת ורק מיעוטו הולך על התביעות עצמן).

במצב כיום:

עקומת התביעות בגין רשלנות רפואית מצויה במגמת עלייה מתמדת: עלייה ממוצעת של 14% בשנה – כ־1290 תביעות הוגשו בשנת 2012; סכום הפיצויים הנפסק נמצא בעלייה מתמדת – עלייה ממוצעת של 18% לשנה (פיצוי ממוצע של 120,000 ₪ בשנת 2012); עלייה ברמת חוסר הוודאות המשפטית – התחלת הליכים בבית המשפט

4-6 שנים לאחר המקרה; הליכי בירור תביעות ארוכים – 50% מהתביעות מתבררות בבית משפט 4 שנים ויותר.

עקרונות שיטת "אין עוולה":

- הקטנת חוסר הוודאות על-ידי מנגנון פיצוי קבוע ואחיד ללא הוכחת "אשמה"
- בירור תביעות מהיר
- מנגנון פיקוח משמעותי יעיל – הפרדה בין ההליך האזרחי שמטרתו פיצוי לנפגע ומשפחתו לבין ההליך המשמעותי
- הגבלה או ביטול תשלום פיצויים בגין נזקים לא ממוניים

אנו רואים בהכנסת מנגנון פיצוי מסוג "אין עוולה" מנגנון ראשון במעלה להפחתת עלויות במערכת הציבורית יחד עם קידום צדק חברתי, תרומה לאיכות הקשר בין הרופא והחולה והחזרת אמון הציבור במערכת.

היתרונות למבקשי פיצוי:

1. בירור מהיר של התביעה – נאמד בתקופה של בין 5 ל-9 חודשים
2. עלויות עקיפות נמוכות
3. התביעה היא כספית גרידא ולא נוגעת למערכת היחסים בין הרופא למטופל
4. הורדת רמת הסיכון וחוסר הוודאות
5. יצירת תנאים לבניית מנגנוני שיפור איכות הטיפול ובטיחות החולה ללא חשש מצד הרופא. ההסדר מעודד פתיחות לבחינת כשלים, טעויות טיפוליות והפקת לקחים.



במטרה לחזק את מערכת הבריאות הציבורית יש לשים דגש על חיזוק הרפואה בפריפריה. בשנים האחרונות נעשתה התקדמות רצינית בין היתר בעקבות הסכם הרופאים ב־2011 שיצר תמריצים חדשים למעבר רופאים לעבוד בפריפריה. כתוצאה מכך, 320 רופאים עברו לפריפריה בשנתיים הראשונות לאחר חתימת ההסכם, נוספו תקני רופאים להקטנת העומס (תוספת של כ־255 תקנים לבתי החולים בפריפריה נכון לאוגוסט 2012), נפתחו מחלקות חדשות בבתי החולים (כך לדוגמה, בבית החולים בנהריה לבדו נפתחו 3 מחלקות) ושירותים חדשים לתושבי הפריפריה. אולם, עדיין יש להמשיך ולבסס את הרפואה הציבורית בפריפריה – להזרים אליה תקציבים וליצור תמריצים לעבודה שם.



בנוסף, ישנה חשיבות רבה בחיזוק הרפואה בקהילה, וזאת על-ידי הוספת רופאי משפחה, פיתוח שירותים בקהילה ויצירת תמריצים לעבודה משותפת בין הקהילה ובין בתי החולים (לדוג', התמחות משולבת בבית חולים ובמרפאה באותו איזור כשהתקן של הרופא מתחלק חצי-חצי).

בבנושא הפרדת "הכובעים" של משרד הבריאות, סבורה הר"י שהמצב הקיים היום, כאשר משרד הבריאות משמש כרגולטור ובעלים של בתי החולים במדינה, יוצר ניגוד עניינים. מצד אחד, על המשרד כרגולטור לשקול את טובת המערכת כולה בצורת איזון תקציבי או בצורת הטלת אחריות. מצד שני, כבעלים של בתי חולים, נקודת המבט החשובה מציבה את טובתם של בתי החולים במדינה ואיזונם התקציבי בעדיפות ראשונה.

ישנן מספר דרכים להתמודדות עם ניגוד העניינים:

אפשרות אחת, היא תאגוד כל בתי החולים כך שכל בי"ח יהיה עצמאי (או אשכולות של בתי חולים עצמאיים), אך בכל מקרה לא בבעלות ממשלתית. בהצגת הנושא בפני הוועדה עמדנו על היתרונות והחסרונות במודל זה. אפשרות שניה, היא הקמת רשות נפרדת ועצמאית ממשרד הבריאות אשר תהיה אחראית על בתי החולים ותפקח על התנהלותם, איכותם, ההסדרים וההסכמים עליהם הם חותמים.

יצוין בהקשר זה כי, ללא קשר לדרך ההתמודדות שתינקט ליישוב ניגוד העניינים, זוהי הזדמנות חשובה לוועדה לבטל את הדיכטומיה המלאכותית הקיימת בין עובדי תאגידי הבריאות בבתי החולים של המדינה ובין עובדי בתי החולים שהם עובדי מדינה. במצב כיום נוצר אבסורד לפיו רופאים אשר מבצעים את אותה העבודה באותה המחלקה הם עובדי שני מעסיקים שונים – חלקם יושבים על תקן תאגיד וחלקם על תקן מדינה – על כל המשתמע מכך (עובדי תאגיד – חסרי בטחון תעסוקתי, זוכים לתנאים סוציאליים פחותים וכו').

לסיכום

לחיזוק הרפואה הציבורית ולחיזוק הקשר בין הרופא והמטופל יש לנקוט בצעדים הבאים:

- חיזוק תשתיות
 - ✦ עדכון מדד יוקר הבריאות כך שיבטא שינויים דמוגרפיים, שינויים טכנולוגיים ושינוי במחיר יום אשפוז
 - ✦ השקעה בבריאות בדומה למקובל במדינות אירופה, קרי: 10% מהתמ"ג
 - ✦ הגדלת מספר המיטות עד מעל ל-3 מיטות לאלף נפש
 - ✦ הגדלת מספר התקנים בהתאם למספר המיטות והיקף הפעילות
 - ✦ הגדלת מספר הרופאים מעבר ל-3 רופאים לאלף נפש
 - ✦ הגדלת מספר האחיות
 - ✦ הגדלת מספר מתקני אבחון וטיפול עד לממוצע ב־OECD

- חיזוק הרפואה בפריפריה
- חיזוק הרפואה בקהילה
- האצלת סמכויות לא רפואיות, כגון בתחום המזכירות
- הגברת האפשרויות למחקר ופיתוח
- מימוש ביטוחים משלימים במסגרת הרפואה הציבורית
- מתן אפשרות לבחירת רופא ברפואה הציבורית
- תכנית לאומית לפיתוח תיירות מרפא
- המשך שילוב עבודה ברפואה הציבורית וברפואה הפרטית
- החלת ביטוח אחריות מקצועית בשיטת CAPTIVE
- החלת שיטת "אין עוולה" – NO FAULT

עמדת הר"י בנושא תאגוד בתי החולים

כפי שהוצגה ע"י ד"ר צאקי זיו־נה, יו"ר ארגון רופאי המדינה
ומ"מ יו"ר הר"י

רקע קצר לנושא

סוגייה חשובה בה עוסקת הוועדה היא סוגיית "הפרדת הכובעים" במשרד הבריאות אשר כיום הוא בעל תפקיד כפול ואף משולש – כרגולטור מפקח על מערכת הבריאות וכבעלים של בתי החולים הממשלתיים, וככורח יוצא מכך גם מעסיק העובדים בבתי החולים הללו תחת המדינה.

אין ספק כי כפילות זו טומנת בחובה ניגוד עניינים אשר אותו יש לפתור. אחת מן הדרכים לכך היא באמצעות תאגוד בתי החולים כפי שיורחב לעיל. יש לציין כי זהו רק אחד מן המודלים לפתרון וכמובן שישנם עוד פתרונות עליהם יש לדון. אנו נציג סט כללים עליהם יש לשמור לטעמנו על־מנת ליישם את מודל התאגוד.

בראשית שנות ה־90 המליצה ועדת נתניהו על תאגוד בתי החולים הממשלתיים, בכדי להביא לשיפור בתפקוד מערכת הבריאות ולניצול יעיל של משאביה.

בשנת 2002 המליצה ועדת אמוראי – הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה – על תאגוד בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים בבעלות שירותי בריאות כללית.

בשנת 2004 ועדת ליאון המליצה על הפיכת בתי החולים הממשלתיים ובתי החולים של שירותי בריאות כללית לבתי חולים ציבוריים הפועלים כתאגידים עצמאיים ללא כוונת רווח.

דומה כי אין חולק באשר ליתרונות הגלומים בהליך התאגוד ובמוטיבציה שהיותה את הבסיס להקמת ועדת ליאון. ועדת ליאון, אשר הוקמה בהחלטת ממשלה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים, הוקמה משתי סיבות עיקריות:

- לפתור את בעיית ניגוד העניינים ממנה סובל משרד הבריאות מתוקף תפקידו כבעלים של בתי החולים וכמיניסטרוּן
- לבחון יצירת שינוי מבני אשר ישפר את יעילות התפעול של בתי החולים.

מאז ומתמיד תמכה הר"י ברעיון התאגוד, ואף הביעה את תמיכתה בכתוב מתוך כוונה להגיע להסכם כבר בשנת 1990. היתרונות הבולטים – הזדמנות לשפר את מערכת האשפוז הציבורית וכן מתן גמישות ועידוד יצירה ופיתוח שירותים.

להלן נפרוט את היתרונות שיכולים לצמוח מתאגוד בתי החולים:

- התאגוד יאפשר לבתי החולים לתפקד ללא הקשיים של ניהול שוטף על ידי הממשלה, ויאפשר קבלת החלטות מהירה ואפקטיבית. במצב כיום, מס' הגורמים הרגולטוריים

שדן בענייני הניהול השוטף הוא רב מאד – משרד הבריאות, נציבות שירות המדינה, משרד האוצר וכו'. מצב זה הוא אינו יעיל.

- גמישות בפיתוח שירותים והוספת תקנים (אשר כיום מתוספים "בדלת האחורית" באמצעות תאגידי הבריאות).
- יאפשר פיתוח בתי חולים מתוך שיקולים מקצועיים ועל בסיס תכנון ארוך טווח, עידוד יזמות ופיתוח שירותים אשר אין היום תמריץ או יכולת לפתחם (ייתכן בצורה של "תכניות חומש" כקיים במערכות אחרות).
- הכנסת שר"פ עליפי החלטת הממשלה.

עם זאת, עמדתנו היא שהתאגוד צריך לקדם את השרות הרפואי לציבור, וכי אסור שיפגע בציבור המטופלים והרופאים. ללא הכנת תשתית מתאימה, ייגרם נזק בל יתואר למערכת. יש לקבוע כללי משחק הוגנים בין בתי החולים על-מנת לא לפגוע בציבור המטופלים.

כללי המשחק צריכים להיות ברורים לכולם וצריך להיות פיקוח אפקטיבי על כללים אלו. זאת ניתן להשיג בשני אמצעים:

1. חוק בתי חולים אשר יסדיר את נושא מדדי האיכות והפיקוח על האיכות, המשטר התאגידי, נושא ניגוד העניינים וסמכויות משרד הבריאות
2. רשות לאומית מנותקת ממשרד הבריאות, שתפקח על בתי החולים ותבטיח שהחוק מבוצע

יצוין כי בדיקות שנערכו במדינות כמו ניוזילנד ובריטניה, שבחרו לאמץ את מודל התאגוד, מעלות כי לא היה בו יתרון מבחינת הפרמטרים החשובים של עלויות, יעול, שיפור השרות ואיכות.

מחקר שנערך ב־European Observatory on Health Care Systems Series (פרויקט שמטרתו לשפר את שירותי הבריאות, וחברים בו, בין השאר: ארגון הבריאות העולמי, הבנק העולמי, ממשלות יוון, נורבגיה וספרד) סיכם את ממצאי הנסיון הבריטי של ראשית שנות ה־90' וקבע כי הרפורמה נכשלה לפי הפרמטרים הללו שנבדקו.

המעבר לתאגוד מעורר סוגיות רבות, הדורשות מענה והתייחסות. כך, למשל, קיים חשש שבמערכת הכלכלית החדשה יתחזקו התמריצים להעדיף מתן שירותים "רווחיים בלבד". כמו כן, קיים חשש שעקב תחרות על שירותים רווחיים, תיפגע קשות נגישותן של אוכלוסיות חלשות לשירותים רפואיים חיוניים, ועל כן יהא צורך להפעיל פיקוח יעיל נגד ניצול כוחם של מונופולים בשוק. כמו כן, יש לבדוק כיצד ישפיעו השינויים על עובדי המערכת, על מעמדם ועל עתידם.

על רקע תמיכתה ודאגתה לכך שייוצר מודל נכון לתאגוד שולבה הר"י כמשקיפה במסגרת ועדת ליאון והביעה את עמדתה בהיבטים שונים של תהליך התאגוד. אלו עיקרי ההמלצות והתנאים המקדמיים אותם רואה הר"י כחיוניים להצלחת הליך התאגוד, אשר בלעדיהם לא ניתן להתחיל בתהליך (ההמלצות הינן במספר מישורים – רמת הרופא הבודד, רמת

הארגון, היבט הבטחת יציבות בתי החולים, היבט מניעת פגיעה בשוק הבריאות בכללותו, היבט מניעת פגיעה בחולים):

- מיד עם מעבר לתאגוד יחול מעבר של כלל הרופאים ממעמד של עובדי מדינה למעמד של עובדי תאגיד אשר לגבי כולם חלים תנאים דומים.
- ההסכמים הקיבוציים וההסדרים הקיימים יהוו בסיס למו"מ ויהוו ברירת מחדל במקום שלא יושג הסכם.
- דרושה הסכמה ומעורבות אפקטיבית של כלל הגורמים המעורבים במהלך כדוגמת משרדי הממשלה הרלוונטיים, קופות החולים, בתי החולים, הרופאים ושאר העובדים.
- עדכון מערכת התמחור הקיימת היום ביחס למחיר יום אשפוז וביחס ל"קאפ" (תקרת צריכה).
- הסדרת מנגנון למעקב אחר מצבם הכספי של התאגידים ולהתערבות בניהולם במידת הצורך.
- הסדרת מנגנון שקוף לבחינת הגורמים לגירעונות אשר לפיו יתקבלו החלטות באשר לסיוע שוטף שיועבר לבתי חולים הנקלעים לגירעונות עקב גורמים שאינם קשורים לטיב הניהול.
- יש לקבוע את הקריטריונים ואת התהליכים שעל פיהם תתקבלנה החלטות לגבי פתיחה וסגירה של בתי חולים.
- מעבר למבנה של תאגוד יחייב הרחבה משמעותית של מנגנוני פיקוח כמו "רשות אשפוז" ושל מערכת הפיקוח על איכות השירות, על היקף ההוצאה הכוללת על בריאות ועל כוחם של השחקנים השונים המעורבים במהלך.
- מעבר לכל האמור לעיל, הר"י סבורה כי לאור הקושי הרב בהשבת הגלגל לאחור במקרה של כישלון הליך התאגוד, ועקב מידת מוכנות שונה של בתי החולים השונים, יהיה צורך בהגדרת התנאים המקדימים שצריכים להתקיים בכל בית חולים כתנאי לכניסה לתאגוד. תנאים אלה יכללו, בין היתר, הקמת דירקטוריון, קביעת מנגנוני דיווח לדירקטורים ולרשויות הרלוונטיות, הצגת תכנית עסקית וכיו"ב.
- כן סוברת הר"י, כי יש להבטיח שכל בתי החולים יכנסו לתהליך בו זמנית וכי התהליך יסתיים עד תוך שנתיים לכל היותר, זאת כדי להבטיח תנאי משחק שווים וכדי שיהיה אפשר לבחון את המודל והצלחתו כשכל בתי החולים כבר תחת המודל החדש. המדינה תדאג ליצירת תנאים לכך שכל בית חולים יוכל להיכנס לתהליך התאגוד, גם אם אינו כזה היום.

הניסיון הקיים בארץ מבתי החולים שתואגדו מלמד כי מבנה של תאגוד אינו מונע ואף אינו מפחית את ההסתברות להיקלע לגירעונות תקציביים ולהיזקק לסיוע מהמדינה. כמה מבתי החולים הללו עברו מספר תכניות הבראה בחסות ממשלתית. יש לקבוע את הבסיס הכלכלי האיתן של בתי החולים שיבטיח התנהלות מאוזנת ולא גרעונית. לדוג', היכן שיש בתי חולים ביישובי הספר אשר אינם יכולים להיות רווחיים בגלל מיקומם הגיאוגרפי (לדוג', ביה"ח יוספטל וביה"ח זיו), הללו יקבלו סבסוד מהמדינה, זאת לאור

האינטרס הציבורי בקיומם של גישה שירותי רפואה ואשפוז ביישובים אלו.

אשר לניסיון מחו"ל – הרפורמה שתכליתה תאגוד בתי החולים אשר בוצעה בניו זילנד בשנת 1983 אילצה את ממשלת ניו זילנד לערוך בתוך עשור וחצי ארבעה שינויים מהותיים במטרה לתקן את נזקי הרפורמה הראשונה. נמצא כי הרפורמה גרמה לריכוזיות גבוהה יותר של המיניסטריון במקום לאוטונומיה רבה יותר של בתי החולים, ושהמעורבות הפוליטית בהחלטות המתקבלות בתוך בית החולים גברה מאד. אם לסכם נקודה זו, הסיבות שמונה הספרות להסבר כישלונן של רפורמות שתכליתן תאגוד הן: הרפורמה נעשתה ללא מחשבה והכנה מספקת, היא "הונחתה" על העוסקים בתחום מלמעלה ללא שיתופם, ובנוסף, לחצים שנוצרו בשלבים הראשונים ליישום הרפורמה, לא טופלו בראייה ארוכת טווח, דבר שגרם לנזקים בהמשך הדרך.

ניתן להגיע בהסכמה להסכם קיבוצי ארצי חדש אשר יעניק יתר גמישות להנהלות התאגידים על-פי ייחודם ומאפייניהם (לדוג', בתי חולים אשר בעבודתם משולבים בעבודת הקהילה ואז נכון לאבחנם). יחד עם זאת, בהיעדר הסכמה, ההסכם הקיבוצי הקיים יהווה ברירת מחדל והוא יחול גם על עובדים שיתקבלו לעבודה בתאגיד, לאחר הקמתו (למעט בנושא הפנסיה). שמירה על מו"מ ארגוני, קיבוצי וארצי, מהווה אינטרס מובהק של הרופאים ושל המערכת כולה.

הסכמים קיבוציים ברמת התאגיד הבודד, או המחלקה או הסכמים אישיים, יוכלו להעניק זכויות נוספות על אלו שסוכמו ברמה הארצית, אך לא לגרוע מהן. כל הרופאים, ותיקים כחדשים, יהיו בעלי זכויות זהות, ולא תיעשה כל הבחנה בין רופאים שיעבדו בבתי החולים במועד התאגוד לבין רופאים שייקלטו לאחר מכן. הבדלי הזכויות היחידים שישרו בין העובדים הקיימים לחדשים יהיו אלו המחויבים מתוקף קיומם של הסדרי פנסיה שנעשו בעבר.

בנוסף, במסגרת כללי התאגיד ייקבע כי שכר העובדים יקבל קדימות ועדיפות במסגרת התחייבויותיו השונות של התאגיד. בנושא הגמישות בכוח אדם, אנו עומדים על הצורך לבסס מנגנון שיגן על ציבור המטופלים והרופאים מפני החלטות המתקבלות משיקולים כלכליים, על מנת שהגמישות המוענקת להנהלות התאגידים בתחום כוח האדם, לא תנוצל לרעה לשם הפעלת לחץ על הרופאים להפחית את איכות הטיפול לטובת חיסכון כספי.

על רקע הסכנות שיש לתת עליהן את הדעת, יש לבנות מודל של תאגוד אשר:

- יבטיח שבתי החולים הקטנים ו/ או הפריפריים לא ייפגעו
- שהשירותים הלא רווחיים לא ייסגרו
- השיקול הרפואי יהיה השיקול המכריע
- **כל מודל שייבנה חייב להבטיח את עתיד המקצוע, את ההתמחות והמחקר בכל בתי החולים ואת איכות הטיפול הרפואי לכלל האוכלוסייה, ללא אפשרות לברירת או אפליית מטופלים.** זאת בין היתר באמצעות "כללי המשחק" אשר צוינו לעיל.

סיכום

גורמים שונים מנעו עד היום הוצאה לפועל של הליך התאגוד. ללא מתן מענה הולם לכשלים שנמנו לעיל – ספק אם ניתן יהיה לקדם את הליך התאגוד בשנים הקרובות. דרושה עבודת מטה יסודית וזהירה, ויישום הדרגתי ומושכל. שיתוף, מעורבות והסכמה של כלל הגורמים המעורבים בתאגוד בתי החולים וקיומו של פיקוח הולם על יישום המהלך בשלבי ההכנה והביצוע הוא תנאי הכרחי להצלחת התאגוד.

עמדת הר"י בנושא מודל לבחירת רופא בבתי החולים הציבוריים

כפי שהוצגה ע"י ד"ר נמרוד רחמימוב, סגן יו"ר הר"י

הרפואה הציבורית והפרטית נבדלות זו מזו במאפיינים רבים. למטופלים, לבתי החולים ולרופאים יש נקודות השקפה שונות, ולכן יש להבין את ההבדלים כדי למצוא מודל המתאים לכל מחזיקי העמדה השונים.

בעיני המטופלים

השיקול המרכזי של המטופל הוא בחירת הרופא. במציאות של שנת 2013, רוב המטופלים רוצים להרגיש אדונים לגורלם, ואינם סומכים יותר על מערכות גדולות שיציבו את אינטרס הפרט בראש סדר העדיפויות. למטופלים גם ברור שמערכת רפואה ציבורית לא תמיד תציב את הרופא המנוסה ביותר בכל שעות היממה לרשותם, ומעוניינים למנוע מצב בו יטופלו בידי רופא בתהליך הכשרתו או בעל מיומנות נמוכה להבנתם.

ברפואה הפרטית קיימת מחויבות אישית של הרופא המסויים למטופל המסויים שבחר בו, ואין חלוקה של המחויבות על פני מספר רופאים במחלקה כפי שקיים בבתי החולים הציבוריים.

שיקול מרכזי נוסף הוא אורך התור ברפואה הציבורית. אם בעבר השלימו המטופלים עם זמני המתנה ממושכים, כיום יש ציפייה לקבלת טיפול איכותי באופן מיידי. הרפואה הפרטית מתאפיינת בתורים קצרים, ושגשוגה בשנים האחרונות הציב רף צפיות שהרפואה הציבורית אינה עומדת בו בשל העדר יכולת כלכלית לשלם עבור תוספות זמן העבודה הנדרשות לקיצור התורים.

שיקולים משניים הם תנאי המלונאות הטובים יותר ברפואה הפרטית, והקושי בהשגת התחייבות מהמבטח.

נקודה מרכזית ומהותית היא הזמינות. הרפואה הפרטית היום רובה ככולה ממומנת בכספי השב"נים והביטוחים הפרטיים הנמצאים בהישג ידם של 8 העשירונים העליונים. לחמישון התחתון אין ביטוח משלים, והוא תלוי אך ורק בשירות שיקבל ברפואה הציבורית. כל מודל המאפשר ניצול השב"נים ברפואה הציבורית חייב לשמור על זמינות הרפואה ושוויוניותה לכלל האוכלוסייה.

סיכום ההבדלים בין הרפואה הפרטית לציבורית בעיני המטופלים

פרטי	ציבורי
בחירת רופא לפי שיקולי המטופל	הכתבת רופא על־פי שיקולי המערכת
מחוייבות אישית של הרופא	מחוייבות מחלקתית של כלל הצוות הרפואי
תורים קצרים	תורים ארוכים
מלונאות משופרת	מלונאות בסיסית
מבטח נוח	קשיים בקבלת התחייבות
בהישג ידם של 8 עשירונים	שוויוניות ללא עלות

בעיני בתי החולים

לבתי החולים הציבוריים אין אפשרות לסנן את מטופליהם. כל מטופל הנכנס בשערי בית החולים יטופל, גם אם השיפוי הניתן על ידי המשלמים נמוך מההוצאות בפועל.

על בתי החולים הציבוריים מוטלת החובה להיות זמינים לציבור בכל שעות היממה ובכל ימות השנה, כך שגם אם יגיע פצוע לחדר המיון באמצע הלילה, יעמדו לרשותו שורת המומחים הנדרשת. דבר זה מייצר עלויות כבדות שאינן קיימות ברפואה הפרטית, בה בדרכ־כלל מבוצעת פעילות מתוכננת בלבד, בשעות העבודה המקובלות.

על בתי החולים הציבוריים מוטל העול של הכשרת הדורות הבאים של הרפואה: רופאים, אחיות ואנשי מקצוע נלווים. הרפואה הפרטית נהנית מקבלת "מוצר מוגמר" ללא כל עלות נוספת.

בבתי החולים הפרטיים מתוגמלים הרופאים על־פי רוב לפי פעולה, ישירות על ידי המשלם, ולא חלה עליהם חבות מעסיקים. בבתי החולים הציבוריים מתוגמלים הרופאים על־פי שעות עבודתם. שוני זה מייצר לחץ להקטנת תקנים ברפואה הציבורית, ועל כתפי כל רופא "מועמסים" מטופלים רבים ככל האפשר.

הרפואה הפרטית היא "patient centered care" – מרוכזת בחולה וסביבו, ומקצה משאבים רבים לשם כך – צוותי עזר, חדרים פרטיים וסמי־פרטיים, מיטות חשמליות, מסכי מגע אישיים ועוד. בבתי החולים הציבוריים, בהעדר מקורות כספיים מספיקים, מתעדפים צרכים אחרים לפני ההשקעה בשיפור חווית האשפוז.

סיכום ההבדלים בין הרפואה הפרטית לציבורית בעיני בתי החולים

פרטי	ציבורי
העדפת חולים קלים	תמהיל מטופלים קשה יותר
פעילות מתוכננת בלבד	פעילות 24/7/365
נהנים מרופאים מומחים שהם תוצר מוגמר	עלויות הכשרת הדורות הבאים
שכר לפי תפוקה	שכר לפי שעות עבודה
שביעות רצון המטופל במרכז	אילוצי המערכת במרכז

בעיני הרופאים

ברפואה הפרטית הרופא המטפל הוא לרוב האחראי היחיד לטיפול בחולה. עליו רובצת האחריות לאבחון ולטיפול, ואין לו שותפים לקבלת ההחלטות ושקילות החלופות הטיפוליות. בבתי החולים הציבוריים נערכים דרך קבע דיונים מחלקתיים עם יתר רופאי המחלקה ויועצים חיצוניים, דבר המרחיב את בסיס הידע והנסיון ויכול לשפר החלטות.

ברפואה הפרטית התגמול לרופא הוא אישי, ותלוי בהיקף הפעילות. ככל שמספר מטופליו יגדל, כך יגדל התגמול. ברפואה הציבורית תוספת מטופלים איננה מגדילה את ההשתכרות, אלא רק את העומס האישי של אותו רופא.

רופאים רבים רואים ברפואה הפרטית מקור לפרנסה וקידום כלכלי, בהעדר מסלולי קריירה אחרים בה. ברפואה הציבורית קיים קידום אישי ואקדמי, כמו גם חשיפה למקרים מורכבים יותר. מסיבה זו ברפואה הציבורית הסיפוק המקצועי בדרך כלל גדול יותר.

סיכום ההבדלים בין הרפואה הפרטית לציבורית בעיני הרופאים

פרטי	ציבורי
תגמול עולה לפי עומס	תגמול אחיד למרות העומס
אחריות כוללת	חלוקת אחריות
שיקול דעת אישי	התייעצות עם עמיתים
פרנסה	עניין מקצועי
קידום כלכלי	קידום אישי ואקדמי

האם ניתן להציג מודל לבחירת רופא ברפואה הציבורית ללא תשלום נוסף?

התשובה לשאלה זו היא חד-משמעית לא, מאחר והדבר יכניס מספר עיוותים וקשיים חמורים:

- אישוויון ביחס בין העומס לתמורה בין הרופאים ללא תשלום נוסף, רופא "מבוקש" יאלץ לעבוד הרבה יותר קשה בעד אותו שכר מחברו הלא מבוקש. מספר החולים תחת טיפולו יגדל, בעוד התשלום יישאר אותו הדבר.
- ייצור תורים ארוכים אצל רופאים מבוקשים בהנחה שאיש איננו מעוניין לצמצם את הזמן המוקדש לכל מטופל, אצל רופא "מבוקש" זמן ההמתנה לטיפול יהיה ארוך יותר.
- ייצור תמריץ שלילי להצטיינות בהעדר תשלום נוסף, רופא מבוקש "ייענש" על כך שחולים מעוניינים בטיפולו מאחר והעומס על כתפיו יהיה גדול יותר. דבר זה מהווה תמריץ שלילי להצטיינות ועומד בניגוד לחשיבה ניהולית נכונה ולהגיון הבריא.

גם במודל הקהילה יש תגמול נוסף

מודל הרפואה בקהילה הוצע בתור מודל אפשרי לבחירת רופא ללא תשלום נוסף, אולם גם בקהילה קיים תגמול דיפרנציאלי בהתאם לעומס. רופא עצמאי מתוגמל לפי חולה, כך שככל שבוחרים בו יותר מטופלים, השתכרותו גדלה. הרופאים הראשוניים בקהילה העובדים בשיטת קפיטציה פאסיבית מתוגמלים על-פי מספר המטופלים הרשומים תחת טיפולם, כך שגם פה אין בחירת רופא ללא תגמול נוסף.

לצד היתרונות, קיים חשש כבד שהכנסת בחירת רופא לבתי החולים הציבוריים תפריט אותם הלכה למעשה, ונאבד את היתרונות הקיימים כיום. להלן מספר סוגיות, והפתרון להן:

< בעיה: הנהגת שר"פ תגרום להקטנת תפוקות בציבורי לטובת פרטי

הרופאים יעבדו לאט יותר בשעות הציבוריות, כדי ליצור הסטה של מטופלים לרפואה הפרטית

פתרונות

1. הגבלת פעילות השר"פ לבית החולים, כתקרה אחוזית מפעילותו הציבורית. בבית החולים "אסותא" המוקם באשדוד, שהוא בית חולים ציבורי בו מעוגנת האפשרות לשרותי רפואה פרטיים, נקבע לרפואה הפרטית חסם של 25% מסך הפעילות, דבר המותיר 75% מפעילותו ציבורית.

2. קיים חשש כי למרות החסם לכלל בית החולים, רופאים מסויימים (בד"כ המבוקשים יותר) יעשו את רוב פעילותם בשר"פ, בעוד שיתר הרופאים יטפלו בחולים הציבוריים.

בבעיה זו ניתן להתמודד על ידי חסם אישי לכל רופא, המחייב אותו לעשות מרבית פעילותו באופן ציבורי.

3. הגבלה אפשרית נוספת היא על שעות השר"פ בדומה לקיים בתאגידי הבריאות בחלק מבתי החולים של המדינה. פעילות השר"פ תוכל להתחיל רק לאחר סיום שעות העבודה הציבורית.

4. יש לזכור שבעידן בו אנו מצויים, נוכח האפשרויות הטכנולוגיות הכוללות מיחשוב ותיעדוד מתמיד, ניתן להבטיח פיקוח ושקיפות על חלוקת העבודה בין השר"פ והמערכת הציבורית.

< בעיה: השר"פ יאפשר עקיפת התור בציבורי

השוויוניות היא לבה של הרפואה הציבורית, ולא ניתן להסכים שמימוש הזכות לבחירת רופא תשמש לעקיפת מטופלים אחרים בתור. כל מנגנון שיוסכם חייב להפריד בין בחירת הרופא לזמן ההמתנה לטיפול.

פתרונות

1. יצירת חוק כלים שלובים – לא ניתן יהיה לקבוע תור פרטי שיהיה קצר מהתור הציבורי. אם למחלקה או רופא מסויים יש תור של חודשיים בעבודה הציבורית, גם בעבודה הפרטית יהיה זמן המתנה זהה.

2. התחלת הסדר בחירת מטפל רק במחלקה שקיצרה את התורים בציבורי ליעד מוסכם. מחלקות עם תורים ארוכים באופן חריג לא יוכלו לאפשר בחירת מטפל עד שזמן ההמתנה יגיע לרף שנקבע.

< בעיה: חולי שר"פ יקבלו יחס מועדף ע"י המנתח

לא ניתן להסכים עם מצב בו מטופל במחלקה יקבל יחס מועדף על פני חברו במיטה סמוכה.

פתרונות

1. הפקדה אישית של רופא על כל מטופליו. כל החולים בבית החולים יהיו משוייכים לרופא אישי זה או אחר. חלק מהחולים כי הגיעו לטיפול בזמן שרופא זה היה תורן או כוון, חלק כי הגיעו דרך המרפאה הציבורית, וחלק כי הפעילו את הביטוח הרפואי למימוש הזכות לבחירת רופא. לא תהיה שם אינדיקציה חיצונית המבדילה בין החולים השונים מול שאר הצוות או החולים.

2. כל הרופאים בבית החולים יתוגמלו ולא רק הרופא שנבחר על ידי המטופל. במצב הקיים כיום, נהנים מבחירת הרופא רק הרופאים המנתחים, בעוד שעומס הטיפול נופל על כתפי כל הרופאים. מצב זה יוצר תחושת איצדק ומרמור היכולים להקרין על היחס לחולים. כל מנגנון המאפשר בחירת רופא, חייב לתגמל את כל רופאי בית החולים כך

שכולם ירגישו שותפים. יעד זה ניתן להשגה על ידי צמצום התגמול למנתחים, והעברת הסכום לשאר הרופאים.

3. כל הסכם שר"פ אישי הופך למעשה את המוסד לפרטי, ופוגע בזכות המטופלים לרפואה שוויונית. כדי שהרפואה תישאר ציבורית, הסכמי בחירת רופא חייבים להיות מעוגנים בהסכם קיבוצי התוחם את הגבולות ומגדיר את המחויבות של כל הצדדים להשאר בתו החולים מוסדות ציבוריים.

סיכום מודל הר"י לבחירת רופא ברפואה הציבורית

עקרונות מודל הר"י

- שמירת הרפואה הציבורית שוויונית ונגישה לכלל האוכלוסייה
- מניעת יצירת פערי שכר קיצוניים בין רופאים העובדים כצוות שכם אל שכם
- הגדלת שעות נוכחות הרופאים הבכירים בבתי החולים הציבוריים מעבר לשעות העבודה
- יצירת מקור כספי נוסף לבתי החולים הציבוריים

שיטת מודל הר"י

- הפעלת אפשרות בחירת רופא בכל בתי החולים הציבוריים במקביל
- מימוש האפשרות תהיה כרוכה בהפעלת ביטוח משלים או פרטי בהשתתפות עצמית נמוכה
- בחירת רופא לא תאפשר קיצור התור, וזמן ההמתנה יהיה זהה לתור הציבורי
- בחירת רופא תותנה בהתחייבות של בית החולים לתת מענה גם למי שאינו מחזיק בביטוח משלים
- שיטת ותעריפי בחירת הרופא יהיו אחידים בכל בתי החולים ומעוגנים בהסכמים קיבוציים
- כל רופאי בית החולים יתוגמלו בשיטות שונות על פי מפתח הסכמי

עמדת הר"י בנושא הרפואה בפריפריה

כפי שהוצגה ע"י ד"ר ישראל אייליג, יו"ר חטיבת בתי החולים בארגון רופאי שירותי בריאות כללית וסגן יו"ר הר"י

עובדות

1. אוכלוסיה: דרום – 1.2 מיליון נפש, צפון – 1.3 מיליון נפש
2. מספר הרופאים המועסקים ברפואה באזורי הארץ השונים:

מחוז	מספר רופאים מועסקים	שיעור רופאים מועסקים לאלף נפש
תל-אביב	5,698	4.6
חיפה	3,444	3.8
מרכז	5,874	3.3
ירושלים	2,680	2.9
דרום	2,494	2.3
צפון	2,679	2.1
יהודה ושומרון	283	1.0
סה"כ	21,214	2.8

3. תוחלת חיים לפי מחוזות:

מחוז	תוחלת חיים
צפון	77.9
חיפה	78.2
מרכז	79.7
תל-אביב	79.5
ירושלים	80.1
דרום	77.3
אוכלוסיה כללית	78.9

4. תמותת תינוקות לפי מחוזות:

מחוז	תמותת תינוקות
צפון	4.9
חיפה	3.7
מרכז	2.4
תל-אביב	3.6
ירושלים	3.9
דרום	5.7
אוכלוסיה כללית	3.9

5. מספר בוגרי אוניברסיטאות בארץ שנשארים בפריפריה, ובוגרי אוניברסיטאות מחו"ל שמוכנים להגיע לפריפריה: 16% מכלל בוגרי בית הספר לרפואה בנגב נשארים בפריפריה.

6. חולים בעלי שב"ן בפריפריה: לא משתמשים בשירותי השב"ן שלהם

7. משך המתנות לניתוחים/פעולות – הצורך לעבור למרכז:

לפי נתוני משרד הבריאות ולפי בדיקת רשת ב', ההמתנה היא בת חודשים ושנים

8. קיים מחסור במיטות ומכך גם מחסור ברופאים, כי מספר הרופאים נגזר ממספר המיטות:

מחוז	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2000	1995	1990	1988
סה"כ	1.885	1.913	1.932	1.965	2.013	2.049	2.089	2.223	2.332	2.531	2.680
י-ם	2.148	2.202	2.230	2.277	2.317	2.368	2.467	2.755	3.181	3.280	3.523
צפון	1.474	1.462	1.483	1.503	1.529	1.552	1.563	1.595	1.619	1.832	1.981
חיפה	2.527	2.621	2.580	2.608	2.660	2.681	2.711	2.853	2.973	3.260	3.460
מרכז	1.924	1.969	2.012	2.077	2.127	2.176	2.233	2.430	2.628	2.866	3.081
ת"א	2.490	2.485	2.503	2.503	2.592	2.619	2.632	2.625	2.528	2.445	2.472
דרום	1.388	1.386	1.384	1.404	1.447	1.470	1.496	1.599	1.531	1.849	1.936

פתרונות

- הפעלת בתי חולים גם אחר הצהריים (ולא רק במסגרת דחופה) ככל שמבוצעים יותר ניתוחים/פעולות, משך ההמתנה צריך להתקצר
- העברת חולים בעלי ביטוחים פרטיים מהבוקר לאחר הצהריים – מפנה מקום לאלו שאינם מחזיקים בביטוח פרטי בשעות הבוקר (שוויון לחסרי אמצעים)

3. בחירת רופא – כיום כבר קיימת גם במערכת הציבורית (ניתוחי קרן מחקרים, ניתוחי קיצור תורים)

4. דרכים להבאת רופאים:

מתמחים לפריפריות – שיפור שכר + מענקים.
מומחים לפריפריות – שיפור שכר + שב"ן + מענקים?
מנהלים לפריפריות – שיפור שכר + שב"ן/ שר"פ

5. קליטת רופאים לבתי חולים – מדינה וקופה

בקשות לוועדה

1. בדיקה מחודשת של תקינה (האחרונה נעשתה ב־1976 ומאז העולם קצת השתנה).

2. העדפה מתקנת בהבאת רופאים לפריפריה.

3. שינוי השיטה לתגמול רופאים בפריפריה – לאור הממצאים החיוביים של מענקי הפריפריה על הפריפריה.

4. מציאת דרכים להפעלת בתי חולים אחר הצהריים.

5. העברת השב"ן לבתי החולים הציבוריים במקום החיוב של חולי השב"ן להגיע לבתי חולים הפרטיים.

עמדת הר"י בנושא רפואת הקהילה

כפי שהוצגה ע"י ד"ר משה קוסטינר, יו"ר ארגון רופאי שירותי בריאות כללית וסגן יו"ר הר"י

בעיית מחסור ברופאים בקהילה

- הבעייה קיימת הן בקרב רופאים ראשוניים והן בקרב רופאים יועצים
- חסרים כ־1800 רופאים על־מנת שניתן יהיה להעניק שירות טוב במרפאות בהנחת עבודה של מטופל כל 12-13 דקות
- אוכלוסיית הרופאים בקהילה מבוגרת ביחס לציבור הרופאים באופן כללי ובכלל, כך שהמחסור ברופאים ילך ויגבר בשנים הקרובות. בהמשך לכך, קיים צפי ליציאה לגמלאות במספרים גדולים בקרב רופאי המרפאות, כפי שניתן לראות בטבלה הבאה:

התפלגות רופאים (משלח יד רופא) לפי גיל וסביבת העבודה

(אחוזים לפי העמודות):

סביבת עבודה				גיל
קהילה	בית חולים	אחר	סה"כ	
21.6	45.5	16.8	34.1	25-44
36.8	28.2	33.1	31.9	45-54
30.4	21.4	28.6	25.5	55-64
11.2	4.7	21.5	1.2	+65
9,308	12,760	1,698	23,818	סה"כ 100%

- אין רופאים מחליפים – המצב מקשה על יציאה לחופשה לצורך התרעננות וצבירת כוחות
- שחיקה גדולה בגלל העומס וקצב קבלת המטופלים – בפועל, מגיעים לרופא הקהילה בממוצע 8 מטופלים פרונטאליים בשעה, במקום מקסימום 6 לפי הנוהל, כלומר זמן תקן בפועל למטופל שהגיע עומד על 17:7 דק' לעומת הזמן המוקצה כיום – 10 דק', שגם הוא אינו מספק כאמור
- אורכי תור ארוכים – ברפואה היועצת מגיעים ל־2-3 חודשים וברפואה הראשונית על אף שקיימת הנחייה לקבוע תור תוך 48 שעות מעת זימונו, קיימת חריגה נרחבת מסטנדרט זה
- מטלות אדמיניסטרטיביות שלא הרופא צריך לבצען – כ־40% מהמטלות המבוצעות היום ע"י הרופאים במרפאות יכולות וצריכות להיעשות ע"י אנשי צוות פארא־רפואי תומך ועל ידי כך לפנות זמן לרופא נטו

אורכי תור - בעיקר ברפואה היועצת אך לא רק בה

- יש מקצועות שאורך ההמתנה לתורים בהם כ-2-3 חודשים ויותר
- תלונות מרובות מהקהל מצד אחד ולחץ של ההנהלה מצד שני
- אכזבה של המטופלים מהשירות ופנייה הולכת וגוברת לרפואה פרטית
- הפניות רבות ומיותרות לחדרי מיון בבתי החולים
- הגדלת העומס על חדרי המיון
- עלולה להיגרם פגיעה בבריאות המטופלים בגלל אורכי התור
- רפואה יועצת בקהילה - חשובה מאוד בשל: זמינותה ונגישותה. היא זולה, טובה וברמה מקצועית גבוהה. כיוון שכל היועצים בקהילה הם רופאים מומחים מנוסים הם מבוקשים ע"י קהל החולים
- יצירת תקשורת טובה בין רופא ומטופל

מספר מטופלים לשעה

- בשל המחסור ברופאים כל רופא מטפל במספר גדול של מטופלים
- אורך מפגש רופא-מטופל נע בטווח של 5-10 דקות ואף פחות מכך (לדוגמא: בזמן מגיפה)
- לא ניתן בזמן קצר כל כך לתת רפואה באיכות מקצועית גבוהה
- נגרמים ביקורים חוזרים - מיותרים
- עומס גובר על כל המערכת
- התארכות התורים
- פניות מיותרות לחדרי מיון ו/או הסטת המטופל לרפואה פרטית
- סכנה גוברת לטעויות באבחון ובטיפול

מודל איחוד צורות העסקה בקהילה

במצב כיום, רופאי הקהילה עובדים במספר משרות אצל אותו המעסיק, ובמודלים שונים ומרובים של העסקה (שכיר, עצמאי, ססיות), אף אם עובדים רק בקהילה (ולא בבתי החולים). חלק מהביטויים של מציאות זו:

- מעבר ממקום למקום תוך בזבוז זמן ומשאבים
- התמודדות עם מספר צורות התחשבות ותשלום
- טכנולוגיה איננה זמינה - לא תמיד יש תקשורת בין מחשבי המרפאות - אי זמינות של מידע רפואי חשוב - נזק בגלל חוסר מידע

מודל זה הוא פתרון מעולה שיאפשר עבודה מסודרת במקום אחד לאורך שעות רבות יותר, נוכחות רופאים במרפאות בכל מהלך היום, ומתן טיפול כוללני טוב יותר למטופלים, תוך הבטחת תגמול נאות לרופא. פתרון זה ימנע את "ההתרוצצות" של הרופאים בין מספר מקומות.

רופא משולב - כולל התמחות משולבת

באשר לרופא שחלק משרתו בבי"ח וחלק בקהילה (דוגמאות קיימות היום: מחלקות גסטרו, מחלקות קרדיולוגיות), יש ליצור תמריצים לעידוד עבודה משולבת שכזו, לאור יתרונותיה –

- "רצף טיפולי" – חשוב ביותר לטיפול נכון במטופל, לאור היכרות שלבי המחלה והטיפול בקהילה ובבית החולים
- קשר מתמשך עם המטופל
- שמירה על רמת רפואה אחידה ושוויונית בין רופאי הקהילה ורופאי ביה"ח
- מאפשר לכל "סקטור" (רופאי קהילה ורופאי ביה"ח) "להבין ולחיות את מה שקורה בטרטוריה של השני"
- מניעת היווצרות שני סוגי רופאים במשך הזמן: רופאי קהילה מחד ורופאי ביה"ח מאידך
- כל הרופאים צריכים להיות ברמת ידע אחידה ומיומנויות דומות
- הנטייה העולמית היום היא להעביר יותר ויותר פעילות רפואית, כולל פרוצדורות רפואיות, מביה"ח לקהילה. כך גם בארץ יותר ויותר פעילות רפואית צריכה להתבצע במרפאות הקהילה בזמינות טובה למטופלים
- יש לאפשר לרופאים היועצים בקהילה לבצע פרוצדורות ניתוחיות הן במרפאות הקהילה והן בביה"ח על-פי מיומנות ולא על-פי השתייכות למוסד רפואי

פתיחת שבנים לרופאי הקהילה

במצב הנוכחי הקיים היום, למרות שאין מניעה עקרונית שרופאי הקהילה יעניקו היום שירותים במסגרת השב"ן (לדוג' חוות דעת שניה), בפועל קופות החולים לא מאפשרות זאת. בכך, חשים רופאי הקהילה מופלים לעומת רופאי בתי החולים ביכולתם לקחת חלק בפעילות השב"נים, לעומת רופאי בתי החולים.

- השב"נים צריכים להיות פתוחים לכל הרופאים כולל רופאי הקהילה.
- הקהל הוא זה שצריך לבחור לאיזה רופא הוא יפנה, על איזה רופא הוא סומך, במסגרת רצונו להיות מטופל בשב"ן.
- לרוב רופאי המרפאות, אין יכולת לעסוק ברפואה פרטית (לעומת המצב ההפוך בקרב רופאי ביה"ח) ולכן מן הראוי לאפשר גם לרופאי המרפאות להביא לידי ביטוי את יכולותיהם המקצועיים וניסיונם כדי לאפשר להם עבודה נוספת ויכולת להגדיל פרנסתם.
- אפשרות שב"ן לרופאי הקהילה ייתן מענה נוסף שלא במסגרת רפואה פרטית – מטופלים המתקשים לקבל שירות זמין בגלל העומס והמחסור ברופאים.
- דווקא בפרוצדורות כירורגיות "קטנות" קיים יתרון למומחים ברפואה יועצת בקהילה.

עמדת הר"י בנושא הרפואה הציבורית בהתמחות ובהכשרה הרפואית

כפי שהוצגה ע"י פרופ' שי אשכנזי, יו"ר המועצה המדעית בהר"י

המועצה המדעית מופקדת סטטוטורית על ההתמחויות במדינת ישראל, הן התמחויות בסיס (30 במספר) והן התמחויות על (26 במספר). המועצה המדעית שמה לה למטרה להבטיח התמחויות איכותיות ומתעדכנות לשמירת איכות הרפואה בישראל ולקידומה. מכיוון שגישתנו הינה שההכשרה הרפואית מתחילה עם תחילת הלימודים בבתי"ס לרפואה ומסתיימת רק עם היציאה לגמלאות, המועצה המדעית מעורבת בכל שלבי ההכשרה הרפואית.

ההתמחות הרפואית מתקיימת בעיקרה במערכות הרפואיות הציבוריות ברחבי הארץ (מרכז ופריפריה, בתי חולים וקהילה) ומבוססת על הדרכה אישית ליד מיטת החולה, בחדר הניתוח ובחדר הפעולות (צנתורים, אנדוסקופיות), תוך השלמה בדיונים קליניים ובישיבות. המתמחה הוא תלמיד, הרוכש מקצוע. כל פעולה שמבצע המתמחה נעשית תחת פיקוח והכוונה הדוקים. בהדרכה למתמחים משמש מנהל המחלקה (או המרפאה) כמנטור ומשתתפים בה כלל רופאי המחלקה הבכירים.

ההכשרה הרפואית בכללותה – במהלך לימודי הרפואה, בשנת הסטאז' ובתקופות ההתמחות – נעשית כולה ברפואה הציבורית. יודגש, כי הרפואה הציבורית מכשירה את הרופאים המומחים והמיומנים, העובדים לאחר מכן ברפואה הפרטית.

במצב הנוכחי ההכשרה הרפואית אינה מתוקננת כלל, אינה מתוקצבת, ואף אינה מופיעה כלל בתפוקות המוסדות הרפואיים הציבוריים. אפשר אם כן לומר שהיא נעשית בהתנדבות. יש סכנה, והיא מעשית, שעקב המחסור בכח אדם רפואי, עומס העבודה והצפיפות – תהיה ההכשרה הרפואית (ההתנדבותית) הראשונה להיפגע קשות.

אנו מציעים לתקצב ולתקנן את ההכשרה הרפואית ולהכניסה לתפוקות המדידות של מוסדות הרפואה הציבוריים. כך נוכל לחזק את הרפואה הציבורית בהיבט חשוב זה, החיוני לשמירת רמת הרפואה בישראל גם בעתיד.

לחומרים נוספים אודות פעילות המועצה המדעית

ותכני ההתמחות ראה נספח עמוד 61

עמדות האיגודים המדעיים בהר"י

...

עמדת איגוד רופאי המשפחה

כפי שהוצגה ע"י יו"ר האיגוד פרופ' שלמה וינקר ונציגי האיגוד

נורמת מטופלים לרופא משפחה (הסכמי השכר של רופאי הקהילה)

על פי הסכמי השכר של שנת 1998 הנורמה הממוצעת לרופא במשרה מלאה, בהתחשב בתמהיל הגיל והוותק של רופאי המשפחה היא כ־1,350 נפשות – בהסכם השכר החדש הייתה הפחתת נורמה של 10% לכלל רופאי המשפחה מתוך התחשבות בעליית עומס העבודה והמטלות, מורכבות החולים והזדקנות האוכלוסייה.

כמו כן, למנהל מרפאה הייתה הפחתת נורמה נוספת מעבר לכך, לכן ניתן לומר שהנורמה של מטופלים לרופא משפחה היא 1,200 נפשות. הנורמה של רופא ילדים נמוכה יותר – 1,080 נפשות לפי אותו הסכם וגם היא הופחתה בהסכם החדש ב־10%, ולכן הנורמה של מטופלים לרופא ילדים היא 970 נפשות (לצורך פשטות המודל נניח שהנורמה לרופא ילדים היא 1,000 נפשות).

נתוני הלמ"ס

- סך אוכלוסיית המדינה: 8,018,000
- גילאי 0–17: 2,580,000
- אוכלוסייה בוגרת: 5,438,000
- הגידול הטבעי במדינת ישראל
- בשנת 2012 על פי הלמ"ס גידול טבעי של 1.8%, כ־140,000 נפשות, 163,000 לידות, 41,000 פטירות, 20,000 עולים
- בשנת 2011 נולדו 166,000 ילדים לעומת 140,000 ילדים לפני עשור, כלומר מספר הילדים גדל כל שנה ב־25,000

מספר הרופאים הראשוניים במדינה (משפחה וילדים)

מתוך ספר השירותים של הכללית ושל "מכבי" (רופאים) ונתוני הביטוח הלאומי (מבוטחים ונתח שוק):

כללית

- נתח שוק 53% (4,015,000 סוף 2011)
- משפחה 3,479 (בדגימה של 150 משרות נמצא שהספר משקף 73% רופאים שונים וב־27% מקרים אלה רופאים המופיעים פעם נוספת אחת לפחות, ולכן מספר רופאי המשפחה המשוער בכללית הוא כ־2500 רופאים ובהנחה שחלקם עובדים ביותר ממשרה אחת ואחרים עובדים בחלקיות משרה המספר משקף כ־2,500 משרות)
- ילדים 1,881

מכבי

- נתח שוק 25% (1,939,000 סוף 2011)
- משפחה – 1,324
- ילדים – 627

ניתן לראות שהיחס בשתי הקופות הגדולות במדינה הוא דומה, כלומר יש שני רופאי משפחה על כל רופא ילדים.

משרות רופאי משפחה ורופאי ילדים – ייתכן רופא שעובד בכמה מקומות (בכללית נפוץ מאוד המודל של רופא משפחה שכיר ועצמאי) ב"מכבי" ובמאוחדת משרות רבות הן משרות חלקיות של רופאים המשלבים עבודה בבית חולים ובקהילה. המודל בו רופא עובד ביותר ממשרה אחת וביותר ממקום עבודה אחד נמצא בירידה דרסטית בקרב בני הדור הצעיר ובקרב רופאות.

מודל מספר רופאי המשפחה הנדרשים מדי שנה

רופאי משפחה מטפלים ב:

- אוכלוסייה בוגרת: 5,438,000 נפשות
- 20% מהילדים בגילאי 0-17 מטופלים על ידי רופאי משפחה:
 $516,000 = 2,580,000 \times 0.2$
- סה"כ מטופלים על ידי רופאי משפחה: 5,954,000
- מספר משרות מלאות רופאי משפחה: $4,960 = 5,954,000 / 1,200$

תחשיב מספר המשרות הנדרש וקירוב מספר המשרות בשירותי בריאות כללית בה מבוטחים קצת יותר מ-50% מהאוכלוסייה מגיעים לאותו סדר הגודל מה שנותן תוקף למודל מספר הרופאים שחושב בשני אופנים שונים.

רופאי משפחה נדרשים מדי שנה עקב הגידול טבעי

- מספר הילדים גדל כל שנה ב־25,000, 5,000 ילדים מתוכם (20%) מטופלים על-ידי רופאי משפחה והשאר על ידי רופאי ילדים.
- מספר משרות נדרשות של רופאי משפחה מדי שנה עקב גידול טבעי:
 $120,000 / 1,200 =$ 100 רופאים עקב גידול טבעי
- מספר משרות נדרשות של רופאי ילדים מדי שנה עקב גידול טבעי:
 $20,000 / 1,000 =$ 20 רופאי ילדים עקב גידול טבעי
- סה"כ גידול שנתי – 120 רופאים ראשוניים מהם **100 רופאי משפחה בשנה.**

רופאי משפחה נדרשים בשנים הבאות עקב יציאה לגמלאות

- מספר הרופאים בכל שנתון גיל הוא כ־700 רופאים (מתוך הספר "מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל").

- מתוך הרופאים המועסקים בארץ כ־7,700 (כשליש מהעוסקים בפועל ברפואה בארץ) הם עולים משנות ה 90 (מרביתם מגל העלייה הגדול מבריה"מ).
- שיעור הרופאים העובדים בבתי חולים קטן עם העלייה בגיל: יותר מ־71% מכל הרופאים עד גיל 44, 45% בגילאים 45–54 ופחות מ־30% בגיל 65+. במקביל גדל שיעור הרופאים העובדים בקהילה.
- שיעור המומחים בכלל מקצועות ההתמחות מתוך בוגרי הארץ (83%) גבוה הרבה יותר משיעור המומחים מקרב בוגרי בריה"מ (38%) (תחשיב מתוך הנתונים בחוברת לעיל).
- מתוך ספרי השירות של הקופות ומנתוני הספר לעיל ניתן להניח שכמחצית מכלל העוסקים ברפואת משפחה אינם מומחים (בספר לעיל ב 2008 היו 1,154 מומחים ברפואת המשפחה ו־644 מומחים בפנימית שעבדו בקהילה).
- לכן רופאי המשפחה בישראל מאופיינים בחתך גיל ממוצע גבוה יותר מרופאי בתי החולים, שיעור גבוה יותר של רופאים עולים ושיעור גבוה יותר של "לא מומחים".

על פי ניתוח הנתונים לעיל אנו מניחים שבעשור הקרוב יפרשו מדי שנה כ־244 רופאי משפחה לגמלות.

עזיבה טרם פרישה

סיבות אפשריות: עזיבת מקצוע הרפואה, פטירה בטרם עת, הגירה, מעבר לתפקידים ניהוליים, מחלה קשה המחייבת הפסקת עבודה או מעבר לעבודה בחלקיות משרה.

הנחה זהירה מאוד שמדובר ב־1% בלבד בשנה מתוך כ־5,000 רופאי משפחה = 50 רופאי משפחה בשנה.

לבקשת הוועדה אנו מתייחסים גם לסוגיות הבאות:

שינויים אפשריים בתקינה בבתי החולים – המשמעות היחידה לכך היא בהנחה שבת החולים ימשיכו לייצר יותר מתמחים במקצועות הפנימית / גריאטריה מהנדרש יפחת הצורך בהתאמה בהכשרת מתמחים ברפואת המשפחה. להווי ידוע ששני מקצועות אלה הוכרזו כמקצועות במצוקה. לכן קרוב לוודאי שההנחה שמדי שנה מסיימים 150 מומחים במקצועות אלה מעל הנדרש בבתי החולים היא הנחה אופטימית והמספר בפועל צפוי להיות נמוך יותר במידה משמעותית.

רפואה מקוונת – כפי שהוצג גם בוועדה, הספרות המדעית מראה שהוספת ערוצי פעילות מקוונת למיניה מגבירה את צריכת השירותים הרגילים ולא מצמצמת אותם.

מודלים שונים של אספקת השירות בקהילה כמו למשל, רופא אישי, בחירה ישירה וכדומה – המודל של רופא אישי קיים כבר כיום בקופה הגדולה במדינה, שירותי בריאות כללית, וצורת השירות הזו היוותה את הבסיס למודל. גם בקופות האחרות המגמה היא לקבוע לכל מטופל רופא אישי (למרות אפשרות של המטופל להחליף רופא משפחה מדי רבעון). ישנה כיום גישה ישירה של המטופל בחמישה מקצועות (עיניים, עור, א"ג, נשים ואורתופדיה). מהבחינה המקצועית גרידא (כפי שגם ציטטתי את הפרופ' סטארפילד)

מרבית הפניות האלה יכולות להיות מטופלות על ידי רופא המשפחה. אולם בעומס הנוכחי המוטל על רופא המשפחה חסימת הפניה הישירה על ידי הקופות תגביר את העומס על רופא המשפחה ותחייב את הפחתת הנורמה ששימשה את הבסיס למודל זה.

לסיכום

350 רופאי משפחה נדרשים לשנה על מנת לשמר את איכות השירות הניתן היום

- עקב גידול טבעי של האוכלוסייה – 100
- עקב עזיבת המקצוע טרם פרישה לגמלאות – 50
- עקב יציאה לגמלאות – 200

מקורות הכשרה של רופאי משפחה

200 – מתוך התמחות ברפואת המשפחה (בפועל ב־2011 – 90 מתמחים חדשים, וב־2012 – 65 מתמחים חדשים בלבד).

150 – מתוך התמחויות אחרות, בעיקר מומחים בפנימית, אך גם בגריאטריה והתמחויות העל בפנימית.

מקורות

1. אתר הר"י אוסף ההסכמים הקיבוציים –
www.ima.org.il/Collective/ViewCategory.aspx?CategoryId=5056
2. אתר הלמ"ס
www.cbs.gov.il/reader/?Mlval=cw_usr_view_SHTML&ID=629
3. ספר השירות של שירותי בריאות כללית
www.clalit.co.il/sefer/Pages/doctors.aspx/
4. ספר השירות של מכבי שירותי בריאות
<http://guide.maccabi4u.co.il/SearchChapter.aspx?ChapterId=1.5>
5. מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל
www.health.gov.il/PublicationsFiles/Econ_Doctors_2012.pdf

נספחים

- מודל הצורך ברופאי משפחה – חומרי עזר לחישובים במודל (עמוד 70)
- הקמת מרכז טיפול יום במרפאה בבית שמש – מסמך שצורך לבקשת הוועדה (עמוד 77)

עמדת איגוד רופאי הילדים

כפי שהוצגה ע"י יו"ר האיגוד פרופ' אלי סומך וד"ר צחי גרוסמן
מזכ"ל האיגוד

להלן הנושאים עיקריים שהועלו בפני הועדה:

1. מי ייתן את השירות הרפואי לילדי ישראל?

הודגש בפני חברי הוועדה הצורך להכשיר רופאי ילדים בכדי למלא את הדרישה לרופאי ילדים בקהילה מאחר ואין ספק כי השירות הרפואי הטיפול והמניעתי הטוב ביותר לילד ניתן על ידי רופא הילדים.

יש לזכור – מספר הלידות בארץ עולה לשמחתנו כל העת ומספר רופאי הילדים אשר מסיימים את ההתמחות אינו מספיק לעמוד בדרישה הגוברת לשרותי רפואת הילדים.

בזכות המיומנות הגבוהה וההכשרה הנמשכת של רופאי הילדים הגענו להישגים גבוהים מאוד ברפואת הילדים כולל שיעורים נמוכים של תמותת תינוקות, מחלות מדבקות ותמותה ממחלות שונות.

אסור לשירות הרפואי לילדים לסגת אחורנית. אנו מאמינים כי הרופאים רופאי הילדים שהוכשרו בצורה הטובה ביותר הם המיומנים ביותר למתן השירות הרפואי לילדים בישראל!

2. תקינת רופאי ילדים בבתי החולים

קשה להאמין, אבל התקינה הבסיסית של רופאי הילדים במחלקות הילדים בישראל לא השתנתה מזה עשרות שנים. בשנים הללו עברה הרפואה בכלל ורפואת הילדים בפרט מהפך דרמטי: נוספו מקצועות על, שיטות, טכנולוגיות וטיפוליים חדשניים, רפואת החירום ורפואת הפגים שינתה לחלוטין את פניה אבל מחסום התקנים שנקבע לפני למעלה מ-30 שנה לא השתנה.

המצב הזה גורם למספר עיוותים: מחלקות וחטיבות הילדים נאלצות להשיג תקנים על ידי שליחת הרופאים לעבוד מחוץ לבתי החולים על מנת להשיג כיסוי כספי לתקנים הנדרשים וכך קיימת הסתמכות הולכת וגוברת על קרנות המחקרים של בתי החולים שנועדו במקור לשיפור התשתיות.

מצוקת התקנים מגבילה מאד את מספר המתמחים וכך קיים צוואר בקבוק של מספר נמוך מדי של מתמחים שגורם לעומס כבד של תורנויות וכן למספר לא מספיק של רופאי ילדים אשר יוצאים לקהילה מדי שנה.

לאור זאת, נדרשת מהפכה בהגדרת התקנים הדרושים להפעלה של השירותים הפדיאטריים בבתי החולים ולהכשרת דור ההמשך של רופאי הילדים.

אחת הדרכים לנסות ולהגדיל את מספר המתמחים היא להקצות מספר משמעותי של מתמחים שיוכשרו בתכנית ההתמחות להתמודד עם האתגרים המסובכים בקהילה. כך נוכל להגדיל את מספר רופאי הילדים בקהילה וכן ניתן יהיה גם להקל במידה מסוימת על מצוקת התקנים בבתי החולים. מצוקת כוח האדם בולטת בעיקר בפריפריה לעומת המרכז.

3. לרופא הילדים בקהילה אין תנאים הולמים להתמודד עם חולים מורכבים ועם משימות של רפואה מונעת

מתכונת ההעסקה של רופא הילדים במסגרת קופות החולים מושתת על פי מפתח של מספר נפשות כללי או רבעוני (שכיר או עצמאי). מסגרת זו מאפשרת להקדיש מספר דקות מועט לכל חולה ללא כל אפשרות להרחיב את הביקור למשימות של רפואה מונעת או לטיפול בחולים מורכבים.

דוגמא בולטת לחוסר היכולת מול חשיבות הנושא היא ההתייחסות לילד השמן. השמנת ילדים הינו מצב הכרוך בסיכונים שעלולים להביא לכך שדור הילדים יחיה פחות שנים מדור הוריו! אין ספק – ובכך מודים כולם – שהרופא הינו סוכן השינוי בעל הפוטנציאל הגדול מכל סוכני השינוי האפשריים להביא להטמעת אורח חיים בריא אצל הילד ומשפחתו, אלא ששינוי כזה מחייב התייחסות רצינית האורכת יותר ממספר דקות.

זו דוגמא אחת מיני רבות הכוללות גם התייחסות לתלמיד עם הפרעת קשב וריכוז, מתן מענה לנערה עם הפרעות אכילה, טיפול בהפרעות שינה ועוד. כל אלה הן בעיות שלא תיפתרנה על ידי הרופא כל עוד שיטת התגמול היא על פי נפשות.

האיגוד תובע רפורמה בתגמול שתאפשר התייחסות הולמת לבעיות מורכבות ועמידה ביעדי רפואה מונעת על מנת למנוע תחלואה בגיל המבוגר. התערבות בגיל גיל הילדות היא בעלת פוטנציאל עצום להקטנת נטל התחלואה בדור הבוגר.

4. מקצועות במצוקה

ברפואת הילדים קיימים מספר מקצועות אשר השירות בהם הינו בסכנה בשל המספר המועט מדי של רופאים העוסקים במקצוע. המקצועות הללו כוללים ניאונטולוגיה וטיפול נמרץ ילדים. עדיין לא ברור באם התמריצים שניתנו בהסכם האחרון של הרופאים יביאו להגדלת מספר הפונים לעסוק במקצועות אלו, ויש צורך בבחינה קפדנית ובהענקת תמריצים על־מנת שלא נעמוד בפני מחסור קריטי ברופאים עד כדי קריסת המקצועות הללו.

5. שירותי החירום לילדים

קיימים גם שירותים אשר מתוקף ההגדרה של תקינתם אינם יכולים לספק את השירות הראוי, לדוגמה: חדרי המיון. חדרי ילדים בבתי החולים עומדים בפני עומס כבד מדי

יום ולילה. הרופאים המאיישים את תורנויות המיון עובדים בלחץ מנטלי ופיזי קשה ביותר ומתקשים לעמוד בפני הדרישה הרבה לשירותי המיון.

הדרישה לשירותי חדרי המיון הינה כבדה בעיקר בשעות הערב והלילה כיוון ששירותי החירום של הקופות אינם נותנים מענה מספק לצרכים האקוטיים. המצוקה במתן שירותי החירום בולטת בעיקר בפריפריה.

אין ספק שבמידה ושרת הבריאות יוזמת שינוי בשירותי חדרי המיון בישראל, יש חובה לכלול בתכנית זו גם את חדרי המיון לילדים. אין להשלים עם כך שבישראל 2013 הורה המביא את ילדו לחדר המיון יאלץ להמתין שעות ארוכות ומתישות ולפגוש צוות עייף, שחוק ומותש.

צריך להכיר בחשיבות חדרי המיון לילדים ולהקצות להם תנאים פיזיים ומשאבי כח אדם מתאימים!

6. בדיקות וטיפולים מיותרים בשב"ן בתחום התפתחות הילד והפרעות למידה

עיון בפרטי הזכאויות בשב"ן של כל ארבע הקופות בתחום התפתחות הילד והפרעות הלמידה מעלה תמונה מדאיגה. בכל הקופות ישנה זכאות לטיפולים הבאים – בין אם בהפניית רופא או בפנייה עצמית:

- רכיבה טיפולית
- טיפול בהבעה ויצירה
- טיפול בבעלי חיים
- שחייה טיפולית

בשנים האחרונות הפכו אלה לחלופה לטיפול פסיכולוגי רגשי אצל ילדים הסובלים מהפרעות רגשיות. לרוב הטיפולים הללו ישנו צידוק מועט אם בכלל על פי הידוע לנו מהספרות הרפואית. האיגוד בוחן כעת את נושא הרכיבה הטיפולית, ובהמשך יבדוק מדעית את כל שאר הנושאים.

למרות הספק הניכר ביעילות שיטות תרפויטיות אלה, הפכו האחרונות לטרנד של ממש, וההורים מציפים את הרופאים בבקשות להפניות לטיפולים אלו. נוצר מצב אבסורדי שכל הקופות, עקב התחרות ביניהן על מבוססים, אינן מעיזות לקצץ במוצרים הנכספים האלה, והרופא הופך למעשה לחותמת גומי המאשרת טיפולים אלה עקב לחץ הציבור. דבר זה מביא לזילות מעמדו של הרופא בקהילה ולהפיכתו דה־פקטו לגורם פקידותי המאשר את השרות שהקופה כבר החליטה על נחיצותו – ללא כל ביסוס מדעי.

דוגמא נוספת לכך היא בדיקת TOVA. זו בדיקה ממוחשבת לאבחון הפרעת קשב וריכוז. בדיקת TOVA מוגדרת בספרות ככלי עזר בידי הקלינאי להחלטה על מתן האבחנה של הפרעת קשב וריכוז. בפועל, הורים רבים המבוססים בשב"ן וזכאים לבדיקה (גם כאן הזכאות האוטומטית היא בכל 4 הקופות) לוקחים את ילדיהם ראשית לבדיקה זו עקב

.....

אמונה ביכולתה המדעית ללא כל הערכה קודמת אצל רופא מומחה. הדבר מוביל לכמות עצומה של בדיקות מיותרות עם אבחונים מוטעים אך ורק כדי לספק את גחמת ההורים הרשאים "לנצל" את חברותם בשב"ן.

גם במקרה הזה, כל הקופות מכלילות את ה־TOVA בתכניות השב"ן כמוצר "סקסי" וכמקדם שיווק של הקופה בלבד. לדעתנו יש להגדיר בצורה יותר מדויקת את מקומה של בדיקה זו בשרשרת האבחון של הפרעות קשב וריכוז ולהתוות התוויה על בסיס מדעי ולא על בסיס רצון השוק.

השב"ן אינו ביטוח פרטי. עליו לאפשר שימוש בכלים – הן בדיקות והן טיפולים – העומדים בקריטריונים של תועלת מדעית. האיגוד קורא לבחינה מחודשת של השב"ן על מנת להבטיח שאכן הוא מכיל רכיבים העומדים בקריטריונים של תיקוף מדעי.

עמדת האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה

כפי שהוצגה ע"י יו"ר האיגוד פרופ' משה בן-עמי ונציגי האיגוד

NO FAULT

תאור המצב

כדי לתת פיצוי לפגועים מלידתם חייבים להוכיח רשלנות.

- קיימת מגמת עלייה בדחיית התביעות מאחר ויותר ויותר קשה להוכיח רשלנות, וזאת בעקבות הרפואה המתגוננת.
- מגמה זו מביאה לפגיעה בעיקר באוכלוסיות חלשות שלא יכולות לשלם עבור עורכי-דין מובילים.
- המשפטים נמשכים שנים רבות, מה שפוגע ביכולתן של המשפחות לטפל ביקיריהן.
- כ-30% מהסכומים מושקעים בניהול המשפט.
- המערכת הציבורית מוציאה סכומי עתק על רפואה מתגוננת: בדיקות מיותרות, דיקורי מי שפיר מיותרים, הפלות מיותרות (כי עדיף עובר מת מאשר לקחת סיכון שאולי יהיה מום והרופא ייתבע).
- כולם עושים הערכות משקל לפני הלידה, כי כך מכתוב בית המשפט, למרות שכולם יודעים שהערכות אלה מובילות רק לניתוחים מיותרים.
- בריחה עצומה של רופאים מהמקצוע, ולא רחוק היום שיהיה קשה למצוא רופאים שמוכנים לעסוק במיילדות.
- כאשר לא יהיה חשש מהצורך לשלם סכומי עתק עבור פיצויים, (על חשבון משרד הבריאות והקופה הציבורית), ועדות הבדיקה של משרד הבריאות ושל בתי החולים, יעשו עבודה יותר ביקורתית ויותר יעילה לשיפור הרפואה.
- שתי ועדות מכובדות, שכללו גם משפטים, פילוסופים ורופאים, קבעו שהחוק נחוץ: ועדת קלינג וועדת מצא, וכן שופט בית המשפט העליון, בפסיקתו על הולדה בעוולה, המליץ על חקיקה בכיוון זה. הצעת חוק ח"כ שטרית – עברה בקריאה טרומית, אך מאז הבחירות אין התקדמות.

תיקון התיקון

יש עליה משמעותית ברופאות יחסית לרופאים.

רופאה מפסיקה לעשות תורנויות בשבוע 20 להריון, כך שמנוטרלת מתורנויות 20 שבועות

לפני הלידה, 26 שבועות לאחר הלידה, כי רובן מאריכות את חופשת הלידה ל-6 חודשים. סך הכול כמעט שנה לא מבצעת תורנויות, וחצי שנה נעדרת מהעבודה. חייבים לקחת את זה בחשבון התקנים.

הרפואה בפריפריה

- מחסור גדול במומחים בכל התחומים
- מחסור בגינקולוגיים וגנטיקאים
- תור בלתי סביר לבדיקות של נשים הרות

יתרונות שר"פ

1. קיצור תורים לאוכלוסיה החלשה
2. יכולת ניצול הביטוחים המשלימים על-ידי אוכלוסיית הפריפריה (לדוגמא: מי־שפיר) מוגבלת מאוד ולמעשה משלמים ולא נהנים מהביטוחים
3. הכנסה נוספת לבתי החולים לטובת כולם
4. רופאים לא ימהרו לקליניקות אלא יישארו בתוך בתי החולים שעות רבות יותר
5. הכנסה נוספת לרופאים
6. בטיחות הטיפול – ההחלטה על טיפול במסגרת בית חולים ציבורי, נעשית על-ידי צוות ולא על-ידי רופא אחד.
7. צריכים לאפשר שימוש בביטוחים המשלימים גם בבתי־ח"ה הציבוריים.

תיגמול רופאים מומחים בתורנויות

הרפואה אחרי שעה 15:30 מתבצעת על-ידי מתמחים, ורמת הרפואה יורדת בשעות התורנות. יש לדאוג לתיגמול רופאים בכירים בתורנות, כך שישתלם להם לעשות תורנויות, כמו שקורה במספר מקומות בעולם.

עמדת האיגוד הישראלי לרפואה פנימית

כפי שהוצגה ע"י יו"ר האיגוד ד"ר דרור דיקר ונציגי האיגוד

רפואה פנימית הינה המרכיב הבסיסי וההכרחי ברפואת בית החולים.

בבתי החולים הציבוריים בישראל כ־95 מחלקות פנימיות, בהן עובדים כ־400 רופאים מומחים. 843 מתמחים ברפואה פנימית רשומים במועצה המדעית.

החולים המאושפזים כיום במחלקות הפנימיות עונים על אפיון של חולה רב תחלואתי (multimorbid), המהווה אתגר טיפולי משמעותי שיכול לקבל מענה רק בעזרת הידע והכישורים של הרופאים הפנימיים. לאור המספר ההולך וגדל של חולים במחלות כרוניות ומורכבות ולאור הזדקנות האוכלוסייה יש צורך דחוף בתוספת משמעותית במספר הרופאים הפנימיים ובמומחים לרפואה ראשונית.

היקף כוח האדם הרפואי בבתי החולים נקבע על-פי מפתחות תקינה שנקבעו בשנת 1976. תקני כוח האדם הרפואי והסיעודי בבתי החולים נקבעים על פי מספר המיטות בתקן ולא תפוסת המיטות בפועל.

על-פי ההסכם הקיבוצי והסכם ברבש לכל מחלקה פנימית קיים:

- מנהל מחלקה
- רופא על כל 5 מיטות ל־30 מיטות ראשונות
- רופא נוסף על כל 8 מיטות נוספות
- תוספת של 3 רופאים לכל מחלקה בבי"ח ציבורי שיש בה מעל 30 מיטות תקניות ואחוז התפוסה הממוצעת בה בשנה עלה על 80%

על-פי תקינת גולדברג יש לנכות כחצי תקן מן התקן שנקבע לרופאים במחלקה.

כמות התקנים החסרים ברמה ארצית לכלל הדיסציפלינה:

מחלקה	מחלקה	מחלקה	מחלקה	מחלקה	מחלקה
מחלקה	מחלקה	מחלקה	מחלקה	מחלקה	מחלקה
מחלקה	מחלקה	מחלקה	מחלקה	מחלקה	מחלקה
מחלקה בעלת 38 מיטות בתפוסה של עד 100%	10.3	11	15.5	50%	41%
90 מחלקות עבורן נתקבלו נתונים	923	948	1466	59%	55%
כלל הדיסציפלינה חישוב מקורב	974	1001	1547	59%	55%

יש לקחת בחשבון גם אחוז אי הימצאות במחלקה מטעמים שונים –

מומחה:

- חופשה שנתית: 26 ימים בשנה
 - מחלה, חופשת לידה ומילואים: 5 ימים בשנה (ממוצע היעדרויות במשק הישראלי)
- סה"כ: 31 ימים (8.5%)**

מתמחה:

- חופשה שנתית: 26 ימים בשנה
 - חופשת בחינה: 22.5 ימים בשנה (בממוצע 3 חודשים במהלך 4 שנים)
 - רוטציות: 45 ימים בשנה (6 חודשים במהלך 4 שנים)
 - מדעי היסוד: 45 ימים בשנה (6 חודשים במהלך 4 שנים)
 - מילואים/הריון: 22.5 ימים בשנה (בממוצע 3 חודשים במהלך 4 שנים)
- סה"כ: 161 ימים (44%)**

בנוסף, בהתאם להסכם החדש כל מתמחה המבצע תורנות במהלך סוף שבוע יקבל יום חופש במהלך השבוע שלאחר התורנות. סה"כ תוספת של 12 ימי חופש בשנה למתמחה.

בהתאם לכך יהיה גידול של 7.5% במספר ימי ההיעדרות למתמחים בדיסציפלינה מ־161 ל־173 ימי היעדרות בשנה, כך שאחוז ההיעדרות המשוקלל על נתוני 2010 של מומחים ומתמחים יעלה ב־2.4%.

איכות ההתמחות נפגמת בשל זמן חשיפה נמוך, וחוסר רצף טיפולי מעלה חשש בנוגע למידת הכשרתם של רופאי העתיד.

נתונים אלו ביחס לאי הימצאות המתמחים במחלקה ובמיוחד לאחר הסכם הרופאים, מביאים לידי כך ששכבת הרופאים הבכירים נושאת בנטל עבודה רב וקשה יותר בשל חוסר זמינות הרופאים המתמחים בבית החולים. מצב זה מול יכולות ההשתכרות ותנאי העבודה מחוץ לבית החולים מביא לנטישת רופאים בכירים את מערכת הרפואה הפרטית ומחליש באופן משמעותי את הרפואה הפנימית הציבורית. כיום, 50% מהרופאים הבכירים בעלי התמחות נוספת ו־60% מהם עובדים כיועצים לאחר עבודתם בבית החולים.

לפיכך יש לחזק ולתגמל שכבה משמעותית זו המהווה את השלד של המחלקות הפנימיות, ולעודד את הרופאים הפנימיים המומחים להישאר בין כתלי בית החולים.

יש לבחון הכנסת מודל של full-timer לבתי החולים. במסגרת זו יש לבדוק את השפעת דפוס העסקה זה על תגמול המומחים ועל שביעות הרצון של שכבת הבכירים.

יש לבחון השפעת הכנסת שר"פ במחלקות המנתחות ולבדוק את ההשפעה שתהיה לכך על העומס הטיפולי במערכת הרפואה הפנימית ואת ההשפעה על התגמול הכספי של הרופאים.

.....

יחד עם זאת, הפעלת שר"פ בבתי חולים, מעבר לדיון האתי, עלולה ליצור פערי השתכרות ו"מעמדות" השתכרותיים בין הרופאים בבית החולים באופן שאף יחריף את הבעיות הקיימות כיום בקרב רופאי המחלקות הפנימיות. לפיכך יש לבסס סולמות תיגמול גם לשכבה זו של רופאים, וזאת בשל העובדה כי הרוב המוחלט של חולי בתי החולים הינם חולים רב־תחלואתיים אשר דורשים את הייעוץ והתמיכה של הרפואה הפנימית.

בחינת הכנסת השר"פ לבית החולים ולמחלקות האישפוז צריכה להילקח מתוך זהירות, עם פיקוח וסייגים מובנים על מנת לשמר את טוהר העיסוק ברפואה מחד ואת העוסקים בו מאידך.

עמדת איגוד הפסיכיאטריה בישראל

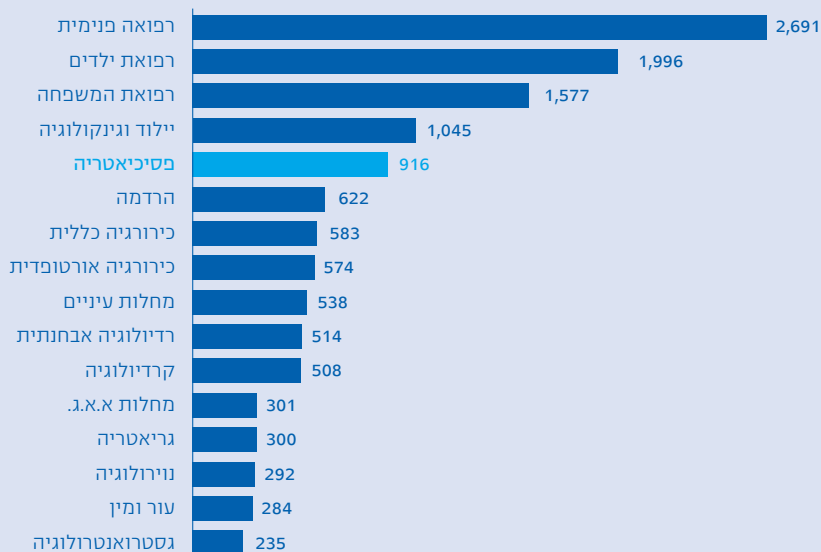
כפי שהוצגה ע"י יו"ר האיגוד פרופ' משה קוטלר ונציגי האיגוד

כ־30% מאוכלוסיית מדינת ישראל תזדקק במהלך חייה לטיפול נפשי. מחלות הנפש הן ההפרעות הגורמת לפגיעה כלכלית השנייה הקשה ביותר. כל המודלים לתכנון בריאות בעולם רואים בדיכאון כמגפה הבאה בעולם המודרני. החישוב ברפורמה לבריאות הנפש בישראל לבניית כוח האדם מבוסס על טיפול ל־4% מבוגרים ו־2% ילדים ונוער. כבר עתה ברור שמספרים אלו נמוכים מהנעשה בשטח באזורים בהם יש הנגשה לטיפול בישראל. המענה לצורך העצום לטיפול מוטל על כתפיהם של כ־900 פסיכיאטרים ברחבי הארץ. זהו המקצוע הרפואי החמישי בגודלו במדינת ישראל.

היבטים ייחודיים למקצוע

משנת 1994 אי הכללה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי

מספר רופאים מומחים עד גיל 65, 2011



הפער בין הכמות המצופה לכמות המבוצעת של טיפולים אמבולטוריים-פסיכיאטריים בישראל 2010 על-פי חישוב של 4% בקרב מבוגרים ו-2% בקרב ילדים ונוער:

תוצרי הוועדה: פער טיפולים

מס' מגעים למטופל – סטנדרט	מס' מגעים למטופל – שדווחו	מגעים – אחוז ביצוע
מבוגרים	1,131,290	73.30%
קטינים	375,660	61.856%

הנתונים נאספו ע"י הוועדה לבחינת הרפורמה שדיווחה לשר הבריאות הקודם

המצב "הזמני" אפשר את העיוותים הבאים

- היעדר תכנית היוצאת מיעדים טיפוליים וחברתיים ומעבר להתנהלות כלכלית בלבד
- צמצום תקצוב משאבים בפסיכיאטריה
- מניעת פיתוח שירותים אמבולטוריים
- הסתמכות על יזמים פרטיים המונעים מרווחיות

הנמכת סטנדרטים ותמחור נמוך לשירותים פסיכיאטריים

- אוכלוסיה חלשה נטולת כוח פוליטי ויכולת לעורר הד ציבורי שניתן היה לצמצם את זכויותיה.
- במהלך השנים השתרשה הגישה שהפחתת המחיר היא הפרמטר המוביל (תוצאות גישה זו ברורות היום לאור מקרה "נווה יעקב").
- קביעת הסטנדרטים הטיפוליים על ידי אנשים מחוץ למקצועות בריאות הנפש.
- תמחור נמוך לשירותים הפסיכיאטריים.

מאפייני שחיקה ייחודיים

- שחיקה נפשית של מטפלים – פסיכיאטריה הינה גורם סיכון להתאבדות רופא.
- פגיעה מאלימות חולים – בשל פרופיל המטופלים והעבודה עם בתי המשפט.
- אין התייחסות למניעת שחיקה:
- < מרכיבים מונעי שחיקה בתנאי העבודה והשתלמויות.
 - < תגמול על עבודה בסביבה מסוכנת

מחסור חמור בכוח אדם בבתי חולים

- מפתח תקינה ראשוני בחסר

- תקינה מחלקתית נמוכה אינה תואמת לאופי העבודה במרפאה ובמחלקות אין תקנים לפונקציות הכרחיות : מיון, מרפאת בי"ח, יועצים ממקצועות רפואה אחרים.
- עליה בתמהיל החולים הקשים
 - ◀ החולים הקשים ביותר
 - ◀ האלימים ביותר
 - ◀ בעלי מחלות גופניות מורכבות
- עלייה בחולים בסטאטוס משפטי
- ייצוג משפטי לכל מטופל בכפייה
- אשפוזים לצורך חוות דעת רפואיות בצו בית המשפט.

פסיכיאטריה ומשפט

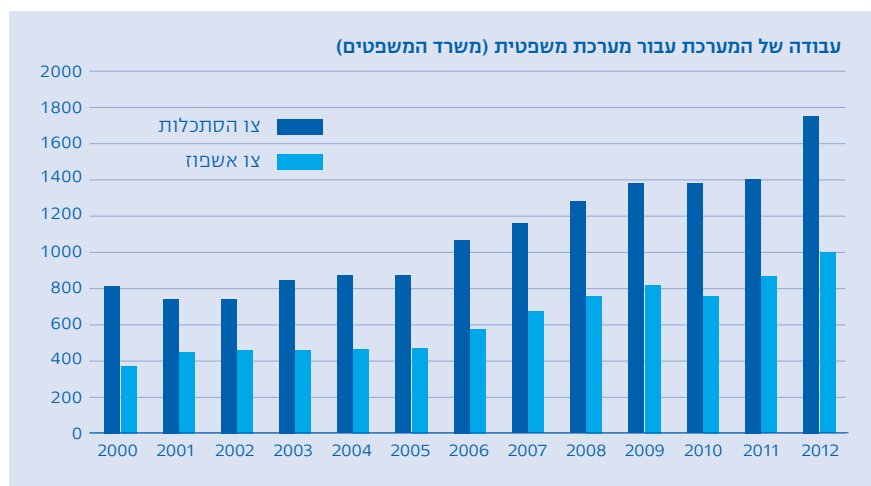
ניצול מערכת הפסיכיאטרית לצרכים משפטיים –

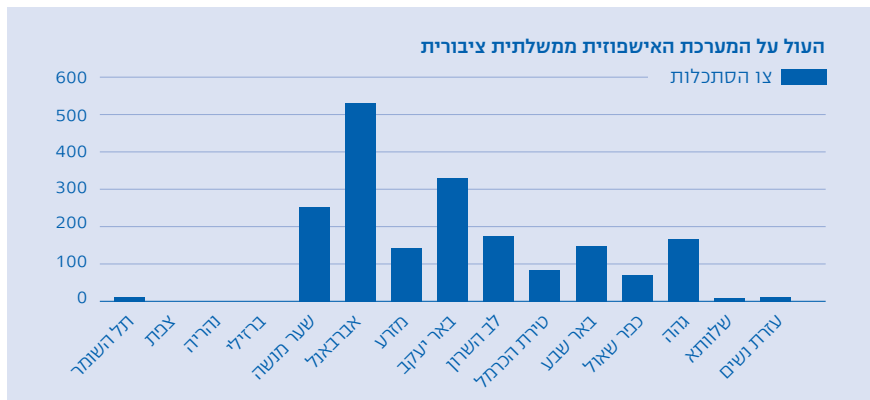
משרד המשפטים מול מערכת הבריאות ללא תגמול על הערכות וחוות דעת לבתי משפט.

בעיה אתית חמורה –

אשפוז נבדקים מהמערכת הפלילית עם חולים חסרי ישע.

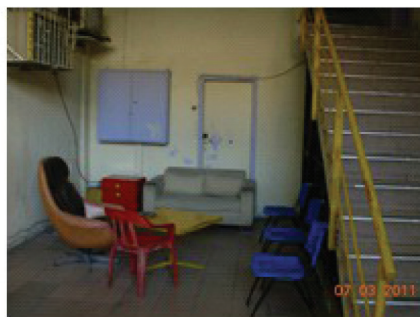
היעדר פיתוח שירותי פסיכיאטריה ייחודיים כמו פסיכיאטריה משפטית ותחומים נוספים בהשוואה למדינות ה־OECD





תשתיות אשפוזי / אמבולטורי

תשתיות מבניות רעועות - מוזנחות מאוד ביחס לרפואה כללית ולכל קנה מידה ראוי לטיפול בחולים

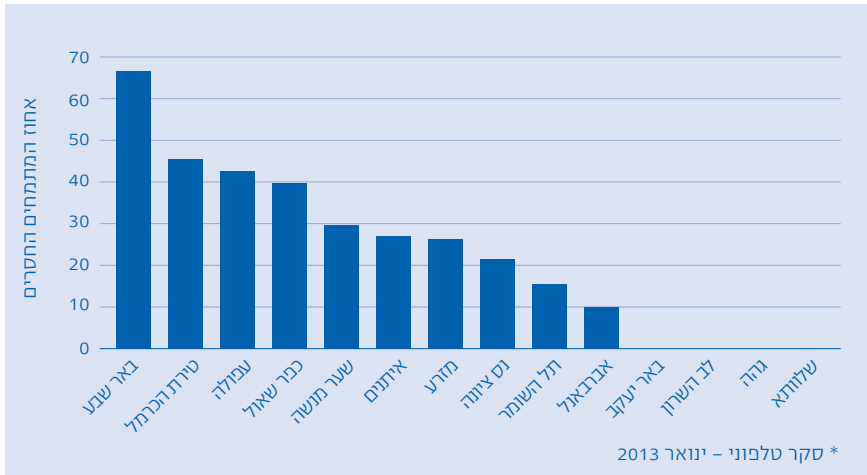


אלו תמונות שצולמו במרפאת בריאות נפש פ"ת. מצב דומה קיים במרפאות רבות ברחבי הארץ. יש לציין כי לא מדובר בחלק עורפי או אחורי של המרפאה. אלה תמונות של כניסה למרפאות ולחדרי המטפלים.

מחסור חמור ביכולת לגיוס כוח אדם

לאחר כ־20 שנה של הזנחה קיצונית של התחום ופגיעה בתדמית המקצוע, התוצאה היא ששליש מהתקנים למתמחים אינם מאוישים.

כ־60 מתמחים (40%) חסרים ברחבי הארץ



המקצוע עומד בשנים האחרונות בכל הקריטריונים למקצוע במצוקה - קושי עצום בגיוס מתמחים בוגרי הארץ, תקנים העומדים ריקים בבתי החולים, תקנון לא תואם את הצרכים בשטח של המחלקות הפעילות. פער התקנון ואוכלוסיית החולים הקשה אשר הפכה לקשה יותר בשנים האחרונות - גורמים לעומס רב על כל רופא במערכת ולשחיקה מוגברת נפשית. המקצוע אינו מקצוע כירורגי או טכנולוגי ומוגבל באפשרויות התעסוקה שלו מעבר למערכת הציבורית. כמו כן, קיימים אחוזי מעבר נמוכים בבחינות ההתמחות!

ניגוד אינטרסים

העדר הבנייה נכונה של מערך בריאות הנפש:

- ביזור סמכויות
- כפלי תפקידים (התווית מדיניות, פיקוח ותפעול)

סיכום הצרכים המידיים

- הכרה במקצוע הפסיכיאטריה כמקצוע במצוקה
- קביעת סטנדרטים טיפוליים גבוהים והעלאת תמחור פעולות שירותים פסיכיאטריים.
- הכרה בצורך לעודד פניית רופאים לתחום ולמניעת שחיקה ע"י תנאי עבודה.
- העלאת התקינה במחלקות האשפוז מומחים/מתמחים ומקצועות פרא־רפואיים.

הפסיכיאטריה מקצוע במשבר!

הרקע למצוקה

גורמים יחודיים למקצוע הרפואי

אופק מקצועי מוגבל
פיצול להתמחויות על
חולים מורכבים/ מורכבות רבה של
פעולות רפואיות
עבודה קשה ועומס רב שהוא ייחודי למקצוע
תגמול לא מספק

ירידה ביוקרה ובכוח המשיכה

גורמים הקשורים לסוגיות ארגוניות בבתי החולים

היקף רב של משימות
תקנים לא מעודכנים
הגבלת שעות עבודת המתמחים
עבודה קשה/ עומס רב

גורמים מערכתיים חיצוניים

הזדקנות האוכלוסייה
טכנולוגיה/ העברת טיפולים לקהילה
עליית חשיבות איכות החיים והפנאי
פמיניזציה של מקצוע הרפואה
ירידה ביוקרה ובמעמד הרופא
התפתחות רפואה פרטית

קריטריונים למצוקה

מחסור במתמחים טובים
קושי באיזון תקנים
מחסור רופאים ביחס למטלות –
עומס רב
תחושה של תגמול נמוך ואפשרות
מוגבלת לאפיקי הכנסה נוספים
פגיעה באיכות חיי העבודה:
עומס יתר, שחיקה ואיישיות רצון



עמדת איגוד הרופאים המרדימים בישראל

כפי שהוצגה ע"י יו"ר האיגוד פרופ' בנימין דרנגר ונציגי האיגוד

א. הרחבת מצבת הרופאים המרדימים כצורך לאומי

- מקצוע ההרדמה נמצא במשבר היפראקוטי. במספר סקרים שבצענו אנו ושבוצעו במחקרים מדעיים מסודרים ובחברת "ארגו" מטעם הר"י, הצפי מצביע על מחסור של כ־300 רופאים מרדימים כבר ב־2014.
- הסיבות: הגיל המתקדם יחסית של רבים מהמרדימים, מטלות חדשות על מחלקות ההרדמה, תנאי העסקה שהשתנו עם ההסכם, סגירת פערי שכן, כך ששכר מקצועות כירורגים אחרים השווה לזה של הרדמה, חוסר מועמדים בכמות וברמה מספקים ונשירה רבה של מומחים צעירים, שהם לב ליבו של הכוח המקצועי, מהמערכת הציבורית לפרטית.
- יש כיום משבר בהרדמה. ומכיוון שההרדמה היא צוואר הבקבוק, מחר המשבר יהיה בכל המערכת. משמעות הדבר, חיכוכים עם ההנהלות והמנתחים ויכולת מוגבלת להגדיל תפוקות בשעות אחר הצהריים (אם ייכנס השב"ן).
- חוסר כוח האדם מביא לפגיעה בבטיחות ההרדמה.
- האיגוד צריך לדאוג לכלים שיאפשרו ל־50 רופאים חדשים להצטרף להרדמה בכל שנה, וחשוב לנו ש־30 מהם יהיו בוגרי הארץ או ישראלים.
- האיגוד מנסה לקדם את האקדמיזציה של המקצוע – לקרב את הפריפריה למרכז בפרוייקטי מחקר ובהשתלמויות. מבקש לייעד מענקי מחקר עבור מחלקות ההרדמה וזמן ייעודי למחקר.
- הכללת בחירת רופא מרדים בביטוח המשלים היא נקודת זכות חשובה לבחירה בהרדמה כמקצוע התמחות. בחירת מרדים תשפר את מעמד המקצוע ותמשוך רופאים להרדמה.

ב. זכות החולה לטיפול מיטבי

- על פי חוק זכויות החולה, זכותו של החולה במדינת ישראל לקבל את הטיפול הטוב ביותר, ללא תלות בשאלה אם הוא משלם אם לא.
- מטופל אשר רכש ביטוח בריאות משלים, רשאי לבחור את הרופא שלדעתו יטפל בו בצורה הטובה והבטוחה ביותר. זכותו הלגיטימית לבחור את הרופא המרדים, שחשיבותו להצלחת הניתוח לא פחותה מחשיבותו של המנתח.
- לחולה מחלות רקע, לעתים מורכבות ומסוכנות וזכותו לבחור רופא מרדים שיעריך

- באופן המיטבי את מצבו לקראת הניתוח, יכין אותו לניתוח, ינהל את ההרדמה וההשגחה עליו, ידאג להתאוששותו לאחר הניתוח ויטפל במכאוביו.
- עצם יכולתו של המטופל לבחור רופא מרדים שהוא מאמין בו או ששמע עליו, תבטיח לו לקבל הטיפול המיטבי. בהעדר יכולת בחירה, החולה יאבד הביטחון, רמת החרדה והסטריס יעלו והדבר ישפיע על ניהול ההרדמה, הניתוח וההחלמה.
- מניעת תחלואה ותמותה בחדר ניתוח תלויה ברופא המרדים. התחלואה מושפעת מהרדמה כמו מהכירורגיה.
- חשיבות ההרדמה לא נופלת מחשיבות הניתוח וחיייו של החולה תלויים קודם כל ברופא המרדים.
- האחריות על הרופא המרדים היא אחריות כבדה מאד – הוא האחראי על בטיחות החולה בניתוח.
- הרופא מבלה את כל יום עבודתו בסביבת עבודה טכנולוגית מהמורכבות בעולם. מוקף ציוד מתקדם לניטור רציף של כל הפונקציות הפיזיולוגיות, ובמערכות אספקת הרדמה מדויקות.
- מצבו של חולה בזמן ניתוח ותחת הרדמה, עלול להתדרדר בהרף עין. חייב להיות לידו תמיד רופא מרדים מיומן ולא שוליה. רק כך ניתן להבטיח תגובה מיידית מקצועית ואת בטיחות החולה בניתוח.

ג. שוויון בין הרופא המרדים ובין המנתח

- שלילת הזכות לבחור מרדים פוגעת באוטונומיה של החולה.
- מניעת האפשרות לבחור רופא מרדים, יש בה פגיעה כפולה: גם בחולה וגם בחופש העיסוק של הרופא המרדים.
- במספר פסיקות, כולל בפסיקתו של כבוד השופט המחוזי צבי גורפינקל נקבע כי אחריותם של המנתח והרופא המרדים כלפי החולה שווה היא. הוא קבע שההנחיות הקודמות בדבר הפרדה מוחלטת בין אחריות המנתח לבין אחריות המרדים, אינן מהוות את הנורמה הנכונה וכי אין למנתח "אחריות-על" על הנעשה בניתוח.
- השופט הוסיף כי הצלחת הניתוח תלויה ברופא המנתח, ברופא המרדים ובשיתוף הפעולה שביניהם.
- בחירת הרופא מצביעה על דאגת החברה בישראל לבטיחות החולה!!

ד. קיים ביקוש לבחירת מרדים

- הביקוש למרדים הינו עניין מקצועי רפואי ולא גימיק של חברות הביטוח.

- ביקוש נוצר אם יש החזר כספי מלא. ביקוש נוצר כשמציעים ומעלים מודעות.
- כרגע רוב חברות הביטוח מסרבות לממן בחירת מרדים ואם נענות לכך, הן אינן נותנות החזר מלא
- קיימת דרישה לרופא מרדים: באסותא מתקבלות לפחות 150 בקשות בחודש להרדמה פרטית. בהדסה עשרות בכל חודש.
- את החולה לא מעניין אם יש ביקוש או אין ביקוש, הוא מבקש את זכויותיו.

ה. תמיכה בהפניית הביטוח המשלים לבתי החולים הציבוריים

- אזרחי מדינת ישראל סובלים מתורים ארוכים בכל הארץ, לא רק בפריפריה, ולכן הביטוח המשלים צריך להיכנס גם במרכז. גם החולים במרכז הארץ זכאים לזכויות שוות.
- אנו תומכים בהשבת השב"ן לבתי החולים הציבוריים ובזכותו של החולה לבחור ברופאים במגזר הציבורי ולא רק בבתי חולים פרטיים.
- איגוד הרופאים המרדימים קורא לאפשר לחולה את הזכות לבחור את הרופא המרדים כפי שהוא בוחר את המנתח.
- לא סביר שאם תתקבל רגולציית הביטוח המשלים בביה"ח הציבוריים, ניתן יהיה לבחור רק כיורג. מובן מאליו שתכנית זו תצטרך לכלול בחירת מרדים ואנו נקפיד על כך.

נספחים

- Israeli medical students' perceptions of six key medical specialists
www.ijhpr.org/content/pdf/2045-4015-2-19.pdf

עמוד 81

- The Israeli Anesthesiology Physician Workforce
www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/48/24072.pdf

עמוד 93

עמדת איגוד הכירורגים בישראל

כפי שהוצגה ע"י יו"ר האיגוד פרופ' מרדכי גוטמן ונציגי האיגוד

הצוות שהופיע בפני הוועדה כלל את יו"ר האיגוד פרופ' מוטי גוטמן, פרופ' ברטי פרוינד, כיו"ר לשעבר וכאיש עתיר ניסיון בעבודה במסגרת שיש בה שר"פ (הדסה), וד"ר נדב חיים, שסיים זה עתה את התמחותו.

עיקרי הדברים שנאמרו

1. הכירורגים ניצבים בחזית סוגיית השר"פ, שכן כל שיחה או הסבר על ניתוח מסתיים בשאלה: מי ינתח אותי. ולמרות שאנחנו מסבירים שהחולה יקבל צוות מיומן ומוכשר לטפל במחלתו, הוא תמיד ינסה להשפיע על גורלו ולבחור את המנתח. חלק מהחולים "יקבלו את הדין", חלק אחר יעבור למסגרת פרטית ואחרים ינסו להשפיע דרך מעמד או קשרים, מה שיוצר שר"פ לכל דבר, רק ללא כסף למערכת הציבורית.
2. הדגשנו את יתרונות השר"פ. הגדלת הפעילות בבית החולים, כולל הפעילות הלימודית, נוכחות רופאים בכירים עד לשעות המאוחרות כגיבוי לצוות העובד בשעות אלו, קיצור התורים ועוד.
3. בתשובה לטענה כדבר הגדלת מספר הניתוחים "המיותרים", הבהרנו שהשר"פ יוביל להיפך הגמור. החולים המנותחים בבית חולים ציבורי מוצגים בישיבות טרום-ניתוח של המחלקות ועוברים בקרת עמיתים. זה הוא המנגנון הטוב ביותר הקיים למניעת ניתוחים מיותרים, יותר טוב מכל רגולטור.
4. פרופ' פרוינד תיאר את פורמט העבודה ב"הדסה" בה יש שר"פ רב שנים. בניגוד לפרסומים האחרונים של מקרים חריגים, השר"פ לעדותו פעל בצורה מאוזנת שנים רבות, ותרם רבות לרפואה, להוראה ולשגשוג המוסד.
5. ד"ר נדב חיים תיאר את האופק הצפוי לו ככירורג צעיר עם שובו בעוד שנים אחדות מהשתלמות עמיתים. הוא מעוניין לקשור את גורלו במערכת הציבורית, אך ללא שר"פ יאלץ להתחיל לנדוד בין "קופות" ומקורות הכנסה אחרים.
- השר"פ יאפשר לו לא רק הכנסה. מרפאות שר"פ שיהיו אחרי שעות העבודה יאפשרו לכירורג הצעיר לגייס חולים שירצו בשירותיו ולנתח אותם וכך לבנות את המוניטין שלו, בצד תרומה למוסד וביסוס כלכלי.
6. שבנו והדגשנו את הלחץ הכבד המופעל עלינו לבחירת המנתח, לדעתנו אין דרך לעשות זאת אלא במודל של שר"פ בצורה כזאת או אחרת.

לדעתנו השר"פ יהיה מנוע של צמיחה לבית החולים ולמערך הכירורגי, יפנה "תורי בוקר" לחולים שאינם חולי שר"פ וכך ישפר את השירות שהם מקבלים. כל ההחלטות על ניתוחים תתקבלנה במסגרת בקרת עמיתים, המתמחים ייחשפו לחומר רב שנמנע מהם כיום, הרופאים ישפרו את שכרם ויימנע מהם הצורך לנדוד בין מקומות עבודה שונים, ויוכלו לתרום להוראה, לאקדמיה ולשיפור השירות הרפואי במשך רוב שעות היממה.

נספחים

...

המועצה המדעית - חומר רקע

תפקידי המועצה המדעית

המועצה המדעית מופקדת על-פי חוק על התמחות והתמקצעות הרופאים בישראל ושמה לה למטרה להבטיח הכשרה רפואית איכותית ומתעדכנת, לקידום הרפואה בישראל.

לאור זאת, תפקידי המועצה המדעית כוללים:

- קביעת מסלול התמחות, הסילבוס המורחב והמיומנויות הנדרשות (רשימת ניתוחים, פעולות) בכל אחת מ־57 ההתמחויות בישראל ועדכון המתמיד.
 - הכרה ובקרה של כ־1500 המחלקות/מרפאות המוכרות לצורך התמחות, על-פי קריטריונים מובנים.
 - עריכת בחינות התמחות בכתב ובע"פ ובדיקה מתמדת של איכותן.
 - ייזום ובקרה של תוכניות השתלמות עמיתים להתמקצעות נוספת מובנית לאחר ההתמחות.
 - קידום התעדכנות רפואית מתמדת, CME, לרופאי ישראל.
 - פעילות מתמדת מול מוסדות, בתי"ס לרפואה ומוסדות אקדמיים בארץ ובחו"ל.
- המועצה המדעית היא גוף מדעי בלתי תלוי; במרבית הפעילויות מהווה המועצה המדעית גוף מייצג וממליץ למשרד הבריאות, המהווה את הגוף המאשר.

מוסדות המועצה המדעית

נשיאות המועצה המדעית: אחראית לפעילות השוטפת של המועצה המדעית וליישום

מדיניות הוועד הפועל. כוללת כיום את:

- פרופ' שי אשכנזי, מרכז שניידר לילדים (יו"ר)
- פרופ' אהובה גוליק, מרכז רפואי אסף הרופא
- פרופ' טובה חצ'ק, מרכז רפואי הדסה
- פרופ' חוה טבנקין, מחוז הצפון, שירותי בריאות כללית
- פרופ' יוסי לסינג, מרכז רפואי סוראסקי
- פרופ' אהוד גרוסמן, מרכז רפואי שיבא
- פרופ' שאול סופר, מרכז רפואי סורוקה
- פרופ' אלישע ברטוב, מרכז רפואי וולפסון

הוועד הפועל: כולל 62 חברים, בכירי הרופאים בישראל, נציגי האיגודים המדעיים, הארגונים המקצועיים, הקהילה, בתי"ח, משרד הבריאות, קופות החולים, דיקני בתי הספר לרפואה

ומתמחים. קובע את המדיניות הכוללת של המועצה המדעית ומאשר החלטות עקרוניות של הנשיאות.

ועדת ההתמחות: כוללת 24 חברים, אחראית על הכרה במקצועות חדשים, קביעת מסלולי ההתמחות והסילבוסים ועדכוןם ואישור תוכניות להשתלמויות עמיתים.

הועדה להכרה ובקורת: כוללת 26 חברים, אחראית על קביעת קריטריונים להכרה לצורך התמחות ובקרה עיתית ומובנית על כ־1500 מחלקות, מכונים ויחידות המוכרים להתמחות, באמצעות וועדות בדיקה.

ועדת הבחינות העליונה: כוללת 24 חברים ומשמשת כועדת היגוי הקובעת את מדיניות הבחינות ומפקחת על וועדות הבחינה במקצועות המוכרים, הכוללות כ-350 חברים.

ועדת מדעי יסוד: כוללת כ־70 חברים ואחראית על מדעי יסוד במסגרת ההתמחות.

ועדת החינוך: כוללת 24 חברים ואחראית על ההשתלמות הרפואית, כולל קביעת קריטריונים לתעודת התעכנות, לימודי המשך, אקרדיטציה לקורסים וכינוסים.

וועדות מקצועיות: לאישור העמידה בדרישות של כל מתמחה מסיים והמלצה על תואר מומחה. זאת ב־57 ההתמחויות הקיימות. 15 חברים בכל ועדה מקצועית.

ועדת הפטור: עוסקת במיפוי ההכשרה הרפואית במדינות שונות בעולם ובהכרה בהתמחותם של רופאים עולים ממדינות אלו. רשאית להעניק פטור מבחינת שלב ב' של ההתמחות לרופאים עולים.

נציב פניות המתמחים: תפקיד הנציב לברר, לייעץ, לגשר ולתווך בין הגורמים השונים, כדי למצוא פתרון הולם לבעיות המתמחים. נציב פניות המתמחים פועל על־פי נוהלי המועצה המדעית והר"י ובהסכמת הנוגעים בעניין.

יחידת שרות למתמחה: טיפול פרטני בכל אחד מ-4,500 המתמחים, תוך ליווי של נציג שרות מתחילת ההתמחות ועד סיומה, בסיוע נציב פניות המתמחים, מוקד פניות המתמחים ואתר המתמחים.

המועצה המדעית פועלת בעזרת בכירי הרופאים בישראל. בועדות הקבועות של המועצה המדעית משתתפים 355 רופאים. במהלך קדנציה למעלה מ־2000 רופאים משתתפים בועדות הבדיקה לצורך הכרה מחלקות/מרפאות מוכרות, וכ־1200 משתתפים כבוחנים מדי שנה.

מוסד הערר

בעקבות ההחלטה של ועידת ההסתדרות הרפואית בשנת 1990, הוקמה ועדת ערר בלתי תלויה. רופא או גוף הרואה עצמו נפגע מהחלטות המועצה המדעית, יכול לערור בפני ועדת הערר.

רשימת מקצועות התמחות ומשך ההתמחות

מקצוע	אורך התמחות (בשנים)
רפואה פנימית	4
קרדיולוגיה	3
המטולוגיה	2 ו־6 חודשים
אימונולוגיה קלינית ואלרגולוגיה	2
מחלות ריאה	2 ו־3 חודשים
גסטרואנטרולוגיה	2 ו־6 חודשים
אנדוקרינולוגיה	2
נפרולוגיה	2 ו־6 חודשים
רפואת ילדים	4 ו־6 חודשים
נוירולוגיה	5
פסיכיאטריה	4 ו־6 חודשים
כירורגיה כללית	6
כירורגית ילדים	2 ו־6 חודשים
נוירוכירורגיה	6
כירורגיה של בית החזה	6 במסלולי כירורגית לב וכירורגית חזה 7 ו־3 חודשים במסלול כירורגית לב וחזה
כירורגיה אורתופדית	6
כירורגיה פלסטית	6
כירורגיה אורולוגית	6
מחלות עור ומין	5
מחלות אא"ג וכירורגית ראש וצוואר	6
מחלות עיניים	5
הרדמה	5
יילוד וגinekולוגיה	6
רדיולוגיה אבחנתית	5
אונקולוגיה	5 ו־6 חודשים
רפואת המשפחה	4
בריאות הציבור	4



מקצוע	אורך התמחות (בשנים)
רפואה פיזיקאלית ושיקום	5
מקצועות מעבדה קליניים	4 ו־6 חודשים
מיקרוביולוגיה קלינית	4
ביוכימיה קלינית	4
אנטומיה פתולוגית	5
רפואה גרעינית	4 ו־6 חודשים
גריאטריה	2
רפואה משפטית	5
פסיכיאטריה של הילד והמתבגר	5
מנהל רפואי	2
נאונטולוגיה	2 ו־6 חודשים
גנטיקה רפואית	2
ראומטולוגיה	2 ו־6 חודשים
כירורגיה של היד	2 ו־6 חודשים
כירורגית כלי דם	6
מחלות זיהומיות	2
רפואה תעסוקתית	4 ו־6 חודשים
טיפול נמרץ כללי	2
נוירולוגית ילדים והתפתחות הילד	3
קרדיולוגית ילדים	3
מחלות ריאה ילדים	2 ו־3 חודשים
המטואונקולוגית ילדים	2 ו־6 חודשים
גסטרואנטרולוגית ילדים	2 ו־6 חודשים
נפרולוגית ילדים	2 ו־6 חודשים
אנדוקרינולוגית ילדים	2 ו־9 חודשים
טיפול נמרץ ילדים	2 ו־6 חודשים
פרמקולוגיה קלינית	2 ו־6 חודשים

מקצוע	אורך התמחות (בשנים)
רפואה דחופה	כמקצוע על 2 ו־4 חודשים במסלול למומחים בכירורגיה כללית 2 ו־6 חודשים ביתר המסלולים
	כמקצוע בסיס 4 ו־6 חודשים
רפואה לשיכון כאב	2 ו־6 חודשים
רפואה פליאטיבית	2

היקף פעילות - טיפול אישי במתמחים

שנה	פנקסי התמחות חדשים	שינויי יעד (מקצוע ההתמחות)	התמחות נוספת	מס' הצעות מדעי היסוד	מס' דוחות מדעי היסוד
2009	623	77	76	479	401
2010	629	65	108	444	405
2011	783	81	139	502	344
2012	824	95	173	464	394

היקף פעילות - בקשות לתואר מומחה

שנה	תואר מומחה לבוגרי התמחות בארץ	הכרה בתואר מומחה של רופאים מחו"ל
2009	746	105
2010	760	104
2011	750	84
2012	730	85

היקף פעילות - מענה לפניות מתמחים

שנה	פניות לנציב פניות המתמחים	פניות למוקד האינטרנטי	הודעות בפורום המתמחים של הר"י
2009	כ־1625	כ־600	655
2010	כ־1470	כ־635	460
2011	כ־1540	כ־545	770
2012	כ־1270		804

מספר הניגשים לבחינות שלב א', שלב ב' ובחינות סיום ההתמחות במקצועות־העל

בחינה	נתונים	2010	2011	2012
שלב א'	ניגשו	965	1049	941
	עברו	482 (51%)	631 (60%)	560 (60%)
שלב ב' (אביב)	ניגשו	378	336	343
	עברו	269 (71%)	250 (74%)	258 (75%)
שלב ב' (סתיו)	ניגשו	375	399	433
	עברו	277 (74%)	315 (79%)	350 (81%)
מקצועות על - חלק א	ניגשו	185	202	210
	עברו	160 (86%)	169 (83%)	173 (82%)
מקצועות על - חלק ב'	ניגשו	188	183	188
	עברו	171 (90%)	166 (90%)	165 (88%)

מוסדות מוכרים להתמחות

סוג	2011	2012	הערות
יחידות	270	284	
מחלקות	619	642	
מחלקות ר. המשבחה	13	14	בקהילה

מרבאות	73	74	כולל קהילה, לא כולל רפואת המשפחה
מכונים	172	189	כולל קהילה
מעבדות	3	4	
מרכזים	38	53	לבריאות האישה והילד בקהילה
קורסים	27	31	החייאה
מרכזי שירות	2	3	
לשכות בריאות	7	7	
מרכזים לאומיים	2	2	
מרבאות לרפואת המשפחה	262	285	
מקומות מוכרים לביצוע השתלמויות עמיתים	20	29	
סה"כ	1488	1617	

הכרה במוסדות לצורך התמחות

2012	2011	2010	
59	34	7	הכרה ראשונה
3	9	4	הסרת הכרה
216	203	201	סה"כ מחלקות שהוכרו בשנה זו, כולל הכרה ראשונה וחידוש הכרה קיימת
199	242	221	מספר ועדות בדיקה שהתקיימו

סילבוסים מורחבים חדשים

2012	2011	2010	2009
כימורגיה של היד	גסטרו' ילדים	אנדוקרינולוגיה ילדים	אימונולוגיה ואלרגולוגיה
פרמקולוגיה קלינית	רפואה לשיכוך כאב	רפואה תעסוקתית	אנדוקרינולוגיה
קרדילולוגית ילדים	רפואת ילדים	המטו-אונק' ילדים	ט.ג. ילדים
רפואה דחופה על	רפואת המשפחה	גנטיקה רפואית	כירורגית ילדים
רפואה דחופה בסיס	פסיכיאטריה		רדילולוגיה
אימונולוגיה קלינית ואלרגולוגיה	ניאונטולוגיה		כירורגית כלי דם
אנדוקרינולוגיה	נוירולוגיה		מחלות עיניים
גסטרואנטרולוגיה	כירורגית אורטופדית		מחלות ריאה ילדים
המטו-אונקולוגית ילדים	כירורגיה פלסטית		נוירוכירורגיה
הרדמה	מחלות א.א.ג. וכירורגית ראש וצוואר		נוירולוגית ילדים והתפתחות הילד
כירורגית כלי דם	גריאטריה		
מחלות א.א.ג.			
מחלות עור ומין			
נוירולוגית ילדים והתפתחות הילד			
נפרולוגית ילדים			
רפואת ילדים			
רפואה תעסוקתית			

קישורים רלוונטיים

- דף הבית של אתר המתמחים

www.ima.org.il/Internes/Default.aspx

- נהלי ההתמחות

www.ima.org.il/Internes/ViewCategory.aspx?CategoryId=7080

- תקנות אישור תואר מומחה ובחינות התשל"ג 1973

www.ima.org.il/MainSite/viewcategory.aspx?CategoryId=277

< נספח לעמדת איגוד רופאי המשפחה

מודל הצורך ברופאי משפחה בישראל חומרי עזר לחישובים במודל

פרופ' שלמה וינקל, יו"ר איגוד רופאי המשפחה, יולי 2013

משרות רופאי משפחה (מתוך ספר השירות של הכללית באינטרנט)

חיפוש	<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text" value="רפואת משפחה"/>	תחום עיסוק
	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	יישוב

סינון תוצאות לפי:

נמצאו 3479 תוצאות חיפוש עבור: תחום עיסוק - רפואת משפחה

מומחיות ∞

לא מומחה (2004)
מומחה (1475)

סוג הסכם 📄

קהילה (3461)
משלם (17)
מרפאות חוץ בתי חולים (1)

מין רופא 👤 👤

גבר (2162)
אישה (1316)

משרות רופאי ילדים (מתוך ספר השירות של הכללית באינטרנט)

רופאים

הפשוטו רופאים של כללית או של כללית מושלם, לפי שם הרופא, לפי יישוב או לפי תחום עיסוק (אף אזור גרן, אורחופדיה, כירורגיה)

חיפוש	<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text" value="ילדים"/>	תחום עיסוק
	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	יישוב

סינון תוצאות לפי:

נמצאו 1881 תוצאות חיפוש עבור: תחום עיסוק - ילדים, סוג הסכם - קהילה

חזרה לתוצאות חיפוש

מומחיות ∞

מומחה (1029)
לא מומחה (852)

סוג הסכם 📄

קהילה (1881)

מין רופא 👤 👤

גבר (1080)
אישה (801)

משרות רופאי משפחה וילדים (מתוך ספר השירות של הכללית באינטרנט)

רופאים



נמצאו 1324 תוצאות עבור הקריטריונים: תחום השירות=משפחה, פנימית וכללית
מיון התוצאות עפ"י: ישוב ושם רופא

שם רופא	תחום טיפול
רופאים	

נמצאו 627 תוצאות עבור הקריטריונים: תחום השירות=ילדים
מיון התוצאות עפ"י: ישוב ושם רופא

אוכלוסיית המדינה – מתוך אתר הלמ"ס

הודעה לעיתונות



אתר: www.cbs.gov.il דוא"ל: info@cbs.gov.il פקס: 02-6521340

ירושלים ד' באייר תשע"ג
14 באפריל 2013
097/2013

עדכון (14/04/2013): תיקון סומן באדום.

ערב יום העצמאות ה-65 למדינת ישראל - מעל 8 מיליון תושבים

65th Independence Day - more than 8 million residents in the State of Israel

ערב יום העצמאות ה-65¹

- אוכלוסיית ישראל מונה בערב יום העצמאות תשע"ג כ-8.018 מיליון נפש. עם קום המדינה מנתה אוכלוסיית ישראל 806 אלף תושבים.
- האוכלוסייה היהודית מונה כ-6.042 מיליון תושבים (75.3% מכלל האוכלוסייה), האוכלוסייה הערבית כ-1.658 מיליון תושבים (20.7%) ואוכלוסיית "האחרים", שהם נוצרים לא-ערבים, בני דתות אחרות וחסרי סיווג דת במשרד הפנים, מונה כ-318 אלף תושבים (4.0%).
- מאז יום העצמאות שעבר² גדלה אוכלוסיית ישראל בכ-138 אלף איש. בתקופה זו נולדו בישראל כ-163 אלף תינוקות ונפטרו כ-41 אלף איש. מספר העולים שהגיע לארץ היה כ-19.5 אלף³.
- בסך הכל גדלה אוכלוסיית ישראל מאז יום העצמאות ה-64, ב-138 אלף תושבים - גידול של 1.8%.

אוכלוסיית הילדים במדינה – מתוך אתר הלמ"ס

לקט נתונים לרגל יום הילד הבין-לאומי 2012

Selected Data for the International Child Day

- בסוף שנת 2011 חיו בישראל 2.58 מיליון ילדים (בני 0-17), המהווים כשליש מאוכלוסיית המדינה. מתוכם כ-1.814 מיליון ילדים יהודים, 688 אלף ילדים ערבים (604.8 אלף מוסלמים, 46.1 אלף דרוזים וכ- 36.5 אלף נוצרים ערבים), ועוד 75.3 אלף ילדים אחרים (בלתי מסווגים לפי דת במרשם האוכלוסין ונוצרים לא ערבים). חלקם של הילדים היהודיים בכלל הילדים הוא 70%, של הילדים הערביים 27% ושל הילדים האחרים 3%.
- בירושלים' חלקם היחסי של הילדים הוא כ-40%; בתל אביב-יפו ובחיפה, אוכלוסיית הילדים מהווה כחמישית מאוכלוסיית העיר בלבד.
- כ-96% מהילדים היהודים נולדו בישראל. כ-77% מהם הם ילדים לאב שגם הוא נולד בישראל.
- בשנת 2011 נולדו בישראל כ-166 אלף תינוקות מהם כ-121.5 אלף לנשים יהודיות וכ-35.2 אלף לנשים מוסלמיות.

נתח שוק קופות בחתך גיל – מתוך אתר משרד הבריאות

נפשות מבטוחות (סוף שנה באלפים)

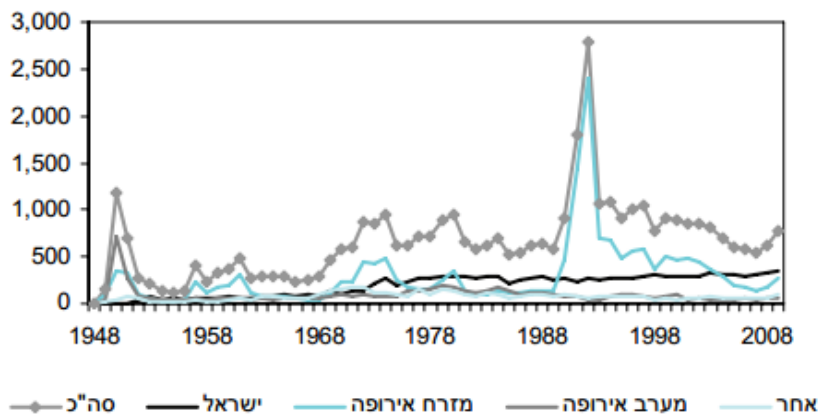
סה"כ	כללית	לאומית	מכבי	מאוחדת	סה"כ
<u>7,641.6</u>	<u>4,015.124</u>	<u>696.783</u>	<u>1,895.211</u>	<u>1,034.476</u>	<u>7,641.6</u>
0	83.7	14.9	38.0	26.4	163.0
1-4	322.5	58.0	157.1	106.5	644.1
5-14	677.6	139.7	362.1	229.2	1,408.5
15-24	552.9	111.8	231.9	150.3	1,046.9
25-34	617.9	94.7	245.7	142.1	1,100.4
35-44	442.9	82.1	305.3	139.2	969.5
45-54	393.1	75.6	223.7	97.7	790.1
55-64	405.8	60.8	175.8	78.9	721.2
65-74	258.3	32.1	93.5	39.2	423.1
75-84	183.7	19.6	46.6	18.7	268.6
85+	76.9	7.3	15.5	6.5	106.2

נפשות מבטוחות באחוזים (סוף שנה)

סה"כ	כללית	לאומית	מכבי	מאוחדת	סה"כ
<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
0	2.1	2.1	2.0	2.5	2.1
1-4	8.0	8.3	8.3	10.3	8.4
5-14	16.9	20.0	19.1	22.2	18.4
15-24	13.8	16.1	12.2	14.5	13.7
25-34	15.4	13.6	13.0	13.7	14.4
35-44	11.0	11.8	16.1	13.5	12.7
45-54	9.8	10.9	11.8	9.4	10.3
55-64	10.1	8.7	9.3	7.6	9.4
65-74	6.4	4.6	4.9	3.8	5.5
75-84	4.6	2.8	2.5	1.8	3.5
85+	1.9	1.1	0.8	0.6	1.4

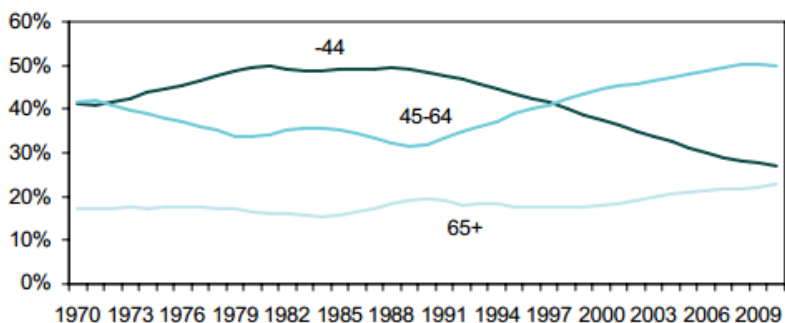
נתוני רופאים – מתוך אתר משרד הבריאות

רשיונות ברפואה לפי שנת הנפקת הרשיון ומקום הלימוד, 1948–2010



נתוני רופאים – מתוך אתר משרד הבריאות

רופאים לפי גיל, 1970–2010



נתוני רופאים – מתוך אתר משרד הבריאות

מספרים מוחלטים ואחוזים

2010							
75+	65 - 74	55 - 64	45 - 54	31 - 44	-30	סה"כ	
3,577	4,198	8,573	8,246	8,288	894	34,046	סה"כ
2,092	2,676	5,609	4,781	4,414	435	20,173	זכרים
1,485	1,520	2,963	3,464	3,872	459	13,867	נקבות
10.6%	12.4%	25.4%	24.4%	24.5%	2.6%	100%	סה"כ
10.5%	13.4%	28.0%	23.9%	22.1%	2.2%	100%	זכרים
10.8%	11.0%	21.5%	25.2%	28.1%	3.3%	100%	נקבות

סה"כ כולל גיל ומין לא ידוע.

נתוני רופאים – מתוך אתר משרד הבריאות

אחוז ומספר הרופאים הראשוניים המומחים לפי סוג המומחיות
בשנים 1998, 2003, 2008

רופאים ראשוניים						
2008 ⁵		2003		1998		שנה
N	%	N	%	N	%	
2,805	100	2,299	100	2,039	100	מומחים
						לפי סוג מומחיות
1,154	41	859	37	649	32	משפחה
644	23	602	26	505	25	פנימית
1,007	36	838	37	885	43	ילדים

נתוני רופאים – מתוך אתר משרד הבריאות

אחוז המומחים בחו"ל מסה"כ בעלי תעודת מומחה (מומחיות אחרונה) באותו תחום עד גיל 64. מקצועות נבחרים

תחום המומחיות	מספר מומחים	אחוז השוהים בחו"ל מסה"כ בעלי תעודת מומחה
מיקרוביולוגיה קלינית/כימיה קלינית	11	25.0
הרדמה	520	12.7
כירורגיה כללית	480	6.5
פסיכיאטריה	860	7.0
רפואת ילדים	1,244	7.7
פנימית	1,312	5.8
טיפול נמרץ ילדים	47	6.4
יילוד וגinekולוגיה	1,034	3.9
אונקולוגיה	157	5.7
קרדילוגית ילדים	34	5.9
טיפול נמרץ כללי	111	4.5
ניאונטולוגיה	121	4.1
פסיכיאטריה של הילד והמתבגר	174	1.1
רפואה פיזיקאלי ושיקום	115	3.5
כירורגית ילדים	52	1.9
משפחה	1,424	2.3
גריאטריה	245	1.6

נתוני גידול אוכלוסיית הילדים - מתוך אתר הלמ"ס



לידות חי	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Live Births
סך הכל	139,535	144,936	145,207	143,913	148,170	151,679	156,923	161,042	166,255	166,296	Total
מין יליד - זכרים	71,318	74,271	74,694	73,956	76,078	77,830	80,254	82,398	85,415	85,162	Sex of newborn - Males
נקבות	68,217	70,665	70,513	69,957	72,092	73,849	76,669	78,644	80,840	81,134	Females
קבוצת אוכלוסייה - יהודים ואחרים	98,604	103,599	104,357	105,112	109,188	112,543	117,473	121,243	125,505	126,550	Population group - Jews and others
מהר - יהודים	94,327	99,127	100,062	100,657	104,513	107,966	112,803	116,599	120,673	121,520	Thereof: Jews
ערבים	40,931	41,337	40,850	38,801	36,982	36,136	39,450	39,799	40,750	39,746	Arabs
אמהות לא נשואות ⁽¹⁾	5,036	5,742	5,559	5,498	5,896	6,084	6,408	6,737	7,044	7,267	Unmarried mothers (1)
לידות ראשונות	39,666	43,760	43,936	43,195	44,273	45,755	48,028	49,207	49,600	50,147	First births
לידות בלדות מרובות עוברים ⁽²⁾	6,400	6,566	6,378	6,362	6,777	7,096	7,168	7,553	Newborns in multiple births (2)
שעור לידה מרובה	21.3	21.7	21.3	20.8	21.0	21.1	21.5	21.5	21.8	21.4	Crude birth rate
שעור פרוץ מולד	2.89	2.95	2.90	2.84	2.88	2.90	2.96	2.96	3.03	3.00	Total fertility rate
יחס מינים בלידה	104.5	105.1	105.9	105.7	105.5	105.4	104.7	104.8	105.7	105.0	Sex ratio at birth
גיל אם ממוצע בלידה	29.2	29.3	29.3	29.5	29.6	29.7	29.8	29.9	30.0	30.1	Average age of mother at birth
גיל אם ממוצע בלידה ראשונה	26.1	26.3	26.5	26.6	26.8	27.0	27.0	27.0	27.2	27.3	Average age of mother at first birth
אחוז ילדים במשקל נמוך ⁽³⁾	8.4	8.3	8.2	8.2	8.2	8.2	8.4	8.2	8.1	8.4	Percentage of newborns with low weight (3)

שיפור הטיפול בחולים מורכבים, תוך חיסכון משמעותי בעלויות על ידי הקמת מרכז טיפול יום במרפאת המשלט בבית שמש

מרפאת המשלט בית שמש, שרותי בריאות כללית,
ד"ר מיכל שני - מנהלת המרפאה וצוות המרפאה

רקע

בית שמש והמושבים סביבה מהווים פריפריה חברתית.

במרפאת המשלט בבית שמש יש אוכלוסייה גדולה של קשישים וחולים כרוניים, ועקב כך ישנם מטופלים רבים הזקוקים לקבלת תרופות בעירוי, וקבוצה גדולה של חולי אי ספיקת לב.

חולים אלו נאלצו עד כה לנסוע לירושלים על מנת לקבל מענה לצרכיהם. מדובר בחולים שרובם ממעמד סוציאקונומי בינוני נמוך, שאינם בעלי רכב, מה שמקשה עליהם מאוד את הנסיעה לירושלים, בעיקר לאור העובדה שרבים מהם מתניידים בקושי עקב מחלתם הבסיסית.

חלק מחולים אלו קיבלו בלית ברירה טיפולים בחדרי האחיות במרפאה בתנאים בלתי אפשריים, הן מבחינת הצוות והן מבחינת המטופלים.

בעקבות יוזמה של אחיות המרפאה, הוקם במרפאה מרכז טיפול יום לקבלת תרופות בעירוי, לקיחת בדיקות דם מיוחדות הדורשות הכנה מיוחדת (שעד כה בוצעו רק במרפאות ייעודיות בירושלים), ומרפאה לחולי אי ספיקת לב, המיועדים למטופלים מכל איזור בית שמש.

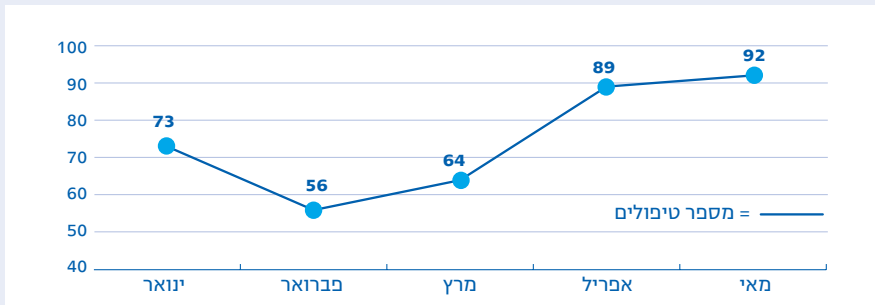
מטרות מרכז טיפול יום

1. הנגשה של שירותים נוספים לרווחת תושבי בית שמש והסביבה, ושיפור השירות.
2. בניית מסגרת המאפשרת מתן טיפולים הדורשים זמן, שלא בתוך חדרי האחיות במרפאה העמוסים ממילא.
3. חסכון בהוצאות של אשפוזי יום, מיון ואמבולנסים
4. יצירת מסגרת מקדמת ומאתגרת עבור הצוות הרפואי והסיעודי במרפאה.

תוצאות

- מרכז טיפול יום החל לפעול באמצע 2012.
- יום אחד בשבוע מוקדש ללקיחת בדיקות דם מיוחדות הדורשות הכנה מיוחדת.
- 3 ימים בשבוע מוקדשים למתן תרופות בעירוי, למגוון רחב של תרופות. בממוצע נערכים 8 טיפולים ביום.
- הקמת המרכז הביאה לירידה של 35% בהוצאות המרפאה על טיפולים במסגרות של אשפוז יום.

תרשים מס' 1 – מספר הטיפולים החודשיים במרכז החדש



מרפאת אי ספיקה

מדוע יש צורך במרפאת אי ספיקה קרובה לבית?

- מדובר באוכלוסייה של חולים מורכבים, עם ריבוי של תרופות מחלות וטיפולים.
- ההדרכה והליווי של המחלה דורשים זמן והתאמה תרבותית, כיוון שנדרשת התייחסות כמעט לכל תחום בחיי המטופל.
- אי ספיקת לב היא מחלה דינמית, המחייבת מעקב מקצועי ותכוף למניעת החמרות ואשפוזים.
- הי ענות נמוכה לטיפול עד כה עקב הקושי בהגעה למרפאת אי ספיקה בירושלים.

תהליך העבודה

- יום אחד בשבוע מוקדש למרפאה לחולי אי ספיקת לב, שהחלה לפעול באופן מסודר בדצמבר 2012.
- במרפאה יש צוות המורכב מרופא קרדיולוג מהדסה, ומאחות קבועה מצוות המרפאה.
- כל חולה המגיע למרפאה נבדק על ידי הרופא, ועובר מעקב אי ספיקת לב אצל האחות.
- לאחר מכן נקבעת תכנית טיפול אישית, ונקבעת תדירות המפגשים הנדרשת עבור המטופל.
- לאחר כל ביקור נשלח סיכום מפורט לרופא המשפחה.

- במקרים רבים נערך דיון משותף של הקרדיולוג עם רופא המשפחה לגבי הטיפול והמעקב הנדרשים.
- עד כה נבדקו במרפאה כ־120 חולי אי ספיקת לב.

טבלה מספר 1 – אשפוזים של חולי חולי אי ספיקת לב

הפרש באחוזים	הפרש	2013	2012	
-40.4%	-19	28	47	מספר אשפוזים
-52.9%	-127	113	240	מספר ימי אשפוז
45.4%	5	16	11	פניות למיון
-19.1%	-108	456	564	מספר הביקורים במרפאה

השוואת מספר האשפוזים של 161 חולי אי ספיקת לב במרפאה במהלך החודשים דצמבר 2012 – ינואר-פברואר 2013 לעומת התקופה המקבילה ב־2012–2011 (עבור אותם החולים).

הקמת מרפאת אי ספיקה הביאה לירידה של 18.5% בעלויות האשפוז הכוללות של המרפאה במהלך התקופות.

◀ נספח לעמדת איגוד הרופאים המרדמים

- Israeli medical students' perceptions of six key medical specialists
www.ijhpr.org/content/pdf/2045-4015-2-19.pdf

עמוד 81

- The Israeli Anesthesiology Physician Workforce
www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/48/24072.pdf

עמוד 93



ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Open Access

Israeli medical students' perceptions of six key medical specialties

Charles Weissman^{1*}, Howard Tandeter⁵, Rachel Yaffa Zisk-Rony⁴, Yoram G Weiss¹, Uriel Elchahal², Alex Avidan¹ and Josh E Schroeder³

Abstract

Background: Choosing a medical specialty requires medical students to match their interests and social-cultural situations with their perceptions of the various specialties.

Objectives: Examine Israeli 6th-year medical students' perceptions of six key specialties: pediatrics, orthopedic surgery, anesthesiology, obstetrics/gynecology, general surgery and family medicine.

Methods: Questionnaires distributed to 355 6th-year students from three successive classes (2008–2010) of 6th-year students at the Hebrew University – Hadassah School of Medicine, Jerusalem, Israel and the 2010 class of the Ben Gurion University School of Medicine, Be'er Sheva, Israel.

Results: Responses were obtained from 234 students, for a response rate of 66%. Pediatrics and obstetrics/gynecology were the specialties most often under positive career consideration by individual students. Anesthesiology and general surgery were least often under positive career consideration and were viewed as being in a workforce crisis. Pediatrics and family medicine, found to be especially popular among women, were perceived by 58% and 78% of respondents, respectively, as providing reasonable ratios of lifestyle to income. None of the students thought the same about general surgery and only 28% thought so about anesthesiology. Pediatrics and obstetrics/gynecology were reported to afford a controllable lifestyle by 63% and 8%, respectively. With respect to positive career considerations and lifestyle perceptions, there were no differences between the opinions of men and women students. Differences between genders arose in responses to queries of whether a specialty was interesting and challenging. Women were more likely than men to perceive pediatrics and family medicine as interesting and challenging while men were more likely to think that general and orthopedic surgery are interesting and challenging.

Conclusions: Knowing the medical students' perceptions of the various specialties should help in understanding the maldistribution of physicians among the various specialties. Such data can also be an important input into the efforts of the healthcare leadership to promote a specialty distribution that matches the population's evolving needs.

Keywords: Medical education, Residency, Medical specialties, Medical students, Marketing research

Background

Selecting a career is one of the most important decisions made during a lifetime. The decision requires that individuals match their interests, social situations and cultural backgrounds with a specific vocation. The individual generally gathers information about a number

of careers from a variety of objective and subjective sources to form an opinion of the occupation [1]. Medical students must make a two or three-step career decision. The initial decision is the educational choice to become a physician and attend medical school [1]. The second decision is the occupational choice of one of the more than 20 medical specialties for residency training. A further step is deciding whether to pursue further training and, if yes, in which subspecialty.

The medical specialties differ greatly in work settings, skill sets, duties, responsibilities and professional interests,

* Correspondence: charles_weissman@yahoo.com

¹Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Hebrew University Hadassah School of Medicine, POB 12000, Jerusalem 91120, Israel
Full list of author information is available at the end of the article



so that they essentially constitute a group of distinct occupations [2,3]. Therefore, choosing a specialty is complicated and made even more problematic by modern medical care becoming increasingly complex, resulting in increasing specialization and sub-specialization. Simultaneously, as populations continue to grow, so does the demand for more primary care physicians. The distribution of physicians among the primary, secondary and tertiary specialties is a function of the number of medical school graduates, their choice of specialties, and the number of available residency and fellowship training positions.

Israel is beset by a looming shortage of physicians, an inadequate number of medical school graduates and a maldistribution of physicians among the various specialties, with shortages in areas such as general surgery and anesthesiology. This problematic situation requires healthcare system leadership to gain additional insights into issues concerning the physician workforce, such as medical students' perceptions of the various specialties. Knowing these perceptions is especially important for discerning why some specialties are more popular than others among the medical students.

This study is a component of a larger investigation of the processes Israeli medical students utilize when selecting medical specialties [4,5]. It specifically explores a key component in the second decision step enumerated above (i.e. decisions about which specialty to pursue), namely final (6th) year medical students' perceptions of six key specialties: (pediatrics, orthopedic surgery, anesthesiology, obstetrics/gynecology, general surgery, and family medicine). The study examines student perceptions of both the professional and non-professional aspects of these specialties. The interest in the latter is due to the many studies showing the importance that the current generation of medical students attaches to balancing professional obligations with free-time (child-rearing, family time) and a controllable lifestyle with financial compensation [6-8]. The objective of the study was to better understand how and why medical students, both male and female, would choose or reject one of these specialties for residency training and career.

Methods

The methods used in this study were adapted from marketing research methods and have been described elsewhere [5]. Briefly, this methodology proposes that when a consumer's (i.e. student's) criteria match his/her perceptions of a product's (i.e. specialty) features, the likelihood of a purchase (selecting the specialty) increases. Therefore, to provide insights into the selection process, this study examined the two sides of the marketing equation: both the students' selection criteria and their perceptions of the various specialties. This was accomplished using a questionnaire designed to elicit (1) the

importance of each of the 25 criteria with respect to the students' choice of a medical specialty; (2) their perceptions (16 items) of how six key specialties (pediatrics, orthopedic surgery, anesthesiology, obstetrics/gynecology, general surgery and family medicine) rate on each of the 25 criteria; (3) their level of consideration in pursuing a career in each of these specialties; and (4) demographic data. A 5-point Likert scale was used for answering the questions related to the first three items in this list.

The study focused on four specialties mirroring those practiced by the investigators (family medicine, obstetrics/gynecology, orthopedic surgery and anesthesiology) plus pediatrics and general surgery. This provided information on two primary care specialties (pediatrics and family practice) and two surgical specialties (general and orthopedic surgery) plus obstetrics/gynecology and anesthesiology. General Internal Medicine was not chosen because Internal Medicine is usually a "pass through" residency i.e. a way-station on the way to sub-specialization. Only a minority of Israeli internal medicine residents do not sub-specialize^a.

The questionnaires underwent two pilot studies to examine ease-of-use and determine whether modifications were needed. Each of these initial studies included fifteen 6th-year medical students. During the pilot studies, information was elicited on 17 items for each of 10 specialties. However, many of the respondents failed to answer all the questions because of the excessive time it was taking to complete the forms. Therefore, the number of specialties was reduced to six to provide information on two primary care specialties (pediatrics and family practice) and two surgical specialties (general and orthopedic surgery) plus obstetrics/gynecology and anesthesiology [5].

The questionnaire's final version was distributed to three successive classes (2008–2010) of 6th-year students at the Hebrew University – Hadassah School of Medicine, Jerusalem, Israel and the 2010 class of the Ben Gurion University School of Medicine, Be'er Sheva, Israel. These two schools were chosen because they are the investigators' home institutions. This allowed them to insure a high response rate.

Portions of these data have been reported in a methodological validation (5). This study was approved by the Institutional Review Board of the Hadassah Medical Organization.

For statistical analysis, all the points on the Likert Scale were treated as continuous variables. The Likert Scale data were subjected to both hierarchical cluster analysis and factor analysis. In the latter, varimax rotation was used with set eigenvalues of ≥ 1.0 . When reported as categorical data, the 5-points of the Likert Scale were reduced to three categories (the percentages of the responses from the two points representing negative responses were added together as were the percentages of two points representing positive

responses plus the middle point). The percentage of responses for each of the three categories was calculated.

Analysis focused on two issues. (1) The students' perceptions of each of the six specialties and how the perception patterns differed between the various specialties. (2) The differences between the selection criteria and perceptions of students considering and not considering pursuing a career in each of the specialties. For this analysis the replies of the students who chose one of the two negative points on the 5-point Likert Scale to the query "are you considering a career in this specialty" were compared to those of the students who chose one of the two positive points; i.e. the neutral choice was not included in the analysis.

These data were managed with Excel 2003[®] (Microsoft Inc., Redmont, WA) and analyzed using Systat Version 12[®] (Systat Inc. San Jose, CA). Categorical data are presented as frequency distributions. Chi-squared analysis was performed for binomial responses. Two-tailed Student's *t*-tests compared continuous variables and Bonferroni corrections were employed for multiple comparisons. Based on prior investigations demonstrating significant differences in interests and selection criteria between the genders [9,10], it was decided during the study's design phase to separately evaluate data from male and female students.

Results

A response rate of 66% (234 of 355 questionnaires) was obtained. Of the respondents, 52% were women and 53% were single. The male students were older ($p < 0.001$) than the female ones.

As indicated in Figures 1 and 2, the selection criteria rated most highly were "interesting and challenging

specialty", "family time", and "controllable lifestyle". The criterion rated lowest was "work limited hours", while "high salary" and "private practice" received intermediate ratings.

The medical students' perceptions of all six specialties are found in Table 1, which displays the percentage of agree/highly agree replies on the 5-point Likert Scale. Each specialty had a distinct profile. Pediatrics and obstetrics/gynecology were the specialties most often reported as being under positive consideration for a career both by the students themselves and by their peers. Anesthesiology and general surgery were least often being positively considered as careers by the students and both were thought to be in workforce crises. There were no differences in the findings between the two schools.

Hierarchical cluster analysis revealed the following cluster of criteria: controllable lifestyle, family time, and working limited hours. Factor analysis included the following factors: (1) working limited hours and family time with long working hours as a reciprocal or inverse member^b (2) high salary and specialty being highly considered by colleagues; and (3) long working hours with reciprocal member, the ratio of lifestyle to income.

Only a few differences were found between the perceptions of male and female students of each of the specialties (Table 2). The women students had a more positive view of pediatrics and family medicine than the men. Conversely, the men had a more positive perception of orthopedic surgery. Perceiving a specialty as interesting and challenging was a major determinant of positively considering a specialty.

The differences between the perceptions and selection criteria of students considering and not considering pursuing a career in each of the six specialties are found on

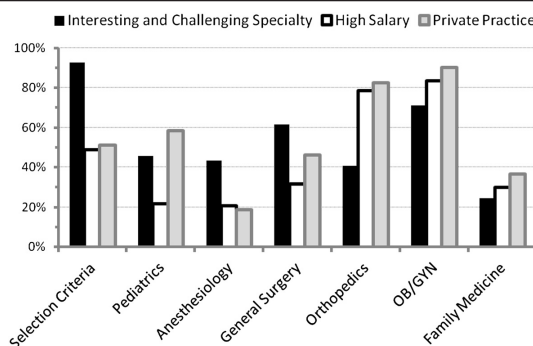


Figure 1 Students' selection criteria versus their perceptions of the six specialties. Three selection criteria are contrasted with students' perceptions of the six specialties. An interesting and challenging specialty was reported to be an important/very important selection criterion by almost all the students. Despite family medicine being considered by only 23% of the students as interesting/challenging it was selected as a possible career choice by 19%.

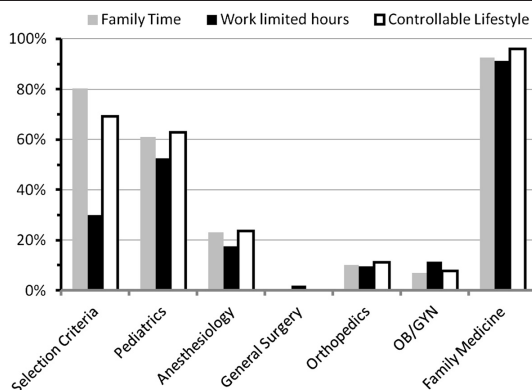


Figure 2 Students' selection criteria versus their perceptions of the six specialties. Three of the selection criteria are contrasted with the students' perceptions of corresponding factors. Both a controllable lifestyle and family time were considered important/very important selection criteria by many students. Pediatrics and family medicine were considered to afford both controllable lifestyles and family time.

Table 1 Medical students' perceptions of the six specialties (n = 234)

	Pediatrics	Anesthesiology	General Surgery	Orthopedic Surgery	OB/GYN	Family Medicine
Interesting and challenging specialty	46%	43%	62%‡	41%†	71%§*††	25%*†††
Advanced specialty	36%	44%*	35%*‡	52%*†	69%*†	23%*††\$
Boring specialty	21%	35%*	14%‡	30%*†	7%*††\$	48%*††
Stressful specialty	27%	74%*	94%*‡	48%*††	81%*†\$	13%*††\$
Affords controllable lifestyle	63%	24%*	0%*‡	11%*†	8%*†	96%*††\$
Possible to work limited hours	53%	17%*	2%*‡	10%*†	12%*†	91%*††\$
Allows for family time	61%	23%*	0%*‡	10%*†	7%*†	93%*††\$
Long working hours	25%	62%*	97%*‡	75%*†	86%*††	6%*††\$
Prestigious specialty (population)	33%	5%*	78%*‡	49%*††	71%*†\$	7%*†\$
Prestigious specialty (colleagues)	15%	10%*	46%*‡	34%*††	61%*††	2%*††\$
Opportunity for private practice	58%	19%*	46%*‡	83%*††	90%*††	37%*††\$
High salary	22%	21%*	32%*‡	79%*††	84%*††	30%*†\$
Reasonable ratio of lifestyle vs income	58%	20%*	6%*‡	53%††	45%††	78%*††\$
Academic opportunities	45%	46%	58%	46%	78%*††	8%*††\$
Specialty other students positively consider	67%	1%*	6%*‡	50%*††	76%††\$	32%*†††
Specialty in crisis	7%	97%*	74%*‡	3%††	3%††	16%††\$
Specialty I am positively considering	35%	9%*	20%*	16%*	34%††\$	19%*††

* p<0.001 vs pediatrics
 ‡ p<0.001 vs anesthesiology.
 † p<0.001 vs surgery.
 § p<0.001 vs orthopedics.
 †† p<0.001 vs OB/GYN.

Values are the percentage of agree/highly agree answers on a 5 point-Likert Scale

Table 2 Gender differences in the perceptions of the six specialties (Women: n=122; Men: n=112)

	Males Pediatrics	Females Pediatrics	Males Anesthesiology	Females Anesthesiology	Males General	Females General
					Surgery	Surgery
Interesting and challenging specialty	38%	53%*	45%	42%	73%	51%*
Advanced specialty	34%	37%	39%	48%	37%	33%
Boring specialty	31%	12%*	37%	34%	11%	16%
Stressful specialty	27%	26%	70%	78%	95%	94%
Affords a controllable lifestyle	62%	64%	28%	20%	0%	0%
Possibility to work limited hours	56%	50%	21%	14%	1%	3%
Allows for family time	60%	62%	29%	18%	0%	0%
Long working hours	30%	21%	57%	67%*	99%	96%
Prestigious specialty (population)	30%	36%	5%	4%	75%	80%
Prestigious specialty (colleagues)	17%	13%	10%	11%	50%	43%
Opportunity for private practice	59%	58%	18%	22%	51%	42%
High salary	23%	21%	19%	22%	30%	33%
Reasonable ratio of lifestyle to income	57%	58%	22%	19%	4%	8%
Academic opportunities	50%	41%	45%	47%	63%	55%
Specialty in crisis	8%	6%	97%	96%	81%	68%
Specialty other students positively consider	69%	66%	0%	1%*	7%	5%
Specialty I am positively considering	24%	45%*	14%	5%*	32%	9%*
	Males	Females	Males	Females	Males	Females
	Orthopedic	Orthopedic	Obstetrics/	Obstetrics/	Family	Family
	Surgery	Surgery	Gynecology	Gynecology	Medicine	Medicine
Interesting and challenging specialty	53%	30%*	64%	78%*	22%	27%*
Advanced specialty	58%	46%*	63%	76%*	22%	23%
Boring specialty	23%	36%	7%	8%	52%	44%*
Stressful specialty	51%	45%	78%	83%	13%	14%*
Affords a controllable lifestyle	14%	9%	8%	8%	96%	95%
Possibility to work limited hours	9%	10%	10%	13%	90%	93%
Allows for family time	11%	9%	6%	8%	91%	94%
Long working hours	79%	72%	83%	88%	6%	5%
Prestigious specialty (population)	48%	50%	64%	78%*	6%	9%
Prestigious specialty (colleagues)	34%	35%	53%	69%*	3%	1%
Opportunities for private practice	87%	78%	92%	87%	36%	37%
High salary	80%	77%	87%	69%	30%	31%
Reasonable ratio of lifestyle to income	55%	51%	48%	42%	78%	77%
Academic opportunities	48%	45%	79%	76%	9%	10%
Specialty in crisis	3%	4%	3%	3%	17%	15%
Specialty other students positively consider	58%	44%*	75%	78%	27%	36%*
Specialty I am positively considering	28%	6%*	32%	36%	13%	25%*

* vs males $p < 0.05$.

Values are the percentage of agree/highly agree answers on a 5 point-Likert Scale.

Table 3. The research not only provides insight into the students' views of each of the specialties, but also the interactions between their selection criteria, perceptions, and interest in pursuing a specific specialty as a career.

For example, a specialty providing an opportunity for private practice was deemed an important/very important selection criterion by 51% of respondents (Figure 1), while orthopedic surgery and obstetrics/gynecology were

Table 3 Perceptions and selection criteria of students considering and not considering pursuing a career in each of the specialties

	Pediatrics			Anesthesiology			General surgery		
	Yes	No		Yes	No		Yes	No	
Specialty I am positively considering	(n=75)	(n=99)		(n=21)	(n=164)		(n=41)	(n=142)	
	32%	42%		9%	70%		18%	61%	
Interesting and challenging specialty	76%	22%	p<0.001	90%	34%	p<0.001	90%	51%	p<0.001
Advanced specialty	57%	23%	p<0.001	67%	40%	p<0.003	38%	33%	NS
Boring specialty	7%	36%	p<0.001	21%	42%	p=0.003	5%	19%	p<0.001
Stressful specialty	36%	18%	p<0.023	84%	72%	NS	95%	94%	NS
Controllable lifestyle	68%	66%	NS	35%	26%	NS	0%	0%	NS
Work limited hours	51%	58%	NS	26%	19%	NS	2%	2%	NS
Allows family time	64%	63%	NS	37%	24%	NS	0%	0%	NS
Long working hours	57%	23%	p<0.001	67%	40%	p<0.003	38%	33%	NS
Prestigious specialty (population)	36%	27%	p<0.05	11%	4%	NS	76%	79%	NS
Prestigious specialty (colleagues)	22%	10%	p=0.03	26%	8%	NS	63%	42%	p=0.048
Opportunities for private practice	59%	60%	NS	32%	16%	NS	54%	42%	NS
High salary	20%	21%	NS	21%	21%	NS	34%	31%	NS
Ratio of lifestyle vs income	65%	54%	NS	28%	20%	NS	5%	6%	NS
Academic opportunities	45%	45%	NS	42%	43%	NS	68%	55%	NS
Specialty in crisis	8%	9%	NS	95%	97%	NS	73%	74%	NS
Requested specialty	77%	56%	p=0.007	0%	0%	NS	17%	4%	NS
Selection criteria									
Bedside specialty	80%	66%	p=0.004	63%	71%	NS	63%	76%	NS
Direct aid to patients	77%	77%	NS	76%	78%	NS	85%	74%	NS
Direct patient care	69%	55%	p=0.02	43%	65%	NS	44%	66%	p=0.009
Time for childrearing	87%	58%	p<0.001	71%	72%	NS	49%	81%	p<0.001
Family time	92%	69%	p<0.001	80%	80%	NS	56%	88%	p<0.001
Only daytime work	44%	18%	p<0.001	19%	29%	NS	7%	38%	p<0.001
Work outside the hospital	11%	8%	NS	14%	11%	NS	2%	12%	p<0.001
Long-term care	44%	32%	NS	24%	46%	NS	15%	49%	p=0.002
Family orientation	45%	28%	p=0.002	26%	39%	NS	15%	42%	p=0.002
Immediate satisfaction	49%	61%	NS	79%	50%	NS	90%	42%	p<0.001
Operating room time	23%	53%	p<0.001	29%	38%	NS	71%	24%	p<0.001
Performing procedures	35%	61%	p<0.001	57%	46%	NS	90%	33%	p<0.001
Controllable lifestyle	68%	65%	NS	67%	69%	NS	46%	79%	p=0.004
"Action" specialty	25%	48%	p<0.002	43%	36%	NS	73%	25%	p<0.001
Without long-term care	11%	13%	NS	24%	10%	NS	12%	11%	NS
On-call as an attending	41%	33%	NS	33%	35%	NS	44%	34%	p=0.008
High salary	47%	48%	NS	62%	45%	NS	49%	46%	NS
Private practice	47%	56%	NS	38%	50%	NS	51%	49%	NS
Prestigious specialty	8%	15%	p<0.003	5%	12%	p<0.037	27%	8%	p=0.002
Prestigious specialty	8%	14%	NS	5%	10%	NS	24%	7%	p=0.007
Interesting specialty	91%	93%	NS	81%	93%	NS	93%	91%	NS
Gender (Female)	68%	42%	p<0.001	29%	52%	p<0.043	24%	62%	
Marital status (Single)	47%	55%	NS			NS	52%	59%	NS

Table 3 Perceptions and selection criteria of students considering and not considering pursuing a career in each of the specialties (Continued)

	Orthopedic surgery			Obstetrics/gynecology			Family medicine		
	Yes	No		Yes	No		Yes	No	
Specialty I am positively considering	(n=34)	(n=155))		(n=74)	(n=102)		(n=41)	(n=137)	
	15%	66%		32%	44%		18%	59%	
Interesting and challenging specialty	88%	27%	p<0.001	93%	55%	p<0.001	68%	9%	p<0.001
Advanced specialty	68%	47%	p=0.036	84%	60%	p<0.001	29%	23%	NS
Boring specialty	6%	39%	p<0.001	3%	12%	p<0.001	18%	65%	P<0.001
Stressful specialty	44%	50%	NS	88%	80%	NS	12%	15%	NS
Controllable lifestyle	26%	7%	p=0.011	9%	7%	NS	100%	94%	NS
Work limited hours	12%	7%	NS	11%	9%	NS	93%	90%	NS
Allows family time	18%	8%	p=0.043	7%	6%	NS	93%	92%	NS
Long working hours	85%	74%	NS	89%	84%	NS	15%	4%	P=0.028
Prestigious specialty (population)	59%	47%	NS	71%	67%	NS	8%	7%	NS
Prestigious specialty (colleagues)	26%	38%	NS	64%	57%	NS	0%	3%	NS
Opportunities for private practice	97%	79%	p<0.001	88%	88%	NS	30%	41%	NS
-High salary	82%	77%	NS	84%	81%	NS	33%	31%	NS
Reasonable ratio of lifestyle vs. income	62%	50%	p=0.042	51%	39%	NS	93%	73%	p=0.004
Academic opportunities	62%	42%	NS	81%	74%	NS	15%	6%	P=0.012
Specialty in crisis	6%	3%	NS	1%	4%	NS	26%	15%	NS
Requested specialty	62%	45%	p=0.018	73%	73%	NS	40%	28%	NS
Selecion criteria									
Bedside specialty	53%	77%	NS	74%	74%	NS	85%	72%	p=0.036
Direct aid to patients	76%	77%	NS	76%	75%	NS	80%	79%	NS
Direct patient care	35%	68%	p=0.004	57%	65%	NS	78%	57%	p=0.042
Time for childrearing	50%	77%	p=0.023	66%	73%	NS	95%	63%	p<0.001
Family time	62%	84%	p=0.016	76%	79%	NS	95%	74%	p<0.001
Only daytime work	15%	34%	p=0.001	26%	29%	NS	51%	20%	p<0.001
Work outside the hospital	6%	12%	p=0.046	7%	12%	NS	24%	5%	p<0.001
Long-term care	15%	45%	p<0.001	41%	35%	NS	68%	28%	p<0.001
Family orientation	15%	39%	p=0.003	36%	31%	NS	70%	24%	p<0.001
Immediate satisfaction	79%	46%	p<0.001	70%	48%	p<0.001	34%	63%	p=0.003
Operating room time	74%	28%	p<0.001	53%	33%	p<0.001	17%	46%	p<0.001
Performing procedures	85%	39%	p<0.001	58%	41%	NS	24%	55%	p<0.001
Controllable lifestyle	68%	70%	NS	59%	74%	NS	83%	62%	NS
"Action" specialty	59%	31%	p<0.001	45%	34%	p<0.008	15%	48%	p<0.001
Without long-term care	9%	12%	NS	11%	11%	NS	10%	12%	NS
On-call as an attending	38%	37%	p=0.029	37%	38%	NS	27%	44%	p=0.006
High salary	62%	43%	p=0.024	53%	42%	NS	46%	47%	NS
Private practice	62%	45%	p<0.001	58%	43%	p<0.004	34%	56%	p=0.022
Prestigious specialty (colleagues)	18%	9%	NS	13%	12%	NS	3%	18%	p=0.002
Prestigious specialty (population)	53%	48%	NS	11%	11%	NS	2%	16%	p=0.039
Interesting specialty	91%	92%	NS	92%	91%	NS	88%	93%	NS
Gender (female)	18%	63%	p<0.001	55%	47%	NS	68%	46%	p=0.011
Marital status (single)	68%	50%	p=0.021	43%	59%	NS	44%	55%	NS

perceived by 83% and 90%, respectively, as permitting private practice (Table 1). Furthermore, when students positively considering these two specialties as careers were compared to those not positively considering them, the former significantly more often rated the selection criterion, opportunity to practice privately, as important/very important (Table 3). Conversely, family medicine was perceived by only 37% of respondents as permitting an opportunity for private practice (Table 3). Furthermore, only 34% of those considering the specialty rated an opportunity for private practice as an important/very important selection criterion versus 56% who were not considering it.

Another instance of such interaction was with the selection criterion "work only daytime hours" (Figure 2), reported as important/very important by 30% of the students. Ninety percent and 53% of students perceived that family medicine and pediatric specialists, respectively, had the possibility to "work limited hours". When students positively considering these two specialties as careers were compared to those who were not positively considering them, the former significantly more often rated the selection criteria, "work only daytime hours", as important/very important (Table 3). Alternately, few students positively considering careers in general and orthopedic surgery perceived the specialties as being conducive to working limited hours (2% and 10% of students respectively), and were significantly less likely to consider the selection criteria "work only daytime hours" as important/very important than the rest of the students.

Discussion

This study provides Israeli healthcare leaders with information about how a group of Israeli medical students perceive six of the nine specialties with the greatest number of specialists [11]. The concrete opinions the students had about each of the six specialties elucidates medical specialty perception patterns prevalent among Israeli students, e.g. anesthesiology was universally unpopular among both genders and was overwhelmingly perceived as suffering from a workforce crisis. Moreover, this study provides further insights into these perceptions by simultaneously examining how the students' selection criteria matched their perceptions. When assessed from the marketing research perspective, these data provide the vendors (i.e. healthcare system administrators, department chairs and residency program directors) with objective information on whether certain aspects of a specialty's working conditions, remuneration, or clinical spectrum need to be changed to better align them with the students' selection criteria.

For instance, practically no students perceived general surgery as providing a controllable lifestyle or family time, which were reported as important/very important selection

criteria by 69% and 80% of respondents, respectively. Additionally, <7% opined that the specialty provides a reasonable relationship between lifestyle and income. Therefore, it is not surprising that 74% perceived general surgery as being plagued by a workforce crisis and reported that only 6% of their colleagues were considering it as a career.

These results reflect the notion that it is extremely difficult to attract potential buyers (students) to a product (specialty) they consider unappealing. In a market environment, unappealing products are usually modified to meet consumers' expectations, subjected to a different marketing/sales strategy, or withdrawn from the market [12]. The latter option is not relevant in the medical specialty arena. Therefore, when marketing the various specialties to medical students, the features perceived by them as causing some specialties to be unattractive might need modification to improve their appeal. Obviously, such changes may not be easily implemented but could be essential for specialties unable to attract sufficient students to their residency programs. For example, in the United States and other countries, efforts to modify the general surgery specialty have met with some successes in recruiting more residents, especially female ones [13,14].

In many countries, primary care specialties, such as family medicine and pediatrics, are unpopular among medical students due to uncontrollable lifestyles and the poor relationship between lifestyle and income [15-17]. This situation is attributed to relatively low remuneration and solo practices, often in rural areas, leading practitioners to be at the beck and call of their patients [18]. In some of these countries anesthesiology is a popular specialty because it provides a controllable lifestyle with defined working hours and excellent remuneration [14,19]. The present study shows that in Israel the opposite is true. Specifically, family medicine was perceived as affording a controllable lifestyle, family time, and reasonable ratio of lifestyle to income along with the possibility of working limited hours. Pediatrics was similarly perceived. Both specialties were not considered to be experiencing workforce problems and were more attractive to female students than to male students, with 25% and 45% of female students positively considering careers in family medicine and pediatrics, respectively. This popularity is attributed to the characteristics of the Israeli medical system where such practitioners are largely employees of health maintenance organizations working fixed hours with minimal on-call duties and no in-patient responsibilities.

Anesthesiology was deemed by 97% of the respondents to be suffering a workforce crisis and by only 0.5% of respondents as being positively considered as a career by of their colleagues. Although anesthesiology was perceived as interesting and challenging by 43% of students, on par with pediatrics and orthopedic surgery, it was perceived

by the majority of students as not providing a controllable lifestyle, high salary, the possibility of working limited hours, or allowing for family time. Furthermore, it was perceived as requiring long working hours and as having an unfavorable ratio of lifestyle to income. These results are not unexpected, given that Israeli anesthesiology is plagued by a perennial shortage of physicians leading to a vicious cycle of long working hours and many on-call duties, thereby further discouraging medical students from joining anesthesiology residency programs [20,21]. However, this study points to some features of the specialty that could be remediated in order to break this cycle. These include improved working conditions, compensation, and image. Corrective measures in other countries, aimed at similar issues, have successfully attracted medical students to the specialty [19].

There were distinct differences between how the student's perceived each of the six specialties (Table 1); however, within each of the specialties there were few disparities between the responses of male and female students (Table 2). As an example, 63% of the respondents reported that pediatrics affords a controllable lifestyle, while only 8% reported that obstetrics/gynecology affords the same. Yet, in both instances there were no differences between the opinions of male and female students. In fact, most of the gender differences were in response to the questions of whether the specialty was boring or interesting and challenging. For example, a higher proportion of women perceived pediatrics and family medicine to be interesting and challenging, while a higher proportion of men thought that general and orthopedic surgery were interesting and challenging. Correspondingly, a higher proportion of women considered pediatrics and family medicine as specialties they were positively considering while a higher proportion of men were positively considering orthopedic and general surgery.

The importance of a specialty being interesting and challenging recurs throughout this study, with over 92% of the student's reporting it as being an important/very important selection criteria. Further, being interesting and challenging is the most consistently statistically significant perception when the opinions of those considering were compared to those not considering pursuing each of the 6 specialties (Table 3). However central "interest" is to selecting a career, it is a nebulous concept that is difficult to concretely define. Interest is a conglomeration of many factors including personality; intellectual ability and aptitude; manual skill; physical and emotional dispositions; and willingness to work in particular environments [3,22]. Interest also often correlates with gender, with men generally preferring to work with things and women with people [23,24]. Therefore, subsequent studies are needed to more deeply probe the determinants of interest as they relate to medical specialty selection and students' perceptions of the

various specialties. Such studies promise to provide further insight into how specialty selections are made.

Strengths and limitations

This is among the few studies to examine Israeli medical students' perceptions of some of the healthcare system's key medical specialties. It provides both insight into the students' views of each of the specialties and how their selection criteria, perceptions, and interest in pursuing a specialty as a career interact. A limitation of this study is that since it measures perceptions, it is possible that students do not base answers on objective information but, rather, on impressions, biases, and incomplete information. However, it is very important to study perceptions, as they are the basis of many decisions in life. Moreover, we did not elicit the source of these perceptions to determine the basis on which they were formed, a topic that should be studied in the future. Finally, the questionnaires were anonymous so it was not possible to assess the characteristics of the non-responders. However, we do know that the male:female ratio of the responders reflects the male:female ratio of the medical school classes.

Conclusions

The Israeli healthcare system is continuously faced with the predicament of balancing the ever-increasing demand for a wide spectrum of clinical services with a sufficient supply of appropriately trained professionals to provide these services. However, the physician workforce is facing both an impending shortage of physicians and a maldistribution of physicians among the various specialties. The shortage has been officially recognized, leading to larger class sizes in existing medical schools and the opening of an additional medical school. However, only recently have some initiatives been taken to remedy the specialty distribution problem. Incentives were provided in the 2011 collective bargaining agreement which increased remuneration for specialties suffering workforce shortfalls, including general surgery and anesthesiology, and provided one-time monetary grants to those entering residencies in these specialties as well ongoing salary differentials. However, these initiatives were not based on objective data, but on the negotiators and their advisors opinions of what they thought would attract more medical students and interns to specialties with workforce shortages. This subjective approach is fraught with risks since it does not necessarily promise a solution to the problem. From the marketing research viewpoint, it is akin to developing a product without asking potential customers whether they would consider buying it.

The present study demonstrates the use of an objective approach to examining workforce problems, namely, how the selection criteria of the "consumers" match their perceptions of specific specialties. These results are the

initial phase of a marketing research study and provide data for designing the next phase which will examine in greater detail the "customer's" positive and negative opinions of the "product". This second phase leads to further phases that elicit "customer's" opinions on proposed improved versions of the "product" that were designed using the previously obtained perceptions and opinions. This type of objective approach is generally unappealing to medical workforce administrators because it requires substantial personnel and expertise to perform the analyses. However, this type of research is important so that healthcare leaders can understand the younger generation's behavioral patterns and aspirations that focus on working conditions that contribute to controllable lifestyles and quality family time [25].

Besides demonstrating that gathering objective data on the opinions and perceptions of Israeli medical students provides a way to better understand physician workforce dynamics, this study also provides the Israeli healthcare leadership with a detailed assessment of Israeli medical students' perceptions of some of the major specialties. This information can be employed to tailor incentives to specifically attract students to specialties with workforce shortages. Workforce shortages in anesthesiology and general surgery are not surprising, given the poor opinions of those specialties reported from the students. These data provide evidence for the need for more than just one-time financial grants and small increases in salary to attract students to anesthesiology. It shows the need to improve the relationship of lifestyle to remuneration. This study also shows that the general surgery leadership needs to address the perceptions and realities that exist including, hard work, long hours, and an uncontrollable lifestyle. Finally, the information generated could also be used to design active interventions, such as marketing campaigns, to better recruit students to problematic specialties [18,26]. Studies similar to the current one should thus be performed on a regular basis using similar methodology to study other specialties in addition to the six included in the present study to assist in understanding residency selection trends among the medical students in all 5 of the Israeli medical schools.

Endnotes

^aInternal Medicine was not chosen because it is usually a "pass through" residency i.e. a way-station on the way to sub-specialization. Only a minority of Israeli internal medicine residents do not sub-specialize. Therefore, the responses we would receive might not properly examine general internal medicine as a specialty but might also reflect the student's view of a possible subspecialty. We are in the process of developing a questionnaire to specifically study interest in general internal medicine vs interest in subspecialty training, but it is difficult to obtain a clear separation.

^bThe mathematical definition of reciprocal is inverse, opposite. In the present study reciprocal is used in factor analysis to designate a factor that relates in the opposite. For example, the manuscript relates that one factor was: "Working limited hours and family time. Long working hours was a reciprocal member". Therefore, working limited hours and long working hours were identified as being inversely related to each other. To clarify the issue we added the word "inverse" in parenthesis after reciprocal.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

CW concept, study design, data collection and analysis and manuscript writing. HT concept, questionnaire design, data collection, review and revision of manuscript. RYZR – study design, data collection and analysis, revision of manuscript. YGW questionnaire design, study design, data analysis and interpretation, review and revision of manuscript. UE study design, review and revision of manuscript. AA design, review and revision of manuscript. JES concept, study design, review and revision of manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

The authors would like to thank the medical students who participated in this study. This research was funded by a grant from The Israel National Institute for Health Services and Health Policy Research.

Author details

¹Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Hebrew University Hadassah School of Medicine, POB 12000, Jerusalem 91120, Israel. ²Department of Obstetrics and Gynecology, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Hebrew University Hadassah School of Medicine, Jerusalem, Israel. ³Department of Orthopedic Surgery, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Hebrew University Hadassah School of Medicine, Jerusalem, Israel. ⁴Hennietta Szold Hebrew University Hadassah School of Nursing, Jerusalem, Israel. ⁵Department of Family Medicine, School of Continuing Medical Education Ben Gurion University School of Medicine, Be'er Sheva, Israel.

Received: 24 January 2013 Accepted: 3 May 2013

Published: 21 May 2013

References

1. Springer K, Kerpelman J, Skorikov V: **Career preparation: a longitudinal, process-oriented examination.** *J Vocat Behav* 2011, **79**:158–169.
2. Borges NJ, Savicki MI: **Personality and medical specialty choice: a literature review and integration.** *J Career Assessment* 2002, **10**:362–380.
3. Petrides KV, McManus IC: **Mapping medical careers: questionnaire assessment of career preferences in medical school applicants and final-year students.** *BMC Med Educ* 2004, **1**:4–18.
4. Weissman C, Zisk-Rony RY, Schroeder JE, Weiss YG, Avidan A, Elchalal U, Tandeter H: **Medical specialty considerations by medical students early during their clinical experience.** *Israel J Health Policy Res* 2012, **1**:13.
5. Weissman C, Schroeder JE, Weiss Y, Elchalal U, Tandeter H, Zisk-Rony RY: **Using marketing research concepts to investigate specialty selection by medical students.** *Med Educ* 2012, **46**:974–982.
6. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW: **The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996–2003.** *Acad Med* 2005, **80**:791–796.
7. Sanfey HA, Saalwachter-Schulman AR, Nyhof-Young JM, Eidelson B, Mann BD: **Influences on medical student career choice: gender or generation?** *Arch Surg* 2006, **141**:1086–1094.
8. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW: **Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students.** *JAMA* 2003, **296**:1173–1178.
9. Gierberg E: **Gender similarities in doctors' preferences-and gender differences in final specialization.** *Soc Sci Med* 2002, **54**:591–605.

10. Lambert TW, Goldacre MJ, Edwards C, Parkhouse J: **Career preferences of doctors who qualified in the United Kingdom in 1993 compared with those of doctors qualifying in 1974, 1977, 1980, and 1983.** *BMJ* 1996, **13**:19–24.
11. *Medical Manpower 2009*. <http://www.health.gov.il/download/docs/units/meida/manpower2009/3.pdf>. Accessed 30 December 2010.
12. Avlonitis GJ, Hart SJ, Tzokas NX: **An analysis of product deletion scenarios.** *J Product Innovation Manag* 2000, **17**:41–56.
13. Miller G, Bamboat ZM, Allen F, et al: **Impact of mandatory resident work hour limitations on medical students' interest in surgery.** *J Am Coll Surg* 2004, **199**:615–619.
14. Stabile BE: **The surgeon: a changing profile.** *Arch Surg* 2008, **143**:345–350.
15. Jordan J, Brown JB, Russell G: **Choosing family medicine: what influences medical students?** *Can Fam Phys* 2003, **49**:1131–1137.
16. Pagno PA, McGaha AL, Crosely PW, et al: **Results of the 2010 national resident matching program: family medicine.** *Fam Med* 2010, **42**:552–561.
17. Morra DJ, Reghehr G, Ginsburg S: **Medical students, money, and career selection: students' perception of financial factors and remuneration in family medicine.** *Fam Med* 2009, **41**:105–110.
18. Lu DJ, Hakes J, Bai M, Tolhurst H, Dickinson JA: **Rural intentions: factors affecting the career choices of family medicine graduates.** *Can Fam Phys* 2008, **54**:1016–1017.
19. Wass CT, Timothy TR, Randle DW, et al: **Recruitment of house staff into Anesthesiology: a reevaluation of factors responsible for house staff selecting anesthesiology as a career and individual training program.** *J Clin Anesth* 2003, **15**:289–294.
20. Weissman C, Eidelman LA, Pizov R, Matot I, Klein N, Cohn R: **The Israeli anesthesiology workforce.** *Isr Med Assoc* 2006, **8**:255–260.
21. Orbach-Zinger S, Rosenbum R, Svetsky S, Staiman A, Eidelman LA: **Attitudes to anesthesiology residency among medical students in the American and the Israeli programs at the Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University.** *Isr Med Assoc J* 2011, **13**:485–487.
22. Garcia-Sedeno M, Navarro JJ, Menacho I: **Relationship between personality traits and vocational choice.** *Psychol Rep* 2009, **105**:633–642.
23. Su R, Rounds J, Armstrong PI: **Men and things, women and people: a meta-analysis of sex differences in interests.** *Psychol Bull* 2009, **135**:859–884.
24. Correll SJ: **Gender and the career choice process: the role of biased self-assessments.** *Am J Social* 2001, **106**:1691–1730.
25. Businger A, Viliger P, Sommer C, Furrer M: **Argument for and against a career in surgery: a quantitative analysis.** *Ann Surg* 2010, **252**:390–396.
26. Leong FTL, Hardin EE, Gaylor M: **Career specialty choice: a combined research-intervention project.** *J Voc Behavior* 2005, **67**:69–86.

doi:10.1186/2045-4015-2-19

Cite this article as: Weissman et al.: Israeli medical students' perceptions of six key medical specialties. *Israel Journal of Health Policy Research* 2013 **2**:19.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



The Israeli Anesthesiology Physician Workforce

Charles Weissman MD^{1,3}, Leonid A. Eidelman MD⁴, Reuven Pizov MD⁵, Idit Matot, MD^{1,3}, Nava Klein BA RN¹ and Robert Cohn PhD^{2,3}

¹Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Jerusalem, Israel

²Center for Medical Education, ³Hebrew University-Hadassah Medical School, Jerusalem, Israel

⁴Department of Anesthesiology, Rabin Medical Center, Petah Tiqva, Israel

⁵Department of Anesthesiology, Carmel Medical Center, Haifa, Israel

Key words: anesthesiology, workforce, healthcare systems, Israel

Abstract

Background: Anesthesiology is a vital specialty that permits the safe and humane performance of painful procedures. Most Israeli anesthesiologists are immigrants, while only a minimal number of Israeli medical school graduates enter the specialty. Unfortunately, the supply of immigrant physicians is declining due to falling immigration rates.

Objectives: To examine the current Israeli anesthesiology workforce and project future needs.

Methods: Demographic and professional information about Israeli hospital anesthesiologists was solicited from anesthesiology department heads. Data were also gathered about the past, present and projected future growth, age distribution and birth rate of the Israeli population. Needs and demand-based analyses were used to project future anesthesiology workforce requirements.

Results: Data on 711 anesthesiologists were obtained from 30 hospital anesthesiology department heads. Eighty-seven anesthesiologists (12.2%) graduated from Israeli medical schools and 459 (64.6%) graduated from medical schools in the former Soviet Union. Among the 154 anesthesiology residents ≤ 40 years old, only 13 (8.4%) graduated from Israeli medical schools. There are approximately 10.8 anesthesiologists per 100,000 population. Projections for 2005–2015 revealed a need for 250–300 new anesthesiologists.

Conclusions: The anesthesiology workforce is predominantly composed of immigrants. This has vast implications for the future viability of the specialty because of the continuing reduction in immigration, the lack of interest in the specialty by Israeli medical school graduates, and the projected need for many new anesthesiologists to replace retirees and to provide care to a growing and aging population.

IMAJ 2006;8:255–260

For Editorial see page 280

Anesthesiology is a vital specialty facilitating the safe and humane performance of painful and uncomfortable procedures. The anesthesiologist's role is no longer confined to operating rooms, but has expanded to labor and delivery suites, radiology departments, intensive care units, acute and chronic pain services, and emergency/trauma receiving areas [1]. Fueled by clinical and technological advances, anesthesiology practice has become increasingly sophisticated so that the elderly and chronically ill, as well as the critically ill and injured, are routinely

anesthetized. Such anesthetic care has been a key facilitator of the advances in surgical care over the past four decades. In Israel, anesthesiologists are the seventh largest specialist group and usually the largest or second largest specialty group in acute care hospitals. The Israeli population is expanding and growing older, thereby increasing the need for anesthesiologists. The potential for maintaining or increasing the number of anesthesiologists depends on the recruitment to the field of anesthesiology of Israeli medical school graduates and physician immigrants. However, few Israeli medical school graduates select the specialty as a career, while the pool of immigrant physicians, which over the past three decades has provided the bulk of the anesthesiology trainees, is rapidly diminishing. The present study characterizes the current Israeli anesthesiology workforce, projects future needs, and identifies steps to be taken to meet these needs in the decades to come.

Subjects and Methods

Information about each anesthesiologist employed in Israeli public and private hospitals was solicited from the heads of the 30 Israeli anesthesiology departments. This information included age, gender, employment status (full- or part-time), the country of medical school education and last anesthesiology residency, professional status (resident, certified specialist anesthesiologist), and medical school academic appointment, if any. Data collection involved completion of data forms and a questionnaire by the department heads followed by a review of the forms with a non-physician member of the research team. The questionnaires used the five-level Likert Scale.

Library, Medline, Israeli government (Ministry of Health, Central Bureau of Statistics) and Internet sources were queried to obtain information about the past, present and projected future growth, age distribution and birth rate of the Israeli population. The same sources provided immigration statistics and data on the physician workforce and national healthcare activities.

Descriptive statistics (mean \pm SD) and graphics were used to describe the characteristics of the anesthesiology workforce in Israel. Differences between subgroups were determined using Students *t*-test. $P < 0.05$ was considered statistically significant. The current number of anesthesiologists per population was calculated, along with projections of future national population

growth, aging, surgeries, births and cesarean sections used to estimate future anesthesiology workforce requirements. In situations where projections were not available from governmental sources, projections were made using best-fit regression analyses.

Results

Thirty department heads provided data on 711 anesthesiologists currently employed in Israeli hospitals [Table 1, Figure 1]. Only 87 (12.2%) of the anesthesiologists graduated from Israeli medical schools. Eighty-five anesthesiologists (12.0%) are practicing part-time (age 50.0 ± 9.6 years); 20% are females and 54% are certified specialists. Fifty-eight percent of the anesthesiology residents are ≤ 40 years old [Table 2]. Among the anesthesiologists aged 31–40 years, 17 are Israeli medical school graduates (13 residents and 4 certified specialists). During these 10 years, these schools graduated about 2800 students. Therefore, $< 1\%$ of these graduates are currently hospital anesthesiologists. The investigators identified approximately 25 other certified specialist anesthesiologists working outside of hospital anesthesiology departments. They were performing hospital administrative

functions, administering anesthesia in small outpatient surgery facilities and practicing in non-hospital pain management clinics.

From 1970 to 2003, a total of 29,220 physicians received Israeli medical licenses. Most (48%) were immigrants from Eastern Europe including the former Soviet Union, 30% were Israeli medical school graduates and 22% were immigrants from other countries. These proportions contrast with the 64.6% and 12.2% of the anesthesiology workforce from the former Soviet Union and Israel, respectively [Table 1]. Immigration to Israel

Table 1. Characteristics of the Israeli anesthesiology workforce

	All (n=711)	Residents (n=264, 37.1%)	Certified specialists (n=373, 52.5%)	Others (n=74, 10.4%)
Age (yrs)				
Age (yrs)	45.8 \pm 9.1	40.2 \pm 7.8	49.2 \pm 7.9	50.4 \pm 8.9
Range	26–73	26–64	31–73	39–70
Females	25.0%	31.1%	22.87%	14.9%
Age (yrs)				
Females	44.7 \pm 9.7	39.9 \pm 8.5	48.2 \pm 7.1	46.5 \pm 9.5
Males	46.4 \pm 9.0*	40.3 \pm 7.9	49.4 \pm 8.2	50.8 \pm 8.9
Medical school education				
Argentina	20 (2.8%)	7 (2.7%)	11 (3.0%)	2 (2.7%)
France	14 (2.0%)	1 (0.4%)	12 (3.2%)	1 (1.4%)
Israel	87 (12.2%)	13 (4.9%)	73 (19.6%)	1 (1.4%)
Italy	23 (3.2%)	4 (1.5%)	19 (5.1%)	0
Romania	37 (5.2%)	6 (2.3%)	28 (7.5%)	3 (4.1%)
S. Africa	9 (1.3%)	1 (0.4%)	8 (2.1%)	0
USA	15 (2.1%)	4 (1.5%)	11 (2.9%)	0
Former Soviet Union	459 (64.6%)	210 (80.3%)	182 (48.8%)	67 (90.5%)
Other	47 (6.6%)	17 (6.4%)	30 (8.0%)	0
Residency training				
Israel	657 (92.4%)		347 (93.0%)	53 (71.6%)
Former Soviet Union	32 (4.5%)		8 (2.1%)	20 (27.0%)
USA	11 (1.6%)		8 (2.1%)	0
Other	11 (1.6%)		10 (2.8%)	1 (1.4%)
Academic appointments				
Professor		3		
Professor emeritus		1		
Assoc Prof / Clinical Assoc Prof		7		
Assoc Prof / Clinical Assoc Prof emeritus		1		
Senior lecturer / Clinical senior lecturer		14		
Lecturer / Clinical lecturer		10		
Instructor		30		

Values are mean \pm SD.

* $P < 0.05$ vs. females

Table 2. Demographic characteristics of young anesthesiology residents ≤ 40 years old (n = 154)

Age (yrs)	34.9 \pm 3.5
Range	26–40
Females	33.1%
Age	
Females	34.7 \pm 3.8
Males	34.9 \pm 3.5
Medical school education	
Argentina	6 (3.9%)
France	1 (0.6%)
Israel	13 (8.4%)
Italy	4 (2.6%)
Romania	1 (0.6%)
S. Africa	1 (0.6%)
USA	3 (2.0%)
Former Soviet Union	113 (73.4%)
Other	12 (7.8%)

Values are mean \pm SD.

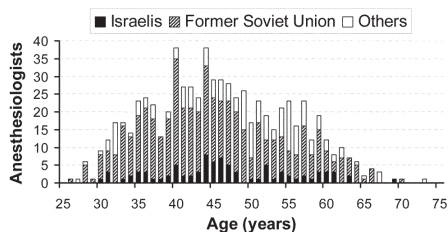


Figure 1. Age distribution of the 711 hospital department anesthesiologists included in this study. The black bars represent the graduates of medical schools in Israel, the hatched bars = graduates of medical schools in the former Soviet Union, and the white bars = graduates of medical schools in other countries. Note the increased number of graduates of Israeli medical schools in the 43–47 year age groups (who began anesthesiology residency around 1990). This reflects improved remuneration afforded by a 1988 wage agreement. However, this increase was short-lived when the 1990–1994 wave of immigration from the former Soviet Union increased the number of anesthesiologists, neutralizing these improvements.

has decreased drastically, from 200,170 immigrants in 1990 to 22,500 in 2004.

The majority (75%) of the anesthesiology department heads interviewed strongly agreed or agreed that there is currently a shortage of anesthesiologists and that this situation is most likely to worsen in the years to come.

The Israeli population has risen substantially, from 4.66 million in 1990 and 6.37 million in 2000 to 6.91 million at the end of 2004. Therefore, at present there are about 10.8 anesthesiologists per 100,000 population. The projections are for 8.1 million by 2015 and 9.3 million by 2025. The proportion and absolute number of inhabitants over the age of 65 years has also increased, from 462,000 (9.2%) in 1990 to 670,000 (9.9%) in 2003, and is estimated to further increase to 7.5 million inhabitants in 2010, 8.1 million by 2015 and 9.3 million by 2025. The increases in population and the elderly were accompanied by more surgeries (314,230 in 1990, 411,520 in 1995, and 501,570 in 2000) as reported by the Ministry of Health. Based on these data (60% increase in surgeries from 1990 to 2000), the projected number of surgeries per increase in population (using a linear regression model [$r^2 = 0.98$]) are 625,128 in 2005, 774,442 in 2015, and 943,762 in 2025. There was minimal need to adjust for the estimated increase in proportion (0.7%) of the population over age 65 from 2004 to 2015, since it was similar to the increase from 1990 to 2003. The rise in the proportion of the population older than 65 years from 2015 to 2025 is expected to be greater (1.9%). The birthrate in Israel rose from 103,349 in 1990 to 144,936 in 2003 (18.21 per 1000 population; 2005 estimation) [3]. It is expected to rise further in the future as the population increases, although the rate of increase is estimated to slow slightly as the average number of births/woman declines from 2.8 to 2.6. The cesarean section rate, which was 9.6% at the beginning of the 1990s [4], has risen to 17–18% [5]. Additionally, 40% of women receive epidural analgesia for their deliveries [5]. In Israel, 2% of acute care hospital beds are in intensive care units but some are closed due to the lack of funds. The demand for ICU admissions is greater than the bed supply, so 49% of patients needing ICU care (including those mechanically ventilated) are cared for in regular hospital departments [6].

The future Israeli anesthesiologist workforce was projected using two complementary methods [Appendix 1] [17]. Needs-based planning estimated future needs based on physicians required per capita. Three assumptions were used – one based on the status quo (10.8 anesthesiologists per 100,000 population) and the other two on modest increases in need per capita. The latter two assumptions were occasioned by the indication of the heads of the country's anesthesiology departments that there is presently a shortage of anesthesiologists. These projections showed that over the next 10 years more than 250–300 new anesthesiologists will be needed. The demand-based projection used the number of surgeries per anesthesiologist as the basis for its projections. It arrived at similar conclusions, namely, 294 new anesthesiologists [Appendix 1].

ICU = intensive care unit

Discussion

Almost all anesthesiologists practicing in Israeli hospitals today are immigrants who graduated from non-Israeli medical schools but who received their anesthesiology training in Israel. Graduates of the four Israeli medical schools constitute only about an eighth of Israeli anesthesiologists, while at present about one graduate of an Israeli medical school class annually enters anesthesiology residency. This immigrant predominance has implications for the future of the anesthesiology workforce since immigration, in general, and from the former Soviet Union, in particular, continues to decrease.

Anesthesiology is a specialty beset by current and future personnel shortages the world over. Many countries, e.g., the United States, Great Britain, Canada, Hong Kong, Sri Lanka and France, have reported shortages [8,9]. In the present study, 75% of Israeli anesthesiology department heads indicated that there was a shortage of anesthesiologists. Such shortages are problematic for a nation's healthcare system because anesthesiologists provide both a wide range of services and in-hospital coverage 24 hours a day, 365 days a year. In the UK, it was estimated that anesthesiologists underpin two-thirds of an acute trust's (hospital group) income [10]. In some countries, including Israel, these shortages have resulted in limiting the number of elective surgeries.

The current Israeli anesthesiology workforce, composed entirely of physicians, has about 10.8 anesthesiologists per 100,000 persons. This is similar to the European average of 10.8/100,000 persons and less than the French ratio of 14.75/100,000 persons [11,12]. However, in some European countries, e.g., Sweden, Switzerland and France, nurse anesthetists augment the physician anesthesiology workforce. This is also true in the U.S. where there are 9.4 anesthesiologists per 100,000 persons and 9.3 nurse anesthetists per 100,000 persons. Other reasons for differences between the number of anesthesiologists per population in various countries are practice patterns (e.g., proportion of urban vs. rural practice, hours worked per week), proportion of elderly patients, scope of anesthetic practice (e.g., German anesthesiologists are responsible for emergency departments), and the characteristics of surgical and obstetric care (epidural analgesia and cesarean section rates). However, it is important to note that the number of anesthesiologists per population is not static and is increasing in many countries, e.g., in Australia it increased from 9.9 in 1995 to 10.9 per 100,000 population by 2001 [13].

The demand for more anesthesiology services is not confined only to surgeries. Obstetric anesthesiology activity is projected to increase out of proportion to the increases in deliveries as the percent of cesarean births increases from the current 17–18% due to both more medical indications (e.g., recommendations not to attempt vaginal delivery after a cesarean delivery) and patient preference [14]. Cesarean rates are already higher in the U.S. (27.3% in 2003), Ireland (23.6% in 2002) and Australia (21.6% in 2001) [15,16]. Additionally, labor epidural analgesia rates are expected to rise, reflecting greater demand for this treatment [17]. The number of anesthesiologists trained in intensive care

medicine will rise, as the already inadequate numbers of ICU beds increase to care for a larger and older population. Areas outside operating rooms will also require more anesthesiology services, e.g., sedations for pediatric and invasive radiologic procedures and chronic pain services [1,18]. Another area likely to see an increase in the demand for anesthesiologists is cosmetic surgery, which is becoming increasingly more popular.

These projections of future anesthesiology workforce needs are likely low due to the aforementioned factors, as well as leakage from the specialty. Leakage is the number of workers prematurely leaving a workforce, e.g., when young physicians switch specialty during residency or emigrate to another country. The latter is an issue among Israeli physicians, including anesthesiologists, who are attracted to more financially attractive posts in the U.S., Canada or elsewhere. It is reported that 1959 Israeli physicians are currently practicing in the USA, Canada, Australia and the UK [19]. Leakage also occurs when physicians change careers, e.g., enter industry or become administrators (two Israeli anesthesiology-certified medical school graduates were so identified). Further leakage occurs at an accelerating, age-associated rate in those over age 55 due to mortality, and illness-related or voluntary early retirement [20]. Age-associated leakage is of special concern as the Israeli mandatory retirement age increases from 65 to 67 years. Another factor is the increasing number of women physicians who constitute 50% of current Israeli medical students, 25% of the present anesthesiologist workforce and 33% of the anesthesiology residents < 40 years old. The greater number of women has implications for workforce participation given the higher birthrate in Israel (2.6 live births per woman) compared to other developed countries, coupled with liberal maternity leave (mandatory 3 months plus an optional additional 9 months) and child-related sick leave. An underestimation of future anesthesiology workforce needs has occurred with similar projections in other countries. Most notable is the 1994 study that grossly underestimated U.S. anesthesiology workforce needs, leading to a shortage of anesthesiologists [21]. Studies in Britain and Australia underestimated needs partially because of the failure to account for early retirements and the longer anesthesia times needed for laparoscopic as compared to open surgery [7].

This study demonstrates that there will be a dearth of anesthesiologists in the next 10 years unless steps are taken to recruit Israeli medical school graduates into the specialty. This is a difficult challenge due to the lack of interest in anesthesiology on the part of graduates of Israeli medical schools. Of the 154 anesthesiology trainees \leq 40 years old included in this study, only 8.4% are Israeli medical school graduates. This group was examined separately since it represents the classic age group of resident physicians, i.e., those recently graduated from medical school. Typical Israeli graduates begin residency training around age 30, due to a 2–4 year military commitment for men and women at 18 years, 6 years of medical school and a year of rotating internship. Additionally, the major source of anesthesiologists, immigrant physicians, is drying up. This has sparked the Council of Higher Education to recommend doubling the output of the Israeli medical schools, while simultaneously reducing the

number of physicians per 1000 persons from the current 3.4 to 2.7 by 2021 [22]. This initiative will only aid anesthesiology if some of these graduates are attracted to the specialty. Potential measures for attracting more students to anesthesiology include improved remuneration (a tactic that improved recruitment of Israeli graduates at the beginning of the 1990s) [Figure 1], better working conditions, increased academic opportunities (only 5.1% of the 711 hospital anesthesiologists hold the rank of lecturer or higher), and improving the image of the specialty among the public and physicians. Other measures include providing recruitment incentives and ease in securing positions after completing residency. Barring success in recruitment efforts, other measures to continue providing anesthesiology services at present levels include extending working hours (until 6 p.m. to 8 p.m.) and postponing retirement until age 70. However, the former idea might increase burnout among professionals who provide in-hospital coverage 24 hours per day 365 days per year. Another potential measure is the use of anesthesia extenders, such as nurse anesthetists. However, Israel is facing a nursing shortage and has no infrastructure for training extenders [23]. Although other countries have responded to shortages by recruiting anesthesiologists from other countries, the current Israeli foreign worker and immigration laws are not conducive.

Conclusions

The Israeli anesthesiology workforce is currently not a locally sustainable resource. This workforce will suffer shortfalls as immigration diminishes, unless measures are instituted to attract and retain more Israeli medical school graduates. Anesthesiology, the seventh largest specialty in Israel, constitutes 4.5% of certified specialists, a proportion similar to that in the U.S. (4.4% in 1999) and New Zealand (4.3% in 2003) [24]. However, in the USA, 6% of graduating medical students enter anesthesiology in contrast to < 1% in Israel [25]. To provide 300 anesthesiologists over the next 10 years, at least 5% of Israeli medical graduates should enter the specialty each year. With the planned increases in Israeli medical graduates from 300 to 600 per year, this could provide about 30 new anesthesiologists per year. Until these schools reach 600 graduates per year, it will be imperative to recruit the remaining new anesthesiologists from among the dwindling supply of immigrant physicians or import them from other countries. However, it is a challenge to recruit 5% of Israeli medical students into anesthesiology and then retain them in the specialty and in the country. This will require an in-depth examination of why anesthesiology is such an unpopular specialty among Israeli medical students, and then taking significant steps to rectify the situation.

This paper has broader implications than just the specialty of anesthesiology. Modern healthcare systems require a multitude of primary care physicians, specialists and sub-specialists to provide their populations with comprehensive state-of-the-art care. Therefore, it no longer suffices to assess a nation's physician supply by only examining the overall number of physicians per population; it is also necessary to examine the numbers of each type of generalist and specialist. Some countries routinely

monitor their supply of various types of physicians and project future shortages or surpluses. These projections are used to recommend or control the number of training positions for each specialty. Similar efforts have never been undertaken in Israel, leading to a lack of detailed information about the current physician workforce and a dearth of projections about future needs for generalists and specialists. This study is an initial attempt at such an endeavor. However timely it may be for the specialty of anesthesiology, it should be noted that there is a lag of at least 6–7 years from when a medical student decides to enter anesthesiology training until specialty certification. Therefore, steps need to be taken posthaste to prevent an anesthesiologist shortage.

Acknowledgment. Supported by a grant from the Israel National Institute for Health Policy and Health Service research

References

- McGlennan A, Gold S, Cooper G: Anaesthesia. *Br Med J Careers* 2005;311:83–7.
- The Elderly in Israel. *Statistilite #46* Jerusalem: Central Bureau of Statistics, 2003.
- CIA World Factbook – Field Listing – Birth Rate. www.cia.gov/cia/publications/factbook/fields/2054.html.
- Mor-Yosef S, Samueloff A, Schenker JG. The Israel perinatal census. *Asia Oceania J Obstet Gynecol* 1992;18:130–45.
- Cohain JS. Midwifery in Israel. *Midwifery Today Int Midwife* 2004;71:50–1.
- Simchen E, Sprung CL, Galai N, et al. Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care units under paucity of intensive care unit beds. *Crit Care Med* 2004;32:1654–61.
- Duncan PG. Anesthesia human resources in Canada. *Can J Anesth* 2000;47:99–104.
- Schubert A, Eckout G, Tremper K. An updated view of the national anesthesia personnel shortfall. *Anesth Analg* 2003;96:207–14.
- Engen Dam Morewood GH, Ghazari NJ, Ashbury T, VanDenKerkhof EG, Wang A. A demand-based assessment of the Canadian anesthesia workforce – 2002 through 2007. *Can J Anesth* 2005;52:18–25.
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Submission to the Health Workforce Study of the Productivity Commission.
- Pontone S, Brouard N, Scherpereel P, Boulardi G, Arduin P, for the CFAR-SFAR-INED Working Group. Demography of French Anaesthesiologists. Results of a national survey by the French College of Anaesthesiologists (CFAR) and the national Society of Anaesthesia and Intensive Care (SFAR), supported by the National Institute for Demographic Studies (INED). *Eur J Anaesthesiol* 2004;21:398–407.
- Rolly G, MasRae WR, Blunnie WP, Dupont M, Scherpereel P. Anaesthesiological manpower in Europe. *Eur J Anaesthesiol* 1996;13:325–32.
- Australian medical workforce advisory committee. The specialist anaesthesia workforce in Australia: an update:2001–2011. AMWAC Report, 2001.5.
- Ben-Meir A, Schenker JG, Ezra Y. Cesarean section upon request: is it appropriate for everybody? *J Perinat Med* 2005;33:106–11.
- National Center for Health Statistics (USA). National Vital Statistics Reports. Vol. 52, No. 10, 2003.
- Ganesan G: Deliveries in Singapore: Volume and Resources, 2004; www.getforme.com/previous2004/161204_deliveriesinsingapore2001to1003.htm.
- Bucklin BA, Hawkins JL, Anderson JR, Ullrich FA. Obstetric anesthesia workforce survey. *Anesthesiology* 2005;103:645–53.
- Gozal D, Drenger B, Levin PD, Kadari A, Gozal Y. A pediatric sedation/anesthesia program with dedicated care by anesthesiologists and nurses to procedures outside the operating room. *J Pediatr* 2004;145:47–52.
- Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005;353:1810–18.
- Rosborough L. Health Human Resources: Balancing Supply and Demand – Interdisciplinary Teams: Planning for the Future Health Canada 2004; www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rps/bull/2004-8-hhr-rhs/method_e.html.
- Moyers JR. The evolution of human resources needs in the USA. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2002;16:423–41.
- Council for Higher Education (Israel). Report of the Committee Examining the Future Need for Physicians, 2002.
- Rotem O, Toran O. The projected shortage of registered nurses in Israel. *Harefuah* 2004;143:799–803 (Hebrew).
- New Zealand Workforce Statistics 2003. www.nzhis.govt.nz/stats/specstats-p.html.
- Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA* 2003;290:1173–8.

Correspondence: Dr. C. Weissman, Dept. of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Hadassah-Hebrew University Medical Center, P.O. Box 12000, Jerusalem 91120, Israel.
Phone: (972-2) 677-7269
Fax: (972-2) 642-9392
email: charles@hadassah.org.il

Appendix 1. Anesthesiology Workforce Projections

METHOD 1: NEEDS-BASED ANALYSIS

Projections: 2005–2015

STEP 1: Number of retirees (assuming retirement age of 67 years) = 110 retirees

STEP 2: Anesthesiologists needed due to increase in population from 6.9 million at the beginning of 2005 to an estimated 8.1 million in 2015.

Assumption #1(status quo): 10.8 anesthesiologists/100,000 population: 130 added anesthesiologists

Assumption #2 (1 added anesthesiologist per hospital department): 11.2 anesthesiologists / 100,000 population – 162 additional anesthesiologists

Assumption #3 (2 added anesthesiologists per hospital department): 11.6 anesthesiologists / 100,000 population – 194 additional anesthesiologists

STEP 3: New anesthesiologists needed by 2015 (number needed to replace retirees [Step 1] + provide service to the increased population [Step 2]): Assumption #1: 240 anesthesiologists; Assumption #2: 272 anesthesiologists; Assumption #3: 304 anesthesiologists.

Projections: 2016–2025

STEP 1: Number of retirees (assuming retirement age of 67 years) = 212 retirees

STEP 2: Anesthesiologists needed due to increase in population from 8.1 million at the beginning of 2016 to an estimated 9.3 million in 2015.

Assumption #1(status quo): 10.8 anesthesiologists/100,000 population – 130 added anesthesiologists

Assumption #2 (1 added anesthesiologist per hospital department): 11.2 anesthesiologists / 100,000 population – 139 additional anesthesiologists

Assumption #3 (2 added anesthesiologists per hospital department): 11.6 anesthesiologists / 100,000 population – 149 additional anesthesiologists

Assumption #4 (3 added anesthesiologists per hospital department): 12.1 anesthesiologists / 100,000 population – 160 additional anesthesiologists

STEP 3: New anesthesiologists between 2016 and 2025 (number needed to replace retirees [Step 1] + provide service to the increased population [Step 2]): Assumption #1 – 342 anesthesiologists; Assumption #2 – 351 anesthesiologists; Assumption #3 – 361 anesthesiologists; Assumption #4 – 372 anesthesiologists.

METHOD #2 – DEMAND-BASED ANALYSIS

Projections: 2005–2015

STEP #1: 2005: 625,128 (estimated) surgeries. Therefore, there are 879 surgeries per hospital department anesthesiologist per year.

STEP #2: 2015: 774,442 (estimated) surgeries. If each hospital

anesthesiologist anesthetizes 879 surgery cases per year, a total of 881 hospital department anesthesiologists will be needed. This is 170 more than the current 711 anesthesiologists.

STEP #3: 2015: Number of new hospital anesthesiologists needed: 110 to replace retirees (see Method 1 – Step 1) + 170 anesthesiologists to care for increased surgeries. A total of 280 new anesthesiologists.

STEP #4: 2015: 280 new anesthesiologists for hospital departments + an additional 5% for those working outside hospital departments. Total: 294 new anesthesiologists.

Projections: 2016–2025

STEP #1: 2005: 625,128 (estimated) surgeries or 879 per hospital department anesthesiologist

STEP #2: 2025: 943,762 (estimated) surgeries. If each hospital anesthesiologist anesthetizes 879 surgeries per year, a total of 1074 hospital department anesthesiologists will be needed. Therefore, the need is for 193 more anesthesiologists in 2025 than in 2015.

STEP #3: 2015: New hospital anesthesiologists needed: 212 to replace retirees (see Method 1 – Step 1) + 193 anesthesiologists to care for increased surgeries. A total of 405 new anesthesiologists.

STEP #4: 2015: 405 new anesthesiologists for hospital departments + an additional 5% for those working outside hospital departments. Total: 420 new anesthesiologists.

The more and powerful and original a mind, the more it will incline towards the religion of solitude

Aldous Huxley (1894-1963), British writer and member of the famous intellectual Huxley family who produced a number of brilliant scientific minds. He was best known for his novel *Brave New World*.

Capsule

Management of malaria and HIV in pregnancy in sub-Saharan Africa

Addressing the issue of HIV and malaria in pregnant women in sub-Saharan Africa, Brentlinger et al. found that approximately one million pregnancies are complicated by both malaria and HIV infection annually. Both infections have been associated with maternal and infant morbidity and mortality. Intermittent preventive treatment, usually with sulfadoxine-pyrimethamine, has been shown to prevent pregnancy-related malaria and its complications. Several different regimens of antiretroviral therapy are now available to prevent mother-to-child transmission of HIV and/or progression of maternal HIV infection during pregnancy. However, no published studies have yet shown whether standard intermittent preventive treatment and antiretroviral regimens are medically and operationally compatible in pregnancy. We reviewed existing policies regarding prevention and treatment of HIV and malaria in pregnancy, as well as published literature on adverse effects of antiretrovirals and antimalarials commonly used in pregnancy in developing countries, and found that

concurrent prescription of sulfadoxine-pyrimethamine, co-trimoxazole (trimethoprim-sulfamethoxazole), and antiretroviral agents including nevirapine and zidovudine per existing protocols for prevention of malaria and vertical HIV transmission may result in adverse drug interactions or overlapping, diagnostically challenging drug toxicities. Insecticide-treated bed-nets should be provided for HIV-infected pregnant women at risk for malaria. Sulfadoxine-pyrimethamine should be prescribed cautiously in women concurrently receiving daily nevirapine and/or zidovudine, and should be avoided in women on daily co-trimoxazole. Further research is urgently needed to define safe and effective protocols for concurrent management of HIV and malaria in pregnancy, as well as appropriate interventions for different populations subject to differing levels of malaria transmission and antimalarial drug resistance.

Lancet Infect Dis 2006;6:100

Eitan Israeli

תשובות נציגי הר"י לבקשות הבהרה של חברי הוועדה הציבורית המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית בראשות שרת הבריאות

שאלה לנציגי האיגוד לרופאי המשפחה ?

דר' וינקר הציג מודל המחשב תחזית לגבי הצורך ב־350 רופאי משפחה חדשים בכל שנה. נשמח לקבל את הנחות המודל המחשב את התחזית ובפרט האם נלקחו בחשבון: שינויים אפשריים בתקינה בבתי־חולים (או הניח סטטוס קוו בתקינה); שינויים אפשריים ברפואה דיגיטלית (כגון טלה־מדיסין); ומודלים שונים של אספקת השירות בקהילה (למשל, רופא אישי, בחירה ישירה וכדומה).
+ בקשת עמדתו בנוגע לבעלות על בתי חולים.

תשובת פרופ' שלמה וינקר בשם האיגוד i

החומרים המבוקשים בחלק הראשון יצורפו כמסמכים נפרדים.

בהקשר לשאלה של הבעלות על בתי החולים, מבחינת איגוד רופאי המשפחה אין משמעות לבעלות על בתי החולים וההיבט העיקרי הוא יחסי הגומלין בין בתי החולים והנהלת קופת החולים בה עובד רופא המשפחה. יחסי גומלין אלה יכולים להיות מכח הסכמים בין קופות ובתי חולים, הנחיות הרגולטור או אופי הבעלות על בית החולים והם אלה שיקבעו בסופו של דבר את שגרת העבודה של בית החולים מול הקהילה ושל הקהילה מול בית החולים

לנציגי האיגוד לרכואת ילדים ?

נטען כי שירותי התפתחות הילד בשב"ן גורמים לזילות של התחום והם תופעה לא רצויה ובעייתית. הייתי רוצה לדעת איך הדבר קשור /משליך על עבודת רופאי הילדים בקהילה?

תשובת פרופ' אלי סומך בשם האיגוד i

עיון בפרטי הזכאויות בשב"ן של כל ארבע הקופות בתחום התפתחות הילד והפרעות הלמידה מעלה תמונה מדאיגה. בכל הקופות ישנה זכאות לטיפולים הבאים – בין אם

בהפניית רופא או בפנייה עצמית:

- רכיבה טיפולית
- טיפול בהבעה ויצירה
- טיפול בבעלי חיים
- שחייה טיפולית

בשנים האחרונות הפכו אלה לחלופה לטיפול פסיכולוגי רגשי אצל ילדים הסובלים מהפרעות רגשיות. לרוב הטיפולים הללו ישנו צידוק מועט אם בכלל על פי הידוע לנו מהספרות הרפואית. האיגוד בוחן כעת את נושא הרכיבה הטיפולית, ובהמשך יבדוק מדעית את כל שאר הנושאים.

למרות הספק הניכר ביעילות שיטות תרפויטיות אלה, הפכו האחרונות לטרנד של ממש, וההורים מציפים את הרופאים בבקשות להפניות לטיפולים אלו. נוצר מצב אבסורדי שכל הקופות, עקב התחרות ביניהן על מבטחים, אינן מעיזות לקצץ במוצרים הנכספים האלה, והרופא הופך למעשה לחותמת גומי המאשרת טיפולים אלה עקב לחץ הציבור. דבר זה מביא לזילות מעמדו של הרופא בקהילה ולהפיכתו דה פקטו לגורם פקידותי המאשר את השרות שהקופה כבר החליטה על נחיצותו – ללא כל ביסוס מדעי.

דוגמא נוספת לכך היא בדיקת TOVA. זו בדיקה ממוחשבת לאבחון הפרעת קשב וריכוז. בדיקת TOVA מוגדרת בספרות ככלי עזר בידי הקלינאי להחלטה על מתן האבחנה של הפרעת קשב וריכוז. בפועל, הורים רבים המבטחים בשב"ן וזכאים לבדיקה (גם כאן הזכאות האוטומטית היא בכל 4 הקופות) לוקחים את ילדיהם ראשית לבדיקה זו עקב אמונה ביכולתה המדעית ללא כל הערכה קודמת אצל רופא מומחה. הדבר מוביל לכמות עצומה של בדיקות מיותרות עם אבחונים מוטעים אך ורק כדי לספק את גחמת ההורים הרשאים "לנצל" את חברותם בשב"ן.

גם במקרה הזה, כל הקופות מכלילות את ה TOVA בתכניות השב"ן כמוצר "סקסי" וכמקדם שיווק של הקופה בלבד. לדעתנו יש להגדיר בצורה יותר מדויקת את מקומה של בדיקה זו בשרשרת האבחון של הפרעות קשב וריכוז ולהתוות התוויה על בסיס מדעי ולא על בסיס רצון השוק.

השב"ן אינו ביטוח פרטי אלא כלול בהוצאה הלאומית לבריאות. בתור שכזה עליו לאפשר שימוש בכלים – הן בדיקות הן טיפולים – העומדים בקריטריונים של תועלת מדעית. האיגוד קורא לבחינה מחודשת של השב"ן על מנת להבטיח שאכן הוא מכיל רכיבים העומדים בקריטריונים של תיקוף מדעי.

❓ **לנציגי האיגוד למיילדות וגניקולוגיה**

הנציגים הציגו תמונה קודרת של עזיבת רופאים את מקצוע המיילדות. רציתי לדעת מה

עמדת האיגוד על המיילדות כפרופסיה והאם אין המיילדות יכולות להוות מענה למחסור ברופאים מיילדים?

תשובת פרופ' משה בן-עמי בשם האיגוד

למיילדות יש את התפקיד החשוב שלהם, אבל אי אפשר להשוות את הידע וההכשרה הנדרשים ממיילדת לבין אלה הנדרשים מרופא שסיים 6 שנות התמחות.

הרופאים נמצאים בחדר לידה עבור הלידות שמסתבכות ועבור הניתוחים הקיסריים. הרופאים לא עוסקים כמעט בלידות רגילות ולא בעייתיות, בזה עוסקות המיילדות ועושות את זה מצוין.

תהליך קבלת ההחלטות בחדר לידה הוא מהמורכבים ביותר במקצוע הרפואה. עיכוב בהחלטה והשהיית ביצוע יכולים לשנות גורל של ילד ומשפחה מילד בריא לחלוטין לילד פגוע קשה ביותר ואפילו עד מוות של העובר/יילוד. לכן אי אפשר לוותר בקלות כזו על נוכחות של רופאים מיילדים, במיוחד אם נוסיף לזה את האווירה המשפטית.

לפרופ' אשכנזי (התמחות והכשרה רפואית)

שמענו במהלך היום על המחסור הצפוי ברופאי ילדים וברופאי משפחה. האם יש אפשרות לדעתו לקצר את תהליך ההכשרה הרפואית של התמחויות אלו (אשר ממוקד בבתי חולים) ולמקד את ההכשרה בקהילה? מדוע לדעתו יש צורך בהכשרה כל כך רחבה בבתי חולים לרופאים אשר עיקר עבודתם בקהילה?

תשובת פרופ' שי אשכנזי כיו"ר המועצה המדעית

על פניו נראה שלא ניתן לקצר את ההתמחות ברפואת המשפחה וברפואת ילדים; המידע והמיומנויות הרפואיות הנדרשות מהרופא עולות בקצב מהיר ובקושי רב ניתן לעמוד בתקופות ההתמחות הקיימות.

בנוסף לכך, ההליכה הביתה אחרי תורנות (המבורכת) ויום המנוחה השבועי הנוסף הקטינו את משך החשיפה הקלינית של המתמחה.

ההתמחות ברפואת המשפחה נעשית ברובה בקהילה.

בהתמחות ברפואת ילדים ניתן לעשות 6 חודשים (ועד 15 חודשים) בקהילה, בהתאם לתוכניות המתמחה ואיכות ההדרכה שהוא מקבל.

ככלל, ההתמחויות בארץ הן איכותיות, מוערכות בכל העולם, מכשירות מומחים טובים ומתעדכנות באופן מתמיד. חשוב ראשית לכל לא להרוס..

❓ לדר' נמרוד רחמימוב אשר הציג את מודל בחירת המנתח:

במודל שהוצג המחירים של השב"ן יעלו מאד אבל דר' רחמימוב הציג שני תנאים להפעלת המודל: התורים לא יהיו קצרים יותר לאלו במסלול השב"ן והרופא "הנבחר" לכאורה לא יבחין במחלקה בין חולי שב"ן לחולים ציבוריים. בהנתן שני תנאים אלו, מדוע לדעתו יסכימו בכלל המבוטחים לשלם את המחירים הגבוהים של השב"ן ולא תהיה פרישה רבתי מהתוכניות?

❗ תשובת ד"ר נמרוד רחמימוב בשם אר"מ והר"י

1. אין סיבה שמחירי השב"ן יעלו. תכניות השב"ן אינן רשאיות להיות גרעוניות על-פי חוק, אולם כיום הן רווחיות בשל העדר ניצול, במיוחד ברובד השני ובמיוחד בפריפריה. מעבר לזה, כפי שציינתי בפני הועדה, תעריפי המנתחים יפחתו ועל ידי זה יקטינו את הוצאות השב"נים. גורם נוסף שידחוף את מחירי השב"ן כלפי מטה הוא הקטנת הביקושים בבתי החולים הפרטיים, שדבר שיאלץ אותם לתת מחירים יותר תחרותיים.

2. חולה יבחר לקנות את השב"ן אם ירגיש שנותן לו תוספת בטחון. לשם דוגמא, אם התקבל לבית החולים והרופא שקיבל באופן ציבורי נראה לו – לא יפעיל את השב"ן. אם יחליט שמעוניין לבחור רופא אחר – יפעיל. אני סבור שרבים ירצו את השקט הנפשי הזה ולכן ימשיכו לקנות את השב"ן.

למה הדבר דומה? לנוסע לחו"ל בחברה בה אין אפשרות לדעת אם תשב במחלקת תיירים או עסקים. מציעים לנוסע שלוש אפשרויות: מחיר כרטיס נמוך ומקום במחלקת תיירים, מחיר גבוה ומקום מובטח במחלקת עסקים, או מחיר נמוך + ביטוח זול כך שבמקרה ויצא לו מקום בתיירים יוכל לשדרג ללא עלות לעסקים.

3. גם כיום השב"ן מוציא רק כ-58% מהוצאותיו על בחירת מנתח וחוו"ד נוספת אצל רופא מומחה. כדי לממש זכויות אלו נדרשת השתתפות עצמית, ולכן לא כולם מנצלים את האפשרות. הוספת היכולת לבחור גם בבית החולים הציבורי רק תגדיל את רשימת הספקים האפשריים – לא את המימוש.

אשמח להרחיב במידת הצורך.

ליצירת קשר עם הר"י:

קבלה/מרכזיה 03-6100444

שעות פעילות א'-ה' 07:30-20:00, ו' 08:00-13:00

