مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۵، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶: ۲۰-۳۴

● **مقاله تحقیقی** **کد مقاله: ۰۲**

اشتغال همزمان کارکنان سلامت در بخش های دولتی و غیردولتی و پیامدهای این پدیده

دکتر مقری جواد ۱*
دکتر اکبری‌ساری علی ۲
دکتر عرب محمد ۳
دکتر رشیدیان آرش ۲

۱- استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۲- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* **نشانی نویسنده مسؤول:** مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت

تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۱۵۱۱۵

نشانی الکترونیکی:
Moghrij@mums.ac.ir

چکیده

زمینه: نظر به اهمیت آگاهی از پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان و بویژه پزشکان در مباحث سیاستگذاری نظام سلامت، در این مطالعه سعی داریم برای نخستین بار از طریق مرور نظام مند شواهد موجود در این خصوص را شناسایی و تحلیل نماییم.
روش کار: جستجوی منابع در پایگاه های الکترونیکی معتبر، موتورهای جستجوگر، وب سایت های تخصصی، و لیست منابع مطالعات موجود انجام شد. معیارهای ورود در نظر گرفته شده نیز شامل مطالعاتی بود که با یکی از روش های علمی محکم و قابل اتکای شناخته شده به انجام رسیده باشد.
یافته‌ها: نتایج جستجوهای ما در مجموع ۳۲۴۲ عنوان را پیدا کرد، که پس از بررسی در مراحل مختلف هیچیک از آن ها با توجه به معیارهای ورودی انتخابی به عنوان مطالعات علمی قابل اتکا شناسایی نشدند. پس از مشخص شدن عدم وجود مطالعات با کیفیت بالا در این حیطه، دانش موجود در این زمینه از دو منظر دسته بندی، و در نهایت تحلیل گردید.
نتیجه‌گیری: یافته های این مطالعه نشان داد که هیچ شواهد متقن و قابل اتکایی در خصوص پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت وجود نداشته و اغلب مطالعات موجود نیز برای پیش گویی پیامدهای مذکور به روش های تئوریکی متکی بوده اند که مفروضات اساسی آن ها در متون بالادستی نقض شده است. علاوه بر این، یافته ها حاکی از آن بود که پیامدهای این پدیده وابسته به شرایط و بستر مورد نظر بوده، و ممکن است از نظامی به نظام دیگر متفاوت و بعضاً متضاد باشد.

واژگان کلیدی: اشتغال دوگانه، کارکنان سلامت، پزشکان، پیامدها، آثار، عواقب

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۰/۲۰ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۶/۳/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۳/۱۶

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

مقدمه

امروزه بخش خصوصی نقشی مهم در ارائه خدمات سلامت در کنار بخش دولتی ایفا می‌نماید. مشارکت بخش خصوصی در ارائه مراقبت سلامت در کشورهای مختلف متفاوت بوده و گستره‌ای از ۱۴ درصد در تایلند، تا ۷۰ درصد در زیمبابوه را شامل می‌شود [۱]. رشد بی‌ضابطه بخش خصوصی، محدودیت منابع انسانی، حقوق و دستمزدهای پایین در بخش دولتی و شرایط کاری نامناسب در این بخش، فرصت جذابی برای فعالیت خصوصی کارکنان سلامت شاغل در مراکز دولتی به منظور تأمین نیازها و انتظارات تأمین نشده ایشان در محل کار اصلیشان ایجاد نموده است [۱, ۲]. هم اکنون فعالیت همزمان کارکنان سلامت به شکل عام و بالاخص پزشکان در بخش‌های دولتی و خصوصی در بسیاری از کشورها امری رایج شده است [۵-۳]. این پدیده که با عنوان فعالیت (طبابت) دوگانه[۱] از آن یاد می شود در اغلب کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه نظیر بریتانیا، استرالیا، چین، پرو، زامبیا و ... رواج داشته و از اوایل هزاره جدید نظر محققین و پژوهشگران جدید را به خود معطوف داشته است.

اگرچه بسیاری از اقتصاددانان سلامت و سایر صاحب‌نظران معتقدند اشتغال همزمان کارکنان سلامت و به ویژه پزشکان در کشورهای مختلف هم پیامدهای منفی و هم پیامدهای مثبتی را در پی دارد، مباحث مربوط به آثار منفی این پدیده بیشتر در ادبیات مربوطه به چشم می‌خورد [۵, ۶].

در باب پیامدهای مثبت فعالیت دوگانه برخی از صاحب‌نظران با این استدلال که اجازه به اشتغال همزمان می‌تواند سبب بالا رفتن درآمد کارمندان شده و با توجه به حقوق پایین بخش دولتی به دولت‌ها در جهت جذب و حفظ پرسنل مورد نیاز در مراکز مربوطه یاری نماید، به این پدیده به سان یک فرصت نگاه می‌کنند. ایشان معتقدند دولت با قانونی شمردن فعالیت خصوصی افراد می‌تواند بدون نیاز به بار مالی بیشتر در جهت جذب و نگهداشت افراد در مراکز دولتی حتی در مناطق محروم و دورافتاده زمینه‌های افزایش دسترسی به خدمات را در این نقاط فراهم آورد [۱, ۷, ۸]. گروهی دیگر بر این باورند که فعالیت مستخدمین دولتی در بخش خصوصی باعث بالا رفتن دانش و مهارت این افراد شده، و می‌تواند بر کیفیت خدمات کارمندان مزبور در بخش دولتی نیز اثر مثبت داشته باشد [۷]. گروهی نیز بر این باورند که دوشغله بودن افراد باعث ایجاد انگیزه در ایشان برای بالا بردن کیفیت کار در بخش دولتی به منظور جذب بیماران برای فعالیت خصوصی شده و از این حیث بخش نخست را بهره‌مند می‌سازند [۷]. در نهایت عده‌ای دیگر از کارشناسان معتقدند افراد دوشغله با توجه به انگیزه‌ای که در جهت ارجاع بیماران ثروتمند به محل کار خصوصی خویش دارند، از طریق سازوکاری که «تبعیض قیمتی[۲]» نامیده می‌شود، به افزایش دسترسی نیازمندان به خدمات در بخش دولتی و کوتاه شدن زمان انتظار در این بخش کمک می‌کنند [۷].

از سوی دیگر مخالفان فعالیت همزمان کارکنان سلامت معتقدند، به علت تعارض منافعی که در دوشغله‌ها برای کار در بخش دولتی و خصوصی وجود دارد، انگیزه‌ای در جهت کاهش کیفیت و کمیت کاری این افراد در بخش نخست به وجود می‌آید تا تمایل بیماران برای دریافت خدمات در بخش خصوصی را افزایش دهد [۱, ۵, ۶, ۹, ۱۰]. مشکل دیگری که در ارتباط با اشتغال همزمان بدان اشاره می‌شود مسئله محدودیت زمان افراد و اصطلاحاً «رقابت برای زمان[۳]» می‌باشد. طرفداران این نظریه معتقدند با توجه به اینکه هر فردی با محدودیت زمانی روبه‌رو می‌باشد، افرادی که به شغل ثانوی اشتغال دارند ناگزیر خواهند بود تا ساعات حضور مؤثر خود در شغل نخست را کاهش داده و از این طریق بر دسترسی بیماران به خدمات در بخش دولتی تأثیر منفی بگذارند [۱, ۳, ۱۱]. مورد دیگری که در قالب مضرّات دوشغله بودن افراد از آن یاد می‌شود، استفاده غیر قانونی از منابع بخش دولتی نظیر داروها، تجهیزات، وسایط نقلیه، نیروی انسانی، و ... به منظور منافع شخصی و خصوصی افراد می‌باشد [۱]. در نهایت عده‌ای از صاحب‌نظران نیز بر این باورند که دوشغله‌ها بیماران ثروتمند یا کم هزینه‌تر را از بخش دولتی به محل کار خصوصی خویش ارجاع می‌دهند، و یا با تجویز خدمات غیر ضرور و القای تقاضا هزینه‌ای اضافی بر بیمار تحمیل می‌نمایند [۵, ۹, ۱۲, ۱۳].

انعکاس عدم وجود توافق نظر عمومی در مورد پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت را می‌توان در نحوه برخورد متفاوت کشورهای مختلف با این پدیده مشاهده نمود [۶]. این مداخلات و سیاست‌های متنوع طیفی از غیرقانونی شمردن اشتغال همزمان تمامی کارکنان سلامت (به ویژه پزشکان) در یک سو، تا اجازه به این کار بدون هیچ‌گونه محدودیت در سوی دیگر را به خود اختصاص می‌دهد [۱۴].

۱- Dual practice

۲- Price discrimination

۳- Competition for time

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ در بولتین سازمان جهانی بهداشت به چاپ رسید، نشـــان داد که دومین اولویت پژوهشی مهم در حیطه مدیریت منابع انســـانی بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه و کم‌تر توســـعه یافته تحقیق در مورد پیامدهای اشـــتغال دوگانه و چندگانـــه کارکنان این بخش می‌باشـــد [۱۵]. مطالعه پیشـــگفت مبین این حقیقت اســـت که سیاســـتگذاران و مسئولین سلامت در کشـــورهای مختلف به منظور طراحی مداخلات و سیاســـت‌های مناســـب برای مدیریت اشـــتغال همزمان کارکنان سلامت نیاز به شواهد علمی متقن در زمینه پیامدهای واقعی این پدیده دارند.

نکتـــه قابل توجه و جالب اینکه علیرغـــم اهمیت موضوع، تا کنون هیچ مطالعه‌ای به شکل نظام‌مند به بررسی آثار و پیامدهای اشتغال همزمان در میان کارکنان سلامت نپرداخته است. مطالعه حاضر به روش نظام‌مند به بررســـی شواهد موجود در این زمینه می‌پردازد، و ســـعی دارد که مطالعات کنونی در ایـــن حیطه را مورد ارزیابی قرار داده تا مستندات قابل اتکا و از نظر علمی معتبر را شناسایی کند.

روش کار

طراحی مطالعه

به منظور ارزیابـــی آثار و پیامدهای اشـــتغال همزمان کارکنان در بخش سلامت از روش مرور نظام‌مند متون[۴] استفاده شد.

راهبرد جستجو

پایگاه‌های الکترونیک مدلایـــن[۵]، امبیس[۶]، و کاکرین لایبرری[۷] در فاصله زمانی آوریل تا می ســـال ۲۰۱۴ میلادی مورد جستجو قرار گرفتند. با توجه به ماهیت نســـبتاً تازه موضوع در بخش ســـلامت، جســـتجوهای ما محدود به مطالعاتی شد که از فوریه ۱۹۹۰ تا می ۲۰۱۴ به چاپ رســـیده بودند. راهبرد پژوهـــش انتخابی به منظور اطمینان از حساســـیت در یافتن مطالعـــات مرتبط با موضوع، مورد آزمایـــش واقع شـــد و در صورت نیاز اصلاحـــات لازم بر روی آن صورت پذیرفـــت. همچنین در راســـتای یافتن تمامـــی مطالعات مربوطه، تصمیم بر آن شد تا از فیلترهایی که جستجو را محدود به مواردی از قبیل طراحی‌های خاص مطالعاتی و ... می‌کند، استفاده نشود. در نهایت ســـاختار و فرمت عمومی برای راهبرد جستجوی نهایی در برگیرنده «واژه‌های مرتبط با دوال پرکتیس»، «واژه‌های مرتبط با حِرَف مهم بخش ســـلامت»، و «واژه‌های مرتبط با آثار و پیامدهای اشـــتغال همزمان کارکنان سلامت» بود. راهبرد جستجو برای اســـتفاده در مدلاین (دسترســـی از طریق پاب مد[۸]) طراحی گردید، و ســـپس به منظور استفاده در ســـایر پایگاه‌ها با استفاده از واژگان کنترل مقتضی مورد استفاده قرار گرفت.

عـــلاوه بر این به منظور اطمینان از حصول تمامی مطالعات مرتبط جستجوهای ما به شـــکل هدفمند در موتورهای جستجوگر گوگل و گوگل اســـکولار، و همچنین وب سایت‌های سازمانی مثل بانک جهانی، ســـازمان جهانی بهداشـــت، مرکز جهانی منابع انســـانی ســـلامت[۹]، و مجله آنلاین منابع انسانی سلامت[۱۰] نیز انجام شد. در کنار این موارد لیســـت منابع مقالات مرتبط نیز با هدف هر چه کم تر کردن احتمال از دســـت دادن مطالعات مربوط به موضوع مورد کاوش و بررسی قرار گرفت.

معیارهای ورود

با توجه به نیاز به یافتن شواهد علمی قابل اتکا، در این پژوهش تنها مطالعاتی که آثار و پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی را مورد بررســـی قرار داده و با یکی از روش‌های کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل[۱۱]، کارآزمایی بالینـــی غیر تصادفی با گروه کنتـــرل[۱۲]، مطالعات قبل و بعد همراه با گروه کنترل[۱۳]، و ســـری زمانی منقطع[۱۴] به انجام رســـیده بودند، برای ورود به مطالعه و ارزیابی بیشتر مناسب تشخیص داده شدند. همچنیـــن به دلایلی همچون محدودیت‌هـــای زمانی و مالی، تنها مطالعاتی که به زبان فارســـی و انگلیسی به چاپ رسیده بودند وارد مطالعه شدند.

فرآیند گزینش مطالعات، استخراج و تحلیل داده‌ها

نتایج جســـتجوهای ما در نرم افزار Endnote X۴ وارد شد. در ابتدا یکی از نویســـندگان (ج.م) تمامی عناوین و سپس چکیده‌ها را به منظور حذف موارد غیر مرتبط بررســـی نمود. پس از این مرحله،

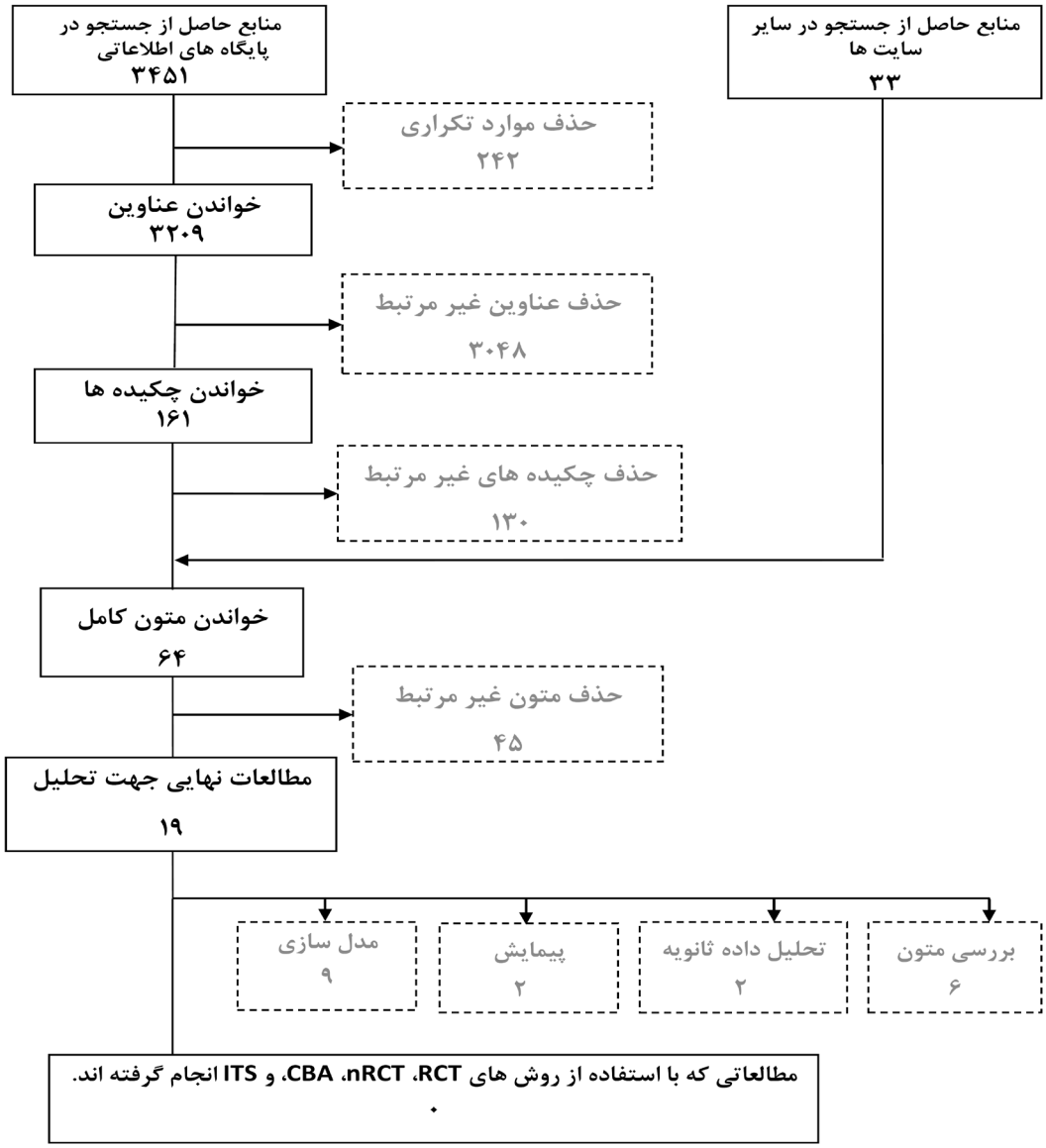
۴- Systematic review
۵- Medline
۶- Embase
۷- The Cochrane library
۸- Pubmed
۹- www.hrhresources.org
۱۰- www.human-resources-health.com
۱۱- Randomized Control Trial (RCT)
۱۲- non Randomized Control Trial (nRCT)
۱۳- Controlled Before and After studies
۱۴- Interrupted Time Series

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

متون کامل مطالعات باقیمانده تهیه، و دو نفر از نویسندگان (ج.م، و ع.ا.س) به شـکل مستقل و جداگانه این متون را مورد ارزیابی قرار دادنـد. در موارد بروز عدم توافـق، از طریق بحث دو نفره و اجماع نهایـی نتیجه واحدی اتخاذ می‌گردیـد. در نهایت (ج.م) داده‌های مورد نیاز را از مطالعات مرتبط اسـتخراج، و (ع.ا.س) کامل بودن و درستی فرآیند استخراج را مورد ارزیابی قرار می‌داد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از جسـتجوی الکترونیـک در پایگاه‌های اطلاعاتی در مرحله نخسـت ۳۴۵۱ سـند را نشـان داد. پس از حذف موارد تکراری، ۳۲۰۹ عنوان مورد بررسـی قرار گرفـت که از این تعداد ۳۰۴۸ مورد به علت عـدم ارتباط به موضوع حذف گردید. از ۱۶۱ مطالعه باقیمانده نیز پس از بررسـی چکیـده ۱۳۰ مورد به دلایل فوق‌الذکر حـذف گردید. پس از اضافه نمودن ۳۳ مطالعه دیگر که از جستجوهای هدفمند در موتورهای جستجوگر و وب سایت‌های مربوطه استخراج شده بود، در مجموع ۶۴ مطالعه به دست آمد. در مرحله آخر نیز متن کامل مربوط به این مطالعه‌ها اسـتخراج شده و بررسـی‌های لازم بر روی آن‌ها صورت گرفت. بررسی متون کامل نشـان داد که از این تعداد تنها ۱۹ مطالعه به بررسـی پیامدهای اشتغال همزمان در بخش سلامت پرداخته بودند. از این ۱۹ مطالعه نیز با توجه به معیارهای ورود در نظر گرفته شـده هیچ مطالعه‌ای امکان ورود به مرحله تحلیل را نداشت (شکل ۱).



شکل ۱- فلوچارت نحوه استخراج مطالعات مرتبط با مرحله مرور نظام مند

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

ارزیابی کیفی و بررسی ریسک سوگرایی (تورش) در مطالعات ورودی

در ابتدای کار بنا بر این بود که کیفیت مطالعات ورودی با استفاده از چک لیست هایی که EPOC[۱۵] برای ارزیابی ریسک سوگرایی در مطالعات RCT،nRCT،CBA و ITS طراحی نموده بررسی شود. این چک لیست‌ها در بسیاری از مطالعات مروری برای بررسی ریسک سوگرایی در مطالعاتی با روش‌های خاص مورد استفاده قرار می‌گیرند. با توجه به اینکه هیچ مطالعه‌ای مبتنی بر معیارهای ورود این پژوهش نبود، کاربرد چک لیست مزبور در این پژوهش منتفی گردید. با این وجود کیفیت ۱۹ مطالعه‌ای که به عنوان مطالعه‌های مرتبط در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند، با استفاده از ابزاری ساده که توسط تیم پژوهش طراحی شده بود ارزیابی گردید. این ابزار مبتنی بر سؤالاتی در مورد روش انجام مطالعات، نمونه پژوهش، فرآیند گردآوری داده‌ها، فرآیند تحلیل داده‌ها، و برخی سؤالات دیگر بود. نتایج حاصل از ارزیابی این مطالعات نشان داد که تقریباً تمامی این مطالعات تا حدودی در معرض سوگرایی‌های بالقوه هستند. برای مثال در تمامی مطالعاتی که از روش مدل‌سازی اقتصادی برای پیشگویی پیامدهای اشتغال همزمان بهره برده بودند، محققین از پیش فرض‌هایی استفاده کرده بوند که مخصوص به بازارها و شرایطی خاص بوده، و یا در متون بالادستی مورد مناقشه می‌باشد [۵]. همچنین چشم‌پوشی از تفاوت‌های فردی دوشغله‌ها و تک شغله‌ها و عدم توجه به شرایط نامناسب بخش دولتی در به وجود آوردن برخی از مشکلات در مرحله تحلیل باعث به وجود آمدن دسته دیگری از سوگرایی‌های بالقوه در مطالعات مرتبط با پیامدهای اشتغال همزمان در بخش سلامت شده است.

۱۵- Effective Practice and Organization of Care (EPOC) group

جدول ۱- لیست مطالعات مرتبط

نویسنده (سال)	روش	فضا و بستر مرتبط	مهمترین یافته‌ها
باروش (۲۰۰۵) (۱۶)	مدل سازی	HICs*	۱- پزشکان لزوماً نمی توانند کیس های دارای بیماری خفیف تر را به بخش خصوصی ارجاع دهند (به این علت که معمولاً بیمارانی که بیماریشان شدیدتر است تمایل به استفاده از خدمات بخش خصوصی و پرداخت هزینه های مرتبط را دارند.
بیگلیسر (۲۰۰۷) (۱۰)	مدل سازی	HICs	۱- اجازه به اشتغال همزمان همیشه رفاه کلی مصرف کننده را افزایش می دهد، اما موازنه کیفیت خدمات دولتی ممکن است افزایش یا کاهش یابد. ۲- اشتغال همزمان کنترل نشده ممکن است در نتیجه واکنش های رفتاری منفی منجر به کاهش رفاه مصرف کننده شود، چرا که ممکن است دوشغله ها بیش تر از کار خود بزنند، و به دنبال آن تک شغله ها نیز در پی تجدید نظر در رفتار خود برآیند.
بیر (۲۰۰۳) (۱۳)	مدل سازی	LMICs*	۱- بخش دولتی می توانند بدون نیاز به افزایش حقوق پزشکان از مشارکت ایشان بهره ببرد، چرا که اجازه به اشتغال همزمان پزشکان به مثابه یکی از مزایای غیر مالی کار در بخش دولتی تلقی شده و از این مجرا امکان کسب درآمد از فعالیت خصوصی نیز برایشان فراهم می گردد. ۲- چنانچه دوشغله ها به شکل متمایزی بیماران پردرآمدتر را به بخش خصوصی ارجاع دهند، خدمات دولتی بیش تر فقرا را تحت پوشش قرار خواهد داد.
برِک (۲۰۰۶) (۱۷)	مدل سازی	HICs	۱- اجازه به اشتغال همزمان باعث کاهش عرضه خدمات در بخش دولتی شده، و منجر به پایین آمدن سطح کلی ارائه خدمت نیز می گردد.
گونزالز (۲۰۰۴) (۱۸)	مدل سازی	HICs و LMICs	۱- پزشکان زمانی که به فعالیت دولتی خود به سان ابزاری برای کسب اعتبار برای کار خصوصیشان نگاه می کنند، تمایل به ارائه بیش از حد خدمات در بخش دولتی خواهند داشت. ۲- اشتغال همزمان پزشکان بسته به سیاست درمانی بخش سلامت می تواند هم باعث ازایش رفاه و هم کاهش آن شود (چنانچه هدف تحدید هزینه ها باشد، اشتغال همزمان اثرات منفی بر رفاه خواهد داشت. اما چنانچه سیاست به حداقل رساندن آسیب های سلامت و بهبود ارائه خدمات باشد اثر اشتغال همزمان مثبت خواهد بود.
گونزالز (۲۰۰۵) (۱۹)	مدل سازی	HICs و LMICs	۱- زمانیکه پزشکان به اشتغال همزمان بپردازند مشکل دستچین نمودن بیماران روی می دهد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

آیورسن (۱۹۹۷) (۲۰)	مدل سازی	HICs	۱- بدون وجود سهمیه بندی در پذیرش بیماران بخش دولتی، چنانچه تقاضا برای دریافت خدمات از بخش دولتی با توجه به میزان این صفوف کشش پذیر باشد وجود فعالیت خصوصی می تواند منجر به افزایش زمان انتظار بیماران شود . چنانچه سهمیه بندی وجود نداشته باشد، اجازه به اشتغال همزمان پزشکان باعث افزایش زمان انتظار بیماران در بخش دولتی خواهد شد.
جیوی (۲۰۱۰) (۲۱)	مدل سازی	LMICs	۱- اجازه به اشتغال همزمان می تواند منجر به بهبود رفاه از طریق افزایش کارایی به دو شکل شود: نخست اینکه تخصیص منابع در بخش دولتی کاراتر می شود؛ دوم اینکه اجازه به اشتغال همزمان باعث صرفه جویی ناشی از عدم نیاز به افزایش حقوق کارکنان بخش دولتی می شود. ۲- چنانچه پزشکان اجازه به اشتغال همزمان داشته باشند، امکان ارجاع بیماران ثروتمندتر و یا دارای بیماری خفیف تر به بخش خصوصی زیاد تر خواهد بود. حال آن که بیماران کم درآمد و بیماران دارای بیماری پیچیده و حاد به احتمال بیش تر در بخش دولتی معالجه خواهند شد. بنابراین می توان به اشتغال همزمان به عنوان ابزاری برای دسته بندی بیماران نیز نگاه کرد.
مورگا (۲۰۰۱) (۲۲)	مدل سازی	HICs	۱- وجود رفتار خودخواهانه در دوشغله ها منجر به موارد زیر خواهد شد: الف: کاهش تعدا د مطلوب بیمارانی که بعنوان کیس های الکتیو در ان اچ اس درمان می شوند. ب: افزایش زمان انتظار در بخش دولتی ج: افزایش هزینه های سلامت
هانوُراوُنگچای (۲۰۰۰) (۲۳)	پیمایش	LMICs	۱- اشتغال همزمان می تواند باعث کاهش اعتماد مردم به خدمات زایمانی در بخش دولتی شده، و استفاده از خدمات بخش دولتی را رواج دهد. ۲- فعالیت خصوصی پزشکان شاغل در بخش دولتی بخصوص زمانی که پزشکان احساس کنند مجبور به ارائه شخصی خدمات زایمان هستند، می تواند منجر به افزایش سزارین های غیر ضروری گردد (به علت اینکه پزشکان دوست ندارند از زمان فراغت و استراحت خود بزنند) .
سوشا (۲۰۱۱) (۲۴)	پیمایش	HICs	۱- یافته ها هیچ رابطه معنی داری بین اشتغال همزمان و ساعات کار در بیمارستان دولتی، مشارکت در کارهای داوطلبانه یا فعالیت هایی که ممکن است در تعارض با ساعات کار خصوصی شود، و همچنین تمایل برای کار پاره وقت نشان نداد. ۲- یافته ها از این فرضیه که پزشکان تک شغله نسبت به دوشغله ها تعهد بالاتری دارند و داوطلبانه کار بیش تری در بخش دولتی انجام می دهند، حمایت نکرد.
بلور (۲۰۰۴) (۲۵)	تحلیل داده ثانویه	HICs	۱- میزان فعالیت متخصصینی که قرارداد حداکثر پاره وقتی داشتند به طور معناداری از همکاران تمام وقتشان بیش تر بود.
جوهانسن (۲۰۱۴) (۲۶)	تحلیل داده ثانویه	HICs	۱- کل ساعات کاری دوشغله ها و تک شغله ها در بخش دولتی مشابه یکدیگر بود (در وظایف مختلفی نظیر ساعات کاری مقرر، آنکال ها، و اضافه کاری)؛ با این وجود اشتغال همزمان در برخی از تخصص ها که درآمد حاصل از فعالیت خصوصی در آن ها بیش تر بود، باعث کاهش زمان کار در بخش دولتی شده بود.
اگلستون (۲۰۰۶) (۲۷)	بررسی متون	LMICs	۱- تمامی نظریه ها تا به امروز حاکی از آن بوده اند که تأثیر اشتغال همزمان بر کیفیت خدمات بخش دولتی مبهم می باشد. ۲- موازنه اجتماعی بین منافع و هزینه های اشتغال همزمان به کیفیت سازوکارهای قراردادی هر کشور بستگی دارد. ۳- اجازه به اشتغال همزمان می تواند تحت شرایطی خاص منجر به بهبود رفاه جامعه و کیفیت خدمات در بخش دولتی شود. ۴- شواهد موجود از تصور رایج مبنی بر تعهد و مشارکت بیش تر تک شغله ها در ارائه خدمات در بخش دولتی نسبت به همتایان دوشغله شان حمایت نمی کند.
فرینیو (۲۰۰۴) (۱)	بررسی متون	LMICs	۱- پیامدهای منفی اشتغال همزمان عبارتند از رفتار صیادگونه (ترجیح منافع شخصی به تمایلات دیگران)، تعارض منافع (کاهش کیفیت در بخش دولتی برای افزایش جذابیت بخش خصوصی)، فرار مغزها (به دیگر کشورها، به بخش خصوصی، و یا از روستا به شهر)، رقابت برای زمان و محدودیت دسترسی، خروج منابع از بخش دولتی و فساد در این بخش (استفاده غیر قانونی از منابع دولتی برای بیماران خصوصی). ۲- پیامدهای مثبت اشتغال همزمان عبارتند از امکان بهره مندی از درآمد اضافه، و افزایش رضایتمندی شاغلین.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

هیپگریو (۲۰۱۴) (۲۸)	بررسی متون	LMICs	۱- کمبود اطلاعات حاصل از مطالعات کشوری، تمایل مطالعات مروری به تکیه بر داده های ثانویه، و تغییرات سریع در شرایط و فضای کشورهای جنوب شرق آسیا، نتیجه گیری صریح و مطمئن در مورد پیامدهای اشتغال همزمان در این کشورها را بسیار مشکل می سازد. ۲- پیامدهای مثبت و منفی اشتغال همزمان در مطالعات مختلفی که در کشورهای این منطقه انجام شده ذکر گردیده است: پیامدهای مثبت شامل بهبود دسترسی از طریق زنجیره های عرضه موازی و گسترش خدمات از طریق افزایش ساعات موجودیت ارائه کنندگان و ارائه خدمات در مناطق روستایی، بهبود رضایتمندی شاغلین (افزایش درآمد، پرستیژ، و ...)، بهبود عدالت در دسترسی به خدمات و کارایی سیستم از طریق دسته بندی بیماران، و ... می باشد؛ پیامدهای منفی نیز شامل کاهش دسترسی و عدالت در اثر غیبت کارکنان در بخش دولتی و تمایل ایشان به ترک روستاها و مهاجرت به شهرها (به علت وجود فرصت های بیش تر برای کار همزمان در شهرها)، اولویت دادن به بیماران ثروتمند و چشم پوشی از فقرا، دستچین نمودن بیماران، و ... می باشد. ۳- به نظر می رسد در اقتصادهای مبتنی بر بازار با ظرفیت محدود بخش دولتی، اشتغال همزمان کنترل شده می تواند دسترسی به خدمات سلامت و کارایی نظام ارائه خدمت را افزایش دهد.
جَن (۲۰۰۵) (۹)	بررسی متون	LMICs	۱- اشتغال همزمان می تواند راه حلی بالقوه برای مسائلی از قبیل کمبود منابع بخش دولتی، ظرفیت محدود اجرایی و نظارتی، و تعامل بین نیروهای بازار و منابع انسانی سلامت باشد.
گارسیا پرادو (۲۰۱۱) (۳)	بررسی متون	HICs و LMICs	۱- در حالیکه ممکن است دوشغله ها تمایل به طفره رفتن کار در بخش دولتی، القای تقاضا برای خدمات خصوصی خود، و سوء استفاده از منابع بخش دولتی را داشته باشند، قانونمند نمودن این پدیده می تواند به جذب و حفظ پزشکان در بخش دولتی بدون نیاز به بار مالی اضافه کمک نموده، و بهبود دسترسی به خدمات بویژه در کشورهای در حال توسعه را سبب شود. ۲- پیامدهای اشتغال همزمان که برای یک کشور مهم هستند، لزوماً برای سایر کشورها از اهمیت برخوردار نخواهند بود.
سوشا (۲۰۱۱) (۵)	بررسی متون	HICs و LMICs	۱- تحلیل های نظری هم به پیامدهای منفی و هم مثبت اشتغال همزمان اشاره دارد. ۲- برخی از پیامدهایی که در مطالعات مختلف برای اشتغال همزمان در نظر گرفته شده است مبتنی بر فرضیاتی می باشد که در متون بالادستی مورد مناقشه بوده و در تناقض با آن قرار دارد (برای مثال تمایل دوشغله ها به حداکثر نمودن درآمد)

* HICS: کشورهای با سطح درآمد بالا
* LMICS: کشورهای با سطح درآمد متوسط و پایین

پیامدهای اشتغال همزمان در بخش سلامت

با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای که با روش‌های دقیق علمی پیشگفت به بررسی پیامدهای اشتغال همزمان پرداخته باشد، تصمیم بر آن شد که به منظور ترسیم دانش موجود در زمینه پیامدهای اشتغال همزمان، یافته‌های مربوط به ۱۹ مطالعه مرتبط را در ادامه ارائه دهیم (جدول ۱). همچنین در شکل دو دانش موجود در مورد پیامدهای مثبت و منفی بالقوه اشتغال همزمان بر کارکنان سلامت، بیماران، بخش دولتی، بخش خصوصی، و کل نظام سلامت به صورت شماتیک به تصویر کشیده شده است. نُه مورد از این مطالعه‌ها با استفاده از مدل‌سازی اقتصادی، دو مورد پیمایش، دو مورد تحلیل داده‌های ثانویه، و شش مورد نیز به شکل بررسی متون به انجام رسیده بودند. لازم به ذکر است که اگرچه این مطالعات در معرض برخی از سوگرایی‌های بالقوه قرار دارند، با این حال بهترین مطالعات موجود در زمینه پیامدهای مربوط به اشتغال همزمان در بخش سلامت تا به امروز هستند.

بحث

همانطور که پیش‌تر مشاهده شد، به منظور دستیابی به شواهد و متون مربوط به پیامدهای اشتغال همزمان پزشکان در بخش سلامت جستجوی نظام‌مندی صورت گرفت، و پس از آن طی مراحل مختلف عناوین، چکیده‌ها، و متون کامل گرفته شده ارزیابی گردید. اگر چه این موضوع به عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات پژوهش در حیطه مدیریت منابع انسانی بخش سلامت به ویژه در کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط شناخته شده است [۱۵]، نتایج مطالعه ما حاکی از عدم وجود مطالعات قوی و قابل اتکا (با توجه به معیارهای ورود در نظر

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]



شکل ۲- پیامدهای مثبت و منفی بالقوه اشتغال همزمان بر بیماران، کارکنان سلامت، بخش دولتی، بخش خصوصی، و کل نظام سلامت (ستون‌های خاکستری مربوط به پیامدهای بالقوه منفی، و ستون‌های سفید مربوط به پیامدهای بالقوه مثبت می‌باشد).

گرفته شده) در این زمینه بود. با این وجود به منظور آگاهی و شناخت بیشتر از دانش موجود در حیطه پیامدها و عواقب اشتغال همزمان در بخش سلامت، یافته‌های ۱۹ مطالعه مرتبط در این زمینه با توجه به چهار بُعد مهم ارائه خدمات سلامت به چهار دسته پیامدهای اشتغال همزمان بر دسترسی به خدمات سلامت، کیفیت خدمات سلامت، کارایی و هزینه خدمات سلامت، و عدالت و برابری در سلامت طبقه‌بندی گردیده و مورد بحث و بررسی بیشتر قرار خواهند گرفت.

۱- پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت بر دسترسی به خدمات

یافته‌های مطالعه ما حاکی از آن بود که هیچ شواهد محکمی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

در خصوص آثار اشتغال همزمان کارکنان سلامت بر بعد دسترسی به خدمات وجود نداشته، و مطالعات موجود نیز در این زمینه نه تنها نتیجه‌گیری صریح و روشنی ارائه نکرده‌اند، که حتی در برخی مواقع نتایج متناقضی ارائه نموده‌اند. برخی از این مطالعات نتیجه گرفته‌اند که این پدیده منجر به کاهش دسترسی به خدمات می‌شود چرا که باعث بالا رفتن میزان غیبت دو شغله‌ها و کاهش تلاش و زمان مصروفه ایشان در بخش دولتی می‌شود [۱, ۳, ۱۴, ۱۷, ۲۸-۳۱]، یا اینکه منجر به افزایش زمان انتظار بخش دولتی و به تبع آن کاهش دسترسی به خدمات می‌گردد [۳, ۱۴, ۲۰, ۲۲, ۳۲, ۳۳]، و یا اینکه با افزایش مهاجرت پزشکان از روستا به شهر به دنبال یافتن فرصت‌های بهتر برای اشتغال همزمان، دسترسی به خدمات سلامت در این مناطق را با مشکل مواجه نماید [۱, ۲۸, ۳۴]. در مقابل مطالعات دیگری به آثار مثبت بالقوه اشتغال همزمان بر دسترسی به خدمات اشاره داشته‌اند. این مطالعات با اشاره به اینکه اجازه به اشتغال همزمان می‌تواند باعث ماندگاری بیشتر پزشکان حاذق و با تجربه در بخش دولتی شده و دسترسی به ایشان را در مراکز دولتی برای طبقه متوسط و محروم جامعه فراهم نماید [۳, ۹, ۱۴, ۳۵]، یا اینکه باعث افزایش دسترسی به خدمات پزشکان در خارج از ساعات کاری بخش دولتی و یا در مناطق خاص گردد [۱۲, ۱۴, ۲۹, ۳۶, ۳۷]، و یا اینکه از طریق ارتباطات پزشکان دوشغله با بخش غیر دولتی منجر به افزایش دسترسی به دارو، تجهیزات و تخت‌های بیمارستانی در مواقع لازم و در زمانی که این موارد در بخش دولتی وجود نداشته و یا به سبب ازدحام امکان استفاده از آن برای بیماران تازه وارد نباشد، خواهد شد [۲۹].

بایستی در نظر داشت که این نتایج از مطالعات کشورهای مختلف با نظام‌های سلامت متفاوت به دست آمده است، و بسته به شرایط هر کشور ممکن است متنوع باشد. برای مثال تقریباً تمامی مطالعاتی که بر تأثیر اشتغال همزمان بر صفوف انتظار بخش دولتی اشاره داشته‌اند، معطوف به نظام‌های سلامت ملی با بخش دولتی قوی و با کیفیت هستند که ممکن است در سایر کشورها و نظام‌های سلامت این مسئله صدق نکند. از سوی دیگر اغلب مطالعاتی که بر تأثیر منفی اشتغال همزمان بر مهاجرت پزشکان از روستا به شهر، و غیبت یا کاهش زمان و تلاش مصروفه پزشکان در بخش دولتی تأکید داشته‌اند، مختص کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط می‌باشند که شرایط بخش دولتی در آن‌ها نامناسب بوده و سازوکارهای اجرایی، نظارتی و کنترلی در آن‌ها یا وجود ندارد و یا اینکه بسیار ضعیف است. این عوامل ممکن است نقش بسزایی در پیامدهای منفی منتسب به اشتغال همزمان پزشکان در این کشورها داشته باشد، در حالی که در کشورهای توسعه یافته با زیرساخت‌ها و ظرفیت‌های مناسب پیامدهای مذکور رایج نباشند. از سوی دیگر همانطور که مشاهده می‌شود تقریباً تمامی پیامدهای مثبت ذکر شده برای اشتغال همزمان مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته و یا در حال توسعه با سطح درآمد پایین و متوسط است. در واقع در این کشورها اشتغال همزمان کارکنان سلامت نه تنها به عنوان مشکل در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه به آن به عنوان راه حلی برای مشکلات و نارسایی‌های بخش دولتی، و محدودیت و یا عدم وجود زیر ساخت‌های مالی، اجرایی، و تنظیمی نگریسته می‌شود [۹].

۲- پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت بر کیفیت خدمات

یکی از مواردی که منتقدان اشتغال همزمان به منظور توجیه اعمال ممنوعیت و محدودیت در این حیطه بدان اشاره می‌کنند، کاهش کیفیت خدمات در بخش دولتی می‌باشد [۱, ۹, ۱۰, ۱۴]. با این وجود بررسی‌های ما نشان داد که نه تنها این ادعا مبتنی بر شواهد قوی نیست، بلکه حتی مطالعاتی وجود دارد که نتایجی کاملاً بر عکس را در این خصوص نشان داده‌اند. به طور کلی نتایج مطالعات مختلفی که در زمینه پیامدهای اشتغال همزمان پزشکان بر بعد کیفیت خدمات به انجام رسیده‌اند، حاکی از تبعات منفی و مثبت بالقوه این پدیده در حیطه مورد نظر هستند. در باب پیامدهای منفی این پدیده برخی از مطالعات نتیجه گرفته‌اند که دو شغله‌ها به علت جذابیت‌های مالی بیشتر فعالیت خصوصی تلاش و تمرکز خود را معطوف به این بخش کرده، و توجه کمتری به انجام وظایفشان در بخش دولتی می‌کنند که این در نهایت منجر به کاهش کیفیت خدمات در بخش دولتی می‌شود [۱, ۱۰, ۳۰]، یا اینکه به علت تعارض منافع موجود، ممکن است دوشغله‌ها متعمداً از کیفیت کاری خود در بخش دولتی کم کنند تا مردم را به این بخش بدبین نموده و سبب رونق کسب و کار بخش خصوصی شوند، که این مورد می‌تواند به کاهش تدریجی اعتماد عمومی جامعه به بخش دولتی نیز بیانجامد [۱, ۲۳, ۳۴, ۳۸]. در طرف مقابل برخی از

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

صاحب‌نظـــران نیز در مطالعات خود چنین نتیجه گرفته‌اند که دو شـــغله‌ها به علت تمایل به نشان دادن توانایی‌های خود و کسب شهرت برای جذب مشـــتری بیشتر برای فعالیت خصوصی خود، نهایت تلاش و دقت خـــود را برای درمان بیماران بخش دولتی بـــه کار گرفته، و بهترین کیفیت خود را در این بخش به نمایش می‌گذارند [۱۸]، یا اینکه اجازه به اشـــتغال همزمان با کمک به بخش دولتی برای جذب و حفظ پزشکان حاذق و با تجربه سبب اســـتفاده از کیفیت کاری بالای ایشـــان در این مراکز که اغلب پذیرای قشر متوســـط و ضعیف جامعه هستند می‌شود [۳, ۳۹]، و یا اینکه اشـــتغال همزمان به پزشکان اجازه می‌دهد تا با وسیع شدن گســـتره تعاملات با همکاران و دیدن بیماران بیشتر دانش و تجربه خود را افزایش داده و از این مجرا برای بخش دولتی و غیر دولتی محل فعالیت خود مثمرثمرتر باشـــند [۳, ۷].

بررســـی دقیق‌تر مطالعات فوق نشـــان می‌دهد کـــه تعدادی از پیامدهای ذکر شـــده خاص برخی کشـــورها و نظام‌های درمانی بوده، حال آنکه در کشـــورهای دیگر رایج نمی‌باشد. برای مثال تمامـــی مطالعاتی که به اثر تعـــارض منافع بر کیفیت خدمات در بخش دولتی اشـــاره دارد، مربوط به کشـــورهای با سطح درآمد پایین و متوسط اســـت. به نظر می‌رسد که در چنین کشورهایی مدیریت ضعیـــف و عدم وجود ســـازوکارهای نظارتی و تنبیهی اثربخش فضای مناســـبی را برای کارکنان دوشغله فرصت طلب به وجود آورده تا به راحتـــی از کیفیت کار خود در بخش دولتی بکاهند و در راســـتای اهداف شخصی خود زمینه بی‌اعتمادی به این بخش را در جامعـــه به وجود آورند. با عنایت به این مطالب می‌تـــوان نتیجه گرفـــت در نظام‌هایی که مدیریت کارا داشـــته و زیر ســـاخت‌های لازم بخش دولتـــی در آن وجود دارد، بحث پیامدهـــای منفی تعـــارض منافع کمرنگ‌تـــر و قابل اغماض‌تر خواهد بود. از سوی دیگر در ارتباط با پیامدهای مثبت بالقوه این پدیده مطالعات موجود از کشـــورهای مختلفی با ســـطوح توسعه یافتگـــی متفاوت وجود دارد. این موضوع می‌تواند نشـــان‌دهنده این واقعیت باشـــد که با مجاز شمردن اشتغال همزمان به عنوان یکی از مزایای غیر مالی مهم از دیدگاه اکثر شـــاغلین، مدیران بخش دولتی در کشورهای مختلف فارغ از درآمد و سطح توسعه یافتگی‌شـــان می‌توانند کارکنان زبده و با تجربه را در مراکز خود جذب و حفظ نمایند و این افراد نیز با استفاده از فرصت به وجود آمـــده به دانش و تجربه خود در درمـــان بیماران اضافه نموده و مزایـــای دو جانبه‌ای را برای خود و بخش دولتی فراهم نمایند.

۳- پیامدهای اشـــتغال همزمان کارکنان سلامت بر کارایی و هزینه خدمات

در خصوص پیامدهای اشـــتغال همزمان کارکنان ســـلامت و به ویژه پزشـــکان بر کارایی و هزینه خدمات ســـلامت نیز مباحث مختلفی مطرح اســـت. بررسی‌های ما حاکی از آن بود که در این حیطه نیز باز هم به علت فقدان شـــواهد قابل اتکا، شـــاهد عدم توافق و اجماع بیـــن صاحب‌نظران در رابطه با برآیند اثرات این پدیده بر بعد کارایی و هزینه خدمات هستیم. در مورد پیامدهای منفی اشـــتغال همزمان در حیطه مورد نظر برخی از مطالعات با اشـــاره به دستچین نمودن بیماران پرســـودتر (بیماران متمول‌تر و یـــا دارای پیچیدگی کمتر) توســـط دوشـــغله‌ها و ارجاع آن از بخش دولتی به محل کار خصوصی خود، این عمل را سبب‌ســـاز شیفت هزینه از بخش خصوصی به بخش دولتی و کاهش درآمد و افزایـــش هزینه‌های این بخش ارزیابـــی نموده‌اند [۱۹, ۲۸]. همچنیـــن در برخی از مطالعات افزایـــش فرصت و انگیزه برای ایجاد تقاضای القایی در دوشـــغله‌ها و به تبع آن افزایش بی‌رویه و غیـــر معقول هزینه‌هـــای کلی در نظام ســـلامت [۱, ۳, ۲۵, ۴۰]، تمایل برخی دو شـــغله‌ها برای تجویز بیش از حد خدمات تشخیصی درمانی و داروها به منظور بالا بردن هرچه بیشتر دقت تشـــخیص و درمان بیماران در مراکز دولتی (و کسب شهرت در میان بیماران به عنوان پزشـــک حاذق) کـــه افزایش هزینه‌ها را باعث می‌شـــود [۱۸]، و در نهایت ایجاد زمینه و فرصت بیشـــتر برای اســـتفاده از منابع بخش دولتی برای اســـتفاده شخصی در دوشغله‌ها که منجر به افزایش هزینه‌های این بخش و گسترش فســـاد مالی و اداری می‌گردد [۱, ۳]، به عنوان پیامدهای منفی بالقوه دیگر اشـــتغال همزمان بر حیطه مزبـــور معرفی گردیدند. در مقابل برخی از مطالعات در دفاع از اشـــتغال همزمان، کاهش هزینه‌های بخش دولتی برای جـــذب و حفظ کارکنان با تجربه [۳]، اجتنـــاب از کمبود نیرو در مراکز درمانی و عدم اســـتفاده از تجهیزات و سایر ظرفیت‌های موجود [۹, ۱۳]، و همچنین بهبود کارایی در تخصیص منابع و اســـتفاده بهینـــه از منابع موجود بر اساس اهداف از پیش تعیین شـــده (به علت دسته‌بندی بیماران بر اســـاس وضعیت مالی و شـــدت بیماری توســـط دو شغله‌ها و ارجاع ثروتمندان به بخش خصوصی که منجر به اســـتفاده بیشتر اقشـــار هدف از مراکز دولتی می‌شود) [۲۱] را از فواید بالقوه این پدیده در رابطه با حیطه مذکور دانستند.

به نظر می‌رســـد برخـــی از پیامدهای منفی پیشـــگفت برای هر

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

کشـــور و نظام درمانی فارغ از سطح توســـعه یافتگی آن دارای اهمیت باشـــد، حال آن که برخی دیگر از این تبعات وابســـته به شـــرایط خاص هر کشور بوده، و بیشـــتر در کشورهای در حال توســـعه و کمتر توسعه یافته با ســـطح درآمد پایین و متوسط پر رنگ باشـــد. برای مثال همانطور کـــه در مطالعات مختلف بدان اشاره شـــده، بحث تقاضای القایی و ارائه بیش از حد خدمات در تمامی کشـــورها کمابیش دیده می‌شود، اما خروج منابع از بخش دولتی و فساد اداری در کشورهای در حال توسعه و به خصوص کمتر توســـعه یافته گسترده و میزان بسیار بالاتری دارد [۱]. این موضـــوع نیز به علت عدم وجود و یا ناکارایی نظام‌های مدیریتی و ســـازوکارهای کنترلی در این کشورهاست که زمینه مساعدی را برای افراد دوشغله فرصت طلب در جهت استفاده نامشروع از منابع دولتی برای اســـتفاده شخصی به وجود می‌آورد.

۴- پیامدهای اشـــتغال همزمان کارکنان سلامت بر عدالت و برابری در ارائه خدمات

یکی از مهم‌ترین ســـؤالات پژوهشـــی در حیطه عدالت و منابع انســـانی که تا کنـــون بی‌جواب مانده اســـت تأثیرات اشـــتغال همزمان کارکنان ســـلامت بر عدالت و برابری در ارائه خدمات می‌باشـــد. در این حیطه نیز نتایج بررســـی‌های ما حاکی از آن بود کـــه علیرغم وجـــود ادعاهایی مبنی بـــر پیامدهای مثبت و منفی بالقوه این پدیده، با فقدان شـــواهد مســـتحکم و قابل اتکا روبه‌رو هســـتیم. برخی از مطالعات اشاره داشته‌اند که دوشغله‌ها با توجه بـــه کار در محیط‌های مختلف ممکن اســـت بین افراد مختلف تبعیض قائل شـــده و بیماران ثروتمندتر را ترجیح داده و به بیماران کم بضاعت بی‌توجهـــی کنند و آن‌ها را اصطلاحاً به عنوان شـــهروند درجه دو در نظر بگیرند [۲۳, ۲۹, ۴۱, ۴۲]، یا اینکه مجاز شمردن اشتغال همزمان ممکن است باعث مهاجرت پزشکان از روستا به شـــهر (برای یافتن موقعیت‌های بهتر برای فعالیت خصوصی) شـــده و علاوه بر کاهش دسترسی در مناطق محروم و روســـتاها، عدالت در توزیع نیرو بین مناطق مختلف را مخـــدوش نمایـــد [۱, ۲۹, ۳۴, ۴۳-۴۵]. در مقابل مطالعاتی نیز در حمایت از اشـــتغال همزمان ارجـــاع بیماران ثروتمند از مراکز دولتی به خصوصی را زمینه‌ساز اســـتفاده بیشتر فقرا از امکانات دولتـــی می‌دانند [۳, ۱۳, ۲۸]، و یا اینکـــه اعتقاد دارند اجازه به اشـــتغال همزمان باعث می‌شـــود افراد حاذق و با تجربه علیرغم شـــرایط مالی و فیزیکی نامناســـب بخش دولتـــی باز هم حاضر بـــه فعالیت در این مراکز شـــده و به تبع آن افـــراد کم بضاعت که اســـتطاعت اســـتفاده از خدمات ایشان در بخش خصوصی را ندارند، از این خدمات بهره‌مند می‌سازند [۳, ۱۳].

در خصوص پیامدهای مذکور بایســـتی توجـــه نمود تمامی این مطالعات در کشورهای توســـعه یافته و در حال توسعه به انجام رســـیده‌اند و بیشتر شرایط این کشـــورها را مد نظر قرار داده‌اند. اگرچه ممکن اســـت این پیامدها در کشـــورهای پیشـــرفته و با ســـطح درآمد بالا نیز کاربرد داشـــته باشـــند، اما توجه بیشتر به شـــرایط و زیر ســـاخت‌های کشورهای با ســـطح توسعه یافتگی کمتر اهمیت بســـیار زیاد تبعات یاد شده را در این نظام‌ها خاطر نشان می‌سازد.

یافته‌هـــای مطالعه مروری ما نشـــان داد که مباحـــث متنوعی پیرامون اثرات مثبت و منفی اشـــتغال همزمان کارکنان سلامت مطرح بوده و تا کنون اجماع و توافقی بر سر برآیند اثرات مثبت و منفی این پدیده وجود نداشـــته اســـت. با این وجود بایســـتی در نظر داشـــت که پیامدهای اشـــتغال همزمان در کشـــورهای مختلف بســـته به شرایط و زیر ساخت‌های موجود می‌تواند کاملاً متفاوت و بعضاً متضاد باشـــد. بـــرای مثال در حالی که در برخی از کشـــورها به اشـــتغال همزمان به مثابه مشـــکل و چالشی که نیازمند اصلاح اســـت نگریسته می‌شـــود، در کشورهای دیگری که زیر ساخت لازم را نداشته و از ظرفیت‌های مناسب مدیریتی و مالی برخوردار نمی‌باشـــند آن را به عنوان راه حل سیستمیک مشـــکلات خود در نظر می‌گیرند [۹]. همچنین به نظر می‌رســـد وضع قوانین و مقررات در مورد اشتغال همزمان و کیفیت اجرای این قوانین یکـــی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌هـــای پیامدهای این پدیـــده بر ابعاد مختلف ارائه خدمات ســـلامت در هر کشـــوری می‌باشـــد. علاوه بر این بررسی‌ها نشـــان می‌دهد که پیامدهای این پدیـــده در تخصص‌های مختلف با یکدیگر متفاوت اســـت. بـــرای مثال در برخـــی از تخصص‌ها تفاوت زیـــادی میان افراد تک شغله و دوشـــغله به لحاظ عملکرد وجود ندارد، حال آن که در تخصص‌هـــای دیگر (به ویژه تخصص‌هایی که درآمد حاصل از فعالیت خصوصی آن‌ها زیاد اســـت) این تفاوت بسیار پر رنگ اســـت [۳, ۲۶]. به نظر می‌رســـد که میزان فرصت‌های موجود برای فعالیت خصوصی، ســـطح درآمد کســـب شده از محل این فعالیت‌ها، و شـــکاف میان درآمد بخش دولتی و خصوصی نقشی مهم در تصمیم شـــاغلین سلامت برای تقســـیم زمان و تلاش کاری میـــان این دو بخش و کیفیت انجـــام وظایف مربوطه در

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

این بخش‌ها دارد.

مهم‌ترین یافته بررسی متون حاضر مشخص نمودن عدم وجود شواهد قوی و قابل اعتماد در مورد پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت و اتکای بیش از حد به روش‌های تئوریک و پیشگویی‌های نظری در این حیطه می‌باشد. با توجه به نیاز مبرم سیاستگذاران به اطلاعات موثق در این خصوص برای سیاست‌گذاری و طراحی مداخلات مرتبط در این حیطه، عدم وجود حتی یک مطالعه قوی و قابل استناد در ارتباط با پیامدهای این پدیده گسترده قدری عجیب به نظر می‌رسد. اگرچه لازم به ذکر است که طراحی و انجام مطالعاتی با استفاده از روش‌های علمی قابل اطمینان در حیطه اشتغال همزمان مشکل است، اما می‌توان با بهره‌گیری از سیاست‌های ملی در خصوص اشتغال همزمان و استفاده از آن به عنوان یک مداخله طبیعی برای مطالعات تجربی و شبه تجربی به نتایج قابل اتکاتری نسبت به روش‌های تئوریک صرف رسید. همانطور که اشاره شد بررسی مطالعات موجود نشان می‌دهد که در نبود شواهد متقن و باکیفیت در این حیطه، تمایل شدیدی به استفاده از روش‌های نظری و تکنیک‌های کامپیوتری نظیر مدل‌سازی در پیشگویی آثار و پیامدهای این پدیده بوده است. نکته قابل تأمل‌تر اینکه تقریباً تمامی مطالعات موجود، مدل‌سازی پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت را با استفاده از فرضیاتی انجام داده‌اند که خود در متون بالادستی مورد مناقشه می‌باشند [۵]. برای مثال یکی از فرضیات مورد استفاده در اغلب مدل‌ها سودجویی، فرصت طلبی و طفره رفتن افراد دوشغله از انجام وظایف شغل دولتی، و در سوی مقابل ایثار، فداکاری و تلاش تمام و کمال تک شغله‌ها در انجام وظایف خود می‌باشد. حال آنکه شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد عملکرد دو شغله‌ها و تک شغله‌ها در بخش دولتی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشته [۲۴, ۲۷, ۴۶]، و یا حتی دوشغله‌ها نسبت به همتایان تک شغله خود عملکرد به مراتب بهتری نیز در این مراکز داشته‌اند [۲۵]. اگرچه روش‌های مورد استفاده در این مطالعات نیز به مانند سایر متون موجود در این حیطه آن‌ها را در معرض سوگرایی‌های بالقوه قرار می‌دهد، یافته‌های این مطالعات ضمن کمک به صاحب‌نظران و تصمیم‌گیران در جلوگیری از تفکر قالبی موجود در این زمینه، بار دیگر ماهیت پیچیده و متعارض پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نخستین مطالعه‌ای بود که به مرور نظام‌مند متون مربوط به پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت پرداخت. علیرغم اهمیت فراوان این موضوع، جستجوهای وسیع ما نشان داد که تا کنون مطالعه‌ای با بهره‌گیری از روش‌های علمی دقیق و قابل اتکا در این حیطه به انجام نرسیده است. با این حال با بررسی شواهد حاضر مشخص شد اشتغال همزمان کارکنان سلامت پدیده‌ای چند بعدی بوده، و پیامدهای گوناگونی در کشورها و مناطق مختلف دارد و نمی‌توان نسخه واحدی برای آن پیچید. درک ماهیت، گستره، انگیزه‌ها و دلایل تمایل به اشتغال همزمان، و پیامدهای این عمل نخستین گام برای طراحی مداخلات و سیاستگذاری در راستای مدیریت این پدیده می‌باشد. تشخیص و برآورد دقیق پیامدهای منفی اشتغال همزمان در هر کشوری می‌تواند به سیاستگذاران در راه تجویز درمان مناسب عوارض و مشکلات مربوطه کمک شایانی نماید.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می دانند از تمامی افرادی که در این پژوهش به ما یاری رساندند تشکر نمایند.

مراجع

1- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipolito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. Hum Resour Health. 2004 Oct 27;2(1):14.

2- 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(1):5.

3- Garcia-Prado A, Gonzalez P. Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

sector. J Health Polit Policy Law. 2011 Apr; 36(2): 265-94.

4- Ashmore J. 'Going private': a qualitative comparison of medical specialists' job satisfaction in the public and private sectors of South Africa. Hum Resour Health. 2013;11(1):1.

5- Socha KZ, Bech M. Physician dual practice: A review of literature. Health Policy. 2011;102(1):1-7.

6- Gonzalez P, Macho-Stadler I. A theoretical approach to dual practice regulations in the health sector. J Health Econ. 2013 Jan;32(1):66-87.

7- Berman P, Cuizon D. Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries. Issues Paper–Private Sector, London: DFID Health Systems Resource Centre. 2004.

8- Roenen C, Ferrinho P, Van Dormael M, Conceição MC, Van Lerberghe W. How African doctors make ends meet: An exploration. Tropical Medicine and International Health. 1997;2(2):127-35.

9- Jan S, Bian Y, Jumpa M, Meng Q, Nyazema N, Prakongsai P, et al. Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? Bulletin of the World Health Organization. 2005;83(10):771-6.

10- Biglaiser G, Ma C-tA. Moonlighting: public service and private practice. RAND Journal of Economics. 2007 Win;38(4):1113-33.

11- Askildsen JE, Holmas TH. Wages and work conditions as determinants for physicians' work decisions. Applied Economics. 2013; 45(3): 397-406.

12- Gruen R, Anwar R, Begum T, Killingsworth JR, Normand C. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. Social Science & Medicine. 2002; 54(2): 267-79.

13- Bir A, K E. Physician Dual Practice: Access Enhancement or Demand Inducement? Indonesia: Tuft University, Medford2003.

14- Garcia-Prado A, Gonzalez P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. Health Policy. 2007 Dec; 84(2-3): 142-52.

15- Ranson MK, Chopra M, Atkins S, Dal Poz MR, Bennett S. Priorities for research into human resources for health in low-and middle-income countries. Bulletin of the World Health Organization. 2010; 88(6): 435-43.

16- Barros PP, Olivella P. Waiting lists and patient selection. Journal of Economics & Management Strategy. 2005 Fal;14(3):623-46.

17- Brekke KR, Sorgard L. Public versus private health care in a national health service. Health Econ. 2007 Jun;16(6):579-601.

18- Gonzalez P. Should physicians' dual practice be limited? An incentive approach. Health Economics. 2004;13(6):505-24.

19- González P. On a policy of transferring public patients to private practice. Health Economics. 2005;14:513–27.

20- Iversen T, Kopperud GS. Use of specialist health care by the population. Tidsskrift for den Norske lageforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny rakke. 2002-Sep-20; 122(22): 2199-203.

21- Jiwei Q. Financing health in China: Theory & institutions: National university of Singapore; 2010.

22- Morga A, Xavier A. Hospital specialists' private practice and its impact on the number of NHS patients treated and on the delay for elective surgery. The University of York, Discussion Papers in Economics 2001/01. 2001.

23- Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of Private Practice in Public Hospitals on the Cesarean Section Rate in Thailand. Human Resources for Health Development Journal. 2000; 4(1):1-2.

24- Socha K, Bech M. The relationship between dual practice and physicians' work behaviour in the

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

public hospitals: Results from the Danish survey. Health Economics Papers University of Southern Denmark Syddansk Universitet Disponible en: static sdu dk//% 7BCEC651C1-3E52-429A-836E-A16658A7237C% 7D20111 pdf. 2011.

25- Bloor K, Maynard A, Freemantle N. Variation in activity rates of consultant surgeons and the influence of reward structures in the English. Journal of Health Services Research and Policy. 2004(9):76–84.

26- Johannessen K, Hagen T. Physicians' engagement in dual practices and the effects on labor supply in public hospitals: results from a register-based study. BMC Health Serv Res. 2014;14:299.

27- Eggleston K, Bir A. Physician dual practice. Health Policy. 2006;78(2):157-66.

28- Hipgrave D, Hort K. Dual practice by doctors working in South and East Asia: a review of its origins, scope and impact, and the options for regulation. Health Policy Plan. 2014 Sep; 29(6): 703-16.

29- Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. Health Economics. 2005;14:151-68.

30- Ensor T, Duran-Moreno A. Corruption as a challenge to effective regulation in health sector. In R. Saltman, R. Busse, & E. Mossialos (Eds.), Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems. Maidenhead: Open University Press. 2002:106-24.

31- Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Rogers FH. Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. The Journal of Economic Perspectives. 2006;20(1):91-116.

32- Armstrong W. The Consumer Experience with Cataract Surgery and Private Clinics in Alberta: Canada's Canary in the Mineshaft. Calgary, AB: The Alberta Chapter of Consumers Association of Canada. 2000.

33- France G, Taroni F, Donatini A. The Italian health-care system. Health Economics Letters. 2005; 14: 187-202.

34- Van Lerberghe W, Conceicao C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. Bulletin of the World Health Organization. 2002 2002;80(7):581-4.

35- Asiimwe D, McPake B, Mwesigye F, Ofoumbi M, Oertenblad L, Streefland P. The private sector activities of public-sector health workers in Uganda. In In Private Health Providers in Developing Countries. Serving the Public Interest? Edited by: Bennet S, McPake B, Mills A. London and New Jersey. Zed Books. 1997:140-57.

36- Rokx C, Giles J, Satriawan E, Marzoeki P, Harimurti H, Yavuz E. New Insights into Provision of Health Services in Indonesia: A Health Workforce Study. Washington: The World Bank2012.

37- Palmer N, Mills A, Wadee H, Gilson L, Schneider H. A new face for private providers in developing countries: what implications for public health? Bulletin of the World Health Organization. 2003 2003;81(4):292-7.

38- Damasceno A, Van Lerberghe W, Ferrinho P. Coping through private practice: a cardiologist in Maputo. Studies in Health Services Organisation & Policy and Politics. 2000;16:151-6.

39- Peters D, Yazbeck R, Sharma G, Ramana V, Pritchett L, Wagstaff A. Better health systems for India's poor: findings, analysis and options. Washington: World Bank2002.

40- Tussing A, Wojtowycz M. The caesarean section decision in New York State, 1986. Economic and noneconomic aspects. Medical Care. 1992; 30(6): 529-40.

41- Pocock N, Phua K. Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]

framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. Global Health. 2011;7:12.

42- Noree T, Chockchaichan H, Mongkolporn V. Thailand's country paper. Abundant for the few, shortage for the majority: The inequitable distribution of doctors in Thailand. International health policy program. August 1st, 2005.

43- Moghri j, Arab M, Rashidian A, Akbari Sari, A. Physician Dual Practice: A Descriptive Mapping Review of Literature. 2016;45(3):278-288.

44- Meliala A, Hort K, Trisnantoro L. Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: The role of the private sector and effectiveness of current regulations. Social science & medicine (1982). 2013 2013-Apr;82:30-4.

45- McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Streefland P, Turinde A. Coping strategies of health workers in Uganda. Studies in Health Services Organisation & Policy. 2000;16:157-62.

46- Socha K, Bech M. Dual practitioners are as engaged in their primary job as their senior colleagues. Dan Med J. 2012 Feb;59(2):A4375.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-07]