



בחינת שעות עבודה של רופאים מתמחים סקירת ספרות והשוואה בין-לאומית

רינה מעוז ברויאר רות וייצברג אדם רוז

עריכת לשון: רעיה כהן
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית מנהלים): חני מנור
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | טבת תשפ"ב | דצמבר 2021

תקציר

רקע

במשך שנים נקטה מדינת ישראל צעדים אחדים לשיפור תנאי עבודתם של רופאים מתמחים: קיצור התורנות שלהם (מ-36 שעות ל-26), קביעה של מגבלת שעות עבודה שבועית (71.5 שעות), הוספת דרישה לשעתיים של מנוחה בתורנות וקביעת מגבלה על מספר התורנויות המרבי לחודש (6 תורנויות). עם זאת, בפועל המתמחים מדווחים שלא תמיד נשמרים כל הנהלים שנקבעו, שהנהלים עצמם עדיין מחמירים וכי הם עובדים בתנאי עבודה תובעניים. נוסף על כך, שלישי מהמתמחים מדווחים שהם נמצאים בבית החולים 71.5 שעות ויותר בשבוע ממוצע.

מטרות

מטרות העבודה היו (1) לבחון את הראיות בנוגע לשעות עבודה מרביות של מתמחים ואת השפעת שעות העבודה על איכות הטיפול ואיכות החיים של המתמחים; (2) להציג נתונים עדכניים על החוקים ושעות העבודה בפועל של מתמחים במדינות OECD; (3) להציע דוגמאות מוצלחות, רלוונטיות לישראל.

שיטה

(1) סקירת ספרות לזיהוי מודלים של עבודת מתמחים והשפעות על איכות הטיפול; (2) הפצת שאלון בקרב החוקרים מ-14 מדינות לשם השוואה בין-לאומית של חוקים ושעות עבודה בפועל: ארצות הברית, קנדה, ישראל, ספרד, הולנד, הונגריה, אירלנד, אנגליה, אסטוניה, סלובניה, גרמניה, צ'כיה, לטביה, ופינלנד.

ממצאים

עבודה במשך שעות ארוכות ומחסור בשעות שינה עלולים לפגוע במקצועיות של המתמחים, באיכות הטיפול שהם מעניקים וכן באיכות חייהם. מתוארות בספרות חמש דרכים להקלת שיטת העבודה של מתמחים: הגבלת מספר שעות העבודה בשבוע; עבודה בשעות לילה בלבד (night float) במקום תורנויות לילה שמשתלבות עם משמרות עבודה רגילות; צמצום תדירות התורנויות; קיצור משך התורנויות; קביעת שעות מנוחה במהלך תורנות.

סיכום ממצאים – שעות עבודה מרביות למתמחים, על פי חוק, 2020

חוזת חלופי – opt out מספר מרבי של שעות עבודה בשבוע	חריגה ממגבלת שעות עבודה שבועיות	משך זמן למיצוע (חודשים)	מספר מרבי של שעות עבודה בשבוע	חוזת חלופי – opt out משך עבודה רציפה	משך עבודה רציפה (שעות)	מדינה
88		1	80		28	ארה"ב
			80		26	קנדה (אונטריו)
		12	71.5		26	ישראל
		6	48		24	ספרד
	60	4	48		24	הולנד
	60	6	48	32	16	הונגריה
		6	48		24	אירלנד
56		6	48		13	אנגליה
		4	48		24	אסטוניה
		6	48	32	16	סלובניה
48	80	12	42		24	גרמניה
56	48	12	40	24	16	צ'כיה
56			40		24	לטביה
48	85	4	38.25		24	פינלנד

ברוב המחקרים שבדקו ניסיון לצמצם את שעות העבודה באחת הדרכים שצוינו נמצא שיפור באחת או יותר מהתוצאות, למשל בהפחתת טעויות בטיפול או בעלייה באיכות החיים של המתמחים. ואולם, לצד ההשפעות הרצויות דווח גם על השפעות לא רצויות, דוגמת פגיעה ברצף הטיפול וכגיעה בהכשרה של המתמחים. מבין חמש הדרכים שנסקרו בספרות, רוב המדינות בחרו לנקוט בהגבלת שעות עבודה בשבוע כדי להתמודד עם הסוגיה. מצאנו שתי גישות ליישום מגבלה זו: (1) ארצות הברית וקנדה מתירות 80 שעות עבודה בשבוע; (2) חלק ממדינות אירופה נצמדות לחוק EWTN (European Working Time Directive) שמגביל את המספר המרבי של שעות העבודה בשבוע (כולל תורנויות) ל-48 שעות בממוצע על פני תקופת זמן; ואולם, לא בכלן מצליחים לעמוד במגבלה זו, ויש בהן מנגנונים המאפשרים עבודה מעל למגבלת 48 השעות, באמצעות חוזים חלופיים.

המלצות למדיניות

כדי לשפר את תנאי העבודה של המתמחים בישראל, ובהסתמך על הניסיון של רוב המדינות שנסקרו, אנו ממליצים לצמצם את מספר שעות העבודה המרביות בשבוע (הדרך המוטמעת הנפוצה ביותר לשיפור תנאי העבודה של המתמחים מתוך חמש הדרכים שזוהו בסקירה). זאת כיוון שמדיניות כזו היא מדיניות גמישה המאפשרת ניהול שעות העבודה בכל אחד מן התחומים הקליניים בהתחשב בצרכים הייחודיים של כל מחלקה ובית חולים ספציפיים. המודל האירופי שקובע 48 שעות בשבוע עשוי להיות יעד נשאף (aspirational goal) עבור ישראל. משרד הבריאות יקבע ויעדכן את מספר שעות העבודה המרבי המתאים ביותר לישראל. לנוכח הניסיון הבין-לאומי, כדאי ליישם את צמצום שעות העבודה בהדרגה, לאורך זמן, ולשלב אנשי מקצוע נוספים שיחלקו את הנטל עם המתמחים, למשל עוזרי רופא ואחיות מומחיות. עוד אנו ממליצים ליצור מנגנון אכיפה יעיל ליישום ההנחיות הנוגעות לשעות העבודה ולקבוע מה תהיה ההתנהלות במקרים של חריגה עקבית מהנהלים.

רקע

מתמחים ברפואה בישראל עובדים שעות רצופות וארוכות. ברוב הימים הם עובדים מ-7:00 או 8:00 עד 15:00 או 16:00, ונוסף על כך הם עובדים לעיתים קרובות 26 שעות רצופות: עבודה בלילה ובסוף שבוע או חג. שעות עבודה אלו רבות מהנהוג לעבוד בכל מקצוע אחר במשק. תנאי העבודה של מתמחים הם סוגיה שעולה לא אחת על סדר היום בישראל. עם השנים נעשו ניסיונות אחדים לשיפור תנאי עבודתם באמצעות קיצור משך התורנות (מ-36 שעות ל-26), קביעה של מגבלת שעות עבודה שבועית (71.5 שעות), הוספת דרישה לשתי שעות מנוחה במהלך התורנות וקביעת מגבלה על מספר התורנויות המרבי לחודש (6 תורנויות).

עם זאת, בפועל המתמחים מדווחים שלא תמיד נשמרים כל הנהלים שנקבעו. כך למשל, בסקר של ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: הר"י) מ-2020, 63% מהמתמחים דיווחו שהם אינם מצליחים לישון במהלך התורנות: 9% מדווחים שהם כלל לא מצליחים ו-54% מדווחים שהם מצליחים בכך רק לעיתים רחוקות. 24% מהמתמחים דיווחו שהם מבצעים בחודש ממוצע יותר מ-6 תורנויות (17% מבצעים 7 תורנויות, ו-7% מבצעים 8-10 תורנויות). 31% מהמתמחים דיווחו שהם נמצאים בבית החולים בשבוע ממוצע 71.5 שעות או יותר.

משרד הבריאות שוקל איך לקדם שינויים בנוהלי העבודה של מתמחים ברפואה. העניין עלה בין היתר לקראת המגעים על ההסכם הקיבוצי הצפוי עם ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: הר"י). ההסכם הקודם נחתם בשנת 2011, בתום שביתה ארוכה של הרופאים, ותוקפו נקבע לשמונה שנים. נכון לעת כתיבת הדברים (אוקטובר 2021), מועד פתיחת הדיונים נדחה בשל העיכובים בהרכבת ממשלה והתפרצות מגפת הקורונה. בה בעת, התפרצות מגפת הקורונה הציבה את תנאי העבודה של המתמחים במרכז הדיון הציבורי וגררה מחאה גדולה של המתמחים בדרישה לקיצור התורנויות. בעקבות מחאה זו כינסה הר"י ועדת מומחים מיוחדת לבחינת מתכונת העבודה של המתמחים ושל אופי התורנויות בבתי החולים. הוועדה דנה במודלים חלופיים חדשים במטרה לקצר תורנויות של 26 שעות.

לקראת המגעים הצפויים ביקש משרד הבריאות ממכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל לערוך סקירה של מודלים לעבודת מתמחים בארצות שונות, בדגש על מספר שעות העבודה, וכן סקירה של הידוע על השפעותיהם של מודלים אלו על הכשרת המתמחים, על איכות חייהם ועל בטיחות הטיפול שהם מעניקים למטופליהם.

מטרות

מטרות העבודה היו (1) לבחון את הראיות בנוגע לשעות עבודה מרביות של מתמחים ואת השפעת שעות העבודה על איכות הטיפול ואיכות החיים של המתמחים; (2) להציג נתונים עדכניים על החוקים ושעות העבודה בפועל של מתמחים במדינות OECD; (3) להציע דוגמאות מוצלחות, רלוונטיות לישראל.

שיטה

השתמשנו בשני כלים:

1. לצורך בחינת סוגיית שעת העבודה של מתמחים והשפעתן על איכות הטיפול, ההכשרה ואיכות החיים של מתמחים, ערכו החוקרים סקירת ספרות שהתבססה על סקירות שיטתיות ומאמרים עדכניים. החוקרים סקרו במנוע החיפוש Google Scholar ובמאגר המידע PubMed מאמרים לפי מילות מפתח (residents work hours, physicians, fatigue, night shifts, night float); לצורך העמקת הידע נסקרו מאמרים נוספים שצוטטו במאמרים שעלו בחיפוש; כמו כן חיפשו החוקרים הצהרות מדיניות של ארגונים העוסקים בתחום.

2. לנוכח הפער הקיים לעיתים בין הנהלים והמתואר בספרות ובין היישום בשטח, וכדי להרחיב את הסקירה למדינות רלוונטיות שלא נמצא עליהן מידע בספרות החוקרים נעשה סקר מומחים ממדינות בעולם שהשווה בין ההגבלות החוקיות על שעות העבודה של המתמחים ובין יישומן בפועל במדינות אלו. החוקרים חיברו שאלון על בסיס שאלות שנמצאו חשובות למשרד הבריאות ועל בסיס ממצאי הסקירה הבין-לאומית והעלו אותו ברשת חוקרים מומחי מדיניות בריאות בין-לאומית של הארגון European Observatory on Health Systems and Policies – ארגון אירופי לקידום מדיניות בריאות על בסיס ראיות. לארגון יש קשר ישיר עם קובעי מדיניות ומומחים ביותר משלושים מדינות, והוא עובד בשותפות עם מרכזי מחקר, ממשלות וארגונים בין-לאומיים וכן מנתח מערכות בריאות ומגמות מדיניות. מטרת השאלון הייתה לבחון את תנאי העבודה של מתמחים, בדגש על מספר שעות העבודה בפועל במדינות OECD נבחרות.

נדגמו 13 מדינות, רובן דומות לישראל בהיקף התשומות והמשאבים הזמינים למערכת הבריאות, ובהם המשאבים הציבוריים. אמות המידה לבחירתן היו: שיעור רופאים ל-1,000 נפש, גודל אוכלוסייה, הוצאה על בריאות כחלק מהתוצר והחלק היחסי של המימון הציבורי על ההוצאה הכללית לבריאות (הנתונים עדכניים ל-2019 ונדלו ממאגר OECD). המדינות שנדגמו על פי אמות מידה אלו הן ספרד, הולנד, הונגריה, אירלנד, אנגליה, אסטוניה, סלובניה, צ'כיה, לטביה ופינלנד. עליהן הוספו ארצות הברית משום שעיקר הספרות בתחום מגיעה ממנה, וגם קנדה וגרמניה בגלל הניסיון שלהן לצמצם את שעות העבודה של מתמחים.

ממצאים

סקירת ספרות

עבודה אינטנסיבית של מתמחים במשך שעות ארוכות עלולה לפגוע במקצועיות שלהם ובאיכות הטיפול שהם מעניקים. על אף הקושי להוכיח אמפירית השפעה ישירה על תוצאות הטיפול נמצא שעבודה בתנאים של עייפות קיצונית משפיעה על הפעילות הקוגניטיבית והקלינית של רופאים ומגדילה את הסיכוי לטעויות בטיפול. מחקרים אמפיריים מראים שלתורנויות ארוכות, של יותר מ-16 שעות, יש השפעות שליליות על איכות החיים של המתמחים ועל בטיחות הטיפול עקב מחסור בשעות שינה. לנוכח ראיות אלו, מדינות OECD רבות וכן ישראל מנסות להגביל את שעות העבודה של המתמחים בשבוע ואת משך התורנויות שלהם ומקפידות על מנוחה בין תורנויות. להלן חמש הדרכים העיקריות הנסקרות בספרות שנועדו לאפשר למתמחים לעבוד פחות שעות עבודה ועם זה לא לפגוע בהיבטים אחרים של ההתמחות והעבודה בבית החולים.

1. **הגבלת מספר שעות העבודה בשבוע:** ב-2003 הוטלה בארצות הברית מגבלה על מספר שעות העבודה של מתמחים בשבוע ונקבעו 80 שעות עבודה לכל היותר. מספר דומה של שעות עבודה יש בקנדה. האיחוד האירופי קבע ב-2009 מגבלה של 48 שעות בשבוע, כולל תורנויות
2. **עבודה בשעות לילה בלבד (night float):** במשך תקופה המוגבלת לכמה לילות בחודש לכל היותר, מתמחים עובדים ברציפות, במשמרות לילה בלבד, במקום בתורנויות שמשתלבות עם שעות עבודה רגילות. מודל זה נוסה בארצות הברית ובקנדה, וגרסה מסוימת שלו מיושמת כיום באנגליה
3. **צמצום תדירות התורנויות:** הורדת תדירות התורנויות, למשל מפעם ביומיים לפעם בארבעה ימים (כלומר ל-7 תורנויות בחודש)
4. **קיצור התורנויות:** הגבלת משך התורנות ל-24 או 16 שעות
5. **קביעת שעות מנוחה במהלך תורנות:** דרך זו נוסתה במטרה לצמצם שעות עבודה רצופה שאין בהן שינה. לשם כך נקבע זמן מוגדר המוקדש למנוחה בלבד במהלך התורנות; בזמן זה על המתמחה למסור לאיש צוות אחר את האחריות למחלקה. נעשה ניסיון ליישם דרך זו בכמה מדינות, ובהן ארצות הברית וישראל.

להפחתה של מספר שעות העבודה באמצעות הגבלת שבוע העבודה, הפחתת תדירות התורנויות או קיצור משך התורנויות עשויה להיות השפעה על מדדי תוצאה של איכות הטיפול (טעויות בטיפול, שיעורי תמותה וכו'). מחקרים רבים תומכים בהפחתת מספר שעות העבודה או מראים שאין הבדל של ממש, במדדים שנבדקו, בין המצב הקיים ובין המצב לאחר הפחתת מספר שעות העבודה. מיעוט המחקרים מראה: (1) פגיעה בממד הרפואי, דהיינו ברצף הטיפול; (2) פגיעה בממד הלימוד-ההכשרה, שכן צמצום המקרים שהמתמחה מטפל בהם, בעקבות צמצום שעות עבודתו, פוגע בניסיון שהמתמחה צובר במהלך ההתמחות (נמצא בעיקר בהתמחויות מתחום הכירורגיה); (3) פגיעה בתחושת המוכנות של מתמחים לתפקידים בכירים. חלק מן המחקרים, כולל שני מחקרי ניסוי מבוקר הקצאה אקראית (Randomized Controlled Trial – RCT) גדולים לא מצאו הבדל באיכות ובטיחות הטיפול כתוצאה מקיצור תורנויות.

השוואה בין-לאומית

ממצאי ההשוואה הבין-לאומית בין 14 מדינות עולה כי רק מדינה אחת, אנגליה, מיישמת תורנויות מקוצרות של עד 13 שעות לתורנות (ר' סיכום ממצאים עמוד vi). כל שאר המדינות נוהגות תורנויות ארוכות על בסיס שבועי. מבחינת אורך התורנות, ישראל איננה חריגה במספר שעות מרבי לתורנות, ולמעשה **רוב מדינות שסקרנו מעידות שהמתמחים מבצעים תורנויות של 24–26 שעות**. החריגות הן הונגריה וסלובניה, ובהן אורך התורנות הוא 16 שעות, אם כי בשתייהן יש אפשרות לשבץ מתמחים לתורנויות ארוכות יותר, של 32 שעות, בהסכמתם.

בכל המדינות שנסקרו יש מגבלה על סך כל שעות העבודה בשבוע, ובהן תורנויות. מצאנו שתי גישות של מגבלת שעות עבודה בשבוע: (1) בארצות הברית ובמחוז אונטריו בקנדה ההתמחות אינטנסיבית מבשאר המדינות: המתמחים רשאים לעבוד שם עד 80 שעות בשבוע, ושתי המדינות מאפשרות את תדירות התורנויות החודשית הגבוהה ביותר; (2) מדינות אירופה נצמדות לחוק European Working Time Directive (להלן: EWTD). חוק זה קובע שהמספר המרבי של שעות העבודה של מתמחה בשבוע

יהיה 48 בממוצע. ממוצע זה מחושב על פני תקופת זמן, ותקופה זו שונה ממדינה למדינה. למשל, בספרד הממוצע מחושב על פני חצי שנה, ובאסטוניה על פני ארבעה חודשים. בדרך זו המדינות מאפשרות חריגות מסוימות. לדוגמה, בהולנד מותר לעבוד עד 60 שעות בשבוע בתנאי שממצעים ל-55 שעות לשבוע בחודש, ול-48 ב-4 חודשים. בחלק מהמדינות מתקשים לעמוד במגבלה זו, וישנם מנגנונים המאפשרים עבודה מעל למגבלת השעות (באמצעות חתימה על חוזה חלופי, opt out). ישראל קרובה יותר לגישה הראשונה, והיא מתירה למתמחים לעבוד 71.5 שעות בשבוע.

רק בישראל ישנן שעות המוקצות למנוחה בזמן התורנות (ולא הפסקות קצרות של עד חצי שעה). ואולם, אין מנגנון יעיל לאכיפה וליישום של הנחיה זו.

הנהלים אינם נאכפים בקפידה ברוב המדינות. המדינות שבלטו לטובה ביכולת שלהן לאכוף את הנהלים הן אירלנד ואנגליה; בשתיהן יש הליך מוסדר להגשת תלונה בנוגע להפרות נוהלי עבודה.

סיכום ממצאים – שעות עבודה מרביות למתמחים, על פי חוק, 2020

מדינה	משך עבודה רציפה (שעות)	חוזה חלופי – opt out משך עבודה רציפה	מספר מרבי של שעות עבודה בשבוע	משך זמן למיצוע (חודשים)	חריגה ממגבלת שעות עבודה שבועיות	חוזה חלופי – opt out מספר מרבי של שעות עבודה בשבוע
ארה"ב	28		80	1		88
קנדה (אונטריו)	26		80			
ישראל	26		71.5	12		
ספרד	24		48	6		
הולנד	24		48	4	60	
הונגריה	16	32	48	6	60	
אירלנד	24		48	6		
אנגליה	13		48	6		56
אסטוניה	24		48	4		
סלובניה	16	32	48	6		
גרמניה	24		42	12	80	48
צ'כיה	16	24	40	12	48	56
לטביה	24		40			56
פינלנד	24		38.25	4	85	48

המלצות למדיניות

להלן המלצות המחקר:

- שיפור תנאי העבודה של המתמחים, בהסתמך על הניסיון של רוב המדינות שנסקרו ובתור הדרך המוטמעת הנפוצה ביותר מחמש הדרכים שזוהו בסקירה הבין-לאומית, ייעשה על ידי **צמצום המספר המרבי של שעות עבודת המתמחים בשבוע, המותרות בחוק**. זוהי מדיניות גמישה המאפשרת ניהול שעות העבודה בכל תחום קליני בהתחשב בצרכים הייחודיים של כל מחלקה ובית חולים. המודל האירופי קובע 48 שעות, והוא עשוי להיות יעד נשאף (aspirational goal) עבור ישראל. משרד הבריאות יקבע ויעדכן את מספר שעות העבודה המרבי המתאים ביותר לישראל.
- השינוי במספר שעות העבודה המרבי **ייקבע ויושם על ידי משרד הבריאות בשיתוף גורמים המעורבים במדיניות**, דוגמת משרד האוצר, משרד הכלכלה והתעשייה, הר"י, ארגון המתמחים ("מרשם") ומנהלי בתי חולים.
- צמצום שעות העבודה בשבוע הוא צעד הכרחי אבל קשה לביצוע ולכן **ייעשה בהדרגה**, בסדרת שינויים שיתפרשו על פני שנים אחדות ובשלבים מצטברים (דוגמה לכך היא הרפורמה להוספת שירותי רפואת שיניים לילדים ולקשישים לסל הבריאות). כל שינוי צריך להביא בחשבון **שלושה פרמטרים**: (1) **מניעת פגיעה בתהליך ההכשרה**; (2) **מציאת מנגנוני תמיכה בהחלפת משמרות שימרו על רצף הטיפולים**; (3) **תוספת תקני מתמחים ותגבור כוח אדם מגוון ומתאים**, דוגמת עוזרי רופא, לוקחי דמים, אחים מומחים ועוזרי אחים שיעבדו לצד המתמחים כדי לאפשר לצוות לחלוק יחד בעומס העבודה.
- יש צורך בקביעת נהלים ברורים, ובהם **אישור והסכמה של המתמחה עצמו לכל חריגה** שהיא; וכדי שהנהלים לא יישארו בגדר המלצה בלבד – **מיסוד הליך אכיפה מוסדר** (למשל באמצעות דיווחים סדירים או ביקורות) וקביעת **סמכות אחראית שתוכל לאכוף** כל כלל שייקבע, למשל באמצעות נזיפה או הטלת קנס, במקרה של הפרות הנוגעות לנוהלי שעות העבודה.

דברי תודה

אנו מודים לד"ר ורד עזרא, לשרי פנג שגב, לאלון קדמון, לאלכסיי בלינסקי ממשרד הבריאות ולד"ר דן סלע מהר"י על ההערות החשובות. תודתנו נתונה לפרופ' טוביה חורב על התובנות בעניין יישום הרפורמה של הוספת שירותי בריאות השן לסל הבריאות. תובנותיו סייעו לנו לגבש צעדים מעשיים ליישום ההמלצות בסופו של מחקר זה.

תודות לחברי European Observatory on Health Systems and Policies על מילוי השאלון ועל המשוב שסיפקו לנו:

Peter Cram, Senior Scientist, Toronto General Hospital Research Institute (TGHRI), Director of the Division of General Internal Medicine and Geriatrics at Sinai Health System and University Health Network, Professor of Internal Medicine at University of Toronto, Canada

Jana Votápková, Research Fellow, Institute of Economic Studies, Faculty of Social Sciences, Charles University, Czech Republic

Lucie Bryndova, Adjunct Lecturer, Research Fellow, Center for Social and Economic Strategies, Faculty of Social Sciences, Charles University, Czech Republic

Gemma Williams, Research Officer at Health division, London School of Economics, England

Triin Habicht, International Health Financing Consultant, Estonian Health Insurance Fund; Lecturer, University of Tartu, Estonia

Kaija Kasekamp, Health equality lead (Health System Development department), Ministry of Social Affairs, Tallinn, Estonia

Ilmo Keskimaki, Professor, Health Services Research, School of Health Sciences, University of Tampere, Finland

Liina-Kaisa Tynkkynen, Assistant Professor (tenure-track) in health and social policy, Finland

Verena Van Ginneken, Specialist in neurology at Charité hospital - University Medicine Berlin, Germany

Eszter Kovacs Assistant Professor at Semmelweis University, Health Services Management Training Centre, Budapest, Hungary

Sara Burke, Research Assistant Professor of Health Policy in the Centre for Health Policy and Management, in the School of Medicine, Trinity College Dublin, Ireland

Sara Barry, Assistant Professor of Health Services Management at the Centre for Health Policy and Management, Trinity College Dublin, Ireland

Barbara Whiston, National Doctors Training and Planning, National HR, Health Service Executive, Ireland

Daiga Behmane, Riga Stradins University: Vice-Dean, Faculty of Public Health and Social Welfare; Deputy Director, Institute of Public Health; Head of Study Program, Health Management Teaching Staff Group, Latvia

Ronald Batenburg, Program coordinator, Health Workforce and Organization Studies at the Netherlands Institute of Health Services Research (NIVEL), Professor, Sociology Department, Radboud University Nijmegen, the Netherlands

Tit Albreh, Senior Health Services and Health Systems Researcher at the National Institute of Public Health of Slovenia; Associate professor of public health at the Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Slovenia

Rade Pribakovic, Researcher, National Institute of Public Health, Slovenia

Enrique Bernal-Delgado, Senior Health Services Researcher, Health Services Policy, Aragon Health Sciences Institute, Spain

Francisco (Paco) Estupiñan, Researcher, Health Services and Policy (ARiHSP), Aragon Health Sciences Institute, Spain

Ester Angulo, Statistician, Health Services and Policy (ARiHSP), Aragon Health Sciences Institute, Spain

תודה לחברי European Observatory on Health Systems and Policies על ההערות למחקר ועל סיועם בחומרים וברעיונות לגיבוש צעדים מעשיים ליישום המלצות המדיניות.

ראויים לתודה מיוחדת:

Suszy Lessof, European Observatory on Health Systems and Policies

Mark Dayan, Nuffield Trust

Gemma Williams, European Observatory on Health Systems and Policies

Erica Richardson, European Observatory on Health Systems and Policies

Bernd Rechel, European Observatory on Health Systems and Policies

Sara Burke, Trinity College Dublin

כמו כן ברצוננו להודות לפרופ' רחל ניסנהולץ-גנות, לד"ר מיכל לרון ולפרופ' ברוך רוזן על ההערות שסייעו בדיוק המחקר. ולבסוף, תודה לד"ר עדין ברויאר על ייעוץ התוכן והסיוע למחקר זה.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
2	1.1 תיאור הבעיה
3	1.2 הסיבות לשעות העבודה המרובות של רופאים מתמחים
3	1.3 הצורך בצמצום שעות העבודה של רופאים מתמחים
5	2. סקירת הספרות וההשוואה הבין-לאומית
5	2.1 מטרות
5	2.2 שיטות
8	3. ממצאים
8	3.1 ממצאי סקירת הספרות
12	3.2 ממצאי ההשוואה הבין-לאומית
26	4. מגבלות והצעות למחקרי המשך
27	5. סיכום והמלצות למדיניות
27	5.1 סיכום הנלמד מהעבודה
28	5.2 המלצות למדיניות בישראל
31	6. אחרית דבר
33	עוד פרסומים של המכון בנושא
34	מקורות
40	נספחים
40	נספח א: השאלון לנציגי מדינות נבחרות על תנאי עבודה של מתמחים ברפואה, במדינותיהם
43	נספח ב: פרטי המשיבים על השאלון
49	נספח ג: מקורות, ובהם חוקים, ששימשו את ממלאי השאלון

רשימת לוחות

7	לוח 1: פירוט מאפייני מדינות ההשוואה לפי אמות מידה נבחרות
14	לוח 2: השוואה בין-לאומית – שעות עבודה מרביות למתמחים, על פי חוק
21	לוח 3: השוואה בין רכיבי שכר נבחרים במדינות נבחרות
23	לוח 4: תיאור שיטת התשלום למתמחים במדינות נבחרות

רשימת לוחות בנספחים

43

לוח ב1: פרטי המשיבים על השאלון, לפי מדינה

49

לוח ג1: המקורות ששימשו את ממלאי השאלונים, לפי מדינה