**Why is there no periodically updated physician registry in Israel? A historical-institutionalist perspective**

**Abstract**

Background: Despite being an essential component for medical workforce planning, a periodically updated national registry of demographic and occupational data on practicing physicians has never been established in Israel. The absence of periodic re-registration mechanism of physicians in the Israeli healthcare system will be discussed and explained.

Methods: This study is based on a historical-institutional approach, which examines a contemporary policy outcome (absence of updated physician registry) as a result of a series of events that shaped political and social arrangement (State-medical profession relationship). Reports of professional committees, working groups, the State Comptroller and press releases were examined in order to explore the intentions, interests, positions, and actions of stakeholders regarding the establishment of a periodic re-registration mechanism. Academic literature on the state-medical profession relationship globally and in Israel was reviewed in order to understand the role played by medical associations in the field of health policy with particular focus on workforce planning.

Results: The Ministry of Health is interested in a periodically updated physician registry in accordance with recommendations of several professional committees but has encountered strong opposition on part of the Israeli Medical Association. This stands in sharp contrast to the practice in many countries where medical associations and state agencies jointly administer and regulate physician databases.

Discussion: The absence of a periodically updated physician registry in Israel can be explained as a result of a historical process in which State-medical profession relationship have taken the form of confrontation, and mutual suspicion due to particular political and social circumstances. Unlike many of its counterparts around the world, the Israeli Medical Association has been pushed to the status of an outsider interest group and not as a state proxy of professional regulation.

Conclusion: Historical-institutional analysis shows how past events have led to an unintentional and undesirable policy outcome by shaping political arrangements and interactions between stakeholders. This reflects the role of history in gaining better understanding of how contemporary health policies unfold.

**רקע**

תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות הוא אחת המשימות החשובות והמורכבות ביותר שעומדות על סדר יומה של כל מערכת בריאות. לשם כך מדינות מחזיקות במסד נתונים ארצי המתעדכן מדי תקופה, ובו מידע חיוני על בעלי מקצועות בתחום הבריאות, ובמיוחד על רופאים, הנחשבים למשאב חיוני במיוחד עבור מערכות בריאות.

מסד הנתונים עשוי לספק מידע מקיף, מהימן, עדכני ושימושי על מספר הרופאים הכולל, שיעור העוסקים בפועל ברפואה מתוכם, על התפלגותם הגיאוגרפית, המגזרית (בית חולים או קהילה), הפרופסיונלית (תחומי מומחיות רפואית) וכיוצא בזה. אמנם הצורך בתשתית נתונים מעין זו משותף לכלל מערכות הבריאות, אך הללו נבדלות זו מזו באופן אסדרת המידע והחזקתו. יש מדינות בהן הגוף שמחזיק במסד הנתונים הוא משרד הבריאות (בלגיה, יפן, פולין, שבדיה), ובאחרות רשויות מקצועיות לסטטיסטיקה או בריאות ציבור (נורבגיה, סלובקיה, סלובניה). יש מדינות הנשענות על סקרים תקופתיים של רופאים (קנדה, פינלנד, איטליה) ואחרות על "ספירת ראשים" תקופתית (אנגליה, הולנד) [1-3].

בישראל, משרד הבריאות מחזיק במאגר מידע על בעלי הרשאה לעסוק ברפואה, אך לא על עוסקים ברפואה בפועל, והוא חסר מנגנון עדכון תקופתי של נתוניהם התעסוקתיים. הקמתו של מנגנון רישום תקופתי נדון בישראל במשך שנים ארוכות. בדומה למדינות אחרות, לישראל יש את המניע, המוטיבציה והיכולת לעשות כן: המניע הוא הצורך בתכנון כוח אדם רפואי ארוך טווח על בסיס מידע מיטבי. המוטיבציה של משרד הבריאות לעשות כן הובעה לאורך השנים במספר הזדמנויות, כפי שיוצג בהמשך. לבסוף, לישראל יש יכולות טכנולוגיות להקים ולנהל מאגר מידע ארצי. אף על פי כן מסד נתונים ארצי של רופאים המעודכן מדי תקופה מעולם לא מוסד בישראל, זאת בניגוד להמלצות מקצועיות ובשונה מהנעשה במדינות מפותחות מבחינה כלכלית וטכנולוגית. שאלת אי הקמתו של מנגנון רישום תקופתי לרופאים תעמוד במרכזו של מאמר זה, ותנותח באמצעות גישת המוסדיות ההיסטורית (historical institutionalism). גישה זו מקדמת את הבנתו של אותו כשל רגולטורי מתוך פרספקטיבה רחבה יותר. זו מביאה בחשבון את מרקם היחסים בין המדינה לפרופסיה הרפואית בישראל כפי שהתפתח לאורך ההיסטוריה בדגש על מעמדה המוסדי של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) בשדה המדיניות הציבורית.

**מקומם של ארגוני רופאים בניהול מידע על כוח אדם רפואי**

במדינות רבות ארגוני רופאים מהווים מקור מידע משמעותי על מאפיינים תעסוקתיים ודמוגרפיים של רופאים, ובצוותא עם מבטחים ומעסיקים מספקים נתונים למאגרי מידע מרכזיים. הדבר בולט בעיקר באירופה (למשל, צ'כיה, גרמניה, צרפת), ולעתים ארגוני הרופאים מחזיקים בעצמם במסדי הנתונים העיקריים על רופאים ברמה הלאומית (אוסטריה, פינלנד) [3-5]. ייתכן כי הדבר קשור לכך כי במדינות אירופיות רבות מוטלת על הרופאים חובה המעוגנת בחוק, להירשם כחברים בהסתדרות הרפואית, כתנאי לכך שיוכלו לעסוק ברפואה [6].

יש מדינות הקושרות תהליכי רישוי מחדש ורישום חוזר (re-licensure / re-registration) לצרכים סטטיסטיים של תכנון כוח אדם רפואי, ולמעשה הן מנצלות את חובת הרישום / רישוי התקופתיים שחלה על רופאים על מנת לשפר את ולעדכן את נתוני כוח האדם שברשותן. באוסטרליה, הרגולטור אוסף מידע חיוני לתכנון כוח אדם, כגון תחום הפעילות, היקף שעות העבודה וכדומה, באמצעות שאלון כחלק מתהליך הרישום החוזר [7]. בהולנד מערכת הרישום החוזר לרופאים מומחים משמשת גם לדיווח על מצאי הרופאים העוסקים ברפואה [3, 5]. במדינת ניו יורק בארה"ב רופאים מתבקשים לספק מידע באמצעות שאלוני סקר זאת כחלק מהליך הרישום החוזר שרופאים חייבים לעבור מדי תקופה על מנת שיוכלו להמשיך ולעסוק ברפואה [8]. במקרים רבים ארגוני הרופאים לוקחים חלק נכבד בהסדרת תהליכי רישום חוזר ורישוי מחדש [9].

יש מדינות בהן ארגוני רופאים אמונים היסטורית על ביצוע סקרים ארציים תקופתיים, המהווים מקור מידע מרכזי על תעסוקת רופאים (קנדה, ארצות הברית). יתרה מכך, לעתים קרובות ארגוני רופאים הם הגופים המדווחים ל- OECD על היקף הרופאים הפעילים במדינותיהם [3-5].

ארגונים פרופסיונליים ברחבי העולם שותפים פעילים, אפוא, בתכנון כוח האדם הרפואי תוך חלוקת עבודה מוסכמת בינם לבין רשויות המדינה, הן באיסוף מידע והחזקת מסדי נתונים והן באסדרת כוח האדם הרפואי. הדבר מבטא את חשיבותם של ערוצים ומנגנונים לתיאום ולשיתוף פעולה בין בעלי עניין בסביבה מבוזרת ורוויית אינטרסים כמו מערכת הבריאות [10].

**Methods**

לפי גישת המוסדיות ההיסטורית ניתן להבין את המציאות בת זמננו כתוצאה של תהליכים ארוכי טווח אשר עוצבו על ידי מוסדות פוליטיים וחברתיים. גישת מחקר זו מתבססת על ניתוח השפעות אירועי עבר על שדה המדיניות, לדוגמה היווצרותם או היעדרם של כללים ונורמות התנהלות פוליטיים, המדיניות הננקטת בתחומים שונים או יחסי הגומלין בין ישויות פוליטיות וחברתיות. המוסדיות ההיסטורית מתמקדת בזיהוי נקודות זמן או התרחשויות היסטוריות, הנתפסות בעיני החוקרים כאבני דרך חשובות או כצומתי הכרעה, אשר התוו את המסלול ההיסטורי שהוביל לתוצאה מסוימת [11-13]. לכן יש חוקרים הרואים במוסדיות ההיסטורית ובגישות הדומות לה, כלי מועיל לניתוח רפורמות במערכת הבריאות [14-17].

עבודה זו נשענת על ניתוח דוחות של ועדות מקצועיות, קבוצות עבודה, דוחות מבקר המדינה ופרסומי עיתונות מהם ניתן ללמוד על הכוונות להקים מנגנון רישום תקופתי לרופאים, האינטרסים והעמדות של הגופים השונים, ובמיוחד של משרד הבריאות והר"י בין השנים 1990-2022. הדיון במעמדה של הר"י וביחסיה עם מוסדות המדינה נשען על הספרות הקיימת בתחום באנגלית ובעברית, תוך השוואה עם מערכות בריאות אחרות במדינות מפותחות כלכלית וטכנולוגית חברות OECD (מילות חיפוש: ארגוני רופאים, הפרופסיה הרפואית, רישום ורישוי מחדש, רגולציה ותכנון כוח אדם; במסדי הנתונים ומנועי החיפוש הבאים: Google, Google-scholar, Pubmed, Medline, OECD i-library).

**Results**

בשנת 1990 המליצה ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות על בניית בסיס נתונים מקיף שיעודכן מעת לעת באמצעות מנגנון של רישום ורישוי תקופתיים לכלל העובדים המקצועיים במערכת הבריאות, תחת אחריות משרד הבריאות [18, 19]. המלצות דומות פורסמו על ידי ועדה ציבורית נוספת בשנת 2002 ושנה לאחר מכן קבע מבקר המדינה כי יש לקבוע בחקיקה חובת רישום תקופתית לרופאים [18, 20].

המלצות דומות ניתנו גם בשנת 2008 על ידי קבוצת עבודה שעסקה בנושא. בכנס שעסק בנושא באותה שנה על בסיס המלצות אלה, רוב המשתתפים בדיונים תמכו בקיום רישום אדמיניסטרטיבי בכל מקצועות הבריאות, אשר יתבצע במשרד הבריאות [21]. נציגי הר"י התנגדו לקיום מסד נתונים במשרד הבריאות, וסברו שיש לקיימו בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. המניע העיקרי לעמדתה של הר"י נבע מחששה כי הרישום החוזר הוא הצעד הראשון לקראת השלב הבא בתוכניתו של משרד הבריאות – החלת רישוי מחדש הקשור בחובת התעדכנות מקצועית [21]. במהלך הדיון הודגש כי הסכמת הרופאים להליך זה חיונית להסכמת מקצועות הבריאות האחרים למנגנון רישום מחדש. בנקודה זו חשוב להזכיר כי בניגוד לנעשה במדינות אחרות, בישראל התעדכנות מקצועית מתמשכת לרופאים היא תהליך וולונטרי לחלוטין. אין דרישה מאסדרת כלשהי או הסדר מחייב לדבר, אלא זהו מהלך שנעשה מרצונם החופשי של הרופאים, והוא מוסדר באמצעות הר"י, אשר מקיימת מעקב אחר דיווחי רופאים על השתתפותם בפעילויות לימודיות כגון כנסים, קורסים וכדומה [22].

בעקבות דיונים אלה הודיע משרד הבריאות על כוונתו לקדם את נושא הרישום והרישוי התקופתיים לרופאים. במסגרת זו יחויבו הרופאים להירשם במשרד כל כמה שנים כתנאי לחידוש רישיונם לעסוק ברפואה. הוועדה שדנה בנושא העלתה כמה אפשרויות לקידום הנושא, מרישום מנהלי בלבד ועד לאפשרות שלפיה כתנאי לחידוש הרישיון יידרשו רופאים ללימודי המשך ולבחינות, או אפילו יצטרכו לעמוד בתנאים של בקרת איכות ודיווח על תביעות רשלנות רפואית שצברו או תלונות של מטופלים נגדם. הר"י הודיעה נחרצות שהיא מתנגדת למהלך שיש בו, לדבריה, מרכיב של כפייה ואשר יש בו כדי לפגוע באוטונומיה המקצועית של הרופאים [23].

המבקר שב ובחן את נושא תכנון כוח האדם הרפואי בישראל, ובדוח שפרסם בשנת 2009 ומצא כי אחת הסיבות העיקריות לכך שהנושא טרם הוסדר היא התנגדותה העקרונית של הר"י לרישום חוזר לרופאים ובפרט לכך שינוהל בידי משרד הבריאות [24]. הצורך בעדכון תקופתי של מסד נתונים ארצי לרופאים ולמקצועות בריאות אחרים עלה שוב בשנת 2014 כאחת מהמלצותיה של ועדה ציבורית לחיזוק מערכת הבריאות, ובפעם נוספת בשנת 2020 במסגרת תוכנית המתאר הארצית למוסדות הבריאות בישראל [25].

עד כה לא התקיים שיתוף פעולה בין משרד הבריאות להר"י להקמת מנגנונים של רישום חוזר. נראה כי השאלה מי יהיה הגוף האחראי על מסד הנתונים לצד המחלוקת סביב החלת חובת רישוי מחדש הקשור בהתעדכנות מקצועית מתמדת (CME / CPD) מנעו עד כה אפשרות להסכמה ושיתוף פעולה בין המדינה לפרופסיה הרפואית בנושא. לפיכך רשויות התכנון בישראל נאלצות לבצע את עבודתן ללא מאגר נתונים מקיף ומהימן של מספר הרופאים העוסקים ברפואה ושיעורם, המבוסס על רישום ורישוי תקופתיים כמקובל במדינות שונות, אף על פי שהנושא נדון שנים ארוכות. בהיעדר מאגר נתונים, במשך שנים, נאלץ משרד הבריאות להסתמך על מקורות ועל שיטות מדידה אחרים, לרבות סקרי כוח אדם של הלמ"ס ומספר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה עד גיל 65, כאומדן למספר הרופאים הפעילים. ראוי לציין כי במהלך השנים האחרונות חלה התקדמות ביכולתו של המשרד לאמוד את מספר הרופאים העוסקים במקצוע בפועל, והדבר בא לידי ביטוי בכמה דוחות שפרסם משרד הבריאות על כוח האדם הרפואי תוך שימוש בטכניקות של הצלבת נתונים בין מקורות שונים (לדוגמה, מאגר בעלי הרישיון לעסוק ברפואה במשרד הבריאות, מסד נתוני רשות המיסים ונתוני מרשם האוכלוסין) [26].

**Discussion**

עדכון תקופתי של נתוני רופאים במסד נתונים ארצי לא קיים בישראל על אף חשיבותו לתכנון כוח אדם רפואי. לכאורה, היה ניתן להסביר את היעדרו בחוסר תשומת לב מקרי מצד פקידי המדינה ומקבלי ההחלטות, או באי-יכולת להקים מנגנונים כאלה מטעמים טכניים-אופרטיביים. אולם למקרא המתואר לעיל, קשה לקבל את הטיעונים הללו כהסברים אפשריים לכך. ראשית, הנושא נמצא על שולחנה של מערכת הבריאות בישראל יותר מ-30 שנה ונדון בוועדות שונות ועל ידי וגורמי מקצוע רבים. שנית, שנים רבות מנגנון מעין זה קיים בתצורות שונות ברוב המדינות המפותחות, ומכאן יש להניח שגם בישראל, מדינה שיש לה יכולות טכנולוגיות למכביר, לרבות בתחום מערכות המידע בתחום הבריאות, היה אפשר להקים מאגר מעין זה ללא קושי רב.

החסם העיקרי העומד בפני הקמת מנגנון עדכון תקופתי של רופאים הוא מחלוקת מתמשכת בין משרד הבריאות להר"י באשר לבעלות על מסד הנתונים ולאופיו של מנגנון העדכון, דהיינו האם תחול על הרופאים חובת רישום שתקושר להתעדכנות מקצועית תקופתית. לכאורה, מתקבל הרושם כי לפנינו מחלוקת בלתי פתירה, וזאת משום שהיא מציבה זה מול זה אינטרסים מנוגדים שלא ניתן ליישבם – המדינה מעוניינת בהרחבת שליטתה על כוח האדם הרפואי לצרכיה, ואילו הפרופסיה הרפואית רואה בכך פגיעה באוטונומיה המקצועית של הרופאים. ייתכן כי ניתן היה לצפות כי המקרה הישראלי ישקף את המתחולל ברוב מערכות הבריאות בעולם כייצוג של turf war קלאסי בין הפרופסיה הרפואית למדינה על אוטונומיה מקצועית ודומיננטיות חברתית [27-29]. אולם, הסקירה הבינלאומית שהוצגה לעיל הראתה כי לא כך הדבר. אדרבא, במדינות רבות איסוף המידע נעשה בתיאום ובשיתוף פעולה בין הרשויות לארגוני הרופאים. יתרה מכך, יש מדינות הקושרות תהליכי רישוי מחדש מחייבים עם רישום חוזר אדמיניסטרטיבי לצרכים סטטיסטיים, כאשר ארגוני הרופאים אחראים על התהליך בצוותא עם מוסדות המדינה.

על רקע זה, מתגברת התהייה באשר לאי הצלחתה של ישראל להקים מנגנון רישום תקופתי לרופאים בהקשר ליחסי המדינה והפרופסיה הרפואית. עיון בהיסטוריית יחסיהן של השתיים מעלה כי אי-הקמתו של מנגנון רישום תקופתי בישראל הוא תוצאתה של בעיה עמוקה בשדה מדיניות הבריאות: היעדר הסדרים של חלוקת עבודה מוסכמת ושל נורמות שיתוף פעולה בין המדינה לפרופסיה, זאת בשונה ממערכות בריאות אחרות בעולם.

חלוקת העבודה בין המדינה לפרופסיה הרפואית נגזרת מהסדרים פוליטיים שהתעצבו במהלך ההיסטוריה. במדינות רבות הואצלו לארגוני הרופאים סמכויות מאסדרות מטעם הריבון, ולכן הם משמשים מעין זרוע שלטונית עבור המדינה בתחום הרפואה. בתמורה הן זוכות לאוטונומיה מקצועית. הסדר זה פועל לטובת שני הצדדים, ומכאן המסורת ארוכת השנים, בעיקר במדינות אירופה, של האצלת סמכויות מהמדינה אל ארגונים פרופסיונליים בהסדרת המערכת הרפואית. פרימן טען כי בהקשר האירופי, אין לראות בפרופסיה הרפואית גוף מובחן מהמדינה, הפועל כקבוצת אינטרס בהתאם למודל הפלורליסטי המקובל במדע המדינה, כי אם ישות שנוצרה על ידי המדינה עצמה [30]. במדינות שבהן יש נורמות והסדרים ארוכי שנים של הידברות ונכונות להגיע להסכמה, ניתן להבחין בדפוסים ברורים יותר של שיתוף פעולה בין רשויות הממשלה לארגוני הרופאים במטרה להגיע להבנה הדדית (עם זאת, אין פירוש הדבר שבמדינות אלה לא קיימים מחלוקות ומתחים בין המדינה לפרופסיה הרפואית).

גרמניה היא דוגמה מובהקת למערכת שכזו. לשכות הרופאים (chambers) הפועלות במחוזות השונים (landers), ואשר מאוגדות תחת הסתדרות הרופאים הגרמנית, הן מרכיב מרכזי ברגולציה של מערכת רפואית קורפורטיסטית [31, 32]. תהליכים דומים התרחשו גם בערי המדינה באיטליה ובמחוזות שונים בשוודיה שבהם הועסקו רופאים כעובדי ציבור תוך בניית הסדרים המושתתים על תלות הדדית בין המדינה לפרופסיה עד כדי יצירת זהות בין השתיים [33, 34].

יש המאתרים את שורשיהן של ההסתדרויות הרפואיות בגילדות האירופיות של ימי הביניים [35]. בגרמניה כמו גם במדינות קונטיננטליות נוספות (למשל יוון, איטליה וספרד), הרופאים מחויבים להירשם כחברים בהסתדרות הרפואית כדי שיוכלו לעסוק במקצוע. יש מדינות, כגון אוסטריה וצרפת, בהן גם מתן הרישיון לעסוק ברפואה מואצל להסתדרות הרפואית [32]. אם כן, ארגוני הרופאים צמחו באופן אורגני יחד עם מדינות הלאום האירופיות, ולעיתים הם נחשבים ממש כחלק ממוסדותיהן כביטוי למרקם יחסים סימביוטיים לתועלתם של שני הצדדים מתוך תלות הדדית.

התהליך שהתחולל במדינת ישראל שונה בתכלית מזה המתואר לעיל. בראש ובראשונה יש לתת את הדעת על כך שמערכת הבריאות הישראלית החלה להתפתח שנים ארוכות טרם הקמתה של מדינת ישראל, ועל כן התארגנויות, אשר צמחו מתוך הקהילה הרפואית, הקדימו את מוסדות מדינת הלאום ולא צמחו יחד איתם באופן אורגני. קופת החולים כללית, למשל, הוקמה בשנת 1911, והסתדרות הרופאים נוסדה שנה אחר כך. מערכת הרפואה בארץ ישראל של שנות העשרים נבנתה "יש מאין" על ידי ארגונים לא ממשלתיים כמעט ללא שום התערבות מצד המנדט הבריטי [36].

בחודש מאי 1948 נוסדה מדינת ישראל והוקם גם משרד הבריאות. במדינה החדשה ירש משרד הבריאות את המחלקה המנדטורית לבריאות. במסגרת האתוס הציוני, שהעדיף את המודל של "החלוץ המגשים" עוד טרם הקמת המדינה, נתפסו אנשי הפרופסיות כסוג של "מעמד בורגני נחות" והושארו מחוץ למנגנוני העוצמה האסטרטגיים, הכלכליים, המינהליים הפורמליים [37]. על רקע נסיבות היסטוריות, פוליטיות וחברתיות אלה נדחתה תביעתה של הר"י מהמדינה לזכות במעמד של "לשכה", בדומה לאחיותיה האירופיות שלהן סמכויות מאסדרות. בעת ההיא שאפה הר"י כי כל רופאי המדינה ישתייכו אליה לפי חוק, והיא תדאג לפקח על שמירת האתיקה הרפואית, להעניק רישיונות רפואיים או לשלול אותם לפי צורך, לקבוע תקנונים ולהעניק תוארי התמחות. אולם המדינה דחתה את תביעתה של הר"י מכל וכול [38].

ההחלטה שלא להעניק להר"י מעמד של "לשכת רופאים" שיקפה אפוא את הלכי הרוח באותה התקופה ואת תפיסותיהם של מנהיגיה. ניתן לסמן החלטה זו כרגע ההיסטורי שבו נקבע מסלול יחסיהם של המדינה והפרופסיה הרפואית לעתיד לבוא, כפי שהשתקף בדעות שהשמיעו אישי ציבור על הר"י במהלך השנים. משני קצוות הקשת הפוליטית, ימין ושמאל כאחד, נתפסה הר"י כארגון מגזרי בעל אינטרסים צרים, ולפיכך רווחה הדעה בקרב חברי כנסת כי יש להמעיט ככל האפשר בשיתופה בענייני מדיניות [38]. רעיון הממלכתיות ששלט בכיפה בשנותיה הראשונות של המדינה הצעירה דחק אפוא את הפרופסיה הרפואית מהסדרת מערכת הבריאות וקידם את ריכוז הסמכויות בידי מוסדות השלטון. מאז ועד היום אין להר"י כוח אכיפה על חבריה או סמכויות של רישוי ורישום.

אם כן, הפרופסיה הרפואית בישראל נדחקה על ידי המדינה למעמד של קבוצת אינטרס חיצונית, כך שהיא אינה מהווה מעין-זרוע שלטונית. מנגד, המדינה נתפסת במידה רבה על ידי הר"י כיריב יותר מאשר שותף. ניתוח מוסדי-היסטורי מצביע אפוא על השתרשותם של יחסים קונפליקטואליים, המתאפיינים בחשדנות הדדית והיעדר שיתוף פעולה בין המדינה לפרופסיה הרפואית, שניתן לתלות בנסיבות ההיסטוריות-פוליטיות שבהן צמחה מערכת הבריאות בישראל. מכאן ניתן להבין את התהום הפעורה לעיתים קרובות בין המדינה לפרופסיה הרפואית בכל הנוגע לענייני מינהל ומדיניות כגון מדידת איכות, מתן סמכויות רפואיות לאחיות ורוקחים ומימון שירותי בריאות [39-41]. כך גם בעניין רישום תקופתי מחייב, הטומן בחובו שליטה על מידע רגיש, ועשוי לשמש ככלי בירוקרטי הכופה על רופאים רישוי מחדש המותנה בהתעדכנות מקצועית.

**Conclusion**

במאמר זה נדונה סוגיית ההיעדר של מנגנון רישום תקופתי של רופאים בישראל. החקירה העלתה כי היעדרם של מנגנונים אלה הוא תוצאתו של תהליך היסטורי שהוביל ליחסים המושתתים בעיקר על יריבות, עימות וחשדנות הדדית בין הר"י למשרד הבריאות.

מסיבות פוליטיות והיסטוריות הר"י אל מחוץ למעגל קבלת ההחלטות הפוליטי, ועל כן היא מתפקדת כיום בעיקר כקבוצת אינטרס חוץ-ממסדית ולא כבא-כוחה של הרשות המבצעת. על רקע יחסים אלה ניתן להסביר את הקושי ביצירת שיתוף פעולה בנושא רגיש, שיש לו השפעה על האוטונומיה המקצועית של הרופאים.

לבסוף, מקרה הבוחן הישראלי מראה באמצעות ניתוח היסטורי-מוסדי כיצד אירועי עבר הובילו לאחר עשרות שנים לתוצאת מדיניות בלתי מכוונת ובלתי רצויה. יש בכך להצביע על חשיבותם של תהליכים היסטוריים בהם התגבשו הסדרים פוליטיים ויחסי גומלין בין מוסדות שונים, להבנת המתחולל במערכות בריאות בהווה.

**References**

1. Ono T, Lafortune, G, Schoenstein, M. Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. *OECD Health Working Papers*, No. 62. OECD Publishing: Paris, 2013. <https://doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>.
2. Horowitz PK, Shemesh AA, Horev T. Is there a doctor in the house? Availability of Israeli physicians to the workforce. Isr J Health Policy Res. 2017;6:31.
3. Kovacs E, Szegner P, Langner L, Sziklai M, Szocska M, Sermeus W, Van Hoegaerden M, Van Deun E, Snyers B. Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28. European Commission; 2021.
4. Matrix Insight. EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study. Final report; 2012.
5. OECD. OECD Health Statistics 2021: Definitions, Sources and Methods - Practising physicians; 2021.
6. Borow M, Levi B, Glekin M. Regulatory tasks of national medical associations – international comparison and the Israeli case. Israel J Health Policy Res. 2013;2:1-19. 10.1186/2045-4015-2-1.
7. Ahpra & National Boards. Workforce Survey Form. 2020 Registration Renewal – DRAFT. <https://hwd.health.gov.au/resources/publications/survey-wksy-30-mdcl-2020.pdf>.
8. New York State Education Department – Office of the Professions. Professional work surveys; 2021. <http://www.op.nysed.gov/boards/AgendaDocuments/SocialWork/01122022_4.pdf>
9. Levi B, Borow M, Glekin M. *Participation of National Medical Associations in Quality Improvement Activities – International Comparison and the Israeli Case* 3 Isr. J. of Health Pol’y Res. 2014;14.
10. Martineau T, Ozano K, Raven J, Mansour W, Bay F, Nkhoma D, Badr E, Baral S, Regmi S, Caffrey M. Improving health workforce governance: the role of multi‑stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health. Human Resources for Health 2022;20:47. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00742-z>.
11. Thelen K. Historical Institutionalism in Comparative Politics. ANNU. REV. POLIT. 1999; 2:369.
12. Skocpol, T. Why I Am an Historical Institutionalist. POLITY 1995;103.
13. Kickert W, van der Meer FB. Small, Slow, and Gradual Reform: What can Historical Institutionalism Teach us? International Journal of Public Administration 2011;34(8):475-485. DOI: 10.1080/01900692.2011.583768
14. Zehavi A. A Reform Less Ordinary? Historical Institutionalism, Punctuated Equilibrium, and Mental Health Care Privatization. *Administration & Society*. 2012;44(6):731-753. doi:[10.1177/0095399711412911](https://doi.org/10.1177/0095399711412911)
15. Powell, M. Reforming a Health Care System in a Big Way? The Case of Change in the British NHS. Social Policy and Administration 2016;50(2):183-200. <https://doi.org/10.1111/spol.12210>
16. Wilsford D. Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way. Journal of Public Policy 1994;14(3):251-283. doi:10.1017/S0143814X00007285.
17. Gorsky M. Hospitals, finance, and health system reform in Britain and the United States, c. 1910-1950: historical revisionism and cross-national comparison. J Health Polit Policy Law. 2012;37(3):365-404. doi: 10.1215/03616878-1573067.
18. State Comptroller, Annual report 53b; 2003. Hebrew.
19. Levi S. The absence of tools for medical workforce planning in Israel. The Knesset Research and Information Center; 2010. Hebrew.
20. Committee for the examination of public healthcare and the status of physicians. A Report; 2002. Hebrew.
21. The Israel National Institute for Health Policy Research. The 9th Dead Sea Convention; 2008. Hebrew.
22. Israeli Medical Association. Credit Points for continuing medical education. <https://www.ima.org.il/mainsitenew/viewcategory.aspx?categoryid=2629>
23. Yasour Beit-Or M. Initiative: Require Doctors to Renew their Licenses every 5–10 Years. Ynet; Published on 26 June 2008. <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3560509,00.html>. Hebrew.
24. State Comptroller, Annual report 59b; 2009. Hebrew.
25. Planning Administration. National outline plan for healthcare institutions. Policy document, 2020.
26. Levi B, Borow M. How many physicians are actively practicing medicine in Israel? On the differences between various methods of measurement. Harefuah 2018;157(9):595-598. Hebrew (Abstract in English).
27. Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Harper & Row; 1970.
28. Saks M. Professions and the Public Interest. London: Routledge; 2005.
29. Coburn D, Willis E. The Medical Profession: Knowledge, Power and Autonomy. In The Handbook of Social Studies in Health and Medicine, edited by G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick and S. C. Scrimshaw, 377-394. London: SAGE Publications Ltd, 2000.
30. Freeman R. The Politics of Health in Europe. Manchester: Manchester University Press; 2000.
31. Kuhlmann E. Modernising Health Care: Reinventing professions, the state and the public. The Policy Press, University of Bristol; 2006.
32. Rowe A, Garcia-Barbero, M. Regulation and Licensing of Physician in the WHO European Region. World Health Organization - Regional Office for Europe; 2005.
33. Krause EA. Doctors, Partitocrazia, and the Italian State. The Milbank Quarterly 1988;6(supp 2):148-166.
34. Garpenby P. The State and the Medical Profession: a Cross-National Comparison of the Health Policy Arena in the UK and Sweden 1945–1985. Linkoping: Linkoping University; 1989.
35. Blackmer J. WMA White paper - Professionalism and the medical association. Ferney-Voltaire, France: World Medical Association; 2007.
36. Neederland D. The Influence of German Immigrant Doctors on the Development of Medicine in Israel 1933-1948. Cathedra. 1983, 30: 111-160. Hebrew.
37. Canyon S, Harrison M, Silber I: White Coat to White Collar: a Socio-Historical Analysis of the Relations between the Medical Profession and the Court, as Reflected in Medical Liability Rulings. Med Law. 2006, 34: 52-72. Hebrew.
38. Yishai Y: The power of specialization - The Israeli Medical Association. Jerusalem: The Jerusalem Institute for Israel Studies; 1990. Hebrew.
39. Levi B, Zehavi A, Chinitz D. Taking the measure of the profession: Physician associations in the measurement age. Health Policy 2018;122(7):746-754. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.06.001.
40. Levi B, Zehavi A. Delegation of Clinical Authority, Administrative Culture and Policy Adoption: A Comparative Analysis, Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice 2017;19(3): 227-244. DOI: 10.1080/13876988.2016.1188479.
41. Rozin A, Davidovitch N. Physicians as Elite Specialists: The Role of the Israel Medical Association in the 1950s and the 2000s. Iyunim Be-Tkumat Isr. 2009;19:56–92. Hebrew.