

הר"י על שולחן
הניתוחים –
חלקה של
ההסתדרות
הרפואית בישראל
בחולייה של
מערכת הבריאות

שקד מענה



בסלו תשפ"ג – דצמבר 2022
נייר מדיניות מס' 83

שקד מענה

חוקרת בפורום קהלת לכלכלה

בעלת תואר ראשון בכלכלה ומנהל עסקים ותואר שני במנהל עסקים עם התמחות במימון, שניהם מהאוניברסיטה העברית.

בעברה שימשה ככלכלנית ברשות שוק ההון, הביטוח והחיסכון ועסקה בפיקוח על תחום הייעוץ הפנסיוני ובאסדרתו.



**הר"י על שולחן
– הניתוחים –
חלקה של
ההסתדרות
הרפואית בישראל
בחולייה של
מערכת הבריאות**

שקד מענה



**כסלו תשפ"ג – דצמבר 2022
נייר מדיניות מס' 83**

**הר"י על שולחן הניתוחים – חלקה של ההסתדרות הרפואית בישראל
בחולייה של מערכת הבריאות
נדפס בישראל, בסלו תשפ"ב - דצמבר 2022**

מסת"ב 3-02-7796-965-978 ISBN



תוכן עניינים

1	תקציר
5	הקדמה
7	א. ההסתדרות הרפואית בישראל – רקע היסטורי ומאפיינים מוסדיים
9	ב. שלושת ה"כובעים" של ההסתדרות הרפואית בישראל
9	1. "כובע" ראשון – ארגון עובדים יציג הפועל כאגודה עות'מאנית
11	2. "כובע" שני – מאסדר בלעדי של הליך ההתמחויות ברפואה
13	3. "כובע" שלישי – ארגון־הגג של האיגודים המקצועיים בתחום הרפואה
15	ג. מצבת הרופאים בישראל
15	1. רקע כללי
20	2. מקצועות רפואיים במצוקה ותעסוקת רופאים בפריפריה
23	3. שכר הרופאים
	ד. כיצד קיומם של שלושת ה"כובעים" יחדיו יוצר עיוותים
25	בענף הרפואה הישראלי?
	1. התנגשות בין סמכותה של ההסתדרות הרפואית בישראל כארגון עובדים יציג ובין סמכותה כמאסדר הבלעדי של הליך ההתמחויות
25	2. התנגשות בין סמכותה של ההסתדרות הרפואית בישראל כארגון הפועל כאגודה עות'מאנית ובין קיומם של האיגודים המקצועיים תחתיה
30	3. התנגשות בין קיומם של האיגודים המקצועיים תחת ההסתדרות הרפואית בישראל ובין סמכותה כמאסדר הבלעדי של הליך ההתמחויות
35	

ה. ההסתדרות הרפואית בישראל מול ארגונים דומים בחו"ל	37
1. התערבותה של ההסתדרות הרפואית בישראל בקביעת המדיניות הציבורית בענף הבריאות המקומי	41
1. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994	42
2. מודלים לקידום איכותם של הטיפול והשירות ברמת מחלקת בית-החולים, ברמת מרפאת קופת-החולים וברמת הרופא היחיד	44
3. שיתוף בעלי מקצועות רפואיים קליניים מדרגי-ביניים בסמכויות הניתנות לרופאים	48
4. איסוף וניהול של מידע על מצבת הרופאים על-ידי משרד הבריאות	52
ז. מדיניות ממשלתית רצויה	55
ח. סיכום	63
נספחים	71
נספח 1 – תרשימים ארגוניים של ההסתדרות הרפואית בישראל	71
נספח 2 – רשימת האיגודים המקצועיים	73
נספח 3 – השוואת סמכויותיהם של האיגודים הלאומיים לרופאים במדינות החברות ב-OECD	74
הערות	77



תקציר

"ההסתדרות הרפואית בישראל" (הר"י) היא ארגון העובדים היציג של הרופאים המועסקים בשירות הציבורי בישראל. נוסף על היותה ארגון עובדים, הפועל גם כאגודה עות'מאנית, היא מחזיקה בשתי סמכויות נוספות – או "כובעים" – שקיומן המקביל יוצר להנהלתה, לנציגיה ולראשי האיגודים המקצועיים (האיגודים הקיימים לכל תחום התמחות, כגון "איגוד הכירורגים בישראל") הנמצאים תחתיה ניגודי עניינים בפעילותם. שני ה"כובעים" הנוספים הם סמכותה כמאסדר הבלעדי של הליך ההתמחויות ברפואה (על-ידי הזרוע המדעית שלה – "המועצה המדעית") והיותה ארגון-הגג של האיגודים המקצועיים בתחום הרפואה.

היותה של הר"י ארגון עובדים יציג וגם מאסדר בלעדי של ההתמחויות ברפואה גורם לכך ששיקולים פוליטיים של הנהלת הר"י מובאים בחשבון בעת ניהול התמחויות הרופאים. מכיוון שהר"י היא ארגון יציג, הנהלתה אינה חוששת שהרופאים הצעירים יפסיקו את חברותם בארגון. כתוצאה מכך היא משתמשת במצוקותיהם על-מנת לקדם את מטרותיה הפוליטיות. למשל, היא מנצלת את המחסור הקיים ברופאים מתמחים ב"מקצועות במצוקה" ובבתי-החולים הממוקמים בפריפריה על-מנת לבסס את מצג-השווא של קריסת מערכת הבריאות, אשר מצריכה לטענתה השקעת משאבים רבים יותר ויותר במערכת הבריאות. מובן שגם כאשר ניתנים משאבים רבים למטרה זו, בצורה של תוספות שכר, רוב התקציב הנוסף מיועד כתוספת לרופאים הבכירים, המבוגרים, ולא לרופאים הצעירים. גם היעלמותה התמוהה של "המועצה המדעית" מהשיח הציבורי בנושאים שיש בהם סתירה בין טובת ההתמחויות וטובת הציבור ובין טובת ענייניה של הנהלת הר"י, כגון בסוגיית משך התורנויות, נראית קשורה לניגוד העניינים האמור.

היותה של הר"י ארגון-הגג של האיגודים המקצועיים, נוסף על שני ה"כובעים" שהוזכרו בפסקה הקודמת, מביא לידי כך שאותם איגודים, שהם בני-הסמכא בענף הבריאות ובעלי מקום של כבוד בקרב קובעי המדיניות, מנוהלים לא פעם משיקולים שאינם ענייניים. דוגמה אחת לכך היא השתתפותם של חברי האיגודים ב"ועדת הסל", מבלי לדווח על ניגוד העניינים הנובע מהקשר בין החברות שעולות לדיון בוועדה ובין האיגוד המקצועי שהם משתייכים אליו ואשר במסגרתו הם נהנים מתרומותיהן של אותן חברות ממש. כמו-כן, בכל נושא שיש בו כדי לפגוע במעמדה של הנהלת הר"י או של "המועצה המדעית" כזרוע השלטת בענייני התמחויות הרופאים, הנהגות האיגודים אינן מתערבות, ואם הן משמיעות את קולן – עמדתן מיושרת תמיד עם עמדתן של הנהלת הר"י או של "המועצה המדעית", באופן המעלה ספקות בנוגע לענייניותה.

הר"י אינה הארגון הלאומי היחיד לרופאים המחזיק ב"כובעים" הללו – ארגון יציג, מאסדר בלעדי של ההתמחויות ברפואה וארגון-הגג של האיגודים המקצועיים – אך נדיר בהחלט למצוא בעולם ארגון ארצי לרופאים בעל שלושת ה"כובעים" הללו במקביל. למעשה, מבין כלל המדינות החברות ב-OECD, נראה שישראל היא המדינה היחידה שקיים בה ארגון לאומי לרופאים החובש את כל שלושת ה"כובעים" הללו יחדיו. ביותר משליש מאותן מדינות אין לארגון הלאומי לרופאים אפילו אחד מהם.

כוחה העצום של הר"י מקנה להנהלתה שליטה רבה במה שקורה בענף הרפואה בישראל, המתבטא באיזו המשרות הבכירות ביותר במשרד הבריאות – גם כאלה שעוסקות באסדרה של ממש – על-ידי חברי הר"י. יתרה מזו, שכרם של אותם בכירים אף נקבע בהסכמים הקיבוציים שנציגי הר"י חותמים עליהם. נציגיה של הר"י מתערבים פעמים רבות בתהליכי קבלת ההחלטות בנושאים מהותיים שונים הקשורים למדיניות ציבורית בתחום הרפואה בישראל. על-אף ניסיונם לשוות להר"י מעמד של מגן בריאות הציבור, עד כדי כך שהציבור אכן מאמין שטובתו היא שנמצאת בראש סדר העדיפויות של הארגון, בסופו של יום הנהלתה בוחרת לא פעם ליצור עיכובים של ממש בהחלטת רפורמות שעתידות לשפר את יעילותה של מערכת הבריאות ואת השירות הניתן לציבור. רפורמות מסוימות, כגון חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, הוחלו בסופו של דבר, אך רפורמות חשובות לא פחות, כגון שיתוף בעלי מקצועות קליניים מדרגי-ביניים בסמכויות הרופאים, לא הוחלו עד היום.

על־מנת להתיר את ניגודי העניינים בפעילותה של הר"י, יש להחיל
בה את השינויים המבניים הבאים:

- יש להוציא מידי הר"י את "המועצה המדעית" ולהפוך את המועצה לארגון סטטוטורי שיעסוק באסדרת ההכשרה הרפואית בישראל.
 - יש להסיר מפעילותם של האיגודים את החיסיון הנובע ממעמדה של הר"י כאגודה עות'מאנית ולהעביר אליהם סמכויות.
 - יש להשאיר את הר"י כארגון עובדים יציג בלבד.
- נוסף על השינויים המבניים, ראוי להחיל שינויים נוספים שיובילו לפתרון בעיות של חוסר שקיפות, להגברת הייצוג ההוגן ולשיפור איכות הטיפול בענף הרפואה הישראלי:
- על הממשלה להקפיד ולוודא שענייניהם של הרופאים המתמחים מיוצגים באופן הוגן במשא־ומתן על הסכמי השכר של ארגוני הרופאים.
 - יש לשנות את הנהלים כך שרופאים המשתתפים ב"ועדת הסל" יחויבו להצהיר על ניגוד העניינים הנובע מחברותם באיגודים המקצועיים.
 - יש לשלב ב"ועדת הסל" נציגי מקצועות נוספים בענף הבריאות וכן רופאים שאינם חברי הר"י.
 - יש לבטל את קביעת שכרם של מחזיקי המשרות הבכירות במשרד הבריאות באמצעות הסכמי השכר הקיבוציים שנציגי הר"י חותמים עליהם.
 - יש להחיל מדדי איכות גם על רופאים יחידים, על מרפאות קופות־החולים ועל מחלקות בתי־החולים.
 - יש להעביר חלק מהסמכויות הנתונות כיום לרופאים באופן בלעדי אל בעלי מקצועות קליניים אחרים.
 - על משרד הבריאות לאסוף מידע על הרופאים ועל תוכניות ההתמחות ברפואה ללא תלות בהר"י.
 - יש לבטל את מעמדה של הר"י כאגודה עות'מאנית.



הקדמה

**”קיומם המקביל
של שלושת
ה’כובעים’ יוצר
להנהלת הר”י,
לנציגיה ולראשי
האיגודים
המקצועיים
המאוגדים תחתיה
ניגודי עניינים
בפעילותם,
הפוגעים
בטובת הציבור,
בטובתה של
מערכת הבריאות
הציבורית, ולעיתים
גם בטובת
הרופאים עצמם.”**

”ההסתדרות הרפואית בישראל” (הר”י) היא ארגון העובדים היציג של הרופאים המועסקים בשירות הציבורי בישראל. חברים בה 95% מהרופאים בארץ, והיא נחשבת אחד מארגוני העובדים החזקים ביותר במדינה. נציגיה פועלים לקידום חקיקה ומדיניות ציבורית בנושאים הקשורים לענף הרפואה, ורופאים החברים בה מחזיקים במשרות הבכירות ביותר במשרד הבריאות – בפרט במשרות הקשורות לאסדרת הענף. עיקר הפעילות בהר”י סובבת בעיקרה סביב שלוש סמכויות – או ”כובעים” – שיש לארגון:

1. ארגון עובדים יציג הפועל כאגודה עות’מאנית;

2. המאסדר הבלעדי של התמחויות הרופאים בישראל;

3. ארגון־הגג של האיגודים המקצועיים בתחום הרפואה.

בנייר מדיניות זה אציע שקיומם המקביל של שלושת ה”כובעים” הללו יוצר להנהלת הר”י, לנציגיה ולראשי האיגודים המקצועיים המאוגדים תחתיה ניגודי עניינים בפעילותם, הפוגעים בטובת הציבור, בטובתה של מערכת הבריאות הציבורית, ולעיתים גם בטובת הרופאים עצמם.

בשלושת הפרקים הראשונים של נייר המדיניות יוצג הרקע לדיון שיובא בהמשך. בפרק הראשון תתואר בקצרה ההיסטוריה של הר”י ומאפייניה המוסדיים, שיש בהם כדי להסביר חלק ממאפייני פעילותה. בפרק לאחריו יוצגו בהרחבה שלושת ”כובעים” של הר”י, ובפרק השלישי תוצג סקירה קצרה של מצבת הרופאים בישראל, ויידונו בהרחבה שני נושאים עיקריים – שכר הרופאים ו”מקצועות רפואיים במצוקה” – אשר לפעילותה של הר”י יש השפעה ישירה עליהם.

בפרק הרביעי יוצג עיקר הדיון בניגודי העניינים שבהם מצויים הגורמים המעורבים בפעילות הר"י. כל זוג מ"כובעיה" של הר"י יוצר התנגשות בין טובת ענייניה הפוליטיים של הנהלתה ובין טובתה של מערכת הבריאות בישראל או טובת חלק ממוציאה. כך או אחרת, רווחת הציבור היא הנפגעת העיקרית בסופו של דבר.

בפרק החמישי תוצג סקירה של ארגוני רופאים במדינות אחרות החברות ב-OECD. מסקירה זו עולה כי בין כל המדינות החברות בארגון לא נמצאה מדינה נוספת, מלבד ישראל, שבה ארגון הרופאים הלאומי חובש במקביל את שלושת ה"כובעים" שיש להר"י.

בפרק השישי תובאנה דוגמאות לרפורמות חשובות ורצויות במערכת הבריאות שהתעכבו או לא מומשו מעולם עקב התנגדותה של הנהלת הר"י. מטרת הפרק הזה היא להדגים את האופן שבו שיקולים פוליטיים של הנהלת הר"י משפיעים באופן ישיר על דרך ניהולה של מערכת הבריאות, גם במקרים שבהם אין להר"י סמכות בעניין.

בפרק השביעי יוצעו כמה המלצות מדיניות שביכולתן לפתור חלק מהבעיות בענף שנוצרו בגלל ניגודי העניינים שהוזכרו. ההמלצות המרכזיות הן להפוך את הר"י לארגון עובדים יציג בלבד, להוציא ממנה את "המועצה המדעית" ולהופכה לגוף סטטוטורי, ולהגביר את השקיפות בפעילותם של האיגודים המקצועיים. הפרק השמיני יהווה סיכום הדברים.



א. ההסתדרות הרפואית בישראל – רקע היסטורי ומאפיינים מוסדיים

**”רופא יכול לבחור
לא להיות חבר
בהר”י, אך בכל
מקרה הוא יחויב
להיות מיוצג
על-ידיה בהסכמים
הקיבוציים,
מתוקף סמכותה
כארגון יציג.”**

”ההסתדרות הרפואית בישראל” (הר”י) הוקמה בשנת 1912 כאיגוד שאליו יכלו להתקבל רופאים, וטרינרים ורוקחים מוסמכים, ושמה היה אז ”אגודה מדיצינית עברית ליפו ומחוז יפו”. באותה עת הייתה אגודה נוספת לרופאים הירושלמים, אך לאחר מלחמת-העולם הראשונה התאחדו שתי האגודות תחת השם ”ההסתדרות הרפואית העברית בארץ-ישראל”. מטרת הארגון המאוחד התמקדו בתחילה בדאגה לזכויות חבריו ולהתמקצעותם, תוך כדי הדגשת האופי היהודי-הלאומי של ההתארגנות.¹ לאחר הקמת המדינה הקדיש הארגון את עיקר פעילותו לגיבוש מעמדו של הרופא הישראלי בשירות הממשלתי, ובשנים הללו נקבעו קשריו עם ”ההסתדרות הכללית”. כיום, 95% מהרופאים בישראל חברים בהר”י, והיא מהווה ארגון יציג לרופאים המועסקים בשירות הציבורי בישראל.²

החברות בהר”י מתחלקת לשלושה סוגים – ”חברות מן המניין”, ”חברות שאינה מן המניין” ו”חברות עמיתים”. סוג החברים הראשון מורכב מרופאים כלליים, ללא רופאי שיניים (רישיון לעיסוק ברפואת שיניים שונה מרישיון לעיסוק ברפואה כללית, ורופאים בעלי רישיון מסוג שונה עוברים הכשרה שונה). לחברים אלו יש הזכות לבחור ולהיבחר למוסדות הר”י. סוג החברים השני מורכב מרופאי שיניים ומבעלי השכלה אקדמית בתחום מדעי החיים. אלה אינם יכולים לבחור ולהיבחר למוסדות הארגון, אך הם זכאים לשאר הזכויות המגיעות לחברים ומחויבים בתשלום דמי חבר רגילים. סוג החברים השלישי מורכב מסטודנטים לרפואה בשנה השישית

ללימודיהם ומבוגרים טריים של בתי-הספר לרפואה בישראל שטרם קיבלו את רישיונם. אלה אינם מחויבים בתשלום דמי חבר לארגון, וגם אינם זכאים לרוב הזכויות המגיעות לחברים. רופא יכול לבחור לא להיות חבר בהר"י, אך בכל מקרה הוא יחויב להיות מיוצג על-ידיה בהסכמים הקיבוציים, מתוקף סמכותה כארגון יציג.

הר"י היא ארגון גדול ומסועף מאוד (ראו את התרשימים הארגוניים בנספח 1). נכון לשנת 2021 קיימים תחתיה 219 גופים, ביניהם 52 איגודים מקצועיים, 73 חברות ו-82 חוגים, לא כולל המוסדות והמחלקות שמהם היא מורכבת והוועדות הפועלות במסגרתה. לחלק ממוסדותיה יש השפעה נרחבת במיוחד על האופן שבו היא מתנהלת בפרט ועל ענף הרפואה בישראל בכלל. דוגמאות לכך הן "הוועידה הארצית" ו"הוועד המרכזי", המהווים מעין דירקטוריון ושדרת הנהלה בבירה בארגון, בהתאמה; ו"המועצה המדעית", המופקדת על התמחויות הרופאים בישראל על-פי תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973 (להלן: תקנות הרופאים). תקנות אלה הותקנו על-ידי שר הבריאות בהתייעצות עם הר"י, על-מנת להסדיר את כל הקשור להכרה במומחיות ברפואה בישראל.³

"הוועידה הארצית" של הר"י דנה ומחליטה בכל הסוגיות הקשורות למדיניות הנהוגה בהר"י.⁴ פעילותה והחלטותיה מחייבות את כל חברי הר"י ואת כל ראשי המוסדות הנמצאים תחתיה, והיא אף רשאית לבטל כל החלטה שנקבעה באחד המוסדות הללו. בין יתר סמכויותיה, היא גם קובעת מי יהיו יו"ר הר"י, יו"ר בית-הדין של הר"י וחבריו ויו"ר "המועצה המדעית" – מהתפקידים החשובים ביותר שיש בארגון. חברי הוועידה עצמה נבחרים בהליך בחירות הנקבע בתקנון של הר"י.



ב. שלושת ה"כובעים" של ההסתדרות הרפואית בישראל

**"הר"י היא אחד
מארגוני העובדים
החזקים ביותר
במשק הישראלי,
והיא מהווה
מונופול, בחסות
החוק, בתחום ייצוג
הרופאים בישראל
מול מעסיקיהם."**

להר"י שלוש סמכויות עיקריות, והן: ארגון עובדים יציג; המאסדר הבלעדי של התמחויות הרופאים בישראל; וארגון-הגג של האיגודים המקצועיים הקיימים לכל תחום התמחות. בחלקים הבאים יורחב על כל אחת מאותן סמכויות של הארגון, המכונות כאן גם "כובעים". בהמשך יוסבר בהרחבה כיצד קיומם של שלושת ה"כובעים" במקביל יוצר ניגודי עניינים בפעילות הר"י.

1. "כובע" ראשון – ארגון עובדים יציג הפועל כאגודה עות'מאנית

מתוקף סמכותה של הר"י כארגון עובדים יציג, נציגיה אחראים לניהול המשא-ומתן בשם הרופאים על ההסכם הקיבוצי שלהם ולאכיפתו מול המעסיקים במגזר הציבורי – המדינה ואחרים. ההסכם הקיבוצי מגדיר את תנאי העבודה של הרוב המוחלט של הרופאים המועסקים במגזר הציבורי בישראל,⁵ לרבות הרופאים המתמחים והרופאים המצויים בהתמחות מעשית (סטז'), וכן של רופאים שאינם חברים בארגון. על-כן, הר"י היא אחד מארגוני העובדים החזקים ביותר במשק הישראלי, והיא מהווה מונופול, בחסות החוק, בתחום ייצוג הרופאים בישראל מול מעסיקיהם. אומנם, היא אינה הארגון היחיד של רופאים בישראל, שכן קיימים ארגונים נוספים, ושמן "אה"ל – ארגון המתמחים לרפואה מרשם" (הידוע בשם "מרשם") ו"ארצי – עמותת הרופאים העצמאיים בישראל". אולם ארגונים אלה אינם ארגונים יציגים, חברים בהם מספר קטן מאוד של רופאים, וכוח ההשפעה של הנהלתם על הענף חלש בהרבה מזה של הנהלת הר"י.

**”סביבה חוקית זו
מאפשרת להנהלת
הר”י לנהל תחומים
רבים בפעילותה
בחשאיות ולקבל
תרומות ותשלומים
משלל גורמים, ללא
שקיפות ודיווח
מסודר ומבוקר על-
ידי רואה-חשבון.”**

הר”י מוגדרת אגודה עות’מאנית לפי רישומי משרד הפנים.⁶ אגודה עות’מאנית היא מוסד ללא כוונת רווח המקדם מטרות ציבוריות תוך כדי שימוש בכספי ציבור וקבלת הטבות מהמדינה, ביניהן הטבות מס שעמותות רגילות נדרשות לשקיפות גדולה יותר על-מנת לזכות בהן.⁷ אגודה עות’מאנית מתנהלת על-פי הוראותיו של ”החוק העותומני על האגודות” משנת 1909. חוק זה לא עודכן מאז שנת חקיקתו, והוא אינו כולל הוראות שבאמצעותן ניתן לפקח ביעילות על פעילותם של הארגונים הפועלים במסגרתו. על-כן למשרד הפנים, שהוא המשרד האחראי על-פי חוק לפיקוח על האגודות העות’מאניות, אין כיום רישום מלא בעניינן.⁸ ביולי 2021 חתם שר המשפטים דאז, גדעון סער, על תקנות שמטרתן לחייב את האגודות העות’מאניות לדווח דיווחים שונים, אבל ארגוני העובדים זכו בהקלות מיוחדות, המאפשרות להם להמשיך לשמור על מידע חשוב באשר לפעילותם חסוי מפני כלל הציבור.⁹ במקביל, האגודות העות’מאניות אינן מחויבות בביקורת פנימית כשאר העמותות.¹⁰ סביבה חוקית זו מאפשרת להנהלת הר”י לנהל תחומים רבים בפעילותה בחשאיות ולקבל תרומות ותשלומים משלל גורמים, ללא שקיפות ודיווח מסודר ומבוקר על-ידי רואה-חשבון. בתנאים אלו אין אפשרות להשוות בין דיווחיה לדיווחי החברות התורמות לה ולבוא עימה חשבון כאשר יש הבדלים בין הדיווחים.

2. "כובע" שני – מאסדר בלעדי של הליך ההתמחויות ברפואה

"יש מקצועות שבהם הביקוש להתמחות רב מאוד, ואחרים שבהם הביקוש מועט למדי. במקרים שבהם הביקוש רב, ההמתנה בין סיום ההשתלמות המעשית ובין תחילת ההתמחות יכולה להיות ארוכה מאוד."

מסלול לימודי הרפואה בישראל מתחיל באחד מששת בתי־הספר לרפואה הקיימים בארץ. ארבעה מתוכם מציעים מסלולים מלאים של שש שנים, ושלושה מתוכם מציעים מסלול מקוצר של ארבע שנים לבעלי תואר ראשון (בית־ספר אחד מציע את שני המסלולים). שלוש השנים האחרונות של המסלולים נקראות "השנים הקליניות", ובהן תלמידי הרפואה מתנסים בלימוד מעשי בבתי־החולים. לאחר סיום הלימודים יש חובת השתתפות בשנת השתלמות מעשית, והמסיימים אותה זכאים לתואר דוקטור לרפואה ולרישיון לעיסוק ברפואה כללית ממשרד הבריאות. רופאים שלמדו בחו"ל, בין שהם ישראלים ובין שהם עולים חדשים, נדרשים לעמוד בבחינה ממשלתית ברפואה בישראל, והעומדים בבחינה רשאים לקבל את הרישיון.¹¹

לאחר סיום הלימודים ושנת ההשתלמות המעשית, על הרופא לבחור אם להמשיך במסלול התמחות או לא. בישראל, כבשאר מדינות העולם, רופאים רבים בוחרים להתמחות בתחום רפואה אחד או יותר. אדם אשר סיים את לימודי הרפואה וקיבל את התואר והרישיון, אך בחר לא להמשיך למסלול התמחות ספציפי ברפואה, נקרא "רופא כללי" או "רופא תחומי". על רופא כללי נאסר להציג את עצמו כמומחה ולבצע הליכים רפואיים שנקבע כי הם שמורים רק לרופאים שעברו התמחות מסוימת. עניין זה הופך את תפקודם המקצועי בתחומים אלה למוגבל, אך הם מצליחים עדיין למצוא תעסוקה גם בתחומים שבהם קיימת התמחות בישראל, בייחוד בתחום רפואת המשפחה.^{12 13}

כיום יש חמישים ושישה מקצועות התמחות רפואיים בישראל. שלושים מתוכם הם "מקצועות־בסיס", והיתר הם "מקצועות־על" – מקצועות שתחילת ההתמחות בהם מותנית בקבלת הכרה במומחיות ב"מקצועות־הבסיס". התמחות רופא נעשית בעבודה במשרה מלאה (ברוב המוחלט של המקרים) ובשכר, בהדרכתו ובפיקוחו של מומחה באותו ענף רפואה. המשרה כוללת גם תורנויות, לעיתים ארוכות מאוד.

בעוד השיבוץ לשנת ההשתלמות המעשית נעשה על־ידי הגרלה הנערכת במשרד הבריאות,¹⁴ שיבוץ הרופאים לתוכניות ההתמחות נעשה בצורה מאורגנת פחות, על־ידי הליכי קבלה פנימיים של מחלקות בתי־החולים או קופות־החולים, כמו בשוק החופשי.¹⁵ הביקוש להתמחות במקצועות השונים בקרב מסיימי בתי־הספר לרפואה אינו אחיד. יש מקצועות שבהם הביקוש להתמחות רב

”הסמכות להענקת הכרה במומחיות בתחומי ההתמחות ברפואה, כמו־גם לאסדרת הליך ההתמחות עצמו, נמצאת על־פי תקנות הרופאים בידי ’המועצה המדעית’ של הר”י.”

מאוד, ואחרים שבהם הביקוש מועט למדי. במקרים שבהם הביקוש רב, ההמתנה בין סיום ההשתלמות המעשית ובין תחילת ההתמחות יכולה להיות ארוכה מאוד.¹⁶ המתנה זו נובעת בעיקר מרצונם של רופאים שקיבלו רישיון לחכות עד שיתפנה מקום בהתמחות באותם מקצועות מבוקשים, אף־על־פי שיש מקצועות שבהם יש מקומות פנויים רבים.¹⁷

בדומה לרוב המדינות בעולם, מסלולי ההתמחות בישראל שונים באורכם. הם נמשכים בדרך־כלל בין ארבע לשבע שנים ב”מקצועות־הבסיס” ובין שנתיים לשלוש שנים ב”מקצועות־העל”, אך בפועל הם עשויים להיות ארוכים יותר, שכן השלמתם תלויה בעמידה בכל הדרישות לקבלת ההכרה במומחיות. בדרך־כלל הדרישות כוללות כמה ניתוחים או הליכים רפואיים שעל המתמחה לבצע כתנאי בסיסי להכרה בו כמומחה, ולכן במקצועות שבהם יש מיעוט של מתמחים ושפע של מקרים רפואיים המצריכים ניתוח או הליך רפואי – ההתמחות תתקצר; ואילו במקצועות שבהם יש מעט מקרים רפואיים מסוג זה ומתמחים רבים – ההתמחות תתארך.

הסמכות למתן רישיון לעיסוק ברפואה כללית נמצאת בידי משרד הבריאות, ועל שנת ההשתלמות המעשית, לרבות הפיקוח עליה, אחראית ועדה ייחודית המורכבת מארבעה דקני־משנה בבתי־ספר לרפואה בישראל.¹⁸ לעומת זאת, הסמכות להענקת הכרה במומחיות בתחומי ההתמחות ברפואה, כמו־גם לאסדרת הליך ההתמחות עצמו, נמצאת על־פי תקנות הרופאים בידי ”המועצה המדעית” של הר”י. ”המועצה המדעית” קובעת את עיקרי תוכנית הלימודים והמיומנויות הנדרשות בכל אחת מההתמחויות, מפקחת על כל המחלקות והמרפאות המוכרות לצורך התמחות, מקיימת את הבחינות הנדרשות לצורך קבלת ההכרה במומחיות, ומכירה בזכויות למומחיות של מסיימי המסלולים.¹⁹ המוסדות המוכרים להתמחות חייבים לקבל הכרה מהמועצה.²⁰ כמו־כן, המועצה היא שמכירה במומחיות של רופאים אשר ביצעו את התמחותם בחו”ל ומבקשים להיות מוכרים כרופאים מומחים גם בישראל.

לא תמיד היה נושא ההתמחויות ברפואה באחריותה של ”המועצה המדעית”. בעשורים הראשונים לקיומה של המדינה הספק הראשי של שירותי הבריאות היה ”קופת־חולים כללית” (כיום ”שירותי בריאות כללית”), והיא זו שהייתה אחראית גם להכשרת רופאים חדשים. הסדר זה של שירותי בריאות התאים לראשי המפלגה השלטת באותם ימים, ”מפא”י”, מכיוון שהקופה פעלה במסגרת ”ההסתדרות הכללית”, וזו הייתה קשורה ל”מפא”י”.²¹ הספקת

שירותי הבריאות עזרה לראשי המפלגה לשלוט במשאבים ולהשיג תמיכה פוליטית, ולכן הם לא היו מעוניינים להעביר את השליטה בשירותי הבריאות למדינה. במקביל, הנהלת משרד הבריאות לא הצליחה לחדור לפעילותה של "קופת־חולים כללית", וזו ניהלה בפועל את נושא הבריאות במדינה.²²

עם זאת, למפלגה ולשלוחותיה, חזקות ככל שהיו, לא היו הסמכות המקצועית והמומחיות להכריע בנושא ההתמחות הרפואית. החל בשנות השישים של המאה העשרים החלה הר"י להתעצם, וכוח זה הקנה לנציגיה גישה לדיונים של מקבלי ההחלטות בדבר הזכאות להתמחות ברפואה בישראל.²³ להר"י לא היה קשר ישיר ל"הסתדרות הכללית", ולכן ראשי "מפא"י" היו מסויגים מחלוקת הכוח שיש בידיהם עם הנהלת הר"י. אולם הנהלת "קופת־חולים כללית" לא הייתה מעוניינת להמשיך לפקח על נושא ההתמחויות, שכן לרוב עובדיה לא הייתה אז ההכשרה המתאימה, והם לא רצו להסתבך בנבכיו של כל מקצוע, אשר לנציגי הר"י היה יתרון מקצועי ברור בהם. לכן בליט ברירה נאלצה "ההסתדרות הכללית" לחלוק את כוחה בנושא ההתמחויות עם הר"י. אכן, בשנת 1973 תוקנו תקנות הרופאים, ומתוקפן עבר אז ניהול הנושא להר"י ונשאר שם עד היום.

3. "כובע" שלישי – ארגון־הגג של האיגודים המקצועיים בתחום הרפואה

תחת הר"י התאגדו איגודים מקצועיים, חוגים וחברות הקשורים לענפי התמחות שונים בענף הרפואה. כיום קיימים תחתיה חמישים ושניים איגודים מקצועיים (ראו רשימה מלאה של האיגודים בנספח 2), ובאלה מנוהלות מגוון פעילויות. בין היתר מאורגנים באיגודים מדי תקופה כנסים מקצועיים לחבריהם, שבהם הרופאים הבכירים ביותר בתחום ההתמחות של האיגוד נושאים הרצאות ומעבירים ידע מקצועי לרופאים אחרים. כנסים אלה הם אחת הדרכים המרכזיות להעביר לרופאים ידע מקצועי חדש בתחומם, ורק חברי האיגוד יכולים להשתתף בהם. המימון להפקתם מגיע מכמה מקורות, וביניהם גם תרומות מחברות בתחום הרפואה, כגון חברות תרופות, חברות המייצרות טכנולוגיה וציוד רפואיים ועוד. פעילות חשובה נוספת המאורגנת באיגודים היא פרסום ניירות עמדה בנושאים שונים בתחום הבריאות, ולאלה יש השפעה נרחבת על מדיניות הבריאות בישראל.

”כל החלטה המתקבלת באיגוד חייבת להתיישב עם מדיניותה של הר”י, וככל שהיא אינה מתיישבת – הנהלת הר”י מורה לראשי האיגוד לבטלה.”

הקמת האיגודים מותנית בהמלצתם של נציגי ”המועצה המדעית” ובאישור ”הוועד המרכזי”.²⁴ הוועד המרכזי יכול גם לשלול הכרה באיגוד, אם פעל נגד מטרותיה של הר”י או נגד החלטות שהתקבלו בה.²⁵ לפיכך האיגודים המקצועיים שואבים את סמכויותיהם מסמכויותיה של הר”י, ואין למפעיליהן עצמאות ממשית. כל החלטה המתקבלת באיגוד חייבת להתיישב עם מדיניותה של הר”י, וככל שהיא אינה מתיישבת – הנהלת הר”י מורה לראשי האיגוד לבטלה.²⁶

גם חברי האיגודים המקצועיים מתחלקים ל”חברים מן המניין” ול”חברים שאינם מן המניין” (נלווים), ורק חברות מהסוג הראשון מקנה את האפשרות לבחור ולהיבחר לתפקידים באיגוד.²⁷ ברוב האיגודים ה”חברים מן המניין” יהיו רופאים חברי הר”י, שהם גם מומחים במקצוע ההתמחות שהאיגוד עוסק בו. רופאים מומחים במקצועות אחרים, רופאים מתמחים ורופאים כלליים יכולים להיות חברים באיגוד, אבל חברותם היא מהסוג השני, ובכל מקרה גם הם חייבים להיות חברי הר”י. רופאים מומחים ורופאים מתמחים שאינם חברי הר”י מנועים מלהיות חברים באיגודים המקצועיים, גם באלה המייצגים את ההתמחות המקצועית שלהם. משמעות הדבר היא שהאיגודים בנויים כגילדות סגורות ובדלניות, המאפשרות שליטה מוחלטת בתכנים המועברים בכנסים המאורגנים בהן, בזהות הרופאים הנחשפים לתכנים הללו ובמידע שיוצא אל מחוץ לאיגוד. כך ראשי האיגודים מצליחים לשמור על חסיונם של ענייני הגילדה ושל ענייני הר”י, ולהימנע מלהתעמת עם עמדות שונות מהמקובל – הן רפואיות והן פוליטיות.



ג. מצבת הרופאים בישראל

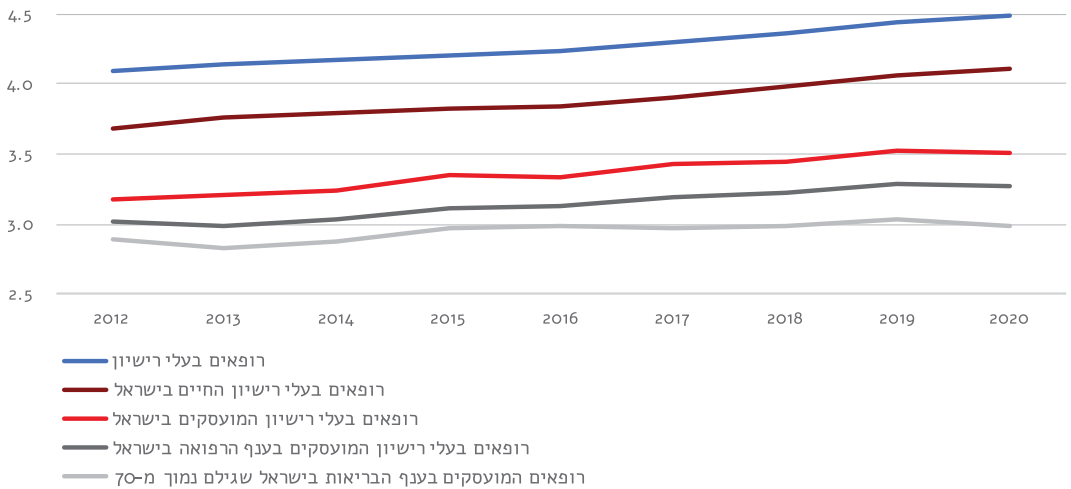
”מספר הרופאים המועסקים בענף הבריאות שגילם נמוך משבעים, המהווים את כוח העבודה העיקרי של הרופאים בישראל, עולה בקצב איטי יותר, ואף ירד בשנים 2019–2020, מה שמקטין את שיעורם באוכלוסיית הרופאים המועסקים.”

בפרק הזה יתוארו מאפיינים שונים של מצבת הרופאים בישראל. בחלק הראשון יובא רקע כללי, בהמשך הפרק יורחב על מקצועות רפואיים ואזורים גיאוגרפיים מסוימים שתקני הרופאים בהם אינם מתמלאים, ולאחר־מכן יוצגו נתונים על שכר הרופאים בישראל בחיתוכים שונים. כל אלה, נוסף על נתוני־הרקע, יהוו בסיס לדיון שיובא בהמשך על־אודות תפקידה המרכזי של הר”י ביצירת הכשלים והבעיות שיוצגו.

1. רקע כללי

על־פי נתוני משרד הבריאות,²⁸ בשנת 2020 היו בישראל 41,610 בעלי רישיון לעיסוק ברפואה כללית (להלן: רופאים). מתוכם, 22,323 הם רופאים בעלי תעודת מומחה אחת לפחות (להלן: רופאים מומחים). על־פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה,²⁹ לאורך השנים 2012–2020 כ־91% בממוצע מסך הרופאים שקיבלו רישיון בישראל חיו בארץ (השאר היגרו לחו”ל), כ־86% בממוצע מסך כלל הרופאים (מכל הגילים) בעלי הרישיון שחיו בישראל היו מועסקים, ומתוך אותם מועסקים כ־94% עבדו בפועל כרופאים (ולא בענפים אחרים המשיקים לתחום, כגון ענף התרופות, ענף האבזור והמכשור הרפואי, ענף הטכנולוגיה העילית, ענף ההוראה וכולי). למעט שינויים קלים בלבד, ניתן לראות מגמת עלייה קלה במספר הרופאים לנפש לאורך אותן שנים בכל האפיונים הללו (ראו תרשים 1). במקביל, מספר הרופאים המועסקים בענף הבריאות שגילם נמוך משבעים, המהווים את כוח העבודה העיקרי של הרופאים בישראל, עולה בקצב איטי יותר, ואף ירד בשנים 2019–2020, מה שמקטין את שיעורם באוכלוסיית הרופאים המועסקים (בכ־4 נקודות האחוז לאורך התקופה). ייתכן שיש בכך כדי להעיד על עזיבת המקצוע או הגירה לחו”ל של רופאים צעירים.

**תרשים 1 – בעלי רישיון לעיסוק ברפואה בישראל ברמות מעורבות שונות בענף הרפואה בישראל
(לאלף נפש) – 2020-2012**

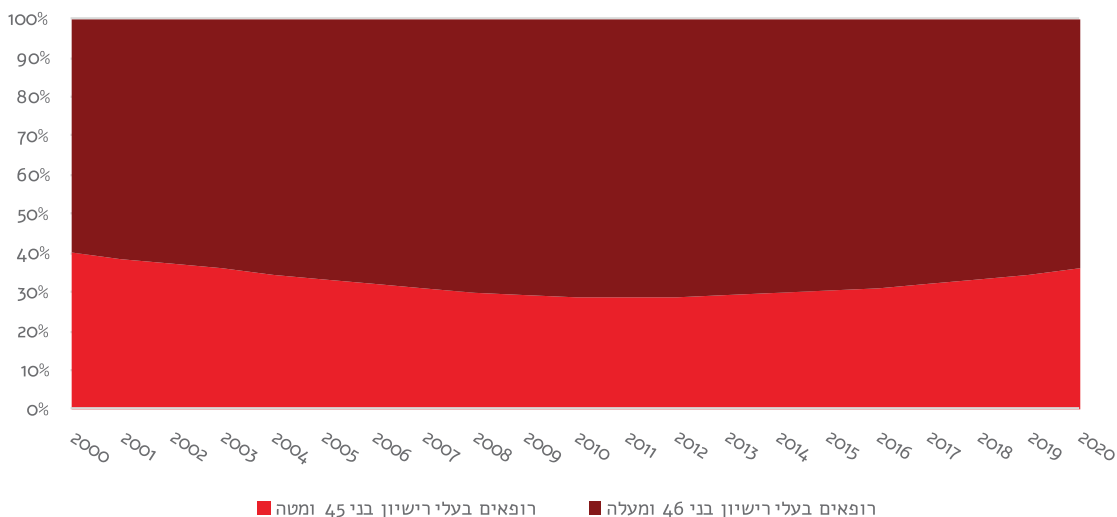


מקור: נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בנושא "רופאים בעלי רישיון ומועסקים בישראל, לפי שנה וגיל 2020-2012".

אם נסתכל במבט שונה מעט על אותה מצבת רופאים, נמצא כי הרכב הגילים באוכלוסיית בעלי הרישיון לעיסוק ברפואה בישראל השתנה בשני העשורים האחרונים. אם בשנת 2000 כ-40% מבעלי הרישיון היו בני ארבעים וחמש ומטה, בשנים 2009-2013 הגיע שיעורם בקרב אוכלוסיית בעלי הרישיון לשפל של 29%, ורק לאחר־מכן הוא החל לעלות בהדרגה, וכיום הוא עומד על 36% (ראו תרשים 2). אם כן, ברור כי רוב בעלי הרישיון, לפחות בעשרים השנים האחרונות, הם רופאים מבוגרים (בני ארבעים וחמש ומעלה).

"אם כן, ברור כי רוב בעלי הרישיון, לפחות בעשרים השנים האחרונות, הם רופאים מבוגרים (בני ארבעים וחמש ומעלה)."

תרשים 2 - בעלי רישיון לעיסוק ברפואה בישראל, מבוגרים וצעירים - 2000-2020



מקור: דוחות משרד הבריאות בנושא "כוח אדם במקצועות הבריאות" לשנים 2009-2021.

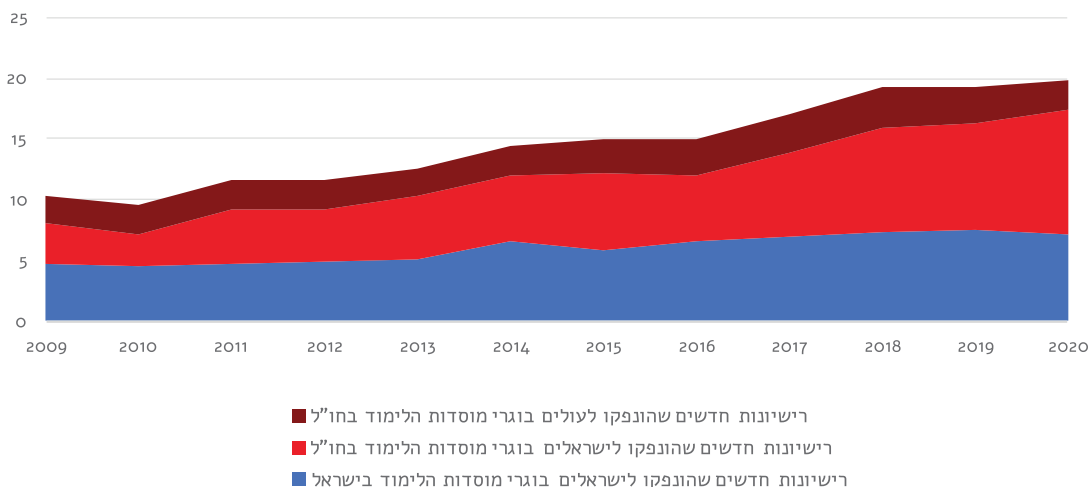
"החל בשנת 2026 המתווה צפוי להוביל להקטנת מספרם של מקבלי הרישיון החדשים לרפואה כללית ב־450-500 מדי שנה, שהם כרבע ממספר מקבלי הרישיון הצפויים."

בשנת 2020 הונפקו 1,835 רישיונות לרפואה כללית בישראל. 36% מהרישיונות הונפקו לבוגרי בתי-הספר לרפואה בארץ, 51% לישראלים בוגרי בתי-ספר לרפואה בחו"ל, והיתר הונפקו לרופאים שעלו לישראל לאחר סיום לימודי הרפואה שלהם. המדינות שבהן למדו רוב הישראלים בוגרי בתי-ספר לרפואה בחו"ל באותה שנה היו רומניה (20%), מולדובה (17%), אוקראינה (12%), הונגריה (10%) ואיטליה (9%). בהשוואה ליתר המדינות החברות ב־OECD, מספר בוגרי בתי-הספר הישראלים לרפואה כללית לנפש הוא מהנמוכים ביותר, וגבוה רק מזה שבולוקסמבורג.³⁰

מספר מקבלי הרישיון החדשים לרפואה כללית לנפש נמצא בארץ במגמת עלייה משמעותית כבר עשור, וסך מקבלי הרישיון הישראלים שלמדו בחו"ל עולה בקצב המהיר ביותר. בכל אחת מן השנים האחרונות, מספר מקבלי הרישיון הישראלים שלמדו בחו"ל גבוה ממספר מקבלי הרישיון הישראלים שלמדו בארץ (ראו תרשים 3). מגמה זו הדאיגה את קובעי המדיניות, מכיוון שחלק ממקבלי הרישיון שלמדו בחו"ל למדו והתנסו במוסדות שרמת ההוראה בהם נמוכה מזו המקובלת בארץ.³¹ על-כן נערכה עבודת מטה נרחבת במשרד הבריאות, בראשות פרופסור שאול יציב, ובשנת 2019 הוצג מתווה להסדרת תנאי ההכרה בלימודי רפואה בחו"ל, הנקרא "רפורמת יציב". מטרת המתווה הייתה לשמור על רמת הרפואה בישראל על-ידי עידוד ישראלים הרוצים ללמוד רפואה בחו"ל לבחור בבתי-ספר לרפואה אשר דומים ברמתם לאלה הקיימים בישראל.³² בעקבות המתווה בתי-ספר לרפואה רבים בחו"ל שבהם

נהגו ישראלים ללמוד אינם מאושרים עוד בישראל כמוסדות לימוד ראויים, ותלמידיהם לא יוכלו לקבל רישיון בארץ. החל בשנת 2026 המתווה צפוי להוביל להקטנת מספרם של מקבלי הרישיון החדשים לרפואה כללית ב־450–500 מדי שנה, שהם כרבע ממספר מקבלי הרישיון הצפויים.³³

תרשים 3 – מקבלי רישיון חדשים (למאה אלף נפש) – 2009–2020



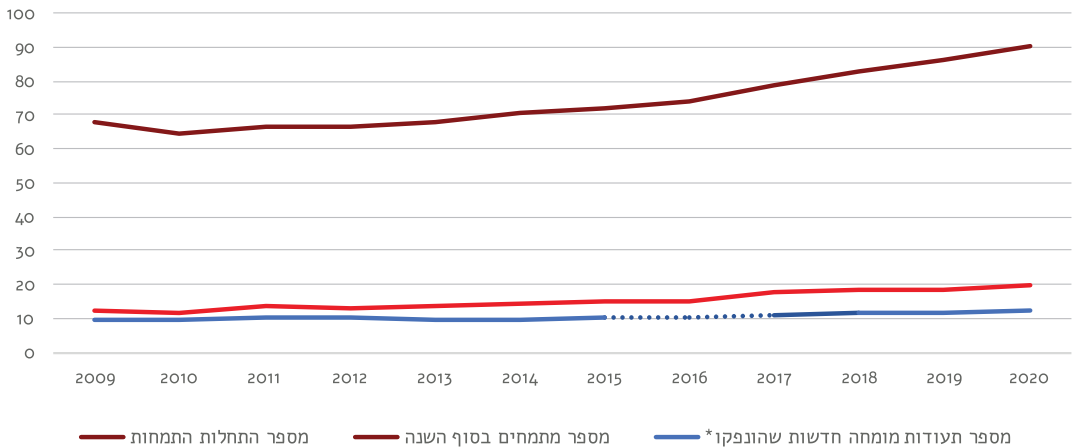
מקור: דוחות משרד הבריאות בנושא "כוח אדם במקצועות הבריאות" לשנים 2009–2021.

נכון לשנת 2020, רופאים מומחים מהווים כמחצית מהרופאים בישראל, לאחר ששיעורם גדל בהדרגה במהלך השנים 2009–2000 ומאז נשאר קבוע למדי. ברוב המקרים משתלם לרופא בישראל להיפך למומחה למרות ההשקעה המרובה, וזאת הן מסיבות מקצועיות והן מסיבות כלכליות. עבודה כמומחה יכולה לספק מעמד מקצועי גבוה יותר ועניין רב יותר בעבודה. כמו־כן, שכר הרופאים הלא־מומחים (רופאים כלליים) נמוך במידה משמעותית משכרם של רופאים מומחים בעלי ותק דומה, ובמגזר הפרטי יש לרופאים הלא־מומחים פחות אפשרויות תעסוקה מאשר לרופאים המומחים.

נכון לשנת 2020, רופאים מתמחים מהווים כרבע מכלל הרופאים בישראל שגילם נמוך משבעים (וכחמישית מכלל הרופאים בישראל בכל הגילים). באותה שנה הוכרו 1,160 מתמחים כמומחים, וחמשת תחומי ההתמחות הנפוצים ביותר היו רפואה פנימית (17%), רפואת

ילדים (9.7%), רפואת משפחה (8.9%), יילוד וגינקולוגיה (6.9%) והרדמה (3.7%). בעשור שבין 2010 ל-2020 גדל מספר הרופאים לנפש שהתחילו התמחות בכ-70%, מספר הרופאים המתמחים לנפש בסוף כל שנה גדל בכ-26% ומספר הרופאים לנפש שנהפכו למומחים בשנה גדל בכ-27% (ראו תרשים 4).

תרשים 4 - מתמחים ומומחים חדשים (למאה אלף נפש) - 2009-2020



* לא דווחו נתונים בעבור השנים 2016-2017.

מקור: דוח משרד הבריאות בנושא "כוח אדם במקצועות הבריאות" לשנת 2021.

**"מצבת הרופאים
בישראל אמנם
גדלה בשנים
האחרונות ביחס
לגודל האוכלוסייה,
אך ניצבת בפני
ירידה משמעותית
בכוח־האדם
בשנים הקרובות."**

הנתונים שהוצגו בחלק זה מראים כי מצבת הרופאים בישראל אמנם גדלה בשנים האחרונות ביחס לגודל האוכלוסייה, אך ניצבת בפני ירידה משמעותית בכוח־האדם בשנים הקרובות. "רפורמת יציב" עתידה להחמיר את מגמת ההזדקנות במצבת הרופאים, אלא אם כן יינקטו צעדים על־מנת להגדיל את מספר מקבלי הרישיון שלמדו במוסדות שמאושרים גם לאחר הרפורמה. כמובן, ייתכן שבעתיד לא יהיה צורך ברופאים רבים בישראל. אולי האנושות תצליח לפתח טכנולוגיה שבעזרתה יוכל כל אדם לקבל ייעוץ מרופאים מומחים השוכנים בכל מקום בעולם, בזכות מגמת המעבר ל"רפואה מרחוק", ואולי אפילו מרובוט בעל בינה מלאכותית (כבר כיום יש שימוש מסיבי ברובוטיקה ברפואה הישראלית).³⁴ אולם באותה מידה ייתכן שנזדקק בעתיד לרופאים מומחים הפועלים מישראל באותה מידה שבה אנו נזקקים להם כיום, ואולי אף יותר. כך או אחרת, הזדקנות הרופאים היא בהחלט תופעה שיש לתת לה את הדעת ולהתכונן לתוצאותיה מראש.

”מוסדות ההתמחות השונים מתחשבים רק בצורכיהם שלהם ובכמות המשאבים העומדים לרשותם, ואין מנגנון כלשהו המאזן בין הצרכים של כלל המוסדות מתוך ראיית מערכת הבריאות בכללותה.”

2. מקצועות רפואיים במצוקה ותעסוקת רופאים בפריפריה

בניגוד למקצועות רפואיים רבים שבהם מספר הרופאים המבקשים לעסוק גדול ממספר המשרות הלא־מאוישות, יש מקצועות רפואיים שבהם מספר הרופאים המבקשים לעסוק קטן במידה משמעותית ממספר המשרות הלא־מאוישות לאורך זמן, מה שיוצר קושי באיוש אותן משרות. מוסדות ההתמחות השונים מתחשבים רק בצורכיהם שלהם ובכמות המשאבים העומדים לרשותם, ואין מנגנון כלשהו המאזן בין הצרכים של כלל המוסדות מתוך ראיית מערכת הבריאות בכללותה. נושא זה מהווה בעיה, שכן במקצועות שבהם מספר הרופאים המבקשים לעסוק קטן ממספר המשרות זמני ההמתנה לקבלת טיפול רפואי ארוכים במיוחד או שאיכות הטיפול בהם נמוכה, ומקובל בענף להסכים כי קיים בהם מחסור אמיתי ברופאים. מקצועות אלה מוגדרים ”מקצועות במצוקה”, ומדי תקופה נכנסים להגדרה זו מקצועות חדשים. כיום יש חמישה־עשר מקצועות ברשימה, וביניהם הרדמה, גריאטרייה, רפואה פנימית וכירורגיה כללית.³⁵ אין אפיונים כמותיים למקצועות שראוי להכניס לרשימה זו (לפחות לא כאלה המפורסמים בפומבי), וההחלטה על הכנסת מקצוע חדש נעשית בדרך־כלל כחלק מהמשא־ומתן בין נציגי הר”י לנציגי המדינה על הסכמים שונים.

מחסור דומה ברופאים, המתמשך לאורך זמן, קיים בכלל בתי־החולים הנמצאים בפריפריה של ישראל, גם במקצועות שאינם נחשבים ”מקצועות במצוקה”, ומהווה בעיה בפני עצמו. רשימת בתי־החולים שהוגדרו כחווים מחסור בשל היותם בפריפריה כוללת בתי־חולים הממוקמים באילת, בבאר־שבע, בעפולה ובנהריה, אך גם בתי־חולים הממוקמים באשקלון ובחדרה, שאינם אזורים הנחשבים פריפריה בדרך־כלל.³⁶ הרשימה אינה מתעדכנת לאורך השנים.

כדי לטפל במחסור הרופאים ב”מקצועות במצוקה” ובבתי־החולים שבפריפריה, החלו בסוף שנות השבעים של המאה הקודמת להכניס להסכמים הקיבוציים תוספות שכר מיוחדות על־מנת לתמרץ רופאים לבחירת התמחות ב”מקצועות במצוקה” ובבתי־החולים שבפריפריה.³⁷ במסגרת ההסכם הקיבוצי שנחתם בשנת 2011 הסדירה המדינה באופן חד־צדדי גם מענקים חד־פעמיים, כדי לסייע בהשגת אותה מטרה.³⁸ נוסף על כך עוגנה בהסכם גם תוספת תקינה מיוחדת לבתי־החולים בפריפריה, שמטרתה הייתה לקצר את זמני ההמתנה להתמחות ולתת יתרון לתוכניות ההתמחות באזורים הללו על תוכניות ההתמחות באזורים אחרים.

**”תוספות השכר
היו משמעותיות
– הפער בין
שכר הרופאים
המועסקים בבתי-
החולים בפריפריה
לשכר הרופאים
המועסקים
בבתי-החולים
במרכז הועמד על
כ-20%, והפער
בין שכר הרופאים
המועסקים
ב'מקצועות
במצוקה' לשכר
הרופאים
המועסקים בשאר
המקצועות הועמד
על כ-37%.”**

יותר מ-10% מהסכום שהוקצב למימוש ההבטחות בהסכם הקיבוצי יועד למטרות אלה, והעלות המצטברת של הפעולות שננקטו כדי להשיגן בשנים 2011-2019 עמדה על כ-2 מיליארד שקלים (כ-1.06 מיליארד שקלים לעידוד רופאים לבחירה ב"מקצוע במצוקה" וכ-0.94 מיליארד שקלים לעידודם לבחירה בבית-חולים הנמצא בפריפריה).³⁹ תוספות השכר היו משמעותיות – הפער בין שכר הרופאים המועסקים בבתי-החולים בפריפריה לשכר הרופאים המועסקים בבתי-החולים במרכז הועמד על כ-20% (לעומת כ-2% לפני החלת התוספות), והפער בין שכר הרופאים המועסקים ב"מקצועות במצוקה" לשכר הרופאים המועסקים בשאר המקצועות הועמד על כ-37% (לעומת כ-15% לפני החלת התוספות). יתרה מכך, תוספת השכר שניתנה לרופאים המועסקים בבתי החולים בפריפריה הביאה לכך ששכרם הממוצע בשנת 2016, הן מרפואה בבתי החולים הציבוריים והן מרפואה בקליניקות הפרטיות, היה דומה לזה של רופא במרכז, ולכן היוותה פיצוי הולם על אובדן ההשתכרות.⁴⁰ גם המענקים היו משמעותיים ועמדו על 300,000-500,000 שקלים לרופא.⁴¹

כדי לבחון את האפקטיביות של המהלך, נערך במשרד האוצר מחקר על התחלות ההתמחות במקצועות ובבתי-החולים שנקבעו בהסכם השכר שנחתם בשנת 2011 בעשור שחלף מאז.⁴² הנתונים התבססו על מתמחים בבתי-החולים הממשלתיים ובבתי-חולים שבבעלות "שירותי בריאות כללית", המהווים כ-70% מכלל הרופאים המתמחים ו-85% מכלל מקבלי המענקים באותן שנים. המחקר מצא כי ההסתברות שרופא יבחר להתמחות בבית-חולים הנמצא בפריפריה גדלה ב-5 נקודות האחוז (מ-7% ל-12%), וההסתברות שהוא יבחר להתמחות ב"מקצוע במצוקה" גדלה ב-6.5 נקודות האחוז (מ-4% ל-10.5%). זאת, בניגוד לציפיות שההסדר יגדיל במידה משמעותית את הביקוש להתמחויות באזורים ובמקצועות האלה.

יתרה מזו, בעוד הגידול בביקוש להתמחות בבתי-החולים בפריפריה הוא מובהק, הגידול בביקוש להתמחות ב"מקצועות במצוקה" אינו מובהק. כלומר, לא רק שהמהלך לא הגדיל במידה משמעותית את מספר הרופאים המתמחים במקצועות ובאזורים החווים מחסור, אלא שלגבי ה"מקצועות במצוקה" לא נמצא שהוא זה שהגדיל בסופו של דבר את מספר הרופאים שהצטרפו אליהם, וייתכן שאלה היו בוחרים במקצועות הללו גם בלעדיו. בעניין זה ראוי לציין כי שיעור הרופאים המתמחים ב"מקצועות במצוקה" עמד על 36%-38% בשנים

**”לא רק שהמהלך
לא הגדיל במידה
משמעותית את
מספר הרופאים
המתמחים
במקצועות
ובאזורים החווים
מחסור, אלא
שלגבי ה'מקצועות
במצוקה' לא נמצא
שהוא זה שהגדיל
בסופו של דבר את
מספר הרופאים
שהצטרפו אליהם,
וייתכן שאלה היו
בוחרים במקצועות
הללו גם בלעדיו.”**

2010-2020,⁴³ כלומר, מדובר בשיעור נכבד למדי מתוכם שקיבלו תמרוץ כלשהו. תוספת התקנים בפריפריה, שקיצרה את זמני ההמתנה להתמחות שם, היוותה ככל הנראה תמריץ חיובי לבחירה בהתמחות באזורים הללו, אך חשוב לזכור שחלק נכבד מהתקנים נותרו ריקים, כך שלא נראה שתוספת תקנים היא הפתרון המושלם לבעיית המחסור. מחקר נוסף, שנערך על-ידי ”מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות” בשיתוף עם משרד הבריאות והר”י, הגיע לתוצאות דומות.⁴⁴

סקירה שנערכה ב-OECD בנוגע לפיזור של רופאים בין אזורים שונים במדינות החברות בארגון מצאה שכמעט בכל המדינות קיים פיזור לא-אחיד בין ערי המרכז לערי הפריפריה.⁴⁵ הסקירה מצאה שהתופעה מתרחשת גם במדינות שבהן יש פערי שבר משמעותיים לטובת הרופאים בערי הפריפריה. על-כן מדיניות המבוססת על תמריצים כספיים לשינוי העדפות הרופאים אינה אפקטיבית במיוחד בדרך-כלל, בוודאי שלא בטווח הארוך, ורבים ממי שייחנו מאותם תמריצים יהיו כאלה שממילא היו בוחרים בערי הפריפריה, גם ללא התמריצים. הקושי בניפוי הרופאים שבכל מקרה היו בוחרים בערי הפריפריה מביא לידי בזבוז עצום של משאבים על רופאים שלא היו זקוקים לתמריצים כלל.

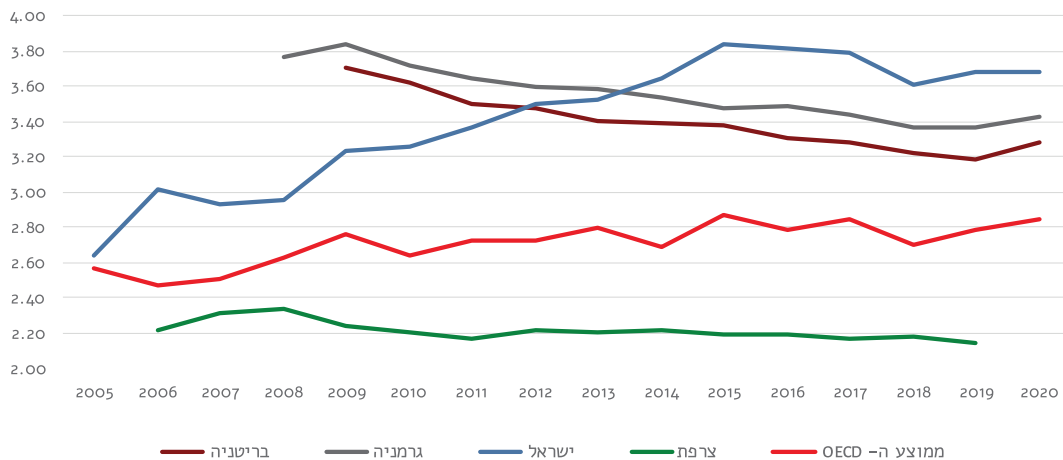
מדיניות אחרת, אשר הוזכרה בסקירה האמורה ונוסתה במדינות החברות ב-OECD, היא הגבלה מסוימת של הבחירה שיש לרופא בעניין ההתמחות על בסיס צרכיה של מערכת הבריאות המקומית. לדוגמה, בחלק מהמדינות – כגון פינלנד, בריטניה, דנמרק, גרמניה, נורווגיה, וסלובניה – האזורים הפתוחים לפני רופאים להתמחות ולעיסוק ברפואה מוגבלים על בסיס הצרכים של כל מחוז. בארצות-הברית קיימת תוכנית בשם (The National Resident Matching (NRM), שמשמשת באלגוריתם המשבץ רופאים לתוכניות התמחות ומביא בחשבון גם את רצונות הרופאים וגם את וצורכיהם של תוכניות ההתמחות והמקצועות הרפואיים השונים.⁴⁶ היתרון במדיניות מסוג זה הוא שעלויותיה נמוכות, שהיא אפקטיבית יותר במילוי צרכיה של מערכת הבריאות, ובעיקר – שהיא מגבירה את השקיפות בהליך השיבוץ כלפי הרופאים המתמחים ומאפשרת להם ודאות ויכולת לתכנן מראש את הזמן ואת הקריירה שלהם. מדיניות אפשרית נוספת היא הישענות רבה יותר על ”רפואה מרחוק”, אשר מגשרת הן על המחסור באזורים גיאוגרפיים מסוימים והן על המחסור במקצועות מסוימים, אך מצריכה השקעה בפיתוחים טכנולוגיים מתקדמים.

3. שכר הרופאים

רוב הרופאים בישראל עובדים כשכירים בחלקיות משרה כלשהי, ועל-כן שכרם נקבע גם על-ידי ההסכמים הקיבוציים הנחתמים אחת לתקופה בין מעסיקי הרופאים במגזר הציבורי ובין הר"י. בשנת 2011 נחתם ההסכם הקיבוצי האחרון. ברוב השנים שלפני החתימה על ההסכם היה שכרם הממוצע של הרופאים דומה ברמתו בחתך שעתי לזה של מהנדסים ולזה של עובדי ענף הטכנולוגיה העילית, ולאחר החתימה עליו הוא היה גבוה בהרבה מזה של העובדים באותם מקצועות, ומן הגבוהים בקרב הרופאים במדינות החברות ב-OECD.⁴⁷

בשנים 2005-2020, היחס בין שכר הרופאים המומחים השכירים⁴⁸ בישראל לשכר הממוצע במשק היה 2.6-4.9 יחס זה עלה כמעט בכל שנה, אך הפסיק לעלות ב-2015, ואף ירד מאז מעט. בהשוואה לממוצע באותה תקופה במדינות האחרות החברות ב-OECD, היחס האמור היה גבוה יותר בישראל במידה משמעותית, והפער רק הלך וגדל לאורך השנים (ראו תרשים 5).

תרשים 5 - שכר הרופאים המומחים ביחס לשכר הממוצע במשק במדינות שונות - 2006-2020



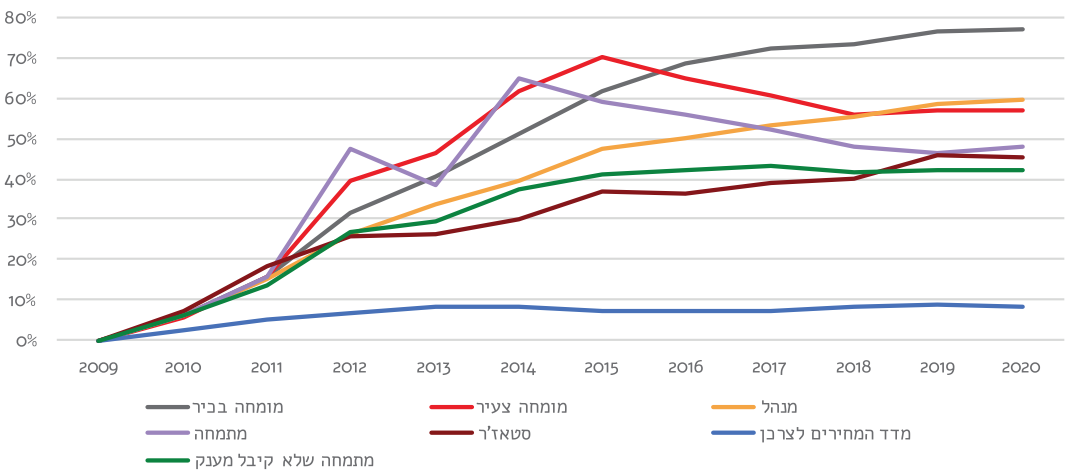
מקור: OECD (2022). *Health care resources*. OECD Health Statistics. [database]

לפני קבלת ההכרה במומחיות, כל הרופאים נחשבים רופאים כלליים, בין שהם מתמחים ובין שהם ויתרו לחלוטין על התמחות. מכיוון שקבוצת הרופאים המתמחים היא אחת הקבוצות הבולטות ביותר מבחינה ציבורית בקרב הרופאים, כדאי לבדוק גם את שינויי

”שכר הרופאים המומחים הבכירים עלה באותן שנים ב-77% פי 1.6-1.8 משיעור העלייה בשכרם של הרופאים המתמחים בשתי הקבוצות.”

השכר שלה לאורך זמן בהשוואה לשכר הרופאים המומחים. דוח של משרד האוצר שעסק בנושא מצא כי שכר הרופאים המתמחים שקיבלו מענקים כחלק מבחירתם ב”מקצועות במצוקה” או בבתי-החולים הנמצאים בפריפריה של ישראל עלה ב-48% בשנים 2020-2009, ושכר הרופאים המתמחים שלא קיבלו מענקים אלה עלה ב-42% באותן שנים.⁵⁰ לעומתם, שכר הרופאים המומחים הבכירים עלה באותן שנים ב-77% – פי 1.6-1.8 משיעור העלייה בשכרם של הרופאים המתמחים בשתי הקבוצות (ראו תרשים 6). אומנם, ההסכם שנחתם בשנת 2011 הוביל להפחתה במספר התורנויות של הרופאים המתמחים (בעקבות הגבלתן לשש תורנויות בחודש), כך ששכרם לאחריו משקף גם את הירידה בשכר שבאה בעקבות ההפחתה, אך לא נראה שהפחתה זו הייתה אמורה להוביל לפערים כה גדולים בין שכר הרופאים המתמחים ובין שכר הרופאים המומחים הבכירים.

תרשים 6 – קצב גידול נומינלי בשכר הרופאים המועסקים בבתי-החולים בשלבי קריירה שונים 2020-2009 –



מקור: נתוני אגף שכר והסכמי עבודה במשרד האוצר.

גם שכר הרופאים המומחים הצעירים עלה בקצב איטי משכר הרופאים המומחים הבכירים – רק ב-57%. בהקשר זה ייאמר כי בשנים הראשונות שלאחר ההסכם (עד 2015 לכל-המאוחר) שכר הרופאים המומחים הצעירים ושכר הרופאים המתמחים שקיבלו את המענקים עלו בקצב מהיר יותר משכר הרופאים המומחים הבכירים, אך לאחר-מכן חלה האטה משמעותית בעליית שכרם בעקבות שינויים בכללי המענקים ותוספת משמעותית של רופאים חדשים למערכת, אשר שכרם הנמוך יותר הוריד את ממוצע השכר בשתי הקבוצות.



ד. כיצד קיומם של שלושת ה"כובעים" יחדיו יוצר עיוותים בענף הרפואה הישראלי?

ה"כובעים" שנוספו להר"י לאורך שנות קיומה במסגרת תקנות וחקיקה יוצרים סתירה מובנית בין טובת הארגון לטובת הרפואה בישראל. בפרק זה יוסבר בהרחבה מדוע קיומם המקביל של שלושת ה"כובעים" יוצר עיוותים בענף הרפואה בישראל, גם אם קיומם בנפרד אינו בעייתי בהכרח. בכל אחד מחלקי הפרק יתמקד ההסבר בעיוותים שנוצרים על-ידי התנגשות בין שני "כובעים" מתוך השלושה.

1. התנגשות בין סמכותה של ההסתדרות הרפואית בישראל כארגון עובדים יציג ובין סמכותה כמאסדר הבלעדי של הליך ההתמחויות

במרץ 2011, במהלך המשא-ומתן לקראת החתימה על ההסכם הקיבוצי בין נציגי הר"י ובין הנציגים של ממשלת ישראל, של "שירותי בריאות כללית" ושל "ההסתדרות המדיצינית הדסה", יזמה הנהלת הר"י שביתה של הרופאים. במהלך השביתה העלתה הנהלת הר"י שלל טיעונים ובקשות, שכללו תביעות להעלאת שכר משמעותית ולשינוי מבנה השכר, לשיפור ההסדר הפנסיוני הקיים, לקבלת גמול השתלמות, לשיפור תנאי העבודה ולהפחתת העומס על הרופאים המתמחים.⁵¹ באוגוסט של אותה שנה נחתם ההסכם

הקיבוצי, שכלל העלאת שכר משמעותית לכלל הרופאים, תוספת של 1,000 תקנים חדשים והגבלת מספר התורנויות של רופאים מתמחים לשש בחודש.⁵² מכיוון שהר"י היא הארגון היציג של הרופאים בישראל, חל ההסכם באופן מיידי על רובם המוחלט של הרופאים המועסקים במגזר הציבורי בארץ, לרבות הרופאים המתמחים. על פני הדברים היה נדמה כי שהמאבק שהובילו נציגי הר"י נחל הצלחה כבירה, ושכולם מסכימים כי ההסכם החדש שיפר את מצבם של כלל הרופאים.

ברם, הסכם זה לא השביע את רצונם של הרופאים המתמחים ושל הרופאים המומחים הצעירים כלל, ורבים מהם התנגדו לו. עוד לפני חתימתו התעוררה תסיסה בקרב הרופאים המתמחים, והם החלו בעיצומים משלהם.⁵³ לאחר החתימה הביעו ועדי הרופאים בבתי-החולים "איכילוב", "מאיר", "רמב"ם" ו"אברבנאל" – שראשיהם היו בעצמם חברי הר"י ואשר הוועד שהם עמדו בראשו היה חלק מהר"י – הסתייגות מההסכם במתכונתו זו וביקשו להוציא צו למניעתו, אך בקשתם נדחתה על-ידי בית-הדין לעבודה.⁵⁴ אף הוקם ארגון בשם "ארב"ל" (ארגון רופאי בתי-החולים) בניסיון להחליף את הר"י בייצוגם של רופאי בתי-החולים. התסיסה הגיעה לשיאה כאשר כאלף מתמחים הגישו מכתבי התפטרות בזמן המחאה וסירבו למשוך אותם לאחר החתימה על ההסכם. לאחר שהוכרחו על-ידי בית-הדין הארצי לעבודה לחזור למשרותיהם, סירבו המתפטרים להגיע לעבודה וגרמו לשיבוש פעילותם של בתי-החולים.⁵⁵ בסופו של דבר נחתם הסכם בין משרד האוצר ובין נציגי הרופאים המתמחים והרופאים המומחים הצעירים, ובו הושגו הסכמות בין הצדדים.⁵⁶

להתנגדות העזה להסכם בקרב הרופאים המתמחים והרופאים המומחים הצעירים היו שתי סיבות מרכזיות. הסיבה האחת, שהייתה אחראית לעיקר ההתנגדות, הייתה השכר – לטענתם, תוספת השכר שנקבעה בהסכם לא שיפרה את מצבם מבחינה ריאלית. הסיבה האחרת הייתה שההסכם שנחתם בשמם לא טיפל טוב מספיק בעומס שהם חווים בעבודתם.⁵⁷ הם דרשו להוסיף להסכם תנאים שיקלו עליהם, כגון יום מנוחה שבועי לרופאים מתמחים שמבצעים תורנות בסוף שבוע, קיצור משך התורנויות ועוד.⁵⁸ רבים מהרופאים הצעירים חשו כי הר"י לא ייצגה אותם נאמנה בהליך המשא-ומתן מול המדינה בחתימה על ההסכם הקיבוצי, ועליכן הנושאים המהותיים הללו נותרו לא-פתורים מבחינתם.

**”אם הנהלת הר”י
רוצה להיבחר
שוב, עליה
לדאוג קודם־כול
לרווחת הרופאים
המבוגרים, ורק
לאחר־מכן לזו של
הרופאים הצעירים.
אם יש התנגשות
בין ענייניהם
של אלה ואלה,
תעדיף ההנהגה
את טובת הרופאים
המבוגרים.”**

נשאלת אם כן השאלה כיצד קרה שגוף האמור לשאוף לייצג את עניינם של כלל חבריו חותם בסופו של דבר על הסכם קיבוצי שיוצר התנגדות כה עזה בקרב פלח גדול מחבריו. את התשובה לכך ניתן למצוא במעמדה של הר”י כארגון יציג. הר”י היא ארגון היציג של הרופאים מתוקף היותה הארגון אשר רוב הרופאים שההסכם הקיבוצי חל עליהם בחרו בו כמייצגם.⁵⁹ במצב כזה אין לחברי הנהלת הר”י חשש שאי־ייצוג של קבוצה זו או אחרת, כל עוד היא אינה הרוב, יוביל לאובדן הסמכתה של הר”י כארגון יציג. כך הנהלת הר”י יכולה לקדם את מטרותיה הפוליטיות, הן הפנימיות והן החיצוניות, ולהשתמש בכוחה מבלי לחשוש מהתנגדות של חלק מחבריה לפעילותה.

בחינה של הכוחות האלקטורליים בקרב הרופאים מדגימה נקודה זו. כיום רוב הרופאים בארץ בכלל, ורוב חברי הר”י בפרט, הם רופאים מבוגרים (בני ארבעים וחמש ומעלה). לקבוצה זו יש כוח אלקטורלי רב מאוד בהר”י, והם שקובעים בפועל מי ישבו בהנהלתה, כך שלהנהלת הארגון יש עניין רב לעמוד בציפיותיהם. אם הנהלת הר”י רוצה להיבחר שוב, עליה לדאוג קודם־כול לרווחת הרופאים המבוגרים, ורק לאחר־מכן לזו של הרופאים הצעירים. אם יש התנגשות בין ענייניהם של אלה ואלה, תעדיף ההנהגה את טובת הרופאים המבוגרים.

העדפתה של הנהלת הר”י כלפי הרופאים המבוגרים באה לידי ביטוי באופן ההתנהלות של נציגיה בעת המשא־ומתן על הסכמים קיבוציים. הללו נוקטים בגישה מסויגת יותר ככל שהדבר נוגע ברווחת הרופאים הצעירים, ונאבקים במלוא עוזם על־מנת לדאוג לרווחת הרופאים המבוגרים, מה שמתבטא בפערי השכר שהוצגו בפרק הקודם. במהלך המשא־ומתן על ההסכם הקיבוצי בשנת 2011 הוצגו לאורך כל הדרך השכר ותנאי העבודה של הרופאים המתמחים ושל הרופאים המומחים הצעירים כמושא למאבק, אך בסופו של דבר חתמו נציגי הר”י על הסכם שעיקר המרוויחים ממנו הם הרופאים המבוגרים. בעניין זה ראוי לציין כי הפערים המשמעותיים בגידול השכר שרואים בנתונים כיום משקפים את ההסכם הקיבוצי המאוחר יותר שנחתם – זה שקיבל את הסכמתם של הרופאים המתמחים ושל הרופאים המומחים הצעירים, ואשר בו נקבעו תוספות שכר רבות לשתי הקבוצות הללו. אילו קיבלו הרופאים הצעירים את תנאי השכר שנציגי הר”י השיגו בעבורם במשא־ומתן על ההסכם המקורי ולא מוחים עליהם, היה מצבם רע הרבה יותר. כאמור, להנהלת הר”י אין חשש שזניחת הרופאים הצעירים תוביל לאיבוד מעמדה כארגון יציג, שכן שיעורם של אלה בקרב מיוצגיה אינו גדול דיו לערער עליו.

**”כך נוצר הרושם
שהמחסור ברופאים
הקיים ב'מקצועות
במצוקה' ובבתי-
החולים בפריפריה
קשור באופן ישיר
לתקצוב חסר של
המערכת ולמחסור
בתקנים, וכן
שאותו מחסור
ברופאים במקצועות
ובאזורים הללו
מוביל לקריסתה של
מערכת הבריאות.”**

מלכוד זה שהרופאים המתמחים מצויים בו אינו דבר חדש. כבר בשנות השישים של המאה הקודמת תיארו רופאים צעירים שהם מנועים מלהשתתף בדיוני ההנהלה של הר”י; שהם חשים שחברי ההנהלה אינם מזדהים עם מצבם, ולכן לא עושים ניסיונות להקל את העומס הרב שמוטל עליהם כמתמחים; וששורת בקרבם תחושה כללית של חוסר ייצוג לפני גורמי המדיניות, בעוד הדור הוותיק מקבל את מלוא תשומת-הלב.⁶⁰ אותם רופאים צעירים הם הרופאים המבוגרים של היום, אך התופעה עודנה נמשכת. בעשורים האחרונים הוצאו לתקשורת יותר ויותר מקרים של חוסר ייצוג הוגן של הרופאים המתמחים. חוץ מהמקרה בשנת 2011, הדבר קרה גם בשנת 1999, אז עתרו לבג”ץ נציגי ”ארגון הרופאים המתמחים בישראל” (שכבר נסגר מאז) בבקשה למנוע את שר העבודה והרווחה ואת שר האוצר מלחתום על הסכם קיבוצי עם הר”י מבלי שהרופאים המתמחים ישתתפו בדיונים המקדימים ובמשא-ומתן.⁶¹ דבר דומה קרה שוב באוקטובר 2021, עם מחאות ואיומי התפטרות של הרופאים המתמחים, אשר דחו את ההסדר המקורי בנוגע למשך התורנויות שלהם שנקבע בעבורם מול נציגי הר”י,⁶² ושוב באוגוסט 2022, כאשר הפתרון שהציעו נציגי משרד הבריאות רק באוקטובר הקודם נדחה שוב.⁶³

דוגמה נוספת לניצול מעמדה של הנהלת הר”י כארגון יציג לקידום מטרותיה הפוליטיות קשורה לשימוש הרווח שלה בטענות לגבי קריסת מערכת הבריאות. אחת הדרכים שלה לצבור כוח נוסף לעצמה ולארגון, על-מנת שתוכל להשתמש בו כדי להשיג תוצאות מוצלחות יותר במשא-ומתן, היא הצגת מערכת הבריאות כמערכת הנמצאת בקריסה מתמדת מפאת חוסר תקצוב. אם המערכת אכן בקריסה, המדינה היא שאשמה בכך, ועל-כן נציגי המדינה מגיעים מעמדה נמוכה יותר למשא-ומתן מול נציגי הר”י. בטענות לגבי קריסת המערכת השתמש בשנת 2011 ד”ר ליאוניד אידלמן, יו”ר הר”י דאז, במכתב ששלח במהלך המשא-ומתן שהתנהל בזמנו על ההסכם הקיבוצי. הוא קישר בין קריסה לכאורה של המערכת ובין המחסור ברופאים ב”מקצועות במצוקה” ודרש תוספת תקציב בדמות מענקים לעוסקים במקצועות הללו, כמו-גם תוספת תקנים לבתי-החולים הממוקמים בפריפריה.⁶⁴ כך נוצר הרושם שהמחסור ברופאים הקיים ב”מקצועות במצוקה” ובבתי-החולים בפריפריה קשור באופן ישיר לתקצוב חסר של המערכת ולמחסור בתקנים, וכן שאותו מחסור ברופאים במקצועות ובאזורים הללו מוביל לקריסתה של מערכת הבריאות. גם אם נניח שמערכת הבריאות אכן קורסת בגלל המחסור ברופאים באותם מקצועות ואזורים גיאוגרפיים – אמירה שיש ספקות רבים לגבי נכונותה⁶⁵ – האם האשמה בנושא היא אכן של המדינה בלבד?

**”בעוד המועצה
המדעית שותקת
שתיקה רמה, הנהלת
הר”י משתמשת
בעומס הרובץ על
הרופאים המתמחים
על-מנת לבסס את
טענתה לגבי קריסת
מערכת הבריאות,
ובכך המועצה
תורמת לצבירת
כוח פוליטי
נוסף של הר”י
על-חשבון הרופאים
המתמחים.”**

לגבי מתן המענקים, כיום כבר ברור כי הם לא הצליחו לטפל בבעיה ויצרו בזבוז רב, כפי שנכתב בפרק הקודם. גם הטענות לגבי תוספות התקנים אינן משכנעות במיוחד, כאשר ידוע כי תקני התמחות רבים בבתי החולים בפריפריה וב”מקצועות במצוקה” עומדים כיום לא מאוישים, ומנהלי המחלקות מייחלים לרופאים מתמחים שיגיעו לאישם.⁶⁶ זאת ועוד, במסגרת תביעה שהגישו נציגי הר”י בשנת 2016 בעניין אי-הקצאת תקנים בהתאם למה שסוכם בהסכם הקיבוצי שנחתם מולם בשנת 2011, פסק השופט דורי ספיבק כי בפועל לא רק שאין חוסר בתקנים שהובטחו בהסכם, אלא שהוקצו הרבה תקנים מעבר למה שהובטח.⁶⁷ אם כן, נדמה שהבעיה האמיתית היא פיזור לא-יכון של התקנים, ולא המחסור בהם. הקצאה לא-יעילה של הרופאים בין האזורים הגיאוגרפיים השונים ובין המקצועות הרפואיים השונים היא שמובילה למחסור בחלק מהמקצועות ובחלק מהאזורים. עם זאת, הצגת מצג-שווא של קריסת המערכת מסייעת להנהלת הר”י ללחוץ על הממשלה להעביר עוד ועוד תקציבים לנושא. בידי ”המועצה המדעית” מצויה האחריות להצעת פתרונות אחרים אפקטיביים יותר, כגון אלה שנוסו במדינות אחרות והוזכרו בפרק הקודם, אך נדמה שזו נטשה את טובת התמחויות הרופאים למען מטרותיה של הר”י.

דוגמה נוספת להיעלמותה של ”המועצה המדעית” מהשיח הציבורי בנושאים שיש בהם סתירה בין טובת ההתמחויות וטובת הציבור ובין טובת ענייניה של הנהלת הר”י היא סוגיית משך התורניות של הרופאים המתמחים. בהינתן הרעש הציבורי בנושא, שהגיע לפיצוץ לאחרונה באוגוסט 2022,⁶⁸ היה אפשר לצפות ש”המועצה המדעית” תוציא נייר עמדה מטעמה עם הצעה לפתרון הנושא. אולם פתרונות שהיו עשויים לסייע בפתרון הבעיה, כגון שיתוף סמכויותיהם של הרופאים המתמחים עם בעלי מקצועות אחרים בענף הבריאות או חלוקת נטל שוויונית יותר בין הרופאים המבוגרים לרופאים הצעירים, לא הוצעו מעולם על-ידי המועצה. ככלל, שום התייחסות לא יצאה מטעם המועצה בנושא. בעוד ”המועצה המדעית” שותקת שתיקה רמה, הנהלת הר”י משתמשת בעומס הרובץ על הרופאים המתמחים על-מנת לבסס את טענתה לגבי קריסת מערכת הבריאות, ובכך המועצה תורמת לצבירת כוח פוליטי נוסף של הר”י על-חשבון הרופאים המתמחים. נוסף על כך, הרופאים המבוגרים – אשר שנות ההתמחות שלהם נמצאות הרחק מאחור – לא יתמכו בצעדים שיעבירו חלק מהנטל אליהם או יעבירו חלק מסמכויותיהם לבעלי מקצועות אחרים בענף הרפואה, גם לא באורח זמני. עניין זה יוצר להנהלת הר”י סיבה נוספת לא לתמוך בשום פתרון שיעביר חלק מהנטל לרופאים המבוגרים או לבעלי מקצועות אחרים, ומחייב גם את ”המועצה המדעית” לא להציעם.

שימוש בטענות של קריסה מערכתית על־מנת לצבור כוח לקראת משא־ומתן על הסכמים קיבוציים אינו ייחודי להר"י. משתמשים בשיטה זו גם ארגוני עובדים אחרים בישראל. ברם, להר"י יש יתרון בנושא על ארגוני עובדים אחרים במשק, בדמות זרוע עם סמכות אסדרתית שניתן לנצל את השליטה בה כדי ליצור אותו מצג־שווא של קריסה. בידי "המועצה המדעית", כגוף האחראי באופן בלעדי להתמחויות הרופאים, קיים מנעד רחב של אפשרויות להתערבות בסוגיית המחסור ברופאים במקצועות ובאזורים מסוימים ובסוגיית משך התורנויות, אך היא בוחרת לא לעשות כן, ואף לא להגיב בנושא, באופן תמוה למדי. למעשה, גם אילו הגיבה, ברור כי במבנה הנוכחי, שבו היא נמצאת תחת חסותה של הר"י, היא אינה גורם אובייקטיבי בנושאים האלה.

"המועצה המדעית" מתנהלת כיום כגוף רפה, שעמדתו אינה נשמעת מספיק בשיח הציבורי, ואשר אינו מקבל על עצמו את הפיקוד הראוי למעמדו. יתרה מזו, גם כאשר יוצא נייר עמדה מטעם המועצה, לא ברור אם עמדתה היא אכן עצמאית ומקצועית או שהיא שופר של הר"י. כל זה מתרחש בחסות העובדה שהמאסדר של כלל ההתמחויות ברפואה בישראל הוא גוף שלא רק מורכב מרופאים בלבד, אלא גם נמצא באחריותו של ארגון העובדים היציג שלהם.

2. התנגשות בין סמכותה של ההסתדרות הרפואית בישראל כארגון הפועל כאגודה עות'מאנית ובין קיומם של האיגודים המקצועיים תחתיה

האיגודים המקצועיים הנמצאים תחת הר"י (להלן: האיגודים) נחשבים בני־סמכא בנושאים הקשורים לענף הבריאות. מתוקף זאת הם מתבקשים על־ידי גורמים שונים בממשלה ובכנסת להביע את עמדתם בנוגע למדיניות בנושאים חשובים הקשורים לענף. אולם עצם העובדה שהם נתונים תחת סמכותה של הר"י, עד כדי אובדן עצמאותם וקבלת חסותה בצורה מלאה, מפחיתה מרמת האמינות והמקצועיות שיש לאיגודים הללו. חלק זה יתמקד בבעייתיות הנובעת מהיותה של הר"י אגודה עות'מאנית – מצב המאפשר לה ולכל הגופים הנמצאים תחתיה לנהוג בחוסר שקיפות, ואף להסתיר מידע חשוב על פעילותם. בפרט, בחלק הנוכחי תובא דוגמה אחת המגלמת את הבעייתיות במעמדה זה של הר"י – השתתפותם של חברי האיגודים ב"ועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות" (להלן: "ועדת הסל") בעודם נהנים מהחיסיון החל על הקשרים הנוצרים בינם ובין חברות בענף הבריאות במסגרת פעילותם באיגודים.

**”חוסר הפיקוח על
הדיווחים של הר”י
ושל הגופים תחתיה
מעלה ספקות
בנוגע לאמינותם
של הדיווחים,
ומקשה מאוד את
הבדיקה עם אילו
חברות יש להר”י
ולאיגודיה קשרים
עסקיים.”**

רבות נחקר ונכתב בעולם על הקשר בין רופאים והאיגודים המייצגים אותם ובין חברות תרופות. גם בישראל יש לרופאים קשרים עם חברות תרופות, וכך גם להר”י ולאיגודיה כישויות בפני עצמן. בשנת 2003 אף הגדילה הר”י וחתמה עם הארגונים היציגים של חברות התרופות ועם נציגי קופות החולים על “האמנה האתית המשותפת”, שבאה להסדיר את הנושא.⁶⁹ אומנם, האמנה מכילה שלל איסורים בנוגע לקשרים הנוצרים בין רופאים ובין חברות תרופות, אבל בפועל היא מאפשרת קשר הדוק ביניהם. בפרט, האמנה מאפשרת מתן הטבות לרופאים, כגון אירוח במסעדה או במתחם אירוח אגב עיסוק בתוכן מקצועי.

אחד המצבים שהאמנה מפרטת עליהם בצורה הנרחבת ביותר הוא מימון כנסים והשתלמויות לרופאים, בפרט כאלה המאורגנים על-ידי האיגודים וביוזמתם. ככלל, חברת תרופות רשאית לערוך כנסים לרופאים כדי לשווק להם את מוצריה, ואף לממן טיסות ושהייה בחו”ל לרופאים המשתתפים בכנסים ובהשתלמויות שנערכים שם. מלבד אלה, חברת תרופות רשאית לתת חסויות לאירועים של איגודים מקצועיים ואף לשלם לרופאים המרצים באירועים אלה. החסות מותרת, עם הגבלות מסוימות, לכל איגוד שנמצא תחת הר”י. האמנה גם מאפשרת לחברת התרופות נותנת החסות לחלק למשתתפי הכנס חומר שיווקי מטעמה. באופן זה חברות התרופות יוצרות קשר אישי יותר עם הרופאים, המגדיל את סיכוייהן לשכנעם בדבר יעילות תרופותיהן, ובמובנים רבים גם יוצר תלות כספית של האיגודים באותן חברות.

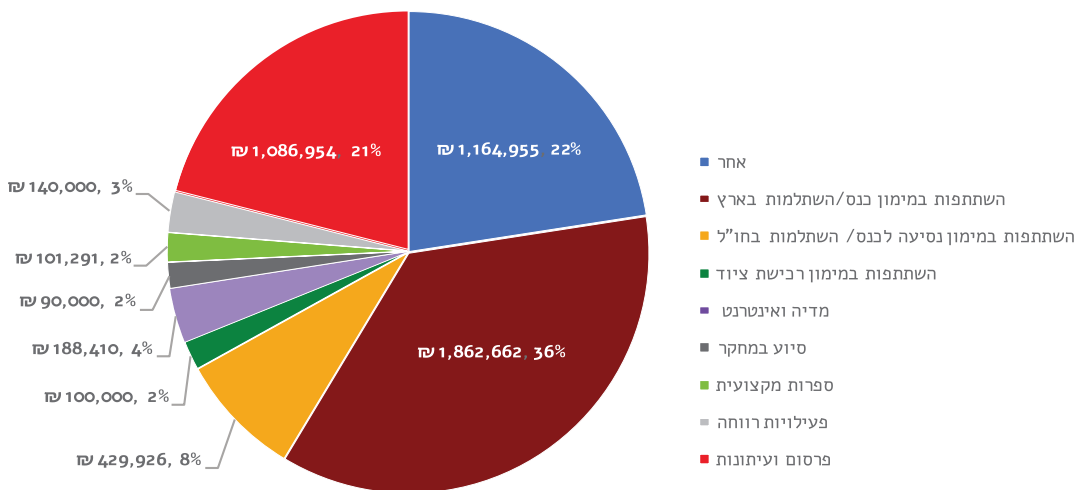
על-פי הרישום באתר של הר”י, בשנת 2020 קיבלו 63 איגודים, חוגים וחברות הנמצאים תחת הר”י סך כולל של כ-8.7 מיליון שקלים בכספי חסויות, הכוללים תרומות מחברות ומאנשים פרטיים כאחד.⁷⁰ אף שמדובר בסכום לא-קטן, אין הוא מדווח בצורה רשמית ומבוקרת על-ידי רואה-חשבון מורשה, כפי שמחויבים לעשות כל הגופים המקבלים כספים בסכומים כאלה מגורמים חיצוניים, לרבות מוסדות ללא כוונת רווח כהר”י.⁷¹ הסיבה לכך היא שהר”י מוגדרת אגודה עות’מאנית, ולכן היא וכל הגופים הנמצאים תחתיה אינם מחויבים בפרסום דוחות כספיים כשאר הארגונים, ואי-אפשר לבקרים או לפקח עליהם. חוסר הפיקוח על הדיווחים של הר”י ושל הגופים תחתיה מעלה ספקות בנוגע לאמינותם של הדיווחים, ומקשה מאוד את הבדיקה עם אילו חברות יש להר”י ולאיגודיה קשרים עסקיים.

”ברור כי הר”י היא אחת הנתרמות המשמעותיות ביותר בעולם הרפואה בישראל, והיא ואיגודיה נהנים ממימון שוטף לפעילויותיהם.”

במקביל, על חברות עסקיות בענף הבריאות דווקא מוטלת החובה לדווח דיווחים שוטפים ומבוקרים על-ידי רואה-חשבון מורשה. אלה אכן מדווחות על העברות כספים להר”י ולאיגודיה, אלא שבדיווחיהן הן נקראות ”תרומות” ולא ”חסויות”. מלבד העובדה שהדיווחים הללו אמינים יותר מהדיווחים של הר”י, יתרונם נובע גם מכך שהם מפרטים טוב יותר מה היה ייעודו של הכסף שנתרם. על-פי דיווחי החברות התרומות, בשנת 2020 נתרמו כ-74.6 מיליון שקלים ליותר ממאה ארגונים אחרים העוסקים בתחום הבריאות.⁷² כ-7.4% מהסכום הזה, או כ-5.5 מיליון שקלים, נתרמו להר”י ולאיגודיה, ויועדו לפעילויות שונות שלהם.

לדוגמה, בשנת 2020 תרמה חברת ”פייזר פרמצבטיקה ישראל בע”מ” יותר ממיליון שקלים למימון פרסומים של הר”י, חברת ”סאנופי-אוונטיס ישראל בע”מ” תרמה כ-416,000 שקלים למימון השתתפות בכנסים ובהשתלמויות לחברי הר”י, וחברת ”אבווי ביופארמה בע”מ” תרמה 350,000 שקלים לפעילויות רווחה בעבור חברי הר”י. אלה היו שלוש התרומות הגדולות ביותר להר”י באותה שנה, והן תרמו לה יותר מ-2 מיליון שקלים יחדיו. חברות בתחום הרפואה תרמו להר”י גם בשנים 2018 ו-2019. בשנים אלו הן תרמו בסך-הכול כ-77 מיליון שקלים וכ-72.7 מיליון שקלים, בהתאמה, וכ-8% מהם נתרמו להר”י. אם כן, ברור כי הר”י היא אחת הנתרמות המשמעותיות ביותר בעולם הרפואה בישראל, והיא ואיגודיה נהנים ממימון שוטף לפעילויותיהם.

תרשים 7 – התפלגות התרומות להסתדרות הרפואית בישראל לפי ייעודן – 2020



מקור: משרד הבריאות (2021). דו”ח תרומות לשנת 2020 בש”ח, ממזין לפי א-ב ומפורט, לפי דיווחי תורמים.

”למטופלים אין כמעט השפעה על האופן שבו ייצגו נציגי האיגודים את עמדותיהם לפני מקבלי ההחלטות.”

תופעה זו היא בעייתית מאוד כשלעצמה, שכן המטופלים אינם מודעים לכלל הקשרים הללו ולהשפעות שיש להם על החלטותיהם והמלצותיהם של הרופאים בבואם לטפל בהם. למעשה, גם אילו ידעו, לא היה באפשרותם לדעת אילו רופאים יצרו קשרים עם אילו חברות במסגרת אירועי האיגודים, מהגם שלרופאים יש קשר לחברות בתחום הבריאות גם לא באמצעות הר”י. ברם, אם מקצועיותו של רופא נפגעת משום שהוא מעדיף את טובת החברות שהוא בהתקשרות עימן על טובת מטופליו, המטופלים עשויים להבין זאת בעצמם ולבחור ברופא שיתן להם שירות טוב יותר. במובן זה, למטופלים יש יכולת מסוימת לבטא את עמדתם בנוגע לחומרת ניגוד העניינים שהרופא שלהם שרוי בו. לעומת זאת, לאותם מטופלים אין כמעט השפעה על האופן שבו ייצגו נציגי האיגודים את עמדותיהם לפני מקבלי ההחלטות, ומכיוון שהאיגודים נחשבים בני-הסמכא בענף, הם זוכים במקום של כבוד במסגרות שונות. אחת מהן היא ”ועדת הסל”.

סל שירותי הבריאות מורכב משני סלי שירותים המתוקצבים על-ידי המדינה – האחד נמצא בידי משרד הבריאות והאחר נמצא בידי קופות-החולים. בכל שנה סל זה מתעדכן בסכום משתנה, התלוי בכמה גורמים, ביניהם העדכון הטכנולוגי (המנסה לשפר, באופן מתמיד, את איכות הסל ויעילותו). במסגרת העדכון הטכנולוגי נכנסות לסל בכל שנה טכנולוגיות רפואיות חדשות, הנבחרות על-ידי ”ועדת הסל” – ועדה ייחודית שנוסדה לשם כך.⁷³ ועדה זו מתכנסת בכל שנה וממליצה לממשלה על טכנולוגיות רפואיות – תרופות, מוצרי-עזר, שירותים חדשניים ועוד – אשר ראוי להוסיפן לסל שירותי הבריאות של השנה הבאה במסגרת התוספת התקציבית הייעודית שנקבעה לאותה שנה. בשנים האחרונות התקציב המאושר להרחבת הסל עומד על כ-500 מיליון שקלים. חברי הוועדה משתנים משנה לשנה וכוללים נציגים ממערכת הבריאות (ממשרד הבריאות, מקופות-החולים ומבתי-החולים), נציגים של משרד האוצר ונציגי ציבור אחרים.

ברור כי למשתתפים בוועדה יש כוח רב וכי להצבעתם יש השפעות רבות. אדם שאינו בעל-אמצעים, ואשר טכנולוגיה רפואית מסוימת היא הדבר היחיד שיאפשר את המשך חייו, מיחל מאוד שטכנולוגיה זו תתווסף לסל שירותי הבריאות, שכן אז היא תסובסד והוא יוכל לרכוש אותה. במקביל, ההנהלה של חברה המייצרת או מייבאת טכנולוגיה חדשה מעוניינת מאוד שיוחלט על הוספתה לסל שירותי

**”חברי האיגודים
נוהגים לא לציין
את חברותם בהם,
וזאת אף-על-פי
שהם אכן נמצאים
בניגוד עניינים,
שכן הם נהנים
כאמור מהכספים
שהועברו לאיגוד
שהם חברים בו
דרך הכנסים,
פעילויות
הרווחה ושאר
השירותים
שהאיגוד
מספק להם.”**

הבריאות, שכן החלטה כזו מבטיחה את קנייתה בהיקף ניכר, ובמקרים רבים גם את המשך שיווקה בארץ באופן מסחרי. טכנולוגיה שאינה נכנסת לסל שירותי הבריאות עשויה להיות בלתי-כדאית לשיווק בישראל בשל כך, ולכן תופסק מכירתה בארץ.⁷⁴

בשל חשיבות הוועדה והכוח הרב הנמצא בידי חבריה, כלל החברים מחויבים להצהיר על ניגודי העניינים שיש להם עם חברות שמוצריהן נשקלים בוועדה – אם הם מועסקים על-ידי אותן חברות או היו מועסקים בהן בעבר, אם הם נמצאים בקשרים אישיים עם בעלי תפקידים בחברות הללו, אם הם קיבלו מימון למחקרים מאותן חברות וכדומה. על בסיס הצהרותיהם קובעים באילו מדיוני הוועדה הם לא יוכלו להשתתף, וזאת על-מנת למנוע הטיות אפשריות בתהליך קבלת ההחלטות וגיבוש ההמלצות.⁷⁵ עם זאת, מכיוון שהנהלים בנושא אינם ברורים, חברי האיגודים נוהגים לא לציין את חברותם בהם, וזאת אף-על-פי שהם אכן נמצאים בניגוד עניינים, שכן הם נהנים כאמור מהכספים שהועברו לאיגוד שהם חברים בו דרך הכנסים, פעילויות הרווחה ושאר השירותים שהאיגוד מספק להם. ממצב זה נהנית גם הנהלת הר”י, אשר יכולה להראות כמה עצומה השפעתה על המדיניות הציבורית בישראל, שהרי היא שולחת מדי שנה נציגים רבים ל”ועדת הסל”, ואלה משתתפים בכל דיוניה ללא עוררין.

אם יוסר מעמד האגודה העות’מאנית מהר”י, ולכן גם מאיגודיה, הקשרים בין הרופאים לחברות הללו יהיו גלויים לכולם. במצב זה יהיה אפשר לוודא – באמצעות דיווח מפורט המפוקח על-ידי בעל מקצוע שתפקידו יהיה לקבל אחריות על הדיווח – שרופא המשתתף בדיון על-אודות טכנולוגיה של חברה מסוימת לא נהנה מתרומות שניתנו על-ידי אותה חברה במסגרת חברותו באיגוד שהוא משתייך אליו, ואם הוא נהנה – לוודא שהוא יצהיר על כך. כיום מעמד האגודה העות’מאנית תורם לחיסיון שהנהלת הר”י והנהלות האיגודים שומרות עליו, ובאמצעותו נמנעת מאזרחי ישראל השקיפות המתבקשת.

3. התנגשות בין קיומם של האיגודים המקצועיים תחת ההסתדרות הרפואית בישראל ובין סמכותה כמאסדר הבלעדי של הליך ההתמחויות

שלב ההתמחות הינו אחד השלבים החשובים ביותר בתקופת לימודיו של הרופא, ואולי אפילו החשוב ביותר. זהו השלב שבו הרופא מרכז את כל הידע והמיומנויות שהוא צבר לאורך שנות לימודיו הרבות ומתמקצע בתחום רפואי מסוים. מפאת חשיבותו, ראוי לשלב ההתמחות ינוהל בצורה מקצועית. לכאורה הגופים המתאימים ביותר לניהול ההליך הם האיגוד הר"י, שכן הרופאים החברים בהם הם בני-סמך בתחומם, ולמעשה אין מקצועי מהם בתחומם.

אולם נדמה שבכל הקשור להתמחויות הרופאים, הנהגות האיגודים מאבדות את קולן. לאיגודים אין קיום עצמאי, והם שואבים את סמכויותיהם מסמכויות הר"י. כל ההחלטות בנושא הליך ההתמחות מרוכזות בידי "המועצה המדעית", וזו אינה מחויבת להיוועץ עם שום גורם אחר בעניין זה. עמדתן של הנהגות האיגודים לא תוכל לעולם לסתור עמדה שנקבעה ב"מועצה המדעית", גם אם עמדה זו היא כוללנית מדי ואינה מתייחסת לכל מקצוע וצרכיו, או אם היא מתמקדת בטובת הר"י כארגון עובדים יותר מאשר בטובת המקצוע.

למשל, בכל הנוגע בקיצור תורנויותיהם של הרופאים המתמחים היה אפשר לצפות שלפחות בחלק מהמקרים לא יהיה זה בעייתי מדי שהתורנות תקוצר, אם משום שהמקצוע מבוקש יותר על-ידי רופאים ואם משום שהוא עמוס פחות במטופלים. ב"מקצועות במצוקה" סביר להניח שאפשר להציע פתרונות נקודתיים למשיכת רופאים שירצו להתמחות בהם יותר מאשר במקצועות אחרים, כגון עבודה בחלקיות משרה שונה או בתנאים טובים יותר, כך שהתחרות בבחירת המקצוע תהיה רבה יותר ויהיה אפשר להתקרב לאיזון בביקוש להתמחות בכל אחד מהמקצועות. ברם, בשני המקרים דעתן של רוב הנהגות האיגודים אינה נשמעת, וככל שהיא נשמעת – נדמה שהן מיישרות קו הן עם עמדת "המועצה המדעית" והן עם עמדתה של הנהלת הר"י.

**"בשני המקרים
דעתן של רוב
הנהגות האיגודים
אינה נשמעת,
וככל שהיא נשמעת
– נדמה שהן
מיישרות קו הן עם
עמדת 'המועצה
המדעית' והן עם
עמדתה של
הנהלת הר"י."**

לאיגודים מקצועיים באמת, כאלה הראויים למעמד בנייהסמכא שהוקנה להם, אמורות להיות הנהגות אשר רואות את טובת המקצוע לפני הכול ונשארות נאמנות לה. כפיפות האיגודים להר"י אינה מאפשרת להנהגות האיגודים את החופש הדרוש כדי להיות מקצועיות.



ה. ההסתדרות הרפואית בישראל מול ארגונים דומים בחו"ל

**”בבדיקה של כל
המדינות החברות
ב־OECD לא נמצאה
אפילו מדינה אחת
שבה ה־NMA חובש
כיום במקביל את
שלושת ה'כובעים'
שיש להר"י.”**

ישראל אינה המדינה היחידה שיש בה ארגון עובדים ארצי לרופאים המקומיים. למעשה, בכל המדינות החברות ב־OECD, ובמדינות רבות נוספות, יש ארגונים כאלה. הם נקראים לרוב National Medical Associations (NMAs), ורובם חברים בהסתדרות הרפואית העולמית (WMA – World Medical Association), אשר הר"י חברה בה גם־כן.⁷⁶ בבדיקה של כל המדינות החברות ב־OECD לא נמצאה אפילו מדינה אחת שבה ה־NMA חובש כיום במקביל את שלושת ה"כובעים" שיש להר"י (טבלת השוואה נמצאת בנספח 3).⁷⁷

ב־28 מתוך 38 המדינות החברות ב־OECD, ה־NMA אינו מחזיק ב"כובע" של ארגון עובדים יציג (כלומר, ארגון שיש לו בלעדיות בייצוג הרופאים במדינה בהסכמים הקיבוציים ברמה הלאומית). בחלק מהן – דוגמת גרמניה,⁷⁸ ספרד⁷⁹ וצ'כיה⁸⁰ – ה־NMA אינו מתעסק כלל, באופן ישיר או עקיף, בייצוג רופאים בענייני שכר ותנאי עבודה, ויש ארגוני עובדים אחרים שעושים זאת, כגון ה־Marburger Bund בגרמניה או ה־LOK-SČL בצ'כיה. במדינות אחרות, כמו ארצות־הברית⁸¹ וקנדה,⁸² אין כלל הסכמים או הסכמות הנקבעים ברמה הלאומית, כך שבפועל אין ל־NMA מעמד של ארגון יציג. בשאר המדינות ה־NMA מתעסק בייצוג רופאים בנושאי שכר ותנאי עבודה, אך יש ארגוני עובדים נוספים המייצגים אותם בנושאים אלה, כך שהוא אינו מהווה ארגון יציג.

כמעט בכל המדינות החברות ב־OECD ה־NMA אינו המאסדר הבלעדי של ההתמחויות ברפואה במדינה. יוצאות־דופן הן אוסטריה,⁸³ גרמניה,⁸⁴ הולנד,⁸⁵ וכמובן – ישראל. בקרב רוב המדינות החברות בארגון, וביניהן איסלנד,⁸⁶ יוון,⁸⁷ לוקסמבורג,⁸⁸ מקסיקו⁸⁹ וסלובקיה,⁹⁰ המאסדר של תחום זה הוא משרד ממשלתי כלשהו (בדרך־כלל משרד הבריאות). במדינות אחרות, כגון אירלנד,⁹¹ בלגיה⁹² וניו־זילנד,⁹³ קיים ארגון סטטוטורי (אחד או יותר) המחזיק בסמכות האסדרה בעניין זה, ולעיתים חברים בו גם נציגים של ה־NMA. ביתר המדינות סמכות האסדרה של ההתמחויות ברפואה מוחזקת על־ידי ארגון אשר נשלט על־ידי רופאים בלבד אך אינו ה־NMA (כך בסלובניה)⁹⁴ או קיים הסדר אחר.

בהקשר זה ראוי לציין כי לפחות בשתיים מהמדינות שבהן סמכות האסדרה של ההתמחויות ברפואה אינה נמצאת כיום בידי ה־NMA המצב היה שונה בעבר. בנורווגיה הסמכות נמצאת כיום בידי משרד הבריאות הנורווגי, אך בעבר, עד לשנת 1982, היא הייתה בידי ה־Norwegian Medical Association.⁹⁵ בבריטניה עברה סמכות האסדרה של ההתמחויות ברפואה בשנת 2010 מה־Britain Medical Association למועצה סטטוטורית – The General Medical Council – שהייתה אחראית עד אז להכרה בתוכניות הלימוד להכשרת רופאים ולמתן הרישיונות לעיסוק ברפואה.⁹⁶ במועצה זו עשרים וארבעה חברים, ורק מחציתם רופאים על־מנת לשמור על איזון בקבלת ההחלטות במועצה.

אפילו היות ה־NMA ארגון־הגג של האיגודים המקצועיים (שנקראים לרוב באנגלית Medical Societies) אינו מובן מאליו. ביותר ממחצית המדינות החברות ב־OECD יש ארגונים אחרים אשר מאגדים תחתיהם איגודים מקצועיים ברפואה או מהווים בני־סמך מקצועיים בתחום הרפואה. בדרך־כלל ארגונים אלה עוסקים אך ורק בעניינים מקצועיים ונמנעים מעיסוק בעניינים הפוליטיים של הרופאים. באוסטריה, לדוגמה, מלבד ה־Austrian Medical Chamber (ה־NMA המקומי) קיים ארגון אחר – The College of Physicians in Vienna – המהווה בר־סמך בתחום הרפואה ולו מסורת ארוכת־שנים בארגון כנסים מקצועיים, בהצגת המידע החדשני ביותר ברפואה וביעוץ לגורמי מדיניות.⁹⁷ ארגונים בעלי מאפיינים דומים קיימים גם בפינלנד,⁹⁸ בצ'ילה,⁹⁹ בקולומביה¹⁰⁰ ובקוריאה הדרומית.¹⁰¹ במדינות אחרות, דוגמת כמו צרפת¹⁰² ושוודיה,¹⁰³ ה־NMA מהווה ארגון־גג של איגודים מקצועיים מסוימים, אבל יש ארגוני־גג נוספים בעלי מעמד רם בקרב מקבלי החלטות המדיניות.

תרשים 8 - מדינות ה-OECD בחלוקה לפי הסמכויות שבידי ה-NMA המקומי שלהן



מקור: הנתונים ששימשו בסיס לתרשים נאספו מאתרים שונים. רשימה מלאה מופיעה באתר של "פורום קהלת", בקישור: <https://bit.ly/3h1ClRk>.

אם כן, נראה כי אין זה מובן מאליו שלארגון העובדים הלאומי של הרופאים יהיו שלושת ה"כובעים" שיש להר"י. בחמש מהמדינות החברות ב-OECD יש ל-NMA שניים מתוך שלושת ה"כובעים", בשבעה-עשר מהן יש לו אחד מהשלושה, וביתר אין לו אפילו אחד. בבשליש מהמדינות החברות ב-OECD, ה-NMA מהווה רק ארגון-הגג של האיגודים המקצועיים, ותפקידו הוא לאחד את הרופאים מכלל המקצועות ולהציע להם שירותים כגון ביטוחים קולקטיביים, ייעוץ משפטי, בתי-נופש להשכרה ועוד. רק במדינות ספורות החברות ב-OECD ניתנה ל-NMA האחריות הבלעדית לאסדרת ההתמחויות ברפואה. במדינות מסוימות חלה חובה על רופאים להיות חברים ב-NMA במדינתם על-מנת לעסוק ברפואה, אך אין הם מחויבים להיות מיוצגים על-ידיה לפני הממשלה, בתי-החולים או קופות-החולים בנוגע לתעסוקתם. הנה כי כן, אין זה נדיר למצוא NMA שיש לו "כובעים" מבין אלה שיש להר"י, אך במדינות החברות ב-OECD אין ולו אחד החובש את כולם יחדיו.



1. התערבותה של ההסתדרות הרפואית בישראל בקביעת המדיניות הציבורית בענף הבריאות המקומי

**”לא רק שחברי
הר”י מאיישים את
המשרות הבכירות
ביותר במשרד, אלא
ששכר חלק מהם
– לרבות המנכ”ל,
ראשי חטיבות
מסוימות, ראשי
אגפים מסוימים
וראשי מחלקות
מסוימות – נקבע
בהסכמים קיבוציים
שנציגי הר”י
חותמים עליהם.”**

הר”י היא מארגוני העובדים החזקים ביותר בישראל מבחינת כמות הסמכויות שבידיו ועוצמתן. עצם שימור הסמכויות הללו עד היום אינו מובן מאליו, וראוי לנסות להבין מדוע הן לא הוחזרו למשרד הבריאות עד עתה. תשובה אפשרית לכך יכולה להיות קשורה לעובדה שלהנהלת הר”י יש דריסת רגל במשרד הבריאות. לא רק שחברי הר”י מאיישים את המשרות הבכירות ביותר במשרד, אלא ששכר חלק מהם – לרבות המנכ”ל, ראשי חטיבות מסוימות, ראשי אגפים מסוימים וראשי מחלקות מסוימות – נקבע בהסכמים קיבוציים שנציגי הר”י חותמים עליהם.¹⁰⁴ אכן, שכרם של אלה, הנקבע כאמור בהסכמים, גבוה במידה משמעותית מזה של מקביליהם במשרדים אחרים.¹⁰⁵ אותם בעלי תפקידים עוסקים באסדרה של ענף הבריאות בישראל על-ידי הוצאת תקנות והוראות שונות לניהול הענף ולתפעולו. במילים אחרות, אלה המופקדים על יצירת מערכת הכללים האידיאלית לניהול ענף הבריאות בישראל ולתפעולו, לטובת כלל הציבור ובראייה משקית, הם חברים בארגון העובדים האמון על שמירה על ענייניהם של הרופאים בלבד, וחלקם אף מתמקחים על שכרם באמצעותו. מצב דברים זה הוא ייחודי בישראל (שכר הבכירים במשרדים אחרים נקבע בחוזים אישיים, ולא בהסכמים קיבוציים), ויוצר לאותם בכירים ניגוד עניינים חמור בין טובת הציבור ובין טובת הר”י.

”כבר בקום המדינה החל מאבק ראשוני להחלת ביטוח בריאות חובה לאזרחים, אולם היוזמה נפלה בגלל התנגדותה של הנהלת הר”י, אשר חששה מפגיעה במעמדו של הארגון ובענייניהם הכלכליים של חבריו.”

דריסת־הרגל של הנהלת הר”י במשרד הבריאות הצמיחה לארגון מעמד ציבורי רם, עד כדי כך שנציגיה מתערבים פעמים רבות בתהליכי קבלת ההחלטות בנושאים מהותיים הקשורים למדיניות ציבורית בתחום הרפואה בישראל. הם פועלים רבות להשפיע על חקיקה ומדיניות ציבורית בנושאים הקשורים לענף הרפואה בישראל, ובכלל זה מפרסמים הגשת ניירות עמדה, משתתפים בדיונים של ועדות ציבוריות, יוזמים ומנסחים הצעות חוק ומגישים עתירות לבית־המשפט. לעיתים ההתערבות יוצרת עיכובים של ממש בהחלת רפורמות שעתידות לשפר את יעילותה של מערכת הבריאות ואת השירות הניתן לציבור. מצב עניינים זה קורה לעיתים גם בענפים אחרים, כגון בענף החינוך, וגם שם נמנעות רפורמות חשובות ויש פגיעה ברווחת הציבור, אך שכר הבכירים במשרדים המייצגים את העובדים באותם הענפים הללו אינו נקבע בהסכמים הקיבוציים הנחתמים עם הארגונים המייצגים את העובדים באותם ענפים, ואין לארגונים האלה סמכויות אסדרתיות כמו אלה שיש להר”י.

בחלקים הבאים יובאו דוגמאות לרפורמות שהנהלת הר”י התנגדה להן, באופן סביל או פעיל, תוך כדי פגיעה בטובת הציבור הרחב. מטרת הצגתן הדוגמאות הללו היא בראש ובראשונה להאיר רפורמות חשובות שתוכלנה לשפר את מערכת הבריאות בישראל. בצד זאת היא בהן כדי להראות כיצד על־אף טענותיה של הנהלת הר”י כי היא שמה את טובת בריאות הציבור בראש מעייניה, עד כדי כך שגם הציבור השתכנע בכך, פעמים רבות דווקא ענייניהם של רופאים (בעיקר רופאים בכירים) – ולא ענייניו של כלל הציבור – הם שמשפיעים באופן מעשי על המדיניות שהר”י והנהגות האיגודים שתחתיה נוקטות.

1. חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ”ד–1994

חרף העובדה שמערכת הבריאות בישראל אינה חפה מחסרונות, היא נחשבת אחת ממערכות הבריאות הטובות והיעילות בעולם – כזו המצליחה להניב תוצאות טובות ביותר מבחינת בריאות התושבים,¹⁰⁶ תוך כדי צמצום אי־השוויון הבריאותי בישראל.¹⁰⁷ להר”י יש חלק נכבד ביסודה של מערכת הבריאות הישראלית, ולכן ניתן לומר שהמערכת טובה גם בזכותה. אולם לא תמיד היא הייתה כזו, ולהנהלת הר”י יש חלק בכך. עד אמצע שנות התשעים ניתנו שירותי הרפואה בישראל על־ידי ארבע קופות־החולים בצורה של ביטוח וולונטרי, וכ־5% מהאוכלוסייה – בעיקר אנשים מעוטי־יכולת – לא היו מבוטחים בביטוחים הללו מפאת עלויותיהם.¹⁰⁸ נוסף

על כך, מערכת הבריאות של אותן שנים לא הייתה יעילה במיוחד. "קופת-חולים כללית" ו"קופת-חולים לאומית" – שתי קופות-החולים אשר נשלטו על-ידי ארגוני עובדים ולא היו עצמאיות – לקו בנייהו בעייתי, והיוו כלים פוליטיים לשימור מעמדן של אותם ארגונים.¹⁰⁹

זאת ועוד, קופות-החולים קיבלו באותם ימים משאבים לפי מספר המבוטחים בהן, ללא תלות בסיכון הבריאותי של המבוטחים. מצב זה יצר תמריץ למנהליהן להעדיף מבוטחים בריאים. על-כן שתי קופות-החולים שלא היו בשליטתם של ארגוני עובדים – מה שהקנה להנהלותיהן אוטונומיה בקליטת המבוטחים – לא קיבלו אליהן מבוטחים חולים או מבוגרים. עקב כך רוב הסיכון הגלום במבוטחים החולים והמבוגרים נפל על קופות-החולים שהיו בשליטתם של ארגוני העובדים, ויצר להן גירעונות ענקיים.¹¹⁰ בשנת 1994 עמד החוב של "קופת-חולים כללית" למדינה על כ-4 מיליארד שקלים, שהיו כ-1.5% מהתמ"ג של אותה שנה (לשם השוואה, בשנת 2019 עמד הגירעון של כלל קופות-החולים יחדיו על כ-450 מיליון שקלים – כ-0.03% מהתמ"ג של 2019).¹¹² גירעון זה הקשה על הקופה לספק את כל השירותים שהיא התחייבה להם וגרם לחוסר שביעות-רצון בקרב מבוטחיה.¹¹⁴

באותה עת כבר היה ברור אם כן שיש בעיה באופן בו התנהלותה של מערכת הבריאות בישראל ושיש לשנותה. אבל חשיבה כזאת הייתה קיימת למעשה זמן רב קודם לכן. כבר בקום המדינה החל מאבק ראשוני להחלת ביטוח בריאות חובה לאזרחים, והוא התנהל בשלושה מוקדים: במשרד העבודה, בזירה הפוליטית ובוועדה המיוחדת שהוקמה לצורך העניין – "ועדת קנב". אולם היוזמה נפלה בגלל התנגדותה של הנהלת הר"י, אשר חששה מפגיעה במעמדו של הארגון ובענייניהם הכלכליים של חבריו.¹¹⁵ זאת, מאחר שאחת המשמעויות הקריטיות של המהלך המתוכנן הייתה העברת השליטה של המדינה בטיפול בבריאות הציבור לידי קופות-החולים, ובעוד למדינה יש חובת היוועצות עם הר"י, לקופות-החולים אין חובה כזו. הנהלת הר"י חששה שאחיזתה והשפעתה תפגענה, ורצתה להימנע מכך.

בשנים שלאחר-מכן הועלו הצעות חוק ויוזמות רבות להחלת ביטוח בריאות חובה, ואף הוקמו ועדות רבות כדי לדון בעניין, אך כל ניסיון כזה נתקל בהתנגדותה של הנהלת הר"י. בשנת 1988 הוקמה "ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל" (להלן: "ועדת נתניהו"), שהייתה שונה מקודמותיה בהיותה ועדה ממלכתית ובראשות שופטת, מה שסייע לה להיתפס

בציבור כוועדה לא־פוליטית, והקנה לה מעמד גבוה במיוחד. ועדה זו המליצה על חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובשל מעמדה הרם לא נותר להנהלת הר"י אלא לתמוך בהמלצותיה.¹¹⁶ ¹¹⁷ אכן, בשנת 1994 חוקק לראשונה החוק המיוחל, שהוביל לייסודה של מערכת בריאות ציבורית בישראל.

2. מודלים לקידום איכותם של הטיפול והשירות ברמת מחלקת בית־החולים, ברמת מרפאת קופת־החולים וברמת הרופא היחיד

בעולם קיימים כמה מודלים עיקריים לקידום איכותם של הטיפול הרפואי והשירות הניתנים למטופלים. אחד מהם הוא ביסוס אומדנים לאיכות פעילותם של רופאים או של בתי־חולים ופרסומם בפומבי. במסגרת המודל נקבעים פרמטרים אובייקטיביים לאיכות הפעילות, ואלה משוקללים יחדיו לציון בודד אחד כללי לכל רופא או בית־חולים או לחלופין לכמה ציונים שישקפו את איכות פעילותם בנושאים שונים. מדיניות כזו מאפשרת למטופלים (או לרופאי המשפחה שהמטופלים מתייעצים איתם) לבחור בצורה מודעת יותר בנותן שירות רפואי המתאים לרצונותיהם. כמו־כן, מדיניות זו יוצרת תמריצים לנותני השירותים לשפר את איכות השירות שהם מספקים ואת מידת מקצועיותם. אומדנים פומביים כאלה, אשר אינם אנונימיים אלא מאפשרים זיהוי ספציפי, קיימים במדינות רבות, ביניהן אוסטריה, בריטניה, גרמניה, הולנד, דנמרק, צרפת ושוודיה,¹¹⁸ ואלה נחשבות מדינות המציעות טיפול ברמות איכות מהטובות בעולם.¹¹⁹ בכולן קיימים אומדנים המשווים בין בתי־החולים, וכמעט בכולן קיימים גם אומדנים המשווים בין רופאים.¹²⁰

בישראל ניסו ליישם מודל כזה על בתי־החולים לפני כשלושה עשורים. בשנת 1993 הוקם "האגף להבטחת איכות" במשרד הבריאות (כיום נקרא "אגף בכיר איכות ובטיחות"), שמטרתו הייתה לשפר את מדידת איכות הטיפול הרפואי בישראל ולהגביר את יכולות הפיקוח של משרד הבריאות.¹²¹ נוסף על כך משרד הבריאות הקים מועצה שתפקידה היה לקדם בטיחות ואיכות בענף הרפואה. התפתחות זו נתפסה על־ידי הנהלת הר"י כאיום על הסמכויות המקצועיות שבידי הארגון, ולכן היה ברור למייסדי האגף החדש שעליהם לשתף נציגים של הר"י במועצה הזו כדי לזכות בשיתוף־הפעולה שלהם.¹²² לצורך זה הוקמה ועדה, המורכבת מנציגים של האגף ושל "המועצה המדעית" של הר"י, שמטרתה לפתח ולתפעל מדדי איכות בענף

**”כדי להחזיר את
שיתוף-הפעולה
של הרופאים,
נאלץ משרד
הבריאות לחתום
עם נציגי הר”י על
’האמנה לקידום
האיכות בשירותי
הבריאות’, עליה
העיר מבקר
המדינה, בדוח
השנתי שלו לשנת
1998, כי היא
כרסמה בעצמותו
של משרד הבריאות
במילוי תפקידו
בתחום הבטחת
האיכות.”**

הרפואה. בוועדה הוחלט על עריכת סקרים השוואתיים בין מחלקות בתי-החולים בנוגע לנושאים שונים, וזאת כדי לדרבן את מנהלי המחלקות למצוא דרכים לשפר את ביצועיהן.

בתחילה תמכה הנהלת הר”י בעריכת הסקרים. אחד הנושאים שנקבעו בוועדה כחשובים לסקר השוואתי היה שיעורי התמותה מניתוחי לב, ואיסוף המידע לסקר זה הסתיים בשנת 1994. עם זאת, בשנת 1996 הודלפו לעיתונות תוצאותיו של הסקר, אשר הציגו שניים מבתי-החולים בישראל – ”וולפסון” ו”סורוקה” – בצורה שלילית. בעקבות אירוע זה, שגרם לסערה גדולה בענף הבריאות, הפעילה הנהלת הר”י לחץ גדול להפסקת הסקרים באופן גורף והוציאה הוראה לחברי הארגון לא להשתתף בסקרים האלה, מה ששיבש פעילותו של משרד הבריאות בעניין.¹²³ ¹²⁴ כדי להחזיר את שיתוף-הפעולה של הרופאים, נאלץ משרד הבריאות לחתום עם נציגי הר”י על ”האמנה לקידום האיכות בשירותי הבריאות”, שבה נקבע כי בנושאים הקשורים לסקרי האיכות יתקבלו ההחלטות אך ורק בהסכמתה של הנהלת הר”י. על אמנה זו העיר מבקר המדינה, בדוח השנתי שלו לשנת 1998, כי היא כרסמה בעצמותו של משרד הבריאות במילוי תפקידו בתחום הבטחת האיכות.¹²⁵ בסופו של דבר, אותה התחייבות לקבל את הסכמתם של נציגי הר”י סתמם את הגולל על יוזמת סקרי האיכות, ואכן מאז לא התפרסמו כלל סקרים מן הסוג הזה.

מכיוון שהאחיזה שיש להנהלת הר”י בקופות-החולים פחותה מזו שיש לה בבתי-החולים, היה קל יותר להחיל על קופות-החולים מדדי איכות. בשנת 2000 החלה יוזמה לגיבוש מערכת מדדי איכות לרפואת הקהילה, אשר הובלה על-ידי האקדמיה ואומצה על-ידי משרד הבריאות בשנת 2004.¹²⁶ מטרת היוזמה, שמתקיימת עד היום, היא לקיים מדידה מתמשכת ודינמית של איכות השירותים והטיפול הרפואי הניתנים על-ידי קופות-החולים ולספק מידע בנושא לקובעי המדיניות ולציבור. היוזמה מפרסמת מדי שנה בפומבי את המדדים המשווים את ביצועיהן של ארבע קופות-החולים הפועלות בישראל. הערכת איכות הטיפול נעשית גם על-ידי השוואת הביצועים לאלה המושגים בארצות אחרות המפרסמות את מדדי איכות הטיפול בקהילה. בין היתר ניתן למצוא בפרסומים מדדים על שיעורי התחלואה במחלות מסוימות (כגון סוכרת, השמנת-יתר, אנמיה בקרב תינוקות ועוד), מדדים על שיעור ביצועי בדיקות (כגון בדיקת כולסטרול, בדיקות סיקור לסרטן צוואר הרחם בקרב נשים ובדיקות עיניים לחולי סוכרת) ומדדים על שיעור ההתחסנות של מבוגרים נגד מחלות שונות.¹²⁷

**”התמריץ של
רופא לשפר
את מקצועיותו
והתמריץ של מנהל
מחלקה בבית-
חולים לשפר
את איכותם של
השירות והטיפול
הניתנים במחלקה
שהוא מנהל חלשים
יותר כל עוד הם
יודעים שהם אינם
מתחרים באופן
פומבי עם רופאים
אחרים או מחלקות
בתי-חולים
אחרות, בהתאמה.”**

היוזמה זכתה בשבחים בדוח של ה-OECD על איכות הרפואה בישראל שפורסם בשנת 2012 ונאמר עליה כי היא אחת היוזמות המתוכננות ביותר בעולם בנושא.¹²⁸ אולם באותו דוח נמתחה גם ביקורת על העדר תוכנית דומה לבתי-החולים שתסייע בשיפור איכותם של הטיפול והשירות הניתנים בהם למטופלים, כך שבנושא זה מערכת הבריאות הישראלית אינה עומדת בסטנדרט הבינלאומי. בעקבות זאת תוקנו תקנות שאפשרו לאסדר את נושא מדדי האיכות גם בקופות-החולים וגם בבתי-החולים, ועל בסיסן נוסדה ”התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי-החולים”. התוכנית מאפשרת ניטור של בתי-חולים כלליים, בתי-חולים גריאטריים ובתי-חולים לבריאות הנפש וכן של ”התחנות לבריאות המשפחה” ושל שירותי החירום. במשך השנים השתכללה התוכנית, והחל ביולי 2016 קיימת גם מערכת להצגת הממצאים של ניטור מדדי האיכות בכל זמן נתון.¹²⁹ לא מן הנמנע שהביקורת שהובעה בדוח של ה-OECD היא שיצרה לחץ גדול מספיק ושחייבה את הנהלת הר”י להתרצות ולאפשר את פיתוח המדדים, ושאיננו התפרסמה לא היו לישראל מדדים שכאלה עד היום.

חרף ההתקדמות המשמעותית שנרשמה עם החלת המדדים על קופות-החולים ועל בתי-החולים, יש בהם גם בעייתיות מסוימת, שכן הם נמנעים מהשוואה בין רופאים יחידים, בין מרפאות קופות-החולים ובין מחלקות בתי-חולים. ההשוואות נעשות רק ברמת בתי-החולים או קופות-החולים, מה שמסתיר מידע חשוב מהמטופל. אם ביצועיה של מחלקה מסוימת בבית-חולים גרועים במיוחד, המטופל לא יוכל לדעת זאת, בייחוד אם שאר המחלקות באותו בית-חולים טובות מספיק, כך שציוניהן מחפים על ציוניה של המחלקה הכושלת. באותו אופן, אם רופא מסוים כושל בתפקידו, המדדים של קופות-החולים יכולים להסתיר זאת אם ציוניהם של הרופאים האחרים טובים דיים לחפות על ציונו. כך, אם אדם אינו נחשף להשוואות פרטניות בין קרדיולוגים או בין מחלקות לרפואת עיניים בבתי-חולים, אין הוא יכול לבחור את הקרדיולוג הטוב ביותר עבורו או את המחלקה לרפואת עיניים שתיתן את התנאים הטובים ביותר לניתוח הירוד (קטרקט). במקביל, התמריץ של רופא לשפר את מקצועיותו והתמריץ של מנהל מחלקה בבית-חולים לשפר את איכותם של השירות והטיפול הניתנים במחלקה שהוא מנהל חלשים יותר כל עוד הם יודעים שהם אינם מתחרים באופן פומבי עם רופאים אחרים או מחלקות בתי-חולים אחרות, בהתאמה.

**”למרות הצהרותיה
בדבר החשיבות של
קידום המקצועיות
הרפואית בישראל,
הנהלת הר”י
מתנגדת להשוואה
ברמת הרופא
היחיד או
ברמת מחלקת
בית־החולים
בכל תוקף.”**

למרות הצהרותיה בדבר החשיבות של קידום המקצועיות הרפואית בישראל, הנהלת הר”י מתנגדת להשוואה ברמת הרופא היחיד או ברמת מחלקת בית־החולים בכל תוקף. נציגיה טוענים כי קיים חשש להפעלת לחץ ישיר על רופאים לשיפור ביצועיהם, עד כדי התעמרות של ממש, וגם שאין מדגם גדול דיו לבסס סטטיסטיקה מהימנה לגבי רופא יחיד או לגבי מחלקה מסוימת בבית־חולים.¹³⁰ אולם, כאמור, מדינות רבות עם מערכת בריאות מצוינת ועם אוכלוסייה בגודל דומה לזו שיש בישראל או אף קטנה ממנה, כגון שוודיה ודנמרק, התמודדו עם דילמה דומה, ובכל־זאת הגיעו למסקנה שעדיף להחיל מדדים ברמת הרופא היחיד או ברמת מחלקת בית־החולים. חשוב לזכור כי חלק מהמטופלים משלמים בבריאותם, ואף בחייהם, על בחירה לא־טובה של רופא או מחלקה בבית־חולים.

מלבד המודל של ביסוס אומדנים לאיכות פעילותם של רופאים ובתי־חולים, קיים מודל נוסף שיכול לסייע בשיפור איכות הטיפול הניתן על־ידי רופאים – חובת חידוש הרישיון לעיסוק ברפואה בכלל ובתחום ההתמחות שבחר הרופא בפרט, בהתבסס על הוכחת כשירות וידע מינימליים. חובה כזו קיימת במדינות רבות החברות ב־OECD, כגון אירלנד, בריטניה, גרמניה, דנמרק, הונגריה, פולין, פורטוגל וספרד.¹³¹

ביוני 2008 נערך הכנס השנתי של ”המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות” (”כנס ים המלח”, שהוא אחד הכנסים הנחשבים והגדולים ביותר של ענף הרפואה בישראל). אחת ההמלצות העיקריות שהועלו בכנס זה הייתה רישוי מחדש של רופאים אחת לכמה שנים, מתוך הכרה בכך שנוהל זה נעשה נפוץ יותר ויותר בעולם.¹³² בכנס הביעו כל קבוצות בעלי העניין בענף הבריאות את עמדתן בנוגע לרעיון, וגם נציגי הר”י השמיעו את קולם. הם התנגדו נחרצות לכך שחידוש הרישיונות ינוהל על־ידי משרד הבריאות, והסכימו רק לפשרה שלפיה ייקבע מנגנון צבירת נקודות של רופאים באמצעות השתתפות בהשתלמויות, אשר ינוהל על־ידי הר”י או על־ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. לרעיון של חיוב הרופאים בבחינת כשירות וידע כתנאי לחידוש הרישיון הם התנגדו מכל וכל.

אכן, כיום, יותר מעשור אחרי אותו כנס, טרם הוחל מנגנון של חידוש רישיון, ואף לא הונהג חיוב השתתפות בהשתלמויות ובהכשרות לצורך התעדכנות מקצועית. יש השתלמויות שנערכות לרופאים במסגרת הר"י, אך רק מיעוט של רופאים משתתפים בהם, משום שאין להם תמריצים לעשות זאת. הדבר חמור במיוחד כאשר מדובר ברופאים מבוגרים מאוד, אשר כשירותם מוטלת בספק יותר ויותר ככל שהם מתבגרים. מכיוון שגם אין הגבלת גיל לרישיון, רופא בן תשעים ותשע יכול, מבחינה חוקית, להמשיך לעסוק ברפואה מבלי שתפקודו יעבור פיקוח אחת לתקופה. מצב זה הוא אבסורד, משום שבמצבים אחרים שבהם ברור כי יש השלכות בריאותיות לתפקודו של אדם על האנשים הבאים עימו במגע, כגון נהיגה בכביש, יש תנאים לחידוש הרישיון, והמשכיותו אינה מובנת מאליה.

עליאף החשיבות הרבה שיש במציאת מודלים להבטחת איכותם של הטיפול והשירות הניתנים בבתי החולים ובמרפאות, הנהלת הר"י מתנגדת נחרצות כמעט לכל יוזמה שעולה בעניין. מלבד הרתיעה מכך שהנושא ינוהל על-ידי משרד הבריאות, נדמה שיש שיקולים נוספים שעומדים מאחוריה. אם מודלים כאלה יפעלו, יאלצו הרופאים יאלצו להשקיע זמן רב יותר בהתמקצעות ויתומרצו להתחרות זה בזה, כך שיתכן שתעריפי הטיפולים ירדו, מה שיעורר את חמתם של הרופאים, בעיקר אלה הבכירים, המשתכרים גם ממתן שירות באופן פרטי. מכיוון שהנהלת הר"י אינה אובייקטיבית בנושא, ראוי שהצעד הזה ייעשה במסגרת משרד הבריאות בהקדם האפשרי, ללא מורא מתגובתיה של הנהלת הר"י.

3. שיתוף בעלי מקצועות רפואיים קליניים מדרגי־ביניים בסמכויות הניתנות לרופאים

כבר שנים רבות שברחבי העולם יש מגמה של שיתוף בעלי מקצועות רפואיים קליניים מדרגי־ביניים – כגון אחיות, פרמדיקים ורוקחים – בסמכויות שהיו בעבר נחלתם של רופאים בלבד. בעלי מקצועות אלה מחויבים בהכשרה קלינית מתאימה לצורך זה, וגם לאחריה הם מתמודדים עם מקרים בדרגת מורכבות פחותה מזו שרופאים מתמודדים עימה.

בארצות־הברית, למשל, קיים כבר שנים רבות המקצוע "עוזר רופא" (Physician Assistant). העוסקים בו מסייעים לרופאים בשלל פעולות, כגון בירור היסטוריה רפואית, ביצוע בדיקות גופניות, אבחון של מחלות ופציעות וטיפול בהן, הזמנה ופיענוח של בדיקות מעבדה, סיוע בניתוחים ועוד.¹³³ מקצוע נוסף שנפוץ שם כבר

**”העוסקים במקצוע
'אח מומחה קליני'
מגיעים, לעיתים,
לתוצאות טובות
מאלה המושגות
בטיפול המוצע
על-ידי רופאים
בלבד, מפני שהם
משלבים מתן
מידע למטופלים
ומחשיבים אותם
לשותפים לתהליך.”**

משנות השישים של המאה הקודמת הוא ”אח מומחה קליני” (Nurse Practitioner), שהעוסקים בו מסייעים למטופלים לפני המפגש עם רופא ובביצוע הטיפול לאחריו, מעניקים טיפול ראשוני לחולים עם מחלות קלות, מקיימים מעקב אחר חולים במחלות כרוניות, מנפקים מרשמים לתרופות מסוימות ועוד.¹³⁴ מקצועות אלה קיימים במדינות נוספות, כגון בריטניה, קנדה, הולנד, אוסטרליה, אירלנד, שוודיה ושווייץ.¹³⁵ נכון לשנת 2016, יותר ממאה מדינות הכירו במקצוע ”אח מומחה קליני”, ו”עוזר רופא” קיימים בשש מדינות.¹³⁶ ההבדל המהותי בין שני סוגי המקצועות הוא שהעוסקים במקצוע ”עוזרי רופא” כפופים בדרך-כלל לרופאים, ואילו העוסקים במקצוע ”אח מומחה קליני” הם לרוב עצמאיים או פועלים בשיתוף-פעולה עם רופא אך לא כפופים לו.

באופן כללי, מדינות רבות הטמיעו את העיסוק במקצועות הללו, ובפרט את העיסוק במקצוע ”אח מומחה קליני”, כדי לחפות על בעיות הקשורות למקצוע הרפואה: שיפור איכות הטיפול וזמינותו בגלל מחסור ברופאים (בארצות-הברית, בצרפת, בבלגיה, בסקוטלנד ובשווייץ), הרחבת הגישה לשירותי בריאות בפריפריה (בארצות-הברית, בקנדה, בפינלנד ובאוסטרליה), ואפילו קיצור משך התורנויות לרופאים המתמחים (בארצות-הברית ובבריטניה).¹³⁷ עם זאת, במשך השנים התגלה שלבעלי המקצועות הללו יש אף יתרונות על רופאים. ברפואה ראשונית, לדוגמה, התגלה כי העוסקים במקצוע ”אח מומחה קליני” מגיעים, לעיתים, לתוצאות טובות מאלה המושגות בטיפול המוצע על-ידי רופאים בלבד, מפני שהם משלבים מתן מידע למטופלים ומחשיבים אותם לשותפים לתהליך.¹³⁸ כמו-כן הם נוהגים להתאים את הטיפול לסגנון החיים של המטופל, ובכך משיגים היענות רבה יותר לטיפול.¹⁴⁰ ¹⁴¹ במחקר נוסף נמצא כי כאשר ניסו להפחית את שעות התורנות של רופאים מתמחים על-ידי שילוב העוסקים במקצוע ”אח מומחה קליני”, איכות הטיפול לא ירדה.¹⁴²

על-אף יתרונותיהם הברורים, בישראל התהליך של הטמעת המקצועות הללו הוא איטי מאוד והחל באיחור ניכר. הדיונים בנושא החלו כבר לפני כשני עשורים (ואולי אפילו קודם לכן). במסגרת ”כנס ים המלח” שהתקיים בשנת 2008 נערך דיון מקיף בנושא בהשתתפות נציגי הר”י, שהתנגדו לפיתוחו.¹⁴³ בכנס זה העלו הנציגים את כלל הנימוקים שלהם להתנגדותם, שעיקרם:

- יש פוטנציאל לנזק למטופלים בעקבות ירידה באיכות הטיפול, כתוצאה מהיעדר מעקב רפואי אצל גורם מתכלל יחיד.

”בשני העניינים, ההתנגדות נבעה משיקולים פוליטיים – שמירת כוח רב יותר בידי הרופאים וצמצום הסמכויות שתינתנה לעוסקים במקצוע ‘אח מומחה בקהילה’.”

- ריבוי בעלי הסמכויות יוביל ל”נפילה בין הכיסאות” של מטופלים ולחוסר ודאות בנוגע לאחריות המשפטית.
- בניגוד לרופאים, על רוקחים ובעלי מקצועות נלווה רפואיים (פרה-רפואיים) אין מעקב, בעיקר כי רובם עובדים במגזר הפרטי.
- אין תשתית להכשרה מתאימה של בעלי המקצועות האלה.
- יוקרתו של מקצוע הרפואה תרד, והוא יהיה אטרקטיבי פחות.

חלק מהסיבות שהועלו ניתנות לטיפול פשוט ומהיר. כך, אפשר ליצור במהירות יחסית מסלולי הכשרה מיוחדים לבעלי המקצועות החדשים, ואת בעיית ריבוי בעלי הסמכות אפשר לפתור על-ידי הגדרה מדויקת של תחומי אחריות לכל בעל מקצוע ויצירת מערך פיקוח על כלל בעלי המקצועות החדשים, ככל שיש צורך בכך. פוטנציאל הנזק הופרך במחקרים רבים, אך גם אילו הייתה ירידה מסוימת באיכות, סביר להניח שהיא הייתה מפוצה על-ידי העלייה בזמינות הטיפול ובתשומת-הלב למטופל והירידה בעלות הטיפול. הנימוק האחרון – בדבר יוקרתו של מקצוע הרפואה – מוטה באופן ברור משיקולים פוליטיים של הנהלת הר”י ואינו מקצועי. הנה כי כן, לנוכח הנימוקים הללו ברור כי עניין הציבור שונה מאוד מענייניהם של הרופאים בכלל ושל הנהלת הר”י בפרט.

עוד לפני הכנס התנגדה הנהלת הר”י באופן ספציפי להעברת סמכויות לשלושה סוגי מקצועות – אחיות, רוקחים ובעלי מקצועות נלווה רפואיים.¹⁴⁴ מאבק אחד קשה במיוחד ניהלה הנהלת הר”י במטרה למנוע את מיסוד המקצוע “אח מומחה בקהילה”. במאי 2019 פרסם משרד הבריאות חוזר שמטרתו הייתה מיסוד המקצוע, שהינו ייחוד של המקצוע “אח מומחה קליני” לצורכי המרפאות הקהילתיות של קופות-החולים.¹⁴⁵ בחוזר הוגדרו מהות התפקיד וסמכויותיו. מייד לאחר-מכן יצא מכתב מיו”ר הר”י דאז, פרופסור ציון חגי, המתריע כי אם לא ישונה החוזר ולא יושגו הסכמות מול הארגון, הוא ינקוט צעדים ארגוניים.¹⁴⁶ ההתנגדויות העיקריות היו בעניין הרכב הוועדה המייעצת שתקבע את ההכשרה ובחינת-הסף למקצוע ובנושא כפיפותו של “האח המומחה בקהילה” למנהל המרפאה.¹⁴⁷ בשני העניינים, ההתנגדות נבעה משיקולים פוליטיים – שמירת כוח רב יותר בידי הרופאים וצמצום הסמכויות שתינתנה לעוסקים במקצוע “אח מומחה בקהילה”. באוגוסט 2019, לאחר דין-ודברים עם הנהלת הר”י, הצליחה הנהלת משרד הבריאות להגיע להסכמות

**”למרות התנגדותם
של רופאי המשפחה
באוסטריה,
באנגליה, בבלגיה,
בגרמניה, בהולנד,
בוויילס ובפינלנד
להעברת חלק
מסמכויותיהם אל
העוסקים במקצוע
’אח מומחה
קליני’, נמצא כי
לאחר שהועברו
הסמכויות,
העוסקים במקצוע
זה באותן מדינות
ניהלו את עצמם
טוב יותר, הניבו
תוצאות טובות
יותר ושיפרו את
איכות חייהם של
מטופליהם ואת
היענותם לטיפול.”**

בנוגע למיסוד המקצוע, אך העוסקים בו עודם כפופים לרופא.¹⁴⁸ כפיפותם לרופא מאיינת הרבה מיתרונות המקצוע ומהחיסכון במשאבים הגלום בו, ותואמת יותר מדינות מתפתחות מאשר מדינות מפותחות.¹⁴⁹

התנגדות נוספת הביעה הנהלת הר”י לשינוי פקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ”א-1981, כך שבמקרים מסוימים יוכלו גם רוקחים לתת מרשם למטופל.¹⁵⁰ אולם במקרה זה לא הצליחה הנהלת הר”י למנוע את המהלך. באפריל 2014 התקבל התיקון לפקודה ותוקנו תקנות הרוקחים (מתן מרשם בידי רוקח בעל הרשאה אישית), התשע”ד-2014, המאפשרות מתן תרופות מרשם על-ידי רוקח ללא הצגת מרשם רופא בעת הקנייה. התרופות הכלולות באפשרות זו משמשות לטיפול במגוון של תופעות בריאותיות המתרחשות באופן תדיר אצל רוב האנשים, כגון תרופות לטיפול בחטטת (אקנה), במיגרנות, בהשמנת-יתר ועוד.

בעשור האחרון ניסו במשרד הבריאות למסד את המקצוע ”עוזר רופא” במחלקות בתי-החולים. בעבר הביעה הנהלת הר”י התנגדות גם להטמעת המקצוע הזה, מחשש שהוא יאפיל על מקצוע הרפואה.¹⁵¹ עם השנים הבינו עובדי משרד הבריאות כי רתימת הנהלת הר”י למהלך היא תנאי הכרחי להצלחתו. בשנת 2012 הוקמה ועדה שדנה בהטמעתו של מקצוע זה בישראל, ובמסגרת דיוניה גובשו הסכמות עם הנהלת הר”י שהכשרתם של ”עוזרי הרופא” תיעשה על-ידי ”המועצה המדעית” ושהם יוכפפו באופן מוחלט לרופאים.¹⁵² כיום עובדים בישראל כמאה ”עוזרי רופא”, אך עבודתם אינה מוסדרת בחוק, ובימים אלה עמלים על הנושא.¹⁵³

ישראל אינה המדינה היחידה שבה ניסיונות להטמיע מקצועות קליניים חדשים בענף הרפואה עוררו התנגדות מצד הנהלות ארגוני הרופאים ומצד הרופאים עצמם. אולם למרות התנגדותם של רופאי המשפחה באוסטריה, באנגליה, בבלגיה, בגרמניה, בהולנד, בוויילס ובפינלנד להעברת חלק מסמכויותיהם אל העוסקים במקצוע ”אח מומחה קליני”, נמצא כי לאחר שהועברו הסמכויות, העוסקים במקצוע זה באותן מדינות ניהלו את עצמם טוב יותר, הניבו תוצאות טובות יותר ושיפרו את איכות חייהם של מטופליהם ואת היענותם לטיפול.¹⁵⁴ פעמים רבות עיקר התנגדותם של הרופאים ושל הארגונים המייצגים אותם נובעת ממידת עצמאותם של בעל המקצועות החדשים לעומת מידת תלותם ברופאים – אם הם כפופים לרופאים, ההתנגדות לשילובם פחותה. מצב זה מצער משום שדווקא בעצמאותם של בעלי המקצועות הללו טמון יתרונם.¹⁵⁵ הניסיון

שהצטבר במדינות אחרות בעולם בהטמעת המקצועות הקליניים מדרגי הביניים מוכיח כי מהלך זה משתלם בכל פרמטר.¹⁵⁶ אסור לאפשר לשיקולים פוליטיים ולא־מקצועיים לחסום את המהלך הזה בישראל.

4. איסוף וניהול של מידע על מצבת הרופאים על־ידי משרד הבריאות

תכנון לטווח ארוך של כוח־האדם של מערכת הבריאות בכלל ושל הרופאים בפרט הוא הכרחי על־מנת לאפשר התאמה שלו לצורכי האוכלוסייה כמו־גם לביקושים הצפויים בהתמחויות השונות ובאזורים גיאוגרפיים שונים בישראל. תכנון כזה הוא אחד מתפקידי המרכזיים של משרד הבריאות בכל מדינה. על־מנת לאפשר תכנון כזה, הכרחי שיהיה למשרד הבריאות בסיס נתונים רחב ככל האפשר על כוח־האדם הרפואי. בסיס הנתונים צריך להכיל מידע על כל בעלי הרישיון הקיימים – מי מועסק באיזה מקצוע, אילו רופאים הם מומחים ובאילו תחומים, כמה מהם אכן עוסקים ברפואה נכון לזמן נתון, כמה מהעוסקים ברפואה נמצאים בחו"ל וכמה מהם בארץ, היכן הם מועסקים ועוד.

עם זאת, עד היום אין במשרד הבריאות הישראלי בסיס נתונים מלא כזה לגבי רופאים, ובטח שלא לגבי רופאים מתמחים. עובדי מסתמכים על הנתונים שעובדי הר"י אוספים ומוכנים לשתף או על נתונים מנהליים של רשות המיסים. נתונים לגבי רופאים מתמחים – כמה התחילו התמחות בכל שנה בכלל וכמה בכל התמחות, כמה סיימו התמחות בכל שנה בכלל וכמה בכל התמחות ונתונים סטטיסטיים לגבי זהותם (גיל, שנת התחלת ההתמחות, המוסד בו מבוצעת ההתמחות וכולי) – לא קיימים באף גוף מלבד בהר"י. כיום בעל רישיון נרשם במאגר של משרד הבריאות בעת קבלת הרישיון, אך מרגע זה אין לעובדי המשרד כל קשר עימו עד ליום פטירתו, אלא אם כן הוא הגיש בקשה לקבלת רישיון רופא מומחה או אם מסיבה כלשהי נשלל רישונו או הותלה.¹⁵⁷ הנתונים שמתפרסמים מטעם המשרד אינם של המועסקים בפועל, אלא של אלה המורשים לעסוק במקצוע בישראל. כדי לחפות על המחסור בנתונים של מספר המועסקים בפועל בישראל, נערך בכל שנה אומדן למספר זה על־ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אך המדגם שנאסף לצורך האומדן אינו מפריד בין בעלי רישיון לעיסוק ברפואה שעוסקים במקצוע הרפואה ובין אלה שעוסקים במקצועות אחרים, ולכן אין הוא מעיד על מספר הרופאים העוסקים במקצוע בפועל.¹⁵⁸ בסקר מוגדרים "מועסקים" אנשים שעבדו לפחות שעה אחת בשבוע הקובע (השבוע

**”מבקר המדינה
העיר גם כי
אי-קיומו של
מנגנון לרישום
תקופתי מקשה על
משרד הבריאות
לתכנן את כוח-
האדם כראוי.”**

המסתיים בשבת שלפני עריכת הסקר) בעבודה כלשהי תמורת שכר, רווח או תמורה אחרת. גם סטודנטים הנמצאים בהשתלמות המעשית שלהם מסווגים בסקר כרופאים, וכך גם רופאים זרים השוהים בישראל בהתמחות יותר משנה.

למשרד הבריאות הייתה חזקה על נושא ההתמחות עד לשנות השבעים של המאה הקודמת, אך מאז ועד היום הר"י היא שמנהלת את הנושא על שלל היבטיו, לרבות איסוף המידע.¹⁵⁹ עובדי משרד הבריאות אינם אוספים בעצמם מידע על מספר מקומות ההתמחות הקיימים בכל רגע נתון.¹⁶⁰ הם אינם יודעים כמה מהם מאוישים ומהו לוח-הזמנים להתפנות המקומות התפוסים, ומובן שאין להם גם תוכנית לקביעת הצרכים העתידיים בכל תחום התמחות.

לא רק שעובדי המשרד אינם אוספים נתונים לגבי ההתמחויות ברפואה, הם גם לא תמיד מקבלים אותם מעובדי הר"י. הנהלת הר"י מתנגדת נחרצות להקמת מסד נתונים במשרד הבריאות, ומוכנה לקיומו רק בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שבה יובטח חיסיון הנתונים.¹⁶¹ התנגדותה של הנהלת הר"י להקמת מסד הנתונים נובעת משלושה נימוקים: חשש שרישום של רופאים הוא צעד לקראת רישוי תקופתי ולא קבוע – מהלך שהיא מתנגדת לו; חשש לשימוש במידע באופן שעלול לפגוע בעניינם של הרופאים (למשל, שימוש במידע בעת משא-ומתן עם משרד האוצר על חתימת הסכמים קיבוציים); וחשש שעומק הנתונים הוא בגדר מדרון חלקלק, ובעתיד יתבקשו נתונים נוספים שהרופאים מעדיפים שייוותרו חסויים.¹⁶² אלה בבירור אינם שיקולים שאמורים להניא את עובדי משרד הבריאות מלאסוף מידע על מצבת כוח-האדם הרפואי בישראל, כדי שיוכלו לאסדר כראוי את הענף שהם מופקדים עליו, וברור שאין בהם כדי למנוע את שר הבריאות מלהשתמש בסמכויותיו החוקיות ולדרוש את קבלת הנתונים לידי.

אי-קיומו של מנגנון לרישוי תקופתי של רופאים או לכל-הפחות לרישום תקופתי שלהם, וכן העדרו של מאגר נתונים מקיף ומהימן לעניין מספר הרופאים המועסקים בישראל, ידועים ונידונים כבר עשרים שנה לכל-הפחות.¹⁶³ עוד בשנת 1990 הדגישה "ועדת נתניהו" כי בישראל אין מאגר נתונים על כוח-האדם הרפואי. כך עשתה גם "הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה" ("ועדת אמוראי"), שהגישה את המלצותיה בשנת 2002, וכך עשה גם מבקר המדינה בשנים 2002, 2009 ו-2018, אשר העיר גם כי אי-קיומו של מנגנון לרישום תקופתי מקשה על משרד הבריאות לתכנן את כוח-האדם כראוי.

לא ברור מדוע הוחלט במשרד הבריאות שנושא הנתונים אינו צריך להיות מנוהל על-ידי עובדי המשרד. ייתכן שהדבר קשור לדריסת-הרגל שיש להנהלת הר"י במשרד הבריאות. בכל אופן, ראוי בהחלט שתיעשה חשיבה מחודשת בעניין. לא מן הנמנע שבעיות רבות הקשורות למצבת הרופאים, כגון מחסור ברופאים במקצועות ובאזורים מסוימים, היו זוכות התייחסות מוקדמת יותר אילולא הייתה הסמכות לניהול המידע נחלתה הבלעדית של הר"י. רק לאחרונה, באוקטובר 2021, אסרה הנהלת הר"י על הנהלות בתי-החולים לשתף את משרד הבריאות בנתונים שעובדי המשרד ביקשו מהם על-מנת לבדוק את נושא קיצור התורנויות.¹⁶⁴ הריבון במדינה אינו הנהלת הר"י, ואסור שמקרים כאלה יישנו.



ז. מדיניות ממשלתית רצויה

”חוסר עצמאותה של המועצה המדעית גורם לתפקוד לקוי שלה בתחומי אחריותה. הפיכתה לגוף עצמאי תקדם תכנון ראוי של כוח־האדם הרפואי בישראל ותגדיל את הסיכויים שיימצא פתרון ראוי וארוך־טווח לאיומים הנשקפים כיום לענף הרפואה ולאלה שיתהוו בעתיד.”

בחלקים הקודמים הוצגו שלל בעיות הנובעות מניגוד העניינים שבו שרויים הנהלת הר”י, נציגיה וראשי האיגודים המקצועיים הנמצאים תחתיה בעת פעילותם במסגרת הר”י. נוסף על כך הובאו דוגמאות לנזקים הנובעים מניגודי העניינים הללו. מטרת הפרק הזה היא להציע פתרונות לבעיות הללו.

כיום הר”י היא ארגון־הגג המאגד תחתיו את האיגודים המקצועיים של תחומי ההתמחות השונים ברפואה, נציגיה של הר”י אחראים לייצוג הרופאים מול מעסיקיהם בשירות הציבורי, ואחת מזרועותיה של הר”י היא “המועצה המדעית”, שהיא הגוף האחראי בפועל לאסדרת תחום ההתמחויות ברפואה. קיומם של שלושת ה”כובעים” הללו במקביל, בצירוף החיסיון הנלווה למעמדה של הר”י כאגודה עות’מאנית, יוצר עיוותים בענף הרפואה ומעמיד את הנהלת הר”י, את נציגיה, את עובדיה ואת ראשי האיגודים הפועלים תחתיה בניגוד עניינים חמור. מצב זה מביא לידי כך שהנושאים הנמצאים בסמכותה אינם מנוהלים תמיד באופן שמציב את מקסום טובת הציבור כמטרה העיקרית. לכן ראוי להפוך את הר”י לארגון עובדים בלבד, להוציא מידיה את הסמכויות האחרות ולהגביר את השקיפות בפעילותם של האיגודים. לשם כך נדרשים כמה שינויים:

יש להוציא מידי הר”י את “המועצה המדעית” ולהפוך את המועצה לארגון סטטוטורי שיעסוק באסדרת ההכשרה הרפואית בישראל – חוסר עצמאותה של “המועצה המדעית” גורם לתפקוד לקוי שלה בתחומי אחריותה. הפיכתה לגוף עצמאי תקדם תכנון ראוי של כוח־האדם הרפואי בישראל ותגדיל את הסיכויים שיימצא

פתרון ראוי וארוך-טווח לאיזומים הנשקפים כיום לענף הרפואה ולאלה שיתהוו בעתיד. לכן מוצע להוציא את "המועצה המדעית" מידי הר"י ולהופכה לארגון סטטוטורי שיעסוק באסדרה של כל ההתמחויות בענף, לרבות התמחויות בסייעוד ובתחומים אחרים בו. בראש הארגון תעמוד מועצה של נציגים מכל סוגי המקצועות בענף הרפואה (רופאים, אחיות, רוקחים, פרמדיקים וכולי) וגם ממקצועות רלוונטיים נוספים (כלכלה, מנהל ציבורי וכולי), וכל החלטות בנוגע לכל סוגי המקצועות ייקבעו במועצה הזו במשותף. ריבוי הרקעים המקצועיים בקרב מקבלי החלטות יקדם החלטות מאוזנות יותר ומתוכללות יותר, אשר יביאו בחשבון את צרכיו של הענף כולו ולא רק את טובתם של מקצוע מסוים או של ארגון עובדים מסוים. הסמכויות שיוקנו לארגון הסטטוטורי הן תכנון פרישתם של רופאים ושל בעלי המקצועות האחרים בענף בין ההתמחויות השונות, תכנון התכנים שיילמדו בהתמחות, קביעת התנאים להכרה במומחיותו של בעל המקצוע ופיקוח על האופן שבו נעשות ההתמחויות וכל פעילות אחרת הקשורה אליהן. המועצה תפעל בשיתוף עם האיגודים המקצועיים.

יש להסיר מפעילותם של האיגודים את החיסיון הנובע ממעמדה של הר"י כאגודה עות'מאנית ולהעביר אליהם סמכויות – קבלת החלטות נכונות לטווח הארוך בנושא הרפואה חייבת להסתמך על חוות-דעת שאינן מוטות משיקולים לא-ענייניים. כל עוד האיגודים המקצועיים מוגנים מחשיפה בזכות מעמדה של הר"י כאגודה עות'מאנית שקיפותם נמוכה, ולכן קשה לוודא את טוהר ההמלצות הניתנות על-ידי הנהלותיהם ועל-ידי חבריהם. לפיכך מוצע כי האיגודים יעבדו בשקיפות מלאה, וידווחו על כל הכנסותיהם מחברות בתחום הבריאות בצורה מבוקרת ומפוקחת על-ידי רואה-חשבון. לכשתגבר שקיפותם, ורק לאחר-מכן, יקבלו האיגודים המקצועיים את הסמכויות הבאות: ייצוג עמדת המקצוע לפני קובעי המדיניות ובוועדות ציבוריות, פיתוח קורסים מקצועיים לרופאים וכל פעילות אחרת המצריכה ידע מקצועי נרחב בתחום.

**”רופאים
המשתתפים
ב’ועדות הסל’
מגיעים לשם גם
בזכות המעמד שיש
לאיגוד המקצועי
שהם חברים בו.
אין שום סיבה
שהקשרים שיש
לרופאים האלה
עם חברות בתחום
הבריאות דרך
האיגודים שהם
חברים בהם
יישארו חסויים.”**

הר”י תיוותר ארגון עובדים יציג לרופאים, וסמכויותיה יהיו ייצוג הרופאים לפני קובעי המדיניות, ניהול משא־ומתן בשם הרופאים בשירות הציבורי מול מעסיקיהם בענייני שכר ותנאי עבודה וחתימה בשמם על הסכמים קיבוציים. בכל מקרה לא יעסקו בהר”י בנושאים מקצועיים. עובדי משרד הבריאות ימשיכו לנהל את רישוי הרופאים, את תכנון המערכת הרפואית ותקצובה, את הרפורמות בתחום, את תכנון ההשקעות ואת שאר הנושאים שבסמכותם כיום.

נוסף על ההמלצות המבניות, כדאי להחיל גם את השינויים הבאים:

• **על הממשלה להקפיד ולוודא שענייניהם של הרופאים המתמחים מיוצגים באופן הוגן במשא־ומתן על הסכמי השכר של ארגוני הרופאים – מכיוון שהר”י היא ארגון יציג, אסור לשום ארגון אחר לייצג רופאים שעליהם חל ההסכם הקיבוצי שנציגיה חותמים עליו. על רקע זה רופאים מתמחים רבים חשים שהם ”תקועים” עם ארגון יציג שאינו מייצג אותם ויוצאים למחאות עצמאיות. בכל מחאה כזו הממשלה נאלצת למצוא פתרון במהירות. מעבר לכך שבמהירות כזו קשה למצוא פתרונות מלאים, והממשלה נאלצת להסתפק ב”כיבוי שרפות”, קובעי המדיניות נדרשים להשקיע זמן ומשאבים רבים באופן בלתי־צפוי. מכיוון שיש היגיון בכך שהמדינה תהיה חתומה על הסכם יחיד עם הרופאים ולא על כמה הסכמים נפרדים (משיקולים של חיסכון בזמן ובמשאבים ושמירה על כוח המיקוח שלה), חשוב שהממשלה תיטול על עצמה את האחריות לוודא שענייניהם של הרופאים הצעירים בכלל ושל הרופאים המתמחים בפרט ייוצגו כראוי במשא־ומתן. לא רק שהדבר ייטיב עם הרופאים הצעירים, גם הממשלה והציבור ירוויחו מכך, שכן יימנעו מחאות ושבתות ”בלתי־צפויות” במערכת הבריאות, ייחסכו משאבים ותשתפר יעילותה של המערכת.**

• **יש לשנות את הנהלים כך שרופאים המשתתפים ב”ועדת הסל” יחויבו להצהיר על ניגוד העניינים הנובע מחברותם באיגודים המקצועיים – רופאים המשתתפים ב”ועדות הסל” מגיעים לשם גם בזכות המעמד שיש לאיגוד המקצועי שהם חברים בו. הימנעותם מדיווח על ניגוד העניינים הנובע מחברותם באיגוד אינה מוצדקת. אין שום סיבה שהקשרים שיש לרופאים האלה עם חברות בתחום הבריאות דרך האיגודים שהם חברים**

”קביעת שכרם של בכירי משרד הבריאות (המנכ”ל, ראשי החטיבות וראשי האגפים) בהסכם הקיבוצי שנציגי הר”י חותמים עליו קושרת את ענייניהם לענייניה של הנהלת הר”י, ומעמידה אותם בניגוד עניינים חמור.”

בהם יישארו חסויים. אין הבדל עקרוני בין רופא שקיבל תשלום מחברה בתחום הבריאות בעבור שירותים שהוא סיפק לה ובין רופא שקיבל מחברה כזו כיסוי להוצאותיו על השתתפות בכנס בחו”ל. ראוי לשנות את הנהלים כך שגם ניגודי עניינים אלה יעלו לפני ההשתתפות בוועדה. כמו־כן, כדי להבטיח שקיפות בנושא התרומות, ראוי שיוקם אתר ממשלתי שירכז את כל התרומות שניתנו במערכת הבריאות, גם ליחידים ולא רק לארגונים, כפי שיש בארצות־הברית.¹⁶⁵

• **יש לשלב ב”ועדת הסל” נציגי מקצועות נוספים בענף הבריאות וכן רופאים שאינם חברי הר”י – הפיכת האיגודים המקצועיים לשקופים יותר וחיוב הרופאים המשתתפים בוועדה להצהיר על ניגוד העניינים הנובע מפעילותם באיגודים הם צעדים חשובים מאוד, אך אין בהם כדי לאזן את המטרות והשקפות־העולם שיש למשתתפים השונים בוועדה. לכן מוצע כי בכל ועדה יהיו חברים – בשיעורים שיקבעו בחוק – נציגים מכל המקצועות הרלוונטיים בענף הרפואה וגם רופאים שאינם חברי הר”י.**

• **יש לבטל את קביעת שכרם של מחזיקי המשרות הבכירות במשרד הבריאות באמצעות הסכמי השכר הקיבוציים שנציגי הר”י חותמים עליהם – קביעת שכרם של בכירי משרד הבריאות (המנכ”ל, ראשי החטיבות וראשי האגפים) בהסכם הקיבוצי שנציגי הר”י חותמים עליו קושרת את ענייניהם לענייניה של הנהלת הר”י, ומעמידה אותם בניגוד עניינים חמור. מוצדקת ככל שתהיה הטענה כי זו הדרך למשוך רופאים לעזוב את משרותיהם היוקרתיות ולהצטרף לשירות הציבורי, יש דרכים ראויות יותר לעשות זאת מאשר להכניסם תחת כנפי הר”י. למשל, ניתן לקבוע תוספת מיוחדת לשכר הבכירים בשירות הציבורי. בכל אופן, יש להוציא את שכרם באופן מידי מהסכמי השכר הקיבוציים העתידיים של הרופאים.**

**”אם עבודת הרופא
תיועל ויושאר
בידיו רק המשימות
שיש לו יתרון
יחסי בביצוען,
הדבר עשוי לתרום
למקצוע הרפואה
ולרופאים עצמם,
שכן יתאפשר
להם לעשות את
עבודתם טוב יותר.”**

יש להחיל מדדי איכות גם על רופאים יחידים, על מרפאות קופות-החולים ועל מחלקות בתי-החולים – מדידת נתונים בנוגע לאיכותם של הטיפולים והשירותים בענף רפואה ופרסומם בפומבי מאפשרת לגשר על הפער הקיים במידע בין הרופאים למטופלים. באמצעות נתונים אלו המטופלים יכולים לבחור (באופן ישיר או באמצעות רופא המשפחה המטפל בהם) כיצד לטפל בבריאותם בצורה מושכלת יותר. ההתקדמות שחלה בנושא זה בעשורים האחרונים היא מבורכת, אך אינה מספיקה. יש להרחיב את התוכניות הקיימות כיום גם לרמת הרופא היחיד, לרמת מרפאת קופת-החולים ולרמת מחלקת בית-החולים. הרחבת התוכניות תיעשה על-ידי עובדי משרד הבריאות, בניהולם ובפיקוחם, והתוצאות שיופקו במסגרת זאת יוצגו בצורה שקופה לכלל האזרחים. שמירת תוצאות המדדים בסודיות במסדרוני משרד הבריאות מאיינת את מטרתם העיקרית ופוגעת בעצמאותם של המטופלים.

יש להעביר חלק מהסמכויות הנתונות כיום לרופאים באופן בלעדי אל בעלי מקצועות קליניים אחרים – במחקרים שנערכו בעולם נמצא כי בעלי מקצועות קליניים אחרים בענף הרפואה, כגון ”עוזר רופא” ו”אח מומחה קליני”, מניבים פעמים רבות תוצאות טובות יותר מרופאים ובעלות פחותה, בפרט במקרים שבהם ניתנת להם עצמאות והם אינם מוכפפים לרופאים. היענותה של הנהלת הר”י לקידום המקצוע ”עוזר רופא” היא מבורכת, אך אסור שהתנגדותה להטמעת מקצועות אחרים תמנע את המשך פיתוחם. המקצוע ”אח מומחה קליני” על שלל נגזרותיו – עם עצמאות מלאה או בשיתוף-פעולה עם רופא אך לא בכפיפות לו – הוא אחד הפתרונות הטובים ביותר לבעיית המחסור ברופאים שיש ב”מקצועות במצוקה” ובבתי-החולים בפריפריה, שסייע בהפחתת העומס הקיים כיום גם בשאר המקצועות ובתי-החולים. יתרה מזו, אם עבודת הרופא תיועל ויושאר בידיו רק המשימות שיש לו יתרון יחסי בביצוען, הדבר עשוי לתרום למקצוע הרפואה ולרופאים עצמם, שכן יתאפשר להם לעשות את עבודתם טוב יותר. ייסוד המקצוע ”אח מומחה קליני” ופיתוחו יובילו להוזלת עלויות ההעסקה המושגות על המדינה

”ההישענות של עובדי משרד הבריאות על הנתונים הנאספים בהר”י מסוכנת, הן מפני שהדבר מאפשר להנהלת הר”י למנוע את מסירת המידע והן משום שהוא מקנה לה את האפשרות לשנות את הנתונים כדי להתאים את התמונה הנוצרת מהם לצורכי הארגון והרופאים.”

וליעול מערכת הבריאות, ועשויים להעלות את הביקוש למקצוע הסייעוד, אשר חווה מחסור חמור בעצמו. על-כן יש לפתח הכשרות למקצועות כאלה, שיהיו ברמה גבוהה כמו זו שקיימת במדינות המפותחות, ולהעביר את פיתוחן ל”מועצה המדעית” החדשה והמאוזנת שתוקם.

• **על משרד הבריאות לאסוף מידע על הרופאים ועל תוכניות ההתמחות ברפואה ללא תלות בהר”י –** ההישענות של עובדי משרד הבריאות על הנתונים הנאספים בהר”י מסוכנת, הן מפני שהדבר מאפשר להנהלת הר”י למנוע את מסירת המידע והן משום שהוא מקנה לה את האפשרות לשנות את הנתונים כדי להתאים את התמונה הנוצרת מהם לצורכי הארגון והרופאים. משרד הבריאות חייב להיות הגורם שבמסגרתו נאסף בפועל המידע על מצבת הרופאים בישראל, לרבות המידע בדבר הכשרות הרופאים ומעקב אחר פרישתם לגמלאות או הגירתם לחו”ל. אם עובדי המשרד אינם מסוגלים – מבחינה מקצועית או פוליטית – לקדם את הנושא, אז ראוי שהאחריות לכך תוטל על גוף ציבורי מחוץ למשרד הבריאות, שיהיה מוגן מהשפעתה של הנהלת הר”י. זוהי החובה המוטלת על המשרד המופקד על תכנון ראוי של מצבת הרופאים לטווח הארוך ועל תכנון כוח-האדם הרפואי בישראל בצורה טובה ויעילה.

• **יש לבטל את מעמדה של הר”י כאגודה עות’מאנית –** הר”י היא ארגון יציג של כלל הרופאים בישראל, ועל-כן היא חייבת לנהוג בשקיפות כלפי כלל הרופאים המיוצגים על ידיה על-פי חוק. לפיכך אין זה ראוי שהיא תמשיך לפעול כאגודה עות’מאנית, ויש לפעול להפיכתה לעמותה רשומה.

מעבר להמלצות שהוזכרו עד כה, ראוי לדון גם בבעיות הקיימות כיום בכל הקשור למצבת הרופאים בישראל. לשאלה אם צריך להגדיל או להקטין את מספר הרופאים המומחים בישראל אין תשובה ברורה. אין זה הכרחי שרופאים מומחים הם רופאים טובים יותר מרופאים שאינם מומחים. אילו היה בידי עובדי משרד הבריאות מידע פרטני רב יותר על איכותו של כל רופא, היה אפשר לערוך השוואה אמיתית של איכות הטיפול בין שני סוגי הרופאים, ואולי להכריע בסוגיה.

**”התמחות היא
משאב ממשלתי,
והמדינה אינה
חייבת להעסיק
רופאים מעבר למה
שהיא צריכה בכל
תחום התמחות.
אין היא אמורה
להיות שונה מכל
מעסיק אחר שבוחר
אילו תפקידים הוא
צריך לאייש ואילו
בעלי מקצוע הכי
מתאימים למילויים.”**

בכל אופן, בהתבסס על מידע ממדינות אחרות ועל המקובל בעולם, בישראל יש מחסור ברופאים מומחים ב”מקצועות במצוקה” ובבתי-חולים הממוקמים בפריפריה, ונראה שמחסור זה יעמיק בהמשך לנוכח ההשלכות הצפויות של ”רפורמת יציב” על מצבת הרופאים. למרבה הצער בפעולות שננקטו עד היום אין כדי למנוע את העמקת המחסור הצפוי בעקבות הרפורמה. לכן כדאי לשקול את הצעדים הבאים כפתרונות אפשריים לבעיה:

• **יצירת מנגנון התאמה בין תוכניות התמחות ובין רופאים מתמחים** – אפשר ליצור מנגנון שמביא בחשבון את העדפותיהם של הרופאים המתמחים, אך חשוב לא פחות מכך – את העדפותיה של המדינה. כל אחד מהצדדים ידרג את העדפותיו, הן לגבי מקצוע ההתמחות והן לגבי בית-החולים שבו תתקיים ההתמחות, והמדינה תקבע מראש מכסה ארצית של משרות בכל מקצוע התמחות ובכל בית-חולים. המנגנון ימקסם את העדפותיהם של כל הצדדים. היתרונות במדיניות מסוג זה הם שעלויותיה נמוכות ושהיא אפקטיבית יותר במילוי צרכיה של מערכת הבריאות, אך היא מחייבת תכנון נרחב. חשוב לזכור שהתמחות היא משאב ממשלתי, והמדינה אינה חייבת להעסיק רופאים מעבר למה שהיא צריכה בכל תחום התמחות. אין היא אמורה להיות שונה מכל מעסיק אחר שבוחר אילו תפקידים הוא צריך לאייש ואילו בעלי מקצוע הכי מתאימים למילויים. כל מנגנון שיעשה זאת ויתאים לצורכי המערכת יהיה טוב. האלגוריתם של Gale-Shapley הוא דוגמה מצוינת למנגנון כזה, שמשמשים בו להקצאת התמחויות ברפואה בארצות-הברית.¹⁶⁶ בישראל מנגנון זה משמש כבר עתה, בהצלחה, להקצאת תלמידים לתוכניות תואר שני בפסיכולוגיה וחשבונאים מתמחים להתמחות בראיית-חשבון.¹⁶⁷

• **העמקת את הדיפרנציאליות בשכר הרופאים בין המקצועות השונים ובין האזורים הגיאוגרפיים השונים** – תוספות השכר והמענקים שניתנו עלי-מנת לעודד רופאים לבחור בהתמחות ב”מקצועות במצוקה” או בבתי-חולים הנמצאים בפריפריה לא הניבו תוצאות משמעותיות. אין זה אומר בהכרח שהרעיון עצמו שגוי. ייתכן שתוספות השכר והמענקים שניתנו לא חולקו באופן שיהווה תמריץ משמעותי

דיו כדי להניע רופאים לשנות את בחירתם. אם הבדלי השכר יהיו משמעותיים יותר ויפצו בצורה טובה יותר על אובדן ההכנסות העתידיות של רופא שבחר במקצוע או באזור שההכנסות העתידיות בהם נמוכות במידה משמעותית מאשר במקצועות או באזורים אחרים, סביר להניח שהבחירה במקצועות הנחשקים או בבתי־החולים באזור המרכז לא תהיה ברורה כל־כך. ראוי שתוספות השכר שיינתנו בעתיד ייועדו רק למקצועות שבהם יש מחסור או צפוי מחסור, וכן שהן לא יינתנו בצורה אחידה אלא לפי חומרת המחסור. באופן זה, יהיה אפשר לאזן בין הביקוש להיצע במקצועות השונים.



ח. סיכום

הר"י היא ארגון העובדים היציג של הרופאים המועסקים בשירות הציבורי בישראל ואחד מארגוני העובדים הוותיקים ביותר בישראל. לאורך השנים התקבעו בהר"י שלוש סמכויות – או "כובעים" – שקיומן המקביל יוצר ניגודי עניינים לפועלים במסגרתה, הגורמים לפגיעה בטובת הציבור, ולעיתים גם בטובת הרופאים עצמם.

ה"כובע" הראשון של הר"י הוא היותה ארגון עובדים יציג הפועל כאגודה עות'מאנית. מתוקף סמכותה כארגון יציג, נציגיה אחראים לניהול המשא-ומתן בשם חבריה לעניין החתימה על ההסכם הקיבוצי שלהם ולאכיפתו מול המעסיקים במגזר הציבורי. ההסכם הקיבוצי מגדיר את תנאי העבודה ויחסי העבודה של הרוב המוחלט של הרופאים המועסקים במגזר הציבורי בישראל. עליכן הר"י היא אחד מארגוני העובדים החזקים ביותר במשק, והיא מהווה מנופול, בחסות החוק, בתחום ייצוג הרופאים בישראל מול מעסיקיהם. כמו-כן, הר"י מוגדרת אגודה עות'מאנית, ולכן היא אינה מפקחת, מה שמאפשר להנהלתה לנהל תחומים רבים בפעילותה בחשאיות ולקבל תרומות ותשלומים משלל גורמים ללא שקיפות ודיווח מסודר ומבוקר עליידי רואה-חשבון.

ה"כובע" השני של הר"י הוא היותה המאסדר הבלעדי של הליך ההתמחויות ברפואה בישראל. מסלול לימודי הרפואה בישראל מתחיל באחד מששת בתי-הספר לרפואה הקיימים בארץ. לאחר סיום הלימודים והשתתפות בשנת השתלמות מעשית, המסיימים זכאים לתואר דוקטור לרפואה ולרישיון לעיסוק ברפואה כללית. לאחר-מכן הם יכולים להתחיל בהתמחות באחד מחמישים ושישה המקצועות הקיימים בענף. הסמכות להענקת הכרה במומחיות, כמו-גם לאסדרת הליך ההתמחות עצמו, נמצאת בידי "המועצה המדעית" של הר"י. המועצה קובעת את עיקרי תוכנית הלימודים והמימונויות הנדרשות

בכל אחת מההתמחויות, מפקחת על כל המחלקות והמרפאות המוכרות לצורך התמחות, מקיימת את הבחינות הנדרשות ומכירה בזכאות למומחיות של מסיימי המסלולים.

ה"כובע" השלישי של הר"י הוא היותה ארגון-הגג של האיגודים המקצועיים בתחום הרפואה. תחת הר"י קמו חמישים ושניים איגודים מקצועיים ועוד מספר נאה של חוגים וחברות הקשורים לענפי התמחות שונים בענף הרפואה. באיגודים מאורגנים מדי תקופה כנסים מקצועיים לחבריהם, שבהם הרופאים הבכירים ביותר בתחום ההתמחות של האיגוד נושאים הרצאות. כנסים אלה הם אחת הדרכים המרכזיות להעביר לרופאים ידע מקצועי חדש בתחומם, ורק חברי האיגוד יכולים להשתתף בהם. חלק מהמיון להפקת הכנסים מגיע מתרומות שניתנו מחברות בתחום הרפואה. פעילות חשובה נוספת המאורגנת באיגודים היא פרסום ניירות עמדה, שיש להם השפעה נרחבת על מדיניות הבריאות בישראל. לאיגודים המקצועיים אין קיום עצמאי, וכל החלטה המתקבלת בהם חייבת להתיישב עם מדיניותה של הר"י. הם בנויים כגילדות סגורות ובדלניות, המאפשרות שליטה מוחלטת בתכנים המועברים בכנסים שהן מארגנות, בזהות הרופאים הנחשפים לתכנים הללו ובמידע שיוצא אל מחוץ לאיגוד. כך ראשי האיגודים מצליחים לשמור על חסיונם של ענייני הגילדה ושל ענייני הר"י, ולהימנע מלהתעמת עם עמדות שונות מהמקובל – הן רפואיות והן פוליטיות.

שני ה"כובעים" הראשונים יוצרים ניגודי עניינים הן להנהלת הר"י והן ל"מועצה המדעית". ניגוד העניינים של הנהלת הר"י בהקשר זה מתבטא באופן שבו היא מקדמת את מטרותיה על-חשבון הרופאים הצעירים החברים בה ומבלי לחשוש מהתנגדותם. הר"י היא ארגוןם היציג של הרופאים מתוקף היותה הארגון אשר רוב הרופאים שהסכם הקיבוצי חל עליהם בחרו בו כמייצגם. במצב כזה אין לחברי הנהלת הר"י חשש שאי-יציג של קבוצה זו או אחרת, כל עוד היא אינה הרוב, יוביל לאובדן הסמכתה של הר"י כארגון יציג. מכיוון שרוב גורף של הרופאים בארץ בכלל, ושל חברי הר"י בפרט, הם רופאים מבוגרים וותיקים, לקבוצה זו יש כוח אלקטורלי רב מאוד בהר"י, והם שקובעים בפועל מי ישבו בהנהלתה, כך שלהנהלת הארגון יש עניין רב לעמוד בציפיותיהם. אם ההנהלה רוצה להיבחר שוב, עליה לדאוג קודם-כל לרווחת הרופאים המבוגרים, ורק לאחר-מכן לזו של הרופאים הצעירים.

אחת ההמחשות לכך היא פערי השכר בין הרופאים הצעירים לרופאים המבוגרים. שיעור העלייה בשכר הרופאים המבוגרים בשנים 2020-2009 היה גדול פי כ-1.7 משיעור העלייה בשכרם של הרופאים המתמחים ופי 1.35 משיעור העלייה בשכרם של הרופאים המומחים הצעירים. במהלך המשאומתן על ההסכם הקיבוצי בשנת 2011 הוצגו לאורך כל הדרך השכר ותנאי העבודה של הרופאים המתמחים ושל הרופאים המומחים הצעירים כמושא למאבק, אך בסופו של דבר חתמו נציגי הר"י על הסכם שעיקר המרוויחים ממנו הם הרופאים המבוגרים.

דוגמה נוספת לניגוד עניינים, הפעם גם של הנהלת הר"י וגם של "המועצה המדעית", ניתן לראות בשימוש של הנהלת הר"י במצוקותיהם של הרופאים המתמחים ככלי להפקת רווחים במשאומתן על ההסכמים הקיבוציים, בעוד "המועצה המדעית" שותקת. לקראת משאומתן קרב הנהלת הר"י מרבה להציג בתקשורת את מערכת הבריאות כמצויה בקריסה מפאת חוסר תקצוב. אם המערכת אכן בקריסה, המדינה היא שאשמה בכך, ועל-כן נציגי המדינה מגיעים מעמדה נמוכה יותר למשאומתן מול נציגי הר"י. כדי לנמק את טענות הקריסה, הם משייכים אותה למחסור הקיים ברופאים בבתי-החולים הממוקמים בפריפריה וב"מקצועות במצוקה" – מקצועות רפואיים המאופיינים בזמני המתנה ארוכים לקבלת טיפול רפואי, ואשר מקובל בענף להסכים כי קיים בהם מחסור אמיתי ברופאים. בפועל מערכת הבריאות אינה קורסת, אולם גם אם נקבל שהיא קורסת, המדינה אינה האשמה היחידה בנושא, שכן זו השקיעה הון רב במימון מענקים ותוספות שכר לעוסקים במקצועות ובאזורים הללו, אך אלה לא עזרו כלל במשיכת רופאים אליהם. הפתרון האפקטיבי ביותר לבעיית המחסור הוא ויסות המתמחים בצורה טובה יותר, תוך כדי התחשבות בצורכי המערכת. האחריות להצעת הפתרון הזה נמצאת בידי "המועצה המדעית", אך נדמה שזו נטשה את טובת התמחויות הרופאים למען מטרותיה של הר"י – הן בנושא זה והן בנושאים נוספים שלהנהלת הר"י יש עניין בהם.

ה"כובע" הראשון וה"כובע" השלישי יוצרים ניגוד עניינים להנהגות האיגודים המקצועיים. אותם איגודים נחשבים בני-סמכא בנושאים הקשורים לענף הבריאות. מתוקף זאת הם מתבקשים על-ידי גורמים שונים בממשלה ובכנסת להביע את עמדתם בנושאים חשובים הקשורים לענף. כך, למשל, במסגרת "ועדת הסל". חברי ועדה זו אחראים להחליט אילו טכנולוגיות רפואיות יסובסדו על-ידי המדינה ואילו לא יסובסדו, מה שמפקיד בידיהם כוח רב. בשל כך כלל החברים מחויבים להצהיר על ניגודי העניינים שיש להם עם

חברות שמוצריהן נשקלים בוועדה, ועל בסיס הצהרותיהם קובעים באילו מדיוני הוועדה הם לא יוכלו להשתתף, על-מנת למנוע הטיות אפשריות בתהליך קבלת ההחלטות וגיבוש המלצות. עם זאת, חברי האיגודים נוהגים לא לציין את חברותם בהם כניגוד עניינים, וזאת אף שהם נהנים מהכספים שאותן חברות העבירו לאיגוד שהם חברים בו, דרך הכנסים, פעילויות הרווחה ושאר השירותים שהאיגוד מספק להם. כספי התרומות המגיעים לאיגודים הם בהיקף של מיליוני שקלים, אך כספים אלה אינם מפוקחים כי האיגודים נהנים ממעמד האגודה העות'מאנית של הר"י, אשר פורש את הגנתו גם עליהם.

האיגודים המקצועיים גם שומרים על מעמדה של "המועצה המדעית" ונמנעים ממתן חוות-דעתם בנושאים הקשורים לתחום פעילותה, גם כאשר אמור להיות להם ידע רחב יותר בנושא משיש לה. נושאים כאלה – שהיה אפשר לצפות לשמוע חוות-דעת פרטנית בעניינם מכל איגוד ואיגוד – הם סוגיית קיצורן של תורנויות הרופאים וסוגיית המחסור ברופאים ב"מקצועות במצוקה". הימנעות זו ממתן חוות-דעת מבטאת את ניגוד העניינים הנובע מכך שהר"י חובשת גם את ה"כובע" השני וגם את ה"כובע" השלישי.

ישראל אינה המדינה היחידה שיש בה ארגון עובדים ארצי לרופאים המקומיים. למעשה, בכל המדינות החברות ב-OECD יש ארגונים כאלה, הנקראים לרוב National Medical Associations (NMAs). ב-28 מתוך 38 המדינות החברות ב-OECD – כגון גרמניה, ספרד, צ'כיה, ארצות-הברית וקנדה – ה-NMA אינו מחזיק ב"כובע" של ארגון עובדים יציג. כמעט בכל המדינות החברות ב-OECD ה-NMA אינו המאסדר הבלעדי של ההתמחויות ברפואה במדינה. ביותר ממחצית המדינות החברות ב-OECD – כגון אוסטרליה, פינלנד, צ'ילה, צרפת, קולומביה, קוריאה הדרומית, ושוודיה – יש ארגונים אחרים אשר מאגדים תחתיהם איגודים מקצועיים ברפואה או מהווים בני-סמך מקצועיים בתחום הרפואה, ורובם עוסקים אך ורק בעניינים מקצועיים ונמנעים מעיסוק בעניינים הפוליטיים של הרופאים.

בחמש מהמדינות החברות ב-OECD יש ל-NMA שניים מתוך שלושת ה"כובעים", בשבעה-עשר מהן יש לו אחד מהשלושה, וביתר אין לו אפילו אחד. בכשליש מהמדינות החברות ב-OECD, ה-NMA מהווה רק ארגון-הגג של האיגודים המקצועיים, ותפקידו הוא לאחד את הרופאים מכלל המקצועות ולהציע להם שירותים כגון ביטוחים קולקטיביים, ייעוץ משפטי, בתי-נופש להשכרה ועוד. רק במדינות ספורות החברות ב-OECD ניתנה ל-NMA האחריות הבלעדית לאסדרת ההתמחויות ברפואה. במדינות מסוימות חלה חובה על

רופאים להיות חברים ב-NMA במדינתם על-מנת לעסוק ברפואה, אך אין הם מחויבים להיות מיוצגים על-ידיה לפני הממשלה, בתי-החולים או קופות-החולים בנוגע לתעסוקתם. לסיכום, אין זה נדיר למצוא NMA שיש לו "כובעים" מבין אלה שיש להר"י, אך במדינות ה-OECD לא נמצא אחד נוסף, מלבד זה בישראל, שחובש את כולם יחדיו.

הר"י היא מארגוני העובדים החזקים ביותר בישראל מבחינת כמות הסמכויות ועוצמתן, בין היתר מפני שלהנהלת הר"י יש דריסת-רגל במשרד הבריאות. לא רק שחברי הר"י מאיישים את המשרות הבכירות ביותר במשרד, אלא ששכר חלק מהם – לרבות המנכ"ל, ראשי חטיבות מסוימות, ראשי אגפים מסוימים וראשי מחלקות מסוימות – נקבע בהסכמים הקיבוציים שנציגי הר"י חותמים עליהם, והוא גבוה במידה משמעותית מזה של מקביליהם במשרדים אחרים. אותם בעלי תפקידים עוסקים באסדרה של ענף הבריאות בישראל על-ידי הוצאת תקנות והוראות שונות לניהול הענף ולתפעולו. מצב דברים זה הוא ייחודי בישראל ויוצר לאותם בכירים ניגוד עניינים חמור בין טובת הציבור ובין טובת הר"י.

דריסת-הרגל של הנהלת הר"י במשרד הבריאות הצמיחה לארגון מעמד ציבורי רם, עד כדי כך שנציגיה מתערבים פעמים רבות בתהליכי קבלת ההחלטות בנושאים מהותיים הקשורים למדיניות ציבורית בתחום הרפואה בישראל. הם פועלים להשפיע על חקיקה ומדיניות ציבורית בנושאים הקשורים לענף הרפואה בישראל, ובכלל זה מפרסמים ניירות עמדה, משתתפים בדיונים של ועדות ציבוריות, יוזמים ומנסחים הצעות חוק ומגישים עתירות לבית-המשפט. לעיתים ההתערבות יוצרת עיכובים של ממש בהחלת רפורמות שעתידות לשפר את יעילותה של מערכת הבריאות ואת השירות הניתן לציבור. כך קרה עם חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – חוק חשוב אשר הביא לידי צמצום משמעותי באי-השוויון הבריאותי בישראל – ותרם לשגשוגה של המדינה מבחינה בריאותית, אך נבלם במשך שנים רבות כתוצאה מהתנגדותה של הנהלת הר"י. חוק זה עבר בסופו של דבר, אך רפורמות חשובות אחרות עודן "תקועות" בגלל התנגדותה של הנהלת הר"י.

אחת מהן היא החלת מדדי איכות גם על רופאים יחידים, על מרפאות קופות-החולים מסוימות ועל מחלקות בתי-חולים. קיימים כיום מדדי איכות לקופות-החולים ולבתי-החולים, אך ההשוואות נעשות ברמת המקור, מה שמסתיר מידע חשוב מהמטופל. אם ביצועיה של מחלקה מסוימת בבית-חולים גרועים במיוחד, המטופל לא יוכל לדעת זאת,

בייחוד אם שאר המחלקות באותו בית-חולים טובות מספיק, כך שציוניהן מחפים על ציוניה של המחלקה הכושלת. באותו אופן, אם רופא מסוים כושל בתפקידו, המדדים של קופות-החולים יכולים להסתיר זאת אם ציוניהם של הרופאים האחרים טובים דיים לחפות על ציונו. על-אף החשיבות הרבה שיש במציאת מודלים להבטחת איכותם של הטיפול והשירות הניתנים בבתי-החולים ובמרפאות, הנהלת הר"י מתנגדת נחרצות כמעט לכל יוזמה שעולה בעניין.

רפורמה חשובה אחרת המתעכבת בגלל התנגדותה של הנהלת הר"י היא העברת חלק מהסמכויות הנתונות כיום לרופאים באופן בלעדי אל בעלי מקצועות קליניים אחרים. כבר שנים רבות שברחבי העולם יש מגמה של שיתוף בעלי מקצועות רפואיים קליניים מדרגי-ביניים – כגון אחיות, פרמדיקים ורוקחים – בסמכויות שהיו בעבר נחלתם של רופאים בלבד. בעלי מקצועות אלה מחויבים בהכשרה קלינית מתאימה לצורך זה, וגם לאחריה הם מתמודדים עם מקרים בדרגת מורכבות פחותה מזו שרופאים מתמודדים עימה, אך הם חייבים בהכשרה קלינית מתאימה. מדינות רבות כבר הטמיעו את העיסוק במקצועות הללו, באופן שסייע להן לחפות על בעיות הקשורות למקצוע הרפואה. במשך השנים התגלה שלבעלי המקצועות הללו יש אף יתרונות על רופאים, כגון הגעה לתוצאות טובות מאלה המושגות בטיפול המוצע על-ידי רופאים בלבד, וזאת בזכות שיתוף עמוק יותר של המטופל בתהליך הטיפול. עם זאת, הנהגת הר"י חוששת מההשלכות של אובדן הסמכויות שיש כיום לרופאים, ומעכבת מאוד את החלת הרפורמה.

על-מנת להתיר את ניגודי העניינים בפעילות הר"י, יש להחיל בה שינויים מבניים. ראשית, יש להוציא ממנה את "המועצה המדעית" ולהפוך את המועצה לארגון סטטוטורי שיעסוק באסדרה של כל ההתמחויות בענף הרפואה בישראל, לרבות התמחויות בסיעוד, ברוקחות ובכל מקצוע קיים או חדש שיוטמע בו. בראש הארגון תעמוד מועצה של נציגים מכל סוגי המקצועות בענף הרפואה וממקצועות רלוונטיים נוספים, על-מנת לשמור על איזון ההחלטות בה. שנית, יש להסיר מפעילותם של האיגודים המקצועיים את החיסיון הנובע ממעמדה של הר"י באגודה עות'מאנית ולהעניק להם סמכויות שמטרתן היא שמירה על המקצועיות והאיכות של הרפואה בישראל. בסוף התהליך תיוותר הר"י ארגון עובדים יציג לרופאים, ואיגודיה לא יוכלו עוד להסתיר את הכספים שהם מקבלים מגורמים שונים.

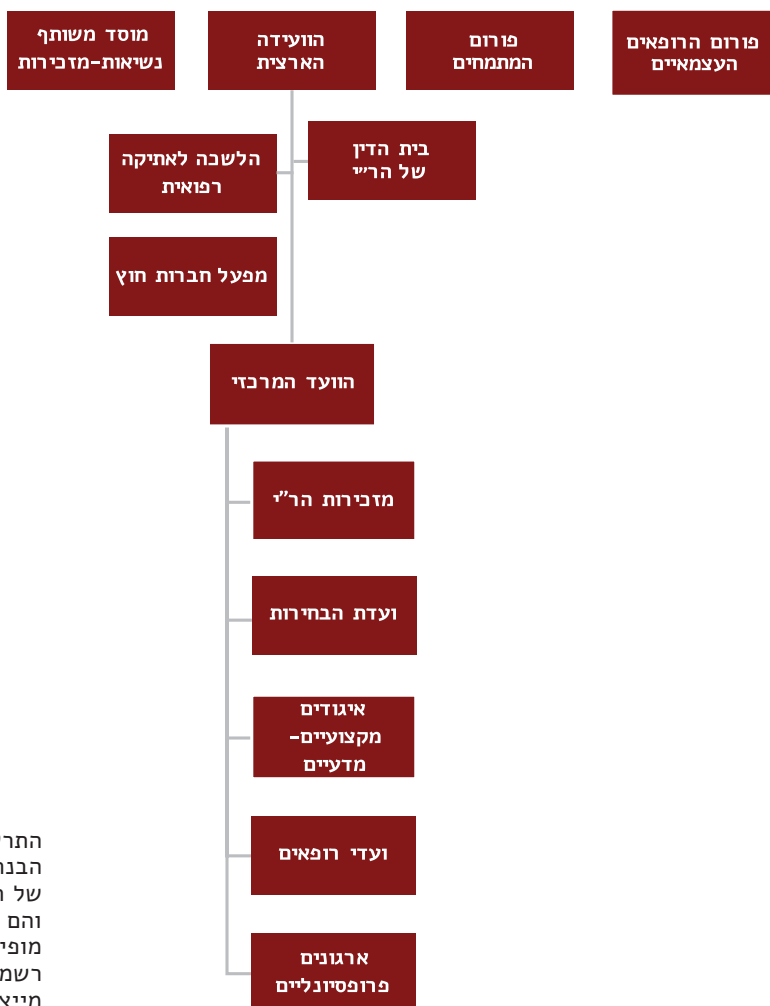
מלבד השינויים המבניים בהר"י, כדאי להחיל שינויים נוספים שיסייעו בפתרון בעיות אחרות בענף: על הממשלה להקפיד ולוודא שענייניהם של הרופאים הצעירים מיוצגים באופן הוגן במשא-ומתן על הסכמי השכר; יש לחייב רופאים המשתתפים ב"ועדת הסל" להצהיר על ניגוד העניינים הנובע מחברותם באיגודים המקצועיים ולשלב בוועדה נציגים של מקצועות נוספים בענף הבריאות; יש לבטל את קביעת שכרם של מחזיקי המשרות הבכירות במשרד הבריאות באמצעות הסכמי השכר הקיבוציים; יש להעביר חלק מסמכויות הרופאים לבעלי מקצועות קליניים נוספים, בדומה למגמה הרווחת במדינות מפותחות; יש להחיל את מדדי האיכות הרפואיים גם ברמת הרופא היחיד, ברמת מרפאת קופת-החולים וברמת מחלקת בית החולים; יש להקים במשרד הבריאות מאגר מידע על רופאים ועל תוכניות ההתמחות ברפואה; ולבסוף, יש לבטל את מעמדה של הר"י כאגודה עות'מאנית. מלבד זאת, על-מנת לפתור באופן ישיר את בעיית המחסור ב"מקצועות במצוקה" או בבתי-החולים בפריפריה, יש לשקול יצירת מנגנון התאמה שיביא בחשבון גם את העדפותיה של מערכת הבריאות, ולהעמיק את הדיפרנציאליות בשכר הרופאים כדי להגיע לאיזון טוב יותר בין הביקוש למקומות התמחות ובין היצע שלהם.

אין עוררין על כך שארגוני עובדים הם דבר חשוב. הם מאפשרים לעובדים להשמיע את קולם בצורה מסודרת לפני המעסיקים, ותפקידם הוא לדאוג לענייניהם של העובדים. אולם אסור לאפשר להנהלות של ארגוני עובדים לפגוע בטובת הציבור הכללי על-מנת לשפר את מעמדם הפוליטי. מצב שבו ארגון העובדים מקבל סמכויות שיש להן השפעה ישירה על הציבור הוא מתכון בטוח לפגיעה כזו. יתרה מזו, הוא עלול לחטוא למטרה המקורית של הארגון – שיפור רווחתם של העובדים – ונראה שזה אכן מה שקרה עם הר"י, כפי שראינו שוב בשנה האחרונה בהקשר של מחאת המתמחים. הסערה שיצרה מחאת המתמחים האחרונה הפנתה את הזרקור גם להר"י. זו הזדמנות מצוינת לטפל בבעיות השורשיות של הענף, ובפרט באלה הקשורות להר"י, ויפה שעה אחת קודם.

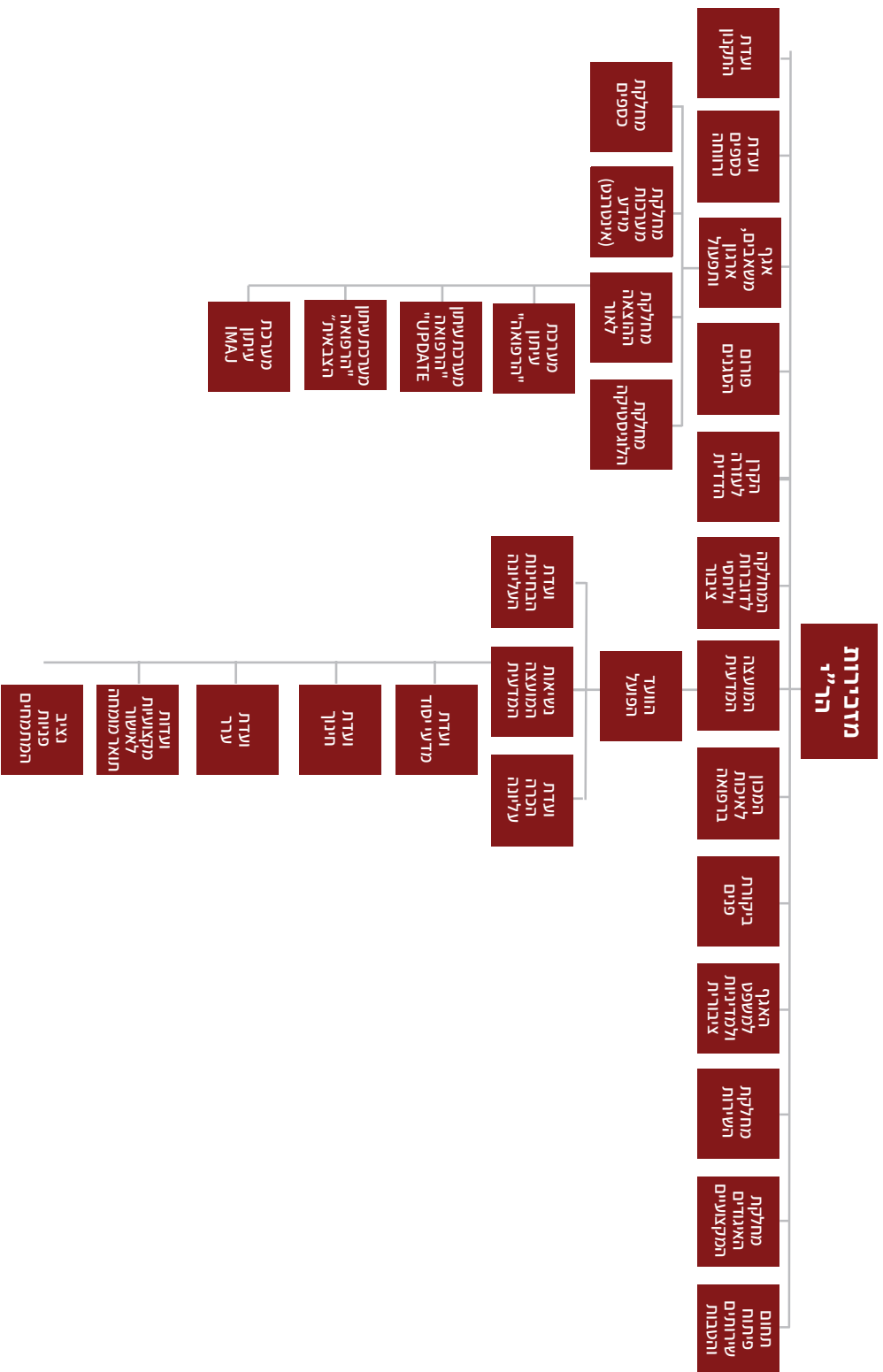


נספחים

נספח 1: תרשימים ארגוניים של ההסתדרות הרפואית בישראל



התרשימים הארגוניים מבטאים את הבנת הכותבת את המבנה הארגוני של הר"י, כפי שמתבטא בתקנונה, והם נכונים לשנת 2020. הם לא מופיעים בצורה זו בפרסומים רשמיים של הר"י ולא בהכרח מייצגים את השקפתה של הר"י.



נספח 2: רשימת האיגודים המקצועיים

איגוד האורולוגים הישראלי	האיגוד הישראלי לאלרגיה ואימונולוגיה קלינית
איגוד הגנטיקאים הרפואיים בישראל	האיגוד הישראלי לאנדוקרינולוגיה פדיאטרית
איגוד הכירורגים בישראל	האיגוד הישראלי להמטולוגיה ואונקולוגיה ילדים
איגוד הפסיכיאטריה בישראל	האיגוד הישראלי לטיפול רפואי נמרץ כללי
איגוד הפתולוגים בישראל	האיגוד הישראלי לכירורגית כלי דם (וסקולריה)
איגוד הרדיולוגים בישראל	האיגוד הישראלי לכירורגית לב וחזה
איגוד הרופאים המרדמים בישראל	האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
איגוד ישראלי לאונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה	האיגוד הישראלי למינהל רפואי
איגוד ישראלי לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד	האיגוד הישראלי לנוירולוגיה של הילד והתפתחותו
איגוד ישראלי להמטולוגיה ולרפואת עירוים	האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ילדים
איגוד ישראלי לטיפול נמרץ ילדים	האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר
איגוד ישראלי לכירורגיה פלסטית ואסתטית	האיגוד הישראלי לפרמקולוגיה קלינית
איגוד ישראלי לכירורגיה של היד	האיגוד הישראלי לקרדיולוגית ילדים
איגוד ישראלי לכירורגית ילדים	האיגוד הישראלי לראומטולוגיה
איגוד ישראלי למחלות זיהומיות	האיגוד הישראלי לרפואה דחופה
איגוד ישראלי לניאונטולוגיה	האיגוד הישראלי לרפואה פליאטיבית
איגוד ישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ דם	האיגוד הישראלי לרפואה פנימית
איגוד ישראלי לרפואה פיזיקלית ושיקום	האיגוד הישראלי לרפואת ילדים
איגוד לגסטרואנטרולוגיה ותזונה בילדים	האיגוד הישראלי לרפואת עור ומין
איגוד לרפואה תעסוקתית	האיגוד הישראלי לרפואת ריאות
איגוד מנהלי בתי החולים בישראל	האיגוד הישראלי לרפואת ריאות ילדים – חיפ"פ
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר	האיגוד הנוירולוגי בישראל
איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל	האיגוד הקרדיולוגי בישראל
איגוד רופאי המשפחה בישראל	האיגוד לנוירוכירורגיה בישראל
איגוד רופאי העיניים בישראל	האיגוד לרפואה גריאטרית
האיגוד הישראלי לאורתופדיה	האיגוד לרפואה גרעינית

נספח 3: השוואת סמכויותיהם של האיגודים הלאומיים לרופאים במדינות החברות ב-OECD

מדינה	סמכות של ארגון יציג	סמכות של מאסדר בלעדי של ההתמחויות	סמכות של ארגון-הגג של האיגודים המקצועיים
אוסטריה	✓	✓	x
אוסטרליה	x	x	x
איטליה	x	x	x
איסלנד	✓	x	✓
אירלנד	✓	x	x
אסטוניה	x	x	x
ארצות-הברית	x	x	✓
בלגיה	x	x	x
בריטניה	✓	x	x
גרמניה	x	✓	x
דנמרק	x	x	x
הולנד	x	✓	✓
הונגריה	x	x	x
טורקיה	x	x	✓
יוון	x	x	✓
יפן	x	x	x
ישראל	✓	✓	✓
לוקסמבורג	x	x	✓
לטביה	x	x	✓
ליטא	x	x	x
מקסיקו	x	x	✓
נורווגיה	✓	x	✓
ניו־זילנד	x	x	x
סלובניה	x	x	✓
סלובקיה	x	x	✓
ספרד	x	x	✓
פולין	x	x	x
פורטוגל	x	x	✓
פינלנד	✓	x	x

x	x	x	צ'ילה
x	x	x	צ'כיה
x	x	x	צרפת
x	x	x	קולומביה
x	x	x	קוסטה ריקה
x	x	✓	קוריאה הדרומית
✓	x	x	קנדה
x	x	✓	שוודיה
✓	x	✓	שוויץ



הערות

- 1 ההסתדרות הרפואית בישראל. תולדות הארגון. קישור: <https://www.ima.org.il/MainSiteNew/ViewCategory.aspx?CategoryId=139>.
- 2 ההסתדרות הרפואית בישראל. מבנה, חזון ופעילות. קישור: <https://www.ima.org.il/MainSiteNew/vision.aspx>.
- 3 התקנת הותקנו על-ידי שר הבריאות מנחם סמכותו לפי סעיף 17 לפקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ד-1976, המאפשר לו, לאחר התייעצות עם הר"י, לקבוע בתקנות תוארי מומחה לענפי הרפואה השונים ואת התנאים לאישור התארים.
- 4 ההסתדרות הרפואית בישראל. הוועידה הארצית. קישור: <https://www.ima.org.il/main/ViewContent.aspx?CategoryId=3506>.
- 5 לעניין זה, המגזר הציבורי כולל את קופות-החולים. החריגים היחידים הם הרופאים המועסקים בקופות-החולים "מכבי" ו"מאוחדת", אשר אין להם עדיין הסכם קיבוצי, אך נכון להיום הם בתהליכי התארגנות לכך, והר"י מונתה לאחרונה לארגון היציג שלהם.
- 6 היחידה הממשלתית לחופש המידע במשרד המשפטים. רשימת אגודות עותומניות בישראל. קישור: <https://foi.gov.il/he/node/1908>.
- 7 אגודות עות'מאניות מוכרות כ"מוסדות ציבוריים" לפי סעיף 46(א) לפקודת מס הכנסה (נוסח חדש), מה שמזכה את תורמיהן – יחי' דים או תאנידים – אישור לניכוי מס. עמותות רגילות חייבות להשיג "אישור ניהול תקין" עלימנת להיות מוכרות כ"מוסדות ציבוריים" לפי אותו סעיף. להרחבה בנושא ראו: אבן-חן, נ., ושינוק, ק. מ. (2018). המגזר השליילי: תופעת האגודות העות'מאניות. השילוח https://hashiloach.org.il/wp-content/uploads/2018/06/hashiloach_10-pnim-2-print.pdf. 108-87110.
- 8 אביטל, ת. (2016). אגודות עות'מאניות: ישראל 2016. פורום קהלת. קישור: http://kohelet.org.il/wp-content/uploads/2016/10/KPFo61_Ottoman.TomerAvital.pdf.
- 9 גרינציג, א. (2021, 28 יולי). סער חתם על תקנות השקיפות באגודות העותמניות; ארגוני העובדים זוכים להקלות. גלובס. קישור: <https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001379836>.
- 10 משרד מבקר המדינה (2017). משרד הפנים: הפיקוח על אגודות עות'מאניות. דוח שנתי 267 לשנת 2016 ולחשבונות שנת הכספים 2015 (1979). קישור: https://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_587/26acae3e-2f57-4f2a-a743-472564de0a3d/N217-pnim.pdf.
- 11 אם הם לא השתתפו בשנת השתלמות מעשית בחו"ל, יאלצו הרופאים הללו לסיימה בארץ כדי לקבל את הרישיון, נוסף על הבחינה הממשלתית. רופאים שלמדו בחו"ל ורכשו ארבע-עשרה שנות ניסיון לפחות פטורים ממבחן הרישוי, אך חייבים בתקופת "התנסות קלינית" של שישה חודשים במוסד רפואי מוכר בישראל. לאחר סיומה וקבלת חוות-דעת חיובית של מנהלי המחלקה שבה התנסו, הם יכולים לקבל את הרישיון.
- 12 ויסברג, ה. (2018, 30 נובמבר). חשיפת "גילובס": כמעט מחצית מרופאי המשפחה בישראל אינם מוסמכים לרפואת משפחה. גלובס. קישור: <https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001262825>.
- 13 לוי, ש. (2010). רופאים בעלי תעודת מומחה. מרכז המידע והמחקר של הכנסת. קישור: https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/16ef6d8d-f1f7-e411-80c8-00155d01107c/2_16ef6d8d-f1f7-e411-80c8-00155d01107c_11_6988.pdf.
- 14 אסלי"י – ארגון הסטאזורים לרפואה בישראל. שיבוץ לסטאז'. קישור: <https://www.asli.org.il/ViewContent.aspx?CategoryId=12333>.
- 15 ההסתדרות הרפואית (30 אוקטובר, 2016). ברזכים הבאים להתמחות. (קובץ וידאו). קישור: <https://www.youtube.com/watch?v=jJGnmQc7wHo>.

- 16 אשכנזי, י., גורדון, מ., ינקליץ, א. ורוון, ב. (2017). משיכת מתמחים לפריפריה ולמקצועות רפואיים במצוקה בעקבות ההסכם הקיבוצי משנת 2011. מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאירס-גיניט-ברוקדייל.
https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2017/12/RR_744_17_Health_report.pdf
- 17 חודורוב, מ. (2016, 7 יוני). "אנליסט": מדוע בעת של מחסור ברופאים ישנם מות מתמחים מובטלים? חדשות 13.
 קישור: <https://13news.co.il/item/the-main-edition/analyst/ntr-1192825/>.
- 18 ההסתדרות הרפואית בישראל הפיקוח על ביצוע הסטאו'.
 קישור: <https://www.ima.org.il/MainSiteNew/ViewCategory.aspx?CategoryId=817>.
- 19 ההסתדרות הרפואית בישראל המועצה המדעית.
 קישור: <https://www.ima.org.il/main/viewcontent.aspx?categoryid=361>.
- 20 ההסתדרות הרפואית בישראל – אתר המתמחים. מוסדות מוכרים.
 קישור: <https://www.ima.org.il/internesnew/viewcategory.aspx?categoryid=7345>.
- 21 כהן, נ. (2010). שינויים מוסדיים, פוליטיקה אלטרנטיבית ומדיניות ציבורית – המקרה של עיצוב וביצוע מדיניות הבריאות בישראל. חיבור לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור בפילוסופיה". אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
 קישור: <http://arannes.bgu.ac.il/others/CohenNissim.pdf>.
- 22 Yishai, Y. (1992). From an iron triangle to an iron duet? European Journal of Political Research, 21(1-2), 91-108
 URL: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6765.1992.tb00290.x>
- 23 שם.
- 24 ההסתדרות הרפואית בישראל הקמת איגוד מדעי או חברה מדעית.
 קישור: <https://www.ima.org.il/main/ViewContent.aspx?CategoryId=9555>.
- 25 ההסתדרות הרפואית בישראל שלילת הכרה מאיגוד.
 קישור: <https://www.ima.org.il/mainsitenew/ViewCategory.aspx?CategoryId=6215>.
- 26 ההסתדרות הרפואית בישראל הנחיות לפעילות האיגוד.
 קישור: <https://www.ima.org.il/mainsitenew/ViewCategory.aspx?CategoryId=6213>.
- 27 ההסתדרות הרפואית בישראל איגודים מקצועיים מדעיים.
 קישור: <https://www.ima.org.il/mainsitenew/viewcategory.aspx?categoryid=3535>.
- 28 דוחות משרד הבריאות בנושא "כוח אדם במקצועות הבריאות" לשנים 2009-2021.
 קישור: <https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/MTI/info/Pages/manpower.aspx>
- 29 נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בנושא "רופאים בעלי רישיון ומועסקים בישראל, לפי שנה וניל 2012-2020".
 קישור: <https://www.cbs.gov.il/he/publications/LochutTlushim/2019/%D7%A8%D7%95%D7%A4%D7%99%D7%99%D7%9D-%D7%91%D7%A2%D7%9C%D7%99-%D7%A8%D7%99%D7%A9%D7%99%D7%95%D7%9F-%D7%95%D7%9E%D7%95%D7%A2%D7%A1%D7%A7%D7%99%D7%9D-%D7%91%D7%99%D7%A9%D7%A8%D7%90%D7%9C-%D7%9C%D7%A4%D7%99-%D7%A9%D7%A0%D7%94-%D7%95%D7%92%D7%99%D7%9C.xlsx>
- 30 OECD (2022). Medical graduates (indicator). [database]
 URL: <https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm>
- 31 משרד הבריאות – האגף לרישוי מקצועות הבריאות (2019). הכרה בלימודי רפואה בחו"ל על ידי משרד הבריאות.
 קישור: https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMesseges/Documents/21012019_3.pdf
- 32 שם.
- 33 המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2022). תכנון ארוך טווח של כוח-אדם רפואי בישראל.
 קישור: <https://tinyurl.com/54wrx33a>
- 34 Leichman, A. K. (2020, March 6). Startup Israel tackles coronavirus with ingenuity and chutzpah. israel21c
 URL: <https://www.israel21c.org/israel-confronts-coronavirus-with-innovation-and-chutzpah/>
- 35 רשימת המקצועות המלאה הכלולה בהגדרה זו היא: הרדמה, ניאונטולוגיה, טיפול נמרץ כללי, טיפול נמרץ ילדים, המטואונקולוגיה ילדים, רפואה פנימית, גריאטרייה, כירורגיה כללית, כירורגיה ילדים, כירורגיה כלי דם, רפואה דחופה, אנטומיה פתולוגית, רפואה פיזיקלית ושיקום, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר ורפואה רעענית. הובא מתוך: משרד הבריאות (2021). כוח האדם במקצועות הבריאות 2020.
 קישור: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/manpower2020.pdf>
- 36 משרד האוצר – אגף השכר והסכמי עבודה. (2021). דין וחשבון על הוצאות השכר במערכת הבריאות הציבורית לשנת 2020.
 קישור: https://www.gov.il/BlobFolder/reports/salary-supervisor-report-health-system-2020-main/he/salary-supervisor-reports_salary-supervisor-report-health-system-2020-full-version.pdf

- 37 ראו את התוספת שנקבעה בסעיף 10 להסכם הקיבוצי שנחתם ב־15 במרץ 1979 בעבור המקצועות פתולוגיה, הרדמה וכרדיולוגיה (קרדיולוגיה). ניתן למצוא את ההסכם במאגר הסכמי העבודה הקיבוציים, בקישור: <https://workagreements.labor.gov.il/>.
- 38 תוספות תקינה ניתנו גם לבתי־החולים הממוקמים בפריפריה וגם לאלה הממוקמים במרכז, אך העלייה בשיעורי התקינה בבתי־החולים בפריפריה הייתה גדולה יותר מאשר בבתי־החולים במרכז.
- 39 מרקוביץ, ר, אסיף, ש, והר טוב, ג. (2021). *כחינת האפקטיביות של הסכם הרופאים המתמחים בפריפריה ובמקצועות במצוקה*. מתוך דין וחשבון על הוצאות השכר בשירות המדינה וגופי הביטחון לשנת 2019 (119-149). משרד האוצר – אגף השכר והסכמי עבודה.
קישור: https://www.gov.il/BlobFolder/reports/salary_supervisor-report-state-service-2019-main-findings/he/salary-supervisor-reports_salary-supervisor-report-state-service-2019-accessible.pdf
- 40 בלינסקי, א., בן נאים, ג, והנט, י. (2018). *שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית – ממצאים ומגמות*. קישור: https://www.gov.il/BlobFolder/reports/article_29012018/he/Publishes_Article_29012018.pdf
- 41 הובטח מענק של 300,000 שקלים לבוחרים להתמחות בבתי־חולים הנמצא בפריפריה או ב"מקצוע במצוקה", או מענק של 500,000 שקלים לבוחרים להתמחות בבתי־חולים הנמצא בפריפריה וגם ב"מקצוע במצוקה". החל בשנת 2014 שונו סכומי המענקים, והם ממשיתים להשתנות מדי תקופה.
- 42 מרקוביץ, ר, אסיף, ש, והר טוב, ג. (2021), לעיל ה"ס 39.
- 43 דוחות משרד הבריאות בנושא "כוח האדם במקצועות הבריאות" לשנים 2009-2021, לעיל ה"ס 28.
- 44 אשכנזי, י., גורדון, מ., ינקלביץ, א. ורוזן, ב. (2017). לעיל ה"ס 16.
- 45 Ono, T., Schoenstein, M., & Buchan J. (2014). Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses *OECD Health Working Papers* (69). URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jz5sq51s1wl-en.pdf?expires=1646232494&id=id&accname=guest&checksum=60176AC1B98761CB775F028C639EC6A0>
- 46 AAFP. *The Match: Getting into a Residency Program*. URL: <https://www.aafp.org/students-residents/medical-students/become-a-resident/match.html>
- 47 יקיר, א. (2015). האם שכר הרופאים בישראל נמוך מדי? *רמת השכר והמגמות בשכר הרופאים בהשוואה למדינות המפותחות ולמקצועות נבחרים, 1997-2012*. חיבור לשם מילוי הדרישות לקבלת תואר "מוסמן במדעי החברה". האוניברסיטה העברית בירושלים. קישור: <https://public-policy.huji.ac.il/sites/default/files/public-policy/files/itamaryakirthesis.pdf>
- 48 רופאים שנירים מוגדרים כרופאים אשר מועסקים על־ידי מעסיק ומרוויחים את מרבית שכרם ממשכורת שכיר. משרת שכיר מוגדרת כמשרה בהיקף מלא (Full Time Equivalent average gross annual income).
- 49 OECD (2022). Health care resources. *OECD Health Statistics*. [database] URL: <https://doi.org/10.1787/data-00541-en>
- 50 משרד האוצר – אגף השכר והסכמי עבודה. (2021). *דין וחשבון על הוצאות השכר במערכת הבריאות הציבורית לשנת 2020*. קישור: https://www.gov.il/BlobFolder/reports/salary-supervisor-report-health-system-2020-main/he/salary-supervisor-reports_salary-supervisor-report-health-system-2020-full-version.pdf
- 51 ההסתדרות הרפואית בישראל – המאבק בחוק ההסדרים 2016. *על מה היה המאבק? דרישות ה"רי" במוי"מ – נכון ליולי 2011*. קישור: <https://www.ima.org.il/Heskem/ViewCategory.aspx?CategoryId=5771>
- 52 ההסתדרות הרפואית בישראל – המאבק בחוק ההסדרים 2016. *הסכם 2011: הישגים במאבק 2011*. קישור: <https://www.ima.org.il/Heskem/ViewCategory.aspx?CategoryId=9620>
- 53 נוי, א. (2011, 19 יולי). מתמחים נטשו מחלקות: "לא להסכם המתגבש עם האוצר". *וואלה חדשות*. קישור: <https://news.walla.co.il/item/1842179>
- 54 ניב, ש. (2011, 15 ספטמבר). ביה"ד לעבודה סירב להוציא צו זמני נגד ההסכם עם הרופאים. *גלובס*. קישור: <https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000683013>
- 55 ברנר, ג. (2011, 11 אוקטובר). המתמחים: לא נחדש את המוי"מ עם האוצר. *ynet*. קישור: <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4133799,00.html>
- 56 ההסכם נחתם על־פי הצעתם של הרופאים המתמחים שהתפטרו בכל בתי־החולים בארץ. הם יוצגו על־ידי פרופסור מוטי מירוני והשוטף בדימוס פרופסור יצחק זמיר. ראו: ברנר, ג. (2011, 7 דצמבר). סוף למשבר? המתמחים אישרו ההבנות עם האוצר. *ynet*. קישור: <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4158432,00.html>
- 57 לינדר, ר. (2012, 16 אוגוסט). שנה להסכם הרופאים: רושם הישגים נאים אך חלק מהרופאים עדיין ממורמרים. *TheMarker*. קישור: <https://www.themarker.com/consumer/health/1.1802735>
- 58 מרשם – אה"ל – ארגון המתמחים לרפואה (ע"ר). *היסטוריית מאבק המתמחים משנות ה־60*. קישור: <https://www.mirsham.org.il/History-residents/>

- 59 ארגון יציג של עובדים לעניין הסכם קיבוצי הוא ארגון העובדים שעם חבריו נמנים העובדים המאורגנים הרבים ביותר שעליהם יחול ההסכם. ראו את ההגדרה בסעיף 4 לחוק הסכמים קיבוציים, התשי"ז-1957.
 קישור: https://www.nevo.co.il/law_html/law01/114_001.htm.
- 60 יש, י. (1990). כוחה של מומחיות: ההסתדרות הרפואית בישראל. *מכון ירושלים לחקר ישראל*.
- 61 מרשם – אה"ל – ארגון המתמחים לרפואה (ע"ר). *תולדות מחאת 2011*.
 קישור: <https://www.mirsham.org.il/%D7%AA%D7%95%D7%9C%D7%93%D7%95%D7%AA-%D7%9E%D7%97%D7%90%D7%AA-2011>.
- 62 יסעור בית'אור, מ. (2021, 6 אוקטובר). המתמחים דוחים את מתווה קיצור התורניות: 2,360 סטודנטים וסטאזירים מתכוונים להתפטר. *טו ישראל היום*. קישור: <https://www.israelhayom.co.il/health/article/4901156/>.
- 63 דובר, ש. (2022, 25 אוגוסט). כ־200 רופאים מתמחים הגישו מכתבי התפטרות במחאה על דחיית קיצור התורניות. *גלובס*. קישור: <https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001422552>.
- 64 ההסתדרות הרפואית בישראל – המאבק בחוק ההסדרים 2016. 13.2.2011. יו"ר ההסתדרות הרפואית, ד"ר ליאוניד אידלמן: "ההתייחסות האוצר למשא ומתן שערווייחית. הם 'מושכים זמן' בזמן שמערכת הבריאות קורסת".
 קישור: <https://www.ima.org.il/heskem/ViewCategory.aspx?CategoryId=5484>.
- 65 כץ, א. וגיל, ז. (2019). *האם תוספת תקציב היא הדרך לשפר את שירותי הבריאות? פורום קהלת*.
 קישור: <https://bit.ly/2mprBj6>.
- 66 ניראל, ג., מצליח, ר., ביקנפולר, ש., בן-בסט, י. (2008). *מקצועות רפואיים במצוקה: מחקר גישוש*. מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. קישור: https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2018/01/510-08-MedicalSpecialties-report-HEB_new.pdf.
- 67 ראו ס"ק (אזורי ת"א) 11-15-23635 ההסתדרות הרפואית בישראל – מדינת ישראל.
- 68 לינדר, ר. (2021, 25 ספטמבר). מות מתמחים מאיימים להתפטר – אם התורניות לא יקוצרו ל-18 שעות. *TheMarker*.
 קישור: <https://www.themarker.com/news/health/premium.HIGHLIGHT-1.10241046>.
- 69 ההסתדרות הרפואית בישראל – הלשנה לאתיקה (2014). *האמנה האתית המשותפת של ההסתדרות הרפואית בישראל ושל הארגונים היציגים של חברות התרופות הפועלות בישראל*. א. רכס ועורך.
 קישור: <https://www.ima.org.il/userfiles/image/emda87.pdf>.
- 70 לדיווחים עליאודות החסויות ראו: ההסתדרות הרפואית בישראל. *שקיפות האיגודים*.
 קישור: <https://www.ima.org.il/MainSiteNew/ResultAssociations.aspx?Search=&Year=2020&UnionId=1>.
- 71 ראו התייחסות לכן בסעיף 37 לחוק העמותות, התש"ם-1980.
 קישור: https://www.nevo.co.il/law_html/law00/4496.htm.
- 72 משרד הבריאות (2021). *דו"ח תרומות לשנת 2020 בש"ח, ממוין לפי א"ב ומפורט, לפי דיווחי תורמים*.
 קישור: https://www.health.gov.il/Subjects/Finance/Documents/D6_2020.pdf.
- 73 קון דידיוביץ', פ. ובלנק, ר. (2019). *מונחים בתחום הבריאות*. הכנסת – מרכז המחקר והמידע.
 קישור: https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/f52d77ac-581b-ea11-810f-00155d0af32a/2_f52d77ac-581b-ea11-810f-00155d0af32a_11_13660.pdf.
- 74 קון דידיוביץ', פ. (2015). *סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות*. הכנסת – מרכז המחקר והמידע.
 קישור: <https://main.knesset.gov.il/Activity/Info/MMMSummaries19/Health.pdf>.
- 75 ראו, לדוגמה, סיכום של הצהרות המשתתפים ב"ועדת הסלי" לשנת 2021: *הנחיות ניגודי עניינים – חכמי ועדת סל שירותי הבריאות 2021*.
 קישור: https://www.health.gov.il/Services/Committee/vsa/HBS2021/Documents/sal2021_Disclosure.pdf.
- 76 ראו את רשימת המדינות שיש להן ארגון רופאים המיוצג ב־WMA: World Medical Association. MEMBERS LIST — PRINTABLE.
 URL: <https://www.wma.net/who-we-are/members/members-list-printable/>.
- 77 מפאת אורכה, רשימת ההפניות המלאה לביסוס קביעה זו נמצאת בטבלה מפורטת באתר של "פורום קהלת",
 בקישור: <https://bit.ly/3h1ClRk>.
- 78 BUNDESÄRZTEKAMMER. *Medical organisations and associations*
 URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/weitere-sprachen/english/work-training/work-and-training-/in-germany/medical-organisations-and-associations>.
- 79 Spain: *The representativeness of trade unions and employer associations in the hospital sector*
 URL: <https://www.epsu.org/sites/default/files/article/files/ES0802019Q.pdf>.
- 80 Czech Republic: *The representativeness of trade unions and employer associations in the hospital sector*
 URL: <https://www.epsu.org/sites/default/files/article/files/CZ0802019Q.pdf>.

- American Medical Association. (2021). *Issue brief: Collective bargaining for physicians and physicians-in-training* 81
 .URL: <https://www.ama-assn.org/system/files/advocacy-issue-brief-physician-unions.pdf>
- Gandhi, S. (2016, January 18). It's Time For Canadian Physicians To Unionize. *Huffpost* 82
 .URL: https://www.huffpost.com/archive/ca/entry/canada-physicians-union_b_8951732
- ZEVA — SYMPOSIUM OF THE CENTRAL AND EASTERN EUROPEAN CHAMBERS OF PHYSICIANS. *Participating* 83
chambers — Österreichische Ärztekammer. URL: <http://www.medical-chambers.org/Austria.htm>
- .BUNDESÄRZTEKAMMER. *German Medical Association* 84
 .URL: <https://www.bundesarztekkammer.de/weitere-sprachen/english/german-medical-association/>
- .KNMG — Voorop voor dokter en zorg. *College Geneeskundige Specialismen (CGS)* 85
 .URL: <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/cgs/over-cgs.htm>
- Ministry of Welfare of Iceland. (2015). REGULATION on the education, rights and obligations of medical doctors 86
 and criteria for granting of licences to practise medicine and specialist medical licences, No. 467/2015, as amended
 by Regulation No. 29/2017. URL: https://www.government.is/media/velferdarraduneyti-media/media/Reglugerdir-enska/Regulation_467-2015.pdf
- OECD (2016). *Trends in Medical Education and Training in Greece*. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, 87
 Right Skills, Right Places. OECD Health Policy Studies
 .URL: <https://www.oecd.org/health/OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Doctors-Greece.pdf>
- .GUICHET.LU. *General and specialist medical practitioners* 88
 .URL: <https://guichet.public.lu/en/entreprises/sectoriel/sante/medecins/medecin-generaliste-specialiste.html>
- GOBIERNO DE MÉXICO (2021, November 15). 504. *Culmina proceso de selección de 17 mil 940 plazas en 27 especialidades* 89
médicas. URL: <https://www.gob.mx/salud/prensa/504-culmina-proceso-de-seleccion-de-17-mil-940-plazas-en-27-especialidades-medicas?idiom=es>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY. Akreditácia 90
 .URL: <https://www.health.gov.sk/?akreditacia>
- Comhairle na nDochtúirí Leighis — Medical Council. *Public Information* 91
 .URL: <https://www.medicalcouncil.ie/public-information/>
- Belgian Health Care Knowledge Centre (2010). Quality criteria for training settings for candidate medical specialists 92
 and candidates general practitioners. KCE Reports 130C
 .URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_130c_quality_criteria_for_training_settings.pdf
- New Zealand Resident Doctors' Association. About the NZRDA. URL: <https://nzdra.org.nz/about-us/>. 93
- .ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE. URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/en/medical-chamber-of-slovenia> 94
- Aasved, H., & Skoglund, E. (2004). Utviklingen av legers spesialistutdanning I Norge. *Tidsskrift for Den Norske* 95
Legeforening
 .URL: <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-utdanning/utviklingen-av-legers-spesialistutdanning-i-norge>
- Levi, B., Borow, M., & Glekin, M. (2014). Participation of National Medical Associations in quality improvement 96
 activities — International comparison and the Israeli case. *Israel journal of health policy research*, 3(1), 1-13
 .URL: <https://files.core.ac.uk/pdf/2612/81566094.pdf>
- .Gesellschaft der Ärzte in Wien. *FAQ's* 97
 .URL: https://www.billrothhaus.at/index.php?option=com_content&view=article&id=226&Itemid=180
- .DUODECIM. *The Finnish Medical Society Duodecim* 98
 .URL: <https://www.duodecim.fi/english/duodecim/the-finnish-medical-society-duodecim/>
- .ASOCIMED. *Reseña Histórica*. URL: <https://asocimed.cl/resena-historica/> 99
- .ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS. *RESEÑA* 100
 .URL: <http://sociedadescientificas.com/quienes-somos>
- .Korean Academy of Medical Sciences. URL: <https://www.kams.or.kr/> 101
- .ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. *Missions* 102
 .URL: <https://www.academie-medecine.fr/missions-et-statuts/missions/>
- Svenska Läkaresällskapet. *Welcome to the Swedish Society of Medicine* 103
 .URL: <https://www.sls.se/om-oss/the-swedish-society-of-medicine-in-english/about/>

- 104 האזכור המוקדם ביותר שנמצא לכן בהסכמים הקיבוציים שניציגי הר"י חתומים עליהם מופיע בנספח ה' להסכם הקיבוצי שנחתם ב־21 ביולי 1991. ניתן למצוא את ההסכם במאגר הסכמי העבודה הקיבוציים: <https://workagreements.labor.gov.il/>.
- 105 לינדר, ר. (2020, 8 יוני). פרופי חיו לוי ישתכר פי שניים מבר סימן טוב – אך פחות ממה שהשתכר בברזילי. *TheMarker*. קישור: <https://www.themarker.com/news/health/2020-06-08/ty-article/0000017f-e109-df7c-a5ff-e37b36d00000>
- 106 OECD — Directorate for Employment, Labour and Social Affairs (2012). OECD REVIEWS OF HEALTH CARE QUALITY: ISRAEL — EXECUTIVE SUMMARY, ASSESSMENT AND RECOMMENDATIONS. URL: http://www.oecd.org/israel/ReviewofHealthCareQualityISRAEL_ExecutiveSummary.pdf
- 107 כץ, א. (2020). אי־שוויון בכריאות בישראל – תמונת מצב והמלצות מעשיות. פורום קהלת. קישור: <https://kohelet.org.il/wp-content/uploads/2020/02/health-inequality.pdf>
- 108 חניניץ, ד., וגרא, א. (2015). הפרטה במערכת הבריאות. בתוך: י' גלגור, א' פרדוקס וי' ציון (עורכים). *מדיניות ההפרטה בישראל: אחריות המדינה והגבלות בין הציבורי לפרטי* (238–264). הוצאת הקיבוץ המאוחד. קישור: http://hazan.kibbutz.org.il/hafrata/hinitz_vealina_13_12_12.pdf
- 109 כהן, נ. (2014). רגולציה במערכת הבריאות: השליטה על פעילותן של קופות החולים. [נסיוס לדין]. המרכז לצדק חברתי ודמוקרטיה ע"ש יעקב חזן, מכון ון ליר בירושלים. קישור: http://hazan.kibbutz.org.il/hafrata/nisim_can_rgoltzia_shl_mercet_habraiot_19_2_14.pdf
- 110 גלור, ק. ומסיקה, ד. (2005). מנגנון הקצאת המשאבים בין קופות החולים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בישראל: מטרות, התפתחויות והמלצות. הוצג בכנס "עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי", המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות בישראל. קישור: <https://www.tau.ac.il/~glazer/PDF/3.pdf>
- 111 בן־נון, ג., ברלוביץ, י. ושני, מ. (2010). מערכת הבריאות בישראל.
- 112 משרד הבריאות – האגף לפיקוח ובקרה על קופות החולים ושרותי בריאות נוספים ו־RSM שיף הזנפרץ ושות' רואי חשבון (2020). *דוח מסכם על פעילות קופות החולים – שנת 2019*. קישור: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/dochHashvaatui2019.pdf>
- 113 International Monetary Fund (2021). *Report for Selected Countries and Subjects: October 2021*. [database] URL: https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2021/October/weo-report?c=436,&s=NC_DP,NGDPD,&sy=1990&ey=2020&ssm=0&scsm=1&sc=0&ssd=1&ssc=0&sic=0&sort=country&ds=&br=1
- 114 בן־נון, ג. (1999). ההתפתחויות העיקריות בעלות סל השירותים ומקורות מימונו במהלך ארבע שנות הפעלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. *ביטחון סוציאלי* 54 (35–52). קישור: <https://www.jstor.org/stable/23274153?seq=1>
- 115 דורון, א. (1996). ביטוח בריאות ועמדת הרופאים: המאבקים של שנות החמישים הראשונות. *עיונים בתקומת ישראל* 6 (250–270). קישור: <https://in.bgu.ac.il/bgi/iyunim/6/11.pdf>
- 116 כהן, נ. (2010). לעיל ה"ס 21.
- 117 ישי, י. (1999). דמוקרטיה למען העם? קביעת מדיניות הרווחה בישראל. *ביטחון סוציאלי* 56 (126–137). קישור: <http://www.jstor.org/stable/23274033>
- 118 WHO & OECD (2019). *Improving healthcare quality in Europe — Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. In R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli & W. Quentin (Eds.), *Health Policy Series 53* URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b11a6e8f-en.pdf?expires=1636630496&id=id&accname=guest&checksum=15D141988503AC1ED6B1EB5A8CEEA360>
- 119 Barber, R. M., Fullman, N., Sorensen, R. J., Bollyky, T., McKee, M., Nolte, E., Alemu Abajobir, A., Hassen Abate, K., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abdulahi Abdurahman, A., Ferede Abera, S., Abraham, B., Fisseha Abreha, G., Adane, K., Lukman Adelekan, A., Adetifa I. M. O ... & Murray, C. J. L. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The lancet*, 390(10091), 231–266. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30818-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30818-8/fulltext)
- 120 WHO & OECD (2019), לעיל ה"ס 118.
- 121 שמחן, א. (2006). בעייתיות במפגש בין הונחה מדעית למדיניות – הניסיון של המחלקה לחקר שירותי רפואה במשרד הבריאות. בתוך א. פורת וב. רוזן (עורכים), פורום *איכות: אסטרטגיות לקידום איכות הטיפול בישראל* (עמ' 83–100). מרכז סמוקולר לחקר מדיניות הבריאות, מאירס-גויניס-ברוקדייל. קישור: <https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2018/01/61-06-qualityforum-REP-HEB.pdf>
- 122 Levi, B., Zehavi, A., & Chinitz, D. (2018). Taking the measure of the profession: Physician associations in the measurement age. *Health Policy*, 122(7), 746–754. URL: https://www.researchgate.net/publication/325666643_Taking_the_measure_of_the_profession_Physician_associations_in_the_measurement_age
- 123 לביא, א. (2004, 12 מאי). אמרתי לכם. הארץ. קישור: <https://www.haaretz.co.il/misc/1.966167>

- 124 Levi, B., Borow, M., & Glekin, M. (2014). לעיל ה"ס 96.
- 125 משרד מבקר המדינה (1999). האמנה לקידום איכות בשרותי הבריאות. דוח שנתי 49 לשנת 1998 ולחשבונו שנת הכספים 1997 (125-135). קישור: https://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_580/9bae6870-22c6-46a9-83d5-ff6fboda4101/1999-49-215ahamana.pdf
- 126 התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. אודות התכנית. קישור: <https://www.israelhealthindicators.org/program>
- 127 הנ"י הודה, א., הורוביץ, א., וולף-שביא, י., וייסבנד, י., מנור, א., פלטיאל, א., קלדרון-מרגלית, ר., קריגר, מ. ורבלי-וילק, ש. (2019). התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל – דו"ח לשנים 2016-2018. מנהלת התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. קישור: <https://tinyurl.com/3xh5fjn>
- 128 OECD (2012). OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards URL: <https://doi.org/10.1787/9789264029941-en>
- 129 משרד הבריאות. מדדי איכות – מערכת נתונים. קישור: https://www.health.gov.il/Subjects/Patient_Safety/hospitals/National_plan_dimensions_of_quality/Pages/Quality_indicators_in_Israeli_hospitals.aspx
- 130 בירדמן, א., יונקר, ש., סבנקין, ח., לבון, א., לוי, א. ונוף שדה, ע. (2018). מדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. המכון לאיכות ברפואה, ההסתדרות הרפואית בישראל. קישור: <https://www.ima.org.il/userfiles/image/madadeyEichut.pdf>
- 131 WHO & OECD (2019). לעיל ה"ס 118.
- 132 המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2008). כנס יס'המלח התשיעי – משאבי אנוש במקצועות הבריאות. קישור: <https://tinyurl.com/2p8x2tt9>
- 133 משרד הבריאות. עוזרי רופא – רישוי מקצוע. קישור: <https://www.health.gov.il/Subjects/MedicalAndHealthProfessions/PhysicianAssistants/Pages/default2.aspx>
- 134 Delamair, M. L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en;jsessionid=Yen88b6aCaC1cXtSnUgxNyf.ip-10-240-5-23
- 135 ש.מ.
- 136 Aaron, E. M., & Andrews, C. S. (2016). Integration of advanced practice providers into the Israeli healthcare system. Israel Journal of Health Policy Research, 5(1), 1-18. URL: <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-016-0065-8>
- 137 Delamair, M. L., & Lafortune, G. (2010). לעיל ה"ס 134.
- 138 O'Grady, E. T. (2008). Advanced Practice Registered Nurses: The Impact on Patient Safety and Quality. In Hughes R. G. (Ed.), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2641/?report=reader>
- 139 Naylor, M. D. & Kurtzman, E. T. (2010). The Role Of Nurse Practitioners In Reinventing Primary Care. Health affairs, 29(5), 893-899. URL: <http://web.pdx.edu/~nwallace/AHP/NPPC.pdf>
- 140 Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ, 324(7341), 819-823. URL: https://www.bmj.com/content/bmj/324/7341/819.full.pdf?casa_token=3eTTHPhNyggAAAAA:wQz8Hd-6vMg8EkgLfVf5C5jLNTkTTQyumd-Ghbqhzrt_jnABot79gHEIXBf1PbrHxKIlzCP
- 141 Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., Clement, J., Archard, L., Turton, P., Stainthorpe, P., Fraser, A., Butler, C. C. & Rogers, C. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ, 320(7241), 1043-1048 URL: https://www.bmj.com/content/bmj/320/7241/1043.full.pdf?casa_token=01lz_gzvmZUAAAAA:r7hj9K.kxWoRiplwczuJRCHLnUekjvCsdDENR8HIsUzNqLqBvVf0xj-dlwvoTCntV1biZa
- 142 Collins, N., Miller, R., Kapu, A., Martin, R., Morton, M., Forrester, M., Atkinson, S., Evans, B. & Wilkinson, L. (2014) Outcomes of adding acute care nurse practitioners to a Level I trauma service with the goal of decreased length of stay and improved physician and nursing satisfaction. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 76(2), 353-357 URL: https://web.archive.org/web/20190307230422id_/http://pdfs.semanticscholar.org/deso/d1ef7348b1d8.1e43f78803fbd3494080ec49.pdf
- 143 המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2008). לעיל ה"ס 132.
- 144 ההסתדרות הרפואית בישראל. הרחבת סמכויות אחיות, רוקחים ובעלי מקצועות פארא-רפואיים. קישור: <https://www.ima.org.il/MainSiteNew/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=274>

- 145 משרד הבריאות (2019). *אחות מומחית בקהילה*. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מספר 5/2019. קישור: https://www.health.gov.il/hozer/MK05_2019.pdf.
- 146 ראו מכתב מפרופסור ציון חני, יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל, למשה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות, בנושא "אחות מומחית – חוזר מיום 7 למאי 2019" שנכתב במאי 2019, בקישור: <https://cdn.doctorsonly.co.il/2019/05/0090.pdf>.
- 147 מערכת דוקטורס אונלי (2019, 15 מאי). יו"ר הר"י: "הרחבת סמכויות האחיות בקהילה היא מחטף – הנושא טרם סוכם סופית עם הרופאים". *DoctorsOnly*. קישור: <https://publichealth.doctorsonly.co.il/2019/05/165161/>.
- 148 מערכת דוקטורס אונלי (2019, 21 אוגוסט). הושגו ההסכמות עם הר"י: תפקיד אחות מומחית בקהילה יוצא לדרך. *DoctorsOnly*. קישור: <https://publichealth.doctorsonly.co.il/2019/08/171896/>.
- 149 Aaron, E. M., & Andrews, C. S. (2016). לעיל ה"ס 136.
- 150 ההסתדרות הרפואית בישראל. *עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל בדבר הצעת חוק לחיקוק פקודת הרוקחים (מס' 23) (עונשין, עיצום נספי וסמכויות פיקוח, התשע"ה 2014 – בנושא ניפוק כמצב דחוף של תכשיר על ידי רוקח ללא מרשם רופא ומבלי שקיבל לכך הרשאה אישית*. קישור: <https://www.ima.org.il/userfiles/image/nipukTrufaEmergencyHariStand2016.pdf>.
- 151 ההסתדרות הרפואית בישראל. *החלטות הוועדה*. קישור: <https://www.ima.org.il/Main/ViewContent.aspx?CategoryId=46>.
- 152 משרד הבריאות (2013). *דוח ועדת 'עוזר רופא'*. קישור: https://www.health.gov.il/publicationsfiles/ozar_rufe.pdf.
- 153 רוניק, ר. (2022, 27 פברואר). "פריצת דרך למערכת הבריאות": חוק חדש צפוי להסדיר עוזרי רופא נמקצו. *ישראל היום*. קישור: <https://www.israelhayom.co.il/health/article/8660009>.
- 154 Creß, S., Baan, C. A., Calnan, M., Dedeu, T., Groenewegen, P., Howson, H., Maroy, L., Nolte, E., Redaelli, M., Saarelma, O., Schmacke, N., Schumacher, K., Jan van Lente Drs Econ, E., & Vrijhoef, B. (2009). Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care—position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in primary care*, 17(1), 75-86. URL: <https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/2656282/2009-GressS-Coordination.pdf>.
- 155 Institute of Medicine (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. URL: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/12956/the-future-of-nursing-leading-change-advancing-health>.
- 156 Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. (2002). לעיל ה"ס 141.
- 157 לוי, ש. (2010). *היעדרם של נלים לחננון כוח-האדם הרפואי בישראל*. הכנסת, מרכז המחקר והמידע. קישור: https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/20ef6d8d-f1f7-e411-80c8-00155d0107c/2_20ef6d8d-f1f7-e411-80c8-00155d0107c_11_7127.pdf.
- 158 ש.ם.
- 159 בנימין, ע. (2020, 21 ינואר). מנששים באפלה: משרד הבריאות מסתמך באופן עיוור על הנתונים שמספקת לו ההסתדרות הרפואית בתכנון נח האדם הרפואי. *שקוף*. קישור: <https://shakuf.co.il/11136>.
- 160 משרד מבקר המדינה (2018). *הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה*. *דוח שנתי 6 38 – כך ראשון* (1527-465). קישור: <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2018-68c-206-hasdara.pdf>.
- 161 המכון הלאומי לחקר שרתי הבריאות ומדיניות הבריאות (2008). לעיל ה"ס 132.
- 162 ש.ם.
- 163 לוי, ש. (2010). לעיל ה"ס 157.
- 164 פילוט, א. (2021, 25 אוקטובר). המאבק על מתווה המתמחים: ההסתדרות הרפואית דוחפת אצבע לעין של שר הבריאות. *כלכליסט*. קישור: https://www.calcalist.co.il/local_news/article/sjwh7wv8y.
- 165 <https://openpaymentsdata.cms.gov/>.
- 166 Gale, D. & Shapley, L. S. (1962). College Admissions and the Stability of Marriage. *The American Mathematical Monthly*, 69(1), 9-15. URL: http://www.u.arizona.edu/~mwalker/501BReadings/Gale&Shapley_AMM1962.pdf.
- 167 Hassidim, A., Romm, A. and Shorrer, R. I. (2017). Redesigning the Israeli psychology master's match. *American Economic Review*, 107(5), 205-09. URL: https://scholar.harvard.edu/files/ran/files/redesigning_the_israeli_psychology_masters_match.pdf.

פורום קהלת

פורום קהלת הוא מכון מחקר השוכן בירושלים ופועל לעיגון מעמד הקבע של ישראל כמדינת הלאום של העם היהודי, לחיזוק הדמוקרטיה הישראלית, קידום חירות הפרט ועידוד יישום עקרונות השוק החופשי בישראל. הפורום איננו מפלגתי ונשען על מקורות עצמאיים פרטיים ללא מימון ישיר או עקיף ממדינת ישראל או מכל ישות מדינית אחרת. כל תוצרי הפורום מוגשים למקבלי ההחלטות ולציבור ללא תמורה.

פורום קהלת לכלכלה

פורום קהלת לכלכלה מקדם מדיניות תומכת צמיחה, תחרות וחירות, באמצעות מחקר כלכלי וחברתי והכנת וקידום הצעות מדיניות. פעילות הפורום ופרסומיו מכוונים למקבלי ההחלטות ולקהל הרחב, ומטרתם לגבש תמונה מדויקת של המציאות הכלכלית והחברתית בישראל, לאתגר תפיסות מקובלות, ולקדם שגשוג כלכלי וחברתי.



פורום קהלת (ע"ר)

רח' עם ועולמו 8

ירושלים, 9546306

טל' 02-6312720

office@kohelet.org.il

www.kohelet.org.il

ISBN 978-965-7796-02-3



9 789657 796023