

מקצועות רפואיים במצוקה

נייר מדיניות

מאת : אדר שץ

מוגש לידי ד"ר רוני גמזו

מנכ"ל משרד הבריאות

מוגש כנייר מדיניות סופי בקורס "סדנה מתקדמת בניתוח מדיניות" (59732)

מספר מילים : 4,733

ת.ז. : 052697364

תאריך הגשה : 7.7.10

ירושלים, יולי 2010

תקציר מנהלים

בישראל קיימים מספר מקצועות רפואיים הנמצאים במצוקה. אלו מקצועות שכוח המשיכה היחסי שלהם קטן, שהעומס בהם רב ושתחושת התגמול בהם נמוכה. בין הגורמים למצוקה ניתן להצביע על עלייה בעומס, הנובעת משינויים דמוגרפיים ומערכתיים וממערכי תקינה ותגמול לא מעודכנים, וכן על שינוי בהעדפות הרופאים לחיי עבודה סדירים ולשעות פנאי רבות יותר. כיוון ההתערבות המומלץ בנייר מדיניות זה הוא העלאת האטרקטיביות של המקצועות במצוקה באמצעות הפחתת העומסים המוטלים על הרופאים העוסקים במקצועות אלה. אמצעי המדיניות המומלץ לשם כך הוא מעבר של בתי החולים למבנה חטיבתי, בו יאוחדו תחת יחידה ניהולית אחת מספר מחלקות, שירותים ומכונים. פתרון זה יאפשר למנהלי החטיבות לוסת עומסים באמצעות ניווד תקנים, מיטות ותקציבים.

4.....	הלקוח
5.....	מקצועות רפואיים במצוקה - רקע
6.....	המצוקה בישראל
7.....	הגורמים למצוקה
8.....	השלכות המצוקה
9.....	התמודדות עם המצוקה בישראל ובעולם
10.....	כיוון ההתערבות המוצע: הפחתת עומסים
12.....	חלופות
12.....	חלופה א': מסלול התמחות במשרה חלקית
12.....	חלופה ב': מעבר למבנה חטיבתי של בתי החולים
13.....	חלופה ג': חיוב מומחים צעירים בהתמחויות העל לבצע תורנויות במחלקות האם
13.....	הקריטריונים להערכת החלופות
14.....	הערכת החלופות
14.....	אפקטיביות
15.....	עלות
16.....	מורכבות טכנית
16.....	ישימות פוליטית
17.....	השפעות נלוות
18.....	החלופה הנבחרת
19.....	אסטרטגיה ליישום החלופה
23.....	ביבליוגרפיה
26.....	נספח א' – פירוט תוספות שכר שנקבעו בהסכם הבוררות האחרון משנת 2008
27.....	נספח ב': שקלול החלופות

הלקוח

ד"ר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות.

ד"ר גמזו מונה למנכ"ל משרד הבריאות בשנת 2010, לאחר שניהן כמנהל בית החולים הכללי איכילוב במרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי.

משרד הבריאות נושא באחריות הממלכתית הכוללת להבטחת בריאות תושבי המדינה, תוך דאגה לארגון, הפעלה והספקה של שירותי בריאות באופן ישיר או באמצעות מוסדות רפואיים אחרים. בין משימות המשרד: ייזום ועדכון התחיקה הבריאותית; תכנון, רישוי הכוונה ובקרה של שירותי הבריאות במדינה; הבטחת שירותי אשפוז; ורישוי בעלי מקצועות רפואיים. המשרד לוקח חלק בתהליכי משא ומתן על הסכמים קיבוציים בתחום הבריאות וביניהם הסכמי שכר ותקינה.

מנכ"ל משרד הבריאות מופקד על יישום מדיניות משרד הבריאות ועל תפעולה השוטף של מערכת הבריאות. המנכ"ל יועץ לשר בהיבטים המקצועיים והארגוניים של מערכת הבריאות. הוא ממונה על כל יחידות המשרד, כולל חטיבת משאבי בריאות, מנהל ומשאבי אנוש ומוסדות האשפוז הממשלתיים (אתר משרד הבריאות).

ד"ר גמזו הינו דובר נלהב למען חיזוק מערכת הבריאות הציבורית ובין היתר מלווה את הקמתו של אגף חדש במשרד הבריאות שיעסוק בתכנון כוח אדם. לפיכך ראוי כי ד"ר גמזו יהיה מוביל המהלך להתמודדות עם המצוקה במקצועות הרפואיים.

מקצועות רפואיים במצוקה - רקע

בישראל, בדומה למדינות רבות בעולם המערבי, קיימים מספר מקצועות רפואיים המוגדרים כמקצועות במצוקה. מקצועות רפואיים במצוקה הם מקצועות שכוח המשיכה היחסי שלהם קטן, שהעומס היחסי בהם רב ושתחושת התגמול של העוסקים בהם נמוכה. (ועדת אמוראי, 2002; ניראל ואחרים, 2008; ההסתדרות הרפואית בישראל [א]).

הועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי), זיהתה מספר אינדיקטורים למקצוע רפואי במצוקה, וביניהם: ירידה ביוקרת המקצוע הגורמת לירידה באיכות ו/או כמות המתמחים הבוחרים בו; עומס רב ותגמול שאינו משקף אותו; עזיבה של רופאים ומנהלי מחלקות במקצוע זה (ועדת אמוראי, 2002).

במחקר מקיף שנערך בנושא בשנת 2008, זוהו מספר אינדיקטורים ומדדים לזיהוי מצוקה במקצוע רפואי:

1. חסרים מתמחים "טובים" – מחסור במתמחים שמנהלי המחלקות תופסים כרצויים ומתאימים למקצוע
2. קושי באיוש תקנים פנויים – הן של מתמחים והן של רופאים בכירים
3. מחסור ברופאים ביחס להיקף המטלות הקליניות במחלקה – וכתוצאה עומס רב
4. תחושה סובייקטיבית של תגמול נמוך, ואפשרות מוגבלת לאפיקי הכנסה נוספים בעתיד ובהווה
5. פגיעה באיכות חיי העבודה בשל עומס יתר, שחיקה ואי שביעות רצון

(ניראל ואחרים, 2008).

אינדיקטורים דומים זהו גם על ידי הבוררים בפסק הבוררות שנערך בשנת 2008 בין הר"י, משרד האוצר ומשרד הבריאות, בנושא מבנה ההעסקה של רופאים בשירות הציבורי (ההסתדרות הרפואית בישראל [ב]).

המצוקה בישראל

קיימת כיום הסכמה במערכת הבריאות על קיומה של מצוקה בשבעה מקצועות רפואיים: רפואה פנימית, הרדמה, כירורגיה כללית, נירולוגיה, טיפול נמרץ כללי (טארומה), טיפול נמרץ ילדים, פתולוגיה, וניאונטולוגיה (רפואת פגים).

המומחים במקצועות אלה מהווים כ-4,300 איש, שהם כשליש מסך הרופאים המומחים עד גיל 65, וכשישית מסך הרופאים בכלל. מרבית המומחים במקצועות אלו מועסקים במערך האשפוז. ניכר כי הרופאים המקצועות אלה סובלים מחוסר שביעות רצון, עובדים שעות רבות יותר מאשר במקצועות מקבילים, מתמודדים עם מקרים קשים יותר, וכי איכות המתמחים המגיעים למקצועות יורדת (נירל ואחרים, 2008; המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2008).

לוח 1 מציג את התפלגות המומחים והמתמחים במקצועות במצוקה:

לוח 1: מקצועות במצוקה - בעלי רשיון עד גיל 65 ותעודות מומחה חדשות שהונפקו, 2008

מקצוע		מומחים - מספר בעלי רשיון עד גיל 65*		תעודות מומחה חדשות שהונפקו בשנה זו (מסיימי התמחות)
		מספר	שיעור מכלל המומחים (N=12,929)	מספר
רפואה פנימית	2,465	19%	157	19.5%
הרדמה	573	4.4%	24	2.9%
כירורגיה כללית	567	4.3%	27	3.4%
נירולוגיה	275	2.1%	7	0.9%
טיפול נמרץ כללי וילדים	160	1.2%	9	1.1%
אנטומיה פתולוגית	158	1.2%	1	0.1%
ניאונטולוגיה	117	0.9%	2	0.2%
סה"כ	4,315	33.3%	227	28.1%

מקור: מדינת ישראל, משרד הבריאות. 2009. **כוח אדם במקצועות הבריאות 2008**. ירושלים.

*בעלי רשיון בלבד. אין נתונים על התפלגות המומחים והמתמחים המועסקים בבתי החולים

יש לציין, כי אין הסכמה גורפת במערכת הבריאות באשר למדדים הכמותיים למצוקה, וכן לגבי אילו מקצועות בדיוק נמצאים באיזו דרגת מצוקה. מפאת מחסור בנתונים, הגורמים שעסקו בנושא (ועדת אמוראי, הבוררים בפסק הבוררות האחרון, הר"י) לא הצליחו להגיע למסקנות חד משמעיות, אך המליצו על העמקת בסיס הידע והטיפול בסוגיה. בנייר זה, אנסה להתמקד

במקצועות שקיים קונצנזוס מסוים לגבי המצוקה בהם – אך הפתרונות שאציע תקפים גם עבור מקצועות נוספים הנמצאים, או ימצאו בעתיד, במצוקה¹.

הגורמים למצוקה

ניתן להצביע על ארבעה גורמים עיקריים השלובים זה בזה, ומובילים למצוקה במקצוע רפואי.

1. התפתחויות מערכתיות (דמוגרפיות, אפידמיולוגיות, טכנולוגיות), המובילות לשינוי בתמהיל

החולים במערך האשפוז. בישראל, בדומה לעולם, ניכרת מגמה של הזדקנות האוכלוסייה ועליה בשכיחות המחלות הכרוניות, במקביל למעבר של מקרים קלים יותר למסגרות האמבולטוריות (טיפול בקהילה – קופות החולים). כתוצאה הפכו המקרים המטופלים בבתי החולים לקשים ומורכבים יותר, ואת העומס המוטל על המועסקים במערך האשפוז לרב יותר. בנוסף חלה עלייה באינטנסיביות העבודה כתוצאה מקיצור זמני האשפוז ועלייה בסבב המיטות ובתפוסתן. לא לחינם מתאפיינים המקצועות במצוקה בכך שמרבית העבודה בהם נעשית במסגרות אשפוז (משרד הבריאות, 2007), וכן שאין בהם אפשרויות נרחבות לעבודה במסגרת פרטית, בקופות החולים או בשר"פ.

2. מערך תקינה לא מעודכן ושכר שאינו הולם את עומס העבודה. במקביל לשינויים בתמהיל

החולים נותר מערך התקינה בבתי החולים על כנו, והסכמי השכר נותרו הסכמים קיבוציים המחייבים את כלל הרופאים². הגבלת שעות העבודה של המתמחים בבתי החולים ל-24 שעות רצופות החל משנת 2000, ללא שינוי במערך התקינה, הוסיפה למצוקה הקיימת. מצב זה יוצר עומס רב על מחלקות מסוימות ללא תגמול חומרי דיפרנציאלי הנגזר ממנו.

3. תמורות מקצועיות: צמיחתן של התמחויות על בעלות אטרקטיביות גבוהה. התפתחויות

טכנולוגיות בתחום הרפואה הובילו ליצירת התמחויות על מתוך התמחויות הבסיס³. אלו נחשבות ליוקרתיות יותר, ומאפשרות לעוסקים בהם תגמול חומרי ומקצועי ניכר וכן אורח חיים נוח ונשלט יחסית. התפתחות זו מקטינה את כוח המשיכה היחסי של מקצועות אחרים.

4. שינוי בהעדפות הרופאים למקצועות המאפשרים יותר שעות פנאי וסדר יום נשלט.

מקצועות רפואיים במצוקה מתאפיינים ככאלה הנודעים בסגנון חיים קשה ומעיק יחסית

¹ בין המקצועות שאין הסכמה לגבי המצוקה בהם נמצאים רפואה גרעינית, נפרולוגיה (רפואת כליות), גריאטריה, פסיכיאטריה, רדיולוגיה ועוד (ההסתדרות הרפואית בישראל [ב]).

² בהסכם הבוררות האחרון ניתנה תוספת שכר לשלושה מקצועות במצוקה אקוטית – ובזה ידובר בהמשך הנייר למשל, ברפואה פנימית התפתחו המקצועות גסטרו-אנטרולוגיה, נפרולוגיה, ראומטולוגיה, ועוד

למקצועות אחרים. במקביל, חשיבותם של שיקולים הנוגעים לאיכות חיי העבודה ולסגנון החיים בבחירת מקצוע הולכת וגוברת, כאשר הרופאים רוצים שליטה על סגנון חייהם, במובן של התאמה לחיי משפחה ופנאי. מחקרים אף מראים, כי איכות החיים הצפויה לעוסק במקצוע (שעות עבודה, זמן פנוי, סדר יום קבוע, גמישות בשעות עבודה) משפיעה יותר מאשר שיקולים כלכליים בעת בחירת המקצוע. יתכן שמגמה זו קשורה לתופעת הפמיניזציה ברפואה (עלייה בשיעור הנשים המסיימות לימודי רפואה), כיוון שנשים נוטות לבחור במקצועות המאפשרים עבודה בשעות נוחות וגמישות התואמות לחיי משפחה. בנוסף לשינוי העדפות זה, יש המצביעים על ירידה באידיאליזם, בתחושת השליחות ובנכונות ההקרבה של הרופאים לנוכח העומסים והתגמול הנמוך.

(נירל ואחרים, 2008; ועדת אמוראי, 2002; אידלמן ואחרים, 2006; המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2008).

בשוק עבודה משוכלל, היו הגורמים למצוקה מובילים לשיווי משקל חדש בין היצע וביקוש, על ידי ויסות השכר ו/או כמות העבודה. עם זאת, שוק העבודה במערכת הבריאות הציבורית בישראל הוא שוק מתוכנן המתאפיין בקשיחות. בין מאפייניו נמנים: רמות שכר ותקינה הנקבעות בהסכמים קיבוציים; גמישות נמוכה למעסיקים בכל הנוגע למתן תמריצים חומריים ולשליטה על כמויות העבודה; תקופת הכשרה ארוכה של רופאים והיעדר האפשרות לגייס במהירות עובדים חדשים; מימון ציבורי של הכשרת רופאים ותכנון מרכזי של מספר המקומות בבתי הספר לרפואה (Rosen et al, 2009). כל אלו אינם מאפשרים לשוק להגיע לאיזון ללא התערבות של המתכנן המרכזי. רצוי שההתערבות תתבצע באופן המשלב בתוכו תחזיות ותכנון לעתיד, ולא רק טיפול נקודתי במקצועות שהמחסור כבר מורגש בהם. היעדר התערבות בסוגיה זו מובילה למגוון השלכות חמורות.

השלכות המצוקה

להמצאותו של מקצוע רפואי במצוקה מגוון של השלכות שליליות על ציבור המטופלים, על הרופאים והמתמחים, ועל מערכת הבריאות ככלל.

1. **פגיעה באיכות הטיפול.** מקצועות במצוקה מתאפיינים בעומס רב המוטל על הרופא, המתבטא בהיקף שעות העבודה וכן בהיקף המטלות שיש לבצע במהלכן. עומס זה גורם לשחיקה קוגניטיבית ותשישות רגשית, עייפות פיזית, אי שביעות רצון ופגיעה בתפקוד, שעל

פי מחקרים רבים נמצאו כפוגעים באיכות הטיפול הניתן לחולה. העומס פוגע גם ביכולות המקצועיות של המתמחים והמומחים, כיוון שאינו מאפשר להם להקדיש זמן ראוי ללמידה ולמחקר, ובנוסף מרחיק מן המקצוע מתמחים רבים הנמשכים אליו והם בעלי פוטנציאל להיות טובים בו, מה שפוגם באיכות כוח האדם במקצוע. יש לציין גם את הפגיעה הישירה בחולה בדמות זמני המתנה ארוכים הנגזרים מהמחסור (נירל ואחרים, 2008; טוקר, 2006; אידלמן ואחרים, 2006).

2. **פגיעה ברופא ובמערכת הרפואה הציבורית.** העומס ותנאי העבודה הקשים, בשילוב תחושת התגמול הנמוך, גורמים לשחיקה, תשישות ואי שביעות רצון בקרב הרופאים ופוגעים באיכות חייהם. מציאות זו מובילה רבים מהם להגר לחו"ל ולזכות בתנאים המשופרים ("בריחת מוחות"). התדרדרות זו באיכות כוח האדם ובאיכות הטיפול שוחקת את מעמד הרופא ומשפיעה על מעמד הרפואה הציבורית.

3. **פגיעה מוגברת בפריפריה.** תופעת המקצועות במצוקה מקצינה את אי השוויון הגיאוגרפי בבריאות ובשירותי בריאות. הירידה בכוח המשיכה של המקצוע באה לידי ביטוי באופן חריף יותר בפריפריה, בשל המגמה הכללית של ירידה בהיצע כוח האדם שם. מגמה זו עתידה להחריף עקב המחסור העתידי הצפוי ברופאים (ועדת פזי, 2002; ועדת בן נון, 2007).

4. **תופעה מעגלית.** ירידת איכות כוח האדם, בשילוב עם תופעות לא מטופלות של עומס ותת-תקינה, פוגעים בכוח המשיכה של המקצוע עבור הדור הבא של הרופאים ומחריפים את המצוקה בו באופן הולך ומתגבר. מחקרים הראו כי שיעור נמוך של העוסקים במקצועות במצוקה ימליצו לבוגרי רפואה לבחור בתחום התמחותם (נירל ואחרים, 2008; אקר ואחרים, 2009), וכי בוגרי רפואה מושפעים מאוד מהאופן בו משקפים הרופאים את אורח החיים העמוס והתובעני שלהם בזמן ההתנסות הקלינית במחלקות, כאשר הם בוחרים התמחות (לוטן ואחרים, 2010).

התמודדות עם המצוקה בישראל ובעולם

בשנת 2002 פרסמה הועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי) את מסקנותיה, ובהן התייחסות לסוגיית המקצועות במצוקה. הועדה המליצה למנות פורום קבוע בראשות משרד הבריאות ובהשתתפות המועצה המדעית של הר"י ומשרד האוצר, שיגדיר מדדים

אובייקטיביים לקיום מצוקה בהתמחות מסוימת, ובהתאם יגבש תכנית התערבות שתוביל לשיפור משמעותי במצב, תוך התייחסות ספציפית למאפייני כל מקצוע.

דו"ח מבקר המדינה משנת 2008 קבע כי "לא הוקם פורום כאמור וכי למשרד הבריאות אין נתונים על מספר העוסקים בפועל במקצועות השונים ועל היקפה של המצוקה ועל מידת חומרתה. כמו כן רק בדצמבר 2008, לאחר מועד סיום הביקורת, הגדיר המשרד כמה מקצועות כ"נמצאים במצוקה" או מקצועות ש"יש בהם חשש להתפתחות מצוקה" (דו"ח מבקר המדינה, 2008).

בפסק הבוררות האחרון בין משרד האוצר, משרד הבריאות והסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), משנת 2008, נקבעה תוספת שכר גורפת לכלל הרופאים, עם תוספת מוגדלת לרופאים העוסקים במקצועות שהוגדרו במצוקה אקוטית, כלומר כאלו שכבר מורגש בהם מחסור. מקצועות אלו הם הרדמה, ניאונטולוגיה (רפואת פגים) וטיפול נמרץ (כללי, נשימתי וילדים).

הבוררים בפסיקתם המליצו כי הצדדים יגבשו מערכת של כללים להגדרת מקצוע כ"מצוי במצוקה", אשר תאפשר לעקוב אחר המקצועות הללו ולעדכן באופן מוסכם את הרשימה של המקצועות הזכאים להטבות אחת לחמש שנים (ההסתדרות הרפואית בישראל [ב]).

מלבד תוספת השכר, לא קיימת כיום בישראל מדיניות ברמה הלאומית להתמודדות עם סוגיית המקצועות במצוקה. מחקר שנערך בנושא מצא כי ישנם פתרונות המיושמים ברמות נמוכות יותר, על ידי מנהלי בתי חולים ו/או מנהלי מחלקות, כגון מציאת תקציבים לתוספת כוח אדם שאינו מתמחים, ניווד מיטות, הקצאת זמן ללימודים ועוד. עם זאת, 40% מהמשיבים ענו כי לא נעשו כלל הסדרים ארגוניים בבית החולים להתמודדות עם הבעיה (נירל ואחרים, 2008).

פתרונות ממערכות בריאות אחרות בעולם כוללים העסקת כוח עזר רפואי, שיפור בתגמול והעלאת שכר, העלאת מספר התקנים, הגדלת המכסות בבתי הספר לרפואה, שיפור איכות ההוראה, אפשרות להתמחות במשרה חלקית, הענקת פרסים ומלגות, ו"שמירת מקום" להתמחות לבוחרים במקצוע. ברוב המדינות מקובל ליישם מספר פתרונות במקביל (נירל ואחרים, 2008).

כיוון ההתערבות המוצע: הפחתת עומסים

מקצועות במצוקה מתאפיינים בכך שהם אינם מאפשרים, באופן יחסי למקצועות אחרים, שליטה על אורח החיים, תרבות פנאי וזמן משפחתי, וכן זמן לעיסוקים נוספים כגון למידה, התפתחות מקצועית ומחקר. גורמים אלה, בשילוב שינוי העדפות הרופאים למקצועות המאפשרים אורח

חיים נוח יחסית, מקטינים את כוח המשיכה של מקצועות במצוקה. כאמור, תהליך זה מוביל לירידה באיכות ובכמות בוגרי רפואה המבקשים להתמחות בהם, ולבסוף למחסור ממשי בכוח אדם.

אחת הדרכים הפופולריות לנתב אנשים לעיסוק במקצוע מסוים היא מתן תמריצים חומריים ובעיקר כספיים. עם זאת, ממחקרים שנערכו בנושא עולה, כי האופן בו בוגרי רפואה תופסים את אורח החיים העתידי במקצוע מבחינת פנאי ושעות עבודה נוחות, משפיע על בחירתם במקצוע יותר מהשכר העתידי ותמריצים חומריים אחרים (אידלמן ואחרים, 2006; אקר ואחרים, 2009; המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2008). מכאן עולה, כי על אף שתמריצים אלה הינם בעלי השפעה, הרי שכיוון התערבות אפקטיבי יותר להגדלת האטרקטיביות של מקצועות רפואיים במצוקה הוא דווקא הפחתת עומסים.

החלופות שלהלן יתמקדו בדרכים להפחתת העומסים העומדים בפני העוסקים במקצועות במצוקה. בשל הקושי הפוליטי והתקציבי בתוספות תקנים לצורך זה, מתרכזות החלופות בויסות עומסים ללא תוספת תקינה משמעותית למקצועות במצוקה. הויסות אמור להוביל להורדת מספר התורנויות והשעות החודשיות בהן עובד המומחה ו/או המתמחה בבית החולים.

ההתייחסות לתופעה בנייר זה היא ברמה הלאומית ולפיכך הטיפול המוצע הוא גורף לכל המקצועות במצוקה. עם זאת, אין לפסול פתרונות נקודתיים למקצועות ספציפיים, הקשורים למאפייני המקצוע. יש לציין כי אחד המהלכים המתבצעים כיום ויכולים להקל על התופעה הוא הרחבה כללית של מספר בוגרי רפואה. עם זאת, אין במהלך זה בכדי להגדיל את האטרקטיביות של המקצועות במצוקה.

הפתרונות המפורטים בנייר זה רלוונטיים לטווח הקצר והבינוני, על מנת לפתור מצוקה ממשית הקיימת בשטח ועתידה להתגבר בעתיד הקרוב. בטווח הארוך צפויים לחול שינויים מקצועיים, כגון הכנסתם לשימוש של מקצועות עזר רפואיים, היווצרות של תת-התמחויות חדשות, שינויים בהיקפי מקורות התעסוקה לרופאים, שינוי נוסחאות התקינה, העברת התמחויות לקהילה ועוד. עד אז, מוצעים פתרונות שיאפשרו לשפר את רווחתם של הרופאים והמתמחים במקצועות במצוקה ולחזק את כוח המשיכה שלהם.

חלופות

חלופה א': מסלול התמחות במשרה חלקית

התמחות במשרה חלקית מגדילה את היקף שעות הפנאי של המתמחה ומספקת לו שליטה ניכרת יותר באורח החיים. עם עליית שיעור הנשים בקרב בוגרי לימודי הרפואה, עולה מספר הרופאים הנזקקים למסלול התמחות גמיש התואם לחיי משפחה, (שנות ההתמחות חופפות פעמים רבות לתקופת הקמת משפחה). התמחות במשרה חלקית, יכולה לפיכך למשוך רופאים מצטיינים להתמחות תוך הקטנת העומס המוטל עליהם.

החלופה מציעה ליצור מסלולי התמחות במשרה חלקית באותם מקצועות הנמצאים במצוקה. משך ההתמחות של מתמחים המועסקים במשרה חלקית יוארך בהתאם להיקף המשרה, והיקף המטלות הכולל לא ישתנה, על מנת שהרמה המקצועית לא תפגע. חלקיות המשרה תהווה חלקיות תקן, כך ששני מתמחים יוכלו לחלוק תקן ביניהם. היקף המשרה האפשרי בכל מקצוע יקבע בשיתוף בין משרד הבריאות המועצה המדעית של הר"י, תוך התייעצות עם מנהלי המחלקות ובתי החולים.

חלופה ב': מעבר למבנה חטיבתי של בתי החולים

חטיבה היא "צבר של מחלקות, מכונים, שירותים ויחידות הנמצאים כולם באותו בית חולים והנם בעלי זיקה משותפת או עניין משותף בהתאם לתנאים הקיימים באותו בית חולים" (ועדת אמוראי, 2002), כלומר מספר יחידות המאוגדות תחת יחידה ארגונית אחת בבית החולים. בדרך כלל החטיבות נקראות על שם התמחות הבסיס (פנימית, כירורגיה וכולי), ומאגדות בתוכן את התמחויות העל ושאר תחומים קשורים.

מבנה חטיבתי מסייע בהקלת העומסים המוטלים על הרופאים בכך שהוא מאפשר להנהלת החטיבה לנייד תקציב, כוח אדם ומיטות בין יחידות החטיבה השונות. בכך מגמיש המבנה החטיבתי את הקשיחות המובנית במערכת האשפוז, ומסייע לווסת עומסים ולהפחית את מספר שעות העבודה של המועסקים במקצועות במצוקה.

ועדת אמוראי המליצה בשנת 2002 על מעבר של כל בתי החולים שיש בהם יותר מ-500 מיטות למבנה חטיבתי, תוך מתן סמכות למנהל החטיבה לנייד עד 20% מתקני כוח האדם בין רכיבי החטיבה, לפי צרכים וסדר עדיפויות שיקבעו, ותוך ביטול תפקיד סגני מנהלי בתי החולים. מאז,

עבר מספר בודד של בתי חולים בישראל למבנה חטיבתי, חלקי או מלא: הדסה עין כרם, כרמל, סורוקה ורמב"ם (דיין, 2009; ניראל, ראיון, 2009).

החלופה מציעה להתניע תהליך של "חיטוב" בבתי החולים הציבוריים, תוך היעזרות בנסיון שהצטבר בבתי החולים שכבר ביצעו את השינוי.

חלופה ג': חיוב מומחים צעירים בהתמחויות העל לבצע תורנויות במחלקות האם

לאחר סיום ההתמחות במקצועות הבסיסי, עוברים מתמחים רבים להתמחות במקצועות על, הנחשבות ליוקרתיות ורווחיות יותר. ניתן להקל על העומסים הנוצרים במקצועות הבסיסי על ידי חיוב המומחים הצעירים שסיימו את התמחויות העל להמשיך ולבצע תורנויות במחלקות האם, בשיעורים הולכים ופוחתים לאורך השנים, כתנאי למעבר להתמחות העל.

פתרון דומה הוצע על ידי הבוררים בפסק הבוררות האחרון, כהמלצה להקלה על העומס המוטל על המתמחים (ההסתדרות הרפואית בישראל [ב]).

הקריטריונים להערכת החלופות

לשם בחירת החלופה המתאימה ביותר, נבחן את שלושת החלופות על פי חמישה קריטריונים שונים, לכל אחד מהם ניתן משקל שונה בשקלול הסופי:

1. אפקטיביות בפתרון המצוקה במקצוע הרפואי – באיזו מידה החלופה מקטינה את העומס המוטל על הרופא, ומהו היקף הרופאים המושפע ממנה, וכן באיזו מידה החלופה מעלה את האטרקטיביות של המקצוע מבחינות אחרות (יוקרה, שכר וכדומה). קריטריון זה מקבל משקל של 25%

2. עלות – מהי העלות הצפויה ליישום החלופה, בחלוקה לפי התנעת החלופה ותחזוקה לטווח הארוך. קריטריון זה מקבל משקל של 15% (בין היתר כיוון שאף חלופה אינה כרוכה בהוצאה תקציבית משמעותית)

3. מורכבות טכנית – הזמן שיקח מרגע קבלת ההחלטה ועד תחילת יישום החלופה, כמה אנשים דרושים לישומה, ואילו תשתיות יש להקים על מנת לבצעה. קריטריון זה מקבל משקל של 10%

4. מידת הישימות הפוליטית – מתנגדים לישום החלופה וכוחם, תומכים ביישום החלופה והמשאבים העומדים לרשותם, מספר הגורמים והאנשים שצריכים לאשר את החלופה, ומידת התוספתיות של החלופה לעומת המצב הקיים. קריטריון זה מקבל משקל של 25%, בשל הרגישות של שינויים במערכת הבריאות לשיקולים פוליטיים ומאבקי כוחות, והצורך להגיע להסכמה רחבה

5. ההשפעות הנלוות ליישום החלופה – השלכות נוספות שיש לביצוע החלופה על הרופאים, הציבור ומערכת הבריאות מלבד הקלת עומסים. קריטריון זה מקבל משקל של 25%, בשל ההשפעה הנלווית הרבה שיש לשינויים במערכת הבריאות

הערכת החלופות⁴

אפקטיביות

חלופה א': התמחות במשרה חלקית

אפקטיביות בינונית-נמוכה. החלופה מפחיתה את העומס המוטל על המתמחה במשרה חלקית בלבד, ולא משפיעה על שאר הרופאים במחלקה. כל שנה מסיימים התמחות בהצלחה בין 4-6% מכלל המומחים. כיוון שההתמחות אורכת כחמש שנים במוצע, ניתן לומר שבכל שנה נמצאים בשלבי ההתמחות כ-20% מכלל המומחים הקיימים. בהתחשב בשיעור הנשים העומד על כמחצית מבוגרי רפואה, ניתן לשער כי חלופה זו תשפיע לטובה על שיעור של כמחצית המתמחים ולכן על כ-10% מכלל הרופאים במקצועות במצוקה. (משרד הבריאות, 2009). בהנחה שהמשרה החלקית היא בשיעור של 50% משרה, הרי שהשפעתה על הנהנים ממנה משמעותית. הגמשת תקופת ההתמחות היא חלופה שמתבצעת כיום בהצלחה במדינות רבות, ביניהן בריטניה וארה"ב (מלניק ואחרים, 2007). מבחינות אחרות, אטרקטיביות המקצועות דווקא נפגעת, שכן מדובר בירידה בשכר החודשי ובהארכת משך ההתמחות, תוך אי וודאות לגבי תעסוקה עתידית.

חלופה ב': מעבר למבנה חטיבתי

אפקטיביות גבוהה. המעבר למבנה חטיבתי אמור, על פי המלצות ועדת אמוראי, לאפשר ניוד של 20% מהתקנים בין המחלקות השונות. המשמעות היא שבמחלקה יכולים להיות עד 20% יותר רופאים החולקים בעומס. החלופה מקיפה את כל הרופאים והמתמחים במחלקות. היא מעלה את

⁴ לפירוט מלא של הערכת החלופות, ציונים וסקלול, ראה נספח ב'.

האטרקטיביות של המקצועות במצוקה גם מבחינת התקנים העתידיים המחכים למתמחים, והן מבחינת העושר המקצועי שהיא מספקת ע"י השילוב בין המקצועות השונים. חלופה זו נוסתה בהצלחה במדינות רבות בעולם (דיין, 2009).

חלופה ג': חיוב מומחים צעירים בהתמחויות העל לבצע תורנויות במחלקות האם

אפקטיביות בינונית. הקלת העומס מיישום החלופה תהיה משמעותית, אך רק במחלקות האם, ורק עבור המתמחים בהן, משמע רק עבור כ-18% מהרופאים במקצועות במצוקה. אין לחלופה השפעה משמעותית על אטרקטיביות המקצוע מלבד הקלת העומסים.

עלות

חלופה א': התמחות במשרה חלקית

עלות נמוכה. על מנת להתניע את מסלול ההתמחות יש להפעיל צוות מקצועי שיגדיר את תנאי ההתמחות החדשה, ולהשקיע סכום זניח בפרסום האפשרות. אין לחלופה עלויות תפעול שכן המתמחים יחלקו ביניהם תקנים.

חלופה ב': מעבר למבנה חטיבתי

עלות בינונית. החלופה מחייבת שינויים במבנה הנהלת בתי החולים, הכרוכים בהקמת צוות מקצועי שילווה את תהליך השינוי, במינוי מנהלים לחטיבות החדשות באמצעות ועדת איתור, ובשינוי תשתית פיזית מעטים (משרדים וכיו"ב). התפעול השוטף של החלופה מחייב תשלום שכר למנהלי החטיבות ולצוות המנהלי שלהם, אך במקביל יורד השכר המשולם כיום לסגני המנהלים של מנהלי בתי החולים, ששכרם זהה. המאזן הסופי צפוי להיות ללא תוספת תשלום שכר משמעותית.

חלופה ג': חיוב מומחים צעירים בהתמחויות העל לבצע תורנויות במחלקות האם

עלות בינונית. אין עלויות משמעותיות להתנעת החלופה, אך במהלך התפעול השוטף תיתכן תוספת תשלום עבור התורנויות הנוספות שהמומחים יעשו במחלקת האם, או תוספת תקנים למחלקות האם. קיימת גם אפשרות לבצע את החלופה ללא עלויות משמעותיות בהינתן שבמחלקות העל אין עומס עבודה רב ולא תידרש תוספת תקנים.

מורכבות טכנית

חלופה א': התמחות במשרה חלקית

מורכבות בינונית-נמוכה. התכנית ניתנת להפעלה עם סיום מחזור הלימודים הקרוב בבתי הספר לרפואה, משמע בעוד כשנה. לא דרוש צוות מקצועי נרחב על מנת לגבש את תצורת ההתמחות החדשה, ואין צורך בתשתיות מיוחדות.

חלופה ב': מעבר למבנה חטיבתי

מורכבות גבוהה. יישום החלופה הוא תהליך הדרגתי התלוי במידה רבה בשיתוף פעולה מצד בתי החולים. דרוש צוות מקצועי נרחב יחסית, שידון בריבוי ההיבטים של תהליך החיטוב, וכן וועדת איתור לצורך איתור מנהלי חטיבות. כמו כן יש צורך בשינוי תשתית פיזי ומנהלי.

חלופה ג': חיוב מומחים צעירים בהתמחויות העל לבצע תורנויות במחלקות האם

מורכבות נמוכה. החלופה ניתנת ליישום מידי לאחר קבלת ההחלטה. יש צורך בצוות מקצועי שיעסוק באופן בו ניתן לווסת את העומסים שיווצרו במחלקות העל. יש צורך בשינוי תשתית מנהלית בדמות הסטת תקנים ועדכון התחשבות השכר.

ישימות פוליטית

חלופה א': התמחות במשרה חלקית

ישימות פוליטית בינונית-גבוהה. לחלופה לא קיימים כמעט מתנגדים, ולעומת זאת יש לה תומכים רבים. המתנגדים העיקריים הם מנהלי מחלקות שאינם מעוניינים בעלייה בשיעור הנשים במקצוע (מטעמים שהם ספק מקצועיים – ספק ארכאיים). דרושה הסכמה של מנהלי המחלקות הספציפיות בלבד. עם זאת החלופה אינה תוספתית כיוון שאינה מיושמת כיום בשום התמחות.

חלופה ב': מעבר למבנה חטיבתי

ישימות פוליטית גבוהה. לחלופה נמצאה תמיכה בעבר, בהמלצות ועדת אמוראי ובהר"י. המתנגדים הפוטנציאליים למהלך הם סגני מנהלי בתי החולים, שתפקידם יפגע כתוצאה מהמעבר למבנה חטיבתי. תיתכן התנגדות מסוימת ממנהלי המחלקות שיחוו שותפקידם מוחלש. החלופה היא התוספתית ביותר כיוון שארבעה בתי חולים כבר עשו את המעבר למבנה חטיבתי.

חלופה ג': חיוב מומחים צעירים בהתמחויות העל לבצע תורנויות במחלקות האם

ישימות פוליטית נמוכה. לחלופה צפויה התנגדות עזה של איגודי מקצועות העל ושל מנהלי מחלקות העל, שהמומחים בהם ידרשו לעבוד שעות נוספות במחלקות האם. דרושה הסכמה של מנהלי מחלקות רבות, וכן החלופה אינה תוספתית למצב הקיים.

השפעות נלוות

חלופה א': התמחות במשרה חלקית

השפעות נלוות חיוביות באופן חלש. במחקרים נמצא, כי איכות הטיפול שמעניקים מתמחים במשרה חלקית גבוהה יחסית למתמחים במשרה מלאה (מלניק ואחרים, 2007). לפיכך ניתן להסיק כי המטופלים יהנו מחלופה זו. יש לציין שהעומס שחווים המטופלים, בצורת זמני המתנה, לא ישתנה כיוון שלא יהיו יותר רופאים בתורנות. הארכת משך ההתמחות יכולה גם לתרום לאיכות ההכשרה של המתמחים. עם זאת, שיעור נשים גבוה במקצוע נחשבת בעיני מנהלי מחלקות ובתי חולים מסוימים כאינדיקציה לירידה באיכות המתמחים – תפיסה שלא נמצא לה ביסוס עובדתי.

חלופה ב': מעבר למבנה חטיבתי

השפעות נלוות חיוביות באופן משמעותי. לחלופה השלכות חיוביות רבות מעבר לסיוע למקצועות במצוקה, בעיקר בתחום היעילות בהקצאת המשאבים והחיזוק המקצועי. חטיבה מקצועית יכולה לשלב באופן מוצלח בין תחומים קרובים ברפואה ליצירת מערך טיפול איכותי ויעיל יותר עבור המטופלים. כמו כן ביכולתה ליצור חסכון משמעותי במשאבים. כך עולה מהנסיון המקצועי של מנהלי חטיבות בבתי חולים שכבר עשו את השינוי (דיין, 2009). בנוסף יחווה הציבור הקלה בעומסים ובזמני המתנה.

חלופה ג': חיוב מומחים צעירים בהתמחויות העל לבצע תורנויות במחלקות האם

השפעות נלוות חיוביות באופן בינוני. לחלופה השפעה חיובית על המתמחים במחלקות האם, כיוון שהם נחשפים למומחים מתחומים שונים במקביל להקלה על העומס. המהלך יכול ליצור שיתוף פעולה מקצועי בין תחומי הבסיס ותחומי העל. כמו כן הוא מהווה מקור פרנסה נוסף פוטנציאלי למומחים הצעירים. הציבור נהנה מהקלה בעומסים גם הוא.

החלופה הנבחרת

לאחר ביצוע שקלול של החלופות בו ניתן משקל לכל קריטריון כמפורט לעיל, נבחרה החלופה בעלת הציון הגבוה ביותר. להלן פירוט התוצאות⁵:

קריטריון	משקל	חלופה א' – התמחות במשרה חלקית	חלופה ב' – מעבר למבנה חטיבתי	חלופה ג' – תורנויות של מומחים צעירים
אפקטיביות	25%	3	4.2	3.2
עלות	15%	4.7	3	3.3
מורכבות טכנית	10%	4.25	2.5	5
ישימות פוליטית	25%	3.1	3.6	2.4
השפעות נלוות	25%	2.25	5	4
סך הכל		3.21	3.9	3.39

החלופה המומלצת, בעלת הציון הגבוה ביותר, היא חלופה ב': מעבר למבנה חטיבתי.

⁵ לפירוט מלא של הקריטריונים, הציונים והשקלול ראה נספח ב'.

אסטרטגיה ליישום החלופה

אסטרטגיה כללית

במערכת הבריאות כמעט ולא ניתן לבצע שינויים מבניים מהסוג המוצע בנייר מדיניות זה ללא הסכמתם של שלושה גורמים מרכזיים: ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), אגף תקציבים במשרד האוצר, והנהלת בתי החולים. לא ניתן לכפות את יישום החלופה מלמעלה, ועל כן האסטרטגיה ליישום החלופה תהיה שיתוף מלא של הגורמים הללו, תוך פניה לאינטרסים של כל אחד מהם.

שחקנים מרכזיים: אינטרסים, עמדות, משאבים ודרכי התמודדות

ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) (בראשות ד"ר ליאוניד אידלמן)

הר"י היא שחקן חזק מאוד, אם לא החזק ביותר, במערכת הבריאות. היא משמשת איגוד עובדים המייצג את הרופאים בכל הקשור לתנאי תעסוקתם, וכן כאיגוד פרופסיונאלי הקובע סטנדרטים מקצועיים על ידי המועצה המדעית שלה. בין האינטרסים של הר"י חיזוק מעמד הרופאים (שכר, תנאים, יוקרה, עצמאות), תוך שימור חוזקה כאיגוד עובדים וארגון מקצועי. להר"י משאבים רבים העומדים לרשותה, כגון בסיס הייצוג העצום שלה ויכולתה "להפעיל" את הרופאים בעת הצורך. לארגון השפעה פוליטית משמעותית ונגישות למקבלי ההחלטות, וכן נסיון רב בהעברת מסרים לתקשורת. הר"י מואשמת פעמים רבות על ידי מקבלי ההחלטות בסחטנות, ובכך שאינה מעוניינת בקידום מערכת הבריאות כי אם בשכר הרופאים הבכירים והמנהלים בלבד.

ידוע כי בעבר תמכה הר"י בחלופה המוצעת אך נסוגה בה. הסיבה הסבירה (אך הלא רשמית) לנסיגת הר"י מעמדתה היא הפגיעה בסמכותם ושכרם של סגני בתי החולים, הממלאים כיום פונקציה דומה למנהלי חטיבות, אך ללא היתרונות הגלומים בחלופה. קיים סיכון אם כן שהר"י "תתקע" את תהליך השינוי, בדרישות לפיצוי כספי של סגני המנהלים ו/או מינויים למנהלי חטיבות ללא ועדת איתור. סיכון נוסף הוא דרישה להעלאת שכר נוספת לרופאים כתנאי לתמיכה בשינוי.

יש לשתף את ההסתדרות בתהליך יישום החלופה על מנת למנוע התנגדויות. יש להציג את המהלך כהגברת העצמאות הניהולית של מנהלי החטיבות ובתי החולים, ולא כמהלך לטיפול במקצועות במצוקה (שכן דבר זה עלול לגרום להתניה בתוספות שכר). כמו כן יש להציג את המהלך כנסינוני,

ולהדגיש שהתהליך יתרחש רק בשליש מבתי החולים בשלב הראשון. במקביל יש להדגיש מאמצים אחרים להרחבת היקף כוח האדם. בסוגיית סגני מנהלי בתי החולים, כ"פירוק מוקש" במקרה של התנגדויות חריפות ניתן להחליט שנותנים להם עדיפות כמועמדים לניהול החטיבות, או פיצוי לפרישה מוקדמת. יש לזכור שיו"ר הר"י, ד"ר אידלמן, הוא מרדים בהכשרתו ונכנס לתפקידו רק לאחרונה. כמי שעסק עד לא מזמן במקצוע הנמצא במצוקה ניתן לרתום אותו אישית למהלך ביתר קלות.

משרד האוצר, אגף תקציבים (בראשות אודי ניסן)

אגף תקציבים מעוניין לצמצם בהוצאות הממשלה ולהגביר את יעילות הפעילות במערכת הבריאות. האגף נוטה לתמוך במהלכים המקלים על קשיחות שוק העבודה, ולפיכך ניתן לגייס כתומכים למהלך המעבר למבנה חטיבתי. תמיכתם חיונית בשל הצורך להוסיף תפקידים חדשים במימון ציבורי לבתי החולים. רצוי להשתמש בטרמינולוגיה כלכלית ולהדגיש את הגמישות שהמהלך מאפשר, ואת החסכון בתוספות תקנים, מיטות ותקציבים הנובע ממנו. האוצר יכול לסייע בתהליך על ידי מתן "בונוסים" לבתי חולים שמשתפים פעולה עם המהלך, למשל בדמות מענקים לשיפור תשתיות לצורך השינוי המנהלי, תמיכה בפרויקטים נוספים שבתי החולים רוצים להניע, ואפילו מיטות או תקנים.

מיד לאחר מינויו התבטא מנכ"ל משרד הבריאות כנגד האוצר, כאשר דרש התנתקות מוחלטת של משרד הבריאות מהאוצר בתחום התקציבים. בתגובה תקפו באוצר את גמזו בטענה שהותיר את בית החולים בניהולו בגרעון תקציבי עצום (ניב, 2010; יסעור בית-אור, 2010). שיתוף האוצר במהלך החיטוב יכול לשרת את שני הצדדים – לרכך התנגדויות שנוצרו כעת מצד האוצר, ובמקביל לשפר את עצמאות בתי החולים.

האיגודים המקצועיים של מקצועות במצוקה

איגודים אלה מקדישים שיעור ניכר מזמנם לקידום פתרונות למצוקה במקצוע אותו הם מייצגים, לקידום מעמד הרופאים במקצוע, ולשמירה על מעמדם כאיגוד מקצועי. איגודים אלה הם חלק מקבוצת האיגודים המדעיים של הר"י ולפיכך כפופים לה. עם זאת לעיתים יש התנגשות אינטרסים ועל כן לא תמיד העמדות חופפות. האיגודים צפויים לתמוך במהלך, אך בדומה להר"י יתכן שיחשו שמדובר בנסיון להמנע מהגדלת תגמול חומרי או תקנים. מוצע להתמודד עם הנושא על ידי שיתוף מקצועי שלהם בתהליך גיבוש החיטוב, למשל התייעצות כיצד כדאי לארגן את

החטיבות החדשות, איך אפשר להפוך את המהלך לכזה שיקל על הרופאים במקצוע, וזאת ללא חשיפה של העובדה שזו המטרה העיקרית של החיטוב. במקרה של התנגדויות ניתן להדגיש כי המהלך פותח אופקי קידום נוספים עבור העוסקים במקצועות במצוקה, שנוטים להיות המקצועות הכלליים ה"מאחדים" את החטיבה.

איגוד מנהלי בתי החולים

איגוד מנהלי בתי החולים מאגד את המנהלים וסגני המנהלים של בתי החולים, וכן נושאי תפקידים בכירים אחרים במערכת הבריאות, והוא מהווה נציגות מוסמכת ובלעדית שלהם. עמדת האיגוד לשינוי צפויה להיות דואלית: מחד, משפר המהלך את סמכויות הניהול של בתי החולים בכך שהוא מעניק להם גמישות ניהולית, ומאידך השינויים הפרסונליים בהנהלת בית החולים צפויים לעורר התנגדויות עזות מצד חלקים בהנהלה.

האיגוד צריך להיות שותף מלא בתהליך השינוי. יש להציג בפניהם את המהלך כחיזוק עצמאותה של הנהלת בתי החולים, ולהביא דוגמאות ממנהלי בתי חולים שעברו את התהליך בהצלחה. יש להדגיש בפני המנהלים את האפשרות שלהם לווסת עומסים וליצור תנאי עבודה נוחים יותר עבור הרופאים (תוך אזכור הרופאים במצוקה). כאמור הפגיעה בסגני בתי החולים צפויה לעורר התנגדויות. כ"פירוק מוקש" במקרה של התנגדויות חריפות ניתן להחליט שנותנים לסגנים עדיפות כמועמדים לניהול החטיבות, או פיצוי לפרישה מוקדמת.

שלבי יישום ולוח זמנים

החלופה תיושם בשני שלבים עיקריים: ראשית שלב נסיוני בו יחוטבו שליש מבתי החולים תוך מעקב והפקת לקחים, ולאחר מכן המשך היישום על בסיס הנסיון מהשלב הראשון.

עד סוף 2010 – הקמת צוות מקצועי במשרד הבריאות שיפעל לקידום התהליך. הצוות ילמד את התהליכים שבוצעו בבתי החולים שעבר עברו חיטוב, יתייעץ עם מנהלי החטיבות, ויערוך סדרה של פגישות מקדימות עם משרד האוצר, מנהלי בתי החולים, מנהלי האיגודים המקצועיים של המקצועות במצוקה, והר"י. בתהליך זה ינסה המשרד להתמודד עם התנגדויות עקרוניות למהלך.

עד סוף 2011 – הצוות המקצועי ילווה את תהליך המעבר למבנה חטיבתי בשליש מבתי החולים הכלליים במהלך שנה אחת. התהליך כולל גיבוש תכנית מנהלית, בחינת עלויות, הקמת ועדת איתור למינוי מנהלי חטיבות והמינוי עצמו, ולבסוף המעבר המנהלי ומתן סמכויות.

עד אמצע 2012 – אגף תכנון כוח אדם במשרד הבריאות, המוקם בימים אלה, יהיה שותף למהלך וילווה אותו באיסוף נתונים על המצוקה בה נמצאים העוסקים במקצועות במצוקה בשלושה מתוך בתי החולים שיעברו חיטוב. האגף ישתמש במדדים שגובשו במחקר של ניראל ואחרים משנת 2008. נתונים אלה ישמשו להסקת מסקנות והפקת לקחים מהשלב הראשון, לקראת המשך התהליך בבתי חולים אחרים.

החל מאמצע 2012 – קבלת החלטה על מתווה להמשך על פי הפקת הלקחים עד כה, והמשך הפעילות בהתאם.

ביבליוגרפיה

- אידלמן, ל., שינפלד, י. 2006, "הגבלת שעות עבודת רופא – למי זה יועיל: לחולים, לחברה, לרופאים?". מתוך "הרפואה", כרך 146 חוברת ז', יולי 2006.
- אסף טוקר, 2006, על חוסר שינה, שעות עבודה ותפקוד המתמחים, הרפואה, כרך 145, יולי 2006.
- אקר, א., פרי, צ., ראובני, ח., טוקר, א. 2009. "רמת שביעות הרצון, איכות החיים ותרבות הפנאי בקרב מתמחי בית החולים סורוקה – מחקר השוואתי". מתוך "הרפואה" כרך 148 חוב' 2, פברואר 2009.
- אתר מבקר המדינה ונציב תלונות הציבור, דו"ח שנתי 59 לשנת 2008 ולחשבונות שנת הכספים 2007 (דו"ח מבקר המדינה 2008), בקישור: <http://www.mevaker.gov.il/serve/contentTree.asp?bookid=546&id=57&contentid=&parentcid=undefined&sw=896&hw=490> (כניסה אחרונה: 6.7.10).
- אתר משרד הבריאות, אודות המשרד, בקישור <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=1&catId=8&PageId=4216> (כניסה אחרונה: 6.7.10).
- אתר הפרויקט הלאומי להחזרת אקדמאים לישראל, <http://www.brainreturn.org.il/web/8888/nsf/sbs.py?& ID=13120&did=5307&PF=105&G=13122&lang=HE& UserReference=E7FA5F53E72C62114BEEED92> (כניסה אחרונה: 6.7.10).
- דיין, א., 2009. "להציל את המלכה". מתוך זמן הרפואה אפריל-מאי 2009.
- ההסתדרות הרפואית בישראל [א], מקצועות במצוקה, בקישור <http://www.ima.org.il/mainsite/viewcategory.aspx?CategoryId=2303> (כניסה אחרונה: 6.7.10).
- ההסתדרות הרפואית בישראל [ב], פסק הבוררות, בקישור <http://www.bbdo-i.co.il/Gitam/doctorsunion/default.asp?PID=1> (כניסה אחרונה: 6.7.10).

יסעור בית-אור, מ. 2010. מנכ"ל מש' הבריאות: מע' הבריאות על סף קריסה. אתר "Ynet",

<http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3894457,00.html> (כניסה אחרונה: 6.7.10).

לוטן, א., קמחי, ע., לישנר, מ., נוצר, נ. 2010. "האם בעקבות המעבר ללימודים קליניים השתנו עמדות הסטודנטים כלפי הבחירה ברפואה כקריירה, תפיסתם את דמות הרופא והערכת הלימודים הקדם קליניים?" מתוך "הרפואה", כרך 149 חוב' 4, אפריל 2010.

לינדר-גנץ, ר. 2010. חשש במערכת הבריאות: קופת חולים לעשירים בלבד. אתר דה-מרקר, http://www.themarker.com/tmc/article.jhtml?ElementId=skira20100623_1175668&lo_g=true (כניסה אחרונה: 6.7.10).

מדינת ישראל, 2002. דו"ח הועדה לבחינת הצרכים העתידיים ברופאים בראשות פרופ' אמנון פזי (ועדת פזי). ירושלים.

מדינת ישראל, 2002. דין וחשבון הועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (ועדת אמוראי). ירושלים.

מדינת ישראל, משרד הבריאות, 2007. הועדה לבחינת אומדן צרכי כוח אדם העתידיים במערכת הבריאות, דוח ביניים: רופאים ואחיות (ועדת בן נון). ירושלים.

משרד הבריאות, 2007. הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים. ירושלים.

מדינת ישראל, משרד הבריאות. 2009. כוח אדם במקצועות הבריאות 2008. ירושלים.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2008. כנס ים המלח התשיעי – משאבי אנוש במקצועות הבריאות.

מלניק, ס., מילדינר, ס., ג'וטקוביץ', א. 2007. התמחות ברפואה פנימית במישרה חלקית ונחיצותה במאה ה-21. מתוך "הרפואה", כרך 146, חוברת י"א, נובמבר 2007.

משרד האוצר, שכר והסכמי עבודה, תוספת מקצועות אקוטיים בעקבות הסכם הבוררות מיום 26.11.2008. ירושלים.

ניב, ש. 2010. מנכ"ל מש' הבריאות: "כל מיטה שמורידים זה זקנה במסדרון". אתר "גלובס", <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000565592> (כניסה אחרונה: 6.7.10).

ניראל, מצליח, בירקנפלד, בן-בסט, 2008. **מקצועות רפואיים במצוקה: מחקר גישוש**. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

ראיון עם נורית ניראל, חוקרת בכירה בתחום בריאות במאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, 21.6.10.

ראיון עם אורית אדטו "העומס על מערכת הבריאות", 2010, באתר רשלנות רפואית,

<http://www.negligence.co.il/news/%D7%94%D7%A2%D7%95%D7%9E%D7%A1-%D7%A2%D7%9C-%D7%9E%D7%A2%D7%A8%D7%9B%D7%AA->

<http://www.negligence.co.il/news/%D7%94%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA> (כניסה אחרונה :

6.7.10).

Rosen, B., Samuel, H. 2009. "Israel Health System Review", **Health Systems in Transition**, Vol. 11 No. 2, European Observatory on Health Systems and Policies.

נספח א' – פירוט תוספות שכר שנקבעו בהסכם הבוררות האחרון משנת 2008

בפסק הבוררות האחרון בין משרד האוצר, משרד הבריאות והסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), משנת 2008, נקבעה תוספת שכר גורפת לכלל הרופאים במערכת הציבורית בשיעור של 23.5% על פני חמש פעימות.

במסגרת ההסכם, ניתנה תוספת שכר מוגדלת לרופאים העוסקים במקצועות שהוגדרו במצוקה אקוטית, כלומר כאלו שכבר מורגש בהם מחסור. מקצועות אלו הם הרדמה, ניאונטולוגיה (רפואת פגים) וטיפול נמרץ (כללי, נשימתי וילדים). התוספת המיוחדת היא בשיעור של 0.7% מסך התגמול שניתן לרופאים, המהווה תוספת של כ-8% לשכרם. המתמחים במקצועות אלה זוכים לתוספת של מחצית מתוספת הרופאים הבכירים. נקבע כי התוספת תינתן על בסיס חודשי בחמש פעימות על פי השיעורים והמועדים שנקבעו לתוספת השכר הכללית (ההסתדרות הרפואית בישראל [ב]).

התוספות השקליות הן כדלהלן:

לרופאים מומחים

- החל במשכורת חודש ינואר 2008 – 606.60 ₪.
- החל במשכורת חודש אפריל 2009 - השלמה ל- 1,048.90 ₪.
- החל במשכורת חודש ינואר 2010 - השלמה ל- 1,491.20 ₪.
- החל במשכורת חודש יוני 2010 - השלמה ל- 1,933.50 ₪.
- החל במשכורת חודש ינואר 2011 - השלמה ל- 2,375.80 ₪.

לרופאים מתמחים ולרופאים שאינם מומחים או מתמחים

- החל במשכורת חודש ינואר 2008 – 303.30 ₪.
- החל במשכורת חודש אפריל 2009 - השלמה ל- 524.40 ₪.
- החל במשכורת חודש ינואר 2010 - השלמה ל- 745.60 ₪.
- החל במשכורת חודש יוני 2010 - השלמה ל- 966.70 ₪.
- החל במשכורת חודש ינואר 2011 - השלמה ל- 1,187.90 ₪.

(מקור: משרד האוצר, 2008).

נספח ב': שקלול החלופות

קריטריון	משקל	חלופה א' – התמחות במשרה חלקית	חלופה ב' – מעבר למבנה חטיבתי	חלופה ג' – תורנויות של מומחים צעירים
אפקטיביות	25%	3	4.2	3.2
• הקטנת עומס	40%	5	3	4
• היקף	40%	2	5	3
• העלאת אטרקטיביות מבחינות אחרות	20%	1	5	2
עלות	15%	4.7	3	3.3
• הקמה	30%	4	3	4
• תפעול שוטף	70%	5	3	3
מורכבות טכנית	10%	4.25	2.5	5
• זמן ליישום	50%	4	3	5
• מספר אנשים ליישום	25%	4	2	5
• תשתיות	25%	5	2	5
ישימות פוליטית	25%	3.1	3.6	2.4
• מתנגדים לעומת תומכים	50%	4	3	3
• גורמים הדרושים לאישור	20%	4	3	3
• תוספתיות	30%	1	5	1
השפעות נלוות	25%	2.25	5	4
• על הרופאים	25%	2	5	4
• על הציבור	50%	2	5	4
• על מערכת הבריאות	25%	3	5	4
סך הכל		3.21	3.9	3.39