

מגמות בהיצע הרופאים בישראל ובעולם

- ברבות ממדינות OECD ירד קצב הגידול של מספר הרופאים ל-1,000 נפש מאז שנת 1990, והדבר הביא למחסור ברופאים. צעדי מדיניות שננקטו להגדלת מספרם של הרופאים הביאו, בחלק מן המדינות, לשיפור המגמה.
- עם דעיכת גלי העלייה לישראל – בעיקר מברית המועצות לשעבר – הצטמצם מקור מרכזי לגידולו של כוח האדם הרפואי בישראל.
- מומלץ להרחיב את מסגרות ההכשרה לרופאים, וכן ליצור תשתית מידע להערכת מחסור נוכחי ועתידי ברופאים על פי אזורי גיאוגרפיים ועל פי התמחויות - לשם גיבוש צעדי מדיניות עתידיים.

הביקושים לשירותי בריאות והיצע השירותים האלה מושפעים ממגמות דמוגרפיות – בפריור, בתמותה ובהגירה - משינויים ברמת החיים, בציפיות הציבור ובדרישותיו ממערכת הבריאות, וגם מתהליכים טכנולוגיים וחקיקתיים, כדוגמת יישומו של חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, ומגבלת מקורות מתמדת.

תשומת המרכזית של מערכת הבריאות היא כוח אדם. שיווי משקל בשוק העבודה של ענף הבריאות – התאמה בין היצע כוח האדם לביקושים – נגזר מהרכב כוח האדם בשירותים הרפואיים וממשתנים כפריסת האוכלוסייה, מבנה מערכת הבריאות ודפוסי הצריכה של שירותי הבריאות. לפיכך ייתכן כי היקף כוח אדם שבמדינה מסוימת נתפס כגבוה יהיה בלתי מספק במדינה אחרת. כוח האדם הוא גורם מרכזי בהוצאה התקציבית של המערכת וביכולתה לספק שירות, וקיימת מעורבות ממשלתית ניכרת בניהולו - מפני הרצון להבטיח את איכות ההכשרה והשירותים, מפני אורכה ומחירה הגבוה של ההכשרה ומסיבות נוספות. המועסקים בבריאות היוו בשנת 2007 6.6 אחוזים מהמועסקים במשק, וההוצאה הלאומית לבריאות עמדה על 8 אחוזים מהתמ"ג (נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). רופאים ואחיות הם הרכיב הדומיננטי ביותר במועסקים במערכת הבריאות בישראל – מבחינה כמותית (39 אחוזים מכלל המועסקים; ואחיות בלבד - 24 אחוזים), מבחינת ההוצאה התקציבית (63 אחוזים מעלות השכר הכוללת במערכת הבריאות) ומבחינת פעילותה ושירותיה של המערכת. על פי התחזיות, אם לא יינקטו צעדי מדיניות מתאימים, ייווצר עד 2020 מחסור כולל ברופאים, שיביא את מספר הרופאים ל-1,000 נפש לרמה נמוכה מ-3.0 – הרמה הממוצעת במדינות OECD¹. בחלק מן ההתמחויות הרפואיות המחסור מורגש כבר היום.

¹שאלה מרכזית שטרם נידונה בארץ היא מהו השיעור האופטימלי של רופאים ל-1,000 נפש בישראל – המדד המקובל לתכנון כוח אדם רפואי. התשובה לשאלה זו תלויה בגורמים שונים - בהם הביקוש לשירותי בריאות, חלק הרופאים המומחים בסך הרופאים, הרכב כוח האדם בשירותי הבריאות והפיזור הגיאוגרפי של כוח האדם הרפואי. באנגליה, למשל, ערכו הרצוי של המדד נקבע במונחי משרה מלאה של רופאים כלליים בקהילה משוקלל בצורכי האוכלוסייה, והוא נמדד בנפרד לאזורים השונים במדינה. בארה"ב מקובל למדוד בנפרד את שיעור הרופאים הכלליים ואת שיעור המומחים ביחס לאוכלוסייה. ועדת פזי (הערה 11 להלן) וועדת יהונתן הלוי (הערה 18) הניחו בחישוביהן כי השיעור הרצוי של רופאים ל-1,000 נפש בישראל הוא בין 2.7 ל-3.0. חשוב לציין כי הניתוחים שנעשו אינם בוחנים את קיומו של מחסור על פי חלוקה גיאוגרפית ועל פי התמחויות.

התמונה בעולם

ברבות מהמדינות החברות ב-OECD ירד קצב הגידול של מספר הרופאים ל-1,000 נפש מאז שנת 1990 (איור ב'-1), ויש צפי עתידי למחסור בכוח אדם רפואי², שבעקבותיו ננקטים צעדי מדיניות להתמודדות עם המחסור. צעדי המדיניות שננקטו בחלק מן המדינות אכן הביאו להיפוך המגמה או למיתונה. המגמות הצפויות בכוח האדם הרפואי זוהו על ידי ארגון הבריאות העולמי³ ועל ידי ארגון OECD כמאפיינים מרכזיים של מערכות בריאות רבות וכבעיה עולמית. בשירותי הבריאות ובכוח האדם הרפואי לנפש בולטים הבדלים בין אזורים בעולם ובתוך מדינות, וכן בין מדינות מתפתחות למפותחות ובין מרכז לפריפריה. עם הגורמים המשפיעים ביותר על המחסור הנוכחי בכוח אדם באזורים המפותחים ועל המגמות הצפויות בתחום זה נמנות לא רק מגמות דמוגרפיות, אלא גם תהליכים⁴ כגון: (1) ירידת מספר שעות העבודה של רופאים – בעיקר עקב שינויים חקיקתיים, למשל בקנדה, בארה"ב ובאירופה; (2) גידול שיעור הנשים בכוח האדם הרפואי והסיעודי; (3) עליית חשיבותה של ההתמחות הרפואית והסיעודית, שהגבירה את הביקוש למומחים; (4) יציאתם של רופאים ואחיות לגמלאות בקצב גבוה מזה של הצטרפות החדשים. גורמים נוספים הנזכרים בספרות הם מעבר של רופאים לתעסוקה בענפים אחרים – כביוטק וייעוץ כלכלי – ו"בריחת מוחות" למדינות אחרות. שתי התופעות האחרונות בולטות בגרמניה⁵, אך קיימות במידה לא מבוטלת גם במדינות רבות אחרות, ובכללן ישראל. Janus ואחרים⁶ מצאו כי בגרמניה ההשפעה של תנאי העבודה הפיזיים, של אופי העבודה – למשל עיסוק באדמיניסטרציה – וכן של יציאה ללימודי המשך ושל יחסי העבודה על שביעות רצונם של רופאים מעבודתם בבית החולים גבוהה מהשפעתם של תמריצים כספיים. בישראל מצאו⁷ כי במקצועות שזוהה בהם מחסור בכוח אדם שביעות רצונם של רופאים מתנאי העבודה (כעומס העבודה, שעות העבודה, השכר וההכרה באיכות העבודה) נמוכה. בעקבות התהליכים שעובר כוח האדם הרפואי בעולם ממליץ ארגון הבריאות העולמי לנקוט צעדי מדיניות שישפיעו על הצטרפות לענף הבריאות והתמדה בו – למשל הרחבת האפשרויות להכשרה, שיפור תנאי העבודה, עידוד של דחיית הפרישה וכן ייעול הרכב כוח האדם וחלוקת העבודה בענף.

מדינות רבות נערכות לטיפול במחסור הנוכחי והצפוי בכוח אדם רפואי. בבריטניה, לדוגמה, זיהתה מחלקת הבריאות של הממשלה בסוף שנות התשעים מחסור בכוח אדם רפואי (בעיקר רופאים ואחיות) כגורם מרכזי לירידת יכולתם של שירותי הבריאות הלאומיים (National Health Services – ספק שירותי הבריאות המרכזי בבריטניה) להציע שירותי בריאות ולשפרם.

²OECD (2008). "The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond", *OECD Health Policy Studies*, Paris.

³ World Health Organization (2006). *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, Geneva.

⁴S. Simeons and J. Hurst (2006). "The Supply of Physician Services in OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 21, Paris.

⁵S. Fellmer. (2008). "How Recent Amendments in German Immigration Law Affect Decisions – The Case of Polish Doctors", in: H. Kolb. and H. Egbert (Eds.), *Migrants and Markets – Perspectives from Economics and Other Social Sciences*, IMISCOE Research, Amsterdam University Press: Amsterdam.

⁶K. Janus, V.E. Amelungb, M. Gaitanides and F.W. Schwartz (2007). "German Physicians 'On Strike' – Shedding Light on Roots of Physicians Dissatisfaction", *Health Policy*, vol. 82.

⁷ני ניראל, ר' מצליח, ש' בירקנפלד וי' בן-בסט (2008), "מקצועות רפואיים במצוקה: מחקר גישושי", מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים (מאי). ראו גם פסק הבוררות בין ההסתדרות הרפואית בישראל ומדינת ישראל, שירותי בריאות כללית וההסתדרות המדיצינית הדסה (2008).

לפיכך נקטו שירותי הבריאות הלאומיים ארבע דרכים להגדלת כוח האדם⁸: (1) הגדלת מספר המקומות בבתי הספר לסייעוד ולרפואה; (2) שיפור ומודרניזציה של מסלול הקריירה הרפואית – למשל באמצעות שינויים במהלך ההתמחות של רופאים; (3) עידוד ההישארות של עובדים בענף ותמרוץ עוזבי הענף לשוב אליו – למשל על ידי שיפור תנאי העבודה והשתלמויות; (4) עידוד הגירה של רופאים ואחיות לבריטניה. השגת יעדי הגדלת כוח האדם בטווח הקצר הובילה להפסקת עידוד ההגירה כבר ב-2005, והפעלת האמצעים האחרים, שתוצאותיהם תיראינה בעיקר בטווח הבינוני-ארוך, נמשכת. אוסטרליה היא דוגמה בולטת נוספת למדינה שהגדילה בשנים האחרונות במידה ניכרת את מספר המקומות בבתי הספר לרפואה ולסייעוד ומעודדת הגירה של כוח אדם רפואי, בפרט לתעסוקה בפריפריה⁹. בארצות הברית מצאה ה- Council on Graduate Medical Education (COGME) כי בהנחה של המשך המגמות הנוכחיות המאפיינות את היצע הרופאים ובהתחשב בהנחות על הביקוש העתידי לשירותי בריאות, צפוי בשנת 2020 מחסור כולל של 96-85 אלף רופאים – אשר יבוא לידי ביטוי בעיקר בפריפריה. המועצה ממליצה לעדכן תקופתית את התחזיות בהתאם להתפתחויות בפועל. לשם התמודדות עם המחסור ממליצה המועצה בין היתר להגדיל את מספר הלומדים בבתי הספר לרפואה, לשפר את חלוקת כוח האדם הרפואי בין אזורי המדינה ובין ההתמחויות ולייעל את הרכב כוח האדם בשירותי הבריאות¹⁰. מדינות רבות מתמודדות עם הפערים בהיצע הרופאים בין המרכז לפריפריה למשל על ידי תמריצים כספיים, חיוב מהגרים לעבוד תקופה מסוימת בפריפריה (בארה"ב, אוסטרליה וניו זילנד), הגדלת מספר המקומות בבתי הספר לרפואה לסטודנטים שמקורם בפריפריה (ניו זילנד), הגדלת החשיפה של סטודנטים לרפואה לעבודה בפריפריה (בקנדה) והרחבת המסגרות לשיתוף פעולה בין רופאים המועסקים בפריפריה.

המצב בישראל

בישראל, בדומה למדינות מפותחות אחרות, ירד בשנים האחרונות מספר שעות העבודה של כוח האדם הרפואי, גדל היקף התעסוקה של נשים בקרב הרופאים, הייתה עלייה בהתמחות כוח האדם ובחשיבותה, וירד מספר הרופאים שמתחת לגיל 65 לאלף נפש (נתוני המועסקים במקצועות הבריאות – משרד הבריאות ודוח פזי¹¹). בין השנים 1990 ו-1999, בעקבות קליטת גל העלייה ממדינות חבר העמים, מספר הרופאים כמעט הוכפל, ושיעור הרופאים ל-1,000 נפש עלה בכ-20 אחוזים. עם זאת, מאז המחצית הראשונה של שנות התשעים מספר הרישיונות החדשים הניתנים לרופאים בישראל יורד בהתמדה. בשנת 2006 עמד מספר הרופאים מתחת לגיל 65 ל-1,000 נפש בישראל¹² על 3.53, עדיין מעל לממוצע במדינות המפותחות, שהיה 3.06 (איור ב'-2). ואולם לפי

⁸J. Buchan, S. Baldwin and M. Munro (2008). "Migration of Health Workers: The UK Perspective to 2006", *OECD Health Working Papers*, No. 38, Paris (October).

⁹L. Hawthorne, G. Hawthorne and B. Crotty (2007). "The Registration and Training Status of Overseas Trained Doctors in Australia", Faculty International Unit, Faculty of Dentistry and Health Sciences, The University of Melbourne (February).

¹⁰ Council on Graduate Medical Education (2005). *Physician Workforce Policy Guidelines for the United States, 2000-2020*, 16th Report, US Department of Human Health and Services, Health Resources and Services Administration, (January).

¹¹המועצה להשכלה גבוהה (2002), הוועדה לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים (יועדת פזי).

¹²מדובר בנתוני head counts במונחי משרה מלאה, ולכן נתון זה אינו מצביע בהכרח על היצע שירותי הרופאים.

תחזיות של ועדה שהקים משרד הבריאות¹³, אם לא יינקטו צעדים להגדלת מספרם של הרופאים בישראל – כהרחבת מסגרות ההכשרה – יירד עד שנת 2020 מספרם של הרופאים ל-1,000 נפש ל-2.73. והדברים אינם אמורים רק בעתיד: ישנן אינדיקציות שעל פיהן בהתמחויות מסוימות – כדוגמת טיפול נמרץ, רפואת פגים, כירורגיה כללית, רפואת משפחה, רנטגנולוגיה, רפואה פנימית והרדמה – שורר מחסור ברופאים כבר היום¹⁴. במסגרת פסק הבוררות על שכר הרופאים, הוחלט, בעטיו של מחסור אקוטי ברופאים בהתמחויות טיפול נמרץ, הרדמה ורפואת פגים, לתת "תוספת עידוד" לשכרם של רופאים בהתמחויות אלה. נוסף על כך מצביעים מחקרים של שמש ואחרים¹⁵ וראיונות עם בכירים במערכת הבריאות¹⁶ על חוסר איזון בפיזורם של הרופאים בין אזורי הארץ השונים – בפרט על קושי לאיש משרות של רופאים מומחים בצפון הארץ, בדרומה ובמגזר הערבי. מקורות הגידול של כוח האדם הרפואי בישראל הם הכשרת רופאים בארבעת בתי הספר לרפואה בארץ, הכשרת רופאים ישראליים בבתי ספר לרפואה בחו"ל ועליית רופאים לארץ. מספר הרופאים המוכשרים בכל שנה בתוכניות הלימוד הרגילות בבתי הספר לרפואה (תוכניות של שש שנות לימוד ושנת סטאז' אחת) הוא כיום למעלה מ-400¹⁷. במהלך השנים עלה חלקם של הרופאים שמקבלים את הכשרתם בישראל בסך מקבלי הרישיון לעסוק ברפואה, וזאת בעיקר בגלל ירידת מספרם של העולים לארץ (איור ב'-3). בהתאם לכך, בשנת 2007 56 אחוזים (308) מהרופאים שקיבלו רישיון לעסוק ברפואה בישראל היו בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ, והיתר היו ישראלים שלמדו בחו"ל או עולים חדשים – לעומת 29 אחוזים (265) ב-1995. תחזיות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לגבי אוכלוסיית ישראל עד 2030 מצביעות על ירידת מאזן ההגירה, כך שעלייה לארץ של רופאים אינה צפויה להמשיך ולהיות גורם גידול משמעותי של כוח האדם הרפואי; זאת גם לנוכח פערי שכר לטובתן של מדינות העשויות להוות מקור לעלייה של רופאים יהודים לישראל. בשל אותם פערי שכר יש גם חשש כי תתרחב עזיבתם של רופאים ישראלים לחו"ל.

בהתאם למגמות הצפויות בעלייה לישראל ובמצבת הרופאים בארץ המליצו ועדת פזי (הערה 11), ועדת הלוי¹⁸ וועדת בן-נון (הערה 13) על הרחבת מסגרות ההכשרה של רופאים בארץ על ידי הגדלת מספר הסטודנטים בכל אחד מבתי הספר לרפואה למקסימום האפשרי (כ-100-150 סטודנטים), כך שסך הרופאים המוכשרים בישראל בכל שנה יעלה לכ-600. ועדת הלוי המליצה גם על פתיחת בית ספר נוסף לרפואה – באחת מהאוניברסיטאות או בגליל. צעדים בכיוון זה כבר מיושמים באופן חלקי: החל משנת הלימודים 2008-2009 פועלת בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב תוכנית ארבע-שנתית להכשרת כ-60 רופאים בכל מחזור, המיועדת לבעלי תואר ראשון במדעי החיים או הטבע, רפואה, מדעים מדויקים או הנדסה, שלמדו מקצועות ליבה הנדרשים כתנאי סף¹⁹, והפקולטה לרפואה באוניברסיטה העברית בירושלים תפעיל החל משנת הלימודים

¹³ ג' בן נון (יו"ר) (2007), הוועדה לבחינת אומדן צרכי כוח אדם העתידיים במערכת הבריאות, דוח ביניים: רופאים ואחיות, משרד הבריאות.

¹⁴ ראו בן-נון (הערה 13); ניראל ואחרים (הערה 7); המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2008), "משאבי אנוש במקצועות הבריאות", סיכום דיוני כנס ים המלך התשיעי (יוני) ופסק הבוררות (הערה 7).

¹⁵ ע' שמש, א' סמטניקוב, מ' דור, מ' שרף, ו' שלו, י' רוזנבלום וע' מץ (2007), הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים, משרד הבריאות, האגף לכלכלת בריאות תחום תכנון סקרים והערכה.

¹⁶ א' טוקר (2007), "בחינת המציאות הקיימת בארץ ובעולם ובחינת קווים מנחים לתכנון עתידי של כוח אדם רפואי בישראל", עבודת דוקטורט הנמצאת בבדיקה, אוניברסיטת בן גוריון.

¹⁷ נוסף על כך מוכשרים בישראל בכל שנה סטודנטים מחו"ל.

¹⁸ הלוי (יו"ר) (2007), דוח הוועדה שמינה יו"ר ות"ת לבחינת הצורך בהקמת בית ספר לרפואה נוסף בישראל.

¹⁹ תוכנית זו מתוכננת להיפתח בעתיד גם לבעלי תארים ראשונים בתחומים נוספים.

2009-2010 תוכנית להכשרתם של כ-50 רופאים צבאיים במחזור לימודים שמשכו יהיה כמשך תוכנית הלימודים הרגילה; במסגרת הדיונים על התקציב לשנים 2009-2010 הגיעו משרדי הבריאות, האוצר וות"ת להסכמה בעניין הגדלה של מספר הסטודנטים בבתי הספר לרפואה ל-505 לפחות, החל משנת הלימודים 2009-2010.

העדר נתונים על היקף משרותיהם של הרופאים ופיזורם בין ההתמחויות ועל פני האזורים הגיאוגרפיים מקשה על אמידת היצע השירותים הרפואיים, היעילות, פריון העבודה, הצרכים הנוכחיים והעתידיים של המערכת, וכן על תכנון מדיניות כוח אדם בבריאות. כמו כן חסר מידע על כוח האדם הפעיל במערכת, ההיקף והמסגרת של העסקתו, תפוקות הרופאים ומספר המשרות לרופא, הפרדה בין המועסקים ברפואה בפועל לבעלי רישיון לעסוק במקצוע ונתונים על שינויים בשעות העבודה. סוגיה חשובה נוספת היא בחינת האפשרות של שילוב בעלי מקצועות רפואיים שימלאו חלק מהתפקידים שממלאים הרופאים כיום - למשל עוזר-רופא (physician assistant) - במטרה למתן את עומס העבודה ולייעל את עבודת הרופא.

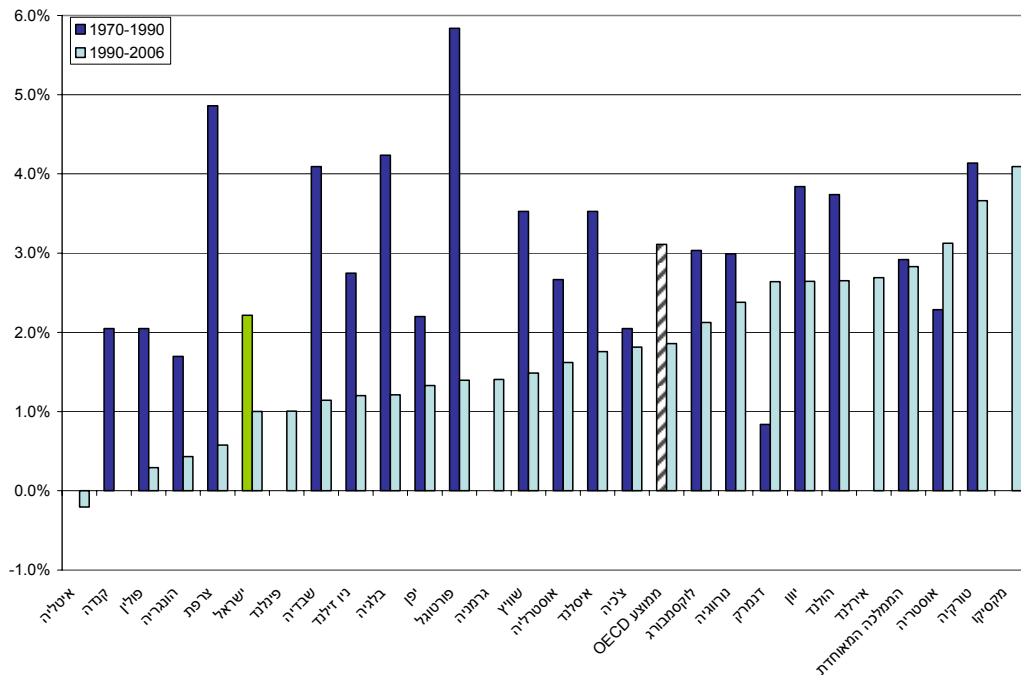
סיכום וצעדי מדיניות אפשריים

המדד המקובל לבחינת מספר הרופאים ביחס לאוכלוסייה מראה כי בישראל אין כיום מחסור כולל ברופאים; ואולם ירידתו המתמדת של מדד זה בשנים האחרונות וירידתו הצפויה בעתיד מלמדות כי בישראל עתיד להתפתח מחסור כזה. בחלק מן ההתמחויות הרפואיות שורר מחסור כבר היום, המתבטא בקושי לאישי משרות, במחסור במתמחים שמנהלי המחלקות מעריכים כבעלי כישורים גבוהים ובעומס עבודה גבוה.

עם זאת, המדד לזיהוי מחסור ברופאים בישראל – מספרם של הרופאים ל-1,000 נפש – מציג תמונה חלקית בלבד, משום שאינו מביא בחשבון הבדלים בהקצאת כוח האדם בין התמחויות ועל פני אזורים גיאוגרפיים, כך שאינו משקף את היצע השירותים הרפואיים. בישראל טרם נעשתה עבודה מעמיקה להגדרת שיעור הרופאים האופטימלי ביחס לאוכלוסייה. כמו כן אין בארץ רישום של נתונים על היקף התעסוקה של רופאים ופיזורם הגיאוגרפי. על בעיית הנתונים והשלכותיה הצביעו בעבר מבקר המדינה (בדוחות לשנים 1987, 1994, 2008) וועדות שונות (ועדת פזי - 2002, ועדת הלוי - 2006, ועדת נתניהו²⁰ - 1990 ואחרות). רישום הנתונים האלה חיוני לבחינת תמונת המצב הנוכחית של היצע השירותים הניתנים על ידי רופאים בישראל, ולתכנון התקנים הנחוצים וצעדי מדיניות עתידיים. ההיערכות למניעת מחסור ברופאים מצריכה בראש וראשונה בחינה מדוקדקת של היצע שירותי הרופאים. צעדי מדיניות אפשריים להתמודדות עם מחסור עתידי ברופאים הם ניצול יחסי הגומלין והממשקים בין מקצועות הבריאות לצורך שינוי הרכב כוח האדם המטפל בלי לפגוע באיכות הטיפול, הרחבת מסגרות ההכשרה של רופאים והשפעה על פיזורם הגיאוגרפי של הרופאים.

²⁰ ש' נתניהו, (1990), דוח ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, ירושלים.

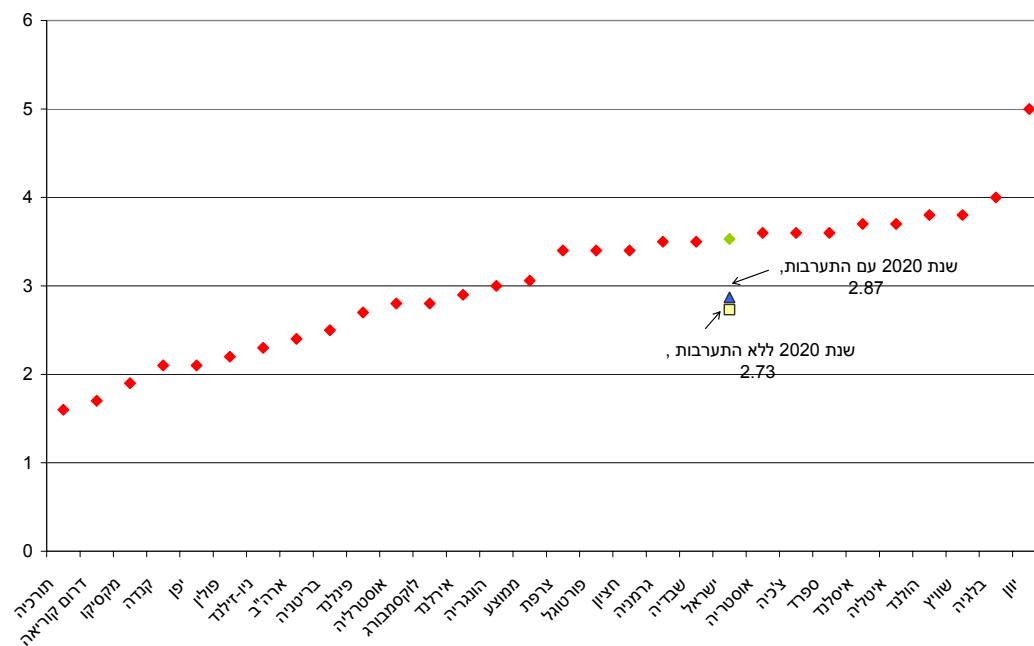
איור ב'-1: הגידול השנתי הממוצע של מספר הרופאים¹ ל-1,000 נפש, 1970-1990²
לעומת 1990-2006, מדינות שונות (אחוזים)



המקור: OECD Health Data 2008 ומשרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות. מפאת העדר נתונים, הנתונים לחלק מהמדינות מתייחסים לשנים מוקדמות או מאוחרות מהמצוין.
הערות:

1. במדינות OECD הנתונים מייצגים את השינוי במספר הרופאים העובדים בעבודה קלינית (practicing) ל-1,000 נפש. בישראל הנתונים מייצגים את מספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה מעל גיל 65 ל-1,000 נפש. הממוצע עבור מדינות OECD מתייחס למדינות שבאיור.
2. מפאת מחסור בנתונים, עבור חלק מהמדינות לא מוצגים נתונים עבור השנים 1970-1990.

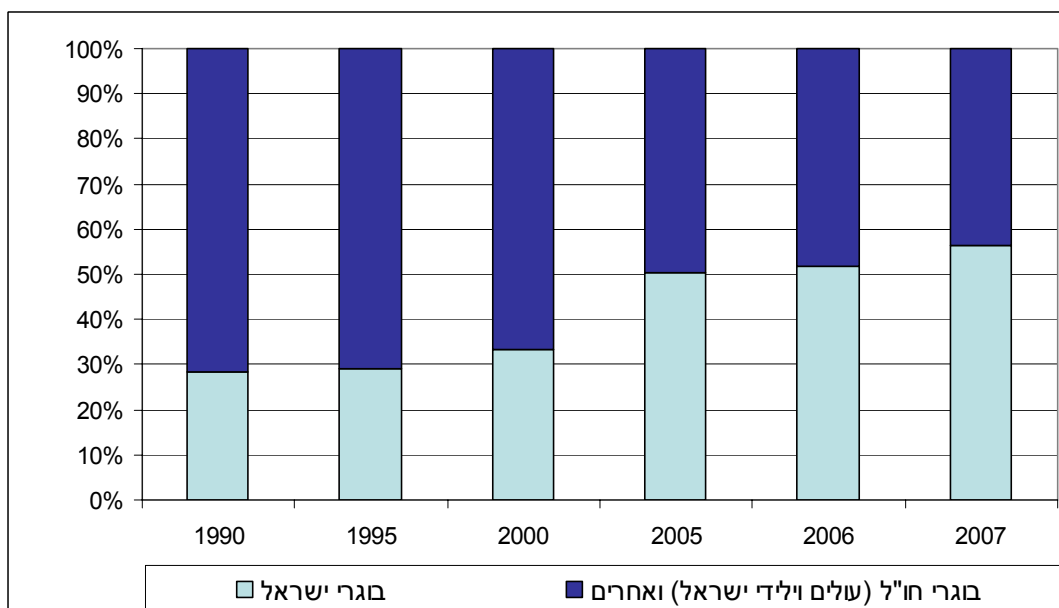
איור ב'-2 : מספר הרופאים ל-1,000 נפש בישראל ובמדינות OECD, 2006
ותחזית ל-2020 עם התערבות ובלעדיה¹



המקור : משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.
הערה :

1. התערבות פירושה הגדלת מסגרת ההכשרה בבתי הספר לרפואה לכ-600 סטודנטים בשנה, כפי שהוצע על ידי ועדת בן נון (2007).

איור ב'-3 : התפלגות הרישיונות שניתנו מדי שנה לרופאים בישראל, לפי מקום הלימוד, שנים
שונות



המקור : משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות.