

משרד הבריאות

הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים
בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה

תקציר

רקע כללי

הכשרת הרופאים עד קבלת תואר "מומחה" מתבצעת בשלושה שלבים: לימודי רפואה, סטז' והתמחות. שתי מערכות ציבוריות נפרדות עוסקות בהכשרת רופאי העתיד: האחת - מחלקות בתי החולים שבהם מתבצע חלק ניכר מהכשרת רופאי העתיד (להלן - "שדות קליניים"); והשנייה - הפקולטות לרפואה באוניברסיטאות הכפופות למועצה להשכלה גבוהה (להלן - המל"ג) והוועדה לתכנון ותקצוב (להלן - הות"ת) הפועלת במסגרתה, המסדירה ומתקצבת את לימודי הרפואה. לימודי הרפואה בארץ מתקיימים בחמש אוניברסיטאות וכך בבתי חולים כלליים-ממשלתיים, בבתי החולים הפסיכיאטרים, בבתי החולים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית) ובבתי החולים הציבוריים. היחסים והממשקים שבין בתי החולים והפקולטות נקבעו באמצעות הסדרים שונים. במהלך השנים 2010-2014 פעלו מספר ועדות מטעם המל"ג בנושאים הנוגעים להכשרת רופאים.

ב-2015 הנפיק משרד הבריאות 1,259 רישיונות חדשים לרופאים, 540 מהם (43%) ישראלים בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל¹. בשנת תשע"ו (2015-2016) למדו רפואה בישראל 3,839 סטודנטים ישראלים ועוד 537 סטודנטים זרים². כמו כן, אלפי סטודנטים ישראלים לומדים רפואה בחו"ל.

פעולות הביקורת

בחודשים מרץ-ספטמבר 2017 בדק משרד מבקר המדינה את הסדרת ההכשרה של רופאים בין גופי הבריאות ובין האקדמיה. בין השאר נבדקו: עומס הסטודנטים בשדות הקליניים; ההסכמים בין בתי החולים לאוניברסיטאות; בחינת הרישוי לבוגרי חו"ל; שנת הסטז'; אי תכנון מקומות לביצוע התמחות; איכות לימודי הרפואה והיעדר תמונת מצב בנוגע למספר הרופאים המועסקים במערכת הבריאות. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, במל"ג-ות"ת, בחמש הפקולטות לרפואה, בבתי חולים ממשלתיים ובבתי החולים של הכללית. חלק מהמידע התקבל ממענה לשאלות שהפנה משרד מבקר המדינה לאוניברסיטאות ולבתי החולים. בדיקות השלמה נעשו

1 כשליש מהרישיונות שהנפיק המשרד ב-2015 היו לבוגרי מזרח אירופה. בוגרים מחו"ל מגיעים מכל העולם כשארצות הלימוד העיקריות ב-2015 היו: הונגריה - 101, רומניה - 90, איטליה - 73 וירדן - 61.

2 סטודנטים שלומדים במסגרת של תכניות חו"ל ומקבלים תואר דוקטור לרפואה שאינו זהה לתואר של הסטודנטים שלומדים בתכניות הישראליות, ואינו מקנה להם רשות לעסוק ברפואה בישראל.



ההוראה בבתי
החולים במסגרת
"השדות הקליניים"
אינה מוסדרת.
למשרד הבריאות
ולמל"ג-ות"ת אין
תמונת מצב מלאה
בנוגע למספר
השדות הקליניים
הקיימים ולפיזורם
בין כלל בתי
החולים; ועומס
הסטודנטים בשדות
הקליניים שניתנת
בהם הכשרה
קלינית מלמד כי
קיימת מצוקה של
שדות קליניים

בכללית, במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), בהסתדרות המדיצינית הדסה הכוללת את בתי החולים הדסה עין כרם והדסה הר הצופים (להלן - הדסה) ובאגף התקציבים באוצר.

הליקויים העיקריים

שנות הלימוד הקליני - עומס הקיים במחלקות האשפוז

אי-הסדרת כללים להתקשרויות להפעלת "השדות הקליניים": ההוראה בבתי החולים במסגרת "השדות הקליניים" אינה מוסדרת. משרד הבריאות שאמור להיות גם גוף מנחה לא קבע הוראות להפעלת השדות הקליניים וגם המל"ג-ות"ת לא הסדירה את חלקה. היעדר הסדרה בראייה לאומית מקיפה מעוררת בין השאר מחלוקות בין שני המאסדרים בנוגע לגבולות האחריות שלהם. כתוצאה מכך אין ראייה מערכתית כוללת ותכתיבי השטח קובעים את הפעלת השדות הקליניים.

בשנים 2015-2017 קידמה מל"ג-ות"ת טיוטות הסכם על בסיס המלצות דוח גלזר-ישראלי אותן אימצה הות"ת ב-2013 ובהן כללים והגדרות בעניין ההתחשבות שבין האוניברסיטאות לבתי החולים בסוגיית ההוראה בפקולטות לרפואה בישראל, לרבות מדדים לתגמול בתי החולים בגין ההוראה הקדם קלינית (פרה-קלינית) והקלינית. עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2017, עדיין לא גובש נוסח סופי של ההסכם וממילא הוא עדיין לא נחתם. זוהי "גרירת רגליים" מתמשכת של מל"ג-ות"ת.

כשל בהסדרת מצאי "השדות הקליניים" בבתי החולים: בעשור שבין השנים תשס"ו (2005-2006) לתשע"ו (2015-2016), עלה בעקביות מספר הסטודנטים לרפואה (למעט תשע"ה). למשרד הבריאות ולמל"ג-ות"ת אין תמונת מצב מלאה בנוגע למספר השדות הקליניים הקיימים ולפיזורם בין כלל בתי החולים. היעדר תמונת מצב מהימנה במשרד על הסטטוס של השדות הקליניים מעמיד מחסום של ממש לפני מתכנני המערך של לימודי הרפואה בארץ. היעדר המידע בשאלות כמו - האם מספר השדות הקליניים נותן מענה לצרכים הקיימים, מהו הצפי לצרכים העתידיים וכיצד יש להיערך לקראתם - אינו מאפשר לתכנן בצורה מושכלת את מספר הסטודנטים שיוכשרו בפקולטות לרפואה. למל"ג-ות"ת ולמשרד גם אין תכניות עבודה שכוללות היערכות עתידית לגידול במספרם של לומדי רפואה. זהו מחדל של משרד הבריאות ומל"ג-ות"ת.

עומס הסטודנטים בשדות הקליניים שניתנת בהם הכשרה קלינית מלמד כי קיימת מצוקה של שדות קליניים; נמצא שבמחלקות רבות עולה מספר הסטודנטים המקבלים את הכשרתם הקלינית בסבבים על המספר המומלץ - שמונה סטודנטים לקבוצה - ולעתים אף מגיע ל-12 סטודנטים ויותר. מצוקה זו היא חסם להכשרה קלינית מספקת של סטודנטים; כדי להתגבר עליה


הפקולטה והמחלקה מגדילות לפעמים את מספר הסטודנטים בקבוצת הלימוד בשדה הקליני, והעומס הגדול מדי אינו מאפשר לימוד אפקטיבי. המצוקה אף גורמת תחרות לא ראויה בין הפקולטות לרפואה על שדות קליניים בבתי חולים; כגון טענות על הפעלת לחצים על הפקולטות לרפואה מצד בית חולים, שמבקש לאפשר לקיים בו הוראה קלינית, אף שלדעת פורום הדקאנים לא ברור אם הוא מתאים לכך.

השילוב בין מצוקה במקומות להכשרה קלינית, לתחרות בעיתית ויצירת הסכמים כובלים והיעדר הסדרה רגולטורית פותח פתח ל"שוק פרוע" - הפעלת לחצים, קביעת התניות, העלאת דרישות והצעת תשלומים שאינם מאוזנים ובלבד שניתן יהיה להבטיח את ההכשרה הקלינית. קיימים פתרונות פשוטים יחסית להוספת שדות קליניים בבתי החולים שלא נבחנו, ואולם היעדרה של ראייה מערכתית מקיפה אינה מאפשרת להוסיף שדות אלו. וקיים עומס רב בשדות הקיימים עקב כשל באסדרה וניהול לקוי.

אי-הסדרה של תהליך ההכרה במחלקות לצורך הכשרה קלינית: למל"ג, לפקולטות לרפואה ואף למשרד הבריאות אין הליך של הסדרה שיטתית כלשהי שלפיו יוכרו מחלקות כבעלות סמכות להכשרה קלינית. אף שמצופה כי המל"ג בשיתוף משרד הבריאות, מתוקף אחריותם כמאסדרים של מערכת ההוראה והבריאות, יגדירו אמות מידה לצורך זה - הם לא עשו זאת, ואף אינם דורשים לאשר הסמכה של מחלקה להפעלת שדה קליני. תהליך זה יכול לתרום גם להגדלת מספר השדות הקליניים בהם מכשירים סטודנטים.

הצורך בצמצום מספר הסטודנטים מחו"ל הלומדים בתכניות ללימודי רפואה בארץ בשל המצוקה בשדות קליניים: בשנת תשע"ו (2015-2016) למדו בארץ 537 סטודנטים מחו"ל, שהם כ-12% מ-4,376 הסטודנטים בכל הפקולטות לרפואה בארץ. כחלק מהכשרתם גם הם חייבים בהכשרה קלינית במסגרת השדות הקליניים. שכר הלימוד של סטודנטים אלו הוא מקור הכנסה למוסדות. המל"ג ומשרד הבריאות לא בדקו את השפעת הצורך לספק שדות קליניים גם לסטודנטים זרים, נוסף על העומס של הסטודנטים הישראלים הקיים ב"שדות הקליניים". ועדת אנדורף³ המליצה לצמצם בהדרגה את מספרם ולקבוע להם מכסה מרבית. ואולם, בפועל, אף שחלפו חמש שנים מאז אימצה הות"ת את ההמלצות - הן טרם יושמו. יתר על כן, לא זו בלבד שמספר הסטודנטים מחו"ל לא הצטמצם - הוא אף עלה בשנת תשע"ו (2015-2016). מל"ג-ות"ת לא אכפה על האוניברסיטאות ליישם את ההמלצות ולא עקבה אחר יישומן ובכך הפכה את החלטתה לאות מתה, וגם משרד הבריאות גילה אוחלת יד כשלא מילא את חלקו באחריות זו. בכך לא מילאה המל"ג, הגוף האמון על קידום ההשכלה הגבוהה בישראל, את תפקידה כראוי. משרד מבקר המדינה מעיר למל"ג, לות"ת ולמשרד הבריאות על התנהלותם בכל הקשור ליישום המלצות ועדת אנדורף.

3 ועדה מטעם המל"ג שעסקה בדרכים האפשריות להסדרת ההכשרה הקלינית לרפואה המתקיימת בישראל לסטודנטים ישראלים זרים.


 מאז נקבעה מתכונת
 הבונוס הנדיב,
 המוענק רק למסיימי
 קורסי ההכנה
 לבחינת הרישוי,
 לפני יותר מ-25
 שנה, לא בחנה
 ועדת הבחינה את
 תוצאותיה של
 הטבה זו, ובעיקר לא
 בדקה כמה נבחנים
 עברו בהצלחה את
 מבחן הרישוי רק
 בזכותו. גם משרד
 הבריאות לא עשה
 זאת

מצוקה קשה בהכשרת רופאים בבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית: תמונת המצב העולה מהאופן שבו מתנהלים השדות הקליניים של בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית מדאיגה ביותר. לגידול שחל בשנים האחרונות במספר הסטודנטים בבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית⁴ לא ניתן מענה בהכשרה הקלינית ובשדות הקליניים. כך למשל, בשנת תשע"ז הוכשרו קלינית 15 סטודנטים בממוצע בכל אחת מארבע מחלקות הילדים בבתי החולים שבהסכם עמה, ובמחלקה הנורולוגית באחד מבתי החולים לא פחות מ-27 סטודנטים.

ישראלים בוגרי פקולטות לרפואה בחו"ל שנקלטים בארץ

ריבוי של בוגרי מוסדות בחו"ל בין מקבלי הרישיונות: השיעור הגבוה של רופאים ישראלים שלמדו בחו"ל וקיבלו רישיון לעסוק ברפואה בישראל (להלן - רישיון לעסוק ברפואה) מצביע על כך שמדינת ישראל נסמכת במידה רבה על בוגרי לימודי רפואה שאין לה השפעה כלשהי על התכניות להכשרתם. בכך המדינה מוותרת על יכולתה להכשיר את עתודת הרופאים הטובים ביותר שהיא זקוקה לה, ואינה מאפשרת להם ללמוד בארץ במסגרת לימודית, שהיא קבעה את מתכונתה, תכניה והצוות האקדמי שלה.

קורסי הכנה לבחינת הרישוי: קורס ההכנה נועד להכין עולים חדשים ותושבים חוזרים לקראת בחינת הרישוי של משרד הבריאות שעליהם לעמוד בה כדי לקבל רישיון לעסוק ברפואה. בסיום הקורס הם זכאים לבונוס בציון במבחן הרישוי. משרד הבריאות לא קבע הנחיות והוראות לבקרה על אופן הפעלתם של קורסי ההכנה ולפיכך לא ניתן להבטיח את רמתם האקדמית. כמו כן, הבונוס הנדיב המוענק רק למסיימי הקורסים, מאפשר קבלת רישיון לעסוק ברפואה גם כשקיים חשש כבד לכשירות המסיימים. רבים מאלו שלמדו בארמניה ומולדובה עברו את מבחני הרישוי בזכות הבונוס. מאז נקבעה מתכונת הבונוס, לפני יותר מ-25 שנה, לא בחנה ועדת הבחינה את תוצאותיה של הטבה זו, ובעיקר לא בדקה כמה נבחנים עברו בהצלחה את מבחן הרישוי רק בזכותו. גם משרד הבריאות לא עשה זאת.

אי-ידיעת השפה העברית: אגף הרישוי במשרד נותן את הרישיונות לעסוק ברפואה בלי שבדק אם מבקש שלא למד בארץ, אכן המציא אישור שיוכיח שיש לו ידע בסיסי בעברית. כתוצאה מכך ישנם רופאים שאינם שולטים כראוי בשפה העברית.

4 בשנת תשע"ב (2011-2012) למדו 849 סטודנטים לרפואה בבית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית. ובשנת תשע"ז (2015-2016) - 1,029 סטודנטים - גידול של 180 סטודנטים - כ-21%.

ליקויים בשנת הסטז' בסיום לימודי הרפואה

חוסר היערכות לעליה במספר הסטז'רים: משרד הבריאות לא נקט שום צעד ממשי כדי לתת מענה לגידול הניכר במספר הסטז'רים ובמספר המתמחים שאמור לבוא בעקבותיו מבחינת תשתיות וכוח אדם שיידרשו לשם כך. זוהי אזלת יד של משרד הבריאות העלולה להביא לידי כך ששנת הסטז' תהיה בלתי אפקטיבית.

אזלת ידם של משרד הבריאות, המל"ג ופורום הדקאנים בהסדרת ההפעלה של תקופת הסטז' – המשרד, הפקולטות לרפואה ופורום הדקאנים לא קבעו כללים בסיסיים להפעלת שנת הסטז' כמו: מטרות בסיסיות, חובות ההתלמדות, אמות מידה לעמידה בהצלחה בלימודי הסטז' ולהערכת הסטז'ר. הגורמים האחראים להפעלת שנת הסטז' - משרד הבריאות והמל"ג וכן פורום הדקאנים שהוא בעל עניין מהמעלה הראשונה בהבטחת יעילותו - כולם יחד וכל אחד מהם לחוד, הותירו לתכתיבי השטח בבתי החולים - יהיו אשר יהיו - לקבוע את אופייה של שנת הסטז'.

משרד הבריאות לא דורש ממנהלי המחלקות שבהן עובר הסטז'ר להעריכו במפורט ואין מדדים שעליו לעמוד בהם. בכך נפגמת התועלת המופקת מהסטז', ונוצר פתח שמנהל מחלקה יאשר עמידה של סטז'רים בדרישות של סטז' גם אם אינם כשירים דיים.

כשל בתכנון מקומות להתמחות לקראת תואר מומחה ברפואה

למשרד הבריאות אין מידע מרוכז על מספר מקומות ההתמחות שיש בכל מחלקה ובכל בית חולים. הוא אינו יודע כמה מהם מאוישים, כמה פנויים ומהו לוח הזמנים להתפנות של המקומות התפוסים. כמו כן אין לו תכנית רב-שנתית שתקבע את הצרכים העתידיים בכל תחום התמחות, וכמה מקומות הוא מתעתד להוסיף בכל תחום ובכל בית חולים. כל זה משקף ניהול לא מושכל של מערך כוח האדם הרפואי במדינה וכשל של המשרד בתכנון האסטרטגי שלו.

משרד הבריאות מודע למצוקת מקומות ההתמחות העלולה להחריף עם הגידול במספרם של הסטז'רים והסטודנטים לרפואה. ואולם, מלבד ההכרה בכך והצהרה על דאגה ועל כוונות, משרד הבריאות לא נקט פעולות כלשהן למניעת המצוקה כפי שעלתה בביקורת או לפחות לצמצומה.

התמחות לא מספקת במסגרת הקהילה

התמחות מועטה של רופאים בקהילה - רק מיעוט מקרב אלפי הרופאים המתמחים עובר הכשרה בקהילה. על אף המגמה הקיימת והצפויה להתרחב, של מצוקת כוח אדם ברפואת הקהילה (כגון רפואת ילדים ומשפחה), ועל אף הפניות של בכירי מערכת הבריאות למשרד בעניין הגדלת מספר המתמחים בקהילה, לא דן בכך המשרד ולא עסק בדבר. רק במועד סיום הביקורת הקים משרד הבריאות צוות ייעודי שימליץ על דרכים לעדכון מערך ההתמחויות כך שיינתן משקל רב יותר להכשרת מתמחים בקהילה. בנוסף, כפתרון חלקי וכצעד בכיוון הנכון משרד הבריאות גם גיבש מבחני תמיכה, שמטרתם לעודד את קופות החולים להגדיל את תקני ההתמחות ברפואת הקהילה ואולם שר הבריאות עדיין לא אישר אותם.

איכות לימודי הרפואה

אי-יישום המלצות לשינויים מערכתיים: המל"ג גילתה אוחלת יד כשהתעלמה מההמלצות של ועדה בינלאומית מקצועית שהקימה בשנת 2014 שנועדה לייעל ולשפר את מערך ההכשרה הרפואית. מדובר בהמלצות הנוגעות לסוגיות מרכזיות ברמה המערכתית והלאומית, שהיה ראוי שיקבלו תשומת לב ייחודית ויובילו לקביעת מדיניות מתאימה ולתכנית עבודה שתיגזר ממנה.

ההמלצות העיקריות

על המל"ג ומשרד הבריאות להוביל עבודת מטה בשיתוף פורום הדקאנים, ומנהלי בתי החולים, להסדרת התהליך של הכשרת הרופא בשדות קליניים. בכלל זה עליהם לקבוע תקן למספר הסטודנטים שישתתפו בקבוצות הלימוד, את מספר הקבוצות המרבי במחלקה, לבחון ולקבוע את מספר השבועות המרבי להוראה קלינית של כל מחלקה ואת אמות המידה להכרה ולאישור של מחלקה כמסומכת להכשרה קלינית. כמו כן עליהם למפות את היקף השדות הקליניים הזמין ברמה הלאומית. בהתאם לכללים שייקבעו ולתוצאות המיפוי עליהם לקבוע אם אכן קיימת מצוקה אמיתית בשדות הקליניים, או שניתן למזער אותה באמצעים ניהוליים. על משרד הבריאות, מל"ג-ות"ת ומשרד האוצר להיכנס בהקדם לעובי הקורה בסוגיית העומס בשדות הקליניים של בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית.

על משרד הבריאות ומל"ג לבחון הגדלה משמעותית של מקומות לישראלים בפקולטות לרפואה בישראל. בחינה זאת יש לעשות באיון הראוי בין מכלול ההיבטים ובהם - איכות לימודי הרפואה של אלו שלמדו בחו"ל ונקלטים בשובם במערכת הבריאות בארץ.

על האגף לרישוי שבמשרד לבחון מחדש את הליך אישור התארים של בוגרים מחו"ל. נוכח החשיבות הקריטית של מתן הבונוס לציון של מבחן הרישוי שביכולתו להכריע אם הרופא יקבל רישיון לעסוק במקצוע שבו הופקדו בידי חיי אדם, על המשרד לבחון את מנגנון מתן הבונוסים.

על משרד הבריאות להכין תכנית אסטרטגית ארוכת טווח שתיתן מענה למחסור הקיים והצפוי במומחים במקצועות במצוקה. עליו לשפר גם את מידת השקיפות בפרסום מקומות ההתמחות.

על משרד הבריאות ופורום הדקאנים לבצע את התיקונים הנדרשים בהפעלת שנת הסט' על בסיס עבודת מטה סדורה לבדיקת מספר הסט'רים שכל אחד מבתי החולים יכול לקלוט. בין היתר, על המשרד להגדיר את מטרת הסט', להציב מטרות ויעדים ולקבוע אמות מידה כמותיות ואיכותניות להערכת הסט'ר.


על משרדי הבריאות והאוצר בשיתוף המועצה המדעית בהסתדרות הרפואית לישראל (להלן -הר"י) וקופות החולים לגבש תכנית סדורה בעניין הגדלת מספר המתמחים בקהילה.

על המל"ג בשיתוף פורום הדקאנים לבחון את מתכונת לימודי הרפואה הנהוגה כיום ואת התאמתה לעשור הקרוב, לעולם ההוראה בכלל ולהוראת הרפואה בפרט.

סיכום

דוח זה עוסק בהכשרה של הרופאים - נושא שיש לו השפעה קריטית על יכולתה של מערכת הבריאות לספק שירותי בריאות איכותיים לציבור. המטרה הלאומית בעניין זה היא להבטיח כי הסגל הרפואי יהיה איכותי וייבחר מהטובים ביותר.

הביקורת חשפה ליקויים, המגיעים עד לכדי מחדל של משרד הבריאות ושל המל"ג, העלולים למנוע את השגת המטרה הלאומית; ההכשרה הקלינית של הרופאים לקויה - אין ראייה מערכתית כוללת ולא ניתן לדעת אם יש מצוקה אמיתית בשדות קליניים כפי שהעלתה הביקורת, או שנוצר עומס עקב ניהול לקוי של המערכת משום שמשרד הבריאות ומל"ג-ות"ת לא הסדירו זאת. הזיקות שבין בתי החולים ובין הפקולטות דורשות הסדרה, אך זו לא נעשתה. חלק ניכר מהרופאים המצטרפים למערך כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות (כ-40%) הם ישראלים שלמדו בחו"ל, במוסדות לימודים שרמתם ואיכותם אינה מפוקחת באדיקות ע"י המוסדות האקדמיים עצמם ומל"ג. רבים מקרב בוגרי חו"ל אינם עוברים את מבחני הרישוי, וחלק לא מבוטל מאלו שעוברים אותם הצליחו בזכות בונוס נדיב שניתן להם. מהביקורת עולה אזלת ידה של המל"ג שהתעלמה מהמלצותיה של ועדה מקצועית בין-לאומית שהקימה כדי ליעל ולשפר את מערך ההכשרה הרפואית.



 ממצאי הדוח

 מצביעים על היעדר

 יד מכוונת בכל

 הנוגע להכשרת

 רופאים, ובעיקר

 בולטים עד מאוד

 חוסר הפעילות

 ואחלת היד של

 המל"ג ומשרד

 הבריאות כגורמי

 אסדרה ואכיפה

על המל"ג בשיתוף משרד הבריאות לקבוע סטנדרטים להכשרת רופאים בשדות קליניים, ולהערכה איכותית של הסטז'רים. עליהם לקיים עבודת מטה משותפת עם הפקולטות לרפואה ובתי החולים כדי לבנות תכנית סדורה שתספק את ההיקף הנדרש של השדות הקליניים בישראל ואת הכללים שיבטיחו את ניצולם היעיל. הממצאים שעלו בדוח ביקורת זה מצביעים על הצורך החיוני בכך שמל"ג בשיתוף פורום הדקאנים תוביל עבודת מטה משותפת עם מערכת הבריאות לייעול ולשיפור מערך ההכשרה הרפואית. עליה לבחון האם מתכונת לימודי הרפואה כיום מתאימה לעשור הקרוב, לעולם ההוראה בכלל והוראת הרפואה בפרט. מדובר במשימה מערכתית הנדרשת לגיבוש תפיסה מעודכנת של לימודי הרפואה כך שתתאים לצרכים הלאומיים העתידיים של הכשרת הרופאים בישראל.

נוכח מספרם הגדול של מקבלי רישיון רפואה בישראל בקרב בוגרי המוסדות בחו"ל, על משרד הבריאות באמצעות אגף הרישוי לשדד את מערכות הבקרה שלו בהקדם, כדי להביא לידי כך שקורסי ההכנה לרישוי בוגרי חו"ל יהיו אמנים ויעילים. עד אז על המשרד לאשר רק קורסי הכנה שנמצאים בפיקוח הדוק של אחת מהפקולטות לרפואה בארץ ולעקוב אחריו. על משרד הבריאות לעקוב אחר תוצאות הבדיקה שתבצע ועדת הבחינה מטעם הר"י לבחינת הבונוס הניתן לבוגרי חו"ל. נוכח המצוקה במקצועות רפואיים מסוימים על משרד הבריאות להוביל רפורמה בתקני ההתמחות. על הרפורמה להביא לידי הגדלת מספרם של המתמחים בקהילה; ולנקוט פעולות להגדלת מספר המומחים בכל התחומים הדרושים בקהילה.

ממצאי הדוח מצביעים על היעדר יד מכוונת בכל הנוגע להכשרת רופאים, ובעיקר בולטים עד מאוד חוסר הפעילות ואחלת היד של המל"ג ומשרד הבריאות כגורמי אסדרה ואכיפה. קיים צורך דחוף בעבודת מטה משותפת בהובלת המל"ג ומשרד הבריאות בשיתוף פורום הדקאנים, הר"י ומנהלי בתי החולים, להקמת מערכת משותפת לכלל הגופים שתפעל באופן שוטף ורציף לתיקון כלל ההיבטים המשותפים בתחום הכשרת הרופאים שעלו בדוח ביקורת זה. נוכח היעדר המנהיגות והרפיון המשתקפים בדוח, עליהם לשקול לרתום גם את שר הבריאות ושר החינוך לייזום תכנית לאומית שתאפשר הרחבה ממשית של התשתיות להכשרת רופאים בישראל.

מבוא

שני גורמים מרכזיים מעורבים בהסדרת ההכשרה של רופאי העתיד בישראל: האחד - המל"ג, שהיא הגוף המפקח על האוניברסיטאות ועל אישור תארים. השני הוא משרד הבריאות - המאסדר של מערכת הבריאות

ניתן לחלק את הכשרת הרופאים עד קבלת תואר "מומחה" לשלושה שלבים: לימודי רפואה, סטז' והתמחות. שתי מערכות ציבוריות נפרדות עוסקות בהכשרת רופאי העתיד בישראל: האחת - הפקולטות לרפואה השייכות למערכת ההשכלה הגבוהה, והשנייה - בתי החולים השייכים למערכת הבריאות. לשם השגת שיתוף פעולה מוצלח ביניהן, יש להסדיר את הכשרתם של תלמידי תכניות הלימודים ברפואה; למצוא את האיזון בין שתי המערכות ובכלל זה להסדיר ולעגן את העקרונות לשיתוף הפעולה ביניהן ואת התחייבויותיהן ההדדיות; כמו כן יש לקבוע את האומדן של הצורך הלאומי בתלמידי רפואה ולעדכן מדי תקופה. היחסים והממשקים שבין שתי המערכות מוסדרים באמצעות הסכמי התקשרות בין כ-30 בתי חולים ובין חמש פקולטות לרפואה⁵.

שני גורמים מרכזיים מעורבים בהסדרת ההכשרה של רופאי העתיד בישראל: האחד - המועצה להשכלה גבוהה (להלן - מל"ג)⁶ שהיא הגוף המפקח על האוניברסיטאות ועל אישור תארים. המל"ג כוללת את הוועדה לתכנון ותקצוב (להלן - הות"ת)⁷ שמסדירה ומתקצבת את לימודי הרפואה מתוקף סמכותה כרגולטור של מערכת ההשכלה הגבוהה; השני הוא משרד הבריאות - המאסדר של מערכת הבריאות, ובתוקף תפקידו הוא אחראי לבתי החולים ולקופות החולים, מפקד על תכנון כוח האדם בכלל מערכת הבריאות בהתאם לצורכי האוכלוסייה, לתכנון המקצועות, להנחיית בתי החולים ולרגולציה של מקצועות הבריאות.

חלק ניכר מהכשרת רופאי העתיד בבתי החולים מתקיים במחלקות השונות של בתי החולים (להלן - שדות קליניים). "השדות הקליניים" נחשבים משאב לאומי, בין היתר משום שרובם המוחלט של בתי החולים הם בבעלות המדינה או בבעלות שירותי בריאות כללית (להלן-כללית) המתקצבת על ידי המדינה. בתי חולים מעוניינים ללמד סטודנטים לרפואה מכמה סיבות, ובכללן: בית חולים אקדמי נחשב מתקדם ויוקרתי, ורופאיו שמלמדים באקדמיה זוכים להכרה ולקידום אקדמי, תוך שיפור רמת המיומנות והידע שלהם לטובת החולים ובית החולים.

המועצה המדעית של הר"י ממליצה לפני מנכ"ל משרד הבריאות על הכרה במוסד להתמחות, ורופא המבקש להתמחות מעביר את בקשתו לאישורה.

בפקולטות לרפואה בישראל קיימים שני סוגים של תכניות לסטודנטים ישראלים - תכנית שש שנתית ותכנית ארבע-שנתית.

5 באוניברסיטה העברית בירושלים, בטכניון, באוניברסיטת תל-אביב, באוניברסיטת בן-גוריון ובאוניברסיטת בר-אילן (בפקולטה לרפואה בצפת).

6 המועצה פועלת על פי חוק המועצה להשכלה גבוהה, תש"ח-1958.

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

תרשים 1: לימודי רפואה בישראל בתכנית השש שנתית והגופים האחראים להכשרה

תחום לימוד	מקום הלימוד	אחריות	תעודת סיום
לימודים קדם קליניים (פרה-קליניים)	בעיקר באוניברסיטה	באחריות האקדמיה	הסטודנטים מקבלים בסיומו תואר ראשון במדעי הרפואה
לימודים קליניים	בעיקר בבתי החולים	באחריות האקדמיה	הסטודנטים מקבלים בסיומו הרשאה לשנת סטז'
סטז'	בבתי החולים	באחריות משרד הבריאות ובתי החולים שבהם מתקיים הסטז'	הסטודנטים מקבלים בסיומו רישיון לעסוק ברפואה ותואר דוקטור*
התמחות	בבתי החולים	הר"י	רופא מומחה
התמחות-על**	בבתי החולים	הר"י	"מומחיות-על"

3

שנים ראשונות

לימודים

3

שנים נוספות - קליניות

1

שנה שביעית

סטז'

7-4

שנים נוספות

התמחות

4-2

שנים נוספות

* למעט בוגרי חו"ל המגיעים לישראל בסיום לימודיהם עם תואר דוקטור ועושים שנת סטז' בישראל.
 ** לדוגמה, לאחר התמחות ברפואת ילדים ניתן לעשות "התמחות-על" בכגים (נאונטולוגיה) במשך שלוש שנים נוספות.

בתכנית הארבע שנתית ללימודי רפואה חלוקת שנות הלימודים הקדם-קליניות והקליניות היא ביחס דומה לחלוקתן בתכנית השש-שנתית. בשנה החמישית בתכנית הארבע שנתית הסטודנטים עושים סטאז'.

יוצא אפוא שכדי להיות רופא מומחה יש צורך בלימודים ובתקופת הכשרה של 11-9 שנים לפחות שמורכבת מתכנית לימודי רפואה שנמשכת ארבע או שש שנים, מסטאז' ומהתמחות; כדי להיות מומחה-על, נדרשות עוד שנתיים עד ארבע שנים. מכאן שתקופת הכשרתו של רופא מומחה עשויה להימשך אפילו עד 18 שנה.

לפי סקר כוח האדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנים 2013-2015 הועסקו בישראל בממוצע 28.7 אלף רופאים. שיעורם היה דומה לממוצע ה-OECD - 3.5 רופאים לאלף נפש.

ב-2015 הנפיק משרד הבריאות 1,259 רישיונות חדשים לרופאים, 540 מהם (43%) ישראלים בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל⁸. בשנת תשע"ו (2015-2016) למדו בישראל 3,839 סטודנטים לרפואה, ומלבדם למדו בארץ עוד 537 סטודנטים לרפואה מחו"ל⁹. מימון לימודי הרפואה של הסטודנטים הישראלים נעשה באמצעות שכר הלימוד שהסטודנט משלם לאוניברסיטה ומהתקצוב של הות"ת את האוניברסיטאות. לימודי הרפואה בארץ מתקיימים בחמש אוניברסיטאות: האוניברסיטה העברית בירושלים (להלן - האוניברסיטה העברית), הטכניון - מכון טכנולוגי לישראל (להלן - הטכניון), אוניברסיטת תל-אביב, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב (להלן - אוניברסיטת בן-גוריון) ואוניברסיטת בר-אילן (בפקולטה לרפואה בצפת), וכן בבתי החולים הכלליים-הממשלתיים, בבתי חולים פסיכיאטרים, בבתי החולים של הכללית ובבתי החולים הציבוריים; הסטודנטים מחו"ל לומדים רק בטכניון, באוניברסיטת תל אביב ובאוניברסיטת בן-גוריון. אלפי סטודנטים ישראלים נוספים לומדים רפואה בחו"ל. הדקאנים של חמש הפקולטות לרפואה בארץ נוהגים להתכנס כ"פורום הדקאנים" ולדון בסוגיות הנוגעות ללימודי הרפואה ולהכשרה המעשית בשנים הקליניות.

במהלך השנים 2010-2014 פעלו מספר ועדות בנושאים הנוגעים להכשרת רופאים: ועדה מטעם המל"ג שבדקה את ההסדרים הכספיים שבין האוניברסיטאות לבתי החולים בארץ, והגישה את המלצותיה להסדרת היחסים בין המוסדות בהיבט הכלכלי ב-2012 (להלן - דוח גלזר-ישראלי); ועדה מטעם המל"ג שעסקה בדרכים האפשריות להסדרת ההכשרה הקלינית לרפואה המתקיימת בישראל לסטודנטים ישראלים זרים (להלן - ועדת אנדרון), ואף היא הגישה את מסקנותיה ב-2012; וכן ועדה בינלאומית מטעם המל"ג שהתמנתה לצורך הערכת איכות לימודי הרפואה, והיא הגישה את המלצותיה ב-2014.

8 כשליש מהרישיונות שניתנו בשנת 2015 הנפיק משרד הבריאות לרופאים שהוכשרו במזרח אירופה. בוגרים מחו"ל מגיעים מכל העולם. ארצות הלימוד העיקריות בחו"ל בשנת 2015 היו: הונגריה - 101, רומניה - 90, איטליה - 73 וירדן - 61.

9 סטודנטים אלו לומדים במסגרת תכניות חו"ל והם מקבלים תואר דוקטור לרפואה שאינו זהה לתואר של הסטודנטים שלומדים בתכניות הישראליות, ומשרד הבריאות אינו מנפיק להם רישיון לעסוק ברפואה בישראל.

פעולות הביקורת

בחדשים מרץ - ספטמבר 2017 בדק משרד מבקר המדינה את הסדרת ההכשרה של רופאים בכלל, ובין גופי הבריאות לאקדמיה בפרט. בין השאר נבדקו: עומס הסטודנטים בשדות הקליניים; ההסכמים בין בתי החולים לאוניברסיטאות; בחינת הרישוי לבוגרי חו"ל; שנת הסטז'; אי תכנון מקומות לביצוע התמחות; איכות לימודי הרפואה והיעדר תמונת מצב באשר למספר הרופאים המועסקים במערכת הבריאות. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, במל"ג-ות"ת, בחמש הפקולטות לרפואה, בבתי חולים ממשלתיים, ובבתי החולים של הכללית. חלק מהמידע התקבל ממענה לשאלות שהפנה משרד מבקר המדינה לאוניברסיטאות ולבתי החולים. בדיקות השלמה נעשו בכללית, במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), בהסתדרות המדיצינית הדסה הכוללת את בתי החולים הדסה עין כרם והדסה הר הצופים (להלן - הדסה) ובאגף התקציבים באוצר.

שנות הלימוד הקליני - העומס במחלקות האשפוז ב"שדות הקליניים"

הסטודנטים לרפואה בישראל, כמו במרבית מדינות העולם, לומדים חלק גדול מלימודיהם הקליניים ליד מיטת החולה בהדרכת רופאי בתי החולים. בישראל קיימים שני סוגי תכניות לימוד לישראלים: האחת היא תכנית שש שנתית והשנייה תכנית ארבע שנתית. לאחר סיום לימודים אלו, מבצע הסטודנט שנת סטז', ובסיומה הוא מקבל תואר דוקטור לרפואה.

תכנית שש שנתית: במסלול הרגיל ללימודי רפואה בארץ, לומדים הסטודנטים שש שנים. התכנית השש שנתית מחולקת לשני חלקים בני שלוש שנים. בחלק הראשון נלמדים מדעי יסוד, לימודים פרה-קליניים (להלן - לימודים קדם-קליניים) ובסיומו מוענק תואר בוגר במדעי הרפואה, ובחלק השני לומדים הסטודנטים במחלקות בתי החולים (להלן - לימודים קליניים).

תכנית ארבע שנתית: התכנית הארבע שנתית מיועדת לבעלי תואר ראשון¹⁰ וגם היא מחולקת: כשנתיים לימודים קדם-קליניים וכשנתיים לימודים קליניים שנעשים במחלקות בתי החולים.

10 בתנאי שסיימו בהצלחה את קורסי הליבה במסגרת תואר ראשון במדעי החיים או הטבע, רפואה, מדעים מדויקים או הנדסה.



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

אי-הסדרה של הפעלת השדות הקליניים - ההתקשרות בין בתי החולים לאוניברסיטאות

הפעלת השדות הקליניים מתאפיינת בדואליות מובנית: מצד אחד הם חלק מובהק מתכנית לימודי הרפואה, אך מצד שני הם מתקיימים בפועל בבתי החולים. דואליות זו עלולה להביא, מטבע הדברים, להתנגשות של אינטרסים - הטיפול בחולים לעומת הכנת דור העתיד של אנשי הרפואה¹¹ - וזאת במיוחד כאשר גורמים שונים מופקדים על ההיבט הלימודי ועל ההיבט הבריאותי בנושא¹². לשם השגת שיתוף פעולה מוצלח בין בתי החולים והפקולטות לרפואה יש להסדיר ולעגן את שיתוף הפעולה ואת ההתחייבויות ההדדיות שלהם.

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. להלן הפרטים:

זה שנים שקיים מתח בין תפיסת משרד הבריאות ובין תפיסת המל"ג ופורום הדקאנים בקשר לגבולות האחריות שבין שני המאסדרים בכל הנוגע ללימודי הרפואה בארץ, ובמיוחד בנוגע למספר הרופאים החדשים שיש להכשיר. כך, בדיון של פורום הדקאנים שהתקיים במרץ 2011, ציין יו"ר הות"ת דאז, פרופ' טרכטנברג, כי "לימודי הרפואה דורשים בקרה ופיקוח מרכזי, אי-אפשר להשאיר אותם 'לכוחות השוק', זה לא אחראי ולא הוגן". בספטמבר 2011 כתב פרופ' גמזו מנכ"ל משרד הבריאות דאז, לדקאני הפקולטות לרפואה וביקש מהם להיערך לגידול במספר בוגרי הרפואה (ראו להלן). בתגובה לכך ציין פורום הדקאנים, בדצמבר 2011 כי המשרד מתערב בתכניות הוראה אקדמיות שנמצאות בסמכותו ובאחריותו של המל"ג, והוא מפרסם נתונים שגויים ולא מבוססים על מחלקות ההוראה בבתי"ח. יו"ר המל"ג דאז, פרופ' טרכטנברג, ומנכ"ל הות"ת דאז, מר ויגדור, השיבו שהם מודעים להתערבות היתר של משרד הבריאות בנושאים אקדמיים; והם מבהירים לו שהנושאים האקדמיים הם בסמכותו הבלעדית של המל"ג. הם הוסיפו כי בשל כך פרצו חיכוכים רבים בין המשרד וביניהם בקשר לנושא ההוראה בבתי"ח. פרופ' טרכטנברג הציע להקים גוף שחבריו יהיו נציגי המל"ג, פורום הדקאנים, מנהלי בתי"ח וקופות החולים כדי שיעסוק בנושא זה, ואולם עלה שמשרד הבריאות התנגד להקמתו (ראו להלן בפרק בנושא "כשל בהסדרת מצאי ה"שדות הקליניים" בבתי החולים").

11 המצריכים שניהם את התייחסותו ומנו של הרופא.

12 בחלק ממדינות ארה"ב ישנם בתי חולים אוניברסיטאיים, כלומר שייכים לאותה בעלות, ולפיכך ייתכן שהיא מאפשרת ראייה כוללת של שתי המערכות (אקדמאית ורפואית). שיתוף פעולה מוצלח בין האוניברסיטאות ובין בתי החולים ורופאיהם, בפרט בשנים הקליניות, הוא חיוני להצלחת ההוראה הרפואית ולשימור איכות הרפואה וקידומה והטיפול בחולים.

הסדרים כספיים שטרם יושמו - דו"ח גלזר-ישראלי

1. בשנת 2010 פנתה הות"ת למכון הלאומי לחקר הבריאות בבקשה לבחון את המצב הקיים ולגבש המלצות בנוגע להסדרים הרצויים בכל הקשור להתחשבנות בין האוניברסיטאות לבתי החולים בגין ההוראה והמחקר המתבצעים בבתי החולים. את המחקר בצעו פרופ' קובי גלזר ופרופ' אבי ישראלי, והם הגישו דוח באפריל 2012.

דוח גלזר-ישראלי היה התמריץ להקמת פורום משותף למשרד הבריאות ולמל"ג. באפריל 2012 הקימו סגן שר הבריאות דאז, יעקב ליצמן, ושר החינוך דאז, גדעון סער, פורום התייעצות למקצועות הבריאות האקדמיים (להלן - פורום מקצועות הבריאות) בראשותם של מנכ"ל משרד הבריאות ומנכ"ל מל"ג-ות"ת. מטרת הפורום הייתה לדון בסוגיות הקשורות בממשק שבין הגופים ולגבש המלצות בנושאים אלה.

ביולי 2013 אימצה הות"ת את המלצות דוח גלזר-ישראלי ליישום החל בשנת תשע"ד (מאוקטובר 2013) בכפוף להתאמות שנערכו. ההמלצה העיקרית של הדוח הייתה שיש לקבוע מודל אחיד ומרוכז לתגמול בתי החולים בגין ההוראה והמחקר. בדוח נקבע גם מודל התגמול לבתי החולים בגין ההוראה הקדם-קלינית והקלינית. ואולם, הות"ת לא העבירה את החלטותיה לידיעתם של האוניברסיטאות, בתי החולים ומשרד הבריאות, ובוודאי שלא דרשה את התייחסותם.

מאז מאי 2013 לא התכנס "פורום מקצועות הבריאות", והמודל שגובש נותר "על הנייר" בלבד. בינואר 2015 החליטה המל"ג על חידוש פעילות "פורום מקצועות הבריאות" וקבעה את הרכבו החדש, ואולם עד מועד סיום הביקורת (ספטמבר 2017) הוא לא הוקם הלכה למעשה וממילא לא חידש את פעילותו.

2. אף שהפורום עצמו לא פעל, בשנים 2015-2017 קידמה הות"ת טיוטת הסכם המתבססת על המלצות דוח גלזר-ישראלי. הטיוטה קבעה כללים והגדרות בנוגע להתחשבנות בין האוניברסיטאות לבתי החולים בסוגיית ההוראה בבתי הספר לרפואה בישראל, לרבות מדדים לתגמול בתי החולים בגין ההוראה הקדם-קלינית והקלינית. בין השאר נקבע בטיטת ההסכם כי יש לפעול ליישום התקן המומלץ, ולפיו קבוצת סטודנטים בסבב קליני¹³ תמנה בין שישה לשמונה סטודנטים. במהלך שנת 2015 העבירה הות"ת טיוטת הסכם לקבלת תגובתם של כמה גורמים ובהם האוניברסיטאות ומשרד הבריאות.

13 במסגרת הלימודים הקליניים הסטודנטים לרפואה לומדים בקבוצות במחלקות השונות של בתי החולים. מספר השבועות שהסטודנטים נמצאים במחלקה מכונה "סבב". אורך הסבב משתנה מפקולטה אחת לשנייה, וממחלקה למחלקה ונע בין שבוע ל-14 שבועות. הסבבים הארוכים ביותר הם במחלקות: פנימית, כירורגיה וילדים.

תגובת האוניברסיטאות לטיטת ההסכם - במרץ 2015 העבירה מל"ג-ות"ת לוועד ראשי האוניברסיטאות (להלן - ור"ה) את טיוטת ההסכם לתגובתו. גם במהלך שנת 2017 קידמה מל"ג-ות"ת את טיוטת ההסכם ובין השאר ביולי 2017 היא ביקשה מהפקולטות את הסימולציות שערכו בנוגע לתוספת העלויות הנגזרות מיישום המלצות הדוח. במהלך יולי-אוקטובר 2017 העבירו האוניברסיטאות למל"ג-ות"ת את האומדנים שקבעו בנוגע לתוספת העלויות שידרשו. יצוין כי אומדן עלות התוספת, לפי חישובי הפקולטות לרפואה, הוא יותר מארבעה מיליון ש"ח לשנה.

תגובת משרד הבריאות על טיוטת ההסכם - ביוני 2015 העבירה הות"ת את טיוטת ההסכם גם לתגובתו של משרד הבריאות. בינואר 2016 הציע המשרד נוסח מתוקן משלו.

עד דצמבר 2017 עדיין לא גובש נוסח מוסכם וממילא הוא עדיין לא נחתם בין כלל הגורמים במערכת הבריאות ובמערכת ההשכלה הגבוהה. בפועל, בתי החולים והאוניברסיטאות ממשיכים במתכונת הקשר שהיה ביניהם עד כה.

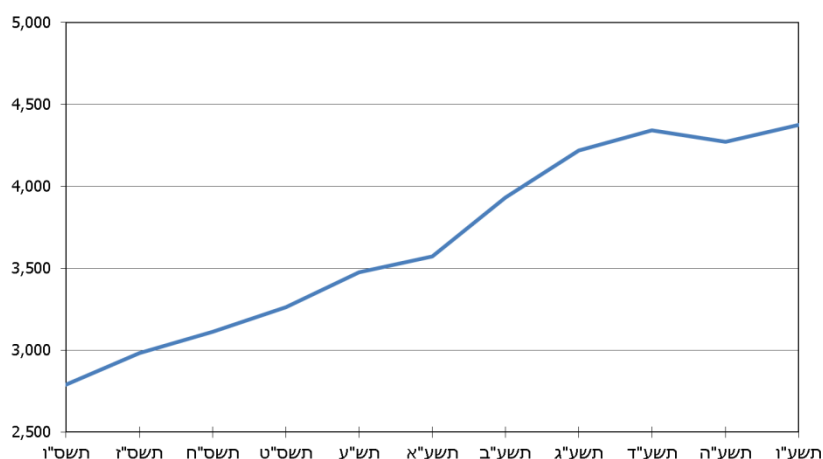
עולה מכאן "גרירת רגליים" מתמשכת של מל"ג-ות"ת שבמשך ארבע שנים, מאז אישרו את ההמלצות של דוח גלזר-ישראלי, עדיין לא השלימו את הפעולות המתחייבות מהן כדי להסדיר נוסח מוסכם להסדר בסיסי בין הפקולטות לרפואה לבתי החולים.

על 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.

כשל בהסדרת מצאי ה"שדות הקליניים" בבתי החולים

במהלך השנים הלך וגדל מספר הסטודנטים לרפואה במדינת ישראל; להלן בתרשים 1 הגידול במספר הסטודנטים לרפואה במהלך השנים האחרונות:

תרשים 2: הגידול במספר הסטודנטים לרפואה בישראל בשנים תשס"ו
(2006-2005) - תשע"ו (2016-2015)



מתרשים 2 עולה כי בעשור שבין השנים תשס"ו לתשע"ו עלה בעקביות מספר הסטודנטים לרפואה (למעט בין השנים תשע"ד-תשע"ה), מכ-2,800 בתשס"ו לכ-4,400 בתשע"ו, עלייה של 57% בסה"כ. כמו כן, עולה מהתרשים כי קצב העלייה בשנים תשע"ג-תשע"ו התמתן ועמד על שיעור ממוצע של 1%, בעוד שיעור העלייה הממוצע בין השנים תשס"ו-תשע"ג עמד על 6%.

הגידול במספר הסטודנטים מחייב התאמה של מספר השדות הקליניים; הביקורת העלתה כי למל"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. זאת - משום שבנסיבות הקיימות הם אינם יודעים אם מספר השדות הקליניים נותן מענה לצורכי ההכשרה הקיימים, מהו הצפי לצרכים העתידיים וכיצד יש להיערך לכך. מכאן שאין למל"ג-ות"ת ולמשרד, תכניות עבודה שכוללות היערכות עתידית לגידול במספר הסטודנטים לרפואה. זהו מחדל של מל"ג-ות"ת ומשרד הבריאות.

מבדיקת עומס הסטודנטים בשדות הקליניים עולה כי קיימת מצוקה בשדות הקליניים. במצב זה, לעתים הפקולטה והמחלקה, מגדילות את מספר הסטודנטים בקבוצת הלימוד בשדה הקליני בכמות שאינה מאפשרת לימוד אפקטיבי.

מפרוטוקול הדיון שקיים פורום הדקאנים באפריל 2015, עולה כי המצוקה בשדות הקליניים גורמת גם תחרות לא הוגנת ולא ראויה בין הפקולטות לרפואה על סינוף¹⁴ למחלקות לצורך ההכשרה הקלינית. התחרות אף הגיעה לידי כך שבית חולים מסוים הפעיל לחצים על הפקולטות לרפואה, כדי לאפשר להם את סינוף המחלקות.

במקרה זה העלה פורום הדקאנים ספק אם אותו בית החולים מתאים להוראה והוסיף כי בית החולים הציב תנאים והפעיל לחצים כאמור.

היעדר מיפוי מלא של שדות קליניים והצורך להגדיל את מספרם של לומדי רפואה בארץ: הצורך להגדיל את מספר הסטודנטים מחד והיעדר המידע על אודות מספר השדות הקליניים מאידך - עלה כמה פעמים לדיון בשנים האחרונות. למשל:

בספטמבר 2011 כתב מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' רוני גמזו, לדקאני הפקולטות לרפואה כי הצורך להגדיל את מספר הבוגרים בפקולטות לרפואה בארץ ברור ומוסכם על כולם, וכי על פי כל ההערכות חובה על מדינת ישראל להגיע ל-300 בוגרי רפואה נוספים מדי שנה כדי להתייצב על מפתח של שלושה רופאים ל-1,000 איש. לכן על הדקאנים, הנהלות האוניברסיטאות, מ"ג-ות"ת, משרד הבריאות ומנהלי בתי החולים לפעול מיידית להגדלת מספר הבוגרים.

משרד הבריאות כתב בתגובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2017 (להלן - תגובת משרד הבריאות) כי לדעתו אין מחסור בשדות קליניים. בין השאר הוא מתבסס על בדיקה של השדות הקליניים שביצעה, באוקטובר 2011, ד"ר ורד עזרא שהייתה אז עוזרת רפואית למנכ"ל משרד הבריאות. הבדיקה נועדה לסקור את היקף ההוראה במחלקות העיקריות המשמשות להוראה בבתי חולים, את מספר הסבבים במחלקה ואת מספר שבועות ההוראה [בבדיקה לא נספרו כמה סטודנטים היו בכל סבב].

נמצא כי אף על פי שלבדיקה כזאת עשויות להיות מסקנות משמעותיות, משרד הבריאות לא שיתף בה נציגי רופאים, ובכך נמנעה האפשרות להגיע למסקנה משותפת ותכליתית.

הבדיקה שהמשרד עשה באוקטובר 2011 היתה חלקית בלבד. הבדיקה התבצעה רק על שלוש פקולטות לרפואה ורק לגבי השנה שלפני הבדיקה. הבדיקה לא הסתמכה על קריטריונים כלשהם כבסיס להערכת מספר השבועות האופטימלי להוראה במחלקות, כל שכן היא לא התחשבה במאפיינים הייחודיים לכל מחלקה.

בדיון שהתקיים ביולי 2013 בהשתתפות יו"ר פורום הדקאנים, ראש מינהל רפואה במשרד הבריאות ונציגי הות"ת, הבהיר נציג ראש מינהל רפואה דאז כי בהתאם למדיניות משרד הבריאות יש צורך ב-900 בוגרי רפואה ישראלים בשנים

הבאות. המשתתפים החליטו כי בשנת תשע"ד (2013-2014) "יתבצע מיפוי של פוטנציאל מקומות ההכשרה הקלינית בכל אחת מהמחלקות הרלוונטיות בבתי החולים הציבוריים ובקהילה, ושל הניצול הקיים לסטודנטים ישראלים זרים, ואשר על בסיס המיפוי יקבע אופן ההגעה (ההדרגתי) ליעד של משרד הבריאות". משרד הבריאות נקבע כאחראי לביצוע המיפוי.

הנושא נדון גם בישיבת פורום הדקאנים עם מנכ"ל משרד הבריאות באפריל 2014 וכן בדיון נוסף של פורום הדקאנים שהתקיים בדצמבר 2016.

יו"ר פורום הדקאנים כתב בתגובתו למשרד מבקר המדינה מפברואר 2018 כי עומס ההוראה הקלינית בחלק מהמחלקות הוא מקסימלי והדרישה להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה אינה אפשרית.

עד מועד סיום הביקורת, לא ביצע משרד הבריאות מיפוי מלא של השדות הקליניים הקיימים. התבססות על מיפוי חלקי יכול ליצור תמונה מעוותת ולהביא למסקנות שגויות.

ביוני 2016 פנתה המל"ג לפקולטות לרפואה בעניין הצורך להגדיל את מספר הרופאים; בפברואר 2017 השיב פורום הדקאנים למנכ"ל מל"ג-ות"ת כי הם החליטו לקבל עוד 100 סטודנטים לחמש הפקולטות לרפואה במהלך שימשך ארבע שנים ומכסת התלמידים בכל פקולטה תיקבע בהתאם לזמינות של מיטות ומחלקות הוראה בכל אחת מהן; עוד הוסיפו כי ככל שההצעה תאושר, נדרש לה כיסוי תקציבי מהמל"ג.

מהאמור עולה כי מאז 2011, אז הועלה הצורך בהגדלת מספר הסטודנטים לרפואה, עפ"י תכנית סדורה ובהתאם לבדיקת עומס ההוראה הקלינית בבתי החולים והצרכים הנובעים מכך - עדיין לא נעשה דבר. היעדרה של תמונת מצב מהימנה במשרד בקשר לסטטוס של השדות הקליניים אינו מאפשר לתכנן בצורה מושכלת את מערך לימודי הרפואה בארץ ומקשה על יישומה של שאיפת המשרד ל-900 בוגרי רפואה בשנים הקרובות. זאת - כדי לתת מענה לצורכי האוכלוסייה ולמנוע היווצרות פער לעומת הממוצע של מספר הרופאים במדינות ה-OECD. הנכונות להגדיל את מספר הסטודנטים ב-100 במהלך ארבע שנים שהביע פורום הדקאנים בפברואר 2017, מותנית בזמינות של המיטות ומחלקות ההוראה ובתקצוב מתאים - תנאי שלא יוכל להתקיים ללא היערכות מוקדמת וממוקדת.

בתגובתו כתב משרד הבריאות כי על פי חוק, המל"ג הוא הגוף האחראי להשכלה הגבוהה ולא משרד הבריאות, עם זאת הוסיף שהמשרד משתף פעולה עם המל"ג והפקולטות תוך הכרה בגבולות הסמכות.

בתגובת המל"ג לממצאי הביקורת מדצמבר 2017 (להלן - תגובת המל"ג) היא ציינה כי לאחרונה סוכם עם דקאני הפקולטות לרפואה על מיפוי מרכזי של השדות הקליניים. לצורך זה הוקם צוות מקצועי משותף לות"ת, למשרד הבריאות ולמשרד ראש הממשלה (המועצה הלאומית לכלכלה). עבודת המיפוי



משרד מבקר המדינה
 רואה בחומרה את
 המחדל של הנהלות
 המל"ג ומשרד
 הבריאות המשתקף
 בהיעדרו של תכנון
 לטווח ארוך ובאי-מתן
 מענה יישומי לצרכים
 הרפואיים של הציבור
 בישראל

נמצאת בעיצומה בהובלת הות"ת באמצעות האוניברסיטאות. על משרד הבריאות לפנות בו זמנית לבתי החולים כדי להשלים את המידע הנדרש.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי העובדה שהמל"ג אחראית ללימודי הרפואה על פי חוק, אינה פוטרת אותו מהאחריות הכוללת להפעלה תקינה ואיכותית של השדות הקליניים. משרד הבריאות הוא המאסדר של מערכת הבריאות - הוא הגוף התורתי של המערכת וגם הבעלים של בתי החולים והוא מספק להם את המשאבים והתשתיות לצורך הכשרת רופאי העתיד ואמור גם לבקר ולפקח על תפקוד המחלקות בבתי החולים. לפיכך יש לדחות את ניסיונו להתנער ממרכזיותו בכל הנוגע להפעלת השדות הקליניים.

על המל"ג ומשרד הבריאות לבצע בדחיפות עבודת מטה מסודרת למיפוי השדות הקליניים בבתי החולים, כך שניתן יהיה לנצלם ביעילות ולהפיק מהם את מרב התועלת. עליהם לקבוע תכנית 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 תכנית תקציבית מתאימה ובאיתור מקורות למימונה. עד סיום עבודת המטה וקביעת התכנית, על מל"ג-ות"ת לוודא שהפקולטות לרפואה לא יפעילו לחצים לא ראויים על בתי החולים כדי שיעבדו אתם וגם הפוך למנוע מפקולטה להורות במחלקות של בית חולים אחר.

משרד מבקר המדינה רואה בחומרה את המחדל של הנהלות המל"ג ומשרד הבריאות המשתקף בהיעדרו של תכנון לטווח ארוך ובאי-מתן מענה יישומי לצרכים הרפואיים של הציבור בישראל. מחדל זה גם מביא לכוחנות והפעלת לחצים בכל הנוגע להפעלת השדות הקליניים.

מגבלות בהפעלה אפקטיבית של השדות הקליניים

היכולת להקנות הכשרה קלינית איכותית תלויה בכמה פרמטרים: מספר המיטות המתאימות להכשרה בבתי החולים (במיוחד במחלקות מסוימות); עומס הסטודנטים בקבוצת הלימוד שמסביב למיטת החולה; עומס שבועות ההוראה במחלקה. הביקורת בדקה את מצב ההכשרה הקלינית במחלקות בפועל לפי פרמטרים אלו, כדי ללמוד מהם על התועלת והאפקטיביות של ההכשרה הקלינית.

עומס הסטודנטים בהכשרה הקלינית: כדי שההכשרה הקלינית תהיה מועילה ואפקטיבית, על הסטודנטים המשתתפים בקבוצת הלימוד להתנסות בעצמם בתשאול החולה, בבדיקתו ובכל יתר הפעולות שמבצע הרופא. לימוד והתנסות יעילים מחייבים להגביל את מספר הסטודנטים בכל קבוצת לימוד, כך שמחד יוכלו להיות שותפים פעילים במערך ההדרכות ויפיקו ממנו את המרב,

ומאידך לא יהיו יותר מדי אנשים סביב החולה, כדי שלא לפגוע בפרטיותו ובמידת שיתוף הפעולה שלו.

דוח גלזר-ישראלי מ-2012 שאת המלצותיו אימצה הות"ת, הגדיר כקבוצה סבירה להוראה קלינית קבוצה שבה כשישה-שמונה סטודנטים, וקבע כי רצוי שבכל מקרה לא יעלה מספרם על עשרה. יצוין כי בהתאם למדד זה נקבע בהסכמים של הפקולטה לרפואה בצפת עם בתי החולים שמלמדים את הסטודנטים שלה, כי התקן לקבוצת לימוד יהיה שישה-שמונה סטודנטים.

בביקורת נמצאו מחלקות רבות שבהן יש יותר משמונה סטודנטים המקבלים את הכשרתם הקלינית במסגרת הסבבים, ולעתים אף 12 סטודנטים ויותר.

להלן דוגמאות לחריגות ממספר הסטודנטים המומלץ לסבב:

בטכניון ובבי"ח רמב"ם: בשנת תשע"ו (2015-2016) התקיימו במחלקה הנוירולוגית ארבעה סבבים כשבכל אחד מהם היו 9 - 11 סטודנטים. בשנת תשע"ז (2016-2017) בכל אחת מהמחלקות אורתופדיה, גריאטריה והדמיה, השתתפו באחד הסבבים 11 סטודנטים. באותה שנה היו שני סבבים במחלקת פה ולסת, ובכל אחד מהם השתתפו 16 סטודנטים.

באוניברסיטת תל אביב ובבי"ח איכילוב: בכל אחת מהשנים תשע"ו ותשע"ז התקיימו במחלקת עור בבית החולים שלושה סבבים, ובכל אחד מהם היו 12 סטודנטים. בשנת תשע"ו התקיימו ארבעה סבבים במחלקה הגניקולוגית, ובכל סבב היו 10-14 סטודנטים.

באוניברסיטת בן-גוריון ובבי"ח סורוקה: מספר משתתפים גדול במיוחד היה בשנת תשע"ז בסורוקה - שלושה סבבים במחלקה הגניקולוגית, ובכל אחד מהם היו 23-29 סטודנטים¹⁵.

בתגובת הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון (להלן- בן גוריון) לממצאי הביקורת מדצמבר 2017 היא ציינה כי לפני חמש שנים הגדילה את מספר הסטודנטים לרפואה הלומדים אצלה ובהתאם לכך הוגדלו מספר הסבבים ומספר הסטודנטים בכל סבב; הגדלה נוספת של מספר הסטודנטים תלויה בתוספת של שדות קליניים. אשר לסבב במחלקה הגניקולוגית, ציינה הפקולטה, כי בסבב זה מתחלקים הסטודנטים לחמישה תתי-קבוצות לסבב פנימי בתוך יחידות החטיבה למיילדות וגינקולוגיה, כשבכל תתי-קבוצה יש שישה עד שמונה סטודנטים. בכך נעשה מיצוי מרבי של משאבי ההוראה תוך מניעת צפיפות של סטודנטים בשדות הקליניים.

15 מפאת העומס לעיתים מתפצלת קבוצת הלימוד לכמה קבוצות קטנות כשכולן באחריותה של אותה מחלקה. למשל - חלק מהקבוצה מופנה למחלקה לרפואה דחופה, חלק למרפאות וחלק לחדרי הניתוח.

המל"ג והמשרד בשיתוף הפקולטות לרפואה ובתי החולים לא קבעו את מתכונת ההפעלה המחייבת של השדות הקליניים מבחינת גודל קבוצת הלימוד, חרף העובדה שות"ת אימצה את התקן שהציע דוח גלזר-ישראלי; בהיעדר הנחיות ברורות להפעלת השדות הקליניים ונוכח המצוקה במשאב זה כפי שהעלתה הביקורת, בלתי נמנע שכל פקולטה ובית חולים יפתחו לשם כך מענה עצמי. במצב זה לא ניתן להבטיח כי ההכשרה הקלינית נעשית באופן האיכותי המחייב, כך שכל סטודנט ייחשף למלוא ההיבטים הקליניים בלי להטיל מעמסה כבדה מדי על המחלקות, לגרום אי-נעימות לחולים ולהטרידם. מתשובת בן גוריון עולה כי היא מצאה פתרון נקודתי. על מל"ג-ות"ת בשיתוף משרד הבריאות לבחון את הפתרון כדי להבטיח שההכשרה הקלינית נעשית באופן האיכותי המחייב.

עומס שבועות ההוראה במחלקות הקליניות: פרמטר נוסף המשפיע על האפקטיביות של ההכשרה הקלינית הוא העומס במחלקות הנובע ממספר השבועות שבהם מוטל על המחלקה ללמד. גם בעניין זה לא קבעו המשרד ומל"ג את מספר השבועות המקסימלי שמחלקה יכולה ללמד ביעילות.

נמצא כי המחלקות מקיימות את לימודי השדות הקליניים לאורך מרבית ימות השנה (לעומת השנה האקדמית שנמשכת רק 28 שבועות בשנה מתוך 52). בהתחשב בכך שחלק מהרופאים המלמדים, עוסקים גם בהוראה בפקולטות, במחקר ובהשתלמויות ובהתחשב בחופשות ובחגים, הרי שהעומס המוטל על המחלקות הוא רב למדי.

להלן דוגמאות: בלימודי הרפואה של הטכניון: לימדו בשנת תשע"ז במחלקה פנימית ד' בבית החולים רמב"ם 40 שבועות; במערך הילדים¹⁶ במאיר מלמדים כ-41 שבועות מדי שנה ובשלוש מחלקות הילדים בשניידר 41 שבועות.

בפורום הדקאנים לרפואה נדון הנושא של עומס ההוראה בשדות הקליניים מספר פעמים בשנים האחרונות, ובדיון שהתקיים באוגוסט 2010 בהשתתפות מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' גמזו, הוא ציין בקשר לכך, שהוא "מודע לשחיקה המתמדת של הרופאים עקב עומס קליני ועומס הוראה".

אף שלפורום הדקאנים יש יכולת השפעה על עיצוב הכשרתם של רופאי העתיד (למשל, ללא הסכמתו לא ניתן להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה בפקולטות), הוא הסתפק בכך שדן בנושא העומס בשדות הקליניים, אך לא פעל למציאת פתרון מעשי ויעיל לשיפור המצב במסגרת של משאביו וסמכויותיו.

16 מערך הילדים במאיר כולל את היחידות המטפלות בילדים בבית החולים ובהן: מחלקת הילדים, מיון ילדים, טיפול נמרץ ילדים וכו'.

בתגובתו כתב משרד הבריאות כי לדעתו אין מחסור בשדות קליניים. עמדתו נסמכת על הבדיקה מאוקטובר 2011 שביצעה ד"ר ורד עזרא שבסיכומה היא מציינת כי עמדתה היא שהיקף הוראה של עד 40 שבועות במחלקה הוא סביר.

בתגובת פורום הדקאנים לממצאי הביקורת מדצמבר 2017 (להלן - תגובת פורום הדקאנים) הוא כתב כי המחלוקת בין משרד הבריאות לבינו נובעת מהבדלי התפיסה על היקף ההוראה (בשבועות) שניתן לדרוש ממחלקה ללמד. על פי עמדתו לא ניתן ללמד בצורה ראויה יותר מ-30 שבועות בשנה.

בתגובת בית החולים שיבא לממצאי הביקורת מדצמבר 2017 (להלן - תגובת שיבא) הוא ציין כי המגבלה בהכשרה במחלקות תלויה אך ורק בגודל הצוות המלמד במחלקה. בהינתן תוספת ייעודית של כוח אדם אין סיבה שמחלקה לא תלמד לאורך כל השנה, דבר שיגביר את זמינות הרופאים במחלקות ויועיל גם לחולים.

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

אי-הסדרה של תהליך ההכרה במחלקות לצורך הכשרה קלינית: כדי להגדיל את מספר השדות הקליניים יש להסמך מחלקות למשימה זו, ולשם כך יש צורך לקבוע הליך של הסמכה שיבחן את הצורך בשדה הקליני הספציפי ויודא שהמחלקה המיועדת להסמכה וצוותה עומדים בדרישות האיכות להוראה קלינית. תהליך זה יכול לתרום גם להגדלת מספר השדות הקליניים בהם מכשירים סטודנטים.

הביקורת העלתה שלא זו בלבד שלמשרד ולפקולטות לרפואה ולמל"ג אין תמונת מצב מלאה על מספר השדות הקליניים בבתי החולים והמחלקות המפעילות אותם, אין להם גם הסדרה שיטתית כלשהי להסמכת מחלקות להכשרה קלינית. בפועל, כל פקולטה פועלת ישירות כלפי בתי החולים לצורך הפעלת השדות הקליניים וקבוצות הלימוד. כך למשל, אוניברסיטת ת"א פועלת על פי נוהל סינוף מחלקות קליניות לפקולטה לרפואה שנקבעו בו אמות מידה לכך¹⁷; אוניברסיטת בן-גוריון מכירה להכשרה בשדות הקליניים בכל מחלקה שהמועצה המדעית של הר"י הכירה בה להתמחות¹⁸.

17 צורכי הפקולטה, הרמה המקצועית, קיום תנאים מתאימים להוראת סטודנטים ברמה נאותה, התאמת צוות המחלקה ובמיוחד מנהל המחלקה, התאמה מבחינה אקדמית ועוד.

18 המועצה המדעית של הר"י היא גוף מייצג הממליץ למשרד הבריאות ומופקד על ההתמחות וההתמקצעות של הרופאים במדינת ישראל.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות ולמל"ג כי בהיעדר הסדרה מפורשת להסמכת מחלקות, ונוכח המצוקה בשדות הקליניים כפי שהעלתה הביקורת, עלול להיווצר מצב שבו מחלקות שאינן מתאימות להכשרה קלינית יעשו זאת בליט ברירה ואף ללא כל בקרה.

תכנית נוספת ללימודי רפואה באוניברסיטת אריאל

היעדר תכנון סדור למצאי "השדות הקליניים" לרבות להליך הסמכת מחלקות להפעלתם, בא לידי ביטוי באופן שבו התייחסו המל"ג ומשרד הבריאות לשדות הקליניים המוצעים בתכנית החדשה ללימודי רפואה של אוניברסיטת אריאל, כלהלן:

באוקטובר 2013 אישרה מל"ג-ות"ת לאוניברסיטת אריאל (להלן - אריאל) תכנית חדשה לתואר ראשון בלימודי קדם רפואה¹⁹. בפברואר 2016 הגישה אוניברסיטת אריאל למל"ג בקשה לאישור תכנית ארבע שנתית ללימודי רפואה לסטודנטים בוגרי תואר ראשון בלימודי קדם רפואה או במדעים. על פי הצעתה יתקבלו בשלב ראשון 70 סטודנטים לשנה, והכשרתם הקלינית לא תיעשה במחלקות הנוכחיות המסונפות לפקולטות לרפואה של האוניברסיטאות האחרות, אלא תתבסס על הגדלת מספר המחלקות המפעילות שדות קליניים, שיעמדו בסטנדרטים האקדמיים הנדרשים. בין השאר, הכוונה הייתה להפעיל שדות קליניים במחלקות שאינן מסונפות לאוניברסיטת ת"א וכן בבית"ח וולפסון ובבית"ח מעייני הישועה. על פי בקשת אריאל, בפברואר 2017 בחן משרד הבריאות את השדות הקליניים החדשים שהציעה, וקבע כי ברמה האקדמית, הוא ממליץ לאשר את התכנית, בכפוף למדיניות של משרד הבריאות ומל"ג. בנובמבר 2017, לאחר מועד סיום הביקורת, אישרה הות"ת להעביר את הבקשה לבחינת המל"ג יו"ש²⁰.

בהקשר לצורך במיפוי מלא וראוי כתב המשנה למנהל שיבא למשרד מבקר המדינה בפברואר 2018 כי לפני מיפוי כזה נדרש שהמל"ג תגדיר את הקריטריונים להסמכה, ומשרד הבריאות נדרש לקבוע כמה רופאים נדרשים בעתיד ומכך יהיה עליהם לגזור את מס' הסטודנטים; כמו כן על בתי הספר לרפואה והמל"ג, לקבוע את סטנדרט ההוראה בחלוקה לשבועות ולמחלקות.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות, על כך שהמלצתו להרחיב את מאגר המחלקות שיפעילו שדות קליניים, נעשתה בלי שעמדה לנגד עיניו תמונת מצב מלאה המתבססת על ראייה מערכתית מקיפה של מצאי המחלקות המסונפות; יתר על כן, האישור העקרוני שלו ניתן ללא הסדרה וללא קביעת כללים להסמכת המחלקות להוראה קלינית.

19 בסיום התואר יש אפשרות להמשיך לתואר ארבע שנותי לרפואה בתל אביב או בצפת.
20 המועצה להשכלה גבוהה יהודה ושומרון. סמכות המל"ג יו"ש לגבי המוסדות להשכלה גבוהה שברחבי יהודה ושומרון, תהיה זהה לזו של המל"ג לגבי מוסדות הממוקמים בתחומי הקו הירוק.

הצורך בצמצום מספר הסטודנטים מחו"ל הלומדים בתכניות לימודי רפואה בארץ בשל המצוקה בשדות קליניים

נכון לשנת תשע"ו (2015-2016) למדו בטכניון, באוניברסיטת תל-אביב ובאוניברסיטת בן-גוריון 537 סטודנטים מחו"ל - כ-18% מכלל 2,968 הסטודנטים הלומדים בפקולטות אלה, וכ-12%²¹ מ-4,376 סטודנטים²² בכלל הפקולטות לרפואה בארץ.

הסטודנטים הזרים לומדים רפואה בארץ בתכניות ייעודיות. גם בתכניות אלו נדרשים הסטודנטים לעבור הכשרה קלינית במחלקות בתי החולים, כך שהם "מתחרים" על השדות הקליניים עם סטודנטים ישראליים ומגבירים את העומס בקבוצות הלימוד; למשל - בשנים תשע"ו ותשע"ז הוכשרו ארבע קבוצות של סטודנטים במחלקות הגינקולוגיות באיכילוב, שלוש מהן של סטודנטים ישראליים ואחת של סטודנטים מארה"ב. בכל קבוצה היו 10-14 סטודנטים. במסגרת לימודי הרפואה בטכניון התקיימו בשנת תשע"ו שבעה סבבים בכירורגיה בבית החולים רמב"ם; ארבעה מהם של סטודנטים ישראליים שמנו 13-15 סטודנטים בכל סבב, ושלושה סבבים של סטודנטים מחו"ל, שלושה עד עשרה סטודנטים בכל סבב. באותה שנה התקיימו באותה מסגרת ארבעה סבבים בנוירולוגיה בבית החולים רמב"ם, שלושה מהם של סטודנטים ישראליים ואחד של סטודנטים אמריקאים. בכל סבב 9 - 11 סטודנטים.

להכשרה של סטודנטים מחו"ל בפקולטות לרפואה בישראל יש מגוון יתרונות: תשתית ליצירת קשרים בינלאומיים, חיזוק המחקר האקדמי, חשיפת האקדמיה הישראלית והישיגיה לעולם וחיזוק מעמדה הבינלאומי של מדינת ישראל כמדינה מובילה בתחום הרפואה בעולם המערבי; לתכניות אלו יש גם היבט כלכלי, שכן הן משמשות מקור הכנסה לאוניברסיטאות. עם זאת הפעלתן יוצרת גם כמה קשיים והגבלות, בשל הצורך בחלוקת המשאבים בין כל התכניות. המצוקה במשאבים כמו כוח אדם להוראה, תשתיות פיזיות ושדות קליניים מגבירה את הצורך בהסדרה ראויה והוגנת של סדרי העדיפות בהקצאתם לסטודנטים הישראליים ולסטודנטים הזרים.

א-יישום המלצות ועדת אנדורן: כדי לבחון את הדרכים האפשריות ל"הסדרת פעילות ההכשרה הקלינית בארץ בתכניות לימודים לקראת תואר דוקטור ברפואה בעבור סטודנטים הלומדים במוסדות להשכלה גבוהה בחו"ל", הקימו המל"ג בשיתוף הות"ת בפברואר 2012, ועדה בראשותה של גב' יעל אנדורן, חברת הות"ת אז והמשנה לממונה על התקציבים במשרד האוצר לשעבר, (להלן - ועדת אנדורן). הוועדה ציינה בסיכום המלצותיה, כי השדות הקליניים להוראה ברפואה הם משאב לאומי מוגבל ולכן מתחייבת הקצאה על בסיס סדר עדיפויות לאומי. הוועדה המליצה על מתן עדיפות בחלוקת

21 מהם 170 סטודנטים מחו"ל שהתחילו את לימודיהם בשנת תשע"ו.

22 מהם 3,839 סטודנטים ישראליים בתכניות הישראליות.

המשאבים לסטודנטים הישראליים הלומדים רפואה בארץ ורק לאחר מכן לסטודנטים הזרים. הוועדה קבעה גם הוראת מעבר לצמצום הדרגתי של מספר הסטודנטים הזרים הלומדים בישראל. הוראה זו נקבעה משום שבשנת תשע"ב למדו רפואה בארץ 130 סטודנטים זרים ולא ניתן היה לצמצם את מספרם באופן מדי. את המתווה לצמצום הדרגתי של מספר הסטודנטים מחו"ל ולהגדלת מספר הסטודנטים הישראליים תקבע הו"ת. לצורך כך, הו"ת תקבע, בתיאום עם משרד הבריאות ומשרד האוצר ובהתאם למספר השדות הקליניים, מכסה מינימלית של סטודנטים ישראליים וו"ת תקבע, בתיאום עם משרד הבריאות, מספר מכסימלי של סטודנטים זרים ללימודי רפואה באוניברסיטה בישראל. כמו כן הומלץ כי האוניברסיטאות יהיו האחראיות לעמידה ביעדי התכנון שיקבעו הו"ת ומל"ג בנוגע למספר בוגרי הרפואה, בהתאם לאפשרויות של ההכשרה הקלינית בבתי החולים.

באוקטובר 2012 אימצו המל"ג וו"ת את המלצות ועדת אנדורן, וקבעו שהמעקב אחר יישום ההמלצות מוטל על האגפים המקצועיים של הו"ת, ועליהם לדווח על כך למליאת הו"ת.

בדיון בהמלצות דוח ועדת אנדורן שהתקיים במאי 2013 בהשתתפות נציגי משרד הבריאות, הו"ת והאוניברסיטאות, הוחלט כי מספר הסטודנטים הזרים לרפואה לתשע"ד (2013-2014) לא יעלה על 130 למחזור; משרד הבריאות יהיה אחראי לביצוע המיפוי של פוטנציאל מקומות ההכשרה הקלינית ולניצול בפועל של המקומות בידי הסטודנטים הישראליים והזרים. כמו כן הוחלט לקיים ישיבת מעקב לאחר שלושה חודשים.

הסתייגות מצדם של דקאני הפקולטות מהמלצות ועדת אנדורן החותרות לאפשרות של הגדלת מספר הסטודנטים הישראלים על חשבון המסלולים לסטודנטים זרים, הועלתה באפריל 2014 בישיבה של פורום הדקאנים, בהשתתפות נציגי המל"ג ומנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' רוני גמזו. הדקאנים טענו כי הגדלת מספר הסטודנטים הישראליים על חשבון המסלולים המיועדים לסטודנטים זרים תתאפשר רק אם יימצא מקור מימון חלופי לשכר חברי הסגל, במקום ההכנסות שמתקבלות מתכניות הלימוד לסטודנטים זרים.

הועלה כי בניגוד להחלטה לקיים פגישת מעקב לאחר שלושה חודשים, מל"ג-ו"ת לא כינסו דיון בעניין זה במשך יותר מארבע שנים שחלפו מאז; משרד הבריאות, כאמור, לא מיפה את פוטנציאל מקומות ההכשרה הקלינית כפי שנקבע שיעשה, ובכך המשיך להנציח את המצב של חוסר ידיעה בנוגע למשאבים שבאחריותו; מל"ג-ו"ת לא אכפה על האוניברסיטאות ליישם את החלטתה לצמצם בהדרגה את מספר הסטודנטים הלומדים בתכניות חו"ל בפקולטות לרפואה, ובשנת תשע"ו (2015-2016) למדו בארץ כ-170 סטודנטים זרים למחזור (ולא 130 כפי שנקבע); וכך בסופו של דבר, אף שחלפו חמש שנים מאז שאימצה הו"ת את המלצות ועדת אנדורן - הן לא יושמו.

מכאן עולה חולשה מהותית וחוסר נחישות של המל"ג באופן שבו היא מממשת את אחריותה כגוף המאסדר של מוסדות ההשכלה הגבוהה: ההחלטה שקיבלה לצמצם את מספר הסטודנטים הזרים הלומדים בישראל זכתה להתעלמות מצד האוניברסיטאות כשאת המדיניות בנוגע לכך הכתיב פורום הדקאנים; המל"ג נהגה בפסיביות כלפי התנגדות פורום הדקאנים - היא לא הגיבה לטענותיהם ולא נקטה שום צעדי אכיפה ובכך סייעה להפוך את החלטתה לאות מתה.

בתגובת משרד הבריאות הוא כתב כי בשנת 2011 התבצעה בדיקה של השדות הקליניים. הוא הוסיף כי זוהי בדיקה ארוכה ולכן המשרד "לא ביצע אותה פעמים רבות מידי". המשרד הוסיף כי "...בדיקה זו אינה מחויבת המציאות, משום שהמשרד לא אחראי על הלימודים האקדמיים במדינת ישראל". המשרד צרף לתגובתו תוצאות ראשונות של מיפוי מיוני 2017 שלטענתו הן לא אחידות ולא ניתנות להשוואה.

משרד מבקר המדינה שב ומעיר למשרד הבריאות כי העובדה שהמל"ג אחראית על פי חוק על לימודי הרפואה אינה פוטרת אותו מהאחריות להבטיח רמת רפואה הולמת ואיכותית, שהרי הוא המאסדר של מערכת הבריאות וגם בעלים של בתי חולים והוא זה שמספק להם את המשאבים והתשתיות להכשרת רופאי העתיד. לפיכך יש לדחות את ניסיונו להתנער ממעמדו המרכזי בכל הנוגע להפעלת השדות הקליניים.

אשר לתגובת משרד הבריאות בנוגע לבדיקת השדות הקליניים שביצע בשנת 2011 - יצוין כי מדובר בבדיקה חלקית שעשה משרד הבריאות, ובה סקר את המחלקות העיקריות המשמשות להוראה בבתי החולים, ואולם הוא לא כלל בבדיקתו את השדות הקליניים המשמשים את כל הפקולטות לרפואה אלא רק את השדות הקליניים של הפקולטה לרפואה בתל-אביב, הפקולטה לרפואה בבן-גוריון והפקולטה לרפואה בטכניון. הוא אף לא בדק את מספר הסטודנטים בכל שדה קליני - שהוא מרכיב קריטי להבטחת איכות הלמידה וההכשרה.

המל"ג כתבה בתגובתה כי משסוכם עם משרד הבריאות במאי 2013 כי האחריות למיפוי השדות הקליניים היא של משרד הבריאות וכשהתברר כי לא נעשה דבר, חזרה המל"ג ודרשה את יישום ההסכמות וביצוע המיפוי. המל"ג הוסיפה כי במכתבה מיולי 2014 לסמנכ"ל בכיר לתכנון אסטרטגי וכלכלי דאז במשרד הבריאות, היא דרשה והבהירה כי ללא המיפוי לא ניתן יהיה להגדיל את מקומות ההכשרה של סטודנטים ישראלים על חשבון סטודנטים זרים. עוד הוסיפה כי "...בלי שנבדקת משמעות התכניות לסטודנטים זרים בשנים הקליניות אין מקום לדרוש מהאוניברסיטאות לצמצם תכניות אלה...".



בחינת ההפעלה של
 השדות הקליניים
 בבתי החולים
 מבליטה את חסרונה
 של הסדרה בתחום
 זה. המצוקה בשדות
 קליניים כפי שעלתה
 בביקורת ושעליה
 הצביע גם פורום
 הדקאנים, היא חסם
 מרכזי הן לשיפור
 ההכשרה
 והאפקטיביות שלה
 לסטודנט ואף לרופא,
 והן להגדלת מספר
 הסטודנטים
 הישראליים בפקולטות
 לרפואה בלי לפגוע
 באיכות הכשרתם

אי אפשר לקבל את תשובת המל"ג המעבירה למשרד הבריאות את האחריות לכך שהיא לא יישמה את המלצות ועדת אנדרון. המל"ג בשיתוף הות"ת היא זאת שהקימה את הוועדה ואימצה את המלצותיה. לפיכך מוטלת עליה אחריות רבה - היה מחובתה לפעול כדי לקדם את יישום ההמלצות ובכלל זה לוודא כי המכסה שקבעה תיושם - דבר שלא התקיים. החשש שהביעה המל"ג בנוגע להשפעת הגידול במספר הסטודנטים הישראליים על חשבון צמצום מספר הסטודנטים הזרים, נשאר בגדר הצהרה שלא הובילה לפעולות מעשיות - היה עליה לנקוט בכל הפעולות שהתחייבו מההחלטות שהתקבלו. אם להערכתה פעולות אלו אינן ברורות ביצוע, או שאין בהן כדי לפתור את סוגיית האיזונים הנדרשים בנוגע למספר הסטודנטים הישראליים והזרים, היה עליה להעלות זאת לפני שר החינוך הממונה על ההשכלה הגבוהה. בכך לא מלאה המל"ג כראוי את אחריותה כגוף האמון על קידום ההשכלה הגבוהה בישראל. עם זאת, אין להתעלם גם מאזלת היד של משרד הבריאות שהיה שותף לדיונים בנוגע ליישום ההמלצות וההחלטות, אך לא מילא את חלקו באחריות זו. משרד מבקר המדינה מעיר למל"ג, לות"ת ולמשרד הבריאות שאמנם הצהירו בפומבי על אימוץ המלצות ועדת אנדרון, אך נמנעו מליישם אותן הלכה למעשה.



בחינת ההפעלה של השדות הקליניים בבתי החולים כפי שעלתה בביקורת מבליטה את חסרונה של הסדרה בתחום זה. שני הגורמים המרכזיים המובילים את תהליך הכשרת הרופאים - המל"ג-ות"ת ומשרד הבריאות - נעדרים מהשלב הקריטי בהכשרה שהוא הלימוד וההתנסות בשדות הקליניים, והוא נותר נחלתם של בתי החולים והפקולטות עצמן. אלו פועלים על פי שיקוליהם, בלי שיש להם יכולת ראייה מערכתית מקיפה שתאפשר לייצל את התהליכים ולנצל את המשאבים המוגבלים של השדות הקליניים הקיימים ברמה הלאומית. כתוצאה מזה, נוצר עומס רב מאד על מחלקות מסוימות בשעה שייתכן שיש מחלקות שאינן עוסקות בהכשרה קלינית כלל. המצוקה הקיימת בשדות קליניים כפי שעלתה בביקורת ושעליה הצביע גם פורום הדקאנים, היא חסם מרכזי הן לשיפור ההכשרה והאפקטיביות שלה לסטודנט ואף לרופא, והן להגדלת מספר הסטודנטים הישראליים בפקולטות לרפואה בלי לפגוע באיכות הכשרתם. ללא ראייה מערכתית מקיפה, לא ניתן לדעת אם אכן יש מצוקה אמיתית בשדות קליניים, או שהעומס נוצר עקב ניהול לקוי.

על המל"ג ומשרד
הבריאות להוביל
עבודת מטה בשיתוף
פורום הדקאנים
ומנהלי בתי החולים
להסדרת תהליך
הכשרת הרופאים
בשדות קליניים

בעניין זה יש לציין את התגובה לממצאי הביקורת שהתקבלה משירותי בריאות כללית שהיא קופת החולים הגדולה בארץ והבעלים של כשליש מבתי החולים הציבוריים - הכלליים. לדעתה קרוב לוודאי שחוסר ההסדרה הקיים בשיתוף הפעולה בין האוניברסיטאות לבתי החולים פוגם הן באיכות והן ביעילות של פעילות השדות הקליניים וההוראה הרפואית בישראל.

על המל"ג ומשרד הבריאות להוביל עבודת מטה בשיתוף פורום הדקאנים ומנהלי בתי החולים להסדרת תהליך הכשרת הרופאים בשדות קליניים. בכלל זה עליהם לקבוע תקן למספר הסטודנטים שישתתפו בקבוצות הלימוד, את מספר הקבוצות המכסימלי במחלקה, את מספר השבועות המרבי להוראה קלינית בכל מחלקה ואת אמות המידה להכרה ולאישור של מחלקה כמוסמכת להכשרה קלינית. כמו כן עליהם למפות את היקף השדות הקליניים הזמין ברמה הלאומית. בהתאם לכללים שייקבעו ולתוצאות המיפוי, עליהם לקבוע אם אכן קיימת מצוקה אמיתית בשדות הקליניים כפי שעלתה בביקורת ושעליה הצביע גם פורום הדקאנים, או שניתן למזער אותה באמצעים ניהוליים כגון: ייעול ההקצאה של השדות הקליניים, הרחבתם למחלקות נוספות, הארכת יום הלימודים במחלקות גם לשעות אחר הצהריים והפעלת משמרות וכדו'. כך ניתן יהיה לייעל את שלב ההכשרה הקלינית של הסטודנטים, לשמור על איכות ההכשרה שלהם, ולצמצם את העומס על הרופאים ועל המחלקה כולה. הצבת מדדים ברורים שיוכלו לשמש יעד לשיפור עשויה להיות גם הזדמנות להעלות את רמתן המקצועית של המחלקות שטרם זכו להכרה כמוסמכות להכשרה קלינית.

אשר לאיזון המספרי בין הסטודנטים הישראליים והזרים - משרד הבריאות ומל"ג כבר אימצו את המלצות ועדת אנדורן, ולפיכך עליהם לפעול מידית לקדמן ולאכפן או לשנותן ככל שיידרש. אם לא יימצא מענה לסוגיה זו יש לערב בכך את ההנהלות הבכירות של משרד הבריאות, המל"ג ומשרד האוצר, ואם לא יימצא לכך מענה מוסכם - יש להביא את הסוגיה לפתחם של השרים הנוגעים בדבר.

מצוקה קשה בהכשרת רופאים בבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית

ביקורת הועלה כי ההכשרה הקלינית בבית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית נמצאת במצוקה קשה, ומשרד מבקר המדינה מצא לנכון לתת לה ביטוי נפרד.

בשנת תשע"ב (2011-2012) למדו 849 סטודנטים לרפואה בבית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית. במהלך השנים שחלפו מאז, עלה מספר הסטודנטים

לרפואה בעברית ל-905 סטודנטים, 970, 1001 ו-1029 בשנים תשע"ג, תשע"ד, תשע"ה ותשע"ו בהתאמה (גידול של 180 סטודנטים - כ-21%). הסטודנטים של בית הספר לרפואה בעברית מקבלים את הכשרתם הקלינית בבתי החולים הכלליים הדסה ושערי צדק בירושלים ובבית החולים קפלן של הכללית ברחובות ובבתי חולים פסיכיאטרים ובהם איתנים. הסדרי התשלום עם כל אחד מבתי החולים מתבצעים על בסיס שונה.

העומס בשדות הקליניים המסונפים לעברית: נתוני האוניברסיטה העברית מצביעים על עומס חריג בהכשרה הקלינית של הסטודנטים, והוא מעלה חשש עמוק בנוגע לטיבה. בפרוטוקול ישיבת ועדת ההוראה של בית הספר מ-8.2.15 צוין כי העומס הגדול על המחלקות מסכן את איכות ההוראה.

למשל: בשנת תשע"ז הוכשרו קלינית בבתי החולים שבהסכם עם בית הספר לרפואה של העברית 15 סטודנטים בממוצע בכל אחת מארבע מחלקות הילדים; במחלקות הכירורגיה - 14-16 סטודנטים; במחלקה הניורולוגית באחד מבתי החולים לא פחות מ-27 סטודנטים! בבית החולים איתנים, שהוא חלק מהמרכז הירושלמי הממשלתי לבריאות הנפש ובו מחלקה לטיפול בילדים ובנוער, היו בשנת תשע"ז שלושה סבבי לימוד של פסיכיאטריה של הילד כשבכל אחד מהם השתתפו בממוצע 19 סטודנטים.

בניסיון להפחית את העומס בשדות הקליניים, החליטה ועדת ההוראה של בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית (להלן - ועדת ההוראה) בשנים 2012-2015 על כמה שינויים בתכנית הלימודים ובהם: להקדים את ההוראה הקלינית בכירורגיה משנה חמישית לשנה רביעית, ולבצע פיילוט להוראה קלינית במחלקה לטיפול נמרץ ובמחלקה האורתופדית באסותא מרכזים רפואיים בע"מ.

בישיבת ועדת ההוראה שהתקיימה ב-13.6.16 הצביעו הנוכחים על צפיפות ניכרת בשדות הקליניים, ובמיוחד במחלקות פנימית, כירורגיה וילדים עד כדי פגיעה באיכות הלימוד - הקבוצות גדולות מדי ומגיעות אף ל-17 סטודנטים בקבוצה במחלקה הכירורגית, הפסיכיאטרית והניורולוגית.

ועדת ההוראה סיכמה את הנושא במילים אלה: "ועדת ההוראה של בית הספר לרפואה מוצאת כי עומס ההוראה של חוגי ההוראה הקלינית, במסגרת בתי החולים של הדסה ובתי החולים המסונפים, היא בלתי סבירה ופוגעת קשות ברמת ההוראה הניתנת לתלמידינו. הוועדה קוראת לדקאן לעשות ככל יכולתו על מנת לסנף לאלתר בית חולים נוסף שיוכל להשתתף בנטל ההוראה לתלמידי רפואה".

על הפגיעה באיכות ההוראה ניתן ללמוד מהפרוטוקול של ישיבת ועדת ההוראה מ-6.11.16, וממנו עולה כי הוועדה הצביעה על הנזק שנגרם בשל הצפיפות בשדות הקליניים - שכן בנסיבות אלו לא ניתן להכשיר כהלכה את הסטודנטים לערוך בדיקה גופנית ולקיים ראיון רפואי, הסטודנטים גם לא מצליחים לתרגל כראוי במהלך הלימודים הקליניים.

גם הסטודנטים עצמם פנו כמה פעמים במהלך 2016-2017 לגורמים שונים בפקולטה לרפואה ובהם דקאן בית הספר ויו"ר ועדת ההוראה, והתריעו על העומס ועל הפגיעה בהכשרתם.

ב-11.1.17 דיווחה יו"ר ועדת מורים-תלמידים²³ לדקאן וליו"ר ועדת ההוראה כי נפגשה עם נציגי הסטודנטים ושמעה "בדאגה על התסיסה הגוברת בקרב הסטודנטים על גודל הקבוצות בשנים הקליניות, שפוגע בצורה קשה באיכות ההוראה הקלינית. לדברי הסטודנטים, בגלל הקבוצות הגדולות כמעט שאין ביקורים מודרכים, ורוב ההוראה מתקיימת בחדרי הסמינרים. בנוסף לכך, יש חוסר שביעות רצון מהקדמת הסבבים הקליניים בכירורגיה".

בהתייחסותה להקדמת הסבב הקליני בכירורגיה, ציינה דקאנית בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית, בתגובתה מדצמבר 2017 לממצאי הביקורת, כי הדבר מלווה בקורס מיוחד בנושא שניתן לפני הכניסה למחלקות, והוא גישר על הפער במוכנות הסטודנטים. הדבר מקובל בחלק מבתי הספר לרפואה הטובים בעולם.

אין בכוונתנו לערער על שיקול הדעת של בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית בנוגע להחלטה לשנות את תכנית הלימודים. עם זאת עולה תמונת מצב מדאיגה ביותר בנוגע להכשרה הקלינית של הסטודנטים וזאת בשל קבוצות לימוד גדולות מדי בשדות הקליניים, הרבה יותר מהתקן שנקבע כסביר בדוח גלזר-ישראלי. בשנים האחרונות חל גידול ניכר במספר הסטודנטים באוניברסיטה והיעדר הסדרה כוללת גורמת בין השאר לכך שלא ניתן מענה מתאים מבחינת מספר השדות הקליניים להכשרת הסטודנטים, והדבר עלול לפגוע באיכות הכשרתם.

בתגובה למשרד מבקר המדינה מפברואר 2018 כתבה דקאנית בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית כי בעקבות המלצת הביקורת היא בדקה את מצב השדות הקליניים של הפקולטה שלה ומצאה פתרון למצב: א. הסטודנטים בסבבים בכירורגיה ובילדים מתחלקים לקבוצות במספר מחלקות כך שבכל קבוצה יש לכל היותר שמונה סטודנטים, וכי בית הספר לרפואה בעברית נערך להעברת חלק מהלימודים למרפאות קופות החולים. ב. המחלקות הניירולוגית והניירוכירוגית בשערי צדק, תתחלקנה בעומס ההוראה של בית הספר והחל מאפריל 2018 נוסף שדה קליני לניירולוגיה בשערי צדק.

23 בפקולטה קיימות מספר ועדות שבהן משתתפים נציגי הסטודנטים כגון: ועדת הוראה, ועדת חינוך רפואי ועדת מורים - תלמידים.

בהיעדר הנחיות ברורות בנוגע למתכונת של הפעלת השדות הקליניים ונוכח המצוקה של השדות הקליניים בעברית, היא מפתחת לשם כך מענה עצמי. על מל"ג-ות"ת בשיתוף משרד הבריאות לבחון את הפתרונות של העברית כדי להבטיח שההכשרה הקלינית נעשית באופן האיכותי המחייב.

ליקויים בהסכמים בין בתי החולים לאוניברסיטאות (כספיים וסינוף)

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.

1. **הסכמי ההתקשרות:** מל"ג-ות"ת ומשרד הבריאות, האמורים להיות הגופים המאסדרים של הפעילות האקדמית בבתי החולים והאחראיים לתקצובה, לא קבעו כללים כלשהם בנוגע להסכמי ההתקשרות, 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. בביקורת עלה שיש הבדלים מהותיים בין ההסכמים השונים מפקולטה לפקולטה ומבית חולים אחד למשנהו אפילו באותה פקולטה לרפואה. 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 קלינית²⁴. להלן דוגמאות:

אוניברסיטת תל אביב: הפקולטה לרפואה בתל אביב שילמה עד שנת 2014 למרכז הרפואי שיבא סכום גלובלי שאין כל הסבר לאופן חישובו; משנת 2014 היא משלמת לשיבא סכום קבוע לשבוע הוראה קלינית המוכפל במספר השבועות של הוראה קלינית שהתקיימו. לפקולטה לרפואה בתל אביב אין הסכמים עם שאר בתי החולים שהיא שולחת אליהם סטודנטים: איכילוב, בלינסון ושניידר.

אוניברסיטת בן גוריון: על פי הסכם מאוגוסט 2014 הפקולטה לרפואה בבן-גוריון משלמת לכללית בעבור ההוראה בסורוקה סכום קבוע שאינו תלוי במספר הסטודנטים הלומדים.

הטכניון: הפקולטה לרפואה בטכניון משלמת לבית חולים העמק בהתאם למספר שבועות הלימוד, ואף מממנת לביה"ח מענקי מחקר. לעומת זאת, למרות היקף שעות ההוראה הגדול שהסטודנטים של הטכניון מקבלים ברמב"ם - אין לטכניון הסכם בכתב עם רמב"ם.

האוניברסיטה העברית: התשלום של בית הספר לרפואה בעברית למרכז הרפואי הדסה בעבור ההכשרה הקלינית נעשה על פי תעריף בסיס שנקבע בשנת תשס"א (שנת הבסיס) והוא מתעדכן על פי השינוי שחל בהיקף ההוראה השנתית²⁵; התשלום למרכז הרפואי שערי צדק, לעומת זאת, נקבע כסכום גלובלי עד מספר שבועות שנקבעו מראש. אם נעשית הכשרה קלינית נוספת נקבע לכך תגמול נפרד, נוסף על כך מממנת הפקולטה תקני רופאים או חברי סגל שעוסקים במחקר.

בעיית ההתחשבות הכספית בין בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית ובין הדסה - בעוד האוניברסיטאות נושאות, לפחות חלקית, במימון השכר של הרופאים בעבור עיסוקם בהוראה האקדמית והקלינית בבית הספר, שכרם של רופאי הדסה העוסקים בכך משולם להם, על ידי הדסה, כחלק משכרם השוטף בעבור עבודתם בהדסה.

מימון שכרם של רופאי המרכז הרפואי הדסה המלמדים בבית הספר לרפואה הוא נטל כלכלי כבד על המרכז הרפואי הדסה, ואחד ממחוללי הגירעון שאליו נקלע המרכז הרפואי. בעקבות המשבר הגרעוני שהדסה נקלעה אליו, נחתם ביוני 2014 הסכם הבראה בין ממשלת ישראל, המרכז הרפואי הדסה וארגון נשות הדסה. בבדיקה שמשדר הבריאות עשה לפני החתימה על ההסכם נמצא כי ההוצאות לשכר בהדסה גבוהות בהשוואה לבתי חולים אחרים, ואחת הסיבות לכך היא תוספות השכר המשולמות לרופאים.

בדוח קודם העיר משרד מבקר המדינה²⁶ שעל דירקטוריון הדסה והנהלתה לבחון את המודל הכלכלי להפעלת בתי הספר שבין כותלי בית החולים, ולגבש תכנית שתביא להקטנת הגירעון. כמו כן נדרש מהם לקיים עבודת מטה סדורה עם משרדי הבריאות והאוצר בשיתוף האוניברסיטה העברית, המל"ג וות"ת, כדי לגבש מדיניות בנוגע להתחשבות שבין בית החולים לאוניברסיטה, תוך ראייה מקיפה של צורכי ההשכלה במקצועות הרפואה בארץ וצורכי בית החולים. בדוח צוין שעל התכנית להבטיח שתישמר המעורבות של הרופאים בסגל האקדמי של האוניברסיטה, והתגמול בעבור מרכיב זה בעבודתם יהיה הוגן, אך לא יחרוג מכללי הוות"ת לשכר הסגל האקדמי.

בפברואר 2017 הודיעה המל"ג לבית הספר לרפואה בעברית כי בשל תכנית ההבראה המופעלת בביה"ח הדסה, ובהתאם לאישור ביהמ"ש המחוזי ממאי 2014 - לא ייושמו המלצות דוח גלזר-ישראלי במסגרת ההסכם

25 מספר סטודנטים שמוכפל בשבועות הוראה.

26 ראו דוח מבקר המדינה, 66ג, תשע"ו - 2016 בפרק "המרכז הרפואי הדסה- היבטים בניהול ובהסכם ההבראה, ופיקוח המדינה על בתי חולים ציבוריים", עמ' 565 והלאה.

בין האוניברסיטה העברית והדסה, וזאת עד תום תכנית ההבראה של ביה"ח בשנת 2020.

בתגובת המל"ג היא כתבה כי תהליך יישום המלצות הוועדה הבינלאומית²⁷ ע"י האוניברסיטה העברית נמשך ונמצא תחת מעקב שוטף של האגף להערכת איכות באמצעות סוקר מקצועי מהתחום.

האוניברסיטה העברית ובית החולים הדסה, כל אחד בתחומו, הם מהמוסדות היוקרתיים והמובילים בארץ. ואולם בחינה של אופן ניהולם בכל הנוגע להכשרה האקדמית והקלינית של הסטודנטים לרפואה, מצביעה על היעדר פתרונות מעשיים העלול לפגוע באיכות ההוראה. רופאי הדסה מקבלים בעבור חלקם בהוראה האקדמית והקלינית שכר גבוה יותר מעמיתיהם באוניברסיטאות האחרות בשל מנגנון התשלום הקיים בהדסה, אך האוניברסיטה אינה נושאת במימון העודף; כך הופך מימון שכר הרופאים המלמדים בבית הספר לנטל כלכלי כבד על הדסה. כבר נמצא כי ההוצאות הגבוהות לשכר הן חלק ממחוללי הגירעון שאליו נקלעה הדסה. המל"ג, האמורה להבטיח את איכות ההוראה, מדירה עצמה מטיפול בסוגיית העומס החרגי בשדות הקליניים המופעלים בהדסה ותגובתה לממצאי הביקורת רק מבטיחה את היעדר התכליתיות של החלטותיה. משרד הבריאות מודע אף הוא לשתי הסוגיות הבווערות אך לא נקט שום צעד לתיקון.

על הנהלת משרד הבריאות, הנהלת מל"ג-ות"ת ומשרד האוצר להיכנס בהקדם לעובי הקורה ולשנות את המצב הבלתי נסבל והמתמשך של ההוראה הקלינית. הדעת אינה סובלת את התמשכות חוסר המעש של גורמים אלו בכל הנוגע להפעלת ההכשרה האקדמית והקלינית, העלול לפגוע באיכות ההכשרה, ולסכן את ציבור החולים במדינה.

2. **ליקויים בהסדרי הסינוף:** היעדר הסדרה בנושא הסכמי ההתקשרות בין בתי החולים ובין הפקולטות לרפואה, מונע את היכולת לראות את תמונת המצב מנקודת מבט כלל-לאומית בנוגע לניצול משאבי ההכשרה הקלינית ועלות השימוש בהם, ואינו מאפשר ויסות יעיל של המשאבים בין הפקולטות.

27 הוועדה הבינלאומית מטעם המל"ג שהתמנתה לצורך הערכת איכות לימודי הרפואה והגישה את המלצותיה ב-2014.

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

כך, למשל, עלה כי ההסכם בין הטכניון למרכז הרפואי העמק קובע: "המרכז הרפואי מצהיר ומתחייב... כי אינו קשור אקדמית לכל מוסד אחר בתחום ההוראה וההכשרה של סטודנטים לרפואה והוא או מחלקה ממחלקותיו לא יתקשרו עם מוסד כאמור..."; גם ההסכם בין הפקולטה לרפואה בצפת, באמצעות אוניברסיטת בר אילן, לבית החולים פורייה קובע: "... במשך כל תקופת ההסכם לא ישולבו סטודנטים מאוניברסיטאות אחרות... בלמידה הקלינית בבית החולים אלא אם כן הוסכם אחרת בין דיקאן הפקולטה לבין מנהל בית החולים".

בתגובת דקאן הפקולטה לרפואה בצפת לממצאי הביקורת מדצמבר 2017 הוא כתב כי אכן יש "בלעדיות" לכאורה בחוזים אלו. ואולם מצוין בהם שבתי החולים יכולים ללמד תלמידים מבתי ספר אחרים באישור הדקאן, וזאת אם לפקולטה לרפואה בצפת אין הוראה באותה מחלקה.

ב. **תחרות בעייתית על הקצאת שדות קליניים:** על התוצאות של היעדר הסדרה כוללת ויצירת תחרות שלילית ניתן ללמוד מההשפעה שהייתה להקמת הפקולטה לרפואה בצפת על מארג היחסים שבין בתי החולים בצפון הארץ ובין הפקולטה בטכניון, שעד הקמת הפקולטה החדשה הייתה היחידה שהזינה תלמידים להכשרה קלינית בבתי חולים אלו כמפורט להלן:

(1) בעקבות הקמת הפקולטה בצפת השתנו תנאי ההתקשרות של הטכניון עם המרכז הרפואי העמק, ובכלל זה החלה הפקולטה בטכניון להעניק תמיכה כספית ייעודית למרכז הרפואי העמק בעבור מחקר ולמימון מינויים אקדמיים.

(2) בעקבות זה שבית החולים הממשלתי לבריאות הנפש מזור (מזרע בשמו הקודם) בעכו החל לתת שירותי הוראה לא רק לטכניון אלא גם לפקולטה בצפת, בינואר 2011 נאלצה הפקולטה לרפואה בטכניון לחתום עם מזור על הסכם ייחודי. לטענת דקאן הפקולטה של הטכניון, בהסכם התחייב הטכניון לתת למזור תנאים מועדפים שאינו נותן לבתי חולים פסיכיאטריים אחרים שבהם לומדים סטודנטים שלו; מדובר בתנאים הנוגעים הן לתקינה והן להקצאת כספי מחקר. באפריל 2017 - כשש שנים לאחר החתימה על ההסכם, ביקשה מנהלת מזור שהפקולטה לרפואה בטכניון תגדיל את התשלום שהיא מעבירה לבית



השילוב של מצוקה
במקומות להכשרה
קלינית כפי שעלה
בביקורת, תחרות
בעייתית, יצירת
הסכמים כובלים
והיעדר אסדרה פותח
פתח ל"שוק פרוע".
משרד הבריאות
ומל"ג-ות"ת לא הביאו
בחשבון שאחריותם
כמאסדרים מחייבת
אותם להבטיח
שההכשרה הקלינית
בבתי החולים תיעשה
באופן מסודר ותקין
ולא פעלו בנושא כלל,
ועל כן מונח המחדל
בעניין הזה לפתחם

החולים כך שהוא יהיה דומה לזה שאוניברסיטת בר אילן, המפעילה את הפקולטה בצפת, נותנת לבית החולים.

בתגובת מזור לממצאי הביקורת מדצמבר 2017 הוא כתב כי מתוך הבנה של המצב הקשה והכרה במאמץ שדורשת ההוראה, הוסכם עם דקאני שתי הפקולטות [צפת והטכניון] על שינוי התגמול והגדלתו.

(3) עד פתיחת הפקולטה בצפת, סיפק בית החולים הצרפתי בנצרת לפקולטה בטכניון שירותי הוראה קלינית במחלקת הילדים, ובה בלבד. באוקטובר 2016 שלח מנהל בית החולים הצרפתי בנצרת לדקאן הפקולטה לרפואה בטכניון מייל ובו הסביר שבגלל רצונו להרחיב את ההוראה הקלינית של מחלקות בית החולים, הוא מעונין לשתף פעולה, קודם כל, עם הפקולטה לרפואה בצפת. הוא הוסיף שהפקולטה לרפואה בצפת מאפשרת לו הוראה במחלקות נוספות מלבד מחלקת הילדים, ולכן החל בשנת הלימודים הבאה ייתן בית החולים הכשרה קלינית לסטודנטים של הפקולטה בצפת. הוא ציין גם כי הוא נכון לתת מענה, לפי דרישה, גם לפקולטה לרפואה בטכניון לאחר תיאום עם בר-אילן המפעילה את הפקולטה בצפת.

דוגמה נוספת נוגעת להשפעת ההחלטה של אוניברסיטת אריאל להקים פקולטה לרפואה היא החשש של אוניברסיטת תל אביב שבשל שיתופי פעולה שתיצור אריאל עם בתי חולים במרכז הארץ לאיתור שדות קליניים, ייפגע המאגר הקיים שלה. בפרוטוקול של ישיבת פורום הדקאנים בדצמבר 2016 נכתב: "פרופ' גרוסמן, דיקאן הפקולטה לרפואה בתל אביב, נקלע למצב קשה ובדק איך למזער את הנזק העלול להיגרם לפקולטה בתל-אביב".

השילוב של מצוקה במקומות להכשרה קלינית כפי שעלה בביקורת, תחרות בעייתית, יצירת הסכמים כובלים והיעדר אסדרה פותח פתח ל"שוק פרוע" - הפעלת לחצים, קביעת התניות, העלאת דרישות והצעת תשלומים שאינם מאוזנים ובלבד שניתן יהיה להבטיח את ההכשרה הקלינית. סדרי מינהל תקינים מחייבים הסדרה קבועה וברורה, שבלעדיה אף עלולה להיפגע הראייה המערכתית לאומית והיעדרה עלול לפתוח פתח למניעים בלתי ענייניים. לא ניתן להסתמך על שיקולי דעת נקודתיים בנוגע למערכות היחסים בין הפקולטות לבתי"ח כפי שמתואר לעיל. יש להוקיע מצב זה ולמנוע אותו ככל האפשר, שכן הוא אינו ראוי, אינו שוויוני ואינו מבטיח קבלת החלטות מיטבית. מציאות זו משקפת את היעדרה של היד המכוונת - משרד הבריאות ומל"ג-ות"ת לא הביאו בחשבון שאחריותם כמאסדרים מחייבת אותם להבטיח שההכשרה הקלינית בבתי החולים תיעשה באופן מסודר ותקין ולא פעלו בנושא כלל, ועל כן מונח המחדל בעניין הזה לפתחם.

ממצאי הביקורת מצביעים על חובתם של המל"ג בשיתוף משרד הבריאות, פורום הדקאנים ובתי החולים לגבש הסכם שימשש תשתית להסדרת ההתקשרות בין בתי החולים ובין הפקולטות לרפואה כדוגמת הסכם המתבסס על המלצות דוח גלור-ישראלי, ולחייב שכל התקשרות כאמור תתבצע באמצעות הסכם בכתב. עליהם לקבוע מנגנון להסדרת הסכם מסגרת רחב יותר לשיתוף פעולה בין הפקולטות לרפואה ובין בתי החולים. חשוב לציין כי קיים מנגנון דומה בהסכמים הנוגעים להתקשרויות שבין בתי החולים, קופות החולים ותאגידי הבריאות המחייב בדיקה ואישור שלהם בידי משרד הבריאות.

בוגרי רפואה מחו"ל שנקלטים בארץ

שיעור בוגרי לימודי הרפואה בישראל הוא פחות ממחצית מהמוצע של מסיימי לימודי רפואה בארצות ה-OECD: בשנת 2015 עמד שיעור בוגרי בתי הספר לרפואה בישראל על 5.5 למאה אלף איש לעומת ממוצע של 11.7 למאה אלף איש במדינות ה-OECD.

המקור העיקרי לצמצום הפער שבין מספר בוגרי הרפואה הדרושים במדינה ובין מספר המסיימים בפועל את לימודיהם בישראל הוא ישראלים שלמדו רפואה בחו"ל - בשנת 2015 הנפיק משרד הבריאות 540 רישיונות לעסוק ברפואה לישראלים²⁸ שלמדו לימודי רפואה בחו"ל. מקור נוסף הוא בוגר רפואה שאינו ישראלי והגיע ארצה; בשנת 2015 הנפיק משרד הבריאות 197 רישיונות לעולים שסיימו את לימודי הרפואה בחו"ל²⁹ לפני עלייתם ארצה, ול-38 בוגרי חו"ל ששנת עלייתם או שנת סיום לימודי הרפואה שלהם אינן ידועות. מ-1,259 הרישיונות החדשים שהנפיק המשרד בשנת 2015, 775 (62%) ניתנו לרופאים שלמדו בחו"ל.

תנאי הקבלה ללימודי רפואה שונים ממדינה למדינה, וכל מדינה קובעת את דרישותיה להכשרת הרופא הן מבחינת ידע תאורתי, הן מבחינת ידע מעשי והן מבחינת כישורים אישיים ובין-אישיים שונים.

הסתמכות על בוגרי רפואה ישראלים שלמדו בחו"ל

חלק גדול מהישראלים שהם בוגרי רפואה בחו"ל ביקשו ללמוד בארץ, אך לא התקבלו ללימודים בשל תנאי הסף הגבוהים לקבלה שנקבעו, בין השאר, מתוך הנחה שתנאי קבלה גבוהים יבטיחו רופא בעל כישורים גבוהים, והן בשל מספר

28 לרבות ישראלים שנולדו בחו"ל.

29 מספר הרישיונות שניתנו לעולים הוא במגמת ירידה, כעשירית מכלל הרישיונות לעומת כמחצית בתחילת שנות האלפיים.



רק הגדלה ממשית של מקומות הלימוד לישראלים בפקולטות לרפואה בארץ יש בה כדי להבטיח שרוב המצטרפים למערכת הרפואית בארץ יהיו מטובי הסטודנטים הישראלים

המקומות המצומצם ללימודי רפואה באוניברסיטאות בארץ. עם סיום הלימודים בחו"ל חלק³⁰ מהם חוזר ארצה.

השיעור הגבוה של הופאים ישראלים שלמדו בחו"ל וקיבלו רישיון לעבוד בארץ מצביע על כך שמדינת ישראל נסמכת במידה רבה על בוגרי פקולטות לרפואה שלא למדו בארץ ובשל כך אין לה שום השפעה על קביעת המרכיבים השונים של התכניות להכשרתם ולהתאמתם למערכת הבריאות בישראל וכן לדרישותיה ולצרכיה. בכך מוותרת מדינת ישראל 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.

בתגובת קופת חולים לאומית לממצאי הביקורת מדצמבר 2017 היא כתבה כי היא מתרשמת "מהאיכות הירודה מאוד של בוגרי חו"ל רבים, כך למשל מבין עשרות רבות של פונים בוגרי חו"ל להתקבל להתמחות ברפואת המשפחה במחלקה להתמחות בקופה, אנו מתקשים לאתר את אותם הבודדים בעלי ידע ראוי ויכולת להתמחות ולסיים את ההתמחות בהצלחה. מה שמצביע בבירור על כך שישנם לא מעט בעלי רישיון לעסוק ברפואה, בוגרי חו"ל שרמת הידע והמימוניות שלהם נמוכה".

בהתחשב בכך שבביקורת עלו ממצאים בעייתיים בנוגע לעמידה בהצלחה של בוגרים אלו במבחני הרישוי לרפואה, התרשמות קופת חולים לאומית מעוררת דאגה בנוגע לאיכות הכישורים של לפחות חלק מבוגרי חו"ל. על המל"ג והמשרד 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.

משרד מבקר המדינה מעיר כי 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. סביר להניח שיש כאלו שבקשתם ללמוד רפואה בארץ נדחית והם פונים ללמוד מקצוע אחר.

על משרד הבריאות והמל"ג לבחון סוגיה זו באיוון 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.

בחינת רישוי לבוגרי רפואה ישראלים שלמדו במוסדות בחו"ל

הצורך בהכשרה איכותית של הרופא העוסק בחיי אדם ובשלמותו הגופנית והנפשית ברור מאליו. לפיכך נודעת חשיבות רבה לעמידה במדדים שיבטיחו כי הרופא רכש את הידע, הכשירות והמיומנות הנדרשים לביצוע תפקידו. פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976 (להלן - פקודת הרופאים) מעניקה למנכ"ל משרד הבריאות או מי מטעמו את הסמכות להכיר בבית ספר לרפואה בחו"ל ואת הסמכות להכיר בתואר מבית ספר כאמור. כמה פסקי דין שעסקו בנושא רישוי רופאים שלמדו בחו"ל דנים בכך. בפסק דין אחד³¹ נאמר על ידי השופט פוגלמן כי "אין חולק כי תכליתה של פקודת הרופאים בכלל, ותכליתם של התנאים למתן רישיון לעסוק ברפואה בפרט, היא להבטיח כי בשערי המקצוע יבואו אך ורק רופאים שרמתם המקצועית נאותה. נקודת המוצא היא אפוא שהמחוקק הקנה לרשות המופקדת על כך סמכות למנוע ממי שאינו עומד בסטנדרטים הנדרשים מלעסוק ברפואה בישראל".

פסק דין אחר³² שניתן ע"י השופט טירקל גיבה את סמכות המשרד כגורם המקצועי שרשאי לקבוע את שאלת הכשירות לעסוק ברפואה בישראל, וציין בקשר לכך כי "...היא שאלה מובהקת לשיקול דעתו המקצועית ולמומחיותו המקצועית של מנהל שירותי הרפואה וכי הרשות הרפואית המוסמכת רשאית לקבוע סטנדרטים גבוהים, ובית משפט זה לא יבוא בטרוניה לרשות זו אם לא תתיר לרופאים לעסוק בישראל אלא אם כשירותם אינה מוטלת בספק...".

לפני התחלת הסטזי³³ נדרשים הסטודנטים שלמדו רפואה בארץ לעמוד בהצלחה בבחינות ארציות בחמישה מקצועות: רפואה פנימית, כירורגיה, פדיאטריה (רפואת ילדים), גינקולוגיה ופסיכיאטריה; לאחר סיום הסטזי הם יהיו זכאים לרישיון לעסוק ברפואה.

רופא ישראלי שסיים לימודי רפואה בחו"ל והוא בעל דיפלומה מוכרת, אך לא סיים סטזי בארץ שבה למד, יהיה זכאי לרישיון לעסוק ברפואה בישראל רק לאחר שעמד בהצלחה בבחינה מטעם משרד הבריאות (להלן - בחינת רישוי), ועשה אחריה שנת סטזי במוסד מוכר³⁴.

פקודת הרופאים קובעת כי בקשה לקבלת רישיון לעסוק ברפואה תוגש למנכ"ל משרד הבריאות או מי שמונה מטעמו (להלן - המנהל), והוא ייתן רישיון למי שעמד בתנאים לקבלת רישיון, המופיעים בפקודה; בין התנאים: סיום תקופת

31 עם 2814/12 ד"ר מריה כריסטינה רודריגז נ' משרד הבריאות האגף לרישוי מקצועות רפואיים, אתר נבו.

32 ע"א 2701/00 הדר נ' המנהל הכללי של משרד הבריאות, פ"ד נו(1) 200.

33 כאמור, בארץ קיימות שתי תכניות ללימודי רפואה לישראלים: תכנית שש שנתית ותכנית ארבע שנתית. בסיום לימודי הרפואה מבצעים הסטודנטים את הסטזי.

34 האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות מבחין בין רופאים שעשו סטזי ובין רופאים שטרם עשו זאת. על פי פקודת הרופאים רופא שלמד בחו"ל חייב לעבור בחינה לקראת סטזי. שאר הנבחנים נבחנים בבחינה לקבלת רישיון. שתי קבוצות הנבחנים ניגשות לאותה בחינה. בדוח זה נכנה את הבחינה "בחינת רישוי".

סטז' שהמנהל הכיר במשכה ובתנאיה לבעלי תואר ברפואה מחו"ל. עוד קובעת הפקודה כי המבקש לעשות סטז' חייב לעמוד בבחינות שדרכי הרישום וכל עניין אחר הקשור בהן יקבעו בתקנות. תקנות הרופאים (בחינת רישוי), התשמ"ח-1988 (להלן - תקנות בחינת הרישוי) קובעות כי המבקש להיבחן יגיש בקשה בכתב לוועדת הבחינה באמצעות המנהל, והמנהל יצרף לוועדת הבחינה אישור שהוא מכיר בבית הספר לרפואה שהמבקש להיבחן למד בו ובתואר שקיבל.

הבדיקה העלתה כי קיים פער של ממש בשיעור ההצלחה בבחינות בין סטודנטים שלמדו בארץ ובין אלו שלמדו בחו"ל ונבחנו בארץ: בשנים תשע"ד (2013-2014) - תשע"ז (2016-2017) עמד שיעור ההצלחה הממוצע של סטודנטים שלמדו בארץ על כ-97%. לעומת זאת, השיעור הממוצע של בוגרי רפואה מחו"ל שעמדו בהצלחה בבחינת הרישוי בארץ, בשנים 2015-2017 היה רק כ-50%, וממדינות מסוימות, אף נמוך יותר; כך למשל, בשנים 2015-2017 עברו את בחינת הרישוי 36%-43% מבוגרי לימודי הרפואה באיטליה; 31%-44% מבוגרי לימודי רפואה במולדובה; 8%-22% מארמניה ו-27% מרוסיה³⁵.

אימות תארים מחו"ל באגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד

האגף לרישוי מקצועות רפואיים מטפל בבקשות של בוגרי רפואה מחו"ל לקבלת רישיון לעסוק ברפואה בארץ; במסגרת הבדיקה עליו לבדוק את מהימנות התעודות שממציא מבקש הרישיון וכן את ההכרה במוסד הלימודים כרשאי להעניק תואר ברפואה. המשרד אינו בודק את אמינות הדיווח בנוגע ללימודים בחו"ל. למשל - האם המבקש אכן שהה באותה מדינה שבה למד לטענתו, כמו כן אין הוא דורש אישור של האוניברסיטה על לימודים מעשיים; יצוין כי בדיקה כעין זו נעשת במשרד החינוך בהליך לאישור תארים של ישראלים שלמדו הוראה בחו"ל.

מספר לומדי הרפואה במזרח אירופה³⁶ שמבקשים לקבל רישיון רפואה ישראלי עלה בשנים האחרונות במידה ניכרת. בשנת 2016 ביקשו לגשת לבחינת הרישוי 1,314 בוגרים ממזרח אירופה, לעומת 934 בשנת 2010 - עלייה של כ-41% במשך שש שנים. בו זממן משרד הבריאות החל לקבל תלונות על בעיות בהכשרה בחלק ממדינות אלו, אמינות התארים שניתנים בהן ובעיות באופן שבו הושגו. להלן הפרטים:

1. **מדינת ארמניה:** בינואר 2017 כתב מנהל האגף לרישוי למשטרת ישראל וביקש ממנה לסייע למשרד הבריאות בחקירה בנוגע ללימודי הרפואה במוסדות שונים בארמניה. זאת, בשל חשד סביר שהדיווח על תכניות

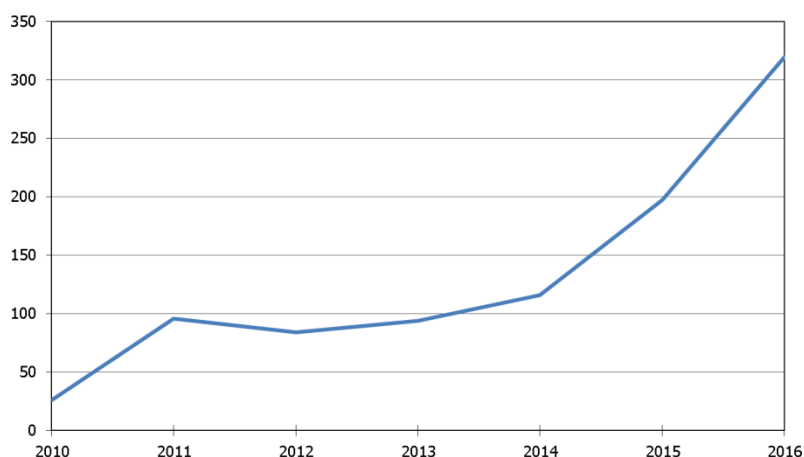
35 בשנים האמורות נבחנו עשרות בוגרים מכל אחת ממדינות אלו שהם כמחצית הנבחים.

36 אוקראינה, ארמניה, בולגריה, בלרוס, לטביה, ליטא, מולדביה, סלובקיה, פולין, רומניה, רוסיה.

הלימוד המתקיימות במוסדות אוניברסיטאיים שונים בארמניה אינו אמין. המשרד העלה כמה בעיות בלימודי הרפואה בארמניה ובהן: רבים מהבוגרים התקבלו בארמניה לשנים מתקדמות של הלימודים, אף על פי שנכשלו בלימודיהם במוסדות שבהם למדו קודם, ובוגרים שהמציאו אישורים על לימודים אך לא שהו בארמניה לפרקי זמן המאפשרים לימודים אלה.

2. **מדינת מולדובה:** להלן בתרשים 3 נתונים המציגים את העלייה הדרסטית במספר הסטודנטים לרפואה ממולדובה שביקשו רישיון רפואה ישראלי בשנים האחרונות:

תרשים 3: מספר הסטודנטים לרפואה ממולדובה שביקשו רישיון רפואה בישראל בשנים 2010-2016



מתרשים 3 עולה כי בשנים 2011-2013 היה מספר בוגרי מולדובה שביקשו רישיון רפואה בישראל פחות או יותר קבוע והסתכם בממוצע של 91 מבקשי רישיון, ואולם בשנת 2016 הוא הגיע ל-319 איש (עליה של כ-250% אחוז). שיעור מבקשי הרישיון בוגרי מולדובה בשנת 2016 הגיע ל-17% אחוזים מכלל המבקשים הזרים.

ממכתב שנשלח ביולי 2017 מאוניברסיטה במולדובה למנהל האגף לרישיון, בתשובה לפניה שלו עולה כי שמונה מ-12 בוגרי רפואה שטוענים שלמדו באוניברסיטה לא סיימו את תקופת הלימודים באוניברסיטה שעליה הצהירו, חלקם כיוון שנכשלו בקורסים. שניים מהם אף הציגו מסמכים מזויפים, ואחת מהם - העובדת כרופאה במרכז הארץ, הציגה תואר מזויף.


**הספקות הכבדים
 בנוגע לאמינות
 התארים של בוגרי
 מולדובה מעוררים
 דאגה ממשית
 ומחייבים את האגף
 לרישוי לבחון מחדש
 את הליך אישור
 התארים**

הספקות הכבדים בנוגע לאמינות התארים של בוגרי מולדובה מעוררים דאגה ממשית ומחייבים את האגף לרישוי לבחון מחדש את הליך אישור התארים. עליו לקיים בדיקות קפדניות בבקשות לגשת לבחינת הרישוי, כדי שרק רופאים שאין ספק בנוגע להשכלתם, כישוריהם וכשירותם יוכלו לעסוק ברפואה בישראל.

מספר בוגרי ארמניה ומולדובה העומדים בבחינת הרישוי: החל בשנת 2014 חלה עלייה במספר הבוגרים מארמניה שניגשו לבחינה; בשנה זו ניגשו לבחינה 21 בוגרים; בשנת 2015 ניגשו 49 בוגרים לבחינה ורק חמישה מהם עברו אותה; בשנת 2016 ניגשו 77 בוגרים לבחינה רק 17 מהם עברו אותה. גם מספר בוגרי מולדובה שניגשו לבחינת הרישוי עלה באופן חריג בשנים האחרונות: בשנת 2014 ניגשו 116 בוגרי מולדובה לבחינה, 34 מהם עברו אותה, בשנת 2015 ניגשו 197 בוגרים ו-62 עברו אותה; בשנת 2016 כבר ניגשו 319 בוגרים ו-119 עברו אותה; במועד הראשון של שנת 2017³⁷ נגשו כבר 165 בוגרים לבחינה ו-84 עברו אותה.

בתגובת משרד הבריאות הוא כתב כי בעקבות הביקורת הוכן דוח הכולל המלצות אופרטיביות בנוגע להתייחסות ללימודים במוסדות הלימוד בארמניה. הדוח הוצג למנכ"ל משרד הבריאות והנחיותיו יושמו לגבי לומדי ובוגרי רפואה, רפואת שיניים ורוקחות בחו"ל. עוד הוסיף המשרד כי נושא בחינות הרישוי עובר לאחרונה הערכה מחדש, ויש כוונה לכלול בתוך התכנים של הבחינה מרכיבים קליניים כדי שהבחינה תשקף את הידע והמיומנות הקלינית.

לאור מספרם ההולך וגדל של בוגרי מוסדות בארמניה ומולדובה בשלוש השנים האחרונות שניגשו לבחינת הרישוי, השיעור הנמוך מהם שעוברים את הבחינה, וכן החשש לאמינות התעודות שהציגו על משרד הבריאות לוודא שהנחיותיו ייושמו כדי להבטיח את אמינות המסמכים המוגשים לאישור האגף ואת כשירות הבוגרים.

קורסי הכנה לבחינת הרישוי

לאחר שמנהל האגף לרישוי הכיר בדיפלומה של בוגר חו"ל, נדרש הבוגר לעמוד בבחינת רישוי, אלא אם כן עמד בתנאים למתן פטור מהבחינה. כדי לעבור את הבחינה יש לקבל ציון 60 לפחות.

משרד הבריאות - ליקויים בהפעלתם של הקורסים ובפיקוח עליהם

תקנות בחינת הרישוי קובעות שמנכ"ל המשרד ימנה ועדת בחינה שבין תפקידיה: לאשר ולערך את בחינת הרישוי, לקיים את הבחינה ולקבוע ולאשר

את תוצאותיה. עוד קובעות התקנות כי המבקש להיבחן רשאי להשתתף בקורס הכנה לקראת בחינת הרישוי (להלן - הקורס) שהכיר בו מנכ"ל משרד הבריאות. 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.

קורס ההכנה מיועד להכין עולים חדשים ותושבים חוזרים לקראת בחינת הרישוי של המשרד. הקורס נמשך חמישה ימים בשבוע במשך כשישה חודשים. ועדת הבחינה קבעה בשנות ה-90, כי ציון המגן למי שעמד בהצלחה בבחינה בקורס יזכה את הנבחן בבונוס שערכו 10 נקודות.

תיתכן הצדקה להענקת בונוס לציון הבחינה רק אם אפשר להבטיח שהמשתתפים למדו בקורסים ראויים וסיימו את לימודיהם בקורס בהצלחה. ואולם משרד הבריאות לא קבע כללים או דרישות להכרה בקורס ההכנה, ובפועל, לפי הסבריו של מנהל אגף הרישוי, סינוף לפקולטה לרפואה הוא תנאי להכרה בקורס כקורס הכנה לבחינת הרישוי. 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. המשרד נחשף לליקויים בהפעלת הקורסים של תושבים חוזרים רק לאחר שסטודנטים שלמדו בהם ניגשו לבחינות רישוי ואף עברו אותן בזכות הבונוס. להלן הפרטים:

1. **קורס הכנה לבחינות הרישוי ברפואה של חברה מסוימת** - באפריל 2013 אישר דקאן הפקולטה לרפואה בת"א דאז, פרופ' מקורי, את האחריות של הפקולטה לבקרה האקדמית של קורס הכנה לבחינות רישוי ברפואה של חברה מסוימת באזור המרכז. באוגוסט 2014 שלח ממלא מקום מנהל אגף הרישוי למנהל האקדמי של החברה מכתב המאשר שהוא מכיר בקורס ההכנה לבחינה הממשלתית שיתקיים מטעם החברה בצפון. בפועל פתחה החברה שני קורסים - האחד בצפון והשני במרכז. בשנת 2016 החלו להצטרף תלונות של משתתפים בקורסים של החברה על התנהלות "בלתי ראויה" של הקורסים הכוללת בין השאר רישום נוכחות פיקטיבי; בעקבות בירור שקיים מנהל אגף הרישוי עם הפקולטה לרפואה בתל אביב, התברר כי אוניברסיטת ת"א הסירה את חסותה מהקורסים, וכי בהפעלת הקורסים יש ליקויים רבים; ולכן, באוקטובר 2016, מנהל אגף הרישוי ביטל את הכרת משרד הבריאות בקורסים אלו.
2. **בית חולים ציבורי בצפון** - בינואר 2012 אישר מנהל האגף לרישוי לבית החולים, לפתוח קורס הכנה לבחינת רישוי. בקשה נוספת של בית החולים לקיים קורס נוסף בספטמבר 2012 נדחתה על ידי מנהל האגף לרישוי בשל ניהול לקוי של הקורס שכבר קיבל אישור כזה. במכתב שהפנה מנהל האגף לרישוי למנהל בית החולים צוין כי הקורס "לקה בחסר, עורר בעיות רבות... בין היתר קיימות שאלות בנוגע לנוכחות המשתתפים בקורס, ניהול הבחינה שהתקיימה בסיומו והציון הסופי שניתן בקורס. יתר על כן, הגיעו אלינו עדויות כי לכאורה, היו אי סדרים בניהול הקורס, כי נמסר מידע על שאלות

הליקויים שעלו בנוגע לניהול קורסי ההכנה מצביעים על בקרה רופפת של אגף הרישוי על הקורסים ומעוררים חשש כבד בנוגע לאמינות התוצאות של מבחני המגן

הבחינה לנבחנים לפני קיומה וכי ניתן סיוע לנבחנים בפתרון הבחינה בזמן קיומה".

3. **בית חולים השרון** - אחד מקורסי ההכנה הוותיקים מתקיים בבית חולים השרון של הכללית בפתח תקווה, והוא מופעל באחריות מקצועית ומינהלית של בית החולים. בקורס שהתקיים ב-2016 והסתיים בפברואר 2017 העלתה מנהלת הקורס חשד להעתקה של שבעה נבחנים במועד ב' של מבחן הסיום. כיוון שמרבית הסטודנטים החשודים בהעתקה נכשלו בבחינת הסיום, היא החליטה, לאחר התייעצות עם האחראי על המבחנים בקורס, שלא לפסול את הבחינה ותוצאותיה.

יו"ר ועדת הבחינה, פרופ' מימוני, כתב למנהל אגף הרישוי באוגוסט 2017 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".

הליקויים שעלו בנוגע לניהול קורסי ההכנה מצביעים על בקרה רופפת של אגף הרישוי על הקורסים ומעוררים חשש כבד בנוגע לאמינות התוצאות של מבחני המגן. משתתפי הקורס עשויים לעמוד בדרישות לקבלת רישיון לרפואה בזכות הבונוס, והדבר מעלה חשש כבד בנוגע לכשירותם המקצועית של אותם רופאים.

בתגובת מנהל אגף הרישוי לשעבר, ד"ר שנון, לממצאי הביקורת מדצמבר 2017 (להלן - תגובת ד"ר שנון) הוא כתב כי משרד הבריאות, האחראי על הבחינות באמצעות ועדת הבחינות, אינו יכול לנהל את קורסי ההכנה ולפקח עליהם שכן יש בכך ניגוד אינטרסים. יתר על כן, למשרד הבריאות ולאגף הרישוי אין כל מיומנות בתחום זה וגם אין לו כוח אדם או תקנים לצורך זה. עוד כתב כי הישיבה באולמות שבהם מתקיימות הבחינות צפופה מדי, יש העתקות בזמן הבחינה והפרות משמעת במהלך הבחינה ואין כל ענישה או הרתעה בהקשר זה.

בתגובת הר"י לממצאי הביקורת מדצמבר 2017 (להלן - תגובת הר"י) היא כתבה כי היא סבורה שיש לפעול להסדרת קורסי ההכנה לבחינת הרישוי.

בתגובת משרד הבריאות הוא ציין כי ב-24.12.17 אישר מנכ"ל משרד הבריאות מתווה עקרוני לשיפור המצב הקיים, והאגף לרישוי יציג למנכ"ל בתוך חודש תכנית מגובשת בנושא.

מנגנון הבונוס למבחן הרישוי

בשנת 1990 קבעה המועצה המדעית של הר"י כי ציון המינימום הנדרש בקורס ההכנה כדי לקבל ציון מגן הוא 70. תקנות בחינת הרישוי קובעות כאמור, כי ציון

המגן של מי שסיים את הקורס בהצלחה יובא בחשבון בחישוב תוצאות בחינת הרישוי שלו כפי שתקבע ועדת הבחינה.

בתחילת שנות ה-90 של המאה הקודמת, החליטה ועדת הבחינות כי הבונוס שיינתן יהיה תוספת של עשר נקודות לציון שיתקבל בבחינת הרישוי. לתוספת זו יש חשיבות רבה מאוד, משום שמי שיקבל ציון 50 בלבד בבחינת הרישוי, יקבל ציון כולל של 60 במבחן בזכות הבונוס, וכך יוכל לזכות ברישיון לעסוק ברפואה בישראל. להשוואה - סטודנט בפקולטות לרפואה בישראל חייב לקבל ציון 65 בבחינות הגמר בסיום הלימודים, ואין הוא מקבל כל בונוס שסייע לו לעבור את הבחינות ולקבל הרשאה לסטל. עלה כי מאז שנקבעה מתכונת הבונוס, לפני למעלה מ-25 שנה, לא ניתנה ועדת הבחינה את התוצאות של הטבה זו, ובעיקר לא בדקה כמה נבחנים עברו בהצלחה את מבחן הרישוי בזכות הבונוס שקיבלו. גם משרד הבריאות לא עשה זאת.

בדיקת משרד מבקר המדינה העלתה כי מתחילת שנת 2015 עד מרץ 2017, מ-28 בוגרים שלמדו בארמניה ועברו את בחינת הרישוי לתואר דוקטור ברפואה, יותר ממחציתם - 16, עברו רק בזכות הבונוס שקיבלו (57% מהנבחנים). בבחינת הרישוי שנערכה במרץ 2017, 37 מ-84 (44% מהנבחנים) מבוגרי מולדובה עברו את בחינת הרישוי רק בזכות הבונוס שקיבלו.

לצורך השוואה יצוין, כי עד ספטמבר 2014 הקנה החישוב של ציון המגן בקורסי ההכנה לבחינת הרישוי ברפואת שיניים לאלו שעברו את הקורס בהצלחה 10 נקודות בונוס, כשציון עובר הוא 60. בספטמבר 2014 פרסם משרד הבריאות נוהל הקובע שלאור בדיקת השפעתם הבלתי מידתית של נקודות הבונוס, ישנתנה חישוב ציון המגן של קורסי ההכנה לבחינת הרישוי ברפואת שיניים, וייעשה יותר מידתי, כך שיהיה יחסי לציון המגן ולציון בבחינת הרישוי שקיבל הנבחן, ובכך ישקף באופן נכון יותר את מידת ההצלחה של הנבחן במבחן הרישוי³⁸.

בתגובתו כתב ד"ר שנון כי אף על פי שבתקנה נקבע כי ועדת הבחינה תקבע את גובה ציון המגן, בהחלט יש מקום לבטלו כליל. ההשתתפות בקורס אמורה לשפר את רמת הידע ואת ההכנה לבחינה. יתר על כן, כיום ניתן להשתמש בציון המגן שלוש פעמים, וזה בוודאי שאינו משרת את מערכת הבריאות בישראל ואת טובת הציבור.

בתגובתה ציינה הר"י כי לדעתה ראוי לערוך ניתוח של משמעות הענקת ההטבה ובחינה לעומק של נחיצותה. לפיכך תערוך ועדת הבחינה ניתוח של המצב

38 אם הנבחן קיבל במבחן הרישוי מעל 50 והפער בין הציון בבחינה לציון המגן אינו עולה על 25 נקודות, הוא יקבל תוספת לציון של 0.1 מציון המגן. אם הפער גדול יותר, ערך ציון המגן יהיה רק 0.05 מהציון. כך ציון המגן המקסימלי יכול להיות 8 נקודות בונוס. לדוגמה: ציון מגן=62, ציון בחינת הרישוי=52. הנבחן יקבל תוספת של 0.1*62 לציון במבחן כך שהציון הסופי שלו יהיה 58=52+6.

הקיים ושל השלכות הבונוס לאורך השנים מאז הנהגתו ותגיש המלצות בנדון למשרד הבריאות.



מתכונת ההפעלה של קורסי ההכנה והבקרה עליהם נדרשת לעבור שידוך מערכות יסודי ומידי. על משרד הבריאות לבחון מהי מתכונת ההפעלה הרצויה לקורסי הכנה לבחינת הרישוי וכיצד אפשר ליישמה באפקטיביות מרבית. נוכח העובדה שבונוס לציון במבחן לצורך רישוי לא קיים בדרך כלל בבחינות אחרות כגון, בבחינות מועצת רואי החשבון, ונוכח ההשפעה הקריטית שיש למתן הבונוס שביכולתו להכריע אם הרופא יקבל רישיון לעסוק במקצוע שבו הופקדו בידיו חיי אדם - ראוי שהמשרד יעקוב אחר תוצאות הבדיקה שתבצע ועדת הבחינה מטעם הר"י ויסיק את המסקנות המתבקשות מתוך כך, לרבות בעניין הנחיצות של הענקת ההטבה. ככל שייקבע שאכן יתרונותיו של בונוס כלשהו עולים על מגרעותיו, יהיה מקום לבחון גם אם יש להנחות את ועדת הבחינה לעדכן את מנגנון ההטבה, בדומה למנגנון שנקבע במבחן לרפואת שיניים, או באופן אחר. עד אז, על המשרד לאשר רק קורסי הכנה שנמצאים בפיקוח הדוק של אחת מהפקולטות לרפואה בארץ ולעקוב אחר פיקוח זה.

אי-ידיעת השפה העברית

כדי שרופא יוכל לתקשר היטב עם המטופל מן ההכרח שידע את שפתו - וראשית לכל את השפה הרשמית המקובלת במדינה. בהתאם לכך, פקודת הרופאים קובעת כי זכאי לקבל רישיון לעסוק ברפואה מי שהוא בעל ידע בסיסי בשפה העברית וכי השר, באישור ועדת העבודה הרווחה והבריאות של הכנסת, יקבע הוראות בעניין הידע הבסיסי בשפה העברית. באוגוסט 2013 הותקנו תקנות הרופאים (ידע בסיסי בשפה העברית), התשע"ג-2013. לפי התקנות, המבקש רישיון או המבקש לעשות סטז' חייב להוכיח ידע בסיסי בשפה העברית בכך שימציא למנכ"ל משרד הבריאות אישור כגון זה המאשר שעבר את מבחן הרישוי בעברית, את המבחן ברמה ג' באולפן לעברית, או את הבחינה במכינה לעברית למקצועות רפואיים וכיו"ב.

גם האיחוד האירופי מאפשר למדינה הקולטת, במקרה של רופאים המבקשים לעבור ממדינה למדינה בתחומי האיחוד האירופי, לדרוש מהרופאים את ידיעת שפת המדינה הקולטת כתנאי לקבלת הכרה ברישוי³⁹.

באוגוסט 2015 כתב מנהל האגף לרישוי לסגן שר הבריאות דאז, הרב יעקב ליצמן, עם העתק למנכ"ל המשרד, מר משה בר סימן טוב, כי "אף שעל פי חוק, המבקש רישיון לעיסוק ברפואה בישראל נדרש להוכיח ידע בשפה העברית, אין אנו מיישמים דרישה זו". עוד הוסיף מנהל האגף לרישוי כי "לאחרונה מתרבים המקרים בהם מנהלי מחלקות מחליטים להפסיק סטז' של רופאים כיוון שאין הם שולטים בשפה העברית".

נמצא כי אף על פי שבתקנות נקבעה חובת הידע הבסיסי בעברית, אגף הרישוי שבמשרד נותן את הרישיונות לעיסוק ברפואה בלי שנבדק אם מבקש שלא למד בארץ, אכן המציא אישור כנדרש המוכיח שיש לו ידע בסיסי בעברית.

להלן דוגמאות:

במאי 2017 ביקשה רכזת הסטז'רים בבלינסון ממנהל אגף הרישוי להפסיק את הסטז' לסטז'רית מסוימת ש"איננה יכולה לתקשר בעברית כמו גם לכתוב ולקרוא".

בשתי חוות דעת מהשליש הראשון של שנת 2016 של שני מנהלי מחלקה פנימית בבית החולים רמב"ם, ציינו מנהלי המחלקות כי לסטז'רית אחרת יש בעיה בשפה העברית המונעת ממנה לתפקד בצורה סבירה. באפריל 2016 כתב האחראי על הסטז'רים בבית החולים רמב"ם למנהל אגף הרישוי, בנוגע לסטז'רית זו, כי יש לה בעיית שפה שלא תאפשר לה להיות רופאה, הוא הוסיף כי זהו "דבר שאנו רואים לא פעם בסטז'רים שמוצאם מארצות 'חבר העמים' לשעבר".

בתגובתו למבקר המדינה, כתב ד"ר שנון כי במסגרת תפקידו כמנהל האגף, התריע מספר פעמים כי משרד הבריאות אינו יכול להפר את החוקים והתקנות הנוגעים לרישוי רופאים. הוא ביקש להביא את הנושא לדיון ולקבל החלטה, לבטל את החוק או לקיימו. הוא הוסיף כי בפגישה שהתקיימה בנושא זה אצל המנכ"ל הנוכחי של משרד הבריאות, הוצע לתקן את התקנות ולקבוע כי ניתן יהיה לקבל היתר זמני לעיסוק ברפואה גם ללא הוכחת ידע בשפה העברית, אך לא יונפק רישיון קבוע למי שלא הוכיח שיש לו ידע בשפה העברית כנדרש. הוא כתב כי ככל הידוע לו לא פעלה הנהלת משרד הבריאות או הלשכה המשפטית של משרד הבריאות למימוש החלטה זו.

הבעיה של אי-ידיעת השפה מחריפה עוד יותר בקרב מי שיכול לקבל רישיון לעסוק ברפואה בישראל בלי שנדרש לעשות גם סטז'. במקרה זה, לא זו בלבד שאין גורם בתוך בית החולים שיכול להתנות את השלמת הסטז' בהצלחה, בכך שהסטז' ידע את השפה ברמה סבירה, אלא שהרופא החדש יקבל את הרישיון שלו ממשרד הבריאות בלי שתיחשף, קודם לכן, אי-ידיעתו את השפה. עובדה זו תתגלה רק כאשר יתחיל לעבוד בפועל, ואז כבר יהיה מאוחר מדי, שכן הקושי לתקשר כהלכה עם המטופלים יכול לפגוע באיכות הטיפול, וגם שביעות הרצון של המטופל מהשירות הרפואי שיקבל עלולה להיפגע.

על אגף הרישוי במשרד הבריאות לפעול בדחופות, ככתוב בתקנות, כדי להבטיח ככל הניתן שכל רופא שמצטרף למערכת הבריאות במדינה יוכל לתקשר הן עם עמיתיו למערכת והן עם מטופליו, שכן כל אי-הבנה לגבי מצבם הרפואי עלולה ליצור סכנה של ממש לבריאותם.

ליקויים בשנת הסטז'

הסטז' הוא חלק מלימודי הרפואה בישראל ובו מושם דגש על העבודה המעשית. הוא נעשה בתום השנה השישית או הרביעית ללימודים (בהתאם לתכנית הנלמדת) ונמשך שנה. תכנית הסטז' כפופה לאישור הפקולטות לרפואה. בוגרי בתי הספר לרפואה בחו"ל שלא ביצעו סטז' ברפואה כחלק מתכנית הלימודים בחו"ל, נדרשים לבצע סטז' בישראל כדי לקבל רישיון לעסוק בה ברפואה. הסטז' מתבצע במוסדות בריאות שהוכרו להתמחות על ידי משרד הבריאות בהתאם לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973. בתכנית שותפים שני הרגולטורים: המל"ג באמצעות הפקולטות לרפואה כגורם הבקרה על תוכני הסטז', ומשרד הבריאות באמצעות מוסדות הבריאות כגורם המקצה את הסטז'רים לבתי החולים והאחראי לסטז'רים בוגרי לימודי רפואה בחו"ל.

פקודת הרופאים קובעת מי רשאי להתחיל בסטז': 1. סטודנט לרפואה שסיים את לימודיו באחת מהפקולטות לרפואה בארץ, עמד בבחינות הגמר וקיבל הרשאה לסטז' מטעם משרד הבריאות; 2. בוגר רפואה בחו"ל שקיבל דיפלומה מוכרת, עמד בהצלחה בבחינה לקראת הסטז' [שנעשית בארץ] וניתנה לו הרשאה לסטז' מטעם משרד הבריאות. השיבוץ לסטז' נקבע בהגרלה⁴⁰ שמקיים משרד הבריאות.

40 מתבצעת הגרלה נפרדת לבוגרי חו"ל ולבוגרי הארץ, זאת, בין השאר, כדי למנוע חוסר איוון בבית החולים מבחינת תמהיל הבוגרים.

חוסר ההיערכות של משרד הבריאות לעלייה במספר הסטז'רים

הנהלת משרד הבריאות לא נקטה שום צעד ממשי למתן מענה לגידול הצפוי במספר הסטז'רים שיביא בעקבותיו גם גידול במספר המתמחים. זוהי אozלת יד של המשרד והנהלתו, והיא עלולה להביא לידי כך שתקופת הסטז' תהיה בלתי אפקטיבית

בשנת 2010 היו 690 סטז'רים, מספרם הוכפל פי שניים ויותר בשנים האחרונות, וכך הגיע בשנת 2017 ל-1,547 סטז'רים - עלייה של 124%. לעומת עלייה דרמטית זו, עלה באותן השנים תקן מיטות האשפוז מ-14,591 ל-15,487 מיטות - עלייה של 46% 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. הצורך להיערך כראוי לגידול הצפוי במספר הסטז'רים עלה בדיוני המשרד ובפורומים מקצועיים אחרים: כך בדיון של פורום הדקאנים בדצמבר 2011 בהשתתפות מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' גמזו, ציין המנכ"ל כי הוא ומשרדו ערים לגידול הצפוי במספר הסטז'רים, כמו גם במספר המתמחים בשנים הקרובות, ולכן יכין המשרד תכניות לקליטת הסטז'רים בבתי"ח ולשיבוץ הבוגרים בהתמחות; כך גם הועלה בדיון בפורום מקצועות הבריאות מפברואר 2013 ובישיבת פורום הדקאנים ממרץ 2016 שגם היא העירה על הקושי הקיים הנובע מריבוי סטז'רים וסטודנטים במחלקות המכביד על עבודתם השוטפת.

בהמשך לכך כתב באפריל 2016 יו"ר פורום הדקאנים, פרופ' טור כספא, לשר הבריאות דאז, הרב ח"כ יעקב ליצמן, בשם הפורום, שהפורום מבקש לדון במצוקת המקומות לביצוע הסטז' ובתקנים להתמחות נוכח המצב ההולך ומחמיר במחלקות של בתי-החולים. במרץ 2017 כתבה רכות פורום הדקאנים, גב' מאירה עמרני לעורכי הביקורת שאמנם התקיימה פגישה עם השר, ואולם מאז לא חל כל שינוי.

משרד מבקר המדינה מעיר להנהלת משרד הבריאות, כי מלבד ההכרה והצהרה בנוגע לצורך להיערך לקראת הגידול במספר הסטז'רים שיביא בעקבותיו גם גידול במספר המתמחים - המוכר להם זה שש שנים לפחות - הם לא נקטו שום צעד ממשי למתן מענה לכך. זוהי אozלת יד של המשרד והנהלתו, והיא עלולה להביא לידי כך שתקופת הסטז' תהיה בלתי אפקטיבית.

בתגובת משרד הבריאות הוא ציין כי סטז'רים נקלטים בבתי חולים בהתאם למספר המיטות ברישיון שיש לבית החולים בעת ההגירה, וכן "תוספת פריפריה" לבתי חולים בפריפריה. הוא הוסיף כי בין השנים 2017-2021 בהתאם להסכם בריאות - אוצר, יתווספו למערכת כ-1,200 מיטות, וכן נוספו 300 מיטות בבית חולים חדש (באשדוד), שבו כבר משולבים סטז'רים מיום פתיחתו, וכי הדבר מעניק שדות קליניים נוספים לביצוע הסטז'.

על משרד הבריאות בשיתוף פורום הדקאנים ומל"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'.

אוזלת ידם של משרד הבריאות, המל"ג ופורום הדקאנים בהסדרת ההפעלה של תקופת הסטז'

תקנון הסטז' שקבע פורום הדקאנים המשמש גם את משרד הבריאות, מציג הנחיות כלליות בנוגע למועד התחלת הסטז', משכו, תקופת היעדרות מותרת וסיבתה, תפקיד הסטז'ר באופן כללי, חובותיו וזכויותיו, הפיקוח עליו ומה קורה כשהסטז'ר נכשל. התקנון אינו מגדיר די הצורך את האופן שבו יש להעריך את איכות התפקוד של הסטז'ר, וממילא אינו קובע מדדים שעל פיהם צריכים מנהלי המחלקות להעריך אותו.

1. **אי-הסדרה של כללים ומטרות הסטז' - אף על פי שעמידה בהצלחה בתקופת הסטז' היא תנאי חובה לקבלת רישיון לעסוק ברפואה, עלה שהמשרד, הפקולטות לרפואה ופורום הדקאנים לא קבעו כללים בסיסיים להפעלתו - מטרות בסיסיות, חובות ההתלמדות ואמות מידה לעמידה בהצלחה בלימודי הסטז' ולהערכת הסטז'ר.**

הצורך בהסדרה של מערך ההתלמדות עלה למשל בישיבת פורום הדקאנים שהתקיימה באפריל 2014. מפרוטוקול הישיבה עולה כי ועדת הסטז' הפועלת מטעם הפקולטות לרפואה החלה לגבש סילבוס מחייב, הכולל חמישה מקצועות ליבה, שיש לחייבם כחלק מהסטז'. עמדת הפורום הייתה כי תכנית הסטז' צריכה להיות בסיסית וכללית ולא מפורטת, כדי שהמחלקות יוכלו לעמוד בהן.

בתגובת יו"ר ועדת הסטז' הארצית למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2017 הוא כתב כי מטרת הסטז' מוגדרת בסעיף הראשון בפנקס הסטז': "הסטז' הוא חלק בלתי נפרד מלימודי הרפואה בישראל וחובה לבצעו לשם קבלת הדיפלומה ברפואה ולקבלת רישיון לעסוק ברפואה בישראל. הוא מהווה המשך ללימודי הרפואה תוך השמת דגש על העבודה המעשית". הוא הוסיף כי הסילבוס שעליו שוקדת כעת ועדת הסטז' הארצית ייתן מענה לעניין "חובות ההתלמדות, אמות מידה לעמידה בהצלחה בלימודי הסטז' ולהערכת הסטז'ר".

אף על פי שפורום הדקאנים עמד על החשיבות שבהסדרת הסטז' הוא הסתפק בכך שהוחל בקביעת סילבוס מחייב ואולם הוא העדיף להותיר את הפעלתו של מערך הסטז' ללא הסדרה מחייבת; משמעות הדבר היא שהסטז' מופעל ללא כללים בסיסיים - מבלי שנקבעו מטרותיו, חובות ההתלמדות ואמות מידה לעמידה בהצלחה בלימודי הסטז' ולהערכת הסטז'. גיבוש התכנית של ועדת הסטז' נמשך כבר למעלה משלוש שנים ועדיין לא הגיעה לכלל סיום. חשוב שפורום הדקאנים יקבע לוח זמנים לסיום הגיבוש של התכנית ויעקוב אחר התקדמותה.

גם המל"ג עמד על הצורך בהסדרת תקופת הסטז'. בוועדה בינלאומית להערכת תכניות הרפואה בפקולטות לרפואה שהקים ב- 2014 נדון גם נושא זה. הוועדה קבעה כי נדרשת הערכה פורמלית של השנה השביעית (הסטז') כחלק מלימודיהם של הסטודנטים לרפואה.

ואולם המל"ג לא יישם את המלצותיו בעניין הצורך בהערכה של שנת הסטז'.

על החשיבות הנודעת להערכה איכותית של עמידת הסטז' בחובותיו עמד גם האחראי על הסטז' באחד מבתי החולים.

הוא ציין בפני עורכי הביקורת באוגוסט 2017, כי לא קיימת הערכה אובייקטיבית של הידע והמיומנות של הסטז', ולהערכתו העובדה שרק מעט מאד מהם נכשלים בסטז' נובעת מזה שהערכת תפקודו של הסטז' אינה נעשית בכלי הערכה מדידים ואובייקטיביים. כמו כן, מנהלי המחלקות מעדיפים להימנע מלחשוף עצמם לסיכון של טענות או תביעות משפטיות מצד הסטז'רים שנכשלו, ולכן הם נותנים ציון עובר גם למי שלהערכתם אינו ראוי לכך.

כך מתנהל הסטז' ללא כל הסדרה במשך שנים; הגורמים האחראים להפעלתו - משרד הבריאות והמל"ג, וכן פורום הדקאנים שהוא בעל עניין מהמעלה הראשונה בהבטחת יעילות תקופת הסטז' - כולם יחד וכל אחד מהם לחוד, הותירו לתכתיבי השטח לקבוע את אופייה של שנת הסטז' לטוב ולרע.

2. **פיקוח לא מוסדר על הסטז':** תקנון הסטז' קובע כי האחראי על הסטז' בכל בית חולים, וכן ועדת סטז' ארצית המשותפת לכל הפקולטות לרפואה הם שיפקחו על הסטז'. מתכונת הפיקוח על ביצוע הסטז' נקבעה בתקנון: כל סטז' צריך לקבוע בתיאום עם הנהלת בית החולים ועם האחראי על הסטז' את תכנית הסטז' למשך השנה כולה.

(א) מאחר שהסטז' הוא השלב של העבודה המעשית בהכשרתו של הרופא מן הראוי שההערכות יתבססו על קריטריונים איכותיים, ברורים ומדידים.

ואולם נמצא כי מנהל המחלקה נדרש להעריך את הסטז'ר באופן לא מדיד ולקוני ביותר - מנהלי המחלקות צריכים לאשר את נוכחות הסטז'ר במחלקה, ובשאלון ההערכה נדרש המעריך לסמן אם הסטז'ר מצטיין, עבר או נכשל ללא צורך בפירוט רב יותר⁴². כך גם קורה בפועל, למעט מקרים שבהם בוחר מנהל המחלקה לפרט בהערות גם את הערכתו. כך, נמצאו מקרים בודדים בבתי החולים של הכללית ושל הדסה שמנהל המחלקה הוסיף פרטים על מיומנויות הסטז'ר כגון הידע הקליני שלו, יישום הידע בעבודה עם חולים ועוד. הוויתור על הדרישה להתייחס לקריטריונים ברורים שעל הסטז'ר לעמוד בהם כדי להיות ראוי לקבלת רישיון רופא, פוגמת בתועלת שניתן להפיק מהסטז'ר ופותרת פתח שמנהל המחלקה יאשר עמידה של סטז'רים בדרישות גם אם אינם כשירים דיים.

על משרד הבריאות ופורום הדקאנים לחייב את המעריכים לפרט את הערכתם וזאת לאחר שיקבעו קריטריונים קבועים ואחידים לפי מדדים שניתן לנטרם. קריטריונים יתרמו גם לוודאות של הסטז'ר שידע בדיוק באיזה תחומים מעריכים אותו.

(ב) התקנון מפרט מה קורה במקרה שסטז'ר נכשל ובאילו נסיבות לא יומלץ לתת לו אישור לעסוק ברפואה. גורמים מעורים בתחום העלו חסמים להכשלת סטז'ר שלא עבר בהצלחה את תקופת הסטז': א. הכשלת סטז'ר במחלקה מטילה עומס נוסף על עבודתו של מנהל המחלקה שנדרש להסביר את הכשלתו, אך אם הוא מעביר אותו אין צורך בהסבר כלשהו. ב. במסגרת הסטז'ר נדרש הסטז'ר למלא שאלון הערכה מפורט על כל מחלקה שבה הוא עושה את הסטז', ואף בית חולים או מחלקה אינם רוצים לקבל משוב שלילי. ג. לפני השיבוצים לסטז'ר כל סטז'ר מדרג את העדפותיו למקום ביצוע הסטז', והעדפות אלה נלקחות בחשבון בהגרלה. משוב שלילי יגרום לכך שסטז'רים ישקלו אם להמליץ על בית החולים, והדבר עלול להרתיע סטז'רים טובים מלתעדף את בית החולים הזה במקום גבוה לביצוע סטז'ר.

ואולם ישנם מקרים שבהם ייתכן שקיומן של אמות מידה ראויות להערכת ההצלחה בסטז'ר היה משנה את ההמלצות, לדוגמה: בספטמבר 2015 פנתה אחראית הסטז'רים בבית חולים במרכז דאז לגורמים שונים במשרד הבריאות ובהם מנהל אגף הרישוי בנוגע לסטז'רית שהחלה את הסטז'ר בבית החולים בדצמבר 2014. כחלק מתכנית הסטז'ר היא הגיעה למחלקת ילדים באמצע 2015 ושם נכשלה. אחראית הסטז'רים כתבה לגביה: "... כבר בתחילת הסטז'ר התגלו בעיות עם... שהתבטאו באיחורים... חוסר ריכוז... חוסר ידע... מנהלי המחלקות שבהם עבדה 'התחשבו' והעבירו אותה...". דוגמה נוספת עולה בנוגע לסטז'רית בבית החולים בצפון שקיבלה חוות דעת סבירות

עד טובות מהמחלקה לטיפול נמרץ והרדמה בעוד מנהלי המחלקות הפנימיות סברו שאין לה ידע מספק ברפואה.

פער גדול ביותר שמעורר שאלות על אופן ביצוע ההערכה, נוגע למקרה שבו סטז'ר במרכז רפואי שלמד בחו"ל, נכשל במהלך 2017-2016 בשתי מחלקות פנימיות כשמנהלי המחלקות ציינו שרמת הידע שלו נמוכה מאוד, יש לו פערים קשים ביסודות הרפואה, ולא ברור איך סיים בית ספר לרפואה ועבר את בחינת הרישוי; לעומת זאת מנהל המחלקה לכירורגיה העריך את הסטז'ר כטוב מאוד ובמיון ציינו שהוא סיים את הסטז'ר בהצטיינות.

בתגובת המרכז הרפואי למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2017 הוא ציין כי "ניתן להסביר הפער הקיים בהערכות הסטז'ר במידת ההיכרות של המעריכים עמו. מידת ההיכרות תלויה במס' הסטז'רים הנמצאים בכל רגע נתון במחלקה. בפנימית 4-5 סטז'רים בכל מחלקה, בכירורגיה כללית 7-9 סטז'רים בכל מחלקה, ובמיון 9-10 סטז'רים".

תשובת המרכז הרפואי מחזקת את המסקנה שאחלת היד של המשרד בכל הנוגע לאי-היערכותו לקראת הגידול במספר הסטז'רים מביאה לידי כך שמספר הסטז'רים במחלקה עולה, ולכן האפקטיביות של הסטז'ר פוחתת.

בתגובת יו"ר ועדת הסטז'ר למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2017 הוא ציין כי דוח אחיד להערכת סטז'ר וקביעת סילבוס מחייב לסבבים המרכזיים, עשויים לשפר את הכשרת הסטז'רים ואת הערכתם, והוועדה מתחילה לגבש דוח הערכה כזה; עם זאת, הוועדה סבורה כי אין בכך פתרון לבעיית הסטז'רים החלשים שרמת הידע שלהם אינה מספקת - "הניסיון מראה כי סטז'רים שנכשלו בסבב הראשון מצאו את המקום המתאים" ועברו את הסבב השני". לדעת הוועדה שנת הסטז'ר אינה יכולה להיות ממינית, לא לבוגרי הארץ ולא לבוגרי חו"ל, וכי הפתרון נעוץ בשיפור מבחן הרישוי לבוגרי חו"ל "שאצל חלק מהם אנו נתקלים ברמה נמוכה לא קבילה".

תשובת ועדת הסטז'ר מחזקת את הצורך ברפורמה מקיפה בדרך שבה מקבלים רישיון ישראלים בוגרי לימודי רפואה בחו"ל. על משרד הבריאות להידרש לצורך בהערכה מדידה ומנומקת של תפקוד הסטז'ר. צעד זה הוא אחד משורה של צעדים שעל המשרד לבצע. צורך זה הוא חיוני בפרט להערכת סטז'רים שלמדו בחו"ל כשלבית החולים ולבתי הספר לרפואה אין שליטה על תכניות הלימודים שלהם.

3. **התמחות במהלך תקופת הסטז'ר:** על פי קביעת המשרד החל בינואר 2008 בשלוש מן ההתמחויות שבהן יכולים הסטז'רים לבחור - ילדים,



על אף העובדה שהסטז' מוגדר כחלק מלימודי הרפואה בישראל, השם דגש על העבודה המעשית, משרד הבריאות ובתי החולים לא נערכו להפעלתו כראוי

כירורגיה או פנימית - מחצית מתקופת הסטז' תיחשב כחלק מההתמחות.

על אף שמדובר במסלול חדשני השונה מהותית מהמסלול המסורתי, לאחר כעשור להפעלתו לא בחן המשרד את מידת האפקטיביות של מסלול זה, ואם הוא עונה על הדרישות המצופות מבוגר שהשלים סטז' מלא או שיש צורך לעדכנו.



על אף העובדה שהסטז' מוגדר כחלק מלימודי הרפואה בישראל, השם דגש על העבודה המעשית, משרד הבריאות ובתי החולים לא נערכו להפעלתו כראוי. למרות הגידול במספר הסטז'רים בשנים האחרונות, והגידול הניכר הצפוי במספר הסטז'רים בשנים הקרובות - לא בדק המשרד את השפעתו של גידול כאמור על הפעילות בבתי החולים ועל הכשרת הסטז'רים ולא נערך לכך. המשרד והפקולטות לרפואה גם לא הסדירו את המתכונת להפעלתו מבחינת מטרותיו, תכניו ודרכי ההערכה של הסטז'רים.

נוכח הליקויים שהועלו בנוגע לסטז' והעובדה שהסטז' המעשי הוא התחנה האחרונה לפני קבלת רישיון רופא, מודגשת החשיבות היתרה לקביעת תכנית הכוללת הערכה איכותית ומדידה של הסטז'. עולה מכאן צורך דחוף בהתערבות משרד הבריאות בשיתוף המל"ג ופורום הדקאנים לביצוע התיקונים הנדרשים בהפעלת שנת הסטז'. עליהם להגדיר את מטרות הסטז' תוך הצבת מטרות ויעדים מוגדרים וקביעת אמות מידה כמותיות ואיכותניות להערכת הסטז'.

כשל בתכנון מקומות לביצוע התמחות לקראת תואר מומחה ברפואה

השלב שלאחר סיום הסטז' וקבלת הרישיון הוא שלב ההתמחות. בבתי החולים מתמחים כ-6,000 רופאים בכ-4356 מקצועות התמחות. שלב ההתמחות נמשך מארבע עד שבע שנים, לפי סוג ההתמחות. הגידול במספר הסטז'רים צפוי להביא בהכרח גם לגידול במספר המתמחים. עם סיום לימודי הרפואה פונים הרופאים להתמחות באחד ממקצועות התמחות הבסיסי.

כבר בישיבה של פורום הדקאנים שהתקיימה באפריל 2014 צוין כי קיים מחסור במקומות התמחות, וללא היערכות מתאימה תחריף הבעיה עם השנים. גם הוועדה לחיזוק מערכת הבריאות בישראל⁴⁴ העלתה, בין השאר, בעיה זו וציינה כי היא נוגעת להתמחויות מסוימות. הוועדה המליצה על קביעת מדיניות ארוכת טווח בעניין זה, שתכלול מתן תמריצים למתמחים במקצועות במצוקה וכן מחויבות לתעסוקה ארוכת טווח. מסקר של ארגון המתמחים עולה כי קיימת תופעה של תורים של מתמחים לקראת התמחויות מסוימות כמו ילדים וגניקולוגיה, כשבזמן ההמתנה להתמחות הם ממלאים תפקידים כמו תורני חוץ במחלקות.

משרד הבריאות אינו מנהל את מערך ההתמחות

בתפקידו כרגולטור נדרש משרד הבריאות להתוות תכניות אסטרטגיות ארוכות טווח לסיפוק צורכי הבריאות של האוכלוסייה. בכלל זה עליו לקבוע מה יהיה היקף הרופאים הנדרש ובאלו מקצועות. משום כך עליו לתכנן את כל 'שרשרת הייצור' עד התוצר הסופי - רופא מומחה. בשלב האחרון של שרשרת הייצור עליו לקבוע את מספר המתמחים שיידרשו ולהתאים לכך את המקומות להתמחות.

בחלק ממדיניות אירופה ובהן: אוסטריה, בריטניה, הולנד ושווייץ, המדינה קובעת את מספר הרופאים בכל תחום מומחיות באמצעות רגולציה ממשלתית. בהולנד למשל, נקבע מספרם על בסיס ניתוח של ההיצע והביקוש החזוי לשירותי הבריאות לעשר - 20 השנים הבאות והוא מתעדכן מדי שנה. במדינות אחרות נקבע מספר המומחים לכל תחום בהתבסס על מספר התקנים הקיימים בתכניות ההתמחות או בהתאם למשאבים העומדים לרשות המערכת⁴⁵.

משרד הבריאות קובע את תקינת הרופאים בישראל רק בנוגע למספר הרופאים בכל בית חולים ולא את הפיזור (היחס המספרי) בין מומחים למתמחים, על פי המחלקות בבתי החולים; את התקנים של המתמחים והמומחים לכל מחלקה קובעים המחלקה ובית החולים באופן מקומי, בהתאם לצורכי המחלקה.

44 שרת הבריאות גב' יעל גרמן מינתה את הוועדה בראשית שנת 2013 ובין מטרותיה: מעמדו המעורב של משרד הבריאות כספק שירות, מבטח ורגולטור. הוועדה הגישה את מסקנותיה ביוני 2014. המלצותיה לא אושרו על ידי שר הבריאות דאז, הרב ח"כ יעקב ליצמן.

45 ההסתדרות הרפואית לישראל - תכנון כוח אדם רפואי, מאי 2013.

למשרד הבריאות אין
מידע מרוכז על מספר
מקומות ההתמחות
בכל מחלקה ובכל
בית חולים

בביקורת עלה כי למשרד הבריאות אין מידע מרוכז על מספר מקומות ההתמחות בכל מחלקה ובכל בית חולים. הוא אינו יודע אילו מהם מאוישים ואילו פנויים, ומהו לוח הזמנים להתפנותם של המקומות התפוסים. למשרד גם אין תכנית רב-שנתית שקובעת מה יהיו הצרכים העתידיים בכל תחום התמחות, וכמה מקומות התמחות הוא מתעתד להוסיף בכל תחום ובכל בית חולים. הדבר מצביע על ניהול לא מושכל של מערך כוח האדם הרפואי ועל כשל של המשרד בתכנון האסטרטגי שלו. כשל זה משפיע על תחומים רבים, ובהם פגיעה ביכולת להכין תכניות ארוכות טווח לפיתוח של בתי החולים וקושי בראייה ארוכת טווח של התכנון התקציבי.

לכשל זה יש גם תוצאות ברמה האישית של הסטודנט בשנת הסטז'; לעתים הר"י מפרסמת תקנים פנויים להתמחות, ואולם לרוב צריכים המתמחים לפנות בעצמם לכל המחלקות שבהן הם רוצים לבצע את ההתמחות כדי לברר אם יש מקום פנוי להתמחות. בהיעדר תכנית סדורה למערך ההתמחות קבלת החלטה בנוגע לתחום ההתמחות נעשית ב"אפלה", תוך אי-ודאות רבה - בלי שיש בידי הסטז'רים מידע על הביקוש ועל מקומות פנויים להתמחות.

הצורך לקבוע את מספר מקומות ההתמחות הרצוי בכל תחום עלה כבר ב-20.12.10, כשיו"ר פורום הדקאנים דאז, פרופ' א' פרלמן, התריע לפני ד"ר רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות דאז, על הצורך בהוספת מקומות התמחות למערכת בשל הגידול במספר בוגרי הפקולטות לרפואה והוסיף כי "ללא תקנים כאלה כל המהלך להגדלת מספר הסטודנטים לרפואה יהיה עקר לחלוטין"; העניין נדון גם בישיבת פורום הדקאנים ביולי 2014; ובישיבת פורום הדקאנים בדצמבר 2014 בהשתתפות מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' ארנון אפק. בישיבה הביעו הדקאנים את חששם ממצב שבו לסטודנטים המסיימים את הסטז' לא יהיו מקומות שיקלטו אותם להתמחות. פרופ' אפק דיווח כי נכון לאותו מועד, היו כ-900 מקומות התמחות ואילו מספר הסטז'רים היה כ-1,100. הוא ציין כי הוא שואף להגדיל את מספר הסטודנטים לרפואה הלומדים בארץ, ומתכוון לפעול לקיצור תקופת ההתמחות של רופאים שיזרים למערכת מספר גדול של רופאים מוקדם יותר. סוכם כי משרד הבריאות יפעל להגדלה במספר המקומות להתמחות ובמספר התקנים, והפורום יתמוך ויעזור ככל שיידרש.

מתוך האמור לעיל עולה כי משרד הבריאות וגם פורום הדקאנים מודעים למצוקה במקומות התמחות העלולה להחריף עם הגידול במספר הסטז'רים ובמספר הסטודנטים לרפואה. ואולם, מלבד אותה הבעת מודעות והצהרה על דאגה ועל כוונות, לא נקט אף אחד מהם פעולות לתיקון המצב או לצמצום המחסור לפחות. על כך יש להעיר למשרד הבריאות, כי כמאסדר של מערכת הבריאות היה מצופה ממנו שיכין תכנית אסטרטגית ארוכת טווח ל- 11 שנים לפחות - שהיא תקופת המינימום ללימודי הרפואה הכוללים התמחות. ואולם הוא לא עשה זאת ולמשרד אין שום תכנית ארוכת טווח.

במועד סיום הביקורת, ספטמבר 2017, כתב יו"ר פורום המתמחים בהר"י לשר הבריאות דאז, הרב ח"כ יעקב ליצמן, כי כ- 350-400 רופאים שסיימו את לימודי הרפואה והסטז' ממתינים כיום לתקני התמחות, והם מבקשים ממנו לפעול בהקדם האפשרי להקצאת תקנים שיאפשרו את קליטתם של מאות רופאים הממתינים להתחיל את התמחותם.

בתגובתו ציין משרד הבריאות כי הבעיה היא מחסור בתקנים במערכת ומשרד הבריאות פועל לתוספת תקנים ולמימוש תקנים שסוכמו עם משרד האוצר. כמו כן, תוספת המיטות בשנים האחרונות הוסיפה תקנים. עוד ציין המשרד כי באתר המשרד מתפרסמת חוברת מידע לסטז'רים המכוונת את הסטז'ר ומספקת לו מידע, בין היתר גם בנוגע לבחירת מקומות התמחות. ואולם מידע על תקנים פנויים אינו נמצא אצלו כרגולטור, וכי הדבר דינמי ביותר ונובע בחלקו מתחלופת כוח אדם שגרתית.

על משרד הבריאות לפעול במרץ כדי להשלים את החסר ולקבוע את המתכונת לקבלת מידע מבתי החולים, בנוגע למקומות התמחות קיימים ומתפנים בשנים הקרובות ולפרסמם כמידע למתמחים. עליו לגבש תכנית שתתבסס על נתונים שיאסוף, בנוגע למחסור הקיים והצפוי במומחים שיצוין בהם באילו תחומים ובאילו מוסדות. כמו כן, עליו לפעול בשיתוף נציבות שירות המדינה ומשרד האוצר לפתיחת תקנים נוספים ככל שידרשו. עליו ללוות את התכנית בלוח זמנים מדורג, לקבוע את תקציבה ואת המקורות למימונה; על המשרד לשפר גם את מידת השקיפות בעניין מקומות ההתמחות: התחומים הנדרשים להתמחות, מתי ואיפה מתפנים מקומות להתמחות, 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.

האפשרות לחלוקת תקופת ההתמחות בין בתי החולים ובין הקהילה

מצוקת כוח האדם ברפואת הקהילה שבה ועולה במהלך השנים האחרונות. הסיבה למצוקה זו היא בעיקר בשל האטרקטיביות הנמוכה של התמחות זו לעומת העיסוק ברפואה בבתי החולים וברפואה הפרטית. על כך העירו כמה מראשי המערכת:

1. במרץ 2017 כתב מנכ"ל הכללית דאז, מר אלי דפס, לרב ליצמן, סגן שר הבריאות דאז, למנכ"ל משרד הבריאות, מר משה בר סימן טוב, וליו"ר הר"י, ד"ר ליאוניד אידלמן וטען שניתוח נתוני פרישת הרופאים, הגידול באוכלוסייה והתבגרותה מצביעים על כך שכדי לשמור על היחס שבין רופאי המשפחה ל-1,000 נפש הקיים כיום, יש להכשיר מדי שנה פי ארבעה יותר רופאים מהיקף ההכשרה של רופאי משפחה הקיים כיום. הוא ציין כי יש לחזק את האטרקטיביות של מקצועות רפואת המשפחה והגריאטריה. בנוגע למחסור ברפואה יועצת בקהילה, ציין מנכ"ל הכללית כי הדבר גורם להתמשכות זמני ההמתנה לרופא יועץ. הוא הצביע גם על הנזק הנלווה לכך - עומס כבד שיווצר בבתי החולים ויגרם להרחבת הפערים, להעמקת אי-השוויון ולהתחזקות הרפואה הפרטית. לדעתו, על משרדי הבריאות והאוצר לנקוט צעדים כדי להבטיח שירות רפואי איכותי לכל האוכלוסייה, ובין השאר, להוסיף תקנים להכשרת מומחים במקצועות נדרשים בקהילה. לדעתו על הר"י להעביר חלק מההתמחות של רופאים מבתי החולים לקהילה ולהאריך את תקופת הרוטציה בהתמחות הקיימות בקהילה.

2. פרופ' גמזו ציין לפני עורכי הביקורת כי הוא סבור שיש להגדיל במידה ניכרת את מספר המתמחים בקהילה. כמו כן, יש לקבוע את מקצועות ההתמחות בקהילה ולחלק את תקופת ההתמחות של המתמחה בין בתי החולים ובין קופות החולים בקהילה - כך שבכל עת כ-1,000 מ-כ-6,000 המתמחים כיום בבתי חולים, יבצעו את התמחותם בקהילה. לדעתו יש לכך יתרונות: התורים בקופות יתקצרו וינתן קשב רב יותר של הרופאים המומחים בקופות לחולים; הרופאים המתמחים ייחשפו למגוון בעיות רפואיות לרבות אלו השכיחות ברפואת הקהילה; יתפנו תקנים נוספים רבים להתמחות בבתי החולים; יתווספו מתמחים למרפאות ובכך תשתפר עבודת המרפאה; יחזק המעמד המקצועי של הרופא המלמד; קופות החולים יוכלו לחסוך בהוצאות השכר שכן שכר המתמחים הוא נמוך יחסית; ניתן יהיה להגדיל את מספר בוגרי הרפואה ובהמשך את מספר המתמחים.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי על אף המגמה הקיימת והצפויה להתרחב של מצוקת כוח אדם רפואי ברפואת הקהילה, ועל אף הפניות של בכירי מערכת הבריאות למשרד בעניין זה - הוא לא הגיב עליהן ולא עסק בסוגיית המתכונת הרצויה להתמחות בקהילה והיכולת לתת מענה לצרכים המתפתחים. על משרד הבריאות בשיתוף המועצה המדעית של הר"י והנהלות הקופות, לבדוק מהי המתכונת הראויה והיעילה להתמחות בקהילה. מדובר במרכיב חיוני ממדרגה ראשונה מבחינת החולה שנתקל בו באופן יום-יומי כשהוא נזקק לשירות רפואי. ההתמקדות במרכיב זה וההתייעלות שלו עשויות לשפר במידה רבה את כל מערך הבריאות הלאומי.

מבחני תמיכה לעידוד קופות החולים שפותחות מחלקות להתמחות:

כחלק ממדיניות המשרד לקידום הרפואה בקהילה החליט המשרד לעודד את קופות החולים להגדיל את תקני ההתמחות ברפואת המשפחה ולחזק את רפואת הילדים בקהילה. זאת - באמצעות פתיחת מחלקות להתמחות ברפואת ילדים בקהילה והכשרת מתמחים בסבב מרפאות בקהילה. לשם כך גיבש המשרד מבחני תמיכה לקופות החולים שיפעלו ליישום מדיניות זו. על פי התכנית של המשרד לשנים 2015-2017, יעמוד התקציב לתמיכה בתקן אחד של התמחות שיתווסף על 250,000 ש"ח; בסך הכול יתווספו 32 תקנים וסכום התמיכה הכוללת יהיה שמונה מיליון ש"ח. נכון למועד סיום הביקורת בספטמבר 2017, שר הבריאות עדיין לא אישר בחתימתו את המתווה ואת מבחני התמיכה מיולי 2017.

מכבי בתגובתה למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2017 כתבה כי לדעתה, נוסף על מבחני התמיכה יש לאפשר גם רוטציה בקהילה, במסגרת ההכשרה בשדות הקליניים ושנת הסטז', כך שההתמחות תיעשה בכל המקצועות, והמתמחים יכירו וירכשו ניסיון גם עם מצבי חולי קלים שאינם דורשים טיפול בבית החולים, שהרי אלו הם מרבית המקרים.

בתגובת לאומית מדצמבר 2017 היא כתבה שיש לתכנן את כוח האדם הנדרש לקהילה לעתיד בעיקר בהתמחויות שבהן יש פעילות רבה השונה מהותית בקהילה לעומת זו שבבתי החולים. כגון: אורתופדים ורופאי אף אוזן גרון שאינם מנתחים. עוד הוסיפה הקופה שיש לה צורך בכ-40 מתמחים חדשים ברפואת משפחה לשנה, ויש להגדיל באופן משמעותי את התקנים להתמחות בתחום זה. לאומית ציינה כי אינה יכולה לשאת במימון היקף כזה של תקנים, ולכן על משרד הבריאות להקצות תקנים אלה ולממן אותם; אם לא יחול שינוי זה יאישו את המערכת במשך עשרות השנים הבאות רופאים כלליים, שאין להם את הידע והיכולת לטפל בחולים המורכבים הצפויים על רקע הזדקנות האוכלוסייה.

בתגובת קופת חולים מאוחדת היא כתבה כי הוספת מקומות התמחות בקהילה תיתן מענה למצוקת המקומות להתמחות ולמצוקת כוח האדם בקהילה.

לאחר סיום הביקורת, בנובמבר 2017, הקים משרד הבריאות צוות לבחינת הצעדים הנדרשים להתאמת מערך התמחויות הרופאים בישראל בראשות פרופ' רוני גמזו מנהל איכילוב. על הצוות הוטל להמליץ על דרכים לעדכון מערך

ההתמחויות כך שיינתן משקל רב יותר לצורך בהכשרת מתמחים בקהילה תוך הגדלת ההיצע של מקומות ותקני ההתמחות. נקבע כי את ההמלצות יש להגיש בתוך 90 יום.

כבר כיום מופעלים בחלק מהמרפאות בקהילה שדות קליניים במהלך לימודי הרפואה. הרחבה של הפעילות הזאת לא זו בלבד שתקל על העומס בשדות הקליניים אלא אף תחשוף את הסטודנטים לרפואה בקהילה ותוכל לעודד התמחות בתחומים שחסרים בהם מומחים, למשל רפואת משפחה.

בתגובת פורום הדקאנים הוא כתב שהוא תומך בצורך להגדיל את ההוראה בקהילה "וננקטו ע"י רוב הפקולטות צעדים בנושא זה. יחד עם זאת, אין מספיק מסגרות קהילתיות המתאימות להוראה והעלות של ההוראה בקהילה גבוהה מאד. מצב זה יכול להשתנות במידה שתוכר התמחות בקהילה וות"ת יתגמל את העלות הגבוהה של הוראה בקהילה".

על פורום הדקאנים 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 הקליניים" (למשל - במחלקות ילדים, גסטרו וקרדיולוגיה).

התמריץ שמתכוון משרד הבריאות להפעיל באמצעות מבחני התמיכה הוא צעד בכיוון הנכון לפיתוח התמחות ברפואת הקהילה ולפריצת דרך למעורבותו בהסדרתה ובחיווקה של הרפואה הקהילתית. על משרדי הבריאות והאוצר בשיתוף המועצה המדעית בהר"י וקופות החולים לגבש תכנית סדורה בעניין זה.

איכות לימודי הרפואה

בשנת 2007 הקימה המל"ג לראשונה, באמצעות האגף להערכת איכות⁴⁶, ועדה בינלאומית להערכת בתי הספר לרפואה בישראל. בשנת 2014 הקים האגף ועדה בינלאומית נוספת בראשות פרופ' סטיב שונבאום (להלן - הוועדה). הוועדה כללה שמונה פרופסורים מאוניברסיטאות שונות בעולם ומטרתה הייתה להעריך את תכניות הלימוד ברפואה בארץ. באוגוסט 2014 הגישה הוועדה את ממצאיה למל"ג.

תכניות הלימודים: דוח הוועדה הציג את הצורך לבחון את האפקטיביות של לימודי הרפואה, דהיינו - באיזו מידה הושגו מטרת הלימודים ומהי איכותם.

46 האגף להערכת איכות במל"ג עוסק בשיפור איכות ההשכלה הגבוהה בישראל, והוא אחראי למינוי של ועדות בינלאומיות לבדיקת איכותן של תכניות הלימוד במקצועות השונים ולבקרה של יישום ההמלצות.

גופים שתפקידם להעריך את המוסדות ללימודי רפואה מכירים בצורך זה, לרבות הפדרציה העולמית ללימודי רפואה (WFME). גופים אלו, ובהם למשל, הוועדה המקשרת ללימודי רפואה (LCME)⁴⁷, מגדירים מטרות שיש להשיג בקורסים ובסבבים הקליניים ואת דרכי הבחינה של השגתן, למשל, בבחינות של כל קורס. כך מבקשים הגופים המכירים במוסדות הלימוד להבטיח שבוגרי לימודי הרפואה יהיו כשירים לספק טיפול איכותי ובטוח לחולים.

הוועדה המליצה על שינויים של ממש בהוראת הרפואה בישראל ובהם: לוודא שכל פעילויות הלימוד השונות ותוצאותיהן הצפויות קשורות למטרות ספציפיות; לספק יותר הזדמנויות ללימוד אינטראקטיבי על ידי יצירת קבוצות לימוד או דיון קטנות ללימוד בסביבה קלינית; לספק לסטודנטים את ההזדמנות למעורבות אקטיבית יותר במתן הטיפול לחולים, הן של חולים מאושפדים והן במרפאות למתן טיפול אמבולטורי; לוודא את קיומו של פיקוח מרכזי הולם ובעל סמכות לביצוע שינויים בתכנית הלימודים.

דוח הוועדה כלל המלצות ספציפיות לכל אחת מהפקולטות, אך גם המלצות מערכתיות ועקרוניות הנוגעות להכשרת הרופאים; הוועדה קבעה בקשר לכך כי נדרשת בחינה מקיפה ומפורשת של נתיב הכשרת הרופאים, ובחינה שכזו תדרוש כמעט בוודאות את שינוי שיטות ההוראה וההערכה של הסטודנטים והרופאים שנמצאים עדיין בשלבי ההכשרה השונים. בפברואר 2015 החליטה המל"ג לאמץ את המלצות הוועדה.

בינואר 2015 דנה ועדת המשנה להבטחת איכות של המל"ג בדוח הוועדה והחליטה להעביר את הטיפול בנושאים שעלו בדוח לפורום מקצועות הבריאות שהיה אמור להיות מוקם מחדש באותה העת. בין היתר, התבקש הפורום לדון בעניינים העקרוניים הבאים: מציאת מנגנון לשיתוף פעולה בין הגורמים השונים במערכת הבריאות בישראל (בתי הספר לרפואה, בתי חולים, משרד הבריאות, קופות החולים וכיו"ב); היעדר תכנון והכוונה של סטודנטים לתחומי התמחות שקיים בהם מחסור חמור ברופאים; היעדר הכוונה לרפואת משפחה/חינוך רפואי בקהילה; המספר הגדול של סטודנטים מחו"ל במסגרת תכניות חו"ל - על חשבון סטודנטים ישראלים; אי-יישום ההמלצות של הדוחות הקודמים על ידי המוסדות - דוח ועדת ההערכה משנת 2007 דוח גלזר-ישראלי; הפורום התבקש לעקוב אחר יישום המלצות הוועדה הבינלאומית ומסקנותיה תוך שיתוף פעולה עם המוסדות האקדמיים ומערכות הבריאות השונות בישראל. בישיבתה שהתקיימה בפברואר 2015 אימצה המל"ג את החלטת ועדת המשנה.

ואולם, היות שפורום מקצועות הבריאות לא הוקם מחדש - הנושאים שעליהם החליטה ועדת המשנה לא נדונו בפורום כלשהו, והטיפול בהם לא קודם.

47 בארה"ב הוסמכה הוועדה לקבל החלטות בנוגע להכרה במוסדות על ידי משרד החינוך, והיא פועלת בחסות הארגון האמריקני לעמית רפואה (AAMC) והארגון הרפואי האמריקני (AMA).

על המל"ג
בשיתוף פורום
הדקאנים לבחון אם
מתכונת לימודי
הרפואה כפי שהם
מתקיימים כיום
מתאימה לעשור
הקרוב, לעולם
ההוראה בכלל
ולהוראת הרפואה
בפרט

מכל זה משתקפת אוחלת היד של המל"ג שמצאה לנכון לקיים בקרה על האפקטיביות של לימודי הרפואה, אך התעלמה מהמלצות הוועדה שהיא מינתה לשם כך. המלצות הוועדה נוגעות לסוגיות מרכזיות ברמה המערכתית והלאומית, ומן הראוי היה שיקבלו תשומת לב ייחודית ושישתמשו בהם לקביעת מדיניות מתאימה ותכנית עבודה שתיגזר ממנה.

על המל"ג בשיתוף פורום הדקאנים 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 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. קיפאון של המצב הקיים משמעותו הידרדרות ביחס לעולם ועל המל"ג בשיתוף כל הגורמים הרלוונטיים למנוע זאת.

היעדר תמונת מצב בנוגע למספר הרופאים המועסקים במערכת הבריאות

רישום לא מעודכן של מצבת רופאים פעילה: במדינות מערביות מסוימות נקבע שלאחר שרופא קיבל רישיון לעסוק ברפואה הוא נדרש לרענן את רישיונו. בישראל לעומת זאת, אין כל דרישה לרישוי חוזר ולכן אין מידע על רופאים פעילים במקצועם⁴⁸.

כבר בדוח קודם בנושא "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב" המליץ מבקר המדינה שמשרד הבריאות והר"י יבחנו את נושא הרישום החוזר ויסדירו אותו⁴⁹.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי עדיין לא תיקן ליקוי זה ולכן אין לו מידע חיוני שאמור לשמש לו בסיס תשתיתי לקבלת החלטות עקרוניות ומערכתיות.

48 לצה"ל יש בסיס נתונים מעודכן של רופאים הפעילים חייבי שירות מילואים עד גיל 51.
49 דוח מבקר המדינה 59 (2008), בפרק: "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמוד 396.

סיכום

דוח זה עוסק בהכשרה של הרופאים - נושא שיש לו השפעה קריטית על יכולתה של מערכת הבריאות לספק שירותי בריאות איכותיים לציבור. המטרה הלאומית בעניין זה היא להבטיח כי הסגל הרפואי יהיה איכותי וייבחר מהטובים ביותר.

הביקורת חשפה ליקויים, המגיעים עד לכדי מחדל של משרד הבריאות ושל המל"ג, העלולים למנוע את השגת המטרה הלאומית; ההכשרה הקלינית של הרופאים לקויה - אין ראייה מערכתית כוללת ולא ניתן לדעת אם יש מצוקה אמיתית בשדות קליניים כפי שעלה בביקורת, או שהעומס נוצר עקב ניהול לקוי של המערכת משום שמשרד הבריאות ומל"ג-ות"ת לא הסדירו זאת. הזיקות שבין בתי החולים ובין הפקולטות דורשות הסדרה, אך זו לא נעשתה. חלק ניכר מהרופאים המצטרפים למערך כוח האדם הרפואי במערכת הבריאות (כ-40%) הם ישראלים שלמדו בחו"ל, במוסדות לימודים שרמתם ואיכותם אינה מפוקחת באדיקות ע"י המוסדות האקדמיים עצמם ומל"ג. רבים מקרב בוגרי חו"ל אינם עוברים את מבחני הרישוי, וחלק לא מבוטל מאלו שעוברים אותם הצליחו בזכות בונוס נדיב שניתן להם. מהביקורת עולה אזהרה ידה של המל"ג שהתעלמה מהמלצותיה של ועדה מקצועית בין-לאומית שהקימה כדי לייעל ולשפר את מערך ההכשרה הרפואית.

על המל"ג בשיתוף משרד הבריאות לקבוע סטנדרטים להכשרת רופאים בשדות קליניים, ולהערכה איכותית של הסטז'רים. עליהם לקיים עבודת מטה משותפת עם הפקולטות לרפואה ובתי החולים כדי לבנות תכנית סדורה שתספק את ההיקף הנדרש של השדות הקליניים בישראל ואת הכללים שיבטיחו את ניצולם היעיל. הממצאים שעלו בדוח ביקורת זה מצביעים על הצורך החיוני בכך שמל"ג בשיתוף פורום הדקאנים תוביל עבודת מטה משותפת עם מערכת הבריאות לייעול ולשיפור מערך ההכשרה הרפואית. עליה לבחון האם מתכונת לימודי הרפואה כפי שהם נערכים כיום מתאימה לעשור הקרוב, לעולם ההוראה בכלל והוראת הרפואה בפרט. מדובר במשימה מערכתית הנדרשת לגיבוש תפיסה מעודכנת של לימודי הרפואה כך שתתאים לצרכים הלאומיים העתידיים של הכשרת הרופאים בישראל.

נוכח מספרם הגדול של מקבלי רישיון רפואה בישראל בקרב בוגרי המוסדות בחו"ל, על משרד הבריאות באמצעות אגף הרישוי לשדד את מערכות הבקרה שלו בהקדם, כדי להביא לידי כך שקורסי ההכנה לרישוי בוגרי חו"ל יהיו אמינים ויעילים. עד אז על המשרד לאשר רק קורסי הכנה שנמצאים בפיקוח הדוק של אחת מהפקולטות לרפואה בארץ ולעקוב אחריו. על משרד הבריאות לעקוב אחר תוצאות הבדיקה שתבצע ועדת הבחינה מטעם הר"י לבחינת הבנוס הניתן לבוגרי חו"ל. נוכח המצוקה במקצועות רפואיים מסוימים על משרד הבריאות להוביל רפורמה בתקני ההתמחות. על הרפורמה להביא לידי הגדלת מספרם של המתמחים בקהילה; ולנקוט פעולות להגדלת מספר המומחים בכל התחומים הדרושים בקהילה.

ממצאי הדוח מצביעים על היעדר יד מכוונת בכל הנוגע להכשרת רופאים, ובעיקר בולטים עד מאוד חוסר הפעילות ואזלת היד של המל"ג ומשרד הבריאות כגורמי אסדרה ואכיפה. קיים צורך דחוף בעבודת מטה משותפת בהובלת המל"ג ומשרד הבריאות בשיתוף פורום הדקאנים, הר"י ומנהלי בתי החולים, להקמת מערכת משותפת לכלל הגופים שתפעל באופן שוטף ורציף לתיקון כלל ההיבטים המשותפים בתחום הכשרת הרופאים שעלו בדוח ביקורת זה. נוכח היעדר המנהיגות והרפיון המשתקפים בדוח, עליהם לשקול לרתום גם את שר הבריאות ושר החינוך לייזום תכנית לאומית שתאפשר הרחבה ממשית של התשתיות להכשרת רופאים בישראל.

