

שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית, 2023

יוני 2026

שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים מרפואה ציבורית ופרטית בשנת 2023

מתן גולדמן, גלית בן-נאים, רותם הופמן וטליה סיון¹

א. מבוא ועיקרים

סוגיה מרכזית במערכת הבריאות הציבורית בישראל, כמו גם במדינות מפותחות אחרות, הינה מבנה ההעסקה הייחודי של מגזר. בשונה ממגזרים אחרים בשירות הציבורי, מערכת הבריאות מתאפיינת ב"העסקה כפולה". דהיינו, אפשרות לעבודה פרטית במקביל לעבודה ציבורית. לעניין זה יש השפעה בין היתר על עיצוב מדיניות השכר וקביעת תגמול מיטבי במסגרת הסכמים קיבוציים.

בעבודה זו אנו מציגים אומדן מקיף של הכנסות רופאים המועסקים בבתי חולים ציבוריים בישראל, הכולל את כלל מקורות ההכנסה שלהם, תוך הבחנה בין הכנסות שמקורן בפעילות ציבורית לבין הכנסות שמקורן בפעילות פרטית. בהקשר זה של השכר מרפואה פרטית חשוב לציין כי בקרב חלק לא מבוטל מהרופאים הבכירים בישראל נהוגה הפרקטיקה של "חברות ארנק". מניתוח הממצאים בעבודה זו עולה כי תשלומים לחברות ארנק מהווים כ-9% מהשכר הממוצע של כלל הרופאים (מרפואה ציבורית ופרטית גם יחד). בעשירונים הגבוהים של השכר, ובפרט בתחומי מומחיות מסוימים מגיע שיעור זה לרמה גבוהה יותר באופן משמעותי. לפיכך, התעלמות מרכיב זה עלולה להוביל להערכת חסר של הכנסות הרופאים ולמסקנות שגויות ביחס למבנה התמריצים במערכת.

אנו מוצאים כי בשנת 2023 עמדה ההכנסה הממוצעת השנתית של רופא בישראל, מכלל מקורות ההכנסה, על 772 אלף ש"ח (64 אלף ש"ח בממוצע חודשי), שמתוכה 32% נובע משכר פרטי ו-68% מגיע ממקורות ציבוריים. נתונים אלה מדגישים את החשיבות שבבחינת התפלגות ההכנסות המלאה, מכלל המקורות ולא רק את השכר המדווח ב"תלוש", לצורך הבנת פערי ההכנסה בין רופאים ובין תחומי התמחות שונים.

¹ המחקר נערך על ידי צוות נדל"ן ובריאות באגף הכלכלן הראשי, ואינו מבטא בהכרח את עמדת משרד האוצר. המחקר מתבסס בין השאר על חומרים ובסיסי נתונים שנאספו לאורך השנים על ידי סטודנטים וכלכלנים בצוות, ובהם רון סנקר ונעמי הצופה. תודה לד"ר שמואל אברמזון, גלעד ברנד, אנה ססי ברודסקי ומשה לאו מאגף הכלכלן הראשי ולטל בן-שלום, אסף גלפרון, דניאל פדון, ואלכסי בלינסקי מאגף שכר והסכמי עבודה, אגף תקציבים, ומשרד הבריאות על ההערות והדגשים המועילים.

בעבודה זו נעשה שימוש במאגר נתונים ייחודי, מינהלי, המאפשר לזהות הכנסות שמקורן בתאגידי הבריאות, המכונים גם קרנות מחקר. מדובר בגופים ללא כוונת רווח הפועלים לצד בתי החולים הממשלתיים אך אינם מוסדרים באופן מלא. אנו בוחנים כיצד בתי החולים משתמשים במשאבים אלה, ובפרט האם השימוש בפועל חורג מאחת המטרות המקורית שלשמה נועדו: תמרוץ רופאים לבצע ניתוחים ופעולות רפואיות בשעות אחר הצהריים במסגרת בית החולים.

הממצאים מצביעים על כך שכספי תאגידי הבריאות משמשים לא רק לתמרוץ רופאים המועסקים כבר במערכת, אלא גם לגיוס רופאים נוספים ולשימור רופאים מעבר לגיל הפרישה. עוד נמצא כי גיוס רופאים באמצעות משאבים אלה נפוץ במיוחד בבתי חולים באזור המרכז. בהתמחויות מסוימות, בעיקר כאלה שבהן מספר המומחים קטן יחסית, דפוס זה עלול לבוא על חשבון יכולתם של בתי חולים בפריפריה לגייס רופאים באותם תחומים.

כך למשל אנו מוצאים כי 36% מסך הרדיולוגים מועסקים רק על ידי קרן המחקר (רובם במשרה מלאה). רדיולוגים אלו מועסקים בעיקר במרכז, יתכן על חשבון כוח אדם שעשוי היה להיות מועסק בבתי החולים בפריפריה. בכך עולה חשש לריכוזיות של כוח אדם מקצועי יותר במרכז, דבר אשר עלול להעמיק את הפערים האזוריים.

לבסוף, אנו בוחנים את אחת הטענות המרכזיות שמצדיקה את פעילות תאגידי הבריאות: גורם שיש בו כדי לעודד רופאים לעבוד בבתי החולים בשעות אחר הצהריים, ובכך יש בו גם כדי לצמצם את היקף הרפואה הפרטית. לשם כך אנחנו משווים בין ההכנסות מרפואה פרטית של רופאים בבתי חולים ציבוריים לבין אלו של רופאי בתי החולים של שירותי בריאות כללית, בהם לא מופעלים תאגידי בריאות. מן ההשוואה עולה כי השימוש בקרנות המחקר לא הוביל, ככל הנראה, לצמצום בהכנסות מרפואה פרטית של רופאי בתי החולים הממשלתיים.

מסמך זה מהווה עדכון לניתוח [שפורסם על ידי אגף הכלכלן הראשי בשנת 2018](#), אשר בחן את שכר רופאי בתי החולים הממשלתיים ממקורות ציבוריים ופרטיים. במסגרת העבודה הנוכחית הורחבה אוכלוסיית המחקר כך שתכלול את כלל הרופאים מן ההתמחויות הרלוונטיות שהועסקו בבתי החולים הממשלתיים

בין השנים 2010-2023². בנוסף, צורפו לניתוח נתונים דמוגרפיים נוספים על הרופאים, במטרה להעמיק את הבנת מאפייני האוכלוסייה הנחקרת ואת דפוסי השכר שלה.

עיקרי הממצאים:

- השכר הממוצע של כלל הרופאים המומחים בבתי החולים הממשלתיים בשנת 2023, מרפואה ציבורית ופרטית גם יחד, עמד על כ-772 אלף ש"ח בשנה. מתוך סכום זה כ-524 אלף ש"ח מקורם ברפואה ציבורית (כ-73% מסך השכר) וכ-248 אלף ש"ח מרפואה פרטית.
- השכר הממוצע של רופאים מומחים המועסקים בבתי החולים בפריפריה בשנת 2023 היה גבוה בכ-10% משכר הרופאים המועסקים בבתי החולים במרכז. פער זה נובע כולו מהשכר שמקורו ברפואה הציבורית, שבו נרשם פער של כ-19%. פער זה מוסבר בעיקר בתוספת שכר של כ-20% שניתנה לרופאים המועסקים בפריפריה ביחס למקביליהם במרכז במסגרת הסכם השכר של שנת 2011.
- כצפוי, שכר הרופאים עולה עם הוותק. הפער המשמעותי ביותר נרשם בין קבוצת הוותק של עד תשע שנים לבין קבוצת הוותק של 10–14 שנים. עיקר הפער בין שתי קבוצות אלו נובע מהכנסות מרפואה פרטית, כאשר בקבוצת הוותק הגבוה יותר ההכנסות מרפואה פרטית כפולות ביחס לקבוצת הוותק הנמוך יותר.
- בפילוח שכר הרופאים לפי תחומי מומחיות בשנת 2023 נמצא כי תחום הכירורגיה הפלסטית מוביל עם שכר ממוצע של כ-1.11 מיליון ש"ח בשנה, המבוסס ברובו על הכנסות מרפואה פרטית. אחריו מדורגים תחומי הדרמטולוגיה, כירורגיית חזה ולב והרדמה. עם זאת, ניתוח אקונומטרי מעלה כי לאחר התחשבות במשתנים מסבירים, הרופאים בתחומי ההרדמה וכירורגיית חזה ולב מרוויחים בממוצע יותר מהרופאים בכירורגיה פלסטית ובדרמטולוגיה. ההסבר לפער בין ממצאים אלו מוסבר בשונות גבוהה יחסית בשכר בשני התחומים האחרונים (בהקשר זה צריך לציין כי שני תחומים אלו גם מאופיינים במספר קטן יחסית של מומחים, בין 30-40). בתחום ההרדמה בולט במיוחד היקפו הגבוה של השכר שמקורו בעבודה ציבורית. מנגד, תחומי רפואת הילדים, הפסיכיאטריה והרפואה הפנימית מציגים את רמות השכר הנמוכות ביותר, במידה רבה בשל היעדר כמעט מוחלט של הכנסות מרפואה פרטית.

² המדגם כולל גם רופאים שלגביהם קיימים נתונים רק עבור חלק מתקופת המחקר

- בבתי החולים במרכז נמצא שיעור גבוה יחסית של רופאים המקבלים את מלוא שכרם הציבורי באמצעות קרן מחקר בלבד. תופעה זו עשויה להעיד על שימוש בקרן המחקר כמנגנון להשלמת תקנים. ניתוח אקונומטרי מצביע על ממצאים המרמזים כי בתחומי המומחיות של רדיולוגיה נעשה שימוש נרחב במיוחד בקרן המחקר ככלי להשלמת תקנים. תופעה זו בולטת גם בתחומי הדרמטולוגיה, הנירובכירורגיה, הגינקולוגיה, האורולוגיה וכירורגיית חזה ולב, יותר מאשר בתחומי מומחיות אחרים, אבל כנראה כמשרות יותר חלקית. עם זאת, יש להדגיש כי לשם ביסוס השערה זו נדרש מחקר מעמיק נוסף, ובפרט נתונים על מצבת התקנים ושיעורי איוש המשרות בתחומי המומחיות השונים.
- ניתוח השוואתי של השכר הפרטי בבתי החולים הממשלתיים מול בתי החולים של שירותי בריאות כללית מעלה כי רופאים בבתי החולים הממשלתיים משתכרים רמות שכר גבוהות יותר מרפואה פרטית בהשוואה לעמיתיהם בכללית. ממצא זה אינו תומך בטענה כי השימוש בקרנות המחקר מגדיל את זמינות הרופאים במערכת הציבורית או מצמצם את היקף פעילותם הפרטית.

רקע

במערכת הבריאות הציבורית בישראל, בתי חולים **ממשלתיים**³ הם מרכזים רפואיים הנמצאים בבעלות ישירה של המדינה, מנהלים על ידי משרד הבריאות, ועובדיהם נחשבים לעובדי מדינה (להבדיל מבתי חולים "חצי ממשלתיים" או ציבוריים-קהילתיים בבעלות קופות החולים כגון כללית, או בתי חולים פרטיים לחלוטין הפועלים למטרות רווח). לצידם של בתי החולים הממשלתיים פועלים תאגידי הבריאות (המוכרים גם כ"קרנות מחקר"), שהם גופים ללא כוונת רווח שהוקמו במקור כדי להרחיב את הפעילות הרפואית, לקדם מחקר ולתמרץ רופאים לבצע פעולות רפואיות וניתוחים בשעות אחר הצהריים בתוך כותלי בית החולים הציבורי.

לפי נתוני ה-OECD לשנת 2023⁴, השכר הממוצע של רופאים מומחים שכירים בישראל גבוה פי 3 מהשכר הממוצע של כלל השכירים במשק. בהשוואה בין מדינות ה-OECD לפי מדד זה, ישראל מדורגת במקום התשיעי, כאשר הממוצע במדינות ה-OECD עומד על 2.8. בהשוואה לשנת 2015⁵ מדובר בירידה של שמונה מקומות בדירוג. עם זאת, שינוי זה נובע בעיקר משלושה גורמים שלא בהכרח משקפים שחיקה יחסית בשכר הרופאים בישראל:

1. **גורם טכני** - הכללת דרום קוריאה בהשוואת נתוני 2023, בעוד שבנתוני ה-OECD לשנת 2015 מדינה זו לא נכללה.
2. **רפורמת שכר בהונגריה** - בשנת 2019 יושמה בהונגריה רפורמה משמעותית בשכר הרופאים, שהובילה לעלייה חדה בשכרם ביחס לשכר הממוצע במשק.⁶
3. **עלייה בשכר הממוצע במשק בישראל** - השכר הריאלי הממוצע במשק בישראל, במונחי PPP עלה בכ-20% בין השנים 2015–2022 לפי נתוני ה-OECD. שיעור גידול זה גבוה משמעותית מהגידול שנרשם באותה תקופה במדינות המדורגות מעל ישראל בתרשים.

בהקשר לממצאים המוצגים בתרשים שלהלן יש לציין כי בישראל רופאים רשאים לעבוד במקביל לעיסוקם במערכת הציבורית גם ברפואה פרטית. עם זאת, נתוני השכר בדוחות ה-OECD אינם כוללים הכנסות

³ בתי חולים הממשלתיים הם: שיבא, איכילוב, אסף הרופא, זיו, פורייה, רמב"ם, ברזילאי, נהריה, הלל יפה, ובני ציון. בני ציון לא נכלל בעבודה זו.

⁴ מבוסס על, OECD Indicators, OECD, Health at a Glance 2023:

https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239.html

⁵ מבוסס על, OECD Indicators, OECD, Health at a Glance 2017:

https://www.oecd.org/en/publications/2017/11/health-at-a-glance-2017_g1g800d8.html

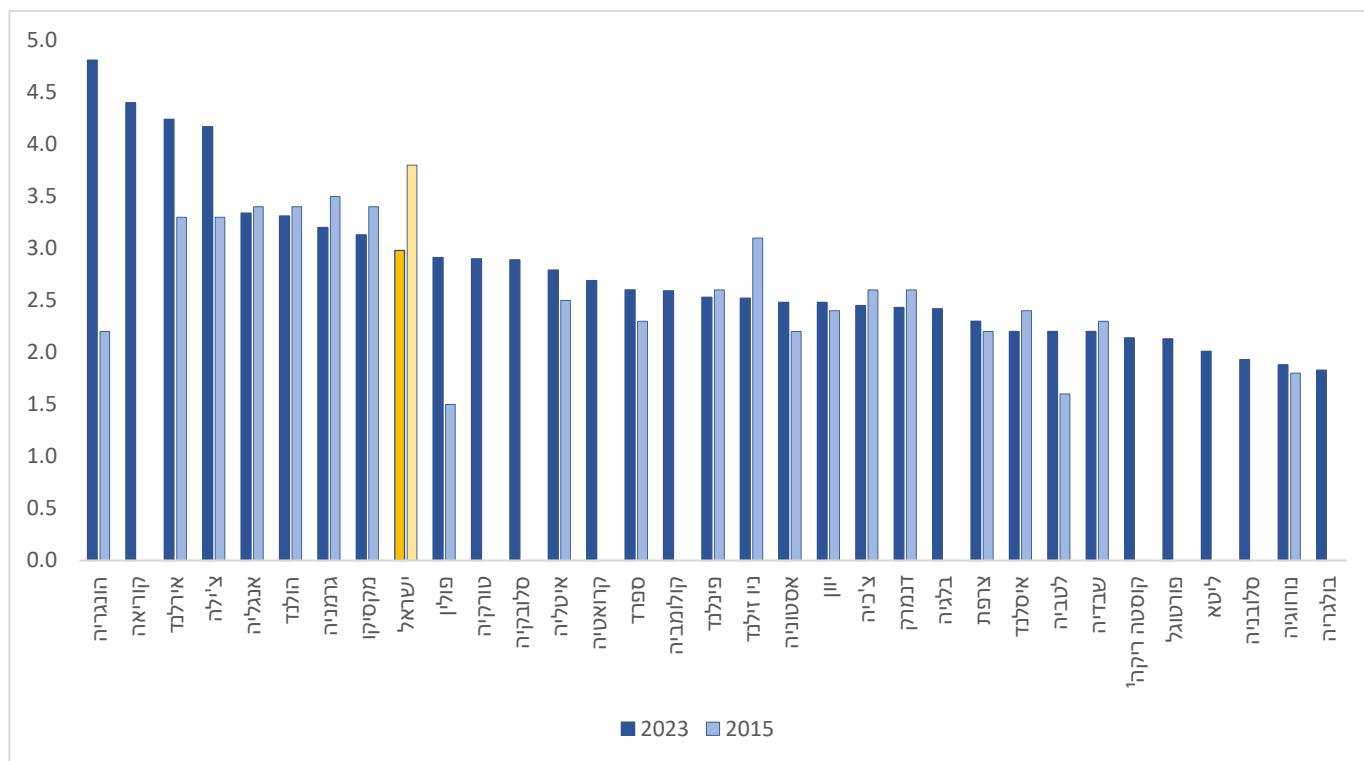
⁶ על בסיס הפרסום, "Investing in Healing: Doctor Wages Soar as Sector Reforms Take Hold," Hungary Today,

<https://hungarytoday.hu/investing-in-healing-doctor-wages-soar-as-sector-reforms-take-hold/>

מרפואה פרטית. כתוצאה מכך, שכר הרופאים בישראל כפי שמופיע בתרשים עשוי להיות מוטה כלפי מטה, ובהתאם גם היחס בין שכר הרופאים לשכר הממוצע במשק. הטיה זו עשויה לנבוע משתי סיבות עיקריות:

- (1) נתוני השכר אינם כוללים הכנסות מרפואה פרטית, לרבות הכנסה ציבורית של רופאים עצמאים בקופות החולים ובישראל היקף רחב מאוד של רופאים מועסקים כעצמאים בקופות.
 - (2) רופאים העוסקים גם ברפואה פרטית עשויים לצמצם את היקף עבודתם במערכת הציבורית, ובכך להפחית את השכר הציבורי הנמדד שלהם כפי שהוא משתקף בתרשים.
- להרחבה בנושא תופעת ה"העסקה כפולה" (Dual Practice) ראו עבודה קודמת.⁷

תרשים 1: יחס בין השכר של רופאים מומחים לשכר הממוצע במשק במדינות ה-OECD 2023 לעומת 2015



הערה: עבור מדינות מסוימות לא הוצג נתונים ל-2015, עקב אי-הצטרפות ל-OECD או אי-זמינות לנתונים השוואתיים לאותה שנה (מקור: OECD Health at a Glance 2017 and 2025)

⁷ להרחבה בנושא תופעת ה"העסקה הכפולה" ראו עבודה קודמת של אגף הכלכלן הראשי משנת 2018, עמ' 3-7. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/article_29012018/he/Publishes_Article_29012018.pdf

ב. בסיס הנתונים

המחקר כלל 4,636 רופאים, המהווים את כלל הרופאים המומחים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים שאינם בתי חולים פסיכיאטריים או גריאטריים, אשר עמדו בקריטריונים שנקבעו לצורך המחקר (כמפורט להלן). כדי להבטיח כי המדגם כולל רופאים המועסקים בהיקף משרה משמעותי, נכללו בו רק רופאים שהכנסתם השנתית מעבודה בשנת 2023 (לרבות רווחים מחברות ארנק) עמדה על לפחות 200 אלף ש"ח ברוטו.

עבור רוב הרופאים במדגם נמצאו נתונים מלאים על מאפייניהם המקצועיים והאישיים. באופן ספציפי, עבור 4,528 רופאים (98% מהמדגם) קיימים נתונים מלאים לגבי בית החולים שבו הם מועסקים, תחום ההתמחות, מוסד הלימודים שבו השלימו את לימודי הרפואה ומשתנים נוספים.

בדומה למחקר הקודם, בסיס הנתונים נשען על שילוב של שני מקורות מידע עיקריים:

- **נתוני רשות המסים** - נתוני שכר של כלל הרופאים, תוך הבחנה בין הכנסות שמקורן ברפואה ציבורית (בתי חולים ממשלתיים, קופות חולים, אוניברסיטאות ושכר מתאגידי הבריאות) לבין הכנסות מרפואה פרטית (כעצמאים, כשכירים במגזר הפרטי או באמצעות חברות ארנק).

- **נתונים מנהליים של משרד הבריאות** - רשימה של כלל הרופאים בישראל הכוללת, בין היתר, את מועד קבלת הרישיון, תחום ההתמחות, מועד סיום ההתמחות, בית החולים שבו מועסק הרופא, וכן את ארץ הלימוד ומוסד הלימודים שבו השלים את לימודי הרפואה.

טבלה 1 מציגה סטטיסטיקה תיאורית לגבי המומחים שנכללים בניתוחים השונים בעבודה זו. ניתן לראות שמרביתם גברים, עובדים במרכז, וללא תת-התמחות. גם ניתן לראות שהאוכלוסייה של מומחים הינה מבוגרת יותר, עם גיל ממוצע של 50. פילוחים נוספים נמצאים בנספח לעבודה זו, כמו גם בהמשך העבודה.

יש לציין כי הנתונים העומדים לרשותנו אינם מאפשרים לזהות רופאים המועסקים כעצמאים בקופות החולים (כלומר, עוסקים ברפואה בקהילה במקביל לעבודתם בבתי החולים הממשלתיים). במקרים אלו, ההכנסה המדווחת במס הכנסה תחת סיווג של תיק עצמאים מסווגת בניתוח זה כהכנסה מרפואה פרטית, אף כי חלק ממנה עשוי לנבוע מעבודה ציבורית בקופות החולים.

בהקשר זה נמצא כי ההכנסה הממוצעת של רופאים מעבודתם כעצמאים עומדת על כ־144 אלף ש"ח בשנה, המהווים כ־19% מהכנסתם הכוללת הממוצעת של הרופאים במדגם. כלומר, זהו לכל היותר היקף ההכנסה המוגדרת בעבודה זו כהכנסה פרטית, אשר עשויה למעשה לכלול גם הכנסות מעבודה ציבורית בקהילה.

טבלה 1: סטטיסטיקה תיאורית על מאפייני הרופאים בנתונים

משתנה	כמות	ממוצע	סטיית תקן	אחוזון 25	חציון (50%)	אחוזון 75
מין (0=זכר)	4,636	0.37	0.48	0	0	1
גיל	4,636	49.98	10.64	41	49	58
פרופסור (0=לא עבד באוניברסיטה)	4,636	0.26	0.44	0	0	1
תת-התמחות (0=לא)	4,636	0.34	0.47	0	0	1
פריפריה (0=מרכז)	4,636	0.18	0.39	0	0	0
שכר כולל	4,636	771,854.23	540,152.00	408,079.75	636,327	963,786.00
שכר פרטי	4,636	248,498.27	480,120.88	0	23,435	306,596.25
שכר ציבורי	4,636	523,355.96	337,244.01	293,989.25	446,154	682,413.75
ניסיון בהתמחות	4,636	12.71	10.14	4	11	20
ניסיון כרופא	4,636	18.68	10.51	9	18	27

ג. הממצאים

השכר הממוצע של רופאי בתי החולים הממשלתיים בשנת 2023 (כולל רופאים בעלי ותק נמוך) עמד על כ־772 אלף ש"ח בשנה, כאשר החציון עמד על כ־662 אלף ש"ח. מתוך סכום זה, כ־523 אלף ש"ח מקורם ברפואה ציבורית (כ־73% מסך השכר) וכ־248 אלף ש"ח מקורם ברפואה פרטית. רמת שכר זו גבוהה משמעותית לא רק מהשכר הממוצע במשק, אלא גם בהשוואה לקבוצות עובדים אחרות בעלי מיומנות גבוהה. כך למשל, השכר השנתי הממוצע של עובדים בענף מחקר מדעי ופיתוח עמד בשנת 2023 על כ־391 אלף ש"ח לפי נתוני הלמ"ס⁸ (לא כולל הכנסות מהון, כגון מימוש אופציות).

בתרשים 2 מוצגים נתונים אלו ברמה הארצית, תוך הבחנה בין רופאים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים במרכז לבין אלו המועסקים בבתי החולים בפריפריה. בנוסף, השכר מפולח לפי מקורות באופן הבא: ארבעה מקורות ציבוריים - בתי החולים הממשלתיים, קופות החולים, אוניברסיטאות וקרנות המחקר (תאגידי הבריאות), ושלושה מקורות פרטיים - עצמאים, שכר מחברת ארנק, לא כולל רווחים בחברות ארנק, רווחים מחברות ארנק. לשם פשטות ההצגה של הנתונים, בכלל זה בתרשימים, נכללים ביחד ההכנסות (רווח) מעבודה כעצמאי ושכר מחברת ארנק.

בשנת 2023 עמד השכר השנתי הממוצע של רופאים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים במרכז על כ־758 אלף ש"ח ברוטו. מתוך סכום זה כ־501 אלף ש"ח התקבלו מעבודה במגזר הציבורי וכ־256 אלף ש"ח מרפואה פרטית. בקרב הרופאים המועסקים בבתי החולים שבפריפריה עמד השכר הממוצע על כ־836 אלף ש"ח, מתוכם כ־622 אלף ש"ח מקורם ברפואה ציבורית וכ־213 אלף ש"ח מרפואה פרטית.

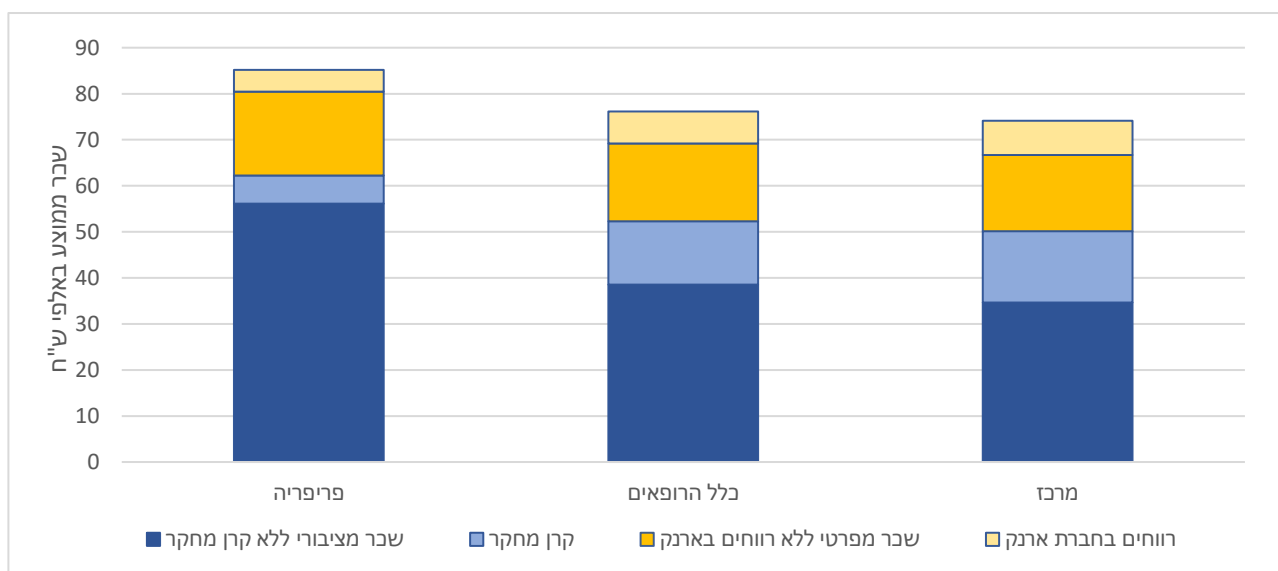
משמעות הדבר היא כי בשנת 2023 שכרם של הרופאים המועסקים בבתי החולים שבפריפריה היה גבוה בכ־10% משכר הרופאים המועסקים בבתי החולים שבמרכז. פער זה נובע כולו מהשכר שמקורו ברפואה הציבורית, שבו נרשם פער של כ־19%. בהקשר זה יש להזכיר כי במסגרת הסכם השכר שנחתם בשנת 2011 ניתנה תוספת שכר של כ־20% לרופאים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים בפריפריה, ביחס לרופאים בעלי מאפיינים דומים המועסקים בבתי החולים במרכז, בין היתר כפיצוי על פוטנציאל השתכרות נמוך יותר מרפואה פרטית בפריפריה.

⁸ הלמ"ס, השכר הממוצע ברוטו למשרת שכיר בשנת 2023 -

https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2024/068/26_24_068b.pdf

ממצא בולט נוסף העולה **מתרשים 2** הוא הפער המשמעותי בין השכר הממוצע שמקורו בקרנות המחקר בבתי החולים במרכז לבין זה של הרופאים המועסקים בבתי החולים בפריפריה. פער זה עומד על כ-152%, כאשר השכר הממוצע מקרנות המחקר בבתי החולים במרכז עומד על כ-154,794 ש"ח לעומת כ-61,354 ש"ח בבתי החולים בפריפריה. הרחבה בנושא זה מובאת בהמשך מסמך זה.

תרשים 2: שכר ממוצע שנתי של רופאי בתי החולים הממשלתיים, לפי מקור הכנסה (ציבורי/פרטי) ולפי אזור גאוגרפי 2023

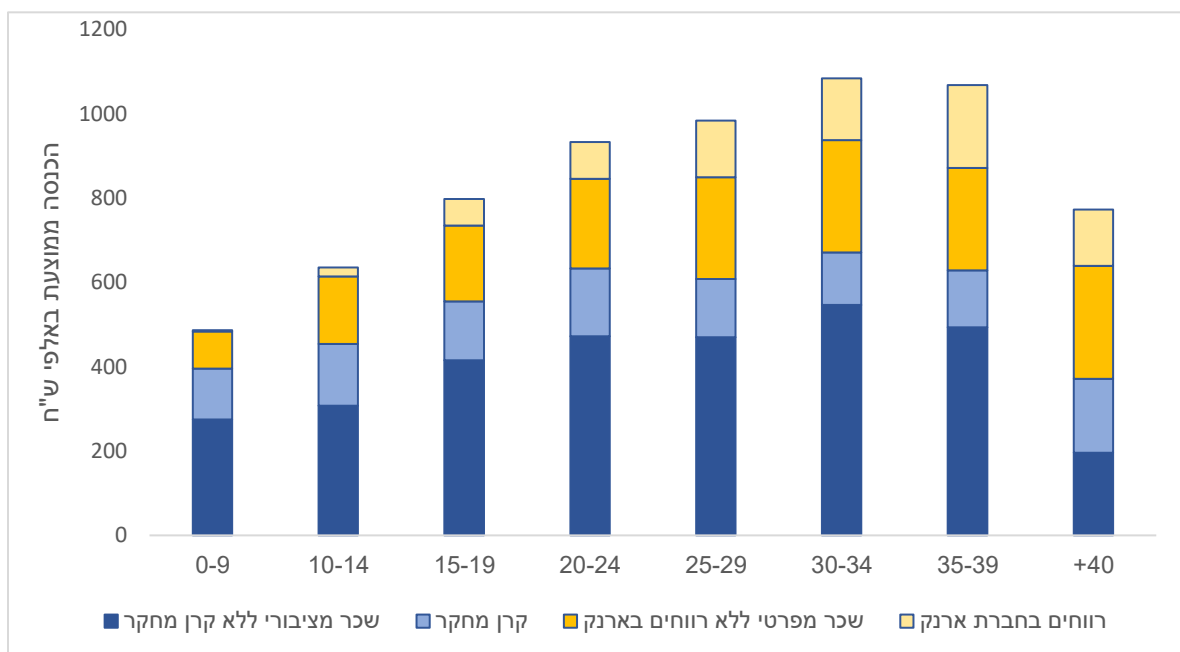


בתרשים 3 מוצגים נתוני השכר של הרופאים תוך פילוח לפי קבוצות ותק (זמן מאז קבלת הרישיון הרפואי), המוגדרות כמספר השנים ממועד קבלת הרישיון לעסוק ברפואה. מניתוח התרשים עולים מספר ממצאים בולטים:

- ניכר הבדל חד בהכנסה מרפואה פרטית בין קבוצת הוותק הצעירה (0-9 שנות ותק), שבה ההכנסה הממוצעת מרפואה פרטית עומדת על כ-90 אלף ש"ח לבין קבוצת הוותק 10-14 שנים, שבה מגיעה הכנסה זו לכ-181 אלף ש"ח בממוצע.
- ההכנסה מרפואה פרטית ממשיכה לעלות עם הוותק עד לקבוצת הוותק של 35-39 שנים, ולאחר מכן יורדת במתינות בלבד, בשיעור של כ-9%, לרמה של כ-402 אלף ש"ח בקבוצת הוותק של 40 שנים ומעלה. נתון זה עשוי להעיד כי עם העלייה בגיל ובהתקדמות בקריירה, רופאים מצמצמים את היקף עבודתם בבתי החולים, אך ממשיכים לפעול במידה רבה במסגרת הרפואה הפרטית.

● השכר הכולל עולה עם הצטברות הניסיון עד לקבוצת הוותק של 35-39 שנים, ולאחריה ניכרת ירידה. עם זאת, חשוב לציין כי קבוצת הוותק של 40 שנים ומעלה כוללת מספר קטן יחסית של רופאים (145 רופאים בלבד, לעומת 239 רופאים בקבוצת הוותק של 35-39 שנים). הגיל הממוצע בקבוצה זו עומד על 72 שנים, גבוה מגיל העבודה המקובל במשק, ולכן סביר כי חלק מרופאים אלו מקבלים במקביל לשכרם מעבודה גם הכנסות מפנסיה, שאינן נכללות בנתוני השכר בעבודה זו.

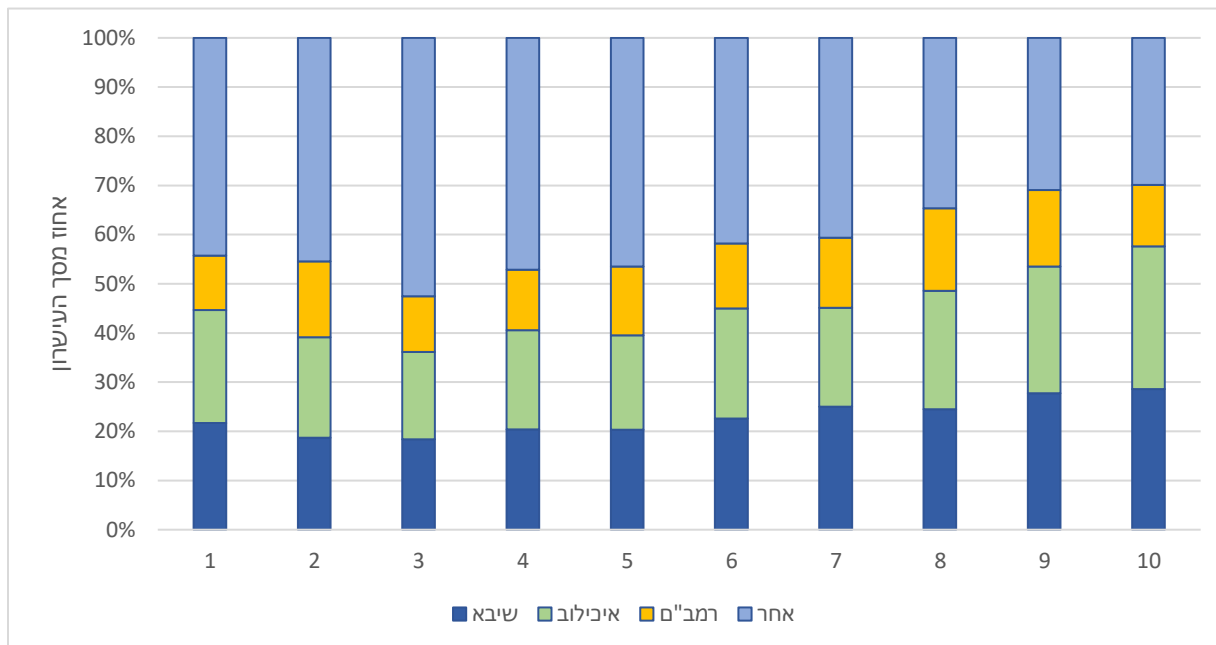
תרשים 3: שכר ממוצע שנתי של רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי קבוצות ותק



לכאורה, נראה שממצאים אלו סותרים ממצאים מהמחקר הקודם, שבו נמצא כי שכר הרופאים במרכז גבוה יותר מזה של הרופאים בבתי החולים בפריפריה, כאשר במחקר הנוכחי הם יותר נמוכים. אולם חשוב לציין בהקשר זה שהמחקר הקודם עסק רק ברופאים שהיו להם לפחות עשר שנות ותק בתחילת התקופה הנסקרת באותו מחקר (דהיינו, היו מועסקים בבתי החולים לפחות מאז 2007). דהיינו המחקר הקודם התמקד ברופאים מאד מנוסים. לעומת זאת, המחקר הנוכחי בוחן את השכר של כלל הרופאים המומחים שעבדו בבתי החולים הממשלתיים ב-2023, כולל רופאים שזה עתה סיימו התמחות. ניתוח המפלח את הרופאים לפי עשירוני שכר שממצאיו מוצגים בתרשים 4 מעלה כי רופאי שיבא ואיכילוב מהווים למעלה ממחצית הרופאים בשני העשירונים הגבוהים (10 ו-9) ורק כ-40% משלושת העשירונים הנמוכים

(בממוצע הם מהווים כ-45% מסך הרופאים בבתי החולים הממשלתיים). ממצא זה מרמז שחלק גדול מהרופאים המרוויחים ביותר מתרכזים בשיבא ואיכילוב.

תרשים 4: התפלגות רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי עשירוני שכר ובית חולים



בתרשים 5 מוצג פילוח שכר הרופאים לפי תחומי מומחיות בקרב כלל הרופאים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים בשנת 2023. מן הנתונים עולה כי תחום המומחיות בעל השכר הממוצע הגבוה ביותר הוא כירורגיה פלסטית עם שכר שנתי של 1.12 מיליון בממוצע. ממצא זה בולט במיוחד לנוכח העובדה שההכנסה הממוצעת שמקורה ברפואה הציבורית בתחום זה נמוכה משמעותית מהממוצע בקרב כלל הרופאים, כ-333 אלף ש"ח בלבד, לעומת כ-523 אלף ש"ח בממוצע בכלל הרופאים.

למעשה, כירורגיה פלסטית נמנית עם שלושת תחומי המומחיות שבהם ההכנסות מרפואה ציבורית הן מהנמוכות ביותר. שני התחומים הנוספים בקבוצה זו הם דרמטולוגיה ורפואת עיניים. המאפיין המשותף לשלושת תחומי המומחיות הללו הוא היקף גבוה במיוחד של הכנסות מרפואה פרטית, אשר במקרים רבים מהוות את עיקר ההכנסה הכוללת של הרופאים בתחומים אלו.

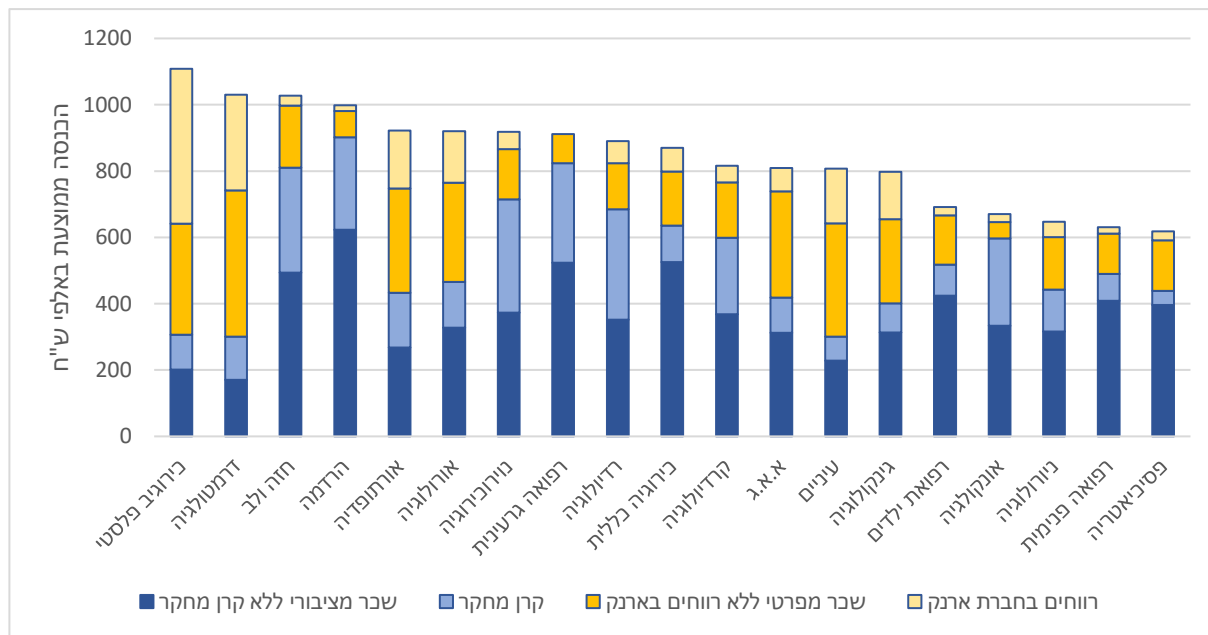
דפוס זה עשוי להעיד כי רופאים בתחומי מומחיות אלו נוטים להקדיש חלק גדול יותר מזמנם לפעילות במסגרת הרפואה הפרטית, דבר שעשוי להתבטא בהיקף נמוך יותר של עבודה במערכת הציבורית. עם

זאת, יש להדגיש כי ממצאים אלו אינם מאפשרים לקבוע קשר סיבתי, אלא מצביעים על מתאם בין תחומי מומחיות מסוימים לבין הרכב מקורות ההכנסה של הרופאים.

תחום המומחיות של כירורגיית חזה ולב מדורג במקום השלישי ברמות השכר הכוללות. מבין תחומי המומחיות המתבססים בעיקר על הכנסות מרפואה ציבורית, תחום זה מדורג במקום הראשון. זאת אף שמומחים בתחומי הרדמה והרפואה הגרעינית נהנים מהכנסות גבוהות יותר מרפואה ציבורית.⁹ ההבדל הבולט בין תחומים אלו הוא שמומחים בכירורגיית חזה ולב נהנים במקביל גם מהכנסות יותר גבוהות מרפואה פרטית.

שני תחומי מומחיות נוספים הבולטים בהכנסות מרפואה פרטית הם אורתופדיה ואף-אוזן-גרונן (אא"ג). מנגד, מספר תחומי מומחיות מאופיינים ברמות שכר נמוכות יחסית לשאר התחומים, ובהם רפואת ילדים, אונקולוגיה, פסיכיאטריה, נירולוגיה ורפואה פנימית. מאפיין מרכזי של תחומים אלו הוא היקף נמוך יחסית של הכנסות מרפואה פרטית.

תרשים 5: שכר ממוצע שנתי לפי תחום מומחיות, רופאי בתי החולים הממשלתיים



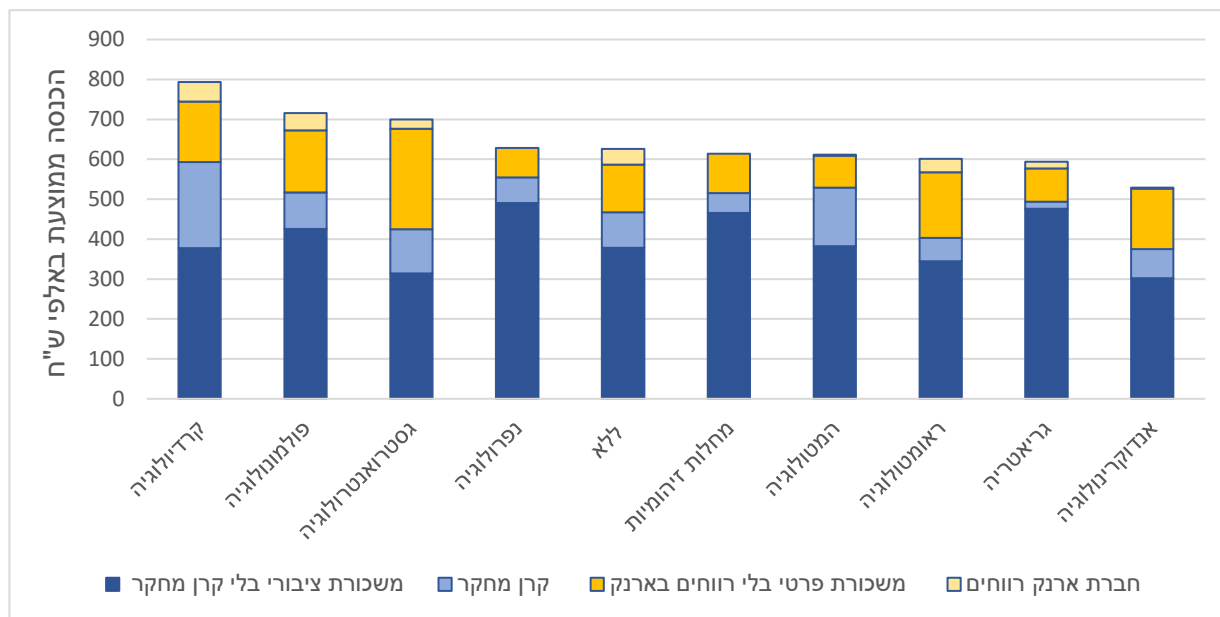
⁹ בהסכם השכר של 2011 הוגדרו מספר תחומי מומחיות כמקצוע "במצוקה אקוטית". ביניהם הרדמה (לצד טיפול נמרץ, לב, וילדים וניאונטולוגיה). בשל כך הוענקה להם תוספת שכר של 15% מהשכר המשולב. רפואה גרעינית הוגדר תחום "במצוקה" ורופאים בתחום מומחיות זה קיבלו תוספת שכר של 7.5% מהשכר המשולב.

מאחר והרפואה הפנימית היא תחום המומחיות הגדול ביותר במדגם (1,141 תצפיות), וכן בשל ריבוי תתי-ההתמחויות והפעילויות הכלולות בו, חשוב לבחון גם את השונות בשכר בתוך תחום זה. **תרשים 6** מציג את השכר הממוצע לפי תת-התמחות בקרב רופאים פנימיים, עבור תתי-התמחויות שבהן קיימות לפחות 50 תצפיות (כ-89% מכלל הרופאים הפנימיים במדגם). הניתוח כולל גם את תחום הקרדיולוגיה, אשר הופיע בניתוח העיקרי כתחום מומחיות נפרד.

מן הנתונים עולה כי קרדיולוגיה היא תת-ההתמחות בעלת השכר הממוצע הגבוה ביותר, עם שכר שנתי ממוצע של כ-793 אלף ש"ח. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מיקומה הגבוה של הקרדיולוגיה גם בהשוואה בין כלל תחומי המומחיות בתרשים 5. אחריה מדורגות פולמונולוגיה וגסטרואנטרולוגיה, עם שכר ממוצע של כ-716 אלף ש"ח וכ-700 אלף ש"ח בהתאמה.

שלוש תתי-התמחויות אלו מתאפיינות גם בהיקף גבוה יחסית של הכנסות מרפואה פרטית, ובמיוחד גסטרואנטרולוגיה, שבה ההכנסה הממוצעת מרפואה פרטית עומדת על כ-275 אלף ש"ח בשנה, רמה הגבוהה מהחציון של ההכנסות מרפואה פרטית בכלל תחומי המומחיות. מנגד, תתי-ההתמחויות בעלות השכר הנמוך ביותר הן אנדוקרינולוגיה וגריאטריה, שבהן השכר הממוצע עומד על כ-529 אלף ש"ח וכ-594 אלף ש"ח בהתאמה.

תרשים 6: שכר ממוצע שנתי של רופאים ברפואה פנימית לפי תת-התמחות (n≥50)

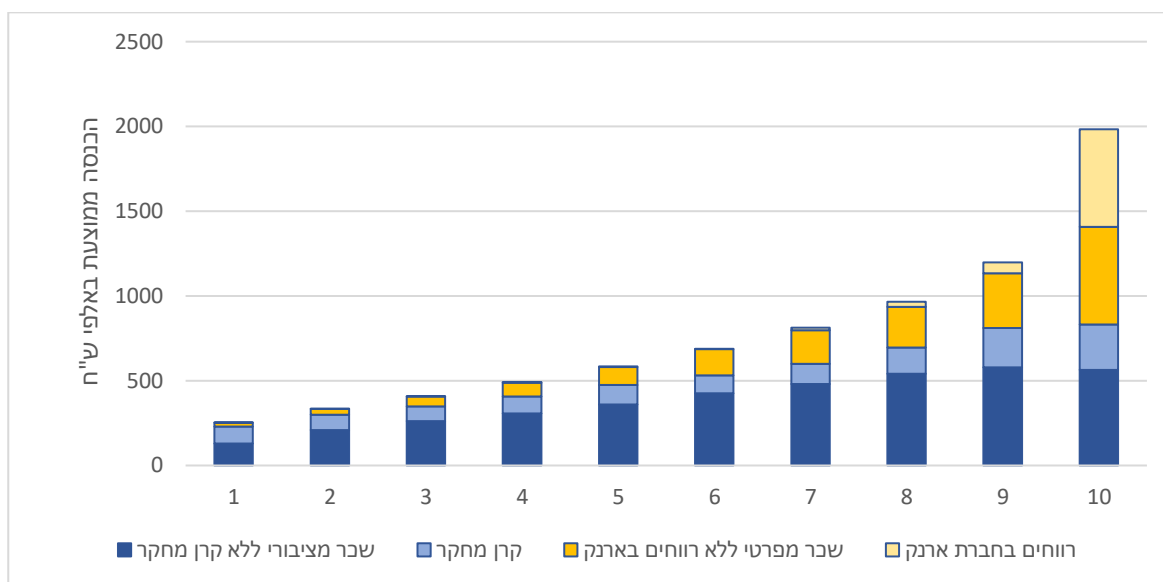


תרשים 7 מציג את השכר הממוצע של כלל הרופאים לפי עשירוני הכנסה. מן התרשים עולה מגמה ברורה: ככל שהעשירון גבוה יותר, כך גדל גם היקף ההכנסות מרפואה פרטית. בעשירונים הגבוהים, במיוחד התשיעי והעשירי, חלקם של הרווחים מחברות ארנק מתוך סך ההכנסות גדל באופן חד. משיעור של כ-5% בלבד בעשירון התשיעי לכ-29% בעשירון העליון. ממצא זה כשלעצמו אינו מפתיע, לאור התמריץ הגבוה יותר להקמת חברות ארנק ברמות הכנסה גבוהות, בעיקר משיקולי מיסוי. עם זאת, הוא מדגיש את החשיבות שבהכללת הרווחים הצבורים בחברות ארנק בכל ניתוח העוסק בשכר הרופאים, ובייחוד כאשר נבחן שכרם של הרופאים בעלי ההכנסות הגבוהות.

ממצא נוסף העולה מניתוח זה הוא כי בעשירונים הגבוהים משקל ההכנסות מקרנות המחקר בתוך ההכנסה הציבורית גבוה יותר מאשר בעשירונים הנמוכים. הדבר בולט במיוחד בעשירונים התשיעי והעשירי, שבהם ההכנסה הממוצעת מקרנות המחקר עומדת על כ-232 אלף ש"ח וכ-268 אלף ש"ח בהתאמה, המהווים כ-28% וכ-32% מסך ההכנסה הציבורית. זאת לעומת כ-118 אלף ש"ח וכ-155 אלף ש"ח בעשירונים השביעי והשמיני, המהווים כ-20% וכ-22% מההכנסה הציבורית, בהתאמה.

על רקע ממצאים אלו יש לציין כי אחד הנימוקים המרכזיים להפעלת תאגידי הבריאות (קרנות המחקר) בבתי החולים הממשלתיים הוא הפחתת התמריץ של הרופאים לעבודה במסגרת הפרטית. לפי תפיסה זו, העסקת רופאים במסגרת קרנות המחקר בשעות אחר הצהריים בתוך בתי החולים צפויה להגדיל את זמינותם גם במצבי חירום. עם זאת, הממצאים העולים מן הניתוח הנוכחי מעלים סימני שאלה באשר למידת השגת מטרה זו, לפחות כפי שהיא משתקפת בנתוני השכר.

תרשים 7: שכר ממוצע שנתי של רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי עשירוני הכנסה



הבדלי שכר לפי מוסד ומדינת הלימודים

במחקר הנוכחי שולבו לראשונה נתונים על המדינה והמוסד האקדמי שבהם הוכשרו הרופאים, מידע שלא עמד לרשותנו במחקר הקודם. על רקע שינויי המדיניות של משרד הבריאות במסגרת "רפורמת יציב" שעברה ב-2019¹⁰, אשר פסלה מוסדות לימוד רבים במדינות שאינן חברות OECD כבסיס לגישה למבחן הרישוי הישראלי, סווגו הרופאים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים לפי סוג המוסד שבו למדו:

1. בוגרי בתי ספר לרפואה בישראל (להלן: ישראל).
2. ישראלים ועולים שלמדו בבתי ספר לרפואה שאושרו בהתאם לתקנות החדשות (להלן: ישראל חו"ל-מאושר ועולים שלמדו בבתי ספר לרפואה שאושרו בהתאם לתקנות החדשות (להלן: ישראל חו"ל-מאושר ועולים חו"ל-מאושר, בהתאמה).
3. ישראלים ועולים שלמדו בבתי ספר לרפואה שנפסלו על ידי משרד הבריאות (להלן: ישראל חו"ל-פסול ועולים חו"ל-פסול, בהתאמה).

מתרשים 8 עולה לכאורה ממצא מפתיע, לפיו קבוצת עולים חו"ל-פסול משתכרת בממוצע יותר מבוגרי ישראל. ניתוח מעמיק של הנתונים מעלה כי פער זה מתרכז כולו בהכנסות מרפואה ציבורית, ונובע מהרכב מקצועי ייחודי של קבוצה זו, ובפרט משיעור גבוה של רופאים בתחום ההרדמה, המהווים בה כ-50% מכלל המרדימים במדגם. תחום ההרדמה מאופיין כאמור ברמות שכר גבוהות יחסית, בין היתר בעקבות הסכם

¹⁰ הרחבה על רפורמת יציב ניתן למצוא בדו"ח בנק ישראל לשנת 2024:

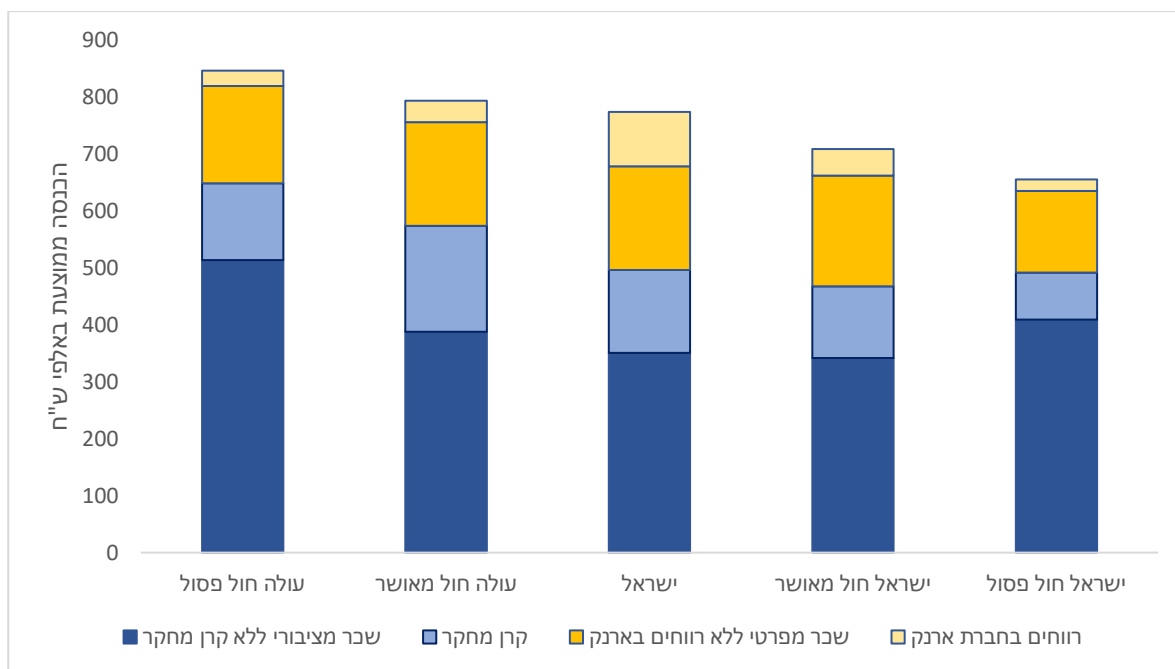
[/https://www.boi.org.il/publications/pressreleases/12-3-25](https://www.boi.org.il/publications/pressreleases/12-3-25)

השכר משנת 2011. ממצא זה משקף גם את השפעת גל העלייה מברית המועצות לשעבר, שבמהלכו הוכשרו רבים מהעולים במוסדות שסווגו לימים כ"פסולים", והשתלבו בישראל בתחומי מומחיות כגון הרדמה.

מנגד, בוגרי ישראל ובוגרי חו"ל-מאושר נהנים מהכנסות גבוהות יותר מרפואה פרטית. ההכנסה הפרטית הממוצעת שלהם עומדת על כ-278 אלף ש"ח וכ-241 אלף ש"ח, בהתאמה, לעומת כ-163 אלף ש"ח וכ-198 אלף ש"ח בקרב ישראלים ועולים שלמדו במוסדות חו"ל-פסול.

במחקר המשך נבחן האם קיימים פערי שכר גם בין בוגרי האוניברסיטאות השונות בישראל, וכן האם קיימת נטייה של רופאים להמשיך ולעבוד באזור שבו הוכשרו או לעבור למרכזים רפואיים אחרים.

תרשים 8: שכר ממוצע שנתי של רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי מקום וסוג מוסד הלימוד



ד. ניתוח אקונומטרי לבחינת השפעת מאפייני הרופאים על השכר הכולל שלהם

כדי לאמת את הממצאים מהסטטיסטיקה התיאורית, נאמדה רגרסיה לינארית מהצורה:

$$Y_i = \alpha + \beta_1 specialty_i + \beta_2 hospital_i + \beta_3 education_i + X_i + \epsilon_i$$

כאשר המשתנה המוסבר Y_i הוא הלוג של השכר השנתי הכולל של רופא i . המשתנים המסבירים

העיקריים הם:¹¹

1. $specialty_i$ - תחום התמחות של רופא i
2. $hospital_i$ - בית חולים שבו הועסק רופא i בשנת 2023
3. $education_i$ - משתנה קטגורי המבחין בין ישראלים לעולים, וכן בין בוגרי מוסדות לימוד שאושרו או נפסלו על ידי משרד הבריאות, כמפורט לעיל.
4. X_i - וקטור של משתני בקרה ברמת הפרט, הכולל: מין, ניסיון¹², ניסיון בריבוע, אינדיקטור לתת-התמחות (לשם בידוד ההשפעה של תחום ההתמחות הראשי), אינדיקטור לעבודה בבית חולים בפריפריה (לכידת השפעת תוספות השכר הממשלתיות), וכן אינדיקטור ל"פרופסור" שמסמן אם הרופא מקבל משכורת מאחד האוניברסיטאות עם בית ספר לרפואה.

טבלת רגרסיה 1 מציגה את מקדמי הרגרסיה ורווחי הסמך ברמת מובהקות של 95%, כאשר המשתנה המוסבר הוא הלוגריתם של השכר השנתי הכולל, תוך שליטה בכלל משתני הבקרה שתוארו לעיל. הקו האדום בתרשים מייצג אפקט אפס (ציר ה'א') כך שמקדמים שרווח הסמך שלהם חוצה קו זה אינם מובהקים סטטיסטית ברמת מובהקות זו.

מן התוצאות עולה כי, ביחס לבית החולים שיבא (קבוצת הייחוס), אין הבדלים מובהקים בשכר בין מרבית בתי החולים. החריגים הם בתי החולים ברזילי ווולפסון, שבהם השכר הכולל גבוה בכ-7% בממוצע, וכן בית החולים נהריה, שבו נרשם פער גבוה יותר של כ-17%. יודגש כי פערים אלו הם מעבר להשפעת משתנה "פריפריה", אשר מוסיף כשלעצמו כ-8.9% לשכר בממוצע, באופן שתואם את תוספות השכר הניתנות לרופאים בבתי החולים בפריפריה.

באשר למקום הלימודים, נמצא כי ביחס לבוגרי ישראל, רופאים שהם עולים שלמדו בחו"ל (במוסדות מאושרים או פסולים), וכן ישראלים שלמדו בחו"ל, נהנים מתוספת שכר של כ-7%–12% בממוצע. כפי שעלה גם מן הסטטיסטיקה התיאורית¹³, ממצא זה עשוי לנבוע ממאפיינים ייחודיים של קבוצות אלו. לצד

11 המשתנים המפורטים לעיל הם המשתנים המרכזיים בלבד; פירוט מלא של המודל הכולל את כלל המשתנים והספציפיקציות, מופיע בנספח (Full Model).

12 בעבודה זו ניסיון הוגדר כמספר השנים מאז קבלת הרישיון לעבוד ברפואה, ראו פירוט בנספח.

13 ראו תרשים 8: שכר ממוצע של רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי מקום וסוג מוסד הלימוד.

זאת, ייתכן כי הוא מושפע גם ממשתנים בלתי נצפים, כגון מוטיבציה, היקף עבודה בפועל, מוניטין מקצועי וכדומה, אשר אינם ניתנים לאמידה במסגרת מודל זה.

עוד עולה מתוצאות הרגרסיה כי השפעת תחום המומחיות על השכר שונה מזו המשתקפת בסטטיסטיקה התיאורית.¹⁴ כך, בעוד שהסטטיסטיקה התיאורית מבוססת על ממוצעי שכר, הרגרסיה בוחנת את תרומת תחום המומחיות לשכר לאחר שליטה במאפיינים נוספים. כאשר משווים לרפואה פנימית (קבוצת הייחוס), נמצא כי תחומי ההרדמה והרדיולוגיה, שבהם עיקר ההכנסה מקורו ברפואה ציבורית, מציגים את התרומה הגבוהה ביותר לשכר הכולל, עם תוספת של כ-46% וכ-38%, בהתאמה. לעומת זאת, תחומי הדרמטולוגיה והכירורגיה הפלסטית, אשר דורגו ראשונים בסטטיסטיקה התיאורית מבחינת השכר הממוצע, מדורגים ברגרסיה רק במקום השלישי והרביעי, עם תוספת של כ-37% וכ-36%, בהתאמה. פער זה, לצד סטיות תקן גבוהות יחסית, מצביע על כך שבתחומים אלו מספר מצומצם של רופאים בעלי הכנסות גבוהות במיוחד מושך את הממוצע כלפי מעלה.

טבלת רגרסיה 2 מציגה ניתוח משלים, שבו המשתנה המוסבר הוא שיעור ההכנסה מרפואה פרטית מתוך

סך ההכנסה $\left(\frac{\text{הכנסה פרטית}}{\text{הכנסה כוללת}} \right)$. תוצאות רגרסיה זו תואמות את הממצאים התיאוריים, ומצביעות על כך

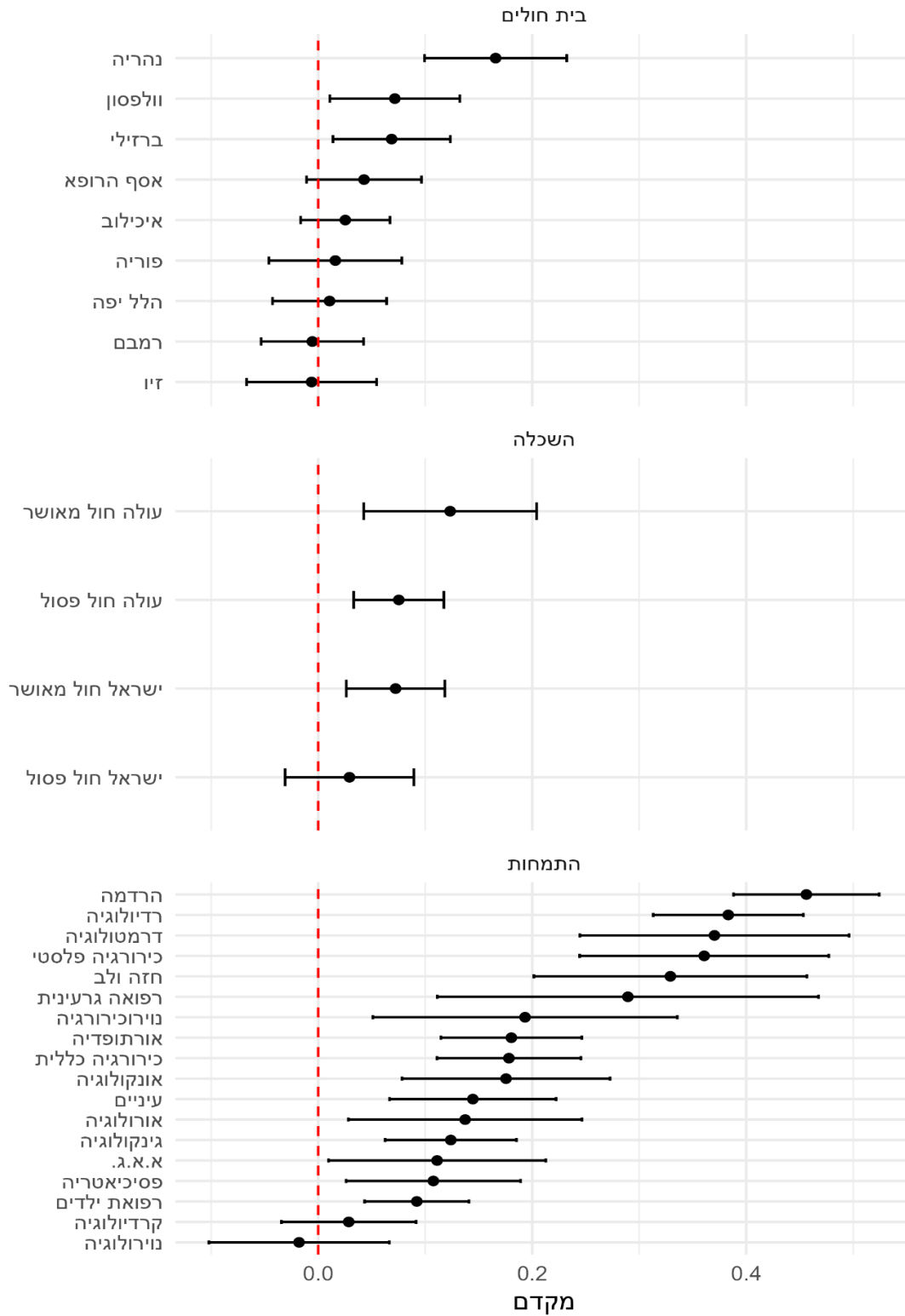
שתחומי הכירורגיה הפלסטית, הדרמטולוגיה ורפואת העיניים מאופיינים בשיעור הגבוה ביותר של הכנסות מרפואה פרטית. בתחום הגניקולוגיה גם מתקבל מקדם חיובי ומובהק, אך יש לציין כי הנתונים אינם מאפשרים להבחין בין הכנסה כעצמאי בקופות החולים לבין הכנסה פרטית "טהורה", ולכן ייתכן שחלק מההכנסה המסווגת כהכנסה פרטית בתחום זה מקורו למעשה בעבודה במסגרת קופות החולים. בהתייחס להבדלים בין בתי חולים, נמצא כי ביחס לבית החולים שיבא (קבוצת הייחוס), רופאים במרבית בתי החולים האחרים משתכרים שיעור נמוך יותר מהכנסתם מרפואה פרטית, למעט בית החולים ברזילי. בחינה מפורטת של הנתונים¹⁵ מעלה כי היתרון של ברזילי נובע בעיקר מהכנסות כעצמאים, ולא מרווחים מחברות ארנק או מקורות פרטיים אחרים. לפיכך, לא ניתן לשלול כי חלק מהכנסות אלו מקורן למעשה בעבודה במסגרת קופות החולים.

לבסוף, נמצא כי רופאים ישראלים נהנים משיעור גבוה יותר של הכנסות מרפואה פרטית בהשוואה לעולים. ממצא זה עשוי להעיד על יתרון יחסי הנובע משליטה בשפה, היכרות מוקדמת עם המערכת הרפואית והעסקית בישראל, וכן ייתכן גם ממוניטין גבוה יותר בעיני הציבור לרופאים שהוכשרו בישראל.

¹⁴ ראו תרשים 5: שכר ממוצע לפי תחום מומחיות, רופאי בתי החולים הממשלתיים.

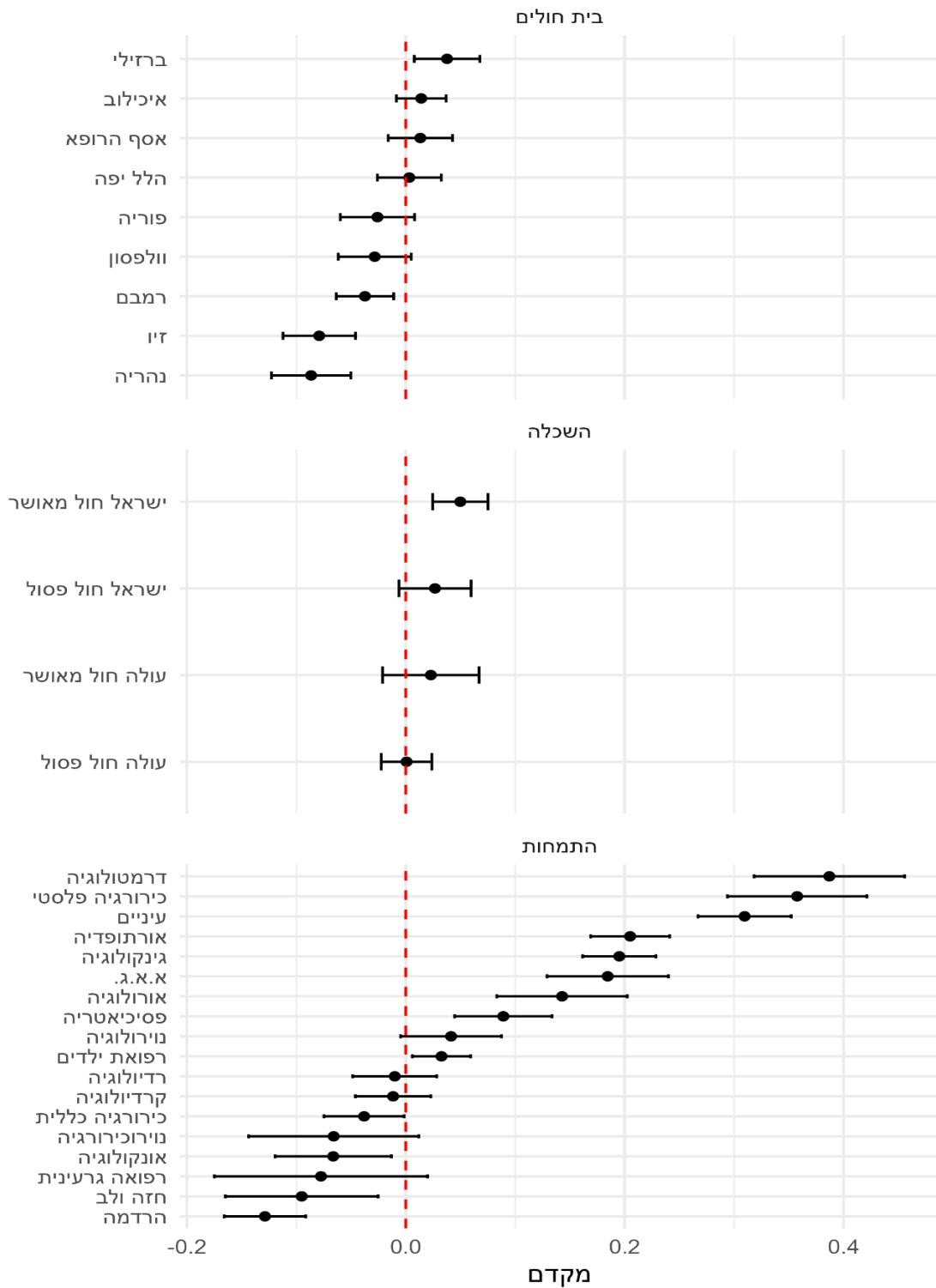
¹⁵ ראו נספח.

טבלת רגרסיה 1: תוצאות רגרסיה, המשתנה המוסבר: לוג השכר השנתי הכולל



הערה: קבוצות הבסיס הן: בית חולים- שיבא, השכלה- ישראלים שלמדו בישראל, התמחות- פנימיים.

טבלת רגרסיה 2: תוצאות רגרסיה, המשתנה המוסבר: שיעור ההכנסה מרפואה פרטית מתוך סך ההכנסה



הערה: קבוצות הבסיס הן: בית חולים- שיבא, השכלה- ישראלים שלמדו בישראל, התמחות- פנימיים.

ה. שימוש בקרנות המחקר לתשלומי שכר לרופאים - ממצאים ראשוניים

תאגידי הבריאות הוקמו בסוף שנות ה־80, ומעמדם הוסדר משפטית בשנת 2001 כעמותות הפועלות לצד בתי החולים הממשלתיים. מטרתם המקורית הייתה לאפשר פעילות משלימה בתחומי המחקר הרפואי, פיתוח תשתיות והרחבת השירותים הרפואיים. עם השנים הורחבה פעילותם כך שתכלול גם שירותים קליניים, ובפרט ביצוע ניתוחים בשעות אחר הצהריים ("ססיות"), במטרה לנצל את התשתיות הקיימות ולהתמודד עם המחסור בכוח אדם רפואי בשעות שאינן שעות העבודה הרגילות.

מקורות ההכנסה של תאגידי הבריאות כוללים, בין היתר, תשלומים עבור שירותים רפואיים (במימון ציבורי), תקבולים ממחקרים קליניים, פעילות הדרכה רפואית ותרומות.¹⁶ עם זאת, אין כיום מידע פומבי או מוסדר בנוגע לאופן חלוקת הכספים בין הרופאים, לרבות זהות מקבלי התשלומים, היקפם והקריטריונים לחלוקתם.

על רקע זה מתעוררות מספר שאלות מרכזיות: מה מידת השוויוניות של התשלומים ובכמה היא תלויה במאפיינים כגון ותק והתמחות? עד כמה הקרנות משמשות ככלי לתגמול רופאים מצטיינים, לצורך שימורם במערכת הציבורית או גיוסם מבתי חולים אחרים? האם נעשה בהן שימוש כמנגנון עקיף להעסקת רופאים מעבר למסגרות התקינה, לרבות בעבודת בוקר שוטפת לצד רופאי בית החולים? ובאיזו מידה מהווים תשלומי הקרנות תחליף להכנסות מרפואה פרטית?

בהקשר זה יצוין כי על פי נתוני רשות המסים, בשנת 2023 הסתכמו תשלומי השכר של עשר קרנות מחקר בכ־2.4 מיליארד ש"ח עבור 23,185 עובדים (לא כולל עלויות מעסיק). בהשוואה לשנת 2010, מדובר בגידול ריאלי של כ־134% בהיקף השכר ובגידול של כ־72% במספר העובדים.

על רקע האמור לעיל, הניתוח שלהלן בוחן את דפוסי השימוש בקרנות המחקר כתשלומי שכר לרופאים, במטרה לאפיין את היקפם ואופן חלוקתם.

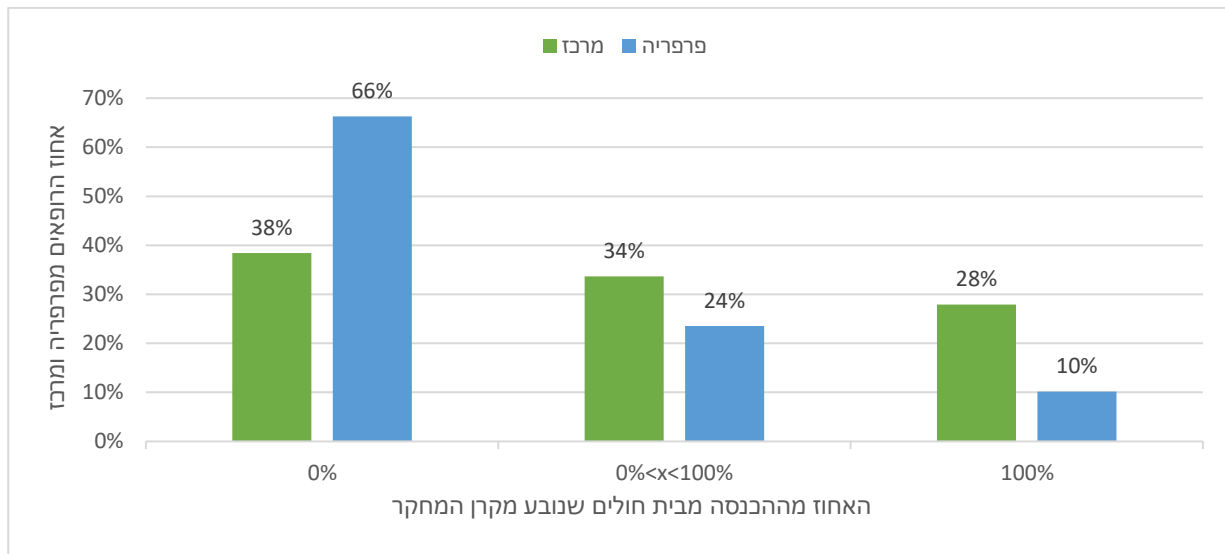
¹⁶ להרחבה בנושא "קרנות המחקר" ראו מבוא דוח מבקר המדינה על תאגידי הבריאות (2009):

<https://library.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2009-59b-214-Taagid.pdf>

תרשים 9 מציג הבדלים בדפוסי השימוש בקרנות המחקר בין בתי חולים במרכז לבין בתי חולים בפריפריה. התרשים מבוסס על התפלגות היחס בין השכר מקרן המחקר לבין סך השכר הציבורי מבית החולים, שמשולם על ידי משרד הבריאות $\left(\frac{\text{קרן מחקר}}{\text{משרד הבריאות} + \text{קרן מחקר}}\right)$. כך למשל הערך 0% משקף היעדר שימוש בקרן, הערך 100% משקף מצב שבו מלוא השכר מבית החולים משולם באמצעות הקרן, ו- $0\% < x < 100\%$ משקף את כל מי שמקבל תשלום גם מבית החולים וגם מקרן המחקר.

הממצאים מלמדים כי הן בפריפריה והן במרכז ישנו שיעור גבוה יחסית של רופאים שלא מקבלים כל שכר מקרן המחקר, כאשר בפריפריה עומד שיעור זה על 66% ובבתי החולים במרכז על 38%. מנגד נמצא כי בעוד שבפריפריה רק עשירית מהרופאים מקבלים את כל שכרם מבית החולים באמצעות קרן המחקר, במרכז שיעור זה גבוה כמעט פי 3, ועומד על 28%. דפוס זה עשוי להעיד כי בבתי החולים במרכז נעשה שימוש נרחב יותר בקרנות המחקר כמנגנון תשלום חלופי לשכר, ייתכן בין היתר לצורך גמישות בהעסקה או השלמת תקנים.

תרשים 9: התפלגות של שיעור ההכנסה מקרן מחקר מתוך השכר הציבורי, לפי אזור



תרשים 10 מציג ניתוח נוסף של דפוסי השימוש בקרנות המחקר, תוך הבחנה בין היקף ההעסקה באמצעות הקרן לבין שכיחות התופעה. נקדים ונציין כי מאחר ואין נתונים לגבי שעות העבודה בקרנות המחקר, נלקחו רמות השכר כאינדיקציה להיקף ההעסקה במסגרת קרנות אלו. כך, בציר השמאלי מוצגת ההכנסה החציונית של רופאים המועסקים באמצעות קרן המחקר בלבד (ללא שכר ממשרד הבריאות),

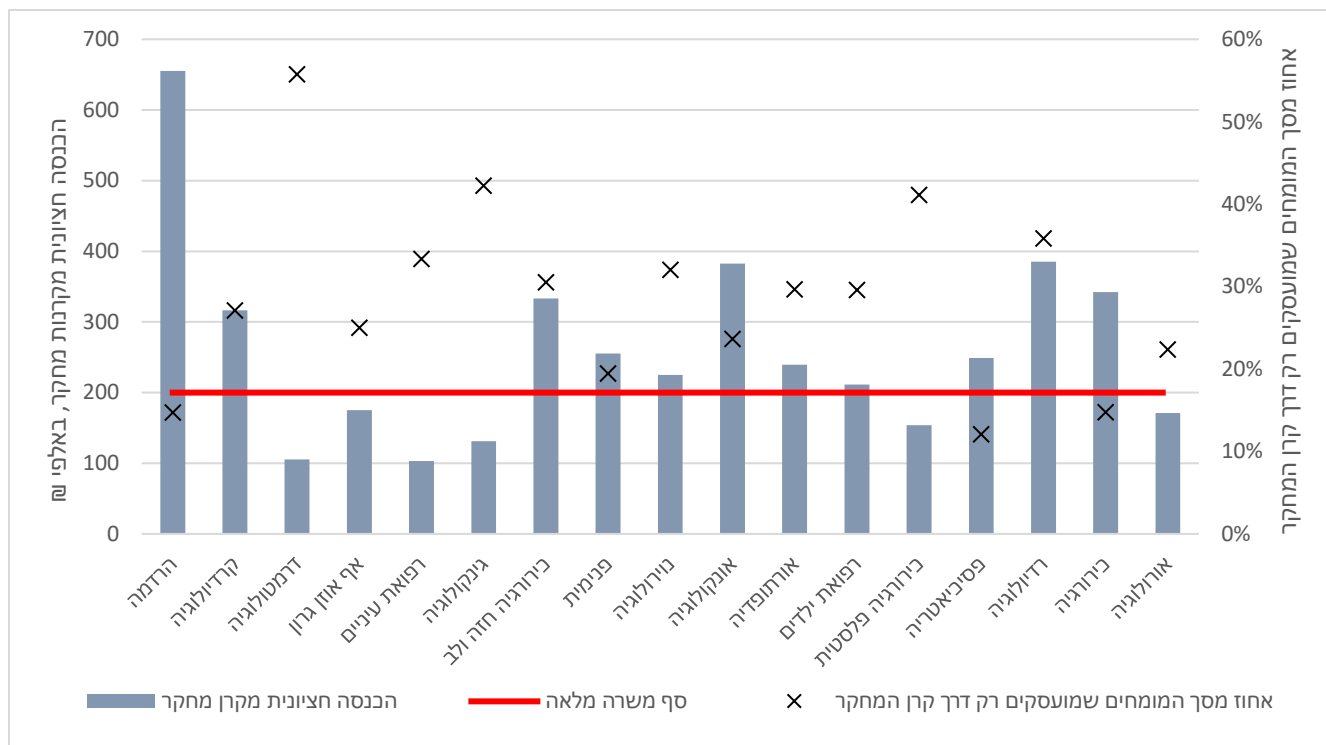
לפי תחום התמחות. בציר הימני מוצג שיעור הרופאים בכלל תחום ההתמחות המועסקים במתכונת זו. הקו האדום בגובה 200 אלף ש"ח משמש לצורך ניתוח זה רף מינימלי להיקף משרה מלאה (נזכיר כי זה היה סף השכר שקבענו בעבודה זו להכללת רופאים באוכלוסיית המחקר). התרשים מצביע על הבדלים לא רק בשאלה אלו רופאים מועסקים דרך קרנות המחקר, אלא גם באופן ההעסקה שלהם. כך, בתחומי התמחות כגון דרמטולוגיה, כירורגיה פלסטית, גניקולוגיה ורפואת עיניים, בהם נצפה שיעור גבוה יחסית של רופאים המועסקים באמצעות הקרן, גובה השכר החציוני נמוך מזה שעשוי ללמד על עבודה במשרה מלאה. ממצא זה עשוי להעיד כי השימוש בקרנות המחקר בתחומים אלו נעשה בעיקר לצורך השלמת תקנים קיימים (לדוגמה: ממלא מקום ליום אחד אם הרופא הקבוע לא יכול להגיע), ולא להרחבתם.

שני תחומי מומחיות בולטים בשיעור גבוה של העסקה במשרה מלאה באמצעות קרן המחקר הם רדיולוגיה וקרדיולוגיה, שבהם שיעור הרופאים המועסקים במתכונת זו עולה על 30%. בשילוב עם ממצאי תרשים 11, המצביעים על כך שרוב הרופאים הללו מרוכזים במרכז, ובשים לב למחסור הקיים ברדיולוגים בפריפריה¹⁷, עולה חשש לריכוזיות של כוח אדם מקצועי במרכז, אשר עשויה להעמיק את הפערים האזוריים.

נתונים נוספים מבדיקה פנימית מחזקים תמונה זו: כ-39% מהרדיולוגים במרכז מועסקים באמצעות קרן המחקר, לעומת כ-23% בלבד בפריפריה. יתרה מכך, הגיל הממוצע של הרדיולוגים המועסקים באמצעות הקרן בפריפריה גבוה משמעותית (כ-67 לעומת כ-53 במרכז). ממצא זה עשוי להעיד כי בפריפריה משמש מנגנון זה בעיקר לשימור רופאים מבוגרים לאחר גיל פרישה, בעוד שבמרכז הוא משמש ככלי להעסקת כוח אדם צעיר יותר.

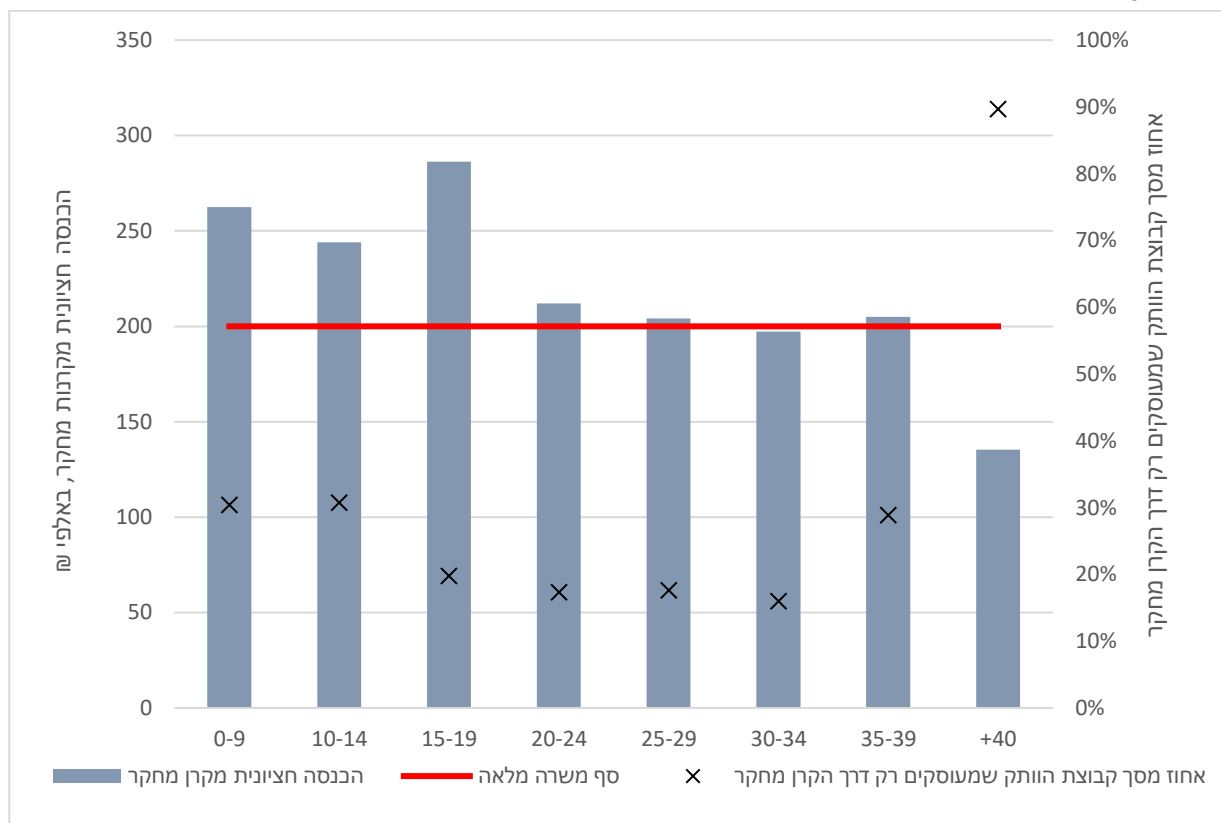
¹⁷ רואה לדוגמה כתבה זו מ-2022: <https://www.ynet.co.il/health/article/h15mwd3005>

תרשים 10: הכנסה חציונית שנתית מקרן מחקר, של רופאים המועסקים רק דרך הקרן, לפי תחום התמחות



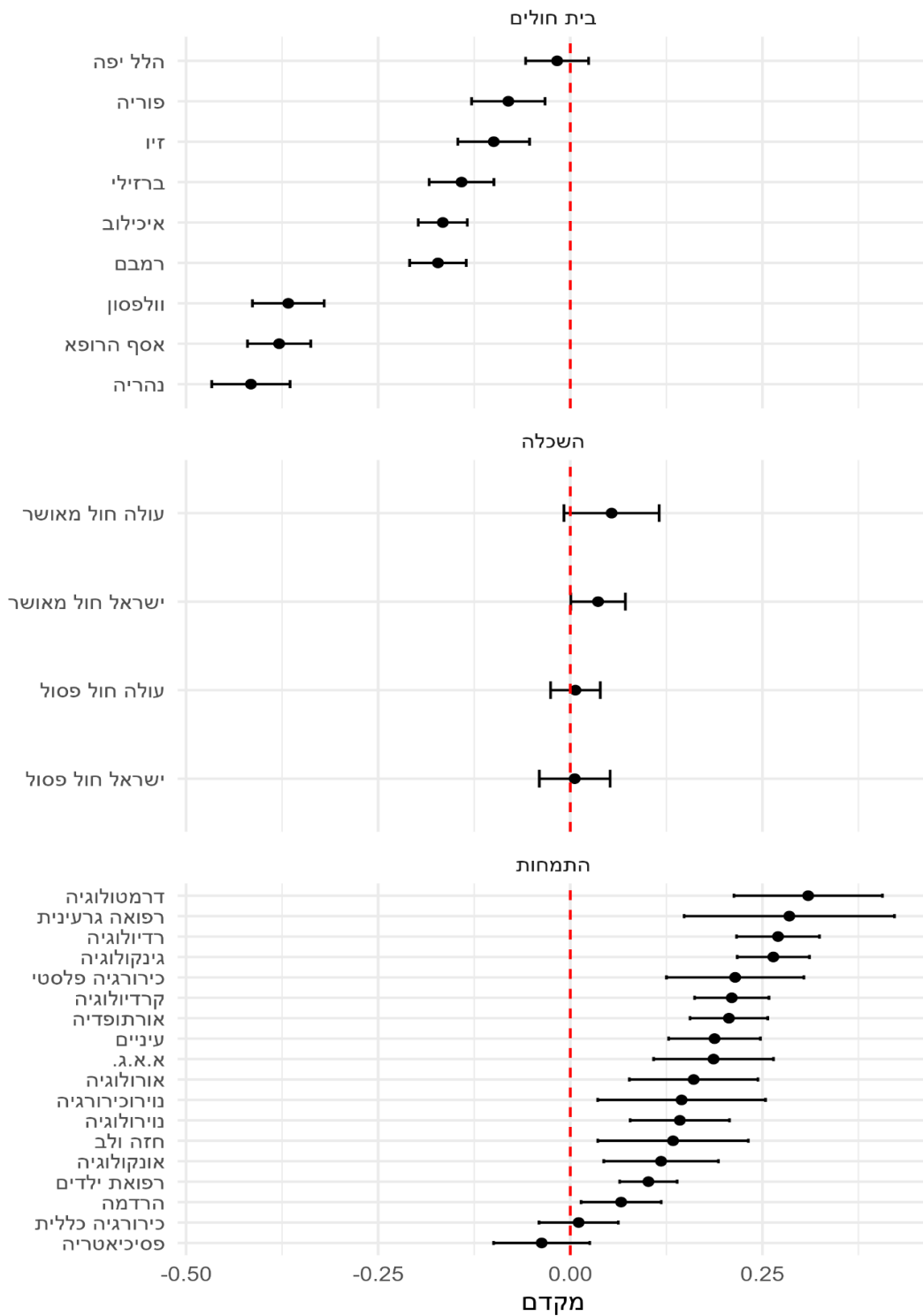
תרשים 11 מציג ניתוח זהה לזה שהוצג בתרשים 10, אך בפילוח לפי קבוצות ותק במקום לפי תחומי התמחות. מן הנתונים עולה כי התופעה שבה שכרם של רופאים משולם במלואו באמצעות קרן המחקר נפוצה במיוחד בקרב שתי קבוצות: רופאים צעירים יחסית ורופאים ותיקים מאוד, הנמצאים סמוך לגיל הפרישה או אף מעבר לו. ממצא זה עשוי להעיד על מגבלות בהעסקת רופאים לאחר גיל הפרישה במסגרת ההסדרים החלים על עובדי מדינה, ועל כך שבתי החולים עושים שימוש בתאגידי הבריאות כמנגנון חלופי להמשך העסקתם של רופאים אלו לאחר פרישתם הפורמלית.

תרשים 11: הכנסה חציונית שנתי מקרן מחקר, של רופאים המועסקים רק דרך הקרן, לפי ותק



טבלת רגרסיה 3 מציגה את אותו המודל שהוצג ברגרסיות הקודמות, אך הפעם המשתנה המוסבר הוא שיעור השכר שמקורו בקרן המחקר מתוך סך השכר שמקבל הרופא מבית החולים. מקדמים חיוביים במודל זה משקפים עלייה בשיעור ההכנסה שמקורה בקרן המחקר. מן התוצאות עולה כי תחומי ההתמחות דרמטולוגיה, רדיולוגיה, גינקולוגיה ורפואה גרעינית מציגים מקדמים גבוהים במיוחד (מעל 0.25), ואילו תחומי הקרדיולוגיה, הכירורגיה הפלסטית והאורתופדיה מציגים מקדמים גבוהים יחסית (מעל 0.2). ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם התרשימים לעיל ומחזקים את התוצאות. בנוסף, מן הרגרסיה עולה כי ביחס לבית החולים שיבא (קבוצת הייחוס), מרבית בתי החולים מציגים מקדמים שליליים. כלומר, שיעור ההכנסה שמקורה בקרן המחקר נמוך יותר בממוצע בהשוואה לבית החולים שיבא.

טבלת רגרסיה 3: תוצאות רגרסיה, המשתנה המוסבר: שיעור הכנסה מקרן מחקר מתוך שנת בית החולים



הערה: קבוצות בסיס הם שיבא, ישראלים שלמדו בישראל, ופנימיים בהתאמה

1. ניתוח השוואת בתי חולים ממשלתיים מול בתי החולים של כללית

כפי שציינו בחלק הקודם, אחת המטרות המרכזיות בהקמת תאגידי הבריאות הייתה יצירת תמריץ לרופאים להמשיך לעבוד בשעות אחר הצהריים במסגרת בתי החולים, במקום לעבור לפעילות פרטית. אחת הדרכים לבחון האם יעד זה אכן מושג היא להשוות את היקף ההכנסות מרפואה פרטית של רופאים מומחים בבתי החולים הממשלתיים לזה של רופאים בבתי החולים של שירותי בריאות כללית, שבהם לא פועלים תאגידי בריאות.

בהנחה שתאגידי הבריאות אכן יוצרים תמריץ להישארות במערכת הציבורית, ניתן היה לצפות כי רופאים בבתי החולים הממשלתיים יציגו רמות נמוכות יותר של הכנסות מרפואה פרטית, בהשוואה לרופאים בכללית, בהינתן תחום התמחות וותק דומים, ובהנחה של רמת הון אנושי דומה בין הקבוצות.

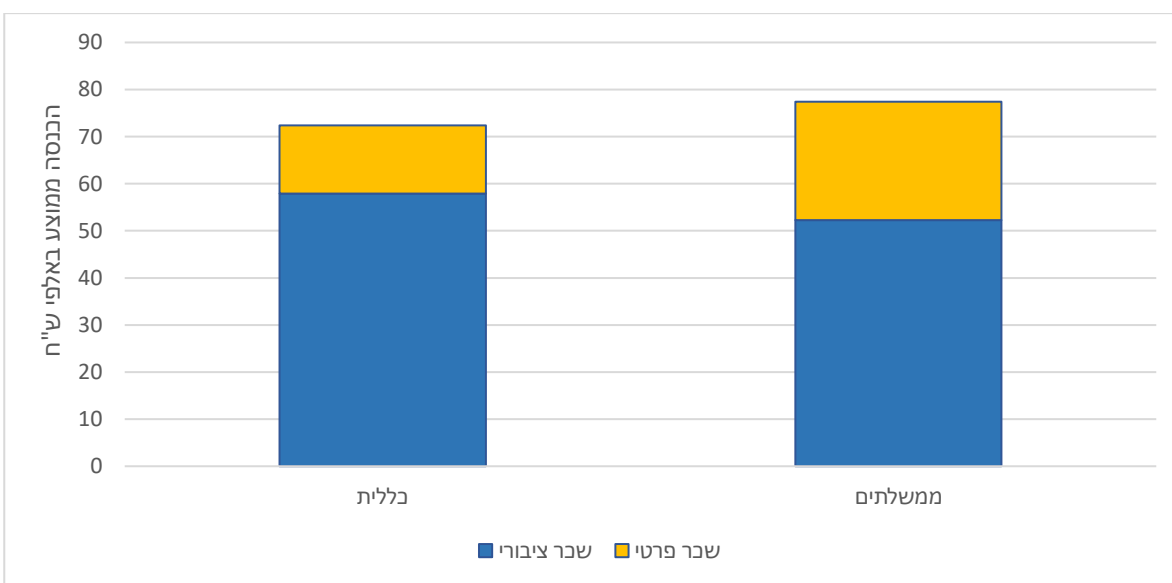
לצורך בחינה זו, נאספו נתונים מנהליים על רופאים מומחים שהועסקו בבתי החולים של שירותי בריאות כללית בשנת 2023, כאשר אלו הושוו מול נתוני הרופאים בבתי החולים הממשלתיים. הניתוח התבסס על קריטריונים זהים לאלו שהוחלו על המדגם הממשלתי, תוך הוצאת 102 רופאים שנמצאו מועסקים במקביל בשתי המערכות. בסך הכול כלל בסיס הנתונים הוא 4,532 רופאים מומחים מבתי החולים הממשלתיים ו-3,015 רופאים מומחים מבתי החולים של כללית.

תרשים 12 מציג את השכר השנתי הממוצע של הרופאים בשתי המערכות, תוך הבחנה בין שכר ממקורות ציבוריים (הכולל בבתי החולים הממשלתיים גם את רכיב קרן המחקר) לבין שכר ממקורות פרטיים (לרבות רווחים מחברות ארנק). מן הממצאים עולה כי שכרם הממוצע מרפואה פרטית של רופאים המועסקים בבתי החולים הממשלתיים גבוה ב-73% מזה של אלו המועסקים בבתי החולים של קופ"ח כללית (כ-251 אלף ש"ח לעומת כ-145 אלף ש"ח, בהתאמה). מנגד, בשכר הציבורי נרשם פער מתון יותר של כ-11% לטובת רופאי כללית (כ-579 אלף ש"ח לעומת כ-523 אלף ש"ח, בהתאמה).

יש לציין כי חלק מפער זה עשוי לנבוע מכך שרופאים בבתי חולים של כללית עובדים במקביל בעיקר במרפאות של כללית ורופאים בבתי חולים הממשלתיים עובדים בקופות אחרות. הבדל זה חשוב לעניין הכנסות מרפואה פרטית, בשל הבדלים במבנה ההעסקה בין המערכות: בעוד שבכללית מרבית הרופאים מועסקים כשכירים (והכנסתם מסווגת כציבורית), בקופות החולים האחרות רוב הרופאים מועסקים

כעצמאים¹⁸, כך שהכנסה שמקורה בפעילות ציבורית עשויה להיות מסווגת בנתונים כהכנסה פרטית. תחת הנחה מחמירה שלפיה מלוא הפער בשכר הציבורי משקף הבדל באופן הסיווג בלבד, ניתן לאמוד כי כ-11% מן ההכנסה המוגדרת כפרטית בבתי החולים הממשלתיים היא למעשה ציבורית במהותה. גם לאחר התאמה זו, נותר פער משמעותי של כ-62% בהכנסות מרפואה פרטית בין רופאי בתי החולים הממשלתיים לבין רופאי כללית. ממצא זה מעלה סימני שאלה באשר למידת האפקטיביות של תאגידי הבריאות ביצירת תמריץ להפחתת הפעילות הפרטית של הרופאים.

תרשים 12: שכר ממוצע שנתי מרפואה ציבורית ופרטית, בתי חולים ממשלתיים לעומת בתי חולים של קופ"ח כללית

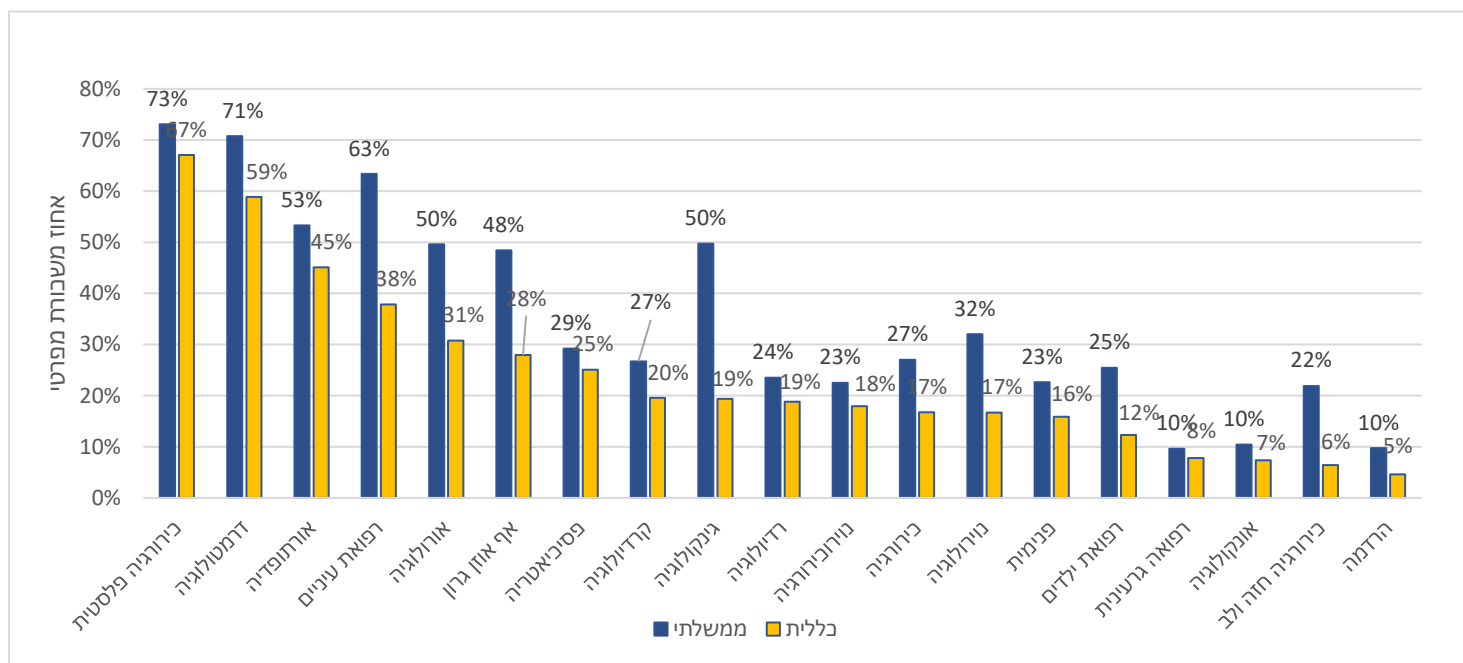


תרשים 13 מציג את ההבדל בשיעור ההכנסה מרפואה פרטית בין רופאי בתי החולים הממשלתיים לבין רופאי בתי החולים של שירותי בריאות כללית. מאחר שבתחומי התמחות מסוימים קיימת נטייה גבוהה יותר לעבודה בקופות החולים, ולעיתים גם לפעילות במסגרת קופת חולים במעמד של עצמאי, מתחדדת המורכבות שבסיווג ההכנסה כציבורית או כפרטית. מסיבה זו, **תרשים 14** מציג ניתוח משלים של שיעור ההכנסה מחברות ארנק בלבד. אף שהשימוש בחברות ארנק שכיח בעיקר בקרב רופאים בעשירוני השכר

¹⁸https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/b852899c-fc9b-ed11-8157-005056aa4246/2_b852899c-fc9b-ed11-8157-005056aa4246_11_20568.pdf

הגבוהים¹⁹, מקורות ההכנסה המנותבים באמצעותן חייבים לכלול תמהיל מקורות²⁰, ולכן הם מהווים אינדיקטור נקי יותר לפעילות פרטית מובהקת. משני התרשימים עולה בבירור כי בכל תחומי ההתמחות, רופאי בתי החולים הממשלתיים מתאפיינים בשיעור גבוה יותר של פעילות פרטית בהשוואה לעמיתיהם בכלית.

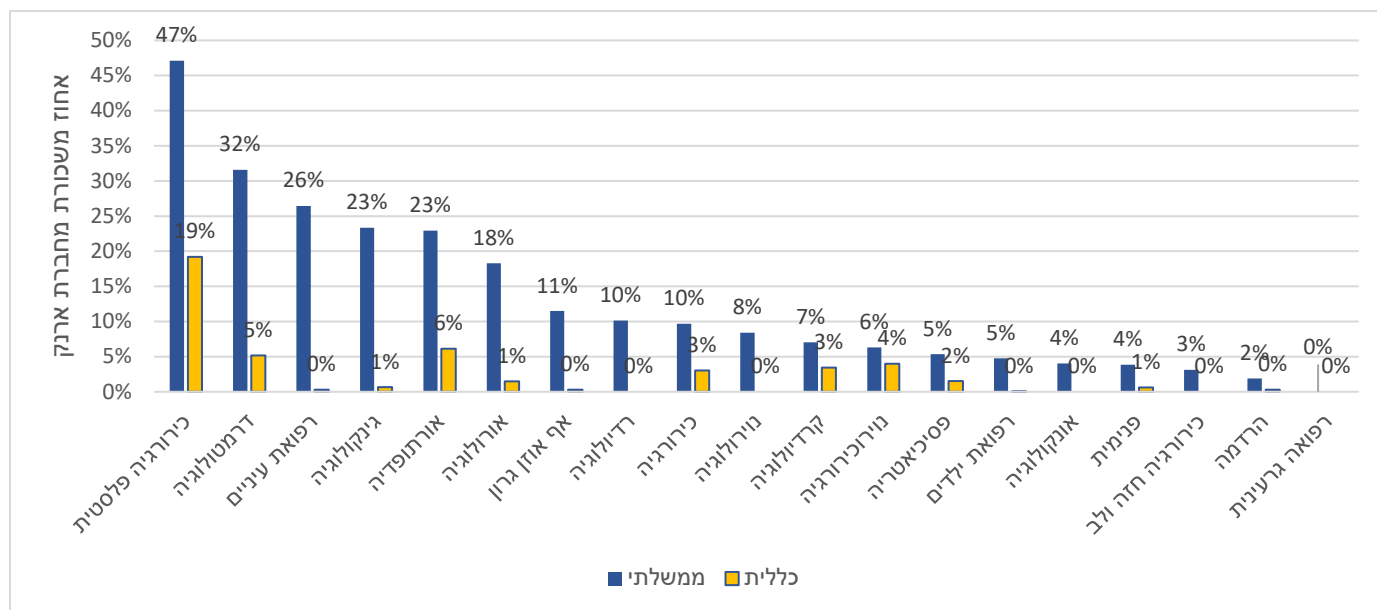
תרשים 13: שיעור ההכנסה מרפואה פרטית לפי תחום התמחות: בתי חולים ממשלתיים לעומת כללית



¹⁹ ראו תרשים 7: שבר ממוצע של רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי עשירוני הכנסה.

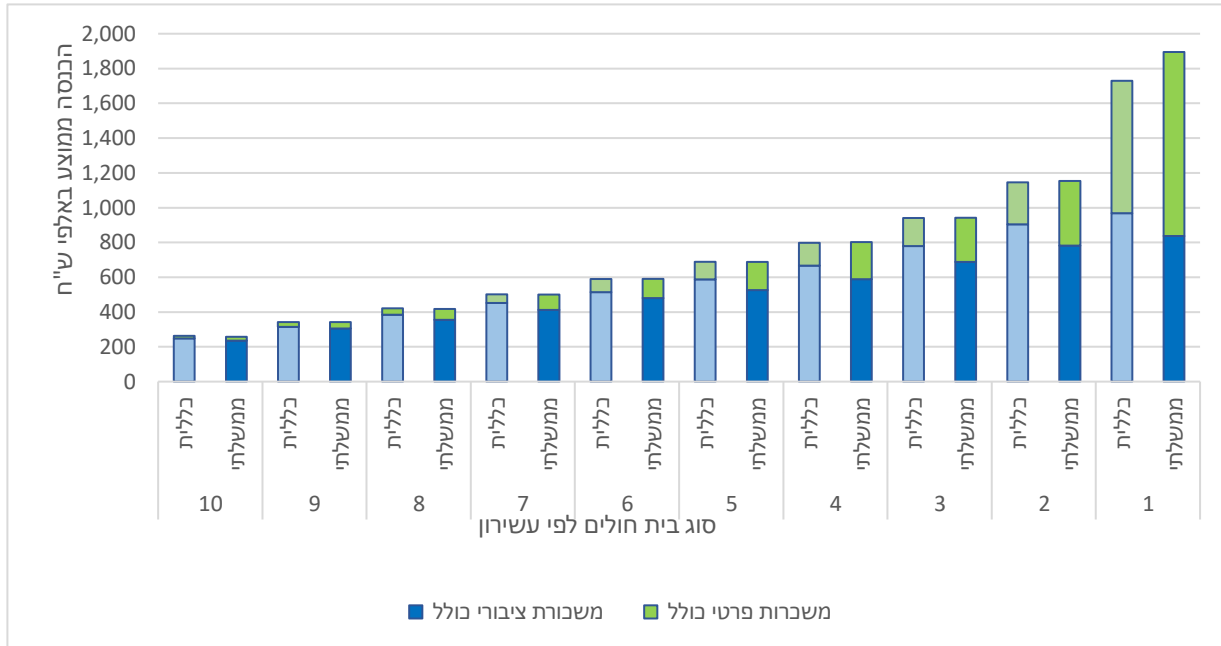
²⁰ השימוש בנתוני חברות אלו בבדיקה נוספת נובע מהוראות סעיף 62א לפקודת מס הכנסה. על פי הסעיף, חברה שלפחות 70% מהכנסתה נובעת ממקור יחיד (כגון קופת חולים אחת) והשירות בה ניתן בתנאים הדומים ליחסי עובד-מעביד, מסווגת כ"חברת ארנק" שקופה ומיסויה מושווה למיסוי שכר עבודה. לכן, קיומה של פעילות עסקית ענפה במסגרת חברה מעיד בסבירות גבוהה על פיזור הכנסות ועל קיומם של מקורות הכנסה פרטיים ומגוונים מעבר לקופה.

תרשים 14: שיעור ההכנסה מחברות ארנק לפי תחום התמחות: בתי חולים ממשלתיים לעומת כללית



תרשים 15 מציג השוואה בין רופאי בתי החולים הממשלתיים לרופאי כללית בחלוקה לפי עשירוני הכנסה, אשר נקבעו על בסיס התפלגות כלל המומחים במדגם. מהניתוח עולה כי פערי ההכנסה מרפואה פרטית ניכרים בכל עשירון, ונעים בטווח רחב של כ-36% עד 80% לטובת רופאי בתי החולים הממשלתיים. מנגד, הפערים ברכיב השכר הציבורי נותרים מתונים יחסית, ונעים בין כ-5% ל-14% בלבד.

תרשים 15: שכר ממוצע שנתי לפי עשירונים: בתי חולים ממשלתיים לעומת כללית



הערה: עשירונים נעשו לפי כל הרופאים ולא חילקו לפי סוג בתי חולים

הממצאים מתרשים זה אינם תומכים בטענה כי תאגידי הבריאות מחזקים את הרפואה הציבורית באמצעות עידוד עבודה נוספת בתוך בתי החולים. בפועל, רופאי בתי החולים הממשלתיים מאופיינים ברמות שכר גבוהות יותר ובשיעור גבוה יותר של הכנסה מרפואה פרטית, באופן עקבי על פני תחומי ההתמחות ועשירוני ההכנסה.

סיכום

מסמך זה מציג ממצאים עדכניים ממחקר על שכר רופאים בבתי החולים הממשלתיים, כהמשך למחקר שבוצע באגף הכלכלן הראשי בשנת 2018. בסיס הנתונים הורחב כך שיכלול את כלל הרופאים המומחים המועסקים בבתי חולים אלו בשנת 2023, לצד מידע דמוגרפי נוסף, על פיו בוצעו ניתוחים תיאוריים ורגרסיות ראשוניות.

הממצאים מצביעים על שונות ניכרת בהרכב מקורות השכר בין רכיבי ציבורי לפרטי, ובתוך כך בין שכר ציבורי ישיר לשכר באמצעות קרנות מחקר בהתאם לתחום ההתמחות, בית החולים, עשירון ההכנסה ומאפייני ההשכלה. בפרט, נמצא כי השימוש בקרנות מחקר משתנה באופן מהותי בין בתי החולים, ובולט במיוחד בבתי חולים במרכז, לעיתים עד כדי תחליף לשכר הציבורי הישיר, תוך הבדלים בין תחומי התמחות.

השוואה בין רופאי בתי חולים ממשלתיים לרופאי כללית אינה תומכת בטענה כי מנגנון קרנות המחקר מצמצם את היקף הפעילות הפרטית. ממצא זה, לצד הפערים שנמצאו, מעלה שאלות באשר לתפקידן של קרנות המחקר והמדדים שלפיהם נקבע השכר בקרנות, והאם הן משמשות ככלי לשימור וגיוס רופאים אף ללא תלות בתשומות/תפוקות עבודה כלשהם, או אמצעי להשלמת תקנים.

במחקרי המשך נבחן את התפתחות שכר הרופאים מלפני הסכם השכר שנחתם בשנת 2011, וכן את השפעתן של רפורמות שנועדו לצמצם את היקף הרפואה הפרטית - ובראשן רפורמת "הסדר-החזר" והרחבת השימוש בטופס 17 במימון ציבורי בבתי חולים פרטיים על הכנסות הרופאים מרפואה פרטית.

תרשימים

- [תרשים 1: יחס בין השכר של רופאים מומחים לשכר הממוצע במשק במדינות ה-OECD \(2023 לעומת 2015\) .. 6](#)
- [תרשים 2: שכר ממוצע שנתי של רופאי בתי החולים הממשלתיים, לפי מקור הכנסה \(ציבורי/פרטי\) ולפי אזור גאוגרפי 2023](#)
- [תרשים 3: שכר ממוצע שנתי של רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי קבוצות ותק](#)
- [תרשים 4: התפלגות רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי עשירוני שכר ובית חולים](#)
- [תרשים 5: שכר ממוצע שנתי לפי תחום מומחיות, רופאי בתי החולים הממשלתיים](#)
- [תרשים 6: שכר ממוצע שנתי של רופאים ברפואה פנימית לפי תת-התמחות](#)
- [תרשים 7: שכר ממוצע שנתי של רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי עשירוני הכנסה](#)
- [תרשים 8: שכר ממוצע שנתי של רופאי בתי החולים הממשלתיים לפי מקום וסוג מוסד הלימוד](#)
- [תרשים 9: התפלגות של שיעור ההכנסה מקרן מחקר מתוך השכר הציבורי, לפי אזור](#)
- [תרשים 10: הכנסה חציונית שנתית מקרן מחקר, של רופאים המועסקים רק דרך הקרן, לפי תחום התמחות ...](#)
- [תרשים 11: הכנסה חציונית שנתית מקרן מחקר, של רופאים המועסקים רק דרך הקרן, לפי ותק](#)
- [תרשים 12: שכר ממוצע שנתי מרפואה ציבורית ופרטית, בתי חולים ממשלתיים לעומת כללית](#)
- [תרשים 13: שיעור ההכנסה מרפואה פרטית לפי תחום התמחות: בתי חולים ממשלתיים לעומת כללית](#)
- [תרשים 14: שיעור ההכנסה מחברות ארנק לפי תחום התמחות: בתי חולים ממשלתיים לעומת כללית](#)
- [תרשים 15: שכר ממוצע שנתי לפי עשירונים: בתי חולים ממשלתיים לעומת כללית](#)

טבלאות סטטיסטיות

- [טבלה 1: סטטיסטיקה תיאורית על מאפייני הרופאים בנתונים](#)

טבלאות רגרסיה

- [טבלת רגרסיה 1: תוצאות רגרסיה, המשתנה המוסבר: לוג השכר השנתי הכולל](#)
- [טבלת רגרסיה 2: תוצאות רגרסיה, המשתנה המוסבר: שיעור ההכנסה מרפואה פרטית מתוך סך ההכנסה](#)
- [טבלת רגרסיה 3: תוצאות רגרסיה, המשתנה המוסבר: שיעור ההכנסה מקרן מחקר מתוך שכר בית החולים](#)