



מינהל הסיעוד

Nursing Division

משרד  
הבריאות

לחיים בריאים יותר

א' כסלו תשפ"ד  
14 נובמבר 2023

לכבוד  
סגל בכיר בסיעוד

שלום רב,

הנדון: הליך הכרה ב"אבות מקצוע" – מומחיות בגסטרואנטרולוגיה

רקע:

מנהל הסיעוד נערך להליך הכרה ב"אבות מקצוע" למומחיות בתחום גסטרואנטרולוגיה. בהתאם לפרק ו' סעיף 30, תחולה והוראות מעבר לתקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד), התשע"ד-2013, אח מוסמך העומד בקריטריונים שיוצגו בהמשך, זכאי להיות פטור מתוכנית ההתמחות. אין בהוראה זו בכדי לפתור את המועמד ממבחני הרישוי הממשלתיים למומחיות בסיעוד (פרק ו', סעיף קטן 4).

מועד הגשת בקשה:

מועמד העומד בקריטריונים המפורטים מטה ויגיש את כל המסמכים הנדרשים עד ליום **31.03.24**, תיבדק היתכנותו להיכלל בהליך הוראות המעבר (הכרה ב"אבות מקצוע" הפטורים מתוכנית ההתמחות). בקשה שתתקבל במנהל הסיעוד מעבר למועד שצוין לעיל, לא תיבדק.

אישורים נדרשים להגשת הבקשה:

1. לימודים אקדמיים:
  - תעודות תואר ראשון ושני מוכרים במדינת ישראל (מוכר על ידי המל"ג או הוועדה להכרה בתארים אקדמיים במשרד החינוך).
  - אחד מהתארים בסיעוד (ראשון או שני).
2. אישור המעסיק (טופס מצורף בנספח):
  - א. הצהרה כי המועמד מועסק בתחום הגסטרואנטרולוגיה כעיסוק עיקרי (נספח 1) 5 שנים ומעלה.
  - ב. תאריכים מדויקים להעסקתו בתחום הגסטרואנטרולוגיה כעיסוק עיקרי לרבות היקפי משרה (נספח 1).
  - ג. חוות דעת מנהל/ת הסיעוד על תפקודו כאח/ות גסטרואנטרולוגיה כעיסוק עיקרי (נספח 2).



מינהל הסיעוד

Nursing Division

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

3. קורות חיים הכוללים פרטי התקשרות עם המועמד, תמונה, פירוט הניסיון המקצועי, השכלה והשתלמויות מקצועיות, פרסומים והצגה בכנסים. יש לצרף:
- א. תעודת רישום השתלמות מוכרת (קורס על בסיסי) באחד מהתחומים הבאים: גסטרואנטרולוגיה, טיפול נמרץ משולב.
  - ב. תעודות המעידות על סיום בהצלחה של השתלמויות מקצועיות בתחום הגסטרואנטרולוגיה המפרטות את תחומי ההשתלמות ושעות הלימוד.
  - ג. צילום דף ראשון של פרסומים מדעיים כפי שפורסמו בכתבי עת מקצועיים.
  - ד. תקצירי הצגות בכנסים לרבות פרטי הכנס.
  - ה. כל מסמך המעיד על פעילות מקצועית ותהליכים מקצועיים העוסקים בקידום תחום הגסטרואנטרולוגיה ותרומתו המקצועית של המועמד לתחום.

#### אופן הגשת הבקשה:

לאור הצפי לכמות פניות רבה, יש להקפיד על אופן הגשת המסמכים. את המסמכים הנדרשים יש להציג בקלסר בהתאם לסדר המסמכים הנדרש המופיע במסמך. הקלסר יכלול דף תוכן עניינים בו הפנייה לעמוד בו מופיעה האסמכתא הרלוונטית. לא נוכל לבדוק תיקים שלא יוגשו בהתאם להנחיות אלו.

את המסמכים יש לשלוח למחלקה לפיתוח מקצועי, מנהל הסיעוד, משרד הבריאות, רח' ירמיהו 39 ת"ד 1176 ירושלים 9101002.

מגיש הבקשה יקבל אישור מנהל הסיעוד בכתב המעיד על יום קבלת המסמכים.

#### הליך הטיפול בבקשה:

בהתאם לתקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד), התשע"ד-2013, המועמדות תוגש לוועדה המייעצת אשר תשקול את היתכנות המועמד להיות מוכר כ"אב מקצוע" – מומחיות בגסטרואנטרולוגיה. החלטת הוועדה תישלח למועמד בכתב.

בברכה,  
ד"ר הילה פיגל  
מנהלת המחלקה לפיתוח מקצועי

העתק: דר' שושי גולדברג, אחות ראשית ארצית וראשת מינהל הסיעוד



מינהל הסיעוד

Nursing Division

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**נספח 1 – הצהרת המעסיק על העסקת המועמד בתחום הגסטרואנטרולוגיה כעיסוק עיקרי (ימולא על ידי מנהל/ת הסיעוד)**

שם המועמד: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

**נתוני העסקה**

המועמד הועסק בתחום הגסטרואנטרולוגיה כעיסוק עיקרי 5 שנים ומעלה בהתאם לנתונים המופיעים בטבלה הבאה (יש למלא):

| שם היחידה בה הועסק | מועד תחילת העסקה | מועד סיום העסקה | היקף משרה |
|--------------------|------------------|-----------------|-----------|
|                    |                  |                 |           |
|                    |                  |                 |           |
|                    |                  |                 |           |
|                    |                  |                 |           |
|                    |                  |                 |           |

שם המאשר/ת: \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

שם המוסד המעסיק: \_\_\_\_\_



מינהל הסייעוד

Nursing Division

**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

**נספח 2 – חוות דעת ממונה**  
(ימולא על ידי מנהל/ת הסייעוד)

שם המועמד : \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

בעת מילוי חוות הדעת יש לציין דוגמאות לתחומי אחריותו ומגוון הפעילויות המקצועיות של המועמד בתחום המומחיות לרבות יישום תכניות התערבות ברמת המטופל וברמה מוסדית.

1. תרומת המועמד למטופלים ולארגון בתחום : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

2. ידע מקצועי:

---

---

---

---

3. מרחב העשייה ועצמאות בפעילות המקצועית:

---

---

---

---

**הצהרת מנהל/ת הסייעוד:**

אני (שם מנהל/ת הסייעוד) \_\_\_\_\_ מצהיר/ה כי המועמד/ת (שם המועמד/ת) \_\_\_\_\_  
ראוי/ה לקבל הכרה במסגרת הליך "אבות מקצוע" בתחום \_\_\_\_\_.

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_