

המלצות הוועדה העליונה

לבחינת מתכונת עבודת
הרופאים ואופי התורנויות
בבתי החולים

יושבי ראש הוועדה:

פרופ' רן טור-כספא | פרופ' יוסף קלאוזנר

רכזת הוועדה:

ד"ר אלה קיטרוסר



יוני 2021



המלצות הוועדה העליונה

לבחינת מתכונת עבודת הרופאים
ואופי התורנויות בבתי החולים

יושבי ראש הוועדה:

פרופ' רן טור-כספא | פרופ' יוסף קלאוזנר

רכזת הוועדה:

ד"ר אלה קיטרוסר

יוני 2021



פתח דבר

אנו מתכבדים להגיש את דו"ח הוועדה העליונה לבחינת מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות בבתי החולים.

דו"ח זה הוא פרי עבודה מעמיקה ויסודית בו לקחו חלק חברי הוועדה העליונה, נציגי איגודים מקצועיים, המועצה המדעית, ארגון רופאי המדינה, ארגון רופאי שירותי בריאות כללית, נציגי פורום המתמחים, פורום המומחים הצעירים, פורום הסטאז'רים, ויועצים מקצועיים מתחומים שונים אחרים.

יישום המלצות דו"ח זה יביא לרפואה מיטבית יותר, מקצועית יותר, תוך מתן שירות טוב יותר למטופל ותוך שמירה על איכות חייו של הרופא.

תודה ליו"ר הר"י, פרופ' ציון חגי, ולמנכ"ל הר"י, עו"ד לאה ופנר, על האמון והתמיכה.



ניאלי-יסימ

פרופ' רן טור-כספא
יו"ר משותף הוועדה העליונה

פרופ' יוסף קלאוזנר

פרופ' יוסף קלאוזנר
יו"ר משותף הוועדה העליונה

Elle

ד"ר אלה קיטרוסר
רכזת הוועדה



תוכן עניינים

1	תקציר
5	1. הרקע להקמת הוועדה
7	2. הרכב הוועדה ותחומי פעילותה
10	3. סדרי עבודת הוועדה
20	4. בעיית היסוד של מערכת הבריאות בישראל
24	5. המחסור בתשתיות ובכוח אדם רפואי
31	6. מעמדו של הרופא המתמחה בישראל בהשוואה לעולם
42	7. התמקצעות ברפואה: פנים רבות להתמחות הרפואית
44	8. איכות חייו של הרופא: עוזר רופא וסיוע אדמיניסטרטיבי כצעדים מכפית שחיקה
50	9. הצורך בשיפור תנאי העבודה וסביבת העבודה של הרופא המומחה
58	10. משך שעות העבודה, איכות ובטיחות הטיפול, רמת ההכשרה ואיכות חיי המתמחה
63	11. עבודת רופאים מתמחים בעולם ובישראל - סקירת מודלים של שעות עבודה ומנוחה
71	12. עבודת ועדות המשנה
91	13. המודלים המוצעים של עבודת רופאים מתמחים
99	14. משמעויות מספריות של המודלים המוצעים
106	15. היתכנות יישום המודלים המוצעים במקצועות השונים
108	16. השלכות על עבודת הרופאים המומחים ועל שוק הרפואה
109	17. דרכים להתאמת מסלול ההתמחות לאור המודלים המוצעים
112	18. מתכונת עבודת הרופאים - המצב המשפטי
123	19. ריכוז המלצות הוועדה
130	20. אחרית דבר
131	21. התייחסויות נוספות של חברי הוועדה
142	22. רשימת מקורות
146	23. נספחים



תקציר

התמורות הרבות שעברו על מערכת הבריאות בשנים האחרונות, וביתר שאת בשנה האחרונה, הציבו בקדמת הבמה את הצורך בטיפוח ושימור ההון האנושי, והעלו את הצורך החיוני לבחון את ליבת העשייה של הרופאים והרופאות בישראל. לשם כך הקימה ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) ועדה עצמאית ובלתי תלויה: הוועדה העליונה לבחינת מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות בבתי החולים.

"תפסת מרובה - לא תפסת". מטבע הדברים, לא יכולה הייתה הוועדה לעסוק בכל היבט והיבט של עבודת הרופאים. על כן בחרה הוועדה להתמקד במספר נושאים מרכזיים, המהווים את חלק הארי בעולמם המקצועי של הרופאים בישראל, גם אם אינם ממצים את כולו לחלוטין. הוועדה בחנה, אם כן, את מתכונת עבודת הרופאים המומחים והמתמחים כאחד בבתי החולים, לרבות תנאי עבודתם וסביבת עבודתם. עוד בחנה הוועדה מודלים שונים של עבודת רופאים מתמחים בבתי חולים, לרבות השפעתם על איכות הטיפול ורמת ההכשרה, היתכנות יישוםם והשפעתם ארוכת הטווח על עבודת הרופאים המומחים ועל שוק הרפואה. סדרי עבודתה של הוועדה, תכני פעילותה, מסקנותיה והמלצותיה מפורטים בדוח זה.

בראשות הוועדה עמדו פרופ' רן טור-כספא ופרופ' יוסף קלאוזנר, ואת פעילותה ריכזה יו"ר פורום המתמחים, ד"ר אלה קיטרוסר. על 36 חברי הוועדה והמשקיפים, נמנו נציגים מקצועיים מאחד עשר איגודים מדעיים, נציגי פורום המתמחים, פורום הסטאז'רים, פורום המומחים הצעירים, המועצה המדעית, ארגון רופאי המדינה, ארגון רופאי שירותי בריאות כללית ועוד. במהלך עשרות ישיבותיה, הוועדה שמעה את מגוון הדעות בנושאים שעל הפרק ובחנה את הפתרונות השונים, את ישימותם ואת השפעתם על מערכת הבריאות. עם תחילת פעילותה, הוקמו תשע ועדות משנה אשר בחנו את מתכונת עבודת הרופאים בכללה האפשרות לקיצור אורך התורנויות במקצועות השונים הן בהיבט הפרופסיונאלי של ההכשרה הנדרשת לרופאים לשם קבלת המומחיות והן בהיבט הפרקטי של אופן יישום הדברים והטמעתם במחלקות בבתי החולים.

יודגש כי פתיחות ושקיפות היו נר לרגליה של הוועדה לאורך כל תקופת עבודתה. שיתוף והיוועצות נרחבים ככל האפשר של ציבור הרופאים היו לנדבך מרכזי בפעילותה, ועל כך יעידו הקשת הרחבה של חברי הוועדה ושל המוזמנים לישיבותיה, השידורים החיים בהם הועברו ישיבותיה ברשת הפייסבוק, ועבודתן העצמאית של ועדות המשנה השונות כמייצגות של מקצועות רפואיים שונים. כמו כן, הוועדה דנה בכ-150 עמדות שונות אשר נשלחו אליה במסגרת "קול קורא", שפרסמה עם הקמתה, כחלק מתהליך עבודה שקוף ופתוח לציבור. עוד נשמעו ונדונו עמדות האיגודים המדעיים וגופים נוספים בהם פורום המתמחים ופורום הסטאז'רים.

העיקרון שהנחה את עבודת הוועדה הוא ההתייחסות אל ציבור הרופאים כאל ליבה הפועם של מערכת הבריאות. על כן, הוועדה רואה בהכשרתו, בשימורו ובטיפוחו של כוח האדם הרפואי (כמו גם יתר עובדי מערכת הבריאות) משימה לאומית ממדרגה ראשונה, אשר למרבה הצער, הוזנחה במשך שנים על ידי ממשלות ישראל.



הוועדה זיהתה שלוש בעיות במתכונת עבודת הרופאים הנוכחית:

- 1. שעות עבודה ממושכות, הנובעות ממחסור בכוח אדם רפואי ועומס רב** - הוועדה התוודעה למחסור בכוח האדם הרפואי ובתשתיות הרפואיות, תוצאה של היעדר השקעת משאבים מספקת למערכת הבריאות במשך עשרות שנים. ביטוייה של מצוקת המערכת מפורטים בדוח, ויש בהם בכדי להסביר את הקושי הרב במציאת פתרונות הולמים, צודקים וראויים לשיפור תנאי העבודה וסביבת העבודה של הרופאים. כתוצאה מכך התורנויות הפכו בשנים האחרונות לעמוסות מאוד, ועל כן נדרשות תוספות כוח אדם רפואי למתמחים ולמומחים.
- 2. עומס משימות לא רפואיות המוטל על הרופאים** - הוועדה התרשמה, כי לעליית היקפי משקלו של מרכיב המטלות הפקידותיות והלא רפואיות בעבודת הרופא ("בירוקרטיזציה"), על חשבון הזמן המוקדש לטיפול רפואי ולמגע עם המטופל, יש השלכות שליליות על איכות חיי הרופא ועל רווחתו במקום עבודתו. במסגרת התורנות נאלצים המתמחים להקדיש זמן רב לעבודות אדמיניסטרטיביות וטכניות הגורמות לשחיקתם, ואינן מועילות להכשרתם.
- 3. חליפה אחת אינה מתאימה לכל** - קיומה של מתכונת עבודה אחידה ומונוליטית עומד בניגוד לאופיו המגוון והרבגוני של מקצוע הרפואה, ועל כן אינו הולם את צרכיהם ואת יעדיהם של כל תחומי המומחיות השונים. במאמציה למצוא את הפתרונות הראויים לבעיות אלה, הונחתה הוועדה על ידי העקרונות הבאים:
 - שמירה על בטיחות המטופל ואיכות הטיפול.
 - שמירה על איכות ההכשרה והחינוך הרפואיים.
 - איזון בין מחויבותו של הרופא לעבודתו, לבריאותו הפיזית והנפשית ורווחתו.

קיצור המלצות הוועדה

א. שיפור איכות חייו של הרופא - מניעת שחיקה במקום העבודה

- הוועדה מצאה כי עומס המטלות הלא רפואיות המוטל על רופאים מקדם שחיקה ופוגע ברווחתם במקום העבודה. נוסף על כך, משימות אלה באות על חשבון זמנו היקר של הרופא המתמחה, אשר אמור להיות מוקדש לטיפול בחולים, ומכאן שעיסוקו בהן פוגע ביעילות עבודתו ואינו תורם מאום להכשרתו. הוועדה ממליצה, אפוא, על פתרון תקדימי לבעיה זו, ויחד עם זאת קל יחסית ליישום: שילוב של תפקיד 'עוזר רופא' ועובדים אדמיניסטרטיביים (מזכירים/ות רפואיים/ות) במחלקות בתי החולים כמפורט בגוף הדוח. הללו ייקחו על עצמם בהתאמה משימות רפואיות פשוטות יחסית תחת פיקוחו של הרופא ומטלות פקידותיות המבזבזות את זמנו היקר של הרופא.
- **מקצוע עוזר רופא:** קידום מקצוע עוזר רופא, כנהוג במדינות מפותחות רבות, בהתאם לצרכיו של כל תחום מומחיות, בהסכמה ובשיתוף פעולה עם הר"י ואיגודיה.
 - **תוספת כוח אדם פקידותי (מזכירים/ות רפואיים/ות):** הסטת משימות לא-רפואיות ובירוקרטייות מהרופאים המטפלים אל כוח אדם ייעודי הינה אחד המפתחות המרכזיים הן למניעת שחיקה והן לשיפור השירות והטיפול הרפואי. המדובר במטלות שאינן תורמות מאומה לאיכות ההכשרה, ואשר ניתן להעבירן לידי עובדים אדמיניסטרטיביים.



ב. מתכונת עבודת הרופאים המתמחים - מודלים מוצעים

הוועדה ממליצה על שינוי מהותי במתכונת עבודת הרופאים המתמחים המקובלת מקדמת דנא - שעות עבודה "רגילות" ומשך תורנות אחיד לכל המקצועות. גישת "one-size fits all" איננה הפתרון הרצוי עבור מערכת ההתמחות. לכל מקצוע מאפיינים ייחודיים משלו, אשר עשויים להכתיב מתכונות שונות של עבודה. לאור עמדת האיגודים המדעיים, שנעזרו בסקרים בקרב מתמחים, ממליצה הוועדה לתת מענה לכל תחום בהתאם לצרכיו ולמאפייניו באופן דיפרנציאלי, ולא לכרוך את כל מקצועות הרפואה יחדיו. תובנה זו זכתה לחיזוק לאורך כל דיוני הוועדה מצד רבים מחברי הוועדה והדוברים השונים, אשר הסבירו כיצד מתכונות עבודה שונות עשויות להיגזר מהבדלים בין תחומי מומחיות.

בהתאם לכך פרסה הוועדה בדוח זה ארבעה מודלים שונים של מתכונת עבודת המתמחים, הנבדלים זה מזה במאפייניהם העיקריים, כגון שעות העבודה הרצופה, שעות המנוחה, מספר התורנויות ועוד: מודל העבודה הקיים תחת שינויים משמעותיים; מודל 16/2; מודל 18/30 ומודל "התורן המגשר". מודל נוסף יוחד באופן ספציפי לעבודה במלר"דים, ויאומץ על ידי מקצוע הרפואה הדחופה.

המודל הקיים תחת שינויים: הוספת טורי תורנויות חצי שיעדו למטרה הבלעדית של מתן תנומה לתורנים. בנוסף, יעבדו בתורנות צוות אדמיניסטרטיבי ועוזרי רופא, ולשם כך יש להקצות תקנים וכוח אדם כנדרש.

מודל 16/2: העיקרון המרכזי במודל זה הוא קיצור משך התורנות ל-16 שעות. שעות התורנות (בימי חול) יהיו מהשעה 15:00 עד השעה 9:00 למחרת, כאשר התורן אינו מגיע לעבודת הבוקר ביום התורנות.

מודל 18/30: במודל זה שעות התורנות הינן משעה 15:00 ועד השעה 9:00 למחרת (התורן אינו מגיע לעבודת הבוקר ביום התורנות), כאשר המנוחה בין תורנות לתורנות - של 30 שעות.

מודל "התורן המגשר": במודל זה תתבצע התורנות משעה 21:00 עד 8:00 בבוקר. לאחר סיום תורנות הלילה התורן נשאר לעבוד עד השעה 12:00. על מנת לגשר על הפער בין סיום עבודת הבוקר לתחילת משמרת הלילה ישנו תורן נוסף שנשאר אחרי עבודת הבוקר ועובד משעה 8:00 עד לשעה 22:00. תורן זה אינו זכאי ליום מנוחה לאחר התורנות.

הוועדה ממליצה כי מודל העבודה הרצוי לכל תחום התמחות יבחן בצורה דיפרנציאלית על ידי כל איגוד מדעי בשיתוף ובתיאום עם המועצה המדעית של הר"י. הבחירה במודל העבודה הרצוי תיעשה בהתאם להחלטה משותפת של האיגוד ושל המועצה המדעית. כמו כן, לאיגוד תעמוד הזכות לשמר את המצב הקיים כיום תחת מתכונת העבודה הנוכחית, כלומר אין הוא מחויב לבחור באחד מהמודלים החדשים המוצעים בדוח זה.

הוועדה מציינת כי יישום המודלים יוביל להפחתת שעות עבודה, ומכאן שהמדינה והמעסיקים יידרשו להתמודד עם השלכות צעד זה לגבי השתכרות הרופאים בכלל המקצועות הרפואיים. הוועדה מצאה לנכון להצביע על הפחתת שעות העבודה היומיות של הרופאים ל-36 שעות בשבוע, צעד שעשוי לתת מענה לסוגיית ההשתכרות.

יחד עם זאת, הוועדה קובעת את התנאים הבאים ליישום המודלים:

- **הוספת המשאבים הדרושים לתוספת תקינה וכוח אדם** כמפורט בדוח זה: משאבים אלה "ייצבעו" כתקציב וכתקנים ייעודיים באופן ספציפי ליישום מתכונת העבודה המומלצת בזאת. מערכת הבריאות הציבורית סובלת ממצוקה חריפה ומתמשכת של תקציבים, תשתיות, תקנים וכוח אדם. ללא הוספת המשאבים הנדרשים, לא זו בלבד שיישום המודלים ייתקל בקשיים רבים, אלא שהוא צפוי להביא להרעת תנאי העסקתם של הרופאים בהשוואה למצבם הנוכחי.



- **מניעת הרחבת אי השוויון הקיים:** אחד הקשיים ביישום המודלים החדשים עלול להיות גידול באי השוויון הקיים בין מוסדות רפואה גדולים וקטנים, מרכזיים ופריפריאליים, בניגוד גמור למטרות הוועדה. על כן, הוועדה רואה את השמירה על עיקרון השוויון כתנאי הכרחי ליישום המודל המומלץ.
 - **הצורך ביישום הדרגתי:** שינוי מהותי, כגון זה, במערכת הבריאות דורש שיתוף פעולה נרחב בין כל השחקנים. לכן יש לעשותו, ללא פגיעה בעקרונות המנחים את עבודת הוועדה.
 - **הקמת ועדת יישום:** הקמת ועדת יישום מטעמה של הר"י, אשר תכלול את נציגי המועצה המדעית והאיגודים המדעיים, על מנת ללוות ולעמוד מקרוב על יישום המודלים המומלצים.
- על המועצה המדעית לדאוג לכך שהכשרת המתמחים לא תיפגע כתוצאה מהפחתת שעות העבודה במודלים המומלצים, זאת בין היתר, באמצעות מודל ה-CBME, בחינה מחדש של רוטציות ומדעי יסוד, או על ידי נקיטת דרכים שונות להגדלת מספר שעות ההכשרה של המתמחים.
- הר"י עוד תידרש לנושאים אלה ואחרים לקראת הסכם השכר הממשמש ובא על מנת לקדם את איכות הרפואה בישראל לצד שיפור תנאי עבודתו של הרופא.

ג. המלצות בנושא אופי עבודת הרופאים המומחים

תקופת ההתמחות אורכת 4-6 שנים, אליה מתווספות לעתים 2-3 שנות התמחות-על. לאחריה, יעבוד הרופא במהלך 30-40 השנים הבאות כמומחה בתחומו. חלק מהמומחים אף יהפכו ברבות השנים למנהלים. לכן הוועדה מצאה לנכון לדון בכובד ראש בעבודת הרופאים המומחים כחלק בלתי נפרד מהצורך לבחון שינויים אפשריים ונדרשים בעבודת הרופא בישראל. בפני הוועדה תוארו הקשיים והאתגרים העומדים בפני הרופא המומחה בישראל, בהם חוסר ודאות תעסוקתי עם סיום הכשרתו כמתמחה, שכר לא מתגמל, שעות עבודה ממושכות ועוד. על רקע דברים אלה המליצה ועדת המשנה לעניין מתכונת עבודת הרופאים המומחים על מספר המלצות לשיפור תנאי עבודתם בשישה נושאי ליבה: מודל עבודת הרופא המומחה, סביבת עבודת הרופא המומחה, קידום מקצועי, תורנויות מומחים, הצעת מודל הרופא "המתחייב", המומחה הצעיר.

- **מודל עבודת הרופא המומחה:** בחינת תנאי העבודה של קבוצות המומחים השונות.
- **סביבת עבודת הרופא המומחה:** הגדרת תנאי מינימום לסביבת העבודה של הרופא המומחה.
- **קידום מקצועי:** לרבות הוספת מסלולי קידום מחקרי, קליני, ניהולי והוראתי.
- **תורנויות מומחים:** הטבת תנאים והפסקת עבודה של 24 שעות לאחר תורנות, הגדרת תורנויות חצי ושליש כתורנויות בחירה של הרופא המומחה ולא של המעסיק.
- **מודל הרופא "המתחייב":** הצעה למודל תחליפי למודל ה"פול טיימר" המגדיר עשייה מעבר לסטנדרט תמורת תגמול.
- **המומחה הצעיר:** שיפור ניכר בתנאי המומחה הצעיר ובמקביל רתימת יתרוניתו לשיפור התפוקות וההכשרה במחלקה במגוון תחומים בהם תורנויות חצי, טורי הכוננויות, שיפור מפתחות התקינה והשתלמויות.



1. הרקע להקמת הוועדה

תמורות רבות ועמוקות עברו על מערכת הבריאות בישראל בעשורים האחרונים. תגליות רפואיות חדשות והשתכללותם של כלי אבחון וטיפול שיפרו את יכולותיה להתמודד עם מצבי תחלואה רבים. עקרונות יסוד המבטיחים צדק חלוקתי, ערבות הדדית, הוגנות, איכות טיפול ואתיקה מקצועית הוסדרו ועוגנו בדמותם של חוקים חשובים, בהם חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, וחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. מאידך, משאביה של מערכת הבריאות הציבורית הלכו ונשחקו עם השנים ביחס לצרכי הבריאות הגדלים של אוכלוסיית ישראל, ובמקביל התרחב חלקו של המגזר הפרטי. במקביל, מגמות מרחיקות לכת - חברתיות, דמוגרפיות ואפידמיולוגיות - עוברות גם על החברה הישראלית, ומכתיבות במידה רבה את האתגרים עמם מתמודדת מערכת הבריאות, בראש ובראשונה גידול האוכלוסייה והזדקנותה, התפשטות התחלואה הכרונית המרובה באוכלוסייה והעלייה בציפיות הציבור ובדרישותיו ממערכת הבריאות בכלל וממקצוע הרפואה במיוחד. על כל אלה נוספה התפרצותה של מגפה עולמית מסוכנת - מגפת הקורונה - אשר לא פסחה על ישראל והכתה בשנה שעברה בעוצמה. התפרצות זו מהווה תזכורת כואבת לכך כי התחלואה בה מתמקדים שירותי הבריאות בדרך כלל, אינה מחליפה את התחלואה הקשה בעת מגיפה, אלא מתווספת אליה, וכי מאבקה של האנושות במחוללי מחלות דוגמת נגיפים וחיידיקים רחוק מלהסתיים.

אל מול אתגרים אדירים אלה, המודגשים ביתר שאת בתקופה זו, מתבלטת חשיבותה של מערכת בריאות ציבורית איתנה כנדבך מרכזי בשמירה על בריאותו הפיזית והנפשית של הציבור, כמו גם מסירותם של עובדי מערכת הבריאות למטופליהם ומחויבותם לעבודתם. כל אלה לא נעלמו מעיניהם של אזרחי ישראל, אשר במהלך השנה האחרונה ביטאו את הערכתם מחממת הלב כלפי עובדי המערכת, ובראשם הרופאים.

מעבר לכך, הצלחתה של מערכת הבריאות להתמודד עם האתגרים הניצבים בפניה טמונה ביכולתה לגלות גמישות, להבין את השינויים המתחוללים סביבה ובתוכה, להגיב אליהם, ולהשתנות בהתאם - כל זאת לצד השמירה על הקיים. אכן, אם יש דבר אחד שניתן לומר עליו כי לא השתנה במהלך השנים - ויש לדאוג לכך כי לעולם לא ישתנה - הוא מחויבותו המוסרית והמקצועית של הרופא כלפי המטופל. מחויבות זו היא הבסיס לתורה הרפואית כולה, ולמעשה, היא אבן היסוד של מערכת הבריאות. בתוך המים הגועשים בהם מטלטלת מערכת הבריאות, נדמה כי יחסי מטפל-מטופל, הנשענים על אמון וכבוד הדדי, הם העוגן העיקרי, ואולי היחיד, שעשוי לייצב את הספינה, עליהם יש לשמור מכל משמר. מטרתה של ועדה זו, אפוא, היא להביא לשינוי בכיוון הרצוי למערכת הבריאות תוך שמירה על הקיים, דהיינו, לבחון דרכים חדשות לשינוי הדרוש במתכונת עבודת הרופאים בבתי החולים תוך שימורם וחיזוקם של יחסי מטפל-מטופל כבסיס לעבודתה התקינה של כל מערכת הבריאות כולה.



סוגיית מעמד הרופא, סביבת עבודתו ותנאי עבודתו נדונה בעבר לא אחת. בין היתר, יש לציין את ועדת אמוראי שעסקה בנושא כבר בשנת 2002. דוח על אתגרי רפואת המחר, שהתמקד גם הוא בעבודת הרופא, פורסם גם בשנת 2009 על ידי ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י). המשא ומתן סביב הסכם העבודה הקיבוצי שנחתם בשנת 2011 עסק לא רק בשאלת השכר, אלא באופן כולל יותר בתנאי העבודה של הרופא ושל המערכת כולה במאמץ לתקן את העיוותים שנוצרו בה. גם הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית ('ועדת גרמן') מהווה אבן דרך בולטת בעיסוק בשאלה זו. כל אלה מעידים על נכונותם ועל רצונם הטוב של בעלי העניין במערכת הבריאות, בהובלת הר"י, לדון בשאלות מורכבות וכבדות משקל, ולא להירתע מעריכת שינויים כל אימת שמתעורר הצורך בכך.

אכן, המערכת לא שקטה אל שמריה. עבודתן הברוכה והחיונית של הוועדות וקבוצות המומחים הרבות, שרק חלקן הוזכר מעלה, כמו גם פעילותה הרבה של הר"י בקידום מעמד הרופא ומערכת הבריאות כולה, הכשירו את הקרקע לעריכתו של דיון עקרוני, מקיף, פתוח, שקוף, מקצועי ומבוסס ראיות על המתכונת הרצויה לעבודת הרופאים ואופי התורנויות בבתי החולים. לא ניתן להתעלם מכך כי זהו נושא דוחק, הנמצא על סדר היום הציבורי זה מספר שנים. המניע העיקרי לכך הוא תמורות חברתיות, תרבותיות וטכנולוגיות, והשפעת "חילופי הדורות". שינויים באורח החיים דורשים עיון וחשיבה מחדש על מתכונת העבודה של הרופאים בכלל והרופאים המתמחים בפרט, לרבות שעות העבודה והמנוחה הרצויות מבלי להתפשר על איכות ההכשרה, בטיחות המטופל ואיכות הטיפול הרפואי. על רקע דברים אלה עולה בארץ ובעולם שאלות בדבר מודל העבודה וההכשרה הרצוי לרופאים מתמחים ומומחים, אשר ייטיב הן עם בטיחות הטיפול הרפואי ואיכותו, הן עם צרכי מערכת הבריאות והן עם צרכיו של הרופא המתמחה עצמו.

ההתמודדות עם מגפת הקורונה, השינויים הארגוניים שנגזרו ממנה, כגון המעבר הזמני למתכונת של עבודה במשמרות בבתי החולים עם פרוץ המגפה, וכמובן עומס העבודה הכבד על הצוותים הרפואיים על השלכותיו מרחיקות הלכת ברמה המבנית, הארגונית והאישית, עוררו מחדש וביתר שאת את הדיון בסוגיות אלה. השאלות הגלומות בהן סבוכות ומורכבות, וקשה להפריז בחשיבותן הן עבור מערכת הבריאות, הקהילה הרפואית, ציבור המטופלים והחברה הישראלית בכלל. אין ספק כי בשלה השעה לעסוק בהן.

על כן, בראשית חודש יוני 2020 הוקמה על ידי ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) הוועדה העליונה לבחינת מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות בבתי החולים. הוועדה בחנה את מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות, כמו גם את ההשלכות האפשריות של השינוי במתכונת עבודתם על רמת ההכשרה, על בטיחות ואיכות הטיפול ועל רווחת הרופאים והמתמחים בפרט. סדרי עבודתה של הוועדה, תכני פעילותה, מסקנותיה והמלצותיה מפורטים בדוח זה.



2. הרכב הוועדה ותחומי פעילותה

בראשות הוועדה עומדים פרופ' רן טור-כספא ופרופ' יוסף קלאוזנר, אשר נבחרו ע"י יו"ר הר"י בהסתמך על ניסיונם המוכח כמנהלי מחלקות מובילים, פעילותם האקדמית הבולטת, וכמנהיגים בהכשרת סטודנטים, סטאז'רים, מתמחים ומומחים.

את פעילות הוועדה מרכזת יו"ר פורום המתמחים, ד"ר אלה קיטרוסר.

חברי הוועדה

מועצה מדעית

פרופ' חנוך קשתן, יו"ר המועצה המדעית של הר"י;
פרופ' גידי פרת, מ"מ יו"ר המועצה המדעית של הר"י;

נציגי איגודים מדעיים

פרופ' אבישי אליס, יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה פנימית;
פרופ' מיכאל גולדמן, האיגוד הישראלי לרפואת ילדים;
פרופ' מיכאל דרשר, יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה דחופה;
פרופ' ענת לבנשטיין, יו"ר איגוד רופאי העיניים בישראל;
פרופ' עידית מטות, יו"ר איגוד הרופאים המרדימים בישראל;
פרופ' רוני מימון, יו"ר האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה;
ד"ר צבי פישל, יו"ר איגוד הפסיכיאטריה בישראל;
פרופ' יורם קלוגר, יו"ר איגוד הכירורגים בישראל;
ד"ר חיים שטארקר, יו"ר האיגוד הישראלי לאורתופדיה;
פרופ' רות שאקו לוי, יו"ר איגוד הפתולוגים בישראל;
ד"ר מיכל שני, יו"ר איגוד רופאי המשפחה בישראל;



נציגי המעסיקים

פרופ' מיכאל (מיקי) שרף, סמנכ"ל וראש חטיבת בתי החולים, שירותי בריאות כללית; [בתקופת פעילותה של הוועדה העליונה פרש פרופ' מיכאל שרף מעבודתו וד"ר אורלי וינשטיין מילאה את מקומו];

מנהלי בתי חולים

פרופ' ארנון אפק, יו"ר איגוד מנהלי בתי החולים בישראל;
ד"ר איתן וירטהיים, מ"מ יו"ר איגוד מנהלי בתי החולים בישראל;
ד"ר ארז ברנבוים, מנהל בית חולים אסותא אשדוד;
ד"ר סלמאן זרקא, מנהל בית החולים זיו - צפת;
ד"ר אסנת לבציון-קורח, מנהלת המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא);
פרופ' משנה פהד חכים, מנהל בית החולים נצרת אי.מ.מ.ס (האנגלי);
ד"ר גיל פייר, משנה למנכ"ל המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב);

פורומים

ד"ר ליאור אונגר, יו"ר פורום המומחים הצעירים בהר"י;
ד"ר אלה קיטרוסר, רכזת הוועדה ויו"ר פורום המתמחים בהר"י;
ד"ר עז אל דין אבו זיד, נציג המתמחים;
ד"ר מיכאל בכר, נציג המתמחים;
ד"ר מעיין גלבוט, נציגת המתמחים;
ד"ר דפי מורן ברגמן, נציגת המתמחים;
ד"ר שאהר מונגד עותמן, נציג המתמחים;
ד"ר אמיתי סוויצקי, יו"ר פורום הסטאז'רים בהר"י;

נציגות הארגונים

ד"ר זאב פלדמן, מ"מ יו"ר הר"י ויו"ר ארגון רופאי המדינה;
ד"ר משה קוסטינר, מ"מ יו"ר הר"י ויו"ר ארגון רופאי שירותי בריאות כללית;
ד"ר אריה ביטרמן, סגן יו"ר הר"י ויו"ר חטיבת רופאי בתי"ח של ארגון רופאי שירותי בריאות כללית;



משקיפים

ד"ר ארז און, ראש חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות [בתקופת פעילותה של הוועדה העליונה סיים ד"ר ארז און את תפקידו וד"ר דודו דגן מילא את מקומו];

ד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת רפואה, משרד הבריאות;

כמו כן, במהלך תקופת פעילותה של הוועדה העליונה סיימו, את תפקידם יו"ר פורום המתמחים וראשי פורום הסטאז'רים הנמנים על חברי הוועדה העליונה ועל כן, צורפו כמשקיפים יו"ר פורום המתמחים שנבחרה, סגניתה ויו"ר פורום הסטאז'רים שנבחר:

ד"ר ליאה כהנוב, יו"ר פורום המתמחים;

ד"ר ניצן עטיה, סגנית יו"ר פורום המתמחים;

עמרי כהן, מזכיר פורום המתמחים ויו"ר פורום הסטאז'רים;

על חברי הוועדה, אפוא, נמנים נציגים מקצועיים מאחד עשר איגודים מדעיים: רפואה פנימית, רפואת ילדים, כירורגיה, רפואת משפחה, רפואה דחופה, הרדמה, רפואת עיניים, מיילדות וגינקולוגיה, אורתופדיה, פסיכיאטריה ופתולוגיה. בנוסף, ישבו בוועדה נציגים מפורום המתמחים, מפורום הסטאז'רים, מפורום המומחים הצעירים, מהמועצה המדעית, מארגון רופאי המדינה, מארגון רופאי שירותי בריאות כללית ועוד.

הוועדה שמעה את מגוון הדעות בנושא ובחנה את הפתרונות השונים, את ישימותם ואת השפעתם על מערכת הבריאות. כמו כן, בחנה הוועדה את הנושאים הבאים:

1. היתכנות המודלים השונים של עבודת רופאים מתמחים, לרבות המשמעויות הנגזרות מבחינת תקינת כוח אדם רפואי, כוחות עזר, שכר ותקצוב.
2. המשמעויות וההשלכות על איכות ההכשרה ואיכות הטיפול.
3. המשמעויות הרוחביות על מתכונת העבודה כולה.
4. המשמעויות והתמורות באשר לרווחתם של המומחים והמתמחים.

בנוסף, הוועדה הזמינה את ציבור הרופאים להביא בפניה את עמדתם ושמעה עדויות רבות, אשר שיקפו את מגוון הדעות בתחום.



3. סדרי עבודת הוועדה

כאמור, בראשית **חודש יוני 2020** החלה פעילותה של הוועדה העליונה לבחינת מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות בבתי החולים בראשות יו"ר הוועדה, פרופ' רן טור-כספא ופרופ' יוסף קלאוזנר, ורכזת הוועדה, ד"ר אלה קיטרוסר, יו"ר פורום המתמחים בהר"י. הוועדה בחנה את מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות, כמו גם את ההשלכות האפשריות של השינוי במתכונת עבודתם על רמת ההכשרה, על בטיחות ואיכות הטיפול ועל רווחת הרופאים והמתמחים בפרט.

הוועדה העליונה מונה 36 חברי ועדה ומשקיפים ועל חבריה נמנים נציגים מקצועיים מאחד עשר איגודים מדעיים: רפואה פנימית, רפואת ילדים, כירורגיה, רפואת משפחה, רפואה דחופה, הרדמה, רפואת עיניים, מיילדות וגינקולוגיה, אורתופדיה, פסיכיאטריה ופתולוגיה. בנוסף, בוועדה יש נציגים מפורום המתמחים, מפורום הסטאז'רים, מפורום המומחים הצעירים, מהמועצה המדעית, מארגון רופאי המדינה, מארגון רופאי שירותי בריאות כללית ונציגי משרד הבריאות.

עם תחילת פעילותה הוקמו **תשע ועדות משנה**, אשר בחנו את מתכונת עבודת הרופאים בראי הפרופסיות השונות כדלהלן:

1. ועדת משנה **למקצועות הפנימיים** - יו"רים משותפים: פרופ' גיל פייר ופרופ' אבישי אליס.
2. ועדת משנה **למקצועות הכירורגיים** - יו"רים משותפים: פרופ' יורם קלוגר ופרופ' מאיר ליברגל.
3. ועדת משנה **לרפואת ילדים** - יו"רים משותפים: פרופ' מיכאל גולדמן ופרופ' גידי פרת.
4. ועדת משנה **לגינקולוגיה ומיילדות** - יו"ר הוועדה פרופ' רוני מימון וד"ר שלומי שגיא.
5. ועדת משנה **להרדמה וטיפולים נמרצים כולל ניאונטולוגיה** - יו"ר הוועדה פרופ' עידית מטות.
6. ועדת משנה **לרפואה דחופה** - יו"ר הוועדה פרופ' מיכאל דרשר.
7. ועדת משנה **למקצועות ייחודיים** (כולל פסיכיאטריה, אונקולוגיה, שיקום, נירולוגיה, גסטרואנטרולוגיה עור, דימות) - יו"רים משותפים: ד"ר צבי פישל ופרופ' יעקב סוסנה.
8. ועדת משנה בנושא **עבודת המומחים** - יו"ר הוועדה ד"ר זאב פלדמן ורכזת הוועדה ד"ר ליאור אונגר.
9. ועדת משנה בנושא **איזון בין עבודת הרופא לבריאותו ואיכות חייו** - יו"רים משותפים: ד"ר לילך מלצקי וד"ר דרור דולפין.

ועדות המשנה כוללות רופאים בשלבים שונים של הקריירה המקצועית שלהם - סטאז'רים, מתמחים, מומחים צעירים, מומחים בכירים ומנהלים, ובכל אחת מהן יושב גם נציג של המועצה המדעית. בנוסף, בוועדות אלה יושבים גם רופאים נוספים שאינם חברי הוועדה העליונה, ואשר ניסיונם המקצועי יש בו כדי לסייע לעבודת הוועדות.



ועדות המשנה בחנו את מתכונת עבודת הרופאים, בכללה האפשרות לקיצור אורך התורנויות במקצועות השונים, הן בהיבט הפרופסיונאלי של ההכשרה הנדרשת לרופאים לשם קבלת המומחיות והן בהיבט הפרקטי של אופן יישום הדברים והטמעתם במחלקות בבתי החולים. במסגרת עבודתן ערכו הוועדות סקרים במסגרת האיגודים השונים בקרב מתמחים ומומחים בכדי לשמוע את עמדת הרופאים על השינויים המוצעים. כמו כן, התייחסו הוועדות למצב בעולם וקיימו דיונים רבים עם חברי הוועדה בכל פרופסיה בכדי לנסות ולהתכנס להצעת מודלים שונים והמלצות לשיפור במתכונת עבודת הרופאים המתמחים והמומחים.

לוועדה העליונה נשלחו כ-150 עמדות וכ-30 מצגות במסגרת ה"קול הקורא" שהופץ לכלל הרופאים עם הקמת הוועדה העליונה, עמדות אלה הועברו לכלל חברי הוועדה ונבחנו על ידם.

מאז חודש יוני 2020 ועד היום התקיימו עשרות ישיבות ומאות שעות עבודה של הוועדה, הן בפורום מורחב של חברי הוועדה העליונה, הן בפורום של יו"ר הוועדה העליונה עם יו"ר ועדות המשנה, הן בפורום מורחב של המועצה המדעית והן ישיבות בפורום מצומצם של יו"ר הוועדה ורכזת הוועדה. לוועדה כמו גם לוועדות המשנה ניתן ייעוץ כלכלי ע"י חברת דלויט בכל הנוגע למודלים שהוצעו. בנוסף על כך, קיימו ועדות המשנה ישיבות פנימיות משלהן במהלך כל התקופה. בפני הוועדה הופיעו הגב' רייצ'ל ברנר-שלם, ממלאת מקום סמנכ"ל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, מר אפי מלכין, הממונה על השכר במשרד האוצר, וענבל רואי, רכזת תחום בריאות במשרד הממונה על השכר באוצר.

3.1 עמדות שהוגשו לוועדה

כאמור, הוועדה קיבלה כ-150 עמדות אשר בהן הועלו הצעות שונות ומגוונות בכמה מישורים שונים תוך התייחסות למודלים שונים לקיצור אורך התורנות ולאפשרות להשאיר את המצב על כנו, ומתוך הסתכלות על חשיבות הכשרת המתמחים, מתכונת עבודת הרופאים ואיכות הטיפול. העמדות נקראו לעומק ובמסגרת עבודת הוועדה הן נבחנו במספר אספקטים, בין היתר בפני הפרופסיונאלי, הבריאותי, הכלכלי וכל זאת תוך התייחסות להשלכות רחב בפרופסיות השונות במסגרת ועדות המשנה. עמדה שחזרה על עצמה ונבחנה בכובד ראש הייתה עמדה שביקשה לעשות שינוי דיפרנציאלי בין הפרופסיות השונות, שכן לא דינן של תורנויות במקצועות הכירורגיים כדין במקצועות הפנימיים. הושם דגש רב במרבית העמדות על הצורך הרב בתוספת תקינה והתאמתה למציאות המשתנה, על הצורך הרב בהוספת תקני עוזרי רופא, סטודנטים לרפואה, כ"א פרא-רפואי ומזכירות רפואיות - אשר יורידו מהמתמחה מטלות אדמיניסטרטיביות / רישומים / לקיחת דמים / מתן עירויים וכד', תורני חצי אשר יאפשרו לתורנים את התנומות הנדרשות בחוק. כמו כן, במקצועות המיון ציינו כי חשוב לתגבר ולחזק את מערך המלר"ד ע"י מומחים / מתמחים ברפואה דחופה ובכך יפחת העומס על התורנים של מקצועות המיון. במסגרת העמדות שהועלו הייתה התייחסות גם למסגרת הכשרת המתמחים ונבחנו הצעות שונות, אשר קראו לבחון את הסילבוסים הקיימים ולהתאימם למציאות הרווחת כיום, בחינת ביטול/קיצור תקופת מדעי היסוד וקיצור/שינוי הרוטציות השונות במקצועות השונים, דבר אשר עליו להיבחן במסגרת המועצה המדעית והאיגודים המקצועיים, תוך שינוי חקיקה.

בכל מקרה, בין אם יקוצרו התורנויות ובין אם לאו, עלתה דרישה חד משמעית מהעמדות שהוגשו, כי יוגבל מספר התורנויות החודשיות כך שמתמחה לא יעשה יותר מ-6 תורנויות בחודש וכי תתאפשר תנומה במהלך התורנות. כמו כן, בעמדות רבות התייחסו לכך שהמתמחים לא מוכנים לפגיעה בתנאי שכר עבור קיצור תורנויות. במקצועות בהם יש חסר במתמחים ציינו כי הבעיה המרכזית היא העומס הרב הנובע מהיעדר כוח אדם, היעדר תקציבים ושחיקת הצוות הרפואי הקיים.



חשוב לציין כי עמדה מובהקת שעלתה מכלל העמדות שהוגשו הינה, כי התמחות במקצוע רפואי נועדה לעצב את דמותו ואת כישוריו של רופא צעיר, ולהפכו לבעל יכולות וידע של איש מקצוע עצמאי בתחומו. לצורך כך מתמחה צריך להיות נוכח בבית החולים ולהיחשף ככל האפשר למקרים שבתחומו, בין אם בשעות הבוקר ובין אם בשעות התורנות. הכשרת המתמחים מצריכה ידע עיוני, כישורי קבלת החלטות ובמקצועות מסוימים אף רכישת טכניקה ויכולת מנואלית.

בהקשר זה אסכולה אחת דגלה בעמדה לפיה לא ניתן לקצר את אורך התורנויות במתכונתן כיום כיוון שקיצורן יביא לפגיעה באיכות ההתמחות ובהכשרה הן בבקרים והן במהלך התורנויות, יצריך תוספת תקנים שתוביל להצפת המקצוע במומחים, אשר תפגע באפשרויות התעסוקה העתידיות ותאריך את ההתמחות משמעותית. במקצועות שונים הוסבר כי תהליך הטיפול בחולה נמשך זמן רב והגבלת שעות התורנות משמעותה קטיעת הרצף הטיפולי והחלשת הקשר המתחייב בין הרופא למטופל. במצב כזה הוסבר כי איכות הטיפול שתוענק למטופלים תיפגע בהכרח וגם הכשרת הרופא תיפגע, שכן הרפואה מחנכת לערך של אחריות אישית בביצוע משימה, כמו גם ל"כניסה מתחת לאלונקה" במצבי קיצון חריגים.

העמדות חזרו והדגישו כי בכדי להוביל שינוי, יש להקל בעומס התורנויות הקיים, זאת באמצעות הוספת עוזרי רופא במחלקות השונות, הוספת טורי תורני חצי, הוספת מזכירה רפואית בשעות הערב במחלקות וכן על ידי תגבור בתורני מיון שיוורידו את העומס מרופאי המיון ויאפשרו להם מנוחה בתורנות. עוד הוסבר כי בכדי לשפר את מהלך התורנויות כיום יש לאפשר תנומה רציפה במהלך התורנות בחדרי מנוחה נאותים שיוקצו לתורנים ובשעות אלה יעבדו מתמחים אחרים שאינם תורנים וכן יש לדאוג לתורנים להסעות לאחר תורנות הביתה.

במסגרת העמדות שהוצגו ביקשה **הלשכה לאתיקה** כי בבואה של הוועדה לבחון את מתכונת עבודת הרופאים היא תשים לנגד עיניה ארבע חובות אתיות מהצהרת הרופא של ההסתדרות הרפואית העולמית (WMA):

- חובת הרופא לשמירת טובת המטופל - כדי לאפשר זאת הרופאים צריכים להיות במצב גופני ונפשי המסוגל לבצע את המיטב.
- כבוד מקצוע הרפואה, שמירת כבוד העמיתים - מטרת הנחיה זו קשורה לאמון ברופא וברפואה בקשר רופא - מטופל. ידוע כי האמון משיג תוצאות טיפול טובות יותר.
- חובת העברת הידע ולימוד הדורות הבאים - יש למצוא פתרונות חדשים, חלקם אולי טכניים, אשר יאפשרו התעדכנות של המתמחה הצעיר.
- ההתחייבות האישית של הרופא לשמירה על בריאותו ורווחתו - שינה ומנוחה אינן מותרות, הן צורך בסיסי של כל בן אנוש, כולל הרופאים והרופאות. הצהרת הרופא קושרת בין השמירה על בריאות ורווחת הרופא לבין היכולת להעניק טיפול ברמה הגבוהה ביותר.

בנוסף, **איגוד מנהלי בתי חולים** קרא לוועדה למצוא את הדרך לגשר בין הצורך לשמר את איכות החיים של הרופא - המתמחה והצורך לשמר את איכות הרפואה כאחד, ומתוך כך לבנות מודל שישמור על איכות הטיפול, איכות ההתמחות ואיכות החיים תוך תפעול מיטבי של בית החולים ושמירת המטופל במרכז.



במסגרת העמדות שהוגשו הוצעו מודלים שונים כגון:

- חלוקת תורנות ל-12 שעות.
 - קיצור תורנות ל-8 שעות, כך שמשך העבודה הרצופה יהיה 16 שעות. יהיה תורן אחד עד חצות, ותורן אחר מחצות עד 8 בבוקר.
 - הוצע מודל בו מתמחים יבצעו חצאי תורנויות כך שיום עבודתם יסתיים ב-23:00 ומתמחה אחר יחל תורנות ב-23:00 עד 10:00 למחרת (וזאת לאחר מנוחה שניתנה לו בין השעות 16:00 עד 23:00).
 - על אותו משקל הוצע שמתמחה יעבוד מ-7:30 עד 20:00 ומתמחה אחר יעבוד מ-19:00 עד 10:00 למחרת.
 - קיצור התורנות למתמחים ל-16 מהשעה 16:00 עד 8:00 עם תוספת של שעתיים העברה עד השעה 10:00.
- הבעיה המרכזית שעלתה במגוון המודלים השונים הייתה - שינוי בתקופת ההכשרה של המתמחים אשר תצטרך להתארך, דבר אשר נראה כלא ישים.
- סוגיה נוספת שהועלתה במסגרת העמדות השונות הינה מספר התקנים הנוספים הנדרשים לצורך מימוש המודלים המוצעים. התקינה הנדרשת כדי ליישם את המודלים עשויה להוות מכשול בפריפריה ובמקצועות מסוימים, אשר כבר בעת הזו חווים מחסור בכוח אדם.
- חשוב להדגיש כי ללא איוש התקנים שיוקצו לצורך קיצור אורך התורנויות יש חשש שיוטל על המתמחים עומס רב, כיוון שאמנם הם יועסקו פחות שעות במשך יום עבודה בשל קיצור שעות התורנות, אך תהיינה יותר תורנויות בהן ישובצו ובתוך כך גם יותר סופי שבוע.
- בדומה, גם האיגודים שהגישו עמדותיהם נחלקו בדעותיהם לגבי קיצור אורך התורנויות והציעו מודלים שונים המותאמים למתכונת עבודתם כפרופסיה. חלקם התייחסו למודלים לקיצור אורך תורנות וחלקם אף נתנו דעתם גם למתכונת העבודה ונתנו דגשים לגבי שינויים הנדרשים בהכשרת המתמחים לאור המציאות המתחדשת. בין יתר המודלים שהוצעו היו **קיצור אורך התורנות ל-16 שעות** כך שהתורנות תתחיל בשעה 16:00 ותסתיים עד השעה 08:00 למחרת, כאשר ביום התורנות המתמחה לא יגיע לעבודת הבוקר. לצורך יישום המודל, האיגודים השונים כימתו את מספר התקנים הנוספים שיש להקצות. בנוסף, מכיוון שמודל זה מביא להפחתת שעות הבוקר בהן נמצא מתמחה במחלקה, בחנו האיגודים כיצד ישפיע המודל על תקופת ההכשרה.
- האיגודים הסבירו כי היה ברור שקיצור אורך התורנות יוביל בהכרח לירידה בחודשי ההכשרה, אשר אותם יהיה צורך להשלים. לצורך כך הועלו הצעות שונות כיצד ניתן יהיה להשלים תקופה זו, ובין היתר הוצע, כי תקופת מדעי היסוד תהיה תקופת רשות, כי יערכו שינויים ברוטציות (קיצור/ביטול), כי תוגדר תקופת היעדרות מקסימלית מההתמחות בה ניתן יהיה להעדר וכי בחינות שלב א' וב' תאוחדנה לבחינה אחת.
- בנוסף, מרבית האיגודים של המקצועות הכירורגיים, אך גם של מקצועות אחרים, הסבירו כי עבודת המתמחה במחלקה בשעות הבוקר חיונית לרצף הטיפולי, לבטיחות המטופל ולידע המקצועי אותו רוכש המתמחה. אין ספק כי יש חשיבות עליונה לחשיפה ולהתמודדות מקצועית בתורנות אך אין זה יכול לבוא על חשבון צמצום החשיפה המקצועית הרב צוותית המתקיימת בשעות העבודה.



בשל האמור ביקשו איגודים אלה כי התורניות תמשכנה במתכונת הנוכחית, שכן קיצורן עשוי להביא לפגיעה בטיב ההתמחות והרצף הטיפולי, וזאת בשים לב לדגשים הבאים:

- קביעה בחוק כי מתמחה לא יבצע יותר מ-6 תורניות בחודש.
- הוספת טורי תורנות חצי והקצאתם למגוון רחב של רופאים שיעבדו בתורניות אלו.
- לאפשר מתן תנומות.
- במסגרת הוספת כל תקינה יש לבחון את השפעתה על הכשרת המתמחים.
- שיפור מערכת המחשוב.
- הכשרת רופאי רפואה דחופה ותוספת תקנים ברפואה דחופה.
- אחיות מתאמות שיתמקצעו בתחומים השונים.
- שילוב של סטודנט מסייע לרופא.
- הוספת צוות דמים ועירוניים במחלקות.

בנוסף לעמדות הללו הועלו הצעות נוספות כדלקמן:

- הארכת משמרת של מתמחה עד השעה 19:00/20:00 ומתן תגמול כשעות נוספות עבור שעות אלו.
 - מתמחה אחר יעבוד מ-19:00/20:00 עד 13:00 למחרת.
 - מודל נוסף שהוצע הינו **רצף של תורניות** במשך כמה ימים כך שמתמחה עושה תורניות במשך 4-5 ימים רצופים ובמהלך שאר החודש אינו מבצע תורניות ונמצא באופן רציף במחלקה. במסגרת מודל זה הועלו גם הצעות של רצף שונה - תורנות פעם ביומיים, כאשר כל יום חלק מהמתחים נשארים לתורנות ערב.
 - תורן המחלקה יגיע לתורנות בשעה 12:00 ביום התורנות, ויסיים את עבודתו לאחר העברת מחלקה וביקור בוקר. תחילת תורנות בשעה כזו תתרום להכרת המחלקה והבעיות הפעילות בה טרם התורנות ותכנון המשך הטיפול הרפואי בהן.
 - מודל של תורן שני - תוספת טור תורניות מלאות במקום בו אין טור כזה / טור חצי תורניות. תוספת כאמור תלויה בעומסים המקומיים שצריכים להיבחן בנפרד.
 - תורניות מתמחים יעברו למתכונת של 12 שעות משמרת בוקר משעה 8:00 עד 20:00 ו-16 שעות משמרת ערב - 20:00 עד 12:00 למחרת (לא כולל תורנות שישי, כולל תורנות שבת ערב). מתמחה אשר ישובץ למשמרת בוקר יגיע לעבודה למחרת. מתמחה אשר ישובץ למשמרת ערב יגיע עם תחילת התורנות.
 - מתמחה א' יעבוד בין השעות 8:00-23:00. מתמחה ב' יעבוד בין 9:00-23:00 ויקבל יום מנוחה לאחר תורנות. במצב כזה כל בית החולים יעבוד באותה מתכונת אך הבחירה לעבוד במתכונת זו תהיה בחירה עצמאית של כל ב"ח. מודל זה ידרוש תשלום שעות נוספות למתמחים שעובדים עד 23:00.
 - מתמחה בתורנות בימים ראשון-חמישי יגיע בשעה 16:00 למחלקה עד השעה 9:00 למחרת וזאת למשך 5 לילות. בסוף השבוע (שישי-שבת) הוא לא יעבוד.
- במתכונת זו נראה כי קיימת פגיעה ברצף ואין תוספת לימי היעדרות בהתמחות. כמו כן, במחלקות בהן יש רק מתמחה אחד תהיה פגיעה ברצף הטיפולי וההכשרה. לעניין זה נדרשת תוספת תקינה ותמריצים כדי להגדיל את מספר המתמחים שתאפשר לפחות 2 מתמחים במחלקה בכל יום חול.

במסגרת העמדות שהוצגו ניתנו תוצאות של **פייולט** שנערך באגף הילדים בבית חולים שערי צדק במשך כ-3 שבועות לשיטת ה-Night Floats.



המסקנות מהפיילוט היו כדלהלן:

יתרונות

1. קיצור משך התורנות (הכנסתם למעגל התורנויות של מי שמוגבל בביצוע תורנות מלאה מסיבה רפואית).
2. שיפור הרצף הטיפולי לאור ריכוז של ימי החופש לשבוע בודד.
3. צמצום הפגיעה במספר המתמחים בשעות הבוקר ובהוראת המתמחים והתפתחותם המקצועית.
4. תורן קבוע למשך מספר לילות רצופים באותה מחלקה מוביל לשיפור ברצף הטיפולי והיכרות טובה עם המטופלים.

חסרונות

1. יותר ימי עבודה בחודש ויותר סופי שבוע.
2. פחות גמישות בסידור העבודה.
3. העלאת מספר העברות משמרת בין הרופאים נוכח העובדה שבשיטה זו יש שני תורנים כל יום. לצד זאת, העובדה כי תורן הלילה קבוע ורצוף לאורך השבוע אמורה להקטין את הסיכון מריבוי ההעברות.

הפיילוט במחלקה לא הראה שיפור בצורת העבודה ביחס לשיטה הקיימת, אך בד בבד עלו מספר בעיות עיקריות:

1. פחות גמישות בסידור העבודה.
2. ריבוי עבודה במהלך החודש שמוביל לתחושה של עומס מצטבר.
3. ריבוי העברות מקל בין הרופאים אשר מגדיל את הסיכוי לפספוסים וטעויות.
4. תורנויות ערב - לעיתים קרובות תורן הערב היה צריך לאייש עמדה שלא היה בה במהלך הבוקר ול-5 שעות בלבד. סידור זה פוגע בתחושת המחויבות של המתמחה, במוטיבציה שלו וכמובן בהיכרותו עם המטופלים.
5. לא נראה כי השיטה מובילה לשיפור ברצף הטיפולי ביחס למצב הקיים.

לאור תוצאות הפיילוט, הציעו המתמחים לבחון אלטרנטיבה של תורנויות החל מהשעה 16:00 אשר מקטינות את מספר העברות המשמרת, מקטינות את תחושת העומס של המתמחים ולא ברור אם מהוות פגיעה משמעותית ברצף הטיפולי ביחס לשיטה הנהוגה כיום או לשיטת ה-Night Floats.

במסגרת פיילוט נוסף שנערך במחלקה פנימית בבית חולים בילינסון בו בחנו הטמעת מתכונת תורנות של 16 שעות (קרי, המתמחה מגיע ב-16:00 לתורנות עד השעה 10:00 למחרת).

המסקנות שהועלו במסגרת הפיילוט:

1. לצורך שינוי יש להוסיף תקינה באופן משמעותי עד כדי הכפלתה.
2. עלו חששות, אשר המרכזית שבהן הייתה צמצום שעות חשיפה ואיתן הלמידה המעשית של המתמחים בהכשרתם כמו גם רצף הטיפולי.
3. לעניין זה הוחלט במסגרת הבדיקה כי אחד המתמחים שעבד בבוקר יהיה נוכח בין 16:00 ל-20:00.
4. שיפור ההכשרה והטיפול הניתן לחולים יתקבל לא בקיצור התורנויות גרידא, אלא מתוך הבנה שעיקר הדגש צריך להיעשות על הקטנת העומס המוטל על המתמחה, התורן והמערכת כולה.
5. יש מקום לשקול קיצור משך מדעי יסוד לטובת זמן מחלקה נוסף.



6. ביקשו להדגיש כי הפיילוט רלוונטי מבחינתם רק להתמחות בפנימית, וכי חשוב להפריד את התנאים של הדיסציפלינות השונות, מכיוון שהמקצועות שונים בתכלית ובעלי אילוצים ושיטות עבודה שונות.

חשוב ליתן את הדעת לעניין הפיילוט כי מטבע הדברים, פיילוט מעיד על הנעשה במחלקה הספציפית בו הוא נערך, ולנוכח ההבדלים הקיימים בין המחלקות השונות בבתי החולים השונים (גדולים / קטנים / מרכז / פריפריה) חשוב לנקוט משנה זהירות בהסקת מסקנות והשלכתן באופן כללי על מתכונת התורנויות.

במסגרת העמדות שהוגשו לוועדה העליונה הייתה התייחסות חשובה גם לעבודת הרופאים המומחים וזאת במספר אספקטים:

- התייחסות להתמחות-על ולחשיבות שיפור מתווה ההתמחות תוך מתן עזרה בבחירת התמחות-על, מימון נסיעות להשתלמות, עזרה בהכנה ובמימון מבחני הכשרה בדרך להשתלמויות.
- יש לפעול להגדלת מספר המומחים במחלקות ולמשוך אותם להישאר לאחר סיום ההתמחות על ידי הטבות שונות, כגון אקדמיה, מחקרים ושילוב עבודת הרופאים בהתמחויות על. בנוסף הוסבר כי יש צורך ממשי בהקצאת טורי תורנויות חצי ושליש למומחים, דבר אשר מאפשר למומחים לקבל תגמול עבור עבודתם בשעות שלאחר יום העבודה, ובתוך כך גם מפחית את העומס על התורן ומקל על התורנות עצמה מבלי לקצר אותה או לפגוע בהתמחות.
- הייתה התייחסות לעבודה ביחידות סגורות ובמחלקות משפטיות פסיכיאטריות, במיוחד בחטיבה משפטית מבין שב"ס. הוסבר כי מדובר בעבודה קשה מאד אשר גורמת לשחיקה. בשל הקושי הטמון בעבודה זו, הוסבר כי צריך למצוא דרכים למשוך את המומחים הצעירים לעבודה ובתוך כך:
 - לקצר את יום העבודה ל-7 שעות (לפחות בחטיבה המשפטית מבין).
 - להוסיף ימי חופש לרופאים המועסקים ביחידות אלו.
 - לשקול לקצר את שנות הוותק לפרישה לגמלאות - קיצור עד שנתיים והוספת אחוזים מסוימים לפרישה.
- הועלתה הצעה לבחון הסדרה של מודל מוסדר של עבודה מהבית ברשות ובסמכות באופן חלקי וכן התאמה של טורי הכוננות לטורי התורנות וליחידות הנוספות.
 - יש ליתן יום חופש בתשלום לאחר כוננות פעילה.
 - תיקון עיוות של שכר נמוך לרופאי בתי החולים לעומת רופאי הקהילה.
 - קביעת שכר דיפרנציאלי עם הוותק.
 - הכרה בהשתלמויות ארוכות בחו"ל לצורך קבלת תוספת שכר.
 - הפחתת שעות עבודה לאחר גיל 50 / 45 בבתי החולים, כפי שנעשה בקהילה.
 - כוננויות בכירים - קיצור יום העבודה לאחר כוננות ב-3 שעות. הכונן יוכל להגיע ב-11:00 או לצאת ב-13:00, בתאום מראש.
- ההמלצה לקיצור התורנויות צריכה להיות גורפת גם לבכירים וגם לתחומיים. כמו כן, תנאי השכר והיעדרות לפני תורנות צריכים להיות דומים למתמחים.
 - תורנויות מומחים.
 - כוננויות מומחים.
 - שוק העבודה של המומחים בעקבות תוספת מתמחים.
 - תחרות, השתכרות, כוחות שוק.
 - גיל פרישה.



3.2. עמדות נוספות שהוצגו

- הושם דגש רב על המצוקה הקיימת כיום בפריפריה ועל כך שיש לתת את הדעת לשאלה כיצד שינוי מודל התורנויות הקיים כיום ישפיע על מארג המתמחים וההתמחות בפריפריה.
 - בכל מקרה הדרישה היא כי **השכר לא ייפגע בשל הקיצור** והשינוי שיבוצע בהתאם למסקנות הוועדה.
 - יש להטמיע **התמחות מכוונת יכולות** CBME בכל תחומי ההתמחות ברפואה.
 - מתן **מענקים** למי שיתמחה במקצוע במצוקה ו/או בפריפריה.
 - **הטמעת עבודה במסגרת full timer** בחלק מהמקצועות או בכלם בכדי שהמומחים יישארו במחלקות זמן רב יותר.
 - השוני הקיים בין המקצועות מחייב **גמישות בכל פתרון שייבחר**, תוך השארת בחירה לרופאים, מחלקות ובתי חולים בהתאם למאפיינים ספציפיים והעדפות שלהם.
- הסטאז'רים, המתמחים והמומחים הצעירים לקחו חלק בכל ועדות המשנה ואף הציגו את עמדותיהם באמצעות סקרים / שאלונים שנערכו במסגרת האיגודים השונים ו/או ועדות המשנה. עם זאת, **פורום המתמחים ופורום הסטאז'רים** ראו לנכון להעביר בנוסף נייר עמדה המשקף את עמדתם בנושא מתכונת עבודת הרופאים במסגרת הסטאז' וההתמחות ובתוך כך גם לעניין מתכונת התורנויות.

3.2.1. עמדת פורום המתמחים

- ברוב המוחלט של התורנויות יש מקום לקצר את משך התורנות באופן משמעותי. תורנות של 26 שעות ללא מנוחה פוגעת ברווחת המתמחים וגורמת לשחיקה. יש למצוא פתרונות ייחודיים למקצועות השונים, כאשר הכלל המוביל צריך להיות קיצור. במקצועות בהם ישנה אלטרנטיבה ראויה לקיצור, חשוב למצוא פתרונות לשיפור העבודה על מנת להפחית מהעומס על התורן.
- חשוב להקפיד על בריאות המתמחה וזאת במניעת פגיעה בשעון הצירקדיאני שלו ובהגעתו בבטחה הביתה לאחר תורנות. בנוסף יש לשמור על איזון עבודה-פנאי כך שלא תיפגע יכולת המתמחים להיות הורים ובני זוג נוכחים.
- מברכים על הרצון למצוא שיטות לטיוב ההכשרה כגון מודל ה-CBME, כך יוכלו המתמחים לקבל משוב טוב יותר על עבודתם, יוכלו ללמוד ולהשתפר ויכלו לפצות על אובדן שעות עבודה שעלול להתרחש בשל קיצור זמן התורנויות.
- קוראים לעבות את המערך הפרא-רפואי משך כל שעות היממה על מנת לשחרר מתמחים וסטאז'רים ממטלות בירוקרטיות וטכניות מיותרות.
- שיפור עבודת המחלקה לרפואה דחופה תתרום לעבודת כלל המקצועות. מקצוע רפואה דחופה הוא מקצוע בפני עצמו, ורופא המלר"ד צריך להיות איש רפואה דחופה. זהו מקצוע אינטנסיבי ביותר. היעדר היכולת לנוח במהלך משמרת והצורך הבלתי פוסק בקבלת החלטות דורשים נוכחות צוות רענן, כך שכל מודל של קיצור תורנויות מוכרח לכלול את רופאי המלר"ד במעגל הראשון.
- דורשים לחדש את מענקי הפריפריה ולהשקיע מחשבה ויצירתיות בדרכים נוספות על מנת למשוך מתמחים איכותיים גם לפריפריה.



- יש הכרח לבצע שינוי תקינה על פי מפתח שיקבע, על מנת לפצות על תקופת ההיריון וחופשת הלידה בה המתמחה אינה עושה תורנויות. בנוסף, קוראים לשמירה על שכר המתמחות שלא מבצעות תורנויות עקב הריון ולידה באופן מלא ואחיד בכל בתי החולים.
- יש להכיר במתמחה כבעל משפחה עם הצרכים הייחודיים לו תוך מתן אפשרות למעונות יום וקייטנות בתוך בית החולים, אימוץ מודל שיאפשר גמישות בשעות העבודה ותוכנית mentorship והכוונה מקצועית.
- פיקוח על תנאי עבודת המתמחים - מאזן הכוחות בין המתמחה למנהל המחלקה גורם לכך שהמחיר אותו עלול לשלם המתמחה על דיווח על הפרת זכויות יהיה כזה שיגרום לו להבליג גם על הפרות חמורות. בכדי למנוע זאת יש להקים מנגנון פיקוח חיצוני שלא יסתמך בלעדית על נכונות מתמחים לדווח באופן גלוי על הפרות ההסכם, ושיהיה בעל יכולת להטיל סנקציות משמעותיות על בתי חולים ועל מחלקות שיפגעו בזכויות המתמחים.
- דרישה להרחיב את האפשרות לבצע התמחויות על והשתלמויות עמיתים בארץ, לספק מלגות לטובת השתלמויות עמיתים בחו"ל, להגדיל את מספר התקנים למומחים בבית חולים, ולשפר את מודל ה-FULL TIMER הן לטובת שיפור ההוראה והעבודה בהתמחות והן לצורך אפיקי קריירה עתידיים.
- בחינות ההתמחות - יש לאפשר לגשת לבחינת שלב א' כעבור שנתיים מתחילת ההתמחות גם בהתמחויות שאורכן יותר מ-4 שנים, יש לשמור על תקופת הלמידה לבחינה ויש לבחון לעומק אפשרות של הוספת מועד נוסף בשנה לבחינות שלב א.
- העלאת שכר הבסיס של מתמחים כך שישקף את עבודת הבסיס הקשה שכוללת גם שעות רבות של עבודה מהבית, הכנת מצגות, לימוד ומחקר. ותאפשר שמירה על שכר דומה גם עם קיצור התורנויות הנדרש.

3.2.2. עמדת פורום הסטאז'רים

רווחת הרופאים

אחת התוצאות המיידיות של משמרות בנות 26 שעות היא הפגיעה בשינה - הן בכמות והן באיכות. סוגיה נוספת היא השחיקה שהינה תופעה בעלת השלכות מרחיקות לכת על הטיפול הרפואי, המקצוענות ועל הרווחה הנפשית והגופנית של המטפלים. המחירים המשניים הינם עליה בשכיחות טעויות רפואיות, ירידה בשביעות רצון המטופלים וירידה בתפוקות.

לאור זאת מבקשים:

- להגביל שעות עבודה לעד 16 שעות.
- עידוד הפעלת שעון גמיש על מנת לאזן עבודה מול בית.
- הקפדה על תנאים נאותים במקום העבודה - מיטה, חדר שקט, מזון לתורן.
- עידוד פתרונות הסעה לפני ואחרי תורנות וקידום פתרונות לשינה לאחר תורנות בבית החולים.
- תכנון ויישום מודל עבודה המאפשר המשך הנקה במידה והרופאה מעוניינת בכך, והמחייב את המעסיק לייצר סביבה נעימה עם האמצעים הטכניים הנדרשים לשאיבה.
- לאפשר גמישות והתאמה נכונה יותר ברמה המקומית לעניין תמהיל התורנות.
- הקמת גוף בתוך הר"י שיהיה אמון על רווחת הרופאות והרופאים, לצד גופי הר"י הקיימים. גוף זה יקדם תהליכי שטח, יבקר את יישום ההסכמים הקיבוציים והעמידה בתנאי העבודה והתעסוקה.



איכות ההכשרה

מחויבים לעקרון כי אין לפגוע בטיב ההכשרה הרפואית. לפיכך קוראים לנקיטת הצעדים הבאים:

- שיפור תהליכי ההכשרה הקיימים וייעול זמן ההתמחות.
- הכנסת זמן מובנה ללמידה במהלך ההתמחות, כולל ימי עיון וספריה, והשתתפות בהשתלמויות ייעודיות וכנסים רלוונטיים.
- לעודד חדשנות בתחום ההכשרה הרפואית, כגון שילוב סימולטורים ותרגולים ממוחשבים.

איכות הטיפול הרפואי

מאמינים כי שגרת עבודה של 26 שעות תורנות אינה מחויבת לטובת איכות הטיפול הרפואי.

לפיכך קוראים לנקיטת הצעדים הבאים:

- הגברת מערך תומך רפואה - מזכירות רפואיות ועוזרי רופא.
- עידוד התייעלות ארגונית מקומית - יעדים לצמצום שימוש בטפסים, הקמת חמ"ל מזכירות רפואית בלילה לטובת התורנים ועוד.
- עידוד הטמעת תהליכי העברת משמרת מחלקתית, חידוד דגשים מקומיים של עבודת צוות, התייעצות ומודלים של תקשורת והעברות מקל כמקדם לצמצום טעויות ובקרה על איכות הטיפול.
- השקעת משאבים לשיפור מערך המחשוב הרפואי, שילוב חכם יותר של מערכות על מנת להקל על עומסים לסטנדרטיזציה בתיקים רפואיים אלקטרוניים, חיבור בין מערכות המחשוב של קופות החולים לבתי החולים, שימור ועדכון רקע רפואי ממוחשב ועוד.



4. בעיית היסוד של מערכת הבריאות בישראל

סוגיית מתכונת עבודת הרופאים המתמחים אינה עומדת בחלל ריק. אדרבא, היא נגזרת בראש ובראשונה ממאפייני היסוד של מערכת הבריאות על היבטיה השונים, לרבות היקף תקציביה, מצב תשתיותיה ומצאי כוח האדם העומדים לרשותה. על כן, הוועדה סבורה כי על מנת שניתן יהיה להבין את סוגיית מתכונת ההתמחות לעומקה, יש לרדת תחילה לעומקה של בעיית היסוד עמה מתמודדת מערכת הבריאות מזה עשורים - מחסור כרוני במשאבים לעומת צרכים הולכים וגדלים.

מערכת הבריאות הציבורית בישראל שרויה במצב של משבר מתמיד, אשר הולך ומחריף עם השנים לנוכח גידול האוכלוסייה והזדקנותה לצד העלייה בתוחלת החיים ובמורכבותם של מצבי התחלואה. מצוקת המערכת באה לידי ביטוי באופנים רבים: מחסור במיטות אשפוז ובכוח אדם רפואי וסיעודי, שיעורי תפוסה בלתי מתקבלים על הדעת במחלקות בתי החולים, צפיפות בחדרי מיון, זמני המתנה ארוכים במערכת האשפוז וברפואת הקהילה, אי שוויון בבריאות בין מרכז לפריפריה ועוד.

שורש מצוקתה של המערכת נעוץ בהיעדרם של מנגנוני תקצוב הולמים. המערכת מתקיימת במצב מתמשך של מחסור משאבים כרוני ובהתאם לכך היא סובלת מתסמונת "השמיכה הקצרה" - משאבים מוסטים מדי פעם מתחום אחד למשנהו על מנת לכסות על המחסור המצטבר, אך הסך הכולל שלהם רחוק מלהספיק. גורמים מקצועיים רבים וועדות שונות המליצו על תיקון הליקויים התקציביים. אף על פי כן, מרבית המדדים ממשיכים להצביע על מגמת הדרדרות או על היעדר שיפור משמעותי.

כך למשל, בתחשיב שהוצג בזמנו במהלך דיוני הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית (ועדת גרמן), נמצא כי הגירעון המצטבר בסל שירותי הבריאות מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, מגיע לכ-9 מיליארד ₪, כ-25% מתקציב הסל כולו. זאת ועוד, נתונים שהוצגו בפני הוועדה הצביעו על כך כי על מנת לצמצם את הפיגור, יש להוסיף למערכת כ-2.5 מיליארד ₪ בכל שנה, וגם אז, היעד שיושג יהיה צנוע למדי: בקצב המוצע, בשנת 2024 אחוז ההוצאה הציבורית על בריאות בישראל יהווה 80% מאחוז ההוצאה שהיה מקובל במדינות ארגון ה-OECD בשנת 2014.¹

רק לאחרונה פרסם משרד הבריאות טיוטת דוח פיננסי של בתי החולים הציבוריים הכלליים לשנת 2018. לפי הדוח, רוב בתי החולים, האחראים לפעילות רפואית בהיקף 30 מיליארד ₪ בשנה, שרויים בגירעון מובנה מפעילות רפואית. כל 27 בתי החולים, ללא יוצא מן הכלל, הציגו בשנת 2018 גרעון מפעילות רפואית. לבתי חולים גירעון מצרפי של כ-4.68 מיליארד ₪, המתחלק בין כל המגזרים - בתי חולים ממשלתיים, של "שירותי בריאות כללית" והמרכזים העצמאיים. כיסוי גירעונותיהם בגין פעילות רפואית בלבד מסתכם בכ-5.6 מיליארד ₪, מתוכם סובסידיה של כ-1.95 מיליארד ₪ לבתי החולים הממשלתיים.²

1 הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, דין וחשבון, 2014.

2 משרד הבריאות, בתי חולים ציבוריים כלליים, טיוטת דיווח פיננסי 2018 להערות הציבור.

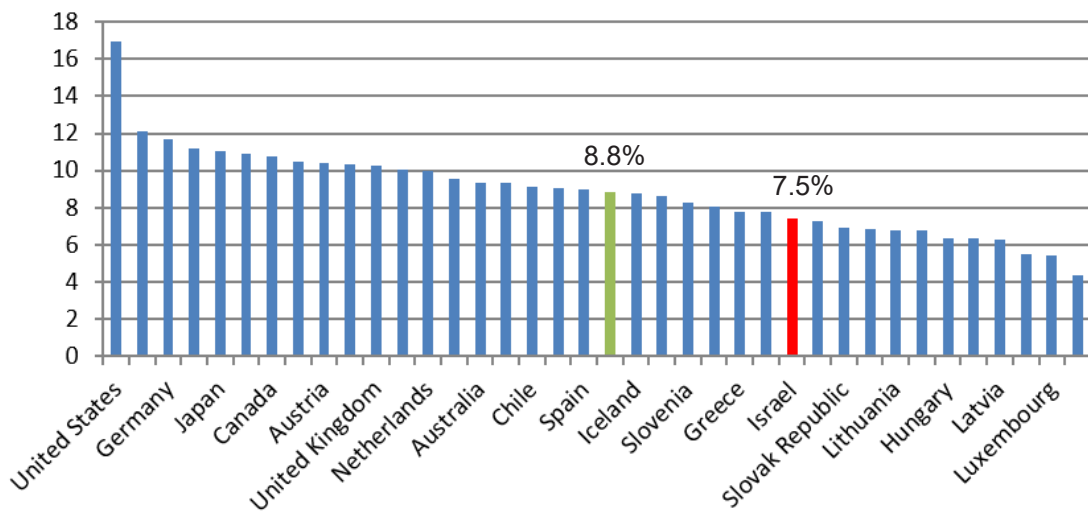


לטענת משרד הבריאות, לו היו בתי החולים מוכרים שירותים לקופות החולים במחירים מלאים ללא הנחות, אזי הפעילות הרפואית של משק האשפוז הייתה מאוזנת. ההנחות הניתנות גורמות למשק האשפוז להיות גרעוני. ואולם, על פי אותו דוח עצמו, גם מצבן של קופות החולים בכי רע. אמנם, ברמה המצרפית, מגזר הקהילה מצוי בעודף של כ-233.8 מלש"ח, אולם זהו נתון מטעה במידה רבה, שכן שלוש מתוך ארבע קופות החולים שרויות בגירעונות של מאות מיליוני ש"ח, ורק קופה אחת - הכללית - רשמה עודף, זאת ללא בתי החולים שבבעלותה. בסך הכל, המערכת כולה - בתי החולים והקהילה - מצויה בגירעון מצרפי של כ-4.45 מיליארד ש"ח.³

דוח זה, מדגים אפוא, היטב את תסמונת "השמיכה הקצרה" שתוארה לעיל. המשרד מלין על ההנחות לקופות החולים כמקור מרכזי לגירעונות בתי החולים, אך בחינה מדוקדקת יותר של המצב מעלה כי רוב קופות החולים גירעוניות גם הן, ומכאן שביטול ההנחות יחמיר את מצבן.

השוואה בינלאומית קצרה מחזקת גם היא את הדברים האמורים בפרק זה בדבר מצוקת מערכת הבריאות. לפי נתוני OECD, חלקה של ההוצאה לבריאות מתוך התוצר הלאומי של ישראל עומד כיום על 7.5% לעומת ממוצע של 8.8% בקרב מדינות ארגון ה-OECD. זהו אחד השיעורים הנמוכים בקרב המדינות המפותחות כפי שניתן לראות בתרשים להלן.

שיעור ההוצאה הלאומית לבריאות כאחוז מהתוצר במדינות OECD, 2019

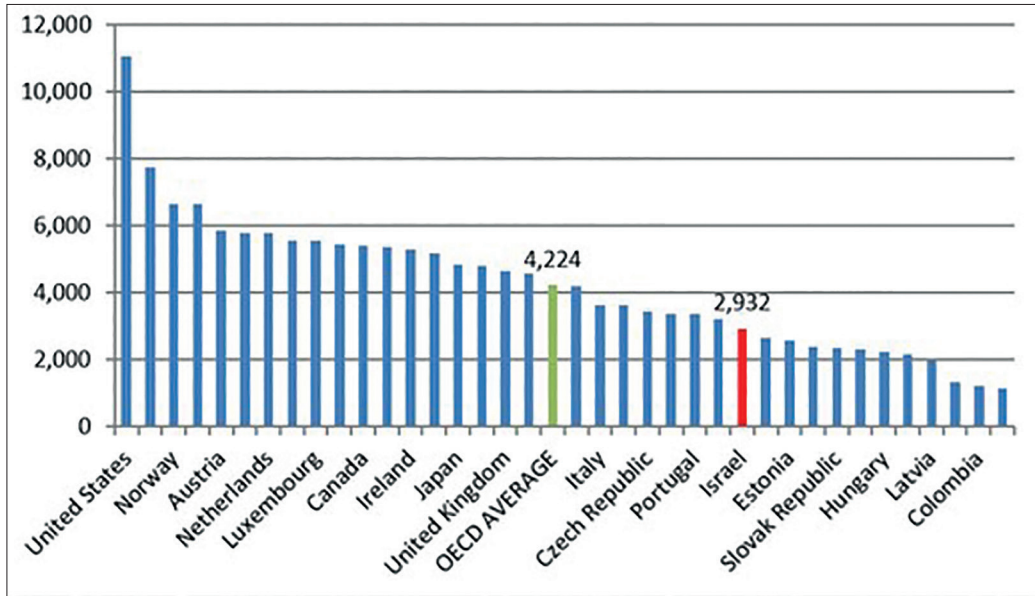


מקור: עיבוד נתוני OECD health statistics 2020



בהתאם לכך, מוציאה ישראל 2,932 דולר לנפש לשנה לעומת 4,224 דולר בממוצע במדינות OECD, כלומר כ-69% מההוצאה המקובלת במדינות המפותחות.

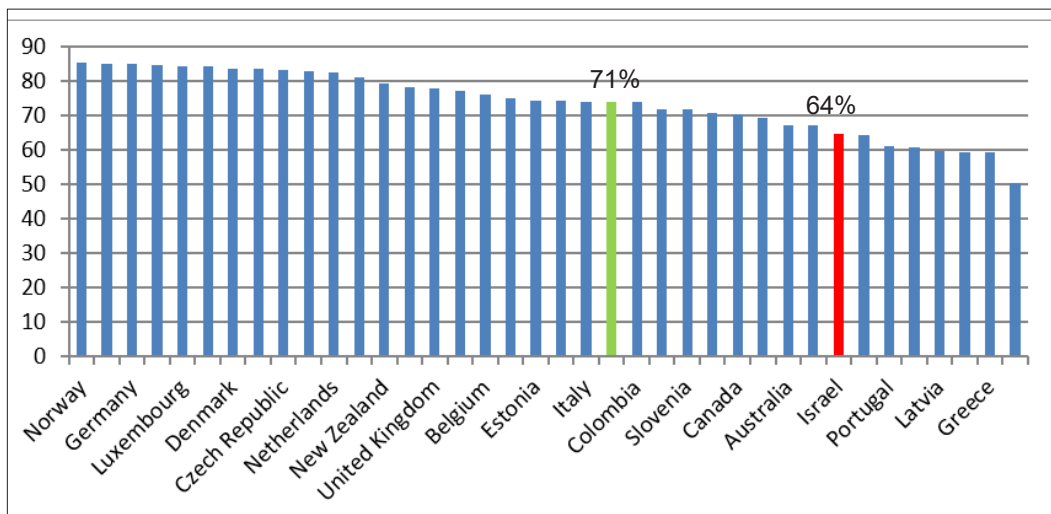
הוצאה לבריאות לנפש במדינות OECD (בדולרים, PPP), 2019



מקור: עיבוד נתוני OECD health statistics 2020

אם לא די בנתונים אלה, שיעור ההוצאה הציבורית מסך ההוצאות לבריאות בישראל עומד על 64% לעומת ממוצע OECD של כ-71%. נתון זה משלים את תמונת המצב בדבר מצוקתה של מערכת הבריאות הציבורית - לא זו בלבד שההוצאה הלאומית כולה היא מהנמוכות מבין המדינות המפותחות, אלא שהשיעור המיועד למערכת הציבורית מתוכו הוא מצומצם ביותר במונחים בינלאומיים.

שיעור ההוצאה הציבורית מתוך סך ההוצאה הלאומית לבריאות במדינות OECD, 2019



מקור: עיבוד נתוני OECD health statistics 2020



כפי שניתן לראות, רק בשבע מדינות, שיעור ההוצאה הציבורית לבריאות נמוך יותר מאשר בישראל. מכאן ברור כי כבתמונת ראי, שיעור ההוצאה הפרטית לבריאות בישראל הוא מהגבוהים במדינות המפותחות, כ-35% מתוך סך ההוצאה, אשר לפי נתוני OECD עומד בשנת 2019 על 104.9 מיליארד ₪.

ליבה הפועם של מערכת הבריאות הוא השירות הציבורי - בקהילה ובבתי החולים. מרבית המגעים בין המטפלים והמטופלים מתרחשים בקופות החולים; הניתוחים המורכבים והיקרים ביותר מתבצעים בדרך כלל במרכזים הרפואיים הציבוריים; תחנות טיפות חלב, שירות הבריאות לתלמיד, מערך החיסונים, שירותי בריאות הנפש ושירותי בריאות השן בחלקם - כל אלה ועוד נעשים במסגרות ציבוריות כאלה ואחרות.

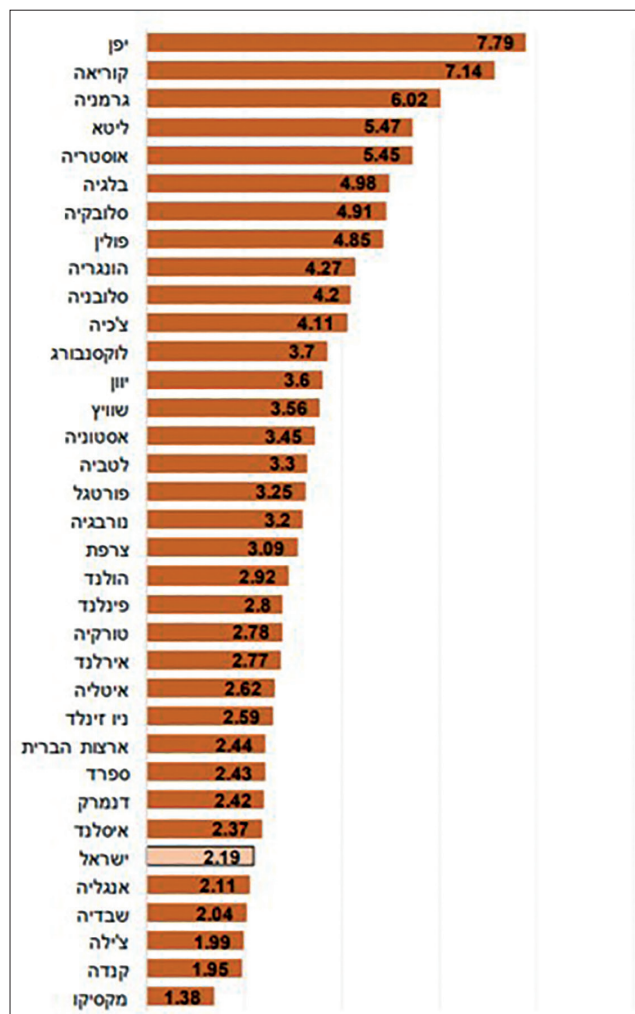
המחסור הכרוני בתקציבים בא לידי ביטוי במחסור בתשתיות פיזיות ובכוח אדם במערכת הציבורית. בין היתר, מורגש המחסור בשיעור מיטות האשפוז בשיעור הרופאים הנמוך. על כך יש להוסיף חוסר שוויוניות בין אזורים שונים במדינה, וכך על המחסור הכללי נוצרת מצוקה קשה במיוחד במחוזות הפריפריה. לכך יש השפעה רבה על יכולתם של הצוותים הרפואיים לתמרן בין מתן שירות וטיפול רפואי איכותי לבין הצורך להדריך ולהנחות מתמחים וסטאז'רים (ועל כך יש להוסיף גם את העיסוק במחקר). יתרה מכך, מערך ההכשרה כמעט כולו מושתת על מערכת הבריאות הציבורית - החל מהפקולטות לרפואה באוניברסיטאות, עבור דרך מסלולי ההתמחות ובהמשך הדרך - חינוך רפואי מתמשך, המבוצע בצורה פורמלית ובלתי פורמלית בקופות החולים ובמחלקות בתי החולים. מכאן ניתן להבין כיצד בעיית היסוד של מערכת הבריאות בישראל - השחיקה הכרונית והמכוונת בתקציב המערכת - קשורה באופן הדוק לבעיית המחסור ברופאים, היעדר התקנים והפגיעה בסביבת העבודה ובתנאי העבודה של מתמחים כמו גם של ציבור הרופאים כולו.



5. המחסור בתשתיות ובכוח אדם רפואי

המחסור התקציבי בא לידי ביטוי במספר מדדים עיקריים של תשתיות וכוח אדם. שיעור מיטות האשפוז הכללי בישראל הוא מהנמוכים בקרב המדינות המפותחות, והוא ממשיך במגמת ירידה עקבית. כיום עומד שיעורן על 2.19 לאלף נפש לעומת ממוצע של כ-3.6 מיטות ב-OECD. כפי שניתן לראות בתרשים להלן, רק בחמש מדינות בארגון שיעור מיטות האשפוז הכללי נמוך מזה של ישראל. המשמעות היא לחץ גדול וחלופה מהירה של החולים.

שיעור מיטות לאישפוז קורטיבי בהשוואה ל-OECD (ל-1000 נפש, שנה אחרונה זמינה)

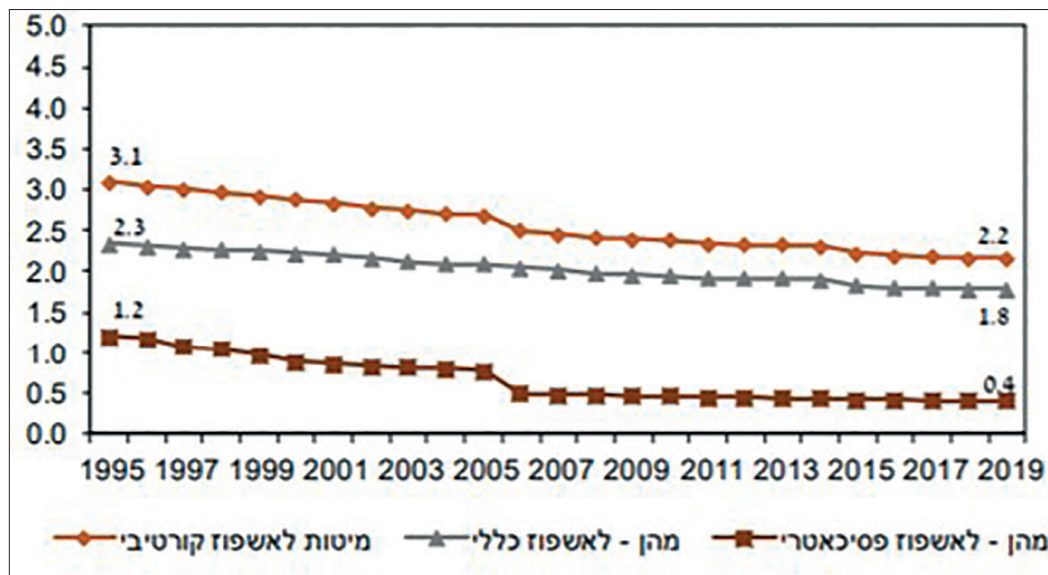


מקור: עיבוד נתוני OECD health statistics 2020



בהתאם להגדרות ה-OECD סך מיטות האשפוז הכללי כולל גם מיטות פסיכיאטריות. ללא מיטות פסיכיאטריות, שיעורן בישראל עומד על כ-1.8 לאלף נפש בלבד. כפי שעולה מהתרשים להלן, בשני סוגי המיטות חלה ירידה עקבית לאורך השנים בשיעוריהן ביחס לאוכלוסייה כתוצאה ממדיניות מתוכננת.

שיעור מיטות האשפוז הכללי בישראל בחלוקה לסוגים בשנים 1995-2019



מקור: משרד הבריאות, מיטות אשפוז ועמדות ברישוי 2020.

הירידה בשיעור המיטות הפסיכיאטריות היא למעשה אחד מיעדיה של הרפורמה בבריאות הנפש, אשר אחת ממטרותיה היא העברת כובד המשקל הטיפולי בתחום בריאות הנפש אל הקהילה. הירידה בשיעור המיטות הכלליות גם היא נעשית בכוונת מכוון. במידה מסוימת, גם היא מבטאת מגמה עולמית של העברת כובד המשקל הטיפולי אל הקהילה. בשנים האחרונות, ובעיקר על רקע מגפת הקורונה, עם ההתפתחות הטכנולוגית והרגולטורית הנדרשת, הואץ תהליך זה בעקבות התעצמותה של הטלה-רפואה (רפואה מרחוק), המאפשרת טיפול ואשפוז ביתי, ובכך מפחיתה את הצורך בהגעה לבית החולים עצמו מצד המטופלים. אכן, במדינות מפותחות רבות קטן בשנים האחרונות שיעור מיטות האשפוז. יחד עם זאת, יש לזכור, כי שיעור המיטות בישראל הוא מלכתחילה נמוך ביותר ואינו משקף את צרכי האוכלוסייה. אוכלוסיית ישראל מתאפיינת בקצב גידול מהיר יחסית למדינות המפותחות בשל ריבוי טבעי גבוה ובנוסף מתאפיינת בתוחלת חיים גבוהה ובהזדקנות שכבת הגיל המבוגרת. כאן יש להבהיר כי אמנם לאורך השנים מספרן האבסולוטי של מיטות האשפוז בדרך כלל עלה, אך בשל המגמות הדמוגרפיות שתוארו לעיל, שיעורן ביחס לאוכלוסייה ירד. מגמה זו נובעת בסופו של דבר ממדיניות ממשלתית המודרכת מזה עשורים על ידי צמצום השירותים החברתיים וריסון מדינת הרווחה באה לידי ביטוי גם במערכת הבריאות הציבורית, ובמיוחד במערך האשפוז. בישראל קשור מספר מיטות האשפוז בהסכמי תקינה לכוח האדם בבתי החולים, לרבות רופאים ואחיות. צמצום שיעור מיטות האשפוז, משמעותו צמצום תקנים והימנעות מהגדלתו של מרכיב הוצאה משמעותי במערכת - מרכיב השכר של רופאים ושל עובדי בריאות אחרים.



כתוצאה מכך, מתאפיין מערך האשפוז הכללי בישראל בשיעור תפוסה גבוה באופן קיצוני - 93% (שני רק לאירלנד) לעומת ממוצע של 75% במדינות OECD.⁴ זאת, בנוסף לזמני המתנה ארוכים לניתוחים מתוכננים, אשר לפי סקר ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) מתחילת 2020, מגיע בחלק מבתי החולים לשנה ואף לשנתיים.⁵

בנוסף לכך, מערכת הבריאות הישראלית מתאפיינת בסבב מיטות גבוה במיוחד. לפי דוח מרכז טאוב, בשנת 2016 היה מספר האשפוזים הממוצע למיטה בישראל כ־66 לעומת כ־41 בממוצע במדינות OECD. הסבב הישראלי מבטא משך אשפוז קצר יחסית. משך האשפוז הממוצע בישראל, 5.2 ימים למטופל, נמוך מממוצע במדינות (6.7).

עוד על פי המחקר, נתונים אלה מצביעים על מערכת אשפוז כללית המתקשה לספק למטופליה שירות וטיפול רפואי מיטביים נוכח משך אשפוז קצר ולחצים לקצרו בגלל ממתנים מחוץ לבית החולים ובתוכו, בחדר המיון. כמו כן, יכולתה להתמודד עם מצבי חירום או להגיב לשינויים בביקוש לשירותי בריאות מוגבלת למדי.⁶

אכן, מדי חורף אנו עדים למשבר הפוקד את בתי החולים, ובעיקר את חדרי המיון והמחלקות הפנימיות בשל גלי תחלואת החורף, ובעיקר מחלת השפעת. תפוסת המיטות במחלקות ובחדרי המיון מטפסת בחלק מהמקרים לכדי 200%.⁷

לנוכח מצוקת המשאבים המתוארת לעיל, ומכיוון שתקינת כוח האדם הרפואי בבתי החולים קשורה במספר מיטות האשפוז הכללי ("תקינת גולדברג" משנת 1976), ברי, כי מספר הרופאים, לרבות מתמחים, מושפע גם הוא מהתנאים השוררים במערכת.

4 OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

5 ההסתדרות הרפואית בישראל, זמני המתנה לניתוחים מתוכננים בבתי חולים כלליים בישראל, ינואר 2020.

6 ד. צ'רינובסקי ו-ר. כפיר, מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב, יולי 2019.

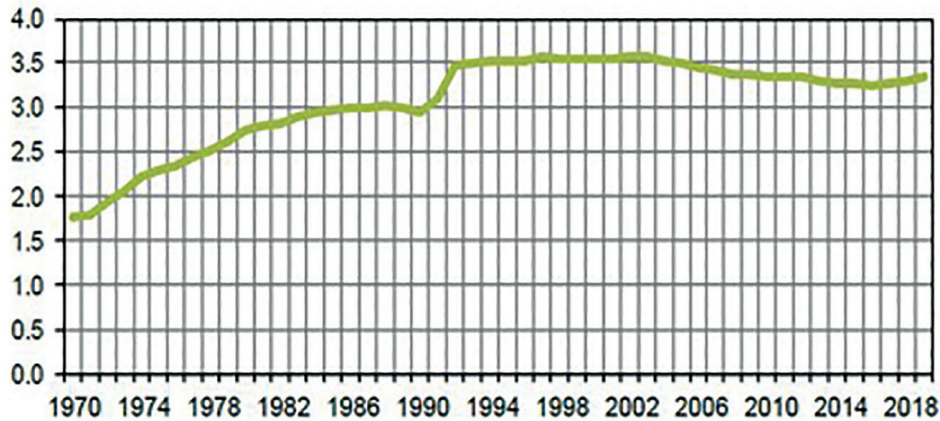
7 א. שומפלי ו-א. גל. רופא בכיר: "אנשים מתים בגלל העומס במערכת הבריאות", Ynet, 30 באוקטובר 2019. <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5616145,00.html> [תאריך כניסה 6 במאי 2020].



5.1 היקף כוח האדם הרפואי בישראל

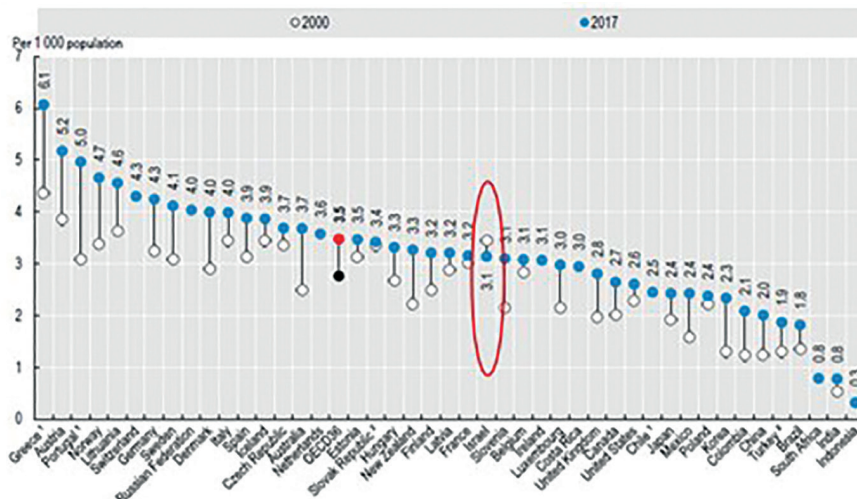
בסוף שנת 2019 היו בישראל כ-30.5 אלף רופאים בעלי הרשאה לעסוק ברפואה עד גיל 67, מהם למעלה מ-8000 מתמחים. שיעורם של הרופאים עד גיל 67 עלה ל-3.34 לאלף נפש לעומת 3.3 בשנה הקודמת, זאת לאחר מגמת ירידה מתמשכת מאז תחילת שנות האלפיים.⁸

שיעור רופאים עד גיל 67, לאלף נפש, 1970-2019



מקור: משרד הבריאות, כח אדם במקצועות הבריאות 2019.

רופאים פעילים לאלף נפש בשנת 2000 ו-2017 (או השנה הקרובה ביותר)



1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
 2. Data include not only doctors providing direct care to patients but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
 Source: OECD Health Statistics 2019.

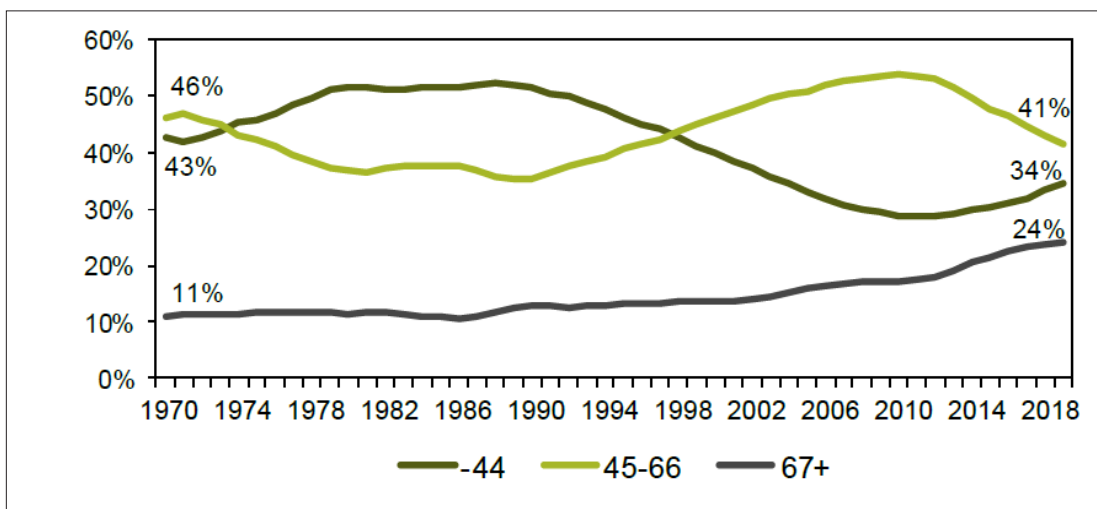
SEATTLE WA <https://doi.org/10.1787/888934017253>



מהתרשים שלעיל עולה כי לא זו בלבד שישראל נמצאת מתחת לממוצע ה-OECD, אלא שישראל היא היחידה מבין כל מדינות ההשוואה שבה שיעור הרופאים ירד בשנת 2017 לעומת 2000. מצבם של עובדי הסיעוד גם הוא בריע - שיעור האחיות המועסקות בישראל עמד על 5.1 אחיות לאלף נפש לעומת 8.8 בממוצע ה-OECD. המשמעות היקפית עבודה גבוהים מאד, תחלופה מהירה של חולים וקצב עבודה מוגבר.

שיעור הרופאים בני 67 ומעלה נמצא במגמת עלייה מתמשכת, ובשנת 2018 הגיע שיעורם מכלל הרופאים ל-24%. עלייה קלה חלה בשנים האחרונות בשיעור הרופאים הצעירים (בני 44 ומטה), ולעומתם צנח שיעורם של הרופאים בגילאי הביניים (45-66) מכ-54% בשנת 2010 ל-41% בשנת 2019. לפי ההערכות, בעשור הקרוב צפויים לפרוש כשליש מהרופאים הוותיקים.

מגמות בהרכב גילי אוכלוסיית הרופאים בישראל 1970-2019

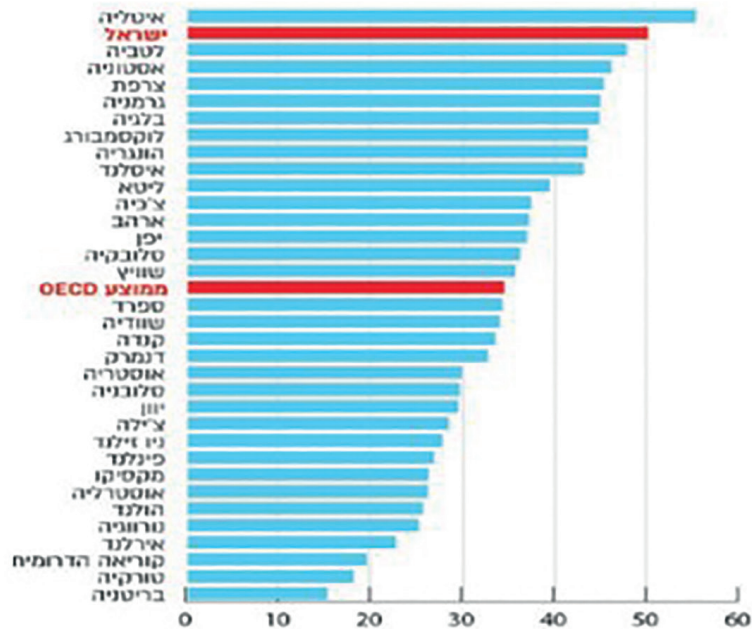


מקור: משרד הבריאות, כח אדם במקצועות הבריאות 2019.



שיעור הרופאים המבוגרים בישראל הוא מהגבוהים במדינות המפותחות. כמחציתם בני 55 ומעלה - ישראל שנייה רק לאיטליה בתחום זה.

שיעור הרופאים בני 55 ומעלה במדינות OECD (2017)⁹



מקור: OECD, Health at a Glance, 2019

מפני שיבה: ציבור הרופאים הישראלי המבוגר ביותר, חוץ מאיטליה

שינויים בכוח האדם הרפואי מתחוללים גם מהבחינה המגדרית: שיעור הרופאות מכלל הרופאים נמצא במגמת עלייה - 43% בשנת 2019 לעומת 41% בשנת 2010 ו-31% בשנת 1990.

רישיונות חדשים: מספר הרישיונות ברפואה במגמת עלייה: 1,738 רישיונות חדשים ב-2019 לעומת 727 בלבד בשנת 2010 (פי 2.3). 40% מהרישיונות ב-2019 הונפקו לבוגרי הארץ, והיתר לבוגרי חו"ל. על אף העלייה במספר הרישיונות, בשל המחסור בתקני התמחות, נוצר מצב שבו בכל שנה ישנם מאות רופאים שסיימו סטאז' אך אינם מוצאים תקן להתמחות ונאלצים להמתין למשרה, זאת בשעה שקיים מחסור כבד ברופאים הן בבתי החולים והן בקהילה.

שיעור מסיימי בתי הספר לרפואה בארץ הוא אחד הנמוכים בקרב המדינות המפותחות ועומד על 6.9 לעומת 12.6 מסיימים למאה אלף נפש ב-OECD. יחד עם זאת יש לציין כי רבים אחרים לומדים בבתי ספר בחו"ל.

למעשה, רוב הרישיונות החדשים ניתנים לבוגרי חו"ל, וישראל היא שיאנית ה-OECD בשיעור בוגרי הרפואה שלה במדינות זרות.

9 OECD, Health at a glance 2019.



לא ידוע כמה מתוך בוגרי בתי ספר לרפואה בחו"ל חוזרים ארצה עם תום לימודיהם וכמה בוחרים להישאר בחו"ל. בנוסף לכך, אחוז ניכר מבוגרי חו"ל אינם מצליחים לעבור את בחינות הרישוי בארץ, ועל כן אינם יכולים לעבוד כרופאים. בהקשר זה יודגש כי הוועדה להסדרת השדות הקליניים בלימודי רפואה (ועדת הלפרין-מרומ) המליצה בשנת 2019 על ביטול או צמצום משמעותי של תכניות לימודי הרפואה לזרים, ביטול תכנית לונדון-ניקוסיה שמאפשרת לישראלים ללמוד בקפריסין ובשיבא, ועל הגדלת מספר הסטודנטים באוניברסיטאות תל אביב, בן גוריון ובר אילן.

על המצוקות הקיימות במצאי כוח אדם רפואי, כמו גם בתשתיות מערכת הבריאות (דוגמת מיטות אשפוז, מכשירי MRI, CT וכדומה), יש להוסיף גם את קיומם של פערים נרחבים בפריסתם על פני אזורים גיאוגרפיים. הוועדה סבורה כי כל הצעה שתעמוד על הפרק במסגרת עבודתה - עליה להיבחן גם על פי אמות מידה של שוויוניות והוגנות בפריסת שירותי בריאות, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, לרבות רופאים מתמחים ומומחים, ובכל מקרה, לא תתקבל הצעה הצפויה להרחיב את אי השוויון הקיים.

5.2. סיכום

מכל האמור לעיל עולות שאלות באשר ליכולתה של מערכת הבריאות לספק שירותי בריאות ברמה נאותה ובזמינות גבוהה מהטעמים הבאים:

- בצד הביקוש, אוכלוסיית ישראל מזדקנת בקצב מהיר, המגדיל את הביקוש לשירותי בריאות. בכך גדל הלחץ על מערכת הבריאות ועל הרופאים המטפלים.
- בצד ההיצע, שיעור הרופאים בישראל נמצא במגמת ירידה מזה כשני עשורים, בניגוד למגמת העלייה שחלה במרבית המדינות המפותחות, והוא נמוך כיום ממוצע מדינות OECD. מעבר לכך, המחסור בתקני מתמחים מוביל לכך שמאות רופאים יושבים בחוסר מעש מדי שנה ומצפים למשרה.
- במבט לעתיד, כמחצית מהרופאים בישראל הם בני 55 ומעלה ושליש מהם צפויים לפרוש בשנים הקרובות. מאידך, שיעור הרופאים בוגרי הארץ נמוך.
- העומס על מערך האשפוז חריג מאוד בקנה מידה בינלאומי, והוא מתבטא בעיקר בשיעורי תפוסה גבוהים, סבב מיטות גבוה ומשך אשפוז קצר. לכך יש משמעות רבות מבחינת איכות הטיפול ובטיחותו ועומס העבודה ומדדי השחיקה של הצוות המטפל, לרבות הרופאים המתמחים.
- כל דיון במצבה של הרפואה הישראלית, לרבות עתיד ההתמחות, ראוי שיתחיל מנקודת מוצא המביאה בחשבון את המחסור והעומס החריגים בהם שרויה מערכת הבריאות בישראל מזה עשורים.
- כל הצעה שתובא לעיון הוועדה תיבחן בין היתר על פי אמות מידה של שוויוניות והוגנות בפריסת שירותי בריאות, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, לרבות רופאים מתמחים ומומחים.



6. מעמדו של הרופא המתמחה בישראל בהשוואה לעולם

הרופאים המתמחים בישראל נהנים מרמת הכשרה מהגבוהות בעולם במסגרתה של מערכת בריאות, אשר על אף היותה דלת אמצעים, נחשבת למתקדמת ביותר מבחינה מקצועית, מדעית וטכנולוגית. בעוד שרמת ההכשרה של הרופא הישראלי ידועה לכל, מעטים יודעים כי המתמחה הישראלי נהנה גם מתנאים אישיים וסוציאליים הנלווים לתהליך ההתמחות, חלקם ללא אח ורע בהשוואה למדינות העולם, כפי שיוצג להלן.

מדינות העולם נבדלות זו מזו במספר מקצועות ההתמחות הקיימים בהן, במבנה ההתמחות ובנהליה, במתכונת ההכרה במחלקות להתמחות ובמתכונת הבחינות והדרישות החינוכיות לצורך קבלת תואר המומחה. כך למשל, בעוד בארה"ב עומד מספר מקצועות ההתמחות על כ-140, במרבית מדינות אירופה ובישראל עומד מספרן על כ-60. משך ההתמחות משתנה אף הוא ממדינה למדינה ומושפע רבות ממאפייניה של מערכת הבריאות במדינה, מהיקפי החשיפה הקיימים במערכת הבריאות שבה למטופלים שונים, לתכנים מקצועיים ולכלים רפואיים. הטבלה הבאה מציגה דוגמאות למשך ההתמחות במספר מקצועות ובמספר מדינות בעולם:

משך ההתמחות ברוטו* (בחודשים)

ארזה"ב	קנדה	אוסטרליה	בריטניה	גרמניה	ישראל
רפואה פנימית	36	48	60 מינימום, כולל התמקצעות	60 כולל התמקצעות נוספת	48
כירורגיה כללית	60	60	96	72	72
מיילדות וגינקולוגיה	48	60	84 כולל התמקצעות	60	72
רפואת ילדים	36	48	60 + התמחות על חובה	60	54

(* הערה: ראה בהמשך המסמך התייחסות למשך ההתמחות ברוטו ונטו)

לכאורה, נראה כי משך ההתמחות בישראל עומד בסטנדרטים מערביים ומשקף בקירוב את ממוצע תקופות ההכשרה במדינות ההשוואה. אולם, כפי שנראה להלן, השוואה זו מטעה למדי, וזאת משום שמתמי ישראל נהנים מחופשות רבות יותר מעמיתיהם שמעבר לים בנוסף לתקופת מדעי היסוד הייחודית לישראל. מכאן שזמן "הנטו" של הכשרת המתמחה בישראל, כלומר בקיזוז החופשות הנחשבות לחלק מההתמחות, נמוך במיוחד בהשוואה בינלאומית.



6.1. חופשות והפסקות במהלך ההתמחות בישראל ובעולם

על פי תקנות הרופאים ונהלי המועצה המדעית, התמחות במקצוע הראשי ובכל אחד ממקצועות המשנה (רוטציות ומדעי היסוד) תיעשה ברצף למשך זמן שנקבע בתקנות.¹⁰ עם זאת, במקרים מסוימים ההפסקה מותרת באישור מראש מהמועצה המדעית. ישנם מקרים בהם תקופת ההפסקה נחשבת (כולה או חלקה) כחלק מההתמחות, ובמקרים אחרים יש להחזיר את תקופת ההפסקה, אך היא לא תיחשב כפגיעה ברצף ההתמחות הנדרש.

להלן פירוט החופשות המותרות:

חופשה שנתית

ניתן לקחת עד 28 יום בשנה במהלך ההתמחות במקצוע הראשי.

חופשת לימודים/בחינות

מועמד לבחינת התמחות זכאי לחופשה של חודש קלנדר, אשר לא תפחת מ-22 ימי עבודה, לצורך לימוד לפני כל בחינת התמחות. את מכסת הימים האמורים זכאי המתמחה לקחת לפני ובסמוך לבחינה ובאופן רצוף. כמו כן, זכאי המתמחה להאריך את חופשת הלימודים באישור מנהל המחלקה על ידי ניצול ימים מהחופשה השנתית העומדת לזכותו.

הפסקה לצורך שירות במילואים

ניתן לצאת לתקופת מילואים עד 45 יום בשנה, במהלך ההתמחות במקצוע הראשי.

הפסקה בגין חופשת מחלה או שמירת הריון

כל רופא, לרבות מתמחה, זכאי ל-30 ימי מחלה בשנה, בקבלת אישור של המועצה המדעית.

הפסקה לצורך חופשת לידה

היציאה לחופשת הלידה מותרת במסגרת ההתמחות בהתאם לזכאות על פי חוק. הכרה של חופשת לידה בת 14 שבועות במהלך ההתמחות במקצוע הראשי או במהלך ההתמחות במקצוע משנה של שנה ומעלה, תובא בחשבון חודשי ההתמחות ואין צורך להשלים תקופה. יוכרו עד 2 חופשות לידה במהלך התמחות בסיס וחופשת לידה אחת במהלך התמחות-על לטובת פז"ם ההתמחות.

10 "חופשות במהלך ההתמחות" מתוך אתר המתמחים של הר"

<https://www.ima.org.il/internesnew/viewcategory.aspx?categoryId=7091#VmlAAUqDFBc> [כניסה בתאריך 04.01.21]



חופשת לידה לבן/בת זוג (בזוגיות עם אישה שילדה)

אב יכול להחליף את בת זוגו היולדת החל מהשבוע השביעי ללידה, בתנאי שהאישה זכאית לחופשת לידה ובחירה לקצר את חופשת הלידה ולחזור לעבודתה. במידה ו-8 שבועות אלו נלקחו במהלך ההתמחות במקצוע הראשי או במהלך ההתמחות במקצוע משנה של שנה ומעלה, יובאו בחשבון חודשי ההתמחות, ואין צורך להשלים תקופה זו.

קיימות אפשרויות לחופשות והפסקות נוספות במהלך ההתמחות, אשר אינן נחשבות כחלק מפז"מ ההתמחות ולכן לא פורטו בסקירה זו.

כל חופשה המוכרת כחלק מפז"מ ההתמחות מבין אלו המפורטות מעלה, תוכר בחלקה או במלואה, רק לטובת התקופה בה היא נלקחה. כלומר, חופשה אשר תילקח במהלך המקצוע הראשי תוכר לטובת המקצוע הראשי בלבד וחופשה אשר תילקח במהלך מדעי היסוד והרוטציות תוכר באופן היחסי רק לטובת תקופות אלו כך שסה"כ החופשות המפורטות מעלה, שנלקחו במסגרת הרוטציה, לא יעלו על שליש מתקופת רוטציה כלשהי.

בחינת דוגמאות של המקובל בעולם בסוגיית החופשות העלתה תמונה שונה.

בארה"ב, מכסת החופשות משתנה מעט ממקצוע למקצוע בהתמחות בהתאם לכללי ה-Boards השונים (טבלה 5). בכלל המקצועות שנבדקו (כירורגיה כללית, רפואה פנימית, מיילדות וגינקולוגיה ורפואת ילדים) משמשת תקופת חופשה אחת לכלל השימושים, כך שהמתמחה רשאי לבחור אם לנצל את משך החופשה לחופשת לידה, מחלה, טיפול בקרוב משפחה או חופשה מטעמים אחרים. **משך כלל החופשה המותרת על פני שנת התמחות אחת נע בין 5 ל-6 שבועות** במקצועות השונים והאפשרות לפריסת זמן החופשות משתנה בהתאם לכללי המקצוע והמוסד המעסיק.

בקנדה, מדיניות החופשות נתונה לשיקול דעתה של האוניברסיטה בה מבוצעת ההתמחות. חופשת לידה אפשרית, אבל מאריכה את ההתמחות בכל מקרה.

באוסטרליה, חופשה לכל מטרה תארך בין **חודשיים לשלושה שנה** כתלות במקצוע, אך אין כל אפשרות לחופשה נוספת, כולל לידה או טיפול בילד.

בגרמניה ובבריטניה, אין חופשות מוכרות לפז"מ ההתמחות וכל יציאה לחופשה מאריכה את ההתמחות.

באף אחת מן המדינות שנבדקו לא קיימת חופשת בחינות בהתמחות ובוודאי לא כזו הנחשבת כחלק מפז"מ ההתמחות.

מעבר למכסת ימי ההיעדרויות המותרת במסגרת תקופת ההתמחות, קיימות זכויות ייחודיות נוספות להתמחות בישראל:

מעמד "קביעות בהתמחות" לאחר שנתיים ראשונות מההתמחות עד לסיימה. במדינות אחרות, ניתן להפסיק את ההתמחות המתמחה גם לאחר שנתיים.

זכות לשנת התמחות נוספת, אחת לפחות - לאחר כישלון בבחינה, ע"ח ביה"ח ובשכר מלא. במדינות אחרות מועד סיום ההתמחות הוא קבוע והבחינות מבוצעות אח"כ. מובן מאליהן שכשלוש בבחינה לא מקנה זכות עבודה נוספת בבי"ח כמתמחה.



חופשות בהתמחות בעולם*

ישראל	גרמניה	בריטניה	אוסטרליה	קנדה	ארה"ב	
22-23 ימים בשנה	אין חופשות מוכרות, כל חופשה מאריכה את ההתמחות	14 ימים בשנה (כולל כל סוג של חופשה)	בכירורגיה כללית - כלל החופשות מכל סוג עד 12 שבועות בשנה. ילדים, פנימית וגינקולוגיה - ככה"נ עד חודשיים בשנה	משתנה לפי מדיניות המוסד	4 שבועות כירורגיה/ ילדים	חופשת שנתית
14 שבועות פעמיים במהלך ההתמחות לילדת, 8 שבועות לאב הלוקח במקום בת זוגו	אין חופשות מוכרות, כל חופשה מאריכה את ההתמחות	אין	אין חופשה ייעודית, אפשר שנתי	נתונה לשיקול דעת המוסד / האוניברסיטה. בכל מקרה מאריכה את ההתמחות	בכירורגיה - שבועיים במהלך 3 שנים ראשונות ושבועיים נוספים בשנתיים אחרונות (נכנס 2019)	חופשת לידה / טיפול בילד
					בילדים - אין בפנימית - כולל חופשה שנתית עד 5 שבועות בשנה	
					בינקולוגיה - 24 שבועות לכל ההתמחות כולל חופשה שנתית	
25 ימים בשנה		אין			כאמור לעיל, במיין אותם חודשים	חופשת מחלה
חודש קלנדרי לפני כל מועד בחינה	אין	אין	אין	אין	אין	חופשת בחינות

* הערה לטבלה: מוזכרות רק חופשות שאינן מאריכות את משך ההתמחות

הנה כי כן, היקף החופשות בהתמחות בישראל, אפוא, עולה משמעותית על היקפן במדינות רבות. חופשת לידה באורך 14 שבועות פעמיים בהתמחות וחופשת בחינה לפני כל מועד בחינה הינן ייחודיות לישראל. גם מעמד הקביעות בהתמחות לאחר שנתיים ומתן אפשרות להישאר כמתמחים לפחות שנה אחת נוספת לאחר כישלון בבחינות הן זכויות ייחודיות לישראל בלבד. משמעותו של היקף החופשות המיטיב בישראל היא כי זמן ההתמחות נטו קצר באופן משמעותי ממשך ההתמחות המוגדר ברוטו על פי חוק, ולפיכך פרק הזמן המוקדש להכשרה בפועל קצר ביחס לתקופה המקבילה במדינות אחרות.¹¹

להלן השוואת משך ההתמחות ברוטו ונטו במספר מדינות ובמספר מקצועות נבחרים, אשר הציגה המועצה המדעית בפני חברי הוועדה.

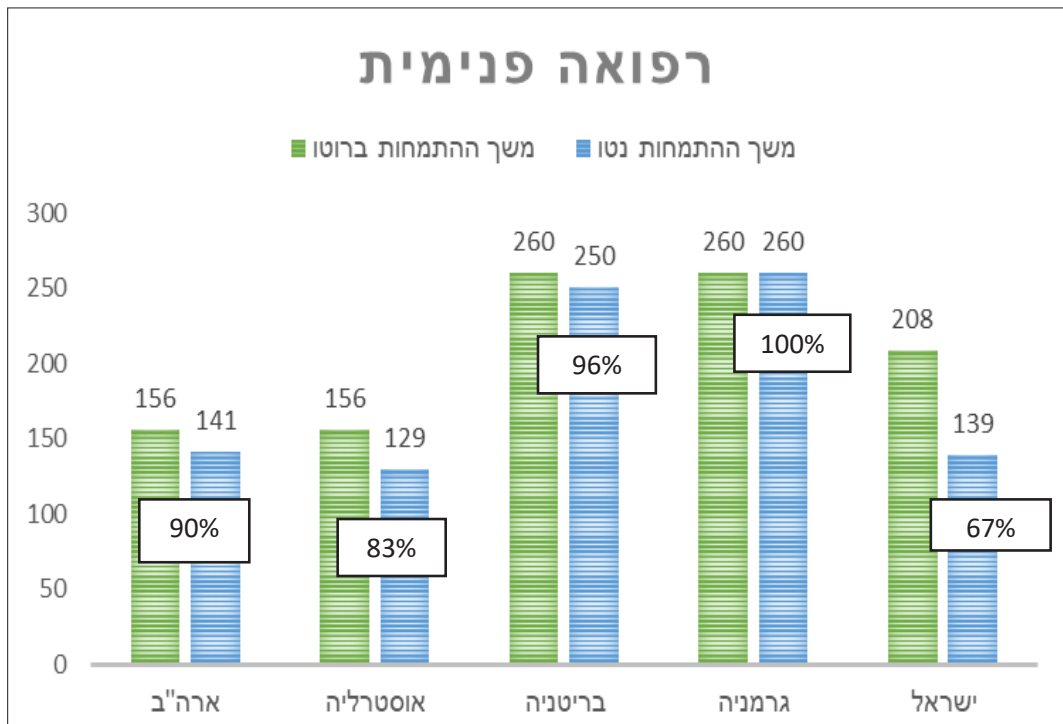
11 דוגמה: בארה"ב מותר במסגרת התמחות בכירורגיה כללית לבצע מינימום של 142 שבועות בשלוש השנים הראשונות להתמחות ו-94 שבועות בשנתיים האחרונות, סה"כ 236 שבועות (מתוך התמחות ברוטו בת 260 שבועות). בישראל, נמשכת ההתמחות ברוטו 312 שבועות, מהם מורידים 4 שבועות לערך של חופשה שנתית מדי שנה, 8 שבועות עבור שתי חופשות בחינה במהלך ההתמחות, 4 שבועות של חופשת מחלה מדי שנה ו-2 חופשות לידה בנות 14 שבועות כל אחת.



6.2. השוואת משך ההתמחות - ברוטו ונטו במקצועות נבחרים במדינות שונות

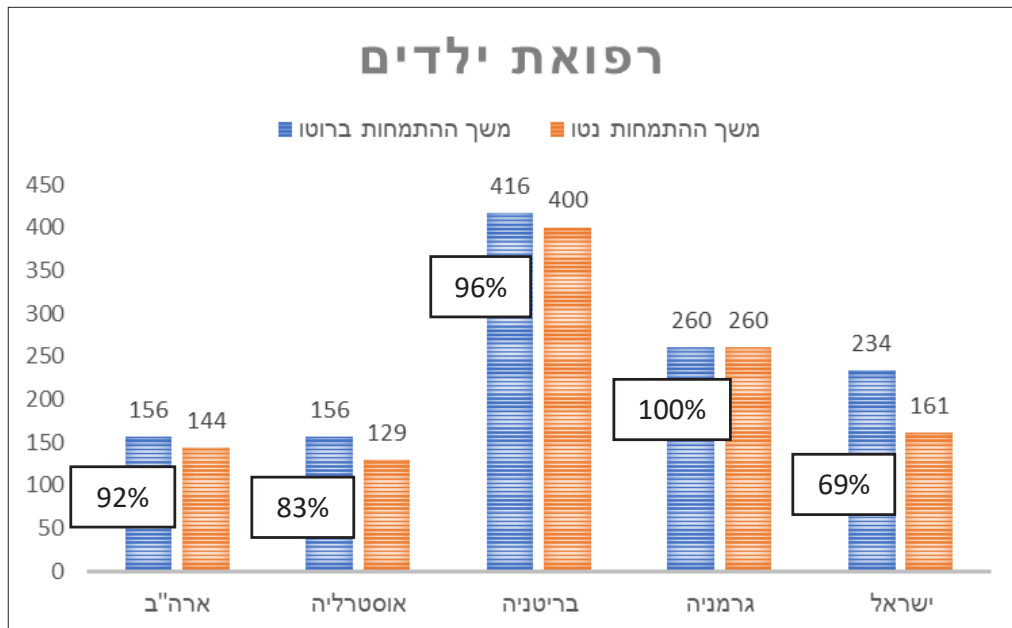
להלן השוואת משך ההתמחות ברוטו ונטו במספר מדינות ובמספר מקצועות נבחרים, אשר הציגה המועצה המדעית בפני חברי הוועדה.

משך ההתמחות נטו/ברוטו



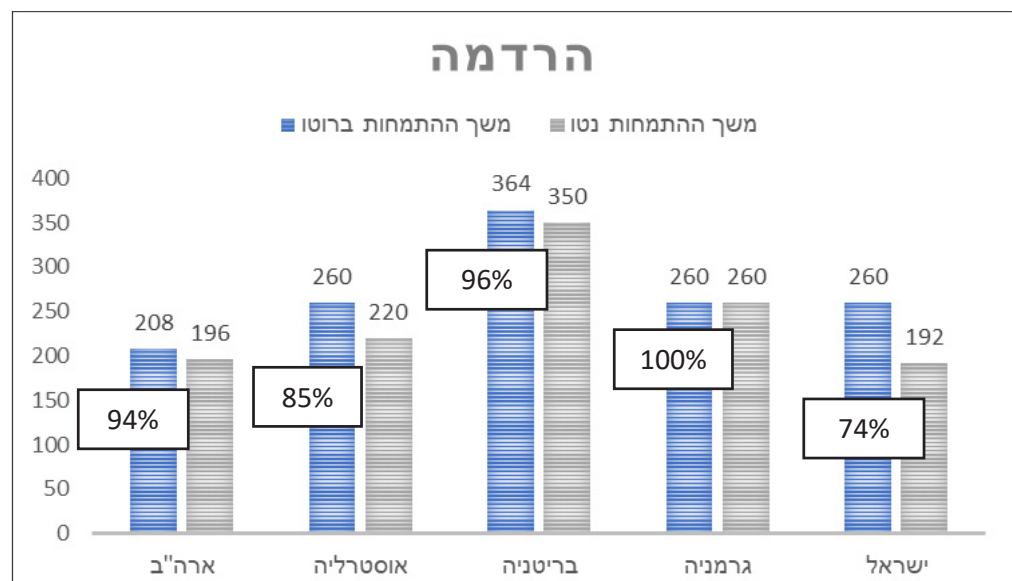
(*) המדובר בחופשה המקסימלית המותרת שהיא חלק אינטגרלי מההתמחות.

ניתן לראות כי מלבד אוסטרליה, משך ההתמחות נטו בישראל הוא הנמוך מבין מדינות השוואה. כמו כן, בישראל הפער בין הברוטו והנטו הוא הגבוה ביותר.



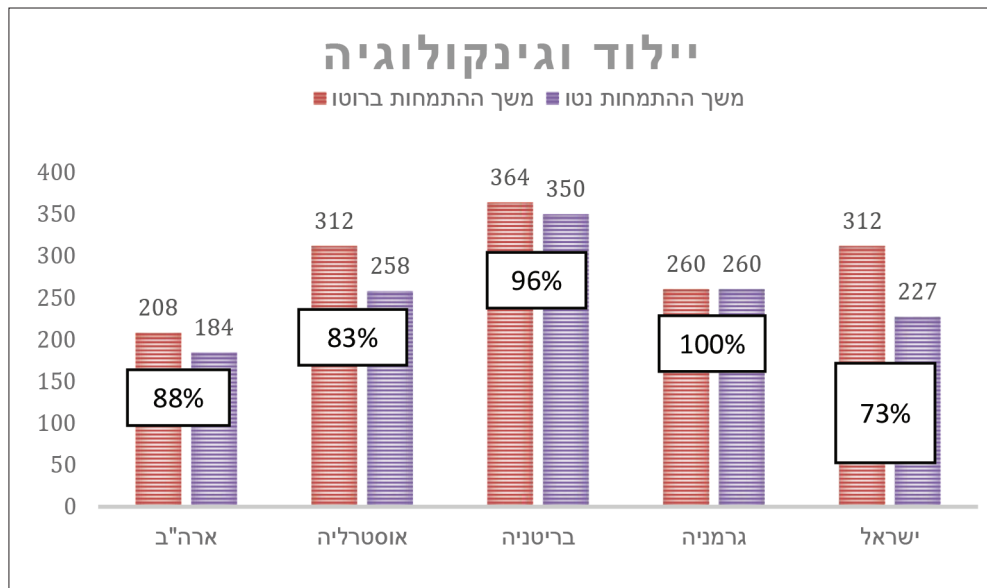
(*) המדובר בחופשה המקסימלית המותרת שהיא חלק אינטגרלי מההתמחות.

גם ברפואת ילדים, הפער בין ברוטו ונטו הוא הגבוה ביותר בישראל, אם כי במקרה זה הנטו הישראלי איננו הנמוך ביותר - באוסטרליה ובארצות הברית הוא מעט יותר. לעומת זאת, בבריטניה ובגרמניה הוא גבוה יותר באופן משמעותי.



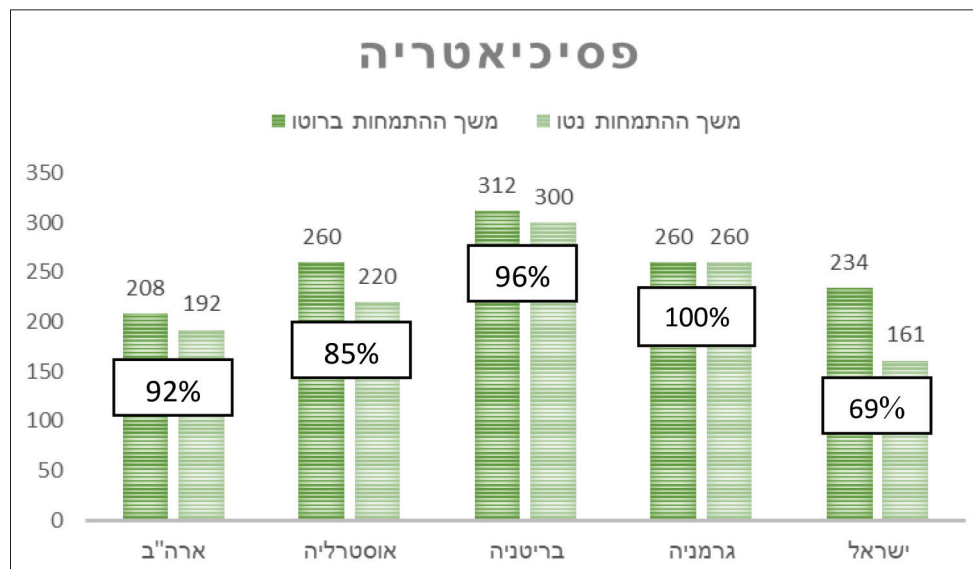
(*) המדובר בחופשה המקסימלית המותרת שהיא חלק אינטגרלי מההתמחות.

משך ההתמחות נטו בהרדמה בישראל הוא הנמוך ביותר מבין מדינות ההשוואה.



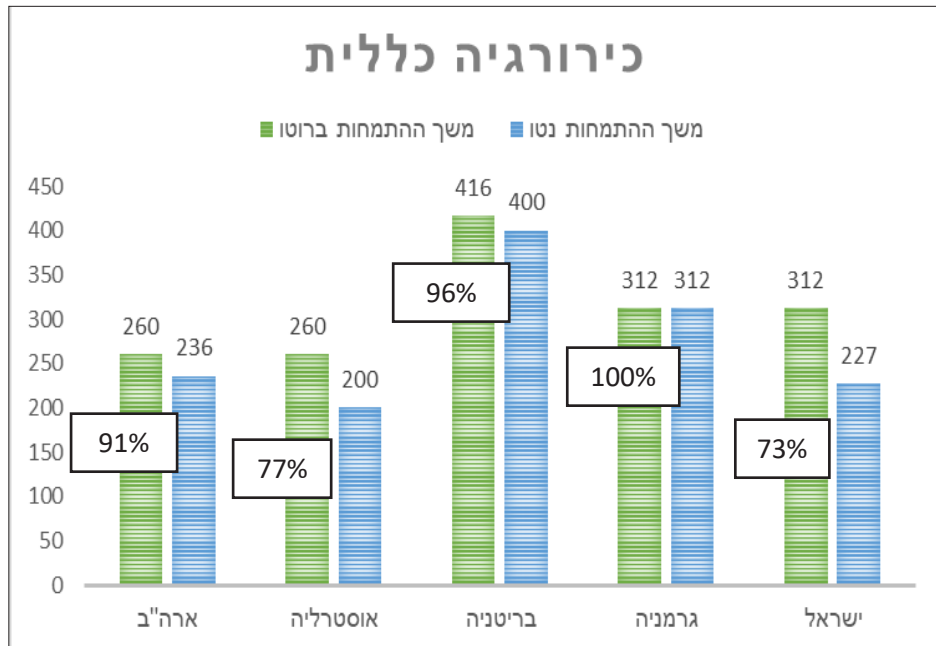
(*) המדובר בחופשה המקסימלית המותרת שהיא חלק אינטגרלי מההתמחות.

גם במיילדות וגניקולוגיה, הפער בין ברוטו ונטו הוא הגבוה ביותר במקרה הישראלי. משך ההתמחות נטו בישראל הוא הנמוך ביותר מלבד ארה"ב.



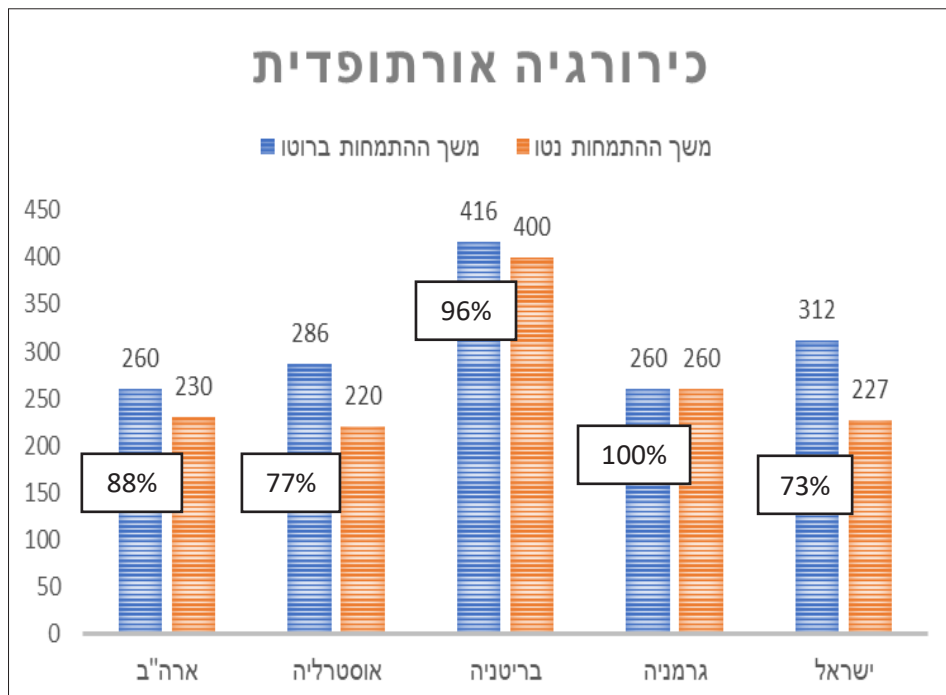
(*) המדובר בחופשה המקסימלית המותרת שהיא חלק אינטגרלי מההתמחות.

משך ההתמחות נטו בישראל בפסיכיאטריה הוא הנמוך ביותר מבין כל מדינות ההשוואה.



(*) המדובר בחופשה המקסימלית המותרת שהיא חלק אינטגרלי מההתמחות.

משך ההתמחות בכירורגיה בישראל הוא הנמוך ביותר מלבד אוסטרליה.



(*) המדובר בחופשה המקסימלית המותרת שהיא חלק אינטגרלי מההתמחות.

משך ההתמחות נטו בכירורגיה אורתופדית הוא הנמוך ביותר בישראל, והפער בין ברוטו ונטו בישראל הוא הגבוה ביותר מבין מדינות ההשוואה.











לסיכום חלק זה של ההשוואה הבינלאומית, אנו רואים כי כמעט בכל המקצועות הרפואיים שנבדקו, כאשר בוחנים את משך ההתמחות נטו של המתמחה הישראלית, עולה כי תקופת התמחותו היא הקצרה ביותר או מבין הקצרות ביותר. יש לתת את הדעת לנתונים אלו בכל תחשיב מחודש של שעות העבודה בהתמחות.

6.3. מדעי היסוד בישראל ובעולם

עבודת מדעי יסוד היא עבודת מחקר בנושא רפואי, העשויה לעסוק בנושא מחקר בסיסי, מחקר תרגומי או מחקר קליני, ואשר מתבצעת במשך שישה חודשים רצופים ובמשרה מלאה כחלק מדרישות ההתמחות במרבית מקצועות הבסיס. ניתן לבצעה במעבדות רפואיות, במעבדות מחקר, במכוני רפואיים או במחלקות בתי החולים.¹² מטרת ההתנסות בעבודת מדעי יסוד היא להקנות למתמחה ידע וניסיון בתכנון מחקר קליני או בסיסי וביצועו, תוך הדרכה צמודה בכל שלבי העבודה. כך ייחשף המתמחה לקריאה ולניתוח ספרות רלוונטית, לתכנון הצעה והגשתה, לביצוע העבודה בפועל, לניתוח תוצאות המחקר ולסיכום המחקר וכתובת התקציר, הרקע, השיטות, התוצאות והדיון במתכונת וברמה של פרסום בעיתון מדעי.

ועדה מיעצת לנושא מדעי היסוד והמחקר בהתמחות, אשר מינה יו"ר המועצה המדעית, יושבת בימים אלו אף היא על המדוכה.¹³ באדיבותה, סיפקה לנו הוועדה נתונים מתוך חומרי רקע שאספה לצורך עבודתה. חברי הוועדה סקרו את מדיניות שילוב תקופה ייעודית למחקר במספר מדינות מערביות (מעיון באתרי ההתמחויות ותשאול בכירים במערכת הרפואית בתחום ההתמחות במדינות אלה). להלן הממצאים:

 <p>נרתן לבצע מחקר במשך 6 חודשים במהלך התמחות של 3 שנים (בד"כ נפרש על פני שנים II, III), לא תמיד מנוצל. קיימות תכניות ייחודיות (ABIM NIH R38) המאפשרות זמן ייעודי למחקר בתכנית מיוחדת סלקטיבית ויקרתית</p>	<p>ארה"ב</p>
<p>אין זמן מוקצה למחקר</p>	 <p>קנדה</p>
<p>אין זמן מוקצה למחקר. בבתי חולים אוניברסיטאיים קיימת תכנית רופא-חוקר במהלך התמחות (1-3 תקנים לבית חולים גדול) שהמימון לה הוא לא מהמדינה. נדרש דיווח קפדני לגבי המחקר.</p>	 <p>גרמניה</p>
<p>אין זמן מוקצה למחקר. קיימת תכנית רופא-חוקר יוקרתית במוסדות מובילים בלבד כשהמימון עבור השכר והמחקר מטעם המוסדות, לאחר ההתמחות למשך 1-2 שנים</p>	 <p>איטליה</p>
<p>אין זמן מוקצה למחקר. קיים מסלול ייחודי MD RES שבו לאחר ההתמחות מוקצה זמן מחקר של 1-2 שנים עם אפשרות להארכה לצורך ביצוע PHD. מדובר במסלול יוקרתי וסלקטיבי.</p>	 <p>אנגליה</p>
<p>אין מחקר בהתמחות</p>	 <p>ספרד</p>
<p>אין זמן מוקצה למחקר. קיימות תכניות ייעודיות אקסטרניות למחקר שאינן נכללות בפז"ם ההתמחות ונחשבות יוקרתיות.</p>	 <p>צרפת</p>
<p>אין זמן שמור למחקר. חלק עושים מחקר בשנים שלפני התחלת ההתמחות חלק מהמתמחים עושים תואר שני או PhD תוך כדי ההתמחות על חשבון זמנם האישי</p>	 <p>אוסטרליה</p>

12 "חוקרים מדעי היסוד" מתוך אתר המתמחים של הר"י. <https://www.ima.org.il/internesnew/viewcategory.aspx?categoryid=7064>, כניסה בתאריך 04.01.21.

13 הוועדה לנושא מדעי היסוד והמחקר בהתמחות מונתה באוגוסט 2020 ופועלת בראשותה של פרופ' אירית בן-אהרון. עם חברי הוועדה נמנים פרופ' אייל ענתבי, פרופ' ענת גפטר, פרופ' חגי מזא"ה, ד"ר רוני דודיק, ד"ר דרור שובל, ד"ר נעה חסקי וד"ר זיו סאבין.



הוועדה המייעצת למדעי היסוד מצאה, אפוא, כי התקופה המוקדשת למחקר במדעי היסוד בהתמחות היא ייחודית לישראל. במרבית המדינות שנסקרו לא קיימת חובת מחקר בהתמחות, לא קיימת תקופת זמן קבועה מראש וממונת המיועדת למחקר בהתמחות, למעט בארה"ב בחלק מההתמחויות.

יחד עם זאת, במדינות מסוימות, כדוגמת ארה"ב ואנגליה, קיימות תכניות מחקר יוקרתיות תחרותיות לאחר ההתמחות וכן קיימים מסלולים של זמן צבוע למחקר לרופאים בכירים ומסלולי רופא-חוקר. מסלולים מסוג זה עדיין נדירים בישראל ומעטים הרופאים המצליחים להשתלב בהם.¹⁴ לאחרונה נעשים מאמצים, הן ע"י האקדמיה לרפואה מדעית של הר"י והן ע"י גורמים נוספים, לקדם ולאפשר מסלולי מחקר לרופאים שיסייעו בקידומו של מחקר רפואי איכותי בישראל, הקשור קשר הדוק לפעילות הקלינית ולצרכי המטופלים.

ההחלטה לאפשר ולשמור על ההזדמנות הייחודית לביצוע מחקר במסגרת ההתמחות הינה אף היא החלטה המוזנת משיקולים לאומיים שנטלה על עצמה המועצה המדעית, אשר ברצונה לוודא קיומו של בסיס התחלתי למחקר רפואי ומתוך הכרה בחשיבותן של מיומנויות מחקר הן לקידומו של המחקר עצמו והן לרמת רפואה טובה יותר. המועצה המדעית אף הרחיבה בשנים האחרונות את מגוון התחומים בהם רשאים המתמחים לעסוק בתקופה זו בכדי להתאימם לצורכי מערכת הבריאות כיום וכללה גם חלופות הכוללות חישוביות ביו-רפואית, יזמות וחדשנות רפואית ועוד.

חברי הוועדה המייעצת למדעי היסוד מעריכים שמתמחים/רופאים עם כישורים אקדמיים ורצון לקידום במסלול האקדמי יקדישו לכך זמן מעבר למסגרת ההתמחות ועל חשבון המערכת לאחר אישור המנהלים שלהם למסלול הנוסף למשך חצי עד שנה מלאה. מנגד, הרופאים שאינם מעוניינים בכך (יותר מ-70% מכלל המתמחים) לא יפיקו תועלת מתקופת חצי השנה הנוספת המוקדשת למדעי היסוד.

6.4. רוטציות בישראל ובעולם

ראשית, יש להפריד בין רוטציות בתת התמחות של המקצוע הראשי כמו חשיפה לכירורגיית כבד ודרכי מרה, השתלות, טראומה, כירורגיה אונקולוגית וכדומה במסגרת ההתמחות בכירורגיה כללית, לרוטציות במקצועות שונים בהגדרתם כמו אורתופדיה, הרדמה, אורולוגיה, פלסטיקה. הרוטציות בהתמחות מאפשרות חשיפה נוספת לתחומים משיקים למקצוע האם. במקצועות מסוימים כגון אורתופדיה, עיניים ופתולוגיה, חלק מהרוטציות מאפשרות חשיפה לתתי התחומים של המקצוע. במקרים אחרים, הרוטציות עוזרות להתמחה להחליט בבחירה על המשך התמחות במקצוע על.

האיגודים בוחנים אחת לכמה שנים את תכניות ההתמחות שלהם, כולל תקופות הרוטציות. כחלק מטיוב תקופות אלו, מתבקשים האיגודים לפרט בסילבוס את הדרישות מהמתמחה, מה מצופה ממנו ללמוד ואלו מיומנויות יסגל לעצמו בתקופה זו. במועצה המדעית מתקיימים דיונים לאורך השנים בנושא הרוטציות ויעילותן. הרוטציות, כך נטען, חשובות לחשיפת המתמחה לתחומים נוספים משיקים, היכרות עם מחלקות שונות והרחבת הידע הרפואי.

14 ההסתדרות הרפואית בישראל - האקדמיה לרפואה מדעית - רקע ומטרות

<https://www.ima.org.il/mainsitenew/ViewCategory.aspx?CategoryId=12725> [כניסה בתאריך 27.1.21].



תכניות התמחות בעולם במקצועות שונים כוללות אף הן רוטציות, הן רוטציות פנימיות בתת-התמחות של מקצועות מסוימים והן במקצועות אחרים. בכירורגיה קיימות רוטציות אך ורק במקצועות של תת-התמחות כירורגית בבריטניה, קנדה, אוסטרליה וארה"ב, לרוב בפרקי זמן של 6 חודשים. ברפואת ילדים קיימות רוטציות שונות בתתי מקצועות של ילדים (מלבד בארה"ב), שיכולות להימשך עד שנה. ברפואה פנימית, במדינות שנבדקו, קיימת חשיפה מובנית בתוך תכנית ההתמחות לתחומים משיקים לפנימית, שנמשכת בין 6 ל-12 חודשים, לעיתים כחלק מתוכנית ההתמחות עצמה.

הרוטציות, אם כן, עם כל חשיבותן, מצמצמות עוד יותר את נוכחותו של המתמחה במחלקת האם, וזאת כאשר בישראל ממילא משך התמחותו נטו הוא קצר ביותר.

לסיכום, משך ההתמחות בפועל מושפע מהיקף החופשות וההפסקות המותרות במהלכה. בישראל, זכויותיהם הסוציאליות של הרופאים מעוגנות הן בהסכמים הקיבוציים והן בנהליה של המועצה המדעית. מגוון החופשות והפסקות ההכשרה עונה על צרכים שונים בחייהם של המתמחים בישראל, ובכללם הקמת משפחה, שירות צבאי ומילואים, וכן חופשה ייחודית לצורך הכנה לבחינות. יחד עם זאת, כל אלו הופכים את זמן הפעילות נטו במהלך ההתמחות בישראל לקצר יותר בהשוואה למשך הרשמי ולעיתים קרובות לקצר יותר בהשוואה להכשרה במדינות אחרות, כפי שהודגם לעיל.

6.5. סיכום

מכאן ניתן להסיק מסקנה מרכזית העולה מפרק זה:

מתכונת העבודה הנוכחית של רופאים מתמחים בישראל לא רק שאיננה חריגה ביחס לעולם, אלא שזמן ההכשרה והעבודה "נטו" של המתמחה הישראלי נמוך בדרך כלל מזה של עמיתיו בחו"ל. המתמחה הישראלי נהנה מזכויות סוציאליות נרחבות בהשוואה לנעשה במסלולי ההכשרה במדינות מפותחות אחרות.

הוועדה מודעת היטב לכך, כי הדאגה לרווחתו של הרופא המתמחה בישראל עומדת בראש מעייניה של הרי", אשר ממשיכה ברוח זו בהקמת הוועדה העליונה למתכונת עבודת הרופא להמשך שיפור רווחת המתמחים והמומחים.



7. התמקצעות ברפואה: פנים רבות להתמחות הרפואית

אחד התהליכים הבולטים ביותר, אשר מאפיינים את הרפואה המודרנית, הוא הקמתם של עשרות מקצועות ותתי-מקצועות היוצרים פסיפס עשיר של תחומי ידע ומיומנויות רפואיות (תהליכי פרגמנטציה והתמקצעות). על כך יעידו עשרות האיגודים המדעיים המרכיבים את הר"י, ולצדם מגוון עצום של חוגים וחברות הפועלים בתחומים שונים של העשייה הרפואית. הרפואה, אם כן, פנים רבות לה. תהליך זה של דיפרנציאציה מקצועית הולכת ומתמשכת, מביא עימו לא רק גיוון מקצועי עצום, אלא גם יוצר שוני בכל הנוגע לצרכים הארגוניים של עבודת הרופאים בכל תחום ותחום.

יצירתם של מקצועות רפואיים חדשים תוך התפצלותם והתפתחותם מתוך מקצועות קיימים מובילים לכך שרופאים לומדים לעומק וצוברים ניסיון בתחומים צרים יותר. התחומים מתרחקים זה מזה וכל אחד מהם מכיל ידע רב ומספיק כדי למצות את שאיפות הרופא ויכולותיו. הידע הרפואי בימינו מתפתח לעומק בתוך "גבולות גזרה צרים", הדורשים את התנאים הייחודיים להם לא רק מבחינה מקצועית אלא גם מבחינה ארגונית. לכך יש להוסיף כי גם התקדמות טכנולוגית תורמת להבחנה הולכת וגוברת בין תחומי הרפואה השונים, שכן רופאים בתחומים שונים המשתמשים בכלי אבחון וטיפול שונים בתכלית (למשל רפואת משפחה מול רדיולוגיה, רפואת ילדים מול פתולוגיה וכן הלאה), נזקקים למסגרות שונות של חינוך והכשרה.

מכאן ניתן להבין את הצורך ההולך ומתגבר בשינויים בחינוך הרפואי ובצורת ההכשרה באופן דיפרצינאלי: ההתקדמות הטכנולוגית המהירה, יצירתם של שדות ידע חדשים והתמחויות חדשות והשינויים המתחוללים בעבודת הרופא - כל אלה ידרשו בחינה מחדש של תכני החינוך הרפואי וצורת ההכשרה הנוכחיים.

מיד עם תחילת עבודת הוועדה התגבשה ההכרה בקרב חבריה כי "חליפה אחת אינה מתאימה לכל", וכי גישה זו איננה הפתרון הרצוי עבור מערכת ההתמחות, שכן לכל מקצוע מאפיינים ייחודיים משלו. הללו עשויים להכתיב מודלים שונים של עבודה. על כן, ייתכן כי יש לתת מענה לכל תחום בהתאם לצרכיו ומאפייניו ודרישות המתמחים והמומחים בתחום הספציפי, ולא לכרוך את כל מקצועות הרפואה יחדיו. תובנה זו זכתה לחיזוק לאורך כל דיוני הוועדה מצד החלק הארי של חברי הוועדה, פורום המתמחים וניירות עמדה שנשלחו לוועדה. מתכונות עבודה שונות עשויות להיגזר מהבדלים בין תחומי מומחיות. למשל, מחלקות הרפואה הדחופה, המאופיינות באפיזודות רפואיות קצרות תחת לחץ ועומס רב, עשויות להפיק תועלת מעבודה במשמרות קצרות יחסית, שכן סוגיית הרצף הטיפולי אינה משחקת בהן תפקיד מכריע. לעומתן, הרצף הטיפולי הינו מרכיב משמעותי בעבודת המחלקות הכירורגיות ובמחלקות טיפול נמרץ, העשויות להפיק תועלת דווקא ממשמרות ארוכות, כך שרופא אחד עשוי ללוות את המטופל לכל אורך ההליך הטיפולי לרבות הניתוח עצמו והשעות שאחרי הניתוח.

רצף טיפולי, למשל, הוא מאפיין מרכזי בתחומי הכירורגיה וטיפול נמרץ, זאת בשל הצורך בליווי המטופל בכל אורך הטיפול. במקצועות אחרים, לעומת זאת, המגע בין הרופא לחולה הוא נקודתי. תחום הרדיולוגיה האבחנתית מתנהל באופן שכזה. מגוון אמצעי דימות נועדו לאבחון מחלות, פגיעות ומצבי חולים שונים על ידי המומחה בתחום, כמו למשל בדיקות CT ו-MRI. נקודת המפגש, אפוא, בין המטופל למטפל בתחום זה מתמקדת בביצועה של פרוצדורה אבחנתית נקודתית, ואינה מתאפיינת ברצף טיפולי.



מהאמור לעיל ברור, אם כן, מדוע מודל העבודה קיים, הכולל משמרות בנות 26 שעות, אינו מתאים לתחומי התמחות מסוימים, ולהיפך - מדוע קיצור משך התורנות באופן כולל ובלתי מובחן עלול להזיק לאחרים.

ואכן, בהמשך הדוח נציג סקירת ספרות של מחקרים עדכניים מהם עולה כי ייתכן שגישה כוללת המנסה "לכפות" כללים ארגוניים אחידים לכל מערכת ההתמחות, איננה מצליחה להביא מענה אופטימלי לכלל המקצועות הרפואיים, אשר כאמור, הולכים ומתפצלים ובמידה רבה מתרחקים אלה מאלה ממאפייניהם הבסיסיים.

הוועדה מציגה, אם כן, תפיסה חדשנית ואף מהפכנית ביחס למתכונת עבודת הרופאים המתמחים, ובאופן חסר תקדים מציעה לגזור את מתכונת העבודה מאופי המקצוע. מקצועות מסוימים עשויים להפיק תועלת ממתכונת עבודה המתאפיינת במשך ארוך יחסית של עבודה רציפה הן מבחינת איכות הטיפול ובטיחותו, והן מבחינת איכות ההכשרה, בעוד שאחרים, המתאפיינים באפיזודות קצרות של מפגשי מטפל-מטופל, עשויים להפיק תועלת ממתכונת עבודה המאפשרת משמרות קצרות יחסית, ואשר במסגרתה הרצף הטיפולי איננו היבט קריטי בעבודה הרפואית.

לסיכום פרק זה, הוועדה סבורה כי במקום להתרכז בגיבושה של מתכונת עבודה קשיחה ומחייבת אחת, שתחליף מתכונת עבודה קשיחה ומחייבת קיימת, יש לאפשר למערכת הרפואית גמישות ארגונית, אשר תאפשר את אימוצן של מתכונות עבודה שונות שיותאמו לאופי העבודה הרפואית בכל תחום התמחות.

באופן טבעי, במהלך עבודת הוועדה הרופאים שלקחו חלק בתהליך פיתוח המודלים בחרו את מתכונות העבודה הרצויות להם לפי אופי מקצועם. בחינת המודלים נעשתה במסגרתו של שיתוף פעולה רחב שמייצג לא רק את ועדות המשנה ואת האיגודים, אלא את הרופאים המטפלים בבתי החולים. בהמשך הדוח יוצגו בפירוט המודלים שנבחרו על ידי המקצועות הרפואיים השונים, לרבות השלכותיהם על עבודת הרופאים, היתכנות יישומם והשפעתם על שוק הרפואה בטווח הארוך.



8. איכות חייו של הרופא: עוזר רופא וסיוע אדמיניסטרטיבי כצעדים מפחיתי שחיקה

הכשרת כוח אדם, טיפוחו ושימורו הוא מהמשימות החשובות והמורכבות ביותר אשר ניצבות בפני כל מערכת בריאות. אחד הנושאים אשר בהם עסקה הוועדה הוא שחיקה בקרב רופאים, בדגש על עבודת הרופאים המתמחים בבתי החולים. שחיקת רופאים הינה נושא מורכב במיוחד, בו מעורבים משתנים רבים ומגוונים, פסיכולוגיים, ארגוניים וכלכליים.

8.1 שחיקת רופאים בעולם ובישראל

שחיקה בעבודה מוגדרת בתור תסמונת פסיכולוגית המתפתחת כתוצאה מלחצים בינאישיים מתמשכים ופער מתמשך בין ציפיותיו של האדם למציאות. התסמונת תוארה לראשונה בשנת 1974, ובהגדרתה, מתייחסת לשילוב של שלושה מצבים: תשישות נפשית גבוהה, תחושות של ציניות או דה-פרסונליזציה (ניכור וריחוק מהאני העצמי) ותחושות של אי-מסוגלות אישית וירידה בהישגים.¹⁵ בשנת 1981 המחקר בנושא שחיקה בעבודה החל להתמקד בתחום הרפואה, ובשנת 2012, פורסם בארה"ב מחקר אבן דרך שתוצאותיו הראו כי תסמיני שחיקה בקרב רופאים גבוהים באופן ניכר מעובדים במגזרים אחרים - 37.9% בקרב רופאים לעומת 27.8% בקרב הציבור הרחב בארה"ב.¹⁶ עוד נמצא במחקר זה כי רופאים פחות מרוצים באופן משמעותי מאיזון בין החיים האישיים לעבודה לעומת עובדים במגזרים אחרים - 40.2% בקרב רופאים בהשוואה ל-23.3% בקרב הציבור הרחב.

אחד הגורמים המשמעותיים ביותר להתפתחות של שחיקה בקרב רופאים הוא חשיפה מתמשכת ללחץ, שיכול לכלול מצבים שונים, כגון קונפליקטים ו/או יחסים לקויים עם קולגות ובעלי תפקידים, חוסר שביעות רצון מהעבודה, עומס פיזי ועומס עבודה ומטלות, שעות עבודה ממושכות וקושי לשלב בין עבודה לחיים האישיים. גורמים סוציו-דמוגרפיים שונים יכולים גם לתרום לשחיקה גבוהה בקרב עובדי רפואה, ביניהם גיל צעיר ומגדר (נשים מועדות יותר לתסמיני שחיקה).¹⁷ בקרב מתמחים, שחיקה עלולה להיות מצב מתמשך שתחילתו בלימודי הרפואה, עקב חוסר מודעות לנושא ומחסור בתכניות התערבות מצד האוניברסיטאות ובעלי תפקידים.¹⁸

15 H. Rodrigues et al. (2018), "Burnout syndrome among medial residents:A systematic review and meta-analysis", PLoS ONE 13(11).

16 T.D. Shanafelt et. al (2012), "Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population", Arch Intern Med. (172) 18.

17 E Amofo et al. (2015), "What are the significant factors associated with burnout in doctors?" Occupational Medicine, 15. משרד הבריאות. "תוצאות סקר השחיקה הגדול בקרב עובדי מערכת הבריאות" (2018). [נדלה ביום 22 יוני 2020]. https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/18102018_1.aspx

18 Z. X. Low et al. (2019). "Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis". Environmental Research and Public Health, 16 (1479).



מחקרים מהשנים האחרונות מראים על עלייה בשחיקה בתחום הרפואה, ויש הטוענים כי מדובר במימדים של מגיפה עם שכחות של כ-44% בקרב רופאים.¹⁹ שחיקה בתחום הרפואה אופיינית לכל שלבי הלימוד והפרקטיקה הרפואית, ומתחילה מוקדם - מחקר בארה"ב מצא כי 52.8% מכלל הסטודנטים (מכל ארבעה שנות הלימוד) סובלים אף הם מתסמינים של שחיקה. בקרב מתמחים, הנתונים אינם ברורים חד-משמעית עקב מחסור במחקרים ושוני באופי ההתמחויות, אולם מחקר נרחב (מטה-אנליזה) שנערך לאחרונה (2019) מצא כי 35.7% מהמתמחים סובלים מתסמיני שחיקה²⁰; בניתוח המתבסס על תחומי ההתמחות השונים, נמצא כי מתמחים בתחום הרדיולוגיה, נויורולוגיה וכירורגיה כללית סובלים מהשכיחות הגבוה ביותר של שחיקה (77.16%, 71.93%, ו-58.39% בהתאמה).²¹ לעומת זאת, אחוזי השחיקה הנמוכים ביותר נצפו בקרב מתמחים בתחום הפסיכיאטריה (42%), אונקולוגיה (38.36%) ורפואת משפחה (35.97%).

בישראל, מתוצאות סקר השחיקה הגדול בקרב עובדי מערכת הבריאות שנערך בשנת 2018²² עולה כי מדד השחיקה במערכת הבריאות עומד על 3.4 בסולם 1-7; ציון שחיקה גבוה מ-3 נחשב כציון גבוה שיש לטפל בו, ע"פ מחקרים במערכות בריאות בעולם. רופאים סובלים משחיקה ברמות הגבוהות ביותר ביחס לשאר מקצועות מערכת הבריאות בישראל, עם ציון של 3.59.²³ רמות שחיקה גבוהות עוד יותר נמצאו בקרב הסטאז'רים (3.9) ובקרב רופאים מתמחים - ציון של 4.3 - הרמה הגבוהה ביותר מתוך כלל עובדי מערכת הבריאות בישראל. כמו כן, בסקר נמצאה שחיקה גבוהה יותר בקרב עובדי בתי החולים בהשוואה לעובדי קופת חולים, עם מדד השחיקה הגבוה ביותר במערך הפנימי (3.89) ואחריו במלר"ד (3.84).

ישנם מחקרים המראים כי שחיקה בקרב רופאים הוא מושג מורכב, שאינו קשור רק לגורמים חיצוניים, אלא מושפע גם מגורמים פנימיים, כגון רמות מוטיבציה, אלטרואיזם ותחושת שליחות בבחירת מקצוע הרפואה. למשל, מחקר שנערך בקרב סטודנטים לרפואה בהונגריה, הראה כי אלטרואיזם ותחושת שליחות גבוהה בבחירת מקצוע הרפואה היוו גורם מגן מפני שחיקה ותחושות של דה-פרסונליזציה.²⁴ מחקר אחר, שנערך בקרב רופאים בארה"ב, הראה כי רופאים שחשו תחושות של שליחות במקצוע הרפואה חוו גם פי 5 יותר תחושות של משמעות ופי 2.5 יותר תחושות של מחויבות לטיפול בחולה, ביחס לרופאים שלא חשו תחושות של שליחות.²⁵ בהתאם לכך, למוטיבציה פנימית ישנה משמעות חשובה בהקשר של הבנה וטיפול רווחת הרופא.

בהקשר זה, חוקרים שמים דגש על תהליך ה"דה-הומניזציה" שעוברות מערכות בריאות, כמחולל מרכזי של תחושות שחיקה בקרב רופאים. לדידם, יש צורך חיוני להשיב על כנו את הקשר האנושי שבין המטפל

19 C. R. Stehman et al. (2019). "Burnout, Dropout, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, part I. Western Journal of Emergency Medicine 20(3).

20 H. Rodrigues et al. (2018). "Burnout syndrome among medial residents: A systematic review and meta-analysis". PLoS ONE 13(11).

21 Z.X. Low et al. (2019). "Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis". Environmental Research and Public Health, 16 (1479).

22 משרד הבריאות. "תוצאות סקר השחיקה הגדול בקרב עובדי מערכת הבריאות" (2018). [נדלה ביום 22 יוני 2020] מתוך: https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/18102018_1.aspx

23 בקרב האחיות ציון השחיקה עומד על 3.51; מקצועות הבריאות 3.35; ומנהל ומשק עם ציון של 3.11.

24 Z. Gyorffy et al., "Career motivation and burnout among medical students in Hungary - could altruism be a protection factor?" BMC Medical Education 16 (2016).

25 J. H. Tak, "Association of Intrinsic Motivating Factors and Markers of Physician Well-Being: A National Physician Survey" JGIM 32, no. 7 (2016).



למטופל. עומס עבודות בירוקרטיות, תרבות ארגונית לקויה, חוסר תיאום ואי יעילות בעבודה מול רופאים עמיתים ומקצועות בריאות אחרים - כל אלה מגבירים את תסכולם של הרופאים מעבודתם היומיומית, וסודקים את הקשר שבין מטפל למטופל, עליו מושתת מקצוע הרפואה כולו. בין ביטוייה המובהקים של תופעת ה"דה-הומניזציה" הוא איבוד האוטונומיה המקצועית של הרופא, דגש יתר על מדדי יעילות כלכלית ולחצים אדמיניסטרטיביים לעמידה ביעדים אשר אינם תואמים בהכרח את החתירה לטיפול איכותי ואנושי. כל אלה עלולים לגרום לניתוק בין הרופא למערכת בתוכה הוא עובד ולפגום בתחושות השליחות והמשמעות המקצועית שלו.^{26, 27, 28} יתרה מכך, הללו עומדים בסתירה גמורה לתחושת הסיפוק ואף ההתעלות הנפשית שחש הרופא הזוכה להקדיש את עצמו לעבודה הרפואית. מכאן שעל מערכת הבריאות לשאוף לחיזוק המוטיבציה הפנימית של הרופא הנובעת מתחושת השליחות העומדת בבסיס מקצועו, זאת על ידי מקסום הזמן המוקדש על ידו לטיפול רפואי והפחתה למינימום של הזמן המוקדש למטלות בירוקרטיות הגוזלות מזמנו היקר.

עבודות שונות בספרות עסקו בעומס המשימות הלא רפואיות הבירוקרטיות-פקידותיות המוטלות כיום על הרופאים, ודנו באפשרות להטילן על עובדים אחרים על מנת לפנות את הרופאים לעיסוקיהם הקליניים. עיסוקם של רופאים במשימות מעין אלו, נחשב לגורם הפוגע בשביעות רצונם מהעבודה, מצמצם את הזמן המוקדש למשימות רפואיות מכניס מימד גדול של לחץ, פוגע ביעילות עבודתם, ועל כן פוגע בסופו של דבר באיכות הטיפול והשירות הרפואי והאצת שחיקה.

עבודה שנעשתה בשירות הבריאות הלאומי בבריטניה (NHS), התמקדה בנטל הבירוקרטי המוטל על מטפלים עקב הבירוקרטיה המתלווה לאיסוף נתונים ודיווח מידע כנדרש מהם על-ידי הרשויות. מטפלים דיווחו כי הם מקדישים בין כשליש עד רבע מעבודתם במילוי מטלות אלה, וכי הם חשים שבשנים האחרונות חלה עלייה בנפח פעילות זו בשל הצורך לתייעוד מלא ועלייה בנהלים רפואיים. בדוח מודגש הצורך להקטין את עומס העבודה הכרוך בניהול מידע במערכת.²⁹ עבודה דומה שנעשתה בארצות הברית (שבה מערכת תומכת של פקידות רפואיות ועוזרי רופא) הראתה, כי רופאים מקדישים כשישית משעות עבודתם למטלות משרדיות, וכי הדבר מפחית את סיפוקם מעבודתם. במונחים כלכליים מדובר בעבודה שעלותה למערכת הבריאות האמריקנית מוערכת בכ-102 מיליארד דולר.³⁰ עבודות קודמות שבדקו את הזמן המוקדש על-ידי רופאים בארצות הברית ובקנדה לעבודת ניירת כגון מילוי טפסי ביטוח וחיוב תשלומי מטופלים העלו תוצאות דומות.^{31, 32, 33}

ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם עדויות שנמצאו בישראל. סקר שערכה ההסתדרות הרפואית בישראל (ה"ר") בשנת 2007, בדק את שביעות הרצון של רופאים מעבודתם. הסקר התייחס בין היתר גם לצורך לעסוק

26 RS Patel et al. (2018), Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review, Behavioral Sciences 8(11):98.
 27 HL Fred and MS Scheid (2018), Physician Burnout: Causes, Consequences, and (?) Cures. Tex Heart Inst J. 45(4): 198-202. doi: 10.14503/THIJ-18-6842.
 28 The Lancet (2019). Physician burnout: the need to rehumanise health systems 394: 1,591.
 29 NHS Confederation, Challenging Bureaucracy, 2013.
 30 S. Woolhandler and D.U. Himmelstein (2014), "Administrative work consumes one-sixth of U.S. physicians' working hours and lowers their career satisfaction", International Journal of Health Services 44(4):635-642.
 31 J. G. Kahn et al. (2005), "The cost of health insurance administration in California: Estimates for insurers, physicians, and hospitals", Health Affairs 24:1629-1639.
 32 L. Casalino et al. (2009), "What does it cost physicians' practices to interact with health insurance plans?", Health Affairs 28:w533-w543.
 33 D. Morra et al. (2011), "US physician practices versus Canadians: Spending nearly four times as much money interacting with payers". Health Affairs 30:1443-1450.



במטלות פקידותיות כחלק משגרת עבודתם, ומצא כי 55% מהרופאים ציינו את העיסוק במטלות אלה כגורם המפריע להם באופן מיוחד.³⁴ בדוח שפרסמה הר"י בשנת 2009, המליצה ועדה מקצועית ליחסי עבודה על מיפוי הפעולות הטכניות והאדמיניסטרטיביות בהן עוסקים הרופאים במהלך יום עבודתם (לרבות אק"ג, לקיחת דם, עבודות הקלדה, איסוף נתונים טלפונים, תיאומים, הזמנת תורים לחולים, ליווי חולים ועוד), על מנת להעבירן לכוח אדם מתאים בבתי החולים ובמרפאות.³⁵ זאת ועוד, במסמך העמדה שהגישה הר"י לוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות (ועדת גרמן), הצביע הארגון על ביצוע המטלות האדמיניסטרטיביות על-ידי רופאים כעל בעיה המחמירה את המחסור הקיים ברופאים.³⁶ ועדת גרמן עצמה התייחסה לנושא והמליצה על שיפור השירות הניתן למטופלים, בין היתר, על-ידי צמצום הבירוקרטיה בבתי החולים ובקהילה, אשר נופל בחלקו על כתפי הרופא המטפל.³⁷

גם במסגרת הסכם הרופאים הקודם הנושא עלה ונדון. בעקבות הדיונים הוקמה ועדה אשר ריכזה את הנושא בתחום רפואת הקהילה. הוועדה אכן מצאה כי רופאים עוסקים במטלות לא-רפואיות רבות, הגוזלות מזמנם, וכי ניתן באמצעים פשוטים יחסית לשפר באופן ניכר את המצב הנוכחי ולייעל את עבודת הרופא.

בסקירת עבודות על "שחיקת הרופאים" הסתבר שעבודה ישירה רפואית עבור ומול חולים ומשפחותיהם היא מאד מתגמלת נפשית. לעומת זאת, כל העבודות האדמיניסטרטיביות שאינן רפואיות גרידא, הן מרכיב מכריע בתחושת השחיקה של רופאים. לכן, סביבת העבודה של הרופא, בדגש על אופן ארגונה וניהולה, מהווה מרכיב מכריע בשאלת השחיקה, כפי שיורחב להלן תוך התייחסות למספר גורמים עיקריים.

8.2. המלצות לשיפור איכות חיי הרופא ומניעת שחיקה בעבודה

הוועדה משוכנעת כי דור המתמחים החדש אינו נופל מהדורות הקודמים בכל הנוגע למוטיבציה הפנימית, לתחושת השליחות ולמחויבות המקצועית והמוסרית המניעות אותו בעבודתו. כמו כן, בפני הוועדה הוצגו הקשיים המלווים את עבודת המתמחים בעת שהותם בבתי החולים - ונידונו פתרונות אפשריים להם. הללו עשויים להקל במידה ניכרת על עבודת המתמחים במספר צעדים פשוטים וללא עלות גבוהה, ובכך למתן תחושות של תסכול, לחץ ומועקה המובילות לשחיקה, ולשפר את האיזון שבין עבודה לשעות פנאי ומשפחה. בנקודה זו חשוב להדגיש כי אורך התורנות כשלעצמו איננו בהכרח גורם השחיקה, אלא גורמים אחרים כגון זמן מועט עם המשפחה או מחסור בפנאי באופן כללי.

לאור כל זאת, לצד מהפכת מתכונת העבודה הדיפרנציאליות, גיבשה הוועדה הצעה תקדימית לשיפור איכות חייו של הרופא ולמניעת שחיקה, אשר מתבטאת בשתי המלצות הבאות:

- קידום מקצוע עוזר רופא
- תוספת כוח אדם פקידותי (מזכירים/ות רפואיים/ות)

34 ההסתדרות הרפואית בישראל וקבוצת גיאוקרטוגרפיה, שביעות רצון הרופאים על פני מגוון נושאים, 2007.

35 ההסתדרות הרפואית בישראל. נערכים לרפואת המחר - יוזמת הר"י להתמודדות עם אתגרי מערכת הבריאות, 2009.

36 ההסתדרות הרפואית בישראל, עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל לוועדת שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן, לחיזוק הרפואה הציבורית, 2013.

37 הוועדה המייעצת לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, המלצות הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, 2014.



8.2.1. מקצוע עוזר רופא

עוזר רופא (PA - Physician Assistant) הוא איש מקצוע בתחום הבריאות, המוסמך לעסוק ברפואה תחת השגחתו של רופא. עוזר הרופא עוסק במניעה, אבחון וטיפול רפואי באמצעות מתן מגוון רחב של שירותי בריאות, אשר באופן מסורתי ניתנו על-ידי הרופא.³⁸ עוזר רופא הוא מקצוע חדש יחסית בתחום הבריאות, אשר נוסד בארצות הברית בשנות השישים של המאה העשרים. מקצוע זה מתרחב במהירות בתוך ארצות הברית, ומתפתח גם במדינות נוספות. עוזר הרופא מספק מגוון רחב של שירותי בריאות, אשר בעבר ניתנו באופן מסורתי רק על-ידי הרופא עצמו.

תוכניות ההכשרה של עוזרי הרופא קשורות באופן הדוק למקצוע הרפואה - הן מבוססות על תוכניות הלימודים של הרופאים, ועקרונותיהן זכו להכרת ההסתדרות הרפואית האמריקנית (AMA). עוזר הרופא פועל תמיד בכפיפות לרופא ממונה ותחת פיקוחו. עם זאת, החוקים והתקנות ברוב מדינות ארצות הברית מאפשרים גמישות רבה בהאצלת הסמכויות מהרופא הממונה לעוזר הרופא. כמו כן, במדינות רבות בארצות הברית רשאים עוזרי הרופא לרשום תרופות, אמנם תחת מגבלות. יודגש כי האחריות המקצועית לפעולותיו של עוזר הרופא מוטלת במשותף על עוזר הרופא ועל הרופא הממונה.

משרד הבריאות מקדם בשנים האחרונות את מיסוד המקצוע, בהתבסס על מסקנות הוועדה שעסקה בנושא, ובהתאם לצעדי חקיקה ולחוזרים שיזם על מנת לאפשר את פעילותם של עוזרי רופא בישראל. בעקבות המלצת הוועדה תוקנו בשנת 2014 תקנות "כשירות לביצוע פעולות חריגות" לפקודת הרופאים, כך שיתאפשר ביצוע פעולות רפואיות ל"עוזרי רופא מרדים" ול"עוזרי רופא ברפואה דחופה".³⁹ חוזר מנכ"ל משרד הבריאות שיצא בשנת 2015 הגדיר קווים כלליים למיסוד המקצוע בישראל, לרבות הגדרת הכשרה מתאימה וסמכויות מקצועיות.⁴⁰ כיום הולך ומתבסס המקצוע בעיקר בתחום הרפואה הדחופה.

הר"י עסקה רבות במהלך השנים בשאלת מיסודו של מקצוע עוזר רופא, והיא איננה שוללת עקרונית את מיסודו של המקצוע תוך תיאום ושיתוף פעולה מלא עמה ולאחר בחינת כדאיות המהלך מבחינה כלכלית ורפואית. נושא גיבוש מודל לתפקיד עוזר רופא נמצא על סדר יומה של הר"י במשך שנים, ועמדתה היא כי כל מודל שיגובש לבסוף, עליו להיות מושתת על כמה עקרונות בסיסיים. ראשית כל, עוזר רופא לא יכול לשמש במקום רופא, הוא איננו "תחליף רופא" ובוודאי שלא יכול לשמש פתרון זול ונוח עבור משרד האוצר על חשבון איכות ובטיחות הטיפול. בכל מקרה, אין לראות בעוזר רופא מענה למחסור ברופאים.

8.2.2. תוספת כוח אדם פקידותי (מזכירים/ות רפואיים/ות)

הפחתת משימות לא-רפואיות ובירוקרטיות והעברתן מהרופאים המטפלים אל כוח אדם ייעודי הינה אחד המפתחות המרכזיים הן למניעת שחיקה והן לשיפור השירות והטיפול הרפואי. המדובר במטלות שאינן תורמות מאומה לאיכות ההכשרה, ואשר ניתן להעבירן לידי עובדים אדמיניסטרטיביים: הוועדה שוכנעה כי חלק גדול מזמנם של הרופאים, לרבות הרופאים המתמחים מוקצב למשימות אלו.

38 אתר האינטרנט של AAPA (American Academy of Physician Assistant) <http://www.aapa.org/about-pas>
יש להבדיל בין Medical Assistant ל-Physician Assistant, המבצע בדרך כלל עבודות פקידותיות.

39 תקנות הרופאים (כשירות לביצוע פעולות חריגות), התשס"א-2001.

40 משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי 7/2015 "עוזרי רופא במערך האשפוז והקהילה", 12 במאי 2015.



העובד האדמיניסטרטיבי יעסוק במשימות כגון תיאומי הזמנות חולים, טיפול בדברי דואר, הדפסות, תיעוד מסמכים, ארגון גיליונות, זימון חולים ומבקרים, תיאום פגישות בין הרופא למטופל ומשפחתו, הזמנת יועצים, תיעוד ביקור רופאים במחלקה וכיוצא בזה. לפי הערכת הוועדה, בסדר גודל של 30-35 מטופלים יש לאחר ביקור אחד כ-100-150 משימות שונות לביצוע. מזכיר/ת מתמחים יוכל / תוכל לסייע ולארגן יותר מ-90% מהן.

הוועדה ממליצה כי לקבוצת מתמחים במקצועות בהם מתקיים טיפול רפואי שוטף בחולים, קרי מקצועות הכירורגיה והמקצועות הפנימיים, יוצמדו עובד אדמיניסטרטיבי (מזכיר/מזכירה רפואי/ת) במהלך שעות העבודה הרגילות (בוקר עד אחה"צ), דהיינו תקן אחד לכל מחלקה במקצועות אלה.

במחלקות הרפואה הדחופה (חדרי המיון) יש צורך בעובד אדמיניסטרטיבי ובשני עוזרי רופא - האחד עבור תורני המקצועות הכירורגיים והשני עבור תורני המקצועות הפנימיים - בשעות התורנות לאורך היממה כולה בשל אופי העבודה. יש להביא בחשבון כי ייתכן שיהיה צורך בכל שלושת התקנים הללו לאורך כל שעות היממה, קרי עבודת שעות הבוקר והתורנות בשל אופי העבודה בחדרי המיון, אך הדבר צריך להיות מותאם באופן פרטני לגודל ולהיקף הפעילות של כל בית חולים על פני שעות היממה, זאת לאור השונות הרבה במאפייניהם של בתי החולים בישראל.



9. הצורך בשיפור תנאי העבודה וסביבת העבודה של הרופא המומחה

הוועדה ראתה חשיבות רבה להתייחס במסגרת עבודתה אל עבודת הרופאים המומחים, כחלק מהותי מהצורך לבחון שינויים אפשריים ונדרשים בעבודת הרופא בישראל. יש לזכור כי בסופו של דבר, הרופא המתמחה יהפוך עם סיום הכשרתו בהצלחה - למומחה. יתרה מכך, בעוד שמעמדו כמתמחה הוא זמני בלבד, הרופא צפוי לעבוד לאחר מכן כמומחה במהלך כל ימי חייו המקצועיים. בהערכה כללית, תקופת ההתמחות מהווה 8%-15% בלבד ממסלול הקריירה של הרופא. מכאן שהמשאבים המושקעים במקצוע הרפואה צריכים להתפזר באופן מאוזן על פני חייו המקצועיים של הרופא. אדרבא, הרופאים המתמחים עצמם יפיקו מכך תועלת רבה משום שהם, למעשה, יהיו המומחים בעתיד הלא רחוק. על כן דיוניה של ועדה זו הינם בגדר הזדמנות פז לדון באתגרים ובבעיות המלווים את עבודתו של המומחה.

לשם כך הוועדה מינתה את ועדת המשנה לנושא בשם "מתכונת עבודת הרופאים המומחים", שדנה בהרחבה בתנאי העבודה של הרופאים המומחים תוך התמקדות בשישה נושאי ליבה: מודל עבודת הרופא המומחה, סביבת עבודת הרופא המומחה, קידום מקצועי, תורנויות מומחים, הצעת מודל חדש, המומחה הצעיר.

המלצותיה של ועדה זו יבואו בהמשך.

- יו"ר הוועדה - ד"ר זאב פלדמן
- רכז הוועדה - ד"ר ליאור אונגר
- ד"ר מיקי דודקביץ
- ד"ר אריה ביטרמן
- ד"ר איילת שי
- ד"ר דנה קרופיק
- ד"ר עינת רפאלי
- ד"ר מעיין גלבוע - נציגת פורום המומחים הצעירים
- ד"ר ישי וייל - נציג פורום המומחים הצעירים



9.1 מעמד הרופא המומחה בישראל והצורך לשפרו

כראוי למקצוע "שולייטי" מובהק כרפואה, בו עיקר הידע והמימנות המקצועיים מועברים מהמומחה הבכיר אל המתמחה העושה את צעדיו הראשונים במקצוע, בתהליך מתמיד של חינוך, הכשרה, ליווי ופיקוח, ניתן היה לצפות לקפיצת מדרגה משמעותית בכל הנוגע לתנאי עבודה וליכולת ההשתכרות במעבר ממעמדו של הרופא כמתמחה למעמדו כמומחה. רק על מנת לסבר את האוזן, נתונים עדכניים מסקר שנערך לאחרונה בארצות הברית, מלמדים כי הכנסתו השנתית הממוצעת של רופא מומחה במדינה זו בשנת 2020 עמדה כעל 346,000 דולר, פי 5.5 בקירוב משכרו הממוצע של מתמחה (63,400 דולר).^{41, 42} עוד עולה מהסקר כי רופא מומחה עובד בשבוע כ-53 שעות בממוצע (מתוכן 38 שעות מוקדשות בטיפול במטופלים, וכל יתר מוקדש למטלות בירוקרטיות).

בישראל, למרבה התמיהה ובניגוד לכפי שניתן היה לצפות, מתקיים מצב שונה בתכלית, ולעתים אף הפוך. ראשית, העלייה בשכר ממתמחה למומחה קטנה למדי. יתרה מכך, לעתים קרובות מתרחשת אף ירידה בשכר, בעיקר בשל הדומיננטיות של מרכיב עבודת התורנות בשכרו של המתמחה. בהקשר זה יש לציין כי המומחה, כמי שאמון על חינוך והכשרת המתמחה, עושה זאת לצד תפקידו כרופא מטפל במרכז הרפואי, והוא אינו מתוגמל באופן נפרד וישיר על עבודתו החינוכית חרף היותה מרכיב משמעותי ביותר בחייו המקצועיים בפרט ובאופן פעילותה של מערכת ההכשרה הרפואית בישראל בכלל. למותר לציין, כי פעולות ההכשרה, החיוניות להפיכתו של המתמחה למומחה, נעשות ממילא במסגרתה של מערכת בריאות הפועלת עד לקצה יכולותיה, אם לא למעלה מכך, בוודאי בימים שהיו בעיצומה של מגפת הקורונה, ובכך מקשות במיוחד על עבודתו של המומחה, הנדרש לעבודה כפולה - מתן טיפול מיטבי לצד מתן הכשרה מיטבית.

אם לא די בכך, המחסור בתקני רופאים במערכת הבריאות גורם לכך כי בסיום הכשרתו, לא מובטח למומחה הצעיר מקום עבודה, וגם אין בנמצא מערכת פורמלית המיועדת להפגיש בין דורש העבודה למקום עבודה פנוי. על המומחה להתחיל ולתור בעצמו אחר תקן פנוי, אשר אינו תמיד בנמצא, וכל זאת, יש לזכור, לאחר שנות הכשרה ארוכות מאוד. למעשה, המומחה הישראלי המתחיל אף אינו כה צעיר. הוא בדרך כלל אדם בעשור הרביעי לחייו, בעל משפחה ובן/בת להורים קשישים. בניגוד לעמיתיו במדינות אחרות, הוא מתחיל את מסלול הקריירה שלו בגיל מבוגר יחסית, והדבר משפיע בין היתר על צבירת הפנסיה שלו ואפיקי חיסכון אחרים.

כתוצאה מכך, חלק מהמומחים ממשיכים לעשות תורנויות, ועובדים במשך שעות ממושכות על אף נטל המעמסה והאחריות שהם נושאים בגילם המתקדם יחסית. בניגוד למתמחה, הזוכה ליום מנוחה לאחר תורנות, הרופא המומחה נשאר לעבוד בבוקר שלאחר כוננות פעילה. בתוך כך הוא נדרש הן להוראה ולהכשרה והן לטיפול בחולים. יש לזכור כי בסופו של יום העבודה הרפואית נשענת ברובה המכריע על הידע, הניסיון, הכישורים, המיומנויות שפיתחו המומחים במהלך שנות עבודתם. אף על פי כן, במצב העניינים הנוכחי הוותק שצברו אינו זוכה להכרה הראויה לו בכל הקשור לתנאי עבודה ולסביבת עבודה.

41 Medscape. Medscape Physician Compensation Report 2020. <https://www.medscape.com/slideshow/2020-compensation-overview-6012684#4> [accessed 26.1.2021].

42 Medscape. Medscape Residents Salary & Debt Report 2020. <https://www.medscape.com/slideshow/2020-residents-salary-debt-report-6013072#2> [accessed 26.1.2021].

יצוין כי בסקר יש הפרדה בין "רופא מומחה" ל"רופא ראשוני", אף על פי שבמדינות רבות גם "רופא ראשוני" נחשב למומחה לכל דבר.



על כך יש להוסיף כי תהליך הלימוד וההכשרה, למעשה, אינו מסתיים עם סיום ההתמחות. הרופא ממשיך ללמוד ולהתעדכן במשך כל חייו המקצועיים הן במסגרות פורמליות של חינוך רפואי מתמשך (CME), אף על פי שהדבר איננו בגדר חובה רשמית בישראל, והן באופן לא פורמלי, על מנת שיוכל לעמוד בחזית הידע המדעי והטיפול המקצועי למען מטופליו. המומחה איננו מתוגמל על כך, למעט תוספת שכר קטנה שנקבעה בהסכמים הקיבוציים, אף על פי שהוא משקיע בכך זמן ומאמצים ניכרים. לבסוף, יש לזכור כי מסלולי הקידום של הרופא המומחה מצומצמים יחסית. שדרת הניהול צרה, וכך נוצר במקרים רבים צוואר בקבוק במסלול הקידום המקצועי שלו. כל אלה מתווספים להיקף המטלות האדמיניסטרטיביות שהוזכר לעיל, לעומס העבודה האופייני למערכת בריאות במצוקה ולתחושות של לחץ ושחיקה אשר אינן נעלמות עם סיום ההתמחות, וייתכן שאף מתגברות במקרים רבים עם תחושת האחריות העצומה המתלווה לצורך לטפל בחולים באופן עצמאי, ללא יליון והדרכה האופייניים לתקופת ההתמחות.

לאור כל האמור לעיל, ניתן להבין את הצורך החיוני בדיון במתכונת עבודתו של הרופא המומחה, לרבות תנאי עבודתו ומעמדו המקצועי במערכת הבריאות. להלן, אפוא, מסקנות ועדת המשנה שעסקה בנושא זה.

9.2. מסקנות ועדת המשנה לנושא "מתכונת עבודת הרופאים המומחים"

ועדת המשנה לנושא "מתכונת עבודת הרופאים המומחים", שפעלה במסגרת הוועדה העליונה לבחינת מתכונת עבודת הרופאים, דנה בהרחבה בתנאי העבודה הנוכחיים של הרופאים המומחים, ובחרה להתמקד ולהציע הצעות בשישה נושאי ליבה:

- א. מודל עבודת הרופא המומחה.
- ב. סביבת עבודת הרופא המומחה.
- ג. קידום מקצועי.
- ד. תורנויות מומחים.
- ה. הצעת מודל חדש: מודל הרופא "המתחייב".
- ו. המומחה הצעיר.

ועדת המשנה בחרה להתמקד ולהציע הצעות בנושאים אלו בראי ההסכם הקיבוצי הקרב ובא.

9.2.1. מודל עבודת הרופא המומחה

להלן ידונו ההיבטים הבאים:

- א. בחינה של כלל קבוצות הרופאים השונות והשוואה בתנאי עבודתם.
- ב. שיקוף התפתחות הרפואה והתמקצעות העל בשירות לציבור באופן מתמיד.
- ג. שינויים במבנה ובתגמול על כוננות.



א. בחינה של כלל קבוצות הרופאים השונות והשוואה בתנאי עבודתם

ועדת המשנה מצאה חשיבות עליונה בקידום תהליך של השוואת תנאי רופאי בתי החולים לתנאיהם של רופאי הקהילה: נושאי ליבה שנדונו בוועדת המשנה הממליצה לקדם במסגרת הסכמי השכר הינם:

- תוספת של שעות הכשרה לרופאי בתי החולים - הקצאת שעות הכשרה שבועיות (כנהוג במדינות אירופה) שיוקדשו למחקר, להתעדכנות אקדמית ולהכשרת מתמחים. שעות אלו יוכלו להוות פתרון עבור הזמן הנדרש להכשרה למנטורינג ולמישוב במסגרת מהפיכת הכשרת המתמחים ה-CBME.
- הפחתת שעות העבודה פרוגרסיבית לגיל - בדומה למצב בקהילה, יש לקדם במסגרת המו"מ להסכם הקיבוצי הבא את הדרישה להפחתת שעות עבודה החייבות לפי מפתח המבוסס גיל וותק.

ב. שיקוף התפתחות הרפואה והתמקצעות העל בשירות לציבור באופן מתמיד

התאמת טורי הכוננויות והבטחת זמינות המומחים במקצועות השונים להתפתחות שחלה ברפואה מאז 1976 על מנת להבטיח שירות וטיפול מיטביים לציבור בכל ימות השנה ובכל שעות היממה.

ג. שינויים במבנה ובתגמול על כוננות

יחד עם הדיונים לבחינת אופי התורנויות בבתי החולים, סבורה ועדת המשנה כי יש לדון ולבצע במקביל שינוי באופי הכוננויות, בשיטת התגמול עליהם ובהגדרת המנוחה הנדרשת לאחר כוננות פעילה.

- **הגדרת כוננות פעילה** - כוננות שבה בוצעה פעילות כונן לאחר השעה 23:00 לרבות - הגעה לצורך פרוצדורה, מתן מענה טלפוני רציף, עבודה מהבית (תוגדר ככוננות פעילה). שעות הכוננות הפעילה יקוזזו משעות העבודה יום לאחר הכוננות. כוננות פעילה שבה 6 שעות פעילות ומעלה תחושב כתורנות, והתגמול עבורה יהיה כערך תורנות. הכונן יהיה זכאי ליום מנוחה מלא לאחר כוננות פעילה/תורנות.
- **שינוי מבני בשיבוץ לאחר כוננות** - לאחר יום כוננות ישובץ הכונן מראש בשיבוץ גמיש. שיבוץ זה יאפשר יום מנוחה לאחר כוננות פעילה מבלי לפגוע בפעילות השוטפת של המחלקה.
- **הגדרת מינימום כוננויות חודשי למשרה מלאה של מומחה** - לרבות במקצועות בהן קיים מיעוט כוננויות.

9.2.2. סביבת עבודת הרופא המומחה

א. הגדרה הסכמית של סביבת העבודה של הרופא המומחה.

ב. מודל עבודה המשלב בית חולים וקהילה.

ג. מעונות יום בבתי החולים.



א. הגדרה הסכמית של סביבת העבודה של הרופא המומחה

בדיוניה, מצאה ועדת המשנה כי לשיפור מתמיד בסביבת העבודה של הרופא המומחה חשיבות רבה. סביבת עבודה מכובדת, יעילה טכנולוגית והמספקת מעטפת של סיוע, תשפר את תפקודו של הרופא המומחה ואת השירות שניתן למטופליו. לסביבת העבודה ומעטפת התמיכה המבנית והאדמיניסטרטיבית חשיבות בשיפור השירות לציבור ובהפחתת שחיקה ועייפות.

תנאי עבודה בסיסיים לרופא המומחה - יש להגדיר תנאי מינימום לרופא המומחה.

ב. מודל עבודה המשלב בית חולים וקהילה

השילוב של עבודת מומחה בבית החולים ובקהילה קיים היום בעיקר בשירותי בריאות כללית, שבבעלותה מספר גדול של בתי חולים ושירותי קהילתי רחב. הוועדה ממליצה לבחון מודלים המשלבים עבודת מומחים בבתי החולים ובקהילה. עבודה משולבת - בית חולים וקהילה - יכולה להפחית שחיקה, לתרום לניסיון המקצועי ולעצמאות הרופא הבכיר, וכן לתרום לפעילות ולמקצועיות המחלקה בבית החולים. יש להדגיש, כי אופי השילוב והיקפו לא יהיו הפרוגטיבה של המעסיק.

ייתכן שהקמת רשות אשפוז לאומית והממשק של רשות זו עם כלל קופות החולים, תאפשר ליצור מודל שכזה.

ג. הקמת מעונות יום לילדי סגל רפואי בתוך בתי החולים

בבדיקה ודגימה, שנערכו במסגרת ועדת המשנה, ניכר כי קיימת הסכמה רבתי בקרב רופאים באשר לנחיצות מעונות יום לילדי סגל רפואי, בדגש על ילדי מתמחים ומומחים בבתי החולים. מעונות היום ישפרו באופן משמעותי את תנאי העבודה של הרופאים ויאפשרו גמישות רבה יותר בשעות העבודה.

משבר הקורונה והיעדר מענה מדינתי למסגרות חינוכיות לילדי הצוותים הרפואיים שמאפשר גיוס מלא של פוטנציאל הפעלת בתי החולים רק מדגיש צורך זה ואת מידת דחיפותו.

9.2.3. קידום מקצועי

- א. הוספת מסלולי קידום מגוונים - תגמול, הצגת התפוקות הנגזרות, זמן שמור למשימות מקצועיות.
- ב. מסלולי קידום המוצעים מטעם ועדת המשנה.

א. הוספת מסלולי קידום מגוונים - תגמול, הצגת התפוקות הנגזרות, זמן שמור למשימות מקצועיות

ועדת המשנה לאופי עבודת המומחים סבורה כי יש להציע ולקדם מסלולי קידום נוספים לרופאים המומחים. רופא בכיר שאיננו מנהל, מתחיל כיום את שירותו במערכת בדרגה 4, ומסיים בדרגת 6+. מצב עניינים זה מבטא היעדר אופק קידום מקצועי מספק לרופאים, ומכאן נובע כי נדרש שינוי שיבטיח תוכניות התקדמות לרופאים מומחים לפי כשרונם ונטיית ליבם, תוך התחשבות בצורכי המחלקה.



תוכנית הקידום תתאים משימות למומחה לפי המסלול שבחר, ותקצה לו זמן שמור לטובת משימות אלו (תוך תוספת תקינה לפי מפתח שיקבע). תוכניות קידום ייחודיות (כמפורט מטה), תספקנה מענה לבעיות מהותיות במערכת כיום: העדר תמריץ למומחים לשמש בתפקיד ניהול, פגיעה בהכשרת מתמחים עקב ריבוי מטלות אדמיניסטרטיביות והעדר זמן שמור למנטורינג והכשרה.

ב. מסלולי קידום המוצעים מטעם ועדת המשנה:

- מסלול קידום מחקרי (מבוסס פרסומים, וגיוס מענקים).
- מסלול קידום קליני (מבוסס השקעה קלינית).
- מסלול קידום ניהולי (מבוסס השקעה בארגון, יוזמה ופיתוח שירותים).
- מסלול קידום הוראתי (מבוסס הכשרת מתמחים/מתמחי-על).

לדוגמה: מסלול הקידום ההוראתי. ועדת המשנה מציעה לדון במערכת מקבילה של דרגות אחריות פורמליות על מסלולי ההכשרה. לכל דרגה יוגדרו תחומי אחריות ואופי התגמול.

9.2.4. תורנויות מומחים

א. תורנויות מומחים מלאות.

ב. תורנויות חצי ותורנויות שליש.

א. תורנויות מומחים מלאות

אליבא דהסכם השכר הנוכחי, ניתן לחייב מומחה צעיר (5 שנים לאחר קבלת התואר מומחה או עד גיל 47) לבצע עד שתי תורנויות בחודש. מצב זה שכיח במחלקות לרפואת נשים, הרדמה וטיפול נמרץ. ועדת המשנה סבורה כי אין מקום לשנות מהותית סעיף זה בהסכם אך יש להציע תוספות להסכם הבא:

- **הטבת תנאים לתורנויות מומחים** - תגמול תורנות של מומחה צעיר לפי מפתח שיקבע בדיוני הוועדה, תגמול תורנות של מומחה ותיק (לאחר 5 שנים מקבלת התואר מומחה או מעל גיל 47) לפי מכפלת המפתח שיקבע בפקטור של 1.2.
- **הפסקת עבודה של 24 שעות לאחר תורנות מומחה** - לאחר תורנות של מומחה/כוננות פעילה המומחה יהיה זכאי ליום מנוחה בתשלום.

ב. תורנויות חצי ותורנויות שליש

ועדת המשנה מוצאת בתורנויות החצי והשליש חשיבות עליונה למתן מענה למספר מצוקות:

- מצוקת כוח אדם במחלקות ובמלר"דים משעה 15:00.
- פגיעה בהכשרה לאחר השעה 15:00 עקב היעדרות רופאים בכירים ומנוסים.
- גישור על הירידה המשמעותית בשכרם של מומחים צעירים בתחילת דרכם.

לאור זאת, ועדת המשנה ממליצה כי גם תורנויות החצי (כמו תורנויות השליש) תוגדרנה כתורנויות בחירה של המומחה הצעיר (עד ל-4 בחודש), ולא כפררוגטיבה של המעסיק. התגמול לתורנויות חצי ושליש יותר לפי



המפתח מההסכם הקיבוצי הנוכחי. הוועדה ממליצה להסיר חסמים ומגבלות ולאפשר למנהלי בתי החולים להשתמש ברכיב זה גם מעבר לסף המינימלי כדי לשפר את המענה המקצועי לציבור בכל היממה.

9.2.5. מודל הרופא "המתחייב"

הרופא המתחייב - הצעה למודל תחליפי למודל ה"פול טיימר"

ועדת המשנה דנה במודל ה"פול טיימר", שיישומו הנרחב נכשל במערכת הבריאות. הוועדה מצאה לנכון לפתח ולהציע מודל חדש: "הרופא המתחייב", המגדיר עשייה מעבר למסגרת העבודה הרגילה תמורת תגמול, לפי הנקודות הבאות:

- **התחייבות** - הרופא המתחייב - מתחייב לשעות ליבה מורחבות בבית החולים / פעילות נוספת, אך לא התחייבות לעבודה בלעדית רק בבית החולים. בימים שאינם במסגרת ההתחייבות הנוספת, יורשה הרופא לעסוק בעבודה פרטית.
- **היקף** - במודל יכללו מקצועות בית החולים שייקבעו לאחר מו"מ עם המעסיק. חוזה מוסכם בין שני הצדדים: בית החולים והרופא המומחה.
- **תגמול** - המודל יתבסס על תורנויות החצי (120% מתעריף תורנות מלאה) במכפלת ימי ההתחייבות הנוספת השבועית. כך למשל, מומחה שיתחייב ליום שבועי, יתוגמל בתוספת לשכרו של יום עבודה כפול שש (ערך תורנות חצי) * מפתח ותק * כפול ארבע (פעמים בחודש).

9.2.6. המומחה הצעיר

- א. גישור על פערי השכר.
- ב. תקינה - מתקינה של "ברזלים" - לתקינה של פעילות.
- ג. הכנה להשתלמות על (Fellowship) בחו"ל והשתלמות עמיתים.

א. המומחה הצעיר

ועדת המשנה עסקה רבות במומחה הצעיר (בהגדרה ההסכמית - 5 שנים לאחר קבלת התואר מומחה או עד גיל 47, לפי המוקדם). בזמן שרבות דובר על מעמד המתמחה, ומעמדו שופר יחסית, הרי שהמומחה הצעיר צפוי להפחתת תנאיו לאחר סיום ההתמחות ולפער שכר, דבר הפוגע רבות במוטיבציה להמשיך ולעבוד במסגרת הרפואה הציבורית. כדי לגשר על פער זה, ולשפר את מעמדו של המומחה הצעיר, בחרה הוועדה להדגיש נושאים שיאפשרו שיפור ניכר בתנאי המומחה הצעיר ובמקביל רתימת יתרונותיו לשיפור התפוקות וההכשרה במחלקה, כמפורט להלן:

- **תורנויות חצי** - עד 4 תורנויות חצי לבחירת המומחה הצעיר (למעשה, במודל זה הרופא מחוייב ליום שבועי). ימים נוספים יהיו פרוגטיבה של המעסיק.
- **מודל הרופא המתחייב** - כפי שנידון לעיל.
- **הוספת טור כוננויות** - כגישור - כדי לאפשר למומחים צעירים להשתלב בטור הכוננים המחלקתי מבלי להוריד את השכר הממוצע במחלקה עד להתבססות במודל של רופא מחוייב, שילוב עבודה בקהילה או פרקטיקה פרטית.



ב. תקינה - מתקינה של "ברזלים" - לתקינה של פעילות

לאור העלייה בהיקף הפעילות במחלקות האשפוז ובמערך האמבולטורי, סבורה ועדת המשנה שמנגנון התקינה הקיים אינו משקף יותר את המציאות בבתי החולים. אם בעבר היה זמן האשפוז הממוצע במחלקה כנימית 11 ימים, הרי שהיום הוא נע סביב 4 ימים בלבד. לפיכך, יש להתאים את מפתחות התקינה להיקף הפעילות ולעומס שהתגברו מאז נקבעו מפתחות התקינה הנוכחיים.

ועדת המשנה מציעה להקים ועדה מקצועית למציאת מודל מתאים. כבסיס למודל, מציעה ועדת המשנה כי פעילות של מחלקות, יחידות ומוסדות רפואיים ייבחנו לאורך שנים, במקום מודל נקודתי הנתון לשינויים ועלול לפגוע בתקינה קיימת.

ג. הכנה להשתלמות על (fellowship) בחו"ל והשתלמות עמיתים

עוד בשלב סיום ההתמחות, מתמחים רבים מוצאים עצמם דואגים למקום ולמימון של ההשתלמות. ועדת המשנה בחרה להציע גוף חדש - מועצה מרכזית (שתהווה חלק מהמועצה המדעית), ואשר תרכז תחתיה את כל נושא ההשתלמויות בחו"ל ובהלימה לדרישות המדינה ובתי החולים. המועצה החדשה תסייע הן בהתאמת המומחה הצעיר למקום ההשתלמות והן בגיוס המימון להשתלמות. עבור מומחים שאינם יכולים לעזוב את הארץ לתקופה, יש לנסות לסייע ולהרחיב את האפשרויות להשתלמות עמיתים במקצועות השונים.



10. משך שעות העבודה, איכות ובטיחות הטיפול, רמת ההכשרה ואיכות חיי המתמחה

נושא קיצור שעות העבודה ושעות התורנות של הרופאים המתמחים נמצא על סדר היום הציבורי זה מספר שנים. המניע העיקרי לכך הוא תמורות חברתיות, תרבותיות וטכנולוגיות, המביאים עמם "חילופי הדורות" ברפואה. רבות דובר על דור ה-Y ולאחריו על דור ה-Z כבעלי טעמים והעדפות השונים מהדורות הקודמים בכל הנוגע לעבודה ולפנאי. שינויים באורח החיים דורשים עיון וחשיבה מחדש על מתכונת העבודה של הרופאים בכלל והרופאים המתמחים בפרט, לרבות שעות העבודה והמנוחה הרצויות מבלי להתפשר על איכות ההכשרה, בטיחות המטופל ואיכות הטיפול הרפואי.

על רקע דברים אלה עולה בארץ ובעולם שאלת מודל ההתמחות הרצוי, אשר ייטיב הן עם בטיחות הטיפול הרפואי ואיכותו, הן עם צרכי מערכת הבריאות והן עם צרכיו של הרופא המתמחה עצמו. לשיקולים המקצועיים מתלווים, אפוא, גם שיקולים אתיים הנוגעים לחובתו של הרופא לשמור הן על בריאות המטופל והן על בריאותו שלו (הרחבה ר' נספח מס' 1 - מכתבה של ד"ר תמי קרני, יו"ר הלשכה לאתיקה של הר"י לראשי הוועדה).

מטרתו של פרק זה, אפוא, היא לסקור מגמות עולמיות ומודלים של עבודת מתמחים בעולם בהיבטים שונים על בסיס הספרות המקצועית, תוך השוואה לישראל. בין ההיבטים שייסקרו: הגבלת מספרן המקסימלי של שעות עבודה בשבוע, הגבלות על מספר שעות העבודה הרצופות, קיומן של שעות מנוחה מינימליות בין משמרות, תדירות תורנויות ועוד. כן יוצגו תוצאותיהם של מחקרים עדכניים הדנים בהשפעת מודל עבודת המתמחה על בטיחות הטיפול ואיכותו, טיב הכשרתו המקצועית ואיכות חייו.

10.1 סקירת ספרות

בשנים האחרונות זוכה סוגיית מתכונת עבודת הרופאים המתמחים בבתי חולים להתעניינות תקשורתית וציבורית נרחבת, זאת על רקע שעות העבודה הממושכות הנדרשות מהם בעת תקופת הכשרתם. נקודת המוצא הרווחת של הדיון, בעיקר בקרב מי שאינם מצויים בפרטיו של נושא סבוך זה, מניחה באופן אינטואיטיבי למדי שתי הנחות מקדימות: האחת היא כי שעות עבודת המתמחים בישראל, לרבות משך התורנויות, הן ממושכות באופן חריג ומופרז, והשנייה כי שעות עבודה ממושכות מובילות לטעויות ולכשלים בפעילות הרפואית, ולירידה באיכות הטיפול ובטיחות המטופל. מכאן מובילות ההנחות הללו אל המסקנה הבלתי נמנעת כביכול, כי יש לקצר את שעות עבודת המתמחים. כל אחת משתי ההנחות הללו תבחן בצורה מדוקדקת בהמשך. במאמר מוסגר נציין כי שתי ההנחות הללו ממחישות את ההבדל שבין הישענות על אינטואיציות אנושיות בסיסיות לבין היסמכות על חקירה שיטתית במטרה להגיע לחקר האמת, ובהתאם לכך לגבש המלצת מדיניות.

ההנחה הראשונה מבין השתיים תזכה להתייחסות נרחבת בפרק הבא, אשר יתמקד בסקירה בינלאומית שממנה תיגזר השוואה בין מתכונת עבודת המתמחים בישראל למתכונת עבודתם במדינות מפותחות שונות. כעת נתמקד בספרות הבוחנת את הקשר שבין אורך שעות העבודה לאיכות הטיפול ולבטיחות המטופל.



נקדים ונאמר, כי התמונה העולה מהספרות רחוקה מלאשש את ההנחה לפיה שעות עבודה ממושכות של רופאים מתמחים הן בעלות השלכות שליליות על איכות ובטיחות הטיפול ואף על איכות חיי המתמחה. אדרבא, בשנים האחרונות אנו עדים לתנועת מטוטלת בספרות העוסקת בנושא, ומתרבות הראיות המצביעות על היעדר קשר ואף על קשר חיובי בין שעות עבודה ארוכות לאיכות ובטיחות הטיפול, בטיחות ההכשרה ושיעור הרצון של מתמחים מההכשרה. אמנם בעבר היו שגרסו כי קיצור תורנויות אינו גורם בהכרח לפגיעה באיכות ההתמחות, והוא אף עשוי לשפר את בטיחות המטופל ואת איכות חיי המתמחה.⁴³ אף היו שטענו בשנת 2004 כי מתמחים שעבדו במשמרות ארוכות מ-24 שעות גרמו לטעויות רפואיות בשיעור גבוה בהשוואה לאלה שעבדו במשמרות קצרות יותר.⁴⁴ אולם, עם השנים הלכו והצטברו ממצאים השוללים קשר זה. כך למשל, קיימים ממצאים לפיהם בבתי חולים ברחבי ארה"ב לא נמצאה ירידה בטעויות רפואיות בעקבות קיצור שעות העבודה.⁴⁵ על כן, אין זה ברור מאליו שקיצור שעות העבודה אכן משפר את איכות הטיפול. הסיבות לכך יכולות להיות רבות: בעיות באכיפת הנהלים החדשים,⁴⁶ פגמים בהעברת הטיפול בין משמרת למשמרת,⁴⁷ בעיות בביקוח על ההתמחות, עומס יתר על הרופאים ופגיעה בהמשכיות הטיפול.⁴⁸

מחקר שפורסם בשנת 2014 השווה את תוצאות הטיפול בכ-2.8 מיליון מטופלים בתכנית Medicare בבתי חולים בארצות הברית לפני ואחרי רפורמת קיצור תורנות המתמחים בשנה ראשונה ל-16 שעות (יושמה בשנת 2011 ובוטלה ב-2017). המחקר כלל את נתוניהם של מטופלים במצבי תחלואה שונים בהם אוטם שריר הלב, שבץ, סוכרת, איידס, סרטן ועוד. בנוסף כלל המחקר מטופלים בקטגוריות כירורגיות שונות. לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בשיעורי תמותת מטופלים לפני ואחרי הרפורמה במצבי התחלואה ובקטגוריות הכירורגיות השונים. מספר האשפוזים החוזרים בעקבות שבץ נמצא גבוה יותר בשנה שלאחר הרפורמה (מובהק סטטיסטית) בהשוואה לשנתיים שקדמו לה, אם כי שינויים מתודולוגיים בהגדרות הניתוח הסטטיסטי, כפי שהראו החוקרים, עשויים לבטל גם את ההבדל הזה.⁴⁹

מחקר אחר התמקד בתכנית התמחות ברפואה פנימית בארצות הברית ובחן את השפעת קיצור אורך התורנות על עבודת מתמחי שנה א' ל-16 שעות. אף על פי שמספר החלפות המשמרת עלה לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית לפני ואחרי הרפורמה במדדים כגון תמותת מטופלים ואשפוזים חוזרים. לעומת זאת, נצפתה ירידה בסיבוכים, אולם יש לציין כי מגמה דומה נרשמה גם בבתי חולים בהם לא עובדים מתמחים (הללו שימשו כקבוצת ביקורת במחקר).⁵⁰

43 AC Levine, J. Adusumilli and CP. Landrigan, "Effects of reducing or eliminating resident work shifts over 16 hours: a systematic review", Sleep Vol. 33, no. 8. 2010 ; SR. Moonesinghe, et al., "Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review", BMJ 2011 (342): d1580.

44 CP. Landrigan, et. al., "Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units", N Engl J Med 2004 (351): 1838-1848.

45 D. Sanghavi, "The phantom menace of sleep deprived doctors", The New York Times, 5 August, 2011.

46 Ibid.

47 AB. Blum, et al., "Implementing the 2009 Institute of Medicine recommendations on resident physician work hours, supervision and safety", Nature and Science of Sleep 2011 (3): 47-85.

48 LI. Horwitz, "Why have working hour restrictions apparently not improved patient safety?", BMJ 2011 (342): d1200.

49 M. S. Patel et al., "Association of the 2011 ACGME Resident Duty Hour Reforms With Mortality and Readmissions Among Hospitalized Medicare Patients", JAMA 2014 (312): 2364-2373.

50 N. N. Choma et al., "Effect of the ACGME 16-hour rule on efficacy and quality of care: Duty hours 2.0", JAMA INTERN MED 2013 (173): 819-821.



מחקר נוסף שהתמקד ברפואה פנימית השווה גם הוא את עבודת המתמחים לפני ואחרי קיצור התורנות למתמחים בשנה ראשונה. המחקר בחן שני מודלים של התמחות: מודל של 16 שעות תורנות ומודל של "Night Floats" (עבודה במשמרות בוקר ולילה לחלופין), והשווה אותם למודל העבודה של 30 שעות תורנות שקדם לרפורמת הגבלת השעות (קבוצת ביקורת). בשני המודלים שנבדקו מספר החלפות המשמרת גדל משמעותית בהשוואה לקבוצת הביקורת. נמצא כי בשני המודלים התארכו שעות השינה של המתמחים (sleep on call) בהשוואה לקבוצת הביקורת. בשתי קבוצות הניסוי תפשו המתמחים את איכות הטיפול כנמוכה יותר בהשוואה לקבוצת הביקורת. בהתאמה, זמן הנוכחות שלהם במחלקות בשעות הבוקר היה קצר יותר ועל כן הזדמנויות הלימוד שלהם היו מעטות יותר.⁵¹

מחקר דומה שבחן באמצעות תכנית פיילוט את השינוי שהוצע בזמנו לקיצור משך התורנות בשלוש מחלקות ניירולוגיות העלה ממצאים דומים. במחקר נמצא כי המתמחים בקבוצת הניסוי היו מרוצים פחות מאיכות הטיפול ומאיכות ההכשרה בהשוואה למתמחים שעבדו שעות סטנדרטיות (ארוכות יותר).⁵²

סקירה רחבת היקף של מחקרים שעסקו בקיצור שעות תורנות מתמחים במקצועות הכירורגיה בארצות הברית ובקנדה, העלתה כי קיצור השעות לא הביא לשיפור כולל בתוצאי הטיפול. אדרבא, מספר מחקרים הצביעו על עלייה בסיבוכים במטופלים במצב קשה. בנוסף, לא נרשם שיפור בחינוך הרפואי של המתמחים, ורמת הביצוע בבחינות ההתמחות במספר תחומי התמחות התדרדרה. עוד לפי המחקר, הפחתת שעות העבודה לשמונים שעות בשבוע בארצות הברית לא הביאה לשיפור באיכות החיים של המתמחים. לעומת זאת, קיצור שעות התורנות ל-16 שעות רצופות הביא לשיפור קטן בלבד ובחלק מהמקרים אף גרם להרעה באיכות חיי המתמחים.⁵³

החוקרים מכירים בהשפעתה השלילית של העייפות המצטברת על ביטחון המטופל ואיכות הטיפול אולם יחד עם זאת הם קובעים:

"Fatigue is potentially harmful, mitigating its effects while ensuring adequate training is essential. Strategies such as less than 24 hour shifts have failed to demonstrate a significant benefit to resident wellness and potentially deleterious consequences for patient and training outcomes".⁵⁴

מסקנתם העיקרית של החוקרים היא כי גישת "one-size fits all" איננה הפתרון הרצוי עבור מערכת ההתמחות, ובוודאי שאיננה הולמת את מקצועות הכירורגיה וטיפול נמרץ. על כן קוראים החוקרים לשקול מחדש את הגבלת שעות ההתמחות (הכוונה היא להגבלת שבוע העבודה ל-80 שעות ולהגבלת אורך תורנות מתמחים בשנה ראשונה ל-16 שעות) עבור המקצועות הכירורגיים על מנת למנוע פגיעה ברמת ההכשרה ובאיכות הטיפול.⁵⁵

51 S. V. Desai et al, "Effect of the 2011 vs 2003 Duty Hour Regulation-Compliant Models on Sleep Duration, Trainee Education, and Continuity of Patient Care Among Internal Medicine House Staff", JAMA INTERN MED 2013 (173): 649-655.

52 L. A. Schun, "Pilot trial of IOM duty hour recommendations in neurology residency programs: unintended consequences", Neurology 2011 (77): 883-887.

53 N. Ahmed et al, "A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery", Annals of Surgery 2014 (259): 1041-1053.

54 IBID, 1015.

55 IBID.



מחקר נוסף שפורסם בשנת 2016 השווה את ביצועיהם של רופאים מתמחים בכירורגיה העובדים תחת הגבלת השעות הסטנדרטית שנקבעה בארצות הברית לפני מספר שנים לקבוצת מתמחים אשר קיבלו היתר לעבודה גמישה, כלומר - היתר להפך את הגבלת השעות, ולעבוד במשמרות ארוכות יותר ומבלי להידרש למכסת שעות המנוחה שנקבעה בין משמרת למשמרת (Flexible-Policy Group). בשתי הקבוצות נשמרה מכסה של 80 שעות עבודה בשבוע במוצא. לא נמצא הבדל מובהק בין שתי הקבוצות בכל הנוגע לשיעור תמותת המטופלים וסיבוכים, בשביעות הרצון של המתמחים מעבודתם ועמדתם באשר לאיכות הכשרתם. כמו כן, לא נמצא הבדל בהשפעת העייפות על ביטוח המטופל או המתמחה. מתמחים בקבוצה "הגמישה" היו בעלי עמדות שליליות פחות מעמיתיהם כלפי הקשר שבין צורת עבודתם לביטוח הטיפול, להמשכיות הרצף הטיפולי, למקצועיותם ולדרגת הכשרתם, אולם הם היו בעלי עמדות שליליות יותר כלפי השפעתה של צורת עבודתם על חייהם האישיים.⁵⁶

במחקרי המשך לא נמצאו הבדלים בעלי משמעות סטטיסטית בין שתי הקבוצות בתוצאות המבחנים של המתמחים ובאורך השהות של המאושפזים (כמשתנה המרמז על סיבוכים אפשריים בעקבות ניתוח).^{58,57}

מחקר נוסף שהתפרסם לפני כחצי שנה ב-NEJM, בחן את השפעת הפחתת אורך התורנות מ-24 ל-16 שעות בשישה מרכזים רפואיים בארה"ב בתחום טיפול נמרץ לידים. יוזמי המחקר הם בכירים ומנהלים שהיתוו את מדיניות קיצור התורנויות, כיוון שהיו בטוחים שגישה זו תקטין את השגיאות בטיפול הרפואי.⁵⁹ מהמחקר עולה כי קיצור שעות התורנות לווה בעלייה משמעותית ברוב האתרים בטעויות הרפואיות, וזאת בניגוד מוחלט להשערת החוקרים. לדעת החוקרים, ייתכן כי ניתן להסביר זאת באמצעות מספר גורמים. מחד, הפחתת השעות שיפרה את איכות חיי המתמחים וייתכן שגם את הרגלי השינה שלהם, מה שמקטין את הסיכוי לביצוע טעויות. מאידך, התרבו "העברות המקל", מה שעלול להגביר את הטעויות. לא מן הנמנע כי שתי ההשפעות הללו התקדזו, אך בנקודה זו מעלים החוקרים גורם שלישי במספר, בעל משמעות רבה לתוצאות המחקר: בניגוד למחקרים קודמים, מחקר זה לא לווה בהגברת כוח האדם הרפואי עם המעבר למשמרות המקוצרות. משמעות הדבר היא כי קיצור המשמרות לווה בעליית עומס העבודה על כל מתמחה. דעת החוקרים היא כי הגברת העומס עשויה לגרום לעלייה בטעויות הרפואיות. מסקנתם, אפוא, היא כי קיצור תורנויות והפחתת שעות עבודה לא תגביר את איכות הטיפול ללא השקעה נלווית בכוח אדם ובתשתיות. לנוכח תנאי העומס והמחסור השוררים במערכת הבריאות, כפי שתוארו בראשית הדוח, זוהי מסקנה חשובה מאוד עבור מערכת הבריאות הישראלית. כל עוד למשל, תפוסת מיטות האשפוז הכללי תמשיך לעמוד על כ-95% מדי שנה ושיעור הרופאים ביחס לאוכלוסייה ימשיך לרדת, ספק אם שינויים כאלה ואחרים במתכונת עבודת המתמחים תועיל, והיא אף עלולה להזיק (כמובן, צריך לסייג ולומר שיש להיזהר מהכללת ממצאי מחקר אחד, העוסק בתחום רפואי מסוים בארה"ב, על מערכת הבריאות בישראל).

- 56 K. Y. Bilimoria et al., "National Cluster-Randomized Trial of Duty-Hour Flexibility in Surgical Training", The New England Journal of Medicine 2016 (374): 713-727.
- 57 E. Blay et al. Association between Flexible Duty Hour Policies and General Surgery Resident Examination Performance: A Flexibility in Duty hour Requirement for Surgical Trainees (FIRST) Trial Analysis", J Am Coll Surg. 2017 224(2): 137-142. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.042.
- 58 J. J. Stulberg et al. Effect of Flexible Duty Hour Policies on Length of Stay for Complex Intra-Abdominal Operations: A Flexibility in Duty Hour Requirements for Surgical Trainees (FIRST) Trial Analysis, J Am Coll Surg 2017 224(2):143-148.e1. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.040. Epub 2016 Nov 21.
- 59 C.P. Landrigan et al. Effect on Patient Safety of a Resident Physician Schedule without 24-Hour Shifts. N Engl J Med 2020;382:2514-23. DOI: 10.1056/NEJMoa1900669.



10.2. סיכום

מכל האמור לעיל התמונה העולה מהספרות העדכנית והמקיפה ביותר מהשנים האחרונות היא כי משך שעות עבודת הרופאים המתמחים אינו משפיע לרעה על איכות הטיפול הרפואי ובטיחותו, ואף נמצאה השפעה חיובית על איכות ההכשרה ועל שביעות רצון המתמחים ממנה. ממצא חשוב במיוחד העולה מהספרות הוא כי קיצור המשמרות עלול ליצור אפקט שלילי הן על איכות ובטיחות הטיפול הרפואי והן על איכות החינוך וההכשרה בשל ריבוי "החלפות המקל" וקטיעת הרצף הטיפולי. על כן יש להוסיף מעדויות שהושמעו בוועדה את אבדן זמן חשיפה לעבודת המחלקה וכגיעה באתוס הפרופסיונאלי עקב יצירת מנטליות של עובד משמרות ולא של רופא מטפל בעל מחויבות מקצועית ומוסרית למטופליו. ולבסוף, גם אם תשונה מתכונת העבודה באופן כלשהו, ספק אם חלוקת שעות היממה בצורה כזו או אחרת תצליח לשנות באופן מהותי את איכות הטיפול, איכות ההכשרה ואיכות חיי הרופא, ללא הפחתת העומס הקיצוני השורר על פי רוב במערכת הבריאות בישראל.

בנקודה זו נדרשה הוועדה לשאלה המתבקשת - האם על אף כל הדברים הללו, נוכל למצוא מודל מוסכם ומקובל בעולם להתמחות רופאים, אליו ניתן לשאוף כמעין אב טיפוס של מתכונת עבודה.

כפי שיוצג להלן, נהלי שעות העבודה והמנוחה של הרופאים המתמחים משתנים מאוד ממדינה למדינה, ובשל כך קשה להצביע על מודל אחיד, מוסכם ומקובל מבחינה בינלאומית. יתרה מכך, לעתים קרובות קיימים פערים רחבים בין הרמה ההצהרתית לבין הנעשה בפועל. יחד עם זאת, כפי שנראה להלן, בתוך המנעד הרחב של מתכונות העבודה הקיימות, ניתן לומר כי בהשוואה בינלאומית - ההתמחות בישראל איננה חריגה או יוצאת דופן בכל הנוגע לנהלי שעות העבודה והמנוחה המקובלים בה. על כן, במטרה להתאים את המציאות הישראלית לזו הבינלאומית ועל מנת לעמוד בחזית ההתפתחויות העולמיות בתחום, סבורה הוועדה כי במקום להתרכז בגיבוש של מתכונת עבודה קשיחה ומחייבת אחת, שתחליף מתכונת עבודה קשיחה ומחייבת קיימת, יש לעשות כל מאמץ לאפשר למערכת גמישות, ולפתח מספר מודלים שיותאמו לצרכיהם המגוונים של המקצועות הרפואיים השונים תוך התחשבות בשינויים החברתיים והתרבותיים שהוזכרו לעיל.

כפי שכבר הצהרנו, הרפואה היא מקצוע רבגוני, ועל כן גם ההתמחות לא חייבת להיות כזו ומוטב שתתאים לאופיו הייחודי והפרטני של כל מקצוע רפואי.



11. עבודת רופאים מתמחים בעולם ובישראל - סקירת מודלים של שעות עבודה ומנוחה

11.1. ארצות הברית

הדאגה הציבורית הגוברת לבטיחות הטיפול הרפואי, הנובעת בין היתר משעות העבודה הרבות של רופאים מתמחים, הובילה להטלת הגבלות על שעות עבודה של רופאים מתמחים בארה"ב בחודש יולי 2003. ההגבלות נקבעו במועצה האחראית להסמכת רופאים ולהכשרתם (The Accreditation Council for Graduate Medical Education - ACGME), והן בגדר רגולציה מקצועית פנימית.⁶⁰ עם השנים הוטלו הגבלות נוספות על עבודת המתמחים בהתאם להמלצותיהם של גופים מקצועיים. בשנת 2011 החליט ה-ACGME להגביל את משך התורנות של מתמחים בשנה הראשונה, כך שיעבדו עד 16 שעות ברציפות, כאשר אורך המשמרת של יתר המתמחים ייוותר ללא שינוי (24 שעות עבודה רצופות, בהתאם לכללים שיפורטו בהמשך). זהו תיקון מינורי יחסית להמלצותיו של ה-Institute of Medicine, לפיהן יש להגביל את שעות עבודתם של כל המתמחים ל-12-16 שעות, ולאפשר להם 10 שעות מנוחה בין משמרותיהם לכל הפחות. המלצות אלה גובשו על סמך ראיות שהצטברו בספרות המדעית, ואשר מצביעות על קשר בין עייפות מצטברת הנגרמת משעות עבודה ארוכות ומחסור בשינה, לטעויות בטיפול הרפואי.⁶¹ ואולם, בשנת 2017 הפך ה-ACGME את החלטתו, והסיר את ההגבלה, כך שאורך התורנות של המתמחים בשנתם הראשונה הגיע שוב ל-24 שעות, בדומה ליתר המתמחים. החלטה זו התבססה על המלצת כוח המשימה שבחן את הנושא על סמך מחקרים מאוחרים יותר, שתוצאותיהם הוצגו לעיל. מחקרים אלה הראו כי השינוי לא תרם לבטיחות המטופלים, ויתרה מכך, ייתכן כי פגע בצורה משמעותית באיכות הכשרת המתמחים.⁶²

60 מרכז המחקר והמידע של הכנסת, הגבלת שעות העבודה של רופאים מתמחים - סקירה משווה, כתבה: מיכל טביביאן מזרחי, נובמבר 2006, 7.

61 Blum, "Implementing the 2009 Institute of Medicine recommendations on resident physician work hours, supervision, and safety".

62 ACGME Memo, 10 March 2017.



להלן עיקרי ההנחיות של ACGME⁶³:

- **שעות עבודה שבועיות:** רופאים מתמחים לא יעבדו יותר מ-80 שעות בשבוע בממוצע בכל פרק זמן של ארבעה שבועות, כולל כל התורנויות ועבודות מזדמנות. במקרים מיוחדים יינתן היתר מיוחד לעבוד עד 88 שעות בשבוע, אם תימצא לכך הצדקה.
- **שעות עבודה ברצף:** לרופאים מתמחים מותר לעבוד עד 24 שעות ברצף (כולל תורנות). מותר למתמחה להישאר עד ארבע שעות נוספות בתפקידו על מנת לבצע העברת משמרת ובכדי להשלים את משימותיו, אולם זאת מבלי שיתווספו לו מטלות חדשות. בנסיבות מיוחדות ומיוזמתו האישית, מותר למתמחה להישאר בבית החולים זמן נוסף על מנת להמשיך ולטפל במטופל החולה במחלה קשה או שמצבו אינו יציב; במקרים בהם נדרשת תשומת לב מיוחדת למטופל או למשפחתו; או במקרים בעלי חשיבות לימודית יוצאת דופן.
- **זמן חופשי:** מתמחים זכאים ליום חופשי אחד לפחות בשבוע (בממוצע לפרק זמן של ארבעה שבועות). אין להטיל על המתמחה כוננות מהבית ביום החופשי.
- **שעות מנוחה בין משמרות:** מתמחים זכאים לשמונה שעות חופשיות בין משמרותיהם. כן הם זכאים ל-14 שעות חופשיות לפחות לאחר עבודה במשך 24 שעות רצופות.
- **תדירות מקסימלית של "Night floats"** (מתמחה העובד לרוב במשמרת לילה בלבד במשך תקופה): הוסרה ההגבלה שהייתה נהוגה בעבר לפיה רופאים מתמחים ישובצו לשש משמרות לילה רצופות לכל היותר - זאת על מנת לאפשר גמישות רבה יותר לתכניות ההתמחות.
- **תדירות מקסימלית של תורנויות:** מתמחים ישובצו לתורנות אחת בכל שלושה ערבים לכל היותר בממוצע לפרק זמן של ארבעה שבועות (דהיינו 8-10 תורנויות בחודש).
- **תדירות כוננויות (מהבית):** כוננות מהבית איננה כפופה להגבלה החלה על תדירות התורנויות (אחת לכל שלושה ערבים), אולם יש לבצעה כך שלא ייפגע יום המנוחה השבועי של המתמחה. מותר למתמחה הכונן לחזור לבית החולים במקרה הצורך. במקרה זה, כמו גם בעבודה קלינית מהבית בעת הכוננות, שעות עבודתו ייחשבו כחלק מ-80 שעות העבודה השבועיות המקסימליות.
- **עבודה נוספת וולונטרית (moonlighting):** עבודה נוספת בבית החולים ומחוצה לו תיעשה במסגרת מקסימום 80 השעות המותרות בשבוע. מתמחים בשנתם הראשונה אינם זכאים לעבודה נוספת.

63 The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), Common Program requirements (Residency), June 10, 2018; effective: July 1, 2019.



יש לציין כי שיטת ה-Night Floats הולכת והופכת למקובלת יותר ויותר במערכת ההתמחות האמריקנית על מנת לעמוד בהגבלות על שעות העבודה. בשיטה זו, על פי רוב, מתחלק כוח האדם הרפואי לשתי קבוצות העובדות במשמרות של יום ולילה (למשל, 12 שעות עבודה ועוד שעתיים של החלפת משמרת). הרופאים מחליפים קבוצה מדי תקופה. יש מחקרים המראים כי שיטת עבודה זו משפרת את איכות חייהם של המתמחים ומפחיתה את הפרות הגבלת שעות העבודה. לעומת זאת, קיים חשש כי שיטה זו משבשת לאורך זמן מנגנוני איזון פנימיים ופוגמת באיכות השינה של המתמחה. על כן היא איננה מאפשרת למתמחה להתאושש בין משמרת למשמרת. יש חוקרים הסבורים כי שיטה זו לא הביאה עד כה לתוצאות הרצויות הן מבחינת איכות שעות המנוחה והן מבחינת רמת המקצועיות של המתמחה במקצוע הכירורגיה.^{65, 66}

11.2. קנדה

נהלי שעות העבודה בקנדה נקבעים בנפרד בכל פרובינציה באמצעות הסכמים קיבוציים בין איגודי המתמחים לבתי החולים, ועל כן הם אינם אחידים. במניטובה, למשל, נקבעה הגבלה מפורשת על מספר שעות העבודה השבועיות: רף מקסימלי של 89 שעות בשבוע בממוצע לפרק זמן של ארבעה שבועות, ובפרובינציות אחרות אף למעלה מתשעים. באונטריו, בהתאם להסכם קיבוצי, יש הגבלה על עבודה בלילות (תורנויות) ובסופי שבוע: מקסימום של 7 משמרות לילה (הכוללות שני סופי שבוע) בתקופה של 28 ימים. אורכה המקסימלי של עבודה רציפה באונטריו הוא 26 שעות (כולל שעתיים להחלפת משמרת) עם יום מנוחה אחרי תורנות - בכפוף לצרכי המחלקה. במקצועות רפואה ספציפיים בהם טיפול נמרץ, הרדמה וקרדילוגיה קיימות הגבלות נוספות על העבודה הרציפה.⁶⁶

בקוויבק, סך כל שעות העבודה השבועיות לא יעלה על 72 בממוצע לארבעה שבועות. רופאים מתמחים לא יבצעו יותר משש תורנויות בבית החולים בכל פרק זמן של 28 ימים, ולא יעבדו יותר מ-16 שעות ברציפות.⁶⁷ בכך הופחת מספרן המקסימלי של שעות העבודה הרצופות שהיה נהוג עד אז (24 שעות). כמו כן, שעות העבודה הרצופות בטיפול נמרץ הוגבלו ל-12.

השונות בין הפרובינציות מתבטאת גם ביחסן לשעות המנוחה של המתמחים. קולומביה הבריטית קבעה מספר מינימלי של שעות מנוחה בין משמרות (שמונה שעות), בעוד שמניטובה ואונטריו לא קבעו תנאי מעין זה. נהלי עבודת המתמחים בקנדה אף הופכים למורכבים יותר כאשר מביאים בחשבון הסכמים שונים של כוונות בתוך בית החולים ומחוצה לו. על פי הסכמי עבודה אלה מתמחים עשויים להגיע ל-80 שעות עבודה שבועיות ויותר.⁶⁸

64 Ahmed et al, "A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery".

65 B. T. Ragel et al, "An ACGME Duty Hour Compliant 3-person night float system for Neurological Surgery Residency Programs", Journal of Graduate Medical Education 2014: 315-319. DOI: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-13-00172.1>

66 The Professional Association of Residents of Ontario, 2016-2020 PARO-CAHO Agreement.

67 Residents Doctors of Canada, "Canadian Patient and Physician Safety and Wellbeing: Resident Duty Hours", 2012.

68 J. Temple, Resident duty hours around the globe: where are we now?, Medical Education 2014;14:suppl 1.



11.3 אוסטרליה וניו זילנד

אוסטרליה לא הטילה הגבלות על שעות העבודה של רופאים מתמחים בחקיקה או בהנחיות. יחד עם זאת, בסקר שערכה ההסתדרות הרפואית במדינה, נמצא כי רק כמחצית מהרופאים המתמחים באוסטרליה עובדים מספר שעות שבועיות הנחשב לסביר ("ברמת סיכון נמוכה", בלשון הדוח), כלומר 43 שבועיות בממוצע ו-12 שעות עבודה רציפה לכל היותר. היתר עובדים ברמת סיכון "משמעותית" או "גבוהה" (57 ו-78 שעות שבועיות בממוצע; 14 ו-18 שעות עבודה רציפה, בהתאמה). יצוין כי שיעור הרופאים, לרבות רופאים מתמחים, בשתי קבוצות הסיכון הללו יורד בהתמדה לאורך השנים.⁶⁹ הדבר מצביע על קיומה של מגמה להפחית את שעות העבודה גם במדינה זו.

ניו זילנד, לעומת זאת, הגבילה את שעות העבודה של רופאים מתמחים לפני למעלה מעשרים שנה. שעות העבודה הוגבלו תחילה במסגרת הסכמים קיבוציים בין ארגון הרופאים לוועד הרפואי בכל מחוז ל-72 שעות בשבוע ול-16 שעות עבודה רצופות במשמרת. כיום, לפי הערכות, רוב המתמחים במדינה עובדים בפועל 55-60 שעות בשבוע.⁷⁰

11.4 האיחוד האירופי

בשנת 1993 קבעו המועצה והפרלמנט האירופיים את ה-European Working Time Directive. הנחייה זו קבעה דרישות בדבר שעות עבודה, זמני מנוחה, חופשה שנתית והסדרי עבודה לעובדי משמרות לילה, והיא חלה גם על רופאים מתמחים. בעניין שעות העבודה נקבע כי ההחלטה תישם בשלבים משנת 2004 ועד שנת 2009, במהלכן יקוצרו בהדרגה מ-58 ל-48 שעות עבודה בשבוע.⁷¹

להלן הנקודות העיקריות בהנחיית האיחוד האירופי:⁷²

- הגבלת שעות העבודה ל-48 שעות בשבוע (כולל תורנויות וכל עבודה נוספת) בממוצע על פני תקופה של 4, 6 או 12 חודשים.
- מנוחה יומית מינימלית בת 11 שעות ברציפות ביממה.⁷³
- הפסקת מנוחה בת עשרים דקות, כאשר יום העבודה ארוך יותר משש שעות.
- מנוחה מינימלית בת 24 שעות ברציפות בכל שבועה ימים (זאת, בנוסף ל-11 שעות המנוחה המינימלית). ניתן לצבור 48 שעות בתקופה של 14 יום.
- חופשה שנתית בתשלום בת ארבעה שבועות לכל הפחות.
- משמרת לילה לא תתארך מעבר ל-8 שעות בממוצע לכל 24 שעות. בנסיבות בריאותיות מסוימות, יש לאפשר למתמחה לעבור לעבודה יומית.

69 The Australian Medical Association, Managing the Risks of Fatigue in the Medical Workforce - 2016 AMA Safe Hours Audit, 2017.

70 B. Leahy, Doctors to stage two-day strike in hospitals next month over pay concerns. NZ Herald, 31 December 2018.

71 מרכז המחקר והמידע של הכנסת, הגבלת שעות העבודה של רופאים מתמחים, 6.

72 European Commission, Working Conditions - Working Time Directive, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=en&intPagelD=205>.

73 אפשר לחרוג מהדרישה למספר שעות מנוחה מינימלי באמצעות חקיקה או הסכמי עבודה קיבוציים. למשל, בבריטניה נקבע בחוק שרופאים מתמחים זכאים ל"פיצוי" באמצעות מנוחה השווה לזו שהפסידו באותו יום.



בית המשפט האירופי עסק בהנחיה האמורה בכמה פסיקות תקדימיות, והבהיר כי כאשר הרופא נדרש להישאר בשטח בית החולים, הוא ייחשב "עובד" לצורך חישוב שעות העבודה, גם אם אינו עובד בפועל. לעומת זאת, אם רופא עומד לרשות מעבידיו, ואפשר לקרוא לו לבית החולים, אך הוא אינו נמצא בשטח בית החולים - הוא אינו נחשב ל"עובד" לצורך חישוב שעות העבודה, אלא אם כן הוא נקרא בפועל לעבודה בבית החולים. בפסיקה אחרת קבע בית המשפט כי המנוחה המפצה תכלול ברציפות את כל זמן המנוחה שלא מומש מיד בסיום העבודה ולפני תחילת זמן עבודה חדש.⁷⁴

ברמה הלאומית, מדינות שונות נוטלות לעצמן את החירות לערוך התאמות מסוימות בהנחיית האיחוד לפי צרכיהן. כך למשל בבריטניה נמצא כי יישום הנחיית האיחוד גורם לסגירת מחלקות ויחידות רפואיות ולצמצומן בשל צמצום שעות העבודה של הרופאים המתמחים.⁷⁵ בפועל, המצב בבריטניה הגיע לכדי כך שמשרד הבריאות הבריטי ואיגוד הכירורגים קראו לרופאים המתמחים שלא להיצמד להנחיית האיחוד ולעבוד יותר מ-48 שעות שבועיות וזאת בשל החשש מפני פגיעה ברמת הכשרתם, במיוחד בנוגע למתמחים במקצועות הכירורגיה. המתמחים בכירורגיה התריעו כי לפי חישוביהם, הנחיית האיחוד גורמת להם לאבד 3,000 שעות הכשרה במהלך תקופת ההתמחות.⁷⁶ אף על פי כן, הסכם הרופאים המתמחים אשר נכנס לתוקפו בחודש אוקטובר, קובע הגבלות משמעותיות על שעות עבודת המתמחים. כך למשל, ההסכם קובע כי רופא מתמחה יכול לעבוד עד 72 שעות בשבוע לכל היותר במקום 91 שעות, כפי שנהוג היה עד כה. כמו כן, מקסימום שעות העבודה הממוצע בשבוע יעמוד על 48 שעות, כמתחייב מהדירקטיבה של האיחוד האירופי, במקום 56 שעות. יחד עם זאת, מתמחה החפץ בכך, יוכל על פי בחירתו לעבוד עד 56 שעות בשבוע בממוצע לכל היותר. בנוסף, בין יתר ההגבלות, הופחת מספר משמרות הלילה הרצופות המותר למתמחה משבע לארבע, והוארך זמן המנוחה לו זכאי מתמחה לאחר רצף תורנויות לילה מ-11 שעות ל-46 שעות לכל הפחות.⁷⁷ עם זאת, יש הסבורים כי בעקבות פרישתה הצפויה של בריטניה מהאיחוד האירופי ("Brexit"), צפויות להגבלות הנוכחיות על שעות עבודת המתמחים להישחק, בעיקר בלחצה של המפלגה השמרנית.⁷⁸

בגרמניה נקבעו בהסכמים קיבוציים 42 שעות עבודה בשבוע. רופאים יכולים לבחור לעבוד 38.5 שעות בשבוע במערב גרמניה ו-40 שעות בשבוע במזרחה, ושכרם יעודכן בהתאם. אם שבוע העבודה כולל גם תורנויות, ניתן להאריכו לכל היותר ל-58 שעות ובמקרים מיוחדים ל-66 שעות.⁷⁹

74 ש.ם.

75 L. Donnelly and C. Santry, "EU rules are driving maternity and casualty closures", The Telegraph, 27 October 2012 [Accessed on 28 November 2012]. <http://www.telegraph.co.uk/news/9637842/EU-rules-are-driving-maternity-and-casualty-closures.html>

76 R. Smith, "Junior doctors will be encouraged to opt out of Working Time Directive: Department of Health", The Telegraph, 22 July 2014 [Accessed 29 May 2016].

77 NHS employers. <https://www.nhsemployers.org/pay-pensions-and-reward/medical-staff/doctors-and-dentists-in-training/rostering-and-exception-reporting/working-hours-and-patterns-faqs-updated-august> [accessed 12 June 2019].

78 A. Gulland, "Limits on working hours may be relaxed after Brexit, warns employment expert", BMJ 2017;359:j4547.

79 European Industrial relations observatory on-line, "Doctors' strike ends in new collective agreement", 2006.



בהולנד, שעות העבודה במערכת הבריאות הציבורית הוגבלו ל-38 שעות בשבוע בתוספת 10 שעות לחינוך והכשרה, בסה"כ - 48 שעות בשבוע לרופאים מתמחים, כמתחייב מהנחיית האיחוד.⁸⁰ גם שבדיה שומרת על מגבלת שעות העבודה שקבע האיחוד.⁸¹

מאידך, אירלנד ויוון נדרשו על-ידי הנציבות האירופית להישמע להנחיה, לאחר שחרגו ממנה בצורה בוטה. למרות שאירלנד עיגנה בחקיקה את הגבלת שעות עבודת הרופאים המתמחים, במקרים רבים הם מחויבים לעבוד במשמרות בנות 36 שעות רצופות באופן קבוע, לעתים יותר ממאה שעות בשבוע ו-75-70 שעות בשבוע במוצע, בלי להקפיד על הפסקות וזמני מנוחה נאותים. במקרה של יוון, רופאים בבתי חולים ציבוריים נדרשים לעבוד לפחות 64 שעות בשבוע, ולעתים אף יותר מ-90 שעות, ללא הגבלת מכסת השעות וללא מנוחה מספקת.⁸²

מחקר שהתפרסם בשנת 2014 קבע כי מדינות האיחוד אינן מסוגלות על פי רוב לעמוד בהוראות ההנחיה בשל הצורך באיזוש תקני כוח אדם בבתי החולים. למעשה, רק 6 מתוך 27 חברות האיחוד בעת ביצוע המחקר (כיום יש 28 חברות) מצליחות לעמוד בתנאים שקובעת הנחיית האיחוד - פחות מ-25%. על כן, מציינים החוקרים, כי עולה הצורך לשנות את ההנחיה הקיימת, גם אם הדבר לא יבוצע בקלות, וזאת בשל הקושי להגיע להסכמה בעניין בין המדינות החברות.⁸³

11.5. ישראל

נהלי שעות עבודת הרופאים בישראל קבועים בהסכמים הקיבוציים של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י). ההסכם הקיבוצי מיום 25 באוגוסט 2011 קובע, כי שבוע עבודה של רופא המועסק במשרה מלאה במערכת הבריאות הציבורית על-ידי המדינה יעמוד על 41.5 שעות שבועיות. בפני רופאים עובדי המדינה ורופאים עובדי "שירותי בריאות כללית" עומדות חלופות שונות לשבוע עבודה בן 41.5 שעות במשך שישה ימי עבודה או 40 שעות במהלך חמישה ימים, כמפורט בהסכם הקיבוצי. בנוסף, דיני העבודה קובעים כי לא יועסק רופא מעל 71.5 שעות בשבוע עבודה במוצע לשנת עבודה. במניין אלה יכללו שעות נוספות לרבות תורנויות.⁸⁴

עוד על פי ההסכם, סידור העבודה הבסיסי הוא 8 שעות מדי יום. נוסף על שעות העבודה "הרגילות" ובהתאם להסכמי עבודה קודמים, מבצעים הרופאים המתמחים תורנויות בהיקף של 16 שעות (יש להבחין בין תורנות ביום חול לתורנות שבת ומועד כמפורט בהסכם הקיבוצי). שעתיים נוספות לכל היותר יוקדשו להעברת משמרת. מכאן שרופא מתמחה יעבוד עד 26 שעות ברציפות לכל היותר, לאחריהן יזכה ביום מנוחה לאחר תורנות. עוד נקבע כי רופאים מתמחים יבצעו עד שש תורנויות בחודש. הרופא יהיה זכאי ליום מנוחה שבועי, שאינו יום מנוחה לאחר תורנות לפי צרכי המחלקה, ובכפוף לאישור לשיבוץ חריג לתורנות נוספת מעל לרף שנקבע. בהתאם להסכם הקיבוצי, עומדת מכסת ימי החופשה של רופא על 22 ימי חופשה בשנה.

80 T. Terpstra and JH. Stegeman, "Effects of the Restriction of Working Time for Residents: A Dutch Perspective", Journal of Graduate Medical Education, December 2011: 462-464.

81 European Foundation for the improvement of living and working conditions, "Revisions to the European working time directive: recent Eurofound research", 2008.

82 יצוין כי במקרה של יוון דרישת הנציבות התייחסה לרופאים באופן כללי ולא רק לרופאים מתמחים. "Commission requests Ireland and Greece to comply with the EU rules on limits to working time in public health services", European Commission, 29 September 2011.

83 J. Temple, "Resident duty hours around the globe: where are we now?", Medical Education 2014 (14)suppl: 2.

84 מדינת ישראל. העבדה במנוחה השבועית ובשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים או בילדים. הוראת שעה.



סיכום מאפייני מתכונת ההתמחות במדינות שונות

האיחוד האירופי	ניו זילנד	אוסטרליה	קנדה (קוויבק)	קנדה (אונטריו)	ארה"ב	ישראל	אופן קביעת ההגבלות
הנחיית רשויות האיחוד	הסכם קיבוצי	תוכנית לבטיחות הטיפול ⁸⁵	הסכם קיבוצי	הסכם קיבוצי	רגולציה מקצועית פנימית	הסכמים קיבוציים	מקס. שעות עבודה בשבוע (כולל תורנויות ועבודה נוספת)
*48 לא ממומש בפועל ברוב המדינות	72 (שאיפה ל-60)	78 ממוצע שעות של "רמת סיכון גבוהה"	72	- (60 ש' בטיפול נמרץ ורפואת חירום, כולל תורנויות)	80	71.5 (לפי היתר כללי)	מקס. שעות עבודה בשבוע (כולל תורנויות ועבודה נוספת)
13 (8 ש' בתורנות לילה)	16	-	16 (12 ש' בטיפול נמרץ)	24-30 (12 ש' ברפואת חירום)	24+4	24+2	מקס. שעות עבודה רצופות
11 ש' מנוחה בכל יממה	8	-	-	-	8 ש' אחרי יום עבודה רגיל; 14 ש' אחרי משמרת בת 24 ש'	20 שעות הפסקה בין יום עבודה הכולל שעות תורנות לבין משנהו	שעות מנוחה מינימליות בין משמרות
-	-	-	6-28 יום +2 סופ"שים	7-28 יום +2 סופ"שים	1-3 ימים (8-10 בחודש)	6 בחודש (ומעלה לפי הצרכים)	תדירות תורנויות
יממה בכל 7 ימים	48 שעות בכל 12 יום; כל סופ"ש שני חופשי	-	לא יעבדו יותר מ-2 סופ"שים ב-28 יום	יום מנוחה אחרי תורנות; 2 סופ"שים בחודש	יום מנוחה אחד בשבוע	יום מנוחה אחרי תורנות; יום מנוחה שבועי	ימי מנוחה רוטיניים
3.5	3	3.6	2.6 (ארצי)	2.6 (ארצי)	2.6	3.1	שיעור רופאים לאלף נפש ⁸⁶

11.6. סיכום

הוועדה התרשמה כי ברחבי העולם נעשים מאמצים מתמשכים להפחית את מספר שעות עבודתם של הרופאים המתמחים, על רקע המודעות הגוברת לבטיחות הטיפול והחשש מהשפעותיה של עייפות מצטברת. מאמצים אלה מתמזגים עם נטייתם של רופאים ושל סטודנטים לרפואה בני הדור הצעיר לאזן בין שעות עבודה לשעות פנאי ומשפחה.⁸⁷ לאחרונה מתבצעת בארצות הברית הערכה מחודשת בנושא, אשר באה לידי ביטוי בביטול ההגבלה על שעות עבודתם של מתמחי שנה ראשונה. מאידך, הסכם הרופאים המתמחים בבריטניה הציב הגבלות חדשות על שעות עבודתם. אנו עדים, אפוא, למגמות מנוגדות באשר למודל העבודה הרצוי לרופאים מתמחים.

85 הנחיות שמקדמת ההסתדרות הרפואית האוסטרלית לצמצום הסכנות הנובעות משעות עבודה ארוכות.

86 רופאים העוסקים במקצוע. נתוני ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה וניו זילנד נלקחו מתוך OECD Health Data 2018.

נתוני האיחוד האירופי מתוך: WHO, European Health for all database (Accessed 10 June 2019).

87 J. Eckleberry-Hunt, J. Tucciarone, The Challenges and Opportunities of Teaching "Generation Y", J Grad Med Educ. 2011; 3: 458-461.



יתרה מזאת, מהסקירה עולה כי מודל ההתמחות משתנה בצורה ניכרת בין מדינות העולם. שונות רבה מתקיימת באשר למספר השעות המקסימלי של עבודה רצופה, תדירות התורנויות וכללי שעות המנוחה וימי החופשה. גם האופן בו נקבעים כללים אלו איננו אחיד. הללו עשויים להיקבע במסגרת הסכם קיבוצי (כמו בישראל), בחקיקה (האיחוד האירופי) או על-ידי רגולציה מקצועית פנימית (ארצות הברית). פירוש הדבר הוא כי אין כיום בנמצא נוסחה מוסכמת בקרב המדינות המפותחות באשר לאופן המקובל או הרצוי ביותר של תהליך ההתמחות.

עוד עולה כי מספר שעות העבודה המקסימלי המותר בשבוע לרופאים מתמחים בישראל נמוך מזה של עמיתיהם בארצות הברית ובחלק מהמחוזות והפרובינציות הקנדיים, אך גבוה מזה של עמיתיהם באיחוד האירופי. כמו כן, ישראל ממוקמת בין ארצות הברית למדינות האיחוד גם באשר לרף המקסימלי המותר של שעות עבודה רציפה. יחד עם זאת, נראה כי ישראל קרובה יותר לרף העליון של מדינות ההשוואה מאשר לרף התחתון, הן מבחינת מקסימום השעות השבועיות והן מבחינת מקסימום שעות העבודה הרצופות המותר. כך למשל, רף שעות העבודה הרצופה בישראל נמוך בשעתיים מזה של ארצות הברית, וגבוה ב-13 שעות (פי שניים) מזה של מדינות האיחוד. עם זאת, יש לזכור כי רק מיעוט ממדינות האיחוד מקיים כנדרש את הנחיית האיחוד להגבלת שעות עבודה.

לבסוף, ייתכן כי גישת "one-size fits all" איננה הפתרון הרצוי עבור מערכת ההתמחות, שכן לכל מקצוע מאפיינים ייחודיים משלו. הללו עשויים להכתיב מודלים שונים של עבודה. על כן, ייתכן כי יש לתת מענה לכל תחום בהתאם לצרכיו ומאפייניו, ולא לכרוך את כל מקצועות הרפואה יחדיו. תובנה זו זכתה לחיזוק לאורך כל דיוני הוועדה מצד רבים מחברי הוועדה והדוברים השונים, אשר הסבירו כיצד מתכונות עבודה שונות עשויות להיגזר מהבדלים בין תחומי מומחיות. למשל, מחלקות הרפואה הדחופה, המאופיינות באפיזודות רפואיות קצרות תחת לחץ ועומס רב, עשויות להפיק תועלת מעבודה במשמרות קצרות יחסית, שכן סוגיית הרצף הטיפולי אינה משחקת בהן תפקיד מכריע. לעומתן, הרצף הטיפולי הינו מרכיב משמעותי בעבודת המחלקות הכירורגיות, העשויות להפיק תועלת דווקא ממשמרות ארוכות, כך שרופא אחד עשוי ללוות את המטופל לכל אורך ההליך הטיפולי לרבות הניתוח עצמו והשעות שאחרי הניתוח.

מכאן ניתן לגזור שלוש מסקנות מרכזיות אשר לאורן יתגבשו המלצות הוועדה בנושא מתכונת עבודת המתמחים:

1. מתכונת העבודה הנוכחית של רופאים מתמחים בישראל לא רק שאיננה חריגה ביחס לעולם, אלא שהגמות העולמיות מלמדות על חזרה או התכנסות אל מתכונת עבודה דומה לזו הישראלית, בין אם בשל מגבלות כוח אדם שאינן מאפשרות המשך קיצור שעות עבודה שבועיות (כפי שעולה מרוב מדינות האיחוד האירופי), ובין אם בשל חשש לאיכות ההכשרה (כפי שמראה המקרה האמריקני של הארכת שעות התורנות של מתמחי שנה א').
2. לא רק שהקשר בין שעות עבודה ממושכות לפגיעה באיכות ובטיחות הטיפול אינו מבוסס על ידי ראיות בספרות, אלא שבמקרים שונים שעות עבודה ממושכות יותר מובילות להכשרה איכותית יותר ולשביעות רצון מוגברת של המתמחים.
3. חליפה אחת איננה מתאימה לכל. ככל הנראה, לא ניתן להתאים מתכונת עבודה אחת לכל תחומי ההתמחות, בכל בתי החולים ובכל המחלקות, שכן כל אחד מהם פועל בתנאים ובנסיבות שונים הן ברמה המקצועית והן ברמה הארגונית, ומכאן שיש להציע חלופות שונות אשר יגובשו ויותאמו לצרכים שונים בתוך מערכת ההתמחות הרפואית.



12. עבודת ועדות המשנה

כפי שהובהר לעיל, עם הקמת הוועדה העליונה, מונו על ידה תשע ועדות משנה שידונו ויבחנו את מתכונת העבודה בבתי החולים במקצועות השונים ובמגוון הנושאים שעל הפרק. ועדות המשנה קיימו מספר דיונים פנימיים, בחנו את הדברים בראי תחום מומחיותן, ומסרו את עמדתן ליו"ר הוועדה העליונה.

להלן תמצית עבודת כל אחת מוועדות המשנה. לוועדת המשנה לעניין המומחים הוקדש פרק נפרד (ר' פרק "הצורך בשיפור תנאי העבודה וסביבת העבודה של הרופא המומחה").

12.1. ועדת משנה למקצועות הפנימיים

- יו"ר משותפים - ד"ר גיל פייר ופרופ' אבישי אליס
- ד"ר גדי סגל - נציג המועצה המדעית
- פרופ' מיכה רפפורט - מנהל מחלקה פנימית, המרכז הרפואי שמיר
- ד"ר רון צ'ליק - מנהל מחלקה גריאטרית, המרכז הרפואי תל אביב (איכילוב)
- ד"ר מירב אינגביר - סגנית מנהל האגף הפנימי וסגנית מנהל מחלקה פנימית י' במרכז הרפואי תל אביב (איכילוב)
- ד"ר שירלי ינאי - מומחית צעירה בפנימית
- ד"ר ליאור כהן - נציג פורום המומחים הצעירים
- ד"ר שהאר מונגד עותמן - נציג פורום המתמחים
- ד"ר יסמין אבו פריחה - מתמחה בפנימית
- מר אדי איטלמן - נציג פורום הסטאז'רים
- ד"ר יואל אנג'ל - רופא בכיר, רכז ועדת המשנה למקצועות הפנימיים

ועדת המשנה למקצועות הפנימיים כללה תחילה את מקצוע רפואה פנימית, קרדיולוגיה וגריאטריה. עם זאת כבר בתחילה הוברר, כי העבודה במחלקות הפנימיות שונה מהעבודה במחלקות האחרות בבית החולים. כפי שנמסר על ידי נציגי ועדת משנה זו, נפח הפעילות במחלקות הפנימיות גדול לאורך כל השנה ולאורך כל שנות היממה. במסגרת התורנות נדרשים הרופאים הפנימיים להתמודד עם מספר רב של חולים מאושפדים, בעלי בעיות רפואיות ומורכבות, מתן מענה שוטף למאושפדים ולבני משפחותיהם, חשיבות הרצף הטיפולי וכיוצ"ב.



לפיכך, הדיון בוועדת משנה זו סבב, בעיקרו, סביב מתכונת העבודה במחלקות הפנימיות, והמלצות ועדת המשנה התייחסו רק למחלקות הפנימיות בישראל. בהמשך ניתנה לוועדה העליונה גם התייחסותם של מקצועות פנימיים אחרים: קרדיולוגיה וגריאטריה.

במסגרת דיוניה, בחנה ועדת משנה זו את מתכונת התורנויות הנהוגה כיום ואת התאמתה למציאות המשתנה ולאופי העבודה במחלקות. בבואה לבחון מהו הפתרון המתאים למקצוע זה, העמידה לנגד עיניה הוועדה שלוש נקודות מרכזיות:

- הבטחת טיפול טוב ובטוח בחולים במשך כל שעות היממה והשבוע תוך שמירה על רציפות הטיפול.
- שימור ושיפור איכות ההתמחות ואיכות ההתנסות הקלינית המודרכת.
- הבטחת תנאי עבודה הולמים לרופאים המתמחים ומניעת שחיקה.

הוועדה דנה במספר מתווים אפשריים שהוצעו לשיפור אופי התורנויות במחלקות הפנימיות. בסופו של דבר התקבל מודל אחד שהומלץ על ידי ועדת משנה זו.

להלן עיקרי המתווים שהוצעו על ידי ועדת משנה זו:

- 1. מודל שני תורנים במחלקה -** במתווה זה משך התורנות נשאר כפי שהיה (26 שעות) אך זו מבוצעת על ידי שני תורנים. יתרונות המתווה כוללים הקלת העומס הפיסי והקוגניטיבי במהלך התורנות, אפשרות לנוח במהלך התורנות, חניכה של תורנים צעירים ע"י תורנים ותיקים ועוד. מודל זה נפסל על הסף כיוון שהוא דורש דה-פקטו הכפלת מספר התורנים במחלקות הפנימיות על מנת למנוע עלייה במספר התורנויות החודשיות, היקף כוח אדם שאינו ריאלי גם לאחר מימוש המלצות ועדת טור-כספא.
- 2. מודל פיצול התורנות -** במתווה זה התורנות מחולקת ל-2 חלקים: תורן ערב העובד עד השעה 23:00 ותורן לילה העובד החל מהשעה 22:00 ועד 08:00 בבוקר. בין השעות 16:00 ל-22:00 יכול תורן הלילה לנוח מחוץ לבית החולים ובנוסף יקבל יום חופש למחרת כמקובל לאחר עבודת לילה (תורן הערב יתייצב לעבודת בוקר למחרת). לעמדת ועדת המשנה, יתרונו העיקרי של מתווה זה הינו קיצור משמעותי של משך התורנות תוך שימור מתווה העבודה המחלקתי הנוכחי (לרבות סדרי העבודה במחלקה והסינכרון עם המלר"ד) והיעדר פגיעה בהיקף שעות עבודת הבוקר של המתמחים (ובכך ללא צורך בהגדלת התקינה). עם זאת, חסרונותיו העיקריים של מתווה זה הם ריבוי "העברות מקל" העלול לפגוע ברצף הטיפול לציד מספר גבוה מאד של תורנויות (גם אם קצרות יותר) בנוסף, קיים חשש כי ההפסקה בין עבודת הבוקר לתורנות הלילה לא תאפשר מנוחה אמיתית לתורן בתנאי "העולם האמיתי". בהיבט הכלכלי, שכר משמרת הערב יהיה מקביל לשכר חצי תורנות כיום, ואילו שכר משמרת הלילה יהיה גבוה משכר חצי תורנות (כדי לפצות עבור עבודת הלילה) בהינתן מתווה זה, שכר הרופאים יעלה בזכות העלייה בתגמול עבור משמרות לילה.
- 3. מודל קיצור התורנות למודל 16+2 שעות -** מודל זה מבנה התורנות נותר דומה למצב הנוכחי, אולם הרופא התורן מתייצב לתורנות בשעה 16:00 ללא עבודת בוקר ביום התורנות או ביום שלאחריה. כפי שנמסר על ידי ועדת המשנה, מודל זה מתקיים היום בפועל עבור רופאים המבצעים תורנויות חוץ. יתרונות המודל כוללים קיצור משך התורנות ושמירה על גמישות סידור העבודה - במתכונת דומה לזו הקיימת כיום. לצד זאת, חסרונו העיקרי של המודל הינו הפגיעה ברצף הטיפול (בעיקר במחלקות בהן מבצעים מספר רב של תורנויות).



שלושת המודלים הללו, שנדונו בוועדת המשנה לא התקבלו, ובסופו של דבר הומלץ על ידה מודל 18/30, המהווה שילוב של מודל הרצף ("night float") ומודל 16 + 2.

מודל 18/30

על פי מודל 18/30, במשך מרבית ההתמחות יעבדו הרופאים המתמחים ברציפות בבקרים ללא עבודת לילה. אחת לתקופה (בממוצע 3-4 שבועות), כתלות במספר המתמחים במחלקה, יוצאו שני רופאים ממצבת המחלקה למשך שבוע לצורך החזקת התורנויות ללא עבודת יום. כל משמרת לילה תימשך 18 שעות, מהשעה 16:00 ועד השעה 8:00 למחרת, ועוד שעתיים להעברת משמרת. לאחר המשמרת תתקיים מנוחה בת 30 שעות. להבדיל ממודל night float "קלאסי", עובדים רק בכל לילה שני.

יתרונותיו של מודל 18/30 זה הינם קיצור משך התורנות, מיעוט "העברות מקל" ושיפור הרצף הטיפולי בזכות משכי זמן ארוכים בהם עובד המתמחה בבקרים ללא הפרעה. חסרונותיו העיקריים הם המעבר (אחת למספר שבועות) מעבודת בוקר לעבודת לילה והפחתת הגמישות של סידור התורנויות כפי שהוא היום.

מודל זה דורש לכל הפחות 10 תקני מתמחים מאויישים, נוכח החישוב לפיו מתמחה יהיה כ-60% ממשך התמחות נוכח בעבודת הבוקר וכ-87.5% מהזמן זמין לתורנויות ולימי שישי.

מודל זה של 18/30 נבחר והומלץ על ידי ועדת המשנה למקצועות הפנימיים וזכה לתמיכה בקרב האיגוד לרפואה פנימית לאחר עריכת סקר בקרב רופאי פנימאים בו הוצגו כלל המודלים. בנוסף, תמכה ועדת המשנה למקצועות הפנימיים ללא סייג בהמלצות ועדת טור-כספא משנת 2019, לפיה קיים צורך בהקצאת תקנים נוספים למחלקות הפנימיות לצורך השגת שינוי בר קיימא במתכונת התורנויות.

ועדת משנה זו קראה לקיצור משך התורנויות אפילו אם יוחלט שלא לאמצן בתחומי התמחות אחרים.

קרדילוגיה

מקצוע זה נמנה אומנם על המקצועות הפנימיים, אולם הדיון סביב קיצור התורנויות לא נדון על ידי נציגי האיגוד הקרדילוגי, שישבו בוועדת המשנה במשותף עם נציגי הפנימאים.

האיגוד הקרדילוגי לא הציע מודל קונקרטי כלשהו לקיצור אורך התורנות, אלא אך ביקש להדגיש את הנקודות שלהלן:

- קיצור התורנויות למתמחים הוא בלתי נמנע ואף רצוי.
- אפקט קיצור התורנויות על איכות הטיפול הרפואי שנוי במחלוקת, אך אין עוררין כי מדובר בשיפור איכות חיי המתמחים.
- קיצור התורנויות עלול להוביל לפגיעה ברמת הטיפול בחולה, בקשר עם החולה ומשפחתו, בהיכרות הרופא עם מטופליו, בקשר של הרופא עם הרופאים הבכירים המלמדים אותו, ובמשך הזמן המוקדש להוראה.
- כמו כן, הודגש על ידי נציגי האיגוד הקרדילוגי, כי בכל מודל לקיצור תורנויות שייבחר, בכל מקרה אין להאריך את משך ההתמחות.
- כל מתווה שיתקבל, צריך שיכלול שעות חפיפה בין הצוותים לצורכי העברת המחלקה וישיבות קליניות וכן לצורך הוראה פורמלית.
- יישום קיצור תורנויות בקרדילוגיה מצריך תוספת תקנים של 40% לפחות מהמצב הקיים, קל וחומר שעה



שמחלקות רבות בעיקר בפריפריה מצויות כבר עתה בתת תקינה. חלק מהתקינה צריכה להיות מוקצית לרופאים בכירים במחלקות, שכן קיצור התורנויות יעמיס עליהם עבודה נוספת.

הובהר על ידי האיגוד הקרדיולוגי כי למודל הרצף night float יש חסרונות רבים בשל מיעוט יחסי בחפיפה בין הצוותים ובשל ההשפעה המצטברת של עבודת לילה רציפה.

האיגוד ביקש כי עם קביעת מודל קיצור תורנויות, תיעשה עבודת מטה שתבחן את ייעול תוכנית ההתמחות, לרבות ייעול החשיפה הקלינית על ידי הורדת תקופת מדעי היסוד והשארותה כאופציה עם תוספת זמן במסלול של רופא חוקר. בנוסף לאמור, דרשו נציגי האיגוד הקרדיולוגי הוספת תקני עוזרי רופא, כתבנים ו-taems IV, כדי שהמתמחה יוכל להתמקד בלימוד והפרקטיקה של העבודה הרפואית בתחום הקרדיולוגיה.

גריאטריה

מקצוע זה אף הוא נמנה על המקצועות הפנימיים. נציגי האיגוד ערכו סקר בקרב המתמחים במקצוע זה ואלה בחרו במודל 16/2.

12.2. ועדת משנה למקצועות הכירורגיים

- יו"ר משותפים - פרופ' יורם קלוגר ופרופ' מאיר ליברגל
- פרופ' משה סלעי - נציג המועצה המדעית
- ד"ר חיים שטארקר - אורתופדיה
- פרופ' דני געתון - עיניים
- פרופ' ענת לבנשטיין - עיניים
- פרופ' יגאל שושן - ניורוכירורגיה
- פרופ' דב אנגלשטיין - כירורגיה אורלוגית
- ד"ר רן שטיינברג - כירורגית ילדים
- ד"ר משה חלק - כירורגית כלי דם
- ד"ר מאיר כהן - כירורגיה פלסטית
- ד"ר יונתן להב - א.א.ג.
- פרופ' מיכאל דרשר - רפואה דחופה
- פרופ' דורון קופלמן - כירורגיה כללית
- ד"ר ליאוניד סטרניק - כירורגית לב וחזה
- ד"ר לאון ארדקיאן - כירורגית פה ולסת
- ד"ר שי שניידר - נציג פורום המומחים הצעירים
- ד"ר ניר מסר - חוג המתמחים, כירורגיה כללית
- ד"ר זיו סאבין - נציג פורום המתמחים
- ד"ר עז אל דין אבו זיד - נציג פורום המתמחים
- ד"ר יעל דרזניק - מתמחה בכירורגית ילדים



ועדת המשנה למקצועות הכירורגיים ציינה כי צוק העיתים הוא הזדמנות פז לבצע רפורמה בהתמחות ובתנאי העבודה של הרופאים, הן לשם הכשרת המתמחים, ושיפור תנאי עבודתם והן לטובת המטופלים. בבואה לדון בשינוי מתכונת התורנויות במקצועות הכירורגיים הדגישה ועדת המשנה כי בפרופסיה זו, המשכיות הטיפול היא אבן יסוד בפרקטיקה ובלמיד ובמסגרת דיוני הוועדה יש לשים על כך דגש רב.

לגישת ועדת המשנה למקצועות הכירורגיים, אין לקצר את מודל התורנויות הקיים ולהותירו בין השעות 15:00 עד לשעה 08:00 למחרת. בנוסף נקבעו על ידי ועדת המשנה העקרונות שלהלן:

- **ההתמחות לא תתארך, ההכשרה לא תפגע, לא יתווספו תורנויות, תוספת תקינה תהיה מתונה בכדי לא לפגוע בהכשרה או בהשמה תעסוקתית.**
- **פעילות הבוקר במלר"ד אינה מתבצעת ע"י תורן המשובץ לתורנות לילה.**
- **מתמחה לא יבצע יותר משש תורנויות. תקן המתמחים במחלקה יצבע כתקן מתמחה וחייב להיות קבוע. התקן יוגדר כתקן ייעודי למתמחה ובדומה יוגדרו תקני מומחים ייעודיים וכל תקן לא ינוצל שלא לייעודו.**
- **תוספת תקנים של מקצועות פרא רפואיים - עוזרי רופא ומזכירות רפואיות. מטרת המקצועות הרפואיים הינה להקל על עומסי העבודה בתורנויות ובשגרה. הקצאתם וכימותם של התקנים הללו תהיה מבוססת על בדיקת עומסים פרטנית בבתי חולים ובמחלקות.**
- **הקצאת טורי תורן חצי - לכל 3 טורי תורנויות יוקצה טור אחד של תורנות חצי - טור תורן החצי יאפשר לתורנים לנוח אם בבית ואם בבית החולים בין השעות 15:00 - 23:00, ובכך להקל את עומסי התורנויות המלאות.**
- **תוספת תקנים מתונה - ועדת המשנה ביקשה להדגיש כי תוספת התקנים למחלקות הכירורגיות צריכה להיות מתונה, שכן תוספת תקנים משמעותית עלולה לפגוע באופי ההכשרה ולהאריך את תקופת ההתמחות משום שסילבוס ההתמחות נשאר כשהיה, ומספר הפעולות הקיים יחולק בין יותר רופאים.**
- **כל התורנויות יוגדרו כתורנויות מיון ובמחלקה בה יש טיפול נמרץ - יוגדר התורן כתורן מיון טיפול נמרץ, ויהיה זכאי לתוספות של מקצוע טיפול נמרץ.**
- **התוויית התמחות ברפואה דחופה תהווה חלק מהפתרון, שכן עיבוי צוותי המלר"ד יפחית את עומסי העבודה על המתמחים במחלקות ובמקצועות הכירורגיים, ואף יפחית את מספר המתמחים הנדרשים לתורנויות במחלקות הכירורגיות.**
- **שינוי יסודי של משך ההתמחות, אופייה ומועדי תחילת ההתמחות - קביעת מועדים קבועים לתחילת התמחות - ה-1 לינואר וה-1 ליולי; קביעת מתכונת של התמחות מבוססת תוצאים - אבני דרך להכשרה, הערכה רציפה ועקבית של המתמחה תוך מתן אפשרות לשפר ולתקן תוך כדי ההתמחות; מיסוד הכשרות העל והשתלמויות עמיתים בישראל; יציאה לבחינות במועדים קבועים ושלא על חשבון רוטציות; דיון מחודש בחופשת בחינות על חשבון תקופת ההתמחות; השקעת משאבים בהכשרות המקצועיות - סדנאות, השתלמויות כנסים והכל שלא על חשבון חברות התרופות.**
- **אכיפת מתן שינה יזומה לרופאים בתורנויות והקצאת חדרים מנוחה לתורנים - הקצאת חדרים ייעודיים לתנומות, ארוחות, צפייה בטלוויזיה, מקלחות וכיוצ"ב.**
- **יום מנוחה בתשלום לכוון שעבד וניתח בלילה.**



המשמעות של המתווה המוצע:

1. אין צורך בהארכת ההתמחות.
2. תוספת תקני המתמחים מתונה וסבירה.
3. אין פגיעה בהכשרת המתמחים.
4. תוספת תקני עוזרי רופא/קלינאים אקדמיים סבירה ומבוססת על עומסים.
5. תוספת טור תורני חצי אינה חובה ומבוססת על עומסים.
6. הסרת הנטל "האדמיניסטרטיבי" המוטל כיום על כתפי המתמחים ועיקר זמנם יוקדש לעבודה רפואית/הכשרה.
7. רווחת המתמחה משתפרת מאוד וכך גם הכשרתו.

מקורות למימון המתווה המוצע:

- קיצור/ביטול הסטאז'.
- קיצור ההתמחות ככל שמתאפשר.
- שקילת הרוטציות והצורך בהן ו/או ביטול והפיכת מדעי היסוד לרוטציית בחירה.
- ביטול רוטציות מיותרות.
- קיצור חופשת הבחינות.

סקר שערכו האיגודים המקצועיים הכירורגיים בקרב המתמחים העלה, כי הגם שהמתמחים יעדיפו לקצר את התורנות, המחיר הגבוה של קיצור התורנות, קרי הארכת ההתמחות ושיבוש ההכשרה, עולה על התועלת שבצעד זה. משכך, הובהר על ידי נציגי ועדת המשנה למקצועות הכירורגיים כי על מנת להפחית את העומסים המוטלים על כתפיהם של המתמחים במסגרת עבודתם, נכון יותר למצוא דרכים להקלת עומסי העבודה כפי שפורטו לעיל, מאשר קיצור משך התורנויות, אשר עלול, כאמור, לעמדת נציגי ועדת המשנה, לפגוע בהכשרה ולחייב הוספת תקנים אשר יפגעו ביכולת המתמחים לסיים את סילבוס ההתמחות במועד. במסגרת הסקר עלה, כי למעט במקצוע כירורגיית ילדים, מעדיפים האיגודים הכירורגיים לשמור על אורך התורנות הקיים כיום, ובד בבד לפעול להפחתת עומסי העבודה בתורנויות על פי ההצעות שפורטו לעיל.

12.3. ועדת משנה לרפואת ילדים

- יו"ר משותפים - פרופ' גידי פרת ופרופ' מיכאל גולדמן
- פרופ' איתי שביט - נציג רופאי מלר"ד ילדים
- פרופ' גיל קלינברג - נציג נאונאטולוגיה
- פרופ' צחי גרוסמן - נציג רופאי הקהילה
- ד"ר אבו זיאד סעיד - מנהל מחלקת ילדים בפוריה (נציג הפריפריה)
- ד"ר צליל רגב - נציגת פורום המתמחים
- ד"ר דפי מורן ברגמן - נציגת פורום המתמחים



לעמדת נציגי ועדת המשנה לרפואת ילדים, אורך התורנות הנוהג כיום של 26 שעות מקשה על שגרת הרופאים המתמחים, קל וחומר שעה שעומסי העבודה בתורנויות רבים. עם זאת, נוכח החשש כי קיצור התורנות יגרום לפגיעה בהכשרה, לפגיעה בשכר המתמחים ובהקצאת המשאבים הנדרשת לצרכים אחרים של מערכת הבריאות, יתכן כי אורך התורנויות במצב הקיים הוא בבחינת "הרע במיעוטו". ואולם, משום שהנושא הועלה לסדר היום הציבורי, ניכר כי אין מנוס מקיצור אורך התורנויות.

המודל האופטימלי לגישת ועדת המשנה לרפואת ילדים הוא מודל 16/2, במסגרתו מגיע הרופא ישירות לתורנויות מבלי לעבוד בשעות עבודת הבוקר הרגילות ואינו עובד גם לאחר התורנויות.

התנאים ליישומו של מודל זה על מחלקות הילדים הינם כדלקמן:

- הוספת 100 תקנים - תוספת תקנים זו יהיה בה אף כדי לצמצם את המחסור הקיים ברופאי ילדים בקהילה ואולם הוא אף עלול לפגוע ברפואת הילדים בפריפריה עקב הגדלת מכסת התקנים בבתי החולים במרכז.
- השלמת 6-8 חודשי ההכשרה עקב הפחתת מספר ימי עבודת הבוקר כתוצאה מקיצור שעות התורנות. לעמדת ועדת המשנה - ללא תוספת חודשי התמחות - לא ניתן לקצר את התורנויות ולא ניתן לעמוד בסילבוס ההתמחות הנדרש להכשרתם של רופאי ילדים.

קיצור משך התורנות יוביל לתוצאות הבאות:

- פגיעה במשך ההכשרה (כ-6 - 8 חודשים).
- פגיעה ברצף הטיפול:
- בעיקר במחלקה, בפגיה ובטיפול נמרץ.
- "העברת מקל" בתורנויות - גם כיום חלק מהמתמחים מגיעים מעמדות שאינן עמדת התורנות.
- פגיעה בשכר.

נוכח העובדה כי אין כוונה ורצון להאריך את תקופת ההתמחות, קיימת השלמת ימי ההכשרה שיופחתו עקב קיצור התורנויות, וצמצום ימי עבודת הבוקר, יכולים להיעשות על חשבון שני חודשי רוטציה או הפיכת חלק מתקופת מדעי היסוד לרשות. נציגי ועדת המשנה לרפואת ילדים ערים להתנגדות המועצה המדעית לביטול תקופת מדעי היסוד או חלק ממנה. נציג המועצה המדעית בוועדת המשנה, פרופ' גידי פרת, הביע את התנגדותו לכך.

ועדת המשנה לרפואת ילדים ציינה כי התנאים הסוציאליים הניתנים למתמחים ברפואת ילדים הם מן הטובים בעולם, ולפיכך ניתן לקבוע כי במסגרת תקופת ההתמחות יוכרו עד 90 ימי היעדרות מטעמים סוציאליים כגון חופשות לידה, מחלה וכיוצא ב, וזאת מבלי לפגוע בזכאות לקבלת תמורה כספית בגין תקופת היעדרות אלה.

מעבר לאמור לעיל, גיבשה ועדת המשנה לרפואת ילדים מספר המלצות כלליות כדלקמן:

- עידוד הפריפריה (מענקים, קדימות בתקנים, עזרה במגורים, אופק מקצועי ואקדמי, סיוע בהשתתפות בכנסים, עידוד שיתופי פעולה עם מרכזים אחרים).
- תקינה ברורה למתמחים, מומחים, FELLOWS.
- הטמעת האפשרות לתורנויות שליש ותורנויות חצי.
- הקצאת תקנים למזכירות רפואיות, עוזרי רופא וכד'.
- הסעות לתורנות ולאחריה.
- קיצור הליכי שינויים בסילבוס.



- הטמעת גישת התמחות מבוססת תוצאים ברפואת ילדים לצד תקופת הכשרה מינימלית נדרשת.
- אין לפגוע בתקופת ההכשרה במחלקה.
- יש לכוון יותר מתמחים לרוטציה בקהילה.
- מימון תקני הסבב ע"י קופות החולים.
- הכרה בהתמחות ברפואת ילדים במרפאות רבות נוספות (גיאוגרפית, כל הקופות).
- אפשרות ל"פולטיימרים" גם ברפואת ילדים.

12.4. ועדת משנה לגינקולוגיה ומיילדות

- יו"ר הוועדה - פרופ' רוני מימון
 - פרופ' אייל ענתבי - נציג המועצה המדעית
 - ד"ר שלומי שגיא - מנהל מח' נשים ויולדות - בני ציון
 - פרופ' אריאל מני - מנהל חדרי לידה ומיון - איכילוב
 - ד"ר ראובן קידר - מנהל יחידת אם ועובר - כרמל
 - ד"ר רון בלוססקי - מנהל יחידה לאולטראסאונד מילדותי וגינקולוגי - רמב"ם
 - ד"ר יעל גנאור
 - ד"ר אלה קיטרסר - יו"ר פורום המתמחים
 - ד"ר נילי רז כפיר-אל - נציגת פורום המומחים הצעירים
 - ד"ר מרינה פקר זולטין - נציגת פורום המתמחים
- משקיפים: פרופ' עמי פישמן וד"ר שי רם (מתמחה).
- ועדת המשנה לגינקולוגיה ומיילדות הביעה תמיכה מלאה כבר מלכתחילה בקיצור אורך התורנויות.



ועדת המשנה הנ"ל הציגה שני מודלים אופציונאליים לקיצור תורנויות:

12.4.1. מודל תורנויות של 16 שעות:

הגעה לתורנות בשעה 15:30 וסיומה בשעה 8:00 בבוקר למחרת. משעה 8:00 - 9:00 ישיבת בוקר/העברת מחלקה. סה"כ 17.5 שעות ברצף.

יתרונות:

קל ליישום, פחות העברות מקל, זמן פנוי למתמחים.

חסרונות:

- גידול במספר תורנויות סופי שבוע.
- היעדרות של 3-4 ימי עבודה בחודש (הימים שלפני התורנות) זאת בנוסף לימים שלאחר התורנויות מהם נעדר המתמחה גם היום. קרי: לפי מודל זה נעדרים המתמחים במשך 36 - 48 ימים נוספים בשנה ו-216 - 288 ימים במהלך כל ההתמחות, שהם 11-14 חודשי היעדרות מעבר להיעדרותם כיום בגין יום מנוחה לאחר תורנות.
- תוספת תקנים נדרשת - 17% מהתקנים הקיימים.

12.4.2. מודל NIGHT FLOATS - קיצור התורנות ל-12 שעות לסירוגין (שבוע - שבוע):

- המתמחים מחולקים לקבוצת הבוקר ולקבוצת תורני לילה.
- המשמעות - קיצור משך התורנויות ל-12 שעות.
- תורן לילה מתחיל תורנות מ-21:00 עד 9:00 בבוקר, ותורנות כאמור מתבצעת פעם ביומיים - המתמחים בקבוצת הלילות אינם מגיעים בבקרים כלל.
- התורנים בקבוצת הלילה - מחלקים ביניהם גם את תורנויות סופי השבוע.
- המתמחים בקבוצת הבוקר עובדים בכל הבקרים כרגיל-16:00-08:00.
- כל יום יש גם תורנות ערב של מתמחה אחד - עד 21:00 ועוד חצי שעה להעברה.
- תורנות ערב מתקיימת אחת לשבוע בממוצע עבור כל מתמחה.
- העיקרון המנחה - יצירת רצף של תורנויות שלאחריהן תהיה נוכחות רציפה של מספר ימי בוקר במחלקות ברציפות.
- תוספת תקינה - של כ-17%.
- דוגמא - במחלקה של 15 מתמחים המבצעים תורנויות: 6 מתמחים מבצעים לילות במשך שבועיים ו-12 מתמחים עובדים רצף בבוקר במשך 4 שבועות [בדוגמא זו-תוספת תקינה של 3 מתמחים נוספים ל-12 הקיימים].
- במודל זה גם קיימת אפשרות לתורנויות של 16 שעות - אשר תייתר את משמרת הערב.



יתרונות:

משמרות לילה קצרות, זמן פנוי למתמחים שיכול להיות מנוצל ללמידה (כחלק מתכנית התמחות מעודכנת).

חסרונות:

- היעדרות של 11-14 חודשים מתוך ההתמחות.
 - תוספת תקנים של 17% - ההערכה היא כי מדובר בתוספת של כ-100 מתמחים נוספים בגינקולוגיה.
- לאחר דיונים המליצה ועדת המשנה למיילדות וגינקולוגיה על המודל שהוצע על ידי ועדת המשנה למקצועות הפנימיים - הוא מודל 18/30. נציגי הוועדה הוסיפו כי כל מחלקה תחליט על מודל התורנויות התואם את פעילותה ואת מצבת התקנים שלה.

12.4.3 הערות כלליות של ועדת המשנה

- קיצור התורנויות המפורט לעיל מותנה בשינוי סילבוס ההתמחות נוכח הפחתת מספר ימי עבודת הבוקר וכפועל יוצא - ירידה במספר ימי ההכשרה.
- אין במודלים התייחסות של המועצה המדעית להשלכות על סילבוס ההתמחות בגינקולוגיה ולשינוי הנדרש בהכשרה, ואולם לדברי ועדת המשנה - האיגוד הקים צוות עבודה פנימי לשם עדכון סילבוס ההתמחות והתאמתו למודלים המוצעים.
- נקודת המוצא של ועדת המשנה היא שלא תהיה ירידה בשכר עקב קיצור שעות התורנות והפחתת מספר ושעות העבודה החודשיות.
- לגבי הבכירים - ועדת המשנה ממליצה להקל על כוננים ביום שאחרי כוננות, ולהוריד 3 שעות עבודה ביום שאחרי (הכונן יוכל להתחיל ב-11:00 את יום העבודה או לסיים ב-13:00). רוב הכוננים פעילים בשעות הלילה ויש מקום לקצר את רצף הפעילות של הרופאים הבכירים.
- תוספת התקנים הנדרשת ליישום המודלים לקיצור תורנויות תושג על נקלה נוכח הביקוש הגדול להתמחות במקצוע זה.

12.5 ועדת משנה להרדמה וטיפולים נמרצים כולל ניאונטולוגיה

- יו"ר הוועדה - פרופ' עידית מטות
- ד"ר שי פיינ - מנהל מחלקת הרדמה וט"נ - אסותא אשדוד - נציג המועצה המדעית
- ד"ר ירון בר לביא - מנהל ט"נ - רמב"ם
- ד"ר שמואל צנגן - מנהל המחלקה לטיפול מיוחד בילוד ובפג - ברזילי
- ד"ר רוני חכים - מומחית צעירה - מרכז רפואי העמק
- ד"ר נאור אבני - נציג פורום המתמחים - שערי צדק
- ד"ר קרינה גליק - מתמחה בט"נ - אסותא אשדוד
- ד"ר זביידה אמיר - מתמחה - שיבא



לגישת ועדת המשנה למקצועות ההרדמה טיפולים נמרצים וניאונטולוגיה, אין לקצר את מודל התורנויות הקיים ויש להותיר את התורנות בשעות 16:00 עד לשעה 08:00 למחרת.

12.5.1. המודל שהוצע במקצוע הרדמה

במודל זה יש להקפיד על מקסימום 6 תורנויות ולמנהל המחלקה תעמוד האפשרות לבחור בין שתי אופציות:

1. **תורן חצי (15:00-23:00) יחליף את המתמחים למנוחה** - על כל שני תורנים מתמחים יתווסף תורן חצי אחד. תורן החצי יוכל להתחיל למחרת תורנות ב-15:00. במתכונת זו, ככל ויש מספר אי זוגי של מתמחים יהיה צורך בתורן שלישי.

או

2. **תורן מומחה נוסף** על מסגרת התורנים הקיימת שמתחיל תורנות בשעה 15:00, ותפקידו החלפה של התורנים למנוחה (שעות הבוקר ביום תורנות תיחשבנה כשעות עבודה).

בסופי שבוע יישמר מתווה תורנויות קיים (26 שעות) כדי לא להעמיס סופ"שים על הצוותים.

העקרונות שעומדים מאחורי המודל:

- שמירה על איכות ובטיחות הטיפול - נוכחות רופא מומחה.
- שמירת טיב ההתמחות - בסיום ההתמחות הרופא המומחה יהיה בשל ועצמאי בכל אתר.
- שמירה על היקף פעילות בבוקר - רצף לימודי, חשיפה קלינית.
- הרוטציות והמחקר יישארו על כנם.
- ההתמחות לא תוארך.
- יינתנו תנאים ייחודיים למומחים בהרדמה שאינם מחויבים בתורנויות כדי שייאותו לבצע תורנויות.

דרישות:

- יש להגדיל טורי כוננים על פי מספר כוננויות פר מומחה כדי לאפשר מתווה זה. חשוב כי יהיה תיאום עם הצורך להגדיל את מספר המומחים במחלקות כדי לאפשר פעילות חוץ חדר ניתוח ואחרת, תוך שיש לשמור על תוספת תקינה מתונה.
- יש ליצור תיעוד לפריפריה.



12.5.2. המודל שהוצע על ידי נציגי טיפול נמרץ

- מכיוון שבמחלקות טיפול נמרץ אין מספיק רופאים שיבצעו תורנויות לא ניתן לקצר את שעות התורנות.
- הוצע כי יהיה שיתוף פעולה עם מחלקות הרדמה לצורך הוספת תורנים.
- ביחידות 12 מיטות ויותר - יהיו שני תורנים ובנוסף בכל יום יהיה מומחה תורן חצי עד השעה 23:00 או תורנות שלישי (עד השעה 21:00) של מתמחים בטיפול נמרץ.
- יש ליתן תימרוץ לעבודה במחלקות טיפול נמרץ דרך מעמד פול-טיימרים כך שתוספת כ"א לא תפחית את מספר הכונוניות משאר המומחים.
- יש להקפיד כי מספר התורנויות יחולק כך שרוטציונר יבצע 6 תורנויות בחודש, ומתמחה בטיפול נמרץ יבצע 4 תורנויות בחודש.
- ישנה בעיה עם יישום מודל זה ביחידות קטנות.

12.5.3. מודל טיפול נמרץ פנים ויילודים

- מבנה ואופי העבודה במחלקת ילודים ופגים מחייב הימצאות של רופאים בכירים ב-3 יחידות **במקביל** ובשעות היום 'המקובלות': במחלקת התינוקות (בדיקה ושחרור תינוקות ושיחה עם ההורים), במחלקת הביניים Intermediate - לפגים היציבים וביחידה לטיפול נמרץ (הפגים המונשמים/לא יציבים).
- בנוסף, למרות האופי האינטנסיבי של העבודה בפגייה (קבלת פגים/ילודים לא יציבים 24/7), עדיין הרוב המוחלט של הפעילות ברמת הטיפול והלמידה, נעשית בשעות היום המקובלות ולכן מומחה לא יכול להעדר אחרי תורנות.

ההצעה:

- שני תורנים (צעיר + וותיק) שיחלקו ביניהם את התורנות - התורן הצעיר יעשה תורנות מיום שיבוצו בסבב רק במחלקה לטיפול נמרץ ובאופן זה ישמור על רצף, ילמד מהתורן הוותיק ויהפוך לתורן וותיק בעצמו תוך 3-4 חודשים.
- מתן אפשרות לעוזר רופא או אחות מומחית לבצע תורנויות - רק כתורן שני (או שלישי) לצד רופא (מתמחה או מומחה) - זאת, כדי לא לפגוע במעמד/תקנים של הרופאים לטווח הארוך.
- תימרוץ משמעותי להימצאות רופא בכיר in-house ככונן (בנוסף לתורנים) - ניתן להתחיל בהימצאות מקוצרת (16:00-23:00) או קביעת מכסת מקסימום שנתית לכל יחידה הנגזרת מהיקף פעילותה על פי מדדים מוסכמים, כגון מספר קבלות/ימי טיפול במטופלים לא יציבים/מונשמים לשנה, מספר קבלות/ימי טיפול בילודים מורכבים כגון פגים מתחת למשקל לידה של 1000 גרם/ילודים לא יציבים (כגון עם מומים לניתוח ומעקב אחרי ניתוח).
- מתן תגמול נאות לנוכחות in-house לרופא בכיר, תעודד רופאים בכירים להישאר בבית החולים במקום 'להשלים הכנסה' במסגרת פרטית/אמבולטורית.
- הוצע שיהיה רופא מומחה משך כל ה - 24 שעות אך לצורך כך יש ליתן לרופא תמורה הולמת (צוין כי במדינות אחרות התגמול עבור תורנות כגון זו הינו בסך של כ-\$2500).



12.6. ועדת משנה לרפואה דחופה

- יו"ר הוועדה - פרופ' מיכאל דרשר
- ד"ר דברה ווסט - מנהלת מלר"ד אסותא אשדוד
- ד"ר ערן טל אור - מנהל מלר"ד פוריה (נציג פריפריה)
- ד"ר דניאל טרוטצקי - מנהל מלר"ד מרכז רפואי שמיר
- ד"ר אורי בלה - מנהל מלר"ד ילדים בי"ח קפלן
- פרופ' יורם קלוגר - יו"ר איגוד הכירורגים
- ד"ר חיים שטארקר - יו"ר איגוד האורתופדים
- פרופ' אבישי אליס - יו"ר איגוד הפנימאים
- ד"ר מעיין גלבוש - נציגת פורום המומחים הצעירים
- ד"ר ענת ברקוביץ - נציגת פורום המתמחים
- ד"ר יוסי שעה - נציג מתמחים באיגוד לרפואה דחופה

ועדת המשנה לרפואה דחופה בראשות פרופ' מיכאל דרשר הביעה עמדה עקרונית לפיה יש להעמיד צוותים רפואיים ייעודיים אורגניים למחלקות לרפואה דחופה, כך שמחלקות אלה לא יסתמכו על הקצאות התורנים של המחלקות במקצועות המיון (פנימית, כירורגיה, אורתופדיה וכיוצ"ב).

12.6.1. להלן סיכום הצעת ועדת המשנה לרפואה דחופה:

- התמקצעות במלר"ד.
- איוש המלר"ד בצוותים אורגניים שמשויכים מבחינה ארגונית למלר"ד וקבלת ייעוץ בלבד ממחלקות אחרות (למשל-פנימית וכירורגית).
- במקצוע רפואה דחופה אין צורך בתורנויות של 24 שעות.
- הרף המקסימלי הוא עבודה של 60 שעות שבועיות, כאשר את שעות העבודה השבועיות ניתן לחלק למשמרות של 12 - 12, או 8 - 8 או 16 - 8.
- מתן חופש פעולה והחלטה לכל מחלקה לגבי אופן ביצוע השינוי במתכונת התורנויות/המשמרות.
- ביטול תורנויות של 24-26 שעות במלר"ד - ילווה בהחלפת תורנים ממקצועות אחרים לטובת מומחים ומתמחים ברפואה דחופה בכל שעות היממה.
- כימות של מספר התקנים הנדרש של מומחים ומתמחים במלר"ד שיידרשו לאייש באופן קבוע את המלר"ד תוך ביטול הצורך בתורנים ממחלקות אחרות, למעט ייעוצים פרטניים.
- יש לקבוע מועדים ואבני דרך לתהליך איוש המלר"דים על ידי מומחים ומתמחים ברפואה דחופה.
- יש לקבוע תכנית להכשרת מומחים לרפואה דחופה שיאיישו באופן קבוע את המלר"דים בבתי חולים.
- הקצאת עוזרי הרופא - המהווים נדבך חשוב בתכנית איוש מלר"דים.
- יש להתייחס באופן מיוחד ובתשומת לב ראויה לצורכי המלר"דים בפריפריה.
- לרפואה דחופה יש תפקיד מיוחד באזורים בהם קיים מחסור ברופאים מומחים בתחומים שונים.
- יש לתגמל רופאים ברפואה דחופה המאיישים את המלר"דים, על מנת לשמר אותם ברפואה הציבורית נוכח הצורך בזמינותם ובשעות עבודתם המתפרסות על פני כל היממה.



12.6.2. המודל שהוצע על ידי ועדת המשנה לרפואה דחופה הוא:

- חלוקה של התורנויות של 24 שעות לשני ימי עבודה:
 - אחד בוקר/לילה (משעה 16:00 עד 8:00 וחזרה לתורנות משעה 23:00 עד 8:00).
 - השני יום ארוך (משעה 8:00 עד השעה 23:00).
- יום חופש רק אחרי תורנות של לילה (אחרי תורנות משעה 23:00 עד 8:00).
- אחרי יום עבודה ארוך - תחילת עבודה למחרת במשמרת מאוחרת.
- סופי שבוע ניתן לבצע גם בדומה למודל 15/4 או בדומה למודל 16/2.
- מתן גמישות לשיבוץ בימים שאין בהם תורנות למתמחה.
- עבודה במשמרות לפי עומסים בשעות היום לדוגמה 12:00-20:00.
- יש לשלב שעות לימוד מרוכזות לצורך לימודים 3-4 שעות שבועיות.
- עקב תלות של חלק מהמלר"דים בתורנים מפנימית - יש לאפשר למתמחים של רפואה דחופה להשתלב בשיטה הנבחרת של המחלקה הפנימית עד לבניית מצבת מתמחים ברפואה דחופה.
- יש להקצות תקנים למלר"ד ממחלקות אחרות (סכום אפס).
- כל עוד יש מחלקות תלויות בתורנים מפנימית - ניתן "לקבץ" את כל ימי התורנות של המתמחה במלר"ד למספר חודשים במלר"ד ולאחר מכן לשחררו למחלקת האם לשאר ההתמחות.
- יש לקחת בחשבון עבודה של עוזרי רופא במלר"ד כפי שתוכנן על ידי משרד הבריאות.
- רפורמה בעבודה בבתי חולים חייבת לקחת בחשבון הסתכלות מחדש ושינוי אפשרי בסטאז' ובתקופת מדעי יסוד.
- רוטציה של מתמחים ברפואה פנימית במלר"ד תעשה רק במלר"ד ורק לאחר שיש ישוב המתמחה למחלקת האם בפנימית.

12.7. ועדת משנה למקצועות ייחודיים

- יו"רים משותפים - ד"ר צבי פישל ופרופ' יעקב סוסנה
- פרופ' עידו וולף - נציג המועצה המדעית
- פרופ' אביב ברזילי - יו"ר האיגוד לרפואת עור ומין
- פרופ' דוד טנה (או מי מטעמו) - יו"ר האיגוד הניוירולוגי
- ד"ר וילמוש מרמרשטיין - יו"ר האיגוד לאונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה
- ד"ר ירון סחר - יו"ר האיגוד לרפואה פיזיקלית ושיקום
- ד"ר גיא בן בצלאל - נציג פורום המומחים הצעירים
- ד"ר מיכאל בכר - נציג פורום המתמחים
- ד"ר מריאל מושבה - מתמחה בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר



12.7.1. העקרונות הכלליים שהוצגו תחילה על ידי ועדת משנה זו היו:

- סילבוס ההתמחות ותכניה יבוצעו באופן מלא על ידי המתמחים באותם מקצועות ייחודיים.
 - מטרת ההתמחות במהותה היא הכשרת המתמחים במקצוע ההתמחות על מנת שיהיו כשירים לעבודה עצמאית כרופאים מומחים, ועל כן אין להתייחס אליהם רק ככוח עבודה לתורנויות.
 - יש חשיבות לניצול הזדמנות זו של בחינת מתכונת העבודה על מנת לשפר לא רק את תנאי ההתמחות אלא גם את ההכשרה עצמה.
- ועדת המשנה למקצועות ייחודיים דנה במתכונת העבודה והמודלים לקיצור תורנויות התואמים את המקצועות דימות, פסיכיאטריה, אונקולוגיה, שיקום, נירולוגיה, גסטרואנטרולוגיה ועוד.

12.7.2. ועדת המשנה למקצועות הייחודיים, הציגה בפני הוועדה העליונה מספר מודלים אופציונאליים כדלקמן:

1. תורנות של 16 שעות

- התורנות תתבצע בין השעות 16:00 ל-10:00 למחרת כאשר המתמחה לא יגיע לעבודה ביום התורנות ויום אחרי התורנות.
- הללו מהווים כ-200 ימי הכשרה (שווה ערך לשנת עבודה).
- לצורך מודל זה, בכדי לא לפגוע בהכשרה, יש לבחון קיצור מדעי יסוד ל-3 חודשים וקיצור רוטציות למחצית. צעדים אלה הינם שווים ערך לכ-6 חודשי הכשרה. במקביל, וככל שקיצור הרוטציות ומדעי היסוד לא נותנים מענה להפסד של ימי עבודה, אין מנוס מלבחון את הארכת התמחות.
- המשמעות מבחינת כ"א הינה כי יש להוסיף 20% לתקני המתמחים במקצועות הייחודיים.

2. תורנות חצי ומשמרת לילה

- התורנות תתחיל בשעה 23:00 עד 10:00 למחרת.
- **מתמחה אחד** - יעבוד ביום התורנות עד השעה 16:00 ויחזור לעבודה שוב בשעה 23:00. החל מ-16:00 ועד 23:00 יצא לנוח בביתו.
- **מתמחה שני** - ישלים יום עבודה מלא (16:00-8:00), ויבצע תורנות חצי עד השעה 23:00, כלומר יעבוד משעה 8:00 עד השעה 23:00.
- המשמעות היא כי פיצול התורנות מחייב נסיעה כפולה לבית החולים וכי מספר תורנויות החצי יעלה.
- נראה כי אין השפעה ברורה על מספר ימי ההכשרה.

3. יום עבודה מקוצר, תורנות חצי ומשמרת לילה (מודל התורן המגשר)

- **מתמחה אחד** - התורנות תתחיל בשעה 23:00 עד 10:00 למחרת.
- באותו היום בו מבצע המתמחה תורנות הוא יגיע לעבודת בוקר בין השעות 8:00 - 12:00 (4 שעות עבודה) והחל מ-12:00 ועד 23:00 יצא לנוח בביתו.



מתמחה שני - מתמחה שני - ישרלים יום עבודה מלא (8:00-16:00) ויבצע תורנות חצי עד השעה 23:00, כלומר יעבוד משעה 8:00 עד השעה 23:00.

במודל זה נשמר הרצף הטיפולי, אך פיצול התורנות מחייב נסיעה כפולה לבית החולים וכמות תורנויות החצי תעלה.

- במצב דברים זה המתמחה יפסיד כל חודש עוד כשני ימי עבודה, בהנחה שהוא מבצע 4 תורנויות אמצע שבוע בחודש.
- במודל זה המתמחה יפסיד כ-100 ימי הכשרה, המהווים כ-6 חודשי עבודה, ולכן על מנת שלא לכגוע בהכשרה, יש צורך לבחון קיצור מדעי יסוד ל-3 חודשים, ולקצר את הרוטציות למחצית מהנהוג היום. צעדים אלה הינם שווים ערך לכ-6 חודשי הכשרה.
- המשמעות מבחינת כ"א הינה תוספת של 10% של תקני מתמחים למספר המתמחים הקיימים היום, וזאת בשל העובדה כי כל יום מתמחה נוסף ייעדר מחצית מהיום.

4. תורנות חצי ומשמרת לילה ויום עבודה מקוצר אחרי תורנות

- התורנות תתחיל בשעה 20:00 עד 12:00 למחרת. המתמחה לא יעבוד בבוקר היום בו הוא מבצע תורנות ולמחרת התורנות יעבוד יום מקוצר של 4 שעות (8:00 - 12:00).
- מתמחה אחר יעבוד יום מלא וישרלים תורנות חצי בין השעות 16:00 ל-20:00, קרי, יום עבודתו יהיה משעה 8:00 - 20:00.
- במודל זה נשמר הרצף הטיפולי. המשמעות היא כי המתמחה לא יעבוד בבוקר יום התורנות, ולמחרת יעבוד רק חצי יום עד השעה 12:00. במחצית היום השנייה שמשעה 12:00 יחזור לביתו.
- במודל זה מספר תורנויות החצי יעלה. כמו כן, המתמחה יפסיד כל חודש עוד כשני ימי עבודה, בהנחה שהוא מבצע 4 תורנויות אמצע שבוע בחודש.
- במודל זה המתמחה יפסיד כ-100 ימי הכשרה המהווים כ-6 חודשי עבודה, ולכן על מנת שלא לכגוע בהכשרה יש צורך לבחון קיצור מדעי יסוד ל-3 חודשים, ולקצר את הרוטציות למחצית מהיום. צעדים אלה הינם שווים ערך לכ-6 חודשי הכשרה.
- המשמעות מבחינת כ"א הינה תוספת של 10% תקנים למספר תקני המתמחים הקיימים היום, וזאת בשל העובדה כי כל יום מתמחה נוסף ייעדר מחצית מהיום.

5. Night Floats

- מדובר ברצף של 4-5 תורנויות של 12 שעות מ-20:00 עד 10:00 למחרת.
- תורן שני מכסה כל יום משעה 16:00 עד השעה 20:00 תורנות ערב.
- במתכונת זו לא נשמר רצף טיפולי לאורך זמן וקיימת פגיעה באיכות החיים של המתמחה (היפוך שעות שינה רצוף).
- חישוב כמות התורנויות מורכב יותר והשפעה על ימי ההכשרה תלויה במספר התורנים.



12.7.3. להלן המודלים שנבחרו על ידי כל מקצוע:

האיגוד לרדיולוגיה ולדימות - בחר במודל 16/2. יו"ר האיגוד ציין כי נוכח היעדרות המתמחים ביישום מודל זה של 16/2, יש לקצר את תקופת מדעי היסוד או את תקופת הרוטציות מ-12 חודשים ל-6 חודשים, על מנת שלא להאריך את תקופת ההתמחות עקב קיצור אורך התורנויות. עם זאת, הודגש כי את הרוטציה ברפואה גרעינית אין לשנות. עוד צוין כי יש להקצות תקנים נוספים לשם השלמת המחסור בנוכחות רופאים בעבודת הבוקר עקב קיצור אורך התורנויות.

האיגוד לפסיכיאטריה - בחר במודל השלישי המפורט לעיל של יום עבודה מקוצר, תורנות חצי ומשמרת לילה - הוא מודל התורן המגשר.

איגוד לרפואה פיזיקלית ושיקום - מעדיפים כי תישאר מתכונת התורנויות הקיימת תוך הקלת העומסים באמצעות הקצאת תקני עוזרי רופא. ככל שמתחייב קיצור אורך תורנות האיגוד בוחר במודל 18/30, תוך שימת דגש כי לצורך יישום המודל יש צורך בתוספת תקנים כאשר מלכתחילה מקצוע זה מתקשה בגיוס מתמחים ולכן צפוי קושי באיוש התקנים שיתווספו.

איגוד לרפואת עור ומין - השארת מתכונת התורנויות הקיימת.

אונקולוגיה - השארת מתכונת התורנויות הקיימת.

ניירולוגיה - לאחר שערך סקר בקרב המתמחים ומנהלי המחלקות, האיגוד הניירולוגי תומך במודל 16/2 ובסופי השבוע שמירה על המודל הקיים תוך שימת דגש כי ליישום המודל הנ"ל ולנוכח הצרכים המיוחדים של תחום הניירולוגיה נדרשת תוספת תקנים בכדי שניתן יהיה לתפעל את המחלקות הניירולוגיות.

עוד הבהיר האיגוד כי מהפכת הטיפול האקוטי בניירולוגיה והשינוי בתמהיל החולים המאושפזים במחלקות הניירולוגיות מחייבים איוש שני טורי תורנים: תורן אחד למחלקה הניירולוגית וליחידת שבץ מוח ותורן שני נוסף למחלקה לרפואה דחופה ולטיפול בשבץ מוח אקוטי.

12.8. ועדת משנה בנושא איזון בין עבודת הרופא לבריאותו ואיכות חייו

- יו"רים משותפים - ד"ר לילך מלצקי וד"ר דרור דולפין
- פרופ' שרון טוקר
- פרופ' חגי לוין
- ד"ר דפי מורן ברגמן - נציגת פורום המתמחים
- ד"ר נועה רורמן- שחר - נציגת פורום המומחים הצעירים
- ד"ר אמיתי אבנון סוויצקי - נציג פורום הסטאז'רים
- ד"ר מירי טבנקין

ועדת משנה זו דנה בעבודת הרופאים, אשר מתאפיינת בחשיפה שגרתית לדפוסי עבודה המעלים את הסיכון להשפעות שליליות על הבטיחות האישית, על הביצועים ועל הבריאות והרווחה. ההשפעות השליליות הללו מוכרות היטב ודורשות שינוי מערכתי מיידי. השמירה על בריאותו וחוסנו של הרופא צריכים להיות בראש מעייניהם של מקבלי ההחלטות ומובילי ספינת הבריאות בארץ.



12.8.1. עקרונות יסוד

- דפוס עבודה של עבודת משמרות או מתכונת עבודה אחרת החורגת מהנורמה הפיזיולוגית (shift work and other forms of non-standard work schedules) מהווה גורם סיכון משמעותי לפגיעה בריאותית עבור העובד.
- על המעסיק מוטלת האחריות לפגיעה אפשרית בבריאותו של העובד הנובעת מהחלטות הנוגעות לדפוס עבודה.
- ההחלטה על העסקה בכל דפוס עבודה מסוג זה איננה יכולה להיות מוצדקת אידיאולוגית או תרבותית אלא רק פרקטית ומתוך הכרה בסיכון הנובע מההחלטה אל מול צורך שחייב להיות חיוני ושאינן פתרון ישים אחר למענה לו.
- אסור שההערכה של דפוס עבודה (מודל) תסתפק בבחינת שיקולי צורך, תגמול, תקינה, הכשרה אלא חייבת גם שתיבחן מתוך הידע המחקרי הקיים לגבי ההשפעה על בריאות העובד בשימוש בפרמטרים מוסכמים ומדידים אותם יש להעריך טרם הפעלת המודל וכך לגזור את הסיכונים שבו ולנסות לתת להם מענה מיטבי.
- יש למדוד ולהעריך את השפעת הפעלת כל מודל לאחר הפעלתו ולנטר את מצב העובדים.
- יש לספק לעובדים הדרכה באשר לפגיעות האפשריות וכלים להתמודדות מיטבית ככל שזו אפשרית ברמת העובד.

12.8.2. החלופות שהוצגו למודלים של העסקה

ועדת המשנה הפנתה את תשומת הלב לאבחנה חשובה הנוטה להיעלם בדיון על קיצור התורנויות. השיח הנוכחי מתרכז כמעט כולו בדיון באורך המשמרות ואינו נותן כמעט את הדעת על עיתוין, הזמן בינן ותוכנן. למאפיינים אלו השלכות נפרדות ולעיתים אף חשובות יותר מאורך התורנות. ללא הבנה זאת כל ניסיון לרדת לשורש מצוקת המתמחים נדון לכישלון. כל ניסיון לעסוק בתורנויות חייב לכלול את כל המשתמע ממאפייניהן כחלק מהדיון.

הוצגו במסמך מכלול השיקולים והמאפיינים שחייבים להפוך לחלק מהדיון. המלצת ועדת המשנה היא אימוץ שיקולים אלו לפני ועבור בחינת כל מודל אפשרי, במהלך ההתנסות בו ובאופן שוטף כחלק מהאחריות הארגונית הבסיסית כלפי הרופאים.

כמו תחומי האיכות הרפואית, בטיחות הטיפול, השירותיות והנתונים הכלכליים יש להתייחס לשלומות הרופאים כתחום מדיד ומנוטר עליו יש לארגונים אחריות.

לא ניתן עוד בכסות של אידאולוגיה ("רק כך ניתן להכשיר רופא") או תפיסת עולם תהא אשר תהא לאפשר החלטות שאינן מתחשבות בידע המדעי הרחב בתחום זה, שהצטבר בעשורים האחרונים.



12.8.3. המלצות לשינויים בתנאי עבודת הרופאים ללא קשר למודל התורנויות החלופי שייבחר

קבוצת עבודה זו פועלת במסגרת ועדה שמתמקדת בנושא התורנויות כמרכיב מרכזי בשחיקת הצוותים הרפואיים. עם זאת, לא מן הנמנע כי המלצות הוועדה אשר יוגשו בסוף תהליך העבודה יחייבו תמורות ארגוניות ובין ארגוניות, מעורבות ממשלתית והקצאת משאבים ותקנים. לצד זאת, ציינה ועדת המשנה את אותן התערבויות, שיכולות להיעשות על ידי דרג מנהל מקומי, אשר יכולות להביא להטבה משמעותית ברווחת הצוותים הרפואיים במסגרת הקיים.

על כן, ללא קשר למודל התורנויות שייבחר, הועלו מספר נקודות המחייבות התייחסות ושינוי. התערבויות אלו קוראות לתהליך מחשבה ברמה המקומית (המחלקתית או המוסדית), וניתנות לחלוקה לשני סוגים - אלו הממוקדים ברמת הפרט, ואלו העוסקים בשיטות העבודה. ועדת המשנה סברה כי ביצוע שינויים בתחומים אלו יתרמו לחיזוק החוסן הנפשי והפיזי של המתמחים ויפחיתו את רמות השחיקה.

12.8.4. התערבויות לחיזוק המתמחה ברמת הפרט

1. **ליווי ותמיכה רגשית** - עיגון מסגרת זמן שבועית לפעילות מפירת מתח ויצירת מרווח לשיתוף וליווי רופאים צעירים, בין ברמה המחלקתית או ברמה האישית. אלו יכולות להיות בעלי אופי שונה, כגון שיעורי מינדפולנס, מפגשי באליונט, מפגשים חברתיים ועוד.
2. **שיפור "תנאי המחיה"** - הקצאת חדר תורן שיועד למטרה זו בלבד, החדר יכול לקחת ושירותים פרטיים לתורן.
3. **דאגה למזון טרי ומזין** למתמחה גם במהלך שעות הלילה, סופי שבוע וחגים.
4. **עידוד פעילות גופנית**, גם במסגרת שעות העבודה.
5. **הקפדה על "שעות שינה מוגנות"** - הגדרה של 3 שעות בהן התורן ישן ללא הפרעות ותייצר מנגנון שיאפשר זאת.
6. **הרחבת פתרונות תחבורתיים (שירותי היסעים)** לאחר תורנות ו/או שינה לאחר תורנות.
7. **קיום תוכנית/ועדה מוסדית ("בית-חולימית")** שמטרתה לדאוג לרווחת המתמחה. על הוועדה יהיה להתייחס להיבטים הבריאותיים, סוציאליים ונפשיים של המתמחה ברמה פרטנית ולקיים הערכה תקופתית לכל מתמחה.



12.8.5. התערבויות לחיזוק המתמחה תוך התמקדות במאפייני העבודה

1. עמידה בהסכמי שכר ותנאי העסקה קיימים - כיבוד הסכמי השכר ובפרט מגבלות שעות עבודה, שמירה על שעות שינה וכדומה.
2. בחינת תהליכי העבודה והגדרת משימות מנהלתיות ואחרות שיועברו לבעלי תפקידים מתאימים, כגון "עוזרי רופא" ו"טכנאי לקיחת דמים", כחלק מהתקינה הבסיסית של המחלקות. איוש תפקידים אלה יקל על מטלות הרופא המתמחה בפן הטכני/בירוקרטי ויאפשר לו לעסוק ברפואה גרידא. בנוסף ניתן לשקול הקמת מערך מזכירות רפואית גם בלילה (למשל חמ"ל), שימוש בשנת שירות לאורך 24 שעות ועוד.
3. ביזור סמכויות חכם יותר - ניהול מקומי ומותאם של העומסים על ידי ביזור סמכויות בין הצוותים הרפואיים (רופאים וצוות סיעודי) והמקצועות הפרא-רפואיים.
4. שימוש חכם בטכנולוגיה - המשך שימוש בנורמות הטכנולוגיות שהוכרו בזמן משבר הקורונה גם בחזרה לשגרה, כגון מפגשים והרצאות בזום, מערכות להעברת משמרת ועוד.

12.8.6. הקמת מערכת לשימוש המתמחים

גם במקרים בהם נדרשת הפרה של התקנות, יש לוודא כי המתמחים יקבלו את שעות המנוחה להן הם זכאים. יש להקים מערכת ממוחשבת יעילה לשימוש המתמחים, באמצעותה הם יוכלו להזין את מספר התורנויות וכך לדווח לממונים עליהם מתי הם נדרשו לעבוד מעבר לשעות העבודה המתוכננות ומהן שעות המנוחה שהם צריכים לקבל. מערכת זו תהיה חשופה גם לגוף שיוקם לפיקוח על יישום ההמלצות.

12.8.7. הקמת גוף לחינוך ופיקוח על קיום המתווה

ועדת המשנה המליצה על מינוי גורם ארגוני מקצועי מוכשר ומיומן שישקור את נתוני העבודה של הרופאים המתמחים ובמקביל ינטר שינויים אישיים רלוונטיים, שעלולים להשפיע על צורך בשינוי דפוסי עבודה. על הגורם הארגוני יהיה להפעיל את המדידה והניטור, כפי שהומלצו בחלקים אחרים של המסמך.

לעמדת ועדת המשנה ניסיון העבר מלמד כי יש להקים גוף לפיקוח על יישום ההמלצות שייקבעו על ידי הוועדה העליונה. גוף זה יבצע ניטור אחר קיום ההמלצות ובמידת הצורך יהיה בעל סמכות להפעלת סנקציות וקנסות למעסיקים שלא יקיימו אחר ההמלצות. בנוסף, יבצע מעקב אחר השפעת השינוי על המתמחים וימליץ על ביצוע התאמות נוספות במידת הצורך.

עוד הומלץ על בניית ותחזוקת תשתית ידע רלוונטי והפצתו למעסיקים השונים במערכת הבריאות ולרופאים עצמם. מצורפות דוגמאות לתהליכים דומים - חוברת לדוגמא למעסיקים⁸⁸ וחוברת לדוגמא לרופאים⁸⁹.

88 NHS Employers: The health, safety and wellbeing of shift workers in healthcare environments (February 2020) [https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Publications/Health-and-wellbeing/HSWPG-Shift-working-\(004\).pdf](https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Publications/Health-and-wellbeing/HSWPG-Shift-working-(004).pdf)

89 Horrocks, Nicholas & Pounder, Roy. (2006). Working the night shift: Preparation, survival and recovery. A guide for junior doctors. Clinical medicine (London, England). 6. 61-7. 10.7861/clinmedicine.6-1-61.



13. המודלים המוצעים של עבודת רופאים מתמחים

ועדות המשנה דנו בכובד ראש במגוון רחב של מודלים של עבודת מתמחים בעלי מאפיינים שונים מבחינת רבות, כגון משך העבודה הרצופה, משך שעות המנוחה, תדירות התורנויות ועוד. ברי, כי מערכת הבריאות, אשר הורגלה עד כה לפעול תחת מתכונת עבודה אחידה החלה על כל תחומי התמחות, לא יכולה לאמץ מגוון רחב כל כך של מודלים. על כן, היה על הוועדה לבחור מתוכם את המתאימות ביותר למערכת ההתמחות הרפואית בישראל, כאשר טובת המטופל עומדת לנגד עיניה כערך עליון. היבטים של רצף הטיפול, איכות ההכשרה ורווחתו הפיזית והנפשית של הרופא עמדו בלב מערכת השיקולים לבחירת המודלים, זאת על סמך עבודתן של ועדות המשנה, בתיאום ובהתייעצות עמן.

בפרק זה יתוארו ארבעת המודלים המומלצים על ידי הוועדה לעבודתם של רופאים מתמחים בבתי חולים. להלן יתוארו מאפייניו של כל אחד מהמודלים, ויידונו יתרונותיו וחסרונותיו בהיבטים שונים.

מבחינה מתודולוגית, האומדנים באמצעותם נבחנו המודלים בוצעו ביחס למתכונת העבודה הנוכחית, דהיינו תורנויות של 18 שעות המבוצעות באופן רצוף לאחר יום עבודה. בהתאם לכך נבחנו הנגזרות הבאות בכל אחד מהמודלים:

ירידה בשעות עבודה חודשיות

- אומדן סך שעות העבודה למתמחה תחת המודל החדש, בהשוואה לסך שעות העבודה המבוצעות במוצע כיום.
- הירידה בסך שעות העבודה מתייחסת הן לשעות הבוקר והן לשעות התורנות.

אובדן חודשי התמחות למתמחה

- אובדן חודשי התמחות מבוסס על שיעור הירידה בשעות הבוקר בלבד.
- שיעור הירידה בשעות הבוקר הוכפל במספר חודשי ההתמחות (על פי ההתמחות הספציפית) - תחת ההנחה כי לא ניתן להשלים ימי עבודה נטו.



תוספת מתמחים נדרשת

- מכפלה של שיעור הירידה במצבת הנוכחות בבוקר ביחס למספר המתמחים במחלקה.
 - גיוס מתמחים יביא לירידה במספר התורנויות הממוצע וירידה נוספת בכמות השעות החודשיות של המתמחים.
 - **תוספת לעלות מעביד שנתית בגין תוספת מתמחים.**
אומדן על פי עלות שכר ממוצעת למתמחה במקצוע.
 - **תוספת עלות בגין ירידה בשעות החודשיות.**
שיעור הירידה בסך שעות העבודה (בוקר + תורנות), מוכפל בסך העלות הנאמדת למתמחים במקצוע זה (בהנחת שמירה מלאה על ההשתכרות).
- במסגרת הדיון בכל מודל יוצגו המקצועות שבחרו בו במסגרת דיוני הוועדה. תיאור מפורט של מתכונת העבודה של כל מקצוע יוצג בהמשך כחלק מהצגת דיוני ועדות המשנה.

המודלים שיידונו:

- **מודל העבודה הקיים תחת השינויים המוצעים.**
 - **מודל 16/2.**
 - **מודל 18/30.**
 - **מודל "התורן המגשר".**
- (*) מודל "התורן המגשר" הוא למעשה גרסה מעודכנת של מודל דומה שנדון במהלך דיוני הוועדה בשם מודל "15/4". מודל זה אומץ על ידי מקצוע הפסיכיאטריה תוך הכנסת שינויים מסוימים כפי שיפורט בהמשך.
- (**) מודל נוסף הוא מודל המלר"ד שפותח ואומץ באופן פרטני על ידי מקצוע הרפואה דחופה על מנת לענות על הצרכים הייחודיים והספציפיים של תחום התמחות זה. מודל זה מוצג בפרק עבודת ועדות המשנה.



13.1. מודל העבודה הקיים תחת השינויים המוצעים

13.1.1. תיאור מודל העבודה הקיים

- יום עבודה רגיל-8:00 - 16:00.
 - התורנות - מתחילה בשעה 16:00 ונמשכת עד לשעה 8:00 בבוקר למחרת (לכל היותר עד 10:00).
 - התורן עובד גם בבוקר התורנות משעה 8:00 - 16:00.
 - במהלך סוף השבוע שעות התורנות הן:
 - תורנות מחלקה בערב שבת ובערב חג, בין השעות 13:00 עד 8:00 למחרת.
 - תורנות מחלקה ביום שבת וביום חג, בין השעות 08:00 עד 8:00 למחרת.
 - לאחר יום עבודה הכולל תורנות זכאי המתמחה למנוחה של 20 שעות לפחות, יום מנוחה לאחר תורנות אשר מהווה יום עבודה רגיל בשכר.
 - רופא זכאי ליום מנוחה שבועי חלופי בגין ביצוע תורניות מלאות בימים כדלקמן:
 - תורנות ביום חמישי + תורנות ביום שבת באותו השבוע.
 - עבודה ביום שישי (בין השעות 8:00 ל-13:00) + תורנות שבת.
 - תורנות יום שישי בין השעה 13:00 ועד לשעה 8:00 ביום שבת.
 - יום המנוחה החלופי - ניתן בשבוע שלפני התורנות ואם לא מסתייע יום המנוחה השבועי החלופי יינתן בשבוע העוקב לביצוע התורנות.
 - שש תורניות בחודש: תמרוץ שלילי למעסיקים בגין העסקה ביותר מ-6 תורניות - פיצוי על תורנות שביעית ומעלה (כאשר ממוצע התורניות המחלקתי עולה על 6 תורנות).
- המודל הקיים במתכונתו המשופרת אומץ על ידי המקצועות הבאים: המקצועות הכירורגיים, הרדמה, תחומי הטיפול הנמרץ, רפואת עור ומין, שיקום.

13.1.2. שיפור והתאמת המודל הקיים בהתאם לדיני הוועדה

- השינויים המבוקשים במודל הקיים:
- הוספת טורי תורניות חצי למתן תנומה לתורנים.
 - כירורגיה ואורתופדיה - טור תורנות חצי אחד לעד 3 טורי תורנות.
 - הרדמה ומקצועות הטיפול הנמרץ - טור תורנות חצי אחד לעד 2 טורי תורנות.
 - תורניות החצי תבוצענה על ידי מתמחים או מומחים (בכפוף לתוספת תקנים).
- מטרת תורנות החצי היא לאפשר שעות שינה לכל התורנים. תורן חצי העובד בין השעות 16:00 - 23:00 מאפשר לשלושה תורנים לפחות שעתיים שינה ברצף. זהו, למעשה, ייעודו של תורן החצי.



יש ליעד מקום נוח וסביר לשינה עבור התורנים: כבר בשנת 2010 המליץ ה-ACGME, הגוף האמון על הסדרת תכניות ההתמחות ברפואה בארצות הברית, על אימוצן של תנומות כצעד אסטרטגי, בעיקר אחרי 16 שעות של עבודה רציפה, ובין השעות 22:00 ל-8:00 בבוקר. בישראל, ההיתר הכללי המאפשר עבודה רציפה של רופאים בבתי החולים, מחייב מתן תנומות של שעתיים לפחות במהלך תורנות. זאת ועוד, בפסק הדין שניתן בעניין תורנויות המתמחים בשנת 2014, קבע בית המשפט כי על שר הכלכלה לקבוע תקנות שיבטיחו לרופאים המתמחים הפסקות שינה בעת תורנויות הנמשכות 26 שעות. בית המשפט הוסיף כי חובת המדינה והמעסיקים לדאוג לכך כי הזכות לישון במהלך התורנות תינתן לכל התורנים. עוד נקבע כי הפסקות השינה יימשכו בין שעתיים לארבע שעות. אף על פי כן, קיימים קשיים ביישום מדיניות התנומות כמתחייב הן מהוראות החוק והן מפסיקת בית המשפט. על כן יש חשיבות עליונה להבטחת התנאים ההכרחיים לתנומות בבתי החולים, לרבות חדרי שינה נאותים.

הקצאת עוזרי רופאי וכוח אדם פקידותי לשם יעוד זמנו של הרופא לעבודות רפואיות במהותן:

עוזר רופא (PA - Physician Assistant) הוא איש מקצוע בתחום הבריאות, המוסמך לעסוק ברפואה תחת השגחתו של רופא. עוזר הרופא עוסק במניעה, אבחון וטיפול רפואי באמצעות מתן מגוון רחב של שירותי בריאות, אשר באופן מסורתי ניתנו על-ידי הרופא.⁹⁰ עוזר רופא הוא מקצוע חדש יחסית בתחום הבריאות, אשר נוסד בארצות הברית בשנות השישים של המאה העשרים. מקצוע זה מתרחב במהירות בתוך ארצות הברית, ומתפתח גם במדינות נוספות. עוזר הרופא מספק מגוון רחב של שירותי בריאות, אשר בעבר ניתנו באופן מסורתי רק על-ידי הרופא עצמו.

תוספת כוח אדם פקידותי - הפחתת משימות לא-רפואיות ובריורקרטיות והעברתן מהרופאים המטפלים אל כוח אדם ייעודי הינה אחד המפתחות המרכזיים הן למניעת שחיקה והן לשיפור השירות והטיפול הרפואי. המדובר במטלות שאינן תורמות מאומה לאיכות ההכשרה, ואשר ניתן להעבירן לידי עובדים אדמיניסטרטיביים.

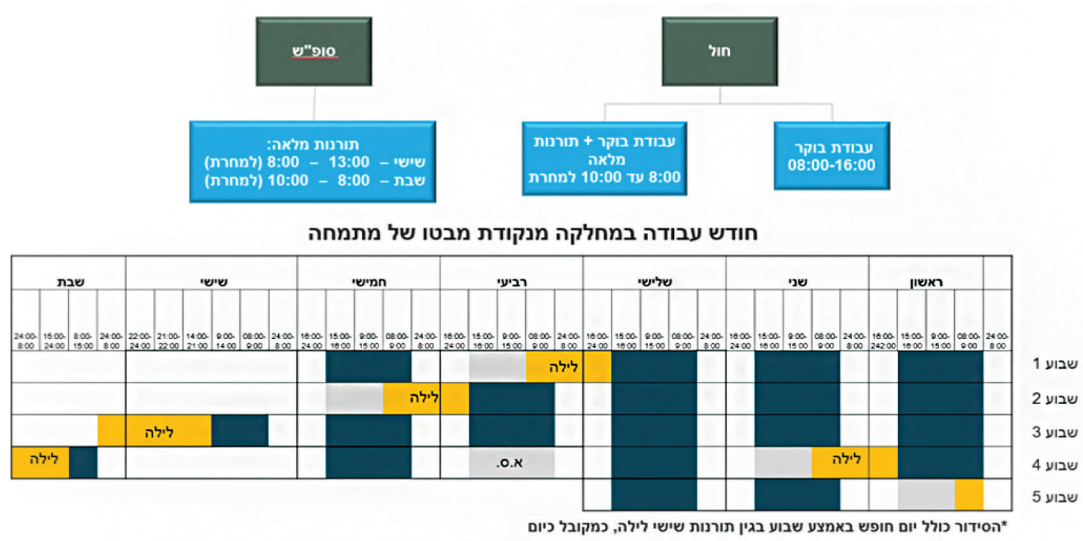
הוועדה ממליצה כי לקבוצת מתמחים במקצועות בהם מתקיים טיפול רפואי שוטף בחולים, קרי מקצועות הכירורגיה והמקצועות הפנימיים, יוצמדו עובד אדמיניסטרטיבי (מזכיר/מזכירה רפואי/ת) במהלך שעות העבודה הרגילות (בוקר עד אחה"צ), דהיינו תקן אחד לכל מחלקה במקצועות אלה.

במחלקות הרפואה הדחופה (חדרי המיון) יש צורך בעובד אדמיניסטרטיבי ובשני עוזרי רופא - האחד עבור תורני המקצועות הכירורגיים והשני עבור תורני המקצועות הפנימיים - בשעות התורנות לאורך היממה כולה בשל אופי העבודה. יש להביא בחשבון כי ייתכן שיהיה צורך בכל שלושת התקנים הללו לאורך כל שעות היממה, קרי עבודת שעות הבוקר והתורנות בשל אופי העבודה בחדרי המיון, אך הדבר צריך להיות מותאם באופן פרטני לגודל ולהיקף הפעילות של כל בית חולים על פני שעות היממה, זאת לאור השונות הרבה במאפייניהם של בתי החולים בישראל.

90 אתר האינטרנט של <http://www.aapa.org/about-pas> (American Academy of Physician Assistant) AAPA יש להבדיל בין Physician Assistant ל-Medical Assistant, המבצע בדרך כלל עבודות פקידותיות.



תיאור המודל - מודל העבודה הנוכחי





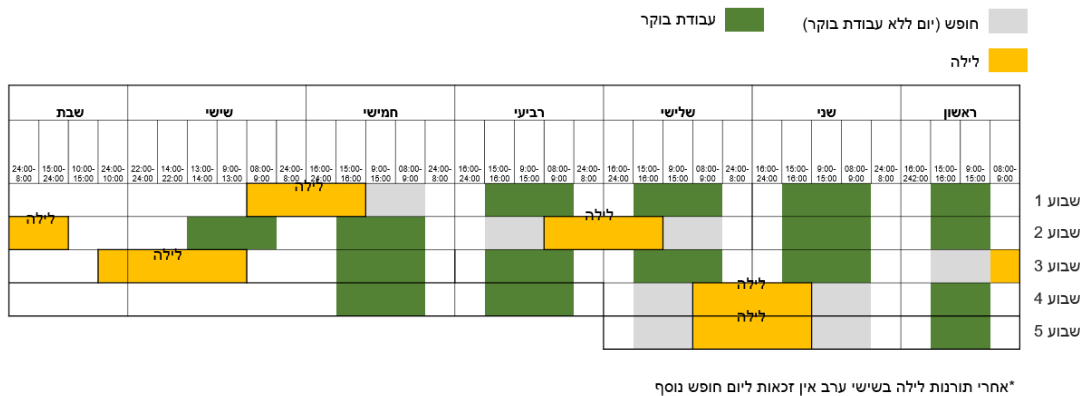
13.2. מודל 16/2

תיאור המודל

- בימי חול שעות התורנות - משעה 15:00 עד השעה 9:00 למחרת, כאשר התורן אינו מגיע לעבודת הבוקר ביום התורנות.
- במהלך סוף השבוע שעות התורנות משתנות כדלהלן:
 - תורן שישי ערב - משעה 13:00 עד השעה 9:00 למחרת (בשבת בבוקר).
 - תורן שבת בוקר - משעה 8:00 ועד השעה 16:00 ואינו זכאי למנוחה ביום ראשון.
 - תורן שבת ערב - משעה 15:00 ועד השעה 9:00 למחרת.
- במודל זה מספר התורנויות ואופן השיבוץ אליהן - דומה למודל הקיים כיום, למעט פיצול תורנות שבת ל-2 תורנויות.
- תורן שמבצע תורנות ערב בשישי לא זכאי ליום מנוחה חליפי מעבר לימי המנוחה לאחר תורנות.

מודל 16/2 נבחר על ידי המקצועות הבאים: רפואת ילדים, רדיולוגיה, נירולוגיה.

סידור לדוגמה - חודש עבודה מנקודת מבטו של מתמחה - יחס מתמחים 1:6





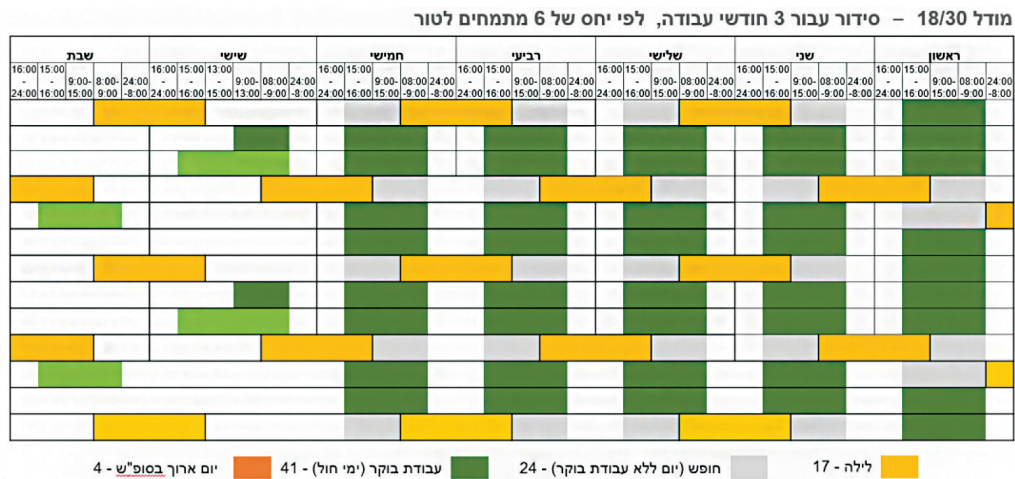
13.3. מודל 18/30

תיאור המודל

- בימי חול שעות התורנות הינן - משעה 15:00 ועד השעה 9:00 למחרת (התורן אינו מגיע לעבודת הבוקר ביום התורנות).
- במודל זה מנוחה בין תורנות לתורנות - של 30 שעות.
- לא ניתן לבצע שני לילות רצופים והלילות מבוצעים לסירוגין (שני תורנים מבצעים את כלל התורנויות במשך שבוע).
- במהלך סוף השבוע שעות התורנות משתנות כדלהלן:
 - תורן שישי ערב - משעה 13:00 עד לשעה 9:00 למחרת (בשבת בבוקר).
 - תורן שבת בוקר - מהשעה 8:00 ועד לשעה 16:00 (אינו זכאי למנוחה ביום ראשון).
 - תורן שבת ערב - משעה 15:00 עד לשעה 9:00 למחרת.
 - תורן שמבצע תורנות לילה ביום שישי - אינו זכאי ליום מנוחה חליפי מעבר לימי המנוחה לאחר ביצוע תורנות.

מודל זה נבחר על ידי המקצועות הבאים: רפואה פנימית, מיילדות וגינקולוגיה.

סידור לדוגמה - חודש עבודה מנקודת מבטו של מתמחה





13.4. מודל "התורן המגשר"

תיאור המודל

- יום עבודה רגיל - משעה 8:00 - 16:00.
 - תורנות - משעה 21:00 עד 8:00 בבוקר.
 - לאחר סיום תורנות הלילה התורן נשאר לעבוד עד השעה 12:00.
 - על מנת לגשר על הפער בין סיום עבודת הבוקר לתחילת משמרת הלילה ישנו תורן נוסף שנשאר אחרי עבודת הבוקר ועובד משעה 8:00 עד לשעה 22:00. תורן זה אינו זכאי ליום מנוחה לאחר התורנות.
 - בתורנות המבוצעת ביום ראשון - התורן יגיע משעה 8:00 עד לשעה 12:00 וישוב לתורנות משעה 22:00 עד לשעה 8:00 למחרת.
 - בסופ"ש :
 - תורן שישי - משעה 13:00 עד לשעה 9:00 למחרת.
 - תורן שבת בוקר - משעה 8:00 עד לשעה 16:00 (ואינו זכאי ליום מנוחה ביום שלאחר מכן).
 - תורן שבת ערב - משעה 15:00 עד לשעה 9:00 למחרת.
- המודל אומץ על ידי מקצוע הפסיכיאטריה.

סידור לדוגמה - חודש עבודה מנקודת מבטו של מתמחה - יחס מתמחים 1:6

מודל "התורן המגשר"

- יום ארוך - 4 (צבע אדום)
- לילה - 5 (צבע צהוב)
- חופש (יום ללא עבודת בוקר) - 4 (צבע לבן)
- עבודת בוקר - 11 (צבע ירוק)
- חצי יום חופש - 4 (צבע ירוק כהה)

שבוע	ראשון		שני		שלישי		רביעי		חמישי		שישי		שבת	
	08:00-12:00	12:00-16:00	08:00-12:00	12:00-16:00	08:00-12:00	12:00-16:00	08:00-12:00	12:00-16:00	08:00-12:00	12:00-16:00	08:00-12:00	12:00-16:00	08:00-12:00	12:00-16:00
1	יום ארוך								יום ארוך					
2			יום ארוך				לילה + בוקר קצר		א.ס.				לילה	
3					יום ארוך				לילה + בוקר קצר					
4														
5														

* במודל זה תורן שישי לילה זכאי ליום חופש במהלך השבוע העוקב, כמקובל כיום



14. משמעויות מספריות של המודלים המוצעים

הטמעת המודלים המוצעים צפויה להשפיע על מסלול ההתמחות בפרמטרים שונים וחשובים, בהם הרצף הטיפולי, ההכשרה, אבדן ימי התמחות ועוד. על מנת שנוכל לעמוד על השפעותיהם השונות של המודלים על ההתמחות, נרכז תחילה את השלכותיהם המספריות בהשוואה למצב הקיים במספר פרמטרים עיקריים.

14.1 מתודולוגיה

בפרק זה מוצגות הנגזרות של כל מודל בעקבות שינוי תורנויות המתמחים בהנחה כללית כי יחס המתמחים לטור תורנות מחלקה עומד על 6 מתמחים לטור. החישוב מתבסס על נתוני מתמחים משנת 2015 עם התאמה לשנת 2020. הנתונים כוללים מידע בדבר הפרמטרים הבאים:

1. היקף המתמחים הכולל במדינה.
 2. עלות העסקתם.
 3. שיוכם המקצועי ושיוכם למוסד הרפואי.
- כלל האומדנים בוצעו ביחס למצב הנוכחי - תורנויות של 18 שעות המבוצעות באופן רצוף לאחר יום עבודה. להלן ייבחנו הנגזרות הבאות של כל מודל:
- **ירידה בשעות עבודה חודשיות**
 - אומדן סך שעות העבודה למתמחה תחת המודל החדש, בהשוואה לסך שעות העבודה המבוצעות בממוצע כיום.
 - הירידה בסך שעות העבודה מתייחסת הן לשעות הבוקר והן לשעות התורנות.
 - **אובדן חודשי התמחות למתמחה**
 - אובדן חודשי התמחות מבוסס על שיעור הירידה בשעות הבוקר בלבד.
 - שיעור הירידה בשעות הבוקר הוכפל במספר חודשי ההתמחות (על פי ההתמחות הספציפית) - בהנחה כי לא ניתן להשלים ימי עבודה נטו.
 - **תוספת מתמחים נדרשת**
 - מכפלה של שיעור הירידה במצבת הנוכחות בבוקר ביחס למספר המתמחים במחלקה.
 - גיוס מתמחים יביא לירידה במספר התורנויות הממוצע וירידה נוספת בכמות השעות החודשיות של המתמחים.



- **תוספת לעלות מעביד שנתית בגין תוספת מתמחים**
אומדן על פי עלות שכר ממוצעת למתמחה במקצוע.
- **תוספת עלות בגין ירידה בשעות החודשיות**
שיעור הירידה בסך שעות העבודה (בוקר + תורנות), מוכפל בסך העלות הנאמדת למתמחים במקצוע זה (בהנחת שמירה מלאה על ההשתכרות).

מודלים של עבודת מתמחים - טבלה השוואתית ביחס למודל הקיים

"התורן המגשר"	18/30	16/2	מודל קיים	
4.5 (-4%)	3.9 (-17%)	3.9 (-17%)	4.7	מספר מתמחים ממוצע בבוקר (שיעור השינוי לעומת המודל הקיים)
16.6 (-4%)	14.4 (-17%)	14.4 (-17%)	17.3	מספר בקרים ממוצע למתמחה (שיעור השינוי לעומת המודל הקיים)
5.1 (+19%)	7.2 (+67%)	7.2 (+67%)	4.3	מספר בקרים חופשיים ממוצע בימי חול למתמחה (שיעור השינוי לעומת המודל הקיים)
5.1 (0)	5 (-2%)	5.8 (+14%)	5.1	מספר תורנויות הלילה (אמצ"ש+סופ"ש) בממוצע למתמחה (שיעור השינוי לעומת המודל הקיים)
225 (-9%)	221 (-11%)	222 (-10%)	248	מספר השעות החודשיות בממוצע למתמחה (שיעור השינוי לעומת המודל הקיים)
3.6 באמצ"ש 0.7 בסופ"ש	1.5 רק בסופ"ש			מספר הימים הארוכים שיתוספו

כפי שעולה מהטבלה שלעיל, בהשוואה למודל הקיים כיום, במודל 16/2 ובמודל 18/30 חל שינוי בשיעורים ובכיוונים זהים בפרמטרים הקשורים לשעות הבוקר - מספר המתמחים במחלקה בשעות הבוקר ומספר הבקרים הממוצע למתמחה פחתו ב-17%, ולעומת זאת, מספר הבקרים החופשיים למתמחה עליה ב-67%. במודל התורן המגשר השינויים בפרמטרים אלו מתונים הרבה יותר - ירידה של 4% בלבד במספר המתמחים במחלקה בשעות הבוקר ובמספר הבקרים הממוצע למתמחה (4%) ועלייה של 19% בלבד במספר הבקרים החופשיים למתמחה.

מבין שלושת המודלים הללו, רק במודל 16/2 חל גידול במספר תורנויות הלילה למתמחה (14%), כאשר בשני האחרים אין כמעט שום שינוי ביחס למודל הקיים. בכל הנוגע למספר שעות העבודה החודשיות למתמחה, כל שלושת המודלים מציגים תמונה דומה ביחס למצב כיום - ירידה של 9%-11% ביחס למספר שעות העבודה החודשיות במודל הקיים. מבין כל המודלים, מספר הימים הארוכים המתווספים למתמחה בממוצע הוא הגדול ביותר במודל התורן המגשר, כאשר עיקר התוספת היא בימים ארוכים באמצע השבוע. תוספת קטנה יותר של 1.5 ימים ארוכים בסופ"ש חלה במודל 18/30.

בנוסף, מכיוון שמודלים אלה נבחרו על ידי מקצועות מסוימים, נוכל עתה להתייחס להשפעותיהם על המקצועות הספציפיים שבחרו לאמצם, מעבר לניתוח הכללי שהוצג עד כה.



14.1.1. אימוץ המודל הקיים בשינויים המוצעים על ידי מקצועות הכירורגיה, הרדמה ותחומי הטיפול הנמרץ

המקצועות הכירורגים, הרדמה ותחומי הטיפול הנמרץ ביקשו הכנסת שינויים למודל הקיים. הטבלה הבאה מדגימה את התוספת הדרושה של טורי תורנויות ותקנים בעקבות יישומו בכל מקצוע.

התוספות הדרושות לכל מקצוע שבחר לאמץ את המודל הקיים בשינויים המוצעים

מקצועות הכירורגיה ואורתופדיה	הרדמה	טיפול נמרץ כללי	יתר מקצועות טיפול נמרץ
27 (1 לכל 3 טורים)	18 (1 לכל 2 טורים)	19 (1 לכל בית חולים)	13 (1 לכל 2 טורים)
100	66	70	48

תוספת טורי תורנות חצי
תוספת תקנים (לכל הפחות)

ניתן לראות כי בכל המקצועות שלעיל יש צורך הן בתוספת טורי תורנות חצי והן בתוספת תקנים. תוספות התקנים נאמדות, לכל הפחות, בעשרות תקנים בכל מקצוע, מ-48 תקנים במקצועות טיפול נמרץ שאינם טיפול נמרץ כללי ועד 100 תקנים למקצועות הכירורגיה והאורתופדיה.

14.1.2. המקצועות רפואת ילדים ורדיולוגיה בחרו ביישום מודל 16/2

השלכות יישום מודל 16/2 לפי מקצוע

רפואת ילדים	מיילדות וגינקולוגיה ⁹¹	רדיולוגיה
-11.1%	-9.8%	-11%
4.8 (9%)	5.8 (8%)	5.3 (8%)
81	97	31

שיעור הירידה בשעות עבודה חודשיות (בוקר ותורנויות)
מספר חודשי התמחות שיאבדו - רק עבודת בוקר (אחוז ממשך התמחות)
תוספת תקנים (לכל הפחות)

במקצועות הספציפיים שבחרו במודל 16/2 צפויה להתרחש ירידה בשעות העבודה החודשיות וכתוצאה מכך יאבדו חודשי התמחות עד כדי חצי שנת התמחות בקירוב במקצוע מיילדות וגינקולוגיה. יישום מודל זה ידרוש עשרות תקנים בכל מקצוע.

91 לאורך הדיונים מקצוע זה התלבט בין מודל 16/2 ו-18/30. החישובים נעשו עבור מודל 16/2, אך לבסוף נבחר המודל 18/30. ברם, המשמעויות המספריות של שני המודלים הן בדרך כלל דומות למדי.



14.1.3. יישום מודל 18/30 במקצוע הרפואה הפנימית⁹²

משמעויות יישום המודל במקצוע זה:

- ירידה בשעות העבודה החודשיות (עבודת בוקר + תורנות) - 9.3%.
- אובדן חודשי התמחות (רק שעות עבודת בוקר) - 3.9 חודשים (8% מאורך ההתמחות).
- תוספת תקנים נדרשת - 131 מתמחים לפחות.

כצפוי, וכפי שעלה בדיון בהשלכות המספריות של המודלים השונים, יישום מודל 18/30 ברפואה הפנימית יגרור ירידה בשעות העבודה החודשיות ואובדן חודשי עבודה בהתמחות. גם כאן יישום המודל יגרור תוספת תקנים משמעותית.

בהקשר זה חשוב להדגיש כי במסגרת עבודת הוועדה בוצע חישוב נוסף ליישום מודל זה, המניח 8 מתמחים לטור (במקום 6). חישוב זה מביא אותנו לתוצאות שונות בתכלית: עלייה של 25% במספר המתמחים בבקרים (5.9), במקום ירידה של 17% לפי מקדם של 6 מתמחים בטור; ירידה של 6% בלבד במקום 17% במספר הבקרים למתמחה (16.3) - שינוי זניח ביחס למצב כיום. מספר הבקרים החופשיים ביחס למצב כיום עולה בצורה מתונה יחסית (26%) ל-5.4 תורנויות למתמחה בממוצע ומספר תורנויות הלילה יורד בחדות ב-25% ל-3.8 תורנויות בלבד למתמחה בממוצע. בסופו של דבר, מספר השעות החודשיות הכולל למתמחה יורד ב-16% לעומת המצב כיום ל-210 שעות, ומספר הימים הארוכים עולה ב-1.1 ימים - רק בסופ"ש.

פירוש הדבר הוא כי לאופן יישום המודל - עם תוספת תקינה או בלעדיה (יחס מתמחים לטור של 6:1 או 8:1, כלומר תוספת של כ-33%) - השלכות מרחיקות לכת על מתכונת ההתמחות. עלייה במספר המתמחים לטור תורנות מאפשרת עלייה במספר המתמחים במחלקה בבוקר וירידה משמעותית במספר התורנויות. לצד זאת, יש לזכור כי מדובר בתוספת תקינה משמעותית ביותר. על כך נרחיב בהמשך כאשר נפרט את השלכות יישום המודלים בהיבטים של סבירות והיתכנות.

14.1.4. יישום מודל "התורן המגשר" בפסיכיאטריה

משמעויות יישום המודל:

- ירידה בשעות העבודה החודשיות (שעות בוקר + תורנות) - 10%.
- אובדן חודשי התמחות - 4.8 חודשים (רק שעות עבודת בוקר) (8.9% מאורך ההתמחות).
- תוספת תקנים נדרשת - 65 מתמחים לפחות.

מההשלכות המספריות של המודלים השונים כפי שהוצגו לעיל, ניתן, אכזא, לגזור את חוזקותיהם וחולשותיהם של המודלים במספר היבטים עיקריים.

92 בהנחה שתניתן תוספת התקנים למחלקות הפנימיות לפי ועדת טור כספאי, לא יהיה צורך בתקנים נוספים.



14.2. רצף הטיפול ואיכות ההכשרה לאור חוזקות וחולשות המודלים השונים

רצף הטיפול, דהיינו שמירה על המשכיות הטיפול הרפואי ככל הניתן, הינו עיקרון בעל חשיבות עליונה בעבודה הרפואית. הטיפול הרפואי מאופיין בריבוי מטפלים ומסגרות טיפול, וקיים צורך חיוני בתיעוד מידע עדכני ובהעברתו בין המטפלים להבטחת מתן טיפול רפואי נאות ואיכותי.

רצף הטיפול עשוי להתייחס למצבים שונים כגון רצף בין מגזרים ומוסדות (למשל בשחרור המטופל מבית החולים אל הקהילה) או לרצף בין מטפלים באותה יחידה. במסגרת עיסוקה של הוועדה בעבודת הרופאים בבתי החולים, דוח זה דן ברצף הטיפול במשמעו כרצף בין מטפלים באותה יחידה, כלומר מחלקת בית חולים. החלפת משמרות, למשל, מהווה צומת חיונית לשיתוף מידע ולתיאום בין מטפלים. רצף הטיפול חשוב למטפלים ולמטופלים כאחד, והוא מוביל להגברת שביעות הרצון, להפחתת עלויות ולבריאות טובה יותר. שמירת הרצף הטיפולי מהותית במיוחד עבור קבוצת המטופלים הנזקקת יותר לשירותי בריאות, מטופלים קשישים, חולים הסובלים מבעיות בריאות מורכבות, חולים הפגיעים מבחינה נפשית וחולים הסובלים ממחלות כרוניות. "העברות מקל" תכופות בין רופאים, ובפרט בין מתמחים המבצעים את מרבית תורנויות הלילה, עלולות, אם כן, לפגוע ברצף הטיפול, לגרום לאיבוד מידע יקר ערך ולנתק מסוים בין המטפל למטופל. על כן, מודל המציע במסגרתו מספר נמוך יותר של "העברות מקל", עשוי לגלות עדיפות על פני היתר בכל הנוגע לאיכות הטיפול, במונחים של רצף טיפולי. מספר משמרות גדול יותר מעיד על מספר גדול יותר של "העברות מקל" בין מתמחים.

מוסכם על חברי הוועדה כי שעות הבוקר הן על פי רוב מקטע הזמן בו מתבצעת ההכשרה ברובה. בשעות אלה מתלווים המתמחים אל הרופאים הבכירים במחלקות, ומתנסים בעצמם בעבודה השוטפת. בסופו של דבר, מלבד היותם שדרה מרכזית בעבודתו היומיומית של המרכז הרפואי, מסלול ההתמחות נועד לחינוך, להכשרה ולרכישת המיומנויות הדרושות לעבודה עצמאית כמומחה בהמשך. על כן, אין תחליף להתנסות מרובה ככל שניתן בעבודה הרפואית, הנעשית ברובה בשעות הבוקר עד אחר הצהריים. על כן, סבורה הוועדה כי יש יתרון מבחינת טיב ההכשרה למודלים במסגרתם תסתמן פגיעה מינימלית בעבודת המתמחים בשעות הבוקר.



חוזקות וחולשות המודלים השונים - טבלה השוואתית

מודל	חוזקות	חולשות
מודל קיים עם שיפורים	שמירה על רצף טיפולי שמירה על שגרת ההכשרה הקלה על עומס עבודה בעקבות השיפורים המוצעים גמישות בשיבוץ תורנויות ייעוד תורנויות חצי לאכיפת תנומות	תורנויות ארוכות - אין קיצור
16/2	קיצור התורנות - הארכת זמן התאוששות בין תורנויות גמישות בשיבוץ תורנויות	פגיעה ברצף הטיפולי פגיעה בשגרת ההכשרה גידול במספר תורנויות עלויות יישום גבוהות
18/30	רצף טיפולי נשמר יחסית קיצור התורנות - הארכת זמן התאוששות בין תורנויות	פגיעה בשגרת ההכשרה פגיעה בגמישות השיבוץ קושי בעבודה בתורנות במשך שבוע ברצף
התורן המגשר	קיצור התורנות - הארכת זמן ההתאוששות	מתמחים נדרשים לעבוד ביום שלאחר ביצוע תורנות לילה. מספר התורנויות במהלך השבוע גדל וזאת בעקבות פיצול התורנות לשניים. פגיעה ברצף הטיפול עקב פיצול התורנות. הגמישות בשינוי השיבוץ לתורנויות - נפגעת.

בהשוואה ליתר המודלים, המודל הקיים מתבלט בנוכחות משמעותית יותר של מתמחים בשעות הבוקר ובמספר שעות חודשיות כולל גבוה יותר למתמחה. נתונים אלה מלמדים כי מודל זה מצטיין הן בשמירה על הרצף הטיפולי והן בקיום שגרת הוראה והכשרה, בהנחה כי עיקר הלימוד מתבצע במשמרות הבוקר, כאשר הרופאים הבכירים נמצאים לצדם של המתמחים. כך גם מתקיימת יכולת גבוהה יותר לקיים את סילבוס ההתמחות, בעיקר במקצועות בהם יש מכסת פעולות. השינויים המוצעים במודל הקיים צפויים להקל את עומסי העבודה במחלקות והגמישות בשיבוץ לתורנויות נשמרת באופן יחסי.

מאידך, מודל זה אינו מקצר את משך העבודה הרציפה, והוא נותר כשהיה - 24-26 שעות. עבור מקצועות המעדיפים תורנויות קצרות יותר ייתכן כי זהו חיסרון, הניתן לפתרון מסוים על ידי מתן אפשרות למתמחים לשינה יזומה/תנומות במהלך התורנות, מה גם שתוספת תקנים מידתית תפחית את מספר התורנויות הכולל למתמחה. עם זאת, בחינת המודל במהלך דיוני הוועדה העליונה כי קיים קושי ביישום תנומות בתורנויות, וזאת בשל העדר תקינה ומחסור ברופאים להחלפת התורן הזכאי לשינה יזומה. במהלך התורנות חלה חובה על המעסיק להעמיד לרופא התורן חדר נפרד עם מיטות למנוחה לצורך שינה יזומה, במשך לא פחות משעתיים למעט במקרים חריגים שבהם לא יתאפשר הדבר. חובת מתן תנומות נקבעה בתיקון להיתר הכללי בשנת 2015 אך קיים קושי באופן יישומה ובאכיפתה על ידי המעסיקים.

בדומה למודל הקיים, גם מודל 16/2 מצטיין בגמישות יחסית בשינוי השיבוץ בתורנויות, אולם יתרונו הבולט ביותר, לפחות עבור המקצועות אשר חותרים לקיצור שעות העבודה הרציפה, הוא, כמובן, קיצור משך התורנות. מכאן גם שזמן ההתאוששות בין התורנויות התארך. ואולם ליתרון זה נלווים מספר חסרונות בולטים. ראשית, הירידה המשמעותית בנוכחות המתמחים בבקרים ובמספר שעות העבודה החודשי הכולל, משמעותה הן פגיעה פוטנציאלית בהכשרה והן פגיעה ברצף הטיפולי. בנוסף, אמנם משך העבודה הרציפה הופחת, אך לצד זאת גדל מספר התורנויות בסופי שבוע, וגם מספרן הכולל עשוי לגדול עקב קושי באיוש תקנים בפועל. שימור גובה השכר לצד הפחתת השעות צפוי לגרום עלויות גבוהות לצורך יישום המודל.



בשונה ממודל 16/2, במודל 18/30 נשמר יחסית עקרון הרצף הטיפולי, כאשר לכל מתמחה יש שבועיים או שלושה שבועות ללא תורנויות (לסירוגין). בנוסף לכך, גם מודל זה מאפשר את קיצור אורך התורנות (מ-26 ל-18 שעות), והארכת זמן התאוששות בין תורנויות. אולם, גם במודל זה קיים חשש לפגיעה בהכשרה בעיקר בשל היעדרות מתמחים בבקרים וירידה במספר שעות עבודתם הכולל. הדבר יקשה על מילוי סילבוס ההתמחות כמו גם על שימור ההשתכרות. בנקודה זו קיימת חשיבות רבה ליישום המודל עם 8 מתמחים לטור ולא עם 6 מתמחים, דבר המאפשר עלייה במספר המתמחים במחלקה בבוקר וירידה משמעותית במספר התורנויות. על כן, במודל זה נדרשת תוספת תקינה לצורך השלמת היעדרויות בבקרים. זאת ועוד, בניגוד למודלים הקודמים, במודל זה נפגעת הגמישות בשינוי השיבוץ לתורנויות. בנוסף, בשל אופיו הייחודי של המודל, ייתכן קושי פיזיולוגי ונפשי בעבודה בתורנות במשך שבוע ברצף ואחריו שבועיים או שלושה שבועות רק בבקרים.

גם במודל התורן המגשר, כמו במודלים 16/2 ו-18/30 קיימת ירידה בנוכחות המתמחים בשעות הבוקר, אם כי זו מתונה יותר בממוצע, ועל כן יש להניח כי באופן כללי, הפגיעה באיכות ההכשרה במודל זה קטנה יותר. יחד עם זאת, חישוב אובדן חודשי התמחות במונחי שעות עבודת בוקר ליישום המודל במקצוע הפסיכיאטריה, הצביע על אובדן זהה לזה של המקצועות שאימצו את שני המודלים האחרים (בשיעור של כ-9%). עוד יש לציין כי פיצול התורנות המאפיין מודל זה, פוגע במידה מסוימת ברצף הטיפול בהשוואה למודל הקיים.

דירוג המודלים המוצעים לפי שמירה על רצף הטיפול ואיכות ההכשרה

איכות ההכשרה כנגזרת של נוכחות בבקרים ואבדן חודשי התמחות	שמירה על רצף הטיפול כנגזרת של אופי המודל
מודל קיים המודל עם הנוכחות הנרחבת ביותר של מחומחים בבקרים	מודל קיים שמירה על רצף הטיפול במסגרת תורנות ארוכה (26 שעות עבודה רצופות סה"כ)
"התורן המגשר" ירידה מתונה בנוכחות מתמחים בבקרים אבדן חודשי התמחות במונחי שעות עבודת בוקר במקצוע המאמץ - פסיכיאטריה	18/30 הרצף נשמר יחסית, פגיעה מועטה בשל אופיו הייחודי של המודל
18/30, 16/2 ירידה חדה בנוכחות מתמחים בבקרים אבדן חודשי התמחות במונחי שעות עבודת בוקר במקצועות המאמצים (18/30 רפואה פנימית, מיילדות וגניקולוגיה) (16/2 רפואת ילדים, רדילוגיה)	"התורן המגשר" פגיעה מסוימת ברצף הטיפול בשל הפיצול
	16/2 פגיעה ברצף הטיפול בשל קיצור התורנות ואי הגעה לתורנות למחרת



15. היתכנות יישום המודלים המוצעים במקצועות השונים

בנוסף להשלכות אימוץ המודלים המוצעים על העבודה במחלקות, הוועדה לא תוכל להתעלם מהמשמעויות הנגזרות מאימוץ מודלים אלה גם מבחינת היבטים של שכר, תקינה, כוח אדם רפואי ותקציב. היבטים אלה קשורים קשר ישיר להיתכנות היישום של המודלים המוצעים במקצועות השונים, ולכן יש לתת להם את תשומת הלב הראויה.

15.1. שכר

בחירת המודלים 18/30, 16/2 ו"התורן המגשר" תביא בהכרח להפחתת שעות העבודה השבועיות של המתמחה והמומחה המבצע תורנויות. הפחתת השעות עלולה להביא להורדת השכר החודשי. לאור זאת אנו סבורים שמתבקש כי שינוי מתכונת התורנויות יביא לשינוי במספר שעות העבודה השבועיות של הרופא. אנו סבורים כי יש להפחית את מספר השעות ל-36 שעות בשבוע. בדרך זו יישמר שכרו של המתמחה / המומחה למרות הירידה בשעות העבודה.

אנו פונים אל כל הגורמים הרלוונטיים, המדינה, המעסיקים וההסתדרות הרפואית בישראל, לפעול לשינוי מספר השעות השבועיות לרופא, כדי שניתן יהיה לשנות את מתכונת התורנויות מבלי לקצץ בשכרם של המתמחים / המומחים.

15.2. תקינה ותקציב

בפרק הקודם הוצגו המקצועות המאמצים את המודלים השונים. אם נסכום את כלל תוספות התקנים שחושבו עבור מקצועות אלה בלבד, נגיע ל-284 תקנים עבור המקצועות המאמצים את המודל הנוכחי על שינויי, ו-209 תקנים למקצועות המאמצים את מודל 16/2. אליהם יש להוסיף 1% תקנים נוספים עבור רפואה פנימית ופסיכיאטריה. פירוש הדבר הוא כי מדובר בכ-700 תקנים בקירוב, רק עבור אותם מקצועות אשר עבורם בוצע החישוב. מכאן ניתן ללמוד על היקפה העצום של תוספת התקנים שתידרש עבור כלל מקצועות הרפואה - המדובר במאות רבות של תקנים.

מחישובים שבוצעו על ידי חברת הייעוץ הכלכלית דלויט, ואשר הוצגו בפני הוועדה, עולה כי גיוס התקנים לצורך יישום המודלים משמעו תוספת משאבים משמעותית למערכת הבריאות. העלות למעביד עבור תוספת תקנים ליישום מודל 16/2 ברפואת ילדים ובמיילדות וגניקולוגיה תעלה כ-25-30 מיליון ₪ בשנה. גיוס התקנים ליישום מודל 18/30 ברפואה הפנימית יעלה למעביד מעל ל-70 מיליון ₪.

פירוש הדבר, אם כן, הוא תוספת משאבים משמעותית עבור מערכת הבריאות. על רקע המצוקה ממנה סובלת מערכת הבריאות הציבורית במשך שנים הן מבחינה תקציבית והן מבחינת תשתיות רפואיות וכוח אדם רפואי, סבורה הוועדה כי הדרישה מהמדינה להגדיל את כוח האדם הרפואי ולתקצבו בהתאם היא דרישה ראויה וצודקת.



15.3. כוח אדם רפואי

יש להביא בחשבון כי הסבירות למילוי כל התקנים הנדרשים בשנים הקרובות על ידי כוח אדם רפואי איננה גבוהה. שיעור מסיימי בתי הספר לרפואה בישראל הוא מהנמוכים במדינות המפותחות, וקיים קושי להמשיך ולהסתמך על מצבת כוח האדם של בוגרי חו"ל. יתרה מכך, כפי שהוצג קודם לכן, ישראל היא המדינה היחידה מבין כל המדינות המפותחות בה שיעור הרופאים המועסקים לאלף נפש נמצא במגמת ירידה מאז שנת 2000, וזאת על אף ששיעורם נמוך ממוצע ה-OECD.

מהאמור לעיל ניתן לגזור שתי מסקנות חשובות: ראשית, הדרישה להגדיל את כוח האדם הרפואי בישראל מוצדקת מאין כמוה, אך עם זאת, המציאות בשני העשורים האחרונים מלמדת כי יהיה בכך קושי.

לסיכומו של דבר, כאשר בוחנים את ההיבטים השונים העשויים ללמד על היתכנות יישום המודלים המוצעים, הוועדה מתרשמת כי אכן קיימים קשיים, הן מבחינת שכר, הן מבחינת תקינה ותקציב והן מבחינת כוח אדם הרפואי הדרוש למילוי אותם תקנים. יחד עם זאת, הוועדה סבורה כי הדרישות להגדלת משאבי מערכת הבריאות הציבורית, לרבות תוספת תקינה, תקציב וכוח אדם רפואי מוצדקת מאין כמוה ועל ממשלת ישראל לפעול בנושא ללא דיחוי.



16. השלכות על עבודת הרופאים המומחים ועל שוק הרפואה

פן נוסף וחשוב ביותר של המודלים המוצעים הוא השפעתם על עבודת הרופאים המומחים ועל שוק הרפואה בכלל. כמתואר בפרק הקודם, היתכנות יישום של מודלים אלה תלויה בהוספתם של מאות תקני מתמחים למקצועות הרפואיים השונים. לתוספת זו השפעות מרחיקות לכת על שוק הרפואה בישראל, הציבורי והפרטי כאחד, הרבה מעבר לשינויים שפורטו עד כה על מתכונת עבודתם של הרופאים המתמחים.

תוספת כה גדולה של כוח אדם למערכת הבריאות צפויה להרחיב משמעותית את היצע הרופאים בשוק. הרחבת היצע תשפיע על היבטים מרכזיים ביותר בעבודת הרופאים, לרבות שכרם, תחרות על מקומות עבודה, פרישה לגמלאות ועוד.

זאת יש להבין: תוספת מתמחים בטווח הקצר משמעותה הגדלת היצע הרופאים המומחים בטווח הארוך. תוספת מתמחים בטווח הקצר עלולה לבוא לפחות במידה מסוימת על חשבון תקני מומחים בטווח הארוך בשל תופעת "השמיכה הקצרה" של מערכת הבריאות - המשאבים הרבים שיושקעו על מנת לאפשר את יישום המודלים יבואו קרוב לוודאי על חשבון צרכים אחרים. משמעות הדבר היא כי בטווח הארוך עלול להיווצר מצב בו מספר גדול של רופאים מומחים יאלץ להיאבק על מספר קטן של משרות פנויות. פירוש הדבר הוא החרפת התחרות על תקנים במגזר הציבורי והגדלת התחרות בין מומחים במגזר הפרטי.

לסיכום, אימוץ המודלים המוצעים ידרוש גיוס נרחב של כוח אדם רפואי. מתמחי ההווה הם מומחי העתיד, וייתכן כי הללו יאלצו לחוות את השלכותיו ארוכות הטווח של יישום מודלים אלה על שוק הרפואה בישראל.



17. דרכים להתאמת מסלול ההתמחות לאור המודלים המוצעים

הוועדה חזרה והדגישה במהלך דיוניה כי אין לה מנדט להתערב בעבודת המועצה המדעית של הר"י, וממילא זו אינה כוונתה או תכליתה. יחד עם זאת, במהלך הדיונים חזרו ועלו מספר רעיונות מצדם של דוברים רבים לשיפור מסלול ההכשרה של הרופא המתמחה, ועל כן נוגעים לתחום עניינה של המועצה המדעית. עניינו של פרק זה, אפוא, הוא להעלות על הכתב את הרעיונות הללו ולקבצם יחדיו כחומר למחשבה וכמצע לשיח מקצועי בין המועצה המדעית, האיגודים המדעיים ויתר הנוגעים בדבר. חלקם כבר נדונו בעבר ואחרים קורמים עור וגידים בימים אלה כתוצאה מפעילותה הברוכה של המועצה המדעית.

17.1. רוטציות

מסלול ההתמחות כולל תקופות זמן בהן הרופא המתמחה עובד ומוכשר במחלקות אחרות, זולת מחלקת האם שאליה הוא משתייך. מטרתן של הרוטציות לחשוף את המתמחה למקצועות אחרים ולתכנים נוספים כחלק אינטגרלי מהכשרתו הרפואית. מחד, יש לרוטציות חשיבות רבה בהתפתחותו המקצועית של הרופא. מאידך, כפי שנטען בוועדה, ייתכן כי ניתן לוותר על חלק מהרוטציות המבוצעות כיום, וכי יש מקום לצמצמן מבלי לפגוע בהכשרה הרפואית, לפחות בחלק מתחומי ההתמחות. צמצום הרוטציות עשוי לקצר את זמן ההתמחות או לחלופין לפנות זמן להמשך התמקצעות הרופא המתמחה בתחום הכשרתו.

17.2. מדעי יסוד

עבודת מדעי יסוד היא עבודת מחקר בנושא רפואי, המתבצעת במשך שישה חודשים רצופים ובמשרה מלאה. ניתן לעשותה במעבדות רפואיות, במעבדות מחקר, במכוני רפואיים או במחלקות בתי החולים. מטרת ההתנסות בעבודת מדעי יסוד היא להקנות למתמחה ידע וניסיון בתכנון מחקר קליני או בסיסי וביצועו, תוך הדרכה צמודה בכל שלבי העבודה.

במהלך דיוני הוועדה הועלה נושא החשיבות של מדעי היסוד כחלק מתהליך ההכשרה, משכה והיקפה. אל מול השיקולים התומכים בהשארת תקופת מדעי היסוד על כנה בשל חשיבותו של המחקר המדעי לרמת ההכשרה ורמת הרפואה, הועלו שאלות בדבר משמעותה ברמה המעשית עבור רוב הרופאים, משכה והיקפה. יתרה מכך, על רקע המחסור הקיים ברופאים והעומס המוטל עליהם, הופכת כל דקת הכשרה של הרופא המתמחה ליקרת מציאות, וההחלטה אם מחקר הוא הדרך היעילה ביותר לנצל חצי שנה בהתמחות הופכת רלוונטית יותר מתמיד.



המועצה המדעית כבר דנה בעבר בכובד ראש בסוגיית תקופת מדעי היסוד, ואף השכילה לערוך בה שינויים.⁹³ כדי לאפשר התאמה אישית, אישרה לאחרונה המועצה המדעית הפעלתם של קורסים היכולים לשמש חלופה אפשרית למחקר במדעי היסוד. הבחירה בין ביצוע תקופת המחקר כמקובל לבין השתלבות בקורס שמורה למתמחה בתיאום עם מנהל המחלקה, ובמידה וקיימת התאמה לתוכנית ההתמחות שלו. יחד עם זאת, לנוכח הקולות שנשמעו בוועדה לבחינת מתכונתה הנוכחית של תקופת מדעי היסוד - ייתכן כי יש מקום לחשיבה מחודשת בנושא ולבחינת שינויים נוספים במתכונת הקיימת.

17.3. רפורמה בסטאז'

אף על פי שהסטאז' איננו חלק ממסלול ההתמחות אלא חלק מהכשרתם המעשית של בוגרי בתי הספר לרפואה לשם קבלת הרישיון לעסוק ברפואה, נושא זה עלה לדיון בוועדה במסגרת הצורך לשפר את תהליך ההכשרה. במהלך דיוני הוועדה נשמעו טענות בדבר הצורך לערוך רפורמה בסטאז', בדומה לנעשה במדינות אחרות.

גישתן של מערכות בריאות כלפי הסטאז' משתנה ממדינה למדינה. אמנם במדינות רבות, דוגמת בריטניה, אוסטרליה וגם ישראל קיימת חובת סטאז' של שנה עד שנתיים לאחר סיום השלב הקליני של הלימודים, אך במדינות אחרות נערכו במרוצת הזמן רפורמות מרחיקות לכת, אשר למעשה ביטלו את הסטאז' בסוף מסלול הלימודים. בגרמניה שולב הסטאז' (שנמשך שנה וחצי בעבר) כחלק מהשנים הקליניות, ולימודי הרפואה קוצרו משבע שנים וחצי לשש שנים. בארצות הברית, הסטאז' שולב במסגרת לימודי ההתמחות. במתכונת זו שנת ההתמחות הראשונה דומה במהותה לשנת הסטאז' שבוטלה, וכך גם בקנדה. המניעים לרפורמות אלה היו הצורך בעדכון ובשיפור הליך החינוך וההכשרה; חוסר אחידות ביישום הסטאז'; מחסור ברופאים והצורך בקיצור תקופת הכשרתם.

לאור הניסיון הבינלאומי והטיעונים שהועלו בוועדה, ייתכן כי בשלה העת לבחון מחדש את מקומו של הסטאז' במתכונתו המסורתית בתהליך ההכשרה של הרופא, ולשקול שינויים אפשריים, אשר ייתכן כי ישפיעו, בין היתר, על הליך ההתמחות.

17.4. התמחות במשרה חלקית

הצורך לאזן בין עבודה לחיי משפחה ופנאי כחלק בלתי נפרד מאיכות חיי המתמחה, עלה לאורך כל דיוני הוועדה. בין הדרכים שנדונו בוועדה עלתה האפשרות להתמחות במשרה חלקית. המועצה המדעית מפעילה בימים אלה תכנית ניסיונית להתמחות במשרה חלקית במספר מקצועות: הרדמה, נאונטולוגיה, מחלות ריאה, אנדוקרינולוגיה, רפואה דחופה (כמקצוע על בלבד) ומינהל רפואי.⁹⁴

התכנית הניסיונית אושרה בחקיקת משנה שתסתיים באוגוסט 2022, לאחר תהליך מדוקדק של דיון ובדיקה ובחינת המצב בעולם, לפי נהלים שקבעה המועצה המדעית. הוועדה מברכת את המועצה המדעית על יוזמה זו, וסומכת על שיקול דעתה באשר לאימוץ התכנית על בסיס הערכת תוצאותיה בסוף התהליך.

93 ד. פישביין וחב', מחקר במדעי היסוד במהלך ההתמחות בישראל: האם דרוש שינוי? הרפואה 152, חוב' 10 (2013): 575-572.

94 ההסתדרות הרפואית בישראל - התמחות במשרה חלקית. <https://www.ima.org.il/InternesNew/ViewCategory.aspx?CategoryId=7693> [תאריך כניסה: 29 ביוני 2020].



17.5. התמחות מבוססת תוצאים (CBME)

הוועדה התרשמה עמוקות מהתהליך אותו מובילה המועצה המדעית לעיצוב פניה של ההתמחות הרפואית בישראל, עד כדי מהפכה של ממש באופן הלימוד, ההכשרה וההערכה, עם המעבר מהתמחות מבוססת זמן להתמחות מבוססת תוצאים בהתאם לעקרונות ה-CBME (Competency Based Medical Education). מודל זה מדגיש את פיתוח המיומנויות הנדרשות לכל מומחה בתחום התמחותו תוך כדי הערכה ומשוב. על פי המודל, פוחת הדגש על הזמן הדרוש להתמחות, כיוון שכל מתמחה מתקדם בקצב אישי. בליבת המודל בניית אבני דרך לרכישת מיומנויות נדרשות, תוך יישום תהליך לימודי שאיננו תחום במסגרת זמן קבועה.⁹⁵

הוועדה סבורה כי אימוץ מודל זה ויישומו ההדרגתי במסלולי ההתמחות השונים צפוי לשפר את איכות ההכשרה, להדק את הקשר שבין המתמחה למחלקה ולרופאים המנחים אותו, ולהגביר את המוטיבציה הפנימית בקרב המתמחים במהלך מסלול הכשרתם. יתרה מכך, המעבר להתמחות מבוססת CBME קשור באופן הדוק לכיוון אליו בחרה הוועדה לפנות, דהיינו מתן אפשרויות בחירה בין מתכונות עבודה שונות עבור המתמחים, ככל שהדבר מתאפשר. הן מודל ה-CBME והן הספרות העדכנית בסוגיית מתכונת עבודת המתמחים הרצויה חולקים יסוד משותף ומרכזי בחשיבותו - ההבנה כי חליפה אחת אינה מתאימה לכל. כפי שמודל ה-CBME מאפשרים התקדמות בקצב המתאים לכל מתמחה במהלך תקופת הכשרתו, כך גם על מתכונת העבודה להיות מותאמת לצרכים הספציפיים של כל תחום התמחות, בית חולים ומחלקה, כפי שיורחב בהמשך, בהמלצות הנוגעות למתכונת עבודת המתמחים.

17.6. הסעות אחרי תורנות

הוועדה למדה כי הסעת הרופאים אל בית החולים ובחזרה לביתם עשויה למנוע תאונות דרכים, ואף לשפר את איכות חייהם, ועל כן ממליצה לפתח מערך הסעות אחרי תורנות.

17.7. מעונות לילדי רופאים

הוועדה השתכנעה כי הקמת מעונות לילדי הרופאים במתחם בית החולים או בסמוך לו עשויים להקל מאוד על הרופאים, בדגש על מתמחים ומומחים צעירים, אשר בשלב זה של חייהם, רבים מהם מקימים משפחות, ולכן מטופלים בתינוקות וילדים קטנים.

95 ג. פרט ו-T. פישיין, חינוך רפואי זו ההתמחות שלנו, הרפואה 158, חוב' 10 (2019): 626-629.



18. מתכונת עבודת הרופאים - המצב המשפטי

18.1. מבוא

עבודתם של הרופאים עבודת קודש היא! שונה היא במהותה מאופי עבודתם של עובדים אחרים במשק. כבר בראשית דרכם המקצועית מתחייבים הרופאים ונדרשים הם ליתן מענה למצוקות החולה והמטופל **בכל עת ובכל שעה** ולעשות כל שביכולתם להביא מזור וארוכה ואף נשבעים לכך במסגרת שבועת הרופא העברי.

נוכח מורכבותה של מתכונת העבודה הרפואית והדרישה לזמינות מוגברת, הוחרגה העבודה במוסדות הרפואיים מתחולתו של חוק שעות עבודה ומנוחה והותרה העסקתם בשעות עבודה נוספות רבות יותר מאלה שהותרו לעובדים אחרים במשק.

לפיכך, על מנת לאזן בין חובתו זו של הרופא לזמינות ולריפוי, לבין זכותו הסוציאלית לשעות עבודה ומנוחה הוגנות והולמות המאפשרות לו לקיים חיים אישיים ומשפחתיים לצד עיסוקו המקצועי, הותוותה מתכונת עבודת רופאים לאורך כל השנים, על פי הסכמים קיבוציים שנחתמו עם המעסיקים, אשר בהם נקבעו שעות עבודתם של הרופאים ותנאי העסקתם.

חוקי העבודה במדינת ישראל הם חוקי מגן המסדירים את זכויותיהם הסוציאליות של כלל העובדים במדינת ישראל ועליהם נמנה חוק שעות עבודה ומנוחה (להלן: "**חוק שעות עבודה ומנוחה**").

חוק שעות עבודה ומנוחה על ההיתרים שהוצאו מכוחו לענפי המשק השונים, כגון ענף הבריאות, קבע את מכסת השעות המקסימלית בה ניתן להעסיק את העובדים, קרי: בחוק נקבע הרף המנחה על פיו יש לפעול ואותו אין לעבור.

בהתאם לכך, ההסכמים הקיבוציים שנחתמו לאורך השנים, לאחר משאים ומתנים בין ההסתדרות הרפואית בישראל לבין המעסיקים, התוו את מתכונת עבודת הרופאים באופן העולה בקנה אחד עם רוח החוק וההיתרים.

בהסכמים קיבוציים אלה הוסדרו לא רק שעות עבודתם ומנוחתם של הרופאים אלא אף התגמול לו הם זכאים בגין עבודתם בתורנויות - תגמול אשר עלה לאין שיעור על התגמול שנקבע בחוק שעות עבודה ומנוחה.

להלן תתואר התמונה הרחבה ויפורטו המקורות הנורמטיביים שתוקנו במהלך השנים כמו גם ההסכמים שנחתמו, אשר הסדירו את מתכונת עבודת הרופאים בתורנויות, משנות ה - 50 ועד היום ולרבות שיעור התגמול בגינן.



18.2. חוק שעות עבודה ומנוחה

כאמור, חוק שעות עבודה ומנוחה הוא המסדיר את שעות עבודתם ומנוחתם של כלל העובדים במדינת ישראל. החוק התיר העסקה בשעות נוספות ו/או ימי המנוחה השבועית, רק בקיומם של חריגים מסויימים, כגון, בעבודה הקשורה בבטחון המדינה, בשמירה על בריאותם של בני אדם, בייצור חשמל וכיוצא ב.

בגין העסקה במוסדות רפואיים ניתן כאמור היתר מיוחד להעסקה בשעות נוספות מעבר לעבודת היום הרגילה וכן להעסקה במנוחה השבועית.

היתר זה הוא "ההיתר הכללי להעסקה במנוחה השבועית ובשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים ובילדים" (להלן: "ההיתר הכללי")

ההיתר הכללי פורסם ביום 23.9.1951, על ידי שרת העבודה והרווחה דאז גולדה (מאירסון) מאיר וזו לשונו:

חוק שעות עבודה ומנוחה, תשי"א—1951 חודעה על מתן היתר כללי להעבודה כמנוחה השבועית ובשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים או בילדים

אני מודיעה בזה כי בחוקף סמכותי לפי סעיף 12 לחוק שעות עבודה ומנוחה, תשי"א—1951 (להלן — החוק) ובהתאם להחלטת ועדת השרים כאמור באותו סעיף ובחוקף סמכותי לפי הסעיפים 11 ו-14 לחוק, גרתי היתר כללי, לפיו מותר להעביד עובדים במקום שמטפלים בתלמים, ככהי מרקחת תורניים, במוסדות החלמה ובמוסדות לטיפול בזקנים או בילדים—

1. א. במנוחה השבועית, ובלבד שבמקום שעת המנוחה השבועית שבהן עבדו יתן להם המעביד, לכל המאוחר תוך ארבעה שבועות, שעות מנוחה שמספרן כמספר השעות בהן עבדו כאמור (להלן — מנוחת פיצוי).

ב. מנוחת הפיצוי תכלול, ככל האפשר, ולמחצת אחת לארבעה שבועות, את היום שבו חלה המנוחה השבועית הרגילה של העובד.

ג. מנוחת הפיצוי תהיה רצופה. אך אם מניעה טיבית פיצוי של יותר מעשרים וחמש שעות, אפשר לתלקה לפרקים ובלבד שכל פרק מנוחה לא יפחת מעשרים וחמש שעות או מיהרה מנוחת הפיצוי הכניעה.

2. שלוש שעות נוספות בכל יום מימי השבוע וארבע שעות נוספות ביום שלפני המנוחה השבועית וביום שלפני תג כאמור בסעיף 2 (ב) לחוק ושלזשים שעות נוספות לשבוע ובלבד שהשעות הנוספות לא יעלו על שבעים וחמש בשנים עשר שבועות רצופים.

כ"ב כאלול תשי"א (23 בספטמבר 1951)

גולדה מאירסון
שרת העבודה

(חב(11)צ-5/7/5)

י' ספר החוקים 76 סיום ט"ז באייר תשי"א (22.5.51), עמ' 204.

הנה כי כן, העסקה במנוחה השבועית הותרה ובלבד שבמקום אותן שעות שבהן עבדו במנוחה השבועית, תינתן להם לכל המאוחר תוך 4 שבועות מנוחת פיצוי - משמע - שעות מנוחה שמספרן כמספר השעות בהן הם עבדו במנוחה השבועית (בשבת או בחג).

מטרתה של מנוחת הפיצוי היא מטרה סוציאלית במהותה-מתן מנוחה בפועל (בְּעִין), לרופא שנדרש לעבוד ביום המנוחה השבועית.



בדומה, הותרה העסקה במוסדות רפואיים גם בשעות נוספות מעבר ליום העבודה הרגיל-בכל אחד מימי השבוע הותרה העסקה של שלוש שעות נוספות וביום שלפני יום המנוחה השבועית (יום שישי או ערב חג) הותרה העסקה בארבע שעות נוספות.

סה"כ התיר המחוקק, העסקה ב-30 שעות נוספות לשבוע, שלא יעלו על 75 שעות נוספות ב-12 שבועות רצופים. משמעות הדברים היתה כי ניתן להעסיק את הרופאים 11 שעות ביום חול (8 שעות עבודה רגילות + 3 שעות נוספות) וביום שלפני המנוחה השבועית (יום שישי או ערב חג) ניתן להעסיק את הרופאים ב-9 שעות עבודה (5 שעות עבודה רגילות + 4 שעות נוספות).

כמו כן ובסיכום שבועי, התיר המחוקק העסקתם של רופאים ב-45 שעות רגילות לשבוע (בימים א-ה - 8 שעות ליום וביום ו' 5 שעות) ובנוסף העסקה בעוד 30 שעות נוספות לשבוע, קרי: סה"כ 75 שעות עבודה לשבוע. לא למותר לציין לעניין זה כי ההיתר הכללי לא קבע חלוקה של שעות עבודה שבועיות למשמרות או לתורנויות אלא אך קבע מכסה כוללת של שעות.

עד כאן פירוט מכסת שעות העסקה שהותרה על ידי ההיתר הכללי מכוח החוק.

מכסת שעות העבודה חשובה היא אך חשובה לא פחות היא סוגיית התגמול בגין עבודה בשעות נוספות ובמנוחה השבועית:

על פי סעיף 16 לחוק שעות עבודה ומנוחה, עובד המועסק בשעות נוספות זכאי לתשלום של 125% לשתי שעות העבודה הנוספות הראשונות ולתשלום של 150% בעד כל שעה נוספת.

כמו כן, על פי סעיף 17 לחוק שעות עבודה ומנוחה, עובד שהועסק במנוחה השבועית (בימי שבת ובחג) זכאי לתשלום בערך של 150% לכל שעת עבודה.

לפיכך, בגין עבודתם של הרופאים בשעות נוספות מעבר לשעות העבודה הרגילות הם זכאים לתשלום בשיעור של 125% בגין שתי שעות העבודה הנוספות הראשונות ולתשלום בשיעור של 150% החל משעת העבודה הנוספת השלישית.

18.3. המסכת ההסכמית

כאמור - הוראות החוק וההיתר הכללי היו והינם הבסיס. נקודת המוצא. הם קבעו את מכסת שעות העבודה המקסימלית בהן ניתן להעסיק את הרופאים.

בהמשך, עם התפתחותה של מערכת הבריאות מחד וצורכי העבודה במוסדות הרפואיים מאידך, הוברר כי עבודה יום יומית הן בשעות רגילות והן בשעות נוספות, כפי שנדרש במוסדות רפואיים, הינה עבודה אינטנסיבית וכי נכון לקבוע מתכונת עבודה בתורנויות, שאילולא כן, לא מן הנמנע כי הרופא ידרש לעבוד כל יום בשעות נוספות מעבר ליום עבודה הרגיל.



18.3.1. ההסכם הקיבוצי מיום 16.7.1961

בהסכם הקיבוצי מיום 16.7.1961, הוגדרה לראשונה "תורנות" וזו לשון ההגדרה בהסכם:

"עבודה מערב עד בוקר לרבות עבודה מערב שבת עד שבת בבוקר או ממוצאי שבת עד יום א' בבוקר וכן עבודה בשבת או בחג מן הבוקר ועד אחר הצהריים ועד בכלל"

בהסכם זה נקבע אף מספר התורנויות בהן ניתן להעסיק כל רופא בהתאם לוותק שלו: את הסטאז'ר ניתן היה להעסיק ב-8 תורנויות לחודש, מתמחה בשנתיים הראשונות להתמחותו, ניתן להעסיק ב-6 תורנויות לחודש, בשנתיים שלאחר מכן, ניתן היה להעסיקו-עד 5 תורנויות לחודש ובשנים שלאחר מכן ועד לסוף ההתמחות עד 4 תורנויות לחודש.

הלכה למעשה, ברוב התורנויות עבדו הרופאים כ-32 שעות עבודה: הרופא היה מגיע לעבודה בשעה 8:00 בבוקר ועובד עד השעה 16:00 בשעות עבודה יומיות רגילות. משעה 16:00 היה הרופא מתחיל את התורנות ועובד בה עד לשעה 8:00 בבוקר למחרת וביום המחרת ממשיך לעבוד עד לשעה 16:00.

18.3.2. פסק הבוררות גביש - 25.8.1974

בבוררות גביש נדונה שיטת התורנויות והכוננויות שנהגה באותן השנים.

ביום 25.8.1974 ניתן פסק הבוררות של הבורר ישעיהו גביש ובו נקבעו אמות מידה נוספות וחדשות בקשר למתכונת התורנויות ובין היתר נאמר על ידו:

"... לאחר שמיעת טענות הצדדים ומסכת העדויות השונות וכן מידע שהובא לידיעתי על הקיים בחו"ל, נוכחתי לדעת כי לטובת החולה, לטובת הרופא ולטובת המעסיק אין לשנות את שיטת התורנויות הקיימת".

בסעיף 10 לפסק הבורר נקבע כי התורנות בימי חול ובימי שבת ומועד תתקיים ברציפות:

ביום חול משעה 16:00 ועד לשעה 8:00 למחרת.

ביום שבת או מועד משעה 16:00 עד ל-8:00 למחרת וכן משעה 8:00 בבוקר עד לשעה 8:00 בבוקר למחרת.

עוד נקבע כי למחרת התורנות יסיים רופא את עבודתו בשעה 12:00, קרי: סה"כ היה יום העבודה הכולל תורנות כ-28 שעות עבודה.

אשר לחדרי המיון, נקבע בסעיף 13 כי התורנות שם תפוצל לשתי משמרות: משמרת א' משעה 16:00 ועד לשעה 24:00 ומשמרת ב' משעה 23:30 ועד לשעה 8:00 למחרת.

הנה כי כן, בפסק הבורר גביש הוגדרו שעות התורנות כשעות עבודה לאחר שעות העבודה הרגילות משעה 16:00 ועד לשעה 8:00 למחרת.

אלא שבפועל ניכר היה כי תורנויות המיון לא פוצלו והרופאים ששובצו בהן עבדו בתורנויות אלה ברציפות. כמו כן, הקביעה בפסק הבורר לפיה רופא שביצע תורנות יעבוד עד לשעה 12:00 למחרת ולא יום עבודה מלא - לא נאכפה ובפועל הרופאים עבדו יום עבודה מלא לאחר תורנות, עד לשעה 16:00.



18.3.3. ההסכם הקיבוצי מיום 29.11.1976

במחצית שנות ה - 70, נדונה שוב סוגיית שעות עבודתם של הרופאים ומתכונת התורנויות בהן הם עובדים. וכך, לאחר משא ומתן בין המעסיקים לבין הר"י, נחתם ביום 29.11.1976 הסכם קיבוצי בו עוגנו שעות התורנויות השונות (תורנויות מחלקה/מיון, תורנויות ימי חול/שבת וחג) וכן נקבעה בגינת **תמורה מוגדלת**, מעבר לזו שהיתה קבועה על פי החוק.

Wואלה הוראות ההסכם הקיבוצי לעניין התורנויות המעגנות מחד את מכסת שעות העבודה ושעות התורנויות ומאידך את התגמול לו זכאים הרופאים בגין התורנויות השונות:

אשר לתורנויות מחלקה נקבע:

- תורנות מחלקה ביום חול-משעה 16:00 - 8:00 למחרת ובגינה זכאי הרופא לקבל תשלום של יום עבודה ותוספת תשלום הזהה לשכר 3 ימי עבודה (סה"כ 4 ימי עבודה).
 - תורנות מחלקה בערב שבת ובערב חג - משעה 13:00 - עד השעה 8:00 למחרת, בגינה זכאי הרופא לקבל תשלום של יום עבודה ותוספת תשלום הזהה לשכר 4 ימי עבודה (סה"כ 5 ימי עבודה).
 - תורנות מחלקה ביום שבת וביום חג - משעה 8:00 בבוקר ועד לשעה 16:00, בגינה זכאי הרופא לקבל תשלום בסכום הזהה לשכר 2 ימי עבודה, ותוספת תשלום הזהה לשכר 1/2 יום עבודה.
 - תורנות מחלקה ביום שבת וביום חג - משעה 16:00 עד למחרת בשעה 8:00, בגינה זכאי הרופא לקבל תשלום בסכום הזהה לשכר של יום עבודה ותוספת תשלום הזהה לשכר 3 ימי עבודה.
- כמו כן רופא אשר ביצע שתי תורנויות שבת ברציפות, משעה 8:00 בבוקר עד למחרת ב-8:00 בבוקר - זכאי לתשלום הזהה ל 5 ימי עבודה וכן ליום חופשה בפועל בתום התורנות הרצופה.

אשר לתורנויות מיון נקבע:

- תורנות מיון ביום חול משעה 16:00 - 24:00 ומשעה 23:00 עד לשעה 8:00 למחרת, בגינה זכאי הרופא לקבל תשלום של 2.5 ימי עבודה.
 - רופא אשר ביצע 2 תורנויות רצופות ביום חול, קרי משעה 16:00 עד לשעה 8:00 למחרת זכאי לתשלום של יום עבודה + 4 ימי עבודה (סה"כ 5 ימי עבודה) וכן ליום חופשה לאחר התורנות.
 - תורנות מיון בערב שבת ובערב חג - משעה 13:00 - עד השעה 24:00, בגינה זכאי הרופא לתשלום של 3.5 ימי עבודה.
 - תורנות מיון בערב שבת המתחילה משעה 23:30 ועד לשעה 8:00 למחרת - בגינה זכאי הרופא לתשלום של 2.5 ימי עבודה.
 - תורנות מיון ביום שבת וביום חג - משעה 8:00 בבוקר ועד לשעה 16:00, בגינה זכאי הרופא לקבל תשלום בסכום הזהה לשכר 2.5 ימי עבודה.
 - תורנות מיון ביום שבת וביום חג - משעה 16:00 ועד לשעה 8:00 למחרת, בגינה זכאי הרופא לקבל תשלום בסכום הזהה לשכר 2.5 ימי עבודה.
- כמו כן, רופא שביצע תורנות מיון בשבת ברציפות משעה 8:00 בבוקר ועד לשעה 8:00 בבוקר ראשון - זכאי היה לתשלום של 5 ימי עבודה וכן לחופשה בפועל למחרת.



הנה כי כן, בהסכם הקיבוצי מיום 29.11.1976 עוגנה מסגרת שעות העבודה בתורניות השונות ובנוסף עוגן תשלום גבוה לאין שיעור בגין העבודה בתורניות, העולה עשרות מונים על תשלום השעות הנוספות שנקבע בחוק שעות עבודה ומנוחה (125% בגין שתי שעות העבודה הנוספות הראשונות ו-150% החל מהשעה הנוספת השלישית).

18.3.4. ההסכם הקיבוצי מיום 13.7.2000

וכן עד לשנת 2000, נהגו התורניות במתכונת שנקבעה בהסכם הקיבוצי מיום 29.11.1976.

שינוי משמעותי בשעות התורנות הוטמע בהסכם הקיבוצי שנחתם בין הר"י לבין המעסיקים ביום 13.7.2000.

בהסכם זה נקבע כי משכה של תורנות לא יעלה על 24 שעות ולכל היותר על 26 שעות.

וכן נאמר בסעיפים 15.2 - 15.4 להסכם הקיבוצי לעניין זה:

"15.2. עבודתו של רופא המסיים ביצוע תורנות לסוגיה השונים, למעט הפעילויות הקשורות בהעברת מחלקה, תסתיים בשעה 8.00 בבוקר. רופא המסיים תורנות נדרש, לפני תום עבודתו וכחלק ממנה, להעביר את המחלקה / מחלקת מיון באופן מסודר, ובלבד שיסיים את העברת המחלקה / מחלקת מיון לא יאוחר משעה 10.00 בבוקר. הוראה זו תחול גם כאשר העבודה לאחר תורנות מתבצעת במרפאות הקהילה, או במרפאות החוץ בבתי החולים.

15.3. לצורך סעיף זה, לא תהיה כל נפקות להסכמת הרופא לעבוד מעבר לשעות הנקובות לעיל, והעסקתו כאמור תהיה אסורה בכל מקרה.

15.4. למען הסר ספק, היום לאחר תורנות יחשב כיום עבודה רגיל, ולא ייגרע בשל כך מחישוב השכר"

ואכן עם חתימת ההסכם הקיבוצי ביום 13.7.2000 קוצר משך יום העבודה הכולל תורנות ונאסרה עבודתו של רופא לאחר תורנות. עוד נקבע כי יום העבודה לאחר התורנות ניתן לרופא כיום חופש בתשלום מלא.

18.3.5. ההסכם הקיבוצי מיום 25.8.2011

בשנת 2011 נחתם הסכם קיבוצי נוסף בין המעסיקים לבין הר"י ובו נשארה על כנה מתכונת העבודה בתורניות. עם זאת, בהסכם קיבוצי זה הוסכם על מספר שינויים במתכונת עבודת הרופאים בתורניות שנועדו להקל על עומסי העבודה המוטלים על כתפי הרופאים, כמפורט להלן:

מתווה תורניות חצי למומחים

הוסכם על מתווה תורניות חצי לרופאים מומחים שיבוצעו משעה 16:00 עד לשעה 23:00 ביום חול ומשעה 13:00 עד השעה 21:30 בערב שישי ובערב חג.

התמורה שנקבעה בגין תורניות חצי כאמור, היא בשיעור של 120% מתעריף תורנות מלאה בהתאם לתעריף שנקבע בהסכם הקיבוצי מיום 29.11.1976, בהתאמה לסוג התורנות אותה הם מבצעים - תורנות מחלקה או תורנות מיון ובהתאמה למועד בו הם מבצעים אותה.

בהמשך, בהחלטת ועדת המעקב מיום 12.3.2013, נקבעה מתכונת תורנות חצי גם בשבת וחג.



העסקת מומחים צעירים ב-1-2 תורנויות מלאות לחודש

כמו כן, בהסכם קיבוצי זה נקבע כי בהתאם לצורכי העבודה וככל הניתן בהתאם לרצון הרופא, ניתן לשבץ רופא מומחה בחמש השנים הראשונות ממועד קבלת תעודת המומחה או עד גיל 47, לפי המוקדם מבין השניים, ל-2 תורנויות מלאות בחודש.

התמורה שנקבעה בגין ביצוע תורנויות אלה הינה בשיעור של 140% מתעריף תורנות מלאה, בהתאמה לסוג התורנות אותה הם מבצעים - תורנות מחלקה או תורנות מיון ובהתאמה למועד בו הם מבצעים אותה ותמורה בשיעור של 160% מתעריף תורנות מלאה החל מהתורנות החמישית ומעלה, ככל שתהיינה.

מתווה תורנויות שליש למומחים צעירים

בנוסף, ביום 8.12.2011, נחתם הסכם נוסף בו הוסכם גם על מתווה תורנויות שליש למומחים צעירים שמטרתו הייתה תגבור כוח האדם של רופאים בשעות אחר הצהריים והערב.

מתווה תורנויות השליש הוחל על מומחים בחמש השנים הראשונות מיום קבלת המומחיות שלהם או עד גיל 47, לפי המוקדם ואלה רשאים לבקש את שיבוצם בתורנויות השליש על פי בקשתם.

תורנויות השליש מבוצעות בין השעה 16:00 ועד לשעה 21:00 על פי בקשת הרופא ובהתחשב בצורכי המחלקה לא יותר מ-4 פעמים בחודש.

התמורה לה זכאי הרופא בגין תורנויות אלה הינה בשיעור של 85% מתעריף תורנות מלאה בהתאם לתעריף שנקבע בהסכם הקיבוצי מיום 29.11.1976.

יום מנוחה חלופי

באותו הסכם נקבעה גם זכאות לקבלת יום מנוחה חלופי בגין ביצוע תורנויות בסוף שבוע, זאת בנוסף על יום המנוחה שלאחר תורנות.

הסכמה זו עוגנה גם בהחלטת ועדת המעקב מיום 11.3.2012, על פיה העבודה בתורנויות שלהלן מחייבת מתן יום מנוחה חלופי:

- תורנות ביום חמישי + תורנות ביום שבת או
- תורנות ביום שישי (החל מהשעה 13:00 - 8:00 בבוקר שבת) או
- עבודה ביום שישי + תורנות שבת

עוד נקבע, כי יום המנוחה החלופי צריך להנתן בשבוע שלפני התורנות שתבוצע בימים הללו, וככל שלא יסתייע הדבר, יינתן יום המנוחה החלופי בשבוע העוקב לביצוע התורנות.

קרי: נוסף על יום המנוחה שניתן לרופא לאחר התורנות, נקבע כי על המעסיק ליתן לרופא יום מנוחה חלופי בגין עבודתו בתורנות סופשבוע כאמור.

תגמול תורנות שביעית ומעלה

זאת ובנוסף, בהסכם הקיבוצי מיום 25.8.2011 הוסכם כי הצדדים יביאו להפחתת מספר התורנויות החודשי על מנת שמספר התורנויות יחזור ויעמוד על 6 תורנויות לחודש לכל היותר.



לשם הגשמתה ויישומה של מטרה זו הוסכם על תשלום פיצוי בגין תורנות שביעית ומעלה, כך שרופא המבצע מעל ל-6 תורנויות בחודש ושמוצע התורנויות המחלקתי שלו עולה על 6 תורנויות בחודש, זכאי לקבל תגמול מיוחד - הוא "תגמול תורנות שביעית".

18.4. ההליך המשפטי בעניין ד"ר דניאל לנצברג ואח' נ' מדינת ישראל ואח'

בשלהי שנת 2011, הוגשה עתירה לבג"צ (בג"צ 8382/11) על ידי מספר רופאים ובה נתבקש על ידם סעד בדבר קיצור אורכן של תורנויות המתמחים.

ביום 13.12.2011 ניתן פסק דינו של בג"צ בו נמחקה העתירה בנימוק כי הסמכות לדון בטענות העותרים לקיצור אורך תורנויות המתמחים נתונה לבית הדין לעבודה והעותרים הופנו לשטוח טענותיהם בפניו.

וכך בראשית שנת 2012, הוגש לבית הדין לעבודה כתב תביעתם של 6 רופאים מתמחים (ס"ע 54860-01-12 ד"ר דניאל לנצברג ואח' נ' מדינת ישראל ואח')

בתביעה זו תבעו הרופאים תחילה שלא תאפשר העסקתם של רופאים "בדפוס הנהוג כיום לעניין שעות העסקתם ברצף", שכן הדבר עמד לגישתם בניגוד לחוק שעות עבודה ומנוחה.

בהמשך, בהתאם להנחיית בית הדין לעבודה, תוקן כתב התביעה ובו הסעד שנתבקש על ידי התובעים היה שלא לאפשר העסקה במשמרות של יותר מ-11 שעות.

לאחר הליך ממושך במסגרתו נחקרו למעלה מ-10 עדים ולמעלה מ-5 מומחים, ניתן ביום 23.7.2014 פסק דינו של בית הדין לעבודה.

בפסק הדין נקבע כי אין מקום לקבוע כי ההיתר הכללי להעסקת רופאים בתורנויות של עד 26 שעות, הינו בלתי מידתי באופן קיצוני המצדיק התערבותו של בית הדין ואין מקום ליתן צו המחייב להעסיק את הרופאים במשמרות שלא יעלו על 11 שעות, או במשמרות של 16 שעות, כפי שנתבקש על ידי התובעים באותו הליך.

בית הדין ציין כי התיקון להיתר הכללי, שתוקן על ידי שר התמ"ת תוך כדי ניהול ההליך (כפי שיפורט להלן), אימץ במידה רבה את שהוסכם על ידי הצדדים ליחסי העבודה בהסכמים הקיבוציים וכי התערבות שיפוטית בהסכמות קיבוציות טומנת בחובה סכנות לחופש ההתאגדות.

יחד עם זאת, קבע בית הדין לעבודה כי התעלמות התיקון להיתר הכללי מזכותם של הרופאים התורנים לשינה במהלך התורנות אינה סבירה ואינה מידתית והמליץ לשר התמ"ת "לשקול לקבוע מינימום לפיו כל רופא בתורנות, יהיה זכאי לישון בין שעתיים לארבע שעות בכל תורנות... זאת בכפוף למקרים בהם לא יתאפשר הדבר"

בהתאם לכך, וכפי שיפורט להלן, תוקן שוב התיקון להיתר הכללי וקבע שינה יזומה של לפחות שעתיים במהלך תורנות.



18.5. התיקון להיתר הכללי להעסקה בשעות נוספות במפעלים רפואיים (מיום 10.12.2012 ומיום 20.1.2015)

כאמור, במקביל לניהול ההליך המשפטי, תוקן ההיתר הכללי להעסקה בשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים ובילדים וביום 10.12.2012 חתם שר התמ"ת על תיקון להיתר כללי זה אשר זו לשונו:

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

לפי חוק שעות עבודה ומנוחה, התשי"א-1951

אני מודיע לפי סעיף 15 לחוק שעות עבודה ומנוחה, התשי"א-1951 (להלן - החוק), כי בתוקף סמכותי לפי סעיפים 11(4) ו-14 לחוק תיקנתי את ההיתר הכללי להעבדה במנוחה השבועית ובשעות נוספות במפעלים רפואיים ובמוסדות לטיפול בזקנים ובילדים (להלן - ההיתר), כלהלן:

הוספת סעיף 3

1. 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 המעבידים ובין ההסתדרות הרפואית בישראל, בין אם מעסיקו של הרופא חתום עליהם ובין אם לאו, ובכפוף לכל אלה:
- (1) אורך יום עבודה הכולל שעות נוספות שהן שעות תורנות לא יעלה על 24 שעות, ואם צורכי העבודה מחייבים זאת - לא יעלה אורך יום העבודה כאמור על 26 שעות;
 - (2) רופא לא יבצע, ככל האפשר, יותר משתי תורנויות בשבוע עבודה; הועסק רופא ביותר משתי תורנויות בשבוע עבודה, יתעד מנהל המחלקה האחראי על הרופא, בכתב ובאופן סדיר את הנסיבות, השיקולים וצורכי העבודה שבגינם הועסק הרופא כאמור, ומנהל בית החולים יבצע מעקב אחר הנסיבות והצורכים האמורים;
 - (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 המעביד לטובת הרופאים חדר נפרד עם מיטת למנוחה;
 - (6) (א) לא יועסק רופא מעל 71.5 שעות בשבוע עבודה 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 חחורג מ-71.5 שעות עבודה בשבוע כאמור בפסקת משנה (א), אם הדבר דרוש למניעת פגיעה ממשית ביכולת בית החולים ליתן מענה נאות לצורכים הרפואיים של המטופלים במחלקה; ראה מנהל בית החולים כי נדרשת העסקה החורגת משבוע עבודה של 71.5 שעות 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.

(ב) בסעיף זה -

- "אגף ההסדרה" - אגף ההסדרה במינהל ההסדרה ואכיפת חוקי עבודה במשרד התעשייה המסחר והתעסוקה;
- "מעבידים" - ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית וההסתדרות מדיצינית הדסה;
- "שנת עבודה" - כהגדרתה בחוק חופשה שנתית, התשי"א-1951.
- "תורנות" - כמשמעותה בהסכם הקיבוצי מיום 29.11.1976 שבין המעבידים ובין ההסתדרות הרפואית בישראל."

תוקף

2. תוקף סעיף 1 להודעה זו שלוש שנים מיום פרסומה.
- כ"ו בכסלו התשע"ג (10 בדצמבר 2012)
- (חמ 4281-3)

שלום שמחון

שר התעשייה המסחר והתעסוקה



בתיקון להיתר הכללי, הותרה העסקת הרופאים בתורנויות בהתאם לסדרי התורנויות שנקבעו בהסכמים הקיבוציים שנחתמו בין המעסיקים לבין הר"י, בין אם המעסיקים חתומים עליהם ובין אם לאו ובכפוף לתנאים שלהלן:

א. אורך יום עבודה הכולל שעות נוספות שהן שעות תורנות, לא יעלה על 24 שעות ואם צורכי העבודה מחייבים זאת - לא יעלה אורך יום העבודה כאמור על 26 שעות.

ב. רופא לא יבצע, ככל האפשר, יותר משתי תורנויות בשבוע עבודה ובמידה והועסק ביותר משתי תורנויות בשבוע, על מנהל המחלקה האחראי על הרופא לתעד בכתב ובאופן סדיר את הנסיבות, השיקולים וצורכי העבודה שבגינם הועסק הרופא כאמור.

ג. ביום עבודה בו אין הרופא מבצע תורנות, ניתן להעסיק את הרופא בהתאם לסעיף 2 להיתר הכללי משנת 1951, קרי: עד 3 שעות נוספות ביום חול ועד 4 שעות נוספות ביום שלפני המנוחה השבועית.

ד. בין יום עבודה הכולל שעות נוספות שהן שעות תורנות, למשנהו, תחול הפסקה של 20 שעות לפחות.

ה. רופא לא יועסק בלמעלה מ-71.5 שעות בשבוע במוצע לשנת עבודה ואולם מנהל המחלקה רשאי, באישור מנהל בית החולים לאשר מראש העסקת רופא באופן החורג מ-71.5 שעות עבודה בשבוע אם הדבר דרוש למניעת פגיעה ממשית ביכולת בית החולים ליתן מענה נאות לצרכים הרפואיים של מטופלים במחלקה.

בנוסף, בתיקון להיתר הכללי, הוגדרה "תורנות" - "כמשמעותה בהסכם הקיבוצי מיום 29.11.1976 שבין המעסיקים לבין ההסתדרות הרפואית בישראל".

הנה כי כן, המחוקק חזר ועיגן בתיקון להיתר הכללי שניתן מכוח חוק שעות עבודה ומנוחה, את מתכונת התורנויות כפי שנקבעה בהסכמים הקיבוציים.

ביום 20.1.2015, לאחר שניתן פסק דינו של בית הדין לעבודה, בעניין ד"ר דניאל לנצברג ואח', תוקן ההיתר הכללי פעם נוספת ובסעיף 3 (א) (5) הוספה התוספת בסיפא: "לצורך שינה יזומה במשך לא פחות משעתיים, למעט במקרים חריגים שבהם לא יתאפשר הדבר", קרי: בתיקון הנוסף להיתר הכללי, הוטלה החובה על המעסיק לאפשר שינה יזומה של שעתיים לפחות במהלך תורנות, למעט במקרים חריגים.

תוקף התיקון להיתר הכללי היה תחילה למשך שלוש שנים, קרי: עד ליום 10.12.2015 וביום 24.12.2015 הוא הוארך שוב ל 4 שנים נוספות - עד ליום 24.12.2019.

עקב התפזרותה של הכנסת וקיומן של בחירות ביום 17.9.2019, הרי שעל פי סעיף 38 לחוק יסוד הכנסת הוארך תוקפו של התיקון להיתר הכללי עד ליום 16.6.2020 - הארכה של שלושה חודשים מיום תחילת כהונתה של הכנסת לאחר הבחירות.

בהמשך, האריך שר העבודה והרווחה את תוקפו של התיקון להיתר הכללי עד ליום 15.3.2021.

תוקפו הוארך שוב בשלושה חודשים מיום תחילת כהונתה של הכנסת הנוכחית וזאת מכוח סעיף 38 לחוק יסוד הכנסת, קרי עד ליום 6.7.2021.



18.6. עתירה לבג"צ בשנת 2016

להשלמת התמונה יאמר כי בשנת 2016 שוב הוגשה לבג"צ עתירה כנגד חוקיות התיקון להיתר הכללי. בעתירה נטען לפגיעה בזכויות המתמחים לכבוד לחיים, לבריאות ולשלמות הגוף באופן לא מידתי.

כמו כן, נטען כי העסקה משך 26 שעות ברציפות, אינה מידתית וגורמת לנזקים למתמחים ולמטופלים ובנוסף כי הוראות התיקון להיתר הכללי אינן נאכפות וכי לא ניתנת שינה יזומה לרופאים בתורנויות.

ביום 5.1.2017 דחה בג"צ את עתירה.

בפסק הדין נפסק כי:

- הטענות הן במישור משפט העבודה ומקום בירור הטענות הוא בבית הדין לעבודה (בדומה לפס"ד לנדצברג).
- שאלת החוקיות של ההיתר נבחנה בפס"ד לנדצברג והוכרעה.
- נושא תורנויות המתמחים הוסדר בשורה של הסכמים קיבוציים.
- המקרה אינו שונה מההליך המשפטי בעניינו של ד"ר דניאל לנדצברג ואח' ובית הדין לעבודה מוסמך לדון בו.

לאחר דחיית העתירה, לא הגישו העותרים תביעה בנושא לבית הדין לעבודה והתיקון להיתר הכללי נשאר על כנו כמפורט לעיל.



19. ריכוז המלצות הוועדה

19.1. שיפור איכות חייו של הרופא - מניעת שחיקה במקום העבודה

הוועדה מציעה גישה תקדימית ביחסה של מערכת הבריאות לנושא השחיקה בעבודת הרופאים באמצעות שילובן של שתי המלצות פשוטות יחסית ליישום:

19.1.1. קידום מקצוע עוזר רופא

עוזר רופא (PA - Physician Assistant) הוא איש מקצוע בתחום הבריאות, המוסמך לעסוק ברפואה תחת השגחתו של רופא. עוזר הרופא עוסק במניעה, אבחון וטיפול רפואי באמצעות מתן מגוון רחב של שירותי בריאות, אשר באופן מסורתי ניתנו על-ידי הרופא.⁹⁶ עוזר רופא הוא מקצוע חדש יחסית בתחום הבריאות, אשר נוסד בארצות הברית בשנות השישים של המאה העשרים. מקצוע זה מתרחב במהירות בתוך ארצות הברית, ומתפתח גם במדינות נוספות. עוזר הרופא מספק מגוון רחב של שירותי בריאות, אשר בעבר ניתנו באופן מסורתי רק על-ידי הרופא עצמו.

תוכניות ההכשרה של עוזרי הרופא קשורות באופן הדוק למקצוע הרפואה - הן מבוססות על תוכניות הלימודים של הרופאים, ועקרונותיהן זכו להכרת ההסתדרות הרפואית האמריקנית (AMA). עוזר הרופא פועל תמיד בכפיפות לרופא ממונה ותחת פיקוחו. עם זאת, החוקים והתקנות ברוב מדינות ארצות הברית מאפשרים גמישות רבה בהאצלת הסמכויות מהרופא הממונה לעוזר הרופא. כמו כן, במדינות רבות בארצות הברית רשאים עוזרי הרופא לרשום תרופות, אמנם תחת מגבלות. יודגש כי האחריות המקצועית לפעולותיו של עוזר הרופא מוטלת במשותף על עוזר הרופא ועל הרופא הממונה.

96 אתר האינטרנט של <http://www.aapa.org/about-pas> (American Academy of Physician Assistant) AAPA יש להבדיל בין Physician Assistant ל-Medical Assistant, המבצע בדרך כלל עבודות פקידותיות.



משרד הבריאות מקדם בשנים האחרונות את מיסוד המקצוע, בהתבסס על מסקנות הוועדה שעסקה בנושא, ובהתאם לצעדי חקיקה ולחוזרים שיזם על מנת לאפשר את פעילותם של עוזרי רופא בישראל. בעקבות המלצת הוועדה תוקנו בשנת 2014 תקנות "כשירויות לביצוע פעולות חריגות" לפקודת הרופאים, כך שיתאפשר ביצוע פעולות רפואיות ל"עוזרי רופא מרדים" ול"עוזרי רופא ברפואה דחופה".⁹⁷ חוזר מנכ"ל משרד הבריאות שיצא בשנת 2015 הגדיר קווים כלליים למיסוד המקצוע בישראל, לרבות הגדרת הכשרה מתאימה וסמכויות מקצועיות.⁹⁸ כיום הולך ומתבסס המקצוע בעיקר בתחום הרפואה הדחופה.

הר"י עסקה רבות במהלך השנים בשאלת מיסודו של מקצוע עוזר רופא, והיא איננה שוללת עקרונית את מיסודו של המקצוע תוך תיאום ושיתוף פעולה מלא עמה ולאחר בחינת כדאיות המהלך מבחינה כלכלית ורפואית. נושא גיבוש מודל לתפקיד עוזר רופא נמצא על סדר יומה של הר"י במשך שנים, ועמדתה היא כי כל מודל שיוגוש לבסוף, עליו להיות מושתת על כמה עקרונות בסיסיים. ראשית כל, עוזר רופא לא יכול לשמש במקום רופא, הוא איננו "תחליף רופא" ובוודאי שלא יכול לשמש פתרון זול ונוח עבור משרד האוצר על חשבון איכות ובטיחות הטיפול. בכל מקרה, אין לראות בעוזר רופא מענה למחסור ברופאים.

19.1.2. תוספת כוח אדם פקידותי (מזכירים/ות רפואיים/ות)

הסטת משימות לא-רפואיות ובירוקרטיות מהרופאים המטפלים אל כוח אדם ייעודי הינה אחד המפתחות המרכזיים הן למניעת שחיקה והן לשיפור השירות והטיפול הרפואי. המדובר במטלות שאינן תורמות מאומה לאיכות ההכשרה, ואשר ניתן להעבירן לידי עובדים אדמיניסטרטיביים: הוועדה שוכנעה כי חלק גדול מזמנם של הרופאים, לרבות הרופאים המתמחים, מוקדש למשימות מתישות, המבזבזות את זמנו היקר של הרופא, אשר היה יכול להיות מוקדש ללימוד, לטיפול ואף למנוחה. משימות אלה ניתנות להעברה לכוח אדם מסייע כגון מזכירים/ות רפואיים/ות.

העובד האדמיניסטרטיבי יעסוק במשימות כגון תיאומי הזמנות חולים, טיפול בדברי דואר, הדפסות, תיעוד מסמכים, ארגון גיליונות, זימון חולים ומבקרים, תיאום פגישות בין הרופא למטופל ומשפחתו, הזמנת יועצים, תיעוד ביקור רופאים במחלקה וכיוצא בזה. לפי הערכת הוועדה, בסדר גודל של 30-35 מטופלים יש לאחר ביקור אחד כ-100-150 משימות שונות לביצוע. מזכיר/ת מתמחים יוכל לסייע ולארגן יותר מ-90% מהן.

הוועדה ממליצה כי לקבוצת מתמחים במקצועות בהם מתקיים טיפול רפואי שוטף בחולים, קרי מקצועות הכירורגיה והמקצועות הפנימיים, יוצמדו עובד אדמיניסטרטיבי (מזכיר/מזכירה רפואי/ת) במהלך שעות העבודה הרגילות (בוקר עד אחה"צ), דהיינו תקן אחד לכל מחלקה במקצועות אלה.

במחלקות הרפואה הדחופה (חדרי המיון) יש צורך בעובד אדמיניסטרטיבי ובשני עוזרי רופא - האחד עבור תורני המקצועות הכירורגיים והשני עבור תורני המקצועות הפנימיים - בשעות התורנות לאורך היממה כולה בשל אופי העבודה. יש להביא בחשבון כי ייתכן שיהיה צורך בכל שלושת התקנים הללו לאורך כל שעות היממה, קרי עבודת שעות הבוקר והתורנות בשל אופי העבודה בחדרי המיון, אך הדבר צריך להיות מותאם באופן פרטני לגודל ולהיקף הפעילות של כל בית חולים על פני שעות היממה, זאת לאור השונות הרבה במאפייניהם של בתי החולים בישראל.

97 תקנות הרופאים (כשירויות לביצוע פעולות חריגות), התשס"א-2001.

98 משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי 7/2015 "עוזרי רופא במערך האשפוז והקהילה", 12 במאי 2015.



19.2 שיפור מתכונת עבודת הרופאים המתמחים

הוועדה ממליצה על מהפכה של ממש במתכונת עבודת המתמחים בישראל: גישת "one-size fits all" איננה הפתרון הרצוי עבור מערכת ההתמחות. לכל מקצוע מאפיינים ייחודיים משלו, אשר עשויים להכתיב מתכונות שונות של עבודה. על כן, הוועדה ממליצה לתת מענה לכל תחום בהתאם לצרכיו ומאפייניו באופן דיפרנציאלי, ולא לכוון את כל מקצועות הרפואה יחדיו. תובנה זו זכתה לחיזוק לאורך כל דיוני הוועדה מצד רבים מחברי הוועדה והדוברים השונים, אשר הסבירו כיצד מתכונות עבודה שונות עשויות להיגזר מהבדלים בין תחומי מומחיות.

בהתאם לכך פרסה הוועדה בדוח זה ארבעה מודלים שונים של מתכונת עבודת המתמחים, הנבדלים זה מזה במאפייניהם העיקריים, כגון שעות העבודה הרצופה, שעות המנוחה, מספר התורנויות ועוד: מודל העבודה הקיים תחת השינויים המוצעים; מודל 16/2; מודל 18/30 ומודל "התורן המגשר". מודל נוסף יוחד באופן ספציפי לעבודה במר"דים, ויאומץ על ידי מקצוע הרפואה הדחופה.

הוועדה ממליצה כי מודל העבודה הרצוי לכל תחום התמחות יבחן בצורה דיפרנציאלית על ידי כל איגוד מדעי בשיתוף ובתיאום עם המועצה המדעית של הר"י. הבחירה במודל העבודה הרצוי תיעשה בהתאם להחלטה משותפת של האיגוד ושל המועצה המדעית. כמו כן, לאיגוד תעמוד הזכות לשמר את המצב הקיים כיום תחת מתכונת העבודה הנוכחית, כלומר אין הוא מחויב לבחור באחד מהמודלים החדשים המוצעים בדוח זה.

יחד עם זאת, הוועדה קובעת את התנאים הבאים:

- **תוספת משאבים:** הוועדה תעמוד על כך שלצורך השינויים המוצעים במתכונת ההתמחות, יעמדו לרשות המערכת האמצעים התקציביים וכוח האדם הדרוש לפי התוספות שחושבו בדוח זה. לשם כך דרושה התחייבות מפורשת של משרדי האוצר והבריאות להעברת האמצעים הדרושים, אשר "ייצבעו" כתקציב וכתקנים ייעודיים באופן ספציפי ליישום מתכונת העבודה המומלצת בזאת. מערכת הבריאות הציבורית סובלת ממצוקה חריפה ומתמשכת של תקציבים, תשתיות, תקנים וכוח אדם. ללא תוספת המשאבים הנדרשים, לא זו בלבד שיישום המודלים ייתקל בקשיים רבים, אלא שהוא צפוי להביא להרעת תנאיהם של הרופאים בהשוואה למצבם הנוכחי.
- **מניעת הרחבת אי השוויון הקיים:** במהלך דיוני הוועדה הועלו חששות מפני האתגר שביישום שוויוני של מתכונת עבודה חדשה כלשהי. יישום המודל עלול להיתקל בחסמים ארגוניים-בירוקרטיים. כך למשל, מחלקות קטנות כמו גם בתי חולים קטנים עלולים להתקשות באימוץ מודלים אשר יישומם המוצלח תלוי בקיומו של כוח אדם רב. גם מחלקות ובתי חולים גדולים לא יוכלו "לספוג" תמיד היעדרויות בגין חופשות, ימי מילואים, חופשות לידה ועוד. אל הקושי האדמיניסטרטיבי, אם כן, עלול להתלוות גידול באי השוויון בתנאי העבודה בין מוסדות רפואה, בניגוד גמור למטרות הוועדה. על כן הוועדה רואה את השמירה על עיקרון השוויון כתנאי הכרחי ליישום המודל המומלץ.
- **הצורך ביישום הדרגתי:** שינוי מהותי כגון זה במערכת הבריאות דורש שיתוף פעולה נרחב בין כל השחקנים, ולכן יש לעשותו ללא פגיעה בעקרונות המנחים את עבודת הוועדה.
- **הקמת ועדת יישום:** הוועדה ממליצה על הקמתה של ועדת יישום מטעמה של הר"י, אשר תכלול נציגי המועצה המדעית והאיגודים המדעיים, על מנת ללוות ולעמוד מקרוב על יישום המודלים המומלצים בזאת, לרבות העברת המשאבים כאמור, גיוס כוח האדם הדרוש בפועל על ידי בתי החולים, אימוץ מתכונת העבודה במחלקות בבתי החולים ויישומה בפועל תוך הקפדה על שמירת זכויות הרופאים.



19.3 שיפור תנאי העבודה וסביבת העבודה של הרופאים המומחים

19.3.1 מודל עבודת הרופא המומחה

- א. בחינה של כלל קבוצות הרופאים השונות והשוואה בתנאי עבודתם:
- תוספת של שעות הכשרה לרופאי בתי החולים - הקצאת שעות הכשרה שבועיות שיוקדשו למחקר, להתעדכנות אקדמית ולהכשרת מתמחים. שעות אלו יוכלו להוות פתרון עבור הזמן הנדרש להכשרה למנטורינג ולמישוב במסגרת מהפיכת הכשרת המתמחים ה-CBME.
 - הפחתת שעות העבודה פרוגרסיבית לגיל - יש לקדם במסגרת המו"מ להסכם הקיבוצי הבא את הדרישה להפחתת שעות עבודה החייבות לפי מפתח המבוסס גיל וותק.
- ב. שיקוף התפתחות הרפואה והתמקצעות העל בשירות לציבור באופן מתמיד: התאמת טורי הכוננויות והבטחת זמינות המומחים במקצועות השונים להתפתחויות ברפואה על מנת להבטיח את רמת השירות המקצועי לציבור בכל ימות השנה ובכל שעות היממה.
- ג. שינויים במבנה ובתגמול על כוננות:
- הגדרת כוננות פעילה - הכוונה היא לכוננות שבה בוצעה פעילות כונן לאחר השעה 23:00 לרבות הגעה לצורך פרוצדורה, מתן מענה טלפוני רציף ועבודה מהבית. שעות הכוננות הפעילה יקודזו משעות העבודה יום לאחר הכוננות. כוננות פעילה שבה 6 שעות פעילות ומעלה תחושב כתורנות, והתגמול עבורה יהיה כערך תורנות. הכונן יהיה זכאי ליום מנוחה מלא לאחר כוננות פעילה / תורנות.
 - שינוי מבני בשיבוץ לאחר כוננות - לאחר יום כוננות ישובץ הכונן מראש בשיבוץ גמיש. שיבוץ זה יאפשר יום מנוחה לאחר כוננות פעילה מבלי לפגוע בפעילות השוטפת של המחלקה.
 - הגדרת מינימום כוננויות חודשי למשרה מלאה של מומחה - לרבות במקצועות בהן קיים מיעוט כוננויות.

19.3.2 סביבת עבודת הרופא המומחה

- א. הגדרה הסכמית של סביבת העבודה של הרופא המומחה: יש להגדיר תנאי מינימום לסביבת העבודה של הרופא המומחה.
- ב. מודל עבודה המשלב בית חולים וקהילה: מומלץ לבחון מודלים המשלבים עבודת מומחים בבתי החולים ובקהילה. עבודה משולבת - בית חולים וקהילה - יכולה להפחית שחיקה, לתרום לניסיון המקצועי ולעצמאות הרופא הבכיר, וכן לתרום לפעילות ולמקצועיות המחלקה בבית החולים. יש להדגיש, כי אופי השילוב והיקפו לא יהיו הפרורגטיבה של המעסיק. יתכן שהקמת רשות אשפוז לאומית והממשק של רשות זו עם כלל קופות החולים, תאפשר ליצור מודל שכזה.
- ג. הקמת מעונות יום לילדי סגל רפואי בתוך בתי החולים: מומלץ להקים מעונות יום לילדי סגל רפואי, בדגש ילדי מתמחים ומומחים בבתי החולים. מעונות היום ישפרו דרמטית את תנאי העבודה של הרופאים ויאפשרו גמישות רבה יותר בשעות העבודה.



19.3.3. קידום מקצועי

א. הוספת מסלולי קידום מגוונים

על רקע היעדרו של אופק קידום מקצועי מספק לרופאים כיום, נדרש שינוי שיבטיח תוכניות התקדמות לרופאים מומחים לפי כשרונם ונטיית ליבם, תוך התחשבות בצורכי המחלקה. תוכנית הקידום תתאים משימות למומחה לפי המסלול שבחר, ותקצה לו זמן שמור לטובת משימות אלו (תוך תוספת תקינה לפי מפתח שיקבע). תוכניות קידום ייחודיות (כמפורט מטה), תספקנה מענה לבעיות מהותיות במערכת כיום: העדר תמריץ למומחים לשמש בתפקיד ניהול, פגיעה בהכשרת מתמחים עקב ריבוי מטלות אדמיניסטרטיביות והיעדר זמן שמור למנטורינג ולהכשרה.

ב. מסלולי קידום המוצעים מטעם ועדת המשנה

- מסלול קידום מחקרי (מבוסס פרסומים, וגיוס מענקים).
- מסלול קידום קליני (מבוסס השקעה קלינית).
- מסלול קידום ניהולי (מבוסס השקעה בארגון, יוזמה ופיתוח שירותים).
- מסלול קידום הוראתי (מבוסס הכשרת מתמחים/מתמחי-על).

לדוגמה: מסלול הקידום ההוראתי. ועדת המשנה מציעה לדון במערכת מקבילה של דרגות אחריות פורמליות על מסלולי ההכשרה. לכל דרגה יוגדרו תחומי אחריות ואופי התגמול.

19.3.4. תורנויות מומחים

א. תורנויות מומחים מלאות

כיום ניתן לחייב מומחה צעיר (5 שנים לאחר קבלת התואר מומחה או עד גיל 47) לבצע עד שתי תורנויות בחודש. ועדת המשנה סבורה כי אין מקום לשנות מהותית סעיף זה בהסכם אך יש להציע תוספות להסכם הבא:

- **הטבת תנאים לתורנויות מומחים** - תגמול תורנות של מומחה צעיר לפי מפתח שיקבע בדיוני הוועדה, תגמול תורנות של מומחה ותיק (לאחר 5 שנים מקבלת התואר מומחה או מעל גיל 47) לפי מכפלת המפתח שיקבע בפקטור של 1.2.
- **הפסקת עבודה של 24 שעות לאחר תורנות מומחה** - לאחר תורנות של מומחה/כוננות פעילה המומחה יהיה זכאי ליום מנוחה בתשלום.

ב. תורנויות חצי ותורנויות שליש

ועדת המשנה מוצאת בתורנויות החצי והשליש חשיבות עליונה למתן מענה למספר מצוקות: מצוקת כוח אדם במחלקות ובמלר"דים משעה 15:00; פגיעה בהכשרה לאחר השעה 15:00 עקב היעדרות רופאים בכירים ומנוסים; גישור על הירידה הדרמטית בשכרם של מומחים צעירים בתחילת דרכם.



לאור זאת, ועדת המשנה ממליצה כי גם תורנויות החצי (כמו תורנויות השליש) תוגדרנה כתורנויות בחירה של המומחה הצעיר (עד ל-4 בחודש), ולא כפרוגטיבה של המעסיק. התגמול לתורנויות חצי ושליש יוותר לפי המפתח מההסכם הקיבוצי הנוכחי. הוועדה ממליצה להסיר חסמים ומגבלות ולאפשר למנהלי בתי החולים להשתמש ברכיב זה גם מעבר לסף המינימלי כדי לשפר את המענה המקצועי לציבור בכל שעות היממה.

19.3.5. מודל הרופא "המתחייב" - הצעה למודל תחליפי למודל ה"פול טיימר"

ועדת המשנה דנה במודל ה"פול טיימר", שיישמו הנרחב נכשל ברחבי מערכת הבריאות. הוועדה מצאה לנכון לפתח ולהציע מודל חדש - מודל "הרופא המתחייב" - מודל המגדיר עשייה מעבר לסטנדרט תמורת תגמול, לפי הנקודות הבאות:

- **התחייבות** - "הרופא המתחייב" מתחייב לשעות ליבה מורחבות בבית החולים/פעילות נוספת, אך לא לעבודה בלעדית במסגרתו. בימים שאינם במסגרת ההתחייבות הנוספת, יורשה הרופא לעסוק בעבודה פרטית.
- **היקף** - במודל יכללו מקצועות בית החולים שיקבעו לאחר מו"מ עם המעסיק. חוזה מוסכם בין שני הצדדים: בית החולים והרופא המומחה.
- **תגמול** - המודל יתבסס על תורנויות החצי (120% תעריף תורנות) במכפלת ימי ההתחייבות הנוספת השבועית. כך למשל, מומחה שיתחייב ליום שבועי, יתוגמל בתוספת לשכרו של יום עבודה כפול שש (ערך תורנות חצי) * מפתח ותק * כפול ארבע (פעמים בחודש).

19.3.6. המומחה הצעיר

א. המומחה הצעיר צפוי להפחתת תנאיו לאחר סיום ההתמחות ולפעור שכר, הפוגע רבות במוטיבציה להמשיך ולעבוד במסגרת הרפואה הציבורית. כדי לגשר על פער זה, ולשפר את מצבו של המומחה הצעיר, בחרה הוועדה להדגיש נושאים שיאפשרו שיפור ניכר בתנאי המומחה הצעיר ובמקביל רתימת יתרונותיו לשיפור התפוקות וההכשרה במחלקה, כמפורט להלן:

- **תורנויות חצי** - עד 4 תורנויות חצי לבחירת המומחה הצעיר (למעשה, במודל זה הרופא מחוייב ליום שבועי). ימים נוספים יהיו פרוגטיבה של המעסיק.
 - **מודל הרופא המתחייב** - כפי שנידון לעיל.
 - **הוספת טור כוננויות** - כגישור - כדי לאפשר למומחים צעירים להשתלב בטור הכוננים המחלקתי מבלי להוריד את השכר הממוצע במחלקה עד להתבססות במודל של רופא מחויב, שילוב עבודה בקהילה או פרקטיקה פרטית.
- ב. תקינה - מתקינה של "ברזלים" - לתקינה של פעילות: לאור העלייה בהיקף הפעילות במחלקות האשפוז ובמערך האמבולטורי, סבורה הוועדה שמנגנון התקינה הקיים אינו משקף יותר את המציאות בבתי החולים. על כן יש להתאים את מפתחות התקינה להיקף הפעילות ולעומס שהתגברו מאז נקבעו מפתחות התקינה הנוכחיים.
- ועדת המשנה מציעה להקים ועדה מקצועית למציאת מודל מתאים. כבסיס למודל, מציעה ועדת המשנה כי פעילות של מחלקות, יחידות ומוסדות רפואיים יבחנו לאורך שנים, במקום מידול נקודתי הנתון לשינויים ועלול לפגוע בתקינה קיימת.



ג. הכנה להשתלמות על (fellowship) בחו"ל והשתלמות עמיתים:

מומלץ להקים גוף חדש - מועצה מרכזית, שתהווה חלק מהמועצה המדעית, ואשר תרכז תחתיה את כל נושא ההשתלמויות בחו"ל ובהלימה לדרישות המדינה ובתי החולים. המועצה החדשה תסייע הן בהתאמת המומחה הצעיר למקום ההשתלמות והן בגיוס המימון להשתלמות. עבור מומחים שאינם יכולים לעזוב את הארץ לתקופה, יש לנסות לסייע בהגברת האפשרויות להשתלמות עמיתים במקצועות השונים.



20. אחרית דבר

קצרה היריעה מלתאר את מורכבותו האדירה של מקצוע הרפואה, כפי שעלתה מדיוני הוועדה. עושר הנתונים, מגוון הדעות ועומק התובנות אליהם נחשפה הוועדה, הצביעו בעת ובעונה אחת הן על השונה והן על המשותף לתחומי הרפואה השונים, והעלו שאלות רבות באשר לצרכיהם המקצועיים והארגוניים. לפרקים נדמה היה כי דווקא חתירתה הבלתי מתפשרת של הוועדה לרדת לשורש הדברים על ידי חקירה יסודית מבלי להותיר אבן על אבן, נהפכה לה לרועץ, שכן ככל שהתבררו פרטי פרטיה של תמונת המציאות, כך התגבר הקושי לחלץ מהדיון אמירה ברורה וחד משמעית או להציג משנה סדורה, שניתן יהיה להחילה על הרפואה כמכלול על שלל ענפיה. יחד עם זאת, בתוך הסבך לא נעלם מעיני הוועדה מוטיב רעיוני רב משמעות, שעבר כחוט השני במהלך דיוניה. זה הלך והתבהר ככל שהתקדמה הוועדה בעבודתה: מקצוע הרפואה מתפתח ומשתנה ללא הרף, ועל כן אין למערכות הסובבות אותו אפשרות לשקוט אל שמריהן. עליהן להשתנות יחד עמו ולהתאים עצמן אליו מכל בחינה אפשרית - ארגונית, תקציבית, רגולטורית, משפטית וכדומה. רק כך אפשר יהיה לספק לציבור בישראל את השירות ואת הטיפול הרפואי המיטביים הראויים לו.

רעיון זה הוא שהדריך את הוועדה בבואה להמליץ את המלצותיה בדבר השינויים הדרושים במערכת הבריאות בכלל ובמערכת הכשרת המתמחים בפרט. הוועדה גם ערה לקשיים הרבים המתלווים ליישום המלצותיה. אין חולק כי לפחות חלק מההמלצות מהווה שינוי חסר תקדים עבור מערכת הבריאות. חרף אופיין הרדיקלי של ההמלצות, ואולי דווקא בגללו, הגישה הרצויה ליישומן איננה גישה רבולוציונית, כי אם אבולוציונית, שהרי ידוע כי "שוטים נחפזים במקום בו מלאכי מרום חוששים לפסוע".

לאור ההשלכות האפשריות של יישום המודלים על מערכת הבריאות, יש לגשת אל יישומן בשום שכל, עקב בצד אגודל תוך תיאום ושיתוף פעולה מלא של כל הנוגעים בדבר. לבסוף, המלצות הוועדה והאתגרים הצפויים ביישומן, מאירים את הצורך הדחוף מצד המדינה לחשוב מחדש על גישתה כלפי מערכת הבריאות הציבורית. כל ניסיון ליישם את המלצות הוועדה ראשיתו בגיוס המשאבים הדרושים לשם כך, כמפורט בדוח. על כן, מעבר לעיסוק בסוגיות הפרטניות שעלו על שולחן הוועדה, יש לראות בהמלצות הוועדה הזדמנות פז להביא לשינוי יסודי במקומה של מערכת הבריאות הציבורית בסדר היום הלאומי, ולשים קץ למצוקתה המתמשכת, ויפה שעה אחת קודם.



21. התייחסויות נוספות של חברי הוועדה

ביום 31 במאי 2021 התקיימה ישיבתה האחרונה של הוועדה העליונה, אליה הוזמנו כל חבריה, ובה הוצגו מסקנותיה והמלצותיה. חברי הוועדה התבקשו לשלוח את התייחסויותיהם, ככל שישנן, למסקנות ולהמלצות כפי שהוצגו בפניהם. הללו יפורטו להלן.

ד"ר משה קוסטינר, מ"מ יו"ר הר"י ויו"ר ארגון רופאי שירותי בריאות כללית

רפואת הקהילה - אתגרים ופתרונות

רפואת הקהילה מתייחסת למכלול שירותי הבריאות המתקיימים מחוץ לבתי החולים. רפואת הקהילה מהווה על פי רוב את נקודת המפגש הראשונה של המטופל עם מערכת הבריאות. למעשה, רוב האינטראקציות בין ציבור המטופלים למערכת הבריאות מתרחש בקהילה.⁹⁹ אין ספק שרפואת קהילה חזקה, כפי שהומחש היטב במהלך מגפת הקורונה, מעידה על חוסנה של מערכת הבריאות, ומפחיתה את העומס ממערכת האשפוז. יתרה מכך, יש לראות ברפואת הקהילה חלק בלתי נפרד גם ממערך ההכשרה הרפואית, בעיקר כאשר אחת ממגבלותיה העיקריות כיום היא מיעוט השדות הקליניים בבתי החולים. כבר כיום מתקיימת הכשרה בקהילה, בשילוב בינה למערכת האשפוז. פיתוח ההכשרה בקהילה, אפוא, צפוי להרחיב את השדות הקליניים הדרושים למערכת כולה. מכאן שחיזוק רפואת הקהילה צפוי להשפיע ישירות על עבודת המומחים והמתמחים בבתי החולים. במציאות בה רפואת הקהילה ומערכת האשפוז פועלים יחדיו כמערכת של כלים שלובים, עבודתה של הוועדה לא תהיה שלמה ללא שילוב רפואת הקהילה במאמץ הלאומי לשפר את מתכונת העבודה וההתמחות במערכת הבריאות - לא כתחליף לבתי החולים אלא לצידם, כחלק אינטגרלי ממכלול שירותי הבריאות.

רובם המכריע של שירותי הבריאות בקהילה ניתן על ידי ארבע קופות החולים המבטחות את כל תושבי ישראל במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. הללו אחראיות על אספקת שירותי הבריאות לאוכלוסייה במסגרת סל שירותי הבריאות המוגדר בחוק. "שירותי בריאות כללית" היא הגדולה בין ארבע הקופות, המבטחת למעלה ממחצית מתושבי ישראל, וברשותה כ-1,400 מרפאות. כמו כן, תחת אחריותה 14 בתי חולים הפרוסים ברחבי הארץ. מכבי שירותי בריאות היא השנייה בגודלה לפי מספר מבטחיה. קופה זו מעניקה שירותי בריאות למבטחיה בעיקר באמצעות קניית שירותים מספקי שירות חיצוניים (בתי חולים, רופאים עצמאיים, בתי מרקחת ועוד). ל"מכבי" רשת פרטית של מרכזים רפואיים, הנמצאת בבעלותה המלאה ("אסותא"), ביניהם בית החולים אסותא אשדוד - בית חולים ציבורי שנפתח בנובמבר 2017.¹⁰⁰

99 ג. בן נון, י. ברלוביץ ו-מ. שני, מערכת הבריאות בישראל (תל אביב: עם עובד, 2010 [2005]).
100 דוח תכנית המתאר לפריסת שירותי הבריאות בישראל - תמ"א 49, סקר מצב קיים, ינואר 2020.



קופת חולים מאוחדת היא הקופה השלישית בגודלה בישראל, המשרתת יותר ממיליון מבוטחים בכל הארץ, ומפעילה למעלה מ-300 מרפאות. לאומית שירותי בריאות היא הקופה הקטנה ביותר, המשרתת כ-730,000 מבוטחים, ומפעילה כ-320 מרפאות בפריסה ארצית. שיטת אספקת השירותים בשתי הקופות הקטנות דומה לזו הנהוגה ב"מכבי" - התבססות על קניית שירותי בריאות במקום הפעלה והספקה ישירה של שירותים.

יצוין כי על אף הפריסה הארצית של שירותי הבריאות, קיימים הבדלים בזמינות רופאי הקהילה בין הקופות ובין מקצועות רפואיים באזורים שונים בארץ. כמו כן, יש אזורים גיאוגרפיים שבהם שירותים רפואיים מסוג מסוים אינם קיימים כלל.

לצד קופות החולים, שירותים נוספים בקהילה בעלי חשיבות רבה לקידום בריאות ולרפואה מונעת הם תחנות טיפות חלב, שירות הבריאות לתלמיד, בריאות השן, מוקדי רפואה דחופה ובתי המרקחת. בנוסף, קיימים ארגוני בריאות נוספים הפועלים כארגוני המגזר השלישי. ארגוני המגזר השלישי פועלים ללא כוונת רווח וכוללים מלכ"רים, עמותות, ארגונים ציבוריים, ארגוני חברה וקהילה ועוד. שירותי הבריאות המסופקים על ידי המגזר השלישי בישראל מגוונים ורחבים וכוללים שירותי אשפוז, טיפולים במרפאות כלליות שירותי הוספיס, עזרה ראשונה, יחידות חילוץ אזוריות, טיפולים בנפגעי נפש, טיפולי שיניים, שירותי רפואה משלימה שירותים פרה-רפואיים ועוד. דוגמאות לשירותי הבריאות הניתנים על ידי המגזר השלישי הן מגן דוד אדום, האגודה למלחמה בסרטן, יד שרה ועזר מציון.

השירות הרפואי בקהילה והתאמתו לצרכים המתפתחים

מערכת הבריאות כולה, ורפואת הקהילה בפרט, עומדות בפני אתגרים משמעותיים, הבולטים בהם הם הזדקנות האוכלוסייה, התפשטות תחלואה כרונית מרובה, תקציב חסר ומחסור בכוח אדם רפואי. אתגרים אלה דורשים תוספת משאבים חיונית, מיידית ומשמעותית לרפואת הקהילה הן לטובת שיפור השירות והטיפול והן למען התארגנות מחדש של השירות, לרבות פיתוחן והטמעתן של טכנולוגיות חדישות, בהן טכנולוגיות מידע והכשרת כוח אדם מיומן, אשר יוכל להתמודד עם אתגרי העתיד, לרבות מגמת העברת חלק מהאשפוז בבתי החולים, לרבות אשפוז פסיכיאטרי, למסגרות אשפוז בקהילה כולל בבית המטופל.

ראשית כל, חיזוק הרפואה הראשונית בקהילה דורש טיפול מידי בצרכיהם של רופאי הקהילה - רופאים ראשוניים (רופאי משפחה ורופאי ילדים) והרפואה היועצת. בראש ובראשונה יש צורך דחוף להגדיל את מספר הרופאים המטפלים על מנת שניתן יהיה לענות על צרכי הבריאות הגדלים של אוכלוסיית ישראל הגדלה ומזדקנת בקצב מהיר יחסית למדינות המפותחות.

עומס העבודה המוטל על הרופא הראשוני נגזר ממספר המטופלים המשווין אליו ("נורמה"). ברפואה היועצת העומס תלוי במספר המטופלים שהרופא מקבל בשעה. הן ברפואה הראשונית והן ברפואה היועצת, העומס הרב המוטל על רופא הקהילה אינו מאפשר לו להעניק למטופליו טיפול מיטבי. רופא הקהילה פוגש 1-3 מטופלים בממוצע בכל 10 דקות, בעוד שהזמן האופטימלי למטופל אמור לארוך 15-20 דקות. כתוצאה מכך, לא זו בלבד שאיכות הטיפול נפגעת בשל הסכנה הגוברת לטעויות באבחון וטיפול, אלא גם יעילות המערכת נשחקת, זאת משום שהמטופל נאלץ לחזור לביור נוסף, אשר ניתן היה למנעו, לו ניתן היה להקדיש זמן ארוך יותר למפגש מטפל-מטופל. במקרים אחרים פונה המטופל לחדר המיון בבית החולים או לרפואה הפרטית, ובכך מטיל עומס נוסף ומיותר על המערכת, אשר יכול היה להימנע מלכתחילה באמצעות הארכת זמן מטפל-מטופל בנקודת המפגש הראשונית או השניונית בקהילה.

בנקודה זו יש להדגיש את ההתפתחות העולמית, המורגשת גם בישראל, בהנגשת בדיקות סקר ועיסוק בקידום



בריאות ורפואה מונעת על ידי הרופא הראשוני לאור ההכרה בתפוצתן הגוברת של המחלות הכרוניות-ניווניות כתוצאה מאורח החיים המודרני במדינות המתועשות. משימות אלה, אשר קשה להפריז בחשיבותן הרפואית, הולכות ומצטברות על כתפיהם של רופאי הקהילה. למשימות אלו מתווספים מדדי האיכות בהם נדרשים לעמוד רופאי הקהילה הן במסגרת תכנית המדדים הלאומית והן במסגרת תכניות מדידה של הקופות, לצד מטלות בירוקרטיות שהרופא נאלץ לבצע על פי רוב בכוחות עצמו, זאת על חשבון הזמן שאמור היה להיות מוקדש לטיפול רפואי.

אם לא די בכך, מגמות חדשניות ברפואת הקהילה באות לידי ביטוי בהתפתחותה של הרפואה הווירטואלית, דהיינו "רפואה מרחוק", אשר בתקופת מגפת הקורונה הואץ מאוד פיתוחה והתרחב השימוש בה. הנגשת הרפואה באמצעות כלים טכנולוגיים חדשניים ומתוחכמים היא מגמה מבורכת, אך עם זאת היא מטילה עומס נוסף על הרופא בקהילה. התפתחותה המואצת דורשת חשיבה מחדש, בין היתר, על חישוב תפוקות העבודה והתגמול לרופא הקהילה.

לבסוף, יש לתת את הדעת על התנאים הפיזיים בהם עובד רופא הקהילה. לעתים קרובות עובד הרופא שעות עבודה ארוכות ללא הפסקה או ארוחה מסודרת ומסובסדת, זאת בשונה מהמצב בבתי החולים. הצורך בשיפור סביבת העבודה של הרופא הוא אפוא חלק בלתי נפרד מהצורך להרחיב את השקעת המשאבים ברפואת הקהילה מצד המדינה.

אם כן, ניתן להצביע על כמה בעיות עיקריות בעבודת רופאי הקהילה:

- מחסור בכוח אדם רפואי: בשל המחסור ברופאים כל רופא מטפל במספר גדול של מטופלים. כתוצאה מכך משך מפגש רופא-מטופל נע בטווח של 5-10 דקות ואף פחות מכך. עומסי עבודה הכבדים באים לעתים לידי ביטוי גם בזמני המתנה ארוכים, אשר עלולים להגיע למספר שבועות ואף חודשים. הבעיה קיימת הן בקרב רופאים ראשוניים והן בקרב רופאים יועצים.
- בטיחות ואיכות הטיפול: לא ניתן בזמן קצר כל כך לתת רפואה באיכות מקצועית גבוהה. כמו כן, גוברת הסכנה לטעויות באבחון ובטיפול. בנוסף לכך, זמני המתנה ארוכים עלולים לעתים לגרום לסיבוכים ולהחמרה במצב הרפואי, אשר היו נמענים באמצעות הרחבת נגישותם וזמינותם של שירותי הרפואה בקהילה.
- מחסור ברופאים מחליפים: המחסור הכללי ברופאים בקהילה בא לידי ביטוי בהיעדרם של רופאים מחליפים. מצב זה מקשה על יציאה לחופשה לצורך התרעננות וצבירת כוחות מחודשים, ומגביר את השחיקה בקרב רופאי הקהילה.
- מטלות אדמיניסטרטיביות: מטלות פקידותיות רבות מבוצעות כיום על ידי רופאים במרפאות הקהילה, וגוזלות זמן יקר מהרופא המטפל - זמן שאמור להיות מוקדש למפגשי רופא-מטופל.



- חוסר יעילות: השאיפה ל"התייעלות" עומדת בבסיס מדיניות צמצום ההוצאה הציבורית של המדינה כלפי מערכת הבריאות. אולם בפועל, יוצא שכרה של המדינה בהפסדה, וזאת משום שהקושי להעניק טיפול מיטבי תחת האילוצים הקיימים גורר ביקורים חוזרים במרפאות, פניות מיותרות למיון והסטת פעילות לרפואה פרטית, כלומר מדינות הצמצום התקציבי מובילה דווקא לרפואה נחותה יותר ויקרה יותר.
- תנאים פיזיים בלתי מתקבלים על הדעת: שעות עבודה ארוכות ללא הפסקה או ארוחה מסודרת ומסובסדת, זאת בשונה מהמצב בבתי החולים. הצורך בשיפור סביבת העבודה של הרופא הוא חלק בלתי נפרד מהצורך להרחיב את השקעת המשאבים ברפואת הקהילה מצד המדינה.

פתרונות לשיפור המצב הנוכחי

לנוכח המצוקות והאתגרים שתוארו לעיל, להלן המלצות לקידום רפואת הקהילה בישראל:

- הגדלה מיידית ומשמעותית של כוח האדם הרפואי בקהילה ברפואה הראשונית וברפואה היועצת. על הר"י והאיגודים המדעיים הרלוונטיים, בצוותא עם המדינה והמעסיקים, למנות ועדה / כוח משימה אשר יבחן את צרכי כוח האדם במקצועות הרפואיים השונים, בקופות החולים ובחתיכים גיאוגרפיים, וייתן מענה למחסור ולמצוקה הקיימים, כמתחייב מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, אשר קובע מתן שירותי בריאות באיכות סבירה, בזמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח.
- הקטנת מספר המטופלים לשעה: הגדלת כוח האדם הרפואי בקהילה תאפשר את הפחתת מספר המטופלים בשעה בממוצע לכל רופא, הן ברפואה הראשונית (דרך שיטת ה"נורמות") והן ברפואה היועצת. המשמעות המיידית של צעד זה תהיה הארכת משך המפגש רופא-מטופל ושיפור איכות ובטיחות הטיפול. על הדבר להיעשות בתיאום ובשיתוף פעולה בין המבטחים/מעסיקים והר"י ללא פגיעה בהשתכרות הנוכחית של רופאי הקהילה.
- תנאים פיזיים: יש לפעול לאלתר לשיפור התנאים הפיזיים של סביבת העבודה ברפואת הקהילה. בכל מרפאה יש לדאוג לארוחות חמות, מסודרות ומסובסדות לרופאי הקהילה, בדומה למצב בבתי החולים; כמו כן, יש לדאוג לחדרי מנוחה, התרעננות ומטבחונים בכל המרפאות. יש להקצות זמני הפסקה המוכרים על ידי המבטח/המעסיק כחלק משגרת העבודה היומיומית של הרופא המטפל.
- רפואה וירטואלית: "רפואה מרחוק" הולכת וצוברת תאוצה בישראל כמו גם בעולם כולו, והופכת לחלק בלתי נפרד משגרת הטיפול של הרופא בקהילה. על כן, יש להסדיר, בשיתוף פעולה ובהסכמתה של הר"י, את מפגשי רופא-מטופל הווירטואליים בהסכמי העבודה תוך מתן גמישות מרבית ומרחב פעולה לרופא המטפל בנושא זה, כגון החלטות לגבי מעבר ממפגש וירטואלי למפגש 'פנים אל פנים', מינון המפגשים הווירטואליים והזמן המוקדש להם במהלך יום העבודה וכדומה.
- רפואה משולבת: הרפואה המודרנית שמה דגש רב על הרצף הטיפולי שבין מערכת האשפוז לרפואת הקהילה. הקפדה על רצף טיפולי בהקשר זה היא בעלת חשיבות עליונה למתן טיפול מיטבי למטופל בעקבות המעבר בין שני המגזרים - האשפוזי והקהילתי. רפואה משולבת, הכוללת התמחות משולבת, תאפשר לכל רופא לעבוד בחלק ממשרתו בקהילה וחלקה בבית החולים תוך מתן גמישות רבה לרופא לקבוע את מינון עבודתו בכל סקטור. בכך תימנע היווצרות שני סוגי רופאים "נפרדים" במשך הזמן: רופאי קהילה מחד ורופאי ביה"ח מאידך. בטווח הארוך, השאיפה היא ליצור מערך רפואי בו רופאים חולקים רמת ידע אחידה ומיומנויות דומות.



פרופ' רוני מימון וד"ר שלומי שגיא - ועדת המשנה למיילדות וגינקולוגיה

התעורר דיון מחודש בקבוצת מנהלי המחלקות סביב מתכונת העבודה הרצויה והמתאימה ביותר למקצוע מיילדות וגינקולוגיה. מחלקות הנשים ברחבי הארץ שונות זו מזו בהיקף כוח האדם, במספר התורנים וביחס מומחים / תורני חוץ המבצעים תורנויות. כמו כן, בשונה ממחלקות כירורגיות, ילדים ופנימיות, שיש מהן יותר מאחת בבית חולים, מחלקת נשים ויולדות יש רק אחת בכל בית חולים. עובדה זו מקרינה על אופי העבודה הייחודי בתורנויות במחלקות אלה. תורנויות אלה תמיד תהיינה תורנויות מיון בשילוב עבודה אקוטית בחדרי לידה, חדרי ניתוח ועבודה שאינה ניתוחית במחלקות האשפוז, ובהן יולדות, הריון בסיכון וגינקולוגיה.

קביעת מתווה אחיד לכל המחלקות תטמון בחובה שינויים רבים, אשר לאחדות מהמחלקות יהיו ברכה, ולאחרות מעמסה שאינה מקובלת. אי לכך, עקב הגורמים שפורטו לעיל, אנו מבקשים לאפשר לאיגוד מיילדות וגינקולוגיה גמישות בבחירת מתכונת העבודה החלופיות המוצעות בהמלצות הוועדה.

פרופ' מיכאל גולדמן - יו"ר ועדת המשנה המשותף לרפואת ילדים

להלן שתי הערות הנובעות מעבודתה של ועדת המשנה לרפואת ילדים:

א. יש צורך בתוספת תקינה של 100 תקנים לכל הפחות: יש בכל יום 120 עמדות תורנות בסך הכל בחטיבות הילדים בארץ. בהנחה שבחלק קטן מהן יש תורני חוץ, ניתן להעריך כי יש צורך ב- 100 תקנים. גם בהיבט של תוספת תקינה אנו מגיעים למספר דומה ואף גבוה יותר, שכן דרושה תוספת של 17% ל- 700 המתמחים ברפואת ילדים כיום, כלומר תוספת של 119 תקנים בסך הכל.

ב. אובדן ימי ההכשרה מהמחלקה בלבד הם 6 חודשים, ויש גם אובדן ימי עבודה בפגיה ומיון. מבלי לקחת בחשבון רוטציה בקהילה, רוטציות רשות ומדעי יסוד, מגיעים לאובדן של כ-8 חודשי הכשרה.

נתונים אלה אינם תואמים וגבוהים יותר מאלה המופיעים בטבלה הרלוונטית שבפרק המשמעויות המספריות של המודלים המוצעים (לפיה יש 81 תקנים חסרים ואבדן של 4.8 חודשי הכשרה), ויש לתקנה בהתאם.

פרופ' רותי שאקו-לוי - יו"ר איגוד הפתולוגים בישראל

בהמשך לדיוני הוועדה, להלן שתי הערות הנוגעות לנושאים מרכזיים בתחום הפתולוגיה:

1. עוזרי רופא במכונים לפתולוגיה - הרופאים המתמחים במכונים לפתולוגיה נמצאים שעות ארוכות בחדר קבלת חומר. עבודה זו אמנם חשובה (עיבוד ראשוני הכולל לקיחת חתכים מביופסיות ותכשירים ניתוחיים), אך היא איננה מכשירה אותם לתפקד כרופאים מומחים בפתולוגיה. השעות הארוכות בחדר קבלת חומר הן על חשבון בדיקת סליידים במיקרוסקופ ורכישת הכישורים הנדרשים מרופא פתולוג מומחה. בזמנו ניסה האיגוד לקדם תקנים של עוזרי רופא למכונים לפתולוגיה מול משרד הבריאות, אך הדבר לא יצא לבסוף אל הפועל. יש להקצות שני עוזרי רופא למכונים גדולים ואחד למכונים בינוניים וקטנים.

2. תורנויות המתמחים בפתולוגיה - הנושא נמצא במו"מ מול האוצר. עם זאת, במידה והמצב הנוכחי בו רופאים מתמחים בפתולוגיה נשארים ללון במכונים יימשך, נבקש לקבל תורנויות חצי, בהתאם למודל הכירורגים. נבקש לנצל את התורנויות הללו לטובת בדיקת ביופסיות על-ידי מומחים צעירים כדי לקצר זמני המתנה לתשובה.



ד"ר לילך מלצקי וד"ר דרור זולפין - יו"רי ועדת המשנה לאיזון בין עבודת הרופא לבריאותו ואיכות חייו

רוב חברי ועדת המשנה סבורים כי כל דוח ועדת המשנה צריך להופיע במלואו בדוח הוועדה העליונה. במידה ואין הדבר אפשרי, נבקש כי חלקים נרחבים ממנו יופיעו בדוח הוועדה ובמקביל יופיע הדוח המלא של ועדת המשנה שלנו באתר הר"י.

פרופ' פהד חכים - מנהל בית החולים נצרת אי.מ.מ.ס (האנגלי)

1. כל הפתרונות המוצעים זקוקים להעלאת מספר תקני המתמחים, מצב שמחייב בתי חולים שאינם מתוקצבים ממשלתית לפי תקן, להתמודד לבד עם תוספת תקציב לא מבוטלת. במידה ומקבלים החלטה כזו חייבים לעגן אותה בתקציב מתאים ולא רק בתקנה.
2. לצערי כל הפתרונות המוצעים וכל הוועדות המיוחדות שפעלו, לא הבדילו את נושא בתי החולים בפריפריה ואת הקשיים בגיוס מתמחים איכותיים. השינויים המוצעים כעת חייבים להביא בחשבון מודלי תמרוץ מיוחדים לאזורים במצוקה של איכות ורמת מתמחים גבוהה.
3. הוועדה פרסה את הפתרונות למקצועות השונים בהסתכלות לפיה כלל בתי החולים הם באותו גודל, ולכולם יש התמחות מלאה בתחומים שונים. בנקודה זו לא נלקחו בחשבון בתי החולים הקטנים, אשר אמנם מתברכים באיכות הכשרה גבוהה, אך עם זאת מתמודדים עם מצב המעיק על המתמחים, וייתכן שפוגע בהכשרתם, דהיינו השלמת התמחות שלא בבית החולים.
4. ייתכן כי זהו תפקידה של המועצה המדעית, אך מן הראוי לשקול התמחות אזורית של מקצועות מיוחדים (שיתוף של כמה בתי חולים) כדי לאפשר רצף מתאים של התמחות תוך שימור איכות ההכשרה ככל האפשר.

ד"ר סלמאן זרקא - מנהל בית החולים זי - צפת

בראשית הדברים אבקש לברך אתכם על ההמלצות החשובות והמשמעותיות אשר, כפי שהתבטאתי גם בפגישה ביום 31/5/2021, יש בהם השפעה משמעותית על תרבות העבודה של הרופאים, לא רק מתמחים, אלא השלכות על שלבי קריירה נוספים במקצוע חשוב זה, כמו רישוי וכמובן מומחים.

ההתייחסות הדיפרנציאלית לתחומי ההתמחות מבחינת התורנויות היא בהחלט חידוש נדרש, כפי שמשך ההתמחות והסילבוס מותאמים לתחומים השונים.

בבסיס ההמלצות קיימת הנחת עבודה כי מדובר בתוספות של כ"א (תקנים וליינים של תורנים) ללא תוספת הכנסות. משמעות הדבר היא עליה בהוצאות המערכת (בית החולים) והדבר מחייב תוספת מקורות כתנאי ליישום ההמלצות. הקורונה והחורפים כבר הדגימו, בצורה מצוינת, את השמיכה הקצרה והעדר "שומן" שניתן להתייעל בו, לפחות בבתי החולים הקטנים והפריפריאליים.

הגדרת הליבה של העיסוק הרפואי היא המשכה של מגמה חשובה, הנדרשת במצבים של מגבלת משאבים לאומיים (כמות הרופאים בישראל) והיא בהחלט צעד חשוב שגם הוא מביא לשינוי תרבותי במקצוע.



לצד כל הדברים החיוביים הנ"ל ואני מברך אתכם עליהם, חסרה לי בהמלצות התייחסות לבתי חולים קטנים / פריפריאליים שמצבם מחייב התייחסות מיוחדת כולל בדוח הכתוב של וועדה כה מכובדת. בתי החולים הקטנים (לרוב פריפריאליים) נשענים בעיקר על תקינת רופאים מהמדינה וכמעט ללא מקורות נוספים להעסקה (קרנות מחקר, תרומות וכו'). מצב זה, מביא לכך שהעומס על הרופאים בפריפריה הוא גדול יותר מאשר בבתי החולים גדולים, כדוגמא: בחלק מבתי חולים הפריפריאליים (זיו לדוגמא), אנחנו עדיין מתמודדים עם מימוש סיכומים קודמים שביב תנאי העסקת רופאים כמו עמידה ב 26 שעות של תורנות או ביצוע עד 6 תורניות לחודש למתמחה. יצירת דרישות נוספות בבתי חולים אלה, ללא מתן תקורות מתאימות, בהכרח תביא להחמרת מצב המתמחים בפרט והרופאים בכלל, ותיצור פגיעה נוספת בשירותי הרפואה בפריפריה שממילא אינם נמצאים בקו שווה למצב במרכז הארץ.

אבקש להדגיש, כי במצב בו יינתנו תקנים לכל בתי החולים, באופן יחסי לגודלם, היצע הרופאים בפריפריה יחמיר (הרופאים ירצו יותר למלא את התקנים החדשים של המרכז).

לאור זאת, אני ממליץ לבחון המלצות מדורגות שיחלו בפריפריה (בפיילוט או בדרך אחרת) ולאחר מכן יגזרו את המשך המשמעויות במרכז. אני סבור כי המלצות הוועדה ברות יישום כבר עתה בבתי החולים הגדולים, גם ללא תוספת תקינה ומשאבים, אך לעומתם לא תהיה כל יכולת לקדם בבתי החולים הפריפריאליים.

בהתייחס למודלים, המודל העוסק במצב הקיים עם שינויים (שמקובל על מקצועות הכירורגיה, ההרדמה, הטיפול נמרץ, רפואה עור ומין, שיקום וקרדילוגיה) אינו בר ביצוע כיום בזיו ללא תוספת תקינה מהסיבות הבאות:

1. הפתרון המוצע מבטיח את "התנמות" אך אינו מקצר את הזמן של 26 שעות תורנות בבית החולים.
2. הוספת ליינים של תורניות חצי (מתמחה או תורן חוץ) תוסיף עבודה לקבוצה זו שאנחנו רוצים להקל עליה את העומס ותביא לכך שהם יעשו 6 תורניות בחודש (במקרה הטוב) ועוד מספר תורניות חצי בכדי לסייע לתנמות חבריהם.

אני מבקש שוב להודות לכם על העבודה המקצועית והמעמיקה ולבקשכם לקחת בחשבון את הצעותי מתוך הבנה כי האי שוויון בבריאות בין מרכז לפריפריה, מחייב תשומת לב בכל מדיניות אשר אנו רוקמים וכמובן תוצרי וועדה מכובדת זו.

פרופ' מאיר ליברגל - יו"ר משותף של ועדת המשנה של המקצועות הכירורגיים

צריכה להיות תקינה מוגדרת וסגורה למתמחים למחלקה על פי היקף פעילות המחלקה ויעדיה.

ד"ר זאב פלדמן וד"ר ליאור אונגר - ועדת המשנה לנושא "מתכונת עבודת הרופאים המומחים"

בוועדה לבחינת מתכונת עבודת הרופא נעשתה האבחנה בין זמן ההתמחות ברטו אל מול זמן ההתמחות נטו תוצר של התנאים הסוציאליים המיוחדים הנהוגים בישראל בתקופת ההתמחות.

ברוח השינוי המגדרי העובר על עולם הרפואה בכלל ובישראל בפרט, מציעה הוועדה תוספת תקינה שתיועד לגישור על עומס ופער בכוח האדם, הנוצר בתקופות ההיעדרות מההתמחות, לאור תנאים אלו. התקנים הנוספים יאפשרו שמירה על מצבת כוח מתאימה בזמן של הריונות, חופשות לידה ואירועים בלתי צפויים. באמצעות קביעה של מפתח תקינה מגדרי, ימנע עומס ומחסור זמני בכוח אדם.



פורום המתמחים

בהמשך לעבודה המאומצת שנעשתה על ידי הוועדה ועל ידי נציגינו בתוכה, אנחנו שמחים וגאים בתוצרי הוועדה, בדוח המקיף ובהמלצות מרחיקות הלכת ככל שיישמו אנו מאמינים שיביאו לשיפור משמעותי באיכות חייהם ובריאותם של המתמחים כמו גם בטיפול הרפואי הניתן במסגרת בתי החולים בארץ. אנו מודים לכל הגורמים אשר אפשרו את הדיון המעמיק ואת העבודה המקיפה הזו.

לאחר מעבר מעמיק על הדוח יש לנו מספר הערות והארות [מספרי העמודים מתייחסים לטייטה שהופצה בישיבת הוועדה מיום 31.5.2021]:

1. עמוד 4 פסקה לפני אחרונה - "כמו כן, לאיגוד תעמוד הזכות לשמור על המצב הקיים כיום תחת מתכונת העבודה הנוכחית, כלומר אין הוא מחויב לבחור באחד מהמודלים החדשים המוצעים בדוח זה" - בהינתן שאחת מהאפשרויות שהוצעו הינה המודל הקיים תחת שינויים, אנו מתנגדים לאפשרות לשימור המצב הקיים (ללא אף אחד מהשינויים המוצעים). השארת אפשרות זאת פוגעת במהות קיום ופעילות הוועדה ובנוסף, כפי שמתואר בעמוד 2-3, מקבעת מצב שאינו טוב, ויוצר עומס ושחיקה. אנו מציעים למחוק את השורה הזו.

2. פורום המתמחים הביע את עמדתו כי יש להוריד את המילים "הדרגתיות ו"זהירות".

באשר לסעיפים 3-6 התייחסות פורום המתמחים היא לעמדת ועדת המשנה של המקצועות הכירורגיים כפי שהופיעה בעמ' 80-81 בטייטת הדוח:

3. עמוד 80 - בפסקה הראשונה, הורדת המשפט "בבואה לדון בשינוי מתכונת התורנויות...יש לשים על כך דגש רב". מטרת הוועדה הייתה בראש ובראשונה שיפור תנאי ההתמחות ועל כך יש לשים דגש רב.

4. עמוד 80 - בסעיף "הקצאת טורי תורן חצי", יש להוסיף "תורנויות חצי שיבוצעו על ידי מתמחים יחושבו וישוקללו כחלק מסך התורנויות החודשי".

5. עמוד 81 - בפסקה הראשונה, הורדת הסעיפים "יציאה לבחינות במועדים קבועים ושלא על חשבון רוטציות", ו-"דיון מחודש בחופשת בחינות על חשבון תקופת ההתמחות" - משתמע מכך כי יש לבטל את חופשות הבחינה ולהשתמש בפז"ם שלהם לצורך חודשי מחלקה רגילים. אין הדבר מקובל - חופשות הבחינה הן הישג גדול למתמחים, ואנו לא מסכימים ולא ניתן יד שלא יהיו על חשבון פז"ם ההתמחות בתשלום. יש מקום לשקול את הוצאתן מפז"ם ההתמחות אך ורק כחלק מדיון בקיצור ההתמחות כחלק מפעולה זו. מעבר לכך, הניסוח הלשוני בעייתי מאוד ונוטה להישמע כהרעה בתנאי המתמחים.

6. עמוד 81 - בפסקת "מימון מקורות המתווה המוצע", יש להוריד את סעיף "קיצור חופשות הבחינה". נימוק מפורט בסעיף הקודם.



7. עמוד 100 - סעיף 13.1.2

א. "תורנויות החצי תבוצענה על ידי מתמחים או מומחים" (בכפוף לתוספת תקנים) - אנו מעוניינים להוסיף את המשפט "תורנויות החצי יספרו במניין התורנויות הכללי שמבצע מתמחה"- ממחלקות אשר בהן המתמחים מבצעים תורנויות חצי עולה שהעומס שנוצר כאשר מבוצעים 6 תורנויות בחודש (ופעמים רבות יותר) ובנוסף עוד 6 תורנויות חצי, וכן ססיות וכדומה, הינו בלתי סביר ויוצר עומס רב על המתמחים הנעזרים בתורן החצי במהלך התורנות, במקום להפחיתו. לכן אנו חושבים שבמידה ותורנויות החצי יבוצעו על ידי מתמחים יש להגביל את מספרם ולכלול את מספר התורנויות החצי במניין התורנויות הכללי כמו גם לאסור על ביצוע של תורנות חצי יום לפני תורנות בת 26 שעות.

ב. מאחר שפרופסיית הכירורגיה תומכת בהשארת אורך התורנויות כפי שהן, אך מעוניינת להקל בעומס, חשוב להדגיש את חשיבותו של יישום קשיח של חוק 6 תורנויות חודשיות, ללא פשרות, ולשקול להכניס סעיף זה כתנאי להכרת המחלקה להתמחות בוועדות ההכרה להתמחות, שכן מתמחה שנעדר יותר בקרים, צובר פחות ניסיון מעשי. זהו הטיעון העיקרי של כירורגיה בעד השארת התורנויות באורכן הנוכחי.

ג. במקביל, יש להבטיח שמתמחה שמבצע מעל 6 תורנויות (מלאות או חצי) יקבל עבור התורנות השביעית ואילך תגמול אישי משמעותי שאינו נגזר מהמוצע המחלקתי אלא מכמות התורנויות שאותו המתמחה ביצע בפועל.

ד. יש לחדד כי ההגבלה של 6 תורנויות לחודש, כולל תורנויות חצי, היא אישית עבור כל מתמחה ולא נספרת כממוצע חודשי עבור המחלקה - קרי, איסור שמתמחה יחרוג מ-6 תורנויות, ולא איסור שהממוצע המחלקתי יחרוג מ-6 תורנויות בחישוב לפי כלל המתמחים.

ה. "מטרת תורנות החצי היא לאפשר שעות שינה לכל התורנים" - לשנות ל"מטרתה הבלעדית של תורנות החצי היא לאפשר שעות שינה לכל התורנים ואין תורן החצי מאייש אף עמדה פרט להחלפת התורנים בזמן מנוחתם".

ו. יש להוסיף לשורה האחרונה בעמוד - כחלק מוועדת היישום יתבצע מעקב אחר הקצאת תורן החצי לצורך מתן תנומה, וייקבע מנגנון אשר יבטיח ויחייב את מתן התנומה בכל המקצועות הממשיכים לבצע תורנויות של 26 שעות.

8. עמוד 101 - בסוף הפסקה שנגמרת ב"על כן יש חשיבות עליונה להבטחת התנאים ההכרחיים לתנומות בבתי החולים לרבות חדרי שינה נאותים" יש להוסיף - "וקביעת מנגנון אשר יגן על תנומת התורן מהפרעות שאינן הכרחיות".



9. עמוד 104 - מודל 18/30 - המודל שהוצג בפני המתמחים בסקר שבוצע היה מודל שהתבסס על 8 מתמחים במחלקה, ולכן יש לתקן את המודל בהתאם עם סידור מתאים. הסידור המתבסס על 6 מתמחים במחלקה אינו סביר, אינו מאפשר אף סוף שבוע ללא עבודה ויוצר עומס לא הגיוני כאשר כל שבועיים מבוצע שבוע לילות. בנוסף הרצף הטיפולי והלימודי שבו המתמחים נמצאים במחלקה רק בשני שליש מהבקרים יפגע משמעותית בהכשרתם ובטיפול שהם נותנים. כיוון שזה לא המודל שהוצג והוסכם על ידי המתמחים, אנו דורשים לשנות את כל החישובים בהתאם, ולהתאים את הטבלאות לסידור של 8 מתמחים לפחות. חשוב להדגיש שהמודל כפי שהוצג של 6 מתמחים הינו גרוע יותר מהמצב הנוכחי ולא מקובל על הפורום.¹⁰¹
10. טבלה בעמוד 108 - כאמור לתקן את מודל 18/30 על פי 8 מתמחים במחלקה ולא 6. יש להוסיף לטבלה שורה של מספר שעות העבודה בסוף השבוע - פרמטר חשוב ביותר לאיכות החיים של המתמחים.
11. עמוד 113 - "חובת מתן תנומות נקבעה בתיקון להיתר הכללי בשנת 2015 אך קיים קושי באופן יישומה ובאכיפתה על ידי המעסיקים". יש להוסיף - "יש לעשות מאמץ לשיפור יישום ואכיפה זו".
12. עמוד 133 - תיקון בדומה להערה 3 - שינוי המונח הדרגתי וזהיר ל-"מדויק ומקיף".
13. חופשות בחינה בתשלום במהלך פז"ם ההתמחות הן הישג משמעותי בתנאי ההעסקה של המתמחים. אין מקום לדון בביטולן, אך ורק במסגרת דיון על קיצור ההתמחות כחלק מכך.
- לסיכום, אלו הן הנקודות המרכזיות שיש לתת עליהם את הדעת:
- א. אף שלא ניתן לקבוע לוח זמנים מדויק ליישום המסקנות, חשוב שרוח הדברים של הרצון לשינוי באורך התורנויות בהקדם תעלה מבין המסקנות.
- ב. הפורום מתנגד באופן נחרץ למתן האפשרות לאיגודים המקצועיים לשמר את המצב הקיים כיום תחת מתכונת העבודה הנוכחית.
- ג. כל איגוד מקצועי שיבחר במודל הקיים תחת שינויים יידרש להוכיח לוועדת היישום כי ההחלטה נלקחה לאחר קיום שיח ודיון נרחב עם המתמחים במקצוע, בהתאם לבחירת והעדפת המתמחים במקצוע, בכפוף לשיח עם פורום המתמחים לאחר שהוצגו הנתונים המבוקשים, ורק אם אופי המקצוע מחייב זאת, ולא ניתן לעבור לאחד המודלים האחרים שהוצעו בדו"ח הוועדה.
- ד. על מנת לאפשר תנומה אמיתית של לפחות שעתיים לתורנים, יש לייצר מנגנון שיבטיח את תפקיד תורן החצי כמיועד אך ורק להפחתת העומס מהמתמחים, וכן מנגנון שיבחן כיצד ניתן להבטיח תנומה זו. בנוסף, תורנויות החצי שיבוצעו על ידי מתמחים, צריכות להיספר כחלק ממספר התורנויות הכללי.
- ה. מודל ה-18/30 דורש מינימום של 8 תורנים במחלקה ליישום.
- ו. יש לספור את תורנויות החצי במניין 6 התורנויות בחודש ולא בנוסף להן.
- ז. אין מקום לדון בביטול חופשות בתשלום במהלך פז"ם ההתמחות לרבות חופשות הבחינה.
- ח. אין מקום לאפשר לאיגוד אשר בחר באופציה של קיצור תורנויות להחליט לשוב למודל הקיים של תורנויות

101 הוועדה מציינת לעניין זה כי מודל 18/30 הוצע על ידי ועדת המשנה לרפואה פנימית בהתייחס למחלקות בהן יש 8 מתמחים לטור, שם ישימותו אכן אופטימלית, אך מותנית בתוספת תקינה לפי הצורך. המודל הוצג בדוח לפי 6 מתמחים בטור, בדומה ליתר המודלים על מנת ליצור אחידות ביניהם.



שמשכן 26 שעות מבלי להתנות זאת בהעדפת המתמחים באותו המקצוע ובכפוף לשיח ולאישור פורום המתמחים.

הערות יו"רי הוועדה על האמור בסיכום עמדת פורום המתמחים:

- כל האיגודים אמורים להמשיך ולנהל באופן קבוע דו שיח מתמשך עם המתמחים תוך שימת דגש על ההכשרה ובחירת מודל שלא יפגע במטופל, באיכות ההכשרה ובאיכות חיי הרופא.
- ועדת היישום תידרש לוודא עם כל איגוד שהדברים נעשים תוך שימת משקל ראוי על יישום כל הפרמטרים והעקרונות שנקבעו בדוח, תוך דיון ודיאלוג גם עם המתמחים בכל תחום.
- אשר להערה כי אין לאפשר שינוי ללא אישור המתמחים, הרי שנושא זה אינו בתחום סמכותה של הוועדה וסביר הוא כי הנושא יבוא על פתרונו בוועדת היישום ובמסגרת דיונים במוסדות הר"י.

הערה כללית של יו"רי הוועדה העליונה:

ההערות שפורטו לעיל ככללן עניינן יישום נכון והולם של המודלים, עם זאת וכאמור, אופן יישום המודלים ייבחן באופן פרטני בוועדת היישום שתוקם, ואשר תבחן את הדברים לפי הנסיבות הספציפיות של כל מקרה לגופו. אנו משוכנעים שהתייחסויות חשובות ומהותיות אלה יילקחו בחשבון במסגרת יישום הדוח.



22. רשימת מקורות

ההסתדרות הרפואית בישראל וקבוצת גיאוקרטוגרפיה. שביעות רצון הרופאים על פני מגוון נושאים; 2007.

ההסתדרות הרפואית בישראל. נערכים לרפואת המחר - יוזמת הר"י להתמודדות עם אתגרי מערכת הבריאות; 2009.

ההסתדרות הרפואית בישראל. עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל לוועדת שרת הבריאות ח"כ יעל גרמן, לחיזוק הרפואה הציבורית. [אינטרנט]. רמת גן: ההסתדרות הרפואית בישראל; 2013. [נדלה ביום 25 במאי 2021]. מתוך: <https://www.health.gov.il/services/committee/> german/doclib/25072013_1.pdf

ההסתדרות הרפואית בישראל. זמני המתנה לניתוחים מתוכננים בבתי חולים כלליים בישראל; 2020.

ההסתדרות הרפואית בישראל. חופשות במהלך ההתמחות. [אינטרנט]. [נדלה ב-25 במאי 2021]. מתוך: <https://www.ima.org.il/internesnew/viewcategory.aspx?categoryid=7091#.VmlAAUqDFBc>

ההסתדרות הרפואית בישראל. חוקרים במדעי היסוד. [אינטרנט]. [נדלה ב-25 במאי 2021]. מתוך: <https://www.ima.org.il/internesnew/viewcategory.aspx?categoryid=7064>

ההסתדרות הרפואית בישראל. האקדמיה הלאומית הישראלית לרפואה מדעית, רקע. [אינטרנט]. [נדלה ב-27 בינואר 2021]. מתוך: <https://www.ima.org.il/mainsitenew/ViewCategory.aspx?CategoryId=12725>

ההסתדרות הרפואית בישראל. התמחות במשרה חלקית. [אינטרנט]. [נדלה ב-25 במאי 2021]. מתוך: <https://www.ima.org.il/InternesNew/ViewCategory.aspx?CategoryId=7693>

הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית. דין וחשבון, 2014. [אינטרנט]; [נדלה ב-25 במאי 2021]. מתוך: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/GermanCommittee2014.pdf>

טביביאן, מ. מ. הגבלת שעות העבודה של רופאים מתמחים - סקירה משווה. מרכז המחקר והמידע של הכנסת; 7 בנובמבר 2006.

ינקו א. רשימת הדרישות של משרד הבריאות: צריך עוד 2,000 מיטות אשפוז. YNET; 6 במאי 2020 [נדלה ב-6 במאי 2020]. מתוך: <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5616145,00.html>

משרד הבריאות. כוח אדם במקצועות הבריאות 2019. ירושלים: משרד הבריאות; 2020.

משרד הבריאות. טיוטת דוח פיננסי לשנת 2018 על כלל בתי החולים הציבוריים-כלליים במדינת ישראל. [אינטרנט]. 19 בינואר 2021. [נדלה ב-25 במאי 2021]. מתוך: <https://www.gov.il/he/departments/news/18012021-03>

משרד הבריאות. חוזר המנהל הכללי 7/2015 עוזרי רופא במערך האשפוז והקהילה [אינטרנט]; 12 במאי 2015. [נדלה ב-25 במאי 2021]. מתוך: https://www.health.gov.il/hozer/mk07_2015.pdf

משרד הבריאות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. [נדלה ב-23 במאי 2021]. מתוך: https://www.nevo.co.il/law_html/law01/036_001.htm

משרד הבריאות. אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2019; [אינטרנט]. משרד הבריאות; 2020. [נדלה ב-23 במאי 2021]. מתוך: <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/inequality-2019.pdf>

משרד הבריאות, אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018. [אינטרנט] ירושלים: משרד הבריאות; 2018. [נדלה ביום 22 יוני 2020] מתוך: https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/18102018_1.aspx

משרד הבריאות. תקנות הרופאים (כשירות לביצוע פעולות חריגות), התשס"א-2001; [אינטרנט]; 2008 (נוסח מעודכן). [נדלה ביום 25 במאי 2021]. מתוך: https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Rofim_05.pdf

פישביין ד. וחב'. מחקר במדעי היסוד במהלך ההתמחות בישראל: האם דרוש שינוי? הרפואה. 2013; (10): 572-575.

פרת ג, פישביין ד. חינוך רפואי זו ההתמחות שלנו. הרפואה. 2019; (10): 626-629.

צריחובסקי ד, כפיר ר. מערכת האשפוז הכללי בישראל: תמונת מצב. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; 2019. 39 עמ'.



שומפליבי א, גל א, רופא בכיר: 'אנשים מתים בגלל העומס במערכת הבריאות'. אינטרנט. YNET; 30 באוקטובר 2019. [נדלה ב-6 במאי 2020]. מתוך: <https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5616145,00.html>

ACGME. Memo [Internet]. 2017. [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Nasca-Community/Section-VI-Memo-3-10-17.pdf>.

ACGME. Common Program requirements (Residency) [Internet]. 2018 June 10; effective: July 1, 2019. [cited: 2021 May 25]. Available from: <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAAssets/ProgramRequirements/CPRResidency2019.pdf>

Ahmed N et al. A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery. *Annals of Surgery*. 2014; (259): 1041-1053.

Amofo E et al. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine*. 2015; 15

American Academy of Physician Assistant (AAPA) [internet]. About PA practice. [cited 2021 May 26]. Available from: <https://www.aapa.org/about-pa-practice/>

Bilimoria KY et al. National Cluster-Randomized Trial of Duty-Hour Flexibility in Surgical Training. *N Engl J Med*. 2016; (374): 713-727.

Blay E et al. Association between Flexible Duty Hour Policies and General Surgery Resident Examination Performance: A Flexibility in Duty hour Requirement for Surgical Trainees (FIRST) Trial Analysis. *J Am Coll Surg*. 2017; 224(2): 137-142. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.042.

Blum BA, Shea S, Czeisler AC, Landrigan PC, Leape L. Implementing the 2009 Institute of Medicine recommendations on resident physician work hours, supervision, and safety. *Nat Sci Sleep*. 2011; 24: (3). 47-85

Casalino L et al. What does it cost physicians' practices to interact with health insurance plans?. *Health Affairs*. 2009; 28: w533-w543.

Choma NN et al. Effect of the ACGME 16-hour rule on efficacy and quality of care: Duty hours 2.0. *JAMA INTERN MED*. 2013; (173): 819-821.

Donnelly L, Santry C. EU rules are driving maternity and casualty closures [internet]. *The Telegraph*. 2012 October 27. [Accessed on 28 November 2012]. Available from: <http://www.telegraph.co.uk/news/9637842/EU-rules-are-driving-maternity-and-casualty-closures.html>

Desai SV et al. Effect of the 2011 vs 2003 Duty Hour Regulation-Compliant Models on Sleep Duration, Trainee Education, and Continuity of Patient Care Among Internal Medicine House Staff. *JAMA INTERN MED*. 2013; (173): 649-655.

Eckleberry-Hunt J, Tucciarone J. The Challenges and Opportunities of Teaching 'Generation Y'. *J Grad Med Educ*. 2011; 3: 458-461.

European Commission. Working Conditions - Working Time Directive [Internet]. [cited: 2021 May 25].

Available from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=en&intPagId=205>

European Commission. Working time: Commission requests Ireland and Greece to comply with the EU rules on limits to working time in public health services [Internet]. 2011 September 29. [cited: 2021 May 25]. Available from: <https://ec.europa.eu>

Eurofund. Doctors' strike ends in new collective agreement [Internet]. 2006 September 11. [cited: 2021 May 25]. Available from: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2006/doctors-strike-ends-in-new-collective-agreement>

Eurofund. Revisions to the European working time directive: recent Eurofound research - Background paper. 2008 November 18. [cited: 2021 May 25]. Available from: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2008/working-conditions/revisions-to-the-european-working-time-directive-recent-eurofound-research-background-paper>

Fred HL, Scheid MS. Physician Burnout: Causes, Consequences, and Cures. *Tex Heart Inst J*. 2018; 45(4): 198-202. doi: 10.14503/THIJ-18-6842.

Gulland A. Limits on working hours may be relaxed after Brexit, warns employment expert. *BMJ* 2017;359: j4547.

Gyorffy Z et al. Career motivation and burnout among medical students in Hungary - could altruism be a protection factor? *BMC Medical Education*. 2016;16.

Horwitz LI. Why have working hour restrictions apparently not improved patient safety? *BMJ*; 2011 (342): d1200.

Horrocks N, Pounder R. Working the night shift: Preparation, survival and recovery. A guide for junior doctors. *Clinical medicine*. London; 2016: 6. 61-7. 10.7861/clinmedicine.6-1-61.

Kahn JG et al. The cost of health insurance administration in California: Estimates for insurers, physicians, and hospitals. *Health Affairs*. 2005; 24 :1629-1639.



- Landrigan CP et. al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med.* 2004; (351): 1838-1848.
- Landrigan CP et al. Effect on Patient Safety of a Resident Physician Schedule without 24-Hour Shifts. *N Engl J Med.* 2020; 382:2514-23. DOI: 10.1056/NEJMoa1900669.
- Leahy B. Doctors to stage two-day strike in hospitals next month over pay concerns [Internet]. *NZ Herald.* 2018 December 3; [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.nzherald.co.nz/nz/doctors-to-stage-two-day-strike-in-hospitals-next-month-over-pay-concerns/GWQ5MTLDIU3A5GJBBDAG3A6JNM/>
- Levine AC, Adusumilli J, Landrigan CP. Effects of reducing or eliminating resident work shifts over 16 hours: a systematic review. *Sleep.* 2010; 33 (8)
- Low ZX et al. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *Environmental Research and Public Health.* 2019;16(1479).
- Medscape. Medscape Residents Salary & Debt Report [internet]. 2020. [cited 2021 January 26]. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-residents-salary-debt-report-6013072#2>
- Medscape. Medscape Physician Compensation Report [internet]. 2020 [cited 2021 January 26]. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-compensation-overview-6012684#4>
- Moonesinghe SR et al. Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review. *BMJ.* 2011 (342): d1580.
- Morra D et al. US physician practices versus Canadians: Spending nearly four times as much money interacting with payers. *Health Affairs.* 2011; 30:1443-1450.
- NHS. Working hours and patterns FAQs [Internet]. 2019 December 10. [accessed 2019 June 12]. Available from: <https://www.nhsemployers.org/pay-pensions-and-reward/medical-staff/doctors-and-dentists-in-training/rostering-and-exception-reporting/working-hours-and-patterns-faqs-updated-august>
- NHS Confederation. Challenging Bureaucracy. [Internet]. The NHS Confederation; 2013 [cited: 2012 May 2025]. Available from: <https://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/challenging-bureaucracy.pdf>
- OECD. Health Statistics 2020 [Internet]. 2020 July 1 [cited: 2021 May 26]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators [internet]. Paris: OECD Publishing; 2019 Nov. 7 [cited: 2021 May 23]. Available from: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> OECD. Data Health [Internet]. [cited: 2021 May 23]. Available from: <https://data.oecd.org/health.htm>
- PARO. 2016-2020 PARO-CAHO Agreement [Internet]. [cited 2021 May 25]. Available from: <http://www.myparo.ca/your-contract/>
- Patel MS et al. Association of the 2011 ACGME Resident Duty Hour Reforms With Mortality and Readmissions Among Hospitalized Medicare Patients. *JAMA* 2014; (312): 2364-2373.
- Patel RS. et al. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral Sciences.* 2018; 8(11):98.
- Physician burnout: the need to rehumanise health systems. *The Lancet.* 2019; 394: 1,591.
- Ragel BT et al. An ACGME Duty Hour Compliant 3-person night float system for Neurological Surgery Residency Programs. *Journal of Graduate Medical Education.* 2014; 315-319. DOI: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-13-00172.1>
- Neurological Surgery Residency Programs. *Journal of Graduate Medical Education.* 2014; 315-319. DOI: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-13-00172.1>
- Residents Doctors of Canada. Canadian Patient and Physician Safety and Wellbeing: Resident Duty Hours [Internet]. Residents Doctors of Canada; 2012 April. [cited 2021 May 25]. Available from: <https://residentdoctors.ca/wp-content/uploads/2017/08/POSITION-PAPER-Resident-Duty-Hours-EN.pdf>
- Rodrigues H et.al. Burnout syndrome among medial residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2018;13(11).
- Sanghavi D. The phantom menace of sleep deprived doctors [Internet]. *The New York Times.* 2011 August 7 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.nytimes.com/2011/08/07/magazine/the-phantom-menace-of-sleep-deprived-doctors.html>
- Shanafelt TD.et. al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med.* 2012; (172) 18.
- Schun LA. Pilot trial of IOM duty hour recommendations in neurology residency programs: unintended consequences. *Neurology.* 2011; (77): 883-887.



Smith R. Junior doctors will be encouraged to opt out of Working Time Directive: Department of Health [Internet]. The Telegraph. 2014 July 22. [Accessed 29 May 2016]. Available from: <https://www.telegraph.co.uk/news/health/news/10980505/Junior-doctors-will-be-encouraged-to-opt-out-of-Working-Time-Directive-Department-of-Health.html>

Stehman CR et al. Burnout, Dropout, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, part I. Western Journal of Emergency Medicine. 2019; 20(3).

Stulberg JJ et al. Effect of Flexible Duty Hour Policies on Length of Stay for Complex Intra-Abdominal Operations: A Flexibility in Duty Hour Requirements for Surgical Trainees (FIRST) Trial Analysis. J Am Coll Surg. 2017; 224(2):143-148.e1. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.040.

Tak JH. Association of Intrinsic Motivating Factors and Markers of Physician Well-Being: A National Physician Survey. JGIM 2016;32(7).

Temple J. Resident duty hours around the globe: where are we now? Medical Education. 2014;14:suppl.1

The Australian Medical Association. Managing the Risks of Fatigue in the Medical Workforce - 2016 AMA Safe Hours Audit [Internet]. AMA: July 15 2017 [cited: 2021 May 25]. Available from: <https://ama.com.au/sites/default/files/documents/150717%20-%20AMA%20Safe%20Hours%20Audit%202016.pdf>

Terpstra T, and Stegeman JH. Effects of the Restriction of Working Time for Residents: A Dutch Perspective. Journal of Graduate Medical Education. 2011 December; 462-464.

WHO. European Health for All database (HFA-DB) [Internet]. [cited: 2019 June 10]. Available from: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>

Woolhandler S, Himmelstein DU. Administrative work consumes one-sixth of U.S. physicians' working hours and lowers their career satisfaction. International Journal of Health Services. 2014; 44(4):635-642.



23. נספחים

נספח מס' 1

כתב המיני

לכבוד

פרופ' רן טור - כספא - יו"ר ועדה משותף; פרופ' יוסף קלאוזנר - יו"ר ועדה משותף;

מועצה מדעית:

פרופ' חנוך קשתן, יו"ר המועצה המדעית של הר"י;

פרופ' גידי פרת, מ"מ יו"ר המועצה המדעית של הר"י;

נציגי איגודים מדעיים:

פרופ' אבישי אליס, יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה פנימית;

פרופ' מיכאל גולדמן, האיגוד הישראלי לרפואת ילדים;

פרופ' מיכאל דרשר, יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה דחופה;

פרופ' ענת לבנשטיין, יו"ר איגוד רופאי העיניים בישראל;

פרופ' עידית מטות, יו"ר איגוד הרופאים המרדימים בישראל;

פרופ' רוני מימון, יו"ר האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה;

ד"ר צבי פישל, יו"ר איגוד הפסיכיאטריה בישראל;

פרופ' יורם קלוגר, יו"ר איגוד הכירורגים בישראל;

ד"ר חיים שטארקר, יו"ר האיגוד הישראלי לאורתופדיה;

פרופ' רות שאקו לוי, יו"ר איגוד הפתולוגים בישראל;

ד"ר מיכל שני, יו"ר איגוד רופאי המשפחה בישראל;

נציגי המעסיקים:

ד"ר ארז און, ראש חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות;

ד"ר ורד עזרא, ראש חטיבת רפואה, משרד הבריאות;

פרופ' מיכאל (מיקי) שרף, סמנכ"ל וראש חטיבת בתי החולים, שירותי בריאות כללית;

מנהלי בתי חולים:

פרופ' ארנון אפק, יו"ר איגוד מנהלי בתי החולים בישראל;

ד"ר איתן וירטהיים, מ"מ יו"ר איגוד מנהלי בתי החולים בישראל;

ד"ר ארז ברנבוים, מנהל בית חולים אסותא אשדוד;

ד"ר סלמאן זרקא, מנהל בית החולים זיו - צפת;

ד"ר אסנת לבציון-קורח, מנהלת המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא);



פרופ' משנה פהד חכים, מנהל בית החולים נצרת אי.מ.מ.ס (האנגלי);
ד"ר גיל פייר, משנה למנכ"ל המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב);

פורומים:

ד"ר ליאור אונגר, יו"ר פורום המומחים הצעירים בהר"י;

ד"ר אלה קיטרוסר, רכזת הוועדה ויו"ר פורום המתמחים בהר"י;

ד"ר עז אל דין אבו זיד, נציג המתמחים;

ד"ר מיכאל בכר, נציג המתמחים;

ד"ר מעיין גלבוט, נציגת המתמחים;

ד"ר דפי מורן ברגמן, נציגת המתמחים;

ד"ר שאהר מונגד עותמן, נציג המתמחים;

ד"ר אמיתי סוויצקי, יו"ר פורום הסטאז'רים בהר"י;

נציגות הארגונים:

ד"ר זאב פלדמן, מ"מ יו"ר הר"י ויו"ר ארגון רופאי המדינה;

ד"ר משה קוסטינר, מ"מ יו"ר הר"י ויו"ר ארגון רופאי קופת חולים;

ד"ר אריה ביטרמן, סגן יו"ר הר"י ויו"ר חטיבת רופאי בתי"ח של ארגון רופאי שירותי בריאות כללית;

הנדון: כתב מינוי לוועדה העליונה

לבחינת מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות בבתי החולים

נכבדי,

בהמשך להסכמתכם, הנכם מתמנים לחברי הוועדה העליונה לבחינת מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות בבתי החולים בישראל.

יו"ר **וועדה משותפים**: פרופ' רן טור-כספא ופרופ' יוסף קלאוזנר.

רכזת הוועדה: ד"ר אלה קיטרוסר - יו"ר פורום המתמחים בהסתדרות הרפואית, רופאה מתמחה בגינקולוגיה בב"ח שערי צדק.

הרקע להקמת הוועדה:

לקראת פתיחת המו"מ על הסכמי העבודה החדשים ובהמשך לעבודת הבחינה שהובילה הר"י זה מכבר בכל הקשור לאופי התורנויות בארץ ובעולם, החליטה הר"י להעמיק את ההליך תוך ביצוע שורה של פיילוטים שיבחנו במקביל מספר מודלים שונים - כאשר ועדה מקצועית המונה נציגים ממגוון הסקטורים והתחומים השונים תרכז את עבודת הבחינה ואת הממצאים. כבר בהסכם העבודה שנחתם בשנת 2011 הוסכם על פיילוט לבחינת משך התורנות, אולם משרדי האוצר והבריאות לא הקצו את התקנים הדרושים שיאפשרו את המהלך.

בשני העשורים האחרונים המגמה בעולם הביאה לקיצור מתכונת התורנות בשורה של מדינות, אולם גם במדינות אלה ניכר שלא נמצא עדיין המודל שעונה על כל הפרמטרים. בין הממצאים הבולטים עולה מתאם מובהק בין היתכנות הקיצור לשיעור כוח האדם והתקנים הניתנים עבורו. האתגר המרכזי הוא למצוא את נקודת האיזון בין הצורך לשפר את רווחת הרופאים ולקצר את התורנות, לבין הצרכים החשובים לא פחות: שמירה על איכות ההכשרה והטיפול.



מטרת הוועדה:

לאור כל האמור, אני מבקש למנות את הוועדה כדי שהיא תוביל את עבודת הבחינה של מתכונת עבודת הרופאים בבתי החולים לרבות משך התורנות ונפח (עומס) התורנויות. במסגרת המנדט שניתן לוועדה, אציין מספר משימות מרכזיות:

1. לבחון ניירות עמדה קיימים וכאלה שצפויים להגיע לשולחן הוועדה מהאיגודים המקצועיים ומגורמים שונים במערכת.
2. לרכז את עבודת הפיילוטים שיושקו במספר מחלקות שונות.
3. לבחון את ההיתכנות של המודלים השונים לרבות המשמעויות הנגזרות מבחינת תקינת כח אדם רפואי, כוחות עזר, שכר ותקצוב.
4. לבחון את המשמעויות הנגזרות בכל הקשור לאיכות ההכשרה ואיכות הטיפול.
5. לבחון את המשמעויות הרחביות על מתכונת העבודה כולה.
6. לבחון את המשמעויות והתמורות באשר לרווחתם של הרופאים והמתמחים בפרט.
7. לבחון את ההבדלים שעשויים להיגזר מהמודלים השונים בין פריפריה למרכז, את המשמעויות שלהם ואת הפתרונות המוצעים כדי לגשר עליהם.
8. להמליץ על סט הדרישות הנגזרות מול משרדי האוצר והבריאות בכל הקשור לכוח אדם, שכר, סיוע של כוחות עזר, הפחתת ביורוקרטיות, הטמעת אמצעים טכנולוגיים ועוד.

סדרי עבודת הוועדה:

הוועדה תקבע את סדרי עבודתה. הוועדה תדריך את מי שנראה לה לצורך העבודה: יו"ר איגודים, רופאים, מנהלי בתי"ח לשעבר, נציגי האוצר ונציגי מעסיקים, ותתייעץ עם הגורמים הרלוונטיים בהר"י ובמערכת הבריאות. מועד הגשת המלצות הביניים ליו"ר ההסתדרות הרפואית: עד 3 חודשים ממשירת כתב המינוי, ומסקנה סופית עד 6 חודשים.

תקשורת:

סוגיות דוברות והסברה יתנהלו באמצעות יו"ר הוועדה ורכזת הוועדה, בתיאום מחלקת הדוברות של הר"י.

לוגיסטיקה, ייעוץ משפטי, כלכלי ועוד:

הר"י תעמיד לרשות הוועדה את כל הגורמים והאמצעים הרלוונטיים, עזרה אדמיניסטרטיבית וייעוץ משפטי, לרבות צוות היועצים של חברת "דלויט" שילווח את הליך הבחינה.

בברכה ובהצלחה,

פרופ' ציון חגי

יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל

העתקים:

עו"ד לאה ופנר, מנכ"ל הר"י
חברי נשיאות הר"י
חברי מזכירות הר"י
יו"ר איגודים מדעיים וחברות
יו"ר ועדי רופאים



נספח מס' 2

מכתבה של ד"ר תמי קרני, ראש הלשכה לאתיקה של הר"י אל ראשי הוועדה

11 יוני 2020, י"ט סיוון, תש"פ

(שוטף) 2020-234

לכבוד
פרופ' רן טור-כספא
פרופ' יוסף קלאוזנר
ד"ר אלה קיטרוסר

שלום רב,

הנדון: משך שעות עבודה לרופא/ה

בהמשך לשיח הציבורי ובעקבות החלטת יו"ר הר"י להקמת ועדה אשר תבחן את מתכונת העבודה של הרופאים, הועלה הנושא לדיון ע"י חברי הלשכה לאתיקה בישיבה שהתקיימה בתחילת יוני 2020.

חברי הלשכה לאתיקה סבורים כי יש להסב את תשומת לב חברי הוועדה אשר הוקמה בהר"י לכללים האתיים הנוגעים לנושא.

החובות האתיות מנוסחות בהצהרת הרופא של ה-WMA מאוקטובר 2017 אשר אומצה ע"י הלשכה לאתיקה ומליאת ועידת הר"י בבחירות שהתקיימו במאי 2018.

נזכיר 4 סעיפים הנוגעים לנושא אורך התורנות או שעות ערות, ערנות, ותפקוד הרופא.

WMA Declaration of Geneva amended by the 68th WMA General Assembly, Chicago, United States, October 2017: The Physician's Pledge.

בתרגומה לעברית כפי שהתקבלה ע"י הלשכה לאתיקה:

כחבר למקצוע הרפואה אני מתחייב,

ביראה ובכבוד, להקדיש את חיי לשירות האנושות

בריאותו ורווחתו של המטופל יהיו בראש מעייניי:

אשמור על כבוד מרבי לחיי אדם.

אעסוק במקצוע הרפואה באורח מצפוני ומכבד, ובהתאם לנוהג הרפואי הטוב;

אשמר את הכבוד והמסורת הנעלה של מקצוע הרפואה;

אחלוק למורי, לעמיתיי ולתלמידי את הכבוד וההוקרה להם הם ראויים;

אחלוק את הידע הרפואי אשר רכשתי למען רווחת המטופל ולקידום הבריאות;

אקפיד על בריאותי, רווחתי וכישורי במטרה להעניק טיפול ברמה הגבוהה ביותר;

על כל אלו, אני מצהיר באופן חופשי, בכל ליבי ובכל מאודי.

מצוטטים כאן רק חלק מההתחייבויות אשר יש להתייחס אליהן כאשר באים לדון בנושא שעות משך העבודה והמנוחה של הרופאים והרופאות. ההתחייבות הן ב-4 מישורים:

1. חובתנו לשמירת טובת המטופל.



2. כבוד מקצוע הרפואה, שמירת כבוד העמיתים.
3. חובת העברת הידע ולימוד הדורות הבאים.
4. ההתחייבות האישית של הרופא לשמירה על בריאותו ורווחתו.

כרופאים אנו מתחייבים להקדיש את חיינו לטובת האנושות. הכוונה ללמוד, לדעת ולטפל במיטב הידע בכל אדם הזקוק לעזרת הרופא. כדי לאפשר זאת הרופאים צריכים להיות במצב גופני ונפשי המסוגל לבצע את המיטב. אחת המגבלות האנושיות המוכרות לכולנו הוא הצורך בשעות שינה ומנוחה. דרושות כנראה יותר שעות מנוחה כדי ללמוד ולעבד את המידע החדש שאנו סופגים.

כרופאים ורופאות אנו מחויבים לשמור על כבוד המקצוע. מטרת הנחייה זאת קשורה לאמון ברופא וברפואה בקשר רופא - מטופל. ידוע כי האמון משיג תוצאות טיפול טובות יותר. האם פתרון עומסים אשר נוצרו עקב הגבלות כלכליות ומובילים את הרופאים לעבודה בתנאים ירודים משרתת את החובה לשמר את כבוד המקצוע? האם רופא/ה טרוט עיניים משמר את כבודו? המומחה הכונן אשר השתתף כל הלילה בניתוח, המשיך בבוקר לנתח בתוכנית האלקטבית ואח"צ המשיך למרפאת קופת החולים והשלים עבודה של 36 שעות, האם שמרנו על כבודו כאדם ואיש מקצוע?

קיצור משך התרונות וימי חופשה מטרידים את המומחים העוסקים בהעברת הידע ולימוד הדור הצעיר. תוכניות ההתמחות הנבנות מתוך חשיבה לבניית מיומנות מקצועית ראויה, העברת ידע, ניסיון, עלולות ללקות בחסר עקב קיצור משך התרונות. מעקב המשכי אחר מהלך המחלה של המטופל ותגובתו לטיפולים השונים, עלול להיפגע כאשר הרופא נמצא פחות שעות בשדה הקליני. נצטרך למצוא פתרונות חדשים, חלקם אולי טכניים, אשר יאפשרו התעדכנות של המתמחה הצעיר.

החובה האחרונה הינה החדשה ביותר ונאמרת בפעם הראשונה בהצהרת ה-WMA משנת 2017:

**"I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities
in order to provide care of the highest standard"**

אקפיד על בריאותי, רווחתי וכישורי במטרה להעניק טיפול ברמה הגבוהה ביותר;

החובה לשמור על בריאותינו ורווחתנו נאמרת בפעם הראשונה בתוך הצהרת הרופא ומחייבת כל רופא ורופאה להקפיד על כך. שינה ומנוחה אינן מותרות, הן צורך בסיסי של כל בן אנוש, כולל הרופאים והרופאות. עם כל הקרבתינו למקצוע, נחישותנו לטפל והאלטרואיסטיות האופיינית לנו כרופאים גם אנחנו חייבים מנוחה. הצהרת הרופא אף קושרת בין השמירה על בריאות ורווחת הרופא לבין היכולת להעניק טיפול ברמה הגבוהה ביותר. הלשכה לאתיקה סומכת על חברי הוועדה כי באו במטרה לשנות דפוסי עבודה אשר הכבידו מאד על דורות רבים. ניתן למצוא פתרונות גמישים, פתרונות אשר יתאימו להתמחויות ועבודות שונות בתחומי הרפואה. פתרון משך התרונות המאפשר גמישות גם לרופא/ה האינדיבידואלי אשר זקוק ליותר או פחות שעות שינה ומנוחה. למשל שעות עבודה מוגדרות עם אפשרות של "הצמדת" שתי "משמרות" לרופא המעוניין ומסוגל לכך. כמו בכל פתרון של דילמה אתית רפואית, הצלחה היא מציאת פתרון אשר יכבד כל אחד מהעקרונות גם כאשר הם סותרים זה לזה.

בברכה,

ד"ר תמי קרני

יו"ר הלשכה לאתיקה

בשם חברי הלשכה לאתיקה

