



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

## פרוטוקול וועדת גרמן – 6/2/14

### דיון פנימי עם מצגת (מצורף בקובץ PDF):

**דוברות:** הוצג הנושא של עומס בטיפול נמרץ בוועדה מכמה כיוונים - גם מאנשים מבחוץ תחת הכותרת בעיות ותחלואי המערכת הבריאות, בצורה ישירה פה במליאה עד כמה המצב הוא על הפנים, ולכן ביקשנו במקום לדבר ברמה של פראזות, להביא קצת נתונים, והצלחנו לקבל נתונים על 2012.

**דוברות:** חיפשתי הרבה כותרות בעיתוני בריאות ובאינטרנט, זה לא זוכה להרבה כותרות אבל זה משהו שראינו אותו. חיפשנו כותרות ואיך בתי"ח מפרסמים את הנושא הזה. שני נתונים על זה - ב - 3 השנים האחרונות הייתה עליה של 15% במספר מיטות טיפול נמרץ. אם מסתכלים על זה ל - 1,000 נפש, רואים שיעור יחסית קבוע משנות ה - 90, ואז חלה ירידה. אנחנו רואים פה מגמה של עלייה וזה עדיין נמוך לעומת מה שהיה קודם. חיפשנו נתונים ב-OECD לשם השוואה ולא מצאנו. קיבלנו נתונים על בתי"ח ממשלתיים - הם מדווחים על מספר ימי אשפוז למונשמים מחוץ לטיפול נמרץ, זה תלוי גם בגודל של ביה"ח עצמו. זה אומר מה הנטל של ימי אשפוז של מונשמים בפנימית מתוך סך המאושפדים בפנימית. אפשר לראות שיש בתי"ח שכמעט 20% מימי האשפוז בפנימית זה של מונשמים, שזה נתון מאוד משמעותי - מתייחס לשקף במצגת.

**דוברות:** זה מוזר שבאחוזים יש כאלה פערים.

**דוברות:** זה ללא שמות בתי"ח.

**דוברות:** קודם רואים שהיה ב"ח עם למעלה מ - 20,000 ימי אשפוז של מונשמים מחוץ לטיפול נמרץ. כמה מיטות היו חסרות לנו באותו ב"ח? כדי שהם יהיו ב - 100% תפוסה, וזה לא הגיוני, צריכים עוד 210 מיטות טיפול נמרץ כדי להכניס מונשמים למחלקת טיפול נמרץ.

**דוברות:** יש מונשמים שיכולים להיות שם במחלקה אחרת או בהגדרה צריך טיפול נמרץ?

**דוברות:** אם הוא מונשם כרוני אז לא, אבל אם הנשמת בדרך או במחלקה, הוא זקוק לטיפול נמרץ לפחות בימים הראשונים עד יעבור זעם. חסר 210 מיטות? כמה מיטות יש תקניות באותה מחלקה? זה מאוד מפריע לי.

**יעל:** הוא מתכוון לזה שיש שם גם מיטות לא תקניות.

**דוברות:** אין לי את השמות של בתי"ח, אני אבקש ואעשה את זה. הוא צודק שלא כל ה - 210 זה מיטות טיפול נמרץ, חלק מזה צריך להיות למונשמים כרוניים במחלקות אחרות. אני לא יודע להפריד לסוגים השונים של מונשמים. לקחתי מאתרי אינטרנט של 2 בתי"ח, של הכללית ושל הממשלתיים בקפלן בפנימית ד' הם מפרסמים יחידה בת 7 עמדות. גם ברמב"ם ראיתי שיש מחלקה למטופלים מונשמים. היום זה כבר נכנס לסטנדרט.

**דוברות:** זה ברירת מחדל.

**דוברות:** או שלא נדרש סוג טיפול שונה וזה לא חייב להיות באותה רמת אינטנסיביות?



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** לא כולם מוכשרים וערוכים לטפל בחולה המונשם למשך הימים הראשונים.

**דוברות:** אם הוא צריך להיות מונשם 6 ימים, אבל אחרי זה בימים הנוספים הוא לא צריך להיות בטיפול נמרץ, כלומר הוא מונשם אבל בקטגוריה נמוכה יותר מבחינת רמת הסיכון שלו?

**דוברות:** את צודקת. אחרי שאנחנו מייצבים אותו הוא הולך לאשפוז ארוך של חודשים, אז אפשר להכשיר מקומות לזה, אבל זה לא פותר אותנו מלהצביע על הבעיה שאנחנו במצוקה קשה בתשתית טיפול נמרץ ברמה הארצית. בהדסה אין מספיק מיטות כשהתקן צריך להיות הרבה יותר מיטות לטיפול נמרץ. אני מתפלא ש - 210 מיטות זה מספיק.

**דוברות:** זה למונשמים, לא לטיפול נמרץ.

**דוברות:** יכול להיות שיש מונשמים שהקהילה לא יכולה לקלוט אותם, ואם נפתח את התשתיות בקהילה נוכל לקלוט אותם. אני מפריד בין מונשם לטיפול נמרץ, זה שני מצבים שונים.

**דוברות:** אנחנו מדברים על שלב חריף, טיפול נשימתי וכללי נמרץ, על חולה שהיה אתמול על הרגליים.

**יעל:** מה חשבת שיהיה המספר?

**דוברות:** 210 מיטות ל - 8 בתי"ח זה יחידה סטנדרטית, אצלנו זה 6 מיטות. בבי"ח העמק הוסיפו מיטה 6 על 5 מיטות.

**יעל:** זה נראה לך גבוה מדי?

**דוברות:** גבוה מאוד. אולי אני טועה.

**דוברות:** זה גבול עליון.

**דוברות:** אז טיפול נמרץ או מסגרות אחרות, זה יכול להיות בקהילה או מוסדות אחרים.

**יעל:** זה כבר משנה לנו את התמונה לחלוטין.

**דוברות:** הנתון שבתי"ח מדווחים עליו זה כמה מונשמים נמצאים מחוץ לטיפול נמרץ ללא הפרדה במצבם.

**יעל:** הוא מדבר על 8 בתי"ח ממשלתיים.

**דוברות:** צריך לפנות לראש האיגוד של טיפול נמרץ, והם יספקו לנו תמונה ברורה.

**יעל:** מי צריך לפנות?

**דוברות:** אני מוכן. איזה אינפורמציה אנחנו רוצים?



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**יעל:** מה המחסור של מיטות טיפול נמרץ ומה המחסור מתוכן של מונשמים?

**דוברות:** גם אם זה קצת פחות, זה מראה שיש חוסר גדול. גם 100 מיטות זה לא מעט.

**דוברות:** זה מחוסר ברירה או מתוכנן? אם יש שם יחידה...

**דוברות:** זה ברירת מחדל. ניהלתי מערכת בת 18 שנים שהייתי צריך להתחנן למיטה בטיפול נמרץ לבן 45. יש מיטות תפוסות על ידי בני 80 שלפעמים מתאשפז לחודשיים. זה מקום לא טוב, הצוות לא מוכשר לזה והם לא נמצאים 24/7, אני הייתי עד לזה. כשהחולים לא מטופלים טוב זה ברירת מחדל כדי לשרוד את החורף בעיקר.

**דוברות:** כן, בדקו את זה. מעניין לראות מה יוצא מזה. אם התמותה הייתה גבוהה, אז מה קורה בשחרור שלהם. צריך להשיג את זה, אבל זה לא מקובל בעולם.

**דוברות:** אם זו יחידה שנותנת פחות שירותים מבחינת העלות שלה בפנימית ובטיפול נמרץ, אז למה לעשות את זה בפנימית?

**דוברות:** התקנון בטיפול נמרץ הרבה יותר נמוך.

**דוברות:** תאספו לנו נתונים ונדבר על זה. נעבור לדבר על כ"א, המצגת הבאה. משימה שעלתה בסדנא.

### **\*\* מציג בפני הוועדה: ניר קידר, משרד הבריאות – כ"א. מציג מצגת (מצורף בקובץ PDF).**

**ניר קידר:** שלחנו אתמול נייר עם הרבה מאוד ראשי פרקים וסוגיות שאפשר לקבל בהם החלטות בנושאים האלה. יש הרבה דברים קשורים אחד לשני ויש השפעות גומלין. שמתי כמה שקפי רקע כדי להזכיר לנו. אנסה להביא עוד נתונים בהפסקה. ניזכר שוב בנתונים הללו, ואז נתחיל לדבר לפי הסדר על הנושאים השונים. אתחיל עם הרופאים. חשוב להגיד שמבחינת מה שקורה בשנים האחרונות נעשתה פעילות לגידול במספר רשיונות הרופאים, וזה נתון לא סופי. הגענו לשיא ב - 2013 מבחינת רופאים בוגרי ישראל - קיבלו רישיון 415 רופאים בוגרי ישראל, והיום כבר יסיימו 760. זה מספר שיא מאז שנות העלייה בשנות ה - 90. זה גידול משמעותי לעומת 600 שהיינו ב - 2004, 2008. הגידול הוא גם בבוגרי חו"ל. הסתכלתי גם מאיפה הם מגיעים, איפה למדו, חלקם יכולים להיות עולים חדשים. שמתי מדינות רק עם מעל 10 מקבלי רישיון, ויש פה זנב ארוך - הונגריה, ירדן וסוריה וכו'. בדקנו גם לאורך הזמן מבצעים שעשה משרד הקליטה במדינה מסוימת.

**דוברות:** מאוד מפתיע שאין מצרפת.

**דוברות:** הם פחות מ - 10.

**דוברות:** זה רק רופא כללי?

**דוברות:** יכול להיות שהוא הגיע מומחה או כבר אחרי שסיים ב"ס לרפואה. אם קיבל רישיון בישראל ועבר לחו"ל, זה לא נחשב בספירה כאן כי לא נפרדים מרישיון בישראל, רק במקרה של מוות או ביצוע פשע. זה בעצם מראה לנו את ה - 589.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** לגבי תלמידי חו"ל, אנחנו יודעים כמה יוצאים מכאן ללמוד שם?

**דוברות:** אני לא יודע, אין נתון כזה.

**דוברות:** זליגת מוחות לא חוזרים לארץ בסוף...

**דוברות:** זה גם עולים חדשים.

**דוברות:** חלק מהסטודנטים שלנו לומדים בחו"ל וחלקם מגויסים למדינות אחרות ולא חוזרים לארץ, במימון של המדינות האחרות. אז מעניין לבדוק כמה אנחנו מסבסדים מדינות אחרות כי זה הון אנושי שלנו. חינכתי אותם 18 שנה ובמקום לשרת ישראלים הם משרתים זרים. בעולם של מצוקה של כ"א אני רוצה להבין מה המדיניות שלי.

**ניר קידר:** משרד הבריאות מעודד את הסטודנטים שלומדים בחו"ל להירשם בארץ, למשל רישום למקום לסטאז', זה עוזר בתהליכי הקליטה בארץ. צריך להירשם באתר של משרד הבריאות כסטודנט שלומד רפואה בחו"ל, כדי שנדע תוך כדי הלימודים כמה באמת עושים את זה. אני יכול לראות כמה מהם ילידי הארץ, וגם את זה אפשר לפלח לעולים חדשים.

**דוברות:** מטריד אותי כמה לא חזרו.

**ניר קידר:** יש גם כאלה שלא סיימו. אנחנו מנסים לשמור איתם על קשר תוך כדי הלימודים ולנסות באופן אקטיבי לגרום להם לחזור לישראל.

**דוברות:** מה לגבי שיחזרו ללמוד פה ולא רק לעבוד פה?

**ניר קידר:** יש הרבה פעילות בעניין הזה. זה רק כדי להיזכר בדברים, נגיע לשם. מבחינת רופאים מועסקים, אנחנו קצת מעל הממוצע ב - OECD, אבל שיעור הרופאים נמצא במגמת ירידה. סוגיה נוספת בודקת מספר בוגרים בבתי"ס לרפואה. אפשר לראות שאנחנו במקום התחתון, ולפי 760 שהתחילו את הלימודים בשנתיים האחרונות, אנחנו אמורים להגיע ל - 9-10 שזה קרוב לממוצע, אבל יקח כמה שנים להגיע לשם.

**דוברות:** אתה לא יודע מה קורה במדינות אחרות.

**ניר קידר:** תוך כמה שנים נתקדם לא למקום האחרון, ובמדינות אחרות אי אפשר לדעת.

**דוברות:** הממוצע של היום יכול להשתנות.

**ניר קידר:** בדו"חות שלהם הם קוראים להגדלת מספר הרופאים כל הזמן. יש פה כמה תרחישים – האם יהיו כל שנה 1,200 או 1,300 רשיונות. תוך כמה שנים כמעט בכל תרחיש נרד מתחת ל - 3 רופאים ל - 1,000 נפש. אנחנו מגיעים לרף של 1,300 לשנה וזו מגמה של ירידה מתונה. יש לנו היום גל של פרישת רופאים, 900 רופאים כל שנה מגיעים לפרישה וזה נתון משמעותי. הם עוזבים את המערכת בגיל פרישה, בגלל גל העלייה זה המספר. באחיות אפילו נהיה עוד יותר. זה כבר לא ירד יותר.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** עכשיו זה שיא הפרישה שלהם.

**ניר קידר:** צריך לזכור שבזמן הזה מדינת ישראל מזדקנת. השיעור פה לא מתוקן לגיל אחרת היינו מרגישים את הירידה הזאת. הצרכים של האוכלוסייה היו גדולים יותר בגלל ההזדקנות. בהמשך נדבר על לכמה צריך להגדיל.

**דוברות:** הפורשים עכשיו מגיעים לגיל 67 וחלקם ממשיכים לעבוד בתאגיד. זה מתחשב בזה? אנחנו בפועל לא מאבדים אותם, אולי רשיונות ולא כ"א בפועל.

**ניר קידר:** יש גם הרבה אנשים שפורשים לפני גיל 65. מספר בעלי הרישיון פה כולל בעלי רישיון שנמצאים בחו"ל. חלקם פורשים מהמקצוע לפני גיל 65 וחלקם עובדים גם אחרי גיל 67.

**דוברות:** פרופ' שוקי שמר העלה את הסוגיה כשביקרנו באסותא, שמחייבים את הרופאים לפרוש.

**ניר קידר:** זה לפי צרכי המערכת במקצועות מסוימים. זה לא מפחית מהבעיה. אנחנו רואים את זה גם בפתיחת פנקסי התמחות, וזה לא כולם מתמחים חדשים. 70% מהפותרים זה להתמחות ראשונה, והשאר להתמחות שנייה. פה אפשר לראות קצת את השפעת התמריצים מהשנים האחרונות – במצגת. היה גידול בפנימית, בהרדמה המספר הוכפל. אלו מספרי פתיחת רישיונות. נראה גם בגריאטריה, כלומר יש השפעה משמעותית לתמריצים האלה, אבל אנחנו לא יודעים מה יקרה איתם בהמשך. התמריצים עשו באמת שינוי משמעותי. יש מקצועות שזה לאו דווקא השינוי המתבקש. אנחנו מדברים פה על מספרים יחסית קטנים. רפואת משפחה זה מקצוע שמאוד דאגנו ממנו בשנה שעברה. בגלל התמריצים לפנימית, הרבה רופאים הלכו לשם ולא למשפחה. בנתוני 2013 הופתעתי, צריך לראות מגמות לאורך שנים. היו אמורים לתת תמריץ גם לרופא משפחה בפריפריה.

**דוברות:** השינויים המגדריים גורמים לזה שהרבה נשים מעדיפות את זה, כי זה מתאים לבניית משפחה.

**דוברות:** בשני סוגי הטיפול הנמרץ יש הרעה במצב? גם בכללי וגם בילדים?

**ניר קידר:** אני לא בטוח שבשניהם. שניהם היו ברשימת התמריצים.

**דוברות:** כן, דירגו את זה כמקצוע במצוקה א'. זו עבודה קשה והם פול טיימרים לכל דבר. הרופא לא יכול להנשים בביתו, הוא יכול להתפרנס רק בבי"ח.

**יעל:** דובר על זה שזה ירד בצורה דרסטית.

**דוברות:** נכון, שמו אותו במצוקה א'-א' וזה לא עזר לו להמריא.

**יעל:** יש גם תחומים שהתאוששו.

**דוברות:** זה שקף מאוד חשוב שמשקף את המצוקות טוב.



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**דוברות:** הייתה יותר דיפרנציאציה בתמריצים כדי לכוון למקומות ספציפיים וכדי לנהל את זה יותר טוב. צריך להיות משהו דינאמי ביחס לצרכי המערכת.

**ניר קידר:** זה רק בשביל הרקע לדיון. נתון מעניין מאוד זה מספר בעלי הרשיון בישראל שנמצאים בחו"ל תקופה ארוכה. יכול להיות שחלקם זה בהתמחות נוספת, אבל יש מקצועות שזה מאוד בולט כמו הרדמה, עברו למקומות אחרים. יש לנו הרבה מאוד כ"א שהוכשר וקיבל רישיון בארץ ולא נמצא כאן.

**דוברות:** זה תלוי אם ה – 12% האלה מתייחס למבקשי שהות ממושכת או שמבטא אנשים שנוסעים לשנה-שנתיים וחוזרים.

**ניר קידר:** בכל זמן נתון, 10% לא נמצאים פה.

**דוברות:** אם זה מבטא העשרת הכשרה אז זה בסדר וצריך לעודד את זה.

**ניר קידר:** אנחנו נבקש חיתוך של מעל 5 שנים ואז הקבוצה הזאת תצא. גברים עובדים בבתי"ח יותר מאשר נשים. זה מבטא העדפות למקצועות נשיים וגבריים יותר. נשים עובדות פחות שעות, ויש לכל הנתונים האלה השלכות על המערכת. הרבה דברים נשמעים שליליים, אבל זה משפיע על התמהיל.

**דוברות:** צריך להסתכל איך זה משפיע על תפיסת התחום, ואנחנו רואים את זה בחינוך. כשנכנסה מאסה של נשים, איך זה השפיע על התנהגות הגברים באותו מקצוע, זה הוריד.

**דוברות:** אני שמעתי בהרצאה באוניברסיטת ת"א שהפמיניזציה של התחום מורידה את השכר שלו. זאת הבעיה המרכזית של המערכת, לא יודעים איך למתן ציפיות שכר.

**דוברות:** זה מעודד תפיסה של משמרות ולא דווקא על רצף ארוך של שהייה בבי"ח. נקודה למחשבה.

**ניר קידר:** לגבי אחיות – היו שינויים מאוד משמעותיים אצלן בשנים האחרונות. בשקף – אפשר לראות את חיסול ענף האחיות המעשיות בישראל. אם היו לנו כמה מאות כל שנה שנכנסו למערכת, עקב החלטות המשרד זה ירד כל שנה עד לחיסול, ומגיע בקושי למספרים דו ספרתיים. בשנים האחרונות אנחנו רואים מגמה של עלייה במספר האחיות שמקבלות רישיון בצורה דרמטית. בשנים הראשונות הפסקת האחיות המעשיות פגעה מאוד באחיות, והשאלה היא מה תמהיל האחיות בישראל. בדיון על האחיות נפרס את כל התמונה הזאת. עוד מעט נדבר על רצף האחיות וההכשרה שלהן. פה זה באמת מראה את התמונה של מה שקרה בשנים האחרונות. אם נסתכל על מצבנו בעולם, אלו גרפים דומים לרופאים. שיעור האחיות ל – 1,000 נפש – אנחנו נמוכים בצורה משמעותית מה – OECD. בגלל הצעדים שמשרד הבריאות עשה, נגיע ל – 30 ל – 100,000 נפש. זה עדיין נמוך אבל פי 2.8 מ – 2011.

**דוברות:** זה מתייחס לכל האחיות על סוגיהן?

**ניר קידר:** ההגדרות של האחיות לא אחידות בכל העולם. זה הרבה פחות אחיד מרופאים.





לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** יש מדינות שעושות catch up כמו שאתה רוצה לעשות בישראל, ויש מדינות כמו שווייץ שנשארות ברמה מאוד גבוהה.

**דוברות:** השאלה היא אם זה אפשרי שהאחיות ילכו בכיוון כמו כאן, שיש להן הכשרה הרבה יותר רחבה. מאוד מקפידים על זה, זה מאוד חשוב במדינות אחרות.

**דוברות:** פה הפרופסיה דוחפת לזה שכולן רוצות להיות אקדמאיות ולנהל מחלקה, ושכחו שצריך לעשות גם פעולות פשוטות.

**ניר קידר:** כל שנה מגיעות לגיל פרישה למעלה מ- 200 אחיות וצריך להכניס במקומן. זה מראה את הצפי לשנים הבאות מבחינת מספר אחיות – צפי לאחות מוסמכת עם B.A., צפי לבוגרי תעודה, צפי לאלה שעשו הסבה ולמי שאמור להגיע מחו"ל. בדומה למקצועות אקדמאיים אחרים, למעלה מ- 20% פורשים תוך כדי לימודי הסיעוד וזה נתון בעל השפעה אדירה. כל שינוי פה יכול להביא עוד כמה מאות אחיות כל שנה. אם נעשה פחות מסננים, שיעור הפרישה ישתנה. יש גם אחיות שמגיעות לעבודה ואז פורשות כשהן רואות את אופי העבודה. מספר הפרישה יותר מהוכפל. אנחנו אמורים להגיע ל- 2,300 בוגרים תוך כמה שנים, ומה זה יעשה לשיעור? 2 סימולציות – עם 20% פרישה, ומה קורה אם נצליח להוריד את שיעורי הנטישה ל- 12% במהלך הלימודים. זה שובר את המגמה ארוכת השנים של ירידה בשיעור האחיות ל- 1,000 נפש. השורה האחרונה זה אחרי שפרשו.

**דוברות:** מהלימודים או מהמחלקות?

**ניר קידר:** סטודנטים שהיו אמורים לסיים באותה שנה.

**דוברות:** מי זאת האוכלוסייה שעושה הסבה?

**ניר קידר:** קבוצות של אנשים שלמדו רפואה בעיקר.

**דוברות:** יש גם הרבה אנשים שעושים תארים כלליים במדעי הרוח או החברה שלא מביאים פרופסיה, וזה בעיה ביציאה לעבודה. אני מכירה נשים שלמדו קולנוע ואומנות, B.A. כללי בהיסטוריה, וכשיצאו לשוק העבודה הבינו שהן צריכות מקצוע מפרנס ועשו הסבה.

**ניר קידר:** נגיד אנשים שלא הצליחו לעבור בחינות רישוי לרפואה. יש להם תואר מוכר אבל הם לא עברו את בחינות הרישוי.

**דוברות:** המחזור של סיעוד הרגיל, מתוך 40-50 בכיתה יש 2-3 ישראלים, כל היתר הם מבריה"מ או מהמגזר הערבי. בהסבת אקדמאים, יש משהו כמו 50% ישראלים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**ניר קידר:** הנה שקף שמראה על אחיות בעלות רישיון שלא מועסקות במקצוע. מתוך קבוצת אחיות בגילאי 55-59 13% מבעלות הרישיון לא עובדות במקצוע, וזה הולך ועולה. יש לנו גם פוטנציאל של אחיות עם רישיון שלא עובדות במקצוע.

**דוברות:** גילאים מבוגרים יותר זה לא רלוונטי.

**דוברות:** זו שחיקה עצומה.

**ניר קידר:** זה מראה על פוטנציאל מסוים של אחיות שנטשו את המקצוע. מי שמסיים גילאים 20-24 ופורש זה יותר במגזר הערבי, כי הן גרות בצפון ומחפשות עבודה. ספציפית בצפון המצב שונה.

**דוברות:** יש שם מחסור? יש מחסור בדרום ועודף בצפון.

**דוברות:** השאלה איפה. בגליל אין בעיה, בחיפה כן, הן לא מוכנות לעבוד שם.

**דוברות:** מבחינת התכנון, מה שקורה זה אם ות"ת נותנת אישור להרחיב לימודי סיעוד במכללות באזור הצפון ובאים ללמוד שם אבל יש עודף, ודווקא לאוכלוסיה הזאת קשה לומר לכי תעבדי בדרום גם אם יש תמריץ רציני, זה משהו בתכנון. כשאמרתי אתמול את זה בישיבה אמרו לי שזה להיפך.

**דוברות:** יש פחות נידות, זה משהו משפחתי ומסורתי, בעיות מגזריות.

**ניר קידר:** לא בטוח שעל הכל הוועדה צריכה להמליץ, ונפתח את הדיון קודם כל על הרופאים. בהתחלה נדבר קצת על מספר הרופאים ואיך אפשר למצות אותו ולהביא עוד רופאים מחו"ל ולהשאיר רופאים בארץ. ניהול התמחויות, תפקידי רופא שאפשר להפנותם לבעלי תפקיד אחרים. בפתח הדיון חשוב להדגיש שכל החלטה תגרום לכך שיהיו יותר או פחות רופאים ואחיות, וכנ"ל פרדמיקים. יש לזה השפעה על כמה מהם צריך ואולי נצטרך בסופו של דבר פחות. צריך להסתכל על זה כמכלול. אפשר להגיד שבועדה אנחנו לא רוצים לתת המלצות בחלק מהדברים ואת מקימה תת-צוות, או שמשרד הבריאות זה בעבודה השוטפת שלו ולא חלק מהעבודה של הוועדה. זה לא לפתור בעיות כ"א אלא לחזק את מערכת הבריאות.

**יעל:** זה נושא מקצועי שצוות בתוך המשרד צריך לשבת עליו, והוא גם לא מתחיל מאפס. אני כן אשמח ואדבר ואבקש שיעשו את זה בתוך שבועיים-שלושה, ואת המסקנות יביאו בפני הוועדה כדי שנוכל להעיר ולשבץ בתוך המסקנות הסופיות. אין לנו זמן, ואני רוצה להתקדם לקראת מסקנות ולכן נוציא את זה לצוות מקצועי.

**ניר קידר:** יש צוות במשרד שהוציא דו"ח ב- 2010 עם הצעות שלא יושמו. הגורמים שישבו בו יכולים לעזור.

**יעל:** אותו צוות מקצועי בראשותו של פרופ' רוני גמזו ואולי דר' טוביה חורב. ייקחו את המסקנות של 2010, יעשו חשיבה על הנושא ויביאו את זה הנה בסופו של דבר. אם ניתן לצוות הזה גושפנקא ציבורית אז נדון, אבל לא נתווכח על זה וניכנס לעומק.





**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**ניר קידר:** ניסינו להביא במסמך הזה המלצות מהעבר.

**יעל:** אני רוצה שזה יעבור עוד מסננת מקצועית.

**דוברות:** אני חושבת שאנחנו יכולים להסתפק בתמונת מצב מסוימת בדו"ח, ויש כמה דברים שאפשר להציג כיעדים לטווח ארוך.

**יעל:** הייתי רוצה שאת כל המסקנות האלה נעביר, ואולי נוסיף עליהן. אני ארגיש יותר בטוחה שזה יעבור עוד צוות מקצועי במשרד ואז יגיע לפה. אני רוצה שזה יהיה בתוך המשרד, ואז יעבירו הנה ונחליט אם אנחנו רוצים לאמץ. זה עניין של משרד הבריאות.

**דוברות:** אני חושבת שכן לוועדה יש 2 שיקולים מרכזיים – עניין הצרכים וגם במקביל את העניין של ביקושים קיימים בשנים האחרונות.

**דוברות:** ופונקציות חדשות במערכת כמו עוזרי רופא.

**דוברות:** כן. השיקול הזה בו המערכת נמצאת במצוקה של כ"א רפואי, וזה משפיע על עלויות השכר והתרומה למערכת לאורך השנים, זה משמעותי. אני לא חושבת שהוועדה צריכה להיכנס לדברים הקטנים, אלא איזה דברים מרכזיים היא חושבת שצריך לעשות בתחום הכ"א.

**יעל:** בואו נעשה סבב של הערות לדברים חשובים. למשל היבטי התמחויות, עליית השכר המשתוללת ביחס לכמות כ"א זה גם נושא שאני רוצה להכניס לתוך המנדט של הצוות הזה, ואם יש עוד הערות במסגרת המנדט של הצוות זו ההזדמנות, לפני שזה יחזור אלינו.

**דוברות:** המכתב של כרמי בנושא הנשים במערכת.

**יעל:** מגדר - פנטסטי.

**דוברות:** דינמיות של יעדים תוך התייחסות לשינויים דמוגרפיים וטכנולוגיים. ברור שצריך לייצר יעדים דינמיים, שלא נמצא עצמנו בסיטואציה כמו היום. שימוש בטכנולוגיה ופונקציות תוספתיות, וגם סוגי כ"א ורמת התחלופה ביניהם.

**יעל:** וגם התאמת כ"א לטכנולוגיות החדשות, כמו "דה וינצ'י".

**דוברות:** גם ניהול זמן יעיל לתפקידים השונים, כמו ניהול מלאי של אחיות.

**דוברות:** חלק מזה נמצא במסמך של ניר.

**יעל:** את התכוונת להמרה. זה חשוב מאוד.

**ניר קידר:** אני ארוץ על המסמך – מצורף.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** עיקרון מנחה זה שאנחנו מעדיפים שילמדו בארץ, כי ברגע שהם לומדים בחו"ל יהיו כאלה שלא חוזרים.

**יעל:** המשמעות היא לפתוח בתי"ס נוספים.

**דוברות:** מבחינת סכומי הכסף, עדיף שישלמו בארץ ולא בחו"ל.

**יעל:** זה משמעותיות כספיות כבר. כמה עולה תלמיד? 400 אלף?

**ניר קידר:** לתקציב המדינה זה חוסך שהם לומדים בחו"ל.

**דוברות:** לא חייבים שהכל יהיה מסובסד, יכול להיות פתרון אחר.

**דוברות:** אפשר לפתוח מכללה לא מתוקצבת באשקלון.

**יעל:** צריך לשים תגי מחיר ליד כל מה שאנחנו רוצים ולתעדף, כי לא נוכל לקבל הכל מבחינה תקציבית. אני אישית חושבת שאם הרופאים חוסכים למדינה כסף שניתן למלר"דים במקום, אז עדיף.

**דוברות:** לא ברור שזה חוסך, צריך לראות.

**ניר קידר:** יש הרבה צעדים שאפשר לעשות בנושא כמו שבועות הוראה, האם אפשר ללמד יותר בקהילה, פחות שעות פנימית וכו'.

**יעל:** פרופ' ארנון אפק מדבר על זה שבעוד שנה-שנתיים אי אפשר יהיה ללמד ישראלים.

**דוברות:** מיצוי של תשתיות קיימות שהיום לא מנוצלות.

**דוברות:** להוסיף מקומות הכשרה.

**ניר קידר:** ממשיך בנייר. ניהול התמחויות – היום זה שוק חופשי, כל אחד הולך לאן שהוא רוצה. ייעול מהלך ההתמחות. ממשיך לתפקידי רופא – בנייר. זו אפשרות להשאיר את מספר הרופאים, אבל שיצטרכו לעשות הרבה פחות.

**דוברות:** מאוד התרשמתי מהשיח עם מפגש הסטודנטים, ויכול להיות שזה משהו שצריך לעשות יותר, לפתח את השיח איתם מבחינת המשרד. זה נראה לי יעד חשוב לשילוב.

**יעל:** בואו נוסיף את זה כעוד נקודה לצוות הפנימי - חיזוק קשר בלתי אמצעי עם הסטודנטים, לא דרך מתווכים.

**ניר קידר:** דיברנו על פורום שולחן עגול עם רופאים בחו"ל, אבל למה לא גם בישראל? רישוי – נותן תמונת מצב, ממשיך בנייר. שיפור סביבת העבודה של רופאים וכמה זה עוזר להם.

**יעל:** אני רוצה להוסיף נושאים נוספים שעלו משיחות שלי עם רופאים וסטודנטים – מעונות לילדים, מחקר ופתרונות מגורים – אפשרי בהחלט. תוסיף תעסוקה לבני הזוג, ואני מדברת על הפריפריה.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**ניר קידר:** לגבי האחיות – האם אפשר להגדיל את מספרן. המספר הוכפל וקשה למצוא אנשים שרוצים ללכת ללמוד סיעוד. האם אפשר לפתוח עוד אפשרויות כניסה למקצוע.

**דוברות:** צריך לגבש ולהבין כמה אחיות צריך ומה הפערים שצריך באמת למלא.

**דוברות:** פה צריך להרחיב את זה לצוות הרפואי.

**ניר קידר:** אם יש יותר אחיות מסוג מסוים, יכול להיות שזה אפשרי.

**יעל:** התמהיל בסוגים השונים.

**ניר קידר:** סוגיה נוספת לדיון זה תמהיל האחיות וסמכויותיהן. יש פה את הרצף שלהן – בנייר. יש רצף מאוד גדול על פני הנושא הזה.

**יעל:** היום אנחנו מכשירים אחיות בהתאם לצרכים שלנו.

**ניר קידר:** האם יש צורך לייצר כוחות עזר נוספים שיכולים למלא חלק מהמשימות של האחות, משהו שלא דווקא נקרא "אחות".

**דוברות:** אם תקרא לאחות מעשית "סייעת אחות" פתרת את הבעיה?

**יעל:** יש לנו בהכשרה וזה מאוד חשוב.

**דוברות:** באקדמיה יש פרופ' נלווה..

**דוברות:** לעניין ההכשרה, ניר הראה את העזיבה הגדולה. מאוד חשוב להראות את עולם התוכן כפרה-כניסה ללימודים כדי למנוע בזבוז של שנה במקום משהו אחר, אז הבניית החשיפה. האוכלוסייה שיכולה להתאים הרבה פעמים לא הולכת לצבא, ויכול להיות שזמן מתאים זה סוף י"ב.

**ניר קידר:** וגם לשנות את סדר התגמול לשנות הכשרה, שיהיה לך תמריץ להישאר בלימודים.

**דוברות:** גם אנחנו עושים את זה, לפי המסיימים ולא לפי המתחילים.

**דוברות:** יש גם עניין של תדמית, כולם אקדמאיים.

**דוברות:** חשיפה של מגזרים כמו חרדים, זה גם חשוב.

**דוברות:** יש בסיעוד.

**דוברות:** את המעשיות, את העוזרים, להכניס לתוך שוק העבודה.

**דוברות:** יש פעולות עידוד לפתוח תכניות סיעוד ייחודיות לחרדים.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**יעל:** זה יוצר בעיות במי הן יטפלו, אבל אנחנו מתנגדים לזה בגלל חוק השוויון, שהיא תגיד אני לא מטפלת בגברים או להיפך.

**דוברות:** למה תכניות לימוד ייחודיות זה לא מנוגד לחוק השוויון?

**יעל:** אני מדברת על מרפאות.

**דוברות:** לי אמרו בירושלים לשבת בתור נפרד.

**ניר קידר:** חוזר לשקף של תמהיל האחיות - בירוק זה סך הכל אחיות נטו שקיבלו רישיון כל שנה, ובכחול זה מוסמכות נטו. באדום זה אחיות מעשיות. אפשר לראות את היכחדות המקצוע של האחיות המעשיות.

**יעל:** זה תוצאה של מדיניות.

**דוברות:** חבל, עכשיו יהיה קשה לאושש אותו. קשה לך לעודד מישהי ללכת לאחות מעשית כשזה מקצוע נכחד.

**דוברות:** זה שיווק שלילי.

**דוברות:** בשנת 2000 זה היה 50-50.

**ניר קידר:** היה תמהיל, כן, היום זה לא ככה. שקף פרישת אחיות בשנים הקרובות - רוב האחיות שאנחנו מוסיפים ילכו להחליף אותן ולא דווקא לכיסוי הבור. כל שנה אנחנו מתחילים במינוס של 1,200-1,300 אחיות.

**דוברות:** בשקף ההכשרה גם רואים את מצבנו העגום. נתנו רישיון לאלף רופאים, ותיאורטית המצב באחיות קשה שבעתיים ואנחנו בקושי מגרדים את זה.

**ניר קידר:** רואים פה הכפלה של מספר הסטודנטים לסיעוד ששובר את המגמה. נפסיק להיות נמוכים אבל לא נעלה הרבה.

**דוברות:** אין רצון, גם אם תפתח עוד לא תצליח למלא.

**דוברות:** אין מועמדות בתור.

**דוברות:** אישרתם את עוזר רופא, אבל יש בעיות להכניס אותם עכשיו. הסיעוד בוכים על זה בצדק. יש מחסור קשה מאוד והן לא רוצות לתת לעוזרי רופא להשתלב, זה כאילו שהם מתחרים על אותה טריטוריה.

**דוברות:** כמו פרמדיקים.

**דוברות:** איך זה בא לידי ביטוי, ההתנגדות?

**דוברות:** הן מוחות, תוקעות מקל בגלגלים והולכות למשרד הבריאות.



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**דוברות:** גם לפרמדיקים יש לפעמים יותר סמכויות וזה מאבקי פרופסיה. זה מלחמות פרופסיונליות שפוגעות בחולים בסופו של דבר.

**יעל:** בוודאי גם להוריד את הרמה ולהעלות אותה, אבל הבעיה היא שהרמה באמת יותר מדי גבוהה, ממש לא צריך 4 שנים למקצוע.

**ניר קידר:** יש מגמה שהאחות תוכל לעשות טיפול נפשי CBT, אז היא תוכל להגיע למקצוע וגם יהיה לה מפלט. מאוד נוח לעשות משהו אחר בנוסף.

**דוברות:** נשמע לי ממש לא הגיוני.

**ניר קידר:** עוד 2 סוגיות – עידוד סטודנטים ממגזרים שונים, כי חלקם בייצוג חסר במקצועות הבריאות.

**דוברות:** מנתוני ות"ת של הסטודנטים לפחות, הם בייצוג יתר.

**יעל:** בסיעוד וברפואה. במשרד הבריאות יש ייצוג למגזר הערבי יותר גבוה מבכל משרד אחר.

**דוברות:** ובשוק העבודה בכלל.

**דוברות:** אחוז ההשתלבות בחינוך במקום ראשון בגלל החינוך בקהילה. המעסיק השני ברמה הארצית הוא משרד הבריאות. משרד החינוך הוא 5-6-7% בכל העובדים, לעומת משרדים אחרים שהשיעור בהם מתקרב לאפס, משרדי ממשלה אחרים. חינוך במקום ראשון בגלל האילוצים.

**ניר קידר:** סוגיה נוספת היא מנגנון התקינה שנבחן בצוות של עזיז שיובא למליאה.

**דוברות:** סיכמנו שצריך למנות לשם כך וועדה מקצועית במשרד.

**יעל:** זה מה שאמרנו קודם.

**דוברות:** זה לחוד, זה לא יהיה תוך שבועיים-שלושה, זה פרק זמן קצר מדי.

**דוברות:** אתה צריך צוות ייעודי במשרד שישב על זה, ולהתייחס לכל הצוות הרפואי, כולל טכנאים, אחיות, תקינה בכל מחלקה. משרד הבריאות, הר"י, משרד האוצר, שישבו עד שיצא עשן. התקינה שונה בכל מחלקה, ועכשיו היא עוד יותר שונה.

**דוברות:** אמרת שההיסטוריה היא ברזלים ולא פר מחלקה.

**דוברות:** היום זה שונה בין תקינה במחלקת עור לאוכלוסיה מזדקנת, למלקה פנימית.

**דוברות:** הסיפור של כ"א, ואנחנו מדברים על הצד המימוני, אבל זה הדבר הכי קריטי. מערכת הבריאות זה בני אדם, טכנולוגיה וכסף. בעיניי זה מאוד חשוב שתיעשה עבודה מקצועית, אבל אם לא נאמר אמירות, ואנחנו



לשכת שרת הבריאות

Minister of Health Department

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

יודעים שזה לא רק כוחו של המשרד להזיז, אם לא נגיד - דברים לא יזוזו. יש פה הרבה דברים שאם לא נכניס בהם אמירות ברורות, אנחנו עלולים למצוא עצמנו בסיפור חוזר.

**דוברות:** השאלה היא אם אנחנו יכולים לרתום קבוצה רב מקצועית ורב משרדית לעבודת פרך כזאת.

**דוברות:** לא רק תקינה אלא תכנון כ"א במערכת הבריאות בכלל. תכנון כ"א יש אצל דר' טוביה חורב. יש עקרונות ברורים שיתנו קריאה לכל המערכת. דווקא משיחות עם השחקנים בשטח הבנתי שזה לא מספיק שעסקים ימשכו כרגיל.

**דוברות:** לא להסתפק באמירה כללית אלא לבוא עם המלצות?

**דוברות:** עד לרמה מסוימת. התחום היחיד המתוכנן בהשכלה גבוהה הוא הרפואה. ות"ת והמשרד מתווכחים על כמה רופאים צריך, יש תמריצים ועידודים אבל יש חופש אקדמי וזה דורש תיאום במקרה הזה. אמירות מאיתנו יכולות להיות לטובת משרד הבריאות ומערכת ההשכלה הגבוהה. אם הוועדה לא אומרת שאנחנו צריכים את הרופאים בשטח ולחשוב איך עושים את זה, זה יהיה מאוד קשה.

**דוברות:** אמירה כזאת יכולה להיות, אבל מעבר לזה...

**דוברות:** אפשר להגיד שצריך להגדיל כדי להגיע ליעד כזה או כזה... אולי כן צריך לכלול המלצה למנגנון או למהלך שיעריך באופן קבוע את המצב, נגיד כל 3 שנים, לעדכן מדי פעם, לפעול בטווח הקצר כדי להשיג יעדים לטווח הארוך. נגיד פרסום דו"ח או הקמת וועדה, לא יודע, שיפסרמו דו"ח שיתאר את המצב הקיים, יעדכן יעדים וצעדים שנחוצים להשגתם. זה משהו שצריך לעשות אותו באופן שוטף או לפחות להמליץ עליו.

**יעל:** ניר, כרגיל עבודה בלתי רגילה. למרות שזה היה קצת מבוזר, אנחנו עושים עוד צעד קטן לקראת גיבוש מסקנות. את כל המסמך הזה נעביר לצוות מקצועי במשרד, ניתן לו שבועיים להגיש מסקנות, ונחליט אם כן או לא יש לנו כבר פרק, עשינו צעד רציני. אני ארגיש הרבה יותר נוח שיהיו לי הסמכות והידע במשרד.

**דוברות:** זה נכון גם מבחינת הידע שלנו. אני מאוד אשמח לקבל ידע מהמשרד.

**דוברות:** שלושת וועדות המשנה נמצאות לקראת התכנסות, וחשוב לנו המידע הזה. נעצור כאן בשלב זה.