

כמה רופאים העוסקים ברפואה בפועל יש בישראל? על ההבדלים בין שיטות מדידה שונות

תקציר:

בשנת 2018 החליפה ישראל את סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בקבצי נתונים מנהליים כמקור לדיווחיה לארגון ה-OECD על מספר הרופאים העוסקים ברפואה ועל שיעורם באוכלוסייה. בעקבות השינוי פחתו היקפי כוח האדם הרפואי המדווחים של ישראל בשיעור של 9%-15% בקירוב בכל אחת מהשנים 2012-2015. בנוסף, בעוד שעל פי שיטת המדידה הקודמת, נתוני ישראל היו גבוהים יותר או שווים לממוצעים השנתיים של ה-OECD לאורך שנות הדיווח, הרי שלפי שיטת המדידה החדשה נתוניה נמוכים מממוצע חברות הארגון. למעשה, על פי הנתונים החדשים, שיעור הרופאים העוסקים ברפואה בישראל נושק לשיעור הארצי המינימאלי הרצוי שהומלץ בעבר על ידי ועדות לתכנון כוח אדם רפואי בישראל.

ברוך לוי
מלכה בורו

ההסתדרות הרפואית בישראל

הממצאים החדשים מתיישבים במידה רבה עם תחושת המצוקה והמחסור בכוח אדם רפואי השוררת מזה שנים במערכת הבריאות, ומצטרפים למקרים קודמים שבהם עלו סימני שאלה לגבי תקפות דיווחיה הרשמיים של ישראל לארגון ה-OECD, שעליהם מסתמכים חוקרים, קובעי מדיניות, כלי תקשורת והציבור. על כן, מומלץ להתמיד בשיפור המדידה והדיווח לארגונים בינלאומיים, ולהגביר את השקיפות סביב שיטות המדידה של האינדיקטורים השונים בתחום הבריאות.

מילות מפתח: תכנון כוח אדם; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
:KEY WORDS :OECD; Workforce planning; Central Bureau of Statistics

האוכלוסייה. שאלה זו, על אף היותה בסיסית לתכנון כוח אדם רפואי, איננה כה קלה למענה. משמעויותיה כבדות משקל, וכל שינוי מתודולוגי בשיטת איסוף הנתונים או עיבודם, עשוי להביא לשינוי בתוצאה המתקבלת. עיון במסד נתוני הבריאות המעודכן שפרסם הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD) בחודש יוני 2018, מעלה כי ישראל ערכה לאחרונה שינוי מתודולוגי משמעותי באופן שבו היא מודדת את שיעור הרופאים העוסקים ברפואה במערכת הבריאות שלה. במאמר זה נתאר את השינוי שחל בשיטת המדידה של שיעור הרופאים העוסקים ברפואה בישראל, כפי שמדווח לארגון ה-OECD, נסקור את השינויים שחלו בנתוניה הרשמיים של ישראל בעקבות השינוי, ונעמוד על משמעויותיו והשלכותיו עבור מערכת הבריאות [1].

הקדמה

תכנון כוח אדם רפואי הוא מהמשימות החשובות והמורכבות ביותר שניצבות בפני כל מערכת בריאות. משימה זו כוללת, בין היתר, את סוגיית פיזורם הגיאוגרפי והמקצועי של רופאים, לדוגמה, בין פריפריה ומרכז ובין תחומי רפואה שונים. תכנון ראוי מביא בחשבון גם את שאלת האיזון בין מגזרי פעילות שונים, כגון המגזר הציבורי לעומת הפרטי ובין בתי החולים לרפואת הקהילה. כמו כן, על המתכננים להביא בחשבון את היקף התקנים הנחוץ, לרבות מקומות להתמחות, ואת מסגרות ההכשרה לסטודנטים לרפואה כדי לענות על הביקוש לשירותי בריאות בעתיד. מגמות דמוגרפיות, חברתיות ורפואיות כגון גידול אוכלוסייה והזדקנותה ושינויים בדפוסי התחלואה, התפתחויות טכנולוגיות ומדעיות – כל אלה ועוד עשויים להשפיע הן על הביקוש והן על ההיצע לשירותי בריאות. מכאן נובע הצורך המתמיד לעקוב אחר היקף כוח האדם הרפואי הרצוי למערכת הבריאות ולנקוט צעדים הדרושים להשגתו.

שיטות

נערכה סקירה שיטתית של סקרי כוח אדם ודוחות "מאפייני רופאים מועסקים" שפורסמו על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) ומשרד הבריאות בין השנים 2018-2010 כדי לעמוד על ההבדלים בין שיטות המדידה ועל

המענה לכל אחת מהסוגיות הללו נגזר בראש ובראשונה משאלת מספרם הכולל של הרופאים, ובפרט ממספר הרופאים העוסקים ברפואה בפועל ושיעורם ביחס לגודל

טבלה 1:

מספר הרופאים העוסקים ברפואה בישראל - השוואה בין שתי שיטות המדידה

שנה	מספר הרופאים העוסקים ברפואה לפי סקר כוח אדם	מספר הרופאים העוסקים ברפואה לפי דיווח מנהלי	הפרש בין שתי השיטות (פער באחוזים)
2012	25,733	23,494	2,239 (8.7%)
2013	27,667	23,725	3,942 (14.2%)
2014	28,733	24,494	4,239 (14.8%)
2015	28,833	25,731	3,102 (10.8%)

רבעונית של סקרי כוח אדם בשנת 2012 גרמו ל"שבר בסדרה", והקשו על ההשוואה לשנים קודמות [8-10]. על רקע התפתחויות אלה, הוחלפו בשנת 2018 סקרי הלמ"ס בנתונים המנהליים כדיווחי הרשמיים של ישראל לארגון ה-OECD. הדיווח החדש מתבסס על קישור, המבוצע על ידי הלמ"ס, בין מאגר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה של משרד הבריאות למסד הנתונים של רשות המסים. רופאים בעלי הכנסה של אלף ₪ ומעלה נחשבים לעובדי מגזר שירותי הבריאות כשכירים או כעצמאים, והם ונכללים בחישוב. כך, הנתון החדש שפורסם, אשר מתייחס לשנת 2016, נמדד לפי השיטה החדשה. כמו כן, הוחלפו נתוני ישראל לשנים 2012-2015, אשר דווחו על בסיס השיטה הקודמת, בדיווחי השיטה החדשה [2]. החלפת הנתונים מאפשרת השוואה בין הדיווחים לפי שתי השיטות לארבע השנים משנת 2012 עד שנת 2015 (השנה האחרונה עברה הופקו נתונים בשתי השיטות), כפי שהופיעו במסד הנתונים האינטרנטי של ארגון ה-OECD [11].

ניתן לראות כי מספרם המדויק של הרופאים העוסקים ברפואה פחת בשיעור שבין 9%-15% בקירוב בכל אחת מהשנים הנסקרות בעקבות החלפת שיטת המדידה. מספר הרופאים לפי סקר כוח אדם גדל בין השנים 2012-2015 בכ-12%. זינוק גדול במיוחד בשיעור של כ-7.5% חל במספרם בשנת 2013 לעומת 2012, התקופה שבה נערכו השינויים בסקר כוח אדם של הלמ"ס. מספר הרופאים לפי הנתונים המנהליים עלה בשיעור של כ-9.5% בלבד לאורך כל התקופה הנסקרת, ובין השנים 2012-2013 גדל רק באחוז אחד בקירוב. ממצאים אלה מחזקים את ההנחה כי הזינוק במספר הרופאים בשנת 2013 לפי סקר כוח אדם, חל בעיקר עקב שינויים בהגדרות ובאופן עריכת הסקר ולא דווקא בשל גידול ממשי במספר הרופאים המועסקים. בנוסף, השווינו את נתוני שתי שיטות המדידה לממוצעים השנתיים של חברות ארגון OECD. אחד הכלים המקובלים המצויים בידי מתכנני מדיניות ומקבלי החלטות לקביעת שיעור הרופאים הרצוי, הוא השימוש בנתונייהן של מדינות מפותחות מבחינה כלכלית וטכנולוגית, בעלות מערכות בריאות מתקדמות, כאמת מידה למצבה של ישראל ולבחינת הפער בין "המצוי" ל"רצוי". מסד הנתונים של הארגון הוא מקור חשוב למחקר השוואתי עבור גופי מחקר וקובעי מדיניות, ושיעורם הממוצע של הרופאים במדינות ה-OECD משמש על פי רוב נקודת ייחוס לשיעור הרופאים בישראל עבור חוקרים ומתכנני מדיניות [5, 6, 12, 13]. מתרשים 1 עולה, כי לפני השינוי נמצאה ישראל מעל ממוצע ה-OECD, ובעקבותיו היא נמצאת מתחתיו. עוד

ההבדלים בתוצאותיהן. לאחר מכן נערך עיבוד נתוני "רופאים העוסקים ברפואה" (practising physicians) מתוך מסד הנתונים של ארגון ה-OECD, כדי להשוות בין הממוצעים השנתיים של הארגון (ללא ישראל) באינדיקטור זה לתוצאות שהתקבלו בכל אחת משתי השיטות.

ממצאים

משרד הבריאות מחזיק בנתונים על מספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה והוא מפרסם מדי שנה. שיעורם הכולל של בעלי הרישיון לעסוק ברפואה בישראל היה במגמת ירידה מתמשכת מתחילת שנות האלפיים ועד שנת 2010, שבמהלכה הוא התייצב על 4.06 בעלי רישיון לעסוק ברפואה לאלף נפש. מאז חלה עלייה קלה ל-4.16 בעלי רישיון לאלף נפש בשנת 2015. לעומת זאת, שיעור בעלי הרישיון לעסוק ברפואה עד גיל 65 שנים המשיך במגמת הירידה במהלך כל אותן שנים ובשנת 2015 עמד על 3.08 לאלף נפש [1]. אך משום שאי אפשר להניח כי כל בעלי הרישיון לעסוק ברפואה בישראל אכן עוסקים ברפואה (וחלקם גם לא מתגורר בישראל), לא ניתן ללמוד מנתונים אלה כמה רופאים אכן עוסקים במקצוע בפועל בשנה נתונה. לכן, עד לאחרונה, שימשו סקרי כוח האדם של הלמ"ס כמקור המידע העיקרי למספר הרופאים הפעילים בישראל ולשיעורם באוכלוסייה. עד שנת 2017 (כולל) ממצאי הסקרים דווחו על ידי הרשויות לארגון ה-OECD כשיעור השנתי הרשמי של שיעור הרופאים הפעילים בישראל [2].

סקרי כוח אדם של הלמ"ס מספקים אומדן באשר למספרי המועסקים בענפי המשק השונים [3]. יתרונו המרכזי של הסקר הוא כי ניתן ללמוד ממנו על מגמות התעסוקה ברצף של זמן. מאידך, לסקר יש כמה חסרונות: הסקר מבוסס על מדגם. כתוצאה מכך, יש תגודתיות גדולה יחסית בנתוני העוסקים ברפואה לאורך השנים. ככלל, ככל ששכיחות המועסקים במדגם קטנה, כך גדל חוסר הדיוק של תוצאות הסקר. תגודתיות זו היא תוצאה של טעויות דגימה, ולכן יש להתייחס לנתונים אלו בזירות רבה [4]. בנוסף, ההחלטה על סיווג המרואייני כ"רופא פעיל" מבוססת על תיאורו את עיסוקו המרכזי, גם אם תיאור זה אינו מתאר במדויק את המציאות בהכרח. נתוני הסקר כוללים גם סטאז'רים (סטודנטים בשנה השביעית ללימודי הרפואה) ורופאים זרים השוהים בישראל בהתמחות מעל 12 חודשים ברציפות. בשנת 2010 קבע מרכז המחקר והמידע של הכנסת, כי לנוכח הבעייתיות הקיימת בכל הנוגע לנתון באשר למספר הרופאים המועסקים על פי סקר כוח אדם של הלמ"ס, קיים קושי להיעזר בנתון זה בתכנון כוח האדם הרפואי בישראל [5]. בשנת 2011 הצטרפה ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) לביקורת על שיטת הדיווח, ובמסמך עמדה שפרסמה, הפנתה זרקור אל פערי הנתונים שהתגלעו בין ממצאי הלמ"ס לממצאי דו"ח שפרסם משרד הבריאות בשנת 2010, המתבסס על "ספירת ראשים" של רופאים העובדים במערכת הבריאות [6, 7]. דוחות נוספים שפרסם המשרד בשיתוף הלמ"ס בשנים 2012 ו-2016 הציגו אף הם ממצאים שאינם תואמים את סקרי כוח אדם. בנוסף לכך, שינויי הגדרות ומעבר למדידה חודשית במקום

נתונים אלה מקבלים משנה תוקף לנוכח העובדה שוועדות שעסקו לאורך השנים בתכנון כוח אדם רפואי בישראל נאלצו לבצע את עבודתן ללא מאגר נתונים מקיף ומהימן של מספר הרופאים העוסקים ברפואה; מאגר כזה אמור להיות מבוסס על רישום חוזר כמקובל במדינות שונות בעולם, ונושא זה נדון שנים רבות משום חשיבותו [17]. אותן ועדות נאלצו להסתמך על מקורות אחרים ועל שיטות מדידה אחרות, לרבות סקרי כוח אדם של הלמ"ס ומספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה עד גיל 65 שנים כאומדן למספר הרופאים הפעילים (כגון כממוצע נתוני שתי השיטות).

נוסף על כך, גם אם לא תמיד ציינו זאת במפורש, ועדות אלה הניחו כי השיעור הרצוי של רופאים נע בטווח שבין 2.8-3 רופאים לאלף נפש, זאת בהתאם לשיעור הממוצע במדינות OECD באותן שנים. הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל (ועדת חורב 2010) אף החליטה לאמץ שיעור של כ-2.9 רופאים לאלף נפש כנקודת הייחוס המומלצת שממנה אין לרדת [4]. מכאן שישראל קרובה אל השיעור המינימאלי שהומלץ על ידי ועדת חורב, יותר מכפי שפורסם עד כה, זאת כאשר כמעט מחצית מרופאי ישראל הם בני 55 שנים ומעלה (השיעור הגבוה במדינות OECD למעט איטליה), ושיעור בוגרי בתי הספר לרפואה בישראל הוא הנמוך בקרב מדינות הארגון למעט יפן [11].

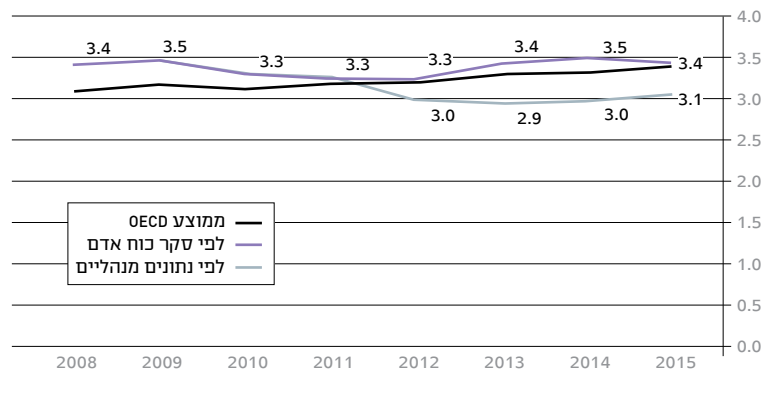
נראה כי אין זו הפעם הראשונה שבה עולות שאלות בנוגע לתקפותם של דיווחי ישראל לארגון ה-OECD בתחום הבריאות, ולמידת התאמתם לצורת הדיווח המקובלת (אם כי מצב זה אינו ייחודי לישראל והוא מאפיין במידה מסוימת גם חברות OECD נוספות). כך לדוגמה, מאמר משנת 2017 גילה הטיה כלפי מעלה בשיעור המדווחים על מצב בריאות טוב או טוב מאוד בישראל בהשוואה ליתר חברות הארגון [18]. בנוסף, לפי הערכות, נתוני ההמתנה לניתוחים מתוכננים שפרסמה ישראל, נמוכים מזמני ההמתנה בפועל [19]. על כן, טוב עשו הרשויות כאשר פעלו לשיפור המדידה והדיווח, כך שישקפו בצורה מהימנה יותר את מספר הרופאים העוסקים ברפואה בארץ. לשקיפותה של שיטת המדידה, לרבות אופן איסוף, עיבוד ודיווח הנתונים, יש חשיבות מכרעת למעקב אחר מגמות ארוכות טווח תוך השוואה לנעשה במדינות אחרות. על כן רצוי כי משרד הבריאות יביא לידיעת הציבור ומקבלי החלטות את דבר המעבר לשיטת המדידה החדשה, תוך ביאור השינויים המשמעותיים שחלו בדיווחי ישראל ל-OECD, כדי לסייע ככל הניתן לתכנון כוח האדם הרפואי של מדינת ישראל.

סיכום ומסקנות

בשנת 2018 שינתה ישראל את אופן הדיווח לארגון ה-OECD על מספר הרופאים העוסקים ברפואה ועל שיעורם באוכלוסייה. בעקבות המעבר לשיטת המדידה החדשה פחתו משמעותית היקפי כוח האדם הרפואי המדווחים של ישראל, הן בהשוואה לשיטה הקודמת והן בהשוואה לממוצעים השנתיים של מדינות הארגון באינדיקטור זה. בנוסף, על פי הנתונים החדשים, שיעור הרופאים העוסקים ברפואה בארץ נושק בשנים האחרונות לשיעור המינימאלי הרצוי שהומלץ בעבר על ידי ועדות לתכנון כוח אדם רפואי בישראל.

תרשים 1:

שיעור הרופאים העוסקים ברפואה בישראל (לאלף נפש) לעומת ממוצע OECD



ניתן לראות כי ממוצע ה-OECD נמצא לאורך השנים במגמת עלייה קלה עד לנקודת שוויון בשנת 2015 עם הנתון שהתקבל לפי סקר כוח אדם (3.4 רופאים לאלף נפש). לעומת זאת, ממוצע OECD שומר בשנים האחרונות על פער יציב פחות או יותר מנתוני ישראל המדווחים לפי קובץ הנתונים המנהליים.

בשנת 2016 המשיך שיעור הרופאים העוסקים ברפואה בישראל לעמוד על 3.1 רופאים לאלף נפש לפי קובץ הנתונים המנהליים (26,358 רופאים), לעומת ממוצע OECD של 3.3 רופאים לאלף נפש.

דיון

דיווחי ישראל לארגון ה-OECD הראו בעקביות לאורך השנים, כי שיעור הרופאים המועסקים בישראל גבוה יחסית או שווה לממוצע הארגון. כך נוצר הרושם כי אין בעיה מיידית של מחסור ברופאים בישראל, ואולי אפילו יש בה "עודף רופאים" בהשוואה בין-לאומית. נתונים אלה לא התיישבו עם תחושת המצוקה הכללית אשר באה לידי ביטוי בקרב הרופאים המטפלים והציבור כאחד בכל הנוגע לעומס העבודה, תחושת השחיקה של המטפלים, הצפיפות במחלקות, זמני ההמתנה לניתוחים מתוכננים, התורים ברפואת הקהילה, בעיית הזיהומים במוסדות רפואה ומקרי אלימות כלפי הצוות המטפל הנובעים, בין היתר, מחוויית הלחץ והיעדר זמינות הולמת של המטפלים ועוד [6, 11, 14, 15, 16].

נראה כי המעבר לשיטת המדידה החדשה מגשר במידה מסוימת על הפער שהסתמן עד כה בין המציאות הנחוות ותחושות המצוקה הסובייקטיביות העולות מ"השטח" לנתונים המספריים המדווחים במישור הבין-לאומי. אומנם מספרם הכללי של הרופאים ביחס לאוכלוסייה אינו חזות הכול, שכן גורמים נוספים עשויים להשפיע אף הם על תפקודה של מערכת הבריאות, לרבות פיזורם הגיאוגרפי והמקצועי של הרופאים, יחסי הגומלין שבין המגזר הציבורי והמגזר הפרטי, הטמעתן של טכנולוגיות רפואיות במערכת הבריאות, מצב תשתיות המערכת, גודל תקציביה ועוד. אולם אין להקל ראש בפערי הנתונים המתגלעים בין שיטות המדידה השונות ובהשפעת המדידה על קביעת מדיניות.

במקצוע (professionally active physicians), כלומר רופאים הפעילים בתחום הבריאות, אך לא דווקא כמטפלים; קטגוריה שלישית היא מספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה. הקטגוריה הראשונה היא נושאו של מאמר זה.

2. הנתונים דווחו כממוצעים תלת שנתיים, למשל, נתון שנת 2011 הוא ממוצע של השנים 2010-2012. זאת על מנת להקטין את תנודתיות הנתונים.

3. על-פי הלמ"ס, מוגדרים "מועסקים" אנשים שעבדו לפחות שעה אחת בשבוע הקובע (השבוע שמסתיים בשבת שלפני עריכת הסקר) בעבודה כלשהי תמורת שכר, רווח או תמורה אחרת.

מחבר מכותב: ברוך לוי

רחוב ז'בוטינסקי 35, בניין התאומים 2, רמת גן

טלפון: 03-6100523

דוא"ל: baruch@ima.org.il

הממצאים החדשים מתיישבים במידה רבה עם תחושת המצוקה והמחסור בכוח אדם רפואי השוררת במערכת הבריאות זה שנים, ומצטרפים למקרים קודמים בהם עלו סימני שאלה לגבי תקפות דיווחיה הרשמיים של ישראל לארגון ה-OECD, שעליהם מסתמכים חוקרים, קובעי מדיניות, כלי תקשורת והציבור. על כן, מומלץ להתמיד בשיפור המדידה והדיווח לארגונים בינלאומיים ולהגביר את השקיפות סביב שיטות המדידה של האינדיקטורים השונים בתחום הבריאות. ●

הערות סיום

1. ה-OECD מבחין בין שלוש קטגוריות של רופאים: "רופאים העוסקים ברפואה" (practising physicians), כלומר רופאים העוסקים בטיפול רפואי בפועל כשכירים או כעצמאים; רופאים פעילים

ביבליוגרפיה

<p>1. משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2015, ירושלים, 2016</p> <p>2. OECD, OECD Health Statistics 2018: Definitions, Sources and Methods, 2018.</p> <p>3. אתר האינטרנט של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - סקרי כוח אדם: http://www.cbs.gov.il/reader/?Mival=cw_usr_view_SHTML&ID=328 [תאריך כניסה: 15 באוגוסט 2018]</p> <p>4. משרד הבריאות, דו"ח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל, 2010</p> <p>5. לוי ש', היעדר כלים לתכנון כוח האדם הרפואי בישראל, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2010</p>	<p>6. ההסתדרות הרפואית בישראל, אין מי שיטפל בך: המחסור ברופאים בישראל - דין וחשבון, 2011</p> <p>7. משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2009: רופאים מועסקים - מידע מנהלי, 2010</p> <p>8. שמש ע' וחב', מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל, משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2012</p> <p>9. קוך דבידוביץ' פ', סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות, מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2015</p> <p>10. שריר ע' וחב', מקצועות הבריאות בישראל - רופאים 2012, משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2016</p> <p>11. OECD Health Statistics. https://stats.oecd.org/</p>	<p>index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT [accessed 15 August 2018].</p> <p>12. ברוכים, מ' וריני ד', מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD, 2018</p> <p>13. בנק ישראל, ההתפתחויות הכלכליות בחודשים האחרונים - ינואר עד אפריל 2009, ירושלים, 2009</p> <p>14. ההסתדרות הרפואית בישראל, זמני המתנה לניתוחים מתוכננים בבתי חולים, 2018</p> <p>15. מבקר המדינה, דוח שנתי 163 א לשנת 2012 ולחשבונות שנת הכספים 2011, ירושלים: 2013</p> <p>16. Shafran-Tikva s, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-</p>	<p>methods study, Israel Journal of Health Policy Research, 2017;6:59. doi: 10.1186/s13584-017-0183-y.</p> <p>17. מבקר המדינה, דוח שנתי 159 לשנת 2008 ולחשבונות שנת הכספים 2007, ירושלים, 2009</p> <p>18. Levi B, Perceived health status in a comparative perspective: Methodological limitations and policy implications for Israel, Israel Journal of Health Policy Research, 2017;6:2. DOI 10.1186/s13584-016-0128-x.</p> <p>19. בוריס ל', צ'רניחובסקי ד', מיקומן בתור: זמני המתנה בבתי החולים במימון ציבורי, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, 2016</p>
--	---	--	--