

תכנון ארוך טווח של כוח-אדם רפואי בישראל

יו"ר: פרופ' רוני גמזו

סיכום עבודת הצוותים
ינואר 2022

תוכן עניינים

4.....	תקציר מנהלים
16.....	חברי הצוותים
17.....	תכנון ארוך טווח של הכשרת רופאים
28.....	פיזור גיאוגרפי מרכז / פריפריה של רופאים
38.....	תכנון ופיזור בין מקצועות ההתמחות ברפואה
41.....	תכנון ארוך טווח של מערך הסיעוד
53.....	נספח א' - שקפי הרחבה לפרקי הדו"ח
61.....	נספח ב' - צוות תכנון ארוך טווח של הכשרת רופאים
73.....	נספח ג' - צוות פיזור גיאוגרפי מרכז / פריפריה של רופאים
82.....	נספח ד' - ועדת המל"ג לבחינת מבנה הלימודים ברפואה
92.....	נספח ה' - צוות תכנון ארוך טווח של מערך הסיעוד
106.....	מקורות

תקציר מנהלים

א. תכנון ארוך טווח של הכשרת רופאים

שיעור הרופאים בישראל כיום נמוך בהשוואה לשאר מדינות ה-OECD, לפי תחזיות משרד הבריאות צפוי שיעור זה לרדת עוד יותר בשנים הקרובות בעקבות מגמות שונות ובראשן "רפורמת יציב". הרפורמה צפויה להקטין את זרם הרופאים החדשים החל משנת 2026. לפיכך יש צורך בתכנון ארוך טווח של כוח האדם הרפואי.

בשנת 2019 מספר הרופאים המועסקים בפועל בישראל עמד על 29,800 רופאים, שמהווים שיעור של 3.29 רופאים ל-1000 נפש. שיעור זה נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, העומד על 3.49 רופאים לאלף נפש. לפי תחזית משרד הבריאות, שיעור הרופאים ימשיך לגדול עד שנת 2026 לשיעור של 3.3 רופאים ל-1000 נפש, לאחר מכן תחל ירידה עקבית.

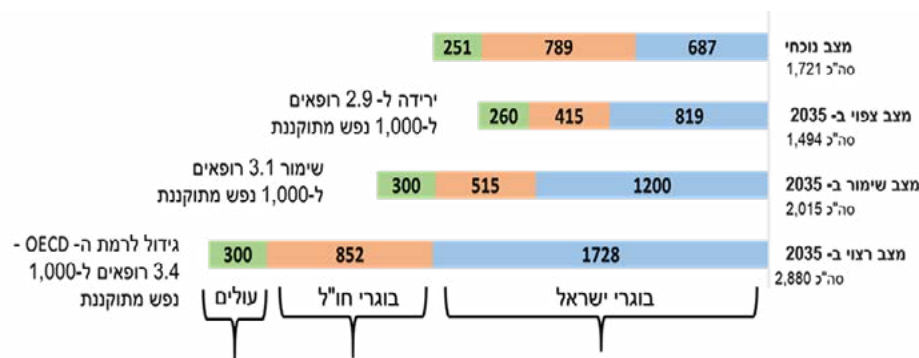
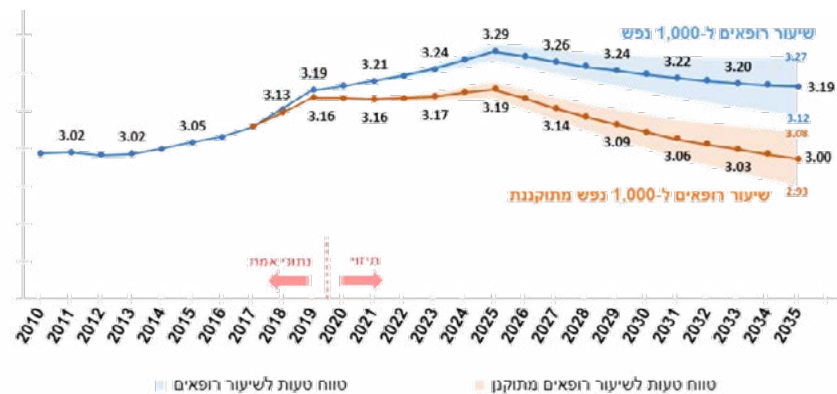
ישנן שלוש מגמות בעלות השפעה על אופי הביקוש וההיצע לרופאים בישראל. ראשית, בשנים האחרונות ישנו גידול משמעותי במספר הרופאים הפורשים לגמלאות. שנית, גידול באוכלוסייה יגדיל את הביקוש לרופאים. כמו כן, הגידול בשיעור האזרחים המבוגרים מתוך סך האוכלוסייה צפוי גם הוא להשפיע על הביקוש לשירותי רפואה. המגמה השלישית והמשפיעה ביותר היא הרפורמה ברישוי הרופאים - "רפורמת יציב" (2019). פירוט אודות הרפורמה בפרק הראשון.

כבר היום ישראל בולטת בין שאר מדינות ה-OECD בהסתמכות על רופאים שלמדו במוסדות בחו"ל. בשנת 2020 עמד שיעור בוגרי חו"ל מתוך כלל הרופאים החדשים על 60%, מתוכם שיעור הולך וגדל של בוגרי מוסדות שנפסלו במסגרת "רפורמת יציב". הרפורמה צפויה להביא לירידה של 450-500 מקבלי רישיונות רפואה בשנה החל מ-2026. מגמת הירידה הצפויה בשיעור הרופאים תורגש ביתר שאת במחוזות הצפון והדרום, בהסתמך על כך ששיעור המתמחים בוגרי חו"ל במחוזות אלה גבוה באופן משמעותי בהשוואה לשאר הארץ.

לפי הערכות מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי של המשרד, ללא התערבות המגמות הללו יעמוד שיעור הרופאים ל-1000 נפש בשנת 2035. הגדלת מספר מקבלי הרישיונות בשנה ל-2000 (כולל מנגנוני פיצוי לרפורמת יציב) תביא את השיעור ל-3.1 ל-1000 נפש. הגדלת מספר מקבלי הרישיון ל-2880 בשנה תביא את השיעור ל-3.4 ל-1000 נפש. לאור נתונים אלו החליטה הוועדה לאמץ שיעור של כ-3.1 רופאים

ל-1000 נפש כנקודת ייחוס ממנה לא רצוי לרדת מתוך ראייה לטווח ארוך של הגדלת השיעור ל-3.4.

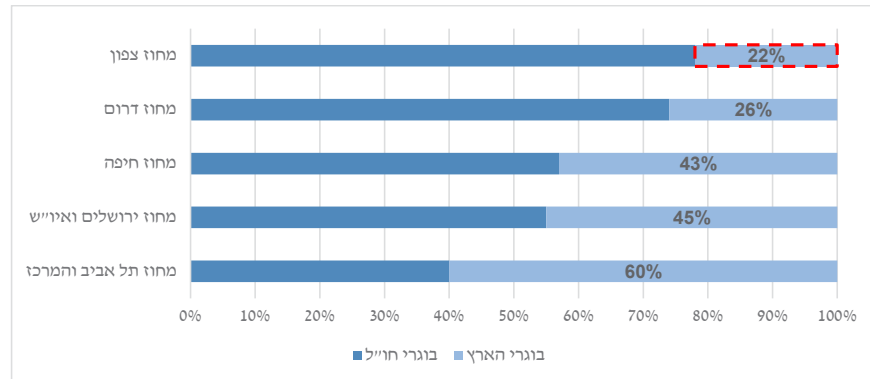
במסגרת עבודתה הוועדה נחשפה גם למסקנות ועדת ביאר אשר מונתה על ידי המל"ג לבחינת תכניות לימוד הרפואה בישראל. המלצות הוועדה בנושאים שונים תואמות את מסקנות ועדת ביאר.



המלצות:

1. הגדלת מספר מקבלי הרישיונות בישראל ל-2000 בשנה עד שנת 2035 (גדילה מ-1721 בשנת 2020).
2. מתוך 2000 רישיונות 1200 (60%) יהיו בוגרי הארץ. לצורך כך יחול גידול הדרגתי מ-821 סטודנטים בשנת 2020 ל-1200 עד שנת 2025 (תוספת של 80 לכל שנה במשך 5 שנים), באמצעות צעדי המדיניות הבאים:
 - 2.1. התאמת תשתיות ההוראה במוסדות המלמדים לקצב הגדילה הרב שנתי במספר הסטודנטים ובכלל זה איתור המקורות הדרושים.
 - 2.2. הגדלת כמות השדות הקליניים להכשרה בישראל באמצעות הגדלת מספר שבועות ההוראה בכל מחלקה עיקרית (ילדים, נשים, כירורגיה ופנימית) בבית חולים ל-35 שבועות בשנה. (המלצות ועדת המל"ג).
 - 2.3. צמצום תקופת הסטאז' למינימום תוך הקדמת תואר ה-MD לתום שנה שישית ואפשרות ביטול הסטאז' לכל מי שמתחיל התמחות ישירה.
 - 2.4. בית החולים יאפשר הוראה קלינית גם עבור פקולטות לא מסונפות (באישור מל"ג ובתאום עם האוניברסיטה המובילה).
 - 2.5. הגדרת גודל קבוצות הלימוד בשדות הקליניים במחלקות העיקריות למינימום של 8 סטודנטים ובמקרים שונים אף יותר מכך.
 - 2.6. הרחבת ההכשרה הקלינית בקהילה בכל סוגי ההכשרות, לרבות במקצועות הנשים, הילדים והגריאטריה.
 - 2.7. הסדרת התקנים האקדמיים ובניית תשתית מתאימה לטובת הגדלת קבוצות הלימוד, הרחבת מספר השדות הקליניים על ידי הוראה בשעות אחה"צ והוראה במסגרת רפואת הקהילה.
 - 2.8. התווית מודל תגמול אחיד, שיתמרץ את בתיה"ח, המחלקות והמדריכים להגדיל את כמות הסטודנטים. בכלל זה, תמרוץ ישיר של המחלקות המלמדות סטודנטים על ידי הגדרת משאבים המגיעים עד לרמת המחלקות והרופאים המעורבים בהוראה ולא נעצרים בהנהלת המוסד.

- 2.9. צמצום מדורג של תכניות הלימוד של סטודנטים זרים הלומדים רפואה באוניברסיטאות ישראליות במטרה להרחיב הוראה של סטודנטים ישראלים. לצורך כך יש לתכנן תמרוץ מתאים של האוניברסיטאות על מנת לאפשר צמצום תכניות אלו והחלפתם בסטודנטים ישראלים, בהתאם להמלצות דו"ח גלזר-ישראלי.
3. מומלץ לקדם צעדים לעידוד חזרה לישראל של סטודנטים ישראלים הלומדים בחו"ל. זאת באמצעות רישום של סטודנטים ישראלים בחו"ל ושמירה על קשר עימם.
4. עידוד וסבסוד עליית רופאים מומחים צעירים, בדגש על עבודה בנגב ובגליל, בשיתוף הגורמים הרלוונטיים בממשלה ובחברה האזרחית.
5. מומלץ לקדם צעדים לעידוד חזרה לישראל של רופאים ישראלים הגרים ועובדים בחו"ל באמצעות תמריצים המותאמים לצרכים של הרופאים הבכירים.
6. שיפור איכות הסטודנטים לרפואה הלומדים בחו"ל על ידי סבסוד של לימודים בחו"ל עבור סטודנטים מצטיינים בכפוף להתחייבות הסטודנטים לעבודה בנגב ובגליל או במקצועות במחסור. זאת בהתאם למודל שהציעה פרופ' רבקה כרמי (המודל הנורווגי).
7. במטרה לשמר את איכות לימודי הרפואה במקביל להגדלת מספר הסטודנטים הנ"ל, יש להקים פונקציה בכירה בכל בית חולים וקופת חולים שאחראית על חינוך רפואי לסטודנטים ולמתמחים ומתואמת עם הפקולטות המלמדות. יש להקים ועדה בראשות משרד הבריאות ובשיתוף המועצה המדעית והמל"ג, לצורך הקמת מערך הכשרה ארצי לחינוך רפואי.
8. הסדרת אספקה של שדות קליניים לסטודנטים ישראלים הלומדים באוניברסיטאות בחו"ל כך שלא ימנעו את הגדלת מספר הסטודנטים הלומדים בארץ אך ישפרו את האיכות הקלינית של בוגרי חו"ל.



בנוסף בחנה הוועדה פרויקטים מצליחים בארץ (דוגמת מסלול צמרת של העתודה האקדמית של צה"ל) ובחו"ל (נורבגיה, שבדיה) שנועדו לתת מענה רפואי באזורי פריפריה.

המלצות

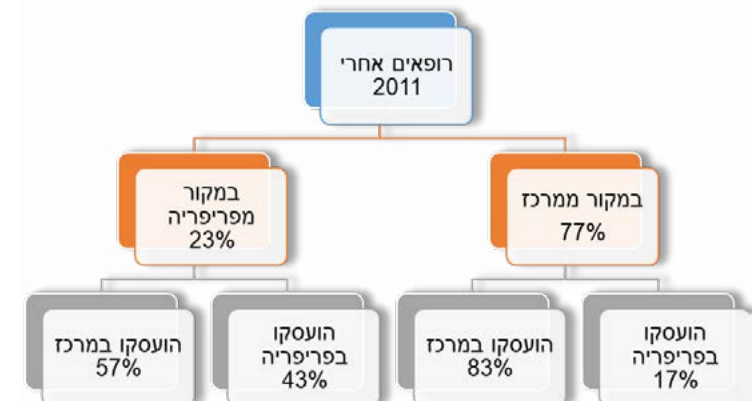
1. ההתערבות העיקרית לצמצום הפער היא **צמצום הפער בתשתיות**, ובעיקר מיטות אשפוז. כל **תכנון תוספת מיטות**, בבתי החולים בפרט, צריך **להתמקד בנגב ובגליל**. פיזור הרופאים בקהילה תלוי במצאי המיטות באזור.
2. גידול בכמות סטודנטים עם זיקת מגורים ראשונית לאזורי החסר: השקת תכנית אילנות ב-2022, בהיקף של 60 תלמידי רפואה (30 תלמידים בצפון ו-30 תלמידים בדרום) בני הנגב והגליל או בעלי זיקה משמעותית לאזור.
3. הרחבה הדרגתית של תכנית אילנות ל-100 תלמידים (50+50) עד שנת 2025, כחלק מהתהליך השלם של הגדלת מספר הלומדים בארץ.
4. הגדלת כמות רופאים מהמגזר החרדי: הקמת תכנית לגישור על הפיזור הסוציאלי הבלתי שוויוני במגזר החרדי ב-2022, בהיקף של 20 תלמידי רפואה בתכנית ארבע שנתית (בוגרי ובעיקר בוגרות תואר ראשון מתאים).
5. הקמת גוף מלווה ומנהל של התכנית במשרד הבריאות על מנת לסייע במימון תקופת הלימודים, שיבוץ להתמחויות המבוקשות בנגב ובגליל ולצורך ליווי מקצועי עד תואר מומחה.
6. תמריצים: עידוד העסקת מומחים ומתמחים מצטיינים בנגב ובגליל באמצעות מודל הכוכבים שמטרתו, משיכת מתמחים ורופאים איכותיים לנגב ולגליל שישפרו את האיכות הרפואית בבית החולים ויכשירו את הדור הבא.

ב. פיזור גיאוגרפי מרכז / פריפריה של רופאים

נושא נוסף בו עסקה הוועדה הוא הפיזור הגיאוגרפי הבלתי שוויוני של רופאים ברחבי הארץ. מגמה שהתגברה בשנים האחרונות היא מידת ההסתמכות של מוסדות רפואיים באזור הנגב והגליל על בוגרי חו"ל באיוש משרות רפואיות. כך למשל שיעור הבוגרים החדשים שלמדו במוסדות בלתי מאושרים במחוזות הנגב והגליל עמד על 61% בשנת 2020. יישומה של רפורמת יציב, שתתחיל לתת את אותותיה החל משנת 2026, צפויה להקטין באופן משמעותי את זרם הרופאים החדשים במחוזות אלה (ראו פרק א').

אזורי פריפריה מהווים אתגר עבור מערכות בריאות בכל רחבי העולם, בדומה לכל מערכת שירותים שדורשת שירות "פנים מול פנים" עם הלקוח. ישנם שני אתגרים עיקריים שמציבים אזורי פריפריה למערכת. ראשית, פיזור האוכלוסייה באזורי פריפריה דורש מהצוות הרפואי זמן נסיעה ארוך בהרבה מאשר באזורים אורבניים. שנית, באזורים שמיושבים בדלילות לעיתים אין הצדקה להקמת מרכזים של רופאים מומחים.

הוועדה בחנה את השיקולים השונים המניעים את חוסר הרצון של רופאים לעבוד בפריפריה במדינות ה-OECD ואיתרה גורמים כלכליים, מקצועיים, משפחתיים ואחרים (כגון יוקרה ומוניטין). בנוסף בחנה הוועדה מודלים שונים של מדיניות התערבות ותמרוץ שיושמו בארץ ובעולם על מנת לעודד הגירת רופאים ממרכזים אורבניים לפריפריה ובכלל זה תמריצים כלכליים, הכשרת רופאים שמוצאם הגיאוגרפי בפריפריה, רגולציה וחתירת הסכמים עם רופאים לטובת העסקתם לטווח ארוך בפריפריה ושינויים ארגוניים המיועדים לניצול טוב יותר של המשאבים הקיימים (סמכויות עוזרי רופא, אחיות מומחיות וכו'). נמצא שהגורם המשמעותי ביותר להגדלת הסיכוי להמשך הכשרה ועבודה של רופאים בפריפריה הוא זיקה לאזור.



ג. תכנון ופיזור בין מקצועות ההתמחות ברפואה

בישראל קיימים 56 מקצועות התמחות (30 מקצועות בסיס ו- 26 מקצועות על). הביקוש למקצועות השונים אינו שווה ולכן קיימים מקצועות בהם זמן ההמתנה לקבלה להתמחות עומד על מספר שנים מחד, ומקצועות בהם קיים מחסור בכוח אדם כתוצאה מחוסר ביקוש להתמחות במקצוע מאידך. חוסר הביקוש המקצועי מוקצן בפריפריה. לדוגמה, מחסור בכוח אדם במקצועות מסוימים מחרף באזור הנגב והגליל.

ניהול מערך ההתמחויות הוא במידה רבה ניהול של התמהיל הרפואי העתידי ומכאן חשיבותו המכרעת. בחלק ממדיניות אירופה, המדינה קובעת את מספר הרופאים בכל מקצוע התמחות באמצעות רגולציה. באמצעותה ניתן להשפיע גם על הפיזור הגאוגרפי של רופאים מתמחים במקצועות שונים (מרכז מול פריפריה). הרגולציה מאפשרת מתן דגש על תחומים הדורשים חיזוק בראיה לאומית, דוגמת חיזוק מערך רפואת הקהילה. בישראל לא מתקיים ניהול ארוך טווח של הנושא שמותאם לצרכים.

המלצות:

1. האחריות של תכנון תמהיל מקצועות רפואה ראוי ומותאם לצרכים ולביקוש היא של משרד הבריאות. **על המשרד ליטול אותה** על אף האחריות הביצועית של המועצה המדעית. אחריות זו צריכה לקבל ביטוי בתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות).

2. כדי לבצע את תפקידו של משרד הבריאות לבצע את המהלכים הבאים:

2.1 הקמת מאגר מידע במשרד הבריאות שיכלול את כלל המתמחים בכל רגע נתון - מייד.

2.2 ביצוע ניתוח עומק של צורכי מערכת הבריאות בישראל מבחינת היקף מומחים בכל תחום ב-2030, 2040, 2050. הניתוח יושלם עד 01.09.22 תוך עבודה צמודה עם בתי החולים וקופות החולים לצורך זיהוי של צרכים עתידיים.

2.3 קביעת יעדים לאומיים שנתיים לפתיחת פנקסי התמחות על ידי שר הבריאות, על בסיס ניתוח העומק, ברמת מקצוע.

2.4 פתיחת פנקסים תתבצע רק בהתאם ליעדים הלאומיים שהוגדרו ולא ניתן יהיה לפתוח פנקסים שלא בהלימה ליעדים אלו.

2.5 בחינת האפשרות בשלב השני גם לתכנון ברמת אזור גיאוגרפי ובמקרה הצורך בתי חולים ספציפיים.

3. פעולה אקטיבית מצד משרד הבריאות כנגד מקצועות בהם זוהתה הצפה, כולל הגשת צעדים להגבלת ההיצף.

4. חשיפת מפת ההתמחויות הצפויה, על בסיס ניתוח העומק, לציבור המועמדים.

ד. תכנון ארוך טווח של מערך הסיעוד

בחומש האחרון התבסס מסלול הפיתוח של מערך הסיעוד בישראלי בארבעה תחומים מרכזיים: מסלול הכשרה גנרי (תואר ראשון בסיעוד), מסלול קידום קליני (הכשרה על בסיסית ואח/ות מומחית), מסלול קידום ניהולי (בהתאם לסולם הדרגות) ומסלול קידום אקדמי (תואר שני, PhD, הוראה אקדמית).

בשנת 2021 יש בישראל 79,936 אחים ואחיות בעלי רישיון לעסוק בסיעוד. מתוך כלל האחים והאחיות 59,050 הם עד גיל 65 ושיעורם עומד על 5.84 ל-1,000 נפש ובחישוב עד גיל 67 עומד השיעור על 6.52 ל-1,000. שיעור זה נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, העומד על 9 אחיות ל-1,000 נפש. בנוסף, קיימים פערים גיאוגרפיים בפריסת כוח האדם והשיעור באזור הדרום הוא הנמוך ביותר ועומד על 3.7 ל-1,000 נפש. לפי תחזית משרד הבריאות לאור הגדלת היקפי הכשרת כוח האדם הסיעודי, צפוי שיעור האחים והאחיות בעלי רישיון לעסוק בסיעוד לעלות בשנים הקרובות. עם זאת, השיעור צפוי להישאר נמוך משמעותית ביחס למדינות ה-OECD. לפיכך, יש צורך בתכנון ארוך טווח של כוח האדם הסיעודי תוך הגדלת מספר מקבלי הרישיון. הוועדה ממליצה על קביעת יעד של 7 אחיות ל-1,000 נפש.

בשנים 2016 עד 2020 חלה עלייה במספר הכיסאות האקדמאיים באוניברסיטאות ובמכללות, ועלייה במספרי הלומדים במסלולי הסבות אקדמאיים בבתי הספר לאחים ואחיות. מספר מקבלי הרישיונות החדשים נמצא במגמת עלייה ובשנת 2020 עמד על 3,608 אחיות מוסמכות, מתוכם 2,696 רישיונות חדשים בקרב בוגרי הארץ ו-912 בקרב בוגרי חו"ל.

במסגרת ועדה זו הוצג יעד של 7 אחים ואחיות ל-1000 נפש. לצורך כך נדרשת הפעלת תוכנית בשיתוף עם המל"ג, להגדלת מספר הכיסאות האקדמאיים, תקציב לצורך בינוי להוספת כיתות לימוד ואולמות בבתי הספר לאחים ואחיות, חיזוק מערך המדריכים הקליניים וסגלי ההדרכה, מתן מלגות לשכר לימוד ותמרוץ כספי לבתי הספר על הגדלת מספרי הלומדים.

כמענה לאתגרי מערכת הבריאות, לצרכים המשתנים של אוכלוסיית מדינת ישראל ולהתפתחויות הטכנולוגיות הרבות ברפואה, מינהל הסיעוד מפעיל קורסי על בסיסים במגוון תחומים. במהלך השנים התפתחו 26 תחומים קליניים וכן הורחבו סמכויותיהן של אחיות בוגרות קורסים על בסיסים. בשנת 2021 46% (25,153) מהאחים והאחיות היו בוגרי השתלמות על בסיסית. חוזרי מנהל הסיעוד מעגנים את תפקידם בצמתים

טיפוליים קריטיים במערכת. לשם עמידה ביעדים אלו, הוועדה ממליצה על קביעת יעד לפיו 60% מכלל האחיות יהיו בוגרות קורסים על בסיסים. לשם כך נדרשת הכפלת מספר האחיות בעלות הכשרה על בסיסית מהמספר כיום.

במדינת ישראל, בדומה למגמה העולמית, מתעצמת התחלואה הכרונית בשל הזדקנות האוכלוסייה. על מנת להתמודד עם אתגר משמעותי זה ועל מנת לתת מענה לאוכלוסיות בעלות מאפייני תחלואה שונים, מקדם משרד הבריאות בשנים האחרונות את הטמעת תפקיד האח/ות המומחה/ית בישראל, תוך התאמתו לצרכים הייחודיים בארץ. האחיות המומחיות פועלות במגוון מתארים כגון אשפוז כללי, אשפוז ממושך, מרפאות בקהילה, בית החולה, ומבצעת ייעוץ טלפוני או טיפולים מקוונים והיא פועלת בשיתוף כלל הגורמים המטפלים כגון: רופאים יועצים, פרא-רפואי, מעבדות, צוות סיעודי, שירותי רווחה וכדומה. עד סוף 2022 יוכשרו כ-555 אחיות ואחים מומחים בשמונה תחומים קליניים. הוועדה ממליצה על קביעת יעד של 6% אחים ואחיות מומחים/ות מכלל מערך הסיעוד. לאור זאת נדרשת התייחסות ליעד יחסי זה בהסכמי תוספות התקינה העתידיים.

המלצות:

1. הגדלת שיעור האחיות בישראל ל-7 אחיות ל-1000 נפש עד שנת 2027.
2. הגדלת מספר לומדי הסיעוד בישראל מ-3905 ל-6600 באופן הדרגתי, עד שנת 2024.
3. הגדרת תקציב ייעודי לבינוי והרחבת מוסדות הכשרת הסיעוד בישראל ב-1200 כסאות, עד 2024.
4. הגדלת השדות הקליניים באמצעות עיגון תפקיד המדריך הקליני בסולם התפקוד המקצועי, התגמול המוענק לו בגין הדרכה ומיצוי היקפי ההכשרה המוגדרים לתפקיד.
5. פרסום מבחן תמיכה המפרט את הגמול הישיר להנהלת המוסד המכשיר ולמחלקות המלמדות בגין הרחבת היקפי ההכשרה מעבר למכסת המדריכים הקליניים שנקבעה בתקן.
6. קביעת יעד של 60% אחיות בוגרות הסמכה על בסיסית, עד 2027.
7. איתור מקור להרחבת היקפי ההכשרה העל בסיסית.

תחזית מצבת האחים והאחיות

בקשות לשנת 2022			בשנת 2021			מספר כיסאות
תוספת מבנים עד שנת 2023	תוספת מל"ג לכיסאות אקדמאים	סה"כ כסאות להכשרת אחים ואחיות	תעודה	כסאות להסבות אקדמאים	כסאות לאקדמאים	
1,200	650	4,759	93	2,231	2,435	

* בשנת 2021 לומדים עוד 93 סטודנטים בהכניית תעודה

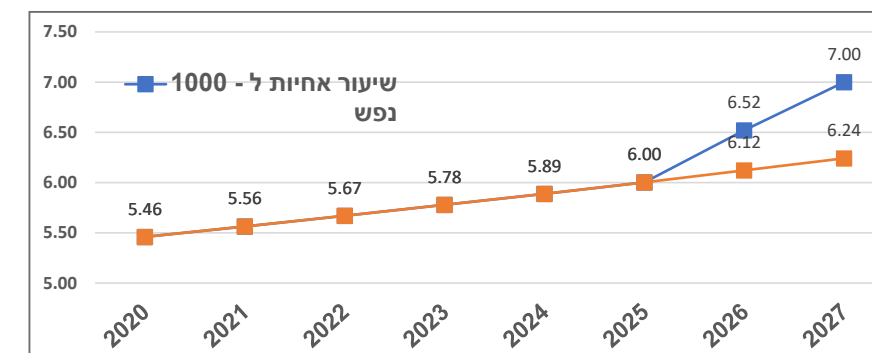
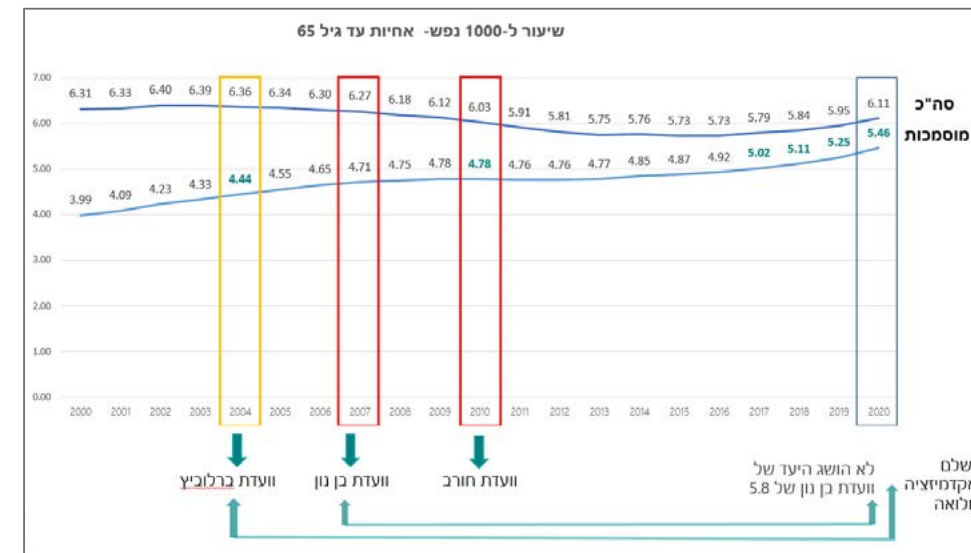
כמה סטודנטים מומלץ להכשיר כל שנה ב - 5 השנים הקרובות

שנת הכשרה	מצב נוכחי	רק תוספת מל"ג	תוספת מל"ג + בינוי
2023 - 2027	4,759	5,409	6,609

* יש לקחת בחשבון שכל עיכוב בהקצאת המשאבים יאריך את מועד ההגעה ליעד מעבר לתוכנית החומש

8. ייעוד תקנים למקצוע אחים/ות מומחים/ות עם יעד עתידי הדרגתי של 6% מכלל האחים והאחיות במערכת הבריאות, באמצעות התאמת תקינה והקצאת תקינה יחסית בכלל הסכמי התקינה התוספתיים העתידיים.

תמונת המצב כיום בראי הוועדות



תכנון ארוך טווח של הכשרת רופאים

כוח האדם הרפואי, ובראשו הרופאים והאחיות, הוא עמוד תווך במערכת הבריאות הישראלית. לכן, ישנה חשיבות רבה לטיפול ושימור הרמה המקצועית שלו. הכשרת רופאים מומחים מורכבת משלושה שלבים - לימודים עיוניים וקליניים במשך שש שנים, סטאז' הנמשך שנה והתמחות הנמשכת לרוב בין ארבע לשש שנים. שתי מערכות מופקדות על הכשרת הרופאים לעתיד - הפקולטות לרפואה ובתי החולים המסונפים אליהן. לכן, נדרש שיתוף פעולה הדוק בין משרד הבריאות, מערכת ההשכלה הגבוהה ומשרד האוצר. בנוסף לכך, תקופת ההכשרה הממושכת של רופאים דורשת תכנון כוח אדם ארוך טווח.

החל מתחילת שנות ה-80 ועד שנת 2009 התקיימו לימודי הרפואה בארץ במתכונת שש שנתית, בארבע פקולטות לרפואה - האוניברסיטה העברית בירושלים, אוניברסיטת בן-גוריון, אוניברסיטת תל-אביב והטכניון. מספר המתקבלים לפקולטות לרפואה היה קבוע לאורך השנים ועמד על 250-350 סטודנטים בשנתון. בשנת 2009 נפתח באוניברסיטת תל-אביב מסלול לימודים ארבע שנתי המיועד לבעלי תואר ראשון בתחומים אחרים. בשנת 2012 הוקם בית הספר לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בצפת, בו מתקיים גם מסלול תלת שנתי המיועד לבוגרי השנים הקליניות בחו"ל. בשנת 2019 החליטה המועצה להשכלה גבוהה לפתוח פקולטה שישית לרפואה באוניברסיטת אריאל. במקביל, משרד הבריאות הפנה תקציבים נוספים לפקולטות הקיימות לטובת עיבוי הסגל ותשתיות ההוראה. לכן, בשנת 2020 החלו את לימודיהם 825 סטודנטים חדשים, כלומר כמעט שילוש של מספר הסטודנטים בתוך עשור.

בשנת 2019 מספר הרופאים המועסקים בפועל בישראל עמד על 29,800 רופאים, שמהווים שיעור של 3.29 רופאים ל-1,000 נפש. למרות הגידול במספר הסטודנטים בארץ, שיעור זה נמוך מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, העומד על 3.49 רופאים ל-1,000 נפש. עם זאת, ההשוואה הבינלאומית אינה מדד מוחלט שכן ישנם הבדלים דמוגרפיים ומערכתיים בין המדינות. בין היתר, המדד לא משקף את העובדה שהאוכלוסייה בישראל צעירה יחסית לשאר מדינות ה-OECD, מה שיכול להעיד על צורך פחות בשירותי רפואה. כפי שיפורט בהמשך, לפי תחזית משרד הבריאות, שיעור הרופאים ימשיך לגדול עד שנת 2026 לשיעור של 3.3 רופאים ל-1,000 נפש, לאחר מכן תחל ירידה עקבית. אם לא ינקטו צעדים להגדלת מספר הרופאים המוכשרים, בשנת 2035 יהיה מחסור של 2000 רופאים בכלל המקצועות, אם נרצה לשמר שיעור של 3.1 רופאים ל-1,000 נפש מתוקנת (ראה נספח).

חברי הצוותים

1. פרופ' רוני גמזו - יו"ר
2. פרופ' חיים ביטרמן
3. ד"ר יובל רן - מזכיר
4. מר רונן אלקיים
5. מר אלכסיי בלינסקי
6. פרופ' גבי בן-נן
7. ד"ר שי בריל
8. גב' רייצ'ל ברנר שלם
9. ד"ר שושי גולדברג
10. גב' איילת גרינבאום-אריזון
11. ד"ר אורלי גרינפלד
12. מר חיים הופרט
13. פרופ' שלמה וינקר
14. פרופ' רבקה כרמי
15. ד"ר אלזה לבון
16. גב' זיוה ליטבק
17. ד"ר מירי מזרחי-ראובני
18. פרופ' נמרוד מימון
19. פרופ' אורלי מנור
20. גב' טלי ניצני-ביטון
21. פרופ' גדי סגל
22. מר יונתן עוזיאל
23. ד"ר ורד עזרא
24. מר דניאל פדון
25. ד"ר אבינעם פירגובסקי
26. גב' כלנית קיי
27. פרופ' אורית קרניאלי-מילר
28. גב' שני שרביט
29. פרופ' אורלי תורן

מחברי הדו"ח

1. ד"ר יובל רן
2. מר יונתן עוזיאל
3. גב' אסנת בראל

המרכז הרפואי ת"א
משרד הבריאות
משרד הבריאות

המלצות של ועדות קודמות שעסקו בנושא

דו"ח מבקר המדינה (2018) בנושא ההכשרה הקלינית של רופאים¹ הצביע על שורת ליקויים בתחום. הדו"ח התייחס גם לריבוי בוגרי מוסדות חו"ל בבתי החולים ולגידול הצפוי במספר הסטאז'רים. המבקר המליץ לקבוע את מספר השבועות להוראה בבתי החולים ולמפות את היקף השדות הקליניים הזמינים, לצד הגדרת מטרת שנת הסטאז' וקביעת אמות מידה איכותיות.

ועדות שונות מטעם משרד הבריאות בחנו את נושא כוח האדם הרפואי בישראל לאורך השנים. דו"ח גלזר-ישראלי (2012) התמקד במודל ההתקשרות בין בתי החולים והאוניברסיטאות. החוקרים המליצו לקבוע תמריצים להגדלת קבוצות ההוראה הקלינית בבתי החולים ולהסדיר את מנגנון התקצוב של בתי חולים העוסקים בהוראה. ועדת אנדרון (2012) בחנה את סוגיית הקצאת השדות הקליניים והמליצה להחשיב את השדות הקליניים להוראת רפואה כמשאב לאומי מוגבל, מתוך הכרה בלימודי הרפואה כייחודיים בחשיבותם ובהיקף ההכשרה המעשית המתקיימת במסגרתם. כמשאב מוגבל, הקצאתם צריכה להתבסס על סדר עדיפויות לאומי שבראשו הסטודנטים הישראלים ואחרונים הם סטודנטים זרים שלומדים בארץ. כמו כן, הוועדה קבעה כי יש ליישם מתווה לצמצום הדרגתי של מספר הסטודנטים הזרים בתוכניות לתלמידי חו"ל ולקבוע להם מכסה מרבית.

בהמשך, ועדת מרום-הלפרין (2018) המליצה להוסיף סטודנטים לפקולטה לרפואה באריאל ולסנף אליו את בתי החולים מעייני הישועה ולניאדו. בנוסף, הומלץ לבטל או לצמצם תכניות המיועדות לסטודנטים זרים ולהפנות את המשאבים להוראת סטודנטים ישראלים, לצד הגדלת מספר העתודאים באוניברסיטה העברית. כמו כן, הוצע לפתח מודלים עדכניים להוראה קלינית לאור ההבנה ששימוש בשיטות הקיימות יקשה על הגדלת מספר הסטודנטים בעתיד. לפי הוועדה, הסתמכות על מרפאות בקהילה להכשרת הסטודנטים יכולה להוות פתרון לצוואר הבקבוק שנוצר בתהליך ההכשרה הקלינית.

ועדת הרפואה של המועצה להשכלה גבוהה (מל"ג) בראשות פרופ' רפי ביאר ופרופ' יונתן הלוי התכנסה בשנת 2021 כדי לאבחן את הגורמים למחסור בשדות קליניים

בשלב ההכשרה הקלינית בבתי החולים. לצורך גיבוש ההמלצות ביצע מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות מיפוי של מספר הסטודנטים בכל קבוצה ואורך ההכשרה במחלקות העיקריות - פנימית, כירורגיה, ילדים ונשים. מעבודת המיפוי עולה כי מחלקות ילדים ונשים הן "צוואר הבקבוק" העיקרי בדרך להרחבת השדות הקליניים. כבר היום כמות הסטודנטים בכל קבוצה במחלקות אלו עומדת על בין 8-10 בממוצע לעומת 6-8 סטודנטים במחלקות אחרות. נכון למועד פרסום מסמך זה, הוועדה טרם פרסמה את המלצותיה אך טיטוט ההמלצות כוללת את הרחבת הלימודים בכל המחלקות העיקריות בארץ: ללמד 36 שבועות קליניים בשנה ולהגדיל עד ל-10 את מספר הסטודנטים בקבוצה. בנוסף המליצה הוועדה להכניס את יכולתו של מנהל מחלקה קלינית לנהל מחלקה אקדמית כשיקול בבחירה לתפקיד.

חיזוי מספר הרופאים העתידי - על פי סקירת משרד הבריאות

ישנן שלוש מגמות בעלות השפעה על אופי הביקוש וההיצע לרופאים בישראל. ראשית, בשנים האחרונות קיים גידול משמעותי במספר הרופאים הפורשים לגמלאות. גידול זה מקורו ברופאים עולי ברית המועצות לשעבר שהגיעו לגיל פרישה. שיעור הפורשים צפוי לרדת עד שנת 2035 אך יישאר גבוה יחסית. בנוסף, התלות ההיסטורית של ישראל בגלי עלייה להגדלת מספר הרופאים, לצד היחלשות העלייה בשנים האחרונות מביאה את מערכת הבריאות להתבסס על רופאים מבוגרים יחסית. לכן, בשנת 2016 שיעור הרופאים מעל גיל 45 בישראל עמד על 69%. שנית, גידול באוכלוסייה יגדיל את הביקוש לרופאים. כמו כן, הגידול בשיעור האזרחים המבוגרים מתוך סך האוכלוסייה צפוי גם הוא להשפיע על הביקוש לשירותי רפואה. לפי התחזיות, מספר הקשישים צפוי להכפיל את עצמו עד שנת 2035, כאשר לפי נוסחת הקפיטציה² אזרח בן 80 מתקצב פי 6 יותר מאזרח בן 30.

המגמה המשפיעה ביותר היא הרפורמה ברישוי הרופאים - "רפורמת יציב" (2019). כבר היום ישראל בולטת בין שאר מדינות ה-OECD בהסתמכות על רופאים שלמדו במוסדות בחו"ל (תרשים 1). בין השנים 2017-2018 התקבלו פניות באגף הרישוי של משרד הבריאות לגבי סטז'רים חסרי ניסיון קליני במוסדות שונים בארץ. בעקבות כך, אגף הרישוי בראשות הפרופ' שאול יציב ביצע בדיקות עומק בעשרות אוניברסיטאות זרות בהן לומדים סטודנטים ישראלים לרפואה. הבדיקה העלתה שבחלק מהמוסדות הרמה האקדמית והקלינית נמוכה באופן מזדאג. בעקבות הבדיקה, בשנת 2019 יצאה לדרך "רפורמת יציב", שמטרתה להבטיח את הרמה המקצועית הנדרשת

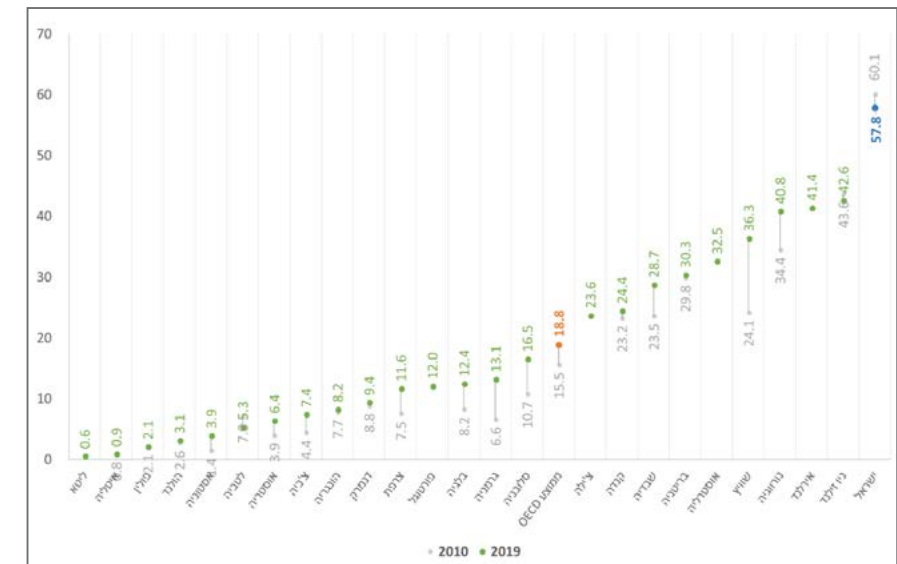
2 הנוסחה המשמשת את משרד הבריאות לחישוב התגמול המועבר לקופות החולים.

1 משרד מבקר המדינה (2018), ההכשרה קלינית של רופאים בישראל.

של מקבלי רישיון הרפואה במדינת ישראל. הרפורמה כוללת איסור גורף על בוגרי מוסדות שאינם עומדים בתנאי אקדמיים, עליהם הכריז המשרד, לגשת לבחינת הרישוי, וכן שינויים בנהלים ובמבנה הבחינה עצמה.

תרשים 1 מציג את שיעור הרופאים שהוכשרו מחוץ למדינה מתוך כלל הרופאים הפעילים במדינות ה-OECD. ניתן לראות שישראל נמצאת בראש הטבלה בפער של 17% מהמקום השני. הנתונים המוצגים הם של השנים 2010 ו-2019.

תרשים 1: שיעור הרופאים שהוכשרו מחוץ למדינה (OECD)



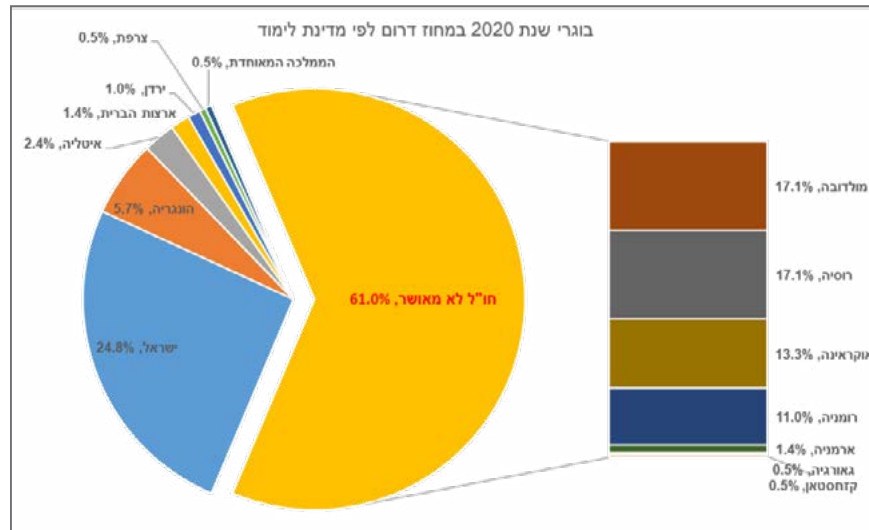
מקור: OECD STATS

בשנים האחרונות חל גידול משמעותי בשיעור בוגרי חו"ל מתוך סך מקבלי הרישיון לרפואה.³ בשנת 2020 עמד שיעור בוגרי חו"ל מתוך כלל הרופאים החדשים על 60%, מתוכם שיעור הולך וגדל של בוגרי מוסדות שנפסלו במסגרת "רפורמת יציב". פריסתם של רופאים שלמדו במוסדות שאינם עומדים בתנאי האקדמיים ברחבי הארץ אינה שוויונית ושיעורם בפריפריה גדול משמעותית מבתי חולים במרכז הארץ. המגמה באה לידי ביטוי גם במערך הרפואה בקהילה. בעיה זו אמנם אינה ייחודית לישראל, אך גודלה של המדינה מאפשר לנקוט צעדי מדיניות אפקטיביים לאיזון הפריסה הגיאוגרפית. חוסר האיזון בין שיעור הרופאים בוגרי הארץ לבוגרי מוסדות

3 OECD Stats, foreign trained doctors.

בלתי מאושרים בולט במיוחד במחוז הדרום. למעלה מ-50 אחוזים מבוגרי רפואה לשנת 2020 שעובדים במחוז הדרום הם בוגרי מוסדות שיפסלו, כפי שממחיש תרשים 2.

תרשים 2: בוגרי שנת 2020 במחוז דרום לפי מדינת לימוד



מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

ב-2025 בני המחזור האחרון שהתחיל את לימודיו במוסדות פסולים לפני כניסת רפורמת יציב לתוקף יסיימו את לימודיהם ויגישו לבחינות הרישוי בארץ. לאחר מכן תחול ירידה בכמות הסטודנטים שניגשים לבחינה. תרשים 3 מתאר את החיזוי שערך מינהל התכנון האסטרטגי והכלכלי לשיעור הרופאים עד שנת 2035. ניתן לראות ששיעור הרופאים המועסקים יחל לרדת בשנת 2026.

תופעה נוספת שמשפיעה על שיעור הרופאים היא "בריחת מוחות" של רופאים שעברו את בחינות הרישוי בארץ ועוברים אחרי סיום ההתמחות למדינות בהן השכר גבוה יותר, במיוחד עבור רופאים בתחילת דרכם, כמו קנדה ואוסטרליה. נכון לשנת 2021, 9% מכלל הרופאים שסיימו את הכשרתם בישראל מועסקים בחו"ל על בסיס קבוע או זמני.⁴ בנוסף, ישנם סטודנטים ישראלים לרפואה שלמדו במדינות אלו ובחרו להישאר לעבוד בהן בתום הלימודים.

4 מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות (2021).

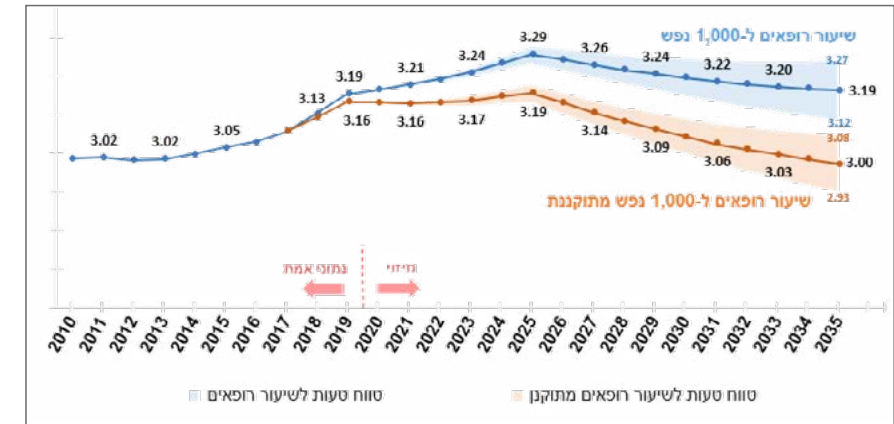
החסם בשלב הקליני

הוועדה זיהתה צוואר בקבוק בשלב הקליני של לימודי הרפואה בארץ, שצפוי להקשות על הגדלת מספר הסטודנטים, כפי שיפורט להלן ועל כן מוצעים צעדים להסרת חסם זה. למרות הגידול המשמעותי במספר הסטודנטים החדשים בעשור האחרון והתקציבים שמועברים לשם כך לפקולטות לרפואה, החסם העיקרי בהרחבה נוספת של מספר הסטודנטים נותר בניצול חלקי ולא יעיל של השדות הקליניים במחלקות.

הגורם העיקרי לחסם בשלב הקליני הוא היעדר מדיניות מרכזית וקריטריונים אחידים על פיהם אמורות האוניברסיטאות לתגמל את בתי החולים בגין ההוראה והמחקר שהם מבצעים עבור האוניברסיטאות. לכן, ההסכמים הקיימים היום הם תוצאה של מיקוח של השחקנים השונים והם לא משקפים את התועלת והעלויות האמיתיות של הפעילות האקדמית בבתי החולים. ישנה שונות גדולה בגובה התגמול אותו מקבלים בתי החולים, לא בהכרח בגלל פערים משמעותיים באיכות ההוראה. במצב הקיים חלק מבתי החולים לא מקבלים כל תמורה בגין ההוראה הקלינית ובמקרים אחרים גובה התגמול לא תלוי ביחס ישר במספר השבועות הקליניים או במספר הסטודנטים בכל קבוצה. לא קיימת בעקבות כך מוטיבציה אמיתית לכל דרג במערכת להגדיל את כמות הלומדים: נשיא, רקטור, דיקן, מורים, מנהלי בתי"ח, מנהלי מחלקות ומדריכים. התמריצים לא ברורים ובתוכניות העבודה של מנהלי בתי"ח ומנהלי מחלקות - היקף ההוראה הוא לא יעד אסטרטגי.

אופי התגמול הקיים פוגע במערכת התמריצים שנועדה לעודד מחלקות להשקיע יותר שעות בהוראה. המשמעות ארוכת הטווח היא מחסור ברופאים, דבר שמיתרגם לעומס במחלקות ותמריץ נוסף להימנע מהוראה במחלקות. מערכת התגמול הנוכחית מעבירה את הכספים לתקציב הכללי של בית החולים ולא בהכרח למחלקות העוסקות בהוראה. כך נוצר מצב בו למנהלי המחלקות אין תמריץ מספיק לעודד את רופאי המחלקה להשקיע את זמנם בהוראה. בנוסף, הגידול המשמעותי בעומס ההוראה על הרופאים במחלקות המסונפות לא מלווה בגידול במספר המחלקות המלמדות או במספר התקנים האקדמיים. מגמה זו פוגעת במוטיבציה של רופאי המחלקות להשקיע יותר מזמנם בהוראה. יתרה מכך, בשל היעדר תכנון חלק מהסטודנטים הישראלים הלומדים רפואה בחו"ל, כמו גם סטודנטים זרים שלומדים בארץ, עוברים את ההכשרה הקלינית שלהם בישראל. במסגרת חלק מההסכמים מקבלים בתי החולים סכומים גבוהים יותר עבור תלמידים אלו מאשר עבור תלמידי מוסדות בארץ. הדבר מחריף עוד יותר את מצוקת מקומות ההכשרה ומהווה ניצול לא יעיל של המשאב ההוראתי.

תרשים 3: תחזית הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש



מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה

ועדה זו, בראשות הפרופ' רוני גמזו, בחנה את המחקר וההמלצות שניתנו עד כה והתוותה צעדים שנועדו להסיר חסמים ולהגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה. התכנית שניסחה הוועדה כוללת הצבת יעד לאומי להכשרת 2000 בוגרי רפואה בשנה ומתוכם 60% לפחות בוגרי ישראל עד שנת 2035, זאת לעומת 1,721 רופאים חדשים כיום. הגדלת מספר הסטודנטים תיעשה במדרגות שנתיות. בשנת 2021 החלו את לימודיהם 880 סטודנטים והיעד עומד על 950 סטודנטים בשנת 2022, 1050 סטודנטים ב-2023, 1125 סטודנטים ב-2024 ו-1200 סטודנטים ב-2025.

כדי להתמודד עם הירידה הצפויה בזרם הרופאים החדשים הוועדה מציעה מספר צעדי מדיניות. ראשית, עידוד עליית רופאים צעירים ואחיות צפוי להגדיל את מספר הרופאים והאחיות המוכשרים במערכת ללא צורך בהשקעה בהכשרתם. מהלך כזה ידרוש כמובן שיתוף פעולה עם גורמים כמו משרד העלייה והקליטה, הסוכנות היהודית ועמותות העוסקות בתחום. כמו כן, מיסוד מקצוע עוזר לרופא, כפי שקיים במדינות אחרות, צפוי להוריד משמעותית את העומס המוטל על הרופאים.

הוועדה סקרה באופן פרטני כל אחת מהפקולטות לרפואה בישראל, אל מול בתי החולים המסונפים לה. תרשים 5 מתאר את התוצאות של סימולציה שערך מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות לבקשת הוועדה, כדי למפות את תוספת הסטודנטים הפוטנציאלית של כל צעד מדיניות.

תרשים 5: פוטנציאל הרחבת ההכשרה בשדות הקליניים ברמה הלאומית בהינתן שימוש צעדי המדיניות השונים.

המלצת מדיניות	מצב קיים	גידול צפוי
מינימום 35 / 40 שבועות	17-38	111 / 195 סטודנטים
העברת 2 שבועות לקהילה	קיים מעט	128 סטודנטים
הגדלת מספר סט' בקבוצה ל-8 / 10	5-14	20 / 65 סטודנטים
כל המחלקות מלמדות		פוטנציאל עד 100 סטודנטים
פתרון משולב (35 שב' + קהילה + גודל קבוצה + מחלקות לא מלמדות)	820	עוד 541 סטודנטים
ביטול תכניות חו"ל (בכל האוניברסיטאות)	130 סטודנטים	120 סטודנטים

מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

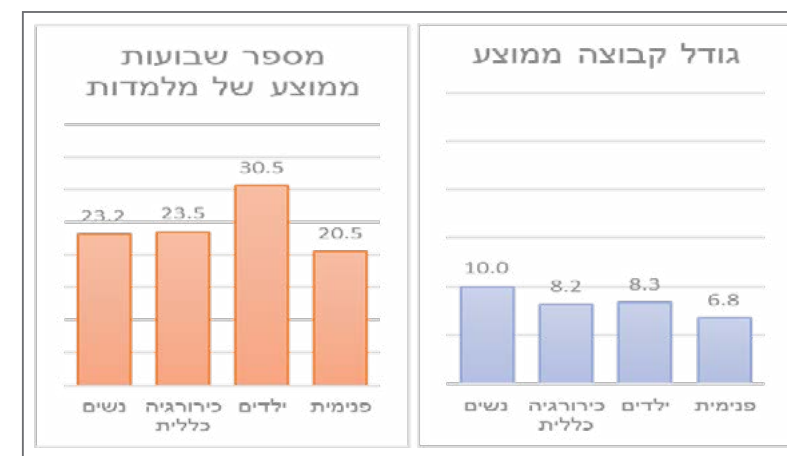
ועדת המל"ג המליצה (בטיטת ההמלצות) על מספר צעדים במטרה להגדיל את קיבולת השדות הקליניים ברמה הלאומית. ראשית, השדות הקליניים יוגדרו כמשאב לאומי וכל המחלקות העיקריות בארץ יהיו מחויבות ללמד 35 שבועות קליניים בשנה, גידול זה יחול באופן הדרגתי על פני 4 שנים. שנית, מספר הסטודנטים בקבוצה במקצועות העיקריים ייקבע על מינימום 8 סטודנטים (בסבב הראשון). שלישית, על המערכת לשים לעצמה למטרה שבתוך 4 שנים כל המחלקות בתחומים העיקריים ילמדו. לשם כך, יש לוודא ששלבי המיון לתפקיד ניהול מחלקה קלינית יכללו בחינה של יכולתו של המועמד לנהל מחלקה מלמדת.

מקצוע עוזר רופא שקיים כבר במספר מדינות, לרבות ארה"ב, הוכח ככוח עזר שמסייע בהפחתת עומס העבודה המוטל על הרופאים במחלקות. מיסוד התפקיד החל בישראל בשנת 2016 ונועד לבעלי תואר ראשון וחמש שנות ניסיון כפרמדיק או תואר MD (לבעלי תואר ברפואה שלא עברו את בחינות הרישוי). תחומי העיסוק של עוזר הרופא הם מגוונים וכוללים מתן טיפול קליני, ליווי חולים מהמלר"ד למחלקות,

סוגיה זו זכתה להתייחסות ועדת הרפואה של המל"ג (להלן: ועדת המל"ג), בראשות פרופ' רפי ביאר ופרופ' יונתן הלוי. במטרה לאבחן את הקשיים המנהליים ועדת המל"ג פנתה לדיקני שש הפקולטות לרפואה ובחנה לעומק את תוכניות ההכשרה הקלינית של הסטודנטים הישראלים, תלמידי תוכנית ניקוסיה ותוכניות המיועדות לתלמידים זרים. כמו כן, נעשה בירור לגבי מחלקות שלא מלמדות סטודנטים והסיבה לכך. בייחוד נבחנו שלושה פרמטרים - גודל קבוצה ממוצע, מספר מיטות לסטודנט ומספר שבועות ההוראה לפי מחלקות.

הסקירה העלתה מחסור במקומות הוראה במיוחד במחלקות ילדים ונשים בכל האוניברסיטאות בארץ. כמו כן, עומס גדול על המחלקות המלמדות ניכר בבית החולים הדסה עין כרם המסונף לאוניברסיטה העברית, בהן גודל קבוצה ממוצע במחלקת נשים עומד על 14.2. כמו כן, מספר המיטות המסונפות לסטודנט משתנה גם הוא בין המוסדות כאשר האוניברסיטה העברית נמצאת בתחתית הטבלה עם 4.7 מיטות והפקולטה לרפואה של הטכניון 11.7, דבר המצביע על חוסר אחידות באופי ההכשרה בין אוניברסיטאות שונות וכן על ניצול לא מיטבי של משאב השדות הקליניים. העומס על מחלקות מסוימות משתקף גם בנתונים לגבי מספר השבועות השנתי הממוצע שהמחלקות מקצות להוראת קבוצות. תרשים 4 מציג את תוצאות המיפוי ברמה הלאומית.

תרשים 4: מסקנות מיפוי שדות קליניים נכון לשנת 2020



מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.

קבלת חולים חדשים והצגתם לרופא ומשימות ארגוניות. כל אלו הוכחו במחקרים כמקלים מאוד על עבודת הרופא.⁵ בהתאם להמלצת הר"י, הוועדה רואה חשיבות בקידום החקיקה למיסוד המקצוע ויצירת 500 תקני עוזר רופא במערכת הבריאות.

הוועדה ממליצה לשלב הוראה קלינית בקהילה במקצועות נשים וילדים כדי להתמודד עם המחסור בשדות קליניים בבתי החולים, כדי לשפר את איכות הלמידה ולהגדיל את מגוון המקרים הרפואיים שהסטודנטים נתקלים בהם.

המודל האופטימלי שיש להשיגו הוא תשלום של האוניברסיטאות לבתי החולים עבור העלות השבועית של תקן מומחה וקיבוע תקן במחלקה המלמדת שתפקידו יהיה הובלת הלימודים הקליניים במחלקה באופן שלא ייצור עומס נוסף על הצוות הקיים. בנוסף, יש לבחון קביעת תקן עבור עלות שבוע קליני. כמו כן, יש לתמרץ את האוניברסיטאות וקופות החולים לשלב שדות קליניים דוגמת ילדים, נשים וכירורגיה במערך ההכשרה בקהילה. המהלך דורש הסדרת תקינה אקדמית לקהילה וסינון לקופות החולים הרלוונטיות.

הוספת שדות קליניים בקהילה יכולה להגדיל את סף הקיבולת של המערכת בצורה משמעותית לצד מתן ניסיון קליני חשוב לסטודנטים בתחום הרפואה בקהילה. בנוסף הקמת מערך הכשרה בתחום קליני זה תעבה את מצבת כוח האדם הרפואי המתמט בתחום. הוועדה יצרה מודל ליום הכשרה בקהילה והעריכה את העלויות הכלולות בכך (ראו נספח ד'). בין השאר נדרש תגבור של נוכחות רופאים כדי לא לפגוע בזמינות, תוך התחשבות באובדן התפוקה של מדריכים וטיוטורים.

לאור הממצאים, ממליצה הוועדה על צעדי המדיניות הבאים:

1. הגדלת מספר מקבלי הרישיונות בישראל ל-2,000 בשנה עד שנת 2035 (גדילה מ-1,721 בשנת 2020).
2. מתוך 2,000 רישיונות 1,200 (60%) יהיו בוגרי הארץ. לצורך כך יחול גידול הדרגתי מ-821 סטודנטים בשנת 2020 עד ל-1,200 בשנת 2025 (הכוונה היא תוספת של 80 לכל שנה במשך 5 שנים), באמצעות צעדי המדיניות הבאים:
 - 2.1. התאמת תשתיות ההוראה במוסדות המלמדים לקצב הגדילה הרב שנתי במספר הסטודנטים ובכלל זה איתור המקורות הדרושים.

5 ניסנהולץ-גנות ר', מעוז ברויאר ר' (2019).

2.2. הגדלת כמות השדות הקליניים להכשרה בישראל באמצעות הגדלת מספר שבועות ההוראה בכל מחלקה עיקרית (ילדים, נשים, כירורגיה ופנימית) בבית חולים ל-35 שבועות בשנה. (המלצות ועדת המל"ג).

2.3. צמצום תקופת הסטאז' למינימום תוך הקדמת תואר ה-MD לתום שנה שישית ואפשרות ביטול הסטאז' לכל מי שמתחיל התמחות ישירה.

2.4. בית החולים יאפשר הוראה קלינית גם עבור פקולטות לא מסונפות (באישור מל"ג ובתאום עם האוניברסיטה המובילה).

2.5. הגדרת גודל קבוצות הלימוד בשדות הקליניים במחלקות העיקריות למינימום של 8 סטודנטים ובמקרים שונים אף יותר מכך.

2.6. הרחבת ההכשרה הקלינית בקהילה בכל סוגי ההכשרות, לרבות במקצועות הנשים, הילדים והגריאטריה.

2.7. הסדרת התקנים האקדמיים ובניית תשתית מתאימה לטובת הגדלת קבוצות הלימוד, הרחבת מספר השדות הקליניים על ידי הוראה בשעות אחה"צ והוראה במסגרת רפואת הקהילה.

2.8. התווית מודל תגמול אחיד, שיתמרץ את בתי"ח, המחלקות והמדריכים להגדיל כמות סטודנטים. בכלל זה, תמרוץ ישיר של המחלקות המלמדות סטודנטים על ידי הגדרת משאבים המגיעים עד לרמת המחלקות והרופאים המעורבים בהוראה ולא נעצרים בהנהלת המוסד.

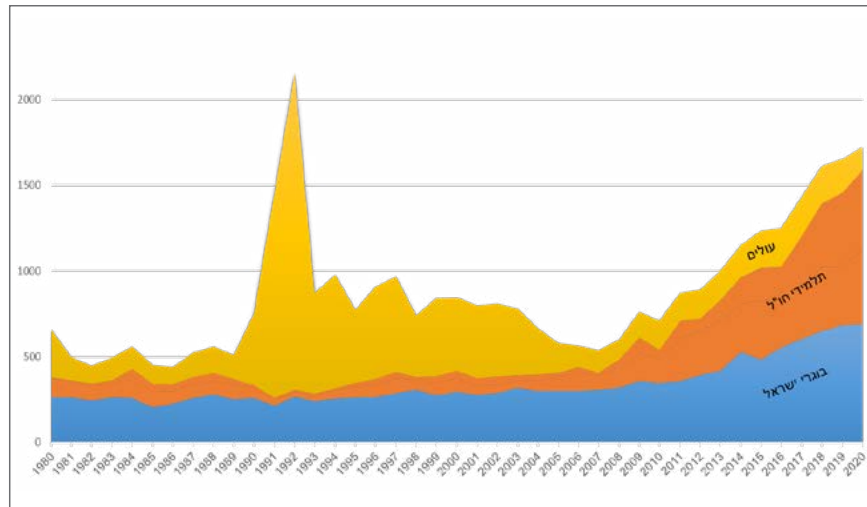
2.9. הקפאת מצב של תוכניות הלימוד של סטודנטים זרים הלומדים באוניברסיטאות ישראליות במטרה לצמצמן בעתיד. בכלל זה תמרוץ מתאים של האוניברסיטאות לצמצום תכניות אלו והחלפתם בסטודנטים ישראלים, בהתאם להמלצות דו"ח גלזר-ישראלי.

3. מומלץ לקדם צעדים לעידוד חזרה לישראל של סטודנטים ישראלים הלומדים בחו"ל. זאת באמצעות רישום של סטודנטים ישראלים בחו"ל ושמירה על קשר עימם.

4. עידוד וסבסוד עליית רופאים מומחים צעירים, בדגש על עבודה בנגב ובגליל, בשיתוף הגורמים הרלוונטיים בממשלה ובחברה האזרחית.

המוגבל מביאים מועמדים רבים לפנות ללימודים באוניברסיטאות זרות. רובן דורשות תנאי סף גבוהים ומספקות לימודים ברמה גבוהה ומבחיני סיום מחמירים, אך יש אוניברסיטאות ללא אקדמיזציה, שמציעות רף קבלה מינימלי ורמת הכשרה קלינית נמוכה מאוד. רוב האוניברסיטאות הללו הן מוסדות פרטיים שנמצאים במזרח אירופה. באופן פרדוקסלי, דווקא אוניברסיטאות אלו שאין להן אקדמיזציה משכו בעשור האחרון את מרב הישראלים שביקשו ללמוד רפואה, ככל הנראה לאור הקושי להתקבל לאוניברסיטאות הטובות בארץ ובחול"ל. תרשים 6 מציג את הגידול בשיעור תלמידי חו"ל מתוך סך מקבלי הרישיון החדשים. ניתן לראות עלייה תלולה בעשור האחרון.

תרשים 6: זרם מקבלי רישיון לרפואה לפי מקום לימוד 1980-2020



מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

עדויות מצד גורמים שונים במערכת הבריאות מצביעות מזה מספר שנים על איכות נמוכה מאוד של מקבלי רישיון ברפואה שלמדו באוניברסיטאות חסרות אקדמיזציה בחו"ל, יחד עם עלייה במספרם. מבחיני הרישוי בהם נדרשים לעמוד סטודנטים מחו"ל אינם מהווים עוד סנן אפקטיבי לרופאים בעלי רמה מקצועית נמוכה. מנהלי מחלקות מתלוננים על סטאז'רים ורופאים שרמת הידע המקצועית שלהם נמוכה והכשרתם הקלינית כמעט אינה קיימת. זוהי תופעה מדאיגה שעלולה לפגוע באופן חמור באיכות הרפואה בישראל בעתיד. כדי להתמודד עם התופעה ערך ראש אגף הרישוי במשרד הבריאות, הפרופ' שאול יציב, בדיקות יסודיות של האוניברסיטאות

5. מומלץ לקדם צעדים לעידוד חזרה לישראל של רופאים ישראלים הגרים ועובדים בחו"ל באמצעות תמריצים המותאמים לצרכים של הרופאים הבכירים.

6. שיפור איכות הסטודנטים לרפואה הלומדים בחו"ל על ידי סבסוד של לימודים בחו"ל עבור סטודנטים מצטיינים בכפוף להתחייבות הסטודנטים לעבודה בנגב ובגליל או במקצועות במחסור. זאת בהתאם למודל שהציעה פרופ' רבקה כרמי (המודל הנורווגי).

7. במטרה לשמר את איכות לימודי הרפואה במקביל להגדלת מספר הסטודנטים הנ"ל, יש להקים פונקציה בכירה בכל בית חולים וקופת חולים שאחראית על חינוך רפואי לסטודנטים ולמתמחים ומתואמת עם הפקולטות המלמדות. יש להקים ועדה בראשות משרד הבריאות ובשיתוף המועצה המדעית והמל"ג, לצורך הקמת מערך הכשרה ארצי לחינוך רפואי.

8. הסדרת אספקה של שדות קליניים לסטודנטים ישראלים הלומדים באוניברסיטאות בחו"ל כך שלא ימנעו את הגדלת מספר הסטודנטים הלומדים בארץ אך ישפרו את האיכות הקלינית של בוגרי חו"ל.

פיזור גיאוגרפי מרכז / פריפריה של רופאים

נושא נוסף בו עסקה הוועדה הוא הפיזור הגיאוגרפי הבלתי שוויוני של רופאים ברחבי הארץ והתלות הגוברת של מערכת הבריאות ברופאים בוגרי חו"ל. במשך התהליך הארוך עד קבלת רישיון לעסוק ברפואה, המתרחש לרוב בשנות ה-20 וה-30 לחייו של הרופא, הרופאים מגבשים סביבם את המעגל החברתי, מבססים את העדפותיהם המקצועיות ומקימים משפחה. התהליכים הללו מחזקים את הקשר שלהם למקום בו רכשו את השכלתם ואשר בו התמחו. לעיתים ההתפלגות הגיאוגרפית של כוח האדם שהמדינה מבקשת להשיג אינה עולה בקנה אחד עם העדפות הרופאים. לכן, המדינה נדרשת לייצר פתרונות שונים לפיזור שוויוני של כוח האדם. במסגרת העבודה נבחנו מחקרים עכשוויים בנושא פיזור גיאוגרפי של רופאים במדינות זרות ומודלים כלכליים לעידוד עבודה בפריפריה.

התלות של מערכת הבריאות הישראלית ברופאים בוגרי חו"ל אינה מגמה חדשה אך בשנים האחרונות חלה עלייה תלולה בשיעורם של בוגרי חו"ל מתוך סך הרופאים. תנאי הסף הנוקשים בכניסה לפקולטות לרפואה בישראל ומספר מקומות הלימוד

כך למשל בין השנים 2017-2019 עבדו במחוזות הצפון והדרום רופאים בשיעור של 3 ו-2.2 ל-1,000 נפש בממוצע, לעומת 4.1 רופאים ל-1,000 נפש במחוז המרכז.

אזורי פריפריה מהווים אתגר עבור מערכות בריאות בכל רחבי העולם, בדומה לכל מערכת שירותים שדורשת שירות "פנים מול פנים" עם הלקוח.⁶ בהקשר זה, מדינות שונות עושות הפרדה בין אזורים כפריים לאזורים מרוחקים. הדיון כאן יתייחס לאזורים כפריים בלבד, בהינתן המאפיינים הגיאוגרפיים של ישראל. ישנם שני אתגרים עיקריים שמציבים אזורי פריפריה למערכת. ראשית, פיזור האוכלוסייה באזורי פריפריה דורש זמן נסיעה ארוך בהרבה מאשר באזורים אורבניים. שנית, באזורים שמושבים בדלילות לעיתים אין הצדקה להקמת מרכזים של רופאים מומחים.⁷

הסיבות לחוסר הרצון של רופאים לעבוד בפריפריה במדינות ה-OECD הן מגוונות ונחלקות לשני רבדים - האישי והמשפחתי. ברמה האישית, השיקול העיקרי הוא ההכנסה הנמוכה יותר בהשוואה לערים הגדולות והזדמנויות מועטות יותר להתפתחות מקצועית. כמו כן, מאפיין ייחודי למקצוע הרפואה הוא הדרישה ללמידה מתמדת לאורך הקריירה, רופאים נדרשים להתעדכן כל העת במחקרים ופיתוחים חדשים בתחום התמחותם. לשם כך נדרש קשר יומיומי עם עמיתים, שלא מתאפשר לעיתים באזורים כפריים. ברמה המשפחתית, מגורים בפריפריה מקשים על הרופאים במציאת מסגרות חינוך ראויות לילדיהם ומשרות לבני או בנות זוגם.⁸ כמו כן, משרות רפואיות באזורים פריפריאליים נחשבות יוקרתיות פחות לעומת משרות בערים.⁹

פיזור הרופאים מושפע בראש ובראשונה מהתשתיות הרפואיות הקיימות באזור, בעיקר מיטות בבתי חולים. תוספת מיטות באזור מביאה למגמה של גידול הרופאים באזור בתנאים הבאים: רמת בתי חולים גבוהה וטובה, תמהיל העסקה בין בית חולים בבוקר ורפואת קהילה משולבת עם רפואה פרטית בשעות אחה"צ. מחברי הדו"ח אינם בעד הגדלת הרפואה הפרטית בישראל, אבל צריך להבין כי הפער בשיעור הרופאים באזורי הארץ השונים מושפע גם (והרבה) מריכוז אפשרויות ההשתכרות מרפואה פרטית באזור המרכז. המסקנה לתכנון המרכזי היא שאין לאשר תוספת נוספת של מיטות פרטיות במרכז אלא לכוונם לאזורי החוסר בדרום ובצפון.

6 לצורך הדיון, המונח "פריפריה" בהקשר של ישראל מתייחס למחוזות הצפון והדרום במשרד הבריאות

7 Geographic Imbalances in Doctor Supply and policy Responses. OECD.

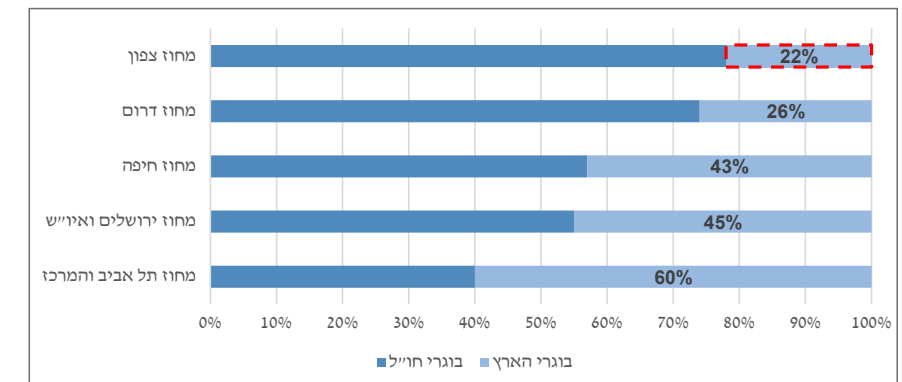
8 Veitch and Crossland, 2005; Hartmannbund (2012).

9 Creed, Searle and Rogers (2010).

הזרות בהן לומדים ישראלים. בין היתר, נבחנו חומר הלימוד ורמת ההכשרה המעשית. בעקבות הבדיקה, בשנת 2019 יצאה לדרך "רפורמת יציב" שנועדה להבטיח את הרמה המקצועית של מקבלי הרישיון לעסוק ברפואה בארץ. במסגרת הרפורמה, בוגרי מוסדות בחלק ממדינות מזרח אירופה לא יורשו לגשת לבחינות הרישוי בארץ. הרפורמה הכרחית אמנם להבטחת איכות שירותי הרפואה אבל היא צפויה להקטין את זרם הרופאים החדשים בכ-450 מדי שנה.

מגמה נוספת שהתגברה בשנים האחרונות היא מידת ההסתמכות של מחוזות הפריפריה על בוגרי חו"ל באיוש משרות רפואיות. מחוזות הצפון והדרום בולטים במיוחד במדד זה. כך למשל שיעור הבוגרים החדשים שלמדו במוסדות בלתי מאושרים באזורי הנגב והגליל עמד על 61% בשנת 2020. החלת הרפורמה, שתתחיל לתת את אותותיה החל בשנת 2026 צפויה להקטין באופן משמעותי את זרם הרופאים החדשים במחוזות אלה. תרשים 7 מציג את משקל בוגרי חו"ל מתוך סך מקבלי רישיונות לרפואה בשנת 2019 לפי מיקום גיאוגרפי.

תרשים 7: רופאים בוגרי חו"ל מתוך סך הרופאים לפי מחוזות



מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

בעיית הפיזור הגיאוגרפי של כוח אדם רפואי אינה ייחודית לישראל, במדינות החברות ב-OECD ישנו ריכוז של כוח אדם בערים מרכזיות לעומת מחסור בפריפריה. עם זאת, הבעיה בישראל בולטת במיוחד לאור הפערים בכמות ובאיכות הרופאים בין המחוזות. בתי החולים במחוזות הצפון והדרום סובלים באופן כרוני משיעורי כוח אדם רפואי נמוכים משמעותית ממרכז הארץ.

היוזמות להקמת בית חולים נוסף בבאר שבע ובקריית הן יוזמות נכונות, יש להעצימן ולקדםן ביתר מרץ; פיזור מיטות האשפוז והגדלתן במקומות אלו, ייתכן בשילוב בעלות של קופות, יביאו לשיפור ודאי ברפואת הקהילה.

ישנם צעדי מדיניות שונים שניתן ליישם כדי לתמרץ רופאים לעבוד במחוזות פריפריה. בין היתר העברת מענקים לרופאים שעובדים במחוזות בהם קיים מחסור בכוח אדם והקמת תוכניות הכשרה המיועדות לסטודנטים מרקע תרבותי או גיאוגרפי מסוים. בנוסף, ניתן להחיל רגולציה על בחירת מיקום העיסוק של רופאים חדשים ושיפור תנאי התעסוקה של רופאים בפריפריה.

בהקשר זה, ישראל ייחודית בין שאר מדינות ה-OECD, בהיותה מדינה קטנה וצפופה. חלק מהמגבלות שמאפיינות מדינות גדולות לא חלות עליה ולכן ניתן לשפר את פריסת הרופאים בעזרת מדיניות מכוונת. בהתבסס על הספרות המקצועית בתחום, ניתן לחלק את כלי המדיניות ל-4 קבוצות עיקריות - חינוך, תמריצים כלכליים, רגולציה ושינויים ארגוניים במערכת שירותי הבריאות.

כלי מדיניות בתחום החינוך מתמקדים באוכלוסייה הפוטנציאלית של רופאים לעתיד במטרה להגדיל את עתודת הרופאים בפריפריה, במיוחד במקצועות בהם קיים מחסור בכוח אדם.

כדי לעודד עבודה בפריפריה ניתן לקבל ללימודים מועמדים שיש סבירות גבוהה שימשיכו להתמחות בפריפריה. בהתבסס על הספרות בתחום נמצא כי המשתנה בעל יכולת הניבוי הגבוהה ביותר להתמחות בפריפריה הוא מוצא גיאוגרפי. סטודנטים שגדלו בפריפריה הם בעלי סיכוי גבוה פי 2 להתמחות באזורי פריפריה בהשוואה לסטודנטים שגדלו במרכז.¹⁰ כמו כן, גם למוצא בן הזוג יש מתאם גבוה עם הבחירה להתמחות בפריפריה, במידה ובן הזוג גדל בפריפריה. כיוון פעולה נוסף הוא התערבות ממשלתית בפעילות מוסדות ההכשרה לרפואה. לדוגמה, ניתן לשנות את הפריסה של בתי הספר לרפואה או להגדיל את תקני ההתמחות בדגש על אזורי פריפריה.

תמריצים כלכליים מהווים סוג נוסף של כלי מדיניות. כלי זה מתמקד באוכלוסיית הרופאים הקיימת, במטרה לעודד את אלו שמעוניינים לעבוד בפריפריה. התמריצים מתחלקים לחיוביים (תגמולים על התנהגות רצויה) ושלייליים (סנקציות על התנהגות בלתי רצויה). במקרים רבים נעשה שימוש בתמריצים חד-פעמיים כגון בונוסים

10 Wilson, N., Couper, I., de Vries, E., Reid, S., Fish, T., & Marais, B. (2009).

במטרה לעודד רופאים לעבור לאזורים שסובלים ממחסור בכוח אדם ולעיתים הם מותנים בעמידה בקריטריונים מסוימים. תמריצים מבוססי-שכר נפוצים במדינות בהן רופאים מספקים שירות במסגרת מרכזים רפואיים, דוגמת מדינות האיחוד האירופי. מחקרים בנושא השפעתם של תמריצים כלכליים בארץ ובעולם מצביעים על כך שצעדים כאלו אינם מספיקים על מנת להפוך את הפריפריה לאזור תעסוקה אטרקטיבי עבור רופאים. ראוי לציין שגם בישראל נעשה בעבר שימוש במענקים ככלי לתמרץ, הניסיון הוכח כלא יעיל במספר מחקרים שנערכו בנושא.¹¹ כמו כן, רופאים נותני שירותים במקצועות הבריאות שעובדים בפריפריה, מקבלים בדרך כלל שכר נמוך בהשוואה לעמיתיהם במרכז.¹²

הוועדה בחנה מהו תמהיל צעדי המדיניות שיביא לתוצאה הרצויה, דהיינו הגדלת מצבת כוח האדם הרפואי בנגב ובגליל. נמצא שמענקים שנועדו לעודד מעבר של רופאים מהמרכז לפריפריה היו בעלי השפעה מועטה בלבד. המענק העלה ב-5% את שיעור הרופאים שעובדים בפריפריה. **בפועל, על כל רופא שעבר לפריפריה קיבלו מענק 3-4 רופאים שהיו עוברים לפריפריה גם כך מסיבות שונות.** נראה שהוספת התקנים בפריפריה כחלק מהסכם המענקים ב-2011 הייתה מהגורמים שגרמו למעבר רופאים לפריפריה. ממחקרים שונים בתחום עולה במובהק שהמשתנה בעל התאימות הגבוהה ביותר להשפיע על התמדת רופאים בעבודה בפריפריה הוא היות הרופא בן המקום.

הסיכוי שרופא מהפריפריה יעבוד בפריפריה גדול פי 2.5 מהסיכוי שרופא מהמרכז יעבוד בפריפריה, כפי שניתן לראות בתרשים 8 שבעמוד הבא. הסיכוי של רופא שגדל בפריפריה ולמד במוסד בפריפריה, לעבוד בה, גדול אף יותר ועומד על 69%.

רגולציה היא כלי מדיניות נוסף שמתמקד בשלבים המוקדמים של ההכשרה, טרם ההכשרה הקלינית, וכוללת הסכם בין הרופא לעתיד לבין גורם ממשלתי. במסגרת ההסכם, מחויב הרופא לעבוד באזור המוגדר כפריפריה בתמורה לפיצוי כלשהו. בדומה לשימוש בתמריצים כלכליים, שימוש ברגולציה מתמקד בקידום שינוי התנהגותי - רצוי באוכלוסיית הרופאים הקיימת. כלי מדיניות זה מתחלק לשני תחומים. ראשית, רגולציה המיושמת בטרם ההכשרה הקלינית כוללת התחייבות מצד המועמד לבצע התמחות באזורי פריפריה בתמורה להטבה, כגון קבלה ללימודים או קבלת מלגה.

11 אשכנזי י' (2017).

12 מרקוביץ' ר' (2020).

על בסיס ממצאים אלו מהארץ ומהעולם, יזם משרד הבריאות את תכנית "אילנות". במסגרת תוכנית זו 30 סטודנטים מצטיינים בני הנגב והגליל יתווספו לסטודנטים הלומדים באוניברסיטאות בן-גוריון בנגב ובר-אילן בצפת. הסטודנטים יהיו תוספתיים על המחזורים הקיימים. בנוסף להיותם בני המקום, דבר שיש בו מראש השפעה חיובית מאוד על הסיכוי שיישארו בנגב ובגליל בתום לימודיהם, הסטודנטים יקבלו הכשרה חוץ אקדמית רחבה שנועדה לחזק את הקשר האישי שלהם לנגב ולגליל. התוכנית מציעה מימון מלא ללימודים כולל הוצאות מחיה וסיוע אקדמי וכן השמה להתמחות בנגב או בגליל וליווי צמוד עד סיום ההתמחות. משרד הבריאות מתכנן לפתוח את התכנית ב-2022.

לאור הממצאים, הוועדה תומכת בתוכנית "אילנות" ומדגישה את החשיבות לביסוס העמדה המשפטית של בחירת הסטודנטים לתוכנית מקרב בני הנגב והגליל. כמו כן, הוועדה ממליצה לבחון את הרחבת תוכנית "אילנות נגב וגליל" ב-45 כסאות עד שנת 2023. הוועדה ממליצה לבחון תוכניות נוספות לעידוד רופאים בקרב החברה הבדואית ועידוד עליית רופאים לנגב ולגליל. בנוסף, הוועדה ממליצה לבחון מודל המיושם בהצלחה בנורבגיה, שבדיה ומדינות נוספות. במסגרת המודל, ייחתמו הסכמים עם אוניברסיטאות בחו"ל והמדינה תשתתף בהוצאות שכר לימוד ומחיה של סטודנטים נבחרים, שיידרשו להתמחות באזור הנגב והגליל ובמקצועות במצוקה. אפשרות נוספת היא לחלק את ההכשרה ללימודים פרה-קליניים בארץ ונסיעה ללימודים קליניים בחו"ל.

הוועדה ממליצה על הקמת תוכנית להצמחת מנהיגות רפואית מקרב בני ובעיקר בנות הפריפריה הסוציאלית ובייחוד המגזר החרדי. מגפת הקורונה חיזקה בקרב הקהילה הרפואית בכלל ובקרב חברי הוועדה בפרט את הצורך בהכשרת רופאים בני המגזר אשר ישמשו גם כמגשרים ומנהיגים רפואיים. בשנים האחרונות אנו עדים לעלייה במספר בוגרות תואר ראשון בביוכימיה וביו-אינפורמטיקה, היכולות לעשות את המעבר ולהשלים לימודי רפואה במסגרת תכנית ארבע-שנתית. המכשול העיקר העומד בפני בני ובנות המגזר הוא צליחת ועדות הקבלה ללימודים. על מנת להתגבר על מכשול זה הוועדה ממליצה על הקמת תכנית ייעודית ל-20 תלמידי רפואה בשנה החל משנת 2022 באחת מהתוכניות הארבע-שנתיות.

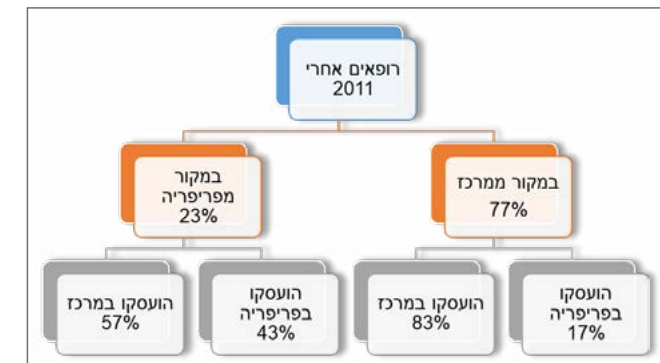
מפעל הפיס בשיתוף הפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בצפת מפעילים את תוכנית "כוכבי הצפון". במסגרת התוכנית נבחרים מתמחים מצטיינים במקצוע מסוים ומתחייבים לעבוד באזורים מועדפים בצפון. בתמורה, זוכים המתמחים

שנית, רגולציה המיושמת בתום ההכשרה הקלינית עשויה לכלול הגבלות על מיקום הקליניקה הראשונה שיפתח הרופא. באירופה שימוש בכלים רגולטוריים אינו נפוץ. כמו כן, סקירת מחקרים מהעולם מראה כי שימוש בכלים אלו מביא לתוצאות חיוביות בטווח הקצר אך לא מגדיל את כוח האדם בפריפריה בטווח הארוך.¹³

שינויים ארגוניים במערכת שירותי הבריאות מיועדים לנצל בצורה יעילה יותר את מצבת כוח האדם הנוכחית במערכת, על מנת לאפשר עבודה יעילה ומהירה יותר של הרופאים הקיימים. ישנן מדינות שמובילות רפורמות במטרה לשפר את תנאי העבודה של רופאים קיימים, בעזרת הקמה של מתמחים משותפים (Group Practices) באזורים בהם יש מיעוט ברופאים.¹⁴ מדינות אחרות מרחיבות את הסמכויות של נותני שירות רפואי כמו מקצועות בריאות, אחיות ועוזרי-רופא במטרה להקל על עומס העבודה של הרופאים. דרך נוספת לייעול השימוש במצבת כוח האדם היא באמצעות רה-אורגניזציה או הטמעה של טכנולוגיות חדשות במערכת, כמו שירותי רפואה מרחוק או קידום פניה ישירה לקבלת שירותים.

דוגמה לפרויקט ממשלתי מוצלח להגדלת כוח האדם הרפואי היא פרויקט העתודה "צמרת" של צה"ל בשיתוף בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית. במסגרת הפרויקט נבחרים מועמדים מצטיינים בגיל גיוס חוזים למלגת לימודים וקיום עד לקבלת תואר ד"ר לרפואה. לאחר מכן הם נדרשים לשירות של 56 חודשים בתפקידים רפואיים שונים. בכל שנתון של התוכנית לומדים כ-70 סטודנטים.

תרשים 8: דפוסי התעסוקה של רופאים לפי מוצא גיאוגרפי



מקור: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

¹³ Han, G. S., & Humphreys, J. S. (2006).

¹⁴ Micromd Hit Research Team (2018).

לסיכום, בעיית הפיזור הגיאוגרפי של כוח האדם אינה ייחודית לישראל. ההסתמכות של בתי חולים בפריפריה על מתמחים ורופאים בוגרי חו"ל, לצד ההשפעות של רפורמת יציב, עלולים להכניס את המוסדות הללו למצוקת כוח אדם ולהחריף את חוסר השוויון בפריסת כוח האדם בארץ.

צעדי מדיניות לעידוד עבודת רופאים בפריפריה ובמיוחד תוכניות הכשרה לבני ובנות המקום הוכחו כיעילים בשיפור פריסת כוח האדם במדינות ה-OECD. מעבר להשגת המטרה, שהיא הגדלת זרם בוגרי רפואה, תוכניות הכשרה בפריפריה יצרו דור של מנהיגות רפואית בעלת זיקה לקהילה המקומית. נוכח גודלה של ישראל ניתן ליישם צעדים אלה באופן יעיל במיוחד.

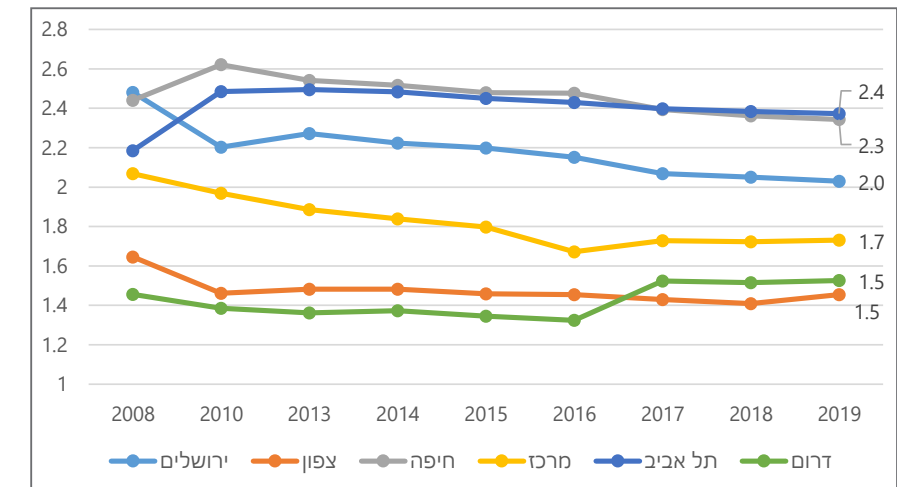
בהתאם לממצאים אלה ממליצה הוועדה על הצעדים הבאים:

1. ההתערבות העיקרית לצמצום הפער היא צמצום הפער בתשתיות, ובעיקר מיטות אשפוז. כל תכנון תוספת מיטות, בבתי החולים בפרט, צריך להתמקד בנגב ובגליל. פיזור הרופאים בקהילה תלוי במצאי המיטות באזור.
2. גידול בכמות סטודנטים עם זיקת מגורים ראשונית לאזורי החסר: השקת תכנית אילנות ב-2022, בהיקף של 60 תלמידי רפואה (30 תלמידים בצפון ו-30 תלמידים בדרום) בני הנגב והגליל או בעלי זיקה משמעותית לאזור.
3. הרחבה הדרגתית של תכנית אילנות ל-100 תלמידים (50+50) עד שנת 2025, כחלק מההליך השלם של הגדלת מספר הלומדים בארץ.
4. הגדלת כמות רופאים מהמגזר החרדי: הקמת תכנית לגישור על הפיזור הסוציאלי הבלתי שוויוני במגזר החרדי ב-2022, בהיקף של 20 תלמידי רפואה בתכנית ארבע-שנתית (בוגרי ובעיקר בוגרות תואר ראשון מתאים).
5. הקמת גוף מלווה ומנהל של התכנית במשרד הבריאות על מנת לסייע במימון תקופת הלימודים, שיבוץ להתמחויות המבוקשות בנגב ובגליל ולצורך ליווי מקצועי עד תואר מומחה.
6. תמריצים: עידוד העסקת מומחים ומתמחים מצטיינים בנגב ובגליל באמצעות מודל הכוכבים שמטרתו, משיכת מתמחים ורופאים איכותיים לנגב ולגליל שישפרו את האיכות הרפואית בבית החולים ויכשירו את הדור הבא.

למענקי מחקר והשתלמויות בחו"ל בתום התקופה. המודל הוכח כמוצלח מאוד בשנים האחרונות במשיכת כוח אדם איכותי לגליל ולכן הוועדה ממליצה לבחון את הרחבת התוכנית לנגב וגם מבחינת היקף המתמחים והמקצועות.

הגדלת מספר הרופאים בפריפריה תדרוש היערכות גם מבחינת תשתיות רפואיות. בישראל קיימים פערים בין המרכז לנגב ולגליל בפריסת תשתיות רפואיות דוגמת מיטות אשפוז ומכשור רפואי מתקדם. בסוף שנת 2020 היו בישראל 16,331 מיטות לאשפוז כללי בתקן שמהוות שיעור של 1.76 מיטות ל-1,000 נפש.¹⁵ במדד זה קיים פער בין מחוזות הנגב והגליל (1.5 מיטות ל-1,000 נפש) למחוז תל-אביב (2.4 מיטות ל-1,000 נפש). הפער בין מחוזות הדרום והצפון למחוז המרכז נשמר גם במדדי תשתית נוספים כמו שיעורי מיטות לאשפוז פנימי, טיפול נמרץ, ילדים, כירורגיה ויולדות.¹⁶ עיבוי התשתיות הרפואיות בכלל המקצועות והמחלקות בפריפריה יביא לשיפור השירות לאזרח ויקל על עבודת הצוות הרפואי. יתרה מכך, הוספת תשתיות היא הכרחית ליצירת מסגרת מקצועית הולמת ואטרקטיבית עבור הרופאים, שתמשוך מומחים במגוון מקצועות לאזור הנגב והגליל.

תרשים 9: שיעור המיטות לאשפוז כללי לפי מחוזות ל-1,000 נפש



מקור: "אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו", מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

15 אשפוז כללי: כולל האגפים - פנימי, טיפול נמרץ, ילדים, כירורגי, יולדות והמחלקות להשהיה. מיטות בתקן: מספר מיטות האשפוז המאושר בתעודת הרישום של בית החולים בזמן מוגדר.
16 מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות (2021).

תכנון ופיזור בין מקצועות ההתמחות ברפואה

בתום 7 שנות לימודים עיוניים וקליניים מגיע הרופא לשלב ההתמחות. במהלך אותן 6-4 שנים הוא בוחר את תחום ההתמחות ובית החולים בו יעבוד ועובר שתי בחינות - אחת באמצע התקופה והשנייה בסופה. תקופה זו, בה מתעצבת דמותו המקצועית והחברתית-משפחתית קובעת במידה רבה את מהלך המשך הקריירה של הרופא. הוועדה שמה לעצמה למטרה לנתח את צורכי המערכת למומחים בתחומים שונים, לזהות הצפה או חוסר בתחומים מסוימים ולקבוע יעד לאומי לפתיחת פנקסי התמחות על ידי שר הבריאות.

בישראל קיימים 56 מקצועות התמחות.¹⁷ עם זאת, הביקוש של הרופאים הצעירים למקצועות השונים אינו שוויוני ויש בהם מקצועות מבוקשים יותר ופחות. כך למשל קיימים תורים של מתמחים לקראת התמחויות במקצועות כמו ילדים וגניקולוגיה בעוד מקצועות אחרים סובלים ממחסור במתמחים חדשים, מקצוע הגריאטריה לדוגמה, למרות שקיימים תקנים פנויים. ניהול מערך ההתמחויות הוא במידה רבה ניהול של התמהיל הרפואי העתידי ולכן הוא בעל חשיבות עליונה. תופעה זו אינה ייחודית לישראל, קיימת במדינות רבות וגם מקבלת התייחסות מצד הרגולטור: בחלק ממדינות אירופה המדינה קובעת את מספר הרופאים בכל מקצוע התמחות באמצעות רגולציה. בהולנד נקבעת מכסת הרופאים בכל תחום על בסיס ניתוח מפורט של ההיצע והביקוש החזוי במדינה ל-20 השנים הבאות, המתעדכן מדי שנה. מדינות אחרות כמו אוסטריה ובריטניה קובעות את מכסת המתמחים על בסיס התקנים הקיימים במערכת או המשאבים העומדים לרשות מערכת הבריאות.¹⁸

הפיזור הבלתי שוויוני בין המקצועות בשלב ההתמחות יוצר מטבע הדברים חוסר איזון בפריסת כוח האדם בתום ההתמחות. ישנם מקצועות שנהנים מביקוש גבוה עד כדי "הצפה" בעוד שמקצועות אחרים סובלים ממחסור בכוח אדם. כך בשנת 2020 החזיקו בתעודת מומחה ברפואה פנימית 4,316 רופאים לעומת 472 רופאים בגריאטריה ו-3,237 רופאי ילדים לעומת 186 רופאים אונקולוגים.¹⁹ בישראל חסר מיפוי יסודי המורה האם המספרים הללו נותנים מענה לצרכים השונים בכל תחום רפואי.

17 מתוכם 30 מקצועות בסיס ו-26 מקצועות-על שניתן לעסוק בהם אחרי התמחות במקצוע הבסיס המתאים.

18 ההסתדרות הרפואית לישראל-תכנון כוח אדם רפואי, (מאי 2013).

19 כוח אדם במקצועות הבריאות (2018).

חוסר האיזון המקצועי מחריף גם את חוסר האיזון הגיאוגרפי, כיוון שבממוצע רופאים נמשכים לעבודה במרכז ככל שקיים שם ביקוש. לכן מקצועות שנמצאים במחסור קל במרכז סובלים ממחסור דרמטי בפריפריה, כמו למשל בפסיכיאטריה. כך נוצרת לעיתים המתנה של חודשים לרופאים מומחים במקצועות מסוימים, במיוחד בפריפריה.

במצב הקיים, במסגרת ניהול תקינת הרופאים, משרד הבריאות קובע רק את מספר הרופאים הכללי בבתי החולים הממשלתיים (מומחים ומתמחים), כלומר את התקינה, ולא את היחס המספרי בין מומחים למתמחים. לבתי חולים שאינם ממשלתיים אין כלל רגולציה באשר למספר הרופאים, או למספר פנקסי ההתמחות הנפתחים בכל שנה בכל בית חולים. השפעה חלקית קיימת באמצעות חלוקת תקנים שנתית לבתי החולים ברחבי הארץ שמבצע משרד הבריאות (באמצעות ניהול תוספת המיטות). עם זאת, בידי מנהלי בתי החולים שלל כלים נוספים להעסיק מתמחים ולאפשר להם לפתוח פנקסי התמחות בבית החולים, בעיקר במחלקות הרווחיות יותר לבית החולים. על כן, מרבית ניהול כוח האדם נותר בידי בתי החולים ללא שום פיקוח ברמת הצורך הלאומי. בספטמבר 2017 התריע מבקר המדינה שאין בידי משרד הבריאות מידע מרוכז על מספר מקומות ההתמחות בכל מחלקה ובכל בית חולים ואין לו מידע על זמינותם של מקומות ההתמחות.²⁰

יש לתקן את תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) ולחייב את המנהל בסעיף 31 לנהל פנקס מורחב הכולל את המתמחים מרגע פתיחת פנקס ההתמחות. יש להבהיר בהחלטת ממשלה שלמשרד הבריאות אחריות כוללת לתכנון נכון ומאוזן, מתאים לצרכים העתידיים של תחומי המומחויות השונים.

בכדי לאפשר הקמת בסיס מידע בנושא ההתמחויות ברמה הארצית, על משרד הבריאות לבצע ניתוח עומק של צורכי מערכת הבריאות מבחינת היקף המומחים בכל תחום. לצורך כך, יש לקיים עבודה משותפת של המועצה המדעית ומינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, ובכלל זה העברת מידע הדדית של נתוני מתמחים פרטניים שתאפשר ביצוע מיפוי זה.

20 משרד מבקר המדינה (2017).

אחד מתחומי ההתמחות שסובלים ממצוקת כוח אדם מחריפה הוא רפואת הקהילה. כיום יותר מאי מפעם, מטופלים רבים מקבלים טיפול במסגרת קופות החולים, בעוד שבתי החולים מרכזים תמהיל חולים קשה ומורכב יותר עם דגש על ניתוחים. הטיפול בחולה הוא לרוב ממוקד וקצר (משך האשפוז הממוצע בישראל הוא כ-4 ימים). לעומת זאת, במערך רפואת הקהילה ניתן מענה לתחומים מרכזיים של הטיפול הרפואי כמו מעקב וטיפול במחלות כרוניות, מניעת התדרדרות בריאותית, אשפוזי בית, מעקב ובדיקות סדירות. חוסר האיזון בין הצורך הגדל ברופאים בקהילה ובין היצע הרופאים הקיים שמעוניין לעבוד בתחום זה יצר בעשור האחרון תחרות דרמטית בין קופות החולים על הרופאים בקהילה.

קביעת כללי רגולציה ומפתח כמויות לתחומי ההתמחות השונים יאפשר הפנית רופאים למקצועות הרפואיים הסובלים מהפערים הגדולים ביותר, דוגמת הפער ברפואת הקהילה שתואר.

כדי לממש את ההמלצות יש צורך בשיתוף פעולה בין הגופים השונים - תיאום עם המועצה המדעית לקביעת המפתחות בתחומי ההתמחות השונים ורישום פנקסי ההתמחות גם באגף הרישוי של משרד הבריאות כדי לאפשר איסוף מידע רלוונטי. הדבר יסייע למעקב, מיפוי ותכנון פתיחת התמחויות עתידיות. בנוסף, על משרד הבריאות להקים מאגר מידע הכולל נתונים על המתמחים בכל רגע נתון כדי לבצע תכנון ארוך טווח מיטבי.

בהתאם לממצאים אלה ממליצה הוועדה על הצעדים הבאים:

1. האחראיות של תכנון תמהיל מקצועות רפואה ראוי ומוותאם לצרכים ולביקוש היא של משרד הבריאות. על המשרד ליטול אותה על אף האחראיות הביצועית של המועצה המדעית. אחראיות זו צריכה לקבל ביטוי בתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות).

2. כדי לבצע את תפקידו על משרד הבריאות לבצע את המהלכים הבאים:

2.1 הקמת מאגר מידע במשרד הבריאות שיכלול את כלל המתמחים בכל רגע נתון - מייד.

2.2 ביצוע ניתוח עומק של צורכי מערכת הבריאות בישראל מבחינת היקף מומחים בכל תחום ב-2030, 2040, 2050. הניתוח יושלם עד 01.09.22 תוך עבודה צמודה עם בתי החולים וקופות החולים לצורך זיהוי של צרכים עתידיים.

2.3 קביעת יעדים לאומיים שנתיים לפתיחת פנקסי התמחות על ידי שר הבריאות, על בסיס ניתוח העומק, ברמת מקצוע.

2.4 פתיחת פנקסים תתבצע רק בהתאם ליעדים הלאומיים שהוגדרו ולא ניתן יהיה לפתוח פנקסים שלא בהלימה ליעדים אלו.

2.5 בחינת האפשרות בשלב השני גם לתכנון ברמת אזור גיאוגרפי ובמקרה הצורך בתי חולים ספציפיים.

3. פעולה אקטיבית מצד משרד הבריאות כנגד מקצועות בהם זוהתה הצפה, כולל הגשת צעדים להגבלת ההיצף.

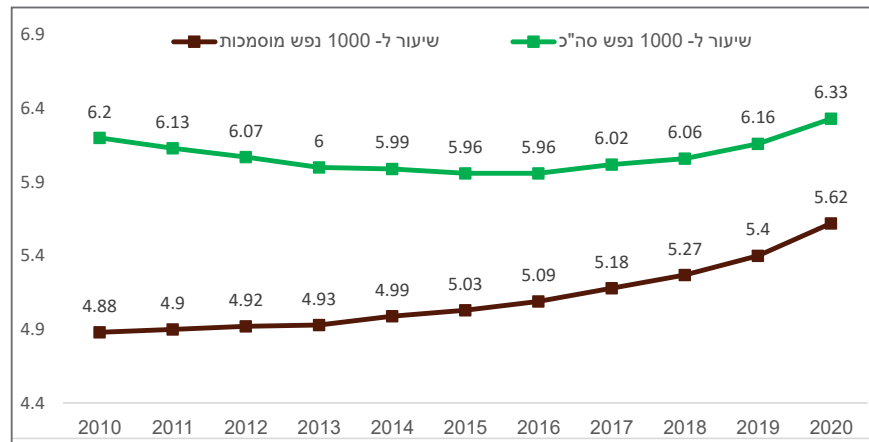
4. חשיפת מפת ההתמחויות הצפויה, על בסיס ניתוח העומק, לציבור המועמדים.

תכנון ארוך טווח של מערך הסיעוד

האחים והאחיות מהווים את עמוד התווך של מערכת הבריאות בישראל. עבודתם המקצועית, המתמשכת והצמודה עם המטופלים לצד האנושיות והחמלה אותה הם מפגינים, תורמת תרומה משמעותית לבריאותם ורווחתם של תושבי המדינה. המגמות המאפיינות את המערכת בשנים האחרונות, כדוגמת הזדקנות האוכלוסייה, עלייה בתחלואה כרונית, ביקוש לשירותי בריאות, המעבר המואץ לטיפול בית ושימוש בטכנולוגיות רפואיות, מחייבות הגדלה של מספר האחים והאחיות באמצעות הגדלת תכניות ההכשרה וחיזוק הכשירות המקצועית

בשנת 2021 יש בישראל 79,936 אחים/ות בעלי רישיון לעסוק בסיעוד. מתוך כלל האחים/ות 59,050 הם עד גיל 65 ושיעורם עומד על 5.84 ל-1,000 נפש ובחישוב שיעורם עד גיל 67 עומד השיעור על 6.52 ל-1,000 נפש, כמפורט בתרשים 10.

תרשים 12: מגמות של שיעור אחיות בעלות רישיון לעסוק בסיעוד ל-1,000 נפש עד גיל 67



בדומה לרופאים, גם בקרב מערך הסיעוד קיימים פערים גיאוגרפיים בפרסת כוח האדם. המחסור החמור ביותר בכוח אדם סיעודי הוא במחוז הדרום, בו מועסקים 3.7 אחים/ות ל-1,000 נפש לעומת שיעור של 7 אחים/ות ל-1,000 נפש במחוז חיפה.

ועדות שונות מטעם משרד הבריאות בחנו את נושא כוח האדם בסיעוד בישראל לאורך השנים. ועדת ברלוביץ', שהתכנסה בשנת 2004, עסקה בעיקר בהמשך פיתוח ואקדמיזציה של מקצוע הסיעוד לצד הפסקת הכשרת אחיות מעשיות ופיתוח תפקיד של כוח עזר מיומן. ועדת בן נון, בשנת 2007, המליצה על הגדלת מסגרות ההכשרה הקיימות לאחים ואחיות בתוספת של 850 כסאות אקדמיים לצד הגדלת התקציבים הנדרשים לצורך כך. ועדת חורב, בשנת 2010, המליצה על הרחבת מסגרות ההכשרה הקיימות ועל פתיחת מסגרות חדשות ופתיחת מסלול הכשרה להסבת אקדמאים. ועדת חורב ביקשה לשים כיעד הכשרה של 2,300 סטודנטים מדי שנה על מנת להגיע בשנת 2025 לשיעור של 5.8 אחיות ל-1,000 נפש.

בשנים 2016 עד שנת 2020, הושגה תוספת במספר הכיסאות האקדמיים באוניברסיטאות ובמכללות, ועלייה במספרי הלומדים במסלולי הסבות אקדמאים בבתי הספר לסיעוד בישראל. נכון לשנת 2021 מתקיימות תכניות ללימודי תואר בוגר בסיעוד ב-5 אוניברסיטאות ו-8 מכללות לצד תכניות לימוד להסבת אקדמאים ב-15 בתי ספר לסיעוד בפרסה ארצית נרחבת. בשנת 2021, הושלם תהליך האקדמיזציה

תרשים 10: פרופיל הסיעוד בישראל 2021



במסמך זה תוצג תכנית חומש להעלאת שיעור האחים/ות המוסמכים/ות, אחים/ות בוגרי/ות הקורסים העל בסיסיים ואחים/ות מומחים/ות קליניים כמוצג בתרשים 11.

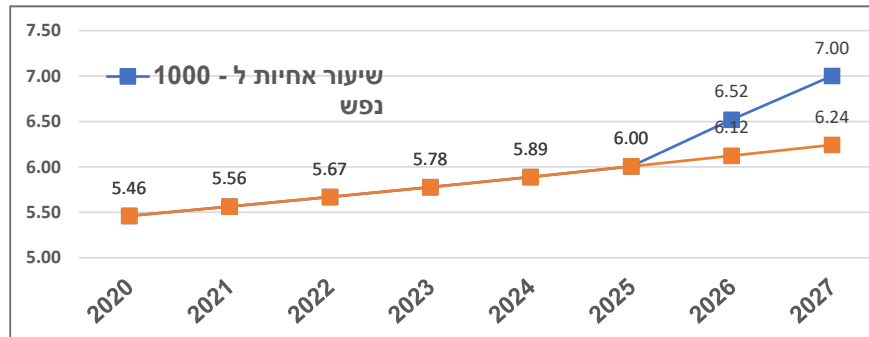
תרשים 11: תכנית החומש של מערך הסיעוד



תכנון ארוך טווח להעלאת שיעור האחים והאחיות

בשנים האחרונות, כמוצג בתרשים 12, ניתן לראות כי חלה עליה בשיעור האחים/ות בעלי/ות רישיון לעסוק בסיעוד. בעוד שבשנת 2010 עמד שיעור האחים/ות המוסמכים/ות עד גיל 67 על 4.88 אחים/ות ל-1,000 נפש, בתום העשור עלה השיעור ל-5.62 אחים/ות מוסמכים/ות ל-1,000 נפש. עם זאת, עדיין קיימים פערים בשיעור האחים והאחיות בישראל בהשוואה לממוצע מדינות ה-OECD. בעוד ששיעור האחים/ות בישראל נכון לסוף שנת 2020 עמד על 5.6 אחיות ל-1,000 נפש, הממוצע במדינות ה-OECD עמד על 9 אחיות ל-1,000 נפש.

תרשים 14: חיזוי הגידול בשיעור האחיות ל-1,000 נפש



תכנון ארוך טווח של בוגרי השתלמויות מוכרות (קורסים על בסיסיים) בשיעור בישראל

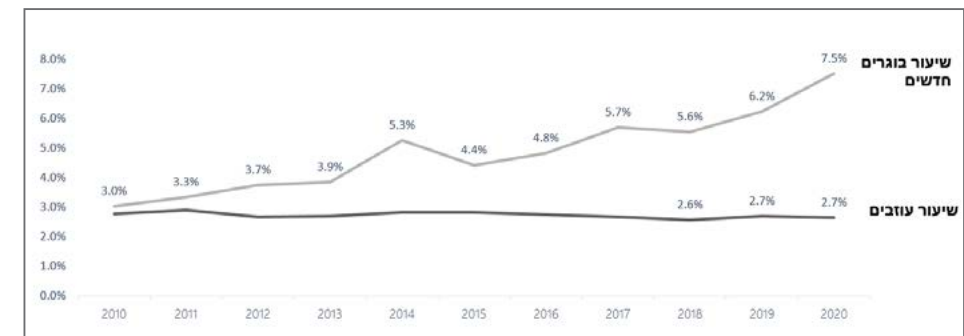
אחים/ות נדרשים לתת מענה לצרכים הבריאותיים המשתנים של אוכלוסיית מדינת ישראל ולהתפתחויות הטכנולוגיות ברפואה. בנוסף, הם נדרשים לקבל החלטות קליניות, לפתור בעיות, לקדם בריאות ולתת טיפול מקצועי, בטיחותי ואיכותי המבוסס על ידע ומיומנויות. כמענה לצרכים אילו מנהל הסיעוד מפעיל קורסים על בסיסים במגוון תחומים לשם הכשרה והעמקת הידע של הצוות הסיעודי. אחים/ות נדרשים לאחר סיום הלימודים לעמוד בהצלחה בבחינת רישוי ממשלתית לאחריה ניתנת תעודת רישוי המקנה לבוגר/ת סמכויות החלטה ופעולה מורחבות. כיום בישראל מספר האח/ות בוגרי הקורסים העל בסיסים עומד על 25,153 אחים/ות שהם 46% מכלל האחים/ות. במהלך השנים, פותחו 26 קורסים על בסיסיים בתחומים קליניים נבחרים, והורחבו סמכויותיהם של אחים/ות בוגרי הקורסים העל בסיסיים בהתאמה לשינויים ולצרכים המשתנים של מערכת הבריאות. למעלה מ-100 קורסים מופעלים בכל התחומים הקליניים בכל שנה, בפריסה ארצית נרחבת, ומהווים את התשתית המשמעותית ביותר לפיתוח מקצועי ולשמירה על כשירות מקצועית של האח/ות במערכת. חשוב לציין כי ההכשרה העל בסיסית של האח/ות מעוגנת בתיאורי התפקיד וסמכויותיו/ה מקדמות את הטיפול הניתן על ידו/ה במתארים השונים. חוזרי מנהל הסיעוד אף הם מעגנים את תרומתם של בוגרי הקורסים העל בסיסיים בצמתים טיפוליים קריטיים במערכת וקובעים מנגנון לפיתוח מקצועי וחיזוק הכשירות המקצועית לאורך מסלול הקריירה של האח/ות.

של מקצוע הסיעוד וכל ההכשרה למקצוע נערכת במסגרות אקדמיות. במקביל, הופסקה הכשרתם של אחים/ות מעשיות ופוחת תפקיד כוח עזר מיומן.

בנוסף, מספר מקבלי הרישיונות החדשים נמצא במגמת עלייה ובשנת 2020 עמד על סה"כ 3,608 אחים/ות מוסמכות, מתוכם 2,696 רישיונות חדשים בקרב בוגרי הארץ ו-912 בקרב בוגרי חו"ל. בתרשים 13, ניתן לראות כי בין השנים 2018-2020 עמד שיעור הרישיונות החדשים על 6.4% בממוצע בעוד ששיעור העוזבים את המקצוע עמד על 2.6% וכולל בתוכו שיעור פטירות, פרישה לפני הגעה לגיל 65 וסיבות נוספות.

במסגרת עבודת הוועדה הוצג יעד של 7 אחים ואחיות ל-1,000 נפש עד גיל 65 בשנת 2027 (תרשים 14). לשם כך, יש להכשיר מידי שנה, החל משנת 2022, 6,609 אחים/ות. כמו כן, נדרשת הפעלת תוכנית בשיתוף עם המל"ג, להגדלת מספר הכיסאות האקדמאיים; תקציב לצורך בינוי להוספת כיתות לימוד ואולמות בבתי הספר לאחים/ות; חיזוק מערך המדריכים הקליניים וסגלי ההדרכה; מתן מלגות/הלוואות לשכר לימוד; תמרוץ כספי לבתי הספר על הגדלת מספרי הלימודים והקטנת שיעורי הנשירה.

תרשים 13: שיעור בוגרים חדשים לעומת עזיבה של המקצוע, פרישה, פטירה



במהלך השנים האחרונות מספר בוגרי/ות הקורסים העל בסיסיים עלה משמעותית (ראה טבלה מספר 1), כאשר בתוכנית החומש נקבע יעד של 60% בוגרים/ות קורסים על בסיסיים מכלל האחים/ות המוסמכים/ות. לשם כך יש להכשיר בכל שנה כ-3824 לומדים בפריסה ארצית במגוון תחומים. על מנת לממש תוכנית זו תידרש תוספת תקציבית של כ-10 מיליון ₪ לבסיס התקציב לשנה עבור תפעול ושכר.

טבלה 1:

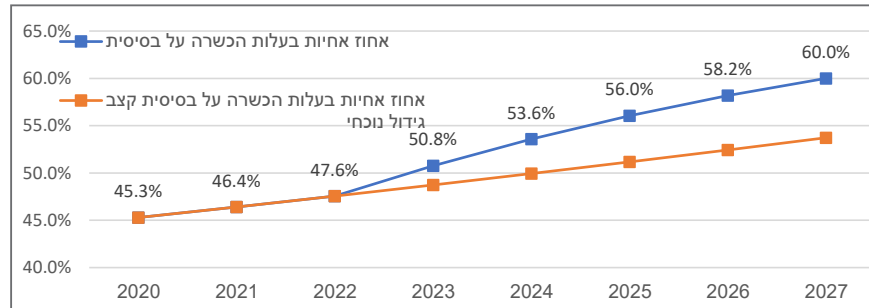
שנה	2021	2020	2019	2015	2005
אחוז האחים/ות המוסמכים/ות עד גיל 67 שהם בוגרי קורסים על בסיסיים	46%	45.5%	45%	43.7%	41%

לאור הפקת לקחים מתקופת מגפת הקורונה, התוכנית האסטרטגית להפעלת קורסים על בסיסיים מתמקדת בהרחבת ההכשרה בתחום האקוטי וברפואה ראשונית. הגדלת היקפי הבוגרים החלה כבר בשנים 2020 ו-2021 כך שבטיפול נמרץ משולב גדל מספר הבוגרים מ-291 בוגרים בשנת 2019 ל-731 בוגרים בשנת 2021; ברפואה דחופה גדל מספר הבוגרים מ-89 בוגרים בשנת 2019 ל-166 בוגרים בשנת 2021. זאת ועוד, הוכפלו מספרי הבוגרים ברפואה ראשונית מ-33 בשנת 2019 ל-66 בוגרים בשנת 2020.

במידה ויוכשרו בכל שנה כ-3800 אחים/ות בכלל הקורסים העל בסיסיים ותורחב ההכשרה במערך ההכשרה של התחום האקוטי ורפואה ראשונית כמפורט, ניתן יהיה להגיע ליעד המתבקש של 60% אחים/ות בוגרי קורסים על בסיסיים (תרשים 15).

בנוסף, יש להפעיל את הקורסים בפריסה גיאוגרפית נרחבת ונוחה בכל רחבי הארץ בכ-110 תכניות ומוסדות לימודים. כמו כן בתחומים בהם מבקשים להגדיל את מספרי הבוגרים, יש לעודד יציאה ללימודים באמצעות הנחות בשכר לימוד.

תרשים 15: אחוז אחיות בעלות הכשרה על בסיסית



*כל ירידה בהיקפי ההכשרה בשנה תוביל להארכת משך הזמן להשגת היעד של 60% המתוכנן לחומש

מומחיות קלינית בסיעוד

כאמור, במדינת ישראל, בדומה למגמה העולמית, מתעצמת התחלואה הכרונית בשל הזדקנות האוכלוסייה. על מנת להתמודד עם אתגר משמעותי זה ועל מנת לתת מענה לאוכלוסיות בעלות מאפייני תחלואה שונים, מקדם משרד הבריאות בשנים האחרונות את הטמעת תפקיד האחיות המומחיות בישראל, תוך התאמתו לצרכים הייחודיים בארץ.

בהתאם לכך, פותח מסלול ייחודי המאפשר לאחיות בכירות, תואר שני ומעלה ובעלות הכשרה מתאימה, להתמחות בתחומים ייעודיים בסיעוד והתפקיד הוסדר בתקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד) לרבות הסדרת הליך ההכשרה והרישוי של האחיות המומחיות והגדרת תחומי המומחיות המוכרים במדינת ישראל.²¹

מאז הסדרת המומחיות בסיעוד בשנת 2013, הוכשרו בוגרים/ות בשישה תחומי מומחיות קליניים, ביניהם: טיפול תומך, גריאטריה, סוכרת, כירורגיה, פגים וכאב. בשני תחומי מומחיות נוספים, שיקום וקהילה, מתקיים מחזור המשתלמים הראשון. בנוסף, שני תחומי מומחיות קליניים חדשים, הפצע והפסיכיאטריה נמצאים בשלבי פיתוח.

21 תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד) התשע"ד, 2013.

אחת הדרכים להתמודד עם אתגרים אלו היא הטמעת תפקיד אח/ות מומחה/ית בקהילה שהם אח/ות בעלי השכלה אקדמית (תואר שני ומעלה) כאשר אחד התארים חייב להיות בסיעוד. על האח/ות להיות בוגר/ת קורס על-בסיסי באחד מהמקצועות הרלוונטיים, רפואה ראשונית בקהילה, אונקולוגיה וטיפול נמרץ ובעל/ת ניסיון מקצועי ברפואה ראשונית בקהילה של 5 שנים לפחות.

האח/ות המומחה/ית מוכשר/ת בקורס מומחיות הנמשך כשנה וחצי ובסופו נדרש/ת לעמוד בבחינת רישוי בשני שלבים (בכתב ובע"פ).

האח/ות המומחה/ית פועלת לצד רופא המשפחה ומהווה תוספת למרפאות הקהילה. לאח/ות המומחה/ית סמכויות המוקנות מתוקף רישוי ובאישור הממונה המקצועי. תחומי אחריותו/ה כוללים טיפול במחלות חריפות קלות, איזון, טיפול ומעקב אחר חולים כרוניים; מניעת חולי וקידום בריאות ומתן אישורים והפניות.

הטמעת התפקיד במערכת הבריאות

הטמעת התפקיד במערכת הבריאות מחייבת הגדרת תקנים מסומנים לקליטת האחים/ות המומחים/ות, תקנים המיועדים לחיזוק מערכת הבריאות ולא על חשבון או במקום צוות קיים במערכת.

עד סוף 2022 יוכשרו כ-550 אחיות ואחים מומחים בשמונה תחומים קליניים. לאור זאת נדרשת תקינה בהיקף נרחב באמצעות הגדלת תקנים כחלק יחסי בהסכמי התקינה התוספתיים העתידיים.

הדרכה קלינית לסטודנטים ומשתלמים בסיעוד

הגדלת שיעור האחיות במדינת ישראל כרוכה בהסדרת רכישת שירותי הדרכה קלינית בשדות הקליניים השונים, באשפוז ובקהילה.

בין השנים 2018-2019 הוסדר נושא ההדרכה הקלינית בהתאמה לתכנית חומש שהוכנה ע"י מינהל הסיעוד, הכוללת את הרכיבים הבאים:

- ◆ ניתוח מעמיק של החסמים הקיימים בנושא ברמה הלאומית
- ◆ חיזוי של היקפי ההדרכה הקלינית שיידרשו ביחס להגדלה הצפויה במספרי הסטודנטים והמשתלמים

הפעילות העיקרית של האח/ות המומחה/ית כוללת בדיקת החולה ואומדן מצבו, הפניות לבדיקות אבחון ומעקב; יעצים רפואיים ופרא רפואיים; קביעת תכנית טיפול ומתן הוראות טיפוליות; ניהול הטיפול התרופתי - התחלה, איזון והפסקת טיפול בהתאם לסמכותו/ה; איזון סימפטומים; ביצוע פרוצדורות רפואיות בהתאם למרחב הסמכות; הפניית המטופל להמשך טיפול או בירור רפואי נוסף; הדרכה ומתן ייעוץ לחולה ולמשפחתו ולצוות הרפואי.

האח/ות המומחה/ית פועלת במגוון מתארים, כגון: אשפוז כללי, אשפוז ממושך, מרפאות בקהילה, בית החולה ומבצע/ת ייעוץ טלפוני או טיפולים מקוונים. לאח/ות המומחה/ית ממשקי עבודה רבים והם פועלים בשיתוף כלל הגורמים המטפלים, כגון: רופאים יועצים, פרא-רפואי, מעבדות, צוות סיעודי, שירותי רווחה וכדומה.

תרומתם המרכזית של האח/ות המומחה/ית באה לידי ביטוי בשלושה היבטים: 1. שיפור איכות הטיפול במדדים כגון: איזון מדדי חולי, שיפור היענות ודבקות בטיפול תרופתי, איזון סימפטומים, זיהוי ומניעת החמרה והפחתת שיעור הסיבוכים, מניעת זיהומים, מתן מענה כוללני למגוון צורכי המטופל (רפואי, סיעודי, פסיכו-סוציאלי) ומניעת אשפוזים חוזרים ופניות למיון.

2. שיפור בזמינות הטיפול במדדים כגון: מתן מענה מידי לצורכי המטופל ללא צורך בהמתנה לצוות רפואי, שמירה על רצף טיפול (נוכחות רציפה במחלקה והיכרות מעמיקה עם המטופלים), העברת מידע רלוונטי בין צוותים, יחידות ואשפוז-קהילה והקלה על עומסי העבודה.

3. חיזוק הרפואה הציבורית במדדים, כגון: שיפור בהכשרת צוותים וכשירותם וחיזוק משאבי כוח האדם המקצועי, הרחבת השירותים וקיצור תורים לשירותים באשפוז ובקהילה ועבודה לפי גישת "המטופל במרכז".

אחות מומחית בקהילה

הקהילה, שהיא המקום הטבעי והנכון להעניק את מרב השירותים הרפואיים לאזרחי מדינת ישראל, נדרשת לחיזוק המשאבים הקיימים בה ומתן אפשרות לאנשי מקצוע מתאימים להעניק טיפול רפואי נוסף להורדת העומסים הקיימים.

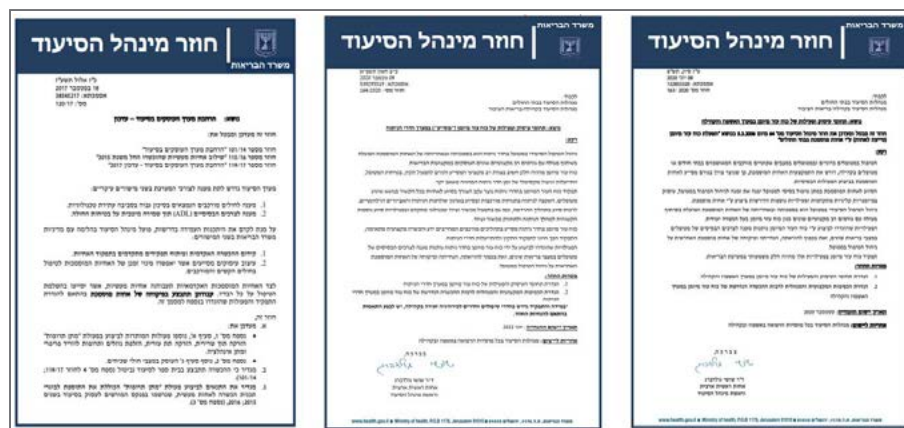
מטבע הדברים ואופי העבודה, ישנם חולים הדורשים תשומת לב קבועה ומתמשכת בכדי לאזנם ולמנוע החמרה והתדרדרות במצבם, ישנם חולים הזקוקים לטיפול פשוט ומהיר וישנם מטופלים הזקוקים לקידום בריאות ולהדרכה.

- ♦ רתימת השותפים להסדרת הנושא: משרד האוצר, הסתדרות האחים והאחיות ונציבות שירות המדינה
- ♦ הסדרת התפקיד של המדריך הקליני בסולם התפקוד של האחים והאחיות, לרבות יצירת מסלול פיתוח מקצועי (מתח דרגות)
- ♦ שדרוג של 890 תקני אחים/ות בלשכות הבריאות ובתי חולים ממשלתיים (כלליים, פסיכיאטריים וגריאטריים) לתקני מדריכים קליניים
- ♦ עדכון והסדרת תעריפים לרכישת שירותי הדרכה קלינית והתחשבות תקציבית
- ♦ יצירת מנגנון מעקב לתוספת תקני הדרכה קלינית בהתאמה לתוספת כסאות
- ♦ הגדרת סטנדרטים כמותיים מחייבים להדרכה קלינית בכל שנה קלנדרית, ע"י כל מדריך קליני

- ♦ עדכון תפקיד המדריך הקליני, כשירות מקצועית ודרישות הסף למינוי
- ♦ הסדרת תהליכי העבודה בין מוסדות ההכשרה בסיעוד וארגוני הבריאות
- ♦ הסדרת תוספת חודשית לתשלום למדריך הקליני בהיקף של 1200 שח
- ♦ פרסום חוזר מינהל הסיעוד בנושא "הדרכה קלינית לסטודנטים ומשתלמים בסיעוד" המסדיר ומעגן את ההדרכה הקלינית ברמה הלאומית
- ♦ בקרה מרכזית של מינהל הסיעוד בנושא מימוש תקני ההדרכה והיקפי ההדרכה בהתאם לסטנדרטים שנקבעו
- ♦ יצירת מנגנון מעקב לתוספת תקני הדרכה קלינית בהתאמה לתוספת כסאות

כוחות עזר

תרשים 16: הסדרת הפעילות של כוחות העזר באשפוז ובקהילה ע"י מינהל הסיעוד



תמהיל לשיבוץ כוחות עזר במוסדות אשפוז מסך תקני הסיעוד

תרשים 17: חוזר מינהל הסיעוד מיום 18.9.2017 - "הרחבת מערך העוסקים בסיעוד - עדכון" מגדיר את התמהיל לשיבוץ כוחות עזר מסך תקני הסיעוד במוסדות השונים.

מוסד	תמהיל מחייב
בתי חולים כלליים	לא יותר מ-15% כוח אדם מסייע (מחייב לפחות 85% אחיות מוסמכות)
בתי חולים פסיכיאטריים	לא יותר מ-20% כוח אדם מסייע (מחייב לפחות 80% אחיות מוסמכות)
מרכזים גריאטריים (מר"ג ומחלקות פעילות)	לא יותר מ-30% כוח אדם מסייע (מחייב לפחות 70% אחיות מוסמכות)
סיעודיים ותשושי נפש	לא יותר מ-40% כוח אדם מסייע (מחייב לפחות 60% אחיות מוסמכות)

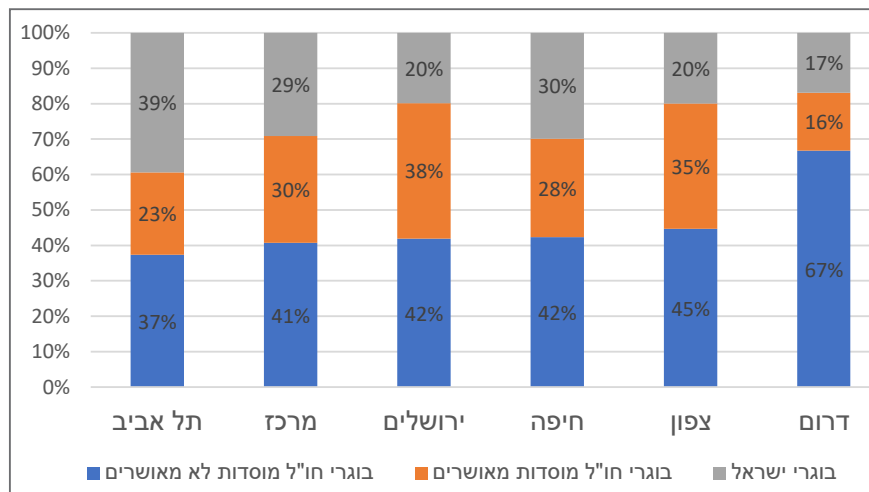
ישנם שני קשיים מרכזיים בשיבוץ כוחות עזר במוסדות הרפואיים. ראשית, סולם התפקוד שטוח בעיקרו ואינו מאפשר קידום מקצועי במתח הדרגות ותחומי האחריות. שנית, קיימת אי-בהירות באשר לדרישות הסף למינוי "כוח עזר מיומן".

נספחים

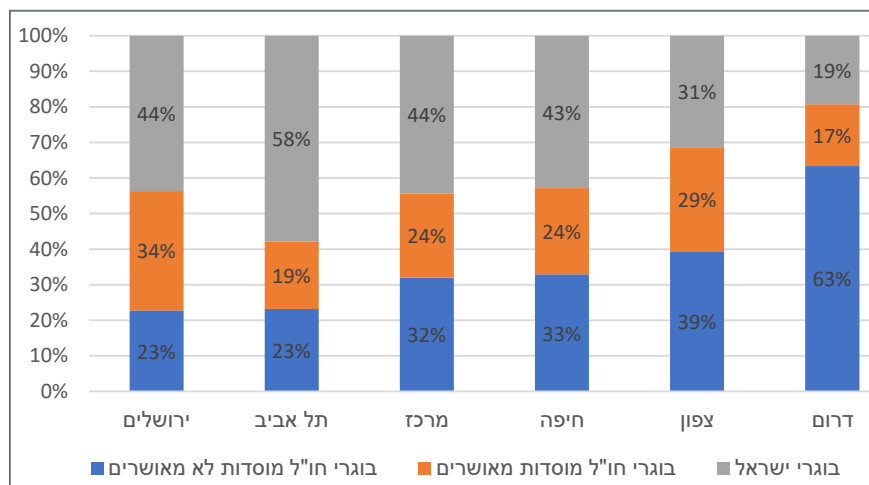
נספח א' - שקפי הרחבה לפרקי הדו"ח

תכנון ארוך טווח של רופאים בישראל

הרכב רופאי משפחה לפי מחוזות וארץ לימוד (%), 2021



הרכב רופאי הילדים בקהילה לפי ארץ לימוד (אחוזים), 2021



תרשים 18: סולם התפקוד של כוחות עזר (השוואה בין המצב הקיים לבין השינוי המוצע ע"י נציבות שירות המדינה)

מצב קיים בתפקוד המנמ"ש (בתי חולים ממשלתיים)				הצעה לשינוי של נציבות שירות המדינה		
תואר המשרה	מתח דרגות	קריטריון לקביעת מתח דרגות	סה"כ משרות קיימות	תואר המשרה	מתח דרגות	קריטריון לקביעת מתח דרגות
				אחראית כח עזר מחלקתית	14-16	אחראית 1 על כל 4 עובדי כח עזר + אחראית 1 על נושא. אם יש פחות מ-4 עובדי כוחות עזר, אז תהיה רק אחראית 1 על נושא בלבד
כוח עזר מיומן	13-15	750		כח עזר/כח עזר מיומן	13-15	כח עזר ייקלט בדרגה 13. עם סיום ההכשרה יתקדם לדרגה 14 ככוח עזר מיומן. בחלוף 3 שנים יתקדם לדרגה 15.
כח עזר	12-14	1700				

לאור הממצאים ממליצה הוועדה על הצעדים הבאים:

1. הגדלת שיעור האחיות בישראל ל-7 אחיות ל-1,000 נפש עד שנת 2027.
2. הגדלת מספר לומדי הסיעוד בישראל מ-3905 ל-6600 באופן הדרגתי, עד שנת 2024.
3. הגדרת תקציב ייעודי לבינוי והרחבת מוסדות הכשרת הסיעוד בישראל ב-1200 כסאות, עד 2024.
4. הגדלת השדות הקליניים באמצעות עיגון תפקיד המדריך הקליני בסולם התפקוד המקצועי, התגמול המוענק לו בגין הדרכה ומיצוי היקפי ההכשרה המוגדרים לתפקיד.
5. פרסום מבחן תמיכה המפרט את הגמול הישיר להנהלת המוסד המכשיר ולמחלקות המלמדות בגין הרחבת היקפי ההכשרה מעבר למכסת המדריכים הקליניים שנקבעה בתקן.
6. קביעת יעד של 60% אחיות בוגרות הסמכה על בסיסית, עד 2027.
7. איתור מקור להרחבת היקפי ההכשרה העל בסיסית.
8. ייעוד תקנים למקצוע אחים/ות מומחים/ות עם יעד עתידי הדרגתי של 6% מכלל האחים/ות במערכת הבריאות, באמצעות התאמת תקינה והקצאת תקינה יחסית בכלל הסכמי התקינה התוספתיים העתידיים.

פיזור התמחוויות

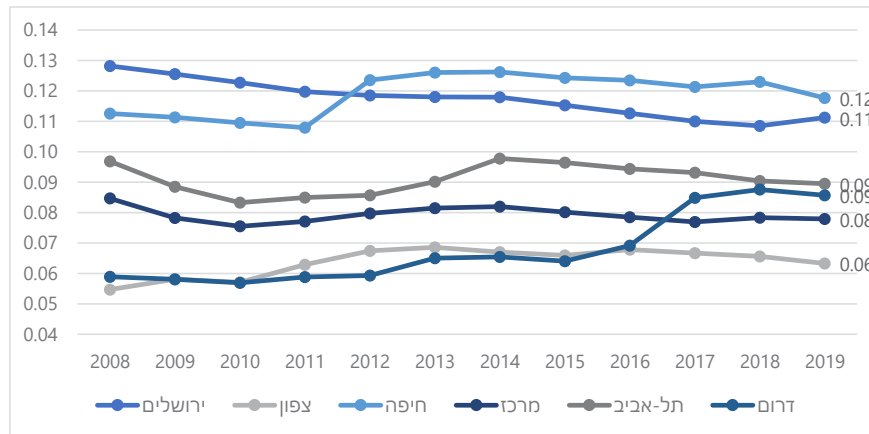
פיזור בעלי תעודת מומחה לפי מקצוע ומחוז (2020)

[illegible]

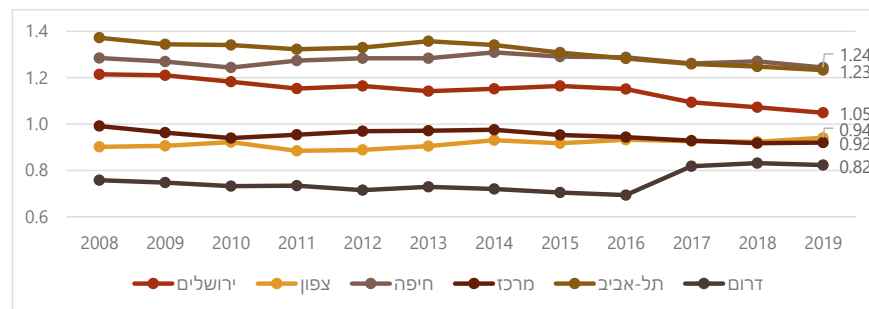
צפי פתיחת פנקסים להתמחויות 2035

מקצוע	פתיחת פנקסים ב-2019	גידול צפוי	פתיחת פנקסים 2035
רפואה פנימית	243	16.9%	337
רפואת משפחה	175	12.1%	243
רפואת ילדים	172	11.9%	239
ילוד וגinekולוגיה	99	6.9%	137
הרדמה	84	5.8%	117
כירורגיה כללית	75	5.2%	104
פסיכיאטריה	67	4.6%	93
רפואה דחופה	65	4.5%	90
כירורגיה אורתופדית	63	4.4%	87
רדיולוגיה אבחנתית	56	3.9%	78
גריאטריה	51	3.5%	71
מחלות עיניים	49	3.4%	68
נוירולוגיה	39	2.7%	54
פסיכיאטריה של הילד ומתבגר	26	1.8%	36
מחלות א.א.ג וכירורגיה של ראש וצוואר	25	1.7%	35
אונקולוגיה	23	1.6%	32
אנטומיה פתולוגית	20	1.4%	28
כירורגיה אורולוגית	16	1.1%	22
כירורגיה פלסטית	16	1.1%	22
מחלות עור ומין	16	1.1%	22
נוירוכירורגיה	11	0.8%	15
כירורגיה של בית החזה	10	0.7%	14
רפואה תעסוקתית	10	0.7%	14
כירורגית ילדים	9	0.6%	12
רפואה גרעינית	8	0.6%	11
כירורגית כלי-דם	7	0.5%	10
בריאות הציבור	6	0.4%	8
רפואה משפטית	1	0.1%	1
רפואה פיסיקלית ושיקום	0	0.0%	0

שיעור המיטות באגף לטיפול נמרץ לפי מחוזות ל-1,000 נפש

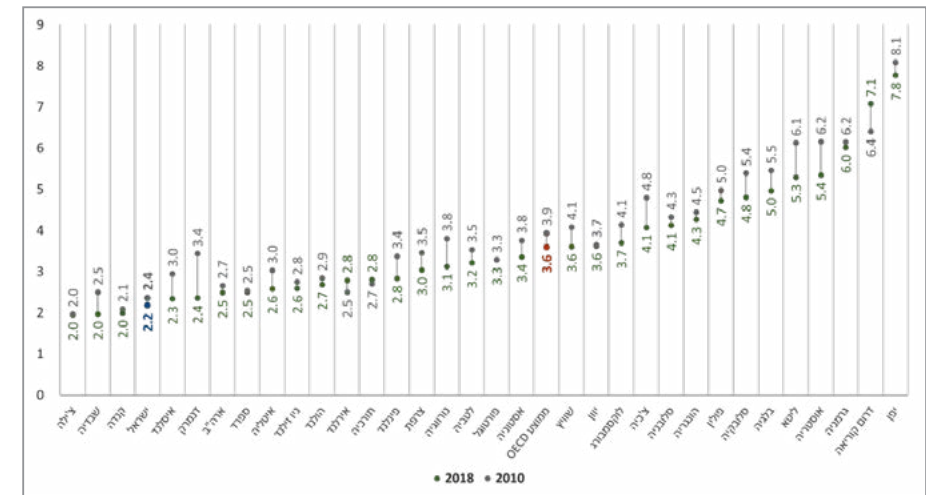


שיעור המיטות באגף הילדים לפי מחוזות ל-1,000 ילדים בגיל 0-14

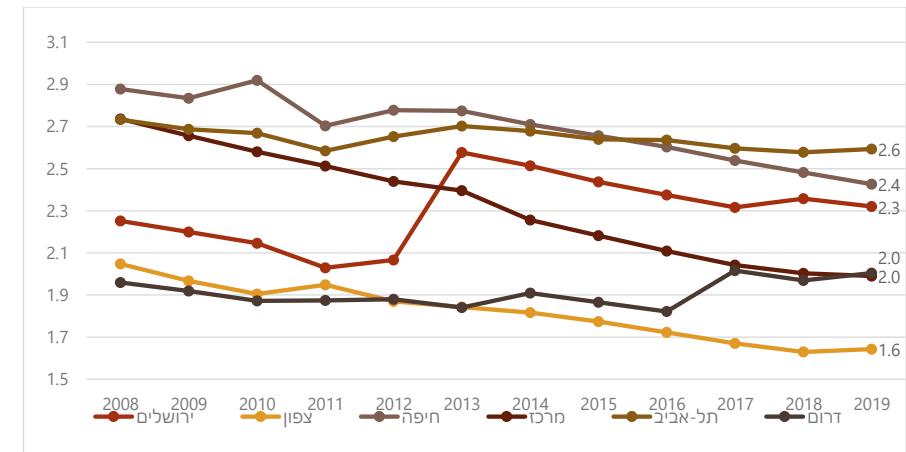


פיזור גיאוגרפי של כוח אדם רפואי

שיעור מיטות אשפוז כלליות בישראל ובמדינות ה-OECD



שיעור המיטות לאשפוז פנימי לפי מחוזות ל-1,000 בני 45 ומעלה



נספח ב' - צוות תכנון ארוך טווח של הכשרת רופאים

תכנון ארוך טווח של רופאים בישראל

תחיות ומגמות

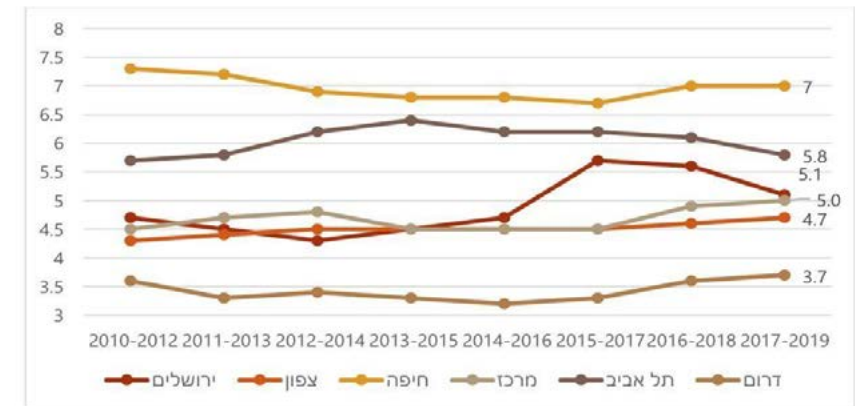
אלכסיי בלינסקי, מנהל תחום תכנון
כוח אדם, משרד הבריאות
alexey.belinsky@moh.gov.il



ראשי פרקים

- מגמות מרכזיות וחיזוי רופאים עד 2035
- מה החסמים בפני הגדלת מספר הרופאים?
- הצעות ראשוניות לפתרון
- זרקור על פריפריה

שיעור האחיות המועסקות המוערך לפי מחוזות

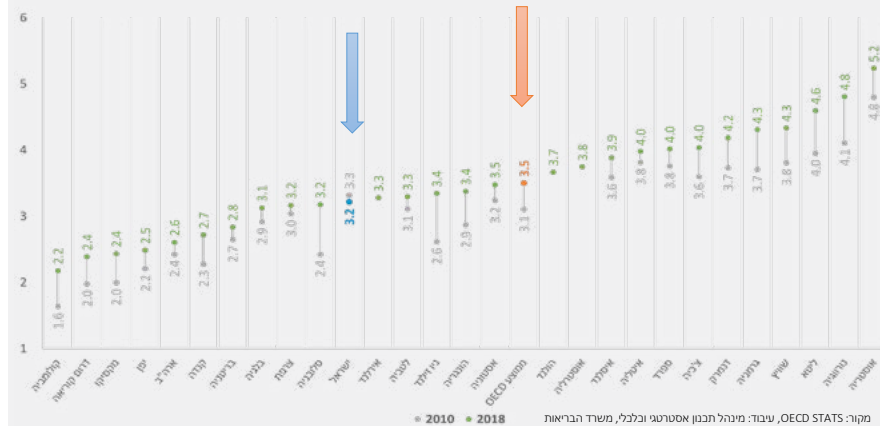


28 תרשים 3.1.9 התפלגות אחיות ל-1,000 נפש לפי מחוז התעסוקה, ממוצע תלת-שנתי

מקור: כוח אדם במקצועות בריאות. שנים שונות. אגף המידע, משרד הבריאות.

מצבנו היום

שיעור הרופאים ל-1000 נפשות בישראל נמוך מהמוצע OECD

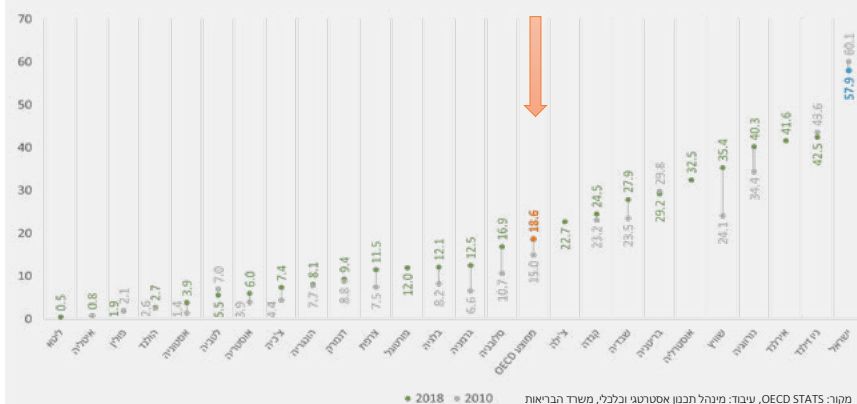


מקור: OECD STATS, עיבוד: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מצבנו היום

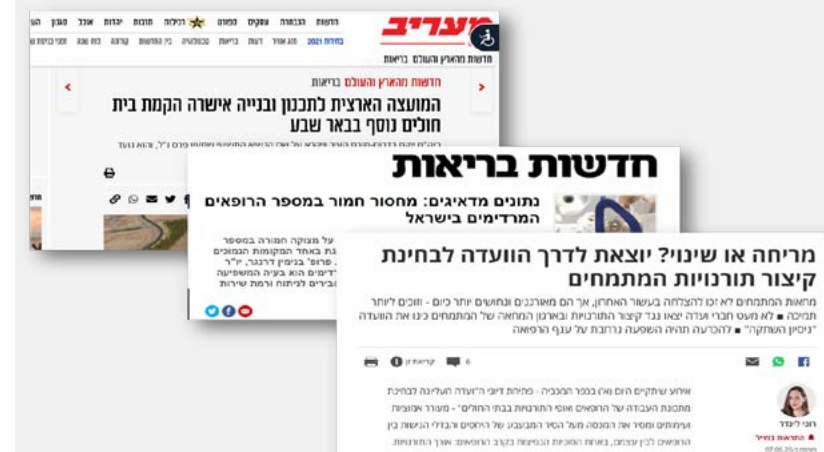
ישראל הינה חריגה מאוד בקרב מדינות OECD בכל הנוגע להסתמכות על רופאים שהוכשרו מחוץ למדינה.
ב 2020 שיעור הרופאים שלמדו מחוץ למדינה הגיע ל 64 אחוזים



מקור: OECD STATS, עיבוד: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

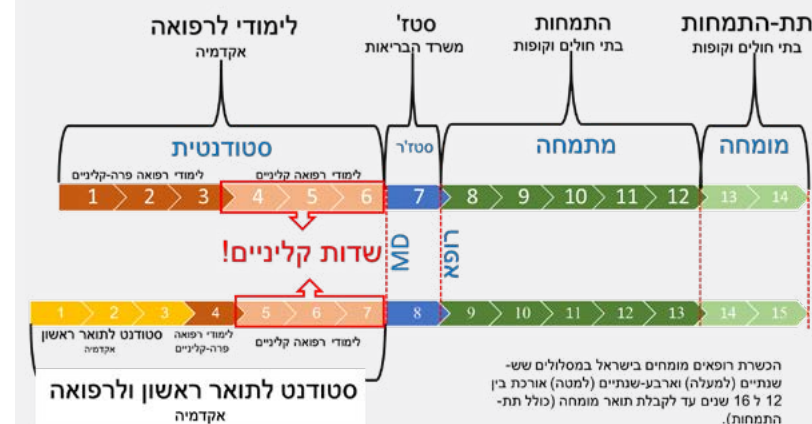
למה נדרש תכנון כ"א במערכת הבריאות?



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מגמות מספר הרופאים

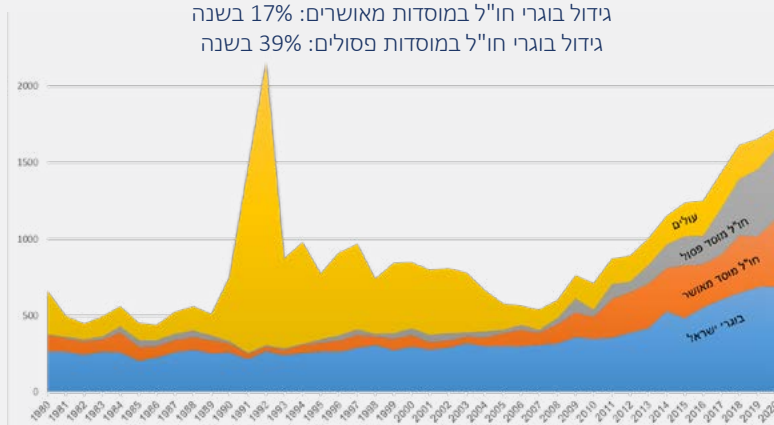
נדרש תכנון ארוך טווח של רופאים עקב משך הכשרתם



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

זרם מקבלי רישיון ברפואה, לפי מקום לימוד 1980-2020

גידול בוגרי הארץ: 7% בשנה
גידול בוגרי חו"ל במוסדות מאושרים: 17% בשנה
גידול בוגרי חו"ל במוסדות פסולים: 39% בשנה

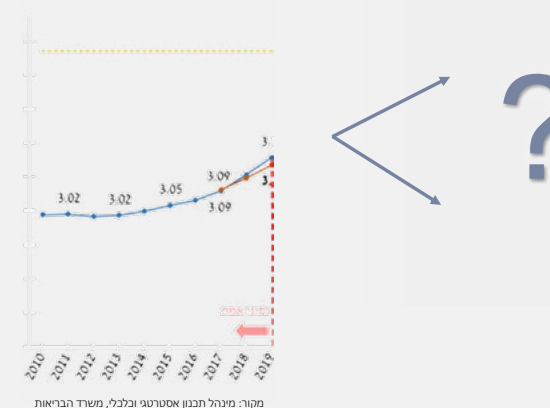


מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



מגמת שיעור הרופאים בשנים האחרונות

בשנים האחרונות חלה עלייה אטית בשיעור הרופאים לאלף נפשות, מה מסביר זאת ומה צופן העתיד?

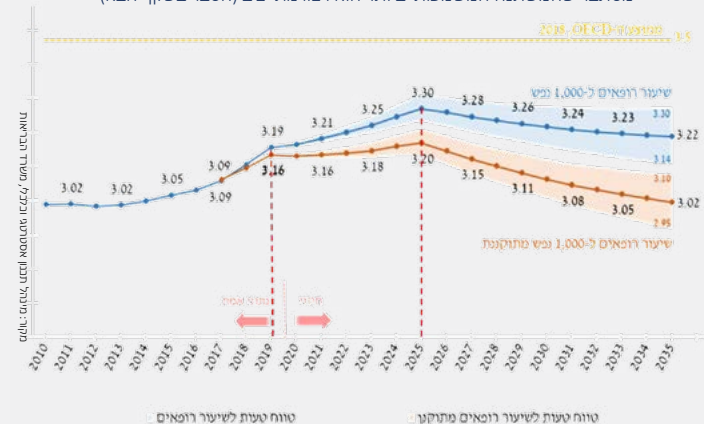


מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



תחזית מצבת הרופאים עד 2035

כאמור, מדד שיעור הרופאים מושפע ממגמות הפרישה, וגם ממגמות גידול האוכלוסייה והזדקנותה, אך בכל זאת, מסתבר שהמשתנה המשמעותי ביותר הוא רפורמת יציב (הסבר בשקף הבא)



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



הרקע לרפורמת יציב 2019

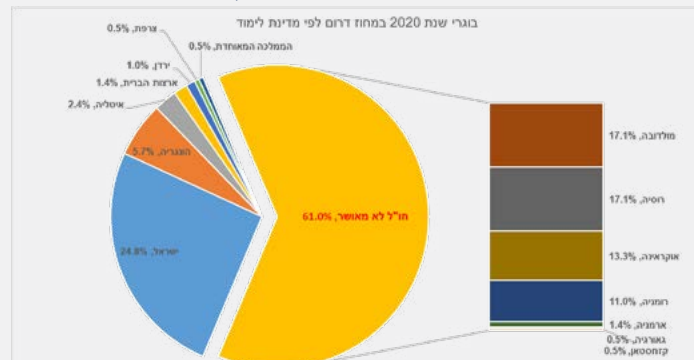


מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



השפעת רפורמת יציב תורגש בעיקר בפריפריה

למעלה מ-50 אחוזים מבוגרי 2020 ברפואה שמקורם במחוזות דרום והצפון, הינם בוגרי בתי ספר לרפואה שאינם מורשים לגשת לבחינות הרישוי בארץ החל משנת 2026

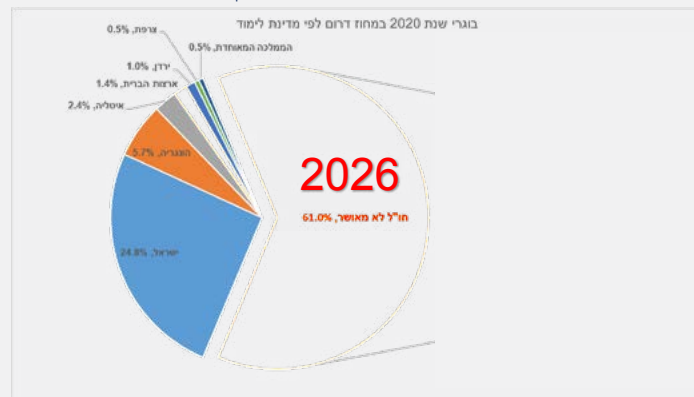


מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

השפעת רפורמת יציב תורגש בעיקר בפריפריה

למעלה מ-50 אחוזים מבוגרי 2020 ברפואה שמקורם במחוזות דרום והצפון, הינם בוגרי בתי ספר לרפואה שאינם מורשים לגשת לבחינות הרישוי בארץ החל משנת 2026

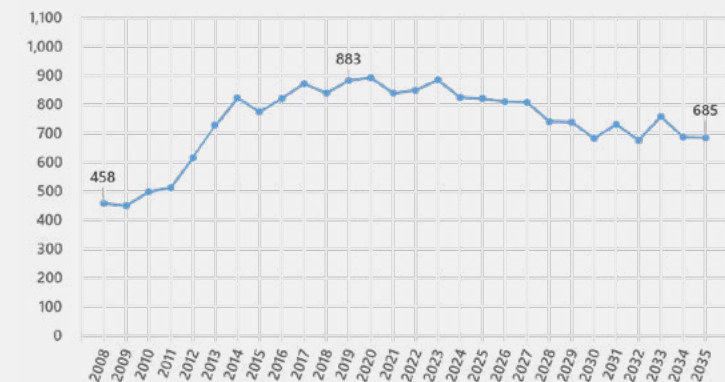


מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מגמה 1: מספר הרופאים המגיעים לגיל פרישה*, 2008-2035

המגמה המשפיעה הראשונה היא שיעור פרישת הרופאים: בעשור האחרון אנו רואים גידול משמעותי במספר הפורשים (בעיקר עולי ברית המועצות שהגיעו בשנות ה-90). שיעור זה יקטן בהדרגה עד 2035, אך נשאר גבוה.



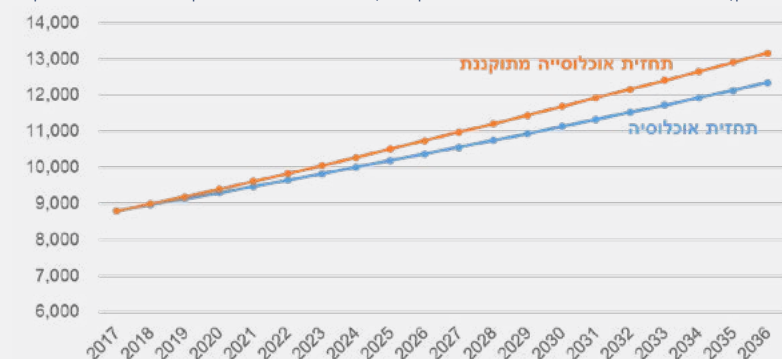
מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

* 62 נשים, 67 לגברים

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

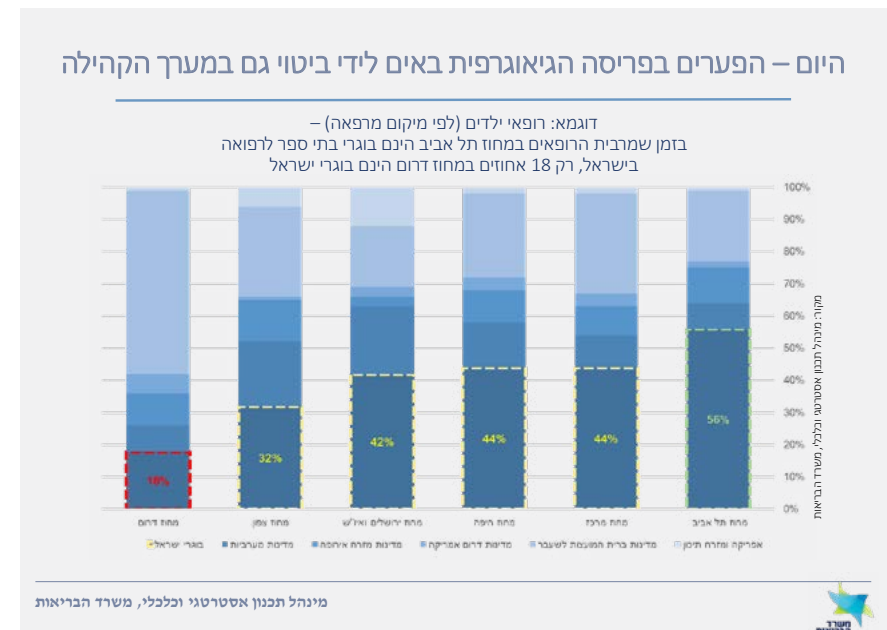
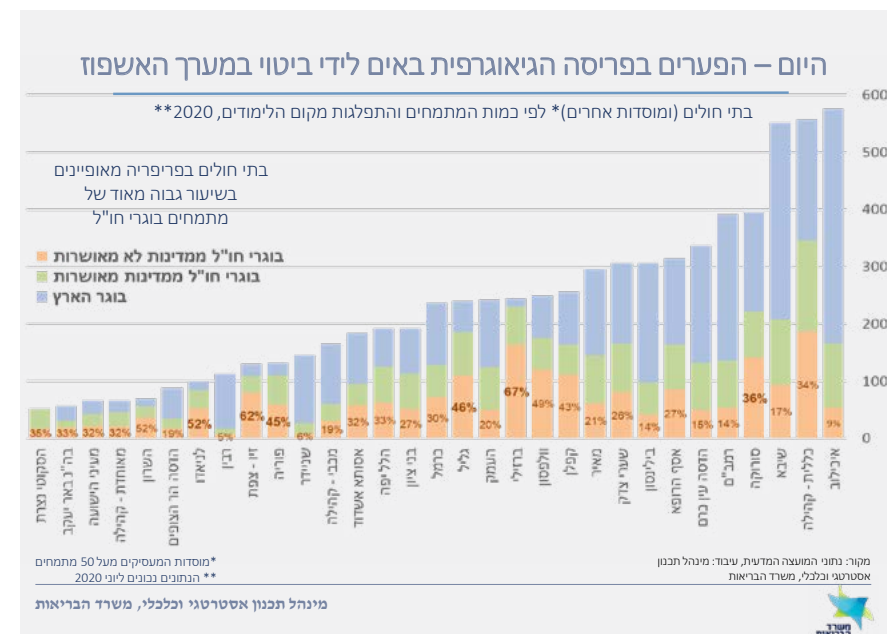
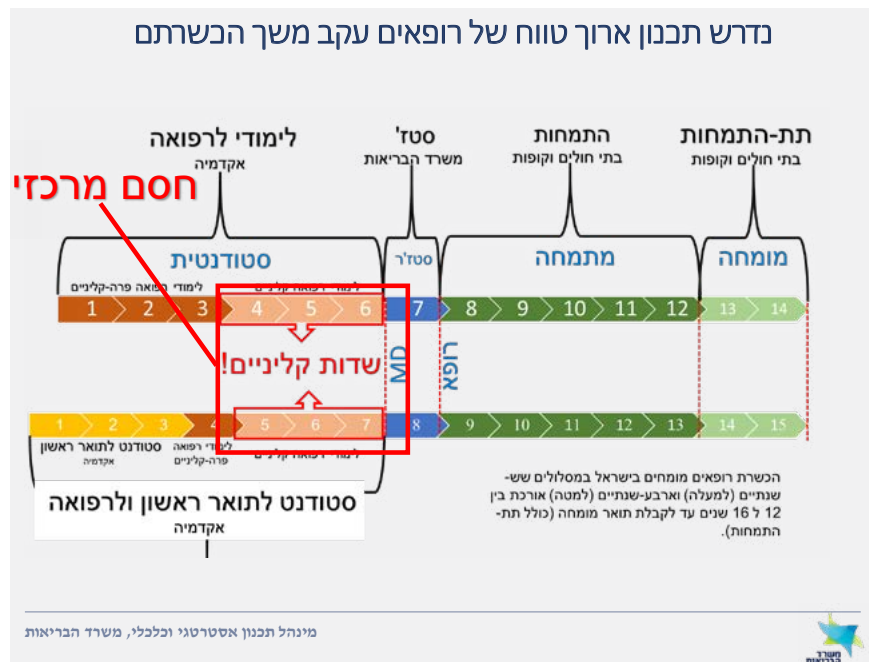
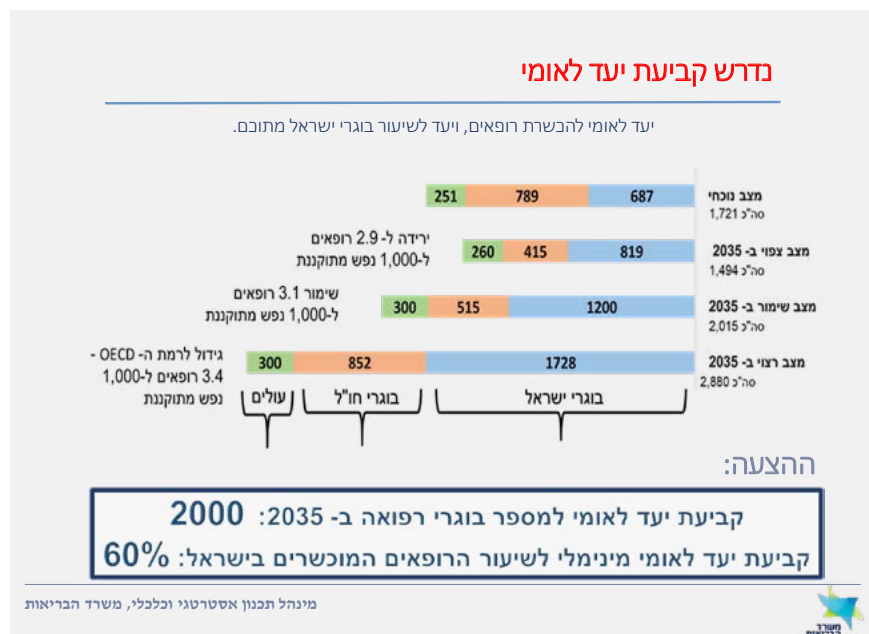
מגמה 2: גידול האוכלוסייה והזדקנותה

על פי נתוני הלמ"ס, צפוי גידול באוכלוסייה. אך הגידול אינו אחיד על פני קבוצות אוכלוסייה – השכבות של הגילאים המאוחרים (+65) צפויות לגדול יותר מהצעירות, ודווקא האוכלוסייה המבוגרת היא שעושה שימוש רב יותר בשירותי הרפואה. לכן, אם מסתכלים על תחזית האוכלוסייה המתקננת*, ניכר גידול משמעותי בביקושים ב-15 השנים הקרובות.



מקור: תחזית אוכלוסייה, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
* תקן האוכלוסייה נעשה על פי משקלות הקפיטציה, המשקפות את השימוש של כל קבוצת גיל בשירותי בריאות.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



מספר שבועות לימוד במחלקות בתי חולים



- הגדלת השדות הקליניים מהממוצע הקיים ל- 40 שבועות לימוד, יגדיל את מספר הסטודנטים ב- 233 בשנה.
- העברת 2 שבועות בילדים ונשים לקהילה תגדיל את מספר הסטודנטים בשנה ב- 125 סטודנטים נוספים.
- הגדלת מספר הסטודנטים למינימום של 10 סטודנטים בקבוצה יגדיל ב- 111 סטודנטים בשנה.
- ביטול תכניות חו"ל יגדילו ב- 84 סטודנטים בשנה.

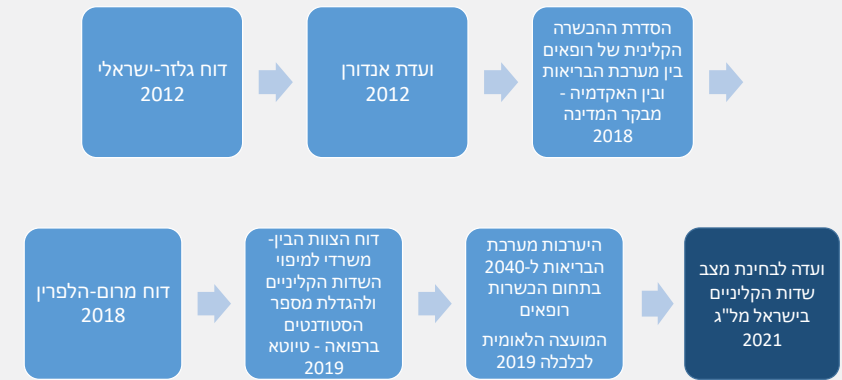
הערה: בשדות נכללים תלמידי חו"ל, תכנית ניקוסיה, סאב

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



שדות קליניים

החסם המרכזי להגדלת מספר סטודנטים לרפואה בישראל הוא שדות קליניים



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



מספר שבועות לימוד במחלקות בתי חולים



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

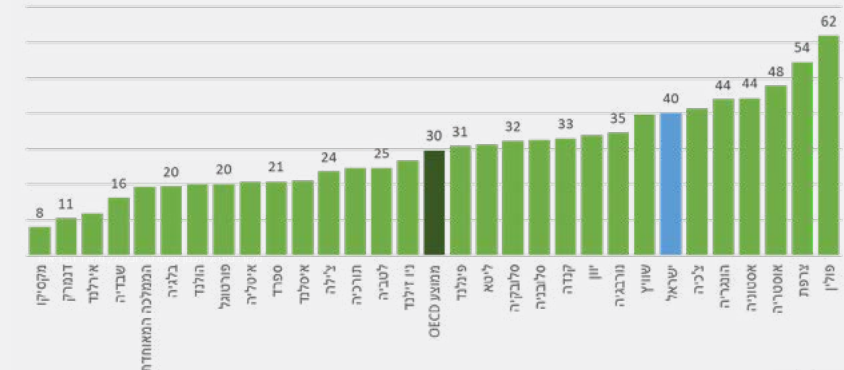


האם החסם הוא מספר מיטות?

השוואה בינלאומית של סטודנטים ביחס למספר המיטות

גם אם היינו מכפילים את מספר הסטודנטים המוכשרים בישראל, עדיין מספר המיטות לסטודנט לא היה נופל ביחס למדינות מערביות כמו הולנד, בלגיה, בריטניה ודנמרק.

מספר מיטות אשפוז ביחס לבוגר רפואה אחד - השוואה בינלאומית



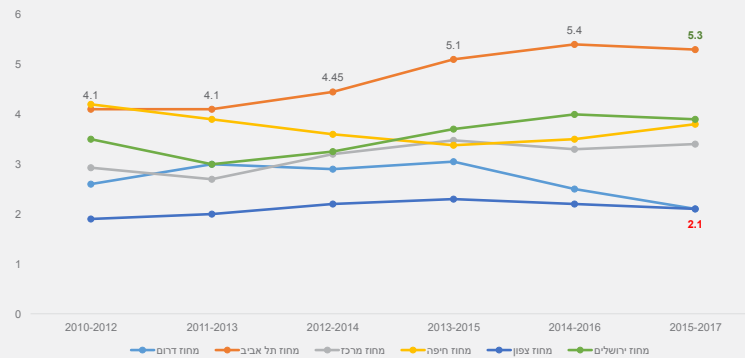
מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



נספח ג' - צוות פיזור גיאוגרפי מרכז / פריפריה של רופאים

בעיית הפיזור הגיאוגרפי של רופאים – פערי כמות

בעיית הפיזור הגיאוגרפי של רופאים היא לא בעיה ייחודית לישראל. מצבה של ישראל בנושא זה הוא קיצוני יותר ממה שנדמה בנתונים היבשים בהיתן גודלה של המדינה



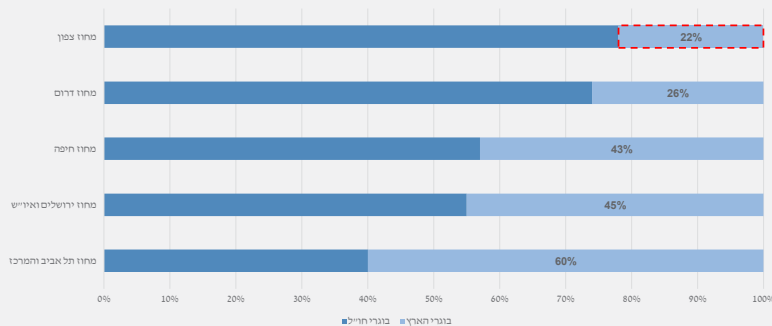
מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



בעיית הפיזור הגיאוגרפי של רופאים – פערי איכות

בעיית הפיזור מתחילה כבר בשלב הלימודים האקדמיים. מחוזות דרום וצפון מסתמכים במידה רבה על זרם בוגרים מחו"ל

משקל בוגרי חו"ל מתוך סך מקבלי רישיונות רפואה בשנת 2019 לפי מיקום גיאוגרפי



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



מה מסתתר מאחורי נתוני השדות הקליניים?

- הקצאה של כספי האוניברסיטאות ליעדים אחרים ולא לתקנים למחלקות מלמדות.
- אי תגמול לטיוטורים.
- עומס טיפולי קיים על מחלקות מלמדות.
- הפניית משאבים לשדות קליניים "פרטיים".
- תקנים אקדמיים בתנאים מוגבלים, ובפרט תנאים מחקריים.
- יחסי גומלין מורכבים והיסטוריים בין בתי חולים לאוניברסיטאות
- בלעדיות בסינופים
- סינופים הדדיים לעומת בתי חולים אוניברסיטאיים

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות





ישראל – השפעת מענקים

לפני 2011				
מקום עבודה				
	מרכז	פרפריה		
מגורים לפני	70%	11%	מרכז	81%
לימודים	12%	7%	פרפריה	19%
	82%	18%		

אחרי 2011				
מקום עבודה				
	מרכז	פרפריה		
מגורים לפני	64%	13%	מרכז	77%
לימודים	13%	10%	פרפריה	23%
	77%	23%		

- מצד אחד תוספת של 2 נקודות אחוז לרופאים שהיו במקור ממרכז ועבור הפרפריה, ועלייה ב 3 נקודות אחוז לתושבי פרפריה שנשארו לעבוד בפרפריה, אך מצד שני תשלום לכל מי שעובד בפרפריה (23 אחוזים).

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



בתמריצים פיננסיים

"ניתן להשתמש בתמריצים פיננסיים כדי לצמצם את הפער בין אזורים השונים, לפצות על שעות עבודה ארוכות יותר או "סביבה עסקית" פחות מועילה. עם זאת, הערכת ההשפעה של תמריצים כספיים הינה מסובכת. למרות שחלק מהתוכניות נמצאו כיעילות במידת מה, באופן כללי לא נמצאה עדות חד משמעית להשפעה ארוכת טווח של תמריצים פיננסיים. הבעיה המרכזית היא, שקשה (ומאף לא מומלץ) לתכנן תמריצים פיננסיים שמכוונים רק לאלו שמכונים לעבור לאזור הפרפריאלי בגלל תמריץ כספי. זה תמיד גורם "בזבוז" אדיר של מתן תמריצים למי שהיה בוחר לעבוד ללא קשר להתערבות הממשלה. תמריצים פיננסיים יקרים מאוד, והשפעתם בטווח ארוך מוטלת בספק."

59. Financial incentives can be used to level the playing field between more rural and more urban practices, in compensating for longer working hours or an otherwise less advantageous "business environment" for doctors who practice in rural or underserved areas. However, the evaluation of the effect of financial incentives is difficult, as they are part of a package with various incentive incentives, and physicians may receive multiple financial incentives from different sources at the same time. Some financial incentive programmes have been found effective in placing medical graduates but the overall results appear inconclusive. It should be noted that most programme evaluations are from the United States, where the share of private financing of medical education is significantly higher than in most other OECD countries. Furthermore, it is difficult (and undesirable) to design financial incentives which target only those who do not move to underserved areas because of financial incentive. It should be noted, however, that providing incentives to those who would have practised in underserved areas regardless of government intervention. Financial incentives are costly, although the extent of the financial commitment depends on the design of policies (Edmington and Bloom, 2009; Doh, Shonman and Braikhet, 2010).

Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses, OECD 2014

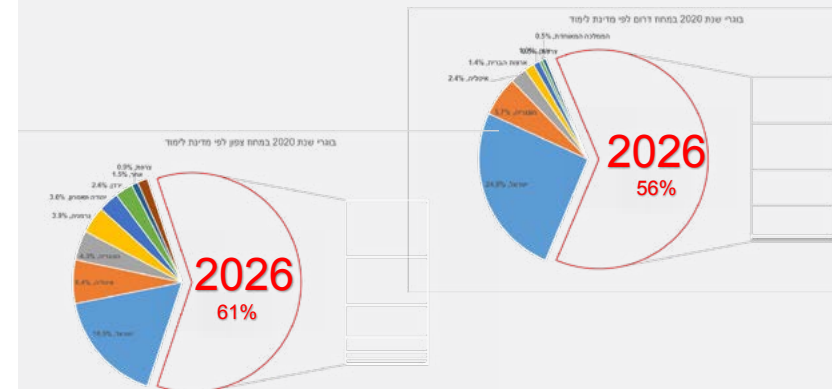
75. In summary, financial incentives may compensate for some of the disadvantages of service in less attractive regions, rendering it economically less burdensome. However, while financial incentives may be necessary to level the playing field between regions, they are no game-changer for location choice. Despite the fact that in some countries doctors working in underserved regions can receive higher payments, these rates are relatively low, and these regions generally have continued to remain medically lower across time. Furthermore, from the limited available evidence, it appears that financial incentives may be more effective in channelling money to physicians in underserved regions but less effective at attracting new recruits to these areas. Additional investment in financial incentive should be considered carefully on its merit.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



השפעת רפורמת יציב בפרפריה

המשמעות היא שהחל משנת 2026 צפויה ירידה משמעותית בזרם בוגרי רפואה המגיעים למחוזות צפון והדרום



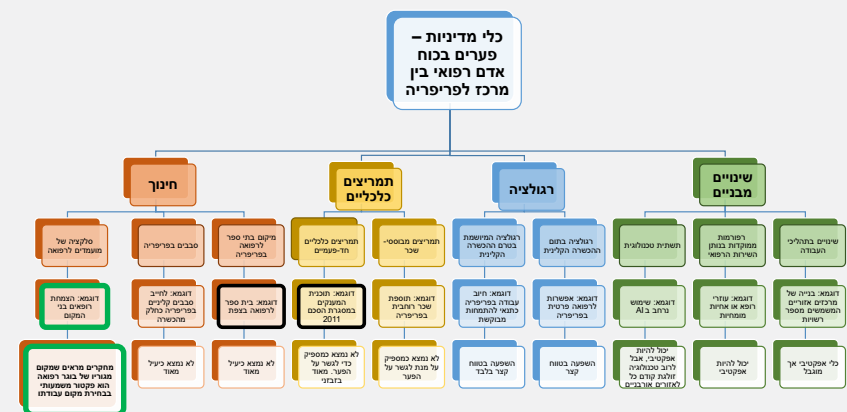
מקור: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



Wilson, N.W. et al. (2009)

מטא-אנליזה של סוגי מדיניות שונים לסגירת פער כוח אדם רפואי בין מרכז לפרפריה



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות





מחקרים שנערכו במדינות אחרות העלו כי רופאים בעלי רקע בפריפריה נוטים לעבוד באזורים הפריפריים. בדקנו את השאלה במקרה זה, ומתחננים על מקומות המגורים, הלימודים והסטאז' על התמחים עולה בכיור קשר בין קודם פריפריה (מגורים או לימודים באזור) לבין התמחות בפריפריה. שיתור גולה בהרבה של בעלי רקע בפריפריה, לעומת מתמחים אחרים, מתמחים באזורים אלו. הקשר לאזור המגורים בא לידי ביטוי גם בסטאז' – סטאז'רים נוטים להישאר קרוב לבית, ומתמחים נוטים לעשות את ההתמחות באזור שבו עשו את הסטאז'.

שיכת מתמחים לפריפריה ולמקצועות רפואיים במצוקה
הקבות ההסכם הקיבוצי משנת 2011

על אשכנזי • מיכל גורדן • אריאל ינקלביץ • בתוך רחן

מכיוון שמתמחים המגיעים מהפריפריה נוטים יותר מאחרים להתמחות בפריפריה, כדאי לשקול דרכים להכשיר בישראל יותר רופאים המגיעים מהפריפריה, למשל על ידי פתיחת מכינות ייעודיות שימוקמו באזורים אלה.

ממינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



ישראל – מחקר עדכני



חמצאים עיקריים:

ההרופאים בפריפריה ובמרכז חזים למגוון הצעות העבודה ותנאים מיוחדים בשיעורים דומים ומאופיינים בדפוסי עבודה ודומים לאחר ההתמחות. השיקולים לבחירת מקום עבודה, שדורגו כחשובים ביותר, הם: אמינות והתפתחות מקצועית ושילוב חיי משפחה וקריירה. שיעור המומחים שהתמחו בפריפריה ושנשארו לעבוד באותו האזור לאחר ההתמחות נמוכה משיעור המומחים שהתמחו במרכז. משתני רקע בפריפריה, בעיקר טסטא והתמחות בפריפריה, נמצאו כמבאים החזקים ביותר לעבודה בפריפריה.

מסקנות:

רופאים שגדלו בפריפריה והוכשרו בה, נוטים יותר מאחרים לקבוע את מקום עבודתם בפריפריה. הגדלת מאגר הרופאים בפריפריה ושימורם באזורים אלו מסתמנת כאסטרטגיה מועילה לעתיד.

המלצות/ השלכות לקובעי המדיניות:

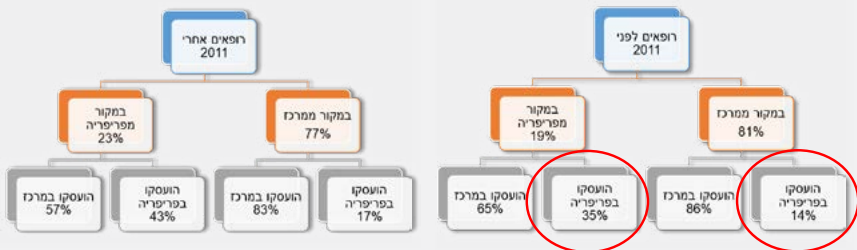
מומלץ לפתח עתודה רפואית מקרב האוכלוסייה המתגוררת בפריפריה.

מס' מחקר: ר/2017/225
תאריך סיום המחקר: 03/2021

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



הסיכוי לרופא לעבוד בפריפריה בהינתן שהוא מהפריפריה (ולמד במוסד כלשהו בארץ):



הסיכוי של חופא לעבוד בפריפריה בהינתן שהוא במקור מפריפריה הוא 35 אחוזים, לעומת 14 אחוזים בלבד של תושב מרכז. כלומר פי 2.5, כפי שנמצא בספרות.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



ישראל – מחקר עדכני



**בחינת האפקטיביות של הסכם הרופאים המתמחים
בפריפריה ובמקצועות במצוקה¹**

עת מרקוביץ, שרי אסוף ונדב הר טוב

בתקופה האחרונה של התקופה שהוקצה להכנסת הרפואים היתוליים המעוקים עוד נדרשו רפואים מתחמים לאזורי הפיזיותרפיה המקומית בבנוקס, כ-2 מיליארד שקלים בין השנים 2011-2019. תוכנית המעוקים השה בביתאכלת על הכנסה הרפואית הנמוכה, דמי לרבות הכנס המועדפת שנוכחית היתה שנוכחית לרבות תשלום לצד עלות.

וְעַל עַל דִּמְיוֹת שֶׁנֶּחֱמָה

[illegible]

ממונה על השכר, משרד האוצר, 2021

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



אילנות

מנהיגות רפואית לנגב ולגליל

עתודות לישראל
نخبة كوادر إسرائيل
ATUDOT Le'ISRAEL

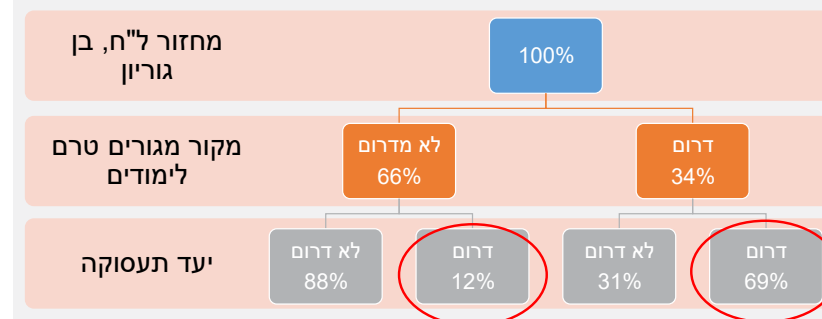


משרד הבריאות
מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי
Strategic and Economic Planning Administration

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



הסיכוי לרופא לעבוד בפריפריה בהינתן שהוא מהפריפריה (ולמד במוסד בפריפריה):



- עם זאת, כאשר מתבוננים ברופא שהוא במקור מפריפריה ובנוסף הוא למד בפריפריה ההסתברות קופצת ל 69 אחוזים, לעומת אותם 12 אחוזים של סטודנטים שבמקור לא בני המקום.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



תכנית אילנות

תכנית המבוססת על שני יסודות, כפי שממליצה הספרות הרחבה + OECD :

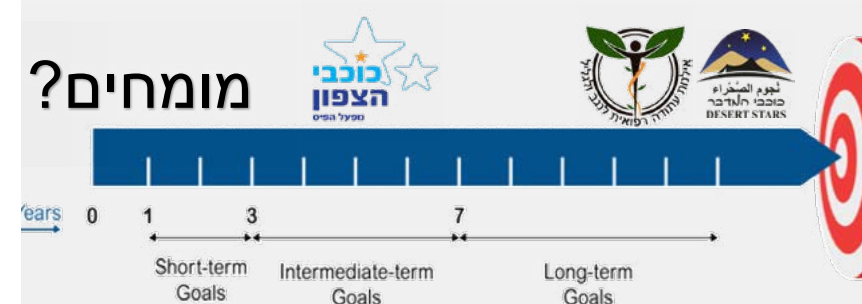
מנהיגות ושליחות-
קבוצת איכות

הצמחת רופאים מקרב
תושבי הפריפריה

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות



טווח קצר – בינוני - ארוך



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות





כוכבי הצפון
מפעל הפיס

ניסיונות מוצלחים



אוניברסיטת בר-אילן
Bar-Ilan University



משרד הבריאות

תוכנית כוכבי הצפון של מפעל הפיס 2021 יוצאת לדרך!
זו ההזדמנות שלכם להצטרף לתוכנית המצויינים להתמחות ברפואת המשפחה בגליל

סטודנטים יקרים,
חשבתם להשתלב בהובלת רפואת משפחה מקצוענית ואיכותית בצפון הארץ? אתם שפוחים להציג בפניכם תוכנית התמחות וקורסית בחסות מפעל הפיס והפקולטה לרפואה ע"ש עזריאל של בר אילן בגליל שתביא למהפך משמעותי ברפואת הקהילה בצפון

מועמדים לתוכנית:
בוגרים מאוניברסיטת המעיינים לשלב מחקר / לימודים בהתמחות

יתרונות התוכנית:

- ביצוע שנת מחקר התוכנית תכלול מרכזי אקדמי משמעותי והכלל ביצוע מדיקט מחקר במוסדות מרכזי מחקר ומחקריות.
- תואר שני במדעי הבריאות מהפקולטה או בגליל או בבריאית הריכוז.
- השתלמות בתחומים יחידים לרפואת המשפחה.
- מענק תמיכה כספית של מפעל הפיס שיסייעו בבניית ההתמחות ויעמקו במעבר בין השלבים.
- מקורות פתוחים בהוראה ותמיכה בקידום אקדמי לתלמידים.
- מנטור אישי רופא משפחה צמוד.
- לישי אקדמי באינטרנט מנטור בישראל קרליזים.
- אפשרות לקליטה תומכת.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

"אילנות הנגב" – "אילנות הגליל" הרעיון:

איתור בתיכון

מכינה קדם-רפואית

לימודים אקדמיים במימון מלא

הכשרה חוץ אקדמית בדגש על מנהיגות

לימודי ערב תואר מומחה

השמה באזור הזיקה

הכשרת סגל בכיר

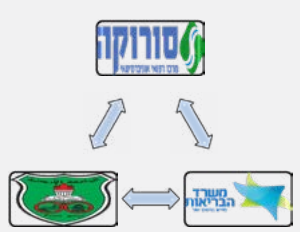
שותפות:

- אקדמיה
- מגזר שלישי
- ממשלה

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

הגדלת כוח אדם רפואי בחברה הבדווית

המודל המוצע מיושם בהצלחה במדינות כמו נורבגיה, שבדיה וסינגפור. לפי המודל ייחתמו הסכמים עם אוניברסיטאות בחו"ל והמדינה תשתתף בהוצאות שכ"ל ומחייה של סטודנטים נבחרים. אפשרות נוספת ואפילו עדיפה היא ביצוע לימודים פרה-קליניים בישראל ונסיעה ללימודים קליניים בחוץ לארץ. מכיוון שהמדינה נשאה בעלויות ההכשרה, יהיה ניתן ליישם את הרופאים בישראל לפי צרכי המערכת. היתרון של ההצעה הזאת הוא ניהול כמות ואיכות של זרם רופאים מחו"ל בהתאם לצורך של מערכת הבריאות.



מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

ניסיונות מוצלחים

אז החלטתם להתמין להסלול הצבאי לרפואה. ברוחינו דרך ארוכה בפעולה. נשימה עמוקה. יוצאים לדרך.

צמרת – המסלול הצבאי לרפואה¹

בחזון משותף להכשרת מדינת ישראל איכותית, אשר תספק לעמוד הכוח של מערך הרפואה הצבאי, יוזם משרד הביטחון בשיתוף עם הפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית והסדרת מסלול ייחודי המיועד לתלמידים מצטיינים לפני גיוס או בזמן שירות צבאי – מסלול צמרת לרפואה. הסטודנטים יוכלו ללמוד צמוד ויחסי אישי בגלל מסלול הצטיינות. הסטודנטים אשר יצטרפו למסלול יוכלו להיות שירות מטיב עד לסיום לימודיהם. ייוצגו ממנון הטבות מלגות שכן לימוד מלא, מנועים בפעולת הסטודנטים ייחוד עם הועדואים במחזור, נישא חופשית למגבסה, ובקו חופשי בטנים ד"ר, חסלומי מרב באונות הסטודנטים, שיעורי עזר ותגבורים בעת הצורך ולישי אקדמי נבאי. משרת התכנית היא להעניק את ההכשרה למעלה לה זכית כלל הסטודנטים המועמדים בבית הספר לרפואה הפובלי בארץ תוך המקצועות ייחודיים בתחומי רפואה הצבאית. המועמדים שיעמדו בתנאי ההכללה לרפואה נבדרישית הצבא ואשר יוכלו להצטרף למסלול ייעודי "צמרת" זא, יימדו כסטודנטים מן המגזר בבית הספר לרפואה למחזור דוקטור לרפואה.



העתודה האקדמית מסלול צמרת

כשגוף מדיני רוצה יותר רופאים 'צמרת' צה"ל

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

נספח ד' - ועדת המל"ג לבחינת מבנה הלימודים ברפואה

מטרות הצוות

- להמליץ על מדיניות להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל, תוך בחינה של הדרישה לרופאים והיעד הלאומי להוראת הרפואה בישראל, ותוך שמירה על רמה אקדמית גבוהה.
- לצורך כך, לבצע מיפוי של המצב הקיים בסוגיות שונות שמשפיעות על הכשרת הרופאים בארץ, כגון:

- מיפוי שדות קליניים קיימים בבתי חולים.
- מיפוי שדות קליניים אפשריים להכשרה בקהילה.
- מיפוי חסמים ופתרונות אחרים.

מיפוי שדות קליניים בקהילה – תוצאות

מיפוי מלא של שדות קליניים בקהילה:

- כללית: 39 מרכזי בריאות הילד, 18 מרכזי בריאות האישה.
- מכבי: 6 מרכזי בריאות הילד, 6 מרכזי בריאות האישה. עוד כ- 20 מרכזים לפני אישור התמחות
- בחינת פיזור גיאוגרפי של המרכזים המאושרים היום:

אונברסיטה	סבבים מקבילים	שדות פנויים	עוד נוספים
בן גוריון	5	3 בתוך היישוב + 2 במרחק עד 17 ק"מ	2 + נוספים עד 40 ק"מ
תל אביב	10	10 בתוך היישוב	7 + נוספים עד 20 ק"מ
טכניון	7	5 בתוך היישוב + 2 במרחק עד 13 ק"מ	
העברית	4	4 בסביבות בית שמש / מודיעין / נס ציונה	
בר אילן	3	2 ביישוב + 1 בבית שאן (37 ק"מ מצפת)	3 + נוספים בגליל עד 40 ק"מ

- המשמעות: כל אוניי יכולה לשלוח קבוצה כמעט בכל שבוע נתון (גם יותר מ-2 שבועות)

1. שדות בקהילה

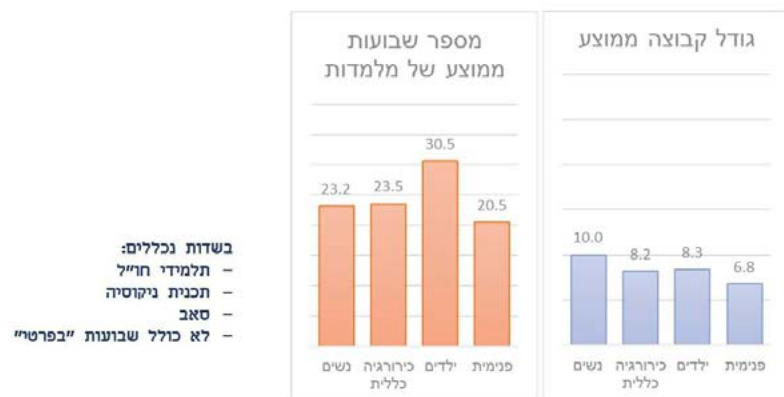
השיטה – מיפוי שדות קליניים קיימים קהילה

- פנייה למנהלי הקופות ומנהלים רפואיים למיפוי מרכזי בריאות שמאשרים להתמחות. כללית ומכבי שלחו.
- כל מרכז יכול לתת שדה לקבוצה אחת (לפחות) של 8-10 סטודנטים.
- חישוב כלכלי של עלות שדה קליני בקהילה – בהמשך.

מיפוי שדות קליניים בקהילה – מפורט

שדות קליניים ספסלים	שדות קליניים בקהילה	אונברסיטה	סבבים מקבילים
1. בריאות הילד כללית רחוק 19 ק"מ מב"ש	1. בתוך ב"ש	1. בריאות הילד כללית ב"ש שבע	1. בריאות הילד כללית ת"א סלטיקין
2. בריאות הילד כללית אשקלון 28 ק"מ מב"ש	2. ליד ברזל	2. בריאות הילד כללית אשקלון	2. בריאות הילד כללית ת"א נטקה
3. בריאות הילד כללית ש"ת 40 ק"מ מב"ש	3. ליד אשדוד	3. בריאות הילד כללית ש"ת	3. בריאות הילד כללית ת"א דוידסון
4. בריאות הילד כללית מלאכי 40 ק"מ מב"ש	4. ליד מ"ש	4. בריאות הילד כללית מ"ש	4. בריאות הילד כללית ת"א ארנון
	5. ליד מ"ש	5. בריאות הילד כללית מ"ש	5. ליד שביא
			6. בריאות הילד כללית ת"א שני
			7. בריאות הילד כללית חולון
			8. בריאות הילד כללית ב"ש 10 ק"מ מב"ש
			9. ליד ב"ש
			10. בריאות הילד כללית ש"ת חשונה
שדות קליניים ספסלים	שדות קליניים בקהילה	אונברסיטה	סבבים מקבילים
5. בריאות הילד כללית ת"א שני 5 ק"מ מב"ש	1. בתוך ת"א	1. בריאות הילד כללית ת"א סלטיקין	1. בריאות הילד כללית ת"א סלטיקין
1. בריאות הילד כללית ב"ש 5 ק"מ מב"ש	2. בתוך ת"א	2. בריאות הילד כללית ת"א נטקה	2. בריאות הילד כללית ת"א נטקה
2. בריאות הילד כללית ב"ש 5 ק"מ מב"ש	3. בתוך ת"א	3. בריאות הילד כללית ת"א דוידסון	3. בריאות הילד כללית ת"א דוידסון
3. בריאות הילד כללית אשדוד 9 ק"מ מב"ש	4. ליד שביא	4. בריאות הילד כללית ת"א ארנון	4. בריאות הילד כללית ת"א ארנון
4. בריאות הילד כללית אשדוד 9 ק"מ מב"ש	5. ליד שביא	5. בריאות הילד כללית ת"א שני	5. ליד שביא
5. בריאות הילד כללית אשדוד 9 ק"מ מב"ש	6. בריאות הילד כללית חולון	6. בריאות הילד כללית ת"א שני	6. בריאות הילד כללית ת"א שני
6. בריאות הילד כללית אשדוד 9 ק"מ מב"ש	7. בריאות הילד כללית חולון	7. בריאות הילד כללית ת"א שני	7. בריאות הילד כללית ת"א שני
7. בריאות הילד כללית אשדוד 9 ק"מ מב"ש	8. בריאות הילד כללית ב"ש 10 ק"מ מב"ש	8. בריאות הילד כללית ת"א שני	8. בריאות הילד כללית ת"א שני
	9. ליד ב"ש	9. בריאות הילד כללית ת"א שני	9. בריאות הילד כללית ת"א שני
	10. בריאות הילד כללית ת"א שני	10. בריאות הילד כללית ת"א שני	10. בריאות הילד כללית ת"א שני
שדות קליניים ספסלים	שדות קליניים בקהילה	אונברסיטה	סבבים מקבילים
1. בריאות הילד כללית ת"א שני 5 ק"מ מב"ש	1. בתוך ת"א	1. בריאות הילד כללית ת"א סלטיקין	1. בריאות הילד כללית ת"א סלטיקין
2. בריאות הילד כללית ת"א שני 5 ק"מ מב"ש	2. בתוך ת"א	2. בריאות הילד כללית ת"א נטקה	2. בריאות הילד כללית ת"א נטקה
	3. בתוך ת"א	3. בריאות הילד כללית ת"א דוידסון	3. בריאות הילד כללית ת"א דוידסון
	4. ליד שביא	4. בריאות הילד כללית ת"א ארנון	4. בריאות הילד כללית ת"א ארנון
	5. ליד שביא	5. בריאות הילד כללית ת"א שני	5. ליד שביא
	6. בריאות הילד כללית חולון	6. בריאות הילד כללית ת"א שני	6. בריאות הילד כללית ת"א שני
	7. בריאות הילד כללית ב"ש 10 ק"מ מב"ש	7. בריאות הילד כללית ת"א שני	7. בריאות הילד כללית ת"א שני
	8. בריאות הילד כללית ת"א שני	8. בריאות הילד כללית ת"א שני	8. בריאות הילד כללית ת"א שני
	9. ליד ב"ש	9. בריאות הילד כללית ת"א שני	9. בריאות הילד כללית ת"א שני
	10. בריאות הילד כללית ת"א שני	10. בריאות הילד כללית ת"א שני	10. בריאות הילד כללית ת"א שני
שדות קליניים ספסלים	שדות קליניים בקהילה	אונברסיטה	סבבים מקבילים
1. בריאות הילד כללית ת"א שני 5 ק"מ מב"ש	1. בתוך ת"א	1. בריאות הילד כללית ת"א סלטיקין	1. בריאות הילד כללית ת"א סלטיקין
2. בריאות הילד כללית ת"א שני 5 ק"מ מב"ש	2. בתוך ת"א	2. בריאות הילד כללית ת"א נטקה	2. בריאות הילד כללית ת"א נטקה
	3. בתוך ת"א	3. בריאות הילד כללית ת"א דוידסון	3. בריאות הילד כללית ת"א דוידסון
	4. ליד שביא	4. בריאות הילד כללית ת"א ארנון	4. בריאות הילד כללית ת"א ארנון
	5. ליד שביא	5. בריאות הילד כללית ת"א שני	5. ליד שביא
	6. בריאות הילד כללית חולון	6. בריאות הילד כללית ת"א שני	6. בריאות הילד כללית ת"א שני
	7. בריאות הילד כללית ב"ש 10 ק"מ מב"ש	7. בריאות הילד כללית ת"א שני	7. בריאות הילד כללית ת"א שני
	8. בריאות הילד כללית ת"א שני	8. בריאות הילד כללית ת"א שני	8. בריאות הילד כללית ת"א שני
	9. ליד ב"ש	9. בריאות הילד כללית ת"א שני	9. בריאות הילד כללית ת"א שני
	10. בריאות הילד כללית ת"א שני	10. בריאות הילד כללית ת"א שני	10. בריאות הילד כללית ת"א שני
שדות קליניים ספסלים	שדות קליניים בקהילה	אונברסיטה	סבבים מקבילים
1. בריאות הילד כללית ת"א שני 5 ק"מ מב"ש	1. בתוך ת"א	1. בריאות הילד כללית ת"א סלטיקין	1. בריאות הילד כללית ת"א סלטיקין
2. בריאות הילד כללית ת"א שני 5 ק"מ מב"ש	2. בתוך ת"א	2. בריאות הילד כללית ת"א נטקה	2. בריאות הילד כללית ת"א נטקה
	3. בתוך ת"א	3. בריאות הילד כללית ת"א דוידסון	3. בריאות הילד כללית ת"א דוידסון
	4. ליד שביא	4. בריאות הילד כללית ת"א ארנון	4. בריאות הילד כללית ת"א ארנון
	5. ליד שביא	5. בריאות הילד כללית ת"א שני	5. ליד שביא
	6. בריאות הילד כללית חולון	6. בריאות הילד כללית ת"א שני	6. בריאות הילד כללית ת"א שני
	7. בריאות הילד כללית ב"ש 10 ק"מ מב"ש	7. בריאות הילד כללית ת"א שני	7. בריאות הילד כללית ת"א שני
	8. בריאות הילד כללית ת"א שני	8. בריאות הילד כללית ת"א שני	8. בריאות הילד כללית ת"א שני
	9. ליד ב"ש	9. בריאות הילד כללית ת"א שני	9. בריאות הילד כללית ת"א שני
	10. בריאות הילד כללית ת"א שני	10. בריאות הילד כללית ת"א שני	10. בריאות הילד כללית ת"א שני

מיפוי שדות קליניים – תוצאות ברמה לאומית



מיפוי שדות קליניים – תוצאות ברמת אוניברסיטה



2. שדות בבתי חולים

השיטה – מיפוי שדות קליניים קיימים בבתי חולים.

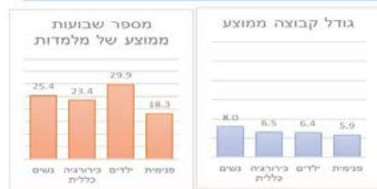
1. פנייה לדיקני 6 הפקולטות בישראל וקבלה של תכנית ההכשרה הקלינית המפורטת בכל התכניות כולל ישראל, ניקוסיה ותכניות חול בישראל.
2. התמקדות ב 4 המקצועות העיקריים: פנימית, כירורגיה, ילדים ונשים.
3. בדיקה מהם המחלקות שלא מלמדות והסיבה לכך (מול הדיקנים ומנהלי בתי החולים).
4. בדיקה פרטנית לפי תחומים קריטיים (ילדים) ולפי אוניברסיטאות.

מיפוי שדות קליניים – תוצאות איסוף נתונים

1. מיפוי מלא של שדות קליניים בבתי חולים:



מיפוי שדות קליניים – טכניון



- בטכניון לומדים היום 120 סטודנטים + 27 חו"ל.
- המגבלה האפקטיבית היא מחלקת כירורגיה ונשים (ילדים ופנימית יכולות להכיל 130 סטודנטים).
- כמו ת"א, סינוף מחלקות גבוה מאוד (11.7 מיטות לסט"י), סילבוס עשיר וקבוצות קטנות.
- פוטנציאל גדול לגידול.

המלצת מדיניות	מצב קיים	גידול צפוי
מינימום 35 שבועות בנשים, כיר', ילדים	23, 25, 30	46 סטודנטים
מינימום 40 שבועות		71 סטודנטים
העברת 2 שבועות לקהילה בילדים, נשים, כיר'		21 סטודנטים
הגדלת מספר סטודנטים בקבוצה ל-8 / 10	5-8	38 / 10 סטודנטים
פתרון משולב (35 שבי' + 8 סט"י + קהילה + חו"ל)	120 סטודנטים	עד 131 סטודנטים
		27 חו"ל

מיפוי שדות קליניים – העברית



- בעברית לומדים היום 182 סטודנטים.
- מעט מאוד מיטות מסונפות – 4.7 לסטודנט.
- בכל המחלקות יש מגבלה אפקטיבית.
- קבוצות גדולות.
- פתרון יחיד – הוספת בית חולים מסונף.

המלצת מדיניות	מצב קיים	גידול צפוי
מינימום 35 שבועות ילדים, כיר', נשים	18, 23, 39	אפס
מינימום 40 שבועות		אפס (5 סטודנטים)
העברת 2 שבועות לקהילה בילדים, נשים, כיר'		15 סטודנטים
הגדלת מספר סטודנטים בקבוצה ל-8		אפס
פתרון משולב (35 שבי' + 8 סט"י + קהילה)	182 סטודנטים	עד 74 סטודנטים

מיפוי שדות קליניים – סילבוס



- בשדות נכללים:
- תלמידי חו"ל
 - תכנית ניקוסיה
 - סאב
 - לא כולל שבועות "בפרטי"

3. סימולטור לתוספת סטודנטים

מיפוי שדות קליניים – אוניברסיטת תל אביב



- בת"א לומדים 200 סטודנטים + 100 חו"ל וקפריסין.
- המגבלה האפקטיבית היא מחלקת ילדים ואז נשים וכירורגיה (פנימית יכולה להכיל היום 220 סט"י).
- מאופיינת בסינוף גבוה (12.5 מיטות לסטודנט במחלקות עיקריות בלבד), סילבוס עשיר וקבוצות יחסית קטנות.
- פוטנציאל גידול גבוה ביותר, אך יש לבדוק את המצב שנית אחרי תוספת אריאל (נתוני 2020 שברשותנו לא כוללים את אריאל).

המלצת מדיניות	מצב קיים	גידול צפוי
מינימום 35 שבועות בילדים	31 שבועות	20 סטודנטים
40 שבועות ילדים, 35 בנשים + כיר'	29, 28, 31	47 סטודנטים
העברת 2 שבועות לקהילה בילדים ונשים		12 סטודנטים
הגדלת מספר סט"י בקבוצה ל-8 / 10	7 סטודנטים	12 / 9 סטודנטים
פתרון משולב (35 שבי' + 8 סט"י + קהילה + חו"ל)	200 סטודנטים	עד 101 סטודנטים
		100 חו"ל

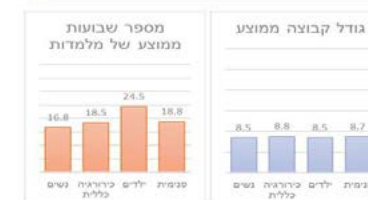
מיפוי שדות קליניים – פוטנציאל ברמה לאומית

המלצת מדיניות	מצב קיים	גידול צפוי
מינימום 35 / 40 שבועות	17-38	111 / 195 סטודנטים
העברת 2 שבועות לקהילה	קיים מעט	128 סטודנטים
הגדלת מספר סט' בקבוצה ל-8 / 10	5-14	20 / 65 סטודנטים
כל המחלקות מלמדות		פוטנציאל עד 100 סטודנטים
פתרון משולב (35 שבי + קהילה + גודל קבוצה + מחלקות לא מלמדות)	820	עד 541 סטודנטים
ביטול תכניות חו"ל (בכל האוניברסיטאות)	130 סטודנטים	120 סטודנטים

המלצות הצוות

- שדות קליניים יוגדרו כמשאב לאומי, וכל המחלקות (העיקריות) בארץ מחויבות ללמד 36 שבועות קליניים בשנה. הגידול יהיה הדרגתי על פני 4 שנים.
- יוגדל מספר הסטודנטים בקבוצה למינימום 8 בסבב הראשון, במקצועות עיקריים.
- בתוך 4 שנים בכוונת המערכת שכל המחלקות הקליניות בתחומים הנ"ל ילמדו.
- השיקול למינוי מנהל מחלקה קלינית יקח בחשבון את יכולתו לנהל מחלקה אקדמית מלמדת. תיבדק תמיכה של המלי"ג / משרד הבריאות לקידום מחלקה לידי הפיכתה למלמדת.

מיפוי שדות קליניים – בר אילן בצפת



- בבר אילן לומדים היום 126 סטודנטים. הגישו בקשה למלי"ג לתכנית 6 שנתית + אילנות.
- מעט מיטות מסונפות – 5.5 לסט'.
- בכל המחלקות יש מגבלה אפקטיבית.
- מנסיבות היסטוריות, משלמת הרבה מאוד לשדות קליניים, וזו למעשה המגבלה שלה. גם מקיימת שדות בקהילה כבר היום.
- פוטנציאל גבוה לגידול אם מורידים את העלויות.

המלצת מדיניות	מצב קיים	גידול צפוי
מינימום 35 שבועות	17-25	45 סטודנטים
מינימום 40 שבועות		66 סטודנטים
העברת 2 שבועות לקהילה ב-3 מקצועות		5 סטודנטים
הגדלת מספר סט' בקבוצה ל-8 / 10		15 / 0
פתרון משולב (35 שבי + 8 סט' + קהילה)	126 סטודנטים	137 סטודנטים

מיפוי שדות קליניים – בן גוריון



- בבן גוריון לומדים היום 125 סטודנטים + 32 חו"ל. הגישו בקשה לתכנית 4 שנתית + אילנות.
- יחסית סביר של מיטות מסונפות – 7.1 לסט', אך רבות לא מלמדות – בברזילי כמעט כולן (מורידות את הממוצע של גודל קבוצה).
- מגבלה אפקטיבית רק בילדים ופנימית, ולמרות זאת לומדות שם הרבה.
- פוטנציאל גבוה לגידול אם פותרים את ברזילי.

המלצת מדיניות	מצב קיים	גידול צפוי
מינימום 35 / 40 שבועות	20-26	אפס
הגדלת מספר סטודנטים בקבוצה ל-8		אפס
הגדלת מספר מחלקות מלמדות		72 סטודנטים
העברת 3 שבועות לקהילה (מעוניינים)		21 סטודנטים
פתרון משולב (35 שבי + 8 סט' + קהילה + חו"ל)	125 סטודנטים + 32 חו"ל	98 סטודנטים

השלכות תקציביות של המלצות הצוות

1. נדרש תמריץ כספי לבתי חולים להגדיל שדות באמצעות הגדלת תעריף ו/או מבחן תמיכה. בחינת האחדה מיידית של התגמול לשבוע קליני לעלות תקן (9,500 ₪) בתמורה להגדלה. סיוע זמני לבתי חולים במחוז צפון (בשל ירידת תעריף), החרגה זמנית של בן גוריון. יישום מידי.
2. תגמול לאוני / לקופות להעברת שדות לקהילה (לפחות שבועיים בילדים, בנשים, כירוי). הסדרת תקן אקדמי (מדריך קליני / מרצה) לקהילה. יישום מידי. דגש בבן גוריון.
3. תכנית החומש של המלי"ג תכלול דרישה להגדלת התעריפים, ובינתיים משרד הבריאות ישלים את התקצוב הנדרש באופן זמני.
4. האוניברסיטאות יתמכו מיידית לצורך הגדלת תשתיות לצורך הרחבת מסי סטודנטים.

חישוב עלות שדה קליני בקהילה

המודל:

קבוצה של 8 מגיעה למרכז בריאות הילד / האישה בקהילה:

- חצי שעה הכנת יום עם המדריך, בקבוצה – חדר ישיבות
- 5 שעות עבודה מול טיטור – 2 סטודנטים בחדר. תוך כדי נותן להם משימות
- 1 וחצי שעות סיכום יום עם המדריך, בקבוצה – חדר ישיבות

עקרונות התמחור:

- הרופאים לא ירדו במשכורת או יוסיפו שעות עבודה. מוכנים לרדת במספר החולים.
- יש לתגבר לפיכך נוכחות רופאים כדי לא לפגוע בזמינות, בהנחה של 30% פגיעה בתפוקה שנתית לטיטורים, והפסד שעת עבודה מלאה עבור מדריכים.
- כל סכום המצוין פה משקף פיצוי הרופא על ירידה בתפוקה (שימור שכר) כאשר העלות הנוספת עוברת לתגבור נוכחות רופאים.
- פעמיים בשנה חצי יום פיתוח סגל.

חישוב עלות שדה קליני בקהילה

מרכיבי תשלום:		פיתוח סגל -	
רכז הוראה -			
מטעם הקופה, יושב באוניברסיטה - חצי משרה למחוז*אוניברסיטה	שכר רופא חודשי =	יום בשנה, בשכר מלא (שכר רופאים או שכר מחליפים)	שכר רופא ששתי =
60,000	(עלות מעסיק)	357	
שכר שמיטת לחצי משרה =	7,143	עלות ליום לרופא =	2,857
מחולק ל- 20 שבועות	357	עבור 4 טיטורים + מדריך =	14,286
סה"כ עלות שבוע קליני:	357	מתחלק על 20 קבוצות =	714
		סה"כ עלות שבוע קליני:	714
טיטורים ומדריכים -			
מבנה שבוע קליני - כל יום 5 שעות עם טיטור לשני סטודנטים + ששתיים למידה פרונטלית עם מדריך לכל הקבוצה	שכר רופא חודשי =		
60,000	(עלות מעסיק)		
שכר רופא ששתי =	357	(עלות חודשית חלקי 168 שעות עבודה בחודש)	
עלות שעת טיטור =	107	(פיצוי על 30% הפחתת תפוקה)	
שעות טיטור בשבוע =	100	(5 שעות ביום כפול 5 ימים, כפול 4 טיטורים - לקבוצה של 8 סטודנטים, 2 סטודנטים לטיטור)	
סה"כ עלות טיטורים =	10,714		
עלות שעת מדריך =	357	(פיצוי על שעת עבודה מלאה)	
שעות מדריך בשבוע =	11	(2 שעות ביום כפול 5 ימים, כפול 1 מדריך + שעת הכנה)	
סה"כ עלות שבוע קליני:	14,643		
		סה"כ עלות שבע קליני	15,714

נספח ה' - צוות תכנון ארוך טווח של מערך הסיעוד

תוכן עניינים

- ◀ מודל חיזוי להעלאת שיעור האחיות בוגרות קורסים על בסיסיים
- ◀ הפעולות שיש לנקוט במידי
- ◀ מודל חיזוי להעלאת שיעור המומחיות ושילובם במערכת הבריאות
- ◀ הפעולות שיש לנקוט במידי
- ◀ כוחות עזר



אתגרים בכוח אדם בסיעוד



העדר תקנים להעסקת אחיות מומחיות וצורך בשילובן המידי בקהילה



מחסור בתקני מדריכים קליניים וצורך בהרחבת היקפי ההדרכה



מחסור בתקנים ועומס על מערכת הבריאות

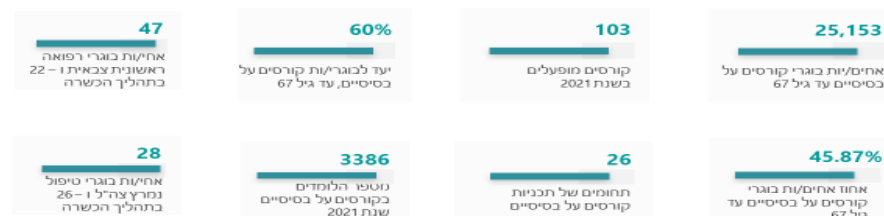


3.7 שיעור אחיות לאלף נפש בפריפריה



5.4 שיעור אחיות ל- 1000 נפש בישראל (שיעור נמוך ממדינות ה-OECD ממוצע 9)

פרופיל הסיעוד בישראל



הגדלה במספרי לומדים בקורסים על בסיסיים כתוצאה ממגפת הקורונה

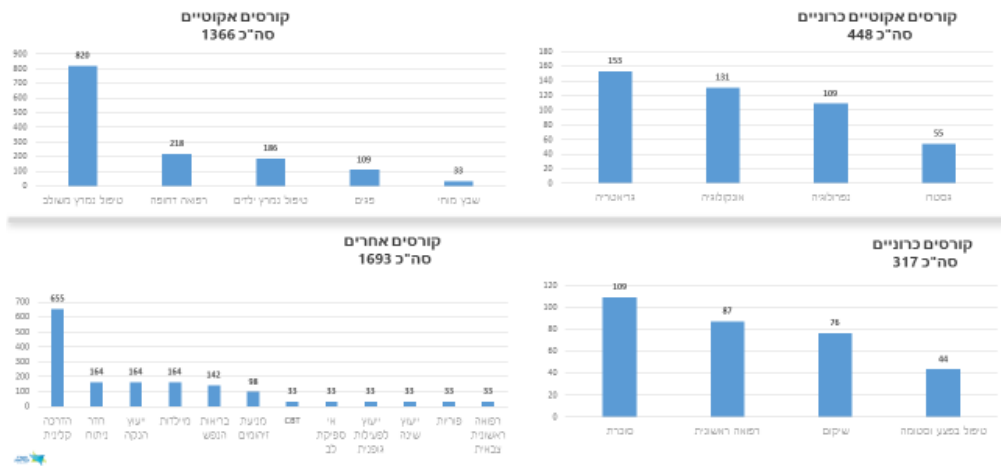
קורונה קורסים אקוטיים

- 33 קורסים בטיפול נמרץ
- 13 קורסים ברפואה דחופה
- 6 קורסים בטיפול נמרץ ילדים

מועד פתיחה	שם הקורס	מספר קורסים	מספר תלמידים
ינואר-20	טיפול נמרץ כללי	7	364
ינואר-20	רפואה דחופה	6	168
יולי-20	טיפול נמרץ כללי	2	100
ספט-20	טיפול נמרץ כללי	8	354
ינואר-21	טיפול נמרץ כללי	7	316
ינואר-21	טיפול נמרץ ילדים	3	95
ינואר-21	רפואה דחופה	6	176
אפריל - מאי 2021	טיפול נמרץ כללי	7	335
מאי-21	טיפול נמרץ ילדים	2	51
דצמבר 2021	טיפול נמרץ ילדים	1	30
דצמבר 2021	טיפול נמרץ כללי	2	100
דצמבר 2021	רפואה דחופה	1	30
סה"כ		52	2119

יעד של 60% אחים ואחיות בוגרי קורס על בסיסי עד שנת 2027

היקפי הכשרה נדרשים בשנה לפי קורסים על בסיסיים ליעד 60% - סה"כ 3824

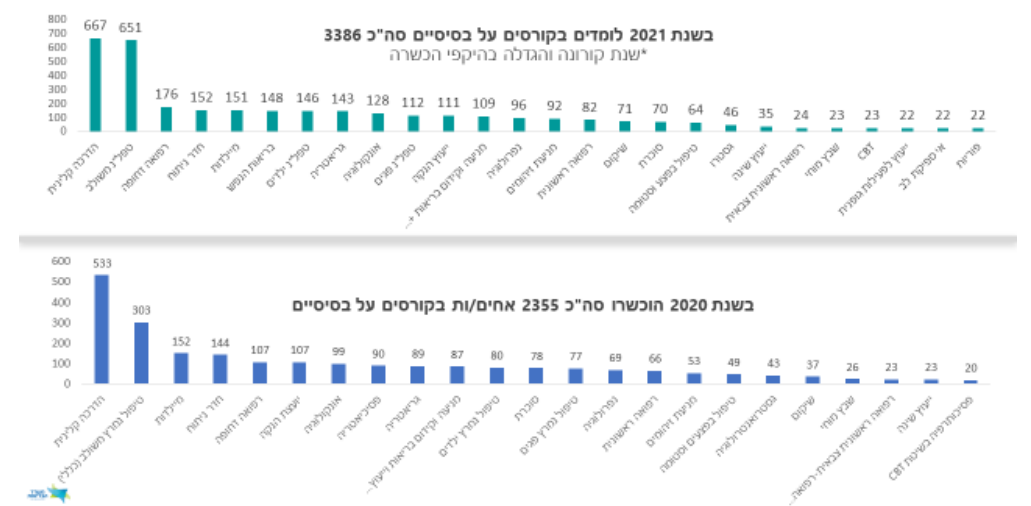


הגדלת היקפי לומדים בקורסים על בסיסיים לפי תחומים

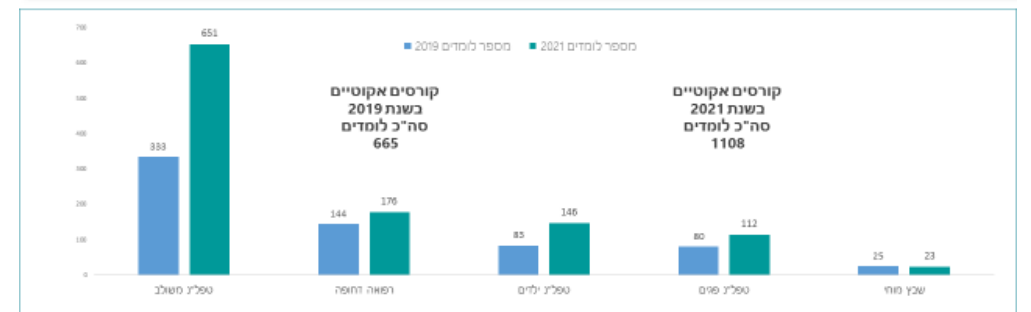
התחום	2019	2021	2022	אחוז שינוי	הפרש 2019 - ס 2022
אקוטי	665	1108	1,366	93.46	701
אקוטי כרוני	322	413	448	44.12	126
כרוני	240	287	317	52.33	77
אחר	1333	1578	1,693	25.83	360
סה"כ	2560	3386	3,824		1,264

התחום	2019	2021	2022	אחוז שינוי	הפרש
אקוטי	665	1108	1366	66.62	443
אקוטי כרוני	322	413	448	28.26	91
כרוני	240	287	317	19.58	47
אחר	1333	1578	1693	18.38	245
סה"כ	2560	3386	3824		826

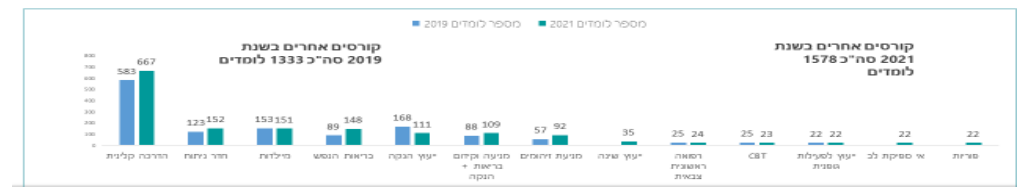
היקפי ההכשרה בשנה רגילה ובשנת קורונה על פי תחומי ההתמחות השונים



לומדים בקורסים על בסיסיים בשנים 2019 לעומת 2021 - תחומים אקוטיים



לומדים בקורסים על בסיסיים בשנים 2019 לעומת 2021 - קורסים אחרים



מה נדרש

תוספת תקציבית
של 10 מיליון ₪

- העלייה בהיקף ההכשרה העל בסיסית במדינת ישראל בכלל, ובבתי הספר הממשלתיים לאחיות בפרט, תביא לעלייה בהיקפי התקציבים הנדרשים להפעלת הקורסים
- לצורך תקצוב הקורסים העל בסיסיים שיופעלו **בבתי הספר הממשלתיים לאחיות** (על בסיס התכנית שהוצגה לשנת 2030), תידרש תוספת של כ- 10 מיליון ש"ח (עבור תקציבי תפעול ושכר)
- בסיס התקציב של מינהל הסיעוד יצטרך לגדול בהתאמה לתוספת זו.
- שכר הלימוד של הסטודנטים יהווה חלק מההכנסות של מינהל הסיעוד



הבסיס החוקי לפיתוח מומחיות בסיעוד

תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד), התשע"ד-2013
 בתוקף סמכותי לפי סעיף 33(א) לפקודת בריאות העם, 1940' (להלן – הפקודה), אני מתקין תקנות אלה:

תכנית ההתמחות

8. תכנית ההתמחות לתואר מומחה תכלול את כל אלה:
- (1) תכנית לימודים בענף מומחיות **כדיקוף של מהות הקורס**, במסגרתו יאשרו שוביבי לענף תכנית ההתמחות רשם מומחה **לסיעוד לאחיות** (להלן – תכנית מומחיות) ובהתאם לתכנית לימודים שתיאר רשם מומחה **לסיעוד לאחיות** (להלן – תכנית מומחיות) שתייצג:
 - (2) הכשרה מעשית בענף המומחיות **החומר מה שנותן תכנית** של תכנית מומחיות רשם מומחה **לסיעוד לאחיות** (להלן – תכנית מומחיות) ובהתאם לתכנית לימודים שתייצג **לסיעוד לאחיות** (להלן – תכנית מומחיות).
 - (3) הכשרה מעשית תיעשה **כלייו של מומחה מלווה**
 - (4) "שמות מלווה" – מומחה בענף מומחיות המלווה את רשם המומחה בהכשרתו המעשית כאותו ענף מומחיות **כמספר בתקנה 11**.

רשאי להירשם כמומחה

3. (א) ראש מינהל הסיעוד יאשר תואר מומחה למי שהתקיימו בו כל אלה:
- (1) הוא אח מוסמך;
 - (2) הוא סיים **השתלמות מוכרת** (לדוג': קורס על בסיס בטיפול נמרץ)
 - (3) הוא בעל השכלה בסיסית (תואר שני מוכר, אחד מהתארים בסיעוד)
 - (4) הוא סיים **תכנית התמחות**
 - (5) הוא עמד בבחינות (בחינה בכתב, ובחינה בע"פ מול בוחנים)

תכניות לימודים

לפיתוח

פצע
פסיכיאטריה

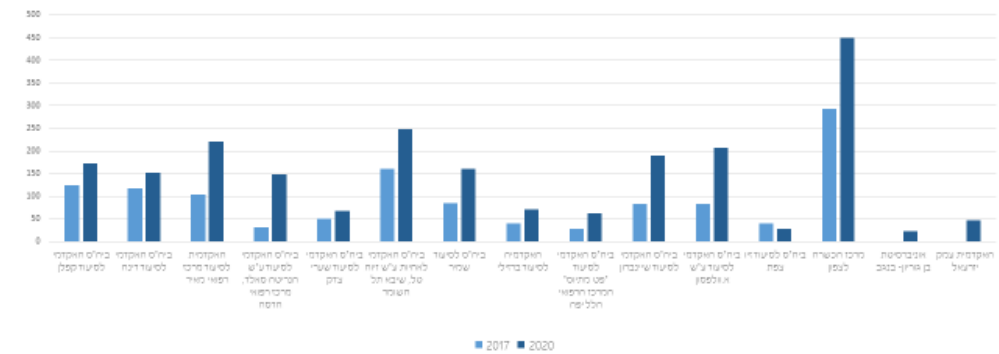
בהכשרה

קהילה
שיקום
כאב

פעילים בשטח

טיפול תומך
גריאטריה
סוכרת
פגים
כירורגיה
מדיניות
ומינהל*

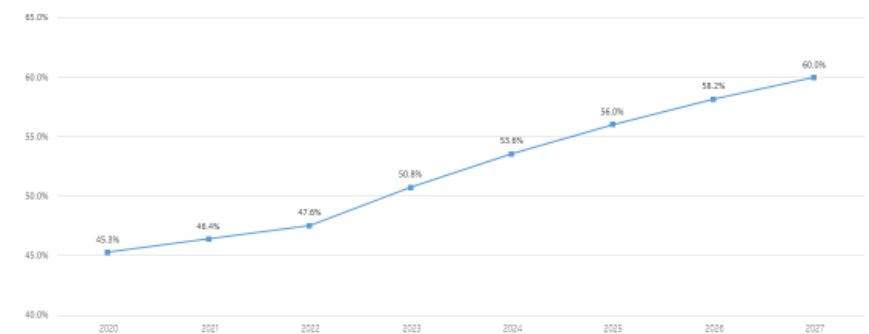
הגדלת היקפי לומדים בקורסים על בסיסיים לפי מוסדות לימוד



יעד של 60% אחים ואחיות בוגרי קורס על בסיסי עד שנת 2027

אחוז אחים/ות בעל/ות הכשרה על בסיסית

סה"כ הכשרה כל שנה של - 3824 לומדים



פעילות מרכזית

- בדיקת החולה ואומדן מצבו
- הפניות לבדיקות אבחון ומעקב ויועצים רפואיים ופרא רפואיים
- קביעת תכנית הטיפול ומתן הוראות טיפוליות
- ניהול הטיפול התרופתי - התחלה, איזון והפסקת טיפול
- איזון סימפטומים
- הפניית המטופל להמשך טיפול או בירור רפואי נוסף
- הדרכה ומתן ייעוץ לחולה ולמשפחתו ולצוות הרפואי
- מעקב אחר החולים שבטיפול
- עירוב גורמי טיפול רלוונטיים



מתארי פעילות



ייעוץ טלפוני/
מקוון



בית
החולה



מרפאות
בקהילה



אשפוז
ממושך



אשפוז
כללי

ממשקי עבודה



מכוניות אחיות ואחים מומחים

- הפניה לבדיקות אבחון (בדיקות דם, רנטגן, בדיקות סקר)
- הפניה ליועצים (רופאים מומחים ומקצועות הבריאות)
- החלטה על טיפול תרופתי ורישום הוראות לתרופות (התחלה / שינוי והפסקת טיפול תרופתי)
- החלטה וביצוע פרוצדורות וטיפולים רפואיים (לדוג' החדרת צנטרים מרכזיים, אינטובציה, תפירה)
- הפנייה למיין

תרומתם של אחיות ואחים מומחים

שיפור באיכות הטיפול

איזון מדדי חולי

שיפור היענות ודבקות בטיפול תרופתי

איזון סימפטומים

זיהוי ומניעת החמרה והפחתת שיעור הסיבוכים

מניעת זיהומים

מתן מענה כוללני למגוון צורכי המטופל
(רפואי, סיעודי, פסיכו-סוציאלי)

מניעת אשפוזים חוזרים ופניות למיון

שיפור בזמינות הטיפול

מתן מענה מיידי לצורכי המטופל ללא צורך בהמתנה
לצוות רפואי

שמירה על רצף טיפול (נוכחות רציפה במחלקה והיכרות
מעמיקה עם המטופלים)

העברת מידע רלוונטי בין צוותים, יחידות ואשפוז-קהילה

הקלה על עומסי העבודה

תרומתם אחיות ואחים מומחים

חיזוק הרפואה הציבורית באשפוז ובקהילה

חיזוק משאבי כוח האדם המקצועי

הרחבת השירותים וקיצור תורים
לשירותים באשפוז ובקהילה

עבודה לפי גישת המטופל
במרכז
(Patient Center Medicine)

שיפור בהכשרת וכשירות
צוותים רפואיים
(סיעוד וכל מקצועות הבריאות)

אחיות ואחים מומחים

תחום	מומחים ומומחיות רשומים	יסימו בשנת 21	צפי למס' מסיימים לשנת 22	סה"כ תקנים נדרשים
טיפול תומך	132	31	47	210
גריאטריה	107	27	31	165
סוכרת	47	15	15	77
כיורגיה	30	12	12	54
פגים	40	12	12	64
כאב	8	-	14	22
קהילה	-	-	16	16
שיקום	-	-	12	12
סה"כ	364	97	159	620

תחומי מומחיות, מתאר ועיקרי התפקיד

תחום	מתארים	פעילות מרכזית	סמכויות לדוגמא
גריאטריה	- מחלקות לגריאטריה פעילה - סיעוד מורכב - תת חריפה - מונשמים - מחלקות סיעודיות בבית חולים - כללי או מחלקות לאשפוז ממושך - תשושי נפש - שבר צוואר ירך (מערך אורתופדי) - יחידות לייעוץ גריאטרי לרוחב בית החולים	ניהול עצמאי של טיפול רפואי במצבים שגרתיים בקשיש: קידום איכות הטיפול ורצף הטיפול ומתן מענה כוללני וזמין למגוון הצרכים של החולה הקשיש	- קבלה רפואית למחלקה - הפניה לבדיקות אבחון - זימון יועצים - מתן הוראות רפואיות לרבות החלטה על טיפול תרופתי כגון: הפרעות שינה, COPD, אי ספיקת לב, סוכרת, איזון כאב, איזון לחץ דם, דמנציה, מחלת חום ועוד - החלטה על טיפול בפצעים - החלטה על טיפול בחולה מונשם - ביצוע החייאה מתקדמת
כיורגיה	מחלקות כיורגיות במערך הכירורגי באשפוז הכללי	ניהול עצמאי של טיפול רפואי במצבים שגרתיים בחולה הכירורגי: הכנת החולה לניתוח, טיפול אחר ניתוח או שמרני בחולה המאושפז במחלקה הכירורגית. קידום איכות הטיפול ורצף הטיפול ומתן מענה כוללני וזמין למגוון הצרכים של החולה המאושפז במחלקה	- קבלה רפואית למחלקה - הפניה לבדיקות אבחון - זימון יועצים - מתן הוראות רפואיות לרבות החלטה על טיפול תרופתי כגון: אנטיביוטיקה, סותר חומצה, נוגדי בחילה, תרופות לשינה, נוזלים בריכוז גבוה, אנטיהיסטמינים, אנטיקואגולנטים, אינהלציה ועוד - החלטה וניהול הטיפול בחתך הניתוחי ופצע קשיי ריפוי - התקנת צנתרים מרכזיים וטיפול בנקיזם - הוראות לכלכלה וצום

תחומי מומחיות, מתאר ועיקרי התפקיד

תחום	מתארים	פעילות מרכזית	סמכויות לדוגמא
פגים	- מחלקות לטיפול נמרץ - ביילוד (פגיות) - מערך תינוקות (ילידים) - ליזו יולדות לחדר ניתוח (קיסרי)	ניהול עצמאי של טיפול רפואי בפג: קידום איכות הטיפול ורצף הטיפול ומתן מענה כוללני וזמין למגוון הצרכים של הפג והיילוד החל מלידתו ועד לשחרור מהפגיה	- קבלה רפואית למחלקה - הפניה לבדיקות אבחון - זימון יועצים - מתן הוראות רפואיות לרבות החלטה על טיפול תרופתי כגון: אנטיביוטיקה, מניעת כאב, קפאין, לחץ דם ואינטרופים, טוולים בריכוז גבוה, סורפקטנט, נרקוטיקה, חמצן ועוד - ניהול הטיפול כפג מונשם לרבות החלטה על גמילה מהנשמה - ביצוע אינטובציה - התקנת צנתרים מרכזיים וטיפול בנקדים - הוראות להזנת הפג כולל הזנת על (TPN)
סוכרת	- מערך אנדוקריני/ סוכרת באשפוז הכללי - מרפאות סוכרת במרפאות הקהילה	ניהול עצמאי של טיפול רפואי לצורך איזון חולה סוכרתי או מניעת התפתחות המחלה (סרום סוכרת). קידום איכות הטיפול ורצף הטיפול ומתן מענה כוללני וזמין למגוון הצרכים של החולה הסוכרתי.	- קבלה רפואית ואומדן - הפניה לבדיקות אבחון - זימון יועצים - מתן ייעוץ רפואי כוללני והמלצה על איזון המחלה לרבות המלצה על טיפול תרופתי כגון: אינסולין, טיפול פומי, חיבור לסנסור - ביצוע הטרייה כימית וביולוגית בפצע



תחומי מומחיות, מתאר ועיקרי התפקיד

תחום	מתארים	פעילות מרכזית	סמכויות לדוגמא
קהילה	- מרפאות רפואה ראשונית בקהילה - יחידות לטיפול בית	ניהול עצמאי של טיפול רפואי במצבים אקוטיים פשוטים ותחלואה כרונית לאוכלוסייה המטופלת בקהילה. קידום איכות הטיפול ורצף הטיפול ומתן מענה כוללני וזמין למגוון צרכים של הציבור לרבות קידום בריאות ואורח חיים וביצוע בדיקות סקר וקיצור זמן מענה לקבלת אישורים רפואיים בקהילה.	- קבלה רפואית ואומדן - הפניה לבדיקות אבחון, צילומים ומלר"ד - הפניה ליועצים רפואיים - מתן הוראות רפואיות לרבות החלטה על טיפול תרופתי במצבים כגון: דלקת בדרכי נשימה, דלקת בדרכי השתן, איזון יתר לחץ דם, אי ספיקת לב ומחלות נשימתיות, סוכרת, יתר שומנים בדם ועוד - טיפול בטרומבה/עיריה: פציעות קלות וחמורים: הדבקה ותפירה - טיפול ראשוני במצבי חירום (החייאה) - הפניה לבדיקות סקר - מתן אישורים: מחלה, נפגעי תאונת עבודה - גמילה מעישון וייעוץ לאורח חיים בריא
טיפול תומך	- מערך לטיפול תומך באשפוז הכללי - הוספיס בבית חולים - יחידות לטיפול תומך בקהילה - יחידות לטיפול בית - הוספיס בית	ניהול עצמאי של טיפול רפואי לצורך איזון חולה הסובל ממחלה חשוכה מרפא, שימור איכות החיים ואיזון סימפטומים ומניעת סבל. קידום איכות הטיפול ורצף הטיפול ומתן מענה כוללני וזמין למגוון הצרכים של החולה ומשפחתו.	- קבלה רפואית ואומדן - הפניה לבדיקות אבחון - זימון יועצים - מתן ייעוץ רפואי כוללני והמלצה על איזון סימפטומים, הקלה על סבל ומניעת כאב לרבות המלצה על טיפול תרופתי כגון: בעיות שינה, בחילות והקאות, עצירות וכאבי בטן, סטראידים, כלבול והזיות, אופיואידים ועוד - החלטה על התקנת זונדה

תחומי מומחיות, מתאר ועיקרי התפקיד

תחום	מתארים	פעילות מרכזית	סמכויות לדוגמא
שיקום	- מחלקות שיקומיות בבית חולים - שיקומי - מחלקות שיקומיות בבית חולים כללי - מרפאות שיקום בקהילה	ניהול עצמאי של טיפול רפואי לצורך קידום הליכי שיקום, שיפור באיכות החיים, שיפור תפקודים קוגניטיביים ומוטוריים, העלאת היענות והפחתת סיבוכים. קידום איכות הטיפול ורצף הטיפול ומתן מענה כוללני וזמין למגוון הצרכים של החולה המצוי בהליך שיקום	- קבלה, אומדן ומעקב שוטף - הפניה לבדיקות אבחון, צילומים ובדיקות דם - זימון יועצים רפואיים - מתן הוראות רפואיות לרבות החלטה על טיפול תרופתי במצבים כגון: פצעים, איזון סוכרת, נרקוטיקה, אינהלציה, נוגדי בחילה ועוד - טיפול בפצעים, הטרייה כימית וביולוגית - ניהול תהליך גמילה מקנטלה (הנשמה ממושכת)
כאב	- מערך לטיפול בכאב באשפוז הכללי - מרפאות כאב באשפוז	ניהול עצמאי של טיפול רפואי לצורך איזון כאב אקוטי וכרוני. שימור איכות החיים ואיזון סימפטומים ומניעת סבל וסיבוכי טיפול בכאב. קידום איכות הטיפול ורצף הטיפול ומתן מענה כוללני וזמין למגוון הצרכים של החולה ומשפחתו.	- קבלה רפואית ואומדן - הפניה לבדיקות אבחון - זימון יועצים - הפניה למלר"ד - מתן הוראות רפואיות לרבות החלטה על טיפול תרופתי כגון: משככי כאבים, נוגדי בחילה והקאה, אופיואידים, תרופות לטיפול בכאב ממקור עצבי, תרופות לשינה והרגעה ועוד - טיפול במשאבת PCA והזרקת בולוס לצנתר אפידורלי - הזרקת לעצב פריפרי - דיקור יבש



כוחות עזר

1. הסדרת הפעילות של כוחות העזר באשפוז ובקהילה ע"י מינהל הסייעות

2. תמהיל לשיבוץ כוחות עזר במוסדות אשפוז מסך תקני הסייעות

3. פערים מרכזיים ופתרונות מוצעים

4. סולם התפקוד של כוחות העזר במוסדות האשפוז – השוואה בין מצב קיים למצב רצוי עפ"י הצעת

הנציבות

פערים מרכזיים ופתרונות מוצעים

פערים מרכזיים:

1. סולם תפקוד שטוח בעיקרו שאינו מאפשר קידום מקצועי (במתח הדרגות ובתחומי האחריות)
2. קיימת אי בהירות באשר לדרשות הסף למינוי "כוח עזר מיומן"

פתרונות מוצעים:

1. עדכון סולם התפקוד של כוחות העזר: הצעת נש"מ מקדמת העלאה בדרגות ומינוי בעלי תפקידים
2. הגדרת מסלול פיתוח וקידום ניהולי לכוחות עזר

סולם התפקוד של כוחות עזר

סולם התפקוד של כוחות עזר
(השוואה בין המצב הקיים לבין השינוי המוצע ע"י נשי"מ)

מצב קיים בתפקוד המנמ"ש (כתי חולים ממשלתיים)*				הצעה לשינוי של נציבות שירות המדינה		
תואר המשרה	דרגות מתח	קריטריון לקביעת מתח דרגות	סה"כ משרות קיימות	תואר המשרה	דרגות מתח	קריטריון לקביעת מתח דרגות
				תואר המשרה	דרגות מתח	קריטריון לקביעת מתח דרגות
				תואר המשרה	דרגות מתח	קריטריון לקביעת מתח דרגות
כוח עזר מיומן	13-15	750		כוח עזר/כח עזר מיומן	13-15	כח עזר ייקלט בדרגה 13, עם סיום ההכשרה יתקדם לדרגה 14 ככוח עזר מיומן. בחלוף 3 שנים יתקדם לדרגה 15.
כח עזר	12-14	1700		כח עזר	12-14	כח עזר ייקלט בדרגה 13, עם סיום ההכשרה יתקדם לדרגה 14 ככוח עזר מיומן. בחלוף 3 שנים יתקדם לדרגה 15.

*מיועדין לתאריך 12.8.21 – מקור: נציבות שירות המדינה

הסדרת הפעילות של כוחות העזר באשפוז ובקהילה ע"י מינהל הסיעוד



תמהיל לשיבוץ כוחות עזר במוסדות אשפוז מסך תקני הסיעוד

חוזר מינהל הסיעוד מיום 18.9.2017 – "הרחבת מערך העוסקים בסיעוד – עדכון" מגדיר את התמהיל לשיבוץ כוחות עזר מסך תקני הסיעוד במוסדות השונים:

מוסד	תמהיל מחייב
בתי חולים כלליים	לא יותר מ- 15% כוח אדם מסייע (מחייב לפחות 85% אחיות מוסמכות)
בתי חולים פסיכיאטריים	לא יותר מ- 20% כוח אדם מסייע (מחייב לפחות 80% אחיות מוסמכות)
מרכזים גריאטריים (מר"ג ומחלקות פעילות)	לא יותר מ- 30% כוח אדם מסייע (מחייב לפחות 70% אחיות מוסמכות)
סיעודיים ותשושי נפש	לא יותר מ- 40% כוח אדם מסייע (מחייב לפחות 60% אחיות מוסמכות)

ביבליוגרפיה

1. אגף המידע משרד הבריאות (2019) כוח אדם במקצועות הבריאות 2018, עמ' 55.
2. ההסתדרות הרפואית לישראל (2013), תכנון כוח אדם רפואי.
3. מכון ברוקדייל, אשכנזי י', רוזן ב', גורדון מ', ינקלביץ' א' (2017) משיכת מתמחים לפריפריה ולמקצועות רפואיים במצוקה בעקבות ההסכם הקיבוצי משנת 2011.
4. מכון ברוקדייל, ניסנהולץ-גנות ר', מעוז ברויאר ר' (2019) הטמעת תפקיד עוזר רופא במחלקות לרפואה דחופה.
5. מינהל הסייעוד במשרד הבריאות (2021), חוזר מינהל הסייעוד בנושא אחריות משמרת במחלקות מרפאות ויחידות טיפול (כלליות ומיוחדות) באשפוז ובקהילה.
6. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות (2021) אי-השוויון במערכת הבריאות וההתמודדות עמו.
7. מרקוביץ' ר' (2020) תמריצים במערכת הבריאות: כלי מדיניות למשיכת רופאים כלליים להתמחות בפריפריה ובמקצועות מצוקה.
8. משרד הבריאות (2021), הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה
9. תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסייעוד), התשע"ד - 2013.
10. Han, G. S., & Humphreys, J. S. (2006), Integration and retention of international medical graduates in rural communities: a typological analysis. *Journal of Sociology*, 42(2), 189-207.
11. Micromd Hit Research Team (2018), The 5 Types of Medical Practices <https://www.micromd.com/blogmd/5-types-medical-practices/>
12. Wilson, N., Couper, I., de Vries, E., Reid, S., Fish, T., & Marais, B. (2009). A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas.
13. OECD Health system Characteristics survey 2012-2013
14. <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2018-68c-206-hasdara.pdf> https://www.health.gov.il/hozer/ND177_2021.pdf