



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

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.

یافته ها: 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.

نتیجه گیری: 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 تئوریک 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

دکتر مقری جواد ۱*

دکتر اکبری ساری 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 مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت

تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۱۵۱۱۵

نشانی الکترونیکی:

Moghrij@mums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۳/۱۶

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۶/۳/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۰/۲۰



مقدمه

امروزه بخش خصوصی نقشی مهم در ارائه خدمات سلامت در کنار بخش دولتی ایفا می نماید. مشارکت بخش خصوصی در ارائه مراقبت سلامت در کشورهای مختلف متفاوت بوده و گستره ای از ۱۴ درصد در تایلند، تا ۷۰ درصد در زیمبابوه را شامل می شود [۱]. رشد بی ضابطه 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 بخش های دولتی و خصوصی در بسیاری از کشورها امری رایج شده است [۳-۵]. 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 صاحب نظران 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 می خورد [۵، ۶].

در باب پیامدهای مثبت فعالیت دوگانه برخی از صاحب نظران با این استدلال که اجازه به اشتغال همزمان می تواند سبب بالا رفتن درآمد کارمندان شده و با توجه به حقوق پایین بخش دولتی به دولت ها در جهت جذب و حفظ پرسنل مورد نیاز در مراکز مربوطه یاری نماید، به این پدیده به سان یک فرصت نگاه می کنند. ایشان معتقدند دولت با قانونی شمردن فعالیت خصوصی افراد می تواند بدون نیاز به بار مالی بیشتر در جهت جذب و نگهداشت افراد در مراکز دولتی حتی در مناطق محروم و دورافتاده زمینه های 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 می تواند 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 بهره مند می سازند [۷]. در نهایت عده ای دیگر از کارشناسان معتقدند افراد دوشغله با توجه به انگیزه ای که در جهت ارجاع بیماران ثروتمند به محل کار خصوصی خویش دارند، از طریق سازوکاری که «تبعیض قیمتی^۲» نامیده می شود، به افزایش دسترسی نیازمندان به خدمات در بخش دولتی و کوتاه شدن زمان انتظار در این بخش کمک می کنند [۷].

از سوی دیگر مخالفان فعالیت همزمان کارکنان سلامت معتقدند، به علت تعارض منافی که در دوشغله ها برای کار در بخش دولتی و خصوصی وجود دارد، انگیزه ای در جهت کاهش کیفیت و کمیت کاری این افراد در بخش نخست به وجود می آید 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 می شود مسئله محدودیت زمان افراد و اصطلاحاً «رقابت برای زمان^۳» می باشد. طرفداران این نظریه معتقدند با توجه به اینکه هر فردی با محدودیت زمانی روبه رو می باشد، 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 مضرات دوشغله بودن افراد از آن یاد می شود، استفاده غیر قانونی از منابع بخش دولتی نظیر داروها، تجهیزات، وسایط نقلیه، نیروی انسانی، و ... به منظور منافع شخصی و خصوصی افراد می باشد [۱]. در نهایت عده ای از صاحب نظران نیز بر این باورند که دوشغله ها بیماران ثروتمند یا کم هزینه تر را از بخش دولتی به محل کار خصوصی خویش ارجاع می دهند، و یا با تجویز خدمات غیر ضرور و القای تقاضا هزینه ای اضافی بر بیمار تحمیل می نمایند [۵، ۹، ۱۲، ۱۳].

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

۲- Price discrimination

۳- Competition for time

۱- Dual practice

نهایی در برگیرنده «واژه‌های مرتبط با دوال پرکتیس»، «واژه‌های مرتبط با حرف مهم بخش سلامت»، و «واژه‌های مرتبط با آثار و پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت» بود. راهبرد جستجو برای استفاده در مدلین (دسترسی از طریق پاب مد^۸) طراحی گردید، و سپس به منظور استفاده در سایر پایگاه‌ها با استفاده از واژگان کنترل مقتضی مورد استفاده قرار گرفت.

علاوه بر این به منظور اطمینان از حصول تمامی مطالعات مرتبط جستجوهای ما به شکل هدفمند در موتورهای جستجوگر گوگل و گوگل اسکولار، و همچنین وب سایت‌های سازمانی مثل بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت، مرکز جهانی منابع انسانی سلامت^۹، و مجله آنلاین منابع انسانی سلامت^{۱۰} نیز انجام شد. در کنار این موارد لیست منابع مقالات مرتبط نیز با هدف هر چه کم تر کردن احتمال از دست 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 بررسی قرار داده و با یکی از روش‌های کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل^{۱۱}، کارآزمایی بالینی غیر تصادفی با گروه کنترل^{۱۲}، مطالعات قبل و بعد همراه با گروه کنترل^{۱۳}، و سری زمانی منقطع^{۱۴} به انجام رسیده بودند، برای ورود به مطالعه و ارزیابی بیشتر مناسب تشخیص داده شدند. همچنین به دلایلی همچون محدودیت‌های زمانی و مالی، تنها مطالعاتی که به زبان فارسی و انگلیسی به چاپ رسیده بودند وارد مطالعه شدند.

فرآیند گزینش مطالعات، استخراج و تحلیل داده‌ها

نتایج جستجوهای ما در نرم افزار Endnote X^۴ وارد شد. در ابتدا یکی از نویسندگان (ج.م) تمامی عناوین و سپس چکیده‌ها را به منظور حذف موارد غیر مرتبط بررسی نمود. پس از این مرحله،

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ در بولتین سازمان جهانی بهداشت به چاپ رسید، نشان داد که دومین اولویت پژوهشی مهم در حیطه مدیریت منابع انسانی بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه و کم‌تر توسعه یافته تحقیق در مورد پیامدهای اشتغال دوگانه و چندگانه کارکنان این بخش می‌باشد [۱۵]. مطالعه پیشگفت مبین این حقیقت است که سیاستگذاران و مسئولین سلامت در کشورهای مختلف به منظور طراحی مداخلات و سیاست‌های مناسب برای مدیریت اشتغال همزمان کارکنان سلامت نیاز به شواهد علمی متقن در زمینه پیامدهای واقعی این پدیده دارند. نکته قابل توجه و جالب اینکه علیرغم 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 بررسی شواهد موجود در این زمینه می‌پردازد، و سعی دارد که مطالعات کنونی در این حیطه را مورد ارزیابی قرار داده تا مستندات قابل اتکا و از نظر علمی معتبر را شناسایی کند.

روش کار

طراحی مطالعه

به منظور ارزیابی آثار و پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان در بخش سلامت از روش مرور نظام‌مند متون^۴ استفاده شد.

راهبرد جستجو

پایگاه‌های الکترونیک مدلین^۵، امبیس^۶، و کاکرین لایبرری^۷ در فاصله زمانی آوریل تا می سال ۲۰۱۴ میلادی مورد جستجو قرار گرفتند. با توجه به ماهیت نسبتاً تازه موضوع در بخش سلامت، جستجوهای ما محدود به مطالعاتی شد که از فوریه ۱۹۹۰ تا می ۲۰۱۴ به چاپ رسیده بودند. راهبرد پژوهش انتخابی به منظور اطمینان از حساسیت در یافتن مطالعات مرتبط با موضوع، مورد آزمایش واقع شد و در صورت نیاز اصلاحات لازم بر روی آن صورت پذیرفت. همچنین در راستای یافتن تمامی 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 ساختار و فرمت عمومی برای راهبرد جستجوی

Systematic review –۴

Medline –۵

Embase –۶

The Cochrane library –۷

Pubmed –۸

www.hrhresources.org –۹

www.human-resources-health.com –۱۰

Randomized Control Trial (RCT) –۱۱

non Randomized Control Trial (nRCT) –۱۲

Controlled Before and After studies –۱۳

Interrupted Time Series –۱۴

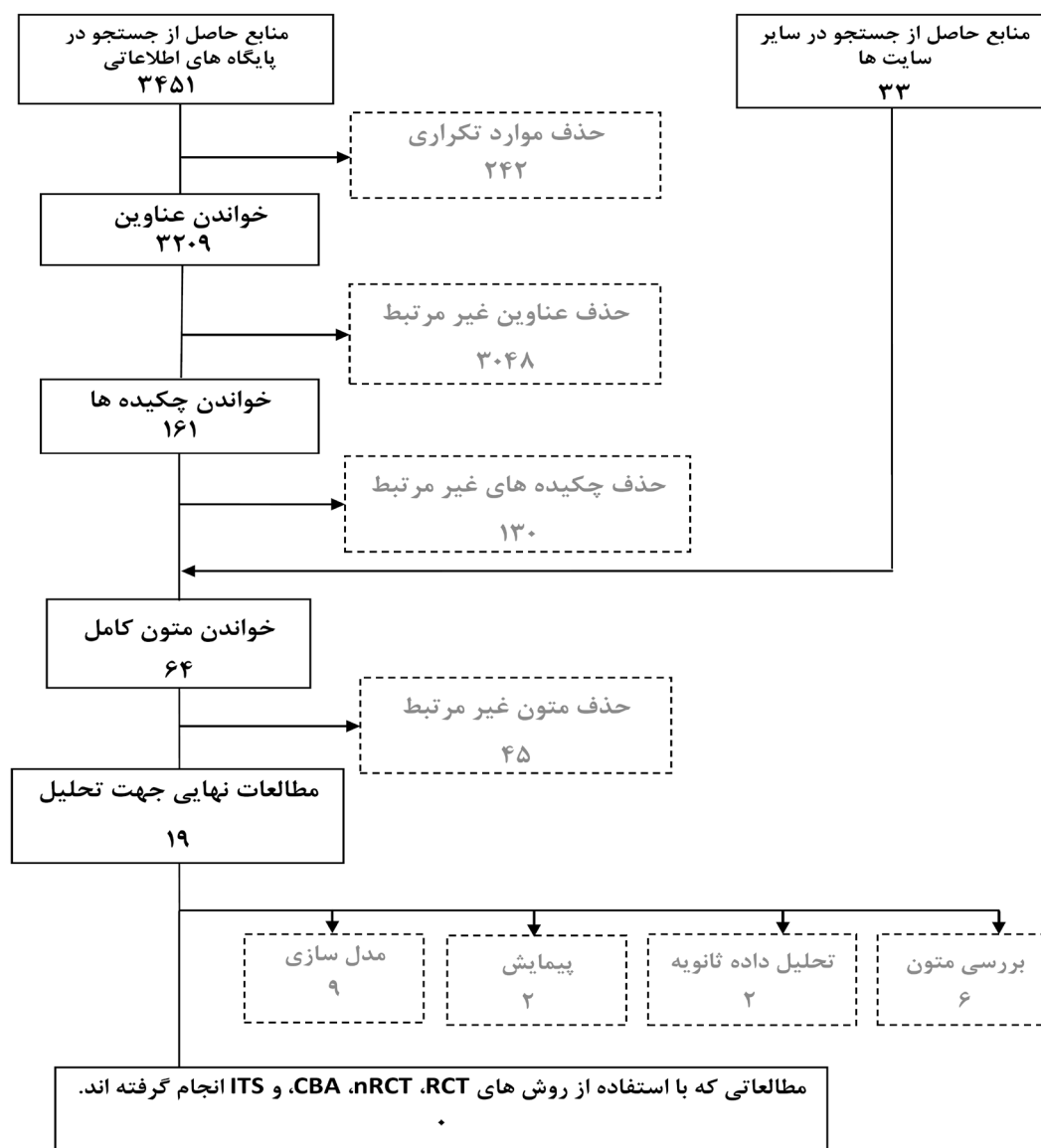


۳۰۴۸ مورد به علت عدم ارتباط به موضوع حذف گردید. از ۱۶۱ مطالعه باقیمانده نیز پس از بررسی چکیده ۱۳۰ مورد به دلایل فوق‌الذکر حذف گردید. پس از اضافه نمودن ۳۳ مطالعه دیگر که از جستجوهای هدفمند در موتورهای جستجوگر و وب سایت‌های مربوطه استخراج شده بود، در مجموع ۶۴ مطالعه به دست آمد. در مرحله آخر نیز متن کامل مربوط به این مطالعه‌ها استخراج شده و بررسی‌های لازم بر روی آن‌ها صورت گرفت. بررسی متون کامل نشان داد که از این تعداد تنها ۱۹ مطالعه به بررسی پیامدهای اشتغال همزمان در بخش سلامت پرداخته بودند. از این ۱۹ مطالعه نیز با توجه به معیارهای ورود در نظر گرفته شده هیچ مطالعه‌ای امکان ورود به مرحله تحلیل را نداشت (شکل ۱).

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

یافته‌ها

نتایج حاصل از جستجوی الکترونیک در پایگاه‌های اطلاعاتی در مرحله نخست ۳۴۵۱ سند را نشان داد. پس از حذف موارد تکراری، ۳۲۰۹ عنوان مورد بررسی قرار گرفت که از این تعداد



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

ارزیابی کیفی و بررسی ریسک سوگرایی (تورشن) 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 لیست ها در بسیاری از مطالعات مروری برای بررسی ریسک سوگرایی در مطالعاتی با روش های خاص مورد استفاده قرار می گیرند. با توجه به اینکه هیچ مطالعه ای مبتنی بر معیارهای ورود این پژوهش نبود، کاربرد چک لیست مزبور در این پژوهش منتفی گردید. با این وجود کیفیت ۱۹ مطالعه ای که به عنوان مطالعه های مرتبط در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند، با استفاده از ابزاری ساده که توسط تیم پژوهش طراحی شده بود

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

ارزیابی گردید. این ابزار مبتنی بر سؤالاتی در مورد روش انجام مطالعات، نمونه پژوهش، فرآیند گردآوری داده ها، فرآیند تحلیل داده ها، و برخی سؤالات دیگر بود. نتایج حاصل از ارزیابی این مطالعات نشان داد که تقریباً تمامی این مطالعات تا حدودی در معرض سوگرایی های بالقوه هستند. برای مثال در تمامی مطالعاتی که از روش مدل سازی اقتصادی برای پیشگویی پیامدهای اشتغال همزمان بهره برده بودند، محققین از پیش فرض هایی استفاده کرده بودند که مخصوص به بازارها و شرایطی خاص بوده، و یا در متون بالادستی مورد مناقشه می باشد [۵]. همچنین چشم پوشی از تفاوت های فردی دوشغله ها و تک شغله ها 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 سوگرایی های بالقوه در مطالعات مرتبط با پیامدهای اشتغال همزمان در بخش سلامت شده است.

جدول ۱- لیست مطالعات مرتبط

نویسنده (سال)	روش	فضا و بستر مرتبط	مهمترین یافته ها
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).
بیگیلیر (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 تواند 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.
برک (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 افزایش 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 پردازند مشکل دستچین نمودن بیماران روی می دهد.



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.	HICs	مدل سازی	آیورسین (۱۹۹۷) (۲۰)
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.	LMICs	مدل سازی	جیوی (۲۰۱۰) (۲۱)
۱- وجود رفتار خودخواهانه در دوشغله ها منجر به موارد زیر خواهد شد: الف: کاهش تعداد مطلوب بیمارانی که بعنوان کیس های الکتیو در آن اچ اس درمان می شوند. ب: افزایش زمان انتظار در بخش دولتی ج: افزایش هزینه های سلامت	HICs	مدل سازی	مورگا (۲۰۰۱) (۲۲)
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).	LMICs	پیمایش	هانورا اُونگچای (۲۰۰۰) (۲۳)
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.	HICs	پیمایش	سوشا (۲۰۱۱) (۲۴)
۱- میزان فعالیت متخصصینی که قرارداد حداکثر پاره وقتی داشتند به طور معناداری از همکاران تمام وقتشان بیش تر بود.	HICs	تحلیل داده ثانویه	بلور (۲۰۰۴) (۲۵)
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.	HICs	تحلیل داده ثانویه	جوهانسن (۲۰۱۴) (۲۶)
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 همزمانیان دوشغله شان حمایت نمی کند.	LMICs	بررسی متون	اگلستون (۲۰۰۶) (۲۷)
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.	LMICs	بررسی متون	فرینیو (۲۰۰۴) (۱)

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.	بررسی متون	هیپگریو (۲۰۱۴) (۲۸)	LMICs
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.			
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.	بررسی متون	جن (۲۰۰۵) (۹)	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.	بررسی متون	گاریسیا پرادو (۲۰۱۱) (۳)	HICs و LMICs
۲- پیامدهای اشتغال همزمان که برای یک کشور مهم هستند، لزوماً برای سایر کشورها از اهمیت برخوردار نخواهند بود.			
۱- تحلیل های نظری هم به پیامدهای منفی و هم مثبت اشتغال همزمان اشاره دارد.	بررسی متون	سوشا (۲۰۱۱) (۵)	HICs و LMICs
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 مطالعه ای که با روش های 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، یافته های 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 مطالعه ها با استفاده از مدل سازی اقتصادی، دو مورد پیمایش، دو مورد تحلیل داده های 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 سوگرایی های 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 پیش تر مشاهده شد، به منظور دستیابی به شواهد و متون مربوط به پیامدهای اشتغال همزمان پزشکان در بخش سلامت جستجوی نظام مندی صورت گرفت، و پس از آن طی مراحل مختلف عناوین، چکیده ها، و متون کامل گرفته شده ارزیابی گردید. اگر چه این موضوع به عنوان یکی از مهم ترین 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





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

سلامت، و عدالت و برابری در سلامت طبقه بندی گردیده و مورد بحث و بررسی بیشتر قرار خواهند گرفت.

۱- پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت بر دسترسی به خدمات

یافته های مطالعه ما حاکی از آن بود که هیچ شواهد محکمی

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، یافته های 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

در خصوص آثار اشتغال همزمان کارکنان سلامت بر بعد دسترسی به خدمات وجود نداشته، و مطالعات موجود نیز در این زمینه نه تنها نتیجه گیری صریح و روشنی ارائه نکرده اند، که حتی در برخی مواقع نتایج متناقضی ارائه نموده اند. برخی از این مطالعات نتیجه گرفته اند که این پدیده منجر به کاهش دسترسی به خدمات می شود چرا که باعث بالا رفتن میزان غیبت دو شغله ها و کاهش تلاش و زمان مصروفه ایشان در بخش دولتی می شود [۱، ۳، ۱۴، ۱۷، ۲۸-۳۱]، یا اینکه منجر به افزایش زمان انتظار بخش دولتی و به تبع آن کاهش دسترسی به خدمات می گردد [۳، ۱۴، ۲۰، ۲۲، ۳۲، ۳۳]، و یا اینکه با افزایش مهاجرت پزشکان از روستا به شهر به دنبال یافتن فرصت های 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 داشته اند. این مطالعات با اشاره به اینکه اجازه به اشتغال همزمان می تواند 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 تخت های 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 نظام های 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 داشته اند، معطوف به نظام های سلامت ملی با بخش دولتی قوی و با کیفیت هستند که ممکن است در سایر کشورها و نظام های 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 داشته اند، مختص کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط

می باشند که شرایط بخش دولتی در آن ها نامناسب بوده و سازوکارهای اجرایی، نظارتی و کنترلی در آن ها 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 زیرساخت ها و ظرفیت های مناسب پیامدهای مذکور رایج نباشند. از سوی دیگر همانطور که مشاهده می شود 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 نمی شود، بلکه به آن به عنوان راه حلی برای مشکلات و نارسایی های بخش دولتی، و محدودیت و یا عدم وجود زیر ساخت های مالی، اجرایی، و تنظیمی نگریسته می شود [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 می کنند، کاهش کیفیت خدمات در بخش دولتی می باشد [۱، ۹، ۱۰، ۱۴]. با این وجود بررسی های 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 داده اند. به طور کلی نتایج مطالعات مختلفی که در زمینه پیامدهای اشتغال همزمان پزشکان بر بعد کیفیت خدمات به انجام رسیده اند، حاکی از تبعات منفی و مثبت بالقوه این پدیده در حیطه مورد نظر هستند. در باب پیامدهای منفی این پدیده برخی از مطالعات نتیجه گرفته اند که دو شغله ها به علت جذابیت های مالی بیشتر فعالیت خصوصی تلاش و تمرکز خود را معطوف به این بخش کرده، و توجه کمتری به انجام وظایفشان در بخش دولتی می کنند که این در نهایت منجر به کاهش کیفیت خدمات در بخش دولتی می شود [۱، ۱۰، ۳۰]، یا اینکه به علت تعارض منافع موجود، ممکن است دوشغله ها متعماً از کیفیت کاری خود در بخش دولتی کم کنند تا مردم را به این بخش بدین نموده و سبب رونق کسب و کار بخش خصوصی شوند، که این مورد می تواند به کاهش تدریجی اعتماد عمومی جامعه به بخش دولتی نیز بیانجامد [۱، ۲۳، ۳۴، ۳۸]. در طرف مقابل برخی از



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

در خصوص پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت و به ویژه پزشکان بر کارایی و هزینه خدمات سلامت نیز مباحث مختلفی مطرح است. بررسی های ما حاکی از آن بود که در این حیطه نیز باز هم به علت فقدان شواهد قابل اتکا، شاهد عدم توافق و اجماع بین صاحب نظران در رابطه با برآیند اثرات این پدیده بر بعد کارایی و هزینه خدمات هستیم. در مورد پیامدهای منفی اشتغال همزمان در حیطه مورد نظر برخی از مطالعات با اشاره به دستچین نمودن بیماران پرسودتر (بیماران متمول تر و یا دارای پیچیدگی کمتر) توسط دوشغله ها و ارجاع آن از بخش دولتی به محل کار خصوصی خود، این عمل را سبب ساز شیفت هزینه از بخش خصوصی به بخش دولتی و کاهش درآمد و افزایش هزینه های این بخش ارزیابی نموده اند [۱۹، ۲۸]. همچنین در برخی از مطالعات افزایش فرصت و انگیزه برای ایجاد تقاضای القایی در دوشغله ها و به تبع آن افزایش بی رویه و غیر معقول هزینه های کلی در نظام سلامت [۱، ۳، ۲۵، ۴۰]، تمایل برخی دو شغله ها برای تجویز بیش از حد خدمات تشخیصی درمانی و داروها به منظور بالا بردن هرچه بیشتر دقت تشخیص و درمان بیماران در مراکز دولتی (و کسب شهرت در میان بیماران به عنوان پزشک حاذق) که افزایش هزینه ها را باعث می شود [۱۸]، و در نهایت ایجاد زمینه و فرصت بیشتر برای استفاده از منابع بخش دولتی برای استفاده شخصی در دوشغله ها که منجر به افزایش هزینه های این بخش و گسترش فساد مالی و اداری می گردد [۱، ۳]، به عنوان پیامدهای منفی بالقوه دیگر اشتغال همزمان بر حیطه مزبور معرفی گردیدند. در مقابل برخی از مطالعات در دفاع از اشتغال همزمان، کاهش هزینه های بخش دولتی برای جذب و حفظ کارکنان با تجربه [۳]، اجتناب از کمبود نیرو در مراکز درمانی و عدم استفاده از تجهیزات و سایر ظرفیت های موجود [۹، ۱۳]، و همچنین بهبود کارایی در تخصیص منابع و استفاده بهینه از منابع موجود بر اساس اهداف از پیش تعیین شده (به علت دسته بندی بیماران بر اساس وضعیت مالی و شدت بیماری توسط دو شغله ها و ارجاع ثروتمندان به بخش خصوصی که منجر به استفاده بیشتر اقشار هدف از مراکز دولتی می شود) [۲۱] را از فواید بالقوه این پدیده در رابطه با حیطه مذکور دانستند. به نظر می رسد برخی از پیامدهای منفی پیشگفت برای هر

صاحب نظران نیز در مطالعات خود چنین نتیجه گرفته اند که دو شغله ها به علت تمایل به نشان دادن توانایی های خود و کسب شهرت برای جذب مشتری بیشتر برای فعالیت خصوصی خود، نهایت تلاش و دقت خود را برای درمان بیماران بخش دولتی به کار گرفته، و بهترین کیفیت خود را در این بخش به نمایش می گذارند [۱۸]، یا اینکه اجازه به اشتغال همزمان با کمک به بخش دولتی برای جذب و حفظ پزشکان حاذق و با تجربه سبب استفاده از کیفیت کاری بالای ایشان در این مراکز که اغلب پذیرای قشر متوسط و ضعیف جامعه هستند می شود [۳، ۳۹]، و یا اینکه اشتغال همزمان به پزشکان اجازه می دهد تا با وسیع شدن گستره 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 مثمرتر باشند [۳، ۷].

بررسی دقیق تر مطالعات فوق نشان می دهد که تعدادی از پیامدهای ذکر شده خاص برخی کشورها و نظام های درمانی بوده، حال آنکه در کشورهای دیگر رایج نمی باشد. برای مثال تمامی مطالعاتی که به اثر تعارض منافع بر کیفیت خدمات در بخش دولتی اشاره دارد، مربوط به کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط است. به نظر می رسد که در چنین کشورهایی مدیریت ضعیف و عدم وجود سازوکارهای نظارتی و تنبیهی اثربخش فضای مناسبی را برای کارکنان دوشغله فرصت طلب به وجود آورده تا به راحتی از کیفیت کار خود در بخش دولتی بکاهند و در راستای اهداف شخصی خود زمینه بی اعتمادی به این بخش را در جامعه به وجود آورند. با عنایت به این مطالب می توان نتیجه گرفت در نظام هایی که مدیریت کارا داشته و زیر ساخت های لازم بخش دولتی در آن وجود دارد، بحث پیامدهای منفی تعارض منافع کمرنگ تر و قابل اغماض تر خواهد بود. از سوی دیگر در ارتباط با پیامدهای مثبت بالقوه این پدیده مطالعات موجود از کشورهای مختلفی با سطوح توسعه یافتگی متفاوت وجود دارد. این موضوع می تواند نشان دهنده این واقعیت باشد که با مجاز شمردن اشتغال همزمان به عنوان یکی از مزایای غیر مالی مهم از دیدگاه اکثر شاغلین، مدیران بخش دولتی در کشورهای مختلف فارغ از درآمد و سطح توسعه یافتگی شان می توانند کارکنان زبده و با تجربه را در مراکز خود جذب و حفظ نمایند و این افراد نیز با استفاده از فرصت به وجود آمده به دانش و تجربه خود در درمان بیماران اضافه نموده و مزایای دو جانبه ای را برای خود و بخش دولتی فراهم نمایند.

به فعالیت در این مراکز شده و به تبع آن افراد کم بضاعت که استطاعت استفاده از خدمات ایشان در بخش خصوصی را ندارند، از این خدمات بهره‌مند می‌سازند [۳، ۱۳].

در خصوص پیامدهای مذکور بایستی توجه نمود تمامی این مطالعات در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به انجام رسیده‌اند و بیشتر شرایط این کشورها را مد نظر قرار داده‌اند. اگرچه ممکن است این پیامدها در کشورهای پیشرفته و با سطح درآمد بالا نیز کاربرد داشته باشند، اما توجه بیشتر به شرایط و زیر ساخت‌های کشورهای با سطح توسعه یافتگی کمتر اهمیت بسیار زیاد تبعات یاد شده را در این نظام‌ها خاطر نشان می‌سازد.

یافته‌های مطالعه مروری ما نشان داد که مباحث متنوعی پیرامون اثرات مثبت و منفی اشتغال همزمان کارکنان سلامت مطرح بوده و تا کنون اجماع و توافقی بر سر برآیند اثرات مثبت و منفی این پدیده وجود نداشته است. با این وجود بایستی در نظر داشت که پیامدهای اشتغال همزمان در کشورهای مختلف بسته به شرایط و زیر ساخت‌های موجود می‌تواند کاملاً متفاوت و بعضاً متضاد باشد. برای مثال در حالی که در برخی از کشورها به اشتغال همزمان به مثابه مشکل و چالشی که نیازمند اصلاح است نگریسته می‌شود، در کشورهای دیگری که زیر ساخت لازم را نداشته و از ظرفیت‌های مناسب مدیریتی و مالی برخوردار نمی‌باشند آن را به عنوان راه حل سیستمیک مشکلات خود در نظر می‌گیرند [۹]. همچنین به نظر می‌رسد وضع قوانین و مقررات در مورد اشتغال همزمان و کیفیت اجرای این قوانین یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های پیامدهای این پدیده بر ابعاد مختلف ارائه خدمات سلامت در هر کشوری می‌باشد. علاوه بر این بررسی‌ها نشان می‌دهد که پیامدهای این پدیده در تخصص‌های مختلف با یکدیگر متفاوت است. برای مثال در برخی از تخصص‌ها تفاوت زیادی میان افراد تک شغله و دوشغله به لحاظ عملکرد وجود ندارد، حال آن که در تخصص‌های دیگر (به ویژه تخصص‌هایی که درآمد حاصل از فعالیت خصوصی آن‌ها زیاد است) این تفاوت بسیار پر رنگ است [۳، ۲۶]. به نظر می‌رسد که میزان فرصت‌های موجود برای فعالیت خصوصی، سطح درآمد کسب شده از محل این فعالیت‌ها، و شکاف میان درآمد بخش دولتی و خصوصی نقشی مهم در تصمیم شاغلین سلامت برای تقسیم زمان و تلاش کاری میان این دو بخش و کیفیت انجام وظایف مربوطه در

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

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

یکی از مهم‌ترین سؤالات پژوهشی در حیطه عدالت و منابع انسانی که تا کنون بی‌جواب مانده است تأثیرات اشتغال همزمان کارکنان سلامت بر عدالت و برابری در ارائه خدمات می‌باشد. در این حیطه نیز نتایج بررسی‌های ما حاکی از آن بود که علیرغم وجود ادعاهایی مبنی بر پیامدهای مثبت و منفی بالقوه این پدیده، با فقدان شواهد مستحکم و قابل اتکا روبه‌رو هستیم. برخی از مطالعات اشاره داشته‌اند که دوشغله‌ها با توجه به کار در محیط‌های مختلف ممکن است بین افراد مختلف تبعیض قائل شده و بیماران ثروتمندتر را ترجیح داده و به بیماران کم بضاعت بی‌توجهی کنند و آن‌ها را اصطلاحاً به عنوان شهروند درجه دو در نظر بگیرند [۲۳، ۲۹، ۴۱، ۴۲]، یا اینکه مجاز شمردن اشتغال همزمان ممکن است باعث مهاجرت پزشکان از روستا به شهر (برای یافتن موقعیت‌های بهتر برای فعالیت خصوصی) شده و علاوه بر کاهش دسترسی در مناطق محروم و روستاها، عدالت در توزیع نیرو بین مناطق مختلف را مخدوش نماید [۱، ۲۹، ۳۴، ۴۳-۴۵]. در مقابل مطالعاتی نیز در حمایت از اشتغال همزمان ارجاع بیماران ثروتمند از مراکز دولتی به خصوصی را زمینه‌ساز استفاده بیشتر فقرا از امکانات دولتی می‌دانند [۳، ۱۳، ۲۸]، و یا اینکه اعتقاد دارند اجازه به اشتغال همزمان باعث می‌شود افراد حاذق و با تجربه علیرغم شرایط مالی و فیزیکی نامناسب بخش دولتی باز هم حاضر



این بخش ها دارد.

مهم ترین 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 روش های تئوریک و پیشگویی های نظری در این حیطه می باشد. با توجه به نیاز مبرم سیاستگذاران به اطلاعات موثق در این خصوص برای سیاست گذاری 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 می رسد. اگرچه لازم به ذکر است که طراحی و انجام مطالعاتی با استفاده از روش های علمی قابل اطمینان در حیطه اشتغال همزمان مشکل است، اما می توان با بهره گیری از سیاست های 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 روش های تئوریک صرف رسید. همانطور که اشاره شد بررسی مطالعات موجود نشان می دهد که در نبود شواهد متقن و باکیفیت در این حیطه، تمایل شدیدی به استفاده از روش های نظری و تکنیک های کامپیوتری نظیر مدل سازی در پیشگویی آثار و پیامدهای این پدیده بوده است. نکته قابل تأمل تر اینکه تقریباً تمامی مطالعات موجود، مدل سازی پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت را با استفاده از فرضیاتی انجام داده اند که خود در متون بالادستی مورد مناقشه می باشند [۵]. برای مثال یکی از فرضیات مورد استفاده در اغلب مدل ها 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 شغله ها در انجام وظایف خود می باشد. حال آنکه شواهدی وجود دارد که نشان می دهد عملکرد دو شغله ها و تک شغله ها در بخش دولتی تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته [۲۴، ۲۷، ۴۶]، و یا حتی دوشغله ها نسبت به هم تایان

تک شغله خود عملکرد به مراتب بهتری نیز در این مراکز داشته اند [۲۵]. اگرچه روش های مورد استفاده در این مطالعات نیز به مانند سایر متون موجود در این حیطه آن ها را در معرض سوگرایی های بالقوه قرار می دهد، یافته های این مطالعات ضمن کمک به صاحب نظران و تصمیم گیران در جلوگیری از تفکر قالبی موجود در این زمینه، بار دیگر ماهیت پیچیده و متعارض پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت را نشان می دهد.

نتیجه گیری

این مطالعه نخستین مطالعه ای بود که به مرور نظام مند متون مربوط به پیامدهای اشتغال همزمان کارکنان سلامت پرداخت. علیرغم اهمیت فراوان این موضوع، جستجوهای وسیع ما نشان داد که تا کنون مطالعه ای با بهره گیری از روش های 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 پدیده ای چند بعدی بوده، و پیامدهای گوناگونی در کشورها و مناطق مختلف دارد و نمی توان نسخه واحدی برای آن پیچید. درک ماهیت، گستره، انگیزه ها و دلایل تمایل به اشتغال همزمان، و پیامدهای این عمل نخستین گام برای طراحی مداخلات و سیاست گذاری در راستای مدیریت این پدیده می باشد. تشخیص و برآورد دقیق پیامدهای منفی اشتغال همزمان در هر کشوری می تواند 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

- 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, Medford 2003.
- 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 lægeforening : 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



- 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 *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, Marzoecki P, Harimurti H, Yavuz E. *New Insights into Provision of Health Services in Indonesia: A Health Workforce Study*. Washington: The World Bank 2012.
- 37- Palmer N, Mills A, Wade 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 Bank 2002.
- 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

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, Asimwe 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.

