מאיירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

גופים וקבוצות עבודה לתכנון כוח אדם במקצועות הבריאות
סקירה בין-לאומית

נורית ניראל ♦ אדר שץ ♦ אריאל טראוב

הסקירה הוזמנה ומומנה על-ידי משרד הבריאות

דוח מחקר

מ-10-131

גופים וקבוצות עבודה לתכנון כוח אדם במקצועות הבריאות
סקירה בין-לאומית

נורית ניראל אדר שץ אריאל טראוב

הסקירה הוזמנה ומומנה על-ידי משרד הבריאות

חשון תשע"א ירושלים אוקטובר 2010

עריכת לשון: בלהה אלון

הפקה ועיצוב: לסלי קליינמן

מאיירס-ג׳וינט-מכון ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
ת״ד 3886
ירושלים 91037

טלפון: 02-6557400
פקס: 02-5612391

כתובת באינטרנט: www.jdc.org.il/brookdale
דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

תקציר

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות הוא נושא שמעסיק מאוד את מערכות הבריאות בעולם המערבי. הנושא קיבל משנה חשיבות בשל המחסור הקיים בכוח אדם זה, במיוחד ברופאים ובאחיות, אך לא רק בבעלי מקצועות אלו, בכל העולם המערבי ואף בישראל. בימים אלה נערך משרד הבריאות בישראל לתכנון ולהקמה של גוף ייעודי לתכנון כוח אדם. לצורך תהליך זה התבקש מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, לבצע סקירה על גופים וקבוצות עבודה בנושא תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות במערכות בריאות שונות בעולם, שתשמש מסמך עזר לתהליך התכנון הנזכר.

בסקירה הנוכחית נבחנו שמונה מחקרי מקרה (case studies) שכללו גופים העוסקים בתכנון כוח אדם באירופה (צרפת, בלגיה, אנגליה ואירלנד), ביבשת אמריקה (ארצות-הברית וקנדה) ובאוסטרליה. בחינת פעולתם של הגופים השונים ו/או קבוצות העבודה השונות שעוסקים בנושא נערכה לפי שורה של נושאים/שאלות שמשרד הבריאות זיהה כחשובים לצורך לימוד דרכי פעולתם של גופי התכנון השונים, ובהם: מטרות, סמכויות, תפקידים ושיטות עבודה, מקצועות הבריאות בהם עוסקים והמודלים בהם נעשה שימוש לחיזוי ולתכנון כוח אדם במקצועות הבריאות. בנוסף, נבחנו המאפיינים המרכזיים הרלוונטיים של שירותי הבריאות בהם פועלים הגופים הנסקרים, ובכללם: בעלות ממשלתית על בתי-חולים או שירותי בריאות אחרים, למי מוקנות סמכויות התכנון והרישוי במקצועות הבריאות, איך נקבעות מכסות הלימוד ומהי מעורבותם של איגודים מקצועיים ופרופסיונליים בתהליכי תכנון כוח האדם. בסקירה זו נדווח על נושאים אלה בכל אחד מן הגופים שנבחנו בארצות השונות.

תוכן עניינים

מבוא ועיקרי ממצאים 1

צרפת 11
שם הארגון 11
חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה 11
שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי) 11
סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בצרפת 11
רקע 11
רפורמות 12
מבנה ארגוני של מערכת הבריאות 12
בעלות ממשלתית על גורמי ייצור במערכת הבריאות 13
סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד 13
תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות בצרפת 14
מעורבותם של איגודים מקצועיים ופרופסיונליים בתהליך התכנון 15
מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון 15
מבנה ארגוני ובעלי תפקידים 15
שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים 15
פרטי קשר 16
כנסים וקבוצות עבודה 16
מראי מקום 16

בלגיה 18
שם הארגון 18
חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה 18
שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי) 18
סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בבלגיה 18
רקע 18
בעלות ממשלתית על גורמי ייצור במערכת הבריאות 19
סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד 20
מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון 20
מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון 20
מבנה ארגוני ובעלי תפקידים 21
היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות 21
שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים 21
פרטי קשר 22
כנסים וקבוצות עבודה 22
מראי מקום 22

אנגליה 23
שם הארגון 23
חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה 23
שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי) 23
סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות באנגליה 23
רקע 23
מבנה ארגוני של מערכת הבריאות 24
בעלות ממשלתית על גורמי יצור במערכת הבריאות 25
סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד 25
תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות באנגליה 26
מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון 28
מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון 28
מבנה ארגוני ובעלי תפקידים 28
היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות 29
שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים 29
פרטי קשר 31
כנסים וקבוצות עבודה 31
מראי מקום 31
נספח 1 : הליך מימון הכשרת כוח האדם הרפואי באנגליה 33
נספח 2 : אסטרטגיות ותכניות לתכנון כוח אדם רפואי ברמת רשות הבריאות האזורית (SHA) 34
נספח 3 : מבנה מערכת התכנון באנגליה 36

אירלנד 37
שם הארגון 37
חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה 37
שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי) 37
סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות באירלנד 37
רקע 37
בעלות ממשלתית על גורמי יצור במערכת הבריאות 38
סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד 38
מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון 39
מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון 39
מבנה ארגוני ובעלי תפקידים 39
היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות 40
שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים 40
תוצאות ושיטות חישוב של הצורך בכוח אדם במקצועות הבריאות ברמה לאומית ורב-לאומית 41
שימוש בכלי הכמותי 41
מתודולוגיה 41
תחזיות בסיס מול תרחישים 41
סימולציות של המודל : תוצאות 42

פרטי קשר 46
כנסים וקבוצות עבודה 47
מראי מקום 47

ארצות-הברית 48
שם הארגון 48
חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה 48
שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי) 48
סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בארצות-הברית 48
רקע 48
סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד 49
בעלות ממשלתית על גורמי ייצור במערכת הבריאות 49
מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון 50
מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון 51
מבנה ארגוני ובעלי תפקידים 51
היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות 52
שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים 52
תוצאות ושיטות חישוב של הצורך בכוח אדם במקצועות הבריאות ברמה הלאומית וברמת המדינות (States) 54
פרטי קשר 56
כנסים וקבוצות עבודה 57
Advisory Committee on Training in Primary Care Medicine and Dentistry 57
National Advisory Council on Nurse Education and Practice 58
מראי מקום 58

קנדה 60
שם הארגון 60
חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה 60
שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי) 60
סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בקנדה 60
רקע 60
בעלות ממשלתית על גורמי יצור במערכת הבריאות 61
סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד 61
מעורבותם של איגודים מקצועיים ופרופסיונליים בתהליך התכנון 61
מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון 62
מבנה ארגוני ובעלי תפקידים 62
היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות 62
שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים 63
תוצאות ושיטות חישוב של הצורך בכוח אדם במקצועות הבריאות ברמה לאומית ורב-לאומית 64
פרטי קשר 64

כנסים וקבוצות עבודה 64
מראי מקום 65

פרובינציית אלברטה, קנדה 66
שם הארגון 66
חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה 66
שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי) 66
סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בקנדה ובאלברטה 66
רקע 66
בעלות ממשלתית על גורמי ייצור במערכת הבריאות 66
סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד 67
מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון 67
מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון 68
מבנה ארגוני ובעלי תפקידים 68
היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות 70
שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים 70
Physicians Forecasting Model 70
LPN Information Strategic Planning Initiative 70
פרטי קשר 71
כנסים וקבוצות עבודה 71
מראי מקום 71

אוסטרליה 72
שם הארגון 72
חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה 72
NHWT 72
HWA 72
שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי) 73
סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות באוסטרליה 73
רקע 73
רפורמות 74
מבנה ארגוני של מערכת הבריאות 74
בעלות ממשלתית על גורמי יצור במערכת הבריאות 75
סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד 75
כיצד מתבצע תכנון כוח אדם באוסטרליה 76
מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון 79
מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון 79
מבנה ארגוני ובעלי תפקידים 79
NHWT 79
HWA 79

היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות 80
שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים 80
NHWT 80
HWA 82
פרטי קשר 83
NHWT 83
HWA 83
כנסים וקבוצות עבודה 83
מראי מקום 83

רשימת לוחות ותרשימים

לוח 1 : גופי התכנון השונים - לוח מסכם 4

לוח 2 : המבנה הארגוני של גופי התכנון השונים 8

תרשים 1 : מבנה ארגוני של מערכת הבריאות באנגליה, 25

תרשים 2 : מבנה ארגוני של BHP - הלשכה למקצועות בריאות 52

תרשים 3 : מודל היצע רופאים (PSM) 54

תרשים 4 : מבנה ארגוני של ה- Alberta Health and Wellness, Health Workforce Division 69

תרשים 5 : מערך תכנון כוח אדם רפואי באוסטרליה 78

תרשים 6 :תכנית העבודה של NHWT בתחום פיתוח המידע ועריכת תחזיות היצע וביקוש 81

מבוא ועיקרי ממצאים

נושא תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות הוא נושא שמעסיק מאוד את מערכות הבריאות בעולם המערבי. הנושא קיבל משנה חשיבות בשל המחסור הקיים בכוח אדם זה, במיוחד ברופאים ובאחיות, אך לא רק בבעלי מקצועות אלו, בכל העולם המערבי ואף בישראל. בימים אלה נערך משרד הבריאות בישראל לתכנון ולהקמה של גוף ייעודי לתכנון כוח אדם. לצורך תהליך זה התבקש מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, במכון ברוקדייל, לבצע סקירה על גופים וקבוצות עבודה בנושא תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות במערכות בריאות שונות בעולם, שתשמש מסמך עזר לתהליך התכנון הנזכר.

בסקירה נבחנו שמונה מחקרי מקרה (case studies) שכללו גופים העוסקים בתכנון כוח אדם באירופה (צרפת, בלגיה, אנגליה ואירלנד), ביבשת אמריקה (ארצות-הברית וקנדה) ובאוסטרליה. בחינת הפעולה של גופים שונים או קבוצות עבודה שונות נערכה לפי שורה של נושאים/שאלות אותם זיהה משרד הבריאות כחשובים לצורך לימוד דרכי פעולתם של גופי התכנון השונים, ובהם: מטרות, סמכויות, תפקידים ושיטות עבודה, מקצועות הבריאות בהם עוסקים, והמודלים לחיזוי ותכנון. כמו-כן, נבחנו המאפיינים המרכזיים הרלוונטיים של שירותי הבריאות בהם פועלים הגופים הנסקרים, ובכללם: בעלות ממשלתית על בתי-חולים או שירותי בריאות אחרים, למי מוקנות סמכויות התכנון והרישוי במקצועות הבריאות, איך נקבעות מכסות הלימוד ומהי מעורבותם של איגודים מקצועיים ופרופסיונליים בתהליכי תכנון כוח האדם. בסקירה הנוכחית אנו מדווחים על נושאים אלה בכל אחד מן הגופים שנבחנו.

על אף השוני בין הגופים השונים מצאנו כי כולם מצהירים כמטרתם העיקרית (חזונם) את שיפור השירות הרפואי לאוכלוסייה. בנוסף, הרוב הם גופים יעודיים העוסקים רק בתכנון כוח אדם (אוסטרליה, אנגליה, קנדה, צרפת, אירלנד ובלגיה). בארצות-הברית עוסק הגוף המתכנן גם בעידוד ההכשרה ומימונה. רק באלברטה (שהיא אחת מן הפרובינציות בקנדה) הגוף המתכנן הוא גם גוף שתפקידו העיקרי קיום משא ומתן בענייני כספים עם אנשי מקצועות הבריאות.

מבין שמונת הגופים שבחנו, חמישה הם גופים חדשים יחסית אשר הוקמו באמצע-סוף שנות האלפיים (צרפת, אוסטרליה, אירלנד, אנגליה, קנדה). כמעט כולם קמו כתגובה על התארגנות חדשה או על רפורמה כלשהי במערכת הבריאות במדינתם. האחרים הם גופים ותיקים משנות התשעים, או גופים שהוקמו על בסיס או כהמשך לגוף ותיק קיים (ארצות-הברית, אלברטה, בלגיה).

מערכות הבריאות במדינות בהן בחנו את גופי התכנון שונות זו מזו. כך, למשל, בתחום בעלות הממשלה על גורמי ייצור במערכת הבריאות - בכל המדינות, פרט לבלגיה, המדינה היא הבעלים של חלק מבתי-החולים הציבוריים. יש מדינות שבהן המדינה גם מנהלת וממממנת את בתי-החולים בבעלותה (אוסטרליה, צרפת, בלגיה, אירלנד). אך גם במדינות בהן אין בעלות משמעותית של המדינה על בתי-חולים קיים מגזר גדול של בתי-חולים ציבוריים ללא כוונת רווח (אנגליה, ארצות-הברית), ובתי-חולים בבעלות הממשלה המיועדים לאוכלוסיות מיוחדות (קנדה, ארצות-הברית).

מערכות הבריאות במדינות השונות נבדלות גם במידת הריכוזיות שלהן. כך, למשל, באנגליה קיימת מערכת בריאות מאוד ריכוזית, בצרפת יש הסדרים ומימון ריכוזיים עם הספקת שירותים מבוזרת, ובארצות-הברית מערכת הבריאות מבוזרת ביותר. בכל המדינות מלבד בארצות-הברית קיים ביטוח בריאות אוניברסלי. בחלקן הביטוח מסופק ישירות על-ידי המדינה (קנדה, בלגיה, אוסטרליה, אנגליה, אירלנד), ובחלקן הוא מסופק על-ידי קופות-חולים (צרפת, בלגיה).

תכנון כוח אדם רפואי קשור קשר הדוק לקביעת מכסות מקומות הלימוד בבתי-הספר לרפואה, וגם כאן יש הבדלים בין המדינות השונות. מן הסקירה עולה כי כל המדינות שולטות במידה כלשהי במספר המקומות בבתי-הספר לרפואה. שליטה זו נעשית באחת משתי הדרכים: קביעה ישירה של המכסות (צרפת, בלגיה); או שליטה על מספר המקומות באמצעות מימון מלא או חלקי של בתי-הספר לרפואה (ארצות-הברית, קנדה, אלברטה, אנגליה). צרפת אף שולטת על הכוונת הסטודנטים להתמחות על-ידי "שמירת" מקומות בהתמחויות מסוימות.

אשר לסמכויות רישוי כוח אדם במקצועות הבריאות, ברוב המדינות הרישוי עצמו ניתן על-ידי הריבון, ואילו הבחינה והרישום נערכים על-ידי הארגונים הפרופסיונליים (ארצות-הברית, קנדה ואלברטה, צרפת, אירלנד). בבלגיה הרישוי ניתן על-ידי השר הפדרלי, ובאוסטרליה קיים גוף רישוי ממשלתי ברמה הפדרלית.

למרות ההבדלים בין מערכות הבריאות, כל המדינות שבחנו ראו צורך בתכנון כוח אדם, כאשר מבנה הגוף התכנוני קשור למערכת בה הוא מתפקד.

מאחר שגופי התכנון שייכים למערכות בריאות השונות במבנה שלהן, הרי שהם ממוקמים באופן שונה בתוך מערכת הבריאות. חלק מגופי תכנון כוח האדם הם פדרליים ועוסקים בתכנון-על ברמה של מדינות או פרובינציות (ארצות-הברית, קנדה, אוסטרליה, בלגיה). חלק מהגופים הם ברמה הארצית כאשר הם שואבים רבות מהליכי תכנון או מאינפורמציה הקיימת ברמה האזורית (אנגליה, צרפת), ואילו באירלנד יש ועדה מייעצת בין משרדית המגבשת את תוצריהם של גופים לאומיים אחרים. באלברטה הגוף הוא ברמת הפרובינציה. עם זאת, כל גופי התכנון המתוארים הם גופים מקצועיים היושבים בתוך מסגרת ממשלתית כלשהי. הגוף מבצע את התכנון, והריבון קובע מדיניות תוך התחשבות בתכנון זה.

בנוסף, מצאנו מגוון של מבנים ארגוניים. במשטרים פדרליים ניתן לראות גופים ברמה הפדרלית המאחדים שלוחות או נציגויות אזוריות העוסקות בתכנון (קנדה, אוסטרליה), או גופים ברמת הפרובינציה (אלברטה). במשטרים לא פדרליים אפשר לראות גוף שהוא חלק ממשרד הבריאות ומחזיק מערכת של שלוחות אזוריות (צרפת), גוף עצמאי הנמצא בהתקשרות חוזית מול משרד הבריאות ופועל הן ברמה הלאומית והן ברמה האזורית (אנגליה), וועדה בין-משרדית עם ריבוי של נציגויות המרכזת את פעולתם של גופים פרופסיונליים בתחום כוח אדם (אירלנד).

היעד הסופי של כל הגופים הוא תכנון מתואם של כל מקצועות הבריאות. עם זאת, בפועל יש ארצות העוסקות בעיקר ברופאים ואחיות (ארצות-הברית, צרפת), וכאלו שתכנון כוח האדם בהם התרחב למקצועות נוספים (אוסטרליה, אנגליה, אירלנד, קנדה) והוא מפורט ומקיף ביותר.

בבחינת מעורבותם של איגודים מקצועיים או איגודים פרופסיונליים בתהליכי התכנון נמצא כי בכל המדינות קיימת מעורבות כלשהי של איגודים אלה, כאשר קיים רצף כלשהו בין מעורבות ברמת מקור מידע בלבד (צרפת), לבין התייעצות בתהליך התכנון (ארצות-הברית, קנדה), ועד לחברות של ממש בגוף המתכנן (בלגיה). בחלק מהמדינות גופי התכנון מצהירים על רצון לשיתוף של האיגודים המקצועיים והפרופסיונליים, אך אין לכך הסדר מוסדי כלשהו (אנגליה, אירלנד, אוסטרליה).

כל גופי התכנון שבחנו אחראים על איסוף מידע הקשור לכוח האדם במקצועות הבריאות שעל תכנונם הם אחראים. חלק מהגופים אחראים על הקמת מאגרי מידע, ו/או מנהלים בעצמם מאגרי מידע המשמשים לתכנון; וחלקם אוספים מידע ממקורות אחרים קיימים. בנוסף, חלק מהגופים עורכים סקרים וכן מסתמכים על מקורות קיימים (אוסטרליה, בלגיה, ארצות-הברית); אחרים משתמשים במידע הנאסף אצל ארגונים וגופים אחרים (צרפת, קנדה, אנגליה). יש המפיקים דוחות שנתיים (אנגליה, צרפת, אלברטה), וחלקם אף מפרסמים דוחות ספציפיים למקצוע מסוים כשיש צורך (אירלנד).

כל גופי התכנון שבחנו אינם מסתפקים באיסוף מידע בלבד. לכל הגופים יש כלים משוכללים יחסית לניתוח ההיצע מול הביקוש לצורכי עריכת תחזיות, הכוללים מודלים שחלקם מפותחים על-ידי הארגון עצמו (אנגליה, אוסטרליה), וחלקם פותחו על-ידי גופים אחרים (אירלנד, קנדה, ארצות-הברית, צרפת); וכן עריכת סימולציות המדמות תרחישים עתידיים אפשריים על פי המודל בו נעשה שימוש לצורך התחזית.

בלוח 1 להלן מוצג סיכום ההשוואה בין הגופים השונים לפי הנושאים אותם בחנו.

לוח 1: גופי התכנון השונים - לוח מסכם

	אוסטרליה	אירלנד	אלברטה	אנגליה	ארצות-הברית	בלגיה	צרפת	קנדה
שם הארגון	NHWT, HWA	DoHC/HSE	Health Workforce Division בתוך ה-AHW	WRT	BHP	Commission for Medical Supply Planning	ONDPS	ACHDHR
שנת הקמה	2007, 2009	2006	אין מידע	1999	1982	1996	2003	2002
סמכויות ותפקידים	פיתוח אסטרטגיות לקידום יעדי כוח האדם שהוצבו במסגרת תכנית פעולה לאומית	הכוונה אסטרטגית לתכנון כוח אדם במערכת הבריאות	קביעת מדיניות וכיווני פעולה, ושירותי בריאות חדשניים	מיפוי, הערכה והמלצה על דרכי פעולה בנושא תכנון כוח אדם	מנהיגות לאומית בתחום תכנון כוח אדם, תמיכה בפיתוח כוח אדם	אמידת צורכי הביקוש לכוח אדם ועמידה על הצרכים המתפתחים בתחום	שיפור תשתיות מידע, זיהוי אי שוויון בפריסה גיאוגרפית, הערכת צרכים וגיבוש המלצות	להבטיח את משאבי האנוש של קנדה בתחום הבריאות
שיוך הארגון	לאומי פדרלי	לאומי - ועדה בין משרדית	פרובינציאלי	לאומי - שואב מתהליכי תכנון ברמה מקומית	לאומי פדרלי	לאומי פדרלי	לאומי עם שלוחות אזוריות	לאומי פדרלי
מבנה מערכת הבריאות במדינה	מבנה מורכב, ערוצי מימון והספקה מגוונים	מבנה ריכוזי של מערכת בריאות ציבורית, ספקים רבים בבעלות המדינה	מבנה ריכוזי, ספקים פרטיים	מבנה ריכוזי עם רשויות בריאות אזוריות, מימון ציבורי לתאגידים של NHS	מערכת מבוזרת, מימון והספקה פרטיים בעיקר	מבנה ריכוזי, קופות-חולים וספקים עצמאיים	מבנה ריכוזי, קופות-חולים	מבנה ריכוזי, ספקים פרטיים

	אוסטרליה	אירלנד	אלברטה	אנגליה	ארצות-הברית	בלגיה	צרפת	קנדה
ביטוח בריאות	אוניברסלי	אוניברסלי	אוניברסלי	אוניברסלי	אין ביטוח אוניברסלי	אוניברסלי	אוניברסלי	אוניברסלי
בעלות המדינה על בתי-חולים	כל בתי-החולים הציבוריים בבעלות המדינה	המדינה בעלים ומפעילה של בתי-חולים רבים במסגרת HSE	המדינה מממנת בתי-חולים אך אינה בעלים	בתי-חולים בבעלות תאגידים ציבוריים	אחוז קטן של בתי-חולים בבעלות המדינה	המדינה אינה בעלים של בתי-חולים	רבע מבתי-החולים נמצאים בבעלות המדינה	המדינה מממנת בתי-חולים אך אינה בעלים
קביעת מכסות מקומות הלימוד	אין מידע	אין מידע	באמצעות הזרמת תקציבים לבתי-ספר לרפואה	באמצעות הזרמת תקציבים לבתי-ספר לרפואה	באמצעות הזרמת תקציבים לבתי-ספר לרפואה	קביעת מכסות	קביעת מכסות	באמצעות הזרמת תקציבים לבתי-ספר לרפואה
סמכויות רישוי כוח אדם	גוף רישוי ממשלתי ברמה הפדרלית	הסמכות בידי הריבון אך ארגון פרופסיונלי קובע בפועל	הסמכות בידי הריבון אך ארגון פרופסיונלי קובע בפועל	הסמכות בידי הריבון אך ארגון פרופסיונלי קובע בפועל	הסמכות בידי הריבון אך ארגון פרופסיונלי קובע בפועל	רישוי על-ידי השר הפדרלי	הסמכות בידי הריבון אך ארגון פרופסיונלי קובע בפועל	הסמכות בידי הריבון אך ארגון פרופסיונלי קובע בפועל
האם מוקנות סמכויות תכנון כוח אדם	גוף מייעץ לריבון	גוף מייעץ לריבון	גוף מייעץ לריבון	גוף מייעץ לריבון	גוף מייעץ לריבון	גוף מייעץ לריבון	גוף מייעץ לריבון	גוף מייעץ לריבון

	אוסטרליה	אירלנד	אלברטה	אנגליה	ארצות-הברית	בלגיה	צרפת	קנדה
מעורבות ארגונים מקצועיים/ פרופסיונליים בתהליכי תכנון	ברמה ההצהרתית ללא הסדר מוסדי	ברמה ההצהרתית ללא הסדר מוסדי	משמשים יועצים בתהליך התכנון	ברמה ההצהרתית ללא הסדר מוסדי	משמשים יועצים בתהליך התכנון	נציגים חברים בגוף המתכנן	מעורבות ברמת מקור מידע	משמשים יועצים בתהליך התכנון
מקצועות הבריאות	מגוון מקצועות	מגוון מקצועות	מגוון מקצועות	מגוון מקצועות	רופאים ואחיות	מגוון מקצועות	בעיקר רופאים	בעיקר רופאים ואחיות אך גם אחרים
שיוך ארגוני	גוף השייך לוועידת שרי הבריאות	ועדה בין משרדית עם ריבוי נציגויות	פרובינציאלי - שייך לממשלת אלברטה	גוף עצמאי הנמצא בהתקשרות חוזית עם משרד הבריאות	חלק ממשרד הבריאות	לאומי פדרלי	חלק ממשרד הבריאות, עם שלוחות אזוריות	גוף השייך לוועידת סגני השרים בנושא בריאות
מבנה הארגון*	NHWT - צוות מקצועי, HWA - מנכ"ל, ועד מנהל, וועדות מקצועיות	16 נציגים של רשויות שונות, ייעוץ מקצועי מקבוצת מומחים	אגף המופקד על תחום התכנון, מחולק למחלקות נושאיות	ועד מנהל וצוות מקצועי	מחלקות שונות וצוות מקצועי ראשי	מועצה בת 31 חברים וצוות מקצועי בן 4 חברים, מזכירות	נשיא, ועדת היגוי ו-26 ועדות אזוריות בנות כ-10 נציגים כל אחת	ועדה מייעצת עם ריבוי נציגים וכן צוות מקצועי תומך
כוח אדם ותקציב	חסר מידע	חסר מידע	חסר מידע	2,236,000 לישי"ט ב-2008/09	יש מידע כללי על משרד הבריאות ללא הבחנה בין מקצועות הבריאות	300,000 יורו לשנה לא כולל כוח אדם	חסר	חסר

	אוסטרליה	אירלנד	אלברטה	אנגליה	ארצות-הברית	בלגיה	צרפת	קנדה
שיטות עבודה: האם מתבצע איסוף ועיבוד מידע במסגרת הארגון	מתבצע איסוף ועיבוד מידע	ניהול תהליכי איסוף מידע של גופים אחרים	אגרגציה של מקורות קיימים	אגרגציה של מקורות קיימים	מתבצע איסוף ועיבוד מידע	מתבצע איסוף ועיבוד מידע	אגרגציה של מקורות קיימים	אגרגציה של מקורות קיימים
האם הארגון מפתח כלי חיזוי?	הארגון מפתח מודלים לחיזוי	שימוש במודלים קיימים	שימוש במודלים קיימים	הארגון מפתח מודלים לחיזוי	שימוש במודלים קיימים	שימוש במודלים קיימים	שימוש במודלים קיימים	שימוש במודלים קיימים

* לפירוט על מבנה הארגון ראה לוח 2

לוח 2: המבנה הארגוני של גופי התכנון השונים

מדינה	שם הארגון	שיוך ארגוני	מבנה הארגון
אוסטרליה	NHWT, HWA	גוף השייך לוועידה הלאומית של שרי הבריאות השונים של מחוזות אוסטרליה, AHMAC	NHWT הוא צוות מקצועי המונה 7 חברי צוות: מנהל תכנון כוח אדם, עוזר למנהל, communications manager, עוד שלושה אנשי מינהל ומנהל תמיכה בתוכנות. כולם אנשים בעלי ניסיון ביישום והטמעת מדיניות, המתמחים במערכת הבריאות האוסטרלית, והם אחראים על ביצוע הפרויקטים בתחומים הכלולים באסטרטגיה הלאומית בנושא תכנון כוח אדם רפואי: פיתוח בסיסי מידע. עריכת תחזיות ותכנון, ליווי רפורמות בכוח אדם וארגון כנסים ופורומים בתחום כוח אדם במקצועות הבריאות. תוצרי עבודת גוף זה נשענים על מחקרים וסקרים שנערכים במוסדות ההשכלה הגבוהה השונים באוסטרליה, ועל נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. HWA מורכב ממנכ"ל; ועד מנהל המונה 13 חברים הכוללים רופאים, אחיות, ובעלי מקצועות פרה-רפואיים, אנשי הוראה ואנשי ניהול; וועדות מקצועיות שחבריהן טרם מונו. גוף זה נמצא עדיין בתהליך התהוות.
אירלנד	DoHC/HSE	ועדה בין-משרדית הנמצאת באחריות שני גופים: הרשות לשירותי בריאות, ומשרד הבריאות והילדים. הוועדה מכילה נציגים ממשרדים ורשויות רבים	הוועדה מונה 16 חברים, הכוללים נציגים ממשרד הבריאות והילדים; הרשות לשירותי בריאות; משרד האוצר; משרד החינוך והמדע; והרשות להשכלה גבוהה. הוועדה מקבלת ייעוץ מקצועי מקבוצת מומחים שנקראת Expert Group on Future Skills Need, המבצעת בעבור הוועדה את ההערכות המקצועיות. קבוצה זו מספקת לוועדה ולממשלה האירית תחזיות וייעוץ בתחומי שוק העבודה, יזמות, מסחר ותעשיה. בוועד המנהל של הקבוצה יושבים מנהלים בכירים בשירות הציבורי ובמגזר הפרטי, העוסקים בתחומי המסחר, המדע, שוק העבודה והיזמות.

מדינה	שם הארגון	שיוך ארגוני	מבנה הארגון
אלברטה	Health Workforce Division בתוך AHW - Alberta Health and Wellness	אגף לתכנון כוח אדם בתוך רשות הבריאות של פרובינציית אלברטה. עובד בשיתוף פעולה צמוד עם גורמים נוספים במערכת הבריאות של אלברטה בהפקת התחזיות	האגף שנקרא Health Workforce Division מחולק לשלוש מחלקות, המחולקות כל אחת למספר תת-מחלקות לפי נושאים. הצוות המקצועי באגף כולל אנליסטים בתחומי מדיניות, כוח אדם, מידע ופתרונות עסקיים ; כלכלנים ; סטטיסטיקאים ; מומחים בתכנון כוח אדם ; מנהלי פרויקטים ומתאמי תכניות ; ועוד.
אנגליה	WRT	גוף עצמאי הנמצא בהתקשרות חוזית עם משרד הבריאות האנגלי והוא אחת הזרועות של ה-NHS (מערכת הבריאות הלאומית)	הארגון מורכב מוועד מנהל ומצוות מקצועי המונה 11 איש, כולל המנהלת והמייסדת של הארגון. הצוות המקצועי כולל את נושאי התפקידים הבכירים הבאים : מנהל, מנהל תחום מידול נתונים (data modeling), מנהל תחום חדשנות ורפורמות בכוח אדם, מתאם פיתוח תוכנות, מתאם הכשרות (training coordinator), ראש תחום מאגרי נתונים ואפליקציות אינטרנט, מנתח מידע בכיר, ראש צוות ניתוח נתונים, מנתח נתונים, יועץ רפואי, יועץ למקצועות פרה-רפואיים.
ארצות-הברית	BHP	הגוף הוא לשכה בתוך משרד הבריאות	BHP מחולק לחמש יחידות : אחיות, רפואה ורפואת שיניים, הלוואות ומלגות לסטודנטים, גיוון וחינוך בין-תחומי, מאגרי מידע. לכל אחת מן היחידות הללו יש מנהל וצוות עובדים. הצוות המינהלי של הלשכה מונה ארבעה אנשים : מינהלן, סגן מינהלן, יועץ בכיר ו-Executive officer.
בלגיה	Commission for Medical Supply Planning	גוף לאומי פדרלי, שהוא מועצה המייעצת לשר הבריאות ולשר הרווחה	המועצה מורכבת מ-31 חברים. בין חברי המועצה נציגים של האוניברסיטאות, קופות-החולים, ארגונים מקצועיים, נציגי הממשלה הפדרלית והמדינתית, והמוסד לביטוח לאומי. למועצה יש צוות מקצועי התומך בעבודתה ומונה ארבעה חברים : ראש המחלקה ומזכיר המועצה, שני סטטיסטיקאים ומינהלן אחד. מזכירות המועצה נתמכת על-ידי שירותי בריאות הציבור הפדרליים.

מדינה	שם הארגון	שיוך ארגוני	מבנה הארגון
צרפת	ONDPS	הגוף הוא חלק ממשרד הבריאות, עם שלוחות אזוריות. הגוף עובד בשיתוף פעולה צמוד עם מחלקה בדירקטוריון הצרפתי לסטטיסטיקה, שעבודתה משמשת ליצירת הדוחות השנתיים של הארגון	ONDPS מורכב מנשיא, מוועדת היגוי ומ-26 ועדות אזוריות. בוועדת ההיגוי עשרה חברים הממונים על-ידי שר הבריאות. בנוסף חברים בה ארבעה נציגים בכירים ממשרד הבריאות. כל ועדה אזורית של הארגון מונה לפחות עשרה חברים, הכוללים בין היתר נציגים בכירים של בעלי העניין באזור: נשיא איגוד קופות-החולים, מנהל שירותי הבריאות והרווחה, נשיא איגוד הרופאים הכלליים, נציג ה-Regional Health Observatory, ולפחות ארבעה בעלי מקצוע בתחום הבריאות. יושבי ראש הוועדות הינם נציגים ממונים של המדינה באזור. העבודה המקצועית (איסוף הנתונים, עיבוד הנתונים) מבוצעת על-ידי מחלקות הדירקטוריון הצרפתי לסטטיסטיקה (המקבילה של למ"ס).
קנדה	ACHDHR	גוף המשמש ועדה מייעצת בנושא משאבי אנוש, הפועל במסגרת ועדת סגני השרים בנושא בריאות - CDM	ב-ACHDHR משתתפים פקידים בכירים ממשרדי הבריאות הפדרלי, הפרובינציאלי והטריטוריאלי. כמו-כן משתתפים נציגי רשויות רבות: First Nation communities, the Council of Ministers Education (Canada), the Canadian Institutes of Health Research, the Canadian Institute for Health Information, a regional health authority, the Health Action Lobby, and Human Resources and Skills Development Canada. לוועדה יש תת-ועדה המקבלת ייעוץ מקצועי מגוף מיוחד בשם HHR Modeling Working Group, המספק ייעוץ אסטרטגי ובונה מודלים.

צרפת

שם הארגון

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé - ONDPS

חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה

ONDPS (The National Observatory of Health Professionals) הוקם בשנת 2003 על-ידי משרד הבריאות הצרפתי. מטרותיו של ONDPS הן: שיפור איכות וזמינות המידע הקיים על המאפיינים הדמוגרפיים של כוח האדם במקצועות הבריאות; זיהוי אי שוויון בפריסה הגיאוגרפית של כוח האדם; הערכת צרכים עתידיים בתחום כוח האדם וגיבוש המלצות למדיניות (Bourgueil, 2005).

האחריות העיקרית של ONDPS היא לאסוף, לנתח ולשקף מידע על עובדי מקצועות הבריאות. בנוסף הארגון מתאם ומקדם מחקרים בנושא תנאי עבודה, תכנון כוח אדם, והתפתחויות מקצועיות בתחומי הבריאות, וכמו-כן מפקח על תהליכים ניסיוניים של העברת סמכויות בין בעלי מקצוע (למשל מרופאים לפרמדיקים).

כאמור, ONDPS הוקם בשנת 2003, לאחר שמספר דוחות שהתפרסמו בנושא כוח אדם במערכת הבריאות המליצו להקים גוף שיפקח על הנושא ברמה הארצית. החידוש של הארגון הינו בכך שהוא מאגד מידע מריבוי של מקורות ובעלי עניין, כגון גופים פרופסיונליים, משרד הבריאות והביטוח הלאומי. נחיצות ופעילות הארגון נמצאת בקונצנזוס רחב בין הרשויות השונות במדינה, פרט לסוגיה, שעדיין שנויה במחלוקת, של העברה של הסמכויות בין מקצועות רפואיים (Bourgueil, 2005; Rechel et al., 2006; Bloor et al., 2003).

שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי)

ONDPS הוא ארגון ממשלתי העוסק בתכנון כוח אדם ברמה הלאומית.

סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בצרפת

רקע

בצרפת פועלת מערכת בריאות ציבורית אוניברסלית, הנחשבת על פי מדדים רבים לטובה בעולם. המערכת מכסה את כל תושבי המדינה וממומנת ברובה מדמי הביטוח הסוציאלי וממס הכנסה. בצרפת קיים עירוב של שירותי בריאות ציבוריים ופרטיים (Sandier et al., 2004).

המערכת הציבורית פועלת באמצעות ביטוח בריאות חובה, באחת משלוש שיטות ביטוח: ביטוח כללי המכסה את רוב האוכלוסייה, ביטוח למגזר החקלאי, וביטוח לעצמאיים. הגופים המבטחים הן קופות-חולים שמעמדן מעוגן בחוק, שמספקות שירותי בריאות למבוטחים בכל אחד מהמחוזות במדינה.

כ-88% ממימון קופות-החולים מתקבלים מדמי ביטוח המשולמים על-ידי המעביד והמועסק, וממס הכנסה. השאר מגיע מסובסידיות שמעניקה המדינה וממיסים ייעודיים נוספים. ברוב השירותים הניתנים על-ידי הקופה, המבוטחים משלמים ישירות לספק ולאחר מכן מקבלים החזר מהקופה בשיעור מסוים מעלות הטיפול. בטיפול אמבולטורי, הרופאים עובדים בשיטת fee for service, כאשר רובם המכריע עצמאיים. התעריפים נקבעים במשא ומתן בין הרופאים לבין קופת-החולים, והמטופלים מקבלים החזר של כ-70% מהעלות (Rechel et al., 2006). עם זאת, הרופאים חופשיים לעבור לשיטה מקבילה שאינה כפופה לתעריפים אלה (Sector 2). בתי-החולים הציבוריים מקבלים תשלום ישירות מקופות-החולים בשיעור של כ-75% מהעלות. הרופאים בבתי-חולים אלה הינם עובדי ציבור המועסקים כשכירים.

במקביל לביטוח הבריאות הממלכתי קיים בצרפת מגזר ביטוח פרטי רחב, במסגרתו רוכשים כיום כ-90% מהתושבים ביטוחים פרטיים משלימים. חלקו של המגזר הפרטי מסך ההוצאה על בריאות נמצא במגמת עלייה (Rechel et al., 2006).

לאחרונה הונהגה בצרפת מדיניות המאפשרת לרופאים בבתי-חולים ציבוריים לעבוד באופן פרטי לאחר שעות העבודה, על מנת למנוע עזיבת רופאים למגזר הפרטי (Sandier et al., 2004).

רפורמות

מערכת הבריאות המורכבת של צרפת הייתה קרקע פוריה לרפורמות רבות לאורך השנים. ניסיונות הרפורמה האחרונים התמקדו בצמצום עלויות ובסוגיות של אי שוויון בהספקת שירותים. נושאים נוספים הנמצאים תדיר על הפרק הם היחסים הרעועים בין המדינה לבין קופות-החולים, ומידת הסמכות הראויה לרמות הממשל השונות. הרפורמה המשמעותית ביותר שעברה מערכת הבריאות בצרפת בשנים האחרונות היא רפורמת Jupee משנת 1996 (Sandier et al., 2004).

מבנה ארגוני של מערכת הבריאות

צרפת היא מדינה המתאפיינת בריכוזיות רבה בקביעת מדיניות ובמבנה המערב נציגויות-על של מגזרים משמעותיים במשק בתהליכי קבלת ההחלטות. שני הגופים המרכזיים המעורבים במערכת הבריאות הם רשויות המדינה וקופות-החולים.

רשויות לאומיות

1. האסיפה הלאומית (National Assembly) מחוקקת כל שנה סדרת חוקים בשם Annual Acts on Social Security Funding, במסגרתן נקבעת תקרת ההוצאה הלאומית על בריאות, תקציבים לנושאים מיוחדים, וכן חידושים ותיקונים בהטבות וברגולציות בתחום הבריאות
2. משרד הבריאות (Ministry of Health and Sports) מקבל ההחלטות המרכזי בנושאי בריאות, והוא נושא באחריות על ניהול הספקת השירותים, מימונם והפיקוח עליהם. המשרד מחולק לאגפים על פי נושא, וכן מפעיל לשכות בריאות אזוריות שכוללות לשכות בתי-חולים, איגודי קופות-חולים ואיגודי רופאים עצמאיים

3. רשויות לאומיות הקשורות למשרד הבריאות כוללות את: the Committee on Public Health, the Agency for the Medical Safety of Food Products, the Agency for the Medical Safety of Health Products, an Institute for Monitoring Public Health, the National Agency for Accreditation and Evaluation of Health Care (ANAES), the Economic Committee for Medical Products and the Agency for Information on Hospital Care
4. הדירקטוריון הצרפתי לסטטיסטיקה ומחקר (French Directorate for Research, Studies, Evaluation and Statistics - DREES). במסגרתו פועלת תת-מחלקה בשם The Office for Health Professionals (BPS), המבצעת מחקרים וניתוחים סטטיסטים בנושאי כוח אדם במקצועות הבריאות (Bessière, 2007)

קופות-החולים

מערכת ביטוח הבריאות הממלכתי מורכבת משלוש קופות-חולים מרכזיות, כל אחת מהן מייצגת שיטת ביטוח שונה:

1. The general scheme - קופה כללית
2. The agricultural scheme - קופה חקלאית
3. The scheme for non-agricultural self-employed people - קופה לעצמאיים שאינם חקלאים

קופות-החולים מפוקחות על-ידי המשרד לביטחון סוציאלי .

בנוסף לגופים אלה קיימים גם איגודים מקצועיים, איגודי עובדים, גופים פרופסיונליים וגופי מחקר לא ממשלתיים, המעורבים בתהליכי קבלת ההחלטות ואיסוף המידע ברמה הלאומית ו/או המקומית.

בעלות ממשלתית על גורמי ייצור במערכת הבריאות

בצרפת ישנם שלושה סוגי בתי-חולים: בתי-חולים ציבוריים בבעלות המדינה (25%), בתי-חולים פרטיים ללא כוונת רווח (33%), ובתי-חולים פרטיים עם כוונת רווח (40%). בתי-החולים הציבוריים מקבלים מימון בצורת תקציב גלובלי חודשי, שניתן מראש על-ידי קופות-החולים. מנהלי בתי-החולים רשאים להעביר תקציבים משנה לשנה. הרופאים בבתי-החולים הפרטיים עם כוונת רווח מקבלים תשלום לפי טיפול, שגובהו נקבע במו"מ בין הרופא הבודד לבין בית-החולים, ואילו לשירותים הנוספים יש מחירון קבוע. בתי-החולים הפרטיים שלא לכוונת רווח יכולים לבחור בין שתי שיטות המימון.

סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד

הכשרת רופאים בצרפת מתבצעת בשלושה שלבים. השלב הראשון נמשך שנתיים, כאשר מספר המקומות בשנת הלימודים השנייה מוגבל על-ידי מכסה שנקבעת ברמת השלטון המרכזי (Numerus Clausus). מכסה זו עמדה בשנת 2005 על 6,300 וצפויה לעלות ל-7,000 עד 2010 (Bourgueil et al., 2006). השלב השני אורך ארבע שנים ומורכב מהכשרה תיאורטית ומעשית. השלב השלישי הוא התמחות (residency או internship), ואורך שנתיים וחצי. בחירת ההתמחות הייתה תלויה עד לאחרונה

במספר משרות ההתמחות הפנויות בבתי-חולים ובהעדפות הסטודנטים, אך בשנים האחרונות עקב מחסורים בתחומי התמחות מסוימים הממשלה שומרת חלק ממקומות ההתמחות בעבור סטודנטים כבר משלב בחינת הכניסה. שליטה מסוג זה על משרות ההתמחות מסייעת למקבלי ההחלטות גם בסוגיית הפיזור הגיאוגרפי, אם כי מידת הצלחת השימוש בה מוטלת בספק (Sandier et al., 2004). הכשרת האחיות בצרפת אורכת שלוש שנים, עם אפשרות להמשך התמחות.

לא קיימת בצרפת מערכת של רישוי או רישום מחדש לרופאים לאחר הרישום הראשוני (Rechel et al., 2006).

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות בצרפת

בצרפת יש 3.4 רופאים לאלף נפש, נכון לשנת 2005; ו-6.7 אחיות לאלף נפש נכון לשנת 2000 (Rechel et al., 2006; Sandier et al., 2004). הבעיה ה"מסורתית" בנושאי כוח אדם במדינה הייתה דווקא ריבוי של רופאים, ועל כן הונהגה בשנת 1971 מדיניות של קביעת מכסה, שמטרתה לשלוט במספר הרופאים על-ידי הגבלת מקומות הלימוד בשנה השנייה של לימודי הרפואה. מכסות הלימוד נקבעות על-ידי הממשל המרכזי באמצעות שלוחותיו האזוריות. המכסות מתייחסות לרופאים, רוקחים, רופאי שיניים, יולדות, פיזיותרפיסטים ומטפלים בדיבור (Rechel et al., 2006). כתוצאה ממדיניות זו התייצב מספר הרופאים בעשורים אחרונים, אך כעת המגמה מתהפכת ועד שנת 2020 צפוי מחסור כללי ברופאים. המחסור ברופאים מורגש כבר היום על בסיס אזורי ועל בסיס התמחות, במיוחד בתחום הרופאים הכלליים. מחסור חמור יותר מורגש כיום בתחום האחיות וגם הוא עתיד להתגבר.

בעקבות תופעת אי השוויון הגיאוגרפי בשיעור הרופאים והצפי להתגברותה מינתה הממשלה הצרפתית ועדה בשם The Medical Demographic Commission, שבראשה ישב יו"ר ONDPS. המלצותיה אומצו רובן ככולן בשנת 2006 במסגרת תכנית אסטרטגית לאומית לפיתוח כוח האדם במקצועות הבריאות (Bourgueil et al., 2006). התכנית האסטרטגית עוסקת בשלושה תחומים: הגדלת היצע הרופאים באזורים בהם מורגש או צפוי מחסור; שיפור תנאי התעסוקה של רופאים; והגדלת שיעור הרופאים הכלליים בין הרופאים. התכנית כוללת פיתוח מדדים לכל אחד מהתחומים, וכן מספר אמצעי מדיניות כמו תמריצים למניעת פרישה מוקדמת דרך מערך המיסוי והפנסיה, הגדלת מכסות הלימוד באמצעות קביעת מכסה, ומערכת תמריצים לרופאים כלליים על בסיס אזורי.

בצרפת יש ריבוי של גופים העוסקים באיסוף מידע ובמחקר בנושאי כוח אדם רפואי, בהם:

1. תת-מחלקה לנושאי כוח אדם (BPS) בתוך הדירקטוריון הצרפתי לסטטיסטיקה ומחקר (DREES)
2. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) - הארגון הנידון בסקירה זו
3. גופי מידע אזוריים בנושאי כוח אדם (Regional Observatories on Health Professionals), והפדרציה הלאומית של גופים אלה (the National Federation of Regional Health Observatories - FNORS)
4. מועצת הבריאות הלאומית (The National Medical Council)

5. IRDES (the Institute for Research and Documentation on Health Economics) - מכון מחקר עצמאי בנושא כלכלת בריאות

מעורבותם של איגודים מקצועיים ופרופסיונליים בתהליך התכנון

האיגודים הפרופסיונליים בצרפת מעורבים רבות ביישום של רפורמות בכל תחומי הבריאות. בנוסף לכך, ONDPS משתמש באיגודים אלה כמקור מידע בעריכת הדוחות השנתיים שלו (Sandier et al., 2004; Bourgueil, 2005).

מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון

ONDPS עוסק בכלל מקצועות הבריאות, אך תוך שימת דגש ניכר על רופאים. מחלקת כוח האדם בדירקטוריון לסטטיסטיקה ומחקר עוסקת כעת בפיתוח מודלים לחיזוי היצע וביקוש במקצועות בריאות נוספים (Bessière, 2007).

מבנה ארגוני ובעלי תפקידים

ONDPS הוא חלק ממשרד הבריאות הצרפתי. הוא מורכב מנשיא, מוועדת היגוי ומ-26 ועדות אזוריות. נשיא הארגון ו-10 חברי ועדת ההיגוי ממונים על-ידי שר הבריאות (כיום הגב' Roselyne Bachelot-Narquin). בנוסף, חברים בוועדת ההיגוי ארבעה נציגים בכירים ממשרד הבריאות (Bourgueil, 2005). נשיא הארגון כיום הוא הפרופ' Yvon Berland, נשיא בית-הספר לרפואה במרסיי.

כל ועדה אזורית (Regional Committee) של הארגון מונה לפחות עשרה חברים, הכוללים, בין היתר, נציגים בכירים של בעלי העניין באזור: נשיא איגוד קופות-החולים, מנהל שירותי הבריאות והרווחה, נשיא איגוד הרופאים הכלליים, נציג ה-Regional Health Observatory, ולפחות ארבעה בעלי מקצוע בתחום הבריאות. יושבי ראש הוועדות הינם נציגים ממונים של המדינה באזור. פרטים נוספים על חברי הארגון ניתן למצוא בקישור:
http://www.sante-sports.gouv.fr/la-composition-de-l-ondps.html (צרפתית).

לא נמצא מידע בנושא תקציבים והיקף כוח אדם מועסק.

שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים

ONDPS מפיק דוח שנתי בנושאי המגמות הדמוגרפיות של כוח האדם במקצועות הבריאות בצרפת, במסגרתו הוא מספק המלצות למדיניות. הארגון מתאם ומקדם מחקרים נוספים בנושא תנאי עבודה, תכנון כוח אדם והתפתחויות מקצועיות בתחומי הבריאות, וכן מפקח על תהליכים ניסיוניים של העברת סמכויות בין בעלי מקצוע (למשל מרופאים לפרמדיקים). כמו-כן, הארגון מתאם בין מקורות מידע מגופים שונים העוסקים בנושא כוח אדם, בהם: המוסד לביטוח בריאות לאומי האוסף מידע על רופאים פרטיים; משרד הבריאות האוסף מידע על רופאים המועסקים בבתי-חולים ציבוריים; דירקטוריון הסטטיסטיקה האוסף מידע על בעלי רישיון, מועצת הבריאות הלאומית, ועוד (Bourgueil, 2005).

ONDPS עובד בשיתוף פעולה הדוק עם המשרד למקצועות בריאות (Bureau des Professions de Santé - BPS), הפועל כחלק מהדירקטוריון הצרפתי לסטטיסטיקה ומחקר (DREES). המחקרים שמנהל BPS משמשים ליצירת הדוח השנתי של ONDPS. BPS משתמש במודל שפיתח בעצמו, המשמש לחיזוי שינויים בטווח הבינוני במספר ובפיזור כוח האדם, בהנחה שדפוסי ההתנהגות והמדיניות הציבורית בתחום הבריאות נותרים בעינם. לאחרונה BPS שכלל את המודל והכניס סימולציות המדמות שינויים בפקטורים אלה. נכון לעכשיו המודל המשוכלל ביותר של BPS עוסק ברופאים, אך הוא נמצא בתהליכים של הרחבת המודל כך שיכלול פיזיותרפיסטים, אחיות ורוקחים. BPS עוסק גם בתיאום בין מקורות מידע שונים, במקביל ובשיתוף ONDPS (Bessière, 2007). ההמלצות של ONDPS משוקללות בתהליכי קבלת ההחלטות של משרד הבריאות. נציגי הארגון יושבים בוועדות של משרד הבריאות, למשל בוועדה שהמלצותיה שימשו בסיס לתכנית הלאומית האסטרטגית לפיתוח כוח אדם במקצועות הבריאות שהוזכרה לעיל, במסגרתה הוגדלה מכסת מקומות הלימוד בבתי-הספר לרפואה (Bourgueil, 2005).

פרטי קשר

פרטים על ONDPS, כולל פרטי קשר, דוחות עיתיים ופרסומים, ניתן למצוא בקישור:
http://www.sante-sports.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html (צרפתית).
כתובת מייל להתקשרות: drees-ondps@sante.gouv.fr

כנסים וקבוצות עבודה

לא נמצא מידע

מראי מקום

Bessiere, S. 2007. ***The Office for Health Professions (Bureau des Professions de Sante: BPS): an Interview.*** Courier des Statistiques, English series no. 13, 2007.
Available at http://www.insee.fr/en/ffc/docs_ffc/cs116f.pdf (accessed 3.5.10)

Bloor, K.; and Maynard, A. 2003. ***Planning Human Resources in Health Care: Towards an Economic Approach, an International Comparative View***. University of York, Canada

Bourgueil, Y. 2005. ***Observation and Monitoring of Health Professionals***. Health Policy Monitor, 27/10/2005.
Available at http://www.hpm.org/survey/fr/a6/2 (accessed 3.5.10)

Bourgueil, Y.; and Chevreul, K. 2006. ***Demographic Plan for Health Professionals***. Health Policy Monitor, 14/04/2006.
Available at http://www.hpm.org/survey/fr/a7/1 (accessed 3.5.10)

IRDES: Institute for Research and Information in Health Economics Website, http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/home.html (accessed 3.5.10)

Ministère de la Santé et des Sports Website. ***Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)***.
http://www.sante-sports.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html (accessed 3.5.10)

Rechel, B.; Dubois, C.; and McKee, M. 2006. ***The Health Care Workforce in Europe, Learning from Experience.*** World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Sandier, S.; Paris, V.; and Polton, D. 2004. ***Health Care Systems in Transition: France***. WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

בלגיה

שם הארגון

Commission for Medical Supply Planning - המועצה לתכנון כוח אדם רפואי

חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה

המטרה המקורית של המועצה הייתה לאמוד את צורכי הביקוש לכוח אדם רפואי בנוגע לרופאים ולרופאי שיניים, ולעמוד על הצרכים המתפתחים של הטיפול הרפואי, איכות הטיפול וההתפתחויות הדמוגרפיות והסוציולוגיות של מקצועות אלו. לאחר זמן, הורחב המנדט של המועצה וכיום הוא כולל גם פיזיותרפיסטים, אחיות, מיילדות ומרפאים בדיבור. המועצה הוקמה על-ידי הממשלה הפדרלית בשנת 1996, ובמקור נקראה Committee for Medical Supply Planning.

מקור: סקירה שהתקבלה מ-Sophie Gerkens

שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי)

המועצה היא גוף לאומי.

סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בבלגיה

רקע

בלגיה היא מדינה בעלת מבנה פדרלי, ובה מערכות בריאות נפרדות לקהילות הוולונית והפלמית. כתוצאה, מערכת הבריאות הבלגית מאופיינת בהטרוגניות רבה ובפיצול. מאז היווסדה, היווה חופש הבחירה עיקרון מרכזי במערכת הבריאות, ולכן החולים יכולים לבחור בין מגוון רחב של ספקים עצמאיים. פיצולה של מערכת הבריאות למערכת וולונית ופלמית, וההטרוגניות של מערכת הבריאות משקפים את המבנה המפוצל של המדינה. מאז 1980 הועברו רכיבים שונים של האחריות על הטיפול אל הקהילות השונות במדינה. עם זאת, יש הרבה יוצאים מן הכלל (בעיקר בטיפול הקורטיבי) שעליהם אחראיות הרשויות הפדרליות.

הממשלה הלאומית מעבירה חלק מהמימון (מתוך המיסוי הכללי) אל מערכת הביטוח. מתן השירותים, התשלומים וההחזרים מתבצעים ברמה התת-לאומית בין ספקי בריאות עצמאיים, קופות-חולים ומטופלים. הפיקוח והבקרה על מערכת הביטוח הרפואי מתבצעים ברמה הפדרלית.

שירותי הבריאות מסופקים באמצעות קופות-חולים - State Sickness Fund. קיימות ארבע רמות של תפעול: הממשל המרכזי, ארגונים לאומיים, פדרציות מקומיות וקופות-חולים מקומיות. הממשלה הבלגית מאמינה כי ביזור זה של הכוח נותן מוטיבציה לכל קופה מקומית לעבוד קשה על מנת למשוך לקוחות ולהגביר את שביעות רצונם.

ביטוח הבריאות בבלגיה הוא חובה. הכיסוי הבסיסי ניתן באמצעות מערכת הביטוח הלאומי המכונה Mutualité (בוולונית) או Ziekenfonds (בפלמית). התשלומים משולמים הן על-ידי המעסיקים והן על-

ידי העובדים, ומגיעים ל-7.35% מן המשכורת ברוטו של כל עובד. כיסוי אוטומטי ניתן לבני משפחה שאינם עובדים ולילדים עד לגיל 18. מובטלים, פנסיונרים מקבלי קצבת מחלות ממושכות או נשים בחופשת לידה, אינם מחויבים בתשלומי ביטוח בריאות. מסיבות היסטוריות, יש קופות-חולים שנותנות שירותים רק לבני דת מסוימת, או לקבוצות פוליטיות או מקצועיות מסוימות, אך רוב הקופות פתוחות לכל. כל קופה גובה את אותו תשלום בסיסי, ומספקת שירותים דומים, אך יש קופות שבהן זמן ההמתנה לקבלת החזרים הוא ארוך יותר. המטופלים נדרשים לשלם בעצמם סכום מסוים מסך עלות הטיפול הרפואי, על פי רוב ישירות לרופא או לבית-החולים. לאחר מכן עליהם להגיש חשבוניות כדי לקבל החזר, המשולם ישירות לחשבון הבנק שלהם. רוב הבלגים רוכשים גם ביטוח בריאות משלים, כדי לכסות את אותו חלק של העלות שעליו אינם מקבלים החזר. מעסיקים רבים מספקים ביטוח בריאות משלים כהטבה.

שיטת ההחזרים בבלגיה היא מורכבת. ישנן 18 קטגוריות של טיפולים ושירותים רפואיים ולכל אחת מהן רמת החזר משלה, שיכולה לנוע בין החזר של 0% להחזר של 100%. אזרחים מסוימים, כגון אלמנות, יתומים ומי שמקבלים סיוע ציבורי כגון עיוורים, נמצאים בקטגוריה "מועדפת", המקנה להם רמה גבוהה יותר של החזר. לאנשים שאינם בקטגוריה זו, ההחזר הוא על פי רוב כ-75% מן התשלום לרופא.

קופת-החולים מכסה את רוב השירותים הרפואיים כולל טיפולי מומחים, אשפוז, תרופות מרשם, היריון ולידה ושיקום. עובדים עצמאיים מבוטחים רק כנגד "סיכונים עיקריים" הכוללים מחלות נפש, שחפת, סרטן, מחלות תורשתיות, מומי לידה, רוב סוגי הניתוחים ולידות.

מקור: Health Care Systems in Transition: Belgium, p.17; Belgium by Europe-cities

בעלות ממשלתית על גורמי ייצור במערכת הבריאות

שירותי הבריאות מנוהלים ומסופקים בידיים פרטיות (בעיקר באמצעות מגוון ארגונים שלא למטרות רווח), ואילו האחריות על מימון שירותי הבריאות ועל הפיקוח עליהם נמצאת בידי המגזר הציבורי, ומתחלקת בין מספר רשויות ציבוריות.

כאמור, בבלגיה יש שני סוגים של בתי-חולים. סוג אחד של בתי-חולים הם ה-Hopitaux (בוולונית) או Zikenhisen (בפלמית). לבית-חולים מסוג זה יש צוות משלו האחראי על כל הטיפולים הניתנים לחולה מרגע קבלתו. בתי-חולים אלה פתוחים 24 שעות ביממה. בחלקם יש אגף נפרד המוקדש לטיפול בילדים; בערים מסוימות הטיפול בילדים הוא בבתי-חולים נפרדים. החולים נדרשים לשלם את עלות האשפוז מדי שבוע.

הסוג השני הוא בתי-חולים פרטיים המכונים Clinique (בוולונית) או Kliniek (בפלמית). לבתי-חולים אלה יש צוות רפואי משלהם, אך הם מאפשרים לרופא המשפחה של החולה לנהל את הטיפול. מרבית רופאי המשפחה קשורים לפחות עם בית-חולים אחד או שניים מסוג זה. רופא המשפחה מחליט איזה בית-חולים פרטי נדרש לחולה שלו, בהתאם לסוג הטיפול הנדרש. עלות תרופות המרשם מוחזרת באמצעות מערכת הבריאות הלאומית.

מקור: Health Care Systems in Transition: Belgium, p. 17; Belgium by Europe-cities.

סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד

הסמכות המשפטית לתכנן כוח אדם ולרישוי רופאים נתונה בידי הממשלה הפדרלית. כדי לעסוק ברפואה, נדרשים הרופאים לקבל רישוי מן השר לבריאות הציבור (Minister for Public Health).

המועצה לתכנון כוח אדם רפואי אחראית על ניסוח הצעות המוגשות לשר הפדרלי לבריאות הציבור לגבי המספר השנתי של מועמדים בכל קהילה אשר זכאים לקבל תואר רופא, רופא שיניים או פיזיותרפיסט, לאחר שקיבלו את ההסמכה הרלוונטית. יתר על כן, המועצה נדרשת להעריך על בסיס מתמשך את ההשפעה של הצעותיה על הלימודים של מקצועות אלה. בכל שנה מופק דוח על היחס שבין הצרכים, מספר הלומדים והמעבר להכשרה מעשית, בדרך להשגת התואר של רופא, רופא שיניים או פיזיותרפיסט. בשנת 1997, בעצת המועצה, הוצע מנגנון המגביל את מספר הסטודנטים בשיטת קביעת מכסה. למרות שהשר הפדרלי לבריאות הציבור אחראי על רישוי של רופאים, הוחלט שהצעדים לצמצום מספר הסטודנטים לרפואה יינקטו בידי שרי החינוך של הקהילות השונות במדינה. כל קהילה טיפלה בסוגיה באופן שונה. הקהילה הפלמית הנהיגה מבחן כניסה (שהופעל בפעם הראשונה בשנת 1997), ואילו הקהילה הוולונית הנהיגה סינון בסוף שנת הלימודים השלישית על בסיס הציונים של שלוש השנים הראשונות. בשנים האחרונות הגבילה הממשלה את מבצעי הפרסום לגיוס תלמידים חדשים ללימודי רפואה. אמצעי מדיניות נוספים מתייחסים לרופאים הנמצאים לקראת פרישה (עידוד או דחיית פרישה מהעבודה). בנוסף, מנסה הממשלה לעודד רופאים לעבוד במרפאות קבוצתיות, דבר המקדם העברת מומחיות מרופאים מבוגרים לצעירים, וכן יתר גמישות בתהליך העבודה ובשעות העבודה.

ב-24 ביולי 1998 הועבר צו דומה המגביל את מספר הפיזיותרפיסטים שיכולים לקבל רישוי מהמשרד לבריאות הציבור ולקבל החזרים מן ה-National Institute for Sickness and Invalidity Insurance. מספרם של הפיזיותרפיסטים לא יוכל לעלות על 450 בשנים 2003, 2004 ו-2005. ההקצאה מתחלקת ל-60% דוברי פלמית ו-40% דוברי צרפתית

מקור: Health Care Systems in Transition: Belgium, pp. 59-60, p.62; סקירה שהתקבלה מ- Sophie Gerkens

מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון

האיגודים המקצועיים מיוצגים במועצה לתכנון כוח אדם רפואי (Commission for Medical (Supply Planning.

מקור: תכתובת בדוא"ל עם Henk Vandenbroele

מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון

במקור, המועצה לתכנון כוח אדם רפואי טיפלה רק ברופאים וברופאי שיניים. כיום היא מטפלת גם בפיזיותרפיסטים, אחיות, מיילדות ומרפאים בדיבור.

מקור: סקירה שהתקבלה מ-Sophie Gerkens

מבנה ארגוני ובעלי תפקידים

המועצה לתכנון כוח אדם רפואי מייעצת לשר הבריאות ולשר הרווחה. היא מורכבת מנציגים של האוניברסיטאות, קופות-החולים, ארגונים של אנשי מקצועות הבריאות, ממשלה (פדרלית וקהילתית) והמוסד הלאומי לביטוח בריאות (RIZIV-INAMI), ומונה 31 חברים. המועצה נעזרת במזכירות. למזכירות מסייע ה-Service of Planning of Health Professionals, שהוא שירות בתוך המסגרת של שירותי בריאות הציבור הפדרליים (Federal Public health Service, Food Chain Safety and Environment).

מקור: תכתובת בדוא"ל עם Henk Vandenbroele

היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות

כאמור, המועצה לתכנון כוח אדם רפואי מונה 31 איש. הצוות המקצועי התומך בעבודתה מונה ארבעה אנשים (לא כולם במשרה מלאה): ראש המחלקה (המכהן גם כמזכיר המועצה), שני סטטיסטיקאים ומינהלן אחד. סך-כל התקציב השנתי הוא בסביבות 300,000 אירו (לא כולל כוח אדם).

מקור: תכתובת בדוא"ל עם Henk Vandenbroele

שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים

המועצה לתכנון כוח אדם רפואי מקדמת מדיניות המבוססת על נתונים (evidence-based policy). רוב הייעוץ הניתן לקובעי המדיניות מלווה בסימולציות של מודל חיזוי. המודל משתמש בכמה משתנים, כגון ההיצע הנתון של כוח אדם במקצוע, הזדקנות, הישרדות, רמת פעילות, עלייה בשיעור הנשים בין בוגרי בתי-הספר לרפואה, הגירה, בוגרים חדשים, ומכאן גם התפתחות אוכלוסיות צעירות ומידת האטרקטיביות של המקצוע, שיעור ההצלחה בלימודים וכו'. מצד הביקוש משתמשים בהזדקנות האוכלוסייה ובצריכת שירותי בריאות. מקורות המידע העיקריים הם: בסיס המידע הפדרלי על אנשי מקצוע בבריאות ("begin stock"), נתונים מתוך ה-National Health Insurance Institute (פעילות אנשי המקצוע וצריכת בריאות), האוניברסיטאות ובתי-הספר העל-יסודיים (מספר התלמידים). כאשר יש מחסור בנתונים נערכים סקרים בקרב אנשי מקצועות הבריאות וכן נעזרים בספרות המדעית. כמו-כן נעשה שימוש במדגם של צרכני בריאות בלגיים (מטופלים) שנלקח מקופות-החולים. בעתיד מתוכנן בסיס נתונים עם נתונים פרטניים על התנועה של כל בעל מקצוע אל תוך מגזר שירותי הבריאות, והחוצה ממנו.

מקור: תכתובת בדוא"ל עם Henk Vandenbroele

כך, למשל, בשנת 2004 נכנסה לתוקף הגבלת מספר הסטודנטים בבתי-הספר לרפואה על סמך מודל חיזוי לפי היצע אשר שימש לאומדן מספר הרופאים הצפויים לעבוד. המודל הביא בחשבון את היצע הרופאים הנוכחי מתחת לגיל 74; הכניסה השנתית לשוק העבודה מתוך האוניברסיטאות בבלגיה;

הכניסה השנתית של מהגרים; והיציאה משוק העבודה עקב תמותה. הובאו בחשבון גם גורמים המשפיעים על התפוקות: תהליך הגידול בשיעור הנשים; הזדקנות אוכלוסיית הרופאים; והצמצום במספר שעות העבודה. ההקצאה לפי מודל החיזוי התחלקה בין האזורים של דוברי הפלמית (60%) ודוברי הצרפתית (40%) ובין רופאי משפחה ומומחים.

מקור: סקירה שהתקבלה מ- Sophie Gerkens;-Roberfroid et al., 2009

פרטי קשר

Chairman, Henk Vandenbroele: henk.vandenbroele@health.fgov.be

Henk's Secretary, Karel Vermeyen: karel.vermeyen@health.fgov.be

כנסים וקבוצות עבודה

לא נמצא מידע

מראי מקום

Belgium by Europe-cities. http://www.europe-cities.com/en/633/belgium/health/ Last accessed on April 15, 2010.

Email correspondence with Henk Vandenbroele. Sent to Arielle Traub. April 15, 2010 .

Health Care Systems in Transition: Belgium. European Observatory on Health Care Systems. http://www.euro.who.int/document/e71203.pdf. Last Accessed on April 15, 2010 .

Overview of Commission sent by Sophie Gerkens to Bruce Rosen. March 8, 2010.

Roberfroid, D.; Leonard, Ct.; and Stordeur, S. 2009. "Physician Supply Forecasts: Better than Peering in a Crystal Ball?" ***Human Resource Health*** 7.

אנגליה

שם הארגון

[1]WRT - Workforce Review Team

חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה

WRT (Workforce Review Team), הוא ארגון העוסק בתכנון כוח אדם ברמה הלאומית באנגליה. הארגון מגדיר עצמו כ"קבוצת אנשי מקצוע בתחום תכנון כוח האדם הרפואי, המספקת מידול אובייקטיבי, אנליזה והמלצות מבוססות ראיות, ליצירת תהליכי קבלת החלטות ממוקדות-צרכן והמונעות משיקולים קליניים" (Workforce Review Team, 2009b).

WRT הוא אחת הזרועות של ה-NHS, מערכת הבריאות האנגלית. הוא הוסמך על-ידי משרד הבריאות האנגלי למפות, להעריך ולהמליץ על דרכי פעולה בנושא תכנון כוח אדם בכל מקצועות הבריאות, וכן בתחום הטיפול הסוציאלי. הצוות פועל להשפיע על תכנון וסדרי עדיפויות בפיתוח כוח אדם, ומייעץ למקבלי החלטות ומנהלים במערכת הבריאות כיצד לגבש אסטרטגיות יעילות לתכנון. במסגרת פעילותו הצוות עוסק בתחומים הבאים: פיתוח כוח אדם רפואי ברמה הלאומית; עריכת מחקרים וכתיבת דוחות בנושא; עריכת פרויקטים של תכנון כוח אדם עם גופים ספציפיים; פיתוח כלים, כגון מודלים לחיזוי ביקוש והיצע כוח אדם, מיפוי וייצוג ויזואלי של פריסת כוח העבודה; והכשרת צוותים ומנהלים בתחום תכנון כוח אדם. (WRT Brochure, WRT website). הצוות נוסד בשנת 1999 על-ידי ד"ר ג'ודי קרסון (Carson), רופאה ומומחית לתכנון כוח אדם ופיתוח צוות. הצוות מונה כיום כ-40 אנליסטים, מפתחי מודלים ויועצים מקצועיים (WRT website).

שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי)

WRT הוא ארגון ברמה הלאומית.

סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות באנגליה

רקע

השירותים הרפואיים באנגליה ניתנים על-ידי ה-NHS (National Health Service), מערכת ציבורית שמטרתה הספקת שירותי בריאות מקיפים ואוניברסליים על בסיס צורך ולא על בסיס יכולת תשלום, הממומנים מכספי המיסוי הכללי. רוב השירותים הראשוניים והשניוניים מסופקים חינם, בעוד שמיעוטם ממומנים בהשתתפות עצמית של המטופל. בעוד שה-NHS מספקת את רוב שירותי הבריאות, קיימות באנגליה גם תכניות בריאות פרטיות ומשלימות (European Observatory, 1999).

---

[1] לאחרונה הועברה האחריות על תכנון כוח אדם לגוף חדש הכולל בתוכו את ה-WRT שנקרא CfWI (Center for Workforce Intelligence). גוף זה הוא רשות לאומית חדשה לתכנון ופיתוח כוח אדם, המספקת ייעוץ ומידע ל-NHS ולמערכת הרווחה ראה: http://www.cfwe.org.uk (נדלה לאחרונה ב-6.9.2010).

ה-NHS הוקמה בשנת 1948 במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק במדינה. כיום משרתת המערכת באנגליה למעלה מ-50 מיליון אנשים, ומעסיקה כ-1.3 מיליון. תקציבה מוערך בלמעלה ממאה מיליארד לישי"ט לשנה. המערכת זוכה באופן מסורתי לתמיכה ציבורית רחבה, אך במקביל גם לביקורת רבה מגופים מקצועיים, פוליטיים וממשלתיים. כתוצאה, עברה ה-NHS שינויים ארגוניים וניהוליים רבים ומשמעותיים במשך השנים (European Observatory, 1999; Imison et al., 2009; Buchan, 2007; NHS Website).

מבנה ארגוני של מערכת הבריאות

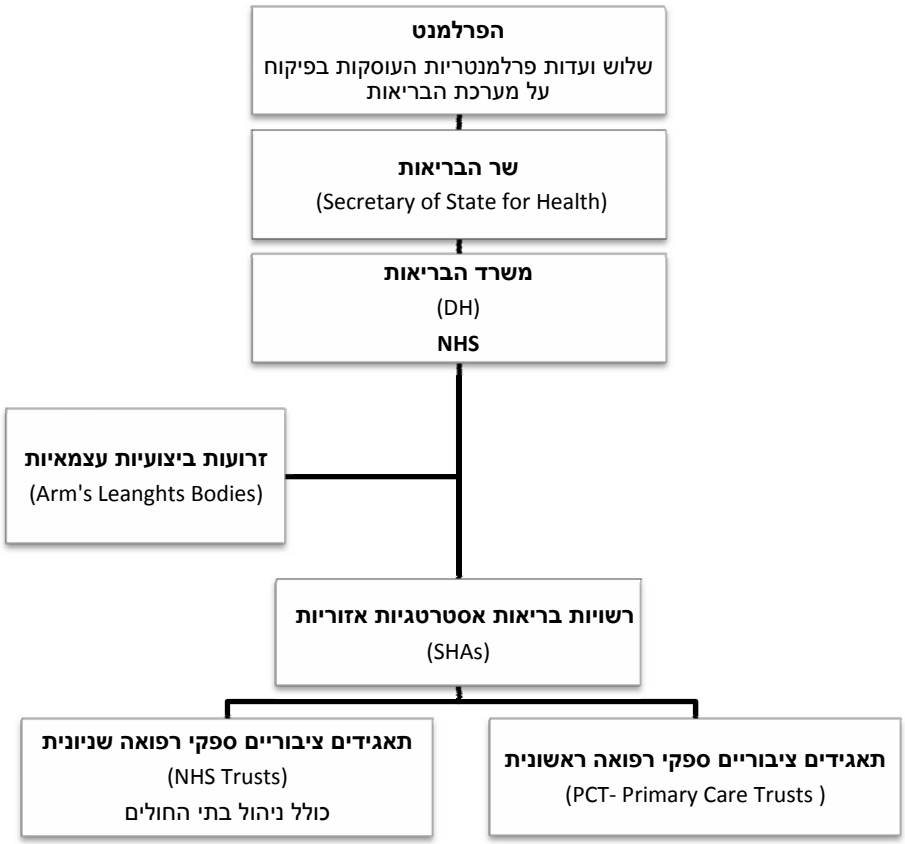
ה-NHS הינה חלק ממשרד הבריאות האנגלי, ה-DH (Department of Health), הכפוף לפרלמנט הבריטי שמפקח על פעילותו באמצעות שלוש ועדות שונות. בנוסף ל-NHS, אחראי משרד הבריאות גם על תחום בריאות הציבור ותחום השירותים החברתיים (RCGP, 2004). מערכת הבריאות באנגליה היא בעלת אופי ביזורי. מטה ה-NHS, האחראי על קביעת אסטרטגיה, עיצוב מדיניות וניהול, כולל את ההנהלה המרכזית של הארגון, וכן ישנן עשר רשויות בריאות אסטרטגיות אזוריות הנקראות SHAs (Strategic Health Authorities). אלה מנהלות את פעילות ה-NHS ואת כלל שירותי הבריאות ברמה האזורית. בנוסף, קיימות זרועות ביצועיות עצמאיות, הממומנות ומוסמכות על-ידי משרד הבריאות לעסוק בתחומים, כגון הספקת מידע סטטיסטי, מודרניזציה של שירותי הבריאות וכן תכנון כוח אדם (גופים עליהם יפורט בהמשך).

בפועל, הבעלים של גורמי הייצור והספקת שירותי הבריאות הם תאגידים ציבוריים (Trusts). תאגידים אלו מתחלקים לשני סוגים:

1. PCTs (Primary Care Trusts) - כ-300 יחידות מקומיות, המספקות שירותי רפואה ראשונית. תאגידים אלה מספקים למבוטחיהם רופאים כלליים (GPs), רופאי שיניים, רוקחים, אופטיקאים ו"NHS ישיר" - שירותים בקהילה
2. NHS Trusts - יחידות המספקות שירותי רפואה שניונית והנמצאות בהתקשרות חוזית עם ה-PCTs ובפיקוחן. תאגידים אלה מונים את בתי-החולים, שירותי בריאות הנפש, שירותים לבעלי מוגבלויות, ושירותי אמבולנס. (OHE Website)

תרשים 1 מסכם את המבנה הארגוני שתואר לעיל.

תרשים 1: מבנה ארגוני של מערכת הבריאות באנגליה,



יש לציין שוב, כי באנגליה קיימים גם שירותי בריאות פרטיים, ובכללם בתי-חולים בבעלות פרטית, אשר אינם מוצגים בתרשים זה.

בעלות ממשלתית על גורמי יצור במערכת הבריאות

כאמור, הבעלות על בתי-החולים הציבוריים היא בידי תאגידים ציבוריים (NHS Trusts).

סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד

אנגליה היא מדינה בה לממשל המרכזי והאזורי יש השפעה גדולה יחסית על צד ההיצע של מקצועות הבריאות (Buchan, 2007). באמצעות מימון שיעור גבוה מאוד מתקציבם של בתי-הספר לרפואה ושל מוסדות הכשרה אחרים, קובעת הממשלה במידה רבה את קיבולת הסטודנטים והמתמחים של בתי-הספר.

רשויות הבריאות האזוריות אחראיות על הכשרת כוח האדם באזורן, במסגרת חלוקת תקציב ההכשרה (Multi-professional Education and Training - MPET), שהן מקבלות מן הממשל המרכזי. בשנת התקציב 2008/09 הועברו לרשויות אלה 4.5 מיליארד לישי"ט במסגרת ה-MPET. התקציב חולק למוסדות ההכשרה השונים: בתי-הספר לרפואה, בתי-חולים אוניברסיטאיים, התאגידים הציבוריים (Trusts) ובתי-ספר לסיעוד, זאת על בסיס התקשרות חוזית. יש לציין ששיעור נכבד מהתקציב יועד כבר

ברמה הלאומית לתאגידים ציבוריים מסוימים, כך שלרשויות האזוריות אין סמכות החלטה בלעדית בנושאי חלוקת התקציב. תרשים זרימה של תהליך מימון ההכשרה הרפואית באנגליה ניתן למצוא בנספח 1. בתהליך הקצאת המשאבים למוסדות ההכשרה משתתפים גם ספקי שירותי הבריאות (Buchan, 2007).

מעבר למימון, NHS משמשת גוף המכשיר רופאים בפועל, כאשר בכל שנה מתמחים בבתי-החולים האוניברסיטאיים שלה אלפי סטודנטים לרפואה. לאחר סיום לימודיהם, נרשמים הסטודנטים לרפואה ב-GMC (General Medical Council), המועצה האחראית על מתן רשיונות לרופאים בממלכה המאוחדת. רישום ב-GMC הוא תנאי הכרחי להעסקה כרופא ב-NHS (European Observatory, 1999).

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות באנגליה

התכנון בעבר

תהליך תכנון כוח האדם באנגליה עבר שינויים רבים במהלך השנים, שחלקם נבעו מרפורמות כלליות במערכת, וחלקם נוגעים לתחום התכנון בלבד.

עד שנת 2007, התכנון התרחש בעיקר ברמה האזורית. בתחילת שנות האלפיים סמכות התכנון הייתה מרוכזת בידיהן של קונפדרציות פיתוח כוח אדם אזוריות (Regional Workforce Development Confederations), ולאחר מכן הועברה לידי 28 רשויות הבריאות האזוריות (SHAs). במקביל לצמצום מספרן של אלה לעשר, הועברו חלק מסמכויות התכנון שלהן לרמה המקומית כחלק ממגמה כללית של ביזור סמכויות. מתחילת שנות האלפיים נעשו ניסיונות שונים לרפורמות בתהליך התכנון, אך שום מהלך לא החזיק יותר מכמה שנים בודדות. התכנון התמקד בעיקר בחיזוי ההיצע, על בסיס מודלים פשוטים (למשל מודל Stock-Flow), כאשר אמצעי המדיניות המרכזי היה קביעת מכסות במוסדות ההכשרה וההתמחות. (Imison et al., 2009).

אי-היציבות וחוסר היכולת של מערכות תכנון כוח האדם הרפואי באנגליה זכו לביקורת רבה בממצאיה של ועדת חקירה של בית הנבחרים משנת 2007, שאפיינה את תפקוד הממשלה בנושא כ-"disastrous failure" (Buchan, 2007). בהמשך לכך, פורסמו בשנת 2008 תוצאותיה של חקירה מעמיקה של ה-NHS, שהונהגה על-ידי הלורד Darzi שהמליץ על רפורמה כללית ב-NHS בכלל, ובתחום תכנון כוח האדם בפרט (The NHS Next Step Review - NSR).

החזון שהוצג בדוח ואומץ על-ידי ה-NHS, מציג תהליך תכנוני אותו מובילים ספקי השירותים המקומיים (Provider led) כאשר גופים מקצועיים מספקים להם תמיכה ומידע, הרשויות האזוריות מספקות ראייה מערכתית כלל-אזורית, ואילו משרד הבריאות מספק את המסגרת הלאומית לתכנון. לפיכך, אנגליה נמצאת כיום בשלב יישום רפורמת "השלב הבא", שעדיין לא הושלמה.

התכנון כיום

כאמור, אנגליה נמצאת בעיצומה של רפורמה בתהליכי תכנון כוח האדם במקצועות הבריאות. להלן נסקור באופן כללי את המצב הרווח כיום.

תכנון כוח האדם באנגליה נעשה באופן מבוזר ביותר, עם כוונות לביזור נוסף. עיקר התכנון מתבצע ברמת עשר הרשויות האזוריות, ה-SHAs, שלקחו על עצמן את הערכת הצרכים באזורן, בשיתוף המעסיקים מדרגת התאגיד המקומי. נספח 2 מפרט את כל האסטרטגיות והתכניות הפומביות לתכנון כוח אדם ברמת ה-SHA.

הגופים האזוריים והמקומיים העוסקים בתכנון כוח אדם שונים זה מזה במידת ההשקעה שלהם בנושא, במידת התחכום של המודלים שמשתמשים בהם, וכתוצאה מכך - במידת ההצלחה של מהלכי התכנון שלהם (Imison et al., 2009).

מעבר לרשויות האזוריות, ישנם **גופים רבים השייכים ל-NHS** והעוסקים גם הם, באופן בלעדי או חלקי, בנושא תכנון כוח האדם:

1. Workforce Review Team - WRT: זרוע של ה-NHS העוסקת באופן בלעדי בתכנון כוח אדם, ובה עוסק פרק זה על אנגליה
2. מרכז המידע של ה-NHS המשמש מקור ידע מרכזי לצורכי תכנון
3. Modernizing Medical Careers MMC)(- תכנית משנת 2007 שמטרתה שיפור איכות הטיפול באמצעות רפורמה במערך ההכשרה וההתמחות
4. כחלק ממסקנות דוח Darzi הוקמו שני גופים מקצועיים חדשים ברמה הלאומית, העוסקים בין היתר בנושאי תכנון כוח אדם:
   - MEE (NHS Medical Education England) - גוף עצמאי העוסק בתיאום ותכנון הכשרת רופאים, פועל החל מ-2009
   - CWI (Centre for Workforce Intelligence) - גוף הנמצא בשלבי הקמה

בנוסף לכך, קיימים מספר גופים ברמה הלאומית **שאינם משויכים ישירות ל-NHS** והעוסקים בתחום:

1. SfH (Skills for Health) - גוף זה הינו מועצה מגזרית שמטרתה לסייע למגזר הבריאות בפיתוח מענים ליצירת כוח עבודה גמיש ומיומן על מנת לשפר את שירותי הבריאות במדינה (Skills for Health Website)
2. MAC (Migration Advisory Committee) - ועדה העוסקת בנושא הגירה חיובית ושלילית של בעלי מקצוע, כולל בתחום הרפואה
3. מכוני מחקר עצמאיים העוסקים בנושא

נראה כי על אף שהכיוון הכללי הוא העברת סמכויות לרמה המקומית, ככל הנראה הרשויות האזוריות ימשיכו לשחק תפקיד מרכזי בנושא גם בעתיד. המעורבות הרבה של גופים ברמה הלאומית עלולה גם היא לפגום בשאיפות הביזור.

תרשים של הגופים הפועלים בתחום תכנון כוח האדם ניתן למצוא בנספח 3.

מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון

ארגוני עובדים, איגודים מקצועיים וארגונים פרופסיונליים באנגליה מעורבים במידה מסוימת בתהליכי תכנון כוח האדם, בעיקר באמצעות מעקב, פיקוח, הספקת מידע והבעת עמדה למול רשויות הבריאות האזוריות, ה-SHAs. עם זאת, נראה כי תפקידם בתחום זה אינו מעוגן באופן חוקי או מוסדי. יוצא דופן הוא ה-MEE, אותו גוף עצמאי של ה-NHS העוסק בתיאום ותכנון הכשרת רופאים, שבוועד המנהל שלו יושבים נציגי איגודים מקצועיים וארגוני סחר (Trade Unions). בנוסף, חלק מהגופים השתתפו כמשיבים על שאילתות שהעלו ועדות ממלכתיות שעסקו בנושא התכנון.

על אף מעורבותם המעשית המוגבלת, ניכר כי נושא תכנון כוח האדם הרפואי נוכח בשיח של ארגונים אלו: חלקם מקיימים כנסים וימי עיון בנושא תכנון כוח אדם, וחלקם מסייעים לעובדים/מעסיקים החברים בארגון לבצע תכנון יעיל באמצעות הספקת מידע באתר.

דוגמאות לכך ניתן לראות במקרים הבאים:

1. NHS Employers - איגוד המעסיקים של ה-NHS מספק לחברים בו כלים והפניות בנושא תכנון כוח אדם. ראה:
   http://www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/Pages/Tools-and-resources.aspx
2. UNISON - איגוד עובדים מרכזי המאגד למעלה מ-400,000 עובדים ב-NHS, מצהיר על רצון ונכונות להיות חלק מתהליך התכנון במגזר, כחלק ממענה לשאילתה של ועדת חקירה משנת 2006:
   http://www.unison.org.uk/acrobat/B2493.pdf
3. BMA - הסתדרות הרופאים הבריטית קוראת לשיפור תהליכי התכנון בקול קורא של נשיא האגודה:
   http://www.hsj.co.uk/proper-workforce-planning-needed-says-bma-chair/1790.article
4. ASGBI - איגוד הכירורגים הבריטי ערך בפברואר 2010 כנס בנושא תכנון כוח אדם (Reshaping the Surgical Workforce, 2010)

מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון

WRT עורך תחזיות למגוון של מקצועות רפואיים, כולל אחיות ומקצועות פרה-רפואיים.

מבנה ארגוני ובעלי תפקידים

ה-WRT הוא גוף הנמצא בהתקשרות חוזית (Service Level Agreement) מול משרד הבריאות, והוא נבחן כל רבעון על בסיס תכנית העבודה שלו. בנוסף, ה-WRT כפוף לוועד המנהל שלו (non-statutory Strategic Board), שנפגש לראשונה בשנת 2008. יו"ר הוועד המנהל הינו John Wolfe, לשעבר אחראי משאבי אנוש ופיתוח כוח אדם ב-South West SHA. הצוות ממוקם פיזית ברשות הבריאות האזורית South Central SHA. הוא כפוף לתקנות הרשות ולנוהלי ה-NHS. מנהל הצוות אחראי בפני ה- Director of Communications and Corporate Affairs של הרשות. מנהלת הצוות היא המייסדת ד"ר ג'ודי קרסון.

להלן רשימת נושאי התפקידים המרכזיים בצוות:

Dr. Judy Carson, Director
Andy Knapton, Data modeling manager
John Deagle, Workforce innovation and reform manager
Jonathan Chappell, Programme development manager
Kath Whiting, Training coordinator
Dave Waghorn, "Blue team" (databases and web applications)
Katie Tester, Senior information analyst
Debbie Hilder, Information Analyst team leader
Irum Ossai, Faye Gowing, Information analysts
Howard Simpson, Associate medical advisor
Beverly Harden, Allied health professions advisor

מקור: WRT Website

היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות

כאמור, WRT נמצא בהתקשרות חוזית מול משרד הבריאות האנגלי, וממוקם פיזית ברשות הבריאות האזורית (South Central SHA). לכוח האדם המועסק ראה רשימת בעלי התפקידים לעיל.

ההכנסה של ה-WRT לשנת 2008/09 הייתה 2,236,000 לישי"ט. שני-שלישים מהכנסות אלה מקורם בתקציב ההכשרה של הממשל המרכזי, ה-MPET. השאר מקורו בפרויקטים נוספים ובקורסי ההכשרה שמספק הארגון. הוצאות הארגון עמדו על 2,121,000 לישי"ט, מה שהותיר את ה-WRT בעודף של 115,000 לישי"ט לשנה זו (Workforce Review Team, 2009b).

שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים

במסגרת סמכויותיו מספק ה-WRT הערכה שנתית של סדרי עדיפויות בנושא כוח האדם בתחומי הבריאות והטיפול הסוציאלי. הערכה זו מחלקת את מערכת הבריאות לשמונה תחומים על בסיס החלוקה שנעשתה בדוח ה-Next Stage (דוח הלורד Darzi) (Workforce Review Team, 2009a). הצוות מפרסם בעבור כל תחום הערכה והמלצות לגבי הצורך בתגבור או שימור כוח העבודה.

ה-WRT מתמקד בחיזוי ההיצע והביקוש למשימות וכישורים רפואיים (Tasks and Skills), וכפועל יוצא של נתונים אלה גוזר מסקנות לגבי מקצועות רפואיים ספציפיים (Professions). על פי הגדרת הארגון, היצע הינו מספר העובדים המוכשרים לעשייה מסוימת והזמינים לתעסוקה, והביקוש הינו מספר העובדים שהשירותים הרפואיים מסוגלים לקלוט. תכנון כוח אדם על פי תפיסה זו עוסק בהתאמה בין ההיצע לביקוש, ללא התייחסות לצרכים (הדרישה בציבור לשירות מסוים) (Knapton, 2009).

בנוסף WRT עורך תחזיות היצע בעבור כל סוגי ההתמחויות הרפואיות הקיימות באנגליה. המודל המשמש לחיזוי ההיצע הוא מודל בסיסי בשם Stock-Flow: ההיצע העתידי שווה למלאי כוח האדם כיום, פחות העובדים הפורשים ועוד העובדים המצטרפים (Nazim, WRT Website). על מנת לערוך תחזית זו נלקחים בחשבון מספר נתונים: גודל כוח העבודה הנוכחי; כמות הרופאים הצפויים להשתחרר למערכת ומתי; פרופיל גילאי של כוח העבודה לשם חיזוי כמות הרופאים הצפויים לפרוש; שינויים צפויים בגיל הפרישה; מספר שעות עבודה בשבוע ומגמות שינוי בתחום זה; פיזור גיאוגרפי של כוח העבודה ושינויים צפויים בו; התפתחויות טכנולוגיות והאופן בו הן צפויות לשנות את אופן הספקת שירותי הרפואה.

מקורות המידע העומדים לרשות ה-WRT בתחום זה הם מגוונים, ובהם:

- מרכז המידע של ה-NHS (IC)
- שימוש במאגרי מידע כגון ה-ESR - Electronic Staff Record, בסיס מידע על עובדי ה-NHS
- משרד הבריאות
- בתי-ספר לרפואה
- גופים מקצועיים
- גופים רגולטיביים

בנוסף עורך הצוות מפגשים עם בעלי עניין לצורך השגת מידע וקיום דיון ביקורתי (Workforce Review Team, 2009a; Nazim, WRT website).

בתחום חיזוי הביקוש, פיתח WRT מודל כמותי שמשתמשים בו החל משנת 2007, המעריך את הביקוש לכישורים רפואיים בכל מערכת הבריאות. המודל מתבסס על נתונים דמוגרפיים ואפידמיולוגים, ועל תחזיות לגבי שוק העבודה. מקורות המידע של הצוות הם הרשויות האזוריות (SHAs), גופים מקצועיים הכוללים את בתי-הספר לרפואה, וגופים רגולטיביים (Workforce Review Team, 2009a).

מכיוון שבתחומים אלה כוח החיזוי לטווח ארוך הינו מוגבל, נוקט ה-WRT בשיטה של עיצוב "תרחישים" (Strategic scenario exercises): זיהוי והדמיה של מגוון סיטואציות עתידיות אפשריות והגשת המלצות לגבי כל אחת מהן. תרחישים אלה מספקים את מסגרת הדיון לנושאים ארוכי טווח של מעל 15 שנה (Workforce Review Team, 2009a).

בנוסף לפעילות זו, מעורב ה-WRT בפרויקט משותף של ה-NHS, SfH (Skills for Health), ו- MAC (Migration Advisory Committee). גופים אלה פועלים משנת 2008 ליצירת מתודולוגיה לעדכון השנתי של רשימת המקצועות בהם יש מחסור, ה-National Shortage Occupation List (SNOL). המקצועות הנכנסים לרשימה זו הם רק כאלה שגיוס כוח אדם מחוץ לבריטניה הוא אחד הפתרונות הסבירים למחסור בהם, ומכאן שיתופה של רשות ההגירה.

הצוות חולק את ממצאיו עם כל בעלי העניין במטרה ליצור הסכמה רחבה ככל האפשר בנושא התכנון. ההשפעה של עבודת ה-WRT באה לידי ביטוי בשני מישורים: הראשון הוא אופן חלוקת תקציבי ההכשרה, ה-MPET; והשני הוא אופן חלוקת תקציב רשויות הבריאות האזוריות, ה-SHAs (WRT Website). בנוסף, עוסק ה-WRT בפיתוח כלים, כגון כלים להערכת יעילות שירותי רפואה, כלים לקביעת אסטרטגיה, כלים לקביעת Benchmarks וכלים אינטגרטיביים המשלבים תכנון כוח אדם עם תכנון פיננסי ותכנון שירותים (Nazim, WRT website).

פרטי קשר

אתר ה-WRT: http://www.wrt.nhs.uk/

אי-מייל: wrt.enquiries@wrtnhs.org

טלפון (ווינצ'סטר): +44-1962-814950

טלפון (לידס): +44-113-254-2528

פקס: +44-1962-814993

פרטים נוספים ניתן למצוא בקישור: http://www.wrt.nhs.uk/index.php/contact

פריט מרכזי שמציג את תוצאות עבודת הצוות ומפרט את שיטות החישוב הוא הדוח השנתי של WRT, המקיף מספר מקצועות רפואיים:

Workforce Review Team, 2009a. **Assessment of Workforce Priorities 2009/10**. NHS, UK .

הפריט ניתן להשגה באתר של WRT, בכתובת: http://www.wrt.nhs.uk/index.php/publications/89-assessment-of-workforce-priorities-2009

כנסים וקבוצות עבודה

מידע על פרויקטים של WRT נמצא באתר: http://www.wrt.nhs.uk/index.php/projects

במאי 2010 יתקיים כנס שנושאו: **Skill Mix and Role Substitution in the Healthcare Workforce**.

קישור לכנס: http://www.wrt.nhs.uk/index.php/projects/196-academic-seminar-skill-mix-and-role-substitution-in-the-healthcare-workforce

מראי מקום

Buchan, J. 2007. ***Nurse Workforce Planning in the UK - A Report for the Royal College of Nursing***. Royal College of Nursing, London UK

European Observatory on Health Care Systems. 1999. ***Health Care Systems in Transition, United Kingdom***

Imison, C.; Buchan, J.; and Xavier, S. 2009. ***NHS Workforce Planning, Limitations and Possibilities*.** The King's Fund, UK

NHS. 2008. ***High Quality Care for All - NHS Next Stage Review Final Report - Summary***. Department of Health. UK

RCGP, Information Sheet N. 8. 2004. ***The Structure of the NHS***. RCGP, UK

The Royal College of Surgeons. 2010. ***Reshaping the Surgical Workforce***. Edinburgh, UK.

SfH. 2009**.** ***Introduction to Workforce Planning***. Workforce Project Team, Skills for Health, UK.

Tooke, J. 2008. ***Aspiring to Excellence, Findings and Final Recommendations of the Independent Inquiry into Modernizing Medical Careers*.** UK

Workforce Review Team. 2009a. ***Assessment of Workforce Priorities 2009/10***. NHS, UK.

Workforce Review Team, 2009b. **WRT Annual Report 2008/09**. NHS, UK.

אתרי אינטרנט

Healthcare Workforce Portal, Skills for Health website, http://www.healthcareworkforce.nhs.uk/ (Accessed April 2010)

Knapton, A. 2009. ***The Challenge of Workforce Planning*.** http://www.pinpointmedical.com/uploads/pdfs/1430A.pdf (Accessed April 2010)

Nazim, K. ***Tools of the Trade - A Workforce Planning Perspective***. WRT Website: http://www.wrt.nhs.uk/index.php/publications/190-tools-of-the-trade (Accessed April 2010)

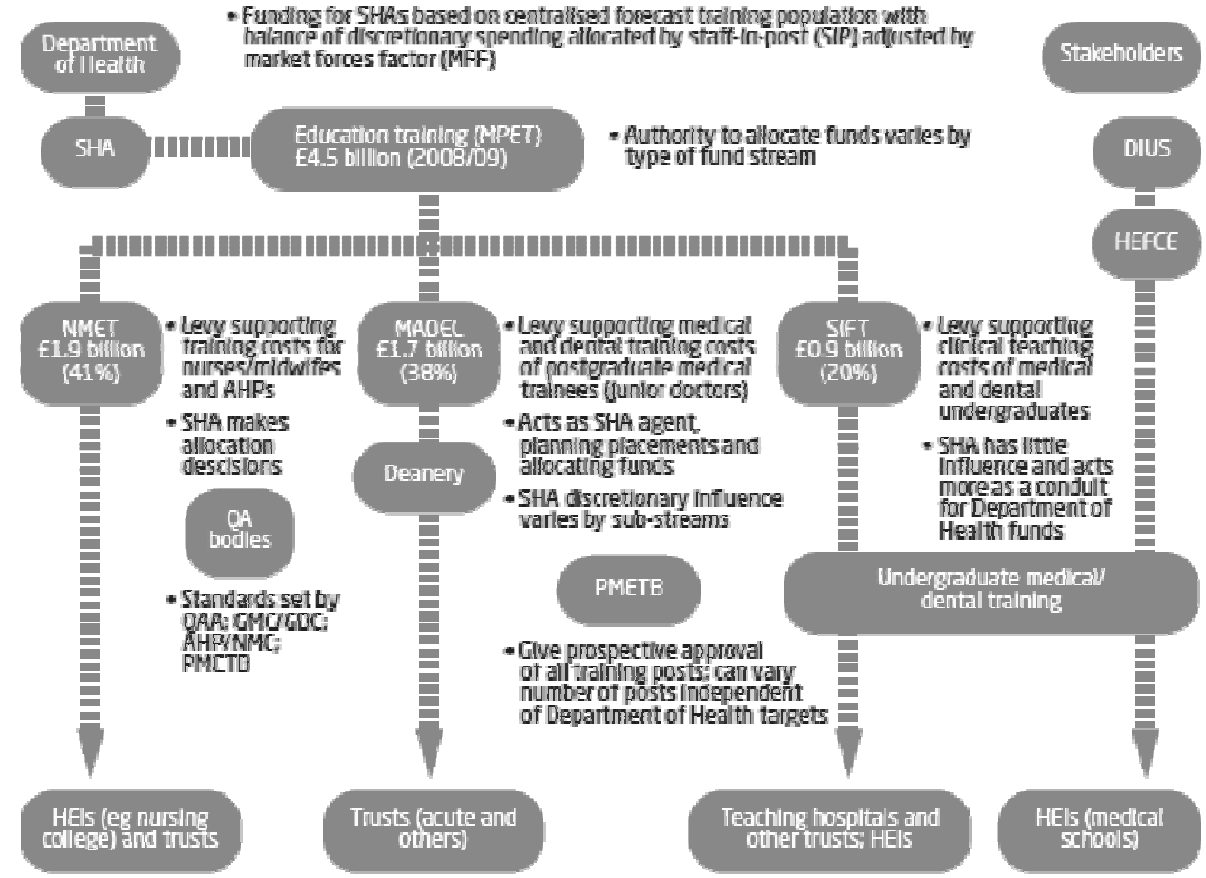
NHS Website, http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx (Accessed April 2010)

Office of Health Economics (OHE) Website. ***Health Care in the UK, the NHS - Organization and Structure***. http://oheschools.org/ohech4pg2.html (Accessed April 2010)

WRT products and services brochure. http://www.wrt.nhs.uk/index.php/about-us/118-our-remit (Accessed April 2010)

WRT website, http://www.wrt.nhs.uk/. (Accessed April 2010)

נספח 1: הליך מימון הכשרת כוח האדם הרפואי באנגליה



SIP, staff-in-post; MFF, market forces factor; DIUS, Department for Innovation, Universities and Skills; HEFCE, Higher Education Funding Council for England; AHPs, allied health professionals; QA, quality assurance; PMETB, Postgraduate Medical Education and Training Board; QAA, Quality Assurance Agency; GMC, General Medical Council; GDC, General Dental Council; NMC, Nursing and Midwifery Council; HEIs, higher education institutions

Source: adapted from the Yorkshire and the Humber SHA (2009a)

מקור: Imison et al., 2009, תרשים 3.

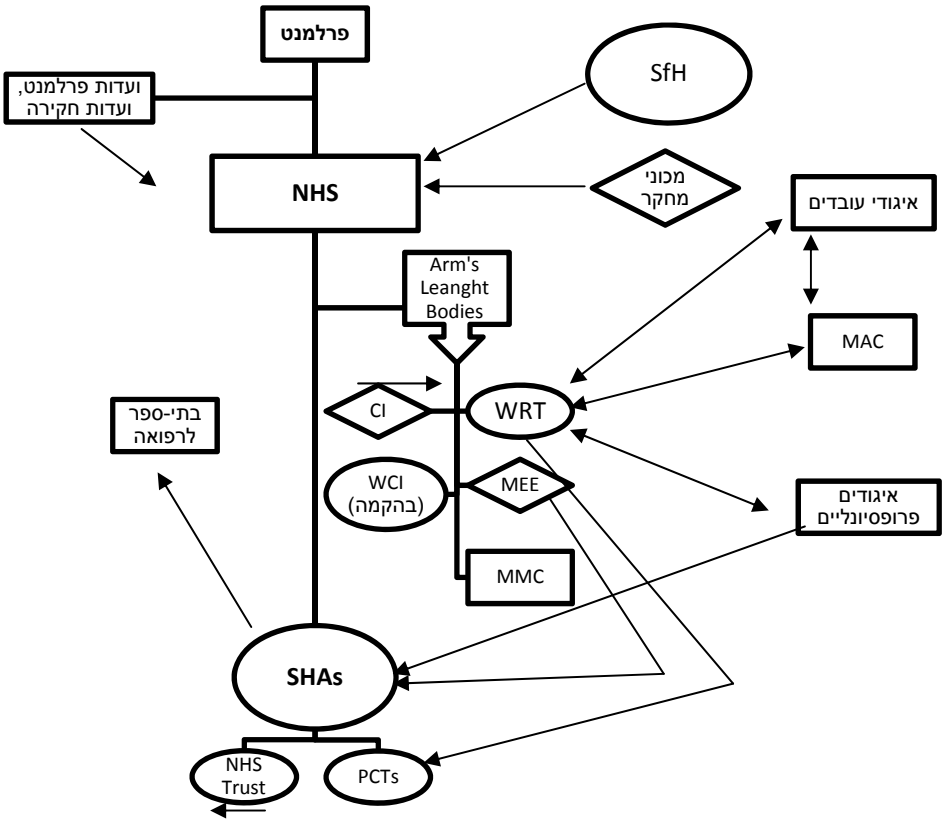
נספח 2: אסטרטגיות ותכניות לתכנון כוח אדם רפואי ברמת רשות הבריאות האזורית (SHA)

1. NHS East of England - www.eoe.nhs.uk
   a. Towards the Best, Together
   b. Workforce and Leadership Investment Plan 2008/11
   c. Multiprofessional Education and Training (MPET) Investment Plan 2009/12
2. NHS East Midlands -www.eastmidlands.nhs.uk
   a. From Evidence to Excellence - www.eastmidlandsdeanery.nhs.uk
   b. Focus on Workforce: A high quality workforce for the East Midlands
   c. Education Commissioning Plan 2009/10
   d. Business Plan 2009/10
3. NHS London - www.london.nhs.uk
   a. Healthcare for London: A framework for action
   b. Workforce for London: A strategic framework
   c. Workforce for London: Scenario modeling
   d. Developing a 10 Year Medical Workforce Strategy for London
   e. Analytical Based Workforce Review of Community Focused Care and Diagnostics
   f. StaffScope: Understanding the future need for London's health and social care workforce - a 'soft' futures approach
   g. Clinical Workforce Productivity in London
   h. 2009/10Business Plan and Budget
4. NHS North East - www.northeast.nhs.uk
   a. Our Vision, Our Future: Our North East NHS
   b. NHS Education North East: Key roles and responsibilities
   c. Multiprofessional Education and Training Revenue Budget 2009/10 Finance Report
   d. North East Education Northern Deanery Three Year Strategic Plan 2006/2009
5. NHS North West - www.northwest.nhs.uk
   a. The Workforce, Education Commissioning and Education and Learning Strategy
   b. Workforce and Education Investment Plan 2008/9
   c. Budgetary Performance for the Period Ending 31 May 2009
6. NHS South Central - www.southcentral.nhs.uk
   a. Fit For The Future: A strategy to develop the health care workforce in NHS South Central 2008-13
   b. Multiprofessional Education and Training Levy Investment Plan 2008/9
   c. Budget Setting 2009/10

7. NHS South East Coast - www.southeastcoast.nhs.uk
   a. Tomorrow's Workforce: A strategic framework for the future
   b. Workforce Profile (2008/9)
   c. Quality, Innovation and Productivity, board paper (24 June 2009)
   d. Report on the Education and Training Resource Plan 2009/10 of the Clinical and Workforce Development Directorate, board paper (24 June 2009)
8. NHS South West - www.southwest.nhs.uk
   a. The Strategic Framework for Improving Health in the South West 2008/9 to 2010/11
   b. The NHS South West Workforce Development Investment Framework 2009/10
9. NHS West Midlands - www.westmidlands.nhs.uk
   a. Investing for Health. Step 2: Delivering our clinical vision for a world class health service
   b. NHS West Midlands Multi Professional Education and Training Commissioning Plan 2008/9
10. NHS Yorkshire and the Humber - www.yorksandhumber.nhs.uk
   a. Workforce Ambitions 2009-14: A strategy for workforce and education
   b. Working for Health: Strategic Framework for Workforce and Education in Yorkshire and the Humber, 2008-13
   c. The Profile of the NHS Workforce in Yorkshire and the Humber in 2007
   d. Yorkshire and the Humber SHA Finance Report: 2008/9 financial position and 2009/10 plan (3 March 2009)

מקור: Imison et al., 2009

נספח 3: מבנה מערכת התכנון באנגליה



[1]. הגופים בצורות העגולות הם גופים שעוסקים ישירות בתכנון כוח אדם, הגופים במעוינים הם גופים המסייעים בתהליכי התכנון, והגופים במלבנים הם הגופים השותפים לתהליך.

אירלנד

שם הארגון

Joint DoHC/HSE Working Group on Workforce Planning the Public Health Service

חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה

קבוצת עבודה משותפת זו הוקמה על מנת לסייע במתן הכוונה אסטרטגית לשילוב תכנון כוח אדם עם תכניות ושירותים כלכליים בשירותי הבריאות והרווחה. הקבוצה מתואמת על-ידי שני גורמים העוסקים בתחום כוח האדם הרפואי:

- HSE (Health Service Executive) - רשות לשירותי בריאות
- DoHC (Department of Health and Children) - משרד הבריאות והילדים

ה-HSE הוקם במטרה להתמקד בתהליכי מדיניות הנוגעים למתן שירותי בריאות ורווחה ברי קיימא. אגף משאבי אנוש של ה-HSE's Transformation Program מתמקד באסטרטגיה ארוכת-טווח של ה-HSE בנושאי תעסוקה ומיועד להבטיח שהאנשים הנכונים יהיו זמינים במקום הנכון ובזמן הנכון.

במסגרת קבוצת העבודה, מתקיים שיתוף פעולה בין אגף זה לבין אגף משאבי אנוש (HR and National Workforce Planning) שבתוך משרד הבריאות והילדים (Department of Health and Children - DoHC).

הקבוצה המשותפת הוקמה ביוני 2006.

שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי)

קבוצת עבודה זו מתואמת על-ידי שני גופים לאומיים: HSE - Health Service Executive (רשות לשירותי בריאות); ו-DoHC - Department of Health and Children (משרד הבריאות והילדים).

סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות באירלנד

רקע

כל תושבי אירלנד זכאים לקבל שירותי בריאות באמצעות מערכת הבריאות הציבורית, המנוהלת בידי רשות שירותי הבריאות, ה-HSE - Health Service Executive, וממומנת על-ידי המיסוי הכללי. כל השירותים הקשורים להיריון ולילדה ניתנים ללא תשלום, וכך גם שירותים לילדים עד גיל חצי שנה. שירותי חירום מסופקים תמורת תשלום של 100 אירו לביקור ב- Accident and Emergency Department. כל תושבי אירלנד, וכן מבקרים בעלי European Health Insurance Card זכאים לטיפול חינם במיטות ציבוריות של ה-HSE ובבתי-חולים וולונטריים. שירותי מרפאה ניתנים גם הם בחינם. אולם, רוב החולים בעלי הכנסות ממוצעות ומעלה נדרשים לשלם תשלום מסובסד בגין אשפוז.

כרטיס Medical Card - המקנה למחזיקים בו טיפול אשפוזי חינם, ביקורי רופא, טיפולי שיניים, עיניים ושמיעה, תרופות מרשם ומכשור רפואי - ניתן למקבלי קצבאות רווחה, לבעלי משכורות נמוכות,

לחולים במחלות ממושכות או קשות מסוימות, ובעוד כמה מקרים. מפלגות פוליטיות רבות תומכות בהרחבת הזמינות של ה-Medical Card כך שבסופו של דבר יכסה את כל תושבי אירלנד. כיום הכרטיס מכסה 31.9% מן האוכלוסייה. בעלי הכנסות גבוהות מעט יותר זכאים ל-GP Visit Card המקנה למחזיקים בו ביקורים חינם אצל רופא משפחה. אנשים מעל גיל 70 שאינם זכאים לשני כרטיסים אלה, מקבלים במקום זאת מענק שנתי של 400 יורו במזומן, זאת עד לתקרת הכנסה מסוימת. אדם שאינו יכול לשלם בעבור האשפוז, ה-HSE יספק את השירות ללא תשלום.

מקור: Wikipedia: Healthcare in the Republic of Ireland

בעלות ממשלתית על גורמי יצור במערכת הבריאות

בתי-חולים רבים באירלנד, כגון Connolly Hospital at Blanchardstown, מופעלים ישירות על-ידי ה-HSE. כמו-כן יש בתי-חולים שמופעלים על בסיס וולונטרי על-ידי ארגונים שונים. חלק הם בתי-חולים אוניברסיטאיים (לדוגמה, University College Hospital Galway), המופעלים בשיתוף עם אוניברסיטה. יש גם בתי-חולים פרטיים רבים.

מקור: Wikipedia: Healthcare in the Republic of Ireland

סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד

החינוך הרפואי נמצא בפיקוח של ה-Irish Medical Council, שהיא גם הגוף המשפטי האחראי על רישום העוסקים ברפואה. לאחר סיום בית-ספר לרפואה, נדרש מן הרופא לשרת שנה כמתמחה תחת פיקוח, לפני שיותר לו להיכנס לרשימת הרופאים. בוגרי ה-Royal College of Surgeons in Ireland מקבלים גם את ה-Licenciate of the Royal Colleges of Surgeons and Physicians in Ireland (LRCP & SI) המסורתי, שניתן לפני שה-Royal College of Surgeons באירלנד הפך להיות סניף של ה-National University of Ireland והותר לו לחלק תארים תחת ה-Medical Practitioners Act (1978).

הגורמים המעורבים בתכנון כוח אדם הם הטרוגניים, חלקם הם גופים של שיתוף פעולה בין כמה משרדים, חלקם הם יחידות בתוך משרד הבריאות וחלקם גופים עצמאיים. כך, למשל, למשרד הבריאות עצמו יש תפקיד בתכנון אסטרטגי של שירותי הבריאות. עבודה זו נעשית בשיתוף עם ה-Health Service Executive ועם ספקי בריאות וולונטריים ומשרדי ממשלה אחרים. האגף אחראי על הפיקוח על ה-HSE בכל הנוגע להפעלת מדיניות הממשלה בהקשר להיקפי תעסוקה. בנוסף, ה-Workforce Planning Division אחראי על פיתוח תכנון כוח אדם במגזר הבריאותי, להבטחת טיב המידע ולגישה בין ארגונית שתבטיח הספקה הולמת של כוח אדם בעל הכשרה מתאימה ברמות הנכונות.

כמו-כן, באירלנד נערך מִפקד כוח אדם בבריאות (ה-Health Service Personnel Census) האוסף נתונים על עובדים המועסקים במערכת הבריאות הציבורית (HSE, בתי-חולים וולונטריים וארגונים שונים במגזר המוגבלויות). מטרת המִפקד היא לספור כמה אנשים (במשרות מלאות) מועסקים בשירות הבריאות הציבורי בסוף כל רבעון. הדבר מאפשר לעקוב אחר היקפי התעסוקה על מנת לרסן את

העלויות. ה- National Employment Monitoring Unit (NEMU) of the HSE אחראי על איסוף נתונים ודיווח עליהם בעבור ה-Health Service Personnel Census מאז אמצע 2006.

מקור: An Integrated Workforce

מקור: Wikipedia: Medical School in Ireland; Medical Council of Ireland

מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון

Irish Medical Organization: ה-IMO הוא הגוף היחיד כיום שיכול לנהל מו"מ בשם הרופאים באירלנד, והוא מוכר לצורך ניהול משא ומתן תחת ה-Trade Union Act 1941. תפקידו של ה-IMO הנו לייצג את הרופאים באירלנד ולספק להם את כל השירותים הרלוונטיים. כמו-כן הוא מחויב לפיתוח שירותי בריאות אכפתיים, יעילים ומועילים.

Irish Nurses and Midwives Organization: ה-INMO הוא האיגוד המקצועי הגדול ביותר באירלנד לאחיות ומיילדות, ומונה למעלה מ-40,000 חברים. חברי האיגוד עובדים בכל תחומי מערכת הבריאות האירית, כולל הציבורי והפרטי; וכולל הקליני, החינוכי והניהולי, הן בבתי-חולים והן בקהילה. ה-INMO מסונף לכמה גופים ארציים, כולל ה-Irish Congress of Trade Unions (ל-INMO שני נציגים ב-Executive Council של ארגון זה), ה-ICM (International Confederation of Midwives), וה-EFN (European Federation of Nurses). המעורבות של שני גופים אלו בתהליך התכנון היא באמצעות המשא ומתן הקיבוצי על תנאי עבודה ושכר.

מקור: Irish Medical Organization; Irish Nurses and Midwives Organization

מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון

ה-Joint HSE/DoHC Working Group on Workforce Planning in the Health Services, הזמינה קבוצת מומחים בנושא, Expert Group on the Future Skills Need, על מנת שתעריך את ההיצע ואת הביקוש הצפויים לגבי 12 מקצועות בריאות שבהם עוסקת קבוצת העבודה. מקצועות אלה הם: רופאים מומחים, רופאים כלליים (רופאי משפחה) רופאי בריאות הציבור, מרפאים בדיבור, פיזיותרפיסטים, אחיות ומיילדות, סייעות בריאות, מטפלות בית, עובדות סוציאליות, פסיכולוגים קליניים, פיזיקאים רפואיים ורדיולוגים.

מקור: A Quantitative Tool

מבנה ארגוני ובעלי תפקידים

ה-Joint DoHC/HSE Working Group on Workforce Planning in the Health Services כוללת נציגים מהמשרדים הבאים:

Department of Health and Children - DoHC
Health Service Executive - HSE
Department of Finance

Department of Education and Science
Higher Education Authority

חברי ה-Joint DoHC/HSE Working Group on Workforce Planning in the Health Services**:**
Ms Jasmina Behan, Senior Research Officer, Skills FAS and Labour Market Research Unit
Mr James Buchan, Professor of Social Sciences Queen Margaret University College
Mr Adrian Charles, Local Health Manager, Health Service Executive Dublin South West
Mr Keith Comiskey, Assistant Principal Officer Department of Health & Children
Mr Brian Dowling, Assistant Principal Officer Department of Health & Children
Ms Geraldine Fitzpatrick, Principal Officer Department of Health & Children
Ms Mary Jackson, Principal Officer Department of Health & Children
Dr Bob McDonnell, Specialist in Public Health Service Executive Health Medicine
Mr Michael Murchan, Assistant Principal Officer Department of Health & Children
Ms Catherine Neary, General Manager, Health Service Executive Workforce Planning, Corporate HR
Mr Barry O'Brien, Assistant Principal Officer Department of Finance
Mr Gerry O'Dwyer, Hospital Network Manager Health Service Executive Southern Hospitals Group
Ms Patricia Purtill, Acting Principal Officer Department of Finance
Mr Dermot Ryan, Principal Officer Department of Health & Children
Ms Simonetta Ryan, Principal Officer Department of Health & Children
Mr Michael Troy, Assistant Principal Officer Department of Education & Science

מקור: An Integrated Workforce; The Department of Health and Children

היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות

לא נמצא מידע.

שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים

כאמור, קבוצת העבודה בנושא תכנון כוח אדם מקבלת ייעוץ מן ה- Expert Group on the Future Skills Need שהוזכרה לעיל בנושאי כישורים, צרכים וסוגיות של שוק עבודה שמשפיעות על עבודה ועל גידול בתעסוקה. קבוצת העבודה מספקת לממשלה האירית תחזיות וייעוץ בתחומי שוק העבודה, יזמות, מסחר ותעשייה. בוועד המנהל של הקבוצה יושבים מנהלים בכירים בשירות הציבורי ובמגזר הפרטי, העוסקים בתחומי המסחר, המדע, שוק העבודה והיזמות.

מקור: http://www.skillsireland.ie/

לקביעת היצע וביקוש בכמה ממקצועות הבריאות נעשה שימוש בכלי כמותי - A Quantitative Tool for Workforce Planning in Healthcare. לכלי זה יש תפקיד גם בפיתוח המדיניות הכוללת.

קבוצת עבודה משנית (Workforce Planning Strategy Group), מכינה אסטרטגיה שתתווה מספר עקרונות לתכנון אפקטיבי יותר של כוח אדם ותעמוד על הצורך בשילוב רב יותר בין תכנון כוח אדם לבין תכנון כספים ושירותים.

תוצאות ושיטות חישוב של הצורך בכוח אדם במקצועות הבריאות ברמה לאומית ורב-לאומית

להלן דוגמאות של שימוש במודל החיזוי לקביעת ההיצע והביקוש לכוח אדם בבריאות.

שימוש בכלי הכמותי

המודל הכמותי שמשתמשים בו הוא ברמת המקרו. לכן, המודל אינו יכול:

- להציע מודל מיטבי למתן שירות בעבור קבוצות ספציפיות (כגון מחלות לב, סרטן, וכו)
- להביא בחשבון תהליכים רבים של מתן טיפול לקבוצות שונות מבחינת הרכב הכישורים, זרימת החולים, המבנה התקשורתי וכו'
- להביא בחשבון שינויים במצב הבריאות של האוכלוסייה (כגון גידול בהיארעות השמנת יתר, סוכרת וכו')
- להביא בחשבון שינויים בתפיסות האוכלוסייה (כגון הגברת המודעות, ציפיות והשכלה)
- להביא בחשבון שינויים טכנולוגיים ושינויים בפרמקולוגיה
- להביא בחשבון שינויים בהרכבה החברתי-כלכלי של האוכלוסייה.

מתודולוגיה

התחזיות נערכו לתקופה 2008-2020. המחקר כיסה את כלל כוח העבודה לפי מקצוע, ובחן הן את המגזר הציבורי והן את המגזר הלא-ציבורי. כניסת עובדים זרים נרשמה כאפס על מנת לבודד את ההיצע המקומי ולאמוד את רמת היכולת לספק את הצורך על סמך עובדים מקומיים, כלומר לבחון באיזו מידה מערכת החינוך וההכשרה האירית מסוגלת לענות על הביקוש. הניתוח נערך ברמה הארצית ולכן אי אפשר היה להביא בחשבון שונות אזורית כלשהי בביקוש ובהיצע של כוח אדם. המודלים הם חלקיים מבחינה זו שהמודל של כל מקצוע נפרד מן המודלים האחרים ולא ניתן היה למדוד השפעות סימולטניות.

תחזיות בסיס מול תרחישים

תחזיות בסיס (baseline projections)

- בתחזיות הבסיס מביאים צפי של הביקוש לכוח אדם בבריאות, בהנחה שתינתן אותה רמת שירות (המוגדרת כהיקף מספר העובדים - headcount density) ביחס לאוכלוסייה הגדלה. סך-כל הצורך בגיוס כוח אדם (recruitment requirement) הוא תוצר של הביקוש עקב גידול האוכלוסייה (המחושב על-ידי החזקת היקף כוח האדם קבוע והגדלת האוכלוסייה לפי תחזיות האוכלוסייה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה MOF (Central Statistics Office), ושל אומדנים של ההיצע בגין תחלופה (נשירת עובדים בגין פרישה, הגירה וכו'). בתחזית הבסיס (baseline) אנו מניחים כי האוכלוסייה תגדל ב-8% בסך הכל, או 0.7% בממוצע בכל שנה, ותגיע ל-4.8 מיליון בשנת 2020.

- את התוצאות של תחזיות הבסיס יש לפרש רק כצורכי הגיוס הנובעים מגידול האוכלוסייה המשוער בלבד, בהתבסס על היקף כוח האדם כיום, לגבי כל מקצוע. הדוח אינו מחווה דעה על היעילות או ההלימות של היקפים אלה.

תרחישים

לגבי רוב המקצועות פותחו סדרה אחת או יותר של תרחישים, על-ידי שינוי ההנחות של תחזיות הבסיס. ניתן לקבץ את כל התרחישים לשלוש קטגוריות:

- תרחישים שבהם מגדילים את היקף כוח האדם לפי יעדים שהוצעו על-ידי מסמכי מחקר ומדיניות קודמים, על סמך אמות מידה בין-לאומיות וכדומה; נעשה שימוש ברעיון של שינוי מדרגה, כלומר הגעה ליעד בצעד אחד, כדי לתאר את הפער בין רמת התעסוקה הנוכחית לבין זו המתבקשת מתוך היעד; הדבר מאפשר גם הערכה של היחס בין ביקוש להיצע לאחר שמגיעים למספר שנקבע ביעד; בנוסף, יש התייחסות לצורך בגיוס כפי שהוא עולה מתוך היעד השנתי במהלך תקופת החיזוי. זהו התרחיש האיטי ביותר של הגידול באוכלוסייה שהוציאה הלשכה לסטטיסטיקה באפריל 2008; הוא יוצא מהנחה של גידול טבעי בלבד באוכלוסייה (לידות, בשיעור פריון נמוך יותר, מינוס פטירות), ואפס הגירה נטו במהלך התקופה.
- תרחישים שבהם היקף כוח האדם מחושב על-ידי התמקדות באוכלוסיות יעד של שירותי בריאות מסוימים (לדוגמה, אנשים מעל גיל 65 - ביחס לשירותי רופא משפחה ומטפלי בית; ילדים - ביחס לשירותי אחיות ילדים; מספר לידות בשנה - ביחס למיילדות וכדומה).
- תרחישים שבהם היקף כוח האדם מחושב על-ידי התמקדות רק באחד התחומים של הספקת שירות (כגון פיזיותרפיסטים העובדים רק במגזר הציבורי ביחס לכלל האוכלוסייה).

יש לפרש את תוצאות התרחישים רק כדוגמה לכך שיש שונות בצורך בגיוס וביחס בין היצע לביקוש בהתאם לשינויים החלים בפרמטרים של המודל. הדוח אינו מחווה דעה על היעילות או על ההלימות של היעדים המהווים את הבסיס להנחות התרחישים, ואינו מציע מסגרת זמן להשגת היעדים הללו.

סימולציות של המודל: תוצאות

מודלים הם כלים כמותיים ומטבע הדברים הם מוגבלים ביכולותיהם. הם שימושיים בכך שהם יכולים להציע סימולציה של השפעות המדיניות, ולבחון את ההתקדמות לקראת היעדים לפי תרחישים חלופיים. מומלץ להשתמש במודלים אלו ביחד עם שיטות כמותיות ואיכותניות אחרות כאשר מתכננים את הסוגים והרמות של הספקת שירותי בריאות. להלן מוצגות התוצאות של הסימולציות שנערכו בעבור המחקר באמצעות כלים/מודלים אלו.

רופאים מומחים לפי התמחות

תוצאות התרחישים מדגימות את המידה שבה תוצאות תחזיות הבסיס לגבי מומחים נבדלות מן התרחישים שבהם ההיקפים מותאמים להמלצות ה- Report of the National Task Force on Medical Staffing.

הרדמה

בשנת 2008 הועסקו באירלנד כ-340 רופאים מרדימים. לפי תחזיות הבסיס, אומדן מספר המרדימים הנוכחי בשנה במסגרת ה-Higher Specialist Training מספיק כדי לענות על הצורך השנתי בגיוס מרדימים. בגלל שינויים בשיעורי הפרישה הצפויה, יהיה פער חיובי בשנים מסוימות ופער שלילי בשנים אחרות, כאשר הממוצע עומד על אפס לאורך תקופת החיזוי. לפי התרחיש, צפוי ביקוש-יתר של 16 מרדימים לשנה, בממוצע.

רפואה פנימית

מלאי המועסקים כמומחים ברפואה פנימית נאמד בכ-650 בשנת 2008. לפי תחזית הבסיס, אומדן מספר המומחים הנוכחי בשנה במסגרת ה-Higher Specialist Training בתחום הרפואה הפנימית יהיה בו די והותר כדי לענות על הצורך השנתי, כאשר היצע היתר נאמד בכ-30 מומחים בשנה. לפי התרחיש, צפוי ביקוש-יתר, הנאמד ב-7 רופאים בשנה.

כירורגיה

בשנת 2008 היו מועסקים באירלנד כ-480 כירורגים מומחים. לפי תחזית הבסיס, אומדן מספר הכירורגים הנוכחי בשנה במסגרת ה-Higher Specialist Training יספיק כדי לענות על הצורך השנתי. בגלל שינויים בשיעורי הפרישה הצפויה, יהיה פער חיובי בשנים מסוימות ופער שלילי בשנים אחרות, כאשר הממוצע נאמד בהיצע-יתר של 4 כירורגים בשנה. לפי התרחיש, יהיה ביקוש-יתר של 20 בשנה בממוצע.

מיילדות/גינקולוגיה

בשנת 2008 היו מועסקים באירלנד קצת יותר מ-140 מומחים במיילדות/גינקולוגיה. לפי תחזית הבסיס, אומדן מספר המומחים הנוכחי בשנה במסגרת ה-Higher Specialist Training בתחום זה יספיק כדי לענות על הצורך השנתי. בגלל שינויים בשיעורי הפרישה הצפויה, יהיה פער חיובי בשנים מסוימות ופער שלילי בשנים אחרות, כאשר הממוצע עומד על היצע-יתר של מומחה אחד בשנה. לפי התרחיש, יהיה ביקוש-יתר של 9 בשנה בממוצע.

רפואת ילדים

בשנת 2008 היו מועסקים באירלנד קרוב ל-140 מומחים ברפואת ילדים. לפי תחזית הבסיס, אומדן מספר המומחים הנוכחי בשנה במסגרת ה-Higher Specialist Training בתחום זה יהיה בו די והותר כדי לענות על הצורך השנתי, כאשר היצע-היתר נאמד בכ-8 רופאי ילדים בשנה. לפי התרחיש, ההיצע יספיק כדי לענות על הצורך.

פתולוגיה

מלאי המומחים בפתולוגיה בשנת 2008 נאמד במעט פחות מ-200. לפי תחזית הבסיס, אומדן מספר הפתולוגים הנוכחי בשנה במסגרת ה-Higher Specialist Training יהיה בו די והותר כדי לענות על הצורך השנתי, כאשר היצע-היתר נאמד בכ-10 פתולוגים בשנה. לפי התרחיש, ההיצע יספיק כדי להגיע ליעד.

רדיולוגיה

בשנת 2008 היו מועסקים באירלנד כ-24 רדיולוגים מומחים. לפי תחזית הבסיס, אומדן מספר המומחים הנוכחי בשנה במסגרת ה-Higher Specialist Training בתחום הרדיולוגיה יהיה בו די והותר כדי לענות על הצורך השנתי, כאשר היצע-היתר נאמד ב-4 רדיולוגים לשנה. לפי התרחיש, יהיה ביקוש-יתר של 6 רדיולוגים בשנה בממוצע.

פסיכיאטריה

בשנת 2008 היו מועסקים באירלנד כ-400 פסיכיאטרים מומחים. לפי תחזית הבסיס, אומדן מספר המומחים הנוכחי בשנה במסגרת ה-Higher Specialist Training בתחום הפסיכיאטריה יהיה בו די והותר כדי לענות על הצורך השנתי, כאשר היצע-היתר נאמד ב-10 פסיכיאטרים בשנה. לפי התרחיש, יהיה ביקוש-יתר של 15 פסיכיאטרים בשנה בממוצע.

רופאי משפחה

מלאי מספר הרופאים הכלליים באירלנד נאמד ב-2007 בכ-2,500. על פי הערכה, הרכב המלאי ישתנה במהלך תקופת החיזוי כך שעד ל-2020, יהיה מהפך במבנה הגילאי שיעמוד על 35 :65 לטובת הצעירות. כמו-כן עולה מן התוצאות שעד לשנת 2020 כמעט 30% מן הרופאות ו-5% מן הרופאים צפויים לעבוד במשרות חלקיות. לא צפוי שהיצע בוגרי בתי-הספר לרפואה, הנובע מקבלה שנתית של 120 תלמידים, יענה על הצורך. אם משלימים את היצע הבוגרים בנשים החוזרות מחופשת לידה, הפער מצטמצם לפחות מ-40 (30 משרות מלאות בממוצע לשנה). אולם, הפער יכול להיות גדול פי שלושה אם מסתכלים על היקף הרופאים הכלליים ביחס לאוכלוסייה המבוגרת (65+). לפי חישובים אלה, בשנת 2009 היה צורך באירלנד ב-8 משרות מלאות נוספות רק כדי לפצות על הפיחות במתן שירות שנוצר עקב השינוי במבנה הגילים ובדפוסי העבודה על מנת להגדיל ל-160 משרות מלאות ב-2020.

אחיות ומיילדות

בשנת 2007 היו מועסקות באירלנד קרוב ל-55,000 אחיות ומיילדות. אם נתעלם מסוגיות הנובעות מהבדלים במערכות בריאות בארצות שונות והרכב כישורים שונה, נראה שאירלנד נמצאת במצב טוב יחסית למדינות OECD אחרות, עם יחס של 12.65 אחיות לאלף אוכלוסייה. היצע הבוגרות בלבד, שאנו מניחים שניתן לתרגם אותו בממוצע ל-1,350 אחיות ומיילדות הנכנסות לשוק העבודה, לא יענה על הביקוש. למעשה, מקור היצע זה צפוי להמשיך ולהוות פחות ממחצית מכלל הדרישה במהלך תקופת החיזוי. צפוי כי בכל שנה כ-450 אחיות ומיילדות בממוצע נדרשות על מנת לשמור את המלאי הקיים בהתאם לגידול באוכלוסייה, ואילו באותה תקופה 2,450 בממוצע צפויות לעזוב את המקצוע בכל שנה. על כן, סך-כל הביקוש צפוי להיות כ-2,900 (2,655 משרות מלאות) בממוצע בשנה, במשך תקופת החיזוי. אם מביאים בחשבון רכיבים נוספים של ההיצע המקומי, כולל חזרה מחופשת לידה וחזרה לעבודה ממאגר האחיות שלא עבדו, עדיין ההיצע המקומי אינו עונה על הביקוש, והפער עומד על מחסור של כ-700 אחיות (600 משרות מלאות) בממוצע שנתי. כניסת אחיות ומיילדות שאינן איריות מארצות אחרות נקבע כאפס (בדומה למקצועות האחרים). בעוד שהנחה זו היא קרוב לוודאי לא מציאותית, בעיקר לאור ההישענות על אחיות ומיילדות מארצות חוץ בעבר הקרוב, מטרתנו הייתה לבודד את ההיצע המקומי ולבחון את רמת היכולת של מערכת החינוך וההכשרה האירית לענות על

אומדן הביקוש של אחיות ומיילדות בסך-הכל: 1) אם לא יהיה שינוי באופן הספקת השירות והאוכלוסייה תגדל בהתאם לתחזיות הלשכה הסטטיסטית, אזי יהיה מחסור כולל באחיות ובמיילדות ותתעוררנה שאלות לגבי האפשרות להמשיך ולהפעיל את המודל הנוכחי של מתן שירותי בריאות. 2) היחס שבין ביקוש והיצע בכל תחום תלוי ביכולת המעבר בין תחומי הסיעוד.

אחיות כלליות מוסמכות (Registered general nurses - RGNs)

בשנת 2007 הועסקו באירלנד כ-41,000 אחיות מוסמכות. על פי תחזית הבסיס, המביאה בחשבון מעבר של כ-360 אחיות מוסמכות כלליות בשנה לתחומים אחרים (כלומר לתכניות לימודים מתקדמים), אנו מעריכים כי הצורך יעלה על ההיצע; הפער מוערך בכ-1,050 בשנה (995 משרות מלאות).

אחיות פסיכיאטריות מוסמכות

בשנת 2007 הועסקו באירלנד כ-6,800 אחיות פסיכיאטריות מוסמכות. צפוי כי על פי תחזית הבסיס, אי אפשר יהיה לענות על הצורך באמצעות היצע הבוגרות, והפער הממוצע נאמד בקרוב ל-55 אחיות פסיכיאטריות בשנה. אולם, אם מביאים בחשבון רכיבים נוספים של ההיצע, כגון חזרה מחופשת לידה, אזי סך-כל ההיצע המקומי יהיה גדול מן הצורך, וצפוי לעמוד על היצע-יתר של כ-25 אחיות פסיכיאטריות בשנה, במשך תקופת החיזוי. בהנחה שיעדי התעסוקה כפי שנקבעו ב- A Vision for Change יושגו בשינוי חד-פעמי ב-2009, אזי יהיה צורך לצמצם את מלאי האחיות הפסיכיאטריות בכ-2,900 ולאחר מכן יהיה היצע-יתר של כ-135 אחיות כאלה בממוצע בשנה.A Vision for Change (2006) הוא מסמך מדיניות שהוכן בידי קבוצת מומחים בנושא מדיניות בבריאות הנפש (Expert Group on Mental Health Policy). המסמך מציע מסגרת להספקת שירותי בריאות הנפש, ומספק הערכה כמותית של כוח אדם (כולל אחיות פסיכיאטריות מוסמכות) וצורכי תשתיות; על פי התחזיות, נראה שיעד המדיניות הרלוונטי מתייחס לסך-כל המלאי הארצי של אחיות אלו.

אחיות מוסמכות לאנשים עם פיגור (Registered nurses in intellectual disability - RNIDs)

בשנת 2007 היו מועסקות באירלנד מעט למעלה מ-1,700 אחיות לאנשים עם פיגור שכלי. מתוצאות תחזית הבסיס עולה כי ניתן לענות על הצורך בעזרת היצע הבוגרות בלבד. צפוי כי ההיצע המקומי יעלה על הצורך בכ-85 אחיות כאלה בשנה בממוצע.

אחיות מוסמכות לילדים

בשנת 2007 היו מועסקות באירלנד כ-1,670 אחיות מוסמכות לעבודה עם ילדים. מתוצאות תחזית הבסיס עולה כי ניתן לענות על הצורך במלואו באמצעות ההיצע המקומי של בוגרות. אם מביאים בחשבון את כל מגזרי ההיצע המקומי, צפוי כי הוא יעלה על הצורך בגיוס בכ-80 אחיות בשנה. היצע-היתר יהיה גדול יותר אם יעדי הספקת השירות ייקבעו בעזרת היקף כוח האדם הנוכחי ביחס לאוכלוסייה מתחת לגיל 16 ו/או מתחת לגיל 18, לאור העובדה ששני מגזרים אלה צפויים לגדול בקצב איטי יותר מאשר שאר האוכלוסייה.

מיילדות מוסמכות

מלאי המיילדות המועסקות הוערך בכ-1,650 בשנת 2007. מתוצאות תחזית הבסיס עולה כי ניתן לענות על הצורך במלואו באמצעות התוצר הצפוי מתוך הבוגרות המקומיות, אפילו אם מביאים בחשבון את

המעבר המתמשך של אחיות לתחום בריאות הציבור, העומד על 30 בשנה. על כן היצע-היתר נאמד בכ-155 מיילדות בשנה בממוצע, במהלך תקופת החיזוי. מתוצאות התרחישים עולה שהיצע-היתר יהיה גדול יותר אם קובעים את רמת יעד השירות לפי צפי שמספר הלידות בשנה יגדל בשיעור שלילי של 2%- בממוצע במהלך תקופת החיזוי. אם מביאים בחשבון רכיבים נוספים של ההיצע, וכוללים אחיות החוזרות מחופשת לידה ואחיות שלא עבדו קודם לכן, אזי ההיצע המקומי יעלה על הצורך בכ-205 מיילדות מוסמכות.

אחיות מוסמכות בבריאות הציבור

בשנת 2007 הועסקו באירלנד קרוב ל-2,200 אחיות בריאות הציבור. מתוצאות תחזית הבסיס עולה כי לא ניתן לענות על מלוא הצורך באמצעות בוגרות המערכת המקומית בלבד, בהנחה שמספר הבוגרות יישאר ברמתו הנוכחית, המספקת לפחות 105 כניסות חדשות לתעסוקה בשנה. אולם, אם מביאים בחשבון את הרכיב הנוסף של ההיצע, כלומר את החוזרות מחופשת לידה, אזי נראה שההיצע המקומי יהיה בו די והותר כדי לענות על הצורך, ויהיה היצע-יתר של כ-25 אחיות בריאות הציבור בממוצע בשנה.

מקור: A Quantitative Tool

פרטי קשר

Una Halligan, *Chairperson, Expert Group on Future Skill Needs*
Skills and Labour Market Research Unit (SLMRU(
Planning & Research Department, F_S
25 Clyde Road, Dublin 4
Tel: 01 6077436
Fax: 01 6077401
Web: www.fas.ie
www.skillsireland.ie

HSE
Brendan Drumm,
Chief Executive Officer
Oak House, Millennium Park, Naas, Co. Kildare
Phone: +353 (0)45 880400

Department of Health & Children
Michael Scanlan,
Secretary General

כנסים וקבוצות עבודה

קבוצות עבודה

- The Joint Working Group on Workforce Planning in the Health Services (contact via Brendan Drumm, CEO of HSE)
- The Worforce Planning Strategy Group (coordinated through the Joint Working Group)

מראי מקום

A Quantitative Tool for Workforce Planning in Healthcare: Example Simulations (2009). Skills and Labour Market Research Unit, FAS.
http://www.forfas.ie/media/egfsn090617_healthcare_report.pdf. Last accessed on May 5, 2010.

An Integrated Workforce Planning Strategy for the Health Services, 2009-2012. Health Service Executive and the Department of Health & Children.
http://www.dohc.ie/publications/workforce_planning_strategy.html. Last accessed on May 5, 2010 .

A Vision for Change. Report of the Expert Group on Mental Health Policy. 2006. Department of Health and Children, Ireland

Health Service Executive. http://www.hse.ie/eng/ Last accessed on May 5, 2010.

Irish Medical Organization. http://www.imo.ie/IMOPage_1_522.aspx. Last accessed on May 5, 2010 .

Irish Nurses and Midwives Organization. http://www.inmo.ie/INMOPage_1_1.aspx. Last accessed on May 5, 2010 .

Medical Council of Ireland. http://www.medicalcouncil.ie/ Last accessed on May 5, 2010 .

The Department of Health and Children. http://www.dohc.ie/working_groups/Current/wpphs/ Last accessed on May 5, 2010 .

Wikipedia: Healthcare in the Republic of Ireland.
http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_the_Republic_of_Ireland. Last accessed on April 30, 2010.

Wikipedia: Medical School in Ireland. http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_school#Ireland. Last accessed on May 5, 2010.

ארצות-הברית

שם הארגון

הלשכה למקצועות בריאות : The Bureau of Health Professions (BHP)

חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה

החזון של הלשכה למקצועות בריאות - Bureau of Health Professions (BHP) - הוא שיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה באמצעות מנהיגות לאומית והספקת משאבים לפיתוח, הפצה ושימור של כוח אדם מגוון ובעל מסוגלות תרבותית בתחום הבריאות, המספק טיפול ברמה הגבוהה ביותר, במיוחד למעוטי יכולת. BHP שואף לסייע לקובעי המדיניות לתמוך בפיתוח כוח אדם מקצועי, ולוודא שלארצות-הברית יש את הרופאים הנכונים, עם הכישורים הנכונים, העובדים במקומות שזקוקים להם.

ה-BHP קיים למעשה מאז יוני 1967 תחת ארגונים שונים ושמות שונים. בספטמבר 1982 הקים ה-U.S. Public Health Service את ה-BHP (Bureau of Health Professions) בשמו ובתפקידיו הנוכחיים.

מקור : Bureau of Health Professions, 2010

שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי)

BHP הוא גוף לאומי הממוקם בתוך ארגון פדרלי גדול יותר, ה- Health Resources and Services Administration (HRSA), שהוא חלק ממשרד הבריאות הפדרלי - US Department of Health and Human Services (DHHS).

סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בארצות-הברית

רקע

שירותי הבריאות בארצות-הברית מסופקים על-ידי גופים נפרדים רבים. מוסדות הבריאות, ברובם הגדול, נמצאים בבעלות ובניהול של המגזר הפרטי. ביטוח בריאות מסופק בעיקר על-ידי המגזר הפרטי, להוציא תכניות, כגון Medicare, Medicaid, TRICARE, the Children's Health Insurance Program, the Veterans Health Administration. לפחות 15% מן האוכלוסייה אינם מבוטחים כלל, ולנתח משמעותי נוסף מן האוכלוסייה אין כיסוי ביטוחי מספק. ההוצאה לנפש בגין טיפולי בריאות בארצות-הברית היא הגבוהה בעולם, והאחוז מכלל הכנסות המדינה המוצא על בריאות הוא הגבוה מכל מדינות האו״ם, מלבד מזרח טימור. לאחרונה, אושרה בארצות-הברית רפורמה מקיפה שתשנה את עתיד שירותי הבריאות בארצות-הברית. סביר להניח שעם הזמן, אחוזים גדולים יותר מן האוכלוסייה יהיו מבוטחים, ושיחול שיפור בנגישות שירותי הבריאות ובעלותם. ההיצע והביקוש של רופאים יושפעו ללא ספק משינויים אלה בכיסוי הביטוחי.

מקור : Wikipedia: Health care in the United States, White House Issues

סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד

כדי לעסוק ברפואה בארצות-הברית חובה לעבור את בחינת ה-U.S. Medical License Exam (USMLE), שלבים 1 עד 3, לעבור מבחן קליני של ה-ECFMG; ולסיים תכנית GME. רישיון לעסוק ברפואה בארצות-הברית ניתן על-ידי ועדות רישוי (licensing boards) של כל מדינה שחברים בהן רופאים, אנשי מקצועות בריאות אחרים ונציגי ציבור. ה-Federal State Medical Board (FSMB) הוא ארגון כלל-ארצי שלא למטרת רווח המייצג 70 ועדות רישוי בארצות-הברית, כולל 14 ועדות של רפואה אוסטיאופתית. ה-National Board of Medical Examiners (NBME) מגן על בריאות הציבור באמצעות הערכה מתקדמת של אנשי המקצוע ברפואה. מבחן USMLE נערך בחסות ה-FSMB וה-NBME. תוצאות ה-USMLE מדווחות לרשויות הרישוי בארצות-הברית לשם מתן הרישיון הראשוני לעסוק ברפואה.

ה-Liaison Committee on Medical Education (LCME) היא רשות הסמכה מוכרת לתכניות לימודים ברפואה לקראת תואר ד"ר בבתי-הספר לרפואה בארצות-הברית ובקנדה. ה-LCME פועל בחסות ה-Association of American Medical Colleges וה-American Medical Association. בתי-ספר לרפואה חייבים לפנות אליהם אם ברצונם להרחיב את הכיתות. הרחבת גודל הכיתות היא אחד הרכיבים בתכנון כוח אדם.

לממשלת ארצות-הברית יש שליטה על תכנון כוח אדם באמצעות הקצאת כספים בתקציב תכנית Medicare. התכנית משלמת לבתי-חולים אוניברסיטאיים בעבור GME (Graduate Medical Education) ובכל בית-חולים יש תקרה של מספר המשרות שניתן לממן באמצעותה. ארגונים שונים, כגון ה-Association of American Medical Colleges, קראו פעמים רבות לבטל את התקרה, או להעלות אותה בכ-15,000 משרות לשנה. הטענה התומכת בצעד זה היא שהגדלת מספר הרופאים החדשים בלבד (באמצעות הקמת בתי-ספר חדשים לרפואה והרחבת הכיתות בבתי-הספר הקיימים) לא תוכל להגדיל את כלל מספר הרופאים אם לא יוגדלו תקני ה-GME; אם אכן תבוטל התקרה יתפסו בוגרי בתי-ספר לרפואה בארצות-הברית את התקנים שכיום מאוישים על-ידי בוגרים ממדינות אחרות (international medical graduates - IMGs).

מקורות: Bureau of Health Professions, December 2008; Cain et al., 2005; Medical License Direct; Liaison Committee on Medical Education, August 2009

בעלות ממשלתית על גורמי ייצור במערכת הבריאות

הבעלות על גורמי הייצור הינה, רובה ככולה, בידיים פרטיות, אם כי גם לממשלים הפדרלי, המדינתי והעירוני, יש בעלות על מוסדות מסוימים.

חלקם של בתי-החולים שאינם פועלים למטרת רווח מתוך כלל בתי-החולים שמר על יציבות יחסית (כ-70%) במשך עשרות שנים. ישנם גם בתי-חולים פרטיים למטרת רווח, וכן בתי-חולים ציבוריים במקומות מסוימים, בעיקר בבעלות מדינתית או עירונית.

אין בארצות-הברית מערכת כלל-ארצית של מוסדות רפואיים בבעלות ממשלתית הפתוחים בפני הקהל הרחב, אך ישנם מוסדות ציבוריים כאלו ברמה המקומית. קיימים מוסדות רפואיים בבעלות ממשלתית המיועדים לאוכלוסיות מיוחדות: משרד הביטחון הפדרלי מפעיל בתי-חולים שדה כמו גם בתי-חולים קבועים המספקים טיפול לאנשי צבא במימון הצבא (the Military Health System). ה-Veterans Health Administration הפדרלי מפעיל בתי-חולים הפתוחים אך ורק בפני יוצאי צבא, אך יוצאי צבא הזקוקים לטיפול במחלות שטופלו כבר בעת השירות נדרשים לשלם בעבור הטיפול. ה-Indian Health Service מפעיל שירותים הפתוחים רק ל-Native Americans משבטים אינדיאנים מוכרים. מוסדות אלה, בנוסף למוסדות שבטיים ושירותים פרטיים במימון IHS שנועדו להרחיב את יכולות המערכת, מספקים טיפול לאנשי השבטים מעבר למה שביטוח פרטי או תכנית ממשלתית יכולים לספק.

בתי-החולים מספקים טיפולים אמבולטוריים מסוימים בחדרי המיון ובמרפאות, אך בעיקר הם מספקים שירותי אשפוז. חדרי המיון בבתי-החולים ומרכזי חירום הם המקור לטיפול רפואי בעת חירום. שירותי הוספיס, המשרתים אנשים עם מחלות סופניות שצפויים לחיות חצי שנה או פחות, מסובסדים בדרך כלל על-ידי ארגוני צדקה או על-ידי הממשלה. שירותי טרום לידה, תכנון משפחה ומרפאות "dysplasia" הם שירותים הממומנים על-ידי הממשלה ועל פי רוב מאוישים ב- Nurse Practitioners.

מקור: Wikipedia: Health care in the United States

מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון

הגופים הבאים מעורבים באופן ישיר או עקיף בתהליכי תכנון כוח אדם:

AHA (American Hospital Association): ה-AHA מנהיג, מייצג ומשרת בתי-חולים, מערכות בריאות וארגונים קשורים אחרים המשרתים את הקהילה ומחויבים לשפר את הבריאות.

אתר: www.aha.org

AAMC (Association of American Medical Colleges): ה-AAMC כולל גם גוף לתכנון כוח אדם - The Center for Workforce Studies. ה-AAMC מייצג את כל 131 בתי-הספר לרפואה בארצות-הברית ו-17 בתי-הספר לרפואה בקנדה; כ-400 בתי-חולים אוניברסיטאיים ומערכות בריאות, כולל 68 מרכזים רפואיים של ה-Department of Veterans Affairs; וקרוב ל-90 אגודות אקדמיות ומדעיות. באמצעות מוסדות וארגונים אלו, ה-AAMC מייצג 125,000 חברי פקולטות לרפואה, 75,000 תלמידי רפואה, ו-106,000 רופאים מתמחים. באמצעות התכניות והשירותים הרבים שלו, ה-AAMC מחזק את הטיפול הרפואי המתקדם בעולם על-ידי תמיכה בכל קשת השירותים שהמוסדות החברים בו מספקים, כולל לימודים, מחקר, וטיפול בחולים. ה-AAMC והחברים בו מחויבים לקהילות שהם משרתים מתוך רצון להיות זכאים לאמון הציבור בתפקיד שהם ממלאים בשיפור בריאות האומה.

אתר: http://www.aamc.org/

AMA (American Medical Association): ה-AMA מאגד רופאים מכל רחבי ארצות-הברית ומגייסם לפעולה בגין הסוגיות המקצועיות והציבוריות החשובות ביותר. מדיניות ה-AMA בסוגיות של רפואה ומדיניות בריאות נקבעת על-ידי תהליך דמוקרטי של קביעת מדיניות המתקיים ב- AMA House of Delegates. פעילות ה-AMA עם גופים למטרת רווח מונחית על-ידי ה- AMA Guidelines for Corporate Relationships. תוצרי ה-AMA באינטרנט מותווים על פי ה- AMA Guidelines for Health and Information Websites.

מקור - אתר : http//www.ama-assn.org/

ANA (American Nurses Association): איגוד האחיות הוא הארגון המקצועי היחיד המייצג את האינטרסים של 3.1 מיליון האחיות בארצות-הברית, זאת באמצעות איגודי אחיות מקומיים וארציים החברים ובעלי זכות הצבעה ב-ANA, ארגונים נלווים הקשורים אליו, וארגון ה- advocacy לכוח אדם סיעודי The Center for American Nurses. ה-ANA מקדם את מקצועות הסיעוד על-ידי עידוד סטנדרטים גבוהים של עבודת הסיעוד, קידום זכויות האחיות במקום העבודה; הפצת תפיסה חיובית ומציאותית של מקצוע הסיעוד; ופעילות בקונגרס ובגופי הפיקוח לקידום סוגיות בריאות המשפיעות על האחיות ועל הציבור.

מקור : אתר : http://www.nursinworld.org

מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון

ה-BPH עוסקת באיסוף נתונים ותכנון כוח אדם של רופאים ואחיות.

מקור : Bureau of Health Professions

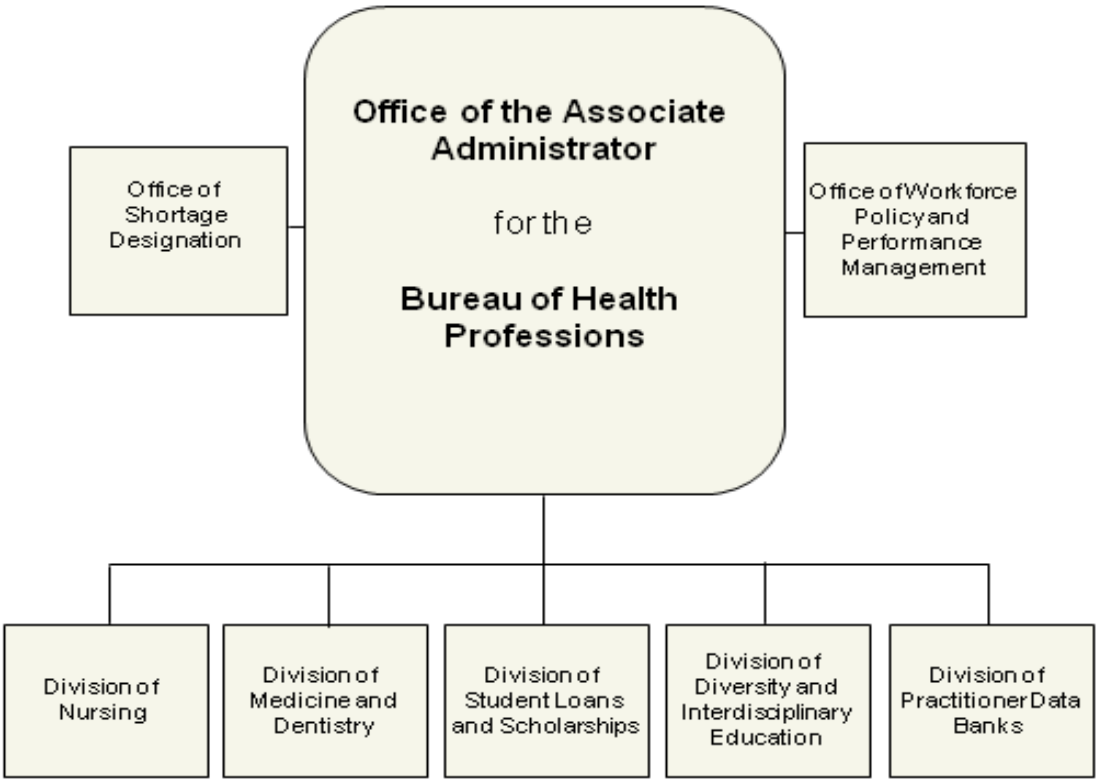
מבנה ארגוני ובעלי תפקידים

ה-BHP מחולקת לחמישה אגפים :

1. Nursing
2. Medicine and Dentistry
3. Student Loans and Scholarships
4. Diversity and Interdisciplinary Education
5. Practitioner Data Banks

להלן תרשים ארגוני של הלשכה.

תרשים 2: מבנה ארגוני של BHP - הלשכה למקצועות בריאות



מקור: HRSA Website, http://www.hrsa.gov/about/orgchart/bhpr.htm

היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות

אין אפשרות להעריך את התקציב לגבי ה-BHP בנפרד. ל-HRSA, השייך ל U.S Department of-Health and Human Services היה תקציב של 7 מיליארד בשנת 2009. HRSA מעביר כ-90% מן התקצוב שלו למדינות בארצות-הברית, לספקי שירותי בריאות ציבוריים ופרטיים, לתכניות הכשרה לאנשי מקצוע ולארגונים אחרים.

מקור: HRSA Facts

שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים

ה-BPH אינו עורך סקרים שנתיים, אולם הוא אוסף נתונים על היצע הרופאים והאחיות בארצות-הברית. בתוך ה-BPH פועל מרכז ה-NCHWA (National Center for Health Workforce Analysis), שייעודו הוא לאסוף, לנתח ולהפיץ מידע על כוח אדם בבריאות ולקדם את מאמצי התכנון ברמה הכלל-ארצית, המדינתית והמקומית. כדי לעמוד ביעד זה לגבי כוח האדם בסיעוד, ה-NCHWA אוסף נתונים על כוח האדם הסיעודי באמצעות סקר ארבע-שנתי SSRN (Sample Survey of Registered Nurses), ומפעיל שני מודלים לחיזוי ההיצע והביקוש של אחיות מוסמכות: ה- NSM (Nursing Supply

(Nursing Demand Model) NDM-וה Model) . המרכז עורך ומזמין מחקרים על סוגיות חשובות המשפיעות על כוח האדם בבריאות ברמה הארצית. מחקרים אלה התפרסמו בכתבי עת מבוקרים. המרכז מספק גם סיוע טכני למדינות ארצות-הברית, למוסדות חינוך והוראה, לאגודות מקצועיות ולארגונים פדרליים אחרים בנוגע למידע ולניתוח של כוח אדם בבריאות. תכנית זו מופעלת במסגרת ה-Health Resources and Services Administration's Bureau of Health Professions.

ה-BHP מקבל ייעוץ מארבע קבוצות עצמאיות, ובהן ה-COGME (Council on Graduate Medical Education). ה-COGME הוסמך בשנת 1986 על-ידי הקונגרס לספק הערכה שוטפת של המגמות בכוח האדם הרפואי, סוגיות הכשרה ומדיניות מימון, וכן להמליץ על דרכים מתאימות להתמודד עם צרכים שזוהו, ברמה הפדרלית ובמגזר הפרטי. על פי תחיקה זו ה-COGME מצופה לייעץ ולהגיש המלצות לשר הממונה על ה- Department of Health and Human Services, לוועדת הסנט בנושאי בריאות, חינוך, עבודה ופנסיות, ולוועדת הקונגרס בנושא מסחר. ההסמכה הוארכה עד ל-30 בספטמבר 2002 על-ידי ה-Health Professions Education Partnerships Act משנת 1998. מאז, הוארכה הסמכתו באמצעות החלטות עוקבות שהתקבלו לגבי ה-DHHS. על פי התחיקה ה-COGME כולל 17 חברים ובהם נציגי רופאים ראשוניים, ארגוני רופאים ארציים והתמחותיים, בוגרי רפואה מארצות חוץ (IMG), תלמידי רפואה ואגודות מקצועיות של מתמחים, בתי-ספר לרפואה ולאוסטיאופתיה, בתי-חולים אוניברסיטאיים ציבוריים ופרטיים, חברות ביטוח בתחום הבריאות, עסקים ועבודה. נציגים פדרליים כוללים את סגן שר הבריאות ב-DHHS, מנהל ה-Centers for Medicare & Medicaid Services ב-DHHS, והמנהל הרפואי של ה-Veterans Administration.

תפקידה של COGME הוא רחב יותר מכפי שמעיד עליה שמה. התיקון ב- Title VII of the Public Health Service Act דורש מ-COGME לספק ייעוץ והמלצות לשר הבריאות ולקונגרס בנושאים הבאים:

1. ההיצע והפריסה של הרופאים בארצות-הברית
2. מחסור או עודף ברופאים בהתמחויות ותת-התמחויות רפואיות וכירורגיות, היום ובעתיד
3. סוגיות הקשורות לבוגרי בתי-ספר לרפואה בין-לאומיים
4. מדיניות פדרלית מתאימה באשר לנושאים המוזכרים בסעיפים 1 עד 3, כולל מדיניות לגבי שינויים במימון לימודי הרפואה (GME) ושינויים בסוגי ההכשרה הרפואית בתכניות GME
5. פעולות של בתי-החולים, בתי-הספר לרפואה, בתי-הספר לאוסטיאופתיה וגופי הסמכה בהתאם לנושאים בסעיפים 1-3, כולל פעילות לשינויים בתכניות הלימודים וה-GME
6. ליקויים וצורך בשיפורים בבסיסי נתונים על ההיצע והפריסה של רופאים בארצות-הברית ובתכניות ההכשרה לרופאים בארצות-הברית וצעדים שיש לנקוט בכדי להתגבר על ליקויים אלה

COGME אמורה לעודד גופים העוסקים בהוראת הרפואה לפעול לקראת אימוץ מרצון של ההמלצות שהוצגו בסעיף 5.

מקור: Council on Graduate Medical Education

תוצאות ושיטות חישוב של הצורך בכוח אדם במקצועות הבריאות ברמה הלאומית וברמת המדינות (States)

HRSA (Health Resources and Services Administration) שבתוכו פועל BPH תומך במחקר על סוגיות בכוח האדם הרפואי, ועושה שימוש הן במודל היצע הרופאים - PSM (physician supply model), והן במודל הביקוש לרופאים - PRM (physician requirements model).

מודל היצע רופאים: PSM

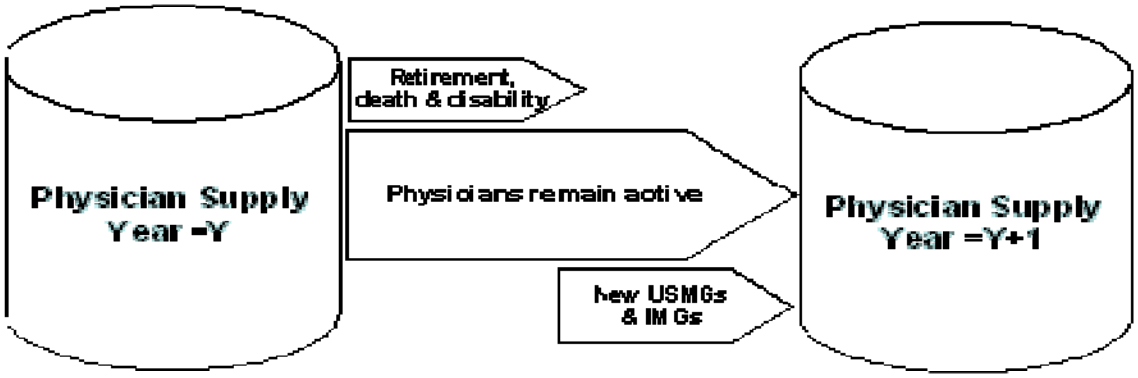
מודל PSM מנפיק תחזיות ארציות של היצע הרופאים ב-35 התמחויות רפואיות עד שנת 2020. PSM הוא מודל מצאי העוקב אחר היצע הרופאים לפי גיל, מין, ארץ לימודי הרפואה (בין אם USMG או IMG), סוג התואר (לרפואה או לאוסטיאופתיה) והתמחות רפואית. המודל משתמש בנתונים היסטוריים כדי לקבוע את ההסתברות שהרופא ימשיך להיות פעיל משנה לשנה ואת מספר שעות הטיפול שהרופא עבד בשנה. ה-PSM מביא תחזית של היצע הרופאים בעתיד בהתבסס על:

- מספר הרופאים בשנה הקודמת (החל משנת הבסיס, 2000)
- תוספות חדשות לכוח האדם של הרופאים
- שחיקה של כוח האדם הרפואי
- מגמות בפרודוקטיביות (יעילות העבודה) של רופאים

התרשים הבא מציג את מודל PSM באופן גרפי.

תרשים 3: מודל היצע רופאים (PSM)

Exhibit 1. Overview of the Physician Supply Model



ל-PSM שני מדדים של היצע הרופאים:

- Active supply
- Full-time equivalent (FTE) supply

מדד FTE מביא בחשבון שינויים צפויים בממוצע שעות העבודה בטיפול בחולים. מעקב אחר ממוצע שעות העבודה חשוב במיוחד משום ששיעור הרופאות ושיעור הרופאים המבוגרים יותר בקרב כוח העבודה הולכים וגדלים, והם מספקים פחות שעות טיפול, בממוצע, בהשוואה לרופאים צעירים וממין זכר. כוח האדם הרפואי הנוכחי הוא נקודת המוצא לתחזיות להיצע העתידי של הרופאים. פעמים רבות מגדירים את כוח האדם הרפואי על פי גודלו, הרכב ההתמחויות, ההרכב הדמוגרפי והמיקום הגיאוגרפי. מקורות המידע העיקריים למידע זה הם ה-AMA וה-AOA.

מקור: U.S. Department of health and Human Services, 2008

מודל היצע אחיות: NPM

Nursing Supply Model עוקב אחר האחיות לפי גיל, מדינה ורמת השכלה. המודל מוציא מדי שנה תחזיות של היצע האחיות עד לשנת 2020. נקודת המוצא היא מספר האחיות המוסמכות בשנת 2000, למספר זה מוסיפים את אומדן מספר האחיות המוסמכות החדשות ומחסירים את מספר העזיבות ועוקבים אחר דפוסי המעבר בין מדינות. על בסיס זה המודל מחשב את אומדן מספר האחיות בכל מדינה בסוף השנה. אומדן סוף השנה הופך להיות הערך ההתחלתי לתחזיות השנה הבאה. נתונים על מספר המועמדים החדשים הניגשים למבחן National Council Licensure Examination for Registered Nurses מפורסמים על-ידי ה-National Council of State Boards of Nursing. המודל מניח שההגירה נטו מארצות אחרות היא 3,500 אחיות מוסמכות בשנה. המודל מעריך שתהיה ירידה של 4% משנת 2000 לשנת 2020 במספר האחיות המוסמכות המספקות שירותי סיעוד או מחפשות עבודה בסיעוד ובאחיות מוסמכות המספקות שירותי סיעוד FTE.

מודל ביקוש אחיות: NDM

Nursing Demand Model מספק תחזיות ברמת המדינה של הביקוש לסוגי האחיות השונים בארצות-הברית: FTE RNs, LPNs (licensed practical nurses), vocational nurses and nurse aides/auxiliaries and home health aids, עד לשנת 2020. יתר על כן, ה-NDM מספק תחזית של הדרישה לאחיות מוסמכות ב-12 מסגרות העסקה. הדרישה לאחיות מוגדרת כמספר ה-FTE RNs שהמעסיקים מוכנים להעסיק לאור צורכי האוכלוסייה, שיקולים כלכליים, הסביבה הטיפולית וגורמים אחרים. שינויים בדמוגרפיה מהווים גורם מכריע בדרישה הצפויה לאחיות בתחזית הבסיסית. ה-U.S. Census Bureau חוזה גידול מהיר באוכלוסיית הקשישים החל ב-2010, כאשר המבוגרים מבין דור ה-baby boom יגיעו לגיל 65. היות שצורכי הבריאות לנפש הרבה יותר גדולים בקרב הקשישים, הרי שהגידול המהיר בביקוש לשירותי סיעוד בולט במיוחד במסגרות לטיפול ממושך המספקות בעיקר טיפול לקשישים. בנוסף, ה-NDM צופה את הצורך באחיות כפונקציה של שינויים בחומרת המחלות, גורמים כלכליים ומאפיינים שונים של שירותי הבריאות.

מהשוואה בין תחזיות ההיצע והביקוש ניתן לראות שעד לשנת 2020 צפוי המחסור הכלל-ארצי באחיות לגדול עד ליותר ממיליון אחיות מוסמכות FTE RNs. המגבלה של שני המודלים האלה היא שהם נפרדים זה מזה, כך שכל אחד מהם מנפיק תחזיות מבלי להביא בחשבון את השפעתו של המודל האחר.

פרטי קשר

Tanya Pagan Raggio MD MPH,
DIRECTOR,
Bureau of Health Professions
Division of Medicine and Dentistry
443-8305 (301)
traggio@hrsa.gov

Association of American Medical Colleges
Contact: Retha Sherrod (Press Releases)
202-828-0975
rsherrod@aamc.org

Jerald M. Katzoff ,
Executive Secretary, Council on Graduate Medical Education
Division of Medicine and Dentistry
Bureau of Health Professions
Health Resources & Services Administration
U.S. Dept. of Health & Human Services
5600 Fishers Lane, Room 9A-21
Rockville, MD 20857
Voice: (301) 443-6190
Email: JKatzoff@hrsa.gov

Bureau of Health Professions	
Associate Administrator Janet Heinrich, Dr.P.H., R.N. 301-443-5794 Deputy Associate Administrator Diana Espinosa 301-443-5794 Senior Advisor Jennifer Riggle 301-443-7530 Executive Officer Brandon Guzzone 301-443-0052	Division of Nursing Director Michele Richardson 301-443-2727
	Division of Medicine & Dentistry Director Daniel Mareck 301-594-4198
	Division of Student Loans and Scholarships Director Sarah Richards 301-443-5452
	Division of Diversity and Interdisciplinary Education Director Joan Weiss 301-443-0430
	Division of Practitioner Data Banks Director Mark Pincus (Acting) 301-443-2300
	Office of Shortage Designation Director Diana Espinosa (Acting) 301-594-0197
	Office of Workforce Policy and Performance Management Director Roger Straw 301-443-0367

כנסים וקבוצות עבודה

Advisory Committee on Training in Primary Care Medicine and Dentistry

אחת מארבע הקבוצות המייעצות העצמאיות ל-BHP.

המפגש הבא יערך ב-22 באפריל 2010.

תיאור:

ה-The Advisory Committee on Training in Primary Care Medicine and Dentistry הוקמה ב-1998 וחבריה מונו על-ידי ה-the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services ב-1999. הוועדה מייעצת וממליצה לשר לגבי מדיניות, פיתוח תכניות וענייניים בעלי משמעות ל- HRSA Bureau of

Health Professions family medicine general internal medicine, general pediatrics, general dentistry, pediatric dentistry and physician assistant programs.

The HRSA Bureau of Health Professions-ה מתאם את עבודתה של הוועדה המייעצת ותומך בה. ה- Acting Executive Secretary of the Advisory Committee היא Jerilyn K. Glass, M.D., Ph.D.

למידע נוסף על הוועדה ניתן להתקשר לד״ר גלאס ב-301-443-6785 או בדואל jglass@hrsa.gov.

National Advisory Council on Nurse Education and Practice

תיאור: ה-NACNEP (The National Advisory Council on Nurse Education and Practice) מייעצת לשר הבריאות ומשאבי אנוש בארצות-הברית ולקונגרס האמריקני בסוגיות מדיינות הקשורות לתכניות Title VIII המנוהלות על-ידי ה-HRSA Bureau of Health Professions Division of Nursing כולל הספקת כוח אדם סיעודי, שיפור החינוך והפרקטיקה. החברות ב-NACNEP כוללת את HHS Secretary או נציג (שהוא חבר מכוח תפקידו ויושב בראש המועצה) ולפחות 21 (או 23 למרב) אנשים שאינם עובדים של הממשלה הפדרלית או מועסקים על-ידיה.

מקור: http://bhpr.hrsa.gov/nursing/nacnep.htm

מראי מקום

Association of American Medical Colleges. http://aamc.org. Last accessed on April 11, 2010.

American Hospital Association. www.aha.org. Last accessed on April 11, 2010.

American Medical Association. http://www.ama-assn.org/ Last accessed on April 11, 2010.

American Nurses Association. http://www.nursingworld.org. Last accessed on April 11, 2010.

Bureau of Health Professions. http://bhpr.hrsa.gov/. Last accessed on April 11, 2010.

Cain FE, Benjamin RM, Thompson JN. 18 June 2005. ***Obstacles to Maintaining Licensure in the United State***s. BMJ; 330:1443-1445. Abstract only.

Council on Graduate Medical Education. http://www.cogme.gov/whois.htm. Last accessed on April 11, 2010.

Council on Graduate Medical Education. 2005. “Physician Workforce Policy Guidelines for the U.S. for 2000–2020.” U.S. Department of Health and Human Services: Rockville, MD.

HRSA Facts. http://www.hrsa.gov/about/staff/bhprstaff.htm. Last accessed on April 11, 2010.

Liaison Committee on Medical Education. (August 2009) ***Guidelines for Increasing Class Size in Medical Schools Accredited by the LCME or the CACMS***.
http://www.lcme.org/pubs.htm#classsize. Last accessed on April 11, 2010.

Medical License Direct. http://www.medicallicensedirect.com/useful_links.html. Last accessed on April 11, 2010.

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions. December 2008. ***The Physician Workforce: Projections and Research into Current Issues Affecting Supply and Demand***.
http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/physicianworkforce/supply.htm
Last accessed on April 11, 2010.

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. ***What is Behind HRSA's Projected Supply, Demand, and Shortage of Registered Nurses***? http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/behindrnprojections/2.htm. Last accessed on April 11, 2010.

White House Issues. http://www.whitehouse.gov/issues/health-care. Last accessed on April 11, 2010.

Wikipedia*:* ***Health care in the United States***.
http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_States. Last accessed on April 11, 2010.

קנדה

שם הארגון

Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (ACHDHR)

חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה

ייעודה של הוועדה המייעצת בנושאי משאבי אנוש, ה-ACHDHR, הוא להבטיח את משאבי האנוש של קנדה בתחום הבריאות (Health Human Resources - HHR). ועדת סגני השרים בנושאי בריאות (CDM) הקימה את ACHDHR ביוני 2002. תפקיד הוועדה:

- להתוות מדיניות ולספק ייעוץ אסטרטגי לוועדת סגני השרים, ה-CDM, בנושא התכנון, הארגון וההספקה של שירותי הבריאות, כולל סוגיות הקשורות לכוח אדם
- להיענות לבקשות לייעוץ מוועדת סגני השרים, ה-CDM
- לאתר סוגיות חדשות ולפתח המלצות בעבור סגני השרים
- לשמש פורום לאומי לדיונים ולשיתוף במידע בנושאים הקשורים ל-F/P/T.

מקור: A Framework for Collaborative Pan-Canadian HHR Planning

שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי)

ה-ACHDHR הוא ארגון לאומי ברמה הפדרלית

סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בקנדה

רקע

שירותי הבריאות בקנדה מסופקים באמצעות מערכת בריאות במימון ציבורי. על פי רוב, השירותים ניתנים בחינם וכוללים את רוב השירותים המסופקים על-ידי נותני שירותים רפואיים פרטיים שאינם בבעלות המדינה, או על-ידי גופים ציבוריים (למשל רופאים פרטיים שיש להם הסדר תשלומים עם ה-Medicare הקנדי). המערכת מונחית על-ידי ה-Canada Health Act. הממשלה מבטיחה את איכות הטיפול באמצעות סטנדרטים פדרליים. הממשלה אינה משתתפת בהספקת הטיפול היום-יומי ואף לא אוספת מידע על בריאות הפרט, אשר נשמר בסודיות בין המטופל לרופא. מערכות Medicare הפועלות בפרובינציות של קנדה הן יעילות וחסכוניות, בעיקר עקב פשטותן המינהלית. בכל פרובינציה, הרופאים מטפלים בתביעת הביטוח למול המבטח המקומי, כאשר המטופל אינו צריך להיות מעורב בתביעה. הביטוח הפרטי מהווה חלק מזערי מכלל מערכת הבריאות. פעולות תחרותיות, כגון פרסומות ופרסום עצמי מסוגים שונים הן מינימליות, דבר שמאפשר ניצול מרבי של אחוז ההכנסות המופנה ישירות לטיפול.

ככלל, התשלום בגין העלויות מגיע ממס הכנסה, אם כי בשלוש פרובינציות יש גם פרמיה חודשית קבועה, שניתן לוותר עליה או להקטינה רק לבעלי הכנסה נמוכה. הפרט אינו צריך לשלם בעבור טיפולי

בריאות בסיסיים, ותשלומי השתתפות עצמית הם נמוכים ביותר או שאינם קיימים (לעתים נדרש תשלום בעבור ביטוחים משלימים כגון Fair Pharmacare, תלוי בהכנסה).

בשנת 2009, ההוצאה הלאומית על בריאות בקנדה הייתה צפויה להגיע ל-183.1 מיליארד דולר (גידול של למעלה מ-5% לעומת השנה הקודמת), שהם $5,452 לנפש. רוב הגידול בהוצאות לבריאות כוסה על-ידי כספים ציבוריים. חלק הארי של כסף זה הוצא על בתי-חולים (51 מיליארד דולר), תרופות (39 מיליארד דולר) ורופאים (26 מיליארד דולר).

מקור: Wikipedia: Health Care in Canada

בעלות ממשלתית על גורמי יצור במערכת הבריאות

בעוד שמערכת הבריאות בקנדה ובפרובינציות השונות ממומנת רובה ככולה ממשאבים ציבוריים, שירותי הבריאות בכל אחת מהפרובינציות מסופקים בעיקר על-ידי ספקים פרטיים שהם:

- בתי-חולים פרטיים למטרת רווח שנמצאים בבעלות ארגונים קהילתיים או ארגוני צדקה
- הרופאים הם בעיקר עצמאיים ומקבלים בדרך כלל תשלום בעבור שירות
- ספקים אחרים המקבלים תשלום בצורות שונות

עם זאת, יש גם בתי-חולים בבעלות הממשלה הפדרלית המיועדים לרוב למתן טיפול לאוכלוסיות מיוחדות, כגון בתי-חולים לבני האינואיט (האסקימוסים) והאינדיאנים, בתי-חולים צבאיים, בתי-חולים בבתי-סוהר, בתי אבות לוותיקי המלחמות וכדומה.

מקור: Wikipedia: Health care in Canada; Health Human Resources Planning in Canada

סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד

כל פרובינציה מפקחת על מקצוע הרפואה באמצעות ארגון פרופסיונלי עצמאי בשם College of Physicians and Surgeons, האחראי על רישוי רופאים, קביעת סטנדרטים לטיפול, ובדיקה והטלת משמעת על חבריו. באמצעות משרד הבריאות המקומי, כל פרובינציה אחראית על קביעת מספר המכסות לסטודנטים לתואר וכן על המספר וההרכב של המכסות ללימודים מתקדמים. ה- Medical Council of Canada, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, and College of Family Physicians קובעים את תכנית הלימודים (MCC) ואת תכנית ההכשרה (RCPSC, CFPC) ברמה הארצית. ברמה המקומית/רמת הפרובינציה קובעות הפקולטות לרפואה ולסיעוד את תכניות הלימודים וההכשרה.

מקור: A Framework for Collaborative Pan-Canadian HHR Planning

מעורבותם של איגודים מקצועיים ופרופסיונליים בתהליך התכנון

הארגון הארצי של רופאים בקנדה הוא ה-Canadian Medical Association. הייעוד שלו הוא "לשרת ולאחד את הרופאים של קנדה ולהיות להם לדובר, בשיתוף עם אזרחי קנדה, למען הגעה לסטנדרטים הגבוהים ביותר של בריאות וטיפול". מכיוון ששירותי הבריאות נמצאים באחריות הפרובינציה, הרי

שניהול משא ומתן בשם הרופאים נעשה על-ידי אגודות מקומיות, לדוגמה Ontario Medical Association. לאיגודים המקצועיים יש מידה מסוימת של השפעה בתכנון כוח אדם.

איגוד הרופאים באונטריו הוקם ב-1880 ונקרא OMA. הוא מייצג, ובמידה מסוימת גם שולט, בכ-24,000 רופאי אונטריו. בעבר היו טענות כאילו ה-OMA הגביל בכוונה את מספר הרופאים כדי לשמור על שכר גבוה יותר לרופאים במערכת.

ה-Canadian Union of Public Employees (CUPE) הוא האיגוד המקצועי הגדול ביותר בקנדה. בתוכו קיים אגף בריאות, וכן קבוצת עבודה (The National Health Care Issues Committee) המספקת ייעוץ לגבי הדרכים שבהן CUPE יכול לקדם ולתמוך במערכת הבריאות הציבורית בקנדה. קבוצה זו מפתחת דרכים להילחם כנגד הלחצים להפריט את מערכת הבריאות או לקנות שירותים מספקים פרטיים על פי חוזה. CUPE מפתחת גם אסטרטגיות לעבודה בשיתוף עם אנשי מקצועות הבריאות ועם גורמים המעוניינים לקדם את הבריאות הציבורית. בפרובינציות אחרות יש איגודים מקצועיים אחרים אשר יכולים להתערב בתכנון כוח אדם.

גם לאחיות יש איגוד מקצועי - ה-Canadian Federation of Nurses - שהוא הקול הלאומי של האחיות, ומייצג 158,000 אחיות. בשנה שעברה איגוד זה הצליח למקד את תשומת הלב במחסור הארצי באחיות, ולאחר מכן השתמש בכך כמנוף להשפיע על הממשל הפדרלי והמקומי לשמר אחיות שנמצאות במערכת ולגייס אחיות חדשות.

מקור: Health Care in Canada; Canadian Federation of Nurses Union

מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון

מטרתו של ACHDHR היא לשפר את תיאום התכנון של כוח האדם בכל מקצועות הבריאות.

מקור: A Framework for Collaborative Pan-Canadian HHR Planning

מבנה ארגוני ובעלי תפקידים

ב-ACHDHR משתתפים פקידים בכירים ממשרדי הבריאות הפדרלי, הפרובינציאלי והטריטוריאלי. כמו-כן משתתפים נציגי: First Nation communities, the Council of Ministers of Education (Canada), the Canadian Institutes of Health Research, the Canadian Institute for Health Information, a regional health authority, the Health Action Lobby, and Human Resources and Skills Development Canada.

מקור: A Framework for Collaborative Pan-Canadian HHR Planning

היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות

לא נמצא מידע

שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים

גוף מיוחד, ה- HHR Modelling Working Group, מסייע לתת-וועדה של ACHDHR לבצע את המשימה המוטלת עליה באמצעות הספקת ייעוץ אסטרטגי והכנת מודלים בנושא כוח אדם.

ה-ACHDHR פיתח מסגרת תכנון כוח אדם הכוללת תכניות פעולה מוסכמות ברמה הפדרלית, הפרובינציאלית והטריטוריאלית שנועדו לתמוך בתכנון משותף כלל-ארצי. המסגרת קובעת את עקרונות שיתוף הפעולה ואת היעדים, ומסמנת פעולות עיקריות שניתן לבצע במשותף על מנת:

- להתגבר על חסמים להפעלת תכנון ברמת המערכת המכוון לצורכי האוכלוסייה
- להימנע מן הסיכונים והכפילויות הקשורים בגישה התכנונית המקומית
- להגביר את יכולת תכנון כוח האדם מבלי לפגוע בסמכויות התכנון של הרשויות המקומיות והאזוריות

כדי להתמודד עם הפערים הקיימים בנתונים ולשפר את בסיס המידע בנושאי ניהול משאבי אנוש בבריאות, הקים ה-CIHI (אחד הנציגים של ACHDHR) פרויקט בשם: Health Human Resources Databases Development Project (HHR DDP). מטרת הפרויקט לסייע להתמודד עם חוסרים במידע על-ידי פיתוח בסיסי מידע לאומיים ומערכות דיווח בעבור חמישה מקצועות שנמצאים בפיקוח: מרפאים בעיסוק, רוקחים, פיזיותרפיסטים, טכנאי רנטגן וטכנאי מעבדה.

מקור: http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hhr_ddp_e

עם תחילת הפרויקט היו כבר כמה מאגרי מידע בנמצא:

- בסיסי מידע על רופאים:
  - Southam Medical Database (SMDB) - *1980 to the present*
  - National Physicians Database (NPDB) - *1970 to the present*
- בסיסי מידע על אחיות:
  - Registered Nurses Database (RNDB) - 1980 to the present
  - Licensed Practical Nurses Database (LPNDB) - 2002 to the present
  - Registered Psychiatric Nurses Database (RPNDB) - 2002 to present
- בסיסי מידע על אנשי צוות רפואיים:
  - Health Personnel Groups - 1960 to the present

מקורות: A Framework for Collaborative Pan-Canadian HHR Planning; Health Human Resources Planning in Canada

תוצאות ושיטות חישוב של הצורך בכוח אדם במקצועות הבריאות ברמה לאומית ורב-לאומית

נעשה שימוש במודלים לתכנון ולקביעת מדיניות של הממשל ושל בעלי עניין שונים בנושאי כוח אדם. זהו תהליך של בניית דגמים של מערכות להערכת תרחישים שונים או לחיזוי צורכי HHR. קבוצת העבודה HHR Modelling מסייעת לתת-הוועדה לתכנון כוח אדם לפעול על פי המנדט שלה על-ידי הספקת ייעוץ אסטרטגי ומודלים של נתוני כוח אדם. כמו-כן היא מקדמת פעולות ורשתות משותפות התומכות בדרישות התכנון הפדרליות, הפרובינציאליות והטריטוריאליות, שיתוף במידע והקמת שותפויות בין חוקרים וקובעי מדיניות. המודלים מביאים בחשבון גורמים, כגון צורכי הבריאות של האוכלוסייה; תכנון וחיזוי; הספקה; משאבים כספיים; ייצור; ניהול, ארגון והספקה של שירותי בריאות; חלוקת משאבים וניצולם; תוצאות בריאות; תוצאות ספקים; תוצאות מערכת; הקשרים; והרכב משאבים יעיל.

מקור: A Framework for Collaborative Pan-Canadian HHR Planning, via O'Brien-Pallas, 2002

פרטי קשר

email: ACHDHR_CCPSSRH@hc-sc.gc.ca

Deborah Cohen
Manager, Health Human Resources
Canadian Institute for Health Information
495 Richmond Road, Suite 600
Ottawa, ON | K2A 4H6
Telephone: (613) 241-7860 ext 4064

Bentley Hicks
Manager, Pan-Canadian Health Human Resource Planning
Health Human Resource Strategies Division
Health Canada
bentley_hicks@hc-sc.gc.ca

כנסים וקבוצות עבודה

ACHDHR מקיים מפגשים שלוש פעמים בשנה, ושומר על קשר רציף במהלך השנה באמצעות שיחות ועידה, על פי צורך.

מקור: Inquiry of Ministry

מראי מקום

A Framework for Collaborative Pan-Canadian HHR Planning. (September, 2005; Rev. March 2007). Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (ACHDHR). Access to the PDF at http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2007-frame-cadre/index-eng.php. Last accessed on April 11, 2010.

Canadian Federation of Nurses Union. www.nursesunions.ca. Last accessed on April 11, 2010.

Health Human Resources Planning in Canada: Between Crisis and Long Term Perspective. 5 October 2005. Canadian Presentation to the Pan American Health Organization. Health Human Resources Conference. Access to the presentation at http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bkGaoisxhYsJ:www.observatoriorh.org/Toronto/Presentaciones/wed/HealthCanada.ppt+The+Pan-Canadian+Health+Human+Resource+(HHR)+Planning+initiative&cd=3&hl=en&ct=clnk&gl=il. Last accessed on April 11, 2010.

Inquiry of Ministry "Demande de Renseignement au Gouvernement." www.carolynbennett.ca/dev/downloads/ACF469.pdf. Last accessed on April 11, 2010.

O'Brien-Pallas L. 2002. "Where to from here?" (Editorial). ***Canadian Journal of Nursing Research*** *33*(4):3-14.

Wikipedia: Health Care in Canada. http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_Canada. Last accessed on April 11, 2010

פרובינציית אלברטה, קנדה

שם הארגון

Health Workforce Division אגף ב- Alberta Health and Wellness (AHW)

חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה

החזון של רשות הבריאות של הפרובינציה, Alberta Health and Wellness, הוא: "אזרחים בריאים באלברטה בריאה".

יעדי הרשות הם קביעת מדיניות וכיווני פעולה כדי להוביל, להשיג ולשמר מערכת בריאות נענית לצרכים, משולבת ואחראית.

תחומי עיסוק עיקריים ומטרות הארגון:

- מנהיגות וניהול:
  - אחריות ודיווח במערכת הבריאות
  - Public Assurance
  - מערכת בריאות שעובדת
  - חיים בריאים ורווחה מֵרבית
- שירותי בריאות מועילים וחדשניים:
  - גישה הולמת לשירותים על פני רצף הטיפול
  - ניצול יעיל של כוח אדם בשירותי הבריאות
  - מצוינות באמצעות מחקר, חדשנות וטכנולוגיה

שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי)

הארגון הוא ברמת הפרובינציה הקנדית אלברטה, ופועל במסגרת ממשלת הפרובינציה.

סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות בקנדה ובאלברטה

רקע

כבכל קנדה, הטיפול בבריאות מסופק על-ידי מערכת שירותי בריאות במימון ציבורי. על פי רוב השירותים ניתנים בחינם לצרכנים ורוב השירותים מסופקים על-ידי גופים פרטיים (לפירוט הרקע ראה בפרק על קנדה).

מקור: Wikipedia Health Care in Canada

בעלות ממשלתית על גורמי ייצור במערכת הבריאות

בעוד שמערכת הבריאות בקנדה ממומנת רובה ככולה ממשאבים ציבוריים, באלברטה, כבכל קנדה, שירותי הבריאות מסופקים בעיקר על-ידי ספקים פרטיים שהם:

- בתי-חולים פרטיים למטרת רווח נמצאים בבעלות ארגונים קהילתיים או ארגוני צדקה
- הרופאים הם בעיקר עצמאיים ומקבלים בדרך כלל תשלום בעבור שירות
- ספקים אחרים המקבלים תשלום בצורות שונות

עם זאת, יש גם בתי-חולים בבעלות הממשלה הפדרלית המיועדים לרוב למתן טיפול לאוכלוסיות מיוחדות, כגון בתי-חולים לבני האינואיט (האסקימוסים) והאינדיאנים, בתי-חולים צבאיים, בתי-חולים בבתי-סוהר, בתי אבות לוותיקי המלחמות וכדומה.

מקור: Wikipedia: Health care in Canada; Health Human Resources Planning in Canada

סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד

כאמור, כל פרובינציה מפקחת על מקצוע הרפואה באמצעות ה- College of Physicians and Surgeons עצמאי, האחראי על רישוי רופאים, קביעת סטנדרטים לטיפול, ובדיקה והטלת משמעת על חבריו (לפירוט נוסף על סמכויות תכנון ורישוי ראה בפרק על קנדה).

מקור: A Framework for Collaborative Pan-Canadian HHR Planning

ממשלת אלברטה משתפת פעולה עם כל מגזרי התעשייה בהתמודדות עם המחסור בכוח אדם באמצעות אסטרטגיה עשר-שנתית (Building and Educating Tomorrow's Workforce). פיתוח אסטרטגיה מקיפה זו נעשה בשני חלקים: (א) Health Workforce Action Plan שאותו מובילה הממשלה, הכולל את: Alberta Health and Wellness (AHW), Alberta Employment, Immigration, and Industry (EII), and Alberta Advanced Education and Technology (AET); (ב) Health Workforce Strategy שאותו מובילים בעלי עניין בתחום הבריאות (מעסיקים, מורים, אגודות, ארגוני עובדים, גופים מפקחים). ביחד, שתי התכניות מהוות אסטרטגיה מקיפה בנוגע לכוח העבודה.

אגף Health Workforce, ביחד עם שירותי הבריאות של אלברטה, הרופאים, מוסדות אקדמיים ושותפים אחרים, מקדם גישות ושיטות חדשניות שמטרתן להבטיח כוח עבודה מאוזן שיטפל בצורכי הבריאות של אלברטה באופן אחראי מבחינה כספית. האגף אחראי לניהול משא ומתן בענייני כספים עם רופאים ולאנשי צוות אחרים בתחום הבריאות; לניהול ההסכם בין שלושת הארגונים: Alberta Health and Wellness, the Alberta Medical Association, Alberta Health Services; להסדרי תשלום לרופאים; ולתכנון מדיניות לגבי כוח אדם בבריאות.

מקור: Department of Health and Wellness

מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון

הארגון הארצי של רופאים בקנדה הוא ה-Canadian Medical Association. אולם, מכיוון ששירותי הבריאות נמצאים באחריות הפרובינציה, הרי שניהול משא ומתן בשם הרופאים נעשה על-ידי איגודים מקומיים ובמקרה זה, איגוד הרופאים של אלברטה - Alberta Medical Association. ארגון זה נוסד באותה שנה שבה נוסדה הפרובינציה, 1905.

ה-AMA מייצג כ-95% מן הרופאים העובדים באלברטה. הוא עוסק במגוון נושאים החל ברפורמות בבריאות וכלה בסוגיות בריאות שונות, בשיתוף עם הממשל, הציבור וספקי בריאות אחרים, בכל הנוגע למתן טיפול רפואי לתושבי אלברטה ולסביבת העבודה של הרופאים.

במקביל לו מעורב בתהליך גם איגוד האחיות של הפרובינציה - College & Associations of Registered Nurses of Alberta שרואה עצמו כמשרת את הציבור באמצעות פיקוח על אחיות מוסמכות במטרה לקדם ולתמוך בטיפול סיעודי בטוח, מיומן ואתי, ולספק מנהיגות מתקדמת וחדשנית המעודדת מצוינות מקצועית ומשפיעה על מדיניות הבריאות.

מקור: College & Associations of Registered Nurses of Alberta ; Alberta Medical Association

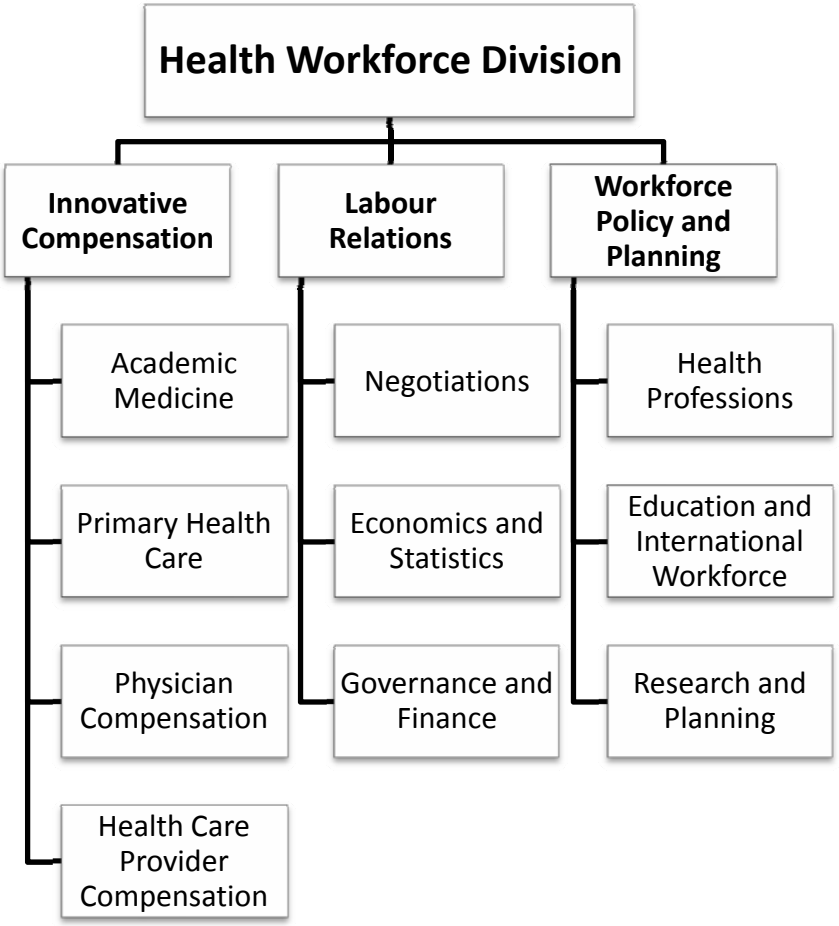
מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון

הארגון עוסק בתכנון המשפיע על רופאים, אחיות ואנשי מקצוע אחרים בתחום הבריאות. ה-AHW, בשיתוף עם ה-Council of Chief Executive Officers פיתח את ה- Provincial Comprehensive Health Workforce Plan.

מבנה ארגוני ובעלי תפקידים

Alberta Health and Wellness הוא רשות הבריאות של הפרובינציה של אלברטה. האגף העוסק בתכנון כוח אדם נקרא Health Workforce Division. האגף מורכב מכמה מחלקות ותת-מחלקות, כמפורט בתרשים הארגוני להלן:

תרשים 4: מבנה ארגוני של ה- Alberta Health and Wellness, Health Workforce Division



מקור: תכתובת בדוא"ל עם Merle Mahabir, מתכננת בכירה באגף, 27.6.10.

הצוות המקצועי באגף מורכב מהתפקידים הבאים:

1. Policy Analyst
2. Economist
3. Statistician
4. Workforce researcher/analyst
5. Program evaluation
6. Workforce planner
7. Project manager
8. Data analyst
9. Program consultant
10. Program coordinator
11. Business solution analyst
12. Financial officer
13. Contract/grant administrator

היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות

לא נמצא מידע

שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים

הארגון משתמש בסקרים ובדוחות על כוח העבודה במגזרים שונים על מנת להפיק במשך השנה דוחות שוטפים על היצע וביקוש בפרובינציה, בפרט את הדוח השנתי, ה-Annual Workforce Report.

ה-Health Workforce Template הוא שיתוף פעולה בין ה-AHW ושירותי ה-HBA (שכיום הם חלק משירותי הבריאות של אלברטה). מחלקת כוח האדם בתוך ה-AHW מפיצה לרשויות הבריאות מדי שנה, עד חודש מאי, את ה-Template. עד לסוף חודש יוני מתקנים את המסמך ומגישים אותו שוב לרשויות אלו. האנשים מתבקשים למלא את ה-FTE של השנה הקודמת ואת מספרי האנשים וכן את ה-FTE הצפוי במקצועות הבריאות לשלוש, חמש ועשר השנים הבאות. מידע זה מרוכז ובהסתמך עליו נוצר דוח Annual Provincial Health Workforce Report שנועד לתמוך בתכנון כוח אדם בפרובינציה; לספק מידע עדכני למקבלי ההחלטות במשרד הבריאות ולציבור באלברטה; לספק בסיס מידע עקיב שבעזרתו ניתן לאתר תחומי צורך עתידיים; ולספק מידע המתייחס לפעולות המשרד.

במקביל, ה-AHW יכול להפיץ אד-הוק סקרים עיתיים המתמקדים ספציפית במגזרים מסוימים.

מקור: Provincial HHR Guide

ב-AHW יש שני מודלים לחיזוי הנמצאים כיום בשימוש או בפיתוח:

Physicians Forecasting Model

מודל זה משתמש בגורמים דמוגרפיים לחיזוי כניסה ויציאה של רופאים לכוח העבודה ומפעיל אותם על המידע החדש ביותר המגיע מה-College of Physicians and Surgeons כדי לייצר את המספרים העתידיים של התמחויות רופאים. מודל הביקוש לרופאים מתחיל עם סך-כל מספר הרופאים המחולק לפי התמחות ולפי רשות רפואית. צורכי שירות מיידיים ועתידיים מוגדרים תוך התייעצות עם כל אחד מהמנהלים הרפואיים של הרשות הרפואית. בעתיד, המתודולוגיה של מודל הביקוש לרופאים תביא בחשבון גם ניצול שירותים ותבצע את החיזוי על בסיס המגמות הדמוגרפיות והגידול באוכלוסייה.

LPN Information Strategic Planning Initiative

מודל זה אומד את היצע האחיות המעשיות (LPNs) שהוסמכו בשנים 2006-2010 על בסיס הגידול השנתי נטו, ההיצע העכשווי של אחיות, וההרכב הגילאי העכשווי של היצע ה-LPNs.

בנוסף, בעקבות מודל שפותח באוניברסיטת קלגרי, פרובינציית אלברטה משתמשת ב- Calgary Health Region Decision-making Framework. בקלגרי נעשתה עבודה רבה לפיתוח וליישום של מסגרת לקבלת החלטות בהתאם לצורכי האוכלוסייה. רכיבי המסגרת הזו הם: (א) מקבלי טיפול; (ב) ספקי טיפול; (ג) הקשר; (ד) ליווי ומעקב.

מקור: Provincial HHR Guide

פרטי קשר

Health Workforce Planning Branch of AHW

1-780-427-3677 for information and demand issues related to health workforce

1-780-427-1987 for information on supply issues

כנסים וקבוצות עבודה

לא נמצא מידע

מראי מקום

A Framework for Collaborative Pan-Canadian HHR Planning. (September, 2005; Rev. March 2007). Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (ACHDHR). Access to the PDF at http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2007-frame-cadre/index-eng.php. Last accessed on April 11, 2010.

Alberta Medical Association. http://www.albertadoctors.org/bcm/ama/ama-website.nsf/AllDoc/3DEFB5AB9ADE7F3087256DE30060543F?OpenDocument. Last accessed on April 13, 2010.

College & Associations of Registered Nurses of Alberta. http://www.nurses.ab.ca/carna/index.aspx?WebStructureID=731. Last accessed on April 15, 2010.

Department of Health and Wellness. Government of Alberta. http://www.health.alberta.ca/about/vision-mission.html. Last accessed on April 15, 2010.

Provincial Health Human Resource Planning & Guide for Health Authorities. Alberta Health and Wellness. March 2008. http://www.health.alberta.ca/documents/Workforce-Health-HR-plan-2008.pdf. Last accessed on April 15, 2010.

Wikipedia: Health care in Canada. http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_Canada. Last accessed on April 11, 2010.

אוסטרליה

שם הארגון

NHWT (National Health Workforce Taskforce), HWA (Health Workforce Australia)

חזון, מטרות, סמכויות, תפקידים ושנת הקמה

NHWT

NHWT (National Health Workforce Taskforce), הוא גוף העוסק בתכנון כוח אדם במערכת הבריאות ברמה הלאומית. הגוף הוא "כוח משימה" שהוקם כחלק מרפורמה בתחום כוח האדם הרפואי באוסטרליה, והינו בעל אופי זמני בלבד. בימים אלה NHWT מוחלף על-ידי גוף בשם HWA (Health Workforce Australia), הלוקח על עצמו בהדרגה חלק מסמכויותיו.

NHWT הוקם בשנת 2007, כחלק מרפורמה משמעותית בתחום כוח האדם במערכת הבריאות באוסטרליה. מבחינה מינהלית הוא חלק ממבנה הוועדות של מועצת שרי הבריאות האוסטרלים, AHMAC. מטרתו של הגוף היא פיתוח אסטרטגיות לקידום יעדי כוח האדם שהוצבו במסגרת תכנית פעולה בשם National Health Workforce Strategic Framework שראשיתה בשנת 2004. הארגון פועל בתחומים:

- חינוך והכשרת כוח אדם
- חידוש ורפורמה
- תכנון, מחקר ומידע
- תמיכה בניהול ועדות המשנה של HWPC (גוף עליו יפורט בהמשך)

NHWT עורך מחקרים ותחזיות בתחומי כוח האדם במקצועות הבריאות, מקיים שיתופי פעולה עם אקדמאים ועם גורמים בעלי עניין, עורך כנסים וקבוצות עבודה, ועוסק בפיתוח והנגשה של כלים לחיזוי ותכנון.

מקור: Australia's Health Workforce Online Website

HWA

NHWT הוקם כמיזם זמני המיועד להשגת יעדים ספציפיים. בשנת 2008, במסגרת ועידה של הממשלות האוסטרליות, הוחלט להשקיע סכום חסר תקדים של 1.6 מיליארד דולרים בתחום כוח האדם הרפואי. במסגרת זו הוחלט להקים גוף קבוע חדש בשם HWA (Health Workforce (Australia, שיקח עליו בהדרגה את סמכויותיו של NHWT. HWA החל את פעולתו בשנת 2009, והוא נמצא עדיין בשלבי הקמה. תפקידיו הראשוניים יהיו:

- יסוד וניהול מערכת סטטיסטית לצורכי תכנון כוח אדם לטווח ארוך
- ייעוץ בנושא תמורות ומגמות עתידיות בתחום כוח האדם

- פיקוח על התמיכה הפיננסית להתמחויות קליניות
- ניהול מנגנוני השמת סטודנטים במשרות התמחות

הכוונה היא שבעתיד HWA יהיה הגוף המוביל והמייעץ בענייני תכנון כוח אדם, וייעזר לשם כך בוועדות מומחים (שטרם מונו) ובבעלי עניין. לשם כך, הארגון עובד כיום בצמוד להנהלת NHWT להעברת סמכויות וליצירת תכנית עבודה מסודרת.

HWA ממונה מכוח חוק בשם Health Workforce Australia Act משנת 2009.

מקור: Australia's Health Workforce Online Website; The Hon Nicola Roxon MP Minister for Health and Ageing, 2010; Health Workforce Australia website

שיוך הארגון (לאומי, בין-לאומי, פרופסיונלי)

NHWT ו-HWA הם ארגונים לאומיים ברמה הפדרלית.

סביבת הפעילות של הארגון - מערכת הבריאות באוסטרליה

רקע

מערכת הבריאות האוסטרלית הינה בעלת מבנה מורכב, המשלב את כל רמות הממשל וכן ערוצי מימון והספקה ציבוריים ופרטיים.

באוסטרליה קיימים ממשל פדרלי וממשל מדינתי המורכב משש מדינות (States) ושתי טריטוריות (Territories). בתחום הבריאות, הממשל הפדרלי עוסק במימון ובקביעת מדיניות, ואילו הממשל המדינתי עוסק במימון, אדמיניסטרציה והספקת שירותים (Healy et al., 2006). בנוסף, קיים באוסטרליה מגזר פרטי גדול הכולל תכניות ביטוח פרטיות, רופאים פרטיים, בתי-חולים פרטיים ומגוון ארגונים פרופסיונליים וקבוצות צרכנים בעלי השפעה בכל רמות הממשל.

משנת 1975 פועלת באוסטרליה מערכת של ביטוח בריאות ציבורי הנקראת Medicare. המערכת היא אוניברסלית ומכסה את כל תושבי אוסטרליה. התכנית ממומנת מכספי המיסוי הכללי וכן ממס בריאות ייעודי בגובה של 1.5% מגובה ההכנסה (עם מספר חריגים לבעלי הכנסה נמוכה וגבוהה). התכנית מנוהלת במסגרת משרד הבריאות הפדרלי (The Department of Health and Ageing (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000).

Medicare מעניקה למבוטחים כיסוי מלא ולא מוגבל לבתי-חולים ציבוריים (כולל תרופות), וכיסוי חלקי לטיפול בבתי-חולים פרטיים. כמו-כן, למבוטחים יש גישה חופשית לרופאים כלליים, רופאי שיניים ואופטומטריסטים. קיים כיסוי חלקי בעבור רופאים מומחים. רוב הרופאים באוסטרליה הם רופאים פרטיים הרשומים במערכת Medicare. מרבית הרופאים האלה גובים מחיר על פי תעריפון המערכת ומקבלים את התשלום ישירות ממנה, כשהמשמעות היא שהטיפול ניתן ללקוח בחינם.

בנוסף ל-Medicare, משרד הבריאות האוסטרלי מסבסד ומנהל סל תרופות, בתכנית הנקראת Pharmaceutical Benefit Scheme. יש לציין כי התרופות בבתי-החולים הציבוריים ניתנות חינם וללא קשר לתכנית זו.

בעוד שהביטוח הציבורי מקיף את כלל האוכלוסייה, מעודדת ממשלת אוסטרליה את הציבור לרכוש ביטוחים פרטיים באמצעות סבסוד של כ-30% מעלות הביטוח הפרטי. זאת, מתוך תפיסה לפיה מגזר פרטי חזק הוא תנאי להצלחתה של המערכת הציבורית. בעלי ביטוחים פרטיים, המהווים כיום כ-45% מהאוכלוסייה, זכאים עדיין לשירות במסגרת Medicare.

הספקת השירותים בפועל נעשית ברמת המדינה, באמצעות בתי-החולים הציבוריים, שירותי בריאות הנפש, שירותי רפואה בקהילה ושירותי רווחה. האחריות על ניהול שירותים אלה נתונה בידי משרד הבריאות המדינתי (State Health Department). בשל המידה הרבה של האוטונומיה הניתנת למדינות בניהול שירותי הבריאות, ניתן להבחין בשונות רבה ביניהן (Healy et al., 2006).

מערכת הבריאות האוסטרלית זוכה להערכה חיובית בציבור ונחשבת בעלת רמה גבוהה. עם זאת, עומדים בפניה מספר אתגרים מרכזיים, ובהם העלויות ההולכות ועולות; אי הסכמה על הסדרי המימון בין רמות הממשל; רשימות המתנה ארוכות; אי שוויון בחלוקת השירותים בין אזורי העיר והכפר; ומצב הבריאות הרעוע בקרב האבוריג'ינים.

רפורמות

מערכת הבריאות האוסטרלית עברה מספר שינויים מהותיים במהלך השנים, המשמעותיים שבהם הם התמיכה הציבורית בביטוחים פרטיים, הקמת פורומים משותפים לממשל המרכזי והמדינתי לצורכי קבלת החלטות, תשומת לב לנושא תכנון כוח האדם הרפואי ולאיכות השירותים, ויוזמות on-line. לרוב, מתרחשים שינויים אלה באופן הדרגתי, מכיוון שקשה לבצע שינויים גורפים או רדיקלים במדינה בעלת אופי פדרלי ועם מגזר פרטי כה חזק (Healy et al., 2006).

כיום עומדת על הפרק רפורמה משמעותית. בפברואר 2008 מינו רה"מ ושר הבריאות האוסטרלי ועדה בשם NHHRC (National Health and Hospital Reform Commission), שמטרתה לגבש רפורמה למערכת הבריאות האוסטרלית. מסקנות הוועדה פורסמו בדוח ששמו "A Healthier Future for all Australians". בין המלצות הוועדה: חיזוק שליטתו של הממשל הפדרלי על מערכת הבריאות, לעומת הממשל המדינתי, באמצעות הגדלת שיעורי המימון - מהלך המעורר התנגדות רבה של הממשלים המדינתיים. המסקנות נמצאות כעת בדיון בממשל המרכזי ובין הממשלות המדינתיות. (Ricci, 2009).

מבנה ארגוני של מערכת הבריאות

כאמור, מערכת הבריאות האוסטרלית מורכבת הן מרמת הממשל הפדרלית, והן מהרמה המדינתית, זאת בנוסף למגזר הפרטי והמקצועי. ברמה הפדרלית, האחראי על תחום הבריאות הוא משרד הבריאות האוסטרלי (The Department of Health and Ageing), במסגרתו מנוהלת גם תכנית Medicare. תרשים ארגוני של המשרד ניתן למצוא בנספח 1. ברמה המדינתית, הניהול מתבצע על-ידי משרד הבריאות של המחוז.

קיימים מספר גופים העוסקים בקישור ותיאום קבלת ההחלטות בין הרמה הפדרלית לבין המדינתית בתחום הבריאות. המרכזי שבהם הוא Australian Health Ministers' Conference (AHMC), ועידה של שרי הבריאות במדינה. זוהי מסגרת לדיון ולקבלת החלטות בנושאים הנוגעים לכלל המחוזות באוסטרליה. במסגרת זו נידונים גם הסכמי המימון בין הממשל הפדרלי והמדינתי (Australian Health Care Agreements). לוועידה יש גוף מייעץ המורכב מנציגי משרדי הבריאות השונים ונקרא Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). גוף בין-ממשלתי נוסף העוסק לעתים בנושאי בריאות הוא מועצת הממשלות האוסטרליות,Council of Australian Governments (COAG) .

מקור: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000

בעלות ממשלתית על גורמי יצור במערכת הבריאות

באוסטרליה ישנו תמהיל של בתי-חולים ציבוריים ופרטיים. המדינה היא הבעלים של בתי-החולים הציבוריים, המנוהלים ומופעלים על-ידי הממשלה המדינתית. בבתי-חולים אלה נמצאות כ-70% ממיטות האשפוז (Med Hunters website). כמו-כן, בתי-החולים האוניברסיטאיים המרכזיים הינם בתי-חולים ציבוריים, והממשל הפדרלי מממן כמות נכבדת של המחקר הרפואי. קיימים מספר בתי-חולים בבעלות המגזר הפרטי, חלקם למטרות רווח וחלקם שלא למטרות רווח.

מימון בתי-החולים הציבוריים משותף לרמה הפדרלית והמדינתית. הממשל הפדרלי מעביר למחוזות תקציבים להפעלת בתי-החולים, במסגרת הסכמי מימון חמש-שנתיים שנקראים Australian Health Care Agreements. שאר המימון מגיע מהמחוזות עצמם (Healy et al., 2006).

לאחרונה מתבצעים מהלכים של הממשל הפדרלי להפרטת בתי-החולים הציבוריים, וכן להגברת השימוש במיקור חוץ (Podger, 1999).

סמכויות תכנון ורישוי כוח אדם וקביעת מכסות הלימוד

תהליך רישוי כוח האדם הרפואי באוסטרליה מתבצע ברמה המדינתית. לאחרונה התבצע שינוי גורף במערכת ונקבעו סטנדרטים ונהלים לאומיים לרישוי.

בסוף שנת ההתמחות הראשונה, נרשמים הסטודנטים לרפואה ב-Medical Board של המחוז אליו הם משתייכים, ומקבלים רישיון לעסוק ברפואה באופן פרטי. התנאי לעבודה במסגרת Medicare וקבלת החזרים מהמערכת הוא סיום לימודי המשך (postgraduate), רישום במערכת Medicare וקבלת "מספר ספק" ("Provider Number"). לפיכך רוב הרופאים באוסטרליה ממשיכים את הכשרתם כמתמחים קבועים בבתי-חולים.

מקור: ויקיפדיה

בשנת 2008 חתמו ממשלות הפרובינציות השונות באוסטרליה על הסכם בנושא כוח העבודה במקצועות הבריאות. ההסכם יצר מסגרת רישוי ורישום אחידה לכל אוסטרליה (National Registration and Accreditation Scheme for Health Professions), המעוגנת בחוק בשם Health Practitioner Regulation

Australian) (Health Practitioner Regulation AHPRA הסוכנות המבצעת החדשה נקראת National Law. Agency.

המסגרת החדשה תופעל החל מחודש יולי 2010, ותכלול רופאים, אחיות, רוקחים ומקצועות נוספים. החל מחודש זה, על בעלי המקצוע להרשם מחדש בלשכות AHPRA, באופן חד-פעמי. ה- Medical Boards המדינתיים יהפכו הלכה למעשה לסניפים של AHPRA, ויתחילו לפעול לפי מערכת אחידה של כללים ונהלים. תפקידי ה-Medical Boards: רישום בעלי מקצוע; פיתוח סטנדרטים מקצועיים; טיפול בתלונות לגבי בעלי המקצוע; הערכת בוגרי לימודי רפואה מחוץ לאוסטרליה המעוניינים לעבוד במדינה.

מקור: AHPRA Website, Medical Board of Australia Website

באוסטרליה ישנם ארבעה-עשר בתי-ספר לרפואה, עם כוונה לפתוח עוד. לימודי הרפואה נמשכים שש שנים. מספר הסטודנטים הנכנסים ללימודים מדי שנה עומד על כ-1,900, מספר הנמצא בעלייה גדולה בשנים האחרונות (Healy et al., 2006).

באוסטרליה ישנם מספר גופים המעורבים בקביעת היקף ואיכות החינוך הרפואי במדינה (Productivity Commission Research Report, 2005):

1. משרד החינוך האוסטרלי, Department of Education, Employment and Workplace Relations (DEEWR)
2. משרד הבריאות האוסטרלי, Department of Health and Ageing
3. המועצה המייעצת לוועידת שרי הבריאות האוסטרלים, Australian Health Minister's Advisory Council (AHMAC)

גורמים אלה מעורבים כולם בתהליך קבלת ההחלטה על מספר מקומות הלימוד. עם זאת, לא קיים מנגנון אחד המאחד את הגורמים הללו להחלטה משותפת על מכסות ואיכות החינוך. לא נמצא מידע לגבי אופן הגבלת מקומות הלימוד (מכסות מספריות או מגבלת תקציב).

מקור: Australia's Health Workforce Online website

כיצד מתבצע תכנון כוח אדם באוסטרליה

באוסטרליה מועסקים במקצועות הבריאות כ-570,000 איש, המהווים כ-6% מכוח העבודה במדינה כולה (Healy et al., 2006). במדינה 2.8 רופאים לאלף נפש, ו-9.7 אחיות לאלף נפש (Australian Government Website). אוסטרליה סובלת ממחסור מתמשך בכוח אדם במגוון מקצועות רפואיים, מחסור החמור במיוחד באזורי הספר של המדינה, וזאת על אף יבוא הולך וגובר של כוח אדם שהוכשר מחוץ למדינה (Productivity Commission Research Report, 2005).

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות באוסטרליה מתבצע בעיקר ברמה הלאומית. הגישה השלטת היא תכנון בחתך על פי מקצועות, אם כי מתקיימים ניסיונות לנוע לכיוון תכנון על פי גישת מודלים של

טיפול, המתמקדת בכישורים הדרושים לשם הספקת שירות מסוים, בחתך רוחבי (Gavel, 2004; Imison et al., 2009).

התכנון בעבר ורפורמות בתכנון

אופן התכנון עבר שינויים בשנים האחרונות. עד לפני מספר שנים, פעלו באוסטרליה שתי סוכנויות תכנון לאומיות שסיפקו לממשלה תחזיות נומינליות לגבי מספר הסטודנטים שיידרשו על מנת לספק ביקושים בחתך מקצועי:

1. Australian Medical Workforce Advisory Committee - AMWAC, אחראית על ביצוע תחזיות בתחום כוח האדם הרפואי
2. Australian Health Workforce Advisory Committee - AHWAC, אחראית על ביצוע תחזיות בתחום אחיות ומקצועות פרה-רפואיים

במקביל פעלו בתחום התכנון משרדי ממשלה נוספים, ועדות שונות ברמה הלאומית, וקבוצות עבודה מדינתיות. אלו פעלו במידות שונות של מורכבות ותחכום, ובעזרת מקורות מידע לא אחידים. הסוכנויות הלאומיות לא עמדו בקשר עם המדינות בתהליך עבודתן השוטף, וככלל לא היה קיים גוף שאיחד את כלל מוסדות התכנון ובעלי העניין. בשנת 2004 פרסמה ועידת שרי הבריאות האוסטרלים (AHMC) דוח "National Health Workforce Strategic Framework", המתווה תכנית אסטרטגית לאומית לשיפור וקידום כוח האדם הרפואי. בין עקרונות התכנית: הבטחת היצע יציב של כוח אדם; שיפור בסיס המידע לצורכי תכנון; שילוב כל בעלי העניין בקביעת מדיניות ובתכנון (Australian Health Ministers' Conference, 2004).

בנוסף, בשנת 2005 מינתה מועצת הממשלות האוסטרליות (COAG) ועדה עצמאית בשם The Productivity Commission כדי לקיים חקירה שתבחן את סוגיית כוח האדם הרפואי באוסטרליה ותספק המלצות לשיפורו. בין היתר קבעה הוועדה, כי כחלק מההתמודדות עם מחסור בכוח אדם במערכת הבריאות, יש לפרק את שני גופי התכנון הלאומיים AMWAC ו-AHWAC, ולהקים גוף אינטגרטיבי אחד שירכז את נושא חיזוי ההיצע והביקוש בכל הרמות, וידווח ישירות לוועד המייעץ למועצת שרי הבריאות (AHMAC). בנוסף המליצה הוועדה להעמיק את מורכבות ותחכום פעולות החיזוי, ולחזק את מקורות המידע הדרושים לתכנון (Productivity Commission Research Report, 2005). בעקבות דוחות הוועדה נערכה בשנת 2006 נערכה רפורמה במערך התכנון ונוסד מבנה ארגוני חדש המורכב מוועדות הכפופות ל-AHMAC.

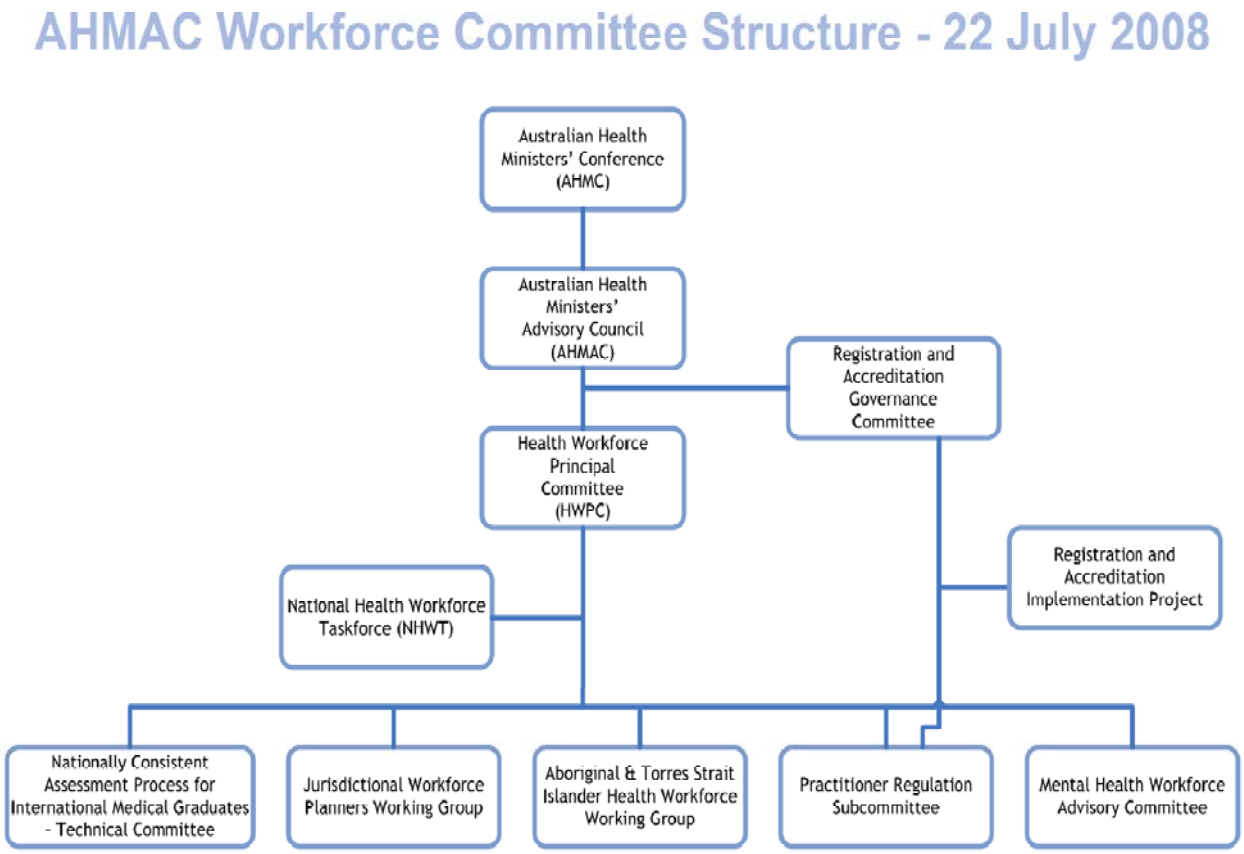
מבנה המערכת התכנונית כיום

הגופים המעורבים כיום בתהליך התכנוני הם:

- HWPC (Health Workforce Principle Committee) - הועדה המייעצת הראשית ל-AHMAC בענייני מדיניות ואסטרטגיית כוח אדם. ועדה זו מתאמת ומפקחת על פעילותם של מספר גופי תכנון ותת-ועדות בחתך מקצועי ומדינתי
- NHWT (National Health Workforce Taskforce) - גוף תכנוני ברמה הלאומית, המוחלף בימים אלה בגוף בשם HWA.

- תת-ועדות בחתכים מקצועיים, המתואמות על-ידי HWPC ומדווחות לה:
  - ועדה בנושא הערכת בוגרי רפואה שהוכשרו מחוץ למדינה
  - קבוצת עבודה של קבוצות תכנון מדינתיות - פורום בו דנים משרדי הבריאות המדינתיים בנושאי כוח אדם. בקבוצה ניתן להחליף רעיונות ולקדם תכנון אחיד ועקבי. הגדרת תפקידה המדויק של הקבוצה נמצאת עדיין בתהליך גיבוש
  - קבוצת עבודה בנושא תכנון כוח אדם למתן מענה על צורכי הבריאות של האבוריג'ינים, הפועלת במסגרת תכנית לאומית לנושא בריאות האבוריג'ינים
  - תת-ועדה בנושא רגולציה מקצועית
  - ועדה מייעצת בנושא בריאות הנפש

תרשים 5: מערך תכנון כוח אדם רפואי באוסטרליה



מקור: Australia's Health Workforce Online website

בנוסף לגופים ברמה הלאומית, קיימות, כאמור, קבוצות תכנון העוסקות בתכנון ברמה המדינתית מטעם משרדי הבריאות המדינתיים.

מקור: Australia's Health Workforce Online website

מעורבותם של איגודים מקצועיים בתהליך התכנון

ארגוני עובדים וארגונים פרופסיונליים השתתפו כמשיבים על שאילתות בדוח של The Productivity Commission משנת 2005. בנוסף, ארגונים פרופסיונליים נוטלים חלק בתהליך קביעת הסטנדרטים המקצועיים במדינה. הארגונים העוסקים בתכנון כוח אדם כיום מצהירים כי הם מעוניינים לשתף בתהליך התכנון את כל בעלי העניין מתחום הבריאות, אך לא ניכר כי יש הסדר מוסדי כלשהו לשיתופם.

מקצועות הבריאות בהם עוסק הארגון

שני הארגונים עוסקים בכל מקצועות הבריאות, כולל מקצועות פרה-רפואיים.

מבנה ארגוני ובעלי תפקידים

NHWT

מנהל

Peter Carver, Former Director, Service and Workforce Planning, Victorian

חברי הצוות - Department of Human Services:

Ian Walker, Executive Assistant
Adam Putnins, Manager, Executive Services
Laura A'Bell, Communications Manager
Lucy Borthwick, Executive Officer
Fiona O'Leary, Administration Officer
Ellena Watson, Administration Officer
Rick Dixon, Program Support Manager

כל חברי הצוות הם בעלי ניסיון ביישום והטמעת מדיניות, המתמחים במערכת הבריאות האוסטרלית.
NHWT יושב פיזית בעיר מלבורן.
מקור: Health Workforce Planning Online Website

HWA

מנכ"ל

Mark Cormack, The former Chief Executive of the ACT (Australian Capital Territory) Health Department

חברי הוועד המנהל:

The Hon James McGinty (Chair)
Dr Peggy Brown
Professor Jim Bishop
Professor Simon Willcock
Dr Brendan Murphy

Mr Peter Boyce
Professor Elizabeth Chiarella
Dr Felicity Jefferies
Dr Nigel Lyons
Professor Sandra Capra
Dr Tony Sherbon
Mr David Roberts
Professor Andrew Wilson

חברי הוועד הם אנשים בעלי ניסיון בתחומים שונים של מערכת הבריאות, כולל רופאים, אחיות, ובעלי מקצועות פרה-רפואיים, אנשי הוראה ואנשי ניהול. חברי הוועדות המקצועיות של הארגון עדיין לא מונו.

HWA יושב פיזית בעיר אדלייד.

(The Hon Nicola Roxon MP Minister for Health and Ageing, 2010)

היקף כוח האדם המועסק בארגון ותקציב המושקע בפעילות

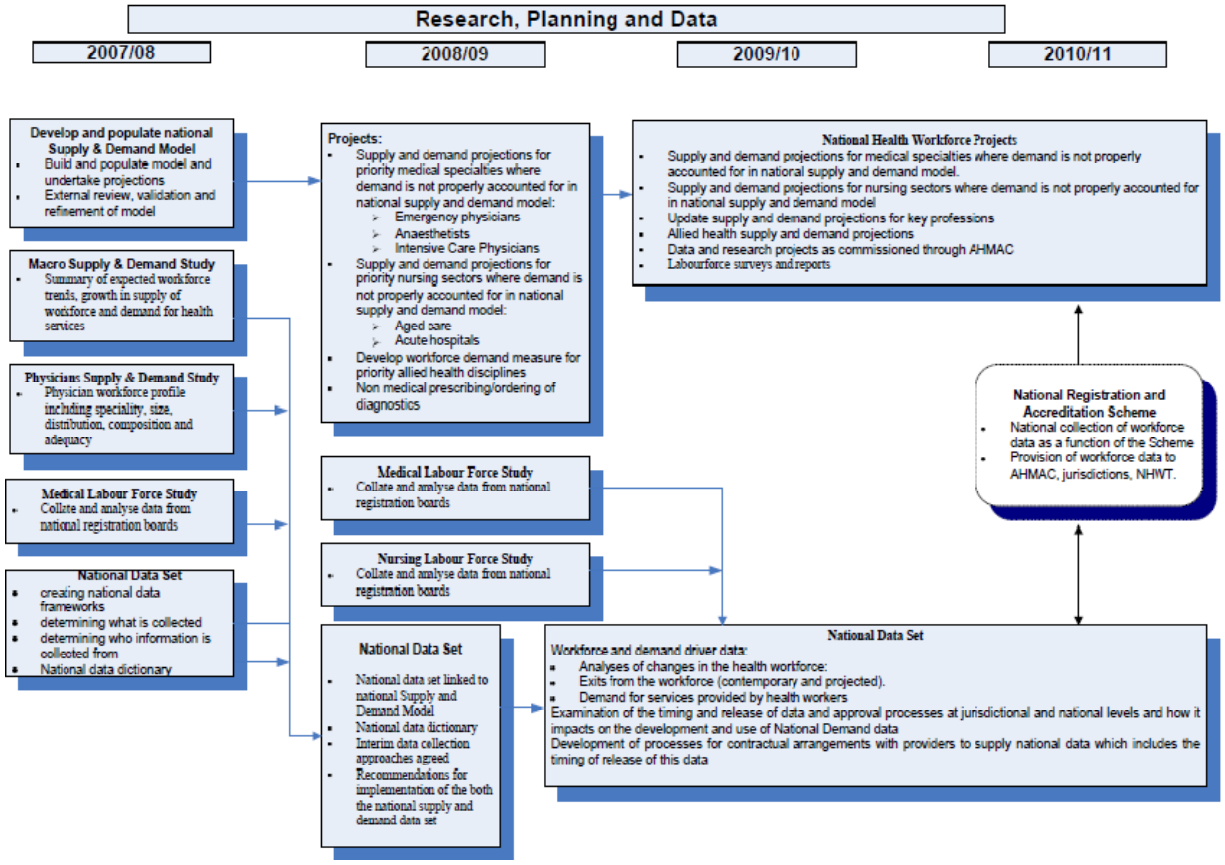
לא נמצא מידע

שיטות עבודה, תהליכי עבודה וכלים

NHWT

תכנית העבודה של NHWT תואמת את היעדים שהותוו בתכנית האסטרטגית הלאומית בנושא כוח האדם הרפואי.התכנית מחולקת לשלושה תחומים מרכזיים: פיתוח בסיסי המידע, עריכת תחזיות ותכנון; חינוך והכשרה; ליווי רפורמות וחידושים בתחום כוח האדם. בכל אחד מהתחומים מתוכננים מספר פרויקטים.

תרשים 6: תכנית העבודה של NHWT בתחום פיתוח המידע ועריכת תחזיות היצע וביקוש



מקור: Australia's Health Workforce Online Website

פירוט מלא של תכנית העבודה של NHWT ניתן למצוא בקישור:
http://www.nhwt.gov.au/documents/National%20Health%20Workforce%20Strategic%20Framework/NHWT%20work%20program.pdf

אחד התוצרים של הארגון הוא דוח שיצא בשנת 2009 המזהה גורמים המשפיעים על ההיצע והביקוש לכוח אדם רפואי באוסטרליה. התחזיות בדוח מתבססות על מחקרים וסקרים שנערכו בעבר, וכן על נתוני הלשכה האוסטרלית לסטטיסטיקה.

מקור: National Health Workforce Taskforce, 2009

בנוסף, NHWT שותף במסגרת בשם National Health Workforce Collaboration, שהחלה לעבוד בשנה האחרונה. מסגרת זו הינה שיתוף פעולה בין NHWT, קונסורציום אקדמי של אוניברסיטאות מלבורן, קווינסלנד, אדלייד, מונאש, האוניברסיטה הלאומית האוסטרלית, וחברת PricewaterhouseCoopers. במסגרת שיתוף פעולה זה ייערכו בשלוש השנים הבאות פרויקטים של מחקר ותכנון תוך שיתוף בעלי עניין ואנשי מקצוע. תכנית העבודה של המסגרת לשנה הראשונה כוללת: שיפור מודל התכנון הלאומי הנוכחי, עריכת מספר תחזיות למקצועות ספציפיים, פיתוח מדדי עומס, ועוד. ועדת ההיגוי של מסגרת

זו מספקת לה הכוונה אסטרטגית ומתווכת בינה לבין מקבלי ההחלטות, על מנת לקדם את יישום המסקנות.

פעילות נוספת של NHWT היא פיתוחו של כלי רשמי, מוסכם וממוחשב, המשמש לעריכת תחזיות ולתכנון כוח אדם. הכלי נקרא Single Planning Tool, ומיועד למשרדי הבריאות במחוזות השונים, ולכל גוף אחר במערכת הבריאות המעוניין לעסוק בתכנון. יתרונו של הכלי הוא שימוש במתודולוגיה אחידה ובמקורות מידע אחידים לצורכי תכנון איכותי ועקבי.

המידע הרלוונטי למחוזות ולמקצועות השונים כבר מוזן לתוך התוכנה באופן מוצפן. בנוסף ניתן לייבא לתוכה מידע נוסף רלוונטי. הכלי מאפשר יצירת תרחישים שונים על-ידי שינוי מלאכותי של משתנים מסוימים, כגון מספר שעות עבודה בשבוע, תחלופה בשוק העבודה של המקצוע הספציפי, הגירה, ומכסת משרות התמחות.

התוכנה נמצאת עדיין בשלבי פיתוח וניסיון. היא זמינה למשתמשים בצורת דיסק (CD) שיש להזמין באמצעות טופס בקשה מיוחד. פרטים נוספים על תכנה זו ניתן למצוא בקישור:
http://www.nhwt.gov.au/researchtool.asp.

מקור: Australia's Health Workforce Online Website.

NHWT עוסקת גם בארגון ואירוח כנסים ופורומים העוסקים בתחום כוח האדם במקצועות הבריאות. עד כה ערכה המסגרת שני כנסים, האחרון שבהם נערך בשנת 2008 בסידני. בכנס זה השתתפו 180 בעלי עניין, כולל איגודי עובדים וארגונים פרופסיונליים. הכנס כלל מספר מושבים, אחד מהם עסק בתכנון כוח אדם ומגמות שונות בביקוש ובהיצע.

HWA

HWA החל את פעולתו בשנת 2009, והוא נמצא עדיין בשלבי הקמה. תפקידיו הראשוניים יהיו:

- ייסוד וניהול מערכת סטטיסטית לצורכי תכנון כוח אדם ארוך טווח
- ייעוץ בנושא תמורות ומגמות עתידיות בתחום כוח האדם
- פיקוח על התמיכה הפיננסית להתמחויות קליניות
- ניהול מנגנוני השמת סטודנטים במשרות התמחות

הכוונה היא שבעתיד HWA יהיה הגוף המוביל והמייעץ בענייני תכנון כוח אדם, וייעזר לשם כך בוועדות מומחים (שטרם מונו) ובבעלי עניין. לשם כך, עובד כיום הארגון בצמוד להנהלת NHWT להעברת סמכויות וליצירת תכנית עבודה מסודרת.

מבנה הגוף החדש יכלול מנכ"ל, ועד מנהל, ועדות מומחים ויועצים, וצוות קבוע. נכון להיום מונו המנכ"ל והוועד בלבד

מקור: Health Workforce Australia Website

פרטי קשר

NHWT

טלפון : +61-3-9092-2001

פקס : +61-3-90922093

Email : taskforce@nhwt.gov.au

כתובת : NHWT

Level 12, 120 Spencer Street

Melbourne, Victoria 3000

Australia

פרטים נוספים באתר : http://www.nhwt.gov.au/contact.asp#innovationteam

HWA

טלפון : 61-1800-707351

Email : hwa@hwa.gov.au

כתובת : GPO Box 2098

Adelaide SA 5001

ANZ Building

Level 13, 11 Waymouth Street

Adelaide SA 5000

פרטים נוספים באתר : http://www.hwa.gov.au/internet/hwa/publishing.nsf/Content/home-1

כנסים וקבוצות עבודה

לא נמצא מידע.

מראי מקום

Podger, A. 1999. Health Affairs May/June 1999. ***Reforming the Australian Health Care System, a Government Perspective***. The People-to-People Health Foundation, Inc.

Australian Government, ***Department of Health and Ageing Website*** (accessed April 2010)

Australian Government, ***Health Workforce Australia website***, http://www.hwa.gov.au/internet/hwa/publishing.nsf/Content/home-1, (accessed April 2010)

Australian Health Ministers' Conference, 2004. ***National Health Workforce Strategic Framework***, Australia

Australian Health Practitioner Regulation Agency, AHPRA Website. http://www.ahpra.gov.au/index.php (Accessed April 2010)

Australia's Health Workforce Online website, http://www.nhwt.gov.au/ (accessed April 2010)

Commonwealth Department of Health and Aged Care. 2000. ***The Australian Health Care System, an Outline***. Australia

Gavel, P. 2004. "Medical Workforce Planning in Australia: Process, Methodology and Technical Issues". ***Cah Sociol Demogr Med*** 44(1):7-42.

Healy, J.; Sharman, E.; and Lokuge, B. 2006. "European Observatory on Health Systems and Policies". ***HIT Summary Australia*.**

Imison, C.; Buchan, J.; and Xavier, S. 2009. ***NHS Workforce Planning, Limitations and Possibilities*.** The King's Fund, UK

Medical Board of Australia Website. http://www.medicalboard.gov.au/index.php (accessed April 2010)

Productivity Commission Research Report. December 2005. ***Australia's Health Workforce***. Commonwealth of Australia.

Ricci, C., 2009. ***Critical Condition*.** The Age Website, http://www.theage.com.au/national/education/critical-condition-20090807-ebyq.html (accessed April 2010)

The Hon Nicola Roxon, MP, Minister for Health and Ageing. Media release, Feb. 2010. ***Health Workforce Australia's First Board Appointed***.