مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۱: ۲۹۴-۲۸۸

● **نامه به سر دبیر** کد مقاله: ۰۲۹

دو شغله بودن کارکنان بخش سلامت: چالشی فراروی نظام سلامت

دکتر امیراشکان نصیری‌پور ۱
سارا آقابابا ۲*
نسیم نبی پور ۳

۱- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران
۲- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم تحقیقات تهران
۳- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، پونک، انتهای بزرگراه اشرفی اصفهانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشکده مدیریت و اقتصاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

تلفکس: ۰۲۱-۴۴۶۶۳۵۰۸

نشانی الکترونیکی:
aghababa.s@gmail.com

چکیده

دو شغله بودن کارکنان بخش سلامت پدیده شایعی است که به عنوان چالشی برای نظام سلامت تلقی شده است. در این مقاله پس از طرح مباحث زمینه‌ای پیرامون این موضوع و ارائه نقاط ضعف و قوت آن، به روش‌های مدیریت آن اشاره خواهد شد که در نهایت هدف، ارائه راهکار مناسب برای کشور می‌باشد. در این مقاله مطالعه مروری و مفهومی، جستجو در مقالات ژورنال‌های معتبر، مطالعه الگوهای ارائه شده، و اسناد دولتی در زمینه دو شغله بودن کارکنان نظام سلامت با کلید واژه‌های Dual Practice و Health Sector صورت گرفت. مداخلاتی که نظام‌های سلامت با این پدیده داشته‌اند در سه دسته ممنوعیت دو شغله بودن، پذیرش دو شغله بودن با وجود برخی از محدودیت‌ها، و پذیرش بدون هیچگونه محدودیتی طبقه‌بندی می‌شوند. در ایران پذیرش دو شغله بودن با وجود برخی از محدودیت‌ها منطقی‌تر به نظر می‌آید. اما چگونگی سازوکارهای آن انجام مطالعات بیشتر در این زمینه را می‌طلبد. بنابراین بازنگری در ماده ۳۶ قانون برنامه پنجم توسعه پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: دوشغله بودن، کارکنان نظام سلامت، راه‌کارها، برنامه پنجم توسعه

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۱۱ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۱/۸/۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۷/۱۵

Archive of SID
www.SID.ir

مقدمه

دو شغله بودن کارکنان بخش سلامت به مواردی اطلاق می‌شود که این کارکنان هم در بخش دولتی[۱] و هم در بخش خصوصی[۲] به فعالیت مشغول باشند [۱]. البته اشتغال این گروه در سایر مشاغل اقتصادی هم گزارش شده است [۲].

از سوی دیگر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی[۳]، کارکنان بخش سلامت افرادی هستند که هدف اصلی آنها ارتقای سلامت است. این کارکنان شامل پزشکان، پرستاران، داروسازان، تکنسین‌های آزمایشگاهی، مدیران بخش سلامت، پرسنل پشتیبانی مانند مأمورین مالی، آشپز، راننده، نظافتچی و نظایر آن می‌باشند [۳].

مسأله دو شغله بودن زمانی نمود می‌یابد که شکاف میان میزان درآمد و انتظارات کارکنان بخش سلامت منجر به تلاش برای کسب درآمد بیشتر و نهایتاً اشتغال در بیش از یک محیط باشد [۴]. در این راستا پژوهش‌های متعددی حاکی از وجود همبستگی مثبت و قوی میان درآمدهای پایین در بخش دولتی و تلاش افراد برای کسب درآمد در بخش خصوصی- به ویژه در کشورهای با درآمد پایین- است [۵]. این پدیده که برای جبران درآمدهای پایین و غیرواقعی، در آنها مشاهده می‌شود، در حقیقت بازتابی از ناتوانی نظام سلامت در تأمین درآمد مکفی برای پرسنل است [۶].

مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد دو شغله بودن منجر به صرف زمان کمتر و غیبت کارکنان برای درمان بیماران خواهد شد. برای مثال غیبت از کار در بیمارستان به دلیل دو شغله بودن در بوگوتا و کلمبیا سالانه بیش از یک میلیون دلار امریکا هزینه به سیستم تحمیل می‌کند [۷]. این رشد فزاینده و اقبال عمومی آنها به اشتغال در بخش خصوصی به ویژه در کشورهای آسیایی بیش از گذشته قابل مشاهده است. برای نمونه اشتغال پزشکان مالزی در بخش خصوصی از ۴۳٪ در سال ۱۹۷۵ به ۷۰٪ در سال ۱۹۹۰ افزایش نشان می‌دهد [۸]. همچنین در یک نمونه از ۴۰ کشور در حال توسعه به طور متوسط ۵۵٪ از پزشکان در بخش خصوصی فعالیت دارند، این در حالی است که به طور متوسط تنها ۲۸٪ از تخت‌های بیمارستانی متعلق به بخش خصوصی است [۹].

در برخی پژوهش‌ها پدیده دو شغله بودن کارکنان سلامت مترادف با تخلفاتی از قبیل زیرمیزی تلقی گردیده است [۱۰]. برای مثال در فرانسه، پدیده زیرمیزی به خصوص در اعمال جراحی در بیمارستان‌ها و موارد اورژانسی بسیار شایع است [۱۱]، همچنین در یونان، پزشکان و پرستاران برای دریافت رشوه و یا دریافت هدیه از جانب بیماران مورد انتقاد قرار گرفته‌اند [۱۲]. در مورد دیگر گروه کثیری از پزشکان عمومی ایتالیا به دلیل ارجاع بیماران به مرکز رادیولوژی خاصی از کار معلق شدند [۱۳].

اما مشکل اینجاست که در بسیاری از موارد به ویژه در کشورهای کمتر توسعه یافته و در حال توسعه، این مطالعات مستند نشده و ناشناخته باقی می‌ماند.

مزایا و معایب دو شغله بودن

دو شغله بودن کارکنان بخش سلامت دارای نکات مثبت و منفی است، اما نکات منفی آن گوی سبقت را از نکات مثبت ربوده است.

مزایا:

- تزریق منابع مالی به کارکنان بهداشتی و درمانی [۱۴]
- ارتقای کیفیت با ایجاد فضای رقابتی [۱۰]
- ارتقای رفاه اجتماعی [۱۰]

معایب:

- تضاد در منافع میان بخش دولتی و خصوصی [۱۴]
- ایجاد رقابت میان بخش دولتی و خصوصی با وجود منابع محدود [۱۴]
- فرار مغزها[۴] [۱۵]
- ایجاد تقاضای القایی[۵] در بیماران از سوی کارکنان [۱۶]
- تحت تأثیر قرار دادن عدالت در جامعه و کارایی نظام ارائه خدمات [۱۴]
- غیبت از کار [۱۴]
- تأخیرهای روزانه [۱۴]
- نبود انگیزه در پرسنل بخش دولتی [۱۴]
- خروج مواد و لوازم مصرفی از بخش دولتی به بخش خصوصی [۱۴]
- سواری مجانی[۶] به معنای استفاده شخصی از منابع بخش دولتی [۱۰]
- کاهش کیفیت خدمات [۱۷]

۱- Public Sector
۲- Private Sector
۳- World Health Organization
۴- Brain Drain
۵- Induced Demand
۶- Free Riding

Archive of SID

www.SID.ir

روش کار

در این مقاله مطالعه مروری و مفهومی، جستجو در مقالات ژورنال‌های معتبر، مطالعه الگوهای ارائه شده، و اسناد دولتی در زمینه دو شغله بودن کارکنان نظام سلامت با کلید واژه‌های Dual Practice و Health Sector صورت گرفت.

یافته‌ها

در این راستا کشورها نسبت به این مسأله بی‌تفاوت نبوده و مداخلاتی در این زمینه داشته‌اند. جدول ذیل راهکارهای مقابله با دو شغله بودن کارکنان بخش سلامت را با ذکر نمونه‌هایی از کشورها و عوامل تأثیرگذار بر موفقیت یا شکست این مداخله را مورد بررسی قرار داده است.

جدول: راهکارهای مقابله با دو شغله بودن کارکنان بخش سلامت

دسته‌بندی رفتار با پدیده دو شغله بودن	راه‌کارهای مقابله با دوشغله بودن	کشورها	عوامل تأثیرگذار بر موفقیت مداخله
ممنوعیت دو شغله بودن	کاملاً ممنوع	کانادا، چین، برخی ایالت‌های هند، کنیا، زامبیا، و یونان	• منابع مالی کافی برای بخش دولتی از جمله مالیات‌ها و نظام بیمه‌ای قوی • ایجاد محیط تمام و کمال و بدون اشکال کاری در بخش دولتی برای ترغیب پرسنل • وجود ساختارها و مکانیزم‌های پایش امور مالی
پذیرش دو شغله بودن با وجود برخی از محدودیت‌ها	محدودیت در درآمد بخش خصوصی	انگلستان (۱۰ درصد از خالص درآمد پزشکان قدیمی و با رتبه بالا سهم بخش خصوصی است)، فرانسه (۳۰٪ از خالص درآمد سهم بخش خصوصی است)	• بودجه کافی برای کمک به بخش دولتی • وجود ساختار برای اجرا و پایش
	ارائه مشوق‌هایی برای خدمات منحصر به فرد عمومی بویژه در بخش بهداشت پایه	هند، ایتالیا، پرتقال، اسپانیا (قراردادهای متفاوت با درآمدهای بالاتر برای صرف زمان بیشتر در بخش دولتی و خدمات پایه بهداشتی)	• بودجه کافی برای کمک به بخش دولتی • وجود ساختار برای اجرا و پایش
	افزایش درآمد و حقوق کارکنان بهداشتی و درمانی	نروژ (با ایجاد محیط رقابتی)، در بنگلادش با افزایش درآمد، پزشکان از دو شغله بودن در بخش خصوصی و دولتی انصراف داده‌اند.	• منابع مالی کافی برای بخش دولتی • وجود بوروکراسی با عملکرد تمام و کمال و بدون اشکال، همراه با شفافیت
	اجازه به فعالیت بخش خصوصی با استفاده از تسهیلات دولتی	اتریش (پزشکان می‌توانند به طور خصوصی در بیمارستان دولتی به درمان بیماران بیمه شده خصوصی بپردازند)، انگلستان، ایرلند، ایتالیا، آلمان (بیمارستان‌های دولتی باید ۶-۱۲٪ از تخت‌های خود را به بیماران با بیمه خصوصی اختصاص دهند)	• وجود منابع قوی در بخش دولتی • نظام مالی قوی در مسیر پرداخت حقوق به پرسنل • وجود نظام بیمه همگانی • وجود ساختار برای اجرا و پایش

www.SID.ir

	مقررات خودتنظیمی	در جوامع بسیار پیشرفته با درآمدهای بالا که تنظیم درآمدها بر عهده خود سازمان بهداشت و درمان است، بویژه برای ارائه خدماتی با کیفیت بسیار بالاتر	• سازمان‌های مصرف‌کننده و جوامع شهری قوی برای پاسخ به سوء استفاده از سیستم به اضافه بدنه قانون‌گذاری قوی و حرفه‌ای
پذیرش بدون هیچگونه محدودیتی	بدون محدودیت	اندونزی، مصر (در کشورهایی که با مازاد نیروی کار مواجه‌اند و بخش دولتی قابلیت جذب کلیه این نیروها را ندارد)	• اساساً مداخله‌ای صورت نمی‌گیرد.

اما برخی از عوامل تأثیرگذار در موفقیت این مداخلات (مقابله با دو شغله بودن) عبارتند از [۱۴]:

• وجود نظام مالی سازمان یافته در بخش سلامت (شامل منابع بودجه‌ای مانند مالیات‌ها، بیمه‌های دولتی و خصوصی)
• وجود نظام پایش امور مالی و تنظیم و تعدیل آن
• وجود یک انجمن حرفه‌ای قوی برای پایش و تنظیم قوانین برای ارائه‌دهندگان خدمت
• وجود گروه‌های جوامع شهری به منظور ارائه بازخورد و اطمینان از عدم تنزل کیفیت خدمات در بخش دولتی و خصوصی
• تعهد قوی سیاسی و تعهد حرفه‌ای به اصول اخلاقی
• وجود یک بخش خصوصی که تمام و کمال و بدون اشکال تنظیم شده باشد تا بتواند قیمت‌ها و کیفیت خدمات را تنظیم و پایش نماید.

در ایران نیز برای مقابله با این پدیده، ماده ۳۶ برنامه پنجم توسعه به شرح ذیل ارائه شده است [۱۸]:

تبصره ۱ـ کلیه ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظفند از خط‌مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی غیردولتی که تمایل به همکاری با سامانه جامع و همگانی سلامت را ندارند، طرف قرارداد نظام بیمه پایه و تکمیلی نبوده و از یارانه‌ها و منابع عمومی کشور مرتبط با امور سلامت بهره‌مند نمی‌شوند.

تبصره۲ـ پزشکانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند. سایر شاغلین حرف سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت‌وزیران مشمول حکم این تبصره خواهند بود. دولت به منظور جبران خدمات این دسته از پزشکان تعرفه خدمات درمانی را در اینگونه واحدها و مراکز، متناسب با قیمت واقعی تعیین می‌نماید.

پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیردولتی از شمول این حکم مستثنی می‌باشند مشروط به اینکه تنها از یک محل به میزان بخش دولتی و بدون هیچ دریافتی دیگر، حقوق و مزایا دریافت نمایند.

کارکنان ستادی وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و سازمانهای وابسته، هیأت رئیسه دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، رؤسای بیمارستانها و شبکه‌های بهداشتی درمانی مجاز به فعالیت در بخش غیردولتی درمانی، تشخیصی و آموزشی نیستند و هرگونه پرداخت از این بابت به آنها ممنوع است. مسؤولیت اجرای این بند به عهده وزراء وزارتخانه‌های مذکور و معاونین مربوطه آنها و مسؤولین مالی دستگاه‌های مذکور است.

بحث و نتیجه‌گیری

طرح این موضوع که آیا برای دو شغله بودن کارکنان بخش سلامت باید مداخله‌ای صورت گیرد یا نه، یکی از موارد بحث‌برانگیز در بسیاری از حکومت‌ها است. به هر حال برخی از پژوهش‌ها تأکید دارند که دولت‌ها باید در این زمینه وارد عمل شده و قوانینی در این زمینه به تصویب برسانند و عده‌ای اعتقاد دارند که نباید در این زمینه اقدامی صورت گیرد [۱۹، ۲۰، ۲۱] و مهمتر آنکه راه حلی که در یک کشور انتخاب شده و به مرحله اجرایی می‌رسد لزوماً در کشور دیگری جوابگو نخواهد بود [۲۲].

تجربیات حاکی از آنست که اجرای محدودیت‌ها در این زمینه بدون هزینه و عوارض جانبی نمی‌باشد [۲۳] در این میان کشورهایی که به طور کامل این پدیده را منع نموده‌اند، در حقیقت نتوانسته‌اند مهر ممنوعیت بر آن زنند و به ندرت به طور کامل اجرا می‌شود؛ نمونه بارز آن کشور یونان است که در فاصله میان سال‌های ۱۹۸۹ تا ۲۰۰۲ نتوانست پزشکان را از فعالیت در بخش خصوصی بازدارد [۲۴]. این سیاست به دلیل نبود ظرفیت اجرا محکوم به شکست

Archive of SID

www.SID.ir

است. مضاف بر آنکه عملاً منابعی که برای این ممنوعیت مورد نیاز است، متناسب با آن نخواهد بود. در این راستا کارکنان بخش سلامت به ویژه افرادی که دارای تخصص‌های بسیار بالا هستند اقدام به مهاجرت کرده (فرار مغزها) و یا بخش خصوصی را انتخاب می‌کنند [۲۴]. به ویژه این مشکل در کشورهای با درآمد پایین بیشتر نمود می‌یابد.

اما در دسته‌بندی، کشورهایی هستند که این پدیده را با وضع قوانین محدودکننده می‌پذیرند. در حال حاضر، این رویکرد مورد پذیرش بسیاری از کشورها است. با توجه به اطلاعات ارائه شده‌ی جدول، در این دسته محدودیت در درآمد بخش خصوصی، ارائه مشوق‌هایی برای خدمات منحصر به فرد عمومی به ویژه بخش بهداشت پایه، افزایش درآمد و حقوق کارکنان بخش سلامت، اجازه به فعالیت بخش خصوصی با استفاده از تسهیلات دولتی، و در نهایت مقررات خودتنظیمی به عنوان راهکارها ارائه شده است. در کلیه این راهکارها استقرار تمام و کمال و بدون اشکال یک نظام مالی برای تأمین بودجه و پایش بخش دولتی و خصوصی از الزامات است. در اینجا ترکیبی از نظام مالی مبتنی بر مالیات‌ها، بیمه همگانی و اجباری سلامت، ارائه بیمه‌های تکمیلی بخش خصوصی، به اضافه نظارت و پایش، برای اطمینان از عملکرد درست بخش خصوصی ضروری است. این در حالی است که ایجاد محدودیت برای بخش خصوصی بالقوه می‌تواند موجبات ارتقای کیفیت بخش دولتی را فراهم آورد.

راهکار بعدی، افزایش درآمد و حقوق کارکنان بخش سلامت است که در کشورهای با درآمد کم این مداخله دشوار می‌نماید. بنابراین این گزینه در مورد ایران کان لم یکن تلقی می‌گردد.

در مورد کانادا محدودیت‌های مالی، همچنین کاهش جذابیت و مقبولیت بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی منجر به کاهش اقبال پزشکان و کادر درمان به اشتغال در بخش خصوصی شده و در نهایت به کاهش دو شغله بودن آنها انجامیده است. البته ممکن است این راه حل نیز در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته با موفقیت همراه نباشد.

اما پذیرش دو شغله بودن بدون هیچگونه محدودیت که در کشورهای اندونزی و مصر اشاره شد، در کشورهایی که با کمبود نیروی کار مواجه‌اند توصیه نمی‌شود، به دلیل آنکه نیروی کار عملاً به سمت بخش خصوصی شیفت می‌یابد. اما در کشورهای جنوب صحرای آفریقا برای افزایش درآمد پزشکان چاره‌ای جز این راه حل وجود ندارد.

در ایران هم اکنون بسیاری از افراد برای تأمین مخارج زندگی به ناچار از طریق دو شغل به امرار معاش می‌پردازند. اما در نظام سلامت، با وجود مشکلات ناشی از دو شغله بودن پزشکان، وضع برخی محدودیت‌ها در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. در این حوزه به دلیل توجه اندک به بهداشت پایه و کم توجهی به استفاده از توان پزشکان عمومی در این بخش از یک‌سو، و روی آوردن آنها به مقطع تخصص و طولانی شدن تحصیل که به تبع آن باعث می‌شود این قشر از قافله اقتصادی عقب بمانند، همگی باعث شده که پزشکان با دو و یا حتی چند شغله بودن درصدد دستیابی به درآمد برآیند.

در صورتی که در کشور شفافیت مالی و نظام مالیاتی پلکانی وجود می‌داشت- با وجود افزایش درآمد مالیات بیشتری توسط افراد باید پرداخت شود- هیچیک از اقشار جامعه از جمله پزشکان برای درآمدهای بالاتر به تلاش بیش از حد نمی‌پرداختند.

در نهایت پیش از هر چیز توجه به توزیع عادلانه درآمد در سطح کلیه مشاغل جامعه و تلاش برای حداقل نمودن ضریب جینی در جامعه ضروری خواهد بود. به نظر می‌رسد برای کاهش میزان دوشغله بودن پزشکان، همچنین کاهش آسیب‌های ناشی از آن، به بستر پیدایش این پدیده توجه و با آن مقابله شود. تنها با محدودیت‌های قانونی در این زمینه نمی‌توان به موفقیت‌های اساسی دست یافت. اما به هر حال در کشورهای با درآمد پایین «پذیرش دو شغله بودن با وجود برخی از محدودیت‌ها» توصیه می‌شود. این شیوه در صورتی که مشوق‌هایی را در بر داشته باشد، مقاومت کارکنان سلامت را نیز کاهش خواهد داد. حتی چنانچه این راه حل مورد پذیرش نباشد، حرکت از پذیرش بدون هیچگونه محدودیت- که پیش از این در کشور اعمال می‌شده است- به سمت ممنوعیت دو شغله بودن عملاً در برهه کوتاه زمانی و با شیب تند منطقی به نظر نمی‌رسد. با توجه به اینکه تصمیم‌سازی و سیاست‌گذاری در این خصوص بسیار دشوار است، اما به هر حال هر چه شفاف نمودن آن، امکان سوء استفاده‌های احتمالی را کاهش می‌دهد.

همچنین با توجه به اینکه این پدیده سیستمی است، برای درمان آن نیز باید سیستمی عمل نمود. در این راستا مداخلاتی چون استقرار پزشک خانواده و بیمه همگانی سلامت از درمان‌های سیستمی به شمار آید. به نظر می‌آید ماده ۳۶ قانون برنامه پنجم توسعه بدون هیچ آیین‌نامه اجرایی، و سقف و زمان بندی لازم، و راهکارهای اجرایی در این زمینه تنها درصدد پاک کردن صورت مسأله است تا حل مسأله! در هر صورت با توجه به مطالعات اندکی که تأثیر راه‌حلهای مختلف را در این حوزه مورد مطالعه قرار داده‌اند، انتظار می‌رود با توجه به شرایط کشور پژوهش‌هایی برای رفتار با این پدیده و ارائه الگو طراحی و اجرا گردد.

Archive of SID
www.SID.ir

مراجع

1- Zuzanna Socha K. The Economics of Physician Dual Practice: A Theoretical and Empirical Investigation. The Research Unit for Health Economics. [Ph.D. dissertation] Institute of Public Health, University of Southern Denmark. www.sdu.dk/.../Karolina%20Z%20%20Socha%20Abstract%20of%20PhD%20thesis.pdf

2- Roenen C . How African doctors make ends meet: an exploration. Tropical Medicine and International Health 1997; 2(2): 127-135.

3- World Health Organization. World health report: Working together for health 2006; available from: URL: http://www.who.int/hrh/whr06/en/index.html

4- Ferrinho P, Omar MC, Fernandes MJ, Blaise P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Branding, Substituting, Unnecessary Prescriptions and Pilfering: How Medicines Help Health Personnel to Cope in Cape Verde and Mozambique. Unpublished Report. Lisbon: AGO, IMP; 2002.

5- Hicks V, Adams O. Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Prepared for the Global HealthWorkforce Strategy Group, World Health Organization, Geneva, 2001.

6- Ferrinho P, Lerberghe WV, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. available from: URL: http://www.human-resources-health.com/content/2/1/14

7- Giedion U, Morales LG, Acosta OL. The impact of health reforms on irregularities in Bogotá hospitals. In Diagnosis Corruption. Fraud in Latin America's Public Hospitals. Edited by Di Tella R, Savedoff WD. Washington DC: Inter-American Development Bank; 2001; 163-198.

8- Jütting J. Public-private partnerships in the health sector: experiences from developing countries. Geneva: International Labour Office, Social Security Policy and Development Branch; 2002.

9- Hanson K, Berman P. Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. Health Policy Plan 1998; 13(3): 195-211.

10- Eggleston K, Bir A. Physician dual practice. Health Policy 2006; 78: 157–166.

11- Bellanger M, Mossé R. Contracting within a centralised health care system: the ongoing French experience (first draft). Analysis of Systems of Health Care. available from: URL: http://www.lse.ac.uk/ collections/ LSEHealthAnd SocialCare/ pdf/ EHPGFILES/ SEP2000/ paper1sep2000.pdf

12- Venieris D. The history of health insurance in Greece: the nettle governments failed to grasp. London: The London School of Economics and Political Science 1997.

13- Turone F. Italian GPs suspended for accepting bribes. British Medical Journal 1998; 316:1264.

14- Kiwanuka SN, Kinengyere AA, Rutebemberwa E, Nalwadda C, Ssengooba F, Olico-Okui, Pariyo GW. Dual practice regulatory mechanisms in the health sector: a systematic review of approaches and implementation. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London 2011.

15- Gish O. Godfrey M. A reappraisal of the "brain drain" – with special reference to the medical profession. Soc Sci Med 1979; 13: 1-11.

16- Bir A. Eggleston K. Physician Dual Practice: Access Enhancement or Demand Inducement?

Archive of SID

www.SID.ir

Physician Dual Practice: Access Enhancement or Demand Inducement? available from: URL: http://ideas.repec.org/p/tuf/tuftec/0311.html

17- Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V: Implications of private practice in private hospitals on the caesarean section rate in Thailand. Human Resources for Health Development Journal 2000; 4(1):1-2.

18- Fifth Development Plan of Islamic Republic of Iran(1390-1394). available from: URL: http://www.spac.ir/portal/File/ShowFile.aspx?ID=aad45008-756c-40e8-9d72-dd7567a8313f. persian

19- Jan S, Bian Y, Jumpa M, Meng Q, Nyazema N, Prakongsai P. 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.

20- Berman P, Cuizon D. Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries. London: DFID Health Systems Resource Center 2004.

21- 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(5).

22- Garc´ıa-Prado A, Gonz´alez, P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. Health Policy 2007; 84: 142–152.

23- Socha K. Z, Bech M. Physician dual practice: A review of literature. Health Policy 2011; 102: 1– 7.

24- Mossialos E, Allan S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. Health Economics 2005; 14: 151-168.

Archive of SID

www.SID.ir