



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

**חופש בחירת רופא (חב"ר) בבית החולים
במסגרת זכאות ציבורית**

פרופ' דב צ'רניחובסקי

יועץ לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות

ז' בטבת תשס"ז
28 בדצמבר 2006

הדעות, המסקנות וההמלצות המובאות במאמר
זה אינן משקפות בהכרח את עמדת הכנסת

הכנסת, מרכז המחקר והמידע
קריית בן-גוריון, ירושלים 91950
טל': 6016 649 - 02
פקס: 6103 649 - 02
www.knesset.gov.il/mmm

1. מבוא

”טיפול רפואי הוא מן המורכבות והקשות שבחובות בני אנוש. יש בו ייחוד, הואיל והוא כרוך לא אחת בסיכון חיי המטופל, קרי, נכללת בו אחריות לחיי אדם. בעקבות זאת, אדם הנדרש לעבור פרוצדורות רפואיות - כמו ניתוח קשה - שיש בהן סיכון כזה, וגם אחרות העשויות להשפיע על גופו ועל איכות חייו, מעוניין לברר את כושרו המקצועי של הרופא המטפל, ולקבל אפשרות לבחור בו בהתאם למוניטין שלו”.

את אלה כותב אליקים רובינשטיין, בתפקידו כיועץ המשפטי לממשלה, בחוות דעת בנושא ”שירותי רפואה פרטיים (שר”פ) או שר”מ (שירותי רפואה משלימים) בבתי חולים ממשלתיים”¹.

”וועדת אמוראיי” ל”בחירת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה” נתנה דעתה לסוגייה זו ובדו”ח שהגישה בשנת 2002 נכתב:

”הזכות לבחור רופא הינה נגזרת של הזכות לבריאות, ועל מנת להגשים את הזכות לבריאות במלואה, ראוי לאפשר בחירת רופא. זאת ועוד - יש והזכות לבחור רופא נתפסת כהגשמה של האוטונומיה של הרצון החופשי, במסגרת כבוד האדם וחירותו” (מדינת ישראל, 2002).

זכות הבחירה החופשית, שהינה מזכויות היסוד של הפרט בחברה דמוקרטית, עומדת גם בבסיסו של חוק זכויות החולה התשנ”ו-1996. באמצעות חוק זה עיגנה הכנסת את זכותו של הפרט לקבל החלטות הנוגעות לטיפול רפואי שהוא אמור לקבל.

הנחת היסוד של חוק זה היא ההכרה בזכותו של החולה לקבל החלטות חשובות הנוגעות לגופו ולחייו. החולה יכול להחליט לקבל טיפול רפואי או לסרב לקבל טיפול זה, וכל החלטה תיעשה מתוקף זכות הבחירה החופשית שלו. יש הטוענים שהזכות לקבל טיפול רפואי כוללת גם את הזכות לבחור רופא – ביחוד כאשר החולה עומד לפני ניתוח קשה ומסובך וחושש לחייו.²

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ”ד-1994 בפרק ב’ שכותרתו ”עקרונות יסוד” בסעיף 4 (א) נאמר:

”תושב שמלאו לו 18 שנים חייב להירשם כחבר בקופת חולים לפי בחירתו...”.

בפרק ה’ שכותרתו ”מתן שירותי בריאות”, סעיף 23 (א) נאמר:

”חבר בקופת חולים זכאי לבחור נותן שירותים עבור עצמו... מבין נותני השירותים של הקופה או מטעמה...”

¹. חוות דעת מיום 14 בפברואר 2002

². פרלמנט הבריאות אדר א’ תשס”ג, פברואר 2003, עמ’ 14. משרד הבריאות www.health.gov.il

אולם, על אף שמדינת ישראל מכירה בזכות הבחירה החופשית של האזרח בעניינים הנוגעים לבריאותו, זכות זו קיימת למעשה אך ורק ברפואה הציבורית **בקהילה**. קיים שוני בעניין זה בין קופה לקופה ובין סוגי המומחים השונים, אך השוני אינו פוגע בעצם קיומו של חופש הבחירה. לעומת זאת, הזכות לבחור את הרופא, בפרט זה המנתח, בתוך בית החולים במסגרת הזכאות הציבורית, אינה קיימת. ובמקום שהיא קיימת, היא מותנית בביטוח פרטי או בתשלום מיוחד לעניין זה. יצויין שרפואה בתשלום או רפואה פרטית קיימת בדין בכל מדינה דמוקרטית מתוקנת. אזרח אשר חפץ ברופא זה או אחר במוסד פרטי רשאי לעשות זאת במסגרת החוק.³ הסוגיה היא, אם כן, היכולת לממש את **זכות הבחירה במסגרת הזכאות הציבורית לאשפוז**.

2. "שירות רפואי פרטי" (שר"פ) ותאגידי אשפוז

אזרח רשאי לבחור מנתח במסגרת שר"פ⁴ או במסגרת תאגידי אשפוז, באמצעות תשלום ישיר מכיסו או באמצעות ביטוח פרטי מרצון. חברות הביטוח וקופות החולים מציעות אפשרות למימון בחירת מנתח: חברות הביטוח באמצעות ביטוחים מסחריים, והקופות במסגרת הביטוח המשלים. אולם הניתוח יכול להתבצע רק בבתי חולים פרטיים כדוגמת "אסותא", "המרכז הרפואי הרצליה", ובבתי החולים הידועים בציבור כ"ציבוריים אחרים": "הדסה"⁵, "שערי צדק" ו"ביקור חולים" בירושלים, בהם קיים שר"פ (שירות רפואה פרטי) באופן ממוסד וחוקי. בבתי חולים אלה רשאים רופאים בכירים, במגבלות מסוימות ובהיקף קטן ומבוקר, לטפל בחולים פרטיים בין כתלי בית החולים, ובמקרים מיוחדים גם מחוץ לו. שיעור הניתוחים המבוצעים במסגרת שר"פ בבית החולים הדסה מוגבל ל-20% מסך הניתוחים המבוצעים בבית החולים.⁶

הפעלת השר"פ מתבצעת במספר תנאים מגבילים המתייחסים בעיקר לאיסור הקדמת תור, לקביעת מגבלות של זמן ומקום, לקביעת מכסות פעילות ולהגדרת שעות פעילות. פעילות שר"פ בבתי החולים הממשלתיים נשללה בעקבות חוות דעת של היועץ המשפטי לממשלה מיום 14 בפברואר 2002, שקבע כי היא מנוגדת לחוק, והופסקה בעקבות פסיקת בג"ץ מיום 11 באוגוסט 2002 (בג"צ 659/02). למרות פסיקה זו קיימת בפועל פעילות בעלת אופי אשפוזי במימון פרטי בבתי החולים של המדינה.

³. צ'רניחובסקי ואח' 2004

⁴. שר"פ מוגדר כקשר כספי, ישיר או עקיף (באמצעות ביטוח), בין בית חולים או מרפאה הנהנים ממימון ציבורי לבין חולה המשלם לאותו בית חולים או מרפאה בגין שירותיו של רופא מסוים לפי בחירת החולה.

⁵. השירות הרפואי הפרטי ב"הדסה" נוסד בשנות ה-50 ונקרא אז "פרקסיס גיאוגרפי מוגבל" במרוצת השנים השתנה השירות הפרטי אך במעט, והוא מוכר עתה בציבור בשם שר"פ. מידע זה לקוח מתוך אתר ביה"ח הדסה.

www.hadassah.org.il/

⁶. מתוך חוות דעת היועץ המשפטי לממשלה מיום 14.2.2002, סעיף 18 (1).

זכות הבחירה החופשית, שהיא כאמור מזכויות היסוד של הפרט, היא, אפוא, נחלתו של מי שיכול לשלם עבורה באופן ישיר או באמצעות ביטוח פרטי מרצון. פגיעה זו בשוויוניות גם במסגרות המוגדרות ציבוריות, היא אכן אחד מהנימוקים של היועץ המשפטי בקביעת אי חוקיות השר"פ בבתי החולים הממשלתיים. בחוות דעתו, שאוזכרה לעיל, נכתב:

"ראינו עד כה כי ביסוד קיומו של שירות רפואי פרטי בבתי חולים ממשלתיים עומד החשש לפגיעה בעקרון השוויון הבסיסי ועל כן אין לאשרו; אמור מעתה, בלא מערכת כללים שתדאג לשימורה של החובה הבסיסית למתן שירות רפואי שוויוני כנדרש בדין, השר"פ בבתי חולים ממשלתיים הוא מנוגד לחוק".

3. חב"ר – חופש בחירת רופא⁷

האתגר העומד בפני מערכת הבריאות הישראלית כיום הוא הנהגת חופש בחירה בתחום האשפוז תוך פגיעה מזערית, ככל האפשר, באופייה ובמטרותיה של המערכת הציבורית: הבטחת שוויוניות ובקרה על הגידול בהוצאה הפרטית. הוצאה זו מזינה את הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות, במיוחד במערכת הישראלית שיש בה לחצי היצע ניכרים.

על הפרק עומדות שתי אפשרויות אשר יכולות להתקיים האחת לצד רעותה:

א. "טופס 17" הניתן למימוש כחלק מהסדרי תשלום פרטיים.

ב. חב"ר ללא תשלום במוסדות אשפוז המוגדרים ציבוריים.

לפי האפשרות הראשונה, קופת החולים הציבורית מתחייבת, באמצעות "טופס 17", לשלם לבית החולים הפרטי, לפי תעריף מקובל, עבור הטיפול הרפואי הכרוך בבחירת רופא. את היתרה החולה משלים מכיסו או באמצעות ביטוח פרטי. שיטה זו הידועה כ- "Voucher system" אכן מאפשרת חופש בחירה מרבי, תוך שימוש גם בכספי ציבור. השיטה מעניקה, במימון ציבורי, בסיס מינימאלי שווה בגובה ערכו של "טופס 17" (ה- voucher). אולם, זו מעין נקודת ההתחלה. נותן השירות יכול לעודד על בסיס זה הוצאה נוספת, בהתאם ליכולת הצרכן ונכונותו לשלם. בכך השיטה עלולה להוביל לאי-שוויוניות ולמגמת גידול בהוצאה הלאומית לבריאות.

בישראל עלולה להתלוות לאימוץ שיטה כזו, ללא שינויים נרחבים בהסדרי המימון של מערכת הבריאות, בעיה נוספת. הרופאים העובדים במערכת הציבורית הם, רובם ככולם, נותני השירות במערכת הפרטית. היינו, גידול בביקוש לשירותים במערכת הפרטית, פירושו צמצום פוטנציאלי של היצע שירותי הרופאים במערכת הציבורית.

⁷ הכללים מבוססים על הצעתם של פרופ. א. ישראלי, פרופ. יוסף תמיר, ופרופ. דב צ'רניחובסקי ב"וועדת אמוראיי" (מדינת ישראל 2002)

ההמלצה המובאת כאן, המתייחסת לאפשרות השנייה (ב. לעיל) מיועדת לאפשר **בחירת רופא לכל**, שהינה ערך מתקדם וחשוב, תוך עמידה באמות המידה הראויות, כפי שנקבעו בחוות דעתו של היועץ המשפטי לממשלה.

ההצעה מעתיקה, ככל האפשר, את מודל בחירת הרופא מהרפואה הציבורית בקהילה, ומיישמת אותו בתחום האשפוז. היא אינה יוצרת לחץ לפעילות שונה בקהילה מזו הקיימת כיום כפי שהייתה נוצרת עם התרת שר"פ. כמו כן אין מקום לתביעות שכר של עובדים שונים, שכן תנאי העסקתם ופעילותם אינם משתנים והם יתוגמלו כמקובל כיום עבור כל פעילות נוספת.

המערכת המוצעת מפרידה באופן ברור ושקוף בין המימד הציבורי והפרטי במערכת הבריאות, תוך שמירה על ערכי זכויות החולה, צדק חברתי ושוויון.⁸

להלן עקרונות יסוד להפעלת המערכת:

בחירת רופא - הבחירה תהיה נתונה לחולה ולמשפחתו, כאשר המערכת המוצעת תעניק להם ייעוץ שיסייע בבחירה מושכלת ועניינית. המערכת הרפואית תוודא כי לחולה ולמשפחתו יימסרו נתונים הנוגעים לדחיפות הטיפול ומשמעות ההמתנה לטיפול; יוצגו בפניהם חלופות נוספות ומידע נוסף מלא ומפורט ככל האפשר על הבחירה האפשרית ומשמעותה. החולה ומשפחתו יהיו משוחררים מנטל כספי ומהצורך לנהל משא ומתן עם הרופא המטפל ועם בית החולים. הסדרי התשלום יהיו בידי קופות החולים כמקובל היום.

קביעת תור - חופש בחירת רופא יתבצע רק לגבי חולים אלקטיביים. קביעת התור בבית החולים תישאר במסגרת כללית לפי צרכי הטיפול בחולים, ואחריותו של בית החולים כלפי כל החולים. כדי להבטיח שוויון הזדמנויות בקבלת טיפול נכון והוגן, ייקבעו כללים אדמיניסטרטיביים ברורים ותוסדר מערכת בקרה. יובהר לבתי החולים כי חולים דחופים יקבלו עדיפות בהתאם למצבם ולא יוכלו להתקבל לאשפוז במסגרת חב"ר.

מימון - כללי המימון של חב"ר יישארו בעלי אופי ציבורי, והמימון יעשה מהתקציב הכללי העומד לרשות מערכת הבריאות. שיטה זו תקשה אמנם על קופות החולים להגיע להסדרים גלובאליים עם בתי חולים (שכן הקופה לא תוכל לחייב את מבטחיה לעבור טיפול בבית חולים מסוים). כמו כן, השיטה תקשה, מסיבה דומה, על ניצול הסדרי ה"קאפינג" על פיהם הקופות יכולות להגיע להנחות בעלויות אשפוז על ידי מיצוי תקציבי אשפוז בבתי חולים מסוימים. על כן ייתכן שההוצאה לאשפוז של קופות החולים תגדל בעקבות הסדר החב"ר.

מקור מימון פוטנציאלי לצורך החב"ר הם הביטוחים המשלימים. חופש בחירת רופא לכל, במסגרת התקציב הציבורי, מייתר את הצורך לבטח בחירת הרופא בביטוחים המשלימים והמסחריים למיניהם ולכן ניתן יהיה בעתיד להפחית מרכיב זה מתוך פרמיית הביטוח המשלים, ולחייב את הציבור בתשלום חובה.

8 הדיון במסמך זה אינו בא להציג דעות בעד ונגד חב"ר, אלא כיצד ניתן להנהיג את השיטה במערכת הישראלית. "רציפות טיפול" היא הנמקה כנגד הצעה מסוג זה. הבעיה, במידה והיא קיימת, נכונה גם כאשר הבחירה היא בתשלום. יתרה מזו, פיתוח מערכות מידע מודרניות מפחיתות מעוצמתו של נימוק זה.

כך או כך, עלות החב"ר תיקבע במשך הזמן במסגרת קביעה מוסדרת של עלויות האשפוז בישראל בכלל. לפי שעה אין מנוס מקביעת תקציב לחב"ר על בסיס הניסיון המוגבל הקיים, כפי שנעשה הן לגבי ביטוחים משלימים שערכם האקטוארי אינו ברור, והן לגבי אשפוז, שעלותו נקבעת בהסדרים בין הממשלה, קופות החולים ומוסדות האשפוז.

מעמד הרופא - רופאים שיעבדו במסגרת חב"ר, יוכלו לעשות זאת רק בבתי חולים ציבוריים. המטרה היא ליצור ניתוק מוחלט בין מערכת האשפוז הפרטית לבין הציבורית, שכן אותם רופאים לא יוכלו יותר "להעביר" חולה ממערכת אחת לרעותה. ניתוק כזה ימנע את ניצולו של החולה ויאפשר קיום בקרה סבירה על הגידול בהוצאה הלאומית לבריאות כמו על שמירת שוויוניות במערכת.

בקרה - בכל מסגרת של בחירת רופא יש צורך במנגנון בקרה. תפקידו יהיה לבדוק ולוודא כי הכללים, ההסדרים והנורמות הרפואיות, החברתיות, הכספיות והמנהליות של מערכת חב"ר נשמרים. הבקרה תתבצע, בין השאר, באמצעות נתונים משווים שיתקבלו מבתי החולים על חולים עם אבחנות דומות, המטופלים במסגרת חב"ר ובמסגרת הציבורית הרגילה.

הכללים המיוחדים יותר להפעלת חב"ר מפורטים בנספח הרצ"ב.

נספח א: כללים להפעלת מערכת חב"ר

1. בחירת רופא במערכת האשפוז

- 1.1. חולה הנזקק לטיפול בבית חולים ציבורי כללי הכלול בהסדר של הקופה בה חבר החולה, יהיה זכאי לבחור את הרופא המטפל ע"פ הנהלים והמגבלות שיפורטו בהמשך. החולה יפנה לבית חולים כנ"ל מצויד בהפניה מתאימה ("טופס 17") או בהסדר אחר שייקבע בין הקופה לבין בית החולים.
- 1.2. בחירת הרופא לא תהיה כרוכה בתשלום של המטופל, להוציא תשלום "דמי רישום" עבור חב"ר, שישולמו לקופת החולים. נוהל זה יאפשר בקרה על הרישום, ימנע רישום כפול ובעיקר יאפשר לקופה להציע לחולה אופציות טיפוליות חלופיות. השתתפות זו תהיה אחידה לכל בצורה שלא תהווה מחסום מהותי בפני נצרכים.
- 1.3. בבית החולים יבחרו החולה או משפחתו את הרופא המטפל. בית החולים יודיע לחולה על תורו ואף יביא לידיעתו חלופות אפשריות ומידע רלוונטי נוסף, מתוך שיקולים הקשורים לבריאותו.
- 1.4. בית החולים ידווח לקופה על פנייתו של החולה ועל רישומו לטיפול בבית החולים.
- 1.5. קופת החולים תוכל גם היא לייעץ למטופל בדבר חלופות, אך בשום מקרה אינה רשאית לבטל את בחירת החולה או משפחתו ברופא מסוים.
- 1.6. עם ביצוע הטיפול המבוקש תעביר קופת החולים את התשלום לבית החולים, כפי שייקבע ביניהם. בכל מקרה גובה התשלום לא יידון או ייקבע בין המטופל לבין בית החולים או בינו לבין הרופא המטפל.

2. הסדרת התור בבית החולים:

- 2.1. לכל רופא העומד בתנאים אשר יפורטו להלן (סעיף 4) תהיה הקצאה של תשתיות רפואיות (כגון חדרי ניתוח), לכל פעילות שיבצע במסגרת חב"ר.
- 2.2. פעילות החב"ר תוגבל עד רבע מפעילות המחלקה. יתרת הפעילות תוקדש לטיפול בחולים שאינם במסגרת זו, להוראה, להכשרת מתמחים, למחקר וכו'.
- 2.3. בית החולים יסדיר את התור לרופא ואת הקצאת המשאבים בהתאם לכללים ידועים וברורים שיפורסמו מראש ויכללו מדדים הניתנים לכימות ולבקרה פנימית וציבורית-חיצונית.
- 2.4. תיאסר הקדמת תורים במסגרת חב"ר. מוקד קביעת התורים בכל בית חולים יהיה מרכזי - ללא הפרדה בין חולי חב"ר לבין חולים אחרים.
- 2.5. לא תתבצע רפואה דחופה במסגרת חב"ר. חולה אשר יגיע לביה"ח באופן דחוף, למשל דרך חדר מיון, לא יוכל לבחור באותו אשפוז במסגרת חב"ר. על בית החולים מוטלת החובה לדאוג שהרופא המתאים יטפל בו.

2.6. מועד ניתוח שנקבע לחולה אשר בחר להיות מנותח במסגרת חב"ר, לא יהיה קודם למועד שהיה נקבע לו אילו נותח ללא בחירה.

2.7. על מנהל בית החולים מוטלת החובה לוודא כי חולה שחומרת מחלתו מחייבת ניתוח או טיפול אחר על ידי רופא בעל מיומנויות מיוחדות, יטופל על ידי הרופא המתאים, גם אם לא בחר במסגרת חב"ר. מנהל בית החולים יהיה אחראי לוודא שניתוחים, טיפולים ואבחונים מסוג כזה יבוצעו אך ורק על פי שיקולים רפואיים. השיקול הרפואי הקליני יהיה השיקול הבלעדי לקביעת הצורך במתן טיפול רפואי, זהות המטפל וזמן מתן הטיפול.

2.8. על בית החולים ייאסר לייעד שירותי אשפוז נפרדים שיעניקו למטופלים שירותי סיעוד נפרדים ומועדפים תמורת תשלום. לא תינתן כל העדפה למטופל במסגרת חב"ר במהלך תקופת האשפוז ובמשך המעקב הרפואי.

3. ביצוע מימון ותשלומים:

3.1. מימון חב"ר במערכת הציבורית ייעשה באמצעות קופות החולים.

3.2. קיימות מספר אפשרויות למקור למימון:

3.2.1. תקציב המדינה;

3.2.2. ביטוח מתאים;

3.2.3. מיסוי הביטוח המשלים.

3.3. קביעת רמת התקציב לחב"ר תיעשה לאחר תמחור של כל פעילויות האשפוז והפעילויות האמבולטוריות עליהן יש לחב"ר השפעה, כגון מחיר יום אשפוז, תעריפים דיפרנציאליים ועוד.

3.4. עד אז ייקבע תקציב לחב"ר על בסיס מידע קיים המצוי בידי קופות החולים, חברות הביטוח ובתי החולים.

3.5. התחשבות בגין שירותי חב"ר תעשה בין קופת החולים ובתי החולים. על הרופאים המועסקים בבית חולים ציבורי ייאסר לדרוש או לקבל תשלום או כל תמורה אחרת ישירות מהמטופל או ממבטחו בכל מסגרת שהיא.

4. מעמד הרופא והתשלום לו:

4.1. כל רופא מומחה העובד במשרה מלאה במערכת האשפוז הציבורית יוכל להיבחר על ידי הציבור.

4.2. רופא העובד במערכת הציבורית ומצטרף להסדר חב"ר, לא יעבוד בכל מערכת אחרת שאינה מוגדרת כציבורית.

4.2.1. הרופא המטפל במסגרת חב"ר יקבל תשלום מבית החולים בלבד בתלוש נפרד, בדומה למקובל היום ב"תאגידיים".

5. בקרת המערכת:

- 5.1. משרד הבריאות ימנה גוף מפקח שתפקידו יהיה לפקח על פעילות חב"ר ולבקר אותה.
- 5.2. כל בית חולים ציבורי, לרבות בתי חולים בירושלים בהם מתקיים שר"פ, יכין דו"ח תקופתי מפורט כל שלושה חודשים ודו"ח שנתי על כל פעילות חב"ר שבוצעה במסגרתו. הדו"ח יכלול, בין השאר, נתונים משווים בין חולה המטופל במסגרת חב"ר לבין חולה המטופל במסגרת הציבורית, שלשניהם אותה אבחנה, בנושאים הבאים: זמני המתנה לניתוחים, שהייה ממוצעת, סיבוכים, אשפוזים חוזרים, עלות של כל פעילות וכיו"ב. בנוסף, יכלול הדו"ח גם פירוט מלא של ההוצאות וההכנסות הכספיות הכרוכות בהפעלת החב"ר ועל עמידתם של בית החולים, המחלקה והרופאים המבצעים בכל הכללים.
- 5.3. במקרה שלא מולאו תנאי ההסדר, תהיה לגוף המפקח סמכות לבטל את ההרשאה שניתנה להפעלת חב"ר או להתלות את המשך ההרשאה לבית חולים, למחלקה או לרופא מסוים לתקופה שתקבע.
- 5.4. פעילות החב"ר תיבחן מחדש כעבור שלוש שנים.

6. בחירת רופא שלא במימון הקופות:

- 6.1. כל אדם יהיה רשאי לרכוש גם ביטוח מסחרי, שלא באמצעות קופות החולים, לצורך בחירת רופא במערכת הפרטית, כמקובל כיום.
- 6.2. כל אדם יהיה רשאי לשלם גם בתשלום ישיר מכיסו עבור כל טיפול כחוק במערכת הפרטית.
- 6.3. לא תתאפשר בחירת רופא באמצעות ביטוח מסחרי או באמצעות תשלום ישיר במערכת האשפוז הציבורית.

רשימת מקורות

- דגני א', דגני ר', (2004), "עמדות הציבור כלפי מערכת הבריאות הציבורית בישראל", קבוצת גיאוקרטוגרפיה, עבור ההסתדרות הרפואית.
- מדינת ישראל, (2002), "דוח הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה" ("וועדת אמוראי"), ירושלים
- מדינת ישראל, (1990), "ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, דין-וחשבון" ("ועדת נתניהו"), ירושלים.
- משרד הבריאות, (2003) פרלמנט הבריאות, ירושלים
- משרד הבריאות, (2004), "הוועדה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי חולים ממשלתיים" ("ועדת ליאון"), ירושלים.
- צ'רניחובסקי ד', סופר ש', אברמי ש', (2004), "ביטוח פרטי מרצון בשירותי הרפואה בישראל", הכנסת-מרכז מחקר ומידע, ירושלים.

