



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

הקשיים בהגדלת כוח-האדם הרפואי בפריפריה

מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

כתיבה: שלי לוי, רכזת מחקר בכירה

אישור: שרון סופר, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

י"ט בשבט תשע"א

מבוא

בישראל יש פערים בהיקף שירותי הבריאות באזורי הפריפריה לעומת אזור מרכז הארץ. אי-שוויון זה הוא חלק מאי-השוויון והפערים בתחומי חיים אחרים בין המרכז לפריפריה, ובהם התעסוקה, החינוך, הרווחה והתחבורה. בפריפריה מתגוררת אוכלוסייה מוחלשת בתחומי חיים רבים, ותחום הבריאות משקף את הרמה החברתית הכללית של האוכלוסייה וגם מושפע ממנה. במחקרים רבים נמצא כי יש יחס ישר בין מעמד חברתי-כלכלי, ובעיקר רמת הכנסה והשכלה, ובין רמת הבריאות, ומכאן שדווקא לרשות אלה הזקוקים ביותר לשירותי הבריאות עומדת מערכת בריאות בהיקף מצומצם יותר.

מוסכם על הכול כי בכל תחום מתחומי החיים, ולא רק בתחום הבריאות, יש לשאוף לרמה זהה של שירותים ושל רווחה לאוכלוסייה, אולם בתחום הבריאות האי-שוויון הוא אקוטי, שכן לתחום זה השפעה מכרעת על איכות חיי התושבים ואף עלולות להיות לו תוצאות הקשורות לחיים ולמוות.

אחת הבעיות המורכבות ביותר בשירותי הבריאות בפריפריה היא הקושי במשיכת כוח-אדם רפואי וסיעודי ממרכז הארץ. במרכז הארץ מוצעות לרופאים צעירים וותיקים, ואף לבעלי מקצועות אחרים, הזדמנויות כלכליות, חברתיות, תרבותיות וחינוכיות שאינן מוצעות בפריפריה, ורופאים רבים מעדיפים לעסוק במקצועם באזור המרכז ולא באזורים הפריפריאליים.

הכשרתו של רופא אורכת שבע שנים עד לקבלת הרשיון לעסוק ברפואה, ונדרשות עוד ארבע עד שבע שנים עד לקבלת תעודת רופא מומחה. מדובר בתהליך ארוך, המתרחש בשנות ה-20 וה-30 לחייו של הרופא, תקופה שבמהלכה הרופאים מעצבים את העדפותיהם המקצועיות, מקימים משפחה, מגבשים מעגל חברתי ולמעשה מבססים את חייהם; על-פי רוב, התבססות זו נעשית במקום שבו רכשו את השכלתם, במהלך שנות לימודיהם. לעתים רצונה של המדינה להבטיח התפלגות הולמת של כוח-האדם הרפואי בין אזורי הארץ אינו עולה בקנה אחד עם רצונם של הפרטים שאותם היא מבקשת למשוך אל הפריפריה, ולמעשה היא נדרשת לעצב פתרונות שונים ומגוונים כדי לגרום לרופאים אלה להגיע אל הפריפריה.

ברור לכול כי משימה זו אי-אפשר להשיג על-ידי אסטרטגיה אחת אלא רק על-ידי מגוון תמריצים כלכליים ולא-כלכליים ואף באמצעות שיתוף פעולה בין-משרדי, שיבטיח שיפור של מגוון תחומי חיים וסיוע בהם. לצד תמריצים כלכליים ואפשרויות קידום מקצועי יש להציע לרופאים אלה תחבורה הולמת, מערכת חינוך טובה לילדיהם, אפשרויות תעסוקה לבן-הזוג או בת-הזוג, היצע תרבותי, מרכזי מחקר מבוססים ויוקרתיים ועוד. כאמור, מהלך זה מחייב לא רק את התערבותו של משרד הבריאות, אלא גם את התערבותם של משרדי הממשלה האחרים, שכן קידום ושיפור של תנאי החיים בפריפריה בתחומים שונים, כגון התחבורה וחינוך, יגדילו את האטרקטיביות של אזורים אלה בעבור כלל העובדים ובין היתר בעבור רופאים ועובדי מקצועות הבריאות האחרים.

במסמך זה נעסוק בקשיים בגיוס כוח-אדם רפואי בפריפריה ובדרכים לעשות כן. למסמך שני חלקים: בחלק הראשון יוצגו נתונים על תשתיות הבריאות וכוח-האדם בפריפריה וכן יוצגו פרטים על הוועדות שהקים משרד הבריאות לנושא זה. בחלקו השני של המסמך יוצגו הדרכים לגייס כוח-אדם רפואי לפריפריה בכל אחד משלבי הכשרתו של הרופא. ממסמך זה עולה כי על אף הקושי בגיוס כוח-אדם, יש דרכים שונות לעשות כן, ומדינת ישראל, כמו מדינות אחרות, מנסה ליישמן. המסקנה המרכזית היא שרק מדיניות משולבת, המספקת פתרונות בהיבטים שונים של החיים, תוכל להביא להגדלת כוח-האדם הרפואי בפריפריה. במסמך זה יכנונו המחוזות צפון ודרום בשם הכולל "פריפריה".



חלק א

1. תשתיות בריאות בפריפריה

בסוף שנת 2009 היו בישראל 14,599 מיטות אשפוז כללי בתקן, שהן 1.93 מיטות ל-1,000 נפש. שיעור מיטות האשפוז הכללי מצוי בישראל בירידה מתמדת, וב-20 שנה קטן שיעור המיטות מ-2.64 מיטות ל-1,000 נפש בשנת 1989 ל-1.93 מיטות בסוף שנת 2009 – ירידה של 27%.¹ הירידה בשיעור המיטות נובעת מאי-הלימה בין הגידול באוכלוסייה ובין קצב הוספת מיטות האשפוז, שכן **בעוד אוכלוסיית ישראל גדלה ב-20 השנים האחרונות בכ-66%, מספר מיטות האשפוז הכללי גדל בכ-22% בלבד – כלומר תוספת של מיטה אחת על כל 1,162 תושבים חדשים.**²

שיעור מיטות האשפוז בפריפריה נמוך במידה ניכרת משיעורן בשאר המחוזות בישראל. הירידה המתמדת בשיעור מיטות האשפוז בישראל באה לידי ביטוי בכל המחוזות הגיאוגרפיים בישראל, אולם ירידה זו הובילה לשיעורי מיטות נמוכים במיוחד בפריפריה, כדלקמן:³

מחוז	שיעור מיטות ל-1,000 נפש בשנת 1988	שיעור מיטות ל-1,000 נפש בשנת 2009
ארצי	2.680	1.933
חיפה	3.460	2.580
תל-אביב	2.472	2.503
ירושלים	3.523	2.239
מרכז	3.081	2.012
צפון	1.981	1.483
דרום	1.936	1.384

אפשר לראות כי גם לפני כ-20 שנה שיעור המיטות בפריפריה היה הנמוך ביותר בין כל המחוזות בישראל, ועמד על **פחות מ-2 מיטות ל-1,000 נפש**, ואילו בשאר המחוזות שיעור המיטות היה כ-2.5 ויותר, אולם בסוף שנת 2009 שיעור המיטות בפריפריה היה **פחות מ-1.5 מיטות ל-1,000 נפש**, ואילו בשאר המחוזות השיעור היה 2 מיטות ויותר.

אוכלוסיית המחוזות דרום ומחוז צפון היא כשליש מאוכלוסיית ישראל, אולם שיעור מיטות האשפוז הכללי במחוזות אלה הוא פחות מרבע משיעור מיטות האשפוז הכללי במדינה.

¹ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2009, חלק א', תשע"א, 2010.

² ב-20 השנים האחרונות גדל מספר מיטות האשפוז הכללי בישראל ב-2,575 מיטות בלבד (מ-12,024 בשנת 1989 ל-14,599 בשנת 2009), בעוד אוכלוסיית ישראל גדלה ב-2,992,400 נפש (מ-4,559,600 איש בשנת 1999 ל-7,552,000 איש בשנת 2009).

³ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2009, חלק א', תשע"א, 2010.



להלן נתונים על האוכלוסייה בכל אחד מהמחוזות וכן מספר מיטות האשפוז הכללי בכל מחוז:⁴

מחוז	אוכלוסייה בסוף שנת 2009	מספר מיטות בסוף שנת 2009	שיעור מיטות מתוך כלל מיטות אשפוז כללי
ארצי	7,552,000 ⁵	14,599	100%
חיפה	898,400	2,318	16%
תל-אביב	1,277,100	3,197	22%
ירושלים	924,100	2,069	14%
מרכז	1,814,300	3,650	25%
צפון	1,257,200	1,864	13%
דרום	1,084,200	1,501	10%

בכל אגפי האשפוז הכללי (אגף פנימי, אגף טיפול נמרץ, אגף כירורגי, אגף ילדים ואגף יולדות) שיעור המיטות במחוזות צפון ודרום הוא הנמוך ביותר בין כל המחוזות, למעט באגף יולדות במחוז צפון, שבו שיעור המיטות הוא השלישי בגודלו בין כל המחוזות. מציאות זו באה לידי ביטוי גם בשאר סוגי האשפוז ובעמדות הטיפול (ראו נספח מספר 1).⁶

2. כוח-אדם רפואי וסיעודי בפריפריה

אי-השוויון בהיקף שירותי הבריאות בין הפריפריה לבין מרכז הארץ מתבטא לא רק בתשתיות פיזיות אלא גם בכוח-האדם הרפואי והסיעודי העומד לרשות מחוזות אלה.

בסוף שנת 2009 היו בישראל 33,605 בעלי רשיון לעסוק ברפואה כללית, מהם 25,850 איש עד גיל 65. על-פי סקר כוח-אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2009 הועסקו בישראל 25,400 רופאים, שהם 3.36 רופאים ל-1,000 נפש.⁷ אשר לאחים ואחיות, בסוף שנת 2009 היו בישראל 56,656 אחיות בעלות הרשאה לעסוק בסיעוד (42,255 אחיות מוסמכות ו-14,401 אחיות מעשיות), ומהן 41,597 שגילן עד גיל 60. על-פי סקר כוח-האדם של הלמ"ס, בישראל מועסקות 36,200 אחיות, שהן 5 אחיות ל-1,000 נפש.⁸

⁴ ש.ם.

⁵ כולל תושבי יהודה ושומרון : 296,700 נפש.

⁶ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2009, חלק א', תשע"א, 2010.

⁷ להרחבה על הבעייתיות בנתונים על מספר הרופאים המועסקים בישראל ראו : מרכז המחקר והמידע של הכנסת, היעדרם של כלים לתכנון כוח-האדם הרפואי בישראל, כתבה שלי לוי, 5 ביולי 2010, <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02576.pdf>.

⁸ משרד הבריאות, כוח-אדם במקצועות הבריאות 2009, יולי 2010.



להלן שיעור הרופאים המועסקים ושיעור האחיות המועסקות על-פי מחוזות, על סמך סקר כוח-האדם של הלמ"ס לשנת 2009:⁹

מחוז	שיעור רופאים מועסקים ל-1,000 נפש	שיעור אחיות (מוסמכות ומעשיות) מועסקות ל-1,000 נפש
סך הכול	3.3	5.1
תל-אביב	5.5	6.3
מרכז	3.8	5.5
חיפה	3.8	6.7
ירושלים	2.6	5.6
דרום	2.1	3.7
צפון	1.6	3.8

אפשר לראות כי שיעור הרופאים המועסקים והאחיות המועסקות במחוזות צפון ודרום הוא הנמוך ביותר בין כל המחוזות בישראל. במחוז צפון שיעור הרופאים הוא הנמוך ביותר בישראל (1.6 רופאים ל-1,000 נפש) ואילו במחוז דרום שיעור האחיות הוא הנמוך ביותר בישראל (3.7 אחיות ל-1,000 נפש).

ביוני 2010 פרסם משרד הבריאות לראשונה מידע על מספר הרופאים המועסקים בישראל, על-פי נתונים שנאספו מקופות-החולים, מנציבות שירות המדינה, מצה"ל ומ-94 בתי-חולים, במחצית השנייה של שנת 2009 ובתחילת 2010.

המידע מתייחס ל-21,214 רופאים, ואין בו נתונים על כלל הרופאים המועסקים בישראל, שכן אין מידע על בתי-החולים במזרח ירושלים, על בתי-החולים הפסיכיאטריים הפרטיים, על 272 מוסדות למחלות ממושכות וכן על רופאים המועסקים במכונים פרטיים ובמרפאות פרטיות בקהילה שאינם עובדים עם קופות-החולים. עם זאת, מדובר בכ-84% מהרופאים המועסקים בישראל על-פי סקר הלמ"ס ועל כ-82% מבעלי הרשיון לעסוק ברפואה עד גיל 65 – כלומר, מדובר על יותר מ-80% מהרופאים המועסקים.¹⁰

⁹ ש.ס.

¹⁰ ש.ס.



להלן מספר הרופאים המועסקים בישראל על-פי מחוזות וכן שיעורם ל-1,000 נפש:¹¹

מחוז	מספר רופאים מועסקים	שיעור רופאים מועסקים ל-1,000 נפש
תל-אביב	5,698	4.6
חיפה	3,444	3.8
מרכז	5,874	3.3
ירושלים	2,680	2.9
דרום	2,494	2.3
צפון	2,679	2.1
יהודה ושומרון	283	1.0
סך הכול	21,214	2.8

מכלל הרופאים המועסקים, כ-40% (12,192 רופאים) מועסקים בקהילה וכ-60% (12,536 רופאים) מועסקים בבתי-החולים. להלן מספר הרופאים המועסקים בקהילה ושיעורם ל-1,000 נפש על-פי מחוזות. אפשר לראות כי גם בתחום זה שיעור הרופאים המועסקים בקהילה במחוזות צפון ודרום הוא הנמוך ביותר:

מחוז	מספר רופאים מועסקים בקהילה	שיעור רופאים מועסקים ל-1,000 נפש ¹²
תל-אביב	3,578	2.80
חיפה	2,100	2.34
מרכז	3,606	1.99
ירושלים	1,566	1.69
דרום	1,779	1.64
צפון	1,770	1.41
יהודה ושומרון	283	0.95
סך הכול	12,192	1.61

במחוזות צפון ודרום לא רק שיעור הרופאים קטן יותר לעומת שאר המחוזות אלא גם אחוז הרופאים המומחים קטן יותר. ממחקר שערך משרד הבריאות על בסיס נתוני השנים 2003–2004 לעניין רופאים בקהילה עלה כי שיעור הרופאים המומחים בקהילה במחוזות צפון ודרום הוא הנמוך ביותר בישראל:¹³

¹¹ ש.ם.

¹² חושב על-ידנו על בסיס אוכלוסיית סוף שנת 2009.

¹³ משרד הבריאות, האגף לכלכלת בריאות, תחום תכנון, סקרים והערכה, הרופא בקהילה: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים, צוות המחקר: ענת שמש, אמה סמטניקוב, מיכאל דור, מיקי שרף, ורדה שלו, יוסי רוזנבלום וערן מץ, אוגוסט 2007.



מחוז	שיעור הרופאים המומחים מכלל הרופאים בקהילה	שיעור הרופאים המומחים מכלל הרופאים במקצועות ראשוניים
תל-אביב	82%	70%
מרכז	72%	58%
חיפה	70%	51%
ירושלים	66%	53%
דרום	58%	43%
צפון	57%	41%

מן הטבלה עולה כי פחות מ-60% מרופאי הקהילה במחוזות צפון ודרום הם מומחים, לעומת שני-שלישים או יותר מהרופאים בשאר המחוזות, ורק כ-40% מרופאי הקהילה במקצועות הראשוניים במחוזות דרום וצפון הם מומחים, לעומת יותר ממחצית ביתר המחוזות.

למעשה, לצד הגדלת תשתיות הבריאות בפריפריה יש צורך בהגדלת כוח-האדם הרפואי והסיעודי בפריפריה וכן בהגדלת מספר הרופאים המומחים בתחומים שונים במחוזות אלה. בפרק הבא תוצג פעילות משרד הבריאות בנושא זה.

3. ועדות בנושא קידום הפריפריה במשרד הבריאות

בדצמבר 2007 הקים משרד הבריאות ועדה לבחינת הפערים בין המרכז לפריפריה במערכת הבריאות, בראשות ד"ר אוסקר אמבון, מנהל המרכז הרפואי זיו בצפת. הוועדה קבעה שיש פערים בהיקף שירותי הבריאות בין מרכז הארץ ובין הפריפריה, ואלה באים לידי ביטוי "ברמת הבריאות של האוכלוסייה, בנגישות לשירותי בריאות ולאבחון, ובטיפול בתשתיות הפיזיות ובאיכות השירותים (כוח-אדם)".¹⁴

הוועדה הגישה את המלצותיה למנכ"ל משרד הבריאות בינואר 2009, והמליצה על כמה צעדים לצמצום הפערים בין המרכז לפריפריה. בכל הנוגע להגדלת כוח-האדם בפריפריה, הציעה הוועדה להעניק תמריצים כלכליים לרופאים ולעובדי מקצועות בריאות אחרים, כגון:¹⁵

- מתן תוספת פריפריה בשיעור ממוצע של 50% מהשכר;
- מתן הלוואה עומדת, שתהפוך למענק לאחר תקופת זמן מוגדרת (חמש שנים); סכום ההלוואה ייקבע בהתאם לאופי התפקיד ונחיצותו;
- תמריצים ייחודיים לאזורים מרוחקים במיוחד, כגון אילת וקריית-שמונה, או לאזורים עם בעיות ייחודיות;
- מתן נקודות זכות למתמודדים במכרזים לתפקיד בכיר במוסדות בריאות במרכז הארץ למי שעבדו בפריפריה לפחות חמש שנים בשבע השנים שקדמו למכרז;
- מתן מלגות השתלמות בארץ ובחו"ל בתמורה לעבודה בפריפריה במשך יותר משש שנים;

¹⁴ משרד הבריאות, דוח הוועדה לנושא הפערים במערכת הבריאות בין המרכז לפריפריה, 31 בדצמבר 2008.

¹⁵ שם.



- מתן תנאים מיוחדים לסטודנטים לרפואה שיבחרו בבתי-חולים פריפריאליים לסטאז', כגון אפשרות לבצע סבב במקצוע בחירה בבתי-חולים אחרים, עזרה בדיוור, יום השתלמות שבועי ועוד ;
- הוספת תקנים למתמחים בפריפריה לשם הקלת עומס תורנויות, בשל מספר קטן של מתמחים לעומת מספר תורנויות ;
- פתיחת יחידות מקצועיות בסיסיות בפריפריה לשם משיכת כוח-אדם רפואי ; על-פי הדוח, בנושא זה נדרשת אפליה מתקנת, כלומר אין לאשר פתיחת יחידות בבתי-חולים במרכז בטרם תוקמנה בפריפריה כל היחידות שהוגדרו יחידות בסיסיות ;
- תוספת תקינה לעוסקים במחקר קליני ;
- חלוקה שוויונית של תקני הוראה.¹⁶

ביולי 2009 פנינו למשרד הבריאות בשאלה מה עלה בגורל המלצות אלה. משרד הבריאות השיב כי ב-7 ביולי 2009 נדונו המלצות דוח זה בישיבת הנהלה בראשות מנכ"ל משרד הבריאות וכי "הדוח אומץ בעיקרון על-ידי הנהלת המשרד". לדברי המשרד, בעקבות ישיבה זו מינה מנכ"ל משרד הבריאות צוות ליישום המלצות הדוח בראשות הסמנכ"ל לכלכלת בריאות במשרד, ופנה לממונה על השכר במשרד האוצר ולנציב שירות המדינה בבקשה לתמרץ עובדי בריאות בפריפריה.¹⁷ משרד הבריאות לא מסר מה היו תוצאות פנייה זו.

בספטמבר 2009 הקים המשרד ועדה נוספת בנושא קידום הרפואה בפריפריה. אשר לוועדה זו מסר המשרד בימים אלה, ינואר 2011, כי "ועדה מטעם מנכ"ל משרד הבריאות פעלה בנושא קידום הרפואה בפריפריה והניחה בימים אלה המלצות על שולחנו. יש מספר דרכים לעודד מתמחים בפריפריה (שכר, מענקים, הטבות אקדמאיות, תנאי התמחות, דאגה לתעסוקה ולחינוך לבני המשפחה ועוד) והמשרד עוסק בדיונים, לרבות עם האוצר ונציבות שירות המדינה, על מנת להתקדם בנושא".¹⁸

נציין כי המטרה השנייה הנקובה בתוכניות מדיניות הבריאות לשנים 2011–2014 שפרסם משרד הבריאות היא צמצום אי-השוויון בבריאות, ואחד היעדים במסגרת מטרה זו הוא "הימצאות כוח-אדם רפואי איכותי ומקצועי בפריפריה בהיקף מספק". בתיאור יעד זה נכתב כי המשרד מעוניין להגדיל את שיעור האחיות ל-1,000 נפש באזור הדרום, להגדיל את שיעור הרופאים המומחים בפריפריה וכן להגדיל את מספר הרופאים המתמחים בבתי-החולים בפריפריה. המשרד ציין כי לשם כך יפעל להגדלת מסגרות ההכשרה בסייעוד בדרום ויפעל לקידום מעבר של רופאים ואחיות לשם התמחות ותעסוקה קבועה בפריפריה.¹⁹

לדברי משרד הבריאות :

כחלק מהתוכנית האסטרטגית של משרד הבריאות לשנים הקרובות, המשרד יקדיש תשומת לב ומשאבים להגדלת היצע העוסקים במקצועות הבריאות בפריפריה. בכוונת המשרד לפעול להצעת חבילת תמריצים (כלכליים ולא-כלכליים) לרופאים ואחיות שיעבדו באופן קבוע

¹⁶ שם.

¹⁷ גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 19 ביולי 2009.

¹⁸ גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 23 בינואר 2011.

¹⁹ משרד הבריאות, עיקרי התוכנית מדיניות הבריאות : מטרות העל, 2011–2014, דצמבר 2010.



בפריפריה. בין הצעדים שבכוונת המשרד לקדם ניתן למנות תוספת לרכיב הפריפריה בשכר הרופאים, הגדלת האפשרות למשיכת רופאים בעלי ותק ומוניטין, שיהוו מוקד משיכה לרופאים אחרים ומתמחים, מתן מענקים מותנים בביצוע התמחות בפריפריה, הוספת תקני מתמחים בפריפריה, הרחבת ההטבות שניתנו לאחיות במגזר הבדואי בנגב לאחיות נוספות, הגדלת האפשרות למחקר והשתלמויות בחו"ל לרופאים שיעבדו בפריפריה ועוד. יש לציין כי חלק מצעדים אלו יתבצעו במסגרת המו"מ בנושא הסכמי שכר ותלויים בהסכמות שיושגו בין הצדדים.²⁰

חלק ב

בחלק זה של המסמך אנו מבקשים לעסוק בקצרה בשלבים השונים בהכשרתו של רופא ובאפשרויות לפעול בכל אחד משלבים אלה לעידוד או להכוונה של הרופאים לעתיד לעבודה באזורי הפריפריה, כגון הרחבת מסגרות ההכשרה לרופאים, תמריצים כלכליים בתקופת הלימודים, הגדלת מספר מכסות הסטאז' בפריפריה והגדלת מספר המתמחים והמומחים. בחלק זה של המסמך תוצגנה בקצרה גם חלופות מדיניות הנקטות במדינות אחרות, ובעיקר בארה"ב, בקנדה ובאוסטרליה, לעידוד תעסוקת רופאים בפריפריה – וכפי שאזורי פריפריה מכונים במדינות אלה: Rural and Underserved Areas.

מדינות שונות בעולם, ובהן ארה"ב, קנדה, אוסטרליה וניו-זילנד, מתמודדות עם מיעוט רופאים באזורים הכפריים, המבודדים והמרוחקים ממרכזיה של המדינה, והן פועלות בדרכים שונות להגדיל את שיעור הרופאים באזורים אלה. חשוב להכיר את חלופות המדיניות המיושמות במדינות אחרות, אולם יש לזכור שההבדל החשוב בין הפריפריה הגיאוגרפית של מדינת ישראל לבין הפריפריה של המדינות האחרות הוא שטחן של המדינות הללו גדול הרבה יותר מזה של מדינת ישראל. שטח מדינת ישראל הוא 22,072 קמ"ר (וממנו 21,642 קמ"ר שטח יבשתי), והיא מדורגת במקום ה-152 בעולם מבחינה זו; אוכלוסייתה של ישראל מונה כ-7.5 מיליוני נפש בלבד.²¹ שטח מדינת ישראל קטן פי 12 משטחה של ניו-זילנד ופי 452 משטחה של קנדה. לפיכך, חשוב, כאמור, לבחון כיצד מתמודדות מדינות אחרות עם צורכי הפריפריה אולם יש להיות מודעים למאפייניהן השונים בכל הנוגע למורכבות הבעיה ולאופייה.

להלן יוצגו ההתמודדויות האפשריות בכל אחד משלבי ההכשרה של הרופא.

4. הרחבת מסגרות ההכשרה לרופאים

היצע הרופאים במדינה כולה משפיע על התפלגותם של הרופאים בין האזורים השונים ובין התחומים השונים. אם יש מחסור ברופאים, ואפילו מחסור ברופאים מומחים בתחומים מסוימים, הוא יורגש במיוחד באזורי הפריפריה, שכן הרופאים יעדיפו את מקומות העבודה הפנויים במרכז המדינה. דהיינו, הגדלת מספר העוסקים בתחום הרפואה ברמה הארצית תשפיע גם על שיעור הרופאים בפריפריה.

²⁰ גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 23 בינואר 2011.

²¹ שטחה של קנדה הוא השני בגודלו בעולם (9,984,670 קמ"ר, וממנו 9,093,507 קמ"ר שטח יבשתי) ואוכלוסייתה מונה כ-34 מיליון נפש; שטחה של ארה"ב הוא השלישי בגודלו בעולם (9,826,675 קמ"ר וממנו 9,161,966 קמ"ר שטח יבשתי) ואוכלוסייתה מונה כ-310 מיליון נפש; שטחה של אוסטרליה הוא השישי בגודלו בעולם (7,741,220 קמ"ר וממנו 7,682,300 קמ"ר שטח יבשתי) ואוכלוסייתה מונה כ-21.5 מיליון נפש; שטחה של ניו-זילנד מדורג במקום ה-75 בעולם (267,710 קמ"ר, וכולו שטח יבשתי) ואוכלוסייתה מונה פחות מ-4.3 מיליון נפש.

Central Intelligence Agency – CIA, *The World Factbook*, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2147rank.html>, visited: January 13, 2011.



חשוב לציין כי בישראל אין מחסור ברופאים, ושיעור הרופאים ל-1,000 נפש בישראל גבוה מהשיעור הממוצע במדינות ה-OECD, אולם שיעור זה מצוי בירידה בשל כמה גורמים: הגידול באוכלוסייה, הזדקנותה, השינויים בדפוסי התחלואה, ההתפתחויות הטכנולוגיות והמדעיות, הגידול במספר הרופאים הפורשים לגמלאות, הירידה החדה במספר הרופאים העולים לישראל ואי-הגדלת היקפן של מסגרות ההכשרה לרופאים בבתי-הספר לרפואה. בשל גורמים אלו נוצר בעשור האחרון חשש ממשי ממחסור ברופאים בישראל ונדרשת בחינה מחודשת של כוח-האדם הרפואי הנחוץ למערכת הבריאות.

חשש זה הוביל להקמתן של כמה ועדות שהמליצו על הרחבתן של המסגרות להכשרת רופאים.²² אימוץ מסקנותיהן של ועדות אלה הוביל להגדלה הדרגתית של מסגרות ההכשרה לרופאים, ובארבעה בתי-הספר לרפואה – בית-הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים, בית-הספר לרפואה של אוניברסיטת תל-אביב, בית-הספר לרפואה של הטכניון בחיפה ובית-הספר לרפואה של אוניברסיטת בן-גוריון בבאר-שבע – יש כיום 525 סטודנטים בשנה א' ללימודי רפואה, לעומת כ-300 סטודנטים במוצע לפני ההגדלה.²³

המלצה נוספת של ועדות אלה היתה הקמתן של בית-ספר חמישי לרפואה בישראל, ובמרס 2009 החליטה ממשלת ישראל על הקמתו בעיר צפת.²⁴ בית-הספר לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בצפת אמור לפתוח את שעריו באוקטובר 2011, וילמדו בו 100–120 סטודנטים בשנה, בשני מסלולי לימוד:²⁵

- מסלול קליני של שלוש שנות לימוד, המיועד לסטודנטים ישראלים שהשלימו שלוש שנות לימודי רפואה בחו"ל. בשנת הלימודים תשע"ב ילמדו במסלול זה 50 סטודנטים ובימים אלה יחל הליך הקבלה; כ-300 איש הגישו את מועמדותם ללימודים;
- מסלול ארבע-שנתי ללימודי רפואה, המיועד לבוגרי תואר ראשון בתחומי מדעי הטבע, שילמדו בו 50–70 סטודנטים בשנה. ההרשמה למסלול זה תחל עם פתיחת ההרשמה במוסדות להשכלה גבוהה, בתחילת חודש פברואר.

הלימודים הקליניים של בית-הספר בצפת ייערכו בכמה בתי-החולים: זיו בצפת, גליל מערבי בנהרייה, פורייה בטבריה, שני בתי-חולים לאשפוז כללי בעיר נצרת, ובמידה מסוימת יהיו לימודים גם במרכז הרפואי לבריאות הנפש מזרע. בימים אלה מתקיימים מגעים בין אוניברסיטת בר-אילן למרכז הרפואי העמק בעפולה במטרה לכלול גם את בית-החולים הזה בתוכנית הלימודים, אולם הצדדים טרם הגיעו להסכמה, משום שבית-החולים העמק כבר מקיים שיתוף פעולה אקדמי עם בית-הספר לרפואה של הטכניון בחיפה.²⁶

²² הוועדות הן: הוועדה לבדיקת הצרכים העתידיים ברופאים (ועדת פז), שהוקמה בידי המועצה להשכלה גבוהה והגישה את המלצותיה באוקטובר 2002; הוועדה לבחינת הצורך בהקמת בית-ספר לרפואה נוסף בישראל (ועדת הלוי), שהמלצותיה התקבלו בידי הוועדה לתכנון ותקצוב (ות"ת) של המועצה להשכלה גבוהה בשנת 2007; הוועדה לבחינת אומדן צורכי כוח-האדם העתידיים במערכת הבריאות (ועדת בן-נון), שהגישה דוח ביניים ראשון ביוני 2007.

²³ הנתון נמסר בידי פרופ' יוסי מקורי, דיקן הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל-אביב, בכינוס חירום בנושא: "רפואה במשבר – מחסור חמור ברופאים במערכת הבריאות הציבורית", שנערך בכנסת ביוזמת ח"כ רחל אדטו, 15 ביוני 2010.

²⁴ החלטת ממשלה מספר 4541, "קביעת מיקום בית הספר החמישי לרפואה בצפת", 8 במרס 2009.

²⁵ פרופ' רן טור-כספא, דיקן הפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בצפת, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011. אתר האינטרנט של אוניברסיטת בר-אילן,

<http://www1.biu.ac.il/index.php?id=6099&pt=1&pid=6&level=3&cPath=6.6099>, תאריך כניסה: 20 בינואר 2011.

²⁶ פרופ' רן טור-כספא, דיקן הפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בר-אילן בצפת, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011.



הקמת בית-הספר לרפואה בצפת כרוכה בהתאמת התשתיות של בתי-החולים האלה לצורכי ההוראה והלימודים הקליניים של בית-הספר. התאמת התשתיות כרוכה בתוספת מיטות אשפוז, הרחבה או הקמה של יחידות מסוימות וכן גיוס רופאים להוראה אקדמית. במענה על שאלתנו אשר להיערכות בנושא זה השיב המשרד כי הוא פועל לשדרוג תשתיות בתי-החולים וכי **"תוכנית בנושא מגובשת בימים אלה במשרד"**.²⁷ נציין כי בית-הספר אמור לפתוח את שעריו בעוד כתשעה חודשים, ושנת הלימודים הראשונה של המחזור התלת-שנתי תהיה שנה של לימודים קליניים, המחייבים שדות קליניים.

הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל, שהגישה את המלצותיה הסופיות למשרד הבריאות ביוני 2010, המליצה להמשיך להגדיל את מסגרות ההכשרה הקיימות כך שמספר הסטודנטים לרפואה בישראל בשנת 2012 יעמוד על כ-700 סטודנטים בשנה **בחמישה בתי-הספר לרפואה** ומשנת 2014 יגדל לכ-800–900 סטודנטים בשנה (תוך שמירה על שיעור שאינו נמוך מ-2.9 רופאים ל-1,000 נפש).²⁸

בתוכנית מדיניות הבריאות לשנים 2011–2014 שפרסם משרד הבריאות נכתב כי אחד מהיעדים בתוכנית זו הוא צמצום הפערים בכוח-האדם המקצועי. בין היתר נכתב כי המשרד יפעל בתחום זה להגדלת מסגרות ההכשרה לרופאים מ-520 ל-700 סטודנטים בשנה.²⁹ **לדברי המשרד, הוא פועל כדי להגדיל את מספר העוסקים הכללי ברפואה ובסיעוד בישראל, והגדלה זו תיתן מענה גם על בעיות כוח-האדם הרפואי בפריפריה.**³⁰

5. הגדלת מספר הסטודנטים לרפואה מהפריפריה

מחקרים רבים שנערכו בעולם עסקו במאפייניהם של סטודנטים לרפואה הבוחרים בתום הלימודים לעסוק במקצוע זה באזורי הפריפריה. אחד הממצאים המרכזיים במחקרים אלה הוא שסטודנטים שנולדו בפריפריה או התגוררו בה בילדותם נוטים יותר מסטודנטים אחרים לחזור לאזורים אלה בתום לימודיהם ולהשתלב בהם בשוק התעסוקה.³¹

מסקנה זו, שנמצאה במחקרים שנערכו במדינות שונות, הובילה לעיצובן של שתי אסטרטגיות מרכזיות: **הראשונה**, הגדלת מספר הסטודנטים מהפריפריה בבתי-הספר לרפואה, **והשנייה**, פתיחת בתי-ספר לרפואה בפריפריה או הרחבתם והתאמתם של בתי-ספר קיימים כך שחלק מהלימודים הקליניים בהם יהיו בבתי-החולים ובמרכזי הבריאות הממוקמים בפריפריה.

אוסטרליה מנהיגה זה יותר מ-20 שנה מדיניות שלפיה לכל הפחות 25% ממקומות הלימוד שהמדינה מתקצבת בבתי-הספר לרפואה מיועדים לסטודנטים מאזורי הפריפריה, כפי שהוגדרו על-ידי הממשלה, ומדיניות זו כוללת ליווי ואיתור של תלמידי תיכון מהפריפריה, הליך קבלה המסייע בהתמודדות עם חסמים בנגישות של השכלה גבוהה, ליווי מקצועי ואישי לסטודנטים אלה וכן סיוע כלכלי. מדיניות זו הובילה להגדלת מספר הסטודנטים מהפריפריה בבתי-הספר לרפואה באוסטרליה מ-10% בשנת 1989 לכ-25% בשנת 2000, עם זאת, בתי-ספר רבים תיארו את הקשיים הקיימים בגיוס סטודנטים מהפריפריה מסיבות שונות, כגון אי-עמידה בתנאי הקבלה, ריחוק גיאוגרפי ניכר ועוד. נוסף על כך, בתי-

²⁷ גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 23 בינואר 2011.

²⁸ משרד הבריאות, דוח הוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי בישראל, יוני 2010.

²⁹ משרד הבריאות, עיקרי תוכנית מדיניות הבריאות: מטרות העל 2011–2014, דצמבר 2010.

³⁰ גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 23 בינואר 2011.

³¹ Kymm Feldman, Wayne Woloscuk, Margot Gowans, Dianne Delva, Fraser Brenneis, Bruce Wright, and Ian Scott, "The difference between medical students interested in rural family medicine versus urban family or speciality medicine", *Can J Rural Med*, 13, 2 (2008), pp. 73–79



ספר לרפואה הרחיבו את פעילותם וחלק מהלימודים הקליניים נערכים באזורי הפריפריה, כדי לחשוף את הסטודנטים לעבודה באזורים אלה, בתקווה כי ההיכרות עם האזור וההתערות בו יגדילו את נכונותם לעבוד בו בתום הלימודים.³²

בארה"ב יש בתי-ספר לרפואה הפועלים אף הם להגדלת מספר הסטודנטים מהפריפריה. לדוגמה, בבית-הספר לרפואה של אוניברסיטת תומס ג'פרסון (Jefferson Medical College – JMC) בפנסילבניה פועלת משנת 1974 תוכנית מיוחדת (The Physician Shortage Area Program – PSAP), המיועדת לגיוס סטודנטים לרפואה מהפריפריה המעוניינים בלימודי רפואת משפחה ומביעים נכונות לעסוק במקצוע זה באזורים כפריים מרוחקים, בעיקר במדינת פנסילבניה. בכל שנה מתקבלים לתוכנית זו בממוצע כ-15 סטודנטים (שהם כ-7% מכלל הסטודנטים בשנה א') וחלק מהלימודים הקליניים הם באזורי הפריפריה; כמו כן, ניתן סיוע כלכלי לתלמידי תוכנית זו. בוגרי התוכנית אינם מחויבים לעבוד בפריפריה בתום לימודיהם, כלומר אין מנגנון רשמי להבטיח זאת, אולם הליך הגיוס וההכשרה מיעד אותם למטרה זו.³³ ממחקר שבחן את השתלבותם התעסוקתית של בוגרי תוכנית זו בשנים 1978–1991, נמצא כי אף שמדובר במספר קטן של בוגרים (206 בוגרים, שהם 1% מכלל הבוגרים של שבעת בתי-הספר הציבוריים לרפואה בפנסילבניה), היתה לתוכנית תרומה ניכרת למספר הרופאים המועסקים בפריפריה: מכלל הבוגרים של שבעת בתי-הספר הציבוריים במדינה העוסקים ברפואת המשפחה באזורי הפריפריה, 21% הם בוגרי תוכנית PSAP. החוקרים הסיקו כי ממצאים אלה מצביעים על חשיבותן הרבה של תוכניות מעין אלה.³⁴

ממצאים דומים נמצאו במחקר שנערך בשנות ה-90 בבית-הספר לרפואה של אוניברסיטת טרומוסו (Tromso) בפינלנד, שגם בו מוקצים מקומות לימוד לבני הפריפריה (50% ממקומות הלימוד), ובמסגרת הלימודים בו יש הכשרה והוראה בבתי-חולים ובמרפאות בפריפריה.³⁵

עם זאת, בעוד המחקרים הצביעו בבירור על נכונות גדולה יותר של בני הפריפריה לעבוד באזורי הפריפריה בתום לימודיהם, אשר להשפעת חשיפתם של הסטודנטים לעבודה בפריפריה במהלך הכשרתם אין מסקנה ברורה, והחוקרים מתקשים לקבוע את תרומתה של אסטרטגיה זו כאשר מדובר בסטודנטים שאינם מהפריפריה.³⁶ נוסף על כך, ד"ר רוורד רבינוביץ, פרופסור לרפואת משפחה וקהילה בבית-הספר לרפואה באוניברסיטת תומס ג'פרסון, שעמד בראש תוכנית PSAP במשך שנים רבות, מדגיש כי מעט מאוד סטודנטים מהפריפריה מגיעים לבתי-הספר לרפואה, מסיבות שונות, וכי אף שסטודנטים מהפריפריה נוטים יותר מאחרים לעבוד באזור זה בתום לימודיהם, עדיין מחצית מהם אינם מעוניינים

³² James Rourke, "Strategies to increase the enrolment of students of rural origin in medical School: recommendations from the society of rural physicians of Canada", *JAMC*, 172, 1 (2005), pp. 62–65

³³ Howard K. Rabinowitz, James J. Diamond, Fred W. Markham, and Christina E. Hazelwood, "A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas", *JAMA*, 281, 3 (1999), pp. 255–260

³⁴ *ibid.*

³⁵ J. Magnus McGee and A. Tollan, "Rural doctor recruitment: Does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas?", *Journal of Medical Education*, 31 (1993), pp. 250–253

³⁶ J. Dunbabin and L. Levitt, "Rural origin and rural medical exposure: Their impact on the rural and remote medical workforce in Australia", *Rural and Remote Health* (2003), http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_212.pdf, Visited: January 23, 2011.



לחזור לעבוד בפריפריה, שכן עבורם השכלה גבוהה היא אמצעי למוביליות חברתית, המאפשרת שינוי במקום המגורים והרחבת אפשרויות התעסוקה.³⁷

אשר לישראל, על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2008 כ-28% מהסטודנטים שנה א' ברפואה³⁸ באוניברסיטאות בישראל היו מהמחוזות צפון ודרום (19.9% מהצפון ו-7.7% מהדרום), לעומת 19% בלבד בשנת 1998 (12.8% מהצפון ו-6% מהדרום). נציין כי בתקופה זו גדל גם שיעורם של כלל הסטודנטים מהפריפריה שהחלו את שנת הלימודים הראשונה במוסדות להשכלה גבוהה, מ-28% בשנת 1998 לכ-35% בשנת 2008.³⁹ אין בידנו פילוח של הסטודנטים על-פי בתי-הספר, אולם נראה כי שיעורם של הסטודנטים לרפואה מהפריפריה מצוי בעלייה ויש מקום לערוך מחקר מקיף בשאלה אם סטודנטים אלה אכן נוטים יותר מאחרים לעסוק במקצוע זה בפריפריה, כפי שנמצא במדינות אחרות בעולם.

לנוכח חשיבות קיומו של בית-ספר לרפואה בפריפריה, הן כדי שישמש מוסד נגיש לתלמידי הפריפריה והן כדי שיתרום לקידום הבריאות והמחקר הרפואי בפריפריה, הוקם בישראל בתחילת שנות ה-70 בית-הספר לרפואה של אוניברסיטת בן-גוריון בבאר-שבע. בית-ספר זה, שפתח את שעריו בשנת 1974, הוקם בשל הרצון להתמודד עם המחסור ברופאים באזור ולהביא לקידום הבריאות בנגב. באתר האינטרנט של המרכז הרפואי סורוקה בבאר-שבע תואר תהליך הקמת בית-הספר כדלקמן:

אזור הנגב סבל ממחסור תמידי ברופאים... לאחר מלחמת ששת הימים, משהוכחה היכולת המקצועית והארגונית של צוות ביה"ח, הן בשטח הטיפול בחולים המאושפזים והן בדאגה לרפואה במסגרת הקהילתית, ובנוסף ליכולת ההוראתית כפי שבאה לידי ביטוי בקורסים השונים שנערכו בבית-החולים עבור רופאים משתלמים מחו"ל ורופאים מתמחים מהארץ, החלה להישמע יותר ויותר הדרישה להקים בנגב בית ספר לרפואה... הצורך בבית הספר לרפואה בבאר שבע נומק גם בכך, שמעמדו האקדמי של בית-החולים יקרין השפעה חיובית מקדמת על שירותי הרפואה בנגב, ויהווה כוח משיכה לרופאים איכותיים המתעניינים גם בהוראה.⁴⁰

באתר האינטרנט של בית-הספר לרפואה של אוניברסיטת באר-שבע נכתב גם כיום כי "בית-הספר לרפואה ע"ש ג'ויס וארווינג גולדמן הוקם במטרה להכשיר רופאים מיומנים ולסייע בשיפור שירותי הבריאות בנגב".⁴¹

לדברי פרופ' רוני אפטה, ממלא מקום דיקן הפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בן-גוריון בבאר-שבע, בתהליך קבלת הסטודנטים לבית-הספר לרפואה ניתנת חשיבות מסוימת להיותו של המועמד תושב הפריפריה, בתנאי שהוא עומד בתנאי הקבלה הנדרשים. לדבריו, עם השנים גדל שיעור הסטודנטים מהפריפריה בכלל ומקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב בפרט, ובני הפריפריה הם חלק נכבד מתלמידי בית-הספר. נוסף על כך, על-פי הערכות, כשליש מבוגרי בית-הספר משתלבים בתעסוקה באזור הדרום, בשל

³⁷ לריאיון עם ד"ר הרוארד רבינוביץ ראו:

http://money.cnn.com/2010/03/26/news/economy/health_care_rural_care_country_doctors/index.htm

תאריך כניסה: 23 בינואר 2011.

³⁸ כולל רפואת שיניים.

³⁹ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, פריסה גיאוגרפית של סטודנטים לרפואה, 14 במרס 2010.

⁴⁰ אתר האינטרנט של המרכז הרפואי סורוקה בבאר-שבע, היסטוריה: השנים הראשונות,

<http://www.clalit.org.il/Soroka/Content/Content.asp?CID=6&u=87>, תאריך כניסה: 23 בינואר 2011.

⁴¹ אוניברסיטת בן-גוריון בנגב,

<http://web2.bgu.ac.il/welcome/template/default.aspx?PageId=17&parentId=263&catId=1&maincat=1>

תאריך כניסה: 13 בינואר 2011.



ההתוודעות אל בית-החולים סרוקה במהלך הלימודים, הרמה האקדמית הגבוהה שמציעים בית-הספר ובית-החולים, מסגרות ההתמחות היוקרתיות הקיימות בו וכמובן התערותם של התלמידים בקהילה ובחיי העיר והאזור במהלך לימודיהם. לדברי פרופ' אפטה, פעילותו של בית-הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון מצביעה על חשיבותו של בית-ספר לרפואה בפריפריה ועל תרומתו להכשרת כוח-אדם רפואי ואיכותי לאזור זה.⁴²

הקמת בית-הספר לרפואה בצפת מבוססת על אותו רעיון – קידום אזור צפון הארץ בתחום זה. באתר האינטרנט של בית-הספר לרפואה בצפת נכתב כי "אוניברסיטת בר-אילן פותחת בגליל פקולטה לרפואה חדשנית, עם מצוינות מחקרית ומחויבות לקהילה שבצפון הארץ".⁴³ ימים יגידו מה תהיה תרומתו של בית-ספר זה להגדלת כוח-האדם הרפואי באזור צפון, ונראה כי סוגיה זו מצריכה בירור מעמיק ומקיף.

6. סיוע בשכר לימוד תמורת תקופת עבודה בפריפריה

לימודי רפואה כרוכים בתשלום שכר לימוד שנתי ובהוצאות נוספות, וכמה מהאסטרטגיות הקיימות בעולם להגדלת כוח-האדם בפריפריה הן סיוע בשכר לימוד והשתתפות בהוצאות נוספות במהלך הלימודים, בתמורה לתקופת עבודה מסוימת באזורי הפריפריה בתום הלימודים ומתן מענק או הלוואה עומדת לכיסוי החובות שנצברו במהלך הלימודים בתמורה לתקופת עבודה באזורי הפריפריה.

הרוב המכריע של בוגרי לימודי רפואה בארה"ב (86%) המסיימים את לימודיהם נדרשים להחזיר הלוואות בסכום גבוה מאוד; סכום החוב החיצוני שצברו הסטודנטים לרפואה בשל עלות לימודיהם בשנת 2010 היה 170,000 דולר.⁴⁴

משום כך עיצבה הממשלה, במהלך השנים, תוכניות סיוע המציעות לבוגרים תמריצים כלכליים לעבודה באזורים מרוחקים: החזר החוב באמצעות שנות עבודה בשכר באזורים מרוחקים (Return of Service – ROS), כלומר תעסוקה באזורים כפריים ומרוחקים בתמורה למענקים לכיסוי חובות שנצברו בתקופת הלימודים. הסיוע המרכזי ניתן במסגרת תוכנית שמפעיל משרד הבריאות של ארה"ב⁴⁵ באמצעות גוף ששמו National Health Service Corps (NHSC). מטרת התוכנית היא להגדיל את הנגישות של שירותי בריאות באזורים בארה"ב שיש בהם מחסור בכוח-אדם רפואי וסיעודי. מיום הקמתו של גוף זה שירתו בו כ-30,000 בעלי מקצועות רפואיים, וכיום ניתנים בעזרתו שירותים רפואיים לכ-7 מיליוני בני-אדם ברחבי ארה"ב, ביותר מ-10,000 אתרים ברחבי המדינה ובאמצעות כ-37,000 אנשי מקצוע (רופאים, רופאי שיניים, פסיכיאטרים, אחיות ועוד) – 7,500 מהם רופאים.⁴⁶

בתוכנית זו מוצע לבוגר לימודי רפואה המעוניין לשרת באחד מאזורי הפריפריה סכום של 60,000 דולר תמורת שנתיים עבודה במשרה מלאה או ארבע שנות עבודה במשרה חלקית. תמורת חמש שנות עבודה מוצעים 170,000 דולר ועבור עבודה של שש שנים או יותר מוצע כיסוי חובות מלא על-פי התנאים

⁴² פרופ' רוני אפטה, הפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, שיחת טלפון, 23 בינואר 2011.

⁴³ אתר האינטרנט של אוניברסיטת בר-אילן, <http://www1.biu.ac.il/index.php?id=6099&pt=1&pid=6&level=3&cPath=6.6099>, תאריך כניסה: 20 בינואר 2011.

⁴⁴ AAMC, <https://www.aamc.org/download/152968/data/10debtfactcard.pdf>, Visited: January 23, 2011.

⁴⁵ שמו המלא של המשרד: U.S Department of Health & Human Services.

⁴⁶ National Health Service Corps, <http://nhsc.hrsa.gov/index.htm>, visited: January 13, 2011.



הקיימים. מענקים אלה פטורים ממס והם משולמים נוסף על השכר החודשי, כמובן.⁴⁷ נוסף על תוכנית פדרלית זו, מדינות שונות בארה"ב מציעות תוכניות משלהן למתן מענקים תמורת תעסוקה באזורים מרוחקים ופריפריאליים.⁴⁸

אין בידנו מידע מעודכן על הצלחתה של תוכנית זו בהגשמת יעדיה. באתר האינטרנט של NHSC נכתב כי כ-75% מהמועסקים טענו כי הם מתכוונים להמשיך במקום העבודה שאליו נשלחו גם בתום תקופת השירות שנקבעה להם; מנגד, באתר נכתב גם כי כרגע מוצעות כ-9,000 משרות במקצועות הבריאות – מה שעשוי להצביע על הקושי של תוכנית זו לגייס לשורותיה כוח-אדם רפואי. יש לציין כי גיוס רופאים לאזורים מרוחקים בפריפריה אינו משימה קלה, שכן רף ההשתכרות של רופאים בארה"ב גבוה יחסית ורופאים רבים אינם זקוקים לתוכניות אלה לשם החזר חובותיהם, בעיקר אם השתלבו באזורים ובמקומות עבודה יוקרתיים.

חשוב לציין כי החוב שנצבר בעקבות לימודים אקדמיים עלול להשפיע גם באופן שלילי על היצע הרופאים במדינה; למשל, בניו-זילנד הגבירה תופעה זו של חוב גבוה של סטודנטים לרפואה את בריחת המוחות מהמדינה, בשל רצונם של הבוגרים להגדיל את הכנסתם וכך לכסות את החוב. נציין כי ניו-זילנד מתמודדת זה כמה שנים עם בריחה של רופאים צעירים לאוסטרליה, לבריטניה ולאירלנד, מסיבות שונות.⁴⁹

הסיוע בשכר לימוד, וגם בתשלומים נוספים הכרוכים בלימודים, בתמורה לשנות עבודה יכול לא רק לסייע למדינה בהכוונת כוח-אדם בעתיד אלא גם לעזור לסטודנטים שאינם מסוגלים לשלם את הוצאות לימודיהם. שכר הלימוד של לימודי רפואה בישראל היה בשנת תשע"א 10,390 ש"ח⁵⁰ לכל אחת משש שנות הלימוד, כלומר מדובר בשכר לימוד של 62,340 ש"ח לתואר (אם לא חל שינוי בשכר הלימוד במרוצת השנים), ויש לשים לב שמדובר רק בשכר הלימוד, ללא כל ההוצאות האחרות (ספרים, עזרי לימוד, מגורים, מחיה וכדומה).

מדינת ישראל מתקצבת את האוניברסיטאות בגין תלמידי רפואה. השתתפות המדינה באמצעות ות"ת במרכיב ההוראה של כל סטודנט היא בסך 43,500 ש"ח לכל שנת לימוד פרה-קלינית ו-56,000 ש"ח לכל שנה קלינית.⁵¹ כלומר בגין שש שנות לימוד של כל סטודנט מעבירה המדינה לאוניברסיטאות השתתפות במרכיב ההוראה בסכום של 298,500 ₪ (ברוטו).

כמה ממנהלי בתי-חולים בפריפריה שעמם שוחחנו במהלך כתיבת מסמך זה טענו כי מדינת ישראל משקיעה כספים רבים בהכשרת כוח-אדם רפואי בישראל, ומן הראוי לדרוש מסטודנטים אלה להחזיר השקעה זו למדינה על-ידי חיובם בתקופת עבודה של שנתיים עד שלוש שנים בפריפריה לאחר קבלת

⁴⁷ ibid.

⁴⁸ Grants to States for Loan Repayment, <http://granteefind.hrsa.gov/searchbyprogram.aspx?select=H56&index=70&year=>, visited: January 13, 2011.

⁴⁹ מסקר שנערך בקרב סטודנטים לרפואה בשנה החמישית והשישית ללימודים עלה כי 89% העריכו כי יסיימו את לימודיהם עם חוב, והחוב הצפוי הממוצע הוא 75,752 דולר. במחקר זה נמצא, בין השאר, כי 56% מהנשאלים טענו כי לגובה החוב יש יתרון ממידה קטנה של השפעה על החלטתם אשר למקום העבודה שיבחרו בו בתום לימודיהם. 39% מסרו כי לגודל החוב השפעה על בחירת מקום העבודה העתידי שלהם בתוך ניו-זילנד ו-58% – על בחירת מקום עבודה בעולם.

William R. G. Perry and Tim J. Wilkinson, "Taking the pulse: Medical student workforce intentions and the impact of debt", *New Zealand Medical Journal*, 123, 1318 (2010), pp.15–23

⁵⁰ מינהל תלמידים באוניברסיטה העברית בירושלים, שיחת טלפון, 24 בינואר 2011.

⁵¹ מר אמיר גת, מנהל תחום תקצוב אוניברסיטאות, המועצה להשכלה גבוהה, שיחת טלפון, 24 בינואר 2011.



הרשיון לעסוק ברפואה.⁵² נציין כי תוכניות מעין אלה הוצעו בעבר פעמים רבות, לדוגמה, באתר האינטרנט של בית-החולים סורוקה בנגב נכתב כי "לאורך שנות החמישים והשישים ניסתה קופת-חולים [כללית] להביא לכך שהכנסת תחוקק חוק שיחייב את כל מסיימי בתי-הספר לרפואה בתל אביב ובירושלים לשרת פרק זמן באזור [הדרום], אולם בפועל לא נעשה דבר".⁵³

מנהלי בתי-חולים אחרים סברו כי כל תוכנית המבוססת על כפייה או על אילוץ של הרופא לעבוד בפריפריה לא תועיל, שכן תמיד תימצאנה דרכים להתחמק מכך, ובין היתר עזיבת המדינה לחו"ל או החזרת ההלוואה בתוספת קנס. נוסף על כך, רופא המועסק במקום מסוים בניגוד לרצונו לא יתרום רבות למערכת הבריאות, ולכן לדבריהם עדיף להציע מערך תמריצים כלכליים למשיכת כוח-אדם לפריפריה.⁵⁴

השיטה של תגמולים כלכליים במהלך הלימודים בתמורה לתקופת עבודה באזור מסוים בתום הלימודים ננקטה אף היא בישראל בעבר. לדוגמה, בתחילת שנות ה-70 היה מחסור חמור ברופאי שיניים בקופת-חולים כללית, בעיקר באזורי הנגב והגליל. קופת-חולים כללית יזמה שיתוף פעולה אקדמי עם אוניברסיטת תל-אביב, ובשנת 1972 הוקם בית-הספר לרפואת שיניים המשותף לאוניברסיטת תל-אביב ולקופת-חולים. במסגרת ההסכם התחייבה קופת-חולים כללית להעניק מלגות לסטודנטים אשר יתחייבו לעבוד במרפאות הקופה, ובמיוחד באזורי פריפריה, שנת עבודה עבור כל שנת מלגה שיקבלו. בשנת 1976 נפתחה שנת הלימודים הראשונה עם 24 סטודנטים, ובתום הלימודים פנו 13 מבוגרי מחזור זה לעבודה באזורי פריפריה ושיניים נוספים פנו לצה"ל.⁵⁵ תוכנית "עתידים" של צה"ל היא דוגמה נוספת לתוכנית שנוסדה במטרה לעודד בוגרי תיכון מצטיינים מהפריפריה ללמוד לתואר אקדמי ברפואה או בתחומים אחרים, ובתום הלימודים לשרת בצה"ל בתפקיד זה.⁵⁶

ה-NHSC האמריקני מציע אף הוא מלגות לסטודנטים לרפואה ולמקצועות בריאות נוספים, הכוללות כיסוי שכר לימוד, תשלום הוצאות מגורים, דמי מחיה ואפילו רכישת ספרים ועזרי לימוד אחרים, מדים ועוד. מלגה זו ניתנת במשך ארבע שנים, ובגין כל שנת מלגה המלגאי מחויב בשנת עבודה בתום לימודיו; מספר שנות השירות המינימלי בתוכנית זו הוא שנתיים. נציין כי כל הסיוע פטור ממס, למעט מלגת המחיה (שבשנת 2010/2011 היתה 1,289 דולר).⁵⁷

7. סטאז'רים בפריפריה

לימודי הרפואה בישראל נמשכים שבע שנים: בשש השנים הראשונות הלימודים נערכים מטעם בית-הספר לרפואה ובשנה השביעית מתקיים סטאז' – שנת עבודה מעשית בהיקף של משרה מלאה, בשכר, בהשגחת רופא מורשה במוסד רפואי שאושר לצורך זה. הסטאז' נמשך 12 חודשים (כולל חודש חופשה) והוא מתבצע באחד מ-19 בתי-החולים הכלליים בישראל המוכרים לכך. תקופת הסטאז' היא אפשרות

⁵² ד"ר אורנה בלונדיים, מנהלת המרכז הרפואי העמק בעפולה, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011. ד"ר שמעון שרף, מנהל המרכז הרפואי ברזילי באשקלון, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011.

⁵³ אתר האינטרנט של המרכז הרפואי סורוקה בבאר-שבע, היסטוריה: השנים הראשונות, <http://www.clalit.org.il/Soroka/Content/Content.asp?CID=6&u=87>, תאריך כניסה: 23 בינואר 2011.

⁵⁴ ד"ר מסעד ברהום, מנהל בית-החולים לגליל מערבי בנהרייה, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011.

⁵⁵ שפרה שורץ, "בריאות השן לכול – פעילותה של קופת-חולים הכללית לייסודה של רפואת שיניים ציבורית במדינת ישראל", ח' דורות (עורך), מערכת הבריאות לאן?, באר-שבע תשס"ט, עמ' 214–239.

⁵⁶ צה"ל, אגף כוח-אדם, <http://www.aka.idf.il/giyus/general/?catId=35669&docId=35732>, תאריך כניסה: 23 בינואר 2011.

⁵⁷ National Health Service Corps, <http://nhsc.hrsa.gov/index.htm>, visited: January 13, 2011.



נוספת לא רק לסייע לפריפריה בכוח-אדם אלא גם לחשוף את הרופאים לעתיד לעבודה בפריפריה, בתקווה שיבחרו להישאר באזור לאחר קבלת הרשיון לעסוק ברפואה.

כל תלמיד רפואה שסיים שש שנות לימוד באחד מבתי-הספר לרפואה בארץ, עמד בבחינות הגמר וקיבל הרשאה לסטאז' ממשרד הבריאות נדרש לשנת סטאז', וחובה זו מוטלת גם על בוגר לימודי רפואה בחו"ל שקיבל דיפלומה מוכרת, עמד בהצלחה בבחינה לקראת סטאז' וניתנה לו הרשאה לסטאז' מטעם משרד הבריאות. משרד הבריאות הוא הקובע את מספר התקנים לסטאז' בכל אחד מ-19 בתי-החולים הכלליים בישראל, על-פי מספר הבוגרים באותה שנה ומספר מיטות האשפוז של כל בית-חולים. הקצאת הסטודנטים לבתי-החולים נעשית בשתי הגרלות – הגרלה לבוגרי לימודי רפואה בארץ והגרלה לבוגרי לימודי רפואה בחו"ל – הנערכות בפיקוח משרד הבריאות.⁵⁸

הסטודנטים מתבקשים לדרג את כל 19 בתי-החולים שבהם אפשר לבצע סטאז'. ועדת הסטאז', בפיקוח משרד הבריאות, עורכת הגרלה לקביעת מקום הסטודנטים ברשימה, ולאחר מכן משבצת אותם בבתי-החולים על-פי מיקומם בה, העדפתם וכן המקומות הפנויים שנותרו. לדוגמה, סטודנט שדורג ראשון בהגרלה ישובץ בבית-החולים שדירג כעדיפות ראשונה, סטודנט שהוגרל במקום 100 וכל המכסות בחמשת בתי-החולים שדירג בעדיפות הגבוהה ביותר התמלאו, ישובץ לבית-החולים שדירג במקום השישי. סטודנטים מצטיינים מכל בתי-הספר לרפואה (כ-5% בשנה) אינם משתתפים בהגרלה והם יכולים לבחור את בית-החולים שבו יעבדו במסגרת הסטאז'. נוסף על כך, בתהליך זה ניתנות הטבות לסטודנטים שהם הורים או בהיריון ויש ועדת חריגים לפתרון בעיות נקודתיות.⁵⁹

למעשה, בתהליך זה ניתנת לסטודנטים האפשרות להביע את העדפתם, אולם השיבוץ הוא על-פי המכסות שנקבעו לכל בית-חולים. דירוג בתי-החולים בידי הסטודנטים לצורך סטאז' חושף את דעתו של דור הרופאים העתידי על בתי-החולים ואת העדפות התעסוקה שלו בעתיד. **מדירוג בתי-החולים לצורך סטאז' עולה בבירור כי סטודנטים לרפואה מעדיפים שתקופת הסטאז' שלהם תהיה בבתי-חולים במרכז הארץ ולא בבתי-החולים בפריפריה.** להלן תוצאות דירוג הסטודנטים בוגרי לימודי רפואה בישראל את בתי-החולים שבהם הם מעדיפים לבצע סטאז', בשנים 2006–2007:⁶⁰

⁵⁸ ועדת הסטאז' הארצית של הסטודנטים לרפואה לשנת 2008, חוברת סטאז' לשנת הסטאז' 2009, <http://www.e-med.co.il/emed/new/Usersite/Presentations/students/Staz-2009.pdf>, תאריך כניסה: 23 בינואר 2011

⁵⁹ ש.ם.

⁶⁰ ש.ם.



דירוג	בית-חולים	עדיפות ראשונה	עדיפות אחרונה
1	איכילוב בתל-אביב	122	1
2	רבין בפתח-תקווה	43	0
3	מאיר בכפר-סבא	13	0
4	אסף הרופא בצריפין	5	0
5	שיבא ברמת-גן	5	2
6	קפלן ברחובות	8	1
7	וולפסון בחולון	0	2
8	רמב"ם בחיפה	23	1
9	הדסה בירושלים	26	5
10	כרמל בחיפה	19	3
11	שערי צדק בירושלים	23	7
12	הלל יפה בחדרה	0	6
13	בני-ציון בחיפה	5	1
14	פורייה בטבריה	1	12
15	זיו בצפת	0	14
16	סורוקה בבאר-שבע	16	26
17	העמק בעפולה	9	13
18	ברזילי באשקלון	1	36
19	גליל מערבי בנהרייה	0	174

אפשר לראות בבירור כי כל בתי-החולים בפריפריה הם בעדיפות הנמוכה ביותר של הסטודנטים לרפואה.

בשנתיים האחרונות פעל משרד הבריאות להגדלת מספר התקנים לסטאז' בבתי-החולים בפריפריה על חשבון מכסות בכל בתי-החולים האחרים. המשרד גם מאפשר לסטודנטים ששובצו בבית-חולים במרכז הארץ שבבעלות המשרד לעבור לאחד מבתי-החולים בפריפריה שבבעלותו (זיו, פורייה נהרייה וברזילי) גם אם המכסה בבתי-חולים אלה התמלאה, בכפוף לאישורו. משרד הבריאות גם קבע לראשונה מכסות למרכז הרפואי יוספטל באילת – 8 מכסות.⁶¹

⁶¹ [ש.פ.](#) וגם: גבי מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 23 בינואר 2011.



להלן מספר המכסות לסטאז'רים בבתי-החולים, לפי מחוזות (לפירוט ראו נספח מספר 2):⁶²

מספר מכסות סטאז' בבתי-החולים לפי חוברת הסטאז' לשנת 2010	מספר מכסות סטאז' בבתי-החולים לפי חוברת הסטאז' לשנת 2009	מחוז
320	316	סך הכול
100%	100%	
74	80	מרכז
23%	25%	
71	75	תל-אביב
22%	24%	
32	44	ירושלים
10%	14%	
48	41	חיפה
15%	13%	
50	41	צפון
16%	13%	
45	35	דרום
14%	11%	

אפשר לראות כי מספר המכסות בפריפריה גדל מרבע מהמכסות ל-30% מהמכסות.

החלטה זו של משרד הבריאות לוותה בתרעומת מצד הסטודנטים לרפואה: היו שהציעו לשבות בתגובה למהלך זה, אחרים סברו שיש לדרוש מהמשרד תנאים משופרים יותר לסטאז'רים בבתי-חולים בפריפריה (כגון שכר גבוה יותר או סיוע בשכר דירה).⁶³

מנהלי בתי-החולים בפריפריה שעמם שוחחנו במהלך כתיבת מסמך זה הצדיקו את הגדלת המכסות בפריפריה והדגישו את חשיבותו של מהלך זה. עם זאת, לטענתם, אף שהסטאז'רים מביעים שביעות רצון מתקופת הסטאז' בבתי-החולים בפריפריה, רובם המכריע אינם מעוניינים להישאר בבתי-החולים האלה בתום הסטאז', למעט חלק מהרופאים שהם בני המקום. נוסף על כך, בכל בתי-החולים בפריפריה הסטאז' הוא במסלול רוטציה (Rotating Internship), כלומר יש כמה חודשי חובה בבית-חולים בפריפריה והיתר – בבתי-חולים אחרים, על-פי בחירת הסטאז'ר⁶⁴ (לפירוט מסלולי הסטאז' ראו נספח מספר 3), ולדברי מנהלי בתי-החולים בפריפריה העובדה שהחלק השני של הסטאז' נעשה בבתי-חולים אחרים ברחבי הארץ פוגעת לדעתם בסיכוי של הסטאז'רים להישאר בבתי-החולים בפריפריה. הם

⁶² ועדת הסטאז' הארצית של הסטודנטים לרפואה לשנת 2008, חוברת סטאז' לשנת הסטאז' 2009, <http://www.e-med.co.il/emed/new/Usersite/Presentations/students/Staz-2009.pdf>. וגם: ועדת הסטאז' הארצית של הסטודנטים לרפואה לשנת 2009, חוברת סטאז' לשנת הסטאז' 2010.

⁶³ ראו: פורום אתר הסטודנטים של אוניברסיטת בן-גוריון, <http://forum.bgu.co.il/index.php?showtopic=224278>, תאריך כניסה: 13 בינואר 2011.

⁶⁴ מסלול רוטציה משמעותו כמה חודשי חובה בבתי-החולים בפריפריה; בבתי-חולים העמק, ברזילי, נהרייה וסורוקה יש צורך בשמונה חודשי חובה, בבתי-החולים זיו ופרייה – בחמישה חודשי חובה ובבית-החולים יוספטל – בשלושה חודשי חובה.



סבורים כי ביצוע חלקו השני של הסטאז' בבתי-חולים בפריפריה עשוי להגדיל את נכונות הסטאז'רים להישאר ולעבוד בבתי-החולים האלה לאחר קבלת הרשיון.⁶⁵

8. התמחות ברפואה

רופא בעל רשיון לעסוק ברפואה כללית יכול להמשיך את הכשרתו להתמחות במקצוע מסוים או בתחום רפואי מסוים ולקבל תעודת רופא מומחה. ההתמחות ברפואה מוסדרת בישראל בתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973 (להלן: התקנות), שהותקנו מכוח סעיף 17 לפקודת הרופאים.⁶⁶ המועצה המדעית היא הזרוע המדעית של ההסתדרות הרפואית, המופקדת על-פי פקודת הרופאים על תכנון מערכת ההתמחות של רופאים בישראל, ביצוע ההתמחות והפיקוח עליה, והיא עוסקת בלימודי המשך ברפואה בישראל. בשנים האחרונות כמעט כל בוגרי לימודי רפואה בישראל ממשיכים ישירות להתמחות ואינם עוסקים במקצוע כרופאים כלליים, ומדי שנה בשנה מוגשות למועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל כ-700 בקשות להתמחות בתחומי הרפואה השונים.⁶⁷ כיום יש בישראל 5,158 מתמחים (במוסדות אשפוז ובקהילה), ומהם 5,092 מתמחים בהתמחות בודדת ו-66 בהתמחות כפולה.⁶⁸

ההתמחות נעשית בהיקף של משרה מלאה, בשכר ובעבודה רצופה, במוסד המוכר בידי המועצה המדעית לצורך התמחות, וכוללת תורנויות בהיקף שקבעה המועצה לאותו ענף רפואה, בהדרכתו ובפיקוחו של רופא מומחה באותו ענף.⁶⁹ בישראל מוכרים 56 מקצועות התמחות בתחום הרפואה, 30 מהם מקצועות בסיס ו-26 מהם מקצועות-על.⁷⁰ מקצועות בסיס הם ענפי רפואה שבהם מוענקים למועמד תואר מומחה לאחר עמידה בכל הדרישות להתמחות, ללא צורך במומחיות מתחום נוסף, כגון אונקולוגיה, מחלות עור ומין, פסיכיאטריה ורפואה פנימית. משך ההתמחות במקצוע בסיס משתנה ממקצוע למקצוע ונע בין ארבע שנים לשבע שנים ורבע.⁷¹

המתמחים הם לא רק עתודת המומחים של מדינת ישראל אלא גם כוח עבודה חשוב בבתי-החולים, שכן הם המבצעים את התורנויות במחלקות שבהן הם מתמחים וגם במחלקה לרפואה דחופה (חדר מיון), בעוד הרופאים המומחים מבצעים את הכווננויות.

בתי-החולים בפריפריה מתקשים למשוך אליהם מתמחים בתחומים שונים. המחסור מורגש בכל התחומים אולם הוא חמור במיוחד במקצועות שיש בהם מחסור במתמחים בכל הארץ, כגון הרדמה, טיפול נמרץ, רפואת ילודים – ניאונטולוגיה, וכדומה. מנהלי בתי-החולים שעמם שוחחנו טענו שהם

⁶⁵ ד"ר אורנה בלונדיים, מנהלת המרכז הרפואי העמק בעפולה, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011. ד"ר שמעון שרף, מנהל המרכז הרפואי ברזילי באשקלון, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011. ד"ר מסעד ברהום, מנהל בית-החולים לגליל מערבי בנהרייה, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011. ד"ר אוסקר אמבון, מנהל המרכז הרפואי זיו בצפת, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011.

⁶⁶ סעיף 17 לפקודה קובע כי שר הבריאות רשאי, לאחר התייעצות עם ההסתדרות הרפואית בישראל, לקבוע בתקנות תואר מומחה לענפי הרפואה השונים ואת התנאים לאישור תארים אלה, ולחייב מבקש תואר מומחה לעמוד בבחינות.

⁶⁷ גבי' דנה פישביין, סגנית מנהלת המועצה המדעית בהסתדרות הרפואית בישראל, מכתב, 24 בינואר 2011.

⁶⁸ גבי' דנה פישביין, סגנית מנהלת המועצה המדעית בהסתדרות הרפואית בישראל, שיחת טלפון, 22 בפברואר 2010.

⁶⁹ סעיף 5 לתקנות.

⁷⁰ אתר האינטרנט של המתמחים של ההסתדרות הרפואית בישראל,

<http://www.ima.org.il/trainees/web/category.asp?catid=5>, תאריך כניסה: 18 בפברואר 2010.

⁷¹ שם.



אינם מצליחים לאייש את כל התקנים הקיימים למתמחים בתחומים שונים, בעוד במרכז הארץ יש מועמדים רבים המבקשים להתמחות בבתי-החולים במרכז.

להלן התפלגותם של 4,675 המתמחים בישראל⁷² (לא כולל מתמחים בקהילה) נכון לינואר 2011:⁷³

מספר מתמחים	מחוז
4,675	סך הכול
100%	
1,237	מרכז
26.5%	
1,091	תל-אביב
23.3%	
644	ירושלים
13.8%	
748	חיפה
16%	
525	צפון
11.2%	
430	דרום
9.2%	

מהנתונים עולה כי בבתי-החולים בדרום מתמחים רק 9% מהמתמחים (430 מתמחים) ובבתי-החולים בצפון – רק 11% מהמתמחים (525 מתמחים), דהיינו רק 20% מהמתמחים מבצעים את התמחותם בפריפריה. הפתרון בנושא זה אינו רק הגדלת מספר התקנים, אלא גם, ואולי בעיקר, עידוד מתמחים לבצע את התמחותם בבתי-החולים בפריפריה.

אין ספק כי המחסור במומחים, הקיים בתחומים מסוימים ברמה הארצית ומסתמן בתחומים נוספים, מחייב טיפול כולל במסגרת תכנון כוח-האדם הרפואי במדינה, והוועדה לתכנון כוח-אדם רפואי וסיעודי שפעלה במשרד הבריאות התייחסה לצורך זה ולדרכים להגדיל את מספר המומחים בתחומים מסוימים ברמה הארצית. עם זאת, נדרשת פעילות נמרצת להגדלת מספר המתמחים בפריפריה. כמה ממנהלי בתי-חולים בפריפריה שעמם שוחחנו הציעו כי כל רופא המעוניין להתמחות בתחום מבוקש בבית-חולים גדול במרכז הארץ יחויב בשנתיים עד שלוש שנים של עבודה בבית-חולים בפריפריה כרופא כללי, כתנאי לקבלתו להתמחות זו.⁷⁴ אחרים הציעו לעצב תוכנית התמחות שתכלול כמה בתי-חולים במרכז הארץ ובפריפריה, כך שהמתמחה ייחשף לעבודה בבתי-חולים בפריפריה. לטענתם, חשיפה זו לא רק עשויה

⁷² לא כולל 14 מתמחים במשרד הבריאות ו-38 מתמחים בצה"ל.

⁷³ גבי דנה פישביין, סגנית מנהלת המועצה המדעית בהסתדרות הרפואית בישראל, מכתב, 24 בינואר 2011.

⁷⁴ ד"ר אורנה בלונדיים, מנהלת המרכז הרפואי העמק בעפולה, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011. ד"ר שמעון שרף, מנהל המרכז הרפואי ברזילי באשקלון, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011.



להשפיע על החלטתו של המתמחה בשלב בחירת מקום התעסוקה שלו בעתיד אלא גם מאפשרת לו להיחשף למקרים רפואיים מגוונים יותר במהלך התמחותו.⁷⁵

יש מנהלי בתי-חולים הסבורים כי הדרך למשוך מתמחים היא להציע להם תגמולים כלכליים ותנאי עבודה הולמים, סביבת עבודה נעימה, מסגרות חינוך לילדים, סיוע במציאת תעסוקה לבן-הזוג או לבת-הזוג, נגישות למרכזי מחקר חשובים ומובילים במסגרת התמחותו ועוד. מנהלים אלה סברו כי רק מעטפת שירותים זו תוביל לקליטת מתמחים בפריפריה ואף תגביר את נכונותם להישאר לעבוד בבתי-החולים שבהם התמחו.⁷⁶

נציין כי במחקר שהתבסס על סקירה של כמה מאמרים מקנדה, ניו-זילנד וארה"ב שעסקו בהצלחותיהן של תוכניות למתן מענקים או הלוואות בתמורה לשנות עבודה של רופאים בפריפריה (תוכניות אלה מכונות Return-of Service – ROS), נמצא שכל התוכניות האלה השיגו את מטרתיהן בטווח הקצר – כלומר רופאים עבדו בפריפריה שנים מספר – אולם הן לא תרמו תרומה ניכרת להישארותם של רופאים אלה בטווח הארוך. החוקרים הסיקו כי ההתמודדות עם סוגיה זו מחייבת תוכנית רב-ממדית, שבמסגרתה יוצעו תמריצים כלכליים ולא-כלכליים.⁷⁷

אשר לישראל, כיום התמריצים הכלכליים המוצעים לרופאים בפריפריה מצומצמים מאוד, כדלקמן:⁷⁸

- תוספת פריפריה של 2.5% לרופא מתמחה ו-4% לרופא מומחה לשכר הקובע לערך יום;
- תוספות שקליות למומחה בעל ותק של עד שנתיים בבית-החולים (מומחה א'), בהתאם לסיווג הפריפריאלי של בית-החולים; למומחה בעל ותק של יותר משנתיים בבית-החולים (מומחה ב'), בהתאם לסיווג הפריפריאלי של בית-החולים; למנהלי בתי-החולים, מנהלי מחלקות, מנהלי מכונים, מנהלי יחידות מקצועיות, מנהלי מרפאה וחדר מיון או סגניהם;
- במסגרת הסכם השכר של שנת 2000 ניתנת תוספת כספית לכל רופא מומחה בפריפריה מדרגה 4 ומעלה, על-פי תעריף רגיל לרופא מומחה ותעריף מיוחד לרופא מנהל.
- הפרשה מוגדלת לקרן השתלמות עבור רופאים בבתי-החולים הפריפריאליים: 10% במקום 7.5%.

מחישוב שערך משרד הבריאות עולה כי העלות השנתית הממוצעת למעביד בגין תוספות השכר הייחודיות לרופא (בבית-חולים בפריפריה שבו העלות היא הגבוהה ביותר) מסתכמת בכ-33,000 ש"ח לרופא לשנה בממוצע, כלומר **2,750 ש"ח תוספת עלות מעביד לרופא לחודש**.

הן מנהלי בתי-החולים שעמם שוחחנו והן משרד הבריאות מודעים לצורך להגדיל את התמריצים הכלכליים ואף את התמריצים הלא-כלכליים בתחום זה, ומדגישים כי חיזוק המרכזים הרפואיים ושירותי הבריאות האחרים בפריפריה הוא חלק הכרחי בתהליך זה, שכן בחירת בית-חולים להתמחות

⁷⁵ ד"ר אוסקר אמבון, מנהל המרכז הרפואי זיו בצפת, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011.

⁷⁶ ד"ר אורנה בלונדיים, מנהלת המרכז הרפואי העמק בעפולה, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011. ד"ר שמעון שרף, מנהל המרכז הרפואי ברזילי באשקלון, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011. ד"ר מסעד ברהום, מנהל בית-החולים לגליל מערבי בנהרייה, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011. ד"ר אוסקר אמבון, מנהל המרכז הרפואי זיו בצפת, שיחת טלפון, 20 בינואר 2011.

⁷⁷ Ian P. Sempowski, "Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: Systematic review of the literature", *Can J Rural Med*, 9, 2, (2004), pp. 82–88.

⁷⁸ משרד הבריאות, חשבות המשרד, תוספות שכר מיוחדות לפריפריה.



מבוססת, בין השאר, על יוקרתו הרפואית והמחקרית של בית-החולים וגם על הסיוע, התמריצים וסביבת העבודה שהוא מציע למתמחה צעיר.

נספח מספר 1 – שיעור מיטות אשפוז ל-1,000 נפש בישראל

שיעור מיטות האשפוז ל-1,000 נפש באגפי האשפוז הכללי בישראל על-פי מחוזות, סוף שנת 2009: ⁷⁹

מחוז	שיעור מיטות באגף הפנימי ⁸⁰	שיעור מיטות באגף טיפול נמרץ	שיעור מיטות באגף ילדים ⁸¹	שיעור מיטות באגף הכירורגי	שיעור מיטות באגף היולדות ⁸²
סך הכול	2.383	0.080	0.981	0.693	0.847
חיפה	2.834	0.111	1.270	0.987	0.956
תל-אביב	2.687	0.088	1.344	0.990	0.841
ירושלים	2.199	0.126	1.211	0.872	1.334
מרכז	2.657	0.078	0.963	0.698	0.723
צפון	1.967	0.058	0.906	0.441	0.939
דרום	1.919	0.058	0.747	0.421	0.675

שיעור מיטות באשפוז בריאות הנפש, אשפוז מחלות ממושכות ואשפוז שיקום ל-1,000 נפש על-פי מחוזות בישראל, סוף שנת 2009: ⁸³

מחוז	שיעור מיטות אשפוז בריאות הנפש	שיעור מיטות אשפוז מחלות ממושכות ⁸⁴	שיעור מיטות אשפוז שיקום
חיפה	0.972	66.963	0.108
מרכז	0.569	85.949	0.152
ירושלים	0.458	61.208	0.094
סך הכול	0.457	65.873	0.099
תל-אביב	0.339	53.725	0.211
צפון	0.298	75.681	0.009
דרום	0.291	53.245	0.004

⁷⁹ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2009, חלק א', תשע"א, 2010.

⁸⁰ שיעור ל-1,000 נפש, בני 45 ומעלה.

⁸¹ שיעור ל-1,000 נפש, בני 0-14.

⁸² שיעור ל-1,000 נשים בגיל פריון (15-44).

⁸³ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומיחשוב, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2009, חלק א', תשע"א, 2010.

⁸⁴ שיעור ל-1,000 נפש, בני 75 ומעלה.



שיעור עמדות טיפול ל-1,000 נפש על-פי מחוזות בישראל, סוף שנת 2009: ⁸⁵

מחוז	שיעור עמדות לרפואה דחופה	שיעור עמדות ניתוח	שיעור עמדות התעוררות	שיעור עמדות לידה ⁸⁶	שיעור עמדות דיאליזה
ירושלים	0.251	0.087	0.128	0.237	0.199
תל-אביב	0.148	0.083	0.151	0.180	0.185
חיפה	0.194	0.069	0.154	0.166	0.216
סך הכול	0.149	0.058	0.102	0.146	0.154
מרכז	0.139	0.055	0.097	0.130	0.122
צפון	0.142	0.041	0.081	0.131	0.145
דרום	0.089	0.033	0.043	0.097	0.136

נספח מספר 2 – מכסות לסטאז' בבתי-החולים

בית-החולים	מספר מקומות להגרלה (לא כולל מצטיינים), 2008	מספר מקומות להגרלה (לא כולל מצטיינים), 2009
שיבא	34	32
רבין	31	28
איכילוב	25	24
הדסה	23	22
סורוקה	23	22
רמב"ם	21	20
אסף הרופא	19	18
מאיר	17	16
וולפסון	16	15
נהרייה	14	19
קפלן	13	12
ברזילי	12	15
העמק	12	11
שערי צדק	11	10
בני-ציון	10	9
הלל יפה	10	9
כרמל	10	10
זיו	8	10
פורייה	7	10
יוספטל	-	8
סך הכול	316	320

⁸⁵ משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות אשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2009, חלק א', תשע"א, 2010.

⁸⁶ ל-1,000 נשים בגיל הפריור (15-44).



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

נספח מספר 3 – מסלולי הסטאז'

יש שני מסלולי סטאז', כדלקמן:

מסלול Rotating Internship, כלומר סטאז' ברוטציה (מסלול א'); דרישות המסלול:

- שמונה חודשי חובה: שלושה חודשים ברפואה פנימית, חודשיים בכירורגיה כללית, חודש ברפואה דחופה וחודשיים ברפואת ילדים;
- שלושה חודשי בחירה על-פי בחירת הסטאז'ר, ללא כל הגבלת מקצועות, בתנאי שיעמוד ברצף של חודש אחד לפחות בכל מחלקה שבה יבחר. משלושת חודשי הבחירה יכול הסטאז'ר לנצל חודש אחד על-פי בחירתו בכל בית-חולים בארץ המוכר להתמחות, ברפואה ראשונית, במעבדות או במכונים או בבית-חולים אוניברסיטאי בחו"ל לאחר אישור אחראי הסטאז' בבית-החולים.

במסלול זה הסטאז'ר יכול לנצל את שלושת חודשי הבחירה לעבודה מחוץ לבית-החולים, באישור האחראי על הסטאז'. תינתן אפשרות לצאת לחודש אחד נוסף מבית-החולים שבו הוא מבצע סטאז' לבית-חולים אחר, אם אין מחלקה מוכרת במקצוע בחירה בבית-החולים שבו הוא מבצע סטאז'. לעתודאים קבוע חודש בחירה חובה בהרדמה/טיפול נמרץ.

מסלול Straight Internship (מסלול ב'), מיועד לבוגרי הארץ שאינם עתודאים, וקבועות בו שלוש אפשרויות; אי-אפשר לעבור בין האפשרויות לאחר התחלת ההתמחות באפשרות אחת:

- **פנימית**: חודשיים בכירורגיה כללית, חודשיים ברפואת ילדים, חודש ברפואה דחופה, שישה חודשים ברפואה פנימית;
- **כירורגיה**: שלושה חודשים ברפואה פנימית, חודש ברפואת ילדים, חודש ברפואה דחופה, שישה חודשים בכירורגיה כללית;
- **ילדים**: שלושה חודשים ברפואה פנימית, חודש בכירורגיה כללית, חודש ברפואה דחופה, שישה חודשים ברפואת ילדים.

המקצוע שבו הסטאז' הוא שישה חודשים יבוצע רק במחצית השנייה של הסטאז'.

