



דוח מבקר המדינה

הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה

ביקורת מעקב

תמוז התשפ"ד | יולי 2024



הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה - ביקורת מעקב

מבוא

בשנת 2020 היה שיעור הרופאים בישראל ל-3.3 רופאים ל-1,000 נפש, שיעור קטן מעט מממוצע ה-OECD, שהיה 3.7 רופאים ל-1,000 נפש¹. בסוף שנת 2020 היו בישראל כ-42,000 רופאים, כמחציתם, כ-22,000, הם רופאים מומחים שלאחר קבלת הרישיון לעסוק ברפואה כללית בחרו להמשיך את הכשרתם ולהתמחות בענף רפואי מסוים וקיבלו תעודה המאשרת את מומחיותם². לאורך השנים חלה עלייה במתן הרישיונות החדשים לרופאים שמנפיק משרד הבריאות, מ-919 רישיונות בשנת 2012 ל-2,429 רישיונות בשנת 2023. בשנת 2023 ניתנו 1,211 מהרישיונות לישראלים בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל (50%), 749 לבוגרי אוניברסיטאות בישראל (31%) ו-469 לעולים שסיימו את לימודיהם בחו"ל (19%)³. בשנת הלימודים (להלן - שנה"ל) התשפ"ג (אוקטובר 2022 - ספטמבר 2023) למדו בישראל כ-4,400 סטודנטים לרפואה בשישה בתי ספר לרפואה (להלן גם - פקולטות לרפואה) הפועלים באוניברסיטאות. בשנה"ל התשפ"ד (אוקטובר 2023 - ספטמבר 2024) למדו כ-1,100 סטודנטים בשנה א' של לימודי הרפואה בישראל.

שני גופים מרכזיים מעורבים בהסדרת ההכשרה של הרופאים בישראל:

האחד - המועצה להשכלה גבוהה (להלן - המל"ג), שהיא הגוף המאסדר (הרגולטור) של מערכת ההשכלה הגבוהה בישראל והגוף המפקח על האוניברסיטאות ועל אישור תארים והיא כפופה לשר החינוך⁴. המל"ג פועלת על פי חוק המועצה להשכלה גבוהה, התשי"ח-1958 (להלן - חוק המל"ג). במל"ג פועלת הוועדה לתכנון ותקצוב⁵ (להלן - הוות"ת), שמסדירה ומתקצבת את לימודי הרפואה מתוקף סמכותה כמאסדרת של מערכת ההשכלה הגבוהה.

השני הוא משרד הבריאות - המאסדר של מערכת הבריאות. בכלל זה הוא אחראי לבתי החולים, למרפאות ולמוסדות רפואיים אחרים. המשרד מחזיק בבתי החולים הממשלתיים, מפעיל ומתקצב אותם. המשרד מפקח גם על קופות החולים (להלן - הקופות) מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. במסגרת אחריותו המשרד מופקד על תכנון כוח האדם בכלל מערכת הבריאות, הוא מנחה את כלל בתי החולים וגם אחראי לרישוי כל מקצועות הבריאות ובהם רופאים, אחים, פיזיותרפיסטים ופסיכולוגים.

הכשרת הרופאים מתחילה בעיקר בלימודים בפקולטות לרפואה באוניברסיטאות, וממשיכה בעיקר בהכשרה קלינית במחלקות האשפוז בבתי החולים שבמהלכה סטודנטים לומדים בקבוצות "סביב מיטת החולה" ובקופות החולים (בקהילה) (להלן - שדות קליניים). השדות הקליניים בבתי החולים נחשבים משאב לאומי והם פועלים בבתי החולים הכלליים-הממשלתיים, בבתי החולים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), בבתי החולים הציבוריים, בבתי חולים פסיכיאטריים ובבתי חולים גריאטריים. המחלקות העיקריות שבהן מתקיימים השדות הקליניים הן מחלקת נשים, מחלקת ילדים, מחלקת כירורגית ומחלקת פנימית (להלן - ארבע המחלקות העיקריות). ההכשרה במסגרת השדות הקליניים בקהילה נעשית במרפאות של קופות החולים בהדרכת רופאים בכירים.

¹ על פי OECD Report on medical education and training in Israel. OECD. The Organisation for Economic Co-operation and Development - הארגון לפיתוח ולשיתוף פעולה כלכלי. בארגון חברות 38 מדינות מפותחות.

² משרד הבריאות, דוח בנושא "כוח אדם במקצועות הבריאות", 2021.

³ משרד הבריאות, "הרופאות והרופאים החדשים, סיכום 2023", ינואר 2024.

⁴ על פי חוק המועצה להשכלה גבוהה, התשי"ח-1958, שר החינוך והתרבות יהיה יושב ראש המועצה.

⁵ ועדה הפועלת במסגרת המועצה להשכלה גבוהה בישראל, והיא מופקדת על תכנון ותקצוב מערכת ההשכלה הגבוהה.



לבתי חולים ולרופאיהם יש עניין שילמדו אצלם סטודנטים לרפואה מכמה סיבות, ובהן הסיבות האלה: בית חולים אקדמי נחשב מתקדם ויוקרתי וזוכה ליותר תרומות לפיתוח; רופאים המלמדים באקדמיה זוכים להכרה, לרבות מינוי אקדמי וקידום אקדמי, תוך שיפור רמת המיומנות והידע שלהם ובכך תורמים לחולים ולבית החולים; הדבר מסייע לבית החולים בגיוס של רופאים ביתר קלות; שדות קליניים הם גם חלק מהפעולות הנכללות במסגרת הוראה אקדמית של רופאים העוסקים בכך ושביגנה זכאים בתי החולים לתשלום מאת המוסדות האקדמיים.

המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) - גוף מייצג הממליץ למשרד הבריאות ומופקד על ההתמחות וההתמקצעות של הרופאים במדינת ישראל - ממליצה לפני מנכ"ל משרד הבריאות על הכרה במוסד להתמחות, ורופא המבקש להתמחות מעביר את בקשתו לאישורה.

כדי להיות רופא מומחה נדרשים הן לימודים והן הכשרה קלינית. מדובר ב-9 - 11 שנים לפחות לפי החלוקה הזאת: 4 או 6 שנים של לימודי רפואה (מחציתם לימודים קדם-קליניים באוניברסיטה ומחציתם לימודים קליניים בעיקר בבתי החולים; הפקולטות לרפואה בישראל מציעות שני סוגים של תוכניות לסטודנטים ישראלים - תוכנית שש-שנתית ותוכנית ארבע-שנתית); שנת סטז' (צוֹעָרוֹת) אחת בבתי החולים, שבסופה ניתן לקבל רישיון לעסוק ברפואה; חלק מהרופאים ממשיכים ל-4 - 7 שנים של התמחות שבסופה אפשר לקבל תואר רופא מומחה. כדי להיות מומחה-על נדרשות 2 - 4 שנים נוספות. מכאן שתקופת ההכשרה של רופא מומחה עשויה להימשך אפילו עד 18 שנה, כמפורט להלן בתרשים.

תרשים 1: לימודי הרפואה בישראל בתוכנית השש-שנתית והגופים האחראים להכשרה

מספר שנות הלימוד	תחום הלימוד	מקום הלימוד	אחריות	תעודת סיום
לימודים 3 שנים ראשוניות	לימודים קדם קליניים (פרה-קליניים)	בעיקר באוניברסיטה	אקדמיה	תואר ראשון במדעי הרפואה
	לימודים קליניים	בעיקר בבתי החולים	אקדמיה	הרשאה לשנת סטז'
סטז' 1 שנה שביעית	סטז'*	בבתי החולים ובבתי החולים שבהם מתקיים סטז'	משרד הבריאות ובתי החולים שבהם מתקיים סטז'	רישיון לעסוק ברפואה ותואר דוקטור**
התמחות 7 - 4 שנים נוספות	התמחות	בבתי החולים	הר"י	רופא מומחה
	התמחות-על***	בבתי החולים	הר"י	"מומחיות על"

* יצוין כי בנובמבר 2023, לאחר מועד סיום הביקורת, החליטה המל"ג לאמץ את ההמלצה להעניק את התואר דוקטור ברפואה (M.D.) עם סיום הדרישות האקדמיות, בתום הלימודים האקדמיים, ולא לכלול את שנת הסטז' בדרישות האקדמיות למתן התואר⁶. דוח זה מתייחס לתקופה שלפני נובמבר 2023.

** למעט בוגרי חו"ל המגיעים לישראל בסיום לימודיהם עם תואר דוקטור לרפואה, ועושים שנת סטז' בישראל.

*** לדוגמה לאחר התמחות ברפואת ילדים ניתן לעבור "התמחות-על" בפגים (נאונטולוגיה) במשך שלוש שנים נוספות.

⁶ החלטת המל"ג מ-21.11.23 בהמשך להמלצת ועדת המשנה לטכנולוגיה, הנדסה, מדעים, פארה רפואי, ושלוחות חו"ל.



התוכנית הארבע-שנתית ללימודי רפואה מיועדת לבעלי תואר ראשון במקצועות מסוימים העומדים בתנאי סף מוגדרים. שנות הלימודים הקדם-קליניות והקליניות מתחלקות ביחס דומה לחלוקתן בתוכנית השש-שנתית. עם סיום התוכנית הארבע-שנתית, בשנה החמישית, הסטודנטים עוברים לשלב הסטז'.

"פורום הדיקנים", שבו חברים הדיקנים של שש הפקולטות לרפואה בארץ, נוהג להתכנס ולדון בסוגיות הנוגעות ללימודי הרפואה ולהכשרה הקלינית של לימודי הרפואה.

מימון לימודי הרפואה של הסטודנטים הישראלים נעשה באמצעות שכר הלימוד שהסטודנט משלם לאוניברסיטה (כ-11,000 ש"ח לשנה בתואר הראשון וכ-15,000 ש"ח לשנה בתואר השני)⁷ וכן מתקצוב הוות"ת לאוניברסיטאות (כ-51,000 ש"ח לשנה לסטודנט בתואר הראשון וכ-70,000 ש"ח לשנה לסטודנט בתואר השני)⁸.

בשנים 2010 - 2014 פעלו כמה ועדות בנושאים הנוגעים להכשרת רופאים, ובהן ועדה מטעם משרד הבריאות שבדקה את ההסדרים הכספיים בין האוניברסיטאות לבין בתי החולים בארץ והגישה את המלצותיה להסדרת היחסים בין המוסדות בהיבט הכלכלי ב-2012 (להלן - דוח גלזר-ישראלי), ובאוקטובר 2013 אימצה אותן הוות"ת, כפוף להתאמות שערכה; ועדה מטעם המלי"ג שעסקה בדרכים האפשריות להסדרת ההכשרה הקלינית לרפואה בישראל לסטודנטים ישראלים וזרים (להלן - ועדת אנדורן), אף היא הגישה את מסקנותיה ב-2012 והן אומצו בידי המלי"ג באותה השנה; וכן ועדה בין-לאומית מטעם המלי"ג שהתמנתה לצורך הערכת איכותם של לימודי הרפואה, היא הגישה את המלצותיה ב-2014 והמלי"ג אימצה אותן.

בשנת 2018 פרסם משרד מבקר המדינה דוח בנושא "הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה"⁹ (להלן - הדוח הקודם). בדוח הקודם ניתן דגש על המחסור הקיים והצפוי ברופאים מומחים ועל הצורך שמשרד הבריאות יגבש תוכנית שיצוין בה באילו תחומים ובאילו מוסדות חסרים רופאים. בין השאר נבדקו בדוח הקודם סוגיית השדות הקליניים, כולל עומס הסטודנטים בהם; ההסכמים בין בתי החולים לאוניברסיטאות; בחינת הרישוי לבוגרי רפואה מחו"ל; שנת הסטז'; אי-תכנון מקומות להתמחות; איכות לימודי הרפואה; והיעדר נתונים לגבי מספר הרופאים המועסקים במערכת הבריאות.

בשנת 2022, לאחר פרסום הדוח הקודם, הגישו שתי ועדות נוספות את מסקנותיהן. הוועדה לתכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל¹⁰ (להלן - ועדת גמזו), שהקים משרד הבריאות וכבר החל לפעול על פי המלצותיה¹¹, והוועדה לבחינת מבנה הלימודים ברפואה ולמיפוי השדות הקליניים בלימודי הרפואה¹² (להלן - הוועדה לבחינת מבנה הלימודים) של המלי"ג בשיתוף משרד הבריאות. שתי הוועדות המליצו שעד שנת 2025 יגדל מספר הסטודנטים שיתחילו את לימודי הרפואה בישראל ל-1,200 סטודנטים, לעומת 800 שהתחילו בשנה"ל התשפ"א (אוקטובר 2020 - ספטמבר 2021).

במאי 2023 (במהלך הביקורת הנוכחית) הקים משרד הבריאות ועדה נוספת שמטרתה, בין היתר, לגבש מנגנונים לעמידה בצורכי כוח האדם הרפואי בישראל על פי תכנון מתאים, לעמידה ביעדי

7 אתר המועצה להשכלה גבוהה, שכר לימוד, שנת הלימודים התשפ"ג.

8 המחירים נכונים לשנת הלימודים התשפ"ג (אוקטובר 2022 - ספטמבר 2023), אתר המלי"ג. עלויות שכר הלימוד והשתתפות ות"ת לא כוללת עלויות שאפשר ויושגו על המוסד האקדמי או על בית החולים לצורך הכשרת הסטודנט. מודל התקצוב של ות"ת מושפע ממספר מקדמים ובהם מקדם היעילות המשקף את שיעור הסטודנטים המסיימים את לימודיהם בזמן התקני שנקבע להם.

9 מבקר המדינה, **דוח שנתי 2018** (2018), "הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה", עמ' 465 ואילך.

10 ועדה של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות שפעלה בראשות פרופסור רוני גמזו והגישה את המלצותיה בינואר 2022.

11 המשרד ציין כי הוא פועל לפי המלצות הוועדה בהמלצות הנוגעות לפעולות הנדרשות ממנו.

12 ועדה בראשות פרופסור רפי ביאר ופרופסור יונתן הלוי שהגישה המלצותיה בינואר 2022.



הכשרת רופאים בישראל ולמיסוד גוף לאומי לתכנון כוח האדם הרפואי. בראש הוועדה עומד מנכ"ל משרד הבריאות (להלן - הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי שהוקמה במאי 2023). במסגרת הוועדה מונו שלוש ועדות משנה בנושאים האלה: "קביעת מנגנונים להגדלה משמעותית והסדרה לאומית של שדות קליניים לסטודנטים"; "פתיחה והרחבה של השדות הקליניים להתמחות בקהילה"; ו"הגדרת מנגנוני העבודה של הגוף לתכנון כוח אדם רפואי בישראל".

נכון למרץ 2024 ועדת המשנה בנושא קביעת מנגנונים שיאפשרו הגדלה משמעותית והסדרה לאומית של שדות קליניים לסטודנטים גיבשה את טיוטת הדוח שלה, אך היא טרם הועברה לאישור מנכ"ל משרד הבריאות. הוועדה התייחסה, לחלק מממצאי הביקורת שעלו בדוח מעקב זה והמלצותיה דומות בחלקן להמלצות שבדוח. הנושאים העיקריים שבהם עסקה הוועדה נוגעים להפעלה של השדות הקליניים, ההתחשבות שבין האוניברסיטאות לבתי החולים והתמריצים לבתי החולים ולסגל ההוראה הקלינית. שתי ועדות המשנה האחרות טרם השלימו את עבודתן.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר עד אוגוסט 2023 ביצע משרד מבקר המדינה ביקורת מעקב אחר תיקון הליקויים שהועלו בדוח הקודם. הדוח מציג גם ממצאים נוספים שעלו בביקורת הנוכחית. הביקורת נעשתה במשרד הבריאות, במל"ג-ות"ת, במשרד האוצר וכן בבתי הספר לרפואה, בבתי חולים המכשירים סטודנטים לרפואה ובקופות החולים, כמתואר להלן:

בתי הספר לרפואה באוניברסיטאות - האוניברסיטה העברית בירושלים, הטכניון בחיפה, אוניברסיטת תל אביב, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, אוניברסיטת בר-אילן (הפקולטה לרפואה בצפת) ואוניברסיטת אריאל בשומרון. יצוין כי בית הספר לרפואה באוניברסיטת אריאל נפתח בשנת 2019, לאחר מועד סיום הדוח הקודם; לאוניברסיטת בן גוריון אישרה המל"ג בשנת 2023 גם תוכנית לימודים ארבע-שנתית, נוסף על התוכנית השש-שנתית שהייתה קיימת; ולאוניברסיטת בר-אילן בצפת אישרה המל"ג בשנה זו תוכנית לימודים נוספת, שש-שנתית.

בתי חולים כלליים - 11 המרכזים הרפואיים הממשלתיים: המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא - תל השומר (להלן - שיבא), המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב) (להלן - איכילוב), המרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון בחולון (להלן - וולפסון), המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה (להלן - הלל יפה), רמב"ם - הקריה הרפואית לבריאות האדם (להלן - רמב"ם), המרכז הרפואי בני ציון בחיפה (להלן - בני ציון), המרכז הרפואי לגליל בנהרייה, המרכז הרפואי זיו בצפת (להלן - זיו), מרכז רפואי צפון ע"ש ברוך פדה בטבריה, המרכז הרפואי האוניברסיטאי ברזילי באשקלון (להלן - ברזילי) והמרכז הרפואי שמיר בבאר יעקב (להלן - שמיר).

שבעה מרכזים רפואיים של הכללית: המרכז הרפואי על שם רבין - בתי החולים בילינסון והשרון (להלן יחד - בילינסון), המרכז הרפואי קפלן (להלן - קפלן), המרכז הרפואי סורוקה (להלן - סורוקה), המרכז הרפואי העמק (להלן - העמק), המרכז הרפואי כרמל (להלן - כרמל), המרכז הרפואי מאיר (להלן - מאיר) ומרכז שניידר לרפואת ילדים (להלן - שניידר)¹³.

שני מרכזים רפואיים ציבוריים: המרכז הרפואי הדסה (להלן - הדסה) והמרכז הרפואי אסותא אשדוד (להלן - אסותא אשדוד).

ארבע קופות החולים - הכללית, מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית).



המחסור ברופאים בישראל

הצורך בהגדלת מספר הרופאים

בתכנון של מספר הרופאים שיידרש בעתיד יש להביא בחשבון את השינויים שיכולים להשפיע על היקף הצורך ברופאים, מספר הרופאים החדשים שצפויים להיכנס אל מערכת הבריאות ומספר הרופאים שצפויים לעזוב אותה. לפי חישוב של משרד הבריאות לחיזוי שיעור הרופאים בשנים הבאות¹⁴, בשנת 2035 המחסור ברופאים צפוי לגדול כך ששיעור הרופאים יהיה 3.02 רופאים ל-1,000 נפש, קטן משיעורם בשנת 2020 - 3.3 רופאים ל-1,000 נפש¹⁵. הלימה בין היצע רופאים הפעילים, ובמיוחד על פי התמחותם לבין צורכי האוכלוסייה יכולה להשפיע על היקף ההוצאה הציבורית לבריאות, שכן היא עלולה לגדול משום שמחסור ברופאים עשוי למשל לגרום לנזקים בשל חוסר בטיפולי המשך רפואיים או בעיכוב בקבלתם וכן בשל גידול בהוצאה לצורך מימון קצבאות נכות. להלן יובאו דוגמאות למקצועות רפואיים הנמצאים במחסור.

מקצועות במצוקה: במקצועות רפואיים מסוימים המחסור ברופאים מומחים הוא אקוטי ולכן הם מוגדרים מקצוע במצוקה¹⁶. בדצמבר 2020 פרסמה נציבות שירות המדינה עדכון של רשימת המקצועות שבמצוקה: גריאטריה, נירולוגיית ילדים, הרדמה, טיפול נמרץ, כירורגיית כללית, כירורגיית ילדים ועוד. נוכח המצוקה אישרה הנציבות להעסיק רופאים מומחים גם לאחר גיל הפרישה¹⁷.

באוגוסט 2023 גם משרד הבריאות הגדיר מקצועות מסוימים כמקצועות הנמצאים במחסור¹⁸: גריאטריה, הרדמה, פנימית, אונקולוגיה, רפואה דחופה (טיפול נמרץ), פתולוגיה, רדיולוגיה, כירורגייה, שיקום, נירולוגיה, רפואה משפטית ופסיכיאטריה.

האיגודים המקצועיים וכמה ועדות שעסקו במקצועות הרפואה העריכו את מספר הרופאים החסרים בתחומי עיסוקם. לדוגמה:

רופאים מומחים בנירולוגיה: חוסר ברופאים מומחים בנירולוגיה (נירולוגים) עלול לפגוע באיכות הטיפול המוענק לחולים במחלות הנירולוגיות¹⁹ ואף לגרום להם נכות ארוכת טווח שייתכן שהיה אפשר למנוע אותה או לצמצם אותה לו קיבלו טיפול מתאים ובכלל זה בזמן המתאים. בשנת 2022 המליצה הוועדה לבחינת מקצוע הנירולוגיה בבתי החולים ובקהילה להגדיל את מספר הנירולוגים בכ-300 רופאים מומחים כדי למלא את צורכי האוכלוסייה באותה העת²⁰.

14 מגבשי המודל ציינו כי ההנחה היא שמספר הסטודנטים שמתחילים את לימודי הרפואה בישראל לא ישתנה בשנים של חישוב החיזוי. עוד ציינו כי כדי לשנות זאת יהיה צורך לקדם צעדי מדיניות מהותיים.

15 משרד הבריאות, מספר הרופאים בישראל: מגמות והצעות מדיניות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, פברואר 2021. החישוב לא כלל גידול במספר הסטודנטים לרפואה.

16 יש מקצועות במצוקה שהעבודה בהם מזכה בתוספת שכר.

17 נציבות שירות המדינה, אגף בכיר מערכת הבריאות "עדכון של רשימת המקצועות הרפואיים במצוקה לצורך אישור הארכת שירות לרופאים", 8.12.20.

18 המשרד ציין כי הוא אינו בוחן את המחסור לפי מקצוע, אלא לפי מחסור במומחים במחלקות מסוימות בבתי החולים.

19 מחלות המשפיעות על תפקודה של מערכת העצבים המרכזית (הכוללת את המוח, גזע המוח, המוח הקטן וחוט השדרה) וכן מחלות של מערכת העצבים ההיקפית ושל השרירים. למשל טרשת נפוצה, תסמונת גיליאן-ברה, ניוון ועוד.

20 משרד הבריאות, דוח הוועדה לבחינת מקצוע הנירולוגיה בבתי החולים ובקהילה, 2022. לצורך יישום המלצות הוועדה בדצמבר 2022 החל משרד הבריאות לקדם התקשרות לקבלת שירותי ייעוץ, אולם עד מועד סיום הביקורת לא בוצעה ההתקשרות.



רופאים מומחים בפסיכיאטריה : בשנת 2019 נאמד המחסור בתחום הפסיכיאטריה בכ-280 רופאים (בבתי חולים ובקהילה)²¹. חוסר ברופאים מומחים לפסיכיאטריה (פסיכיאטרים), למבוגרים ולילדים כאחד, גורם להתארכות זמן ההמתנה לקבלת הטיפול הנדרש; זמן ההמתנה יכול להתארך עד לשנה. זמן המתנה ממושך לקבלת הטיפול יכול להסב סבל למי שנוזקק לטיפול ולעיתים אף להעמיק את המחלה²².

הצורך ברופאים פסיכיאטריים והמחסור בהם בשירות הציבורי בולט במיוחד נוכח המלחמה שפרצה בשבעה באוקטובר 2023 ("חרבות ברזל") אשר לה השלכות על הבריאות הנפשית והחוסן הנפשי של כלל הציבור בישראל.

התרשים שלהלן מרכז גורמים שבכוחם להשפיע על הצורך בהגדלת מספר הרופאים בישראל.

תרשים 2: גורמים המשפיעים על הצורך בהגדלת מספר הרופאים בישראל



תכנון כוח אדם ברפואה

בבתי החולים מתמחים כ-6,000 רופאים בכ-60 מקצועות התמחות. משרד הבריאות - המאסדר של מערכת הבריאות - נדרש להתוות תוכניות אסטרטגיות ארוכות טווח לסיפוק צורכי הבריאות של האוכלוסייה. בכלל זה עליו לקבוע את היקף הרופאים הנדרש בכל אחד מן המקצועות. משום כך עליו לתכנן את כל תהליך ההכשרה של רופא עד השלמתו, קרי קבלת התואר "רופא מומחה", לקבוע את מספר המתמחים שיידרשו, ובין היתר, להתאים את המקומות להתמחות. בנושא זה ציינה ועדת גמזו בהמלצותיה משנת 2022 כי יש להבהיר בתיקון תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), תש"לג-1973 (להלן - תקנות הרופאים [אישור תואר מומחה ובחינות]), שהאחריות לתכנון תמהיל מקצועות רפואה ראוי ומותאם לצרכים ולביקוש היא של משרד הבריאות.

כאמור, בשנת 2020 היה מספר הרופאים בישראל 3.3 רופאים ל-1,000 נפש (ממוצע ה-OECD היה 3.7). כדי לפחות לשמור על יחס זה יש להתאים את מספר הרופאים לגידול העתידי של האוכלוסייה. מספר הרופאים שיידרש תלוי במספר הרופאים הקיימים, במספר הרופאים החדשים שיוכשרו וישתלבו במערכת - נושא שבו עוסק דוח ביקורת מעקב זה - ובמספר הרופאים הקיימים

²¹ מבקר המדינה, **דוח שנתי 70ב** (2020), "היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש", עמ' 771 ואילך.

²² מבקר המדינה, **דוח שנתי 70ב** (2020), "היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש", עמ' 771 ואילך. על פי בדיקה מדגמית שביצע המשרד בשנת 2018.



הצפויים לפרוש בשנים הקרובות. על כך יש להוסיף, אם כי בהיקפים מצומצמים, את מספר הרופאים שיעזבו את תפקידם מכל סיבה, למשל הגירה לחו"ל או שינוי קריירה, וכן את מספר הרופאים שצפויים לעלות לארץ.



מרכיבים המשפיעים על הצורך בתכנון כוח האדם ברפואה

גידול האוכלוסייה : בשנת 2022 היה שיעור הגידול של האוכלוסייה בישראל 2.0%. מדובר בשיעור גבוה מאוד יחסית לממוצע ה-OECD (שהיה בשנה זו 0.4%) והוא נובע משיעור הפריון הכולל (מספר הילדים הממוצע לאישה) הגבוה בישראל ביחס לממוצע ה-OECD - 2.9 ילדים בישראל לעומת 1.61 ילדים בממוצע ה-OECD בשנת 2020²³, וכן מהתארכות תוחלת החיים - מ-81.8 שנים ב-2012 ל-82.9 שנים ב-2022 (גידול של כ-1.3%). ישראל נמצאת במקום התשיעי בתוחלת החיים הגבוהה מתוך 38 המדינות החברות ב-OECD²⁴. שיעור הקשישים (בני 65 ויותר) צפוי לגדול גם הוא, מ-12% מהאוכלוסייה בשנת 2022 ל-14% בשנת 2040. בעקבות זאת חל גם גידול בהיקף התחלואה, בייחוד במחלות זקנה.

פרישת רופאים לגמלאות : בשנת 2019 פרשו לגמלאות 883 רופאים; בשנת 2021 כרבע (כ-10,700) מהרופאים במערכת היו מעל גיל 67 - גיל פרישת חובה, יש לציין שאפשר לחייב עובד שהגיע לגיל זה לפרוש מעבודתו בשל גילו²⁵. עוד כ-10,000 רופאים היו בני 55 - 66²⁶. אחת הסיבות להמשך העסקת רופאים מעל גיל פרישת חובה היא החוסר ברופאים מומחים. היקף הרופאים המועסקים לאחר גיל פרישת חובה או כאלו שקרובים אליו מלמד שבשנים הקרובות אלפי רופאים צפויים לפרוש לגמלאות מדי שנה.

רפורמת יציב : בשנת 2018 בדק האגף לרישוי מקצועות רפואיים שבמשרד הבריאות את סטנדרט הלימודים באוניברסיטאות בחו"ל וגיבש רשימה של מוסדות שאינם עומדים בסטנדרטים בסיסיים ללימודי רפואה על פי הגדרת האגף (להלן - רפורמת יציב). בינואר 2019 פרסם האגף הנחיה ולפיה סטודנטים ישראלים שהתחילו את לימודי הרפואה החל ב-2019 באחת מהאוניברסיטאות האמורות, לא יוכלו לגשת למבחן רישוי ברפואה בישראל וממילא לא יוכלו לעסוק ברפואה בישראל. משמעות הדבר היא שמשנת 2026, וכל עוד לא יגדל מספר הסטודנטים הלומדים במוסדות מאושרים בחו"ל, צפוי מספר הרופאים הישראלים בוגרי חו"ל השבים לישראל להצטמצם - רופאים שלמדו בבתי ספר לרפואה שהמשרד קבע שסטנדרט לימודיהם אינו מספק.

לשם המחשה של מספר הסטודנטים הצפוי להצטמצם, מוצג בתרשים שלהלן מספר הרישיונות שקיבלו ישראלים בוגרי אוניברסיטאות לרפואה בחו"ל בשנת 2022 - מדובר בסטודנטים שהחלו את לימודיהם לפני 2019. כל בתי הספר לרפואה במדינות המסומנות באדום נפסלו במסגרת רפורמת יציב ובתי הספר לרפואה במדינות המסומנות בכחול מוכרים על ידי משרד הבריאות.

23 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ילודה ופריון בישראל, 2020.

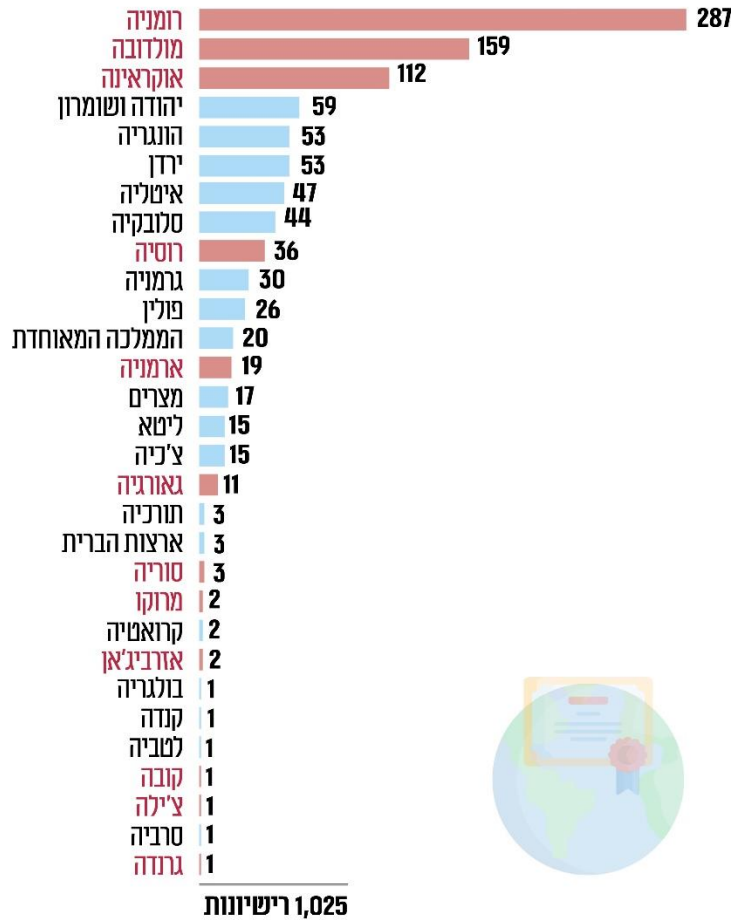
24 OECD - Life expectancy at birth, 2022.

25 על פי חוק גיל פרישה, התשס"ד-2004 (להלן - חוק גיל פרישה), גיל הפרישה הוא הגיל שבהגיעו אליו זכאי אדם לפרוש מעבודתו בשל גילו ולקבל, בהתקיים התנאים הקבועים לכך על פי דין או הסכם, גמלה בשל פרישתו מעבודתו - גיל 67 לגבר וגיל 65 לאישה. תיקון מס' 7 לחוק גיל הפרישה שפורסם בשנת 2021 [חוק התוכנית הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום המדיניות הכלכלית לשנות התקציב 2021 ו-2022)], התשפ"ב-2021, ס"ח 2933, 259 (תיקון עקיף לחוק גיל הפרישה, התשס"ד-2004)] העלה בצורה הדרגתית את גיל הפרישה לנשים מגיל 62 לגיל 65 בהתאם לתאריך לידתן, כפי שמפורט בחלק ב' בתוספת לחוק זה. בהתאם לקבוע בתוספת לחוק, נשים שנולדו החל מינואר 1970 גיל הפרישה שלהן יהיה 65, קרי בשנת 2032 יעבדו לראשונה נשים עד גיל 65.

26 משרד הבריאות, דוח בנושא "כוח אדם במקצועות הבריאות", 2021.



תרשים 3 : מספר הרישיונות לעסוק ברפואה בישראל שקיבלו בוגרי אוניברסיטאות לרפואה בחו"ל, 2022



מאושר (סה"כ 391) ■ פסול (סה"כ 634)

על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

עולה מהתרשים שבשנת 2022 ניתנו בישראל בסה"כ 1,025 רישיונות לעסוק ברפואה לישראלים בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל; 634 מהם (כ-62%) ניתנו לישראלים שלמדו לימודי רפואה באוניברסיטאות במדינות שנפסלו במסגרת רפורמת יציב ושלגביהן הוחלט, שסטודנטים שחתילו את לימודי הרפואה בהן החל ב-2019 לא יוכלו לגשת למבחן רישוי ברפואה בישראל; מכאן שממילא בוגרים של אוניברסיטאות אלו, שהחלו את לימודיהם החל ב-2019, לא יוכלו לעסוק ברפואה בישראל.

יצוין כי רופאים שלמדו בחו"ל באוניברסיטאות שנפסלו השתלבו בעיקר בפריפריה: על פי נתוני משרד הבריאות בנוגע לרופאים שקיבלו רישיון בשנת 2022, שיעורם הוא 51% מהרופאים בנגב ו-63% מהרופאים בגליל, ובסך הכול שיעורם עמד על 34% מכלל הרופאים שקיבלו רישיון בשנה זו בישראל. כלומר הצמצום ברופאים שצפוי להיגרם עקב רפורמת יציב יפגע בעיקר באזורי הפריפריה (בצפון ובדרום). בקופות החולים, שיעורם של הרופאים הישראלים שלמדו בחו"ל באוניברסיטאות שנפסלו בעקבות רפורמת יציב נע בין כ-10% לכ-30%²⁷.

כ-10% במכבי, כ-25% בכללית, כ-30% בלאומית וכ-30% במאוחדת.



משרד הבריאות מסר בתגובתו למשרד מבקר המדינה מפברואר 2024 (להלן - תגובת המשרד) כי כדי להתמודד עם הירידה הצפויה במספר הרופאים במסגרת רפורמת יציב הוא גיבש תוכניות ייעודיות שבוגריהן מחויבים להתמחות בפריפריה כחלק מתנאי התוכניות ("אילנות גליל" ו"אילנות נגב"²⁸). המשרד ציין כי עד שנת 2026 יחלו כ-240 סטודנטים להתמחות במסגרתו, והבוגרים הראשונים צפויים להשתלב בבתי החולים בפריפריה בשנת 2027.

עליית רופאים: כפי שצוין לעיל, בשנת 2021 כ-13% מהרישיונות לעסוק ברפואה נתן משרד הבריאות לעולים שסיימו את לימודיהם בחו"ל. משרד הבריאות קבע, במסגרת הרפורמה בכוח אדם רפואי שגיבש²⁹, יעד להגדיל את מספר העולים מ-200 - 250 עולים בשנה ל-500 - 600 עולים, ומינה ועדה שתעסוק בכך.

קיצור המשמרות של מתמחים: הצורך העתידי ברופאים יושפע גם מההחלטה על קיצור שעות המשמרות של מתמחים. ועדה שעסקה ב"בחירת מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות בבתי החולים"³⁰ העלתה, בין היתר, כי בשל מחסור בכוח אדם רפואי ועומס רב, המתמחים עובדים שעות עבודה ממושכות, והמליצה, בין היתר, על שינוי במתכונת עבודתם ועל קיצור משך התורנות שלהם. הקיצור הראשון נכנס לתוקפו בבתי החולים בפריפריה בספטמבר 2023. הדבר מגביר את הצורך ברופאים ומעמיק את המחסור בהם.

עזיבה של רופאים ישראלים את המקצוע או מעבר לעבודה בבתי חולים בחו"ל וחזרתם: כפי שקורה גם במקצועות אחרים, חלק מהרופאים שסיימו את תקופת הכשרתם ואף התחילו לעבוד כרופאים מומחים עוזבים את מקום עבודתם, בין היתר בשל השחיקה מהמקצוע והשכר המוצע בתחומים אחרים, למשל בהיי-טק³¹. רופאים אחרים עוזבים לצורך עבודה או השתלמות בבתי חולים בחו"ל, בדרך כלל כדי להתמחות בתחומים ייחודיים או לצורך מחקר. הם עושים זאת אם במסגרת עבודתם בבית החולים או בקופת החולים ואם באופן עצמאי. התמחות איכותית בחו"ל ולאחר מכן חזרה לעבודה בישראל בכוחה לקדם את הרפואה בישראל ולהציבה בחזית העולמית באיכות שירותי הבריאות הניתנים לציבור. על פי הערכות של משרד הבריאות מספר הרופאים ששהו בחו"ל הלך ועלה עם השנים, וכך בשנת 2022 להערכתו כ-3,700 רופאים שהו בחו"ל. יצוין כי לא כל הרופאים שעוזבים שבים לארץ.

באוגוסט 2023, מועד סיום הביקורת (להלן - מועד סיום הביקורת), ציין מנכ"ל משרד הבריאות לפני ראש הממשלה כי בעקבות הכוונה לשינויי חקיקה בישראל מתעוררת תופעה מדאיגה וחריגה ולפיה רופאים רבים מתעניינים באופן ממשי בעזיבה לחו"ל, וחלקם אף נקטו צעדים למימוש כוונתם ואף מימשו אותה. מנגד, בעקבות מלחמת "חרבות ברזל" שפרצה בשבעה באוקטובר 2023 ציין המשרד כי התקבלו פניות של כ-4,000 רופאים ישראלים מחו"ל שביקשו לחזור ולסייע במאמץ המלחמתי.

ביקורת המעקב עלה שלמשרד הבריאות אין נתונים מלאים על רופאים העוברים לחו"ל, על משך שהייתם שם, על רופאים שעברו לחו"ל ושבים ארצה ועל מועד חזרתם הצפוי. עוד עלה שאין למשרד מערך או תוכנית סדורה להשבת רופאים מחו"ל.

נוכח ההשלכות החמורות שעלולות להיות לגידול בעזיבת רופאים ישראלים לחו"ל, מומלץ שמשרד הבריאות ימפה את הנתונים לגבי הרופאים הישראלים שעזבו את ישראל להשתלמויות ולמחקר

28 תוכנית למתן מלגות וליווי אישי ומשפחתי לסטודנטים שמטרתה לייצר קבוצת רופאים להובלת שינוי ומצוינות בפריפריה.

29 משרד הבריאות, "הרפורמה בכוח אדם - מדיניות משרד הבריאות בתחום המענה למחסור ברופאים בישראל והעצמת הנגב והגליל", מינהל תכנון אסטרטגי, ינואר 2023.

30 המלצות הוועדה העליונה לבחינת מתכונת עבודת הרופאים ואופי התורנויות בבתי החולים, פרופ' רן טור-כספא ופרופ' יוסף קלאוזנר, יוני 2021.

31 משרד הבריאות, מספר הרופאים בישראל: מגמות והצעות מדיניות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, פברואר 2021.



בחוו"ל, בתקופה שהוא יקבע, יאתר מתוכם את אלו שהיו אמורים לשוב על פי התכנון אך לא שבו ויפעל לעידוד חזרתם.

גיוס למילואים של סטודנטים לרפואה במלחמת חרבות ברזל - שבעה באוקטובר 2023: החל ב-7.10.23 גויסו למילואים סטודנטים לרפואה שלומדים בארץ ובחוו"ל. כדי להבטיח שרמת הלימודים האקדמית לא תיפגע, החליטה המלי"ג ב-5.11.23 כי יתקיימו השלמות והתאמות במתכונת הלימודים ובאופן הערכת הסטודנטים הן למשרתי המילואים ולבני או בנות זוגם והן לסטודנטים מן היישובים המפונים ולסטודנטים ממשפחות בקרבה ראשונה לנפגעי פעולות האיבה במלחמה³². ואולם מדובר רק במי שלומד במוסדות בארץ ואין הדבר מחייב מוסדות בחוו"ל שבהם לומדים ישראלים.

בהתאם להחלטת המלי"ג פנה מנכ"ל משרד הבריאות למלי"ג ולפורום הדיקנים של בתי הספר לרפואה בנובמבר 2023, וציין כי למדינה יש מחויבות כלפי הסטודנטים הישראלים הלומדים רפואה בחוו"ל וחזרו להתגייס ולהילחם, ועם סיום הלחימה יש לאפשר לכל סטודנט כזה להשתלב בבתי הספר לרפואה בישראל כדי להשלים את לימודיו בארץ במקום בחוו"ל. המנכ"ל ביקש מהם להיערך לקליטת סטודנטים אלה וליצור להם מתווה מותאם, וביקש אף לפעול לגיבוש פתרונות לסטודנטים לרפואה בחוו"ל שהם בקרבה משפחתית ראשונה לנפגעי פעולות איבה או לחטופים. המנכ"ל הוסיף כי משרד הבריאות יפעל עם בתי החולים כדי להבטיח שהיקף השדות הקליניים יהיה מספק.

יש לראות בחיוב את החלטת המלי"ג ובקשת מנכ"ל משרד הבריאות המתחשבת בסטודנטים המגויסים למילואים בעת המלחמה; כך הסטודנטים יוכלו לעמוד במסגרת הלימודים המחייבת, וכן יתאפשר רצף של בוגרי רפואה שישתלבו במערכת הבריאות.

מומלץ כי המלי"ג והנהלת משרד הבריאות יעקבו אחר יישום החלטת המלי"ג לקיים השלמות והתאמות במתכונת הלימודים ובאופן הערכת הסטודנטים הן לסטודנטים משרתי המילואים ולבני או בנות זוגם והן לסטודנטים מן היישובים המפונים ולסטודנטים ממשפחות בקרבה ראשונה לנפגעי פעולות האיבה במלחמה, ויפעלו להטמעתה בכל בתי הספר לרפואה.

הביקורת הקודמת

חליקוי: למשרד הבריאות אין תוכנית רב-שנתית שתקבע את הצרכים העתידיים בכל תחום התמחות, וכמה מקומות (תקנים) הוא מתעתד להוסיף בכל תחום ובכל בית חולים. הדבר משקף ניהול לא מושכל של מערך כוח האדם הרפואי וכשל של המשרד בתכנון האסטרטגי שלו. נוסף על כך, מספר הרופאים המתמחים בישראל אינו נקבע לפי הצורך הצפוי במומחים בכל מקצוע אלא נובע במידה רבה מצרכים תפעוליים של המרכזים הרפואיים ומהביקוש למקצוע בקרב הרופאים המבקשים להתמחות.

ההמלצה: על משרד הבריאות לגבש תוכנית שתתבסס על נתונים שיאסוף, בנוגע למחסור הקיים והצפוי במומחים שיצוין בה באילו תחומים ובאילו מוסדות קיים המחסור. כמו כן, עליו לפעול בשיתוף נציבות שירות המדינה ומשרד האוצר לפתיחת תקנים נוספים ככל שיידרשו. עליו ללוות את התוכנית בלוח זמנים מדורג, לקבוע את תקציבה ואת המקורות למימונה.

בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם³³ הוא מסר בין היתר שכחלק מתפקידיו הוא מחויב לבחון את מצב כוח האדם הרפואי ולתכנן את הצרכים העתידיים. תכנון זה כולל השקעה עם גופים המקיימים הכשרה במקצועות בריאות שונים. הוא הוסיף כי הוא פועל בשיתוף פעולה הדוק עם כמה גופים כאלו, ובראשם המלי"ג והפקולטות המכשירות בוגרים במקצועות הבריאות למיניהם.

החלטה (658) 79 של המועצה להשכלה גבוהה הארבע-עשרה (5.11.23).

32

תגובות הגופים המבוקרים בדוח זה הן כפי שבאו לידי ביטוי בדוח ראש הממשלה. בדוח מובאים עיקרי התגובות.

33



שיתוף פעולה זה נעשה תוך הכרה בגבולות הסמכות שבין משרד הבריאות לבין המל"ג, האוניברסיטאות ושאר מוסדות ההכשרה במקצועות הבריאות. עוד הוא מסר שהבעיה במערכת היא חוסר בתקנים ולא תקנים לא מאוישים. הוא ציין שהוא מנסה באמצעים שונים להשפיע על תהליך הבחירה בהתמחות בין היתר באמצעות מתן מענקים להתמחויות במקצועות מסוימים.

ביקורת המעקב

תכנון כוח אדם ברפואה במדינות אחרות: במדינות אחרות דוגמת ארצות הברית, אנגליה, קנדה, אוסטרליה, צרפת ובלגיה, קיימים במערכות הבריאות מנגנונים מקצועיים, המופקדים על תכנון כוח אדם ברפואה ועוסקים בין היתר באיסוף ועיבוד מידע בנושא, משתמשים במודלים לחיזוי הצורך בכוח האדם הרפואי, מגבשים המלצות בנושא תכנון כוח אדם ומפתחים רפורמות מתאימות³⁴. להלן דוגמאות:

אוסטרליה: ב-2006 הוקם באוסטרליה כוח משימה לאומי שעסק בנושא כוח האדם הרפואי, (National Health Workforce Taskforce - NHWT) והיה אחראי, בין היתר, לביצוע פרויקטים שנכללו באסטרטגיה הלאומית לתכנון כוח אדם רפואי ובהם פיתוח בסיסי מידע וליווי רפורמות בכוח אדם.

צרפת: בצרפת הוקם ארגון אשר מפיק דוח שנתי בנושאי המגמות הדמוגרפיות של כוח האדם במערכת הבריאות, במסגרתו הוא מספק המלצות מדיניות. הארגון מקדם מחקרים, בין היתר, בנושא תכנון כוח אדם.

בלגיה: בבלגיה פועלת המועצה לתכנון כוח אדם רפואי ומקדמת מדיניות מבוססת נתונים. הייעוץ הניתן לקובעי המדיניות מלווה בסימולציות של מודל חיזוי הנעזר במשתנים כגון ההיצע הנתון של כוח האדם במקצוע, הזדקנותו, הגירה של כוח אדם, מספר הבוגרים החדשים ושיעור ההצלחה בלימודים.

גיבוש תמונת מצב לצורך תכנון תוכנית רב-שנתית לכוח אדם רפואי: לפי מדריך התכנון הממשלתי, השלב הראשון בתכנון תוכנית עבודה הוא קיום הערכת מצב. הערכת המצב מסייעת להבין על בסיס מידע ועובדות מהם הנושאים הדורשים טיפול. הערכת המצב מושתתת על שני יסודות מרכזיים: זיהוי ואיסוף כלל המידע הכמותי והאיכותי הרלוונטי וניתוח והבנה של המידע ושל משמעויותיו. לאחר איסוף הנתונים וניתוחם, הערכת המצב מאפשרת לחשוב על מטרות ויעדים לטווח ארוך ולבחון את סדר העדיפויות בהווה³⁵.

בביקורת המעקב עלה שמאז הדוח הקודם נקט משרד הבריאות כמה פעולות כדי לקדם גיבוש של תוכנית עבודה רב-שנתית שתקבע את הצרכים העתידיים בכוח האדם הרפואי:

כדי לייצר תשתית מידע לתכנון מספר הרופאים שיידרשו ותחומי התמחותם, בשנת 2022 החל משרד הבריאות לגבש מאגר מידע המרכז נתונים על רופאים. במסגרת זאת תוקנו תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות)³⁶ ולפיהן רופא המבקש להתמחות ובקשתו אושרה בידי המועצה המדעית של הר"י יגיש למשרד הבריאות בתוך חודשיים מיום אישור המועצה, ובאופן מקוון, דיווח על התמחותו בצירוף כמה נתונים ובהם פרטיו האישיים. משרד הבריאות הבהיר בהנחיותיו מדצמבר 2022 שגם רופאים הנמצאים בעיצומה של ההתמחות נדרשים להירשם במאגר של משרד

³⁴ מכון ברוקדייל, "גופים וקבוצות עבודה לתכנון כוח אדם במקצועות הבריאות, סקירה בין-לאומית", נורית ניראל, הדר שץ, אריאל טראוב (אוקטובר 2010).

³⁵ משרד ראש הממשלה, האגף לתכנון מדיניות, **מדריך התכנון הממשלתי**, ספטמבר 2010.

³⁶ דיווח מתמחים למשרד הבריאות. תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) (תיקון מספר 2), התשפ"ב-2022. לפי התיקון לתקנה, על כל מתמחה לדווח למשרד הבריאות בתוך חודשיים מקבלת אישור המועצה המדעית על פתיחת פנקס ההתמחות.



הבריאות³⁷. המשרד ציין כי תשתית מידע זו תאפשר לו להקים גוף לאומי מייעץ בנושא כוח אדם, שייעץ בקבלת החלטות מושכלות בנוגע למדיניות שיש לנקוט כדי לשמור על היצע רופאים מספק בכל תחום מומחיות ובכל אזור גיאוגרפי³⁸.

משרד הבריאות ציין בתגובתו כי טיוטת דוח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי שהוקמה במאי 2023, שעסקה בנושא קביעת מנגנונים שיאפשרו הגדלה משמעותית והסדרה לאומית של שדות קליניים לסטודנטים טרם הועברה לאישור מנכ"ל משרד הבריאות.

בביקורת המעקב עלה כי מאז הדוח הקודם משרד הבריאות העלה על סדר יומו את נושא תכנון כוח האדם הרפואי וגיבש מודל לחיזוי שיעור הרופאים הצפוי ל-1,000 נפש. המשרד גיבש תוכנית פרטנית להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל ומינה ועדה לתכנון כוח אדם רפואי במאי 2023, שעוסקת במצוקת כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות.

עם זאת, שלא כמו מדינות מתקדמות בעולם כדוגמת ארצות הברית, אנגלייה, קנדה, צרפת, אוסטרליה ובלגיה, אין למשרד מנגנון מקצועי לתכנון אסטרטגי של כוח אדם רפואי שיאפשר לו לגבש תוכנית רב-שנתית מתאימה לצורכי האוכלוסייה. המשרד גם לא ביצע הערכת מצב מדויקת ובפרט לא מיפה את הנתונים לגבי הרופאים המומחים בכל תחום והמחסור בהם ולא העריך את הצורך העתידי ברופאים על פי תחומי התמחות ופיזור גיאוגרפי.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי שהוקמה במאי 2023, שעוסקת בהגדרת מנגנוני העבודה של הגוף שיעסוק בתכנון כוח אדם רפואי בישראל, המליצה להקים במשרד אגף לתכנון כוח אדם ברפואה שיממש את המדיניות למודל תכנון ארצי של רופאים מומחים; המשרד הוסיף שההמלצה כבר אומצה ואיוש משרות האגף צפוי להיות במהלך שנת 2024.

מומלץ שמשרד הבריאות יעריך את מספר הרופאים הנדרש בכל תחום רפואי הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך ויאמוד בהתאם את המחסור הצפוי. בכלל זה עליו להביא בחשבון כמה משתנים: תנועות כוח אדם רפואי במערכת - הצטרפות רופאים חדשים ועזיבת רופאים, לרבות פרישה לגמלאות ועזיבה לחו"ל; מגמות דמוגרפיות - גידול האוכלוסייה והרכבה, הזדקנות האוכלוסייה ודפוסי עלייה; מגמות צפויות בתחלואה ובמצב הבריאותי של הציבור; מספר הרופאים החדשים הצפוי לרדת בעקבות רפורמת יציב ובעיקר השפעתה על אזורי הפריפריה; קיצור המשמרות של המתמחים; גידול אפשרי במספר הרופאים העולים; שיעור השימוש ברפואת מומחים בכלל ועל פי מאפיינים של הציבור הצורך אותה לצורך קביעת היחס הרצוי בין מספר הרופאים לגודל האוכלוסייה; התפתחויות טכנולוגיות; ונסיבות אחרות שבכוון להשפיע על הצורך ברופאים מומחים. מומלץ גם שבמסגרת בחינה זו יובאו בחשבון הנתונים לגבי מצבת הרופאים הפעילים בארץ, שכן חלק מבעלי הרישיונות לעסוק ברפואה אינם פעילים במקצועם. מומלץ שכמו מדינות מתקדמות בעולם, המשרד ישקול, בשיתוף הר"י, לאמץ מנגנון מקצועי לתכנון אסטרטגי של כוח האדם הרפואי שלו ויפעל ליישמו כבר משלב הכשרת הסטודנטים לרפואה.

מידת תיקון הליקוי



³⁷ מתמחים שפתחו פנקס התמחות לפני 1.1.23 (כלומר, בתאריך 1.1.23 נמצאים בעיצומה של ההתמחות שלהם), יכולים לדווח עד תאריך 30.4.23.

³⁸ כפי שצוין, משרד הבריאות הקים במאי 2023 ועדה לטיפול במצוקת כוח האדם הרפואי שתפקידה בין היתר למסד גוף לאומי לתכנון כוח האדם הרפואי.



גיבוש תוכנית רב-שנתית להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל

בשנת 2021 ניתנו 985 רישיונות לעסוק ברפואה לישראלים בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל (49%), 776 לבוגרי אוניברסיטאות בישראל (38%), ו-263 לעולים שסיימו את לימודיהם בחו"ל (13%).³⁹ שיעור הרופאים בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל ביחס לבוגרי הארץ הוא הגבוה ביותר מבין מדינות ה-OECD. בשנת 2020 57.8% מהרופאים בישראל היו בוגרי חו"ל, בשעה שהממוצע במדינות ה-OECD היה 18.7%; בקנדה למשל שיעור הרופאים שלמדו בחו"ל היה 24.1%, ובצרפת 11.8%.⁴⁰

הביקורת הקודמת

הצורך בהגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל עלה על סדר היום כמה פעמים בשנים 2011 - 2018. בספטמבר 2011 כתב מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' רוני גמזו, לדקני הפקולטות לרפואה כי הצורך להגדיל את מספר הבוגרים בפקולטות לרפואה בארץ ברור ומוסכם על הכול. מאז ועד 2018 דנו בנושא גורמים שונים ובהם משרד הבריאות, המל"ג, ות"ת ופורום הדיקנים.

הליקוי: משנת 2011, אז עלה הצורך בהגדלת מספר הסטודנטים לרפואה (בישראל) על פי תוכנית סדורה ובהתאם לבדיקת עומס ההוראה הקלינית בבתי החולים והצרכים הנובעים מכך, ועד למועד סיום הדוח הקודם - לא נעשה דבר.

ההמלצה: על המל"ג ומשרד הבריאות לקבוע תוכנית להיערכות עתידית למתן מענה לצורכי כוח האדם הרפואי, ובכלל זה, לקבוע כמה סטודנטים יש להכשיר באוניברסיטאות, כמה שדות קליניים יידרשו לשם כך ומהו המענה שיש לפתח כדי לאפשר את ההוראה הקלינית בבתי החולים ולהרחיב אותה גם לקהילה. כמו כן, עליהם לתת את דעתם על הצורך בגיבוש תוכנית תקציבית מתאימה ובאיתור מקורות למימונה.

בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם הוא מסר בין היתר שכחלק מתפקידיו הוא מחויב לבחון את מצב כוח האדם הרפואי ולתכנן את הצרכים העתידיים. תכנון זה כולל השקעה עם גופים המקיימים הכשרה במקצועות בריאות שונים. הוא הוסיף כי הוא פועל בשיתוף פעולה הדוק עם כמה גופים כאלו, ובראשם המל"ג והפקולטות המכשירות בוגרים במקצועות הבריאות למיניהם. שיתוף פעולה זה נעשה תוך הכרה בגבולות הסמכות שבין משרד הבריאות לבין המל"ג, האוניברסיטאות ושאר מוסדות ההכשרה במקצועות הבריאות. המשרד ציין כי על פי חוק, המאסדר היחיד של ההשכלה הגבוהה הוא המל"ג.

ביקורת המעקב

תוכנית להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל: בינואר 2023 הציגו נציגי משרד הבריאות בפני הנהלת משרד הבריאות תוכנית שגיבוש להגדלת מספר הסטודנטים בפקולטות לרפואה בישראל (בשנה א' של הלימודים) ל-1,200 סטודנטים בשנת 2024 ול-2,000 בשנת 2030.⁴¹ בתוכנית מפורטות פעולות שיש לנקוט כדי לעמוד ביעדים, והן מוצגות בתרשים שלהלן⁴², בחלוקה לפי סטטוס מתומצת של הביצוע שלהן נכון למועד סיום הביקורת. הרחבה בנוגע לסטטוס הפעולות יפורט בהמשך.

39 משרד הבריאות, דוח בנושא "כוח אדם במקצועות הבריאות", 2021.

40 OECD report on medical education and training in Israel, May 2023.

41 משרד הבריאות, "הרפורמה בכוח אדם - מדיניות משרד הבריאות בתחום המענה למחסור ברופאים

בישראל והעצמת הנגב והגליל", מינהל תכנון אסטרטגי, ינואר 2023.

42 נדרשות פעולות נוספות גם בבתי הספר לרפואה כגון הקצאת מבנים ומשאבים מתאימים.



לוח 1 : הפעולות שקבע משרד הבריאות להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל וסטטוס הביצוע שלהן

הערות	הפעולה	סטטוס
שיתוף הפעולה בין הפקולטות לרפואה ובין בתי החולים מוסדר בהסכמי התקשרות ביניהם	ביטול השייך הבלעדי של בתי חולים לפקולטה לרפואה ומיצוי השימוש בשדות הקליניים	לא בוצע
כמעט כל בתי החולים (מלבד שיבא) לא מפעילים שדות קליניים אחר הצוהריים	שימוש בשדות קליניים אחר הצוהריים	לא בוצע
1. אופקים - תוכנית למתן הלוואות לסטודנטים לרפואה במוסדות מובילים בחו"ל. הלוואות אלה יהפכו למענקים דיפרנציאליים אם הסטודנטים יתמחו במקצועות הנדרשים ויעבדו בפריפריה. התוכנית בתהליכי מכרז, וצפויה להתחיל בשנת 2024. 2. אילנות בנגב ובגליל - תוכנית למתן מלגות וליווי אישי ומשפחתי לסטודנטים שמטרתה לייצר קבוצת רופאים להובלת שינוי ומצוינות בפריפריה. התוכנית פועלת מ-2021 וצפויה להתרחב ב-2024.	תמרוץ להובלת שינוי ומצוינות בפריפריה	בוצע
במרפאות קופות החולים	הרחבה של שדות קליניים בקהילה	בוצע חלקית
משרד הבריאות נפגש עם חלקם	עבודה פרטנית מול בתי החולים ומול דיקני הפקולטות לרפואה להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה	בוצע חלקית
המשרד חישב את מספר השבועות המזערי הנדרש ללמידה בשדות הקליניים אך לא קבע תוכנית שתסדיר נושא זה	הגדרה של מספר השבועות המזערי והמיטבי שבהם נדרשות מחלקות בתי החולים ללמד את הסטודנטים הישראלים, כדי לעמוד ביעדי משרד הבריאות	בוצע חלקית
ששת בתי הספר לרפואה החלו לשלב שיטות חדשניות להוראה, אבל לא כולם עדכנו את תוכניות הלימוד. המל"ג לא השלימה את ההליכים הנדרשים לשיפור איכות ההוראה	שינוי של דרכי למידה - שילוב סימולציות רפואיות במקום למידה מסורתית	בוצע חלקית
השינוי יאפשר לפתוח עוד 130 מקומות לסטודנטים ישראלים לרפואה	ביטול תוכניות ללימודי סטודנטים זרים בארץ	בוצע
משרד הבריאות העביר את התשלומים שהתחייב להעביר לאוניברסיטאות באמצעות המל"ג; בתי החולים מקבלים תקציב במסגרת תקנות ההתחשבנות בין בתי החולים לקופות החולים לשנים 2021 - 2025, 10% מהתקציב החודשי שלהם על פי חלקם היחסי ממספר השדות הקליניים הקיימים	תמרוץ האוניברסיטאות ובתי החולים להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה	בוצע

על פי נתוני משרד הבריאות ובתי החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.



מהלוח עולה כלהלן:

- שתיים מהפעולות שבתוכנית של משרד הבריאות כבר בוצעו - תמרוץ האוניברסיטאות ובתי החולים להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה; ובהמשך להחלטת המלי"ג והמשרד בעניין - ביטול התוכניות ללימודי סטודנטים זרים, דבר הצפוי להוסיף 130 מקומות לסטודנטים ישראלים.
 - שתי פעולות טרם בוצעו - ביטול סינופים בלעדיים של בתי חולים לבתי הספר לרפואה וביצוע הוראה קלינית בבתי החולים גם אחר הצוהריים (למעט בשיבא).
- אי-הסדרה של שיתוף הפעולה בין בתי החולים לאוניברסיטאות בשלבי ההכשרה הקלינית ושל ההתחשבות בין הצדדים וכן אי-מיצוי מלא של השדות הקליניים גם מעבר לשעות הבוקר, מונעים ממשרד הבריאות מלראות תמונת מצב כלל-לאומית בנוגע לניצול משאבי ההכשרה הקלינית, עלות השימוש בהם, ויסות יעיל של המשאבים בין הפקולטות וכן גם את היכולת להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה.
- יתר חמש הפעולות נמצאות בשלבי ביצוע שונים - תוכנית אילנות פועלת מ-2021 וצפויה להתרחב ב-2024, ותוכנית אופקים עדיין לא פועלת באופן מלא - מטרתן לתמרץ להובלה, לשינוי ולמצוינות בפריפריה; הרחבה של שדות קליניים בקהילה - עדיין לא כל הסטודנטים עוברים הכשרה בשדות קליניים בקהילה; עבודה פרטנית עם בתי חולים ודיקנים - משרד הבריאות נפגש עם חלקם; היעדר הגדרה של מספר השבועות המזערי והמיטבי ללמידה בשדות הקליניים שבהם נדרשות מחלקות בתי החולים ללמד את הסטודנטים הישראלים, כדי לעמוד ביעדי משרד הבריאות להגדלת מספר הסטודנטים המתחילים שנה א' בלימודי הרפואה בישראל ל-2,000 בשנת 2030; והוראה עם סימולציה רפואית שעדיין לא מבוצעת באופן מלא בכל בתי הספר לרפואה.

הצורך בהגדרת תוכנית עבודה מפורטת: לפי מדריך התכנון הממשלתי⁴³ תוכנית עבודה צריכה לכלול שלושה רבדים: מטרות, יעדים ומשימות. תחת המטרות יש להציג את היעדים לתקופה המוגדרת, ולציגם יש לפרט מדדי תוצאה המגדירים את השינוי המצופה מפעולות הממשלה. המשימות צריכות להיגזר מן המטרות והיעדים שהוגדרו ולאפשר את הגשמתם. יש לקבוע שלבי התארגנות ומדדי תפוקה שיאפשרו לעקוב אחר השלמת המשימות.

מעקב של ועדת הבריאות של הכנסת: במאי 2023 דנה ועדת הבריאות של הכנסת בהכשרה הקלינית של סטודנטים לרפואה. הוועדה הורתה למשרד הבריאות ולמלי"ג להמשיך לפעול למיפוי הבעיות בהכשרת רופאים בישראל ולגבש תוכנית רב-שנתית להגדלת מקומות ההכשרה בישראל בכלל ובפריפריה בפרט. עוד הורתה הוועדה למנכ"ל משרד הבריאות להציג בפניה, בתוך 30 יום, בין היתר אבני דרך ברורות בהתייחס לדוח הקודם של מבקר המדינה ולוחות זמנים להשלמת התוכנית הרב-שנתית להגדלת מקומות ההכשרה⁴⁴.

בביקורת המעקב עלה כי אף שהתוכנית הרב-שנתית להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בארץ היא תוכנית פעולה חשובה הנדרשת לתכנון סדור - היא חסרה מרכיבים מהותיים שיאפשרו את הצלחתה. כפי שנקבע גם במדריך התכנון הממשלתי, לבד מהגדרת מטרת התוכנית, נדרש להגדיר גם יעדים ומדדים להערכת הביצוע, ואולם התוכנית של משרד הבריאות אינה מפרטת יעדים ומדדי ביצוע עבור כל אחד מבתי הספר לרפואה ועבור כל אחד מבתי החולים. בכך נפגעת יכולתו של המשרד לאמוד ולהעריך את רמת הביצוע של התוכנית, את הפעולות הנדרשות לשם השגת היעדים,

⁴³ משרד ראש הממשלה, האגף לתכנון מדיניות, מדריך התכנון הממשלתי, מדריך התכנון הממשלתי, ספטמבר 2010.

⁴⁴ פרוטוקול ישיבת ועדת הבריאות בכנסת ב-16.5.23 בנושא הכשרת רופאים.



את העמידה באבני הדרך על פי לוח הזמנים שנקבע ואת היכולת לקבל החלטות לגבי המשך התוכנית ולהגדיר את מקורות התקציב הנוסף, אם הדבר נדרש להשלמת התוכנית.

משרד הבריאות ציין בתגובתו כי לאחר שימושו כל התוכניות להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה צפוי לגדול שיעורם בשנת 2035 ל-3.7 רופאים ל-1,000 נפש. המשרד הוסיף כי הוא פועל בשיתוף המל"ג לקביעת יעדים של מספר הסטודנטים בבתי הספר לרפואה, וכי קיימות בקשות לפתיחת בתי ספר חדשים לרפואה [אם יאושרו, יתאפשר להגדיל יותר את מספר הסטודנטים לרפואה].

מומלץ שמשרד הבריאות, בשיתוף המל"ג, ישלים את הגיבוש של התוכנית הרב-שנתית להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל, יגדיר יעדים ומדדים ברורים לביצוע התוכנית ולבחינת הישגיה בפרט בכל אחד מבתי הספר לרפואה ובבתי החולים; מומלץ שיקבע לשם כך לוח זמנים מדורג ומגובה בתקציב לביצועה.

מידת תיקון הליקוי



שדות קליניים להכשרת סטודנטים לרפואה

סטודנטים לרפואה בישראל לומדים חלק גדול מלימודיהם הקליניים בשדות קליניים - מדובר בקבוצות לימוד ליד מיטת החולה בהדרכתם של רופאי בית החולים. בית חולים שמפעיל שדות קליניים נדרש לקבל לשם כך הסמכה מטעם האוניברסיטה שיש לה הסכם איתו.

איכות ההכשרה הקלינית תלויה בכמה מרכיבים; חלקם כמותניים, למשל מספר המיטות המתאימות להכשרה במחלקות של בתי החולים, מספר הסטודנטים בקבוצת הלימוד שליד מיטת החולה ומספר שבועות ההוראה במחלקות בבתי החולים. מרכיבים אחרים הם איכותניים, למשל איכות הקשב שיש למחלקה להכשרת הסטודנטים וכישורי צוות הרופאים במחלקה בכל הקשור להנחיית הסטודנטים בקבוצת הלימוד.

על פי נתוני ה-OECD, בשנת 2020 הכשירה מדינת ישראל 24 סטודנטים בלבד לכל 1,000 מיטות אשפוז, פחות ממוצע ה-OECD שהיה 38 סטודנטים לכל 1,000 מיטות אשפוז, ואף הגיע ל-80 סטודנטים בדנמרק⁴⁵.

שימוש במשאב הלאומי "שדות קליניים" בבתי החולים בישראל

האחריות לניהול מצאי השדות הקליניים בישראל

הביקורת הקודמת

הליקוי: אף שמשרד הבריאות ומל"ג נושאים באחריות משותפת, כל אחד בתחומו, להסדרת מערך ההכשרה הקלינית ולפיקוח עליה, מתברר כי ההוראה הקלינית במסגרת השדות הקליניים אינה מוסדרת כלל. משרד הבריאות, האמור להיות גם גוף מנחה, לא קבע הוראות להפעלתם של שדות קליניים, ואף המל"ג לא הסדיר זאת. היעדר ההסדרה מנקודת מבט לאומית מעוררת לעתים מחלוקות בין שני המאסדרים בנוגע לגבולות האחריות שלהם.

OECD report on medical education and training in Israel (2023)

45



בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם הוא מסר כי הלימודים במוסדות האקדמיים נמצאים על פי חוק באחריות המל"ג ושהלימודים בשדות הקליניים הם חלק מובנה מהלימודים לתואר.

בתגובת המל"ג על הדוח הקודם היא ציינה כי עיקר האחריות במציאת הפתרונות למצוקה בשדות הקליניים לצורך ההתנסות ברפואה היא של משרד הבריאות.

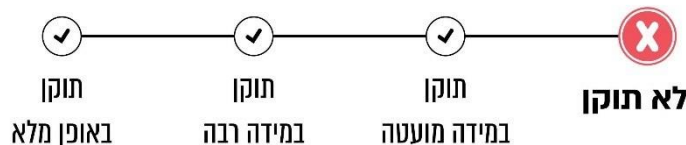
ביקורת המעקב

בביקורת המעקב עלה כי אומנם משרד הבריאות והמל"ג מיפו את השדות הקליניים בארבע המחלקות העיקריות בבתי החולים, ותוך שיתוף פעולה ביניהם, אולם אף שניהם אחראים לתוכנית לימודי הרפואה, הם לא קבעו את תחומי האחריות של כל אחד מהם בנוגע לתכנון, לניהול ולחפעלה של השדות הקליניים המשולבים בתוכנית הלימודים.

אי-הסדרת תחומי האחריות של משרד הבריאות ושל המל"ג על השדות הקליניים עלולה להביא לכך שכל אחד מהגורמים יעביר את האחריות לשדות הקליניים למשנהו ובסופו של דבר, אף לא אחד מהם ינהל את התחום באופן מוסדר ומיטבי, כפי שאף עולה מתגובותיהם של שני הגופים לדוח הקודם.

מומלץ כי משרד הבריאות והמל"ג יגיעו להסכמות בנוגע לאחריות של כל אחד מהם בקשר לכלל ההיבטים הנוגעים לשדות הקליניים ויסדירו את תחומי האחריות. אם הם לא יגיעו להסכמות בזמן קצר, מומלץ כי שר הבריאות ושר החינוך, בתפקידו כיו"ר המל"ג, יקימו ועדת מומחים שתכריע בנושא.

מידת תיקון הליקוי



תמונת המצב בנוגע למספר השדות הקליניים

כדי להפיק תועלת מרבית מההכשרה הקלינית בבית החולים חשוב שתהיה הלימה בין מספר השדות הקליניים הקיימים לבין מספר הסטודנטים בהכשרה הקלינית. ההכשרה הקלינית בבתי החולים היא משימה מורכבת המתבצעת בכ-30 מחלקות, ובהן ארבע מחלקות עיקריות: מחלקת נשים, מחלקת ילדים, מחלקה כירורגית ומחלקה פנימית. ההכשרה הקלינית במחלקות אלו היא מחויבת ואף ארוכה ביחס להכשרות במחלקות אחרות שבהן מתנהלים השדות הקליניים, ועל כן נוצר בהן "צוואר בקבוק" המעכב את האפשרות להגדיל את מספר הסטודנטים הלומדים רפואה בישראל⁴⁶. כדי למצות טוב יותר את השדות הקליניים הקיימים ולהגדיל את מספרם בבתי החולים, נדרש, ראשית לכול, למפות את השדות הקליניים הקיימים והאפשריים.

הביקורת הקודמת

הליקוי: ההוראה בבתי החולים במסגרת השדות הקליניים אינה מוסדרת ולמל"ג-ות"ת ולמשרד הבריאות אין תמונת מצב מלאה בנוגע למספר השדות הקליניים הקיימים ולפיזורם בין כלל בתי



החולים. בהיעדר מידע זה, אין הם יכולים לתכנן כהלכה את מספר הסטודנטים לרפואה שיוכשרו בפקולטות לרפואה של מדינת ישראל ואין הם יודעים אם מספר השדות הקליניים נותן מענה לצורכי ההכשרה הקיימים, מהו הצפי לצרכים העתידיים וכיצד יש להיערך לכך. בדוח צוין שבשל כך אין למלי"ג ות"ת ולמשרד הבריאות תוכנית עבודה שכוללת היערכות עתידית לקראת גידול במספר הסטודנטים לרפואה.

ההמלצה: על המלי"ג ומשרד הבריאות לבצע בדחיפות עבודת מטה מסודרת למיפוי השדות הקליניים בבתי החולים, כך שניתן יהיה לנצלם ביעילות ולהפיק מהם את מרב התועלת.

בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם הוא מסר כי הלימודים במוסדות האקדמיים נמצאים על פי חוק באחריות המלי"ג ושהלימודים בשדות הקליניים הם חלק מובנה מהלימודים לתואר. המשרד הוסיף כי על פי החוק הקיים למשרד הבריאות אין שום סמכות בתחום זה. עוד ציין המשרד כי לבקשת המלי"ג הוא נחלץ לעזרתה והעביר לגורמים מסוימים את תוצאות המיפוי של השדות הקליניים שערך ביוני 2017. הוא הוסיף כי למיטב ידיעתו בישראל אין מחסור בשדות קליניים.

בתגובת המלי"ג על הדוח הקודם היא מסרה בין היתר כי היא נמצאת בעיצומה של עבודת מיפוי השדות הקליניים ברפואה ושבשרותה מרבית המידע בנושא. היא הוסיפה כי משרד הבריאות לא ביצע את המיפוי ביחס לסטודנטים ישראלים זרים, כפי שהתחייב בזמנו. המלי"ג ציינה כי ות"ת הדגישה בפני משרד הבריאות שהאחריות למיפוי השדות היא שלו. עוד ציינה המלי"ג כי במידע שאספה חסר מידע על פוטנציאל השדות הקליניים שאינם ממומשים, מידע שלטענתה משרד הבריאות התבקש להעביר אליה וטרם עשה זאת. המלי"ג הוסיפה בתגובתה לדוח הקודם כי עיקר האחריות במציאת הפתרונות למצוקה בשדות הקליניים לצורך ההתנסות ברפואה היא של משרד הבריאות.

ביקורת המעקב

משרד הבריאות והמלי"ג ערכו בשנת 2022 מיפוי מלא של השדות הקליניים בארבעת סוגי המחלקות העיקריות בבתי החולים שבהן מתבצעת ההכשרה הקלינית. בין השאר הם בדקו את מספרן הכולל של כל אחת מהמחלקות האלו בכל בתי החולים, את מספר המחלקות שמפעילות שדות קליניים, את ממוצע הסטודנטים בקבוצת למידה בשדות הקליניים, את מספר שבועות הלמידה בשדות הקליניים במחלקות אלו, את ממוצע המחלקות המלמדות, את מספר המיטות בשדות הקליניים (שסביבן לומדים הסטודנטים) ועוד. על בסיס המיפוי העריך המשרד את היכולת להגדיל את מספר הסטודנטים בששת בתי הספר לרפואה.

אשר ליתר המחלקות, שגם בהן הסטודנטים עוברים הכשרה קלינית (כ-25 מחלקות), משרד הבריאות והמלי"ג לא ביצעו מיפוי. בין המחלקות האלה: מחלקת הרדמה, מחלקה לאשפוז פסיכיאטרי, מחלקה לרפואה דחופה, מחלקת גסטרו, מחלקת קרדיולוגיה ומחלקת אורתופדיה.

משרד הבריאות ציין בתגובתו כי במקביל למיפוי שהוא ביצע בשנת 2022 של השדות הקליניים בארבעת סוגי המחלקות, הוא החל, בשיתוף המלי"ג לקדם פרויקט למיפוי ממוחשב של ניצול השדות הקליניים ברמה הארצית וכי הפרויקט נמצא בשלב האפיון. לדעתו אין צורך במיפוי כלל המקצועות הרפואיים, שכן חלקם מלמדים שבועות בודדים בשנה ולכן לא מהווים צוואר בקבוק המונע הגדלת מספר הסטודנטים.

סטודנטים ישראלים שלומדים בחו"ל ועוברים הכשרה קלינית בבתי החולים בארץ

חלק מהסטודנטים הישראלים שלומדים באוניברסיטאות בחו"ל עוברים חלק מההכשרה הקלינית שלהם בשדות הקליניים שבארץ, וזאת במסגרת הסכמים בין הסטודנט לבית החולים ובמימון



פרטי של הסטודנט או במסגרת הסכמים בין האוניברסיטאות בחו"ל לבית החולים. כך למשל בבית החולים שיבא מתקיימת תוכנית לימודים בשיתוף אוניברסיטה מקפריסין ואוניברסיטה נוספת מבריטניה, בה משתתפים כ-30 סטודנטים שלומדים את שנות הלימוד הראשונות בקפריסין, ועוברים את ההכשרה הקלינית בבית החולים שיבא.

חוזר מנכ"ל מדצמבר 2022⁴⁷ מסדיר את ההכשרה הקלינית במוסדות רפואיים בארץ שעוברים סטודנטים ישראלים הלומדים רפואה בחו"ל. בחוזר צוין כי ניתנת עדיפות לסטודנטים ישראלים הלומדים רפואה בארץ על פני אלו הלומדים בחו"ל, ובהתאם על המוסדות הרפואיים לתעדף הקצאה של השדות הקליניים ללומדים בארץ. התנאים לקיום הכשרה כזו הם בין השאר שהסטודנטים מחו"ל יהיו כאלו הלומדים באוניברסיטאות המוכרות ברפורמת יציב; תוכניות ההכשרה הקלינית יפעלו בהתאם לחו"ק המ"ג; מספר הסטודנטים בקבוצה לא יהיה גדול מעשרה; ו-60% מההכשרה הקלינית לסטודנטים האלו תתבצע בשעות אחר הצהריים. לפי החוזר, על סטודנטים אלה להירשם למאגר ייעודי שמנהל משרד הבריאות, ועל המוסדות הרפואיים להעביר למשרד פרטים עליהם: שם האוניברסיטה בחו"ל שבה הם לומדים, המחלקות שבהן תבוצע ההכשרה, מספר הסטודנטים בסבב ועוד.

תקנות בריאות העם (אמות מידה לחלוקת סכום נוסף), התשפ"ג-2022 (להלן - תקנות לחלוקת סכום נוסף) מתייחסות למצב שבו בית חולים מכשיר קלינית סטודנטים ישראלים לרפואה הלומדים באוניברסיטאות בחו"ל. לפי תקנות אלו בית חולים כזה יהיה זכאי לתגמול כספי בגין ההכשרה הזו, ובלבד שמספר המשתתפים בכל קבוצת לימוד בהכשרה לא יהיה קטן משמונה ושמשד הבריאות יאשר את גובה דמי ההשתתפות העצמית שגובה בית החולים מכל משתתף.

עמדתה העקרונית של המ"ג בנוגע להכשרה הקלינית שעוברים בארץ סטודנטים ישראלים שלומדים בחו"ל היא שהכשרה כזו אינה תואמת את חוק המ"ג: לפי החוק כל פעילות לימודית מוסדית המזכה בנקודות זכות לתואר מחייבת את אישור המ"ג, ואולם אף שמדובר בפעילות לימודית המזכה בנקודות זכות, המ"ג לא אישרה אותה כיוון שהיא לא מתקיימת מטעם אחת האוניברסיטאות בישראל. המ"ג פרסמה את החלטתה בנושא באוקטובר 2012⁴⁸.

עלה כי משרד הבריאות והמ"ג לא הסדירו במשותף את הפעלת ההכשרה הקלינית של הסטודנטים הישראלים מחו"ל שעוברים הכשרה בשדות קליניים בארץ, ובפועל הם אינם יודעים מה היקף הכשרה זו ואין להם מידע על הסטודנטים הלומדים במסגרתה. כך עלה שבשנה"ל התשפ"ב (2021 - 2022) הוכשרו בשדות הקליניים בארץ 900 סטודנטים ישראלים שלמדו רפואה באוניברסיטאות בחו"ל (לכל הפחות במשך שבוע אחד של הכשרה), ובשנה"ל התשפ"ג (2022 - 2023) גדל מספרם לכ-1,050⁴⁹. זאת לעומת כ-2,100 סטודנטים ישראלים שלומדים בישראל ושהוכשרו בשדות קליניים בכל אחת מהשנים האלה (יובהר כי הסטודנטים הישראלים שעוברים הכשרה קלינית בישראל עוברים הכשרה של עשרות שבועות).

משרד הבריאות ציין בתגובתו שמכוח התקנות לחלוקת סכום נוסף, בתי החולים נדרשים לדווח על ההכשרה הקלינית שעוברים בארץ סטודנטים ישראלים שלומדים בחו"ל; בפועל הוא קיבל בשנת 2023 דיווח על כך מחלק מבתי החולים. המשרד הוסיף כי במסגרת הפרויקט למיפוי הממוחשב של ניצול השדות הקליניים ייכללו גם סטודנטים ישראלים שלומדים בחו"ל ועוברים הכשרה בשדות קליניים בישראל.

⁴⁷ חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 13/2022 בנושא "הסדרת ההכשרה הקלינית של סטודנטים ישראלים הלומדים בחו"ל במוסדות רפואיים בארץ" (26.12.22).

⁴⁸ החלטת המ"ג בנושא "הדרכים האפשריות להסדרת פעילות ההכשרה הקלינית בארץ בתוכניות לימודים לקראת תואר דוקטור ברפואה עבור סטודנטים הלומדים במוסדות להשכלה גבוהה בחו"ל: החלטת המועצה להשכלה גבוהה מיום 23.10.12" (4.12.12).

⁴⁹ לא נבדקו בביקורת מספר שבועות ההכשרה שביצע כל סטודנט אלא רק מספר הסטודנטים בכל בית חולים. המרכז הרפואי הדסה אינו מבצע הכשרה כזו, וברזילי לא היו סטודנטים כאלה בשנת התשפ"ג.



בנסיבות שבהן היקף נכבד של סטודנטים ישראלים הלומדים רפואה בחו"ל עוברים הכשרה בשדות הקליניים בבתי החולים בארץ, וזאת בלי שהמשרד והמלי"ג ערים להיקף פעילות זו, נוצר מצב שבו משרד הבריאות והמלי"ג מצויים באי-בהירות בנוגע למיצוי השדות הקליניים בבתי החולים, ולכן תמונת המצב המצויה בידיהם בנוגע למשאב זה אינה משקפת את המצב לאשורו. הדבר פוגע בבסיס המידע הנדרש למשרד ולמלי"ג על מנת לבצע תכנון ארוך טווח למספר הסטודנטים שילמדו רפואה לצורך מיצוי פוטנציאל השדות הקליניים הקיימים, לרבות האפשרות להגדיל את מספר הסטודנטים.

מומלץ שמשרד הבריאות והמלי"ג ישלימו את הליך המיפוי של השדות הקליניים בכלל המחלקות, וללא תלות במשך ההכשרה בשדות הקליניים במחלקות, וכך גם של הסטודנטים הישראלים מחו"ל שעוברים הכשרה בשדות קליניים בארץ. הפרויקט למיפוי אוטומטי של ניצול השדות הקליניים המצוי בשלב מוקדם של אפיון, אינו מיתר את הצורך בהשלמת המיפוי שכן הוא נדרש נוכח הגידול הצפוי במספר הסטודנטים והצורך המקביל בהרחבת השימוש בשדות הקליניים. הדבר יאפשר תכנון מושכל של לימודי הרפואה ושל הכשרה קלינית יעילה וכן הסדרה ופיקוח על השימוש בשדות הקליניים ומיצוי מיטבי של המשאבים הקיימים.

מידת תיקון הליקוי



הפעלה של השדות הקליניים - עומס סטודנטים בהכשרה הקלינית

כדי שההכשרה הקלינית תהיה מועילה ויעילה, על הסטודנטים המשתתפים בקבוצת הלימוד להתנסות בעצמם בתשאול החולה, בבדיקתו ובכל שאר הפעולות שרופא מבצע. לימוד והתנסות יעילים מחייבים להגביל את מספר הסטודנטים בכל קבוצת לימוד, הן כדי שכולם יוכלו להיות שותפים פעילים במערך ההדרכות ויפיקו ממנו את המרב והן כדי שהקבוצה לא תהיה גדולה מדי ובכך תיפגע פרטיות החולה ומידת שיתוף הפעולה שלו.

את מספר הסטודנטים בקבוצת הלימוד בהכשרה הקלינית מקצה האוניברסיטה, בשיתוף בתי החולים; בעניין זה עסקו מספר ועדות והן המליצו על מספר הסטודנטים המיטבי בקבוצת הלימוד, בנוגע לסטודנטים ישראלים שלומדים באוניברסיטאות בישראל: דוח גלזר-ישראלי מ-2012, שאת המלצותיו אימצה הוועדה, הגדיר שקבוצה סבירה להכשרה קלינית מונה כשישה עד שמונה סטודנטים, וקבע שבכל מקרה רצוי שמספרם לא יעלה על עשרה; ב-2022 המליצה ועדת גמזו כי כדי להגדיל את קיבולת השדות הקליניים ברמה הלאומית כדאי שבקבוצות הלימוד בשדות הקליניים במחלקות העיקריות יהיו שמונה סטודנטים לכל הפחות.

הביקורת הקודמת

הליקוי: מבדיקת עומס הסטודנטים בשדות הקליניים עלה כי קיימת מצוקה בשדות הקליניים. במצב זה, לעיתים הפקולטה והמחלקה הגדילו את מספר הסטודנטים בקבוצת הלימוד בשדה הקליני למספר שלא איפשר לימוד מועיל ויעיל. בביקורת נמצאו מחלקות רבות בבתי החולים שבהן היו יותר משמונה סטודנטים בשדות קליניים, ולעיתים אף 12 סטודנטים ויותר; הודגמו למשל שדות קליניים עם 14 עד 16 סטודנטים ואף מחלקה נוירולוגית בבית חולים מסוים שבה היו לא פחות מ-27 סטודנטים בשדה הקליני.



עוד עלה שהמלי"ג ומשרד הבריאות, בשיתוף הפקולטות לרפואה ובתי החולים, לא קבעו את מתכונת ההפעלה המחייבת של השדות הקליניים מבחינת גודלה של קבוצת הלימוד.

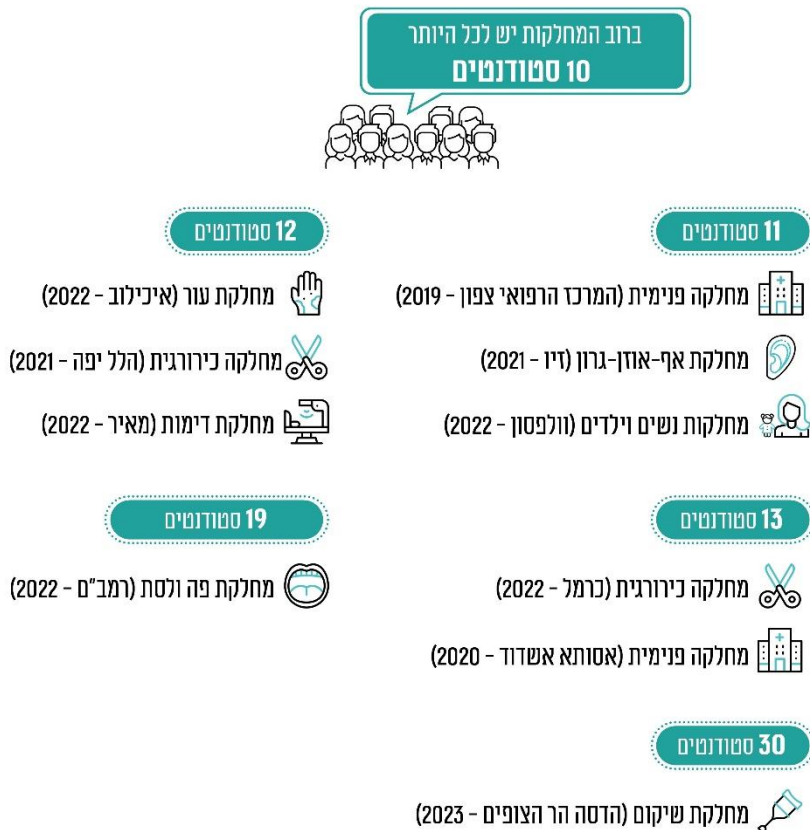
התמלצה: על המלי"ג-ות"ת בשיתוף משרד הבריאות לבחון את הפתרונות הנקודתיים שמצאו בתי הספר לרפואה כדי להתמודד עם מספר הסטודנטים הגדול בשדות הקליניים, ולהבטיח שההכשרה הקלינית נעשית באיכות המתחייבת.

בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם הוא מסר כי למיטב ידיעתו אין מחסור בשדות קליניים בארץ, וכי יש שדות קליניים שאינם מנוצלים.

ביקורת המעקב

בביקורת המעקב התבקשו בתי החולים הכלליים שמכשירים סטודנטים לרפואה לפרט כמה סטודנטים לכל היותר משתתפים בקבוצת לימוד בשדות הקליניים בכל אחת מן המחלקות שלימדו בשנים 2019 - 2023. כל 20 בתי החולים שהשיבו ציינו כי ברוב המוחלט של המחלקות היו בקבוצות הלימוד לכל היותר עשרה סטודנטים. עם זאת חלקם ציינו שיש מקרים מועטים מאוד שבהם השתתפו יותר מעשרה סטודנטים. בתרשים שלהלן מפורטות דוגמאות למקרים כאלה.

תרשים 4: דוגמאות למספר הסטודנטים בשדות הקליניים במחלקות שבהן מספר הסטודנטים שהקצתה האוניברסיטה, בשיתוף בתי החולים, לכל קבוצת לימוד היה גדול מ-10, 2019 - 2023



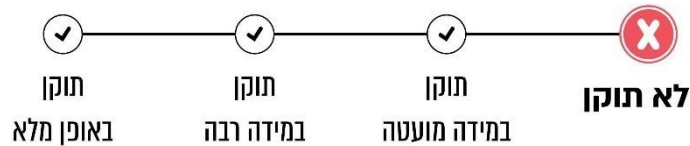
בביקורת המעקב עלה כי המלי"ג ומשרד הבריאות, בשיתוף הפקולטות לרפואה ובתי החולים, עדיין לא קבעו את מתכונת ההפעלה המחייבת של השדות הקליניים מבחינת גודל קבוצת הלימוד - מספר הסטודנטים המזערי, המיטבי והמרבי בכל קבוצה.



עומס סטודנטים בקבוצת לימוד בשדה קליני עלול לפגוע ביעילות ההכשרה הקלינית. לכן מומלץ כי משרד הבריאות, המלי"ג, בתי הספר לרפואה ובתי החולים יגדירו את מתכונת ההפעלה של השדות הקליניים מבחינת גודל קבוצת הלימוד - מספר הסטודנטים המזערי, המיטבי והמרבי בכל קבוצה בהתאם למאפיינים של השדות הקליניים במחלקות השונות ובכך יביאו למיצוי השדות הקליניים הקיימים.



מידת תיקון הליקוי של קביעת מתכונת הפעלה לשדות הקליניים בנוגע לגודל קבוצת הלימוד



מידת תיקון הליקוי של צמצום בפועל של מספר הסטודנטים בקבוצת הלימוד בשדה קליני



הפעלה של השדות הקליניים - עומס שבועות ההוראה במחלקות הקליניות

מדד נוסף המשפיע על המועילות והיעילות של ההכשרה הקלינית הוא מספר השבועות בשנה שבהם המחלקות בבתי החולים מלמדות. למידה ארוכה יותר במחלקה יכולה להיות מקיפה ומעמיקה יותר ועם זאת משמעה, שניתן יהיה לבצע פחות סבבי הכשרה קלינית ולכן גם פחות סטודנטים ישתתפו בהם⁵⁰. הפעלת השדות הקליניים משפיעה גם על העומס המוטל על צוותי המחלקה שעוסקים בהוראה וחניכה נוסף על משימותיהם הרגילות - ככל שההכשרה הקלינית במחלקה מתקיימת לאורך יותר שבועות בשנה כך צפוי שהעומס על המחלקה יהיה כבד יותר.

הביקורת הקודמת

בדוח הקודם עלה כי בהתחשב בכך שחלק מהרופאים המלמדים בשדות הקליניים, עוסקים גם בהוראה בבתי הספר לרפואה, במחקר ובהשתלמויות ובהתחשב בחופשות ובחגים (שבהם לא מתקיימת הכשרה בשדות קליניים), הרי שהעומס המוטל על המחלקות הוא רב למדי, ופרק הזמן הנותן לסבבי ההכשרה הקלינית במחלקות היה מוגבל. עלה כי משרד הבריאות והמלי"ג לא קבעו את מספר השבועות המרבי שמחלקה יכולה ללמד ביעילות.

ההמלצה: על משרד הבריאות בשיתוף המלי"ג, הפקולטות לרפואה ומנהלי בתי החולים לקבוע את התקן הראוי למספר שבועות ההוראה במחלקות הקליניות ולעגן זאת בנוהל מתאים.

ביקורת המעקב

⁵⁰ יצוין כי יש מחלקות שבהן ההכשרה הקלינית היא חובה וכל הסטודנטים נדרשים להשתתף בה.



במסגרת מיפוי השדות הקליניים שערכו משרד הבריאות והמלי"ג חושב מספר השבועות המזערי שעל הסטודנטים ללמוד בשדות הקליניים כדי למצות משאב זה ולהגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה בישראל בלי לפגוע באיכות הלמידה. תוצאת החישוב הראתה שלשם הכשרה של 1,200 סטודנטים ישראלים - היעד שנקבע לשנת 2024 - יידרשו ארבע המחלקות העיקריות בבתי החולים לקיים לכל הפחות 36 שבועות של הוראה בשדות קליניים בשנה⁵¹ (מתוך 52 שבועות בשנה), ולשם הכשרה של 2,000 סטודנטים ישראלים לרפואה - היעד ל-2030 - יידרשו המחלקות לקיים לכל הפחות 40 שבועות הוראה בשנה⁵². המיפוי כלל גם חישוב של מספר השבועות שכל אחת מארבע המחלקות העיקריות בבתי החולים מלמדת בהתאם לבית ספר לרפואה שאליו מסונף בית החולים⁵³.

להלן מספר השבועות הממוצע - המזערי והמרבית, שלימדו ארבע המחלקות העיקריות (את הסטודנטים הישראלים שלומדים רפואה בישראל) בהתאם לבית הספר לרפואה שאליו הן מסונפות, כפי שעלה ממיפוי השדות הקליניים שערכו משרד הבריאות והמלי"ג בשנת 2022⁵⁴.

תרשים 5 : מספר השבועות הממוצע - המזערי והמרבית, שלימדו ארבע המחלקות העיקריות בהתאם לבית הספר לרפואה שאליו הן מסונפות, 2022



על פי נתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

51 יצוין כי על פי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 13/2022 בנושא "הסדרת ההכשרה הקלינית של סטודנטים ישראלים הלומדים בחו"ל במוסדות רפואיים בארץ" (26.12.22), כל מחלקה שמלמדת סטודנטים מחו"ל תגדיל בהדרגה את מספר השבועות הקליניים שהיא מקצה לסטודנטים שלומדים באחת מהאוניברסיטאות בישראל למינימום 36 שבועות. אין בחוזר התייחסות למחלקות שאין בהן סטודנטים מחו"ל.

52 משרד הבריאות, "הרפורמה בכוח אדם - מדיניות משרד הבריאות בתחום המענה למחסור ברופאים בישראל והעצמת הנגב והגליל", מינהל תכנון אסטרטגי, ינואר 2023.

53 למשל, ממוצע שבועות ההוראה של כל המחלקות הפנימיות בבתי החולים שמלמדות את הסטודנטים לרפואה של בית הספר לרפואה באריאל היה 12, ממוצע שבועות ההוראה של כל המחלקות הפנימיות בבתי החולים שמלמדות את הסטודנטים לרפואה של בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב היה 16, הטכניון - ממוצע של 17 שבועות במחלקות פנימיות, בר אילן - ממוצע של 18 שבועות במחלקות פנימיות, העברית - ממוצע של 24 שבועות במחלקות פנימיות, בן-גוריון - ממוצע של 34 שבועות במחלקות פנימיות.

54 גורמים רבים משפיעים על יכולתה של מחלקה בבית חולים ללמד סטודנטים, כגון היקף כוח האדם במחלקה או פעילויות נוספות שמוטלות על המחלקה.



מהתרחים עולה כי בשנת 2022 לימדו ארבע המחלקות העיקריות במשך 12 - 38 שבועות בממוצע. בביקורת המעקב עלה כי אף שמשרד הבריאות חישב את מספר השבועות המזערי הנדרש ללמידה בשדות קליניים בארבע המחלקות העיקריות שבהן מתבצעת הכשרה זו - 40 שבועות להכשרה של 2,000 סטודנטים לרפואה בשנת 2030, המשרד והמלי"ג לא קבעו תוכנית שתסדיר נושא זה לקראת הגידול במספר הסטודנטים ובפרט בקשר לכל סוגי המחלקות ומאפייניהן.

מומלץ שמשרד הבריאות והמלי"ג, בשיתוף בתי הספר לרפואה ומנהלי בתי החולים, יקבעו את טווח התקן, המזערי והמרבי, של מספר שבועות החוראה בשנה במחלקות הקליניות השונות המכשירות את הסטודנטים בהתאם למאפייניהן, יבחנו מה המשאבים הנדרשים לצורך כך ויעגנו זאת בנוהל מתאים. מומלץ שייקבעו לבתי החולים יעדים מדורגים כדי לעמוד בתוכנית משרד הבריאות להגיע ל-40 שבועות חוראה בשנה עד לשנת 2030.

מידת תיקון הליקוי



שימוש בשדות קליניים בשעות אחר הצהריים

משרד הבריאות הגדיר כחלק מתוכניתו להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה בישראל כי הפעלת שדות קליניים בשעות אחר הצהריים היא אחת הפעולות שיש לנקוט כדי לעמוד ביעדים של 1,200 סטודנטים בשנת 2024 ו-2,000 בשנת 2030 (בשנה א' של הלימודים). צוות הביקורת בדק עם בתי החולים האם הם מפעילים שדות קליניים אחר הצהריים.

למעט שיבא, שציין כי משנת 2020 הוא מלמד בשעות אחר הצהריים עשרות סטודנטים לרפואה במשך עשרות שבועות חוראה, כל יתר בתי החולים (19) ציינו שאינם עושים זאת וציינו מספר סיבות לכך: אי-תגמול עבור ההכשרה בשעות אלה או תגמול לא הולם, מחסור במשאבים לרבות בצוותים רפואיים ובתוכניות הכשרה מתאימות, העדפה של הכשרה בשעות הבוקר, וטענה שהמענה הקיים בשעות הבוקר מספק.

מומלץ שמשרד הבריאות יבחן את החסמים להכשרת סטודנטים בשדות קליניים בשעות אחר הצהריים ויפעל להסרתם כך שהם יוכלו ללמד גם בשעות אלו וכך ניתן יהיה גם להגדיל את מספר הסטודנטים הלומדים רפואה. עוד מומלץ שיבחן יצירת מנגנוני תגמול יעילים לבתי החולים ולמחלקות המלמדות ולרופאים המלמדים ויגדיר את היקף הצוותים הרפואיים הנדרשים לשם כך.

הסדרת כללים להתקשרויות בין בתי החולים לאוניברסיטאות להפעלת השדות הקליניים

כדי לקיים את שיתוף הפעולה בין בתי החולים לאוניברסיטאות בשלבי ההכשרה הקלינית יש להסדיר את המתכונת להליך ההתחשבות בין הצדדים, לעגן את ההתחייבויות ההדדיות ולקיים מנגנון פיקוח על ההסדר. בפועל, שיתוף הפעולה בין הפקולטות לרפואה ובין בתי החולים מוסדר בהסכמי התקשרות ביניהם, כולל אופן התשלום של האוניברסיטה לבית החולים, המאפשר לה להשתמש בשדות קליניים שלו. היעדר הסדרה בנושא התקשרויות בין בתי החולים לאוניברסיטאות להפעלת השדות הקליניים מונע את היכולת לראות את תמונת המצב מנקודת מבט כלל-לאומית בנוגע לניצול משאבי ההכשרה הקלינית ועלות השימוש בהם, ואינו מאפשר יסות יעיל של המשאבים בין הפקולטות.



הביקורת הקודמת

הליקוי: מל"ג-ות"ת ומשרד הבריאות, האמורים להיות הגופים המאסדרים של הפעילות האקדמית בבתי החולים והאחראים לתקצובה, לא קבעו כללים כלשהם בנוגע להסכמי ההתקשרות בין הפקולטות לרפואה ובין בתי החולים, ואף אינם דורשים שההסכמים יובאו לאישורם או אפילו לידיעתם. בפועל, עם השנים התפתחו ההסכמים בצורה אקראית ולא אחידה, ללא אמות מידה סדורות ושקופות ומדדים קבועים. כל הסכם גובש ישירות בין הפקולטה לרפואה ובין בתי החולים המסונפים אליה. בדוח הקודם צוין שנמצאו הבדלים מהותיים בין ההסכמים השונים מפקולטה לפקולטה ומבית חולים אחד למשנהו ואפילו באשר לפקולטה לרפואה אחת שהיו לה הסכמי התקשרות שונים עם כמה בתי חולים. הועלו גם מקרים שבהם לא קיימים כלל הסכמים בכתב בין הפקולטה לבית החולים, או שקיימים רק ניירות הבנה נקודתיים המסדירים תשלום בגין הקצאת תקנים נוספים לבתי החולים לצורך הוראה קלינית.

אשר להתחשבות בין הצדדים, בדוח הקודם צוין שההמלצה העיקרית של דוח גלזר-ישראל הייתה שיש לקבוע מודל אחיד מרוכז לתגמול בתי החולים בגין ההוראה והמחקר. בדוח הוועדה נקבע גם מודל התגמול לבתי החולים בגין ההוראה הקדם-קלינית והקלינית.

עלה שעד מועד סיום הביקורת הקודמת, בשנת 2017, עדיין לא גובש נוסח מוסכם הכולל כללים והגדרות בנוגע להתחשבות בין האוניברסיטאות לבתי החולים בסוגיית ההוראה בבתי הספר לרפואה בישראל, לרבות מדדים לתגמול בתי החולים בגין ההוראה הקדם-קלינית והקלינית. בפועל, בתי החולים והאוניברסיטאות המשיכו במתכונת הקשר שהיה ביניהם עד אז.

ההמלצה: הומלץ שעל מנכ"ל המל"ג ומנכ"ל משרד הבריאות לקבוע לוח זמנים ברור ומוגדר לסיום המשא ומתן בין הגורמים וליישום הסכם בסיס קבוע לכלל הגורמים. לאחר שיוסכם עניין העלויות הנוספות הנדרשות, יש לקבוע את המקורות לכך בשיתוף משרד האוצר. צוין שעל המל"ג בשיתוף משרד הבריאות, פורום הדיקנים ובתי החולים לגבש הסכם שימשם תשתית להסדרת ההתקשרות בין בתי החולים ובין הפקולטות לרפואה כדוגמת הסכם המתבסס על המלצות דוח גלזר-ישראל, ולחייב שכל התקשרות כאמור תתבצע באמצעות הסכם בכתב. עוד צוין שעליהם לקבוע מנגנון להסדרת הסכם מסגרת רחב יותר לשיתוף פעולה בין הפקולטות לרפואה ובין בתי החולים. הודגש גם כי קיים מנגנון דומה בהסכמים הנוגעים להתקשרויות שבין בתי החולים, קופות החולים ותאגידי הבריאות המחייב בדיקה ואישור שלהם בידי משרד הבריאות.

בתגובת המועצה להשכלה גבוהה על הדוח הקודם היא מסרה כי בנובמבר 2017 העבירה ות"ת את טיוטת ההנחיות המעודכנת להתייחסות מנכ"ל משרד הבריאות, בציון הסוגיות שעל שני הצדדים להסכים בעניינן.

בתגובת משרד האוצר - אגף התקציבים על הדוח הקודם הוא מסר כי אינו מתערב ביחסים חוזיים שבין שני גופים פרטיים (אף ששניהם זוכים לתמיכה ממשלתית). הנחה סבירה היא כי בתי החולים והאוניברסיטאות מרוויחים שניהם מההסכמים ביניהם, וכי אם הסכמים אלו אינם יעילים, על הצדדים לפעול בינם לבין עצמם לביטולם או שינויים. בהתאם, הכלי לשינוי או לביטול הסכם הסינוף (ההתקשרות) שנחתם בין בית החולים לאוניברסיטה אינו מצוי בידי משרד האוצר, אלא נתון להתדינות בין הצדדים.

ביקורת המעקב

בביקורת המעקב עלה כי בחלוף כחמש שנים ממועד פרסום הדוח הקודם, מל"ג-ות"ת ומשרד הבריאות לא קבעו הסכם בסיס קבוע לכלל הגורמים שיסדיר את שיתוף הפעולה בין הפקולטות לרפואה ובין בתי החולים להפעלת השדות הקליניים, שיכלול גם מודל לשיטת ההתחשבות ביניהם ואת דרכי הפיקוח על ההסדר שנקבע. בפועל, כל אוניברסיטה מתקשרת עם מספר בתי חולים, ומנגד, כמעט כל בתי החולים הכלליים (25 בתי חולים) מתקשרים עם אוניברסיטה אחת

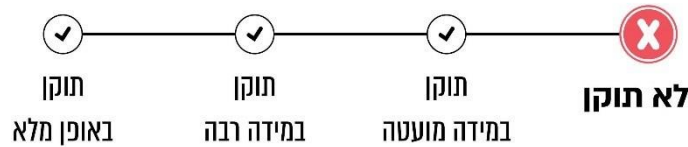


בלבד (מסונפים אליה), ורק שני בתי חולים של הכללית - העמק ובילינסון, מתקשרים עם שתי אוניברסיטאות.

רק באפריל 2023, במהלך ביקורת המעקב, סיכמו מנכ"ל משרד הבריאות, יו"ר הוות"ת ומ"מ מנכ"ל מל"ג-ות"ת שמשדד הבריאות והמל"ג יקימו צוות עבודה ייעודי שיבחן ניהול לאומי של השדות הקליניים והסדרה מיידית של המחיר המזערי והמרבי של שדה קליני.

מומלץ כי משרד הבריאות ומל"ג-ות"ת יקבעו לוח זמנים מזורז להשלמת עבודת הוועדה כך שיגובש הסכם בסיס קבוע, רחב וכתוב להסדרת התקשרות בין הפקולטות לרפואה ובין בתי החולים, הכולל גם את אופן ההתחשבות בין בתי החולים לאוניברסיטאות. עוד מומלץ לקבוע את מקורות התקציב להגדרת הסכם זה ולהסדיר את דרכי הפיקוח של משרד הבריאות והמל"ג על עמידתם של האוניברסיטאות ובתי החולים בכללים שייקבעו. מומלץ לשתף בעניין זה את פורום הדיקנים של בתי הספר לרפואה ואת בתי החולים.

מידת תיקון הליקוי



הסכמים מגבילים שבהם ניתנה בלעדיות בשדות קליניים לצד אחד

הביקורת הקודמת

הליקוי: בביקורת הקודמת עלו מקרים שבהם נחתמו הסכמים מגבילים שבהם ניתנה בלעדיות לצד אחד - חלק מההסדרים הם בלעדיים וחד-צדדיים הקושרים במפורש בין בתי חולים לפקולטות מסוימות, ואינם מאפשרים לבתי החולים להגיע להסדרים גם עם פקולטות אחרות. במצב כזה מוגבל חופש הפעולה של הצד שהבטיח בלעדיות, נפגעת התחרות החופשית וגם יעילות המיזוי של המשאבים המצומצמים ממילא עלולה להיפגע.

התמלצה: אשר למתן הבלעדיות למי מהצדדים, צוין כי על מל"ג-ות"ת לוודא שהפקולטות לרפואה לא יפעילו לחצים לא ראויים על בתי החולים כדי שיפעלו רק איתן, וגם הפוך - שבתי חולים לא יפעילו לחץ על פקולטות לרפואה במטרה למנוע מהן מלהורות במחלקות של בתי חולים אחרים.

ביקורת המעקב

בביקורת המעקב עלה שבהיעדר הסכם מחייב שמסדיר את שיתוף הפעולה בין האוניברסיטאות ובין בתי החולים בנוגע להפעלת השדות הקליניים בבתי החולים, גם לא נקבעו כללים מחייבים כלשהם אשר ימנעו מצב של מתן בלעדיות למי מן הצדדים בכל התקשרות שכזו.

בפועל, כמעט כל בתי החולים הכלליים (25 בתי חולים) מתקשרים עם אוניברסיטה אחת בלבד (מסונפים אליה), ורק שני בתי חולים של הכללית - העמק ובילינסון, מתקשרים עם שתי אוניברסיטאות.

יצוין שוועדת גמזו המליצה בשנת 2022 שבית החולים יאפשר הוראה קלינית גם לפקולטות שאינן מסונפות אליו, בהתאם לאישור המל"ג ובתיאום עם האוניברסיטה המובילה⁵⁵.



דוגמה - שדות קליניים לשימוש אוניברסיטת אריאל: הפקולטה לרפואה באוניברסיטת אריאל נפתחה בשנת 2019 ולה הסכם ישיר אחד בלבד עם בית חולים ציבורי בינוני, לניאדו שבנתניה⁵⁶, להוראה בשדות הקליניים. בשנה"ל התשפ"ג (אוקטובר 2022 - ספטמבר 2023) החלו ללמוד באריאל בשנה א' ללימודי הרפואה 75 סטודנטים. היות שבית החולים הוא בינוני, גם מספר השדות הקליניים שהוא יכול להציע לסטודנטים של אריאל מוגבל ומאפשר להכשיר פחות סטודנטים מבתי חולים אחרים. זאת, על אף מאמציו להגדיל את מספר השדות הקליניים שהוא מקצה לאוניברסיטת אריאל.

כך למשל, יש בלניאדו שלוש מחלקות פנימיות, לעומת זאת, בשני בתי חולים גדולים, שיבא ואיכילוב, המסונפים לאוניברסיטת תל אביב - יש שבע מחלקות פנימיות בשיבא ותשע באיכילוב. כמו כן, בלניאדו אין את כל המחלקות, למשל אין מחלקת פסיכיאטרייה, לכן הסטודנטים של אריאל לא יכולים לעבור הכשרה קלינית בתחום זה; לעומת זאת, לאוניברסיטת תל אביב יש הסכם עם כל ששת בתי החולים הפסיכיאטריים במרכז הארץ (הממשלתיים ושל הכללית) והסטודנטים של אוניברסיטת תל אביב יכולים לעבור הכשרה קלינית בתחום זה⁵⁷.

אוניברסיטת אריאל מסרה לצוות הביקורת כי בשל מגבלת השדות הקליניים בלניאדו היא אינה יכולה לבקש מהמל"ג להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה. מנגד, התקשרות עם בתי חולים נוספים על לניאדו, אינה אפשרית שכן בתי החולים כבר מסונפים לאוניברסיטאות אחרות, וכאמור לרוב בית חולים מסונף לפקולטה לרפואה אחת בלבד.

יצוין שכבר במאי 2019 הגיעה אוניברסיטת אריאל להסכם עם אוניברסיטת תל אביב (תוקפו לעשר שנים), הדומה להמלצת ועדת גמזו שהתקבלה מאוחר יותר, בשנת 2022, ולפיו אוניברסיטת תל אביב תאפשר לאוניברסיטת אריאל להשתמש בשדות הקליניים בבתי החולים המסונפים לה בהסכמים שחתמה אוניברסיטת תל אביב עם בתי החולים⁵⁸. בהסכם נקבע כי אוניברסיטת תל אביב תקצה את השדות הקליניים לאוניברסיטת אריאל וההתחשבות בגין פעילות זו תיעשה בין האוניברסיטאות ולא בין אוניברסיטת אריאל לבית החולים שמפעיל את השדות הקליניים. בהסכם נקבע גם שאוניברסיטת אריאל לא תוכל לפנות ישירות לבתי חולים המסונפים לאוניברסיטת תל אביב כדי לברר אם יש להם שדות קליניים פנויים שניתן להעמיד לרשות הסטודנטים שלה.

בנסיבות אלו שבהן התחייבה אוניברסיטת אריאל שלא לפנות ישירות לבתי חולים המסונפים לאוניברסיטת תל אביב בנוגע לשדות קליניים כאמור לעיל, נוצר חוסר ודאות המקשה על אוניברסיטת אריאל לתכנן את מספר הסטודנטים לרפואה שהיא יכולה להכשיר, לרבות גידול במספרם, והיא תלויה למעשה בשיתוף הפעולה שלה עם אוניברסיטת תל אביב.

במהלך ביקורת המעקב - במאי 2023, סיכמו מנכ"ל משרד הבריאות, יו"ר הוועת" ומ"מ מנכ"ל מל"ג-ות"ת לנסות להגיע להסדר חדש עם אוניברסיטת תל אביב שיאפשר להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה הלומדים באוניברסיטת אריאל.

במסגרת הוועדה לטיפול במצוקת כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות שמינה משרד הבריאות במאי 2023, מינה משרד הבריאות באותו החודש ועדת משנה⁵⁹ בראשות פרופ' רוני גמזו. ועדת המשנה תעסוק בנושא "קביעת מנגנונים להגדלה משמעותית ולהסדרה לאומית של שדות קליניים", ומטרתה, בין היתר, יצירה ומיצוי מרבי של שדות קליניים בבתי החולים.

⁵⁶ בית חולים כללי שבו מספר מיטות האשפוז הוא בין 301 - 800 מיטות מוגדר בית חולים בינוני. בשנת 2023 היו בלניאדו 365 מיטות.

⁵⁷ נוסף על ההסכמים בנוגע לשדות הקליניים שיש לאוניברסיטה עם שמונה בתי חולים כלליים.

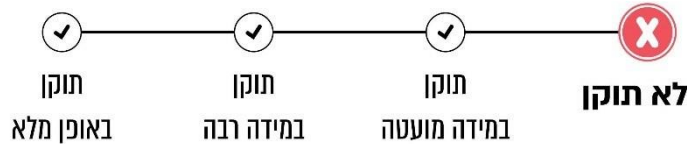
⁵⁸ הסכם מ-2.5.19.

⁵⁹ בוועדת המשנה שותפים גם נציגים מהמל"ג, משרד הבריאות, מהכללית, משרד האוצר והמפקולטה לרפואה באוניברסיטה העברית.



מומלץ שוועדת המשנה לקביעת מנגנונים להגדלה ולהסדרה לאומית של השדות הקליניים תקבע את המתכונת הראויה למיצוי מיטבי ויעיל של השדות הקליניים בכל בתי החולים, לרבות בנושא של מתן מינוי אקדמי, ותביא בחשבון את הצורך לאפשר לבתי החולים להקנות הוראה קלינית גם לפקולטות לרפואה שהם אינם מסונפים אליהן. בכך יתאפשר גם לתכנן את הגידול במספר הסטודנטים לרפואה שיתחילו את לימודיהם בכל פקולטה.

מידת תיקון הליקוי



תמרוץ המחלקות והרופאים המכשירים סטודנטים לרפואה על ידי בתי החולים

ביקורת המעקב⁶⁰

ועדת גמזו עסקה גם בתגמול לבתי החולים שמפעילים שדות קליניים, ובשנת 2022 המליצה, בין היתר, להתוות מודל תגמול אחיד. עוד המליצה הוועדה לקבוע מנגנון לתמרוץ מחלקות בבתי החולים המלמדות סטודנטים באמצעות משאבים שיוקצו להן ולרופאים המלמדים כך שמשאבי התגמול "לא יישארו רק בהנהלת המוסד".

בביקורת המעקב עלה שהמלצת ועדת גמזו לא יושמה, ומשרד הבריאות ומ"ג בשיתוף בתי החולים לא גיבשו מודל לתמרוץ המחלקות שמפעילות שדות קליניים ובפועל אין מנגנון כלכלי לתמרוץ המחלקות והרופאים המבצעים משימה מורכבת זו.

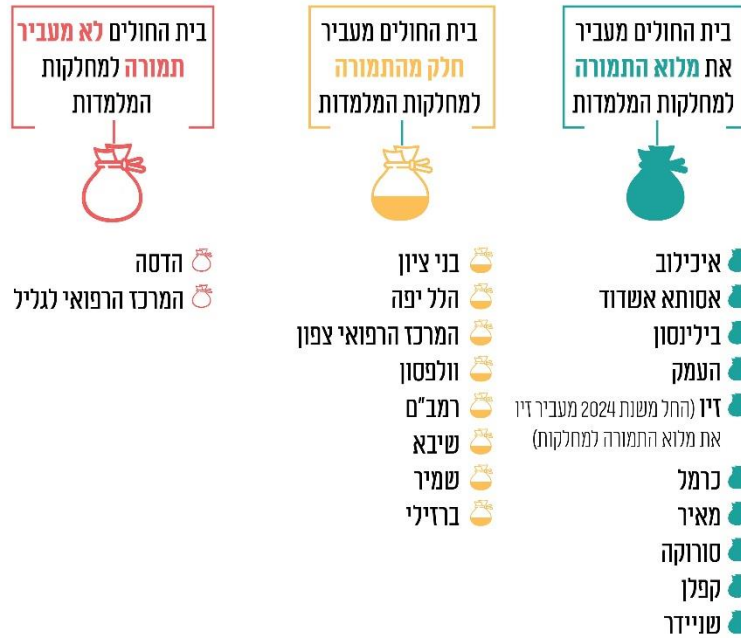
בביקורת המעקב נבדק אם בתי החולים המקבלים תגמול כספי בגין הפעלת שדות קליניים מעבירים את התגמול למחלקות המפעילות את השדות הקליניים⁶¹. התוצאות מוצגות בתרשים להלן.

⁶⁰ הנושא לא נידון בביקורת הקודמת.

⁶¹ התמורה למחלקות יכולה שתהיה תוספת תקנים, תקציב ייעודי להכשרה ותמורה כספית שתועבר לקרנות המחלקות.



תרשים 6 : התגמול הכספי שמקבלות מחלקות עבור הפעלת שדות קליניים, מאי-יוני 2023
ופברואר 2024



על פי נתוני בתי החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

אף שבתי החולים אינם מחויבים להקצות למחלקות תגמול כספי מהתשלום שקיבלו מהאוניברסיטאות עבור הפעלת שדות קליניים, מהתרשים עולה כי שני בתי חולים (הדסה והמרכז הרפואי לגליל) אינם מעבירים כלל תמורה למחלקות המלמדות, והנהלת בית החולים משתמשת בו לפי החלטתה; שמונה בתי חולים (בני ציון, הלל יפה, המרכז הרפואי צפון, וולפסון, רמב"ם, שיבא, שמיר וברזילי) מעבירים חלק מהתמורה למחלקות המלמדות; ועשרה בתי חולים (איכילוב, אסותא אשדוד, בילינסון, כרמל, סורוקה, קפלן, שניידר, העמק, מאיר וזיו - החל בשנת 2024) מעבירים את מלוא התמורה שקיבלו; השונות הרבה בהעברת התמורות ממחישה את הצורך בהסדרה של נושא תמרוץ המחלקות המלמדות.

אשר לתמורה לרופאים המלמדים את הסטודנטים במסגרת ההכשרה הקלינית, עלה בביקורת המעקב, כי בהיעדר מנגנון או הנחיה להעביר תמורה או תגמול כספי לרופאים אלו מעבר לשכרם בבית החולים, כל בתי החולים שנבדקו אינם מעבירים תמורה כזו.

היעדר מנגנון תגמול למחלקות ולרופאים המלמדים אינו מאפשר יצירת תמריץ כלכלי הולם שיעודד הרחבה של ההכשרה הקלינית בבתי החולים. הצורך במנגנון חיוני במיוחד כדי לעמוד ביעד של משרד הבריאות לשנת 2030 - 2,000 סטודנטים, אשר משמעותו שנדרשת הכשרה קלינית בת 40 שבועות לפחות בארבע המחלקות העיקריות, לעומת 12 - 38 שבועות המבוצעים כיום.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות בשיתוף בתי החולים ומלי"ג-ות"ת לבנות מודל לתגמול המחלקות המלמדות והרופאים המלמדים במטרה לייצר תמריצים להבטחת הוראה קלינית באיכות הגבוהה ביותר ולאפשר תכנון ארוך טווח שיבטיח גידול במספר הסטודנטים הלומדים רפואה.



צמצום מספר הסטודנטים הזרים מחו"ל הלומדים בתוכניות ללימודי רפואה בארץ

לשילוב של סטודנטים זרים (שאינם ישראלים) בלימודי רפואה בישראל יש תרומה במגוון היבטים: חיזוק המחקר האקדמי, יצירת קשרים בין-לאומיים, חשיפת האקדמיה הישראלית והישגיה לעולם וחיזוק מעמדה הבין-לאומי של מדינת ישראל כמדינה מובילה בתחום הרפואה בעולם המערבי. עם זאת היות שהשדות הקליניים בבתי החולים הם משאב מוגבל, הרי שניצולם לצורך הכשרת סטודנטים זרים מצמצם את ההיצע שלהם עבור הסטודנטים הישראלים הלומדים רפואה בארץ.

הביקורת הקודמת

באוקטובר 2012 אימצה המלי"ג ות"ת את המלצות ועדת אנדורן שכללו בין השאר המלצה על מתן עדיפות בחלוקת המשאבים לסטודנטים הישראלים הלומדים רפואה בארץ ורק לאחר מכן לסטודנטים הזרים. הוועדה קבעה גם הוראת מעבר לצמצום הדרגתי של מספר הסטודנטים הזרים הלומדים בישראל. דיון נוסף בהמלצות הוועדה התקיים במאי 2013 והשתתפו בו נציגי משרד הבריאות, הוות"ת והאוניברסיטאות. בדיון הוחלט כי משנה"ל התשע"ד (אוקטובר 2013 - ספטמבר 2014) יצומצם מספר הסטודנטים הזרים הלומדים באוניברסיטאות בארץ והוא לא יעלה על 130 סטודנטים במחזור.

חליקוי: מלי"ג ות"ת לא אכפה על האוניברסיטאות ליישם את החלטתה לצמצם בהדרגה את מספר הסטודנטים הזרים הלומדים בפקולטות לרפואה. וכך, אף שחלפו כחמש שנים מאז אימצה ות"ת את המלצות ועדת אנדורן - הן לא יושמו. כך למשל בשנה"ל התשע"ו (אוקטובר 2015 - ספטמבר 2016) למדו בארץ כ-170 סטודנטים זרים במחזור, ולא 130 כפי שנקבע; משרד הבריאות, שהיה שותף לדיונים בנוגע ליישום ההמלצות וההחלטות בנושא, ונדרש למפות את השדות הקליניים הקיימים, לא מילא את חלקו באחריות זו.

ההמלצה: על משרד הבריאות והמלי"ג לפעול מיידית לקידום, אכיפה או עדכון של המלצות ועדת אנדורן ככל שיידרש. אם לא יימצא מענה לסוגיה זו יש לערב בכך את ההנהלות הבכירות של משרד הבריאות, המלי"ג ומשרד האוצר, ואם לא יימצא לכך מענה מוסכם, יש להביא את הסוגיה לפתחם של השרים הנוגעים בדבר.

בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם הוא מסר שכיוון שאין מחסור בשדות הקליניים אין צורך לסגור את תוכניות חו"ל.

בתגובת המלי"ג על הדוח הקודם היא מסרה שוות"ת קבעה לאחרונה כי הסוגיה תידון בשנית בשל ההיבטים הבין-לאומיים שלה.

ביקורת המעקב

כמו ועדת אנדורן גם ועדת מרום-הלפרן משנת 2018⁶² המליצה לבטל את תוכניות הלימודים ברפואה שיועדו לסטודנטים זרים מחו"ל, שמנו אז 130 סטודנטים, וגם ועדת גמזו משנת 2022 המליצה לצמצם בהדרגה את מספר הסטודנטים הזרים הלומדים רפואה באוניברסיטאות ישראליות כדי להגדיל את מספר הסטודנטים הישראלים.

נכון לנובמבר 2022 הצטמצם מספר הלומדים הזרים בתוכניות ללימודי רפואה שמפעילות האוניברסיטאות ובשנה"ל התשפ"ג (אוקטובר 2022 - ספטמבר 2023) הוא היה 130 סטודנטים זרים, כפי שהמליצה ועדת אנדורן. עם זאת נוכח הצורך בהגדלת מספר הסטודנטים הישראלים לרפואה, בחודש זה החליטו מלי"ג ות"ת שלא לאשר לפתוח תוכניות נוספות ללימודי רפואה

⁶² ועדה שמינו מנכ"ל משרד הבריאות ומנכ"ל המלי"ג בשנת 2018, בראשותם של ד"ר ערן הלפרן ופרופ' שמעון מרום, במטרה לבחון את הדרכים להגדלת מספר הסטודנטים בישראל.



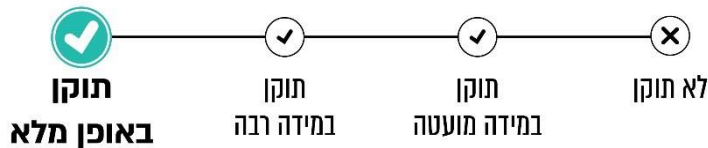
לסטודנטים זרים, אלא אם יוכח כי מוצה הצורך הלאומי בגידול מספר הסטודנטים הישראליים לרפואה בתיאום עם משרד הבריאות. עוד החליטו כי משנה"ל התשפ"ד (אוקטובר 2023 - ספטמבר 2024), יופסק רישום סטודנטים חדשים לתוכניות הבין-לאומיות לרפואה. כך, שבשנה"ל התשפ"ז (אוקטובר 2026 - ספטמבר 2027) לא ילמדו כלל סטודנטים זרים בתוכניות אלו⁶³. היות שלמהלך זה גם השפעה כלכלית על האוניברסיטאות והוא מביא לצמצום בהכנסותיהן, הוחלט גם שבתי הספר לרפואה יקבלו תגמול כספי תמורת הפסקת התוכניות לסטודנטים זרים.

בביקורת המעקב עלה שמשנה"ל התשפ"ד מופסק הרישום לתוכניות לסטודנטים זרים, דבר שמאפשר לפתוח עוד 130 מקומות לסטודנטים ישראלים לרפואה⁶⁴.

מומלץ שהמליג תפקח על כך שלא יופעלו תוכניות לסטודנטים זרים בבתי הספר לרפואה ובבתי החולים בארץ, אשר יפגעו ביכולת של סטודנטים ישראלים הלומדים רפואה בישראל להשלים את מרכיב הכשרה זה בלימודיהם כמו גם למנוע הגדלת מספר הסטודנטים הלומדים בישראל בשל הצורך בשדות קליניים.

מומלץ כי לאחר שמספר הסטודנטים לרפואה בישראל יגדל ויעמוד ביעד של משרד הבריאות - 2,000 סטודנטים לרפואה (בשנת 2030), יבחנו המליג ומשרד הבריאות את השפעת שינוי המדיניות שקבעו בשנת 2022 להפסקת הרישום של סטודנטים חדשים לתוכניות הבין-לאומיות לרפואה (לרבות עידוד הקשרים הבין-לאומיים), ויקבעו בהתאם מדיניות המשך.

מידת תיקון הליקוי



רישיון לעסוק ברפואה בארץ לישראלים בוגרי פקולטות לרפואה בחו"ל

הסתמכות על בוגרי רפואה ישראלים שלמדו בחו"ל

כדי שרופא ישראלי שסיים לימודי רפואה בחו"ל יעסוק ברפואה בישראל, נדרש שהאגף לרישוי מקצועות רפואיים שבמשרד הבריאות (להלן - אגף הרישוי) יכיר בלימודיו בחו"ל, וכן שהרופא יעמוד בהצלחה בבחינת רישוי מטעם משרד הבריאות, אלא אם עמד בתנאים למתן פטור מהבחינה, וכן עליו לבצע שנת סטז' במוסד מוכר⁶⁵.

הביקורת הקודמת

על פי הדוח הקודם, בשנת 2015 הנפיק משרד הבריאות 1,259 רישיונות לעסוק ברפואה, מתוכם 540 (43%) רישיונות ניתנו לישראלים שלמדו לימודי רפואה בחו"ל. בדוח הקודם צוין שחלק מבוגרים אלו למדו בחו"ל משום שלא עמדו בתנאי הקבלה הגבוהים של בתי הספר לרפואה בישראל. תנאי הקבלה הגבוהים נקבעו מתוך ההנחה שהדבר יבטיח שרופאי העתיד יהיו בעלי כישורים גבוהים וכן בשל מספרם המצומצם של מקומות הלימוד בארץ.

⁶³ פרוטוקול ישיבה 1 (2113) של ות"ת (9.11.22).

⁶⁴ פרוטוקול ישיבה של המליג (22.11.22).

⁶⁵ בבתי-חולים, במכוניס, ביחידות ובמרפאות שהוכרו על ידי משרד הבריאות.



הליקוי: השיעור הגבוה של רופאים ישראלים שלמדו בחו"ל וקיבלו רישיון לעבוד בארץ מצביע על כך שמדינת ישראל נסמכת במידה רבה על בוגרי רפואה שלא למדו בארץ אך אין לה שום השפעה על קביעת המרכיבים השונים של התוכנית להכשרתם ולהתאמתם למערכת הבריאות בישראל, לדרישותיה ולצרכיה. בכך מדינת ישראל מוותרת על יכולתה להכשיר את עתודת הרופאים הטובים ביותר שהיא יכולה לקבל, אילו היו לומדים במסגרת לימודים שבה היא המשפיעה על מתכונתה, תכניה והצוות האקדמי שלה.

ההמלצה: על המלי"ג ומשרד הבריאות לבחון לעומק את הסוגיה הנוגעת למכסת לומדי הרפואה בארץ והצורך להגדילה באופן ממשי. מענה כזה יכול להבטיח שאלה שיורשו להצטרף למערכת הרפואית בארץ יהיו הטובים ביותר שהוכשרו על פי הסטנדרטים שקבעו המומחים בארץ. רק הגדלה ממשית של מקומות הלימוד לישראלים בפקולטות לרפואה בארץ יש בה כדי להבטיח שרוב המצטרפים למערכת הרפואית בארץ יהיו מטובי הסטודנטים הישראלים, לרבות אלה שעד היום מצאו את עצמם בדיוק מתחת לתנאי הסף לקבלה הגבוהים מאוד. על משרד הבריאות והמלי"ג לבחון סוגיה זו באיזון הראוי בין מכלול ההיבטים ובהם איכות לימודי הרפואה של אלו שלמדו בחו"ל ועם שובם נקלטים במערכת הבריאות בארץ, כדי להבטיח את איכותה הגבוהה של הרפואה בישראל.

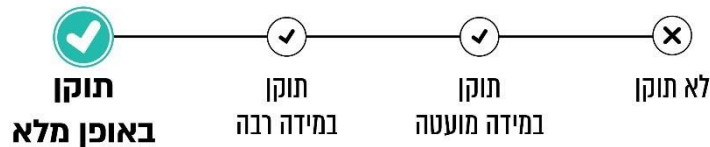
בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם הוא מסר כי הוא תומך בהגדלת מספר בוגרי הפקולטות לרפואה בישראל וצמצום הכשרת סטודנטים לרפואה באוניברסיטאות בחו"ל. משרד הבריאות ציין כי פעל בשיתוף עם המלי"ג ועם משרד האוצר להגדיל את מספר הסטודנטים הלומדים רפואה בישראל.

ביקורת המעקב

רפורמת יציב, שנכנסה לתוקף בשנת 2019, אמורה להבטיח שרק סטודנטים בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל שהאגף לרישוי מקצועות רפואיים הכיר בהן, כעומדות בסטנדרטים מקצועיים של לימודי רפואה שקבעו המומחים בארץ, יוכלו לגשת לבחינת הרישוי בישראל. ביטול ההכרה במוסדות מסוימים צפוי למנוע ממי שלא הוכשר על פי סטנדרטים אלו להשתלב במערכת הבריאות בישראל החל משנת 2026.

מומלץ שיוזמת רפורמת יציב תשמש כלי קבוע לבחינת הרמה האקדמית של לימודי רפואה באוניברסיטאות בחו"ל וכי יישקלו שיתופי פעולה יזומים עם מוסדות בחו"ל שבהם סטודנטים ישראלים לומדים רפואה כדי להכווין לדרישות הישראליות.

מידת תיקון הליקוי



מימון לימודי רפואה בחו"ל מול עמידה בתנאי הקבלה בארץ

סטודנטים ישראלים לרפואה לומדים במדינות שונות ובהן ירדן, הונגריה איטליה וסלובקיה. בעוד שכר הלימוד עבור שנת לימודי רפואה בארץ הוא כ-11,000 ש"ח לשנה בתואר הראשון וכ-15,000 ש"ח לשנה בתואר השני בשנה"ל התשפ"ג. שכר הלימוד עבור לימודים אלו בחו"ל גבוה הרבה יותר ויכול להגיע לעשרות אלפי ש"ח בשנה. בשה"כ עלות לימודי רפואה בחו"ל לרבות המחיייה שם היא הוצאה כבדה שנושאים בה הסטודנט ומשפחתו.



מכאן, שהעלות הגבוהה של לימודי רפואה בחו"ל יכולה להוות חסם בפני ישראלים שלא התקבלו ללימודים בארץ, בשל ההוצאות הגבוהות הנדרשות לשם כך. המשמעות היא שיש מועמדים שהישגייהם במבחני הקבלה ללימודי רפואה בארץ לא היו גבוהים דיים כדי להיכלל במכסה המצומצמת של מקומות הלימוד בארץ, והם ויתרו על לימודים בחו"ל בשל הנטל הכלכלי הכרוך בכך, אך מי שהישגיו היו נמוכים יותר ושדו משגת, ילמד בחו"ל ויוכל, לאחר שיסיים את לימודיו ויעמוד בדרישות, להשתלב במערכת הבריאות הישראלית. יתרה מכך, מערכת הבריאות אינה מונעת ממנו מלעבור הכשרה בשדות קליניים בבתי החולים בארץ, בתנאי שיממן את ההכשרה בעצמו או באמצעות האוניברסיטה מחו"ל שבה הוא לומד.

עולה מתוך כך שבשל המכסה המצומצמת של מספר המקומות ללימודי רפואה בארץ, נאלצים מועמדים שלא התקבלו ללימודים בארץ, ללמוד באוניברסיטאות בחו"ל שמשרד הבריאות אינו מעורב בגיבוש תוכני הלימוד בהן וברמתן האקדמית. העלות הגבוהה של לימודי רפואה בחו"ל יכולה להוות חסם שיסגן דווקא את אלו שהישגייהם במבחני הקבלה היו טובים יותר מאלו שלמדו, בסופו של דבר בחו"ל, ושיכלו לממן את הלימודים היקרים.

משרד הבריאות הוסיף בתגובתו ממרץ 2024 כי גיבש תוכנית לסיוע במימון הלימודים של סטודנטים ישראלים שלומדים רפואה במוסדות מוכרים בחו"ל (שהוכרו במסגרת רפורמת יציב). הסיוע יינתן לסטודנטים שיעמדו בתנאים שנקבעו, וזאת באמצעות הלוואות שבחלקן יוכלו להפוך למענק, למשל אם ההתמחות בוצעה בתחום נדרש או בפריפריה.

מומלץ שמשרד הבריאות והמלי"ג יבחנו את היתרונות מול החסרונות של המכסה שנקבעה למספר הסטודנטים לרפואה הולמדים בארץ - עלות לימודי הרפואה המושגת על תקציב המדינה אל מול המטרה להבטיח שהרופאים בישראל יהיו בעלי הכישרים הגבוהים ביותר, ללא קשר למצבם הכלכלי, ושהם הוכשרו להיות רופאים בהתאם לסטנדרטים הנדרשים בישראל. מומלץ גם שיובא בחשבון שמרבית הולמדים רפואה בחו"ל חוזרים בתום לימודיהם לעבוד במערכת הבריאות הישראלית אף שלא התקבלו ללימודי רפואה בארץ, חלקם אף הוכשרו בשדות הקליניים בבתי החולים בארץ, אף שמדובר במשאב המגביל את מספר לומדי הרפואה בארץ.

בחינת הרישוי לבוגרי רפואה ישראלים שלמדו במוסדות בחו"ל

תקנות הרופאים (בחינת רישוי), התשמ"ח-1988 (להלן - תקנות הרופאים [בחינת רישוי]) קובעות שמנכ"ל משרד הבריאות ימנה ועדת בחינה שבין תפקידיה: לאשר ולערוך את בחינת הרישוי, לקיים את הבחינה ולקבוע ולאשר את תוצאותיה (להלן - ועדת הבחינה). התקנות קובעות שבחינת הרישוי תהיה בכתב.

קורסי ההכנה לקראת בחינת הרישוי

הביקורת הקודמת

תקנות הרופאים (בחינת רישוי) קובעות כי המבקש להיבחן רשאי להשתתף בקורס הכנה לקראת בחינת הרישוי הממשלתית לבוגרי חו"ל ולעולים חדשים (להלן - קורס ההכנה) שהכיר בו מנכ"ל משרד הבריאות (הקורס אינו בגדר חובה). הציון שיקבל מסיים קורס ההכנה, ישקף את הישגיו בקורס (להלן - ציון מגן); ובחישוב הציון של בחינת הרישוי יובא בחשבון ציון המגן לפי קביעת ועדת הבחינה. עלות קורס ההכנה, שמשכו כשישה חודשים, היא בין 8,000 ל-13,000 ש"ח.

הליקוי: בדוח הקודם צוין כי באוגוסט 2017 כתב יו"ר ועדת הבחינה למנהל אגף הרישוי כי לדעתו "קורסי ההכנה מתקיימים על ידי ספקים שונים ואף שהם מקבלים אישור להעניק את ציון המגן על פי עמידה בקריטריונים של משרד הבריאות, הרי שלאורך זמן איני בטוח כי קיים פיקוח או מעקב אחר התנהלותם בפועל. אני סבור כי פיקוח סדור כזה הינו חיוני לשמירה על רמתם ואיכותם ונדרש בכדי לוודא כי מתן ציון המגן מעיד על הכנה טובה לבחינה". עלה כי משרד הבריאות לא



קבע כללים או דרישות להכרה בקורס ההכנה. המשרד גם לא קבע הוראות לבקרה על האופן שבו פועלים קורסי ההכנה. משמעות הדבר היא כי לא ניתן להבטיח את רמתו האקדמית או ניהולו התקין של קורס ההכנה. הליקויים שעלו בנוגע לניהול קורסי ההכנה הצביעו גם על בקרה רופפת של אגף הרישוי על קורסי ההכנה ומעוררים חשש כבד בנוגע לאמינות התוצאות של מבחני המגן.

התמלצה: מתכונת ההפעלה של קורסי ההכנה והבקרה עליהם נדרשת לעבור שידוד מערכות יסודי ומיידי. על משרד הבריאות לבחון מהי מתכונת ההפעלה הרצויה לקורסי הכנה לבחינת הרישוי וכיצד אפשר ליישמה במועילות מרבית.

בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם הוא מסר כי הנושא של קורסי ההכנה נדון מחדש מתוך תובנה שיש לשפר את הליקויים שנחשפו בשנים האחרונות. המשרד הוסיף כי הכין מתווה לשיפור המצב הקיים.

ביקורת המעקב

בביקורת המעקב עלה כי משרד הבריאות החליף את הספקים שהפעילו את קורסי ההכנה, ובמועד ביקורת המעקב היו ארבעה מרכזים רפואיים שונים שקיימו את הקורסים: שיבא, קפלן, רמב"ם ובית חולים ציבורי בצפון⁶⁶. נוסף על כך המשרד עדכן את מתכונת קורסי ההכנה: הוא קבע שקורס ההכנה יימשך שישה חודשים, שתהיה הלימה בין תוכן הקורסים הנלמדים לתוכן בחינת הרישוי, כי נדרשת גם הכשרה קלינית במוסדות הרפואיים, וכי תתקיים בחינת מגן אחידה בסיום הקורס.

אשר לבקרה של אגף הרישוי על קורסי ההכנה, עלה בביקורת המעקב כי בסוף שנת 2022 ביקרו נציגי האגף במרכזי הלימוד של קורס ההכנה שהתקיימו בשני בתי חולים מתוך הארבעה המפעילים את קורסי ההכנה: בית חולים ציבורי בצפון ושיבא; הם נפגשו עם מנהלי הקורס, המרצים והסטודנטים, ואולם תוצאות הביקורים לא סוכמו בכתב ואין מסמכים המתעדים את המסקנות שעלו או את ההנחיות של משרד הבריאות בנוגע לפעולות שעל מרכזי הלימוד לנקוט. בשני המרכזים הרפואיים הנוספים שבהם מתקיימים הקורסים - קפלן ורמב"ם - אגף הרישוי לא ביקר.

עוד עלה שאף שמצופה שבקרה על פעולות תיעשה על בסיס יעדים ומדדים להערכת הביצוע, משרד הבריאות לא קבע יעדים ומדדים כאלה, ובפרט הוא לא קבע מדדים רלוונטיים כמו איכות ההוראה ואיכות תשתיות הלמידה.

עלה גם שמשרד הבריאות לא מפרסם את הנתונים של שיעור המעבר של בחינת הרישוי, לפי המרכז הרפואי שבו עברו המבקשים להיבחן את קורס ההכנה, כפי שהוא עושה למשל כשמפרסם את שיעורי מעבר הבחינה לפי המדינה שבה הם למדו.

מומלץ שמשרד הבריאות ישלים את הבקורות בשני המרכזים הרפואיים הנוספים המפעילים את קורסי ההכנה - קפלן ורמב"ם, יגבש יעדים ומדדים ברורים לקורסי ההכנה ויפקח על ביצועם. מומלץ גם שהמשרד יבחן מפעם לפעם את מתכונת ההפעלה של קורסי ההכנה לבחינת הרישוי, ויבדוק שהם משיגים את יעדיהם ומעלים את רמת המוכנות של הנבחנים בבחינת הרישוי, וכן שהוא יעדכן את מתכונת הקורסים בהתאם.

עוד מומלץ שמשרד הבריאות ישקף לציבור את שיעורי המעבר של בחינת הרישוי בהתפלגות של המרכזים הרפואיים המעבירים את קורסי ההכנה, על מנת לעודד את המרכזים להשתפר בדרכי ההוראה.

⁶⁶ אתר משרד הבריאות, קורסי הכנה לבחינות הרישוי הממשלתיות ברפואה לבוגרי חו"ל ועולים חדשים.



מידת תיקון חליקוי



שינוי תקנות הרופאים (בחינת רישוי)

פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, קובעת כי בוגרי רפואה ישראלים שלמדו במוסדות בחו"ל המבקשים לעשות סטז' בארץ חייבים לעמוד בבחינות, ודרכי הרישום אליהן וכל עניין אחר הקשור בהן ייקבע בתקנות. בחינת הרישוי נועדה לבדוק את הידע של בוגר לימודי הרפואה מחו"ל. עם זאת מספר הפעמים שאפשר לגשת לבחינה אינו מוגבל, מה שמאפשר לבוגרי רפואה לעבור אותה גם לאחר מספר רב של כישלונות. הבחינה נערכת בכתב, ובניגוד לבחינה בעל פה, הבוחן אינו יכול להתרשם באופן בלתי אמצעי מהידע הכולל של הנבחן.

הביקורת הקודמת

חליקוי: עלה כי הלך וגדל מספרם של בוגרי מוסדות בארמניה ובמולדובה שניגשו לבחינת הרישוי בשלוש השנים שקדמו לביצוע הביקורת, ושיעור קטן מהם עבר את הבחינה.

משרד הבריאות ציין בתגובתו לדוח הקודם כי בעקבות דוח הביקורת נושא בחינות הרישוי עבר הערכה מחדש, וכי יש כוונה לכלול בתוכני הבחינה מרכיבים קליניים כדי שהיא תשקף את הידע והמיומנות הקלינית של הנבחן.

התמלצה: על משרד הבריאות לוודא, בין היתר, שהנחיותיו (בנוגע להכרה בלימודים במוסדות הלימוד בחו"ל) ייושמו כדי להבטיח גם את כשירות הבוגרים.

ביקורת המעקב

מאז הדוח הקודם החל משרד הבריאות לפעול לשינוי תקנות הרופאים (בחינת רישוי). השינוי נועד להסדיר את האפשרות לבחינה קלינית נוסף על הבחינה העיונית הקיימת וכן לקבוע את התנאים שבהם ניתן לגשת לבחינת רישוי לאחר כישלון בה. כך תתאפשר בחינה בעל פה, ומספר הפעמים שניתן לגשת לבחינת הרישוי יוגבל. כל זאת כדי למנוע מקרים שבהם בוגרי חו"ל מצליחים לעבור את הבחינה למרות החשש לכשירותם⁶⁷. משרד הבריאות הציג למשרד המשפטים טיוטת תקנות הכוללת את השינויים המבוקשים.

ביוני 2023 המליצה הוועדה לבחינת הסטז' ברפואה⁶⁸ למשרד הבריאות לאמץ את הבחינה האחודה של בתי הספר לרפואה בישראל כבחינת רישוי לבוגרי בתי הספר לרפואה בחו"ל עם מספר התאמות ובהן, בין היתר, הגבלת מספר הפעמים שניתן לגשת לבחינה לארבע פעמים בלבד, והצעה לעבור הכשרה נוספת לתפקיד "עוזר רופא"⁶⁹ למי שנכשל בבחינת הרישוי בפעם הרביעית.

⁶⁷ ציון כי לפי הנחיות משרד הבריאות, נבחנים שנכשלו יותר מעשר פעמים בבחינת הרישוי או שעברו חמש שנים ממועד זכאותם להיבחן ועוד לא עברו את הבחינה, יידרשו לעבור קורס הכנה לבחינת רישוי כתנאי לגשת להיבחן.

⁶⁸ המלצות הוועדה לבחינת הסטז' ברפואה, בראשותם של פרופ' ציון חגי, יו"ר הר"י, וכן פרופ' אהוד גרוסמן, לשעבר דיקן בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב, יוני 2023.

⁶⁹ אנשי צוות רפואי המבצעים פעולות רפואיות ואדמיניסטרטיביות בהנחיית רופאים.

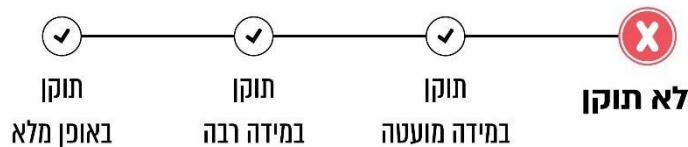


בביקורת המעקב נמצא כי בחלוף כחמש שנים ממועד פרסום הדוח הקודם, משרד הבריאות לא השלים את שינוי התקנות ועל כן קיימת אפשרות שבוגרי חו"ל שכשירותם אינם מתאימה מצליחים לעבור את הבחינה העיונית, ויש שנבחנים פעם אחר פעם ללא הגבלה עד להצלחתם, דבר שמעלה חשש לכשירותם.

מומלץ שמשרד הבריאות יבחן את המלצות הוועדה לבחינת הסטז' ברפואה מיוני 2023, וכן את הצורך לעדכן את מתכונת הבחינה; בהתאם לבחינה זו מומלץ שהמשרד ישלים את שינוי התקנות ככל ונדרש, כדי להבטיח את כשירותם של בוגרי לימודי רפואה מחו"ל.

משרד הבריאות ציין בתגובה נוספת מאפריל 2024, כי במסגרת תוכנית העבודה לשנת 2024, הוא העלה את הצורך באישור תקציבי לעדכון תקנות הרופאים (בחינות רישוי).

מידת תיקון הליקוי



מנגנון הבונוס לנבחנים בבחינת הרישוי לרפואה

הביקורת הקודמת

בעת כתיבת הדוח הקודם ציון המגן היה הציון שקיבל בוגר קורס ההכנה לקראת בחינת הרישוי. כאמור, תקנות הרופאים (בחינת רישוי) קובעות כי בחינת הרישוי יובא בחשבון ציון המגן לפי קביעת ועדת הבחינה. בשנות ה-90 קבעה ועדת הבחינה כי ציון המגן למי שעמד בהצלחה בבחינה בקורס יזכה את הנבחן בבונוס שערכו 10 נקודות.

הליקוי: בדוח הקודם עלה שהבונוס הנדיב, שניתן רק לבוגרי הקורסים, איפשר להם לעמוד בדרישות לקבלת רישיון לרפואה, והדבר העלה חשש כבד בנוגע לכשירותם המקצועית של אותם רופאים. כך, מי שקיבל ציון 50 בלבד בבחינת הרישוי, קיבל ציון כולל של 60 במבחן בזכות הבונוס, וכך זכה ברישיון לעסוק ברפואה בישראל. ועדת הבחינה ומשרד הבריאות לא בחנו את תוצאותיה של הטבה זו ולא כמה עברו את הבחינה בזכותה.

ההמלצה: ראוי שהמשרד יעקוב אחר תוצאות הבדיקה שתבצע ועדת הבחינה בנושא ויסיק את המסקנות המתבקשות מתוך כך, לרבות בעניין הנחיצות של הענקת הטבה.

ביקורת המעקב

בביקורת המעקב נמצא כי מאז הדוח הקודם חלו כמה השינויים: נקבע כי ציון עובר של 62 בבחינת המגן יזכה בנקודות הבונוס, נקבע כי הבונוס יהיה 8% מציון בחינת המגן⁷⁰, ולא מספר מוחלט כפי שהיה נהוג בעבר, וכי נקודות הבונוס יינתנו רק למי שקיבל בבחינת הרישוי הממשלתית ברפואה ציון 53 ומעלה ללא נקודות הבונוס⁷¹.

70 לדוגמה, ציון 65 יקנה 5 נקודות נוספות לציון בבחינת הרישוי.

71 אתר משרד הבריאות, קורסי הכנה לבחינות הרישוי הממשלתיות ברפואה לבוגרי חו"ל ועולים חדשים.



יצוין כי ביוני 2023 המליצה הוועדה לבחינת הסטז' ברפואה⁷² למשרד הבריאות לאמץ את הבחינה האחודה של בתי הספר לרפואה בישראל כבחינת רישוי לבוגרי בתי הספר לרפואה בחו"ל, תוך התאמות כגון קבלת ציון מגן לבחינת הרישוי רק למי שעבר קורס אקדמי במסגרת מוגדרת של בתי ספר לרפואה. עוד המליצה הוועדה להעלות את ציון המעבר של בחינות הרישוי ל-65 ולקבוע כי רק קורס אקדמי במסגרת מוגדרת של בתי ספר לרפואה יאפשר ציון מגן לבחינת הרישוי.

מומלץ שמשרד הבריאות יבחן מפעם לפעם, ועל פי מדדים שיגדיר, אם השינויים שנעשו במתן הבונוס בציוני בחינת המגן אכן מבטיחים כי כשירות בוגרי לימודי הרפואה מחו"ל שמקבלים רישיון לעסוק ברפואה בישראל, אכן עלתה, ואם לא - מומלץ שיחיל שינויים נוספים בנוגע לנקודות הבונוס, ובכלל זה שיבחן את המלצת הוועדה לבחינת הסטז' הרפואי.

מידת תיקון הליקוי



שנת הסטז'

משכו של הסטז' הוא שנה, והוא מתחיל בתום השנה השישית או הרביעית ללימודים (בהתאם לתוכנית הלימודים), לאחר שהסטודנט עמד בבחינות גמר ולפני שקיבל רישיון ממשרד הבריאות לעסוק ברפואה. תקופה זו היא חלק מלימודי הרפואה בישראל ובה מושם דגש על עבודה מעשית. הסטז' נעשה במוסדות בריאות שמשרד הבריאות הכיר בהם להתמחות, בהתאם לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות). לתוכנית שותפים שני המאסדרים: המל"ג באמצעות הפקולטות לרפואה כגורם הבקרה על תוכנית הסטז', ומשרד הבריאות באמצעות מוסדות הבריאות כגורם המקצה את הסטז'רים (רופאים צוערים) לבתי החולים והאחראי לסטז'רים בוגרי לימודי רפואה בחו"ל. גם בוגרי בתי הספר לרפואה בחו"ל שלא ביצעו סטז' ברפואה כחלק מתוכנית הלימודים בחו"ל, נדרשים לבצע סטז' בישראל כדי לקבל רישיון לעסוק בה ברפואה. תוכנית הסטז' של המוסד הרפואי כפופה לאישור הפקולטות לרפואה.

בשנת הסטז', הסטז'ר משתלם ומתנסה בטיפול בחולים במחלקות המוגדרות "מקצועות חובה", ובהן רפואה פנימית, כירורגיה ורפואת ילדים, וכן במחלקות נוספות לפי בחירתו, בכל בית חולים בארץ. בסיום תקופת ההשתלמות במחלקה על מנהל המחלקה להעריך בכתב את הסטז'ר - את רמת הביצוע המעשית שלו, את יחסו לחולים וכן הערכה כוללת לגבי השתלמותו במחלקה.

פקודת הרופאים קובעת מי רשאי להתחיל בסטז': סטודנט לרפואה שסיים את לימודיו באחת מהפקולטות לרפואה בארץ, עמד בבחינות הגמר וקיבל הרשאה לסטז' מטעם משרד הבריאות; בוגר רפואה בחו"ל שקיבל דיפלומה מוכרת, עמד בהצלחה בבחינה (בחינת הרישוי) לקראת הסטז' [שנעשית בארץ] וניתנה לו הרשאה לסטז' מטעם משרד הבריאות.

⁷² המלצות הוועדה לבחינת הסטז' ברפואה, בראשותם של פרופ' ציון חגי, יו"ר הר"י, וכן פרופ' אהוד גרוסמן, לשעבר דיקן בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב, יוני 2023.



חוסר היערכות של משרד הבריאות לעלייה במספר הסטז'רים

הביקורת הקודמת

בין השנים 2010 ל-2017 עלה מספר הסטז'רים מ-690 ל-1,547 - עלייה של כ-124%. לעומת זאת, באותן השנים הייתה עלייה בתקן מיטות האשפוז מ-14,591 ל-15,487 מיטות - עלייה של כ-6% בלבד. היחס בין מספר הסטז'רים למספר המיטות עלה אפוא מ-0.05 בשנת 2010 ל-0.1 בשנת 2017 - עלייה של 100%. התוצאה של הגידול ביחס שבין מספר הסטז'רים למספר המיטות היא פגיעה בניסיון המעשי של הסטז'ר.

הליקוי: משרד הבריאות לא נקט שום צעד ממשי כדי לתת מענה לגידול הניכר במספר הסטז'רים⁷³ מבחינת התשתיות וכוח אדם (המיטות והצוות הרפואי האמור להכשירם). הדבר עלול להביא לכך ששנת הסטז' לא תהיה יעילה.

ההמלצה: על משרד הבריאות בשיתוף פורום הדיקנים ומלי"ג לבצע עבודת מטה סדורה לבדיקת מספר הסטז'רים שכל אחד מבתי החולים יכול לקלוט בהתאם להיקף הצוות, המיטות ומספר החולים, כדי שלא תיפגע העבודה השוטפת של המחלקות ואיכות הלימוד של הסטז'ר. בהתאם למסקנות של עבודת המטה, עליהם לבחון ולהציע פעולות נוספות כדי לאפשר לבוגרי הרפואה שמספרם עולה מדי שנה לבצע סטז'.

בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם הוא מסר שבשנים 2017 - 2021 יתווספו למערכת הבריאות 1,200 מיטות חוץ מ-300 מיטות שכבר נוספו כשנפתח בית החולים באשדוד (אסותא אשדוד), ושהדבר יעניק שדות קליניים נוספים לביצוע הסטז'.

בתגובת המלי"ג על הדוח הקודם היא ציינה כי נושא הסטז' הוא באחריותו המלאה של משרד הבריאות משום שהוא מתקיים לאחר סיום התואר האקדמי ולכן למלי"ג אין סמכות לטפל בנושא זה.

ביקורת המעקב

בביקורת המעקב עלה שבשנים 2017 - 2023 עלה מספר הסטז'רים מ-1,547 ל-1,793, עלייה של כ-16%. לעומת זאת, תקן מיטות האשפוז באותן השנים עלה מ-15,798 ל-16,408 מיטות⁷⁴ - עלייה של כ-4% בלבד. מכאן שבחלוף כחמש שנים ממועד פרסום הדוח הקודם משרד הבריאות לא נתן מענה לגידול המואץ במספר הסטז'רים ביחס למספר המיטות, והמגמה של גידול יתר במספר הסטז'רים ביחס לגידול במספר המיטות נותרה בעינה בתקופה זו. עלה גם שהמשרד לא קבע את היחס הרצוי בין מספר הסטז'רים למספר המיטות.

יצוין כי באוגוסט 2022 הגישה ה"וועדה לבחינת הצעה לשינוי הסטז' לרפואה בישראל", בראשות מנהל האגף לרישוי במשרד הבריאות, את המלצותיה בנושא הסטז'. הוועדה הוקמה בין השאר כדי לבחון את נושא ההוראה הקלינית והפיקוח עליה בתקופת הסטז' תוך התחשבות במספר הגדול של סטז'רים בוגרי חו"ל. הוועדה המליצה שתקופת הסטז' האורכת שנה תחולק לשתיים: תקופת ליבה ותקופת התנסות מותאמת אישית; כן היא המליצה להוסיף מבחן מיומנות בכל מחלקה. ואולם הוועדה לא קבעה את מספר הסטז'רים שכל אחד מבתי החולים יכול לקלוט בהתאם להיקף הצוות, המיטות ומספר החולים. שר הבריאות ומנכ"ל משרד הבריאות אישרו את המלצות הוועדה אך נכון למועד סיום הביקורת הן טרם הוצגו לבתי החולים, ששם מבצעים את הסטז', ולא למועצה המדעית של הר"י, גם לא נקבע מועד להצגתן.

⁷³ ובמספר המתמחים.

⁷⁴ משרד הבריאות, "מיטות אשפוז ועמדות ברישוי" (ינואר 2022).



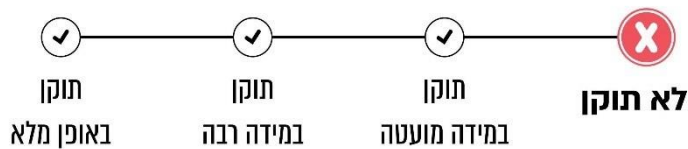
בתי החולים ברזילי, הלל יפה, המרכז הרפואי צפון והמרכז הרפואי לגליל, ציינו לפני צוות הביקורת כי מספר הסטז'רים אצלם גבוה לעומת מספר המיטות במחלקות שבהן ניתנת ההוראה במהלך הסטז'. המרכז הרפואי רמב"ם ציין כי בהיעדר תוספת מיטות, הגידול במספר הסטז'רים מקשה מאוד את ההכשרה. אלה פוגעים באיכות הלמידה של הסטז'רים. המרכז הרפואי שיבא ציין כי אצלו מספר הסטז'רים נמוך ביחס לקיבולת ההכשרה האפשרית שלו. דוגמאות אלה מחזקות את הצורך שמשדד הבריאות יקבע את היחס הרצוי בין מספר הסטז'רים למספר המיטות. יצוין כי בהיעדר מענה לגידול במספר הסטז'רים, בתי החולים מוצאים פתרונות נקודתיים להכשרתם כגון דחייה של מועד הסטז' לחלק מהסטז'רים, ופתיחת יחידות ומחלקות נוספות שבהן הסטז'רים עושים סבבי למידה.

ביוני 2023 פרסמה ועדה נוספת⁷⁵ את המלצותיה בנוגע לצורך בשינוי מתכונת הסטז'. מטרת הוועדה הייתה לבחון את שלב הסטז' כפי שהוא מתקיים במתכונתו נכון לשנת 2023, ולגבש המלצות בדבר שיפורים אפשריים במצב הקיים ובכלל זה בנוגע לשינוי בהגדרת שנת הסטז' ופתיחת מסלול ישיר לבוגרי רפואה שכבר בחרו את תחום התמחותם. הוועדה ציינה את הצורך בשינוי מתכונת הסטז', בין היתר, בשל ריבוי סטז'רים במחלקות המלמדות. עם זאת, גם ועדה זו לא המליצה על מספר הסטז'רים הרצוי ביחס למספר המיטות בבתי החולים.

בנובמבר 2023, לאחר סיום הביקורת, החליטה המלי"ג לאמץ את ההמלצה להעניק תואר דוקטור ברפואה (M.D.) בתום הלימודים האקדמיים, ולא לכלול את שנת הסטז' בדרישות האקדמיות למתן התואר. דוח זה מתייחס לתקופה שלפני נובמבר 2023.

מומלץ שמשדד הבריאות, פורום הדיקנים ובתי החולים יקבעו את מספר הסטז'רים שכל אחד מבתי החולים יכול להכשיר בהתאם לחיקף הצוות, המיטות במחלקות החובה והבחירה ומספר החולים, כדי שלא תיפגע העבודה השוטפת של המחלקות ולא איכות ההכשרה של הסטז'. עוד מומלץ כי משרד הבריאות ידון בהמלצות הוועדה לבחינת הסטז' ברפואה, שהתפרסמו ביוני 2023⁷⁶, ויחליט בנוגע ליישומן.

מידת תיקון הליקוי



ריכוז המידע על מערך ההתמחויות של הרופאים בישראל ושקיפות

בשלב ההתמחות מוכשרים הרופאים להיות רופאים מומחים לפי מקצועות התמחות. תכנון ארוך טווח של מספר הרופאים שיידרשו לפי מקצוע התמחותם דורש תכנון של מקומות מתאימים להתמחות מבחינת סוג ההתמחות, מספר המתמחים ומיקום ההתמחות.

הביקורת הקודמת

חליקוי: למשרד הבריאות אין מידע מרוכז על מקומות ההתמחות. הוא אינו יודע כמה מהם מאוישים, כמה פנויים ומהו לוח הזמנים להתפנות של המקומות התפוסים. עוד עלה כי בתי

⁷⁵ המלצות הוועדה לבחינת הסטז' ברפואה, בראשותם של פרופ' ציון חגי, יו"ר הר"י, וכן פרופ' אהוד גרוסמן, לשעבר דיקן בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב, יוני 2023.

⁷⁶ המלצות הוועדה לבחינת הסטז' ברפואה, בראשותם של פרופ' ציון חגי, יו"ר הר"י, וכן פרופ' אהוד גרוסמן, לשעבר דיקן בית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב, יוני 2023.



החולים אינם מפרסמים את מספר מקומות ההתמחות לאיש, והשיבוץ והקבלה להתמחות אינם שקופים למועמדים.

התמלצה: על משרד הבריאות להשלים את החסר ולקבוע את המתכונת לקבלת מידע מבתי החולים בנוגע למקומות התמחות קיימים ומתפנים בשנים הקרובות ולפרסמם כמידע למתמחים. על המשרד לשפר גם את מידת השקיפות בעניין מקומות ההתמחות: התחומים הנדרשים להתמחות, מתי והיכן מתפנים מקומות ההתמחות, ותחומים שבהם יש תור להתמחות, ולפרסם באתר האינטרנט את מלוא המידע על כך, כדי שהמידע המרבי יוגש לסטודנט לצורך קבלת החלטות בנוגע לתחום עיסוקו המקצועי בעתיד.

ביקורת המעקב

תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) קובעות שהמועצה המדעית בהר"י תגיש למנכ"ל משרד הבריאות המלצה בדבר מתן תואר למתמחה שסיים את תקופת התמחותו ואת בחינות ההתמחות. עוד קובעות התקנות שמנכ"ל משרד הבריאות או מי שהוסמך על ידיו ינהל פנקס שבו יירשמו בעלי התארים ותאריהם.⁷⁷

בשנת 2022 התייחסה ועדת גמזו לאחריות משרד הבריאות בהמלצותיה, וציינה שאומנם האחריות הביצועית היא של המועצה המדעית של הר"י, אולם על משרד הבריאות ליטול את אחריותו על תכנון תמהיל מקצועות רפואה ראוי ומותאם לצרכים ולביקוש. היא הוסיפה שאחריות זו צריכה לקבל ביטוי בתיקון תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) שיחייב את המנהל (מנכ"ל משרד הבריאות) לנהל פנקס מורחב הכולל את המתמחים מרגע פתיחת פנקס ההתמחות. ועדת גמזו הוסיפה שיש להבהיר בהחלטת ממשלה שלמשרד הבריאות אחריות כוללת לתכנון נכון, מאוזן ומתאים לצרכים העתידיים של תחומי המומחיות השונים.

כאמור, בשנת 2022 תוקנו תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות)⁷⁸ ולפיהן רופא המבקש להתמחות ובקשתו אושרה בידי המועצה המדעית של הר"י יגיש למשרד הבריאות בתוך חודשיים מיום אישור המועצה, ובאופן מקוון, דיווח על התמחותו בצירוף כמה נתונים ובהם פרטיו האישיים. משרד הבריאות הבהיר בהנחיותיו מדצמבר 2022 שגם רופאים הנמצאים בעיצומה של ההתמחות נדרשים להירשם במאגר של משרד הבריאות⁷⁹. מאגר זה אמור לאפשר למשרד הבריאות לתכנן לטווח ארוך את הצורך במספר הרופאים ובסוג התמחותם.

יצוין שבדוח של מבקר המדינה בנושא "אשפוז ילדים בבתי חולים" ממאי 2023⁸⁰, העלה מבקר המדינה כי למשרד הבריאות אין מידע מרוכז על מספר מקומות ההתמחות בכל מחלקה ובכל בית חולים, לרבות במחלקות הילדים, וכי אין הוא יודע אם יש תקנים פנויים או שעתידיים להתפנות. מבקר המדינה המליץ למשרד הבריאות שנוסף על הצעד החיובי בתיקון תקנות הרופאים, שיביא לרישום רופאים בפנקס התמחות, עליו לרכז את המידע על מקומות ההתמחות בכל מחלקה ובכל בית חולים, לרבות במחלקות הילדים. עוד ציין מבקר המדינה כי הדבר יטיב את התכנון האסטרטגי של ניהול כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות.

בביקורת המעקב עלה כי אומנם תקנות הרופאים שעדכן משרד הבריאות בסוף 2022 צפויות לאפשר למשרד לרכז מידע על מספר המתמחים החל מינואר 2023, עם זאת במועד סיום הביקורת

⁷⁷ תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973.

⁷⁸ דיווח מתמחים למשרד הבריאות. תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) (תיקון מספר 2), התשפ"ב-2022. לפי התיקון לתקנה, על כל מתמחה לדווח למשרד הבריאות בתוך חודשיים מקבלת אישור המועצה המדעית על פתיחת פנקס ההתמחות.

⁷⁹ מתמחים שפתחו פנקס התמחות לפני 1.1.23 (כלומר, בתאריך 1.1.23 נמצאים בעיצומה של ההתמחות שלהם), יכולים לדווח עד תאריך 30.4.23.

⁸⁰ ראו מבקר המדינה, דוח שנתי (2023), "אשפוז ילדים בבתי חולים", עמ' 78.



(באוגוסט 2023) למשרד הבריאות עדיין אין מידע מרוכז על מספר מקומות ההתמחות בכל מחלקה ובכל בית חולים ועל שיעורי האיוש שלהם.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי שהוקמה במאי 2023, שעוסקת בנושא הגדרת מנגנוני העבודה של הגוף לתכנון כוח אדם רפואי בישראל עוסקת גם באופן שבו ייקבעו יעדים למספר המתמחים, המקומות לשיבוצם וכן אופן האכיפה של היעדים שייקבעו.

מומלץ שלמשרד הבריאות כמאסדר יהיו נתונים מעודכנים וכוללים בנוגע להתמחויות של רופאים ולמקומות ההתמחות: התחומים הנדרשים להתמחות, היכן מתפנים מקומות להתמחות, התחומים שבהם יש תור להתמחות, מספר המקומות הפנויים והמועד שבו מתפנים מקומות להתמחות. עוד מומלץ שלאחר איסוף הנתונים ישפר המשרד את מידת השקיפות בעניין זה, בעיקר לסטודנטים לרפואה, ויעדכן אותם באופן שוטף כדי שיוכלו לתכנן את עתידם. מומלץ גם להסדיר את אחריות משרד הבריאות עם הר"י לריכוז המידע ולתכנון תחומי המומחויות השונים.

מידת תיקון הליקוי



הכשרת סטודנטים בקהילה והתמחות רופאים בקהילה

רפואת הקהילה מתקיימת במרפאות של קופות החולים ומעניקה שירותי בריאות בתחומים כגון רפואת משפחה, ילדים, נשים, עור ואף-אוזן-גרון. רפואת הקהילה היא עוגן מרכזי בשירותי הבריאות לציבור, שכן הטיפול ברוב רובן של המחלות הכרוניות נעשה במסגרתה. תחת אחריותה נמצאים גם תחום האשפוז הביתי המתפתח והרפואה המונעת.

הכשרת סטודנטים בקהילה - הוספת שדות קליניים בקהילה במהלך לימודי הרפואה

רוב ההכשרה הקלינית של הסטודנט לרפואה בשדות הקליניים נעשית בבתי החולים, למשל במחלקות לרפואת ילדים, אורתופדיה, רפואת נשים ורפואת עור. בשנים האחרונות, לצד ההכשרה הקלינית בבתי החולים, החלה לפעול גם הכשרה קלינית בקהילה. הרחבה זו מאפשרת להגדיל את מספר השדות הקליניים ואת מספר הסטודנטים לרפואה.

הביקורת הקודמת

ההמלצה: על פורום הדיקנים בשיתוף משרד הבריאות להנגיש את נושא הרפואה בקהילה עוד בתקופת ההכשרה האקדמית. עליהם לשקול גם את האפשרות לחשוף את הסטודנט לרפואה בקהילה למשך תקופה ארוכה יותר במהלך הכשרתו ב"שדות קליניים" (למשל - במחלקות ילדים, גסטרו וקרדיולוגיה). על המל"ג ומשרד הבריאות לקבוע תוכנית להיערכות עתידית למתן מענה לצורכי כוח האדם הרפואי, ובכלל זה, לקבוע כמה סטודנטים יש להכשיר באוניברסיטאות, כמה שדות קליניים יידרשו לשם כך ומהו המענה שיש לפתח כדי לאפשר את ההוראה הקלינית בבתי החולים ולהרחיב אותה גם לקהילה.

ביקורת המעקב

השוואה בין-לאומית בנוגע להכשרת סטודנטים בקהילה: נושא הכשרת סטודנטים בקהילה נידון זה מכבר בכמה וכמה ארגונים ומדינות. למשל, בשנת 1987 הגדיר ארגון



הבריאות העולמי (World Health Organization - WHO) שחלק נכבד מההוראה הרפואית תיעשה בקהילה וכי הלימודים יתקיימו בקהילות עירוניות, כפריות, מרכזיות ופריפריאליות. בשנת 1988 קבעה הפדרציה העולמית לחינוך רפואי⁸¹ (World Federation for Medical Education - WFME) שיש להסיט חלק ניכר מההכשרה הרפואית למערכות מתאימות בקהילה על חשבון בתי החולים. בשנת 1993 קבעה המועצה הרפואית הכללית בבריטניה (General Medical Council - GMC) שהסטודנטים לרפואה מחויבים להכשרה בקהילה כדי לחשוף אותם למתן שירותי בריאות הוליסטיים (Holistic delivery of health care). בעשור האחרון קבעו גורמי הבריאות באוסטרליה שהרפואה הראשונית הכללית צריכה להיות הנושא המרכזי בלימודי הרפואה⁸².

הכשרה קלינית בקהילה בישראל: כדי לקדם את הרפואה בקהילה יש להשקיע בפיתוח שדות קליניים מתאימים בקהילה, ואולם החסם העיקרי לכך הוא כוח אדם רפואי לביצוע ההכשרה.

בינואר 2022 המליצה ועדת גמזו להרחיב את ההכשרה הקלינית (במסגרת השדות הקליניים) בקהילה בכל סוגי ההכשרות, לרבות במקצועות הנשים, הילדים והגריאטריה. כן היא המליצה לבנות תשתית מתאימה להוראה קלינית ברפואת הקהילה⁸³.

באוקטובר 2022 פרסם משרד הבריאות מבחן תמיכה לתקצוב הפיתוח של שדות קליניים בקהילה בתחומי רפואת ילדים ורפואת נשים⁸⁴. המבחן כולל תקצוב של תפקיד מנהל חינוך רפואי בקופת החולים שיהיה אחראי להתמחויות הסטודנטים וכן תקצוב כל שדה קליני שהקופה פותחת. בהמשך ליוזמה זו החלו קופות החולים להרחיב את תחום ההכשרה בקהילה.

בתוכנית משרד הבריאות מינואר 2023, שבה ציין שהמטרה היא להגדיל את מספר הסטודנטים ל-2,000 (בשנה א' של הלימודים) בשנת 2030, צוין גם שהתוכנית תכלול שילוב של הכשרה קלינית (שדות קליניים) בקהילה במשך שלושה שבועות לכל סטודנט. במרץ 2023 סיכמו משרד הבריאות, דיקני בתי הספר לרפואה וקופות החולים להקים צוות לבניית תוכנית לימודים אחידה להכשרה קלינית בקהילה.

עלה שבספטמבר 2023 מינה מנכ"ל משרד הבריאות שני צוותים שעליהם הוטל להגדיר מתווה לחוראת סטודנטים בקהילה בתחומי רפואת נשים ורפואת ילדים ולבנות בהתאם סילבוס לתחומים אלה. נכון למרץ 2024 הצוותים טרם פרסמו את תוצרי עבודתם.

עולה כי מאז הדוח הקודם החלו הקופות לפעול להרחבה של הכשרת סטודנטים בקהילה בשדות הקליניים, ועם זאת, לעומת הגישה הרווחת בקרב ארגוני בריאות בעולם כדוגמת הפדרציה העולמית לחינוך רפואי, המועצה הרפואית הכללית בבריטניה וגורמי הבריאות באוסטרליה, שעמדתם היא שלקהילה יש מקום מרכזי בהכשרת הסטודנטים לרפואה, בישראל עדיין לא כל הסטודנטים עוברים הכשרה קלינית בקהילה.

מכבי שירותי בריאות ציינה בתגובתה למשרד מבקר המדינה מינואר 2024 ביחס להכשרה קלינית בקהילה כי היא פועלת להגדלת מספר חדרי ההוראה במרפאות ולהגדלת התגמול לרופאים המלמדים, וכי החלה בהכשרה קלינית של שבוע ברפואת ילדים.

מומלץ שמשרד הבריאות, המלי"ג, בתי הספר לרפואה, פרום הדיקנים וקופות החולים ישלימו את בניית תוכנית הלימודים להכשרה קלינית בקהילה וישלבו אותה בתוכנית ההכשרה הקלינית הכוללת. הרחבה זו של מרחב השדות הקליניים בכוחה להגדיל את מספר השדות הקליניים בכלל,

81 ארגון שמטרתו לשפר את איכות החינוך הרפואי בעולם.

82 Community Based Medical Education - CBME, פרופ' יעקב קוינט, מנהל המחלקה להתמחות רפואת ילדים בקהילה וחינוך רפואי מכבי שירותי בריאות, נובמבר 2022.

83 סיכום עבודת הצוותים - ועדת גמזו.

84 מבחני תמיכה להגדלת מספר השדות הקליניים בקהילה.



לאפשר גידול במספר הסטודנטים לרפואה, להקנות להם ידע ומיומנויות ברפואת הקהילה ולעודדם להתמחות בהמשך ברפואת קהילה הסובלת ממצוקת כוח אדם. מבחני התמיכה לתקצוב הפיתוח של שדות קליניים בקהילה הם צעד חשוב לקידום ההכשרה הקלינית בקהילה, ובהמשך להם מומלץ גם לגבש הסכמים בין בתי הספר לרפואה לקופות החולים לעידוד הכשרה כזו, שיכללו גם מנגנון של תגמול כספי מתאים לקופות.

מידת תיקון הליקוי



הכשרת רופאים בקהילה לקראת תואר מומחה - חלוקת תקופת ההתמחות בין בתי החולים ובין הקהילה

כפי שצוין, לאחר סיום לימודי הרפואה וביצוע שנת סט'ז' חלק מהרופאים ממשיכים ל-4 - 7 שנים של התמחות שבסופה אפשר לקבל תואר רופא מומחה, ובכלל זה התמחות בתחומים הרלוונטיים לרפואת הקהילה. אף שחלק ניכר מהעשייה הרפואית בתחומים שונים נעשה בקהילה, כמעט בכל המקצועות ההתמחות נעשית רק בבתי החולים. לשם המחשה, אחד המקצועות העיקריים ברפואת קהילה הוא רפואת ילדים, וההתמחות בו אורכת כארבע שנים וחצי⁸⁵. טיפול בילדים דורש הבנה בהתפתחות הילד, בבעיות קשב וריכוז, בבעיות שינה, בטיפול שוטף במחלות כרוניות כגון סוכרת ועוד - בעיות שרובן המוחלט מטופל בקהילה ולא בבית החולים; אף על פי כן, כמעט כל ההתמחות ברפואת ילדים (כ-90% לפחות) נעשית בפועל בבתי החולים.

החסמים להרחבת ההתמחות של רופאים בקהילה הם בין השאר: מקום במרפאה - מתמחה מקבל לעיתים מטופלים לבדו, ולכן נדרש עוד חדר במרפאה לצד חדרו של הרופא המומחה; תגמול - רופא מומחה שמלמד מתמחה יכול לקבל פחות מטופלים מהרגיל, ולכן אם הוא מתגמל לפי מספר המטופלים שהוא מקבל, התגמול שלו יורד בשל זמן ההוראה שהוא משקיע במתמחה.

הביקורת הקודמת

מצוקת כוח האדם ברפואת הקהילה, עיקרה באטרקטיביות הנמוכה של התמחות זו לעומת העיסוק ברפואה בבתי החולים וברפואה הפרטית. כחלק ממדיניות משרד הבריאות לקידום הרפואה בקהילה החליט המשרד לעודד את קופות החולים להגדיל את תקני ההתמחות ברפואת המשפחה ולחזק את רפואת הילדים בקהילה, באמצעות פתיחת מחלקות להתמחות ברפואת ילדים בקהילה והכשרת מתמחים בסבב מרפאות בקהילה.

הליקוי: על אף המגמה הקיימת והצפויה להתרחב של מצוקת כוח אדם רפואי ברפואת הקהילה, משרד הבריאות לא עסק במתכונת הרצויה להתמחות בקהילה וביכולת לתת מענה לצרכים המתפתחים, ורק מיעוט מקרב המתמחים עובר הכשרה בקהילה. רק במועד סיום הביקורת הקודמת (בשנת 2018) המשרד החל לעסוק בנושא.

כחלק ממדיניות משרד הבריאות לקידום הרפואה בקהילה החליט המשרד לעודד את קופות החולים להגדיל את תקני ההתמחות ברפואת המשפחה ולחזק את רפואת הילדים בקהילה. לשם כך גיבש המשרד מבחני תמיכה לקופות החולים שיפעלו ליישום מדיניות זו אך עד סיום הביקורת הקודמת בספטמבר 2017 שר הבריאות לא אישר את המתווה ואת מבחני התמיכה.

⁸⁵ ההתמחות ברפואת משפחה אורכת כארבע שנים, ורובה המוחלט מתבצע בבתי החולים.



ההמלצה: בהמשך לגיבוש מבחני התמיכה שמטרתם לעודד את קופות החולים להגדיל את תקני ההתמחות ברפואת המשפחה בקהילה, על משרד הבריאות בשיתוף המועצה המדעית של הר"י והנהלות הקופות, לגבש תוכנית סדורה לפיתוח ההתמחות בתחום זה.

בתגובת משרד הבריאות על הדוח הקודם הוא מסר שרוב ההתמחויות נעשות בבתי חולים. חלק ניכר ממסיימי ההתמחות פונים לתעסוקה בקהילה. הוא הוסיף כי צוות לבחינת הצעדים הנדרשים להתאמת מערך התמחויות הרופאים בישראל בוחן ביצוע התמחויות בקהילה ומכאן האפשרות לפתיחת שדות נוספים. כמו כן, הוא פועל, בין השאר בעזרת מבחני תמיכה, לתגמל את הקופות על תוספת מתמחים בילדים ובמשפחה בקהילה ופועל עם משרד האוצר להקצאת תקציבים לתחום. כן הוקמה ועדה בשיתוף הר"י לבחינת התמחויות.

בתגובת משרד האוצר - אגף התקציבים על הדוח הקודם הוא מסר שסוכם עם משרד הבריאות על הגדלת היקף ההכשרה בקהילה והנושא תוקצב.

ביקורת המעקב

כחלק ממדיניות משרד הבריאות לקדם את הרפואה בקהילה, החליט המשרד לעודד את קופות החולים להגדיל את תקני ההתמחות לצורך הרחבת שירותי הרפואה בקהילה ובהם נוירולוגיית ילדים, התפתחות הילד ורפואת המשפחה.

בביקורת המעקב עלה שמאז הדוח הקודם ננקטו כמה פעולות בעניין ההתמחות בקהילה:

- המבחנים לתמיכה של משרד הבריאות בקופות החולים, המממנות תקני התמחות חדשים, קובעים כי בשנת 2019 ייתמכו עד 250 תקני התמחות, בשנת 2020 עד 400 תקני התמחות נוספים ומשנת 2021 עד 550 תקני התמחות נוספים⁸⁶. עידוד באמצעות מבחני התמיכה, בכוחו להוביל לפיתוח ההתמחות ברפואת הקהילה ולמעורבות של משרד הבריאות בהסדרה ובהגברה של פעילות הרפואה הקהילתית.
- כדי לקדם את ההתמחות בקהילה, הגדירה המועצה המדעית של הר"י בינואר 2022 אמות מידה להכרה במחלקות לרפואת ילדים בקהילה להתמחות. אמות המידה נכנסו לתוקף ביוני 2022.

עם זאת עלה בביקורת המעקב כי כדי להיות רופא מומחה ברפואת ילדים, אין חובה לעבור התמחות בקהילה במסגרת התמחות זו⁸⁷. על פי נתוני קופות החולים מספר המתמחים ברפואת ילדים שביצעו תקופת התמחות כלשהי בקהילה היה בסך הכול 27 מתמחים בשנת 2018 בארבע הקופות ו-98 מתמחים בשנת 2023⁸⁸.

בביקורת המעקב עלה גם כי מאז הדוח הקודם מספר הרופאים המתמחים שביצעו תקופת התמחות כלשהי בקהילה ברפואת משפחה גדל מ-596 מתמחים בשנת 2018 בארבע קופות החולים ל-961 מתמחים בשנת 2023⁸⁹. עוד עלה שמשרד הבריאות לא הגדיר את מספר הרופאים המומחים הנדרש ברפואת הקהילה, לצורך הרחבת השירותים הניתנים לציבור.

⁸⁶ תיקון למבחני התמיכה של משרד הבריאות בקופות חולים המממנות תקני התמחויות חדשים, אוגוסט 2019.

⁸⁷ מתוך התמחות של ארבע שנים וחצי, המתמחים יכולים לבחור בין סבב של חצי שנה במרפאות ילדים בקהילה או במרפאות של רופאים יועצים (בקהילה או בבתי חולים).

⁸⁸ בכללית לא היו מתמחים ברפואת ילדים שביצעו התמחות בקהילה. 2018: מכבי - 17 מתמחים, מאוחדת - 10 מתמחים, לאומית - לא היו מתמחים. 2023: מכבי - 59 מתמחים, מאוחדת - 13 מתמחים, לאומית - 26 מתמחים.

⁸⁹ 2018: הכללית - 402 מתמחים, מכבי - 130 מתמחים, מאוחדת - 42 מתמחים, לאומית - 22 מתמחים. 2023: הכללית - 628 מתמחים, מכבי - 215 מתמחים, מאוחדת - 76 מתמחים, לאומית - 42 מתמחים.



מומלץ שמשדד הבריאות יבחן את מספר המומחים הנדרש ברפואת הקהילה. מומלץ גם שמשדדי הבריאות והאוצר יבחנו אילו תמריצים ניתן לתת לרופאים המומחים בקהילה כדי לעודדם ללמד רופאים מתמחים. עוד מומלץ כי משרד הבריאות בשיתוף המועצה המדעית של הר"י והנהלות הקופות יגבשו תוכנית סדורה לפיתוח ההתמחות ברפואת הקהילה בתחומים הנדרשים, ויגדירו את מספר השבועות המיטבי וההכרחי להתמחות במרפאות הקהילה, וברפואת ילדים בפרט.

מידת תיקון הליקוי



שיפור איכות לימודי הרפואה בישראל שביכולתו גם להגדיל את מספר הלומדים

שמירה על איכות ההוראה ושיפורה בכלל, ובמקצוע הרפואה בפרט, והשימוש בחדשנות בהוראה חשובים כדי להקנות לסטודנטים את הידע הנדרש, את המיומנויות הייחודיות ואת הערכים, וכן כדי להכשירם בצורה הטובה ביותר לעיסוקם העתידי. האופי הייחודי של לימודי הרפואה, ובפרט מספר שנות הלימוד, למידה של תחומים מולטי-דיסציפלינריים, הצורך בהתנסויות מעשיות (קליניות) והתקדמות הטכנולוגיה ברפואה, דורשים שימוש בפדגוגיה מותאמת ומתפתחת.

בשנת 2014 הקימה המל"ג ועדה בין-לאומית שמטרתה הייתה להעריך את תוכניות הלימוד ברפואה בארץ. באוגוסט 2014 הגישה הוועדה את ממצאיה למל"ג. דוח הוועדה קבע כי יש לבחון את המועילות של לימודי הרפואה, דהיינו באיזו מידה הושגו מטרות הלימודים ומהי איכותם. הוועדה המליצה על שינויים של ממש בהוראת הרפואה בישראל, למשל לספק יותר הזדמנויות ללימוד אינטראקטיבי באמצעות יצירת קבוצות לימוד או דיון קטנות ללימוד בסביבה קלינית. הוועדה אף המליצה לפתח אמצעים נוספים להכשרה כמו סימולציות ומשימות בסימולטורים המדמים את כל גוף האדם, לשלב חולים-שחקנים בתהליך ההכשרה ולפתח שיטות מובנות לאבחון חולים.

הביקורת הקודמת

בינואר 2015 דנה ועדת המשנה להבטחת איכות של המל"ג⁹⁰ בדוח הוועדה הבין-לאומית והחליטה להעביר את הטיפול בנושאים שעלו בדוח לפורום מקצועות הבריאות⁹¹, שהיה אמור להיות מוקם מחדש באותה העת.

הליקוי: פורום מקצועות הבריאות לא הוקם מחדש, ועל כן הנושאים שעליהם החליטה ועדת המשנה לא נדונו בפורום כלשהו, והטיפול בהם לא קודם.

ההמלצה: על המל"ג בשיתוף פורום הדיקנים לבחון אם מתכונת לימודי הרפואה כפי שהם מתקיימים כיום מתאימה לעשור הקרוב, לעולם ההוראה בכלל ולהוראת הרפואה בפרט. מדובר במשימה מערכתית הנדרשת לגיבוש תפיסה מעודכנת של לימודי הרפואה, ובין השאר להגדרת

⁹⁰ הוועדה פועלת במסגרת האגף להבטחת איכות ומגוון במל"ג, המרכז בדיקות עצמיות ובין-לאומיות להערכת איכות בתחומי הידע השונים, מתווה דרכים להערכת איכות בתוכניות ומגזרים מגוונים, וכן פועל להעלאת איכות ההוראה במוסדות להשכלה גבוהה.

⁹¹ פורום התייעצות למקצועות הבריאות האקדמיים ובו חברים, בין היתר, נציגי המל"ג, נציגי הוות"ת ונציגי משרד הבריאות.



הצרכים הלאומיים העתידיים של הכשרת הרופאים בישראל, קביעת יעדים, דרכי יישום, המשאבים שיידרשו לשם כך ולוחות זמנים מדורגים לביצועם. רק כך ניתן יהיה להבטיח כי רמת הכשרת הרופאים בישראל תשמור על מקומה הבכיר בעולם, תבטיח את מקומה בקדמת החדשנות הרפואית ותספק בסופו של דבר, שירות רפואי איכותי לאזרחים.

ביקורת המעקב

כדי לשמור על איכות ההוראה בתחום הרפואה, ובשל הצורך בהגדלה ניכרת של מספר הרופאים באמצעות הגדלה של מספר הסטודנטים לרפואה בישראל, יש להתאים את תשתיות בתי הספר לרפואה למשל על ידי הקצאת מבנים ומשאבים מתאימים ולעדכן את שיטות ההוראה ובפרט להופכן לחדשניות יותר, כך שיוכלו להכשיר מספר רב של רופאים, ייעלו את תהליך ההכשרה וישפרו אותנו.

בביקורת המעקב עלה כי פורום מקצועות הבריאות לא הוקם מחדש מאז 2015. עם זאת, בספטמבר 2017 החליטה המלי"ג להקים צוות משותף של מלי"ג-ות"ת עם הגורמים הרלוונטיים במשרד הבריאות לקידום הנושאים שעלו בדוח הוועדה הבין-לאומית להערכת האיכות של בתי הספר לרפואה ושאותן אימצה המלי"ג. בסוף שנת 2018⁹² מונתה ועדה שתפקידה העיקרי היה ללוות את בתי הספר לרפואה בתהליך האקדמיטציה⁹³ ולשמש גוף מייצג בנושא החינוך הרפואי. לדברי המלי"ג, הקמת ועדה זו ייתרה את הקמתו של פורום מקצועות הבריאות בשל הנושאים שבהם היא עוסקת.

בספטמבר 2022 קיבלה המלי"ג את המלצותיה של ועדה בין-לאומית נוספת שמינתה לבחינת איכות ההוראה בבתי הספר לרפואה בישראל⁹⁴. אחת מהמלצות הוועדה הייתה שבתי הספר לרפואה יעדכנו את תוכניות הלימודים שלהם כך שיהיו, בין היתר, מבוססות על טכנולוגיה, יכללו סימולציות מתקדמות מרובות רכיבים וחשיפה לכלי אבחון קליניים עוד לפני השלב הקליני בלימודי הרפואה. המלי"ג הנחתה את בתי הספר לרפואה לפעול למימוש המלצות הוועדה.

באוקטובר 2023 ציינה המלי"ג לפני צוות הביקורת כי בשנה האחרונה (מסוף 2022 ובמהלך 2023) התכנס צוות מצומצם של הוועדה כחמש פעמים לדון בעדכון הסטנדרטים לחינוך רפואי בישראל ולקביעת משקולות לחישוב ציון לעמידה בהם ואת אופן החישוב. הצוות גיבש את הסטנדרטים והיה אמור להעלותם לדיון במלי"ג באוקטובר 2023, אך הדבר נדחה מפאת המלחמה שפרצה בשבעה באוקטובר 2023. המלי"ג ציינה כי הצפי לאישורם הוא בנובמבר 2023.

צוות הביקורת בדק בשישה בתי הספר לרפואה בארץ אם מאז סיום הדוח הקודם הם שילבו בתוכנית הלימודים שיטות הוראה חדשניות כדוגמת סימולטורים רפואיים להכשרה ולאומון של הסטודנטים. להלן מרוכזות תשובותיהם של ששת בתי הספר.

לוח 2: תשובותיהם של בתי הספר לרפואה בנוגע לשילוב שיטות חדשניות בתוכנית לימודי הרפואה, מאי-יוני 2023

92 המלי"ג, "עדכון הרכב ועדת ליווי לתהליך ההכרה הבין-לאומי ברגולציה של תחום הרפואה", פברואר 2019.
 93 תהליך בחינה בין-לאומי שמטרתו להעריך את איכות השירות.
 94 הוועדה הבין-לאומית לאבטחת איכות ההוראה, בראשות פרופ' מרק טיקוצ'ינסקי, שהגישה המלצותיה במרץ 2022.



שיטות חוראה חדשניות המשולבות בלימודי הרפואה	בית הספר לרפואה
קורסים בתחום הבינה המלאכותית והרפואה הדיגיטלית, חיזוק הלימודים בקהילה, שילוב מחקר, מסלול רפואה חישובית, מסלול חדשנות ויזמות, מסלול בריאות הציבור, תוכניות לימוד להגברת תכנים של אנושיות, אפשרות ללמידה עצמאית של קורסים שנתיים לנקודות זכות בליוי של חונך.	העברית
שימוש בסימולציות בגניקולוגיה, בהרדמה וטיפול נמרץ.	תל אביב
תרגול כל פעולת למידה באמצעות סימולטור מתוחכם לפני פגישה עם חולים.	אריאל
מלמדים נושאים חדשניים כגון ביו-אינפורמטיקה תרגומית, בינה מלאכותית, נתוני עתק (BIG DATA), סדנת תקשורת רפואית וסדנת יזמות.	
לימוד בסימולציה רפואית בפנימית, כירורגיה, רפואה דחופה ועוד; משתמשים, בין היתר, בלומדות ללמידה עצמית.	בן-גוריון
שימוש באולטראסאונד נייד (Point of care ultrasound).	בר אילן
תקשורת רפואית בעזרת שחקנים מקצועיים.	
למידה בקבוצות לימוד.	הטכניון
מרכז סימולציה חדשני בתחומי טראומה, עזרה ראשונה ומבוא לרפואה קלינית.	
מיומנויות רכות כמו סדנאות תקשורת עם שחקנים.	
למידה באמצעות שולחן הדמיה וירטואלי של גוף האדם.	

על פי נתונים של בתי הספר לרפואה, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהלוח עולה כי כל ששת בתי הספר לרפואה החלו לשלב שיטות חדשניות להוראה, בהתאם להמלצות הוועדה של המלי"ג מ-2014. בין השאר שולבו כלים טכנולוגיים כמו סימולטורים, שיטות למידה חדשות כמו למידה עצמאית וכלים "רכים" כמו סדנאות תקשורת ויזמות, וכן נעשה שימוש בבינה מלאכותית ובלומדות. עם זאת תוכניות הלימודים של חלקם לא עודכנו כך שעוד לפני לימודי השלב הקליני, ישולבו שיטות למידה המבוססות על טכנולוגיה מתקדמת, סימולציות מרובות רכיבים וחשיפה לכלי אבחון קליניים חדשניים.

עוד עלה כי המלי"ג לא השלימה את ההליכים הפנימיים הנדרשים לשיפור איכות ההוראה והחינוך הרפואי בישראל, ואף לא את ההליכים עם בתי הספר לרפואה.

המלי"ג מסרה בתגובתה למשרד מבקר המדינה מינואר 2024 כי היא פרסמה ביולי 2020 מסמך המפרט את הסטנדרטים הנדרשים לחינוך רפואי בישראל, ובאוקטובר 2023 היא עדכנה אותם. המלי"ג הוסיפה כי ביקשה מבתי הספר לרפואה לדווח לה על יישום ההמלצות שעלו בוועדה הבין-לאומית שבחנה את איכות ההוראה בבתי הספר לרפואה בישראל, שאותן המלי"ג אימצה בספטמבר 2023, אולם מפאת המלחמה שפרצה בשבעה באוקטובר 2023 היא נתנה לבתי הספר אורכה [ולא הגדירה להם מועד סופי להגשת הדיווחים].

מתגובות ששת בתי הספר לרפואה למשרד מבקר המדינה מינואר 2024 עולה שלדעתם שילוב סימולציות רפואיות מתקדמות בהוראה לסטודנטים לרפואה הוא מהלך חיוני וחשוב כדי לתרגל מיומנויות, לבדוק את הביצוע של פעולות רפואיות ולשפר את מיומנויות התקשורת עם החולים. ביצוע הסימולציות יכול גם לקצר את הסבבים הקליניים וכך להגדיל את מספר הסטודנטים. עם זאת הם הדגישו כי הקמת מרכז סימולציות בבתי ספר לרפואה ותחזוקתו השוטפת דורשים מימון גבוה מאוד, שלא התקבל.



מומלץ שהמליג בשיתוף פורום הדיקנים ובתי הספר לרפואה ימשיכו לפעול לשיפור מתכונת לימודי הרפואה והתשתיות הנדרשות, כך שיתאימו להתפתחות עולם הרפואה, להתפתחות הטכנולוגיה והחדשנות שבו ולגידול הצפוי במספר הסטודנטים. במיוחד עליהם לבחון ולשפר את השימוש בשיטות הוראה חדשניות כמו סימולטורים ובינה מלאכותית ולבחון את המקורות התקציביים לשימוש באמצעים כאלה. שיפורים מסוג זה יכולים לקדם את מדינת ישראל ליעד של משרד הבריאות - 2,000 סטודנטים לרפואה בישראל (בשנה אי של הלימודים) בשנת 2030.

מידת תיקון הליקוי



סיכום

שיעור הרופאים בישראל בשנת 2020 היה 3.3 רופאים ל-1,000 נפש, קטן מעט מממוצע ה-OECD - 3.7 רופאים ל-1,000 נפש. כפי שעלה מנתוניהם של נציבות שירות המדינה, משרד הבריאות וועדות מקצועיות, ניכר חוסר ברופאים מומחים במגוון תחומים ובהם גריאטריה, פסיכיאטריה, הרדמה וטיפול נמרץ. הצורך בהגדלה ניכרת של מספר הרופאים בישראל נובע מכמה גורמים, ובהם: פרישת רופאים לגמלאות, עזיבה של רופאים ישראלים לעבודה בבתי חולים בחו"ל, עזיבת רופאים את המקצוע, קיצור שעות העבודה של מתמחים, הכשרת הרופאים שאורכה שנים רבות, וכן הגידול באוכלוסייה, התארכות תוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה. גורם נוסף שישפיע הוא רפורמת יציב הפוסלת בתי ספר רבים לרפואה בחו"ל שאינם עומדים בסטנדרטים שקבע משרד הבריאות, ובהם לומדים סטודנטים ישראלים; משמעות הדבר היא שמשנת 2026, וכל עוד לא יגדל מספר הסטודנטים הלומדים במוסדות מאושרים בחו"ל, צפוי מספר הרופאים הישראלים בוגרי חו"ל השבים לישראל להצטמצם.

המחסור ברופאים במקצועות מסוימים יוצר תחרות קשה על כל רופא; פיתוי של מרכזים רפואיים חזקים לגייס רופאים על חשבון מרכזים חלשים ופריפריאליים; התארכות תורים וסגירת שירותים בפריפריה; וזינוק במחירי הרפואה הפרטית. כך כבר קורה למשל בתחום בריאות הנפש, אבל נוכח המחסור הקיים והצפוי ברופאים בישראל, המצב עתיד להחריף לתחומי מומחיות נוספים ברפואה.

שני גורמים מרכזיים מעורבים בהסדרת ההכשרה של הרופאים בישראל: האחד - המליג, היא המאסדרת של מערכת ההשכלה הגבוהה ומשמשת הגוף המפקח על האוניברסיטאות, ובהן בתי הספר לרפואה; והשני - משרד הבריאות, המאסדר של מערכת הבריאות, ובה בתי החולים וקופות החולים. לשם השגת שיתוף פעולה מוצלח בין כל הגופים יש למצוא את האיזון הראוי בין שתי המערכות העיקריות המכשירות ובכלל זה להסדיר ולעגן את העקרונות לשיתוף פעולה ביניהם ואת התחייבויותיהם ההדדיות.

על פי הדוח הקודם, בשנת 2015 הנפיק משרד הבריאות 1,259 רישיונות לעסוק ברפואה, מתוכם 540 (43%) רישיונות ניתנו לישראלים שלמדו לימודי רפואה בחו"ל. בביקורת הנוכחית עלה שעדיין חלקם של הישראלים בוגרי רפואה בחו"ל הוא משמעותי ועמד בשנת 2023 על 50% (1,211 רישיונות). בשל המכסה המצומצמת של מספר המקומות ללימודי רפואה בארץ, נאלצים מועמדים שלא התקבלו ללימודים, ללמוד באוניברסיטאות בחו"ל שהמשרד אינו מעורב בגיבוש תוכני הלימוד בהן וברמתן האקדמית. העלות הגבוהה של לימודי רפואה בחו"ל יכולה להוות חסם שישן דווקא את אלו שהשיגיהם במבחני הקבלה היו טובים יותר מאלו שלמדו, בסופו של דבר בחו"ל, ושיכלו לממן את הלימודים היקרים.



מאז דוח הביקורת הקודם של משרד מבקר המדינה משנת 2018, משרד הבריאות העלה על סדר יומו את הגדלת מספר הרופאים בישראל, הוא פועל בדרכים שונות להשגת המטרה ואף פעל לתיקון חלק מהליקויים שעלו בדוח הקודם. עם זאת בביקורת המעקב עלו ליקויים מהותיים בהסדרת ההכשרה הקלינית של הרופאים, ובפרט בגיבוש מנגנון לתכנון אסטרטגי של כוח האדם הרפואי ובגיבוש תוכנית ארוכת טווח להגדלת מספר הרופאים בישראל, בתכנון מספר המומחים הנדרש בכל תחום מומחיות רפואי ובהערכת המחסור הצפוי בכל תחום בשנים הבאות, בהקצאה לאומית יעילה של השדות הקליניים בבתי החולים ובקהילה - שהם משאב לאומי, בהסדרת שנת הסטז' ובקידום איכות לימודי הרפואה באמצעות שימוש בשיטות הוראה חדשניות.

הצורך בהגדלת מספר הרופאים בישראל בכלל ובחלק מתחומי המומחיות בפרט וכן בחלוקתם באזורים שונים בארץ מחייב את משרד הבריאות והמלי"ג לגבש תכנון אסטרטגי ארוך טווח של כוח האדם הרפואי, לקבוע יעדים ברורים, לגבש תוכנית עבודה להשגתם, תוך הסרת החסמים הקיימים להפעלת השדות הקליניים בבתי החולים ובקהילה ותקצובם בהתאם. מומלץ כי שר הבריאות ושר החינוך בתפקידו כיו"ר המלי"ג יעקבו אחר תיקון הליקויים שעלו בדוח זה, כדי להבטיח את הגדלת מספר הרופאים והסדרת הכשרתם, ואלה יאפשרו להעניק שירות רפואי מיטבי לכל תושבי מדינת ישראל.



משרד מבקר המדינה
ונציב תלונות הציבור

