



קידומן של רופאות לתפקידי ניהול במערכת הבריאות בישראל - נקודת מבט מגדרית

יעל אשכנזי, תמר מדינה-הרטום זרינה מעוז-ברזיאר

מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
MYERS-JDC-BROOKDALE
مایرس-جوینت-بروکدیل



תקציר

מבוא

בשנים האחרונות, מעניק השיח הציבורי בעולם תשומת לב גוברת לנושא של שוויון בין המינים. פערים בין נשים לגברים בעולם העבודה - בתגמול, במסלולי קידום ובהשתתפות בתפקידי ניהול - קיימים בתחומים מקצועיים רבים, וביניהם גם בתחום הבריאות. במערכת הבריאות בישראל שיעורן של הנשים מבין העובדים הוא גבוה, כולל בקרב הרופאים, אבל ייצוגן בשורות המנהלים הוא נמוך בהרבה. דבר זה נכון בעיקר בבתי החולים, שם שיעור הרופאות בתפקידי ניהול נמוך במיוחד, וזאת על אף שבמשך רוב שנות ה-90 ובשנים שלאחר מכן שיעור הנשים בקרב מקבלי הרישיונות ברפואה הגיע לפחות ל-45%. לעומת זאת, ייצוגן של נשים בהנהלות של קופות החולים ושל משרד הבריאות גבוה יותר.

במשרד הבריאות עומדת לקום ועדה שתדון באתגרי כוח האדם במערכת הבריאות בהיבט מגדרי. כתשומה לדיוני הוועדה, ביקש משרד הבריאות ממכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל לערוך מחקר גישוש באמצעות ראיונות עם רופאות שהגיעו לעמדות בכירות במערכת הבריאות ובעיקר בבתי חולים, ולבחון את הגורמים שסייעו להן ואת הגורמים שהקשו עליהן להגיע לעמדותיהן. המשרד גם ביקש מן המכון להציע דרכים כיצד להעריך כמותית נושאים אלה במחקרים עתידיים.

מטרות המחקר

1. לתאר את מסלול הקריירה של רופאות שהגיעו לתפקידים בכירים במערכת הבריאות, בדגש על בתי חולים
2. להבין מהם הגורמים שעזרו לרופאות הממוקמות בעמדות בכירות להתקדם בקריירה שלהן, מהם הגורמים שהקשו עליהן בדרכן, וכיצד הן התמודדו עם הגורמים המקשים הללו
3. לזהות הצעות יישומיות לאופן שבו ניתן לסייע בהסרת החסמים המקשים על התקדמותן של רופאות במערכת הבריאות
4. להציע דרכים לבדיקה כמותית של נושאים אלה במחקרים עתידיים.

שיטת המחקר

נערכו ראיונות פנים אל פנים עם 13 רופאות הממלאות תפקידי ניהול בכירים בבתי החולים, במשרד הבריאות ובאקדמיה. הראיונות הופסקו כאשר הגענו לרוויה ולא עלו תמות חדשות. הראיונות עסקו במסלול הקריירה שלהן, בגורמים שהקלו או הקשו עליהן להתקדם ובאופן שבו הן תופסות את סוגיית חוסר השוויון המגדרי בתפקידי ניהול בכירים במערכת הבריאות בישראל. בנוסף נערכו ראיונות רקע עם שני מנהלי בתי חולים גברים (אחד מנהל בפועל והשני כיהן בעברו כמנהל בית חולים) ועם מנהלת מתחום משאבי אנוש ממשרד הבריאות, כדי לקבל זווית ראייה נוספת על הנושא.

כרקע לראיונות וכדי להבין טוב יותר את הנושא נערכה סקירת ספרות על תעסוקה וקידום של רופאות בעולם ובישראל.

ממצאים עיקריים

התקדמות לתפקידי ניהול:

מן הראיונות עלו שני מוטיבים עיקריים בנושא ההתקדמות לתפקידי הניהול: חלק מן המרואיינות אמרו שהיו מוכוונות מטרה וסימנו בשלב מוקדם את היעד, או שנקטו בגישה אקטיבית לקבלת תפקידים; וחלקן אמרו שעברו מעבר טבעי מתפקיד לתפקיד עד שהגיעו לעמדה שבה הן ממוקמות היום.

למרות קיומם של חסמים ומכשולים שונים, המרואיינות לא תיארו את הדרך לתפקיד הניהול ככרוכה במאבקים קשים.

חסמים, אתגרים וגורמים מסייעים:

האתגר העיקרי בנתיב ההתקדמות המקצועית היה ניהול הקונפליקט בית-עבודה. אתגרים נוספים שעלו היו מחסור בחניכה (מנטורינג), תרבות גברית במקומות העבודה, משכורות נמוכות משל גברים בתפקידים מקבילים וקושי לשלב פעילות אקדמית בעבודה.

הגורמים המסייעים שצינו המרואיינות היו תמיכה רגשית ופרקטית מבית, חתירה למצינות בעבודה, ליווי של מנטורים, שירות בתפקידי ניהול בצבא ומילוי תפקידים רוחביים שסייעו ביצירת רשת קשרים מקצועית. גם התנסות במסגרת של לימודים או עבודה במוסדות בחו"ל ופיתוח נישא מקצועית ייחודית צוינו כגורמים שסייעו בהגעה לתפקידים מובילים.

חלק מן המרואיינות ציינו שתכונותיהן הנשיות מהוות יתרון בתפקידן כמנהלות, וגם מסייעות בתהליך ההתקדמות לתפקידי הניהול, מאחר שנשים מוכנות, יותר מגברים, לקחת על עצמן תפקידי רוחב בדרג ניהול בינוני. על אף שאין בהם יוקרה, תפקידים אלה מאפשרים יצירת רשת של קשרים שבהמשך מסייעת להתקדם בקריירה.

חוסר שוויון במערכת:

המרואיינות אמרו שלא חוו יחס שונה כלפיהן רק משום שהן נשים, אף על פי שבדבריהן עלו סיפורים על מקרים שבהם הן או עמיתותיהן קיבלו יחס שונה (לרעה). נראה שהן לא ייחסו למקרים אלו חשיבות רבה ולא נתנו להם לעצור אותן.

עלו גישות שונות בנוגע לנושא האפליה המתקנת במערכת. חלק מן המרואיינות תמכו בשימוש באמצעי זה, בעוד אחרות הסתייגו ממנו וסברו ששינויים במאזן הייצוג הנשי במערכת יתרחשו מאליהם בעקבות העלייה בשיעור הנשים בקרב הרופאים.

הצעות יישומיות ברמה המערכתית:

המרואיינות הציעו מגוון פעולות שניתן לבצע ברמה המערכתית כדי להקל על נשים להתקדם לתפקידי ניהול, חלקן פעולות שעלו גם בהמלצות צוות המשימה של הר"י לקידום מעמד הנשים ברפואה בישראל, כמו שילוב נשים בוועדות איתור. נוסף לכך, ניתנו המלצות לרופאות צעירות ששואפות להתקדם מבחינה מקצועית, בנוגע לדרכי התמודדות עם קשיים שיעמדו בפניהן בהמשך הדרך.

כיוונים אפשריים להמשך בדיקת הנושא

מחקר זה הוא המחקר הישראלי הראשון שבחן את תפיסותיהן של רופאות שהגיעו לעמדות בכירות בנוגע לגורמים שסייעו לקידומן לתפקידי ניהול או עכבו אותן. הראיונות העלו כמה נושאים חשובים שיש להעריך כמותית במחקרים עתידיים. אנו מציעים שלושה כיווני מחקר לעתיד:

סקר בקרב רופאות בדרגים שונים: הנושאים וההשערות שעלו מן הראיונות יכולים לסייע בבניית סקר ארצי רחב היקף בקרב רופאות שיספק מידע בנוגע לציפיות, לתוכניות ולקשיים של רופאות בתחילת דרכן.

ניתוח נתונים מרישומי ועדות איתור לתפקידי ניהול: ניתוח נתונים מתוך רישומי ועדות איתור לתפקידי ניהול בבתי חולים בשנים האחרונות יאפשר להבין מיהן הנשים שפונות לתפקידי הניהול השונים, מה אחוז הנשים המתקבלות (בהשוואה לגברים), מה הרכב הוועדות ועוד, והאם יש מגמה של שינוי בשאלות אלו במשך השנים.

ניתוח נתונים מתוך סקר מומחים צעירים: מכון ברוקדייל מבצע בימים אלו סקר בקרב רופאים הנמצאים במהלך השנה הראשונה לאחר סיום ההתמחות שלהם. הסקר עוסק בגורמים המשפיעים על בחירת מקום ומסגרת העבודה לאחר ההתמחות, ובין השאר שואל על שאיפות להגיע לעמדות ניהול בעתיד. ניתן יהיה להשוות בין עמדותיהם של רופאים ובין עמדותיהן של רופאות בשאלה זו ובשאלות נוספות.

הקדמה

פערים בין נשים לגברים בעולם העבודה - בתגמול, במסלולי קידום ובהשתתפות בתפקידי ניהול - קיימים בתחומים מקצועיים רבים, וביניהם גם בתחום הבריאות. במערכת הבריאות בישראל שיעורן של הנשים מבין העובדים הוא גבוה, אבל ייצוגן בשורות המנהלים הוא נמוך בהרבה. דבר זה נכון בעיקר בבתי החולים, שם שיעור הרופאות בתפקידי ניהול נמוך במיוחד, וזאת על אף שבמשך רוב שנות ה-90 ובשנים שלאחר מכן שיעור הנשים בקרב מקבלי הרישיונות ברפואה הגיע לפחות ל-45%. לעומת זאת, ייצוגן של נשים בהנהלות של קופות החולים ושל משרד הבריאות גבוה יותר.

בשנים האחרונות עולה בישראל המודעות לסוגיה זו ואף הוקמו ועדות שדנו בה ובדרכים לשינוי המצב (ועדת שטאובר וצוות משימה של ההסתדרות הרפואית, שיורחב עליהם בהמשך). במשרד הבריאות עומדת לקום ועדה שתדון באתגרי כוח האדם במערכת הבריאות בהיבט מגדרי. המשרד ביקש ממכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל לערוך מחקר גישוש באמצעות ראיונות עם רופאות שהגיעו לעמדות בכירות במערכת הבריאות, שיכולים לשמש תשומה לדיון על דרכים לקידום רופאות במערכת הבריאות. בראיונות ביקשנו להכיר את מסלול הקריירה של נשים אלו, למפות את אבני הדרך המרכזיות במסלול זה, ולשמוע על הגורמים המסייעים ועל הקשיים הייחודיים שעיימם מתמודדות נשים בדרך לקבלת תפקידי ניהול בכירים במערכת הבריאות. המשרד גם הביע עניין בהמשך בסיוע של המכון בבדיקות כמותיות הקשורות לנושא.

רקע: המצב בעולם ובישראל

א. המצב בעולם

תפקידן של נשים בעולם העבודה במדינות מפותחות הולך וגדל. עם זאת, הבדלים בין גברים לנשים בשוק העבודה ממשיכים להתקיים, בעיקר בתחומי העיסוק, ביכולת להתקדם לתפקידי ניהול, בתגמול ובשכר (Bishu & Alkadry, 2017; Quintana-García & Elvira, 2017; Moorhouse, 2017).

מחקרים שונים מצאו שחסמים חברתיים, תרבותיים וארגוניים מקשים על נשים להתקדם לעמדות ניהול בכירות. חסמים אלו הם בחלקם גלויים ובחלקם נסתרים, והם נוגעים בין היתר לנגישות להזדמנויות, לדעות קדומות והטיות ולהבדלים תרבותיים-מגדריים. נשים נתקלות בחסמים שקשורים באקלים הארגוני, כמו סגנונות תקשורת, התנהגות וסוציאליזציה שונים בין גברים לנשים. עליהן להתמודד עם מחסור בחניכה (mentoring) ועם נגישות מצומצמת לרשתות חברתיות-מקצועיות ולתקשורת לא פורמלית בתוך ארגונים (Johns, 2013). הסוציאליזציה של נשים גורמת לכך שלפעמים הן מרגישות פחות נוח מגברים לדחוף את עצמן קדימה, דבר שיכול להוות מכשול בפני קידום בעבודה (Fitzpatrick & Curran, 2014).

א.1. המצב בתחום הרפואה בזירה הבין-לאומית

שיעור הנשים המסיימות את לימודי הרפואה הולך ועולה בעשורים האחרונים, ובמדינות מסוימות הוא אף עולה על זה של הגברים. עם זאת, בדרגות הבכירות באקדמיה בתחום הרפואה שיעור הנשים עדיין נמוך יותר: שיעור הפרופסוריות מן המניין ברפואה בשנת 2015 בארה"ב עמד על 21%, ושיעור הנשים בתפקיד ראש מחלקה בתחום הרפואה האקדמית בשנת 2015 בארה"ב עמד על 16% (AAMC, 2016). בעוד שיעור המתמחות בכירורגיה מגיע ל-38%, שיעור הפרופסוריות מן המניין הוא רק 10% (Abelson, Chartrand, Moo, Moore & Yeo, 2016). בקנדה, הדיקנית הראשונה לרפואה מונתה בשנת 1999, אך כיום יש עדיין רק דיקנית אחת בעמדה זו, מתוך 17 דיקנים בבתי הספר לרפואה (AFMC, 2018). באוסטרליה, על אף ששיעור הנשים המסיימות לימודי רפואה עולה על 50%, רק 28% מן הדיקנים של בתי ספר לרפואה ו-12.5% ממנהלי בתי החולים הגדולים הן נשים (Bismark et al., 2015). ובבריטניה, רק 20% ממנהלי בתי החולים האוניברסיטאיים הגדולים הן נשים (Newman, 2018).

רופאות שכן מצליחות להגיע לעמדות ניהול בכירות בתחום הבריאות, עושות זאת לרוב בתחומים עם פחות יוקרה מקצועית, כמו משאבי אנוש או מחקר, תחומים שאינם חלק מנתיב ההתפתחות המקובל לעמדות ניהול (Nonnemaker, 2000). במחקר שנערך בארבע מדינות אירופיות נמצא שאי-שוויון בתפקידי ניהול גדול יותר באקדמיה לעומת בבתי חולים, וגדול יותר בתפקידי הנהלה בדרגות הביניים לעומת בדרגות הניהול העליונות (Kuhlmann et al., 2017). נתונים מן העולם מצביעים גם על פערים בשכר בין רופאים לרופאות. מחקרים אחדים שנערכו בארה"ב בשנים האחרונות הדגימו את חוסר השוויון בתחום זה, בהם מחקר שהראה שרופאות כירורגיות מקבלות שכר נמוך יותר מעמיתיהן הגברים השווים להם מבחינת ההישגים המקצועיים (Ash, Carr, Goldstein & Friedman, 2004); סקר ארצי בקרב 800 רופאים באמצע הקריירה שבו נמצא כי שכרן של רופאות הוא נמוך מזה משל רופאים, גם כאשר מתחשבים במאפייני רקע אישיים, תעסוקתיים וכאלו הנוגעים להתמחות - דרגה, עמדה, שעות עבודה, פרסומים וכדומה (Jagsi et al., 2012); ומחקר אחר, שבו נבחנו פערי השכר המגדריים בקרב רופאים לאורך זמן, וממנו עלה כי רופאים מרוויחים בראשית הקריירה שלהם 13% יותר מרופאות, ושמונה שנים לאחר מכן הם מרוויחים 28% יותר מרופאות (Esteves-Sorenson & Snyder, 2012). ממצאים דומים נמצאו גם במחקרים שנערכו במדינות אחרות, כמו שבדיה (Magnusson, 2016) ופקיסטאן (Masood, 2017).

אחת הנקודות שמקשות על נשים רופאות במהלך פיתוח הקריירה היא הציפייה מהן למלא תפקידים מסורתיים של טיפול בבית ובמשפחה, ציפייה שעודנה קיימת היום על אף השינויים החברתיים של העשורים האחרונים. מחויבויות משפחתיות מצד אחד וחוסר בתמיכה משפחתית מצד שני הם מחסומים מרכזיים בפני ההתפתחות המקצועית של רופאות (Chrysafi, Simou, Makris, Malietzis & Makris, 2017). במחקר שבחן הבדלים בין רופאים לרופאות בנורבגיה בכל הקשור לאיזון בין בית לעבודה נמצא כי הסיכוי שרופאה תהיה מומחית ירד ככל שעלה מספר הילדים במשפחה (Gjerberg, 2003). במחקר אחר שנערך בנורבגיה נמצא כי יש הבדל בין רופאים לרופאות בדרך שבה הם משלבים בין המחויבות בעבודה לבין המחויבות בבית, כך שרופאות עובדות יותר בחלקיות משרה לעומת רופאים, אסטרטגיה המתאימה לצורך לאזן בין האחריות לעבודה לבין האחריות כלפי המשפחה. המחויבויות המשפחתיות משפיעות גם על בחירת תחום המומחיות (Baptiste et al., 2017), ונשים נוטות להתמחות יותר בתחומים מסוימים, כמו רפואת ילדים,

בעוד תחומים אחרים, כמו כירורגיה או גניקולוגיה ומיילדות, נשלטים על ידי גברים (ראה למשל Kwon, 2017).

נשים רופאות צריכות להתמודד לעיתים אף עם אפליה מכוונת ומניעת קידום (Chrysafi et al., 2017; Koike et al., 2017), ועם סקסיזם והטרדה מינית במקומות העבודה שלהן (Chrysafi et al., 2017; Smith, Bethune, & Hurley, 2017; Umoetok, Van Wyk & Madiba, 2017).

א.2. גישות לפתרון/התערבויות

בספרות העוסקת בתחום המצוינות נמצאו מגוון אסטרטגיות להתמודדות עם מיעוט נשים בעמדות ניהול בשוק העבודה, הן אסטרטגיות מערכתיות והן כאלה שנועדו לסייע ישירות לנשים בעבודה. אסטרטגיות מערכתיות כוללות למשל: בחינה של נושא הגיוון המגדרי במטרות, בערכים ובתרבות של ארגונים (Silver et al., 2017); קביעת מדיניות של הנהלה המחויבת לנושא, עם כללים ונהלים ברורים ותוכניות ספציפיות לקידום הנושא (Johns, 2013); דרישה מטעם הממשל שארגונים יקדמו עובדים על בסיס כישורים, וניטור ממשלתי של יישום תוכניות של העדפה מתקנת (Johns, 2013); יישום עקרונות של גיוון מגדרי, עידוד ארגונים לערוך שינויים פנימיים, ואימוץ מודלים מנהיגותיים אלטרנטיביים למודל הגברי הקיים (Newman, Chama, Mugisha, Matsiko & Oketch, 2017).

סיוע ישיר לנשים יכול להינתן על ידי פיתוח תוכניות מנטורינג (Patton et al., 2017), הבניית תוכניות פיתוח אישיות בעבודה (Fitzpatrick & Curran, 2014), והעלאת המודעות של מנהלים לקיומן של הטיות שלא מאפשרות לנשים לנצל הזדמנויות להתקדמות בעבודה (McDonagh, Bobrowski, Keogh Hoss, Paris & Schulte, 2014).

ב. המצב בישראל

ב.1. נשים בכוח העבודה ובעמדות ניהול

ישראל נחשבת מדינה בעלת אוריינטציה של עבודה, עם גישה המעודדת נשים לצאת לעבוד (Treas & Widmer, 2000). שיעור התעסוקה של נשים בישראל קרוב לממוצע

של מדינות ה-OECD (מקום 20) (OECD.org) ועומד על 59.4%¹ ושיעור התעסוקה אצל גברים עומד על 69.1% (הלשכה מרכזית לסטטיסטיקה [הלמ"ס], 2017)². עם זאת, עדיין יש תת-ייצוג של נשים ברמות הבכירות ובתפקידי ניהול (מבקר המדינה, 2014). כך, על אף שרוב העובדים בשירות המדינה הן נשים (64%), בדרג הבכיר ביותר שיעור הנשים עומד על כ-33%, ובניכוי דירוג המשפטנים (שבו שיעור הנשים בעמדות ניהול הוא גבוה), שיעור הנשים אף נמוך יותר, ועומד על 13% בלבד. מצב דומה ואף חמור מכך מתקיים בחברות ממשלתיות ובאקדמיה. בדוח האחרון של נציבות שירות המדינה שיצא בשנת 2015 (שחל-רוזנפלד, סבאג שטייזמן וקופ, 2015) מצוירת תמונה אופטימית יותר ולפיה, שיעור הנשים המועסקות בחוזה בכירים הולך וגדל ומגיע ל-40% (כולל דירוג המשפטנים). על אף שמטה משרד הבריאות מצוין בדוח זה דווקא לטובה, עם ייצוג בולט של נשים בתפקידים הבכירים, הפער בין שיעור הרופאות במשרות ניהוליות לבין שיעור הרופאות הכללי במערכת הבריאות בישראל עודנו גדול. בבתי חולים ממשלתיים, חלקן של הנשים מסך הרופאים הוא מעט פחות ממחצית, אך חלקן בתפקידי ניהול בכירים של מערכים ותחומים, חטיבות ומחלקות היה בשנת 2012 9% בלבד (מבקר המדינה, 2014). גם בסגל ההנהלה של בתי החולים יש רוב גברי, כאשר הנשים המשולבות בסגל מגיעות לרוב מתפקידי סיעוד או מנהלה, ולא מתחום הרפואה (שחל-רוזנפלד ואח', 2015).

מנתונים עדכניים בנוגע לבתי חולים ממשלתיים שנמסרו לנו ממשרד הבריאות (נכון לדצמבר 2017) עולה כי מתוך 404 משרות מנהל מחלקה מאוישות (או משרות במתח דרגה מקביל לזה), 109 מאוישות על ידי נשים. כמו כן, מתוך 22 מנהלי בתי חולים, שש הן נשים. מבין 30 סגני מנהלי בתי חולים, שמונה הן נשים (משרד הבריאות, תקשורת אישית, 2017).

כיום אין אף אישה שמנהלת את אחד ממרכזי הטראומה השלישוניים בישראל. ברוב המקרים, הנשים שעובדות כמנהלות בתי חולים, מנהלות בתי חולים קטנים, או בתי חולים לשיקום ובתי חולים גריאטריים. כך שאומנם רואים התקדמות בתחום ייצוג הנשים, אך עדיין הפער בין המצב בשטח ובין היעד של ייצוג שווה בין גברים לנשים הוא רב.

¹ יש פערים גדולים בתחום זה בין נשים יהודיות, ששיעור התעסוקה שלהן הוא הגבוה ב-OECD, ובין נשים ערביות, ששיעור התעסוקה שלהן הוא מן הנמוכים בין המדינות הנמדדות (פוקס, 2016).

² יש שיטות שונות למדידת שיעור התעסוקה. לשם השוואה, ב-OECD שיעור התעסוקה של גברים בישראל הוא 72.4 ושל נשים - 65.7. בחרנו להציג את כאן את הנתון של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

בדומה למגמה בשאר העולם, גם בישראל אחוז הנשים בקרב בוגרי בתי הספר לרפואה נמצא בעלייה מתמדת. בשנים האחרונות אחוז הנשים מסך מקבלי הרישיונות התייצב ונמצא בסביבות ה-44%, כאשר בקרב בוגרי הארץ, יותר ממחצית (58%) הן נשים. אחוז הנשים מכלל הרופאים המומחים נמצא אף הוא בעלייה (מ-24% בשנת 1990 ל-50% בשנת 2015). עם זאת, שיעור המתמחות במנהל רפואי הוא נמוך (פחות משליש) ושיעור הרופאות עם מומחיות זו עומד על 11% בלבד (ההסתדרות הרפואית בישראל, 2015). כיוון שהתמחות במנהל רפואי היא תנאי בסיס למשרות ניהול בכירות, צריך שיותר נשים יעברו התמחות זו כדי לראות שינוי במאזן גברים-נשים בתפקידי ניהול.

הסבר נוסף לפער הגדול בדרגי הניהול, שנשמר על אף הגידול במספר הרופאות, הוא קצב התחלופה הנמוך של ההנהלה הבכירה במוסדות האלה, שחוסם כניסה של אנשים חדשים לתפקידים אלה (דוח ועדת שטאובר, 2014). כדי לפתור מצב זה, התקבלה בשנת 2014 החלטת ממשלה לקצוב את תקופת הכהונה בתפקידי ניהול בכירים, אך יישום החלטה זו עדיין תלוי בהסדרה מול ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י).

אומנם בישראל יש פער מגדרי קטן יותר בשיעור ההשתתפות בכוח העבודה, לעומת ממוצע מדינות ה-OECD, אולם הפער בתגמול גדול יותר והוא מן הגבוהים במדינות ה-OECD (מקום שישי) וגבוה בהרבה מממוצע מדינות ה-OECD (נתונים מאתר OECD: <https://data.oecd.org/earnwage/gender-wage-gap.htm>).

יש כמה הסברים אפשריים לפערי השכר במשק, בהם היקף המשרה ושעות העבודה. גם בעולם הרפואה יש פערים בין גברים לנשים בהיקף שעות העבודה: רופאים עובדים בהיקף משרה גדול יותר מרופאות, ויש כמעט פי שניים יותר רופאים מרופאות, שעובדים מעל 60 שעות בשבוע (Horowitz, Shemesh & Horev 2017). אולם מחקרים שנערכו בארץ מראים שגם כשמביאים בחשבון משתנים אלו, עדיין יש פערים לא מוסברים בתגמול בין רופאים לרופאות (בלינסקי, בן נאים והכט, 2018) (לנתונים מן האוכלוסייה הכללית ראו גבע, 2015). כך למשל, בשנת 2014, משכורת ממוצעת שנתית של רופא עמדה על 351 אלף ש"ח ואילו של רופאה - 224 אלף ש"ח (כ-64% ממשכורת רופא) (אברבוך ואבני, 2014). בנייתו שבו נטרלו משתנים מתערבים של גיל, ותק, מומחיות, שעות עבודה ומקום עבודה, ההבדלים נותרים משמעותיים ויש יתרון של 27% בגובה השכר לטובת הרופאים. הכנסה מעבודה פרטית עלולה אף להגדיל את הפער בהכנסה. כך למשל, שכר הרופאים המועסקים בבתי חולים ממשלתיים גבוה ב-50% משכר הרופאות, כשהפער מוסבר

בעיקר בהבדלים מהכנסות מרפואה פרטית, שעומד על 300%, זאת לעומת הכנסות מרפואה ציבורית, שעומדים על 15%. על אף שנשים מהוות 31% מכלל הרופאים, בעשירון העליון של השכר הן מהוות רק 9% (בלינסקי ואח', 2018).

הסבר אחר לפערים בשכר הוא הבחירה של נשים בהתמחויות שפוטנציאל ההשתכרות שלהם נמוך יותר³ (פוקס 2016), אם כי גם פילוח פנימי בתוך כל מקצוע התמחות מראה שיש פערי שכר מגדריים. בניתוח שבו נטרלו הבדלים בוותק, במיקום בית החולים ובסוג המומחיות, עדיין נמצא פער לא מוסבר של 29% בשכר לטובת רופאים (בלינסקי ואח', 2018). משתנה שנמצא כבעל השפעה חיובית על השכר הוא הכנסה מן האוניברסיטה (בניתוח השתמשו במשתנה זה כאומדן לתואר פרופסור). ואכן, רופאות תיארו קושי לשלב מחקר אקדמי בעבודתן, למשל בגלל דרישות אקדמיות של פרסום מחקרים והשתלמויות בחו"ל, המהוות תנאי קדם לקידום (ההסתדרות הרפואית בישראל, 2015).

ב.2. חסמים בפני קידום נשים

חסמים בפני קידום נשים, שעלו ממחקרים במדינות אחרות, נמצאו גם במחקרים שנערכו בישראל. חלקם חסמים פנימיים וחלקם חיצוניים והם יכולים להיות קשורים זה בזה. דוגמה לחסם פנימי היא שנשים פחות מגישות מועמדות למשרות שיכולות להתאים להן; כך, בין השנים 2009-2011 היו 40 ועדות איתור לתפקידים בכירים בשירות המדינה, 919 רופאים הגישו מועמדות ומהם, רק 211 היו נשים (מבקר המדינה, 2014). יכולות להיות לכך כמה סיבות, כמו מחסור בדמויות לחיקוי, חוסר מוטיבציה להגיש מועמדות בשל תחושת "תקרת זכוכית" ורתיעה מהתמודדות על מכרזים בשל חשש שהתפקיד כבר מובטח לאחר (דוח ועדת שטאובר, 2014). חסמים חיצוניים הם למשל מרחק גיאוגרפי שמקשה על איזון בית-קריירה, גיוס אנשים מחוץ לארגון, העדפה להעסיק גברים כדי לשמר את ההגמוניה הגברית בפסגה, או בשל העדפה של גברים מנהלים להעסיק את הדומים להם, ייחוס תכונות גבריות לאיכות ההנהגה, ותפיסות מסורתיות של מעסיקים בנוגע לתפקידים

³ גם בישראל, על אף ההתקדמות הרבה בתפיסת השוויון ההורי, האחריות על גידול הילדים עדיין נתפסת ברובה כאחריות האם (Mandel & Birgier 2016), תפיסה שרווחת גם בקרב רופאות (מחקר של גיאוקרטוגרפיה בתוך הסתדרות הרפואית בישראל 2015). כך, נשים נוטות לבחור התמחות במקצועות הנחשבים פחות תובעניים שמאפשרים שילוב קל יותר עם חיי משפחה, כמו פסיכיאטריה של הילד והמתבגר (66% נשים מכלל המומחים עד גיל 65), גנטיקה רפואית (63%), נירולוגיה ילדים והתפתחות הילד (60%), אנדוקרינולוגיה ילדים (60%) ורפואת משפחה (59%) (משרד הבריאות, 2015).

של נשים ובנוגע למגבלות של אימהות עובדות (Kark, Waismel-Manor & Shamir 2012); ההסתדרות הרפואית בישראל, 2015). כך לדוגמה, בסקר מעסיקים שערך משרד התמ"ת בשנת 2012, 22% מן המעסיקים בסקטור הציבורי דיווחו על תפקידים שאימהות לילדים קטנים יתקשו למלא, בעיקר תפקידי ניהול או תפקידים אחרים הדורשים שעות עבודה ארוכות ועבודה בערב ובלילה (הנדלס, 2012).

ב.3. מאפיינים ייחודיים לישראל

הנתונים הדמוגרפיים הייחודיים בישראל מעצימים את אתגר שילוב משפחה-קריירה. שיעור הפריין בארץ גבוה משאר מדינות ה-OECD, עם ממוצע של 3.1 ילדים לאישה (<https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm#indicator-chart> מתוך אתר ה-OECD). במסלול הארוך של לימודים והתמקצעות ברפואה, נוצר מצב שתקופת ההתמחות העמוסה מקבילה לשלב בניית המשפחה ומוסיפה קשיים נוספים למסלול קשה ממילא.

מאפיין ייחודי נוסף לשוק התעסוקה בישראל הוא הקשר ההדוק עם עולם התעסוקה המקביל במסגרת הצבא. בשל חוק גיוס חובה יש אומנם אחוז גבוה יחסית של נשים המשרתות בצבא לעומת בצבאות אחרים בעולם, אולם פחות נשים מתגייסות לעומת גברים, וככל שעולים בסולם הדרגות ייצוג הנשים יורד. הניסיון בעבודה בתפקידים פיקודיים בכירים בצבא נחשב כקרב קפיצה וכיתרון במידה רבה למשרות בכירות בחברות אזרחיות, בהיי טק ובפוליטיקה (Klein, 2002). במסגרת התפקיד הבכיר בצבא מצליחים המפקדים לייצר הון חברתי וקשרים מקצועיים מתאימים, וכך האליטה הצבאית, הגברית ברובה, עוברת במעבר חלק למלא תפקידי ניהול באזרחות (Kark & Waismel-Manor, 2011).

עם זאת, בשל התכונות הייחודיות של עולם התעסוקה הישראלי, חלק מן החסמים שצוינו יכולים בתנאים מסוימים להוות גם יתרונות, וליצור תנאים מאפשרים שדווקא תומכים בתעסוקת נשים; ויסמל-מנור וקרק (2016) מכנות את המצב הזה "פרדוקס של דואליות". דוגמה אחת לכך היא שרוב הנשים בתפקידי ניהול בכירים בישראל הן בעלות משפחה, והדברים אינם עומדים בסתירה יכולים להתקיים במקביל (Waismel-Manor & Kark, 2016). לעומת זאת במדינות אחרות, רופאות עם ילדים מצליחות פחות מבחינת קריירה לעומת עמיתותיהן ללא ילדים (Buddeberg-Fischer, et al 2010; Stamm & Buddeberg, 2011).

ב.4. ועדות מקצועיות בנושא צמצום פערים וקידום נשים

נושא השוויון בתעסוקה הוא נושא שמעורר עניין רב בישראל. רבות נכתב עליו ובשנים האחרונות כונסו כמה ועדות חשובות שעסקו בצמצום פערים במערכת הבריאות. בשנת 2015 פרסמה ועדה של ההסתדרות הרפואית בישראל דוח הדין במשמעויות השונות של המהפכה המגדרית במקצוע הרפואה. הדוח הציע המלצות מעשיות לקידום מעמד הנשים ברפואה בישראל (ההסתדרות הרפואית בישראל, 2015). חברי הוועדה הציעו לטפל בנושא מזוויות אחדות, למשל, שילוב של חקיקה, סיוע בתהליכי איתור משרות והגשת מועמדות להן, קידום תוכניות חניכה (mentoring) ומציאת דרכים להנגשת תוכניות של תתי התמחויות בחו"ל לנשים. המלצה חשובה בהקשר זה היא להביא לייצוג הולם של נשים בוועדות האיתור, בוועדת הבוחנים במכרזים ובוועדת קבלה להתמחות, כדי למנוע הטיות מגדריות בתהליך הקבלה.

תחום נוסף, שהר"י כבר פועלת בו רבות כדי לסייע לנשים להתמודד איתו, הוא שילוב קריירה ומשפחה; דוגמאות לכך הן הכללת 14 שבועות חופשת לידה כחלק מן ההתמחות ותוכנית פיילוט להתמחות במשרה חלקית. תחומים נוספים שחברי הוועדה התייחסו אליהם היו דרכים לשינוי תרבות ארגונית קיימת ותפיסת מעמד הרופאה בתוכה, זאת על ידי הכרת החסמים לקידום, הצפת הנושא וחלוקה מותאמת (בהיבט מגדרי) של תקנים. פן נוסף היה שילוב מחקר ואקדמיה. חברי הוועדה סברו שעניין זה דורש התייחסות מיוחדת ושיש לפנות לפורום של דיקני בתי הספר לרפואה כדי לכנס צוות פעולה בנושא. בתוך כך המליצו חברי הוועדה לבדוק מחדש את מערך השתלמויות העמיתים (fellowship) בישראל, ולנסות להפכו לאטרקטיבי ומקובל יותר עבור נשים המתקשות לצאת להשתלמות כזו בחו"ל, ובמקביל לפעול להקצאת תקנים ייעודיים להשתלמות מסוג זה לרופאות.

ועדה נוספת שדנה בנושאים אלה היא ועדת שטאובר שמונתה על ידי נציב שירות המדינה בשנת 2013 לבחינת קידום נשים בשירות המדינה. הוועדה הגישה המלצות מפורטות בצמוד ללוח זמנים ואחראים ליישומן, והן אומצו במלואן בהחלטת ממשלה. היעדרן של נשים מרמות הניהול הבכירות בבתי החולים הממשלתיים קיבל התייחסות מיוחדת בדוח, ומחבריו הצביעו על קיומה של "תקרת זכוכית" נוקשה במיוחד במערכת הבריאות. בשל כך, הומלץ להקים ועדה שתבחן מחדש את הדרישות לקידום במערכת הבריאות. בפרט הם התייחסו לדרישות אקדמיות, כגון פרסום מחקרים והשתלמויות בחו"ל כאחד מן החסמים העיקריים בקידום (דוח ועדת שטאובר, 2014). בשנים האחרונות, האגף לשוויון

מגדרי וקידום נשים בנציבות שירות המדינה החל ביישום המלצות דוח שטאובר. כחלק מכך נעשו מאמצים לשיפור תהליכי עבודה. דרך אחת הייתה פיתוח תפקיד של ממונה על שוויון מגדרי, הכשרתה ומעקב ופיקוח על פעילותה. כיום יש כ-80 ממונות על השוויון המגדרי ויועצות מנכ"ל לקידום נשים, הפועלות בכל משרדי הממשלה. בין השאר הן אחראיות גם לנושא תכנון כוח אדם בראייה מגדרית במשרדים השונים וליתור נשים מתאימות לתפקידים שמתפנים (נציבות שירות המדינה, 2016).

שתי הוועדות כללו בהמלצותיהן סעיף הנוגע ליישום ואכיפה. נראה שהקושי ביישום החקיקה וההמלצות השונות בעבר הוא אחד מן הקשיים המרכזיים בדרך לשוויוניות; גם בדוח מבקר המדינה (2014) יש ביקורת קשה על האכיפה וההסדרה של קידום וייצוג נשים כפי שמופיע בחוק שירות המדינה. לפי המבקר, במשרדי הממשלה ובנציבות שירות המדינה אין נהלים או מדיניות ברורה לאכיפה ולביצוע. הבקרה היחידה שיש היא הדוח השנתי שנציבות שירות המדינה מגישה לוועדת החוקה חוק ומשפט של הכנסת. בדוח יש גם ביקורת על אופן הצגת הנתונים, שיוצר אשליה של מצב טוב מכפי שהוא באמת, ושאינו משקף את המציאות כמות שהיא. בעניין זה, אחד הממצאים המעניינים של מבקר המדינה הוא ש-40% מן הממונות על מעמד האישה טענו שהן אינן רואות חסמים משמעותיים המונעים מנשים להגיע לתפקידי ניהול, זאת על אף ההגמוניה הגברית והקיטוב הברור הקיים בדרג הניהולי. המבקר מצביע על תופעה שבה הממונות עצמן הפנימו את התרבות הארגונית המפלה, שמתבטאת בחוסר היכולת שלהן לזהות חסמים במערכת ולפעול לתיקונם. תופעה זו, של הכחשת קיום חסמים בארגונים, נמצאה גם בתשובות מנהלי בתי החולים בדוח מבקר המדינה (רובם כאמור, גברים). הדוח קובע שצעד ראשון למיגור האפליה הוא היכולת להכיר בקיומה. רק לאחר שלב זה ניתן לנקוט צעדים פעילים במטרה להביא לייצוג שווה במערכת.

המחקר

מטרות

מטרת המחקר הייתה לתאר ולהבין את הגורמים שמסייעים לרופאות ואת הגורמים שמקשים עליהן להגיע לעמדות בכירות בתוך מערכת הבריאות, תוך שימת דגש על בתי החולים, כפי שאלו נתפסים בעיני רופאות ותיקות שהגיעו לעמדות בכירות במערכת הבריאות בישראל.

באופן מפורט יותר, המטרות היו:

1. לתאר את מסלול הקריירה של רופאות שהגיעו לתפקידים בכירים, במערכת הבריאות בכלל, בדגש על בתי חולים.
2. להבין מהם הגורמים שעזרו לרופאות הממוקמות בעמדות בכירות להתקדם בקריירה שלהן, מהם הגורמים שהקשו עליהן בדרכן, וכיצד הן התמודדו עם הגורמים המקשים הללו.
3. לזהות הצעות יישומיות לאופן שבו ניתן לסייע בהסרת החסמים המקשים על התקדמותן של רופאות במערכת הבריאות.
4. להציע דרכים לבדיקה כמותית של נושאים אלה במחקרים עתידיים.

שיטה

המחקר הוא מחקר גישוש שנערך באמצעות ראיונות עומק. ראיונות מסוג זה מתאימים כדרך להיכנס לשדה חדש, לבחון את הקיים ולאתר תמות מרכזיות שבהמשך ניתן יהיה לבדוק כמותית.

כדי לאתר מרואיינות למחקר, מיפינו את הרופאות העובדות בתפקידי ניהול בכירים במערכת הבריאות. רואיינו 13 רופאות, תשע מהן עובדות בבתי חולים, והשאר מועסקות במשרד הבריאות, בקופות החולים ובאקדמיה. כל הנשים המרואיינות ממלאות תפקידי ניהול בכירים⁴. הראיונות הופסקו כאשר הגענו לרוויה ולא עלו תמות חדשות. נוסף למרואיינות אלו, נערכו ראיונות רקע גם עם שני מנהלי בתי חולים גברים (אחד מנהל בפועל והשני כיהן בעברו כמנהל בית חולים), ועם מנהלת מתחום משאבי אנוש במשרד

⁴ בתפקיד ניהול בכיר הכוונה היא למנהלות ולסגנויות מנהליות/ות בתי חולים, לבעלות תפקידי נשיאות ודיקנות באקדמיה ולמנהלות בכירות במשרד הבריאות ובקופות החולים.

הבריאות, וזאת כדי לקבל גם את הפרספקטיבה שלהם על נושא המחקר. הראיונות נערכו בין אמצע ספטמבר 2017 לסוף פברואר 2018. כל הראיונות נערכו פנים אל פנים, לרוב במקומות העבודה של המרואיינות וארכו בין חצי שעה לשעה ורבע. הראיונות הוקלטו, בחלקם נערך רישום בעת ביצוע הראיון ושכתוב מלא סמוך לסיומו, וחלקם תומללו מן ההקלטה. נערך ניתוח תוכן במטרה לאתר תמות מרכזיות.

המוטיבים השונים שעלו מן הראיונות שלובים אלו באלו, וההפרדה ביניהם היא לעיתים מלאכותית, אך היא מאפשרת הצגה בהירה של הנושאים המרכזיים. ציטוטים מתוך הראיונות מופיעים בסוגריים מרובעים.

ממצאים

בפרק זה יצוינו בקצרה נקודות במסלול הקריירה של רופאות שהגיעו לתפקידים בכירים במערכת הבריאות, לצד התמקדות בגורמים שעזרו להן להתקדם בקריירה, בגורמים שהקשו עליהן בדרכן ובהתמודדות שלהן עם גורמים אלו.

1. משיכה מגיל צעיר ללמוד רפואה ולפתח קריירה

בחירתן של חלק מן המרואיינות במקצוע הרפואה נבעה משאיפתן לעזור לאנשים [נועדתי לתת שירות לאנשים, לעזור לאנשים חולים]. היו שסיפרו שבחרו במקצוע הרפואה כדור המשך להורים רופאים [גדלתי שם. זה היה ללכת עם אבא לעבודה, אז ככה הבחירה... הייתה מאוד טבעית]. אחרות בחרו במקצוע דווקא כתיקון והגשמה של משהו שההורים שלהן לא מימשו בעצמם. בתוך כך סיפרו המרואיינות על משיכה ונטייה מוקדמת כבר מגיל צעיר ללמוד רפואה, וחלקן דיברו על כך גם בנוגע לרצון לעסוק בניהול [רציתי להיות רופאה מגיל 14... לעזור לאנשים]. במקרה אחד המוטיבציה לכך הייתה ניסיון אישי כואב של מחלה במשפחה. החוויה של השירות הצבאי הוזכרה כחוויה מכוננת בגיל צעיר, הן לרצון להיות רופאה והן לשאיפה למלא תפקיד ניהולי. על השירות הצבאי תובא הרחבה בהמשך.

המרואיינות סיפרו כי השיקולים לבחירתן בתחום התמחות מסוים (בתוך מקצוע הרפואה) היו בעיקר שיקולים סביבתיים-אישיים, ולא דווקא שיקולים הנוגעים לתחום העניין עצמו. היו שבחרו בהתמחות מסוימת משום שהיא אפשרה להן לנהל חיי משפחה נוחים והקלה על גידול הילדים. אחרות שקלו את הקרבה הגיאוגרפית בין הבית למקום העבודה בעת בחירת ההתמחות ומקום העבודה.

אף על פי שרק מעטות דיברו על הסיבה שהניעה אותן לבחור להיות מנהלות, אחת המרואיינות, שכן התייחסה לכך, תיארה את השאיפה להגיע לפסגה מקצועית כחובה חברתית [אני צריכה לעשות את זה לא רק לעצמי, אלא כדי לתת לנשים אחרות להבין שזה ניתן [להגיע לתפקידים בכירים כאלו]].

2. השירות הצבאי כחלק ממסלול הקידום

השירות הצבאי הוזכר כחלק חשוב ממסלול הקידום לתפקידים בכירים. חלק גדול מן המרואיינות למדו רפואה במסגרת העתודה האקדמית של צה"ל וכבר במהלך שירותן הצבאי מילאו תפקידי ניהול שונים [התקדמתי בתפקידים הצבאיים והייתי ראש ענף מיון רפואי; התפקיד השני היה תפקיד פיקודי, הייתי יו"ר ועדה רפואית בלשכת גיוס. והמסלול הטבעי היה להתקדם למה שנקרא מערך ניהול רפואי]. השירות הצבאי היה כרוך במפגש עם עולם שנשלט על ידי גברים (לפחות בשנים שהן שירתו בצבא) [הצבא היה עולם גברי, היום יש תנועה לכיוון השני, אבל עדיין], ושבּו ההתקדמות של נשים והתפקידים שהן מילאו לא תמיד היו זהים לאלו של הגברים [התגייסתי וכשאמרתי שאני רוצה להיות רופאה גדודית, אמרו לי שלא שולחים בנות לגדודים. אז עשיתי תפקידים של רופאות בצבא. כל מיני תפקידים עורפיים. זה היה בתקופה שהתשובה הזאת הייתה ברורה לי מראש. בצבא, כדי לקבל תפקיד, אני צריכה לרוץ על הגבעות עם סכין בין השיניים. אחרת לא תקבלי קידום].

3. האיזון בין האישי והמשפחתי לבין דרישות המקצוע והקריירה

תמה מרכזית, שעלתה בכל אחד מן הראיונות, הייתה הצורך לאזן בין שני גורמים מרכזיים בחייהן, שהם פעמים רבות בעלי דרישות מנוגדות: מצד אחד, הצרכים האישיים הקשורים בעיקר לבית ולמשפחה, ומצד שני הצרכים המקצועיים הקשורים לעבודה ולקריירה. מן הדברים שעלו בראיונות נראה היה כי הקונפליקט הזה הוא מרכזי לא רק בשלבים ההתחלתיים של פיתוח הקריירה, אלא הוא חוזר לאורך הקריירה, גם תוך כדי הטיפול בסולם הדרגות הניהולי וההגעה לתפקידים בכירים.

התמודדות זו מחייבת פיתוח יכולות של ארגון זמן ומשאבים והצבת גבולות ברורים, כך שניתן יהיה להקדיש זמן מתאים למשפחה, בד בבד עם הכהונה בתפקידים בכירים [אני יודעת לשים את הגבולות, כמעט לא לדבר בטלפון בבית אם אני לא חייבת, לחזור הביתה מוקדם. זה עניין של הרבה החלטות של איך לנהל אותם, ולא לתת לחיים לנהל אותי...]

לדעת לשים את הגבולות]. עזרה פרקטית הוזכרה כפותרת את הצורך לעסוק במטלות הבית ומפנה את הזמן לשהות עם המשפחה. מלבד זאת, נראה כי קבלת תמיכה ועזרה מתאימה בחיים האישיים יוצרת את השקט הנדרש כדי להתפנות לעבודה, לקריירה ולהתפתחות המקצועית.

השינויים החברתיים שעוברים על החברה הכללית כיום נוגעים גם לחלוקת האחריות בין בני הזוג ולמטלות השונות בזירה הביתית והמשפחתית. אף על פי שרבות חוות מידה של שוויון במערכת הזוגית הפרטית **[לגדל את הילדים זו שותפות. אם הייתי עושה ילד לבד, זאת הייתה אחריות אישית, אני בחרתי בן זוג, הוא שותף שלי בכל]**, לפי שעה, ברוב המקרים, האחריות על הזירה הביתית עודנה מוטלת על הנשים **[כל השנים הוא יוצא מוקדם בבוקר ואני מביאה את הילדים, מכינה סנדוויצ'ים. אבל אם אני לא יכולה, אז הוא, אבל זה לא בפנקסנות. מי שמעורב בוואטסאפים של הכיתה והכול, ברור שזה לא הוא, אבל הוא תמיד מאוד שותף כשצריך לעשות]**. מן הראיונות עלה שקל יותר להתקדם כשיש בן זוג תומך שמעוניין שבת זוגו תממש את עצמה **[כשמסתכלים על נשים, זו בעיה של הבית. ילדים חולים, היריון... שזה לא סיבה לא להתקדם. עדיין רוב הבתים בנויים בצורה שזה נשען יותר על האישה, אבל בעל גם מחנכים. מהיום הראשון ולא אחרי החתונה. בעלי החזיק את הסולם, ואני, כל מה שהייתי צריכה לעשות, זה לטפס]**. בהקשר לכך נציין כי מרואיינות רבות סיפרו שהן נשואות לרופא, ונראה כי הזוגיות עם רופא הקלה עליהן, שכן הדרישות של המקצוע התקבלו בהבנה רבה יותר, לעומת בן זוג שאינו מכיר את המקצוע מניסיון אישי. עם זאת, חשוב לציין שהיו מרואיינות שסיפרו שהן מעוניינות למלא תפקיד גם בזירה הביתית **[אני באופן אישי חושבת שגם יש לי תפקיד מול הילדים, זה לא שוויוני, אבל אני אימא שלהם, אני רוצה להיות שם, לא צריכה להיות שם]**.

דרישות הקריירה והרצון להתקדם בתפקיד ולהגיע לעמדה בכירה מחייבים להציב את המטרות המקצועיות בראש סדר העדיפויות **[אי אפשר להתקדם אם אתה לא עובד נורא קשה. אי אפשר לעשות את זה בלעבוד משמונה עד ארבע. אתה רוצה ללכת אחרי תורנות הביתה? תלך. אבל אל תבוא בטענות שלא התקדמת. אי אפשר לאכול את העוגה ושהיא תישאר שלמה. אם אתה מחליט שאתה רוצה להקדיש את עיקר זמנך לילדים ולמשפחה - מצוין, אני מאוד מכבדת את זה. אבל תקבל החלטה. אתה רוצה להיות פרופסור, אתה צריך לעבוד]**. חלק מן המרואיינות סיפרו שהיו משימות מקצועיות שהן לא הצליחו לשלב בעבודתן, כמו למשל פרסום מאמרים בכתבי עת מקצועיים, משימה הכרחית להתקדמות

אקדמית שאי עמידה בה מהווה חסם לקידום לתפקידים מסוימים [למעט ההתקדמות האקדמית שאני יכולה להגיד שזה כי אני אישה ולא היה לי זמן, אבל יש הרבה נשים שהתקדמו מאוד באקדמיה ואני מניחה שזה עניין של סדר עדיפויות, ויש אנשים שעושים הרבה דברים כדי לקדם את הארגון שבו הם נמצאים ויש אנשים שעושים הרבה דברים כדי לקדם את עצמם. זה עניין של אופי].

מן הצד השני, סדר עדיפויות שלעיתים נוטה לכיוון הקריירה, עלול להביא לרגשי אשמה [הילד גדל בלי אימא, הילד גדל עם מפתח, מי שמגדל אותו זה המטפלת, או הסבתא. אני כמעט לא בבית. אני דואגת לילדים החולים במחלקה ולא לילד החולה שלי בבית. ואיך הוא יגדל? ומה היא תחשוב עליי? וייסורי מצפון ורגשות אשם מפה ועד להודעה חדשה]. אף על פי שרגשי אשמה אלו מוצגים כחלק טבעי מניהול קריירה לצד גידול משפחה, חלק מן המרואיינות התייחסו אליהם כקושי ממשי שאיתו הן היו צריכות להתמודד. דרך ההתמודדות שלהן עם תחושות אלו הייתה להשתדל שלא לתת להן להכניע אותן, ולחנך את הילדים לכך שהעובדה שיש להם אימא שעוסקת בעבודה המביאה לשביעות רצון היא ערך חשוב [לא להתמקד בייסורי המצפון האלה, כי זה המסר שעובר לילדים. אם את באה עם ייסורי מצפון, את זה הם יזכרו ואם לא, אז בסדר. גם נכון מאוד לילדים לראות אימא עובדת, אימא מסופקת. השאלה היא איך אתה מעביר את המסר בבית]. באופן כזה ההורים מהווים עבור הילדים מודל חיקוי מעורר השראה [ילד נורמטיבי, מה שהוא רואה בבית, עם זה הוא גדל. הוא גדל בסוף עם אבא ואימא שהם מודל לחיקוי. אז אם אימא באה ולמרות שהיא עייפה, היא מרוצה, והיא שמחה וטוב לה, זה ניכר. התחושה שלהם שאתם עושים משהו חשוב, ולהעביר להם את העובדה שאתם עושים משהו חשוב; חשוב לי מאוד כאימא להקרין כלפי הילדים שלי שכל מה שאני עושה זה מתוך בחירה ואף אחד לא הכריח אותי לעשות תורנות...]. המרואיינות גם דיברו על החשיבות של להשקיע בילדים ובמשפחה זמן איכות [הזמן האיכותי, והזמן להיות איתם והתחושה שלהם שאתם עושים משהו חשוב, ולהעביר להם את העובדה שאתם עושים משהו חשוב. אתם מרפאים, תספרו להם; לא מזמן שוחחתי עם אחד הילדים שלי ושאלתי אותו איך זה להיות עם אימא קרייריסטית? אז הוא אומר: במקרה שלנו זה סבבה, כי זה לא בא על חשבוננו. זה בערך המחמאה הגדולה ביותר שיכולתי לקבל בחיים]. חשוב לציין שגם רגשי אשמה כלפי העמיתים בעבודה הוזכרו, תחושות העשויות ללוות את הרופאה בזמנים שבהם היא נדרשת לביתה, לכאורה על חשבונם של עמיתיה לעבודה [אני זוכרת את אחד

מהם, שהיה איש פחות נעים, שפחות או יותר עשה לי רגשי אשמה מזעזעים כשהפסקתי באיזשהו שלב לעשות תורנויות בשלהי ההיריון].

4. אקטיביות מול פסיביות בקידום המקצועי האישי

את תפקידי הניהול הראשונים קיבלו המרואיינות בשלבים מוקדמים יחסית בקריירה המקצועית שלהן [יצא לי להגיע לתפקיד בכיר כבר בהתחלת הקריירה, הייתי מנהלת יחידה]. חלק עסקו בכך כבר בתקופת ההתמחות, חלק בסיומה וחלק כמומחיות צעירות. תפקידים ראשונים אלו היו בעלי חשיבות ומשמעות רבה להמשך פיתוח הקריירה [אני חושבת שאם אפשר לסמן משהו שעשה את הקפיצה האישית שלי שכל כך נהניתי מניהול וגם מהעשייה, זה היה התפקיד הזה. אני מרגישה שזה היה תפקיד משמעותי]. המסלול המקצועי של המרואיינות כלל בדרך כלל התמחות נוספת (על ההתמחות הבסיסית) במנהל רפואה, וגם תפקידים נוספים שהן מילאו, כמו למשל ריכוז ועדות, השתתפות במשלחות הומניטריות או התנדבות במקלט לנשים מוכות - תפקידים, שלצד זה שהם דרשו השקעת משאבים נוספת, גם הצטיירו כמשמעותיים מאוד עבורן.

אחת התמות שעלתה בתיאור מסלול הקריירה האישי הייתה שהתפקידים הבכירים לרוב הוצעו להן והן לא היו אלה שפעלו להשגתם [ערב אחד קיבלתי טלפון לבוא. לא ידעתי על התפקיד, לא שמעתי על התפקיד. זה תפקיד שלא אני ביקשתי אותו]. לרוב, הדרך לקידום אל התפקיד הניהולי הבכיר תוארה כדרך קלה וללא מכשולים [זה מסלול נורא חלק. מסלול בלי מלחמות], וההגעה לתפקיד צוירה במונחים של זרימה טבעית ופחות כמטרה שסומנה מראש [אף פעם לא חיפשתי את מקומות הכוח. כשנבחרתי להיות מנהלת מחלקה, התמודדתי מול מישהו שבאופן טבעי היה צריך לקבל את המחלקה. הוא היה הרבה יותר בכיר ממני. והוא היה גבר, והייתי צעירה ממנו בכמה שנים, וקיבלתי את המחלקה]. ואם קרה שהן בכל זאת נתקלו בקשיים בדרכן אל הצמרת, הן לא נתנו לקשיים לעצור אותן מהתקדמותן והמשיכו בדרכן הלאה בנתיבים אחרים [אני לא חושבת שהיו לי אתגרים שאם לא הצלחתי להגשים, לא התקדמתי בהם. הלכתי מדרך אחרת, רציתי ניהול - אז טוב. אם לא בצבא, אז באזרחות. אי אפשר לעצור אותי]. גם בנוגע להתמחות במנהל רפואה צוירה לעיתים תמונה דומה, והיו שסיפרו שההצעה להתמחות נוספת זו הגיעה מן המנהלים שלהן [כחלק מההשתלבות שלי בתפקידי רוחב, הציעו לי מבית החולים ללכת ולעשות תואר במנהל רפואה באוניברסיטה וזמן קצר אחרי זה לעשות התמחות במנהל].

למרות הנאמר לעיל, הוזכרה גם פעולה אקטיבית ליצירת הזדמנות להתפתחות והתקדמות בקריירה [אני הצעתי את עצמי כשהם פרסמו, עשיתי אקט אקטיבי. כששמעתי על ההזדמנות אמרתי: בעצם אני יכולה ללכת. אני יכולה לקחת את האתגר הבא. אז ניגשתי למכרז הזה], וכן הובלת תהליכים שהביאו אותן לעמדה שבה הן נמצאות היום [סיימתי את ההתמחות וידעתי שהנושא של ניהול מעניין אותי, אז דיברתי עם פרופסור... אמרתי לו שאני אשמח להתעסק בניהול. אחרי זה נסענו לארצות הברית, בניתי את זה נכון והגעתי לאנשים המובילים בתחום]. אמצעי נוסף לסלילת הדרך להתפתחות בתפקיד היא התמחות במנהל מערכות בריאות. התמחות או תת-התמחות במקומות יוקרתיים בחו"ל הוזכרו כמשמעותיות להמשך ההתפתחות המקצועית [כשאני שולחת את המייל שלי מן שם של מוסד אקדמי מוביל בחו"ל] זה נראה אחרת וזה פותח לך הזדמנויות ואפשרויות].

5. חשיבותן של מיומנויות מקצועיות גבוהות בקידום המקצועי

ההסבר המרכזי שניתן על ידי המרואיינות לכך שהוצעו להן תפקידים משמעותיים הוא שהן עשו עבודה מקצועית טובה [יש לי שאיפות. אם אני רוצה להגיע אליהן, כדאי שאני אהיה הכי טובה] והסביבה הכירה בכך ותגמלה אותן [אני משתדלת למצות כל תפקיד שאני עושה. לעשות אותו הכי טוב שאני יכולה. אני רואה שזה פותח לך את הדלת הבאה]. הסבר נוסף שהוצע הוא שהן פשוט היו במקום הנכון בזמן הנכון [זה הכול עניין של תזמון בחיים], וקיבלו החלטות נכונות לאורך הקריירה [גם קיבלתי החלטות נכונות בצמתים; ההחלטות שקיבלתי הן היו מאוד טובות ובזמן הנכון; זה עניין של קונסטלציה והרבה פעמים נפתח תפקיד ואתה נמצא באיזושהי סיטואציה והתפקיד הבא שלידך הוא מתאים]. קבלת החלטה נכונה לאורך הקריירה יכולה להיות גם לפתח 'נישה' מקצועית עצמאית ייחודית בעלת דרישה [חזרתי לארץ ואמרתי שזאת הזדמנות טובה לפתח נישה משלי. אין במחלקה מישהו אחר שעושה את זה, זה מקום שיווצר בו חלל. חשוב להחליט להשתלב במקום שאתה יודע שאתה יכול לפתח נישה ולא לחזור למקום שאולי נחשב יותר יוקרתי ויותר סקסי... אבל שיש בו הרבה אנשים ושהמלחמות שתצטרך לנהל קשות יותר].

6. הגישה כלפי אפליה מתקנת מובנית בתוך המערכת

אחת הדרכים הנהוגות לקידום נשים בעולם העבודה היא אפליה מתקנת, שנועדה לתקן אפליה או תנאים אובייקטיביים שפעלו נגד נשים בעבר ולשפר את הסיכוי שלהן להתקדם.

כשביקשנו את התייחסותן של המרואיינות לשימוש בכלי זה כדי לקדם נשים בעולם הרפואה, עלו שתי גישות. מצד אחד, היו מרואיינות שהביעו תרעומת והתנגדות לעצם הרעיון של אפליה מתקנת, והעדיפו להתייחס לקידום בעבודה כזירה שבה מי שטוב מקבל את התפקיד, ללא תלות במגדר [צריך לבחור נשים אם הן טובות, לא לתת להן תיקון אם הן שוות; אני לא ארצה שיהיה מצב שבו יבואו ויגידו אומנם הוא יותר טוב, אבל היא אישה. יש משהו בדבר הזה שמקרין חולשה; אני לא אוהבת אפליה מתקנת. אני חושבת שזה מוריד ערך מאישה שהיא ראויה לתפקיד]. מצד שני, היה גם קול שטען אחרת, בעד אפליה מתקנת [בעשר השנים הקרובות עדיין צריך לעשות אפליה מתקנת עם הנשים, כי זה נשים מאוד מוכשרות שמנצלות את כל היכולות האחרות שלהן חוץ מהקוגניציה, להיות מטפלים מעולים. אבל עדיין צריך לתת עוד פוש ועוד דחיפה... שיראו שהן יכולות. שכל המערכת המדכאת מסביב תימהל].

7. היחס לגברים ולנשים במערכת הבריאות

התגובה הראשונית של המרואיינות לשאלה האם במערכת הבריאות יש הבדל ביחס שמקבלות נשים לעומת היחס שמקבלים גברים, הייתה שהן עצמן לא חוו יחס שונה כלפיהן רק משום שהן נשים [לאורך כל הדרך, אף פעם לא הרגשתי שבגלל שאני אישה אני נתקלת באיזשהן חומות. אני לא מרגישה את הקיפוח, תמיד הגעתי לאן שרציתי, בלי קשר להיותי כן אישה או לא אישה]. לצד הגישה שניתן להצליח להגיע לתפקידים בכירים בעקבות השקעה ועבודה קשה, ושמי שעובד קשה, גברים ונשים כאחד, בסופו של דבר מקבל את הגמול המגיע לו, בדמותו של קידום מקצועי [התשובה שלי לאיך שהגעתי לאיפה שאני נמצאת היום, זה בעבודה מאוד קשה עם מוטיבציה מאוד מאוד גבוהה], עלתה הטענה שנשים צריכות להוכיח את עצמן יותר מגברים כדי להצליח במידה דומה [המערכת שוביניסטית. יקבלו וישאירו לא מעט גברים בינוניים ומטה. והאישה צריכה להיות עילוי יותר. את צריכה להיות יותר בולטת כדי להישאר במערכת, בשביל להתקדם. חד משמעית עדיין המערכת יותר בעד גברים מאשר נשים; מי שלא שמה את הגבולות... זה בדיוק בגלל שהיא חושבת שהיא צריכה להוכיח את עצמה יותר כי היא אישה. הייתה גבר - הייתה קמה והולכת].

עם זאת, מן הראיונות ניתן היה להבין שהמרואיינות דווקא כן חוו יחס שונה כלפיהן משום שהן נשים, אולם מנקודת המבט הכללית על חייהן כיום כנראה שהן פשוט לא מקדישות

לכך חשיבות רבה [גם אם אני מאוד מאוד אתאמץ, זה כאילו נמחק, יש כאן דברים שלא כדאי לשמור אותם בראש... אני מאמינה שהיו קשיים, אני מניחה שהיו כל מיני דברים אבל זה לא השפיע. אם את יודעת לאן את רוצה ללכת, את הולכת פשוט לשם]. במהלך הריאיון והשיחה על אודות נושאים אחרים, עלו כמה דוגמאות למקרים שבהם נראה כי דווקא כן התייחסו אליהן (ולפעמים אל נשים אחרות) באופן שונה מאל גברים, למשל בתנאי עבודה [כשאת מקבלת שכר או דרגה, כל דרגה, הנשים תמיד יתחילו בהכי נמוך שאפשר. זה עיוות שקיים כל הזמן במערכת, שאישה יכולה להסתפק במשכורת יותר נמוכה, עם עבודה יותר נמוכה. גם היא עושה אותו דבר, או פי ארבע מהקולגה שלה. הגישה היא פחות טובה לנשים], או בכך שהן, כנשים, היו פחות רצויות בתפקידים מסוימים [יש מקצועות שאת רואה שהאישה פחות מתקבלת בברכה. למרות שאין סיבה; לפעמים אומרים: היא תלד. אולי לא כדאי לנו לקבל אותה להתמחות. מישהו אמר לי: אישה נשואה, בדירוג, היא פחות מתאימה]. אחת המרואיינות סיפרה שכאשר התראיינה אצל מנהל מחלקה לצורך תחילת התמחות, תהה המנהל העתידי כיצד תצליח לנהל בעודה אימא לילדים [אני מאוד מתלבט, את מאוד עסוקה כי יש לך ילדים... יש לך כנראה יכולות ניהול גבוהות. אבל איך תסתדרי?], ולבסוף הוא אף אמר שעליו לדון בנושא עם בעלה.

מוטיב נוסף שחזר ועלה היה הקושי שהתרבות הגברית הדומיננטית במקום העבודה מציבה בפני קידום של נשים והתפתחות הקריירה שלהן [המערכת היא מערכת גברית בתפיסה שלה... אנשים מסתכלים על אנשים לפי שעות שהם משקיעים ולא לפי ביצועים; יש את החברותא הזאת בין הגברים, שהיא מאוד משמעותית בדינמיקה הפוליטית. הגברים הרבה יותר מתקשרים על הבסיס של הקשר הגברי הזה. איזושהי שפה... לאישה יהיה יותר קשה להשתחל לתוך הקליקה הזאת] ובפני המינוי שלהן לתפקידים בכירים [גבר בוחר גבר. הוא מראש בלי לתת לעצמו דין וחשבון... גבר הרבה יותר מבין את הגבר, הרבה יותר מעריך את מה שהוא רואה. אוטומטית, בלי לתת את הדעת על הסטריאוטיפ שהאישה תהיה פחות טובה במצבי משבר או במצבים קשים. גבר בוחר גבר וזה ממשיך ככה. משכפל את עצמו כל הזמן].

8 ■ תכונות נשיות כיתרון בעולם הניהול

נשיות ותכונות נשיות הוזכרו כיתרון משתי בחינות: (א) המרואיינות מאמינות שנשים טובות יותר מגברים במיומנויות רכות וביחסי אנוש, עובדה העשויה לסייע להן בבואן למלא

תפקידי ניהול שונים [העולם היום אינו היררכי ודמוי מערכת צבאית, וכדי להניע אנשים אי אפשר להורות להם מה לעשות, אלא לרתום אותם להאמין במה שאת מאמינה בו ולהראות דוגמה אישית; נשים עושות הרבה דברים הרבה יותר טוב מגברים]; (ב) נשים, יותר מגברים, מוכנות לקחת על עצמן תפקידי רוחב, שהם פחות נחשבים או בעלי יוקרה, אך מאפשרים יצירת רשת של קשרים, שבהמשך מסייעת להתקדם בקריירה [עניין אותי באמת לעשות גם פעילות רוחבית, ... לעשות עבודה עם כל מיני צוותים רוחביים, זה גם נתן לי המון המון סיפוק וניסיון, אבל גם גרם לזה שאני אהיה מוכרת].

9. חשיבות תפקיד המנטורינג בהתפתחות המקצועית ובקידום מסלול הקריירה

מן הספרות עולה שמנטורים יכולים לסייע רבות בקידום קריירה (Patton et al., 2017). חלק מן המרואיינות תיארו מנטורים שעודדו ועזרו להן להתפתח בקריירה ולהתקדם [היו לי מנטורים מאוד טובים... הם יצרו בי סקרנות, לא עצרו אותי, נתנו לי חבל ארוך... כל דבר שרציתי הם אמרו לי אנחנו נעזור לך להגשים את החלום; רפואה זה מקצוע שולייתי קלאסי ולכן לאורך הדרך יש למנטור משמעות כבירה... לעבור באופן שיטתי פעם ב- ולראות מה עשיתי ולדעת לתת את הסנוקרת על האף ואת הלטיפה], ומרואיינות שלא היה להן מנטור אמרו שהדבר היה חסר להן. היו מרואיינות שסיפרו שהן משמשות כיום מנטוריות לאחרים, או משתתפות בחינוך רפואי של דור הרופאים החדש, בתוכניות כמו 'ענבר' ובמסגרות אחרות.

הצעות לשיפור ייצוג הרופאות בעמדות ניהול בכירות

שאלנו את המרואיינות איך ניתן לדעתן להביא לשינוי ולהגדיל את מספר הנשים בעמדות ניהול במערכת. בנוגע לשאלה זו עלו שתי גישות: אחת, שגורסת שאף על פי שכיום מעטות הנשים המאיישות תפקידי מפתח בכירים, הבעיה תיפתר מאליה באופן טבעי בשנים הקרובות, שכן כבר היום יותר ויותר נשים לומדות רפואה ועובדות כרופאות [אנחנו בתהליך של אבולוציה. אנחנו בתהליך לשם. זה יקרה לבד; לאט לאט נכנסו נשים בשבע השנים האחרונות. עכשיו יש שוויון בכמות הרופאות והרופאים. כדי להצמיח את השדרה הניהולית רק עכשיו יש את היכולת להצמיח משהו שווה]. הגישה השנייה הייתה שקידום נשים לעמדות כאלו היא נושא שיש לעסוק בו באופן אקטיבי, על ידי מציאה ויישום של פתרונות ברמה המערכתית והאישית לאורך כל מסלול הקריירה. כחלק מן הראיונות, ביקשנו מן המרואיינות להציע הצעות יישומיות, שתוכלנה לסייע בהתמודדות עם החסמים העשויים להקשות על

התקדמותן של רופאות. המרואיינות הציעו פתרונות והצעות קונקרטיות לשיפור המצב הן לרופאות צעירות המבקשות להגיע לתפקידים בכירים במערכת הבריאות, והן פתרונות מערכתיים אפשריים שיוכלו לסייע ביצירת שינוי במערכת. להלן הצעותיהן:

- המלצות לרופאות המבקשות למלא תפקידים בכירים במערכת הבריאות
 - לתכנן את הקריירה **ולשמור על רצף עמדות ניהוליות**, כלומר, להישאר ברציפות במאגר של המועמדים לניהול וקידום. בה בעת, יש לשמור על פתיחות בנוגע לתכנון הקריירה המקצועית ולא לפסול כיווני התפתחות שאינם תואמים את התכנון המקורי
 - **לכוון גבוה** ככל האפשר, לעמוד על שלך ולא לוותר על הרצון להתפתח ולהתקדם
 - לשאוף **למציונות מקצועית** ולהתבלט כרופאה וכמנהלת טובה
 - לפתח **נישה מקצועית ייחודית** שאפשר להתפתח ולהתבלט בה
 - לחתור למצוא את **האיזון בין המשפחה לקריירה**, אולם בו בזמן גם להבין שיהיו זמנים במהלך הקריירה שתהיה קדימות לעבודה. לנסות לשלב בין הצרכים המשפחתיים והמקצועיים, כך שמצד אחד הקמת המשפחה והרחבתה לא תדחה כדי להתקדם מבחינה מקצועית, ומצד שני, התפתחות הקריירה לא תיעצר כדי להקים משפחה. שילוב זה והחתימה לאיזון כוללים פיתוח מיומנויות מתאימות, כגון:
 - לדעת **לארגן את הזמן, לערב את מערכות התמיכה ולהשתמש בעזרה פרקטית**
 - **לא לתת לרגשי אשם ולביקורת מן החוץ להכתיב את הבחירות המקצועיות**, בין אם במישור האישי ובין אם במישור המקצועי

הצעות לפתרונות מערכתיים ליצירת שינוי במערכת הבריאות

- **לקיחת אחריות על נושא השוויון המגדרי** על ידי משרד הבריאות, מנהלי הקופות ובתי החולים וראשי האיגודים הרפואיים. מומלץ שלקיחת האחריות תכלול גם העברת מסר שהמשפחה חשובה, למשל על ידי **סגירה מוקדמת של משרדים פעם-פעמיים בשבוע**
- מרואיינות הזכירו גם את ההמלצות שעלו מדוח צוות המשימה של הר"י לקידום מעמד הנשים ברפואה בישראל, בהן גיבוש הנחיות על ידי משרד הבריאות לקופות ולבתי החולים **לשילוב נשים בוועדות איתור**, כאשר דובר בשלב ראשון על שילוב של מספר משמעותי של נשים כדי שיינתן להן ייצוג הולם בוועדות (במקרה הצורך על ידי הגמשת הקריטריונים למינוי חברי הוועדה)
- **יצירת פתרונות מובנים במערכת לחופשות לידה ותקינה מתאימה במוסדות**, כך שמצד אחד, העבודה השוטפת במוסדות לא תפגע, ומצד שני, תנאי ההעסקה וההתקדמות

של הנשים לא יפגעו. התקינה צריכה להיות מעודכנת לצורכי המערכת בהווה. פתרונות כאלו יכולים להיות למשל:

- **תוספת שנה ("עצירת השעון")** לרופאות שנמצאות במסלול לקביעות באקדמיה
- **מתן אפשרות לממלאי מקום** על פי הצורך בתקנים בכל מחלקה, בגין נשים בהיריון או בחופשת לידה, עבור מי שיוצאת לחופשת לידה למשך יותר משלושה חודשים
- **עזרה לרופאות אימהות** על ידי מתן עדיפות לילדי רופאות במעונות בקרבת מקומות העבודה, בדומה לקיים באקדמיה; אפשרות של שעות עבודה גמישות לאימהות; גמישות בחלוקת סך ימי המחלה עבור הילדים בין ההורים, והמרת ימי המחלה של האם לימי מחלה של הילד
- **גיבוש תוכנית ליווי ומנטורינג** לרופאות צעירות, לחיזוק הפרספקטיבה הניהולית והמיומנויות הניהוליות, כולל הכשרה והדרכה של המנטורים במסגרת המוסדית
- **הכשרת הצוותים הרפואיים בנושא שוויון מגדרי**, למשל על ידי העברת סדנאות וימי עיון על שוויון מגדרי, כולל הנחיית קבוצות
- **אימוץ אלמנטים מסגנון ניהול נשי**, כמו התמקדות בפתרון קונפליקטים, דוגמה אישית ופיתוח מיומנויות "רכות", למשל באמצעות הפעלת קבוצות באלינט (קבוצות תמיכה של רופאים שעוסקות בעיקר ביחסי מטפל-מטופל)
- **מתן מלגות לנסיעות התמקצעות** קצרות בחו"ל שתואמות את הצרכים של נשים, בעיקר בשנים של גידול ילדים ומשפחה

דין

המחקר עסק בדרכן של נשים למילוי תפקידי ניהול בכירים במערכת הבריאות בישראל. מן הראיונות עלה שהנשים התמודדו עם כמה אתגרים, בהם: ניהול הקונפליקט בית-עבודה, התמודדות עם רגשי אשם, מחסור במנטוריו, תרבות גברית במקומות העבודה, משכורות נמוכות משל גברים וקושי לשלב פעילות אקדמית בעבודה. מן הצד השני, היו כמה גורמים שסייעו להן, כמו למשל: תמיכה רגשית וטכנית מבית, חתירה למצוינות בעבודה, ליווי של מנטורים, שירות בתפקידי ניהול בצבא, התנסות במסגרת לימודים או עבודה במוסדות בחו"ל ופיתוח נישה מקצועית ייחודית.

אף על פי שבתשובה לשאלה ישירה המרואיינות אמרו שלא נתקלו בדרכן לתפקידים הבכירים באפליה או ביחס שונה בשל היותן נשים, בדבריהן שזורות דוגמאות להתייחסות שונה של המערכת אליהן כנשים, למשל גברים מנהלים המניחים שהן כוח עבודה טוב פחות מכיוון שהן צריכות לטפל בילדים, או נשים שצריכות להוכיח את עצמן יותר מאשר גברים, במערכת שמוכנה לקבל בינוניות אצל גברים יותר מאשר אצל נשים. דברים אלו נאמרו לפעמים כבדרך אגב, כקשיים חולפים ולא כחסמים, והמרואיינות לא התעכבו עליהם יותר מדי. הדבר משקף את דרך ההתמודדות שלהן עם דברים אלו כפי שהיא עולה מן הראיונות - לא לתת ליחס כזה לעצור אותן ולהמשיך בחתירה נחושה למטרה.

בראיונות אלו התמקדנו בנשים שהגיעו לעמדות בכירות במערכת הבריאות בישראל, כדי לשמוע על הדרך של אלה שהצליחו לשבור את "תקרת הזכוכית". ייתכן שנשים אלו חוו פחות חסמים בפני התקדמות, או שההתייחסות שלהן למקרים כאלו הייתה שונה משל נשים שלא הצליחו בכך. כדי ללמוד גם על מי שלא הצליחה להתקדם לתפקידי הניהול הבכירים ביותר במערכת הבריאות, צריך יהיה לראיין רופאות שרצו אך לא הצליחו להתקדם לתפקידים בכירים, ולשמוע על החוויה מנקודת המבט שלהן.

ממצא חשוב היה שחלק גדול מן המרואיינות ציינו את הצבא כגורם משמעותי בפיתוח הקריירה שלהן. ידוע מן הספרות שהניסיון שגברים רוכשים בעבודה בתפקידים פיקודיים בכירים בצבא מהווה במקרים רבים קרש קפיצה למשרות בכירות בחברות אזרחיות ובפוליטיקה (Kark & Waismel-Manor, 2011). מעניין היה לשמוע מן המרואיינות שגם נשים נהנות מיתרונות אלו ושהניסיון שצברו בתפקידי ניהול בצבא עוזר להן להתקדם לתפקידי ניהול באזרחות, לפחות בתחום הבריאות.

מן הראיונות עלו גישות שונות כלפי אפליה מתקנת מובנית בתוך המערכת, מתמיכה באמצעי זה כדרך לקדם נשים ועד התנגדות לכל מתן יתרון לנשים בזכות מגדרן. עלתה גם גישה שהפערים בייצוג בעמדות ניהול בין רופאים לרופאות ייעלמו עם הזמן מאליהם בשל שיעורן ההולך וגדל של הנשים בקרב הרופאים.

המרואינות הציעו מגוון פעולות שניתן לבצע ברמה המערכתית כדי להקל על נשים להתקדם לתפקידי ניהול, חלקן פעולות שעלו גם בהמלצות צוות המשימה של הר"י לקידום מעמד הנשים ברפואה בישראל, כמו שילוב נשים בוועדות איתור. נוסף לכך, נתנו המלצות לרופאות צעירות ששואפות להתקדם מבחינה מקצועית, בנוגע לדרכי התמודדות עם קשיים שיעמדו בפניהן בהמשך הדרך.

כיוונים אפשריים להמשך בדיקת הנושא

מחקר זה הוא המחקר הישראלי הראשון שבחן את תפיסותיהן של רופאות שהגיעו לעמדות בכירות בנוגע לגורמים שסייעו לקידומן לתפקידי ניהול או עכבו אותו. הראיונות המתוארים לעיל העלו כמה נושאים חשובים שיש להעריך כמותית במחקרים עתידיים. אנו מציעים שלושה כיווני מחקר לעתיד:

- **סקר בקרב רופאות בדרגים שונים:** הנושאים וההשערות שעלו מן הראיונות יכולים לסייע בבניית סקר ארצי רחב היקף בקרב רופאות שיספק מידע בנוגע לציפיות, לתוכניות ולקשיים של רופאות בתחילת דרכן.
- **ניתוח נתונים מרישומי ועדות איתור לתפקידי ניהול:** ניתוח נתונים מתוך רישומי ועדות איתור לתפקידי ניהול בבתי חולים בשנים האחרונות יאפשר להבין מיהן הנשים שפונות לתפקידי הניהול השונים, מה אחוז הנשים המתקבלות (בהשוואה לגברים), מה הרכב הוועדות ועוד, והאם יש מגמה של שינוי בשאלות אלו במשך השנים.
- **ניתוח נתונים מתוך סקר מומחים צעירים:** מכון ברוקדייל מבצע בימים אלו סקר בקרב רופאים במהלך השנה הראשונה לאחר סיום ההתמחות שלהם. הסקר עוסק בגורמים המשפיעים על בחירת מקום ומסגרת העבודה לאחר ההתמחות, ובין השאר שואל על שאיפות להגיע לעמדות ניהול בעתיד. ניתן יהיה להשוות בין עמדותיהם של רופאים ובין עמדותיהן של רופאות בשאלה זו ובשאלות נוספות.

* תודות

אנחנו מבקשות להודות לכל המרואיינות והמרואיינים שהקדישו לנו זמן, שיתפו אותנו בחוויות ובתובנות שלהם, ועזרו לנו להבין את הסוגיות שבמוקד המחקר.

תודה לעמיתינו במכון ברוקדייל: לד"ר ברוך רוזן על הערותיו לדוח ולניצה וורמברנד על העזרה האדמיניסטרטיבית. לרויטל אביב-מתוק על עריכת הלשון, לאוולין איבל על תרגום התקציר לאנגלית ולענת פרקו-טולדנו על העיצוב.

מקורות

- אברבוך, א., אבני ש. (2014). *אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו*. ירושלים: משרד הבריאות, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- בלינסקי, א., בן נאים, ג., הכט, י. (2018). *שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית - ממצאים ומגמות*. ירושלים: משרד האוצר.
- גבע, א. (2015). *על פערי השכר בין גברים לנשים*. ירושלים: משרד האוצר.
- דוח ועדת שטאובר (2014). *דוח לקידום נשים בשירות המדינה*. ירושלים: נציבות שירות המדינה.
- ההסתדרות הרפואית בישראל. (2015). *צוות המשימה לקידום מעמד הנשים ברפואה בישראל דין וחשבון*. רמת גן: המחבר.
- הנדלס, ש. (2012). *סקר מעסיקים שוויון הזדמנויות בסקטור הפרטי והציבורי*. ירושלים: משרד התמ"ת, נציבות שוויון הזדמנויות בעבודה.
- הלמ"ס (הלשכה מרכזית לסטטיסטיקה) הודעות לתקשורת. (2017) הכנסות של שכירים מסקר הוצאות משק הבית 2016. ירושלים: המחבר.
- http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201715333
- מבקר המדינה (2014). *דוח ביקורת מיוחד: ייצוג נשים בתפקידים הבכירים בשירות הציבורי*. ירושלים: המחבר.
- נציבות שירות המדינה. (2016). *שוויון לא רק במילים, הצלחות ואתגרים בקידום נשים בשירות המדינה*. ירושלים: המחבר.
- פוקס, ה. (2016). *פערים מגדריים בשוק העבודה: שכר וקיטוב תעסוקתי, דוח מצב המדינה 2016*. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- שחל-רוזנפלד ט., סבאג שטייזמן ע., קופ ל. (2015) *מובילות שינוי: דוח פעילות לשנים 15/2014*. ירושלים: האגף לשוויון מגדרי וקידום נשים נציבות שירות המדינה.
- Abelson, J. S., Chartrand, G., Moo, T., Moore, M., & Yeo, H. (2016). The climb to break the glass ceiling in surgery: Trends in women progressing from medical school to surgical training and academic leadership from 1994 to 2015. *The American Journal of Surgery*, 212(4), 566-572. e1.

Ash, A. S., Carr, P. L., Goldstein, R., & Friedman, R. H. (2004). Compensation and advancement of women in academic medicine: Is there equity? *Annals of Internal Medicine*, 141(3), 205-212.

Association of American Medical Colleges (AAMC). The State of Women in Academic Medicine: The Pipeline and Pathways to Leadership, 2015-2016. Available at: <https://www.aamc.org/members/gwims/statistics/> . Accessed March 26, 2018.

Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC). 2018. Our faculties. <https://www.afmc.ca/about-afmc/our-faculties> . Accessed March 26, 2018.

Baptiste, D., Fecher, A. M., Dolejs, S. C., Yoder, J., Schmidt, C. M., Couch, M. E., et al. (2017). Gender differences in academic surgery, work-life balance, and satisfaction. *Journal of Surgical Research*, 218, 99-107.

Bishu, S. G., & Alkadry, M. G. (2017). A systematic review of the gender pay gap and factors that predict it. *Administration & Society*, 49(1), 65-104.

Bismark, M., Morris, J., Thomas, L., Loh, E., Phelps, G., & Dickinson, H. (2015). Reasons and remedies for under-representation of women in medical leadership roles: A qualitative study from Australia. *BMJ Open*, 5(11), e009384-2015-009384.

Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Hämmig, O., Knecht, M., & Klaghofer, R. (2010). The impact of gender and parenthood on physicians' careers-professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Services Research*, 10(1), 40

Chrysafi, P., Simou, E., Makris, M., Malietzis, G., & Makris, G. C. (2017). Bullying and sexual discrimination in the Greek health care system. *Journal of Surgical Education*, 74(4), 690-697.

Esteves-Sorenson, C., & Snyder, J. (2012). The gender earnings gap for physicians and its increase over time. *Economics Letters*, 116(1), 37-41.

Fitzpatrick, T. A., & Curran, C. R. (2014). Waiting for your coronation: A career-limiting trap. *Nursing Economics*, 32(3), 162.

- Gjerberg, E. (2003). Women doctors in Norway: The challenging balance between career and family life. *Social Science & Medicine*, 57(7), 1327-1341.
- Horowitz, P. K., Shemesh, A. A., & Horev, T. (2017). Is there a doctor in the house? Availability of Israeli physicians to the workforce. *Israel journal of health policy research*, 6(1), 31.
- Jagsi, R., Griffith, K. A., Stewart, A., Sambuco, D., DeCastro, R., & Ubel, P. A. (2012). Gender differences in the salaries of physician researchers. *Jama*, 307(22), 2410-2417.
- Johns, M. L. (2013). Breaking the glass ceiling: Structural, cultural, and organizational barriers preventing women from achieving senior and executive positions. *Perspectives in Health Information Management*, 10, 1e.
- Kark, R., & Waismel-Manor, R. (2011). Women in Management in Israel. In M. Davidson & R. Burke (Eds.), *Women in Management Worldwide* (pp. 279-298). New York: Routledge.
- Kark, R., Waismel-Manor, R., & Shamir, B. (2012). Does valuing androgyny and femininity lead to a female advantage? The relationship between gender-role, transformational leadership and identification. *The Leadership Quarterly*, 23(3), 620-640.
- Klein, U. (2002). The gender perspective of civil-military relations in Israeli society. *Current sociology*, 50(5), 669-686.
- Koike, S., Matsumoto, M., Ide, H., Kawaguchi, H., Shimpo, M., & Yasunaga, H. (2017). Internal medicine board certification and career pathways in Japan. *BMC Medical Education*, 17(1), 83.
- Kuhlmann, E., Ovseiko, P. V., Kurmeyer, C., Gutiérrez-Lobos, K., Steinböck, S., von Knorring, M., et al. (2017). Closing the gender leadership gap: A multi-centre cross-country comparison of women in management and leadership in academic health centers in the European Union. *Human Resources for Health*, 15(1), 2.

Kwon, E. (2017). "For passion or for future family?" exploring factors influencing career and family choices of female medical students and residents. *Gender Issues*, 34(2), 186-200.

Magnusson, C. (2016). The gender wage gap in highly prestigious occupations: A case study of swedish medical doctors. *Work, Employment and Society*, 30(1), 40-58.

Mandel, H., & Birgier, D. P. (2016). *The gender revolution in Israel: Progress and stagnation*. In *Socioeconomic Inequality in Israel* (pp. 153-184). Palgrave Macmillan US.

Masood, A. (2017). *A Doctor in the House: Balancing Work and Care in the Life of Women Doctors in Pakistan*. Arizona State University.

McDonagh, K. J., Bobrowski, P., Keogh Hoss, M. A., Paris, N. M., & Schulte, M. (2014). The leadership gap: Ensuring effective healthcare leadership requires inclusion of women at the top. *Open Journal of Leadership*, 3, 20-29.

Moorhouse, E. A. (2017). Sex segregation by field of study and the influence of labor markets: Evidence from 39 countries. *International Journal of Comparative Sociology*, 58(1), 3-32.

Newman, 2018. NHS women in leadership: plan for action. <http://www.nhsemployers.org/news/2015/12/nhs-women-in-leadership-report>. Accessed March 26, 2018.

Newman, C., Chama, P., Mugisha, M., Matsiko, C., & Oketcho, V. (2017). Reasons behind current gender imbalances in senior global health roles and the practice and policy changes that can catalyze organizational change. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 2 e19.

Nonnemaker, L. (2000). Women physicians in academic medicine—new insights from cohort studies. *New England Journal of Medicine*, 342(6), 399-405.

Patton, E. W., Griffith, K. A., Jones, R. D., Stewart, A., Ubel, P. A., & Jagsi, R. (2017). Differences in mentor-mentee sponsorship in male vs female recipients of national institutes of health grants. *JAMA Internal Medicine, 177*(4), 580-582.

Quintana-García, C., & Elvira, M. M. (2017). The effect of the external labor market on the gender pay gap among executives. *ILR Review, 70*(1), 132-159.

Silver, J. K., Slocum, C. S., Bank, A. M., Bhatnagar, S., Blauwet, C. A., Poorman, J. A., et al. (2017). Where are the women? The underrepresentation of women physicians among recognition award recipients from medical specialty societies. *PM&R, 9*(8), 804-815.

Smith, V., Bethune, C., & Hurley, K. F. (2017). Examining medical student specialty choice through a gender lens: An orientational qualitative study. *Teaching and Learning in Medicine, 30*(1), 33-44.

Stamm, M., & Buddeberg-Fischer, B. (2011). How do physicians and their partners coordinate their careers and private lives. *Swiss Med Wkly, 141*, w13179.

Treas, , & Widmer, E.D. (2000). Married women's employment over the life course: Attitudes in cross-national perspective. *Social Forces 78*(4), 1409-1436.

Umoetok, F., Van Wyk, J. M., & Madiba, T. E. (2017). Does gender impact on female doctors' experiences in the training and practice of surgery? A single centre study. *South African Journal of Surgery, 55*(3), 8-12.

Waismel-Manor, R., & Kark, R. (2016). Women in management in Israel. In R. Burke & A. Richardsen (Eds.), *Women in Management Worldwide: Signs of Progress* (pp. 309-322). New York: Routledge.