

לכבוד: חברי הוועדה המייעצת לחיזוק הרפואה הציבורית

שלום רב,

בהמשך למצגת בנושא השר"פ וההעסקה הכפולה של רופאים, רצ"ב סקירת ספרות רלוונטית לשימושכם.

בברכה,

פרופ' אבי פורת

ראש מכון המחקר במכבי

רופאים בשר"פ בבתי חולים ציבוריים – לקט ספרות

רפואה פרטית בצד רפואה ציבורית מקובלת בהרבה מדינות בעולם. מדינות אלו נוקטות באמצעים שונים, רובם רגולטוריים, לצמצם את הסכנות שהשילוב יוצר. כפי שהסברנו במפגש, מכבי רואה ברפואה הפרטית המוגבלת כיום למספר ספקים מועט, איזון סביר לצרכי שירות שלא מקבלים כיום מענה נאות מהמערכת הציבורית, במיוחד תורים.

משמעות הרחבת מודל השר"פ לכלל בתי החולים הציבוריים בארץ:

לרוב, נעשה חקר הנושא מזווית הראיה של פגיעה אפשרית במערכת הבריאות הציבורית. דהיינו, השלכות על הספקת כ"א רפואי, נפח הפעילות, ואיכות השירות הרפואי [Garcia-Prado 2007].

ביקורת נגד התופעה:

1. השאיפה למיקסום הכנסות גורמת להארכת תורים במסלול הציבורי כדי להסיט חולים למסלול הפרטי.
2. יצירת תהליך של cream skimming של פעולות משתלמות מהמסלול הציבורי אל הפרטי בבתי חולים ציבוריים.
3. עליה בהוצאה הציבורית באמצעות עודף של שירותים ריווחיים [Gonzalez 2004] או בגלל ניצול שירותים ציבוריים לטובת השירות הפרטי ללא תיגמול הולם [Gruen 2002, Ferrinho 2004].
4. הפנייה עצמית של חולים מהמערכת הציבורית לפרטית [Bir].

יתרונות התופעה מבחינת הרופאים [Humphrey, Jumpa]:

1. היכולת להשתכר יותר
2. שילוב המאפשר יותר אוטונומיה מקצועית
3. פיתוח כישורים מקצועיים
4. מתן שירותים המוגבלים במערכת הציבורית

שיקולים נוספים בהיבט האישי של הרופא:

1. מוניטין
2. עצמאות
3. שביעות רצון מקצועית
4. החופש להמשיך ולהתמקצע בנושאים נבחרים
5. היכולת לתת רפואה איכותית
6. תחום עיסוק ברפואה ראשונית או שניונית
7. הוראה מחקר וקידום אקדמי
8. אתיקה מקצועית או חברתית

שיקולים נוספים אלו מתאימים במיוחד לרופאים הבוחרים בהעסקה כפולה במדינות עשירות, כגון אנגליה, בהן ההשתכרות בסקטור הציבורי והפרטי מעל הממוצע לאוכלוסייה [Gruen 2002]. במחקר האנגלי, מעטים הרופאים שהיו מוכנים לוותר על העסקה פרטית בתמורה להעלאה משמעותית במשכורת הציבורית. הרופאים ציינו כי:

- א. רפואה פרטית מספקת להם שליטה על הזמן המוקדש לה.
 - ב. מתאפשרת הבחירה עם מי לעבוד.
 - ג. מתאפשרת הבחירה באילו חולים לטפל.
 - ד. קבלת הערכת עמיתים וחולים [שבחרו אותם כמטפלים].
 - ה. במערכת הציבורית קיימות הגבלות בזמן חדר ניתוח.
 - ו. ברפואה הפרטית קיימת מידת החדשנות לעומת עיכוב בהכנסת טכנולוגיות במערכת הציבורית.
 - ז. העבודה הפרטית, בעיני הרופאים משלימה את זו הציבורית ולא בהכרח מחליפה אותה.
- למרות זאת, בפועל, מעט מאוד רופאים עוברים לעבודה פרטית בלבד.

נתון נוסף לעניין זה הוא כי העסקה כפולה מפחיתה תסכול תעסוקתי בכך שהיא פותחת בפני הרופאים את יכולת המימוש של מלוא יכולותיהם המקצועיים, הכלכליים והלא-כלכליים [Jamal 1998, Jamal 1981, Jamal 1992, J Bennet].

לגבי רופאים במערכת ציבורית ללא אפשרות העסקה כפולה נטען:

1. קיים תיעדוף של השיקול הכלכלי שלהם על שיקולי המערכת הציבורית או המבטחים [Pratt, McGuire 2003].
2. גם רופאים המועסקים רק במערכת הציבורית נותנים לה את תשומת הלב המינימאלית הנדרשת [McGuire 2000].
3. גם רופאים המועסקים רק במערכת הציבורית מעדיפים תורים ארוכים [Cullis 1985, Cullis 2000].
4. גם רופאים המועסקים רק במערכת הציבורית מנסים להימנע מחולים קשים ומורכבים [McGuire 2003, J Blomquist, Ellis 1990, Ellis 1993, Ellis 1986], ונותנים עודף שירות *לא נבדקה השאלה האם רופאים העוברים מהעסקה בודדת לכפולה מעצימים את ההתנהלות המתוארת לעיל או פשוט ממשיכים את דפוס ההתנהלות הרגיל שלהם.

המניע שבבסיס ההעסקה הכפולה נטען:

1. רופאים הבוחרים בהעסקה כפולה עושים זאת למיקסוס רווחים עצמיים למרות פגיעה אפשרית במחויבותם לחולים במערכת הציבורית.
2. במדינות עם הכנסה בינונית ומטה העסקה כפולה נובעת מהכנסה נמוכה מדי בסקטור הציבורי ומכאן שהכנסה כפולה יכולה להיחשב כפתרון טוב למערכת שיכולת התגמול שלה מוגבל [Ferrinho 2004, Gruen 2002, Jan J 2005, Macq 2001, WHO 2000].
3. במדינות העשירות, מחקרים כלכליים מצביעים על כך שרופאים בכירים המועסקים בהעסקה כפולה אינם מחלקים את זמנם בין המערכת הציבורית והפרטית על פי מיקסוס הרווחים הכלכליים, בכך הם תומכים בקיום גורמים נוספים בשיקולי השילוב [Conway, Lundborg, Kimmel, Averett, Amirault].

הספקת כ"א רפואי במערכת ציבורית-שר"פית:

Brekke&Sørgard הציעו ב- 2007 מודל תיאורטי לבחינת הנושא במערכת הבריאות [Brekke]. המודל לוקח כדוגמה את NHS - בו השירותים ניתנים חינם אך הנם קצובים בחסר, והצרכן יכול לרכוש שירות פרטי בהוצאה מהכיס.

כל הרופאים יכולים לבחור במודל העסקה משולב בתלות בתגמול במערכת הציבורית והפרטית. בעוד התגמול במערכת הציבורית נקבע מרכזית, זה שבפרטית נקבע על פי היצע וביקוש.

בהנחה שהציבור מקבל את סך הספקת השירותים הרפואיים, הציבוריים והפרטיים, מתי שירות אחד יחליף את משנהו בעיני הציבור?

על פי המודל, אם כל הרופאים יעברו למודל העסקה כפולה תפחת הפעילות בהשוואה למצב שכל הרופאים מועסקים במערכת הציבורית בלבד וזאת כי יש ענין לרופאים אלו לצמצם היקף שירות ברפואה הפרטית והציבורית כדי למקסם את הרווח שלהם לשעה.

במידה ומשרד הבריאות יפעל להגדלת התגמול הציבורי - זה יביא לעליה בהוצאות על בריאות.

החלופה:

❖ הגבלת היקף הרופאים בהעסקה כפולה.

❖ איסור מודל רופאים בהעסקה כפולה - יתאפשר רק אם מספר הרופאים במודל קטן מאד [מעטים המשתכרים הרבה]. משמעות האיסור היא שרופאים יצטרכו לבחור באחד מהמודלים להעסקה. במקרה כזה ההשתכרות בסקטור הציבורי צריכה להיות מספיק גבוהה כדי שלא יעברו לסקטור הפרטי.

המודל מניח הנחות כגון שהצרכן הניתקל בקיצוב במערכת הציבורית יפנה לפרטית. הקיצוב יכול להתבטא בהגבלת הזמינות של שירות [תורים] או בהצעת חלופה לא-ניתוחית לדוגמה. המודל לא לוקח בחשבון את גובה התשלום מכיס החולה לשירות הפרטי וכיצד זה מוגבל על ידי הכנסתו הפנויה של הצרכן. ההנחה היא שהרפואה הפרטית מתומחרת כך שהצרכן יכול לעמוד במחיר ועל כן נפח הפעילות הפרטית יכול לגדול. המודל מתעלם מהסכמים קיבוציים במערכת הציבורית ומחוזי עבודה המחייבים מינימום שעות תעסוקה במערכת זו. על כן, גם מודל רה"כ מעודד הפחתת שעות במערכת הציבורית השפעה זו מנוטרלת למעשה על ידי חוזי ההעסקה הבסיסים.

עלויות ציבוריות במודל מערכת ציבורית שר"פית:

1. רופאים במערכת כזו צפויים לעשות cream skimming של חולי low cost במערכת הציבורית ובצורה כזו נותרים במערכת הציבורית חולים קשים ויקרים יותר [Gonzalez 2005].
2. הרופא השכיר אדיש לחוסר היעילות הקיימת במערכת הציבורית [Blomqvist, Ellis 1990, Ellis 1986], או אפילו מעדיף חוסר יעילות זה מסיבות של רפואה מתגוננת [Gal-Or].

3. בהנחה שהמודל הכללי על פיו תגמול מלא ורטרוספקטיבי של בית חולים מביא לעליה בהוצאות ואילו תגמול פרוספקטיבי קבוע [DRG] מביא לצמצום הוצאות, הרי ששימוש ברה"כ במקום רופאים בהעסקה ציבורית יביא להעצמת האפקט של עודף רפואה בתלות בשאלה האם השרות הפרטי משלים או חופף לשרות הציבורי [Rickman]. המידה בה השרות הציבורי והפרטי חליפיים או משלימים משפיעה על העלות במערכת הפרטית בהינתן מודל רה"כ. אם החולה צורך את השירותים משני מקורות ההעסקה העלות למערכת תעלה כמובן.

הסטה של חולים מהמערכת הציבורית לפרטית:

במספר מדינות במערב קיימת מדיניות של התקשרות בין המערכת הציבורית [משרד הבריאות] ובין ספק פרטי לצורך קיצור תורים למשל. לחולה אין הוצאה [נוספת] בשל כך. על פי מודל המתייחס למערכות בריאות שבהן רוב העוסקים הנם שכירים הרי שרה"כ הם הרופאים העובדים גם במערכת הפרטית עפ"ר [Gonzalez 2005].

- ❖ החוקרים טוענים שמציאות זו היא גורם אינהרנטי לעליה ברפואה הפרטית עקב יכולת הרופאים לבצע מניפולציה על תורי המתנה באמצעות דחיפת חולים למערכת הפרטית מתוך המערכת הציבורית בה הם פועלים.
- ❖ כיון שההשתכרות במערכת הפרטית [או במסלול הפרטי בבית חולים ציבורי, בשר"פ] מושפעת מתמהיל החולים [להבדיל מההשתכרות במערכת הציבורית], הרי שרופאים אלו יעדיפו להציע רפואה פרטית לחולים קלים וישאירו את החולים הקשים למערכת הציבורית שעלויותיה יגדלו.
- ❖ החוקרים מסכמים שקיום רופאים בהעסקה כפולה בתוך בתי חולים ציבוריים [כגון שר"פ] פועל נגד אינטרס המערכת הציבורית.

מערב אירופה כדוגמא

- ❖ באירלנד התאימו את המדיניות כך שהעברה לטיפול בסקטור הפרטי הותרה רק לחולים שהמתינו מעל שנה לתור במערכת הציבורית וכיום נקבעו תקופות של סף המתנה בתאם לשירות.
- ❖ בדנמרק, שוודיה ונורווגיה - המדינה נותנת זכות למטופל שעומד בקריטריונים לבחור במערכת פרטית באם תקופת ההמתנה עברה סף נתון. תופעת ה cream skimming עדיין אפשרית, אך מופחתת.

יש לזכור שבמערכת הציבורית רופאים אינם מתומרצים על פי מורכבות החולה, חומרת מחלתו או הצלחה בטיפול, אלא מקבלים שכר קבוע. במצב זה גם הרופאים העובדים במערכת הציבורית בלבד בעלי עניין להעביר חלק מהחולים למערכת הפרטית על מנת להקל הלחץ על המערכת הציבורית. אלה האחרונים בעלי עניין להעביר דווקא את החולים הקשים יותר, אלא שאין בידיהם מנגנון יעיל לבצע זאת.

שימוש במשאבי המערכת הציבורית לטובת המערכת הפרטית במודל העסקה כפולה:

במודל העסקה כפולה שבו הרופאים עובדים בבית החולים הציבורי אך גם בעלי זכויות לרפואה פרטית באותו מוסד מתאפשר שימוש במשאבי המערכת הציבורית לטובת הפרטית. שימוש זה יכול להתבטא ב [Egglestone, Ferrinho 2004, J Bir, Jan]:

1. שימוש בציוד רפואי ולא-רפואי
2. משאבי הסעה ונייד
3. שירותי משרד
4. שימוש בכ"א לא רפואי המועסק במערכת הפרטית.

איכות הטיפול במודל העסקה כפולה:

- ❖ הכוחות הפועלים ל- cream skimming של חולים קלים למערכת הפרטית יביאו גם לירידה באיכות הטיפול בכלל החולים.
 - ❖ איכות טיפול או שירות נמוכה נתפסת על ידי המטופלים כמניע לחפש חלופות בסקטור הפרטי [Jan, Gruen 2002]. חוקרים אלו מודאגים מהאפשרות של הפניה עצמית של רופאים מתוך המערכת הציבורית לפרטית.
 - ❖ חוסר תמריץ להשקעה באיכות המערכת הציבורית: חוקרים אחרים עוסקים בשאלה למה על רופאים עלו להשקיע באיכות בתוך מערכת ציבורית כשמוטל עיניו עומד היתרון הכלכלי של השקעה באיכות במערכת הפרטית [Biglaiser].
 - ❖ העלאת זמני ההמתנה: אם המתנה ארוכה לתור נחשבת לאיכות שרות נמוכה ראוי לבחון השפעת רופאים בהעסקה הכפולה על זמני המתנה, ואכן יש חוקרים שטוענים לתופעה – נמצא קשר חיובי בין ממוצע מספר החולים ליועץ הממתין 3 חודשים ויותר ובין ההשתכרות של רה"כ באנגליה, בכל סוגי היעוץ [Jan, Morris].
 - ❖ היעדר שוויון במערכת הציבורית: הפניית חולים ממערכת ציבורית לפרטית הכרוכה ומותנית ביכולת החולה לשלם היא כשלעצמה לא שוויונית ועל כן מפחיתת איכות. הצרכן תמיד ירוויח מהמצב שכן למרות מידע אסימטרי יטה לקבל את ההצעה למעבר לרפואה פרטית אם יוכל לשלם אותה, אחרת יישאר במערכת הציבורית [פתרון Nash].
 - ❖ המודל מניח שהצרכן לא ילחם על איכות הטיפול במערכת הציבורית כיוון שאינו משלם עליה באופן ישיר. הצרכן יצטרך להשתכנע שאיכות השירות החלופי, הפרטי, אכן טוב יותר מזה הציבורי.
- כך שמודל רופאים בהעסקה כפולה ישפיע על בחירת המטופלים לעבור למערכת פרטית גם ללא השפעה על איכות הרפואה הציבורית.
- אבל, כפי שנטען, רופאים אלו הנם בעלי מודעות לרווחים, יפעלו להעלאת האיכות במערכת הפרטית ולהפחתתה במערכת הציבורית.

קיימת טענה שבמודל רופאים בהעסקה כפול ישנה פגיעה באיכות הטיפול במערכת הציבורית בשל היעדרות מהעבודה וכאשר יש התנגשות בתכניות עבודה הרופאים יעדרו יותר מהמערכת הציבורית [WHO 2000, Ferrinho 2004]. מאידך הנתונים מראים שבמערכות ציבוריות של מדינות עם משאבי בריאות מוגבלים תופעת ההיעדרות של רופאים היא נפוצה ללא קשר להעסקה כפולה [Alcazar, Jaen, Giedion]. המחקרים קושרים היעדרות רופאים לחוסר שביעות רצון ממקום העבודה, לניהול גרוע ואי שביעות רצון מהמשכורת. ככלל, פיריון העבודה במערכות בריאות ציבורית נמוכה בהשוואה לזו בפרטית, בין השאר בשל הסכמים המגבילים את יכולת הניהול של ההנהלה את העובדים המאורגנים. לגבי מדינות עם כלכלה חזקה, העדויות להיעדרות מעבודה בקשר למודל רה"כ הן אנקדוטאליות.

פתרון הסדרת השתכרות

המגבלה בהצעה של הסדרת ההשתכרות היא הצורך בבקרה, שאינה פשוטה ארגונית ולא בהכרח זולה.

1. הסדרה אינה מונעת העלאת מחיר בסקטור הפרטי. בנוסף, הסדרת השתכרות במערכת הפרטית אינה מבטיחה שיפור איכות במערכת הציבורית. לכך נדרשת בקרה נוספת ועלויות, וכן החלטה על סנקציות במקרה והאיכות אינה מספקת. כל זה רלוונטי למודל רה"כ באותו מוסד.

2. באם המערכת הפרטית **נפרדת** מהציבורית יש להניח שההשתכרות הפרטית נקבעת ממילא על ידי היצע וביקוש ואין צורך בהסדרת ההשתכרות הבעייתית, ועל כן עדיפה [Delfgaauw].

בהפרדה בין המערכת הפרטית והציבורית יש יותר סיכוי שתיתן רפואה באיכות טובה לאנשים מעוטי אמצעים המטופלים במערכת הציבורית, שכן נמנעות רבות מהמניפולציות ע"י הרופאים. הרופאים הפרטיים יצטרכו לעמול יותר קשה כדי לתת יתרון איכות במערכת הפרטית יחסית למצב של רפואה בהעסקה כפולה משולבת באותו מוסד. במצב של מערכות שירות נפרדות האיכות האגרטיבית אמורה להיות גבוהה יותר מאשר כאשר רה"כ ניתן באותו מוסד.

זמני המתנה במודל ציבורי-שר"פי:

אין ספק שהמניע המרכזי לפניה לשירותי רפואה פרטיים הם זמני המתנה ארוכים לשירות במערכת הציבורית [Morga].

במערכת הבריטית שכר הרופאים אחיד ללא קשר לביצועי המערכת.

מנגנון ההשתכרות בבתי חולים אינו משוכלל, לא מותנה במכסות, נפח פעילות, זמני המתנה לשירות או במדדי איכות.

על פי המודלים אשר נבחנו באנגליה, במידה ובתי החולים יאפשרו רופאים בהעסקה כפולה במסגרתם, השכר לכלל הרופאים יצטרך לעלות על מנת להקטין את המעבר למודל המשולב;

אם הבונוסים עבור ביצועים במערכת הציבורית לא יהיו גבוהים מספיק הרי שהרופאים לא יהיו מעוניינים בהגברת פעילות ובצמצום משכי ההמתנה לניתוחים במערכת הציבורית.

מחקר בריטי אחר העוסק בהשפעת הסקטור הפרטי על זמני המתנה בסקטור הציבורי בהינתן שנפח הפעילות במערכת הציבורית קצובה [Iversen]. השרות הציבורי ניתן חינם, לעומת השרות הפרטי העולה כסף כמובן. על פי המודל: אם אין קיצוב על נפח השירות, הרי ששיעור הפניה לרפואה הפרטית הייתה נקבעת על פי משכי ההמתנה, עלות השרות הפרטי וגובה ההכנסה של הפרט; במצב שיש קיצוב על היקף הפעילות הרי שהפניה מושפעת, בנוסף, מכמות הממתינים לשירות בכל רגע נתון.

במודל רפואה בהכנסה קבועה משולבת, הרופאים יפעלו להארכת משכי ההמתנה במערכת הציבורית ובאופן זה למקסם את הדרישה לשירות פרטי. כמובן שרופאים אלו אינם מתוגמלים שונה במערכת הציבורית באם יעבדו בה פחות או יותר.

רפואה בהעסקה כפולה – היבטים נוספים:

קיימת טענה בספרות שאפשר רפואה בהכנסה כפולה בבית חולים ציבורי משמר את הרופאים הטובים בתוך המערכת הציבורית.

כנגדה טוענים כלכלני בריאות כי מדיניות זו נועדה למנוע מהרופאים במערכת הציבורית משכורות גבוהות יותר והפניית חלק מהרופאים למקורות השתכרות נוספת שלא ע"ח המדינה באופן ישיר. במילים אחרות המדינה בוחרת להתחרות בסקטור הפרטי. זו מדיניות האופיינית למערכות בריאות עניות. הצלחת המהלך תלויה ביכולת המדינה לתחום ולבקר את פעילות המערכת הכפולה, שאחרת היא תשלם את מחיר אי-האיכות במערכת הציבורית.

לעומת זאת, במדינות עשירות יותר, פערי שכר גבוהים בין המערכת הפרטית ובין התגמול לרה"כ במערכת הציבורית ימשיכו להוות גורם חשוב בהעדפת הרופאים הטובים את המערכת הפרטית שמחוץ למערכת הציבורית. יש לזכור שבחוו"ל רופאים לא מהססים מלעבור גבולות מדינה בניסיון לשפר השתכרות [מדנמרק לנוווגיה ושבדיה, מגרמניה ללוקסמבורג, וכיו"ב].

כאשר ממשלת יוון אסדרה את מודל הרפואה בהכנסה כפולה (שר"פ), בין 1982 ל 2002, ויתרו רופאים רבים על הרפואה הציבורית והעדיפו להישאר במערכת הפרטית בלבד [Garcia-Prado]. ניתן להסיק שמודל רה"כ לכשעצמו מעודד משמעותית את הרופאים במערכת הציבורית לעבור להעסקה כפולה ובהתאם מגדיל את ההוצאה הלאומית על הבריאות. לעלות החברתית שכרוכה במודל רה"כ יש להוסיף: 1. עלות הניהול 2. חשבונאות הכפולה 3. הבקרה ופיקוח על פעילותה אשר נחשבת למשמעותית למערכת.

כמעט ולא ניתן למצוא מערכת בריאות בה מאפשרים פעילות רה"כ ללא אסדרה, פיקוח ובקרה [Garcia-Prado].

למרות שכל הגורמים מדגישים את חשיבות האסדרה של רה"כ, ברוב המקומות אין פיקוח אפקטיבי והפרקטיקה חורגת מהמותנן: לדוגמה, באנגליה, בתקופה שמומחה במשרה מלאה בבית חולים היה מורשה עד 10% השתכרות פרטית, בדיקה של כל המומחים במדינה הראתה שההשתכרות בפועל הייתה 26% [Morris].

במדינות פחות מפותחות הפיקוח על היקפי הרפואה הפרטית הובילה לרפואה שחורה ולבריחת מוחות. מאידך, רה"כ באותו מוסד לא פותר את בעיית היציאה לרפואה פרטית שמניעה אי-קידום מקצועי מתאים או העדפת מקורבים וחוסר הוגנות בפיתוח מקצועי – נושאים שהבכירים רגישים אליהם.

אסדרה שאינה מלווה בפיקוח אפקטיבי ובסנקציות על חריגים אינה יעילה ולא תמנע רפואה עודפת, יקרה ותוך פגיעה באיכות הטיפול. הגבלה על תקרת השתכרות המומחים או על נפח הפעילות המותרת חייבת להיות מלווה במנגנון בקרה ורשימת סנקציות על החורגים. החלופה של מתן בונוס לרופאי המערכת הציבורית עבור אקסקלוסיביות [full timers] הינה יקרה ליישום [בפועל יתנו בונוסים גם למומחים שאינם מתכוונים לצאת לרפואה פרטית, או שהיקפה קטן ממילא, וכן חלק מהרופאים ימצאו עיסוקים נוספים מחוץ למערכת]. רה"כ בתוך המוסדות הציבוריים ינצלו משאבים ציבוריים וכ"א ציבורי למטרות פרטיות גם אם הפעילות תהיה מעבר לשעות העבודה הרגילות.

לסיכום, רוב הספרות מציינת פגמים והיבטים שליליים של רה"כ. זו ספרות צעירה יחסית המבוססת על דוגמאות מקומיות ומידת הגמישות של אופני העסקה הפתוחים בפני הרופא בכל מדינה. החששות מפני פגיעה באיכות הטיפול במעבר למערכת רה"כ מניחות שהרופא פועל רציונלית ומונחה-רווח באופן גורף. החשש מפגיעה באיכות הטיפול מתקשה להבחין בין שיקולי רווח ובין סלידתם ממקום העבודה הציבורי באופן כללי, מחוסר שביעות הרצון מקידום מקצועי לקוי, חוסר או אי-אכיפה של סטנדרטים טובים של ניהול או בקרת איכות השירות ותוצאותיו, וכיו"ב.

בנוסף, בהתייחס לחשש מפגיעת רה"כ באיכות הטיפול במערכת הציבורית במטרה לכוון החולים למערכת הפרטית – יש לשאול מה ההיגיון בהנחה שהציבור יבחר להישאר במערכת הציבורית כדי לקבל טיפול פרטי כשמוצעות לו חלופות פרטיות מחוץ למערכת הציבורית, על נהליה, רמת האכסניה ואופני השירות הקיימים בה. האם הציבור יסכים לשלם עבור הטיפול במערכת הציבורית רק בשל שינוי המפגש עם הרופא, שעתה הוא פועל ב"מסגרת פרטית"? ככלל, המחקרים לעיל עוסקים

יותר במודל מהזווית של הספקים ופחות מזו של הצרכנים. על כן מדברים על מנגנוני supplier induced demand כגון הארכת תורים, רפואה עודפת, cream skimming ואדישות לאיכות לקויה במערכת הציבורית.

כמוכן, קיימת שאלה לגבי מניעי הרופאים לעבוד במודל רה"כ משולב. באיזו מידה המניעים הינם כלכליים-רציונליים ובאיזו מידה השיקולים אישיים, פרופסיונליים, ורחבים יותר? המחקרים מניחים שהגורמים מורכבים ולא רק כלכליים.

לבסוף, בקרה על הפעילות הפרטית בבית חולים ומחוץ לה אינה עניין פשוט וכך גם ניגוד העניינים שבין המעסיקים או הרגולטור והרופאים. כאשר מבנה מערכת הבריאות מעודד רפואה פרטית, או כאשר המערכת הציבורית חלשה באופן בולט, קשה להניח שאיזשהו מהלך רגולטורי יצליח לבלום את הצריכה הפרטית.

- **Alcázar** L, Andrade R. Induced demand and absenteeism in Peruvian hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD, editors. Diagnosis Corruption.
- **Amirault** T. Characteristics of multiple jobholders, 1995. Monthly Labor Review 1997;120:9-15.
- **Averett** SL. Moonlighting: multiple motives and gender differences. Applied Economics 2001;33:1391-1410.
- **Bennett** N, Phillips Carson P, Carson KD, Blum TC. A comparison of traditional and atypical workers: demographic, behavioral and attitudinal differences. Journal of Business and Psychology 1994;8:467-474.
- **Biglaiser** G, Ma CA. Moonlighting: public service and private practice. RAND Journal of Economics 2007;38:1113-1133.
- **Bir** A, Eggleston K. Physician dual practice: access enhancement or demand inducement? Tufts University, Working Paper; 2003.
- **Blomqvist** A. The doctor as a double agent: information asymmetry, health insurance, and medical care. Journal of Health Economics 1991;10:411-432.
- **Brekke** K, Sørsgard L. Public versus private health care in a national health service. Health Economics 2007;16:579-601.
- **Conway** K, Kimmel J. Male labor supply estimates and the decision to moonlight. Labour Economics 1998;5:135-166.
- **Cullis** J, Jones P. National health service waiting lists. Journal of Health Economics 1985;4:119-135.
- **Cullis** J, Jones P. Waiting lists and medical treatment: analysis and policies. In: Culyer A, Newhouse J, editors. Handbook of Health Economics, Vol. 1. Elsevier; 2000. p.1201-1250.
- **Delfgaauw** J. Dedicated doctors: Public and private provision of health care with altruistic physicians. Tinbergen Institute Discussion Paper TI 2007-010/1; 2007.
- **Eggleston** K, Bir A. Physician dual practice. Health Policy 2006;78:157-66.
- **Ellis** RP, McGuire TG. Provider behavior under prospective reimbursement: cost-sharing and supply. Journal of Health Economics 1986;5:129-151
- **Ellis** RP. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. Journal of Health Economics 1998;17:537-555.

- **Ellis** RP, McGuire TG. Optimal payment system for health services. Journal of Health Economics 1990;9:375-396.
- **Ellis** RP, McGuire TG. Supply-side and demand-side cost sharing in health care. Journal of Economic Perspectives 1993;7b:135-151.
- **Ferrinho** P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health care sector: review of evidence. Human Resources for Health 2004;2.
- **Gal-Or** E. Optimal reimbursement and malpractice sharing rules in health care markets. Journal of Regulatory Economics 1999;16:237-265.
- **García-Prado** A, González P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. Health Policy 2007;84:142-152.
- **Giedion** U, Morales LG, Acosta OL. The impact of health reforms on irregularities in Bogota hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD, editors. Diagnosis Corruption. Fraud in Latin America's Public Hospitals. Inter-American Development Bank; 2001. p.163-198.
- **González** P. On a policy of transferring public patients to private practice. Health Economics 2005;14:513-27.
- **Gruen** R, Anwar R, Begum T, Killingsworth JR, Normand C. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. Social Science & Medicine 2002;54:267-279.
- **Humphrey** C, Russell J. Motivation and values of hospital consultants in south-east England who work in the National Health Service and do private practice. Social Science & Medicine 2004;59:1241-1250.
- **Iversen** T. The effect of a private sector on the waiting time in a National Health Service. Journal of Health Economics 1997;16:381-396.
- **Jan** S, Bian Y, Jumpa M, Meng Q, Nyazema N, Prakongsai P, Mills A. Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? Bulletin of the World Health Organization 2005;83:771-776.
- **Jaén** MH, Paravisini D. Wages, capture and penalties in Venezuela's public hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD, editors. Diagnosis Corruption. Fraud in Latin America's Public Hospitals. Inter-American Development Bank; 2001. p.57-94.
- **Jamal** M, Crawford RL. Consequences of extended work hours: a comparison of moonlighters, overtimers, and modal employees. Human Resource Management 1981;20:18-23.
- **Jamal** M. How much do we really know about moonlighters? Public Personnel Management 1992;21:65-73.

- **Jumpa** M, Jan S, Mills A. The role of regulation in influencing income-generating activities among public sector doctors in Peru. Human Resources for Health 2007;5.
- **Kimmel** J, Conway KS. Who moonlights and why? Evidence from SIPP. WE Upjohn Institute for Employment Research, Working Paper 95-40; 1995.
- **Lundborg** P. Job amenity and the incidence of double work. Journal of Economic Behavior and Organization 1995;26:273-287.
- **Macq** J, Ferrinho P, De Brouwere V, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: Between ethics of the civil servant and the need for moonlighting: Managing and moonlighting. Human Resources for Health Development Journal 2001;5:17-24.
- **Martinussen** PE, Hagen TP. Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway. Health Economics, Policy and Law 2009;4:139-158.
- **McGuire** A, Hughes D. The Economics of the hospital: issues of asymmetry and uncertainty as they affect hospital reimbursement. In: Scott A, Maynard A, Elliot R, editors. Advances in Health Economics. Wiley; 2003. p.121-141.
- **McGuire** T. Physician agency. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of Health Economics, Vol. 1. Elsevier; 2000. p.461-536.
- **Morris** S, Elliott B, Ma A, McConnachie A, Rice N, Skatun D, Sutton M. Analysis of consultants NHS and private incomes in England in 2003/4. Journal of the Royal Society of Medicine 2008;101:372-380.
- **Newhouse** J. Health plans and health providers: efficiency in production versus selection. Journal of Economic Literature 1996;34:1236-1263.
- **Pratt** JW, Zeckhauser RJ. Principals and agents: the structure of business. Harvard Business Ellis RP, McGuire TG. Supply-side and demand-side cost sharing in health care. Journal of Economic Perspectives 1993;7:135-151.
- **Rickman** N, McGuire A. Regulating providers' reimbursement in a mixed market for health care. Scottish Journal of Political Economy 1999;46.1:53-71.
- **World** Health Organization. The effects of economic and policy incentives on provider practice. Geneva. 2000.