

**פרדוקס - היצע רב של רופאים עולים
ועלייה תלולה של שכר הוותיקים,
1990 עד 1995**

צבי זוסמן* דן זכאי**
סדרת מאמרים לדיון 97.06
נובמבר 1997

* בית הספר לכלכלה ע"ש ברגלס, אוניברסיטת ת"א.
** מחלקת המחקר בבנק ישראל.

הדעות המובעות במאמר זה אינן משקפות בהכרח את עמדת בנק ישראל

מחלקת המחקר, בנק ישראל, ת"ד 780, ירושלים 91007.
Research Department, Bank of Israel, POB 780, 91007 Jerusalem, Israel

<u>התוכן</u>	<u>עמוד</u>
תמצית	2
מבוא	3
פרק א' - מסגרת הניתוח	8
פרק ב' - היצע הרופאים והביקוש לשירותי רפואה	12
פרק ג' - ההסכמים הקיבוציים לקביעת השכר והתעסוקה של הרופאים	20
פרק ד' - השינויים בשכרם של כלל הרופאים, של הוותיקים ושל המתמידים	24
פרק ה' - עקום השכר של הרופאים לפי דרגות וקידום לצמרת	29
פרק ו' - פערי השכר בין הרופאים הזוטרים לבכירים	35
פרק ז' - סיכום	40
ביבליוגרפיה	43
נספח - לוח נ-1	45
נספח א': סיכויי הקידום של רופאים במערכת מתרחבת	46

תמצית

העבודה בוחנת כיצד הצליח האיגוד המקצועי של הרופאים להשיג עלייה חריגה של שכר חבריו הוותיקים בתקופה שבה עודף היצע של רופאים עולים היה צריך להשפיע בכיוון ההפוך, וכיצד הגידול החריג של השכר התאפשר תוך גידול רב של תעסוקת הרופאים ותוך שיתוף פעולה של הוותיקים בתהליך קליטת העולים.

בעבודתנו אנו מצביעים על שלושה גורמים עיקריים, שפעלו במשולב ואיפשרו את עליית השכר: האחד, שני הסכמים קיבוצים שבהם השיגה ההסתדרות הרפואית, לאחר מאבק חריף, עליות שכר חריגות ותוספת משרות רבות לרופאים במערכת הרפואה הציבורית, מעבר לנגזר מהביקוש הנורמטיבי לשירותי הרפואה. הגורם השני היה השהיית כניסתם של הרופאים העולים למקצוע הרפואה בישראל, כתוצאה מתהליכים ממושכים לקבלת רשיון ישראלי לעסוק ברפואה, ולאחר מכן שיבוצם בדרגות נמוכות יותר, בין לצורך השתלמות לשם קבלת תואר מומחה ישראלי, ובין בעיסוקים שאינם דורשים מומחיות. באופן זה צומצמה התחרות בין עולים לוותיקים. הגורם השלישי הוא שחסימי השכר והתרחבות המערכת פעלו לטובת שכרם של הוותיקים: החסכמים קבעו עליות שכר גבוהות יותר לדרגות הבכירות, המאוישות בידי הוותיקים, והבטיחו להם קידום מהיר יותר לדרגות בכירות בעקבות ההתרחבות של המערכת הרפואית. הסכמים אלה היטיבו במיוחד עם הרופאים הוותיקים במטרה להבטיח את שיתוף הפעולה המקצועי שלהם בקליטת העולים ואת הסכמתם לרפורמות שתוכננו במערכת הבריאות.

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.

פרדוקס: היצע רב של רופאים עולים ועלייה תלולה של שכר הוותיקים 1990-1995¹

מבוא

בשנים 1989 עד 1995 גדל היצע הרופאים בישראל בשיעור של 50-60 אחוזים, בעיקר עקב עלייה המונית מברה"מ לשעבר, שכללה רופאים רבים מאוד². היצע זה היווה איום פוטנציאלי על העסקתם ועל שכרם של הרופאים הוותיקים³. האיום לא התממש: בשנים 1990 עד 1995 גדל שכרם הריאלי של הוותיקים ב-65.4 אחוזים, וזאת יחד עם גידול בן 63.8 אחוזים של מספר הרופאים המועסקים במשק. נתונים מעודכנים לשנת 1997 מצביעים על כך שהישגי הרופאים לא נשחקו מאז תום תקופת המחקר ועד היום. גידול התעסוקה הוא מעבר למה שניתן להסביר בגידולו של הביקוש לרופאים הנגזר מהביקוש הנורמטיבי לשירותי רפואה (לוח מ-1)⁴. בדירוגים האקדמיים הגדולים בשירות הציבורי (מהנדסים, בעלי תואר אקדמאי במדעי החברה והרוח ודומיהם), שגם בהם הייתה תוספת גדולה של עולים, היו עליות שכר ניכרות, אולם שיעורם היה נמוך הרבה יותר מאשר אצל הרופאים (לוח מ-1)⁵. נתונים על ותיקים בעלי השכלה גבוהה (15 שנות לימוד ומעלה) במשק כולו מצביעים אף הם על גידול ניכר של ההיצע והתעסוקה ועל עליות שכר⁶. אולם עליות שכר אלו - כ-17 אחוזים ב-1995 לעומת 1991 - הן

¹ אנו אסירי תודה לענת לוטן, שסייעה לנו במיומנות רבה בכל שלבי המחקר, וכן לגילי כהן-נווה ולמירי פוקס, שטיפלו במקצועיות רבה בהכנת בסיס הנתונים המורכב למחקר זה. כמו כן אנו מודים לצוות המזכירות שלא נלאו מלטפל בסבלנות ורוח טובה בזרם בלתי פוסק של טיוטות. רבים העירו לנו הערות מועילות, וביניהם משתתפי הסמינרים במחלקת המחקר של בנק ישראל ובבית ספר לכלכלה על שם ברגלס באוניברסיטת תל-אביב וצוות הממונה על השכר במשרד האוצר, ורופאים שמהם ביקשנו הערות. במיוחד נתונה תודתנו לקרנית פלוג, למומי דהן, לצבי וייס וליונה רובינשטיין מבנק ישראל, וכן לראובן גרונאו ולאברהם (רמי) פרידמן מהאוניברסיטה העברית. פרופ' בויקיס ז"ל והגב' ציונה חקלאי במשרד הבריאות העמידו לרשותנו נתונים על בעלי רשיון לעסוק ברפואה. אנו מודים לכל אלו שסייעו לנו, ונשארים האתרים הבלעדיים לפירושים של הנתונים ולכל הטעויות שנותרו בעבודה זו.

² אומדן ההיצע מבוסס על מספר העולים שהצהירו על עיסוק ברפואה בחו"ל, על מספרם של בעלי רשיונות רופא בישראל ועל תעסוקת רופאים במועל. הנתונים על מספר בעלי רשיון לעסוק ברפואה הם מהאגף למקצועות רפואיים, שירותי מידע ומחשוב במשרד הבריאות.

³ הוותיקים הם כלל הרופאים, למעט אלו שעלו בשנים 1989-1995.

⁴ מספר הרופאים המועסקים במדגם גדל ב-32.7 אחוזים בשנים 1990-1995, תוספת שנבעה כולה מקליטת העולים, ואילו מספר הישראלים במגזר זה ירד ב-4.8 אחוזים. להשוואה - בשנים 1986 עד 1990 גדל מספר הרופאים במדגם ב-4 אחוזים בלבד. המדגם נותן הערכת חסר של גידול התעסוקה בשירות הציבורי, משום שהוא לא כלל רופאים שעבדו בשיעורי משרה קטנים או פרקי זמן קצרים ורופאים עולים שחלק משכרם שולם מתקציבים מיוחדים; זאת כדי לייצג נאמנה את השינויים בשכר הרגיל על רכיביהם השונים. שיעור גידול גבוה של שכר הרופאים הוותיקים (52.3 אחוזים) התקבל גם מעיבודים של סקרי הכנסות.

⁵ במספר דירוגים קטנים בשירות הציבורי היו בתקופה הנחקרת עליות שכר חריגות, דומות לאלו של הרופאים (בדירוגים המשפטיים, החוקרים והעובדים במקצועות פרה-רפואיים).

⁶ עפ"י המדגם שבחנו שיעור הגידול בתעסוקת המהנדסים והמחנ"ר בשנים 1990-1995 הוא 12 אחוזים, לעומת כ-9 אחוזים בתקופה הקודמת; שיעור הגידול של המועסקים במשק כולו במשלהי יד אקדמיים, חופשים וטכניים (0 ו-1) בין השנים 1989 ל-1995 הוא כ-43.3 אחוזים. במיון לפי השכלה שיעור המועסקים בעלי +16 שנות לימוד במשק גדל ב-66.5 אחוזים.

נמוכות מן הגידול התריג של שכר הרופאים (לוח ד'-6 בדוח בנק ישראל לשנת 1996).
מטרת עבודה זו להבין את הפרדוקס של גידול רב בהיצע רופאים יחד עם גידול יוצא דופן של שכר הוותיקים, שרובם ככולם מועסקים ברפואה הציבורית.

לוח מ'-1: אינדיקטורים להיצע, לביקוש ולשכר של רופאים

שיעורי גידול מצטברים

1989-1995 1986-1989

1. בעלי רשיון רופא - ותיקים ועולים¹ * 48.7 15.4

2. הגידול במערכת הבריאות²

א. מספר הרופאים המועסקים 63.8 -3.3

ב. מספר המועסקים שאינם רופאים³ 37.0 -2.1

3. הביקוש הנגזר לרופאים⁴ 30.0 6.7

ריאלי **

4. שכר הרופאים הוותיקים במדגם מהשירות הציבורי⁵ 65.4 8.5

5. המחיר של שירותי רפואה פרטיים⁶ 21.6 56.7

6. שכר אקדמאים אחרים וותיקים במדגם מהשירות הציבורי⁶ * 18.0 6.0

-
- (1) לפי נתוני האגף למקצועות רפואיים במשרד הבריאות; לא כולל רופאי שיניים.
(2) סקרי כוח אדם בשנים המתאימות.
(3) אחיות, מקצועות פרה-רפואיים, עובדי מינהל ומשק וכו'.
(4) את הביקוש לרופאים גזרנו מגידול האוכלוסייה, מהשינוי בהרכבה, מגידול תחכנסה ומהנחה בדבר עליית פריון העבודה של רופאים. גידול האוכלוסייה לפי קבוצות גיל, משוקלל בהתאם לצריכת שירותי רפואה לפי גיל (שמואלי ולוי 1996).
(5) ירחון סטטיסטי למחירים - השנים המתאימות.
(6) נאמד על פי האקדמאים בדירוג המהנדסים והמחיר.
(*) נתוני סוף שנה.
(**) מנוכה במדד המחירים לצרכן.

השפעת הגידול הרב של היצע הרופאים העולים על שכר הוותיקים נבחנה במסגרת ניתוח ענף הרפואה כולו, בלי להתייחס לעודף או למחסור ברמה האזורית ובתחומי התמחות שונים. המסגרת מצרפת מספר היבטים של קביעת שכר במערכת מוסדית - לא-תחרותית (כפי שיוצג ביתר פירוט בפרק א'): שכר הרופאים בישראל נקבע במו"מ קיבוצי, שבו מול המעסיק הציבורי ניצב ארגון מקצועי המקיף כמעט את כל הרופאים.⁷ הסתדרות הרופאים בישראל משתתפת, נוסף על חלקה בקביעת השכר, גם בתהליכי הרישוי וההכשרה של רופאים ובקביעת מספר התקנים (התעסוקה). הרחבה בתקנים בכלל ובצמרת בפרט היא תנאי הכרחי לקידום מהיר של הרופאים בדרגות (זוסמן וזכאי, 1993). כוחה של ההסתדרות הרפואית רב, משום שעיקר התעסוקה של חבריה הוא בסקטור הציבורי, המספק את עיקר שירותי הבריאות. בסקטור זה מגבלות התקציב רופפות יחסית, החשש לפיטורים אינו גדול, והרגישות הפוליטית לשיבושים בשירותים חיוניים גדולה. זאת ועוד, בתקופה הנחקרת פעלו גורמים אלו ביתר שאת, כי הממשלה נתנה עדיפות גבוהה לקליטתם של רופאים עולים במשלח ידם, וגילתה נכונות להעמיד לשם כך תקציבים מיוחדים, ורצתה לגייס את שיתוף הפעולה של ההסתדרות הרפואית בתהליך הקליטה.

היבט נוסף של הדיון קשור בקשיים של השתלבות מהגרים בעלי השכלה אקדמית במשלח ידם המקורי בארץ היעד ובהפסד של חלק מההון האנושי שעמד לרשותם בארץ המוצא כתוצאה מהמעבר. דבר זה בלט במיוחד אצל רופאים: אלה נאלצו לעבור תהליכי רישוי והתמחות ממושכים, יחסית לבעלי מקצועות אחרים, ותהליכים אלה עיכבו את כניסתם לשוק העבודה.

במסגרת הניתוח אנו מצביעים על הגורמים העיקריים שאיפשרו את הפרדוקס - עודף היצע של רופאים יחד עם עלייה תלולה של שכר הרופאים הוותיקים: האחד הוא הצלחת מאבק חריף של ההסתדרות הרפואית להעלאת שכר ולהגדלה בו-זמנית של תקנים, מאבק שלווה בשביתות ובעיצומים, והתנהל על רקע מו"מ של ארגונים אחרים להעלאת שכר כללית בסקטור הציבורי. המעסיקים הציבוריים הגדילו את מספרם של תקני העבודה מעבר לגידול הצפוי של הביקוש לשירותי רפואה. גורם

⁷ על קיומם של שוקי עבודה תחרותיים ושוקים שבהם פועלים כוחות מוסדיים זה בצד זה ועל קשרי הגומלין בין שוקים אלה ראה אלקיים (1989) וארטשטין (1997). כפי שעולה מניתוחים כאלה בטווח קצר אין בהכרח איזון בין שכר הרופאים בפועל לבין הכוחות האמורים לקבוע שכר תחרותי בטווח הארוך. בגלל מו"מ הנערך אחת למספר שנים ולעיתים גם מתמשך, אנו עדים לקפיצות גדולות בשכר.

שני הוא שיבוץ העולים שקיבלו רשיון בחלק התחתון של סולם הדרגות, תוך ייחוס משקל קטן יחסית לוותק שלהם בחו"ל. הוותיקים בבתי החולים שימשו מורים ומדריכים של העולים, דבר שיצר תעסוקה נוספת. הליך ההכשרה הממושך גם צמצם את התחרות המידית בין העולים לבין הוותיקים, בעיקר בדרגות הבינוניות והגבוהות. הגורם השלישי הוא שבעליות גבוהות בטבלת השכר זכו בעלי הדרגות הבכירות יותר. העלייה הדיפרנציאלית היטיבה אפוא עם הוותיקים, שאיישו דרגות אלו. הם גם אלו שקודמו לדרגות בכירות יותר, אשר נוצרו עקב התרחבותה של המערכת הרפואית בכללה.

ההרחבה הניכרת של תעסוקת רופאים בבתי החולים איפשרה, כנראה, את הקטנת העומס על הוותיקים במשרה רגילה בבתי החולים, וגדל היקף האישורים שניתנו להם לעסוק בפרקטיקה פרטית. אכן, אחד הביטויים להתגברות התחרות הוא שהתעריף של שירותי הרפואה הפרטית עלה בשיעור פחות יחסית לשכר הרופאים ויחסית למחירי הרפואה הפרטית בתקופות קודמות (לוח מ'-1).

ההתפתחות הנדונה - של גידול רב של היצע הרופאים ושל תעסוקתם תוך עלייה גבוהה בשכרם, בתקופה הנחקרת, שונה תכלית השינוי מהתפתחויות בשכר ובתעסוקה של רופאים בשנות השלושים, שיש להן מאפיינים דומים: בשנים שקדמו למלחמת העולם השנייה - 1933-1938 - היתה עלייה גדולה מאוד של רופאים לארץ ישראל, ועל כ-400 רופאים שהיו בארץ נוספו כ-2,000 רופאים עולים שנמלטו מגרמניה הנאצית. כתוצאה מכך רופאים רבים היו מובטלים או עסקו במשלחי יד אחרים, ואחרים הועסקו במשרות חלקיות בלבד. יתר על כן, רופאים צעירים שביקשו להתמחות בבתי החולים הציבוריים עבדו בהתנדבות, ואף נדרשו לשלם לבתי החולים עבור דיור וכלכלה. במצב כזה הרופאים שהועסקו ברפואה הציבורית (באופן מלא או חלקי) לא העזו לדרוש שכר גבוה יותר, ואף למומחים שבהם לא הותר לעסוק בפרקטיקה פרטית. כאשר קבוצת רופאים מומחים בבית החולים המרכזי של קופת חולים (ביה"ח בלינסון) ניסו לדרוש העלאות שכר, הודיעה להם הנהלת הקופה שאם ימשיכו בדרישותיהם הם יפוטרו מעבודתם בה (שוורץ, 1997).

ההסברים לעלייה כה גדולה של שכר הרופאים הוותיקים בתקופת העלייה הנוכחית, אף שהם בחלקם מיוחדים למקצוע הרפואה, עשויים לתרום להבנת ההתרחבות של פערי השכר במשק הישראלי, בין בעלי השכלה גבוהה לבין בעלי השכלה נמוכה יותר, דווקא בתקופה שבה גדל מאוד ההיצע של עולים בעלי השכלה גבוהה (דהן ובן פורת, 1996; דות בנק ישראל לשנת 1996, פרק ד').

בפרק א' נציג ביתר פירוט את מסגרת הניתוח שתשמש לבחינת השינויים בשכר ובתעסוקה של רופאים בסקטור הציבורי. בפרק ב' נתאר בקצרה את הגידול של היצע הרופאים ושל הביקוש לשירותי רפואה. בפרק ג' נתאר את הסכמי השכר הקיבוציים של הרופאים בתקופה הנחקרת. בפרק ד' נציג את השינויים בשכר הרופאים הוותיקים, תוך הבחנה בין השינויים בטבלת השכר לבין תרומת הקידום. בפרק ה' נתאר את קצב קידומם של הרופאים הוותיקים בדרגות בתקופה שבה התרחבה מערכת הבריאות ואת התרומה של הקידום לשכרם. בפרק ו' נצביע על ההבדלים בשכר ובקידום בין בכירים לזוטרים מקרב הרופאים הוותיקים. בפרק ז' נסכם את הממצאים, המראים שמערכת הבריאות אינה בשיווי משקל, ונצביע על הכוחות שימשיכו לפעול בה בשנים הבאות.

פרק א': מסגרת הניתוח

קביעת השכר והתעסוקה של הרופאים בשירות הציבורי בתקופה שבה הגיעו ארצה רופאים עולים רבים נבחנת במסגרת המשלבת היבטים אנליטיים במספר תחומים. האחד הוא מנגנון קביעת השכר והתעסוקה בסקטור הציבורי; השני הוא השפעת איגודים במשלחי יד אקדמאיים ואלטיות על השכר והתעסוקה של חבריהם; והשלישי - קליטת מהגרים בכלל ובעלי הון אנושי גבוה בפרט. הניתוח מאפשר לבחון בנפרד את הגורמים השונים שהשפיעו על קביעת השכר והתעסוקה של רופאים, וכן השפעות גומלין ביניהם. עם זאת אין בעבודה מודל מקיף ומלא של כל מערכת הקשרים שקבעו את השכר ואת התעסוקה של רופאים - ותיקים ועולים - בתקופה הנחקרת.

1. השכר והתעסוקה בשירות הציבורי

מחקרים רבים מלמדים שהשכר והתעסוקה בסקטור הציבורי נקבעים על ידי מערכת שהיא מוסדית בעיקרה ומושפעת בטווח הקצר אך במעט מכוחות כלכליים תחרותיים. בטווח הארוך יש לכוחות כלכליים השפעה ניכרת גם בסקטור זה. (סיכום של חלק ממחקרים אלה ראה אצל Freeman 1986, Ehrenberg and Schwartz 1986). במקום שיקולי רווח פועלים ובולטים בסקטור הציבורי שיקולים של תיקצוב משאבים ציבוריים, שיקולים פוליטיים ושיקולים אחרים. מבין אלה חשובים לצורך הדיון שלנו בשכר הרופאים בעיקר השיקולים הבאים:

1. הסקטור הציבורי מעניק שירותים חיוניים; בחלק מהם הוא הספק העיקרי, ובדרך כלל אין לציבור אלטרנטיבה זמינה לקבלתם. לכן, המחיר הפוליטי של הפרעות באספקת שירותים אלה על ידי שביתות, האטות ושיבושים אחרים הוא גבוה לא רק למעסיק ולעובדים אלא גם לציבור הרחב (Rees Shab 1995). אין ספק ששירותי הרפואה הציבוריים בישראל עומדים במקום גבוה מבחינת חיוניותם לציבור, מפני שהסקטור העסקי הוא עדיין שולי באספקתם. המחיר של עימות אפשרי בין המעסיקים הציבוריים לרופאים הוא גבוה, והדרג הפוליטי מנסה להימנע מכך.

2. בתקופה הנסקרת, 1990-1995, נתנה הממשלה עדיפות גבוהה לקליטת העולים במשלח ידם המקורי, כדי לעודד את המשך העלייה וכדי לנצל את ההון האנושי הרב שהביאו העולים. אמנם, מדיניות הממשלה הייתה לקלוט עולים רבים ככל האפשר בסקטור העסקי, אולם במקרה של הרופאים ראתה

הממשלה את עצמה אחראית להקצאת התקציבים הדרושים להכשרתם ולקליטתם בשירותי הבריאות הציבוריים. לשם כך היא ניקקה לשיתוף הפעולה של ההסתדרות הרפואית, בהכשרת הרופאים העולים לתנאי הארץ ובסיוע בקליטתם המקצועית. בשנים הנדונות נראו המגבלות התקציביות פחות נוקשות, שכן הממשלה גייסה מקורות מיוחדים מחו"ל למימון קליטת העלייה (בערבות ממשלת ארה"ב). כמו כן ציפו לצמיחה מהירה של התוצר, שהייתה אמורה להגדיל את הכנסות התקציב. אחד הביטויים לאווירת ה"נדיבות" היה החריגה של הממשלה, בשנים אלה, מתוואי הורדת הגירעון, שנקבע בחוק, חריגה שהחלה בסוף התקופה הנחקרת.

3. שיקול נוסף הוא משך השירות הארוך של העובדים בסקטור הציבורי, יחסית לניידות גדולה יותר של עובדים בסקטור העסקי (גרוס, 1981). לכן ניתן לשלם לעובדים בשירות הציבורי, בתקופות מסוימות, שכר נמוך יחסית, ולפצות אותם לאחר מכן. אחד הביטויים לכך הוא התנועות הגדולה יותר של השכר בסקטור הציבורי יחסית לעסקי, הנובעת בין השאר מניסיונות מחזוריים לריסון השכר, המסתיימים בדרך כלל בעליות שכר תלולות (ארטשטיין וזוסמן, 1989). זאת ועוד, קיומם של מסלולי קריירה לגבי מרבית העובדים הופך את הסקטור הציבורי בכלל ואת הגופים המעסיקים רופאים בפרט לשוק עבודה פנימי. בשוק כזה יש לקידומו של רופא השפעה גדולה על שכרו הכולל במהלך חייו העבודה שלו (זוסמן וזכאי, 1993).

2. איגודים מקצועיים של אקדמאים

השפעתם של איגודים מקצועיים בסקטור הציבורי על השכר והתעסוקה של חבריהם אינה שונה עקרונית מהשפעת האיגודים בסקטור העסקי: היא מתבטאת ברמת שכר גבוהה מזו שהייתה נקבעת בשוק עבודה תחרותי ובזיקה חזקה בין השכר הנקבע בחסכם קיבוצי עם איגוד אחד לבין תביעות השכר של איגודים אחרים (ארטשטיין, 1997). עם זאת חשוב לעמוד גם על מאפיינים אחדים המיוחדים לאיגוד הרופאים במערכת הבריאות הציבורית.

1. איגודים רבים בסקטור הציבורי, וביניהם ההסתדרות הרפואית, מייצגים משלחי יד בהם כל העובדים מועסקים בסקטור זה. כוחם של איגודים אלה רב במיוחד, הן משום שהם מנהלים מו"מ החל על כל העובדים באותו משלח יד, והן משום שמולם עומד מעסיק ציבורי, שמגבלת התקציב שלו חלשה

מזו החלה על מעסיקים בסקטור העסקי. בתקופה הנחקרת נחלש כוחה של הסתדרות העובדים הכללית, והתחזק כוחם של איגודים מקצועיים כאלה. המו"מ על השכר התנהל אפוא ללא תיאום מרכזי - שבעבר הייתה לו השפעה מרסנת, עקב התחשבות בתוצאות הכלל משקיות של תביעות השכר (זוסמן, 1995).

2. מקובל להניח שאיגוד מקצועי פועל להעלאת השכר, והמעסיק מגיב בצמצום התעסוקה (1991 Blanchflower, Millward, Oswald). צמצום התעסוקה להעלאת שכר נתונה בסקטור הציבורי יהיה בדרך כלל קטן יותר מאשר בסקטור העסקי, הן בגלל קשיים בפיטורי עובדים והן משום שהביקוש למוצרים הציבוריים נתפס כבלתי גמיש. האיגוד המקצועי בסקטור הציבורי מצליח להשפיע על השכר יותר מאשר איגודים אחרים הפועלים בסקטור העסקי, והמחיר שהוא משלם במונחי תעסוקה נמוך יותר (1996, Marlow and Orzechowski). אולם גם בסקטור הציבורי, בדרך כלל, אין האיגוד מנהל בו-זמנית מו"מ משולב - על רמת השכר ועל היקף התעסוקה גם יחד. מבחינה זו המצב בתחום הרפואה הציבורית שונה: ההסתדרות הרפואית הישראלית מנהלת מו"מ קולקטיבי גם על רמת השכר וגם על היקף התקנים (התעסוקה). מעורבותה בקביעת התקנים התפתחה בין השאר על רקע המאפיינים של מקצוע הרפואה: האחד - המבנה ההירארכי הנוקשה יחסית לפי עיסוקים ודרגות אצל הרופאים בכלל ובבתי חולים בפרט מקשה על קידום בלי שינוי בתקנים; השני - החשיבות הרבה של הקידום בקביעת הכנסתו של רופא - מפני עקום שכר תלול יותר מאשר במשלחי יד אחרים ומפני האפשרויות הנוחות יותר שיש לרופאים בכירים לעסוק בעבודה נוספת ובפרקטיקה פרטית. קצב הקידום של רופא בסולם העיסוקים יהיה מהיר יותר ושהייתו בצמרת תהיה ארוכה יותר, ככל שקצב ההתרחבות של המערכת הרפואית - ובכללה הצמרת - הוא מהיר יותר (זוסמן וזכאי, 1993). זאת אחת הסיבות להסכמתה של ההסתדרות הרפואית לסייע לקליטת העולים, שלוותה בהרחבת המערכת הרפואית בקצב מהיר ככל האפשר.

3. ההירארכיה הקשיחה יחסית אצל רופאים ופערי השכר הגבוהים לפי דרגות יוצרים מתח בין הבכירים לזוטרים, וזאת משום שהבכירים הם גם בעלי הסמכות הרפואית וגם המדריכים המכשירים את הצעירים. הבכירים הם גם אלו שבחרים את הזוטרים ואת בעלי דרגות הביניים שיזכו לקידום חמיוחל לצמרת. המתח הנזכר לעיל נובע בין השאר מההשפעה שיש לבכירים חשולטים בהסתדרות הרפואית על חלוקת תוספת השכר המתקבלת בהסכמים הקיבוציים בין הדרגות השונות. שינויים כאלה

בתלילות עקום השכר משפיעים על ההכנסה הצפויה לרופא במהלך הקריירה גם בגלל השינויים בהסתברות לקידומו, המותנים בקצב ההרחבה של מערכת הבריאות. (ראה גם, 1993, Baker, Gibbs, Holmstrom).

3. קליטת מהגרים עתירי הון אנושי

ההיבט השלישי של הדיון שלנו הוא ההשפעה של מהגרים על התעסוקה והשכר של ותיקים בעלי תכונות הון אנושי דומות. בשוק תחרותי יש לצפות לירידה בשכרם של הוותיקים ולעליית שכרם של בעלי תכונות משלימות. הניתוח קשור גם בקשיים של השתלבות מהגרים בעלי השכלה אקדמית במשלח ידם המקורי ובהפסד של חלק מההון האנושי שלהם במעבר מארץ לארץ, קשיים שהודגשו בעבודות רבות (בהרל, 1965; Greenwood, Hunt and Kohli, 1997; Weiss, Gotlibovsky, 1995; Friedberg, 1996). אצל הרופאים העולים הושהתה הכניסה לתחרות בעמיתיהם הוותיקים, הנמצאים בדרגות הביניים ובדרגות הבכירות. זאת תחילה בשל הצורך לעמוד בדרישות לקבלת רשיון ישראלי לעסוק ברפואה ולאחר מכן על ידי תהליכי הכשרה והשתלמות ממושכים שעוברים העולים לקראת קבלת תואר מומחה ישראלי, שהוא תנאי לאיוש משרות בכירות בבתי החולים. כל עוד נמשכים תהליכי הכשרה אלו גובר הביקוש לרופאים הוותיקים, ולכן הם והעולים משלימים אלו את אלו ואינם מתחרים. מצב זה הוא זמני, ויתהפך עם השלמת ההכשרה. הניתוח לא יהיה שלם בלי להביא בחשבון את מדיניות הממשלה לקלוט בשירותים הציבוריים עד כמה שאפשר יותר רופאים במשלח ידם המקורי ואת נכונותה להעמיד לרשות תהליכי הקליטה וההכשרה של עולים אלו את התקציבים המיוחדים הדרושים לכך.

פרק ב': היצע הרופאים והביקוש לשירותי רפואה

1. גידול היצע הרופאים

בישראל, שלא כמו במדינות אחרות, אין שום מגבלות על כניסת מהגרים יהודים, (בתוכם רופאים) ועל זכותם לעבוד, ולכן אין מגבלה אפקטיבית על היצע הרופאים. עם זאת רופאים שלמדו בחו"ל חייבים בקבלת רשיון ישראלי לעסוק ברפואה. הליך הרישוי מתנהל על פי קריטריונים מקצועיים, שנקבעו בתיאום עם ההסתדרות הרפואית. מספר בעלי הרשיון לעסוק ברפואה בערב גל העלייה היה 17.5 אלף⁸; מספר הרופאים המועסקים בפועל היה באותה עת כ-12 אלף, מרביתם ברפואה הציבורית⁹.

בסוף 1989 החלה עלייה המונית לישראל, ועד סוף 1995 הגיעו כ-686 אלף עולים, רובם מברית המועצות לשעבר¹⁰. העולים תרמו באותן שנים כ-15 אחוזים לגידול האוכלוסייה, וזאת כשיעור גידול הכולל היה 23 אחוזים. בקרב העולים היה משקל גדול לבעלי השכלה גבוהה. בלט במיוחד מספרם של אלו שעסקו ברפואה בחו"ל - לפי אומדנו כ-13 אלף רופאים¹¹. חלק מהעולים החליטו לוותר על עיסוק במשלח ידם המקורי, והאחרים - כ-79 אחוזים - הגישו מסמכים לצורך קבלת רשיון ישראלי. תהליך הרישוי התנהל בשני מסלולים עיקריים - "הסתכלות" של כחצי שנה לבעלי ניסיון רב, שהם כשליש מהרופאים, ומבחני רישוי לכשני שלישים מהרופאים הצעירים יותר¹². כ-73 אחוזים מאלו שהגישו בקשה קיבלו עד סוף 1995 רשיון ישראלי לעסוק ברפואה. כדי לקבל רשיון של "רופא מומחה", המאייש משרות בכירות בבתי החולים ובמרפאות, דרושה הכשרה נוספת של מספר שנים, המתנהלת בבתי החולים בהנחיית הרופאים הבכירים. בתקופה הנסקרת קיבלו רק מעטים מהעולים תואר מומחה על סמך הכשרתם בחו"ל או התמחותם בישראל.

בסוף 1995 היו רשומים כ-6.6 אלפים עולים, שהשלימו את תהליך הרישוי⁸, ובכך הגדילו את היצע הרופאים האפקטיבי ב-55 אחוזים לעומת הרופאים המועסקים ערב העלייה. באותן השנים קיבלו רשיון

⁸ לפי נתוני האגף למקצועות רפואיים, שירותי מידע ומחשוב במשרד הבריאות.

⁹ סקרי כוח אדם - הממוצע של 1989-1990 המשקף את סוף שנת 1989.

¹⁰ שנתון סטטיסטי 1996, לוח 5.4.

¹¹ 14.8 אלף עולים דיווחו על עיסוק במקצועות הרפואה בחו"ל, שנתון סטטיסטי לישראל 1996, לוח 5.8. נתון זה כולל רופאי שיניים ומרפאי שיניים, ומבוסס על רישום העולים בעת כניסתם. לפי אינדיקטורים שונים הערכנו את מספר הרופאים שבהם כ-13 אלף. רופאים עולים מעטים מתוך אלה שלא קיבלו רשיון, הוסבו למקצועות קרובים (תברואות, פיזיותרפיה וכו').

¹² ניראל, שמש ובוק (1994).

גם כאלפיים ישראלים בוגרי בתי ספר לרפואה בארץ ובח"ל.¹³ כנגד זאת ניתן להעריך לפי העבר כי מספר מסוים של ותיקים פרשו מהעבודה (בשל גיל או עבודה בחו"ל), וכך עלה מספר הרופאים הוותיקים המועסקים במשלח ידם עלה בשיעור נמוך.

גם לפני גל העלייה שיעור הרופאים לנפש בישראל גבוה בהשוואה לארצות מערביות, במיוחד אם מביאים בחשבון את הרכב הגילים של האוכלוסייה, שהוא צעיר יותר, ואת ההכנסה לנפש, שהיא נמוכה יותר.¹⁴ גידול האוכלוסייה והשינויים בהרכבה לפי גיל היו אמורים להגדיל את הביקוש לשירותי רפואה בתקופת העלייה ב-25.1 אחוזים. בהתחשב בעלייה בת 16 אחוזים של רמת החיים בתקופה זו ובהנחת גמישות הכנסה יחידתית לשירותי בריאות (Hitis and Posnett, 1992) גדל הביקוש הנורמטיבי לשירותי רפואה ב-45 אחוזים. בהנחת גידול של כ-13 אחוזים בפריון העבודה הנורמטיבי של רופאים (אומדן שמרני של 2 אחוזים לשנה) - נקבל עלייה צפויה של כ-28 אחוזים בביקוש הנגזר לרופאים. אמנם נשמעה טענה שרמת הבריאות של העולים בכל גיל היא נמוכה יותר, אולם נמצא שבפועל הניצולת של שירותי רפואה על ידם כנראה נמוכה יותר.¹⁵ לסיכום, הנחנו שהביקוש הנורמטיבי לרופאים גדל ב-30 אחוזים לכל היותר, בעוד שההיצע הפונטציאלי - בין אם הוא נמדד על ידי שיעור הגידול של בעלי רשיונות ובין על ידי גידול התעסוקה בפועל של רופאים - גדל בשיעור כפול, כאמור, ב-63.8 אחוזים. רק חלק קטן מתוספת זו כיסה עודף ביקוש לרופאים מתקופה קודמת.

בדיקה נוספת של השאלה אם גידולה של תעסוקת רופאים בתקופת העלייה חרג מגידול הביקוש הנורמטיבי לרופאים נערכה על ידי השוואת ההתרחבות בתעסוקתם עם זו של משלחי יד אחרים במגזר הרפואי. מצאנו שמספר המועסקים שאינם רופאים בענף השירותים הרפואיים (85) גדל בשיעור שבין 34.8 אחוזים (לפי סקרי כ"א) לבין 28 אחוזים (לפי משרות שכיר). שיעורים אלה נמוכים בהרבה מהגידול של 63.8 אחוזים בתעסוקת הרופאים (לפי סקרי כ"א).¹⁶ לפי אינדיקטורים שונים גידולה של תעסוקת הרופאים יחסית למועסקים האחרים בולט במיוחד בבתי החולים¹⁶ (לוח ב'-1).

¹³ צ'רניחובסקי (1996); ביטחון סוציאלי מס' 47, 12-1996, עמ' 33.

¹⁴ ניראל וכו', 1996.

¹⁵ הגידול על פי המועסקים בענף שירותי הבריאות ובענף בתי החולים (850) ובניכוי הרופאים (משלח יד 030).

¹⁶ מספר הרופאים המועסקים בבתי החולים (ענף 850) גדל ב-85.2 אחוזים בין 1989 ל-1995, סקרי כוח אדם. מספר המועסקים האחרים בענף 850 גדל ב-34.4 אחוזים. בגלל מספר המקרים הקטן במדגם והשינויים בסיווג יש להתייחס בהירות לשיעורי השינויים בענפים מפורטים.

הציפיות לגידול רב בהיצע הרופאים יחסית לגידול הביקוש הנורמטיבי עוררו אצל הוותיקים חשש להשפעה שלילית של העולים על תעסוקתם ועל שכרם (של הוותיקים) ועוררו ספקות אצל העולים לגבי סיכויי קליטתם במשלח ידם. ההתמודדות עם עודף הרופאים הייתה במישורים שונים: (א) הדרישה לעבור את ההליכים לקבלת רשיון ישראלי הרחיקה חלק מהעולים שהיו מתחת לסף קבלה, או שלא רצו לעבור את תהליך הרישוי. (ב) משך הזמן של תהליכי הרישוי דחה את כניסתם של הרופאים שפנו לקבלת רשיון לשוק העבודה. (ג) רופאים עולים נדרשו, בדרך כלל, לעבור הכשרה לקבלת תואר מומחה בישראל גם אם היו בעלי ותק מקצועי, ולכן נדחתה כניסתם לתחרות עם מומחים ישראלים.

בד בבד עם הפעלת הסדרי הרישוי וההכשרה ניהלה ההסתדרות הרפואית מו"מ אינטנסיבי עם הממשלה על הרחבת תקנים בבתי החולים ובקהילה. כך הוספו תקנים ותקציבים מעבר לגידול הביקוש הנורמטיבי לשירותי רפואה, בין השאר לצורך הכשרת העולים לתהליך הרישוי עצמו ולשם קבלת תואר מומחה. בעבודה זו אין תשובה לשאלה אם גידול היתר בתעסוקת רופאים מבטא ירידה של הפריון בייצור הישיר של שירותי רפואה, בגלל הנכונות להעסיק את מרבית הרופאים - או שזהו ביטוי לגידולה של מערכת ההכשרה, כלומר להעסקתם של ותיקים רבים כמדריכים, ושל עולים שעסקו ברפואה בחו"ל כתלמידים.

תהליך הרישוי וההכשרה ותוספת תקנים רבים איפשרו קליטה מהירה של העולים בלי שנפגעה תעסוקת הוותיקים. בסוף שנת 1994 כ-72 אחוזים מהעולים מקבלי הרשיון הישראלי היו מועסקים כרופאים, מחציתם ברפואת קהילה ומחציתם בבתי חולים, שם עבדו בדרך כלל במשרה מלאה^{17,18}.

¹⁷ השוואת הנתונים של עולים שקיבלו רשיון ישראלי לעסוק ברפואה בשנים 1990 עד 1995 עם הגידול בתוספת הרופאים העולים המועסקים במשלח ידם מצביעה על אבטלה מסוימת בקרב העולים, ממצא שעליו הצביעו גם ניראל ונווה (1996). לעומת זאת מספר הוותיקים שקיבלו רשיונות לעסוק ברפואה בתקופה זו דומה לגידול בתעסוקה של רופאים ותיקים. אם נביא בחשבון שחלק מבעלי הרשיונות הוותיקים יצא לגמלאות וחלק יצא לחו"ל עולה הגידול בתעסוקה של ותיקים על התוספת האפקטיבית של בעלי רשיונות ותיקים. ניתן להסביר פער זה על ידי חזרה לעבודה של ותיקים שלא היו מועסקים או שחזרו משהות בחו"ל.

¹⁸ קליטת העלייה חוללה שינויים גם בהרכב אוכלוסיית הרופאים כולה: כך עלה אחוז הרופאות במדגם מ-27 אחוזים ב-1990 ל-33 ב-1995, הגיל הממוצע והוותק המקצועי לצורכי שכר עלו מעט, וחלקיות המשרה הממוצעת ירדה מעט.

לוח ב'-1: מועסקים בענפי שירותים רפואיים: רופאים ואחרים, 1986 עד 1995

שיעור שינוי		אלפים			משלח היד
1989-95	1986-89	1995	1989	1986	
63.8	-3.3	19.0	11.6	12.0	רופאים*
33.4	-0.7	94.5	70.1	70.6	מועסקים אחרים בשירותי בריאות**
30.8	3.3	61.8	46.0	44.5	מועסקים אחרים בבתי חולים***

* משלח יד 030.

** ענף 85, לפי הסיווג הישן.

*** ענף 850.

2. שינוי רופאים בעיסוקים במערכת המתרחבת

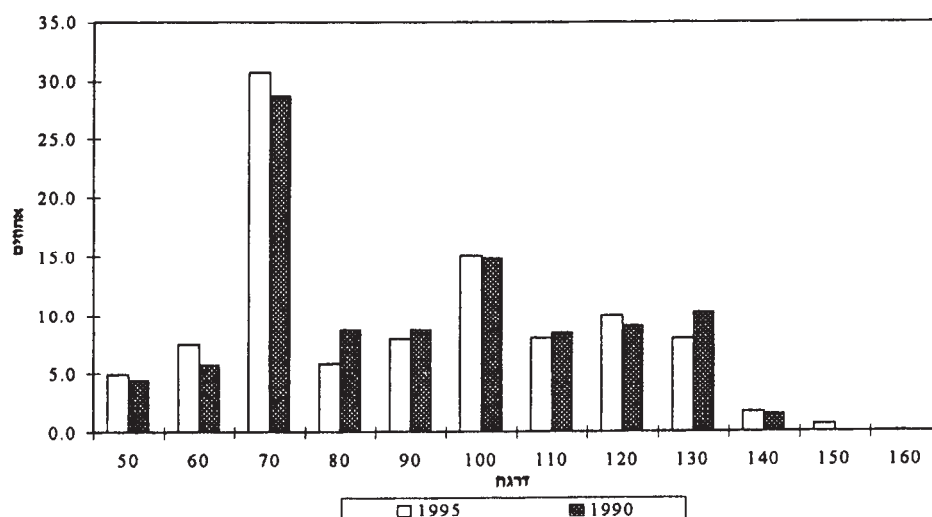
המבנה ההירארכי של העיסוקים ושל הדרגות אצל הרופאים קשיח יותר מאשר במשלחי יד אחרים (זוסמן וזכאי, 1993). מבנה זה נשמר בשנים 1990-1995 על אף הגידול הניכר של מספר הרופאים, כפי שמראה דיאגרמה ב-1. בדיאגרמה זו מובלטת גם העובדה שבבתי החולים יש בכל תקופה מספר גדול של רופאים לפני התמחות ומתמחים המשובצים בדרגות הנמוכות (בעיקר בדרגה 70)¹⁹. העולים שנקלטו בבתי החולים שובצו בדרגות נמוכות יחסית לגילם ולוותק שלהם בחו"ל בהשוואה למצטרפים ישראלים (דיאגרמה ב-2). זאת בגלל הליך ממושך של רישוי והתמחות שעליהם לעבור גם אם צברו ותק וניסיון בחו"ל. בדרך זו יוחדו המשרות הבכירות יותר שנוצרו או התפנו לרופאים הוותיקים, וגברה התרכזותם של אלה בדרגות הגבוהות (דיאגרמה ב-3). זאת ועוד, תנאי הכרחי לקידום למשרות גבוהות יותר הוא תואר מומחה, המושג לאחר תהליך ממושך, ורק מעטים יחסית מהעולים זכו לו. קידום הרופאים הוותיקים בעקבות העלייה נידון בפירוט בפרק ה'.

את מיעוטה של ההתחשבות בוותק, בניסיון ובגיל של העולים בעת השיבוץ ניתן להדגים על ידי השוואת ההתפלגות על פני הדרגות של קבוצת גילאי 44-47. רוב העולים בקבוצה זו משובצים בדרגות 70 עד 90, בעוד שרוב הוותיקים באותה קבוצת גיל משובצים בדרגות 100 ומעלה (דיאגרמה ב-4)²⁰.

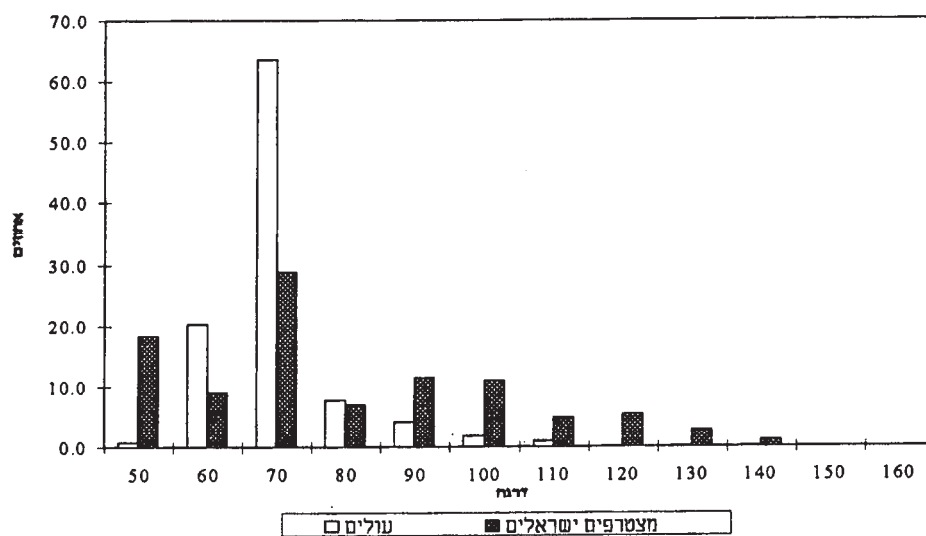
¹⁹ מספור הדרגות הוא שלנו, ואינו זהה לזה של ההסכם הקיבוצי.

²⁰ פירוט חגיל הממוצע של עולים וותיקים בדרגות 60 עד 90, שבהן משובצים מרבית הרופאים העולים, מובא בלוח ב'-1 בסוף העבודה.

דיאגרמה ב-1 - התפלגות כל הרופאים בבתי החולים לפי דרגות, 1990 עד 1995
(אחוזים)



דיאגרמה ב-2 - ההתפלגות לפי דרגות של הרופאים המצטרפים - מקרב הוותיקים והעולים, 1995 *
(אחוזים)

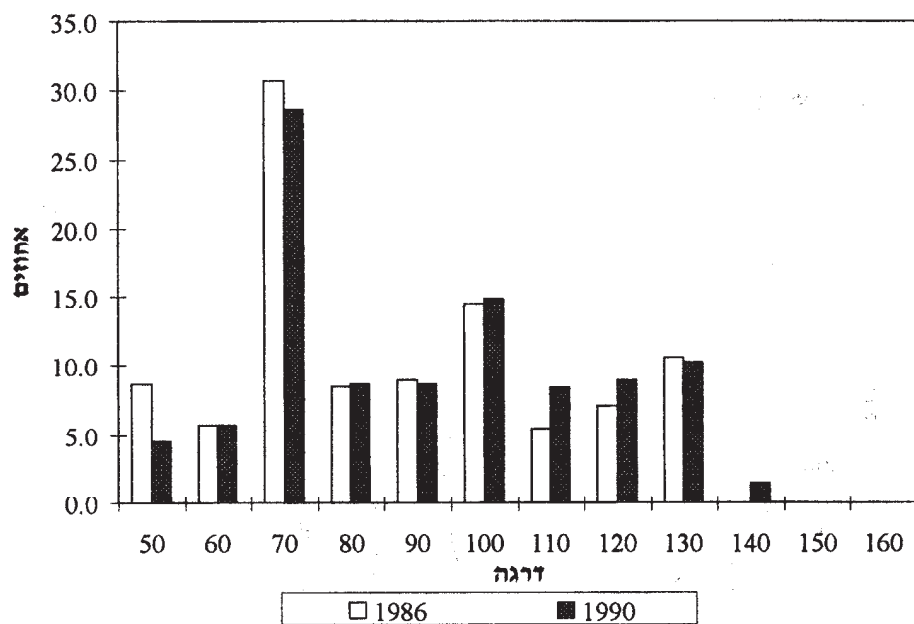


*מצטרפים הם ותיקים ועולים שנוספו למערכת בין סוף 1990 לסוף 1995.

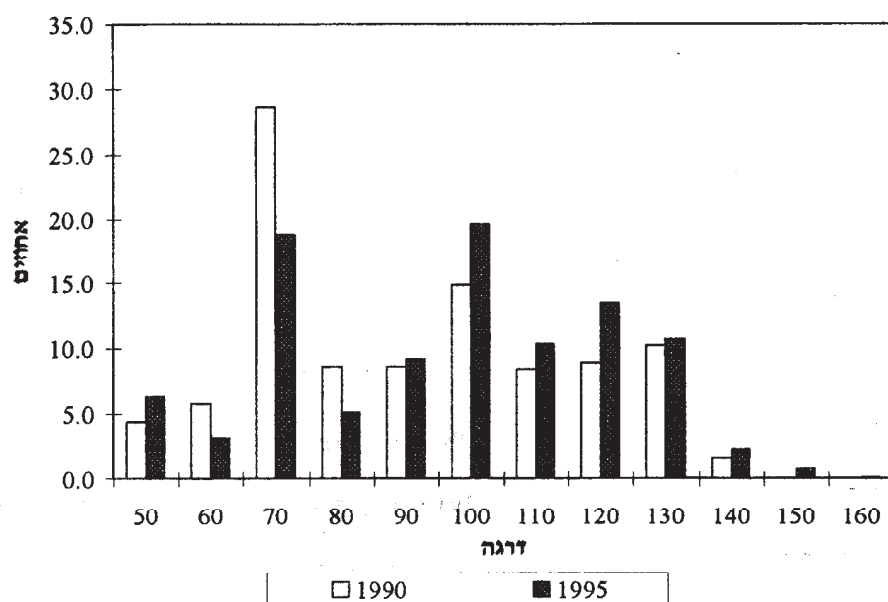
דיאגרמה ב-3 - התפלגות הרופאים הוותיקים לפי דרגות, 1986, 1990 ו-1995

(אחוזים)

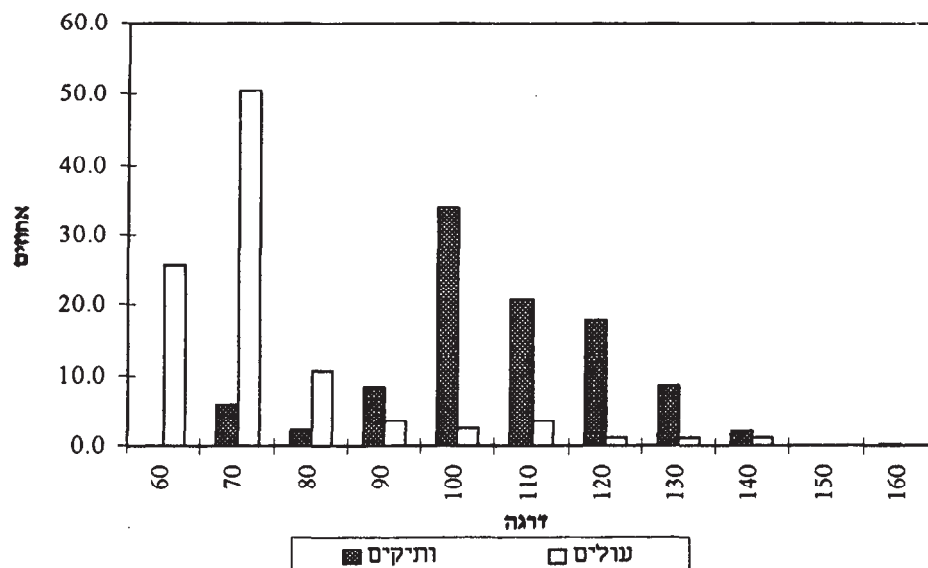
3-א' - 1986 ו-1990



3-ב - 1990 ו-1995



דיאגרמה ב-4 - ההתפלגות של רופאים ותיקים ועולים בני 44-47 לפי דרגות, סוף 1995



3. האם "שוקם" ההון האנושי שאבד לעולים עם ההגירה?

כפי שהראינו, שובצו העולים בדרגות נמוכות, יחסית לוותיקים בגיל דומה. אין באפשרותנו לקבוע אם שיבוץ זה של העולים משקף הבדלים בסיסיים בהון האנושי שהם רכשו בחו"ל, אבדן הון אנושי במעבר, או אי הכרה מלאה בהון האנושי שבאו איתו מסיבות אחרות; מכל מקום, שאלה חשובה היא, אם בחלוף הזמן "משוקם" ההון האנושי של העולים, כך שהם זוכים לתואר מומחה, ואז דרגתם - ולכן שכרם - מתקרבים יותר לאלה של הוותיקים באותו גיל ובאותו היקף עבודה. התשובה לשאלה זו חשובה הן מבחינת ציפיותיו של העולה והן מבחינת התחרות הצפויה בין העולים שהונס האנושי שוקם לבין הוותיקים על איוש משרות בכירות. עד סוף 1995 מספר מקבלי רשיון מומחה מקרב העולים הוא כ-457, מספר קטן מאוד לעומת 9,404 מומחים ישראלים. שיעור המומחים מקרב העולים הוא 6.2 אחוזים, לעומת 48.6 אחוזים בקרב הישראלים. מכאן שבכל תקופת המחקר התחרות בין עולים לוותיקים על משרות בכירות, המחייבות מומחיות, לא הייתה רבה. המספר המועט של עולים שקיבלו תואר מומחה מוסבר בשיעורי ההצלחה הקטנים בבחינות לקבלת תואר זה, באורכן היחסי של תקופות ההתמחות (הממומנות בתקציבים מיוחדים) וביצירת תעסוקה בבתי החולים לרופאים עולים שאין להם תואר

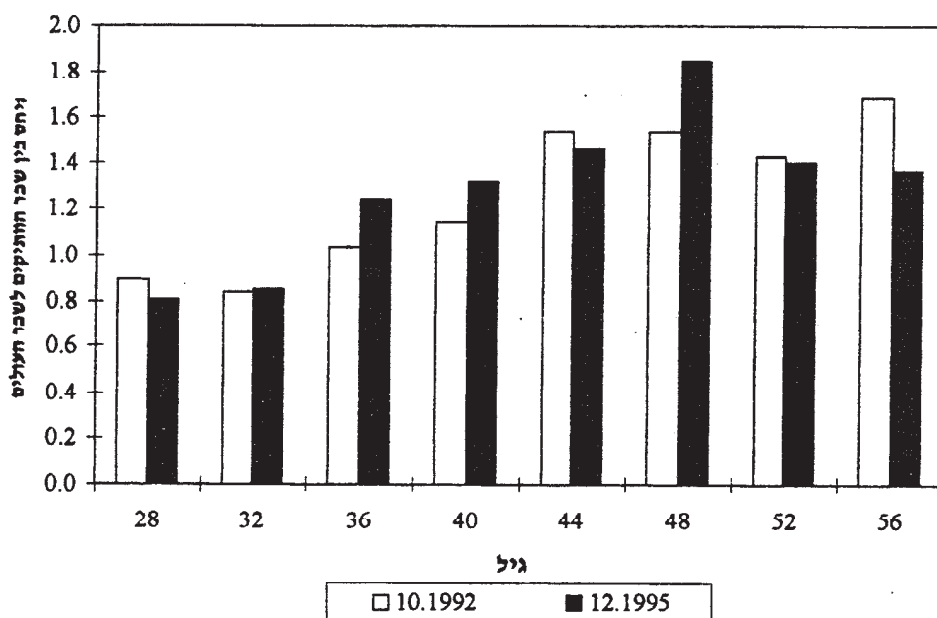
מומחה ואינם מתמחים. את שיקום ההון האנושי של העולים ניתן לבחון דרך השוואת פערי השכר בינם לבין הוותיקים בקבוצות גיל דומות בשנים 1992 עד 1995. כפי שמראה דיאגרמה ב-5, הפערים בין ותיקים לעולים שעבדו במשרה מלאה בשתי התקופות אינם מצטמצמים בשלוש שנים אלו. ניתן גם לראות שהפער בשכר בין ותיקים לעולים ב-1992 וגם ב-1995 גדל עם הגיל, שכן אבדן ההון האנושי בקרב המבוגרים גדול יותר ותהליך שיקומו איטי יותר. ייתכן שחלק מהעולים ששכרם נמוך במיוחד אינם מיוצגים במידה נאותה במדגם, שכן הם מועסקים במלגות ובהסדרים זמניים אחרים.

אין לנו נתונים על מספר העולים והישראלים הנמצאים בתהליכי התמחות, ולכן אין אנו יכולים לצפות את התחרות שתהיה ביניהם על תעסוקה עם תום תקופת ההתמחות.

הממצא ששיקום ההון האנושי של רופאים הוא ככל הנראה תהליך ממושך מתיישב עם ממצאים לגבי אקדמאים בכלל; מהם עולה שרק בשנה השישית מצטמצם הפער בין ותיקים לעולים במידה משמעותית (דוח בנק ישראל לשנת 1996, עמ' 99)²¹.

דיאגרמה ב-5: יחס השכר בין ותיקים לעולים בגילים שונים -

רופאים שהתמידו במקום עבודתם, 1992 ו-1995



²¹ מצאנו שהעולים קודמו בדרגות במהלך עבודתם בבתי החולים בשיעור של כ-40 אחוז לשנה. קידום זה הוא מהיר מעט יותר מהממוצע בדרגות הוטרות - כ-30 אחוזים - שבהן נמצאים רוב העולים.

פרק ג': ההסכמים הקיבוציים לקביעת השכר והתעסוקה של הרופאים

שכר הרופאים נקבע במו"מ קיבוצי ריכוזי בין נציגות אחת של כל המעסיקים הציבוריים לבין הסתדרות רפואית חזקה, שבה חברים רובם המכריע של הרופאים בישראל. במו"מ זה יש להסתדרות הרפואית עמדת כוח, הנובעת הן מניסיונה במאבקים חריפים בעבר על תנאי השכר והתעסוקה והן מחיוניותה של הרפואה הציבורית וממשקלה הזניח של הרפואה הפרטית.²² בהסכם הקיבוצי נקבעות טבלת השכר הבסיסי לכל אחת מהדרגות וכן תוספות דיפרנציאליות הניתנות למגזרים השונים ברפואה הציבורית. אצל הרופאים, בשונה ממשלחי יד אחרים, ההסכמים הקיבוציים קובעים במפורט גם את נוהלי העבודה, את גידול מספר התקנים, את מסלולי הקידום ותנאי הקידום בסולם העיסוקים והדרגות, את מכסות העבודה וכו'. מפני הניהול הבו-זמני של מו"מ על השכר ועל התעסוקה, הקשר בין שינויים בביקוש הנורמטיבי לשירותי רפואה ובהיצע הרופאים לבין שכרם ותעסוקתם בשירות הציבורי אינו מידתי.²³

בתקופה הנחקרת נחתמו שני הסכמי שכר קיבוציים רב-שנתיים: הראשון ביולי 1991 והשני ביוני 1994.²⁴ המו"מ על ההסכם הראשון התנהל על רקע הפסקת ההתרחבות המהירה של מערכת הבריאות הציבורית בשנות השמונים, הפסקה שהקשתה על קידום מהיר של הרופאים הוותיקים בסולם הדרגות. המו"מ השני התנהל על רקע העלייה של רופאים רבים ממדינות חבר העמים, שהייתה גדולה במיוחד בשנים 1990 ו-1991 והביאה להרחבה ניכרת בתעסוקת רופאים.

השפעת הסכמים אלה על שכר הרופאים הוותיקים התבטאה הן בעליית השכר הממוצעת הגבוהה שהם העניקו לכל הרופאים, מעבר למה שהושג במשלחי יד אקדמיים אחרים, הן בהעלאות הדיפרנציאליות בהסכם, שהיטיבו יותר עם הדרגות הבכירות - המאוישות על ידי ותיקים - והן בהרחבת התקנים בכלל, ואלה להכשרת העולים בפרט, שהקטינה את התחרות של העולים בוותיקים ואיפשרה

²² רפואה פרטית זו מופעלת בחלקה בידי רופאים העובדים בשירות הציבורי - הן במסגרת המוסדות הציבוריים עצמם (שר"פ) והן במרפאות פרטיות נפרדות. רופאים מהשירות הציבורי הרוצים לעסוק בפרקטיקה פרטית זקוקים בדרך כלל לאישור מהמעסיק, ואישורים אלו הורחבו בתקופה הנסקרת.

²³ על פי עדויות מהעבר לחצי היצע של רופאים יוצרים ביקוש לשירותי רפואה מעבר לצרכים רפואיים אובייקטיביים (ועדת החקירה הממלכתית [ועדת נתניהו] 1990). אופן החישוב של הביקוש הנורמטיבי מובא בפרק ב'.

²⁴ הראשון התייחס לתקופה מאפריל 1990 עד דצמבר 1993, והשני - לתקופה מינואר 1994 עד יוני 1998.

קידום מהיר יותר של הוותיקים לצמרת. זאת ועוד, תוספות שכר רבות שניתנו בעבר באופן דיפרנציאלי הוכנסו לתוך טבלת השכר, ובכך גדלה עלות השכר, שכן הן הפכו לפנסיוניות ולנחלתם של כלל הרופאים. כתוצאה מהכללת תוספות בטבלת השכר, משקלן, שהוא גבוה באופן חריג אצל הרופאים, פחת במקצת - מ-72 אחוזים מהשכר ברוטו ב-1989 ל-65 אחוזים בסוף 1995.²⁵

המבנה המוסדי שתואר לעיל יכול כאמור להסביר סטיות של השכר והתעסוקה בשירות הציבורי מהרמות שהיו נקבעות בשוק תחרותי יותר. עם זאת גם במבנה המוסדי הנתון מתעוררת השאלה מדוע היה ריסון מסוים בשכר וקיפאון בתעסוקה בתקופה 1986-1990, ודווקא עם הגידול הרב של היצע הרופאים עקב העלייה הצליחה ההסתדרות הרפואית להעלות את שכר הוותיקים במידה חריגה (לוח מ-1). כפי שצינו בפרק ב', חלק מהתשובה הוא שהממשלה, בהיותה מעוניינת בקליטת הרופאים העולים במשלח ידם, הסכימה להרחבה של התקנים מעבר לגידול הביקוש הנורמטיבי לשירותי רפואה, ובכך נמנעה אבטלת רופאים, שיכלה לרסן תביעות שכר. אין בכך תשובה מלאה לשאלה מדוע הסכמי השכר היו כה נדיבים, אולם ניתן לציין כמה גורמים נוספים, העשויים להסביר את ההישגים של הרופאים במו"מ הקיבוצי.

(א) במחצית השנייה של שנות השמונים נשחק השכר הריאלי הממוצע בשירות הציבורי במידה רבה, והוא אף ירד יחסית לסקטור העסקי. הייתה אפוא מראש נכונות של המעסיק הציבורי לפצות את עובדיו ולתת להם תוספות גדולות יותר מאשר בעבר. נכונות זו נשענה על הערכות בדבר גידול המשאבים שיעמדו לרשות הסקטור הציבורי בתקופת עלייה וצמיחה מואצת. נוסף על כך הייתה נכונות לרצות ארגוני עובדים חזקים, וביניהם הרופאים, כדי שיתמכו בשינויים מבניים בשירותים הציבוריים. הממשלה ציפתה שההסתדרות הרפואית תצטרף לרפורמה המוצעת במערכת השכר הציבורית, שכללה מעבר לדירוג אחד, ותסכים לשינויים במבנה מערכת הרפואה - חוק בריאות ממלכתי, תיאגוד בתי חולים, מבצעי קיצור תורים וכו'.²⁶

²⁵ התוספות, שהלכו וגדלו עד סוף שנות השמונים, איפשרו לאיש בקלות יחסית את המשמרות והתורנויות, בתי חולים בפרפריה וכו'. אולם בדרך זו נוצרו גם עיוותים רבים, וביניהם פעולות שבוצעו בעיקר כדי לזכות בתוספות שכר וכן תוספות הבאות לפצות על כונוניות שלמעשה אינן כרוכות בעבודה נוספת רבה ומיעדות לבעלי תפקידים בכירים. במשך הזמן התפשטה תחולת התוספות והקיפה קבוצות גדולות של רופאים.

²⁶ ביוני 1994 התקבל חוק בריאות ממלכתי, שקבע סל שירותי בריאות מינימלי לכל האוכלוסייה. החוק השאיר את מתן השירותים בידי קופות החולים והעביר את גביית המס בגין החוק למוסד לביטוח לאומי. התקבולים מוקצים בין הקופות לפי הרכב המבוטחים ובהתחשב בגילם. השפעתו של החוק עדיין לא באה לידי ביטוי בתקופה שאליה מתייחס המחקר.

(ב) הסכמי השכר האמורים עם הרופאים נחתמו אפוא לאחר תקופה ארוכה של עלייה מתונה-בלבד בשכרם. העלייה המתונה הייתה תוצאת השילוב של הריסון הכללי בשירות הציבורי ושל גורמים מיוחדים שפעלו על שכר הרופאים - יציבות בהיקף שירותי הבריאות, שהכבידה במידה מסוימת על האפשרויות לקידום בדרגות (זוסמן וזכאי, 1993) ודחייה בחתימת הסכמי השכר ל-1991-1992. לכן נוצר לחץ מצד רופאים ששכרם הטבלאי עלה רק במידה מתונה וקידומם בדרגות היה איטי. תביעות הרופאים במו"מ הושפעו גם מההישגים של האחיות, שזכו לתוספות שכר גדולות והרופאים דרשו לשמור על פערי השכר הקודמים בינם לבין האחיות.

(ג) היחלשות ההשפעה המרסנת של הסתדרות העובדים הכללית, והתחזקות האיגודים במשלחי יד אקדמיים, במיוחד של הרופאים, הגבירה את תביעות השכר של איגודים אלה. לרופאים יש כוח רב יותר מאשר לדירוגים אחרים, בגלל החיוניות של השירות הרפואי ובגלל העדר אלטרנטיבה לשירותים אלו. ביזור המו"מ הקיבוצי לשנים 1993-1996 לכל דירוג בנפרד הביא גם למועדי מו"מ וחתימה שונים. הליך כזה הגביר את כוח המיקוח של איגודים חזקים בכלל ושל הרופאים בתוכם, והחליש את רצון העמידה של המעסיק הציבורי, שכן הוא הבלע ודחה את ההשלכות שהיו יכולות להיות להסכם כה נדיב עם קבוצה אחת על העלות של ההסכמים האחרים.

(ד) לשם הצלחת הקליטה של הרופאים העולים הייתה הממשלה זקוקה לשיתוף פעולה של ההסתדרות הרפואית, בעיקר בשלבי הרישוי ההתמחות והתעסוקה הראשונית של העולים. הסתדרות הרופאים ניאותה לשתף פעולה בקליטה הדרגתית של העולים. אחד ממניעיהם של הרופאים לשיתוף הפעולה היה הערכת התועלת שיפיקו הוותיקים מהתרחבות המערכת הרפואית. כמו כן השכיחה ההסתדרות הרפואית לנצל את הסיטואציה שנוצרה ליצירת הישגים כלליים בהסכמי השכר והישגים מיוחדים לוותיקים: שיבוץ הרופאים העולים בדרגות נמוכות ייחד את ההתרחבות בדרגות הבכירות לוותיקים, וכך הם זכו לקידום מהיר יותר.

(ה) הסכמי השכר נתנו את עיקר העלאות השכר בשנים הראשונות שלאחר חתימתם (עד 1995), שנים שנחקרו כאן, ואילו עליות השכר הממוצעות בשנת 1996 ובמחצית הראשונה של 1997 הן, לפי סימנים שונים, נמוכות. מהצד האחר, שיבוץ הרופאים העולים בדרגות נמוכות יחסית לגילם ולוותק שלהם מיתן זמנית את עליית השכר הכוללת למעסיק כתוצאה מההסכמים. בהסכמים לא הובא בחשבון

שבתום תהליך הקליטה יצטרכו לשלם לעולים שכר תואם יותר את הגיל והניסיון, וזאת גם על ידי קידום מלאכותי. סביר אפוא, שהעלאת השכר הניכרת לוותיקים תתפשט בסופו של תהליך הקליטה ותקיף את כל הרופאים. לבסוף, ההסכמים יצרו, כאמור, אפשרויות קידום, בגלל תוספת שתי דרגות בצמרת, שמומשו עד כה באופן חלקי בלבד. דרגות אלו יכולות לתת קידום לכ-15 אחוזים מהרופאים. לסיכום, כוחם הארגוני של הרופאים גבר בתקופה הנדונה מעבר לכוחם הרב בתקופות קודמות. העלייה הגדולה והרצון של הממשלה לקלוט אותה בהצלחה - בין השאר על ידי שמירה עד כמה שניתן על משלחי היד המקוריים, גם כדי לחזק את הנכונות לעלייה בקרב היהודים בברה"מ - חיזקו את האיגוד המקצועי של הרופאים. הממשלה נקטה אסטרטגיה של עידוד הקליטה בסקטור העסקי, ואכן עולים רבים נקלטו שם במשלח ידם המקורי או בירידה לא גדולה ממנו - אך אסטרטגיה זו לא יכלה לפעול לגבי הרופאים. ראשית, משום שכמעט כל התעסוקה ברפואה היא בשירות הציבורי; שנית, קשה להעסיק רופאים במשלחי יד אחרים, קרובים לרפואה; והעיקר - תהליכי ההסתכלות, ההשתלמות והרישוי מחייבים תעסוקה במסגרת בתי החולים, תוך שיתוף פעולה מלא של ההסתדרות הרפואית ושל הסגל הרפואי המכשיר את העולים. עובדה זו נתנה בידי הרופאים הוותיקים כוח נוסף על זה שנבע ממילא מהרחבת המערכת הרפואית.

פרק ד': השינויים בשכר של כלל הרופאים, של הוותיקים ושל המתמידים²⁷

בשנים 1995-1990 עלה שכרם הריאלי של הרופאים הוותיקים בכ-65 אחוזים (לוח ד'-1). עלייה זו של השכר באה יחד עם גידול רב של מספר הרופאים המועסקים בשירות הציבורי בכלל ובמגזר שבתנו בפרט. עליית שכרם של הוותיקים בולטת הן בהשוואה לוותיקים במשלחי יד אקדמיים אחרים בשירות הציבורי והן בהשוואה לעליית שכרם של הרופאים הוותיקים בין 1986 ל-1990 - שהייתה כ-9 אחוזים (לוח מ'-1).

השכר הריאלי של כלל הרופאים (ותיקים ועולים) עלה גם הוא בשיעור ניכר, כ-50 אחוזים. שיעור זה נמוך משיעור העלייה של שכר הוותיקים, שכן קליטת העולים מיתנה את עליית השכר הממוצע. כפי שהראינו, גידולו של מספר הרופאים במדגם בין 1990 ל-1995 היה כולו מקרב העולים, ששובצו בבתי החולים בדרגות נמוכות יחסית לוותקם ולגילם. עם זאת, מששובצו העולים בדרגה מסוימת, שכרם בה דמה לשכר המצטרפים מקרב הוותיקים (לוח ד'-2).

בעבודתנו בחנו גם את השינויים בשכרם של "רופאים מתמידים", שהם הוותיקים אשר התמידו בעבודתם בין סוף 1990 לסוף 1995²⁸. תת-אוכלוסייה זו מאפשרת לבדוק את עליית השכר של קבוצה קבועה, שתכונותיה משתנות מעט. קבוצה כזאת חשוב לנתח כשהמערכת הרפואית מתרחבת במידה ניכרת, דבר העשוי לשנות את הרכב אוכלוסיית הרופאים לפי תכונות המשפיעות על שכרם. שכר ה"מתמידים" עלה הרבה יותר מזה של כלל הוותיקים - עלייה ב-82 אחוזים (לוח ד'-3).

החבדל בין עליית שכר הוותיקים כולם לבין עליית השכר של תת-אוכלוסיית ה"מתמידים" הוא שהאחרונים אינם כוללים את שכר ה"פורשים" - ותיקים שהיו במערכת בתחילת התקופה ואינם בה בסופה - ואת שכר ה"מצטרפים": רופאים מקרב הוותיקים, שנמצאו בה בסוף התקופה ולא בתחילתה²⁹. בעיקר ניתן לראות בקבוצת ה"מתמידים" קירוב לעובדים בעלי ותק (Insiders), שבכוחם

²⁷ ניתוח השכר בעבודה זו מתייחס לשכר המשולם לרופא בידי מעסיקו העיקרי בגין משרה רגילה במוסד רפואי. קיימות מערכות תגמול נוספות לרופאים אלו: חלקן בתוך בתי החולים הציבוריים במימון נפרד - כשר"פ, קרן מחקרים ואגודות ידידים שונות - וחלקן בפרקטיקה פרטית מחוץ למוסד או לעבודה נוספת במוסדות רפואה ציבוריים אחרים. בעבודה זו איננו דנים באלה.

²⁸ מתמידים במסגרת האירגונית ובתקופה שאותה אנו בודקים. חשוב לציין שבסוף 1990 עדיין לא הועסקו רופאים עולים, ולכן ה"מתמידים" היו כולם ותיקים.

²⁹ חשוב לזכור שחלק מהמצטרפים הוותיקים באים בעצם מחלק מן המגזר הציבורי שאינו במדגם שלנו, וחלק מהפורשים פונה אליו.

להטות את התחלקות תוספת השכר לטובתם דרך כוחם האירגוני.

לכאורה היה אפשר להסתפק בניתוח שינויי השכר הכולל של המתמידים, ולא להיכנס לדיון במנגנונים שהביאו לעלייה כזאת - אולם לדעתנו, הפרדת העלייה של שכר הרופאים לחלק הנובע מהסכמים ומטבלאות שכר כלליות ולחלק הנובע מקידום בדרגות חשובה לעצם הבנת השינוי הכולל בשכר והשלכותיו. אמנם כללי הקידום בדרגות נקבעים אף הם במו"מ קיבוצי, אבל היישום של כללים אלו ובחירת המקודמים הם במידה רבה יותר על בסיס אישי והשפעתם על השכר אינה דומה לזו הנקבעת בטבלת התעריפים. כפי שנראה בהמשך, השווי הכספי של הקידום במהלך הקריירה של הרופא הוא רב, שכן עקום השכר לפי דרגות הוא תלול יחסית למשלחי יד אחרים. כתוצאה מכך הושגו על ידי הקידום עליות שכר גדולות מאלו שהוכתבו על ידי הסכמי השכר עצמם. לעובדה שחלק מהשכר ניתן דרך קידום, ולהבדלים בין קצב הקידום של רופאים שונים יש השלכות גם על המוטיבציה של הרופא להצטיין בביצוע תפקידו וכך לזכות בשווי הכספי של קידום לצמרת. הבדלי קידום יוצרים פערי שכר בין רופאים זוטרים ובכירים ובין עולים לוותיקים, פערים השונים מאלו שנקבעו בטבלאות השכר.

פירוק השינוי בשכר לחלק הנובע מהסכמים (טבלאות השכר) ולחלק הנובע מקידום מבליט את יחסי הגומלין בין השניים: שינויים בטבלאות משפיעים מיד על עקום השכר לפי דרגה: העקום מייצג את השווי התיאורטי של הקידום שרופא שואף להגיע אליו, ואילו קצב הקידום מבטא את הסיכוי שיש לו לממש יעד זה. כפי שנראה ביתר פירוט בהמשך, הסיכוי לקידום תלוי בגורמים שונים, ובראשם קצב ההתרחבות של המערכת הרפואית. קשרים אלו בין תלילות עקום השכר לבין מהירות ההתרחבות של מערכת הבריאות ולבין קצב הקידום של הרופאים לא נדונו בהרחבה בספרות³⁰.

לשם אומדן תרומת חלקם של הסכמי השכר ושל הקידום השתמשנו בתת-המדגם של "הרופאים המתמידים". כפי שנראה מלוח ד'-3, הסכמי השכר תרמו כ-3 אחוזים בלבד לעליית השכר הריאלי ב-1986-1990, לעומת כ-53 אחוזים בתקופת גל העלייה, 1990-1995. הבדל גדול מתקבל גם בתרומת הקידום בדרגות - כ-14.5 אחוזים בתקופת גל העלייה וההתרחבות של שירותי הבריאות, לעומת כ-7.9 אחוזים בלבד בתקופה שקדמה לכך. דיון מפורט יותר בעקום השכר לפי דרגות ובקידום ראה בפרק ה'.

³⁰ דיון בחשיבות הקידום כמנגנון ייחודי להעלאת שכר אפשר למצוא אצל McCue (1996).

לוח ד'-1: השינויים בשכר הרופאים לפי קבוצות ותרומתם לשכר הכולל

(אחוזים, במחירים קבועים)

שיעורי הגידול הריאליים במשך

התקופה		קבוצות הרופאים
1995-1990	1990-1986	
<u>(5 שנים)</u>	<u>(4 שנים)</u>	
81.8	13.2	1. שכר המתמידים
(-) 16.4	(-) 4.7	2. תרומת שכר המצטרפים והפורשים מקרב הוותיקים לשכר הוותיקים*
65.4	8.5	3. שכר הוותיקים (1-2)
(-) 15.5		4. תרומת שכר העולים לשכר כלל הרופאים
49.9	8.5	5. השכר של כלל הרופאים (3-4)

* השכר הממוצע של מצטרף לעומת השכר הממוצע של פורש והשפעתם על השכר של הוותיקים לפי משקלם באוכלוסייה זו.

לוח ד'-2: השכר היחסי של רופאים מצטרפים - עולים וותיקים - בסוף 1995*
דרגות נבחרות

הישראלים	העולים	
<u>המצטרפים</u>	<u>המצטרפים</u>	<u>הדרגה**</u>
100	110.5	70
100	99.7	80
100	92.8	90
100	116.1	100
100	115.9	110

* מדד השכר של מצטרפים ישראלים בכל דרגה = 100. המצטרפים הם רופאים שהיו במדגם בסוף 1995 ולא היו בו בסוף 1992. מאחר שייצוג העולים במדגם אינו מלא, אין לייחס משמעות להבדלים קטנים בין שכר העולים לשכר הוותיקים בכל דרגה בנפרד.

** מספור הדרגות הוא שלנו, ואינו זהה לזה שבהסכם הקיבוצי.

לוח ד'-3: רכיבי עליית השכר של הרופאים המתמידים

(אחוזים במחירים קבועים)

שיעורי הגידול הריאליים במשך התקופה		
1995-1990 (5 שנים)	1990-1986 (4 שנים)	השפעת רכיבי השכר
3.8	3.2	1. העלייה בוותק
53.2	3.2	2. הסכמי השכר ¹ בוותק אפס
14.5	7.9	3. הקידום בדרגות ² בוותק אפס
81.8	13.2	סך כל העלייה בשכר (1 עד 3)

(*) מחושבים במשקלות העובדים המתמידים לפי דרגתם בבסיס ולפי השכר של כל הוותיקים בבסיס ובסיום.

(**) מחושב לפי התפלגות הרופאים המתמידים בדרגה בבסיס ובסיום ולפי השכר של כל הוותיקים בבסיס.

פרק ה': עקום השכר של הרופאים לפי הדרגות והקידום לצמרת

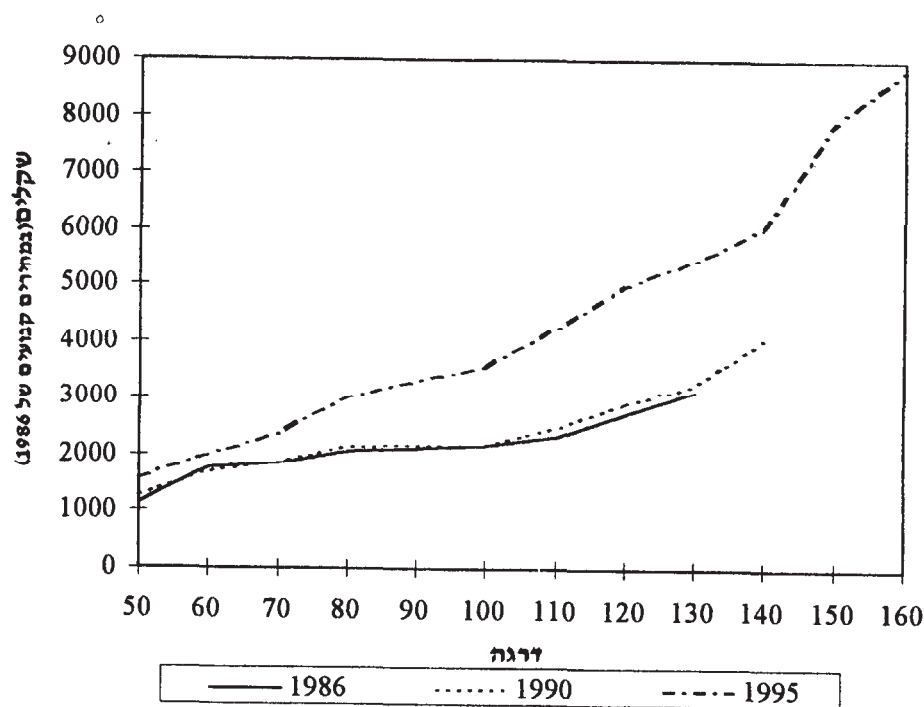
הרופאים משובצים בסולם דרגות נפרד. הדרגות נותנות ביטוי להירארכיה של עיסוקים שאצל הרופאים, במיוחד בבתי החולים, היא קשיחה יחסית למשלחי יד אחרים. עם זאת הקשר בין עיסוק לדרגה אינו מלא. ראשית, לכל עיסוק נקבע תחום של מספר דרגות. שנית, בטווח דרגות מסוים הסכמי השכר קובעים קידום אוטומטי לפי הוותק בדרגה. לכן, רופא וותיק בעיסוקו יכול להיות לעיתים בדרגה גבוהה יותר מזה הנמצא בדרגה התחלתית של עיסוק גבוה יותר. על אף מגבלות אלו אנו רואים בדרגה ביטוי ממוצע טוב למיקום בהירארכיה ומנתחים את שכר הרופאים ברמות שונות בהירארכיה לפי דרגתם. מאותה סיבה אנו מצפים למצוא אצל רופאים מבנה קשיח יותר של דרגות גם כשחלים שינויים בהיקף ובמבנה הארגוני של מערכת הבריאות. רמת השכר בכל דרגה מורכבת משכר טבלאי, שהוא אחיד לכל הרופאים בעלי אותו ותק בדרגה, ומתוספות רבות, שניתנות באופן דיפרנציאלי. לכן יש ששכרו של רופא עולה על זה של עמיתו בדרגה מעליו. עם זאת בממוצע עקום השכר עולה באופן רצוף מדרגה לדרגה. אצל הרופאים, מפני חשיבות הניסיון והמוניטין, חזק גם הקשר בין הדרגה לגיל, ולכן עקום השכר לפי גיל עולה אף הוא ברציפות עד לגיל הפרישה. השוווי הכספי של קידום בדרגות בתקופת זמן נתונה תלוי בתלילות עקום השכר וכן במספר העליות בדרגה באותה תקופה.

1. שיפוע עקום השכר לפי הדרגות והשווי של רה-דרוג

כאמור לעיל עקום השכר של הרופאים בישראל עולה בתלילות, ושיפועו אינו מתמתן בדרגות ובגילים הגבוהים, דבר המשקף את השפעת הניסיון והמוניטין, שהם חשובים במיוחד אצל רופאים. צורת העקום משקפת גם את כוחם הרב של הרופאים הבכירים באיגוד המקצועי ובמו"מ הקיבוצי³¹. בשנים 1995-1990 בולטת התלולה בשיפועו של עקום השכר לפי דרגות, הן משום שההסכמים הקנו תוספות גדולות יותר לדרגות הבכירות והן משום שבראש הסולם נוספו שתי דרגות, אשר פתחו פערים גדולים בצמרת (דיאגרמה ה-1). שיפוע העקום בנקודת זמן יכול לבטא את הגידול הצפוי בהכנסה עם הקידום העתידי בדרגות.

³¹ שיפוע העקום בולט עוד יותר אם מחשבים את השכר לשעת עבודה, משום שהבכירים עובדים במסגרת מקום העבודה העיקרי פחות שעות מאשר הזוטרים. יתר על כן, רופא בדרגות הגבוהות יכול להגיע להכנסה גבוהה יותר במסגרת פרקטיקה פרטית (זוסמן וזכאי, 1993). הפערים שנוצרו בין זוטרים לבכירים מסיבות אלו נדונים בפרק ו'.

דיאגרמה ה-1: עקום השכר לפי דרגות של כל הרופאים בוותק אפס, 1986, 1990 ו-1995



את השווי הממוצע של קידום בדרגה בכל נקודת זמן אפשר לבטא בעזרת מספר סינטיטי, שאנו מכנים "ערך הרה-דירוג". הערך מציג את גידולו של השכר בהנחה שכל הרופאים יעלו בדרגה אחת. ערך הרה-דירוג מביא בחשבון הן את שיפוע העקום והן את התפלגות הרופאים על פני הדרגות. מצאנו שהשווי של הרה-דירוג עלה לכ-17.1 אחוזים ב-1995, לעומת 14.0 אחוזים ב-1990 ו-12.4 אחוזים ב-1986 (לוח ה-1). שינוי כזה יש לו השפעה גדולה על השכר, שכן אפילו עולה רק חלק מהרופאים בדרגה בכל שנה, תוספת השכר היא ניכרת. ערך הרה-דירוג של 17 אחוזים, כפי שנמצא בסוף 1995, עדיין אינו ממצה את מלוא השווי של הקידום הצפוי בדרגות בעקבות שתי הדרגות שנוספו לצמרת, כי כפי שראינו לעיל איושן בסוף 1995 היה עדיין מועט (דיאגרמה ב-1). מניסיון העבר אנו יודעים כי ככל שיגבר הלחץ של הרופאים בדרגות הביניים להתקדם לצמרת, צפוי איוש רב יותר של דרגות הצמרת שיביא לעלייה בערך הרה-דירוג. בדירוגים אחרים שוויו של הרה-דירוג ב-1995 נמוך יותר.

את עליית שווי של הרה-דירוג בין תקופות ניתן לפרק לשני רכיבים:

א. השפעת השינוי בתלילות עקום השכר בין תקופת הבסיס לסיום; זו מחושבת כאשר התפלגות הרופאים לפי דרגות, שממנה מקודמים בדרגה אחת, היא אותה התפלגות בבסיס ובסיום (ההתפלגות של תקופת הבסיס). ב. השפעת השינוי בהתפלגות העובדים מתקופת הבסיס לסיום; זו מחושבת כאשר תלילות עקום השכר היא קבועה בבסיס ובסיום (לפי השיפוע של תקופת הסיום). מצאנו שעלייתו של ערך הרה-דירוג לאורך זמן הושפעה בעיקרה מגידולה של תלילות העקום, שהושג בהסכמי השכר, ובמיעוטה - מהתפלגות כלל הרופאים על פני הדרגות, שנשארה יציבה יחסית (לוח ה'-1).

לוח ה'-1: הגורמים המשפיעים על השינויים בערך הרה-דירוג של כלל הרופאים, 1986, 1990, 1995 (אחוזים)

<u>1995</u>	<u>1990</u>	<u>1986</u>	
17.1	14.0	12.4	א. ערך הרה-דירוג בהתפלגות הדרגות והשכר בפועל*
<u>3.1</u>	<u>1.6</u>		ב. השינוי בערך הרה-דירוג*
2.7	1.9		מזה: השפעת שינויים בעקום השכר -
0.4	-0.3		השפעת שינויים בהתפלגות לפי דרגות -
15.8	15.5	14.8	ג. ערך הרה-דירוג בדירוגים מח"ר ומהנדסים בהתפלגות הדרגות והשכר בפועל

* ההתפלגות היא של כלל הרופאים. השכר הוא של הרופאים הוותיקים, והוא מחושב לוותק אפס. לצורך החישוב יצרנו דרגה מלאכותית עליונה לרה-דירוג.

2. קצב הקידום בדרגות

קידומו של רופא בסולם הדרגות הוא גורם חשוב בקביעת סך שכרו במהלך חיי העבודה שלו. חלק מהקידום בדרגות בתוך תחום העיסוק הוא אוטומטי לפי הנקבע בהסכמי השכר³². קידום נוסף של רופא בדרגה אפשרי על ידי שיבוצו בעיסוק גבוה יותר בהירארכיה. הקידום בדרגה מותנה בהכשרתו,

³² נוסף על העלאה בדרגה בעת היציאה לגימלאות.

בכישוריו ובהיווצרות תקן פנוי. סיכויי קידומו לעיסוק גבוה יותר מותנים במספר המקומות הפנויים בעיסוק שמעליו ובמספר המתחרים מבין הרופאים שבעיסוקו. מספר המקומות הפנויים בכל תקופה נקבע על ידי הצורה הבסיסית של פירמידת העיסוקים, על ידי קצב ההתרחבות הכללי של שירותי הרפואה וחלוקתו בכל דרגה ודרגה, על ידי קצב הפרישה מהשירות ועל ידי מידת האיוש של מקומות פנויים ברופאים המצטרפים מבחוץ. מבין גורמים אלו בולטת במיוחד ההתרחבות של המערכת הרפואית בשנות העלייה, 1990-1995, שהייתה גורם חשוב בקביעת מספר המקומות שנוספו - לכל דרגה בכלל ולצמרת בפרט - ויצרה פוטנציאל קידום מהיר יותר מאשר בעבר לוותיקים.³³

סיכויי הקידום במקום העבודה עצמו מותנים, כאמור, גם בשאלה אם המשרות שנוספו בכל דרגה מאוישות על ידי קידום פנימי מדרגות נמוכות יותר, או על ידי קליטה מבחוץ. במדגם נמצא שקליטת רופאים חדשים מבחוץ היא בעיקר בדרגות נמוכות: 70 אחוזים מכלל הנקלטים (הוותיקים והעולים) משובצים בשלוש הדרגות הראשונות.³⁴ הקידום לדרגות בכירות הוא בעיקרו מבפנים. בדיקה לדוגמה שערכנו בסוף 1995 לגבי הרופאים שנמצאו בדרגה 100 (שבה היו משובצים 20 אחוזים מהוותיקים) מראה שכ-69 אחוזים מהנמצאים בה באו מדרגות נמוכות יותר, ורק כ-31 אחוזים הצטרפו לדרגה זו ישירות מבחוץ (דיאגרמה ה-2). המסקנה שעולה מניתוח זה היא, שהרופאים בבתי החולים הממשלתיים מהווים שוק עבודה פנימי, שבו יש לוותיקים במקום העבודה עדיפות בקידום לצמרת.

הקצבים השנתיים הממוצעים של העלייה בדרגה בקרב רופאים מתמידים בשתי התקופות שחקרנו בעבודה זו הם דומים - 22-23 אחוזים (לוח ה'-2). ממצא זה מפתיע במידה מסוימת, שכן בתקופה הראשונה, 1986-1990, לא הייתה התרחבות של מערכת הבריאות, ונוספה רק דרגה אחת בצמרת - ואילו בתקופה השנייה, 1990-1995, התרחבה המערכת מאוד, ובצמרת נוספו שתי דרגות. ההסבר לקצב הקידום השנתי הדומה הוא שבתקופה הראשונה תוספת השכר בטבלאות הייתה מעטה, והלחץ של

³³ שיעור הקידום הפוטנציאלי מתוך הדרגה (העולים בדרגה ביחס לנמצאים בה לפני הקידום) תלוי במשרות הפנויות בדרגה שמעליה - משרות פנויות בגלל התרחבות המערכת ומשרות המתפנות בגלל קידום מהדרגה לדרגה גבוהה יותר. ניתן להראות שסך המשרות המתפנות בדרגה תלוי בסך תוספת המשרות בכל הדרגות שמעליה. לבסוף, תוספת משרות בדרגה מסוימת המאוישות על ידי קידום מהדרגה שמתחתיה גוררת קידום בכל הדרגות הנמוכות יותר. לכן תוספת משרות בדרגות גבוהות או תוספת דרגות חדשות בצמרת גוררות מספר גדול של עליות בדרגה, גם של זוטרים (תנועה כלפי מעלה של כל המערכת), ואילו תוספת משרות בדרגות הנמוכות גוררת קידום רק בדרגות שמתחתיה, ואינה משפיעה על הקידום בדרגות בכירות. (פירוט ראה בנספח א').

³⁴ רופאים חדשים בדרגות הנמוכות עוברים התמחות, ולאחר סיומה חלק מהם ממשיכים בבית החולים וחלק עוברים למגורים אחרים של המערכת הציבורית.

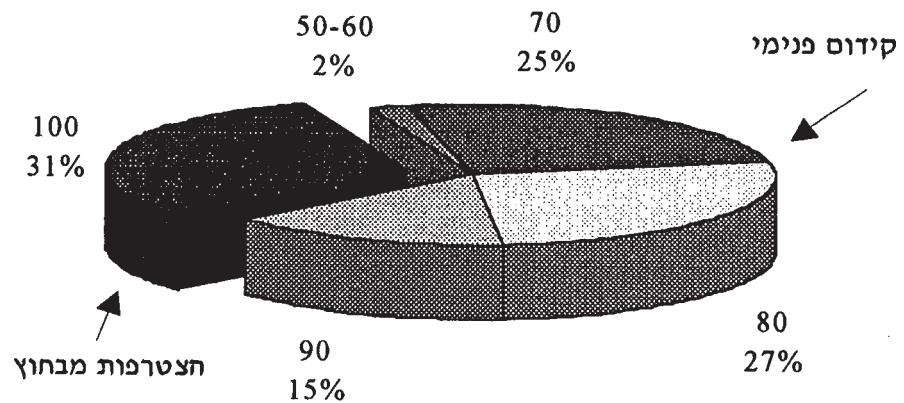
הרופאים הוותיקים להעלאת שכר פעל בהצלחה דרך האצת הקידום בדרגות. האצת הקידום התאפשרה בין השאר תוך הרחבה של משקל צמרת הדרגות בסך מצבת הרופאים. זאת אף כי בדרך כלל המבנה ההירארכיוני של הדרגות אצל רופאים הוא קשיח יחסית (דיאגרמה ב-3). התמקדות ההתרחבות בדרגות הגבוהות יותר יצרה אפשרויות רבות של קידום גם בדרגות נמוכות יותר שבה הצטמצם מספר הרופאים. בתקופה השנייה הייתה ההתרחבות רבה של מערכת הבריאות, שאפשרה קידום בדרגות ללא שינוי במבנה הפרמידה, ולא היה לחץ חזק לקידום מלאכותי בדרגות, שכן היו עליות גדולות בטבלאות השכר עצמן, בעיקר של הבכירים. מאותה סיבה אוישו שתי הדרגות העליונות במידה מצומצמת בלבד. הסבר אפשרי נוסף לאי עלייתו של קצב הקידום השנתי בתקופה השנייה הוא שחלק מהרופאים עדיין אינם עומדים בכל הדרישות המקצועיות והאחרות שהם תנאי לניצולן של אפשרויות הקידום הנפתחות. זאת ועוד, בתקופה השנייה שיעורי ההצטרפות והפרישה מהדרגות השונות פעלו לצמצום אפשרויות הקידום. צירוף של גורמים אלה יצר אפשרויות קידום דומות בשתי התקופות³⁵.

הואיל ועקום השכר נעשה תלול יותר בתקופה השנייה, השווי הכספי של אותו שיעור עלייה בדרגה גדל במידה משמעותית. קצב הקידום הפוטנציאלי עדיין לא מוצה, וחלק מההעלאות בדרגה תיושמה בשנה האחרונה של ההסכם - 1996 - ובשנים הבאות. פתיחת דרגות בצמרת תאפשר המשך קידום בדרגה ובשכר, גם אם בעתיד לא תהיה הרחבה נוספת של מערכת הבריאות. בשתי התקופות שנחקרו קצב העליות בדרגה אצל רופאים הוא נמוך יותר מאשר במשלחי יד אחרים, שבהם המבנה ההירארכי גמיש יותר (לוח ה'-2).

³⁵ ראה נספח א'.

דיאגרמה ה-2 - הרופאים שנמצאו בדרגה 100 בדצמבר 1995 - ההתפלגות לפי הצטרפות

מבחוץ ולפי קידום פנימי בהתאם לדרגת הכניסה



דרגת הכניסה מסומנת במספר בין שתי ספרות.

לוח ה'-2: הקצב השנתי של העלייה בדרגה אצל רופאים

ואצל אקדמאים אחרים - מתמידים

(אחוזים)

<u>1990-95</u>	<u>1986-90</u>	
23	22	רופאים
37	30	משלחי יד אקדמיים אחרים

המקור: חישובים שלנו על פי מדגם.

פרק ו': פערי השכר בין הרופאים הזוטרים לבכירים

בקרב הרופאים, ובמיוחד בבתי החולים, שורר מתח בין בכירים לזוטרים, שמקורו בין השאר בהירארכיה נוקשה. לבכירים יש סמכויות מקצועיות ואדמיניסטרטיביות רבות, המשפיעות על תנאי העבודה ועל סיכויי הקידום של הזוטרים. המתח מתבטא גם בצירוף של פערי השכר הגבוהים בין זוטרים לבין בכירים, יחסית לפערים בדירוגים אקדמיים אחרים, וגם בשעות עבודה רבות יותר הנדרשות מהזוטרים. מתח זה גבר כשבמערכת הרפואית שרר קיפאון, שכן אז סיכויי הקידום הרגיל של הזוטרים לצמרת היו מעטים יותר (זוסמן וזכאי, 1993). בשנים 1990 עד 1995, שבהן נקלטו רופאים עולים רבים בבתי החולים, קיבל המתח בין בכירים לזוטרים ממד נוסף, של מתח בין עולים לוותיקים, שכן מרבית העולים, גם אם היו בעלי וותק מקצועי רב, שובצו בדרגות הזוטרות.

על רקע התיאור הזה מעניין לבחון את ההבדלים בשכר בין בכירים לזוטרים בתקופת העלייה והתרחבות מערכת הרפואה, ואת המנגנונים השונים להעלאת השכר שפעלו בכל אחת מהקבוצות. סך כל עליית השכר של הבכירים בשנים 1990 עד 1995 הייתה גבוהה במקצת מזו של הזוטרים, אחרי שבתקופה הקודמת הייתה עליית השכר של הזוטרים גבוהה מזו של הבכירים (לוח ו'-1). התפתחויות אלה בשכר לא שינו במידה משמעותית את מצבם היחסי של הבכירים והזוטרים, אך מנגנוני השכר היו שונים.

1. השפעת הסכמי השכר על הזוטרים והבכירים

הסכמי השכר בתקופת העלייה - 1990 עד 1995 - הקנו לדרגות הגבוהות תוספת שכר בשיעור של 60.2 אחוזים, הגבוהה בהרבה מזו שניתנה לדרגות הנמוכות - 39.9 אחוזים (לוח ו'-1). בתקופה הקודמת לעלייה, 1986-1990, תרומת הסכמי השכר לשתי הקבוצות הייתה דומה. המתן הגדול יותר של ההסכמים לשכר בדרגות הבכירות בתקופה השנייה הטיב עם הוותיקים, משום שמרבית העולים שובצו בדרגות הנמוכות, ואילו הדרגות הגבוהות אוישו בעיקר בוותיקים, שהיו בדרגות בכירות מלכתחילה או קודמו אליהן במהלך התקופה. כך יוחזו בפועל תוספות גדולות לוותיקים, בלי שניתנו תוספות כאלה גם לרופאים עולים שהיו משובצים בדרגות נמוכות יותר.

סיבה נוספת לכך שההסכמים היו נדיבים יותר לבכירים בתקופת העלייה והתרחבות נעוצה בכוונה לפצותם על היווצרות קידום רב יותר ומידי לזוטרים; דבר זה מסביר גם את נכונותם של הזוטרים להסכים להעלאות שכר כה דיפרנציאליות בטבלה. עם זאת חשוב לזכור שלבכירים נוצר פוטנציאל קידום נוסף, על ידי פתיחת שתי דרגות בצמרת - פוטנציאל שטרם מומש במידה משמעותית.

2. תרומת הקידום בדרגות לשכר של הזוטרים והבכירים

מהשוואת התרומה של הקידום בדרגות לשכר בין בכירים לזוטרים בשתי התקופות עולים הממצאים האלה (לוח ו'-1):

- בשתי התקופות הייתה תרומת הקידום לשכר אצל הזוטרים יותר גדולה מאשר אצל הבכירים.
- תרומת הקידום, הן לזוטרים והן לבכירים, הייתה גדולה יותר בתקופה השנייה - תקופת ההתרחבות והעלייה. זאת אף על פי שבתקופה זו נתנו הסכמי השכר תוספות שכר גדולות לשתי הקבוצות.

לוח ו'-1: רכיבי עליית השכר של רופאים מתמידים - זוטרים ובכירים שיעורי השינוי במחירים קבועים (אחוזים)

<u>מתמידים ב-1990-1995</u>	<u>מתמידים ב-1986-1990</u>	
<u>5 שנים</u>	<u>4 שנים</u>	
		רופאים זוטרים
3.8	3.2	ותק
39.9	0.2	הסכמי שכר*
24.0	16.0	קידום בדרגות*
80.1	20.0	סך כל העלייה בשכר
		רופאים בכירים
3.8	3.2	ותק
60.2	-0.5	הסכמי שכר*
11.0	6.5	קידום בדרגות*
84.6	9.4	סך כל העלייה בשכר

* בוותק אפס.

המקור: חישובים שלנו על פי מדגם.

התרומה הגדולה יותר של הקידום בדרגות לשכר אצל זוטרים היא אינטראקציה בין מספר גורמים שלא בהכרח נקבעים בו-זמנית; הגורם הראשון הוא פערי השכר הממוצעים בין הדרגות (התעריף והתוספות הממוצעות בכל דרגה); פערים אלו אינם אחידים בין דרגות שונות. לכן חשוב מאילו דרגות ספציפיות קודמו יותר רופאים ומאילו פחות. הגורם השני הוא מספר ההעלאות בדרגה בכל קבוצה, בכל תקופה. ומספר זה, כפי שנראה בהמשך, היה גדול יותר אצל הזוטרים.

3. עקום השכר של הזוטרים והבכירים לפי הדרגות

ניתן לבטא בנפרד את פערי השכר בין הדרגות - תלילות עקום השכר - בקטע של הזוטרים ובקטע של הבכירים. אחת הדרכים לבטא פערים אלה היא חישוב ערך הרה-דירוג עבור כל קבוצה בנפרד (לוח ו'-2). ערך הרה-דירוג, המחושב באחוזים מהשכר, מביא בחשבון הן את פערי השכר בין דרגה לדרגה, והן את האיוש השונה של הדרגות לפני העלאות השכר³⁶. ניתן אפוא לפרש את ערך הרה-דירוג כעין שיפוע עקום השכר המשוקלל לפי מספר הרופאים בכל קטע וקטע של העקום. מצאנו שהשינויים בערך הרה-דירוג אינם אחידים. בסוף התקופה השנייה, 1995, היה ערך הרה-דירוג גבוה יותר מאשר בתחילת התקופה הראשונה, 1986, לזוטרים ולבכירים כאחד. ממצא בולט שני הוא שלאחר העלייה (1995) ערך הרה-דירוג גבוה יותר דווקא אצל הזוטרים, בין היתר משום ששתי הדרגות הגבוהות ביותר שנוספו לבכירים טרם אוישו במידה משמעותית ומשום שדרך החישוב שנקטנו מניחה בעצם כי העולים ששובצו בדרגות הנמוכות יקודמו ויקבלו את שכר הוותיקים בדרגות הגבוהות יותר.

לוח ו'-2: ערך הרה-דירוג של רופאים זוטרים ובכירים*, 1986, 1990 ו-1995
(אחוזים)

<u>1995**</u>	<u>1990</u>	<u>1986</u>	
22.9	11.9	15.0	זוטרים
14.0	15.5	10.6	בכירים
17.1	14.0	12.4	סך הכול

* החלוקה בין בכירים לזוטרים נעשתה על ידי חלוקת כלל הרופאים - על פי דרגותיהם - לשתי מתציות.
** החישוב נעשה באופן שחשכר ב-1995 בכל דרגה חוץ של הוותיקים. מספר הרופאים בכל דרגה כולל גם את העולים.

³⁶ החישוב נעשה בהנחה שכל הרופאים עולים בדרגה אחת במועד נתון.

4. עליות-בדרגה של זוטרים ובכירים

שיעור הקידום מכל דרגה תלוי, כאמור, במספר המשרות החדשות הנוצרות בדרגות שמעליה, וזה תלוי בצורתה הבסיסית של פירמידת הדרגות, בקצב ההתרחבות של מערכת הבריאות ובשיעורי הפורשים מכל דרגה. נוסף על כך קובע ההסכם בדרגות הנמוכות קידום אוטומטי בפרקי זמן קצובים. בפועל פתח השילוב של גורמים אלה בפני הזוטרים יותר אפשרויות קידום מאשר בפני הבכירים³⁷. כפי שאפשר לראות מלוח ו'-3, שיעור העלייה בדרגה של רופאים בכירים היה נמוך עד כדי מחצית מאשר בדרגות זוטרות, בשתי התקופות שבחנו. דבר זה משקף את ההשפעה הגדולה שיש להתרחבות על הקידום של זוטרים.

הבדל אחד באופי הקידום בולט בין שתי התקופות: בין השנים 1986 ו-1990 עברו רק 22 אחוזים מהזוטרים לדרגות בכירות, ואילו בין 1990 ל-1995 עברו כ-45 אחוזים³⁸. כאן משתקפת התועלת המידית שהפיקו הזוטרים ובעלי דרגות ביניים מהתרחבות מערכת הבריאות וקליטת העולים בדרגות הנמוכות. הקידום של הבכירים בתקופה השנייה דמה יותר לזה של התקופה הראשונה, כי בתקופה שנבדקה כמעט לא הייתה התקדמות שלהם לדרגות שנפתחו בצמרת.

ההתרחבות בתקופה הראשונה, שהתמקדה בצמרת, יצרה אפשרויות קידום רבות הן אצל זוטרים והן אצל בכירים, וצמצמה את ההבדלים בין שתי התקופות בשיעורי הקידום של כל הרופאים.

לוח ו'-3: המספר הממוצע של עליות בדרגה, רופאים מתמידים - בכירים וזוטרים*

מתמידים ב-1990-1986 (4 שנים)	מתמידים ב-1995-1990 (5 שנים)
1.13	1.56
0.54	0.67
זוטרים	
בכירים	

* ראה הערה בלוח ו'-2.

³⁷ ראה הערה 33.

³⁸ בדרגות זוטרות הוגדרו 50 אחוזים מהרופאים שהיו בחלק התחתון של הדירוג בתקופת הבסיס; בדרגות בכירות הוגדרו 50 האחוזים האחרים.

5. פערי שכר

במדגם ניתן לבחון את ההשפעה המצטברת של מנגנוני התגמול השונים - הסכמי השכר והקידום - על פערי השכר הכוללים בין אותם רופאים ותיקים המשובצים בחלק התחתון של סולם הדרגות לבין הוותיקים המשובצים בצמרת. השינוי בפערים אלו מבטא את התועלת היחסית שהפיקה כל קבוצה מקליטת העולים ואת השינויים במתח הפוטנציאלי ביניהן. כפי שאפשר לראות מלוח ו'-4 גדלו פערי השכר בין הרופאים בתקופת העלייה, 1990-1995 - אחרי שהיו יציבים בתקופה הקודמת. מהלך הפערים בקרב דירוגי המח"ר והמהנדסים היה שונה - צמצום הדרגתי. הפערים אצל הרופאים בסוף 1995 היו אפוא גבוהים במידה משמעותית מן הפערים אצל עובדי המח"ר והמהנדסים, וביטאו את כוחם הרב של הרופאים הוותיקים בצמרת לזכות בתגמול רב יותר דווקא עם העלייה, לעומת צמצום יחסי של יתרון הצמרת בדירוגים האחרים.

לוח ו'-4: פערים בין בכירים לזוטרים אצל רופאים ובדירוגים אקדמיים. כל העובדים הוותיקים

	<u>1995</u>	<u>1990</u>	<u>1986</u>	
רופאים	4.6	3.3	3.4	
מח"ר ומהנדסים	2.8	2.9	3.1	

(*) מחושב כיחס בין השכר בגבול בין העשירון התשיעי לעליון ובין השכר בגבול בין העשירון התחתון לשני.

פרק ז': סיכום

בשנות התשעים הראשונות הוצף המשק הישראלי בגל עולים ממדינות חבר העמים, שבו היה משקל גדול במיוחד לבעלי השכלה גבוהה. דווקא בתקופה זו התרחבו פערי השכר בין אקדמאים ותיקים לבין עובדים בעלי השכלה נמוכה - חצי-מקצועיים ובלתי מקצועיים. העבודה בחנה את הפרדוקס של גידול רב בהיצע האקדמאים יחד עם עלייה של שכרם במגזר הרפואי, שבו התופעה בולטת במיוחד; זאת בשירות הציבורי, שבו עובדים מרבית הרופאים. העולים הגדילו את היצע הרופאים בשנים 1990-1995 ב-50 עד 60 אחוזים, בעוד שגידול הביקוש הנורמטיבי לרופאים היה, לפי אומדנו, בשיעור של כ-30 אחוזים בלבד. למרות זאת עלה השכר של רופאים ותיקים עלייה ריאלית של כ-65 אחוזים, ושכר המתמידים שבהם עלה ריאלית בשיעור של 82 אחוזים.

כפי שהראינו בעבודה, עלייתו התלולה של השכר היא תוצאה של שלושה גורמים עיקריים:

1. שני הסכמים, שבהם השיגה ההסתדרות הרפואית עליות שכר חריגות והרחבת התעסוקה

ברפואה הציבורית

הסכמי השכר מתייחסים לכל הרופאים (ותיקים ועולים). אין לנו הסבר מלא להישגים החריגים המתבטאים בהם, ובמיוחד להעלאות שנקבעו בהסכם השני, אשר נחתם ביוני 1994, אחרי הגעתם של מרבית הרופאים העולים. את ההסכמים האלה יש לראות על רקע הנסיבות שבהן התנהל המו"מ: עליות השכר האיטיות במשק במחצית השנייה של שנות השמונים, ההישגים של האחיות ואיגודי האקדמאים האחרים בשירות הציבורי בתקופה הנסקרת, היחלשות ההשפעה המרסנת של ההסתדרות הכללית והרצון לגייס את תמיכת הרופאים הוותיקים לקליטת העולים במשלח ידם. ברם, עליית שכר ממוצעת של כ-50 אחוזים במונחים ריאליים בהסכם הרופאים היא יוצאת דופן גם בהתחשב בגורמים מיוחדים אלה. יתר על כן, עלייה גדולה זו בשכר עדיין אינה משקפת את מלוא השפעתם של ההסכמים, משום שטרם מומשו במלואם כל סעיפיהם. המו"מ הקיבוצי שמנהל האיגוד המקצועי של הרופאים הוא חריג, אפילו בנוף הציבורי שלנו, בכך שתביעות השכר היו מלוות גם בתביעות להרחבת מערכת הבריאות על ידי תוספת משרות לרופאים. בתקופה הנדונה הורחבו השירותים הרפואיים מעבר לביקוש הנורמטיבי, וזאת בין השאר על פי תביעות ההסתדרות הרפואית ותוך מימון הכשרת רופאים עולים והעסקת חלק

מהם מתקציבים מיוחדים וארעיים. הממשלה, שהייתה מעוניינת בקליטה מוצלחת של העלייה ובהמשכה, נענתה לחלק מהתביעות לתקנים והרחבתם מיתנה את לחץ ההיצע העודף בשוק העבודה על השכר.

2. השהיית הכניסה של רופאים עולים לשוק העבודה

השפעת גידולו של היצע הרופאים העולים על שכר הוותיקים הושהתה, כתוצאה מתהליכים ממושכים לקבלת רשיון ישראלי לעסוק ברפואה, ולאחר מכן תהליכי ההכשרה לקבלת תואר מומחה בתוך בתי החולים. תהליכים אלו הרתיעו חלק מהעולים מכניסה למסלול הרישוי, והשהו את כניסתם של האחרים לשוק העבודה. בתום שנתיים מיום עלייתם היה רק למחצית מהרופאים רשיון ישראלי לעסוק ברפואה. אשר לרופאים שפנו לבתי החולים לשם קבלת תואר מומחה, היחסים שנוצרו בינם לבין הרופאים הוותיקים לא היו יחסי תחרות, אלא יחסי השלמה של תלמידים ומדריכים, לפחות במשך תקופת ההתמחות הארוכה.

3. הסכמי השכר והתרחבות המערכת הרפואית פעלו לטובת השכר של הוותיקים

השינויים בהסכמי השכר לגבי הדרגות הבכירות בתקופה 1990-1995 היו בשיעור של 60 אחוזים, ואילו בדרגות הזוטורות נקבעו עליות שכר של 40 אחוזים בלבד. הואיל ורוב העולים שנקלטו שובצו בדרגות הנמוכות, זכו הוותיקים, שהיו מרוכזים יותר בדרגות הבכירות, לעליות שכר גבוהות יותר. מלבד זאת יצרה התרחבות המערכת הרפואית אפשרויות קידום רבות יותר לוותיקים, בעיקר בדרגות הביניים. הרופאים בצמרת, שבדרך כלל הקידום שלהם איטי יותר, פוצו בשתי דרכים: האחת - הגדלת תלילותו של עקום השכר (לפי דרגות), שהגדילה במידה ניכרת את השווי של עלייה בדרגה עבורם. השנייה - הוספת שתי דרגות עליונות; דרגות אלו אוישו עד כה במידה חלקית בלבד, ועם אישון המלא צפויות עליות נוספות של שכר הבכירים. תהליך הקידום בתקופה זו תרם עלייה של 24 אחוזים בשכר הזוטרים ו-11 אחוזים בשכר הבכירים, ובכך איזן חלק מהפער לטובת הבכירים, שנוצר בהסכמים.

קליטת ההיצע הגדול של רופאים עולים בעבודה במשלח ידם בלי לפגוע בתעסוקת הוותיקים ואף תוך עלייה גבוהה של שכרם מעידה על חוסר שיווי משקל במערכת הבריאות בטווח הארוך. ואכן, חלק מההתאמות שתיארנו בעבודה זו הוא בעל אופי ארעי; כך, למשל, תהליכי הרישוי וההתמחות יגיעו לסיומם ויגבירו את התחרות של העולים על משרות קבועות בכירות יותר. זאת ועוד, חלק מתעסוקת הרופאים בתקופה הנדונה היא בעלת אופי ארעי, שכן תקציבים המיועדים לקליטה ולהכשרה עשויים להסתיים, והביקוש הנורמטיבי לרופאים הוא קטן יותר. אפשרויות הקידום לוותיקים שנוצרו בתקופה הנדונה חלקן זמניות, שכן הן נבעו מקצב התרחבות מהיר בתקופה קצרה. האטת קצב הקידום תגביר את הלחץ של רופאים בדרגות הזוטות ובדרגות הביניים לשיפור שכרם, כי פערי השכר בתוך הדירוג התרחבו, וסיכויי הקידום של הזוטרים יואטו. אותם סעיפים בהסכמים עם הרופאים שטרם מומשו במלואם יגדילו את רמת ההוצאה לבריאות בשנים הבאות גם ללא הסכמים חדשים. כך, למשל, תוספת הדרגות בצמרת יוצרת לחצים לקידום, בראש ובראשונה אצל הבכירים - ותגרור את מערכת הדרגות כולה כלפי מעלה עוד תקופה ארוכה.

סימנים להשפעה הצפויה של היצע הרופאים העולים על הכנסת הרופאים ניתן לראות ברפואה הפרטית, שבה התגובה של התעריפים לשינויים בהיצע ובביקוש מהירה יותר: בשנים 1990 עד 1995 הואט במידה משמעותית הגידול של תעריפי ביקור פרטי אצל רופא (יחסית לעליית מדד המחירים לצרכן) משום שרופאים ותיקים יכלו להגדיל את ההיצע בשוק זה. גם ברפואה הציבורית, אחרי שמרבית העולים עברו כבר את הליכי הרישוי ואחרי שיסיימו את התמחותם בבתי החולים, צפויה תחרות גוברת בין עולים לוותיקים על משרות ועל שכר.

התלות הבסיסית בין קצב ההתרחבות של הרפואה הציבורית לבין אפשרויות הקידום למשרות בכירות, והערך הרב של הקידום בדרגות אלה מזמינים את המשך הלחצים להגדלה של מספר התקנים לרופאים ושל ההוצאות על השכר במערכת הבריאות. אכן, אחת התגובות של ציבור הרופאים המאורגן היא חידוש המאבק החריף להגדלת מספר המשרות הקבועות (התקנים), כדי למנוע אבטלת רופאים וליצור אפשרויות קידום נוספות. רמות השכר והתעסוקה בתקופה הנחקרת יצרו קשיים כספיים רבים בקופות החולים ובבתי החולים. היענות לתביעות נוספות, בלי לשנות את השיעורים הנוכחיים של מס הבריאות, עלולה למוטט את המערכת הרפואית.

ביבליוגרפיה

- אלקיים, ד' (1989), "הגורמים המשפיעים על היצע העבודה ועל הביקוש לה בסקטור העסקי, 1962-1984", סקר בנק ישראל 64 (ינואר), 3-16.
- ארטשטיין, י' (1997), קשיחות שכר בשוק העבודה הישראלי: הסדרים מוסדיים מול כוחות שוק, חיבור לשם קבלת תואר ד"ר, אוניברסיטת ת"א.
- בחרל, א' (1965), השפעת העלייה החמונית על השכר בישראל, ירושלים, מכון פאלק.
- בנק ישראל (1997), דין וחשבון לשנת 1996.
- גרוס, א' (1981), "השכר בסקטור העסקי ובסקטור הציבורי", עיונים בכלכלה 1981, ירושלים, האגודה הישראלית לכלכלה ומכון פאלק.
- דחן, מ' וא' בן-פורת (1966), גל העלייה ואי-השוויון בחתולקות ההכנסות, מחלקת המחקר, בנק ישראל, סדרת מאמרים לדיון (אוקטובר).
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990), דין וחשבון, כרך ראשון, דעת חרוב.
- זוסמן, צ' (1995), "מהסכמים קיבוציים לחוזים אישיים: שכר, יחסי עבודה והסתדרות", רבעון לכלכלה 1, אפריל, 17-35.
- זוסמן, צ' וד' זכאי (1993), "פערי שכר בין בכירים לזוטרים ומשברים במערכת הרפואה הציבורית, 1974 עד 1990", סקר בנק ישראל 68 (מארס), 39-64.
- נירל, נ', ע' שמש וש' בוק (1994), רופאים עולים מברית המועצות לשעבר: מאפיינים דמוגרפיים ופרקי זמן לקבלת רשיון, גוינט - מכון ברוקדייל (דצמבר).
- נירל, נ' וג' נוח (1996), העבודה בארץ כרופאים - האם היא יציבה? מאפיינים נבחרים של קליטה בעבודה של רופאים מברית המועצות לשעבר, גוינט - מכון ברוקדייל (יוני).
- נירל, נ', ב' רוזן, ר' גרוס, א' ברג וד' יובל (1996), עולים מברית המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים, גוינט - מכון ברוקדייל.
- צרניחובסקי, ד' (1996), "סל וביטוח משלימים והרפואה במערכת הבריאות הישראלית - סכנות וחזדמנויות", ביטחון סוציאלי 47 (דצמבר), 32-47.
- שוורץ, ש' (1997), "יובל שנים למרד הרופאים בבי"ח בלינסון (1947)", הרפואה, 133 (ספטמבר) 232 - 237.
- שמואלי, ע', וי' לוי (1996), "התפלגות צריכת שירותי הבריאות בישראל על פי גיל", ביטחון סוציאלי 47 (דצמבר), 146-153.
- Baker, G., M., Gibbs, and B. Holmstrom, (1993). "Hierarchies and Compensation: A Case Study," *European Economic Review* 37 (April), 366-378.
- Blanchflower, D.G., N. Millward, and A.J. Oswald (1991). "Unionism and Employment Behaviour," *Economic Journal* 101 (July), 815-834.
- Friedberg, R. (1996). "You Can't Take It With You? Immigrant Assimilation and the Portability of Human Capital," Working Paper No. 5837 (November).

Greenwood, M.J., G.L Hunt, and U. Kohli (1997). "The Factor Market Consequences of Unskilled Immigration to the United States, *Labour Economics* 4, 1-28.

Hitris, T. and Posnett, J. (1992), The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries, *Journal of Health Economics*, 11 (August), 173-81.

Marlow, M.M. and W. Orzechowski (1996), "Public Sector Unions and Public Spending," *Public Choice* 89 (October), 1-16.

McCue, X. (1996). "Promotions and Wage Growth," *Journal of Labor Economics* 14 (April), 175-209.

Weiss, Y. and M. Gotlibovsky (1995). Immigration. Search and Loss of Skill, Foerder Institute, Working Paper 34.

לוח נ-1 : רופאים עולים וותיקים מצטרפים בשנים 1990-1995 לפי הדרגה והגיל הממוצע

בדצמבר 1995

<u>גיל העולים (95)</u>	<u>גיל המצטרפים מקרב הוותיקים (95)</u>	<u>הדרגה</u>
40.5	31.0	60
38.8	34.6	70
45.6	38.3	80
53.4	40.7	90

מספור הדרגות הוא שלנו ואינו זהה לזה של ההסכם הקיבוצי.

נספח: סיכויי הקידום של רופאים במערכת מתרחבת

מטרת הנספח לבחון את סיכויי הרופאים לקידום במערכת בריאות ציבורית שהתרחבה בשנים 1995-1990 בקצב מהיר, וזאת בהשוואה לשנים 1986-1989, שבהן המערכת לא התרחבה. הגדרנו את סיכויי של רופא לקידום - שיעור הקידום התיאורטי - כיחס בין מספר העליות מדרגה i לדרגה $i+1$, בתקופת ההתרחבות ובין מספר הרופאים הנמצאים בדרגה i לפני ההתרחבות (בבסיס). לשם הפשטות בחנו בשלב ראשון את הקידום במערכת המתרחבת בהנחה של כניסת רופאים חדשים לדרגה התחתונה בלבד, ובהנחה שאין פרישה. בהמשך נבחן את הקידום בתנאי מציאות, שבהם יש פרישה של רופאים בכל הדרגות, ואיוש המשרות מתאפשר הן על ידי קידום מלמטה והן על ידי גיוס מבחוץ. מספר העליות בדרגה מבין הרופאים המשובצים בדרגה i בבסיס תלוי בפינוי - כלומר במספר המקומות המתפנים בדרגה $i+1$, שמעליה. הפינוי בדרגה $i+1$ תלוי בתוספת המשרות בדרגה זו, וכן במספר הרופאים העולים ממנה לדרגה $i+2$. מספר הרופאים העולים מ- $i+1$ ל- $i+2$ תלוי בפינוי ב- $i+2$. הפינוי ב- $i+2$ תלוי, כאמור, בתוספת המשרות ב- $i+2$ ובמספר העולים ממנה ל- $i+3$. נניח כי בכל דרגה יש בבסיס N_i משרות, כי שיעור ההתרחבות (השווה בכל הדרגות) הוא a , וכי מספר הדרגות בדירוג הוא k . מספר העולים מדרגה i לדרגות גבוהות יותר, D_i , יהיה:

$$(1) D_i = a(N_{i-1} + 1 + N_{i+2} + 2 + \dots + N_k).$$

סך כל העליות בדרגה, בהינתן שיעור התרחבות a היא:

$$(2) \sum_{i=1}^{k-1} D_i = a(N_2 + 2N_3 + 3N_4 + \dots + (k-1)N_k).$$

ניתן לראות מנוסחה (2) שקצב הקידום תלוי במספר הרופאים בכל דרגה בתקופת הבסיס, משום שהתרחבות בשיעור נתון, a , תיצור יותר אפשרויות קידום ככל שבבסיס יש יותר רופאים בדרגות הגבוהות יותר. במלים אחרות: התרחבות בדרגות הגבוהות מאפשרת קידום רופאים מכל הדרגות, הנמוכות יותר, כלפי מעלה, בעוד שהתרחבות בדרגות נמוכות לא תשפיע על הקידום בדרגות הגבוהות יותר.

אפשרויות הקידום של הרופאים מושפעות אפוא מקצב ההתרחבות של המערכת הרפואית, מאחידותו או אי-אחידותו של שיעור ההתרחבות בדרגות השונות (התרחבות רבה יותר בדרגות הגבוהות מאפשרת יותר קידום), וממבנה פירמידות הדרגות בתקופת הבסיס. נוסף על כך תלויות אפשרויות הקידום בשיעורי הפרישה מכל דרגה (המגדילה את אפשרויות הקידום) ובמידת איוש המשרות בכל דרגה על ידי רופאים המצטרפים מבחוץ ובכך מקטינים את אפשרויות הקידום של רופאים הנמצאים בפנים. להלן נבדוק כיצד השפיעו גורמים אלה על ההבדלים בשיעורי הקידום בין שתי התקופות, 1986-1989 ו-1995-1990. במיוחד נבחן מה מסביר את העובדה שהבדלים גדולים בשיעורי ההתרחבות של מערכת הבריאות בין שתי התקופות התבטאו בסופו של דבר בהבדלים קטנים יחסית בשיעורי הקידום בפועל, בממוצע שנתי.

לוח נ'-א' 1: שיעור קידום תיאורטי של הרופאים בדרגות, 1986-1990 ו-1990-1995

12/95-12/90 מצטבר <u>5 שנים</u>	12/90-12/86 מצטבר <u>4 שנים</u>	
I. חישוב ללא פרישה והצטרפות		
1.22	1.10	1. $a = 0.3$ שווה בשתי התקופות ושווה בכל הדרגות
1.22	0.15	2. a בפועל בשתי התקופות (0.04 ו-0.30 בהתאמה). ההתרחבות השונה בכל תקופה היא בשיעור שווה בכל הדרגות באותה תקופה
1.06	0.54	3. חישוב לפי שיעור התרחבות בפועל בכל דרגה
II. חישוב עם פרישה והצטרפות בפועל		
0.66	0.53	4. שיעור התרחבות בפועל בתוספת פורשים ופחות מצטרפים בכל דרגה.
1.06	0.82	5. שיעור העלייה בדרגה של רופאים מתמידים (מספר תיאורטי של עליות בדרגה חלקי מספר המתמידים בדרגה בתקופת הבסיס).

* שיעורי הקידום חושבו על כל הרופאים ועל התפלגותם לפי דרגות ב-1986 וב-1990, בהתאמה.

מהסימולציות דלעיל ניתן ללמוד, שאם ההתרחבות היא בשיעור אחיד בשתי התקופות, ומידתה שווה בכל הדרגות, בפירמידות הדרגות בפועל של 1986 ובזו של 1990, ההבדלים בשיעורי העלייה התיאורטיים (הנובעים מההבדלים בפירמידות) הם קטנים מאוד, עם יתרון מסוים לתקופה השנייה (לוח נ-א-1 שורה 1). ניתן לבחון את ההשפעה של ההבדלים בשיעורי ההתרחבות הכוללים בכל תקופה בפועל, בשתי התקופות, בהנחה שבכל הדרגות שיעור ההתרחבות הוא אחיד ושווה לשיעור ההתרחבות הכולל באותה תקופה. במקרה זה היה נוצר הבדל גדול מאוד בשיעור העלייה התיאורטי: בתקופה השנייה שיעור העלייה בדרגה היה אמור להיות פי 8.1 מאשר בראשונה (שורה 2). שיעור ההתרחבות בפועל בכל דרגה היה בתקופה הראשונה מוטא מאוד לטובת הדרגות הבכירות, והוא מגדיל את שיעור העלייה בדרגה (פי 3.7) בתקופה הראשונה, ומקטין מעט שיעור זה בתקופה השנייה (ב-13 אחוזים; שורה 3 לעומת 2). עם זאת שיעור העלייה בדרגה עדיין גבוה פי שניים בתקופה השנייה (1.06 לעומת 0.54; שורה 3). הוספת הפורשים והחסרת המצטרפים מבחוץ בכל דרגה כמעט אינן משפיעות על שיעור העלייה בדרגה בתקופה הראשונה, אולם מקטינות את שיעור העלייה ב-38 אחוזים בתקופה השנייה (שורה 4 לעומת 3), וההבדלים בשיעורי העלייה בדרגה בין שתי התקופות הצטמצמו לידי יתרון של 25 אחוזים בלבד בתקופה השנייה (שורה 4). לאחר תיקון בגין מספר שנים גדול יותר בתקופה השנייה (5 שנים לעומת 4 בראשונה) מצטמצם היתרון בתקופה השנייה לכדי 20 אחוזים בלבד. חישוב שיעור העלייה בדרגה על ידי חלוקת מספר העליות בדרגה במספר הרופאים המתמידים ב-1986 וב-1990, כפי שנעשה בלוח ה-2, מבטל למעשה את ההבדל בשיעורים התיאורטיים של העלייה בדרגה בין שתי התקופות: 20.5 אחוזים עולים בדרגה בכל שנה בתקופה הראשונה, ו-21.2 אחוזים בתקופה השנייה. מספרים אלה כמעט זהים לשיעורי העלייה בפועל המובאים בלוח ה-2 - 22 ו-23 אחוזים, בהתאמה.

השיעור התיאורטי של העלייה בדרגה אצל זוטרים ובכירים

תוספת משרות בדרגות הגבוהות יוצרת, כאמור, אפשרויות קידום לאורך כל הסולם, עד לדרגות הנמוכות ביותר. לעומת זאת, תוספת משרות בדרגה נמוכה יוצרת קידום רק בדרגות (המעטות) שמתחתיה. כתוצאה מכך נמצא בדרך כלל אצל הזוטרים שיעורי קידום גבוהים יותר מאשר אצל הבכירים. מהסימולציות בלוח נ-א-2 נראה כי כאשר מניחים שיעורי ההתרחבות שווים בשתי

התקופות, ההבדלים בין שתי התקופות בקצב הקידום התיאורטי בין זוטרים לבכירים דומים. עם זאת, מפני מבנה פירמידה שונה של הבכירים בתקופה השנייה, שיעור העלייה בדרגה אצלם בתקופה זו נמוך מעט יותר - והיפוכו של דבר אצל הזוטרים (שורה 1). שיעור ההתרחבות בפועל יוצר אפשרויות קידום רבות אצל הבכירים בתקופה הראשונה, ולמעשה השיעור גבוה יותר מאשר אצל הבכירים בתקופה השנייה, אף שבתקופה השנייה הייתה התרחבות כוללת גדולה מאוד במערכת הבריאות (שורה 3). שיעורי הפרישה וההצטרפות בכל דרגה מפחיתים את שיעורי הקידום של הזוטרים, ומעלים את אלה של הבכירים (משום שבדרגות הבכירות משרות פנויות מאוישות פחות על ידי צירוף רופאים בכירים מבחוץ). גם כאן, בסופו של דבר, ההבדלים בשיעורי הקידום התיאורטיים הצטמצמו מאוד בין שתי התקופות, לעומת הצפוי על פי ההבדלים הגדולים ביניהן בשיעורי ההתרחבות, ובפועל שיעורי הקידום של בכירים כמעט זהים (שורה 4). לבסוף - חישוב הקידום ביחס למספר הרופאים המתמידים מקרב את השיעורים לאלה המובאים בלוח ו'-3.

לוח נ'-א': 2: שיעורי קידום תיאורטי בדרגה: זוטרים ובכירים, 1986-1989 ו-1990-1995

1990-1995		1986-1989		
זוטרים	בכירים	זוטרים	בכירים	
I. חישוב ללא פרישה והצטרפות				
0.43	1.83	0.57	1.56	1. $a = 0.3$ שווה בשתי התקופות ושווה בכל הדרגות
0.43	1.83	0.08	0.21	2. a בפועל בשתי התקופות (0.04 ו-0.30 בהתאמה) ההתרחבות השונה בכל תקופה היא בשיעור שווה בכל הדרגות
0.38	1.49	0.47	0.61	3. חישוב לפי שיעור התרחבות בפועל בכל דרגה
II. חישוב עם פרישה והצטרפות בפועל				
0.51	0.71	0.61	0.46	4. שיעור ההתרחבות בפועל בתוספת הפורשים ובניכוי המצטרפים בכל דרגה
0.43	1.83	0.50	1.22	5. שיעור העלייה בדרגה של רופאים מתמידים (המספר התיאורטי של העליות בדרגה חלקי מספר המתמידים בדרגה בתקופת הבסיס)

* כדרגות זוטרות הוגדרו ב-1986-1989 הדרגות עד דרגה 80. כדי לשמור על חלוקה דומה בין דרגות זוטרות לבכירות כללנו בדרגות הזוטרות ב-1990-1995 את כל הרופאים עד דרגה 90. שיעורי הקידום חושבו לכלל הרופאים ולהתפלגותם לפי דרגות ב-1986 וב-1990, בחתאמה.

לוח ד'-2: שיעור שינוי המשוקלל בטבלאות השכר אצל הרופאים הוותיקים

לפי קבוצות דרגות

מחושב בוותק אפס

(אחוזים במחירים קבועים)

<u>כל הוותיקים</u>		
<u>שכר ברוטו</u> <u>1995-1990</u>	<u>שכר ברוטו</u> <u>1990-1986</u>	<u>קבוצת</u> <u>הדרגות**</u>
24.7	2.3	1. 50-70
46.1	3.4	2. 80-90
64.9	2.6	3. 100-110
67.3	4.7	4. 120-140
50.2	3.2	5. סה"כ*

* בשתי התקופות השיקלול לפי התפלגות דרגות בבסיס.

** מספור הדרגות הוא שלנו ואינו זהה לזה של ההסכם הקיבוצי.

רשימת המאמרים בסדרה

R. Melnick and Y. Golan - Measurement of Business Fluctuations in Israel.	91.01
י. ארטשטיין, צ. זוסמן - דינאמיקה של עליות שכר בישראל: כוחות שוק והשוואות בינענפיות.	91.02
M. Sokoler - Seigniorage and Real Rates of Return in a Banking Economy.	91.03
E.K. Offenbacher - Tax Smoothing and Tests of Ricardian Equivalence Israel 1961-1988.	91.04
ג. עופר, ק. פלוג, נ. (קלינר) קסיר, - קליטה בתעסוקה של עולי בריה"מ בשנת 1990 והלאה: היבטים של שמירה והחלפת משלחי יד.	91.05
צ. זוסמן, ד. זכאי, - פערים בין בכירים וזוטרים ומשברים במערכת ציבורית: שכר הרופאים בשנים 1974 עד 1990.	91.06
M. Beenstock, Y. Lavi and S. Ribon The Supply and Demand for Exports in Israel.	91.07
R. Ablin - The Current Recession and Steps Required for Sustained Sustained Recovery and Growth.	91.08
צ. הרקוביץ, ל. (רובין) מרידור - ההשלכות המקרו-כלכליות של עלייה המונית לישראל.	91.09
M. Beenstock - Business Sector Production in the Short and Long Run in Israel: A Cointegrated Analysis.	91.10
א. ארנון, ר. עמיחי, - ההפרטה וגבולותיה.	91.11
ק. פלוג, נ. קסיר (קלינר) - עלות העבודה בתעשייה הישראלית.	91.12
A. Marom - The Black-Market Dollar Premium: The Case of Israel.	91.13
A. Bar-Ilan and A. Levy - Endogenous and Exogenous Restrictions on Search for Employment.	91.14
M. Beentstock and S. Ribon- The Market for Labor in Israel.	91.15

ד. אלקיים, - השפעת המדיניות המוניטרית על פער הריביות במגזר השקלי הלא צמוד 1986 עד 1990.	91.16
מ. דהן, - בחינת מדד הדחף הפיסקאלי של ה-IMF עבור המשק הישראלי לשנים 1964 עד 1990.	92.01
O. Bar Efrat - Interest Rate Determination and Liberalization of International Capital Movement: Israel 1973 - 1990.	92.02
Z. Sussman and D. Zakai - Wage Gaps between Senior and Junior Physicians and Crises in Public Health in Israel, 1974-1990.	92.03
צ. ויס, ע. לויתן - התפתחות תשלומי העברה בישראל, 1965 עד 1989.	92.04
O. Liviatan - The Impact of Real Shocks on Fiscal Redistribution and Their Long-Term Aftermath.	92.05
A. Bregman, M. Fuss and H. Regev - The Production and Cost Structure of the Israeli Industry: Evidence from Individual Firm Data.	92.06
M. Beenstock, Y. Lavi and A. Offenbacher - A Macroeconometric-Model for Israel 1962 -1990: A Market Equilibrium Approach to aggregate Demand and Supply.	92.07
ס. ריבון, - מודל חודשי לשוק הכסף.	92.08
R. Melnick - Financial Services, Cointegration and the Demand for Money in Israel.	92.09
מ. ברון, - העלויות לארץ והשפעתן על הפסיפס הדמוגרפי של האוכלוסייה והן ההון האנושי.	92.10
ד. זינגר, - גורמים הקובעים את ההסתברות של פירמות להיסגר.	92.11
R. Melnick Forecasting Short-Run Business Fluctuations in Israel	92.12
K. Flug, N. Kasir and G. Ofer - The Absorption of Soviet Immigrants in to the Labor Market from 1990 Onwards: Aspects of Occupational Substitution and Retention.	92.13
א. ארנון, ח. פרשטמן, - הפרטת מונופולים טבעיים: הריצה אחר הבלתי מוכת.	92.14

B. Eden - How to Subsidize Education and Achieve Voluntary Integration: An Analysis of Voucher Systems.	93.01
א. ברגמן, א. מרום, - גורמי צמיחה בסקטור העסקי בישראל (1958 עד 1988).	93.02
מ. דהן, - צמיחה כלכלית תחת איום ביטחוני.	93.03
ק. פלוג, נ. (קלינר)קסיר - קליטה בתעסוקה של עולי חבר המדינות - הטווח הקצר.	93.04
מ. דהן, - האם קיימת יריבות בין שיוון בחלוקת ההכנסות להתפתחות כלכלית: המקרה של ישראל.	93.05
צ. הרקוביץ, ל. מרידור - ההשלכות המקרו-כלכליות של עלייה המונית לישראל: עדכון ובחינה מחודשת.	93.06
A. Arnon, D. Gottlieb - An Economic Analysis of the Palestinian Economy: The West Bank and Gaza, 1968-1991.	93.07
צ. הרקוביץ, ל. מרידור, נ. קנטור - הגירה וצמיחה בתנאים של ניידות הון בלתי משוכללת: גל העלייה לישראל בראשית שנות התשעים.	93.08
K. Flug, N. Kasir - The Absorption in the Labor Market of Immigrants from the CIS - the Short Run.	93.09
R. Ablin - Exchange Rate Systems, Incomes Policy and Stabilization Some Short and Long-Run Considerations.	94.01
B. Eden - The Adjustment of Prices to Monetary Shocks When Trade is Uncertain and Sequential.	94.02
מ. ברון, - התחזית הדמוגרפית ולקחיה.	94.03
K. Flug, Z. Hercowitz and A. Levi - A Small -Open-Economy Analysis of Migration.	94.04
R. Melnick and E. Yashiv - The Macroeconomic Effects of Financial Innovation: The Case of Israel.	94.05
צ. הרקוביץ, מ. סטרבצ'ינסקי, - מדיניות חוב ציבורי בישראל	94.06
א. בלס, - חוזים כחסמי כניסה בשיווק דלק לתחנות תילדוק: בחינת החלטת הממונה על הגבלים עיסקיים לפיה מערכת ההסדרים הקיימת היא בגדר הסדר כובל.	94.07
מ. דהן, - צמיחה כלכלית, פעילות בלתי חוקית והתחלקות הכנסות.	94.08

A. Blass - Are Israeli Stock Prices Too High?	94.09
א. ארנון, ג'. וינבלט, - פוטנציאל הסחר בין ישראל, הפלסטינים וירדן.	94.10
Arnon and J. Weinblatt - The Potential for Trade Between Israel the Palestinians, and Jordan.	
מ. דהן, מ. סטרבצ'ינסקי, - תקציב הסקטור הציבורי וצמיחה כלכלית בישראל.	94.11
ק. פלוג, נ. (קלינר) קסיר - הציות לחוק שכר המינימום בסקטור העסקי.	94.12
B. Eden - Inflation and Price Dispersion: An Analysis of Micro Data.	94.13
א. ספיבק, - משבר קרנות הפנסיה בישראל: מסגרת מושגית ובחינת ההמלצות לפתרון.	94.14
ל. מרידור, ש. פסח - שער החליפין הריאלי בישראל: פרספקטיבה של שלושה עשורים.	94.15
B. Eden - Time Rigidities in The Adjustment of Prices to Monetary Shocks: An Analysis of Micro Data.	94.16
O. Yosha - Privatizing Multi-Product Banks.	94.17
B. Eden - Optimal Fiscal and Monetary Policy in a Baumol-Tobin Model.	95.01
B. Bar-Nathan, M. Beenstock and Y. Haitovsky - An Econometric Model of The Israeli Housing Market.	95.02
מ. דהן - אוכלוסיה אנדוגנית והתחלקות הכנסות.	95.03
A. Arnon and A. Spivak - A Seigniorage Perspective on the Introduction of a Palestinian Currency.	95.04
י. לביא, - האם השינוי בהכנסה השוטפת תורם להסבר השינוי בתצרוכת בישראל? בחינה אמפירית של תיאוריית ההכנסה הפרמנטית עם צפיות רציונאליות.	95.05
-M. Bruno and R. Melnick - High Inflation Dynamics: Integrating Short Run Accommodation and Long-Run Steady-States.	95.06
ע. יושע, י. יפה - הרפורמה בשוק ההון והשפעתה: ניתוח מזוית "המבנה הענפני".	95.07
M. Strawczynski - Capital Accumulation in a Bequest Economy.	95.08

ז. שיפר - על סעיף הדיור בבעלות הדיירים במדד המחירים לצרכן.	95.09
א. בן בסט - משטר שער החליפין, המדיניות המוניטרית ויעד האינפלציה.	95.10
A. Arnon and A. Spivak - Monetary Integration Between the Israeli, Jordanian and Palestinian Economies.	95.11
נ. לויטן - המשבר במכסיקו - פירושים ולקחים.	95.12
ר. כהן, ב. סורני - איתור יעד ביניים למדיניות מוניטרית בישראל 1988-1994.	95.13
א. בלס - ביצועי קופות הגמל ומבנה שוק: 1994-1987.	96.01
ח. בר, ע. יושע, י. יפה - פיקוח על בנקים, בורסה ובעלי עניין: עדויות על פירמות בישראל.	96.02
A. Blass and R. S. Grossman - A Harmful Guarantee? The 1983 Israel Bank Shares Crisis Revisited	96.03
Z. Sussman and D. Zakai - The Decentralization of Collective Bargaining and Changes in the Compensation Structure in Israeli's Public Sector.	96.04
M. Strawczynski - Precautionary Savings and The Demand for Annuities.	96.05
מ. דהן, צ. הרקוביץ - מדיניות פיסקאלית והחיסכון הלאומי במשק פתוח.	96.06
י. גיברה, ד. צידון - יעילותם של המכרז המוניטרי וההלוואה במכסה ככלים למדיניות מוניטרית.	96.07
מ. דהן א. בן-פורת - גל העלייה ואי-השוויון בהתחלקות ההכנסות.	96.08
Y. Lavi and A. Spivak - The Impact of Pension Schemes on Saving in Israel: Empirical Analysis.	96.09
M. Strawczynski - Social Insurance and The Optimum Piecewise Linear Income Tax.	96.10
א. בלס, י. גיברה - הודעות מוניטריות ותגובת שוק ההון: ההשפעה הראשונית על המק"ם והאג"ח וההשלכות למנגנון התמסורת.	96.11
ז. שיפר - פיצול (Stripping) של אגרות חוב ממשלתיות צמודות מדד לפי תוכן ויצירת אגרות חוב צמודות למחירי הדיור	96.12

ד. עיני - בחינה מחודשת של הרכב סל המטבעות האופטימלי לישראל.	97.01
M. Dahan and M. Strawczynski - The Optimal Non-Linear Income Tax.	97.02
ע. יוטב-סולברג - ה-NAIRU בישראל.	97.03
מ. דהן, מ. סטרבצינסקי - המדיניות הפיסקאלית ותפניות בסביבת האינפלציה.	97.04
H. Ber, Y. Yafeh and O. Yosha - Conflict of Interest in Universal Banking: Evidence from the Post-Issue Performance of IPO Firms.	97.05
צ. זוסמן, ד. זכאי - פרדוקס: היצע רב של רופאים עולים ועלייה תלולה של שכר הוותיקים, 1990 עד 1995.	97.06