



מחסור בכוח אדם בשלושה מקצועות בריאות: פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק השוואה בין-לאומית

איתי בבלי

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו.

הצעה לציטוט:

בבלי, א' (2026). מחסור בכוח אדם בשלושה מקצועות בריאות: פיזיותרפיה, קלינאות
תקשורת וריפוי בעיסוק; השוואה בין-לאומית. דמ-078-26. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

רקע

תכנון כוח אדם הוא רכיב מרכזי בתפקוד מערכת הבריאות, שכן מחסור באנשי מקצוע, המתבטא בעיכוב או בהיעדר טיפול, עלול להוביל להחמרת מצבים רפואיים ולהגדלת העלויות המוטלות על מערכת הבריאות ועל המשק. מערכת הבריאות בישראל סובלת ממחסור בכוח אדם בשלושה ממקצועות הבריאות: פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק. הביקוש לשירותי בריאות אלו הולך וגדל בשל הגידול באוכלוסייה הזקוקה לשיקום ולטיפול תומך בתחומים תקשורת, תנועה ותפקוד. המחסור משפיע על זמינות השירותים ופוגע במענה לאוכלוסיות הזקוקות להם; ילדים, נפגעי תאונות, פצועי לחימה ופעולות איבה, זקנים ואנשים עם מוגבלויות מתקשים לקבל טיפול הולם. בשנת 2021 פרסם משרד ראש הממשלה [דוח](#) העוסק בנושא המחסור בכוח האדם בשלושת מקצועות הבריאות. בעקבותיו התקבלה בפברואר 2022 [החלטת ממשלה](#) [מס' 1140](#) אשר נועדה ליצור מענה כולל לפערי כוח האדם בשירות הציבורי במקצועות אלו. מצב זה עשוי להחמיר נוכח המחסור בכוח אדם באגף השיקום של משרד הביטחון, הנדרש לתת מענה לאנשים רבים שנפגעו במלחמת חרבות ברזל.

משרד הבריאות פנה למכון מאיר-סג'וינט-ברוקדייל בבקשה לבחון במגוון מדינות את המנגנון המתכנן את מספר המטפלים, ובפרט את תפקידו של הרגולטור בהערכת הביקוש לשירותים, בתכנון מצבת כוח האדם הנוכחית והעתידית ובהתמודדות עם מחסור בכוח אדם.

מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לספק למקבלי החלטות בסיס ידע בנוגע לאסטרטגיות המומלצות לתכנון כוח אדם במקצועות הבריאות פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק, ובנוגע לפתרונות המתאימים ביותר לשיפור היצע השירותים וזמינותם בישראל. ממצאי המחקר יאפשרו למשרד הבריאות:

1. לבחון מודלים קיימים שרגולטורים משתמשים בהם להערכת מחסור בעובדים במקצועות הבריאות
2. להכיר את הצעדים הננקטים בעולם לתכנון מידי וארוך טווח של כוח אדם
3. לזהות את מגוון האסטרטגיות שרגולטורים נוקטים בהן בהתמודדותם עם פערי כוח אדם
4. לזהות חסמים ואתגרים לצד סיפורי הצלחה בהטמעת האסטרטגיות השונות, על בסיס הניסיון שנצבר במדינות אחרות, ולבחון את התאמתן למבנה מערכת הבריאות בישראל

שיטות

1. סקירת ספרות אקדמית ואפורה נערכה בין נובמבר 2024 לינואר 2026 והתבססה על בחינה של מאמרים אקדמיים ושל פרסומים ממאגרי מידע מקצועיים ורשמיים של המדינות הנבחרות, של איגודים מקצועיים ושל שירותי הבריאות. 11 מדינות נבחרו לסקירה: בריטניה, אוסטרליה, ארצות הברית, קנדה, אירלנד, בלגיה, פורטוגל, גרמניה, הולנד, אוסטרליה וצרפת.
2. ראיונות מובנים למחצה עם 18 מומחים בעלי ניסיון מחקרי או מעשי במדינות שנבחרו בלפחות אחד מן המקצועות.
3. ניתוח השוואתי של הנתונים מן הסקירה וניתוח תמטי של הראיונות.

ממצאים

סקרי כוח אדם, זמני המתנה, שיעורי אבטלה ומשרות פנויות, וכן יחס משרות לנפש והוצאת רישיון תעסוקתי וחיידושו הם המדדים העיקריים להערכת מחסור בכוח אדם. רגולטורים משתמשים לרוב בהערכת איוש משרות פנויות כמדד המרכזי להערכת מחסור ובמודלים המבוססים על מגמות היסטוריות להערכת ביקוש והיצע. יש שוני באופן שבו רגולטורים מעריכים את הביקוש וההיצע.

בין האתגרים בגיוס עובדים ובשימורם נמצאו שכר נמוך, שחיקה, היעדר אפשרויות קידום, עבודה בפריפריה, מחסור בתוכניות הכשרה, חוסר מודעות למקצועות הבריאות ואי-הכרה בהם. מגוון דרכים נועדו להתמודדות עם אתגרים אלו, ובהן אסטרטגיות לגיוס ולשימור עובדים ותוכניות ליצירת מסד נתונים ומחקר. במרבית המדינות יש עדות למחסור בעובדים, וכן קושי להעריך אותו. יוזמות עכשוויות של ממשלת אוסטרליה ושל הפדרציה העולמית לפיזיותרפיה התמקדו ביצירת מסד נתונים ובמחקר שיאפשר להעריך מחסור בכוח אדם ודרכים להתמודד איתו.

המלצות עיקריות

1 כדי להעריך היטב את מצב כוח האדם במקצועות הבריאות (לדוגמה, מחסור קיים ועתידי) מומלץ לבחון הקמת צוות מומחים שחברים בו חוקרים, נציגי ממשלה ונציגי מקצועות הבריאות, אשר ישקוד על בניית מסד נתונים לאומי ומודלים להערכת מחסור.

2 מומלץ לבסס שיתוף פעולה בין משרד הבריאות ובין האיגודים המקצועיים כדי לבחון לעומק את הקשיים בגיוס ובשימור עובדים במקצועות הבריאות.

3 מומלץ לגבש אסטרטגיות לאומיות להתמודדות עם מחסור בעובדים במקצועות הבריאות. סקירה זו מספקת בסיס ידע להקמת יוזמה כזו.

תוכן עניינים

1	1. רקע
3	2. מטרות
4	3. שיטות
7	4. ממצאים
7	4.1 מחסור בכוח אדם
34	4.2 אתגרים בגיוס עובדים ובשימורם
38	4.3 אסטרטגיות להתמודדות עם מחסור בכוח אדם
42	5. מקרי בוחן
42	5.1 אוסטרליה
44	5.2 הפדרציה העולמית לריפוי בעיסוק
47	6. דיון ומסקנות
52	עוד פרסומים של המכון בנושא
53	מקורות

רשימת לוחות ותרשימים

16	לוח 1: דוגמאות למדידת ביקוש והיצע במדינות השונות
23	לוח 2: 14 המשתנים שעליהם מבוססת הערכת המחסור של סוכנות התעסוקה הפדרלית בגרמניה
28	לוח 3: שלבי זיהוי מחסור או עודף עובדים של מערכת התחזיות הקנדית
37	לוח 4: אתגרים מרכזיים בגיוס ושימור על עובדים
41	לוח 5: אסטרטגיות להתמודדות עם מחסור בעובדים בשלושת מקצועות הבריאות
26	תרשים 1: אילוסטרציה של איסוף המידע בנוגע לביקוש והיצע של כוח אדם בארצות הברית

תכנון כוח אדם הוא תנאי יסוד לתפקודה התקין של מערכת הבריאות, משום שמחסור באנשי מקצוע עלול להביא לעיכובים במתן טיפול, להיעדר טיפול נדרש, להחמרה במצבם של מטופלים ולהגדלת העלויות למערכת הבריאות ולמשק. מקצועות הבריאות (allied health) מספקים שירותים חשובים לאוכלוסיות שונות ותורמים תרומה רבה לבריאות הציבור (Davis et al., 2017). מערכת הבריאות בישראל סובלת ממחסור בכוח אדם מקצועי בחלק ממקצועות הבריאות. שלושה מן התחומים הסובלים ממצוקת כוח אדם הם פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק. הביקוש לשירותי בריאות אלו הולך וגדל בשל הגידול באוכלוסייה הזקוקה לשיקום ולטיפול תומך בתחומים תקשורת, תנועה ותפקוד, בין השאר עקב גידול באוכלוסייה המזדקנת ובמספר החולים הכרוניים לצד עלייה בשיעור הילדים עם אוטיזם ובעיות התפתחות (Dinstein et al., 2024). כמו כן עקב מספר האנשים שנפצעו (בגוף ובנפש) במלחמת חרבות ברזל והביקוש הגובר לשירותי שיקום, יש מחסור חמור בכוח אדם במקצועות הבריאות באגף השיקום של משרד הביטחון (אזולאי, 2026; הכנסת, 2026).

המחסור משפיע על זמינות השירותים ופוגע במענה לאוכלוסיות הזקוקות להם; ילדים, נפגעי תאונות, זקנים ואנשים עם מוגבלות מתקשים לקבל טיפול הולם. המחסור עשוי להוביל גם לפגיעה באיכות הטיפול, משום שהעומס על המטפלים הקיימים עלול לפגוע ביכולותיהם, ברצף הטיפול שהם מספקים ואף להוביל לשחיקה. למחסור זה גם עלויות כלכליות – המחסור מייקר את שירותי הטיפול הניתנים באופן פרטי ומשית עלויות גבוהות על מערכת הבריאות ועל המטופלים הרוכשים שירותי בריאות אלו בכספם או בהסדר של החזר מקופות החולים.

המחסור באנשי מקצוע בתחומים אלו הוא נושא דחוף שזכה לתשומת לב בדרגים הגבוהים ביותר של ממשלת ישראל. בשנת 2021 פרסם משרד ראש הממשלה דוח העוסק בנושא המחסור בכוח האדם בשלושת מקצועות הבריאות (גבריאלי ואח', 2021), ובעקבותיו התקבלה בפברואר 2022 [החלטת ממשלה מס' 1140](#) שנועדה ליצור מענה כולל לפערי כוח האדם בשירות הציבורי במקצועות אלו.

תחזיות של היצע וביקוש בכוח האדם במערכת הבריאות הן כלי מרכזי להבנת מחסור פוטנציאלי ולקבלת החלטות מושכלות ברמת המדיניות. הן מסייעות לשפר את ההתאמה בין היצע המטפלים ובין הצרכים ברמה הלאומית, המדינית והמקומית, ומספקות מידע חשוב גם למתעניינים בקריירה במקצועות הבריאות. היצע מספק של עובדי בריאות חיוני להבטחת גישה לשירותים איכותיים, להתמודדות עם צרכים מתפתחים ולשיפור בריאות האוכלוסייה. תחזיות אלו מאפשרות הקצאה יעילה של משאבים להכשרה ולהכוננה של כוח האדם, ומסייעות למנוע מצבי עודף הכשרה, הפוגעים באנשי המקצוע ומבזבזים משאבים, או מחסור, הפוגע בגישה לטיפול (במיוחד בקרב אוכלוסיות מוחלשות) ומוביל לעלייה בעלויות ולשחיקה בקרב העובדים הקיימים (HRSA Health Workforce, 2025a).

המחסור בכוח אדם בתחום הבריאות בכלל ובמקצועות הבריאות בפרט אינו בעיה ייחודית לישראל. מדינות רבות בעולם המערבי חוות מחסור דומה בכוח אדם מקצועי בפיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת (Chartered Society of Physiotherapy, 2021; Migration Advisory Committee, 2019; Tapper, 2024; Zarek et al., 2025). האתגר המרכזי עבור רגולטורים ברחבי העולם הוא הצורך לאזן בין הבטחת איכות ובטיחות הטיפול לחובה לספק מענה מספיק לביקוש הגובר, תוך כדי הימנעות מהכשרת יתר של עובדים. זהו תהליך דינמי המצריך התאמה מתמדת למציאות המשתנה. התחקות אחר גישות הנהוגות במדינות ברחבי העולם בבואן להתמודד עם סוגיות כוח האדם במקצועות הבריאות עשויה לספק מידע יקר ערך. יעילותן של גישות אלו משתנה בין מדינות ותלויה בגורמים רבים כמו מבנה מערכת הבריאות, משאבים זמינים ומאפיינים תרבותיים וחברתיים. למרות השונות בין מדינות, למידה מניסיון של מדינות מובילות בתחום זה, המתמודדות עם אתגרים דומים, עשויה לתרום לבחינת המצב ולמציאת פתרונות בישראל. משרד הבריאות פנה למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לבחון במגוון מדיניות את המנגנון המתכנן את מספר המטפלים, ובפרט את תפקידו של הרגולטור בהערכת הביקוש לשירותים, בתכנון מצבת כוח האדם הנוכחית והעתידי ובהתמודדות עם מחסור בכוח אדם.

2. מטרות

מטרות המחקר הן לסקור את השיטות שהרגולטור במדינות שונות משתמש בהן להערכת היצע כוח האדם המספק שירותי פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק, ואת השיטות להערכת היצע כוח האדם העתידי לשירותים אלו, אם ישנן. הסקירה נועדה לזהות פערים עכשוויים או עתידיים בין היצע השירותים ובין הביקוש להם, ולזהות את האסטרטגיות השונות שהרגולטור נוקט בהן בהתמודדותו עם פערי כוח אדם במקצועות אלו, אם אכן נמצאו פערים. לבסוף, המחקר מבקש לזהות חסמים ואתגרים לצד סיפורי הצלחה בהטמעת האסטרטגיות השונות, על בסיס הניסיון שנצבר במדינות אחרות.

מחקר זה יספק בסיס ידע עשיר למקבלי החלטות בנוגע לאסטרטגיות המומלצות לתכנון כוח אדם במקצועות פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק, ובנוגע לפתרונות המתאימים ביותר לשיפור ההיצע והזמינות של שירותי בריאות אלו בישראל. ממצאי המחקר יאפשרו למשרד הבריאות (1) להבין את תפקיד הרגולטור בכל מדינה מן המדינות שנבחנו; (2) להכיר את הצעדים הננקטים בהן, אם ננקטים, עבור תכנון מיידי ועבור תכנון ארוך טווח של כוח האדם במקצועות הבריאות; (3) לשקול לאמץ צעדים מוצלחים אשר רגולטורים מרחבי העולם נוקטים בהם, תוך כדי התאמתם למבנה מערכת הבריאות בישראל.

3. שיטות

המחקר כולל סקירת ספרות וראיונות מובנים למחצה עם מומחים במדינות האלה: בריטניה, אוסטרליה, ארצות הברית, קנדה, אירלנד, בלגיה, פורטוגל, גרמניה, הולנד, אוסטרליה וצרפת.

מדינות אלו הן מדינות הדומות לישראל מבחינת תוצר לנפש והשקעה בבריאות (שיעור הוצאה ציבורית על בריאות) (OECD, 2025), ומגוונות מבחינת גודל אוכלוסייה וסוג ארגון מערכת הבריאות (NHS – מערכת בריאות לאומית ו-NIS – ביטוח בריאות ממלכתי). בחינה של הנעשה בהן, מאפשרת ללמוד על אודות אתגרי כוח האדם שאיתם הן מתמודדות ומה הם הצעדים שבהם הן נוקטות להתמודדות עם אתגרים אלו, על הצלחות ועל צעדים שהיו מוצלחים פחות. על אף השוני הקיים בין מקצועות הבריאות, המחקר נועד לבחון סוגיות כוח אדם המאפיינות את שלושת המקצועות בד בבד. זאת כדי להבין מגמות כלליות ואתגרים בהערכת מחסור ומענה במדינות השונות הרלוונטיים לשלושת המקצועות.

המחקר נערך בשלושה שלבים:

1. איסוף נתונים בעזרת סקירת ספרות
2. איסוף נתונים מראיונות עם מומחים בכל מדינה
3. ניתוח השוואתי של הנתונים מן הסקירה וניתוח תמטי של הראיונות

1. סקירת ספרות אקדמית ואפורה

מידע על האופן שבו רגולטורים במדינות השונות מעריכים מחסור בכוח אדם ועל דרכי התמודדתם עם מחסור זה נאסף בסקירת ספרות אקדמית ואפורה. סקירה זו כללה חיפוש מידע הן ממאגרי מידע אקדמיים והן ממאגרי מידע מקצועיים ורשמיים של המדינות הנבחרות, של איגודים מקצועיים ושל שירותי הבריאות, כמו גם חומר מקצועי שהמראיינים הפנו אליו. במחקר זה נעשה, בין השאר, שימוש במאגרי מידע אקדמיים בין-לאומיים כגון PubMed, בדוחות HIT (Health systems In Transition) של ה-Observatory, בדוחות של ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization [WHO]) המספק דוחות מקיפים ונתונים גלובליים על כוח אדם בבריאות, בדוחות של ה-OECD המספק נתונים השוואתיים על מערכות בריאות במדינות מפותחות, וכן בדוחות של ILO (ארגון העבודה הבין-לאומי) של האו"ם המפרסם דוחות על תעסוקה בתחום הבריאות.

מילות חיפוש לאיתור חומר בנושא כללו: מחסור בכוח אדם רפואי (workforce shortage in...), עבור כל אחד מן המקצועות או עבור מקצועות הבריאות (Allied Health Professions), אתגרי כוח אדם (workforce shortage challenges), בדגש על צעדים שנוקטים רגולטורים ברחבי העולם, אסטרטגיות התמודדות עם מחסור בכוח אדם (strategies for addressing workforce shortages), עזיבה ושימור של עובדים (workforce retention and attrition).

2. ראיונות מובנים למחצה

המחקר כלל ראיונות מובנים למחצה עם 18 מומחים במדינות שנבחרו שיש להם ניסיון מחקרי או מעשי בלפחות אחד מן המקצועות. רקע המרואיינים כולל לפחות אחד מן התחומים האלה:

1. מחקר. חוקרים בעלי ניסיון מחקרי בניבוי והערכת כוח אדם; חוקרים של אחד או יותר ממקצועות הבריאות בנושאים הקשורים לכוח אדם.
2. תפקיד ציבורי (עובדי ממשלה). בעלי תפקידים רשמיים בארגונים ממשלתיים אשר עבודתם ואחריותם קשורה לסוגיות כוח אדם, כגון תכנון, הערכת מחסור וניתוח מחסור.
3. חברות באיגוד מקצועי לאומי או בין-לאומי. נציגים בארגונים בין-לאומיים, כגון הארגון הפדרלי העולמי לריפוי בעיסוק או הארגון האירופי לקלינאי תקשורת.

המידע מן הראיונות נועד להעמיק ולהשלים את המידע שנאסף מסקירת הספרות, והוא מתמקד בניסיון האישי של המרואיינים ובמומחיות שלהם. לדוגמה, מרואיינים נשאלו על האופן שבו בוחנים פערים בכוח אדם באחד ממקצועות הבריאות, על קשיים בבחינת המחסור, על אתגרים ואסטרטגיות קיימות או מומלצות להתמודדות עם מחסור או עם קשיים בעריכת מחקר הערכת מחסור ופערים בכוח אדם.

בכל מדינה נערכו בין ראיון אחד לשלושה בהתאם למומחיות של המרואיינים. שאלון מקדים נשלח לפני קיום הראיונות כדי לקבל תמונה כללית ולאפשר למרואיינים להתכונן לראיון. לאחר השלמת השאלון נערך עם כל מומחה ראיון מובנה למחצה. בראיונות נבחנו לעומק מעורבותם של הרגולטורים בתחום בכל מדינה, נשאלו שאלות על אודות תהליך הערכת הביקוש לשירותים לעומת היצע כוח האדם, נבחן האם וכיצד מתבצע תכנון כוח אדם עתידי, ואילו גורמים מובאים בחשבון בתהליך תכנון זה. אם זוהה פער בין הביקוש לשירותים ובין היצע כוח האדם, המרואיינים נשאלו על האסטרטגיות שהרגולטור נוקט בהן לצמצום פערים אלו ומה היא חוות דעתו של המרואיין על הצעדים הננקטים במדינתו. הראיונות נערכו באמצעות פגישת זום.

3. ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים מסקירת הספרות אפשר בחינה של האופנים השונים שבהם רגולטורים במדינות שנסקרו מעריכים מחסור ואת דרכי התמודדותם איתו (אם קיים). מסקירת המדינות חולצו קטגוריות ותבניות עיקריות הכוללות התייחסות לסוגיות מחסור בכוח אדם, שיטות לזיהוי פערים ולאסטרטגיות התמודדות. תבניות אלו הן כלליות ורלוונטיות לריפוי בעיסוק, לפיזיותרפיה ולקלינאות תקשורת.

הראיונות תומללו ונערך ניתוח תוכן תמטי (thematic analysis) (Miles et al., 2014) של הממצאים בעזרת תוכנת NVivo כדי לזהות תמות מרכזיות שעלו בראיונות. ניתוח תמטי הוא גישה איכותנית שמטרתה לזהות, לארגן ולהבין דפוסים חוזרים (תמות) בתוך הנתונים. שיטה זו מאפשרת להבין לעומק חוויות, תפיסות ופרשנויות של המשתתפים, ולבנות תובנות המבוססות

על האופן שבו המשמעויות עולות מתוך הנתונים עצמם (Corbin & Strauss, 2008; Miles et al., 2014; Parry, 2004; Saldaña, 2016; Shenton, 2004). תהליך זה כלל ארגון שיטתי, השוואה והבנה של סוגיות מרכזיות דרך נקודת מבטם של המרוויינים, והשוואה לממצאים קיימים, בנוגע לסוגיות שנידונו. תמות מרכזיות שעלו מן הניתוח כוללות: מתודולוגיות להערכת מחסור בכוח אדם, קשיים בהערכת מחסור בכוח אדם, צורך במסד נתונים, אסטרטגיות התמודדות עם אתגרים הקשורים בעזיבת עובדים ובגיוסם, הכרה בתרומת המקצוע ועבודה בפריפריה. לבסוף נערכה אינטגרציה בין המידע מסקירת הספרות ובין המידע מן הראיונות כדי להציג את הנתונים ולדון בהם.

4. ממצאים

פרק זה מציג את ממצאי המחקר וכולל סקירה של הגופים המעריכים מחסור, של השיטות להערכת מחסור, של הפערים בכוח האדם במדינות השונות, של האתגרים בגיוס עובדים ובשימורם ושל אסטרטגיות לאומיות להתמודדות עם מחסור.

4.1 מחסור בכוח אדם

סקירת הספרות והראיונות מציגים תמונה ולפיה במרבית המדינות שנסקרו יש מחסור בעובדים בשלושת מקצועות הבריאות שנבחנו¹. על אף היעדר מדד קבוע לבחינת מחסור בכוח אדם בשלושת המקצועות ובעיות מתודולוגיות של חישוב וכימות המחסור (ראה סעיף 4.1.2), ישנה עדות מצטברת למחסור בעובדים ברמה הארצית במרבית המדינות שנסקרו. עדות למחסור מגיעה בעיקר מסקרי עובדים שמבצעים ארגונים מקצועיים, כגון אגודות הפיזיותרפיסטים, המרכאים בעיסוק וקלינאי

¹ יש עדות נרחבת בספרות למחסור בכוח אדם בשלושת המקצועות:

מחסור בפיזיותרפיסטים: קנדה (Government of Canada, n.d.b.; Health Sciences Association of British Columbia, 2021; Health Workforce Canada, 2024), (Burstedde & Kolev-Schaefer, 2024; Ekugo, 2024; Australian Government, 2022, 2024b; Australian Federal Employment Agency, 2024), אוסטרליה (Physiotherapy Association, 2024; Australian Physiotherapy Council, 2023; Schomberg, 2024), אירלנד (Irish Society of Chartered Physiotherapists, 2025; Griffin, 2025; O'Regan, 2024), ספרד (Chartered World Physiotherapy, 2024), פורטוגל (García, 2022; Redacción Médica, 2018), ברזיל (Alliance for Society of Physiotherapy, 2021, 2023b, 2023a, 2024; Tapper, 2024), הולנד (European Labour Physical Therapy Quality and Innovation, 2023; Zarek, et al., 2025), גרמניה (Gesundheit Österreich GmbH, 2025), (Authority, 2023), בלגיה (Jouck et al., 2023); אוסטריה (שונות בכוח אדם לפי אזורים) (Gesundheit Österreich GmbH, 2025).

מחסור במרכאים בעיסוק: קנדה (CBC News, 2024; Government of Canada, n.d.a; Health Sciences Association of British Columbia, 2021; Health Workforce Canada, 2024; The Canadian Association of Occupational Therapists, 2022), ספרד (Barrios Fernández & Cantero Garlito, 2019), ברזיל (Vernon et al., 2022), ארצות הברית (Royal College of Occupational Therapists, 2023, 2024; Walker, 2024), גרמניה (Federal Employment Agency, 2024), (2015; Powell et al., 2005, 2008), אוסטרליה (Australian Government, 2022, 2024b); גרמניה (Gesundheit Österreich GmbH, 2025), (Employment Agency, 2024); בלגיה (Nkenné & Jouck, 2023); אוסטריה (שונות בכוח אדם לפי אזורים) (Gesundheit Österreich GmbH, 2025).

מחסור בקלינאי תקשורת: קנדה (Government of Canada, 2023; Health Sciences Association of British Columbia, 2021; Health Workforce Canada, 2024), (Birmingham, 2021), ספרד (Infosalus, 2019; Royal College), ברזיל (Salinas, 2023; Salud a Diario, 2019), (2025), אוסטרליה (of Speech and Language Therapists, 2023), (Australian Government, 2022, 2024b); גרמניה (Federal Employment Agency, 2024); בלגיה (Nkenné et al., 2023); אוסטריה (שונות בכוח אדם לפי אזורים) (Gesundheit Österreich GmbH, 2025).

התקשורת בכל מדינה. רגולטורים משתמשים בעיקר במודלים לחיזוי המנתחים אינדיקטורים כגון משרות פנויות (לא מאוישות) ונתונים דמוגרפיים של האוכלוסייה (ראה סעיף 4.1.3.2) כדי להבין מחסור ובמקרים רבים מסתמכים על דיווחים של האגודות המקצועיות או על דוחות עצמאיים שנועדו לסקור את המחסור. היעדר מסד נתונים לאומי אשר יכול לאפשר ניתוח והערכה של מצב כוח האדם ברמה הארצית וניבוי פערים עתידיים בכוח האדם הוא מכשול בהערכת מחסור (ראה סעיף 4.1.4).

המחסור בא לידי ביטוי בדוחות של ארגונים מקצועיים במדינות שונות. לדוגמה, נמצא פער מתמשך בין היצע כוח האדם ובין הביקוש לשירותי פיזיותרפיה. בבריטניה, למשל, נתונים מצביעים על כך שמספר בוגרי לימודי הפיזיותרפיה אינו מספק כדי לענות על צורכי המערכת, ובצפון אירלנד ישנן משרות פנויות רבות בתחום (Chartered Society of Physiotherapy, 2021). גם בסקוטלנד עולה תמונה דומה: מספר הפיזיותרפיסטים המועסקים ב-NHS Scotland נותר יציב במשך שנים, אף שהאוכלוסייה גדלה ומזדקנת, ובהתאם גם הביקוש לטיפול עולה (Migration Advisory Committee, 2019).

המחסור ניכר גם ביחס שבין מספר הפיזיותרפיסטים לגודל האוכלוסייה. בבריטניה, בשנת 2023, היו תשעה פיזיותרפיסטים מוסמכים לכל 10,000 תושבים, או פיזיותרפיסט אחד לכל 1,136 איש. זאת לעומת מדינות אחרות שבהן היחס גבוה יותר באופן ניכר, כגון גרמניה עם פיזיותרפיסט אחד לכל 430 איש, אוסטרליה עם פיזיותרפיסט אחד לכל 742 איש, דנמרק עם 26.8 פיזיותרפיסטים לכל 10,000 איש, ונורווגיה עם 25.3 פיזיותרפיסטים לכל 10,000 איש (Chartered Society of Physiotherapy, 2023a, 2023b, 2024). עם זאת, גם במדינות שבהן שיעור הפיזיותרפיסטים גבוה יותר ביחס לאוכלוסייה, עדיין ניכרים סימנים למחסור. כך, בגרמניה נמצא בדוח משנת 2024 כי ישנן 11,600 משרות פנויות ולא מאוישות בתחום הפיזיותרפיה (Burstedde & Kolev-Schaefer, 2024).

השפעות המחסור ניכרות גם בעומסים הגוברים על מערכות הבריאות ובזמני ההמתנה לטיפול. בבריטניה, מספר הממתינים לטיפול פיזיותרפיה עלה ב-27% מאז תחילת 2023 (Tapper, 2024). נתונים משירותי הבריאות הקהילתיים מראים כי במרץ 2023 המתינו לטיפול 323,965 איש – עלייה של 33,257 ממתנים, שהם 11% לעומת השנה הקודמת, ועלייה של 27% לעומת 254,521 ממתנים בינואר 2023 (Chartered Society of Physiotherapy, 2023b). נתונים אלו מחזקים את ההערכה כי מספר המשרות בפיזיותרפיה ב-NHS לא מדביק את קצב העלייה בביקוש, הנובע בין היתר מהזדקנות האוכלוסייה ומן העלייה בשיעורי ההשמנה בבריטניה. נוסף על כך 93% ממנהלי הפיזיותרפיה באנגליה דיווחו על מחסור בעובדים בתחום (Chartered Society of Physiotherapy, 2023a).

עדויות דומות למחסור בפיזיותרפיסטים נמצאו גם בהולנד (European Labour Authority, 2023), בבולגיה (Jouck et al., 2023) ובספרד (Redacción Médica, 2018). כמו כן בארצות

הברית יותר מ-15,000 פיזיותרפיסטים עזבו את המקצוע בין השנים 2021 ו-2022 – כ-11% מכוח העבודה בתחום הפיזיותרפיה (Alliance for Physical Therapy Quality and Innovation, 2023) (ראה פרק 4.2: אתגרים בגיוס עובדים ובשימורם).

מחסור חמור נמצא גם במקצועות בריאות אחרים. בארצות הברית יש מחסור חמור במרפאים בעיסוק (Powell et al., 2008), ובבריטניה, סקר שערך הקולג' הממלכתי לקלינאי תקשורת (Royal College of Speech and Language Therapists) מצא שיעור משרות פנויות ממוצע של 25% בשירותי קלינאות תקשורת לילדים באנגליה, ו-24% בשירותים למבוגרים (Royal College of Speech and Language Therapists [RCSLT], 2023). ממצאים דומים נצפו באירלנד, שם כ-45,000 ילדים נמצאים ברשימות המתנה לקלינאות תקשורת (Birmingham, 2021).

בספרות נמצאה עדות גם למחסור עתידי ולפערים בכוח אדם בריפוי בעיסוק. מחקר שהציג איגוד מרפאי העיסוק בקנדה מצביע על כך שבין השנים 2019–2028 צפוי מחסור של כ-2,200 מרפאים בעיסוק לצורך איוש משרות פנויות (HRSA Health Workforce, 2025a). תחזיות נוספות מצביעות על כך שב-15 השנים הקרובות צפוי מחסור מצטבר של כ-6,510 מרפאים בעיסוק, ומגמת המחסור אינה צפויה להיבלם ואף עשויה לעלות עד שנת 2030 (HRSA Health Workforce, 2025a, 2025b; Lin et al., 2015).

ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם מחקרים שבחנו מחסור בכוח אדם גם במקצועות שיקום נוספים. כך, מחקר שהתפרסם לאחרונה בארצות הברית מצא כי כבר בשנת 2022 היה מחסור של כ-12,000 פיזיותרפיסטים (5.2%) ביחס לביקוש, והמחסור צפוי להימשך גם בעתיד. לפי תחזית מחברי המאמר, עד 2037 ההיצע יגדל אך לא יסגור את הפער, והמערכת צפויה להתמודד עם מחסור של כ-9,100 משרות מלאות (3.3%). לטענת החוקרים, ללא הרחבת ההכשרה, החזרת עובדים למקצוע ושיפור יכולת שימור העובדים, המחסור צפוי להחריף ולהקשות על נגישות לטיפול (Zarek et al., 2025).

הראיונות מחזקים גם הם את העדות למחסור כללי בכוח אדם במקצועות הבריאות.² מרואיינים ציינו כי הם חווים מחסור הבא לידי ביטוי בזמני המתנה ארוכים או בחוסר יכולת לתת מענה לצורכי האוכלוסייה. מרואיינים אחרים ציינו סקרים שנערכו או דוחות הדנים במחסור בכוח אדם. כמה מרואיינים ציינו כי הם מרגישים מחסור אף על פי שרשמית אין עדות למחסור והביעו את חוסר שביעות רצונם מן האופן שבו מחסור בכוח אדם בשלושת מקצועות הבריאות מוערך במדינתם.

² מרואיינים מארצות הברית היו זהירים בקביעה כי יש מחסור בשל היעדר מחקר מקיף ומרואיינת מצרפת טענה כי לדעתה אין מחסור. מלבדם, כל המרואיינים ציינו כי ישנה עדות אמיתית למחסור על אף העובדה שהמדדים הקיימים לא מאפשרים בחינה מדויקת של פערים בכוח האדם.

4.1.1 גופים העוסקים בהערכת מחסור בכוח אדם

אף על פי שבחינת מחסור ברמה הארצית היא משימה המוטלת על ארגונים ממשלתיים כמו משרדי ממשלה ורגולטורים, ההערכה בפועל, או איסוף המידע על מחסור בהיעדר מתודה סדורה, נעשים במקרים רבים על ידי גופים מקצועיים. לדוגמה, האגודות המקצועיות של מקצועות הבריאות בקנדה בוחנות מחסור וחוזות את עתיד כוח האדם בעזרת מודלים שהן יצרו (Health Workforce Canada, 2024). כמו כן לרגולטור הלאומי אין בהכרח גישה למידע או מנדט לבחון מחסור בכל אחד מן המקצועות. לדוגמה, באוסטרליה, לממשלה יש גישה למידע על אודות ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה אבל לא על קלינאות תקשורת, מקצוע שאינו באחריות ישירה של משרד הבריאות (ראה סעיף 5.1).

הגופים הרלוונטיים לסקירה זו אשר בוחנים מחסור בכוח אדם במקצועות הבריאות הם:

א. גופים רגולטוריים. גופים ממשלתיים, כגון משרדי בריאות ואוצר האמונים על טיב ותקצוב כוח האדם במקצועות הבריאות, לרוב משחקים תפקיד חשוב בהערכת המצב. הם מסתמכים על מידע המגיע מן הארגונים המקצועיים, מלשכות סטטיסטיקה וממדדי אבטלה. נוסף על כך הם יכולים להסתמך על פרסומים אקדמיים של חוקרים בתחום, אם כי לא נמצא יחס ישיר בין פרסום מדעי לאימוץ הנתונים והשפעה על מדיניות. גופים אלו יכולים לדרוש מגורם עצמאי שיערוך מחקר עבור הממשלה בנוגע לכוח אדם במקצוע בריאות מסוים.

ב. אגודות מקצועיות. אגודות מקצועיות וקולג'ים לאומיים, כגון אגודות הפיזיותרפיסטים, קלינאי התקשורת והמרפאים בעיסוק, בוחנות בקביעות מחסור בכוח אדם. ארגונים אלו קשובים למתרחש בשטח ומייצגים את הארגונים השונים. לכן, הם הראשונים שיבחינו במחסור, הן בשל פניות של מנהלי מרכזי בריאות המדווחים על מחסור בעובדים, הן באופן אקטיבי בעזרת בחינה עצמאית של המצב (ראה שיטות חיזוי בסעיף הבא: 4.1.2). דוגמאות לארגונים אלו: אגודת הפיזיותרפיסטים האוסטרלית (Australian Physiotherapy Association), אגודת המרפאים בעיסוק הגרמנית (Deutscher Verband der Ergotherapeuten), הקולג' הממלכתי (בריטניה) לקלינאות תקשורת (Royal College of Speech and Language Therapists).

ג. גופים בין-לאומיים. בדומה לארגונים המקצועיים הקיימים בכל מדינה, ישנם גם ארגוני גג בין-לאומיים לכל מקצוע בריאות. ארגונים אלו מאגדים תחתם איגודים לאומיים של כל מדינה המשתתפת בארגון, כאשר לכל ארגון לאומי יש נציג (delegate) מטעם המדינה שהוא מייצג. ארגונים אלו יכולים גם הם לבחון סוגיות של מחסור בכוח אדם בשל גישתם למידע בכל מדינה והאפשרות לערוך השוואות. כך, לדוגמה, הפדרציה הבין-לאומית לריפוי בעיסוק (World Federation of Occupational Therapists) המליצה על הקמת מסד נתונים הנחוץ לארגון להערכת סוגיות של כוח אדם (ראה סעיף 5.2).

בסקירה הנוכחית נבחן פועלם של הארגונים האלה: הפדרציה הבין-לאומית לריפוי בעיסוק (World Federation of Occupational Therapists), הארגון האירופי לריפוי בעיסוק (European Speech and Language Therapy Association) והארגון העולמי של הפיזיותרפיסטים (World Physiotherapy). כמו כן חלק מן המרואיינים הם בעלי תפקיד בארגונים אלו.

ד. מוסדות אקדמיים ומכוני מחקר. חוקרים באוניברסיטאות ומכוני מחקר המתמחים בבניית מגמות של כוח אדם, מפרסמים ניתוחים ומאמרים אקדמיים על מחסור בכוח אדם בשלושת מקצועות הבריאות שנבחנו בסקירה זו. פרסומים אלו משקפים לרוב מאמץ של חוקרים במסגרת אוניברסיטאית, בדומה לפרסומים אקדמיים אחרים. בחלק מן האוניברסיטאות הוקמו מרכזים ייעודיים לבחינת מצב כוח האדם במקצועות הבריאות. לדוגמה, באוניברסיטת וושינגטון יש מרכז לחקר כוח האדם בבריאות (University of Washington Center for Health Workforce Studies).

4.1.2 מדדים להערכת מחסור בכוח אדם

לא נמצאה שיטה אחידה להערכת מחסור בכוח אדם ולזיהוי פערים עתידיים. ארגונים שונים במדינות שנבחנו בסקירה זו משתמשים במגוון כלים להערכת מצב כוח האדם במקצועות קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה. כמו כן מחסור של מידע ברמה הלאומית, מקשה על בחינה שיטתית של מצב כוח האדם בכל מקצוע ועל זיהוי מגמות (גידול בביקוש, בחינת ההיצע לעומת הביקוש לאורך זמן וכדומה). במרבית הראיונות עלה קושי אמיתי בהערכת פערים. מגוון השיטות הקיימות ובחינת משתנים שונים ממידע שנאסף הן על ידי הארגונים המקצועיים הן על ידי גורמים ממשלתיים, מקשה על הערכה מדויקת של מחסור ועל חיזוי מחסור עתידי (ראה פרק 5 בנוגע לפתרונות של הרגולטור האוסטרלי לסוגיה ולהמלצות הפדרציה הבין-לאומית למרפאים בעיסוק בנוגע להערכת מחסור). פרק זה מציג את השיטות והמשתנים העיקרים להערכת כוח אדם במקצועות הבריאות ואת השיטות להערכת מחסור קיים ועתידי.

4.1.2.1 סקרים

השיטה המרכזית להבנה ולהערכה של כוח האדם במקצועות הבריאות היא סקרים. נעשה שימוש בסקרים, בין השאר, להערכת מחסור בעובדים, למדידת שביעות רצון (מדד העוזר להעריך עזיבת עובדים) ולבחינת הנכונות לעבוד בפריפריה הגאוגרפית. סקרים יכולים להיות מופנים אל מנהלי מרכזי בריאות, עובדים, או סטודנטים למקצועות הבריאות, ולרוב נעשים על ידי האיגודים המקצועיים בכל מדינה (גם אם לאחר מכן נעשה בהם שימוש של הרגולטור הלאומי). כיוון שהארגונים המקצועיים מייצגים את רוב העובדים במקצוע הבריאות בכל מדינה, יש להם גישה למעסיקים ולעובדים, וכך הם יכולים להעריך את מצב כוח האדם. הערכה זו היא לעיתים כללית, לדוגמה עובדים המציינים עומס עבודה וחוסר יכולת לתת מענה הולם

לדרישות המטופלים, אך יכולה גם להיות ספציפית יותר ולתאר את משך זמני ההמתנה לתורים. סקרים אלו לא בהכרח מאפשרים ניתוח פערים בין ביקוש להיצע בכל אחד מן המקצועות, אך מראים מגמות של מחסור בכוח אדם. הסקרים יכולים להיות חד-פעמיים ואקראיים או חוזרים (לדוגמה, פעם בשנה או שנתיים). סקרים חד-פעמיים מאפשרים קבלת תמונת מצב עכשווית לקשיים באיוש משרות, ואילו סקרים חוזרים מאפשרים לזהות מגמות (לדוגמה, זמני המתנה בשנת 2025 לעומת בשנת 2020).

סקירה זו מצאה כי נעשה שימוש בסקרי מעסיקים (Birmingham, 2021; Chartered Society of Physiotherapy, 2023b; Department of Health and Age Care, 2025; Royal College of Occupational Therapists, 2023; RCSLT, 2023) כדי לבחון ולהעריך את ההיבטים האלה:

- א. מחסור בעובדים ואחוז המשרות הלא מאוישות
 - ב. זמני המתנה
 - ג. עלייה בביקוש לשירותים
- בסקרי עובדים נעשה שימוש כדי לבחון ולהעריך את ההיבטים האלה:
- א. גיל (כדי להעריך זמן פרישה)
 - ב. שביעות רצון (סיפוק, שכר, קידום, התפתחות מקצועית)
 - ג. עומס ושחיקה
 - ד. פריפריה (גאוגרפית): נכונות לעבוד באזורים מרוחקים או לעבור לעבוד במיקום גאוגרפי מרוחק)
 - ה. עזיבת המקצוע (עזיבת עובדים)

בארצות הברית נערכים סקרים קבועים בקרב סטודנטים למקצועות הבריאות. סקרים אלו נועדו:

- א. להעריך את ההעדפות התעסוקתיות של סטודנטים
- ב. לזהות מגמות בהעדפות הסטודנטים
- ג. להעריך את הביקוש לעבודה במקצועות הבריאות

בבריטניה נערך סקר לאומי שנתי של כלל האוכלוסייה הבוחן דיווחים על מוגבלויות. אנשים נשאלים אם הם סובלים ממוגבלויות ואם זה מצב כרוני. תוצאות הסקר מאפשרות לבחון מגמות של ביקוש לשירותי שיקום כגון פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק.

דוגמאות למידע שהתקבל מסקרים בבריטניה:

- 86% מן המעסיקים בריפוי בעיסוק דיווחו על עלייה בביקוש לשירותי ריפוי בעיסוק ב-12 החודשים שלפני הסקר (Royal College of Occupational Therapists, 2023)
- 78% מן המעסיקים בקלינאות תקשורת ציינו שהצוות שלהם אינו גדול מספיק כדי לענות על הביקוש (Royal College of Occupational Therapists, 2023)

- סקר שערך ה-RCSLT על משרות פנויות במקצוע מצא שיעור משרות לא מאוישות ממוצע של 25% בשירותי קלינאות תקשורת לילדים באנגליה, ו-24% בשירותים למבוגרים (RCSLT, 2023)
- 93% ממנהלי הפיזיותרפיה דיווחו על מחסור בכוח אדם שלא מאפשר לטפל בכל צורכי המטופלים (Chartered Society of Physiotherapy, 2023)

4.1.2.2 זמני המתנה

משך זמן ההמתנה לטיפול הוא מדד נוסף שמשמשים בו לבחינת מחסור בעובדים. מידע על משך זמן ההמתנה מגיע הן מסקרי מעסיקים הן מדיווחים בדוחות הארגונים המקצועיים. זמני המתנה ארוכים הם אינדיקציה לחוסר איזון: ביקוש גבוה לשירותים והיצע שירותים שאינו מספיק (מחסור בכוח אדם). לדוגמה, על פי דוח של ארגון הפיזיותרפיסטים בספרד יותר מ-43,000 אנשים ממתינים לשירותי פיזיותרפיה בבתי חולים ציבוריים, ואזורים מרוחקים יותר ממרכזי התעסוקה (פריפריה) סובלים מזמני המתנה של 15 חודשים או יותר (Redacción Médica, 2018), ובאירלנד, כ-45,000 ילדים נמצאים ברשימות המתנה לשירותי דיבור ושפה (Birmingham, 2021).

שינויים בזמני ההמתנה לאורך זמן יכולים להצביע על מגמות של מחסור בנותני שירות. לדוגמה, נתוני האגודה הבריטית לפיזיותרפיה (CSP) מראים כי מספר הממתינים לטיפול פיזיותרפיה בבריטניה עלה ב-27% מאז תחילת 2023 (Chartered Society of Physiotherapy, 2023b); (Tapper, 2024). מגמה זו, הבאה לידי ביטוי גם במדינות נוספות ובמקצועות נוספים (קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק), מצביעה על מחסור גדל בכוח אדם.

4.1.2.3 משרות פנויות (לא מאוישות)

מספר המשרות הפנויות, הלא מאוישות, הוא מדד העשוי להצביע על חוסר יכולת למצוא עובדים ומשום כך על מחסור בכוח אדם. אפשר להעריך מדד זה לאורך זמן כדי לזהות מגמות. לצד זאת אפשר לבחון את שיעורי האבטלה במקצוע מסוים ביחס לשיעור האבטלה הארצי (שיעורי אבטלה נמוכים יותר יכולים להצביע על מחסור).

להלן דוגמאות אחדות למידע הנאסף משימוש במדד זה: 96% משירותי קלינאות התקשורת לילדים ו-90% מן השירותים למבוגרים דיווחו כי הגיוס קשה יותר, או קשה הרבה יותר, מבכל תקופה אחרת בשלוש השנים שקדמו לסקר (RCSLT, 2023); דוח עצמאי בגרמניה מצא כי יש כיום 11,600 משרות פנויות בפיזיותרפיה בגרמניה (Burstvedde & Kolev-Schaefer, 2024); האגודה האמריקנית לדיבור, שפה ושמיעה (ASHA) מצאה כי בשנת 2023, 57% מן המשתתפים בסקר קלינאי התקשורת שהיא ערכה דיווחו כי מספר המשרות הפנויות עולה על מספר מחפשי העבודה בסוג המוסד שבו הם מועסקים (American Speech-Language-Hearing Association, 2024).

אולם, מדד זה מוגבל בעיקר בחוסר רגישותו למשרות במגזר הפרטי. בראיונות עם שתי מומחיות בתחום מקנדה, הן לא התייחסו כלל למדד זה והדגישו את היעדרו של מסד נתונים שיאפשר

הערכת מחסור ואת הקשיים הפרטניים בכל פרובינציה וטריטוריה. מן הראיונות עלה שבשל העובדה שנתונים מן המגזר הפרטי אינם מובאים בחשבון בניתוח מצב כוח האדם, קשה לקבל הערכה אמיתית של מחסור או עודף. מרואיינים מאוסטרליה ציינו כי שימוש במשרות פנויות כאינדיקטור למחסור בעובדים הוא בעייתי, משום שמשרה פנויה אינה בהכרח משקפת היעדר כוח אדם. לעיתים יש עובדים זמינים באזור, אך הם נמנעים מלהגיש מועמדות בשל התרבות הארגונית במקום עבודה מסוים (לדוגמה, במחלקה בבית חולים). לכן, צריך להתייחס בזהירות לנתונים על מספר המשרות הפנויות.

ביקורת דומה נשמעת מארגון הפיזיותרפיסטים הבריטי (CSP). הארגון ביקר את הדגש המושם על שיעורי המשרות הפנויות כאמצעי למדידת המחסור בכוח האדם. על פי הארגון זהו מדד מוגבל, ואילו מדד מדויק ומועיל יותר הוא השוואה בין היצע כוח האדם ובין חישוב הביקוש לכוח אדם (לשירותים) הנדרש כדי לעמוד בצורכי האוכלוסייה. רייצ'ל ניוטון (Rachel Newton), ראש תחום המדיניות של ארגון הפיזיותרפיסטים הבריטי, הוסיפה: "התמקדות בשיעורי המשרות הפנויות בלבד מטשטשת את המחסור ההיסטורי בכוח אדם בכל תחומי השיקום ב-NHS. על NHS אנגליה לעבוד עם איגודים מקצועיים ועם ארגוני העובדים כדי לקבוע דרישות כוח אדם ריאליות, שיאפשרו לספק שירותים העומדים בתקני האיכות ובהנחיות למתן שירות" (Chartered Society of Physiotherapy, 2024).

4.1.2.4 יחס משרות לנפש

מספר המשרות לנפש הוא מדד מקובל לבחינת מספר נותני השירות ביחס לגודל האוכלוסייה. במדד זה נעשה שימוש לבחינת מחסור בכוח אדם בפיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת. לדוגמה, מספר הפיזיותרפיסטים לכל 100,000 איש (מדד זה גם מאפשר לבחון מחסור לפי אזורים גאוגרפיים). המדד אינו מאפשר לדעת את המספר הרצוי של עובדים ביחס לגודל האוכלוסייה, אך הוא מאפשר השוואה בין מדינות. לדוגמה, על פי האגודה הבריטית לפיזיותרפיה (CSP) בבריטניה יש פיזיותרפיסט אחד לכל 1,136 איש, לעומת גרמניה שבה יש פיזיותרפיסט אחד לכל 430 איש, ואוסטרליה שבה פיזיותרפיסט אחד לכל 742 איש (Chartered Society of Physiotherapy, 2023b, 2024).

למדד זה כמה חסרונות. ראשית, כאמור, הוא לא מאפשר לדעת מה היחס הרצוי בין עובדים לאוכלוסייה. שנית, לרוב מדד זה לא רגיש לחלקיות משרה. מריאיון עם מומחית הולנדית לריפוי בעיסוק עלה כי נשים הולנדיות העוסקות במקצוע (שבדרך כלל עוסקות בו נשים) לרוב אינן עובדות במשרה מלאה. זהו פן תרבותי על פיו מקובל בהולנד שנשים יעבדו במשרה חלקית. כמו כן מדד זה מתייחס לרוב למשרות ציבוריות ולא למשרות פרטיות. יש שוני רב בין מדינות באופן מתן השירות. בקנדה וארצות הברית, לדוגמה, חלק גדול מן השירותים ניתנים במגזר הפרטי, ואילו במדינות כמו פורטוגל והולנד השירות ניתן כמעט לחלוטין במגזר הציבורי. השוואה בין יחס עובדים לאוכלוסייה במדינות שונות, ללא התייחסות לשינויים מבניים אלו, עשויה לספק

מידע חלקי ולא מדויק על יחס העובדים במדינה. חיסרון נוסף הוא העובדה שישנם בעלי רישיון עבודה (פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת) שאינם עובדים במקצוע או שעובדים במשרה חלקית, כפי שהוזכר לעיל. מצב זה יוצר קושי מתודולוגי בהערכת מצב כוח האדם של נותני השירות והיחס האמיתי של נותני השירות לגודל האוכלוסייה הנגזר ממנו. סוגיה זו עלתה בכמה ראינות.

4.1.2.5 הוצאת רישיון עבודה וחידושו

בשל מגבלות המדד הקודם (יחס משרות לגודל האוכלוסייה), מדד נוסף אשר נמצא בשימוש ועלה בראינות הוא בחינה של הוצאת רישיון או חידושו. לשלושת התחומים חוקים משתנים בנוגע לזכאות לעבוד במקצוע, וברוב המדינות ישנה דרישה לחידוש רישיון, כאשר תדירות החידוש משתנה בין מדינות ובין מקצועות (בדרך כלל אחת לשנתיים-שלוש). מדד זה מאפשר לאמוד במדויק את מספר הפיזיותרפיסטים, המרפאים בעיסוק וקלינאי התקשורת הפעילים בכל מדינה, בין הם עובדים במגזר הציבורי או בין במגזר הפרטי (ככל שיש מידע), וכן לבחון את מספר העובדים הפעילים בזמן נתון ואת מגמות השינוי בתעסוקה, על בסיס ניתוח נתוני חידושי רישיונות. החיסרון של מדד זה הוא חוסר רגישותו לחלקיות משרה, שכן עובד יכול לחדש את הרישיון ולעבוד במשרה חלקית או מלאה. לפיכך, בחינה של חידושי רישיון אינה מאפשרת רזולוציה תעסוקתית כזו, אך כן מאפשרת בחינה של מגמות שינוי בכוח אדם (לרבות כניסה של עובדים חדשים והמשך העסקה בכל מקצוע). נוסף על כך הוצאת רישיון או חידושו אינם מעידים בהכרח על עיסוק בפועל במקצוע, שכן בעל רישיון בתוקף לא בהכרח יעבוד במקצוע.

4.1.3 חיזוי לאומי של מחסור בכוח אדם

רגולטורים וחוקרים משתמשים בשיטות מגוונות לחיזוי וניבוי של מחסור בעובדים במקצועות הבריאות. שיטות אלו נעזרות בחלק מן המדדים המתוארים בפרק 4.1.2. כאמור, היעדר מסד נתונים מלא (ראה 4.1.4) הוא אתגר הן לחוקרים הן לגורמים ממשלתיים המנסים להעריך מחסור ולחזות מגמות עתידיות בכוח אדם, אתגר המשפיע על המתודולוגיה ועל ההנחות שחוקרים נדרשים להניח בהיעדר מידע מלא. לעיתים חוקרים במסגרת אקדמית מסתמכים על מידע שהם מצליחים להשיג (לדוגמה, הזדקנות האוכלוסייה, תחלואה, פרישה ועזיבה של המקצוע), גם אם הוא חלקי, ובונים מודלים על פיו. מרבית המודלים משתמשים בניבוי המחסור על פי נתונים קיימים, בחינה היסטורית של מגמות בכוח אדם ותרחישים כלכליים שונים אשר עשויים להשפיע על מצב כוח האדם. הנחות המבוססות על מגמות היסטוריות נעשות כדי להתמודד עם מידע חסר (בעיקר בנוגע לביקוש למקצוע). פרק זה יסקור מודלים עיקריים להערכת מחסור וחיזוי מגמות בכוח אדם כפי שעלו בספרות האקדמית ובאתרים ממשלתיים (לוח 1), וידון בביקורת הקיימת על המתודולוגיות של מודלים אלו.

מרבית המודלים מנסים להעריך את היחס בין ההיצע והביקוש של כוח האדם ומכך להסיק על מחסור. היצע כוח אדם מתייחס למספר ולהרכב של אנשי המקצוע בתחום הבריאות

התורמים לכוח העבודה במערכת הבריאות (פונקציה של יכולת ההכשרה במדינה, יחס בין אנשי מקצוע הנכנסים והעוזבים את המדינה, תמותה ופרישה של אנשי מקצוע בתחום הבריאות, ועוד) (Scheffler et al., 2018). הביקוש לכוח אדם מתייחס לצורכי הבריאות של האוכלוסייה (Health Workforce Canada, 2024) אשר במודלים של תכנון כוח אדם מתורגמים למספר אנשי המקצוע הנדרשים לצורך אספקת שירותי הבריאות, המוגבלים על ידי היכולת הכלכלית של המערכת לממן משרות (Scheffler et al., 2018; World Health Organization, 2016).³

לוח 1: דוגמאות למדידת ביקוש והיצע במדינות השונות

מדינה	ביקוש	היצע
ארצות הברית	חיזוי השימוש בשירותי בריאות באמצעות מודלים סטטיסטיים המבוססים על מאפייני האוכלוסייה (דמוגרפיה, מצב בריאות ומאפיינים חברתיים-כלכליים) ועל דפוסי שימוש בשירותי בריאות בפועל; מתורגם להיקף כוח אדם נדרש במונחי משרה מלאה באמצעות יחסי כוח אדם-שירות (HRSA Health Workforce, 2025b).	מספר אנשי מקצוע פעילים במונחי משרה מלאה, המתעדכן לאורך זמן באמצעות כניסות למקצוע (בוגרים חדשים ומעבר מקצועי) ועזיבה של המקצוע (פרישה ומעבר למקצועות אחרים) (HRSA Health Workforce, 2025b).
קנדה	היקף המשרות שיש לאייש, הנובע מצמיחת תעסוקה (משרות חדשות) ומהחלפת עובדים עקב פרישה, פטירה או הגירה (Government of Canada, 2024).	היקף מחפשי העבודה הנכנסים לשוק העבודה, כולל בוגרי מערכת החינוך, מהגרים, חוזרים לשוק העבודה ועובדים המחליפים מקצוע (Government of Canada, 2024).
בריטניה	הערכת כוח האדם הנדרש למתן שירותי בריאות, על בסיס מאפייני האוכלוסייה, התחלואה והרחבת השירותים; משרות לא מאוישות משקפות צורך מיידי בכוח אדם במערכת (NHS England, 2023).	מספר אנשי המקצוע הזמינים במערכת, בהתבסס על כוח האדם הקיים ובתוספת הכשרה וגיוס עובדים חדשים, ובניכוי עזיבה ופרישה של עובדים (NHS England, 2023).

³ בספרות ישנם שימושים שונים למונח "ביקוש": ביקוש לשירותי בריאות, ביקוש לכוח אדם הנגזר מהיקף השירותים, וביקוש במובן הכלכלי של מספר העובדים שמערכת הבריאות יכולה להעסיק. הביקוש קשור להיקף ההוצאה על בריאות של הממשלה, ביטוח פרטי ותשלומים ישירים של מטופלים (Scheffler et al., 2018).

מדינה	ביקוש	היצע
בלגיה	מבוסס בעיקר על אינדיקציות דמוגרפיות (לדוגמה, גידול והזדקנות האוכלוסייה) והשוואה של שיעור אנשי המקצוע ביחס לאוכלוסייה בין אזורים ובין תקופות זמן, ולא על מדידה ישירה של צרכים או שימוש בשירותים (Jouck et al., 2023).	נמדד באמצעות קישור נתונים כגון רישוי, תעסוקה ופעילות בפועל, תוך כדי הבחנה בין מורשים לעסוק, פעילים מקצועית (כלומר עובדים במקצוע גם מחוץ למערכת הבריאות), ופעילים במערכת הבריאות, וכן באמצעות היקף עבודה במונחי משרה מלאה (Jouck et al., 2023).
צרפת	צריכת שירותים רפואיים קיימת, המשמשת להערכת הצורך בכוח עבודה (Rocard, 2024).	דמוגרפיה של העובדים הקיימים, ותחזיות המבוססות על מספר הסטודנטים והבוגרים, שיעורי מעבר ונשירה ומשך ההכשרה (Rocard, 2024).
אוסטרליה	מוערך על בסיס דפוסי השימוש בעבר בשירותי בריאות ובשירותי תמיכה לאנשים עם מוגבלות, כולל אשפוזים, ביקורים במרפאות חוץ, פניות לחדרי מיון, נתוני החזרים ממערכת הביטוח הממשלתית (מדיקר) ונתונים על היקף השימוש בשירותים במסגרת התוכנית הלאומית למימון שירותים לאנשים עם מוגבלויות. כאשר הדבר מתאפשר מובאות בחשבון גם אינדיקציות לביקוש שלא נענה, כגון זמני המתנה. היקף השירותים מתורגם לשעות עבודה ולמספר העובדים הנדרשים במונחי משרה מלאה (Australian Government, 2024a; Department of Health and Age Care, 2025).	מוערך בעיקר מנתוני רישוי מקצועי והיתרי עיסוק, המשמשים להערכת היקף שעות העבודה והמתן למספר עובדים במונחי משרה מלאה (Australian Government, 2024a; Department of Health and Age Care, 2025).

מדינה	ביקוש	היצע
פורטוגל	נגזר מתחזיות לביקוש לשירותי בריאות, המבוססות על גורמים דמוגרפיים וכלכליים, ומתורגם לגידול במספר העובדים הנדרש (Schneider et al., 2022c).	מוערך לפי מאפייני כוח האדם הקיים (כגון גיל העובדים) ולפי תחזיות בנוגע לגודל כוח העבודה הזמין במדינה, כלומר מספר האנשים בגיל עבודה הצפויים להשתתף בשוק העבודה. תחזיות אלה מבוססות על הנחות דמוגרפיות כגון הגירה, ילודה ותמותה (Schneider et al., 2022c).
גרמניה	אינו נמדד ישירות; מוסק בעקיפין באמצעות אינדיקטורים של שוק העבודה המשקפים את צורכי המעסיקים, כגון מספר משרות פנויות ומשך איוש משרות (Federal Employment Agency, 2024).	ההיצע אינו נמדד ישירות כהיקף כוח אדם זמין, אלא מוערך בעקיפין באמצעות אינדיקטורים של זמינות עובדים בשוק העבודה, בעיקר שיעור האבטלה הספציפי למקצוע ושיעור המובטלים המשתלבים מחדש בשוק העבודה (Federal Employment Agency, 2024).
אוסטריה	אינו מוגדר באמצעות מדד יחיד, אלא מתואר דרך תעסוקה בפועל, גידול במספר המשרות ותחזיות המבוססות על שימוש בשירותים והזדקנות האוכלוסייה (Schneider et al., 2022a).	מספר אנשי מקצוע רשומים ופעילים, לפי מקצוע, גיל, אזור, סוג עיסוק ויחסם לאוכלוסייה (Gesundheit Österreich GmbH, 2025).
אירלנד	נגזר מהיקף השימוש בשירותי בריאות (ביקורים, אשפוזים, ימי טיפול), ומתורגם לדרישות כוח אדם במונחי משרה מלאה (Keegan et al., 2022).	מספר אנשי המקצוע הפעילים במונחי משרה מלאה, לפי מקצוע ואזור (Keegan et al., 2022).

מדינה	ביקוש	היצע
הולנד	נגזר מן הצורך בשירותי בריאות, כפי שמשתקף בהיקף התעסוקה בתחום, בצמיחת התעסוקה לאורך זמן, ובתחזיות לעתיד המבוססות על גורמים דמוגרפיים וכלכליים (Schneider et al., 2022b).	נמדד לפי מספר העובדים הקיימים במערכת הבריאות והסיעוד, ומוערך גם לפי יכולת המערכת לשמר ולהגדיל אותו בעתיד, בהתאם לגיל העובדים, גודל כוח העבודה הכללי, הגירה, פרישה, ילודה ותמותה (Schneider et al., 2022b).
הפדרציה העולמית לריפוי בעיסוק (WFOT)	נבחן באמצעות מדדים כגון שימוש בפועל בשירותים, משרות פנויות וקושי בגיוס עובדים, וכן לפי הערכת צורכי האוכלוסייה (למשל הזדקנות האוכלוסייה ותחלואה) (Jesus et al., 2024).	נמדד כמספר אנשי המקצוע הזמינים והפעילים, ומתעדכן לאורך זמן באמצעות הצטרפות למקצוע (למשל בוגרים חדשים) ועזיבה (כגון פרישה או החלפת מקצוע), וכן לפי פיזור גאוגרפי וסוגי מסגרות תעסוקה (Jesus et al., 2024).

[^] מדד כללי המתייחס בעיקר להערכת כוח עבודה של רופאים.

^{^^} מדדי ההיצע והביקוש של כוח האדם הרפואי המתוארים אינם מתייחסים באופן פרטני לשלושת מקצועות הבריאות.

^{^^^} המלצות לבחינת ביקוש והיצע בריפוי בעיסוק.

4.1.3.1 חיזוי כוח אדם בספרות האקדמית

מידע שנאסף מראיונות עם מומחים מדגיש כי לא נעשה מחקר מספק על סוגיות כוח אדם במקצועות הבריאות כגון פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת, ומרבית המחקר הקיים מתמקד ברופאים ובאחיות (אם כי במידה פחותה) (Jesus et al., 2023; Jesus et al., 2022a, 2022b). להלן דוגמאות אחדות לפרסומים אקדמיים שבחנו סוגיות של מחסור באחד או יותר ממקצועות הבריאות הרלוונטיים לסקירה זו.

ביקוש לשירותי פיזיותרפיה (Zimbelman et al., 2010) וריפוי בעיסוק (Lin et al., 2015) בארצות הברית:

הביקוש לשירותים נמדד על ידי תרגום של הזדקנות האוכלוסייה להוצאה על שירותי בריאות (דולרים). תרגום זה נסמך על המרת שינויים דמוגרפיים להוצאות בריאות אישיות על שירותי מדיקר ומדיקייד (Medicare & Medicaid Services) בארצות הברית. מודל הביקוש תוכנן בהנחה שגידול האוכלוסייה והגיל יהיו הגורמים המרכזיים שיניעו את הביקוש העתידי לשירותים תוך כדי הסתמכות על תחזיות גיל-אוכלוסייה של לשכת מפקד האוכלוסין של ארצות הברית (United States Census Bureau [USCB], 2008). בעזרת שיטה זו חזו החוקרים את הביקוש העתידי לשירותי בריאות (לדוגמה, עד שנת 2030) כסכום כולל בדולרים.

היצע של נותני שירותי פיזיותרפיה (Zimbelman et al., 2010) וריפוי בעיסוק (Lin et al., 2015) בארצות הברית:

בדומה למודל הביקוש, גם מודל ההיצע הניח שהשינויים בהיצע הפיזיותרפיסטים נקבעים בעיקר על פי גיל וגידול באוכלוסייה והשתמש בנתונים מתוך [סקרי אוכלוסייה](#) שנערכו במשותף על ידי לשכת הסטטיסטיקה של העבודה (Bureau of Labor Statistics [BLS]) ולשכת מפקד האוכלוסין של ארצות הברית (USCB). להערכת מאפייני כוח העבודה, חושב ממוצע הגילים של העוסקים בפיזיותרפיה בארצות הברית במשך עשר שנים בקבוצות הגיל האלה: 19-20, 24-25, 34-35, 44-45, 54-55, 64-65, ו-65+. הסתברות זו, אשר נמדדה לאורך עשור, הוכפלה בגידול האוכלוסייה הצפוי בכל קטגוריית גיל לפי תחזיות מפקד האוכלוסין. כך העריכו החוקרים את מספר האנשים בכל קבוצת גיל שיאישו משרות הפיזיותרפיה בכל שנה עד 2030.

כך, לדוגמה, המדד ששימש לדירוג במחקר של לין ואח' (Lin et al., 2015) ובמחקר של זימבלמן ואח' (Zimbelman et al., 2010) היה יחס המחסור בפיזיותרפיסטים או המרפאים בעיסוק המוגדר כהפרש בין הביקוש לעובדים ובין ההיצע שלהם לכל 10,000 איש, והוא חושב באמצעות הנוסחה שלהלן (אשר משתמשת במדדים המוזכרים לעיל) לכל מדינה (state) בארצות הברית (הנוסחה מתייחסת הן לפיזיותרפיה הן לריפוי בעיסוק):

ביקוש לפיזיותרפיה במדינה - היצע פיזיותרפיה במדינה / אוכלוסיית המדינה $\times 10^4 =$ יחס מחסור בפיזיותרפיה במדינה.

$$\frac{[\text{State}] \text{ PT Demand} - [\text{State}] \text{ PT Supply}}{[\text{State}] \text{ Total Population}} \times 10^4 = [\text{State}] \text{ PT Shortage Ratio}$$

מקור: Zimbelman et al., 2010

לנדרי ואח' (Landry et al., 2016) השתמשו במתודולוגיה שונה. הם מדדו את ההיצע על ידי חיבור המספר המשוער של הפיזיותרפיסטים הפעילים (בעלי רישיון; מתוך <https://www.fsbpt.org>) וההערכה של בוגרים חדשים של תוכניות לימוד בפיזיותרפיה, יחד עם מספר הפיזיותרפיסטים שהיגרו לארצות הברית, בניכוי אזרחים אמריקנים שלא עברו את בחינת הרישוי, וכן שיעור נטישה מוערך בכל שנה. ביקוש נקבע תחילה באמצעות חישוב הביקוש בשנת 2010, הכולל את מספר הפיזיותרפיסטים שעבדו בפועל וכן את מספר המשרות הפנויות באותה שנה. נתון זה יצר יחס ביקוש בסיסי, שהוכפל לאחר מכן בתחזיות גודל האוכלוסייה המבוטחת בכל שנה עד שנת 2020.⁴ הפער בין ההיצע הצפוי לביקוש הצפוי בכל שנה מצביע על מחסור או עודף במקצוע (מחסור או עודף בפיזיותרפיסטים).

⁴ תחזית גידול האוכלוסייה של מפקד האוכלוסין של ארצות הברית.

מאמר נוסף (Zarek et al., 2025), אשר פורסם לאחרונה ומבוסס על מאגר נתונים עדכני יותר, מעריך את ההיצע באמצעות מודל מיקרו-סימולציה הנשען על אומדן בעלי הרישיון של מועצות הרישוי לפיזיותרפיה בארצות הברית (Federation of State Boards of Physical Therapy [FSBPT]). זהו הגוף המרכז את נתוני הרישוי של פיזיותרפיסטים בכל מדינה. נתונים אלו משולבים עם נתוני החברות של הפיזיותרפיסטים באיגוד הפיזיותרפיסטים האמריקני (American Physical Therapy Association [APTA]) ועם סקר APTA משנת 2024, הכולל מידע על דמוגרפיה, שעות עבודה, עומס עבודה ודפוסי פרישה. כך נבנה מדגם מייצג של כוח העבודה ומוערכים תהליכי כניסה ויציאה מן המקצוע. הביקוש מחושב באמצעות נתוני אוכלוסייה ותחלואה ממקורות פדרליים שונים וניתוח דפוסי שימוש בשירותי פיזיותרפיה במגוון מסגרות טיפול, ולאחר מכן מוערכת כמות המשורות המלאות (Full-Time Equivalent [FTE]) הנדרשות כדי לספק את היקף השירותים הצפוי עד 2037. את המחסור הם מחשבים באמצעות השוואה ישירה בין היצע לביקוש.

נוסף על מחקרים לאומיים, הספרות האקדמית כוללת גם מחקרים השוואתיים בין-לאומיים, כגון המחקר של ח'סוס ואח' (Jesus et al., 2022a). מחקר זה בחן את הגורמים הקשורים להיצע כוח האדם בשיקום פיזי (פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק) ב-35 מדינות בעלות הכנסה גבוהה, ובדק אם רמת הצורך בשיקום באוכלוסייה קשורה להיקף ההיצע. היצע כוח האדם הוגדר מספר הפיזיותרפיסטים והמרפאים בעיסוק הפעילים לכל 10,000 תושבים, על בסיס נתוני הפדרציות המקצועיות הבין-לאומיות. הצורך בשיקום נמדד באמצעות מדד משוקלל של שנים שאנשים חיו עם מוגבלות (Years Lived with Disability [YLDs]) עבור מצבים רפואיים הדורשים התערבות שיקומית, על בסיס נתוני נטל המחלות הגלובלי (Global Burden of Disease). באמצעות ניתוח גרסיות רב-משתני, ולאחר התאמה למשתנים סוציו-דמוגרפיים וכלכליים (ובהם תוצר לאומי גולמי לנפש, גודל האוכלוסייה והוצאה לאומית על בריאות), נמצא כי היצע כוח האדם בפיזיותרפיה ובריפוי בעיסוק משתנה במידה רבה בין מדינות בעלות הכנסה גבוהה. שונות זו אינה מוסברת על ידי צורכי האוכלוסייה בתחום השיקום. מדדים כלכליים (הוצאה לאומית גולמית לנפש והוצאה על בריאות כאחוז מהתמ"ג) וגודל האוכלוסייה הם המשתנים העשויים להסביר היטב שונות בהיצע.

מאמר נוסף של ח'סוס ואח' (Jesus et al., 2022b) עומד על מגבלת המחקר בכוח אדם ומציג סקירה, מיפוי וניתוח תוכן של מחקרי כוח אדם במקצוע ריפוי בעיסוק ברחבי העולם, במטרה לזהות מגבלות מתודולוגיות ואתגרים מרכזיים בניתוח כוח האדם שעלו בספרות. הסקירה כוללת 57 מאמרים שפורסמו בין 1997–2022. הממצאים מצביעים על מגבלות כגון הסתמכות על מחקרים בנקודת זמן אחת (ולא לאורך זמן), מדגמים קטנים ולא מייצגים, התמקדות בהקשרים מקומיים צרים, קושי בסינתזה של ממצאים ממקורות שונים, היעדר ניתוח סטטיסטי מהימן, ובעיקר מחסור בנתוני כוח אדם מפורטים, עדכניים ונגישים לצורך ניטור מתמשך ומעקב. בהתאם לכך, החוקרים ממליצים על חיזוק איסוף נתוני כוח אדם שיטתי, פיתוח מחקרי אורך

הכוללים התערבויות כגון גיוס ושימור, בחינת השפעת מדיניות על תוצאות סופיות, קידום תכנון לאומי מתואם של כוח האדם, וחיזוק שיתופי פעולה בין-לאומיים במחקר ופיתוח של כוח אדם בריפוי בעיסוק.⁵

4.1.3.2 חיזוי לאומי ממשלתי של מחסור בכוח אדם

לגופים ממשלתיים כמו רגולטורים, מנהל משאבי הבריאות, לשכות סטטיסטיקה, משרדי ממשלה וגופים לאומיים נוספים יש דרכים מגוונות להעריך מחסור קיים ועתידי בכוח אדם. יכולת זו תלויה בגישה למידע, בקיום מסד נתונים המאפשר ניתוח ובטיבו של מסד נתונים זה (ראה 4.1.4). בחינה ארצית יכולה להתבסס על שיטות ניתוח זהות לכל מקצועות המשק, רק למקצועות הבריאות, או למקצוע מסוים, כגון רופאים ואחיות בלבד. מניתוח הראינות עלה כי במדינות רבות לממשלות אין כלים – או שכלים אלו עדיין בשלבי בנייה (Health Workforce Canada, 2024; Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025) (ראה גם סעיפים 5.1, 5.2) – כדי להעריך ולנבא מחסור עתידי בכוח אדם בפיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק. מן הראינות עלה כי מצב זה נובע, בין היתר, מסדרי עדיפויות לאומיים אשר, על פי תפיסת המרואיינים, מייחסים למקצועות בריאות אלו חשיבות נמוכה מזו המוענקת למקצועות כגון רפואה וסיעוד. לכן, במרבית המדינות לא הוקם מסד נתונים, לא הוקמה תוכנית לאומית לבחינה ולטיפול במחסור בעובדים והסוגיה לא עולה לסדר היום לעומת סוגיות בריאות אחרות (ראה פרק 6: דיון ומסקנות). להלן כמה דוגמאות של הערכות לאומיות של מחסור בכוח אדם בשלושת מקצועות הבריאות.

סוכנות התעסוקה הפדרלית בגרמניה:

הערכת המחסור בכוח אדם של סוכנות התעסוקה הפדרלית בגרמניה (Bundesagentur für Arbeit) מבוססת על ההנחה שאין מדד יחיד היכול להצביע על מחסור, ולכן היא נשענת על שילוב שיטתי של משתנים כמותיים ברמת המקצוע. הניתוח מזהה מחסור כאשר כמה משתנים מצביעים בעקביות על קשיים מתמשכים באיוש משרות, והוא אינו מספק תחזית עתידית או הערכה של מספר עובדים חסרים במונחים מוחלטים. סיווג המקצועות נקבע על בסיס שישה משתני מחסור מרכזיים: משך איוש משרות (חציון), יחס דורשי עבודה למשרה פנויה, שיעור אבטלה ספציפי למקצוע, שינוי בשיעור עובדים זרים מתוך המועסקים (כביטוי לאסטרטגיות התאמת גיוס), שיעור היציאה של מובטלים לתעסוקה והשכר החציוני. לכל המשתנים מוגדרים ספי החלטה – חלקם קבועים ונשענים על ממוצעים ארוכי טווח, וחלקם יחסיים ונקבעים לפי סטייה מן הממוצע באמצעות סטיית תקן – והם מדורגים לאחת מארבע קטגוריות המקבלות ניקוד בין 0 ל-3. כל המשתנים משוקללים במשקל שווה, והציון הכולל

⁵ לבחינה נוספת של סקירת והיקף והמתודולוגיות של המחקר הקיים בעולם של כוח אדם בריפוי בעיסוק, ראה ח'סוס ואח' (Jesus et al., 2023).

למקצוע מחושב כממוצע אריתמטי של ששת משתני המחסור; ציון ממוצע של 2.0–3.0 מסווג מחסור, 1.5–1.99 מגדיר מקצוע במעקב, ופחות מ-1.5 מצביע על היעדר מחסור (Federal Employment Agency, 2024).

מלבד משתני המחסור, הערכת מצב כוח האדם כוללת שתי קטגוריות נוספות של משתנים המסייעות לפרש את התמונה ולהעריך סיכונים עתידיים (לוח 2). משתני הסיכון נועדו לזהות מקצועות שעלולים להתמודד עם קשיי גיוס בטווח הקרוב, גם אם אינם מסווגים כיום במחסור, וכוללים את השינוי בשיעור העובדים המבוגרים (בני 60+), שיעור מקומות ההכשרה המקצועית הלא מאוישים, יחס בוגרים-מועסקים, ופוטנציאל המעבר בין מקצועות. כמו כן משתנים משלימים מספקים זווית נוספת להבנת תפקוד השוק והאופן שבו אפשר לפרש את מדדי המחסור. משתנים משלימים אלו כוללים: נידות מקצועית, שיעור משרות פנויות, שיעור עבודה במשרה חלקית ושיעור עצמאיים. משתנים אלו אינם משמשים לקביעת סיווג המחסור עצמו, אך הם מאפשרים להבחין, למשל, בין שיעורי אבטלה גבוהים הנובעים מניידות מקצועית מוגבלת לכאלה המתקיימים בשוק גמיש יותר, ובכך תורמים להערכה מושכלת וזהירה של מצב כוח האדם (Federal Employment Agency, 2024).⁶

לוח 2: 14 המשתנים שעליהם מבוססת הערכת המחסור של סוכנות התעסוקה הפדרלית בגרמניה

משתני מחסור	משתני סיכון	משתנים משלימים
משך איוש משרה (חציון); יחס דורשי עבודה למשרה פנויה; שיעור אבטלה ספציפי למקצוע; שינוי בשיעור עובדים זרים מבין המועסקים הכפופים לביטוח סוציאלי; שיעור יציאה של מובטלים לתעסוקה; התפתחות השכר החציוני	שינוי בשיעור העובדים המבוגרים (בני 60+); שיעור מקומות הכשרה מקצועית לא מאוישים מתוך כלל מקומות ההכשרה הרשומים; יחס בוגרים-מועסקים; פוטנציאל נידות	ניידות מקצועית; שיעור משרות פנויות; שיעור עבודה במשרה חלקית; שיעור עובדים עצמאיים

⁶ בהתבסס על מתודולוגיה זו, ממצאי הדוח מצביעים על מחסור מובהק בקטגוריה של טיפולים לא-רפואיים ואלטרנטיביים (non-medical therapy and alternative medicine). קטגוריה זו כוללת, בין היתר, את המקצועות פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת, אשר בגרמניה מסווגים יחד לצורכי ניתוח שוק העבודה. ניתוח המחסור הארצי מראה כי המחסור בולט במיוחד בשלושת המקצועות האלו, ובשנת 2023 לא היה אף מחוז פדרלי אחד שבו לא זוהה מחסור. ערכי מדדי המחסור בקטגוריה זו גבוהים בעקביות בכל רחבי המדינה, דבר המעיד על מחסור ארצי מתמשך ולא על תופעה אזורית או זמנית (Federal Employment Agency, 2024).

מודל המיקרו-סימולציות של מנהל משאבי הבריאות הפדרלי בארצות הברית (HRSA):

מנהל משאבי הבריאות הפדרלי בארצות הברית (HRSA) משתמש במודל התחזיות הלאומי (Health Workforce Simulation Model [HWSM]) שמטרתו להעריך את ההיצע והביקוש במקצועות הבריאות, ובהם מקצועות הבריאות כמו ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וקלינאות תקשורת (HRSA Health Workforce, 2016, 2025a). המודל משתמש במיקרו-סימולציה המדמה באופן פרטני את מאפייני העובדים ואת החלטותיהם לאורך זמן, ומשלב מקורות מידע רבים כדי לספק תמונת מצב עדכנית ולחזות מחסורים עתידיים. המודל משלב נתוני דמוגרפיה, תעסוקה ובריאות ממקורות פדרליים ומאגודים מקצועיים, ומריץ סימולציה שנתית של תנועות כניסה ויציאה משוק העבודה לצד תחזיות לשימוש בשירותי בריאות, ברמת המדינה (state) והמחוז.

לצורך חישוב ההיצע, המודל משתמש במספר העובדים הפעילים בתחילת שנת הבסיס. לאחר מכן הוא מוסיף עובדים חדשים שנכנסים למקצוע, כגון בוגרים חדשים ואנשי מקצוע העוברים לתחום, ומחסיר את אלו היוצאים, כגון פורשים ואנשי מקצוע העוזבים למקצועות אחרים. התוצאה היא מספר העובדים במונחי משרה מלאה (FTE) בסוף אותה שנה. ערך זה הופך לערך הפתיחה של השנה הבאה, והמחזור נמשך כך עד לסוף תקופת התחזית.⁷

הערכת ההיצע מבוססת על מספר אנשי המקצוע הפעילים במונחי משרה מלאה לשבוע (40 שעות עבודה שבועיות). בסיס הנתונים להערכת ההיצע מבוסס על סקרי האוכלוסייה בארצות הברית (American Community Survey [ACS]) המשמשים לזיהוי מספר העובדים הפעילים לפי גיל, מגדר ומיקום גאוגרפי, ועל נתוני התעסוקה הרשמיים של הלשכה לסטטיסטיקה של תעסוקה ושכר (Occupational Employment and Wage Statistics [OEWS]). נתוני רישוי של איגודים מקצועיים כגון האגודה האמריקנית לפיזיותרפיה (American Physical Therapy Association [APTA]), האגודה האמריקנית לריפוי בעיסוק (American Occupational Therapy Association [AOTA]) והאגודה האמריקנית לקלינאות תקשורת ושמיעה (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]) משלימים את תמונת ההיצע של בעלי הרישיון הפעיל.

נתוני ההכשרה על מספר הבוגרים החדשים מתקבלים ממערכת הנתונים המשולבת של מוסדות ההשכלה הגבוהה בארצות הברית (Integrated Postsecondary Education Data System [IPEDS]) וממקורות מקצועיים ייעודיים, כמו הפדרציה של מועצות הרישוי המדינתיות לפיזיותרפיה (Federation of State Boards of Physical Therapy [FSBPT]). המודל מעדכן את ההיצע מדי שנה באמצעות הוספת בוגרים חדשים והפחתת עובדים הפורשים או אלו המשנים קריירה, בהתאם לדפוסים הנמדדים בסקר הקהילתי האמריקני (American Community Survey [ACS]) ובסקר האוכלוסייה השוטף (Current Population Survey [CPS]).

⁷ גורמים בשוק העבודה, כמו שכר ואבטלה, משפיעים על כניסות ויציאות מן המקצוע. לדוגמה, עובדים עשויים לבחור לעזוב את התחום אם השכר במקצועות אחרים עולה והופך אותם לאטרקטיביים יותר.

לצורך חישוב הביקוש, נבחנו מאפייני האוכלוסייה בארצות הברית, כולל מאפיינים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים של האוכלוסייה הנוכחית והעתידית, וכן ההתפלגות הגאוגרפית שלה. המודל משתמש גם בנתונים על מצב הבריאות של האוכלוסייה ועל דפוסי אורח החיים (העשויים להשפיע על הבריאות). מידע זה משמש לבניית דפוסי שימוש בשירותי בריאות, שעל בסיסם נגזרות תחזיות הביקוש לשירותים שונים – לפי מקצוע נותן השירות ולפי מסגרת מתן הטיפול.

הערכת הביקוש נשענת על מודלים סטטיסטיים המעריכים את דפוסי השימוש בפועל בשירותי בריאות. לשם כך, מנהל משאבי הבריאות הפדרלי בארצות הברית בונה מאגרי נתונים מחוזיים מפורטים המבוססים על סקר הקהילה האמריקני (ACS), על סקרי בריאות האוכלוסייה, כגון המערכת לניתור ומעקב אחרי גורמי סיכון התנהגותיים (BRFSS) וכן על נתונים נוספים הנאספים וכוללים מידע דמוגרפי ובריאותי.

בשלב הבא, מודלים סטטיסטיים מעריכים את דפוסי השימוש בשירותי בריאות באמצעות מאגרי נתונים כגון סקר ההוצאות הרפואיות (Medical Expenditure Panel Survey [MEPS]), מאגר האשפוזים הלאומי (National Inpatient Sample [NIS]) וסקר הטיפול האמבולטורי (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey [NHAMCS]). מידע זה מאפשר לחשב את ההסתברות של כל אדם לקבל שירות בכל מסגרת טיפול (אמבולטורית, אשפוזית, שירותי טיפול ביתיים ועוד), ואת נפחי השירות הצפויים. הנתונים מתורגמים לביקוש לכוח אדם באמצעות יחסי כוח אדם-שירות (staffing ratios), המגדירים כמה אנשי מקצוע נדרשים לצורך מתן נפח שירות מסוים. לדוגמה, קבלת טיפול מפיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק או קלינאי תקשורת, אשפוז בבית חולים, פנייה לחדר מיון או קבלת טיפול ביתי.

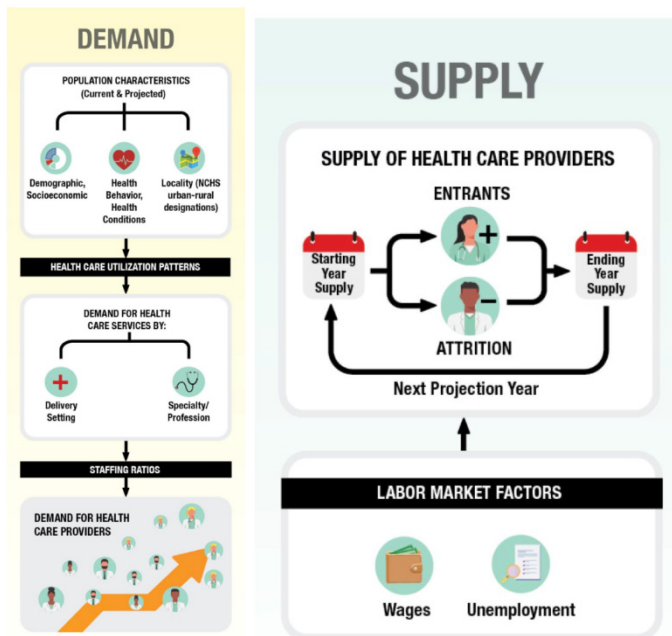
המחסור מוגדר כאשר ההיצע החזוי, במונחי תקן משרה מלאה (FTE), נמוך מן הביקוש החזוי לשירותים. מצב שבו היצע שווה המשרה המלאה נמוך ממספר אנשי המקצוע הנדרש כדי לענות על דפוסי הביקוש הצפויים מוגדר "מחסור", ואילו מצב שבו ההיצע גבוה מן הביקוש מוגדר "עודף".

מנהל משאבי הבריאות הפדרלי בארצות הברית משלב בהערכת המחסור גם מידע על מחסורים ועומסים קיימים, ובהם עלייה בביקוש לשירותים בעקבות מגפת הקורונה, וכן עלייה בביקוש למטפלים בתחומי השיקום. נוסף על כך הוא מסתמך על הערכות איכותניות של איגודים מקצועיים (כגון AOTA, APTA, ASHA) וכן על נתוני תחלופת עובדים ועומס עבודה, כדי לשכר את אמינות תחזיות המחסור ולהעריך מצבים שבהם המחסור בפועל חמור יותר מזה המשתקף בנתונים הכמותיים בלבד.

תחזיות היצע וביקוש מופקות במגוון תרחישים המשקפים מגמות והנחות בנוגע לגורמים מרכזיים המשפיעים על שוק כוח האדם. בכל התרחישים המודל מביא בחשבון שינויים דמוגרפיים, כגון הזדקנות כוח העבודה והשפעת הבדלים מגדריים על השתתפות בעבודה המשפיעים על הביקוש לשירותים. נוסף על כך נבחנת רגישות התחזיות לאי-ודאות, כמו פרישה מוקדמת או מאוחרת יותר של אנשי מקצוע, או שינוי במספר הבוגרים הנכנסים למערכת. תרחיש נוסף מעריך כיצד הביקוש יגדל אם יוסרו חסמים לקבלת טיפול (HRSA Health Workforce, 2025b).

תרשים 1 מציג כיצד מקורות המידע השונים משתלבים לכדי תחזיות של היצע וביקוש. הוא מספק מבט כללי על פעולת המודל.

תרשים 1: אילוסטרציה של איסוף המידע בנוגע לביקוש והיצע של כוח אדם בארצות הברית



מקור: HRSA Health Workforce, 2025b

הביקורת על מודל סימולציה כוח האדם בבריאות (HWSM) של מנהל משאבי הבריאות הפדרלי בארצות הברית (HRSA) מתמקדת בשתי בעיות מרכזיות: ראשית, המודל מניח איזון התחלתי בין היצע לביקוש בעת עריכת המודל ("שנת הבסיס") אף על פי שקיימים מחסורים מדווחים בשטח. הנחה זו בעייתית משום שהיא מתעלמת ממחסורים מדווחים, מעומסים במערכת ומשחיקה בקרב מטפלים, ולכן עלולה להוביל להמעטה בהערכת המחסור האמיתי. שנית, למודל יש נתונים לא מדויקים על כוונות ההישארות או העזיבה של פיזיותרפיסטים, שכן HRSA מסתמך על מקורות כלליים (כמו ACS ו-CPS) שאינם מספקים מידע ספציפי למקצוע על פרישה, נטישת מקצוע או שחיקה. לכן, ההערכות של היצע עתידי בפיזיותרפיה עשויות להיות לא מדויקות ולהוביל להערכת חסר של מחסור בפועל (Zarek et al., 2025). בעיה מתודולוגית נוספת שעלתה בראיונות קשורה לכך שהמידע ההיסטורי של הביקוש, בשלושה המקצועות, מבוסס במקרים רבים רק על אלו אשר היו הזכאים לביטוח בריאות בארצות הברית: אוכלוסיות עניות ויוצאי צבא (veterans).

מערכת התחזיות התעסוקתיות הקנדית (Canadian Occupational Projection System [COP]):

מערכת התחזיות התעסוקתיות הקנדית (Government of Canada, 2024) מזהה מקצועות המצויים במחסור או בעודף באמצעות תהליך תלת-שלבי (לוח 3).

שלב 1: זיהוי מחסור או עודף על בסיס תנאי שוק העבודה בתקופה האחרונה (2021–2023).

מערכת התחזיות התעסוקתיות הקנדית מעריכה חוסר איזון בשוק העבודה עבור 485 מתוך 516 מקצועות לפי הסיווג המקצועי הלאומי (NOC), בהתבסס על ניתוח של כ-30 אינדיקטורים כמותיים, כגון שיעור אבטלה, גידול בתעסוקה, קצב ומשך משרות פניות, שיעור עבודה בשעות נוספות ושיעור מקבלי דמי אבטלה. מחסור או עודף מזהים כאשר המדדים חורגים באופן מובהק מן הממוצע של כלל המקצועות ו/או מן המגמות ההיסטוריות של אותו מקצוע.

שלב 2: תחזית היצע וביקוש לעובדים (2024–2033).

בשלב זה מערכת התחזיות התעסוקתיות הקנדית חוזה את היקף המשרות החדשות הנובעות מצמיחת תעסוקה ומהחלפת עובדים עקב פרישה, פטירה או הגירה, לצד היקף מחפשי העבודה החדשים, כולל בוגרי מערכת החינוך, מהגרים, חוזרים לשוק העבודה ועובדים המחליפים מקצוע, במשך תקופת התחזית.

שלב 3: קביעת תנאי שוק העבודה העתידיים (עד 2033).

תנאי שוק העבודה העתידיים נקבעים באמצעות שילוב של ממצאי השלב הראשון עם תחזיות השלב השני, במטרה להעריך אם חוסר האיזון שאובחן צפוי להימשך, להשתנות או להתאזן במשך תקופת התחזית.⁸

⁸ לפי שיטה זו (מערכת התחזיות הקנדית), מקצועות הריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ופיזיותרפיה עשויים להתמודד עם דרגות משתנות של מחסור בין השנים 2033–2024 (Government of Canada, 2023, n.d.b.).

לוח 3: שלבי זיהוי מחסור או עודף עובדים של מערכת התחזיות הקנדית

שלב	מטרה	תקופה	מה נבחן בפועל	תוצר
שלב 1	זיהוי מחסור או עודף על בסיס תנאי שוק העבודה	2021–2023	ניתוח כ-30 אינדיקטורים של שוק העבודה (כגון אבטלה, גידול בתעסוקה, משרות פנויות, שעות נוספות, מקבלי דמי אבטלה) עבור מקצועות לפי הסיווג המקצועי הלאומי (NOC)	סיווג ראשוני של מקצועות במחסור או בעודף
שלב 2	תחזית מגמות היצע וביקוש לעובדים	2023–2024	חיזוי משרות חדשות והחלפת עובדים (פרישה, פטירה, הגירה) לעומת כניסת עובדים חדשים (בוגרים, מהגרים, חוזרים לשוק העבודה, מחליפי מקצוע)	פער צפוי בין היצע לביקוש
שלב 3	קביעת תנאי שוק העבודה העתידיים	עד 2033	שילוב הסיווג הראשוני עם תחזיות היצע וביקוש	קביעה סופית האם מחסור/עודף צפוי להימשך, להשתנות או להתאזן

מקור: Government of Canada, n.d.b.

עם זאת אי אפשר להשתמש במערכת התחזיות התעסוקתיות לתכנון כוח אדם במגזר הבריאות ברמת פירוט מספקת. המודל מבוסס על הערכת רמת התעסוקה הנדרשת להשגת רמת ייצור מסוימת, בהינתן רמת פריון נתון, ואינו נשען על תכנון המבוסס על צורכי בריאות או על מודלים של טיפול צוותי רב-מקצועי (לדוגמה, רופאים, אחיות ומקצועות בריאות נוספים). לפיכך המערכת מתאימה לזיהוי מגמות וסיכוני מחסור כלליים ברמה הלאומית, אך אינה מספקת בסיס מספק להערכת מחסור במקצועות בריאות ספציפיים (Health Workforce Canada, 2024). על רקע מגבלות אלו, החל רגולטור הבריאות הקנדי (Health Canada) לאחרונה במחקר ברמה הלאומית של קנדה כולה (pan-Canadian modelling) לבחינת היצע, ביקוש והכשרה בכמה מקצועות בריאות, ובהם פיזיותרפיה, במטרה לפתח תשתית תכנונית ייעודית ומעמיקה יותר (Health Workforce Canada, 2024). נכון למועד כתיבת דוח זה, מתודולוגיית המחקר וממצאיו טרם פורסמו.

אחת הבעיות המרכזיות בבניית מודלים ותחזיות לכוח אדם במערכת הבריאות בקנדה היא מחסור חמור בנתונים עקביים ומפורטים שאפשר להשוות ביניהם. הדוח הממשלתי שהתפרסם בשנת 2024 (Health Workforce Canada, 2024) נועד לבחון את האופן שבו קנדה בוחנת מחסור, והוא מצביע על שיתוף נתונים לא אחיד בין פרובינציות, טריטוריות, אזורים וגופים שונים; כמו כן על הבדלים באיכות ובזמינות הנתונים בין מקצועות, ועל היעדר הגדרות סטנדרטיות למושגי מפתח כגון משרה מלאה (FTE), משרות פנויות, נטישה, פרישה, פריזון, סמכויות מקצועיות ומחסור במענה טיפולי. נוסף על כך יש פערים משמעותיים ביכולת לעקוב אחר תנועות כוח אדם, כולל חופשות, פרישה והגירה בין פרובינציות, וכן מחסור בנתונים על אוכלוסיות ייחודיות ואזורים כפריים ומרוחקים. לכן, גופים שונים נאלצים להשלים פערי מידע באמצעות הנחות שאינן אחידות, מה שמוביל למודלים שונים ולעיתים סותרים, מקשה על השוואה בין תחומי שיפוט, ומגביל את היכולת לבצע תכנון מבוסס צרכים ותכנון תרחישים ומידול של טיפול בצוותים רב-מקצועיים (Health Workforce Canada, 2024).

כמו כן הדוח מצביע על פער ברור בין מידול ההיצע למידול הביקוש בכוח האדם במערכת הבריאות בקנדה. מידול ההיצע מפותח יותר, במיוחד עבור רופאים, ומבוסס על נתונים זמינים יותר כגון מספרי עובדים, פרישה, נטישה ותפוקת הכשרה. לעומת זאת, מידול הביקוש מפותח פחות ונשען ברובו על שימוש בפועל בשירותים, ולא על הערכה שיטתית של צורכי בריאות. משום כך, מודלים רבים מתקשים לזהות פערים בין הצורך האמיתי בשירותים ובין השירותים הניתנים בפועל, ואינם מתאימים במלואם לתכנון עתידי, לתכנון תרחישים או לשילוב מודלים של טיפול בצוותים רב-מקצועיים (Health Workforce Canada, 2024).

זאת ועוד מן הראיונות עלה כי בקנדה לעיתים יש מידע על אודות מחסור ברמת הפרובינציה או הטריטוריה אבל לא ברמה הלאומית וכי חסר מידע על המגזר הפרטי, משום שהמידע שנאסף על ידי הממשלה מתמקד במגזר הציבורי. בשל כך, מרואיינים הטילו ספק ביכולת המודלים האלה להצביע על מחסור (או על חומרתו).

הערכת מחסור בכוח אדם של שירות הבריאות הלאומי (NHS) בבריטניה

שירות הבריאות הלאומי בבריטניה, ה-NHS, מעריך מחסור בכוח אדם באמצעות השוואה בין הביקוש להיצע של עובדים. כך לדוגמה, באנגליה⁹ הביקוש מחושב לפי מספר העובדים הקבועים במערכת וכן לפי היקף התעסוקה של עובדים זמניים. במקצועות מסוימים, כמו רפואת משפחה או רפואת שיניים, נעשה שימוש במדדים ייחודיים כגון יחס רופאים לאוכלוסייה או שיעור מטופלים שאינם מצליחים לקבל שירות. הביקוש העתידי מבוסס על תחזיות אוכלוסייה, הרחבת השירותים ותוכניות מערכתיות עתידיות, בשילוב נתוני משרות פנויות (NHS England, 2023).

⁹ מן הראיונות עלה כי באנגליה נערך מחקר כוח אדם מעמיק יותר לעומת בסקוטלנד, בוויילס או בצפון אירלנד.

הערכת ההיצע הנוכחי כוללת את כל העובדים שמועסקים בפועל במערכת הבריאות. ההיצע העתידי נגזר מנתוני הכשרה, מכניסה של עובדים חדשים למערכת, משיעורי עזיבה ושימור עובדים, מגיוס בין-לאומי של עובדים ומהתערבויות שמטרתן להגדיל את כוח האדם או לשפר את מיומנות העובדים. המחסור מחושב כפער בין הביקוש הכולל ובין מספר העובדים הקבועים הזמינים, ולעיתים כולל גם הערכות ייחודיות לפי מקצוע, למשל שיעור ביקוש לא ממומש ברכפאת שיניים או עומסי עבודה היסטוריים בתחום הרוקחות (NHS England, 2023).

אולם מדד זה מוגבל ולמעשה אין לו מידע לאומי עבור מקצועות בריאות רבים. כך, לדוגמה, ממשלת בריטניה הודתה כי הן למשרד הבריאות והרווחה הן לשירות הבריאות הלאומי (NHS) באנגליה אין נתונים מרכזיים כלשהם בנוגע למצב כוח האדם של שירותי קלינאות התקשורת (RCSLT, 2023). כמו כן דוח של החברה הגריאטרית הבריטית (British Geriatrics Society) על מחסור בכוח אדם בטיפול באנשים מבוגרים, הכולל גם את מקצועות הבריאות, הדגיש את הצורך בשקיפות ובפרסום קבוע של מצב כוח העבודה בתחום. הדוח, המבוסס על נתונים שמסר שירות הבריאות הלאומי של אנגליה בעקבות בקשת חופש מידע, חשף פערים בזמינות ובאיכות הנתונים בנוגע למספר האחיות ועובדי מקצועות הבריאות כגון אלו שנבחנו בסקירה זו (Arora et al., 2024; Chartered Society of Physiotherapy, 2025). סוגיה זו עלתה גם בראיונות עם מומחים בתחום שהדגישו את המחסור במידע קיים ואת אי-היכולת להעריך פערים בכוח אדם.

מן הראיונות עם מומחים בריטים עלתה גם ביקורת ולפיה נתוני כוח האדם מבוססים על מערכות שחר, הסובלות מטעויות קידוד והערכת חסר של עובדים שהוסבו למקצוע, ולכן אינן מספקות בסיס מהימן להערכת מחסור. כך למשל, עובדים שהחלו את דרכם בתפקידי תמיכה, ולאחר מכן עברו הסבה והוכשרו כמטפלים מקצועיים, נותרים לעיתים מקודדים במערכת השחר תחת תפקידים הקודם. לכן, מערכות הנתונים הלאומיות אינן מזהות אותם כחלק מכוח האדם המקצועי, אלא אם כן העובד עצמו פונה ביוזמתו למחלקת משאבי אנוש ומבקש תיקון ידני של הקוד.

הערכת מחסור בעובדים בבלגיה

על פי דוחות ממשלת בלגיה, מחסור בכוח אדם בשלושת המקצועות נבחן באמצעות שיעור אנשי מקצוע פעילים ביחס לאוכלוסייה (מספר עובדים לכל 10,000 תושבים) ובאמצעות איוש משרה מלאה המשקף את היקף העבודה בפועל (למשל 50% או 80% משרה). לכן, בחינת המחסור מתמקדת לא רק במספר אנשי המקצוע הרשומים, אלא גם בהיקף העבודה המבוצעת בפועל, ובכך מאפשרת לזהות מצבים שבהם שיעור גבוה של עבודה חלקית מתורגם לזמינות שירותים נמוכה. ההערכה כוללת פילוח אזורי בין הקהילות השונות (פלנדריה, הקהילה הצרפתית ובריסל), המשמש לזיהוי פערים גאוגרפיים מתמשכים ולבחינת סיכונים מחסור מקומיים. מחסור אינו מוגדר באמצעות סף מספרי אחיד, אלא מוסק באופן יחסי מהשוואה בין אזורים, ממגמות לאורך זמן ומן הפער בין מספר אנשי המקצוע ובין היקף כוח האדם הזמין

Jouck et al., 2023; Nkenné et al., 2023; Nkenné & Jouck,) בפועל במונחי משרה מלאה (2023; Velkeniers & Steinberg, 2023).

ממשלת בלגיה אוספת נתונים במרוכז ומקשרת בין מאגרי מידע המאפשרים בחינה של עובדים הרשאים לעבוד במקצוע, נתונים של הביטוח הלאומי על עובדים שכירים ועצמאיים ונתונים ממערכת ההחזרים של ביטוח הבריאות בבלגיה. כמו כן ועדה פדרלית לתכנון היצע מקצועות הבריאות מפתחת תרחישי תכנון ותחזיות ארוכות טווח המבוססים על מגמות היסטוריות, נתונים עדכניים ותרחישי מדיניות חלופיים (בסיסי, שמרני ותרחיש צמיחה) כדי לבחון השפעת שינויים דמוגרפיים, דפוסי תעסוקה והרחבת תחומי פעילות מקצועיים על זמינות כוח האדם ועל יכולת המערכת לתת מענה לצורכי הבריאות העתידיים (Jouck et al., 2023; Nkenné et al., 2023; Velkeniers & Steinberg, 2023).

הערכת מחסור בעובדים באוסטרליה

המדד הקיים באוסטרליה לזיהוי פערים וחוסרים במקצועות הבריאות הוא המדד שהממשלה משתמשת בו לבחינת כל המשרות במדינה. הדירוגים נקבעים בעיקר על פי שיעור איוש המשרות: היחס בין מספר המשרות שמולאו למספר המשרות הפנויות. אם שיעור האיוש נמוך מ-67% (שני שלישים), למקצוע סיכוי גבוה להיות תחת קטגוריית מחסור (Australian Government, 2025).¹⁰

המתודולוגיה להערכת חוסרים בכוח העבודה באוסטרליה, כפי שמתוארת במסמך "שיטות לרשימת חוסרי מקצוע 2024" (Australian Government, 2024a), כוללת שילוב של מודלים, סקרים וניתוח סטטיסטי.

הצעדים המרכזיים בהערכת מחסור בעובדים הם:

1. הערכה ראשונית: הדירוגים הראשוניים לחוסרים נקבעים באמצעות מודל Gradient Boosting Machine (GBM), החוזה את שיעורי איוש המשרות עבור מקצועות בהסתמך על משתנים, כגון שיעורי אבטלה, נתוני איוש משרות ופרטים דמוגרפיים של עובדים. המודל משתמש במידע מכמה מקורות, כולל סקרי מעסיקים שפרסמו משרות לאחרונה (The Survey of Employers who have Recently Advertised [SERA]), כדי לספק תובנות על תנאי הגיוס הנוכחיים.
2. אימות אנושי: לאחר יצירת הדירוגים הראשוניים, הם עוברים תהליך של אימות אנושי. בשלב זה מבוצע ניתוח נוסף על בסיס נתוני SERA, שיעורי קושי בגיוס, ומדדים נוספים כמו יחס

¹⁰ לפי שיטה זו, שלושת מקצועות הבריאות נמצאים במחסור (Australian Government, 2024b) בכל המדינות והטריטוריות, וישנו צפי עתידי לגידול מתון במחסור בעובדים בכל אחד מן המקצועות (Australian Government, 2022; Australian Physiotherapy Council, 2023).

דרישה לעבודה להיצע עבודה. כמו כן מתבצע שילוב של משוב מן המעורבים, כגון גופים מקצועיים, ארגוני תעשייה וסוכנויות ממשלתיות.

3. משוב והתאמה: הדירוגים הסופיים מותאמים לאחר התייעצות עם בעלי עניין חיצוניים, כמו ממשלות המדינה והטריטוריות, כדי להתחשב במאפיינים הייחודיים של שוק העבודה בכל אזור.

אולם, מן הראיונות עם מומחים באוסטרליה עלה כי השיטות הקיימות אינן מספקות מידע מדויק וחסרים נתונים. לכן הוקם צוות מיוחד שיבחן את המחסור במקצועות הבריאות. לפני כשנה צוות זה החל לבחון את מצב כוח האדם בפיזיותרפיה (בעת כתיבת הדוח המסקנות עוד לא התפרסמו) ובקרוב הוא יתחיל לנתח את מקצוע ריפוי בעיסוק.

כמו כן מן הראיונות עלה כי אוסטרליה מעריכה מחסור בכוח אדם על ידי השוואה בין הביקוש לשירותים ובין ההיצע של אנשי המקצוע. תחזיות ההיצע מבוססות על נתוני רישוי מקצועי (הנפקה וחדוש רישיון), המשמשים להערכת סך שעות העבודה של העובדים במערכת ולהמתן למספר משרות מלאות שהן מייצרות בפועל. תחזיות הביקוש נשענות על שימוש היסטורי בשירותים ממקורות שונים: אשפוזים בבתי חולים, מרפאות חוץ, מחלקות מיון, נתוני החזרים ממשלתיים ממערכת מדיקר (Medicare Benefits Schedule [MBS]) ונתוני תוכנית הביטוח הלאומי לאנשים עם מוגבלויות (National Disability Insurance Scheme [NDIS]). במקומות שבהם הדבר אפשרי נמדד גם ביקוש שאינו ממומש, כגון זמני המתנה. לשם כך משלבים נתונים נוספים מעולמות הטיפול הראשוני, שירותי הזקנה ושירותי הנכות, וכן נתוני פעילות מבתי חולים (activity-based hospital data). ברמה הלאומית קיים גם גוף פדרלי (Jobs and Skills Australia) העוקב אחר מחסורים בניוס ואחר משרות פנויות כחלק ממעקב אחר מחסור. כמות השירותים שניתנו (נכח השירותים), למשל מספר הביקורים, הטיפוליים או המפגשים, מומרים למספר שעות העבודה שהצוות צריך כדי לבצע אותם. לאחר מכן מחשבים כמה עובדים במשרה מלאה דרושים כדי לספק היקף עבודה זה. השוואה בין מספר המשרות הנדרשות (הביקוש) ובין מספר המשרות הקיימות במערכת (ההיצע) מאפשרת לזהות אם יש מחסור או עודף בכוח אדם.

בראיונות תוארו קשיים שונים בהערכת מחסור. קשה למצוא נתונים על חלק מן המקצועות שאינם מפותחים באמצעות רישום ממשלתי אלא פועלים בביקוח עצמי. נוסף על כך יש עיכוב בגישה לנתוני תוכנית הביטוח הלאומי לאנשים עם מוגבלות באוסטרליה, ה-NDIS. בריפוי בעיסוק יש קושי מרכזי בהגדרת תת-קבוצות בתוך המקצוע בגלל שונות גדולה במסגרות ובתפקידים, מה שמקשה על פילוח כוח האדם והגדרת הביקוש. כמו כן בעוד נתוני ההיצע מבוססים על נתוני רישום ונתפסים ברורים יחסית, בצד הביקוש יש קשיים בהערכתו. חלק מן המרואיינים ציינו את תופעת ביקוש מושרה-היצע (supply-induced demand) שהיא אתגר נוסף בהערכת המחסור האמיתי. זהו מצב שבו היקף השימוש בשירותים נקבע, לפחות

בחלקו, על פי מאפייני ההיצע וזמינותם, ולא רק על פי צורכי האוכלוסייה. נוסף על כך אין נתונים עקביים ברמה הלאומית על משרות פנויות. הזכרו מקרים שבהם בית חולים לא הצליח לאייש משרה אף שהיה כוח אדם זמין, בשל בעיות ארגוניות או תרבותיות (למשל בשל סביבת עבודה "רעילה"). לכן, אי אפשר להשתמש בנתוני משרות פנויות בלבד, ויש צורך להתייחס אליהם בזהירות במודלים לאומיים להערכת כוח אדם. כמו כן מן הראיונות עלה שהשימוש בזמני המתנה הוא מוגבל, משום שאין איסוף עקבי של הנתונים הללו והם אינם מהווים אינדיקציה אמיתית למחסור (ראה סעיף 5.1 לפירוט נוסף על המודל האוסטרלי ועל הסיבות שהובילו לשינויים בהערכת כוח האדם).

4.1.4 גישה למידע

בלי מסד נתונים מעודכן ומלא ברמה הלאומית קשה להעריך מחסור וליצור תחזיות למחסור עתידי בכוח האדם בכל אחד משלושת מקצועות הבריאות. גישה למידע, או קיומו של מידע זמין, היא סוגיה שעלתה במרבית הראיונות. מרואיינים דיווחו לרוב שהמידע לא נאסף, שאין מידע או שאין להם גישה אליו. לכן, לעיתים הערכתם בנוגע למחסור נבעה מניסיון אישי (זמני המתנה), מסקרים של איגודים מקצועיים וכדומה. מרואיינים העלו גם את הסוגיה שהמידע הקיים במערכות לאומיות לרוב לא מפולח לכל מקצוע (קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה) ומאגד תחתיו מקצועות אחדים (לדוגמה, מקצועות "שאינם רפואיים"). היעדר המידע הנדרש לניתוח מצב כוח האדם גורם לכך שבמקומות רבים המחסור מורגש, אך קשה להעריך אותו. לדוגמה, על פי הקולג' לקלינאי תקשורת באנגליה, היעדר נתונים מרכזיים כלשהם על שירותי קלינאות תקשורת במשרד הבריאות וב-NHS, גורם לכך שהיקף השירות הנדרש ברמה הלאומית אינו ידוע וכן לא ידוע אילו שירותים זמינים בפועל (RCSLT, 2023). מחסור בנתונים מפורטים על אזורים הסובלים ממחסור בשירותים מגביל את תכנון כוח האדם, ומקשה על הערכת מחסור עתידי בכוח אדם ועל גיבוש הצעדים הנדרשים לשיקום המערכת (Millsteed, 2000).

בסקירת הספרות עלו קשיים בהשגת מידע מהימן לצורך מחקר על מחסור בכוח אדם במקצועות הבריאות (Jesus et al., 2022; Jesus et al., 2023; RCSLT, 2023). מרואיין בריטי הוסיף:

במשך חמש השנים האחרונות עבדתי עם כמה עמיתים בפדרציה העולמית לריפוי בעיסוק (WFOT) כדי למפות מחקרי כוח אדם בריפוי בעיסוק שנעשו ברחבי העולם. מכלל המחקרים שאיתרנו, רק אחד עסק בבריטניה.

כמו כן לעיתים מתגלעים קשיים בשיתוף הנתונים בין אזורים ובין משרדי בריאות, ולעיתים נתונים הזמינים ברמה אחת אינם נגישים לאחרת. לכן, ארגונים שונים מסתמכים על מערכי נתונים והנחות שונים, מה שגורם להערכות בלתי אחידות ומקשה על השוואה בין אזורים. נוסף על כך היעדר מודל חזיון מרכזי ומאוחד ברמה הארצית מגביל את היכולת לבחון תרחישים חלופיים ולהצליב

מידע. מצב זה מדגיש את הצורך בסטנדרטיזציה, בהגדרות משותפות ובשיתוף נתונים רחב יותר כדי לאפשר תכנון מדויק ואחראי של כוח האדם (Health Workforce Canada, 2024).

סוגיה זו מדגישה בעיה בסדרי העדיפויות של גופים שונים בכל מדינה, במבנה שלהם ובתחומי האחריות שלהם. מן הראיונות עלה כי היעדר מחקר או איסוף נתונים בדומה למה שנעשה, לדוגמה, בנוגע לכוח אדם של רופאים, עשוי להתפרש כסדר עדיפויות מפלה ברמה הלאומית המזניח את עובדי מקצועות הבריאות. עוד עלה כי מידע על מחסור יכול להימצא ברמה המקומית (למשל, פרובינציה בקנדה), בקרב ארגונים מקצועיים, כגון ארגון הפיזיותרפיסטים, ובקרב ארגונים המספקים שירות באופן פרטי. הרגולטור אינו זה שמחזיק בהכרח במידע על מחסור (סוגיה שעלתה בכמה ראיונות).

כמו כן חוסר ההכרה בתרומת מקצועות הבריאות, המתבטא בהיעדר מחקר, או חוסר הנכונות לבחון מחסור באופן דומה ובתדירות שבה נבדק מחסור ברופאים, הובילו להזנחת הערכת מחסור במקצועות הבריאות (Health Workforce Canada, 2024). קשיים אלו גורמים להגבלת יכולתם של מודלים ממשלתיים קיימים להעריך מחסור באופן סדור ומודלים לחיזוי כוח אדם נאלצים להשתמש בהנחות כדי להתמודד עם הפערים במידע (לדוגמה בנוגע לביקוש למקצוע) (Health Workforce Canada, 2024). לכן, מלבד אסטרטגיות לגיוס ושימור עובדים, מדינות וארגונים בין-לאומיים הבינו כי עליהם ליצור, ראשית, מסד נתונים אשר יאפשר הערכה טובה יותר של כוח העבודה במקצועות הבריאות (ראה סעיף 4.3). סוגיית שיפור (ויצירת) מסד הנתונים והנגישות למידע באה לידי ביטוי בהמלצות של כמה דוחות שפורסמו בשנים האחרונות: באוסטרליה (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025), בקנדה (House of Commons Canada, Standing Committee on Health, 2023), בבלגיה (Jouck et al., 2023), ובתוכנית האסטרטגית של הפדרציה הבין-לאומית לריפוי בעיסוק (Jesus et al., 2024).

4.2 אתגרים בגיוס עובדים ובשימורם

אחת הסוגיות המרכזיות שעלו בסקירה זו היא הקושי לגייס עובדים למקצועות הבריאות והאתגרים בהתמודדות עם עזיבת עובדים. לעיתים, אתגרים אלו קשורים זה בזה (למשל, הסיבה לקושי בגיוס עשויה להיות זהה לסיבה לקושי בשמירה על עובדים קיימים, לדוגמה גובה השכר או עבודה במקומות מרוחקים), אך לעיתים הם ייחודיים לכל שלב (למשל, פתיחת תוכניות לימוד חדשות רלוונטיות למספר עובדים קיים ולגיוס עובדים חדשים, אבל לא לשמירה על עובדים קיימים).

הספרות והראיונות מציגים תמונה על פיה חוסר שביעות רצון ממקום העבודה הוא גורם מרכזי לעזיבת העבודה, או מהווה שיקול לעזיבה או להישארות במקום העבודה. עזיבת עובדים במקצועות הבריאות היא סוגיה מרכזית המאפיינת מדינות כמו בריטניה, אוסטרליה, גרמניה ופורטוגל.

האתגרים המרכזיים בגיוס עובדים קשורים בקיומן ובכמותן של תוכניות לימוד והכשרה ייעודיות,¹¹ בשכר התחלתי נמוך, באי-הכרה בתרומת המקצוע ובחוסר נכונות לעבוד בפריפריה הגאוגרפית (אזורים מרוחקים). הקושי המרכזי לשימור עובדים נובע משכר נמוך, משחיקה, מאי-רצון להישאר לעבוד במקומות מרוחקים, מחוסר הכרה בתרומת המקצוע, ממעבר למגזר הפרטי ומהיעדר תוכניות לקידום מקצועי (או במקרים מסוימים, קידום מקצועי מוגבל). בדרך כלל מדובר בשילובם של גורמים, ולא בגורם אחד המקשה על גיוס עובדים ושימורם.

כך לדוגמה, גובה השכר ואפשרויות קידום מקצועי קשורים גם להכרה בתרומת המקצוע. מן הראינות עלה כי עובדי מקצועות הבריאות מרגישים שמתייחסים אליהם כדרג נמוך יותר של עובדים ושזה מתבטא, בין השאר, בשכר נמוך ובאפשרויות קידום מוגבלות, לעומת מקצועות אחרים כמו סיעוד ורפואה. חסמים ביכולת לקידום מקצועי (קריירה) הם היבט חשוב בגיוס ובשימור אנשי מקצוע אשר עלה במחקרים איכותניים דומים עם עובדים במקצועות הבריאות. (Nelson et al., 2015) בסקר שערך איגוד הפיזיותרפיסטים באירלנד בקרב 430 פיזיותרפיסטים דיווחו 37% מן המשיבים על חוסר יכולת להתקדם מקצועית ועל חוויות שחיקה, כגורמים המרכזיים לאי-שביעות רצון ממקום העבודה שמהווה גורם מזרז לעזיבה. 38% מן המשיבים ציינו שהזדמנות לשינוי קריירה היא הסיבה העיקרית לרצון לעזוב, כאשר 46% דיווחו כי מציאת עבודה עם איזון טוב יותר בין עבודה לפנאי היא הסיבה המרכזית לשקול עזיבה, וכ-25% מן המשיבים ציינו כי עבודה עם משכורת טובה יותר היא הגורם המשפיע על עזיבה (AOTI, 2022). שילוב של גורמים אלו ואחרים עשוי להוביל לעזיבה מוגברת של מקצועות הבריאות ואף לגרום לקושי לגייס עובדים חדשים.

שחיקה מקצועית (Venturini et al., 2024) משפיעה אף היא על רצונם של עובדים לעזוב את המקצוע בשלושת מקצועות הבריאות (Walker, 2024; Griffin, 2025; AOTI, 2022); היבט זה של שחיקה קיים גם במקצועות בריאות אחרים, כגון רפואה וסיעוד (Patel et al., 2018); (Sullivan et al., 2022; West et al., 2018). אולם, שחיקה יחד עם הרגשה של חוסר הכרה בתרומת המקצוע (הן מן הציבור הן מגורמים מדיניים) ושכר נמוך (Velkeniers & Steinberg, 2023), עשויה להקשות על גיוס עובדים חדשים למקצוע וכן על שמירה על עובדים קיימים. כך לדוגמה, סקר כוח אדם של הקולג' המלכותי למרפאים בעיסוק בבריטניה לשנים 2022–2023 מצא כי יותר משליש מן המשיבים ציינו שהם מתכוונים לעזוב את תפקידם הנוכחי בשנתיים הקרובות, וכרבע מן המשיבים אמרו שהם מתכננים לעזוב את המקצוע לחלוטין בחמש השנים הקרובות כתוצאה משחיקה ולחץ במקום העבודה (Walker, 2024). באירלנד, כמחצית מן העובדים במקצוע הריפוי בעיסוק דיווחו כי הם חושבים לעזוב בשל שחיקה מקצועית (AOTI, 2022).

¹¹ תוכן הכשרה ומשכה משתנים בין מדינות. לדוגמה, בגרמניה הכשרה בריפוי בעיסוק אינה אקדמית ואילו ביתר המדינות לימודי ריפוי בעיסוק הם אקדמיים; בארצות הברית, כדי להיות פיזיותרפיסט צריך להשלים תואר שלישי.

נוסף על כך מן הראיונות עלה שהיעדר תכנון לאומי של כוח אדם, אי-הקמה של מסד נתונים או אי-תכנון לאומי של כוח אדם במקצועות הבריאות (RCSLT, 2023) אשר יאפשרו להבין את החוסרים (אם קיימים) ולפעול בהתאם, מתפרשים בקרב עובדים כחוסר הכרה בתרומת המקצוע ובהיותו נמוך בסדר העדיפויות של מקבלי ההחלטות (סוגיה שעלתה בכמה ראיונות). גורמים אלו יחד עשויים ליצור אי-שביעות רצון מן המערכת, לגרום לעזיבת עובדים ולהקשות על גיוס עובדים חדשים. יש לציין כי סוגיה מבנית חשובה הקשורה לשכר היא העובדה שבשלושת המקצועות מרבית כוח העבודה מאויש על ידי נשים אשר היסטורית (ובאופן מפלה) מקבלות שכר נמוך יותר מגברים (Hoff & Lee, 2021).

עבודה בפריכיה הגאוגרפית (מקומות מרוחקים או מחוץ לערים הגדולות) היא אתגר נוסף הן בגיוס העובדים הן בשימורם. במדינות רבות קשה למצוא עובדים שימלאו משרות במקומות אלו (בעיקר במדינות גדולות כמו אוסטרליה וקנדה) (McAuliffe & Barnett, 2009). גם אם נמצא כוח האדם למלא משרות אלו, קשה ליצור תמריצים שיגרמו לאותם עובדים החשים בדידות מקצועית וחברתית להישאר במקום עבודתם (Mills & Millsteed, 2002; Millsteed, 2000). לדוגמה, בסקר שנערך באזורים מרוחקים במדינת ניו סאות' וויילס באוסטרליה בקרב עובדים במקצועות הבריאות (בהם פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק), נמצא כי כמחצית מן העובדים מתכוונים לעזוב בתוך חמש שנים (Smith et al., 2008). סוגיה זו עלתה גם בראיונות עם מומחים באוסטרליה וקנדה.

מחסור בתוכניות הכשרה (לימוד) הוא גורם מבני המקשה על איוש המשרות הפנויות במרבית המדינות שנבחנו (Barrios Fernández & Cantero Garlito, 2019; Burstedde & Kolev-) (Schaefer, 2024). קלייר רונלד (Claire Ronald), חברה בכירה בחברה המלכותית הבריטית לפיזיותרפיה, ציינה בריאיון בשנת 2021 כי היא מאוכזבת שמחלקת הבריאות [צפון אירלנד] החליטה שלא להגדיל את מספר המקומות להכשרה אקדמית לפיזיותרפיה. עוד היא ציינה כי כ-60 בוגרי פיזיותרפיה שהמדינה מייצרת מדי שנה, הוא מספר שלא מספיק כדי למלא את המשרות הפנויות (Chartered Society of Physiotherapy, 2021). בראיונות שנערכו במסגרת מחקר זה עלתה גם הסוגיה כי עלות ומשך ההכשרה, יחד עם ציפיות השכר, עשויים להשפיע על ההחלטה ללמוד את המקצוע. עלות הכשרה גבוהה ושכר עתידי נמוך יחסית, מקשה על משיכת סטודנטים ללמוד את המקצוע.

נוסף על כך סוגיית המעבר למגזר הפרטי והתמריצים של מתן שירות באופן פרטי הם בעיה ברוב המדינות, אך היא אינה מצביעה בהכרח על עזיבת עובדים. סוגיה זו מקשה על התכנון וההערכה של שוק העבודה, כיוון שלא תמיד יש מידע על מתן השירות באופן פרטי (סוגיה שהודגשה בקרב מרואיינים בקנדה ובריטניה). מן הראיונות עלה כי מעבר למגזר הפרטי הוא היבט שאליו מתייחסים בכובד ראש, בעיקר בשל הרצון להשאיר כוח עבודה איכותי במערכת הציבורית. אולם גם כאשר יש מספיק תוכניות הכשרה, המודעות אליהן נמוכה, כך שלא מספיק סטודנטים נרשמים ללימודים בכל אחד ממקצועות הבריאות.

לוח 4 מרכז את האתגרים בגיוס ושימור על עובדים.

לוח 4: אתגרים מרכזיים בגיוס ושימור על עובדים

תחום	אתגרים מרכזיים בגיוס עובדים	אתגרים מרכזיים בשימור עובדים
שכר	שכר נמוך משפיע על הנכונות ללמוד ולעסוק במקצוע	שכר נמוך גורם לחיפוש מקום עבודה עם שכר גבוה יותר ולעזיבת המקצוע
עבודה בפריפריה (גאוגרפית)	עבודה במקומות מרוחקים מקשה על גיוס עובדים (בעיקר במדינות גדולות כמו קנדה ואוסטרליה)	עבודה במקומות מרוחקים מקשה על ההתאקלמות וגורמת לבדידות מקצועית וחברתית
שחיקה	-	שחיקה (burnout) משפיעה על ההחלטה לחפש מקום עבודה אחר
קידום מקצועי	אפשרויות לקידום מקצועי עשויות להשפיע על ההחלטה אם לבחור במקצוע	היעדר אפשרויות קידום והתפתחות אישית (גם לעומת מקצועות רפואיים) משפיע על ההחלטה לעזוב את המקצוע
תוכניות הכשרה (תארים אקדמיים, תוכניות הכשרה מקצועיות)	מחסור בסטודנטים הלומדים את המקצוע משפיע על מאגר העובדים המוכשרים בתחום ומקשה על מציאת עובדים ואיוש משרות. יוקר הלימודים (תואר) והדרישות עשויים להשפיע על ההחלטה ללמוד את המקצוע	-
מעבר למגזר הפרטי	-	תנאי עבודה טובים יותר במגזר הפרטי עשויים להשפיע על ההחלטה לעזוב
הכרה בתרומת המקצוע	האופן שבו המקצוע נתפס בקרב העובדים, מקבלי ההחלטות והציבור משפיע על ההחלטה ללמוד ולעבוד במקצוע	האופן שבו המקצוע נתפס בקרב קהלים שונים משפיע על הרצון לעזוב. הרגשה של תרומה פחותה של המקצוע, בעיקר לעומת מקצועות בריאות אחרים, יוצרת תסכול ומשפיעה על עזיבה
מודעות למקצוע	מודעות למקצוע משפיעה על החלטת סטודנטים ללמוד את המקצוע ועל מאגר העובדים הזמין לאיוש משרות	מודעות לעיתים קשורה בהכרה. חוסר הכרה ומודעות יוצרים תסכול ועשויים להשפיע על עזיבה

4.3 אסטרטגיות להתמודדות עם מחסור בכוח אדם

אתגרים וקשיים בגיוס עובדים ובשימורם במדינות השונות (ראה סעיף 4.2), הובילו לפיתוח אסטרטגיות שונות אשר נועדו לתת להם מענה. בספרות ובראיונות זהו חמש אסטרטגיות מרכזיות:

1. תוכניות הכשרה
2. תמריצים למשיכת עובדים ושימורם
3. העלאת מודעות
4. תמיכה בהסבת מקצוע
5. יצירת מסד נתונים לאומי

(1) תוכניות הכשרה. מחסור בכוח אדם זמין בעל מומחיות בריפוי בעיסוק, בפיזיותרפיה או בקלינאות תקשורת הוא בעיה מרכזית. ללא הכשרה מספקת, לא יהיו מספיק עובדים בכל אחד ממקצועות הבריאות ויהיה קשה למלא את המשרות הלא מאוישות (Chartered Society of Physiotherapy, 2021). כמענה לבעיה זו, חיפשו מדינות שונות דרכים לתקצב ולפתח תוכניות הכשרה חדשות (כגון לימודים אקדמיים ייעודיים לכל מקצוע). פעולותיהן משקפות את הצורך בהגדלת היצע העובדים ואת ההבנה כי צריך ליצור מספיק עובדים שימלאו את צורכי המערכת (אוסטרליה – Department of Health and Age Care, 2025; McAuliffe & Barnett, 2009; Russell et al., 2021; Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025; Department of Health, 2019; NHS Confederation, 2022 – בריטניה – CBC News, 2024; Health Sciences Association – קנדה – Velkeniers & Steinberg, 2023, of BC, 2021; House of Commons Canada, Standing Committee on Health, 2023, גרמניה – Burstedde & Kolev-Schaefer, 2024, אירלנד – Griffin 2025). כך לדוגמה בקנדה, הפרובינציה ססקצ'ואן משקיעה בהרחבת מסלולי ההכשרה באמצעות מימון שתי תוכניות לימוד לתואר שני באוניברסיטת ססקצ'ואן להכשרת כוח אדם בקלינאות תקשורת ובריפוי בעיסוק; כל אחת מן התוכניות מיועדת ל-40 סטודנטים, בעלות כוללת של 8.1 מיליון דולר קנדי, וצפויה להתחיל בשנת 2026. עד להפעלת התוכניות, הפרובינציה ממנת 50 מקומות לסטודנטים מססקצ'ואן באוניברסיטת אלברטה השכנה באותם מקצועות, בעלות של 40,000 דולר קנדי לסטודנט (CBC News, 2024).

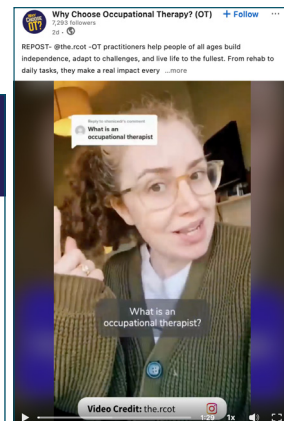
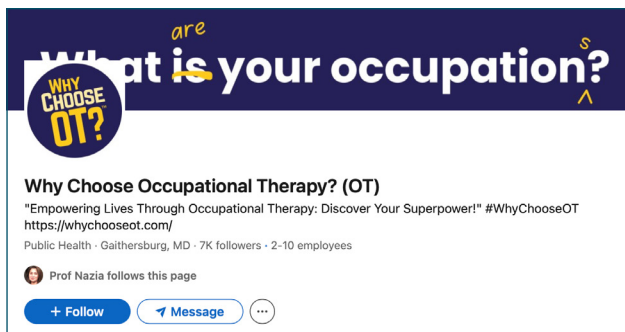
(2) תמריצים למשיכת עובדים ושימורם. תמריצים לשימור עובדים קיימים כוללים, בין השאר, העלאת שכר ושיפור תנאי העבודה, אפשרויות קידום ופיתוח מקצועי והחזרת הלוואות (לדוגמה למי שנשאר לעבוד בפריפריה ליותר מפרק זמן מסוים שנקבע מראש) (Jouck et al., 2023; Landry et al., 2016; Nkenné et al., 2023; Nkenné & Jouck, 2023). כך, בצד הקמת תוכניות הכשרה חדשות, נוצרו חבילות תמיכה (כגון מלגות ומימון מעונות סטודנטים) כדי למשוך יותר סטודנטים למקצועות הבריאות או כדי להקל על אלו שמעוניינים ללמוד את המקצוע, אך חוששים לעשות זאת בשל עלות הלימודים. למשל, באירלנד בעבר ניתן מענק כספי של £5,000 לשנה נוסף על

הלוואת הסטודנט, לצד מנגנוני מימון ייחודיים לקורסי תואר שני (Bacon, 2001). בארצות הברית הועלו הצעות לחקיקה הכוללות תוכניות להחזרת הלוואות לאלו הבוחרים לעבוד (ולהישאר) באזורים מרוחקים, מוחלשים או הסובלים ממחסור בעובדים במקצועות הבריאות (Alliance for Physical Therapy Quality and Innovation, 2023), ובאוסטרליה נמצא כי החזר הלוואות לימודים מוביל להשאר עובדים (מניעת עזיבתם) בכריפריה (Russell et al., 2021). הצורך בתמריצים כספיים לסטודנטים כאסטרטגיה למשיכת סטודנטים, עלה גם בראיונות. בחלק מן המדינות יש ניסיון למשוך כוח עבודה ממדינות אחרות (Burstedde & Kolev-Schaefer, 2024; Pittman et al., 2014). למקצועות הבריאות או כחלק מתוכנית ממשלתית להבאת עובדים (skilled workers).

(3) העלאת מודעות. ההבנה כי כדי למשוך סטודנטים ועובדים למקצועות אלו יש להעלות את המודעות לקיומם ולתרומתם (השפעת מקצועות אלו על החברה תוך הדגמת תרומתם למערכת הבריאות ולמטופלים), הובילה רגולטורים וארגונים מקצועיים להוביל קמפיינים שמטרתם להשיג מטרה זו (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025; Velkeniers & Steinberg, 2023). קמפיינים אלו כוללים, בין השאר, כנייה לתלמידים בבתי ספר תיכון והסבר על תרומתם של מקצועות אלו. לדוגמה, מן הראיונות עלה כי בפורטוגל היה ניסיון למשוך סטודנטים עתידיים ריפוי בעיסוק תוך כדי כניסה לכיתות לימוד ושיחה עם סטודנטים. בהולנד¹² ובארצות הברית נעשה שימוש במשיפעי רשת ובסרטונים להעלאת מודעות שהתפרסמו ברשתות החברתיות (Facebook, TikTok, LinkedIn, YouTube, [Instagram](#)) והשתמשו במסרים קליטים לקהל צעיר כדי לעודד אותם ללמוד ריפוי בעיסוק. להלן דוגמאות מארצות הברית למסרים ברשתות חברתיות (למידע נוסף ראו: National Board for Certification in Occupational Therapy [NBCOT], 2025)

"Why Choose Occupational Therapy? (OT)"

"Empowering Lives Through Occupational Therapy: Discover Your Superpower!" #WhyChooseOT



¹² מן הראיונות עלה כי על אף הצלחת הקמפיין למשוך מספר גבוה יותר של סטודנטים למקצוע ריפוי בעיסוק בהולנד, רבים פרשו מן הלימודים לאחר השנה הראשונה.

(4) תמיכה בהסבת מקצוע. לעיתים יש רצון להשתלב בעבודה במקצועות הבריאות, אבל חסמים בירוקרטיים הקשורים הן בזכאות לעבוד במקצוע הן בתהליך ההסבה עשויים למנוע את הכניסה לתחום או להפוך את התהליך למסורבל. לכן, יצירת מנגנונים והטמעת תוכניות תמיכה שיאפשרו מעבר קל יותר לאלו המעוניינים להשתלב במקצועות הבריאות, תוך כדי קבלת התמיכה הנדרשת, ההכשרה המתאימה וליווי וסיוע במציאת עבודה, עשויים להקל את התהליך (Burstedde & Kolev-Schaefer, 2024; Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025).

(5) יצירת מסד נתונים לאומי. יצירת מאגר נתונים תאפשר הערכה של המחסור בכוח אדם ומענה מותאם לו ותשמש שלב מקדים והכרחי להבנת הפערים והמגמות הקיימים. לדוגמה, אחת ההמלצות המרכזיות בדוח שפורסם לבקשת הוועדה הפרלמנטרית לכוח אדם רפואי בקנדה הייתה כי הממשלה הפדרלית, בשיתוף הפרובינציות והטריטוריות, תפעל להקמת מסד נתונים פן-קנדי בתחום כוח האדם בבריאות. מהלך זה הוצע כחלק מאסטרטגיה משותפת לזיהוי פערים בכוח האדם, והוא יאפשר איתור מדויק יותר של מוקדי המחסור וקידום פעולות יעילות להתמודדות עימם (House of Commons Canada, Standing Committee on Health, 2023).

המלצות דומות מופיעות בדוח שפורסם באוסטרליה (ראה סעיף 5.1) אשר ביקש לשפר את מסד נתוני כוח האדם הלאומיים במקצועות הבריאות. יוזמה זו כוללת הקמת מאגר מידע ויצירת מודלים לחיזוי ביקוש והיצע, לצד תמיכה במחקר, תכנון ברמה הלאומית והאזורית, והטמעת תוכניות תמיכה שמטרתן להקל את המעבר בין מקצועות במגזרים השונים. הצלחה, על פי דוח זה תימדד בקיומו של מאגר נתונים, ביכולת לבחון את הנתונים ובקיומם של מודלים מהימנים לחיזוי (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025).¹³

כמו כן אחת ההמלצות המרכזיות במסמך האסטרטגי של הפדרציה הלאומית לריפוי בעיסוק (ראה סעיף 5.2) היא לבחון דרכים לקידום זמינותם של הנתונים הנוגעים למרפאים בעיסוק במדינות השונות. על פי המסמך, נדרשים מנגנונים לאיסוף, שילוב והשוואה שיטתיים של נתוני כוח אדם מפורטים בריפוי בעיסוק, לצורכי ניטור, מחקר, קידום וחיזוק כוח העבודה (Jesus et al., 2024). המלצות דומות מופיעות בדוחות כוח אדם לאומיים בבלגיה, הכוללים הערכות שוטפות של כוח העבודה בתחום הבריאות ומדגישים את הצורך בתחזיות מדויקות יותר באמצעות חיבור נתונים ממאגרי מידע שונים ומתצפיות עדכניות. צעדים אלו עשויים לעזור בהכוונת מקבלי החלטות בתכנון כוח במקצועות הבריאות (Jouck et al., 2023).

¹³ יש לציין כי המסמך האסטרטגי האוסטרלי כולל גם הגדרה אופרטיבית של מדדי הצלחה להשגת היעדים האסטרטגיים (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025).

לוח 5 מרכז את האסטרטגיות להתמודדות עם מחסור בעובדים בשלושת מקצועות הבריאות.

לוח 5: אסטרטגיות להתמודדות עם מחסור בעובדים בשלושת מקצועות הבריאות

אסטרטגיה	פירוט
תוכניות הכשרה	מימון תוכניות הכשרה כגון תארים אקדמיים ייעודיים בכל מקצוע
תמריצים למשיכת עובדים ושימורם	העלאת שכר, שיפור תנאי עבודה, אפשרויות קידום והתפתחות אישית, גמישות תעסוקתית, החזר הלוואות, תמריצים כלכליים לעבודה בפריפריה, תמיכה כספית בסטודנטים (מלגות, מעונות)
העלאת מודעות	קמפיינים ברשתות חברתיות (Facebook, TikTok, LinkedIn), שימוש במשפיעני רשת, שימוש במסרים המותאמים לקהל צעיר, פנייה לתלמידים בבתי ספר
תמיכה בהסבת מקצוע	הסרת חסמים בירוקרטיים אשר יקלו את תהליך ההסבה המקצועית של אלו המעוניינים לעבוד במקצועות הבריאות
יצירת מסד נתונים לאומי	הקמת מסד נתונים לאומי, הקמת צוות מומחים שיבחן לעומק את הביקוש, ההיצע והמחסור בכוח אדם במקצועות הבריאות, תמיכה במחקר על מחסור בכוח העבודה במקצועות הבריאות, כולל בניית מודלים לבחינת מחסור ברמה האזורית והלאומית, שיתוף פעולה עם האגודות המקצועיות, שיתוף פעולה עם מחוזות ופרובינציות (במדינות שבהן חלוקת האחריות דורשת זאת)

5. מקרי בוחן

פרק זה מציג שני מקרי בוחן המייצגים מגמות עדכניות בהערכת כוח אדם במקצועות הבריאות: (1) מאמצי משרד הבריאות באוסטרליה לבחון מחסור בכוח אדם במקצועות הבריאות; (2) התוכנית האסטרטגית של הפדרציה העולמית לריפוי בעיסוק (World Federation of Occupational Therapy [WFOT]). מקרים אלו נבחרו משום שהם מייצגים תהליכים המתרחשים עתה, בעת כתיבת הדוח, ויכולים ללמד על אתגרים, פתרונות ושיטות להערכה ולתכנון של כוח עבודה.

5.1 אוסטרליה

בשנת 2022 יזמה ממשלת אוסטרליה סקירה עצמאית של ההסדרים הרגולטוריים החלים על קליטה, רישום והכרה בכישורים של אנשי מקצועות הבריאות שהוכשרו מחוץ לאוסטרליה. הסקירה אושרה על ידי הקבינט הלאומי האוסטרלי וכורסמה בדצמבר 2023 (Kruk, 2023). אחת ההמלצות המרכזיות של הסקירה היא לחזק את התכנון הלאומי של כוח האדם במערכת הבריאות של אוסטרליה, באמצעות פיתוח אסטרטגיות לאומיות שיתנו מענה למחסור בכוח אדם במקצוע המיילדות ובמקצועות הבריאות (allied health). הסקירה גם ממליצה לבחון ולעדכן את המודלים הלאומיים לכוח אדם כל חמש שנים, ואת האסטרטגיות כל עשר שנים.

בתגובה להמלצות אלו פעל משרד האוצר האוסטרלי לגיבוש דוח שבו המלצות להגדלת היקף כוח האדם במקצועות הבריאות (Department of Health and Age Care, 2025; Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025). לשם כך גובשה אסטרטגיה לאומית לכוח האדם במקצועות הבריאות באמצעות תהליך דו-שלבי. בשלב הראשון, שנמשך מסוף 2023 ועד תחילת 2025, נאספו ראיות, בוצעו התייעצויות רחבות עם בעלי עניין וגובשה טיוטת האסטרטגיה. השלב השני התמקד באישור הטיוטה באמצעות צוות המשימה לכוח אדם בתחום הבריאות, פורום מנהלי הבריאות ומפגש שרי הבריאות, במטרה להשלים את האסטרטגיה במהלך שנת 2025 (Department of Health and Age Care, 2025).

התייעצות עם הציבור ועם בעלי עניין הייתה רכיב מרכזי בתהליך. נערכו שלושה סבבי התייעצות: הראשון (מאי-יולי 2024) בחן את המתווה המוצע; השני כלל סדרת פורומים מקוונים עם אנשי מקצוע וצרכני שירותים (אוגוסט-ספטמבר 2024); והשלישי (ינואר-מרץ 2025) כלל משוב על טיוטת האסטרטגיה המלאה. ההתייעצויות סייעו לאמת ולהעמיק את הממצאים, לבחון את העדיפויות וההמלצות שהוצעו, ולחדד את מבנה האסטרטגיה ותוכנה לפני השלמתה (Department of Health and Age Care, 2025).

הדוח הסופי (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025) כולל חמש המלצות מרכזיות להתמודדות עם פערים בכוח האדם במקצועות הבריאות באוסטרליה.

האסטרטגיה הלאומית לכוח האדם במקצועות הבריאות אינה מכוונת לגיבוש אסטרטגיות לכל מקצוע בפני עצמו, אלא להתוויית אסטרטגיות רוחביות שיחולו על כלל מקצועות הבריאות "שאינם רפואיים". לכל אחת מן ההמלצות הוגדר מדד לבחינת הצלחת יישומן.¹⁴

המלצות הדוח (Australian Government Department of Health and Aged Care, 2025):

1. העלאת המודעות לתרומתם של מקצועות הבריאות: העלאת המודעות לתרומתם של מקצועות הבריאות ולמסלולי הכשרה יכולה לחזק את משיכת הסטודנטים למקצועות אלו ולשפר את גיוס כוח האדם ושימורו. לכן נדרש לבצע מחקר על ההשפעה של מקצועות אלו על החברה, שידגיש את תרומתם למערכת הבריאות ולמטופלים. הצלחה תימדד בהעלאת המודעות למקצועות אלו.
2. שיפור מסד הנתונים הלאומי של כוח האדם במקצועות הבריאות ושיפור התכנון (data planning): יצירת מאגר מידע ומודלים לחיזוי ביקוש והיצע, תכנון לאומי ואזורי, הטמעת תוכניות תמיכה להקלת המעבר בין מקצועות במגזרים השונים. הצלחה תימדד על ידי האפשרות לבחון את הנתונים ובקיומם של מודלים מהימנים.
3. בניית כוח עבודה בר-קיימה במקצועות הבריאות: פיתוח מסלולי הכשרה לסטודנטים, הגדלת התמיכה בסטודנטים, יצירת תמריצים לעבודה בתחום, זיהוי חסמים רגולטורים, בניית אסטרטגיה לשימור כוח העבודה. הצלחה תימדד בחיזוק התחום: יותר אפשרויות תעסוקה, כוח עבודה יציב, הגדלת ההכשרה, פיתוח מקצועי ושיפור שביעות הרצון מן העיסוק במקצוע.
4. חיזוק כוח האדם מקרב אוכלוסיית הילידים (אבוריגינים): קידום גיוס, הכשרה, שימור ופיתוח מקצועי של אנשי מקצוע מקרב אוכלוסיית הילידים, והבטחת סביבות עבודה והכשרה בטוחות תרבותית. הצלחה תתבטא בגידול ובהתייציבות של כוח אדם זה לאורך רצף ההכשרה והקריירה, בשיפור רמת הבטיחות התרבותית בסביבות הלימוד והעבודה, ובהרחבת השתתפותם של אנשי מקצוע ילידים בתפקידי מנהיגות והשפעה, באופן התורם גם לשיפור נגישות ואיכות השירותים לקהילות עצמן.
5. תמיכה בעובדים בפריפריה: בהקשר האוסטרלי מדובר על הבטחת שירותים גם במקומות מרוחקים. הצלחה תתבטא בהתפלגות מאוזנת יותר של אנשי מקצוע במקצועות הבריאות ברחבי אוסטרליה ובכך שעובדים באזורים כפריים ומרוחקים יהיו מצוידים בכישורים ובתמיכה המקצועית הנחוצים כדי לספק שירותים לקהילותיהם.

¹⁴ קבוצות הייעוץ שהשתתפו בכתיבת הדוח כללו את: Allied Health Professions Australia; המועצה האוסטרלית לדקנים למדעי הבריאות; קבוצת מקצועות הבריאות של Catholic Health Australia; חוקרים בתחום מקצועות הבריאות; Services for Australian Rural and Remote Allied Health; משרד הנציב הלאומי לבריאות באזורים כפריים; צוות ההיגוי הבריאות הלאומית של מקצועות הבריאות; משרד הבריאות; אגודת שירותי הבריאות; Australian Government Department of Health; (and Aged Care, 2025).

בהובלת אניטה הובסון-פאוול (Anita Hobson-Powell), הממונה הארצית על מקצועות הבריאות בממשלת אוסטרליה וראש משרד הממונה על מקצועות הבריאות (Office of the Chief Allied Health Officer), הגוף האחראי להובלה ותיאום התחום ברמה הלאומית, החל תהליך של בחינת המחסור בכוח אדם במקצועות הבריאות באוסטרליה. יש לציין כי 17 מתוך 30 מקצועות הבריאות מצויים באחריות ישירה של משרד הבריאות האוסטרלי (בהם ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה). ליתר המקצועות (ובהם קלינאות תקשורת) לממשלה אין גישה ישירה לנתונים ויש חסמים משפטיים המגבילים את האפשרות לקבל גישה אל הנתונים.¹⁵

כחלק מן האסטרטגיה לבחינת המחסור הוקם צוות 'מומחי נתונים' שתפקידו לפתח מסד נתונים (בהתאם להמלצות) שיסייע בהערכת המחסור בכוח האדם. יוזמה זו נבעה מן ההבנה שהמדדים הקיימים אינם מספקים (סוגיה שעלתה גם בראיונות עם מומחים מאוסטרליה). בשנת 2024 החלה בחינה מחודשת של המחסור בכוח אדם בתחום הפיזיותרפיה, בהתבסס על נתונים חדשים שנאספו ונותחו. ממצאי הבחינה טרם פורסמו. המתודולוגיה להערכת מחסור בכוח אדם באוסטרליה (Australian Government, 2024a), מבוססת על שלושה שלבים: (1) הערכה ראשונית; (2) אימות אנושי; ו-(3) משוב והתאמה (ראה סעיף 4.1.3.2). בהמשך לכך, המשרד למקצועות הבריאות באוסטרליה מתכוון להתחיל לבחון גם את מצב כוח האדם בתחום הריפוי בעיסוק ולפעול לקבלת האישורים המשפטיים הנדרשים לבחינת מקצוע קלינאות התקשורת. יוזמות אלו מצויות בעיצומן במועד כתיבת סקירה זו.

5.2 הפדרציה העולמית לריפוי בעיסוק

הפדרציה העולמית לריפוי בעיסוק (WFOT)¹⁶ החלה בשנה האחרונה בבחינה מעמיקה של הפעולות הנדרשות להערכה ולבחינה של מצב כוח האדם במקצוע הריפוי בעיסוק ושל האתגרים המרכזיים שעיימם מתמודדים המרפאים בעיסוק. בתור הארגון המקצועי הבין-לאומי המייצג את המרפאים בעיסוק, WFOT שואפת לעקוב, לעדכן ולהשתמש במסגרת זו לקביעת סדרי העדיפויות, התוכניות והפעילויות של הפדרציה בתחום פיתוח כוח האדם. האסטרטגיה הגלובלית של WFOT פותחה בתהליך מובנה ובו עשרה שלבים: (1) סקירת ספרות; (2) ניתוח והערכה של המצב הקיים; (3) התייעצות ראשונה עם קבוצת מומחים חיצוניים; (4) ניסוח ראשוני של האסטרטגיה; (5) סקר משולב שנערך בקרב נציגי ארגוני החברות ב-WFOT על הטיוטה הראשונה; (6) קבוצות מיקוד; (7) ניסוח שני בהתאם למשוב; (8) סקר משולב נוסף עם הגרסה המתוקנת; (9) משוב כתוב מן המומחים החיצוניים; (10) קבוצות מיקוד נוספות עם אותם מומחים לגיבוש סופי של ההמלצות (Jesus et al., 2024). התהליך התבסס על שילוב שיטתי של נתונים ומשוב כדי לחדד ולגבש את המסמך הסופי.

¹⁵ מן הראיונות עלה כי סוגיה זו נדונה בהרחבה על ידי ממשלת אוסטרליה, במטרה לגבש פתרונות שיאפשרו גישה לנתוני כוח האדם עבור לל 30 מקצועות הבריאות. הסוגיה עדיין בבחינה.

¹⁶ בפדרציה חברות 86 מדינות. 19 מדינות נוספות הן שותפות (נלוות) שאינן חברות בארגון.

מאמצים אלו הולידו את התוכנית האסטרטגית הגלובלית של WFOT. התוכנית מציגה מסגרת מקיפה לחיזוק, הרחבה וניהול יעיל של כוח העבודה בריפוי בעיסוק ברחבי העולם. היא בנויה משלושה רבדים וכוללת שבעה כיוונים אסטרטגיים מרכזיים. עבור כל כיוון מוצגים היעדים, הבעיה המרכזית, ההזדמנות לשינוי, המטרות (לטווח קצר וארוך), וכן תרגום ההמלצות למדיניות בפועל (Jesus et al., 2024).

הציפייה היא שהאסטרטגיה תשמש רגולטורים, אנשי אקדמיה, חוקרים, קובעי מדיניות ומרפאים בעיסוק במדינות החברות. התוכנית מספקת מסגרת מנחה לביצוע הערכות מצב מקומיות הרגישות להקשר, לקביעת עדיפויות ולפיתוח תוכניות פעולה. המטרה המשותפת היא לבנות בשיטתיות כוח אדם בר-קיימה בריפוי בעיסוק (בכשירות ובזמינות המטפלים), שיוכל לתת מענה שוויוני לצורכי האוכלוסייה המקומית וכמענה לצרכים גלובליים.

בלב התוכנית נמצא עיקרון "השותפויות"; שיתוף פעולה בין מרפאים בעיסוק, בעלי עניין, מקצועות הבריאות, ובין מדינות. שיתוף פעולה זה הוא תנאי מרכזי ליישום מוצלח של כל אחד מן הכיוונים האסטרטגיים. שבע ההמלצות האסטרטגיות הן (Jesus et al., 2024):

- 1. חיזוק מסד נתוני כוח האדם בריפוי בעיסוק.** היעדר נתונים מקיפים ומהימנים על כוח האדם בריפוי בעיסוק מקשה על ביצוע הערכה מדויקת של מצב כוח האדם. נתוני כוח אדם זמינים ומהימנים הם בסיס לתכנון עתידי. כדי לקבל החלטות שישרתו היטב את הציבור, מקבלי החלטות צריכים גישה למידע זה; חיזוק זמינותם של נתוני כוח האדם של המרפאים בעיסוק הוא צעד יסודי והכרחי לזיהוי טוב יותר של צורכי תכנון ובניית כוח האדם. לכן, נדרשים מנגנונים לאיסוף, שילוב והשוואה שיטתיים של נתוני כוח אדם מפורטים בריפוי בעיסוק.
- 2. זיהוי המחסור בהיצע כוח האדם בריפוי בעיסוק.** נתוני כוח אדם יכולים לסייע בקביעת ההיצע הנוכחי והעתידי של כוח האדם בריפוי בעיסוק ולקדם השוואות בין היצעים שונים. עם זאת, שיפור הנגישות לנתוני כוח אדם לבדו אינו מספיק. כדי לזהות פערי היצע נוספים בכוח האדם בריפוי בעיסוק, יש צורך להתאים את הנתונים לצורכי האוכלוסייה ולביקושים של מערכת הבריאות לשירותים אלו. לדוגמה, שילוב נתוני כוח אדם עם ניתוחי שוק העבודה, כאשר הם זמינים, יכול לחשוף פערים מהותיים בנגישות ובמתן שירותי ריפוי בעיסוק.
- 3. השקעה בהגדלת כוח האדם בריפוי בעיסוק.** במדינות רבות – ובמיוחד, אך לא רק, במדינות בעלות הכנסה נמוכה ובינונית – כוח האדם בריפוי בעיסוק מועט או שאינו קיים כלל. מאמצים להגדיל את כוח האדם נתקלים לעיתים בקשיים עקב מחסור ביכולת מקומית להכשרת מרפאים בעיסוק. לצורך כך נדרשות השקעות לאומיות או בין-לאומיות ותמיכה טכנית: הרחבת תוכניות ההכשרה, בניית יכולת מקומית לקלוט עובדים, פריסה וניהול מיטביים של כוח אדם, הגדלת מספר העוסקים בריפוי בעיסוק, וכן הערכה ומדידה של העלויות והתועלות הכרוכות במאמצי הרחבת ההיצע של כוח האדם בתחום.

- 4. שיפור הרכב כוח האדם לשם נגישות שוויונית.** גם בתוך המדינות עצמן ישנם פערים בזמינות המרפאים בעיסוק ובנגישות של אוכלוסיות שונות לשירותי ריפוי בעיסוק. פערים אלו מושפעים מגורמים גאוגרפיים, ובמדינות רבות השירות בכריפריה אינו הולם את צרכי האוכלוסייה והוא מוגבל לעומת השירות בערים הגדולות. בעזרת נתוני כוח אדם משופרים והגדרות ברורות של ביקוש והיצע, אפשר לזהות ולטפל באי-שוויון זה במדינות השונות. פעולות אפשריות להבטחת גישה שיוונית לשירות כוללות שיפור חבילות הגיוס ושימור העובדים, בניית תוכניות השתלמות מקצועית לעובדים באזורים מוחלשים, או שימוש בגישות לחיזוק כוח האדם שמרחיבות את היקף השירותים המגיעים לאוכלוסיות מוחלשות.
- 5. הבטחת כשירות, מעורבות וגיוון בכוח האדם.** נוסף על שיפור הזמינות והנגישות של מרפאים בעיסוק, תכנון כוח האדם חייב להבטיח עמידה בדרישות של כשירות, מעורבות וגיוון. לשם כך יש צורך במנגנוני רגולציה חזקים ובניהול משאבי אנוש כדי להבטיח שכוח האדם בריפוי בעיסוק; (1) עומד בסטנדרטים של כשירות מקצועית מתמשכת; (2) מגיע לביצועים מיטביים; (3) מרוצה מתנאי העבודה; (4) מגוון ומשקף את האוכלוסיות שהוא משרת; ו-(5) אין לו חסמים המבוססים על גזע, מגדר או מאפיינים דמוגרפיים אחרים המגבילים הזדמנויות תעסוקה, קידום או תגמול.
- 6. חיזוק השימוש בידע מבוסס ראיות לגיבוש מדיניות וניהול כוח האדם.** מדיניות וניהול כוח האדם משפיעים על יכולתם של מרפאים בעיסוק לתת מענה לצרכי האוכלוסייה. עם זאת, השימוש במחקר ובנתונים מבוססי ראיות לצורך גיבוש מדיניות, תכנון וניהול כוח האדם בתחום זה הוא מוגבל. לפיכך יש להשקיע בפיתוח וביישום של מחקר מדעי בתחום כוח האדם בריפוי בעיסוק – מחקר מכוון-פתרונות, רגיש להקשר ומבוסס נתונים. פעולות אלו כוללות הקמה וחיזוק של מסגרות, רשתות ותוכניות מחקר ייעודיות לכוח האדם, ושימוש שיטתי בראיות לצורך הנחיה, יישום והערכה של מדיניות, תכנון, רגולציה ונהלים בתחום.
- 7. פיתוח יכולות מנהיגות ותכנון כוח האדם בריפוי בעיסוק.** יישום של צעדים אסטרטגיים בתחום כוח האדם בריפוי בעיסוק דורש חיזוק היכולות של הנהגת המקצוע בהווה ובעתיד – ברמה המקומית, הלאומית והבין-לאומית. לשם כך נדרש פיתוח של כישורי מנהיגות, תכנון וניתוח בתחום כוח האדם, שיאפשרו השתתפות בעיצוב מדיניות ובתכנון של כוח האדם במערכת הבריאות.

6. דיון ומסקנות

סקירה זו בחנה שיטות להערכת מחסור בכוח אדם ואתגרים מרכזיים להתמודד עימו, במקצועות ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וקלינאות תקשורת, ב-11 מדינות. מן הסקירה עלה כי במרבית המדינות שנבחנו יש עדות למחסור בכוח אדם בכל אחד מן המקצועות אך יש גם קושי להעריך ולכמת אותו. סקרי כוח אדם, זמני המתנה, שיעורי אבטלה ומשרות פנויות, וכן יחס משרות לנפש והוצאת רישיון תעסוקתי וחיידושו הם המדדים העיקריים להערכת מחסור. בסקירה נבחנו גם המודלים השונים שבהם ממשלות משתמשות להערכת מחסור קיים ועתידי ומגבלותיהם (מראיינים ציינו את הקושי בהערכת הביקוש לכל מקצוע). רגולטורים משתמשים לרוב בהערכת איוש משרות פנויות כמדד המרכזי להערכת מחסור (מדד זה כולל גם את הזמן הנדרש לאיוש משרה) יחד עם מדדים נוספים בניסיון לחשב את ההיצע והביקוש למקצוע ומכך להסיק בנוגע למחסור הקיים (לדוגמה, חישוב הביקוש פחות ההיצע). סוגיה מרכזית שעלתה הן מן הראיונות הן מסקירת הספרות היא הקושי להעריך את הביקוש למקצוע ולעיתים ההערכה היא גסה ומתחשבת בעיקר בהזדקנות האוכלוסייה ובהנחות המבוססות על מגמות היסטוריות. מודלים להערכת מחסור מתייחסים גם לתרחישים שונים של הכלכלה הלאומית וכיצד כל תרחיש ישפיע על כוח האדם בכל מקצוע. מראיינים ציינו כי קשה לחזות את חומרת המחסור בשל היעדר כלים מתאימים לבחינתו.

הסקירה מציגה תמונה על פיה במקרים רבים האגודות המקצועיות והגופים המייצגים את העובדים בכל מקצוע בוחנים מחסור בעצמם (לדוגמה, איגודי הפיזיותרפיסטים, קלינאי התקשורת והמרפאים בעיסוק), בעיקר בעזרת דיווחים על מחסור ממעסיקים ומסקרים שארגונים אלו עורכים. לרגולטורים אין בהכרח גישה למידע זה ולעיתים יש חסמים משפטיים להשיגו (כך לדוגמה באוסטרליה). כמו כן אין מידע על התעסוקה במגזר הפרטי וזה מקשה על הערכת המחסור (לדוגמה, בקנדה ובבריטניה).

בצד הקושי בהערכת המחסור, יש קושי לגייס עובדים חדשים ולשמור על עובדים קיימים. קושי זה נובע ממגוון סיבות הכוללות, בין השאר, שכר נמוך, תעסוקה בכריפריה, שחיקה מקצועית, היעדר אפשרויות קידום מקצועי, מחסור בתוכניות הכשרה (לדוגמה, תארים אקדמיים), חוסר הכרה בתרומת המקצוע ומודעות נמוכה לכל מקצוע. במדינות גדולות כמו קנדה ואוסטרליה, העסקת עובדים במקומות מרוחקים היא חסם מרכזי בגיוס עובדים ובשימורם, אך גם ביתר המדינות שנבחנו בסקירה זו יש קושי בגיוס ובשימור עובדים מחוץ לערים הגדולות.¹⁷

¹⁷ סוגיה נוספת שעלתה מן המחקר ההשוואתי היא הקושי להשוות שלושה מקצועות בריאות במדינות השונות. לכל מקצוע יכולים להיות מאפיינים ייחודיים נוסף על מאפיינים מוסדיים, כגון מימון ממשלתי וגישה כלפי המגזר הפרטי. כך לדוגמה, בארצות הברית פיזיותרפיסט צריך לסיים תואר שלישי כדי לעסוק במקצוע ואילו במדינות אחרות אין דרישה כזו. באופן דומה, הכשרת המרפאים בעיסוק בגרמניה היא הכשרה מקצועית שלא במסגרת אוניברסיטאית בהכרח. סקירה זו עמדה על השיטות העיקריות והאתגרים בכוח האדם, וניסתה לעמוד על הבדלים אלו.

האסטרטגיות הלאומיות להתמודדות עם אתגרים אלו (ואחרים) כוללות (ראה לוח 5):

1. אסטרטגיות לגיוס עובדים חדשים: מימון תוכניות הכשרה כגון תארים אקדמיים או הכשרות מקצועיות, העלאת מודעות כדי למשוך סטודנטים למקצוע, תמיכה כספית בסטודנטים (מלגות, מעונות), החזרת הלוואות, תמיכה בהסבת מקצוע וייבוא כוח עבודה זר.
2. אסטרטגיות לשימור עובדים: העלאת גובה השכר, שיפור תנאי העבודה, פתיחת אפשרויות לקידום מקצועי, גמישות תעסוקתית, החזרי הלוואות ומתן תמריצים כלכליים לעבודה בפריפריה.
3. אסטרטגיות לבחינה ולניתוח כוח האדם: היעדר מסד נתונים לאומי או מחקר מעמיק להערכה וחיזוי של כוח האדם במקצועות הבריאות הוא אתגר מרכזי לרגולטורים. התמודדות עם אתגר זה כוללת הקמת מסד נתונים לאומי, הקמת צוות מומחים שיבחן לעומק את המחסור, תמיכה במחקר לבחינת מחסור ברמה הלאומית והאזורית, ושיתוף פעולה עם האגודות המקצועיות ורשויות אזוריות (לדוגמה, מחוזות ופרובינציות).

בחלקה האחרון של הסקירה הוצגו שני מקרי בוחן המייצגים ניסיונות עכשוויים להתמודדות עם הערכת המחסור בכוח אדם. מקרי בוחן אלו הציגו את הנעשה באוסטרליה ובתוכנית האסטרטגית של הפדרציה הלאומית לריפוי בעיסוק, ומאפשרים הצצה על האופן שבו משרד הבריאות האוסטרלי וארגון הגג של המרפאים בעיסוק מתמודדים עם הקושי בהערכת מחסור. בשני המקרים מוצגת סוגיית היעדר מסד הנתונים והצורך במחקר מעמיק בתחום. בעוד באוסטרליה הוקצו תקציבים והוקם צוות מיוחד להערכת המחסור, בפדרציה הלאומית לריפוי בעיסוק הסוגיה עדיין בבחינה. שני המקרים מייצגים תגובה להמלצות ועדות מיוחדות אשר הוקמו כדי לתכנן את כוח האדם; באוסטרליה, ועדה עצמאית בהזמנת הממשלה, ובפדרציה הלאומית לריפוי בעיסוק כתוצאה מבחינה פנימית מעמיקה של צורכי המקצוע. מקרי בוחן אלו מאפשרים לבחון את המניע להמלצות ופעולות עכשוויות להתמודדות עם אתגרי כוח האדם בכל אחד מן המקצועות.

הכרה בתרומתם של מקצועות הבריאות

היבט חשוב שעלה בראיונות ומקבל ביטוי גם בספרות הוא תחושת חוסר ההכרה בתרומת כל אחד מן המקצועות הן בקרב מקבלי ההחלטות הן בקרב הציבור. תחושה זו לרוב נובעת מהשוואת מקצועות הבריאות למקצועות הרפואה והסיעוד. מרבית המרואיינים טענו כי לא מתייחסים אליהם ברצינות הנדרשת (ובמידה שווה) וכי תרומת עבודתם אינה ידועה למקבלי ההחלטות ולציבור. למקצועות אלו לא נלוות גם היוקרה שלה זוכים רופאים העובדים במערכת הבריאות. כמו כן העובדה שיש להם פחות אפשרויות קידום (לדוגמה, לעומת מקצוע הסיעוד) וששכרם נמוך משמעותית מזה של אלו העוסקים ברפואה מחזק תחושה שלילית זו.

בראיונות עלה גם קשר בין היעדר תכנון כוח אדם לאומי, הכולל יצירת מסד נתונים ומחקר, ובין תחושת חוסר ההכרה בתרומת המקצועות. כיוון שבמקצועות אחרים, כגון רפואה וסיעוד,

נעשה מחקר מקיף כמעט בכל המדינות בנוגע לאתגרים בכוח האדם, חוסר הנכונות לפעול (או ההזנחה המתמשכת) באופן דומה כלפי מקצועות הבריאות מחזק את תחושת חוסר ההערכה המקצועי. מראיין בריטי הציג את הסוגיה כך:

”אם תפוחים אלו הרופאים, אגסים הם אחיות, תפוזים מתייחסים לכל יתר מקצועות הבריאות” [כגון פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת].

כוונתו הייתה להדגיש כי היחס צריך להיות לצורכי המקצוע וצריך לעשות פילוח לנתונים שיאפשרו לפתח תוכניות לכל תחום בנפרד (ולא כמגזר או אשכול אחד). היחס הכוללני לכל מקצועות הבריאות עשוי בדרך עקיפה גם להחמיר את תחושת חוסר ההכרה.

השאלה מדוע מדינות רבות אינן משקיעות בחקר מקצועות הבריאות ובקידום חורגת מהיקף מחקר זה. הסיבה לכך קשורה ככל הנראה גם לאיגודים חזקים יותר של רופאים ואחיות שהיסטוריה היו מסוגלים להשפיע על מקבלי ההחלטות. מן הראיונות עלה שפגישות בין נציגי עובדי הבריאות לנציגי ממשלה, לרוב כוללות נציגים של רופאים ואחיות ללא נציגי מקצועות הבריאות כגון פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק וקלינאי תקשורת. הנטייה להתייחס אל מקצועות אלו כאל מקצועות "משניים" עשויה להשפיע על תחושת חוסר ההכרה בתרומת עבודתם של עובדי מקצועות הבריאות, ובעקיפין יכולה להשפיע גם על עזיבת עובדים. כמו כן חוסר ההכרה עשוי להקשות על גיוס עובדים חדשים ועל משיכת סטודנטים ללמוד את מקצועות הבריאות.

בחינה של אתגרים לגיוס ולשימור עובדים חייבת לכלול ממצא חשוב זה. חוסר שביעות הרצון של עובדים הנובע מחוסר הכרה (או הכרה נמוכה) במקצוע, היא גורם חשוב לעזיבת עובדים. אולם, אי אפשר להתייחס להיבט זה ללא ההקשר הרחב יותר. חוסר תכנון לאומי ומחקר, קידום מקצועי מוגבל, יחד עם שכר נמוך וחוסר גמישות בשעות עבודה מתפרשים, על ידי עובדים מסוימים, כזלזול במקצוע. מאמצים להעלות מודעות למקצוע הם אינם מענה לתחושה זו. לכן, נדרשת חשיבה יסודית כיצד ממשלות יתייחסו לכוח האדם במקצועות הבריאות בכבוד רב יותר. מהלך זה חייב לכלול התייחסות שיוויונית לכל העוסקים בבריאות.

מחקר ויצירת מסד נתונים

סוגיה חשובה שעלתה מסקירה זו היא הצורך המיידי בהקמת מסד נתונים ובתמיכה במחקר של מקצועות הבריאות (RCSLT, 2023). יש צורך במחקר נוסף כדי להבין ולפתור באופן מלא את האתגרים הגלובליים בכוח האדם בריפוי בעיסוק. המחקר הקיים בתחום מועט, ממומן בדלות ואיכותו מוגבלת. במיוחד לעומת המחקר על כוח האדם במקצועות כמו רפואה וסיעוד (Jesus et al., 2023; Walker, 2024). המודל האוסטרלי הוא דוגמה מצוינת ליוזמה כזו: החל מהמלצות הוועדה העצמאית וכלה בצוות המומחים אשר הוקם לבחון את המחסור (ראה סעיף 5.1).

סקירה זו מציגה גם כמה בעיות מתודולוגיות הקשורות בניית הנתונים. לדוגמה, איש משרות הוא מדד מקובל בקרב מקבלי החלטות, אך ישנם מצבים שבהם התרבות הארגונית של מקום עבודה (לדוגמה, בית חולים) גורמת לאי-איוש המשרות לאורך זמן (לדוגמה, כאשר סביבת העבודה נתפסת "רעילה". ראה סעיף 4.1.3.2)

הצורך המייד, אם כן, שעולה מסקירה זו הוא הקמת צוות מומחים אשר יבחן את סוגיית כוח האדם במקצועות הבריאות. יוזמה כזו צריכה להתבסס על עקרונות דומים לאלו שאפיינו יוזמות קודמות שעסקו במחסור בכוח אדם במקצועות הרפואה והסיעוד, תוך כדי התאמה לדרישות ולמאפיינים הייחודיים של כל מקצוע. לנוכח המבנה הריכוזי של מערכת הבריאות בישראל המאפשר גישה רחבה למסד נתונים, משרד הבריאות בישראל יכול להיות גוף מוביל ברמה בין-לאומית, הבוחן תחום זה. לשם כך יש להרחיב את התמיכה במחקר בתחום הן במגזר הציבורי הן באקדמיה, ולהקים צוות מומחים אשר יתרום לשיפור ההערכה והמענה לסוגיית המחסור בכוח אדם במקצועות הבריאות.

גיבוש מדדי ביקוש והיצע

מסד נתונים יאפשר בחינה מעמיקה של הביקוש וההיצע לשירותי בריאות. ברמת הביקוש, מומלץ לפתח כלי מדידה המבוססים על שילוב של נתוני שימוש בפועל, של ביקוש שלא נענה ושל תחזיות עתידיות:

- שימוש בפועל בשירותים: איסוף נתונים שוטף מקופות החולים ומספקים נוספים על היקף השירותים הניתנים בפועל, כגון מספר מטופלים, מספר מכשירים, שעות טיפול והיקף הפניות שמומשו. נתונים אלו עשויים לשקף את הביקוש שהתממש בפועל.
- ביקוש שלא נענה: מדידה שיטתית של זמני המתנה לשירותים שונים, שיעור הפניות שלא מומשו, ועומסים על מטפלים, לצורך זיהוי ביקוש שאינו מקבל מענה.
- תחזיות ביקוש: פיתוח תחזיות למשרות נדרשות בהתבסס על גורמים דמוגרפיים (כגון גידול והזדקנות האוכלוסייה) ועל שינויים צפויים בתחלואה ובצורכי הבריאות, בהתבסס על נתוני הלמ"ס ומקורות נוספים.
- שילוב המגזר הפרטי: איסוף נתונים על היקף השירותים הניתנים באופן הפרטי בכל מקצוע, ושילובם בניית הכולל, לקבלת תמונה מלאה של הביקוש לשירותים.

ברמת ההיצע, משרד הבריאות אוסף כיום נתונים מקיפים של מספר בעלי הרישיון העובדים בפועל, של התפלגות לפי גיל ומין, של מספר בוגרים צפוי, של עולים ושל בוגרי הכשרות בחו"ל. עם זאת, כדי לשקף במדויק את היצע כוח האדם, חשוב להשלים את התמונה באמצעות נתונים על היקפי משרה. כפי שצוין בהרחבה בסקירה (ראה פרק 4.1.2.5) רישיון לעסוק במקצוע או אף עצם ההשתתפות בשוק העבודה אינם מעידים בהכרח על היקף העבודה בפועל, שכן חלק

ניכר מן העובדים מועסקים במשרה חלקית או משלבים עבודה בכמה מסגרות. לכן, מדידה המבוססת על מספר בעלי רישיון בלבד עלולה להוביל להערכת יתר של היצע כוח האדם בפועל.

לפיכך, מומלץ להשלים את הנתונים הקיימים באמצעות:

- איסוף נתונים על היקפי משרה בפועל
- סקרי מעסיקים לניטור משרות פנויות והיקפי העסקה
- סקרי בעלי רישיון לבחינת עומס עבודה, שחיקה, העדפות תעסוקתיות והיקפי משרה
- סקרי סטודנטים להבנת כוונות תעסוקתיות עתידיות

מבט לעתיד

מקצועות הבריאות (allied health) הם נדבך חשוב בשמירה על בריאות האוכלוסייה. אולם במדינות רבות ההתייחסות למקצועות אלו, ההשקעה בהם והמחקר עליהם אינם שווים לאלו הנהוגים במקצועות הרפואיים. מצב זה אינו אופטימלי וגורם לתחושת הזנחה בקרב עובדים במקצועות אלו. קשה לציין מקצועות רבים שבהם ממשלות אינן יודעות מה מצב כוח האדם בהם ואם קיים מחסור (ומה היקפו). שינוי התפיסה שבריאות אינה קשורה רק למטפלים רפואיים, אלא גם למקצועות הנלווים חשובה ביצירת שינוי מחשבתי בנוגע לתכנון ומחקר כוח האדם במקצועות הבריאות. תוכנית לאומית המשלבת אקדמאים, ארגונים מקצועיים וארגונים ממשלתיים, יחד עם ארגונים בין-לאומיים עשויה להתחיל תהליך של למידה והערכת סוגיות הקשורות בכוח אדם במקצועות הבריאות. סקירה זו מספקת תשתית להקמת יוזמה שכזו.

עוד פרסומים של המכון בנושא

רוזן, ב. (2024). תכנון כוח אדם רפואי: השוואה בין ישראל למדינות נבחרות ב-OECD.
גולדווג, ר. ולרון, מ. (2023). הרפורמה בשירותי מערך התפתחות הילד: תמונת מצב ערב
הרפורמה וסקר עמדות נשות המקצוע. דמ-881-23.
ניראל, נ., גרינשטיין-כהן, א., אייל, י., סמואל, ה. ובן-שוהם, א. (2014). תחזיות הביקוש לאחיות
למול תחזיות ההיצע. דמ-665-14.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

- אזולאי, י. (07.01.26). סכסוך עבודה באגף השיקום של משרד הביטחון: "המערכת המטפלת בנכי צה"ל בקריסה". כלכליסט. [🔗](#)
- גבריאלי, א., דאובר, א. וצברי, מ. (2021). *פערי כוח אדם במקצועות הבריאות פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק*. אגף ממשל וחברה, משרד ראש הממשלה. [🔗](#)
- הכנסת. (3 בפברואר, 2026). חדשות הכנסת. [🔗](#)
- Alliance for Physical Therapy Quality and Innovation. (2023). Physical therapy workforce shortage continues to grow. [🔗](#)
- American Speech-Language-Hearing Association. (2024). Supply and demand resource list for speech-language pathologists. [🔗](#)
- AOTI. (2022). Over 2/3 of occupational therapists experienced burnout and almost 1/2 considered leaving profession. [🔗](#)
- Arora, A., Aldridge, L., & Gordon, A. (2024). *The State of the Consultant Geriatrician Workforce: An Analysis of the RCP Census*. [🔗](#)
- Australian Government. (2022). Skills priority list. [🔗](#)
- Australian Government. (2024a). *2024 occupation shortage list methodology*. [🔗](#)
- Australian Government. (2024b). Occupation shortage list. [🔗](#)
- Australian Government. (2025). Occupation shortage analysis. Jobs and Skills Australia. [🔗](#)
- Australian Government Department of Health and Aged Care. (2025). Draft national allied health workforce strategy: Consultation draft – V2.0. [🔗](#)
- Australian Physiotherapy Association. (2024). Unlocking the Future of Physiotherapy: APA's First Workforce Census. [🔗](#)
- Australian Physiotherapy Council. (2023). *Response to independent review of health practitioner regulatory settings*. [🔗](#)
- Bacon, P. (2001). *Current and future supply and demand conditions in the labour market for certain professional therapists*. [🔗](#)
- Barrios Fernández, S., & Cantero Garlito, P. A. (2019). Situación actual de la terapia ocupacional en la sanidad pública española. *Revista Electrónica De Terapia Ocupacional Galicia*, 16(29), 123–128. [🔗](#)

Bermingham, D. (March 7, 2021). Almost 45,000 Children on 'appalling' Waiting Lists for Speech and Language Help. *Irish Examiner*. [🔗](#)

Burstedde, A., & Kolev-Schaefer, G. (2024). *IW-Kurzbericht Nr. 27/2024*. Institut der deutschen Wirtschaft. [🔗](#)

CBC News. (June 14, 2024). U of S to add training programs for hard-to-find health-care specialists. [🔗](#)

Chartered Society of Physiotherapy. (2021). Northern Ireland health system facing physiotherapy recruitment crisis. [🔗](#)

Chartered Society of Physiotherapy. (2023a). NHS must seize upon growth in physiotherapist numbers. *Integrated Care Journal*. [🔗](#)

Chartered Society of Physiotherapy. (2023b). Thousands more physiotherapists needed in government's workforce plan. [🔗](#)

Chartered Society of Physiotherapy. (2024). New NHS workforce report highlights government's under-ambitious increase in physio roles. [🔗](#)

Chartered Society of Physiotherapy. (2025). CSP welcomes report highlighting workforce shortages in older people's healthcare. [🔗](#)

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage publications. [🔗](#)

Davis, S. F., Enderby, P., Harrop, D., & Hindle, L. (2017). Mapping the contribution of allied health professions to the wider public health workforce. *Public Health* 39(1), 177–183. DOI: 10.1093/pubmed/fdw023

Department of Health. (2019). *Workforce review report: Speech and language therapy 2019-2029 (Northern Ireland)*. [🔗](#)

Department of Health and Age Care. (2025). National allied health workforce strategy. Australian Government. [🔗](#)

Dinstein, I., Solomon, S., Zats, M., Shusel, R., Lottner, R., Gershon, B.B., Meiri, G., Menashe, I., & Shmueli, D. (2024). Large increase in ASD prevalence in Israel between 2017 and 2021. *Autism Research* 17(2): 410–418. doi: 10.1002/aur.3085

Ekugo, N. (November 17, 2024). Germany confirms 11,600 physiotherapists are needed in its aging population. *Business Day*. [🔗](#)

European Labour Authority. (2023). *Report on labour shortages and surpluses, 2022*. Luxembourg. [🔗](#)

Federal Employment Agency. (2024). *Skilled Labour Shortage Analysis 2023: An Indicator-Based Analysis of Skilled Labour Shortages (English Version)*. [🔗](#)

García, Y. (2022). Los Fisioterapeutas Piden Aumentar Las Plazas Públicas Ante Las Más de 43.000 Personas En Lista de Espera. [🔗](#)

Gesundheit Österreich GmbH. (2025). *Gesundheitsberuferegister 2024: Ergebnisbericht*. [🔗](#)

Government of Canada. (2023). Audiologists and Speech-Language Pathologists. Canadian Occupational Projection System (COPS). [🔗](#)

Government of Canada (2024). Canadian Occupational Projection System (COPS). Retrieved December 15, 2025. [🔗](#)

Government of Canada (n.d.a). Occupational Therapists & Other Professional Occupations in Therapy and Assessment. Canadian Occupational Projection System (COPS). Retrieved December 15, 2025. [🔗](#)

Government of Canada (n.d.b). Physiotherapists. Canadian Occupational Projection System (COPS). Retrieved December 15, 2025. [🔗](#)

Griffin, N. (march 9, 2025). Physiotherapist shortage impacting 'quality of Life' with 83,000 on waiting lists. *Irish Examiner*. [🔗](#)

Health Sciences Association of British Columbia. (2021). *We're chronically understaffed: A report on public rehabilitative care in BC*. [🔗](#)

Health Workforce Canada. (2024). *Health workforce modelling & forecasting in Canada: Current state analysis report*. [🔗](#)

Hoff, T., & Lee, D.R. (2021). The gender pay gap in medicine: A systematic review. *Health Care Management Review* 46(3), E37–49. [🔗](#)

House of Commons Canada, Standing Committee on Health. (2023). Addressing Canada's health workforce crisis (Report No. 10, 44th Parliament, 1st session). [🔗](#)

HRSA Health Workforce. (2016). *Allied health workforce projections, 2016–2030: Occupational and physical therapists*. [🔗](#)

HRSA Health Workforce. (2025a). Health workforce projections. [🔗](#)

HRSA Health Workforce. (2025b). Technical documentation for HRSA's health workforce simulation model. Health Resources & Services Administration. [🔗](#)

Jesus, T.S., Landry, M.D., Hoenig, H., Dussault, G., Koh, G.C., & Fronteira, I. (2022a). Is physical rehabilitation need associated with the rehabilitation workforce supply? An ecological study across 35 high-income countries. *International Journal of Health Policy and Management* 11(4), 434–442. [🔗](#)

Jesus, T.S., Mani, K., Ledgerd, R., Kamalakannan, S., Bhattacharjya, S., & von Zweck, C. (2022b). Limitations and recommendations for advancing the occupational therapy workforce research worldwide: Scoping review and content analysis of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(7327), 1–14. [🔗](#)

Jesus, T.S., Mani, K., von Zweck, C., Bhattacharjya, S., Kamalakannan, S., & Ledgerd, R. (2023). The global status of occupational therapy workforce research worldwide: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy* 77(3). [🔗](#)

Jesus, T., Zweck, C., Bhattacharjya, S., Mani, K., Kamalakannan, S., & Ledgerd, R. (2024). *Global strategy for the occupational therapy workforce*. WFOT. [🔗](#)

Jouck, P., Berwouts, J., Durand, C., Nkenné, D., Steinberg, P., & Vivet, V. (2023). *PlanCad – Kinésithérapeutes sur le marché du travail*. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. [🔗](#)

Keegan, C., Brick, A., García-Rodríguez, A., & Hill, L. (2022). Projections of workforce requirements for public acute hospitals in Ireland, 2019-2035: A regional analysis based on the hippocrates model. *ESRI Research Series 147*, Dublin: ESRI, [🔗](#)

Kruk, R. (2023). *Independent review of Australia's regulatory settings relating to overseas health practitioners*. Commonwealth of Australia. [🔗](#)

Landry, M.D., Hack, L.M., Coulson, E., Freburger, J., Johnson, M.P., Katz, R., Kerwin, J., Smith, M.H., Wessman, H.C., Venskus, D.G., Sinnott, P.L., & Goldstein, M. (2016). Workforce projections 2010–2020: Annual supply and demand forecasting models for physical therapists across the United States. *Physical Therapy* 96(1), 71–80. [🔗](#)

McAuliffe, T., & Barnett, F. (2009). Factors influencing occupational therapy students' perceptions of rural and remote practice. *Rural Remote Health* 9(1), 1078. [🔗](#)

Infosalus. (January 22, 2025). *Terapeutas ocupacionales piden acabar con la inequidad de acceso que existe según el territorio*. [🔗](#)

- Migration Advisory Committee. (2019). *Full review of the shortage occupation list*. [🔗](#)
- Miles, M.B., Huberman, A.M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*. Thousand Oaks: Sage publications. [🔗](#)
- Mills, A., & Millsteed, J. (2002). Retention: An unresolved workforce issue affecting rural occupational therapy services. *Australian Occupational Therapy Journal* 49(4), 170–181. [🔗](#)
- Millsteed, J. (2000). Issues affecting Australia's rural occupational therapy workforce. *The Australian journal of rural health* 8(2), 73–76. [🔗](#)
- National Board for Certification in Occupational Therapy (NBCOT). (2025). *Why choose OT*. [🔗](#)
- Nelson, H., Giles, S., McInnes, H., & Hitch, D. (2015). Occupational therapists' experiences of career progression following promotion. *Australian Occupational Therapy Journal* 62(6), 401–409. [🔗](#)
- NHS Confederation. (2022). *There is no community without people: The staffing challenges facing community health services and how we can address them*.
- NHS England. (2023). *NHS long term workforce plan*. [🔗](#)
- Nkenné, D., Berwouts, J., Durand, C., Jouck, P., Steinberg, P., & Vivet, V. (2023). *PlanCad – Logopèdes sur le marché du travail 2020: Résultats du couplage des données*. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. [🔗](#)
- Nkenné, D., & Jouck, P. (2023). *PlanCad – Ergothérapeutes sur le marché du travail 2019: Résultats du couplage des données*. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. [🔗](#)
- O'Regan, E. (July 25, 2024). 'Hidden' waiting lists worsen as number of unfilled HSE posts grows. *Irish Independent*. [🔗](#)
- OECD. (2025). *Health at a glance 2025*. [🔗](#)
- Parry, K. W. (2004). Constant comparison. In M. S. Lewis-Beck, A. Bryman, & T. F. Liao (Eds.), *The SAGE encyclopedia of social science research methods* (p. 181). Sage. [🔗](#)

Patel, R.S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behavioral Sciences* 8(11), 1–7. [🔗](#)

Pittman, P., Frogner, B., Bass, E., & Dunham, C. (2014). International recruitment of allied health professionals to the United States: Piecing together the picture with imperfect data. *Journal of Allied Health* 43(2), 79–87. [🔗](#)

Powell, J.M., Griffith, S.L., & Kanny, E.M. (2005). Occupational therapy workforce needs: A model for demand-based studies. *American Journal of Occupational Therapy* 59(4), 467–474. [🔗](#)

Powell, J.M., Kanny, E.M., & Ciol, M.A. (2008). State of the occupational therapy workforce: Results of a national study. *American Journal of Occupational Therapy* 62(1), 97–105. [🔗](#)

Redacción Médica. (August 8, 2018). *La falta de plazas públicas 'Aboca a La Privada' a los fisioterapeutas.* [🔗](#)

Rocard, E. (2024). *Planification des besoins de formation de médecins comparaison Européenne.* Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). [🔗](#)

Royal College of Occupational Therapists. (2023). *Workforce survey report 2023: Occupational therapy under pressure* [🔗](#)

Royal College of Occupational Therapists. (2024). *Why the next UK government should prioritise occupational therapists.*

Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT). (2023). *Fail to plan, plan to fail: Speech and language therapy workforce planning in England.* [🔗](#)

Russell, D., Mathew, S., Fitts, M., Liddle, Z., Murakami-Gold, L., Campbell, N., Ramjan, M., Zhao, Y., Hines, S., Humphreys, J.S., & Wakerman, J. (2021). Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health* 19(1), 103. [🔗](#)

Saldaña, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers.* Sage.

Salinas, N. (December 23, 2023). Cuando ir al logopeda es un lujo: Apenas 500 profesionales en la sanidad pública y tratamientos, en la privada, a 2.500 euros. *el Periódico de España.* [🔗](#)

Salud a Diario. (2019). *Los logopedas denuncian escasez de profesionales en el sistema de salud y dificultades para ejercer en el ámbito educativo.* [🔗](#)

Scheffler, R.M., Campbell, J., Cometto, G., Maeda, A., Liu, J., Bruckner, T.A., Arnold, D.R., & Evans, T. (2018). Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. *Human Resources for Health* 16(1), 5. [🔗](#)

Schneider, M., Krauss, T., Köse, A., Craig, M., & Hofmann, U. (2022a). *Health workforce demand and supply: Austria.* BASYS – Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH. [🔗](#)

Schneider, M., Krauss, T., Köse, A., Craig, M., & Hofmann, U. (2022b). *Health workforce demand and supply: Netherlands.* BASYS – Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH. [🔗](#)

Schneider, M., Krauss, T., Köse, A., Craig, M., & Hofmann, U. (2022c). *Health workforce demand and supply: Portugal.* Schneider, M., Krauss, T., Köse, A., Craig, M., & Hofmann, U. [🔗](#)

Schomberg, J. (2024). *New physiotherapy degree targets national workforce shortage.* University of the Sunshine Coast. [🔗](#)

Shenton, A.K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22(2), 63–75. [🔗](#)

Smith, T., Cooper, R., Brown, L., Hemmings, R., & Greaves, J. (2008). Profile of the rural allied health workforce in Northern New South Wales and comparison with previous studies. *Australian Journal of Rural Health* 16(3), 156–163. [🔗](#)

Sullivan, V., Hughes, V., Wilson, D. R. (2022). Nursing burnout and its impact on health. *Nursing Clinics of North America* 57(1), 153–169. [🔗](#)

Tapper, J. (May 26, 2024). Shortage of NHS physio roles leaves patients in pain as waiting lists soar. *The Guardian.* [🔗](#)

The Canadian Association of Occupational Therapists. (2022). *Standing Committee on Health: Study on Canada's Health Workforce.* [🔗](#)

United States Census Bureau. (2008). *Population division, Interim state population projections by single year of age: July 1, 2004 to 2030.* [🔗](#)

Velkeniers, B., & Steinberg, P. (2023). *Avis formel 2023-05 de La commission de planification - offre médicale.* [🔗](#)

Venturini, E., Ugolini, A., Bianchi, L., Di Bari, M., & Paci, M. (2024). Prevalence of burnout among physiotherapists: A systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy (United Kingdom)* 124, 164–179. [🔗](#)

Vernon, L., Zhang, X., & Dixon, P. (2015). Occupational therapy workforce in the United States: Forecasting nationwide shortages. *PM and R* 7(9), 946–954. [🔗](#)

Walker, L. (2024). What next? Learning from the Findings of the royal college of occupational therapists workforce survey 2022–2023. *British Journal of Occupational Therapy* 87(4), 199–200. [🔗](#)

West, C.P., Dyrbye, L.N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine* 283(6), 516–529. [🔗](#)

World Health Organization. (2016). *Human resources for health observer health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals*. [🔗](#)

World Physiotherapy. (2024). *Annual membership census 2023: Portugal* [PowerPoint slides]. [🔗](#)

Zarek, P., Ruttinger, C., Armstrong, D., Chakrabarti, R., Hess, D.R., Manal, T.J., & Dall, T.M. (2025). Current and projected future supply and demand for physical therapists from 2022 to 2037: A new approach using microsimulation. *Physical Therapy* 105(3), 1–14. [🔗](#)

Zimbelman, J.L., Juraschek, S.P., Zhang, X., & Lin, V.W. (2010). Physical therapy workforce in the United States: Forecasting nationwide shortages. *PM and R* 2(11), 1021–1029. [🔗](#)