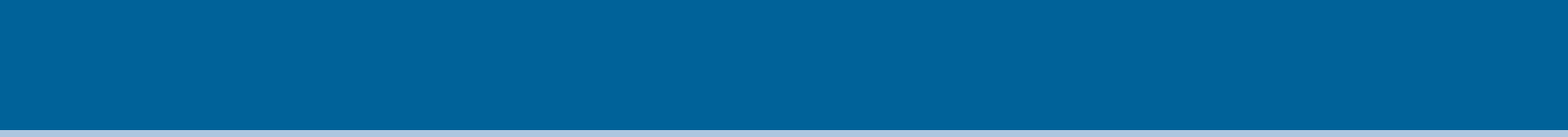




**דו"ח סיכום עבודת  
הצוות הבין-משרדי  
לבחינה ויישום של צעדי  
מדיניות להתמודדות  
עם פערי כוח האדם  
במקצועות הבריאות**

בהמשך להחלטת הממשלה מס' 1140 מיום 20.02.2022



# תוכן העניינים

4	הקדמה
5	חברי הצוות
6	תקציר מנהלים
10	פרק א': צעדים להרחבת היצע כוח האדם במקצועות הבריאות
10	1. הגדלת מספרם של בוגרי הכשרה אקדמית במקצועות הבריאות בישראל
15	2. הכשרה לבעלי רישיון שלמדו בחו"ל ואינם מועסקים
17	פרק ב': צעדים להגברת האטרקטיביות של העבודה בשירות הציבורי
17	1. תמריצים כלכליים
22	2. תקנות למסלולי מומחיות במקצועות הבריאות
23	3. חיזוק והרחבה של מערך ההכשרות והפיתוח המקצועי
23	4. חיזוק היחידות להתפתחות הילד
25	5. עתודה מקרב האוכלוסייה הבדואית לעבודה במגזר הציבורי
26	6. הגדלת היצע הציוד במתי"א - משרד החינוך
27	פרק ג': צעדים לשיפור יעילות העבודה במסגרות השירות הציבורי
27	1. תיאום וסינרגיה בין בעלי המקצוע ומשרדי הממשלה במקצועות הבריאות
30	2. התמודדות עם תופעת האי-הופעה (No-Show) בקופות החולים
33	3. המלצה לביטול מדורג של מדיניות ההחזרים
35	4. הצבת דרישת מינימום לוותק בעלי המקצוע במסגרת התקשרות בהסדר ובהחזר
35	5. הסדרת התחום של תכנון כוח האדם וטיוב תשתית הנתונים
37	סיכום
38	נספח א': צעדים ופעולות לצמצום תופעת האי-הופעה
40	נספח ב': צעדי מדיניות שנידונו ונמצאו כלא מתאימים ליישום בשלב זה

## הקדמה

במסגרת יישום החלטת הממשלה מס' 1140 מיום ה-20 בפברואר 2022 בדבר תוכנית להתמודדות עם פערי כוח האדם במקצועות הבריאות,<sup>1</sup> הוקם צוות בחינה ויישום של צעדי מדיניות להתמודדות עם פערי כוח האדם במקצועות פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק (להלן "מקצועות הבריאות"). בהתאם להחלטת הממשלה, הצוות הוקם בראשות מנכ"ל משרד ראש הממשלה ובהשתתפות מנכ"ל משרד הבריאות, מנכ"ל משרד החינוך, מנכ"ל משרד הרווחה והביטחון החברתי, הממונה על התקציבים, הממונה על השכר ומנכ"ל ות"ת/מל"ג. המלצות הצוות, לרבות צעדי המדיניות המומלצים בטווח הבינוני והארוך, מובאים בפירוט במסמך זה.

ההמלצות במסמך זה מובאות בהמשך לעבודת צוות בין-משרדי לבחינת פערי כוח האדם במקצועות הבריאות, שפירסם את ממצאיו באוקטובר 2021.<sup>2</sup> ממצאי עבודת צוות זה, כפי שפורסמו בדו"ח "פערי כוח אדם במקצועות הבריאות", מצביעים על פערים של 1,770 בעלי רישיון בפיזיותרפיה, 2,146 בקלינאות תקשורת ו-2,626 בריפוי בעיסוק.<sup>3</sup> פערים אלה מובילים לקושי ולעיכוב ניכר באספקת השירותים הציבוריים בתחומי מקצועות הבריאות, והם אף צפויים להתעצם בשנים הבאות, בפרט בתחום הריפוי בעיסוק.

הצוות בחן שורה של צעדים אפשריים לצמצום פערי כוח האדם במשרדי הבריאות, החינוך והרווחה והביטחון החברתי בשלושה צירי פעולה: הגדלת היצע של בעלי המקצוע, הגברת האטרקטיביות של העבודה בשירות הציבורי והגברת היעילות של העבודה בשירות הציבורי - תוך מתן דגש לחיזוק תשתית הנתונים ושיפור העבודה הבין-משרדית.

הדו"ח מציג המלצות מקצועיות, כפי שהוסכמו על-ידי הצוות הבין-משרדי ומניח תשתית של עקרונות מקצועיים, שמטרתם להוות קריאת כיוון למדיניות הממשלה בשנים הבאות לצורך התמודדות עם פערי כוח האדם בטווח הארוך. יישום המלצות הדו"ח מותנה בהקצאת משאבים מתאימה על ידי הממשלה, ויוכל להתבצע בכפוף לסדרי העדיפויות הממשלתיים.

**סוגיית פערי כוח האדם במקצועות הבריאות מורכבת מאוסף של בעיות ואתגרים בתחומים שונים ומגוונים, אשר קיימת ביניהם תלות הדדית והם פועלים ככלים שלובים. בשל כך השקיע הצוות את מירב המאמצים להציג מערך שלם של מענים תוך בחינת השלכות הרחב של כל אחד ואחד מהם. כדי לתת מענה ראוי לאתגרים אלה באופן האפקטיבי והיעיל ביותר, מומלץ ליישם את ההמלצות המובאות בדו"ח זה כמכלול. שינוי המציאות הקיימת במקצועות הבריאות הינו הכרחי, ומהווה מענה משלים לתוכניות שבמיקוד הממשלה, העוסקות בסוגיות רחב בריאותיות וחברתיות, בשיפור הנגישות לשירותי מקצועות הבריאות בפריפריה, בחיזוק הרפואה המונעת ובקידום אנשים עם מוגבלויות.**

הערה: הדו"ח מנוסח ברובו בלשון זכר מטעמי נוחות, אך מתייחס לכל המגדרים.

1 החלטת ממשלה מס' 1140 מיום 20.02.2022 בדבר תוכנית להתמודדות עם פערי כוח האדם במקצועות הבריאות: [https://www.gov.il/he/departments/policies/dec1140\\_2022](https://www.gov.il/he/departments/policies/dec1140_2022)

2 צוות בין-משרדי בהובלת משרד ראש הממשלה ובהשתתפות משרדי האוצר, הבריאות, החינוך, הרווחה והביטחון החברתי וכן נציבות שוויון זכויות במשרד המשפטים.

3 נכון לשנת 2023. דו"ח פערי כוח אדם במקצועות הבריאות: <https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/healthreport071021>

## **חברי הצוות:**

### **משרד הבריאות**

אורי שי פרידלנד, רפרנט תקציבים  
ד"ר אורלי הרצברג, קלינאית תקשורת ארצית  
אורלי בוני, מרפאה בעיסוק ארצית  
יעל רותם גלילי, פיזיותרפיסטית ארצית  
ד"ר הדר ירדני, מנהלת המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו  
טלי ניצני ביטון, מנהלת תחום תכנון כ"א תכניות התערבות, אגף משאבי אנוש ומקצועות הבריאות  
רונן אלקיים, מרכז בכיר תוכניות התערבות כ"א, האגף למשאבי אנוש  
דינה צ'רנו, מנהלת תחום בכיר (בקרה, זכאויות, השתתפויות ושב"ן), חטיבת רגולציה,  
מחשוב ובריאות דיגיטלית, אגף לבקרה על הקופות ושרותי בריאות נוספים  
בלה בן-גרשון, מנהלת המחלקה לאוטיזם

### **משרד החינוך**

פנינה אל-תר, מפקחת ארצית, האגף לחינוך מיוחד

### **משרד הרווחה והביטחון החברתי**

יעל שידלובסקי פרס, מרפאה בעיסוק ראשית, אגף מערך שירותי בריאות

### **המועצה להשכלה גבוהה**

חווה קליין-אבישי, סמנכ"לית תכנון ומידע  
מיכל אופיר, ממונה תחום תכנון ומידע

### **משרד האוצר**

גאיה עופר, רפרנטית בריאות, אגף התקציבים  
נדב שואט, רפרנט בריאות, אגף הממונה על השכר  
שירה גרוס, רפרנטית חינוך, אגף הממונה על השכר

### **משרד העלייה והקליטה**

איציק אוחנה, סמנכ"ל חטיבת פרט

### **משרד ראש הממשלה**

רועי דרור, ראש אגף בכיר ממשל לשעבר  
אופיר גבריאלי, ראש צוות רפורמות כלכליות ממשליות, אגף ממשל וחברה  
הדס זעפרני, אגף ממשל וחברה  
רועי פייראיון, אגף ממשל וחברה

### **כתיבת ועריכת הדו"ח:**

צוות אגף ממשל - אופיר גבריאלי, הדס זעפרני, רועי פייראיון, רותם אליהו, עדו קמחי פלדהורן  
סמנכ"לית ממשל וחברה - לירון הנץ

## תקציר מנהלים

דו"ח זה נכתב במסגרת יישום החלטת הממשלה מס' 1140 מיום ה-20 בפברואר 2022 בדבר תוכנית להתמודדות עם פערי כוח האדם במקצועות הבריאות. במסגרת ההחלטה הוקם צוות בחינה ויישום של צעדי מדיניות להתמודדות עם פערי כוח האדם במקצועות הבריאות (להלן "הצוות").

עבודת הצוות התבססה על ממצאי דו"ח "פערי כוח אדם במקצועות הבריאות" (אוקטובר 2021), המצביעים על פערי כוח אדם משמעותיים בתחומים פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק, המובילים לקושי במתן השירותים הציבוריים ולעיכוב באספקתם בתחומים אלו. פערים אלה אף צפויים להתעצם בשנים הבאות על רקע המגמות הדמוגרפיות של גידול האוכלוסייה והזדקנותה, המובילות לגידול מתמיד בצרכים ובדרישות לשירותי מקצועות הבריאות.

הצוות בחן מגוון מענים וצעדים לצמצום פערי כוח האדם בשלושה צירים: הגדלת היצע כוח האדם, הגברת האטרקטיביות של העבודה בשירות הציבורי ושיפור יעילות העבודה במסגרות השירות הציבורי. הדו"ח מציג המלצות מקצועיות, כפי שהוסכמו על-ידי הצוות הבין-משרדי ומניח תשתית של עקרונות מקצועיים שמטרתם להוות קריאת כיוון למדיניות הממשלה בשנים הבאות לצורך התמודדות עם פערי כוח האדם בטווח הארוך. יישום המלצות הדו"ח מותנה בהקצאת משאבים מתאימה על ידי הממשלה, ויכול להתבצע בכפוף לסדרי העדיפויות הממשלתיים.

להלן עיקרי ההמלצות:

### ציר א' - הגדלת היצע כוח האדם

הערוץ העיקרי להרחבת ההיצע הינו הגדלת מספר בוגרי המסלולים האקדמיים במקצועות הבריאות. לשם כך **גיבש הצוות והמליץ על תוכנית בפריסה חמש-שנתית להגדלת מספר הסטודנטים המתחילים ללמוד בשנה הראשונה במוסדות האקדמיים בישראל.**

גידול זה, בין אם יתבצע על ידי הגדלת מספר הלומדים בחוגים הקיימים ובין אם על ידי פתיחת חוגים חדשים, דורש מענה לשני אתגרים מרכזיים: מחסור בסגל אקדמי ומגבלת שדות קליניים (המוסדות שבהם מתקיימת ההכשרה המעשית של הסטודנטים, כחלק מתוכנית הלימודים האקדמית).

כדי לתת מענה לאתגרים אלו ולתמוך בתוכנית הגידול במספר הסטודנטים ממליץ הצוות על הצעדים הבאים:

1. **גיבוש תוכנית להתמודדות עם אתגר המחסור בסגל אקדמי, אשר תיושם החל משנת הלימודים תשפ"ה.** התוכנית תגדיל את פוטנציאל הסגל האקדמי ותוביל להקמת עתודה של סגל אקדמי בכיר מתאים, אשר תיקח חלק בהכשרת דור העתיד של מקצועות הבריאות ותתמוך בגידול במספר הסטודנטים.

2. **הסרת החסמים להרחבת השדות הקליניים,** שתביא למיצוי השדות הקליניים הקיימים ולגידול במספר השדות החדשים. זאת באמצעות הסדרת האחריות למיפוי השדות

הקליניים ותמרוץ בעלי המקצוע להדריך סטודנטים ע"י העלאת תעריף גמול ההדרכה הניתן כיום.

### **ציר ב' - הגברת האטרקטיביות של העבודה בשירות הציבורי**

אחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על פערי כוח האדם בשירות הציבורי ועל עבודה בהיקפי משרה נמוכים הוא פערים גדולים בין השכר במגזר הציבורי לבין זה שבמגזר הפרטי. פערי שכר אלו מובילים לקושי בגיוס ובשימור עובדים, ובפרט עובדים חדשים, הנוטים לעזוב לאחר שנים בודדות לטובת השוק הפרטי. מלבד האתגרים שגוררים החילופים התכופים, מתמודדים מוסדות הבריאות עם קושי בפיתוח "דור ביניים" מבוסס ומקצועי, שיהווה עתודה ניהולית ויוכל להדריך סטודנטים ועובדים חדשים.

לפיכך הצוות רואה חשיבות רבה בשיפור תנאי ההעסקה במגזר הציבורי, בחיזוקו ובהעצמת יתרונותיו היחסיים אל מול השוק הפרטי וממליץ על הצעדים הבאים:

#### **1. צעדים המשפיעים על השכר**

א. **האחדה של תנאי ההעסקה** על ידי יצירת דירוג רוחבי למקצועות הבריאות במגזר הציבורי, הכולל גם את העובדים המועסקים על ידי משרד החינוך או על ידי בעלויות החינוך, תוך התייחסות להבדלים בין צורכיהם של הגופים השונים. מהלך זה יאפשר מוביליות בין המערכות הציבוריות ומיתון התחרות הקיימת בין המעסיקים הציבוריים.

ב. **העסקה באמצעות חוזה אישי בשכר דיפרנציאלי**, שיאפשר למעסיקים בשירות הציבורי גמישות ומענים מתאימים לאוכלוסיות ולאזורים, המתמודדים עם אתגרי גיוס ייחודיים.

ג. **שינוי שכר במשרדי הבריאות והחינוך ועדכון מודל התקצוב במשרד הרווחה והביטחון החברתי**. מיקוד הסכמי השכר הבאים בתגמול ובתמרוץ של בעלי המקצוע בשכבת הביניים ובתמרוץ להגדלת היקפי משרה במגזר הציבורי, תוך מתן תיעודף לעובדים המועסקים בהיקפי משרה גדולים. צעדים אלו צפויים לסייע בגיוס ושימור דרג הביניים במערכת הציבורית ולתמוך בשימור הידע בתוך הארגון ובחיזוק מערך ההדרכה.

ד. **בחינת תעריפים לשירותי מקצועות הבריאות במסגרת סל הטב"ם ובמעונות היום השיקומיים**. תעריפי משרד הבריאות לשעות טיפול במקצועות הבריאות במסגרת סל הטב"ם (טיפול בריאותי מקדם) ומעונות היום השיקומיים משפיעים על השכר המשולם לבעלי המקצוע על ידי ספקי השירותים. תעריפים נמוכים עשויים להקשות על הספקים להתחרות על כוח האדם הקיים בשירות הציבורי והפרטי, דבר שעלול להוביל לאיזש חלקי של המשרות בגני התקשורת ובמעונות היום השיקומיים ולחוסר במתן שירותים לילדים במסגרות אלו. על כן ממליץ הצוות כי משרדי הבריאות והאוצר יבחנו את גובה התעריפים הנוכחיים, ואת יכולתם לאפשר תשלום שכר תחרותי ויעדכנו את התעריפים ככל שיידרש.

2. **הטמעה של מסלולי מומחיות במקצועות הבריאות** על ידי התקנת תקנות לרישום ולמתן סמכויות למומחיות והקמת ועדת יישום. הוועדה תציג עד סוף שנת 2023 מתווה ליישום

המהלך, תוך התייחסות לתקינה ייעודית, לתגמול מותאם לתפקיד ולשירותים הציבוריים הנוספים. מסלולי המומחיות יסייעו בהגברת המחויבות של בעלי המקצוע למערכת הציבורית, יעניקו אופק קידום ויגבירו את סיכויי הישגותם של בעלי מקצוע מנוסים ומחויבים לאורך זמן, לצד הכרה במעמדם ובמקצועיותם.

### **ציר ג' - צעדים לשיפור יעילות העבודה במסגרות השירות הציבורי**

הצוות רואה חשיבות רבה בשיפור יעילות העבודה במסגרת השירות הציבורי ככלי לשיפור השירות, לניצול מרבי של המשאב האנושי, להפחתת בירוקרטיה לאזרח, לחיסכון כלכלי ולשיפור תהליכי העבודה הבין-משרדית. כדי לקדם מטרה זו ממליץ הצוות על יישום הצעדים הבאים:

#### **1. תיאום וסינרגיה בין בעלי המקצוע ומשרדי הממשלה במקצועות הבריאות**

כחלק ממימוש הזכויות בתחומי הבריאות, החינוך והרווחה, לא אחת האזרחים פוגשים בעלי מקצוע מתחומי מקצועות הבריאות במסגרת תהליכי האבחון, קבלת הזכאות והטיפול בגופים שונים. ריבוי המשרדים והגופים המעורבים יוצר הגדרות, נהלים וסטנדרטים שונים לאבחון, לזכאות ולטיפול, לצד תיאום והעברת מידע לא מספקים בין המשרדים, אשר יוצרים נטל בירוקרטי על האזרח מצד אחד ועל המערכת הממשלתית מצד שני. כדי לצמצם תופעה זו ממליץ הצוות על:

א. הקמת צוות בין-משרדי לבחינת פתרונות להפחתת העומס הבירוקרטי המוטל על האזרחים ועל המערכת, תוך מתן דגש לשימוש יעיל ומיטבי במשאבים, ובפרט במשאבי כוח האדם. צוות זה יבחן את ייסודה של ועדה אחודה לאבחון ולזכאות, בשאיפה לייצר הליך ממשלתי אחוד ומשותף לכל המשרדים. כמו כן, צוות זה יבחן ויפעל לפיתוח של פלטפורמה דיגיטלית בין-משרדית לתיאום ולהעברת מידע בשלבי האבחון והטיפול.

ב. ייעול ממשקים ונהלים לשיפור התיאום והעברת המידע: משרדי הבריאות, החינוך והרווחה ייצרו ערוצים קבועים ורציפים לשיפור התיאום והעברת המידע.

#### **2. התמודדות עם תופעת האי-הופעה (No-Show) בקופות החולים**

אי-הופעה לתור היא מצב שבו מטופל לא מגיע לתור או מבטל אותו בטווח של פחות מ-24 השעות שקודמות למועד התור. מכיוון שלא ניתן להעביר את התור למטופלים אחרים, הדבר מוביל להוצאות מיותרות ולבזבז של משאבים כלכליים, כוח אדם ותשתיות. על כן ממליץ הצוות על ביצוע פיילוט, שמטרתו לבחון את האפקטיביות של השתתף שלום פיקדון על ידי המטופל במקרה של אי-הופעה לא מוצדקת לתור, בהקשר של מערכת הבריאות בישראל. בכוחה של פעולה זו להעלות את רמת המחויבות מצד המטופלים להגיע לטיפול, או להודיע מראש במקרה של אי-הגעה, ובכך להפחית את היקפי התופעה, למנוע בזבז של שעות עבודה יקרות של גורמי מקצוע רבים ולסייע בקיצור תורי ההמתנה ובמיצוי מיטבי של כוח האדם.

#### **3. ביטול מדורג של מדיניות החוזרים**

בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, קופות החולים מחויבות לספק את מלוא סל השירותים למבוטחיהן בפרק זמן סביר, באיכות סבירה ובמרחק סביר. בתחום התפתחות



הילד ישנה חשיבות רבה למתן השירותים בתוך פרק זמן רלוונטי ובשים לב לחלון הזמן המוגבל למתן השירותים בצורה אפקטיבית. לאורך השנים, ובין השאר בשל המחסור בכוח אדם, התקשו קופות החולים לספק שירותים בתחום זה וחלה התארכות בזמני ההמתנה. על כן הוחלט ב-2010 על יצירת אלטרנטיבה לקבלת השירות ישירות מקופות החולים באמצעות קביעת זמן מרבי להמתנה לקבלת השירות ישירות מהקופה, שלאחריו המבוטח רשאי לפנות לספקים פרטיים ולקבל החזר מהקופה בהתאם לתעריף השירות הציבורי. מהלך זה הוביל לתוצאה ההפוכה והקשה על קופות החולים לגייס כוח אדם, שכן חלק ניכר מהמטפלים העדיפו לעבוד באופן פרטי. ההחזרים אף הגבירו את האטרקטיביות של העבודה הפרטית וגרמו להעלאת התעריפים שגבו חלק מאותם בעלי מקצוע, כך שחל צמצום בזמינות השירותים המסופקים על ידי קופות החולים, ובהתאם - שיעור הפעילות שממומנת באמצעות החזרים גדל. לאור האמור, מומלץ כי משרד הבריאות יפעל לביטול האפשרות למתן החזרים על ידי קופות החולים באופן מדורג עד לביטולם באופן מלא, ובמקביל יש ליישם תוכנית שמטרתה להגדיל את היקפי כוח האדם המקצועי המועסק בקופות החולים בתחומי התפתחות הילד, ובכך להגדיל את הזמינות של שירותי התפתחות הילד במערכת הציבורית ולסייע לקופות החולים לספק למבוטחיהן שירותים ישירים בתחום.

**4. הצבת דרישת מינימום לוותק בעלי המקצוע במסגרת התקשרות בהסדר ובהחזר**  
חוזר 46/2003 בנושא התפתחות הילד מאפשר כיום לקופות החולים להתקשר ב"הסדר" עם בעלי מקצוע בעלי ותק מקצועי מינמלי של שנתיים. לאחרונה מתרחבת התופעה של בעלי מקצוע צעירים שמקימים קליניקה פרטית בשלבי הקריירה המוקדמים ואף מיד עם קבלת רישיונם, בטרם צברו ניסיון טיפולי וללא כל פיקוח ומעטפת מקצועית תומכת. כדי לצמצם תופעה זו ולהבטיח מתן טיפולים מקצועיים לאזרח מומלץ כי משרד הבריאות יחיל בהקדם דרישת מינימום לוותק גם במסגרת התקשרות בהחזר עד לתום תקופת ההחזרים. כמו כן מומלץ כי משרד הבריאות יבחן את האפקטיביות של מגבלת השנתיים הנוכחית וירחיבה בהתאם עד סוף שנת 2023.

**5. הסדרת התחום של תכנון כוח האדם וטיוב תשתית הנתונים**  
מתוקף תפקידו כרגולטור מקצועי, משרד הבריאות הינו הגורם המרכזי שמשפיע על הביקוש לטיפולים בתחומי מקצועות הבריאות. נוסף על כך, משרד הבריאות הינו הגורם האחראי על רישוי המקצועות ועל התקשורת עם המועצה להשכלה גבוהה בנוגע לצורך לשנות את היקף בעלי המקצוע המוכשרים מדי שנה. לפיכך הטיל הצוות על משרד הבריאות לבצע תכנון כוח אדם למקצועות הבריאות באופן מחזורי וקבוע, תוך שיתוף פעולה עם משרדי החינוך, הרווחה והמל"ג. על מנת לבצע משימה זו כהלכה, על משרדי הבריאות, החינוך והרווחה לבנות, לתחזק ולשפר תשתית נתונים מקיפה אודות בעלי המקצוע המועסקים על ידם. כמו כן, יש לקדם את השימוש בתשתיות דיגיטליות תומכות לטובת תהליך תכנון כוח האדם.

**לסיכום, הדו"ח המובא לפניכם הינו תוצר של שיתוף פעולה רחב בין משרדי הממשלה וגורמי המקצוע בתחומי מקצועות הבריאות. הדו"ח בא לתת מענה לאתגרי כוח אדם במקצועות הבריאות ומטרתו לקדם את אספקת השירותים הציבוריים בתחום.**

# פרק א': צעדים להרחבת היצע כוח האדם במקצועות הבריאות

פערי כוח האדם במקצועות הבריאות משפיעים באופן ישיר על ההיקף, הזמינות והאיכות של אספקת השירותים בתחום. על כן הגדלת ההיצע של כוח האדם בכלל המשק, הציבורי והפרטי, מהווה צעד מרכזי להתמודדות עם פערים אלו. יתרה מזו, רמת האפקטיביות של ההמלצות בפרק אטרקטיביות העבודה בשירות הציבורי תלויה במידה רבה בגידול במספר העוסקים במקצוע.

לפיכך, הצוות ממליץ על הגדלת שני הערוצים הקיימים להזנת כוח האדם: הגדלת מספרם של בוגרי תוכניות לימודים אקדמיות בארץ, והגדלת מספר העוסקים במקצועות הבריאות מקרב בעלי הרישיון בוגרי תוכניות אקדמיות בחו"ל.

## 1. הגדלת מספרם של בוגרי הכשרה אקדמית במקצועות הבריאות בישראל

1.1. בשנת 2022 ניתנו 384 רישיונות חדשים בפיזיותרפיה, 372 רישיונות חדשים בקלינאות תקשורת ו-478 רישיונות חדשים בריפוי בעיסוק. מרבית מקבלי הרישיון החדשים הם בוגרי תואר ראשון מאחד המוסדות האקדמיים המוכרים בישראל. בשנת תשפ"א סיימו 220 בוגרים בפיזיותרפיה, 240 בוגרים בקלינאות תקשורת ו-300 בוגרים בריפוי בעיסוק.<sup>4</sup> הגדלת ההיצע בטווח הארוך תלויה בראש ובראשונה בהגדלת מספר הבוגרים השנתי על ידי הגדלת מספר הסטודנטים המתחילים ללמוד בשנה ראשונה במקצועות הבריאות במוסדות האקדמיים בישראל.

1.2. כדי להגדיל את מספר בעלי המקצוע בוגרי ההכשרה האקדמית במקצועות הבריאות בישראל, **על המל"ג לפעול להגדלת מספרם של המתקבלים ללימודי שנה ראשונה במקצועות הבריאות בהתאם לתוכנית החמש-שנתית, אשר גובשה על ידי הצוות מובאת להלן, ובשיתוף פעולה עם המוסדות האקדמיים, משרד האוצר ומשרד הבריאות**, בכפוף לזמינות מקומות מתאימים וראויים להתנסות לסטודנטים הנוספים.

התוכנית להגדלת מספר הסטודנטים המתחילים ללמוד בשנה ראשונה במקצועות הבריאות בפריסה חמש-שנתית:

תשפ"ג	תשפ"ד	תשפ"ה	תשפ"ו	תשפ"ז	סה"כ
50+	+10	10+	-	-	70+
-	+35	+35	+30	+30	130+
-	+40	+40	+40	30+	150+

\*התוספת בכל שנה, מובאת ביחס למספר הסטודנטים המתחילים בשנה שקדמה לה.

4 מקבל רישיון הינו בוגר הכשרה אקדמית במקצועות הבריאות (בארץ - בוגרי תואר ראשון במוסד אקדמי), שעבר את מבחן הרישוי בתחום.

1.3. הגדלת ההיצע של בעלי המקצוע שרכשו את השכלתם המקצועית בישראל תתבצע על ידי הגדלת מספר הלומדים בחוגים הקיימים, או על ידי פתיחת חוגים חדשים. בשני המקרים נדרש מענה לשני אתגרים מרכזיים:

### 1.3.1 מחסור בחברי סגל אקדמי

אחד הקשיים בהרחבת התוכניות הקיימות, ובייחוד בפתיחת חוג חדש בתחומים הללו, הוא המחסור באנשי סגל אקדמי בכיר, הנדרש לקיומן של התוכניות ברמה נאותה. הדבר ניכר עוד יותר במוסדות הממוקמים באזורי הפריפריה הגיאוגרפית, שבהם בולט במיוחד המחסור בבעלי מקצוע בתחומי מקצועות הבריאות. לפיכך, מומלץ **להטיל על מל"ג, בשיתוף משרד הבריאות, לגבש תוכנית להתמודדות עם אתגר המחסור בסגל אקדמי, אשר תיושם החל משנת הלימודים תשפ"ה**. על התוכנית להגדיל את פוטנציאל הסגל האקדמי ולהוביל להקמת עתודה של סגל אקדמי בכיר מתאים, בין השאר באמצעות תמרוץ בוגרי תואר ראשון במקצועות הבריאות להמשיך לתארים מתקדמים.

### 1.3.2 מגבלת שדות קליניים

על פי חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות 2008, על סטודנטים במקצועות הבריאות לבצע הכשרות מעשיות בתחומי הליבה השונים של המקצוע, בהיקף של 1,000 שעות.<sup>5</sup> במקצועות פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק הכשרות אלה מובנות כחלק מתוכנית הלימודים האקדמית, והשלמתן מהווה תנאי לקבלת התואר הראשון. השדות הקליניים הינם המוסדות שבהם מתקיימת ההכשרה המעשית, וזמינותם מהווה כיום גורם מגביל וחסם להרחבת תוכניות הלימודים האקדמיות ולהגדלת ההיצע.

במהלך החודשים פברואר-מאי 2022 מיפה משרד ראש הממשלה את השדות הקליניים הפועלים כיום ובדק את הפוטנציאל להרחבתם על פי אזור גיאוגרפי ומקצוע. ממצאי העבודה מעידים על קיומו של פוטנציאל תיאורטי של מוסדות וגופים, שיוכלו לשמש שדות קליניים להכשרה במסגרת לימודי התואר הראשון במקצועות הרלוונטיים.<sup>6</sup> בעקבות שיתוף הפעולה של המחלקות לפיזיותרפיה במוסדות האקדמיים - חלוקת השדות הקליניים המתבצעת ביניהם בהסכמה, והצגת ממצאי המיפוי שנערך, הובילו ות"ת/מל"ג בשיתוף המוסדות, גידול של 50 סטודנטים נוספים בתחום כבר בשנה"ל הנוכחית תשפ"ג.

5 חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות 2008. <https://fs.knesset.gov.il/2008>.

6 עם זאת, עלה צורך בטיוב הנתונים שנאספו מהחוגים לקלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק, ודיוק המתודולוגיות להערכת הפוטנציאל.

להלן פירוט ממצאי העבודה:

מספר שדות קליניים פוטנציאליים			אופן חישוב פוטנציאל ההרחבה של השדות
ריפוי בעיסוק	קלינאות תקשורת	פיזיותרפיה	
52	58	102	על בסיס מיצוי של כמות המחזוריים האפשרית בשדות הפועלים כיום <sup>7</sup>
76	44	141	על בסיס תוספת של 10% מכמות המדריכים הפוטנציאליים להכשרה בשדות הפועלים כיום <sup>8</sup>

המספרים המובאים בטבלה מייצגים הערכה שמרנית ביותר, שכן הם נשענים על ניתוח מדגמי: 13% מהשדות הקליניים בפיזיותרפיה, 2.5% מהשדות הקליניים בקלינאות תקשורת ו-5% מהשדות הקליניים בריפוי בעיסוק. לפיכך ניתן להניח, כי פוטנציאל ההרחבה גבוה יותר ביחס למספרים המובאים בטבלה.

#### **לסיכום, ממצאי המיפוי מעידים על פוטנציאל הרחבה תיאורטי, התומך בהגדלת מספר הסטודנטים בטווח הקצר.<sup>9</sup>**

לצד הממצאים, עבודת המיפוי העלתה כמה חסמים במיצוי מיטבי של השדות הקליניים הזמינים, כמפורט להלן.

המחסור בשדות קליניים נובע בראש ובראשונה ממחסור במדריכים שהינו תוצאה ישירה של מאפייני שוק התעסוקה במקצועות הבריאות: פערי כ"א, תחלופת כ"א גבוהה, עבודה בשיעורי משרה נמוכים (פחות מחצי משרה הנדרשת ע"פ אמות המידה), ועזיבה של בעלי מקצוע בטרם הגעתן לוותק הנדרש להדרכה.

לאחר בחינה מעמיקה של החסמים להרחבת השדות הקליניים, הצוות ממליץ על צעדים אלה:

- הסדרת האחריות למיפוי השדות הקליניים במקצועות הבריאות במסגרת ההמלצה להסדרת התחום של תכנון כוח אדם וטיוב תשתית הנתונים במשרד הבריאות (פרק ג המלצה 5), וכחלק מהליך התכנון של כוח האדם במקצועות הבריאות שהמשרד אמון עליהם, **משרד הבריאות ימפה באופן מחזורי וקבוע את השדות הקליניים במקצועות הבריאות ויפעל להגדלתם בהתאם לצורכי התכנון של כוח האדם**. למען הסר ספק, האחריות של כל מוסד אקדמי להכשרה הקלינית, ובכלל זה - איתור שדות קליניים ברמה נאותה במסגרת תוכניות הלימוד נשארת באחריות המוסד האקדמי וללא שינוי מן המצב הקיים.

7 החישוב מתבסס על הפער שבין כמות המחזוריים שבוצעה בשנת תשפ"א לבין כמות המחזוריים המקסימלית שבוצעה בין השנים תשפ"ט-תשפ"א. מספר המחזוריים הוכפל במספר הממוצע של מספר הסטודנטים שעוברים הכשרה בכל מחזור.

8 מדריכים פוטנציאליים להכשרה - מדריכים שיכולים להתאים להדרכה, אך טרם עברו הכשרה, וכן מדריכים שעברו קורס הדרכה, הדריכו ובחרו להפסיק.

9 עבודה למיפוי ובדיקה של פוטנציאל ההרחבה של שדות קליניים במקצועות הבריאות 2022.

• עדכון תעריף גמול הדרכה למדריך בחלק מהשדות הקליניים הפועלים במוסדות הבריאות הממשלתיים והציבוריים,<sup>10</sup> המדריכים ומקום ההכשרה מתוגמלים באמצעות "סיכום הדרכה". סיכום זה, בין המוסדות האקדמיים למוסדות המכשירים, קובע ומגדיר את הגמול הניתן למדריך לפי ותק ומספר סטודנטים מודרכים, ואת גובה עלויות המעסיק למקום ההכשרה. חלק מאנשי המקצוע לא לוקחים על עצמם את תפקיד ההדרכה בשל העובדה, שהדבר פוגע בתגמול התפוקתי (תשלום הניתן בהתאם למספר הטיפולים שמבצעים העובדים), ובכך מוריד את מספר המדריכים והשדות הקליניים הדרושים להכשרת אנשי מקצוע חדשים.<sup>11</sup> על כן מומלץ, **כי משרד הבריאות, הממונה על השכר ומל"ג יעדכנו את תעריף גמול הדרכה באופן שיתמרץ את בעלי המקצוע להדריך. על משרד הבריאות והממונה על השכר לבחון את היקף הירידה בתפוקות העבודה בתקופת ההדרכה ולפעול להגדלה של היקף ההקצאה השנתי לשעות הדרכה.**

• בחינת תשלום למוסדות ההדרכה הדרכת סטודנטים דורשת משאבים מרובים הן מהמדריך והן ממקום הדרכה, הנצרכים לתפעל את מערך הסטודנטים ולנהל קשר עם המוסדות האקדמיים. לפי סיכום ההדרכה שנחתם ב-2017, מקום ההדרכה - במוסדות הבריאות הממשלתיים ובחלק מהציבוריים, מקבל תשלום מהמוסדות האקדמיים בהתאם למספר הסטודנטים המודרכים במקביל ולאורך ההדרכה (נוסף על התשלום למדריכים עצמם) לכיסוי ההוצאות הכרוכות בניהול מערך ההדרכה במקום ההכשרה ובתפעולו. עם זאת, חלק ממקומות ההכשרה והמוסדות האקדמיים מעידים על כך, שגובה הגמול נמוך מכדי לתפעל את מערך ההדרכה. משכך, מומלץ, **כי משרד הבריאות, המל"ג והממונה על השכר יבחנו את הצורך בעדכון התעריף שנקבע בשנת 2017, כך שיעמוד בכיסוי ההוצאות הנדרשות לתפעול מערך ההדרכה גם בעת הזאת.**

• העברת כספי התשלום למוסדות ההדרכה למחלקות המבצעות את ההדרכה. במסגרת סיכום ההדרכה שנחתם בשנת 2017, סעיף 6.5 קובע, כי: "התעריפים אשר יועברו למוסדות בגין ההדרכה המעשית ייועדו לטיוב מערך ההדרכה במחלקות המדריכות".<sup>12</sup> עם זאת, על פי גורמי המקצוע במשרד הבריאות ובחלק ממוסדות ההכשרה, התשלומים למוסד ההדרכה, אשר לפי סיכום ההדרכה מיועדים למחלקה המבצעת את ההכשרה, נלקחים בפועל לשימושים שונים מאלו שנקבעו בסיכום. משכך, הצוות ממליץ, **כי משרד הבריאות ירענן ויחדד את נוהלי העברת**

10 להלן: בתי חולים ממשלתיים, בתי חולים עירוניים, בתי חולים של שירותי בריאות כללית, ובחלק מהמוסדות הציבוריים החתומים על הסכמי שכר).

11 על רקע מחסור חריף במקומות התנסות בפדגוגיה ובמדריכים בתחום זה, הוקם בשנת 2015 צוות לבחינת ההסדרים הכספיים בין המוסדות להשכלה גבוהה לבין המקומות להתנסות המעשית. הצוות המליץ על קביעת מודל תגמול אחיד למדריכים, העלאת התגמול הכספי ומתן תגמול לפי ותק, הסדרת התנאים ומעמד המדריכים, והעלאת התגמול גם למקומות ההתנסות. המלצות אלו אומצו על ידי משרד הבריאות והממונה על השכר במשרד האוצר בסיכום משותף עם ות"ת ומל"ג. בנוסף הוחלט, כי העדכון יחול גם על מקצועות בריאות נוספים: ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ותזונה.

12 סיכום הדרכה.

**כספי התשלום למוסדות ההדרכה לכל מקומות ההכשרה והדרגים הרלוונטיים במשרד.**

תיאום ושיתוף פעולה בין מוסדות אקדמיים ומקומות ההכשרה בחוגים לפזיותרפיה, שיבוץ הסטודנטים למקומות ההכשרה המעשית נעשה בתיאום ובשיתוף פעולה של כלל המוסדות האקדמיים. בתחילת התהליך כל מוסד נערך באופן עצמאי ואוסף את העדפות הסטודנטים, ולאחר מכן מתאמות ההדרכה במוסדות עורכות פגישה משותפת לשיבוץ הסטודנטים במקומות ההכשרה, כאשר סדר הבחירה משתנה בכל תחום התמחות כדי לאפשר שוויון בין המוסדות האקדמיים.<sup>13</sup> מועדי ההכשרות של המוסדות האקדמיים אינם תמיד חופפים, ועל כן תיאום זה מאפשר התייעלות וניצול מדבי של זמינות מקומות ההכשרה. לעומת זאת, בקלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק לא קיים סנכרון בין המוסדות האקדמיים בעניין מועדי ההכשרה, אורך ההכשרה וסיווג ההתמחויות. חוסר התיאום מפחית את קיבולת מחזורי ההכשרה שמקומות ההכשרה מסוגלים לספק בשנה.

המוסדות המכשירים הצביעו על כך, שבמקרים רבים קיימים אצלם שדות מתאימים נוספים, אך לא ניתן לממשם, כיוון שהמוסדות האקדמיים מעבירים רשימה סגורה של בקשות להכשרה קלינית ולא מתנהל שיח ובירור על היצע השדות הקיים במקום הכשרה אל מול צורכי המוסד האקדמי.

לפיכך מומלץ, כי **משרד הבריאות והמל"ג יעודדו את המוסדות האקדמיים בקלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק לקיים שיתוף פעולה באמצעות יצירה של שפה אחידה ומיפוי הצרכים השונים. כמו כן יש לעודד את כלל המוסדות האקדמיים לטייב את התקשורת ואת התיאום של דרישות ההכשרה הקלינית מול המוסדות המכשירים** במטרה למצות את פוטנציאל השדות במוסדות ההכשרה הקיימים.

בחינת הסרה של חסמי מרחק להגעה לשדות קליניים באזורי פריפריה העבודה למיפוי השדות הקליניים העלתה, כי שדות קליניים הממוקמים באזורי פריפריה נתפסים כלא אטרקטיביים בעיני סטודנטים, ועל כן לא מנוצלים באופן מיטבי, על אף זמינותם של מדריכים במקום ונכונותם לקלוט סטודנטים. הגעה למקום ההכשרה בפריפריה, הרחוק ממקום הלימודים והמגורים, דורשת מאמץ רב, זמן, תשלום נסיעות, לעיתים תשלום עבור סידורי לינה, כך שמרבית הסטודנטים אינם מעוניינים לבצע את ההדרכה המעשית במקומות אלו. לפיכך, הצוות ממליץ, כי במסגרת מיפוי השדות הקליניים **משרד הבריאות יבחן יחד עם המל"ג והמוסדות האקדמיים את האפשרות להתרת חסמי המרחק, ובכלל זה סיוע לסטודנטים עם הסדרי הנסיעות או הלינה במקרה של ימי הכשרה קלינית רצופים.**

13 אך החוג בתל-אביב תמיד ראשון עקב גודלו.

#### 1.4. מגמת ירידה במספרם ובאיכותם של המועמדים בחוגים להפרעות בתקשורת ולריפוי

##### בעיסוק

חלק מראשי החוגים להפרעות בתקשורת ולריפוי בעיסוק דיווחו לאחרונה, כי חלה ירידה במספרם של המועמדים המתאימים לקבלה ללימודים ובאיכותם. ירידה זו מיוחסת להעדפותיהם של מועמדים פוטנציאליים בעלי נתוני בגרות ופסיכומטרי גבוהים לרכוש השכלה אקדמית במקצועות בעלי כושר השתכרות גבוה יותר. מגמה זו מתבטאת בקושי להגדיל את מספר הכיסאות בשנים האחרונות בחוגים הקיימים. הירידה במספר המועמדים מגדילה את היחס שבין מספר המתקבלים למספר המועמדים, מצמצמת את היכולת של המוסדות האקדמיים לשמור על איכות המועמדים ומאלצת אותם להשקיע משאבים מרובים בסיוע ובתמיכה בסטודנטים, שמתקשים לעמוד בדרישות הלימודים הגבוהות הכרוכות בהכשרה האקדמית של מקצועות אלו.

לפיכך מומלץ, כי **משרד הבריאות יחד עם המל"ג יבחנו את מגמת הירידה במספרם ובאיכותם של המועמדים בחוגים להפרעות בתקשורת ולריפוי בעיסוק לאורך זמן וביחס למגמות הכלליות באקדמיה, תוך איסוף הנתונים ושיח עם המוסדות האקדמיים.**

## 2. הכשרה לבעלי רישיון שלמדו בחו"ל ואינם מועסקים

2.1. על פי נתוני משרד הבריאות, כ-1,578 בעלי רישיון במקצועות הבריאות אינם עוסקים במקצועם.<sup>14</sup> מתוכם 416 משתייכים למגזר הערבי,<sup>15</sup> וכ-300 מתוכם הם בוגרי מוסדות להכשרה בחו"ל.<sup>16</sup> בניסיון להתחקות אחר ממצאים אלה, התקיים שיח עם מעסיקים מגוונים, שהעידו כי לא אחת בעלי רישיון שלמדו מחוץ לישראל מתמודדים עם אתגרים מקצועיים יחודיים ולעיתים קלילותם במסגרות התעסוקה השונות אינה מיטבית לאור פערים בידע המקצועי הנדרש, ועל כן נמנעים המעסיקים מלהעסיקם.

2.2. במטרה לממש את הפוטנציאל הטמון בקבוצה זו ולסייע לבעלי הרישיון להשתלב בשוק העבודה במקצועם, מומלץ, כי **משרד הבריאות יוביל פיילוט, המציע לאוכלוסיית היעד תוכנית הכשרה לחיזוק הידע המקצועי**, שיספק את קרש הקפיצה הנדרש להשתלבותם ולקליטתם של בוגרי חו"ל במערכת הציבורית. תוכנית ההכשרה תכלול שילוב בתעסוקה, שלצד הקניית הידע התיאורטי תאפשר גם התנסות קלינית וניסיון תעסוקתי. בקורסי הכשרה מסוג זה טמון פוטנציאל להרחבת היצע של בעלי המקצוע בטווח הקצר.

2.3. **חסמים:** חסם מרכזי ליישום פתרון זה הוא בגיוס אוכלוסיית היעד, המאופיינת בהיענות נמוכה להשתתפות בקורסים ובהדרכות כתוצאה מתפיסת עצמי-מקצועי גבוהה.<sup>17</sup> כדי להתמודד עם חסם זה, ימפה משרד הבריאות את הגורמים המשפיעים על המוטיבציה להשתתפות של אוכלוסיית היעד בקורס, ויקבע בהתאם את דרכי הגיוס והשיווק של

14 הצלבת מספרי ת"ז עם נתוני מס הכנסה, 2018. 558 פיזיותרפיסטים, 555 קלנאי תקשורת, 456 מרפאים בעיסוק.

15 175 פיזיותרפיסטים, 100 קלנאי תקשורת, 141 מרפאים בעיסוק.

16 על פי נתוני משרד הבריאות.

17 פדר-בוביס פ', ויסברג נ' (2020). מקצועיות בשדות זרים: מקרה המבחן של הטיפול הפיזיותרפי המוענק במסגרות לא רפואיות. תקציר מנהלים של דו"ח המחקר. המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

הקורס. בנוסף, משרד הבריאות ימפה את הביקושים לתחומי ההכשרה אל מול צורכי השירותים במקצועות הבריאות לפי אזור גיאוגרפי, ויתכנן ויבצע את תוכנית ההכשרה בהתאם.



# פרק ב': צעדים להגברת האטרקטיביות של העבודה בשירות הציבורי

## 1. תמריצים כלכליים

העבודה במרבית הארגונים המספקים שירות ציבורי עשויה להיות חוויה מעצימה ומלמדת עבור בעלי המקצוע, הכוללת אתגר מקצועי, הדרכה ופיתוח מקצועי, עבודה בצוות רב-מקצועי, ופוטנציאל התפתחות לתפקידי ניהול. עם זאת, אחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על פערי כוח האדם בשירות הציבורי ועל עבודה בהיקפי משרה נמוכים הוא פערים גדולים בין השכר במגזר הציבורי לבין זה שבמגזר הפרטי.<sup>18</sup> טענה זו רלוונטית לכלל מוסדות השירות הציבורי המעסיקים בעלי מקצוע מתחומי מקצועות הבריאות, על אף שגובה השכר והתנאים משתנים בין מעסיקים בשירות הציבורי. במקרים רבים, הסכמי השכר מהווים ערוץ מרכזי וחשוב להשפעה על האתגרים של השירות הציבורי בכלל וכוח האדם בפרט. על כן, הסכמי השכר הבאים צריכים להתמקד בגיוס בעלי המקצוע אל השירות הציבורי ובשימור העובדים החדשים ודרג הביניים במערכת, בתמריצים להגדלה של היקפי המשרות ובמתן מענים מתאימים לאוכלוסיות ולאזורים, המתמודדים עם אתגרים ייחודיים. יחד עם יתרונותיה היחסיים האחרים של העבודה בשירות הציבורי, שיפור שכזה עשוי לתמרץ את בעלי המקצוע להעדיף את העבודה בשירות הציבורי.

לפיכך, הצוות ממליץ על שורה של צעדים כלכליים, שישפרו את האטרקטיביות של העבודה בשירות הציבורי: עריכת שינויים בהסכמי השכר של משרדי הבריאות והחינוך ובמודל התקצוב של משרד הרווחה, ובנוסף, עדכון תעריפים בתחום התפתחות הילד.

### 1.1 המלצות לשינויים המשפיעים על השכר

רוב תנאי השכר של העובדים במקצועות הבריאות המועסקים במערכת הבריאות הציבורית מוסדרים בהסכמים קיבוציים (בין המעסיקים לבין הסתדרות העובדים הכללית החדשה והסתדרות העובדים הלאומית). במשרד החינוך עובדי מקצועות הבריאות מיוצגים על ידי ארגוני המורים ונכללים תחת הסכמי השכר של עובדי ההוראה. משכך, לא קיימת הבחנה בין עובדי מקצועות הבריאות לעובדי הוראה אחרים.

על פי רוב, ישנה מוטיבציה גבוהה בקרב בעלי רישיון חדשים לעבוד במוסדות השירות הציבורי כדי לרכוש ידע וניסיון ראשוני שיאפשר להם לעסוק במקצוע, אך לאחר כמה שנים בודדות, בשלב מוקדם בקריירה המקצועית שלהם, הם נוטים לעזוב לטובת השוק הפרטי. על פי סקר מקצועות הבריאות 2020, אי-שביעות-רצון מגובה השכר מהווה גורם מרכזי למעבר לעבודה בשוק הפרטי ואף לעזיבת המקצוע. על כן ישנה חשיבות רבה לשיפור תנאי ההעסקה במגזר הציבורי. אחת הבעיות המרכזיות בתחום כוח האדם עמה מתמודדים מוסדות הבריאות הינה שימור עובדים. מלבד האתגרים

18 דיווחים אלו מתבססים על קבוצות מיקוד וראיונות שביצע הצוות במהלך כתיבת הדו"ח.

שגוררים החילופים התכופים, נוצר מצב שמוסדות הבריאות מתקשים לפתח "דור ביניים" מבוסס ומקצועי, שיהווה עתודה ניהולית ויוכל להדריך סטודנטים ועובדים חדשים.

לפיכך, מובאת שורה של צעדים לשיפור תנאי השכר עבור כלל העובדים במקצועות הבריאות בשירות הציבורי.

**1.1.1. האחדה של תנאי ההעסקה על ידי יצירת דירוג רוחבי למקצועות הבריאות במגזר הציבורי, הכולל גם את העובדים המועסקים על ידי משרד החינוך או על ידי בעלויות החינוך, תוך התייחסות להבדלים בין צורכיהם של הגופים השונים.**  
מהלך זה יאפשר מוביליות בין המערכות הציבוריות ומיתון התחרות הקיימת בין המעסיקים הציבוריים ויאפשר הסתכלות "הוליסטית" על מקצועות הבריאות. בדירוג רוחבי יידרש לתת מענה דיפרנציאלי לאזורים ולאוכלוסיות מסוימות המתמודדות עם אתגרים ייחודיים.

**1.1.2. העסקה באמצעות חוזה אישי בשכר דיפרנציאלי** - יש לאפשר למעסיקים בשירות הציבורי להעסיק אנשי מקצוע באמצעות חוזה אישי בשכר דיפרנציאלי, לצורך מענה על פערים בגיוס בהתמחויות ספציפיות או באזורים שקיים בהם קושי בגיוס, זאת בהתאם לתעדוף ברמה הלאומית על ידי משרדי הבריאות, החינוך והרווחה. קושי זה משתנה מעת לעת, ולכן לא ניתן למצוא מענה לסוגיה זו בהסכמים הקיבוציים, ויש צורך במתן גמישות למעסיקים.

**1.1.3. המלצות לביצוע שינויים, המשפיעים על תנאי העבודה והשכר במערכת הבריאות** - הסכמי השכר הם הסכמים שהמדינה חתומה עליהם ו/או מעסיקים נוספים בשירות הציבורי, המחייבים את המעסיקים לטווח ארוך, וללא יכולת לביצוע שינויים בטווח המיידי. לנוכח זאת, הצוות ממליץ על נקודות עיקריות להתייחסות בהסכמי השכר הבאים:

• **תגמול ותמרוץ של בעלי המקצוע בשכבת הביניים. לאור הצורך בשימור הידע בתוך הארגון ובחיזוק מערך ההדרכה, יש לשים דגש על שימור והגדלה של שכבת הביניים - עובדים שיש להם ההכשרה הנדרשת והניסיון לביצוע הדרכות ולקידום הידע המקצועי.** התגמול והתמרוץ יאפשרו גיוס ושימור עובדים אלה במגזר הציבורי.

• **צמצום פערי השכר הקיימים בין גופים שונים בעלי מאפייני עבודה דומים.**

• **תמרוץ עובדים להגדיל את היקף משרתם במגזר הציבורי בחלקיות משרה גבוהה ומתן תעדוף בהסכם לעובדים שמועסקים במגזר הציבורי בהיקפי משרה גדולים.**

• **תוספות השכר בהסכמים הקיבוציים צריכות להינתן כך שיעודדו את הגדלת תפוקות העבודה ואת יעילותה. במקביל יש לוודא, כי תגמול בגין תפוקות לא יצמצם את התמריץ לבעלי המקצוע להתקדם לתפקידי ניהול ולקחת על עצמם סמכויות ואחריות נוספת.**

- **תגמול בגין "מומחיות" לבעלי מקצוע בעלי תואר "מומחה".** יש לשים דגש על שימור ותעדוף של היקפי משרה גדולים, בכפוף ליישום ההמלצה "תקנות למסלולי מומחיות במקצועות הבריאות"<sup>19</sup>.

#### 1.1.4. **המלצות לביצוע שינויים, המשפיעים על תנאי העבודה והשכר במערכת החינוך.**

במסגרת הסכם השכר הקיבוצי לעובדי הוראה מיום 19.10.22 הועלה שכרם של עובדי ההוראה בחינוך הרשמי ובכללם עובדי מקצועות הבריאות. כמו כן הועלה גמול החינוך המיוחד המשולם לעובדי הוראה לרבות עובדי ההוראה במתי"אות מ-9% ל-15%, וניתנה גמישות בשימוש במכסת השעות הנוספות עבור עובדי המת"א. מלבד שינויים אלו, הצפויים לשפר את תנאי העסקתם של עובדי מקצועות הבריאות במערכת החינוך, הצוות ממליץ לערוך כמה שינויים נוספים, המובאים להלן, כדי לגייס, לשמר ולהתאים את תנאי השכר לאופי העבודה של בעלי המקצוע במשרד החינוך.

- **מתן ביטוי שכרי לייחודיות של עבודת מקצועות הבריאות במערכת החינוך, עד למועד כניסה לתוקף של חוזה העסקה מאוחד למקצועות הבריאות.**

- **ביצוע התאמות נדרשות למערכת החינוך במסגרת האחדת תנאי העסקה מבלי לגרוע משכר המטפלים השנתי במערכת החינוך.**<sup>20</sup>

- **הכרה בוותק מקצועי קודם של בעלי מקצוע מטפלים לצורך קביעת דרגה.** ללא קשר לרישיון העבודה של המטפל במערכת החינוך/לקורס ההתאמה לעבודת המטפל. בהסכם השכר של עובדי ההוראה באופק חדש, הכללים לקביעת הדרגה מבחינים בין עובד הוראה חדש (שזו שנתו הראשונה במערכת החינוך) לבין עובד הוראה קיים (שהוכרו לו שנות ותק בהוראה בפועל בטרם כניסתו לאופק חדש). מטפלים במקצועות הבריאות המגיעים מחוץ למערכת החינוך לאחר שהועסקו במקומות אחרים, מקבלים הכרה בותק לצרכי שכר ולא לקביעת דרגה. אי-הכרה בניסיון של בעלי מקצוע לצורך קביעת הדרגה מביאה לקליטתו בדרגה התחילית. עניין זה מתמרץ באופן שלילי בעלי מקצוע מנוסים ומקשה על גיוס כוח אדם ותיק ומנוסה למערכת החינוך. בהסכמי השכר הבאים יש לפעול לשינוי בהגדרת תפקידם כך שלא יוגדרו כעובדי הוראה, אלא כעובדי דירוג מקצועי (רוחבי), ויחולו עליהם ההסכמים הקיבוציים של עובדי מקצועות הבריאות גם בעת העסקתם במערכת החינוך. כך ניתן יהיה להתייחס לתעודות הרלוונטיות במקצועות הבריאות - תואר ראשון בפיזיותרפיה, בריפוי בעיסוק ובקלינאות תקשורת ותעודת מקצוע ממשרד הבריאות (רישיון) - במקום תעודת הוראה, ולהכיר בהתפתחות מקצועית קודמת.

19 פרק ב', המלצה 3.

20 פרק ב', המלצה 1, סעיף 1.1.1.

• **בחירת תגמול עבור נסיעות לבעלי מקצוע שעובדים בכמה מסגרות מרוחקות,**

בפרט באזור הדרום.

אחד החסמים לעבודה במערכת החינוך ולהגדלה של היקפי שעות משרה הינו מעבר בין מסגרות מרוחקות בפריפריה, המתבטא בקושי לגייס ולשמר בעלי מקצוע במסגרות אלו. במערכת החינוך ישנו צורך ספיציפי במעבר בין מסגרות בשל מיעוט השעות הנדרשות בכל מסגרת. בעלי המקצוע נוטים לעבוד בכמה מוסדות במקביל כדי להגיע להיקף משרה ולשכר מספקים. כיום בעלי המקצוע מקבלים תשלום בגובה מנוי חודשי-חופשי. בפועל, ישנם מקרים שבהם המרחקים בין המסגרות גדולים, בפרט באזור הדרום, והמעבר בניהן מחייב שימוש ברכב פרטי, שכן לא אחת לא קיימת תחבורה ציבורית מתאימה, שמאפשרת הגעה בהתאם ללוחות הזמנים ולצורכי המערכת, והמטפלים נאלצים לממן את הנסיעות מכספם. כנגזרת מכך, המרחק של המסגרת ממקום המגורים או ממסגרת עבודה נוספת מהווה שיקול מרכזי בהחלטה האם להתחייב למסגרת עבודה נוספת.

**לפיכך מומלץ לבחון את התגמול של בעלי המקצוע עבור הנסיעות הכרוכות בעבודתם בכמה מסגרות חינוך במקביל באזורי פריפריה, ובאזור הדרום בפרט.**

## 1.2 שינוי במודל התקצוב של משרד הרווחה והביטחון החברתי

1.2.1. משרד הרווחה אחראי על מתן שירותים למגוון רחב של אוכלוסיות במסגרות חוץ-ביתיות ובקהילה באמצעות שירותים ותוכניות שהמשרד מפעיל. המענה הניתן בתחום מקצועות הבריאות משתנה בין המינהלים<sup>21</sup> והמסגרות השונות בהתאם למאפיינים ולצרכים של מקבלי השירות ולאופי הפעילות במסגרת. התקינה של מקצועות הבריאות במסגרות הרווחה משמשת על פי רוב להדרכת צוותים, לקידום תוכניות בתחום הבריאות, לבניית תוכניות טיפול ולמתן טיפולים פרטניים וקבוצתיים לפי הצורך (וזאת נוסף על זכאות לטיפולים בקופות החולים, במידה וישנה). ככלל, משרד הרווחה קונה את השירותים ואינו המעסיק הישיר של בעלי המקצוע בתחום מקצועות הבריאות המועסקים במסגרות רווחה. המסגרות השונות נמצאות בפיקוח משרד הרווחה, מתוקצבות על ידו ומופעלות על ידי עמותות וספקים, האמונים בעצמם על גיוס כוח אדם ועל תנאי ההעסקה של בעלי המקצוע בפועל. תקצוב כוח האדם הנדרש מחושב על פי מודלים לכל סוג מסגרת, הנקבעים במשרד הרווחה ומאשרים בוועדת תעריפים בין-משרדית. המודלים מגדירים את היקף התקן הנדרש למקצועות הבריאות באופן כללי. הגדרת "תקן מקצועות הבריאות" כוללת את השירותים הניתנים בתחומים פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק ותזונה, ולעיתים גם ניתוח התנהגות, רפואה משלימה, אמנות, טיפול בבעלי חיים ועוד. מנהלי המסגרות רשאים לחלק את התקן בין תחומי השירות השונים בהתאם לצורכיהם של מקבלי השירות ובתיאום עם הפיקוח.<sup>22</sup>

21 במשרד הרווחה כמה מינהלים: מוגבלויות, תקון, אזרחים ותיקים, שירותים אישיים וחברתיים ומערך המעונות הממשלתיים.

22 "תקן מקצועות הבריאות" מוגדר בחלק מהמכרזים הישנים כתקן "פארא-רפואי".

1.2.2. כיום משרד הרווחה מתקצב במסגרת המודל את היקפי המשרה הנדרשים בכל סוג מסגרת, ודורש מהספק למלא את המשרות ולספק את השירותים. בפועל, הספקים לא מצליחים להעסיק בעלי מקצוע בהיקפי המשרה הנדרשים במסגרת תקצוב זה, וכתוצאה מכך חלק גדול מהמשרות אינן מאוישות או מאוישות חלקית, ואספקת השירותים נפגעת.

1.2.3. כדי להתמודד עם מציאות זו ולגייס אנשי מקצוע לשורות מערכת הרווחה ולייצר תמריצים להישארות במגזר הציבורי, מומלץ, כי **משרדי הרווחה והביטחון החברתי והאוצר ישנו את מודל התקצוב ויעלו את התגמול באופן שיתמרץ את המפעילים לאיש את המשרות בהתאם לאחוזי התקן הנדרשים במלואם על פי מודל ההפעלה הנדרש בהסכם ההתקשרות ועל פי גורמי המקצוע במשרד הרווחה**.<sup>23</sup>

### 1.3 בחינת תעריפים לשירותי מקצועות הבריאות במסגרת סל הטב"ם ובמעונות היום השיקומיים

1.3.1. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע, כי ילדים עד גיל 7 שאובחנו על הרצף האוטיסטי זכאים לסל טיפול בריאותי מקדם (טב"ם) בתוך המסגרת החינוכית במימון משרד הבריאות. סל הטב"ם ניתן באמצעות ספקי שירות מטעם משרד הבריאות, בהתאם לאמות המידה של משרד הבריאות. הטיפולים ניתנים בהיקף של 14 שעות שבועיות לילד, שמתוכן 10.5 שעות מיועדות לטיפול ישיר בילד – הכולל טיפול פרטני, טיפול קבוצתי והדרכת ההורים ו-3.5 שעות מיועדות לעבודה עקיפה הקשורה לטיפול.

בנוסף, חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק מעונות יום שיקומיים קובעים, שקופות החולים מחויבות לתת סל שירותים לפעוט עם מוגבלות בהיקף של 4 שעות שבועיות (3 ישירות ו-1 עקיפה), אשר יינתנו לפעוט במעון היום השיקומי, במימון ישיר של קופת החולים. עבור פעוט עם אוטיזם, יממנו קופות החולים 4 שעות שבועיות מתוך 14 השעות שבסל כאמור.

לשירותים אלו יתרון מקצועי קליני ניכר בשל העובדה שהם ניתנים במסגרת החינוכית ומשולבים בה באופן מלא – כך שלצורך קבלת הטיפול אין אובדן ימי לימוד של הילדים ואובדן ימי עבודה של ההורים, המתבטא בעלות משקית משמעותית. נוסף על כך, האתגר ואי-היעילות של אי-הופעה לטיפול (No-Show) נמנעים כאשר הטיפול מתבצע בתוך המסגרת החינוכית. שיפור בזמינות שירותים אלו, יוביל למיתון בעלייה בביקוש לשירותי התפתחות הילד בקהילה אשר באחריות קופות החולים ויסייע במאמץ לקיצור התורים בתחום.

תעריפי משרד הבריאות לשעות טיפול במקצועות הבריאות במסגרת סל הטב"ם ומעונות היום השיקומיים משפיעים על השכר המשולם לבעלי המקצוע על ידי

23 במסגרת תקציב 2023-2024, משרד הרווחה מאמץ את עקרונות המלצות הדו"ח ופועל להסדרת שיטת תקצוב מקצועות הבריאות לאופן הדומה לתקצוב יתר עובדי השירותים במשרד. לצורך כך המשרד יקצה תוספות תקציביות באופן הדרגתי לשדרוג רכיבי השכר בתעריפים, ולבניית מודל תמרוץ לעובדי מקצועות הבריאות.

ספקי השירותים. תעריפים נמוכים עשויים להקשות על הספקים להתחרות על כוח האדם הקיים בשירות הציבורי והפרטי, דבר שעלול להוביל לאיזושהי חלקי של המשרות בגני התקשורת ובמעונות היום השיקומיים ולחוסר במתן השירותים לילדים במסגרות אלו.

1.3.2. לפיכך הצוות ממליץ, כי **משרדי הבריאות והאוצר יבחנו את גובה התעריפים הנוכחיים, ואת יכולתם לאפשר תשלום שכר תחרותי ויעדכו את התעריפים ככל שיידרש**.<sup>24</sup>

1.3.3. המלצה זו עומדת בעינה בכפוף ליישום ההמלצה לביטול החוזרים.<sup>25</sup>

## 2. תקנות למסלולי מומחיות במקצועות הבריאות

2.1 עם התקדמות הרפואה וההתמחויות השונות, גוברת ההעדפה בקרב ציבור המטופלים לקבלת טיפול רפואי ממומחה בתחומי הרפואה השונים, כמו גם מתחומי מקצועות הבריאות. הצורך הדחוף למומחיות עולה הן מהציבור והן מהמעסיקים, בשל השאיפה לאתר בעלי מקצוע ממקצועות בריאות המתמחים בתחומים ייעודיים, קרי כאלה שהינם בעלי השכלה נוספת וניסיון ניכר בתחומים מוגדרים. דרישה זו עלתה גם מטעם בעלי המקצוע, המבקשים לתייג עצמם כבעלי מומחיות, בדומה לקיים מזה שנים במקצועות טיפוליים אחרים, כגון רפואה, פסיכולוגיה, סיעוד ועבודה סוציאלית. יש לציין, כי רבים מהמטפלים במקצועות הבריאות מעמיקים את הידע שלהם בתחום ייעודי באמצעות השתתפות בהכשרות מקצועיות מתקדמות, אך כיום, גם עם צבירת שעות הכשרה רבות וניסיון רב-שנים, אין ביכולתו של בעל מקצוע להגדיר עצמו כמומחה. ביטוי חלקי לניסיון מקצועי זה ניתן בדרכים שונות, למשל במסגרת קופות החולים, ששואפות להנגיש את המידע לציבור המבוטחים ומשתמשות בסיווגים, כגון פיזיותרפיסט נשימתי, מרפא בעיסוק להתפתחות הילד, או קלינאי תקשורת בעל ידע וניסיון באבחון וטיפול בגמגום. בשל כך המידע על "מומחיות" איש המקצוע במקצועות הבריאות אינו זמין לציבור באופן עקבי, ברור ואמין, ומקבלי השירותים נאלצים להסתפק בהגדרות מעורפלות ולהסתמך על מידע חלקי, שלא נבדק על ידי גורמים מוסמכים. כבר בשנת 2008 עיגן המחוקק את סוגיית המומחיות במקצועות הבריאות.<sup>26</sup> בהתאם, עוד בשנת 2016 החל משרד הבריאות בהקמת תשתית למומחיות: הוקמו ועדות בכל המקצועות והוגשו ניירות עמדה הכוללים מתווה למומחיות.

2.2 הצוות בחן את קידום התוכנית להטמעת מסלולי המומחיות מהיבט של הגברת אטרקטיביות העבודה במגזר הציבורי וככלי משמעותי לתמרוץ בעלי המקצוע לעבודה במגזר זה. מסלולי המומחיות יסייעו בהגברת המחויבות של בעלי המקצוע למערכת הציבורית, יעניקו אופק קידום ויגבירו את סיכויי הישגותם של בעלי מקצוע מנוסים

24 לאחר סיום עבודת הצוות ולפני פרסום הדוח, התקיים דיון בבג"צ אודות התעריפים המשולמים במעונות היום השיקומיים ע"י קופות החולים. ע"פ החלטת בג"צ 2335/22 ובהלימה עם המלצה זו הוקם צוות משותף למשרדי הבריאות והאוצר שמטרתו לבחון את התעריף המשולם בהתאם לתקנות מעונות היום השיקומיים (סעיף 19).

25 פרק ג', המלצה 3.

26 סעיף 16 בחוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, שלפיו רשאי שר הבריאות להכיר בתחומי מומחיות במקצועות הבריאות.

ומחויבים לאורך זמן, לצד ההכרה במעמדם ובמקצועיותם. יודגש, כי מומחיות בתחום מסוים לא תמנע טיפול באוכלוסיות ובסוגיות מקצועיות שאינן נכללות תחת תחום המומחיות.

**2.3 לפיכך יש להמשיך ולקדם חקיקה מתאימה, כדי לתת מענה הולם לציבור המטופלים ולהגדיר מסלול הכשרה פורמלי עבור בעלי המקצוע המעוניינים בכך. חקיקה כזו תסדיר את הדרישות מבעלי המקצוע, תיצור אחידות למומחיות בכל תחום ותאפשר הנגשת מידע חיוני לציבור באשר לתחומי המומחיות של בעלי התעודות, על מנת שיוכל לקבל את השירות המיטבי באופן היעיל ביותר. מומלץ, כי משרד הבריאות יתקין תקנות מתאימות לרישום ומתן סמכויות למומחיות, ויקים ועדת יישום, שתורכב מנציגי משרדי הבריאות והאוצר, אשר תציג עד סוף שנת 2023 מתווה ליישום המהלך, תוך התייחסות לתקינה ייעודית, לתגמול מותאם לתפקיד ולשירותים הציבוריים הנוספים.**

### 3. חיזוק והרחבה של מערך ההכשרות והפיתוח המקצועי

**3.1** יתרונותיהם הבולטים של השירות הציבורי הינם הדרכה, ליווי, הכשרות ופיתוח מקצועי. העיסוק במקצועות הבריאות דורש למידה והתפתחות מקצועית מתמדת, המתבטאת בביקוש גבוה ודרישה להכשרות מצד בעלי המקצוע, שהינה אוכלוסייה "משתלמת" ולומדת. על פי רוב, במגזר הציבורי מוצעת הכשרה, הדרכה מקצועית, ליווי ומעטפת מקצועית תומכת ועבודה בצוותים רב-מקצועיים, המעשירה את בעלי המקצוע ומקנה להם נסיון משמעותי וידע מקצועי, בשונה מקליניקה פרטית ומסגרות תעסוקה פרטיות אחרות, אשר לא מחוייבות לנושא. סקר מקצועות הבריאות מצביע על כך ש-"אפשרות להשתלמות ופיתוח מקצועי" הינו הפרמטר השני בחשיבותו בבחירת מקום עבודה, לאחר שכר - שהוא פרמטר ראשון.<sup>27</sup> בהתאם לכך ניתן לראות, כי גם בעלי מקצוע שעובדים במגזר הפרטי או כעצמאים משמרים חלקיות משרה נמוכה, המאפשרת להם להמשיך ולהשתלם מקצועית במגזר הציבורי.

**3.2** על כן, מינוף יתרון יחסי זה על ידי חיזוק הפיתוח המקצועי והגדלת ההיצע והמגוון של ההכשרות המוצעות בשירות הציבורי עשויים למשוך בעלי מקצוע ולשחק תפקיד מפתח בשימור כוח אדם לאורך זמן במערכת הציבורית. לפיכך מומלץ, כי משרדי הבריאות, החינוך והרווחה יפעלו לחיזוק ולהרחבה של מערך ההכשרות, ההדרכות והפיתוח המקצועי של בעלי המקצוע בתחומם.

### 4. חיזוק היחידות להתפתחות הילד

**4.1** בישראל 117 יחידות להתפתחות הילד, המספקות שירותים חיוניים לאלפי ילדים במקצועות הבריאות.<sup>28</sup> היחידות מספקות היום כ-30% מהטיפולים בתחום התפתחות הילד. מרבית היחידות מופעלות על ידי עמותות ציבוריות בעזרת הרשות המקומית, והיתר מופעלות על ידי קופות החולים ורשת המתנ"סים. מרבית היחידות פרוסות באזורי

27 סקר מקצועות הבריאות 2020.

28 נכון לדצמבר 2022.

פריפריה, שבהם נגישות נמוכה לשירותי התפתחות הילד. היחידות מתמחות בהנגשת שירותים ובמתן מעטפת תמיכה לאוכלוסיות מוחלשות - שבשל מאפייניהן מתקשות לקבל את השירות בערוצים המקובלים. היחידות פועלות בתוך הקהילה המקומית ובשיתוף פעולה עם הרשות המקומית ומוסדות הרווחה והחינוך בעיר. ליחידות מופנים מקרים מורכבים, הזקוקים לטיפול משולב של יותר ממקצוע אחד, לאחר שאובחנו במכונים להתפתחות הילד, או ילדים הנדרשים למעטפת סוציאלית תומכת כדי לקבל את הטיפול הנדרש. הטיפול המוענק ביחידות מביא לשיפור בהתפתחותו של הילד בהיבטים שונים, וכתוצאה מכך מאפשר את שילובו המהיר בצורה מיטבית במערכת החינוך.

קופות החולים מתוקצבות על מתן טיפולי מקצועות הבריאות במסגרת סל הבריאות הממלכתי, ומתוקף כך נושאות באחריות למתן השירותים בתחום. היחידות להתפתחות הילד הן ספק של קופות החולים, הנותן את השירותים לקופה בהסדר (באמצעות טופס 17). לעיתים מפעילה הקופה יחידה משל עצמה, המספקת שירות למבוטחי הקופה בלבד. תקציב היחידות מתבסס בעיקר על תשלומי קופות החולים עבור השירותים. החוזים בין היחידות לקופות החולים, הקובעים את גובה התשלום עבור השירות, נקבעים במשא ומתן ומבוססים על תעריפון משרד הבריאות, המגדיר את התעריף המרבי לשירות.<sup>29</sup> קיים פער בין התשלום המשולם על ידי קופות החולים לטיפול לבין העלות להפקת טיפול בפועל ביחידה. על פי רוב, התשלום מקופות החולים אינו מכסה את כלל הוצאות ההפעלה, הכוללות את העלויות הישירות והנלוות, הנגזרות, בין השאר, מדרישות רגולטוריות של משרד הבריאות להכרה ביחידות.<sup>30</sup> מצב זה הוביל את היחידות להסתמך על תקציבים מטעם רשויות מקומיות, תוכניות לאומיות<sup>31</sup> ופילנתרופיה - מקורות תקציביים שאינם יציבים וקבועים. כתוצאה מכך מצויות היחידות בגירעונות גדולים, שבעקבותיהם מרביתן נתונות היום במצוקה תקציבית, המעמידה בסיכון את המשך פעילותן.

**4.2** היותן ספק בעל נתח שוק גדול, יחד עם הערך המוסף שהן מעניקות במעטפת הטיפול והנגשתה במרבית המקומות לאוכלוסיות מוחלשות, הופכים את היחידות לספק חשוב וקריטי לתחום התפתחות הילד. מתוך הכרה בחשיבות היחידות ופועלן הייחודי בשדה התפתחות הילד, הצוות בחן לעומק מגוון של פתרונות לחיזוק היחידות והגיע למסקנה, כי בשל התחרות על כוח האדם השרוי במחסור, התערבויות תקציביות יגררו עליית מחירים של שירותי מקצועות הבריאות לרוחב השירות הציבורי, כך שבטווח הבינוני והארוך פתרונות אלו לא יהיו אפקטיביים ויותירו את היחידות במצב גירעוני. על כן הוחלט בשלב זה להימנע מנקיטת צעדים מסוג זה. עם זאת מומלץ, **כי משרד הבריאות יגדיל את התמרוץ הניתן לקופות החולים בגין הגדלה של שירותי התפתחות הילד במסגרת מבחן התמיכה בהתפתחות הילד.**<sup>32</sup> **הגדלת התמרוץ תיעשה באופן שיחזק ויתעדף משמעותית מתן שירותים ביחידות להתפתחות ילד.**

29 ב-2020 נחתם הסכם בין הרשויות המקומיות לקופות החולים, הקובע תשלום אחיד בסך 165 ש"ח לטיפול ביחידות להתפתחות הילד בבעלות רשויות.

30 הכוללות: שעות ניהול תיק - כתיבת דו"חות, בקשות להמשך טיפול; הגגה מקצועית, ישיבות דיון מקצועיות, הדרכות, השתלמויות, אי-הופעה, שכר מנהלת ומזכירות, מבנה, אחזקה וציוד.

31 למשל, התוכנית הלאומית לילדים בסיכון מממנת חלק מהפעילות של חלק מהיחידות.

32 מבחנים לחלוקת תמיכות של משרד הבריאות בקופות חולים המרחיבות את השירותים הניתנים למבוטחיהם בתחום התפתחות הילד.



## 5. עתודה מקרב האוכלוסייה הבדואית לעבודה במגזר הציבורי

5.1 כאמור, ממצאי סקר מקצועות הבריאות הצביעו על כך, שחלק ניכר מבעלי המקצוע בשירות הציבורי עוזבים את עבודתם לטובת עבודה במגזר הפרטי, או עובדים בהיקפי משרה נמוכים בשירות הציבורי ומשלבים עבודה ציבורית עם פרטית.<sup>33</sup> כתוצאה מכך, מערכות השירות הציבורי סובלות מפערים בכוח אדם ותיק ומנוסה. הקושי בשימור בעלי מקצוע במערכת הציבורית פוגע הן באיכות הטיפול והן ביכולת להכשיר וללוות באופן מיטבי בעלי מקצוע חדשים שנכנסים למערכת. באזורים ובמגזרים מסוימים המצב חמור אף יותר.

שירותים רבים הניתנים בתחומי מקצועות הבריאות מבוססים במהותם על תקשורת מטפל-מטופל ונתקלים בקושי ניכר אל מול פערים שפתיים ותרבותיים בין בעלי המקצוע לאוכלוסייה המטופלת. קושי זה בולט במיוחד לנוכח פערי כוח האדם במקצועות הבריאות במשק הישראלי, ובאזור הדרום בפרט, ומתבטא בכך, שאוכלוסיות בעלות מאפיינים ייחודיים נפגעות יותר מהפערים. באזור הדרום, שיעור המטפלים מקרב החברה הערבית נמוך באופן ניכר מחלקה היחסי של קבוצה זו באוכלוסייה (העומד על כרבע מתושבי מחוז הדרום). פערים אלה מורגשים בפרט בקרב הקהילה הבדואית המתגוררת באזור הדרום, ומובילים לזמינות נמוכה ביותר של שירותי מקצועות הבריאות עבור חבריה.

5.2 במסגרת שיפור אטרקטיביות העבודה במגזר הציבורי בחן הצוות חלופות אפשריות ליישומה של תוכנית עתודה למגזר הציבורי עבור האוכלוסייה הבדואית באזור הדרום. מטרת תוכניות מעין אלה הינה לאתר בעלי מקצוע פוטנציאליים מקרב האוכלוסייה הבדואית וללוות אותם בתהליך ההשתלבות בשוק העבודה הציבורי באמצעות צעדים שונים, דוגמת סיוע אקדמי וצמצום הנשר במהלך הלימודים, הקניית יכולות שפתיות וסיוע בהשתלבות במסגרת תעסוקתית מתאימה. הצוות בחן מודלים שונים של תוכניות, המספקות רשת תמיכה לסטודנטים, מסייעות במימון לימודיהם ומציעות מגוון ערוצי תמיכה נוספים, וזאת בתמורה להתחייבות לעבודה במגזר הציבורי לתקופה של כמה שנים עם סיום הלימודים. ישנה חשיבות רבה להפעלת התוכניות באזור הדרום, תוך עידוד למידה בקרב האוכלוסייה המקומית, כדי להצמיח דווקא את בני המקום, שבסבירות גבוהה יותר ביחס למתגוררים באזורים אחרים של הארץ ישתקעו במקום ויהפכו להיות חלק מנותני השירות המקצועי באזור.

5.3 מומלץ, כי **משרד הבריאות יפעל ליישום תוכנית עתודה למגזר הציבורי עבור האוכלוסייה הבדואית באזור הדרום, בשיתוף עם כלל הגורמים הרלוונטיים.**

33 סקר מקצועות הבריאות 2020: בפיזורתריה 19% עובדים פרטי ו-10% משלבים עבודה במגזר הציבורי ובמגזר הפרטי, בקלינאות תקשורת 21% עובדים פרטי ו-23% משלבים עבודה במגזר הציבורי ובמגזר הפרטי, בריפוי בעיסוק 21% עובדים פרטי ו-18% משלבים עבודה במגזר הציבורי ובמגזר הפרטי.

## 6. הגדלת היצע הציוד במתי"א - משרד החינוך

6.1 משרד החינוך אמון על אספקה של שירותי הבריאות בתחומים פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק במוסדות החינוך המיוחד ובמוסדות החינוך הרגיל עבור תלמידים בשילוב מתוקף חוק החינוך המיוחד התשמ"ח-1988. הטיפולים ניתנים לתלמידים שעברו ועדות מתוקף חוק - ועדות זכאות ואפיון או ועדות שילוב, ועשויים לבוא לידי ביטוי באופנים שונים: טיפול יחידני, טיפול קבוצתי או טיפול כיתתי. ייחודה של עבודת המטפל במערכת החינוך באה לידי ביטוי בכך, שהיא מאפשרת היכרות עם התלמיד בסביבה היום-יומית, ומתוך כך יכולת להתערבות טיפולית בסביבתו הטבעית של התלמיד. בנוסף, העבודה במערכת החינוכית מזמנת עבודה שיתופית של הצוות החינוכי והטיפולי כמענה לטיפול הוליסטי של התלמיד. תוכנית העבודה נבנית ומבוצעת בשיתוף עם צוות רב-מקצועי, עם התלמיד ועם הוריו.

בעלי המקצוע הרלוונטיים מועסקים בבתי הספר לחינוך מיוחד או במתי"אות (מרכז תמיכה יישובי או אזורי).<sup>34</sup> על פי רוב, התשתיות לטיפול - חדרי טיפול וציוד טיפולי - מבוססות וזמינות יותר במוסדות החינוך המיוחד, בהשוואה למצב בבתי הספר ובגנים לחינוך רגיל, שלעיתים חסרים את התשתית והתנאים הבסיסיים למתן טיפול. כיום במתי"אות קיים צורך בתגבור של כלי הערכה סטנדרטיים וציוד טיפולי. לאור העלויות הגבוהות של ציוד זה, יש קושי להרחיב את מלאי הציוד הנדרש במסגרת תקציב ההשאלה הקיים היום במתי"א. היקפי ציוד לא מספקים עלולים להשפיע על אופי הטיפולים הניתנים, ומעבר לפגיעה פוטנציאלית באיכות הטיפול הניתן הם עלולים לפגוע במוטיבציה של בעלי המקצוע לעבוד במערכת החינוך. סוגיה זו, בשילוב אתגרים נוספים שהובאו במסמך זה, מקשה על גיוס ושימור כוח אדם במערכת חינוך.

6.2 לאור האמור, מומלץ, כי **משרד החינוך יחד עם משרד האוצר יפנו את המשאבים הנדרשים לתגבור הציוד הטיפולי במתי"א** לטובת המטפלים העובדים בבתי הספר ובגנים לחינוך רגיל.

<sup>34</sup> מתי"א הוא מרכז תמיכה יישובי או אזורי, שבו ניתנים, בין השאר, מידע, הנחיה וסיוע לצוות החינוכי, הכולל עובדי הוראה, מטפלים במקצועות הבריאות וסייעים העוסקים במתן שירותי חינוך מיוחדים בשותפות עם מוסדות החינוך ובאחריותם, כדי לאפשר לתלמידים את מימוש יכולותיהם וכישוריהם ואת השתלבותם המיטבית כבוגרים עצמאיים בקהילה ובחברה.

# פרק ג': צעדים לשיפור יעילות העבודה במסגרות השירות הציבורי

מלבד הגדלת ההיצע והגברת האטרקטיביות של העבודה בשירות הציבורי, הצוות רואה חשיבות רבה בשיפור יעילות העבודה במסגרת השירות הציבורי ככלי לניצול מרבי של המשאב האנושי, להפחתת בירוקרטיה לאזרח ולממשלה, לחיסכון כלכלי ולשיפור תהליכי העבודה הבין-משרדית.

על כן, הצוות ממליץ על שורה של צעדים שישפרו את יעילות העבודה בשירות הציבורי: הקמת מנגנונים לשיפור התיאום, העברת המידע וההכרה בזכאות בין המשרדים והגורמים המטפלים, צמצום אי-ההגעה לתורים, ביטול מדורג של שיטת ההחזרים, הסדרת התחום של תכנון כוח האדם, טיוב תשתיות הנתונים בממשלה והגבלת ותק בעלי המקצוע במסגרת התקשרות בהסדר ובהחזר.

## 1. תיאום וסינרגיה בין בעלי המקצוע ומשרדי הממשלה במקצועות הבריאות

1.1 כחלק ממימוש הזכויות בתחומי הבריאות, החינוך והרווחה לא אחת האזרחים פוגשים בעלי מקצוע מתחומי מקצועות הבריאות במסגרת תהליכי האבחון, קבלת הזכאות והטיפול. בהליכים אלה מעורבים גורמים ממשלתיים רבים, בהם משרד הבריאות, משרד החינוך, משרד הרווחה והביטחון החברתי, המוסד לביטוח לאומי ומוסדות ציבוריים, כגון קופות החולים. ריבוי המשרדים בעלי הגדרות נהלים וסטנדרטים שונים לאבחון, לזכאות ולטיפול, לצד תיאום והעברת מידע לא מספקים בין המשרדים, יוצרים נטל בירוקרטי על האזרח מצד אחד ועל המערכת הממשלתית מצד שני. בשלבי האבחון והזכאות - קיים פיצול סמכויות חקיקתי בין המשרדים והגופים השונים וכן הגדרות, קריטריונים ונהלים שונים. כתוצאה מכך, כל משרד מנהיג את הליכי האבחון והזכאות שלו בעזרת ועדות רפואיות ייעודיות כתנאי לקבלת שירותים במוסדותיו. פיצול זה מוביל לניצול לא יעיל של כוח האדם במקצועות הבריאות משום שבעלי המקצוע, המאבחנים והמטפלים נדרשים לספק חוות דעת מרובות לכל הוועדות השונות. מנגד, האזרחים נאלצים לספק פעם אחר פעם אותו מידע, להציג מסמכים בהתאם לנהלים של כל ועדה ולהמתין בכל פעם מחדש כדי לזכות בהכרתן של המסגרות השונות לטובת קבלת שירותים חברתיים ורפואיים. גם בשלב הטיפול, העברת מידע לוקה בחסר והיעדר שפה אחידה מקשים על הענקת טיפול רפואי מיטבי וגוררים כפילות במתן טיפולים על ידי המשרדים השונים. כמו כן נגרמת פגיעה ברצף הטיפולי בעת מעבר בין מסגרות ובעת טיפול בכמה מוסדות במקביל. לצורך מתן מענה על אתגרים אלו ממליץ הצוות על הצעדים הבאים:

1.2 **הקמת צוות בין-משרדי לבחינת פתרונות להפחתת העומס הבירוקרטי המוטל על האזרחים ועל המערכת, תוך מתן דגש לשימוש יעיל ומיטבי במשאבים, ובפרט במשאבי כוח האדם.**

הפטרונות ייבחנו תוך התחשבות באפקטיביות של פלטפורמות טכנולוגיות קיימות ו/או בפיתוח וכן בסטנדרטיזציה הקיימת של העברת מידע בין גורמים מטפלים, ובכפוף להסדרת הנושא על כלל היבטיו המשפטיים ובחקיקה במקרה הצורך. במסגרת עבודתו, הצוות יבחן את הנושאים הבאים:

1.2.1. ייסוד ועדה אחודה לאבחון ולזכאות בשאיפה לייצר הליך ממשלתי אחוד, שיקל על המטופלים, ימנע בזבוז של משאבי כוח אדם יקרים וייעל את האופן שבו הממשלה פועלת בתחום. לחלופין, תיבחן אפשרות של הכרה הדדית בהליכי האבחון והזכאות העצמאיים המתקיימים בכל משרד לטובת קבלת שירותים במוסדות הכפופים למשרדי הממשלה האחרים.

1.2.2. פיתוח פלטפורמה דיגיטלית בין-משרדית לתיאום ולהעברת מידע בשלבי האבחון והטיפול, שתכלול:

- אזור אישי - לשימוש המטופלים, הוריהם או האפוטרופוס המוסמך בחוק ובעלי המקצוע המטפלים. אזור זה יאפשר לרכז ולנהל את המידע האישי יחד עם האפשרות לביצוע פעולות פרואקטיביות בדמות הגשת בקשות ושליחת טפסים בשלבי האבחון והטיפול. הרשאות לצפייה במידע הטיפולי הרלוונטי יינתנו, בכפוף להסכמת המטופל, לבעלי המקצוע המטפלים לשם מתן מענה טיפולי רציף וסדור.

- אזור כללי - על בסיס מאגרי הנתונים הקיימים והנפרדים של המשרדים המעורבים ייבנה מאגר נתונים אחוד, שיכלול מידע אגרגטיבי אנונימי, אשר יאפשר הנגשת מידע כללי באופן סדור ומרוכז, מענה לשאלות וקבלת המלצות לפעולות בהתאם לסטטוס המטופל. בנוסף, האזור הכללי יאפשר למשרדים לבצע מחקרים מבוססי נתונים, מעקב ובקרה ולגבש מדיניות בהתאם.

1.2.3. פתרונות לשיפור התיאום והעברת המידע בין המשרדים ובין הגורמים המטפלים, ובתוך כך:

### 1.3 ייעול ממשקים ונהלים לשיפור התיאום והעברת המידע

**משרדי הבריאות, החינוך והרווחה ייצרו ערוצים קבועים ורציפים לשיפור התיאום והעברת המידע, כמפורט להלן:**

1.3.1 ייעול ממשקים ונהלים בין משרד הבריאות למשרד החינוך:

- רענון נהלים לצוותי החינוך בנושא הפניות למערכת הבריאות - על משרד החינוך לבצע רענון נהלים שנתי ברמה הארצית לצוותי משרד החינוך לצורך הכרה והטמעה של הקריטריונים להפניית ילדים לטיפולים במערכת הבריאות.
- מחשוב החומר המקצועי במערכת החינוך - על משרד החינוך לקדם תהליכי דיגיטציה והפיכת המידע והנתונים המאוחסנים בפורמטים מסורתיים לזמינים בפורמטים דיגיטליים, ובכלל זה מחשוב התיקים האישיים הנוגעים לטיפול במקצועות הבריאות לשם ייעול העברת המידע בין הגורמים המטפלים וקיצור

משך ביצוע הפעולות. כל זאת, בכפוף לנוהלי אבטחת מידע ולאישורים המשפטיים הנדרשים.

- בחינת העיתוי, התכיפות והדדיות של דרישות הביניים של קופות החולים לצורך הרשאת המשך טיפול - כיום, קופות החולים דורשות מהספקים, דיווחי ביניים בטווחי זמן קצרים, כך שבטרם הספיק המטפל להכיר די הצורך את המטופל עליו להעביר דיווח לצורך קבלת אישור להמשך טיפול. על מנת לייעל את אופן העבודה, הצוות ממליץ, שהמפקח על קופות החולים במשרד הבריאות, בשיתוף עם נציגי הקופות, יגבשו נהלים מוסכמים בדבר עיתוי ותכיפות הדיווחים הנדרשים מהספקים, בעיקר בכל הנוגע לטיפול בילדים סומטיים, ובהתאם לקריטריונים שיוסכמו על ידי הצדדים. כמו כן, יגובשו נהלים להעברת דוחות ממשרד החינוך למשרד הבריאות בבקשה לקבלת טיפול ראשוני וכן דוחות ממשרד הבריאות למשרד החינוך בתום סדרת טיפולים לשם עדכון הדדי.

### 1.3.2 ייעול ממשקים ונהלים בין משרד הבריאות למשרד הרווחה:

- הסדרה של העברת מידע בנושא הערכות/התאמות ממשרד הבריאות למשרד הרווחה - נדרשת הסדרה של העברת מידע על העירכות להתאמות טכנולוגיות, התאמות של מכשירי תקשורת תומכת חליפית (תת"ח) שבסל וכל ציוד הניידות, השיקום והטכנולוגיה שנופק לאדם על ידי משרד הבריאות מיד לאחר ביצוע הערכה/אבחון/טיפול ובמעבר ממסגרת הבריאות לרווחה.
- הסדרת העברה של מידע טיפולי ממשרד הבריאות למשרד הרווחה - נדרשת הסדרה של העברת כל הערכה, אבחון, טיפול, סיכום טיפול שבוצע על ידי משרד הבריאות בתחומים השונים מיד לאחר ביצוע הערכה, אבחון, טיפול, סיכום טיפול ובמעבר ממסגרת הבריאות לרווחה. כל זאת בכפוף לחוק, לצרכים מוגדרים ובהסכמת המטופל.

### 1.3.3 ייעול ממשקים ונהלים בין משרד הרווחה למשרד החינוך:

- הסדרה של העברת מידע טיפולי ממשרד החינוך למשרד הרווחה - נדרשת הסדרת הקשר עם מפעילי יום לימודים ארוך בבתי ספר לחינוך מיוחד מטעם הרווחה במידה שניתנים לתלמידים טיפולים במקצועות הבריאות, וזאת לטובת העברת המידע הרלוונטי בין הגורמים המטפלים.
- הסדרה של העברת מידע מהמטפלים ממשרד הרווחה לגורמים המטפלים במשרד החינוך, במידה וניתנים לילדים טיפולים במקצועות הבריאות.
- הסדרה של העברת מידע טיפולי שוטף מגורמים מטפלים במשרד החינוך לגורמים מטפלים במשרד הרווחה - נדרשת הסדרה של העברת אבחונים, סיכומי טיפול והערכות של אנשי מקצועות הבריאות המטפלים במסגרות החינוך בכל שנה ולקראת סיום המסגרת החינוכית.
- הסדרה של העברת מידע ממשרד החינוך למשרד הרווחה לקראת סיום

הלמידה במסגרות החינוך - נדרשת הסדרה של העברת מידע במקרה של כל אבחון, לרבות אבחון תעסוקתי לקראת סיום הלימודים בבית הספר, הנחיות, המלצות ותוכניות טיפול בכל שנה ולקראת סיום המסגרת החינוכית. כל זאת בכפוף לחוק, לצרכים מוגדרים ובהסכמת המטופל.

#### 1.4 תיקונים מומלצים בחוק חינוך מיוחד, תיקון 11 תשע"ח, תוספת ראשונה

1.4.1 הרחבת ההגדרה של קלינאי התקשורת המוסמכים לבצע אבחון - כיום, הגורם המקצועי שאבחנתו או חוות דעתו קבילה לאפיון מוגבלות מסוג עיכוב התפתחותי בתחום השפתי הוא "קלינאי תקשורת במכון להתפתחות הילד". הגדרה זו יוצרת עומס של הפניות למכונים להתפתחות הילד ולעיכוב ניכר במתן חוות הדעת הנדרשת לצורך דיון בזכאות לשירותי חינוך מיוחדים בוועדות מתוקף חוק החינוך המיוחד. מומלץ, כי **משרד החינוך יבחן הרחבה של הגדרת הגורם הקביל בתוספת הראשונה לחוק החינוך המיוחד נוסף על אבחון של קלינאי תקשורת במכון מוכר להתפתחות הילד, כך שניתן יהיה לקבל אבחונים מגורמים נוספים**, כגון: קלינאי תקשורת ביחידה מוכרת להתפתחות הילד בקופות החולים השונות.

1.4.2 ניסוח מסמך נהלים בין-משרדי מאוחד ומרוכז - ריבוי הגורמים המעורבים, לרבות משרדי הממשלה, קופות החולים, מוסדות החינוך והרווחה, בעלי מקצוע פרטיים ועוד, יוצרים אתגרים רבים, מקשים על יצירת שפה משותפת וכן על העברת מידע שיטתית ומסודרת. חסם מרכזי נוסף הינו התאמת תשתיות המשרדים, בדגש על מערכות המידע, לשינויים הנדרשים. **במסגרת הצוות הבין-משרדי לתיאום ולשיפור העברת המידע בין המשרדים ינוסח מסמך נהלים מאוחד ומרוכז, על בסיס הנהלים הקיימים בכל משרד, לטובת יצירת שפה משותפת והעברת מידע באופן מיטבי**, עד למועד הקמת המערכת הממשלתית ולאחר הטמעתה. הצוות הבין-משרדי ילווה את התהליך לכל אורכו עד ליישומם ולהטמעתם של הנהלים החדשים.

## 2. התמודדות עם תופעת האי-הופעה (No-Show) בקופות החולים

2.1 אי-הופעה לתור היא מצב שבו מטופל לא מגיע לתור או מבטל אותו בטווח של 24 השעות שקודמות למועד התור. תופעה זו מכונה בספרות המקצועית No-Show. מכיוון שלא ניתן להעביר את התור למטופלים אחרים, הדבר מוביל להוצאות מיותרות ולבזבוז של משאבים כלכליים, כוח אדם ותשתיות. התופעה נפוצה במערכת הבריאות כולה ומפחיתה את הנגישות והזמינות לטיפול הרפואי עבור כלל המטופלים. הסיבות הנפוצות בספרות לאי-הופעה לתור הן: שכחה (שמתגברת ככל שהתורים רחוקים יותר או שסדרת הטיפולים ארוכה יותר), מצב לא צפוי בעבודה, טיפול בילדים, בעיות נגישות, כחד/חרדה מהטיפול/האבחון, כמו גם חוסר מודעות לצורך בביטול תורים וקביעת תורים מקבילים במקומות שונים. היקף התופעה בישראל תלוי במשתנים שונים, דוגמת אזור גיאוגרפי, מגזר, מגדר, גיל, תקופה בשנה, מצב סוציו-אקונומי, זמן ההמתנה לתור, סטטוס תעסוקתי (מובטלים/מועסקים; עצמאים/שכירים) ועוד. ככל הידוע, שיעורי האי-הופעה בקהילה ובבתי החולים בתחומי מקצועות הבריאות עומדים

על 40%-20%<sup>35</sup> כתוצאה מכך, הנזק הכלכלי המוערך בכלל מערכת הבריאות עומד על עשרות מיליוני שקלים בשנה. מלבד הנזק הכלכלי, אובדן זמן טיפול במקצועות הבריאות על רקע פערי כוח האדם מגביר את הצורך בנקיטת צעדים להתמודדות עם הבעיה.

**2.2** על מנת לתת מענה הולם לבעיות המוזכרות, הצוות ערך מחקר, סקר את הספרות המרכזית בנושא בארץ ובעולם והוביל קבוצת חשיבה משותפת עם קופות החולים. בסקירה זו נמצאו מחקרים, שהראו אפקטיביות באמצעות גביית תשלום מסוים על אי-הופעה לביקור.<sup>36</sup> מנגד, עלו כמה הסתייגויות בדבר השפעת המהלך על המערכת הציבורית בארץ. משכך, הצוות גיבש כמה המלצות:

**2.2.1** ביצוע פיילוט של תשלום פיקדון במקרה של אי-הופעה לתור במהלך הבחינה של סל הפתרונות להתמודדות עם תופעת האי-הופעה במקצועות הבריאות והניסיון לצמצום העומס על בעלי המקצוע המטפלים,<sup>37</sup> הגיע הצוות למסקנה, כי ראוי לקיים פיילוט, שמטרתו לבחון בהקשר של מערכת הבריאות בישראל את האפקטיביות של השתת תשלום פיקדון על ידי המטופל במקרה של אי-הופעה לא מוצדקת לתור.<sup>38</sup> בכוחה של פעולה זו להעלות את רמת המחויבות מצד המטופלים להגיע לטיפול, או להודיע מראש במקרה של אי-הגעה, ובכך להפחית את היקפי התופעה, למנוע בזבוז של שעות עבודה יקרות של גורמי מקצוע רבים ולסייע בקיצור תורי ההמתנה ובמיצוי מיטבי של כוח האדם. משכך, הצוות ממליץ, כי משרד הבריאות **יבצע פיילוט של תשלום פיקדון במקרה של אי-הופעה לתור** באופן הבא:

- מנכ"ל משרד הבריאות ימנה גורם אחראי ליישום הפיילוט, לאיסוף סדור של הנתונים, להפקת מידע ולביצוע מחקר מקיף. בתום תקופת הפיילוט יוצגו הנתונים, המחקר והמסקנות למשרד הבריאות, למשרד האוצר ולמשרד ראש הממשלה.
- הפיילוט יוחל בתחום אחד ו/או בכמה תחומים, שייקבעו על ידי גורמי המקצוע במשרד הבריאות לאחר הסדר חקיקתי מותאם.
- יישום הפיילוט יחל בשנת 2023, וימשך כשנתיים ממועד תחילת יישומו.
- על מנת לבחון כראוי את השפעת המהלך על צמצום התופעה של אי-הגעה, על קופות החולים לבצע מדידה שיטתית בהתאם לכורמט קבוע, שיוגדר על ידי משרד הבריאות, ולדווח אחת לחודש לאגף הפיקוח על קופות החולים

35 נכון ל-2018.

Blæhr, E.E., Kristensen, T., Væggemose, U. et al. The effect of fines on nonattendance in public hospital outpatient clinics: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 17, 288 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1420-3>.

Bech M. The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendeers. *Health Policy* 2005;74:181-91.

Marbough D, Khaleel I, Al Shanqiti K, Al Tamimi M, Simsekler MCE, Ellahham S, Alibazoglu D, Alibazoglu H. Evaluating the Impact of Patient No-Shows on Service Quality. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020 Jun 4;13:509-517. doi: 10.2147/RMHP.S232114. PMID: 32581613; PMCID: PMC7280239.

37 למען הסר ספק, אוכלוסיות שפטורות מתשלומי השתתפות עצמית בקופות החולים תהיינה פטורות גם מתשלום אגרה זו.

38 ראו הערה 17 לעיל.

במשרד הבריאות על היקף התופעה ועל מספר האגרות שנגבו עקב אי-הופעה.

- כדי למנוע גבייה לא מוצדקת מהמטופלים, על הקופות, היחידות והמכונים להתפתחות הילד ו/או בכל תחום אחר שבו יוחלט להחיל את הפיילוט, להוכיח, כי יצרו קשר עם הורי המטופל או האפוטרופוס, בטווח הזמן שבין 72 ל-24 שעות לפני מועד התור, וכי המטופל אישר את הגעתו לתור. כמו כן יהיה על הקופות, היחידות או המכונים לאפשר למטופל או למי מטעמו להגיש ערעור במקרים חריגים שבהם אי-הגעתו נגרמה מסיבות מוצדקות.
- במקרים הפוכים, שבהם המטופל הגיע לקבלת טיפול והמטפל לא קיבל אותו מכל סיבה שאינה קשורה למטופל, יהיה על הקופה, היחידה או המכון לפצות את המטופל כפי שיוגדר בחקיקה.
- כספי הפיקדון שייגבו יופנו לטובת צמצום תופעת האי-הופעה. ייקבע סכום גבייה המדבי לרבעון ממטופל יחיד בכדי לאזן בין הצורך למנוע אי-הגעת מטופלים ללא התרעה מספקת מראש לבין גביית תשלום יתר על המידה.

#### 2.2.2 עידוד מחקר בנושא אי-הופעה

- במסגרת תהליך הלמידה על תופעת האי-הופעה והיקפה ועל הדרכים להתמודדות עימה בישראל ובעולם, עלתה המסקנה, כי קיים קושי ניכר באיסוף נתונים ברורים ומדויקים בנוגע לתופעה בתחום מקצועות הבריאות. על פי רוב, ההערכות על היקף התופעה הן הערכות גסות בטווחים של עשרות אחוזים. בנוסף, הנתונים על היקף התופעה באזורים שונים ובקרוב קבוצות דמוגרפיות וסוציו-אקונומיות מובחנות לרוב לא זמינים.<sup>39</sup> לאחר בדיקה מעמיקה נמצאו מעט מאוד נתונים על היקף התופעה בהתייחס למקצועות הבריאות, שהינם ייחודים מבחינת אורכן של סדרות הטיפולים, ובמקרים מסוימים גם משכי הטיפול. המחסור בבסיס נתונים רחב, המתייחס למשתנים רבים ובעלי חשיבות, מקשה על איתור מוקדי הקושי העיקריים, על התאמת פתרונות מערכתיים ונקודתיים ועל ביצוע מעקב אחר יעילות הפתרונות הנבחרים להתמודדות עם אותם קשיים.

- משכך, הצוות ממליץ, כי **משרד הבריאות יבצע מחקר מבוסס נתונים על תופעת האי-הופעה במקצועות הבריאות, תוך התייחסות להיבטים גיאוגרפיים, דמוגרפיים, סוציו-אקונומיים ומגדריים**, אשר יאפשרו ללמוד באופן מיטבי על היקף התופעה ונזקיה, ובפרט יאפשרו לאתר פתרונות מתאימים ומדויקים להתמודדות עמה.

- במסגרת עבודת המחקר והלמידה של תופעת האי-הופעה והדרכים להתמודדות עמה, הצוות גיבש ואסף מגוון של פתרונות אפקטיביים נוספים הקיימים בארץ ובעולם לצמצום תופעת האי-הופעה, הכוללים הקמה של מערך

Cohen-Yatziv, L., Cohen, M.J., Halevy, J. et al. No-Shows in ambulatory clinics and non-utilized appointments for 39 elective operations in selected surgical departments at a tertiary hospital in Israel. *Isr J Health Policy Res* 8, 64 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13584-019-0333-5>.



תזכורות עדכני ומדויק, בניית מאגרי מידע ונתונים על אי-הופעה לצורך ייעול ומניעה ובניית מערך תמריצים והגברת המודעות לתופעה. צעדים ופעולות אלו מובאים בפירוט בנספח א'.

### 3. המלצה לביטול מדורג של מדיניות החוזרים

3.1 בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, קופות החולים מחויבות לספק את מלוא סל השירותים למבוטחיהן בפרק זמן סביר, באיכות סבירה ובמרחק סביר. בתחום התפתחות הילד ישנה חשיבות מיוחדת למתן השירותים בתוך פרק זמן רלוונטי לחלון הזמן המוגבל למתן השירותים בצורה אפקטיבית. לאורך השנים, ובין השאר בשל המחסור בכוח אדם במערכת הציבורית, התקשו קופות החולים לספק שירותים בתחום זה וחלה התארכות בזמני ההמתנה. על כן הוחלט ב-2010 על יצירת אלטרנטיבה לקבלת השירות ישירות מקופות החולים באמצעות קביעת זמן מרבי להמתנה לקבלת השירות ישירות מהקופה, שלאחריו המבוטח רשאי לפנות לספקים פרטיים ולקבל החזר מהקופה בהתאם לתעריף השירות הציבורי. מהלך זה הוביל לתוצאה ההפוכה והקשה על קופות החולים לגייס כוח אדם, שכן חלק ניכר מהמטפלים העדיפו לעבוד באופן פרטי. החוזרים אף הגבירו את האטרקטיביות של העבודה הפרטית וגרמו להעלאת התעריפים שגבו חלק מאותם בעלי המקצוע, כך שחל צמצום בזמינות השירותים המסופקים על ידי קופות החולים, ובהתאם - שיעור הפעילות שממומנת באמצעות החוזרים גדל בצורה ניכרת.<sup>40</sup>

לשירותים הניתנים על ידי קופות החולים ישירות במכונים הייעודיים וביחידות להתפתחות הילד יתרון רב בכך, שהם מספקים מעטפת טיפולית רב-מקצועית, המתאמת בין הטיפולים השונים שהילדים נדרשים להם, מביאה לידי ביטוי את מיטב הפוטנציאל הטיפולי המתאים לילד, משלבת פתרונות טיפוליים שונים וכוללת שיתוף פעולה בין אנשי הצוות השונים לטיפול רב-מערכתי כולל ומיטבי, התואם למצבו של הילד.

בשל יתרון רפואי-טיפולי זה ובמטרה לעודד חזרה של מטפלים לעבודה במגזר הציבורי, בשנת 2020 ערך משרד הבריאות שינוי במדיניות החוזרים במטרה לצמצם בהדרגה את היקפיהם, ובמקביל הקצה כ-80 מלש"ח בשנה, באמצעות מבחן תמיכה ייעודי, לטובת הגדלת ההיקף של הפעילות הישירה של קופות החולים בתחום ההתפתחות הילד. מבחן התמיכה סייע בהגדלה של תקני הפעילות בתחום בקופות השונות, והגדיל את היצע הספקים. המבחן טרם הגיע להבשלה מלאה, אולם כבר ניתן לראות גידול בפעילות ושיפור הנתונים, אם כי עדיין קיימים תורי המתנה ממושכים. למרות שינוי החוזר ופרסום מבחן התמיכה, היקף החוזרים בתחום התפתחות הילד ממשיך להתרחב. מנגנון החוזרים הינו חריג לחוק ביטוח בריאות ממלכתי בכך, שהוא מאפשר קבלת שירות במימון הסל הציבורי להוצאה פרטית. מנגנון זה פוגע בעקרון השוויון בחוק בכך, שמבוטח בעל אמצעים שיכול לשלם 350 ש"ח לשעת טיפול יזכה להחזר של 190 ש, ומבוטח ללא אמצעים אלו לא יוכל לממן שירות זמין זה. מנגנון החוזרים פוגע גם בתמריץ לקופת החולים לשפר את שירותיה, שכן בפועל היא מעבירה את האחריות

40 חוזר שירותים בתחום התפתחות הילד 07/2020, משרד הבריאות.

למבוטח לקביעת תור בזמן סביר. שילוב שני גורמים אלה מנוגד לעקרון השוויון שבחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

**3.2** חסם משמעותי להשלמת המהלך השלם של הרחבת הזמינות של השירותים במימון ציבורי הוא קיומה של שיטת ההחזרים, אשר מגבילה את היכולת של קופות החולים לגייס כוח אדם לשירות הציבורי במסגרת המחסור הכללי בכוח אדם במקצועות הבריאות בישראל. פערי כוח האדם בקופות החולים מעוררים חשש, כי ביטול אלטרנטיבת ההחזרים תפגע בטווח הקצר במטופלים, לרבות באלו אשר ידם אינה משגת לקבל שירות באופן פרטי, מאחר שהמבוטחים שכיום מטופלים במסגרת פרטית ומקבלים חוזר חלקי על הטיפול יעברו לצרוך את השירות הציבורי וכך יתארכו זמני ההמתנה לאבחון ולטיפול בקופות החולים.

**3.3** לאור האמור, על מנת להגדיל את הזמינות של שירותי התפתחות הילד במערכת הציבורית, מומלץ כי **משרד הבריאות יפעל לביטול האפשרות למתן החזרים על ידי קופות החולים באופן מדורג עד לביטולם באופן מלא, ובמקביל יפעל ליישום תוכנית שמטרתה להגדיל את היקפי כוח האדם המקצועי המועסק בקופות החולים** בתחומי התפתחות הילד, ובכך לסייע לקופות החולים לספק למבוטחיהן שירותים ישירים בתחום התפתחות הילד, אשר כוללת:

- המשך תקצוב של מבחן תמיכה בהתפתחות הילד והתאמתו לתעריפים הקיימים בשוק.
- עדכון והסדרה של תעריפי הספקים השונים הקיימים בשוק, שעובדים כספקים במימון ציבורי מלא, תוך מתן דגש על רכיב השכר המשולם לעובדים. מהלך זה צפוי להגדיל את המימוש של קבלת סל השירותים במסגרות היום של פעוטות וילדים, במעונות יום ובגני תקשורת. כך יצומצם מספר הפעוטות והילדים שפונים לקבלת טיפול בקופות החולים בשל מחסור במקצועות מטפלים במסגרת היומית.

מכלול הצעדים המובאים בפירוט בדו"ח זה צפויים להשפיע באופן ניכר על היקף ההעסקה בשירות הציבורי, ובייחוד הסעיפים הנוגעים להגברת האטרקטיביות של העבודה בשירות הציבורי. יישום ההמלצות צפוי לעודד חזרה של בעלי מקצוע לשירות הציבורי, לצד הגדלה של היקפי המשרה. צעדים אלו יתמכו בהרחבה של היקף השירותים במקצועות הבריאות ויהוו מענה להורדת האלטרנטיבה לאבחון ולטיפול בהחזר.

**3.4** המלצה זו עומדת בעינה בכפוף ליישום ההמלצה לבחינת תעריפים לשירותי מקצועות הבריאות ועדכוןם ככל שיידרש.<sup>41</sup>

41 ההמלצה לבחינת תעריפים לשירותי מקצועות הבריאות, פרק ב', המלצה 1.3.

## 4. הצבת דרישת מינימום לוותק בעלי המקצוע במסגרת התקשרות בהסדר ובהחזר

4.1 שירותים רבים בתחומי מקצועות הבריאות ניתנים במסגרת התקשרות עם ספקים באמצעות הסדרים שנעשים עם בעלי מקצוע עצמאים/חברות המספקות שירותים, וכן באמצעות מסלול ההחזרים. חוזר 46/2003 בנושא התפתחות הילד מאפשר כיום לקופות החולים להתקשר ב"הסדר" עם בעלי מקצוע בעלי ותק מקצועי מינמלי של שנתיים.<sup>42</sup> לאחרונה מתרחבת התופעה של בעלי מקצוע צעירים שמקימים קליניקה פרטית בשלבי הקריירה המוקדמים ואף מיד עם קבלת רישיונם. ישנו חשש, כי בשלב זה בעלי המקצוע לא זכו לליווי מקצועי מספק וטרם צברו ניסיון הולם לטיפול ללא כל פיקוח ומעטפת מקצועית תומכת.

4.2 במטרה לצמצם תופעה זו ולהבטיח מתן טיפולים מקצועיים לאזרח, הצוות ממליץ, כי **משרד הבריאות יחיל בהקדם את דרישת המינימום לוותק גם על שיטת ההחזרים. כמו כן, משרד הבריאות יבחן את האפקטיביות של מגבלת השנתיים הנוכחית וירחיבה בהתאם עד סוף שנת 2023.**

## 5. הסדרת התחום של תכנון כוח האדם וטיוב תשתית הנתונים

5.1 מסקנה מרכזית העולה ממצאי עבודת הצוות נוגעת לצורך בתכנון כוח אדם שיטתי, מחזורי וקבוע. מתוקף תפקידו כרגולטור מקצועי, משרד הבריאות הינו הגורם המרכזי שמשפיע על הביקוש לטיפולים, ולצידו משרדי החינוך והרווחה, המספקים גם כן שירותים בתחום. במקביל, משרד הבריאות אחראי גם על רישוי המקצועות ועל התקשורת עם המועצה להשכלה גבוהה בדבר הצורך לשנות את היקף בעלי המקצוע המוכשרים מדי שנה.

5.2 לפיכך, **על משרד הבריאות לבצע תכנון כוח אדם למקצועות הבריאות, תוך שיתוף פעולה עם משרדי החינוך, הרווחה והמל"ג.**

תכנון כוח האדם יכלול:

- מיכוי הביקוש וההיצע - בשל ההשפעה הישירה של מספר השדות הקליניים על קצב הזרימה של כוח אדם חדש לשוק, על משרד הבריאות למפות את השדות הקליניים כחלק מתהליך התכנון.<sup>43</sup>
- חישוב וניתוח הפער בין ההיצע לביקוש.
- יצירת תחזיות קצרות טווח (חמש שנים) וארוכות טווח, תוך התייחסות לשינויי מדיניות המשפיעים על ההיצע והביקוש ולמגמות מקומיות וגלובליות.
- המלצה על צעדי מדיניות לצמצום הפער.

42 קיימת מגבלת ותק מינימלי זהה בשירותים נוספים בקופות החולים.

43 המלצה למיפוי השדות הקליניים, פרק א', סעיף 1.3.2.

הצוות ממליץ על ביצוע תחזית היצע, ביקוש ופערים אחת לשנתיים לכל הפחות, בהתייחס לחמש השנים הבאות, ועל פרסומה.

**5.3 על מנת לבצע משימה זו כהלכה, על משרדי הבריאות, החינוך והרווחה לבנות, לתחזק ולשפר תשתית נתונים מקיפה.** על משרדי החינוך והרווחה והמל"ג להעביר את הנתונים אחת לשנה למשרד הבריאות ולעדכןם על כל שינוי מדיניות המשפיע על הביקוש ו/או ההיצע. מומלץ, כי עם ההטמעה של תהליך התכנון והתבססותו, משרד הבריאות יקדם את השימוש במערכות נתונים ובתשתיות דיגיטליות התומכות בתהליך.

## סיכום

לסיכום, מסקנות הצוות מצביעות על כך שההתמודדות עם אתגרי כוח האדם במקצועות הבריאות מצריכה שילוב בין הכשרה בהיקפים ההולמים את צורכי השוק לבין יצירת מערך תמריצים לכניסת בעלי מקצוע למגזר הציבורי ושימורם לאורך זמן, תוך דאגה לתנאי שכר ולסביבת עבודה יעילה. מטרתם של צעדים אלו היא להביא לגידול בכמות העוסקים במקצועות הבריאות בשירות הציבורי ולהבטיח את אספקת השירותים לכלל אזרחי ישראל.

דו"ח זה מניח תשתית מקצועית נרחבת של צעדים והמלצות לצמצום פערי כוח האדם במקצועות הבריאות. גיבושן של המלצות אלו הינו צעד משמעותי והכרחי לפתרון סוגיה זו. האתגר הבא העומד לפיתחנו הוא יישומן של ההמלצות באופן שיוביל לשיפור באספקת השירותים בפועל. ישנה חשיבות יתרה ליישום הצעדים להסדרת תחום תכנון כוח האדם, לחיזוק תשתית הנתונים ולקידום השימוש בתשתיות דיגיטליות. צעדים אלה חיוניים לקיום תהליך תכנון כוח האדם במקצועות הבריאות באורח קבע לצד תהליכי ההערכה והמדידה הנלווים אליו. יתרה מזו, מהלכים אלו יתמכו ויסייעו לממשלה להתאים את המענים לצרכי השוק המשתנים גם בעתיד.

# נספח א': צעדים ופעולות לצמצום תופעת האי-הופעה

## 1. הקמת מערך תזכורות עדכני ומדויק

- מערך תזכורות המורכב מתזכורות אוטומטיות, שיחות אנושיות והודעות, המנוסחות באופן חברתי/רגשי. מחקרים מראים, כי אחוזי האי-הופעה יורדים במקומות שבהם שונה אופן הניסוח. על כן, מלבד מסר התזכורת מומלץ לשים דגש גם על אופן הניסוח והמסר החברתי/רגשי שהתזכורת מביעה.
- הטמעה של מערכות תזכורות כמפורט מעלה גם ביחידות ובמכונים להתפתחות הילד.
- יודא תמריצים מתאימים ליחידות ולמכונים להתפתחות הילד, כך שזמן הטיפול ינוצל באופן מיטבי.
- תזכורות לטווח הארוך, הבינוני והקצר - תזכורות בטווחי זמן של שבועיים, שבוע ויומיים בטרם התור - פעמים רבות מתבצעות תזכורות בטווח של ימים בודדים לפני התור, כך שלמטופל יש כבר תוכניות מקבילות מתנגשות. משכך, יש לפזר את התזכורות לטווחי זמן ארוכים, בינוניים וקצרים.
- תזכורות המשלבות אפשרות ביטול מיידי - מתן אפשרות לביטול מיידי בתום שיחת/הודעת התזכורת.
- תזכורות המשלבות אפשרות מיידי לשינוי מועד התור - מתן אפשרות נוספת מלבד ביטול התור, בדמות קביעת מועד חלופי, כדי לעודד ביטול מראש במקרה של אי-יכולת להגיע.
- שינוי תורים עצמאי - מתן אפשרות לשינוי מועד התור מראש באופן עצמאי ודיגיטלי על מנת לעודד הודעה מראש במקרה של אי-יכולת להגיע.
- שימוש בתזכורות/הודעות על תורים פנויים דרך רשתות חברתיות, לרבות שימוש בהודעות מיידיות - חשיפה מרובה לקהל צעיר ושימוש בפלטפורמות נגישות למציאת חלופה מהירה במקרה של אי-הופעה.

## 2. בניית מאגרי מידע לצורכי ייעול ומניעה

- ביצוע מחקר מקיף לאיסוף ולניתוח נתונים על היקף התופעה בהתייחס למקצועות הבריאות בתחומים השונים - לשם גיבוש תוכנית פעולה סדורה ומותאמת לאתגרים, יש צורך באיסוף וניתוח של נתונים שלא קיימים כיום במערכות השונות.
- בניית פרופיל אישי לכל מטופל על ידי שאלון מקדים לשם זיהוי פוטנציאל אי-הופעה ומעקב אחר מטופלים פוטנציאליים להגעה בהתראה קצרה.

- בניית מאגר מידע למעקב אחר מקרים קודמים של אי-הופעה של מטופלים ובניית "פרופילים בסבירות גבוהה לאי-הופעה".
- פיתוח אלגוריתם, על בסיס מאגר המידע, לזיהוי רמות פוטנציאליות שונות לאי-הופעה.

### **3. בניית מערך תמריצים והגברת המודעות**

- יצירת חוזה טיפולי מקדים בעזרת פגישת היכרות בווידיאו/בטלפון בטרם האבחון/טיפול.
- שליחת "ערכת הכנה", הכוללת תאריך, דרכי תחבורה וייעוץ מקדים.
- בחינה של גיבוש סל תמריצים חיוביים לעידוד התראה על אי-הגעה - תמריצים חיוביים למודיעים 48 שעות ומעלה על אי-הגעה, דוגמת קביעת תור חדש מוקדם, הנחה על טיפולים משלימים ועוד.
- העלאת המודעות בציבור להיקף התופעה ולנזקים שהיא מביאה עמה - קמפיין תקשורת להעלאת המודעות לנזקים השונים הנגרמים כתוצאה מהתופעה.
- חידוד נהלים - פרסום מדיניות ביטולים/דחיית תורים על ידי הקופות לשם העלאת המודעות לצורך בביטול.

### **4. מעטפת משפחתית**

- בחינת מתן תעסוקה לאחים צעירים בזמן הטיפול.
- קבלת הדרכת הורים חד-פעמית באופן מקוון במקום טיפול שלא התקיים.

### **5. תקנות ונהלים**

- קביעת "נוהל אי-הופעה" למזכירות המוסד המטפל לשם ייעול כעולות בהתראה קצרת טווח.

# נספח ב': צעדי מדיניות שנידונו ונמצאו כלא מתאימים ליישום בשלב זה

הפתרונות המובאים להלן נדונו במסגרת דיוני הצוות הבין-משרדי ונמצאו כלא עונים על הצורך או לא בשלים ליישום בשלב זה.

## 1. בציר הגדלת ההיצע

### 1.1 תוכניות הסבה

1.1.1 כחלק מהרחבת ההיצע של בעלי המקצוע בתחום מקצועות הבריאות, נבחנה האפשרות ליצירה של ערוצי הזנה נוספים של כוח אדם למערכת באמצעות תוכניות הסבה, הפונות לבעלי תואר אקדמי, המעוניינים לשנות את מסלולם המקצועי ולפנות לתחומי מקצועות הבריאות. תוכנית ההסבה נועדה לקצר את משך ההכשרה ולהרחיב את ההיצע באמצעות הזרמת כוח אדם בוגר, בשל ומחויב למערכת.

1.1.2 פתרון זה נבחן במסגרת עבודת הצוות. לאחר בחינת הטיעונים של גורמי המקצוע הוחלט לעת עתה שלא לנקוט צעדים בנושא. הטענה המרכזית של גורמי המקצוע היא, כי לא ניתן לקצר את תוכנית הלימודים באופן משמעותי, לאור תוכניות הלימודים המובנות, המבוססות ברובן המוחלט על תוכני חובה. בנוסף, על פי רוב, הדרישה כיום ללימודי המקצועות עדיין עולה על ההיצע של מקומות הלימוד, ולכן יש לתעדף את ערוצי הרחבת ההיצע המסורתיים. תוכניות הסבה הן פתרון מקובל, מהיר ויעיל כלכלית למענה על מחסור בכוח אדם, על כן מומלץ לבחון פתרון זה שוב בעתיד, תוך מתן התייחסות נפרדת למבנה ההכשרה של כל אחד מהמקצועות, ומבלי לפגוע באיכות ההכשרה.

### 1.2 בחינה של פוטנציאל העלייה לארץ של בעלי מקצוע

1.2.1 כחלק מעבודת הצוות ובשיתוף משרד העלייה והקליטה, נערך בירור בנושא פוטנציאל העולים העוסקים בתחומי מקצועות הבריאות, שצפויים לעלות ארצה בשנים 2022-2023, במטרה לבחון את הפוטנציאל הטמון בקבוצת זו לשמש כערוץ הזנת כוח אדם נוסף לצמצום הפערים. ממצאי הבחינה מובאים בטבלה להלן:



ריפוי בעיסוק	קלינאות תקשורת	פיזיותרפיה	
10	11	14	עלו ב- 3 שנים (2019-2021) ונמצאים בתהליך הגשת המסמכים או בתהליך רישוי
2	4	6	קיבלו רישיון משרד הבריאות
39	2	14	צפי לעלייה של פיזיותרפיסטים, קלינאי תקשורת ומרפאים בעיסוק בשנים 2022-2023

נתוני הצפי מתבססים על מספר התיקים שנפתחו והצטברו. נתוני עבר מלמדים על כך, שכ-50% מפותחי התיקים עולים לארץ בפועל.

על פי הנתונים הנוכחיים, פוטנציאל העולים מקרב המקצועות הנבחרים מצומצם ועל כן, במסגרת עבודת צוות זה הוחלט להמשיך ולהתבסס על מנגנוני הקליטה הקיימים.

### 1.3 הסדרת גבולות העיסוק של מועמדים לקבלת רישיון

1.3.1 בפרק הזמן שבין סיום הלימודים במוסדות האקדמיים לבין קבלת הרישיון, לא קיים סטטוס תעסוקתי, המאפשר לבוגרי תוכניות ההכשרה להשתלב בתעסוקה בתחומי מקצועות הבריאות בהתאם לשלב בו הם מצויים, למעט במשרד החינוך, המעסיק אותם באופן מוגבל וזמני כעובדי הוראה לא מוסמכים.<sup>44</sup> חל איסור להעסיקם כסטודנטים, כיוון שסיימו את לימודיהם ואינם באחריות האקדמיה. מנגד, כיוון שטרם עברו את מבחני הרישוי, העסקתם כבעלי מקצוע מנוגדת לחוק. כתוצאה מכך אין ביכולתן של מערכות הבריאות, החינוך והרווחה להיעזר בבוגרי תוכניות הלימודים שטרם עברו מבחני רישוי ככוח עזר מקצועי, שעשוי להקל על בעלי המקצוע בחלקים מסוימים ומוגדרים של עבודתם, בכפוף לפיקוח, ובכך להקל על מצוקת כוח האדם. התומכים במציאת הסדר מתאים להעסקת בוגרי האקדמיה בטרם מעבר מבחני הרישוי מעידים, כי על אף האיסור המפורש בחוק, בפועל, בשל המצוקה בחלק ממוסדות הטיפול, בוגרי התוכניות מועסקים כבעלי מקצוע באופן שמטעה את הציבור ומציב סכנה לפגיעה בבריאותו.

1.3.2 לאור האמור, הצוות בחן אפשרות להסדרת מעמדם של בוגרי התארים, כך שתתאפשר העסקתם בסטטוס מתאים. לאור התנגדותם של גורמי המקצוע במשרד הבריאות, בעיקר מתוך חשש לפגיעה בבריאות הציבור וחשיפת מעסיקים לתביעות נזיקין ועתירות בגין מתן שירות לא הולם, הוחלט להימנע בשלב זה מהסדרת עיסוקם של בוגרות תוכניות הלימודים שטרם עברו מבחני רישוי.

44 נוהל העסקת עו"ה בעלי תואר במקצועות הבריאות - פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק שעדיין לא עברו את מבחן הרישוי של משרד הבריאות.

1.3.3 כחלופה, נבחנה אפשרות לצמצום פרק הזמן (4-5 חודשים) שבין סיום לימודי התואר הראשון למועד בחינת הרישוי. מועד בחינת הרישוי נקבע על ידי משרד הבריאות בתיאום עם המוסדות האקדמיים ומתקיים לרוב כ-60 יום לאחר המועד המוקדם ביותר שבו ניתנת זכאות לתואר,<sup>45</sup> על פי הודעת המוסדות האקדמיים. כיום נדרשים הסטודנטים להעביר למשרד הבריאות בעצמם עותק קשיח של אישור הזכאות לתואר. הנפקת האישורים על ידי המוסדות האקדמיים, שליחתם בדואר וקבלתם במשרד הבריאות מייצרת תהליך ארוך ומסורבל.

1.3.4 על מנת לייעל ולקצר תהליכים, **משרד הבריאות הוציא הנחיה למוסדות האקדמיים, שהחל משנה תשפ"ד ניתן יהיה לקבל מסמכים אך ורק בפורטל ייעודי.** המוסדות האקדמיים ידווחו ויזינו את אישורי הזכאות לתואר ישירות לפורטל זה.<sup>46</sup> הליך זה עשוי לצמצם את פרק הזמן שבין סיום לימודי התואר הראשון למועד בחינות הרישוי בכחודש ימים בממוצע, ויאפשר להקדים במעט את את השתלבותם בשוק העבודה של חלק מבעלי המקצוע.

## 2. בציר הגדלת יעילות העבודה בשירות הציבורי

### 2.1 טיפולים קבוצתיים

2.1.1 טיפול במקצועות הבריאות עשוי לבוא לידי ביטוי באופנים שונים: טיפול יחידני, טיפול קבוצתי או טיפול כיתתי. טיפולים קבוצתיים במקצועות הבריאות נהוגים ומקובלים כמענה טיפולי הולם עבור מגוון אוכלוסיות בעולם, וכך גם בארץ הוא נהוג בכל קופות החולים, וזאת בהתאם להחלטה מקצועית. לטיפול קבוצתי יתרונות, כמו עידוד לביצוע תרגול והעצמת הפרטים מרוח העשייה המשותפת. התרגול בקבוצה מותאם לצרכים של הפרטים ועל הקבוצה להיות מורכבת מאנשים עם צרכים דומים. במסגרת עבודת צוות זה, הוצע לאתר תחומים נוספים במקצועות הבריאות שנכון מקצועית לבצע בהם טיפולים קבוצתיים, כאמצעי להתייעלות והפחתת העומסים על המערכת.

2.1.2 לאחר בחינת הסוגיה לעומקה מול בעלי המקצוע הרלוונטיים נמצא, כי השימוש בטיפולים קבוצתיים מצוי כבר בשימוש רחב וניתן בהתאם לצורך כבר בימים אלה. לאור האמור, ובשל החשש מכך שייעשה שימוש לא מקצועי בטיפולים קבוצתיים לקיצור תורים, הוחלט להימנע מצעדים נוספים בנושא.

### 2.2 טיפול מקוון

2.2.1 אחת מאסטרטגיות ההתמודדות של מטפלים במקצועות הבריאות בתקופת התפרצות נגיף הקורונה הייתה מתן שירותים מקצועיים מרחוק באמצעים טכנולוגיים, בשל הסגרים והריחוק החברתי הנדרש. בניסיון לנהל ביעילות את משאבי המערכת הציבורית, לשפר את הנגישות לטיפולים ולצמצם פערים גיאוגרפיים, הוצע

45 רישום לבחינת הרישוי מחייב אישור זכאות לתואר.

46 בדומה לנעשה עם בחינות הרישוי לרפואה.

לבחון במסגרת עבודת הצוות תחומים בעלי פוטנציאל התאמה להענקת טיפול מקוון, ולבנות תוכנית ספציפית להנגשת טיפולים מקוונים בתחומים הרלוונטיים ובהתאם לניסיון שנצבר במהלך מגיפת הקורונה.

2.2.2 בשלב זה הוחלט שלא להשקיע באפיק זה בשל חוסר הכדאיות, שעליו הצביעו גורמי המקצוע כפתרון לבעיית כוח האדם במקצועות הבריאות. חוות הדעת המקצועית מתבססת על כך, שלמרות שנכתבו נהלים והוצע קורס הכשרה לטיפול מקוון, בפועל השימוש בערוץ זה נותר מצומצם ולא אטרקטיבי, הן בעיני בעלי המקצוע והן בקרב האוכלוסייה המטופלת.

