

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר



**דו"ח מסקנות הביניים
לתכנון וליישום המהלך לקיצור יום העבודה
של הרופאות והרופאים
המועסקים בתורנויות**

מרץ 2022 | אדר ב' תשפ"ב

יושב ראש הצוות:

ד"ר ספי מנדלוביץ
משנה למנכ"ל משרד הבריאות

כתיבה ועריכה:

אלון קדמון
אלכסיי בלינסקי
ד"ר יואל אנג'ל

עיצוב גרפי:

שלומציון פישר

ליווי:

מיכל שריג כדורי
עינת בן נון ישראל
אלינתן בן דיין
ניסן כהן
עדי הרוש

אנו מודים לכל מי שייעץ, תמך וליווה עד להגעה לפרסום דו"ח זה.

פתח דבר

כבוד שר הבריאות, מר ניצן הורוביץ.

אני מתכבד להביא בפניך את דו"ח הביניים לתכנון וליישום המהלך לקיצור יום העבודה של הרופאים המועסקים בתורנויות.

מטרתו של דו"ח זה והמלצותיו המקצועיות, הינן להתוות מפת דרכים למימוש אחראי ומקצועי של מהלך חשוב זה, וזאת מבלי להתעלם מן האתגרים המורכבים של מערכת הבריאות בישראל – בהווה ובעתיד.

הדו"ח נוטע את התשתית לשיפור בתנאי עבודתם של רופאים רבים בישראל, וכולל המלצות מעשיות לשיפור איכות מערכת הרפואה הציבורית, אף מעבר לסוגיית קיצור שעות התורנויות, ובכלל זה, רפורמה באופן הפעלת המחלקות לרפואה דחופה בישראל (חדרי מיון) וייסוד מקצוע עוזר הרופא.

התשתית לדו"ח זה נבנתה והתאפשרה בזכות עבודתם המאומצת של כלל חברי הצוות המקצועי המשותף אשר מונו על ידיך, תוך הכריה הדדית והשקעת זמן ומאמץ.

ועל כך אני מודה להם.

על אף המאמצים הניכרים, הפערים בין חברי הצוות התגלו כלא ניתנים לגישור ולצער, הדו"ח לא אומץ על ידי רבים מחברי הצוות.

כתוצאה מכך, בחרנו להגישו כדו"ח מקצועי של משרד הבריאות, בתמיכתם של חלק מחברי צוות היישום המשותף.

יישום המתווה וההמלצות שבדו"ח, נוגע בסוגיות מורכבות ושורשיות במערכת הבריאות ואשר מלוות אותה עשרות רבות בשנים. יישום המתווה אינו טכני, הוא מחייב ויחייב שינויים מערכתיים המבוססים על שינוי תרבות, נורמות וערכים.

יישום אמיתי ובר קיימא של המתווה, בטווח הקצר וכל שכן, בטווח הארוך, יוכל להתבצע במידה וכלל השחקנים במערכת ישלבו ידיים יחדיו למען מטרה זו, תוך יצירת תשתית של אמון.

כולי ציפיה כי מסקנות דו"ח זה ייושמו, וכי מהלך חשוב זה, יביא לשיפור חיי הרופאות והרופאים בישראל תוך שמירה על איתנות מערכת הרפואה הציבורית והתכוננות לאתגרי העתיד.

בברכה,

ספי מנדלוביץ



אנו, חברי צוות המקצועי המשותף לתכנון וליישום המהלך לקיצור יום העבודה של הרופאים המועסקים בתורניות, לקחנו חלק בדיוני הצוות ובגיבוש המתווה המובא בדו"ח זה, ואנו שותפים להמלצות אשר יובאו להלן בתוספת הערותינו המצורפות מטה (עמ 91).

ד"ר שירי טננבאום, סגנית מנהלת המרכז הרפואי וולפסון

ד"ר ענבר צוקר, סגנית ראש חטיבת הרפואה, משרד הבריאות

מר אלכסיי בלינסקי, מנהל תחום תכנון כ"א, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מר שי מעוז, מנהל תחום רגולציה ותכנון, אגף לתכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות

גב' שרי פנג שגב, לשעבר מנהלת תחום חלופות הוצאה על שירותי בריאות, משרד הבריאות

פרופ' גיל כייור, משנה רפואי למנכ"ל וסמנכ"ל רופאים, המרכז הרפואי סוראסקי

מר מאיר דוד, ראש מנהל אסדרה ואכיפה בזרוע העבודה, משרד הכלכלה והתעשייה

ד"ר יואל אנג'ל, מומחה ברפואה פנימית, מתמחה בטיפול נמרץ וחבר הנהלת הרופאים, המרכז הרפואי סוראסקי

ד"ר דניאל גולד, מתמחה ברפואה דחופה, המרכז הרפואי שערי צדק

ד"ר נעה הראל, מתמחה במחלקה גניקולוגית בית החולים פדה-פורייה

תוכן עניינים

21	רקע	1.
22	תהליך עבודת הצוות	1.1
22	הרכב הצוות	1.2
23	עקרונות מנחים לצוות	1.3
26	סקירת מודלים לצורך קיצור שעות עבודת רופאים	2.
26	מודל 16+2	2.1
28	מודל 18/30 (NIGHT FLOATS לסירוגין)	2.2
29	מודל התורן המגשר ("מודל ההפוגה")	2.3
30	מודל 9/9/9 (עבודת משמרות)	2.4
31	מודל משמרות 12 שעות	2.5
32	מודל משמרות 12 שעות משולב	2.6
33	ניתוח היצע הרופאים המבצעים תורניות בישראל	3.
33	רקע	3.1
33	מגמות ונתונים של ההון האנושי בסקטור הרפואה	3.2
33	זרם הרופאים החדשים בישראל	3.2.1
39	תחזית זרם הרופאים	3.2.2
41	מגמות איוש משרות התמחות בישראל	3.2.3
	השפעות ומשמעויות של שינוי במספר משרות ההתמחות	3.3
46	על היצע הרופאים ואיוש	
46	תרחישי היצע הרופאים עבור התמחויות בכלל הארץ	3.3.1
50	זרקור למחוז צפון	3.3.2
54	זרקור למחוז דרום	3.3.3
57	נתונים: טורי תורניות ותורניות עודפות	4.
57	טורים (כמה רופאים עובדים בתורנות לילה מלאה)	4.1
57	תורניות עודפות	4.2
64	מענים משלימים - כוח אדם	5.
64	רקע	5.1
65	עוזרי ועוזרות רופא	5.2
66	בעלי מקצוע נוספים	5.3
68	המלצות	6.
68	רקע	6.1
70	תכנית 2022 לקיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורניות	6.2
70	מתווה קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורניות בפריפריה	6.2.1
75	מתווה שינוי שיטת העבודה במלר"דים	6.2.2
78	מתווה עוזרי רופא	6.2.3
78	סיכום התכנית	6.2.4
79	עבודה במחלקה עם שעות עבודה מקוצרות - כיצד?	6.3
79	ליווי ותמיכה בבתי החולים בתהליך	6.3.1
81	מודלים	6.3.2
85	תקנים תוספתיים נדרשים	6.3.3
87	נושאים שאינם בסמכות הצוות	6.3.4
89	תפעול ותחזוקת המתווה מול האתגרים והמצוקות בשטח	6.4
89	גיוס כוח אדם לפריפריה	6.4.1
90	מענים משלימים	6.4.2
91	הערות חברי הצוות החתומים	7.
93	נספחים	8.

תמצית הדו"ח

רקע

על רקע קולות גוברים לקצר את יום העבודה של רופאות ורופאים המבצעים תורנויות, מרביתם רופאים מתמחים, פרסמה באוקטובר 2021 שרת הכלכלה תיקון להיתר הכללי להעסקה במנוחה השבועית ובשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים ובילדים. בתמצית, התיקון קבע לראשונה כי יום העבודה של הרופאים המועסקים בשעות נוספות שהן שעות תורנות יוגבל ל-16 שעות, ואם צרכי העבודה מחייבים זאת ל-18 שעות, וכי רופאים לא יבצעו יותר מ-6 תורנויות מדי חודש. נקבע כי השינוי ייושם באופן מדורג – בשלב הראשון החל מיום 31.3.2022 במקצועות שאינם כירורגיים או טיפול נמרץ, בעשרה בתי החולים בפריפריה, ובהמשך על פני חמש שנים במקצועות ובמרכזים רפואיים נוספים. בהמשך לפרסום התיקון לצו, מינה שר הבריאות ביום 14 לנובמבר 2021 את הצוות המקצועי המשותף לתכנון ויישום השלב הראשון במהלך לקיצור יום העבודה של הרופאים המועסקים בתורנויות. הצוות, בראשות המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, הורכב מנציגי אגף התקציבים ואגף השכר במשרד האוצר, נציגי משרד הכלכלה, בתי החולים, ההסתדרות הרפואית, איגודים רפואיים, מומחים, מתמחים וסטאז'רים.

הצוות קיים מספר דיונים מקצועיים וימי עבודה מרוכזים במתכונת "האקתון" ואסף התייחסויות מהציבור הרחב ומגופים בעלי זיקה לתחום. הצוות בחן את המודלים השונים להעסקה בהתאם לצו שרת הכלכלה. נציגי הצוות ממשרד הבריאות פעלו לאיסוף הנתונים הרלוונטיים ממשרד האוצר, בתי החולים והמועצה המדעית בהסתדרות הרפואית. בד בבד, קיים יו"ר הצוות סיורים בעשרת בתי החולים הנכללים בשלב היישום הראשון לקיצור, נפגש עם מרבית מנהלי המחלקות שעליהם חל המתווה, ושוחח עם מאות מתמחים ממחלקות אלו.

הצוות רואה במהלך לקיצור שעות העבודה כרכיב חשוב מאין כמותו במאמץ לשפר את תנאי עבודתם של הרופאים המבצעים תורנויות, אשר מוכרים כסקטור השחוק ביותר במערכת הבריאות, והזדמנות יוצאת דופן להובלת רפורמות נחוצות במערכת הבריאות, ובכלל זאת חיזוק הרפואה בפריפריה. הצוות שם לנגד עיניו 3 עקרונות מנחים אשר שימשו כ"מגדלור" בעת גיבוש המתווה: שמירה על איכות חיי הרופאים, שמירה על איכות ההכשרה למתמחים ושמירה על איכות הטיפול הרפואי, ופעל לגיבוש מתווה יישום הנותן את הדעת על הגורם המגביל העיקרי, שהוא היצע הרופאים.

במהלך עבודת הצוות הושקעו מאמצים ניכרים כדי להביא את כל הצדדים להסכמות והבנות. לצערנו, הפערים בין המשתתפים התגלו כלא ניתנים לגישור עד לרגע זה, והדו"ח לא אומץ על ידי רבים מחברי הצוות, ולכן בחרנו להגישו כדוח מקצועי של משרד הבריאות בתמיכת חברים נוספים בצוות היישום.

חשוב להדגיש כי התשתית להמלצות אלה נבנתה בדיוני הצוות המקצועי המשותף, תוך הפריה הדדית ובשיתוף כלל החברים, כך שבדו"ח מוטמעות גם הערות ותרומות של חברי צוות שבחרו לא לעמוד מאחורי התוצר הסופי.

היצע הרופאים המוגבל ומשבר האיוש הצפוי

במסגרת עבודת הצוות נבחנה לעומק סוגיית היצע הרופאים בישראל והשינויים הצפויים בו בשנים הקרובות (עם דגש על היצע הרופאים החדשים הרלוונטיים למתווה), דרך עבודת מחקר נרחבת של מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות.

שיעור הרופאים ל-1000 נפש בישראל הינו נמוך ביחס לממוצע ה-OECD: עומד על כ-3.2, וצפוי עוד לרדת, בין היתר בשל אי הלימה בין קצב הגידול במספר הרופאים בשנים הקרובות לבין הגידול הדמוגרפי והזדקנות האוכלוסייה. ישראל מתאפיינת באחוז נמוך באופן יחסי של מקבלי רישיון רופא שלמדו בארץ: נכון לשנת 2021, כ-60% מהרופאים החדשים בישראל הם בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל. החל משנת 2019 אוסרות תקנות אגף הרישוי במשרד הבריאות על סטודנטים שמתחילים לימודיהם באוניברסיטאות שאינן מאושרות בסטנדרט בינלאומי לגשת לבחינת רישוי, כחלק מ"רפורמת יציב", וכתוצאה צפויה צניחה במספר הרישיונות השנתי החל משנת 2026. בכל המקרים, הבעיה חמורה עוד יותר בבתי החולים בפריפריה, בהם שיעור הרופאים בוגרי חו"ל (ובפרט בוגרי אוניברסיטאות שאינן מאושרות ע"פ רפורמת יציב) גבוה במיוחד. על כן, וללא קשר לרפורמה לקיצור שעות העבודה לרופאים, מדינת ישראל עומדת בפני משבר איוש רופאים משמעותי משנת 2026, אשר יורגש ביתר שאת בבתי החולים בפריפריה.

על מנת להוציא לפועל מתווה קיצור שעות העבודה שיגזור שינוי משמעותי במתכונת עבודת הרופאים, יש צורך בין היתר בהגדלת מספר הרופאים המועסקים, מה שצפוי להחמיר עוד יותר את מצוקת האיוש לעיל. משרד הבריאות נוקט בצעדים להגדלה משמעותית של מספר הסטודנטים לרפואה בארץ, אולם נוכח משך הזמן הדרוש להכשרת רופאים חדשים (בין 4-6 שנים, לא כולל שנת סטאז'), הרי שמצוקת האיוש החל משנת 2026 היא בגדר עובדה מוגמרת.

שיעור הרופאים המבצעים התמחות בישראל הוא גבוה בהשוואה בינלאומית, ובקרב בוגרי ישראל 92 אחוזים מהרופאים ישלימו לפחות התמחות אחת. עם זאת, קיימת שונות אדירה בביקוש למקצועות השונים ולמוסדות השונים, המשתנה בהתאם למוניטין ויוקרת המקצוע בעיני הרופא, עניין, פוטנציאל ההשתכרות העתידי, מימוש עצמי, אזור גיאוגרפי ועוד. כיום קיימים כ-1200 רופאים בעלי רישיון בכלל הארץ, אשר עוד לא התחילו התמחות, ולפי ההערכה כמה מאות מהם בלבד מהווים פוטנציאל לקליטה בתקנים התוספתיים הרלוונטיים למתווה (בניכוי הממתינים באופן קשיח לתקנים במרכז, מתחילי ההתמחות במקצועות שאינם במתווה, מי שלא יתקבל בשל רמתו המקצועית ומי שדוחים את תחילת התמחותם מטעמים אישיים). לפחות חלק ממאגר רופאים זה משמש כ"מלאי חיכוך", דהיינו, רופאים הנמצאים בתהליך יצירת התאמה להתמחות (match) – על פי העדפותיהם האישיות והתאמה למחלקות השונות, כאשר רובם בזמן זה מועסקים כרופאים במשרות אחרות במערכת הבריאות (תורני חוץ\רופאים כלליים). "ריקון" מאגר זה על ידי תוספת חדה מדי של תקני רופאים עשויה להביא לאיוש התקנים בטווח הקצר אך להביא לפגיעה משמעותית בזרם הרופאים בטווח הבינוני והארוך, ולפערי איוש משמעותיים – ובאופן מוגבר החל משנת 2026 כאמור. תחזיות שבוצעו מראות שללא עליה דרמטית במספר הסטודנטים לרפואה, בשנת 2027 ימחק הלכה למעשה מלאי הרופאים המחפשים התמחות, אלא אם יתבצעו צעדים מתאימים למתן ולעכב תהליך זה, כך שניתן יהיה להמשיך ולפעול להגדלת מספר מקבלי רישיון רופא לטווח הרחוק.

נוכח נתונים אלו, אנו מוצאים לנכון להדגיש כי בתי החולים בפריפריה הם הפגיעים ביותר למחסור הצפוי ברופאים בשנים הקרובות: הן בשל קשיי האיוש הקיימים בהם כבר כיום, והן נוכח ההשפעה המשולבת של רפורמת יציב (החל משנת 2026) ושל המהלך לקיצור שעות העבודה. גם מול תוספת תקינה בבתי חולים אלו, צפוי פער איוש משמעותי: ניתוח הנתונים מדגים כי קיים מתאם בין מגורים של רופאים המחפשים התמחות בפריפריה, להסתברות להתחיל התמחות בפריפריה. היות ובישראל שיעור הסטודנטים לרפואה מהפריפריה קטן באופן דרמטי משיעור הסטודנטים המתגוררים במרכז, ישנה העדפה ברורה של רופאים המחפשים התמחות למשרות במרכז הארץ. פעמים רבות המועמד יתעקש להמתין זמן רב למציאת משרה במקצוע\מוסד ספציפי (בסבירות גבוהה במרכז הארץ), על אף קיום משרות התמחות לא מאוישות בפריפריה.

על כן, תוספת משרות רופא במקביל בכל הארץ צפויה להדגיש את הפערים בין המרכז לפריפריה ולהביא לאיזוש התקנים בבתי"ח במרכז על חשבון בתי החולים בפריפריה. יישום הרפורמה מחייב לקחת בחשבון מורכבות זו לשם הימנעות מיצירת משבר קשה ביותר באיזוש בבתי החולים בפריפריה, ולכן הצוות ביקש להתייחס באופן פרטני לסוגיית הדרוג והפריסה של המתווה כמו גם לתת את הדעת לגורמים המאפשרים ומניעים מתמחים לבחור בהתמחות בבתי החולים שבפריפריה.

המלצות עיקריות

מול החסמים שנסקרו לעיל, הצוות עמד בפני משימה מאתגרת ביותר- התוויית הדרך המובילה לעמידה בצו שרת הכלכלה על אף הקשיים, ובמיוחד קשיי האיזוש בפריפריה בהווה ובעתיד. תחולת צו שרת הכלכלה באפריל הקרוב מחייבת אותנו להתכונן לשינוי בצורה הטובה ביותר האפשרית. נדגיש כי בסד הזמנים שמוכתב על ידי צו שרת הכלכלה, ולאור מורכבות הקשיים בשטח, לא ניתן להגיע לפתרונות "מושלמים" אשר מוסכמים על כל הצדדים או מבטיחים וודאות מלאה באשר לתוצאות כל צעד במתווה, ולכן אין מנוס אלא להרכיב בזהירות את המודל הטוב ביותר האפשרי בעת הזאת, המאפשר תחת האילוצים את יישום צו שרת הכלכלה, בד בבד עם יצירת מנגנונים שמטרתם לייצר מענה אפקטיבי לקשיים הצפויים והבלתי צפויים שיתגלו עם החלת המתווה.

אם כן, התכנית המוצעת לקיצור שעות העבודה של רופאים מורכבת מתכנית פעולה ורשת בטחון: פתרונות ריאליים, מקוריים ולעיתים ראשוניים למעבר המחלקות הרלוונטיות לעבודה בשעות מקוצרות, בתוספת מנגנונים ופתרונות שמטרתם מתן גיבוי בשטח ואפשרות ליצירת פתרונות "ביניים" להקלה על הקשיים הצפויים לצוץ, ברובם קשיי איזוש.

א. תכנית הקיצור מתבססת על שלושה מתווים מקבילים:

1. קיצור יום העבודה בעשרה בתי חולים בפריפריה יחל בתאריך 31/3/2022 כאשר כל מקצוע יקוצר באופן מדורג בהתאם ליכולת, לאור איזוש התקנים וצרכי הכשרה, עד לתאריך סופי המשתנה לפי מקצוע:

■ במחלקות: פנימיות, רפואה דחופה וגריאטריה (כולל טורי פנימית טיפול נמרץ) 1.4.22-30.7.22

■ במחלקות: נירולוגיה, דימות, פסיכיאטריה, אונקולוגיה, שיקום, נפרולוגיה, המטולוגיה 1.4.22-31.12.22

■ במחלקות הילדים 1.4.22-31.3.23

2. שינוי שיטת העבודה במלר"דים בכל הארץ:

■ יישום קיצור יום העבודה (במודל עבודת משמרות) בלפחות טור תורנות אחד ב 5 בתי חולים עד לתאריך 1.11.2022

■ יישום הקיצור בלפחות 5 בתי חולים נוספים עד לתאריך 1.12.2023, כך שעד שלב זה, מרבית המלר"דים בארץ (פריפריה ומרכז), ייחלו ביישום קיצור יום העבודה לרופאים.

■ המשך פריסה בכל הארץ, בכל המחלקות המכשירות מתמחים ברפואה דחופה, לאורך 3-4 שנים (כתלות ביכולת האיזוש) תוך הרחבה הדרגתית של מספר הטורים בהן יתבצע קיצור עד להחלת שיטת עבודה זו בכלל "טורי הפנימית" במלר"דים.

3. קידום והטמעה מהירה של מקצוע עוזרי רופא:

■ השלמת חקיקה מאפשרת עד לתאריך 1 לאוגוסט 2022.

■ פתיחת מסלול לימודים אקדמיים לתואר שני במקצוע במרץ 2023.

תרשים 1 | פריסת תכנית 2022 לקיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות



בתרשים זה לא מופיעים מקצועות שלא קיימים בהם טורי תורנויות בבתי החולים בפריפריה, מקצועות שלא מבצעים בהם תורנויות, מקצועות כירורגים ומקצועות שלפי המתווה יוחרגו בשלב זה מהקיצור בפריפריה

מהלך משולב זה יאפשר קיצור שעות העבודה בפריפריה, תוך צמצום הפגיעה באיוש התקנים בפריפריה ויצירת תשתית איתנה להמשך הרחבת המהלך בכלל הארץ, בכללה רפורמת המלר"דים, יצירת מענים משלימים תוך מתן דגש על רפורמת עוזרי הרופא והגדלה מסיבית של זרם הרופאים החדשים.

ב. רשת הביטחון

בחלק מהמחלקות עליהן חל הקיצור יש מצב קיים של מצוקה חריפה, ולכן יש צורך לייצר רשת בטחון במקרים חריגים בהם לא יתאפשר איוש בפרקי הזמן הנתונים (על פי שלושת המדרגים שהוגדרו לעיל). לכן גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים על הקמה של מנהלת לליווי ופיקוח על יישום מתווה קיצור יום העבודה לרופאים, אשר תהיה הגוף המרכז את יישום קיצור שעות העבודה למתמחים. תפקידה החשוב ביותר, יהיה לתת מענה לבתי החולים הפריפריאליים: המנהלת תלווה את מנהלי בתי החולים בתהליך הלמידה של ניהול וארגון התהליכים ושיטות העבודה במחלקות המקוצרות, תתמוך בשינוי בכלים שיידרשו, ותנהל מגעים מול גופים שונים לקידום השינויים הנדרשים. כל זאת על מנת לוודא שיש למנהלי המחלקות ובתי החולים גיבוי מתמשך בפועל ממשרד הבריאות בתהליך יישום המתווה המאתגר, אך החשוב, בו דו"ח זה עוסק. לצורך כך תצטרף המנהלת לקבל סמכויות רלוונטיות לביצוע שינויים נקודתיים במתווה הקיצור, כגון: החרגה של מחלקה, מתן עזרה רלוונטית באיוש למקצוע במצוקה וכו'. המנהלת תלווה את המהלך עד לאחר התאוששות מערכת הבריאות משנות החסר ברופאים ויצירת וודאות מספקת בנוגע ליכולת עמידת בתי החולים ביישומם בר הקיימא של המתווה, ובכל מקרה לפחות עד שנת 2028.

תפקידיה העיקריים של המנהלת:

■ **ליווי ומעקב אחר יישום המתווה בבתי החולים הנכללים בהיתר** - המנהלת תקיים קשר שוטף עם בתי החולים והמחלקות שבמתווה, תסייע באיתור פתרונות עבור מחלקות בהן עולה בעיית איש או בייקטיביות, ותבטיח ביצוע מהיר של התאמות ושינויים מקומיים או תשתיתיים במתווה בתגובה לקשיי יישום שיעלו מהשטח (לרבות מתן אישורים להחרגה זמנית מהמתווה הן בשלבים ההתחלתיים של המתווה והן במידה ויתגלעו קשיי איש בהמשך). **מטרת פעילות זו להבטיח עמידה בתנאי צו שרת הכלכלה תוך הבטחת רמת שירותי הרפואה המוענקים.**

■ **גיבוש מסקנות ודרכי פעולה לטווח הארוך** - מעקב אחר ושיתוף פעולה עם המאמצים הלאומיים להגדלת מספר הרופאים, מעקב אחרי מגמות שינוי מספר בוגרי הרפואה בחו"ל לאחר רפורמת יציב, קבלת נתונים מהשטח וממחקר מלווה, והסקת מסקנות והצעות לשיפור לטווח הארוך, תוך התמקדות בהיערכות לבעיות היצע רופאים, בעיקר לאור ההשפעה המוגברת של רפורמת יציב בשנת 2026 על הפריפריה. הכנת תכניות ניטור והתמודדות עם בעיות האיוש הצפויות בפריפריה הכרחיות לצורך ויודא יישום מוצלח של תכנית הקיצור לטווח הארוך.

■ **דיווח על ביצוע מתווה הקיצור** - המנהלת תדווח למנכ"ל משרד הבריאות אחת לרבעון אודות התקדמות מתווה היישום, החסמים, הקשיים והפתרונות שנקטו. בנוסף, המנהלת תגיש במהלך שנת 2024 דו"ח לכלל הגורמים הרלוונטיים השותפים בהצלחת המתווה. הדו"ח יתמקד בתוצאות המהלכים השונים להגדלת מספר בוגרי הרפואה, ייתן הערכה עדכנית באשר ליכולת האיוש של משרות התמחות בפריפריה בשנים לאחר רפורמת יציב, ויספק המלצות יישומיות להמשך ההתמודדות עם קשיי האיוש בפריפריה.

צעדים משלימים להקמת המנהלת:

■ **לאפשר, במקרים חריגים בלבד, דחייה של שלושה חודשים לעמידה בלוח הזמנים שהוגדר למחלקה** ספציפית המדווחת על קשיים אובייקטיביים חריפים המונעים ממנה ליישם במלואו את מתווה הקיצור. דחיה זו תהיה בסמכות מנהל בית החולים, תוך דיווח למנהלת.

■ **מחקר מלווה: המהלך ילווה במחקר כמותני ואיכותני.** מטרת המחקר, בין היתר, בחינת תוצאות המהלך לקיצור שעות העבודה, אפיון השפעותיו על כלל המערכת, וסקירה של תוצאים לא רצויים כתוצאה מהשינוי, אם וכאשר יהיו. בנוסף, התייחסות לשאלות שיש עוד לתת עליהן את הדעת: מודלים שונים לביצוע שינוי בשיטת העבודה, מדדי שירות ועוד. משרד הבריאות יפעל יחד עם המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות להתנעת מחקר יזום אשר ילווה את המהלך.

■ **להאריך האפשרות שניתנה למנהלי בתי החולים לאשר חריגה ממגבלת 6 תורניות לחודש מסוף 2022 לסוף שנת 2023.**

■ **החרגה של תורני חוץ ממגבלת 6 התורניות לחודש: תורני חוץ אינם מבצעים עבודת בוקר בבתי החולים, ולכן אינם סובלים מיום עבודה ארוך.** קיימים תורני חוץ אשר מבצעים עבודה זו כמילוי מקום נקודתי, כהכנסה צדדית או כהכנסה עיקרית, אך עבור רובם מדובר בזמנית לרופאים מתחילים ללא התמחות עד למציאת התמחות\עבודה אחרת במשרה מלאה. **מבין תורני החוץ, יש גם כאלה הנסמכים על הכנסה זו, ומבצעים תורניות רבות בחודש**, כך שהגבלתם ל-6 תורניות תפגע במקור ההכנסה שלהם באופן משמעותי. לאור אופי משרתם, נראה שאין סיבה לחשוש מפגיעה בלתי מידתית באיכות חייהם של תורני החוץ באותה המידה כמו ברופאים המבצעים עבודת בוקר, ולכן יש להחריגם או להגבילם במספר תורניות הגבוה מ-6.

ג. פריסת מתווה קיצור יום העבודה בפריפריה

נוכח הזמן הנדרש לגיוס רופאות ורופאים והכשרתם לאיוש עמדות תורנות, ומתוך רצון להימנע מתחרות עזה על מתמחים בין בתי חולים סמוכים בפריפריה ובין בתי חולים בפריפריה ובמרכז, הומלץ ליישם את מתווה קיצור יום העבודה בפריפריה באופן הדרגתי, כמתואר בתרשים לעיל, כך שהחל מאפריל 2022 ועד תאריכי היעד בכל אחד מהמקצועות יחל מתווה הקיצור בהתאם ליכולות האיוש של בתי החולים והמחלקות השונות:

■ במחלקות הפנימיות, המלר"ד והגריאטריה לאור התמודדות מערכת הבריאות עם מגפת הקורונה בכלל והגל החמישי בפרט⁵, ובכדי לאפשר משך זמן סביר לגיוס והכשרה, הוחלט על מתן אפשרות לפריסת הקיצור והשלמתו עד לתאריך 31 ליולי 2022. חשוב לציין כי בבדיקה מול בתי החולים עלה כי קיימת אפשרות לקליטתם של מספר לא מבוטל של רופאים המועסקים כעת כתורני חוץ – כמתמחים מן המניין, בהינתן תקנים שיקוצו לצורך כך.

■ במחלקות שיקוצרו בשלב השני (דימות, פסיכיאטריה, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר, נפרולוגיה, נירולוגיה, אונקולוגיה, שיקום והמטולוגיה), הוחלט על מתן אפשרות לפריסת הקיצור עד לסוף שנת 2022 בשל מספר טעמים: קושי בגיוס מתמחים בפריפריה בחלק מהמקצועות; חוסר יכולת להסתמך על גיבוי של מתמחים נוספים במידה ותהליך הגיוס לא יצליח, בשל היות המחלקות הללו קטנות באופן יחסי; חשש מתחרות מוגזמת על היצע המתמחים; משך הכשרה ארוך לתורנות בחלק מהמקצועות. עם זאת, עקרון הפעולה הוא התחלת קיצור לאחר איוש בתוספת פרק זמן הנדרש מקצועית לצורך הכשרת המתמחה החדש לעבודה במחלקה באופן עצמאי ולביצוע תורנות. בצורה זו יתאפשר קיצור מהיר במקומות הרלוונטיים תוך מתן רשת בטחון ושמירה על השירות הרפואי במקרים בהם האיוש ארוך.

■ התמחות ברפואת ילדים מכשירה באופן הדרגתי את המתמחים לקבלת אחריות על 4 סוגי עמדות, הן בעבודת הבוקר והן בעמדות תורנות שונות (מחלקה, מלר"ד ילדים, טיפול נמרץ ילדים ופגייה), ולכן קיים צורך לבצע את הקיצור במחלקות הילדים באופן הדרגתי וכתלות בזמן הנדרש להכשרה לכל אחת מן "העמדות" הרלוונטיות. משך הזמן הנדרש להכשרת מתמחה לעמדת עבודת בוקר ותורנות נע בין כחודש (לתורנות מחלקה), חצי שנה עד שנה (בפגייה, ועמדת מתמחה צעיר במלר"ד ילדים בבתי חולים מסוימים) ומגיע אף לכדי שנתיים (טיפול נמרץ ילדים ועמדת מתמחה ותיק במלר"ד ילדים). בתיאום עם האיגוד לרפואת ילדים התומך במהלך הקיצור, ובכדי לאפשר מימוש המתווה באופן יעיל ואחראי, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים על עבודה משותפת עם האיגוד לרפואת ילדים לצורך קביעת קריטריונים ואבני דרך בקיצור כל אחד מן הטורים השונים באגפי הילדים. לאחר סיום עבודה זו יהיה ניתן לדייק את מתווה הפריסה וליישמה באופן מהיר בעמדות הדורשות מעט זמן הכשרה, ובצורה אחראית בעמדות הדורשות משך הכשרה רב. חשוב לציין כי אין בקיום עבודת מטה זו בכדי לעכב את איוש התקנים באגפי הילדים לצורך יצירת התשתית לקיצור.

ד. מתווה העבודה במתכונת יום עבודה מקוצר

לאחר בחינה מעמיקה של 6 מודלים שונים המאפשרים עבודה של 16 שעות רצופות ומטה, בתהליך שהתקיים בשלבים הראשונים של עבודת הצוות כבסיס להמשך בניית המתווה, התקבלה החלטה כי מודל 16+2 הינו המודל הרלוונטי ביותר למימוש המתווה לקיצור יום העבודה לרופאים המבצעים תורנויות. מודל זה קל יחסית למימוש נוכח היותו הדומה ביותר למתכונת ההעסקה הנוכחית; ניתן לכמת השפעותיו על מצבת כח האדם ועל ההכשרה בצורה ברורה יחסית וניתן להחילו באופן נרחב על מגוון רב של מקצועות. חשוב לציין

5. שגם אם ככל הנראה יסתיים עד לאפריל גורר אחריו פערים רבים שיהיה צורך להשלים, כגון רוטציות וחופשות שנדחו, בחינות שלב א שנדחו משנת 2021 ליוני 2022 וכיוצא בזה

כי מודל זה הומלץ גם על ידי ועדת העל של הר"י בנושא, בהקשר למקצועות הנדונים במתווה הנוכחי. גם מודל 18\30 נבחן ונראה כי אין הבדל מבחינה מערכתית בינו לבין מודל 16+2, אך קיימים עדיין פערי ידע סביב ההשפעה הפיזיולוגית של עבודה רצופה-למחצה של מספר לילות, איכות חיי המתמחה ומידת הפגיעה (אם בכלל) ברצף הטיפולי. לכן, קוראים גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים למחלקות בהן האיזוש יאפשר זאת להתנסות בשיבוץ במתכונת 18/30, תוך מעקב ובקרה במסגרת מחקר רחב היקף אשר יבחן את ההיבטים הפיזיולוגיים והאחרים הקשורים למודל זה ובהתאם ייתן המלצה בעניין ליתר בתי החולים. המודלים האחרים שנבחנו, לרבות עבודת משמרות (12/12 משולב או 9/9) וכן מודל "התורן המגשר" – לא ייכללו במתווה המוצע מכיוון והם אינם רלוונטיים לעבודת הרופא. במחלקות האשפוז בשל הפגיעה הקשה ברצף הטיפולי, הפגיעה בגיבוש המחלקתי וביכולת לקיים שגרת עבודה מחלקתית סדורה, הפגיעה באיכות הלמידה וחוסר הסנכרון עם עבודת הבכירים ועם עבודת מחלקות אחרות. יצוין כי מודל 12/12 נבחן במסגרת תת צוות ייעודי, שלא השלים את עבודתו, וייתכן כי יתגלה כרלוונטי בעתיד בחלק מן המחלקות ובתי החולים, ובעיקר במחלקות בהן לא מתקיימת דיכטומיה בין פעילות בוקר וערב.

במכתבה מיום 9.3.22, ובהמשך בדיון המסכם של הצוות המקצועי המשותף, הציעה ההסתדרות הרפואית ליישם מודל מנוחה במהלך תורנות כמודל ביניים חלופי עד להבשלה עתידית של יישום המהלך של קיצור יום העבודה לרופאים. במסגרת זו הוצע מודל של 6 שעות מנוחה רצופות במהלך יום עבודה של 24 שעות, כאשר בזמן המנוחה ייתן מענה למחלקה תורן חצי. בשיחות המשך הוצע מודל חליפי בו התורן מגיע ב 12:00 בצהריים, נח כ-5 שעות 16:00-21:00, ובזמן זה ממלא את מקומו תורן שלישי מומחה. למודל זה מספר בעיות עיקריות: עמידתו בתנאי צו שרת הכלכלה טרם נבחנה לאור שאלת פרשנות מנוחה בין כותלי בית החולים (גם במידה ותתקיים תשתית פיזית והסדרה רגולטורית אשר תבטיח מנוחה אמיתית ומלאה לתורן בשעות המנוחה); הצורך בפיצוי על כוח האדם הנדרש בשעות 8:00-12:00 מחייב הקצאת אותה הכמות של התקנים התוספתיים כמו במודל 16+2 עבור עבודת הבוקר החסרה בנוסף להוספת טור תורנות חצי\שליש עבור כל טור תורנות מלא, ולמעשה מייצרת קושי איזוש מוגבר ועלות גבוהה; סבירות נמוכה מאד לאיזוש כמות משמעותית של טורי תורנות חצי\שליש ברופאים בכירים בלוחות זמנים רלוונטיים; איזוש מקסימלי במחלקות בין השעות 12:00 ל 21:00 אינו מתכתב עם עבודת מחלקות האשפוז, שמהוות את הרוב המוחלט של המחלקות לקיצור במתווה זה; ולבסוף הקושי לאכוף שעות מנוחה לרופאים מעמיד קושי מוגבר בהבטחת מנוחה אמיתית לתורנים. חשוב לציין כי מודל זה לא הומלץ בדו"ח הוועדה העליונה של הר"י, וגם לא נדון במסגרת דיוני הצוות, למעט בדיון האחרון. לאור זאת, אין מנוס אלא מלהגיע למסקנה כי הוא לא מתאים לשימוש במחלקות כמודל הקיצור בשלב זה. עם זאת, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים כי המודל יידון במסגרת עבודת המנהלת לליווי ופיקוח על יישום מתווה קיצור יום העבודה לרופאים, לבחינת התאמתו במקרים רלוונטיים ותוך מציאת מענים לקשיים המהותיים במימושו.

a. מודל עבודה במחלקות המיון

נציין כי המודלים המוזכרים נבדקו מול שאלת התאמתם לעבודת מחלקת אשפוז, אך קיים קונצנזוס כי במחלקות לרפואה דחופה עבודה במודל משמרות היא העדיפה. במידה ויוסדרו תנאי התשלום לרופאים העובדים במודל משמרות, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים תומכים בשימוש במודל המשמרות במחלקות לרפואה דחופה בכל הארץ במסגרת שינוי שיטת העבודה במלר"דים. גם בתי החולים הרלוונטיים בפריפריה יוכלו לבחור להשתמש במודלים אלו, ולא ב 16+2 או 30\18, באופן נקודתי במלר"דים בלבד, כחלק מהשלב הראשון של מתווה הקיצור ותכנית שינוי שיטת העבודה במלר"דים.

b. השלכות הקיצור על עבודה בסופי שבוע

החלת מודל 16+2, גם תחת איוש מקסימלי, צפויה להביא להגדלה עד כדי הכפלה של מספר הפעמים בהם רופאים המבצעים תורניות יידרשו להגיע בסופי השבוע לבית החולים, מה שעלול להביא לפגיעה בלתי מידתית בחיי הרופא. סוגיית ריבוי סופי השבוע מורכבת כפליים בבתי החולים בפריפריה, בהם כבר במצב הנוכחי, מתמחים רבים מבצעים באופן קבוע שתיים-שלוש תורניות בסופי שבוע בכל חודש. בנוסף, הרוב המוחלט של המתמחים העלו בשיחות כי היו מעוניינים להחריג את סופי השבוע מהמתווה.

מבחינה נורמטיבית, עבודה רצופה של 26 שעות אינה מידתית ופוגעת בחיי התורן בימי סוף השבוע כמו גם בימי החול, אך כנגד יש להכיר במציאות לפיה קיצור בסופי השבוע מייצר קשיים משמעותיים גם הוא. לפיכך, יש לבחון החלת מודל opt-out: הגדרת תורניות מקוצרות כברירת המחדל לסופי השבוע, תוך מתן אפשרות לרופאים המעוניינים בכך להמשיך ולבצע תורניות בנות 24 שעות, בתמורה לצמצום מספר סופי השבוע בהם יידרשו להגיע לבית החולים. גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים כי מודל זה ייושם עד להשלמת מתווה קיצור שעות העבודה, כמפורט לעיל, אז תבצע בחינה שלו מול מודלים פוטנציאליים אחרים ותתקבלנה החלטות ארוכות טווח בנושא. המהלך ילווה במחקר אשר ינטר באופן מדויק את הנגזרות השונות של עבודת סוף השבוע. בין אם יוחל מודל opt-out ובין אם לאו, מומלץ לאפשר בשלב הראשון החלה הדרגתית של קיצור שעות העבודה בסופי השבוע, ולא להתלות את מתווה הקיצור כולו (בימי החול) במציאת פתרון לנושא סופי השבוע. המשך בחינה של מודל זה ומודלים אחרים לסופי השבוע, בנוסף לאופן והמועדים למימוש מלא, ייקבעו בדיונים נוספים בשיתוף משרד הכלכלה.

ה. מקצועות ובתי חולים הכלולים במתווה

■ גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים להחריג את מקצוע הקרדיולוגיה בשל היותו מקצוע בעל אופי פרוצדורלי ולא פנימי, ולאור קושי משמעותי ביותר באיוש תקני התמחות בקרדיולוגיה. על כן ממליץ ליישם את מתווה הקיצור בו יחד עם קיצור שעות העבודה במקצועות הכירורגים האחרים.

■ רפואת נשים הוא מקצוע כירורגי שאינו נכלל בשלב הראשון בצו שרת הכלכלה, ואשר עומד בפני קשיי איוש משמעותיים בפריפריה. בנוסף, המקצוע מתאפיין בשיעור גבוה של תורניות המבוצעות על ידי רופאים מומחים – עובדה הדורשת הסדרה מורכבת שאינה עומדת בקנה אחד עם לוחות הזמנים לביצוע המתווה. עם זאת, נוכח עמדת האיגוד לרפואת נשים התומך במהלך של קיצור שעות העבודה במקצוע זה, ולמרות שאין להחילו במתווה המוצע, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים לפעול בהקדם, במקביל ליישום המתווה ובשיתוף עם מנהלי בתי החולים בפריפריה, מנהלי המחלקות בפריפריה והאיגוד המקצועי, לקידום מהיר של הנושא, תוך בחינת שימוש במודלי עבודה משולבים (כגון טורי תורניות במיון נשים) וגיבוש מענים ספציפיים העונים על המציאות הייחודית של מקצוע זה. אלו יאפשרו התחלת קיצור התורניות במקצוע זה בטרם יורחב המתווה למקצועות הכירורגיים.

■ במחלקות בהם יחול המתווה יש להתאים את שעות העבודה של סטאז'רים לאלו של הרופאים מבצעי התורניות, איתם הם עובדים "כתף אל כתף", ובמידת הצורך להתאים את שיטת העבודה להמלצות הוועדה המשרדית בראשות פרופ' שאול יציב הבוחנת בימים אלה את שינוי מבנה הסטאז'.

יש לגבש, במסגרת לוחות הזמנים המתוארים מעלה, מתווה ייחודי ומותאם לקיצור שעות העבודה בביה"ח יוספטל באילת, וזאת נוכח המאפיינים והצרכים הייחודיים שלו.

ו. המשך יישום קיצור שעות העבודה לרופאים

על אף שהמתווה המוצג לפניכם לקיצור יום העבודה לרופאים נותן מענה רק לרופאים המבצעים תורנויות בפריפריה ובחלק מהמקצועות, יש להתכונן לקיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות בכל המקצועות ובתי החולים, בכללם בתי החולים במרכז, לפי תכנית חומש כפי שהותווה על ידי שר הבריאות וכן בא לידי ביטוי בצו שרת הכלכלה. עם זאת, ולאור המידע המוצג בדו"ח זה באשר למגבלות היצע הרופאים בשנים הקרובות ומצוקות הפריפריה, בבואנו לקצר את שעות העבודה במרכז יש לקחת בחשבון שני שיקולים עיקריים:

לאור הקשיים והסכנות לאיוש בפריפריה בהרחבת המתווה לאזור המרכז בסמיכות להחלת המתווה בפריפריה, יש להמתין פרק זמן מספק בין שני השלבים. אחרת, כתוצאה של העדפת התמחויות במרכז, עלול להיווצר חסר קריטי ברופאים חדשים בפריפריה, וכך תחול הרעה בתנאי הרופאים ושירותי הרפואה בפריפריה במקום הטבה.

סוגיית החוסר בהיצע הרופאים תהווה אתגר משמעותי ביותר בשנים הקרובות (עד לגידול מספק בזרם הרופאים החדשים), לאור זאת, ועל מנת להביא להקלה על רופאים המבצעים תורנויות במרכז יהיה צורך לבצע את קיצור שעות העבודה במרכז באופן שונה מהמתווה והמודלים המוצעים בפריפריה, כך שיוכל לסייע לרופאים במרכז בצורה המיטבית ביותר ובפרק זמן סביר תחת המגבלות המתוארות. במקביל לגיבוש מתווה זה במסגרת תכנית החומש, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים כי יבוצעו פעולות מידיות שיקלו על מתמחים במרכז ובמקביל יהוו בסיס לקיצור עתידי של יום העבודה של רופאים המבצעים תורנויות בכל הארץ בכל מתווה שייבחר. שינוי שיטת העבודה במלר"דים, כצעד ראשון, תוכל תוך שנים ספורות, לפי ההערכה, להביא להפחתה משמעותית בשעות העבודה לכלל רופאי המלר"דים והפנימיות במרכז הארץ ובפריפריה, ולקיצור שעות העבודה ברצף במלר"דים, תוך שהיא תהווה תשתית לקיצור עתידי במקצועות נוספים בכלל הארץ. מעבר לכך, יש לייצר מענים משלימים שגם יהוו תשתית להרחבה ויקלו באופן משמעותי על חיי המתמחים.

ז. שינוי שיטת העבודה במלר"ד

מרבית המחלקות לרפואה דחופה במדינת ישראל עובדות במודל הפעלה מופרד במסגרתו המחלקה מחולקת לאזורים גאוגרפים הנשלטים ע"י רופאים מדספלינות שונות, מלבד בית החולים הציבורי אסותא אשדוד, המפעיל מלר"ד המאויש כולו על ידי מתמחים ומומחים ברפואה דחופה. בשנים האחרונות, בעקבות עבודת מטה, בשלה השעה לשינוי רוחבי בשיטת עבודת המחלקות לרפואה דחופה בכל הארץ והפיכתן למחלקות מקצועיות המתבססות ברובן על מתמחים ומומחים ברפואה דחופה במודל עבודת משמרות. סוגיה זו נבחנת כעת גם על ידי גורמים במשרד הבריאות וגם על ידי וועדה של ההסתדרות הרפואית לבחינת שינוי מתכונת העבודה במלר"דים. שינוי זה, המחייב החלפה הדרגתית של מתמחי הפנימית במלר"דים במתמחי רפואה דחופה (למעט טורים המשמשים לצורך הכשרה, בשיעור אשר ייקבע בהמשך), "ישחרר" חלק משמעותי ממתמחי הפנימית מתורנויות המלר"ד ויביא לעליה בכוח האדם במחלקות הפנימיות, שתאפשר בתורה הקלה בעבודת הרופאים הפנימיים (בין אם על ידי הורדה משמעותית של מספר התורנויות המבוצעות

על ידי מתמחה, מנוחה במהלך תורנות ועוד), ולקיצור בפועל של שעות העבודה לרופאי המלר"ד במודל המשמרות. מעבר לכך, קיימים יתרונות איכותיים רבים במעבר למודל עבודה זה: טיפול רפואי על ידי רופא רפואה דחופה, מתמחים ובכירים, צפוי להביא לשיפור של המענה הרפואי, חיסכון בתשומות בשל זמני שהייה קצרים יותר, טיוב בחירת המטופלים המיועדים לאשפוז, צפי להפחתה באשפוזים לא הכרחיים, ועוד.

יש להתכנס לעבודת מטה מהירה, תוך שילוב מסקנות הועדה שפועלת מטעם הר"י בנושא, לצורך גיבוש תכנית לשינוי שיטת העבודה במחלקות לרפואה דחופה בכל הארץ, שתיתן את הדעת לבניית תכנית הדרגתית, גיבוש והסכמה על המשאבים המדויקים הנדרשים לצורך התחלת מימוש שינוי זה, וזאת בנוסף לבתי החולים בפריפריה שיבחרו לעבור למודל זה תוך הסתמכות על תקני הקיצור. ראוי לציין כי המלצה זו עלתה לאחר ההחלטה על ביצוע הרפורמה וכתיבת הצו ועל כן לא סוכמו משאבים לצורך מימושה.

ה. עוזרי רופא

נוכח משך הזמן הארוך הנדרש להכשרת רופאות ורופאים, ובעיית היצע הרופאים הזמינים לתחילת התמחות, אין מנוס אלא לנקוט צעדים ליעול זמנם של הרופאים הקיימים ולהפחית את השחיקה אותה הם חווים, כדי לא לפגוע ברמת השירות הרפואי המוענק לציבור. עוזר רופא שעבר הכשרה ייעודית יכול לסייע לרופאים במשימות ספציפיות אליהן הוכשר ודורשות בין היתר ידע ומיומנויות קליניות, ובכך "לתעל" את זמן הרופא באופן האפקטיבי ביותר, תוך צמצום השקעת זמן עבודה יקר על משימות שבעל מקצוע אחר יכול לבצען. לאור הפעולות המיידיות שננקטו בשלושת החודשים האחרונים, קיים צפי לפתיחת מסלול ההכשרה האקדמי הראשון לעוזרי רופא במרץ 2023. משמעות הדבר כי בתחילת 2026 יחלו להיכנס למערכת הבריאות ראשוני עוזרי הרופא שסיימו הכשרה זו, ובכך לסייע לרופאים בפינוי זמנם לאור העומס המוגבר שיוטל עליהם כתוצאה מרפורמת יציב. בעקבות כך, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים:

- להמשיך ולהאיץ את המאמצים לפתיחת מחזורי לימודים של עוזר רופא ואיושם המלא, תוך מתן עדיפות להכשרת עוזרי רופא המתגוררים בפריפריה, להגדלת ההסתברות שיעבדו לאחר מכן בבתי החולים הפריפריאליים.
- לפעול להטמעת עוזרי הרופא במחלקות בהם מבצעים תורנויות, ובאופן מוגבר באלו בהן יש קשיי איוש. יש לשקול תמריצים להשתלבות עוזרי הרופא הראשונים דווקא בבתי"ח הציבוריים בפריפריה.

המלצות: צעדים משלימים

מענים משלימים התומכים בעבודת הרופא

כוח עזר אדמיניסטרטיבי, סטודנטים לרפואה ותפקידים ייחודיים כמו לוקחי דמים מסוגלים לתת מענה ולתמוך בעבודת המחלקה בכל שעות היממה. העסקה של בעלי תפקידים אלו היא צעד קל מהיר וזול ליישום באופן יחסי. על כן, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים:

1. להקצות בעלי מקצוע שתומכים בעבודת הרופא (שאינם עוזרי רופא, אליהם קיימת התייחסות מפורטת בדו"ח זה ואליהם יש להפנות משאבים ייעודיים) עבור מחלקות בהן יקוצר יום העבודה לרופאים בפריפריה.

2. במקרים בהם מנהלים מתקשים לאייש את תקני הקיצור התוספתיים, לאפשר המרת סכום התקן הלא מאויש באופן זמני בתקציב עבור בעלי מקצוע אלו, כמענה לחוסר שנוצר בעקבות הפחתת שעות העבודה, עד להשלמת האיוש. אפשרות זו הועלתה לפחות על ידי בית חולים אחד ככזו שצפויה להקל באופן משמעותי על התנעת יישום מתווה הקיצור.

הרחבת האיוש הרפואי בפריפריה

ניתן כבר היום לשנות באופן אקטיבי את המחסור העתידי ברופאים בעזרת צעדים משלימים, כך שניתן יהיה ניתן בעתיד לאפשר איוש נרחב בפריפריה, וקיצור במקצועות נוספים. כמענה לפער האיוש ההולך וגדל בבתי החולים בפריפריה, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים על נקיטת צעדים אשר יסייעו באיוש המשרות הקיימות והעתידיות בבתי חולים אלו, להבטחת שדרה איכותית ומובילה של רופאות ורופאים צעירים בבתי חולים אלו:

1. המשך קידום פרויקטים קיימים למשיכת כוח אדם איכותי לפריפריה, ואימוץ מסקנות ועדת גמזו בחלקים הנוגעים לגיוס מתמחים בפריפריה:

■ המשך פעילות התכנית לרפורמה רב שנתית להגדלת מספר הרופאים המוכשרים בישראל, במסגרתה כבר נצפה גידול של 10% סטודנטים בשנת הלימודים 2021-2022.

■ יש להמשיך ולפעול למען הגדלה מאסיבית של מספר הסטודנטים לרפואה בשנים הקרובות, בפרט בתכניות הארבע שנתיות ובפרט בבתי הספר לרפואה הנמצאים בפריפריה. באופן ספציפי ולפי המלצות וועדת גמזו הנוגעות לפריפריה, יש לתמוך בגידול במספר סטודנטים עם זיקת מגורים ראשונית לאזורי החסר כדוגמת תכניות "אילנות דרום" ו"אילנות צפון להכשרת רופאים מצטיינים המיועדים לעבוד בפריפריה. ראשוני הרופאים מתכנית זו יתחילו התמחות כבר בשנת 2026, כאשר בחמש השנים הקרובות יוכשרו 300 רופאים (התכנית עצמה תחל לפעול בשנת הלימודים הקרובה).

■ המשך פעילות תכנית להגדלת מספר הרופאים בפריפריה, במתכונת של סבסוד לימודיהם של סטודנטים מצטיינים לרפואה במוסדות מוכרים בחו"ל, תוך התחייבות שלהם להתמחות בפריפריה. (צפויה לצאת לפועל כבר בשנה הקרובה).

■ תכניות "כוכבי צפון" (שמופעלת בשנים האחרונות על ידי מפעל הפיס ותמומן בסיוע משרד הבריאות בשנת 2022) ותכנית "כוכבי דרום" (שמוקמת השנה על ידי משרד הבריאות), מיועדות להביא מתמחים מצטיינים לפריפריה בטווח הזמן המידי באמצעות מענקים ותכנית התמחות ייחודית, המשלבת עבודה ומחקר בבתי חולים בפריפריה.

- תכנית שנבנית בימים אלו ומיועדת להבאת מספר רב של רופאים עולים, מומחים ומתמחים כאחד, לפריפריה, באמצעות שורה של תמריצים והסרת חסמים לעליה.
- יש להמשיך ולהשקיע ביצירת תנאי עבודה אטרקטיביים בבתי החולים בפריפריה: פיתוח תשתיות, עדיפות במתן תעודות CON, ויצירת סביבה טכנולוגית.

2. יש לבחון קידום פרויקטים חדשים:

- יש לבחון סיוע בשכר לימוד לסטודנטים ישראלים בחו"ל בתמורה להתחייבות לחזרה ארצה ולעבודה בפריפריה.
- חיזוק ופיתוח שיתוף הפעולה בין בתי חולים במרכז ובפריפריה להעלאת הרמה המקצועית ויצירת אופק תעסוקתי, כתלות ברצון בית החולים ובאופן נקודתי.
- איתור ומענה לדרישות התא המשפחתי של הרופא/ה: תעסוקת בני זוג (מודל "שליחי מדינה"), הבטחת דיור איכותי, בחינת בניית "שיכונני רופאים", גני ילדים ברמה גבוהה וכיו"ב.

סוגיית שכר הרופאים

קיימת הסכמה בין כלל הגורמים המעורבים כי שכר הרופאים מושפע באופן ישיר מכמות שעות העבודה שהם מבצעים בפועל. במצב עניינים זה, תחת ההסכמים הקיבוציים הרלוונטיים וחוקי העבודה במדינת ישראל, יישום מתווה קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורניות צפוי להביא לירידה בהשתכרות הכוללת של הרופאים המבצעים תורניות. אל הצוות הגיעו פניות של רופאים ונציגי בתי חולים המוחים על ירידה אפשרית זו, ובין היתר נטען כי הדבר מייצר חשש לירידה ביכולת הגיוס העתידית של מתמחים אל המשרות החדשות שצפויות להיפתח בפריפריה.

צוות זה לא קיבל סמכות או אחריות לדון בנושא שכר הרופאים, וכל דיון בנושא זה נמצא תחת סמכות ואחריות ארגון העובדים והמעסיקים. על כן, דיון בנושא שכר ותנאי עבודה לא התקיים בפגישות הצוות, ולא יינתנו המלצות בעניינו בדו"ח זה. עם זאת, מאחר ומנהלי בתי החולים התריעו כי חוסר הבהירות בעניין השכר המשולם עלול לפגוע ביכולת האיוש של התקנים התוספתיים הצפויים, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים קוראים לגורמים הרלוונטיים להבהיר ולהסדיר את כללי התשלום אשר יוחלו על הרופאים המבצעים תורניות במתווה שעות העבודה המקוצרות. יש להדגיש כי הבהרה זו נחוצה על מנת לאפשר יישומו המלא של מתווה הקיצור.

בנוסף, במסגרת שינוי שיטת העבודה במלר"ד צפויים לעבור רופאי המחלקה לרפואה דחופה לעבודה במודל משמרות. לצורך מעבר זה תידרש הסדרה של כללי התשלום אשר יחולו עליהם. גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים קוראים לגורמים הרלוונטיים לפעול לקידום הנושא בהקדם על מנת שתהיה אפשרות להתחיל במהלך הארצי.

מבנה ההכשרה

במהלך דיוני הצוות התקבלו פניות מגורמים שונים המזהירים כי השלכות קיצור שעות העבודה של רופאים מתמחים, כמתואר בדו"ח זה, ישפיע על הכשרת מתמחים המבצעים תורניות, ועלול להביא להארכה בפועל של תקופת ההתמחות/ לקיצור בזמן ההכשרה, להפחתת חשיפה של המתמחה למקרים שונים, ועוד.

בדומה לסוגיית שכר הרופאים, לצוות זה אין סמכות או אחריות לדון או לתת המלצות בנושא הכשרת המתמחים ו\או תוכן ואורך הסילבוסים השונים, וזו נתונה רק למועצה המדעית. לכן, הצוות לא בחן טענות אלו ולא גיבש המלצות בעניינם. עם זאת, לאור כך שנושא זה הועלה על ידי גורמים רבים, וביניהם ההסתדרות הרפואית, כנושא מהותי המושפע ממתווה קיצור שעות העבודה למתמחים, וכי הועלה חשש מגורמים שונים בשטח כי חוסר וודאות בנושא זה עלולה לגרור יצירת קושי נוסף בגיוס מתמחים למשרות הרלוונטיות, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים קוראים ומבקשים מהמועצה המדעית לבחון את ההשפעה הצפויה של התכנית המוצעת על הכשרת המתמחים, להבהיר מול השטח את ההשפעה הצפויה על ההכשרה ולקדם פעולות בנושא זה במידת הצורך.

למותר לציין כי שימור ושיפור איכות הכשרת מתמחים היא בחזקת עקרון בסיסי עבור כל הגורמים המעורבים ביישום קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורניות, וכי במידה ויידרשו שינויים ודיוקים ביישום המתווה לאור החלטות של המועצה המדעית, המנהלת לליווי ופיקוח על יישום מתווה קיצור יום העבודה לרופאים תיקח על עצמה להביאם לידי מימוש בדרך הטובה ביותר. עם זאת, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים קוראים למועצה המדעית לעדכן את הגורמים הרלוונטיים מוקדם ככל הניתן בשינויים בסילבוסים, ככל שיוחלט עליהם, או ככל שצפוי להיות מוחלט בעניינם, ובאופן נקודתי בשינויים שיידרשו התייחסות המנהלת.

המלצות: משאבים נדרשים עבור התכנית

בחודשים האחרונים התבצעה עבודת מטה מאומצת במשרד הבריאות, על מנת להבין מהו מספר המשרות התוספתיות הנדרשות ליישום קיצור יום העבודה בפריפריה. חישוב המשרות הנדרשות מתבסס על כך שכל טור תורנות מקוצרת מייצר מחסור של רופא/ה בעבודת הבוקר; ברם, היות ורופא.ה מתמחה לא נמצאת במחלקה 100 אחוזים מהזמן, מספר המשרות "ברוטו" שיש להוסיף עבור כל טור תורנות תלוי במספר גורמים משתנים כמו אילוצי התמחות (כמה זמן מתוך ההתמחות זמין המתמחה לעבודת בוקר במחלקת האם), אילוצים אישיים (כמו חופשים, חופשות לידה ומילואים), חוסר או עודף קיים בכח אדם במחלקה, מודל סוף השבוע שנבחר, "חיסרון לקוטן" למחלקות קטנות שלא מאפשר להם גמישות באיוש, ועוד. אף שלא ניתן להגיע למספר יחיד אחד אשר מייצג נאמנה את מספר התקנים התוספתיים הנדרשים בכל מחלקה ומחלקה בארץ, אין מנוס משימוש במפתח על מנת לתכנן את פריסת התקנים בין בתי החולים, בקירוב הגבוה ביותר האפשרי. המפתח המקורב המומלץ על ידי גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים הוא 1.5 תקני רופא תוספתיים עבור כל טור תורנות מקוצר במרבית המחלקות.

בחישוב לפי מפתח זה, ובהינתן 135 טורי תורנות מלאים במקצועות הנכללים בשלב הראשון ליישום המתווה, נדרשים סה"כ 203 תקני רופאים תוספתיים למען ביצוע קיצור יום העבודה בפריפריה במתווה הפריסה המוצע.

לפי החישוב שבוצע אין צורך בתקנים תוספתיים מעבר לכך עבור הפחתת מספר התורנויות לרופא (כמתחייב בצו שרת הכלכלה): מכיוון ומתמחה המתווסף למחלקה מסייע גם בהורדת מספר התורנויות החודשיות עבור כל מתמחה קיים, וגם בקיצור יום העבודה, תוספת התקנים המוצעת תאפשר במקביל עמידה ב-2 המטרות. עם זאת, קיים חשש כי במספר מחלקות, בהן קיים מספר תורנויות גבוה באופן חריג, או מחלקות הנתקלות בקשיים באיוש, לא תהיה עמידה מלאה בכלל 6 התורנויות החודשיות. על כן ממליצים גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים על דחיית מגבלת 6 התורנויות לסוף שנת 2023.

קיים אתגר משמעותי כפול באיוש התקנים: האתגר המידי והאתגר לטווח הארוך. באשר לאתגר המידי, השילוב של הפריסה ההדרגתית שהוצעה יחד עם מאמצים של בתי החולים, פעילויות גיוס ואיתור שהחלו בחודשים האחרונים, וביצוע התאמות והחרגות בעת הצורך על ידי מנהלת היישום (כולל מתן אורכה שתהווה רשת בטחון במקרים נקודתיים בהם לא היה ניתן לבצע איוש), מאפשר יישום המתווה בלוחות הזמנים המתוארים ובמגבלות אשר תוארו לעיל. באשר לטווח הארוך, נדרש מכלול של פעולות כדי לעמוד בו, שכוללות בין היתר פתרונות להגדלת היצע הרופאים (ראו פרק ייעודי לנושא זה) ומציאת מענים משלימים לחוסרים (כמו תגבור מקצועות תומכי רופא). נושא זה צריך להיות מוגדר כמאמץ לאומי, גם ללא קשר לסוגיית קיצור התורנויות.

עבור מתווה שינוי שיטת העבודה במלר"דים ומתווה עוזרי רופא יידרשו משאבים, אשר טרם הוקצו, עבור רופאים תוספתיים להחלפת הדרגתית של טורי התורנות הפנימית במלר"ד, הוספת מומחים ומקצועות תומכים, ותקנים עבור עוזרי רופא. עם זאת, נדרשת עבודה מטה נוספת על מנת לקבוע את היקף המשאבים המדויק הנדרש.

בעת הניסיון לגיבוש מתווה ישים לקיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות, נגלו בפני הצוות המקצועי המשותף מספר רב של מגבלות אובייקטיביות אשר מקשות על מימוש רחב היקף של קיצור בכלל המקצועות ובתי החולים בארץ. על אף אתגרים אלו, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים עומדים על כך שקיצור שעות העבודה הרצופות הינו מהלך הכרחי ונכון מבחינה מקצועית וערכית, והזדמנות לחולל שינוי הכרחי ברכיבים רבים של מערכת הבריאות. על כן, הומלץ על מתווה מדורג למימוש תכנית הקיצור, תוך מתן עדיפות ברורה לבתי החולים בפריפריה על פני אלו במרכז בשלב הראשון למתווה, ותוך קידום מהלכים לתמיכה בקיצור ביתר המקצועות ובתי החולים בטווח הבינוני והארוך. בדומה לכל רפורמה בסדר גודל דומה, יידרשו תוספת משאבים, כמו גם תשומות ניהוליות משמעותיות מצד משרד הבריאות, על מנת להבטיח יישום איכותי, בטוח ומקצועי של המהלך. גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים מדגישים כי מעבר לאחריות משרד הבריאות ליישום המהלך, נדרשים צעדים משלימים על מנת להצליח בביצוע מתווה זה בזמנים ובפריסה כפי שהוצעו: יש הכרח לאפשר פריסת המתווה לפרקי הזמנים שהומלצו; להעניק סמכויות דחיה והחרגה למנהלת היישום; להבהיר ולהסדיר את כללי ההשתכרות לרופאים שיעבדו במתווה המקוצר; לאמץ את הפתרון המוצע למניעת המשמעות השליליות של הקיצור בסופי השבוע על איכות חיי הרופאים; ולחלק באופן מידי את התקנים התוספתיים הדרושים לצורך המתווה. **ללא מתן מענה לסוגיות אלו החלת הצו באפריל צפויה להביא לפגיעה ברופאים, בבתי החולים ובמטופלים במערכת הבריאות בפריפריה.**

רקע

על רקע קולות גוברים בציבור בכלל ובמערכת הבריאות בפרט לקצר את יום העבודה של רופאות ורופאים המבצעים תורנויות, רובם רופאים מתמחים, חלו בעת האחרונה תמורות במערכת הבריאות: ביוני 2020, הוקמה הועדה העליונה לבחינת מתכונת העבודה ואופי התורנויות בבתי החולים של ההסתדרות הרפואית. ועדה זו פעלה במשך כשנה ובמסגרתה פעלו ועדות משנה ונאספו ב-150 חוות דעת מקצועיות מציבור הרופאים. הועדה פרסמה מסקנותיה ביוני 2021 והמליצה על מספר מודלים שונים המאפשרים קיצור ימי העבודה של רופאים המבצעים תורנויות ו/או הקלה על עומס העבודה במהלכן.

בהמשך, באוקטובר 2021, פרסמה שרת הכלכלה אורנה ברביבאי תיקון להיתר הכללי להעסקה במנוחה השבועית ובשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים ובילדים (נספח א'). ההיתר, אשר גובש בתיאום עם שר הבריאות ניצן הורוביץ, קבע לראשונה כי יום העבודה של הרופאים המועסקים בשעות נוספות שהן שעות תורנות יוגבל ל-16 שעות, ואם צרכי העבודה מחייבים זאת ל-18 שעות. עוד נקבע יישום מדורג להנחה - השלב הראשון ליישום מיום 31.3.2022 במקצועות שאינם כירורגיים או טיפול נמרץ, בעשרה בתי החולים בפריפריה: המרכז הרפואי העמק בעפולה; המרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע; המרכז הרפואי לגליל בנהריה; המרכז הרפואי זיו בצפת; המרכז הרפואי פדה-פורייה בטבריה; המרכז הרפואי ברזילי באשקלון; המרכז הרפואי יוספטל באילת; בית החולים הסקוטי בנצרת; בית החולים הצרפתי בנצרת; ובית החולים המשפחה הקדושה בנצרת. בהמשך, קיצור במקצועות טיפול נמרץ והרדמה יחל לא יאוחר מ-31.3.2023. ולבסוף, נקבע בהיתר כי תגובש תכנית חומש לקיצור בהדרגה של שעות עבודת הרופאים גם בשאר בתי החולים ברחבי ישראל, וכי מספר התורנויות החודשיות לרופא לא יעלה על 6.

בהמשך לתיקון לצו שרת הכלכלה, מינה שר הבריאות ביום 14 לנובמבר 2021 את הצוות המקצועי המשותף לתכנון ויישום המהלך לקיצור יום העבודה של הרופאים המועסקים בתורנויות. הצוות, בראשות המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, הורכב מנציגי אנף התקציבים ואנף השכר במשרד האוצר, נציגי משרד הכלכלה, בתי החולים, ההסתדרות הרפואית, איגודים רפואיים, מתמחים ומומחים במקצועות היישום. בכתב המינוי (נספח ב') הוגדר כי הצוות יבחן מודלים שונים לקיצור שעות העבודה של רופאים המועסקים בתורנויות, "תוך דאגה לאיכות הטיפול, איכות ההכשרה, רווחת הרופאים ותנאי עבודתם". עוד הוגדר בכתב המינוי כי הצוות יפעל לטיוב וניתוח נתונים, תחילה בעשרת בתי החולים בפריפריה בהם מתוכנן יישום השלב הראשון במתווה הקיצור. הצוות התבקש לגבש המלצות ביחס למכלול היבטי יישום המתווה, לרבות צרכי האיוש, אופי ההתמחות ואופן עבודת התורנים בסופי שבוע כמו גם לבחון פתרונות נוספים להקלה על עומסי העבודה בתורנויות, לרבות במקצועות עוזרי רופא וצוותי מזכירות רפואית. הצוות נתבקש להגיש המלצות ביניים ליישום השלב הראשון במתווה לשר הבריאות, ניצן הורוביץ.

הנתונים וההמלצות בדו"ח זה מתמקדים ביישום קיצור שעות עבודת הרופאים המבצעים תורנויות במקצועות ובתי החולים הרלוונטיים לשלב הראשון בצו שרת הכלכלה, שיישומו נקבע לאפריל 2022. בדו"ח זה נשתמש בביטויים "קיצור בשעת העבודה הרצופות" או לחילופין "קיצור יום העבודה", מכיוון והביטוי הנפוץ "קיצור תורנויות" אינו מתאר במדויק את השינוי המערכתי המתוכנן: שעות העבודה הארוכות לרופאים מבצעי התורנויות מורכבות מעבודת בוקר בין השעות 08:00-16:00 ולאחר מכן תורנות לילה בין השעות 08:00-16:00. במרבית המודלים הרלוונטיים לעמידה בצו שרת הכלכלה, המהלך לקיצור שעות העבודה מבטל את עבודת הבוקר לפני התורנות אך לא מקצר את התורנות עצמה. בנוסף, הביטוי "קיצור שעות העבודה לרופא" יכול לסמן גם קיצור של סך שעות העבודה החודשיות, קרי הפחתת מספר התורנויות החודשיות.

1.1 | תהליך עבודת הצוות

במסגרת עבודתו קיים הצוות דיונים מקצועיים וימי עבודה מרוכזים במתכונת "האקתון", החל משיבת הפתיחה בתאריך 24.11.2021 ועד להגשת דו"ח זה. הצוות המשותף פנה בקול קורא לציבור הרחב להעברת התייחסויות הרלוונטיות לעבודת הצוות, שהתקבלו בניירות עמדה וכן בהתייחסויות בע"פ במסגרת יום דיונים מרוכז. בנוסף, קיים יו"ר הצוות סיורים בעשרת בתי החולים הנכללים בשלב היישום הראשון לקיצור, נפגש עם מרבית מנהלי המחלקות שעליהם חל המתווה, ועם מאות מתמחים (בשיחות קבוצתיות וכן אישיות).

במקביל, פעלו נציגי הצוות ממשרד הבריאות לאסוף את הנתונים הרלוונטיים ממשרד האוצר, בתי החולים והמועצה המדעית בהסתדרות הרפואית. נתונים העוסקים במספר התורניות ובהתפלגות טורי התורניות עברו הצלבה ובקרה במסגרת סיורי יו"ר הצוות בבתי החולים לעיל. נתונים אלו מהווים הבסיס לעבודת הצוות ולהמלצותיו אשר יובאו להלן.

הצוות קיים את ישיבותיו בשקיפות תוך מתן אפשרות לנוכחות עיתונאים⁶ במתכונת עבודת הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות ("ועדת סל התרופות"). סיכומי כל ישיבות העבודה מופיעים באתר האינטרנט הייעודי של הצוות⁷. על מנת לאפשר שיח פתוח ומקדם, דיוני הצוות המשותף והצגות הציבור בפניו התקיימו תוך התחייבות לא לכרסם דברים בשם אומרם. ברוח זו, לא נכלל בדו"ח זה פרק המפרט את עמדות הדוברים השונים אשר הציגו בפני הועדה. עם זאת, עמדות הדוברים, בין אם הועברו לצוות באמצעות ניירות עמדה ובין אם באמצעות הצגה בע"פ, נלקחו בחשבון בעת כתיבת דו"ח ביניים זה, נשזרו בכרטי הדו"ח השונים והשפיעו על מסקנות הביניים אשר מובאות להלן.

במהלך עבודת הצוות הושקעו מאמצים ניכרים כדי להביא את כל הצדדים להסכמות והבנות. לצערנו, הפערים בין המשתתפים התגלו כלא ניתנים לגישור עד לרגע זה, והדו"ח לא אומץ על ידי רבים מחברי הצוות, ולכן בחרנו להגישו כדוח מקצועי של משרד הבריאות בתמיכת חברים נוספים בצוות היישום.

חשוב להדגיש כי התשתית להמלצות אלה נבנתה בדיוני הצוות המקצועי המשותף, תוך הפריה הדדית ובשיתוף כלל החברים, כך שבדו"ח מוטמעות גם הערות ותרומות של חברי צוות שבחרו לא לעמוד מאחורי התוצר הסופי.

1.2 | ההרכב המלא של הצוות המקצועי המשותף לתכנון וליישום המהלך לקיצור יום העבודה של הרופאים המועסקים בתורניות

יו"ר הצוות: ד"ר ספי מנדלוביץ | המשנה למנכ"ל משרד הבריאות

ד"ר ענבר צוקר | סגנית ראש חטיבת הרפואה, משרד הבריאות

מר אלכסיי בלינסקי | מנהל תחום תכנון כ"א, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מר שי מעוז | מנהל תחום רגולציה ותכנון, אגף לתכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות

גב' שרי פנג שגב | לשעבר מנהלת תחום חלופות הוצאה על שירותי בריאות, משרד הבריאות

ד"ר שלומי קודש | מנהל המרכז הרפואי סורוקה

פרופ' מיכאל הלברטל | מנהל המרכז הרפואי רמב"ם

פרופ' פהד חכים | מנהל בית החולים האנגלי נצרת

פרופ' גיל פייר | משנה רפואי למנכ"ל וסמנכ"ל רופאים, המרכז הרפואי סוראסקי

ד"ר צבי שלג | סגן מנהל המרכז הרפואי לגליל

6. ישיבות העבודה של הצוות המקצועי היו פתוחות לסיקור כתבי בריאות בהרשמה ובתיאום מראש ובכפוף לתנאים הבאים: אין לצטט את הדברים הנאמרים בדיון בשם אומרם ולא תוך ציון בעל התפקיד, אין לצלם ואין להקליט.

7. <https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/shifts-reduction-joint-team>

ד"ר שירי טננבאום | סגנית מנהלת המרכז הרפואי וולפסון
מר מאיר דוד | ראש מנהל אסדרה ואכיפה בזרוע העבודה, משרד הכלכלה והתעשייה
מר אור קיים | ראש ענף בריאות, שכר והסכמי עבודה, משרד האוצר
מר דניאל פדון | אגף התקציבים, משרד האוצר
ד"ר זאב פלדמן | מ"מ יו"ר הר"י, יו"ר ארגון רופאי המדינה, מנהל יחידת ניורוכירורגיה ילדים, שיבא
ד"ר גיורא גוטסמ | סגן יו"ר הר"י, סגן חטיבת בי"ח ארק"ח, מנהל יחידת הזיהומים בחטיבת ילדים, המרכז הרפואי מאיר
פרופ' דוד צייגר | חבר מזכירות הר"י ויו"ר ועד רופאי סורוקה, מחלקה כירורגית ומנהל מרפאות חוץ, המרכז הרפואי סורוקה
ד"ר אלכס איזקסון | חבר מזכירות הר"י ויו"ר ועד רופאי זין, מנהל מחלקת הרדמה, המרכז הרפואי זיו
ד"ר ליאור אונגר | יו"ר פורום מומחים צעירים בהר"י, מחלקה ניורוכירורגית, שיבא תל השומר
ד"ר ניצן עטיה | סגן יו"ר פורום מתמחים בהר"י, מתמחה ברפואת ילדים, שיבא תל השומר
מר עומרי כהן | יו"ר פורום סטאז'רים בהר"י, בית חולים לניאדו
פרופ' נמרוד מימון | יו"ר החטיבה הפנימית, המרכז הרפואי סורוקה
ד"ר יואל אנג'ל | מומחה ברפואה פנימית, מתמחה בטיפול נמרץ וחבר הנהלת הרופאים, המרכז הרפואי סוראסקי
ד"ר דניאל גולד | מתמחה ברפואה דחופה, המרכז הרפואי שערי צדק
ד"ר נעה הראל | מתמחה במחלקה גניקולוגית בית החולים פדה-פורייה (החליפה את מקומו של ד"ר עידו אביבי, מתמחה במחלקה פנימית, המרכז הרפואי סוראסקי)

1.3 | תהליך עבודת הצוות

הצוות המקצועי המשותף הוקם על מנת לקדם תהליך מקצועי של תכנון ויישום הוראות התיקון להיתר שרת הכלכלה, אשר עיקריו:

1. הגבלת מספר שעות העבודה המרביות הרצופות ל-16, בתורנות ושלא בתורנות, ובמידה וצרכי העבודה מחייבים זאת, שעתיים נוספות לצורך "העברת מקל".
2. הגבלת מספר התורנויות המרבי לרופא/ה ל-2 תורנויות בשבוע, ולגבי רופאים המועסקים ביום עבודה שאינו עולה על 18 שעות, עד ל-6 תורנויות בחודש לכל היותר.
3. הגבלת מספר שעות העבודה השבועיות ל-63 שעות לכל היותר, בממוצע לשנת עבודה.

עבור תכנון יישום הנחיות אלו, שם הצוות לנגד עיניו 3 עקרונות מנחים אשר שימשו כ"מגדלור" בעת גיבוש המתווה ליישום ההיתר כמפורט להלן: איכות החיים של הרופאים והרופאות, איכות ההכשרה, ואיכות ורצף הטיפול.

איכות החיים של הרופאים והרופאות

בסקר השחיקה שפורסם על ידי משרד הבריאות ב-2021 וקיבל משנה תוקף בסקר שפורסם זה עתה במרץ 2022 (כחלק מהתכנית הלאומית לחיזוק עובדים במערכת הבריאות ולמניעת שחיקה)⁸, רופאים נמצאו כסקטור השחוק ביותר במערכת. בקרב הרופאים נמצאו המתמחים, אשר נושאים בעיקר נטל התורנויות בבתי החולים,

8. תכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ולמניעת שחיקה, ממצאי הסקר הלאומי עבור סקטור רפואה ועבור מקצוע רופא מתמחה, 2019\2020, משרד הבריאות (2021\2022).

כאוכלוסייה השחוקה ביותר. יתרה מכך, בהשוואה בין שני הסקרים ניכר כי אחוז המתמחים אשר הצביעו על רמת שחיקה גבוהה (4 ומעלה בממדד השחיקה) על ב 5% מ 61% ל 66%. במסגרת הסקר, מתמחים אלו העידו כי הם כמעט תמיד עייפים ומותשים, נפשית ופיזית, כאשר עומס העבודה והקושי באיזון בית – עבודה נמצאו כמגבירים במיוחד תחושות של לחץ.

עם זאת, בהסתכלות על מגמות העתיד הצפויות במערכת הבריאות, נראה כי למרבה החשש לא צפויה הקלה בעומס העבודה המוטל על הרופאים: הגידול הטבעי והזדקנות האוכלוסייה צפויים להגדיל את העומס על המערכת בקצב מהיר מקצב כניסת רופאים חדשים. עליית שכיחותה של התחלואה המורכבת מובילה לכך ששיעורם של מטופלים בעלי מצבי חולי קשים ומורכבים יותר, אשר הטיפול בהם מצריך זמן רב יותר, עולה. בנוסף לכך הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל בשנים הקרובות צפויה להגביר את העומס על הרופאים המלמדים, רבים מהם מתמחים. כל אלו צפויים להגביר אף יותר את היקף העומסים שיוטלו על כתפי הרופאים, וכפועל יוצא גם את השחיקה.

איכות חייו של רופא מושפעת מגורמים רבים. מספר שעות העבודה ברצף הוא גורם מקדם שחיקה וכך גם מספר התורניות שהרופא נוהג לבצע במהלך תקופת זמן, אך לצד זאת קיימים גורמים משמעותיים נוספים שיש לקחתם בחשבון, ביניהם עומס העבודה בזמן שעות העבודה, הקשיים הנובעים מאופייה הפיסי והאינטנסיבי של העבודה, מספר ואורך ההפסקות המאפשרות מנוחה משמעותית במהלך תורנות כמו גם יחסי האנוש והיחסים המקצועיים במקום העבודה. קיצור בשעות העבודה, על אף שנועד לשפר את איכות חיי הרופאים, עלול לגרום להרעה בתנאי העבודה במידה ויישם באופן לא מיטבי. כך, במידה ולא יוקצו ויאוישו משרות במספר מספק לאפשר את מתווה הקיצור, צפויה עליה בעומס העבודה למתמחים. בכדי להבטיח שיישום המהלך לקיצור שעות העבודה אכן יביא לשיפור באיכות חיי הרופאים המבצעים תורניות, הצוות המקצועי המשותף שם לנגד עיניו היבטים אלו בעת בחינת החומרים ובמהלך הדיונים, לצורך יצירת תמונה מלאה ושלמה של המציאות המורכבת.

איכות ההכשרה

רופאים מתמחים הם לא רק עובדים שמאיישים שעות עבודה בבתי החולים, אלא גם תלמידים בהכשרה הנמצאים בתהליך למידה מתמשך והכרחי לצורך שימור והגדלת מספר הרופאים המומחים במערכת הבריאות, תוך הקפדה על רמתם המקצועית. בשל כך, לשינוי של שיטת עבודתם השלכות לא רק על סידור העבודה במחלקה, אלא גם על הכשרתם.

הכשרתם של רופאים מתמחים היא תהליך מורכב המבוסס על מרכיבים עיוניים ומעשיים ממוסדים, למידה עיונית עצמית של הרופא וכן דפוס של למידה שוליינית מרופאים ותיקים ובכירים יותר. למידה שוליינית זו מתרחשת הן באמצעות עבודה מפוקחת לצד רופאים בכירים בשעות הבוקר, והן באמצעות משוב על עבודה עצמאית המתבצעת בשעות הבוקר ובשעות התורנות. במהלך תקופת ההתמחות – הנמשכת מספר שנים – הולך ומפתח הרופא עצמאות הולכת וגדלה. היות ושעות הבוקר מהוות רק שליש משעות היממה, ובהן מתבצעת מרבית הפעילות האלקטיבית או המתוכננת בבית החולים, הרי ששעות התורנות מהוות את נתח הזמן העיקרי בו נחשפים הרופאים למגוון רחב של בעיות דחופות / בלתי מתוכננות, ומתנסים בטיפול בהן באופן עצמאי ביחס לעבודה המפוקחת בשעות הבוקר. בנוסף, שעות התורנות הינן השעות בהן ניתן להתרשם מן ההשלכות המידיות של פרוצדורות שבוצעו בשעות הבוקר, ולהתנסות בביצוע פרוצדורות רפואיות באופן עצמאי. קיצור משך יום העבודה, דהיינו ביטול עבודת הבוקר לפני תחילת התורנות, ישפיע על משך הזמן בו נוכח הרופא המתמחה במחלקה בשעות הבוקר ובכך עלול לפגוע ברכיב הלמידה המפוקחת בהתמחות, לגרור הפחתת הנוכחות בהרצאות בוקר, בלימוד משותף ובפעולות חינוכיות נוספות. נוכח זאת, ועל רקע עמדתם של חלק מחברי הצוות והעמדות שהוצגו במסגרת שיתוף הציבור ונשמעו במהלך סיורי היו"ר, על הצוות להידרש להשלכות המתווה על האיזונים העדינים בין עבודה והכשרה ומשמעותם האפשרית, באופן שיבטיח כי מערכת הבריאות הישראלית תמשיך להעניק שירות איכותי תוך הכשרת רופאים מצוינים.

איכות הטיפול ורצף הטיפול

רופאות ורופאים המבצעים תורניות הם עמוד השדרה של העבודה השגרתית במחלקות האשפוז ובמחלקות לרפואה דחופה. עבודת התורן, איכותה וזמינותה חיונית לשמירה על מערכת רפואה ציבורית שנותנת היצע שירותים איכותיים למטופלים בכל ימות השנה. יש הקושרים בין שעות עבודה ארוכות וריבוי תורניות לחסר בשינה ועייפות כרונית, שמעלים סיכון לטעויות ופגיעה בבטיחות המטופלים, המטפלים ואיכות השירות. מאידך, יש סיבות רבות גם לכך שבטיחות הטיפול ואיכותו עלולות להיפגע כתוצאה מקיצור שעות העבודה, בין היתר עקב ריבוי 'העברות מקל' (החלפת משמרות בין רופאים אחראים), פגיעה בהמשכיות הטיפול, פגיעה בהכשרה (כמתואר מעלה) ועומס יתר על הרופאים כאשר לקיצור השעות לא מתלווה תוספת כוח אדם הולמת.

במודל הקיים כיום, הרופא הנוכח בשעות הבוקר הוא גם התורן בשעות הערב והלילה, וכך משתמר רצף טיפולי בין שעות הבוקר לתורנות. רצף זה משמעותי לאיכות הטיפול הניתן, מכיוון ויש לתורן היכרות קודמת עם מצבו של החולה המאושפז. מאידך, גם כיום תורן הערב והלילה מטפל, בין היתר, במטופלים בהם לא טיפל בשעות הבוקר. זאת ועוד, במקרים לא מעטים תורן הלילה – על אף שנכח בביה"ח בשעות הבוקר שלפני התורנות – כלל לא נכח במחלקה (למשל בתקופות התנסות במחלקה אחרת – "רוטציה", מדעי יסוד וכיוצא באלו, או במידה ותורן חוץ מבצע את תורנות הלילה). על כן, התייחס הצוות המקצועי המשותף לרצף הטיפול כמרכיב חשוב, אך לא בלעדי, בהשפעת מתווה קיצור יום העבודה של רופאים על איכות הטיפול המוענק למטופלים.

השפעה נוספת וחשובה לא פחות נוגעת לפגיעה באיכות הטיפול דווקא בשעות הבוקר; בעוד שבשעות הערב והלילה ניתן לצפות לשיפור ברעננות הרופאים התורנים, בשעות הבוקר יש חשש לפגיעה באיזון, אשר עלולה להשליך לרעה על איכות הטיפול הניתן למטופלים. פגיעה זו תהיה מטבע הדברים גדולה יותר בבתי חולים ובמחלקות בהן איזון הבוקר מצומצם יותר, כגון בתי החולים בפריפריה - המתאפיינים בקשיי איזון ביחס לבתי החולים במרכז הארץ. עדות לכך ניתן לראות, בין היתר, במספר הגבוה של התורניות שמבצעים רופאים בפריפריה בהשוואה לבתי החולים במרכז במקצועות רבים.

הצוות המקצועי המשותף הציב כיעד כי מהלך קיצור שעות העבודה לרופאים לא יביא לפגיעה באיכות או זמינות הטיפול הניתן לציבור ובפרט בפריפריה, תוך הכרה בכך שנדרשים אמצעים ומהלכים תומכים לביצוע הקיצור, אליהם תינתן התייחסות בהמשך הדו"ח. הצוות סבור כי עמידה על איכות השירות הניתן, בשילוב הגברת ההערכות של מערכת הבריאות בפריפריה לעומסים הגדלים (לאור צפי צמיחת האוכלוסייה), והקצאת משאבים תומכים, הם שיאפשרו את יישום התכנית ללא פגיעה בשירותי הבריאות והמטופלים בפריפריה, והוא אף בעל פוטנציאל לשפרם.

מעבר לעקרונות המנחים, הצוות המשותף רואה בקידום מקצועי ואחראי של המהלך לקיצור שעות העבודה של רופאים המועסקים בתורניות, ויישום בשלב הראשון בעשרת בתי החולים אשר נכללו בהיתר, הזדמנות לחיזוק חוסן מערכת הבריאות בפריפריה. למערכת הבריאות בפריפריה הגיאוגרפית בישראל, ובפרט לבתי החולים בה, מאפיינים ייחודיים וביניהם פריסה רחבה של האוכלוסייה המטופלת בהם, כמו גם פריסה גיאוגרפית רחבה של אנשי הצוות. בנוסף, ישנם קשיים ייחודיים בגיוס רופאות ורופאים (ויתר מקצועות הבריאות) לבתי החולים האלו, ותמהיל הרופאים בהם מתבסס באחוז גבוה (בחלק מבתי החולים – מעל 60%) על רופאים בוגרי אוניברסיטאות הצפויות לאבד את היכולת להכשיר בעלי רישיון לעסוק ברפואה בישראל - במסגרת "רפורמת יציב?". כל אלו מחייבים בחינה יישומית מעמיקה וזהירה לקראת ביצוע תכניות לקיצור שעות העבודה של רופאים, תוך דאגה לאיכות הטיפול, איכות ההכשרה, רווחת הרופאים ותנאי עבודתם, למען שמירה על מערכת הבריאות בפריפריה ועמידה בצו שרת הכלכלה.

2 | סקירת מודלים לצורך קיצור שעות עבודת רופאים

בשלבם הראשוניים של עבודת הצוות המשותף נסקרו שישה מודלים שונים לצורך החלטה אילו מהם רלוונטיים וברי יישום במחלקות השונות.

נכללו בתהליך הבחינה מודלים שהוצגו בפני הועדה העליונה לבחינת מתכונת העבודה ומשך התורנויות של הרופאים בהסתדרות הרפואית, לצד מודלים נוספים שהוצעו בידי חברי הועדה ו/או אותרו בסקירת ספרות. יש לציין כי נכללו אך ורק מודלים אשר עונים על התנאי המקדים של מגבלת 16 השעות, כמוכתב בצו שרת הכלכלה, ולכן לא נכללו מודלים כגון "התורן הנוסף" שהוזכר בדו"ח הועדה העליונה למקצועות הכירורגים. כמו כן יש לציין כי מודל מנוחה בזמן תורנות, אשר הוצע על ידי הר"י זמן קצר טרם הגשת הדו"ח, לא הוצע על ידי אף אחד מן החברים בצוות, ועל כן לא נכלל בתהליך בחינת המודלים שהתקיימה במסגרת עבודת הצוות.

המודלים נבחנו תחילה בידי צוות משנה שהכין עבור כלל המודלים מפרט תמציתי, בעל הגדרה אחידה ומשותפת. בהמשך, נבחנו המודלים במסגרת יום עבודה מרכז ("האקטון") בהשתתפות חברי הצוות המשותף וכן נציגי רופאות ורופאים מהפריפריה ומההתמחויות השונות. במהלך יום זה, התחלקו המשתתפים לצוותי עבודה אשר בחנו את המאפיינים של המודלים השונים, ומיפו אותם על פי מספר אבני בוחן רלוונטיות:

■ איכות הטיפול

■ איכות חיי הרופא

■ איכות החשיפה הקלינית המודרכת

■ נגזרות למימוש

מסקנות צוותי העבודה השונים רוכזו לתוצר מאוחד שהובא לדיון במליאת הצוות המקצועי המשותף.

להלן הצגה מקוצרת של עיקרי סקירת המודלים:

2.1 | מודל 16+2

במודל זה הרופא התורן אינו מגיע לעבודת הבוקר ביום התורנות, ומתחיל את עבודתו אחר הצהריים ועד הבוקר למחרת (למשל בין השעות 15:00 עד 9:00). במודל זה התורנות אורכת 16 שעות וכן שעתיים נוספות לצורך "העברת מקל" בין התורנות ליום העבודה שלאחריה. תורנות השבת מפוצלת לשתי תורנויות. מודל זה הוא הדומה ביותר למתכונת ההעסקה הנוכחית ולכן, על פניו, הוא הפשוט ביותר ליישום. חסרונותיו כוללים פגיעה במצבת הרופאים בבוקר, אשר תשפיע על איכות הטיפול (רלוונטי ביתר במקרים בהם רופאים מומחים מועסקים בתורנויות ו/או במחלקות המתבססות על ריבוי "תחנות" בעבודת הבוקר) ועל איכות ההכשרה בשל צמצום הזמן המשותף של מתמחים ומומחים בבקרים. בנוסף, צפוי גידול במספר הפעמים בהם נדרשים הרופאים להגיע לבית החולים בסופי השבוע.

להלן דוגמה לשבוע עבודה טיפוסי של מודל זה:

שבת	ו	ה	ד	ג	ב	א	
חופש	בהתאם למחלקה	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	15:00 עד 9:00	מתמחה א
15:00 עד 9:00	בהתאם למחלקה	חופש	יום רגיל	חופש	15:00 עד 9:00	יום רגיל	מתמחה ב
08:00 עד 16:00	בהתאם למחלקה	יום רגיל	חופש	15:00 עד 9:00	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ג
חופש	בהתאם למחלקה	חופש	15:00 עד 9:00	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ד
חופש	בהתאם למחלקה	15:00 עד 9:00	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ה
חופש	15:00 עד 9:00	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ו
חופש	08:00 עד 14:00	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ז

מודל 16+2 נוסה כפיילוט במחלקה פנימית ד' בבית החולים סורוקה במשך חודשיים בשנת 2020. מבחינות רבות התנסות זו הייתה מורכבת: בין היתר בשל תנאי העבודה והשכר המשולם לרופאים המתמחים, והזמן הקצר שבו נוסה. לכן, לא ניתן ללמוד או להסיק מהפיילוט על השפעת המודל על הכשרה והשתכרות הרופאים, נקודות אשר עליהן על כל פנים לצוות אין הסמכות לתת המלצות. עם זאת, ועל אף התנאים הספציפיים שחלו בהתנסות זו זה והזמן הקצר בו היא התקיימה, יו"ר הצוות ראה חשיבות בלמידה מהניסיון והחוויות של המתמחים מהעבודה במודל 16+2.

לאור חשיבות הנושא, התקיימה פגישה בסורוקה בנוכחות יו"ר הצוות, מתמחים שלקחו חלק בפיילוט, מנהל המחלקה ורופאה בכירה במחלקה ובמסגרתה דנו בחוויותיהם מהפיילוט:

- נרשמה שביעות רצון גבוהה של כלל המשתתפים (למעט מתמחה אחד) ממודל העבודה, הן של הבכירים והן של המתמחים.
- עם זאת, המתמחים שהשתתפו בפיילוט ביקשו באופן נחרץ להחריג את סוף השבוע מהמתווה, והביעו אי שביעות רצון מכך שנאלצו כתוצאה משינוי המודל להגיע כמעט בכל סוף שבוע לבית החולים, דבר שפגע באופן משמעותי באיכות חייהם. לפיכך, למרות הקושי, העדיפו לבצע שעות עבודה ארוכות בסופי השבוע על פני הפעלת המודל בסופי השבוע.
- המתמחים שהשתתפו בפיילוט פסלו הצעה חלופית במסגרתה סופי השבוע יפוצלו ל-12 שעות ביום שישי ו-12 שעות בשבת למחרת (סה"כ 2 יחידות של עבודת בוקר ו-2 תורניות), מכיוון ומשמעותה הגעה כפולה לבית החולים בסוף השבוע.

2.2 | מודל 18/30 (NIGHT FLOATS לסירוגין)

מודל זה הוא וריאציה על מודל 16+2 בו משובצים 2 רופאים לתורנויות בנות 16 שעות לסירוגין למשך תקופה (בשאיפה – שבוע), ולאחריה תקופה ממושכת יחסית (בשאיפה – 3 שבועות) של עבודת בוקר רצופה. המודל מניח תקינה המאפשרת עד 4-5 תורנויות בחודש, על מנת לאפשר תקופות "הפוגה" ממושכות די הצורך בין תקופות של תורנויות לילה. יתרונו העיקרי של מודל זה הוא ברצף טיפול בן מספר שבועות (בתקופה ללא תורנויות לילה) – משמעותי לאיכות הטיפול ולאיכות ההכשרה; מאידך, חסרונותיו של המודל כוללים בעיקר חשש מפגיעה באיכות הטיפול בזמן התורנות הנובעת מעבודת לילה ללא עבודת בוקר כלל בשבוע התורנות, פגיעה במצבת עבודת הבוקר בדומה למודל 16/2 (רלוונטי במחלקות המתבססות על עבודה אמבולטורית או הכוללות מספר טורי תורנות), מורכבות בתכנון לוח התורנויות וגמישות נמוכה לשינויים בו, ופגיעה באיכות חיי הרופא בעת סבבי תורנויות החופפים לחגים ומועדים (כגון פסח, רמדאן וכיו"ב). מבנה שבוע טיפוסית במודל זה:

שבת	א	ב	ג	ד	ה	ו	שבת
מתמחה א	15:00 עד 9:00	חופש	15:00 עד 9:00	חופש	15:00 עד 9:00	חופש	08:00 עד 16:00
מתמחה ב	חופש	15:00 עד 9:00	חופש	15:00 עד 9:00	חופש	15:00 עד 9:00	חופש
מתמחה ג	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	08:00 עד 16:00
מתמחה ד	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	15:00 עד 9:00
מתמחה ה	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	בהתאם למחלקה
מתמחה ו	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	בהתאם למחלקה
מתמחה ז	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	בהתאם למחלקה

2.3 | מודל התורן המגשר ("מודל ההפוגה")

במודל זה התורן מגיע בבוקר יום העבודה, עוזב בשעה 12:00 להפוגה, וחוזר לעבודת הערב שמתבצעת מ-21:00 ועד הבוקר למחרת. בווריאציות של מודל זה (כפי שהוצע בדו"ח ועדת המשנה של הועדה העליונה למקצוע הפסיכיאטריה¹⁰), תורן הלילה נותר עד השעה 12:00 בצהריים, כלומר עובד כ-16 שעות, כדי לאפשר רצף טיפולי בין ימים עוקבים. על מנת לגשר על הפער בין סיום עבודת הבוקר לתחילת עבודת הלילה, רופא אחד נשאר אחרי עבודת הבוקר (ולמעשה עובד משעה 08:00 עד 22:00 – "משמרת ערב"). יתרונו העיקרי של מודל זה הוא היעדר פגיעה בעבודת הבוקר וכפשוט ממוש יחסית. חסרונותיו של המודל כוללים גידול משמעותי במספר הערבים או הלילות בהם נדרש הרופא להיות נוכח בבית החולים, פגיעה ברצף הטיפולי על רקע ריבוי "העברות מקל". פגיעה זו משמעותית בעיקר במחלקות לרפואה דחופה ובמחלקות הכירורגיות (שאינן חלק מההיתר בשלב זה). בנוסף, התעורר חשש ממשי כי ההפוגה שמאפשר התורן המגשר לא תנוצל בפועל למנוחה היות ומדובר בשעות "פעילות" במשפחות צעירות, וכי עבור רופאים המתגוררים רחוק מבית החולים, זמן רב מה"הפוגה" יהפוך בפועל לזמן נסיעה. מבנה שבוע טיפוסי במודל זה:

שבת	ו	ה	ד	ג	ב	א	
חופש	בהתאם למחלקה	8:00 עד 22:00	יום רגיל	יום רגיל	חופש	בוקר + 21:00 עד 8:00	מתמחה א
15:00 עד 9:00	בהתאם למחלקה	יום רגיל	יום רגיל	חופש	בוקר + 21:00 עד 8:00	יום רגיל	מתמחה ב
08:00 עד 16:00	בהתאם למחלקה	יום רגיל	חופש	בוקר + 21:00 עד 8:00	יום רגיל	8:00 עד 22:00	מתמחה ג
חופש	בהתאם למחלקה	חופש	בוקר + 21:00 עד 8:00	יום רגיל	8:00 עד 22:00	יום רגיל	מתמחה ד
חופש	חופש	בוקר + 21:00 עד 8:00	יום רגיל	8:00 עד 22:00	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ה
חופש	בוקר + 21:00 עד 8:00	יום רגיל	8:00 עד 22:00	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ו
חופש	13:00 עד 22:00	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ז

10. בהצגה בפני הצוות המשותף, נציגי האיגוד הפסיכיאטרי חזרו בהם מההמלצה שנכללה בדו"ח ועדת המשנה להחיל מודל עבודה עד 12:00 לאחר תורנות לילה, וביקשו להחיל על התורנים במקצוע הפסיכיאטריה את המודל שיוחל במקצועות אחרים.

2.4 | מודל 9/9/9 (עבודת משמרות)

מודל זה דומה למודל העבודה של צוותים סיעודיים ומקצועות-בריאות רבים כיום בבתי החולים. המודל מחלק את היממה לשלוש משמרות בנות 8 שעות עם שעת חפיפה בין משמרת למשמרת. מבנה שבוע עבודה טיפוסי במודל זה:

שבת	ו	ה	ד	ג	ב	א	
חופש	חופש	עד 7:00 16:00	חופש	עד 23:00 8:00	עד 15:00 00:00	עד 7:00 16:00	מתמחה א
חופש	עד 23:00 8:00	עד 15:00 00:00	עד 7:00 16:00	חופש	עד 15:00 00:00	עד 7:00 16:00	מתמחה ב
חופש	חופש	עד 15:00 00:00	עד 7:00 16:00	חופש	עד 23:00 8:00	עד 15:00 00:00	מתמחה ג
חופש	חופש	עד 23:00 8:00	עד 15:00 00:00	עד 7:00 16:00	חופש	עד 15:00 00:00	מתמחה ד
חופש	עד 07:00 24:00 (כפולה)	חופש	עד 15:00 00:00	עד 7:00 16:00	חופש	עד 23:00 8:00	מתמחה ה
עד 07:00 24:00 (כפולה)	חופש	חופש	עד 8:00 23:00	עד 15:00 00:00	עד 7:00 16:00	חופש	מתמחה ו
עד 23:00 8:00	חופש	עד 7:00 16:00	חופש	עד 15:00 00:00	עד 7:00 16:00	חופש	מתמחה ז

2.5 | מודל משמרות 12 שעות

במודל זה, רופאים מתמחים יעבדו מדי יום במשמרות של 12+1 שעות, כאשר בשעות היום נוכחים המתמחים עד השעה 20:00 ואילו התורן מגיע בשעה 20:00 עד 8:00 למחרת. רופאים בכירים עובדים במשמרות של 8 שעות על פי "שעון גמיש" כדי להבטיח נוכחות רופא בכיר במחלקה לאורך כל יום העבודה. יתרונו של המודל בשמירה על מספר שעות העבודה הכולל, זמן חשיפה מוגבר למומחים ביחס למודל 16/2 וקיצור משך התורנות. מאידך, מצריך שינוי של סידור העבודה הקיים של עבודת הבכירים, וקיים ספק ביחס לאפקטיביות של חלק משעות עבודה אלו (ובפרט לאחר השעה 15:00, עם סיום עבודת הבוקר בביה"ח). בנוסף, עלולים להיפגע איכות חיי הרופא. בשל העבודה בשעות ארוכות ונוכחות דלה בבית בשעות אחה"צ והערב (רלוונטי במיוחד לבעלי משפחות). מבנה שבוע טיפוסי במודל זה:

שבת	ו	ה	ד	ג	ב	א	
מתמחה א	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	19:00 עד 7:00 לילה	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש
מתמחה ב	חופש	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש	19:00 עד 7:00 לילה	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש	חופש
מתמחה ג	חופש	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש	19:00 עד 7:00 לילה	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש
מתמחה ד	חופש	חופש	19:00 עד 7:00 לילה	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש	חופש
מתמחה ה	חופש	19:00 עד 7:00 לילה	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש
מתמחה ו	19:00 עד 7:00 לילה	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש
מתמחה ז	חופש	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	7:00 עד 19:00 בוקר	חופש	19:00 עד 7:00 לילה	חופש

2.6 | מודל משמרות 12 שעות משולב

במודל זה, המשלב בין מודל 2+16 למודל התורן המגשר, שעות התורנות הן מ-20:00 בערב ועד 09:00 בבוקר. עד העברת המשמרת לתורן בשעה 21:00 נותר רופא (מתמחה או מומחה) אשר עובד "יום ארוך". עבודת "יום ארוך" אינה מזכה ביום חופש לאחר מכן. מבנה שבוע טיפוסי במודל זה:

שבת	ו	ה	ד	ג	ב	א	
חופש	בהתאם למחלקה	יום רגיל	8:00 עד 21:00 יום ארוך	יום רגיל	חופש	20:00 עד 9:00	מתמחה א
חופש	חופש	20:00 עד 9:00	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	8:00 עד 21:00 יום ארוך	מתמחה ב
חופש	בהתאם למחלקה	8:00 עד 21:00 יום ארוך	יום רגיל	חופש	20:00 עד 9:00	יום רגיל	מתמחה ג
20:00 עד 9:00	20:00 עד 9:00	יום רגיל	יום רגיל	חופש	8:00 עד 21:00 יום ארוך	יום רגיל	מתמחה ד
8:00 עד 21:00 יום ארוך	8:00 עד 21:00 יום ארוך	יום רגיל	חופש	20:00 עד 9:00	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ה
חופש	בהתאם למחלקה	יום רגיל	יום רגיל	8:00 עד 21:00 יום ארוך	יום רגיל	חופש	מתמחה ו
חופש	בהתאם למחלקה	חופש	20:00 עד 9:00	יום רגיל	יום רגיל	יום רגיל	מתמחה ז

3.1 | רקע

אין כל ספק כי על מנת להוציא לפועל את מתווה הקיצור, אשר יגזור שינוי משמעותי במתכונת עבודת הרופאים, יידרש גידול במספר הרופאות והרופאים המועסקים בתורנויות; הן לצורך קיצור שעות העבודה והן לצורך עמידה במגבלת שש תורנויות לחודש, כפי שנקבע בהיתר הכללי. לצד תוספת התקינה ההכרחית לצורך גידול זה, נדרשת גם הערכה מדוקדקת של פוטנציאל הגיוס של רופאים אשר "ימלאו את השורות" – יאיישו את המשרות התוספתיות. מטרת פרק זה לשקף ולבחון את המציאות המורכבת בה קיים היצע רופאים מוגבל בישראל היום, ולנתח את המגמות העתידיות, על מנת שיהיה ניתן לקבל החלטות יישומיות ריאליות תוך התמודדות עם אתגרי ההווה והעתיד.

אין זה סוד כי כבר היום בישראל יחס הרופאים לנפש נמוך משיעורו הממוצע במדינות ה-OECD¹¹ שיעור זה צפוי עוד לרדת בעקבות השפעת רפורמת יציב, ביתר שאת בפריפריה. עתיד קרוב זה מחייב הסתכלות מעמיקה על מספר הרופאים החדשים בישראל והיערכות לפערים העתידיים להיווצר. בשנים האחרונות מתקיימים מאמצים נרחבים להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל (נספח ג'), אך אלו צפויים לשאת פירות רק בטווח הרחוק יותר (החל משנת 2027), כך שבטווח הקצר על מערכת הבריאות להתכונן לשנים בהן יהיה מחסור משמעותי ברופאים צעירים. נוכח משך הזמן הנדרש להכשיר רופאים חדשים, מספר הרופאים החדשים בשנים הקרובות הינו נתון קשיח, ומהווה אילוץ משמעותי ביותר בבואנו ליצר מתווה בעל קיימות אשר מבקש לשפר את מערכת הבריאות בטווח הקצר אך גם הבינוני והארוך.

מרבית הרופאים החדשים בישראל יועסקו כרופאים מתמחים, ויתרתם כתורני חוץ ו/או כרופאים כלליים. פרק זה יתמקד ברופאים המתמחים והרופאים הממתינים להתמחות, כיוון שהם מהווים את מרבית הרופאים החדשים בישראל, הם הרלוונטיים ביותר לאיוש משרות תוספתיות במתווה המוצע לקיצור שעות העבודה לרופאים, והחשיבות בקידום היום של היצע הרופאים המומחים בעתיד. הפרק מבוסס על עבודת מחקר נרחבת של מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, כפי שהוצגה ונידונה בישיבות הצוות, מתוך הבנה כי יש חשיבות רבה לבניית מתווה מבוסס נתונים.

3.2 | מגמות ונתונים של ההון האנושי בסקטור הרפואה

3.2.1 זרם הרופאים החדשים בישראל

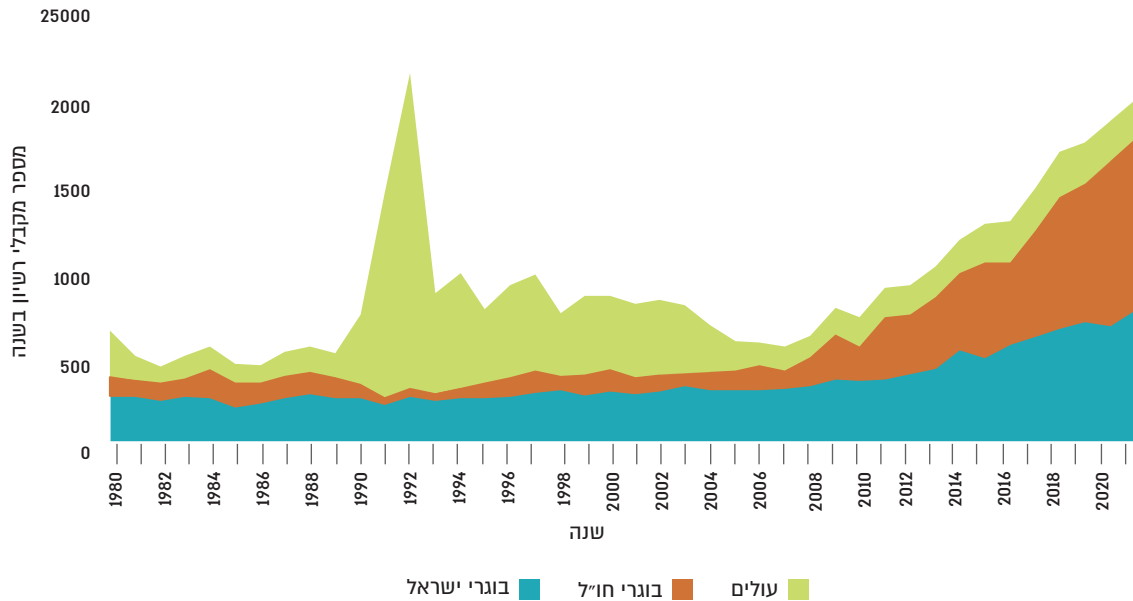
ניתן לחלק את מקור היצע הרופאים החדשים בישראל¹² לשלוש קבוצות: ישראלים הלומדים רפואה בבתי ספר לרפואה בישראל¹², ישראלים הלומדים רפואה בחו"ל ורופאים עולים. שלושת הקבוצות הללו הן בעלות מאפיינים שונים לחלוטין ואף הטרוגניות פנימית. לצורך הדגמת השונות ננתח את שלושת הקבוצות באופן נפרד, תוך שימת דגש על הבוגרים והבוגרות שקיבלו את רישיונם בשנת 2021.

11. משרד הבריאות, מספר הרופאים בישראל: מגמות והצעות מדיניות, 2021. מספר הרופאים לנפש בישראל היום עומד על 3.2 רופאים ל 1000 נפש, וצפוי לגדול לשיעור של 3.5 רופאים לאלף נפש עד לשנת 2025, בה השפעת רפורמת יציב צפויה להחזירו לרמת 3.22 רופאים לאלף נפש, ולהחמיר לאור מגמות כמו הזדקנות האוכלוסייה. במדינות ה-OECD שיעור רופאים לאלף נפש עומד על 3.5.

12. קיימות כיום 6 פקולטות לרפואה בישראל: אוניברסיטת תל אביב, הטכניון, האוניברסיטה העברית, אוניברסיטת בן גוריון, אוניברסיטת בר אילן בצפת ואוניברסיטת אריאל. בטכניון, האוניברסיטה העברית ואוניברסיטת בן גוריון מסלול לימוד הרפואה הינו שש שנותי. באוניברסיטת בר אילן בצפת ואוניברסיטת אריאל מסלול לימודי הרפואה הינו ארבע שנותי ומיועד לבוגרי תואר ראשון. אוניברסיטת ת"א מציעה מסלול שש שנותי וארבע שנותי.

13. בוגרי רפואה בארץ ובחו"ל, אשר עברו בהצלחה את בחינות ההסמכה, נדרשים לשנת סטאז' באחד מבתי החולים בארץ טרם קבלת רישיון לעסוק ברפואה.

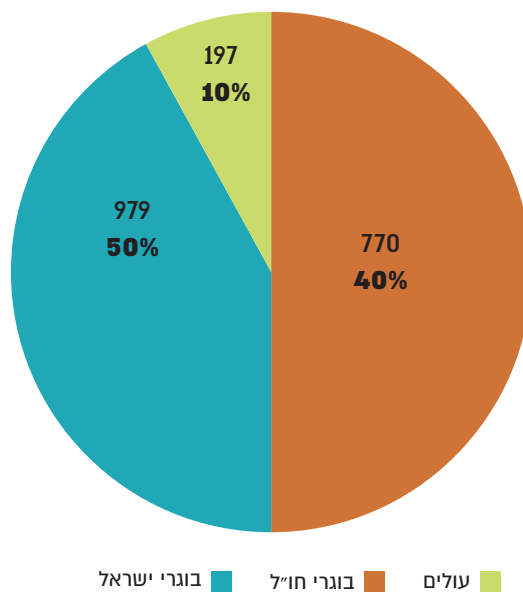
תרשים 2 | זרם מקבלי רישיון ברפואה 1980-2021



מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

במהלך שנת 2021 קיבלו 1,946 רופאים ורופאות רישיון לעסוק ברפואה בישראל. מדובר בעליה של כ-7 אחוזים ביחס לשנת 2020. עליה זאת מקורה בעיקר במספר גבוה באופן יחסי של סטודנטים לרפואה שהתחילו את לימודיהם בישראל בשנת 2014 והצטברות של בוגרים משנתונים מוקדמים יותר שרישומם נדחה (ככל הנראה בשל התפרצות מגפת הקורונה). יחד עם זאת מספרם של הישראלים בוגרי חו"ל נותר ללא שינוי ומספר העולים אף ירד.

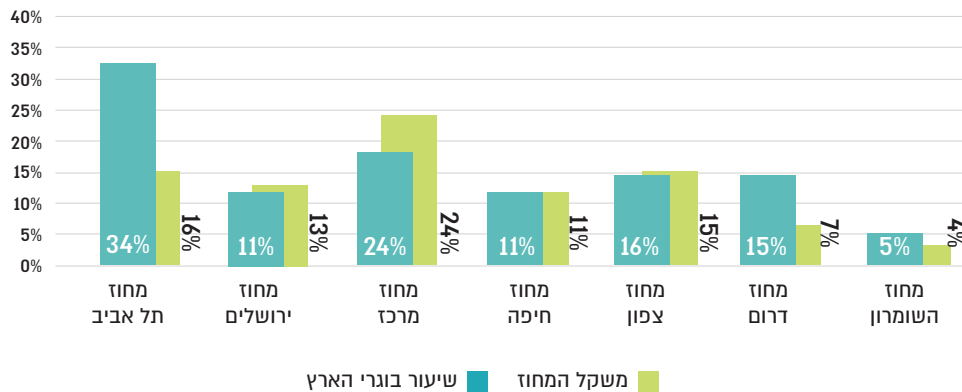
תרשים 3 | מקבלי רישיון ברפואה בשנת 2021 לפי מקור



ישראלים בוגרי הארץ

בשנת 2021 קיבלו 770 ישראליות וישראלים שלמדו רפואה בישראל רישיון לעסוק ברפואה. נשים היוו 55 אחוזים מבין מקבלי הרישיון שלמדו בישראל, ו-27 אחוזים מבין מקבלי הרישיון שלמדו בחו"ל. למעלה ממחצית מבוגרי בתי הספר לרפואה בישראל מגיעים ממחוזות תל אביב, ירושלים והמרכז (תרשים 4). מחוז תל אביב מתאפיין בריבוי לומדי רפואה, כך ששיעור לומדי הרפואה שהתגוררו במרכז הוא יותר מכפול משיעור תושבי המרכז באוכלוסייה הכללית. בנוסף לכך, כ-11 אחוזים בלבד מבוגרות ובוגרי הפקולטות לרפואה בישראל הם בני מיעוטים, רובם מגיעים ממחוז הצפון. עובדות אלו ישפיעו בהמשך על הערכת היצע הרופאים הריאלי בכל הנוגע לאיוש משרות בכריפריה, לאור הנטייה של רופאים תושבי המרכז להעדיף באופן קשיח התמחות שאיננה בכריפריה.

תרשים 4 | שיעור תושבים לפי מחוז מתוך כלל תושבי ישראל מול שיעור הסטודנטים לרפואה תושבי המחוז מתוך כלל הסטודנטים לרפואה

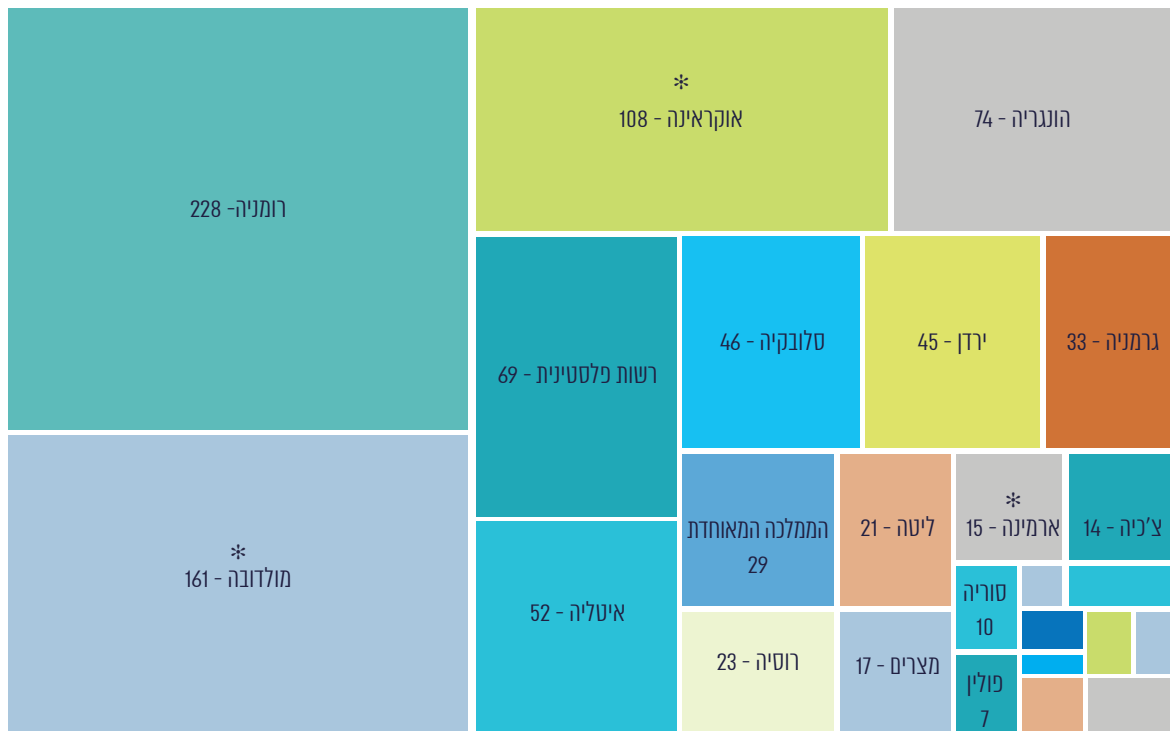


מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

ישראלים בוגרי חו"ל

מתוך כלל המדינות בהן למדו רופאים ישראלים בשנת 2021, המובילות ברישיונות חדשים היו רומניה עם 228 רישיונות, מולדובה עם 161 ואוקראינה עם 108 (ראו תרשים 5). יוזכר כי החל משנת 2019 אושרות תקנות אגף הרישוי במשרד הבריאות על סטודנטים שמתחילים לימודיהם באוניברסיטאות שאינן מאושרות בסטנדרט בינלאומי (להלן, אוניברסיטאות לא מאושרות) לגשת לבחינת רישוי, כחלק מ"רפורמת יציב" (נספח ד'). תקנה זו עתידה לתת אותותיה באופן משמעותי בצניחה במספר הרישיונות השנתי החל משנת 2026, עם סיום לימודיהם של אחרוני הסטודנטים שהחלו לימודיהם לפני כניסת התקנה לתוקף. תוצאות סקר שבוצע על ידי מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות הראו כי לפי ההערכה רק 20%-30% מהסטודנטים באוניברסיטאות הלא מאושרות לפי רפורמת יציב יעברו ללמוד באוניברסיטאות מאושרות, והשאר לא יתחילו ללמוד רפואה כלל. הרוב המוחלט של הסטודנטים לרפואה בשלוש המדינות העיקריות בתרשים 5, קרי רומניה, מולדובה ואוקראינה, לומדים באוניברסיטאות לא מאושרות. כלומר, ניתן להניח כי מרבית זרם הרופאים החדשים שמקורו ממדינות אלו (כמו גם מגיאורגיה וארמניה) עתיד להימחק החל משנת 2026.

תרשים 5: ישראלים בוגרי חו"ל בשנת 2021 לפי מדינת לימוד



* כל מוסדות הלימוד במדינות אלו לא מאושרים

מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

בתי החולים בפריפריה, ובמחוז צפון באופן ספציפי, מאוישים על ידי מתמחים בוגרי המוסדות הלא מאושרים באחוזים גבוהים באופן ניכר מאשר בתי החולים בשאר הארץ (טבלה 1). משמעות הדבר היא שבתי החולים בפריפריה הם אלו שעתידים לסבול במיוחד מהירידה הצפויה בהיצע הרופאים החדשים החל משנת 2026, ולהתקשות באיוש משרות התמחות פנויות.

טבלה 1: שיעור מתמחים בוגרי מוסדות לימודים שנכסלו על ידי רפורמת יציב מכלל המתמחים, לפי בית חולים ומקצוע התמחות, יולי 2020

הטבלה היא "מפת חום": ככל שצבע התא קרוב יותר לירוק ורחוק יותר מאדום, שיעור הרופאים בוגרי אוניברסיטאות לא מאושרות – נמוך יותר.

מרכז רפואי קפולן	מרכז רפואי מאיר	ביה"ח בילינסון	מרכז רפואי שערי צדק	מרכז רפואי יצחק שמיר	ביה"ח הדסה עין כרם	מרכז רפואי סורוקה	מרכז רפואי רמב"ם	מרכז רפואי שיבא	מרכז רפואי ת"א סוראסקי	
80%	24%	3%	42%	27%	11%	37%	3%	12%	11%	רפואה פנימית
14%	13%	.	3%	10%	3%	16%	3%	6%	7%	רפואת ילדים
11%	4%	0%	15%	6%	0%	5%	0%	0%	3%	יילוד וגניקולוגיה
70%	23%	32%	76%	92%	44%	73%	65%	62%	16%	הרדמה
38%	20%	7%	33%	15%	18%	28%	0%	0%	0%	כירורגיה אורתופדית
47%	0%	29%	6%	31%	0%	46%	21%	3%	4%	כירורגיה כללית
0%	.	.	.	.	13%	50%	38%	29%	14%	פסיכיאטריה
77%	50%	21%	10%	60%	42%	73%	29%	30%	14%	רפואה דחופה
78%	50%	40%	100%	.	.	67%	.	69%	38%	גריאטריה
50%	70%	11%	20%	50%	14%	40%	8%	0%	21%	רדיולוגיה אבחנתית
25%	8%	.	0%	0%	9%	17%	14%	0%	0%	מחלות עיניים
0%	0%	.	30%	11%	13%	9%	20%	0%	0%	מחלות א.א.ג וכירורגיה של ראש וצוואר
33%	11%	9%	25%	50%	9%	50%	13%	17%	6%	נירולוגיה
56%	40%	.	14%	75%	0%	17%	0%	0%	0%	קרדיולוגיה
100%	100%	0%	75%	67%	27%	63%	10%	13%	0%	אונקולוגיה
29%	0%	.	14%	13%	20%	0%	29%	0%	0%	כירורגיה אורולוגית

מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מקדם משמעותי לבחירה של רופא המחפש התמחות לבחור במשרה בפריפריה היא מגורים באזור. העדפה זו חזקה במיוחד באזור הצפון, שם ניתן לראות אחוזים גבוהים של תושבי הצפון המאיישים את משרות ההתמחות בבתי החולים¹⁶. מבין הרופאים החדשים תושבי הצפון, ניתן לראות אחוזים גבוהים מאד שלמדו במוסדות לא מאושרים לפי רפורמת יציב (טבלה 2), וכך גם בקרב רופאים חדשים המתגוררים באזור הדרום. מדובר בראיה נוספת לדומיננטיות של בוגרי מוסדות אלה בבתי החולים בפריפריה, שמעידה על קושי צפוי באיוש משרות התמחות בפריפריה החל משנת 2026.

16. מידע בנוגע למקום מגורי הרופא נשאב מדיווח הרופא על כתובתו בעת רישום למבחני הרישוי.

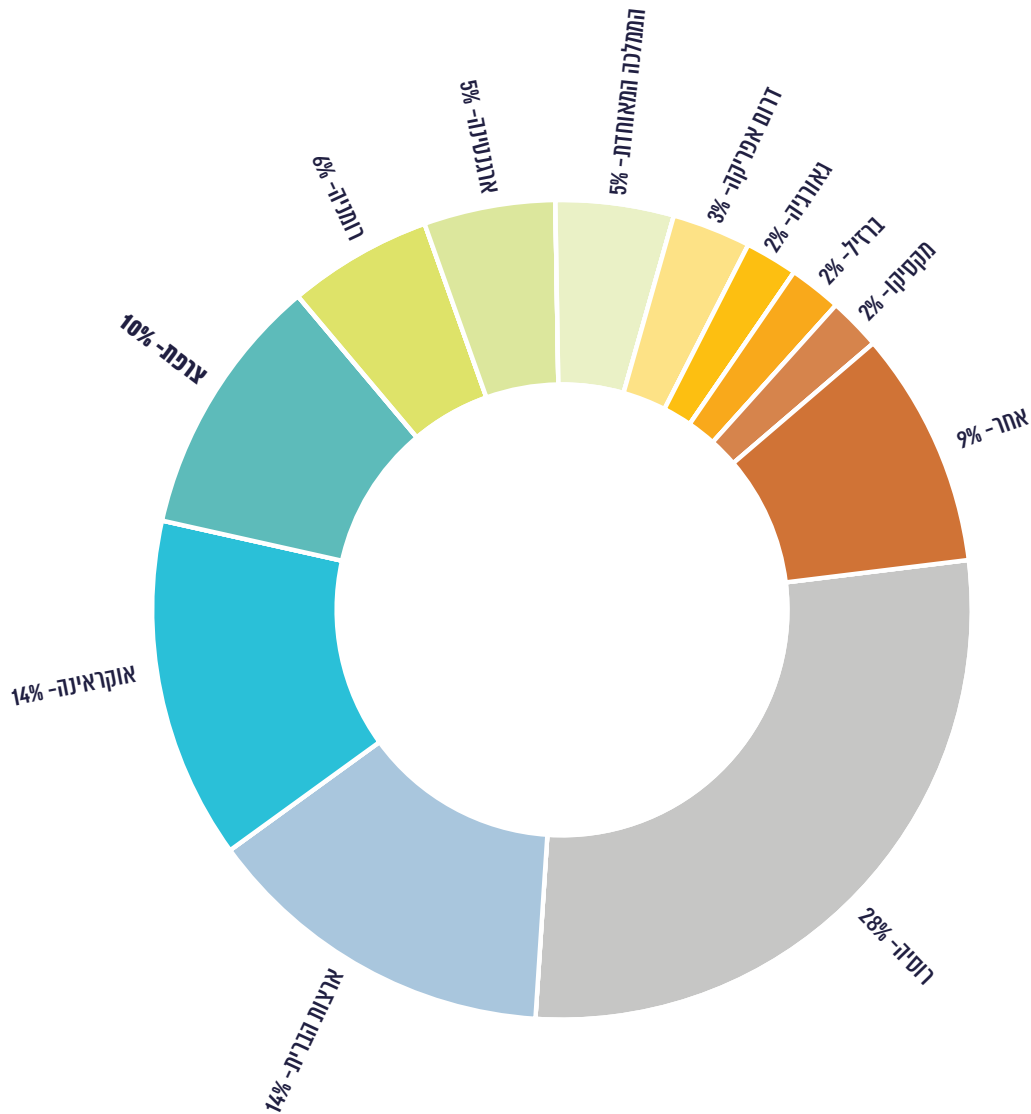
טבלה 2: מחוז המגורים של מתמחה בעת קבלת הרישיון ומקור מוסד לימודי כאחוז מכלל מקבלי רישיון רופא בשנת 2020

	עולים	בוגרי חו"ל: מוסדות לא מאושרים לפי "צו"י"	בוגרי חו"ל: מוסדות מאושרים	בוגרי הארץ	
מחוז צפון	1.7%	15.4%	7.7%	4.8%	30%
מחוז דרום	2.7%	4.9%	1.3%	2.8%	12%
מחוז מרכז	2.6%	3.3%	3.0%	7.1%	16%
מחוז תל-אביב	1.8%	0.4%	3.8%	13.0%	19%
מחוז חיפה	1.9%	3.6%	2.0%	4.7%	12%
מחוז ירושלים	1.9%	0.7%	4.6%	3.1%	10%
מחוז יהודה ושומרון	0.5%	0.0%	0.2%	0.6%	1%
	13%	28%	23%	36%	100%

רופאים עולים

בשנת 2021 עלו לישראל 197 רופאים. כמחצית העולים עלו מארה"ב, רוסיה, אוקראינה וצרפת (תרשים 6). כשליש מהעולים היו מעל גיל 45 וחלק גדול מהם עלו כמומחים בפועל. כ-20% מהעולים בחרו להגיע למחוז ירושלים, 21% מחוז מרכז, 17% מחוז תל אביב ו-16% מחוז חיפה. רק 10 ו-11 אחוזים בחרו להגיע למחוזות הצפון והדרום, בהתאמה.

רופאים עולים העוסקים ברפואה בארץ הם רכיב חשוב והכרחי בזרם הרופאים החדשים בישראל, אך ההנחה היא כי חלק גדול מהם לא רלוונטי לצורך ניתוח היצע הרופאים ליישום מתווה קיצור שעות העבודה: רבים מהם מגיעים כמומחים ולכן לא עתידים לקחת חלק בטורי התורניות במקצועות המקוצרים בשלב הראשון (מלבד תורניות מעטות למומחים צעירים), חלקם לא יעבדו כלל בבתי החולים, וחלקם לא צפויים להתחיל התמחות או לבצע תורניות מפאת וותק וגיל.



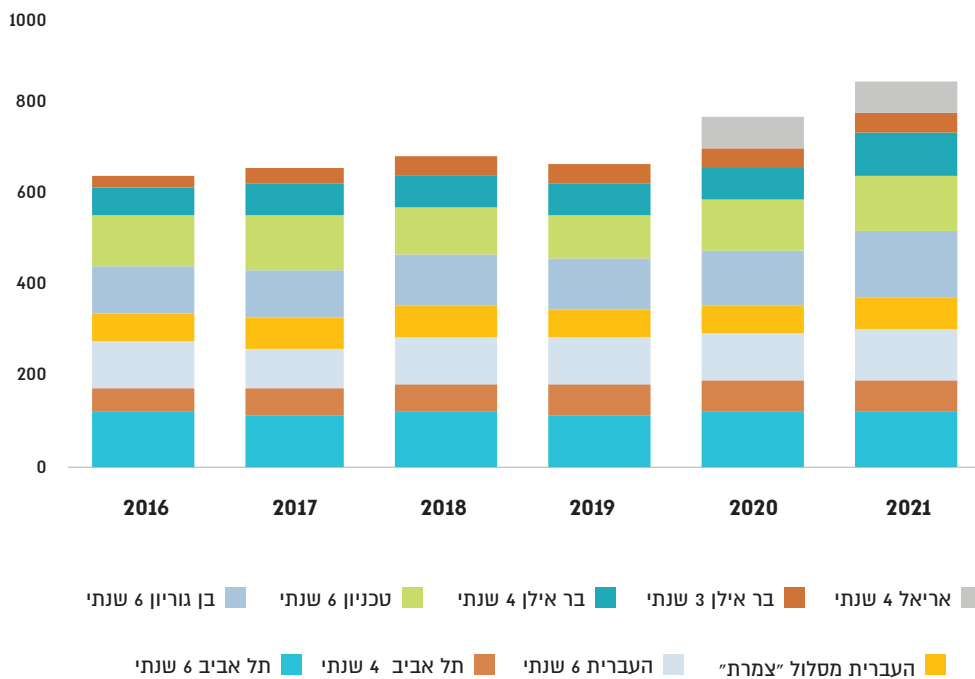
מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

3.2.2 תחזית זרם הרופאים החדשים

רוב מבצעי התורנויות בישראל הם רופאים צעירים בתפקידי מתמחים או תורני חוץ. קיימים מקרים בהם רופאים ותיקים יותר מבצעים תורנויות, בין אם מומחים צעירים, מתמחים בהתמחויות על, תורנויות מומחים בחלק מהמקצועות, ועוד. עם זאת, ההנחה העומדת היא שכל שהוותק המקצועי של הרופא עולה, מספר התורנויות שהוא מבצע פוחת. לאור הדברים, מספר הרופאים הפורשים לא נלקח בחשבון בחישובי היצע הרופאים הרלוונטיים למתווה קיצור שעות העבודה, מכיוון וההנחה כאמור היא שרופאים, ככל שהם קרובים לפרישה, לא יבצעו תורנויות וקהל היעד העיקרי הרלוונטי למשרות התוספתיות במתווה זה הם רופאים צעירים לפני התמחות ראשונה.

הזרם השנתי של הרופאים החדשים תלוי במספר הסטודנטים לרפואה (בישראל ובחו"ל) המסיימים את לימודיהם, ומרופאים עולים שחלק ניכר מהם אינו רלוונטי לביצוע תורניות או להתחלת התמחות. כיוון ולימודי הרפואה בישראל נמשכים בין 4 ל-6 שנים (במסלולים שונים), ובתוספת שנת הסטאז', לא ניתן לשנות בטווח זמן קצר את מספר הרופאים החדשים. בטווח הקצר, מספר הרופאים החדשים השנתי הוא מספר קבוע מראש של לומדי הרפואה בארץ היום, ממנו ניתן להסיק את שיעור מסיימי הלימודים הצפוי עד שנת 2027 בניכוי שיעורי נשירה¹⁷, ובתוספת מספר צפוי של בוגרי מוסדות חו"ל. על אף שמתבצעים מאמצים משמעותיים על ידי משרד הבריאות להגדלת מספר לומדי הרפואה השנתיים (נספח ג), וכבר השנה גדל מספר הסטודנטים בישראל ביותר מ-80 סטודנטים (כ-10% גדילה בקרב בוגרי ישראל), ההשפעה שלהם תהיה מורגשת רק החל משנת 2027, עם קבלת הרישיון של הסטודנטים שהתחילו ללמוד השנה במסלול הארבע שנתי.

תרשים 7 | מתחילי לימודי רפואה בישראל לפי מסלול

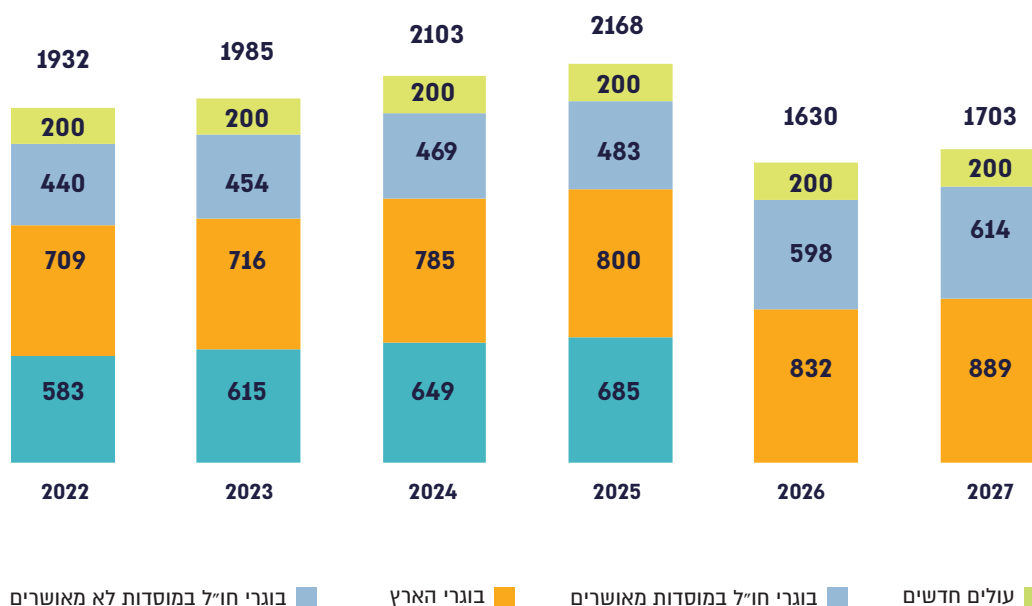


מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

גם מספר בוגרי חו"ל אינו ניתן לשינוי בטווח הקצר, אף כי המידע לגבי היקפו הצפוי הוא חלקי. יחד עם זאת, מבדיקות שונות שבוצעו עולה כי מספר בוגרי חו"ל המגיעים בכל שנה צפוי להיחתך בכחצי החל משנת 2026, או בכרבע מכלל זרם הרופאים השנתי, זאת כתוצאה מרפורמת יציב שהוזכרה לעיל.

17. שיעורי נשירה בלימודי רפואה בישראל יחסית נמוכים ועומדים על כ-2 אחוזים.

תרשים 8 | תחזית מקבלי רישיון חדשים בשנים 2022-2027



מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

3.2.3 מגמות איוש משרות התמחות בישראל

רופאים מתמחים בישראל ב-33 התמחויות בסיס שונות וב-31 התמחויות על. כ-60 אחוזים מכלל פנקסי ההתמחות שנפתחו בשנים 2020-2021 נפתחו במקצועות רפואה פנימית (20%), רפואת משפחה (13%), רפואת ילדים (12%), יילוד וגניקולוגיה (7%) והרדמה (7%). אין בישראל תכנון מרכזי של פתיחת משרות התמחות: מספר משרות ההתמחות מתוך כלל המשרות¹⁸ שעומדות לרשות מחלקה המאושרת להתמחות נקבע על ידיה באופן עצמאי. בהתאם, לא ניתן לייצר וודאות לגבי משרות ההתמחות אשר צפויות להיפתח ולהיות מאוישות בעתיד. התחזיות שיופיעו בפרק זה מבוססות על מסקנות מושכלות מפתיחת פנקסי התמחות בעבר, חלוקה צפויה של משאבי מדינה, ומקורות נוספים.

בסך הכל ניתן לשער כי מספר המשרות הפנויות להתמחות בשנה הוא בקירוב המספר של מתחילי ההתמחות לפני 5-8 שנים (משרות קיימות שהתכנו בשל סיום ההתמחות), בתוספת מספרם של אלו שעזבו את ההתמחות באמצע (החליפו התמחות אחרת), והמשרות התוספתיות ממקורות שונים (בין אם תקני מדינה, קופה או אחר¹⁹). מגמה זו ניתן לראות בטבלה 3 בהשוואה בין שורה 3 (התחילו התמחות) לשורה 1 (סיימו התמחות). בנוסף, ניתן לראות בטבלה 3 כי מספר הרופאים שהחלו התמחות גבוה באופן עקבי ממספר משלימי תואר מומחה, זאת בעיקר כתוצאה מגידול של מספר המשרות.

18. מלבד תקני מדינה, קיימת תופעה נרחבת של יצירת מקומות התמחות אשר ממונים בין היתר על ידי גופים כמו קופות חולים או מוסדות פרטיים. זו תופעה שנוצרה עקב מחסור בתקנים מחד ועקב הצורך בשטח של בתי החולים לתגבר את הפעילות ולהקל עומסים על הרופאים מאידך.

19. כאמור, לא ניתן לדעת בוודאות כמה משרות התמחות חדשות ייפתחו ממקורות חיצוניים למדינה. המספרים בטבלה 3 מקורם מרישום מספר מתחילי ההתמחות ומשלימי תעודת מומחה בכל שנה. נתוני 2021 משוערים על סמך שנים קודמות.

טבלה 3: מקבלי תואר מומחה ופתיחת פנקסי התמחות 2010-2021

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
568	567	642	565	604	668	638	733	809	880	896	1045	סיימו התמחות (מקומות התכנון)
156	329	233	376	418	385	481	597	551	562	676	605	מקומות חדשים
724	896	875	941	1022	1053	1119	1330	1360	1442	1572	1650	התחילו התמחות

מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

דינמיקות של השתבצות להתמחות

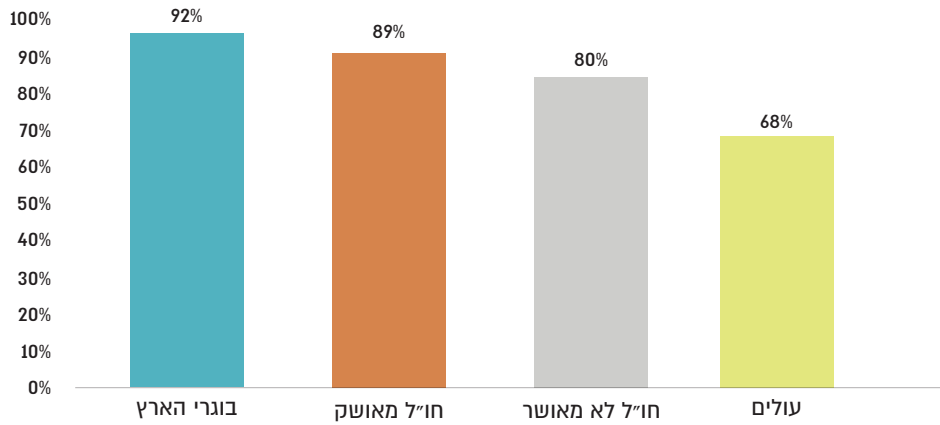
בישראל אין פלטפורמה מרכזית שתפקידה קידום ההתאמה בין מקבלי רישיון רופא לבין משרות פנויות להתמחות, כך שמציאת משרת התמחות היא משימה פרטית של כל בוגר תואר ברפואה. החיפוש מתחיל פעמים רבות בתקופת הסטאז' או כבר בתקופת לימודי הרפואה, ומדובר בתהליך התאמה [Match] מורכב יחסית, כיוון שהעדפותיו של רופא חדש הן רב-ממדיות ומכילות רכיבים כדוגמת מקצוע ההתמחות, מקום גיאוגרפי, מוסד לביצוע ההתמחות וזהות מנהלת המחלקה.

קיימת שונות אדירה בביקוש למקצועות השונים ולמוסדות השונים. הביקוש משתנה בהתאם למוניטין ויוקרת המקצוע בעיני הרופא, עניין, פוטנציאל ההשתכרות העתידי, מימוש עצמי, אזור גיאוגרפי ועוד. מדובר בהחלטה שתעצב את העתיד המקצועי של הרופא ולכן פעמים רבות המועמד יתעקש על מציאת משרת התמחות במקצוע או קבוצת מקצועות ספציפיים, בתוך רשימת מוסדות ספציפיים. בו זמנית ישנם מקצועות ומוסדות רבים הסובלים מהיעדר ביקוש להתמחות, וקיימות בהם משרות התמחות לא מאוישות, ולחלק מן המקצועות האלו נוטים להתייחס כמקצועות במצוקה.

בנוסף לשיקולי הרופא, גם המוסדות מצדם מנסים לבחור את המתמחים הטובים ביותר מקרב המועמדים שפוקדים את שעריהם, ולעיתים בוחרים לדחות מועמדים להתמחות בשל רמה נמוכה, גם תחת תשלום מחיר של השארת משרות לא מאוישות.

שיעור הרופאים המבצעים התמחות בישראל הוא גבוה בהשוואה בינלאומית, אם כי קיים פער בין הקבוצות השונות. כך, בזמן שבקרב בוגרי ישראל 92 אחוזים מהרופאים בסופו של דבר ישלימו לפחות התמחות אחת, בקרב עולים שיעור זה עומד על 68 אחוזים בלבד.

תרשים 9 | שיעור רופאים שהשלימו בישראל התמחות אחת לפחות, ממוצע מבין מקבלי רישיון עד שנת 2016



מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

קיימות מספר סיבות אפשריות לבחירת רופא לא לבצע התמחות כלל. ביניהן:

- עזיבת המקצוע
- עיסוק בתחום שלא מצריך מומחיות
- הגירה לחו"ל
- אי קבלה להתמחות עקב רמה לא מתאימה
- בקרב עולים – רבים מגיעים כמומחים, או לחילופין מגיעים בגיל מבוגר ולא מעוניינים להתחיל התמחות ראשונה בשלב זה של חייהם. סיבות אלו מסבירות את האחוז היחסית נמוך של עולים מבצעי התמחות בישראל.

מעבר לכך, קיימות גם מספר סיבות אפשריות לבחירת רופא לדחות את ביצוע ההתמחות:

- צה"ל – העתודה הרפואית (תוכנית "צמרת")
- יציאה לחו"ל
- לימודים
- הריון וסיבות אישיות
- עולים – השתלבות והתאמה
- אי התאמה להתמחות
- החלפת התמחות להתמחות אחרת (דוחה את סיום ההתמחות ולא דווקא את התחלתה)

המורכבות הכרוכה ביצירת התאמה בין מועמד למשרת התמחות, גורמת לכך שלעיתים תהליך השיבוץ אורך זמן רב, ולפיכך לא משתבצים להתמחות כל הרופאים מיד עם קבלת רישיונם. קיימת שונות בקצב ההשתבצות ובשיעור הסופי בין הקבוצות השונות. בזמן שכ-74 אחוזים בממוצע מבוגרי ישראל יתחילו התמחות עד שנה מקבלת הרישיון, בקרב בוגרי מוסדות לימוד שלא אושרו במסגרת רפורמת יציב עומד שיעור זה על 47 אחוזים בלבד (תרשים 10). ראו ניתוח מתעכבים עבור תחילת התמחות בנספח ה.

בטבלה 4 ניתן לראות כי סה"כ בין 50 ל 60 אחוזים בלבד משנתון מקבלי רישיון רופא מתחילים התמחות מיד באותה השנה, וניתן לראות גם כי שיעור הרופאים אשר מתחילים התמחות במהלך השנתיים לאחר קבלת רישיון הרופא קבוע באופן יחסי ונע בין 76-80 אחוזים.

גם בשנים בהן נפתחו משרות רבות (כמו אחרי ההסכם הקיבוצי של 2011) הממוצע הדו-שנתי לא השתנה באופן דרמטי, והשפעת המשרות התוספתיות ניכרה בשינוי היחס בין מתחילי ההתמחות בשנה הראשונה לאחר קבלת הרישיון (קפיצה של כ-10 אחוזים) לשנה השנייה לאחר קבלת הרישיון (ירידה של כ-10 אחוזים). עם זאת, חל גידול אחוזי קטן בשיעור מתחילי ההתמחות בשנה השלישית לאחר קבלת הרישיון (בחינות 2009). מגמה דומה ניכרת גם בשנת 2020, במהלכה התווספו כמה מאות תקני רופאים לבתי החולים. ניתן לראות כי לא חל גידול בשיעור מתחילי ההתמחות בשנתיים הראשונות לאחר קבלת רישיון רופא, בקרב מקבלי הרישיון בשנים 2019, 2020, וחל גידול אחוזי קטן בשיעור מתחילי ההתמחות בשנה השלישית לאחר קבלת הרישיון (בחינות 2018).

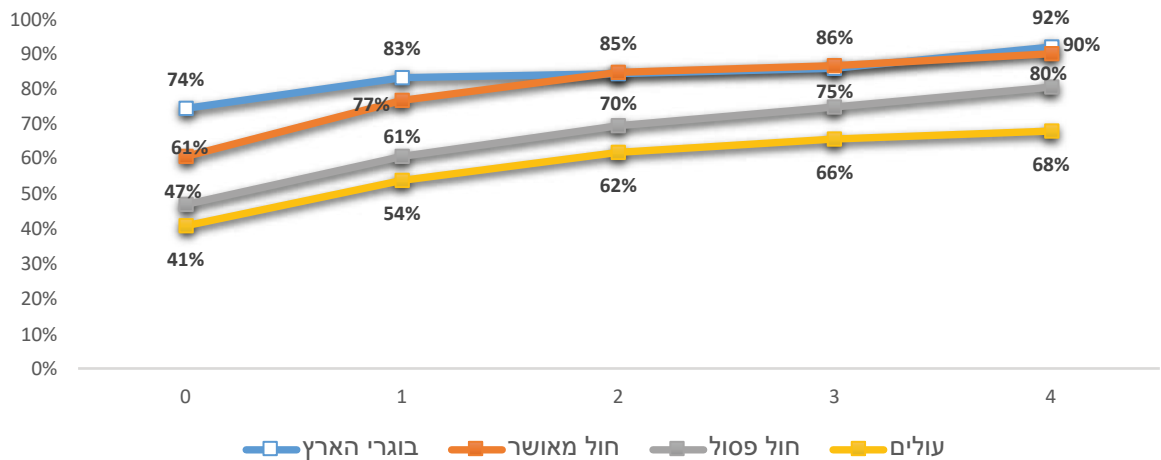
נתונים אלו מרמזים על כך שזמן ההמתנה בין קבלת רישיון רופא לתחילת ההתמחות משמש לתהליך של יצירת התאמה בין הרופא למשרה – "זמן חיכוך". לבסוף, ניתן ללמוד כי קרוב ל-20 אחוזים ממחזור מקבלי רישיון רופא בישראל דוחים באופן קבוע את תחילת ההתמחות בשנתיים (לפחות) מסיבות שאינן מושפעות באופן ישיר מפתיחת משרות התמחות.

טבלה 3: מקבלי תואר מומחה וכתיחת פנקסי התמחות 2010-2021

שנת התחלת התמחות														שנת קבלת רישיון
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	44%	2021
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	47%	24%	2020
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	44%	32%	9%	2019
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	45%	29%	13%	5%	2018
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	49%	27%	9%	6%	3%	2017
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	47%	34%	9%	4%	4%	3%	2016
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	31%	8%	3%	2%	4%	2%	2015
0%	0%	0%	0%	0%	0%	54%	25%	10%	4%	2%	2%	3%	1%	2014
0%	0%	0%	0%	0%	55%	26%	7%	2%	3%	2%	1%	1%	1%	2013
0%	0%	0%	0%	56%	25%	6%	3%	1%	4%	4%	0%	0%	0%	2012
0%	0%	0%	60%	21%	5%	3%	4%	4%	2%	1%	1%	1%	0%	2011
0%	0%	50%	30%	6%	3%	4%	5%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	2010
0%	48%	28%	11%	3%	4%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2009
53%	25%	6%	4%	7%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2008

מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

תרשים 10 | מספר השנים מקבלת רישיון ועד תחילת התמחות, בממוצע רב שנתי 2009-2018, כאחוזים מסך מקבלי הרישיון



מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

לאור מורכבות ודינמיות תהליך מציאת משרת ההתמחות, נדרש מספר מספק של רופאים הנמצאים בתהליך חיפוש (להלן, מלאי חיכוכי) על מנת לוודא איוש מלא של משרות מתמחים בכל בתי החולים ובכל המקצועות. במצב בו קיימות מספיק משרות רופא במערכת הבריאות לצורך מתן שירות רפואי מיטבי (כלומר, אין חוסר בתקנים), קיום של מלאי רופאים שלא מוצאים משרת התמחות מתאימה בתוך חודשים ספורים לאחר קבלת רישיון רופא הוא לא סימן לכשל או בעיה, ואינו מעיד על אבטלה ו"בזבוז" של רופאים זמינים. גם בהתעלם מהרופאים שדוחים את תחילת ההתמחות ממגוון סיבות, הרוב המוחלט של מחפשי ההתמחות מועסקים כרופאים (לרוב בתור רופאים כללים או תורני חוץ), כך שרופאי המלאי החיכוכי הם חלק אינטגרלי ממערכת הרפואה הציבורית גם אם אינם מתמחים, ולמעשה אם ייקלטו כולם בבת אחת הדבר עלול לגרום לחסרי איוש במקומות עבודתם הקודמים (למשל, במוקדי הרפואה הדחופה של הקופות). העסקת ביניים זו מאפשרת להם לנהל את מערך השיקולים שלהם ולהחליט באופן מושכל ומתאם יותר איפה ובאיזה מקצוע להתמחות, ולעיתים היא משמשת כתוספת הכשרה וצבירת ניסיון על מנת להצליח ולעמוד ברמה המקצועית הנדרשת לצורך התחלת התמחות. כמו שהוצג מעלה, כ- 80 אחוזים מכל מחזור מקבלי רישיון רופא מעוניינים במשרת התמחות באופן מיד: עבור רוב בוגרי הארץ (83%) ובוגרי חול מאושר (77%) נמצאת משרה כזו במהלך השנה הראשונה לחיפוש, ועבור שאר המחפשים נמצאת משרת התמחות תוך שנתיים לכל היותר.

יתרה מזאת, השוואת מספר המשרות הפנויות למספר הרופאים במלאי החיכוכי לא צפויה להקטין באופן ניכר ולאורך זמן את מספר הרופאים הממתינים להתמחויות ספציפיות בבתי חולים ספציפיים. אם מספר המשרות הפנויות בפריפריה יגדל באופן משמעותי בשל משרות תוספתיות לצורך מתווה הקיצור בשעות העבודה, יהיה גרעין קשיח ומשמעותי של רופאים שיעדיפו להמתין עוד מספר חודשים או שנים להתמחות מבוקשת יותר שאינה בפריפריה. אם מספר המשרות הפנויות בכל הארץ יגדל באופן משמעותי, המשרות התוספתיות במרכז יאוישו על חשבון המשרות הפנויות של בתי החולים הפחות מבוקשים, כך שהחוסר בכוח אדם בפריפריה יחריף מול המרכז.

אם כן, ולאור כך שברור כי לא ניתן לחייב רופאים לעסוק במקצועות רפואיים שהם אינם חפצים בהם, לקיום מלאי חיכוכי יש תפקיד חשוב באיזון המערכת והשיבוצים, ולכן השאלה הרלוונטית לעניינינו היא לא האם נדרש מלאי חיכוכי של רופאים מחפשי התמחות, אלא מה גודלו הרצוי של המלאי שמתאים למערכת הבריאות בישראל לצורך איוש מאוזן ומקצועי של משרות ההתמחות, וכיצד משפרים את ההתאמה בין מחפשי התמחות למשרות התמחות.

על פי ACMMMP ההולנדי, המלאי החיכוכי צריך לעמוד על כפעמיים עד שלוש פעמים הזרם השנתי של מקבלי הרישיון החדשים. לפיו, מאגר כזה של רופאים המחפשים התמחות מאפשר תהליך התאמה מיטבי בין רופא למשרת התמחות. בישראל המלאי החיכוכי נמוך משמעותית, מה שגורר ביקוש יתר למקומות התמחות מסוימים והיעדר ביקוש למקומות אחרים. מלאי חיכוכי קטן, יחד עם צורך לאישי משרות פנויות, עלול לאלץ את בתי החולים בפריפריה לקבל להתמחות רופאים בעלי רמה מקצועית נמוכה יותר, שבתי החולים המבוקשים במרכז הארץ יכולים להרשות לעצמם לא להעסיק, והדבר יעצים פערים באיכות הרופאים בין המרכז לפריפריה. בנוסף, מצב זה מייצר חוסר גמישות במקרה של רפורמות מקיפות כגון זו אשר בה עוסק דו"ח זה.

אחד הפערים המשמעותיים ביותר בשיח על היצע מועמדים פוטנציאלי הוא ההפרדה בין הזרם לבין למלאי. שחיקת המלאי החיכוכי באופן דרסטי תוך התעלמות משימושים שהיו צפויים למלאי הזה בתקופות הבאות, עלולה להיות הרת אסון. כך למשל, אם בדרך כלל אחוז מסוים מהמשרות המתפנות כדרך שגרה מאויש על ידי רופאים הממתינים להתמחות יותר משנה, ובשנת 2022 ייקלטו בבת אחת רוב מלאי הרופאים שטרם התחילו התמחות (רוב המלאי), בשנת 2023 לא יהיו מספיק רופאים המחפשים התמחות כדי לאישי את המשרות שהתפנו.

אין בדברים האלה כדי לרמוז שאסור להגדיל את היצע משרות ההתמחות, ולמעשה המתווה המתואר בדו"ח ביניים זה מציע להגדיל את מספר המשרות. עם זאת, הנתונים מצביעים על ההשלכות השליליות הצפויות מהגדלה לא מאוזנת של מספר המשרות הפנויות, ובאופן נקודתי על הצורך לדאוג ליכולת האיוש בבתי החולים הפחות מבוקשים בפריפריה. נדגיש כי ההמלצות בדו"ח זה גובשו תוך לקיחה בחשבון של ההערכות העתידיות של היצע הרופאים, ואת הגידול השגרתי במספר משרות ההתמחות הפנויות בכלל הארץ. מספר המשרות התוספתיות הנדרש עבור יישום מתווה זה ניתן לאיוש תחת הצעדים שמתבצעים כבר היום להגדלה מסיבית של מספר הסטודנטים לרפואה (נספח ג), ופתרונות חליפיים נוספים (ראו פרק ההמלצות), אך כל תוספת עתידית של משרות תהיה חייבת להיות מלווה בהגדלה תואמת של זרם מקבלי רישיונות חדשים.

3.3 השפעות ומשמעויות של שינוי במספר משרות ההתמחות על היצע הרופאים ואיוש

3.3.1 תרחישי היצע הרופאים עבור התמחויות בכלל הארץ

הבנה של מגמות ההשתבצות להתמחות לאורך השנים מאפשרת לנו להעריך את מספר ומאפייני האנשים אשר קיבלו רישיון רפואה בשנים האחרונות וטרם התחילו התמחות. בחישוב של שלוש השנים האחרונות (2018-2020), מדובר בכ-1,200 רופאים ורופאות. עם זאת, מספר זה לא משקף את המספר בפועל של הרופאים הרלוונטיים המחפשים התמחות, לאור הסיבות וההעדפות של רופאים המפורטות בתת פרק 3.2.3. תחת מספר הנחות ניתן לשער כי המספר האמתי המשקף פוטנציאל גיוס רלוונטי למקצועות מתווה הקיצור קטן בהרבה ולא עולה על כמה מאות. התרחישים המתוארים מטה מבוססים על ההנחה כי קיים בכל זאת מלאי חיכוכי של 1200 רופאים זמינים עבור בתי החולים בכלל הארץ, בשל הסיבות:

1. בתרחישים מטה מספר המשרות הפניות כולל משרות במקצועות שאינם רלוונטיים למתווה.

2. התרחישים נועדו בעיקר על מנת להצביע על מגמות עתידיות של היצע הרופאים.

בבחינה של 15 השנים האחרונות, הגידול בפועל בכמות משרות ההתמחות השנתיות שנפתחו עמד על 5-8 אחוזים לשנה. חלק ניכר מגידול זה נבע מהוספת תקינה במסגרת ההסכם הקיבוצי ובמסגרת תכניות לפתיחת מיטות, ושיעור קטן מעליה זו נבע מפתיחת משרות התמחות בבתי החולים ובקופות החולים לפי תעדוף ובמימון עצמי, רבות מהן לצורך הוספת מתמחים ברפואת המשפחה. לאור כך, בשניים מהתרחישים שלפניכם נלקח בחשבון גידול שנתי של 5% בהיצע משרות ההתמחות, הכוללת הגדלה מתמשכת ומשמעותית של המקומות להתמחות הן על ידי קופות החולים, הן על ידי בתי החולים במימון עצמי והן במימון ובהקצאה מרכזית לטובת שיפור הטיפול והגדלת המיטות בבתי החולים.

בתרחיש נוסף נלקח בחשבון גידול שנתי מתון יותר במשרות ההתמחות, של 3 אחוזים בלבד. במקרה זה, משרות ההתמחות במערכת יגדלו מעט יותר מהגידול הטבעי באוכלוסיית ישראל.

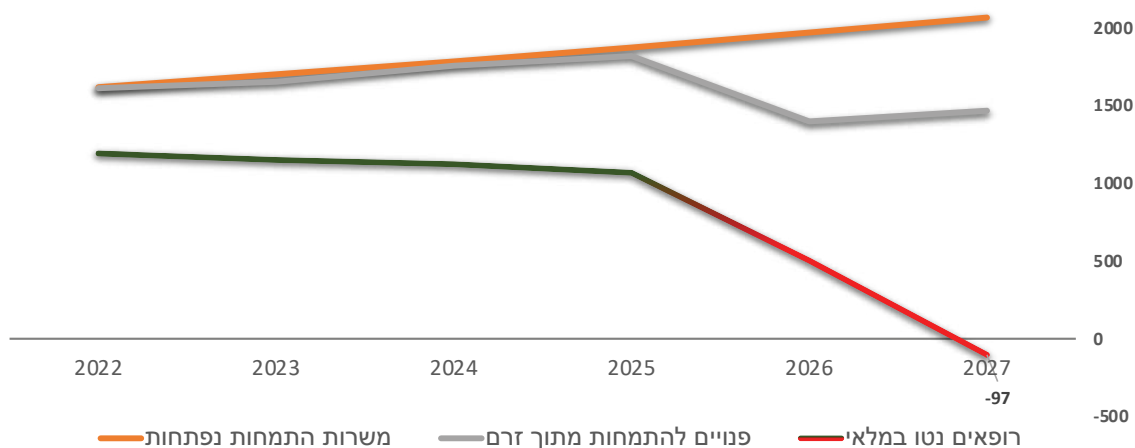
תרחישים 1,2 הם בחזקת התרחישים היותר "פסימיים" (אם כי לא הפסימיים ביותר שניתן להציג), בהם לא גדל באופן משמעותי זרם הרופאים החדשים, אך משרות המתמחים גדלות בקצב של 5% לשנה. בתרחישים אלו לא נלקחו בחשבון הצעדים שננקטים בשנים האחרונות להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה (המתוארים בנספח ג'), והם בגדר אזהרה, או קריאת כיוון, להיקף ולוחות הזמנים של הצעדים הנדרשים היום לשמירה על היצע הרופאים בעתיד.

תרחיש 3 הוא בחזקת התרחיש ה"אופטימי" בו גדל זרם הרופאים החדשים בעקבות התכניות להרחבת היצע הרופאים הזמינים, ומשרות ההתמחות גדלות בקצב נמוך יותר: 3 אחוזים בלבד בשנה. תרחיש זה בא להראות כי בשנים הקרובות, תחת נקיטת הצעדים המתאימים, יש אפשרות לשמור על היצע הרופאים המועמדים להתמחות במערכת הבריאות ברמה מספקת המאפשרת איוש משרות ההתמחות תוך המשך התכוננות לטווח הרחוק.

התרחישים מטה מתארים את מצב המלאי החיכוכי של הרופאים תחת הנחה כי כל משרת התמחות שנפתחת תאוּש כל עוד קיים מלאי חיכוכי חיובי (מספר מקבלי הרישיון החדשים המחפשים התמחות בתוספת מלאי הרופאים משנים קודמות המחפשים התמחות). נזכיר, כי זרם הרופאים החדשים בשנים הקרובות ועד שנת 2027 קבוע מראש על ידי מספר הסטודנטים כיום, בשנתונים השונים, בישראל ובחו"ל.

בכל התרחישים להלן מוצגים בנפרד תחזית זרם המועמדים להתחלת התמחות השנתי- מקבלי רישיון זמינים לתחילת התמחות, ומלאי הרופאים הזמינים להתמחות - מקבלי רישיון משנים קודמות אשר לא החלו התמחות עדיין.

תרשים 11 | תרחיש 1 – גידול של 5% לשנה בפתחת משרות התמחות, ללא קיצור בשעות העבודה וללא חלוקת תקנים תוספתיים



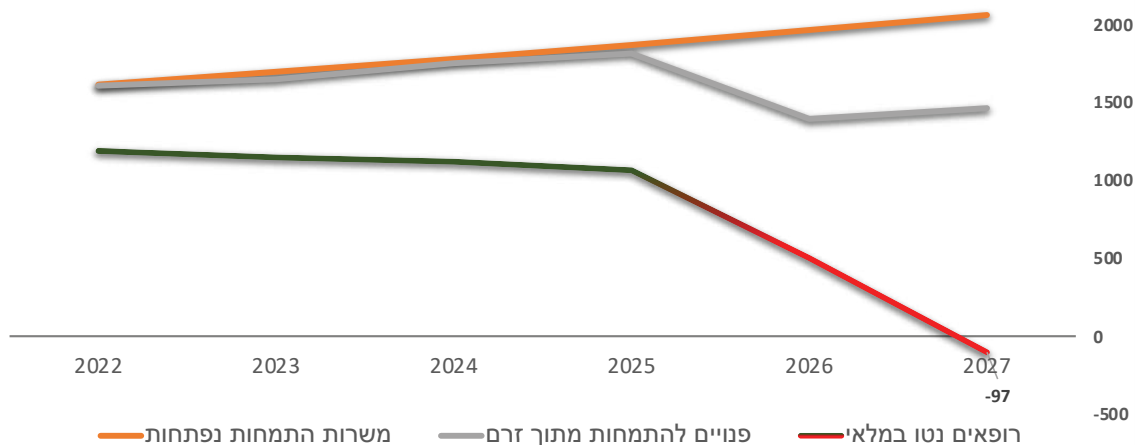
מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

ניתן לראות בתרשים 11 כי בתרחיש בו נמשך המצב הקיים, המלאי החיכוכי של הרופאים הממתינים למשרת התמחות יקטן בהדרגה עם העלייה המתונה בהיצע משרות ההתמחות. בשנת 2025 תחל צניחה משמעותית בהיצע הרופאים השנתי כתוצאה מרפורמת יציב, שתשפיע גם על המלאי, ועד למחיקה למעשה של מלאי רופאים הממתינים להתמחות במהלך שנת 2027. מצב זה עשוי לבוא לידי ביטוי בקשיים לאייש מקומות לא מבוקשים, ויגדיל אי שוויון באיוש כוח אדם במרכז מול הפריפריה, שכן רוב הרופאים החדשים ימלאו את משרות ההתמחות בבתי החולים במרכז, ובנוסף לכך מלאי הרופאים הזמינים לפריפריה שמקורו במוסדות לא מאושרים יימחק.

תרחיש 2 הוספת 200 משרות-השפעה ארצית

בתרחיש זה הוספו 200 משרות חדשות לפריפריה בשנת 2022.

תרשים 12 | תרחיש 2 – גידול של 5% לשנה בהיצע המשרות, הוספת 200 משרות באופן חד פעמי בשנת 2022

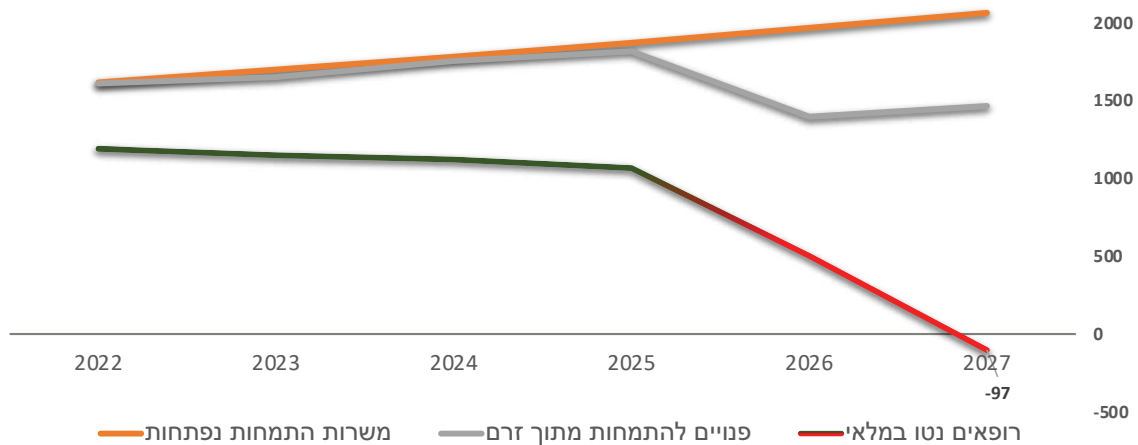


מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

ניתן לראות בתרשים 12, כי בתרחיש זה כבר בשנת 2025 נוצר "מלאי שלילי" אשר יוביל לקושי מהותי ומורגש בהיצע רופאים. אמנם תוספת המשרות בשנת 2022 היא חד פעמית, אך היא מצמצמת את מלאי הרופאים המהפשיים התמחות ומאיצה את איפוסו משנת 2027 בתרחיש הקודם לשנת 2026 בתרחיש זה. בשנת 2026 מרבית המשרות התוספתיות שאוישו ב 2022 צפויות להתפנות כאשר המתמחים יסיימו התמחותם, ויגדילו את הפער בין הצורך ברופאים לחסר.

תרחיש 3: הוספת 200 משרות-השפעה ארצית, בהנחת גדילה שנתית של 3% בהיצע משרות ההתמחות
 בתרחיש זה הצעדים להגדלת היצע הסטודנטים לרפואה יביאו להגדלה של התחלות לימודי הרפואה השנתיים בישראל ל 1,200 עד לשנת 2025 (100 בשנה בשלוש השנים הקרובות), ובנוסף צעדים למימון או מתן הלוואות ללימודי רפואה בחו"ל לחלק מהסטודנטים הישראלים, דוגמת המודל הנורווגי, יסייעו להגדיל את מספר הישראלים הלוומדים בחו"ל ב- 100 סטודנטים בכל שנה החל מהשנה הבאה ולמשך 3 שנים. סה"כ בשנת 2025 כ 2,000 מתחילי לימודי רפואה ישראלים, לפי תכניות אלו. תחילת השפעת התכניות תבוא לידי ביטוי בתרחיש רק החל משנת 2027, כאשר בוגרי המסלול הארבע שנתי שהתחילו את לימודיהם בשנת 2022 יקבלו רישיון רופא. בנוסף, בתרחישים אלו הוספו באופן חד פעמי 150 משרות ב 2022 ו 50 משרות ב 2023 (סה"כ 200).

תרשים 13 | תרחיש 3 – גידול של 3% לשנה בהיצע המשרות, תוספת 200 תקנים וגידול בהיצע הרופאים



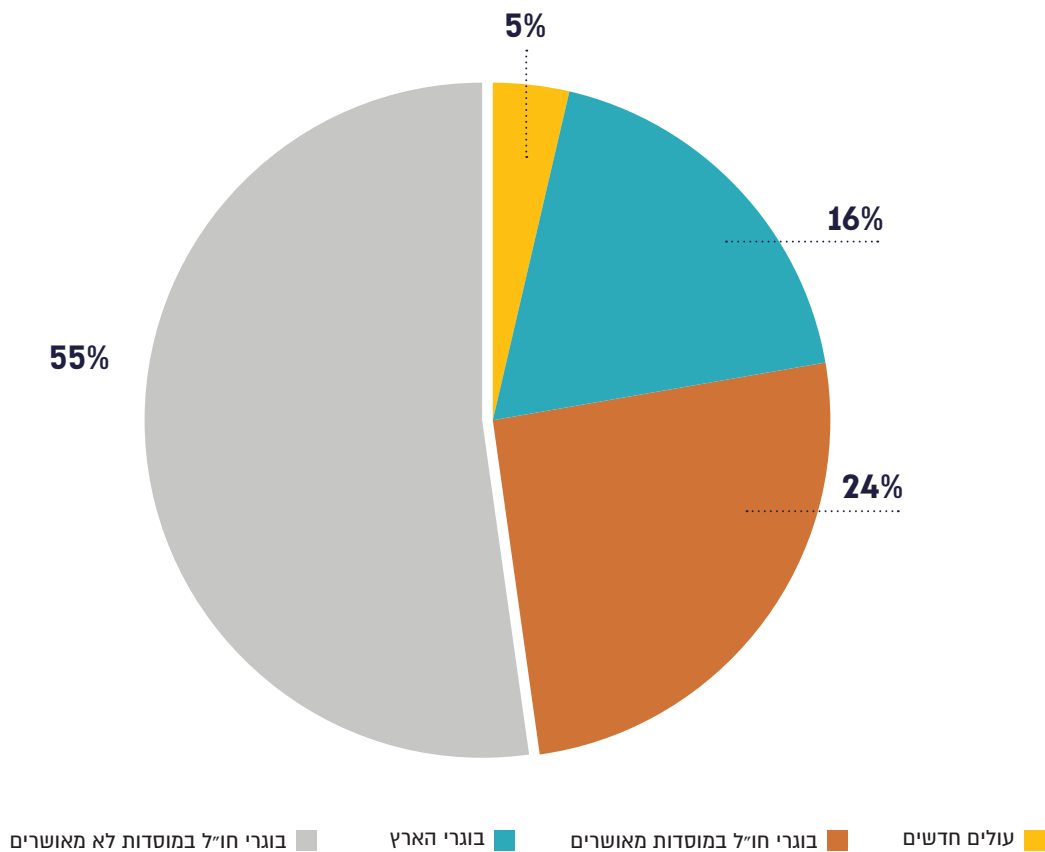
מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

ניתן לראות בתרחיש זה כי ביצוע צעדים מתאימים יכול למתן ולעכב תהליך שחיקת מלאי הרופאים, כך שניתן יהיה להמשיך ולפעול להגדלת מספר מקבלי רישיון רופא לטווח הרחוק, וכי יש הכרח לנקוט בצעדים נוספים להגדלת היצע הרופאים במהלך השנים הקרובות כדי להפוך את מגמת הירידה של מלאי הרופאים לאחר שנת 2027.

3.3.2 זרקור למחוז צפון

יחד עם מחוז דרום, מחוז צפון נמצא במוקד הפעילה הראשונה של מתווה קיצור שעות העבודה לרופאים. ייחודו של מחוז זה הוא המבנה והמיקום הגיאוגרפי שלו, אשר גורמים לכך שיש צורך לנתח את המגמות במחוז כמערכת סגורה. בחלק זה נעריך את המלאי הפוטנציאלי הרלוונטי של מועמדים להתמחות באחד המוסדות במחוז צפון²⁶ ונדגיש את האתגרים הייחודיים באיוש המשרות בו. מחוז צפון מאופיין בשיעור גבוה מאוד של רופאים בוגרי מוסדות לא מאושרים על פי "רפורמת יציב", אשר לא יוכלו לקבל רישיון לעסוק ברפואה החל משנת 2026.

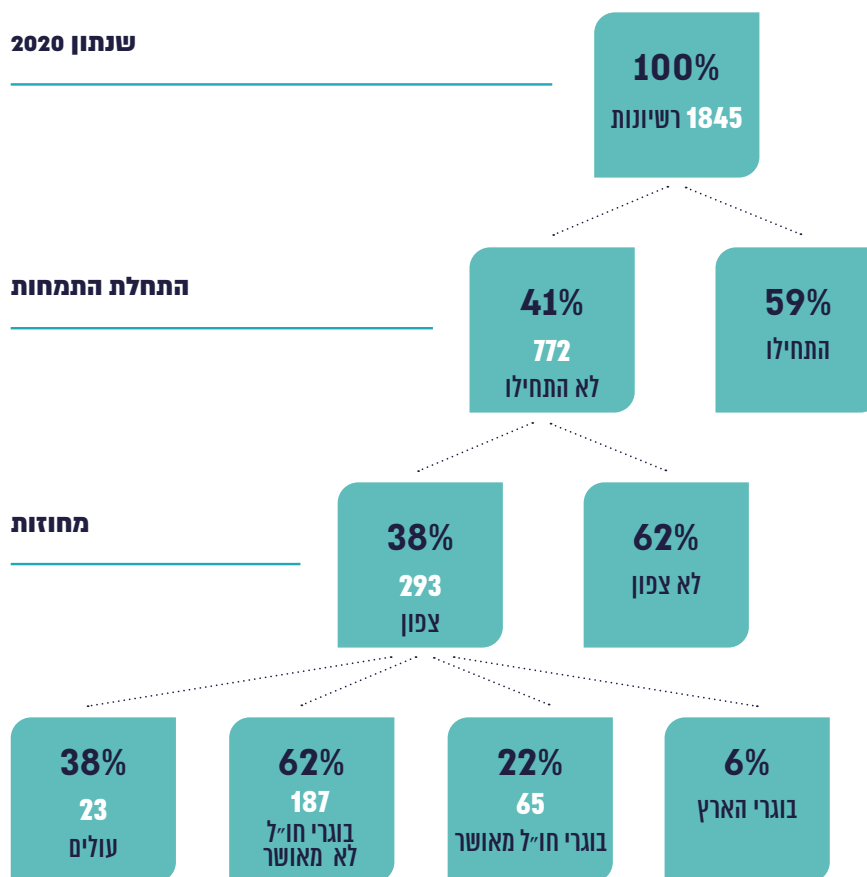
תרשים 14 | התפלגות מקבלי רישיון רפואה במחוז צפון לפי מקור מוסד לימודי



מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

על מנת להעריך את מספר מקבלי רישיון הזמינים לגיוס ספציפית במחוז צפון, ננתח את מאפייני הבוגרים כפי שמתואר בתרשים 14.

26. המוסדות הרפואיים הרלוונטיים לניתוח זה במחוז צפון: ביה"ח אי.מ.מ.ס הסקוטי, ביה"ח המשפחה הקדושה, ביה"ח הצרפתי, ביה"ח זיו צפת, המרכז הרפואי לגליל, מרכז רפואי ברוך פדה פורייה, מרכז רפואי העמק.



מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מנתוני עבר אנו מסיקים כי רופאים תושבי הצפון הם בעלי הנטייה הגבוה ביותר להתמחות בבתי חולים באזור, והנושא נבדק ואושש גם בניתוח מרובה משתנים שבחן את ההסתברות של מקבל רישיון להתמחות באחד המוסדות בצפון בהתאם למאפייניו הדמוגרפיים. ניתוח שבוצע במנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות מצא באופן מובהק כי מקום מגורים הוא המשתנה המסביר החזק ביותר לבחירה זו. כך למשל הסתברות של סטודנט בוגר חו"ל, תושב מחוז צפון להתמחות ברפואה פנימית, רפואת ילדים או רפואה דחופה באחד מבתי חולים בצפון עמדה על כ-17 אחוזים, זאת לעומת 0.1 אחוז בלבד עבור תושב מחוז תל אביב. ניתן להסיק מהנתונים האלו ואחרים כי גם בהינתן עליה במספר משרות התמחות באזור המרכז, רופאים צעירים מאזור הצפון יעדיפו להתמחות באזור הצפון (או לחילופין, בוגרי מוסדות לא מאושרים שלא מתקבלים לבתי חולים במרכז) ולכן יישארו חלק מהיצע הרופאים הזמינים להתמחות בכריפריה הצפונית. לפי ההערכה, השפעה של תוספת תקנים במרכז על איוש תורגש הרבה יותר באזור הדרום, בין היתר כי רופאים צעירים שמתגוררים במרכז מעדיפים להתמחות בבתי החולים בכריפריה הדרומית על פני הצפונית.

ניתוח דומה לזה שמופיע בתרשים 14 בוצע גם עבור השנים 2018 ו-2019, ונמצא כי מספר הרופאים באזור זה הנמצאים בשלב שלפני ההתמחות עומד על כ-400. מדובר בנתון גבוה יחסית בהשוואה ארצית, וזאת כתוצאה

27. נציין כי הערכת אזור המגורים המקורי של רופא, בגרף זה ובנתונים בהמשך, מתבצעת על פי כתובת מדווחת במבחני רישוי.

משיעור גבוה של בוגרי חו"ל ממוסדות לא מאושרים ברפורמת יציב, שטרם מצאו מקום להתמחות. על אף המלאי הגבוה יחסית, חשוב לזכור כי מחוז זה צפוי להיפגע משמעותית יותר מרפורמת יציב בדיוק מאותה הסיבה.

כפי שניתן לראות בטבלה 5, רוב מוחלט של המתמחים בבתי החולים בצפון מגיעים ממחוז צפון, מתוכם 31 אחוזים בוגרי מוסדות לא מאושרים.

טבלה 5 : מתמחים בשנת 2020 בבתי חולים בצפון לפי מחוז מגורים של המתמחה בעת קבלת הרישיון ומקור מוסד לימודים

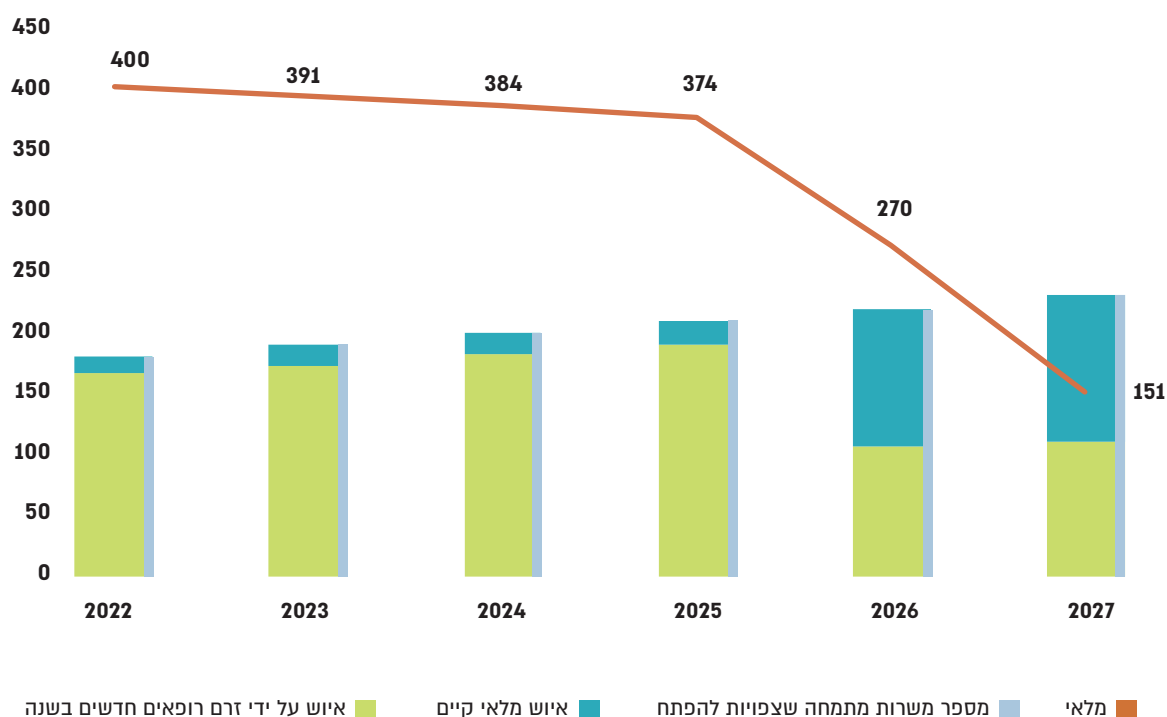
	עולים	בוגרי חו"ל במסדות לא מאושרים	בוגרי חו"ל במסדות מאושרים	בוגרי הארץ	
80%	4%	31%	28%	17%	מחוז צפון
1%	0%	0%	0%	1%	מחוז דרום
4%	0%	2%	1%	1%	מחוז מרכז
2%	0%	0%	1%	1%	מחוז תל-אביב
14%	1%	2%	4%	7%	מחוז חיפה
1%	0%	0%	0%	1%	מחוז ירושלים
0%	0%	0%	0%	0%	מחוז יהודה ושומרון
	5%	34%	34%	26%	

מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

תחזית היצע הרופאים בצפון הארץ ללא יישום מתווה קיצור בשעות העבודה

תרחיש זה הוא בחזקת הסתכלות בזכוכית מגדלת על אזור הצפון מתוך תרחיש 1 בתת פרק 3.3.1. מספר משרות ההתמחות עולה בקצב מתון של 5% לשנה, אך מספר מקבלי הרישיון המגיעים לצפון נחתך בחדות ב 2025 בעקבות רפורמת יציב, ומלאי המועמדים יורד בחדות – בשל השיעור הגבוה של בוגרי בתי ספר לא מאושרים בקרב בתי החולים בפריפריה הצפונית. תרחיש זה לא לוקח בחשבון גדילה משמעותית בכמות הסטודנטים לרפואה כתוצאה מצעדים עכשוויים, אלא רק גדילה ממוצעת לשנים האחרונות במספר הסטודנטים.

תרשים 16 | גדילה שנתית של 5% במשרות התמחות, ללא ביצוע קיצור בשעות העבודה ובלי חלוקת תקנים תוספתיים- השפעה על איוש במחוז צפון



מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

מהגרף עולה כי בתרחיש כזה, עד 2027 ניתן יהיה לאיש את המשרות הקיימות, המתכנות והחדשות. עד שנת 2025 זרם הרופאים השגרתי יאייש את רוב המשרות, והחל משנת 2026 האיוש יסתמך על הזרם השגרתי בתוספת נתח ניכר מהמלאי החיכוכי של הרופאים המחפשים התמחות במחוז צפון. החל משנת 2028 לא יהיה ניתן לאייש את כלל משרות ההתמחות במחוז צפון המשרות בשל היעדר מלאי רופאים המחפשים התמחויות, במידה ולא יחול גידול דרמטי במספר לומדי הרפואה החל משנת הלימודים הקרובה (תשפ"ג).

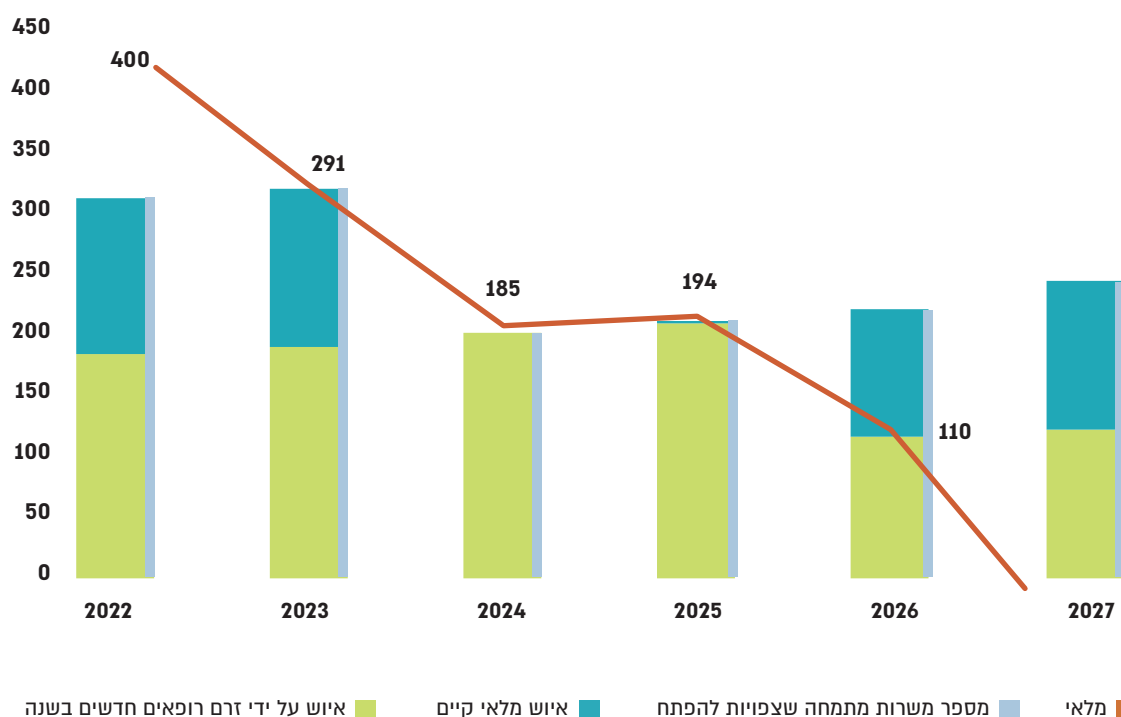
הוספת 200 משרות התמחות- משמעות על איוש ומלאי הרופאים באזור הצפון

בתרחיש זה מספר משרות ההתמחות הנפתחות ממשיך לגדול בקצב של 5% לשנה, ובנוסף ניתנים 200 תקנים תוספתיים בשתי פעימות: 100 משרות בשנת 2022 ו 100 משרות בשנת 2023²⁸, אשר יוקצו לבתי החולים בפריפריה. תרחיש זה לא לוקח בחשבון גדילה משמעותית בכמות הסטודנטים לרפואה כתוצאה מצעדים עכשוויים, אלא רק גדילה ממוצעת לשנים האחרונות במספר הסטודנטים.

מספר מקבלי הרישיון המגיעים לצפון נחתך בחדות ב 2025 בעקבות רפורמת יציב ומלאי המועמדים מתחיל לרדת בחדות. בנוסף לכך המתמחים שיתחילו את התמחותם בשנת 2022 צפויים לסיים ב 2027 ולכן מספר המקומות המתפנים יזנק אף הוא בשנה זו ובשנה שאחריה. מצוקת הרופאים תורגש ברוב המקצועות בהם לא בוצע הקיצור, שכן המשרות התוספתיות מיועדות רק למקצועות המתווה. גם המחלקות שנכנסו למתווה יתקשו לגייס כוח אדם לצורך עמידה בהיתר.

28. מכיוון ובישראל אין תאריכים קבועים לתחילת התמחות, ניתן להחליט על חלוקת תקנים הדרגתי/איוש תקנים הדרגתי. תרחיש זה מנסה לקחת בחשבון אפשרות כזו בצורה מתונה- 2 פעימות.

תרשים 17 | השפעות גידול של 5% במספר המשרות בשנה, וגם תוספת 100 תקנים ב-2022 ו 100 תקנים ב-2023 לבתי החולים בכריפריה, על היצע רופאים ואיוש משרות התמחות בצפון.



מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

3.3.3 זרקור למחוז דרום

להבדיל מהניתוח של מחוז צפון, שמתבסס על עקרונות "משק סגור" עם מאפיינים דומים בחלק מבתי החולים, במחוז דרום קיימים שלושה מוסדות שונים לחלוטין. האחד הוא בית חולים שלישוני אוניברסיטאי גדול – המרכז הרפואי סורוקה, בית חולים בינוני – בית חולים ברזילי, ובית חולים קטן באילת – בית חולים יוספטל. כיוצא מזה, היצע הרופאים לאיוש התמחות באזור הדרום לא ניתן להערכה בצורה דומה להיצע בצפון, שכן אזור הדרום מושפע באופן מוגבר מהמשרות הנפתחות במרכז הארץ, והגרעין הקשיח של מחפשי ההתמחויות בדרום קטן מזה של הצפון.

טבלה 6: הרכב מתמחים בשנת 2020 בית חולים סורוקה

	עולים	בוגרי חו"ל במוסדות לא מאושרים	בוגרי חו"ל במוסדות מאושרים	בוגרי הארץ	
מחוז צפון	11%	2%	3%	4%	1%
מחוז דרום	71%	18%	17%	12%	24%
מחוז מרכז	4%	0%	0%	1%	3%
מחוז תל-אביב	6%	1%	0%	0%	4%
מחוז חיפה	6%	0%	2%	1%	2%
מחוז ירושלים	1%	0%	1%	0%	0%
מחוז יהודה ושומרון	1%	1%	0%	0%	0%
	22%	24%	19%	35%	

מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

בסורוקה, לדוגמה, בדומה למחוז צפון, מרבית המתמחים התגוררו טרם תחילת ההתמחות במחוז הדרום, אם כי ישנם גם מתמחים המגיעים ממחוזות אחרים, חלקם בעקבות לימודים באוניברסיטת בן גוריון (בעיקר מהמרכז) וחלק מסוים מגיע ממחוז צפון. סך הכול החלו את התמחותם בשנת 2020 כ-90 מתמחים במרכז הרפואי סורוקה. בית חולים ברזילי מסתמך במידה רבה יותר על בוגרי חו"ל וגם בו רוב המתמחים מגיעים מאזור הדרום:

טבלה 7: מחוז מגורים של המתמחה בעת קבלת הרישיון ומקור מוסד לימודי של המתמחים בשנת 2020 בבית חולים ברזילי

	עולים	בוגרי חו"ל במוסדות לא מאושרים	בוגרי חו"ל במוסדות מאושרים	בוגרי הארץ	
מחוז צפון	16%	2%	3%	4%	1%
מחוז דרום	68%	18%	17%	12%	0%
מחוז מרכז	2%	0%	0%	1%	0%
מחוז תל-אביב	6%	1%	0%	0%	3%
מחוז חיפה	5%	0%	2%	1%	0%
מחוז ירושלים	2%	0%	1%	0%	0%
מחוז יהודה ושומרון	2%	1%	0%	0%	0%
	32%	34%	27%	6%	

מקור: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

למרות מיקומה של הפקולטה לרפואה בבאר המאפשר לימודי רפואה לתושבי הדרום, מספר לומדי הרפואה בישראל ממחוז הדרום נמוך. בשנתון מקבלי רישיון רופא, מתוך 12 אחוזים שמתגוררים במחוז הדרום, רק 2.8 למדו בישראל. היכולת התחבורתית להגיע לשני בתי החולים הדרומים הגדולים מאפשרת, על פניו, העסקת מתמחים תושבי המרכז בהינתן ביקוש מספיק להתמחות, לכן יש לקחת בחשבון כי ההיצע של מקבלי רישיון הרלוונטי להתמחות באזור הדרום כולל גם מקבלי רישיון מהמרכז, במידה מסוימת וקיימת היתכנות להסטה של מקבלי רישיונות ברפואה להתמחות במוסדות הללו. נסכם כי במוסדות אלו יכולת איוש של המקומות להתמחות תהיה תלויה באופן ישיר במספר משרות ההתמחות במוסדות הרפואה הגדולים במרכז הארץ.

סיכום למידות מבוססות נתונים

לסיכום, ניתוח הנתונים על תזרים הרופאים למערכת הבריאות הישראלית מלמד על מורכבות ביישום הרפורמה בטווח הבינוני והארוך שיש לתת עליה את הדעת, ואשר אינה ברורה מאליה בהסתכלות על הטווח הקצר (עד 2027). יישום הרפורמה מחייב לקחת בחשבון מורכבות זו לשם הימנעות מיצירת משבר קשה ביותר באיוש הרפואי. היצע הרופאים המחפשים התמחות תלוי, במידה רבה, במספר הסטודנטים לרפואה, שכן זהו בסיס ההיצע, וממנו נגזר בהמשך "מלאי החיכוך" הנחוץ על מנת לבצע שיבוצים נכונים של רופאים המחפשים התמחות למשרות. בשל הקושי הקיים בפריפריה, כבר היום, לאייש תקנים בכוח אדם איכותי, ובשל הרגישות המוגברת של האיוש בפריפריה לתנודות בכמות משרות ההתמחות במרכז ובכלל הארץ, הצוות ביקש להתייחס באופן פרטני לסוגיית הדרוג והפריסה של המתווה כמו גם לתת את הדעת לגורמים המאפשרים ומניעים מתמחים לבחור בהתמחות בבתי החולים שבפריפריה.

4 | נתונים: טורי תורנויות ותורנויות עודפות

בחודשים האחרונים, ובהתאמה למשימה שניתנה לצוות המקצועי בכתב המינוי, נאספו נתונים רלוונטיים המאפשרים ניתוח שגרת העבודה של רופאים, בעבודת בוקר ו/או תורנויות בבתי החולים המוזכרים בהיתר שרת הכלכלה. נתונים אלו אף נבחנו ונבדקו במהלך סיורים שקיים יו"ר הצוות בבתי החולים בפריפריה. מיפוי מספרי הטורים במקצועות השונים מאפשר הערכה של ההשלכות הצפויות עקב יישום המתווה (בהיבט של קיצור השעות הרצופות) על איוש שעות הבוקר במחלקות. בנוסף, נתונים על מספר התורנויות המבוצעות, משמשים להבנת המשמעויות הצפויות של יישום המתווה (בהיבט של הגבלת מספר התורנויות החודשיות המקסימלי ל - 6) על הפעלת בתי החולים בשעות הערב והלילה. הנתונים המוצגים להלן רלוונטיים רק לבתי החולים והמקצועות עליהם עתיד לחול צו שרת הכלכלה באפריל 2022, בתוספת מקצוע גינקולוגיה.

על אף שגינקולוגיה הוא מקצוע כירורגי, ולכן לא מחויב בקיצור לפי תיקון ההיתר של שרת הכלכלה, עמדת האיגוד המקצועי לגינקולוגיה תומכת באפשרות לקיצור שעות העבודה במקצוע זה. לאור כך, ולאור המספר הגבוה של טורי תורנויות במחלקות הגינקולוגיות, והמספר הגבוה של המתמחים שעובדים בהן, מצאנו לנכון להתייחס אליו בנתונים המובאים מטה ובהמשך הדו"ח.

4.1 טורים (כמה רופאים עובדים בתורנות לילה מלאה)

טורי תורנויות מסמנים את סך היקף התורנויות הנעשות במחלקה\בית חולים, ולכן נתונים אינדיקציה טובה לירידה במספר שעות העבודה הנובעת מקיצור לפי מודל $16+2$ (או מודל $30/18$ הזהה בקירוב). זאת, כיוון שההנחה היא שבעד כל טור תורנות, לאחר הקיצור, נוצר חוסר של רופא אחד בשעות הבוקר שלפני התורנות. כך, לדוגמא, במחלקה בה 2 טורי תורנויות מלאים, בכל יום יגיעו 2 רופאים פחות לעבודת הבוקר, מה שייצר חסר של 14 בקרים בשבוע, או 60 בקרים בחודש.

עם זאת, מספר טורי התורנויות לא משקף את מספר הרופאים בפועל שמבצעים את התורנויות האלו, ולכן לא משקף את הקושי באיוש התקנים המאפשרים להחזיק את הטור, ולעומס על הרופא בעבודת הבוקר ובתורנות. לדוגמא - מחלקה המחזיקה טור יחיד יכולה להיות מאוישת בחסר, על ידי 4-5 רופאים המבצעים תורנויות רבות, או להיות מאוישת על ידי 7-8 רופאים המבצעים פחות תורנויות. מספר המתמחים המצוין בטבלה 8 נותן אינדיקציה מסוימת ליחס זה, אך יש לזכור כי לא כל המתמחים הרשומים מבצעים תורנויות בפועל²⁹, וכי ברוב בתי החולים ישנם תורני חוץ, רופאים תחומיים ורופאים בכירים המבצעים תורנויות במקביל למתמחים ולא משוקפים בטבלה (מלבד ביוספטל, שם בשל המספר הגבוה של רופאים תחומיים המבצעים תורנויות כן כללנו תחומיים בעמודת מספר המתמחים בטבלה 8).

נציין גם כי עבור בתי החולים הקטנים והמחלקות הקטנות מתקיים "חיסרון לקוטן", מכיוון ויש להם פחות גמישות באיוש בשל מיעוט רופאים. כך כל רופא בחוסר או ביתר משפיע על המחלקה בצורה מוגברת, לעומת המחלקות הגדולות.

עבור חלק מהטורים בטבלה 8 לא משויכים כלל מתמחים, משמעות הדבר היא שההסתמכות על תפעול הטור נופלת על רופאים שהם אינם מתמחים אורגאניים של המחלקה: מתמחים ממחלקות אחרות, תורני חוץ או תחומיים. עבור מחלקות מסוימות שאינן מוכרות להתמחות מלאה, המתמחים הרשומים נמצאים חלק מהזמן בבתי חולים אחרים.

29. למשל: רופאות בהריון החל מהשבוע ה-20 אינן מבצעות תורנויות.

**טבלה 8: טורי תורנויות שלמים (ללא טורי חצי ושליש)
ומספר המתמחים רשומים לפי מחלקה ובית חולים, נכון ל 2022.**

לא מוצגים מתמחים ומקצועות בהם לא דווחו טורי תורנויות | אין הפרדה בין מתמחי על למתמחי בסיס.

מספר מתמחים	מספר טורים	מחלקה (מקצוע התמחות)	המרכז הרפואי
0	1	ילדים	איטלקי נצרת
11	3	נשים	
0	1	גריאטריה	
11	1	טור פנימית בטיפול נמרץ	
	1	מיון פנימית	
	1	פנימית	
4	1	ילדים	אנגלי נצרת
3	1	דימות	
4	1	פסיכיאטריה	
9	2	נשים	
11	1	טור פנימית בטיפול נמרץ	
	1	מיון פנימית	
	1	פנימית	
20	4	ילדים	ברזילי
10	1	דימות	
6	1	נוירולוגיה	
10	1	פסיכיאטריה	
4	1	שיקום	
17	4	נשים	
8	1	גריאטריה	
8	0.7	מלר"ד	
50	3	מיון פנימית	
	6	פנימית	
20	5	ילדים	גליל
6	1	אונקולוגיה	
10	1	דימות	
7	1	נוירולוגיה	
5	1	פסיכיאטריה	
2	1	שיקום	
25	5	נשים	
10	1	גריאטריה	
47	3	מיון פנימית	
	6	פנימית	
6	1	נפרולוגיה	

20	7	ילדים	העמק
0	1	דימות	
4	1	נירולוגיה	
2	1	פסיכיאטריה	
21	4	נשים	
30	4	מיון פנימית	
	5	פנימית	
7	1	נפרולוגיה	
16	4	ילדים	זיו
5	1	דימות	
5	1	נירולוגיה	
11	2	פסיכיאטריה	
9	3	נשים	
21	2	מיון פנימית	
	2	פנימית	
*13	3	מלר"ד		יוספטל
45	12	ילדים	סורוקה
10	1	אונקולוגיה	
12	1	דימות	
6	1	נירולוגיה	
10	1	פסיכיאטריה	
5	1	שיקום	
43	10	נשים	
3.5	1	גריאטריה	
14	2	מלר"ד	
60	1	טור פנימית בטיפול נמרץ	
	4	מיון פנימית	
	7	פנימית	
3	1	המתולוגיה	
2	1	נפרולוגיה	
13	3	ילדים	סנט וינסנט - הצרפתי
0	2	נשים	
13	4	ילדים	פורייה
5	1	דימות	
0	1	נירולוגיה	
10	4	נשים	
6	1	מלר"ד	
19	1	טור פנימית בטיפול נמרץ	
	1	מיון פנימית	
	4	פנימית	

*מספר זה כולל רופאים תחומיים ביוספטל

**טבלה 9: טורי תורניות שלמים (ללא חצי ושליש)
ומספר המתמחים הרשומים לפי מחלקה, נכון ל 2022.**

תוויות שורה	סכום של מספר טורים	סכום של מספר מתמחים
פנימית (במחלקה, במיון ובטיפול נמרץ)	55	249
ילדים	41	151
נשים	37	150
דימות	7	45
פסיכיאטריה	7	42
מלר"ד	6.7	*28
נירולוגיה	6	28
גריאטריה	4	22.5
נפרולוגיה	3	15
שיקום	3	11
אונקולוגיה	2	16
המטולוגיה	1	3

*מספר זה כולל רופאים תחומיים ביוספנטל

**טבלה 10: תורניות עודפות בבתי החולים הממשלתיים ושל שירותי בריאות כללית ב 2019,
במקצועות המיועדים לקיצור באפריל 2022 לפי צו שרת הכלכלה.**

המידע לא כולל תורניות עודפות של תחומיים ומומחים.

מספר מרכז רפואי	מחלקה	מספר ממוצע של תורניות עודפות בחודש, לפי מחלקה	מספר מרבי של תורניות עודפות בחודש, לפי מחלקה
ברזילי	גריאטריה	0.2	1.0
	דימות	0.1	1.0
	ילדים	3.7	7.2
	מלר"ד	1.7	5.0
	נירולוגיה	0.6	2.5
	נפרולוגיה	0.0	0.0
	נשים	4.1	10.6
	פנימית	7.5	13.0
	פסיכיאטריה	0.1	1.0
	פסיכיאטריה של הילד והמתבגר	0.3	2.0
	שיקום	0.8	5.0

מספר מרבי של תורנויות עודפות בחודש, לפי מחלקה	מספר ממוצע של תורנויות עודפות בחודש, לפי מחלקה	מחלקה	מרכז רפואי	
1.0	0.2	אונקולוגיה	גליל	
4.0	1.3	גריאטריה		
3.6	0.4	דימות		
19.0	12.4	ילדים		
4.0	1.5	מלר"ד		
4.0	1.0	נירולוגיה		
2.0	0.7	נפרולוגיה		
28.9	17.7	נשים		
16.0	6.1	פנימית		
3.0	1.8	פסיכיאטריה של הילד והמתבגר		
0.0	0.0	שיקום		
4.0	1.6	דימות		העמק
4.0	2.7	ילדים		
3.0	2.0	מלר"ד		
4.0	2.2	נשים		
16.8	9.1	פנימית		
2.0	1.3	פסיכיאטריה של הילד והמתבגר		
0.0	0.0	אונקולוגיה	זיו	
2.0	0.5	דימות		
8.0	3.9	ילדים		
1.0	0.9	מלר"ד		
0.9	0.2	נירולוגיה		
2.0	0.7	נפרולוגיה		
16.5	8.2	נשים		
8.9	5.0	פנימית		
1.0	0.3	פסיכיאטריה		
0.0	0.0	פסיכיאטריה של הילד והמתבגר		
8.8	4.5	פנימית		
7.9	3.4	אונקולוגיה	יוספטל סורוקה	
3.0	1.7	דימות		
2.0	1.3	המטולוגיה		
46.4	26.2	ילדים		
6.0	2.3	נירולוגיה		
27.0	14.6	נשים		
37.7	28.1	פנימית		
3.0	2.0	פסיכיאטריה		
1.0	1.0	שיקום		

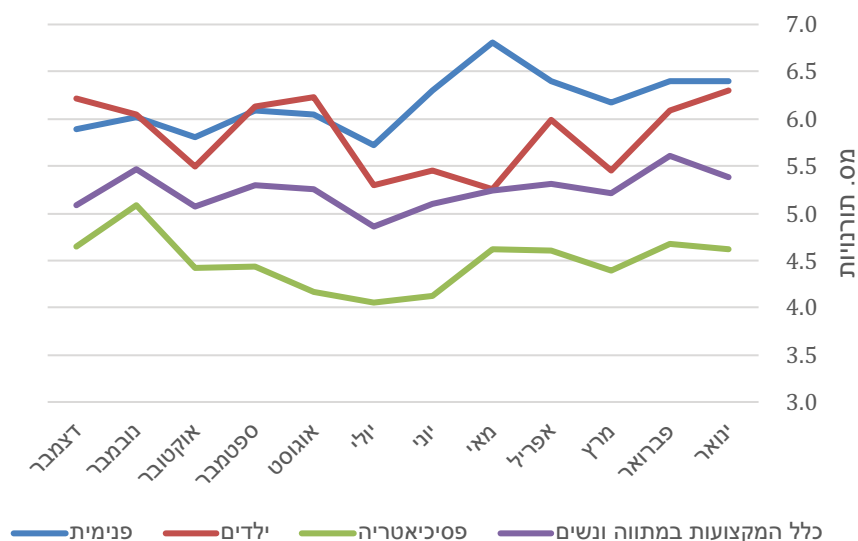
מספר מרכז רפואי	מחלקה	מספר ממוצע של תורניות עודפות בחודש, לפי מחלקה	מספר מרבי של תורניות עודפות בחודש, לפי מחלקה
פורייה	דימות	2.4	9.0
	ילדים	1.3	6.0
	מלר"ד	0.0	0.0
	נשים	1.7	5.0
	כנימית	5.0	11.6
	שיקום	0.0	0.0

מקור: שגר רופאים 2019

על בסיס הנתונים שנאספו, ניתן לראות כי במקצועות ובבתי חולים לא מעטים, במודל ההפעלה הנוכחי של 24-26 שעות עבודה נדרשת תוספת כח אדם על מנת לעמוד במגבלה זו. החישוב הפשוט קובע שעבור כל 6 תורניות עודפות שמתבצעות במחלקה בחודש, יש צורך ברופא נוסף שיבצע תורניות. חישוב זה כמובן כללי ומורכב יותר בפועל, בין היתר לאור הפריסה של מספר התורניות העודפות על פני השנה וביצוע תורניות על ידי תורני חוץ ורופאים אחרים, אבל הוא יכול לתת אינדיקציה לחוסר ברופאים לביצוע תורניות.

מתמחים בבתי החולים בפריפריה מבצעים מספר רב יותר של תורניות עודפות מאשר מתמחים בבתי החולים במרכז הארץ, וכמו שניתן לראות גם בין בתי החולים בפריפריה יש שונות במספר התורניות העודפות. ההנחה היא כי תורניות עודפות הן ביטוי לעבודת יתר של כח האדם בבית החולים או במחלקה, וכפועל יוצא מספר התורניות העודפות נותן אינדיקציה למחסור הקיים היום בהיצע רופאים המבצעים תורניות במחלקה/ בית חולים ולפער התקינה והאיוש בבתי חולים אלו, בנוסף לרמת העומס והשחיקה אותם חווים הרופאים המאיישים את המחלקות.

תרשים 18 | מספר תורניות ממוצע למתמחה בשלוש מקצועות נבחרים לפי חודשי השנה בבתי החולים בפריפריה, ללא הנצרותיים, בשנת 2019



עיבוד מתוך נתוני שגר רופאים 2019

בתרשים 18 ניתן לראות כי ביצוע תורנויות לאורך השנה משתנה עבור מתמחים, מגמה זו מקושרת בעיקר לחופשה לקראת בחינות שלב א', אשר מתקיימים לרוב בחודשים יוני-יולי מדי שנה וכן סביב מועדי שלב ב' (במידה פחותה יותר).

למגמה זו משמעות עבור השאלה כיצד מחשבים חריגה ממספר התורנויות החודשי. בספירה של ממוצע חודשי על פני שנה, יכולים "להתאזן" חודשי החריגה עם חודשים בהם התבצעו מעט תורנויות ולהקל על בתי החולים לעמוד במגבלת התורנויות. במעקב חודשי, לא ניתן לעשות זאת, ויש להימנע גם מחריגות זמניות בכמות התורנויות. הנתונים מראים כי יש מקצועות ששמירה על מגבלה זו בהם תהיה קשה, כמו, לדוגמא, מקצוע רפואה פנימית.

5.1 רקע

סוד גלוי הוא כי חלק ניכר מעבודת הרופאים בבתי החולים בכלל, והרופאים המתמחים בפרט, עוסקים במשימות בעלות אופי טכני ו/או בירוקרטי, שאינן בליבת העשייה הרפואית: ביצוע פרוצדורות זוטרות³⁰ (כגון נטילת דגימות דם וביצוע בדיקות אק"ג), הזנת נתונים ברשומה הרפואית הממוחשבת, הזמנת בדיקות עזר וייעוצים ומעקב אחר ביצועם, תיאום מול גורמים מטפלים אחרים בבית החולים ומחוצה לו, ועוד. למרות שמשימות אלו טכניות או אדמיניסטרטיביות במהותן, הן הכרחיות לצורך טיפול נאות במטופלים, וביצוען לעתים גוזל נתח לא מבוטל מזמן עבודתם של הרופאים.

משיחות רקע עם רופאים ורופאות המבצעים תורניות בבתי החולים, וכן מתוך ממצאי סקר השחיקה של משרד הבריאות, עולה כי לעתים העומס במהלך התורנות, אשר מורכב לפחות בחלקו ממשימות כגון אלו, תורם יותר לעייפות, לשחיקה ולירידה בריכוז מאשר משך התורנות. במילים אחרות, לעתים הקושי טמון ב"איכות" התורנות ולא ב"כמות" הזמן בתורנות או במספר התורניות הכולל. הדבר נכון בכל ההתמחויות, ובפרט בהתמחויות בעלות אופי כירורגי/פרוצדורלי, שלא נכללו בשלב היישום הראשון של מתווה הקיצור בפריפריה (סוגיה זו נסקרה בהרחבה בפרק ייעודי בדו"ח הועדה העליונה של ההסתדרות הרפואית).

לפחות חלק ממשימות אלו ניתנות לביצוע על ידי כוח אדם שעבר הכשרה קצרה משמעותית מאשר הרופאים ועלות העסקתו נמוכה יותר. כבר כיום נמצאים במערכת הבריאות בעלי תפקיד שונים המבצעים חלק ממשימות אלו – כגון מסייעים לרופא במסגרת שירות לאומי, סטודנטים לרפואה העובדים בשכר סטודנט בשעות אחה"צ, מזכירות רפואיות, לוקחי דמים וטכנאי אק"ג בשכר, עוזרי רופא-פרמדיקים ועוד. עם זאת, פריסתם של בעלי מקצועות אלו איננה אחידה והמימון להעסקתם מגיע מתקציבים פנימיים של בתי החולים.

כפי שתואר בפרקים הקודמים, בעתיד הנראה לעין צפוי פער איש משמעותי של רופאות ורופאים, אשר עשוי להוות מכשול בפני מימוש מתווה הקיצור בכל בתי החולים ובכל המקצועות. במקצועות ובבתי החולים בהם פער האיוש בשעות הבוקר הוא הגורם אשר עלול להגביל את היכולת לקצר את שעות העבודה לרופאים, ייתכן ותוספת של בעלי תפקיד אלו תאפשר צמצום במצבת הרופאים בשעות הבוקר ובכך תאפשר ביצוע קיצור ביתר קלות; במקצועות ובבתי החולים שאינם נכללים בשלב הראשון להיתר (כגון בתי החולים במרכז ו/או במקצועות הכירורגיים), הפחתת העומס מהרופאים התורנים בשעות התורנות תהיה בחזקת "הרע במיעוטו". היות ומשך ההכשרה של בעלי תפקיד אלו הינו קצר, בניגוד למשך ההכשרה של רופאים, ניתן יהיה בזמן קצר יחסית לתת מענה להיקף נרחב של מחלקות ובתי חולים.

נדגיש כי בעלי מקצוע התומכים ברופא הם אינם חליפיים מבחינה מקצועית לרופא, אלא נחוצים במחלקות מסוימות על מנת לפנות את זמן הרופא לעסוק במשימות מקצועיות, זמן שהוא משאב יקר מפז. קיימות הערכות שונות עבור אחוז זמן העבודה בו רופא עוסק במשימות אדמיניסטרטיביות, או במשימות שבעל מקצוע אחר יכול לבצען וגוזלות זמן יקר (לדוגמה, ביצוע א.ק.ג.)³¹, אך קיימת הסכמה כי לאור המחסור העתידי ברופאים, מערכת הבריאות לא תוכל להרשות לעצמה שרופאים יעסקו במשימות שבעל מקצוע אחר יכול לבצען, שכן משמעות הדבר תהיה עיכוב במתן המענה הרפואי המקצועי של הרופא למטופלים.

30. נדגיש כי עצם ביצוע פרוצדורות אלו על ידי רופא, לא מהווה בעיה כשלעצמה, אלא שבמציאות בה צפוי חוסר חריף ברופאים שיגדיל את העומס על הרופא, אין זה רצוי שרופאים יבצעו פרוצדורות אלו כמטלה שגרתית במקום משימות אחרות, שרק הם יכולים לבצע.

31. יש המעריכים כי במחלקות מסוימות הזמן המושקע במשימות הניתנות להעברה עלול להגיע לעשרות אחוזים מזמן עבודת הרופא על אף שיש להניח כי ברוב המחלקות בארץ מדובר במספר נמוך בהרבה, המושפע בין היתר מהסמכות הניתנת למקצועות המשלימים.

מטעמים אלו, ראוי שבמקביל לפעילות לקיצור שעות העבודה, וכמענה משלים לה, יוטמעו במערכת הבריאות כולה בעלי תפקיד אשר משימתם תהיה להפחית מהרופאות והרופאים ככל הניתן את המשימות הטכניות, אדמיניסטרטיביות או פקידותיות, על מנת לייעל את זמנם ככל הניתן, להפחית את העומס עליהם בשעות היום ובתורנות, ולצמצם את השחיקה.

5.2 עוזרי ועוזרות רופא

מערכת הבריאות בישראל מגדירה את הרופא כאיש המקצוע העיקרי העוסק באבחון וריפוי חולים ופצועים, לצד מגוון רחב של בעלי תפקידים אחרים. במשך השנים נוצרו מקצועות בריאות חדשים, שנועדו לסייע לרופאים לאבחון ולטיפול במצבים מסוימים, כגון מרפאים בעיסוק וקלינאי תקשורת. החוק הישראלי מתיר למקצועות עוזרים לרופא לפעול ולטפל בחולים במתכונת של האצלת סמכות רפואית, כך לדוגמה במקרה של פרמדיקים וטכנאי הנשמה.

בשנות ה-60 בארצות הברית, בעקבות העלייה בביקוש לשירותי בריאות מחד ומחסור של רופאים ועובדי בריאות אחרים מאידך, מקבלי ההחלטות החלו להפעיל יוצאי צבא, מרביתם פרמדיקים, במודל הפעלה חדש וייחודי של "עוזרי רופא" על מנת לספק שירותים רפואיים בפריפריה. עוזרי רופא אלו קיבלו הכשרה רפואית בסיסית והחלו להעניק שירותי רפואה תחת פיקוח מרחוק של רופאים. מכאן הדרך הייתה קצרה להעתקת המודל של הפעלת איש צוות רפואי בדרג ביניים למדינות נוספות, ובכללן לישראל כאשר בעשורים האחרונים החלו מערכות הבריאות בישראל לקדם יצירה של תפקיד רפואי נוסף שיוכל לבצע פעולות אבחון וריפוי באופן יעיל ומקצועי, במיוחד במקומות בהם נגישות נמוכה לשירותי רפואה הניתנים על ידי רופא.

ב 2013 הוגשו למנכ"ל משרד הבריאות דאז פרופסור רוני גמזו, מסקנות וועדת "עוזר רופא", אשר הוקמה על מנת לבחון את הצורך במיסוד של מקצוע או תפקיד שיסייעו בביצוע פעולות רפואיות מסוימות, לאור צרכי כוח האדם הרפואי והסיעודי במערכת הבריאות. הוועדה מצאה כי מקצועות כגון "עוזר רופא" יכולים במקרים מסוימים להגביר את יעילות העבודה של הרופא, להסיט ממנו משימות ואף להקל על שחיקתו, והמליצה על מיסוד תפקיד עוזר הרופא – בהתבסס על הכשרתם של בוגרי מקצועות משיקים (אחים ואחיות, פרמדיקים ופרמדיקיות, ובוגרי בתי"ס לרפואה אשר נכשלו בבחינת ההסמכה הממשלתית). הוועדה המליצה על מיסוד התפקיד במקצועות הרדמה, פתולוגיה, רפואה דחופה ורפואה פנימית.

בעקבות המלצת הוועדה הותקנו בשנת 2014 תקנות "כשיריות לביצוע פעולות חריגות" לפקודת הרופאים³², כך ש"עוזרי רופא" יורשו לבצע פעולות רפואיות מסוימות תחת תנאים. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות משנת 2015³³ הגדיר קווים כלליים למיסוד המקצוע בישראל, לרבות הגדרת הכשרה מתאימה וסמכויות מקצועיות. עוד הוחלט על יצירת תפקיד של עוזרי רופא בישראל בשלושה תחומים: רפואה דחופה, הרדמה ופתולוגיה, שיוכשרו תוך התבססות על בעלי מקצועות בריאות קיימים, ובעיקר פרמדיקים. בהמשך, הוקם מסלול הכשרה להסבת פרמדיקים לעוזרי רופא במרכז הסימולציה מס"ר אשר מצוי במרכז הרפואי שיבא תל-השומר, אשר הכשיר עד כה כ-60 עוזרי רופא, ונמצא כעת בעיצומו של מחזור ההכשרה השלישי, בו צפויים לסיים לימודיהם 40 עוזרי רופא נוספים. עוזרי הרופא השתלבו בהדרגה בפעילות המחלקות לרפואה דחופה ואלו מסייעים לרופאים לקדם טיפול מהיר ואיכותי תחת פיקוח של רופא מורשה. מחקר מלווה של מכון ברוקדייל³⁴ הצביע על שביעות רצון גבוהה מאד בקרב הרופאים שעובדים יחד עם עוזרי הרופא ועל שיפור ניכר ביכולתם לקדם טיפול מקצועי, להגדיל זמן קליני מול מטופלים, ולהקטין נפח משמעותי מהמטלות

32. פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, סעיף 59

33. חוזר מנכ"ל 07/2015 - עוזרי רופא במערך האשפוז והקהילה

34. יסנהולץ גנות רחל, מעוז בוואר רינה, "הטמעת תפקיד עוזר רופא במחלקות לרפואה דחופה", מכון מאיר-ס - ג'וינט- ברוקדייל (מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות), ירושלים, דצמבר 2019.

אותן עוזר רופא יכול לבצע תחת פיקוח. אנו מעריכים שמודל הפעלה נכון יוכל בטווח הארוך גם להצביע על ירידה בשחיקתם של הרופאים. עם זאת, מסיבות שונות, לא צלחה הטמעת תפקיד עוזר הרופא בתחומי המומחיות האחרים (הרדמה, פתולוגיה ורפואה פנימית).

בימים אלו מקדם משרד הבריאות צעדי חקיקה על מנת לאפשר לעוזרי רופא לפעול בכל תחומי הרפואה בבתי חולים ובקהילה במודל זהה למודל הצפון אמריקאי. בשנת 2020 התכנסה ועדה נוספת בנושא זה בראשות פרופ' שאול יציב אשר המליצה להרחיב את פריסת מקצוע עוזר הרופא לתחומי מומחיות נוספים, להכלילו במסגרת פקודת הרופאים, להגדיר עבורו מסלול הכשרה ייעודי – אקדמי (תחת חסות בתי הספר לרפואה) ולתקנן פריסת עוזרי רופא, בדגש על המחלקות לרפואה פנימית ועל רפואת הקהילה. משרד הבריאות רואה במהלך לקיצור שעות העבודה לרופאים כהזדמנות לקידום רפורמות נחוצות במערכת הבריאות, ובמיוחד כאלו העשויות לתרום להתמודדות עם מצוקת האיזוש החמורה הצפויה כמתואר לעיל. על כן, האיץ משרד הבריאות את הפעילות לאסדרה וקידום של המקצוע (הגדרת והרחבת מנעד הסמכויות המוענקות לבעלי תפקיד אלו, הבניית תכנית לימודים מחייבת, תקצוב תכנית ההכשרה והקצאת תקני העסקה בתום ההכשרה) ובסיכום עם המל"ג בסמוך לפרסום דו"ח זה, קידם את פתיחת מסלול הלימודים למרץ 2023. בבחינה, נמצא כי עוזרי רופא הם רלוונטיים ומתאימים כמענה תוספתי שיקל על העומס והשחיקה של הרופאים המומחים והמתמחים, ויאפשר פניות רבה יותר ללמד וללמוד ובכך יסייעו למנוע כגיעה באיכות ההכשרה לרופאים שעלולה להיגרם מיישום מתווה הקיצור. כניסתם למערכת של ראשוני עוזרי הרופא בתכנית החדשה צפויה בתחילת 2025, תזמון אשר עשוי להפוך אותם ל"אוויר לנשימה" עבור בתי החולים הצפויים להיפגע מהצמצום הצפוי בזרם הרופאים (כתוצאה מרפורמת יציב) החל משנה זו.

5.3 בעלי מקצוע נוספים

קיימים מגוון של בעלי תפקידים שיכולים לתמוך ברופא בעבודתו השגרתית על ידי ביצוע משימות בירוקרטיות, או פרוצדורות רפואיות ספציפיות מוגדרות, אשר גוזלות זמן יקר מהרופא בעבודת השגרה. מסייעים לרופא יכולים לתמוך בהפחתת עומס העבודה על הרופא במספר דרכים, כוללות בכשירותם, הכשרתם (סמכויותיהם) ומיומנותם, ביניהן: ביצוע בדיקת אק"ג, נטילת בדיקות דם, ביצוע קבלה ראשונית למטופלים; כתיבת תיעוד רפואי בגיליון מפי הרופא; הזמנת בדיקות, יעוצים ומטלות נוספות המתבצעות על גבי הרשומה הרפואית הממוחשבת; וכל סיוע קליני או אדמיניסטרטיבי נוסף הנדרש לרופא, תחת פיקוחו, בכרט בשעות התורנות בהן העומס רב והאיזוש חסר.

נתאר כמה מבעלי מקצוע אלו שנמצאו כבעלי פוטנציאל לפינוי זמן הרופא:

א. סטודנטים לרפואה:

סטודנטים לרפואה המועסקים בבתי חולים ומסייעים לרופא בתורנות ושלא כחלק מהלימודים, יכולים לתת מענה מסוים להורדת עומס מהרופא במהלך שעות התורנות, ובתי חולים מדווחים כי מדובר במענה משלים ראוי ואפקטיבי לעבודת תורן במחלקה. במהלך ישיבות הצוות עלה כי קיים היצע של סטודנטים שיהיו מעוניינים במשרה במחלקות לו הייתה להם ההזדמנות לכך. יודגש כי המענה שהסטודנט נותן הוא מענה משלים בלבד ולא תחליפי לרופא. הסטודנט מאפשר הקלה בלבד בעומס בזמן שעות העבודה, בעיקר במהלך שעות התורנות שכן אלו השעות העיקריות שבהן סטודנטים עובדים. היתרון למערכת בקידום העסקה כזו היא שעלותה נמוכה, יש ערך מקצועי לסטודנט בצבירת ניסיון בבית החולים ונוצר בנוסף ערך ביצירת הקשר בין הסטודנט לאנשי המקצוע בבית החולים הפריפריאלי, שיעלו את הפוטנציאל של הסטודנט להמשיך ולהתמחות באותו בית חולים בהמשך. העסקת סטודנטים

אלו הוסדרה וסמכויותיהם הוגדרו³⁵, והם יכולים לסייע לרופא במשימות כמו קבלת היסטוריה רפואית, כתיבת סיכום מהלך ההתערבות הרפואי, לקיחת דם לצורך בדיקות דם מסוימות ועוד משימות, כולן בהנחייתו הישירה של רופא וללא הפעלת שיקול דעת רפואי.

ב. מסייעים בפרוצדורות ספציפיות: טכנאי אק"ג\לוקחי דמים בשכר:

מדובר בבעלי מקצוע שתפקידם סיוע\ביצוע פרוצדורות קליניות זוטרות כמו ביצוע בדיקת אק"ג, נטילת בדיקות דם, הרכבת עירוי וכיו"ב. משימות אלו הוכרו כגוזלות זמן רופא, וההכשרה עבורן מצומצמת באופן יחסי, ולכן הם יכולים לתרום מאד לפינוי זמן רופא ולשיפור הטיפול הרפואי.

ג. מזכירות:

באגפים ומחלקות בהם אין מענה מזכירתי מספק, הרופא מבצע מטלות מנהליות כדוגמת תיאומי בדיקות והזמנת תורים, שניתנות להעברה למזכירה רפואית ללא קושי. כיום כוח עזר מנהלי, כאשר הוא זמין, נמצא בעיקר בבקרים, ויש לבחון תגבור של מחלקות הנזקקות לכך בכדי להוריד עומס בירוקרטי מהרופאים וכדי לפנות זמן במהלך הבוקר, אותו ניתן לנצל לפיצוי חלקי על אבדן שעות ההכשרה בעקבות קיצור שעות העבודה בבוקר. בנוסף, קיים ערך בתגבור מזכירות רפואית גם בשעות הערב או הלילה במחלקות מסוימות, לצורך הקלה על עומס הרופאים בתורנות.

35. חוזר מנהל הרפואה 11/2013: העסקת סטודנט לרפואה כמסייע לרופא (שלא במסגרת הלימודים) - הגדרת תפקיד

6.1 | רקע

אין חולק כי ניתן ורצוי להביא לקיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות, וכי את השינוי וההתאמות המערכתיות הכרוכות בכך יש לבצע כך שבתי החולים יוכלו להמשיך ולתת שירות באותה הרמה ובאותה הזמינות, במיוחד לאור העובדה שמתווה זה הוא בחזקת הסנונית הראשונה של קיצור שעות עבודה לרופאים המבצעים תורנויות, המתווה את הדרך ומעצב אותה עבור שינויים עתידיים.

בהמשך לכך, ישנם מספר אילוצים מרכזיים שמחייבים התייחסות בעת מימוש קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות:

א. יכולת גיוס ואיוש של תקנים

השינויים הצפויים בהיצע הרופאים בשנים הקרובות נסקרו בהרחבה בפרק 3 של דוח ביניים זה. עיקריהם, שהשנים הקרובות תהיינה מאופיינות בהיצע נמוך של רופאים צעירים מחפשי התמחות, שהם האוכלוסייה העיקרית שעליה מסתמכים ליישום המתווה. "רפורמת יציב" צפויה להביא לשפל של מקבלי רישיונות חדשים החל משנת 2026, מה שצפוי לייצר צניחה בזרם הרופאים החדשים, וביתר שאת בפריפריה. בנוסף, היכולת לאייש תקני רופאים מושפעת גם ממקצוע ההתמחות בו נפתחים תקנים אלה, כאשר קיימים מקצועות בהם גיוס המתמחים קשה שבעתיים. משמעות הדבר היא שכל צעד מערכתי המסתמך על הגדלת מספר תקני הרופאים צריך להיבחן מול היכולת הריאלית לאייש אותם והזמן הנדרש לכך, תוך הקפדה על פתיחת משרות רלוונטיות זמן מספק לפני תחילת יישום כל מהלך. תידרש תמיכה בבתי החולים בתהליך מול הקשיים שיתגלו לאורך הדרך, ותמיכה בצעדים תומכי איוש-גם בהגדלת היצע הרופאים, וגם במשיכה של רופאים להתמחות בבתי החולים הפריפריאליים.

ב. ייחודיות הפריפריה וההשפעה עליה

צוות זה שם לנגד עיניו את הצורך לשפר ולחזק את הרפואה הציבורית בפריפריה, מתוך הכרה בנתונים הייחודיים שלה. הצעות ומודלים קודמים שבחנו קיצור שעות עבודה לרופאים נעשו על סמך מחלקות ממוצעות במרכז, אבל הפריפריה מתאפיינת באיוש נמוך יותר מאשר במרכז, ובאחוז גבוה יותר של תורני חוץ ורופאים תחומיים. חסרי האיוש מובילים למספר תורנויות גבוהה יותר לרופא בבתי החולים בפריפריה, שלא מאפיינת רק את המתמחים אלא גם את תורני החוץ, אשר לעיתים מבצעים 10-12 תורנויות לחודש. שינוי שיטת העבודה במצב של תת איוש מחייב שימת לב וזהירות, על מנת לא לגרום למצוקה מוגברת.

קשיי האיוש כפי שנסקרו לעיל יהיו גם בעתיד בולטים במיוחד בפריפריה, בשל ההשפעה הבלתי פרופורציונלית של "רפורמת יציב" על בתי החולים בה. כתוצאה מהחסר ברופאים ובהעדפות שיבוץ של רופאים מחפשי התמחות, בתי חולים בפריפריה – ובפרט במקצועות שהביקוש להם איננו גבוה – לעיתים קרובות מתחרים על מלאי מתמחים מצומצם מול בתי חולים פריפריאליים דומים, ולא רק מול בתי החולים במרכז. תחרות זו לא משפרת את השירות הרפואי בפריפריה ואיננה עוזרת למשוך מתמחים נוספים לפריפריה, אלא רק מייצרת קושי לבתי החולים הפריפריאליים עצמם. תוספת התקינה הכרוכה במהלך לקיצור יום העבודה לרופאים צפויה להגביר את התחרות בין בתי החולים בפריפריה

לבין עצמם, שכן היא תקטין בחדות את מלאי הרופאים המחפשים התמחות בפריפריה.

יש לעשות את כל המאמצים כדי להימנע מצעדים שיצרו הרעה כלשהי בתנאי רופאים מתמחים בפריפריה. תוספת תקנים בבתי חולים גדולים ו/או במרכז טרם איוש מספק של התקנים בבתי החולים בפריפריה עלולה להחמיר עוד יותר את קשיי האיוש בהם, ולגרור פגיעה קשה במיוחד באיכות החיים של הרופאים המבצעים תורנויות, באיכות הטיפול הרפואי ובאיכות ההכשרה בבתי חולים אלו.

ג. משך ההכשרה הנחוץ למתמחה על מנת שיוכל לבצע תורנויות;

ידוע לכל כי זמן ההכשרה של מתמחים חדשים עומד על 4-7 שנים כתלות במסלול הלימודים. בעוד שבחלק מהמקצועות ומעמדות התורנות ("טורים") ניתן לבצע תורנויות החל מתחילת ההתמחות, בעמדות מסוימות (כגון רופא משחרר מלר"ד, רופאה בפגייה וכיו"ב) נדרשת תקופת הכשרה שיכולה לארוך שנה ויותר טרם תחילת עבודה בתחום הרלוונטי במחלקה וביתר שאת בכשירות לביצוע התורנות. אמנם, לכאורה מתמחה חדש מפנה מתמחה וותיק לתורנויות בעמדות הדורשות הכשרה, ולכן אין משמעות מערכתית לתקופת ההכשרה לביצוע התורנות, אבל בפועל בשגרת העבודה של מחלקות ולאור שוני הרכב המתמחים ביניהם, צפויים להיווצר תרחישים בהם זמן ההכשרה לעמדות יגרור עיכוב ביכולת לממש את קיצור שעות העבודה, לדוגמא במידה ומחלקה תתאפיין באחוזים גבוהים של מתמחים צעירים לעומת וותיקים, כך שהמתמחים הוותיקים יידרשו לבצע תורנויות רבות לעומת הצעירים, בעמדות הדורשות הכשרה. משמעות הדבר היא שנדרש "זמן התנעה" בין מועד תוספת תקני רופאים למחלקות ובין המועד בו ניתן להחיל במחלקות קיצור שעות העבודה.

מול האילוצים והתנאים המגבילים שנסקרו לעיל, הצוות עמד בפני משימה מאתגרת ביותר- התוויית הדרך המובילה לעמידה בצו שרת הכלכלה על אף הקשיים, ובמיוחד קשיי האיוש בפריפריה בהווה ובעתיד. תחולת צו שרת הכלכלה באפריל הקרוב מחייבת אותנו להתכונן לשינוי בצורה הטובה ביותר האפשרית. נדגיש כי בסד הזמנים שמוכתב על ידי צו שרת הכלכלה, ולאור מורכבות הקשיים בשטח, לא ניתן להגיע לפתרונות "מושלמים" אשר מוסכמים על כל הצדדים או מבטיחים וודאות מלאה באשר לתוצאות כל צעד במתווה, ולכן אין מנוס אלא להרכיב בזהירות את המודל הטוב ביותר האפשרי בעת הזאת, המאפשר תחת האילוצים את יישום צו שרת הכלכלה, בד בבד עם יצירת מנגנונים שמטרתם להגיב ולהגן על בתי החולים ומערכת הבריאות מהקשיים הצפויים והבלתי צפויים שיתגלו עם החלת המתווה.

אם כן, המתווה המוצע לקיצור שעות העבודה של רופאים מורכב מתכנית פעולה ורשת בטחון: פתרונות ריאליים, מקוריים ולעיתים ראשוניים למעבר המחלקות הרלוונטיות לעבודה בשעות מקוצרות, בתוספת מנגנונים ופתרונות שמטרתם מתן גיבוי בשטח ואפשרות ליצירת פתרונות "ביניים" להקלה על הקשיים הצפויים לצו, ברובם קשיי איוש. התכנית מתבססת על שלושה מתווים המייצרים מתווה מדורג ליישום קיצור בשעות העבודה, תוך שמירה על המטרות שהצוות הגדיר לעצמו- שיפור איכות חיי המתמחה, הפחתת שחיקה, שמירה על איכות הכשרת המתמחים ושמירה על איכות הטיפול הרפואי הניתן בבתי החולים בישראל ובפרט בפריפריה. נציין בנוסף כי בשלב זה של התכנית לא נכללו מקצועות בהם רופאים מומחים מבצעים תורנויות בהיקף נרחב, כגון הרדמה וטיפול נמרץ, ותידרש התייחסות ייחודית למהלך קיצור שעות העבודה במקצועות אלה.

6.2 | תכנית 2022 לקיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורניות

6.2.1 | מתווה קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורניות בכריפריה

בקרב גורמי המקצוע במשרד הבריאות, חברי הצוות החתומים, מנהלי בתי החולים הנכללים בהיתר וגורמים רבים נוספים אשר הופיעו בפני הצוות או שלחו ניירות עמדה, קיימת הסכמה כי לא ניתן לסיים יישום המתווה בתאריך היישום המקורי (1 לאפריל 2022) גם תחת חלוקת תקנים מיידית, וכי יש לבצע פריסה תחומה בזמן ומדורגת על בסיס מקצועי, זאת נוכח הזמן הנדרש לאיש של תקן (אשר משתנה בין בתי חולים, בין אזורים בארץ ובין מקצועות התמחות שונים לפי רמת הביקוש שלהם בקרב הרופאים) והזמן הנדרש עד להכשרת מתמחה צעיר לאיש טורי תורנות. בנוסף, מכיוון ומדובר במהלך פורץ דרך בהיקפו, יש לאפשר לבתי החולים זמן ריאלי לתהליך ההטמעה וההסתגלות למודל העבודה החדש.

כל השיקולים הללו נלקחו בחשבון בגיבוש ההמלצות של גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים לפריסת יישום מתווה הקיצור בשעות העבודה לרופאים המבצעים תורניות:

1. בשלב הראשון ובמהירות האפשרית יחולקו בפועל כלל התקנים המיועדים לקיצור בבתי החולים בכריפריה לפי מתווה זה.

2. ב 31 למרץ 2022 יחל יישום של מתווה קיצור שעות העבודה הרצופות עבור הרופאים המבצעים תורניות במחלקות הפנימיות, במחלקות לרפואה דחופה (חדרי מיון) ובמחלקות הגריאטריות בבתי החולים בכריפריה, אשר הם בעיקר הרופאים המתמחים במקצועות הרפואה הפנימית, הגריאטריה והרפואה הדחופה, המבצעים תורניות במחלקות המצוינות מעלה ובתוספת פנימאים המבצעים תורניות במחלקות טיפול נמרץ בבתי החולים שבמתווה (טורי טיפול נמרץ פנימית). גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים לאפשר השלמת שלב זה עד ליום 31 ליולי 2022, לאור כך שלבתי החולים עד לשלב זה לא התאפשר להתחיל לגייס מתמחים חדשים לתקנים ייעודיים, בתוספת התמודדות מערכת הבריאות עם מגפת הקורונה בכלל והגל החמישי בפרט, שגם אם ככל הנראה יסתיים עד לאפריל גורר אחריו פערים רבים שיהיה צורך להשלים (כגון רוטציות וחופשות שנדחו, בחינות שלב א שנדחו משנת 2021 ליוני 2022 וכיוצא בזה).

חשוב לציין כי בדיקה מול בתי החולים העלתה כי קיימת אפשרות לקליטתם של מספר לא מבוטל של רופאים המועסקים כעת כתורני חוץ – כמתמחים מן המניין, בהינתן תקנים שיקוצו לצורך כך ובהתאם לרמתם המקצועית והחלטת בית החולים. מעבר לכך, זמן ההכשרה לביצוע תורניות במחלקות הפנימיות הוא קצר ביחס למקצועות אחרים שחלים במתווה ומקל על ביצוע מהיר יחסית. חלק זה של המתווה מהווה נכח משמעותי של קרוב ל 50% מכלל המתווה בבתי החולים בכריפריה.

3. במקצועות ההתמחות: דימות, פסיכיאטריה, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר, נפרולוגיה, נירולוגיה, אונקולוגיה, שיקום והמטולוגיה, הקיצור יחל בהדרגה מיום 31 למרץ 2022 ועד למימוש מלא ביום 1 לינואר 2023 לכל היותר. נדגיש כי מצופה מבתי החולים להתחיל ולקצר את שעות העבודה במחלקות בהם מתאפשר איש מספק עוד לפני התאריך האחרון למימוש מלא.

ההמלצה לפריסת מקצועות אלו בפריפריה עד לסוף השנה נובעת ממספר סיבות:

א. קושי בגיוס מתמחים בפריפריה בחלק מהמקצועות, מתוך הנחה שיש היצע מוגבל של רופאים המחפשים התמחות שהם קהל יעד למלא את משרות ההתמחות במקצועות אלו.

ב. כיוון ומדובר במספר מתמחים מצומצם יחסית לכל מחלקה, לא ניתן להסתמך על גיבוי של מתמחים נוספים במידה ותהליך הגיוס לא יצלח.

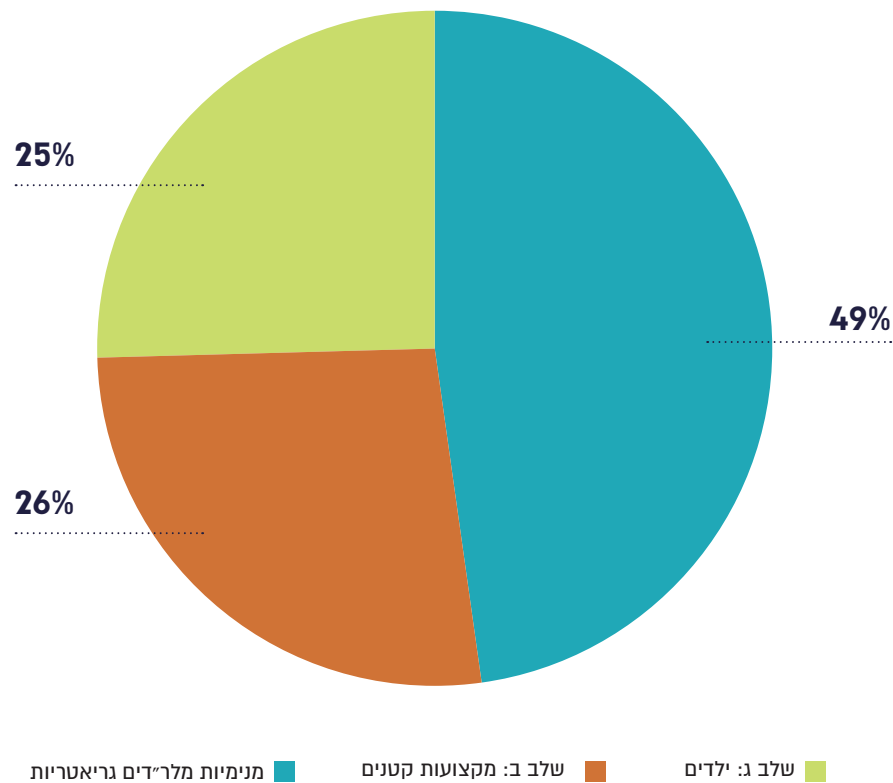
ג. קיים חשש מתחרות מוגזמת על היצע מתמחים סופי בין בתי חולים באזורים גיאוגרפיים סמוכים. פריסת חלק זה עשויה לאפשר לרופאים נוספים המחפשים התמחות להיקלט בתקנים הללו.

ד. בחלק ממקצועות אלו משך ההכשרה לתורנות לוקח מספר חודשים. מכיוון ומדובר במחלקות עם מספר מצומצם של מתמחים, הן איש כלל המשרות והן הכשרת תורנים המסוגלים לבצע תורנות באופן איכותי הם תנאים הכרחיים לקיום המתווה, בהיעדר עתודות שיחפו על המצב הקיים.

4. ברפואת הילדים יחל גיוס מתמחים באופן מדי, ויחל קיצור בשעות העבודה הרצופות ביום 31 למרץ 2022 ועד להשלמתו המלאה בתאריך 31 למרץ 2023 לכל היותר. לאור ריבוי העמדות והזמן הנדרש להכשרה, קיים צורך לבצע את הקיצור באופן הדרגתי כתלות בזמן הנדרש להכשרה לכל אחת מן "העמדות" הרלוונטיות.

הרקע לפריסה זו נובע מן העובדה כי התמחות ברפואת ילדים מכשירה באופן הדרגתי את המתמחים לקבלת אחריות על 4 סוגי עמדות, הן בעבודת הבוקר והן בעמדות תורנות שונות (מחלקה, מלר"ד ילדים, טיפול נמרץ ילדים וכגייה), ולכן קיים צורך לבצע את הקיצור במחלקות הילדים כתלות בזמן הנדרש להכשרה לכל אחת מן "העמדות" הרלוונטיות. משך הזמן הנדרש להכשרת מתמחה לעמדת עבודת בוקר ותורנות נע בין כחודש (לתורנות מחלקה), חצי שנה עד שנה (בפגייה, ועמדת מתמחה צעיר במלר"ד ילדים בבתי חולים מסוימים) ומגיע אף לכדי שנתיים (טיפול נמרץ ילדים ועמדת מתמחה ותיק במלר"ד ילדים). לכן לדוגמא, בעוד מתמחה חדש יכול לאייש עמדת מחלקה תוך זמן קצר לאחר תחילת ההתמחות, ולהחליף רופא אחר שיוכל להגיע לתורנות רק בשעה 16:00, המתמחה שיחליף רופא בטיפול נמרץ ילדים בעמדת הבוקר, יהיה צריך להיות בעל וותק משמעותי בהתמחות על מנת לתפקד באופן ראוי. לאור האמור לעיל, בתיאום עם האיגוד לרפואת ילדים התומך במהלך הקיצור, ובכדי לאפשר מימוש המתווה באופן יעיל ואחראי, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים על עבודה משותפת עם האיגוד לרפואת ילדים לצורך קביעת קריטריונים ואבני דרך בקיצור כל אחד מן הטורים השונים באגפי הילדים. לאחר סיום עבודה זו יהיה ניתן לדייק את מתווה הפריסה וליישמו באופן מהיר בעמדות הדורשות מעט זמן הכשרה, ובצורה אחראית בעמדות הדורשות משך הכשרה רב. חשוב לציין כי אין בקיום עבודת מטה זו בכדי לעכב את איש התקנים באגפי הילדים לצורך יצירת התשתית לקיצור.

36. נבהיר כי לא קיימים בבתי החולים בפריפריה טורי תורניות במקצועות אחרים הרלוונטיים ליישום בשלב זה וכן קיימים בבתי החולים במרכז, כמו לדוגמא ריאות, אנדוקרינולוגיה, וכו', ולכן הם לא מוזכרים כמקצועות לקיצור. כמו כן, לא צוינו המקצועות שלא מיועדים לקיצור בשלב זה, כגון המקצועות הכירורגים.



מקצועות המומלצים להחרגה

- קרדיולוגיה: על אף שמדובר בהתמחות על של רפואה פנימית, אופי המקצוע מזכיר יותר מקצועות כירורגיים, היות והוא כולל ביצוע פרוצדורות שונות (צנתורים, טיפולים אלקטרו-פיסיולוגיים וכיוצא בזה). מעבר לנקודה עקרונית זו, יש לציין כי משיחות עם בתי החולים בכריפריה עלה כי במרביתם קיים קושי משמעותי בגיוס מתמחים למחלקות הקרדיולוגיות, וכמה מהם כבר היום לא מצליחים לאייש את מלוא התקנים שעומדים לרשותם במחלקות הקרדיולוגיות. על כן יש להחריג את מקצוע הקרדיולוגיה משלב היישום הנוכחי של מתווה הקיצור בכריפריה ולהכלילו במתווה העתידי לקיצור שעות העבודה במקצועות הכירורגיים, תוך מתן מענה ייעודי לסוגיית בעיית גיוס המתמחים. יש לציין כי מדובר במקצוע בעל היקף טורי תורנות מצומצם אשר אינו מתקיים בכל בתי החולים אשר במתווה.
- טיפול נמרץ והרדמה: על אף שיישום הקיצור במקצועות אלו נקבע לחודש מרץ 2023 לפי היתר שרת הכלכלה, ראוי כבר עכשיו להצביע על הקשיים הצפויים בהחלת הקיצור בו:

 1. בעיית גיוס ואיוש קשה במקצועות אלו, ברמה הארצית ופרט בכריפריה. בעיה זו צפויה להחמיר בשנים הקרובות בשל פרישת רופאים מומחים ספציפית בתחומים האלו.
 2. במקצועות אלו שיעור גבוה מהתורנויות מתבצעות על ידי רופאים מומחים. היעדרם מעבודת הבוקר עלול ליצור קשיים משמעותיים בפעילות המחלקות, ומובן לכל כי הזמן הנדרש עד לאיוש תקני מומחים נוספים ארוך משמעותית מהזמן הנדרש לאיוש תקני מתמחים.

מטעמים אלו, אנו ממליצים לדחות הכללתם של מקצועות אלו לשלב מאוחר יותר במתווה ולא כפי שנקבע בתחילה באפריל 2023, תוך מתן מענה ייחודי לאתגרי עבודת הרופאים המומחים. יישום הקיצור בשני מקצועות אלו מבלי לתת מענה לבעיות שנסקרו לעיל עלול לפגוע קשות בתפקוד השוטף של בתי החולים

נושאים נוספים

קיצור בשאר בתי החולים והמקצועות

על אף שהמתווה המוצג לפניכם לקיצור יום העבודה לרופאים נותן מענה רק לרופאים המבצעים תורנויות בפריפריה ובחלק מהמקצועות, יש להתכונן לקיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות בכל המקצועות ובתי החולים, בכללם בתי החולים במרכז, לפי תכנית חומש כפי שהתווה על ידי שר הבריאות וכן בא לידי ביטוי בצו שרת הכלכלה. עם זאת, ולאור המידע המוצג בדו"ח זה באשר למגבלות היצע הרופאים בשנים הקרובות ומצוקות הפריפריה, בבואנו לקצר את שעות העבודה במרכז יש לקחת בחשבון שני שיקולים עיקריים:

א. לאור הקשיים והסכנות לאיוש בפריפריה בחלוקת תקנים תוספתיים רבים במרכז באופן מידי, יש להמתין פרק זמן מספק בין חלוקת תקנים תוספתיים לקיצור שעות העבודה בפריפריה ובמרכז. אחרת, כתוצאה של העדפת התמחויות במרכז, עלול להיווצר חסר קריטי ברופאים חדשים בפריפריה, וכך תחול הרעה בתנאי הרופאים ושירותי הרפואה בפריפריה במקום הטבה.

ב. סוגיית החוסר בהיצע הרופאים תהווה אתגר משמעותי ביותר בשנים הקרובות (עד לגידול מספק בזרם הרופאים החדשים), ולכן יש לצאת מנקודת הנחה כי יש לבצע התאמה במודל הקיצור כך שיוכל לסייע לרופאים במרכז בצורה המיטבית ביותר ובפרק זמן סביר תחת היצע הרופאים הצפוי בשנים הקרובות, ועד לעליה משמעותית וברת קיימא במספר הרופאים החדשים השנתי. במקביל לגיבוש מתווה זה במסגרת תכנית החומש, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים כי יבוצעו פעולות מיידיות שיקלו על מתמחים במרכז ובמקביל יהוו בסיס לקיצור עתידי של יום העבודה של רופאים המבצעים תורנויות בכל הארץ בכל מתווה שייבחר. שינוי שיטת העבודה במלר"דים, כצעד ראשון, תוכל תוך שנים ספורות, לפי ההערכה, להביא להפחתה משמעותית בשעות העבודה לכלל רופאי המלר"דים והפנימיות במרכז הארץ ובפריפריה, ולקיצור שעות העבודה ברצף במלר"דים, תוך שהיא תהווה תשתית לקיצור עתידי במקצועות נוספים. מעבר לכך, יש לייצר מענים משלימים שגם יהוו תשתית להרחבה ויקלו באופן משמעותי על חיי המתמחים.

התמחות ברפואת נשים:

למרות שמקצוע התמחות זה הוא בעל אופי כירורגי ואינו נכלל בשלב הראשון בצו שרת הכלכלה, ראינו לנכון להתייחס אליו באופן ספציפי, כיוון וקיימת ציפייה ציבורית ובשללות של האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה לקיים בו מהלך של קיצור שעות העבודה. קיימות מספר סוגיות מהותיות אשר גורמות למורכבות בביצוע שינוי במודל העבודה במחלקות לרפואת נשים:

1. בעיית איוש משמעותית במספר בתי חולים (ב-5 מתוך 8 בתי החולים שלהם מחלקות גניקולוגיות בפריפריה קיים קושי חריף באיוש מתמחים למקצוע, וחלקם אינם עומדים באיוש כלל התקנים העומדים לרשותם)³⁷.

37. נש לציין כי 2 בתי חולים פריפריאליים דיווחו כי יוכלו לאייש באופן מידי תקנים תוספתיים במקצוע זה.

2. איוש חלק מטורי התרונות על ידי רופאים מומחים, וההשלכות הכרוכות בכך על עבודת הבוקר במחלקה

3. מתן מענה לסוגיית סילבוס ההתמחות הכירורגי (בדומה לשאר המקצועות הכירורגיים).

עם זאת, נוכח עמדת האיגוד לרפואת נשים לקיים מהלך של קיצור שעות העבודה במקצוע זה, ולמרות שאין להחילו במתווה המוצע, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים כי יש לפעול בהקדם לקידום של הנושא, במקביל להחלת המתווה ובשיתוף מנהלי בתי החולים בפריפריה, מנהלי המחלקות בפריפריה והאיגוד. מחלקות המיילדות ומלר"ד נשים הן בעלות אופי אקוטי, המתנהל בשיטת משמרות ולא בשילוב עבודת בוקר ותורנות לילה תוך שילוב של תורניות בכירים בשגרת המחלקות, על כן יש לבחון שימוש במודלי עבודה משולבים (כגון טורי תורניות במיון נשים) וגיבוש מענים ספציפיים העונים על המציאות הייחודית של מקצוע זה. אלו יאפשרו התחלת קיצור התורניות במקצוע זה בטרם יורחב המתווה למקצועות הכירורגיים. יש להתייחס גם להסדרת צעדים תומכי איוש ותוספת משאבים מתאימים.

■ בית החולים יוספטל

בית החולים יוספטל, הממוקם בעיר אילת, הינו חריג בנוף בתי החולים הציבוריים בישראל. בבית החולים מתקיים מתווה ייחודי: רופאים עובדים בבית החולים 2.5-3 שנים בתמורה להתחייבות למימון התמחותם במקצוע לבחירתם באחד מבתי החולים בקבוצת כללית (לדוגמא, התמחות ברפואת עיניים בבית חולים במרכז הארץ). נוכח האיוש הדל, רופאים אלו מבצעים 8-9 תורניות חודשיות ובתקופות עומס אפילו למעלה מכך. בבית החולים לא מתבצעות התמחויות מלאות³⁸, כך שתקופת העבודה בו איננה משמשת באופן פורמלי להכשרת הרופאים, וזאת על אף שבשל מתווה ההעסקה שאוזכר לעיל, ביה"ח מאויש לרוב על ידי רופאים בתחילת דרכם המקצועית.

בית החולים מתקשה ביותר לגייס מתמחים ומומחים לתקנים בבית החולים. קושי זה כה חריף עד שבשנת 2019 הוחלט על חלוקת מענקים מוגדלים לרופאים שיעתיקו את מקום מגוריהם לאילת במסגרת החלטת ממשלה 4662, אך גם מענקים אלו אינם צפויים לפתור את בעיית האיוש לטווח הרחוק.

לאור הקשיים הללו ולאחר שקילת צרכי בית החולים, אנו סבורים כי יש צורך לגבש יחד עם אנשי המקצוע בבית החולים פתרון ייחודי החורג מהמתווה הארצי המוצע כאן. אין משמעות המלצה זו דחיית יישום המתווה בבית חולים זה, אלא קריאה למציאת פתרון מותאם בגבולות לוחות הזמנים המוצעים ליישום המתווה.

■ סטאז'רים:

יש להתאים את שעות העבודה של סטאז'רים לאלו של הרופאים מבצעי התורניות, העובדים עמם "כתף אל כתף", כך שהן יקוצרו במחלקות בהם יחול המתווה ובהתאמה אליו. יש לציין כי וועדה משרדית בראשות פרופ' שאול יציב בוחנת בימים אלו את שינוי מבנה הסטאז'. למרות שסביר להניח שיישום ההמלצות לא ידרוש התאמות במתווה קיצור שעות העבודה, ראוי לתת את הדעת על הנושא.

38. בית החולים מוכר להתמחות חלקית בלבד במקצועות פנימית/הרדמה/נשים/כירורגיה/אורתופדיה/סבב במלר"ד

6.2.2 | מתווה שינוי שיטת העבודה במלר"דים

שר הבריאות, ניצן הורוביץ, הצהיר בחודש אוקטובר של שנת 2021 על כוונתו להחיל את קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות גם על המחלקות הפנימיות ומחלקות הרפואה דחופה בשני בתי חולים שאינם פריפריאליים החל מנובמבר 2022, כחלק מתכנית החומש, על אף שקיצור זה לא נדרש בהיתר שרת הכלכלה. כפי שתואר לעיל, ישנה חשיבות ביישום מדורג של מהלך לקיצור שעות העבודה לרופאים; יישום בבתי חולים במרכז בשלב מוקדם יחסית עלולה לפגוע קשות ביכולת בתי החולים בפריפריה לאייש תקני רופאים פנויים ולאיים על הצלחת מהלך הקיצור – בפריפריה ובמרכז גם יחד. מאידך, יש לנקוט בצעדים להקלת עול התורנויות על רופאים בכל בתי החולים בשלב מוקדם ככל הניתן. על כן, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות המורחב מצאו לנכון להביא בדוח ביניים זה גם המלצות הנוגעות ליישום השלב הפוטנציאלי הבא בתכנית לקיצור שעות העבודה, בין היתר מכיוון ולשינוי שיטת העבודה בבתי החולים במרכז השפעה ישירה על פוטנציאל ההצלחה של מתווה הקיצור בפריפריה. ההמלצות לשלב הבא במתווה הקיצור כמו שמתוארות מטה גובשו תוך השאיפה לשפר את אורח חייהם של המתמחים בפנימית וברפואה הדחופה במרכז, תוך כדי שיפור משמעותי של הטיפול הרפואי הניתן במחלקות לרפואה דחופה בישראל.

מרבית המחלקות לרפואה דחופה במדינת ישראל עובדות במודל הפעלה מופרד ("ההיסטוריה"), במסגרתו ה"מיון" מחולק לאזורים גאוגרפים הנשלטים ע"י רופאים מדספלינות שונות (כירורגיה/אורתופדיה/פנימית/אורולוגיה ועוד). כך, ברוב מחלקות הרפואה הדחופה בישראל, חלק קטן מטורי התורנויות מאוישים על ידי רופאי רפואה דחופה (טורי מלר"ד) שגם הם מופעלים במתכונת עבודה רגילה של טורי בוקר וערב תוך התבססות על תורנים במשמרות של 26 שעות, ורוב הטורים מאוישים על ידי רופאים ממחלקות אחרות (טורי פנימית ברובם המוחלט, אך גם טורי כירורגיה או אורתופדיה). בחלק מבתי החולים אין כלל מתמחים ברפואה דחופה, וכל טורי המלר"ד מופעלים על ידי מתמחים ברפואה פנימית. בשל איזש בין מחלקתי זה, מודל העבודה במלר"דים תואם את מודל העבודה במחלקות- עבודת בוקר ותורנויות- על אף שהוא פחות מתאים לעבודת מחלקות לרפואה דחופה.

כיום פועלות מספר קטן של מחלקות לרפואה דחופה אשר עובדים במודל משולב בו קיימים רופאים מתמחים ומומחים ברפואה דחופה אשר מטפלים באופן הוליסטי. בית החולים היחיד שחורג ממבנה זה והמחלקה לרפואה דחופה בו מופעלת במודל אחוד הוא בית החולים הציבורי אסותא אשדוד, המפעיל מחלקה לרפואה דחופה אשר מאוישת כולה על ידי מתמחים ומומחים ברפואה דחופה (ללא טורי פנימית, כירורגיה או אורתופדיה). מודל הפעלה זה מתקיים בהצלחה מזה למעלה מ-4 עשורים במדינות רבות בעולם וביניהם ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה ועוד.

סוגיית הצורך בשינוי אופי עבודת המחלקות לרפואה דחופה בישראל באופן רחבי עלה בעבר, אולם דומה כי בשלה השעה להעבירו מן הכח אל הפועל. במקביל לעבודת הצוות המשותף, ולאור ההמלצה לעיל, חודשה במשרד הבריאות עבודת מטה לקידום הרפורמה בפעילות המחלקות לרפואה דחופה בישראל. בנוסף לכך ובמקביל, פועלת וועדה של ההסתדרות הרפואית לבחינת שינוי מתכונת העבודה במלר"דים. הגם שעבודת המטה בעיצומה, להלן יובאו עקרונות רלוונטיים אשר צפויים להשליך גם על אופי ביצוע התורנויות:

א. איוש המחלקה לרפואה דחופה רק על ידי מומחים ומתמחים ברפואה דחופה

מעבר לאיוש טורי תורנויות במחלקה לרפואה דחופה על ידי רופאים שזוהי מחלקת האם שלהם (מתמחים או מומחים ברפואה דחופה) ולא על ידי מתמחים ממחלקות אחרות, יבסס את המלר"ד כמחלקה מקצועית העומדת בפני עצמה, שכוח האדם בה מנוסה ומוכשר במתן מענה רפואי מותאם לעבודת המחלקה. מתמחים בפנימית, על אף הכשרתם הרחבה, מנוסים בעבודת המחלקה הפנימית, לה מאפיינים שונים מאלה של המחלקה לרפואה דחופה. טיפול רפואי על ידי רופא רפואה דחופה צפוי

להביא לשיפור של המענה הרפואי, בשל ההכשרה המותאמת ומתן טיפול על ידי רופא מנוסה בעבודת המלר"ד, ולחיסכון בתשומות רבות בשל זמני שהייה קצרים יותר (בעיקר זמנים לקבלת החלטה-אשפוז/שחרור), טיוב בחירת המטופלים המיועדים לאשפוז וצפי להפחתה באשפוזים לא הכרחיים, צורך מופחת בזמינות של מומחים מיעצים ממחלקות תומכות, ועוד. חשוב לציין כי ההמלצה לשלב הקרוב המוצע, ומתוך גיבוש תפיסה ריאלית ליכולת הגיוס, האיזו וההכשרה של המתמחים והבכירים ברפואה דחופה – נוגעת להחלפת טורי התורנים ברפואה פנימית בלבד. לאחר יישום מוצלח של שלב זה תיבחן האפשרות להחלפת כלל העמדות בדומה למתקיים כיום באסותא אשדוד.

ב. מודל משמרות

שינוי שיטת העבודה למודל משמרות יאפשר קיצור בפועל של שעות העבודה לרופאי המלר"ד למשמרות בנות 9 עד 16 שעות. בנוסף, השינוי יאפשר למנהלי המחלקות לאייש את המומחים ברפואה דחופה, אשר כיום נמצאים באופן כמעט בלעדי בשעות הבוקר, לאורך כל שעות היממה. שינוי זה יהיה בגדר מהפך ויאפשר מתן טיפול איכותי ובטוח, ובמקביל יאפשר רצף חניכה והדרכה למתמחים הנמצאים במלר"ד. שינוי שכזה יצריך עבודת מטה בהקשר לשיפוי הנדרש בעת המעבר לשיטת עבודה שכזאת.

ג. יתרונות נוספים

יתרונות נוספים לשינוי שיטת התפעול לרופאי רפואה דחופה במודל משמרות הינם: עבודה אורגנית עם צוות סיעודי מהמחלקה, שיפור המוכנות לשעת חירום, מתן מענה איכותי ובטוח יותר במקרי חירום ומקרים להם נדרשת מומחיות של רופא רפואה דחופה, הכשרת צוותים אשר בעתיד תוכל להוות עתודה למוקדי חירום בקהילה ואו בסיס איתן להתמחויות אחרות המשיקות לתחום הרפואה הדחופה (טיפול נמרץ, קרדיולוגיה, כאב ועוד)

ד. הקלה על מתמחי הפנימית

מבחינה מעשית, תידרש החלפה הדרגתית של טורי "הפנימית" במלר"ד בטורים של רופאי מלר"ד אורגניים, מתמחים ומומחים ברפואה דחופה. נדגיש כי מכיוון וקיימת חשיבות מקצועית בהתנסות מתמחי הרפואה הפנימית בעבודת המלר"ד, אין לבטל באופן מוחלט את נוכחות מתמחי הפנימית במחלקות לרפואה דחופה אלא לשמר אותה לפי מודל שיבחן בהמשך.

המעבר לאיזו טורי התורניות ממתמחי הפנימית למלר"ד (על ידי תוספת תקנים ולא הסטה של תקנים) יאפשר להוריד מהם את עול התורניות במלר"ד, הנחשבות קשות ותובעניות. "שחרור" זה של מתמחי הפנימית מתורניות המלר"ד יביא לעליה בכוח האדם במחלקות הפנימיות, שיאפשר בתורו הקלה בעבודת הרופאים הפנימיים, בין אם על ידי הורדה משמעותית של מספר התורניות המבוצעות על ידי מתמחה, אפשרות של מנוחה במהלך תורנות וכו'.

ה. המלצות

מהלך רוחבי לשינוי שיטת העבודה במחלקות לרפואה דחופה הינו בחזקת מהפכה בתנאי העבודה של המתמחים הרבים העובדים במלר"דים ובמחלקות הפנימיות, אשר צפויה להביא גם לשיפור משמעותי באיכות ובטיחות הרפואה הניתנת למטופלים. מעבר לשיפור המידי בסוגיות שהוזכרו, מהפכה זו, תהווה תשתית משמעותית להרחבת קיצור בשעות עבודת הרופאים למרכז באופן מקצועי ואחראי.

לצורך ביצוע תכנית זו, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים:

1. **עבודת מטה:** על המשרד להתכנס לעבודת מטה מהירה לגיבוש תכנית לשינוי שיטת העבודה במחלקות לרפואה דחופה בכל הארץ, תוך שילוב מסקנות הועדה שפועלת מטעם הר"י בנושא, שתיתן את הדעת על כל הנגזרות של הרפורמה ועל מציאת פתרון לבתי חולים שבהם אין מחלקות מוכרות להתמחות ברפואה דחופה, תאסוף נתונים מדויקים באשר לטורי התורניות ולצורך בהשלמתם, למענים המשלימים הנדרשים, ולכמות תקני הרופאים התוספתיים: לצורך יישום המהלך תידרש הגדלה משמעותית של מספר המתמחים ברפואה הדחופה, ולצורך הכשרתם יהיה צורך במומחים נוספים, וזאת בנוסף לבתי החולים בפריפריה שיבחרו לעבור למודל זה תוך הסתמכות על תקני הקיצור. ראוי לציין כי ההחלטה על מתן המלצה לשינוי שיטת העבודה במלר"דים עלתה לאחר ההחלטה על ביצוע הרפורמה וכתבת צו שרת הכלכלה ועל כן לא סוכמו משאבים לצורך מימושה.

2. **יישום הדרגתי:** בשל אילוצי היצע הרופאים, יכולת האיוש המוגבלת של תקנים חדשים ברפואה הדחופה, הצורך בהדרכה והכשרה נאותה (שלא ניתן לביצוע אל מול מספר גבוה מאוד של מתמחים בו זמנית) וכן בכדי למנוע קושי באיוש המשרות בעוד מספר שנים כאשר המתמחים החדשים יסיימו התמחות - יהיה צורך לבצע כיסוי הדרגתי של טורי הפנימיות במלר"ד על ידי מתמחי מלר"ד, למעט טורים המאוישים על ידי מתמחים בפנימית לצורכי הכשרה. בדיקה פרטנית שנעשתה אל מול מנהלות ומנהלי בתי החולים שברשותם מחלקות מוכרות להתמחות ברפואה דחופה העלתה כי מרביתם מסכימים ומכירים בחשיבות הרפורמה. בתי החולים בפריפריה שבהם מחלקות מוכרות להתמחות ברפואה דחופה, יכולים לבחון אודות התכנות ביצוע שינוי אופן העבודה ולבצע את השינוי בעזרת תקני הקיצור, ואנו קוראים להם לעשות זאת. מעבר לכך הבדיקות העלו כי ניתן להתחיל ליישמה באופן הדרגתי (דהיינו איוש של חלק מטורי התורניות הפנימיות), כבר במהלך שנת 2022 (החל מחודש נובמבר) בחמישה בתי חולים באזור המרכז, עד להשלמתה תוך 3 עד 4 שנים:

a. יישום קיצור יום העבודה (במודל עבודת משמרות) בלפחות טור תורנות אחד ב 5 בתי חולים עד לתאריך 1.11.2022

b. יישום הקיצור בלפחות 5 בתי חולים נוספים עד לתאריך 1.12.2023, כך שעד שלב זה, מרבית המלר"דים בארץ (פריפריה ומרכז), ייחלו ביישום קיצור יום העבודה לרופאים.

c. המשך פריסה בכל הארץ, בכל המחלקות המכשירות מתמחים ברפואה דחופה³⁹, לאורך 3-4 שנים (כתלות ביכולת האיוש) תוך הרחבה הדרגתית של מספר הטורים בהם יתבצע קיצור עד להחלת שיטת עבודה זו בכלל "טורי הפנימית" במלר"דים.

פריסה זו תהיה אפשרית כתלות בביצוע עבודת מטה מתאימה ובצעדים תומכים: הגדלת מספר המתמחים והמומחים ברפואה הדחופה, הגדלת השדרה הניהולית וגורמי התמיכה הדרושים עבור גידול בתוכנית ההתמחות, יצירת אופק תעסוקה למומחים ברפואה הדחופה (למשל, על ידי קידום הקמת מוקדים לרפואה דחופה בקרב קופות החולים, שישפרו את המענה לאזרח ויפחיתו פניות למיון) ותמיכה במהלך בעזרת בעלי מקצוע שמשחררים זמן רופא: עוזרי רופא, פלבוטומיסטים, מזכירות, וכו'.

39. יש לבצע תכנית טיפול ייעודית במספר מצומצם של מחלקות לרפואה דחופה שאינן מכשירות מתמחים ברפואה דחופה

6.2.3 | מתווה עוזרי רופא

עוזר רופא שעבר הכשרה ייעודית יכול לבצע משימות ספציפיות אשר דורשות ידע ומיומנויות קליניות, וביצוען עשוי לסייע בפנינו זמנו של רופא עמוס במחלקה. משימות אלו עשויות לכלול ליווי חולים הדורשים השגחה, ליקוט וארגון נתונים רפואיים, סיוע בפעולות מנאליות שונות ומשימות נוספות – המשתנות בין תחומי התמחות שונים.

לאור פתיחת מסלול ההכשרה האקדמי הראשון לעוזרי רופא במרץ 2023, (תואר שני לבעלי תואר ראשון רלוונטי) התחזית היא כי בתחילת 2025 יחלו להיכנס למערכת הבריאות ראשוני עוזרי הרופא שסיימו הכשרה זו. בעקבות כך, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים:

- להמשיך ולהאיץ את המאמצים לפתיחת מחזורי לימודים של עוזר רופא ואיושם המלא.
- דגש על הפריפריה ועל מקצועות במצוקה: יש לתעדף הכשרת עוזרי רופא המתגוררים בפריפריה, להגדלת ההסתברות שיעבדו לאחר מכן בבתי החולים הפריפריאליים. בנוסף, יש לחתור להטמעת עוזרי הרופא במחלקות בהם מבצעים תורנויות, ובאופן מוגבר באלו בהן יש קשיי איוש. בין היתר יש לשקול מתן תמריצים להשתלבות בפריפריה.
- יש לבצע ליווי ולמידה מהטמעתם של עוזרי הרופא במחלקות.

6.2.4 | סיכום התכנית

להלן לוח הזמנים ליישום שלושת המתווים בתכנית 2022 לקיצור בשעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות:

תרשים 20 | המלצות גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים לפריסת השלבים בתכנית קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים



בתרשים זה לא מופיעים מקצועות שלא קיימים בהם טורי תורנויות בבתי החולים בפריפריה, מקצועות שלא מבצעים בהם תורנויות, מקצועות כירורגים ומקצועות שלפי המתווה יוחרגו בשלב זה מהקיצור בפריפריה

על אף שבגיבוש מתווה זה התמקדנו בהשפעת המתווה על המתמחים האורגאניים במחלקות המקוצרות, הוא צפוי להשפיע על היקף נרחב יותר של רופאים.

קיצור יום העבודה ל- 16 שעות ומטה צפוי להשפיע על:

■ מתמחים אורגאניים במחלקות המקוצרות:

- פריפריה
- מלר"ד במרכז

■ מתמחים חדשים אשר ייקלטו בתקנים התוספתיים (מניעת שחיקה)

■ מבצעי תורנויות אחרים במחלקות המקוצרות:

- מומחים
- רופאים כלליים
- סטאז'רים

■ מתמחים מבצעי רוטציות במחלקות המקוצרות (לדוגמא- מתמחים ברפואת המשפחה המבצעים 9 חודשי רוטציות במחלקה הפנימית)

הפחתת העומס והפחתה במספר התורנויות החודשיות תשפיע גם על מתמחי הפנימית בבתי חולים במרכז בהם יתבצע שינוי בשיטת העבודה במלר"ד

המתמחים האורגאניים במחלקות שיקוצרו לפי מתווה הקיצור בפריפריה, מהווים כ- 12% מהמתמחים בישראל במקצועות הבסיס של רוטציות לקיצור יום העבודה (כלומר, מבצעים תורנויות ארוכות) בבתי החולים הציבוריים כלליים, והם מהווים 50% מכלל המתמחים במקצועות הרלוונטיים לקיצור בבתי החולים בפריפריה. לאחוז זה יתווספו מתמחי המלר"ד ב-5 בתי חולים בהם יוחל שינוי שיטת העבודה במלר"דים, לפי המתווה.

6.3 | עבודה במחלקה עם שעות עבודה מקוצרות- כיצד?

6.3.1 | ליווי ותמיכה בבתי החולים בתהליך- רשת בטחון

יישום מתווה קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות, צפוי לשנות את סדרי העבודה בבתי החולים באופן מהותי. צפויים אתגרים רבים במהלך יישום המתווים לקיצור שעות העבודה לרופאים, חלקם ידועים כבר כיום, כמתואר בדו"ח זה, וחלקם יתגלו רק לאחר תחילת היישום. זאת ועוד, אתגרים אלו צפויים ללוות את תהליך היישום החל מטווח הזמן המידי, אך גם בתקופה שלאחר מכן, ובפרט לקראת השפעתה של רפורמת יציב, עת ייתכנו התפתחויות נוספות שלא נצפו בעת כתיבת הדו"ח.

מהלך קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות הוא שינוי מערכתי משמעותי הכרוך בהשפעה ושינוי רוחבי של תהליכי עבודה קיימים והשקעה גדולה של תשומות ומשאבים. מהלך כה מורכב לא ניתן לביצוע בבחינת "שגר ושכח" אלא מחייב ניטור, בקרה והתאמות שוטפות ומקיפות, והמשך פעילות לקידומו אל מול קשיים צפויים ובלתי צפויים. מטרות הניטור הינן לוודא יישום נכון של השינוי המתוכנן וניצול הולם של המשאבים, לימוד מדויק של הצרכים, איתור מוקדם של חסמים וטיפול בהן, ביצוע התאמות נדרשות

במתווה ותכנון עתידי נכון יותר של המשאבים הנדרשים ליישום עם הרחבת המהלך.

מנהלת יישום

גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים על הקמה של מנהלת לליוי ופיקוח על יישום מתווה קיצור יום העבודה לרופאים, אשר תוקם במשרד הבריאות, ותפקידיה העיקריים:

■ **ליוי ומעקב אחר יישום המתווה בבתי החולים הנכללים בהיתר** - המנהלת תקיים קשר שוטף עם בתי החולים, תסייע באיתור פתרונות (לרבות מתן אישורים להחרגה זמנית מהמתווה וסיוע במתוים לגיוס רופאים חסרים) עבור מחלקות בהן עולה בעיית איש אויביקטיביות, ותבטיח ביצוע מהיר של התאמות ושינויים מקומיים או תשתיתיים במתווה בתגובה לקשיי יישום שיעלו מהשטח. **מטרת פעילות זו להבטיח עמידה בתנאי צו שרת הכלכלה תוך הבטחת רמת שירותי הרפואה המוענקים.**

■ **גיבוש מסקנות ודרכי פעולה לטווח הארוך** - מעקב אחר ושיתוף פעולה עם המאמצים הלאומיים להגדלת מספר הרופאים, מעקב אחרי מגמות שינוי מספר בוגרי הרפואה בחו"ל לאחר רפורמת יציב, קבלת נתונים מהשטח וממחקר מלווה, והסקת מסקנות והצעות לשיפור לטווח הארוך, תוך התמקדות בהיערכות לבעיות היצע רופאים, בעיקר לאור ההשפעה המוגברת של רפורמת יציב בשנת 2026 על הפריפריה. הכנת תכניות ניטור והתמודדות עם בעיות האיוש הצפויות בפריפריה הכרחיות לצורך ויזוא יישום מוצלח של תכנית הקיצור לטווח הארוך.

■ **דיווח על ביצוע מתווה הקיצור** - המנהלת תדווח למנכ"ל משרד הבריאות אחת לרבעון אודות התקדמות מתווה היישום, החסמים, הקשיים והפתרונות שננקטו. בנוסף, המנהלת תגיש במהלך שנת 2024 דו"ח לכלל הגורמים הרלוונטיים השותפים בהצלחת המתווה. הדו"ח יתמקד בתוצאות המהלכים השונים להגדלת מספר בוגרי הרפואה, ייתן הערכה עדכנית באשר ליכולת האיוש של משרות התמחות בפריפריה בשנים לאחר רפורמת יציב, ויספק המלצות יישומיות להמשך ההתמודדות עם קשיי האיוש בפריפריה. המנהלת תהיה הגוף המרכז את יישום קיצור שעות העבודה למתמחים. אולי תפקידה החשוב ביותר, יהיה לתת מענה לבתי החולים הפריפריאליים: להיות גורם שאליו מציפים בעיות, ללוות את בתי החולים במציאת הפתרונות הטובים ביותר, ולנקוט בצעדים אקטיביים לקידום פתרונות אלו בטווח הארוך והקצר. המנהלת תלווה את מנהלי בתי החולים בתהליך הלמידה של ניהול וארגון התהליכים ושיטות העבודה במחלקות המקוצרות, תתמוך בשינוי בכלים שיידרשו, ותנהל מגעים מול גופים שונים לקידום השינויים הנדרשים, וכל זאת על מנת לוודא שיש למנהלי המחלקות ובתי החולים גיבוי מתמשך בפועל במשרד הבריאות, בתהליך יישום המתווה המאתגר, אך החשוב, בו דו"ח זה עוסק. לצורך כך תצטרך המנהלת לקבל סמכויות רלוונטיות לביצוע שינויים נקודתיים במתווה הקיצור, הנדרשות לאור מצוקות נקודתיות, כמו: החרגה של מחלקה, מתן עזרה רלוונטית באיוש למקצוע במצוקה וכו'.

לבסוף, גוף זה יפעל לחיזוק הפריפריה כעקרון מנחה ומתוך רצון לנצל את השינוי הנרחב לקידום שינויים רחביים חיוביים ברפואה בפריפריה. מנגנוני העבודה המדויקים של המנהלת ייקבעו עד חודש לאחר פרסום דו"ח זה.

איסוף נתונים

במסגרת פעילות המנהלת, יבוצע איסוף נתונים שגרתי מבתי החולים הנכללים במתווה. נתונים אלו יכללו, בין היתר:

1. מספר שעות עבודה בתורנות בפועל.
2. מספר התורנויות החודשי (בפירוט לפי עמדה, וחלוקה מתמחה/מומחה/תחומי) ומספר התורנויות העודפות (קרי, השביעית ומעלה בחודש).

3. מספר תקנים שניתנו לכל מוסד, סטטוס איוש התקנים והיקף המענים המשלימים אשר מומשו כ"חליף תקן".
4. מספר סופי שבוע בהם נדרש רופא לעבוד בבית החולים, ושיעור המתמחים אשר בחרו לאמץ את אפשרות ה OPT-OUT
5. מספר שעות עבודה כולל בחודש.
6. שימוש במשאבים שחולקו עבור מענים תומכים שאינם תקני רופאים.

■ מחקר מלווה

נוכח השלכות הרחוב הצפויות של המהלך לקיצור שעות עבודת הרופאים, מעבר לבקרה הטכנית על פרטי היישום, על המהלך להיות מלווה במחקר כמותני ואיכותני. מטרת המחקר, בין היתר, בחינת תוצאות המהלך לקיצור שעות העבודה לאור המטרות שלשמן נועד (לשפר את איכות חיי המטפלים תוך שמירה על איכות ההכשרה ואיכות ובטיחות הטיפול), אפיון השפעותיו על כלל המערכת, וסקירה של תוצאים לא רצויים כתוצאה מהשינוי, אם וכאשר יהיו. בנוסף, התייחסות לשאלות שיש עוד לתת עליהם את הדעת ולהאיר מכיוונים נוספים: מודלים שונים לביצוע שינוי בשיטת העבודה, מדדי שירות ועוד.

משרד הבריאות יפעל יחד עם המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות להתנעת מחקר יזום בנושאים אלו אשר ילווה את המהלך.

■ צעדים משלימים

■ לאפשר דחייה של שלושה חודשים לעמידה בלוח הזמנים שהוגדר למחלקה ספציפית המדווחת על קשיים אובייקטיביים חריפים המונעים ממנה ליישם במלואו את מתווה הקיצור. דחיה זו תהיה בסמכות מנהל בית החולים, תוך דיווח למנהלת.

■ להאריך האפשרות שניתנה למנהלי בתי החולים לאשר חריגה ממגבלת 6 תורנויות לחודש מסוף 2022 לסוף שנת 2023.

■ החרגה של תורני חוץ ממגבלת 6 התורנויות לחודש: תורני חוץ אינם מבצעים עבודת בוקר בבתי החולים, ולכן אינם סובלים מיום עבודה ארוך. קיימים תורני חוץ אשר מבצעים עבודה זו כמילוי מקום נקודתי, כהכנסה צדדית או כהכנסה עיקרית, אך עבור רובם מדובר במשרה זמנית לרופאים מתחילים ללא התמחות עד למציאת התמחות\עבודה אחרת במשרה מלאה. מבין תורני החוץ, יש גם כאלה הנסמכים על הכנסה זו, ומבצעים תורנויות רבות בחודש, כך שהגבלתם ל-6 תורנויות תפגע במקור ההכנסה שלהם באופן משמעותי. לאור אופי משרתם, נראה שאין סיבה לחשוש מפגיעה בלתי מידתית באיכות חייהם של תורני החוץ באותה המידה כמו ברופאים המבצעים עבודת בוקר, ולכן יש להחריגם או להגבילם במספר תורנויות הגבוה מ-6.

6.3.2 | מודלים

לאחר בחינת כלל המודלים על פי אבני הבוחן שהוזכרו בפרק 3, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים קבעו כי:

■ **מודל 16+2** הינו המודל הנבחר כמודל הייחוס להמשך מימוש המתווה לקיצור יום העבודה לרופאים המבצעים תורנויות בפריפריה. החלטה זו נבעה מתוך הבנה כי מודל זה הינו קל יחסית למימוש נוכח היותו הדומה ביותר למתכונת ההעסקה הנוכחית; ניתן לכמת השפעותיו על מצבת כח האדם ועל ההכשרה

בצורה ברורה יחסית (מנקודת מבט המחלקה - צורך בפיצוי עבור הפחתת כוח האדם בבקרים; מנקודת מבט המתמחה - הכפלה של מספר ימי ההיעדרות מעבודת הבוקר הנובעים מביצוע תורנות); וניתן להחילו באופן נרחב על מגוון רב של מקצועות.

מודל 18/30 - מדובר למעשה במקרה פרטני של מודל עבודה 16+2 המחיל סידור עבודה מסוים. דהיינו, לעניין תכנון המהלך לקיצור שעות העבודה לרופאים, לא קיים הבדל בין החלת מודל 16+2 לבין החלת מודל 18/30. קיימים עדיין פערי ידע, סביב ההשפעה הפיזיולוגית של עבודה רצופה-למחצה של מספר לילות, איכות חיי המתמחה ומידת הפגיעה (אם בכלל) ברצף הטיפול, כאשר יש מי שסבורים שמודל זה עשוי להיות מיטבי בשל שמירה על הרצף הטיפולי וצמצום פגיעה באיכות ההכשרה. לכן, בבתי החולים בהם ייושם מודל 16+2, קוראים גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים למחלקות בהן האיוש יאפשר זאת להתנסות בשיבוץ במתכונת 18/30, תוך מעקב ובקרה במסגרת מחקר רחב היקף אשר יבחן את ההיבטים הפיזיולוגיים והאחרים הקשורים למודל זה ובהתאם ייתן המלצה ליתר בתי החולים לשבץ הרופאים לפי מודל זה.

לבסוף, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים מציעים לבחון ולהתנסות בשימוש חלקי ומשולב בשני המודלים מעלה. לדוגמה, הפעלת תורני המחלקה לפי מודל 18/30 לצד הפעלת התורנים המאיישים את עמדות המלר"ד במודל 16+2, על מנת לגבש מסקנות לגבי היכולת להיטיב את שגרת התורניות במקרה כזה. התנסות זו כמובן תהיה חייבת להיות מלווה במחקר המלווה, כמתואר להלן.

מודל 12-12 נבחן כעת במסגרת תת-צוות ייעודי, אשר מקיים בין היתר גם מפגשי מיקוד עם מתמחים מהפריפריה. נבדקת באופן ספציפי הרלוונטיות שלו למחלקות בהן אין שינוי משמעותי בין עבודת הבוקר והלילה (מחלקות מיון).

מודל "12/12 משולב", "9/9/9" ו"התורן המגשר" - לא ייכללו במתווה. בקרב גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים שררה הסכמה כי מודלים אלו אינם רלוונטיים לעבודת הרופאה במחלקות האשפוז בשל הפגיעה הקשה ברצף הטיפולי, הפגיעה בגיבוש המחלקתי וביכולת לקיים שגרת עבודה מחלקתית סדורה, הפגיעה באיכות הלמידה וחוסר הסנכרון עם עבודת הבכירים ועם עבודת מחלקות אחרות. מודל "התורן המגשר" מסתמן כמודל אשר עלול להביא לפגיעה בלתי מתקבלת באיכות חיי המתמחה. על כן, הוחלט לא לכלול מודלים אלו במתווה היישום⁴⁰.

במכתבה מיום 9.3.22, ובהמשך בדיון המסכם של הצוות, הציעה ההסתדרות הרפואית ליישם מודל מנוחה במהלך תורנות כמודל ביניים חלופי עד להבשלה עתידית של יישום המהלך של קיצור יום העבודה לרופאים. במסגרת זו הוצע מודל של 6 שעות מנוחה רצופות במהלך יום עבודה של 24 שעות, כאשר בזמן המנוחה ייתן מענה למחלקה תורן חצי. בשיחות המשך הוצע מודל חליפי בו התורן מגיע ב 12:00 בצהריים, נח כ-5 שעות 21:00-16:00, ובזמן זה ממלא את מקומו תורן שלישי מומחה. למודל זה מספר בעיות עיקריות: עמידתו בתנאי צו שרת הכלכלה טרם נבחנה לאור שאלת פרשנות מנוחה בין כותלי בית החולים (גם במידה ותתקיים תשתית פיזית והסדרה רגולטורית אשר תבטיח מנוחה אמיתית ומלאה לתורן בשעות המנוחה); הצורך בפיצוי על כוח האדם הנדרש בשעות 12:00-8:00 מחייב הקצאת אותה הכמות של התקנים התוספתיים כמו במודל 16+2 עבור עבודת הבוקר החסרה בנוסף להוספת טור תורנות חצי־שליש עבור כל טור תורנות מלא, ולמעשה מייצרת קושי איוש מוגבר ועלות גבוהה; סבירות נמוכה מאד לאיוש כמות משמעותית של טורי תורנות חצי־שליש ברופאים בכירים בלוחות זמנים רלוונטיים; איוש מקסימלי במחלקות בין השעות 12:00 ל 21:00 אינו מתכתב עם עבודת מחלקות האשפוז, שמהוות את הרוב המוחלט של המחלקות לקיצור במתווה זה; ולבסוף הקושי לאכוף שעות מנוחה לרופאים מעמיד קושי מוגבר בהבטחת מנוחה אמיתית לתורנים. חשוב לציין כי מודל זה לא הומלץ בדו"ח

40. מודלים אלו נשללו גם בדו"ח הוועדה העליונה של ההסתדרות הרפואית

הוועדה העליונה של הר"י, וגם לא נדון במסגרת דיוני הצוות, למעט בדיון האחרון. לאור זאת, אין מנוס אלא מלהגיע למסקנה כי הוא לא מתאים לשימוש במחלקות כמודל הקיצור בשלב זה. עם זאת, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים כי המודל יידון במסגרת עבודת המנהלת לליווי ופיקוח על יישום מתווה קיצור יום העבודה לרופאים, לבחינת התאמתו במקרים רלוונטיים ותוך מציאת מענים לקשיים המהותיים במימוש.

נציין כי המודלים המוזכרים נבדקו מול שאלת התאמתם לעבודת מחלקת אשפוז, אך קיים קונצנזוס כי במחלקות לרפואה דחופה עבודה במודל משמרות היא העדיפה. במידה ויוסדרו תנאי התשלום לרופאים העובדים במודל משמרות, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים תומכים בשימוש במודל המשמרות במחלקות לרפואה דחופה בכל הארץ במסגרת שינוי שיטת העבודה במלר"דים. גם בתי החולים הרלוונטיים בפריפריה יוכלו לבחור להשתמש במודלים אלו, ולא ב 16+2 או 30\18, באופן נקודתי במלר"דים בלבד, כחלק מהשלב הראשון של מתווה הקיצור ותכנית שינוי שיטת העבודה במלר"דים.

סופי שבוע

במתכונת העבודה הקיימת (מודל 24+2 שעות), שני תורנים בלבד מאיישים את סוף השבוע בכל טור. פיצול תורניות אלו על מנת לקצרן עולה בקנה אחד עם האמירה הערכית והנורמטיבית העומדת בבסיס ההחלטה לקצר את משך התורנות, ולפיה אין ראוי להמשיך בהעסקת עובדים במשך 24 שעות ויותר.

מאידך, מציאות זו תוביל להגדלה, עד כדי הכפלה, של מספר הפעמים בהן הרופאים המבצעים תורניות יידרשו להגיע בסופי השבוע לבית החולים (או למקרים בהם רופא נאלץ להגיע פעמים באותו סוף שבוע לבית החולים). כך, במקום 2 רופאים הנדרשים להגיע לעבודה בסוף השבוע, החלת מתווה הקיצור צפויה לגרום פיצול סופי השבוע בין 3 או 4 רופאים, כתלות במודל. מכיוון ועובד בסוף השבוע מקבל ליום מנוחה חלופי, הוספה של הגעת רופא בסוף השבוע לבית החולים מוסיפה בכל שבוע חוסר בבוקר אחר.

דוגמאות לפיצול סופי השבוע הגורר הגעה של 3 או 4 רופאים לבית החולים:

שישי		שבת		שישי		שבת	
רופא 1 8:00-16:00	רופא 3 8:00-16:00	רופא 1 8:00-16:00	רופא 3 8:00-16:00	רופא 1 8:00-00:00	רופא 2 00:00-16:00	רופא 1 8:00-00:00	רופא 2 00:00-16:00
רופא 2 16:00-8:00	רופא 4 16:00-8:00	רופא 2 16:00-8:00	רופא 4 16:00-8:00	רופא 3 16:00-8:00	רופא 4 16:00-8:00	רופא 3 16:00-8:00	רופא 4 16:00-8:00

מכיוון מספר הרופאים בכל המחלקות פי 2-1.5 איננה ישימה או יעילה מול המצוקות הנרחבות במערכת, לא יהיה מנוס מהגדלת מספר סופי השבוע בהם נוכחים הרופאים המבצעים תורניות במחלקה, ולכן בעתיד הנראה לעין צפויה דרישה מרופאים רבים עליהם חל המתווה להתייצב בבית החולים בכל אחד מסופי השבוע, ברוב חודשי השנה, הגם שלשעות עבודה מקוצרות. מצב זה עלול כשלעצמו להביא לפגיעה משמעותית ובלתי מידתית באיכות חיי הרופאים המבצעים תורניות. כך לדוגמא, בקרב זוגות בהם שני בני הזוג רופאים, עלול להיווצר מצב בו שני בני הזוג במשפחות מתמחים רבות יאלצו לעבוד במקביל בסופי שבוע רבים בחודש. נוכח זאת, לא מפתיע כי הן בקרב עמדות שעלו בקרב המתמחים החברים בצוות והן בסבבי השיחות הרבים שקיים יו"ר הצוות, המתמחים באופן כמעט גורף הביעו התנגדותם להחלת המתווה בסופי שבוע ובקשו להחריג סופי שבוע מהמתווה הכללי. עמדה דומה עלתה גם במהלך מפגש שיתוף

הציבור שקיים הצוות המשותף. סוגיית ריבוי סופי השבוע מורכבת כפליים בבתי החולים בפריפריה, בהם כבר במצב הנוכחי, רופאים המבצעים תורניות - ובעיקר מתמחים - מבצעים באופן קבוע שני סופי שבוע בחודש, ולעיתים שלושה. בנוסף, מרחקי ההגעה לבתי החולים באזורים אלו ארוכים יותר וכל הגעה לבית החולים לתורנות דורשת זמן ומאמץ.

בשל המורכבויות הגדולות שסוגיית סופי השבוע מוסיפה למתווה, טרם עלה בידי גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים להגיע לפתרון יצירתי אשר "מרבץ את המעגל" ונותן מענה הן לחובה לקצר את משך התורנות והן לרצון להימנע מפגיעה בלתי מידתית באיכות חיי הרופאים המבצעים תורניות. מבחינה נורמטיבית, עבודה רצופה של 26 שעות איננה מידתית ופוגעת בחיי התורן בימי סוף השבוע כמו גם בימי החול, אך כנגד יש להכיר במציאות לפיה קיצור בסופי השבוע מייצר קשיים יישומיים חריפים למימוש המתווה בפריפריה, ועלול לפגיעה באיכות חיי המתמחה מזווית נוספת - מספר ההגעות לבית החולים בסופי השבוע. נדרשת עבודה נוספת ואינטנסיבית בשיתוף עם הגורמים השונים הנוגעים בדבר בכדי להגיע לפתרון הולם וישים לסוגיה זו. דוגמאות לפתרונות אפשריים כוללים תמרוץ השתתפות רופאים מומחים בעבודת סופי השבוע, הכללת נשים בהריון בעבודת יום בסופי השבוע או פתרונות יצירתיים נוספים.

בעת הזאת, לאור מורכבות הנושא, קיימות שתי אפשרויות פעולה קיצוניות; הראשונה היא הכללת סופי שבוע במתווה, למרות ההתנגדות והקשיים. השנייה היא החרגת סופי השבוע מהמתווה לחלוטין, תוך המשך ביצוע תורניות ארוכות במהלך סופי השבוע, על אף הבעייתיות הנלווית. לאור הקושי בהשלמה עם כל אחת מהאפשרויות האלו, ועד למציאת מודל הפעלה בר-קיימא בסופי השבוע, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים לבחון החלטת מודל opt-out, דהיינו, להגדיר כי ברירת המחדל לסופי השבוע הינה תורניות מקוצרות, אך לאפשר לרופאים המעוניינים בכך להמשיך ולבצע תורניות בנות 24 שעות, בתמורה לצמצום מספר סופי השבוע בהם יידרשו להגיע לבית החולים. מומלץ כי מודל זה ייושם עד לסיום יישום מתווה קיצור שעות העבודה, שאז תבצע בחינה שלו מול מודלים פוטנציאליים שהגדלת אחרים ויחלט על דרך קבועה לעבודה בסופי השבוע. בחינה שערך מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות מצא כי פתרון דומה מיושם (באופנים שונים) – בנושא הגבלת שעות העבודה בשבוע והגבלת אורכי תורנות במהלך השבוע (סופו) ב-18 מדינות באירופה, לרבות בריטניה וצרפת, ועשוי לשמש כפתרון ביניים ראוי. באשר למודל opt out, יצוין כי החשש הקיים משימוש בהענקת אפשרות בחירה נובע מהנחה כי יופעל לחץ על המתמחים לבחור להפעיל את בקשת ההחרגה. בעוד שחשש זה הינו משמעותי באשר לעבודה בימות השבוע (בהיעדר הסדרה מתאימה), בחירה שאיננה חופשית על ידי הרופא באשר לסופי השבוע היא בעלת סבירות נמוכה מאד, היות ואופי השיטה שתיבחר ע"י הרופא (מקוצר או מלא) אינה משפיעה על ההוראה או על אופי עבודת המחלקה, שכן אין עבודה סדורה או הוראה במהלך סופי שבוע. קל יותר להניח שהשיקול הבלעדי שינחה את הרופאים בהחלטתם אם לבחור להחריג את סופי השבוע מהמתווה יהיה תנאי העבודה של הרופא (הגעה למשמרות ארוכות בפחות סופי שבוע או הגעה ליותר משמרות קצרות יותר) ולא כתלות בלחץ חיצוני.

אם יוחלט להחיל אפשרות opt-out, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים כי המהלך ילווה במחקר מלווה אשר ינטר באופן מדויק את הנגזרות השונות של עבודת סוף השבוע. בין אם יוחל מודל opt-out ובין אם לאו, מומלץ לאפשר החלה הדרגתית של קיצור שעות העבודה בסופי השבוע, ולא להתלות את מתווה הקיצור כולו (בימי החול) במציאת פתרון לנושא סופי השבוע. המשך בחינה של מודל זה ומודלים אחרים לסופי השבוע, בנוסף לאופן והמועדים למימוש מלא, ייקבעו בדיונים נוספים בשיתוף משרד הכלכלה.

6.3.3 | תקנים תוספתיים נדרשים

בחודשים האחרונים התבצעה עבודת מטה מאומצת במשרד הבריאות, על מנת להבין מהו מספר המשרות התוספתיות הנדרשות ליישום המתווה. הערכות אלו בוצעו על בסיס איסוף נתונים מבתי החולים, הערכות חטיבת בתי החולים, דיונים עם גופים שונים, מספרי הטורים והתורניות העודפות שהוצגו בפרק 4, וניתוחם. התקנים שיוצגו בפרק זה רלוונטיים עבור מתווה קיצור שעות העבודה לרופאים בפריפריה אך לא לשם שינוי שיטת העבודה במלר"דים, שכן נדרשת עוד עבודת מטה לקביעת תוספת המשאבים המדויקת לצורך שינוי זה.

חישוב המשרות הנדרשות מתבסס על כך שכל תורנות שמקוצרת מייצרת חוסר של רופא בעבודה הבוקר. כלומר, אם במחלקה יש טור תורנות אחד, בכל יום נוצר חוסר של רופא בבוקר, וסה"כ חוסר של 30 בקרים בחודש לכל טור תורנות, ויש להוסיף מספיק רופאים כדי לפצות על הבקרים החסרים הללו. 7 ימי עבודה חסרים בשבוע הם כ-1.2 משרות מלאות⁴¹, כך שעל פניו יש צורך בתוספת של 1.2 משרות רופא (תוספת "נטו") עבור כל טור תורנות שמקוצר (משרה מלאה אחת עבור ימי השבוע ועוד 0.2 לסוף השבוע). **אולם חישוב זה לא מכיל בתוכו את כל המורכבות של עבודת המחלקות והרופאים - ויש להוסיף אליו ימים תוספתיים וחסרים רבים כמו סופי שבוע והיעדרויות.** כך, תוספת המשרות "ברוטו" נגזרת מהשאלה - כמה בקרים בפועל עובד רופא המועסק במשרה מלאה? תשובה לשאלה זו מורכבת, מכמה טעמים:

א. אילוצי התמחות

מכיוון ורוב מבצעי התורניות הם מתמחים, לאחוז הזמינות של המתמחה מתוך כלל ההתמחות השפעה משמעותית. בניכוי חודשי הרוטציות במחלקות אחרות⁴², תקופת מדעי יסוד והיעדרות לרגל מבחנים, מתמחה יעבוד באופן ממוצע פחות ממשרה מלאה במחלקת האם בה הוא מועסק. שיעור הפסד ימי העבודה משתנה בין מקצועות שונים. למשל, ברפואה פנימית מהוות הרוטציות 14 מתוך 48 חודשי ההתמחות (29%) בעוד שבנפרולוגיה אין רוטציות חובה כלל. שיעור היעדרות מושפע גם מאחוז מעבר הבחינות במחלקה ובבית החולים המסוים.

ב. אילוצים אישיים

חופשים, חופשות לידה, חופשות מחלה ומילואים מקטינים את הזמן בפועל בו רופא ממוצע זמין לעבודת המחלקה, ויש לקחת אותם בחשבון בשאלת מספר התקנים. בנוסף, קיימת שונות בין בתי חולים ובין מחלקות, לדוגמא, בין בתי חולים המתאפיינים במתמחים רבים הנעדרים לרגל שירות מילואים מול בתי חולים בהם יש מעט מתמחים הנעדרים המבצעים שירות מילואים, או בין מחלקות בהן יש שיעור גבוה של חופשות לידה לבין אחרות.

ג. חוסר קיים מול עודף קיים

בחלק מן המחלקות קיים כבר היום תת איוש, כך שמשמעות הפחתת מצבת הבוקר ללא פיצוי מלא של רופאים עלולה למנוע את היכולת לקצר את שעות העבודה. עם זאת, במחלקות אחרות הפחתה של רופא אחד ממצבת עבודת הבוקר לא צפויה להשפיע לרעה על עבודת המחלקה, בין אם בשל איוש בוקר נוסף בזכות רופאים ברוטציה, רופאים המועסקים דרך תאגידי בריאות או הסכמי תקנים עם קופות חולים ו/או גופים חיצוניים.

41. 7 בקרי עבודה חסרים בשבוע: עובד במשרה מלאה שעובד גם ביום שישי עובד 6 ימים בשבוע. עובד נוסף מגיע יום עבודה אחד נוסף שהוא כ-0.2 משרה נוספת. סה"כ 1.2 משרה.

42. בעוד שלפי הגדרה מתמחים בתקופת רוטציה אינם תורמים עבודת בוקר במחלקת האם, קיימת שונות במידת התרומה של מתמחים בתקופת רוטציה לאיש התורניות במחלקת האם, והדבר משתנה בין בתי חולים, מקצועות ולעיתים אף בין תקופות זמן שונות כתלות בקשיי האיוש.

ד. סופי שבוע

כמו שתואר בתת פרק קודם, החלת המתווה בסופי השבוע גוררת עבודת רופא עד שני רופאים נוספים בסופי שבוע. מכיוון ועבור עבודה בסוף השבוע זכאי הרופא ליום מנוחה חליפי במהלך השבוע, החלת המתווה בסופי השבוע תביא לתוספת חסר בבוקר עבודה במהלך השבוע (במקום 7 בקרים חסרים בשבוע- 8-9 בקרים).

ה. "חיסרון לקוטן"

עוד פרמטר שבא לידי ביטוי בגיבוש יחס תקנים תוספתיים לטור עבור קיצור בשעות העבודה הוא סוגיית החיסרון לקוטן, שמאד בולטת בפריפריה לאור כך שקיימות בה לא מעט מחלקות בעלות טור תורנות יחיד. למחלקות קטנות אלו, בעיקר בשל כוח האדם המצומצם שלהן, יש מעט מאד מקדמי בטחון, וגמישות מופחתת בשיבוץ כוח האדם. כך, משרה אחת נוספת או פחותה משפיעה עליהן באופן הרבה יותר חריף מאשר במחלקות גדולות, ובמיוחד במקרים בהן קיים חסר קודם. במחלקות אלו יש לעיתים צורך מוגבר בכוח אדם על מנת לגשר על הקושי המובנה ולייצר בטחונות מספיקים להצלחת יישום הקיצור.

ו. תורני חוץ

ז. בעוד שאת התורנויות בבתי החולים מאיישים גם רופאים מומחים ורופאים ללא התמחות, הנחת העבודה בבסיס המתווה היא כי את עיקר התקנים התוספתיים שיאפשרו את קיצור שעות העבודה – יאיישו רופאים מתמחים. מלבד רופאים מתמחים, מועסקים במחלקות רבות תורני חוץ במתן סיוע נקודתי באיש תורנויות לילה. סיוע זה נדרש במחלקות שאין בהם איוש מספק של מתמחים או תחומיים המבצעים תורנויות, וכפועל יוצא הוא נפוץ בפריפריה שבאופן יחסי למרכז סובלת מקשיי איוש. העסקה כתורן חוץ פעמים רבות משמשת כהעסקה זמנית לרופא צעיר עד למציאת התמחות, או כהשלמת הכנסה בלילות לרופאים הזקוקים לכך. במקרה של רופאים שלא עומדים ברף המקצועי למציאת התמחות, העסקה כתורן חוץ מאפשרת למחלקה לעמוד על טיבו של הרופא, ולהעניק לו ניסיון מעשי נוסף המאפשר לו לעמוד בדרישות המקצועיות. על אף יתרונות אלו, יש הסכמה מקצועית כי העסקת תורני חוץ אינה אופטימלית מבחינת איכות השירות הניתן: תורן החוץ אינו חלק אינטגרלי מהמחלקה בצורה מספקת מכיוון והוא לא נוכח באופן קבוע בבקרים, ההיכרות שלו עם המטופלים והתהליכים הרפואיים שעברו פחותה, וכך גם עם אנשים הצוות האחרים והמומחים שנמצאים בעיקר בבוקר. חלק מתורני החוץ "ממלאים פערים" בטורים פעם או פעמים בחודש, אך תורני החוץ רבים מבצעים תורנויות רבות, לעיתים עשר ויותר בחודש. צו שרת הכלכלה שמגביל ביצוע תורנויות ל 6 לחודש צפוי להשפיע עליהם, וכך גם על המחלקות שבהן הם מועסקים. מכיוון ותורני חוץ לא מבצעים עבודת בוקר, לכאורה לא נדרש עבורם פיצוי בתקנים מכיוון ושעות עבודתם לא יקוצרו. מאידך, תורני חוץ רבים מבצעים הרבה מאד תורנויות. בנוסף, עלו טענות כי בבתי החולים קיימים מספר גבוה של תורני חוץ. לאחר בדיקה, הוחלט לא לקזז מחישוב מפתח התקנים מכיוון ואנו צופים כי היתירות תתקזז בפועל מול החסרים הבאים:

1. משיחות וספורים בבתי החולים עולה כי תורני חוץ רבים צפויים לעבור להעסקה כמתמחים במסגרת תקנים חדשים שיחולקו, כך שהוספת מתמחה משמעותו תהיה אובדן של תורן חוץ. על פניו מדובר במהלך מבורך, אלא שהתוספת השולית של תורן חוץ שהפך למתמחה (כלומר שעות העבודה החדשות שהוא מוסיף למחלקה), תהיה נמוכה מתוספת של מתמחה "חדש", ולכן למעשה יוותר חוסר (גם אם קטן) על אף שהתקן אויש. חוסר זה יהיה גבוה יותר בבתי החולים בהם תורני חוץ רבים, ויש לתת עליו את הדעת.

2. חלק ניכר מתורני חוץ בבתי החולים בפריפריה מבצעים תורנויות רבות, לעיתים 10-12 בחודש. בין

אם הם ייקלטו כמתמחים ובין אם ימשיכו להיות מועסקים כתורני חוץ, תידרש הפחתה של מספר התורניות שהם מבצעים ל-6.

3. רבים מהרופאים שרשומים בבתי החולים כתורני חוץ מבצעים בפועל מעט מאד תורניות, ובתפיסת המחלקה הרחבה הם אינם תורני חוץ קבועים. תורני החוץ הרלוונטיים שמשפיעים על החלת המתווה הם, בהמשך לסעיפים הקודמים, אלו שעתידיים להיקלט כמתמחים ואלו שמבצעים תורניות רבות בחודש.

ניתן לראות כי אכן קיימת מורכבות רבה בחישוב היחס בין תקינה "ברוטו" לבין נוכחות רופאים מתמחים במחלקה "נטו", כאשר חלק מן הפרמטרים משתנים ברמת המחלקה הספציפית (שיעור משרתי המילואים, משך המילואים הממוצע, שיעור חופשות הלידה ומודל העבודה בסופי השבוע), ולא ניתן להגיע למפתח אחד אשר מייצג נאמנה את מספר התקנים התוספתיים הנדרשים בכל מחלקה ומחלקה בארץ. עם זאת, אין מנוס משימוש במפתח על מנת לתכנן את פריסת התקנים בין בתי החולים, בקירוב הגבוה ביותר האפשרי.

לאחר בחינת עומק מבוססת נתונים ועבודת מטה שהתבצעה במשרד הבריאות, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים ממליצים על תוספת לפי מפתח של 1.5 תקני רופאים עבור כל טור תורנות מלאה במקצוע שעתידי להיות מקוצר בבתי החולים בפריפריה:

בסיס 1.2 תקן נטו לטור, ועוד 0.1 תוספת ימי מנוחה חלופיים עבור עבודת סופי שבוע (1.3), ולבסוף תוספת 0.2 עבור אחוז נוכחות בפועל של מתמחה במחלקת האם (1.5)

- בחישוב לפי מפתח זה, ובהינתן 135 טורי תורנות מלאים במקצועות הנכללים בשלב הראשון ליישום המתווה, נדרשים סה"כ 203 תקני רופאים תוספתיים למען ביצוע קיצור בשעות העבודה הרצופות בפריפריה במתווה הפריסה המוצע.

- מכיוון וכל מתמחה חדש צפוי להוריד את מספר התורניות החודשיות למבצעי התורניות הקיימים, נדגיש כי התקנים הדרושים לצורך הפחתת מספר התורניות לרופאים, צפויים להתקזז עם התקנים החדשים שנועדו לקיצור, כך שאין צורך בתקנים נוספים.

6.3.4 נושאים שאינם בסמכות הצוות

שכר הרופאים

קיימת הסכמה בין כלל הגורמים המעורבים כי שכר הרופאים מושפע באופן ישיר מכמות שעות העבודה שהם מבצעים בפועל. במצב עניינים זה, תחת ההסכמים הקיבוציים הרלוונטיים וחוקי העבודה במדינת ישראל, יישום מתווה קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורניות צפוי להביא לירידה בהשתכרות הכוללת של הרופאים המבצעים תורניות. אל הצוות הגיעו פניות של רופאים ונציגי בתי חולים המוחים על ירידה אפשרית זו, ובין היתר נטען כי הדבר מייצר חשש לירידה ביכולת הגיוס העתידית של מתמחים אל המשרות החדשות שצפויות להיפתח בפריפריה.

צוות זה לא קיבל סמכות או אחריות לדון בנושא שכר הרופאים, וכל דיון בנושא זה נמצא תחת סמכות ואחריות ארגון העובדים והמעסיקים. על כן, דיון בנושא שכר ותנאי עבודה לא התקיים בפגישות הצוות, ולא יינתנו המלצות בענייניו בדו"ח זה. עם זאת, מאחר ומנהלי בתי החולים התריעו כי חוסר הבהירות בעניין השכר המשולם עלול לפגוע ביכולת האיוש של התקנים התוספתיים הצפויים, גורמי המקצוע במשרד

הבריאות וחברי הצוות החתומים קוראים לגורמים הרלוונטיים להבהיר ולהסדיר את כללי התשלום אשר יוחלו על הרופאים המבצעים תורנויות במתווה שעות העבודה המקוצרות. יש להדגיש כי הבהרה זו נחוצה על מנת לאפשר יישומו המלא של מתווה הקיצור.

בנוסף, במסגרת שינוי שיטת העבודה במלר"ד צפויים לעבור רופאי המחלקה לרפואה דחופה לעבודה במודל משמרות. לצורך מעבר זה תידרש הסדרה של כללי התשלום אשר יחולו עליהם. גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים קוראים לגורמים הרלוונטיים לפעול לקידום הנושא בהקדם על מנת שתהיה אפשרות להתחיל במהלך הארצי.

מבנה ההכשרה

במהלך דיוני הצוות התקבלו פניות מגורמים שונים המזהירים כי השלכות קיצור שעות העבודה של רופאים מתמחים, כמתואר בדו"ח זה, ישפיע על הכשרת מתמחים המבצעים תורנויות, ועלול להביא להארכה בפועל של תקופת ההתמחות/ לקיצור בזמן ההכשרה, להפחתת חשיפה של המתמחה למקרים שונים, ועוד.

בדומה לסוגיית שכר הרופאים, לצוות זה אין סמכות או אחריות לדון או לתת המלצות בנושא הכשרת המתמחים ו\או תוכן ואורך הסילבוסים השונים, וזו נתונה רק למועצה המדעית. לכן, הצוות לא בחן טענות אלו ולא גיבש המלצות בעניינם. עם זאת, לאור כך שנושא זה הועלה על ידי גורמים רבים, וביניהם ההסתדרות הרפואית, כנושא מהותי המושפע ממתווה קיצור שעות העבודה למתמחים, וכי הועלה חשש מגורמים שונים בשטח כי חוסר וודאות בנושא זה עלולה לגרור יצירת קושי נוסף בגיוס מתמחים למשרות הרלוונטיות, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים קוראים ומבקשים מהמועצה המדעית לבחון את ההשפעה הצפויה של התכנית המוצעת על הכשרת המתמחים, להבהיר מול השטח את ההשפעה הצפויה על ההכשרה ולקדם פעולות בנושא זה במידת הצורך, אף כי נושא זה אינו תנאי קודם להתחלת המתווה.

למותר לציין כי שימור ושיפור איכות הכשרת מתמחים היא בחזקת עקרון בסיסי עבור כל הגורמים המעורבים ביישום קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורנויות, וכי במידה ויידרשו שינויים ודיוקים ביישום המתווה לאור החלטות של המועצה המדעית, המנהלת לליווי ופיקוח על יישום מתווה קיצור יום העבודה לרופאים תיקח על עצמה להביאם לידי מימוש בדרך הטובה ביותר. עם זאת, גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים קוראים למועצה המדעית לעדכן את הגורמים הרלוונטיים מוקדם ככל הניתן בשינויים בסילבוסים, ככל שיוחלט עליהם, או ככל שצפוי להיות מוחלט בעניינם, ובאופן נקודתי בשינויים שידרשו התייחסות המנהלת.

גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים מדגישים כי מעבר לאחריות משרד הבריאות ליישום המהלך, נדרשים צעדים משלימים על מנת להצליח בביצוע מתווה זה בזמנים ובפריסה כפי שהוצעו: יש הכרח לאפשר פריסת המתווה לפרקי הזמנים שהומלצו; להעניק סמכויות דחיה והחרגה למנהלת היישום; להבהיר ולהסדיר את כללי ההשתכרות לרופאים שיעבדו במתווה המקוצר; לאמץ את הכתרון המוצע למניעת המשמעויות השליליות של הקיצור בסופי השבוע על איכות חיי הרופאים; ולחלק באופן מידי את התקנים התוספתיים הדרושים לצורך המתווה. ללא מתן מענה לסוגיות אלו החלת הצו באפריל צפויה להביא לפגיעה ברופאים, בבתי החולים ובמטופלים במערכת הבריאות בכריפריה.

6.4 | תפעול ותחזוקת המתווה מול האתגרים והמצוקות בשטח

6.4.1 | גיוס כוח אדם לפריפריה

מניתוח היצע הרופאים והשינויים הצפויים בו בשנים הקרובות ישנם מספר צעדים נדרשים על מנת לאפשר את יישום המתווה המוצע בהווה ובעתיד, גם בשנים בהם מספר המתמחים צפוי לרדת. גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים קוראים למשרדי הממשלה לפעול בשיתוף פעולה ליישום צעדים אלו, שהם הכרחיים לשימור וחיזוק מערכת הרפואה בפריפריה:

מתווה קיצור שעות העבודה לרופאים המבצעים תורניות בפריפריה:

1. בכל שלב במתווה יש להימנע ממצב של "ריקון" מלאי הרופאים מחפשי ההתמחות לחלוטין, שכן משמעות ריקון זה היא פגיעה בהיצע הרופאים בשנים לאחר מכן. מסיבה זו, המתווה המוצע לעיל הינו הדרגתי, כך שמתאפשר איוש אחראי של רופאים בתקנים החדשים.

2. הגדלה של מספר המשרות ללא הגדלה מספקת של מספר בוגרי רפואה המחפשים התמחות עלולה לגרום העסקה של רופאים בעלי רמה מקצועית פחות טובה, מתוך מצוקת האיוש. כמענה לכך, יש לנקוט בצעדים תומכים לשימור איכות הרפואה בפריפריה, שדורשים דיון נפרד ועל כן לא יפורטו בדו"ח זה.

המשך קידום פרויקטים למשיכת כח אדם איכותי לפריפריה, אימוץ מסקנות וועדת גמזו בחלקים הנוגעים לגיוס מתמחים בפריפריה⁴³:

1. המשך פעילות התכנית לרפורמה רב שנתית להגדלת כמות הרופאים המוכשרים בישראל, במסגרתה כבר נצפה גידול של 10% סטודנטים בשנה⁷ 2021-2022;

2. יש להמשיך ולפעול למען הגדלה מאסיבית של מספר הסטודנטים לרפואה בשנים הקרובות, בפרט בתכניות הארבע שנתיות ובפרט בבתי הספר לרפואה הנמצאים בפריפריה. באופן ספציפי ולפי המלצות וועדת גמזו הנוגעות לפריפריה, יש לתמוך בגידול במספר סטודנטים עם זיקת מגורים ראשונית לאזורי החסר כדוגמת תכניות "אילנות דרום" ו"אילנות צפון להכשרת רופאים מצטיינים המיועדים לעבוד בפריפריה. ראשוני הרופאים מתכנית זו יתחילו להתמחות כבר בשנת 2026, כאשר בחמש השנים הקרובות יוכשרו 300 רופאים (התכנית עצמה תחל לפעול בשנת הלימודים תשפ"ג);

3. המשך פעילות תכנית להגדלת מספר הרופאים בפריפריה, במתכונת של סבסוד לימודיהם של סטודנטים מצטיינים לרפואה במוסדות מוכרים בחו"ל, תוך התחייבות שלהם להתמחות בפריפריה. (צפויה לצאת לפועל כבר בשנת 2022);

4. תכניות "כוכבי צפון" (שמופעלת בשנים האחרונות על ידי מפעל הפיס ותמומן בסיוע משרד הבריאות בשנת) ותכנית "כוכבי דרום" (שמוקמת השנה על ידי משרד הבריאות), מיועדות להביא מתמחים מצטיינים לפריפריה בטווח הזמן המידי באמצעות מענקים ותכנית התמחות ייחודית, המשלבת עבודה ומחקר בבתי חולים בפריפריה;

5. תכנית שנבנית בימים אלו ומיועדת להבאת מספר רב של רופאים עולים, מומחים ומתמחים כאחד, לפריפריה, באמצעות שורה של תמריצים והסרת חסמים לעליה;

6. יש להמשיך ולהשקיע ביצירת תנאי עבודה אטרקטיביים בבתי החולים בפריפריה: פיתוח תשתיות, עדיפות במתן תעודות CON, ויצירת סביבה טכנולוגית.

43. פרופ' רוני גמזו, תכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל, 2021

בחינת פרויקטים חדשים:

1. חיזוק ופיתוח שיתוף הפעולה בין בתי חולים במרכז ובפריפריה להעלאת הרמה המקצועית ויצירת אופק תעסוקתי, כתלות ברצון בית החולים ובאופן נקודתי. בין הרעיונות שהועלו על ידי הצוות המקצועי המשותף – יצירת סינוף בין בתי חולים במרכז ובפריפריה ו/או ביצוע התמחות משולבת במרכז ובפריפריה.
2. איתור ומענה לדרישות התא המשפחתי של הרופא/ה: תעסוקת בני זוג (מודל "שליחי מדינה"), הבטחת דיור איכותי, בחינת בניית "שיכוני רופאים", גני ילדים ברמה גבוהה וכיו"ב.

6.4.2 | מענים משלימים

נכח משך הזמן הארוך הנדרש להכשרת רופאות ורופאים, ובעיית היצע הרופאים הזמינים לתחילת התמחות, אין מנוס אלא לנקוט צעדים לייעול זמנם של הרופאים הקיימים ולהפחית את השחיקה אותה הם חווים, כדי לא לפגוע ברמת השירות הרפואי המוענק לציבור בעקבות המעבר למודל עבודה שונה. בעלי מקצוע הפועלים כמענים משלימים, אשר מבצעים offloading של משימות בעלות אופי טכני, אדמיניסטרטיבי או גוזל זמן מהרופאים, צפויים להידרש במיוחד בפריפריה. סטודנטים לרפואה, פלבוטומיסטים, טכנאי אק"ג ומזכירה/רפואית/עשויים להפחית מהרופאות והרופאים נטל נכבד של משימות אדמיניסטרטיביות ו/או בעלות אופי טכני, ולשחרר בפועל את הרופא למשימות אחרות. בכך, הם עשויים לתרום משמעותית להגדלת זמן רופא במחלקות. קיימת גמישות רבה יותר באופן העסקת מזכירות ותומכי רופא נוספים בהשוואה לשעות עבודתם של רופאים, מה שמקל על שילובם בשעות העומס, ויכול לתת מענה נקודתי ומידי להקלה על רופאים במחלקות הסובלות מקשיי איוש. העסקה של בעלי תפקידים אלו במסגרות שונות היא צעד קל וזול ליישום באופן יחסי, אשר ניתן למימוש תוך פרק זמן קצר משמעותית מפרק הזמן הנדרש להכשרת רופאים חדשים. על כן, ממליצים גורמי המקצוע במשרד הבריאות וחברי הצוות החתומים על הצעדים הבאים:

- להקצות בעלי מקצוע שתומכים בעבודת הרופא (שאינם עוזרי רופא, אליהם קיימת התייחסות מפורטת בדו"ח זה ואליהם יש להפנות משאבים ייעודיים) עבור מחלקות בהן יקוצר יום העבודה לרופאים בפריפריה.
- במקרים בהם מנהלים מתקשים לאייש את תקני הקיצור התוספתיים, לאפשר המרת סכום התקן הלא מאויש באופן זמני בתקציב עבור בעלי מקצוע אלו, כמענה לחוסר שנוצר בעקבות הפחתת שעות העבודה, עד להשלמת האיוש. אפשרות זו הועלתה לפחות על ידי בית חולים אחד ככזו שצפויה להקל באופן משמעותי על התנעת יישום מתווה הקיצור.

הערות חברי הצוות החתומים

מאיר דוד

משרד הכלכלה מבקש לבחון לעומק את סוגיית ה opt out בסופי השבוע בטרם ימליץ בנושא.

ד"ר שירי טננבאום

העסקת מתמחים במשך יממה רצופה בעבודה הדורשת מאמץ פיזי ומנטלי רב הינה תופעה שצריכה לבוא לקיצה.

הובלת שינוי במערכת כה מורכבת דורשת אומץ רב ופשרות אינספור, ועל כן אני חותמת בשמחה על המסקנות המצורפות, על אף שהן מביאות עימן בשורה רק לחלק קטן מהמתמחים במדינת ישראל. אני מאמינה כי זהו צעד ראשון בתהליך שיוביל בסופו של דבר לקיצור משך התורנות בכלל המקצועות הרפואיים בישראל, באופן שיטיב עם המתמחים ועם ציבור המטופלים כאחד.

עם זאת, החרגת מקצועות הקרדיולוגיה ורפואת הנשים מהמתווה אינה סבירה, והזיקה החלקית של מקצועות אלו לדיסיפלינות הכירורגיות אין בה בכדי לספק מבחינתי הסבר מספק. ראוי היה לקבוע לוח זמנים להטמעת קיצור משך התורנות גם במקצועות אלו, תוך התחשבות בחסמים לביצוע.

ד"ר נועה הראל

1. דוח זה מהווה רק ההתחלה של מתווה קיצור שעות העבודה עבור המתמחים, שיפור תנאי ההעסקה, שיפור שירותי הרפואה בישראל ומתן רפואה מיטבית למטופלים ולמטופלות. זו היא אינה המילה האחרונה בנושא ויש לתת את הדעת ואבני הדרך להמשך בנוגע לקיצור במקצועות הכירורגים בראשיתם מקצוע הנשים ולכלל המקצועות בבתי החולים במרכז.

2. אין בהסכמתי או בחתימתי תמיכה בפגיעה של שכר המתמחים. יש לבצע תיקון מהיר ודחוף של הסכם השכר עבור המתמחים המתחילים את המתווה תוך שמירה על זכויותיהם ועל יכולתם להתפרנס בכבוד.

3. אין בחתימתי, תמיכה בשינוי אורך התמחות. יש לשמר את אורך ההתמחות עבור כל המתמחים הנמצאים כעת בהליך הקיצור. בעת סיום הקיצור הארצי במקצוע ניתן לשקול שינוי. לא ייתכן כי מתמחה באותו המקצוע בפריפריה יסבול מהארכת ההתמחות. הדבר יפגע אנושות בכוח האדם בפריפריה ואין לתת לכך יד.

בהינתן הנ"ל אחתום על הדוח.

ד"ר נועה הראל, מתמחה בבית חולים ברוך פדה פוריה, מייצגת המתמחים בפריפריה.

המתווה המוצע להלן אינו מושלם אך כן מדובר בבשורה. מדובר בצעד ראשון בדרך ארוכה לשיפור פני הרפואה ותנאי העסקתם של הרופאים בישראל וטומן בחובו פתח לבחינה והתחדשות בתחומי תנאי עבודת הרופאים, אופן הכשרת מתמחים, איכות הטיפול הרפואי הניתן, פערי מרכז- פריפריה והיצע הרופאים במדינת ישראל.

חשוב להזכיר שהמתמחים הצביעו בעד קיצור התורנויות הן בכיתות רגליהם ברחובות והן בסקרים חוזרים שהופצו על ידי ארגוני המתמחים, פורום המתמחים של הר"י וארגון 'מרשם', ומלכתחילה קיום הועדה היא תוצר של מאבקם. מכאן חובתנו לפעול לפתרון ישים ומיידי לקיצור שעות העבודה.

לצד חתימתי על הדו"ח אבקש להביע מספר הסתייגויות:

1. לא ניתן להחיל את מתווה הקיצור בפעימה הראשונה טרם הסדרת שכרם של המתמחים הכלולים בו מבלי ששכרם ייפגע.
2. לא ניתן להחיל את מתווה הקיצור בפעימה הראשונה טרם קיבוע אורך תוכניות ההתמחות הקיימות כיום והבטחה שעבור אותם מתמחים הכלולים במתווה לא תוארך תקופת ההתמחות.
3. כצעד משלים למתווה המצורף, תידרש בחינה של המשך יישום התוכנית במרכז הארץ ובמקצועות שלא מתוכנן בהן קיצור כעת, בפרט המקצועות הכירורגים שקיצור שעות עבודתם לא נדון במסגרת דו"ח זה. עד לפתרון ישים לקיצור שעות העבודה באותם מקצועות יש לבחון כיצד ניתן להקל בהקדם על אותם מתמחים במהלך עבודתם.
4. יש לפעול לפתרון סוגיית הגדלת מספר ימי העבודה בסופי השבוע בהקדם. עד למציאת פתרון יש להחריג את החלת המתווה על סופי השבוע.

נספח א | ההיתר הכללי



משרד הכלכלה
והתעשייה
השרה



ל' תשרי תשפ"ב
6 אוקטובר 2021
2021-0169-227

הודעה על תיקון ההיתר כללי להעסקה במנוחה השבועית ובשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים או בילדים (הוראת שעה)

לפי חוק שעות עבודה ומנוחה, התשי"א-1951

אני מודיעה לפי סעיף 15 לחוק שעות עבודה ומנוחה, התשי"א-1951¹ (להלן - החוק) כי בתוקף סמכותי² לפי סעיפים 11(4) ו-14 לחוק תיקנתי את ההיתר הכללי להעסקה במנוחה השבועית ובשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים או בילדים³ (להלן - הוראת השעה), כלהלן:

מטרה של תיקון זה להביא לקיצור יום העבודה של רופאים המועסקים בשעות נוספות שהן שעות תורנות ל-16 שעות ואם צרכי עבודה מחייבים זאת - 18 שעות, באופן מדורג, ובהתחשב בתכלית החוק ובצרכי מערכת הבריאות.

הוספת סעיף 3¹. אחרי סעיף 2 להיתר יבוא:

3" (א) על אף האמור בסעיף 2, מותר להעסיק בתורנות רופא המועסק בבית חולים ובלבד שהעסקה כאמור תהיה לפי הוראות בדבר סדרי תורנות הקבועים בהסכמים הקיבוציים אשר נחתמו בין המעסיקים ובין ההסתדרות הרפואית בישראל, בין אם מעסיקו של הרופא חתום עליהם ובין אם לאו, ובכפוף לכל אלה:

(1) (א) אורך יום עבודה הכולל שעות נוספות שהן שעות תורנות לא יעלה על 24 שעות, ואם צרכי העבודה מחייבים זאת - לא יעלה אורך יום העבודה כאמור על 26 שעות;

¹ ס"ח התשי"א, עמ' 204; הסמכות הועברה משר העבודה הרווחה והשירותים החברתיים לשרת הכלכלה והתעשייה בהחלטת הממשלה מס' 133 מיום י" באב התשפ"א (19 ביולי 2021), וההעברה האמורה אושרה בישיבה הארבעים ותשע של הכנסת העשרים וארבע ביום כ"ד באב התשפ"א (2 באוגוסט 2021).

(ב) על אף האמור בפסקת משנה (א), לגבי רופאים המועסקים בבית חולים בפריפריה, יחולו הוראות אלה:

- (1) לא יאוחר מיום כ"ח באדר ב' התשפ"ב (31 במרס 2022) אורך יום עבודה הכולל שעות נוספות שהן שעות תורנות לא יעלה על 16 שעות, ואם צרכי עבודה מחייבים זאת – לא יעלה אורך יום עבודה כאמור על 18 שעות;
- (2) על אף האמור בפסקת משנה (1), לגבי רופאי טיפול נמרץ כללי ורופאים מרדימים, אורך יום העבודה כאמור בה יחול לא יאוחר מיום ט' בניסן התשפ"ג (31 במרס 2023);
- (3) פסקת משנה (1), לא תחול על רופאים המועסקים במקצועות הכירורגיה, ואולם, אין בה כדי לגרוע מהחלתה על רופאים במקצועות אלה בהתאם לתכנית החומש.

- (3) בכפוף לאמור בפסקה (6), ביום עבודה שאין הרופא מועסק בשעות תורנות, ניתן להעסיקו בשעות נוספות ליום כאמור בסעיף 2;
- (4) בין יום עבודה הכולל שעות נוספות שהן שעות תורנות למשנהו תחול הפסקה של עשרים שעות לפחות;
- (5) לא יועסק רופא בשעות נוספות שהן שעות תורנות אלא אם כן העמיד המעסיק לטובת הרופאים חדר נפרד עם מיטות למנוחה לצורך שינה יזומה במשך לא פחות משעתיים, למעט במקרים חריגים שבהם לא יתאפשר הדבר;
- (6) (א) לא יועסק רופא מעל 71.5 שעות בשבוע עבודה בממוצע לשנת עבודה, ולגבי עובד המועסק כאמור בפסקה (1)(ב)-63 שעות עבודה בשבוע בממוצע לשנת עבודה; במניין אלה ייכללו שעות נוספות לרבות תורנויות;
- (ב) הועסק רופא בחלק משנת העבודה יהיה מספר שעות העבודה הממוצע לשבוע עבודה יחסי לתקופת העבודה שהוא עבד בה;
- (ג) מנהל מחלקה, רשאי, באישור מנהל בית החולים, לאשר מראש העסקת רופא באופן החורג מ-71.5 שעות עבודה או מ-63 שעות עבודה, לפי העניין, בשבוע כאמור בפסקת משנה (א), אם הדבר דרוש למניעת פגיעה ממשית ביכולת בית החולים ליתן מענה נאות לצרכים הרפואיים של המטופלים במחלקה; ראה מנהל בית החולים כי נדרשת העסקה החורגת משבוע עבודה של 71.5 שעות, או 63 שעות, לפי העניין, לפרק זמן של שלושה חודשים, יביא את הדבר לאישור המנהל הכללי של משרד הבריאות המוסמך לאשר העסקה חורגת כאמור אם השתכנע כי היא נחוצה כדי למנוע פגיעה ממשית כאמור;

(7) המנהל הכללי של משרד הבריאות או ראש מינהל הרפואה במשרד האמור, יודיעו לאגף ההסדרה פעם בשישה חודשים, על מספר התורנויות בממוצע שביצעו רופאים, בהשוואה למספר תורנויות שביצעו בממוצע בתקופות קודמות ועל עמידה במספר שעות העבודה כאמור בפסקה (א).;

(8) מנהל בית חולים יעביר למינהל הרפואה של משרד הבריאות דיווח על מחלקות של בית החולים שבהן תדירות המקרים החריגים כאמור בפסקה (5) גבוהה; בדיווח הראשון לפי שיטה חדשה יציין המנהל את שיטת הדיווח והניטור שעל פיה מסר את דיווחו כאמור; מינהל הרפואה ירכז את הדיווחים, ויעבירם לאגף ההסדרה אחת לשלושה חודשים.

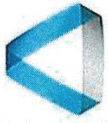
(ב) בסעיף זה -

"אגף ההסדרה" - אגף ההסדרה במינהל ההסדרה ואכיפת חוקי עבודה במשרד התעשייה המסחר והתעסוקה;

"בית חולים בפריפריה" - בית חולים העמק בעפולה, בית חולים סורוקה בבאר שבע, בית החולים לגליל מערבי בנהריה, בית החולים זיו בצפת, בית החולים פדה פוריה בטבריה, בית חולים ברזילי באשקלון, בית חולים יוספטל באילת, בית החולים הסקוטי בנצרת, בית החולים הצרפתי בנצרת, בית החולים המשפחה הקדושה בנצרת;

"מעסיקים" - ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית וההסתדרות מדיצינית הדסה;

"שנת עבודה" - כהגדרתה בחוק חופשה שנתית, התשי"א-1951⁴



משרד הכלכלה
והתעשייה
השרה



"תכנית חומש" – תכנית רב שנתית לשנים 2022 עד 2026 שתגובש על ידי משרד הבריאות ומשרד האוצר לקיצור אורך יום עבודה הכולל שעות נוספות שהן שעות התורנות ל- 16 שעות בתוספת שעתיים אם צרכי העבודה מחייבים זאת, וכי אורך שבוע עבודה הכולל שעות נוספות שהן שעות תורנות הוא 63 בממוצע שנתי, שיחול על רופאים, מחלקות או מקצועות, יחידות או בתי חולים בהיקף נרחב בנוסף לקבוע בסעיף קטן (א)(1)(ב);

"תורנות" – כמשמעותה בהסכם הקיבוצי מיום 29.11.1976 שבין המעסיקים ובין ההסתדרות הרפואית בישראל."

1. אין בהוראות היתר זה כדי לגרוע מסמכותו של מעסיק להעסיק בפחות שעות מהקבוע בסעיף 3(א)(1)(א) ו-(ב), ככל שהדבר אפשרי מבחינת צרכי העבודה, מקום העבודה, המחלקה וצרכי הכשרה של הרופא.

2. (א) תוקף סעיף 1 להודעה זו עד יום כ"א בטבת התשפ"ז (31 בדצמבר 2026);

תוקף

8 בתשרי התשפ"ה (6 באוקטובר 2021)
(חמ 4281-3)

אורנה ברביבאי
שרת הכלכלה והתעשייה



שר הבריאות
Minister of Health

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ירושלים, יום ראשון, י" בכסלו, תשפ"ב
14 באוקטובר 2021
סימוכין: 1125227621

לכבוד,
ד"ר ספי מנדלוביץ, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות
ד"ר שלומי קודש, מנהל המרכז הרפואי סורוקה
ד"ר מיכאל הלברטל, מנהל המרכז הרפואי רמב"ם
פרופ' פהד חכים, מנהל בית חולים האנגלי נצרת
פרופ' גיל פייר, משנה רפואי למנכ"ל וסמנכ"ל רופאים, המרכז הרפואי סוראסקי
ד"ר צבי שלג, סגן מנהל המרכז הרפואי לגליל
ד"ר שירי טננבאום, סגנית מנהלת המרכז הרפואי וולפסון
מר מאיר דוד, ראש מנהל אסדרה ואכיפה בזרוע העבודה, משרד הכלכלה והתעשייה
מר אור קיים, ראש ענף בריאות, שכר והסכמי עבודה, משרד האוצר
מר דניאל פדון, אגף התקציבים, משרד האוצר
ד"ר ענבר צוקר, סגנית ראש חטיבת הרפואה, משרד הבריאות
מר אלכסיי בלינסקי, מנהל תחום תכנון כ"א, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
מר שי מעוז, מנהל תחום רגולציה ותכנון, אגף לתכנון תקצוב ותמחור, משרד הבריאות
גב' שרי פג שגב, מנהלת תחום חלופות הוצאה על שירותי בריאות, משרד הבריאות
ד"ר זאב פלדמן, מ"מ יו"ר הר"י, יו"ר ארגון רופאי המדינה, מנהל יחידת נירוכירורגיה ילדים, שיבא
ד"ר גיורא גוטסמן, סגן יו"ר הר"י, סגן חטיבת בייח ארק"ח, מנהל יחידת הזיהומים בחטיבת ילדים, המרכז הרפואי מאיר
פרופ' דוד צייגר, חבר מזכירות הר"י ויו"ר ועד רופאי סורוקה, מחלקה כירורגית ומנהל מרפאות החוץ, המרכז הרפואי סורוקה
ד"ר אלכס איזקסון, חבר מזכירות הר"י ויו"ר ועד רופאי זין, מנהל מחלקת הרדמה, המרכז הרפואי זיו פרופי נמרוד מימון, יו"ר החטיבה הפנימית, המרכז הרפואי סורוקה
ד"ר יואל אנגל, מערך הרדמה, טיפול נמרץ וטיפול בכאב והנהלת הרופאים, המרכז הרפואי סוראסקי
ד"ר ליאור אונגר, יו"ר פורום מומחים צעירים בהר"י, מחלקה נירוכירורגית, שיבא תל השומר
ד"ר ניצן עטיה, סגן יו"ר פורום מתמחים בהר"י, מתמחה ברפואת ילדים, שיבא תל השומר
ד"ר דניאל גולד, מתמחה ברפואה דחופה, המרכז הרפואי שערי צדק
ד"ר עידו אביבי, מתמחה במחלקה פנימית, המרכז הרפואי סוראסקי
מר עומרי כהן, יו"ר פורום סטאז'רים בהר"י, בית חולים לניאדו

שלום רב,

הנדון: כתב מינוי לצוות מקצועי משותף לתכנון וליישום המהלך לקיצור יום העבודה של הרופאים המועסקים בתורנויות

ביום 6.10.2021 ניתן על ידי שרת הכלכלה, התיקון להיתר הכללי להעסקה במנוחה השבועית ובשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים ובילדים (להלן: "התיקון להיתר הכללי").

התיקון להיתר הכללי מצורף לכתב מינוי זה ומסומן **כנספח א'**.

על פי התיקון להיתר הכללי, בשלב הראשון, ביום 31.3.2022, יקוצר יום העבודה של הרופאים המועסקים בשעות נוספות שהן שעות תורנות, ל-16 שעות ואם צורכי העבודה מחייבים זאת ל-18 שעות, וזאת ב-10 בתי החולים בפריפריה המנויים בתיקון להיתר, ובמקצועות המנויים בתיקון להיתר.

בהמשך, יקוצרו בהדרגה תורנויות הרופאים המתמחים גם בשאר בתי החולים ברחבי ישראל.



שר הבריאות
Minister of Health

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

לפיכך, לאחר סבב התייעצויות עם אנשי משרד הבריאות, עם משרד האוצר, עם ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: "הר"י") ועם רופאות ורופאים מבתי החולים בכל הארץ, החלטתי להקים צוות מקצועי משותף לתכנון וליישום המהלך לקיצור יום העבודה של הרופאים המועסקים בתורניות (להלן: "הצוות").

במסגרת עבודתו יפעל הצוות בראי הוראות התיקון להיתר הכללי, המודלים השונים שהותוו והומלצו על ידי הוועדה העליונה לבחינת מתכונת עבודת הרופאים בבתי החולים, איגרת שר הבריאות למתמחות ולמתמחים מיום 18.10.21 ומודלים נוספים - זאת בכפוף להוראות התיקון להיתר הכללי והכל תוך דאגה לאיכות הטיפול, איכות ההכשרה, רווחת הרופאים ותנאי עבודתם.

1. תפקידי הצוות

א. טיוב וניתוח הנתונים של בתי החולים והמחלקות השונות, תחילה ב-10 בתי החולים בפריפריה המנויים בהיתר ובהמשך בכלל בתי החולים.

ב. לגבש המלצות ביחס למכלול היבטי יישום המתווה, לרבות צרכי איוש, אופי ההתמחות ואופן עבודת התורנים בסופי שבוע, כמתחייב מהתיקון להיתר הכללי ולאור המודלים השונים לקיצור יום העבודה ולהפחתת מספר התורניות במקצועות ובמחלקות השונות בבתי החולים, תחילה בפריפריה ובהמשך בכלל בתי החולים.

ג. בחינת פתרונות נוספים להקלת עומסי העבודה בתורניות, ובהם עזרות ועוזרי רפא וצוות מזכירות רפואית.

2. מסקנות הצוות יגובשו על ידי כל הגופים המשתתפים בו ויוגשו אלי. נושאים המוסדרים בהסכם קיבוצי יועברו למשא ומתן קיבוצי בין הממונה על השכר במשרד האוצר, המעסיקים והר"י.

3. מסקנות הביניים של הצוות, בקשר למתווה קיצור יום העבודה כמפורט בהיתר הכללי, בגין עשרת בתי החולים הפריפריה, יוגשו עד ליום 31.1.2022.

4. בראש הצוות יעמוד המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, ד"ר ספי מנדלוביץ.

5. בסמכות יו"ר הצוות להרחיב את הרכב הצוות על פי הצורך, בתיאום עם הגופים החברים ולאחר קבלת הסכמת.

אבקש להודות לכם על נכונותכם לקחת חלק במשימה חשובה זו ובשינוי מערכת הרפואה בישראל.

בכבוד רב,

ניצן הרוביץ
שר הבריאות



שר הבריאות
Minister of Health

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

העתקים:

מר אביגדור ליברמן, שר האוצר
גברת אורנה ברביבאי, שרת הכלכלה והתעשייה
פרופ' נחמן אש, מנכ"ל משרד הבריאות
מר יוגב גרדוס, הממונה על אגף התקציבים, משרד האוצר
מר קובי בר נתן, הממונה על השכר והסכמי עבודה, משרד האוצר
ד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת הרפואה, משרד הבריאות
ד"ר דודו דגן, ראש חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות
מר רן רידניק, ראש חטיבת רגולציה, מחשוב ובריאות דיגיטלית, משרד הבריאות
עו"ד דנה נויפלד, היועצת המשפטית, משרד הבריאות
מר חיים הופרט, סמנכ"ל לתכנון, תקצוב ותמחור, משרד הבריאות
ד"ר אורלי ויינשטיין, סמנכ"לית וראש חטיבת בתי חולים, שירותי בריאות כללית
פרופ' ציון חגי, יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל
עו"ד לאה ופנר, מזכ"ל ההסתדרות הרפואית בישראל
מר רון קורמוס, ראש מטה שר הבריאות, משרד הבריאות

נספח ג | תוכנית לאומית להגדלת מספר לומדי רפואה

בשנתיים האחרונות נעשו פעולות רבות להגדלת מספר בוגרי רפואה בישראל ולתכנון מיטבי ארוך טווח של רופאים בהתאם לצורך הלאומי.

בפרט הוקמו שתי וועדות מקבילות שהגישות את מסקנותיהן שסוף שנת 2021. הוועדה הראשונה היא הוועדה לתכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל של המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות בראשות פרופסור רוני גמזו. הדוח המליץ על שורת צעדים, בין היתר:

1. הגדלת מספר מקבלי הרישיונות בישראל ל- 2000 בשנה, מתוכם 60% לפחות בוגרי ישראל עד שנת 2035.

2. מתוך 2000 רישיונות 1200 (60%) יהיו בוגרי הארץ. לצורך כך יחול גידול הדרגתי מ-821 סטודנטים בשנת 2020 עד 1200 בשנת 2025 בצורה הדרגתית. כבר ב 2021 חל גידול חד פעמי ל 907 מתחילים במקום 821 כתוצאה ממאמצים משמעותיים של משרד הבריאות- 86 סטודנטים (10%).

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

4. ביטול של תכניות הלימוד של סטודנטים זרים הלומדים באוניברסיטאות ישראליות

5. קידום צעדים לעידוד חזרה לישראל של סטודנטים ישראלים הלומדים בחו"ל ושל רופאים ישראלים הגרים ועובדים בחו"ל. באמצעות רישום של סטודנטים ישראלים בחו"ל, שמירה על קשר עימם ותמריצים כספיים או אחרים 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 באזורים או בתחומים נדרשים.

7. 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.

8. גידול בכמות סטודנטים עם זיקת המגורים 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.

9. הרחבה הדרגתית של תכנית אילנות ל-100 תלמידים (50+50) עד שנת 2025, כחלק מהתהליך השלם של הגדלת מספר הלומדים בארץ.

10. 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).

הוועדה השנייה הינה וועדה של המועצה להשכלה גבוהה לבחינת מבנה הלימודים ברפואה ומיפוי השדות הקליניים בלימודי

הרפואה בשיתוף עם משרד הבריאות בראשות פרופסור רפי ביאר ופרופסור יונתן הלוי. הדוח המליץ על שורה רחבה של שינויים במתכונת ההכשרה של סטודנטים לרפואה המפורטים להלן:

1. קיצור משך הלימודים להענקת תואר (MD דוקטור לרפואה, והענקת התואר עם סיום הלימודים) בשנת הלימודים השישית או הרביעית, בהתאם למסלול הלימודים (האקדמיים באוניברסיטאות ולאחר עמידה בחובת הגשת עבודת גמר, אישור לביצוע 40 תורנויות "סטודנט עוזר רופא" ומעבר בהצלחה של בחינת הגמר).
 2. עדכון הלימודים הקליניים בשנת הלימודים האחרונה באופן שיהיו מורכבים מתקופת התנסות מעשית אישית (20 שבועות), בפיקוח רופא, במחלקות הליבה) פנימית, ילדים וכירורגיה(, בבתי החולים המסונפים לפקולטה בה לומדים הסטודנטים, ומתקופת התנסות במקצועות בחירה) 14 שבועות (בבתי חולים שונים) מינימום שבועיים בכל התנסות כזו. 3
 3. הערכה פורמלית אחודה בסיום שנת הלימודים האחרונה - היערכות לבחינה אחת אינטגרטיבית (במקום 5 בחינות ארציות הנהוגות היום)
 4. הגדלת מספר הסטודנטים הלומדים רפואה בישראל ב- 400 סטודנטים ביחס למחזור שהחל לימודיו בתשפ"א. ההגדלה תהיה הדרגתית במהלך 4 שנים ותחל בתשפ"ג.
 5. הרחבת ההתנסות הקלינית בקהילה. מעבר להכשרה הקלינית ברפואת משפחה, שילוב הכשרה קלינית של שבועיים במרכזי בריאות הילד ושבועיים במרכזי בריאות האישה כחלק מההתנסות הקלינית ברפואת ילדים וברפואת נשים ומיילדות בהתאמה.
- למעשה שתי הוועדות הסכימו על הצורך הדחוף להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה בארץ ובחול והציבו את היעד להכשרה מקומית על לפחות 1200 בשנה.

נספח ד' | הרפורמה להבטחת הרמה המקצועית של הרופאים בישראל

("רכורמת יציב")

בשנת 2017 החל אנף הרישוי במשרד הבריאות, בראשות פרופ' שאול יציב, בביצוע רפורמה שמטרתה להבטיח את הרמה המקצועית הגבוהה של מקבלי רישיון הרפואה במדינת ישראל. זאת בעקבות מידע שהגיע לאנף הרישוי, אשר הצביע על רמה נמוכה למדי של חלק מבתי הספר לרפואה בהם לומדים סטודנטים ישראלים בחו"ל. לאחר בחינה מעמיקה, נמצא כי בחלק מהמוסדות קיימים פערים מדאיגים בתכנית הלימודים, במקרים מסוימים עד כדי התעלמות מוחלטת מהחלק הקליני (החלק המעשי). ממצאים חמורים אלו עולים בקנה אחד עם דיווחים שהגיעו ממחלקות שונות בבתי החולים בארץ, לפיהם הרמה המקצועית של חלק מהסטז'רים אשר למדו בחו"ל נמוכה באופן חריג.

להלן הצעדים המרכזיים שבוצעו במסגרת הרפורמה:

1. מחשוב בחינות הרישוי: נועד בין השאר להקשות על תופעת ההעתקות. שינוי זה נכנס לתוקף החל מ-2019.

2. רה-ארגון של קורסי ההכנה לבחינת הרישוי: כולל הסדרה ופיקוח על תכנית הלימודים בקורסי ההכנה וכן על רמת הלימוד בהם, וזאת על ידי הפקולטה לרפואה בתל אביב, בראשות פרופ' אהוד גרוסמן. בנוסף, שונה באופן מהותי גובה הבונס בבחינת הרישוי לו זכאים בוגרי הקורסים הללו. בעבר, מעבר של בחינת הסיום בקורס העניק 10 נקודות בונס בבחינת הרישוי. כיום, ניתן בונס דיפרנציאלי ביחס לציון בבחינת הסיום של קורסי ההכנה. כך למשל, ציון 70 בקורס ההכנה יזכה בכ-7 נקודות בונס בלבד. שינויים אלו נכנסו לתוקף החל מ-2019.

3. קביעת סטנדרט לבתי ספר לרפואה בעולם: סטודנט שהחל את לימודיו בבית ספר לרפואה ב-2019 ואילך יוכל לגשת לבחינת הרישוי בארץ רק אם למד לאורך כל שנות לימודיו במוסד העומד בתנאי האקרדיטציה החדשים שהגדיר אנף הרישוי. מהלך זה יחל להשפיע בשנת 2025-2026, כאשר הסטודנטים שהחלו ללמוד ב-2019 ואילך יסיימו את לימודיהם.

צעדים מתוכננים נוספים במסגרת הרפורמה:

4. עיבוי בחינות הרישוי: הוספת פרק קליני לבחינת הרישוי.

5. בחינת רישוי בעברית: שליטה בשפה העברית הכרחית לאיש צוות רפואי, בין השאר כדי להבטיח למידה מיטבית בתקופת הסטאז' ותקשורת נאותה עם יתר הצוות הרפואי ועם המטופלים. כדי להתגבר על קשיי השפה של חלק מבוגרי חו"ל, יוקמו אולפני שפה ברחבי הארץ כדי לשפר את רמת העברית של הנבחנים.

6. הגבלת מס' החזרות על מבחן הרישוי: כיום אין מגבלה על מספר הפעמים שבהן ניתן לגשת לבחינת הרישוי. נבחנת אפשרות להגביל לשלוש שנים את פרק הזמן ממועד המבחן הראשון ועד המבחן האחרון שהנבחן יורשה להשתתף בו (מקסימום של 6 בחינות). זאת מכיוון שקיים חשש ממשי לפגיעה ביכולות המעשיות של הסטודנט, אשר נשחקות ככל שעובר הזמן מעת סיום הלימודים.

כניסתה לתוקף של הרפורמה צפויה להשפיע על מספר הרופאים החדשים אשר למדו בחו"ל. מאחר שמחשוב הבחינה והשינויים בקורסי ההכנה כבר נכנסו לתוקף, ניתן להתחיל לאמוד את השפעתם על שיעורי המעבר בבחינות הרישוי. קיימת ירידה משמעותית בשיעורי המעבר בבחינה שהתקיימה בנובמבר 2019, שבה הופעלו לראשונה שינויים אלו, בהשוואה לבחינות קודמות. שינויים אלו משפיעים על הזרם החזי

של בוגרי חו"ל ועל שיעור הרופאים החל מ-2020.

בניגוד לשני הצעדים הללו, תנאי האקרדיטציה החדשים יחלו להשפיע על מספר מקבלי הרישיונות רק בשנת 2025. מבדיקות שנעשו במשרד, עולה כי רבים מהמוסדות שבהם לומדים סטודנטים ישראלים בחו"ל אינם עומדים בתנאים אלו. למעשה, המוסדות שבהם התרחש עיקר הגידול בסטודנטים ישראלים בעשור האחרון הם המוסדות שאינם עומדים בתנאים אלו. לכן, שיעור גבוה ממקבלי הרישיון בכל שנה, שהיו לומדים במוסדות אלו אלמלא הרפורמה, יאלצו לפנות למוסדות ברמה גבוהה יותר אשר עומדים בתנאי האקרדיטציה החדשים, או לוותר על עיסוק ברפואה בישראל. בהנחה שסטודנטים בוחרים במוסד הלימודים הטוב ביותר שאליו הם יכולים להתקבל, ולאור הרמה הנמוכה של רבים מהמוסדות שנפסלו, אנו צופים ירידה משמעותית בזרם השנתי של בוגרי חו"ל החל משנת 2025.

מטבע הדברים, אמידת ההשפעות העתידיות של צעדי הרפורמה כרוכה בחוסר וודאות משמעותי. על כן, נלקחו בחשבון מספר תרחישים, שעשויים לצמצם או להגביר את השפעת הרפורמה על מספר בוגרי חו"ל. תרחישים אלו כוללים הסתגלות של הנבחנים לרף החדש של הבחינה עם הזמן, אישור הצעדים המתוכננים של הרפורמה, מעבר של סטודנטים ממוסדות ברמה נמוכה למוסדות העומדים בתנאי האקרדיטציה וחפיפה בין ההשפעות של הצעדים השונים. על בסיס תרחישים אלו נקבע טווח טעות סביר, המסומן על ידי השטחים הצבועים בגרף בכחול ובכתום.

רקע

רק כ-50 אחוזים ממקבלי רישיון רופא בכל שנתון מתחילים את התמחותם בשנה בה סיימו את הסטאז', ו-80 אחוזים סך הכל יתחילו התמחותם תוך שנתיים מקבלת הרישיון. יציבות הנתונים האלה על פני השנים, גם תחת שינויים במספר התקנים הפנויים, מרמזת כי המתנה להתמחות היא לרוב חלק מתהליך טבעי של השתבצות, העשוי לנבוע מסיבות רבות:

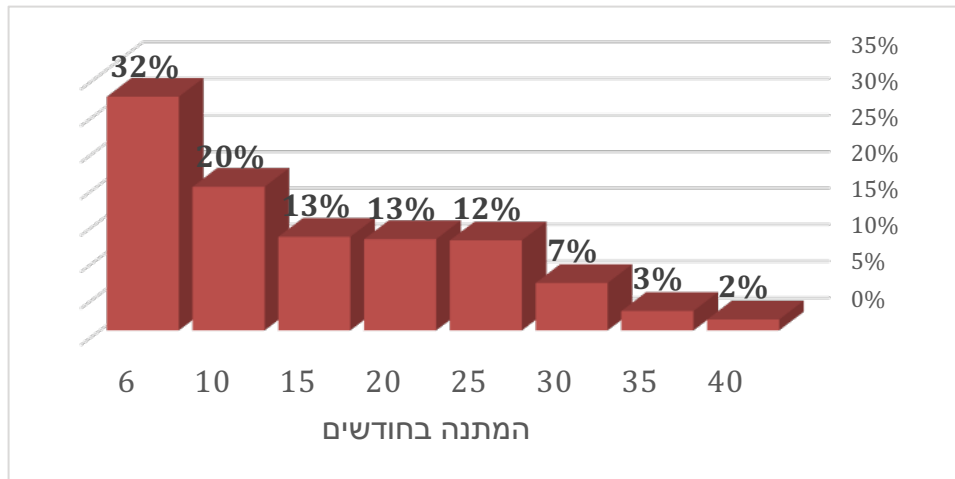
- המתנה להתמחות ספציפית במקום ספציפי
- החלפת התמחות להתמחות אחרת
- צה"ל – תוכנית צמרת
- יציאה לחו"ל
- לימודים
- הריון וסיבות אישיות
- עולים – השתלבות והתאמה
- אי התאמה להתמחות

כחלק מהדיון המתנהל בנושא הרופאים המתמחים בישראל, חוזרת ועולה הטענה כי חלק גדול מהרופאים הממתינים מובטלים כל עוד לא השתבצו להתמחות. על מנת לבחון את הטענה הזו בוצע ניתוח המבוסס על נתוני משרד הבריאות, המועצה המדעית ורשות המסים, הבוחנת את אוכלוסיית בוגרי לימודי הרפואה ש"התעכבו" בהתחלת התמחותם.

ממצאים

מתוך כלל מקבלי רישיון רופא בשנת 2018 כ-600 רופאים החלו להתמחותם כעבור יותר מחצי שנה מקבלת הרישיון. מחצית מהרופאים המתנינו פחות מעשרה חודשים בטרם החלו את התמחותם.

תרשים 1 | התפלגות זמן המתנה של מקבלי רישיון ברפואה עד לתחילת התמחות



בקרוב הממתינים קיימת שונות במאפיינים, מקצועות ההתמחות ומוסדות ההתמחות בהם הם משתבצים לבסוף. קיים שיעור גבוה של בוגרי ישראל ממתינים אשר משתבצים לבסוף במקצועות רפואת עיניים, אף אוזן גרון ורפואת נשים. מדובר במקצועות מבוקשים מאוד, וממצא זה מעיד כי המתמחים בהם המתינו עד להתפנות משרה במקצועות אלו על מנת להתחיל התמחות. מאידך, במקצועות אחרים בבתי חולים פריפריאליים, בולט שיעור של מתמחים בוגרי מוסדות שלא אושרו במסגרת רפורמת יציב, אשר המתינו זמן ממושך עד לתחילת התמחות. במקרה זה, יתכן שההמתנה משקפת את משך הזמן הארוך שנדרש למועמד להתקבל למשרת התמחות.

מחוז צפון בולט במספר הרופאים שהמתינו זמן רב עד להתחלת התמחות במקצועות רפואה פנימית, רפואת משפחה, רפואת ילדים, רפואת יילוד וגניקולוגיה וכירורגיה כללית. ממצא זה מחזק את הסברה כי לפחות בנקודת הזמן הנוכחית, קיים מחסור במחלקות מסוימות במחוז צפון במשרות התמחות פנויות.

מתוך 1.2 אלף מקבלי רישיון רופא בישראל בשנת 2018 נלקח מדגם אקראי של 276 בוגרים, ובהצלבת הנתונים מול נתוני רשות המסים נבדק מועד תחילת עבודתם במערכת הבריאות בשנים 2018-2020. ממצאי הניתוח העלו כי 72% מהרופאים החלו לעבוד במערכת הבריאות בשנת 2019, עוד בטרם התחילו התמחות. עוד נמצא כי ככל ששנת התחלת העבודה מאוחרת יותר, הולך ועולה שיעור בוגרי ישראל מתוכם. כך, בעוד שבקרוב מי שהחלו לעבוד כבר ב-2018 עמד שיעור בוגרי ישראל על 28.3%, עלה שיעור זה ל-34.2% בשנת 2019, ואילו בקרב מי שהחלו לעבוד רק בשנת 2020 כבר הגיע שיעור בוגרי ישראל מתוכם ל-63.2%. ממצאים אלו עשויים להעיד כי חלק מבוגרי ישראל "בררנים" יותר בבחירת בית החולים בו יעבדו (ו/או התמחות מועדפת עליהם) ולפיכך התעכבו בתחילת עבודתם. חלק מההמתנה יכולה להיות מוסברת גם על ידי יציאה לחו"ל וגיוס לצה"ל של בוגרי תוכנית "צמרת", אך אין ברשותנו נתונים באשר למתעכבים אלו.

