

הרופאים – קבוצת עובדים בעלת מאפיינים ייחודיים

לאורך דיוני הוועדה עמד ברקע הנושא של השתכרות הרופאים ובשבועות האחרונים התחזקו הקולות בתקשורת ובוועדה עצמה, מהם עלול להשתמע שהבעיה העיקרית במערכת הבריאות הציבורית היא שכר הרופאים.

בכדי לעמוד על סוגייה זו יש לבחון השתכרות הרופא ברמת הפרט על-פי חתכים שונים- לפי דפוסי העסקה, מעסיקים שונים, ותק, דרגה, מקצוע, היקף עבודה נוספת וכו'. יש לבחון את המגמה בהשתכרות הרופאים בשנים האחרונות, להשוות את שכר הרופאים במגזר הציבורי לשכר של קבוצות עובדים אקדמאיים שונות במגזר הציבורי ובמגזר הפרטי, וכן לשכר של רופאים במדינות אחרות בעולם המערבי. בנוסף, יש לבחון סוגייה זו, לא רק דרך מספר רופאים בודדים המצויים בקצה הסקאלה, אלא בראיית מאקרו של בחינת ההוצאה הציבורית על שכר הרופאים.

בטרם אכנס לניתוח הנתונים המספריים וההשוואתיים כאמור, אבקש לבחון את המאפיינים המיוחדים של מקצוע הרפואה, אילוציו ומגבלותיו, ככאלה המצדיקים סטנדרט השתכרות גבוה ביחס ליתר קבוצות העובדים.

א. אחריות שאין דומה לה:

לרמת האחריות הרובצת על כתפיו של הרופא, כמי שעוסק באופן יומיומי בפעולות אשר יש בהן כדי להציל או לשלול חיי אדם, אין אח ורע. מידי יום הרופא נדרש לקבל החלטות גורליות בזמן קצר ובתנאי לחץ. לא אחת, עליו לקבל את ההחלטה בתנאי אי ודאות או על סמך מידע חלקי ותוך לקיחה בחשבון כי כל אדם מגיב באופן שונה לטיפול. הרופא יודע שבכל פעם שהוא אינו מקבל את ההחלטה הטובה ביותר, התוצאה עלולה להוביל לנזק בלתי הפיך, כגון: נכות ואף מוות.

נוסף על כך, על הרופא להתמודד באופן יומיומי עם עומס רגשי ניכר. הרופא מלווה את המטופל ובני משפחתו ברגעי חרדה, בעת קבלת החלטות קשות ולעתים בעת קבלת בשורות מרות.

העיסוק ברפואה דורש מהרופא מחויבות שאינה נמדדת בשעות. מטופליו מתקשרים בכל שעות היום, הוא נדרש להיות בקשר רציף עם בית החולים, עמיתיו מתייעצים עמו ולא אחת, עליו להקדיש מזמנו לפי צורכי המטופלים ולפי התפתחות המחלה ולא לפי התקדמות המחוגים בשעון. זהו אספקט נוסף של אותה אחריות אישית אשר ייחודית למקצוע.

המטופל מצפה שהרופא שלו יהיה נאמן לו באופן טוטאלי, ייצג את עניינו אל מול המערכת וייתן עדיפות לשיקול הרפואי מבלי להכפיף את הרפואה לשיקולים כלכליים בלבד. המערכת, לעומת זאת, מצפה במקרים רבים שהרופאים יקבלו את החלטותיהם על סמך שיקולים כלכליים ולעתים במחיר איכות הטיפול ואף תוך הגדלת העלויות בטווח הבינוני. האתיקה הרפואית מחייבת את הרופא לשקול את השיקול הרפואי כשיקול בלעדי, ואולם המערכת דורשת ממנו לקחת בחשבון גם את השיקול הכלכלי. האיזון בין שני השיקולים עם עדיפות לשיקול הרפואי הוא המבטיח בסופו של יום טיפול רפואי נכון, איכותי ולא בזבזני.

חשוב לציין כי לרופא יש 'אחריותיות' (ACCOUNTABILITY) לא רק כלפי המעסיק אלא בראש ובראשונה כלפי המטופל שלו. המדינה, בהכירה זאת, הטילה עליו חובות אישיות העולות על חובותיו כלפי המעסיק וזאת במטרה לשמור על איכות הטיפול הרפואי.

בשונה ממקצועות רבים, הרופא יכול להיות מועמד לדין אם הוא איננו עומד בדרישות החוק והפסיקה, גם אם עמד בסיטואציה זו כתוצאה ממעשיו או ממחדליו של מעסיקו. לדוגמא, המעסיק לא הקצה תקני כח אדם הדרושים כדי שיוכל להקדיש את הזמן הדרוש לטיפול בחולה וכתוצאה מכך נגרם נזק. גם אם כתוצאה מלחץ המערכת לחסכון כלכלי בחר הרופא לא לשלוח את המטופל לבדיקה יקרה, הוא זה שיישא באחריות לכך. מכאן מובן כי אין להתיר למעסיק להיות הקובע היחידי של תנאי העבודה וכי יש אינטרס חברתי שתנאי העבודה ייקבעו תוך התחשבות נאותה בנורמות טיפול סביר כפי שאלו מוגדרות ע"י הקהילה המקצועית.

ב. דינמיות מתמדת בסביבת העבודה:

1. הכשרה ממושכת והתעדכנות מקצועית מתמדת

לנוכח ההתפתחויות המואצות במקצוע הרפואה ובטכנולוגיה הרפואית, שאין לו אח ורע בכל מקצוע אחר, הרופא נדרש כיום, יותר מבעבר, להפגין מקצועיות רבה יותר ולפתח מיומנויות חדשות. על הרופא להתעדכן באופן שוטף בספרות המקצועית ובמחקר המדעי, להשתתף בדיונים מקצועיים במקום עבודתו ומחוצה לה, וליטול חלק בכנסים מדעיים בארץ ובעולם. בשל כמות המידע האין סופית על הרופאים להתמקצע בתת מקצוע כדי להכיל את כמות הידע הנמצאת לפתחם. התמקצעות זו מביאה, בין השאר, להארכת תקופת ההכשרה של הרופא ולגידול מתמיד במספר המומחים במערכת.

הכשרת הרופא נמשכת למעשה פרק זמן ארוך - **15-16 שנה בממוצע**. 6 שנים בבית הספר לרפואה, שנה אחת סטאז', 4-6 שנים להתמחות ראשונה (לדוג': כירורגיה, פנימית, ילדים), כשנתיים להתמחות-על (לדוג': כירורגית כלי דם, נפרולוגיה, המטואונקולוגיה ילדים) ועוד שנה-שנתיים בממוצע להתמקצעות נוספת בתוך המקצוע (לדוג': בתוך המטואונקולוגיה ילדים התמקצעות ו/או השתלמות נוספת בגידולים סולידיים או גידולי מערכת הדם).

מקצוע הרפואה מצוי בתהליך מתמיד של התחדשות. כמות הידע הרפואי החדש מכפילה עצמה בקצב מהיר ביותר. בעוד שבעבר הידע הרפואי הכפיל עצמו במהלך עשור הרי שכיום מדובר בהכפלת הידע הרפואי על-פני תקופת זמן של שנה. מיותר לציין שרופא שמסתפק בידע שצבר בעבר מבלי להתעדכן אינו מסוגל לתת טיפול נאות למטופליו.

בנוסף למחויבות המקצועית המכתיבה את הצורך בהתעדכנות קיימת גם חובה משפטית. בתי המשפט פסקו¹ כי על הרופא להיות מעודכן בספרות האחרונה גם אם מדובר במאמרים המצויים בכתבי עת שוליים. במידה שהרופא לא עשה כן הרי שהוא התרשל.

שינוי משמעותי נוסף יש לייחס להתפתחות האינטרנט² אשר הגבירה את זמינות המידע למטופלים, ואת האפשרות שבידיהם לקחת חלק פעיל יותר בטיפול הרפואי ובקבלת ההחלטות הנדרשות במסגרתו. אולם, מאחר שהמידע באינטרנט אינו מסונן ואינו עובר בדיקת איכות - קשה להדיוט שאינו בעל עין מקצועית להבחין בין מידע איכותי ואמין לבין מידע שאינו מבוסס. לפיכך, הרופא נדרש להיות מעודכן גם במידע המצוי באינטרנט ולהקדיש את הזמן הדרוש כדי להדריך ולהוביל את מטופליו בים המידע הנמצא בו.

2. עלייה בתוחלת החיים ובמורכבות התחלואה

תמהיל המטופלים בבתי החולים ובקהילה השתנה. שיעור החולים הקשים והמורכבים עלה בצורה ניכרת כתוצאה מסיבות רבות וביניהן העלייה בתוחלת החיים, מורכבות התחלואה ודפוסי האשפוז בבתי החולים.

תוחלת החיים בישראל עלתה מאוד במהלך שני העשורים האחרונים: אוכלוסייה מבוגרת סובלת מתחלואה רבה, ממחלות כרוניות, ריבוי מחלות בו זמנית ומרבה לבקר אצל הרופא³.

האוכלוסייה הבוגרת מרבה לבקר אצל רופאים ביחס לקבוצות גיל אחרות, משמעות הדבר כי העלייה בתוחלת החיים של האוכלוסייה מגבירה את עומס העבודה על הרופא.

מורכבות התחלואה: עלייה בתוחלת החיים מעלה בצורה ניכרת את שכיחותן של מחלות כרוניות כגון: מחלות לב וריאה, שבץ, סרטן וסוכרת. לעיתים רבות על הרופא לטפל במספר מחלות בו זמנית. אמנם, התפתחות הידע בתחום הרפואה שינתה מהותית את האופן שבו מאובחנים מצבי חולי אך הטיפול במחלות אלו מצריך מהרופא ידע נרחב, במניעתן, באבחון ובטיפול בהן. מחלות כרוניות מעלות משמעותית את תכיפות הביקורים של המטופלים אצל הרופא ודורשות מהרופאים גישה מולטי-דיסציפלינרית.

¹ ע"א 3264/96, **פלד נ' קופ"ח כללית**, פ"ד נב(4) 849

² Jennifer Smith, "Internet Patients", Turn to Support Groups to Guide Medical Decisions", JNCI Vol.90, No.22, pp 1695-1697; Japo Well, "The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare", Jor Soc Med (2003), Vol.96 pp 74-76; Louise Theodosiou and Jonathan Green, "Emerging challenges in using health information from the internet", Advances in Psychiatric Treatment (2003)' pp 387-396

³ על פי נתונים מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תוחלת החיים הממוצעת לגברים עלתה מ - 72.1 שנים בשנות השמונים ל - 79.9 בשנת 2011 ותוחלת החיים הממוצעת לנשים עלתה מ - 77.8 ל - 83.6 בהתאמה.

3. אחריות משפטית גוברת ברקע הטיפול:

הדרישות המשפטיות מהרופא עברו שינוי דרמטי. נוספו חוקים המטילים עליו אחריות אישית כגון, חוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996 על סעיפיו השונים. ה"אקטיביזם השיפוטי" העלה את נטל האחריות המושת על הרופא והפך אותו לכמעט מוחלט בכל מקרה של תוצאה רפואית לא רצויה. בתי המשפט אינם מתחשבים בתנאי העבודה או באמצעים העומדים לרשות הרופא בבואם לבחון מקרי רשלנות. אם נבחן את הפסיקות המשפטיות ניווכח שכשלי המערכת אינם מהווים טענת הגנה לרופא. הפסיקה⁴ קובעת שהרופא אינו יכול להסתתר מאחורי טענה שפעל על פי הוראות אדמיניסטרטיביות או מתוך אילוצים כלכליים או בשל מחסור בתקנים. לדוגמא, הרופא נדרש על פי חוק⁵ לקבל את הסכמתו מדעת של המטופל לפני כל טיפול.

דרישה זו כוללת את הצורך להסביר לו את כל הסיכונים הכרוכים בטיפול, לרבות הנדירים ביותר. אין כל התחשבות בכך שהזמן מוגבל ביותר מאחר שעל הרופא לטפל בחולים רבים בזמן קצר, כל זאת תוצאה ישירה של המחסור ברופאים⁶.

על הרחבת האחריות⁷ החלה על הרופא הבודד והפיכתה לכמעט מוחלטת עמדה כבר ועדה בין משרדית של משרד המשפטים, האוצר והבריאות לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות רשלנות רפואית, בראשות עו"ד טנה שפניץ מנובמבר 2005⁸, שם נקבע כדלקמן:

"אכן מסתמנת בפסיקה מגמה של הרחבת אחריותם של בעלי מקצועות הרפואה והמוסדות הרפואיים – החל בסוגיית ההתרשלות (ירידת קרנה של הלכת הפרקטיקה המקובלת), המשך בסיביות (אובדן סיכויי החלמה) וכלה בהרחבת העילות (רשלנות בגין הסכמה מדעת) וראשי הנזק (פגיעה באוטונומיה)..."

חשוב לציין כי הרופאים עומדים כיום בפני תהליך קרימינליזציה של טעויות ברפואה. חקירה משטרתית ביחס למקרי רשלנות רפואית הייתה נדירה ביותר בעבר, אך כיום הופכת לנפוצה יותר והמשטרה והפרקליטות מעורבים יותר ויותר בשאלות של חקירה בטיפול הרפואי.

החשש מפני תביעות משפטיות הביא לפריחת הרפואה הדפנסивית⁹ - אשר משמעותה היא ביצוע בדיקות ובירורים שאינם מתחייבים ממצבו הרפואי של החולה אלא משיקולים זרים כדי לקדם פני

⁴ ר' לדוגמא: ע"א 8549/00, בית החולים הכללי משגב לדך ירושלים (בפירוק זמני) ואח' נ' חאמד אחמד דבאש ואח', פ"ד נ"ו (3), 2002; תא (י-ם) 1106/99, א.מ. ו.ש.מ. ואח' נ' הסתדרות מדיצינית הדסה ואח'.

⁵ חוק זכויות החולה, התשנ"ו 1996

⁶ עמדת הנשיא (בדימוס) שמגר בע"א 3108/91, רייבי נ' ויגל, פ"ד מ"ז (2) 497; ת"א (י-ם) 697/94, רזון נ' הדסה, תל-מב 96 (3) 1080; וכן, ע"א 4960/04, סידי נ' קופת חולים כללית, ניתן ביום 19.12.05, טרם פורסם.

⁷ דנ"א 7794/98, רביד משה נ' קליפורד, פ"ד נו (4), 721

⁸ WWW. Justice.gov.il/MOJHeb/YeutzVehakika/NosimMishpatim/rashlanut.htm

תביעה עתידית. התפתחות שלילית זו מכבידה עוד יותר על עבודת הרופא וגוררת שורה של מטלות חדשות.

כמו-כן, עקומת התביעות בגין רשלנות רפואית מצויה במגמת עלייה מתמדת והפיצוי הנפסק הולך וגדל-

- מספר התביעות עולה בממוצע ב-14% בשנה (כ-1290 תביעות הוגשו בשנת 2012)
 - סכום הפיצויים הנפסק עולה בממוצע ב-18% לשנה (פיצוי ממוצע של 120,000 ₪ בשנת 2012)
- בנוסף, ישנה עלייה ברמת חוסר הוודאות המשפטית- התחלת הליכים בבית המשפט 4-6 שנים לאחר המקרה, וכן הליכי בירור תביעות ארוכים- 50% מהתביעות מתבררות בבית משפט 4 שנים ויותר.

ג. שיבוש באורח החיים:

כאמור, העיסוק ברפואה דורש מהרופא מחויבות שאינה נמדדת בשעות. העובדה שמצופה ממנו להיות זמין למטופליו, למעסיקיו ולעמיתיו בכל שעות היום, כמו גם רכיב העבודה הנוספת ברפואה שהוא חלק אינהרנטי מתבנית העבודה במקצוע זה (כוננויות, כוננויות-על, תורנויות, תורנויות חצי, התייצבות בקריאה שלא במסגרת כוננות, שעות נוספות וכו') לאורך כל היממה, מקטינה משמעותית את שעות הפנאי שלו ואת יכולת תכנון הפנאי שלו.

העובדה שרבים מן הרופאים עובדים בעבודות נוספות ותפקידים נוספים במערכת הציבורית והפרטית, אף היא באה על חשבון זמן הפנאי שלהם.

יש לזכור שבעוד שרופאים צעירים עובדים תחת אילוצים אלו הרי שבני דורם מתחומים אחרים מנהלים סגנון חיים אחר ביחס לדור הקודם ששם את הקריירה והשיקול החומרי במרכז. בעוד שצעירים במקצועות אחרים מקדשים את ערך הפנאי והיכולת ליהנות מאיכות חיים שאינה חומרית בהכרח, הרי שבפני ציבור הרופאים הצעירים כלל לא עומדת בחירה שכזו. עצם היותם חלק מהפרופסיה מחייבת אותם להירתמות טוטאלית למערכת לאורך שעות רבות ולהימצא במצב של 'on'

'call', זאת על חשבון הנאה מתרבות פנאי, ויכולת לשהות זמן נוסף בבית ועם המשפחה. סגנון חיים חריג זה בוודאי משפיע על אטרקטיביות המקצוע ומהווה שיקול ב(אי) בחירת מסלול הלימודים וההכשרה המובילים לעיסוק בו.

מצוקות המערכת = אתגרי הרופא

1. מחסור בכח-אדם כאתגר נוסף בעבודת הרופא

העלייה המשמעותית בדרישות המקצועיות מהרופא לא לוותה בשינוי הנדרש בתנאי עבודתו ולא הביאה ליצירת סביבת עבודה אשר תתמוך ברופא ותאפשר לו לעמוד במשימותיו החדשות. ההפך הוא הנכון, תנאי עבודתו הלכו והורעו והופסקה כל תמיכה שהייתה קיימת בעבר. המחסור החמור בתקני הרופאים הופך את העמידה בדרישות מהרופא למשימה בלתי אפשרית. הפער בין הציפיות מהרופא לבין האמצעים העומדים לרשותו הולך וגדל.

תקינת הרופאים איננה מעודכנת. הסכמי התקינה לא עודכנו במשך קרוב ל-40 שנה. התקינה נשחקה אפקטיבית במהלך השנים בשל מספר גורמים: האחד, תקינת הרופאים בבתי החולים היא פונקציה של מספר המיטות. שיעור המיטות נמצא בירידה מתמדת ומכאן השפעתה על תקינת הרופאים. הגורם השני, מתבטא בכך שלא ניתן כל מענה למקצועות ולתחומים החדשים ברפואה. תחומים חדשים אלה לא תוקנו ובתי החולים הפנו תקנים ממחלקות קיימות למחלקות וליחידות החדשות. באופן טבעי התקנים הופנו לפיתוח תחומים הכדאיים יותר כלכלית לבית החולים ולא בהכרח למקומות המתחייבים. לדוגמא: לתחום הצנתורים אשר אינו מתוקן, הוקצו תקנים בשל כדאיות כלכלית, או חדרי הלידה אשר סובלים מהיעדר תקינה נסמכים על התקנים של הרופאים ממחלקות הנשים. תשתית כוח האדם בבתי החולים לא הותאמה לשינויים שהתחוללו בתוך המקצועות הקיימים. מקצועות רבים התפתחו לאפיקים חדשים. בין מקצועות אלו ניתן למנות את מקצוע הרדיולוגיה, אשר התקינה בו נקבעה בתקופה שבה הייתה קיימת רק טכנולוגיית הרנטגן. מאז התפתחו טכנולוגיות שונות כגון: אולטרסאונד, CT ו MRI – טכנולוגיות אלו פותחות עולם שלם של אפשרויות בנושא אבחון ואף טיפול רפואי, אך העבודה בתחום מתבססת, גם היום, על התקינה הארכאית של שנות השבעים.

התקינה בבתי החולים אינה מביאה בחשבון כלל את השינוי בתמהיל החולים ולא נותנת מענה להחמרה שחלה במצב התחלואה שלהם. כתוצאה מכך, הרופאים נדרשים לעבודה מורכבת ורבה אלף מונים בהשוואה לעבר, ללא עדכון ממשי בתקינה.

כמו-כן, מקצוע הרפואה עובר תהליך של התמקצעות, כך שכיום ישנו מספר מומחיויות בהן מומחה בתחום אחד איננו מטפל בתחום האחר (לדוג' אורתופדיה, עיניים, קרדיולוגיה וכיוצא"ב - אורתופד שמנתח גב, אינו מנתח ברכיים. רופא שמטפל ברשתית אינו מטפל בפזילה, וכן הלאה).

הסכם הרופאים מאוגוסט 2011 קובע הקצאה של 1000 תקנים נוספים לרופאי בתי החולים, אשר יותר ממחציתם כבר הועברו למערכת ואולם אין בכך די.

2. ריבוי מטלות שאינן רפואיות

הרופא נדרש לבצע מטלות אדמיניסטרטיביות רבות מאי פעם ללא כל סיוע, כגון: מילוי טפסים בירוקרטיים לשם קבלות אישורים לבדיקות או טיפולים ש אליהם הוא מבקש להפנות את החולה וכדומה, הקלדות של סיכומי מחלה, מענה לכל הטלפונים הן ממטופלים ומהנהלה. דבר זה מגביר את העומס על הרופא וגוזל חלק ניכר מזמנו, זמן שהיה מוקדש, בעבר, לטיפול בחולה עצמו.

בעולם מקובל לאפשר לרופא צוות אדמיניסטרטיבי תומך שיוכל להוריד הרבה מהמטלות המזכירותיות מהרופא. כמו כן, יש מקום לשקול מה הן אותן מטלות שאינן מצריכות את ההכשרה הארוכה של הרופא, כמו לקיחת דמים בבתי חולים, וניתן להעבירן לגורמים אחרים שאינם רופאים.

במקביל לכך, עבודת הצוות, שהייתה נהוגה בעבר, אינה קיימת עוד. כיום, עבודת הצוות הסיעודי (אחיות) והאדמיניסטרטיבי (מזכירות) מופרדת מעבודת הרופא. הצוותים הסיעודיים והאדמיניסטרטיביים אינם מסייעים לרופא בעבודתו כי אם עובדים במקביל לו, ושוב, אנו עדים להגברת העומס החל על הרופא.

הרופא בין הפטיש לסדן

לחצים תקציביים הפכו להיות גורם מכריע בתוך מערכת הבריאות. לחצים אלו פוגעים ביכולת הרופאים לתת למטופליהם את הטיפול הרפואי הטוב ביותר, כאשר מצד אחד הרופאים מודעים לטכנולוגיות חדשות הנדרשות למטופליהם ומהצד האחר הם נתונים ללחץ תקציבי המתנגש עם שיקוליהם המקצועיים. הלחץ התקציבי מופעל באגרסיביות רבה בכל תחומי העבודה והרופאים נאלצים להתעמת עם המערכת או לחלופין, לחטוא לאמת המקצועית שלהם. כך, לדוגמה, כאשר רופא מבקש לשלוח מטופל לבדיקה או לאשפוז הדבר הופך למשא ומתן, לסחבת בירוקרטית ולעתים לעימותים של ממש בין הרופא לבין המערכת.

גם בבית החולים, מקום האמור להיות חסין מלחצים אלו, משום שמדובר בחולים קשים שלעתים סכנת מוות מרחפת מעל ראשיהם, מחלחלים השיקולים התקציבים, אט אט, לתוך מתן הטיפול הרפואי. הדבר מתבטא בלחצים לשחרר מוקדם ככל הניתן חולים, בדרישה לחסוך במתן תרופות יקרות ועוד.

הרופאים מוצאים עצמם נאבקים על האוטונומיה המקצועית שלהם, כשלתוך מערכת הטיפול הרפואי חודרים גורמים לא רפואיים, בעיקר אדמיניסטרטיביים ובירוקרטיים, שכל מטרתם היא לשלוט על ההוצאות במערכת הבריאות באמצעות צמצום האוטונומיה הרפואית, מבלי נטילת כל אחריות להחלטותיהם.

שינוי זה מציב את הרופא בין הפטיש לסדן, בין המערכת לבין המטופלים, בין הנחיות מעסיקיו לבין צו מצפנו הרפואי ומביא לשחיקתו המתמדת. לסיכום, השינויים שהתחוללו במקצוע הרפואה גרמו לכך שהעומסים המוטלים על הרופאים הולכים וגוברים, האחריות והכישורים המצופים מהם עולים והלחצים התקציביים מציבים את הרופא יום-יום בזירת התמודדות בלתי אפשרית.

ד. האלטרנטיבות העומדות בפני ציבור הרופאים – הכל פתוח

בפני ציבור הרופאים פתוחות אלטרנטיבות רבות לממש את כישוריהם, השכלתם ומקצועיותם. הבחירות העומדות בפני הרופאים קיימות בכל שלבי הקריירה שלהם, החל בבחירת המקצוע באוניברסיטאות והמשך בבחירה האם לעזור את המקצוע או להישאר בו. אין ספק, שכאשר יתאכזב רופא מהמקצוע, כך הוא ייטה לחפש אלטרנטיבות אחרות למקצוע.

יש לזכור כי קיים מחסור ברופאים בחו"ל וקיימת תחרות על הרופאים בעולם. כידוע, מקצוע הרפואה הוא מקצוע בינלאומי וקימות אלטרנטיבות ממשיות לתעסוקה במדינות אחרות בעולם, ללא צורך בהכשרה נוספת.

כיום קיים מחסור חמור של רופאים בחו"ל שנובע מסיבות רבות, וביניהן תכנון לקוי. כתוצאה ממחסור זה, מגייסות המדינות המערביות באופן קבוע רופאים ממדינות שונות. כפי שפורט בדוח של ארגון הבריאות העולמי¹ תופעת ההגירה של רופאים בעולם מאופיינת בכך שהרופאים עוזבים מדינות עם תנאי השתכרות ועבודה ירודים ומהגרים למדינות בהן הם נהנים מתנאים מועדפים. אין ספק, שהבעיה מחמירה בכך שהמחסור העולמי פוקד גם את המדינות העשירות אשר באפשרותן להציע לרופאים גם תנאים טובים וגם רמת רפואה גבוהה. בין המדינות ניתן למצוא את ארה"ב, קנדה, אנגליה, שווייץ.

שכר הרופאים בישראל – הקדמה למצגת

רבות דובר ונכתב לאחרונה על שכר הרופאים באמצעי התקשורת. לא תמיד התבססו הדברים על מידע מדויק, שלם ומהימן, ולמרות זאת, יש שמיהרו לחרוץ דינו של ציבור גדול ונאמן של עובדים מסורים. לכן, מצאנו לנכון להביא בפניכם מספר נתונים חשובים ועדכניים הנוגעים להשתכרות הרופאים בישראל. בתוך כך ברצוננו להדגיש כבר בפתיחה מספר נקודות מהותיות העולות מהעבודה שלפניכם:

- שכרם החציוני של רופאי בתי החולים במדינה עומד על כ- 29 אלף ₪.
- רוב הרופאים (59%) משתכרים בין 20 ל- 40 אלף ₪.
- רק 14% מהרופאים מרוויחים מעל 50 אלף ₪ ומעלה.
- יש לשם לב היטב למשתנה הגיל: בעלי דרגות ניהול (8 ומעלה), אשר משתכרים כ- 40 אלף ₪ ומעלה, הם רופאים ותיקים בני 50 ומעלה. גם המרוויחים כ- 30,000 ₪ הם אינם רופאים צעירים, וגילם הממוצע נע בין 40-50 ואף יותר.
- מרכיב העבודה הנוספת הוא בעל משקל משמעותי מאוד בשכר. יש לשים לב לכך, שכן חלק זה אינו מפצה על מלוא התנאים הנלווים (חופשות, ימי מחלה).
- השוואה בינלאומית מראה כי שכרם של הרופאים בישראל (מומחים וכלליים) נמוך משכרם הממוצע והחציוני של עמיתיהם במדינות המפותחות בארגון ה-OECD, זאת למרות שלפי הגדרות הארגון, מדובר

בסך כל השכר ששולם להם, כלומר, לרבות ססיות. לעומת זאת, ניתוח הנתונים ביתר חלקי העבודה מתייחס לשכר ההסכמי בלבד.

פרקי המסמך :

חלק א - שכר רופאי בתי החולים של המדינה

חלק ב - קריירה של רופא מול קריירה במקצועות חופשיים אחרים

חלק ג – רופאים מול קבוצות מיוחדות בסקטור הציבורי

חלק ד- שיאני שכר שאינם רופאים

חלק ה – השוואה בינלאומית

נספחים