

הנגישות הכלכלית של שירותי רפואה פרטיים בבתי-חולים ציבוריים בירושלים

מאת ברוך רוזן*, גור עופר**, מרים גרינשטיין***, יאיר בירנבאום**** ויונתן הלוי*****

בישראל מתנהל דיון ממושך בשאלה האם לאפשר למטופלים בבתי-חולים ציבוריים לבחור ברופא תמורת תשלום נוסף מכיסם. נימוק אחד נגד הסדר זה (הנקרא שר"פ) הוא, שרק העשירים יוכלו לאפשר לעצמם שירות רפואי פרטי. מטרת המחקר היתה להעריך את מידת נגישותן הכספית של תוכניות השר"פ בשנת 2001, והוא מבוסס על הנתונים המינהליים של שלושה בתי-חולים ציבוריים בירושלים. המחקר העלה, שהסכום הממוצע שגבה בית-חולים עבור ניתוח פרטי היה 10,214 ש"ח, והתעריף היה פחות מ-10,000 ש"ח עבור שני-שלישים מכל הניתוחים הפרטיים. בשנת 2001 היו ל-70 אחוזים בערך מאוכלוסיית ישראל ביטוח בריאות משלים או ביטוח בריאות מסחרי, שכיסו, בדרך-כלל, בין 65 אחוזים ל-100 אחוזים מן התשלום עבור השר"פ. המחקר מצא גם שימוש נרחב בשר"פ בשכונות של בני המעמד החברתי-כלכלי הבינוני. נראה, שהגידול בכיסוי הביטוח המשלים עשה את השר"פ נגיש יותר מבעבר לבעלי הכנסות בינוניות, אך הוא עדיין מעבר ליכולת הכספית של רוב המשפחות שהכנסתן נמוכה ושלרבות מהן אין ביטוח משלים.

* מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

** האוניברסיטה העברית (אמריטוס), ירושלים.

*** מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

**** ההסתדרות הרפואית הדסה, ירושלים.

***** המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים.

המחקר נערך בסיוע המכון למחקר כלכלי בישראל ע"ש מוריס פאלק באוניברסיטה העברית בירושלים, ובעזרת מענק ממכאל פדרמן באמצעות האוניברסיטה העברית. המחברים מודים לעורך ולקוראים האלמונים על הערותיהם המועילות. כמו-כן, תודות למרשה ויינשטיין, שערכה מאמר זה באנגלית, ולבלהה אלון שתרגמה אותו לעברית.

מבוא

מערכת ביטוח הבריאות הממלכתית בישראל ממומנת ממסים ומבטיחה לכולם גישה לחבילת הטבות נרחבת, כולל אשפוז בבית־חולים. יחד עם זאת, סל שירותי האשפוז הממומן באמצעות חוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו כולל את זכות החולה לבחור את הרופא המטפל בבית־החולים. שר"פ (שירות רפואי פרטי) הוא תוכנית המאפשרת לחולים בבתי־חולים אחדים בישראל לבחור ברופא המטפל תמורת תשלום נוסף.

דיון ציבורי ממושך עוסק בשאלה האם להתיר לבתי־חולים ממשלתיים לתת שירות רפואי פרטי (בן נון, 2002; הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה, 2002; ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל, 1990; משרד הבריאות ואחרים, 2003; עופר, 2002; פטרבורג וקפלן, 2001; Shirom, 2001; Rosen, 2003). אחד הנימוקים נגד שר"פ היה שהוא נמצא מחוץ להישג ידם של מטופלים רבים (בעיקר מעוטי הכנסה), ובתור שכזה הוא יוצר מערכת טיפול דו־מעמדית לא־שוויונית (בן נון, 2002). נימוק זה מכיר בכך, שבעלי הכנסות נמוכות יכולים לקבל את כל השירותים הרפואיים הנחוצים להם במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, אבל מדגיש את העובדה שהם מוגבלים לשירותי רפואה ציבוריים ומניח, שאיכות השר"פ גבוהה יותר. דילמה זו, או דומה לה, רלוונטית גם למדינות אחרות שיש בהן מערכות ביטוח בריאות ממלכתיות, השוקלות האם להתיר שירותי בריאות פרטיים ובאילו תנאים (Chernichovsky, 2000; Propper, 2000; Saltman, 1994).

למרות הדיון הממושך והסוער על שירות רפואי פרטי בישראל, היו בנמצא עד לאחרונה רק ממצאים אמפיריים מועטים בסוגיה זו. המחקר היחיד על שירותי רפואה פרטיים בישראל שפורסם עד כה (כרמל והלוי, 1999) מצא, על־פי הערכה עצמית של חולים, שההכנסה המשפחתית הממוצעת של חולים במסלול השר"פ היתה 4.05 (בסולם של 1 עד 6), בהשוואה להכנסה ברמה של 3.73 במשפחות חולים במסלול הציבורי – הבדל מובהק מבחינה סטטיסטית.¹ יחד עם זאת, אפשר שפער זה הצטמצם מאז: ב־1995 היה כיסוי של ביטוח בריאות פרטי מסוג כלשהו (משלים, מסחרי, או שניהם) רק ל־46 אחוזים מן האוכלוסייה, ב־1999 עלה שיעור זה ל־60 אחוזים וב־2001 הוא הגיע ל־70 אחוזים. יתרה מזו, הביטוח המשלים נעשה שכיח יותר בקרב בני אדם

1 המחקר מצא גם, ששביעות הרצון של המטופלים מן הרופא (ומן, תשומת־לב, הסברים וכשירות קלינית נתפסת) היתה גבוהה הרבה יותר בקרב החולים הפרטיים מאשר בקרב החולים הציבוריים, בעוד ששביעות הרצון ממרכיבים אחרים של השירות (סיעוד, שירותי אירוח וכו') היתה דומה. עד היום לא נערכו מחקרים שהשוו בין התוצאות הקליניות בשני המסלולים.

עם הכנסה נמוכה (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2001; Gross & Brammli-Greenberg, 2004).

אף-על-פי-כן, גם בשיעורים גבוהים של כיסוי נותרים פערים גדולים בשיעורי הכיסוי בין קבוצות הכנסה שונות (ברמלי-גרינברג וגרוס, 2001; Gross & Brammli-Greenberg, 2004). רק ל-45 אחוזים מן המשפחות ברביעון ההכנסה הנמוך יש ביטוח משלים, לעומת 80 אחוזים במשפחות ברביעון ההכנסה הגבוה ביותר. בדומה לכך, רק ל-12 אחוזים מן המשפחות ברביעון ההכנסה הנמוך יש ביטוח מסחרי, לעומת 45 אחוזים ברביעון העליון. נציין עוד, שתושבי ירושלים החרדים (בין רבע לשליש האוכלוסייה בעיר. דהן, 1988) נהנים מרמה גבוהה של עזרה הדדית בתוך קהילתם בגין הוצאות רפואיות (ואחרות) גבוהות, כולל עבור שר"פ. ולבסוף, הביטוח המשלים נעשה נגיש יותר לחולים במחלות כרוניות. לפיכך סביר להניח, שהגידול הרב בכיסוי של הביטוח המשלים והמסחרי הגדיל והרחיב את הביקוש לשירותי בריאות פרטיים בבתי-החולים.

שכיחותו של הביטוח הפרטי משפיעה על נגישותם הכלכלית של שירותי בריאות פרטיים בשתי דרכים. ראשית, במסגרת הביטוח הפרטי (משלים ומסחרי) רמות ההשתתפות העצמית הן נמוכות יחסית, בדרך-כלל בערך שליש ממחיר הניתוח, ולעתים גם אין השתתפות עצמית כלל. שנית, ספקי הביטוחים הפרטיים משיגים מספקי השירותים לעתים קרובות הנחות מן התעריפים הרשמיים. בבתי-החולים של "הדסה" נערכים דיונים על הנחות עם ועדה שמשתתפים בה רופאים מכל מחלקות בית-החולים; בבית-החולים "שערי צדק" דבר זה נעשה בנפרד עם כל רופא.

מאמר זה מבקש להוסיף מידע לדיון על שירותי רפואה פרטיים באמצעות הערכת מידת נגישותו הכלכלית של השר"פ בבתי-החולים הציבוריים בירושלים. שירותי רפואה פרטיים ייחשבו "נגישים מבחינה כלכלית", או "ניתנים להשגה", כאשר הסבירות, שבשל רמת הכנסתו המטופל יצטרך לוותר על צרכים בסיסיים (כגון מזון, ביגוד ודיור בסיסיים) כדי לממן את השירותים הללו, תהיה נמוכה. לשם כך ניתחנו את המחירים שנגבו עבור שירותי רפואה פרטיים; שקלנו את מידת הסבירות שמחירים אלה יהיו מחסום כלכלי לטיפול, תוך התחשבות בגידול שהתרחש בכיסוי הביטוח המשלים; וניתחנו את השימוש בשירותי רפואה פרטיים בידי תושבי שכונות שדורגו במעמד חברתי-כלכלי בינוני או נמוך.

מאמר זה הוא חלק ממחקר מקיף יותר על שירותי רפואה פרטיים בירושלים. מרכיבים אחרים של המחקר בוחנים את הרכב המקרים של שירותי רפואה פרטיים ואת היחס שבין בכירותו של המנתח ובין שירותי רפואה פרטיים (רוזן, עופר וגרינשטיין, 2006). במחקר נמצא, שדרגת המורכבות של בערך מחצית מן הניתוחים בשר"פ היתה נמוכה; מה שמצביע על כך, שהשפעת השר"פ על מצב הבריאות ועל השוויון

במערכת הבריאות עשויה להיות מוגבלת. יחד עם זאת, אותם ממצאים מצביעים על חוסר יעילות: נראה שלמטופלים רבים שבחרו בשר"פ חסר מידע שהם זקוקים לו כדי לבצע החלטה מושכלת.

המחקר מצא גם, שבבתי-חולים שבהם פועל השר"פ רופאים בכירים ביותר משתתפים בצוותי המנתחים כמעט בכל הניתוחים הקשורים בתהליכים מורכבים ביותר, בין במימון ציבורי או פרטי. יחד עם זאת, בחירה בשר"פ אכן מגדילה את הסבירות שרופא בכיר ביותר ישמש כמנתח הראשון (Ofer et al., 2006).

ההרכב הציבורי-פרטי של שירותי הבריאות הוא נושא לדיון מדיניות סוער בארצות רבות, ויש פרסומים רבים בנושא (Shirom, 2001; Soderlund, Mendoza-) ויש מאוד השוואות אמפיריות מעמיקות בין שירותי אשפוזי ציבוריים לפרטיים (Arana, & Goudge, 2003; Tuohy, Flood & Stabile, 2004). אבל נעשו רק מעט מאוד השוואות אמפיריות מעמיקות בין שירותי אשפוזי ציבוריים לפרטיים (O'Hara & Brook, 1996; Williams et al., 2000). לפיכך, המחקר הנוכחי יכול לתרום תרומה חשובה לדיון הבין-לאומי בנושא ההרכב הציבורי-פרטי של שירותי הרפואה, הן במתודולוגיה שלו והן בממצאיו.

מתודולוגיה

1. מקורות הנתונים

(א) עיקר הנתונים במחקר הופק ממאגרי המידע של בתי-החולים על כל הניתוחים שבוצעו ב-2001 בשלושה בתי-חולים ציבוריים מרכזיים בירושלים. נערכו 37,106 ניתוחים כאלה ובערך 5,800 מהם (16 אחוזים) בוצעו באופן פרטי. בערך 11,500 מן הניתוחים נערכו במרכז הרפואי "שערי צדק", שבו שיעור הניתוחים שבוצעו במסלול השר"פ היה 13 אחוזים. בערך 16,000 ניתוחים בוצעו בבתי-החולים "הדסה" עין כרם, שם היה שיעור הניתוחים הפרטיים 20 אחוזים, ו-9,500 ניתוחים בערך נערכו בבית-החולים "הדסה" הר הצופים, שם הגיע שיעור המקרים הפרטיים ל-12 אחוזים.

(ב) הנתונים על מעמדה החברתי-כלכלי של השכונות נאספו מן השנתון הסטטיסטי של ירושלים (עיריית ירושלים, 2002), שבו הוצג מדד מסכם של מעמדה חברתי-כלכלי של 178 אזורים סטטיסטיים בירושלים. מדד זה מביא בחשבון גורמים כגון הכנסת משק הבית, רמת השכלה וצפיפות מגורים. חלק נכבד מן החומר הגולמי לחישובים לוקט ממפקד 1995.

(ג) בהסתמך על היכרותנו עם המאפיינים החברתיים-דמוגרפיים של ירושלים,

הקצינו לכל שכונה קוד על-פי משתנים של דת ולאום: בעיקר ערבית, בעיקר חרדית, או בעיקר אחר (דהיינו חילונית או דתית).

(ד) הנתונים על הכנסתה הממוצעת של משפחה ישראלית ב-2001² נאספו מסקר הוצאות משקי הבית של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

2. המשתנים

(א) אספנו נתונים על הסכום שגבה בית-החולים בגין כל הניתוחים הפרטיים,³ נוסף על מה ששילמו לבית-החולים קופות-החולים עבור השירות הרפואי הבסיסי (הציבורי, "טופס 17"). נתונים אלה שיקפו את סך-כל הסכום שגבה בית-החולים לאחר הנחות הקשורות לביטוח משלים או מסחרי, וכללו הן את החלק ששילם המבטח הפרטי והן את החלק ששילם המטופל.

(ב) במצב אידיאלי יש לבחון את היחס בין מעמד חברתי-כלכלי ובין שימוש בשירותי רפואה פרטיים תוך היעזרות בנתונים ברמת הפרט. אולם, הנתונים המינהליים של בתי-החולים אינם כוללים מידע על הכנסותיהם של המטופלים, או על מדדים ישירים אחרים הקשורים למעמד החברתי-כלכלי של הפרט. הנתון הקרוב ביותר שהיה זמין (וגם זה רק לגבי מי שטופלו בבתי-החולים של "הדסה") היה שכונת המגורים של המטופל, וגם זאת רק לגבי 64 אחוזים מן המטופלים בירושלים (81 אחוזים מן המטופלים במימון פרטי ו-61 אחוזים מן המטופלים במימון ציבורי).⁴ שכונות אלה קובצו לרביעונים של מעמד חברתי-כלכלי על-פי המדד שחישבה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (עיריית ירושלים, 2002). מטבע הדברים הוא, שהשימוש בנתונים על המעמד החברתי-כלכלי של השכונות, במקום בנתונים של אנשים בודדים, מוביל לאומדן-חסר כלשהו של השפעת ההכנסה על השימוש בשירותי רפואה פרטיים, אבל לא סביר שעיוותים כאלה יהיו גדולים.

2 לא היו בנמצא נתונים על ירושלים בלבד, שבה ההכנסה נטתה להיות נמוכה יותר במידת מה.
3 התעריף הכולל מתחלק לחלק התשלום שבית-החולים שומר לעצמו, לחלק שהוא משלם בתור מסים, ולחלק שהוא מעביר לרופא.
4 שיעור המטופלים שכתובותיהם היו זמינות היה נמוך יותר במידת מה לגבי נשים, לגבי בני 44 ומטה, לגבי מי שאושפזו בעין כרם, ולגבי מי שהניתוחים שלהם היו בעלי מורכבות נמוכה. מעניין לציין, שלא היה הבדל בין מטופלים שעברו ניתוח אלקטיבי ובין אלה שעברו ניתוח חירום. צוות המחקר לא הצליח לזהות דרכים ייחודיות כלשהן שבהן העובדה שהנתונים על כתובות אינם מלאים יכולה להשפיע במידה רבה על הממצאים העיקריים המובאים במאמר.

ממצאים

1. תעריפים (דהיינו תשלומים שגבו בתי־החולים) לוח מס' 1 מציג נתונים על התעריפים של שירותי רפואה פרטיים בבתי־החולים שנסקרו. הסכום הממוצע שגבה בית־החולים לניתוח פרטי היה 10,204 ש"ח (6,086 ש"ח ב"שערי צדק", 9,493 ש"ח ב"הדסה" הר הצופים, ו-12,796 ש"ח ב"הדסה" עין כרם). מכיוון שהתפלגות התעריפים מוטה כלפי התעריפים הנמוכים יותר, התעריפים החציוניים היו נמוכים יותר במידת־מה מן הממוצעים. למשל, חציון המחיר של ניתוח פרטי היה 7,641 ש"ח (5,000 ש"ח ב"שערי צדק"). יתר־על־כן, מחירם של שני־שלישים מכל הניתוחים, ושל 90 אחוזים בערך מן הניתוחים שבוצעו ב"שערי צדק", היה פחות מ־10,000 ש"ח.

לוח מס' 1. סיכום המחירים של בתי־החולים

תעריפים בש"ח		
בית־החולים	ממוצע	חציון
"הדסה" עין כרם	12,796	9,773
"הדסה" הר הצופים	9,493	7,198
"שערי צדק"	6,086	5,000
סך־הכל	10,204	7,661

התשלומים הממוצעים הגבוהים ביותר עבור שירותי רפואה פרטיים נגבו במחלקות לניו־רו־כירורגיה (26,480 ש"ח) ולניתוחי לב־חזה (22,592 ש"ח); תעריפים אלה היו כפולים כמעט מאלה של המחלקה הבאה ברשימה, אורתופדיה (ראו לוח מס' 2). התעריף הממוצע של שירות רפואי פרטי – 10,195 ש"ח – ירד ל־8,553 ש"ח, כאשר הוצאו מן החישוב ניתוחי ניו־רו־כירורגיה ולב־חזה.

בלוח מס' 3 מוצגות התוצאות של סדרת ניתוחים רב־משתניים שהמשתנה התלוי בהם היה התעריף. מן הממצאים עולה, שמחלקה ודרגת מורכבות הניתוח הסבירו יחד בערך 40 אחוזים מן ההבדלים בתעריפים בין "הדסה" עין כרם ובין המרכז הרפואי "שערי צדק". נראה, שחלק מן ההסבר נעוץ בכך שכל הניתוחים הניו־רו־כירורגיים, ורוב המקרים האורתופדיים החמורים, טופלו ב"הדסה" עין כרם, ושניתוחים מסוגים אלה נוטים להיות יקרים במיוחד.

לוח מס' 2. התעריף הממוצע של ניתוח פרטי, לפי מחלקה

מספר הניתוחים	תעריף ממוצע בש"ח	המחלקה
157	26,480	נירר-כירורגיה
394	22,592	ניתוחי לב
45	11,640	ניתוחי ילדים
690	11,557	אורתופדיה
1,151	9,752	ניתוחים כלליים ופלסטיים
266	9,004	אורולוגיה
185	8,890	כוויות
311	7,701	אף-אוזן-גרון
781	7,588	גינקולוגיה
237	7,155	מיילדות
793	5,861	אופתלמולוגיה
73	4,602	אחר
5,066	10,217	סך-הכל

2. ביטוח משלים וההשלכות על תשלומים של המטופלים

בלוח מס' 4 מובא סיכום של הכיסוי שניתן עבור שירות רפואי פרטי במספר תוכניות ביטוח משלים ומסחרי ב-2001. בכיסוי הרפואי הפרטי השכיח ביותר (הביטוח המשלים שמציעים שירותי בריאות כללית), שילם המטופל רק שליש ממחיר השירות הרפואי הפרטי. ניתן לשלב מידע זה עם נתוני הגבייה של בתי-החולים שהוצגו בלוח מס' 1, כדי לחשב את ההוצאה "מן הכיס" בעת קבלת השירות (ללא התשלום החודשי עבור הביטוח המשלים) של המאושפזים עבור השירות הרפואי הפרטי. מכך עולה, שמטופל שיש לו ביטוח משלים בשירותי בריאות כללית שילם בערך 3,400 ש"ח בממוצע עבור ניתוח פרטי; במחצית מן המקרים היתה העלות נמוכה מ-2,550 ש"ח.

לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ההכנסה הכספית החודשית הממוצעת נטו (לאחר ניכוי מסים ותשלומי העברה) של כל המשפחות בישראל ב-2001 היתה 8,738 ש"ח; ההכנסה של משפחות בעשירון ההכנסה הנמוך ביותר הגיעה ל-2,893 ש"ח. לפיכך, ההוצאה "מן הכיס" עבור ניתוח ממוצע בשר"פ שווה ל-40 אחוזים בערך מן ההכנסה החודשית הממוצעת של משפחה בעלת הכנסה ממוצעת ובעלת ביטוח משלים משירותי בריאות כללית. תשלום זה הוא בשבילה הוצאה כבדה למדי, אך לא בלתי אפשרית, בהנחה שהצורך בהוצאה כזו צפץ לגבי רוב המשפחות רק מדי שנים מספר, אם בכלל. בניגוד לכך, ההוצאה "מן הכיס" עבור ניתוח בשר"פ תהיה עד 120 אחוזים מהכנסתה החודשית של משפחה ממוצעת בעשירון ההכנסה הנמוך ביותר, ופי

לוח מס' 3. תוצאות של ניתוחי רגרסיה ליניארית,
שהמשתנה התלוי בהם היה תעריף השירות הפרטי

מקדם	רווח סמך	סטטיסטיקה T	
מודל 1			
			(קבוע)
6,086	208	29	
3,406	326	10	"הדסה" הר הצופים
6,710	260	26	"הדסה" עין כרם
R ² : 0.12			
מודל 2			
			(קבוע)
18,798	354	53	
3,101	278	11	"הדסה" הר הצופים
5,225	231	22	"הדסה" עין כרם
-15,884	348	-45	מורכבות נמוכה
-11,253	352	-31	מורכבות בינונית
R ² : 0.45			
הצמצום במקדם בשל הוספת מורכבות (באחוזים)			
		-9	"הדסה" הר הצופים
		-22	"הדסה" עין כרם
הכללת מחלקות הותירה את R ² ב-0.45. וצמצמה את המתאם של "הדסה" עין כרם ב-15 אחוזים נוספים			

כל המקדמים מובהקים ברמת 0.01.

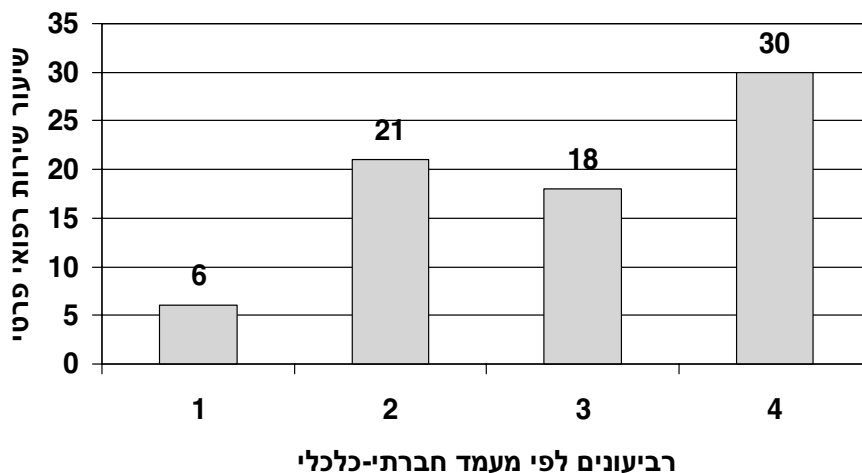
שלושה מכך אם אין לה ביטוח משלים, דבר שהוא שכיח למדי בקרב משפחות אלה.⁵ זהו כמובן נטל כלכלי כבד הרבה יותר, הדורש נקיטת צעדים כספיים יוצאי־דופן. סביר להניח, שיותר משפחות מקבוצה זו יימנעו מרכישת שר"פ. למרות שאין זה בלתי אפשרי שבעלי הכנסה נמוכה וחסרי ביטוח משלים יצליחו "לגרד" את הכספים הנחוצים כדי לשלם עבור שירות רפואי פרטי (כגון באמצעות לקיחת הלוואות, או צמצום בהוצאות על צרכים בסיסיים), הדבר דורש בבירור תמרונים וקורבנות רבים יותר מאשר במקרה של אנשים עם הכנסה בינונית וגבוהה.

5 נראה שהעניים אינם רוכשים ביטוח משלים בעיקר משום שהתשלומים עבורו גבוהים מדי במערכת הצרכים וההעדפות שלהם.

לוח מס' 4. כיסוי ביטוחי משלים ומסחרי של טיפול פרטי, לפי קופת-חולים (2001)

בית-החולים		
"הדסה"	"שערי צדק"	ביטוח משלים
יש הסכם רשמי. רשימת מחירים מיוחדת.	אין הסכם רשמי. מחירים מיוחדים.	שירותי בריאות כללית
השתתפות עצמית בתשלום בגובה 30 אחוזים.	השתתפות עצמית בתשלום בגובה 30 אחוזים.	
אין רשימת מחירים מיוחדת. כיסוי של עד 150 אחוזים מן הסכום שקופת-החולים משלמת לרופאים המשתתפים.	אין רשימת מחירים מיוחדת. השתתפות עצמית בתשלום בגובה 70 אחוזים.	מכבי שירותי בריאות
יש הסכם רשמי. רשימת מחירים מיוחדת.	אין הסכם רשמי. מחירים מיוחדים.	שירותי בריאות מאוחדת
אין השתתפות עצמית בתשלום.	השתתפות עצמית בתשלום בגובה 30 אחוזים.	קופת-חולים לאומית
הסדרים מיוחדים שונים.	הסדרים מיוחדים שונים.	ביטוח בריאות מסחרי

איור מס' 1. שכיחות שר"פ בבתי-החולים של "הדסה" לפי רמה חברתית-כלכלית של שכונת המגורים של המטופל



3. השימוש בשירות רפואי פרטי לפי המעמד החברתי-כלכלי של שכונות המגורים של

תושבי ירושלים

שכחותם של ניתוחי שר"פ בבת-החולים של "הדסה" בקרב מטופלים המגיעים משכונות ברביעונים השני עד השלישי של מעמד חברתי-כלכלי היתה קרובה למוצא התחתון, ו-30 אחוזים בקרב אלה שנמצאו ברביעון האמצעיים היו 21 ו-18 אחוזים, אמנם לא בסדר הצפוי (ראו איור מס' 1).

פירוט שיעורי השימוש בשירות רפואי פרטי על-פי מאפיינים של דת ולאום של התושבים מעלה, שבשכונות ערביות (שבאופן בולט נמצאות ברביעון החברתי-כלכלי התחתון) היו שיעורים אלה נמוכים מאוד (1 אחוז), בעוד שבשכונות חרדיות הם היו גבוהים מאוד (27 אחוזים), אף-על-פי שרובן של אלה נכללות ברביעון השני הנמוך ביותר של מעמד חברתי-כלכלי. ניתוחים רב-משתניים (לוח מס' 5) מצביעים על כך, שאת ההבדלים בשיעורי השירות הרפואי הפרטי הקשורים למעמד החברתי-כלכלי של השכונות ניתן להסביר במידה רבה באמצעות הבדלים בהרכב הדת והמוצא שלהן.⁶ יוצאים מכלל זה הם השיעורים הגבוהים מאוד של שירות רפואי פרטי שנמצאו בשכונות אשר המעמד החברתי-כלכלי שלהן הוא הגבוה ביותר.⁷

מעניין לציין, שברגסיות שנמדדו על המדגם המלא שפלל הן את מבנה המוצא והן את המעמד החברתי-כלכלי של השכונה (מודלים 3 ו-4 בלוח מס' 5), המקדמים של הרביעונים השני והשלישי של מעמד חברתי-כלכלי היו פחות מ-1, והצביעו על שימוש מופחת בשר"פ לעומת שיעור השימוש ברביעון הנמוך ביותר של מעמד חברתי-כלכלי. התחושה שלנו היא, שממצא תמוה זה נובע מיחסי-גומלין שונים בין מעמד חברתי-כלכלי ובין מוצא, שקשה להפריד ביניהם.

ואכן, כאשר מוציאים מן הניתוח את החרדים והערבים (לוח מס' 6), המקדמים (היחסים הצולבים) של המשתנים המייצגים רביעוני מעמד חברתי-כלכלי גדלים באופן עקבי, כצפוי.⁸ למשל, במודל 4, הכולל מספר גדול יותר של משתנים דמוגרפיים, קליניים וטיפולים, המקדם של משתנה הרביעון השלישי הוא 1.2 ושל הרביעון הרביעי הוא 2.3. יש לציין, שרגסיות אלה משתמשות ברביעון השני של מעמד חברתי-כלכלי כקבוצת בסיס, מכיוון שכל השכונות ברביעון הראשון הן ערביות או חרדיות.

6 יש לציין, שרוב המקדמים (היחסים הצולבים) של המשתנים המייצגים מעמד חברתי-כלכלי של השכונה מתכווצים במידה רבה לאחר שהמשתנים המייצגים הרכב של דת ומוצא מוכנסים למודל.

7 כפי שרואים בלוח מס' 5, היחס שנמצא ברגסיות בין מעמד חברתי-כלכלי של השכונה ובין השימוש בשירות רפואי פרטי לא הושפע באופן מובהק מפיקוח על משתנים כגון גיל, מין, קופת-חולים, שכונת מגורים בירושלים, דחיפות האשפוז, המחלקה, מחיר הניתוח ובית-החולים.

8 צוות המחקר ביקש לבחון סוגיות אלה גם באמצעות רגסיות במונחים של יחסי-גומלין (אינטראקציות), אבל בגלל המורכבות של יחסי-הגומלין מוצא-הכנסה, הרצות לפי תת-קבוצות התגלו כיעילות יותר וקלות יותר להצגה ברורה.

לוח מס' 5. ניתוח רב-משתני של הקשר בין מאפייני השכונה ובין שיעור השימוש
בניתוחים פרטיים תוך שימוש ברגרסיה לוגיסטית כולל כל קבוצות המוצא והדת
(המספרים ניתנים כיחס צולב)

מודל 1	מודל 2	מודל 3	מודל 4	
רביעון חברתי-כלכלי (בסיס = 1)				
			**0.70	רביעון 2
		**0.71	0.73	רביעון 3
		**1.37	**1.37	רביעון 4
שמירת מצוות הדת (בסיס = יהודים חילוניים)				
	**1.52	**1.54	**1.55	חרדים
	**0.06	**0.05	**0.05	ערבים
	**1.37	1.03	*0.99	דתיים
	**0.24	**0.28	**0.14	קבוע
11,929	11,929	11,929	11,929	N
5%	8%	9%	11%	R ² של Cox & Snell

* מובהק מבחינה סטטיסטית ברמה של 0.05.

** מובהק מבחינה סטטיסטית ברמה של 0.01.

1 מודל 4 מכיל, בנוסף לכל המשתנים שנכללו במודל 3, גם את המשתנים האלה: גיל, מין, קופת-חולים, מגורים בירושלים, דחיפות האשפוז, מחלקה, מחיר הניתוח ובית-חולים. לפרטים נוספים על השפעתם של משתנים אלה על השימוש בשירותי רפואה פרטי, ראו רוזן, עופר וגרינשטיין, 2006.

לבסוף, ראוי לציין שהניתוחים דלעיל מתייחסים למוצעים של שכונות שלמות, ונוטים לתת אומדן-חסר במידת-מה להבדלים בין קבוצות. לפיכך סביר להניח, שההבדלים בשימוש בשירותי רפואה פרטיים בין בעלי הכנסה נמוכה ובין בעלי הכנסה בינונית עד גבוהה ברמת הפרט, או על-פי מוצא, דת או לאום, גדולים במידת-מה מן המשתמע מן הניתוח המובא כאן.

דיון

ניתן לסכם את הממצאים העיקריים של מחקר זה כדלהלן: (1) התעריף הממוצע של ניתוח במסלול השר"פ בירושלים ב-2001 היה בערך 10,000 ש"ח, והמחיר החציוני היה פחות מ-8,000 ש"ח; (2) העלות בפועל של ניתוח במסלול השר"פ למטופלים בעלי ביטוח פרטי כלשהו (משלים או מסחרי) (דהיינו, מרבית המטופלים) נמוכה בהרבה;

לוח מס' 6. ניתוח רב־משתני של הקשר בין מאפייני שכונה ובין שיעורי השימוש בנייתוחים פרטיים תוך שימוש ברגרסיה לוגיסטית, ללא קבוצות האוכלוסייה של חרדים וערבים (המספרים הם יחס צולב)

מודל 1	מודל 2	מודל 3	מודל 4
רביעון חברתי־כלכלי (בסיס = 2)			
**1.18		**1.18	1.19
**2.27		**2.29	**2.34
שמירת מצוות דת (בסיס = יהודים חילוניים)			
	**1.37	1.03	0.94
**0.18	**0.24	**0.18	**0.11
6,299	6,299	6,299	6,299
2	0	2	5
R ² לרגרסיה לוגיסטית (באחוזים)			

* מובהק מבחינה סטטיסטית ברמה של 0.05.

** מובהק מבחינה סטטיסטית ברמה של 0.01.

1 מודל 4 מכיל, בנוסף לכל המשתנים שנכללו במודל 3, גם את המשתנים האלה: גיל, מין, קופת־חולים, מגורים בירושלים, דחיפות האשפות, מחלקה, מחיר הניתוח ובית־חולים. לפרטים נוספים על השפעתם של משתנים אלה על השימוש בשירות רפואי פרטי, ראו רוזן, עופר וגרינשטיין, 2006.

(3) השימוש בשר"פ נפוץ לא רק בשכונות עם הכנסה גבוהה, אלא גם בשכונות ירושלמיות עם הכנסה בינונית, ובקרב החרדים.

גם בבריטניה מצאו מחקרים קשר חזק בין השימוש בשירותי אשפוז פרטיים ובין מעמד חברתי־כלכלי (Propper, 2000). ואכן, קשר זה עשוי להיות חזק יותר בבריטניה מאשר בישראל, שכן רק ל־12 אחוזים מן האוכלוסייה בבריטניה יש ביטוח רפואי פרטי (השיעור נע בין 2 אחוזים במעמד הנמוך ביותר מבין ארבעת המעמדות החברתיים־כלכליים הרשמיים, ל־22 אחוזים במעמד הגבוה ביותר).

1. הקשר בין דת ולאום לשימוש בשר"פ

לשיעור הגבוה של שימוש בשירות רפואי פרטי בקרב החרדים הועלו שני הסברים. הראשון הוא, שבקהילה החרדית יש התארגנויות רבות לעזרה הדדית והן עשויות לממן את רוב העלות של השירות הרפואי הפרטי. ההסבר השני הוא, שבקרב החרדים קיימת כנראה נורמה תרבותית התומכת בתשלום עבור שירותי בריאות גם כאשר הדבר כרוך בנטל כספי כבד. נורמה זו מתרחבת אל מעבר לסוגיה של שירות רפואי פרטי בבית־החולים.

בדומה לכך, הוצעו מספר הסברים לגבי השיעור הנמוך מאוד של שימוש בשר"פ בקרב תושביה הערביים של ירושלים. ברור, שהדבר נובע בין היתר מהכנסה משפחתית נמוכה. בנוסף לכך, ייתכן שהכיסוי הביטוחי המשלים אכן נמוך יחסית

באוכלוסייה זו. אמנם אין נתונים ייחודיים לגבי ערביי ירושלים, אך ידוע ששיעורי הכיסוי של ביטוח משלים בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל נמוכים, מעבר לשיעור רמת ההכנסה שלהם (ברמליי-גרינברג וגרוס, 2001). גם לגורמי מוצא ותרבות עשוי להיות תפקיד: ייתכן שמטופלים ערביים נוטים להאמין, יותר מאשר היהודים, שהטיפול הרפואי במסלול הציבורי הוא באיכות גבוהה, והם מעוניינים פחות בהטבות הנוספות (כמו קיצור תור, תשומת-לב רבה יותר מן הרופא, וכדומה) שחולים יהודים מקווים לקבל אותן.

2. השר"פ והשוויונות

אחד הנימוקים העיקריים נגד השר"פ היה, שהוא זמין מבחינה כלכלית רק לבעלי הכנסה גבוהה. הממצאים שלנו מצביעים על כך, שבני אדם רבים החיים בשכונות בעלות מעמד חברתי-כלכלי בינוני משתמשים בשירותי רפואה פרטיים. יתר-על-כן, הממצאים מצביעים על כך, שהתשלום עבור שירותי רפואה פרטיים הוא במסגרת יכולתם הכספית של בני אדם בעלי הכנסה בינונית שיש להם ביטוח משלים (במובן שלא נדרש מהם לוותר על צרכים בסיסיים, כגון מזון בסיסי, ביגוד וקורת-גג, כדי לממן את ההוצאה החד-פעמית על שירותי רפואה פרטיים). לפיכך, הגישה לשירותי רפואה פרטיים אינה מוגבלת לעשירים, ובמובן זה בעיות השוויון הקשורות לשירותי רפואה פרטיים עשויות להיות חריפות פחות מכפי שמקובל לחשוב.⁹

יחד עם זאת, נותרות דאגות הקשורות לשוויון. ראשית, לגבי סוגים אחדים של ניתוחים מצילי חיים, כגון ניתוחי מעקפים בלב, התשלומים עבור שירותי רפואה פרטיים בכל בתי-החולים נוטים לעלות ליותר מ־20,000 ש"ח. לפיכך, הסוגיה של נגישות שירותי רפואה פרטיים לקבוצות עם הכנסה בינונית לא נפתרה במלואה.

שנית, בעוד שכיסוי ביטוחי פרטי הלך והתפשט במשך הזמן, עדיין אין למחצית בערך מבני האדם ברביעון של המעמד החברתי-כלכלי הנמוך ביותר כיסוי כזה, ולכן התשלום עבור שר"פ קשה הרבה יותר, ואפילו בלתי אפשרי. דבר זה עשוי להסביר מדוע שיעור השימוש בשירותי רפואה פרטיים נשאר נמוך למדי בשכבות אלה (אף-על-פי שכפי שצוין לעיל, ייתכן שהדבר נובע גם מהעדפותיהם של הצרכנים).

לממצאים אלה יש שתי השלכות חשובות עבור קובעי המדיניות. ראשית, מכיוון שהממצאים מראים, ששירותי הרפואה הפרטיים נגישים מבחינה כספית למי שאינם עשירים, יותר מכפי שהאמינו עד כה, הם מחלישים (אך לא מבטלים) את נימוקי השוויון נגד מתן היתר לבתי-חולים ממשלתיים להציע שירותי רפואה פרטיים. שנית,

9 ממצאים אלה מצטרפים לממצא אחר שעלה מן המחקר שכבר פורסם (רוזן, עופר וגרינשטיין, 2006), שדרגת מורכבותם של כמעט מחצית מכלל ניתוחי השר"פ נמוכה. לפיכך, השפעתו של השר"פ על מצב הבריאות ועל שוויוניות היא מוגבלת.

אם קובעי המדיניות מאמינים, שחשוב לעשות את שירותי הרפואה הפרטיים נגישים יותר לעניים, הם יכולים לשקול אימוץ תמיכה כספית במעוטי יכולת עבור תוכניות ביטוח משלים או עבור שירותי רפואה פרטיים. יחד עם זאת ברור, ששני כיווני מדיניות אלה – לאפשר לבתי-חולים ממשלתיים להציע שירותי רפואה פרטיים ולאמץ לוחות תשלומים פרוגרסיביים – הם מורכבים מאוד, כאשר שקילה מלאה של היתרונות והחסרונות היא מעבר לטווח הדיון של מאמר זה.

3. דימוי לעומת מציאות

אם שירותי הרפואה הפרטיים נעשו נגישים יותר מבחינה כספית לכלל הציבור, מדוע הם שומרים על הדימוי האליטיסטי שלהם? ייתכן שהסיבה לכך היא, בין השאר, ששינוי זה הוא חדש יחסית, וכמו תופעות חברתיות נפוצות אחרות, חולף זמן עד שבני אדם מפנימים את השינוי שהתרחש במציאות.

ייתכן שגורם נוסף הוא תפקידם של אמצעי התקשורת, הנוטים להדגיש מקרים פרטיים שיש בהם שמץ של סנסציה – דהיינו אותם מקרים שהם המורכבים ביותר והיקרים ביותר. נמצא, שבניגוד לדימוי ההייטק הגבוה של השר"פ, חלק גדול מן הניתוחים במסלול זה אינם מורכבים במיוחד (רוזן, עופר וגרינשטיין, 2006).

גורם שלישי הוא, ששירותי רפואה פרטיים עדיין נגישים יותר לעשירים מאשר לאלה השייכים למעמד הבינוני. שיעורי השימוש בשר"פ גבוהים כמעט פי שניים בשכונות של הרביעון החברתי-כלכלי העליון מאשר בשכונות של הרביעונים השני והשלישי. הבעלות על ביטוח מסחרי, הנוטה לספק כיסוי טוב יותר לשירותי רפואה פרטיים מאשר הביטוח המשלים, מתרכזת גם היא אצל משפחות בעלות הכנסה גבוהה (Gross & Brammli-Greenberg, 2004).

ולבסוף, השיעורים הדיפרנציאליים של שימוש בשירותי רפואה פרטיים בקרב קבוצות חברתיות-כלכליות מהווים רק חלק מסיפור השוויון; שאר הסיפור מתבטא בויתורים החומריים שמשפחתו של המטופל עשויה לעשות כדי לממן שירותי רפואה פרטיים. ברור, שאפילו עם ביטוח משלים, מעוטי הכנסה נדרשים לויתורים גדולים.

4. השר"פ וכיסוי ביטוחי פרטי: קשרי-גומלין בעבר ובעתיד

אם התפשטותו של הכיסוי הביטוחי הפרטי בשנים האחרונות אכן צמצמה במידה רבה את המחיר בפועל של השר"פ עבור הצרכן ועשתה אותו זמין לצרכנים רבים יותר, כי אז סביר להניח, שהיא גם הגדילה את מספר הניתוחים הפרטיים. יש צורך במחקר נוסף כדי לאמוד עד כמה גדל השימוש בשר"פ לאורך זמן, ובאיזו מידה ניתן לייחס גידול שכזה לצמיחה בכיסוי הביטוחי הפרטי.

אם יוחלט בעתיד להרחיב את השר"פ לבתי-החולים הממשלתיים (ולא להשאיר את שירותי בריאות כללית), ולפרוס אותם על-פני כל הארץ, יישום החלטה זו עשוי להביא לשינויים רבים במספר הניתוחים והרכבם, במחיריהם, ובין השאר גם בהיבטים של נגישות כלכלית ושל שוויון. מהותם של השינויים האלה והשפעתם תלויים גם בדרכים שבהן יונהג השר"פ ובכללים שיגדירו אותו. גם אם הכללים והתקנות ידועים, קשה מאוד לחזות את המרכיבים השונים של המערכת החדשה.

קשה במיוחד לחזות מה יקרה למחירי השר"פ, משום שגם הביקוש לשר"פ וגם ההיצע של השר"פ עשויים לגדול. קיים מידע אנקדוטלי על כך שבתחילת המאה, כאשר הותר לבתי-החולים הממשלתיים להפעיל שר"פ, ירדו מחירי השר"פ בירושלים. אם כן, ייתכן שהמחירים ירדו אם בעתיד שוב יותר קיומו של השר"פ בבתי-החולים הממשלתיים.

לגבי היקף צריכת השר"פ, ייתכן שהוא יגדל במידה רבה, מפני שהוא יהיה זמין ונגיש בכל אזורי הארץ, ולא רק לתושבי ירושלים וסביבתה. סביר להניח, שחלק, ואולי אף חלק גדול, מן הגידול בשר"פ בבתי-החולים הציבוריים יבוא על חשבון ניתוחים במוסדות פרטיים – שהם היום התחליף לשר"פ עבור רוב תושבי הארץ.

מצד אחר, ייתכן שהמספר הכולל של הניתוחים הפרטיים (כאשר מביאים בחשבון גם מתקנים ציבוריים וגם מתקנים פרטיים) יגדל, בין השאר, משום שבת-יחולים ציבוריים, שהם גדולים יותר, יכולים להציע שירותים מתוחכמים שבת-יחולים פרטיים אינם יכולים להציע, וגם מפני שלחלקים מן הציבור יש אמון רב יותר בבתי-החולים הציבוריים.

עבור המבטחים הפרטיים, ההוצאות על ניתוחים פרטיים ועל התייעצויות עם רופאים פרטיים תופסות חלק נכבד מסך כל ההוצאות שלהם, ולפיכך הן עשויות להשפיע על הפרמיות הכרוכות בביטוחים המשלימים. הוצאות אלה מושפעות הן ממספר הניתוחים הפרטיים (שצפויים לעלות) והן ממחירי הניתוחים (שעשויים לרדת). משום כך קשה לצפות כיצד תשפיע הרחבת השר"פ על היקף ההוצאה ועל הפרמיות. אם הפרמיות יעלו, יוכלו פחות משפחות בעלות הכנסות נמוכות ובינוניות לרכוש את הביטוח המשלים, ואי-השוויון יגדל; מאידך גיסא, אם הפרמיות ירדו, הדבר עשוי להגדיל את הנגישות של הביטוח המשלים ואי-השוויון יקטן.

5. הבדלים בתעריפים בין מרכזים רפואיים

השונות בתעריפים בין בתי-החולים של "הדסה" ו"שערי צדק" גם היא מסקרנת. בערך 40 אחוזים מן השונות נובעים, על-פי הניתוח הסטטיסטי, מן ההבדלים בהרכב המחלקות ובהרכב המקרים, אך גם לאחר פיקוח על גורמים אלה נותרת שונות רבה. כאשר שני מרכזים רפואיים מתחרים באותו שוק מקומי ומספקים מוצר דומה למדי,

היה צפוי שגם מחיריהם יהיו דומים פחות או יותר. מכיוון שיש להניח, שמלוא המידע על התעריפים ידוע לשחקנים החשובים, ייתכן שחלק מהבדלים שנתרו נובעים מיתרונות באיכות, אמיתית או נתפסת, של הניתוחים בבתי-החולים של "הדסה". ייתכן, שהמדדים של הרכב המקרים שבהם השתמשנו בעבודה זו לא היו רגישים מספיק לכל ההבדלים הרלוונטיים בהרכב המקרים בין בתי-החולים. אפשרות אחרת היא, שבתקופת המחקר, 2001, שוק השר"פ היה בתקופה של שינויים דינמיים ועקב כך באי-שווי משקל (כגון שחברות הביטוח המשלים השלימו בתקופה זו יותר הסכמים להורדת תעריפים עם "שערי צדק"). סוגיית הפרשי המחירים דורשת מחקר נוסף.

6. מגבלות הניתוח

יש לזכור, שהניתוח שהוצג כאן מוגבל לבתי-החולים בירושלים, שיש להם מסורת ארוכה של שירותי רפואה פרטיים בניהול עצמי. אם יונהג שר"פ בבתי-חולים ממלתיים, אין כל ערובה לכך שהמחירים שהם יגבו יהיו דומים. ואכן, רבים מאמינים שמחירים של שירותי רפואה פרטיים יהיה גבוה יותר במידה רבה בבתי-החולים הממלתיים, הן מפני שבת-יחולים אלה חסרים מסורת של שירות רפואי פרטי בניהול עצמי, והן משום שבשפלה האוכלוסייה ככלל עשירה יותר ונוטה יותר לשוק חופשי מאשר ירושלים (רוזן, עופר וגרינשטיין, 2006; Anonymous, 1998). לעומת זאת, אחרים מאמינים שהרחבת ההיצע והגידול בתחרות יסייעו להוזיל את מחירים של שירותי הרפואה הפרטיים.

7. מסקנה

ככלל, נראה שמבחינה כלכלית הגישה לשר"פ זמינה לבני אדם רבים שהם בעלי הכנסה בינונית. כנראה שהדבר נובע בין השאר מן הגידול בכיסוי הביטוח המשלים. אולם נראה, ששירותי רפואה פרטיים עדיין נמצאים מחוץ ליכולת הכלכלית של רוב המשפחות שהכנסתן נמוכה, שלרבות מהן אין ביטוח משלים.

ביבליוגרפיה

- בן נון, ג' (2002) שירותי רפואה פרטיים בבתי-חולים ציבוריים – היבטים כלכליים – הטענות נגד שר"פ. http://www.jointnet.org.il/pub/brook/sharap_library/documents/sharap_binnun1.ppt
 ברמלי-גרינברג, ש', גרוס, ר' (2001), שוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל, 2001. דמ-403-03, ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
 דהן, מ' (1988), האוכלוסייה החרדית והרשות המקומית. חלק א': התחלקות ההכנסות בירושלים. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.

- הוועדה לבחינת הרפואה הציבורית ומעמד הרופא בה (2002). דין-חשבון הוועדה. תל-אביב. <http://www.health.gov.il/Download/pages/1-264.pdf>
- ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל (1990). דין-חשבון הוועדה. ירושלים: המדפים הממשלתי.
- כרמל, ש', הלוי, י' (1999). שביעות רצון, הערכת איכות ושוויוניות של שירותי בית-חולים: מחקר השוואתי בין חולים בשר"פ לחולים רגילים. הרפואה, 13, 370-363.
- משרד הבריאות, מכון גרטנר, מרכז ציפורי, מכון כהן והחוג לתקשורת באוניברסיטת תל אביב (2003). מערכת הבריאות בישראל – רקע כללי. תל אביב: מכון גרטנר.
- עופר, ג' (2002). שירותים פרטיים בבתי-חולים ציבוריים: שיקולים כלכליים. http://www.jointnet.org.il/pub/brook/sharap_library/documents/sharap_ofer1.ppt
- עיריית ירושלים (2002). שנתון סטטיסטי לירושלים – 2001. ירושלים: עיריית ירושלים ומכון ירושלים לחקר ישראל.
- פטרבורג, י', קפלן, א' (2001). שירותי רפואה פרטיים. בתוך גרנוא, ר' (עורך). הרפורמה במערכת הבריאות: עבר ועתיד. מחקר מדיניות 29, ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- רוזן, ב', עופר, ג', גרינשטיין, מ' (2006). שר"פ בבתי-חולים בירושלים – סוגיות נבחרות. דמ-06-474. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- Anonymous. (1998). Survey: Israel at 50 - Tel Aviv and Jerusalem. *The Economist*, http://www.economist.com/surveys/displayStory.cfm?Story_id=160880
- Chernichovsky, D. (2000). *The public-private mix in the modern health care system - Concepts, issues, and policy options revisited*, NBER Working Paper No. w7881. <http://papers.nber.org/papers/W7881>
- Gross, R. & Brammli-Greenberg, S. (2004). Evaluating the effect of regulatory prohibitions against risk selection by health status on supplemental insurance ownership in Israel. *Social Science and Medicine*, 58, 1609-1622.
- O'Hara, D. & Brook, C. (1996). The utilization of public and private hospitals in Victoria: An issue of access?. *Australian Health Review*, 19(3), 40-55.
- Ofer, G., Rosen, B., Greenstein, M., Benbassat, J., Halevy, J. & Shapira, S. (2006). Public and private patients in Jerusalem hospitals: Who operates on whom?. *The Israel Medical Association Journal*, 8, 270-276
- Propper, C. (2000). The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economy*, 19(6), 855-876.
- Rosen, B. (2003). *Health care systems in transition – Israel*. Copenhagen: The European observatory of health care systems.
- Saltman, R.B. (1994). Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: A conceptual framework. *International Journal of Health Services*, 24, 201-229.
- Shirom, A. (2001). Private medical services in acute-care hospitals in Israel. *International Journal of Health Plan Management*, 16, 325-334.
- Soderlund, N., Mendoza-Arana, P. & Goudge, J. (2003). *The new public/private mix in health: Exploring the changing landscape*. South Africa. Alliance for Health Policy and Systems Research.
- Tuohy, C.H., Flood, C.M. & Stabile, M. (2004). How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD countries.

Journal of Health Political Policy Law, 29(3), 359-396.

Williams, B.T., Whatmough, P., McGill, J. & Rushton, L. (2000). Private funding of elective hospital treatments in England and Wales, 1997-98: National survey. *British Medical Journal*, 320, 904-905