

האוניברסיטה העברית בירושלים
הפקולטה למדעי החברה
בית הספר ע"ש פדרמן למדיניות ציבורית וממשל

האם שכר הרופאים בישראל נמוך מדי?

רמת השכר והמגמות בשכר הרופאים בהשוואה
למדינות המפותחות ולמקצועות נבחרים, 1997-2012

עבודת גמר לתואר מוסמך במדיניות ציבורית

מנחה: פרופ' מישל סטרבצ'ינסקי
מגיש: איתמר יקיר, 066421173
תאריך הגשה: 11 באפריל 2015

תקציר

הרמה המקצועית של הרופאים היא אחד מן הגורמים המרכזיים לאיכות הגבוהה של מערכת הבריאות הישראלית. חשיבות הרופאים גורמת לכך שמערכות השלטון עוסקות באופן אינטנסיבי באיכותם, במספרם ובהקצאתם של הרופאים – בין פרטי לציבורי, בין בתי החולים למרפאות בקהילה, בין סוגי התמחויות, ובין אזורים גיאוגרפיים. שלוש סוגיות אלו, האיכות, המספר והפיזור, נפגשות בנקודת מפגש אחת: רמת השכר של הרופאים. בטווח הקצר והבינוני שכר הרופאים אינו נקבע במסגרת השוק כי אם במסגרת משא ומתן המתקיים מעת לעת בין הרופאים לבין המעסיקים: הממשלה וקופות החולים.

בהשוואה למדינות אחרות ידעה ישראל לאורך השנים שביטות רופאים מרובות וממושכות. השביתה הממושכת ביותר ומן הדרמטיות שבהן התרחשה בשנת 2011 ובסופה הושג הסכם שכר חדש, שכלל כמה וכמה מהלכים פורצי-דרך בעיצוב פני הרפואה הישראלית. שביתה זו, והתהליכים שהובילו לפריצתה, שיקפו זעם רב מצד הרופאים בנוגע לתנאי עבודתם ורמת השכר שלהם.

על רקע זה מתבקשת בין היתר העלאתן של שלוש שאלות: ראשית, האם שכרם של הרופאים הינו או שהיה נמוך במיוחד יחסית לשכרם של רופאים במדינות המפותחות או בהשוואה לקבוצות עובדים מסויימות בישראל? שנית, האם חלה שחיקה בשכר הרופאים בשנים שקדמו לשביתה? ושלישית, האם קיימים פערי שכר משמעותיים בין קבוצות שונות של רופאים, שעשויים להיות קשורים בהיווצרותם של משברים? בחינתן של שאלות אלו על-סמך נתונים ממקורות שונים ובאמצעות מספר שיטות סטטיסטיות מאפשרת לגבש מספר מסקנות:

(א) שכרם של הרופאים המומחים בישראל, יחסית לתוצר לנפש, היה בעקבות ההסכם, מן הגבוהים בקרב הרופאים במדינות המפותחות, ודורג בשנים שלאחר הפעלת ההסכם במקומות ה-4-5 מתוך 20-23 מדינות. ואולם, גם קודם לכן היה מן הגבוהים שבהם: במקום ה-6 מתוך 21 מדינות. בדומה לכך, שכר הרופאים הכלליים יחסית לתוצר לנפש נע סביב חציון המדינות שבמדגם.

(ב) בהשוואה לעובדי המנהל הציבורי, מורים ושכירים משכילים, שכרם של הרופאים היה ונותר גבוה למדי, הן בחתך שעתי ועוד יותר מכך בחתך החודשי. לאורך רוב התקופה שכר הרופאים היה דומה ברמתו לזה של המהנדסים ולעובדים המשכילים בענף ההיי-טק ובמיוחד בחתך השעתי. תמונה זו מתקבלת הן מבחינת ממוצעי השכר של הקבוצות והן מתוך גרסיות שכר. כשמשלח-היד עצמו נבחן כתכונה ברגרסיה (שבה קבוצת הבסיס היא שכירים בעלי 15 שנות לימוד ומעלה), פרמיית השכר למשלח-היד "רופא", היא 0.33, בהשוואה ל-0.14 עבור מורה, 0.11 עבור עובד המנהל הציבורי, 0.35 עבור מהנדס ו-0.38 עבור עובד בענפי ההיי-טק.

(ג) ניכרת מגמת שחיקה בשכרם של הרופאים בין השנים 2003-7, ואולם מגמת תיקון השכר ניכרת כבר משנת 2008, בעקבות פסק הבוררות שפורסם על-ידי המדינה, כ-3 שנים לפני פרוץ השביתה בשנת 2011.

על-מנת להשיב לשאלה השלישית נבחנו בעבודה הפרמיות לתכונות שונות של הפרטים עבור כל קבוצת עובדים בנפרד. נמצא כי בהשוואה לנחיתותם היחסית בקרב קבוצות העובדים האחרות שכרם של יוצאי ברית המועצות ותושבי פריפריה אינו חריג לרעה כלל בקרב הרופאים. בנוסף לכך בולטת במיוחד העובדה שבקרב הרופאים זוכים הערבים לשוויון מלא בשכר בעוד שבשאר הקבוצות שנבחנו, להוציא קבוצת המורים, הפרמיה לתכונה "ערבי" היא שלילית וחזקה מאוד: 0.23- בקרב כלל השכירים; 0.28- בקרב עובדי ההיי-טק; 0.42- בקרב המהנדסים.

(ה) לעומת-זאת, מצבם היחסי של צעירים בקרב הרופאים גרוע באופן משמעותי (0.41-) בהשוואה למצבם בקרב הקבוצות האחרות (0.11- בקרב המהנדסים עד 0.31- בקרב המורים). מבחינת פער השכר בחתך המין, מצבן היחסי של הנשים בולט לרעה ברמה החודשית (0.41-) ודומה לרוב הקבוצות האחרות ברמה השעתי (0.18-).

לאור הממצאים ניתן לתהות מדוע פרצה השביתה של 2011 או למצער מדוע הייתה ממושכת וסוערת כל-כך. התשובות לשאלה זו טמונות בחלקן בממצאי העבודה ובחלקן מבוססות על השערה. אי-השוויון בין הרופאים ובפרט בין צעירים למבוגרים מהווה גורם מתסיס שהכרח שיתפרץ מעת לעת ובמיוחד ככל שחולף הזמן מאז שרוסן לאחרונה. החשיפה ההולכת וגדלה של הרופאים לבעלי מקצועות טכנולוגיים בישראל, ולרופאים אמריקאים, יכולה אף היא להשפיע על התרחבות הפער בין ציפיות הרופאים לבין המציאות. לבסוף, קיימים גם מספר גורמים מבניים ותרבותיים המהווים חומר-בעירה להתפרצויות אלו המתלקחות מעת לעת: תפיסה עצמית אליטיסטית; מסורת בעייתית של ניהול סכסוכי עבודה בישראל; ומערכת תקציבית ציבורית אשר ממשכה להתנהל באמצעות "טקסים" מחזוריים המשקפים טראומה, ורתיעה מייזום מהלכים מבניים הכרוכים בהתחייבויות תקציביות ארוכות-טווח – דפוס שנפרץ במידה מסויימת עם חתימת ההסכם המקיף האחרון בשנת 2011.

תודות

תודות רבות אני מבקש לתת למנחה שלי בכתיבת העבודה, פרופסור מישל סטרבצ'ינסקי – על השעות הרבות שהקדיש לצורך הנחייתי, בנועם, בסבלנות, ברצון טוב ובחכמה רבה; על הדירבון והאתגר לאורך הדרך; ועל המשוב המדויק והמועיל שנתן לי במהלך עריכת המחקר וכתיבת העבודה. העבודה עם מישל הייתה עבורי זכות גדולה.

זאת גם ההזדמנות להודות לסגל המנהלי של בית הספר למדיניות ציבורית, ובראשו גברת עופרה תורן קומר, שאחראית במידה רבה כל-כך לעיצוב מסגרת הלימודים והאווירה הלימודית בבית הספר; ולהצלחה של תלמידים רבים להשלים במסגרתו את לימודיהם.

תוכן עניינים

2	.....	תקציר
3	.....	תודות
6	.....	1. מבוא
7	.....	2. רקע
7	.....	2.1 מערכת הבריאות הישראלית
7	.....	2.2 הרופאים בישראל
8	.....	2.3 שכר הרופאים בישראל
11	.....	2.4 שבתות רופאים בישראל והשביתה הגדולה של שנת 2011
14	.....	3. שאלת המחקר
15	.....	4. סקירת ספרות
15	.....	4.1 הרציונל של השוואות שכר, שימושיהן וצורות הניתוח המקובלות של פערי שכר
16	.....	4.2 פערי שכר בישראל
19	.....	4.3 פערי שכר בקרב רופאים במדינות המפותחות
24	.....	4.4 פערי שכר בקרב רופאים בישראל
30	.....	5. נתונים
30	.....	5.1 מקור הנתונים
30	.....	5.2 עיבוד נתוני הלמ"ס
31	.....	5.3 מגבלות וסייגים
33	.....	6. מתודולוגיה
38	.....	7. ממצאים
38	.....	7.1 תיאורי א': שכר הרופאים בישראל בהשוואה לשכר הרופאים במדינות המפותחות
41	.....	7.2 תיאורי ב': השכר הריאלי של הרופאים בישראל על-פני זמן
48	.....	7.3 תיאורי ג': שכר הרופאים בישראל בהשוואה לשכרן של קבוצות עובדים נבחרות
50	.....	7.4 הסברי א': הגורמים המנבאים את שכר הרופאים במדינות המפותחות
56	.....	7.5 הסברי ב': פערי שכר ושעות עבודה בקרב אוכלוסיית הרופאים
62	.....	7.6 הסברי ג': הרופאים בישראל בהשוואה למשלחי יד נבחרים
70	.....	7.7 סיכום הממצאים
75	.....	8. דיון
79	.....	9. מקורות
83	.....	נספח א': נספח סטטיסטי
88	.....	נספח ב': רגרסיות שכר - תוצאות מלאות

רשימת תרשימים

ע' 39	תרשים 1: היחס בין שכר הרופאים המומחים לתוצר לנפש, ישראל ו-24 מדינות OECD (שכירים)
ע' 39	תרשים 2: היחס בין שכר הרופאים הכלליים לתוצר לנפש, ישראל ו-16 מדינות OECD (שכירים)
ע' 40	תרשים 3: היחס בין שכר הרופאים המומחים לבין שכר העובדים המשכילים, ישראל ו-18 מדינות אירופאיות
ע' 41	תרשים 4: היחס בין שכרם של רופאים כלליים ורופאים מומחים לשכר הממוצע במשק ולתוצר לנפש (ישראל, שכירים)
ע' 42	תרשים 5: השכר החודשי הריאלי של רופאים כלליים ורופאים מומחים בישראל לפי נתוני ה-OECD (שכירים, מחירי 2014)
ע' 43	תרשים 6: השכר הריאלי החודשי הממוצע למשרת שכיר, של הרופאים בכלל קופות החולים ושיעור הרופאים בקופות
ע' 44	תרשים 7: השכר הריאלי החודשי הממוצע למשרת שכיר, של רופאים בשירות המדינה ושיעור הרופאים בקבוצה זו
ע' 45	תרשים 8: השכר הכולל, החודשי הממוצע, של הרופאים בישראל (מחירי 2014), נתוני מקור והדמיות
ע' 45	תרשים 9: מדדי שכר חודשי ממוצע, כלל הרופאים ורופאים שכירים (מחירי 2014, 1997=100)
ע' 46	תרשים 10: מדדי שכר חודשי ושכר שעותי (מעבודה שכירה) ומדד שעות-עבודה שבועיות, רופאים שכירים (1997=100)
ע' 47	תרשים 11: שכר חודשי מעבודה שכירה, לפי מין (רופאים שכירים, ממוצע 3-שנתי, מחירי 2014)
ע' 47	תרשים 12: שכר שעותי מחושב מעבודה שכירה, לפי מין (רופאים שכירים, ממוצע 3-שנתי, מחירי 2014)
ע' 51	תרשים 13: היחס בין מספר הרופאים המומחים לנפש לבין שכר הרופאים המומחים יחסית לתוצר לנפש
ע' 61	תרשים 14: יחס השכר מעבודה שכירה של רופאים שכירים (שכר חודשי ושכר שעותי מחושב, שכירים בגילאי 25-64)
ע' 63	תרשים 15: השכר החודשי הממוצע מעבודה שכירה בקרב קבוצות עובדים (שכירים בגילאי 25-64, מחירים שוטפים)
ע' 63	תרשים 16: שכר שעותי מחושב בקרב קבוצות של עובדים (שקלים לשעה, במחירים שוטפים, שכירים בגילאי 25-64)
ע' 69	תרשים 17: שיעור הפרטים שאינם נשואים בקרב שכירים בגילאי 25-64 (1997-2012), לפי גיל
ע' 71	תרשים 18: שכר הרופאים - קבוצות משנה שונות, לפי מקורות שונים (מחירי 2014)
ע' 80	תרשים 19: מדד גייני לאי-שוויון בשכר חודשי מעבודה שכירה, קבוצות נבחרות של שכירים
ע' 86	תרשים 20: שכר הרופאים המומחים יחסית לתוצר לנפש, והשכר של בעלי השכלה שלישונית יחסית לבעלי השכלה שניונית
ע' 86	תרשים 21: מספר שעות-העבודה השבועיות בקרב רופאים ורופאות; שכירים בלבד, לפי נתוני סקר הכנסות
ע' 87	תרשים 22: יחס שעות העבודה: רופאות שכירות לשכירות משכילות
ע' 87	תרשים 23: מספר הילדים הממוצע עד גיל 17 בקרב שכירות משכילות ורופאות שכירות, גילאי 25-44
ע' 88	תרשים 24: השכר למשרת שכיר ומספר המשרות, רופאים ב-4 קופות החולים
ע' 89	תרשים 25: שכר חודשי של הרופאים בשירות המדינה – בחלוקה לקבוצות שכר

רשימת לוחות

ע' 13	לוח 1: דרישותיה של ההסתדרות הרפואית במסגרת השביתה האחרונה, רשימה חלקית
ע' 32	לוח 2: סיכום מקורות הנתונים וסוגי הנתונים המוזכרים בעבודה
ע' 38	לוח 3: דירוג שכר הרופאים בישראל בתוך קבוצת מדינות OECD
ע' 40	לוח 4: היחס בין שכר העובדים המשכילים* לבין השכר הממוצע, ישראל ומדינות אירופה
ע' 48	לוח 5: היחס בין שכר הרופאים בישראל לשכרן של קבוצות עובדים נבחרות
ע' 54	לוח 6: תוצאות גרסיה a1: משתנה תלוי: היחס בין שכר הרופאים המומחים לתוצר לנפש
ע' 55	לוח 7: תוצאות גרסיה a2: משתנה תלוי: היחס בין שכר הרופאים הכלליים לתוצר לנפש
ע' 56	לוח 8: היחס בין שכר הרופאים הכלליים לשכר המומחים, ישראל ו-16 מדינות OECD
ע' 59	לוח 9: שכר חודשי ריאלי מעבודה שכירה - רופאים שכירים בגילאי 25-64
ע' 60	לוח 10: שעות-עבודה שבועיות ומאפיינים נוספים - רופאים שכירים בגילאי 25-74*
ע' 64	לוח 11: פרמיות השכר הריאלי למשלחי יד (B1,B2)
ע' 65	לוח 12: גרסיית השכר (C1) של הרופאים
ע' 66	לוח 13: פרמיה של תכונות שונות לשכר מעבודה שכירה בקרב קבוצות עובדים שונות: ממצאים על-פי מודלים C1 ו-C2
ע' 83	לוח 14: רופאים שכירים בגילאי 25-64 - מאפיינים כלליים מסקרי כוח אדם (ממוצעים שלוש-שנתיים)
ע' 88	לוח 15: גרסיית השכר של כלל השכירים
ע' 89	לוח 16: גרסיית השכר של שכירים משכילים
ע' 90	לוח 17: גרסיית השכר של המורים
ע' 91	לוח 18: גרסיית השכר של עובדים בתחום המנהל הציבורי
ע' 92	לוח 19: גרסיית השכר של שכירים משכילים בתחום ההיי-טק
ע' 93	לוח 20: גרסיית השכר של המהנדסים
ע' 94	לוח 21: גרסיית השכר של רופאים שכירים או רופאים שהינם שכירים וגם עצמאים*
ע' 95	לוח 22: גרסיית השכר של רופאים עם התמקדות בתכונה "אישיה"
ע' 97	לוח 21: גרסיית השכר של רופאים עם התמקדות בתכונה "ערבי"

1. מבוא

רמתה של מערכת הבריאות היא אחד מן המפתחות המרכזיים לרמת החיים של האזרחים במדינה. רמה זו משתקפת בין השאר באיכות של השירותים והטיפוליים שמסוגלת המערכת להפיק מרמה נתונה של משאבים שהושקעו בה; ובמצב הבריאותי של האזרחים – ככל שהוא מושפע מהתערבויות שונות שהמערכת נדרשת להן,¹ ומהרמה והפריסה של רפואה קהילתית האמונה על הקטנת סיכונים ומניעת הדרדרות בדרכים של מניעה ו"תחזוקה". רמת המערכת תלויה במגוון רחב של פעולות ומשתנים שהעיקריים שבהם הינם: ההיקף והאיכות של התשתיות הפיסיות והטכנולוגיות, צורת המימון של השירותים השונים, איכות הניהול של המערכת ומידת היעילות המאפיינת אותה בשימוש נכון במשאבים; ומעל לכל, איכות כוח האדם המועסק במערכת ובראשו כוח האדם הרפואי.

במדינה כישראל, שבה עיקר התשתיות הפיסיות כבר קיימות, והתשתיות הטכנולוגיות, כמקובל במדינות מפותחות, מתחדשות אחת לתקופה (לעתים בקצב מהיר דיו ולעתים בקצב שאינו מספק), שבה האיכויות הניהוליות והמנהליות עוברות (במיוחד בעשרים השנים האחרונות) תהליכי שיפור ניכרים, ישנו תפקיד מרכזי ומשקל רב לציבור הרופאים: לרמתם המקצועית, למספרם (יחסית לאוכלוסייה ובהתחשב בהרכבה הגילאי) ולפריסתם באזורים השונים, בהתחשב בדפוסי הביקוש ובצרכים הייחודיים של אזורים אלה. בדומה למערכות החינוך והרווחה (והגם שמדובר בשיעורים שונים), עיקר ההוצאה הלאומית על בריאות מוקדשת להעסקת כוח אדם. במרכז של כוח האדם במערכת הבריאות עומדים הרופאים, שהם קבוצת המקצועות השנייה בגודלה במערכת (לאחר אחיות ואחים), והראשונה שבהן מבחינת שכרה הממוצע. אחד המפתחות המרכזיים לקביעת מספרם, איכותם, ופריסתם של הרופאים בישראל הוא רמת ההשתכרות שלהם, סוגיה העומדת למבחן – ולעתים אף מצויה במחלוקת – מעת לעת.

מידי שנה, כאשר מפרסם אגף הממונה על השכר במשרד האוצר את דוחות השכר של עובדי שירותי המדינה, שָׁבָה ומדגישה העיתונות הכלכלית, והכללית, את שיעורם הניכר של הרופאים ברשימת מקבלי השכר הגבוה. הבלטה מעין זו – ואפילו יש בה בחלקה טעם ופשר מצד הדיון הענייני – מסיטה את תשומת הלב מדיון רחב ומורכב בהרבה הנוגע להשתכרותם של הרופאים בישראל. דיון זה הולך ומתרחב בשנים האחרונות, במסגרת הממשלתית ובמסגרת הציבורית והתקשורתית, כחלק מהתרחבות העיסוק במצבה ובעתידה של מערכת הבריאות הישראלית. הגם שדיון זה כולל לא מעט סיסמאות, טעויות והטעויות, משתקפת בו בכל-זאת עם הזמן העובדה שהשנים האחרונות מהוות בכמה וכמה אופנים תקופה גורלית לגבי המערכת הבריאות, תקופה שבמהלכה נחשפים ומתבהרים כשלים ונורמות קלוקלות, אך גם נקודות עוגן של מצויינות, לצד דרישה כנה ועניינית לתיקון המערכת וקידומה – מצד הגורמים השונים הנוטלים חלק בעיצובה והנהגתה.

מטרתה של עבודה זו היא לבחון את המגמות שאפיינו את שכרם של הרופאים בישראל במהלך השנים 1997-2012, ואת רמת השכר של הרופאים יחסית למקביליהם במדינות המפותחות ויחסית לקבוצות עובדים נבחרות במשק הישראלי – על-פני זמן ובממוצע עבור התקופה בכללותה; ובתוך-כך להשיב על השאלה: האם השכר של הרופאים נמוך מדי בהשוואה לקבוצות אלו והאמנם נשחק בתקופה הנבחנת. העבודה כמעט שאינה כוללת ניתוח של הרטוריקה והפרסומים הרשמיים והבלתי רשמיים שליוו את שביתות הרופאים, כמקובל במאמרים העוסקים בניתוח שביתות ויחסי עבודה במגזר הציבורי. עיקרה של העבודה בניסיון לאפיין את המגמות האמורות באמצעות ניתוח נתונים ממקורות שונים ועל-סמך התבוננות בחתכים סוציו-דמוגרפיים מגוונים, תוך מתן דגש על האופנים השונים שבהם ניתן לפרש את הממצאים הסטטיסטיים בהקשר ההיסטורי והמערכתי, הסיבתי והנסיבתי, הרחב.

¹ למשל: איכות רפואת החירום והטראומה הנבחנת בתקופות של אירועים ביטחוניים; איכות הרפואה הפנימית והתחומים המשיקים לה בהתמודדות עם מחלות הרווחות בקרב קבוצות אוכלוסייה, טווחי גילאים, ומצבי חיים מסויימים, ובאופן מיוחד היערכותה והשתפרותה של המערכת כלפי ההזדקנות ההדרגתית של האוכלוסייה.

2. רקע

2.1. מערכת הבריאות הישראלית

במשך עשרות שנים טיפחה ישראל מערכת בריאות מתקדמת אשר סיפקה לאזרחיה שירות איכותי. הרמה הגבוהה של מערכת הבריאות באה לידי ביטוי בעלייה מתמדת בתוחלת החיים, בצמצומן והכחדתן של מחלות זיהומיות, בקיטון דרמטי בתמותת תינוקות, ובשיפור ניכר במדדים רבים נוספים, ובכלל זה מדדים הבוחנים את שביעות הרצון של האוכלוסייה מרמת השירות שמספקת המערכת. בכל המדדים הללו ניצבת כיום ישראל במקומות העליונים בין המדינות המפותחות וזוכה לשבחים מצד הגופים הבינלאומיים (OECD, 2012, 2013, 2015; W.H.O, 2012; שובל ואנסון, 2000; צ'רניחובסקי ורגב, 2012, 2013).

את הישגי מערכת הבריאות הישראלית ניתן לייחס למספר גורמים: ראשית, טיפוח של רפואה מונעת ורפואה קהילתית לצד ההשקעה במערך המרכזי של בתי החולים; שנית, קביעת סטנדרטים גבוהים בהכשרת כוח אדם איכותי תוך טיפוח המערך המחקרי לצד המערך הטיפולי; שלישית, העסקת כוח אדם בהיקף משמעותי במערכות השונות, ובאופן מיוחד מספר גבוה של רופאים לנפש; רביעית, לאורך רוב השנים הובילה את מערכת הבריאות הרפואה הציבורית, ובצורה זו התאפשרה אספקה שוויונית יחסית של שירותים.

2.2. הרופאים בישראל

מבחינות רבות מהווים הרופאים את קבוצת העובדים החשובה ביותר במערכת הבריאות. דבר זה נובע ממספר סיבות והוא בא לידי ביטוי בכמה אופנים (והסיבות והאופנים הללו קשורים אלו באלו בצורה של סיבה ותוצאה בכמה וכמה דרכים). המרכזיות נובעת בין השאר משיעורם בקרב עובדי מקצועות הבריאות (24% מעובדי ענף הבריאות, משרד הבריאות, 2014b); מן הסמכות ותחומי האחריות המקצועית של הרופאים; מן העובדה שהם אחראים לביצוע הפעולות המורכבות והדרמטיות ביותר במטופלים; שהם בדרך-כלל בעלי ההכשרה המתקדמת ביותר בסביבת עבודתם; ומכך שהם מחזיקים במשרות הניהוליות המרכזיות במערכת הבריאות. מרכזיותם של הרופאים וחשיבותם עבור מערכת הבריאות – אך גם לגבי המשק והחברה – באה לידי ביטוי במשאבים הרבים המושקעים בהכשרתם, בסינון שנעשה למועמדים ללימודי רפואה, וביוקרה החברתית שמוענקת להם ובהתפסותם – על-ידי אחרים ועל-ידי עצמם – כפרטים מובילים בחברה.

מרכזיות זו של הרופאים גורמת לכך שמערכת הבריאות והשלטון המרכזי עסוקים באופן אינטנסיבי באיכותם של הרופאים, במספרם ובהקצאתם: הקצאתם בין המערכת הפרטית לציבורית, בין בתי החולים למרפאות בקהילה, בין סוגי התמחויות, ובין אזורים גיאוגרפיים.

איכות הרופאים בישראל נחשבת לגבוהה ביותר בהשוואה בינלאומית, ומהווה את אחת מנקודות החוזק של מערכת הבריאות. איכות כוח האדם הרפואי מקורה במספר עובדות יסוד, ביניהן: (א) מסורת ארוכת שנים של רפואה ארץ-ישראלית שראשיתה קודמת להקמת המדינה;² (ב) ביקוש גבוה ללימודי רפואה מצד בוגרי תיכון ויוצאי צבא, דבר המאפשר לבתי הספר לרפואה לסנן מועמדים בעלי פוטנציאל גבוה; (ג) מסורת של לימודים מאתגרים המדגישים ידע מחקר ומדעי ברמה גבוהה לצד חניכה קרובה וצמודה של הרופאים הצעירים והכשרה מתמדת לאורך הקריירה; (ד) קיום קשר הדוק עם מערכת הרפואה האמריקאית, מהטובות בסוגה באיכות העשייה הקלינית והמחקר הרפואי; (ה) קיומה של פלטפורמה מדעית איכותית במדעי הרפואה, במדעי החיים ובתחומים משיקים אחרים, המהווה נקודת-חוזק בהכשרת הרופאים אך גם ביכולתם להיחשף לאורך שנות עבודתם למחקר מתקדם ולקחת בו חלק (שובל ואנסון, 2000).

שלא כמו איכות הרופאים, המהווה לגבי המערכת מעין עוגן, מספרם הוא נושא לדיון מתמיד. דיון זה ממוקד בתיאור המצב העתידי ובעיצובו על רקע המצב הקיים והמגמות המסתמנות. מבחינת המצב הקיים מצבה

² הרפואה המודרנית בארץ ישראל החלה להתעצב במחצית המאה ה-19 והמשכה בהתעצבות המוקדמת של מוסדות הבריאות בשנות העלייה ה-2 וה-3, ובהגעה של רופאים בעלי הכשרה מרכז ומערב אירופית במהלך שנות ה-30.

של ישראל בחתך בינלאומי הוא טוב למדי. בשנת 2013 היו בישראל 3.4 רופאים לכל 1,000 תושבים, בהשוואה ל-2.6 בארצות הברית, 2.8 בבריטניה, ו-3.3 ב-OECD (ממוצע 34 המדינות החברות בארגון). לעומת זאת, מבחינת קצב ההכשרה של רופאים חדשים מצבה של ישראל גרוע מאוד. בשנת 2013, היו בישראל רק 5.1 בוגרי רפואה לכל 100 אלף תושבים, בהשוואה ל-13.2 בבריטניה, 7.3 בארצות הברית,³ ו-11.2 ב-OECD (2015; OECD, 2013).

העלייה הרוסית שהביאה עמה במהלך שנות התשעים כמות גדולה של רופאים ורופאות, העניקה למערכת הבריאות הישראלית "אורך נשימה" למשך מספר עשורים. ואולם, עם חלוף השנים ופרישתם ההדרגתית של הרופאים יוצאי ברית המועצות מן המערכת, הולכת ומשתקפת היכולת האמיתית של ישראל להכשיר רופאים חדשים. (בן-נון, 2008; לוי, 2010; משרד-הבריאות, 2007, 2010). ואכן, ההבנה שבעשורים הבאים תתרחב ההיסמכות של המערכת הישראלית על הכשרה מקומית⁴ הביאה לפתיחתו בשנת 2012 של בית הספר לרפואה החמישי בצפת, תחת ניהול אוניברסיטת בר-אילן, מהלך שאמור להגדיל בשנים הקרובות את יכולת ההכשרה של רופאים חדשים בישראל בשיעור של 10%-20%.

הדיון במספרם של הרופאים במערכת ובמספרם של אלו אשר עתידים להיכנס אליה בשנים הבאות קשור באופן הדוק בשאלות הנוגעות להקצאתם ולניתובם של הרופאים ולכן גם בשאלות הנוגעות לאי-שוויון בבריאות במונחי תשומות ותוצאות. שכן כבר היום, למשל, מספר הרופאים ל-1,000 תושבים מגיע במחוזות חיפה ותל אביב ל-3.6 ו-4.7, בהתאמה, לעומת 3.0 ו-2.3 במחוזות הדרום והצפון, בהתאמה (חורב ואחרים, 2012; אברבוך ואבני, 2015).⁵ משכך, ברי כי הגדלת מספר הרופאים בישראל ביחס לאוכלוסייה איננה היעד היחיד של המערכת בהקשר זה אלא גם השפעה על פיזורם ברחבי המדינה (לוי, תשע"א). מורכבים וקשים לא פחות הם הדיונים הנוגעים להקצאת הרופאים בין המערכת הפרטית לבין המערכת הציבורית, ולכן גם למידת החופש הניתנת לרופאים לעסוק במסגרת פרטית ולתמריצים הניתנים לרופאים על-מנת לשרת במערכת הציבורית.

שלושת ממדי הסוגיה, איכות הרופאים, מספרם והקצאתם בין המערכות, ההתמחויות והאזורים, נפגשים בנקודת מפתח אחת והיא רמת השכר, או באופן כללי יותר: רמת ההשתכרות ותנאי העבודה של הרופאים בישראל.

2.3 שכר הרופאים בישראל

הוצאות השכר מהוות כ-60% מההוצאה הלאומית לבריאות, וכ-75% (בשנים 2011-12) מהוצאות כלל המרכזים הרפואיים. שכר הרופאים (שהם כ-22% מכוח האדם במערכת הבריאות) מהווה כ-26% מכלל הוצאות השכר, כלומר, כ-16% מההוצאה הלאומית לבריאות (משרד-הבריאות, 2011; מדינת ישראל, 2008). ממילא מובנת המשמעות הדרמטית שיש לרמת השכר של הרופאים ולהשפעה שיש לשינויים החלים בה על ההוצאה הכוללת על בריאות. לצד ההקשר המקרו-כלכלי, ניתן לדבר גם על ההקשר המיקרו-כלכלי של סוגיית השכר, כלומר, על האופן שבו רמת השכר משפיעה על הבחירה במקצוע ההתמחות, על היצע שעות העבודה של הרופאים ובנוסף לכך על הקצאת שעות העבודה בין מקומות עבודה שונים, ובפרט בין המגזר הפרטי לציבורי (Rizzo & Blumenthal, 1994; Sæther, 2005).

כיוון שמרבית הרופאים מועסקים במערכת הציבורית, הרי ששכרם, לפחות בטווח הקצר והבינוני, אינו נקבע בנקודת המפגש של ביקוש והיצע (בטווח הארוך מגמות הביקוש, מצד הציבור, והיצע הרופאים צריכים להשפיע על רמת השכר, או לפחות על קביעת התחומים שאליהם צריכה רמת השכר להתכנס, ר' (זוסמן וזכאי, 1997) וכן: מזור, 2014). תחת זאת, השכר נקבע בדרך של תכנון מרכזי שאמור להביא בחשבון את יעדי

³ ארצות הברית, עוד יותר ממדינות מפותחות אחרות, נסמכת באופן לא מבוטל על העסקת רופאים ממדינות זרות. ⁴ במקביל, מספר לא מבוטל של רופאים ישראלים ממשיכים להגיע מבתי הספר לרפואה באירופה, למשל איטליה והונגריה, וממדינות ערב: ירדן ועד לאחרונה אף סוריה.

⁵ יש לסייג נתון זה משום העובדה שתל-אביב וחיפה הם מחוזות שבהם שיעור האוכלוסייה המבוגרת גבוה יותר בהשוואה למחוזות הדרום והצפון.

המערכת ואת היקף המשאבים הפנויים לצרכיה – במסגרת משא ומתן קיבוצי המתנהל בין הארגון היציג של הרופאים (ההסתדרות הרפואית בישראל, או: הר"י) לבין המעסיקים המרכזיים (בדרך-כלל: הממשלה, שירותי בריאות כללית והדסה); ובהסכמי השכר הנחתמים אחת לתקופה, וכוללים פירוט של מרכיבי השכר השונים, ושל האופן שבו הם חלים ומשתנים לגבי הקבוצות השונות המשתייכות לציבור הרופאים.⁶ לצד התיאור הטכני של השינויים בשכר הרופאים (השכר בכל תקופת הסכם הינו תולדה של רמת השכר שרווחה בתקופתה ההסכם האחרונה בתוספת בגודל כלשהו שהינה תולדה של דיוני השכר או מאבקי השכר והשפעת מערכת הלחצים שליוותה אותם), ניתן לתאר את היקבעות רמת השכר של הרופאים באופן כללי כתולדת המפגש בין ציפיות השכר של הרופאים, כפי שהן מובעות על-ידי הר"י, לבין נכונות הציבור לשלם,⁷ כפי שזו מובעת על-ידי השלטון המרכזי ומערכת הבריאות.⁸ מבחינה זו ניתן לתאר מספר מרכיבים לכל אחד מן הכיוונים שהוזכרו: הציפיות מצד אחד והנכונות מצד שני.

2.3.1. ציפיות השכר

בין הגורמים המשפיעים על ציפיות השכר של הרופאים ניתן לציין את הגורמים הבאים (חלקם ניתנים לכימות ואת חלקם ניתן רק להגדיר באופן כללי כבעלי השפעה כלשהי על התפיסה העצמית והציפיות של ציבור הרופאים): (א) השנים הרבות יחסית בהן מצויים הרופאים בלימודים יוצרות את הציפייה לפיצוי על הכניסה המאוחרת יחסית לשוק העבודה; (ב) הלימודים המתאגרים יוצרים את הציפייה למעין גמול על הקושי בקבלה ללימודים ובצליחתם;⁹ (ג) שעות העבודה המרובות וההיעדרות מהבית בשנים המוקדמות לחיי המשפחה (במיוחד במקרה של הרופאים המועסקים בבתי החולים ובמיוחד בקרב הרופאים הצעירים) יוצרים ציפייה לקבלת פיצוי או גמול על העבודה הקשה (Newton, Grayson & Thompson, 2005);¹⁰ (ד) קבלת גמול או הערכה מצד החברה מצופים גם על רקע התרומה הייחודית של הרופא לאיכות חייהם ולעצם חייהם של האזרחים; (ה) באופן אחר, נובעות ציפיות השכר של הרופאים מהשוואת שכרם לשכר של קבוצות-ייחוס רלוונטיות, השוואה הנעשית בהקשרים שהוזכרו (פיצוי על קושי ואתגר, גמול על הצטיינות, ועל תרומה סגולית לחברה) אך גם באופן כללי יותר (נון-דייק ואחרים, 2011; ורדי ואחרים, 2008). קבוצות הייחוס המהוות בסיס להשוואה כוללות מצד אחד את הרופאים במדינות המפותחות, ומצד אחר, קבוצות של מקצועות ומשלחי-יד בישראל אשר נתפסים על-ידי הרופאים – או על-ידי המערכת הבאה איתם במשא ומתן – כרלוונטיות לצורך ההשוואה.¹¹ בנוסף לכך מקובלת, להלכה ולמעשה, השוואת של רמות השכר הרווחות בקרב קבוצות משנה שונות המשתייכות לציבור הרופאים (זוסמן וזכאי, 1991; אקר ואחרים, 2009). פערי השכר והפערים בתנאי העבודה בתוך ציבור הרופאים משפיעים באופנים שונים על ציפיות השכר של קבוצות הרופאים השונות ולכן גם על הציפיות הכוללות של הציבורי הרופאים ולעתים אף בצורה מעגלית. כך למשל: הרופאים הצעירים מבקשים לצמצם את הפער בינם לבין הוותיקים; הם מקבלים את מבוקשם; בהמשך, הוותיקים מבקשים לשוב ולבדל עצמם מן הצעירים, מהלך ששוב מגדיל את סך השכר,

⁶ להלן, אלא אם ייאמר אחרת, יידון ה"שכר" במובנו הכללי, כלומר, שכר הרופאים ברוטו מבלי לקחת בחשבון את מרכיבי השונים או את תשלומי החובה הנגרעים ממנו.

⁷ כאן אכן מובלעת ההנחה שמנגנון התמסורת מתפקד; ושנכונות הציבור משפיעה על הרגולטור דרך הדיון הציבורי. תיאור זה דומה במידה מסויימת למה שמתרחש בשוק חופשי בין קונים למוכרים, ואולם ההשקיה, בזמן, התיאור הנעשה על-ידי המערכת השלטונית והמקצועית, ולבסוף גם פערי האינפורמציה לגבי התכנון של כלל המערכת לאורך זמן ולגבי המגמות הטכנולוגיות והמדעיות בעולם הבריאות משפיעות את השפעתן בצד ההיצע וצד הביקוש כאחד. כל אלו גורמים לכך שהשכר אכן אינו נקבע, לפחות לא בטווח הקצר, בדומה לסיטואציות הרווחות בשוק החופשי. ⁹ תפיסת גמול זו מהדהדת למעשה את התפיסה לגבי המתאם הרווח בשוק הפרטי בין הערך המוסף שמניב העובד למעסיק לבין רמת השתכרותו; ואת העובדה שערך מוסף מתואם חיובית עם רמת השכלה או עם יכולות אישיות. ¹⁰ (Newton, Grayson, & Thompson, 2005). השלושה בדקו את דעותיהם של סטודנטים לרפואה בנוגע לשיקולים שונים שצפויים להשפיע עליהם בבחירת תחום ההתמחות בעתיד. הם בדקו אותה קבוצת סטודנטים בשנה הראשונה והרביעית ללימודיהם בנוגע לשיקולי הכנסה וסגנון-חיים, ומצאו כי השיקול שהשתנה במידה הרבה ביותר, ובמרחק גדול משאר השיקולים שנבחנו (שמונה שיקולים שונים בסך הכול), היה הכנסה המקיימת את התנאי: "[such that] provides an adequate financial reward for the years of training".

¹¹ משלחי היד הרלוונטיים כוללים מצד אחד את אלו אשר מבחינה תדמיתית ניתן, כדאי או ראוי מבחינת הרופאים להידמות אליהם – כמו מהנדסים, אקדמאים ושופטים – ומצד אחר את אלו שמוטב להם לכאורה להיבדל מהם, כמו עובדי מקצועות הסיעוד ושאר מקצועות הבריאות, המועסקים עם הרופאים במערכות הבריאות.

וכך הלאה (פערי השכר בקרב הרופאים, והשאיפה לצמצם פערים בתנאי העבודה של קבוצות שונות בקרב ציבור זה, מהווים טריגר לפריצתן של שביתות – בקרב הרופאים אך גם בקרב קבוצות עובדים אחרות). ואכן במספר מקרים שבהם נדון שכרם של הרופאים, כמו בשביתה שהתנהלה בשנת 2011 ובתהליך הבוררות שהתנהלה בין המדינה להסתדרות הרפואית בשנים 8-2007, סימנו הרופאים את קבוצת הסגל האקדמי הבכיר, את קבוצת השופטים ואת עובדי מקצועות ההיי-טק כקבוצות-ייחוס רלוונטיות לצורך הדיון בעדכון שכרם (מדינת ישראל, 2008). את השאיפה ליצור זיקה או השוואה בין הרופאים לבין קבוצות הייחוס, לעניין השכר או לעניין אחר, ניתן להבין במספר הקשרים: (א) דמיון באתגר האינטלקטואלי והאישי הכרוך בהכשרה ובעיסוק הנדרש ממשלח היד, והאיתות שאלו מהווים לגבי היכולות של הפרט; (ב) דמיון בתפיסת האלטרואיזם והתרומה החברתית המיוחסת למשלח היד; (ג) העסקה במסגרת ציבורית על-ידי המדינה או מערכות ציבוריות אחרות; (ד) היוקרה וההערכה החברתית הנובעת על רקע הגורמים הנזכרים.¹² בחינתן של קבוצות של עובדים ששכרם מהווה נקודת ייחוס היא בעלת חשיבות בהקשר זה דווקא משום שמדובר בתחום מתוכנן שבו קיימת אפשרות מוגבלת להיסמך על אינפורמציה שמקורה בתהליכי שוק ספונטניים.

"הר"י ביקשה להעלות את שכר הרופאים באמצעות השוואת טבלת השכר המשולב והתוספות הקבועות הרוחביות להן זכאים הרופאים לתנאי השכר של עובדי הסגל האקדמי. על פי טענות הר"י בכוונתה 'להסתכל' על שכר הסגל האקדמי כנקודת התייחסות להעלאת השכר המגיעה לרופאים. דרישה זו הינה דרישה מרכזית העומדת בבסיס טיעוני הר"י שמטרתה לצמצם את השחיקה במעמד הרופא הנובעת, בין היתר, משכרו וכן למחוק את עיוותי העבר באמצעות שינוי מבנה השכר של הרופאים, תוך השוואתו לסגל האקדמי" (ע' 11);

"להערכתנו, קיים שוני מהותי... בין הסגל האקדמי לבין הרופאים בכל הקשור לסוגיית תמחיל העיסוקים אשר הלכה והתרחבה בשנים האחרונות [במקרה של הרופאים אך לא בקרב הסגל האקדמי, א.י.] (ע' 38);

"למרות השוני הקיים בין הסגל האקדמי לבין הרופאים בכל הקשור לסוגיית תמחיל העיסוקים [המאפשר גיוון והגדלה של מקורות השכר, א.י.] מצאנו לנכון להתחשב בהעלאת השכר שניתנה לאחרונה לסגל האקדמי כאינדיקטור לשיעור העלאת השכר לו יהיו זכאים הרופאים... החלטנו... פה אחד, כי על אף ההבדלים המהותיים בין מאפייני ההעסקה של הרופאים בישראל במערכת הרפואה הציבורית בישראל לבין חברי הסגל האקדמי באוניברסיטאות, ניתן להשתמש בנוסח ההסכם שנחתם לפני מספר חודשים בין המדינה לבין הסגל האקדמי, כבסיס חד פעמי בלבד לצרכי קביעת שיעור התוספת לשכרם של הרופאים" (ע' 40);

"המדינה לא מצאה קבוצת עובדים שהיא דומה לרופאים. בכלל זה, גם הסגל האקדמי אינה קבוצת השוואה רלוונטית, וזאת אופי עבודתו של רופא שונה מאופי עבודתו של עובד סגל אקדמי. עיקר עבודתו של עובד סגל אקדמי הוא מחקר, בעוד שגם אם עבודת הרופא משלבת מחקר, הרי המחקר הוא חלק שולי בעבודתו. כמו כן, קצב הקידום של עובדי הסגל האקדמי הבכיר והקריטריונים לקידום הינם קשים ביותר בהשוואה לעניינים אלה אצל הרופאים" (ע' 84)

(מדינת ישראל: פסק הבוררות, 2008)

מקורות הציפייה כפי שתוארו אינם רק בגדר כיוון תיאורטי. הם באים לידי ביטוי באופן ממשי בדיוני השכר, הן בתור אמצעי רטורי והן בתור רמת-ייחוס של ממש לצורך הצדקה ולבסוף גם לצורך קביעה של השינויים בשכר – כפי שאירע למעשה במסגרת פסק הבוררות.

2.3.2. הנכונות לשלם

הנכונות הציבורית לשלם – כלומר, להיענות לדרישות להגדלת השכר, כולן או חלקן – נובעת ממספר גורמים, שחלקם מהווים תמונת ראי או השלמה למה שנובע מן התפיסה העצמית של הרופאים ומציפיותיהם: **ראשית**, זו העובדה שבתי החולים מספקים שירות חיוני, שהציבור, ולפיכך גם השלטון, אינם מסוגלים לעמוד בהפסקתו לאורך זמן (ומכאן שמדובר בכורח או אילוץ, המוביל לנכונות); **שנית**, קבלה של מעין תפיסת גמול המזהה רמה גבוהה של הון אנושי ועמידה באתגרים אינטלקטואליים עם תגמול חומרי "ראוי", – על רקע המתאם המקובל במגזר הפרטי ועל רקע קישורים היסטוריים כלליים יותר; **שלישית**, הערכה כנה למאמצים המאפיינים את המקצוע – כזו המצדיקה פיצוי או גמול בגובה משמעותי; **ולבסוף**, החשש שאיכות הרופאים תידרדר או שחלק הולך וגדל מהם יפנו לרפואה פרטית, יהגרו למדינות אחרות, או שיעזבו כליל את מקצוע הרפואה, כך שרק הגדלת השכר (או מניעת שחיקתו) תהווה ערובה כנגד התממשות חששות אלו. קיים אמנם פער בין הנכונות של הציבור לשלם, שהיא מטבעה נכונות כללית המתייחסת לציבור הרופאים בכללותו (אולי תוך מספר מצומצם של הבחנות) לבין הנכונות המקבילה של נציגי השלטון – ובמקרה זה

¹² מעבר לחלק מן המשתנים המצדיקים לכאורה "גמול", למשל פיצוי על כניסה מאוחרת לשוק העבודה, אפשר שבהקשר זה באה לידי ביטוי תפיסה נורמטיבית, שהינה לכאורה מנותקת משאלת הערך המוסף והתפוקה השולית. לפי תפיסה זו על החברה לתגמל כראוי את מי שהינו בעל כישרונות ויכולות אישיות גבוהות – ללא תלות במה שנובע מהמציאות הכלכלית בפועל, כלומר, פשוט משום שהוא, כשלעצמו, כביכול בעל ערך גבוה יותר.

נציגי משרד הבריאות ומשרד האוצר – המצויים במשא ומתן עם ציבור הרופאים ובקיאים בקיאות רבה יותר בחלוקה הפנימית של ציבור הרופאים לקבוצות-משנה הנבדלות זו מזו מבחינת צרכיהן; מבחינת התגמול האפקטיבי שלהן בתחילת תקופת הדיונים על הסכם שכר חדש; ומבחינת החלופות הניצבות בפניהם, כפרטים וכקבוצות (כלומר, חלופות תעסוקתיות, חלופות אסטרטגיות במהלך הדיונים וחלופות פרגמטיות לפתרון הסכסוכים). יחד עם זאת, לאור ההזדקנות ההדרגתית של החברה הישראלית, ואולי גם על רקע ההתחדדות של שיח אזרחי לאחר תקופת המחאה החברתית שהתרחשה בקיץ 2011, ניתן לשער כי הלחץ שמייצר הציבור – לכיוון זה או לכיוון אחר – משפיע עם הזמן את השפעתו על התנאים הסביבתיים שבהם מתקיים הדיון בין הרופאים לבין המעסיקים.

2.4. שביתות רופאים בישראל והשביתה הגדולה של שנת 2011

על רקע הפער שנוצר בין ציפיות הרופאים לבין המציאות כפי שהיא מתעצבת מעת לעת, ובהתחשב בהערכתם של הרופאים את נכונות הציבור, ניתן להבין – לפחות באופן חלקי – את ההיסטוריה הארוכה למדי של שביתות רופאים בישראל. בארבעים השנים האחרונות התרחשו שביתות רופאים בשנים 1973, 1976, 1983, 1987, 1988-1990, 1994, 1999, 2000 ו-2011, כלומר, בממוצע שביתה בכל 4 שנים (Weil, et al., 2013). על-פי ספירה אחרת, בין השנים 1950 ל-1997 התקיימה, בממוצע, שביתת רופאים מידי שנתיים (שובל ואנסון, 2000). אמנם, ספירתן של השביתות ברצף אחד עשויה להטעות, אם לא נלקח בחשבון השוני ביניהן, שוני בגורמים ובהתפתחויות שהביא לפרוץ השביתה, בעיצומים שננקטו במסגרתה ובעיקר במשך השביתה. קשה לכן להשוות בין שביתה בת יום אחד שאירעה ב-1994 לבין שביתה שארכה למעלה מחצי שנה ב-2011. אף על פי כן, ובהסתייגויות המתבקשות, קשה להתעלם מהמשמעות מרחיקות הלכת הטמונות בנתון זה – ובמיוחד בהתחשב בעובדה שישראל היא ייחודית למדי בכך בהשוואה למדינות מפותחות אחרות שבהן שביתות רופאים אינן מתקיימות כלל או שהן נפוצות פחות (Weil et al., 2013).

לנוכח הסטטיסטיקה המרשימה של השביתות, עולות שתי אפשרויות עיקריות על-מנת להסביר את ייחודיותה של ישראל בתחום זה. בקצה האחד, האפשרות שמערכת הבריאות בישראל, ובפרט שכבת הרופאים, מתוקצבת באופן מתמיד בחסר – מתחת ל"ראוי" (יהא "ראוי" זה מזה שיהא), ומשום-כך היא דוחקת את הרופאים, בצד להם, להיאבק על שכרם, בכל פעם מחדש (טענה זו נשמעת מעת לעת בעיתונות היומית ובדיון הציבורי בכלל). בקצה השני מצויה האפשרות שהרופאים הישראלים הם בעלי ציפיות גבוהות במיוחד בהשוואה לרופאים במדינות המפותחות ולקבוצות אחרות של עובדים – מסיבות כלשהן, למשל סיבות תרבותיות וחברתיות אקסוגניות. ניתן לשער שהתיאור המדויק יותר של המציאות מצוי בנקודה כלשהי בין שני הקצוות, אך בהחלט לאו דווקא באמצע הטווח. ההכרעה בנושא זה דורשת הרחבה בכיוונים סוציולוגיים ותרבותיים שאינם שייכים לתחומה של עבודה זו. יחד עם זאת, קיימת גם אפשרות שלישית שאין להקל בה ראש, שמדובר במהלך בעל אופי טקסי, כך שעל-פי רוב החלק העיקרי של תוצאות השביתה ומאבקי השכר ידוע מראש לצדדים, ועיקר הטקס נעשה כדי שכל הנוגעים בדבר (הרופאים, הממשלה והציבור) יחושו שנעשה מאמץ של ממש על-מנת להשיג את מה שהשיגו; או שהדבר מבטא ניסיון להשיג מעט מעבר לתוצאות הסופיות, שאף על פי כן הינן, אם פחות ואם יותר, ידועות-מראש.

ואולם, מה שנובע מציפיות הרופאים ומן הנכונות הציבורית כלפי גובה הדרישות העולות בדיוני השכר, אינו בהכרח ייחודי לישראל. למעשה, תיאור מעין זה – של השכר הנקבע בנקודות המפגש בין ציפיות לנכונות – עשוי להתאים לדיוני שכר רבים המתנהלים על-ידי ציבורי עובדים שונים בסקטור הציבורי של מדינות שונות. על רקע זה הציע מארכילדון (Marchildon, 2013) כי ריבוי השביתות בישראל נובע בראש ובראשונה מן העובדה שבישראל שיעור גדול מן הרופאים מועסקים ישירות על-ידי הממשלה – וזאת בניגוד לרבות מן המדינות המפותחות שבהן הרופאים הם עצמאיים המועסקים באמצעות חוזה, גם אם הם עובדים בבתי החולים הציבוריים. לפי השערתו, שוני זה מגדיל את הסבירות לשביתה בשני אופנים: תחילה משום שהממשלה מעורבת במידה רבה יותר בקביעת השכר ותנאי העבודה של הרופאים; ושנית, משום

שההשתייכות למעגל העובדים במגזר הציבורי מרגיל את הרופאים לראות בכלי השביתה כלי לגיטימי ושגרתי להשגת מטרות ויעדים, כמקובל אצל עמיתיהם המשתייכים לאיגודים מקבילים במגזר זה. כך או אחרת, ברבות מן השביתות ובאופן בולט בזו שהתקיימה בשנת 2011, נדונו סוגיות ונושאים שונים הקשורים בשכר ובתנאי העבודה במישרין, אך גם כמה מן הנושאים הנוגעים המצויים על סדר יומה של מערכת הבריאות הישראלית והקשורים בעקיפין, ובכמה דרכים שונות, לסוגיית השכר. בין אלו (העקיפים והישירים) ניתן להזכיר את שאלת האיזון בין מערכת הבריאות הפרטית לציבורית, בין מרפאות בקהילה לבתי חולים, ואת שאלת השוויון בתשומות (ובתוצאות) בין מרכז לפריפריה; את המאבק על כמות התקנים בבתי החולים ועל כמות המיטות במערכת, את הדרישות לרישום שעות-עבודה באמצעות שעון נוכחות, את החלתם של מבדקי-איכות לבתי החולים ולרופאים עצמם; וכמובן את המאבקים הפנימיים, אשר שבו ועלו במהלך השביתה בצורות שונות, עקיפות וישירות, גלויות וסמויות, בין הרופאים הוותיקים לרופאים הצעירים. במובנים רבים, שאלת השכר הייתה נקודת המוצא ונקודת הסיום של כל הדיונים הללו, שהיו מורכבים, מרובי שיקולים ואינטרסים, ואולם חלק מן הדיונים הללו התקיימו גם במנותק ממנה.

לבסוף יש לציין כי השביתה של שנת 2011, השביתה הארוכה ביותר בתולדות הרפואה הישראלית, פרצה לאחר שבמשך 8 חודשים התנהל בין הרופאים לממשלה משא ומתן על הסכם שכר חדש – אשר הסתיים ללא הצלחה; וכי משא ומתן זה החל עם תום תקופת עשר השנים שבמהלכן התחייבו הרופאים שלא לשבות, בהתאם לתנאי ההסכם המקיף האחרון, עד לאותה עת, שנחתם בשנת 2000.

במסגרת המשא ומתן שהתנהל בתקופת השביתה נדונו מגוון של סוגיות על-ידי ההסתדרות הרפואית ועל-ידי המעסיקים. ביולי 2011, ניסחה ההסתדרות הרפואית אחת עשרה דרישות מרכזיות, אשר לדידה מיצו את עיקר הצרכים והציפיות של ציבור הרופאים במאבקו. היה זה בעיקר סיכום למפרע של דרישות שונות שהועלו במהלך השביתה שהייתה בחלקה מאורגנת היטב ברמה האסטרטגית אך למעשה כללה גם שינויים "תוך-כדי-תנועה".

לוח 1 : דרישותיה של ההסתדרות הרפואית במסגרת השביתה האחרונה, רשימה חלקית

הדרישה	תוכן הדרישה	התוצאה
תקינה	הוספת 1,000 תקנים	הושג. "כמחצית מהתקנים יוקצו להפחתת עומס תורנויות מתמחים, במהלך השנתיים הקרובות, עם העדפה לפריפריה ולמוקדי עומס במרכז. יתר התקנים יחולקו בין מתמחים למומחים על-פי קריטריונים שתקבע ועדת מעקב"
פריפריה	מתן תמרוץ למעבר של כ"א לפריפריה	הישג משמעותי. תוספות מענקים נקודתית ותוספת לשכר השוטף לרופאים המועסקים בבתי חולים בפריפריה
מקצועות במצוקה	מתן תמרוץ לצורך משיכת מתמחים למקצועות שאינם מתמלאים בקצב מספק	הישג משמעותי. תוספות שכר ומענקים אישיים ל-5 התמחויות המצויות במחסור קשה ול-9 נוספות המצויות במחסור
מתמחים	הפחתת עומס	הקטנת מספר התורנויות והגדלת התגמול על כל תורנות (ובמקביל: תוספת שעות נוספות ותורנויות למומחים)
שכר	העלאת מרכיבי שכר שונים	הישג משמעותי. תוספות דרמטיות לשכר שעה בכל הרמות – מעבר לתוספות הייחודיות בפריפריה ולמקצועות במצוקה
קהילה		הפחתת עומס עבודה של הרופאים בקהילה (במונחי מטופלים לשעה); תוספת שכר רוחבית
תנאים סוציאליים	שיפור בתנאי השכר ובתוספות שונות	שיפורים בתחומים: מעונות לילדים, חופשת מחלה ובסיס ההפרשה לפנסיה
דרגות ניהוליות		הרחבת פירמידת הדרגות ותפקידי הניהול (על-מנת לאפשר קידום של רופאים)
השתלמויות		הוספת ימי השתלמות בשכר בכל הרמות ואפשרות לצבור את ימי ההשתלמות שלא נוצלו ובכלל זה צבירה לצורך תקופת עמיתות בחו"ל; ההשתלמות במימון כנסים למתמחים

מקור: אתר ההסתדרות הרפואית בישראל

במרכז השביתה הועמדה אפוא סוגיית השכר, וסביבה הועלו הטענות ששכר הרופאים נשחק; כי הוא נמוך מן הראוי; וכי הוא אינו מספיק לצורך הגשמת היעדים של שיפור מערך הרפואה הציבורית (משיכת הטובים למקצוע, השארתם במערכת הציבורית וכיוצא באלו).

השאלה שראוי עתה לשאול בהקשר זה היא: **האמנם?** כלומר, האמנם נשחק שכר הרופאים בשנים שקדמו לשביתה? האמנם היה או שהינו "נמוך" באופן מיוחד או במובן כלשהו? ואם אמנם כך הדבר – אם נשחק ביחס לרמתו בשנים קודמות, או אם הוא נמוך ביחס לרמות ייחוס כלשהן, מהן הסיבות לדבר?

3. שאלת המחקר

- שאלת המחקר שעליה ביקשתי להשיב במסגרת עבודה זו מורכבת משלושה חלקים:
- (א) האם, ובאיזה מובן, ניתן לראות בשכר הרופאים בישראל "שכר נמוך מדי"? או כזה ש"אינו גבוה דיו"?
 (ב) האמנם נשחק שכרם של הרופאים בישראל בשנים שקדמו לשביתה שהתרחשה בשנת 2011?
 (ג) האם כאשר מושווים הרופאים לקבוצות עובדים אחרות, נמצא שכרן היחסי של קבוצות משנה בקרב הרופאים גבוה או נמוך יותר באופן עקבי ושיטתי?

ניתן לפרק שאלה זו למספר שאלות-משנה:

- 3.1. האם נשחק שכרם הריאלי¹³ של הרופאים באופן מוחלט? כלומר, האם חל קיטון בשכר הממוצע של הרופאים בישראל במהלך השנים שקדמו לשביתה בניכוי השינויים במדד המחירים לצרכן?
- 3.2. האם נשחק שכרם של הרופאים יחסית-
- (א) לשכרם של רופאים במדינות המפותחות?
 (ב) לשכר הממוצע למשרת שכיר במשק?
 (ג) לשכרם של שכירים משכילים בישראל?
 (ד) לשכר במגזר הציבורי?
 (ה) לשכר המורים?¹⁴
 (ו) לשכר העובדים בענפי הטכנולוגיה העילית?
- 3.3. אם אמנם נשחק השכר הממוצע (וגם במידה שלא נשחק, שנותר באותה רמה או אף עלה) האם הדבר חל באופן דומה בקרב קבוצות-משנה בתוך ציבור הרופאים או שמגמות שונות אפיינו את קבוצות המשנה בתוך ציבור הרופאים, עם או ללא קשר רלוונטי לכאורה למאפייניהן, או לשינויים שחלו במאפיינים אלו?
- 3.4. אם אמנם נשחק השכר הממוצע, ואם לאו, באחד או בכמה מן האופנים שנוכרו, מה הייתה הסיבה לכך:
- (א) שינוי בהיצע השעות של הרופאים, כך שהשכר השעתי והשכר החודשי הושפעו בצורה שונה?
 (ב) שינוי בהרכב המגדרי, האתני או הגילאי של הרופאים או בפיזורם בין סוגים שונים של מקומות עבודה וצורות העסקה?
 (ג) משום תהליכי הגירה מתמשכים של רופאים מן המגזר הציבורי אל הפרטי (תהליכים שאמנם ניתן לזהות באופן חלקי בלבד)?
 (*) קיימות השערות נוספות אשר יידונו להלן, שהמשותף להן הוא האפשרות להסביר באמצעותן את השינויים שחלו בשכר הממוצע; או את עצם השוני בין המגמות שאפיינו את שכרן של קבוצות-משנה בקרב ציבור הרופאים.
- בחלק המתודולוגיה (סעיף 6 להלן), יובהר הסדר והאופן שבו נבחנו ונבדקו השאלות האמורות, והצורה שבה בחינה זו מוצגת במסגרת סעיף 7.

¹³ כל עוד לא נאמר אחרת שכר ריאלי במסגרת עבודה זו מתייחס לשכר בניכוי השינויים במדד המחירים לצרכן.
¹⁴ רוב גדול של המורים, בדומה לרופאים אך בשונה למשל מן העובדים הסוציאליים, מועסק במישרין על-ידי הממשלה.

4. סקירת ספרות

4.1. הרציונל של השוואות שכר, שימושיהן וצורות הניתוח המקובלות של פערי שכר

פערי שכר עומדים בליבת הספרות של כלכלת עבודה, כמו גם במרכזם של דיונים ציבוריים ופוליטיים סוערים. דיונים אלו (וספרות זו) קשורים מצד אחד לשאלות הנוגעות לחלוקת המשאבים בחברה, ומצד אחר לשאלות הנוגעות להון אנושי ולפרייון העבודה. הם נוגעים בדרך-כלל לשאלה האם פערי השכר הינם מוצדקים בהתחשב במערך תנאים מבניים וסביבתיים ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים של העובדים; או האם הפערים ניתנים להסבר ולייחוס לגורמי-רקע שונים כמו הון אנושי והשתייכות לענף תחרותי או מונופוליסטי.

הקו המרכזי בספרות זו מעמיד לבחינה – כמשתנה מוסבר – את רמת השכר בחתך שנתי, חודשי או שעתי. לעתים קרובות נדון המעבר משכר חודשי או שנתי לשכר שעתי בתור מהלך שיש להסבירו, כלומר, באיזה אופן הפער בין שני סוגי עובדים, מבחינת שכרם השנתי, גדל או מצטמצם כאשר מדובר בשכרם השעתי. לעתים נדון השכר בהתייחס לחתכים נוספים: שכר ברוטו, שכר נטו, עלות העסקה, וכיוצא בהם. המשתנים המסבירים – אשר חלקם נבחנים גם כמשתנים ממתנים או משתנים מתווכים – משתייכים למספר קבוצות, מהן ניתן להזכיר ארבע קבוצות מרכזיות:

מאפייני הון אנושי: (1) סוג ההכשרה (דיסציפלינה, ורמת התואר), (2) מספר שנות ההשכלה ו-(3) מספר שנות הניסיון (לעתים נבחנות דרך משתנה הגיל);

מאפיינים תעסוקתיים: (4) משלח יד, (5) ענף כלכלי, (6) שעות עבודה; (7) מעמד בעבודה (שכיר, עצמאי); **מאפיינים סוציו-דמוגרפיים:** (8) מין, (9) דת, (10) השתייכות למיעוט, (11) ארץ המוצא, (12) מספר שנות המגורים במדינה, ו-(13) גיל, או השתייכות דורית.

בנוסף לכך נדונים גם משתנים מסבירים בהקשרים **אגרגטיביים, ענפיים או מאקרו-כלכליים**, כלומר משתנים אשר אינם נוגעים למאפיינים האישיים של העובד כי אם לאלו של הענף, של המשק, או של תקופת המחקר, כמו: (14) מבנה ההתאגדות בענף, (15) היסטוריית האינפלציה והסכמי השכר במדינה והאופן שבו מנוהלים ונפתרים מאבקי שכר במדינה; ו-(16) מאפיינים מאקרו-כלכליים אחרים כמו מחזור העסקים במדינה, רמת התוצר לנפש, נטל המס וכיוצא באלו.

מתוך כלל המשתנים וההקשרים שהוזכרו נדונו בעשורים האחרונים שני הקשרים באינטנסיביות רבה ובאופן מיוחד: (א) פערי שכר על רקע מגדרי – על רקע ההתפתחויות והתהליכים שהתרחשו בקרב חברות רבות בנוגע להשתלבותן של נשים בכלכלה, במקצועות מסויימים וברמות שכר שונות, ובהתחשב בעניין הרב שגילתה החברה בנושאים אלו; (ב) פערים ושונות בשכר על רקע מאפייני הון אנושי, אולי כזרם-משנה של הספרות הכלכלית העוסקת באפיון מקורות הצמיחה והתנאים לצמיחה במשקים של מדינות שונות. כתיבה רבה נעשתה סביב נקודת המפגש שבין שני כיוונים אלו, כלומר, סביב אפיון ובחינה של ההשערות הנוגעות לאפליה – על רקע מגדרי או אתני – בתור חלק השונות בשכר אשר אינו ניתן להסבר על-ידי הפערים בהון אנושי (Bekhouch et al., 2013).

נקודת-ציון בהיסטוריה של חקר שכרם של פרטים כתולדת מאפייניהם האישיים הייתה מחקרו של מינסר (Mincer, 1958; 1974). הספרות המוקדמת בתחום זה, ובכללה מחקרו של מינסר, עוסקת בעיקר בהשפעה של ההון האנושי במובנו הקלאסי (השכלה וניסיון) על השכר. בעשרות השנים שחלפו מאז התפתחה ספרות זו באופן ניכר, ובמיוחד התרחב מגוון המשתנים אשר נבחנו כבעלי פוטנציאל הסברי לגבי רמת השכר. בנוסף לכך הוטלה בספק ההשפעה הישירה של ההשכלה על השכר ונתרחב הניסיון לאתר משתנים מתווכים, המתואמים עם רמת ההשכלה, שהם המשפיעים למעשה על השכר (למשל: יכולת, ומוטיבציה). אף על פי כן, ועל-אף הסייגים המתודולוגיים שהוצבו במהלך השנים, ביסודו של דבר, המבנה הבסיסי של רגרסיות השכר (לעתים: "רגרסיות מינסר"), ובכלל זה המיון של פרטים למקצועות וענפים כלכליים (כפי שהציע מינסר במאמר הנזכר) נותר בעל ערך. השימוש ברגרסיות מסוג זה מאפשר, ולו גם בתור שלב ראשוני, את עצם האפיון של פערי השכר בין פרטים כפי שאלו מתואמים, לכאורה, עם הפערים ביניהם בתכונות ומאפיינים

שונים. אפיון זה יכול לשמש כמצע בסיסי שעל-גביו וביחס אליו אפשר שייעשו ניתוחים ובדיקות מורכבות יותר ויוצעו פרשנויות מגוונות (עוד בנוגע לרגרסיות מינסר ר' להלן בסעיף 6).

החשיבות של השוואות שכר מנקודת הראות של הפרטים קשורה גם לטענה שאיכות-החיים של פרטים, לכל הפחות במדינות המפותחות, קשורה במידה רבה במצבם היחסי, ולכן גם בהכנסתם היחסית, לא פחות מאשר ברמת ההכנסה האבסולוטית שלהם (ואפילו בהתקדמותם על-פני זמן יחסית לעצמה). בהקשר זה נמצא בין השאר כי שביעות הרצון של עובדים תלויה באופן שלילי ביחס בין רמת השכר ההשוואתית שלהם *(comparison earning level)*, כלומר, רמת השכר המחושבת המתאימה להם בהתחשב במאפייניהם, לבין שכרם בפועל (Clark & Oswald, 1996).¹⁵ במחקר שבו נבחנה נטייתם של פרטים להשוות את שכרם לזה של אחרים נמצא כי ככל שההכנסה גבוהה יותר נחלשת הנטייה של פרטים להשוות את שכרם לזה של זולתם; וכי ככל שרמת השכלה של הפרט גבוהה יותר נטייה זו מתחזקת.¹⁶ עוד נמצא כי בקרב רוב הקבוצות שנבחנו, השוואת השכר נעשתה כלפי מעלה, כלפי בעלי שכר גבוה יותר; וכי עיקר ההשוואות שביצעו פרטים נעשו כלפי קולגות, יותר מאשר כלפי מעגלים אחרים כמו משפחה וחברים (Clark & Senik, 2010). על רקע זה ניתן למקם גם את הרופאים – קבוצה משכילה, ובעלת הכנסה גבוהה יחסית לשאר המשק – ולצפות כי לכל הפחות בתקופות שבהן סביר שהדבר ייעשה, כמו בתקופות של מאבקי שכר, תתחזק הנטייה להשוואה, לקולגות, כלומר בתוך עולם הרופאים, בינם לבין עצמם, ולקבוצות ייחוס רלוונטיות הנתפסות כבעלות שכר שקול או גבוה יותר, או כמי שחולקות עם הרופאים דמיון מסויים מבחינת היכולות האישיות, או מבחינת התרומה לחברה, כמו שופטים ואקדמאים ועובדים במקצועות עתירי טכנולוגיה וכפי שאכן נעשה כאמור בתקופת הבוררות בשנת 2008 ובתקופת השביתה בשנת 2011 (Weil et al., 2013; מדינת ישראל, 2008). בהקשר מדיניותי, עצם הרעיון של השוואות שכר קשור במידה רבה לניתוח ההחלטות וההעדפות של הפרטים, למשל בבחירת מקצוע, ובקביעת היקף ההשקעה שלהם בהון אנושי, והיצע שעות העבודה המועדף עליהם. מדיניות מושכלת צריכה להביא בחשבון את ההעדפות, הנצפות והמשוערות, של הפרטים, בהתחשב במאפייניהם, על-מנת לקבוע שיטת תגמול יעילה. הדברים נכונים למעשה הן לענף תחרותי לגמרי, בניית נקודת המבט של הפירמה; והן לענף מתוכנן, בניית נקודת המבט של הממשלה או הרגולטור. במסגרת הדיון בהעדפותיהם של רופאים ישנה לכן חשיבות רבה להעדפה ולבחירה של מקצוע ההתמחות ומקום-ההעסקה, מחוץ העבודה וסוג המוסד, בתור משתנים העומדים בליבת מדיניות תכנון כוח האדם הרפואי (בן-נון, 2008; ניראל ואחרים, 2008).

4.2. פערי שכר בישראל

פערי השכר בין ובתוך קבוצות של עובדים – הנבדלות זו מזו במאפיינים סוציו-דמוגרפיים ותעסוקתיים – הם רלוונטיים ואפילו דרמטיים במציאות הישראלית, על רקע **רמת אי-השוויון הגבוהה** למדי, במונחי הכנסה, הרווחת חברה, ובהתחשב בשסעים ובפערים החברתיים והתרבותיים העומדים מאחורי אי-שוויון זה או נובעים ממנו. הפערים והשסעים בישראל מתקיימים במספר רב של ממדים – לאומי, דתי, עדתי, פוליטי – שהם בו-בזמן גורמים לפערים הכלכליים, מתקיימים במקביל אליהם וכאמור אף מושפעים מהם; והם אשר הביאו רבים לתאר את ישראל בתחילת המאה ה-21 כ"כלכלה דואלית", המאופיינת כדיכטומיה בין קבוצות עובדים בעלי הון אנושי ורמת פריון הדומים לאלו במדינות העשירות ביותר¹⁷ לבין קבוצות עובדים אשר מכמה וכמה בחינות נותרו מאחור, ואשר נהנו באופן מוגבל יחסית מן הצמיחה הכלכלית שחוותה ישראל במהלך שנות התשעים והאלפיים; ומאופיינים ברמת שכר נמוכה.

¹⁵ החישוב של Clark & Oswald נעשה באמצעות רגרסיות מינסר ובאמצעות השוואת שכר הפרטים לשכר עמיתיהם.

¹⁶ נמצא גם ששתי קבוצות אלו, בעלי הכנסה גבוהה ובעלי השכלה גבוהה, נוטים לתמוך פחות בחלוקה-מחדש.
¹⁷ הדיון בפוטנציאל הניידות של עובדים כתלות ברמת ההון האנושי שלהם ובתנאי-הסף הייחודיים להעברתו בין מדינות, רלוונטי במיוחד במקרה של הרופאים (וון-דייק ואחרים, 2011).

העיסוק בפערי שכר המגדירים בישראל אינה שונה מאוד מן המקובל בספרות הקיימת לגבי מדינות אחרות. עיסוק זה כולל התחקות אחר משתנים שיש בהם כדי להסביר את פערי השכר בין נשים לגברים; ואת הניסיון לאפיין בהמשך לכך ובצורה כמה שיותר מדויקת את "תקרת הזכוכית" המגבילה נשים בהתקדמות במקצועות מסויימים או בדרגות שכר. לעומת-זאת, קיימים שלושה הקשרים שבהם מתקיימים פערי שכר שהם מעט ייחודיים יותר למקרה הישראלי: ההקשר האתני-לאומי (יהודים-ערבים), ההקשר של הגירה (ובמיוחד עולי ברית המועצות אל מול הותיקים),¹⁸ וההקשר של המגזר הציבורי (שעל-אף ההשוואות השונות שעשויות להיות רלוונטיות בהקשר זה בין מערכות של מדינות מפותחות, הרי שכמעט בכל מדינה המגזר הציבורי הוא בעל מאפיינים ייחודיים).

4.2.1. ערבים ויהודים

רמת השכר בקרב עובדים ערבים בישראל נמוכה מזו של העובדים היהודים כמעט בכל החתכים, ובפרט, בקרב נשים ובקרב גברים, בקרב עצמאים ובקרב שכירים. מקובל לייחס את הפער לשלושה גורמים עיקריים: הון אנושי שהוא בממוצע נמוך בהשוואה למגזר היהודי (הלא-חרדי); נגישות נמוכה יותר למוקדי תעסוקה (בשל הפיזור הגיאוגרפי ובשל רמת תשתיות התחבורה); ואפליה (ממוסדת ובלתי-ממוסדת, ברמת שוק העבודה). עם השנים חל שינוי בחלק מן הגורמים הללו, אך במקביל נותר פער לא מובטל בין רמות ההכנסה של יהודים וערבים. ההון האנושי גדל באופן משמעותי (כפי שמשתקף בשיעור הזכאות לבגרות ובשיעור הסטודנטים הערבים); הפיזור הגיאוגרפי נותר חסם אובייקטיבי רב-משמעות אם כי חל שיפור מסויים בתשתיות התחבורה ובעוצמה הכלכלית של מוקדי תעסוקה כמו חיפה ונצרת. לבסוף, נעשה גם מאמץ להקטין את ממדי האפליה הממוסדת, ואולם אפליה בלתי-ממוסדת בשוק העבודה ובנוסף לכך המחסור בהון חברתי רלוונטי (למשל ההשתייכות למעגלים חברתיים שהם בעלי ערך מבחינה תעסוקתית) מהווים עדיין חסם בפני צמצום מלא של פער השכר. מציאות זו משתקפת בין השאר בעובדה שאקדמאים ערבים רבים פונים בצר להם למקצוע ההוראה, ושיעורם בתחום, ובקרב גברים במיוחד, גבוה באופן ניכר בהשוואה לשיעור האקדמאים היהודים העוסקים בהוראה (Khatab, 2003; ישיב וקסיר, 2013; לוי-אפשטיין ואחרים, 1994).

חריג לכלל העולה מתיאור תמונת המצב הכללית של הערבים בשוק העבודה הוא המצב במקצועות הבריאות ובקרב הרופאים באופן מיוחד. במרבית מקצועות הבריאות – והדבר נכון הן בחתך משלח היד והן בחתך הענף הכלכלי – שיעורם של העובדים הערבים גבוה במיוחד בהשוואה לשיעורם במקצועות אחרים, ובחלקם אף גבוה משיעורם באוכלוסייה (חורב ואחרים, 2012; שמש ואחרים, 2007). רמסיס גרא הראה כי בקרב עובדים^(א) ערבים^(ב) גברים^(ג), המועסקים מחוץ לשוב מגוריהם, הסטאטוס הסוציו-אקונומי של משלח היד נמוך בכל רמות ההשכלה בהשוואה לעובדים היהודיים באותה רמת השכלה, להוציא קבוצת העובדים בעלי 19 שנות לימוד ומעלה. בהמשך לכך הראה גרא כי "בדיקה של משלחי היד של גברים ערבים אלו העלתה שמעל מחציתם עובדים כרופאים" (גרא, 2014).¹⁹

ניתן לשער כי הבולטות של העובדים הערבים בקרב קבוצת הרופאים (ולא במקרה גם במקצועות הבריאות האחרים) מקורה בשילוב של שתי תופעות. מצד אחד, הערך הגבוה המיוחס בחברה הערבית למקצוע הרפואה ולמקצועות הבריאות (בתור מקצוע מוטה השכלה, מקצוע מכובד ומכניס); ומצד שני, העובדה שמערכת הבריאות, ומקצוע הרפואה בפרט, מאפשרים השתלבות בתעסוקה ללא אפליה ומבלי שהחסמים האחרים בהם נתקלים אקדמאים ערבים יבואו לידי ביטוי: הביקושים לבריאות מפוזרים בדומה לפרישה של

¹⁸ אמנם, ישראל אינה המדינה היחידה שקלטה במהלך המאה ה-20 מהגרים, והיא אף אינה המדינה היחידה המתוארת כ"חברת מהגרים". יחד עם זאת, ישראל הינה ייחודית בכך שלאורך שנים רבות מאוד מתוך שנות קיומה היא קלטה כמות גדולה של עולים (מהגרים); ובכך שבקרב המדינות המפותחות לא קיימות כמעט מדינות שברבע האחרון של המאה העשרים הגדילו את אוכלוסייתן בכ-20% בתוך שנים בודדות.

¹⁹ הבולטות של הערבים בתחום הרפואה איננה דבר חדש. לוי-אפשטיין ואחרים (1994) הראו שכבר ב-1983, 12.9% מבוגרי האוניברסיטאות הערבים השתייכו לקבוצת המקצועות "רופאים, רופאי שיניים, טכנאים ופרה-רפואיים", קבוצה שהייתה שנייה רק לקבוצת "מורים במוסדות חינוך", 38.7%, וקדמה לקבוצה הבאה, "מהנדסים וארכיטקטים", אליה השתייכו רק 4.9% מהאקדמאים הערבים.

האוכלוסייה,²⁰ קיימות דרכים מוגדרות היטב ואחידות להכשרה ולקידום, והחשיבות של הון חברתי והון תרבותי ייחודיים היא מועטה יחסית למקצועות אחרים.²¹ כפי שיוצע להלן, שילוב שני הגורמים הוא כנראה הסיבה לכך שגם ברמת השכר של הרופאים חל שוויון יוצא דופן מסוגו בין ערבים ליהודים, אשר נדיר למצוא כמותו בשוק העבודה הישראלי (ניתן להניח גם שהשוויון יוצא הדופן ברמת השכר מהווה סיבה נוספת לנטייה החזקה מצד ערבים לעסוק במקצועות אלו, ולכן גם סיבה לשיעורם הגבוה במקצועות אלו וחוזר חלילה). בדומה לכך הציע גרא (2014) כי במקרה של הערבים בישראל מתקיים מצב של *self-selection*, שבו "רק ערבים שבטוחים יותר בסיכוייהם להשתלב בשוק העבודה ('החזקים יותר' [כך במקור, א.י.]) ניגשים למהלך ההשכלה הגבוהה והשתלבות בשוק העבודה במקצוע הנלמד". טענה זו, בצירוף המאפיינים שתוארו קודם לכן, מביאה לכך ששיעור גבוה יותר ממי שהולכים להשכלה גבוהה בקרב הצעירים הערבים בוחרים במקצועות הבריאות, בהשוואה למשל למדעי הרוח או מקצועות ההנדסה. כך הראו מיעארי, חטאב ונבואני (2012) וכן פופר-גבעון ואח' (2015), שעמדו על כך שנכון ל-2011, 8% מהערבים הגברים האקדמאים היו רופאים, בהשוואה ל-3.3% בקרב הגברים היהודים האקדמאים, ול-2.2% בלבד בקרב הנשים הערביות האקדמאיות.

4.2.2. ותיקים ועולים

בין עולי ברית המועצות שהגיעו לישראל בשנות ה-90 בלט שיעורם של בעלי מקצועות ההנדסה ומקצועות הבריאות. במקצועות אלו – כנראה בשל החשיבות של הידע הטכני והמדעי בהשוואה לידע הלשוני הדרוש לצורך העסקה במסגרתם, ובמידת-מה גם בשל הביקושים במשק הישראלי למקצועות אלו (כך לפחות במקרה של המהנדסים) – השיקום של ההון האנושי שנשחק עם העלייה ארצה היה מהיר יחסית למקצועות אחרים (Cohen-Goldner & Eckstein, 2008; Eckstein & Weiss, 2002, 2004). בקרב ציבור הרופאים חל אמנם עיכוב מסוויים בהשתוות של רמת השכר, ואולם עיכוב זה לא חל למשל בשל מצב של אבטלה, אלא בעיקר בשל גורמים שניתן לראותם כאקסוגניים, ובראשם ההתעקשות של הרופאים הוותיקים על תקופת הכשרה וחניכה ממושכת לרופאים החדשים (זוסמן וזכאי, 1997; ניראל ורוזן, 2004). כך או אחרת, בהתבוננות על הטווח הארוך פערי השכר בין ותיקים לעולים צומצמו לחלוטין בתוך מספר שנים. השתלבותם של עולי ברית המועצות במקצועות הרפואה והבריאות הייתה בעלת משמעות גם לגבי הייצוג של ערבים ונשים במקצועות אלו. שיעורם של הערבים במקצועות אלו דולל עקב הצטרפותם של העולים, כך שהגידול במספר הרופאים הערבים היה גבוה ממה שהשתקף בשיעורם בשנים שבהן התרחשה העלייה הגדולה. אשר לנשים, העלייה הגדולה דווקא תרמה להגדלת שיעורן של הנשים בקרב הרופאים בשל העובדה שייצוגן בקרב הרופאים העולים היה גבוה בהשוואה לשיעורן בקרב הרופאים המקומיים. ואולם, הגידול המקביל שחל בתקופה זו בשיעור הנשים בקרב תלמידי הרפואה והרופאים הישראלים הצעירים גרם לכך שהשיעור הכולל של הנשים בקרב קבוצת הרופאים לא נפל, ולא צפוי ליפול, עם הפרישה מעבודה של הרופאות יוצאות ברית המועצות.

4.2.3. המגזר הציבורי והמגזר הפרטי

להוציא מספר מצומצם של משלחי-יד שהמשתייכים אליהם מפוזרים בהיקפים משמעותיים הן במגזר הפרטי והן במגזר הציבורי – למשל: עורכי-דין – מרבית משלחי היד מרוכזים רק באחד מן המגזרים (למשל: מורים, רופאים, וכמובן שוטרים, כבאים וסוהרים). בשל כך – והדבר נוגע למעשה גם לציבור הרופאים – קשה להשוות בצורה טובה ועקבית את מצבם של עובדים בעלי מאפיינים דומים המועסקים בכל אחד מן המגזרים. ליתר דיוק, קשה לעשות כן משתי סיבות שונות: הן משום שלגבי חלק ממשלחי היד אין ייצוג גדול

²⁰ הדברים נכונים לפחות כל זמן שלא מובא בחשבון החלק בביקוש לבריאות המושפע מרמת ההכנסה או מושפע ממנה, אך יש לזכור כי אלו שוב מרוסנים, ובמידה לא מובטלת, מכוח טיבה הציבורי והפרוגרסיבי של המערכת.

²¹ העובדה שייצוג הערבים במקצועות אלו גבוה יחסית למשקלם באוכלוסייה, גורמת לכך שגם כאשר נדרשת לסטודנטים לרפואה או למתמחים צעירים היעזרות בהון חברתי (למשל: היכרות עם גורמים במערכת) הרי שזו בנמצא. מכאן, שלערבים המשכילים יש הון חברתי ותרבותי רלוונטי במקצועות הבריאות, בשונה מהמצב במקצועות אחרים.

או מגוון דיו באחד המגזרים, והן משום שבמידה שמרבית העוסקים במשלח היד מרוכזים באחד מן המגזרים – בפרטי או בציבורי – הרי שהמשתתפים למגזר זה עשויים להוות את נקודת הייחוס לקביעת השכר של בעלי משלח היד המועסקים במגזר האחר, ומכאן הקושי לייצר השוואה.

יחד עם זאת, באופן כללי יותר ניתן לומר שרמת השכר במגזר הציבורי היא בעלות השפעה על ציפיות השכר של כל אחת מקבוצות העובדים המועסקות בו;²² וכי מגמת השכר במגזר הציבורי קשורה לאורך זמן במגמת השכר במגזר הפרטי (מזר, 2014). בנוסף לכך, הקשר והיחס בין המגזרים הוא בעל חשיבות משום שלגבי הרופאים בישראל חלה בשנים האחרונות התפתחות משמעותית של חלופות מקצועיות במגזר הפרטי; ומשום שחלופות אלו מצויות בלב המחלוקות הנוגעות לעתידה של הרפואה בישראל, ולתמריצים שהממשלה בוחנת על-מנת לשמור כמות מספקת של רופאים, ובפרט את הטובים שבהם, במערכת הציבורית.

לסיכום, ניתן לומר כי: המגזר הציבורי בישראל מאופיין בכך שפערי השכר בין נשים לגברים הם נמוכים יחסית למצב בכלל המשק, באופן כללי ועבור רוב רמות ההשכלה (מזר, 2008; מזר ומיכלסון, 2010); השכר במגזר הציבורי מושפע באופן משמעותי ממשתנים של קידום ולכן גם ותק ובמידה רבה גיל (מזר, 2007);²³ בהשוואה בינלאומית; השכר הרווח במגזר הציבורי, כשהוא מתוקן לכוח קנייה, קרוב מאוד לממוצע הנתון המקביל במדינות המפותחות (קופמן, 2012), וזאת בשונה ממה שנוגע לשכר הממוצע בכלל המשק, נתון שבו נופלת ישראל מן הנתון המקביל – נכון לשנה שבה נבחנו הנתונים (2011) – ב-27%.²⁴

4.3.4. פערי שכר בקרב רופאים במדינות המפותחות

היחס בין שכרם של הרופאים לבין השכר במשק ופערי השכר בקרב ציבור הרופאים נדונו בהרחבה בהתייחס למערכות של מספר מדינות מפותחות, ובראשן ארצות הברית. הדיון בשכר הרופאים במערכת האמריקאית הוא בעל הקשר ומשמעויות שונות מאוד מאלו הרלוונטיים למדינות מפותחות אחרות, בשל המאפיינים הייחודיים של המערכת האמריקאית.²⁵ יחד עם זאת במספר הקשרים ישנה בכל-זאת משמעות לניתוחים ולהשוואות שנעשו לגבי המערכת האמריקאית, למשל בבחינת הפערים בתוך עולם הרופאים בין גברים לנשים; בין מהגרים לוותיקים; או בהתייחס לבחירת ההתמחות, בחירת מתכונת העבודה והקצאת שעות העבודה בין מקומות עבודה שונים מנקודת מבטם של הרופאים. דברים נוספים נכתבו על מערכות הבריאות של מדינות מפותחות אחרות שהן בעלות מאפיינים מבניים דומים יותר לאלו של ישראל, כמו בריטניה, הולנד, נורבגיה ושבדיה.

בספרות זו העוסקת בשכר הרופאים ניתן לזהות שלושה מוקדים עיקריים הנדונים בתור גורמים והסברים לפערי השכר המתקיימים בתוך ציבור הרופאים: (א) מגדר, (ב) תחום התמחות, ו-ג) מאפיינים תעסוקתיים, לרבות: מקום עבודה, צורת העסקה (מגזר ציבורי מול פרטי, העסקה כשכיר מול העסקה באמצעות חוזה) ומספר שעות עבודה. בנוסף לכך קיימים גם מספר מאמרים העוסקים בגורמים נוספים כמו ההשתייכות למיעוט, בכירות, ורמת התפוקה. חלק גדול מן המאמרים דן בהצטלבות של הגורמים הללו, למשל שיעורן של נשים בהתמחויות מסוימות, וההשפעה של אופי ההעסקה על היצע שעות העבודה.

4.3.1. פערים על רקע מגדרי

בעשורים האחרונים גדל שיעורן של הנשים בקרב אוכלוסיית הרופאים במרבית המדינות המפותחות וישראל בכלל זה. על-אף הגידול המשמעותי בשיעורן נותרו בחלק מן המקומות פערי שכר לא מבוטלים בין רופאים

²² על רקע זה מקובל לומר ששביתת הרופאים בשנת 2011 הייתה, בין השאר, פרק נוסף בגל של שביתות שראשיתן בשביתת הפרקליטים, והמשכו בשביתת העובדים הסוציאליים, הרופאים, ולבסוף גם האחיות (רי' להלן חלק הדיון).

²³ דהן (2004) מצא עדיפות להסכמי השכר על-פני מרכיב הקידום כשלעצמו בקביעת שיעור השינוי של השכר. עם-זאת, יש לציין כי דהן בחן את שירות המדינה לבדו, ולא את המגזר הציבורי בכללותו.

²⁴ לפער בין השכר במגזר הציבורי לבין השכר בשאר המשק עשויות להיות סיבות שונות: ממוצע שנות ההשכלה במגזר הציבורי הוא גבוה יותר; והמגזר הציבורי כולל מספר קטן משמעותית של ארגונים ומשרות כך שהוא הומוגני יותר.

²⁵ המערכת האמריקאית מתייחדת בעלות הביטוח ובהיקפי הכיסוי הביטוחי של האוכלוסייה; בחשיבות הביטוח המקצועי של הרופאים ובאופן כללי: בדומיננטיות של המערכת הפרטית בהשוואה לזו הציבורית הן ברובד המימון והן ברובד אספקת השירותים.

לרופאות. מחקרים רבים שנעשו בעשרים השנים האחרונות ביקשו להתחקות אחר המקור לפערים אלו. ניתן לומר כי ההסברים המוצעים בהם מתכנסים לשתי קבוצות: קבוצה אחת של מאמרים עוסקת באפיון וניתוח פערי השכר המגדריים, ובמידת-מה גם בהבנת פער השכר המגדרי על-ידי בחינת המתאם בין מין לבין כמה משתנים מתווכים; והקבוצה השנייה ממוקדת באפיון הסיבה לפערים במיוחד סביב ניתוח השוני בהעדפות ובהתנהגות של הרופאות בהשוואה לרופאים.

א. אפיון פערי השכר בין רופאים ורופאות

המפטון הדגיש כי עצם השיעור של נשים בתחום התמחות מסויים מקטין את השכר בתחום זה בהשוואה לתחומים אחרים, וכך גם לאחר שליטה על מגוון רחב של משתנים (Hampton, 1991). יחד עם זאת, במאמר מוקדם זה לא ניתנה הדעת לאיתור המשתנה המתווך שיעור נשים גבוה לבין שכר נמוך יותר בתחום. איתורו של משתנה זה נדון בהרחבה במאמרים אחרים, שבהם נמצא בין היתר כי מדובר בפער בשעות העבודה; וכי פער זה מוסבר בחלקו על-ידי השוני במחויבויות או בהעדפות הנוגעות לחיי המשפחה.

אוספלד וקולר, על-בסיס מדגם של כ-4,500 רופאים אמריקאים מצאו כי כבר בשנים 3-1982 הפער הבלתי-מוסבר בשכר השעתי בין רופאים לרופאות (פער שניתן לייחסו לאפליה או לגורמים אחרים בלתי-ידועים) עמד על כ-12-13% בלבד, שיעור נמוך משמעותית בהשוואה לשיעורים שחושבו במחקרים שקדמו למחקר זה; ונמוך גם בהשוואה לפערים בשכר החודשי (Ohsfeldt & Culler, 1986).

בייקר בחן את שכרם, בשנת 1990, של כ-4,000 רופאים אמריקאים צעירים, מתחת לגיל 45, בעלי 2-9 שנות ניסיון. הוא מצא כי פער של 41% בשכר החודשי מצטמצם במעבר לשכר שעתי ל-14%. לאחר שליטה במשתנים התעסוקתיים ובראשם סוג ההתמחות פער זה הצטמצם לחלוטין ולא נצפה עוד כל פער בשכר. בנוסף לכך מצא בייקר כי בקרב דור הרופאים המבוגרים נותר פער לטובת הגברים, ופערים ניכרים נותרו גם בהתמחויות שונות, אם כי בשני הכיוונים: בהתמחות כללית וברפואת משפחה מצא בייקר יתרון של 13% לטובת הנשים, וברפואת חירום ובתת-התמחויות של רפואה פנימית נמצא פער של 26% לטובת הגברים (Baker, 1996).²⁶

דברים דומים עולים ממחקר שבו נבחן שכרם, בשנת 2008, של כ-2,000 רופאים כלליים (*General Practitioners, or: GP's*)²⁷ בריטיים. הפער בשכר החודשי עמד על 30% והצטמצם ל-11% במונחי שכר שעתי. ואולם, בבחינה של השכר השעתי ברמת מקום העבודה, תוך שליטה במשתנה ההתמחות, ולאחר התאמות סטטיסטיות נוספות, הצטמצם הפער לאחוזים ספורים או שאיבד ממובהקתו (Gravelle et al., 2011).

סדרהולם (Cederholm, 2007), אשר בחנה את שכרם בשנת 2001 של קבוצה רחבה ומגוונת של רופאים שבדים (כשמינית מן הרופאים בשבדיה) מצאה יתרון של 5.7% (בלבד) בשכר החודשי, לטובת הגברים.²⁸ חריגותה של שבדיה כמדינה בעלת רמת שוויון גבוהה ביותר מורה שהאפשרות להקיש ממחקר זה למקרים אחרים היא מוגבלת.

המשתנה "מין" מתואם אפוא עם המשתנים סוג התמחות ומספר שעות-עבודה. לפיכך, כיוון שבמקרה של רופאות נפוצים דווקא סוגי התמחות מסויימים והיקפי שעות-עבודה מצומצמים יותר, ניתן להסביר בצורה זו חלק מפרע השכר בין רופאים לרופאות – ברמה החודשית.

²⁶ הפערים לרעת הגברים עשויים להצביע על מיון עצמי של רופאים גברים המעוניינים בעבודה בהיקף מצומצם יותר, או רופאים גברים בעלי יכולות נמוכות יותר בהשוואה לממוצע.

²⁷ השימוש במונח "רופאים כלליים" (*General Practitioners*), אינו עקבי לגמרי במדינות השונות, אך משמעותו על-פי רוב כוללת הן את קבוצת המתמחים (אשר טרם השלימו את הכשרתם באחד מתחומי המומחיות), והן את קבוצת הרופאים שתחום עיסוקם או מומחיותם נחשב ל"כללי" (ברוב המדינות יוגדר רופא משפחה כרופא כללי, ובחלקן גם רופא ילדים יוגדר ככזה). יש להבחין בין "רופאים כלליים" ל-"ראשוניים" על-אף החפיפה החלקית בין הקבוצות.

²⁸ להבדיל מכל שאר המאמרים הנזכרים בעבודה זו שהם מאמרים אשר פורסמו בכתבי-עת מקובלים, מאמר זה פורסם בעיבוד לעבודת תזה לתואר מוסמך (Cederholm, 2007) ולא פורסם, ככל הידוע למחבר, בכתב-עת רשמי.

ב. אפיון העדפותיהם והתנהגותם של רופאים ורופאות

קבוצה נוספת של מחקרים בחנה במישרין את ההעדפות והבחירות התעסוקתיות של רופאים בהתאם למינם.

במחקר שבחן את הקצאת שעות העבודה של כ-2,000 רופאים הולנדים בשנת 2001, ואת דפוס ההעדפות של הרופאים בנוגע להיקף עבודתם (ואמנם לא את השכר כשלעצמו), נמצא גם-כן שוני מובהק בין נשים לגברים בהיקף שעות העבודה המועדף והמבוצע בפועל: נשים נטו להעדיף באופן מובהק היקף שעות עבודה קטן יותר. היקף מצומצם יותר של שעות עבודה או העסקה במשרה חלקית זוהה גם עם רופאים מבוגרים יותר ובעלי ילדים בגיל צעיר, וזאת גם כאשר נבחנה קבוצת הרופאים הגברים כשלעצמה (de Jong et al., 2006).

מחקרים אחרים שבים ומדגישים את נקודת המבט של השכר החודשי או השכר השנתי הכולל ואת החולשות המתודולוגיות הטמונות בהתמקדות בשכר השעתי ובנטרול הפער בשעות העבודה. על-פי מחקרים אלו פערי השכר רחוקים מלהיעלם ושיעורם עודנו משמעותי (Bashaw & Esteves-Sorenson & Snyder, 2012; Heywood, 2001).

הזיקה שנמצאה במחקרים האמורים בין היות אישה לבין שעות עבודה מועטות יחסית לגברים, ובין היות אישה לבין התמחויות בעלות פוטנציאל השתכרות נמוך יותר משקפת את הדומיננטיות של דפוסים משפחתיים שבמסגרתם האישה נוטלת על עצמה – לכל הפחות בתקופות מסוימות בחיי הילדים – מחויבויות רבות יותר בתחום הבית וחיי המשפחה. מספר מאמרים בחנו במישרין קשרים אלו ואף כימתו את הירידה בשכר הנובעת ממצב של נישואין ומספר ילדים.

סאסר (כ-4,000 רופאים אמריקאים בשנים 1986 ו-1990) ביקשה לפרק את פערי השכר על-פי המצב המשפחתי ומצא כי שכרן היחסי של הרופאות אכן נשחק בהתאם למצבן המשפחתי. הרופאות "מאבדות" 11% משכרן השנתי בשל נישואיהן, ו-14%, או 22%, נוספים על רקע היותן אימהות לילד אחד, או לשני ילדים, בהתאמה. פערים אלו מצטמצמים לאחוזים בודדים ומאבדים ממוהקים כשמדובר בשכר שעתי – להוציא המקרה של אישה נשואה שלה שני ילדים או יותר (Sasser, 2005).

גיירברג (1,104 רופאים ורופאות מנורבגיה, שנבחנו בשנת 1996) בחנה אף היא את השפעת הבחירות בתחום המשפחתי על ההימצאות של רופאות בהתמחויות שונות ואת הקשר בין דפוסים משפחתיים לבחירות התעסוקתיות של הרופאות. היא מצאה כי נשים, בשל העדפותיהן כאימהות, נוטות פחות לבחור בתחומי התמחות תובעניים, או שהן נוטות את ההתמחות בתחומים אלו במהלך הכשרתן ועוברות לתחומים אחרים. תחומי התמחות הננטשים על-ידי נשים הם בעלי פוטנציאל השתכרות גבוה יותר בהשוואה לתחומים אחרים, ובכך מתהווה ומתחזקת באופן נוסף נחיתותן של הרופאות בשכר בהשוואה לעמיתיהן הרופאים. גיירברג, כמו אחרים, מצביעה גם על תהליכי השינוי המסתמנים בנושא זה, ומראה כי עם השנים הנשים מגדילות באופן הדרגתי את הימצאותן גם בהתמחויות התובעניות יותר שבהן כמעט שלא נכחו בעבר כלל (Gjerberg, 2001, 2002, 2003).

אולנברג וקוני (Uhlenberg & Cooney, 1990) תיארו את העובדה שנישואין והורות מתואמים, במקרה של רופאים-גברים, עם שכר גבוה יותר ובמקרה של רופאות, דווקא עם שכר נמוך יותר. הסיבה לכך היא שלגבי הגברים המחויבות לפרנסת משפחה, ובפרט משפחה גדולה יותר, גורמת להגדלת היצע השעות או לקליטת מטופלים רבים יותר; בעוד שבמקרה של הנשים הקמת המשפחה והרחבתה, יוצרות ציפייה כלפי הנשים, או בחירה שלהן, להקדיש חלק גדול יותר מזמןן לבית ולמשפחה.²⁹

ריצו וזקסהאוזר (Rizzo & Zeckhauser, 2007) – מנקודת מוצא של כלכלה התנהגותית – הדגישו את העובדה שציפיות השכר של רופאים גברים הן, מלכתחילה, גבוהות יותר בהשוואה לאלו של רופאות, וכי ציפיות אלו הן שמשפיעות לאורך הקריירה על התנהגותם והחלטותיהם של רופאים גברים, באופן שיש בו

²⁹ יש לציין כי דפוס זה היה מובהק במשך עשורים רבים, אך הוא מראה סימני היחלשות בשנים האחרונות – לפי ממצאים שתוארו בספרות כלכלת העבודה העדכנית.

כדי להסביר את פערי השכר הנוצרים בהמשך. שכן, רופאים גברים מתאימים את התנהגותם בתקופה המאוחרת לציפיותיהם בתקופה המוקדמת (לפי מחקרם, התנהגותן של נשים מושפעת באופן חלש בהרבה או שאינה מושפעת כלל מציפיות השכר הראשוניות שלהן).

מכלל המאמרים מתקבלת אפוא התמונה לפיה אפליית רופאות בממד השכר מצויה לכל הפחות במגמת הצטמצמות, או שהיא על-סף היעלמות (כאמור, לפי חלק מן המאמרים אפליית השכר כבר נעלמה כליל), אך אפשרות זו נכונה בעיקר בחתך השכר השעתי. יחד עם זאת – והדבר נכון גם לפי המאמרים המתארים את קיצה של האפליה – קשה להתעלם מעצם קיומם של פערי השכר ברמה החודשית או השנתית אשר נובעים כאמור מהיקף שעות העבודה או מבחירת תחום ההתמחות. ניתן לומר כי פערים אלו הם עדיין בעלי משמעות במספר הקשרים: **ראשית**, השוני בהיקף שעות-העבודה וסוג ההתמחות מגביל את התקדמותן של נשים לעמדות בכירות ולעמדות ניהול, מציאות שזוהתה על-ידי חלק מן החוקרים של התחום כ"תקרת הזכוכית" של נשים בתחום הרפואה; **שנית**, כיוון ששיעורן של הנשים במקצוע הרפואה מצוי כאמור בעלייה מתמדת, ומשום שרופאות עובדות בדרך-כלל מספר נמוך יותר של שעות בחודש בהשוואה לגברים, ברמה המצרפית משמעות הדבר היא קיטון בהיצע הכולל של שעות העבודה של רופאים – עבור יחס קבוע של רופאים לתושבים. לאפשרות זו יש משמעות עמוקה במיוחד כשמדובר במשטר העסקה ציבורי שבמרכזו רופאים שכירים, כמו במקרה של ישראל – כלומר, מצב שבו תמריצי השכר מוגבלים יחסית.

המאמרים הנזכרים היטיבו לתאר את פערי השכר בין גברים לנשים בתוך מקצוע הרפואה, ובמידת-מה, אם כי בעקיפין, גם את ההשפעה שהייתה לשינוי בשיעורן של הנשים במקצוע לאורך השנים. ואולם, לא נבחנה במפורש ובמישרין ההשפעה של פערי השכר בתוך קבוצת הרופאים והשינוי בשיעור הנשים על השכר הממוצע בקבוצה ועל הפער (הנובע) בין שכרה של קבוצה זו לבין השכר הרווח בקרב קבוצות עובדים אחרות; וההשפעה שיכולה הייתה להיות לתהליך זה על תביעות השכר והמאבקים הארגוניים של הרופאים.³⁰ ומכיוון אחר, גידול בשיעור הנשים במקביל לאי-שינוי במספר שעות העבודה שלהן משמעו קיטון במספר "שעות-העבודה הרפואיות" לתושב, מה שעשוי להביא ללחץ מכיוון הציבור.

בנוסף לכך, לא נדון במאמרים אלו באופן ממוקד המצב היחסי של נשים ברפואה בהשוואה למצבן היחסי של נשים משכילות בענפים כלכליים ובמשלחי-יד אחרים, קרובים באופיים או ברמת ההשתכרות שלהם (מבחינת הממוצע הכללי או מבחינת השכר של שכירים גברים בתחום); וגם לא השינוי במצבן של רופאות, מבחינת שכרן ושעות עבודתן, בהשוואה לשינוי מקביל בקרב לנשים משכילות אחרות בשוק העבודה. לבסוף, יש לציין גם כי המאמרים המאוחרים ביותר שנזכרו עוסקים בשנים שהן לכל המאוחר ראשית העשור הקודם, כך שחסרה בהם – באופן טבעי – אינפורמציה על מה שהתרחש מאז, ב-15 השנים האחרונות, תקופה שבה חלו התפתחויות נוספות בתחום ייצוגן והשתתפותן של נשים בענפי הכלכלה השונים.

משתנה המין, בתור משתנה המסביר פערים בשכר בין רופאים, מהווה אפוא בחלק מן המקרים קירוב (*proxy*) לכמה משתנים אחרים: שעות-עבודה, סוג התמחות, ולעתים גם מקום-עבודה. משתנים אלו, ומשתנים אחרים בדומה להם, נדונים גם כשלעצמם, כמשתנים שיש בהם כדי לתת פשר לפערי שכר הקיימים בקרב ציבור הרופאים – שלא במסגרת החלוקה המגדרית.

4.3.2. פערי שכר הקשורים בהתמחות, שעות-עבודה, מקום עבודה, וצורת העסקה

הקשר בין התמחות לבין רמת השכר עולה ממחקרים שונים. אמנם, במערכת האמריקאית קשר זה הוא חזק במיוחד בהשוואה למערכות אחרות כמו זו של ישראל, שבה מאפייני ההעסקה הציבורית מרכזיים ומרסנים את הפער שעשוי להיווצר בין התמחויות. יחד עם זאת, גם בישראל – וביתר שאת בעשרים השנים שחלפו

³⁰ הדבר בהחלט קשור בכך שרבים מהמאמרים הנזכרים עוסקים במערכת האמריקאית שהיא פרטית בעיקרה. עם-זאת, גם במאמרים על המערכת הבריטית והנורבגית לא נדון ההקשר הכללי של כלל קבוצת המועסקים.

מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי – ניתן לשער שעוצמתו של קשר זה הולכת ומתחזקת עם התרחבות החלופות בתחום הרפואה הפרטית אשר מעניקות עדיפות מובהקת לחלק מן ההתמחויות על-פני אחרות. במאמר שבחן את העדפויות ונטיותיהם של סטודנטים לרפואה בארצות הברית, נמצא כי הסטודנטים אשר העניקו ערך גבוה יותר לסגנון החיים העתידי שלהם, האישי והמשפחתי (מבחינת מה שיתאפשר להם לאור תובענות העבודה), בהשוואה לשכר, העדיפו את תחומי ההתמחות: רדיולוגיה, רפואה שיקומית, רפואת חירום, עיניים, פסיכיאטריה, רפואת משפחה ורפואת ילדים כללית. לעומת-זאת, אלו שדירגו את השכר במקום גבוה יותר נטו להעדיף את התחומים: אורתופדיה, כירורגיה כללית וגניקולוגיה (Newton et al., 2005).³¹

הקשר בין רמת השכר הצפויה, או באופן כללי יותר בין התועלת הכלכלית המשוקללת, הכוללת את ממד הפנאי, לבין תחום ההתמחות המועדף, משפיע אפוא על המיון העצמי של סטודנטים לרפואה. מיון מעין זה מתואם לעתים עם משתנים אחרים כמו מין, מוצא אתני, מצב משפחתי ותכונות אישיותיות אחרות. כך למשל, נמצא שסטודנטים לרפואה שביטאו העדפה לעסוק ברפואה ראשונית³² הם אלו שהדגישו את חשיבות הכישורים הבינאישיים על-חשבון הכישורים הטכניים; ומי שהיו נשואים. מנגד, מי שהעדיפו התמחויות אחרות הדגישו את חשיבות היוקרה של תחום ההתמחות בתוך עולם הרפואה ואת פוטנציאל ההכנסה המזוהה עם תחום זה בהשוואה לתחומים אחרים (Newton et al., 1998).

בנוסף לתחום ההתמחות כמשתנה המשפיע על שכר הרופאים נדון בספרות, בתור שכזה, גם היצע שעות העבודה של רופאים – משתנה המצוי בשליטתם לאורך זמן, וגם כשמדובר במסגרת מערכות ציבוריות (לכל הפחות ניתן לדבר על שליטה חלקית במערכות אלו).

בהקשר זה נמצא בין היתר כי הסיבות לעבודה במשרה חלקית הן מגוונות ונובעות מהקשרים מקצועיים ואישיים, אך הנטייה כלפי עבודה בהיקף חלקי רווחת יותר כאשר הרופא הינו מבוגר, אישה או מטופל בילדים מתחת לגיל חמש, כך על-פי מחקר שבדק רופאים הולנדיים בבתי חולים כלליים (de Jong, et al., 2006).

כיוון שמגזר הרופאים הוא מלכתחילה מגזר המאופיין בשעות-עבודה רבות, ניתן לצפות ששינוי בשכר השעתי ישפיע במידה מצומצמת יחסית על היצע שעות העבודה של רופאים (כלומר, רופאים ששכרם השעתי יעלה, לא יגדילו בשיעור דרמטי את שעות עבודתם, או שהם ייטו להקטין). ואמנם, כך נמצא במאמר שבחן את ההשפעה של שינויים בשכר על היצע שעות העבודה: השינוי בשכר כמעט שלא השפיע על סך שעות העבודה אך הוא כן השפיע על תמהיל העבודה של הרופאים, ועל פיצול שעות העבודה בין המגזר הפרטי לציבורי, או בין עבודה בבית חולים לעבודה במרפאה בקהילה (Sæther, 2005).

אסקילדסן והולמאס (Askildsen & Holmås, 2013) בחנו את ההשפעה שהייתה לעלויות שכר משמעותיות שהתרחשו במערכת הרפואה הציבורית בשנה מסויימת, על היקף עבודתם של רופאים (כ-3,300 רופאים נורבגים) במסגרות הפרטיות. הם מצאו כי בקרב הרופאים הזוטרים העלייה בשכר השעתי במסגרת הציבורית הביאה להקטנת היקף התעסוקה במסגרות הפרטיות ולקיטון בשכרם החדשי כעצמאים. לעומת-זאת, עבור הרופאים הבכירים לא זוהתה כל השפעה. הפער בין התגובות עשוי להיות מוסבר בין השאר מכוח העובדה שהשכר השעתי של הרופאים הבכירים הוא בנקודת-הפתיחה גבוה יותר בהשוואה לשכרם של הרופאים הזוטרים.

במחקר שבחן את ההשפעה השינויים בשכר על היצע העבודה, תוך התייחסות נפרדת להשפעת אפקט ההכנסה ואפקט התחלופה, נמצא כי ההשפעה נטו של עלייה בשכר השעתי היא קיטון בהיצע שעות העבודה; וכי תגובתן של נשים כלפי שינויים בשכרן היא חזקה יותר בהשוואה לגברים (Rizzo & Blumenthal, 1994).³³

³¹ לכאורה ניתן להבחין בתוך שתי הקבוצות בשלוש קבוצות-משנה: (א) אלו שמעדיפים באופן מובהק את ההכנסה (כירורגיה ואורתופדיה); (ב) אלו שמעדיפים את סגנון החיים (רפואת משפחה); ו- (ג) אלו שנותנים פחות ערך לסגנון החיים, גם אם ההתמחות המועדפת עליהם אינה בולטת דווקא בפוטנציאל ההכנסה הגלום בה (פנימית למשל).

³² המונח "רפואה ראשונית" מתייחס בעיקר לרופאי משפחה ולפנימאים, כלומר רופאים שמכוח מומחיותם אחראים במקרים רבים לקליטה הראשונית, המיון וההפניה של המטופלים להמשך טיפול במסגרות מומחיות שונות.

³³ ר' לעיל סעיף 4.3.1 בנוגע לממצא של Zackschauser & Rizzo, 2007.

שני הממצאים עקביים עם העובדה שבממוצע כמות שעות העבודה של רופאים היא גבוהה מאוד, ובמיוחד בקרב גברים. כלומר, מבחינת האפקט השולי, עלייה בשכר השעתי בגודל דומה עבור רופאים ורופאות "פוגשת" את הרופאות בנקודה שבה התועלת השולית שלהן מהכנסה נוספת צפויה להיות גבוהה יותר בהשוואה לזו של הרופאים הגברים. אלו קרובים יותר בשלב זה ל"נקודת השחיקה".

לבסוף, יש לציין גם את משתנה הגיל ומשתנה הוותק, אשר נבחן לעתים קרובות באמצעות הגיל. הותק הוא משתנה כה משמעותי בהסבר פערי השכר של רופאים – גם בתור קירוב (*proxy*) למידת הניסיון והבכירות המקצועית של הרופא – עד כדי כך שמרבית המאמרים שהוזכרו בחנו את השפעת המשתנים השונים אך ורק בתוך קבוצת גיל מוגדרת. כאשר משתנים אלו נבחנו כשלעצמם נמצאה השפעה חזקה של הגיל על לוג השכר: 7.8% עבור תוספת של שנת גיל אחת; וכן השפעה שגודלה 1.6% לכל שנת ניסיון (אפילו בשבדיה). בשני המקרים (גיל וניסיון), ההשפעה על-פני שנים, כצפוי, הולכת ופוחתת (Cederholm, 2007). לפערי השכר בין רופאים בחתך של גיל ו-ותק ישנה משמעות רבה גם בהקשר הישראלי, כפי שיתואר להלן.

במחקר שביצעו חוקרי ארגון ה-OECD הם השוו את שכרם, המוחלט והיחסי, של רופאים מומחים ורופאים כלליים ב-14 מדינות החברות בארגון. בניסיון להתחקות אחר מקורות הפער בין שכרם של הרופאים במדינות השונות ובתוך המדינות הם מצאו כי לצורת ההעסקה של הרופאים ישנה השפעה חזקה על רמת השכר שלהם: במדינות שבהן הרופאים הם בעיקר עצמאים ומי שמקבלים תשלום-עבור-שירות, רמת השכר גבוהה יותר בהשוואה למדינות שבהן מרבית הרופאים הם שכירים. ממצא זה חזק במיוחד בקרב הרופאים המומחים, והוא רווח גם בתוך מדינה בודדת: העצמאים נוטים להרוויח יותר מן השכירים (Fujisawa & Lafortune, 2008).

מצבם של הרופאים בישראל הוא מבחינות מסויימות דומה לזה של הרופאים במדינות המפותחות. מבחינות אחרות בולטת הייחודיות של המערכת הישראלית. חלק מן הקושי ליצור השוואות טובות בין הרופאים הישראלים לבין עמיתיהם במדינות אחרות טמון בעובדת מיעוט הספרות הקיימת בתחום בהקשר הישראלי ובמאגרי הנתונים החלקיים הקיימים לצורך בירור סוגיה זו. עם-זאת, בשנים האחרונות, ניכור שיפור מבחינת היצע הנתונים, ואפשר שבעקבותיו יורגש שיפור גם במובן הנוסף של כתיבה מחקרית. בסעיף שלהלן, החותם את חלק סקירת הספרות, תוזכר ספרות זו.³⁴

4.4. פערי שכר בקרב רופאים בישראל

קיימת ספרות מצומצמת למדי בנוגע לשכרם של רופאים בישראל. למעשה, להוציא דוחות ממשלתיים ופרסומים שונים של ההסתדרות הרפואית, כמעט שאין בנמצא מאמרים שבחנו את המגמות בשכר הרופאים, את השוואתם למשלחי-יד אחרים ואת המגמות שאפיינו את הרופאים באופן כללי ואת קבוצות המשנה הכלולות בהם. יוצאים מכלל זה הם שני מאמרים מקיפים שחיברו זוסמן וזכאי במהלך שנות ה-90, מאמרים המציעים סקירה רחבה של המגמות בשכר הרופאים ושל הקשר בין אלו לבין המאפיינים המבניים-ארגוניים של ציבור הרופאים הישראלי (מאמרים אלו יוזכרו בהמשך). בנוסף לכך קיימים מספר מאמרים – בכתבי העת הרפואיים – העוסקים באופן כללי יותר בדעותיהם והעדפותיהם של הרופאים בישראל, וכוללים בתוך-כך התייחסויות שונות לסוגיית השכר ותנאי העבודה.

בישראל עצמה נבחנו בכמה מאמרים פערי השכר על רקע מגדרי או אתני, וכך גם התרומה של ההון האנושי לשכר, ואולם כמעט שלא נדונו פערי השכר בקרב הרופאים, או בינם לבין משלחי יד אחרים. כן נדונו בהקשר הישראלי מצבם של הרופאים כפי שהשתקף מדיווח עצמי בנוגע לתפישות ועמדות לגבי סוגיות של תנאי עבודה ושכר והעדפותיהם המקצועיות כפי שהן מושפעות וקשורות בגורמים אלו.

³⁴ עוד בנושא זה ר' : (Leigh et al., 2009) ו-(Midttun, 2007).

4.4.1. ההקשר ההיסטורי

כפי שהוצע בסעיף 4.2, הבנת התהליכים הנוגעים לציבור הרופאים בישראל ב-25 השנים האחרונות, ובכלל זה התמורות שחלו בשכרם, אינה אפשרית מבלי להביא בחשבון את הגידול יוצא הדופן במספרם במהלך תקופה קצרה למדי, תקופת העלייה מברית המועצות, תקופה שבמהלכה גם נחקק חוק ביטוח בריאות ממלכתי שבעצמו היה בעל השלכות דרמטיות על מערכת הבריאות הישראלית בשנים הבאות. הגל של הרופאים יוצאי ברית המועצות השפיע את השפעתו על מערכת הבריאות הישראלית במספר דרכים: ראשית, עלה יחס הרופאים לנפש (ובפרט, ברפואה הקהילתית, בבתי החולים ובפריפריה). שינוי יחס הרופאים לנפש בתקופה זו שירת בצורה טובה את השינויים שחלו בביקוש לשירותי בריאות, לאור חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והזדקנות האוכלוסייה. שנית, חלה ירידה קלה בשעות העבודה לרופא, אשר הייתה קשורה גם בגידול בשיעור הנשים בקרב הרופאים. שלישית, כוח אדם יקר (ותיק) הוחלף בכוח אדם זול (צעיר).³⁵ רביעית, התרחב הנוהג של קניית שירותים על-ידי הקופות מגורמים פרטיים, ובצורה זו התרחב היצע ומגוון השירותים, שעתה סופקו בחלקם באמצעות מכונים וארגונים שונים, במקביל לגידול מרוסן יחסית במצבת כוח האדם של המערכות הוותיקות.³⁶ ולבסוף, הארכת תקופת ההתלמדות (למשל במסגרת תת-התמחויות) הייתה טכניקה שבה נעשה שימוש לצורך "ספיגה" הדרגתית של כוח אדם חדש במערכת, תוך-כדי ריסון של קצב עליית השכר (אך הדבר נבע במקביל גם משינויים בטכנולוגיה ובמדעי הרפואה ומעצם היווצרותם של תחומי התמחות ותת-התמחות חדשים). קופות החולים כמעט שלא הרחיבו את מצבת כוח האדם מעבר לצורך הנובע מן הגידול במספר המבוטחים שלהן (נירל ורוזן, 2004; זוסמן וזכאי, 1997).³⁷ הגעתם של הרופאים עולי ברית המועצות שימשה אפוא עבור מערכת הבריאות הישראלית, ועבור ההסת

המטופלים לשעה: 6.5 מטופלים בהשוואה ל-4.8 בלבד במקרה של רופאים גברים, פער של 35% (Shye, 1991).³⁸

ואולם, בשנים שחלפו מאז תקופה זו השתנו פני הדברים במספר אופנים, ובמיוחד באופן שמזכיר את המגמה במדינות המפותחות: שיעורן של הנשים במקצוע הרפואה גדל משמעותית, וייצוגן במספר התמחויות זינק (במיוחד בגניקולוגיה, רפואה פנימית, אונקולוגיה ופסיכיאטריה). מצד אחר, מספר שעות העבודה של הרופאות נותר נמוך בהשוואה לזה של הגברים, אם כי נמצא הבדל משמעותי בין קבוצות גיל שונות: בקרב רופאים מתחת לגיל 45 פער השעות עומד על 44%, הוא יורד ל-24%-22% בגילאים 45-64, ושב ועולה בגילאי 65 ומעלה, ל-32% (Haklai, et al., 2013).³⁹

4.4.3. העדפותיהם של הרופאים

במחקר שבחן את כוונות העזיבה של רופאים את עיסוקם ואת המאפיינים של הרופאים שעזבו את המקצוע, בהשוואה לאלו שנשארו בעבודתם, נמצא כי שביעות הרצון של רופאים בישראל מגורמים פנימיים ("תוכן העיסוק, עניין ואתגר ויוקרה") גבוהה במובהק משביעות רצונם מגורמים חיצוניים ("תנאים פיסיים, יחסי עבודה, שכר ויכולת לאזן בין העבודה למשפחה"); וכי דווקא הגורמים הפנימיים הם המנבאים כוונות עזיבה עתידית של מקצוע הרפואה, כך שבקרב קבוצת הרופאים שהתמידו במקצועם שביעות הרצון מהגורמים הפנימיים היא גבוהה יותר בהשוואה למצב בקרב העוזבים (וון-דייק ואחרים, 2011). בדומה לכך, במחקר שבחן את שביעות הרצון מגורמים חיצוניים ופנימיים בקרב מתמחים, ציינו אלו את יחסי העבודה ואת רמת התגמול הפנימי האישי כעוגנים חיוביים בהווייתם כרופאים צעירים, ואת רמת השכר ואת עומס העבודה כבלתי-מספקים. בנוסף לכך נמצא כי שביעות הרצון של המתמחים הוותיקים משכרם נמוכה בהשוואה למתמחים הצעירים יותר (אקר ואחרים, 2009). יחד עם זאת, מידת שביעות הרצון, במיוחד כשהדבר נוגע לגורמים החיצוניים, מושפעת גם מתהליכי סוציאליזציה המשפיעים על סטודנטים לרפואה וקרוב לוודאי גם על רופאים צעירים: נמצא כי חשיפה נרח

4.4.4. ההקשר המבני-מערכתי

ההקשר המערכתי מהווה – ובמקרה הישראלי מיוחד – את אחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על פערי השכר בין הרופאים ובינם לבין שאר המשק; ועל התפיסות וההשקפות של הרופאים בנוגע לכך. במשך שנים רבות התאפיינה מערכת הבריאות הישראלית ביחס גבוה של רופאים לאוכלוסייה (ר' לעיל 2.2). על-פי ענתבי ואנדרסון, עד לשנות ה-90 נתפס יחס זה – על-ידי גורמים שונים במערכות הבריאות והשלטון – כגובה מדי וכבעייתי, ונדונו אפשרויות לרסן את הגידול בהיצע הרופאים. מבין האפשרויות שנדונו: (1) החמרה של התנאים לקבלת רישיון לעסוק ברפואה עבור רופאים עולים ועבור בוגרי בתי ספר לרפואה ממדינות זרות; ו-(2) הארכת משך ההכשרה במספר תחומי התמחות. אפשרויות אלו יושמו חלקית ובנוסף אליהן ניצלה המדינה את ההיצע הגדול והמתרחב של הרופאים במהלך שנות ה-70 וה-80 לצורך הגדלת שיעור הרופאים בפריפריה, באמצעות מתן תמריצים כלכליים ומקצועיים.⁴¹ לפי הכותבים, ההיצע הנרחב של הרופאים השפיע לרעה על כוח המיקוח שלהם, וגרם לקיומה של רמת שכר נמוכה במערכת הרפואה הציבורית. מציאות זו קיבלה מענה חלקי עם הרחבת ההיתרים מצד הרגולטור לעיסוק ברפואה פרטית, כאמצעי של שחרור לחץ (Anderson & Antebi, 1991).

את ההשלכות של התרחבות היצע הרופאים בישראל בשנות ה-70 וראשית שנות ה-80 תיארו גם זוסמן וזכאי (זוסמן וזכאי, 1991). מאמרם עוסק בשינויי השכר שחלו בשכר הרופאים בין השנים 1974-1990, בנסיבות שהובילו לשביתת הרופאים בשנת 1983, ובאופן מיוחד בתיאור המאפיינים המבניים של מקצוע הרפואה בישראל ואת ההשפעה של מאפיינים אלו על הוצאות השכר הכוללות ועל התפלגות השכר בקרב ציבור הרופאים. לשניים מספר מסקנות עיקריות: (1) בהשוואה למשלחי יד אחרים, שכר הרופאים מושפע במידה רבה ביותר מגיל העובד, כך בישראל וכך גם בקרב רופאים במדינות אחרות; (2) בישראל, תלות זו היא חזקה במיוחד בשל הכוח הרב הנת

גם במקרה זה, הגדלת היצע הרופאים לא הביאה לקיטון או אפילו לקיפאון של השכר: למעשה, התעסוקה התרחבה במקביל לגידול בשכר. בכך התאמתו מסקנות המחקרים כפי שהובאו גם במאמרם המוקדם: למערכת הבריאות (ובאופן מיוחד, למערך הרפואי) יש תיאבון מובנה להרחבת המערכת על-מנת ליהנות מפירות הקידום הפנימי המתבטא בשכר (ר' גם: לוח 1 לעיל). ומכאן התיאבון, הבא לידי ביטוי באופן מחזורי בשביתות, להגדלת תקנים, עם וללא קשר לצורך הממשי בהגדלתם (זוסמן וזכאי, 1997).

בעוד שהתהליך שהתרחש בשנות ה-80, והשביתה שבמרכזו ב-1983, התהווה על רקע המתח שנוצר בין רופאים צעירים למבוגרים, התהליך שהתרחש בשנות ה-90, והעובדה שלא הביא לידי פיצוץ, נבעו בדיוק משום ההתרחבות המשמעותית של תעסוקה ותקנים שאפשרה המדינה, בקנותה את לב הרופאים הוותיקים (באמצעות הרחבת קשת הדרגות והתפקידים). ואולם, אותו תיאבון מובנה, על-פי טבעו, בא לידי שובע לזמן מוגבל או שהשבעתו כרוכה בהיקף משאבים נרחב מצד המערכת הממשלתית, ושווי המשקל וההרגעה הם בעלי עמידות מוגבלת:

"בתום שש שנים מראשית גל העלייה נראה שהשכר והתעסוקה של הרופאים עדיין אינם בשיווי משקל. עולים רבים עדיין משלימים תהליכי רישוי, השתלמות והתמחות, ורק עכשיו יתחילו להיכנס להתחרות בוותיקים על שכר ועל איוש דרגות גבוהות יותר. העלות של העסקת כל הרופאים שישלימו את הכשרתם בשכר הגבוה שנקבע בהסכם הקיבוצי האחרון תביא למצוקה תקציבית רבה של הרפואה הציבורית במתכונתה הנוכחית." (זוסמן וזכאי, 1997).

נבואתם של השניים התממשה. ואכן, בשנת 2000 פרצה שביתה רופאים נוספת, חסרת תקדים בהיקפה, שלאחריה נחתם הסכם רחב היקף שהבטיח עשור ללא שביתה. בסיומו של עשור זה נפתח מחדש תהליך הבוררות עם הרופאים, תהליך שנמשך 8 חודשים אך לא צלח. בעקבותיו פרצה בשנת 2011 שביתה ממושכת וחריפה עוד יותר מקודמתה.

זאת כדרישה שעלתה מצד הרופאים בפריפריה עצמם; (3) וכך גם לגבי המקצועות במצוקה;⁴⁵ (4) ולגבי דרישות אחרות הנוגעות לתנאי העבודה גם אם לא לשכר עצמו, כמו שעות עבודה ותנאי סוציאליים.⁴⁶

לסיכום: מבחינת מיקומן של הנשים העולם הרפואה ישראל איננה חריגה במיוחד בנוף המדיניות המפותחות. ההשפעה של העלייה מברית המועצות הייתה דרמטית ויוצאת דופן, אך נכון לסוף העשור הראשון של המאה ה-21 השפעה זו והיתרונות הייחודיים שהעניקה למערכת הישראלית הולכים וממצים עצמם כך ששוב המערך הרפואי של ישראל אינו יכול להיות מובחן כיוצא-דופן בהשוואה למערכות מקבילות מבחינה זו. ואולם, המאפיינים המבניים של המערכת הישראלית, ובפרט הפערים הפנימיים בתוך ציבור הרופאים והאופנים שבהם ניהלו המעסיקים והרופאים לאורך השנים את דיוני השכר – כפי שכל אלו תוארו על-ידי זוסמן וזכאי – מייחדים את המקרה הישראלי במידה רבה. ייחודיות זו באה לידי ביטוי גם במאמרים שפורסמו בנוגע להעדפותיהם של הרופאים (ר' לעיל ס' 4.4.3). אלו מושפעות בחלקן ממשתנים אקסוגניים שונים, אך הן גם משקפות באופן מובהק את מבנה המערכת ובפרט, למשל, את מיקומם היחסי של רופאים צעירים בישראל.

מבחינות אלו, עבודה זו צועדת בעקבות כתיבתם של זוסמן וזכאי (1991; 1997) אשר הציעו כאמור בחינה מדוקדקת של נתוני השכר של הרופאים בינם לבין עצמם ובהשוואה לקבוצות ייחוס שונות; ולצידה פרשנות של מגמות השכר על רקע ניתוח תיאורטי וסוציולוגי רחב של המאורעות המרכזיים שהתקיימו במקביל והשפיעו על ציבור הרופאים ועל המעסיקים. בנוסף לכך, נעשה ניסיון במסגרת העבודה להוסיף על כתיבתם של השניים כמה נדבכים. נדבכים אלו כוללים לא רק תיאור של מה שהתרחש בפרק הזמן שחלף מאז שהשניים חתמו את מאמריהם, אלא גם התייחסות למספר חתכים שלא נדונו במסגרת כתיבתם וגם כמעט שלא במסגרת שאר

5. נתונים

5.1. מקור הנתונים

הנתונים העומדים במרכז העבודה מגיעים מחמישה מקורות:

- **OECD Health Data.** הנתונים שמקורם בגוף-ידע זה הם ברובם מה שהעובר לארגון ה-OECD על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, על-ידי משרד הבריאות הישראלי ועל-ידי הממונה על השכר במשרד האוצר. ואולם, יתרונם טמון בכך שהם – לפחות רובם – מעובדים ומתוקננים באופן עקבי לצורך השוואה בינלאומית רלוונטית; ובכך שהם מגיעים עד לשנת 2014 או 2013. לפי ההבהרות המתודולוגיות שסיפק ה-OECD, המקור לנתוני השכר של הרופאים הישראלים הוא באגף הממונה על השכר והסכמי עבודה במשרד האוצר. האגף סיפק לארגון נתונים על שכרם של רופאים שהם עובדי מדינה ועל שכרם של רופאים המועסקים על-ידי שירותי בריאות כללית. עוד נאמר כי הנתונים מתייחסים לכמחצית מהרופאים המועסקים בישראל. אשר למספרם של הרופאים, מקור הנתונים שסופקו ל-OECD בסקרי כוח אדם של הלמ"ס וברשומות משרד הבריאות.
- **משרד הבריאות.** למשרד הבריאות מגוון רחב של נתונים, חלקם נתונים המופיעים בפרסומים שונים, מחזוריים או נקודתיים, וחלקם נתוני גלם המפורסמים על-ידי המשרד. בשני המקרים, משרד הבריאות כמעט שאינו מפרסם נתוני שכר מפורטים, אך הוא מפרסם מגוון רחב של נתונים לגבי היקפי כוח האדם, פריסתו הגיאוגרפית וכיוצא בהם.
- **הסתדרות הרופאים בישראל (הר"י).** להסתדרות הרפואית מספר פרסומים, ובכלל זה טבלאות והדמיות שכר שפורסמו בתקופת השביתה ולאחר חתימת ההסכם. בנתונים אלו נעשה שימוש מוגבל במסגרת העבודה – בעיקר לצורך אימות נתונים אל מול מקורות מידע אחרים, ולצורך הבנת הרקע וההקשר ההיסטורי לתופעות שונות.
- **הממונה על השכר במשרד האוצר.** הממונה על השכר באוצר מפרסם נתונים על קבוצות עובדים במגזר הציבורי ובכלל זה רופאים. הפירוט המופיע במסגרת זו הוא חלקי: פרסומי הממונה הם נתונים מצרפיים וממוצעים; וכן נתונים המתייחסים לחתכים שונים כמו "שיאני שכר" וכיוצא באלו.
- **הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.** זהו מקור הנתונים המרכזי – בנוסף לנתוני ה-OECD – בהם נעשה שימוש במסגרת העבודה. הנתונים הם עיבודים לנתוני סקר הכנסות וסקר כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס). השנים שנבחנו הן השנים 1997-2

בסקרי כוח האדם ניתן היה לזהות את קבוצת הרופאים ברמת דיוק גבוהה יותר, שכן בסקרים אלו נעשה שימוש בסיווג משלחי היד של הלמ"ס משנת 1994, ברמת פירוט של 3 ספרות. קבוצות העובדים הנוספות זוהו באופן הבא:

- **כלל השכירים:** בגילאי 25-64 (הגבלת הגיל חלה גם לשאר הקבוצות);
- **קבוצת העובדים המשכילים** הוגדרה כבעלי 15 שנות לימוד ומעלה;
- **מורים בחטיבות הביניים ובתיכונים:** משלח-היד שסמלו "08" בסקרי הכנסות; ובסקרי כוח אדם, עבור סיווג הלמ"ס ב-3 ספרות, משלח-יד שסמליהם: 083 ו-086;
- **עובדי מנהל ציבורי:** שכירים המשתייכים, בסקר הכנסות, לענף שסמלו 77 ובסקר כוח-אדם 781, 782, 783, 78A ו-79A.
- **עובדי הענפים הטכנולוגיים:** בסקר הכנסות, השכירים המשתייכים לענפים 32, 33, 34, 72 ו-73 (על-פי הסיווג האחיד של ענפי הכלכלה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1993); ובסקר כוח-אדם, המשתייכים לענפים: 320, 321, 330, 331, 332, 340, 341, 342, ו-343 (על-פי סיווג ISIC ver. 3.1). נלקחו בחשבון אך ורק שכירים בעלי 15 שנות לימוד ומעלה על-מנת להוציא מן הקבוצה משלחי-יד בסיסיים יותר המועסקים בחברות טכנולוגיה עלית.

5.3. מגבלות וסייגים

- 5.3.1. אלא אם נאמר הדבר במפורש, הנתונים מתייחסים ל**סקרי הכנסות וסקרי כוח אדם**. בחלק מן המקרים נלקחו נתונים מעובדים המוצגים בפרסומים שונים של הלמ"ס.
- 5.3.2. בחישוב השכר, נבחנו אך ורק **התצפיות שבהן השכר היה ידוע וגדול מ-0**, וכך גם במקרה של שעות-העבודה. במסגרת כלל החישובים שנעשו נלקחו בחשבון המשקלות של התצפיות.
- 5.3.3. השכר שנבחן במסגרת עבודה זו מגיע ממקורות שונים. לא כל המקורות מתייחסים לאותו חתך של שכר. חלק מן הנתונים מתייחסים **לשכר למשרת שכיר** וחלקם – **לשכר לעובד**. בנוסף לכך, חלק מן הנתונים מתייחסים להכנסה מעבודה מכל המקורות או מארגון מסויים שנתוניו הם הכלולים במסד הנתונים, וחלקם מתייחסים להכנסה מעבודה שכירה בלבד.
- 5.3.4. העיבודים והניתוחים המעמיקים יותר שנעשו במסגרת העבודה, ובכלל זה גרסיות השכר, מתייחסים להכנסה מעבודה שכירה של הרופאים, על-פי נתוני סקר הכנסות. הסיבה לכך היא שה**שכר הכולל** (שכולל, בנוסף לעבודה שכירה, גם את ההכנסה מ"עבודה עצמאית" ומ- "עבודה נוספת") מופיע רק החל משנת 2006. עם-זאת, נעשו הדמיות שונות על-מנת לתאר את התוואי המשוער של השכר הכולל, שההפרש בינו לבין ההכנסה מעבודה שכירה הוא משמעותי בהקשר של הרופאים, בשונה מן המצב הנוגע למשלחי-יד אחרים. מיקוד העבודה בהכנסה של שכירים מעבודה שכירה כרוכה בהטיה כלפי מטה של ממוצע הכנסות הרופאים בפועל, שכן בקרב הרופאים שיעור גבוה במיוחד מהעובדים, בהשוואה לשאר קבוצות העובדים, הם שכירים ועצמאים גם יחד. עם זאת, אפשרות זו היא היחידה המאפשרת השוואה עקבית וזהירה דיה של אותו הנתון בין קבוצות שונות.
- 5.3.5. שאר המקורות – רובם ככולם – מתייחסים ל**שכר החודשי הממוצע ברוטו**, ולא לעלות ההעסקה (אשר אמנם מגלמת את השינויים שחלו בתנאי השכר בין שנים ומוסדות); וגם לא לשכר נטו (המשקף את השינויים שחלו בשיעורי המס הישיר הרלוונטיים לרופאים לפי דרגת המס שכל אחד מהם מגיע אליה).
- השכר השעתי** נדון בחלק מן המקרים על-מנת לשקף את הפער בין היקף שעות העבודה המרובות של הרופאים לזה של עובדים אחרים.
- 5.3.6. ברוב המקרים – והדבר מצויין במפורש בכל מקרה ומקרה – נבחן **השכר הריאלי**, כלומר, השכר בניכוי השינויים במדד המחירים לצרכן (הכללי), כששנת הייחוס לעניין זה היא השנה האחרונה הזמינה (על-פי רוב 2012, ובחלק מן המקומות גם 2011, 2013 ו-2014).

5.3.7. הסיבה לפער בין נתוני השכר של הרופאים הישראלים לפי ה-OECD לבין נתוני הממונה על השכר במשרד האוצר – עליהם מתבססים נתוני ה-OECD – טמונה ככל הנראה בהמרה שבוצעה על-ידי הארגון לנתוני הממונה לשכר הנחשב לשווה ערך לשכר-למשרה-מלאה. משום-כך הערכים הכלולים בדוחות ה-OECD גבוהים מנתוני הממונה.

5.3.8. ישנן אפוא ארבע **סיבות מרכזיות לפער** בין נתוני השכר השונים (כלומר, בין מסדי הנתונים והפרסומים השונים): (א) משום שאין מדובר באותה קבוצה, למשל כלל הרופאים בהשוואה לרופאים המועסקים בקופות החולים, או שוני בקבוצות הגיל; (ב) משום שאין מדובר באותו נתון, למשל, השכר למשרה בהשוואה לשכר לעובד; (ג) משום שאין מדובר באותה צורת חישוב, למשל, משום אומדן של הכנסה מעבודה עצמאית, משום ההמרה למשרה-מלאה וכך הלאה; (ד) אפשרות נוספת היא שמתקיימת הטייה שיטתית במסגרת הסקר שאינה מביאה בחשבון את מרכיבי השכר הבסיסיים בצורה דומה ועקבית דיה בהשוואה למרכיבים השנתיים והמרכיבים המשתנים בשכר (כוננויות ותורנויות למשל). ישנה אפשרות שבסקר הכנסות הרופאים נוטים לדווח על הגרעין הקבוע של השכר ולהשמיט את הרכיבים המשתנים. בנוסף לכך, מורכבות מבנה השכר של הרופאים יש בה כדי להגדיל את התנודתיות בהתחשב בשוני הרב בין מרכיבי השכר של רופא אחד לאלו של אחר ובהתחשב בהשתנות תלוש השכר של רופא יחידי על-פני השנה (לא רק בשל מרכיב עונתי כמו דמי-הבראה אלא גם, למשל, על-סמך השוני המזדמן במספר התורנויות); ובהתחשב באפשרות שהרופאים נבדלים בהבנת ההגדרה של השכר מעבודה שכירה, עליו הם מדווחים.

5.3.9. כמענה למורכבות הגלומה במגוון הנתונים, קבוצות העובדים ושיטות החישוב, מוצגים במהלך העבודה כל מקורות הנתונים שהוזכרו (בתרשים 18 להלן, במקובץ); הניתוחים ההשוואתיים נעשו על-ידי שקלול של שכר הרופאים בבתי החולים עם שכר הרופאים בקופות החולים (ר' ס' 7.3), והניתוחים המעמיקים ביותר נעשו על-פי השכבה המינימאלית ביותר, לפי החתך של העבודה השכירה שמקורו בנתוני סקר הכנסות. השימוש בנתוני השכר מעבודה שכירה כרוך אם-כן, בהכרח, בהטייה כלפי מטה של שכר הרופאים, אלא שהשימוש בנתון זה מאפשר לבצע השוואה מעמיקה בין רמות השכר של קבוצות עובדים שונות במשק, בהתחשב במאפייניהם (במסגרת הרגרסיות).

לוח 2: סיכום מקורות הנתונים וסוגי הנתונים המוזכרים בעבודה

מקור	פרסום / מסד נתונים	שנים נסקרות	שיוך וכמות הרופאים הנסקרים
OECD	Health Data 2015	2003-2014	רופאים עובדי מדינה (בתי חולים), על-בסיס נתוני הממונה על השכר ונתונים משירותי בריאות כללית – סה"כ כמחצית מהרופאים המועסקים בישראל
משרד הבריאות והלמ"ס	מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל, 2012	2008	כלל הרופאים בישראל – על-בסיס הצלבה של נתונים מנהליים של משרד הבריאות עם נתוני מפקד האוכלוסין ונתוני סקר הכנסות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
משרד הבריאות	דוחות פיננסיים 2010, 2012 כוח אדם במקצועות הבריאות 2013	2010, 2012 2013	הרופאים בבתי החולים הממשלתיים (בין עשירית לשמינית מכלל הרופאים) כלל הרופאים בישראל על-בסיס נתוני משרד הבריאות וסקרי כוח אדם של הלמ"ס
ההסתדרות הרפואית (פרסומים המופיעים באתר האינטרנט של הארגון)	סימולציות שכר	לפני ואחרי ההסכם	טיפוסי עובדים מייצגים; הסימולציות בוצעו על-ידי חברת ייעוץ עבור ההסתדרות הרפואית על-בסיס נתונים מנהליים ותלושי שכר
הממונה על השכר	פסק הבוררות	2000-2007	נתונים מצרפיים – לפי נתוני הממונה על השכר ושירותי בריאות כללית
	תגובה המדינה ותגובת שירותי בריאות כללית להליך הבוררות	2005-2007	
	דוחות שירות המדינה	2002-2014	הרופאים בבתי החולים הממשלתיים; 11-12% (~) מן הרופאים בישראל
	נתוני קופות החולים	1999-2014	רופאי קופות החולים בלבד; 15-30% (~) מן הרופאים בישראל
הלמ"ס	דוחות גופים ציבוריים	2012-2014	כלל הרופאים בגופים הציבוריים
	סקר הכנסות	1997-2012	כלל הרופאים בישראל (גודל המדגם הממוצע: 132 פרטים בשנה; מיני: 74, מקסי: 199)
	סקר כוח אדם	1997-2011	כלל הרופאים בישראל (גודל המדגם הממוצע: 314 פרטים בשנה; מיני: 251, מקסי: 358)

6. מתודולוגיה

על-מנת לנסח את התשובות לשאלת המחקר ולשאלות הנובעות ממנה, כפי שתוארו בסעיף 3, ייבחנו נתונים שונים על-פי המתכונת הבאה: החלק הראשון יוקדש לתיאור המצב והחלק השני יוקדש לבחינת הסברים שונים למצב שתואר בחלק הראשון, באמצעות סטטיסטיקה תיאורית ובאמצעות רגרסיות שגר. החלק הראשון יכלול שלושה סעיפים:

- תחילה ייבחן שכרם של הרופאים בישראל בהשוואה לשכר הרופאים במדינות המפותחות על-פני זמן ובחלוקה לרופאים מומחים ורופאים כלליים. דבר זה ייעשה על-בסיס נתוני ה-OECD, אשר, כאמור בסעיף 5 לעיל, מקורם בנתוני הממונה על השכר במשרד האוצר (סעיף 7.1).
- בהמשך, ייבחן שכרן של שתי קבוצות רופאים מרכזיות בישראל על-פני זמן – בהתבסס על נתוני הממונה על השכר, נתוני ה-OECD; וניתוח מעמיק יותר על-בסיס נתוני סקר הכנסות וסקר כוח אדם של הלמ"ס (סעיף 7.2).
- לבסוף, ייבחן שכרם של הרופאים בישראל בהשוואה לשכרם של קבוצות עובדים נבחרות במשק הישראלי. בחינה זו תיעשה בהסתמך על נתונים מעובדים שפורסמו על-ידי הלמ"ס ועל-סמך ניתוח נתונים שונים מסקרי הכנסות ומסקרי כוח אדם (סעיף 7.3).

החלק השני יכלול גם-כן שלושה סעיפים:

- תחילה ייבחנו – באמצעות רגרסיה לינארית – קשרים שונים בין שכר הרופאים לבין משתנים אחרים המאפיינים את ציבור הרופאים ואת מערכת הבריאות במדינה, בקרב מספר מדינות OECD ועל-פני מספר שנים (*panel data*). זאת, על-מנת לאפשר הערכה של מידת החריגות של המקרה הישראלי בהשוואה למגמה המאפיינת את המדינות המפותחות (סעיף 7.4).
- בהמשך, יבוצע פילוח על-פי מאפיינים שונים של קבוצת הרופאים הישראליים על-מנת לאפיין את המקורות לתופעות ולפערים שתוארו בשלב א (סעיף 7.5).
- לבסוף, ייבחן, באמצעות רגרסיה לינארית על שנים שונות (פאנל), המתאם בין תכונות שונות לבין השינוי בשכר מעבודה שכירה. בצורה זו תזוהה "פרמיה" של תכונות שונות לשכר הרופאים בהשוואה לתרומה של תכונות אלו בקרב קבוצות עובדים אחרות. בנוסף לכך ייבחנו הבדלים שונים שעשויים להוות הסבר לפערי השכר בהתבסס על סטטיסטיקה תיאורית (7.6).

טבלה מסכמת לסעיפי המשנה של פרק 7:

סיווג כללי	תיאורי	הסברי
השוואה בין מדינתית	7.1	השוואת שכר הרופאים במדינות מפותחות שונות
השכר על-פני זמן ופילוח פנימי בקרב הרופאים	7.2	השוואת שכר הרופאים בישראל על-פני זמן
שכר הרופאים בהשוואה לקבוצות עובדים אחרות	7.3	השוואת שכר הרופאים לשכרן של קבוצות עובדים נבחרות בישראל
		7.4
		7.5
		7.6

השוואה בין קבוצות של עובדים

הצורה שבה מושווה שכר הרופאים לשכרן של קבוצות עובדים שונות מביאה לידי ביטוי בין היתר את שיטת המחקר שננקטה במחקר העוסק בשכרם היחסי של מורים ב-12 מדינות ממרכז ודרום אמריקה (Liang, 2000). מחקר זה מבקש לבחון את רמת השכר של המורים במדינות הנזכרות בהשוואה לשאר העובדים במשק, את הגורמים המשפיעים על שכר המורים (כלומר את המקור לשונות בקרב המורים עצמם), ולאתר את המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים והתעסוקתיים הייחודיים של המורים, שיש בהם כדי להוות הסבר לבחירה של פרטים מסויימים לעסוק בהוראה. בחינתן של שאלות אלו נעשית באמצעות שילוב של סטטיסטיקה תיאורית, רגרסיה לינארית רב-משתנית ורגרסיה לוגיסטית. הצורה שבה מטופלות שאלות

אלו במסגרת המחקר הנזכר באה לידי ביטוי בעבודה זו, משום שבדומה למוצע כאן נבחנים המשתתפים לקבוצת משלח-היד בהשוואה למשלחי-יד אחרים, בינם לבין עצמם ובהשוואה למקבילותיהם במדינות אחרות. השוואת הקבוצות נעשית תחילה באופן תיאורי כללי (בסעיף 7.3) ובהמשך באמצעות רגרסיות שגר (סעיף 7.6) – בדומה לשיטה שנבחרה במחקר הנזכר.

השוואת השכר של רופאים במדינות שונות

מודלים a1-a2, והממצאים הנסקרים בסעיף 7.4, עוסקים בהשוואת שכר הרופאים בישראל לשכר הרופאים בכמה מדינות מפותחות החברות בארגון ה-OECD על-פני מספר שנים (*panel data*). המשתנים הבלתי-תלויים הנבחנים הם משתנים מערכתיים ומצרפיים המתייחסים לכלל מערכת הבריאות של כל אחת מן המדינות בכל שנה; ולא תכונות או מאפיינים של הפרטים – כפי שהדבר נעשה במסגרת מודלים b1-b2 ו-c1-c2 שיוצגו בהמשך.

רגרסיות השכר

סעיף 7.6, הסעיף האחרון בפרק 7, כולל את רגרסיות השכר ("רגרסיות מינסר"), שמטרתן למקד את הבחינה ההשוואתית של השכר מעבודה שכירה של הרופאים השכירים אל מול קבוצות שכירים אחרות.⁴⁷ רגרסיות מינסר בהקשרן הקלאסי – הנוגע להערכת עוצמת הקשר בין השכלה לשכר – נדונו לאורך השנים בצורה ביקורתית ובפרט משום שלא הביאו בחשבון בצורה מספקת את השפעתן על השכר של תכונות בלתי-נצפות כמו מוטיבציה ויכולת, שההתעלמות מהן שקולה להתעלמות מהטיית הבחירה העצמית (*self-selection bias*): במצב שבו דווקא הפרטים בעלי היכולת או המוטיבציה הגבוהה יותר הם הרוכשים השכלה, נעשית ההשכלה למשתנה אנדוגני וממילא כוחה כמשתנה מסביר נחלש. לצורך התגברות על בעיות אלו ננקטו בספרות המחקרית מתודולוגיות שונות ובהן שימוש במשתנה-עזר והתייחסות למאורעות אקסוגניים וניסויים טבעיים (רי' למשל: פריש, 2007).

על-מנת להתרחק מהאפשרות של הטיית בחירה עצמית, המודל העיקרי שנבחן במסגרת עבודה זו כולל השוואה של המתאם בין תכונות סוציו-דמוגרפיות שונות לבין השינוי בשכר – עבור כל קבוצת-עובדים בנפרד (מודלים c1-c2). בצורה זו נחלשת האפשרות שהאומד לתכונה כלשהי (מין העובד למשל) מוטה בשקפו למעשה מיון עצמי של הפרטים: בצורה זו אין למשל התעלמות מן העובדה שהנשים שהולכות לרפואה והנשים שהולכות להוראה אינן אותן נשים, שכן הנשים נבחנות אל מול הגברים אך ורק בתוך כל קבוצת עובדים. בדומה לכך מובלעת בשיטה זו ההנחה שההבדל בין הגברים והנשים ההולכים לרפואה איננו גדול לאין שיעור מן ההבדל בין הנשים והגברים ההולכים להוראה באופן שאינו מכוסה על-ידי ההבדלים הנשלטים באמצעות התכונות הנוספות של הפרטים המפוקחות במודל. החריגים להנחה זו נדונים במסגרת הפרשנות הניתנת לממצאי המודל בסעיף הממצאים. כך למשל – ובדומה לבדיקות שערך גרא (2014) – נמצא כי בתחום ענפי ההיי-טק אומד השכר לתכונה "ערבי" מוטה כלפי מטה, משום שמבחינת משלח-היד השכירים הערבים (המשכילים) אינם מפורזים בצורה דומה לשכירים היהודים (המשכילים): השיעור של קבוצת משלח היד "מהנדסים ואדריכלים" בקרב היהודים המועסקים בענפי ההיי-טק גבוה פי 5 משיעורה של קבוצה זו בקרב הערבים המועסקים בענפים אלו.

על אף כל האמור, ובסייגים המתחייבים, במודלים b1-b2 נבחן אומד השכר למשלחי-היד עצמם תוך פיקוח על כלל התכונות האישיות המפוקחות גם במודל c1-c2. ממצאי הבדיקה מובאים בתמצית בסעיף 7.6.2. במקרה זה מטרת הבדיקה איננה לבדוק את הפרמיה ה"טהורה" של משלח היד כשלעצמו (שהרי אין מדובר במדגם רנדומלי שבו פרטים בעלי תכונות זהות מוקצים למשלחי-יד שונים), אלא להציע בחינה כללית אך מפוקחת (*controlled*) יותר בהשוואה לזו העולה מן הסטטיסטיקה התיאורית, של פער השכר בין משלחי יד שונים לבין קבוצת הבסיס (שכירים בעלי 15 שנות לימוד ומעלה).

⁴⁷ המודלים הנזכרים נבחנו גם עבור השכר הכולל של הרופאים בשנים 2006-2011 (פאנל). ואולם, כיוון שהממצאים היו דומים מאוד לממצאים המקבילים עבור השכר מעבודה שכירה לשנים 2004-2011, מוצגים להלן נתונים אלו בלבד.

ההבדל בין b1 ל-b2 ובין c1 ל-c2 טמון בשליטה על שעות העבודה. המודלים הראשונים בכל מקרה (b1, c1) כוללים פיקוח על שעות-העבודה על-מנת לשקף אומד לשכר השעתי. לעומת-זאת, במודלים (b2,c2) הושמטו המשתנים שעות-עבודה (WeeklyWH) ועומס עבודה (Over45weeklyWh), ומשום-כך הם קרובים יותר לבחינת עוצמת המתאם בין התכונות השונות לבין השינוי בשכר החודשי. עבור כל אחת מקבוצות העובדים נבחנו חמש תקופות במסגרת *panel data*: ארבע תקופות משנה: 1997-2003, 2004-7, 2008-11, ו-2008-12; והתקופה במלואה: 1997-2012 (בחלק מן המקומות מוצגת גם התקופה 1997-2011). הנתונים עבור כל קבוצת עובדים, נבחנו, לכל תקופה, במסגרת 2 מודלים: המודל הראשון (1) הוא מודל OLS סטנדרטי, הכולל גם משתנה dummy עבור השנים; ובמודל השני (2) הושמטו כאמור משתני שעות העבודה.

א. נוסחת המודל המשווה את שכר הרופאים בין מדינות ועל-פני שנים

a1

$$\left(\frac{\text{Specialists' income}}{\text{GDP per capita}} \right) = \alpha_0 + \beta_1 MD_pc + \beta_2 WomenShare + \beta_3 YoungShare + \beta_4 OldShare + \beta_5 SpecialistsShare + \beta_6 MedicalGraduates_pc + \beta_7 Nurses_pc + \beta_8 LifeExpectancy + \varepsilon_0$$

a2

$$\left(\frac{\text{GPs' income}}{\text{GDP per capita}} \right) = \alpha_0 + \beta_1 MD_pc + \beta_2 WomenShare + \beta_3 YoungShare + \beta_4 OldShare + \beta_5 GPsShare + \beta_6 MedicalGraduates_pc + \beta_7 Nurses_pc + \beta_8 LifeExpectancy + \varepsilon_0$$

ב. נוסחת המודל המלא הכולל את משלח-היד בתור תכונה

b1 - b2

For basis group = Educated workers (15 years of education or more):

$$\ln(\text{Real Salaried income}) = \beta_0 + \beta_1 Female + \beta_2 Arab + \beta_3 FromPerihery + \beta_4 notMarried + \beta_5 AgeUnder45 + \beta_6 USSRborn + \beta_7 EducYrs + \beta_8 Over45WeeklyWh + \beta_9 Occupation_j + \beta_{10} YearDummy_i + \dots + \beta_{(11+(n-i))} YearDummy_n + \varepsilon_0$$

$(i, n) = (1997, 2003); (2004, 2007); (2008, 2011); (2008, 2012); (1997, 2012)$

$j = \text{Medical Doctors; Teachers; Public-Administration; High-Tech; Engineers}$

ג. נוסחת המודל המלא, הנבחן עבור כל קבוצת עובדים בנפרד

c1 - c2

For each group: *

$$\ln(\text{Real Salaried income}) = \beta_0 + \beta_1 Female + \beta_2 Arab + \beta_3 FromPerihery + \beta_4 notMarried + \beta_5 AgeUnder45 + \beta_6 USSRborn + \beta_7 EducYrs + \beta_8 Over45WeeklyWh + \beta_9 YearDummy_i + \dots + \beta_{(10+(n-i))} YearDummy_n + \varepsilon_0$$

$(i, n) = (1997, 2003); (2004, 2007); (2008, 2011); (2008, 2012); (1997, 2012)$

* Groups: Medical Doctors; Teachers; Public-Administration; High-Tech; Educated workers; all salaried workers

המשמעות המדויקת של "שחיקת שכר"

לסיום חלק זה ראוי לעמוד על המשמעות המדויקת של השחיקות שכר במגזר הציבורי, אחת מן הסוגיות המרכזיות הנדונות בעבודה זו. באותו מובן שבו נדונה שחיקת שכר במסגרת דיוני השכר שמנהלים נציגי הממשלה עם נציגי העובדים (וכך גם המובן שהיה נוכח ב-2007 במסגרת הליך הבוררות בין הרופאים לבין המעסיקים) שחיקת השכר, על-פי הגדרה, אינה מוטלת בספק. שכן, כל זמן שהמרכיב המרכזי בשכר ("השכר המשולב") נותר בעינו, בערכים נומינליים, ובמקביל שיעור השינוי במדד המחירים לצרכן היה גדול מאפס, המשמעות בחלוף השנים הינה בהכרח שחיקה, כלומר, שחיקת כוח הקנייה שמאפשר השכר.⁴⁸

יחד עם זאת, אפשר שיחול גידול בשכר הכולל של הרופאים (ובשכר הממוצע לרופא) במקביל לשחיקה במובן האמור. הדבר יכול לקרות למשל במידה שחלים בתקופה זו תהליכים כמו שינוי ההרכב הסוציו-דמוגרפי של הרופאים ותהליך של "זחילת השכר".⁴⁹ במידה שכך, השחיקה בשכר המשולב לא תהא ניכרת בנתוני סקרים וגם לא בנתונים מנהליים אגרגטיביים המתאייסים לשכר הכולל ברוטו, לשכיר או למשרת שכיר. אפשרות נוספת לכך ששחיקת הרכיב הבסיסי של השכר לא תהא ניכרת במסדי הנתונים היא שהשכר בתקופה זו המשיך לגדול מכוח הסכמים שונים הפועלים במקביל על שכר הרופאים, וחלים על סעיפי שכר שאינם השכר המשולב, כמו הסכמי השכר במגזר הציבורי, הסכמים עם קופות החולים וכך הלאה. לבסוף, קיימת גם האפשרות שהשכר נשחק או עמד במקום בו-בזמן שעלות ההעסקה גדלה. תהליך מעין זה משקף גידול ב"תנאי השכר", ובפרט הגדלת ההכנסה העתידית – כמו במקרה של הגדלת ההפקדות לפנסיה או לקרן השתלמות – או הגדלת המרכיבים הניתנים בשווה-כסף כמו מימון קייטנות לילדים, במקביל לשחיקה מכוונת של השכר הבסיסי, ה"נזיל", או הימנעות מתיקונו.

ברי כי תהליך המיקוח, שהינו בהכרח תהליך מורכב ועל-פי רוב גם ממושך, אינו מתייחס אך ורק לרופא "טיפוסי" המגלם כביכול את ענייניהן של כל קבוצות המשנה בקרב הרופאים; ובאותו אופן אין הוא יכול להתעלם מהשפעתם של הסכמים נוספים ומשינויים שחלו בהרכב הרופאים מאז ההסכם האחרון. בנוסף לכך, מכמה וכמה בחינות דיוני השכר מתנהלים בהכרח לגבי גורלם ועתידם של כלל הרופאים. משום-כך, ומשום שהרכבה של הקבוצה, ולכן גם מידת ההשפעה של מרכיבי השכר השונים על העלות הכוללת למעסיקים (עבור מספר קבוע של רופאים, או רופאים לנפש), בהכרח משתנים על-פני זמן, השיקולים הבאים לידי ביטוי בדיוני השכר אף אינם מתמצים בהתייחסות ממוקדת לקבוצות-המשנה המרכיבות את ציבור הרופאים נכון לתקופת הדיונים.

הנה כי כן, השחיקה במובנה ה"טהור" – של רכיב הבסיס של השכר – והמקרה שבו ניתן משקל רב במסגרת ההסכמים למרכיבי תוספות שונים, מהווים דרך שבאמצעותה המעסיקים מסוגלים לעדכן את שיטות התמרוץ והתגמול לאור השינויים החלים בצרכי המערכת (הזדקנות האוכלוסייה, חיזוק הפריפריה) ובמאפייני הרופאים עצמם (שינויים במספר המועמדים ללימודי רפואה ובקצב ההכשרה המקסימלי האפשרי לגביהם; שינויים בהיקף שעות העבודה הממוצע, בנטייה להתמחויות מסויימות על-חשבון אחרות ובהעדפה לתעסוקה במרכז על חשבון הפריפריה, ובמסגרות פרטיות על חשבון ציבוריות).

זוהי למעשה אחת הסיבות שבשלן מקובלת במדינות המפותחות – עתה בהקשר כללי יותר – העדפה של אינפלציה בשיעור הגבוה מ-0% (בדרך-כלל, 1-3%), על-מנת לאפשר התייעלות ארוכת-טווח של הפעולות הכלכליות ושל השחקנים הכלכליים, כך שהתאמת שכר ומחירים יחסיים אינה נעשית באמצעות הורדה-ממש של ערכים נומינליים אלא בהשאתם-בעינים על-פני זמן במקביל להתייחסות של סלי מוצרים או של גורמי ייצור. מבחינה זו, אין להתפלא ששחיקת השכר משמשת את המדינה, אם לכתחילה ואם בדיעבד, אם

⁴⁸ ואמנם, בין השנים 2002-4 כמעט שלא חל שינוי במדד המחירים לצרכן. עלייה במדד החלה להיות מורגשת בין השנים 2004-2005 וביתר שאת בשנים הבאות, מה שעשוי להסביר את תזמון הלחצים שהביאו להליך הבוררות ב-2007.
⁴⁹ זחילת שכר משמעה הקידום המובנה והאוטומטי בחלקו של עובדים בין דרגות בכירות, ותוספות השכר הנובעות מכוח רכיב הותק שמצטבר, וגדל בסך הכול לאור התבגרות אוכלוסיית הרופאים. גידול בהוצאות השכר ברמה הכוללת, מכוח זחילת שכר, קשור למעשה בשינוי ההרכב, לפחות ההרכב הגילאי, של הרופאים, והוא מותנה בכך שהזחילה של רופאים ותיקים במעלה סולם הדרגות לא תקוּז על-ידי גידול חריג ומהיר במשקלם של רופאים צעירים.

כמעסיקה ואם כמתכנן-מרכזי, בניהול תכניותיה על-פני זמן. וזאת, על-אף שבמקביל מובנת כמובן הציפייה והדרישה מצד קבוצות של עובדים לשימור כוח הקנייה שלהן על-פני זמן. לסיכום חלק זה: ניתן להעלות על הדעת מקרה שבו נציגות הרופאים מצביעה על שחיקה שחלה ברכיב הבסיס של השכר, והמעסיקים מצביעים על הגידול הריאלי שחל בשכר הכולל-הממוצע-ברוטו או לכל הפחות בעלות העובד עבור המעסיק. במקרה זה אפשרי המצב שבו שני הצדדים "צודקים" לגמרי, ומשקפים באופן אמיתי ומדויק את המציאות; ושאלת השחיקה כנקודת התייחסות מאבדת ממשקלה ומחדותה. אם כך הדבר, ניתן לתאר את דיוני השכר ("מאבק השכר") בצורה פשוטה ומפורשת יותר, כמאורע תקופתי של התמקחות בין צדדים המנסים להפעיל זה כנגד זה כוח, ואגב כך עושים שימוש בנתונים שונים בתור עוגן לטיעוניהם אך לא באופן שכשלעצמו מאפשר הכרעה גמורה בנושא מנקודת מוצא של צד שלישי ניטראלי (ככל שחשיבותה של סוגיית השחיקה בדיוני השכר פוחתת כך מתחזקת חשיבותו של היחס בין שכר העובדים המיוצגים לבין שכרן של קבוצות-ייחוס רלוונטיות).

על רקע הסייגים וההבהרות שהוצעו, זהו המקום לציין כי אותם חלקים בעבודה זו המתייחסים לשאלת שחיקת השכר (להבדיל מהחלקים הנוגעים לשאלת השוואת השכר בין קבוצות) ממוקדים בהשוואת השכר הכולל, לשכיר ולמשרת שכיר, על-פני זמן ובהשוואה לקבוצות שונות, ולא בבחינת המגמה של בסיס שכר. שכן, כאמור, המגמה בבסיס השכר, אם אכן לא השתנה על-פני מספר שנים, אינה שנויה במחלוקת. בנוסף לכך, כיוון שנדון שכר הרופאים על-פני תקופה ממושכת – שבמהלכה השתנו שיעורי המס על הכנסות יחידים מעבודה – ובהשוואה לקבוצות עובדים אחרות – שהן בעלות מבנה שכר שונה ועל-פי רוב מורכב פחות, נבחן בעבודה **השכר מעבודה שכירה ברוטו**: להבדיל מרווח השכר; ומהשכר נטו. לבסוף יש לציין גם כי בסעיף הבא ייבחנו מגמות השכר בתוך קבוצות גיל, על-מנת לנטרל או להחליש את השפעת ההרכב הגילאי על השכר. בנוסף לכך, ייבחן שכרם של הרופאים על-פני זמן בהשוואה לתוצר לנפש ולשכרן של קבוצות שונות. בצורה זו יורחבו המשמעויות וההקשר של שחיקה אל מעבר ליחסיות המתקיימת כלפי מדדי יוקר המחיה. כאמור, במסגרת דיוני השכר בין המדינה כמעסיק לבין נציגויות עובדים שונות נדון עדכון השכר כמה שמושפע בהכרח ובין היתר ממה ש"ניתן לתת", ובפרט לאור המצב היחסי של קבוצות אחרות, ולא רק – ובעיקר לא – על-סמך התייחסות אבסטרקטית לרמת שכר הנתפסת או מתוארת כ"הגונה" או "מכובדת"; וגם לא רק בהתייחס לשימור כוח הקנייה כיעד מינימום או מקסימום.

7. ממצאים

7.1. תיאורי א': שכר הרופאים בישראל בהשוואה לשכר הרופאים במדינות המפותחות

השוואת שכר הרופאים בישראל לשכרם של רופאים במדינות מפותחות אחרות החברות ב-OECD מעלה ששכר הרופאים בישראל אינו נופל מהרמה החצינית של שכר הרופאים במדינות המפותחות – על-אף שחיקה שאכן חלה במהלך העשור הראשון של המאה (שחיקה של 12% ביחס בין שכר הרופאים לשכר הממוצע בין השנים 2003-8). עוד עולה מן הממצאים כי בהשוואה לשכר הרופאים במדינות האחרות השכר היחסי של הרופאים הישראלים עלה באופן ניכר בשנים שחלפו מאז ההסכם שנחתם בשנת 2011. ואולם, גם קודם לכן שכרם היה ממוקם סביב החציון של קבוצת המדינות שנלקחו בחשבון (ר' לוח 3).⁵⁰

תקנון השכר על-פי שוויון כוח הקניה (*purchasing power parity*) מאפשר השוואה טובה יותר מהשוואת סכומים לאחר המרתם על-בסיס שער-חליפין בלבד. ואולם, השוואה רלוונטית וטובה עוד יותר – המאפשרת גם בחינה של ההקשר הפיסקאלי והמדיניותי שבו נקבע שכר הרופאים – מושגת באמצעות בחינת היחס בין שכר הרופאים לבין התוצר לנפש במדינה. מהשוואה זו עולה ששכר הרופאים בישראל, יחסית לתוצר לנפש, היה ממוקם, עוד קודם השביתה, בפסגת המדינות שנבחנו: בין מקום 3 ל-6 (מתוך כ-20 מדינות) עבור שכר המומחים; וסביב החציון – עבור שכר הרופאים הכלליים (ר' לוח 3, תרשים 1 ותרשים 2).

השוואה זו מעלה גם שהיחס בין שכר הרופאים לבין התוצר לנפש ברוב המדינות – להוציא ישראל, אירלנד, סלובניה ואסטוניה – נשמר על-פני זמן סביב רמה קבועה. ממצא זה – בתוספת העובדה שבמרבית המדינות שנבחנו מערכת הבריאות היא ברובה ציבורית – עשוי לרמוז שמדיניות קביעת שכר הרופאים במדינות אלו מתכנסת לדפוס דומה של שמירת היחס בין שכר הרופאים לבין התוצר לנפש, על-פני זמן. אפשר שמשמעות הדבר היא שעל-פני כעשור מדינות אלו הגדירו רמת שכר זו כרמה הרצויה (או: הרמה המתאפשרת) לאור רמת התוצר, וזאת, על-אף השינויים שחלו במקביל במספר הרופאים. מכאן, שחלק משמעותי מן הגידול המתמשך ברמת ההוצאה על בריאות (באחוזי תוצר) מקורו בשימור רמת השכר היחסי של הרופאים במקביל לגידול במספרם – שכן עיקר ההוצאות של מערכות הבריאות הן על שכר, ומשום שמשקלם של הרופאים בקרב עובדי מערכת הבריאות במדינות המפותחות הוא גבוה למדי.

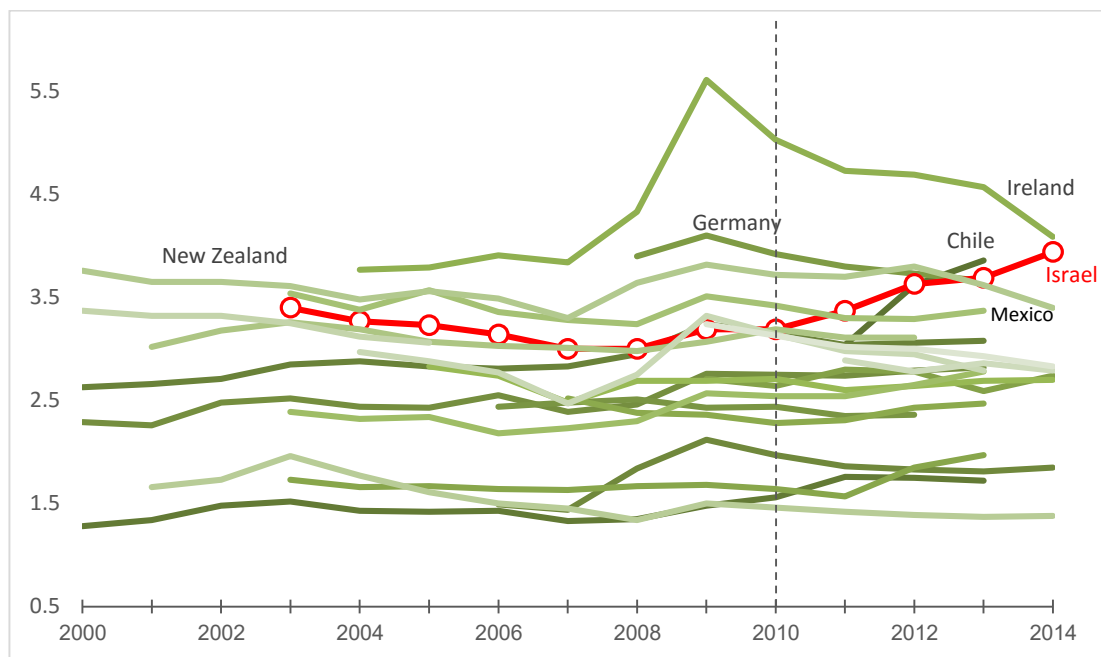
לוח 3 : דירוג שכר הרופאים בישראל בתוך קבוצת מדינות OECD (שכר בדולרים, מתוקן לפי שוויון כוח-קנייה; וביחס לתוצר)

מיקומה של ישראל		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
רופאים מומחים	שכר (\$ ppp)	10	12	14	12	10	9	7	6	2
	שכר לתל"ג לנפש	5	6	6	9	6	5	5	4	(2)
	מדינות שנבחנו	16	17	18	20	21	22	23	20	(9) 10
רופאים כלליים	שכר (\$ ppp)	6	8	7	7	7	8	8	8	3
	שכר לתל"ג לנפש	5	7	6	7	9	9	7	8	(3)
	מדינות שנבחנו	11	13	12	12	13	14	15	12	(4) 5

מקור: OECD Health statistics, 2015

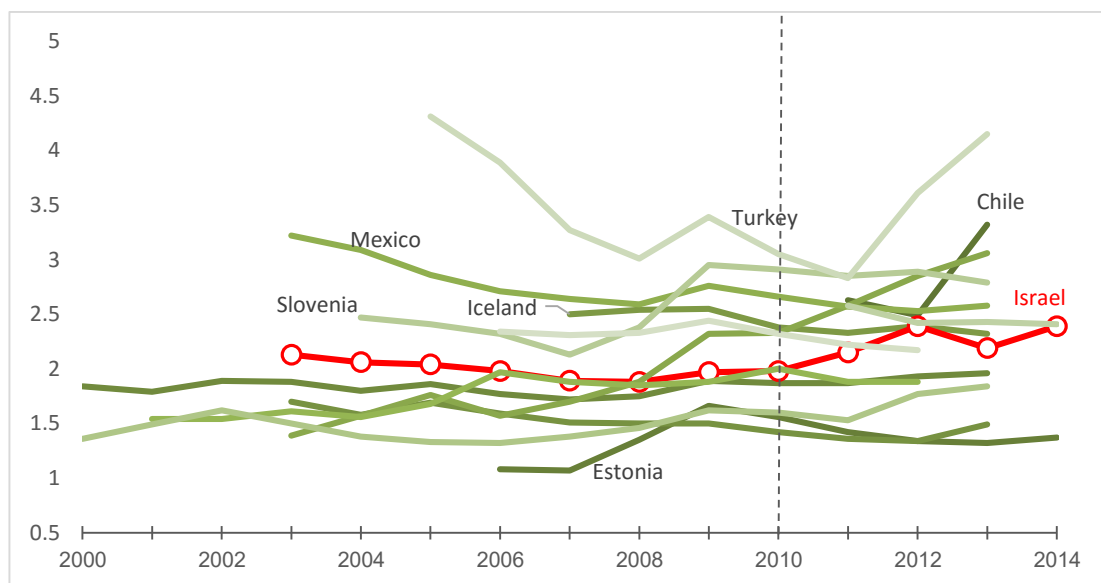
⁵⁰ מספר המדינות שלגביהן קיים מידע רלוונטי בשנים הרלוונטיות, הן, לרבות ישראל, 22-26, עבור שכר המומחים, ו-12-14, עבור שכר הרופאים הכלליים, מתוך 34 מדינות ה-OECD. הממוצע הפשוט של התוצר לנפש בקבוצות אלו דומה מאוד לממוצע התוצר לנפש של כלל חברות הארגון.

תרשים 1: היחס בין שכר הרופאים המומחים לתוצר לנפש, ישראל ו-24 מדינות OECD (שכירים)



מקור: OECD Health Statistics 2015

תרשים 2: היחס בין שכר הרופאים הכלליים לתוצר לנפש, ישראל ו-16 מדינות OECD (שכירים)



מקור: OECD Health Statistics 2015

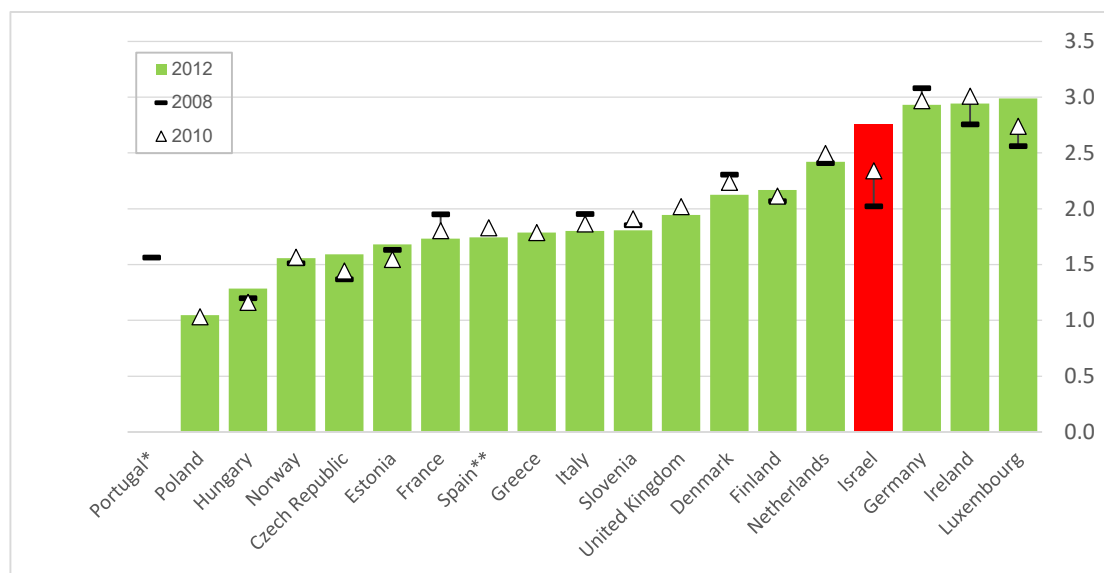
כיוון שהשכר הממוצע והתוצר לנפש, בתור נקודות-ייחוס, עשויים להטעות – בין השאר משום השוני בין המדינות בחתך התפלגות ההכנסות של הפרטים – השוואת שכרם של הרופאים לשכרם של השכירים המשכילים מאפשרת נקודת-מבט נוספת על שכרם ומצבן של הרופאים במדינות שונות. גם לפי השוואה זו מצוי שכר הרופאים המומחים בישראל בחצי ואף בשליש העליון של קבוצת המדינות – וזאת עוד קודם להשפעת ההסכם האחרון (ר' לוח 4 ותרשים 3).

לוח 4 : היחס בין שכר העובדים המשכילים* לבין השכר הממוצע, ישראל ומדינות אירופה

2008	2010	2012		
1.38	1.35	1.34	ישראל**	
1.36	1.35	1.33	מדינות אירופה (כלל הקבוצה)	היחס בין שכר המשכילים לשכר הממוצע
1.26	1.25	1.25	מדינות אירופה (עשירות***)	
1.49	1.46	1.44	מדינות אירופה (עניות***)	
30	31	32	מסי המדינות (כלל הקבוצה)	
0.207	0.161	0.146	סטיית תקן	נתונים כלליים
15.2%	11.9%	11.0%	סטיית תקן כ- % מהממוצע	

* עובדים משכילים לעניין זה הם בעלי השכלה גבוהה ("שלישונית") ברמה 5 ו-6, לפי הגדרות ה-ISCED; עבור ישראל אותרו העובדים המשכילים כמי שבעלותם 15 שנות לימוד או יותר. משום-כך אפשר שבמקרה של ישראל ההגדרה לבעלי השכלה ברמה זו היא מחמירה יותר כיוון שאין היא כוללת בעלי הכשרה מקצועית על-תיכונית המתבטאת ב-13 או 14 שנות לימוד; ** עיבודים לסקר הכנסות של הלמ"ס

*** מדינות עשירות ועניות בלוח זו הן המדינות המצויות מעל ומתחת לממוצע הפשוט של השכר בקרב כלל המדינות בקבוצה מקור: עיבודים לנתוני הלמ"ס ו-Eurostat

תרשים 3: היחס בין שכר הרופאים המומחים לבין שכר העובדים המשכילים, *** ישראל ו-18 מדינות אירופאיות⁵¹

* הנתון של פורטוגל הוא עבור שנת 2005;
 ** עבור ספרד – השנה האמצעית היא 2011 (יולי 2010);
 *** "עובדים משכילים": ר' לעיל הערה ללוח 4
 מקור: עיבודים לנתוני הלמ"ס, OECD ו-Eurostat

נראה אפוא כי על-פי נתוני ה-OECD (שמקורם כאמור בנתוני הממונה על השכר לגבי רופאים שכירים במגזר הציבורי, ר' לעיל סעיף 5.1), שכר הרופאים בישראל הוא גבוה יחסית לרמה המקבילה במדינות מפותחות אחרות, וזאת הן בהשוואה לתוצר לנפש (ולשכר הממוצע), והן בהשוואה לשכר העובדים המשכילים. בנוסף לכך, נראה כי אם חלה שחיקה בשכר הרי שזו באה לידי ביטוי דווקא בין השנים 2003-2008, וכי לאחר 2008, כנראה בעקבות פסק הבוררות אך עוד קודם לשביתה הגדולה, עבר שכר הרופאים למגמת עלייה, אשר שבה והתחזקה לאחר שנת 2011 שבה נחתם ההסכם המקיף האחרון (ר' תרשים 4 להלן).

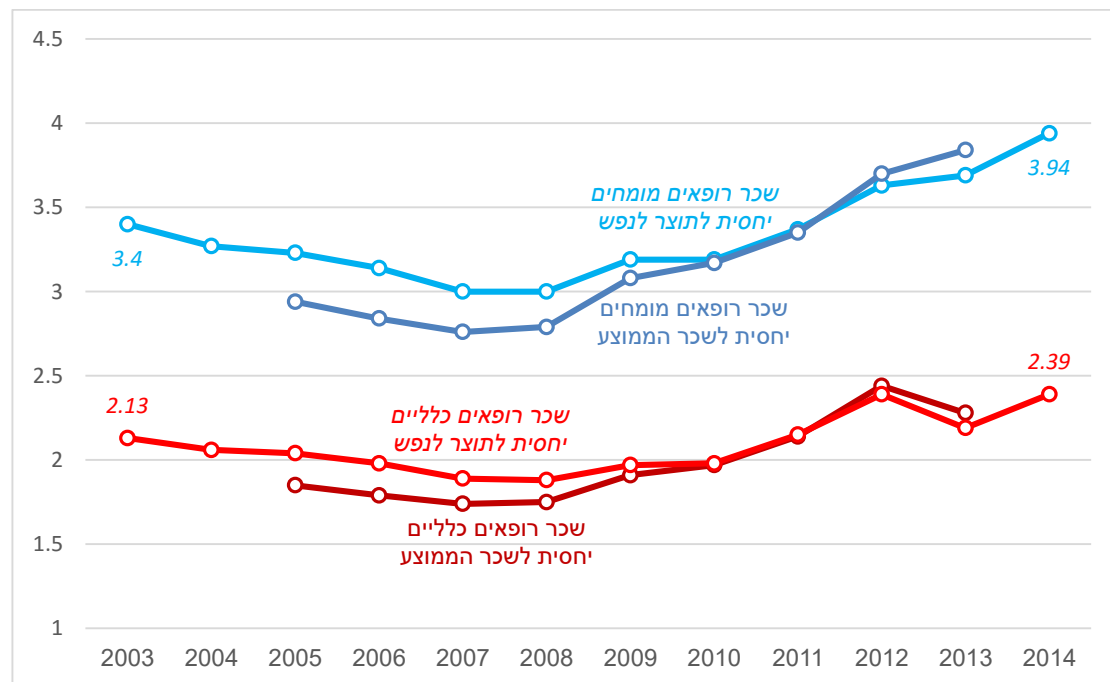
⁵¹ במסגרת הפרסום *Government at a glance 2011* של ה-OECD, פורסמו נתונים חלקיים של היחס בין שכר הרופאים המומחים לשכרם של בעלי השכלה שלישונית בשנת 2008, נתונים אשר ברובם דומים לנתונים שחושבו לעיל (פינלנד-2.05; הונגריה-1.09; ישראל-2.2; איטליה-1.53; הולנד-2.39; נורבגיה-1.45; סלובניה-1.27; בריטניה-2.17).

7.2. תיאורי ב': השכר הריאלי של הרופאים בישראל על-פני זמן

השאלה העיקרית שבמרכזה של עבודה זו נבחנת בין היתר באמצעות השוואה בין-מדינות והשוואה בין-שנים. מן הבחינה הראשונה, הובא בסעיף הקודם כיוון של תשובה לפיו שכר הרופאים בישראל בהשוואה לשכר במדינות מפותחות אחרות הוא גבוה יחסית ברוב אם לא בכל החתכים וההשוואות שנבחנו. ואולם, גם מן הבחינה הנוספת, של השוואת שכר הרופאים הישראלים על-פני זמן, עולה תמונה דומה: שחיקה בין השנים 2003-8, ועלייה רצופה לאחר-מכן, בין 2008 ל-2014 (ר' תרשים 4 להלן).⁵²

יש לציין כי בתקופה זו השכר הריאלי הממוצע למשרת שכיר במשק הישראלי עלה בשיעור מצטבר נמוך למדי, 8.3 נקודות אחוז בין השנים 2003-14. ואולם, עיקר הגידול חל בתחילת התקופה: בין השנים 2003-7 לבדן חל גידול של 7 נקודות אחוז בשכר הממוצע (לאחר-מכן, בשנים 2007-9 חלה שחיקה בשכר הריאלי, על רקע המשבר הכלכלי העולמי, ובין 2009 ל-2014 חזרה למגמת חיובית מתונה). מכאן, שהגידול החריג יחסית בשכר הממוצע במשק בתוך תקופה קצרה יחסית מהווה חלק מן ההסבר לתמונה של שחיקת השכר היחסי של הרופאים בשנים אלו (תרשים 4). ואולם, במונחים מוחלטים ולא השוואתיים – בשקלים, במחירי 2014 – נתוני ה-OECD מצביעים על כך שגם בשנים אלו שכר הרופאים לא נשחק, אלא עמד במקום (תרשים 5).

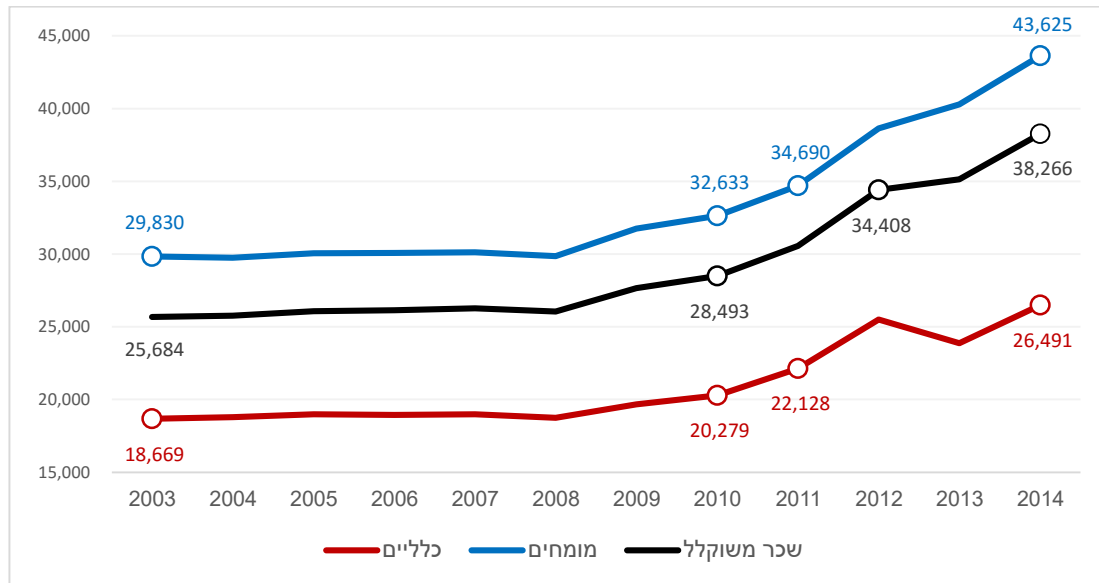
תרשים 4: היחס בין שכרם של רופאים כלליים ורופאים מומחים לשכר הממוצע במשק ולתוצר לנפש (ישראל, שכירים)



מקור: OECD Health Statistics 2015

⁵² את הירידה בשכר בין שנת 2012 לשנת 2013 ניתן לייחס לסכום המענקים, ולסעיפים חד-פעמיים אחרים, שניתנו בשנת 2012 לכמות גדולה של רופאים, לאור ההסכם שנחתם בשנת 2011.

תרשים 5: השכר החודשי הריאלי של רופאים כלליים ורופאים מומחים בישראל לפי נתוני ה-OECD (שכירים, מחירי 2014)



מקור: עיבודים לנתוני OECD Health Statistics 2015

כניסה אל שכבה פנימית יותר של תמונת השכר מתאפשרת על-ידי בחינת השכר הריאלי של הרופאים בישראל על-פני מספר שנים, באמצעות בדיקת שכרן של שתי קבוצות רופאים. הקבוצה הראשונה כוללת את הרופאים בקופות החולים, על-פי נתוני הממונה על השכר במשרד האוצר. כפי שעולה מן המתואר בתרשים 6, השכר הממוצע בקרב קבוצה זו אכן ירד בין השנים 2001-2006, אך מאז שב ועלה – עוד קודם השביתה ועוד קודם לפרסום פסק הבוררות. בסך הכול, בין השנים 2006-2010 עלה שכר הרופאים בקופות החולים בשיעור ריאלי מצטבר של 12.3% (כ-3% בממוצע לשנה).

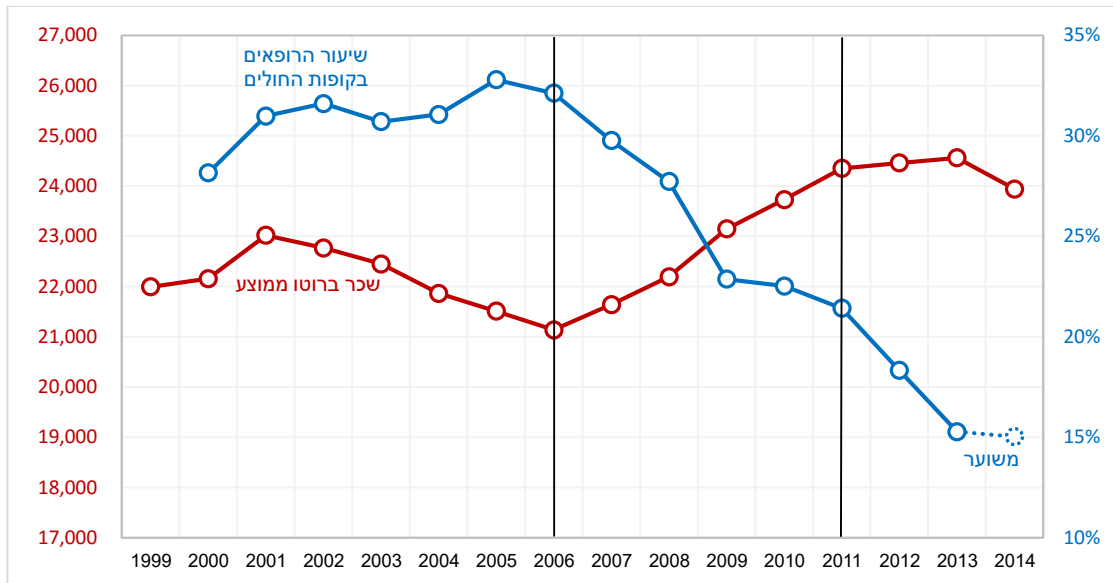
את חלק מן העלייה שחלה בשכר הממוצע החל משנת 2006 ניתן לייחס לקיטון במספר משרות הרופאים שהועסקו במישרין על-ידי קופות החולים. קשה לדעת – לפחות לא מן הנתונים עצמם – האם הגידול בשכר משקף עזיבה של רופאים זוטרים וצעירים את הקופות וגידול מקביל, הנובע מכך, בשיעורם של הרופאים הבכירים והיקרים יותר, או האם, למשל, התפלגות הרופאים על-פי גילם ובכירותם נותרה בעינה והשכר, בממוצע, עלה בקרב כלל הקבוצה. אפשרי גם תסריט שלישי לפיו הבכירים והוותיקים עזבו, ומדובר בעלייה ריאלית בשכר הזוטרים שבינתיים התקדמו בדרגות ובוותק.

קבלת השערותיהם של ניראל ורוזן (2004) מחזקת במשהו את האפשרות הראשונה. לפי השניים, רבים מן הרופאים החדשים שהגיעו מברית המועצות לא נקלטו בקופות החולים כי אם בגופים ובמכונים פרטיים שהקופות קנו מהם שירותים, כך שבמקביל רוסן שיעור הגידול של מספר הרופאים בקופות. אם מניחים שהמגמה שאפיינו השניים נמשכה אל תוך העשור הבא, שלאחר העלייה הגדולה, ניתן אפוא לשער קשר בין שתי המגמות, בין עליית השכר בקרב ה"נשואים" לבין הקיטון בחלקם כשיעור מכלל הרופאים בישראל.

"כאשר בוחנים את שיעור הרופאים לאלף מבוטחים בכל קופה מגלים, שכמעט לא הייתה עלייה בשיעור הרופאים למבוטחים בקופות החולים. ממצא זה אינו תואם את המגמה שעלתה מניתוח נתוני סקרי כוח אדם של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לפיה הייתה עלייה בשיעור הרופאים המועסקים בקהילה לאוכלוסייה בשנים אלה. אי-התאמה זו מחזקת את ההנחה הרווחת, שבמהלך השנים הנבדקות הייתה קליטה רחבה של רופאים במסגרות בקהילה שאינן של קופות החולים, כגון העסקה במכוני רפואה פרטיים ובהם גם מכונים שקופות-החולים קונות מהם שירותים, עבודה במסגרת שירותי עזרה ראשונה [...] ואולי אף הרחבה של מתן שירותי רפואה פרטית ברמת הקהילה. קניית השירותים ללא גיוס כוח אדם נוסף אפשרה לקופות החולים להרחיב את מתן שירותיהן גם בשנים המאוחרות יותר ליישום החוק [חוק ביטוח בריאות ממלכתי, א.י., שבהן הושם הדגש במערכת הבריאות על צמצום עלויות וריסון הוצאות] (ניראל ורוזן, 2004).

כך או אחרת, הנתונים מאפשרים לכל הפחות לשקף את המגמה שאפיינה את שכרם של כחמישית עד רבע מן הרופאים בישראל בשנים שקדמו לשביתה – תחת ההנחה שלא חלו שינויים דרמטיים ושיטתיים במאפייניהם של קבוצות העובדים הנזכרות.

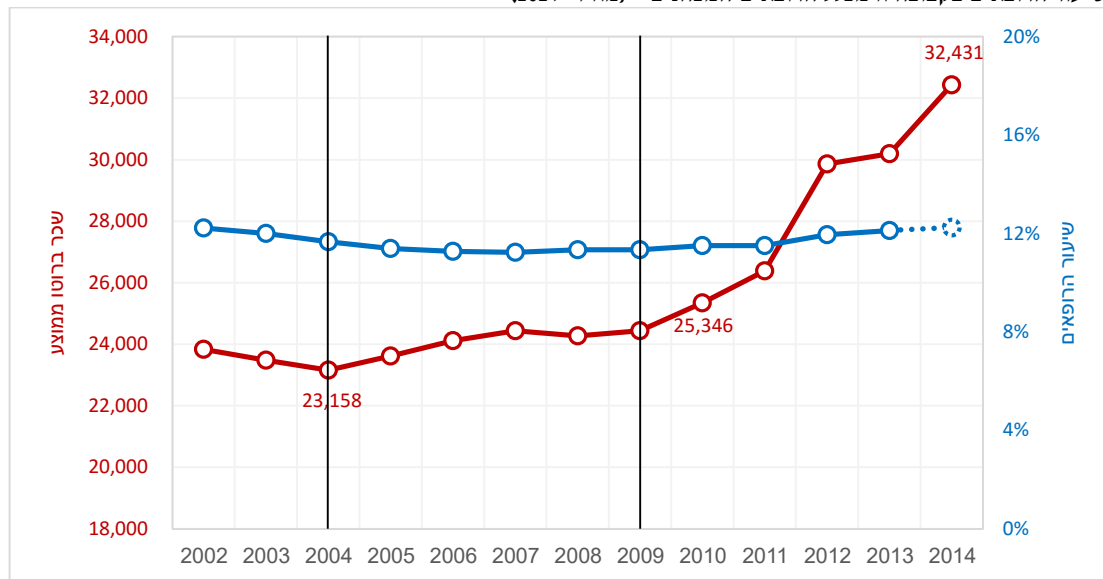
תרשים 6: השכר הריאלי החודשי הממוצע למשרת שכיר, של הרופאים בכלל קופות החולים*, ושיעור הרופאים בקופות מכלל הרופאים המכהנים** (מחירי 2014)



*ממוצע משוקלל של השכר הריאלי בארבע קופות החולים; ** *practicing physicians* – להבדיל מ"רופאים בעלי רישיון", ומ-"רופאים מקצועיים פעילים"; כמות המשרות של הרופאים בקופות החולים נעה לאורך התקופה הנסקרת בין 4.2 אלף (בסוף התקופה) ל-7.3 אלף משרות (סביב מחצית התקופה). בתרשים מוצג שיעורן מתוך כלל הרופאים בישראל; ההנחה המובלעת בהצגת מספר המשרות כאחוז ממספר הרופאים המכהנים הינה שרוב גדול של הרופאים מועסק, בממוצע, בהיקף משרה השקול למשרה מלאה, גם אם הוא מועסק במספר מקומות-עבודה במקביל. ור' לעיל סעיף המתודולוגיה.
מקור: אתר הממונה על השכר במשרד האוצר, נדלה בתאריך: 10/8/2015; משרד הבריאות: כוח אדם במקצועות הבריאות 2013

קבוצה אחרת לגביה קיימים נתונים מנהליים אמינים – קבוצה שעל-פי גודלה מהווה כ-12%-11% מן הרופאים בישראל לאורך 13 שנים (כמעט ללא שינוי בשיעורה) – היא קבוצת הרופאים בבתי החולים הממשלתיים. הנתונים עבור קבוצה זו – מדוחות השכר בשירות המדינה של הממונה על השכר במשרד האוצר – משקפים גידול רצוף על-פני כמעט עשור. בראשית העשור, בין השנים 2002-4, חלה שחיקה ריאלית בשכר הממוצע (2.8%-). ואולם מאז, להוציא עצירה קלה בין השנים 2007-8, שב השכר למגמת עלייה רצופה עד 2014 (ר' תרשים 7). שלא כמו במקרה של הרופאים בקופות, במקרה זה מדובר בקבוצת אוכלוסייה יציבה מבחינת שיעורה מתוך כלל הרופאים בישראל. מכאן, שקיומו של הסבר מתחרה לשינויים בשכר הטמון בשינוי ההרכב הוא, במקרה זה, בעל סבירות נמוכה יותר (להוציא כאמור התחלופה הטבעית של הפרטים בקבוצה הכוללת כניסה של רופאים צעירים ו"זולים", יציאה של רופאים ותיקים ו"יקרים" והתייקרות המתרחשת במקביל של הרופאים בגילאי הביניים לאור הותק, הניסיון והבכירות שלהם במערכת).

תרשים 7: השכר הריאלי החודשי הממוצע למשרת שכיר של רופאים בשירות המדינה*
 ושיעור הרופאים בקבוצה זו מכלל הרופאים המכהנים** (מחירי 2014)

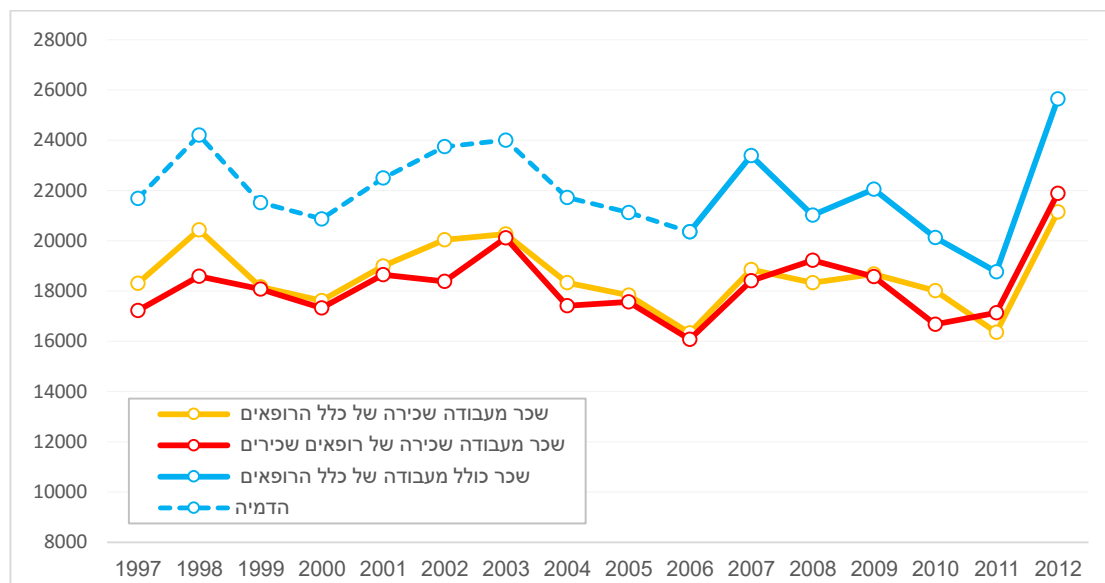


* הרופאים הכלולים בקבוצה זו מועסקים בבתי החולים הממשלתיים
 ** ההנחה המובלעת בהצגת מספר המשרות כאחוז ממספר הרופאים המכהנים הינה שרוב גדול של הרופאים מועסק, בממוצע, במשרה מלאה. ר' לעיל תרשים 6.
 מקור: דוחות הממונה על השכר במשרד האוצר על הוצאות השכר בשירות המדינה, לשנים 2002-14

מחיבור שתי התמונות שהובאו לעיל (החפיפה בין שתי הקבוצות נמוכה מאוד⁵³) עולה שלכל הפחות לגבי כ-27-30% מן הרופאים בישראל חלה עליית שכר, ריאלית, ורצופה, משנת 2006. מכאן שהישחקות של השכר הממוצע של כלל הרופאים בישראל, יכולה הייתה להיווצר רק במידה שבקרב 70% הנותרים חלה שחיקה ניכרת במיוחד בשכר שהיה בה כדי לקזז את הגידול שחל בשכרם של 30% הנזכרים ולגבור עליה. איתור נתונים ברמת מהימנות דומה לגבי אותם 70% הרופאים הנותרים הוא מחוץ לתחומה של עבודה זו. יחד עם זאת, ועל-אף הסייגים המתחייבים בהתחשב בגודל המדגם, ניתן לשרטט מגמה כללית של השכר של כלל הרופאים בישראל באמצעות נתונים מסקרי הכנסות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. התקופה הרלוונטית בסקרי ההכנסות שניתן לבחנה בצורה טובה – בהתחשב בהגדרה והתיחום העקביים של קבוצת הרופאים – היא 1997-2012. עבור השנים 2005-1997 כוללים סקרי ההכנסות נתונים אודות "השכר מעבודה שכירה", ועבור השנים 2006-2012 נבחן גם "השכר הכולל"⁵⁴. משום-כך, עבור התקופה המוקדמת בוצעו הדמיות של השכר הכולל על-פי היחסים המשוערים בין השכר הכולל לבין השכר מעבודה שכירה. כפי שניתן לראות בתרשים 8, ניכרת מגמת שחיקה בשכר החודשי מעבודה שכירה בין השנים 2003-6. קשה להסיק ממגמה זו לגבי מגמת השכר הכולל, שכן חסרים נתונים לגבי שכבה זו של השכר בשנים הרלוונטיות. בתרשים 9, מוצגים מדדים לשכר החודשי הריאלי במספר חתכים: שתי ההדמיות עבור השכר הכולל של הרופאים; ונתוני המקור עבור שכר מעבודה שכירה – בקבוצת השכירים ובקבוצת כלל הרופאים. כלל העקומות משקפות שחיקה מסויימת של השכר, ובכולן ניכרת מגמת עלייה לאחר שנת 2006 כפי שהשתקף לעיל גם בנתוני השכר של קבוצות רופאים נבחרות. מבחינת התזמון והעוצמה של ירידה נוספת אשר חלה לאחר-מכן הסדרות נבדלות זו מזו. בשכר מעבודה שכירה, ובפרט כשמדובר בשכרם של הרופאים שכירים, משתקף קיזוז של השחיקה בשכר לקראת סוף העשור.

⁵³ החפיפה בין המשרות היא אפסית לגמרי (על-פי הגדרה), אך קיימת חפיפה מסויימת בין העובדים עצמם.
⁵⁴ השכר הכולל הוא סכום של שלושה מרכיבים: הכנסה מעבודה שכירה, הכנסה מעבודה נוספת או מזדמנת, והכנסה מעבודה עצמאית.

תרשים 8: השכר החודשי הממוצע של הרופאים בישראל, במספר חתכים (מחירי 2014)*



* חושב שכר חיובי בלבד; כיוון שנתונים על שכר כולל מופיעים בסקר הכנסות החל משנת 2006 בלבד, בוצעו שתי הדמיות שבאמצעותן הוערך השכר הכולל למפרע על-פי היחס בינו לבין השכר מעבודה שכירה במהלך השנים 2006-11. מקור: עיבודים לנתוני סקר הכנסות של הלמ"ס

שנה	שכר מעבודה שכירה של כלל הרופאים	שכר מעבודה שכירה של רופאים שכירים	שכר כולל מעבודה של כלל הרופאים
1997	100	100	100
1998	112	108	112
1999	100	105	100
2000	96	101	96
2001	104	108	104
2002	108	107	108
2003	111	117	111
2004	101	101	101
2005	98	102	98
2006	89	94	89
2007	103	108	103
2008	100	112	97
2009	102	108	102
2010	98	97	93
2011	90	100	87
2012	116	128	118

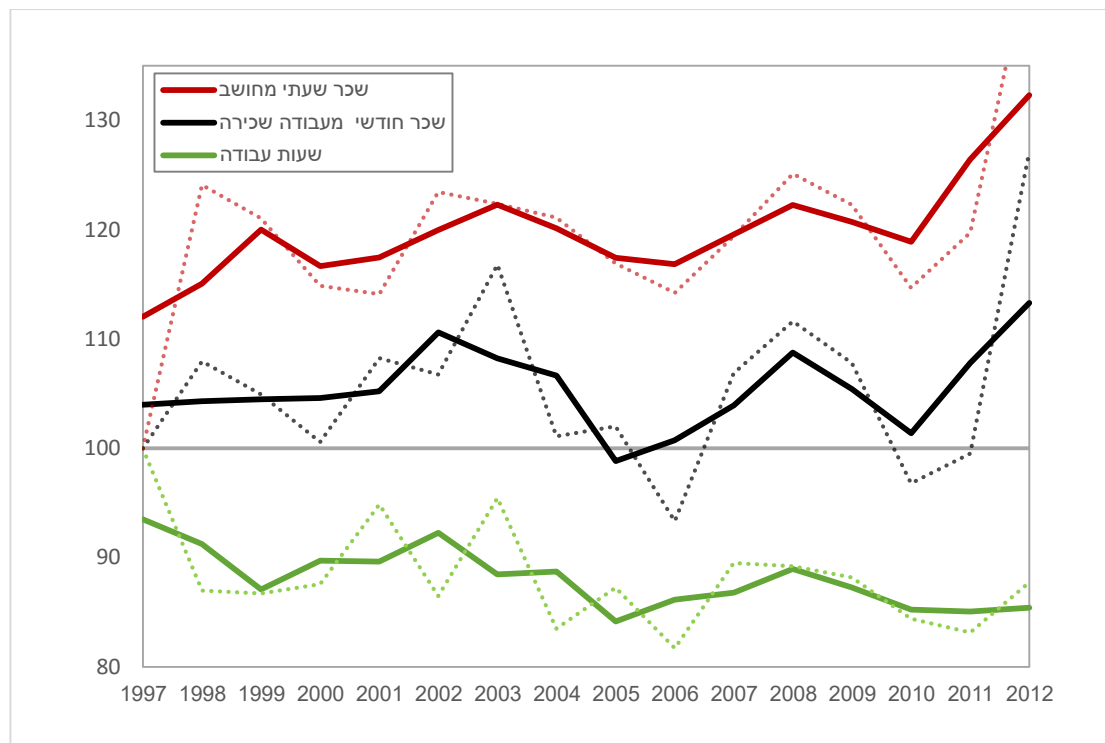
מקור: עיבודים לנתונים מסקרי הכנסות

בחינת המגמות בשכר החודשי, על חתכיו השונים, אין בה די, שכן תמורות שחלו במקביל בהיקף שעות העבודה של הרופאים, עשויות לקזז, או לחלופין להחריף, את המגמות הללו כאשר מדובר בשכר השעתי. מאילוצים מתודולוגיים,⁵⁵ הסדרה שניתן לבוחנה בצורה העקבית ביותר בהקשר זה היא זו המתארת את השכר מעבודה שכירה של רופאים שכירים. בחינה של המגמה שאפיינה את השכר השעתי של קבוצה זו, והשוואתה עם המגמות שאפיינו את השכר החודשי ואת מספר שעות העבודה, מעלה שהשחיקה הריאלית

⁵⁵ האילוצים: מספר התצפיות לשנה, מספר השנים שלגביהן קיים מידע אודות השכר מעבודה שכירה, והעובדה שמספר שעות העבודה בסקרי ההכנסות נאספים אך ורק עבור העובדים השכירים.

בשכר השעתי הייתה מתונה, ובפרט מתונה יותר מן השחיקה שחלה בשכר החודשי, משום שמספר שעות העבודה לא עמד במקום וקטן גם-כן (ר' תרשים 10).

תרשים 10: מדדי שכר חודשי מעבודה שכירה, שכר שעתי ושעות עבודה שבועיות, רופאים שכירים בגילאי 25-64 (1997=100) נתוני מקור וממוצעים נעים, 3-שנתי (עבור מחירי 2014)

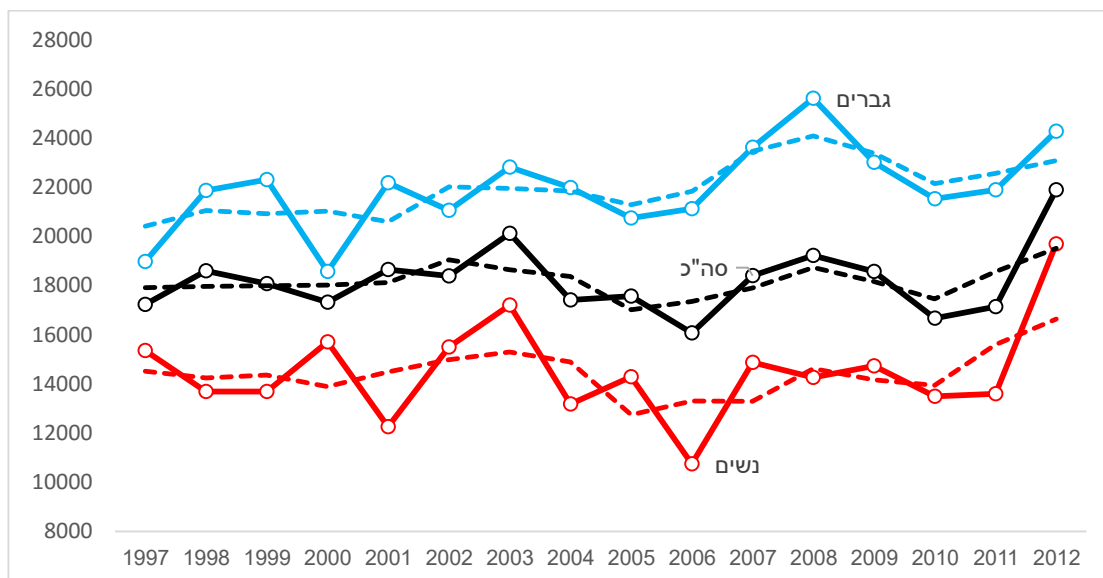


מקור: עיבודים לנתוני סקר הכנסות

את הקיטון בהיקף שעות העבודה הממוצע של הרופאים ניתן לייחס במידת-מה לגידול המתמשך בשיעור הנשים בקרב הרופאים, ובמיוחד בגילאי הביניים (בין השנים 2000-14 גדל שיעור הנשים בקרב רופאים בגילאי 35-44, מ-41% ל-46%; ובקבוצת הגיל 45-54, גדל שיעורן מ-34% ל-44%). כיוון שמספר שעות העבודה של רופאות הוא נמוך יותר בממוצע מזה של רופאים-גברים (תופעה זו ניכרת גם במדינות מפותחות אחרות ר' לעיל, סעיף 4.3), הגידול במשקלן של הרופאות בקרב הרופאים הביא לגרירה כלפי מטה של מספר שעות העבודה הממוצעות. יתרה מזאת, מאז 2005-2006 ניכר קיטון במספר שעות העבודה הממוצע של קבוצת הרופאות עצמה (בין 7% ל-9% על-פי סקר כוח אדם), ומגמה זו חיזקה את עוצמת הגרירה כלפי מטה של סך השעות (ר' תרשימים 21-22 בנספח א).⁵⁶ על רקע זה ניתן גם להבין את מגמת הירידה בשכר מעבודה שכירה של רופאות, שהחלה להסתמן בשנים אלו, ירידה שהביאה לגרירה כלפי מטה של השכר הממוצע בקרב כלל קבוצת הרופאים, על-אף שבמקביל חלה עלייה בשכר מעבודה שכירה של רופאים גברים (תרשים 11).

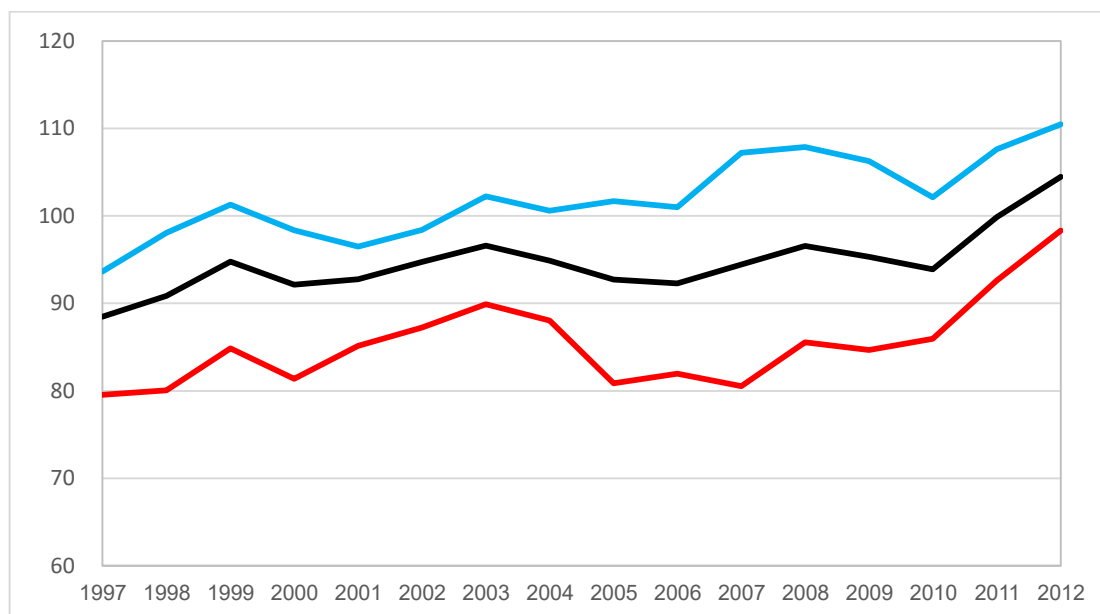
⁵⁶ ניתן לשער כי מגמה זו קשורה גם-כן בגידול שחל בשיעור הרופאות. אפשר שקודם לכן, כאשר שיעורן היה נמוך, הסלקציה (עצמית או אחרת) של קבוצת הרופאות גרמה לכך שהן היו ייחודיות יותר בהשוואה לכלל הנשים המשכילות, ודומות יותר לרופאים הגברים. עתה, משהתרחב מספרן, הרכב הרופאות מבחינת מאפיינים שונים דומה יותר לשאר הנשים המשכילות. עדות לדבר ניתן למצוא במספר הילדים הממוצע לרופאה בגילאי 25-44 (ר' תרשים בנספח א').

תרשים 11: שכר חודשי מעבודה שכירה, לפי מין (רופאים שכירים, נתונים שנתיים וממוצע נע 3-שנתי, מחירי 2014)



מקור: עיבודים לנתוני סקר הכנסות

תרשים 12: שכר שעותי מחושב מעבודה שכירה, לפי מין (רופאים שכירים, ממוצע נע 3-שנתי, מחירי 2014), שקלים לשעה



מקור: עיבודים לנתוני סקר הכנסות

7.3. תיאורי ג': שכר הרופאים בישראל בהשוואה לשכרן של קבוצות עובדים נבחרות

כאמור, וכפי שהציעו (Weil et al., 2013) שכרן של קבוצות עובדים שונות, ובפרט כאשר הדבר עולה למשא ומתן במסגרת ציבורית, מושפע בין השאר מההשוואה שנעשית, על-ידי קבוצה זו, על-ידי הרגולטור וגם על-ידי הציבור, עם קבוצות שונות שנתפסות כרלוונטיות לצורך ההשוואה.

בחינת שכרם של הרופאים (כאן: השכר המשוקלל עבור קבוצת המשרות בקופות החולים וקבוצת המשרות בבתי החולים הממשלתיים, כפי שהובאו בסעיף הקודם) בהשוואה למספר קבוצות עובדים, מעלה את הממצאים הבאים (לוח 5):

בהשוואה למוצא השכר בקרב עובדי המדינה, שכר הרופאים היה גבוה באמצע העשור הראשון של המאה הנוכחית ב-70% ובראשית העשור השני הגיע לכמעט 90%, וזאת על-אף עליות שכר שחלו בתקופה זו במגזר הציבורי ובפרט בשירות המדינה (ור' גם: מזר, 2014).

בהשוואה לאחת הקבוצות המרכזיות של עובדי המגזר הציבורי, עובדי ההוראה, שכר הרופאים לאורך העשור החולף היה, ככלל, גבוה מאוד: ברוב השנים גבוה מ-150%. הפער בין שתי הקבוצות הצטמצם מעט במחצית השנייה של העשור, בעקבות הסכמי השכר של המורים (2008 ו-2011), אך שב וגדל לאור ההסכם האחרון שחתמו הרופאים. הדבקת הפער מהווה אינדיקציה (כללית אמנם) למחזוריות ולקשר ההדדי בין הסכמי שכר של קבוצות עובדים שונות במגזר הציבורי. בהשוואה למנהלי תיכונים, המהווים קבוצה נבחרת בתוך קבוצת עובדי ההוראה, נע פער השכר של הרופאים סביב 12%-13%.

לוח 5: היחס בין שכר הרופאים בישראל לשכרן של קבוצות עובדים נבחרות (שכר חודשי ממוצע למשרת שכיר)

שנה	מחקר ופיתוח ^(א)	תחום ההיי-טק ^(א)	עובדי מדינה ^(ב)	עובדי הוראה ^(ג)	מנהלי בתי ספר חטיבה עליונה ^(ד)	השכר הממוצע למשרת שכיר במשק ^(ה)
2002	..	..	..	..	..	2.65
2003	..	..	..	..	1.15	2.69
2004	1.09	1.32	..	2.64	1.14	2.59
2005	1.04	1.29	1.72	2.67	1.12	2.57
2006	1.02	1.28	1.69	2.60	1.19	2.56
2007	0.99	1.28	1.71	2.46	1.10	2.55
2008	1.02	1.32	1.74	2.43	1.09	2.57
2009	1.08	1.38	1.79	2.48	1.11	2.68
2010	1.09	1.41	1.78	2.45	1.09	2.74
2011	*1.17	*1.43	1.83	2.49	1.10	2.82
2012	1.28	1.52	1.90	2.57	1.19	3.00
2013	1.20	1.46	1.86	..	..	2.97
ממוצע 2002-13	1.10	1.37	1.78	2.55	1.13	2.7
ממוצע 2002-10	1.05	1.33	1.74	2.53	1.12	2.6
משרות בקבוצה זו (שנה אחרונה, אלפים)	39.3	271.5	119.9	92.3	..	3,406

^א משרות שכיר בתחומי ההיי-טק היוו ב-2013 כ-8.5% מכלל משרות השכיר במשק. לתחום המחקר והפיתוח השתייכו כ-14% מכלל המשרות בהיי-טק. זהו תחום המשנה בהיי-טק שבו השכר הממוצע הוא הגבוה ביותר; המקור לנתונים: הלמ"ס, השנתון הסטטיסטי לישראל, לוח 12.33 (שנתונים 2010, 2012, 2014);

^ב שכרם של עובדי המדינה – על-פי השנתון הסטטיסטי לישראל, 2008-12.40, 2010-12.43, 2012-12.42, 2014-12.44;

^ג שכר עובדי ההוראה ומנהלי בתי ספר – לפי: הלמ"ס: "מגמות בשכרם של עובדי הוראה" (הודעה לתקשורת, 2/3/2015).

^ד עבור השכר הממוצע למשרת שכיר, מקור הנתון: הלמ"ס.

* המקור לנתוני השכר של הרופאים: שקלול שכר הרופאים בקופות החולים ובבתי החולים לפי נתוני הממונה על השכר (ר' לעיל תרשימים 6 ו-7).

בנוסף לקבוצות הייחוס הרלוונטיות בהקשר האירגוני כמו מורים ועובדי מדינה, ניתן לבחון את הרופאים אל מול קבוצות נוספות החולקות עמם מספר מאפיינים מרכזיים. כאשר נלקחים בחשבון, למשל, היוקרה החברתית, והאתגר האינטלקטואלי, ובמידה רבה גם היקף שעות-העבודה, השכירים בתחום ההיי-טק מהווים קבוצת-ייחוס רלוונטית. פער השכר של הרופאים כלפי קבוצה זו היה במהלך העשור החולף 33%, ולקראת סוף התקופה עלה ל-40-45%. בהשוואה לקבוצת-משנה נבחרת בתוך עובדי תחום ההיי-טק, 40 אלף המועסקים בתחומי המחקר והפיתוח, שרמת השכר שלהם היא הגבוהה מבין קבוצות-המשנה של תחום זה, יתרונם של הרופאים היה קטן יותר במהלך רוב התקופה ונע סביב 2%-9% ; והגיע לכדי 24% בשנים שאחרי השביתה.

אמנם, שכר השכירים בתחומי הטכנולוגיה העלית אינו משקף את היקפי ההכנסה הגבוהים הנובעים מעסקאות מכירה בולטות של חברות ישראליות בתחום זה ("אקזיטים"). ואולם, מצד אחר יש לזכור כי הסדירות של עסקאות אלו איננו קבועה וכך גם שיעור החברות בתחום הלוקחות חלק בעסקאות מעין אלו בשנה כלשהי. משום-כך, קשה להעריך את ההשפעה של עסקאות אלו על ההכנסה בענף: בהתחשב בפיזור שלהן על-פני תחומים ושנים, קשה להעריך את השפעתן על ההכנסה הממוצעת של עובד בענפים אלה.⁵⁷

אם-כן, שכר הרופאים הישראלים אינו גבוה רק בהשוואה לרופאים במדינות המפותחות. גם בהשוואה לקבוצות נבחרות של עובדים בישראל, החולקות עם הרופאים מאפיינים שונים, שכר הרופאים הוא גבוה למדי, והיה כזה גם קודם לשביתה שהתקיימה בשנת 2011. כאמור, ניכרת מידה מסויימת של שחיקה בשכר היחסי של הרופאים, בהשוואה לעובדי הוראה, מנהלי בתי-ספר ובהשוואה לשכר הממוצע במשק, אך שחיקה זו מתרחשת דווקא בתחילת-אמצע העשור ומסתיימת ב-2008 או 2009 – בעקבות פסק הבוררות – ולא בשנים 2011-12, שבהן ניכר זינוק ביחס השכר לאור תוצאות השביתה. יש לציין כי תוצאות פסק הבוררות באו לידי ביטוי דווקא במהלך שנת 2009, שנה שבה הגיע לשיאו המשבר הכלכלי העולמי. משום-כך, אפשר שחלק מן ה"בריחה" של שכר הרופאים כלפי מעלה בשנים אלו – לפחות באופן יחסי לכלל המשק ולעובדי ההיי-טק – קשורה גם להישחקות שכרן של קבוצות אלו בתקופת המשבר ולא רק לתוספת שנבעה מפסק הבוררות.

בהמשך לתיאור של שכר הרופאים במסגרת ההשוואות שהוצעו בסעיפים 7.3-1, יוצג עתה ניתוח נרחב יותר של תמונת השכר של הרופאים – בהתחשב במשתנים שונים שעשויים להיות מתואמים עם רמת השכר של הרופאים ; ועל-בסיס מאפיינים שונים הנכללים במסד הנתונים של ה-OECD.

⁵⁷ יש לציין גם כי השכר שנלקח בחשבון (בלוח המובא לעיל) כולל את כלל העובדים בענף, לרבות מי שאינם עוסקים במישורן בטכנולוגיה, כך למשל אנשי לוגיסטיקה, כספים וניהול. עם-זאת, מרבית העובדים בענפים אלו הם אכן בעלי השכלה גבוהה המועסקים בתפקידים טכנולוגיים והנדסיים. בניתוחים בהמשך שנעשו במסגרת העבודה נבחנו אך ורק העובדים המשכילים בענפי ההיי-טק.

7.4. הסברי א': הגורמים המנבאים את שכר הרופאים במדינות המפותחות

ניתוח באמצעות רגרסיה לינארית של היחס בין שכר הרופאים לבין התוצר לנפש מעלה מספר ממצאים בעלי חשיבות.

שיטה:

נבחנו בנפרד שני משתנים תלויים: שכר הרופאים המומחים יחסית לתוצר לנפש, ושכר הרופאים הכלליים יחסית לתוצר לנפש. הקשרים בין המשתנים נבחנו במסגרת 5 מודלים – עבור כל אחד מן המשתנים התלויים.

- המשתנים התלויים כוללים שלוש קבוצות:
 - **מאפייני הרופאים (5 משתנים):** מספר הרופאים ל-1,000 תושבים; שיעור הנשים בקרב הרופאים; שיעור הרופאים מתחת לגיל 35; שיעור הרופאים מעל לגיל 65; ושיעור הרופאים הכלליים המומחים בקרב הרופאים (בהתאם למשתנה התלוי שנבחר; ברוב המדינות מדובר שיעוריהן של שתי קבוצות רופאים אלו משלים ל-1).
 - **מאפייני המערכת (3 משתנים):** מספר האחיות לכל 1,000 תושבים, תוחלת החיים, מספר בוגרי בית-ספר לרפואה ל-1,000 תושבים.
 - **Fixed effects:** עבור המדינות והשנים.
- במודל 1 הוסרו באופן הדרגתי המשתנים הבלתי-מובהקים (בעלי ערך p הגבוה ביותר).
- במודל 2 נעשה שימוש ברגרסיה לינארית סטנדרטית ללא הסרה הדרגתית של המשתנים הבלתי-מובהקים.
- במודלים 3-5 נעשה שימוש ברגרסיה לינארית סטנדרטית ללא הסרה הדרגתית של משתנים בלתי-מובהקים, והוכנסו אל הבדיקה גם משתני דמה (*dummy*) עבור השנים והמדינות: במודל (3) שנים בלבד, במודל (4) מדינות בלבד ובמודל (5) מדינות ושנים גם יחד.
- כמות התצפיות עבור שכר הרופאים המומחים היא גדולה יותר, ומכאן שעבור חלק מן המשתנים, התוצאות במקרה של שכר המומחים הן עשירות יותר בהשוואה לתוצאות שנתקבלו עבור שכר הרופאים הכלליים – אך הדבר אינו מעיד בהכרח על קיומם של מתאמים חזקים יותר או פחות במקרה של האחרונים.

ממצאים:

א. מספר הרופאים ל-1,000 תושבים מתואם באופן מובהק ושליילי הן עם שכר המומחים והן עם שכר הרופאים הכלליים, אם כי במקרה של שכר המומחים המתאם חזק יותר בהשוואה לשכר הרופאים הכלליים. ממצא זה עקבי עם הטענה של זוסמן וזכאי (1997) לפיה בטווח הארוך שכר הרופאים אכן מושפע ממגמות של היצע וביקוש בדומה למצב בענף תחרותי. מבחינה זו התצפיות המרובות (מדינות שונות בשנים שונות) מהוות מעין "טווח ארוך", גם אם עבור כל מדינה בנפרד טווח הזמן של התצפיות הוא אינו ארוך מאוד.

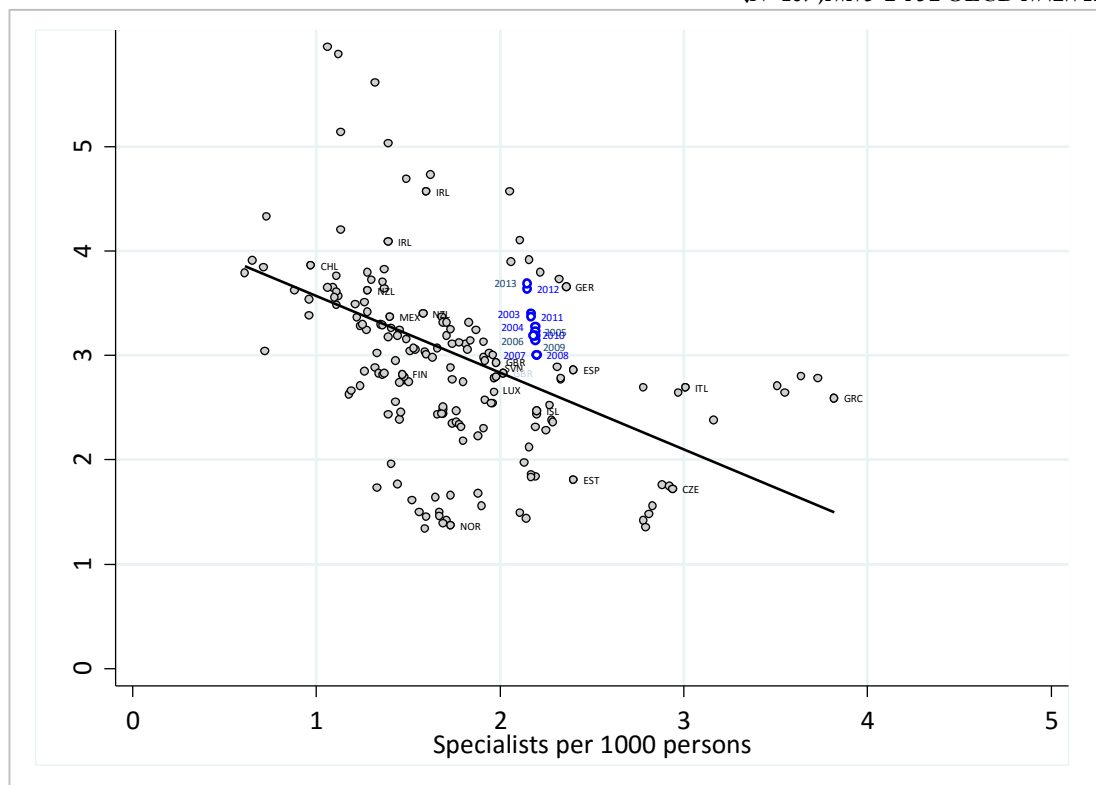
במחקר שפרסמו חוקרי ה-OECD ב-2008 זוהה כיוון דומה של קשר שלילי בין מספר הרופאים לבין שכרם (המוחלט והיחסי). הקשר השלילי והמובהק התקיים רק עבור שכר המומחים, ולא נצפה עבור שכר הרופאים הכלליים, אם כי במאמר נבחנו 14 מדינות בלבד (Fujisawa & Lafortune, 2008). הסיבה לפער בין שני סוגי הרופאים עשויה להיות קשורה בכך שהגידול בביקוש לשירותי בריאות במדינות המפותחות בא לידי ביטוי באופן חזק יותר בהזדקקות לעבודתם של רופאים מומחים דווקא (בשלב הבא, והדבר בא לידי ביטוי בכמה וכמה מדינות, ההשתכרות הגבוהה יותר של המומחים והנהירה של רופאים צעירים לקבוצה זו, יוצרת מחסור ברופאים כלליים).

בתרשים 13 מוצג המתאם בין מספר הרופאים המומחים ל-1,000 תושבים לבין היחס בין שכר הרופאים המומחים לתוצר לנפש. התצפיות הן מדינות שונות בשנים שונות, והקשר המתקבל הוא כצפוי שלילי: ככל

שמספר הרופאים המומחים, יחסית לגודל האוכלוסייה, גבוה יותר, כך שכרם הממוצע של הרופאים המומחים, יחסית לתוצר לנפש, נמוך יותר. ישראל מצויה מעל לקו הרגרסיה, ובאופן כללי יותר ברביע הצפון-מזרחי של קבוצת התצפיות, כך שהשכר היחסי של הרופאים הישראליים גבוה מן השכר המצופה לפי קו הרגרסיה בהתחשב במספר הרופאים המומחים לנפש בישראל.

מספר הרופאים (מכל הסוגים) ל-1000 תושבים כמעט שלא השתנה על-פני 12 שנים (+1%), תקופה שבה היחס בין שכר הרופאים המומחים לתוצר עלה כאמור מ-3.4 ל-3.94 (+16%), ובקרב הרופאים הכלליים מ-2.13 ל-2.39 (+12%). ואמנם גם בקרב רוב המדינות האחרות השתנה בתקופה זו יחס השכר לבדו או מספר הרופאים לנפש לבדו. מכאן שעיקר האפקט הכלול בתוצאות הרגרסיה משקף "מעבר" בין מדינות (cross-section) ופחות מזה שינוי על-פני זמן – אם כי במובן מסויים נתוני הפאנל משקפים כאמור מעין "טווח ארוך אוניברסלי". לבסוף יש לציין כי ברוב המדינות חל שינוי במספר הרופאים לנפש תוך שימור יחס השכר ("מעבר אופקי" בין השנים) בעוד שב ישראל חל שינוי ברמת השכר במקביל לשינוי מזערי במספר הרופאים לנפש ("מעבר אנכי" בין השנים). הבדל זה עשוי לרמוז על כך שאי-השינוי במספרם של הרופאים מחזק יחסית את כוח המיקוח שלהם, כקבוצה מאורגנת וכיחידים, ואולם כפי שיוצע להלן קיימות ראיות אחרות לכך שסבירותה של אפשרות זו היא נמוכה.

תרשים 13: יחס בין מספר הרופאים המומחים לנפש לבין שכר הרופאים המומחים יחסית לתוצר לנפש (21 חברות OECD בשנים שונות, N=167)*



* עבור ישראל מסומנות התצפיות בכחול ובסמוך להן מופיעות השנים; עבור שאר המדינות מופיע שם המדינה עבור תצפיות של השנים 2013 ו-2014 (ומשום-כך לא מסומנות כל 21 המדינות, אך כל אלו מופיעות בתרשים). מקור: עיבודים לנתוני OECD Health Data 2015

ב. שיעור גבוה יותר של נשים בקרב הרופאים מתואם באופן שלילי עם יחס השכר לתוצר ובאופן חזק יותר במסגרת המודל המלא והמחמיר יותר הכולל משתני דמה לשניים ולמדינות (מודלים 4-5). בראשונה ממצא זה קשור ככל הנראה להיקף שעות-עבודה הנמוך יותר של הרופאות – כפי שהדבר מתואר בספרות הענפה העוסקת במקומן של נשים בקרב הרופאים (ר' לעיל סעיף 4.3.1). עלייה של נקודת אחוז אחת בשיעור הנשים (המשתנה התלוי מובא בערכים של 1-100), מתואמת עם ירידה של כמעט 0.6 נקודות יחס בשכר הרופאים המומחים יחסית לתוצר, ועם ירידה של למעלה מ-0.9 נקודות

יחס במקרה של שכר הרופאים הכלליים (לצורך השוואה, יחס השכר בישראל היה בשנת 2010, 3.1 ו-2, בהתאמה).

במקרה של ישראל, המגמה ברמת השכר בקרב שתי הקבוצות, ובעיקר בקרב המומחים, הייתה שחיקה או עצירה בשנים 8-2003, ועלייה במהלך השנים 14-2008. במהלך שתי התקופות גדל שיעור הרופאות בהדרגה וברציפות אך בשיעור שנתי מתון. מכאן, שבמקרה של ישראל משתנים אחרים פעלו כנראה חזק יותר מאשר שיעור הנשים כשלעצמו, לפחות בתקופה המאוחרת.

ג. שיעור הרופאים בקבוצות הגיל הקיצוניות (מעל 65 ומתחת ל-35) אינו מתואם כלל עם השכר היחסי של הרופאים הכלליים (הסיבה לכך היא אולי משום שקבוצה זו כוללת כמה קבוצות משנה: קבוצת רופאים צעירים שטרם נעשו מומחים, וקבוצת רופאים מגילאים שונים שתחומי ההתמחות שלהם נחשבים "כלליים" או שהם נטולי התמחות מסויימת). לעומת-זאת, שיעור הרופאים המבוגרים מתואם באופן חיובי עם שכר המומחים, על-פי שניים מתוך חמשת המודלים אם כי מודלים אלו הם ה"מחמירים" יותר מבין החמישה. תוצאה זו עולה בקנה אחד עם ההשערות האינטואיטיביות, שכן רופאים צעירים הם, ככלל, רופאים "זולים" יותר, ורופאים מבוגרים הם רופאים "יקרים" – בהתחשב במרכיבי הותק, הגיל, הניסיון והבכירות המייקרים את עלויות השכר.

בהקשר זה נראה כי המצב בישראל הולם את המגמה הכללית, וכי אמנם השיעור הגבוה של רופאים מבוגרים בישראל הוא בעל השפעה לא מבוטלת על רמת השכר היחסי הגבוהה למדי (ור' גם סעיף 7.5 להלן).

ד. שיעור הרופאים הכלליים, מתוך כלל הרופאים, מתואם באופן שלילי עם שכר הרופאים הכלליים. ממצא זה עקבי עם הממצא המתואר לעיל בסעיף א'. כפי הנראה, היצע גדול יותר של רופאים כלליים מאפשר לשמור את שכרם על רמה נמוכה יותר (כך מנקודת-מוצא של תכנון מרכזי); או שהאחד גורם לשני דרך נקודת המפגש של הביקוש לרופאים כלליים ומספרם בפועל (כלומר, באמצעות מנגנון השוק).

אשר למתאם בין שיעור הרופאים המומחים לבין שכרם היחסי של המומחים, גם כאן מתקבל רושם של קשר שלילי, אך קשר זה הינו חלש מאוד ונמצא מובהק רק במסגרת מודל (3). העובדה שבמקרה של הרופאים הכלליים הקשר ניכר, בעוד שבמקרה של המומחים הוא קלוש, עשויה להיות קשור בכך שקבוצת הרופאים המומחים היא הטרוגנית ביותר מבחינת תחומי המומחיות השונים הכלולים בה, בעוד שקבוצת הרופאים הכלליים כוללת מספר מועט של התמחויות ורופאים חסרי התמחות.⁵⁸ על רקע זה מובן כי הרופאים הכלליים הם תחליפיים יותר – האחד כלפי השני – וקרובים יותר לתיאור של "מוצר הומוגני" בהשוואה לרופאים המומחים; ומשום-כך, ככל שמספרם הכולל גבוה יותר ניתן לצפות ששכרם יהיה נמוך יותר.

גם מבחינה זו, המצב בישראל הולם את המגמה הכללית, ואולם ההסברים במקרה של ישראל אינם זהים בהכרח להסבר אשר יפה למגמה הכללית. בישראל, יכולתם של המומחים להימנע משחיקה בשכרם על-אף מספרם ושיעוריהם הגבוהים, נובעת אולי לא רק מההטרוגניות של קבוצת המומחים – המשותפת גם למדינות אחרות – אלא מכוחם המבני החזק בתוך ציבור הרופאים ובתוך המגזר הציבורי בכלל. בהשלמה, שכרם של הרופאים הכלליים, יחסית לתוצר לנפש, נע כאמור סביב הרמה החזיונית בקרב חברות ה-OECD הנסקרות, על-אף שיעורם הנמוך יחסית למדינות האחרות; אך יחסית לשכר הרופאים המומחים הוא נמוך במיוחד – גם כאן ככל הנראה יותר בשל המסורת הארגונית של ציבור הרופאים ובאופן החורג מעט כלפי מטה מן הדפוס הכללי המתקבל מכלל התצפיות (ור' להלן לוח 8).

אשר למאפיינים המערכתיים הכלליים:

ה. תוחלת החיים מתואמת באופן חיובי וחזק הן עם שכר המומחים והן עם שכר הרופאים הכלליים, אך באופן חזק יותר עם שכרם היחסי של האחרונים. ממצא זה עשוי לרמוז על-כך שמערכות בריאות מתקדמות

⁵⁸ ואמנם, קבוצת הרופאים הכלליים אינה מתלכדת עם קבוצת הרופאים הצעירים, שכן רופאי משפחה למשל מוגדרים כ"כלליים" הגם שהם מצויים בכל שכבות הגיל.

יותר (כלומר, מערכות של מדינות שבהן תוחלת החיים גבוהה יותר)⁵⁹ הן דווקא אותן מדינות אשר השכילו להגדיל את השקעתן ברפואה הקהילתית ובדור הצעיר של הרופאים. מבחינה זו ישראל קרובה מאוד לקו הרגרסיה, ובמיוחד כאשר לא נלקחות בחשבון מקסיקו וטורקיה שהן חריגות לרעה בממד תוחלת החיים.

ו. **מספר הבוגרים של לימודי הרפואה יחסית לאוכלוסייה** מתואם באופן חיובי עם שכר הרופאים המומחים, על-פי כל המודלים, ועל-פי מודל אחד גם עם שכר הרופאים הכלליים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם הממצא האמור בתוחלת החיים, משום האפשרות שהמדינות העשירות יותר הן גם המתוכננות יותר (ואולי גם הזקנות יותר), שבהן מתקיימת הקפדה משמעותית יותר על פיתוח עתודת הרופאים. מדינות אלו הן גם המדינות שבממוצע מספקות לרופאים המומחים שלהן שכר יחסי גבוה יותר בהשוואה למדינות אחרות (מקדם המתאם בין תוחלת החיים לבין מספר הבוגרים של בית-הספר לרפואה, לכל 100,000 תושבים, כאשר הן משתנה השנה והן משתנה המדינה מפוקחים, הוא 0.38, עבור 442 תצפיות).⁶⁰

ז. **מספר האחיות לנפש** כמעט שאינו מתואם עם שכר הרופאים: הוא מתואם באופן חיובי במודל אחד מתוך חמישה – עבור הרופאים המומחים ועבור הרופאים הכלליים. עבור האחרונים מדובר במתאם חזק יותר, ממצא שעשוי להיות קשור בעובדה שמידת התחליפיות בין האחיות לבין הרופאים הכלליים היא מעט גבוהה יותר בהשוואה לתחליפיות שלהן כלפי המומחים.

בהשוואה למתאמים הקיימים בין מאפיינים שונים לבין שכר הרופאים במדינות מפותחות אחרות, שכר הרופאים הישראליים הינו חריג מבחינות אחדות וסטנדרטי מבחינות אחרות. מבחינת תוחלת החיים הגבוהה והשיעור הגבוה יחסית של רופאים מומחים דומה ישראל למגמה הכללית. הקשר בין שני משתנים אלו לבין שכר הרופאים מתאים לכאורה לתיאור המציאות הרווחת בישראל: התוצאות המסופקות על-ידי המערכת (תוחלת חיים גבוהה ותמותת תינוקות נמוכה⁶¹) הן גבוהות, וזאת בין השאר על רקע מאפייני איכות של המערכות ובהם השיעור הגבוה של רופאים מומחים ואולי גם על רקע השכר הגבוה יחסית של הרופאים המומחים, אשר, ככלל, הינו מאפיין של המדינות היותר-עשירות (הגם שכאמור קשר זה מתקיים עד לרמה מסויימת ומעבר אליה נעלם). לעומת-זאת, ובניגוד למגמה הכללית, שכר הרופאים בישראל הוא גבוה יחסית למרות שמספר הרופאים לנפש גבוה למדי וכך גם שיעור הנשים בקרב הרופאים. שני משתנים אלו מתואמים באופן שלילי עם השכר בקבוצת המדינות. בנוסף לכך, כמות הבוגרים של לימודי רפואה, לנפש, היא נמוכה מאוד בישראל, וזאת בשונה משאר המדינות, שלגביהן קשור משתנה זה לשכר דווקא באופן חיובי.⁶² הממצאים בדבר הדומה והשונה בין שכר הרופאים בישראל לבין שכר הרופאים במדינות ה-OECD, עולים בקנה אחד עם תובנות אשר ניתן להם ביטוי בסקירות המוסדיות והבינלאומיות של מערכת הבריאות הישראלית (ר' לעיל חלק הרקע). מצד אחד, הישגי העבר אשר עודם ניכרים בהווה; ומצד אחר, ההיערכות לעתיד שנדמית כטובה פחות בהשוואה למדינות מפותחות אחרות (לפחות עד לאחרונה). כפי שהוצע לעיל בסעיף 7.2, חתך נוסף של תמונת השכר של הרופאים מתקבל מניתוח "פנימי" של רמות השכר ופערי השכר הרווחים בקרב ציבור הרופאים, ניתוח אשר יוצג בסעיף הבא.

⁵⁹ תוחלת החיים מתואמת באופן מובהק וחזק עם התוצר לנפש, ומכאן שהיא מהווה קירוב לתוצר לנפש, גם אם קירוב גס (שכן בקבוצת המדינות הנדונה ההטרוגניות בתוחלת החיים נמוכה יותר בהשוואה להטרוגניות ברמת התוצר).
⁶⁰ "גבוה יותר" אך לאו דווקא שכר גבוה מאוד, שכן השכר היחסי הגבוה ביותר נמצא דווקא במדינות שהתאפיינו במצב כלכלי גרוע. הדבר עשוי להיות קשור במשמעת פיסקלית רעועה שהיתרגמה לויתורים מפליגים במשא ומתן של הממשלות אל מול הרופאים במדינות אלו.

⁶¹ שני המשתנים הללו – תוחלת חיים ותמותת תינוקות – מתואמים שלילית על רקע שני קשרים: ראשית, משום ששניהם מושפעים ממשנתה שלישית: איכות המערכת (משאבי הפיסיים, ואיכות כוח האדם בה); ושנית, משום שתוחלת חיים (בלידה) גבוהה יותר, קשורה, הגדרתית, בתמותת תינוקות נמוכה יותר מעצם ההקטנה של כמות מקרי המוות בשנים הראשונות (אשר נרשמים כאורך-חיים של 0 או 1 שנים).

⁶² ניתן אולי לומר שקצב ההכשרה הנמוך של רופאים חדשים משמעו לגבי הרופאים הקיימים חיזוק של כוח המיקוח – לאור שיעור נדירותם העתידית. ואולם, אפשרות זו עשויה להיות רלוונטית רק לגבי תחום מסויים שהגדרתו עשויה להיות מושפעת ממגוון משתנים; ובתנאי למשל שזרם הרופאים החדשים לא יהיה כה חלש עד כדי כך שהרופאים הוותיקים ייאלצו להקדיש באופן בלעדי שיעור גדול יותר משעות העבודה שלהם למערכת הציבורית.

לוח 6 : תוצאות רגרסיה a1 (משתנה תלוי : היחס בין שכר הרופאים המומחים לתוצר לנפש)

Dependent: Specialists' inc to GDP pc	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Practicing physicians, per 1000 persons	-0.979*** (0.144)	-0.994*** (0.152)	-0.985*** (0.16)	0.024 (0.211)	0.177 (0.228)
Share of Women Physicians	-0.024*** (0.008)	-0.021** (0.009)	-0.024* (0.013)	-0.077*** (0.021)	-0.068** (0.026)
Share of Physicians under 35		-0.008 (0.013)	-0.015 (0.015)	-0.013 (0.019)	0.000 (0.02)
Share of Physicians above 65	0.023 (0.014)	0.017 (0.016)	0.004 (0.019)	0.081*** (0.025)	0.080** (0.03)
<u>Specialists' share</u> out of total physicians		-0.008 (0.007)	-0.015** (0.007)	-0.019 (0.013)	-0.012 (0.013)
Medical graduates	0.071*** (0.02)	0.072*** (0.021)	0.065** (0.025)	0.050*** (0.014)	0.041** (0.016)
Nurses per 1000 persons	-0.061** (0.03)	-0.080** (0.036)	-0.096** (0.038)	0.071 (0.045)	-0.012 (0.049)
Life Expectancy	0.157*** (0.038)	0.165*** (0.04)	0.135* (0.071)	-0.008 (0.054)	-0.066 (0.064)
Constant	-5.878* (3.279)	-5.756* (3.334)	-2.74 (6.104)	7.189* (4.058)	11.343** (5.07)
country dummy				yes	yes
year dummy			yes		yes
Observations	100	100	100	100	100
R-squared	0.505	0.514	0.558	0.976	0.984

se in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

לוח 7 : תוצאות רגרסיה a2 (משתנה תלוי: היחס בין שכר הרופאים הכלליים לתוצר לנפש)

Dependent: GP's income to GDP pc	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Practicing physicians, per 1000 persons	-0.544*** (0.086)	-0.559*** (0.137)	-0.500*** (0.12)	0.477 (0.381)	0.260 (0.544)
Share of Women Physicians		-0.003 (0.005)	0.013** (0.006)	-0.060*** (0.02)	-0.094** (0.04)
Share of Physicians under 35		-0.004 (0.015)	-0.021 (0.017)	0.002 (0.029)	-0.010 (0.038)
Share of Physicians above 65		-0.002 (0.014)	-0.012 (0.022)	-0.057 (0.036)	-0.068 (0.052)
<u>GP's Share</u> out of total physicians	-0.029*** (0.006)	-0.030*** (0.01)	-0.017 (0.015)	-0.080* (0.041)	-0.075 (0.066)
Medical graduates		-0.017 (0.033)	0.048 (0.03)	0.047* (0.027)	0.067 (0.039)
Nurses per 1000 persons		0.007 (0.032)	-0.024 (0.027)	0.195** (0.082)	0.195 (0.131)
Life Expectancy	0.161*** (0.017)	0.150*** (0.028)	0.224*** (0.053)	0.140* (0.07)	0.031 (0.131)
Constant	-8.216*** (1.247)	-6.996*** (2.345)	-12.109*** (4.273)	-4.914 (4.362)	6.748 (10.953)
country dummy				yes	yes
year dummy			yes		yes
Observations	51	51	51	51	51
R-squared	0.708	0.726	0.905	0.933	0.954

se in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

7.5. הסברי ב': פערי שכר ושעות עבודה בקרב אוכלוסיית הרופאים

כפי שהדבר תואר בסקירת הספרות, פערי השכר המשמעותיים ביותר המתקיימים בתוך קבוצת הרופאים קשורים למשתנים מין, שעות-עבודה וגיל. הגיל מהווה קירוב לניסיון ולבכירות, ושעות-העבודה עצמן מתואמות באופן חזק עם המין ועם הגיל (הן יורדות במקרה של נשים, ועולות במקרה של צעירים). משום-כך, עלויות השכר הכוללות, ולכן גם השכר הממוצע בקרב ציבור הרופאים, מושפעים באופן משמעותי מההרכב הדמוגרפי של הרופאים ומהשינויים שחלים בו על פני זמן. אלו ייבחנו בסעיף זה ובסעיף הבא (7.6). תחילה יש לציין שהפער בין שכר המומחים לבין שכר הרופאים הכלליים בישראל הוא גבוה באופן מיוחד בהשוואה לפער המקביל במדינות האחרות (ר' לוח 8). אמנם, ב-15 מתוך 17 חברות OECD שעבורן קיימים נתונים יחס השכר נמוך מ-1, אך בישראל הוא כמעט הנמוך ביותר בקבוצה: פער של 33% בין שכר הרופאים המומחים לבין שכר הרופאים הכלליים. בנוסף לכך, יחס השכר בין שתי הקבוצות הוא שטוח מאוד על-פני זמן, וגם העלייה שחלה ביחס זה בשנה שלאחר חתימת ההסכם (2012), כנראה לאור המענקים הייחודיים שניתנו למקצועות במצוקה (שחלקם כלולים בקטגוריית הרופאים הכלליים) ולמתמחים בפריפריה, קוזה לחלוטין בהמשך (ר' לעיל תרשים 4).

לוח 8 : היחס בין שכר הרופאים הכלליים לשכר המומחים, ישראל ו-16 מדינות OECD (שכירים), מסודר לפי 2010

מדינה	2012	2011	2010
פולין	1.32	-	1.36
איסלנד	0.98	1.01	1.04
סלובניה	0.98	0.96	0.93
לוקסמבורג	1.07	1.01	0.92
שבדיה*	-	-	0.88
צ'ילה	0.69	0.87	-
ספרד	0.87	0.89	-
הונגריה	0.72	0.87	0.87
ארה"ב*	-	-	0.79
אסטוניה	0.73	0.76	0.79
מקסיקו	0.77	0.78	0.78
בריטניה	0.725	0.735	0.742
ניו זילנד*	0.80	-	0.72
פינלנד	0.693	0.683	0.681
הולנד	0.60	0.61	0.63
ישראל	0.66	0.64	0.62
טורקיה	0.58	0.67	0.59

* עבור ארה"ב השנה המוקדמת היא 2001; עבור שבדיה, 2002; ועבור ניו-זילנד הנתונים הם עבור השנים 2007 ו-2014. מקור: OECD Health Statistics 2015.

הפער בין הרופאים המומחים לבין הרופאים הכלליים משקף למעשה גם פער בין מבוגרים לצעירים ובין גברים לנשים, שכן שיעור הגברים והמבוגרים גבוה יותר בקרב הרופאים המומחים. במילים אחרות: משתנה המין, ובמידת-מה גם משתנה הגיל, משפיעים על השכר החודשי דרך משתנה היקף השעות העבודה ודרך סוג ורמת ההתמחות של הרופאים. יחד עם זאת, היקף שעות-העבודה עשוי כאמור להיות אנדוגני לשכר, כפי שהראו אסקילדסון והולמאס (Askildsen & Holmås, 2013), ומכאן שכיוון הקשר בין שני המשתנים צריך להיבחן בזהירות.

בקרב כלל הרופאים השכירים חלה ירידה קלה במספר השעות הממוצע לקראת אמצע התקופה הנבחנת.⁶³ בחלוקה לקבוצות-משנה עולה כי בקרב נשים צעירות וגברים מבוגרים חלה ירידה במספר שעות-העבודה. לעומת-זאת, בקרב רופאות מבוגרות ורופאים צעירים מספר שעות-העבודה היה מעט תנודתי יותר (תופעה

⁶³ כך לפי נתוני סקר הכנסות. לפי נתוני סקר כוח אדם ניכרת יציבות רבה יותר בשעות העבודה של הרופאים.

שאת חלקה ניתן לייחס למיעוט התצפיות) אך התאפיין על-פני התקופה במלואה בעלייה קלה. בחינת הרמה הממוצעת של שעות העבודה על-פני התקופה מעלה כי הרופאים הגברים עובדים שעות עבודה מרובות, במיוחד הצעירים: 52-56 שעות-עבודה שבועיות לפי הסקרים השונים (52-47 בקרב המבוגרים); וכי בקרב הנשים היקף שעות העבודה נמוך בכ-20%, והשוני בין קבוצת הגיל נמוך למדי. כלל קבוצת הרופאות מאופיינת ב-40-45 שעות-עבודה שבועיות לפי הסקרים השונים (ר' לוח 10 להלן ולוח 14 בנספח).

את הפער המשמעותי בין הרופאות לרופאים, ובמיוחד בקבוצת הצעירה, ניתן לייחס – כפי שהוצע בספרות (למשל: Gjerberg, 2002, 2003) – להשתמרות התפקיד של הרופאות הצעירות כאימהות. ראייה חלקית לכך טמונה בעובדה שבמהלך התקופה מספר הילדים הממוצע בגילאי 0-17 בקרב הרופאות בגילאי 25-44 לא ירד ולמעשה אף עלה (ר' תרשים 23 בנספח א'). בין השנים 1997-2004 לבין השנים 2005-12 חלה ירידה של 7.4% במספר שעות העבודה של הרופאות הצעירות (בהשוואה לגידול של 2.8% בקרב הרופאות המבוגרות). ירידה זו עשויה להיות קשורה ב"התנרמלות" של קבוצת הרופאות, ובאפשרות שעם העלייה בשיעורן בקרב הרופאים הן נעשו דומות יותר, מבחינת מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שונים, לקבוצת השכירות המשכילות. כך למשל, העובדה שמספר הילדים הממוצע עבור קבוצת הרופאות הצעירות עלה והשתווה בתקופה זו למספר הממוצע בקרב השכירות המשכילות, עשויה להיות קשורה בגידול בייצוגן של נשים דתיות-לאומיות וערביות בקרב הרופאות. ראייה נוספת לאפשרות שייצוגן של קבוצות אלו בקרב הרופאות גדל טמונה בכך ששיעור הבלתי-נשואות בקרב רופאות שכירות בגילאי 25-34 ירד מ-32% בשנים 1997-2004 ל-19% בשנים 2005-12, וזאת בזמן שבקרב כלל השכירות בגילאים אלו עלה שיעור הבלתי-נשואות מ-34.5% ל-38% ובקרב השכירות המשכילות השתנה במידה מועטה, מ-36.1% ל-36.5%, (לפי עיבודי המחבר לנתוני סקר כוח אדם). הגידול במספר הילדים עשוי לנבוע גם מן הקיטון בשיעור הרופאות הצעירות שמוצאן בברית-המועצות, המאופיינות במספר קטן יותר של ילדים – על רקע התבגרותן ועזיבתן את המערכת או לפחות את קבוצת הגיל הצעירה.

על-אף הקיטון שחל במספר שעות העבודה של הרופאות הצעירות, הן עדיין מאופיינות גם בסוף התקופה בהיקף עבודה גבוה בהשוואה לשכירות משכילות אחרות. את פער השעות בין רופאים לרופאות ניתן לזהות גם ברגרסיות השכר שיידונו בסעיף 7.6 להלן.

הפערים המשמעותיים בהיקף שעות-העבודה בין רופאים לרופאות יש בהם כדי להסביר לפחות חלק מפער השכר **בחתך המין**, פער שנע במהלך התקופה סביב 60% בקבוצת הגיל המבוגרת, וסביב כ-35% בקבוצת הגיל הצעירה.

פערי שכר משמעותיים עוד יותר בולטים **בחתך הגיל**, והם ניכרים גם בתוך כל קבוצת-מין בנפרד: פער ממוצע בין מבוגרים לצעירים שגודלו כ-65%, בקרב הגברים, וכ-40%, בקרב הנשים (ממוצע מלוא התקופה, אשר כוללת מספר מגמות בתקופות המשנה).

במבט על המגמות של יחס השכר לאורך התקופה ניתן לומר כי הפער **בחתך המין** הולך ומצטמצם לאורך השנים, וכי הפער **בחתך הגיל** דווקא הולך ומתרחב (ר' תרשים 14).

הראייה לכך שחלק מפער השכר בין נשים לגברים מקורו בפער בשעות עבודה טמונה בכך שכאשר נבחנים פערי השכר השעתי בין קבוצות אלו, בהשוואה לפערים החודשיים, ניכרת הצטמצמות משמעותית בגודל הפער, במיוחד בקרב הצעירים. לעומת-זאת, בין מבוגרים לצעירים פער השכר במעבר מחתך חודשי לשעתי דווקא מתרחב.

בחתך המין, מצטמצם הפער מ-35% ל-5%, בקרב הצעירים, ומ-60% ל-30%, בקרב המבוגרים (ממוצע מלוא התקופה). בחתך הגיל לעומת-זאת מתרחב הפער בין צעירים למבוגרים, במידה קלה בקרב הנשים, ומ-65% ל-90% בקרב הגברים (בתקופה המאוחרת בלבד). פרשנות אפשרית לפער זה שבין השכר החודשי לשעתי היא שהרופאים הצעירים, במיוחד הגברים, "מפצים" על השכר השעתי הנמוך יחסית (שקשור למשל

לבכירות ולתפקיד) בשעות עבודה מרובות.⁶⁴ אפשרות אחרת היא שהדבר נובע מכך שבמסגרות הציבוריות הרופאים הצעירים מאופיינים גם בשכר נמוך וגם בשעות עבודה מרובות, ללא תלות בין המשתנים וגם כמעט מבלי שיש בידם אפשרות בחירה. אפשרות זו מתחזקת כשנלקחת בחשבון העובדה שהרופאים הנבחנים כאן הם שכירים, ורובם מועסקים במערכת הציבורית (ור' בהקשר זה: Askildsen & Holmås, 2013). אשר ליחס השכר בין רופאים יהודים וערבים, נתון זה הוא תנודתי לאורך התקופה – כנראה בשל הגודל המוגבל של המדגם – אך במגמה רב-שנתית הוא נע סביב 1.0, אינדיקציה נוספת לרמת השוויון הגבוהה, והייחודית, הרווחת בין שכרם של ערבים ויהודים במקצוע זה (ר' להלן לוח 9). ניתן היה לצפות ליתרון מסויים לטובת הרופאים היהודים בהתחשב בכך שהם במוצע מבוגרים יותר מן הרופאים הערבים, אך נראה שפער זה מקוּוּז על-ידי השיעור הנמוך של נשים בקרב הרופאים הערבים.

⁶⁴ "פיצוי" זה הינו רק לכאורה פיצוי, שכן למעשה השעות המרובות והשכר השעתי הנמוך יחסית אינם מותנים זה בזה: הם נוספים זה על זה. לגבי רבים מן הרופאים הצעירים היקף שעות העבודה הוא נתון או שהוא, הלכה למעשה, תנאי להתקדמות. עם-זאת, בקרב הרופאים המבוגרים יותר בתוך הקבוצה הצעירה מתקיימת מידת-מה של בחירה, במיוחד סביב האפשרות לעבוד במספר מקומות עבודה במקביל.

לוח 9: שכר חודשי מעבודה שכירה - רופאים שכירים בגילאי 25-64, מחירי 2014

קבוצה		גברים		נשים		יהודים		ערבים	
קבוצת-גיל		45-64	25-44	45-64	25-44	45-64	25-44	45-64	25-44
1997	17747	21084	12548	19095	14871	19472	18365	32685	40600
1998	14664	29069	13115	14253	13946	21624	15592	14250	23858
1999	21224	25318	13623	13917	12247	20882	11972	27022	14482
2000	12990	23814	10687	20558	16160	22510	15840	15548	28626
2001	16600	28380	15305	13680	17810	22318	13971	22823	22404
2002	15480	27562	13461	15716	14354	22089	12398	25788	22890
2003	21206	24374	12044	22564	12644	24123	10558	16759	24407
2004	18399	26717	12964	15015	18404	20630	11199	13770	29010
2005	15365	25022	9427	16363	17854	21376	11877	10085	20676
2006	16312	24890	12644	12516	11199	19446	13478	13037	20025
2007	18766	26924	10558	17579	12351	21677	16329		
2008	15876	31720	12351	18827	13471	25613	13471		
2009	16329	28238	11199	18404	13471	23763	17195		
2010	13471	24898	11199	17854	13471	21492	17195		
2011	17195	26128	11877	15763	11877	20627	16472		
2012	16472	29393	13928	28901	13928	30981	15168		
ממוצעים רב-שנתיים									
1997-2003 (א)	17130	25657	12998	17112	15490	21860	15331	24064	15331
2004-2007 (ב)	17211	25888	11770	15368	14008	20782	13670	24910	13670
2008-2011 (ג)	15718	27746	11496	17712	12909	22874	14835	24246	14835
2008-2012 (ד)	15869	28075	11983	19950	13361	24495	14475	23402	14475
1997-2012	16756	26471	12374	17563	14454	22414	14648	24068	14648
שיעור השינוי בין ממוצעי תקופות									
שינוי א-ב	0.5%	0.9%	-9.4%	-10.2%	-9.6%	-4.9%	-10.8%	3.5%	-10.8%
שינוי ב-ג	-8.7%	7.2%	-2.3%	15.3%	-7.8%	10.1%	8.5%	-2.7%	8.5%
שינוי ב-ד	-7.8%	8.4%	1.8%	29.8%	-4.6%	17.9%	5.9%	-6.1%	5.9%
שינוי א-ג	-8.2%	8.1%	-11.6%	3.5%	-16.7%	4.6%	-3.2%	0.8%	-3.2%
שינוי א-ד	-7.4%	9.4%	-7.8%	16.6%	-13.7%	12.1%	-5.6%	-2.8%	-5.6%
יחס השכר									
1997-2003	מבוגרים לעצירות	מבוגרות לעצירות	מבוגרים לעצירות	מבוגרות לעצירות	מבוגרים לעצירות	מבוגרות לעצירות	מבוגרים לעצירות	מבוגרות לעצירות	מבוגרים לעצירות
2004-2007	1.50	1.32	1.50	1.32	1.50	1.32	1.50	1.32	1.50
2008-2011	1.77	1.54	1.77	1.54	1.77	1.54	1.77	1.54	1.77
1997-2012	1.58	1.42	1.58	1.42	1.58	1.42	1.58	1.42	1.58

מקור: עיבודים לנתוני סקר הכנסות

לוח 10: שעות-עבודה שבועיות ומאפיינים נוספים - רופאים שכירים בגילאי 25-64*

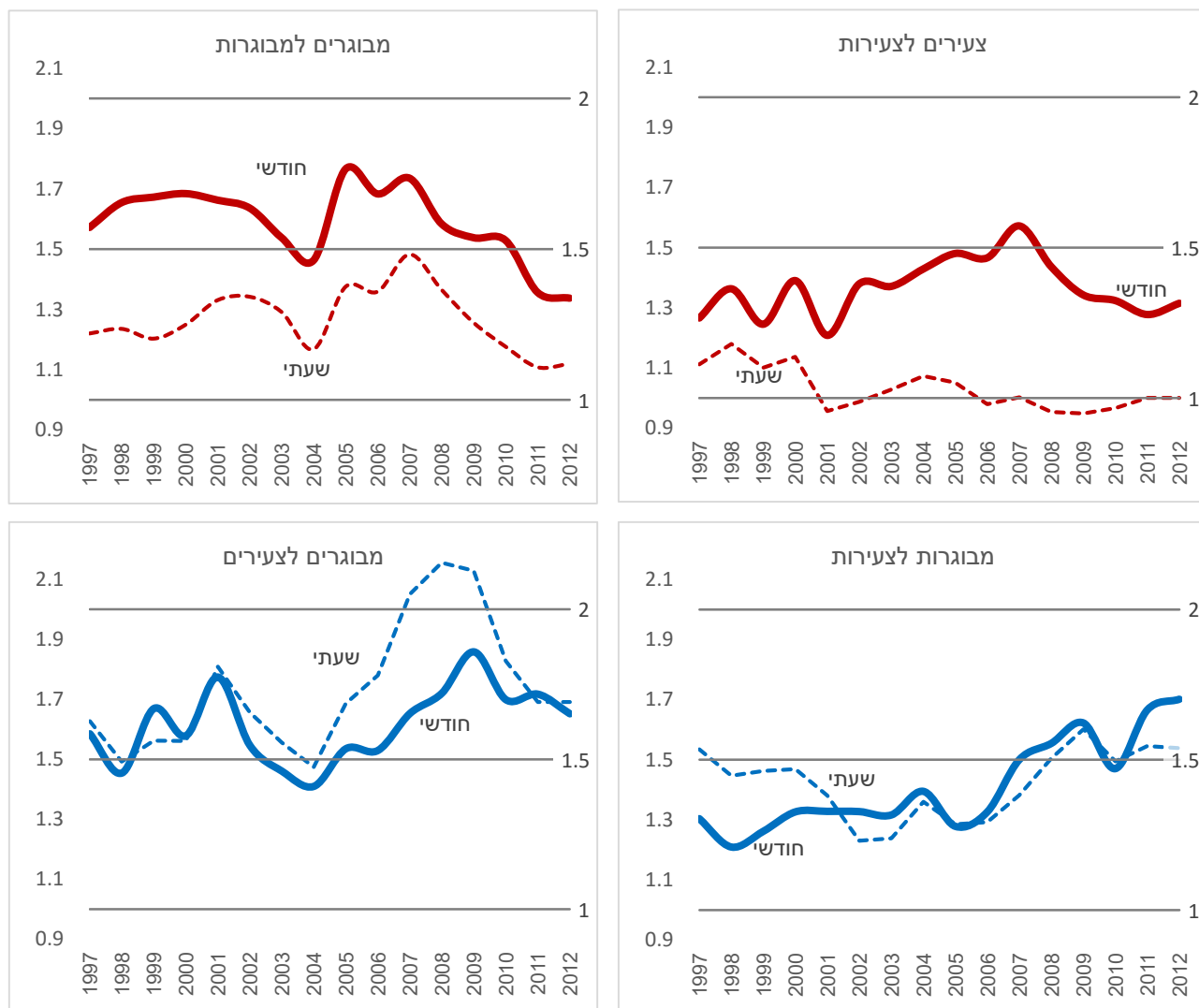
ממוצע שעות עבודה										מועסקים			נתון
סקר הכנסות					סקר כוח אדם					סקר כוח אדם			מקור
נשים צעירות	נשים מבוגרות	גברים צעירים	גברים מבוגרים	כלל הקבוצה	נשים צעירות	נשים מבוגרות	גברים צעירים	גברים מבוגרים	כלל הקבוצה	שיעור הערבים	שיעור הנשים	בבית חולים	קבוצה
50.8	41.5	58.4	47.5	50.7	50.2	41.2	56.9	49.3	51.0	8%	41%	70%	1997
40.5	36.4	45.5	50.3	44.1	45.6	43.4	54.1	51.8	49.8	12%	40%	65%	1998
41.2	33.1	48.9	47.6	44.0	41.7	41.9	57.6	49.4	49.1	11%	40%	61%	1999
42.4	37.3	45.3	49.8	44.4	49.9	37.2	59.7	51.8	51.8	8%	36%	58%	2000
38.5	40.2	54.1	51.7	48.1	48.6	43.3	55.0	49.9	49.7	10%	43%	60%	2001
38.6	39.4	50.5	45.8	43.9	42.8	46.7	55.0	51.0	48.9	8%	49%	56%	2002
38.9	44.7	56.6	53.5	48.4	44.6	43.2	52.4	54.5	49.1	11%	47%	57%	2003
38.1	38.0	47.4	46.3	42.3	45.7	43.8	50.6	51.4	48.3	14%	43%	67%	2004
39.5	36.4	51.6	48.8	44.3	49.3	43.2	53.0	52.3	50.0	11%	42%	61%	2005
32.1	34.6	54.6	45.1	41.4	50.0	44.3	54.5	53.3	51.0	9%	41%	66%	2006
39.6	43.3	58.0	47.0	45.4	47.0	46.8	56.1	54.4	51.1	9%	49%	63%	2007
38.7	42.1	59.5	46.9	45.3	43.6	47.6	58.3	51.7	50.6	7%	45%	64%	2008
39.0	36.2	59.3	47.4	44.7	45.5	46.2	58.2	52.1	50.7	6%	42%	60%	2009
38.4	39.2	46.1	50.4	42.8	43.3	45.8	55.7	51.5	49.2	8%	46%	61%	2010
36.6	36.7	51.4	47.9	42.2	47.0	44.0	56.0	54.6	51.2	14%	41%	65%	2011
38.8	45.8	47.2	48.1	44.5									2012

ממוצעים													
41.6	39.0	51.3	49.5	46.2	46.2	42.4	55.8	51.1	49.9	10%	42%	61%	1997-2003
37.4	38.1	52.9	46.8	43.4	48.0	44.5	53.6	52.9	50.1	11%	44%	64%	2004-2007
38.2	38.6	54.1	48.2	43.7	44.9	45.9	57.0	52.5	50.4	9%	43%	62%	2008-2011
39.5	38.6	52.5	48.4	44.8	46.3	43.9	55.5	51.9	50.1	10%	43%	62%	1997-2011

מקור: עיבודים לנתוני סקר כוח אדם וסקר הכנסות

המגמה המשתקפת מן הנתונים המובאים בלוחות לעיל עולה בקנה אחד עם המובא בספרות הבינלאומית וגם עם מה שעולה מן הספרות הישראלית, לרבות הדוחות הרשמיים, בנוגע לפערי השכר בקרב הרופאים, ובפרט לגבי העובדה שפערי השכר המשמעותיים ביותר, במדינות השונות, ובישראל במיוחד, קשורים להבדלי גיל, ניסיון ובכירות (ר' חורב ואח', 2012; Haklai et al., 2013; Phillips, 2013).

תרשים 14: יחס השכר מעבודה שכירה של רופאים שכירים
שכר חודשי ושכר שעות מחושב, ממוצע נע שלוש תקופות, שכירים בגילאי 25-64*



* קבוצת הגיל המבוגרת היא 45-64 וקבוצת הגיל הצעירה היא 25-44
** יש לציין כי לפי סקרי כוח אדם שעות העבודה מעט שונות: הן גבוהות עבור המבוגרים ב-7%, עבור הצעירים ב-6%, עבור המבוגרות ב-12% ועבור הצעירות ב-15%. משום-כך, יחס השכר השעתי כפי שהוא מוצג בתרשימים א ו-ב, לו היה מחושב לפי נתוני שעות העבודה של סקר כוח אדם, היה מעט גבוה יותר מכפי שהוא לפי החישוב המוצג.

לבסוף, על-מנת להציע בחינה ממוקדת ומדויקת יותר, סעיף 7.6 יוקדש לבחינת הקשרים בין שכר הרופאים ושכר קבוצות עובדים אחרות לבין תכונות סוציו-דמוגרפיות שונות של הפרטים – באמצעות סטטיסטיקה תיאורית (אגרגטיבית), ובהמשך באמצעות רגרסיות שכר.

7.6. הסברי ג': הרופאים בישראל בהשוואה למשלחי יד נבחרים

7.6.1 סטטיסטיקה תיאורית

השלמת התמונה של שכר הרופאים מוצעת בסעיף זה באמצעות ניתוח התוצאות של רגרסיות שכר: רגרסיה אחת שבאמצעותה נבחנה ה"פרמיה למשלח-יד" (b1-b2); ורגרסיה נוספת שבאמצעותה נבחנה הפרמיה לתכונות שונות בקרב קבוצות שונות של שכירים, בהשוואה לפרמיה המקבילה בקרב הרופאים (c1-c2). קודם לניתוח התוצאות, ועל-מנת להציע תמונה כללית של מגמות השכר החודשי והשעתי, מובאים להלן שני תרשימים שבהם מוצג שכר הרופאים ושכרם של השכירים בשש הקבוצות על-פני 16 שנים.

בחתך השכר החודשי (תרשים 15) ניתן ליצור הבחנה בין 3 או 4 קבוצות: המורים וכלל השכירים במשק בעלי רמת השכר הנמוכה ביותר, השכירים המשכילים ועובדי המנהל הציבורי באמצע הטווח (אם כי מתקיים ביניהן פער הנע בין 10% ל-30%), ובתחום העליון של התרשים: המהנדסים, העובדים המשכילים בענפי ההיי-טק והרופאים. **מגמת השכר** החודשי של שלוש קבוצות אלו דומה עד שנת 2003 ושוב משנת 2006. במהלך השנים 2003-6 ניכרת השחיקה בשכר הרופאים. מבחינת **רמת השכר** ניתן להצביע על רמה דומה המתקיימת עד לשנת 2003, שלאחריה נפער פער הנסגר לראשונה ב-2008-9.

בחתך השכר השעתי (תרשים 16), מתהוות שוב שלוש קבוצות אך בהרכבים שונים: המורים, עובדי המנהל הציבורי והשכירים המשכילים דומים זה לזה מבחינת רמת השכר וגם מבחינת המגמה – במיוחד החל משנת 2005. הסיבה לכך היא שרוב עובדי המנהל הציבורי הם בעלי 15 שנות לימוד ומעלה; וששעות-העבודה של המורים הן נמוכות למדי. עובדי ההיי-טק, המהנדסים והרופאים מצויים גם כאן בקרבה רבה יותר, הן ברמת השכר ויותר מכך במגמה, במיוחד החל משנת 2000 או לפחות משנת 2002. תופעה זו מסתברת לאור העובדה שגם המהנדסים והעובדים בענפי ההיי-טק מאופיינים בשעות עבודה מרובות – בדומה לרופאים.⁶⁵

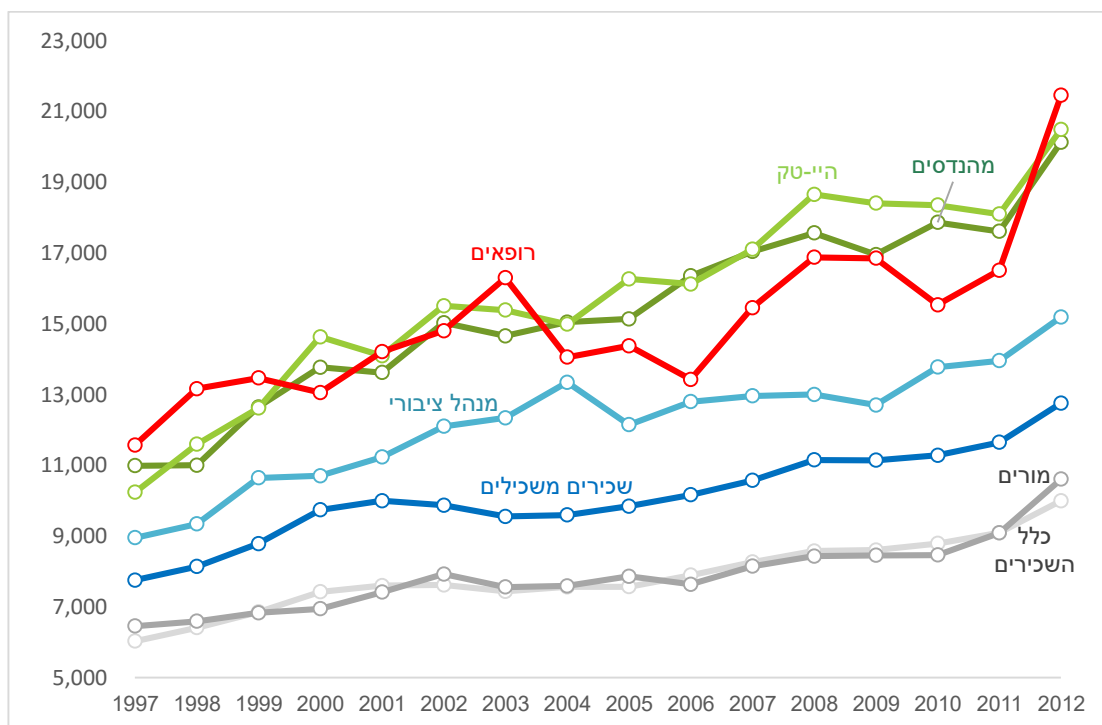
7.6.2 רגרסיות השכר: משלח היד כתכונה (מודלים b1-b2)

תוצאות הרגרסיות b1-b2 מאפשרות להסיק שלוש מסקנות עיקריות: הראשונה, לגבי "פרמיית השכר" למשלח היד יחסית לשכירים המשכילים;⁶⁶ השנייה, לגבי המגמות בשכרה היחסי של כל אחת מקבוצות העובדים בין תקופות-המשנה; והשלישית, לגבי הפער בין פרמיית השכר השעתי לבין הפרמיה ברמה החודשית, פער שניתן לזהותו במעבר בין המודל שבו מופקחות השעות (b2) למודל שבו הן אינן מופקחות (b1). ברמה החודשית (b2) הקבוצה המובילה לאורך התקופה היא קבוצת העובדים המשכילים בענפי ההיי-טק והמהנדסים. השנייה לה בכל תקופות המשנה היא קבוצת הרופאים, ואחריהם עובדי המנהל הציבורי ומורים. במעבר לרמה השעתי (b1) דירוג הקבוצות נותר בעינו אך הפערים משתנים באופן משמעותי. בקרב עובדי המנהל הציבורי פער השכר מהשכירים המשכילים מצטמצם בחצי, ובקרב המורים לעומת-זאת הוא מתהפך מפער שלילי בגודל 10% לפער חיובי של 15%, מעבר המשקף את כמות השעות הנמוכה של המורים. בקרב הרופאים, המהנדסים ועובדי ההיי-טק, הקבוצות המאופיינות בשעות מרובות, שיעור ההצטמצמות במעבר דומה: פער השכר כלפי המשכילים בקרב כל אחת מהקבוצות מצטמצם בשיעור של כ-25%. המגמות בפער השכר של כל אחת מהקבוצות עקביות עם הממצאים שעלו מן הסטטיסטיקה התיאורית – אך במסגרת הרגרסיות הן אמינות ומדויקות יותר. בקרב הרופאים ניכרת, במיוחד במסגרת מודל b2, השחיקה שחלה בתקופה השנייה, 2004-7, והתיקון כלפי מעלה שחל בתקופות הבאות. עובדי ההיי-טק והמהנדסים, בניגוד לרופאים ולעובדי המנהל הציבורי, מאופיינים בפער-שכר נמוך יותר דווקא בתקופה הראשונה, הכוללת את המיתון, וחווים התרחבות מחודשת של פער השכר בתקופה השנייה, תקופת היציאה מהמיתון שבה המגזר הציבורי חווה שחיקה בשכר כתולדת הצעדים שהופעלו החל משנת 2003.

⁶⁵ יש לציין כי שכר הרופאים כפי שהוא מוצג בתרשימים 15-16 מוטה כלפי מטה. הסיבה לכך היא שהעובדים המשתייכים לקבוצות האחרות הם ברובם המכריע שכירים, בעוד שחלק גדול מן הרופאים הינם בעלי סטאטוס כפול של שכירים ועצמאים, קבוצה שהוספתה לניתוח מעלה את השכר מעבודה שכירה של קבוצת הרופאים בכ-4%.

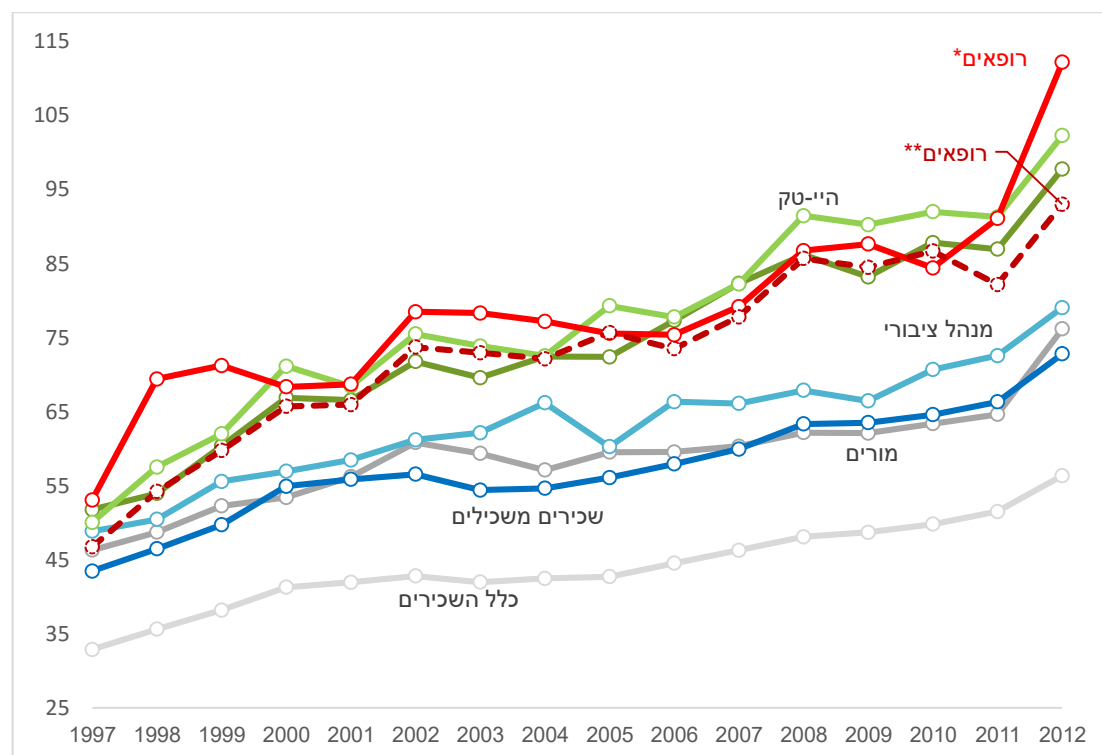
⁶⁶ סייג: אין מדובר בפרמיה במובנה הטהור שכן הקצאת העובדים למשלחי היד כאמור אינה רנדומלית; היומרה ההסברית של המושג פרמיה כאן היא לכן מצומצמת יותר והיא ממוקדת בתיאור (עצם) הפער בין הקבוצות כשהוא מעט מזוקק יותר בהשוואה למה שעולה מן הסטטיסטיקה התיאורית.

תרשים 15: השכר החודשי הממוצע מעבודה שכירה בקרב קבוצות נבחרות (שכירים בגילאי 25-64, מחירים שוטפים)



* שכירים משכילים - כאן ולהלן בעלי 15 שנות לימוד ומעלה;
 ** יש לציין כי בשנת 2012 חלו שינויים מתודולוגיים בסקרי ההכנסות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. משום כך, אפשר שחלק מן העלייה בשכר של כלל הקבוצות הנצפית בין השנים 2011-2012 מקורה בשינוי המתודולוגי.
 מקור: עיבודים לנתוני סקר הכנסות

תרשים 16: שכר שעותי מחושב בקרב קבוצות של עובדים (שקלים לשעה, במחירים שוטפים, שכירים בגילאי 25-64)



* נתוני השכר מסקר הכנסות מחולקים במספר שעות העבודה לפי סקר הכנסות;
 ** נתוני השכר מסקר הכנסות מחולקים במספר שעות העבודה לפי סקר כוח אדם. במקרה זה חישוב השכר בשנה האחרונה (2012) בוצע באמצעות חלוקה של השכר החודשי מסקר הכנסות 2012 במספר שעות העבודה הממוצעות לפי סקר כוח אדם 2011.
 מקור: עיבודים לנתוני סקר כוח אדם וסקר הכנסות

לוח 11: פרמיות השכר^(א) הריאלי למשלחי יד שונים בהשוואה לשכירים המשכילים, ושל המשכילים בהשוואה לכלל השכירים - רגרסיות השכר של קבוצות עובדים (B1, B2)

Dependent variable: <i>log</i> (real salaried income)												
Period	1997-2003		2004-2007		2008-2011		2008-2012		1997-2011		1997-2012	
model	(b1)	(b2)	(b1)	(b2)	(b1)	(b2)	(b1)	(b2)	(b1)	(b2)	(b1)	(b2)
<i>Rel. to educ. workers</i>												
- Teachers	-0.093*** (0.017)	0.130*** (0.015)	-0.113*** (0.019)	0.153*** (0.017)	-0.111*** (0.019)	0.149*** (0.016)	-0.102*** (0.018)	0.157*** (0.015)	-0.106*** (0.011)	0.140*** (0.009)	-0.103*** (0.010)	0.143*** (0.009)
- Public Administration	0.200*** (0.017)	0.114*** (0.015)	0.276*** (0.020)	0.138*** (0.017)	0.211*** (0.019)	0.082*** (0.017)	0.213*** (0.018)	0.087*** (0.016)	0.228*** (0.011)	0.113*** (0.009)	0.228*** (0.011)	0.114*** (0.009)
- Engineers	0.399*** (0.018)	0.305*** (0.016)	0.481*** (0.019)	0.361*** (0.017)	0.475*** (0.017)	0.357*** (0.015)	0.477*** (0.016)	0.357*** (0.014)	0.451*** (0.010)	0.345*** (0.009)	0.453*** (0.010)	0.346*** (0.009)
- High Tech	0.428*** (0.015)	0.317*** (0.014)	0.539*** (0.015)	0.396*** (0.013)	0.544*** (0.014)	0.416*** (0.013)	0.544*** (0.013)	0.417*** (0.012)	0.505*** (0.009)	0.382*** (0.008)	0.507*** (0.008)	0.383*** (0.007)
- Medical Doctors	0.293*** (0.021)	0.375*** (0.024)	0.261*** (0.024)	0.288*** (0.028)	0.263*** (0.023)	0.312*** (0.026)	0.276*** (0.021)	0.322*** (0.024)	0.271*** (0.013)	0.328*** (0.015)	0.275*** (0.013)	0.331*** (0.015)
<i>Relative to all workers</i>												
- Educated Workers	0.315*** (0.006)	0.339*** (0.006)	0.384*** (0.008)	0.398*** (0.007)	0.387*** (0.008)	0.410*** (0.007)	0.381*** (0.007)	0.403*** (0.006)	0.357*** (0.004)	0.378*** (0.004)	0.356*** (0.004)	0.377*** (0.004)

הערות: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$; בסוגריים: standard error.

(א) מוצגים בלוח אף ורק המקדמים עבור משלחי-היד כתכונות – מתוך תוצאות רגרסיות השכר שנבחנו עבור 6 הקבוצות. 5 הקבוצות העליונות נבחנו על רקע קבוצת הבסיס "שכירים משכילים", שהם כלל השכירים בעלי 15 שנות לימוד ומעלה. הקבוצה האחרונה, השכירים המשכילים, נבחנה על רקע כלל השכירים. עבור המשתנים שנכללו ברגרסיות, ר' לעיל סעיף 6: מתודולוגיה.

לוח 12 : רגרסיות השכר (C1, C2) של הרופאים (פאנל) – עבור תקופות שונות

Dependent variable: log (Real salaried income)	1997-2003		2004-2007		2008-2011		2008-2012		1997-2011		1997-2012	
	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)
Female	-0.345*** (0.060)	-0.164*** (0.059)	-0.453*** (0.073)	-0.156** (0.070)	-0.464*** (0.062)	-0.207*** (0.062)	-0.433*** (0.056)	-0.191*** (0.055)	-0.424*** (0.037)	-0.183*** (0.037)	-0.415*** (0.036)	-0.180*** (0.035)
Arab	-0.192* (0.104)	-0.198** (0.097)	-0.074 (0.134)	0.015 (0.118)	0.066 (0.119)	0.088 (0.109)	-0.048 (0.101)	-0.019 (0.092)	-0.061 (0.068)	-0.031 (0.062)	-0.091 (0.064)	-0.060 (0.058)
From periphery	0.206*** (0.061)	0.177*** (0.057)	-0.047 (0.075)	-0.042 (0.066)	-0.060 (0.063)	-0.019 (0.058)	-0.046 (0.057)	-0.014 (0.052)	0.039 (0.038)	0.044 (0.035)	0.038 (0.036)	0.042 (0.033)
Not married	-0.210*** (0.079)	-0.239*** (0.073)	-0.188** (0.088)	-0.196** (0.078)	-0.125* (0.073)	-0.138** (0.067)	-0.117* (0.066)	-0.122** (0.061)	-0.163*** (0.045)	-0.181*** (0.042)	-0.158*** (0.044)	-0.172*** (0.040)
Aged 25-44	-0.294*** (0.058)	-0.339*** (0.055)	-0.333*** (0.070)	-0.403*** (0.062)	-0.393*** (0.061)	-0.458*** (0.056)	-0.426*** (0.056)	-0.473*** (0.051)	-0.344*** (0.036)	-0.402*** (0.033)	-0.359*** (0.035)	-0.411*** (0.032)
Born in USSR	-0.039 (0.065)	-0.090 (0.061)	0.017 (0.081)	-0.034 (0.072)	0.233*** (0.068)	0.155** (0.063)	0.213*** (0.063)	0.137** (0.058)	0.076* (0.041)	0.010 (0.037)	0.075* (0.040)	0.011 (0.036)
Years of education	0.022* (0.013)	0.012 (0.012)	0.055*** (0.014)	0.034*** (0.013)	0.042*** (0.012)	0.032*** (0.012)	0.036*** (0.011)	0.026*** (0.010)	0.042*** (0.008)	0.029*** (0.007)	0.039*** (0.007)	0.027*** (0.007)
Weekly working hours		0.011*** (0.003)		0.023*** (0.003)		0.019*** (0.003)		0.020*** (0.002)		0.018*** (0.002)		0.018*** (0.002)
Over 45 weekly wrk. hours		0.197** (0.078)		0.025 (0.091)		-0.006 (0.079)		-0.008 (0.072)		0.076 (0.048)		0.070 (0.046)
_cons	9.484*** (0.284)	8.936*** (0.280)	8.884*** (0.311)	8.236*** (0.285)	9.141*** (0.274)	8.364*** (0.269)	9.260*** (0.243)	8.449*** (0.237)	9.150*** (0.183)	8.388*** (0.175)	9.199*** (0.176)	8.416*** (0.168)
Dummy for years	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
N	487	483	439	435	531	528	631	628	1,457	1,446	1,557	1,546
Adjusted R2	0.161	0.279	0.194	0.380	0.238	0.362	0.242	0.375	0.197	0.338	0.200	0.345

הערות: * p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01 ; בסוגריים : standard error.

עבור כל תקופה, מודל C2 נבדל ממודל C1 בכך שהוא כולל את משתנה שעות העבודה השבועיות, כמשתנה רציף וכמשתנה דמה (שבו 1=עומס עבודה גבוה). נעשתה בחינה נפרדת של מודל C2 הכולל משתנה שעות-עבודה רציף אך ללא משתנה הדמה והתוצאות שהתקבלו היו דומות מאוד עבור כל המשתנים. לבסוף נבחרה הצגת גרסה זו של מודל C2 על-מנת לשקף את ההשפעה המשמעותית של משתנה הדמה בנוסף להשפעת המשתנה הרציף הניכרת בין ובתוך קבוצות של עובדים. המשתנה "תושב פריפריה" עבור השנים 1997-8 חושב בגסות, על-פי מחוז, ולא על-פי נפה כפי שנעשה בשאר השנים, ומכאן שהאומד לתכונה זו בתקופה הראשונה צריך להיבחן בזהירות. בנוסף לכך, עבור 2012 חושב משתנה זה על-פי מקום העבודה (ברמת הנפה) ולא על-פי מקום המגורים, שלא נכלל בנתוני הסקר לאותה שנה. ניתן לשער שברמת התקופה כולה, גם אם התקופה הקצרה, 2008-12, ההשפעה של שוני בהשוואה לשנים האחרות היא מועטה.

לוח 13: פרמיה של תכונות שונות לשכר מעבודה שכירה בקרב **קבוצות עובדים שונות** – סיכום הממצאים על-פי מודלים C1 ו-C2 (פאנל עבור השנים 1997-2012, כולל משתנה-דמה לשנים)*

Dependent variable: log (Real sal. income)	All salaried workers		Educated workers		Teachers		Public Administration		Engineers		High Tech		Medical doctors	
	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)
Female	-0.498*** (0.003)	-0.185*** (0.003)	-0.483*** (0.005)	-0.162*** (0.005)	-0.120*** (0.018)	0.019 (0.016)	-0.346*** (0.016)	-0.149*** (0.016)	-0.362*** (0.018)	-0.260*** (0.017)	-0.387*** (0.015)	-0.269*** (0.014)	-0.415*** (0.036)	-0.180*** (0.035)
Arab	-0.297*** (0.006)	-0.230*** (0.005)	-0.269*** (0.012)	-0.106*** (0.010)	0.020 (0.025)	0.113*** (0.022)	-0.213*** (0.035)	-0.066** (0.032)	-0.479*** (0.047)	-0.415*** (0.045)	-0.320*** (0.085)	-0.278*** (0.079)	-0.091 (0.064)	-0.060 (0.058)
From periphery	-0.098*** (0.003)	-0.093*** (0.003)	-0.114*** (0.005)	-0.087*** (0.005)	0.083*** (0.016)	0.035** (0.014)	-0.105*** (0.017)	-0.087*** (0.015)	-0.100*** (0.014)	-0.099*** (0.014)	-0.177*** (0.014)	-0.159*** (0.013)	0.038 (0.036)	0.042 (0.033)
Not married	-0.248*** (0.004)	-0.232*** (0.003)	-0.273*** (0.006)	-0.249*** (0.005)	-0.091*** (0.023)	-0.096*** (0.019)	-0.232*** (0.021)	-0.222*** (0.019)	-0.195*** (0.019)	-0.175*** (0.018)	-0.272*** (0.016)	-0.223*** (0.015)	-0.158*** (0.044)	-0.172*** (0.040)
Aged 25-44	-0.086*** (0.003)	-0.128*** (0.003)	-0.150*** (0.005)	-0.173*** (0.005)	-0.337*** (0.016)	-0.306*** (0.014)	-0.275*** (0.016)	-0.280*** (0.015)	-0.099*** (0.015)	-0.110*** (0.014)	-0.119*** (0.015)	-0.116*** (0.014)	-0.359*** (0.035)	-0.411*** (0.032)
Born in USSR	-0.247*** (0.004)	-0.287*** (0.003)	-0.362*** (0.006)	-0.405*** (0.005)	-0.009 (0.027)	-0.017 (0.023)	-0.194*** (0.024)	-0.156*** (0.022)	-0.243*** (0.016)	-0.238*** (0.015)	-0.279*** (0.015)	-0.279*** (0.014)	0.075* (0.040)	0.011 (0.036)
Years of education	0.047*** (0.000)	0.047*** (0.000)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.021*** (0.002)	0.014*** (0.002)	0.007*** (0.002)	0.007*** (0.002)	0.031*** (0.003)	0.029*** (0.003)	0.026*** (0.003)	0.022*** (0.002)	0.039*** (0.007)	0.027*** (0.007)
Weekly working hours		0.029*** (0.000)		0.029*** (0.000)		0.031*** (0.001)		0.020*** (0.001)		0.014*** (0.001)		0.018*** (0.001)		0.018*** (0.002)
Over 45 weekly wrk. hours		-0.035*** (0.004)		0.028*** (0.007)		-0.304*** (0.026)		0.148*** (0.019)		0.152*** (0.021)		0.232*** (0.020)		0.070 (0.046)
_cons	8.672*** (0.009)	7.332*** (0.010)	9.589*** (0.017)	8.194*** (0.017)	8.906*** (0.063)	7.954*** (0.059)	9.680*** (0.062)	8.623*** (0.065)	9.291*** (0.068)	8.464*** (0.077)	9.401*** (0.065)	8.391*** (0.070)	9.199*** (0.176)	8.416*** (0.168)
Dummy for years	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
N	195,000	193,808	83,258	82,808	6,013	5,989	5,215	5,184	6,018	5,993	8,543	8,512	1,557	1,546
Adjusted R2	0.216	0.395	0.177	0.384	0.105	0.341	0.175	0.337	0.183	0.255	0.196	0.302	0.200	0.345

7.6.3. רגריסיות השכר לתכונות אישיות עבור קבוצות עובדים נבחרות (C1-C2)

עבור קבוצת הרופאים מתוארות בלוח 12 לעיל התוצאות, עבור שני המודלים בשש התקופות שנבחנו. בלוח 13 הובאו התוצאות עבור שש הקבוצות, עבור שני המודלים, בתקופה המלאה בלבד (1997-2012). יתר התוצאות המפורטות עבור כלל קבוצות העובדים מוצגות בנספח א. השוואת התוצאות שהתקבלו מהמודל שהופעל על קבוצת הרופאים לתוצאות המקבילות מקבוצות העובדים האחרות מאפשרת לנסח את המסקנות הבאות:

תוספת השכר המתואמת עם תוספת של **שעת עבודה** (שבועית) נעה בין 1.5% ל-3% בקרב כלל הקבוצות. התוצאה בקרב הרופאים נמוכה מעט בהשוואה למורים, לשכירים המשכילים ולכלל השכירים, ודומה למצב של המהנדסים ועובדי ההיי-טק (עובדי המנהל הציבורי מצויים באמצע הטווח). תוצאה זו קשורה כנראה למספר הגבוה של שעות-עבודה המאפיין את הרופאים ואת המהנדסים ואולי גם לעובדה שקבוצות אלו הן קטנות יותר והומוגניות יותר יחסית לקבוצות האחרות – וודאי מבחינת מספר משתנים שאינם נצפים במודל כמו ענף כלכלי; וודאי בהשוואה לכלל השכירים ולשכירים המשכילים. העובדה שמדובר בהשפעה קלה יחסית קשורה גם לכאורה בכך שבמודל C2 מפקח גם משתנה בינארי המייצג את עומס העבודה – בנוסף לשעות העבודה כמשתנה רציף, כך שהשונות הנבחנת במקרה של משתנה זה אינה לגבי מלוא טווח האפשרויות. ואולם, במודל שבו פוקח משתנה זה ללא פיקוח על עומס העבודה נמצא שתוספת השכר אינה שונה משמעותית מהתוספת לפי מודל C2 (הגם שעבור 5 מ-7 הקבוצות מדובר בתוספת גבוהה יותר, אמנם במידה קלה). לבסוף יש לציין כי משום שמדובר בשעות-עבודה שבועיות, תוספת השכר המתואמת עם שעות-עבודה חודשית אחת קטנה למעשה פי 4.3, ומכאן שמדובר למעשה במשתנה כמעט חסר-השפעה לחלוטין.

תוספת השכר הנובעת **משנת השכלה** בקרב הרופאים נעה בין התקופות סביב 5.5%-3.5% תוספת גבוהה יחסית בהשוואה לשאר הקבוצות – להוציא קבוצת כלל השכירים שעבורה מדובר בתוספת ממוצעת גבוהה יותר. במבט ראשון, תוצאה זו מתמיהה שכן כלל הרופאים הישראלים הם, בהכרח ועל-פי הגדרה, בעלי 18 שנות לימוד לכל הפחות – וכך גם זהו במסגרת עבודה זו. ואולם, הגדרת 18 שנות לימוד כסף-כניסה לקבוצה מאפשרת עדיין את השוני בין סטאז'רים, מתמחים (צעירים ו-ותיקים) ומומחים, בדרגות ניסיון ובכירות שונות. וכך, אם הבכירות אינה נתפסת במלואה על-ידי משתנה הדמה לגיל, היא נתפסת באופן נוסף, גם אם במידה חלקית, על-ידי משתנה זה (ובמיוחד הדברים נכונים במידה שמערכת הסקרים או הרופאים עצמם מונים שלבים שונים בהכשרתם המתקדמת – למשל זו הכוללת תת-התמחות והשתלמויות שונות בעלות אופי קליני או מחקרי, בחוץ לארץ – או לפחות את חלקם, כשנות לימוד).

משתנה המין (משתנה בינארי שבו אישה=1) מתואם עם פער משמעותי מאוד בשכר החודשי (מודל C2) של הרופאים, כ-42%, לרעת הנשים על-פני התקופה במלואה. רק בקרב כלל השכירים והשכירים המשכילים מצבן היחסי של הנשים טוב פחות (50%-ו, -48%, בהתאמה). את המורים מאפיין השוויון הגבוה ביותר בשכר החודשי: התכונה "אישה" מתואמת עם פער שגר, שלילי, של 12% (ניתן לשער כי עצם קיומו של פער בקרב המורים קשור בין היתר בעבודה ששיעור הנשים במשלח יד זה הוא גבוה מאוד ולכן הן הטרוגניות יותר במאפייניהן בהשוואה למורים הגברים, כך שהטרוגניות זו פועלת "לרעתן" בממד השכר). בקרב שלוש הקבוצות הנוספות הפרמיה לתכונה אישה נעה סביב (-39%)-(-35%).

במעבר למודל הלוכד את השכר השעתי (C1) ניכר שוני דרמטי במצבן היחסי של הנשים בקרב קבוצת המקצועות. במסגרת מודל זה, הפרמיה לתכונה אישה היא בעלת גודל דומה בקרב הרופאים, כלל השכירים, השכירים המשכילים ועובדי המנהל הציבורי. בארבע קבוצות אלו התכונה "אישה" מתואמת עם קיטון בשכר השעתי בשיעור שנע סביב 15%-20%. בשונה מהם, קבוצת עובדי ההיי-טק וקבוצת המהנדסים שלגביהם מדובר בפער שלילי גדול יותר ששיעורו 26%-27%; וקבוצת המורים שלגביה אין לתכונה זו כל

השפעה על השכר השעתי (במודל שבו פוקח מספר שעות העבודה השבועיות כמשתנה רציף ללא פיקוח על משתנה עומס העבודה אף נמצא יתרון של 3.5% "לטובת" הנשים).

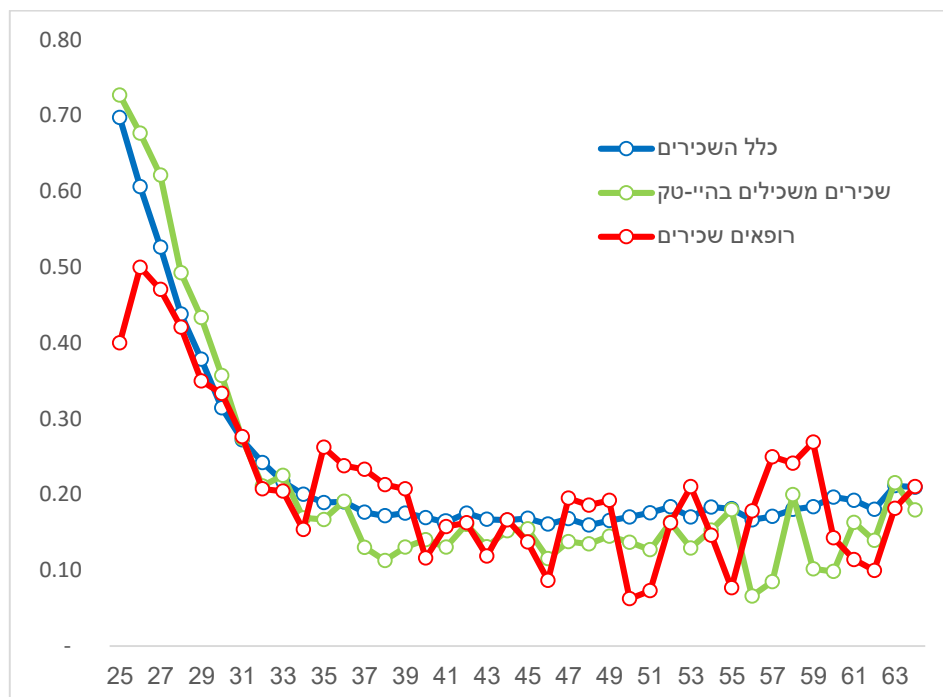
עצם השינוי בגודל הפער המתואם עם "אישה" בקרב הרופאים במעבר בין המודלים (בין השכר החודשי לשעתי), מ-42% ל-18%, דומה מאוד בגודלו לממצא שעלה בספרות. כך למשל בייקר (Baker, 1996) אשר מציא שפער של 41% בשכר החודשי המתואם עם תכונה זו מצטמצם ל-14% בשכר השעתי (ר' לעיל ס' 4.3).

המשתנה עומס העבודה (משתנה בינארי, שעבורו 1 ניתן למספר שעות עבודה שבועות הגבוה מ-45), אינו מובהק עבור קבוצת הרופאים – להוציא התקופה המוקדמת שבה הוא חיובי ומשמעותי (ובה גודלו כ-20%). בקרב כלל השכירים והשכירים המשכילים הוא מתואם עם פער קטן ובקרב המורים עם פער שלילי משמעותי. העובדה שמשתנה זה איננו מובהק במקרה של הרופאים קשורה בכך שהשפעתו נתפסת כבר על-ידי המשתנה הרציף של שעות-העבודה השבועיות ובמידת-מה גם על-ידי משתנה קבוצת הגיל (ר' להלן). ואמנם, כאשר הוא נבחן מבלי שמפוקחות במקביל שעות העבודה הרציפות השפעתו בקרב הרופאים מגיעה לכדי 46%-48% (ר' לוח 22 בנספח; מעבר לכך במודל דומה ל-C1 שבו לא פוקחו שעות-העבודה כמשתנה רציף, מתואם משתנה עומס העבודה בקרב 6 מתוך 7 הקבוצות עם פער שכר גדול הנע בין 41%-57%, ועם פער שכר של 33% בקרב המהנדסים).

ההשתייכות לקבוצת הגיל הצעירה (25-44) הינה בעלת השפעה שלילית דרמטית ביותר – הרבה מעבר להשפעה המקבילה של תכונה זו בקרב שאר קבוצות העובדים – להוציא קבוצת המורים (הפרמיה השלילית לתכונה זו גדולה פי 1.5 עד פי 4 בהשוואה לשאר הקבוצות). הקרבה של הרופאים לקבוצת המורים מתקיימת רק בחתך השכר החודשי, ואינה ניכרת בחתך השכר השעתי (מודל C1). ההשפעה הדרמטית של משתנה זה משקפת את העובדה שבמקצוע הרפואה ישנה חשיבות גבוהה מאוד לרמת הניסיון שבתורה קשורה בוותק במערכת בבכירות הדרגה, ולכן משתקפת גם בהשתייכות לקבוצת גיל. כאמור, במקרה הישראלי ישנן ראיות לכך שאפקט זה מועצם מכוח העוצמה הארגונית של הרופאים הבכירים במסגרת ההסתדרות הרפואית ובמסגרת האיגודים המקצועיים השונים (ר' לעיל לוח 8 וכן מאמרם של זוסמן וזכאי, 1997). חיזוק נוסף לאפשרות זו טמון בהתנהלות הארגונית של הסקטור הציבורי הישראלי; ובכך ששתי הקבוצות האחרות שבהן התשואה השלילית לצעירים היא החזקה ביותר הן המורים ועובדי המנהל הציבורי, שתי קבוצות שבהן הגיל כשלעצמו דווקא אינו צפוי להיות בעל ערך ייחודי משמעותי לגבי הארגון. ניתן לשער שחלק מהעודף השלילי לרעתם של הצעירים נובע, אולי בדומה למקרה של הרופאים, מן הקשיחות המאפיינת מזה עשורים רבים את היחסים בין קולגות בתוך הקבוצות המאורגנות הפועלות הסקטור הציבורי.

התכונה **"אינו-נשואה"** מתואמת במקרה של הרופאים עם קיטון בשכר שגודלו 16%-17%. בקרב שאר הקבוצות לעומת-זאת תכונה זו מתואמת עם קיטון משמעותי יותר בשכר בשיעור של 20%-27% – להוציא את קבוצת המורים, שעבורה גודל הפער השלילי הוא 9%-10%. למעשה, משתנה זה מהווה מעין קירוב (*proxy*) למשתנה רציף של הגיל בתוך קבוצת הגיל הצעירה, שכן הסיכוי שפרט יהיה לא-נשוי הולך ופוחת דרמטית בין גיל 25 ל-40 – כפי שניתן לראות בתרשים 17 להלן (העקומה המתארת את הרופאים מעט תנודתית יותר בשל גודל המדגם). משום-כך, האפקט הנובע מתכונה זו הוא מעין אפקט משלים לאפקט שתואר לעיל: ההשתייכות לקבוצת הגיל הצעירה. לא במקרה, לכן, הקבוצות שבהן הפרמיה ל"היות צעיר" היא הגדולה ביותר – רופאים, ומורים – הן הקבוצות שבהן הפרמיה ל"היות לא נשוי" היא הקטנה ביותר. כלומר: עיקר הפער הגילאי הוא בין הוותיקים לצעירים, בחלוקה דיכוטומית, כך שבתוך הקבוצה הצעירה נותרים פערים משמעותיים פחות. במנהל הציבורי הפרמיה השלילית גדולה לשני המשתנים, תוצאה המרמזת על כך שהותק בענף זה – שכנראה משתקף היטב באמצעות הגיל – הוא קריטי להיקבעות רמת השכר של השכירים בענף.

תרשים 17: שיעור הפרטים שאינם נשואים בקרב שכירים בגילאי 25-64 (1997-2012), לפי גיל



בעוד שבקרב כל קבוצות העובדים, הפרמיה לתכונה "ערבי" היא מובהקת, שלילית וחזקה – באופן מיוחד בקרב קבוצת המהנדסים ועובדי ההיי-טק – הרי שבקרב הרופאים הפרמיה לתכונה זו הינה אפס, כלומר הממצא אינו מובהק.⁶⁷ העובדה שבתקופה הראשונה הממצא הוא בכל-זאת מובהק, ושלילי, קשורה בכך שבתקופה זו קיימות יחסית מעט תצפיות של רופאים ערבים, אך יותר מכך משום שבתקופה זו הפער הגילאי בין יהודים לערבים בתוך קבוצת הגיל הצעירה ובתוך קבוצת הגיל המבוגרת הוא עדיין משמעותי (36.6 לעומת 33.3 אצל הצעירים; ו-52.7 לעומת 48.6 בקרב המבוגרים). ואמנם, במודל שבו פוקח הגיל כמשתנה רציף גם בתקופה זו המקדם לתכונה "ערבי" נמצא לא מובהק.

גם עבור המשתנים **מגורים בפריפריה ועלייה מברית המועצות** מתייחדת קבוצת הרופאים בכך ששני המשתנים אינם מתואמים באופן מובהק עם השכר, בעוד שהם בעלי השפעה מובהקת ושלילית בכל שאר הקבוצות ואף חזקה עבור חלקן (להוציא קבוצת המורים, שבה הגעה מברית המועצות אינה בעלת כל אפקט והתכונה "פריפריה" שעבורה קיימת תשואה חיובית מתונה). חוסר-המובהקות של משתנה הפריפריה קשור לעובדה שכאמור מרבית הרופאים מועסקים כשכירים על-ידי המערכות הציבוריות שהן, באופן כללי, עיוורות להבדלים בכוח הקניה של האוכלוסיות המתגוררות באזורים שונים, לכל הפחות לעניין קביעת השכר של הרופאים.⁶⁸ אי-החריגות של הרופאים עולי ברית המועצות משקפת את השלמת התהליך שתיארו זוסמן וזכאי (1997), שבמסגרתו הושלמה קליטתם של הרופאים העולים והתפזרותם ברחבי מערכת הבריאות, במקומות עבודה שונים ובדרגות בכירות שונות – בדומה להתפלגות של הרופאים ילדי ישראל. כמו במקרה של התכונה "ערבי", יש לתכונה "יליד ברית המועצות" תשואה חיובית בתקופה המאוחרת: 2008-11 – כנראה משום פער הגילאים בתוך שתי קבוצות הגיל שבתקופה זו נעשה בעל משמעות (1.6 שנים בין עולים לוותיקים בקרב כלל הגילאים; ו-2.6 בקבוצה המבוגרת). גם במקרה זה, השפעת התכונה נעלמה במסגרת המודל שבו פוקח הגיל כמשתנה רציף.

⁶⁷ הסיבה לפער הגדול בתחום ההיי-טק מקורה בעובדה ששכירים ערבים בתחום ההיי-טק משתייכים לקבוצות משלחי-יד הפחות יוקרתיים ופחות מכניסים.

⁶⁸ אמנם, בפני הרופאים במרכז עומדות אפשרויות פרטיות רבות יותר, ואולם הכנסה זו כאמור אינה באה לידי ביטוי, וודאי לא לידי ביטוי מלא, במסגרת המודלים הנבחנים שבמרכזם שכר מעבודה שכירה; ובנוסף לכך, אפשר שבמישור הפרטי הרופאים בפריפריה מפצים על כוח הקנייה הנמוך יותר הקיים באזורים אלו במספרם הנמוך יותר, יחסית לאוכלוסייה, המאפשר להם (או מאלץ אותם) לראות מספר גדול יותר של מטופלים.

7.7. סיכום הממצאים

הממצאים שהוצגו בסעיפי המשנה הקודמים מאפשרים להציע את כיווני התשובה לשאלת המחקר ולשאלות המשנה הנובעות ממנה.

א. בין השנים 7-2003 ניכרת שחיקה בשכר הרופאים אך ב-2008 תוקן השכר, כ-3 שנים לפני השביתה

ממבט על כלל מקורות הנתונים עולה התמונה ששכר הרופאים אכן היה מצוי במגמת שחיקה או עמידה במקום בין השנים 2003 ל-2008. על-פי חלק מן הנתונים מגמה זו ניכרת רק עד 2006 או 2007 (ר' תרשים 6), ועל-פי חלק מהם ניכרת ירידה נוספת בין השנים 2009-11, לאחר עלייה שחלה בין 9-2006 (תרשים 8). כיצד ניתן להבין מגמה זו?

1א. את השחיקה או העצירה שחלה בשכר הרופאים ניתן להבין בראש ובראשונה בהקשר של המדיניות הפיסקלית. בשנים 5-2003 הושקעו מאמצים רבים לשיקום המשק וליציאה מהמיתון שהתלווה לתקופת האינפלציה השנייה (3-2000). בתקופה זו "גוייס" גם המגזר הציבורי למאמצי ההתאוששות הפיסקלית, בין-השאר בדרך של ריסון שכר העובדים. הקפאת העלאות השכר, יחד עם אינפלציה שנתית חיובית, הביאו לשחיקה הדרגתית של השכר הריאלי. הסבר זה מתחזק לאור העובדה שמגמה דומה אפיינה גם את השכר בקרב קבוצות עובדים אחרות המשתייכות למגזר הציבורי: מורים ועובדי ענף המנהל הציבורי (ר' לעיל תרשים 15). מבחינה זו ניתן להבחין בין שלוש תקופות: התקופה הראשונה, 1997-2003, שבה רווחה רמת שכר גבוהה (או: רמת שכר "כלשהי"), וכללה גם גידול בשכר; התקופה השנייה, 2004-2007, שבה רווחה רמת שכר נמוכה יותר; והתקופה האחרונה, 2008-2012, שכללה תיקון-בחזרה של השכר. (ור' גם תרשימים 8-9).

2א. דרך אחרת להתבונן במה שקרה לשכר הרופאים טמונה בניתוח השינוי בהרכב של קבוצת הרופאים, אגב ההתייחסות לשכרן של קבוצות המשנה המרכיבות אותו. תהליך זה כלל בראש ובראשונה גידול מתון אך מתמשך בשיעור הנשים בקרב הרופאים, ובהזדקנות של אוכלוסיית הרופאים – בכל קבוצות-המשנה. לתהליך הראשון הייתה השפעה שלילית על השכר (משום שמספר שעות העבודה של רופאות נמוך יותר אך גם משום שחלה בו ירידה); לתהליך השני הייתה השפעה מעורבת: חיובית, בגלל הצטברות מרכיב הוותק, ושליילית, משום שהרופאים הוותיקים יותר עובדים מספר נמוך יותר של שעות, לכל הפחות כשכירים במערכת הציבורית.

בחתך המין ניכר פער משמעותי לא רק ברמת השכר הממוצעת בעשור אלא גם במגמת השכר על-פני זמן. בעוד שהשכר הריאלי מעבודה שכירה בקרב כלל הרופאים השכירים ירד בין התקופה הראשונה לשנייה ב-5% ואז עלה בין השנייה לשלישית ב-3% (8%, אם נכללת 2012), בקרב הגברים הצעירים הוא דווקא עלה ב-0.5% בין התקופה הראשונה לשנייה ואז ירד בין השנייה לשלישית ב-9% (8%); ובקרב הגברים המבוגרים עלה ב-1% בשלב הראשון וב-7% (8%) נוספים בשלב השני.

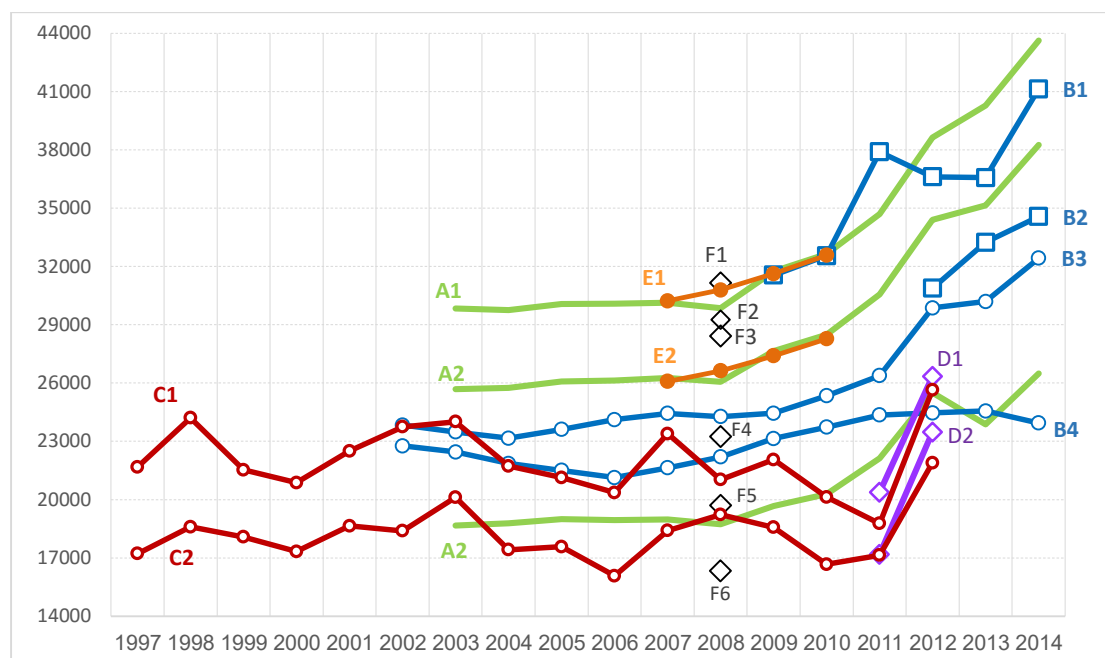
בקרוב הנשים הצעירות לעומת-זאת חלה ירידה משמעותית בשלב הראשון, של 9%, וירידה נוספת (עלייה) של 2% (+2%) בשלב השני. גם עבור הנשים המבוגרות חלה ירידה ניכרת בשלב הראשון (-10%) ועלייה משמעותית בשלב השני, של 15% (30%). מגמה זו ניכרת גם על-פי רגרסיות השכר: פרמיית השכר החודשי לתכונה אישה בקרב קבוצת הרופאים הייתה בתקופה המוקדמת: -34%, ובתקופות המאוחרות -45%, ו-46% (-43%).

הפער בין המינים משקף במידה מסויימת את פער השכר בין קבוצות הגיל, שכן לאורך כל התקופה קבוצת הרופאות הייתה צעירה בהשוואה לקבוצת הרופאים; ומשום שבמהלך התקופה שיעור הנשים בקרב הרופאים הצעירים (25-44) עלה באופן משמעותי ובקצב מהיר יותר בהשוואה לגידול בשיעורן בקרב כלל הרופאים. לכך יש להוסיף את העובדה שבמהלך התקופה המאוחרת חל קיטון במספר שעות העבודה של הרופאות (ר' תרשימים 21-22 בנספח). יחד עם זאת, כיוון שגיל הפרטים נשלט ברגרסיות השכר, נותר, על-פי הבדיקה המדוייקת יותר, פער שכר מגדרי בלתי-מוסבר שגודלו לאורך התקופות נע בין 15% ל-20%. ניתן לייחס פער זה לרמת הבכירות, לתחומי ההתמחות ולמקומות ההעסקה אשר אינם נצפים במסגרת סקר

הכנסות, משתנים ש"פועלים" לטובת הרופאים הגברים כפי שהודגם בספרות וכפי שעולה גם מן הדוחות השונים הסוקרים את הפילוח של הרופאים בישראל לפי מין ולפי משתנים אלו (חורב ואח', 2012); או שהדבר קשור (גם) לפערי הגיל שקיימים בתוך קבוצות הגיל (ר') להלן לוח 22 בנספח שבו נבחנת הפרמיה לתכונה "אישה" במסגרת מגוון מודלים).

3א. לבסוף, יש לציין כי המגמה של שחיקת השכר הריאלי מעבודה שכירה כפי שתוארה עשויה להיות קשורה גם בהתחזקות הרפואה הפרטית ובהיסמכות הולכת וגדלה של הרופאים על הכנסה מ"עבודה עצמאית" או "עבודה נוספת". במקרה זה, השכר מעבודה שכירה עשוי ללכת ולקטון במקביל (כפי שהראו Askildsen & Holmås, 2013). לאפשרות זו לא ניתן אמנם למצוא ראייה חותכת מתוך הנתונים שבהם נעשה שימוש במסגרת עבודה זו – ובמיוחד משום שהאיסוף של נתוני השכר שלא מעבודה שכירה החל רק בשנים המאוחרות של התקופה הנבחנת. יחד עם זאת, ניתן לשער את הקשר בין תופעה זו לבין המגמות בשכר בהתאם למתואר בדוחות הממשלתיים ובספרות המחקרית (ר') למשל רוזן וסביר, (2004).

תרשים 18 : שכר הרופאים - קבוצות משנה שונות, לפי מקורות שונים (מחירי 2014)



מקרא

סימון	סדרה	מקור	התייחסות	סוג הנתון
A1	רופאים מומחים	OECD (עובדים לנתוני הממונה על השכר)	לשכר	עובדים לנתונים
A2	רופאים בישראל (משוקלל)		לשכר	מנהליים
A3	רופאים כלליים		לשכר	
B1	רופאים בעלי "תלוש כפול"	הממונה על השכר במשרד האוצר	למשרה	מנהלי
B2	רופאים בגופים הציבוריים		למשרה	מנהלי
B3	רופאים בשירות המדינה		למשרה	מנהלי
B4	רופאים בקופות החולים		למשרה	מנהלי
C1	שכר כולל מעבודה, כלל הרופאים בגילאי 25-64	סקרי הכנסות	לעובד	סקר; הדמיה
C2	שכר מעבודה שכירה, רופאים שכירים בגילאי 25-64		לשכר	סקר
D1	מומחה בכיר, אזור המרכז	פרסומי ההסתדרות הרפואית	לעובד	סימולציות על-בסיס
D2	מומחה צעיר, אזור המרכז		לעובד	תלוי-שכר
E1	מרכזים רפואיים בפריפריה	משרד הבריאות, דוחות פיננסיים		מנהלי
E2	מרכזים רפואיים במרכז			
F1	רופא שכיר מומחה (גבר)	חורב ואח', 2012 ("מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל")	לשכר	הצלבת נתוני קובץ הכנסות של הלמ"ס עם נתוני שכר הרופאים ממשרד הבריאות
F2	רופא שכיר בגילאי 55-64		לשכר	
F3	רופא שכיר, מומחה		לשכר	
F4	רופאה שכירה מומחית (אישה)		לשכר	
F5	רופא שכיר בגילאי 35-44		לשכר	
F6	רופא שכיר, שאינו מומחה		לשכר	

ב. מגמת השכר של ציבור הרופאים לא הייתה אחידה והורגשה בצורה שונה בקרב קבוצות המשנה

תחת הניתוח של המגמה שאפיינה את השכר הממוצע של כלל הקבוצה – והבנתו לפי אחד משלושה ההסברים (מדיניות פיסקלית, שינוי ההרכב הדמוגרפי, וגידול בחלקה של הרפואה הפרטית) – ניתן להתבונן בשכרה של כל קבוצת-משנה כשלעצמה. לפי גישה זו ניכר שמגמת העצירה או השחיקה האמורה לא הורגשה באופן אחיד בקרב כל קבוצות-המשנה המרכיבות את ציבור הרופאים:

11. מקום עבודה. בקרב רופאי קופות החולים חלה ירידה של 8% בשכר הריאלי בין 2001 ל-2006 (כאמור, בתקופה זו גדל אמנם מספר המשרות בקופות החולים בכ-12%, ואולם שיעור הרופאים בקופות מתוך סך כל הרופאים בישראל השתנה רק ב-1-2 נקודות אחוז, כיוון שהמספר של כלל הרופאים גדל בשיעור דומה). בהמשך, עלה השכר ב-16% בין 2006 ל-2011, אם כי תהליך זה אירע במקביל לשינוי משמעותי במספר משרות הרופאים בקופות. לעומת-זאת, בקרב הרופאים העובדים בשירות המדינה – הרופאים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים – הורגשה ירידה קלה בלבד בשכר בשנים 2002-4, ולאחריה מעבר למגמת עלייה מתונה, שנמשכה ברציפות עד שנת 2013 והחלה להתחזק בין 2009 ל-2010.

12. מין. כאמור, בקרב הרופאים הגברים לא ניכרת כמעט כל ירידה בשכר הריאלי, ובמידת-מה ניתן לתאר את המגמות בשכר כתנודות סביב קו המגמה ועלייה בחצי השני של התקופה. בקרב הרופאות לעומת-זאת, ניכרת כאמור ירידה באמצע התקופה ובהמשך עלייה (ר' תרשים 11).

13. לאום. בקרב היהודים ניכרת ירידה של כמעט 8% בין הממוצע של התקופה המוקדמת לממוצע התקופה המאוחרת, אם כי בתקופה המאוחרת מתקיים תיקון חלקי כלפי מעלה. שכר הרופאים הערבים לעומת-זאת ירד בין שתי תקופות המשנה בפחות מ-1%; ובאופן כללי יותר הוא נע בתנודתיות סביב קו המגמה (התנודתיות מקורה ככל הנראה במספר הקטן יחסית של תצפיות בסקר הכנסות). בקרב הרופאים היהודים שיעור הנשים גבוה משמעותית, ומכאן שחלק ניכר מן הירידה בשכר הרופאים היהודים ניתן לשייכו לקיטון שחל בשכר הרופאות. על-פי ממצאי גרסיות השכר, הפרמיה לתכונה "ערבי" נמצאה בלתי-מובהקת בכל התקופות (לרבות התקופה במלואה) להוציא התקופה הראשונה, והדבר מהווה אינדיקציה נוספת לכך שבין שכר הרופאים הערבים לשכר הרופאים היהודים מתקיים שוויון שהינו ייחודי למשק הישראלי (ור' גם לוח 23 בנספח ב' שבו מוצגות תוצאות המודלים שבאמצעותם נבחנה בפירוט הפרמיה לתכונה "ערבי").

14. קבוצת-גיל. מעל לכל בולטת השחיקה ברמת קבוצות הגיל. בקרב קבוצת הרופאים (הגברים) המבוגרים השכר הריאלי מעבודה שכירה לא זו בלבד שלא נשחק אלא עלה באופן מתון (1.2%+ בין שתי התקופות). לעומת-זאת, בקרב הרופאים הצעירים חל קיטון של 7.5% בשכר הריאלי בין התקופות, קיטון שתוקן במלואו ב-2012 אך לא מעבר לכך.

בקרוב הרופאות חלה בין התקופות הנזכרות ירידה בשכר מעבודה שכירה הן בקרב הצעירות והן בקרב המבוגרות. בקרב המבוגרות שיעור הקיטון היה 3.5%, ובקרב הצעירות מדובר בקיטון של 16.3% בין התקופות. ירידה זו תוקנה בשנת 2012 – שבה היה השכר גבוה ב-18.9% מהשכר הממוצע בתקופה המאוחרת. תופעה זו עולה בקנה אחד עם ההשערה שהועלתה בסעיף 7.2, לפיה בקרב הרופאות הצעירות, עם הגידול במספרן, חל תהליך של "התנרמלות", כלומר הידמות רבה יותר לשאר השכירות המשכילות, ועמו הקטנת מספר שעות העבודה.

ג. יחסית לשכרן של קבוצות עובדים אחרות, שכר הרופאים כמעט שלא נשחק

הדברים שתוארו לעיל מתייחסים למגמות בשכר הרופאים כשלעצמו על-פני זמן. לעומת-זאת, השכר היחסי של הרופאים – כלומר, שכר הרופאים כשהוא נבחן בהשוואה לקבוצות עובדים שונות – כמעט שלא נשחק בתקופה הנבחנת. הקבוצות המועסקות במגזר הציבורי – בעיקר על רקע המהלכים בתחום המדיניות הפיסקלית כפי שתוארו לעיל – הושפעו מתהליכים שהשפיעו גם על הרופאים, של הקפאות שכר כוללות. לעומת-זאת, בהשוואה לכלל המשק ולקבוצות עובדים במגזר הפרטי, כמו עובדי תחום ההיי-טק, המגמה בכללותה, על-פני עשור, דומה, אך המצב במקטעי-המשנה שונה: העובדים במגזר הפרטי הושפעו לרעה

בתקופה מוקדמת יותר, עם הכניסה של המשק למיתון. בשונה מהם עובדי המגזר הציבורי, והרופאים בכללם: אלו היו מוגנים בתחילה על-ידי הסכמי השכר, אך ספגו בהמשך את הקפאת השכר היזומה. מאותן סיבות בדיוק, שכרם של עובדי המגזר הפרטי חזר מוקדם יותר למגמת עלייה, על רקע התאוששות המשק; ושכר עובדי המגזר הציבורי יצא מקיפאון בשלב מאוחר יותר – על רקע עדכון ההסכמים הכלליים והדירוגיים בין המעסיקים לעובדים. הדחיפה לחתימתם של הסכמים אלו נבעה בין היתר על רקע ההתאוששות במשק והעלייה שחלה בשכרן של קבוצות העובדים במגזר הפרטי.

ד. על-פני כעשור וחצי השכר היחסי של הרופאים היה גבוה למדי בהשוואה לקבוצות הייחוס

אשר לשאלה האם שכרם של הרופאים הוא נמוך מדי או גבוה דיו. יש לשוב ולהזכיר תחילה כי שכר של קבוצת עובדים – ובמיוחד כאשר מדובר בקבוצה אשר שכרה אינו נקבע בשוק החופשי – אינו יכול להיחשב או שקשה להחשיבו לגבוה או נמוך (או כפי שכמקובל לומר: "הולם" או "הוגן") אלא ביחס לשכרן של קבוצות עובדים אחרות אשר חולקות מאפיינים מסויימים עם קבוצת עובדים זו.

מבחינה זו מסתבר כאמור שגם בהשוואה לרופאים במדינות מפותחות אחרות, וגם בהשוואה לקבוצות עובדים נבחרות בישראל, גם על-פני זמן אך בעיקר בהסתכלות על תקופה של כעשור וחצי, הן בשנים האחרונות, והן בשנים שקדמו לשביתה, שכר הרופאים הוא גבוה למדי – באופן משמעותי ברמה החודשית, ובאופן לא מבוטל גם ברמה השנתית.⁶⁹

בנוסף לכך, התבוננות במצבן של מספר קבוצות-משנה בקרב ציבור הרופאים – ובפרט: ערבים, תושבי פריפריה, עולים (ומבוגרים) – בהשוואה למצבן של קבוצות אלו בקרב משלחי-יד אחרים, מעלה מאפיין ייחודי נוסף של הרופאים שהוא בעל ערך "ביטוחי" לגבי הפרטים המצטרפים למשלח-היד (ניתן לראות זאת כערך בחתך התוחלת ארוכת-הטווח של השכר). מרגרסיות השכר עולה כי ההשתייכות לציבור הרופאים מיטיבה מאוד עם קבוצות אלו מבחינת שכרן בהשוואה למצבן בקרב מקצועות אחרים.

מצד אחר, מצבן היחסי של עובדים צעירים בקבוצת הרופאים הוא, משמעותית, טוב פחות בהשוואה למצבם בקרב מקצועות אחרים. בדומה לכך, מצבן היחסי של הנשים בקרב הרופאים, בחתך השכר החודשי (-41%), גרוע יותר בהשוואה לקבוצת המורים (-12%) ומעט גרוע יותר בהשוואה למצבן בקרב מהנדסים (-36%), עובדי ענף ההיי-טק (-39%) ועובדי ענף "מנהל ציבורי" (-35%). יחד עם זאת, בחתך השכר השנתי מצבן של הנשים בקרב הרופאים הוא דומה מאוד ל-3 מ-6 הקבוצות, טוב ממצבן בקרב מהנדסים ועובדי היי-טק, וגרוע בהשוואה למצבן של הנשים בקרב קבוצת המורים (אם כי במקרה של המורים ישנה משמעות רבה לעובדה שמשלח היד מאוכלס ברובו הגדול על-ידי נשים).

ממוצע השכר של הרופאים מושפע במידה רבה מהשכר בקרב קבוצות-המשנה בתוכו: גרירת הממוצע כלפי מעלה על-ידי אותן קבוצות נבחרות היא בעלת משמעות כפולה: ראשית, לגבי שנה נתונה משמעות הדבר היא, אריתמטית, שקבוצה קטנה יחסית של בעלי שכר גבוה במיוחד עשויה להשפיע באופן דרמטי על הממוצע. שנית, מבחינה מהותית, ככל שלקבוצות אלו משתייכים הרופאים הבכירים יותר, הוותיקים והמבוגרים – ואמנם כך הדבר – הרי שבכך משתקפת רמת השכר הצפויה לרופאים הצעירים והמתחילים ובדרגים הבינוניים-נמוכים; והדבר עשוי ללמד על הציפיות והמוטיבציה המאפיינים את הרופאים בתחילת דרכם. לקבוצות אלו משתייכים רופאים רבים יותר המשתכרים שכר נמוך יחסית לממוצע. ובכך מסתברת שוב התלילות המאפיינת את היסטוריית השכר של הרופאים כתלות בגיל ובכירות.

⁶⁹ ההתמקדות בשכר השנתי לבדו, תוך התעלמות מהשכר החודשי, היא בעייתית מבחינות מסויימות, למשל משום שברוב גדול מאוד של המקצועות פריצה משמעותית של כמות השעות המקובלת כלפי מעלה היא מוגבלת מאוד (פחות אמנם ממה שאפשרי צמצום של כמות זו). על רקע זה ניתן לומר שהתמקדות בשכר השנתי לבדו מהווה התעלמות מכך שמשלחי יד ומקומות עבודה נבדלים זה מזה גם בפרוטנצ'אל השכר החודשי המקסימלי שניתן להשיג במסגרתם – לפי השוני בכמות השעות המקסימלית האפשרית או המקובלת במסגרתם.

בקרב הרופאים שהועסקו בבתי החולים ניתן להצביע על קבוצה אחת שהייתה בעלת שכר גבוה במיוחד שגם היה מצוי בעלייה בין השנים 2009-2014, התקופה שלגביה קיימים נתונים, מ- 31.5 אלף ₪ ל-41.1 אלף ₪ (במחירי 2014). לקבוצה זו משתייכים מקבלי התלוש הכפול: מבית החולים ומתאגיד הבריאות. במהלך תקופה זו מספרם נע סביב 730 רופאים (כ-17% מרופאי בתי החולים הממשלתיים). השכר הממוצע של הרופאים בגופים הציבוריים עמד בשנים שלאחר השביתה, 2012 ו-2013, על 30.3 ו-33 אלף ₪, בהתאמה.

8. דיון

אם-כן, ניתן אמנם לזהות שחיקה של השכר הממוצע של הרופאים (מעבודה שכירה), שהתרחשה סביב אמצע העשור הקודם. ואולם זו החלה להיות מתוקנת כבר בשנת 2008 או מעט קודם-לכן, וביתר שאת כאמור בשנים 2011-12 – אך בכל מקרה, ולפי רוב הדוגמאות כאמור, לפני פרוץ השביתה הממושכת בשנת 2011. שחיקה זו של השכר הממוצע מקורה ⁽¹⁾ בהידוק החגורה התקציבית שחל בשנים 2003-5 וריסון עליות השכר שהיה כלול בו; ⁽²⁾ בשינויים שחלו בהרכב הרופאים והשפיעו על הממוצע; ובמידת-מה, אפשר שהיא נבעה גם ⁽³⁾ כתוצאה מהיסמכות הולכת וגוברת על שכר מעבודה עצמאית ועבודה נוספת על-חשבון השכר מעבודה שכירה, תהליך שאם אמנם התרחש באופן משמעותי כמשוער צריך היה להיעלם הן מן הנתונים המנהליים הממוקדים בשכר הרופאים השכירים במערכות הציבוריות והן מנתוני הסקר שהחלו לבחון את השכר מעבודה עצמית רק בתקופה מאוחרת ועבור מדגם קטן יחסית של רופאים. אשר לשכר הרופאים בהשוואה לרופאים במדינות אחרות ובהשוואה למקצועות נבחרים בישראל, נראה ששכרם של הרופאים הוא גבוה למדי – בממוצע, על-פני תקופה של עשור וחצי, וגם ברוב השנים הכלולות בתקופה הזו.

על רקע זה ניתן לשאול: אם שכרם של הרופאים הוא גבוה למדי, ואם נשחק רק במידה מוגבלת ואף בדומה למה שאירע לקבוצות עובדים אחרות, ואם החל להיות מתוקן כבר בשנת 2007 או 2008, **מה הביא את הרופאים לפרוץ בשביתה ממושכת וסוערת כל-כך שבמהלכה תואר שכרם כנמוך ובלתי-מספק?**

לשאלה זו ניתן להציע מספר תשובות. חלקן נובעות במישור מן הממצאים שהוצגו במסגרת עבודה זו וחלקן מבוססות על השערות שונות. השערות אלו שייכות לתחום הניתוח הסוציולוגי או לתחומה של הכלכלה הפוליטית. חלק מן ההסברים הללו הוצעו גם לעיל במהלך העבודה, וחלקם משלימים זה את זה. תחילה יש לשוב ולציין את העובדה שהשביתה שפרצה בשנת 2011 הגיעה לאחר כישלון מהלך ההידברות שנוהל בשנת 2010, מהלך שהתהווה על רקע פקיעת תוקפו של הסכם השכר האחרון שנחתם בין הרופאים לבין המעסיקים בשנת 2000 וכלל התחייבות להימנעות משביתה במשך עשור – והגם שבמהלך התקופה, בשנים 2007-8 התקיים כאמור הליך בוררות שבסופו פורסם פסק שקבע כי שכר הרופאים יועלה ב-24%. מבחינה זו – בהתחשב בתום תקופת ההתחייבות – אין לתמוה על עצם קיומו של סכסוך-העבודה אלא על העוצמה והמשך של סכסוך זה.

כפי שהדבר עולה מן הממצאים שהוצגו במהלך העבודה, **פער השכר בחתך הגילאי** בקרב הרופאים היה ונותר משמעותי לאורך התקופה, ואף התרחב בחלק מן השנים. אמנם, גם במדינות אחרות רווח פער שכר גילאי בקרב הרופאים, ואולם בישראל פער זה הוא בולט במיוחד. הדבר ניכר במיוחד בהשוואה לפער המקביל בקרב משלחי-יד אחרים בישראל. האפקט של פערי השכר בחתך הגילאי הועצם ככל הנראה על רקע הרעה הדרגתית (ומצטברת) בתנאי העבודה ובלחץ העבודה של הרופאים הצעירים. התגברות לחץ העבודה מקורו כנראה בגידול בביקוש לשירותי בריאות מצד האוכלוסייה (ריבוי טבעי; הזדקנות) במקביל לעמידה במקום של מספר הרופאים (ומספר האחיות) לנפש. בנוסף לכך, תהליך ההזדקנות של כוח האדם הרפואי, והמעבר המתמשך של שעות-עבודה של רופאים ותיקים למסגרות הפרטיות – שני תהליכים אלו העצימו את הלחץ על הרופאים הצעירים ועל הרופאים בגילאי הביניים, וחיזקו את המרמור שכבר קיים היה בקרבם לגבי פערי השכר. בנוסף לכך, הגידול האיטי בהיקף התקנים במערכות השונות לא זו בלבד שהגדיל את לחץ העבודה אלא אף ריסן את פוטנציאל הגידול בשכר שמקורו בקידום בדרגות – כפי שהתנבאו כאמור זוסמן וזכאי (1997).

ניתן לשער שהתחזקות חוסר-הנחת בקרב ציבור הרופאים נבעה גם **מגידול באי השוויון בשכר בקרב הרופאים** – באופן כללי יותר, ולא רק בחתך הגילאי (ר' להלן תרשים 19 וכן תרשים 25 בנספח). ניתן לשער כי מקורו של הגידול באי השוויון בהצטרפותם יחדיו של מספר תהליכים: ההזדקנות של הרופאים כאמור, הגידול בשיעור הנשים במקצוע, התחזקות המעבר לרפואה פרטית, ובנוסף לכך התעצמות של הפערים בין מרכז לפרiferia (בהתחשב באפשרות לקיים רפואה פרטית), ובין התמחויות שבהן קיים אופק פרטי לאלו שניתן לממשן רק במסגרות הציבוריות (ואמנם, ההסכם האחרון ביקש לתת מענה לפער הזה).

בנוסף לאי-השוויון בקרב הרופאים, הייתה כנראה משמעות גם לשיפור שחל במצבן של קבוצות-עובדים שונות, שהרופאים ראו בהן קבוצות-ייחוס רלוונטיות לגביהם: ראשית, כפי שהוצע במסגרת עבודה זו, התחזקה **רמת-השכר של בעלי מקצועות טכנולוגיים**, והתייצבה על רמה גבוהה. לא פחות מכך, התרחב באופן משמעותי שיעורם של בעלי מקצועות אלו באוכלוסייה, כך שהמפגש עמם וההתוודעות למצבם התרחבו גם-כן באופן משמעותי; וצריכים היו להשפיע גם על קבוצות שכבר היו בעלות שכר גבוה באופן מסורתי כמו הרופאים. בסוף העשור הקודם שפר גם מצבם של חברי הסגל הבכיר עם החוזה שנחתם בינם לבין המדינה בשנת 2007; ושכרם של השופטים (שגם אותם תיארו הרופאים במאבקהם כקבוצת ייחוס הרלוונטית לגביהם) נותר גבוה מאוד בנוף המגזר הציבורי ובהשוואה לכלל המשק. שנית, **החשיפה הנרחבת של הרופאים הישראלית למערכת האמריקאית** דווקא (במסגרת התמחות, עשייה מחקרית וכנסים מקצועיים), העובדה שעבור רבים מהם העבודה בארצות הברית מהווה אפשרות מעשית בנקודות שונות במהלך הקריירה – כך שעזיבת המערכת הישראלית מהווה כלפי המעסיקים איום ממשי ובמידת-מה מנוף של לחץ בתקופות דיוני השכר – ובנוסף לכך העובדה שמספר לא מבוטל מהקולגות של הרופאים בישראל אכן עבדו או עובדים בארצות הברית למשך תקופה מוגבלת או לאורך זמן (כלומר, מקרב קהילת הרופאים הישראלית), גורמות לכך ששכרם של הרופאים האמריקאים מהווה לגביהם באופן מעשי, או לפחות תודעתי, רמת ייחוס רלוונטית. ואולם, שכרם של הרופאים בארצות הברית גבוה לאין שיעור בהשוואה לשכר הרווח בקרב רופאים במדינות מערב-אירופה; בארצות הברית מגיעה ההוצאה הלאומית על בריאות ל-15 אחוזי תוצר, שיעור הגבוה פי 1.5 מן הרמה המקבילה בקרב כלל מדינות ה-OECD, שברובן האוכלוסייה מבוגרת יותר מזו האמריקאית. העובדה שמסיבות שונות⁷⁰ הרופאים הישראליים אינם מתמחים למשל בנורביגיה, שבה שכר הרופאים המומחים גבוה רק ב-45% מהשכר הממוצע, וששכרו של הרופא האמריקאי מהווה לגבי רבים מהם רמת ייחוס רלוונטית עשויה לכן להיות אחד הגורמים המגביהם את ציפיות השכר שלהם; והמגדילים את הפער בין ציפיות אלו לבין השכר הפוטנציאלי האפשרי במסגרת מערכת המבוססת ברובה על מימון ציבורי כמו בישראל.

בנוסף לסיבות שעלו מן הממצאים שהובאו במהלך העבודה, ניתן להביא בחשבון, בדרך של השערה, מספר סיבות וגורמים נוספים העומדים מאחורי ציפיות השכר הגבוהות של הרופאים בישראל שברוב גדול של התרחישים קשה לראותן באות על סיפוקן לאורך זמן. חלק מן הגורמים וההקשרים הללו הוזכרו בכלליות לאורך העבודה והם מובאים כאן בפירוט.

ראשית, ציפיות השכר עשויות להיות מועצמות כאמור מכוח **תפיסה עצמית אליטיסטית** המשמשת בקרב הרופאים בישראל. תפיסה זו מקורה הן במאפיינים אוניברסליים והן במאפיינים מקומיים. למאפיינים האוניברסליים שייכת העובדה שיכולת הריפוי של מערכות הבריאות במדינות המפותחות התרחבה באופן משמעותי במהלך המאה העשרים והיא ממשיכה להתרחב – לאור שיפורים טכנולוגיים ומדעיים – כך שהתרומה של הרפואה לגבי חייו של הפרט היא חשובה וייחודית יותר מאי-פעם. בנוסף לכך, עצם העיסוק בתחומים מדעיים מתוחכמים והיישום של גילויים מדעיים לצורך הצלת חיים ושיפור איכות החיים של המונים, מהווים מקור לגאווה ולתפיסה עצמית של נבחרות או עליונות אינטלקטואלית וקוגניטיבית. ניתן לשער שמאפיינים אלו משמשים במידה זו או אחרת בקרב רופאים בכל המדינות, והם אולי מועצמים בחברה הטרוגנית ובמידת-מה גם תחרותית כמו החברה הישראלית. במאפיינים המקומיים כלולה ההיסטוריה הייחודית של המקצועות היהודיים שבמסגרתם התבלט תפקיד הרופא ודימויו בחברה היהודית לאורך מאות בשנים; והמעמד הגבוה שיש לתפקיד הרופא גם בחברה הערבית-ישראלית. לכך ניתן אולי להוסיף את העובדה שקבוצת הרופאים מהווה מעין אי של עשייה מחקרית וטכנולוגית ברמה גבוהה בתוככי המגזר הציבורי (מה גם שמדובר בקבוצה לא קטנה של עובדים), כך שהייחודיות של ישראל בכך שמרבית רופאיה

⁷⁰ למשל, הקלות היחסית של התנהלות באנגלית, והימצאות קרובי משפחה; ובנוסף לכך, שיקולים מליבת העניין כמו העובדה שארצות הברית מובילה, גם יחסית לגודלה, במספר המוסדות המחקריים והטיפוליים האיכותיים; הרמה המחקרית הגבוהה (גם בממוצע) של המוסדות האמריקאים, הקשר לחברות מסחריות בתחום; ומשום כל אלו פוטנציאל ההתפתחות המקצועית והפוטנציאל הכלכלי הגדול הטמון במלגות מחקר ובהכנסות משכר.

מועסקים כשכירים במגזר הציבורי – בשונה כאמור ממדינות רבות שבהן הרופאים הם עצמאים גם אם הם מספקים את עיקר שירותיהם באמצעות חוזה במסגרת המערכת הציבורית. עובדה זו עשויה אף היא ליצור בקרב הרופאים רצון לבדל עצמם משאר עובדי המגזר הציבורי שהם בממוצע בעלי השכלה מועטה יותר ואינם עוסקים, ברובם הגדול, ביישומים מדעיים וטכנולוגיים מורכבים.

שנית, ישנו משקל רב למסורת הבעייתית של ניהול סכסוכי עבודה בישראל, ובפרט אי-קיומם של כללים לא-כתובים לפתרון בעיות, וההתניות האגרסיביות למדי של הצדדים בדיון כאשר נוצרים מעת לעת פערים בין נכונות המעסיקים לבין ציפיות המועסקים. כל אלו משמשים רקע לעיצומים מצדן של קבוצות שונות של עובדים במגזר הציבורי; ולנכונות הגבוהה יחסית מצדן לעשות שימוש קשה בכוחם המבני ובחשיבותם לגבי המשק וברגישות הציבורית כלפי מניעת השירות המסופק על-ידם. המסורת האגרסיבית היא גם מה שעומד מאחורי תפיסות של מירמור וקיפוח, ואף עוינות הדדית המשמשות בקרב ציבורי עובדים שונים כאשר עניינם בא לדיון – אל מול המעסיקים והרגולטורים. גורמים אלו אפשר שימשו גם במקרה של הרופאים. במקרה של קבוצה זו הרגישות הציבורית כלפי מניעת שירות גבוהה במיוחד, ולמעשה כיום יותר מאי-פעם, בהתחשב בכך שכלל האוכלוסייה, ובפרט האוכלוסייה המבוססת בעלת הנגישות הפוליטית הגבוהה יותר, היא בממוצע מבוגרת יותר וחווה בעוצמה גבוהה יותר את תהליכי ההזדקנות. בנוסף לכך ניתן לראות בשביתת הרופאים גם מעין חוליה בשרשרת של שביתות והסכמי-שכר שהתקיימו במהלך השנים 2007-12. במהלך תקופה זו אין כמעט קבוצת עובדים משמעותית במגזר הציבורי שלא שבתה או חתמה על הסכם-שכר חדש עם המדינה.

מגזר	תאריך	אירוע ומשך
ארגון המורים (על-יסודי)	אוקטובר 2007	שביתה (64 ימים)
הסגל הבכיר באוניברסיטאות	אוקטובר 2007	שביתה (90)
מורים (יסודי וחטיבת-ביניים)	מרץ 2008	רפורמה: "אופק חדש"
הפרקליטים בשירות המדינה	נובמבר 2010	שביתה (43)
העובדים הסוציאליים	מרץ 2011	שביתה (23)
הסתדרות הרופאים	אפריל 2011	שביתה (130)
מורים (תיכוניים)	אוגוסט 2011	רפורמה: "עוז לתמורה"
הסתדרות האחיות	דצמבר 2012	שביתה (17)

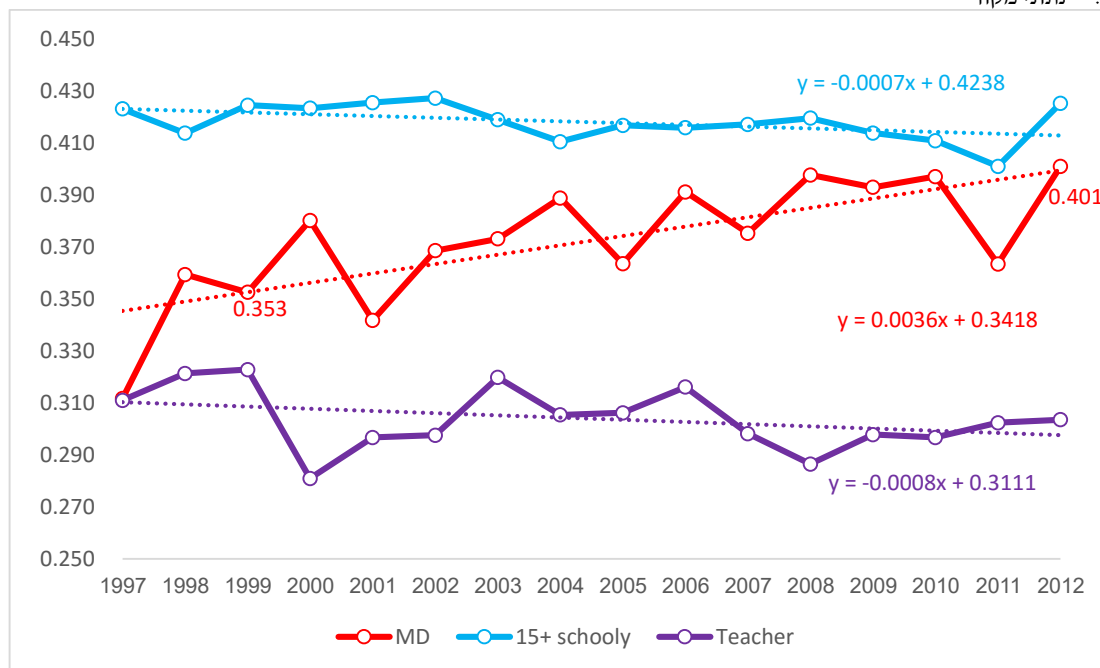
מבחינה זו אפשר לראות בשביתת הרופאים, אולי בדומה לשביתות האחרות שהתקיימו לפני ואחריה, חלק מטקס ידוע מראש (ואפילו "שיטת עבודה") המתנהל בין המדינה לבין הרופאים באופן מחזורי, כלומר, טקס שבמסגרתו שחיקת השכר היא מכוונת וידועה מראש, ובאשר היא מגיעה לסף תחתון מסוים, מתרחשת "התפרצות" של זעם, איומים, ומשא-מתן שבסופו פיצוי, וחוזר חלילה.

למגמה הכללית של שביתות והסכמים שהורגשה בשנים האמורות, יש להוסיף גם את הייחודיות שאפיינה את מצבו של ציבור הרופאים – במיוחד על רקע ההשפעות ארוכות הטווח של חוק ביטוח בריאות ממלכתי ואולי גם בהתחשב בחוסר ההחלטיות של מערכת הבריאות בנוגע לכיוון המועדף עליה מבחינת איוון בין האפיק הפרטי לציבורי.⁷¹ לאחר תהליך של אוניברסליזציה של שירותי הבריאות מאז שנת 1995, ובמקביל להשלמת התהליך, הלכה והתחזקה בישראל הרפואה הפרטית ועמה הביטוחים הפרטיים. אלו הגדילו את הפערים בהכנסות הרופאים והגדילו את ההוצאה של משקי-בית על בריאות. אפשר שהשביתה של 2011 בישרה אולי את שיא התהליך במסגרתו כוילל וחוזק-מחדש אופייה הממלכתי של המערכת הבריאות הציבורית. המשכו של תהליך זה בפעילותה של וועדת גרמן (או לפחות השיח שנוצר לאור פעילות הוועדה) ובתיקונים בביטוחי הבריאות שקידם במשרד האוצר במהלך השנים 2013-15.

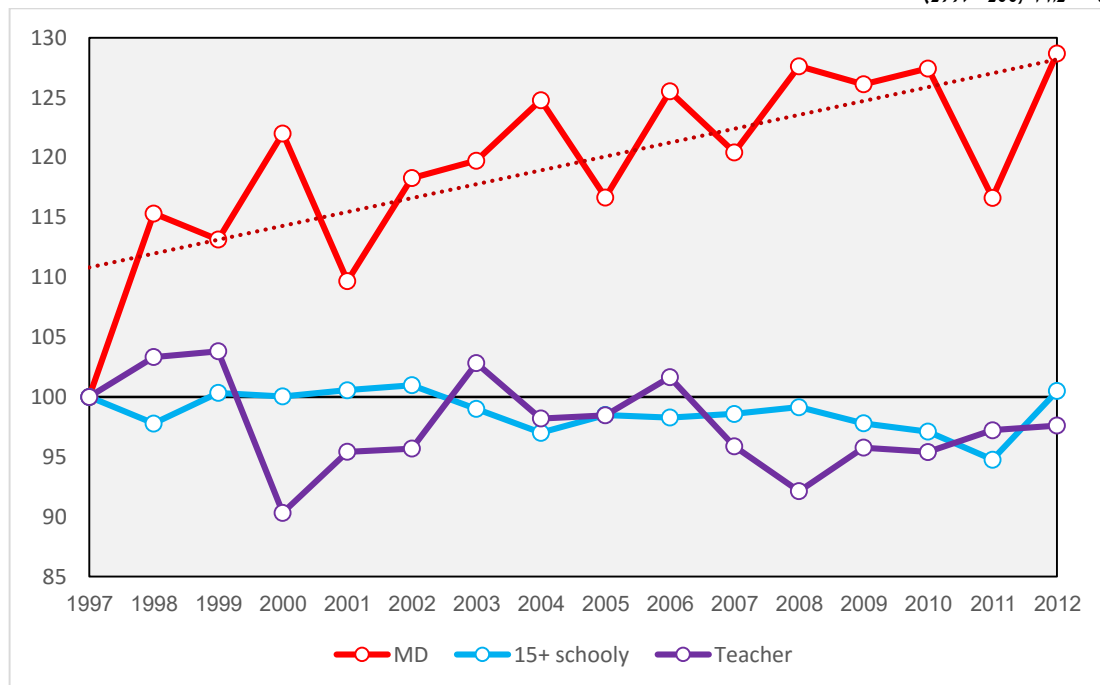
⁷¹ מה שתואר כאן כ"חוסר החלטיות" עשוי להיות למעשה תוצאה של אותה התנגשות או פרדוקס כפי שתיארוהו מזרחי וכהן (Mizrahi and Cohen, 2012), בין מגמה של צמצום המעורבות הממשלתית במימון מערכת הבריאות לבין חיזוק הרכיזיות בניהול המערכת על-ידי נציגי השלטון המרכזי. במציאות שנוצרה, בין היתר, על רקע שני תהליכים אלו, מורגש אותו חוסר החלטיות: אוניברסליזציה בכיסוי הביטוחי הבסיסי מצד אחד; הרחבת ההיתר לעסוק ברפואה פרטית (וגם עצם התהוותן של מסגרות אלו ברמה הטכנית והניהולית) מצד אחר; ובנוסף לשני אלו ההידרקות של המערכת אחת לתקופה כלפי הופעת סימנים של חוסר-שוויון בנגישות לשירותי בריאות.

לבסוף, ניתן גם להעלות את האפשרות שהשביתה אכן נבעה לא רק משאיפות השכר של ציבור הרופאים אלא גם מאכפתיות כנה של הרופאים מעתידה של מערכת הבריאות הציבורית, עד כדי כך שהם היו מוכנים (אולי אף: רובם) לצאת למאבק ממושך וסוער כל-כך – אם-כן לא רק בתור מאבק שכר המוסווה במאבק על "עתיד הרפואה הציבורית" אלא, אכן, בתור מאבק על שכרם ועל עתיד המערכת גם יחד.

תרשים 19: מדד ג'יני לאי-שוויון בשכר חודשי מעבודה שכירה, קבוצות נבחרות של שכירים
א. נתוני מקור



ב. מדד (1997=100)



מקור: עיבודים לנתוני סקר הכנסות

9. מקורות

- Abu-Saad, I., & Isralowitz, R. E. (1997). Gender as a determinant of work values among university students in Israel. *The Journal of social psychology*, 137(6), 749-763.
- Anderson, G. F., & Antebi, S. (1991). A surplus of physicians in Israel: Any lessons for the United States and other industrialized countries? *Health Policy*, 17(1), 77-86.
- Askildsen, J. E., & Holmås, T. H. (2013). Wages and work conditions as determinants for physicians' work decisions. *Applied Economics*, 45(3), 397-406.
- Baker, L. C. (1996). Differences in earnings between male and female physicians. *New England Journal of Medicine*, 334(15), 960-964.
- Bashaw, D. J., & Heywood, J. S. (2001). The gender earnings gap for US physicians: has equality been achieved? *Labour*, 15(3), 371-391.
- Bekhouch, Y., Hausmann, R., Tyson, L., & Zahidi, S. (2013). *The global gender gap report 2013*.
- Cederholm, R. (2007). What Determines the Variation in Doctors' Wages?: A Study of Swedish Physicians.
- Clark, A. E., & Oswald, A. J. (1996). Satisfaction and comparison income. *Journal of public economics*, 61(3), 359-381.
- Clark, A. E., & Senik, C. (2010). Who compares to whom? the anatomy of income comparisons in europe*. *The Economic Journal*, 120(544), 573-594.
- Cohen-Goldner, S., & Eckstein, Z. (2008). Labor mobility of immigrants: training, experience, language, and opportunities*. *International Economic Review*, 49(3), 837-872.
- de Jong, J. D., Heiligers, P., Groenewegen, P. P., & Hingstman, L. (2006). Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time? *Health Policy*, 78(2), 235-248.
- Eckstein, Z., & Weiss, Y. (2002). The integration of immigrants from the former Soviet Union in the Israeli labor market. *The Israeli Economy, 1985-1998: From Government Intervention to Market Economics*, 349-377.
- Eckstein, Z., & Weiss, Y. (2004). On the wage growth of immigrants: Israel, 1990-2000. *Journal of the European Economic Association*, 2(4), 665-695.
- Esteves-Sorenson, C., & Snyder, J. (2012). The gender earnings gap for physicians and its increase over time. *Economics Letters*, 116(1), 37-41.
- Fujisawa, R., & Lafortune, G. (2008). *The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries*: OECD Publishing.
- Gjerberg, E. (2001). Medical women—towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Social science & medicine*, 52(3), 331-343.
- Gjerberg, E. (2002). Gender similarities in doctors' preferences—and gender differences in final specialisation. *Social science & medicine*, 54(4), 591-605.
- Gjerberg, E. (2003). Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Social science & medicine*, 57(7), 1327-1341.
- Gravelle, H., Hole, A. R., & Santos, R. (2011). Measuring and testing for gender discrimination in physician pay: English family doctors. *Journal of health economics*, 30(4), 660-674.

- Haklai, Z., Applbaum, Y., Tal, O., Aburbbeh, M., & Goldberger, N. F. (2013). Female physicians: trends and likely impacts on healthcare in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research* 2.
- Hampton, M. B. (1991). Physician's income and the percent female of the physician's specialty. *Economics Letters*, 36(4), 425-428.
- Khattab, N. (2003). Explaining Educational Aspirations of Minority Students: The Role of Social Capital and Students' Perceptions. *Social Psychology of Education*, 6(4), 283-302.
- Leigh, J. P., Tancredi, D. J., & Kravitz, R. L. (2009). Physician career satisfaction within specialties. *BMC Health Services Research*, 9(1), 166.
- Liang, X. (2000). *Teacher pay in 12 Latin American countries: how does teacher pay compare to other professions?: what determines teacher pay?: who are the teachers*: World Bank, Latin America and the Caribbean Regional Office.
- Marchildon, G. P. (2013). Policy lessons from physicians' strikes. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 34.
- Midttun, L. (2007). Medical specialists' allocation of working time. *Health Policy*, 83(1), 114-127.
- Mincer, J. (1958). Investment in human capital and personal income distribution. *The journal of political economy*, 281-302.
- Mincer, J. (1974). Schooling, Experience, and Earnings. *Human Behavior & Social Institutions* No. 2.
- Mizrachi, S., & Cohen, N. (2012). Privatization through Centralization in the Israeli Health Care System: The Case of the National Health Insurance Law and its Amendments. *Administration & Society*, 44(4), 412-437.
- Newton, D. A., Grayson, M. S., & Thompson, L. F. (2005). The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: data from two US medical schools, 1998-2004. *Academic Medicine*, 80(9), 809-814.
- Newton, D. A., Grayson, M. S., & Whitley, T. W. (1998). What predicts medical student career choice? *Journal of general internal medicine*, 13(3), 200-203.
- OECD (2012). *OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012, Raising Standards*: OECD Publishing, Paris.
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.
- OECD (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.
- Ohsfeldt, R. L., & Culler, S. D. (1986). Differences in income between male and female physicians. *Journal of health economics*, 5(4), 335-346.
- Phillips, S. P. (2013). The growing number of female physicians: meanings, values, and outcomes. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 47.
- Rizzo, J. A., & Blumenthal, D. (1994). Physician labor supply: Do income effects matter? *Journal of health economics*, 13(4), 433-453.
- Rizzo, J. A., & Zeckhauser, R. J. (2007). Pushing incomes to reference points: Why do male doctors earn more?. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 63(3), 514-536.
- Sæther, E. M. (2005). Physicians' labour supply: the wage impact on hours and practice combinations. *Labour*, 19(4), 673-703.
- Sasser, A. C. (2005). Gender Differences in Physician Pay Tradeoffs Between Career and Family. *Journal of Human Resources*, 40(2), 477-504.

- Shye, D. (1991). Gender differences in Israeli physicians' career patterns, productivity and family structure. *Social science & medicine*, 32(10), 1169-1181.
- Uhlenberg, P., & Cooney, T. M. (1990). Male and female physicians: family and career comparisons. *Social Science & Medicine*, 30(3), 373-378.
- W.H.O. (2012). *Israel: Health Profile*.
- Weil, L. G., Bin-Nun, G., & McKee, M. (2013). Recent physician strike in Israel: a health system under stress? *Isr J Health Policy Res*, 2, 33.
- Weissman, C., Zisk-Rony, R. Y., Schroeder, J. E., Weiss, Y. G., Avidan, A., Elchalal, U., et al. (2012). Medical specialty considerations by medical students early in their clinical experience. *Isr J Health Policy Res*, 1(1), 13.
- אברבוך, א., ואבני, ש. (2015). אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו ירושלים: משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- אקר, א., פרי, צ., ראובני, ח., וטוקר, א. (2009). רמת שביעות הרצון, איכות החיים ותרבות פנאי בקרב מתמחי בית החולים סורוקה - מחקר השוואתי. הרפואה, 148(2), 71-75.
- בן-נון, ג. (2008). תכנון כח אדם בתוך מקצועות הבריאות: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- גרא, ר. (2014). הבדלים אתניים במבנה התעסוקה ובסטטוס סוציו אקונומי של משלחי היד בישראל. בנק ישראל.
- דהן, מ. (2004). עליית השכר בשירות המדינה - זחילת שכר או הסכמי שכר? סקר בנק ישראל, 76, 37-56.
- ורדי, ד. א., קיים, ר., וקיטאי, א. (2008). רפואה בקהילה: כיצד נתמרץ את הרופאים? הרפואה, 147(12), 999-1003.
- ווידיק, ד., הולצמן-שויד, ק., בן-נון, ג., וקושניר, ת. (2011). שביעות רצון מהעבודה, כוונות עזיבה ועזיבת העיסוק ברפואה בקרב רופאים בישראל: סקר מקבלי רישיונות בשנים 2000, 2002, 2004 ו-2006. הרפואה, 150(4), 310-313.
- זוסמן, צ., וזכאי, ד. (1991). פערים בין בכירים וזוטרים ומשברים במערכת ציבורית: שכר הרופאים 1974 עד 1990. סדרת מאמרים לדיון, מחלקת המחקר, בנק ישראל, 91.06.
- זוסמן, צ., וזכאי, ד. (1997). פרדוקס - היצע רב של רופאים עולים ועלייה תלולה של שכר הותיקים, 1990 עד 1995 סדרת מאמרים לדיון. ירושלים: מחלקת המחקר, בנק ישראל. 97.06
- חורב, ט., שמש, ע., הורוביץ, פ., לוי, ד. נ., חקלאי, צ., וצדקה, פ. (2012). מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל. ירושלים: הלשכה-המרכזית-לסטטיסטיקה ומשרד-הבריאות.
- שיב, ע., וקסיר, נ. ק. (2013). שוק העבודה של ערביי ישראל - סקירת מאפיינים וחלופות למדיניות. תל אביב: אוניברסיטת תל אביב החוג למדיניות ציבורית.
- לוטן, א., קמחי, ע., לישנר, מ., ונוצר, נ. (2010). האם בעקבות המעבר ללימודים קליניים השתנו עמדות הסטודנטים כלפי הבחירה ברפואה כקריירה, תפיסתם את דמות הרופא והערכת הלימודים הקדם קליניים הרפואה? 149(4), 222-226.
- לוי, ש. (2010). היעדרם של כלים לתכנון כוח-האדם הרפואי בישראל. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- לוי, ש. (תשע"א). הקשיים בהגדלת כוח האדם הרפואי בפריפריה. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- לוי-אפשטיין, נ., אלחאג', מ. ד., וסמיונוב, מ. (1994). הערבים בישראל בשוק העבודה. ירושלים: מכון פלורסהיימר למחקרי מדיניות.
- מדינת ישראל. (2008). פסק הבוררות בנושא שכר הרופאים. אתר ההסתדרות הרפואית בישראל.
- מזר, י. (2007). שיעור הקידום והשפעתו על השכר במגזר הציבורי בישראל. סדרת מאמרים לדיון, מחלקת המחקר, בנק ישראל.
- מזר, י., ומיכלסון, נ. (2010). פערי השכר בין גברים לנשים במינהל הציבורי בישראל: ניתוח בעזרת נתוני חתך ופאנל סדרת מאמרים לדיון, מחלקת המחקר, בנק ישראל.
- מזר, י. (2014). התפתחות השכר במגזר הציבורי והקשרים בינו לבין השכר במגזר הפרטי. סקר בנק ישראל, 88, 97-133.

- מיעארי, ס., חטאב, נ., ונבואני, ע. (2012): אי-הלימה תעסוקתית בקרב המשכילים הערבים. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- משרד-הבריאות. (2007). הועדה לבחינת אומדן צרכי כוח אדם העתידיים במערכת הבריאות. ירושלים: משרד הבריאות.
- משרד-הבריאות. (2010). דוח הועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל.
- משרד-הבריאות. (2011). דוח פיננסי 2010. ירושלים.
- משרד הבריאות. (2014א). דוח פיננסי 2012. המרכזים הרפואיים הכלליים הממשלתיים.
- משרד הבריאות. (2014ב). כח אדם במקצועות הבריאות לשנת 2013.
- נירל, נ., מצליח, ר., בירקנפלד, ש., ובן-בסן, י. (2008). מקצועות רפואיים במצוקה: מחקר גישוש. ירושלים: מכון ברוקדייל.
- נירל, נ., ורוזן, ב. (2004). מגמות בהעסקת רופאים בעידן של יישם חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ביטחון סוציאלי, 65, 5-83.
- נירל, נ., שירום, א., ואיסמעיל, ש. (2003). רופאים מומחים בישראל - מאפייני העסקה והשלכות על חיי העבודה שלהם. ירושלים: מכון ברוקדייל.
- פופר-גבעון, א., קשת, י., ליברמן, ע. (2015). ערבים במקצועות הבריאות והרווחה בישראל: מבט אנתי ומגדרי על ייצוג ותעסוקה. ביטחון סוציאלי 97, (95-126).
- פריש, ר. (2007): התשואה להשכלה – הקשר הסיבתי בין ההשכלה לשכר. ירושלים: בנק ישראל, מחלקת המחקר. סדרת מאמרים לדיון 2007.03.
- ציריחובסקי, ד., ורגב, א. (2012). מערכת שירותי הרפואה. בתוך: בן-דוד, ד. (עורך), דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2011-2012. (ע' 435-492). ירושלים: מרכז טאוב.
- ציריחובסקי, ד., ורגב, א. (2013). מגמות במערכת הבריאות בישראל. בתוך: בן-דוד, ד. (עורך), דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2013 (ע' 323-344). ירושלים: מרכז טאוב.
- קופמן, א. (2012). שכר עובדים בתפקידים נבחרים במגזר הציבורי: סקירה משווה. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- שוכל, י. ט., ואנסון, ע. (2000). העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל. ירושלים: הוצאת מאגנס.
- שמש, ע., סמטניקוב, א., דור, מ., שרף, מ., שלו, ו., ורוזנבלום, י. (2007). הרופא בקהילה: מאופיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים.

אתרים ומקורות אינטרנטיים:

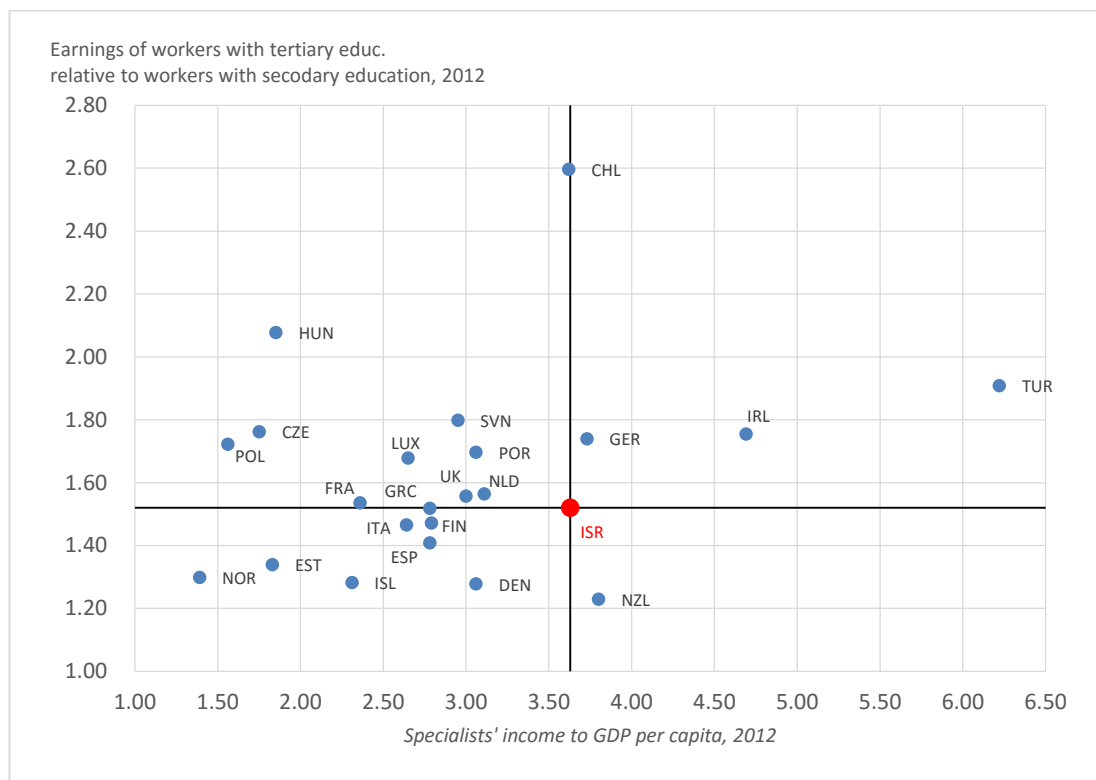
- אתר הממונה על השכר במשרד האוצר: <http://hsgs.mof.gov.il/>
- אתר ההסתדרות הרפואית: <http://www.ima.org.il/>
- הסתדרות הרפואית בישראל, 2011: חוברת ההסבר להסכם הקיבוצי 2011. http://www.ima.org.il/ima/formstorage/type7/IMA_agreementHasbara_05.pdf
- מדינת ישראל. (2008). פסק הבוררות בנושא שכר הרופאים. אתר ההסתדרות הרפואית בישראל. <http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=2181>
- תגובת המדינה: <http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=2316>
- תגובת שירותי בריאות כללית: <http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=2317>

נספח א': נספח סטטיסטי

לוח 14 : רופאים שכירים בגילאי 25-64 - מאפיינים כלליים מסקרי כוח אדם (ממוצעים שלוש-שנתיים)

קבוצה	תקופה	גיל ממוצע	שיעור הנשים	שיעור הערבים	שעות עבודה שבועיות
25-64	1997-1999	42.9	40%	10.2%	49.9
	2000-2002	44.9	43%	8.5%	50.2
	2003-2005	44.9	44%	12.1%	49.1
	2006-2008	45.9	45%	8.3%	50.9
	2009-2011	47.0	43%	9.4%	50.4
25-44	1997-1999	36.9	43%	12.9%	51.8
	2000-2002	37.2	44%	12.2%	52.4
	2003-2005	36.6	47%	15.6%	49.4
	2006-2008	35.8	47%	10.8%	51.9
	2009-2011	36.2	45%	12.1%	51.4
45-64	1997-1999	51.6	36%	6.2%	47.2
	2000-2002	52.6	41%	4.9%	47.7
	2003-2005	52.7	41%	8.9%	48.9
	2006-2008	53.5	43%	6.5%	50.2
	2009-2011	54.5	42%	7.6%	49.7
ערבים	1997-1999	39.8	15%		50.2
	2000-2002	41.1	9%		49.9
	2003-2005	41.4	7%		47.3
	2006-2008	41.2	12%		48.1
	2009-2011	43.8	14%		50.5
יהודים	1997-1999	43.3	43%		49.9
	2000-2002	45.2	46%		50.2
	2003-2005	45.4	49%		49.4
	2006-2008	46.3	48%		51.2
	2009-2011	47.3	46%		50.4
נשים	1997-1999	42.1		3.8%	44.5
	2000-2002	44.3		1.7%	45.2
	2003-2005	44.0		1.8%	45.0
	2006-2008	45.4		2.0%	46.7
	2009-2011	46.3		3.3%	45.4
גברים	1997-1999	43.4		14%	53.6
	2000-2002	45.2		14%	53.7
	2003-2005	45.6		20%	52.4
	2006-2008	46.4		13%	54.4
	2009-2011	47.6		14%	54.1
עיסוק ראשי בבית-חולים	1997-1999	41.0	36%	9.0%	53.7
	2000-2002	43.5	40%	7.6%	54.6
	2003-2005	43.2	38%	10.3%	52.6
	2006-2008	44.5	40%	7.9%	55.3
	2009-2011	45.3	38%	9.5%	54.4
עיסוק ראשי במרפאות	1997-1999	46.7	47%	12.4%	42.9
	2000-2002	46.8	46%	9.8%	44.1
	2003-2005	47.8	53%	15.4%	43.7
	2006-2008	48.4	53%	9.1%	43.2
	2009-2011	50.0	52%	9.3%	43.8
25-64 שכירים ושכירים-עצמאים	1997-1999	43.0	40%	10.3%	49.8
	2000-2002	44.9	43%	8.4%	50.1
	2003-2005	45.0	44%	12.0%	48.9
	2006-2008	46.1	44%	8.4%	50.7
	2009-2011	47.2	44%	9.4%	50.0

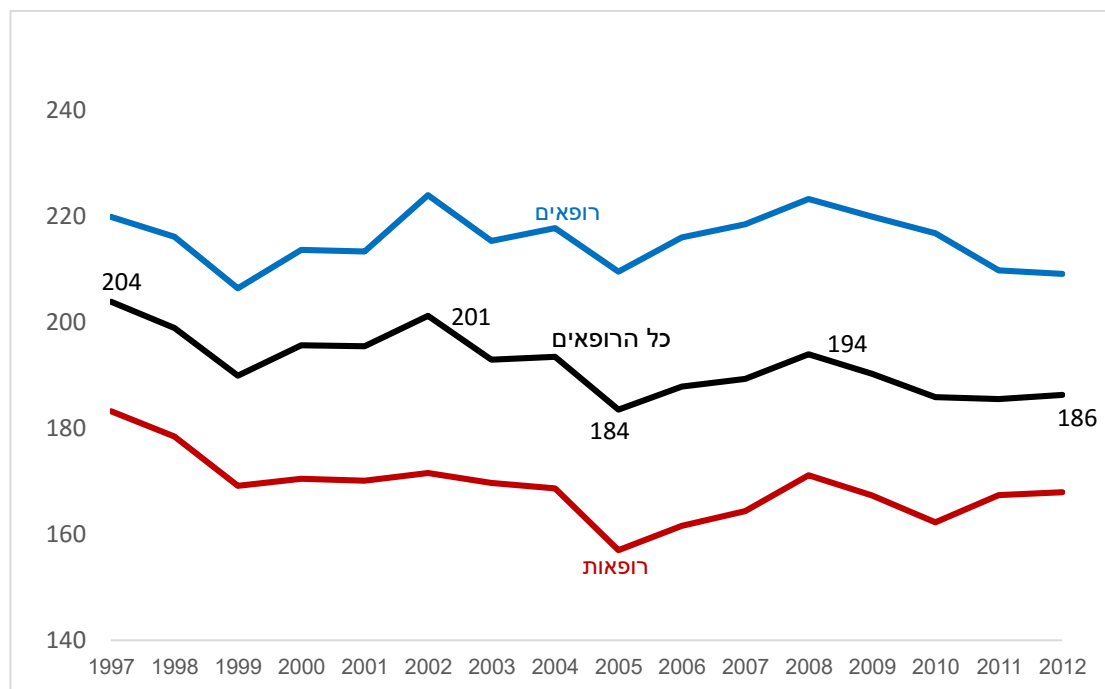
תרשים 20: שכר רופאים מומחים יחסית לתוצר לנפש, והשכר של בעלי השכלה שלישונית יחסית לבעלי השכלה שניונית (N=21)



מקור: עיבוד לנתוני ה-OECD

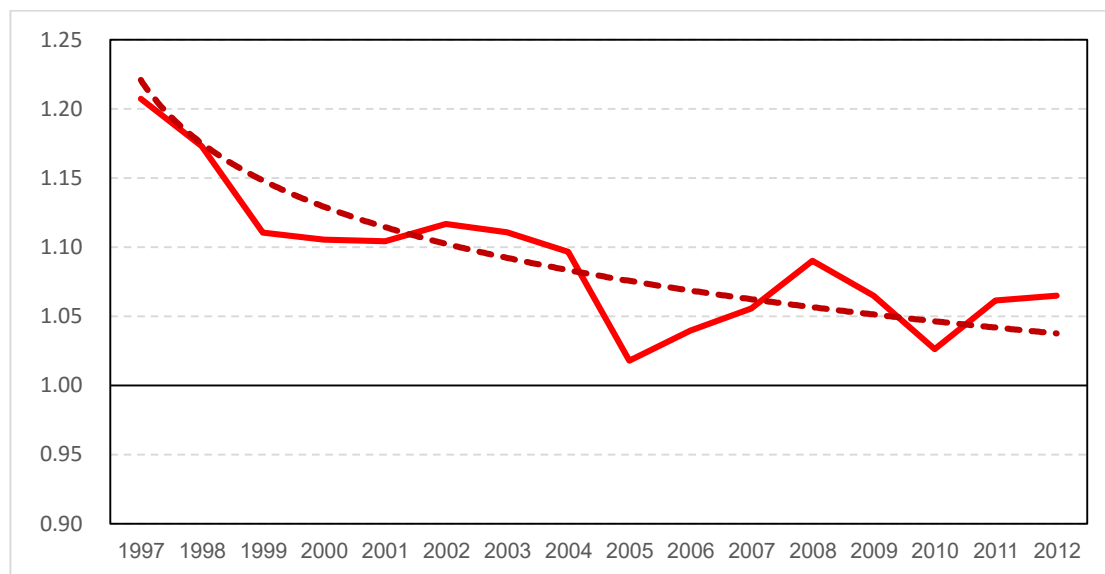
פרשנות: נכון ל-2012 מוקמה ישראל במקום ה-5 מבחינת היחס בין שכר הרופאים המומחים לבין התוצר לנפש. לעומת זאת, מבחינת היחס בין שכרם של עובדים בעלי השכלה שלישונית ("השכלה גבוהה") לשכר העובדים בעלי השכלה שניונית (השכלה תיכונית) ממוקמת ישראל מתחת לחציון. הפער בין מיקומה של ישראל בשני החתכים יכול להתפרש במספר אופנים, ובין השאר כך: (א) היתרון לבעלי השכלה גבוהה בישראל אינו כה גבוה בשל ריבוי המשכילים בישראל; (ב) שכר הרופאים חורג מאותו קשר שניתן להסבירו בתור היתרון של המשכילים במדינה ביחס לבעלי השכלה תיכונית.

תרשים 21: מספר שעות-העבודה החודשיות בקרב רופאים ורופאות; שכירים בלבד, לפי נתוני סקר הכנסות



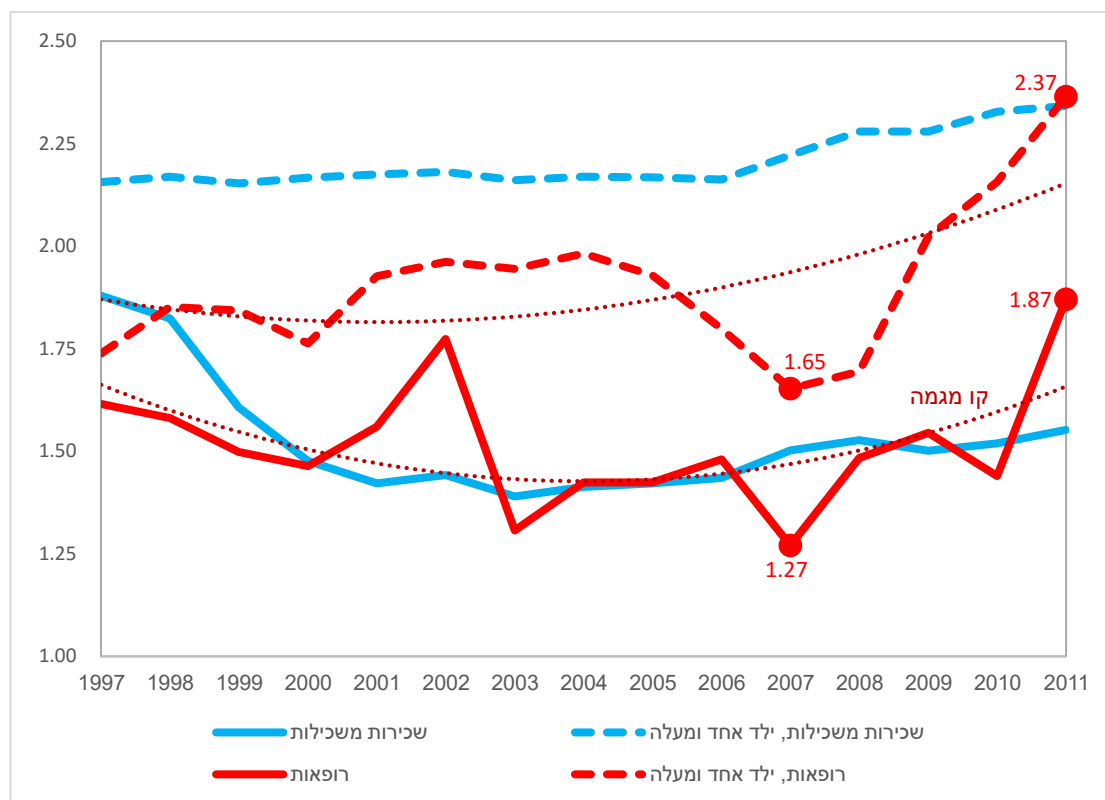
מקור: עיבודים לנתוני סקר הכנסות

תרשים 22: יחס שעות עבודה: רופאות שכירות לשכירות משכילות (ממוצע נע 3-שנתי וקו מגמה לוגריתמי של הנתונים השנתיים)



מקור: עיבודים לנתוני סקר כוח אדם

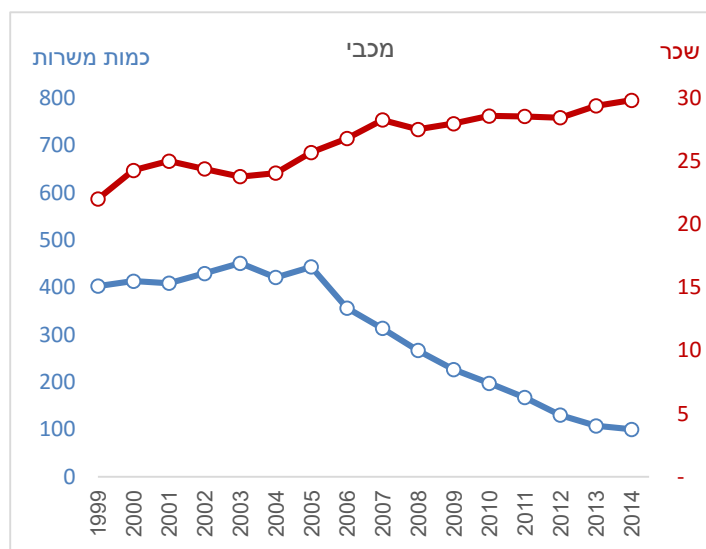
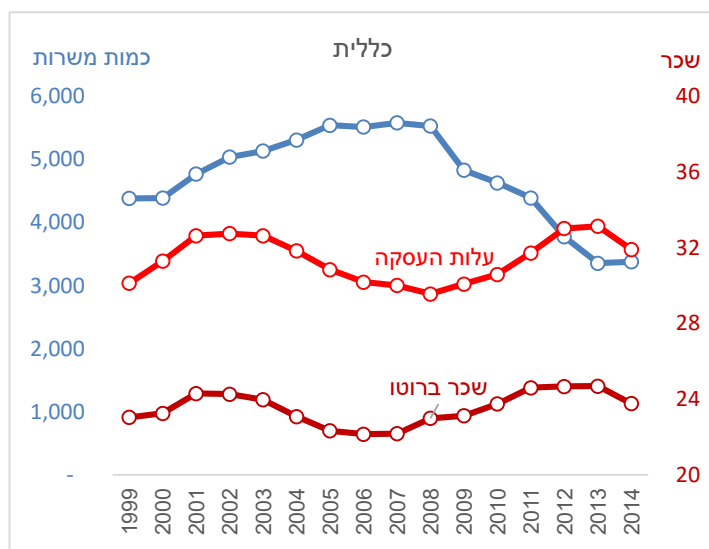
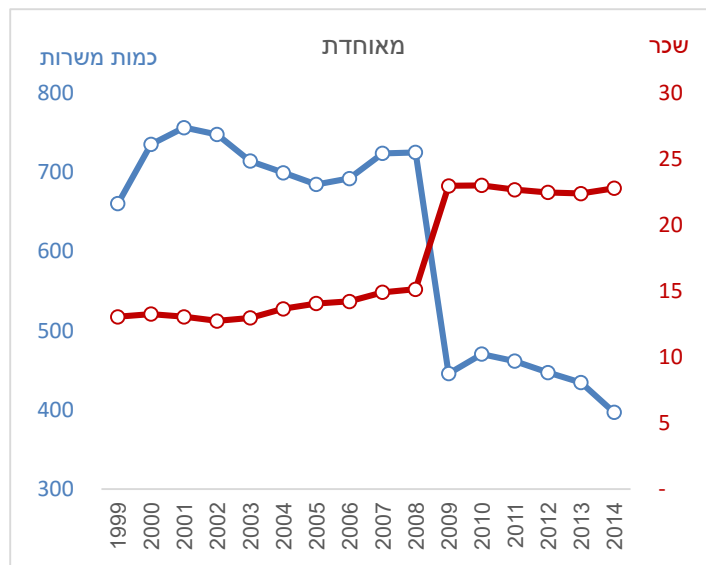
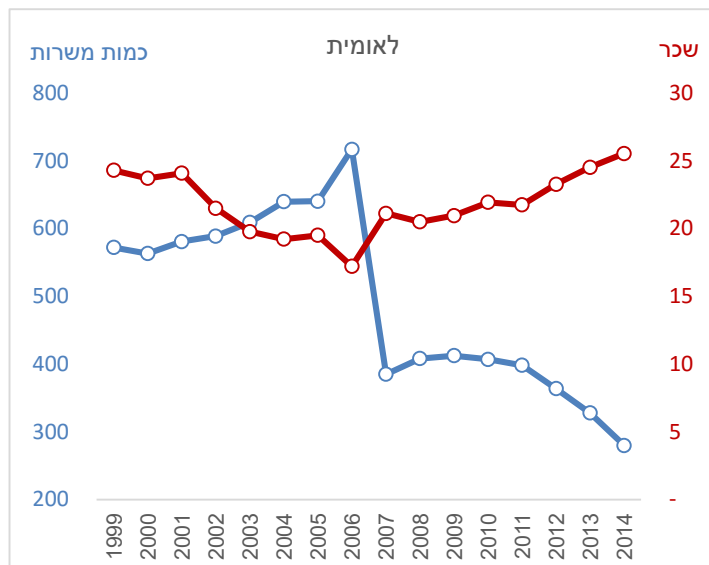
תרשים 23: מספר הילדים הממוצע עד גיל 17 בקרב שכירות משכילות (+15 שנו"ל), ורופאות שכירות, גילאי 25-44



מקור: עיבודים לנתוני סקר כוח אדם

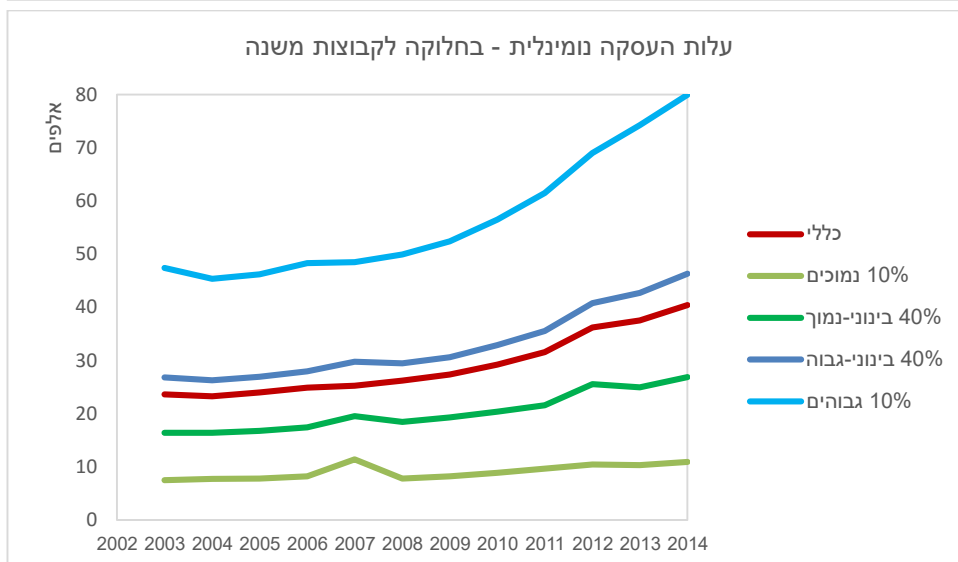
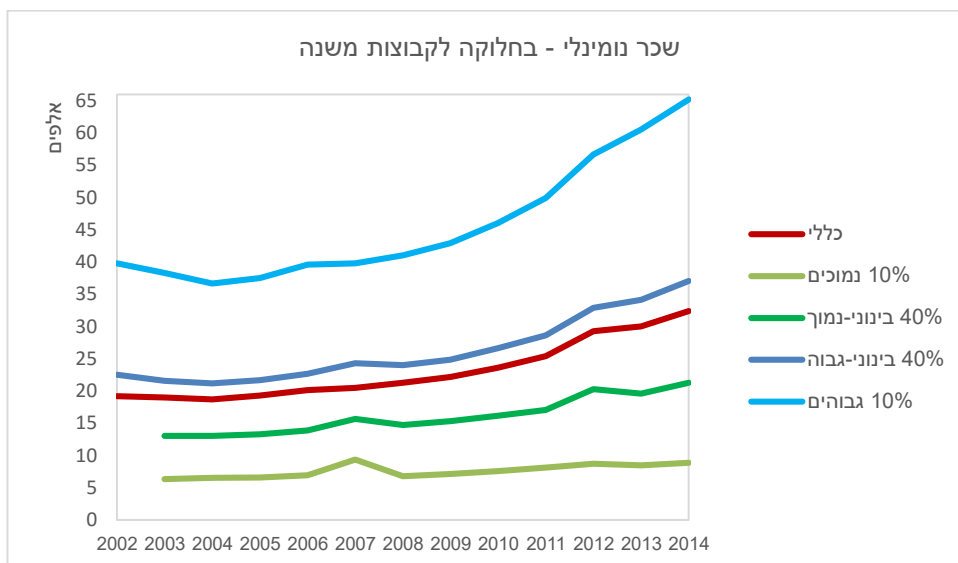
פרשנות: מספר הילדים בגילאי 0-17 בקרב אימהות צעירות (בגילאי 25-44) יכול להוות מעין אינדיקציה להרכב המגזרי של הרופאות. הגידול במספר הילדים בחלק המאוחר של התקופה הנבחנת (בשיעור של כ-45%) משקף אולי את הגידול בחלקן של נשים ערביות ולאומיות-דתיות בקרב הרופאות הצעירות. לחלופין, אפשר שמדובר בשינוי בדפוסי הילודה גם עבור הרכב מגזרי שלא חל בו שינוי אם כי אפשרות זו סבירה פחות. בשני המקרים, התהליך משקף "התנרמלות" של קבוצת הרופאות והיעשותן דומות יותר לשאר השכירות המשכילות. מגמת ההתנרמלות המשתקפת בתרשים עשויה בהחלט להיות קשורה בקיטון שחל במספר שעות העבודה של הרופאות במהלך תקופה זו.

תרשים 24: השכר החודשי למשרת שכיר (ממוצע, ברוטו, באלפי שקלים, מחירי 2014) ומס' המשרות, ב-4 קופות החולים



מקור: עיבודים לנתוני דוחות הממונה על השכר במשרד האוצר

תרשים 25: שכר חודשי של הרופאים בשירות המדינה – בחלוקה לקבוצות שכר



מקור: דוחות הממונה על השכר במשרד האוצר

נספח ב: רגרסיות שכר – תוצאות מלאות

לוח 15 : רגרסיית השכר של כלל השכירים (פאנל), משתנה תלוי : הלוגריתם הטבעי של השכר הריאלי (מחירי 2014)

Dependent variable: <i>log(real sal. income)</i>	1997-2003		2004-2007		2008-2011		2008-2012		1997-2011		1997-2012	
	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	A1	A4
Female	-0.525*** (0.005)	-0.214*** (0.005)	-0.501*** (0.006)	-0.174*** (0.006)	-0.459*** (0.006)	-0.156*** (0.006)	-0.461*** (0.006)	-0.162*** (0.006)	-0.499*** (0.003)	-0.185*** (0.003)	-0.498*** (0.003)	-0.185*** (0.003)
Arab	-0.290*** (0.009)	-0.221*** (0.008)	-0.302*** (0.011)	-0.225*** (0.010)	-0.305*** (0.011)	-0.250*** (0.009)	-0.301*** (0.010)	-0.243*** (0.009)	-0.299*** (0.006)	-0.231*** (0.005)	-0.297*** (0.006)	-0.230*** (0.005)
From periphery	-0.080*** (0.005)	-0.077*** (0.004)	-0.100*** (0.007)	-0.100*** (0.006)	-0.114*** (0.006)	-0.101*** (0.006)	-0.118*** (0.006)	-0.105*** (0.005)	-0.096*** (0.003)	-0.091*** (0.003)	-0.098*** (0.003)	-0.093*** (0.003)
Not married	-0.228*** (0.006)	-0.218*** (0.005)	-0.261*** (0.008)	-0.236*** (0.007)	-0.266*** (0.007)	-0.250*** (0.006)	-0.264*** (0.007)	-0.249*** (0.006)	-0.248*** (0.004)	-0.232*** (0.003)	-0.248*** (0.004)	-0.232*** (0.003)
Aged 25-44	-0.086*** (0.005)	-0.131*** (0.004)	-0.079*** (0.007)	-0.127*** (0.006)	-0.086*** (0.006)	-0.120*** (0.005)	-0.090*** (0.006)	-0.123*** (0.005)	-0.085*** (0.003)	-0.127*** (0.003)	-0.086*** (0.003)	-0.128*** (0.003)
Born in USSR	-0.323*** (0.006)	-0.354*** (0.005)	-0.231*** (0.008)	-0.273*** (0.007)	-0.159*** (0.008)	-0.206*** (0.007)	-0.159*** (0.007)	-0.209*** (0.006)	-0.250*** (0.004)	-0.288*** (0.004)	-0.247*** (0.004)	-0.287*** (0.003)
Yrs of education	0.051*** (0.001)	0.051*** (0.001)	0.040*** (0.001)	0.040*** (0.001)	0.046*** (0.001)	0.045*** (0.001)	0.048*** (0.001)	0.047*** (0.001)	0.046*** (0.000)	0.046*** (0.000)	0.047*** (0.000)	0.047*** (0.000)
Wkly wrkng hrs		0.027*** (0.000)		0.030*** (0.000)		0.032*** (0.000)		0.031*** (0.000)		0.029*** (0.000)		0.029*** (0.000)
Over 45 wkly wrkng hrs		-0.043*** (0.006)		-0.042*** (0.008)		-0.038*** (0.008)		-0.020*** (0.007)		-0.040*** (0.004)		-0.035*** (0.004)
_cons	8.633*** (0.011)	7.380*** (0.013)	8.794*** (0.013)	7.432*** (0.016)	8.713*** (0.013)	7.286*** (0.016)	8.690*** (0.013)	7.296*** (0.015)	8.679*** (0.009)	7.334*** (0.010)	8.672*** (0.009)	7.332*** (0.010)
N	81,112	80,583	50,919	50,629	54,560	54,228	62,969	62,596	186,591	185,440	195,000	193,808
Adjusted R2	0.244	0.402	0.201	0.393	0.197	0.397	0.200	0.394	0.216	0.395	0.216	0.395

לוח 16 : רגרסיית השכר של שכירים משכילים (פאנל, שלוש תקופות), משנתה תלוי : הלוגריתם הטבעי של השכר הריאלי (מחירי 2014)

Dependent variable: <i>log(real sal. income)</i>	1997-2003		2004-2007		2008-2011		2008-2012		1997-2011		1997-2012	
	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)
Female	-0.510*** (0.008)	-0.179*** (0.008)	-0.500*** (0.010)	-0.172*** (0.010)	-0.445*** (0.010)	-0.140*** (0.009)	-0.442*** (0.009)	-0.138*** (0.008)	-0.486*** (0.005)	-0.164*** (0.005)	-0.483*** (0.005)	-0.162*** (0.005)
Arab	-0.289*** (0.019)	-0.111*** (0.017)	-0.249*** (0.022)	-0.062*** (0.019)	-0.265*** (0.021)	-0.126*** (0.018)	-0.266*** (0.019)	-0.130*** (0.017)	-0.270*** (0.012)	-0.103*** (0.010)	-0.269*** (0.012)	-0.106*** (0.010)
From periphery	-0.096*** (0.008)	-0.072*** (0.007)	-0.115*** (0.011)	-0.094*** (0.009)	-0.130*** (0.010)	-0.095*** (0.009)	-0.133*** (0.009)	-0.097*** (0.008)	-0.113*** (0.005)	-0.086*** (0.005)	-0.114*** (0.005)	-0.087*** (0.005)
Not married	-0.260*** (0.010)	-0.243*** (0.009)	-0.291*** (0.012)	-0.254*** (0.010)	-0.280*** (0.011)	-0.259*** (0.010)	-0.277*** (0.010)	-0.256*** (0.009)	-0.274*** (0.006)	-0.249*** (0.005)	-0.273*** (0.006)	-0.249*** (0.005)
Aged 25-44	-0.144*** (0.008)	-0.170*** (0.007)	-0.124*** (0.010)	-0.156*** (0.009)	-0.168*** (0.010)	-0.184*** (0.008)	-0.176*** (0.009)	-0.188*** (0.008)	-0.147*** (0.005)	-0.171*** (0.005)	-0.150*** (0.005)	-0.173*** (0.005)
Born in USSR	-0.465*** (0.009)	-0.501*** (0.008)	-0.324*** (0.012)	-0.368*** (0.010)	-0.259*** (0.011)	-0.310*** (0.010)	-0.261*** (0.011)	-0.312*** (0.009)	-0.365*** (0.006)	-0.408*** (0.005)	-0.362*** (0.006)	-0.405*** (0.005)
Yrs of education	0.004*** (0.001)	0.005*** (0.001)	0.001 (0.001)	0.001 (0.001)	0.003** (0.001)	0.001 (0.001)	0.003*** (0.001)	0.002 (0.001)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)	0.003*** (0.001)
Wkly wrkng hrs		0.027*** (0.000)		0.030*** (0.000)		0.032*** (0.000)		0.032*** (0.000)		0.029*** (0.000)		0.029*** (0.000)
Over 45 wkly wrkng hrs		0.012 (0.011)		0.029** (0.013)		0.027** (0.012)		0.039*** (0.011)		0.023*** (0.007)		0.028*** (0.007)
_cons	9.596*** (0.022)	8.278*** (0.024)	9.656*** (0.023)	8.240*** (0.027)	9.646*** (0.024)	8.174*** (0.027)	9.640*** (0.023)	8.180*** (0.026)	9.592*** (0.017)	8.198*** (0.017)	9.589*** (0.017)	8.194*** (0.017)
N	32,224	32,052	22,270	22,165	24,723	24,567	28,764	28,591	79,217	78,784	83,258	82,808
Adjusted R2	0.214	0.399	0.170	0.389	0.151	0.381	0.150	0.376	0.179	0.387	0.177	0.384

לוח 17 : רגרסיית השכר של המורים (פאנל, שלוש תקופות), משתנה תלוי: הלוגריתם הטבעי של השכר הריאלי (מחירי 2014)

Dependent variable: <i>log(real sal. income)</i>	1997-2003		2004-2007		2008-2011		2008-2012		1997-2011		1997-2012	
	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)
Female	-0.150*** (0.029)	-0.023 (0.026)	-0.184*** (0.033)	-0.046 (0.029)	-0.034 (0.031)	0.128*** (0.028)	-0.037 (0.029)	0.112*** (0.026)	-0.122*** (0.018)	0.020 (0.016)	-0.120*** (0.018)	0.019 (0.016)
Arab	-0.013 (0.045)	0.098** (0.040)	0.051 (0.045)	0.133*** (0.039)	0.025 (0.044)	0.120*** (0.037)	0.014 (0.041)	0.098*** (0.035)	0.024 (0.026)	0.122*** (0.022)	0.020 (0.025)	0.113*** (0.022)
From periphery	0.095*** (0.027)	0.060*** (0.023)	0.069** (0.030)	-0.004 (0.026)	0.099*** (0.030)	0.065** (0.026)	0.079*** (0.028)	0.042* (0.024)	0.089*** (0.017)	0.041*** (0.014)	0.083*** (0.016)	0.035** (0.014)
Not married	-0.009 (0.036)	-0.046 (0.032)	-0.177*** (0.042)	-0.169*** (0.036)	-0.108** (0.043)	-0.088** (0.037)	-0.102*** (0.039)	-0.084** (0.034)	-0.094*** (0.023)	-0.099*** (0.020)	-0.091*** (0.023)	-0.096*** (0.019)
Aged 25-44	-0.346*** (0.027)	-0.298*** (0.023)	-0.342*** (0.030)	-0.301*** (0.025)	-0.298*** (0.029)	-0.301*** (0.025)	-0.329*** (0.027)	-0.320*** (0.023)	-0.328*** (0.016)	-0.299*** (0.014)	-0.337*** (0.016)	-0.306*** (0.014)
Born in USSR	-0.083* (0.044)	-0.072* (0.038)	-0.024 (0.050)	-0.006 (0.043)	0.081 (0.050)	0.040 (0.042)	0.078 (0.048)	0.030 (0.041)	-0.010 (0.028)	-0.015 (0.024)	-0.009 (0.027)	-0.017 (0.023)
Yrs of education	0.026*** (0.004)	0.019*** (0.004)	0.027*** (0.005)	0.016*** (0.004)	0.018*** (0.004)	0.013*** (0.004)	0.013*** (0.004)	0.009*** (0.003)	0.024*** (0.003)	0.016*** (0.002)	0.021*** (0.002)	0.014*** (0.002)
Wkly wrkng hrs		0.029*** (0.001)		0.032*** (0.001)		0.033*** (0.001)		0.032*** (0.001)		0.031*** (0.001)		0.031*** (0.001)
Over 45 wkly wrkng hrs		-0.242*** (0.045)		-0.331*** (0.050)		-0.349*** (0.046)		-0.341*** (0.043)		-0.306*** (0.027)		-0.304*** (0.026)
_cons	8.845*** (0.087)	7.953*** (0.084)	8.794*** (0.106)	7.959*** (0.098)	8.842*** (0.095)	7.833*** (0.089)	8.965*** (0.086)	7.969*** (0.082)	8.857*** (0.065)	7.908*** (0.060)	8.906*** (0.063)	7.954*** (0.059)
N	2,054	2,047	1,792	1,783	1,878	1,871	2,167	2,159	5,724	5,701	6,013	5,989
Adjusted R2	0.124	0.344	0.125	0.363	0.072	0.335	0.083	0.330	0.104	0.344	0.105	0.341

לוח 18 : רגרסיית השכר של עובדים בענפי המנהל הציבורי (פאנל, שלוש תקופות), משתנה תלוי : הלוגריתם הטבעי של השכר הריאלי (מחירי 2014)

Dependent variable: <i>log(real sal. income)</i>	1997-2003		2004-2007		2008-2011		2008-2012		1997-2011		1997-2012	
	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)
Female	-0.354*** (0.027)	-0.176*** (0.027)	-0.347*** (0.030)	-0.128*** (0.029)	-0.339*** (0.029)	-0.142*** (0.028)	-0.339*** (0.027)	-0.146*** (0.026)	-0.346*** (0.017)	-0.147*** (0.016)	-0.346*** (0.016)	-0.149*** (0.016)
Arab	-0.132** (0.061)	-0.008 (0.056)	-0.176*** (0.061)	-0.009 (0.055)	-0.325*** (0.064)	-0.167*** (0.058)	-0.335*** (0.060)	-0.174*** (0.054)	-0.204*** (0.036)	-0.059* (0.032)	-0.213*** (0.035)	-0.066** (0.032)
From periphery	-0.120*** (0.029)	-0.093*** (0.026)	-0.054* (0.031)	-0.036 (0.028)	-0.121*** (0.030)	-0.109*** (0.027)	-0.132*** (0.028)	-0.124*** (0.025)	-0.101*** (0.017)	-0.081*** (0.016)	-0.105*** (0.017)	-0.087*** (0.015)
Not married	-0.241*** (0.035)	-0.249*** (0.032)	-0.203*** (0.039)	-0.201*** (0.035)	-0.226*** (0.038)	-0.188*** (0.034)	-0.251*** (0.035)	-0.211*** (0.032)	-0.223*** (0.022)	-0.215*** (0.019)	-0.232*** (0.021)	-0.222*** (0.019)
Aged 25-44	-0.250*** (0.027)	-0.276*** (0.025)	-0.256*** (0.030)	-0.282*** (0.027)	-0.310*** (0.029)	-0.274*** (0.026)	-0.309*** (0.027)	-0.276*** (0.025)	-0.275*** (0.017)	-0.281*** (0.015)	-0.275*** (0.016)	-0.280*** (0.015)
Born in USSR	-0.271*** (0.038)	-0.203*** (0.035)	-0.166*** (0.045)	-0.139*** (0.040)	-0.130*** (0.042)	-0.129*** (0.038)	-0.133*** (0.041)	-0.127*** (0.037)	-0.195*** (0.024)	-0.157*** (0.022)	-0.194*** (0.024)	-0.156*** (0.022)
Yrs of education	-0.002 (0.003)	-0.001 (0.002)	0.022*** (0.005)	0.022*** (0.005)	0.023*** (0.005)	0.020*** (0.004)	0.016*** (0.004)	0.017*** (0.004)	0.007*** (0.002)	0.007*** (0.002)	0.007*** (0.002)	0.007*** (0.002)
Wkly wrkng hrs		0.018*** (0.001)		0.019*** (0.002)		0.024*** (0.002)		0.022*** (0.001)		0.020*** (0.001)		0.020*** (0.001)
Over 45 wkly wrkng hrs		0.136*** (0.033)		0.201*** (0.036)		0.094*** (0.035)		0.120*** (0.032)		0.143*** (0.020)		0.148*** (0.019)
_cons	9.851*** (0.070)	8.874*** (0.086)	9.558*** (0.096)	8.470*** (0.106)	9.468*** (0.092)	8.274*** (0.106)	9.593*** (0.086)	8.412*** (0.099)	9.662*** (0.062)	8.602*** (0.066)	9.680*** (0.062)	8.623*** (0.065)
N	1,781	1,770	1,577	1,574	1,617	1,602	1,857	1,840	4,975	4,946	5,215	5,184
Adjusted R2	0.184	0.328	0.154	0.333	0.198	0.363	0.195	0.357	0.175	0.337	0.175	0.337

לוח 19 : רגרסיית השכר של שכירים משכילים בענפי ההיי-טק (פאנל, שלוש תקופות), משתנה תלוי : הלוגריתם הטבעי של השכר הריאלי (מחירי 2014)

Dependent variable: <i>log(real sal. income)</i>	1997-2003		2004-2007		2008-2011		2008-2012		1997-2011		1997-2012	
	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)
Female	-0.347*** (0.027)	-0.238*** (0.026)	-0.406*** (0.026)	-0.287*** (0.025)	-0.393*** (0.025)	-0.277*** (0.024)	-0.399*** (0.023)	-0.275*** (0.022)	-0.384*** (0.015)	-0.269*** (0.014)	-0.387*** (0.015)	-0.269*** (0.014)
Arab	-0.496*** (0.190)	-0.412** (0.177)	-0.243* (0.143)	-0.252* (0.133)	-0.312** (0.131)	-0.242** (0.123)	-0.307** (0.128)	-0.235** (0.120)	-0.325*** (0.086)	-0.284*** (0.080)	-0.320*** (0.085)	-0.278*** (0.079)
From periphery	-0.166*** (0.027)	-0.148*** (0.025)	-0.182*** (0.025)	-0.163*** (0.024)	-0.170*** (0.024)	-0.157*** (0.023)	-0.179*** (0.023)	-0.164*** (0.021)	-0.174*** (0.015)	-0.156*** (0.014)	-0.177*** (0.014)	-0.159*** (0.013)
Not married	-0.255*** (0.030)	-0.207*** (0.028)	-0.257*** (0.029)	-0.206*** (0.027)	-0.312*** (0.027)	-0.260*** (0.026)	-0.299*** (0.026)	-0.247*** (0.024)	-0.276*** (0.017)	-0.226*** (0.016)	-0.272*** (0.016)	-0.223*** (0.015)
Aged 25-44	-0.088*** (0.027)	-0.086*** (0.025)	-0.093*** (0.027)	-0.102*** (0.025)	-0.156*** (0.025)	-0.139*** (0.024)	-0.162*** (0.023)	-0.148*** (0.022)	-0.114*** (0.015)	-0.111*** (0.014)	-0.119*** (0.015)	-0.116*** (0.014)
Born in USSR	-0.432*** (0.028)	-0.402*** (0.027)	-0.223*** (0.027)	-0.238*** (0.025)	-0.203*** (0.027)	-0.217*** (0.025)	-0.213*** (0.025)	-0.226*** (0.023)	-0.278*** (0.016)	-0.278*** (0.015)	-0.279*** (0.015)	-0.279*** (0.014)
Yrs of education	0.014*** (0.004)	0.010*** (0.004)	0.033*** (0.005)	0.030*** (0.004)	0.032*** (0.006)	0.028*** (0.005)	0.035*** (0.005)	0.030*** (0.005)	0.025*** (0.003)	0.021*** (0.003)	0.026*** (0.003)	0.022*** (0.002)
Wkly wrkng hrs		0.019*** (0.002)		0.015*** (0.002)		0.020*** (0.002)		0.019*** (0.001)		0.018*** (0.001)		0.018*** (0.001)
Over 45 wkly wrkng hrs		0.139*** (0.036)		0.314*** (0.036)		0.201*** (0.034)		0.226*** (0.032)		0.223*** (0.021)		0.232*** (0.020)
_cons	9.610*** (0.085)	8.592*** (0.101)	9.447*** (0.089)	8.491*** (0.103)	9.625*** (0.106)	8.545*** (0.116)	9.579*** (0.099)	8.518*** (0.108)	9.412*** (0.066)	8.400*** (0.071)	9.401*** (0.065)	8.391*** (0.070)
N	2,376	2,363	2,705	2,700	3,025	3,013	3,462	3,449	8,106	8,076	8,543	8,512
Adjusted R2	0.225	0.325	0.186	0.295	0.185	0.291	0.190	0.299	0.194	0.300	0.196	0.302

לוח 20 : רגרסיית השכר של המהנדסים (פאנל, שלוש תקופות), משתנה תלוי : הלוגריתם הטבעי של השכר הריאלי (מחירי 2014)

Dependent variable: <i>log(real sal. income)</i>	1997-2003		2004-2007		2008-2011		2008-2012		1997-2011		1997-2012	
	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)	(C1)	(C2)
Female	-0.370*** (0.032)	-0.277*** (0.032)	-0.405*** (0.033)	-0.281*** (0.033)	-0.317*** (0.029)	-0.224*** (0.029)	-0.331*** (0.027)	-0.238*** (0.027)	-0.359*** (0.018)	-0.256*** (0.018)	-0.362*** (0.018)	-0.260*** (0.017)
Arab	-0.463*** (0.082)	-0.383*** (0.079)	-0.455*** (0.092)	-0.421*** (0.087)	-0.499*** (0.077)	-0.423*** (0.074)	-0.500*** (0.072)	-0.435*** (0.069)	-0.477*** (0.048)	-0.409*** (0.046)	-0.479*** (0.047)	-0.415*** (0.045)
From periphery	-0.118*** (0.026)	-0.122*** (0.025)	-0.111*** (0.027)	-0.106*** (0.025)	-0.075*** (0.025)	-0.079*** (0.024)	-0.080*** (0.023)	-0.076*** (0.022)	-0.099*** (0.015)	-0.102*** (0.014)	-0.100*** (0.014)	-0.099*** (0.014)
Not married	-0.192*** (0.034)	-0.174*** (0.033)	-0.195*** (0.034)	-0.154*** (0.033)	-0.205*** (0.032)	-0.207*** (0.031)	-0.202*** (0.029)	-0.195*** (0.028)	-0.196*** (0.019)	-0.178*** (0.019)	-0.195*** (0.019)	-0.175*** (0.018)
Aged 25-44	-0.123*** (0.026)	-0.129*** (0.025)	-0.050* (0.027)	-0.072*** (0.026)	-0.098*** (0.025)	-0.104*** (0.025)	-0.114*** (0.023)	-0.122*** (0.023)	-0.093*** (0.015)	-0.103*** (0.015)	-0.099*** (0.015)	-0.110*** (0.014)
Born in USSR	-0.355*** (0.027)	-0.335*** (0.026)	-0.181*** (0.029)	-0.191*** (0.027)	-0.190*** (0.027)	-0.185*** (0.026)	-0.196*** (0.025)	-0.194*** (0.024)	-0.243*** (0.016)	-0.237*** (0.015)	-0.243*** (0.016)	-0.238*** (0.015)
Yrs of education	0.018*** (0.004)	0.018*** (0.004)	0.043*** (0.007)	0.043*** (0.006)	0.038*** (0.006)	0.035*** (0.006)	0.040*** (0.006)	0.034*** (0.005)	0.030*** (0.003)	0.029*** (0.003)	0.031*** (0.003)	0.029*** (0.003)
Wkly wrkng hrs		0.013*** (0.002)		0.016*** (0.002)		0.015*** (0.002)		0.014*** (0.002)		0.015*** (0.001)		0.014*** (0.001)
Over 45 wkly wrkng hrs		0.121*** (0.037)		0.145*** (0.039)		0.169*** (0.036)		0.182*** (0.033)		0.146*** (0.021)		0.152*** (0.021)
_cons	9.578*** (0.090)	8.826*** (0.114)	9.206*** (0.118)	8.303*** (0.134)	9.350*** (0.109)	8.547*** (0.130)	9.336*** (0.100)	8.591*** (0.117)	9.302*** (0.069)	8.456*** (0.079)	9.291*** (0.068)	8.464*** (0.077)
N	1,781	1,772	1,761	1,757	2,131	2,120	2,476	2,464	5,673	5,649	6,018	5,993
Adjusted R2	0.230	0.285	0.179	0.263	0.143	0.217	0.153	0.227	0.180	0.252	0.183	0.255

לוח 21: רגרסיית השכר של רופאים שכירים או רופאים שהינם שכירים וגם עצמאים* משתנה תלוי: הלוגריתם הטבעי של השכר הריאלי (מחירי 2014)

Dependent variable: <i>log(real sal. income)</i>	1997-2003		2004-2007		2008-2011		2008-2012		1997-2011		1997-2012	
	(C2)	(c1)	(C2)	(c1)	(C2)	(c1)	(C2)	(c1)	(C2)	(c1)	(C2)	(c1)
Female	-0.305*** (0.055)	-0.119** (0.055)	-0.563*** (0.063)	-0.269*** (0.062)	-0.460*** (0.055)	-0.219*** (0.055)	-0.448*** (0.051)	-0.203*** (0.050)	-0.445*** (0.033)	-0.209*** (0.033)	-0.441*** (0.032)	-0.205*** (0.032)
Arab	-0.096 (0.090)	-0.087 (0.085)	-0.182 (0.115)	-0.088 (0.103)	0.036 (0.101)	0.060 (0.093)	-0.041 (0.089)	-0.014 (0.081)	-0.071 (0.059)	-0.035 (0.054)	-0.091 (0.056)	-0.056 (0.051)
From periphery	0.137** (0.054)	0.100* (0.051)	-0.034 (0.063)	-0.043 (0.057)	-0.046 (0.056)	-0.010 (0.052)	-0.040 (0.052)	-0.008 (0.047)	0.021 (0.033)	0.017 (0.031)	0.020 (0.032)	0.016 (0.030)
Not married	-0.211*** (0.076)	-0.239*** (0.071)	-0.120 (0.078)	-0.144** (0.071)	-0.104 (0.066)	-0.110* (0.061)	-0.125** (0.061)	-0.103* (0.056)	-0.136*** (0.042)	-0.152*** (0.039)	-0.144*** (0.041)	-0.147*** (0.037)
Aged 25-44	-0.335*** (0.052)	-0.347*** (0.049)	-0.314*** (0.061)	-0.364*** (0.055)	-0.424*** (0.055)	-0.451*** (0.050)	-0.426*** (0.051)	-0.462*** (0.047)	-0.362*** (0.032)	-0.388*** (0.030)	-0.366*** (0.031)	-0.396*** (0.029)
Born in USSR	-0.026 (0.060)	-0.074 (0.057)	0.012 (0.072)	-0.049 (0.065)	0.222*** (0.062)	0.148** (0.057)	0.219*** (0.059)	0.136** (0.054)	0.076** (0.037)	0.012 (0.034)	0.081** (0.037)	0.013 (0.034)
Yrs of education	0.027** (0.011)	0.018* (0.010)	0.047*** (0.012)	0.026** (0.011)	0.037*** (0.011)	0.028*** (0.010)	0.034*** (0.010)	0.024*** (0.009)	0.037*** (0.006)	0.025*** (0.006)	0.036*** (0.006)	0.024*** (0.006)
Wkly wrkng hrs		0.011*** (0.002)		0.021*** (0.003)		0.020*** (0.002)		0.020*** (0.002)		0.017*** (0.001)		0.018*** (0.001)
Over 45 wkly wrkng hrs		0.198*** (0.073)		0.054 (0.080)		-0.028 (0.073)		-0.025 (0.067)		0.074* (0.043)		0.070* (0.042)
_cons	9.390*** (0.243)	8.834*** (0.242)	9.073*** (0.256)	8.467*** (0.239)	9.197*** (0.235)	8.400*** (0.231)	9.258*** (0.214)	8.446*** (0.210)	9.263*** (0.157)	8.520*** (0.152)	9.289*** (0.152)	8.532*** (0.147)
dummy for years	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
N	629	624	595	589	681	676	788	776	1,905	1,889	2,012	1,989
Adjusted R2	0.159	0.271	0.218	0.376	0.244	0.365	0.242	0.375	0.207	0.338	0.208	0.342

לוח 22: רגרסיית השכר של רופאים (פאנל, 1997-2012) עם התמקדות בתכונה "אישה". משתנה תלוי: הלוגריתם הטבעי של השכר הריאלי (מחירי 2014)

Dep. Variable: <i>log</i> (Real Salaried income)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Female	-0.413*** (0.000)	-0.187*** (0.000)	-0.265*** (0.000)	-0.401*** (0.000)	-0.168*** (0.000)	-0.247*** (0.000)	-0.276*** (0.000)	-0.212*** (0.000)	-0.357*** (0.000)
Years of education	0.038*** (0.000)	0.026*** (0.000)	0.031*** (0.000)	0.030*** (0.000)	0.017*** (0.009)	0.022*** (0.001)	0.026*** (0.000)	0.026*** (0.000)	0.031*** (0.000)
Periphery resident	0.045 (0.212)	0.044 (0.176)	0.042 (0.226)	0.026 (0.466)	0.023 (0.467)	0.020 (0.547)	0.044 (0.183)	0.044 (0.183)	0.041 (0.228)
Not married	-0.154*** (0.000)	-0.166*** (0.000)	-0.168*** (0.000)	-0.117*** (0.007)	-0.126*** (0.001)	-0.128*** (0.002)	-0.159*** (0.000)	-0.248*** (0.000)	-0.172*** (0.000)
Arab	-0.115* (0.066)	-0.064 (0.258)	-0.099* (0.095)	-0.044 (0.472)	0.015 (0.782)	-0.022 (0.704)	-0.058 (0.305)	-0.060 (0.291)	-0.106* (0.073)
Aged 25-44	-0.365*** (0.000)	-0.409*** (0.000)	-0.404*** (0.000)				-0.499*** (0.000)	-0.405*** (0.000)	-0.399*** (0.000)
Age				0.095*** (0.000)	0.105*** (0.000)	0.105*** (0.000)			
Squared age				-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)			
Weekly Working Hours	0.020*** (0.000)				0.020*** (0.000)		0.020*** (0.000)	0.020*** (0.000)	
Over 45 Weekly Wrk. Hours			0.458*** (0.000)			0.476*** (0.000)			0.366*** (0.000)
Young*Female							0.175*** (0.005)		
Single*Female								0.134* (0.099)	
Workload*Female									0.171** (0.013)
_cons	9.245*** (0.000)	8.403*** (0.000)	9.012*** (0.000)	6.672*** (0.000)	5.533*** (0.000)	6.171*** (0.000)	8.440*** (0.000)	8.425*** (0.000)	9.071*** (0.000)
Dummy for years	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes
Number of observations	1,557	1,557	1,546	1,557	1,557	1,546	1,557	1,557	1,546
Adjusted R2	0.199	0.343	0.283	0.236	0.387	0.326	0.346	0.344	0.285

note: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1; p-value in parenthesis

פרשנות: התכונה "אישה" מתואמת עם ירידה של 40-41% בשכר מעבודה שכירה – אך רק כל זמן שמשתנה שעות העבודה אינו מופקח. כאשר משתנה זה נלקח בחשבון פער השכר לרעת הנשים יורד ל-17-19%. מעבר זה – בין מודל 1 ל-2 ובין 4 ל-5 דומה למעבר מבחינת השכר החודשי לבחינה של השכר השעתי; או לשינוי של המשתנה התלוי באופן דומה.

פיקוח על המשתנה הבינארי "עומס עבודה", מבלי לפקח על המשתנה הרציף של שעות העבודה מוריד גם כן את פער השכר אך במידה מועטה יותר, ל-25-26% (ר' מודלים 3 ו-6). הסיבה לכך היא שרוב הרופאות אינן עוברות את סף 45 השעות השבועיות – וודאי בהשוואה לרופאים הגברים – כך שמשתנה זה אינו "לוכד" את מרבית ההבדל בין גברים לנשים, מה גם שבאופן כללי יותר משתנה זה בהיותו בינארי אינו רגיש דיו לצורך מיון קבוצת הרופאים בהקשר הנבחן (המגדרי).

הכנסת משתני אינטראקציה לרגרסיה מאפשרת לזהות את אפקט השכר לגבי מספר קבוצות-משנה בקרב הרופאות. פער השכר של רופאה צעירה עומד על 40%, כלפי רופאה מבוגרת, ועל 60%, כלפי רופא מבוגר. שני הממצאים עקביים ודומים למתואר בסטטיסטיקה התיאורית המובאת בתרשים 14: יחס השכר הממוצע בין מבוגרות לצעירות, בחתך החודשי ובחתך השעתי, הוא לפי התרשים כ-1.4, כלומר פער של 40%. בנוסף לכך, היחס בין מבוגרים למבוגרות, בחתך השעתי, הוא בממוצע כ-1.2. ומכאן שמעבר מרופאות צעירות למבוגרים מתקבל יחס של 60% (0.2+0.4). מכאן, שהפיקוח על התכונות הנוספות במסגרת הרגרסיה אינו מוסיף מידע רב על המובא בתרשים האמור שבו ניתנת התייחסות לתכונות מין, שעות-עבודה וגיל. משמעות הדבר היא ששאר התכונות והמאפיינים כפי שכבר הוצע לעיל אינן בעלות משמעות רבה לגבי הסבר שונות השכר בקרב הרופאים.

עוד ניתן להסיק מתוצאות מודל זה שככל ששיעור הצעירים בקבוצה גבוה יותר כך הפרמיה לתכונה "אישה" היא שלילית פחות, שכן פער השכר בין נשים לגברים גדול ביותר בקבוצת הגיל המבוגרת (ר' למשל תרשים 14). ממצא זה עקבי עם התהליכים שתוארו במהלך העבודה: הזדקנות הרופאים, באופן כללי (ותחת הנחה של קצב הזדקנות דומה בקרב גברים ונשים, הנחה שקרובה מאוד למציאות), פעלה "בממוצע" לרעת [מצבן היחסי של] הרופאות: רבות יותר מהן התמודדו עתה מול הגברים בזירה המבוגרת שבה יתרון הגברים בשכר היה ניכר יותר. העובדה שהגידול בשיעור הנשים היה רב יותר בקבוצת הגיל הצעירה, בהשוואה לגידול בשיעורן בכלל הגילאים, העצימה באופן נוסף את נחיתות הרופאות בחתך השכר אל מול הרופאים.

בדומה לכך, אישה שאינה נשואה מאופיינת בפער שכר של 12% כלפי אישה נשואה, ובפער של 33% כלפי גבר נשוי, אך רק 8% כלפי גבר שאינו נשוי. כאמור, התכונה "נשואה" מהווה לכאורה קירוב לחיתוך גילאי אך לא סביב גיל 44 אלא סביב הגיל הממוצע בנשואין (כ-30). לפיכך, לו היה נעשה שימוש בתכונה זו ניתן היה לצפות לפערים חזקים יותר בין הקבוצות מאשר אלו שתוארו קודם בהצטלבות של מין וקבוצת גיל. ואולם, כיוון שהמשתנה שבו נעשה שימוש היה "אינו-נשואה", והוא מאחד את הרווקים (צעירים) עם האלמנים והגרשים (שהם המבוגרים ביותר) האפקטים הנמדדים הם דווקא מתונים יותר.

לוח 23 : רגרסיית השכר של רופאים (פאנל, 1997-2012) עם התמקדות בתכונה "ערבי"
משתנה תלוי: הלוגריתם הטבעי של השכר הריאלי (מחירי 2014)

Dep. Variable: $\log$ (Real Salaried income)					
Model	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Arab	0.009 (0.876)	0.082 (0.127)	0.015 (0.787)	0.088 (0.104)	0.021 (0.708)
Years of education	0.029*** (0.000)	0.019*** (0.003)	0.017*** (0.008)	0.019*** (0.003)	0.017*** (0.008)
Periphery resident	0.039 (0.235)	0.018 (0.579)	0.021 (0.510)	0.017 (0.592)	0.020 (0.522)
Not married	-0.195*** (0.000)	-0.151*** (0.000)	-0.130*** (0.001)	-0.150*** (0.000)	-0.129*** (0.001)
Weekly Working Hours	0.020*** (0.000)	0.020*** (0.000)	0.018*** (0.000)	0.020*** (0.000)	0.018*** (0.000)
Over 45 Weekly Working Hours	0.087* (0.060)	0.100** (0.024)	0.085* (0.055)	0.100** (0.024)	0.085* (0.054)
Age		0.107*** (0.000)	0.107*** (0.000)	0.112*** (0.000)	0.111*** (0.000)
Squared Age		-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)
Aged 25-44	-0.433*** (0.000)			0.067 (0.263)	0.070 (0.236)
Female			-0.160*** (0.000)		-0.161*** (0.000)
_cons	8.203*** (0.000)	5.293*** (0.000)	5.530*** (0.000)	5.098*** (0.000)	5.324*** (0.000)
Dummy for years	yes	Yes	yes	yes	yes
N	1,546	1,546	1,546	1,546	1,546
Adjusted R2	0.334	0.381	0.389	0.381	0.389

note: *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$; p-value in parenthesis

פרשנות: יתרונם של הרופאים הערבים בשכר – העומד על 8-9%, לפי מודלים (2) ו-(4) (שבהם המובהקות של אומד התכונה "ערבי" הינה גבולית וערך ה-p קרוב ל-0.1) – קיים רק כשמשתנה המין לא מופקח. משעה שהמין מופקח, כפי שהדבר נעשה במודלים (3) ו-(5), יתרון זה נעלם: האומד לתכונה "ערבי" אינו מובהק.

הסיבה לדבר היא, כפי שהוצע במסגרת העבודה, ששיעור הנשים בקרב הרופאים הערבים נמוך משמעותית משיעורן בקרב הרופאים היהודים. משום-כך, אם הנשים בממוצע משתכרות פחות מגברים הן מורידות את השכר בקרב הקבוצה היהודית באופן משמעותי יותר יחסית להשפעה המקבילה בקבוצה הערבית. גם מן התוצאות של מודלים אלו משתקף אפוא השוויון בין ערבים ליהודים בקרב קבוצת הרופאים.

עוד עולה מן הלוח כי ב"מעבר" ממודל (2) למודל (4) – שבשניהם אין המין מופקח – מתחזקת במעט הפרמיה לתכונה "ערבי", שכן במודל (4) מופקחת ההשתייכות לקבוצת-גיל שלא כמו במודל (2). הסיבה לכך היא כנראה שהרופאים הערבים הם ככלל צעירים יותר מהרופאים היהודים. משום-כך, כאשר מופקחת ההשתייכות לקבוצת הגיל הצעירה ללא פיקוח על משתנה המין מתחדד היתרון של הרופאים הערבים. כלומר, כאשר לא נצפית העובדה ששיעור גבוה יותר מהם גברים אך כן נצפית העובדה ששיעור גבוה יותר מהם צעירים, מתחדד היתרון שלהם בהשוואה לרופאים היהודים (כלומר, נחלש היתרון בשכר של הרופאים היהודים המיוחס לעובדה שהם מבוגרים יותר בהשוואה לרופאים הערבים).

תכונת ההשתייכות לקבוצת הגיל הצעירה כשלעצמה מתואמת עם ירידה בשכר של 43% - כפי שהדבר משתקף במודל (1) שבו משתנה המין ומשתנה הגיל כמשתנה רציף אינם מופקחים. במודל זה האומד לתכונה "ערבי" אינו מובהק, כנראה משום קיזוזים הדדיים של תכונות, הנובעים מאי-פיקוח על משתנה המין.