

### 3. שכר הרופאים – תמונת אמת (תגובה)

#### 3.1. כללי

קודם להתייחסותנו הספציפית לעמדות מדינת ישראל ושירותי בריאות כללית [להלן: "עמדת המעסיקים", "עמדת המדינה", "עמדת הכללית" לפי ההקשר] בבוררות, נבקש להדגיש בפתח דברינו שתי נקודות עיקריות ומרכזיות.

ראשית, במסגרת הדיון בתוספת השכר הריאלית הנדרשת והראויה לרופא, יש לוודא שיינתן תחילה הפיצוי הראוי לרופאים בגין השחיקה האינפלציונית, וזאת בטרם הדיון בנוגע לתוספת השכר הריאלית. הרינו להזכיר כי מהמועד שבגינו בוצע עדכון השכר האחרון (1.7.1998) נשחק שכרו של הרופא בכ- 16%. חישוב דומה משנת 1994 אף יחריף שחיקה זו. מכאן שנדרשת תוספת שכר של 16% רק כדי לשמר את שכרו הריאלי של הרופא מהמועד שבגינו בוצע עדכון השכר האחרון<sup>3</sup>.

במסגרת זו נזכיר כי אפילו המדינה בטיעוניה<sup>4</sup> מבהירה כי מדיניות השכר של הממשלה - "הינה שמירה על שכרם הריאלי של העובדים".

שנית, נבקש אף להתייחס, בקליפת אגוז, לטענתה של המדינה לפיה, שכר הרופאים עלה משמעותית בשנים האחרונות. הלכה למעשה, בענפים אחרים במגזר הציבורי השכר ברוטו עלה משנת 1997 בשיעור כפול מזה של הרופאים! כך לדוגמא, שכרם של עובדי המחקר עלה בשיעור 45% (נומינלית) ושל שכירים במגזר ענף החשמל והמים בשיעור 64% (נומינלית). זאת לעומת עליית שכרו של הרופא בשיעור של 15.64% (נומינלית) בלבד משנת 1997<sup>5</sup>.

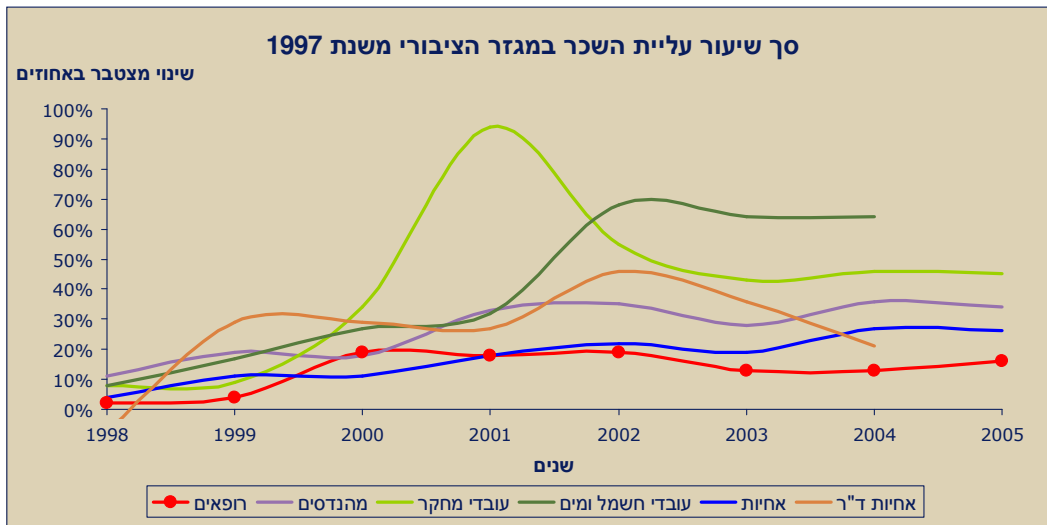
הגרף להלן ממחיש את שיעורי עליית שכרו של הרופא ביחס לענפים אחרים במגזר הציבורי משנת 1997.

---

<sup>3</sup> חישוב פרטני ראה עמדת הר"י הקודמת, חלק ב – נספח 9.18

<sup>4</sup> נייר עמדת מדינת ישראל, סעיף 219

<sup>5</sup> מקור: דוח הממונה על השכר ודוח בנק ישראל. נתונים מפורטים ראה נספח א'.



### 3.2. תמונת מצב - אוכלוסיית הרופאים

בראש ובראשונה, יש לדעת את העובדות הבאות:

- כ - 50% מאוכלוסיית הרופאים מצויה בדרגה 5 ומטה (חציון ראשון).
- יובהר כי, מרביתם מעל גיל 38<sup>6</sup>.
- השכר הקבוע<sup>7</sup> בממוצע של החציון הראשון הוא בסך 8,500 ₪, ויחד עם עבודה נוספת<sup>8</sup> הינו 14,500 ₪ בלבד.
- כ - 80% מכלל אוכלוסיית הרופאים אינם עוסקים בתפקידי ניהול<sup>9</sup>.
- השכר הקבוע בממוצע של רופאים אלה הינו בסך 9,100 ₪ בלבד ויחד עם עבודה נוספת עומד על סך 15,800 ₪ בלבד.
- שיעור הרופאים בדרגות 10 ומעלה הינו כ- 3% מאוכלוסיית הרופאים, ועל כן ההתייחסות לאוכלוסיה זו צריכה להיות בהתאם.

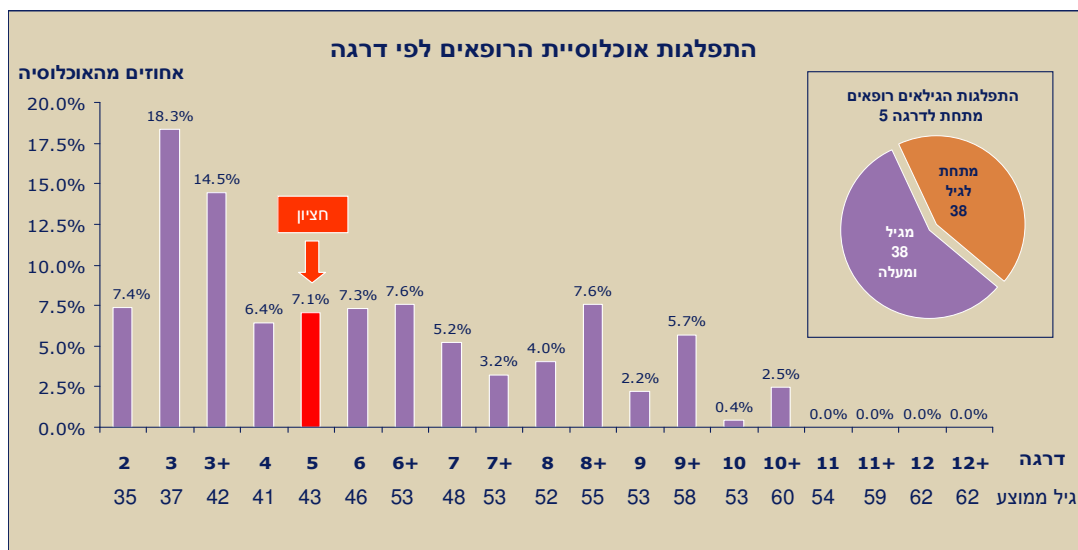
<sup>6</sup> ראה גם עמדת הר"י הקודמת בטבלה 2.4 בעמ' 45

<sup>7</sup> "שכר קבוע" = שכר משולב + תוספות קבועות (שאינן תלויות בשעות עבודה/כוננות/תורנות)

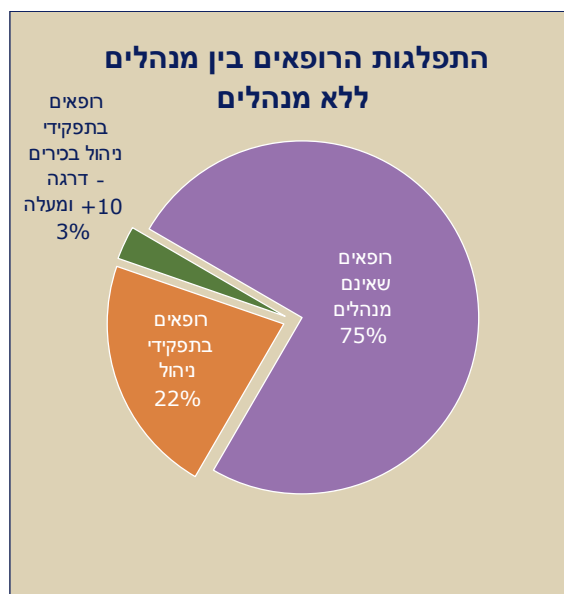
<sup>8</sup> "עבודה נוספת" = שעות עבודה שמעבר למשרה מלאה עפ"י הגדרתה הנורמטיבית במשק – בשעות תורנות ו/או כוננות או תפוקות גבוהות בקהילה. על שעות אלה ניתן תגמול נפרד בהתאם לכמותן.

<sup>9</sup> דוגמאות לתפקידים ניהוליים: מנהל יחידה, סגן / מנהל מחלקה, מנהל מחוז, סגן / מנהל בית חולים קטן או גדול

לשם הנוחות, האמור לעיל מובא בצורת גרף להלן:



כאמור בטענתנו בנושא התפתחות הרופא<sup>10</sup>, ניתן להסיק מפירוט הגילאים בגרף לעיל את "חסם" ההתקדמות בדרגה +6 (בשל הצורך להתמנות לתפקיד ניהולי או לבצע התמחות נוספת כדי לעבור לדרגה 7 ואילך).



<sup>10</sup> ר' סעיף 3.4.4 להלן

### 3.3 חלוקת אוכלוסיית הרופאים לקטגוריות

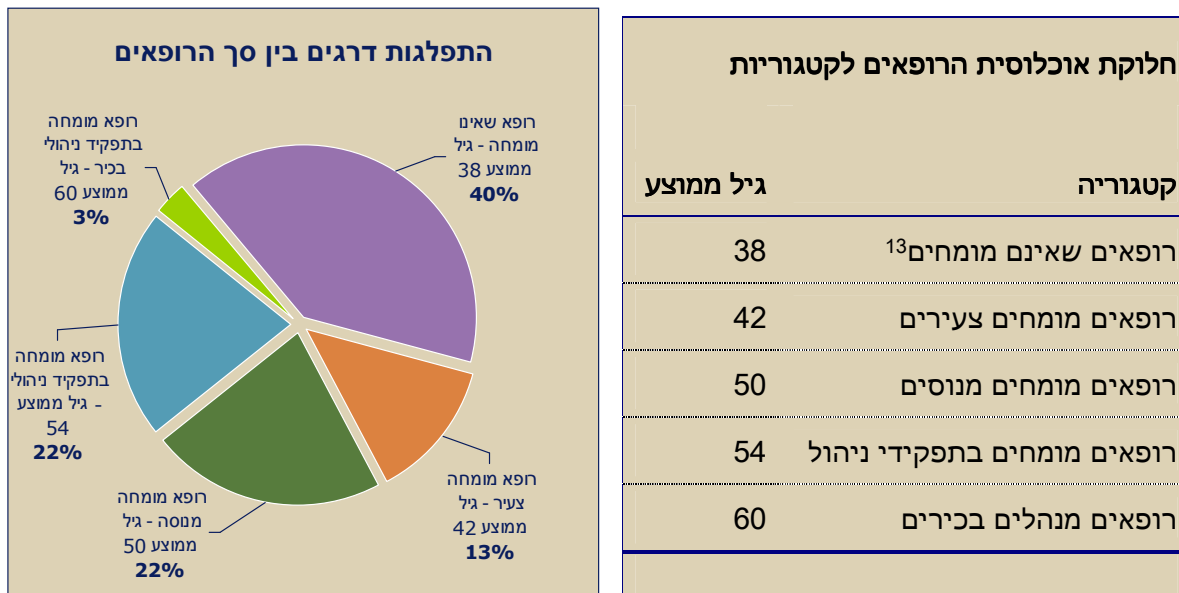
מצאנו לנכון להתעכב ולהציג את הדרך הנאותה לפילוח אוכלוסיית הרופאים לקטגוריות. אנו נתבסס בהמשך עמדתנו על חלוקה זו.

בעמדת המעסיקים<sup>11</sup>, מוצג פילוח של שכר הרופאים על פי שלוש קטגוריות, אשר אינן משקפות נכונה את החלוקה האמיתית לקטגוריות של אוכלוסיית הרופאים. הפילוח המוצג על ידי המעסיקים עלול להטעות את הקורא בהתעלמו ממספר עובדות כפי שיפורט להלן;

המדינה טוענת כי כלל אוכלוסיית הרופאים נחלקת לשלוש קטגוריות באופן הבא:

- א. רופאים מתמחים.
- ב. רופאים מומחים – רופאים בדרגות 4 עד 6+<sup>12</sup>.
- ג. רופאים בכירים – רופאים בכירים בדרגות 7 עד 12+.

במסמך זה נציג חלוקה המשקפת את מסלול ההתפתחות הריאלי של הרופא, התואמת את התפלגות הקטגוריות המקצועיות הרלוונטיות בקרב אוכלוסיית הרופאים:



<sup>11</sup> ר' עמ' 28 לעמדת המדינה, עמ' 39 לעמדת הכללית.

<sup>12</sup> ר' עמ' 29 לעמדת המדינה.

<sup>13</sup> להלן – "רופאים שאינם מומחים" או "רופאים מתמחים". אוכלוסיה זו כוללת רופאים מתמחים ורופאים שאינם מומחים ואינם מתמחים (דרגות 2 עד 3+).

### 3.3.1. קטגוריית רופאים מומחים

המעסיקים מבצעים בעמדתם קיבוץ של קטגוריות תחת השם "רופאים מומחים". ואולם, קטגוריה זו מורכבת בפועל משלוש קטגוריות השונות בתחומי אחריותן ובמהותן המקצועי. שלוש קטגוריות אלה הינן: **"רופאים מומחים צעירים"**, **"רופאים מומחים מנוסים בתפקיד לא ניהולי"** ו**"רופאים מומחים בתפקידי ניהול"**.

המעסיקים מתעלמים מחלוקה זו, ומכלילים את הקטגוריה "רופאים מומחים בתפקידי ניהול" בקטגוריית "רופאים בכירים" – שאליה מיוחסים בדרך כלל רופאים בעמדות ניהוליות בכירות (מנהלי בתי חולים, מנהלי מחוז וכיו"ב). חלוקה באופן שביצעו המעסיקים מציגה תמונת מצב שגויה ומטעה, לפיה 1/3 מאוכלוסיית הרופאים הינם רופאים בכירים הזכאים לשכר ברמה הגבוהה ביותר<sup>14</sup>.

### 3.3.2. קטגוריית רופאים בכירים

כאמור, אופן החלוקה לקטגוריות בו בחרו המעסיקים, המצרף רופאים מומחים לקטגוריית הרופאים הבכירים יוצר **מצג מטעה לפיו כל קטגוריה כמעט זהה בגודלה לרעותה**. כך למשל, המדינה טוענת כי משקלה של קטגוריית בכירים (המורכבת כאמור, לטענת המעסיקים, מרופאים בדרגות +7 עד +12) הינה כ 36% מכלל אוכלוסיית הרופאים<sup>15</sup>. בפועל, **ישנם למעלה מ-2,000 רופאים בבתי החולים<sup>16</sup> של המדינה ושל הכללית ואלפי רופאי קהילה המשובצים בדרגות 7 עד +10 אשר אינם מנהלים, ואינם זכאים לשכרם של רופאים מנהלים בכירים**.

על כן, על מנת לקבל תמונת מצב נכונה, אין לכלול רופאים שאינם מנהלים תחת קטגוריית המנהלים הבכירים. רופאים אלו נמנים על קטגוריית "מומחים בתפקיד לא ניהולי", והניתוח המובא במסמך זה יעשה באופן תואם.

נבקש להדגיש, כי קטגוריית רופאים מנהלים בכירים, המזכה את הרופאים הנמנים עליה ברמות השכר הגבוהות ביותר, מהווה **3 אחוזים בלבד מכלל אוכלוסיית הרופאים**. היקף אוכלוסיה זו אינו קרוב להיקף קטגוריות ה"מומחים" ו/או ה"מתמחים", כפי שניתן להבין מן הגרף אשר מוצג על ידי המדינה<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> עמ' 28 לעמדת המדינה.

<sup>15</sup> עמ' 28 לעמדת המדינה.

<sup>16</sup> לאוכלוסיה זו יש להוסיף את הרופאים בקהילה בדרגות אלה שאינם מנהלים.

<sup>17</sup> עמ' 28 לטענת המדינה.

בהתאם לניתוח זה, עמדת המדינה לפיה אחוז הרופאים בדרג הניהולי הבכיר הינו הגבוה ביותר בשירות המדינה<sup>18</sup> אינה תואמת את תמונת המצב האמיתית.

כתוצאה השכר הממוצע שמוצג על ידי המדינה לכל קטגוריה כמפורט להלן מטעה:

רופא מתמחה - 14,940 ש"ח - 31% מהאוכלוסייה.  
רופא מומחה - 18,970 ש"ח - 33% מהאוכלוסייה.  
רופא בכיר - 28,166 ש"ח - 36% מהאוכלוסייה.

---

<sup>18</sup> עמ' 83 לעמדת המדינה.

## תמונת המצב האמיתית

סך השכר (כולל עבודה נוספת) בכל אחת מהקטגוריות של רופאי המדינה:

### רופא שאינו מומחה –

מרכיב השכר הקבוע – 7,907 ₪

שכר כולל (ממוצע) ברוטו 13,266 ₪

שיעור באוכלוסיה - 40%

גיל ממוצע - 38

### רופא מומחה צעיר שאינו מנהל –

מרכיב השכר הקבוע – 9,563 ₪

שכר כולל (ממוצע) ברוטו 16,295 ₪

שיעור באוכלוסיה - 13%

גיל ממוצע - 42

### רופא מומחה מנוסה שאינו מנהל –

מרכיב השכר הקבוע – 10,555 ₪

שכר כולל (ממוצע) ברוטו 18,718 ₪

שיעור באוכלוסיה - 22%

גיל ממוצע - 50

### רופא מומחה בתפקיד ניהול –

מרכיב השכר הקבוע – 11,572 ₪

שכר כולל (ממוצע) ברוטו 25,458 ₪

שיעור באוכלוסיה - 22%

גיל ממוצע - 54

### רופא מומחה בתפקיד ניהול בכיר –

מרכיב השכר הקבוע – 14,347 ₪

שכר כולל (ממוצע) ברוטו 35,156 ₪

שיעור באוכלוסיה - 3%

גיל ממוצע - 60

### 3.4. שכר הרופאים

#### 3.4.1. שחיקת השכר

כפי שנטען בראשית הדברים, שכר הרופאים נשחק ריאליית מאז המועד בגינו בוצע עדכון השכר האחרון (1.7.98) בכ- 16%. גם ביחס לעליית השכר בענפים אחרים במגזר הציבורי נשחק שכר הרופאים משמעותית. אי לכך, בשלב ראשון, אוכלוסיית הרופאים זכאית להעלאת שכר בגין השחיקה האינפלציונית בסך 16%, כדי ששכרם הריאלי של הרופאים לא יפגע מהמועד בגינו בוצע עדכון השכר האחרון.

#### 3.4.2. רמת השכר הנוכחית של אוכלוסיית הרופאים

אנו מבקשים לשוב ולהדגיש את ההבדל האקוטי הקיים בין השכר הקבוע לבין השכר בגין עבודה נוספת. שכר קבוע כולל הן את השכר המשולב והן את התוספות הקבועות, אשר ניתן לרופא בגין עבודה במשרה מלאה. שכר בגין עבודה נוספת, הינו שכר שניתן לרופא בית-חולים בגין תורנויות וכוננויות שמתבצעות בכל יום ובכל שעה, בין אם בלילות, בימי שישי, שבתות ובחגים, מעבר לשעות המשרה המלאה, ולרופא הקהילה, בגין תפוקה מוגברת מידי יום (ביקורי בית, נפשות נוספות וכו'). מרכיב משרה זה הינו משתנה בהתאם לנסיבות, ואינו מבטיח הכנסה קבועה<sup>19</sup>. אי לכך, יש להפריד בין השכר שהרופאים מקבלים עבור משרתם הרגילה (דהיינו, השכר הקבוע) לבין השכר אשר הרופאים מקבלים עבור עבודה נוספת שהרופא מבצע בתום משרתו המלאה.

יש לציין כי בעת היעדרות בגין מחלה, השתלמות, או חופשה זכאי הרופא לשכר הקבוע בלבד.

כך, השכר הממוצע בגין משרה מלאה של 70% מאוכלוסיית הרופאים הינו נמוך מ- 12,000 ₪. יתר ההשתכרות מותנית בעבודה נוספת: תורנויות וכוננויות בלילות, בימי שישי, שבתות וחגים בבתי החולים ועבודה נוספת בקהילה.

---

<sup>19</sup> יצוין כי בקהילה מרכיב ה"עבודה הנוספת" הינו תלוי מעסיק.

## ניתוח על פי גיל –

רופא מומחה בדרגה 8 שגילו הממוצע הוא 52 – זכאי לשכר קבוע, בממוצע, בסך 11,229 ₪

גם אם נבחן את כלל השכר (כולל עבודה נוספת), שכרו של הרופא מתפתח בקצב איטי, ונבלם ברמה נמוכה.

בהתאם נבצע ניתוח על פי וותק –

שכרו ברוטו (כולל עבודה נוספת) של רופא מומחה בעל 20 שנות וותק הינו כ – 18,000 ₪.

### 3.4.3. שכר הרופא במונחי משרה שווה לשכר הממוצע במשק

נבקש להראות כי שכר 38% מהרופאים, במונחי משרה, הינו קרוב בגובהו לשכר הממוצע במשק ומצוי אך ורק בעשירון השמיני להכנסה לנפש<sup>20</sup>.

כאמור, חלק משמעותי ביותר מעבודתו של הרופא נעשה מעבר לשעות משרתו הבסיסית בשעות "תורנות" ו/או "כוננות"<sup>21</sup> (להלן – "עבודה נוספת") או בתוספת תפוקות בקהילה.

עבודתו של הרופא ללא עבודה נוספת (העבודה קבועה) הינה משרה נורמטיבית (במונחי המשק 186 שעות עבודה חודשיות). ביקשנו לבחון את שכרו של הרופא במונחי משרה. בשלב ראשון ביצענו אמידה של היקף משרתו של הרופא – לדוגמא, רופא מתמחה מבצע 1.55 משרות בחודש. לאחר מכן בחנו את שכרו הממוצע של הרופא במונחי משרה אחת. מהחישוב עולה כי מתמחים משתכרים בסך כ – 8,600 ₪ למשרה בחודש (בקירוב לשכר הממוצע

<sup>20</sup> בהתאם לעשירוני ההכנסה לנפש במדינת ישראל – למ"ס

<sup>21</sup> עפ"י חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 36/06 (ר' נספח ב') אחריות הרופא הכונן היא כלהלן:

- א. "הרופא הכונן הוא המוסמך והאחראי על הפעילות הרפואית במחלקה בה הוא כונן. הוא מהווה את הסמכות המחליטה הבכירה לקורה במחלקה"
- ב. על הרופא הכונן, מיוזמתו, להתעדכן במצב המאושפזים והמטופלים במחלקות שבתחום אחריותו, לפני התחלת הכוננות ובמהלכה.... עליו לערוך ביקור במחלקה במהלך הכוננות, פעם אחת לפחות"
- ג. על הרופא הכונן להיות זמין במהלך הכוננות, לבצע או להשגיח על ביצוע פעולות רפואיות דחופות"

במשק) ואילו מומחה שאינו מנהל משתכר במונחי משרה בסך של כ - 15,500 ₪ בלבד. ברצוננו להזכיר כי מדובר ברופאים אשר מרביתם מעל לגיל 22.38

הטבלה שלהלן מפרטת את ממוצע שעות המשרה הקבועה והעבודה הנוספת שמבצע הרופא:

ממוצע שעות משרה קבועה ועבודה נוספת, וגילום שכר למשרה יחידה						
קטגוריה	שיעור באוכלוסיה	ממוצע שעות משרה קבועה <sup>23</sup>	ממוצע שעות משרה נוספת	סך משרות שמבצע הרופא	שכר כולל (ברוטו) ממוצע למשרה יחידה	עשירון הכנסה מתאים
מתמחה	40%	186.0	102	1.6	8,620	8.0
מומחה צעיר	13%	186.0	71	1.4	12,522	9.0
מומחה מנוסה	22%	186.0	24	1.1	17,906	10.0

מהנתונים המופיעים לעיל עולה כי הרופאים מבצעים בממוצע 1.35 משרות – כלומר 35% מעבר למשרה הנורמטיבית הבסיסית בת 186 השעות.

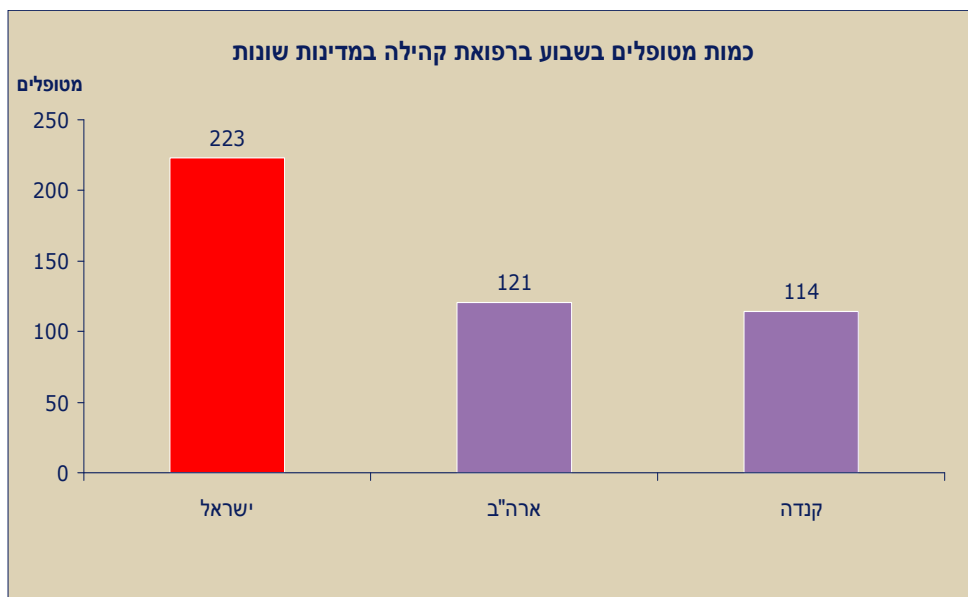
**ברצוננו להזכיר כי 50% מכלל הרופאים מצויים עד דרגה 5 (מרביתם מעל גיל 38). שכרם החודשי הממוצע ברוטו במונחי משרה עומד של סך של 9,500 ₪ בלבד.**

<sup>22</sup> משרתו הבסיסית של הרופא הינה משרה נורמטיבית לכל דבר ועניין ועל כן יש להשוותה לתנאי העבודה הנורמטיביים המקובלים במשק הישראלי. בגין עבודה זו זכאי הרופא לשכרו הקבוע (שכר משולב ותוספות קבועות). לעניין זה, נכון יהיה להצמיד את כמות שעות העבודה המצופה מהרופא במסגרת משרתו הבסיסית לכ-186 שעות עבודה חודשיות, המהוות את הנורמה במשק הישראלי בקירוב. תורנות בת 16 שעות תורגמה ל - 18.2 שעות עבודה (משרת לילה אחת שווה ל - 7 שעות עבודה) וכוננות בת 16 שעות עבודה תורגמה ל - 4.5 שעות משרה בלבד (בהסכם הקיבוצי נקבע כי לאחר 4.5 שעות עבודה במהלך כוננות זכאי הרופא לתגמול נוסף. קרי, כוננות שוות ערך ל-4.5 שעות). **יחדש כי, לטובת חישוב זה כוננות על וכוננות מנהל וסגן מנהל בית חולים לא נלקחו בחשבון במסגרת חישוב היקף המשרה הנוספת.**

<sup>23</sup> משרתו המלאה של הרופא עומדת על 200 שעות חודשיות, אולם על מנת לחשב את היקף משרתו הנורמטיבית במונחי המשק של הרופא התבססנו של 186 שעות חודשיות מטעמי שמרנות והשוואתיות.

בניתוח שלהלן התייחסנו לרופאי בתי החולים ועבודתם הנוספת בלבד, ולא השתמשנו בנתוני התפוקה ברפואת הקהילה מטעמי שמרנות. אילו היה מבוצע חישוב דומה לרופאי הקהילה בהסתמך על "תפוקות" בצורת כמות חולים לרופא (להלן – "תפוקה"), היינו מגיעים לסך של כ-2 משרות לרופא בקהילה.

התרשים שלהלן מתאר את הפער בין כמות החולים בהם מטפל רופא בשבוע ("תפוקה") במדינות שונות<sup>24</sup>:



### 3.4.4. מסלול התקדמות הרופא

הרופא מתחיל את דרכו במקצוע הרפואה לאחר סיום לימודיו האקדמיים ונכנס למעגל העבודה בשנות השלושים לחייו. מסלולו המקצועי מתחיל בתקופת ההתמחות שאורכה הממוצע הוא כ-4 עד 6 שנים, בסיום תקופה זו יתחיל הרופא את תקופת תת-ההתמחות וההתמקצעות שאורכה עוד 4 עד 5 שנים בממוצע.

בתרשים המובא להלן מתואר מסלול ההתקדמות הפוטנציאלי לרופא הממוצע:

24 מקור: הרפואה - רופאים ראשוניים בישראל השוואה לארצות אירופה 1998, National Physician Survey, 2004, College of Family Physicians of Canada (CFPC), Canadian Medical Association (CMA), Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC), American Academy of Family Physicians, Practice Profile I Survey, May 2005

	30	35	40	45	50	55	60	65
<b>מתמחה</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מתמחה (ורופא שאינו מומחה ואינו מתמחה) -</li> <li>דרגות 2,3+</li> <li>40% מהאוכלוסיה</li> <li>שכר ממוצע למשרה יחידה כ- 8,600 ₪</li> <li>שכר קבוע ממוצע כ- 7,900 ₪</li> <li>שכר ממוצע כולל כ- 13,200 ₪</li> <li>גיל חציוני 37</li> </ul>							
<b>מומחה צעיר</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מומחה צעיר (אינו בתפקיד ניהולי)-</li> <li>דרגות 4,5</li> <li>13% מהאוכלוסיה</li> <li>שכר ממוצע למשרה יחידה כ- 11,800 ₪</li> <li>שכר קבוע ממוצע כ- 9,500 ₪</li> <li>שכר ממוצע כולל כ- 16,300 ₪</li> <li>גיל חציוני 42</li> </ul>							
<b>מומחה מנוסה</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מומחה מנוסה (אינו בתפקיד ניהולי)-</li> <li>דרגות 6 ואילך שאינם מנהלים</li> <li>22% מהאוכלוסיה</li> <li>שכר ממוצע למשרה יחידה כ- 16,600 ₪</li> <li>שכר קבוע ממוצע כ- 10,500 ₪</li> <li>שכר ממוצע כולל כ- 18,700 ₪</li> <li>גיל חציוני 49</li> </ul>							
<b>מומחה ניהולי</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מומחה ניהולי-</li> <li>לרוב דרגות 7 ואילך שאינם הפכים לניהול בכיר</li> <li>22% מהאוכלוסיה</li> <li>שכר ממוצע למשרה יחידה כ- 22,000 ₪</li> <li>שכר קבוע ממוצע כ- 11,500 ₪</li> <li>שכר ממוצע כולל כ- 25,400 ₪</li> <li>גיל חציוני 54</li> <li>תפקידים אפשריים- מנהלי יחידות ובדרגות</li> </ul>							
<b>מנהל בכיר</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מומחה ניהולי בכיר-</li> <li>דרגות +10 ומעלה</li> <li>3% מהאוכלוסיה</li> <li>שכר ממוצע למשרה יחידה כ- 31,800 ₪</li> <li>שכר קבוע ממוצע כ- 14,300 ₪</li> <li>שכר ממוצע כולל כ- 35,100 ₪</li> <li>גיל חציוני 59</li> <li>תפקידים אפשריים- סגן/מנהל בית חולים קטן, מנהל מחוז גדול, בדרגות גבוהות סגן/מנהל בית חולים גדול</li> </ul>							

בהתאם למסלול זה רק בתום 8 עד 10 שנות ההתמחות וההתמקצעות יהפוך הרופא לרופא מומחה ויתחיל להתקדם במסלול הדרגות. כאמור במערכת הבריאות כיום קיימת אוכלוסייה של רופאים אשר אינם מומחים ואינם מתמחים, מרביתם עולים חדשים אשר לא יוכלו להתקדם מעבר לדרגות ההתמחות (2 עד +3) והשכר המגולם בהן.

טווח הדרגות הרלוונטי לתפקידי מומחים רחב ומשקף התקדמות איטית לאורך שנים ארוכות, שיעור ניכר מהרופאים המומחים יישארו תחת קטגוריה זו עד ליום פרישתם, החלק המועט אשר ימונה לתפקידי ניהול יהיה בממוצע בגיל 48 בותק של 10-15 שנים כמומחה. בפועל רק כ-26% מהרופאים יגיעו לתפקידי ניהול כלשהם במהלך חייהם המקצועיים. יתר אוכלוסיית הרופאים תועסק כרופאים מומחים בדרגים לא ניהוליים.

השיעור שימונה לתפקידי ניהול ישמשו בעיקר בתפקידי ניהול יחידה ותפקידי מקבילים.

חשוב להזכיר כי התקדמות הרופא לדרגה 7 תלויה ברכישת התמחות נוספת (שלישית) או מינוי לתפקיד ניהולי.

מרבית המומחים שמונו לדרגי ניהול יישארו בתפקידים אלה עד ליום פרישתם. מעטים מאוד מאלה שיתקדמו לדרגי הניהול הנ"ל יעברו את המקפצה הנוספת במינוי לתפקידי ניהול בכירים. מעבר זה יעשה בגיל ממוצע של 55, לאחר כ-7-10 שנות ותק נוספות כמומחה בתפקיד ניהול. מיום כניסתם למערכת ועד לצומת המתואר יחלפו כ-25 שנים.

**מניתוח היסטורי של אוכלוסיית הרופאים מסתבר כי כ-93% מהרופאים לא יגיעו לתפקידי ניהול עד גיל 50<sup>25</sup>. נתון בולט נוסף הוא ש-88% מהרופאים בעלי ותק של 25 שנים במקצוע לא יהיו מנהלים. בהתאם, רק אחוזים בודדים מהרופאים יגיעו לדרגת 10 ומעלה. סך הרופאים בדרגות אלה מהווה כ-3% מכלל אוכלוסיית הרופאים.**

---

<sup>25</sup> נתון זה נדגם מהמדינה.

### 3.4.5. היוון שכר הרופא

בעמדת המדינה מוצג ניתוח השוואתי לקבוצות ייחוס שונות<sup>26</sup>. תוך התעלמות ממשך הלימודים הנדרש לשם רכישת כל מקצוע מפורט. במיוחד בוטה היא ההשוואה לכלל המגזר הציבורי, אשר קשה להניח כי לו רמת השכלה קרובה לזו של אוכלוסיית הרופאים או משך הכשרה כולל דומה. הרופא, כידוע, נדרש ללימודים אקדמיים מאומצים בני 7 שנים (כולל שנת ה"סטאז") בתוספת כ-5 שנות לימוד להתמחות ותקופה נוספת של כ-5 שנים עבור תת-ההתמחות והתמקצעות. בסך הכל מדובר בתקופה של כ-17 שנות לימוד.

ניסינו להתחקות אחר התחשיב אשר יבצע סטודנט לרפואה בראשית דרכו, בעת בחירתו במסלול המקצועי. תחשיב זה יבטא את פוטנציאל שווי ההשתכרות הממוצע לאורך חייו המקצועיים, כאשר תקופת הכשרתו נלקחת בחשבון.

בתחשיב המפורט להלן בחרנו להתחשב ב-3 שנות הלימוד מתוך 7 שנות הלימודים כשנות לימודים עודפות לעומת מגזרים אחרים, שנים שבהן הכנסתו של הרופא עומדת על אפס.

התחקינו אחר תחשיב הסטודנט לרפואה בשתי שיטות עיקריות:

1. ממוצע נומינלי של השכר החודשי (כולל עבודה נוספת) של רופא לאורך חייו המקצועיים ובתוספת 3 שנות לימוד עודפות.

2. היוון ממוצע השכר החודשי (כולל עבודה נוספת) של רופא לאורך חייו המקצועיים בריבית של 4% כדי לבטא את שווי שכר רופא במונחי יום התחשיב, בתוספת 3 שנות לימוד עודפות על אקדמאים אחרים בממוצע.

**תוצאת התחשיב מצביעה על שכר ממוצע (כולל עבודה נוספת) מהוון של 7,824 ₪ כשכר הפרמננטי המייצג את הכנסתו העתידית של הסטודנט. שכר זה גבוה ב 200 ₪ בלבד מהשכר הממוצע במשק על פי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.**

סיבה עיקרית לתוצאה זו היא העובדה כי במרבית שנות העסקתו מרוויח הרופא שכר נמוך, והתפתחות השכר מגיעה בשלבים מאוחרים בלבד, ובעיקר לאותם רופאים אשר מונו לתפקידי ניהול.

לדוגמה: רופא שאינו מנהל יגיע לשכר ברוטו (הכולל עבודה נוספת) של 18,000 ₪ רק לאחר כ-19 שנות ותק מקצועי ו-7 שנות לימוד.

---

<sup>26</sup> ר' עמ' 84 לעמדת המדינה.

הטבלה שלהלן מפרטת את תוצאות התחשיב הנ"ל:

אופק השתכרות ממוצע (כולל עבודה נוספת) לסטודנט לרפואה - נומינלי ומהוון		
ש בחודש	ממוצע נומינלי (35 שנות ותק + 3 שנות לימוד עודפות)	ממוצע מהוון (35 שנות ותק + 3 שנות לימוד עודפות)
כלל הרופאים	17,690	8,738
רופאים שאינם מנהלים	14,388	7,824

### 3.5. מבט השוואתי - שכר הרופאים

#### 3.5.1. השוואה לשכר הרופאים בעולם

בהמשך לכל האמור לעיל, הר"י מבקשת להוכיח כי שכר הרופאים בישראל נמוך ביחס לשכר הרופאים בעולם הן במונחי PPP<sup>27</sup> והן במונחי דירוג שכר הרופאים בסולם מקבלי השכר.

כללית טוענת כי בישראל יחס שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק גבוה לעומת מדינות כגון: גרמניה ושוודיה ונמוך מאחרות כגון: צרפת, אוסטרליה בריטניה ועוד.<sup>28</sup> על פי כללית היחס האמור הינו 3.2. יש לציין, כי המדינה חישבה את היחס האמור גם כן, אולם לעמדתה הוא 2.8<sup>29</sup> <sup>30</sup>.

<sup>27</sup> שקילות כוח הקניה היחסי הוא מושג הקושר בין שיעור האינפלציה במשק המקומי לבין שיעור האינפלציה במשק זר באמצעות שער החליפין השורר בין שני המשקים. המונח העברי מקביל לאנגלי - (Relative PPP) Power Parity Relative Purchasing.

שקילות כוח הקניה היחסי (PPP יחסי) בניסוחה המתמטי היא קשר בין שיעור האינפלציה המקומית ( $\pi$ ) לבין שיעור האינפלציה הזרה ( $\pi^*$ ) והשינויים בשער החליפין (de).

<sup>28</sup> ראה עמדת שירותי בריאות כללית, ע"מ 49.

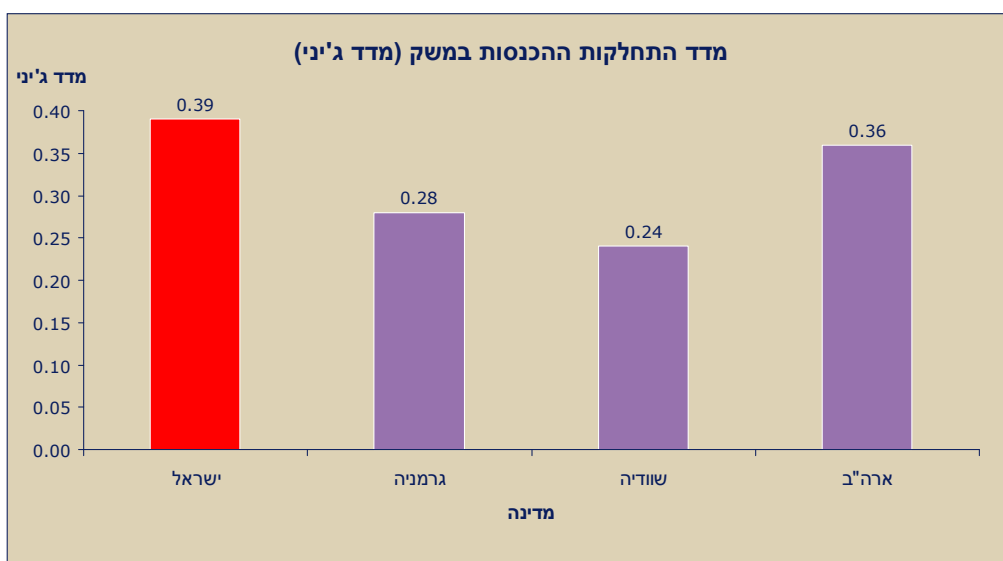
<sup>29</sup> ראה עמ' 81 בעמדת המדינה

<sup>30</sup> כללית בחרה להציג יחס מוטה כלפי מעלה זאת על ידי אי התייחסות לשכר מתמחים אך השארת נתוני השכר של הדרג הניהולי הבכיר ועל ידי כך הצגת שכר ממוצע של הרופאים הגבוה בכ- 5,000 ש"ח מהשכר הממוצע האמיתי.

חישוב פשוט שערכנו של אותו יחס<sup>31</sup> זה הביא לתוצאה נמוכה עוד יותר – יחס של 2.6 בלבד בין שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק - מהנמוכים בין המדינות שהוצגו בנייר העמדה של הכללית.

עם זאת, לא ניתן להסתמך על היחס לשכר הממוצע במשק לבדו, אלא יש לנתח את התוצאות בהתאם למאפייני התחלקות ההכנסות באותו המשק. עפ"י התיאוריה הכלכלית, ככל שפערי השכר במשק מסוים (חלוקת ההכנסות הלא שוויונית) גבוהים יותר, נצפה כי היחס של שכר הרופא לשכר הממוצע באותו משק יהיה גדול יותר. על פי מדד אי שוויון בחלוקת ההכנסות (מדד ג'יני)<sup>32</sup>, פערי השכר בישראל גבוהים מכל המדינות שהכללית הציגה. למעשה ישראל במקום השלישי בחלוקת ההכנסות הלא שוויונית במדינות ה-OECD כאשר רק בטורקיה ובמקסיקו פערי השכר גבוהים יותר. לפיכך, יש לצפות כי שכר הרופא ביחס לשכר הממוצע בישראל יהיה גבוה מכל מדינות המדגם של הכללית. הואיל ולא כך הוא, עולה כי **ביחס למדינות אלה שכרו של הרופא נמוך באופן מהותי**.

התרשים שלהלן מפרט את מדד ג'יני במדינות הייחוס המפורטות בנייר העמדה של הכללית:



<sup>31</sup> שכר הרופאים הממוצע חלקי השכר הממוצע במשק.

<sup>32</sup> **מדד ג'יני** הינו כלי להצגת מידת השוויוניות בהתפלגות ההכנסות. המדד נע בין 0 ל-1. ככל שהמספר מתקרב ל-0, התחלקות ההכנסות שוויונית יותר וככל שהמספר מתקרב ל-1 התחלקות ההכנסות יותר אי-שוויונית. כדי להתחשב ביתרונות הכלכליים שיש לגודל המשפחה, נקבע סולם של "נפשות סטנדרטיות". לפי גישה זו, לכל נפש נוספת במשפחה השפעה שולית קטנה יותר מבחינת העומס המוטל על תקציב המשפחה. זאת כביטוי ליתרונות הגודל.

על מנת לבצע תחשיב מדויק יותר, ערכנו נירמול של היחס בין שכר הרופאים לשכר הממוצע בכל אחת ממדינות המדגם, וזאת בהתאם ליחס בין מדד ג'יני בישראל למדד ג'יני בכל אחת מהמדינות. כלומר, ביקשנו להבין מה היה יחס שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק בכל אחת ממדינות הייחוס הנ"ל וזאת בהתאם לנתוני המשק ומדד התחלקות ההכנסות בישראל.

כתוצאה, ניתן לראות, כי בהתאם למדד ג'יני הרלוונטי, והיחס בין שכר הרופאים לשכר הממוצע בכל מדינה, יחס שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק הישראלי נמוך מכפי שהיה צריך להיות בהתחשב במבנה המשק והתחלקות ההכנסות בו.

בטבלה שלהלן מפורטות ההנחות לתחשיב הנ"ל ותוצאותיו:

תחשיב נירמול יחסי השכר בהתאם למדד התחלקות ההכנסות (מדד ג'יני)				
	ישראל	גרמניה	שוודיה	ארה"ב
מדד ג'יני 2005 – (A)	0.39	0.28	0.24	0.36
מקדם יחס שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק (לפי עמדת הכללית)	3.20	2.50	1.90	3.80
מקדם יחס שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק (מתוקן) – (B)	2.60	2.50	1.90	3.80
היחס בין שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק (מנורמל בהתאם למדד ג'יני בכל מדינה)	2.60	3.49	3.04	4.13

לדוגמה: אם ננרמל את יחס השכר בגרמניה (B גרמניה) בהתאם ליחס שבין מדד ג'יני בישראל (A ישראל) לזה שבגרמניה (A גרמניה) נגלה כי שכר הרופאים בישראל צריך היה להיות פי 3.49 מהשכר הממוצע במשק ולא 2.6 כפי שהוא בפועל. כלומר, אם נחיל על גרמניה את מדד ג'יני בישראל, נגלה כי יש להעלות את שכר הרופאים בישראל בשיעור של כ- 35% על מנת להשוותו למיקום שכר הרופאים בגרמניה<sup>33 34 35</sup>.

$$- (0.39/0.28)*2.5=3.49^{33}$$

$$= (\text{מקדם יחס השכר הממוצע בגרמניה}) * (\text{מדד ג'יני בגרמניה}) / (\text{מדד ג'יני בישראל})$$

$$= (\text{היחס בין שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק מנורמל לפי מדד ג'יני בגרמניה})$$

כאמור בנייר העמדה שהגשנו, קיימת מגמה הולכת וגוברת של הגירת רופאים אל מדינות צפון אמריקה ומערב אירופה בהן רמת ההכנסה גבוהה יותר.

להלן תרשים המפרט את רמות השכר החודשי הממוצע לרופא מומחה במדינות שונות במונחי כוח הקניה PPP:



מתרשים זה ניתן לראות בברור כי שכר הרופאים בישראל נמוך ביחס לשכר במרבית מדינות העולם המערבי. כמו כן, תרשים זה תומך בניחות המפורט לעיל שהתבסס על מדד ג'יני, שכן שכר הרופאים בגרמניה במונחי PPP גבוה בכ 30% משכר הרופאים בישראל במונחי PPP.

### 3.5.2. התפתחות שיעורי השכר במגזר הציבורי

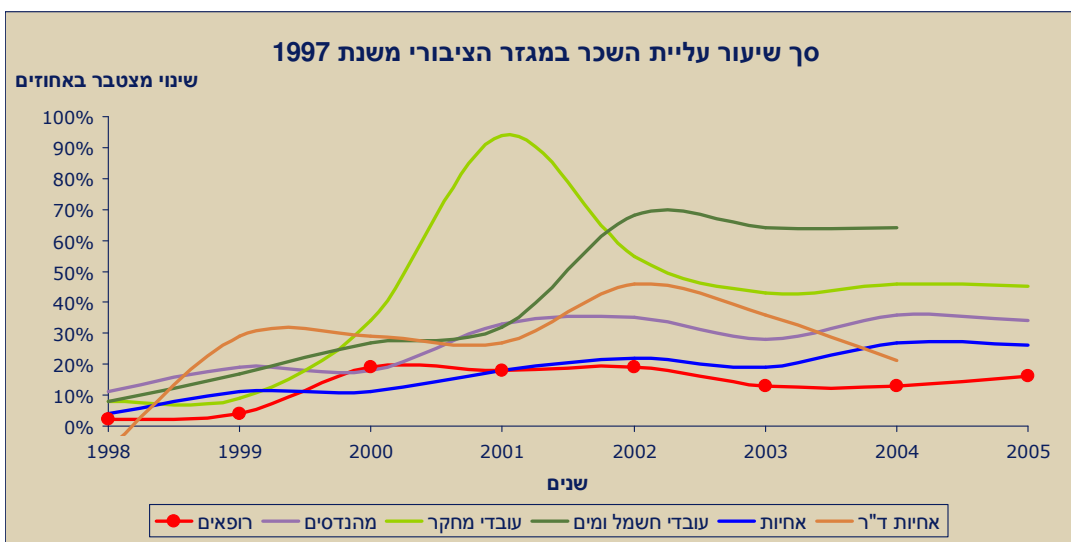
בעמדות המעסיקים<sup>36</sup> נטען כי שכר הרופאים התפתח לאורך השנים האחרונות משמעותית יותר משכר העובדים השכירים בענפים מסוימים במגזר הציבורי. הניתוח להלן מוכיח כי, בפועל שכר הרופאים ברוטו במהלך השנים 1998-2006 השתנה בשיעור נמוך בכ 50% משיעור עליית שכרם ברוטו של העובדים

<sup>34</sup> 35% = 1 - (2.6/3.49)

<sup>35</sup> את טיעון זה תומך התרשים המוצג להלן בו מתואר פער העולה על 30% בין שכר הרופאים המומחים בגרמניה לשכר הרופאים המומחים בישראל במונחי PPP.

<sup>36</sup> עמ' 80 לנייר העמדה שהוגש מטעם המדינה, עמ' 44 לנייר העמדה שהוגש מטעם הכללית.

**השכירים במגזר הציבורי** – כגון: מהנדסים בשירות הציבורי, עובדי מחקר במשרד הביטחון, עובדי ענף חשמל ומים, אחיות ואחיות ד"ר. יש להדגיש כי, ניתן לראות בבירור בגרף ובנתונים שלהלן כי, העלייה בשיעורי השכר של הרופאים הינה קטנה אף משיעור הגידול בשכר האחיות.



המדינה בחרה להתעלם מנתונים אלו, ולהציג ניתוח המשווה בין הגידול בשכר הרופאים לבין הגידול בשכר השכירים במגזר הציבורי במונחים אבסולוטיים<sup>37</sup>, באופן שאינו משקף נאמנה את ההפרשים האדירים לאורך השנים, בין שיעורי הגידול בשכר של הסקטור הציבורי לבין שיעורי הגידול בשכר של הרופאים. מהאמור לעיל, ניתן ללמוד שגם בתקופה בה שכר הרופאים ברוטו עלה, הגידול היה בשיעורים קטנים משיעורי העלייה בשכר של סקטורים שונים במגזר הציבורי<sup>38,39</sup>.

יודגש כי, נתונים אלה מקבלים משנה תוקף לאור העובדה כי אין מקום להשוואה שנעשתה על ידי המדינה בין הרופאים לבין העובדים השכירים בסקטור הציבורי. שכן, עובדי הסקטור הציבורי, הינם בחלקם שכירים בעלי השכלה פחותה לאין שיעור מהשכלתם של הרופאים, אינם מחויבים בתקופות הכשרה כה ארוכות אם בכלל, מבצעים עבודה ברמת מורכבות פחותה מזו המבוצעת על ידי הרופאים, ובעלת רמת אחריות פחותה בהרבה. למרות זאת,

<sup>37</sup> עמ' 80 לעמדת המדינה.

<sup>38</sup> יש להבהיר כי שכר הרופא עלה בתקופה האמורה עקב צבירת ותק ועלייה בדרגות ולא בגין תוספות שכר אשר האחרונה בוצעה בשנת 2000.

<sup>39</sup> מקור: דוח הממונה על השכר ודוח בנק ישראל. נתונים מפורטים ראה נספח א'.

עובדי הסקטור הציבורי נהנים משיעורי עליית שכר מפליגים בהשוואה לאלו שניתנים לרופאים.

התרשים שלהלן מציג את השחיקה הריאלית של שכר הרופאים הכולל (כולל עבודה נוספת) בדרגה החציונית (5) :



### 3.5.3. השוואת שכר הרופאים לשכר הממוצע לפי עשירונים

המדינה הציגה בעמדתה כי השכר הממוצע לרופא בכל דרגה ודרגה עולה על רף הכניסה לעשירון העליון.<sup>40</sup>

בפועל, רמת שכרם הקבוע של הרופאים שאינם מומחים תואמת לרמת השכר הממוצע בעשירון השמיני בלבד. נבהיר כי רמת השכר בעשירון השמיני מסתכמת ב-9817₪. נזכיר כי גילם הממוצע של הרופאים שאינם מומחים הוא 38.

רמת שכרם הקבוע של הרופאים המומחים (עד דרגה 11) תואמת לרמת השכר הממוצע בעשירון התשיעי. חשוב להזכיר כי רמת השכר בעשירון העשירי הינה בסך 14,446₪ בלבד. גילם הממוצע הוא 50.

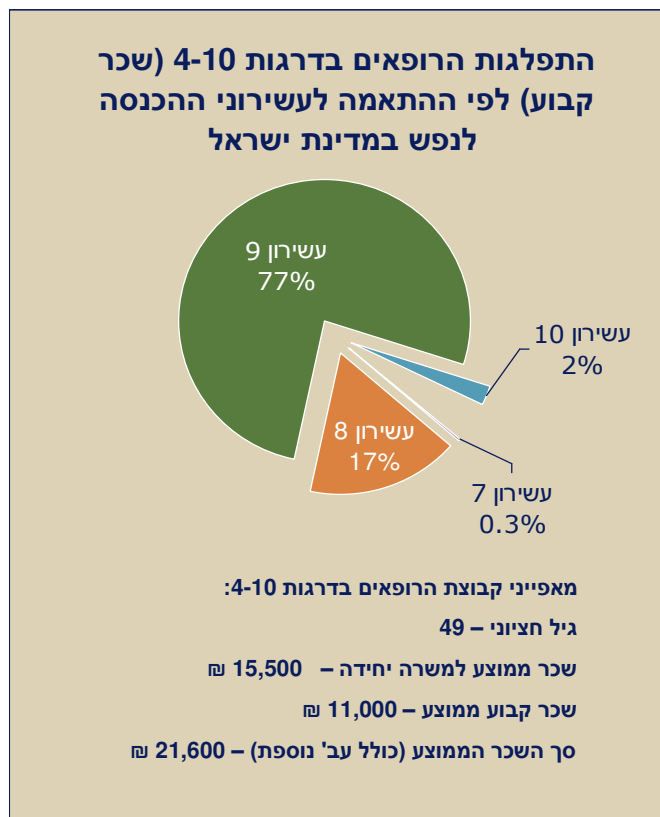
רק שכרן הקבוע של הדרגות הבכירות ביותר – החל מדרגה 11 ועד דרגה +12 - תואם לרמת השכר הקבועה בעשירון העשירי. חשוב להדגיש בהקשר זה כי, מספר הרופאים השייך לדרגות בכירות אלו (11 – +12) הינו בטל בשישים (ולראיה, מספר הרופאים בבתי החולים בדרגות 12 ו-+12 אינו עולה על 10 מתוך אוכלוסיית רופאים של אלפים). זאת, בהשוואה לרוב הרופאים שאינם

<sup>40</sup> עמדת המדינה סעיף 109, עמ' 40.

בדרגות ניהוליות (כאמור, 80% בקירוב), הזכאים לרמת שכר התואמת את העשירונים 8-9.

לטבלה מפורטת ראה נספח ג'.

התרשים שלהלן מציג את התפלגות אוכלוסיית הרופאים המומחים בדרגות 4-10 לפי התאמתם לעשירוני ההכנסה במדינת ישראל:



### 3.6. ניתוח דרישתה של הר"י

#### 3.6.1. תוספת השכר הנדרשת על פי מרכיבי שכר ודרגות

##### רופאים

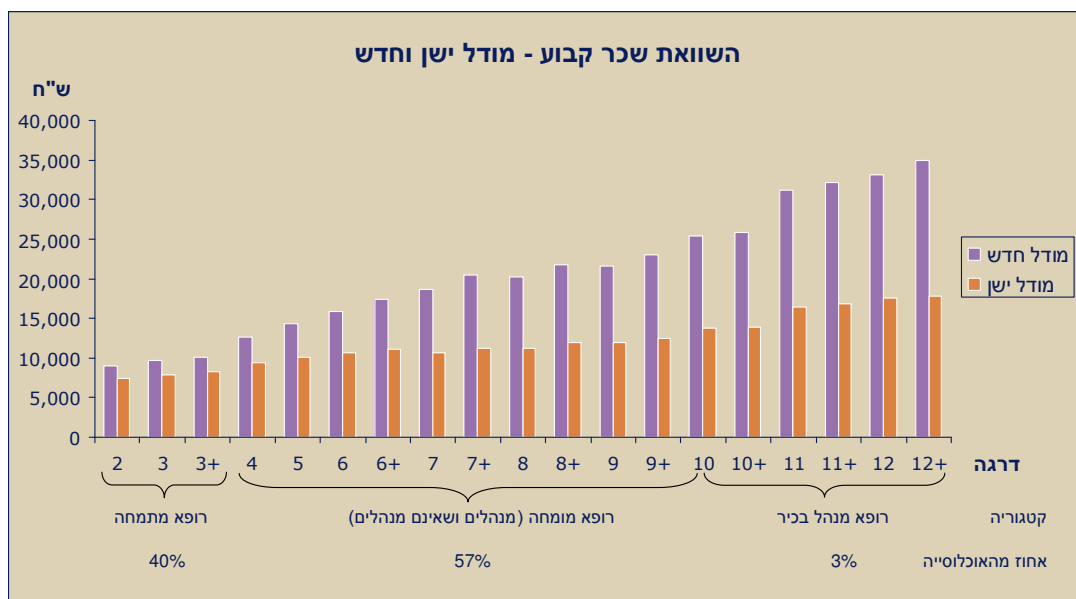
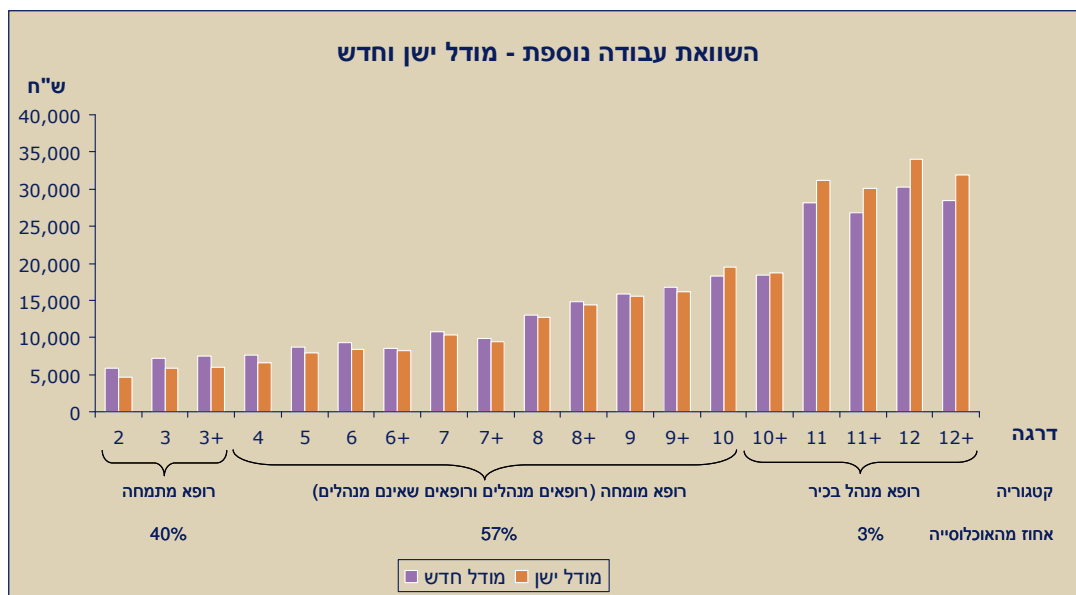
בשונה מטענת המדינה<sup>41</sup>, תוספת השכר שאנו מבקשים, מתייחסת למרכיבי השכר הקבוע בעיקר, ולא לתוספת בשכר המתקבל בגין עבודה נוספת. כפי שטענו בעבר, לאור העלייה ב"ערך יום", מקדמי העבודה הנוספת – קרי, תורנויות וכוננויות – הופחתו, כך שמסגרת השכר בגין עבודה נוספת משתנה באופן שולי בלבד, ואף קטנה בדרגות הגבוהות. המדינה מציגה את התפלגות התוספת בשכר בגין "עבודה נוספת" בצורה מטעה<sup>42</sup>. שכן, למעשה אנו מבקשים להעלות את שכר המתמחים בגין עבודה נוספת באופן משמעותי (24%) (זאת במידה והמעסיקים ימשיכו בנורמה הקיימת, ויאלצו לשלם פי 1.5 החל מהתורנות השביעית) ובמקביל, להוריד בשיעור ניכר את שכרם של הרופאים הבכירים בגין עבודה נוספת (בשיעור של למעלה מ 10%). ההסבר לדיפרנציאציה נעוץ בעובדה כי חלק נכבד מ"נטל התורנויות" מוטל על כתפי הרופאים המתמחים וכי הם-הם הזכאים האמיתיים לתוספת דנן. אנו מבקשים לחזור ולהדגיש את החשיבות ב"הטיית" המערכת לטובת העבודה הקבועה ולא לטובת העבודה הנוספת, שאינה כאמור חלק ממסגרת המשרה המלאה! מכאן אף נובע הרציונאל ל"קנס" שברצוננו להשית על המעסיקים, החל מהתורנות השביעית.

להלן שני גרפים, אשר ממחישים את מבנה בקשתנו לתוספת השכר בגין עבודה נוספת ובגין שכר קבוע:

---

<sup>41</sup> עמ' 103 לנייר העמדה שהוגש על ידי המדינה

<sup>42</sup> עמ' 104 לנייר העמדה שהוגש על ידי המדינה.

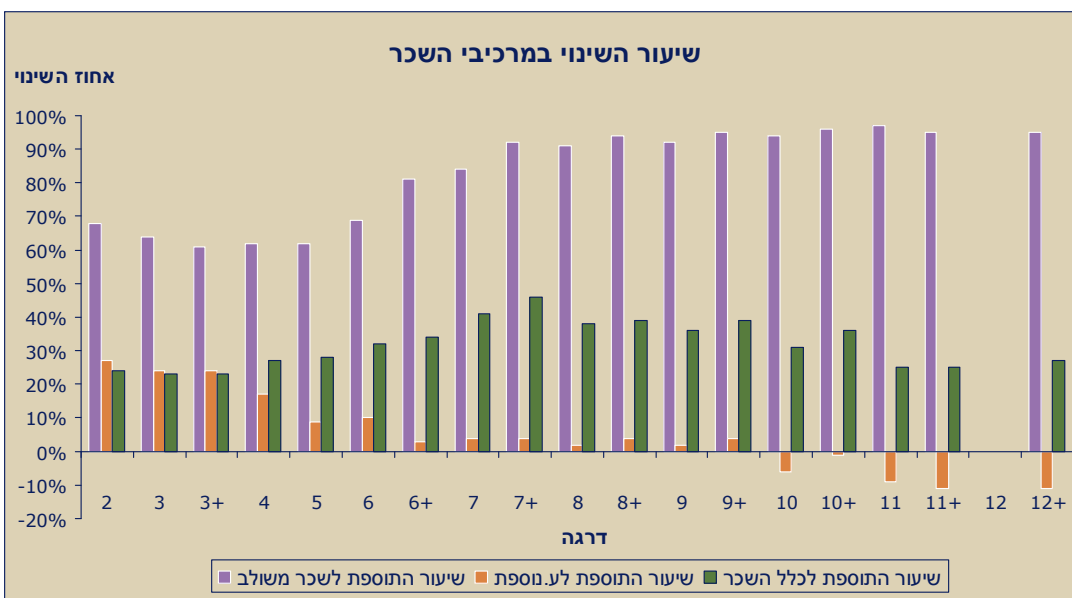


כפי שניתן לראות מן הגרפים דלעיל, התוספת המשמעותית ביותר בנוגע לרכיב "עבודה נוספת", מתבקשת בעיקרה לגבי הרופאים בדרגות 2 – 3+ בלבד<sup>43</sup>. לא זו אף זו. כפי שניתן לראות מן הגרפים דלעיל, רמת השכר הנדרשת בגין עבודה נוספת הינה שלילית החל מדרגה 10 ואילך.

כמו כן, גרף "השכר הקבוע" המוצג דלעיל, המציג את השינוי הנדרש בשכר הקבוע, ממחיש את טענתנו כי יש להגדיל את מרכיב השכר הקבוע, בשונה מרכיב העבודה הנוספת.

<sup>43</sup> בעיקר בגין ה"קנס" לתורנות ה-7 ומעלה, אשר סביר כי המעסיק יפעל ע"מ למזער.

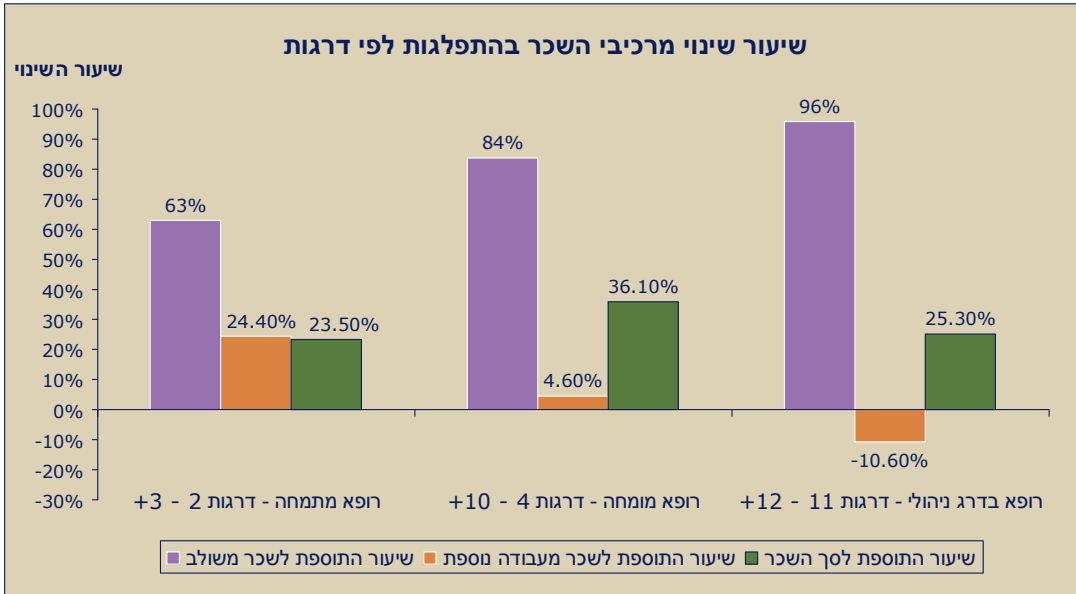
המדינה טוענת לאורך כל כתב טענתה<sup>44</sup> כי, אנו מבקשים להיטיב עם הרופאים הבכירים על חשבון הרופאים הזוטרים. הגרף המובא להלן שומט את הקרקע מתחת לטענתה זו של המדינה, ומציג את הפערים הקיימים בין מודל השכר הישן לבין מודל השכר החדש:



ניתן לראות מן הגרף דלעיל כי הלכה למעשה **שיעורי השינוי במרכיבי השכר הינם משמעותיים בעיקר לגבי "דרגות הביניים" (דרגות +6 עד +8)**. בשונה מהן, הדרגות הנמוכות והגבוהות זוכות לגידול בשכר בשיעור של כ 20% במוצע, לעומת דרגות הביניים שם אחוז השינוי הוא גדול מכך.

הגרף הבא משקף את אותם נתונים המוצגים בגרפים לעיל באופן מעט שונה (על פי קטגוריות ולא על פי דרגות):

<sup>44</sup> כך למשל, בעמ' 105 בסעיף 381.



### 3.7. סיכום הדברים

- שכרו של הרופא נשחק בסך של 16% ממועד עדכון השכר האחרון.
- שכרו של הרופא נשחק לעומת עדכוני שכר במגזרים אחרים משנת 1997.
- שכרו של הרופא נמוך ביחס לעולם הן במונחי PPP והן ביחס למיקומו במדרג השכר.
- כ- 50% מאוכלוסיית הרופאים מצויה בדרגה 5 ומטה (חציון ראשון). יובהר כי, מרביתם מעל גיל 38. השכר הקבוע בממוצע של החציון הראשון הוא בסך 8,500 ש"ח, ויחד עם עבודה נוספת הינו 14,500 ש"ח בלבד.
- שכרו של הרופא, במונחי משרה, נמוך עד כדי השכר הממוצע במשק.
- היחס בגין השכר הקבוע לשכר בגין עבודה נוספת אינו סביר ומחייב את הרופא (בעיקר מתמחים) לעומסי עבודה שאינם סבירים.

בגין כל אלה אנו מבקשים לשנות את מבנה השכר.

#### סיכום בקשתנו לשינוי השכר, כפי שצוינו בנייר העמדה מטעמנו

- העלאת שכר הרופא בגין עבודה קבועה בלבד ולא בגין עבודה נוספת.
- העלאת מחיר התורנות השביעית ואילך אצל מתמחים, על מנת להניא את המעסיקים מליצור עומסים בלתי סבירים על מתמחים אלה.
- על מנת לאמוד את גובה השכר הראוי של הרופא (רופאים שאינם מנהלים – 80% מהאוכלוסייה), בחרנו כקבוצת ייחוס את הסגל האקדמאי. שכרם הקבוע של רופאים אלה (שכר משולב ותוספות קבועות של רופאים שאינם מנהלים) השווה לשכר הקבוע של הסגל האקדמאי (שכר משולב ותוספת אקדמאית). למרות האמור, תוספת זמן מלא ותוספת קריטריונים אשר מהווים הכנסה קבועה אצל הסגל האקדמאי, לא נלקחו בחשבון (27% נוספים אצל הסגל האקדמאי). נבהיר כי לעמדתנו, אלו הכנסות קבועות אולם בחרנו לעשות כן על מנת למנוע עליית שכר גבוהה מדי. במקביל ביטלנו תוספות קבועות רוחביות, הפחתנו את מקדמי העבודה הנוספת (על מנת להימנע מעליית שכר בגין עבודה זו), והפחתנו את תוספת מנהל בריאות הציבור אצל רופאי הקהילה.

#### עלות השכר

יישום מודל השכר על פי הצעתנו יביא לעליית שכר אצל כללית והמדינה בשיעור של כ- 33% ו- 32%, בהתאמה (כולל השכר הקבוע והעבודה הנוספת).<sup>45</sup> המדינה אמדה את התוספות האמורות בשיעור של 32% - שיעור זה להערכתנו, ואילו כללית אמדה את השיעור האמור ב- 37.13% שיעור הגבוה ב- 4% מהערכתנו. יש לציין כי אנו ביססנו את חישובינו על פי העבודה הנוספת (תורנויות

---

<sup>45</sup> הניתוח האמור מבוסס על נתוני השכר המפורטים כפי שנמסרו לנו על ידי המדינה וכללית לשנת 2004, אשר על בסיסם נבנו מודל סימולצית שכר לביצוע חישובי שיעור תוספות השכר.

ו/או כוננויות) אשר בוצעה בפועל ע"י הרופאים בשנת 2004, בכלל זה התפוקות של תורנות וכוננות. להזכירכם, ביקשנו להעלות את מחיר התורנות השביעית ואילך על מנת למזער תורנויות אלה.

בחישובינו, עם זאת, לא מגולם השינוי הפוטנציאלי בהתנהגות המעסיק בשל מודל "הקנס" הנ"ל שיביא להפחתה במספר התורנויות לאדם. כך, באמידת שיעור עליית השכר התחשבנו במחיר עלות נוספת זו, למרות שזו אינה סבירה למימוש. על כן שיעור עליית השכר מוטה כלפי מעלה.