



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

عنوان طرح:

**شناسایی وضعیت دانشی طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران: مرور دامنه مطالعات
انجام شده و تعریف دستور کار تحقیقاتی در این حوزه در راستای رسیدن به پوشش
همگانی سلامت**

شماره طرح:

۹۸۰۱۰۴

همکاران پروژه:

- **مجری طرح:** دکتر جلال عربلو، استادیار سیاست گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- **همکاران:** -
- **با تشکر ویژه از:** جناب آقای دکتر جواد مقری، استادیار محترم دانشگاه علوم پزشکی مشهد که گزارش پایانی طرح حاضر را مطالعه و پیشنهادات اصلاحی ارائه دادند.

• تامین مالی

این تحقیق با حمایت مالی مطابق قرار داد شماره ۲۴۱/م/۹۹۲۸ موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران و با کد اخلاق IR.TUMS.NIHR.REC.1399.004 انجام پذیرفته است.

• تعارض منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.



فهرست منابع

۵	خلاصه اجرایی طرح
۶	مقدمه و اهداف
۷	روش پژوهش (به تفکیک مراحل انجام طرح)
۹	نتایج (به تفکیک مراحل انجام طرح)
۲۱	بحث و نتیجه گیری
۲۴	پیشنهادات و کاربرد برای سیاستگذاری
۲۴	فهرست منابع

خلاصه اجرایی طرح

هدف

در مسیر نیل به پوشش همگانی سلامت، طبابت دوگانه پزشکان (اشتغال به کار همزمان در بخش های دولتی و خصوصی) می تواند چالش برانگیز باشد. ارائه تصویری کلی از طبابت دوگانه پزشکان در ایران می تواند به درک این پدیده کمک نماید. با توجه به انجام مطالعه مروری قبلی در این زمینه در ایران، این مطالعه با هدف شناسایی انواع شواهد موجود در زمینه طبابت چندگانه پزشکان در ایران، و ارائه دستور کار تحقیقاتی در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران انجام شد.

روش کار

به منظور انجام این مطالعه، پایگاه های اطلاعاتی بین المللی Embase, PubMed, The Cochrane Library, Scopus, web of Science و همچنین پایگاه های داخلی شامل بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran) و مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) مورد جستجو قرار گرفت. برای هر بانک اطلاعاتی از استراتژی جستجوی مخصوص و مناسب آن استفاده شد. پس از جمع آوری مقالات یافت شده و برداشتن موارد تکراری، عنوان و خلاصه آنها کنترل و مقالات نامرتب حذف شد. متن کامل مقالات باقیمانده با معیارهای ورود و خروج بررسی و دلایل حذف آنها از مطالعه ثبت گردید. تمام مراحل انتخاب مقالات به طور مستقل توسط دو نفر انجام شد. اختلاف نظرات مورد بحث و بررسی قرار گرفت تا تصمیم نهایی در آن مورد حاصل شد. داده های استخراج شده به صورت سنتز کیفی و با استفاده روش پنج مرحله ای آرکسی و اومالی (Arkesy&O'Malley) استفاده شد تحلیل شد. دو نفر از محققان به طور مستقل به ارزیابی کیفیت مطالعات پرداختند. مطالعه حاضر برای انجام و گزارشدهی یافته ها از اصول بیانیه پریزما برای مطالعات مرور دامنه (PRISMA-ScR) تبعیت نمود.

یافته ها

۱۵ مطالعه وارد مرور حاضر شد. یافته ها در قالب پنج تم کلی شامل اشکال طبابت چندگانه، شیوع طبابت چندگانه، انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه، گزینه های سیاستی، و پیامدهای طبابت چندگانه دسته بندی و سنتز شد.

نتیجه گیری

تحقیقات هرچه بیشتری برای تصمیم گیری و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد متناسب با مشخصات زمینه ای کشور در مورد پدیده طبابت دوگانه در ایران مورد نیاز می باشد. سوالات پژوهشی پیشنهاد شده در مطالعه حاضر می تواند به برطرف کردن شکاف دانشی در انی حوزه کمک نماید. مطالعات آتی می بایست مسایل مربوط به کیفیت جمع آوری داده ها در زمینه طبابت دوگانه پزشکان را در نظر داشته باشند و سیاستگذاران می بایست به ادغام این پدیده در بحث های مربوط به اصلاحات در نظام سلامت کمک نمایند.

کلید واژه ها: طبابت دوگانه، پزشکان، ایران، پوشش همگانی سلامت، مرور دامنه

مقدمه و اهداف

طبابت دو گانه پزشکان پدیده ای مرسوم در کشورهای دارای نظام سلامت ترکیبی با مشارکت بازیگران بخش های خصوصی و دولتی است که می تواند اثرات بالقوه در دسترسی، عدالت و کیفیت خدمات داشته باشد. طبابت دوگانه (Dual Practice) یا چندگانه به معنای انجام کاری در بیش از یک بخش و به طور همزمان است. در واقع طبابت چندگانه زمانی معنا پیدا می کند که یک متخصص همزمان در بخش خصوصی و دولتی، دو مرکز دولتی یا دو مرکز خصوصی کار کند (۱، ۲).

طبابت دوگانه اثرات مثبت و منفی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته دارد که اثرات منفی آن بیشتر از اثرات مثبت است. از اثرات مثبت آن می توان به افزایش درآمد کارکنان بخش سلامت و در نتیجه ابقای آنها به ویژه در مناطق محروم و کاهش بار بودجه بخش عمومی اشاره کرد (۲).

در نظام سلامت بسیاری از کشورها، پزشکان قادر به کار همزمان در بخش های دولتی و خصوصی هستند. طبابت دوگانه می تواند در زمینه پوشش همگانی سلامت بحث برانگیز باشد؛ چرا که هدف پوشش همگانی سلامت معمولاً هدف ارائه مراقبت های سلامت براساس نیاز است و نه وابسته به توانایی پرداخت. پزشکان براساس عوامل مختلفی مانند براساس مقررات و شرایط سازمانی حاکم بر پاداش، نوع تخصص و ویژگی های هر محیط کاری، زمان خود را به هر یک از این دو بخش خصوصی و دولتی اختصاص می دهند. در نظام های سلامت ترکیبی (دولتی و خصوصی)، ترجیحات پزشکان در خصوص مدت زمان اختصاص داده شده به هر بخش، می تواند بر دسترسی به خدمات سلامت از جمله زمان انتظار در بیمارستان های دولتی و همچنین هزینه ها و پیامدهای سلامتی بیمار تأثیرگذار باشد. بنابراین، پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت^۱ (UHC) مستلزم این است که نیروی انسانی حوزه سلامت به تعداد کافی فراهم باشد، و انگیزه لازم برای انجام این امر را داشته باشند. در راستای توسعه نیروی کار حوزه سلامت به بهترین شیوه، توجه نسبتاً کمی به روندها و پیامدهای طبابت دوگانه شده است (۳، ۴).

در ایران طبابت چندگانه پزشکان در بخش عمومی و خصوصی یکی از چالش های اصلی سیستم سلامت است، براساس مطالعه ای نرخ طبابت چندگانه پزشکان ایران در بخش خصوصی ۴۲٫۳٪ می باشد. با توجه به اینکه طبق مقررات و قوانین ملی ممنوعیت کامل برای طبابت چندگانه پزشکان وجود دارد اما، عواملی مانند نیاز به افزایش سهم هزینه های سلامت از منابع عمومی و همچنین عدم تعیین تعرفه ها براساس هزینه های واقعی، باعث شده است تا اجرای این قوانین و مقررات با جدیت دنبال نشود (۵). با توجه به توضیحات فوق الذکر انجام پژوهشی با هدف شناسایی وضعیت شواهد در زمینه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران احساس می شود. این مطالعه اهداف اختصاصی زیر را دنبال خواهد نمود:

1. UHC: Universal Health Coverage

- ۱- شناسایی متون و شواهد موجود در زمینه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران؛
- ۲- تعیین ویژگی های مطالعات شناسایی شده از قبیل نویسنده، نوع انتشار، زمان و زبان انتشار
- ۳- شناسایی مفاهیم، خصوصیات یا عوامل مرتبط با طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران و خلاصه سازی یافته های این مطالعات
- ۳- شناسایی شکاف های دانشی موجود در زمینه موضوع مورد بررسی که بر پوشش همگانی سلامت تاثیر گذار هستند.

اهداف (خروجی ها) اختصاصی طرح^۹:

- شناسایی ابعاد مورد بررسی در حوزه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران
- شناسایی شکاف های دانشی در حوزه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران براساس نتایج مرور دامنه حاضر

اهداف کاربردی طرح^{۱۰}:

- تهیه قهرست کاملی از پژوهش های رسمی انجام گرفته در در حوزه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران و تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در حوزه مذکور برای تحقیقات آتی

روش پژوهش (به تفکیک مراحل انجام طرح)

مطالعه حاضر از نوع مطالعات مرور دامنه (Scoping review) بود. این نوع مطالعه برای شناسایی و جمع بندی شواهد موجود و شناسایی شکاف های دانشی در یک حوزه توصیه شده است (۶، ۷).

در این مطالعه از روش پنج مرحله ای آرکسی و اومالی (Arkesy&O'Malley) تبعیت شد. این چارچوب که در سال ۲۰۰۵ توسعه یافت شامل پنج گام تدوین سوال تحقیق، شناسایی مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، استخراج داده ها و گزارش دهی نتایج می باشد (۶).

پایگاه های اطلاعاتی بین المللی Embase, PubMed, The Cochrane Library, Scopus, web of Science و همچنین پایگاه های داخلی شامل بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran) و مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) مورد جستجو قرار گرفت. برای جستجوی متون خاکستری از موتور جستجوگر گوگل اسکالر و همچنین وب سایت ها مربوطه استفاده شد (جدول ضمیمه). در نهایت جهت تکمیل جستجو از استراتژی جستجوی هدفمند (Snowballing) استفاده شد. بدین صورت که فهرست منابع مطالعات وارد شده برای شناسایی مطالعات مرتبط بیشتر بررسی شد (Reference list scanning)، همین طور پروفایل علمی پژوهشگران و متخصصان دارای پژوهش های مرتبط نیز مورد بررسی قرار گرفت (Author tracking). به منظور شناسایی حداکثری متون مرتبط با موضوع، جستجوی پایگاه داده ها و متون خاکستری بدون محدودیت های مربوط به

زمان انتشار، زبان یا نوع انتشار(مقاله پژوهشی اصیل یا مروری، گزارش، پایان نامه و ...) صورت گرفت. از ترکیبی از کلیدواژه ها و در صورت امکان از ^۱ (MeSH) برای جستجو در پایگاه های اطلاعاتی استفاده شد. برای هر یک از پایگاه های فوق الذکر سرچ استراتژی مخصوص به آن تدوین شد. پس از جمع آوری مقالات یافت شده و برداشتن موارد تکراری، عنوان و خلاصه آنها کنترل گردید و مقالات نامرتب حذف شد. متن کامل مقالات باقیمانده براساس معیارهای ورود و خروج بررسی شد و دلایل حذف آنها از مطالعه ثبت گردید. تمام مراحل انتخاب مقالات به طور مستقل توسط دو نفر انجام شد. اختلاف نظرات موردبحث و بررسی قرار گرفت تا تصمیم نهایی در آن مورد حاصل شود.

انتخاب مطالعات براساس معیارهای از پیش تعریف شده بود. کلیه مطالعات اولیه یا ثانویه که به زبان فارسی و انگلیسی در حوزه طبابت چندگانه در پزشکان در هر سطحی از نظام سلامت ایران انجام شده باشند وارد مرور حاضر شد. در مطالعه حاضر منظور از طبابت چندگانه به پزشکان به صورت همزمان در دو بخش خصوصی و دولتی است.

نامه به سردبیر (*letters to the editor*)، ادیتوریل ها (*editorials*)، و *commentaries* از مطالعه حاضر خارج شدند.

از نرم افزار مدیریت منابع Endnote X7 برای شناسایی و مدیریت منابع استفاده خواهد شد. پس از انتخاب مطالعه هایی که با استفاده از آنها می توان به سوالات موردنظر پاسخ داد، یک فرم ویژه طراحی می گردد تا بر اساس آن، اطلاعات موردنیاز از آنها استخراج گردد. استخراج داده های مربوط به هر یک از مطالعات وارد شده به طور مستقل توسط دو نفر انجام خواهد شد و توسط نفر سوم مورد کنترل قرار خواهد گرفت. اطلاعات کلیدی مطالعات وارد شد از قبیل ویژگی های مطالعه، موضوعات مورد بررسی، یافته های اصلی و نتیجه گیری نویسنده مطالعه در قالب متن و جداول ارائه خواهد شد. داده های استخراج شده به صورت سنتز کیفی تحلیل شد. مطالعه حاضر از دستورالعمل های PRISMA-SCR^۲ در انجام و گزارش دهی پیروی نمود(۸).

جدول ضمیمه - استراتژی های جستجو و نتایج برای هر یک از پایگاه داده های انتخابی

database	Date conducted	Search strategy	# results
Databases Searches	PubMed August 3, 2020	("dual practice*" [Title/Abstract] OR "multiple practice*" [Title/Abstract] OR "Dual occupation*" [Title/Abstract] OR "Dual career*" [Title/Abstract] OR "Dual employment*" [Title/Abstract] OR "Dual working" [Title/Abstract] OR "Dual job*" [Title/Abstract] OR "moonlight*" [Title/Abstract] OR "Private practice" [Title/Abstract] OR "multiple job holding" [Title/Abstract] OR "multiple job-holding" [Title/Abstract] OR "second job*" [Title/Abstract] OR "Employment" [Mesh] OR "Practice Patterns, Nurses" [Mesh] OR "Practice Patterns, Dentists" [Mesh] OR "Practice Patterns, Physicians" [Mesh] OR "Personnel Staffing and Scheduling" [Mesh] OR "Physicians/economics" [Mesh] OR "Physicians/ethics" [Mesh] OR "Physicians/legislation and jurisprudence" [Mesh] OR "Physicians/organization and administration" [Mesh] OR	359

¹ - Medical Subject Headings

² - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews

database	Date conducted	Search strategy	# results	
		"Physicians/supply and distribution"[Mesh]) OR "Private Practice"[Mesh] AND (Iran[Title/Abstract])		
Embase	August 3, 2020	('dual practice*:ti,ab,kw OR 'multiple practice*:ti,ab,kw OR 'dual job*:ti,ab,kw OR 'second job*:ti,ab,kw OR 'dual occupation*:ti,ab,kw OR 'dual career*:ti,ab,kw OR 'dual employment*:ti,ab,kw OR 'dual working*:ti,ab,kw OR moonlight*:ti,ab,kw OR 'multiple job holding*:ti,ab,kw OR 'multiple job-holding*:ti,ab,kw) AND Iran:ti,ab,kw	14	
Web of Science core collection	August 3, 2020	TS=(("dual practice*" OR "multiple practice*" OR "dual job*" OR "second job*" OR "dual occupation*" OR "dual career*" OR "dual employment" OR "dual working" OR moonlight* OR "multiple job holding" OR "multiple job-holding") AND Iran) Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Timespan=All years	15	
Scopus	August 3, 2020	TITLE-ABS-KEY ("dual practice*" OR "multiple practice*" OR "dual job*" OR "second job*" OR "dual occupation*" OR "dual career*" OR "dual employment" OR "dual working" OR moonlight* OR "multiple job holding" OR "multiple job-holding") AND TITLE-ABS-KEY (Iran)	24	
در مجلات علمی معتبر	Magiran, Iranian magazines reference	August 3, 2020	اشتغال همزمان، اشتغال دوگانه، طبابت دوگانه، طبابت چند گانه، شغل دوم، دوشغله بودن تمام وقتی پزشکان	17
	SID, Scientific Information Database	August 3, 2020	اشتغال همزمان، اشتغال دوگانه، طبابت دوگانه، طبابت چند گانه، شغل دوم، دوشغله بودن تمام وقتی پزشکان	5
-Searches for the Grey Literature	Database of Medical Sciences Theses http://thesis.research.ac.ir	August 3, 2020	اشتغال همزمان، اشتغال دوگانه، طبابت دوگانه، طبابت چند گانه، شغل دوم، تمام وقتی پزشکان	2
	Google scholar https://scholar.google.com/		("dual practice" OR "multiple practice" OR "dual job" OR "second job" OR "dual occupation" OR "dual career" OR "dual employment" OR "dual working" OR moonlighting OR "multiple job holding" OR "multiple job-holding")+ (Iran)	15
Total				451
Total with duplicates removed				406

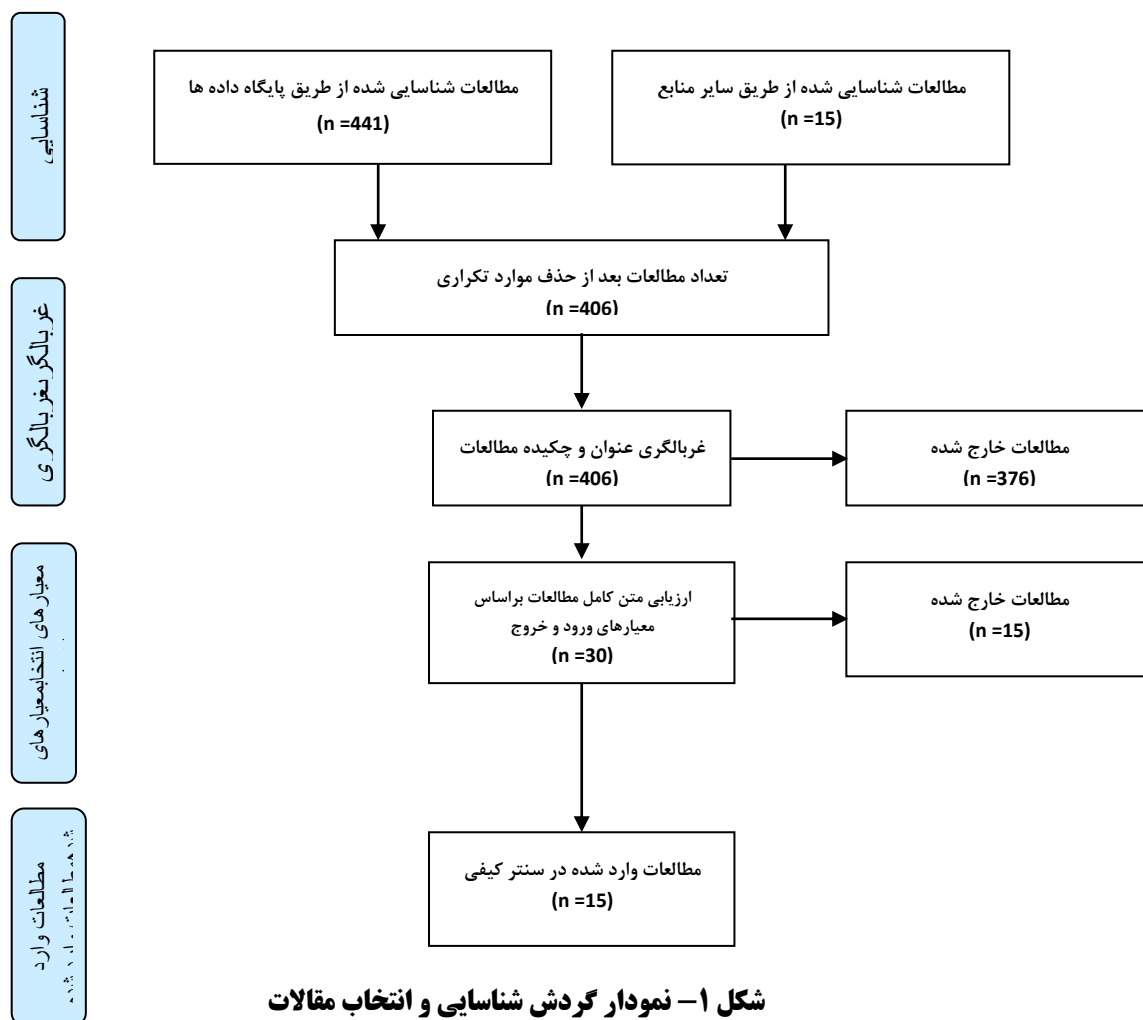
نتایج (به تفکیک مراحل انجام طرح)

کمیت شواهد

در فلوجارت پریزما نحوه استخراج مطالعات مرتبط با مرحله مرور حیطه ای نشان داده شده است (شکل ۱). نتایج حاصل از جستجوی الکترونیک در پایگاه های اطلاعاتی در مرحله ابتدایی ۴۵۱ سند را نشان داد. پس از حذف موارد تکراری، ۴۰۶ عنوان مورد بررسی قرار گرفت که پس از مطالعه متن کام، تعداد ۱۵ مورد براساس معیارهای ورود و خروج حذف گردید. در نهایت ۱۵ مطالعه به بررسی طبابت های چندگانه پزشکان و متخصصان بخش سلامت پرداخته بودند و وارد مطالعه حاضر شد.

ویژگی های مطالعات وارد شده

جدول ۱ ویژگی های مطالعات وارد شده را نشان می دهد که شامل سال انتشار، نویسنده اول و مرجع، عنوان، طراحی و روش مطالعه، جمعیت مورد مطالعه و زبان انتشار مقاله می باشد. ۶ مطالعه به زبان فارسی و ۹ مطالعه به زبان انگلیسی منتشر شده بود. ۹ مورد از مطالعات کمی و ۶ مورد مطالعات کیفی بودند. در مطالعات کیفی حجم نمونه در گستره بین ۱۳ الی ۱۷ نفر بود اما در مطالعات کمی گستره وسیعی از حجم نمونه وجود داشت؛ کمترین حجم نمونه ۳۰ نفر و بیشترین حجم نمونه ۲۴۴۱۴ نفر بود. در مطالعات کیفی روش جمع آوری داده ها؛ مصاحبه های فردی (۴ مورد) و بحث گروه متمرکز (۲ مورد) بوده است. قابل توجه است که در تمام مطالعات کمی پژوهش ها با استفاده از پرسشنامه ها و چک لیست های پژوهشگر ساخت انجام شده بود (۸ مورد). مطالعات در طول یک دهه از سال ۲۰۱۰ الی ۲۰۲۰ انجام گرفته است، در هر یک از سال های ۲۰۱۰، ۲۰۱۳، ۲۰۱۷ و ۲۰۲۰ یک مطالعه، دو مطالعه در سال ۲۰۱۵ و در سال ۲۰۱۸ پنج مورد مطالعه و در سال ۲۰۱۹ چهار مورد مطالعه انجام شده بود. بیشترین مقالات در مورد طبابت چندگانه و دوشغله بودن پزشکان و متخصصین در ایران متعلق به بیات و همکاران (۵ مورد) و سپس بیاتی و همکاران (۲ مورد) بود.



جدول ۱- ویژگی های مطالعات وارد شده در تحلیل مرور حیطه ای

سال انتشار	نویسنده اول	عنوان	هدف	طراحی مطالعه و ابزار	جمعیت مورد مطالعه	زبان
۲۰۲۰	اعتمادیان و همکاران (۹)	موردپژوهی ایجاد بیمارستان های غیردولتی در بخش دولتی؛ ارائه مدلی برای توسعه بخش غیردولتی در نظام سلامت	تبیین فرایند ایجاد بیمارستان غیردولتی و غیر انتفاعی محب مهر به عنوان یک بیمارستان شرکتی و ارائه مدلی برای بیمارستان های شرکتی و مستقل	کیفی و موردی. ابزار: مصاحبه فردی	۱۷ نفر از مطلعان کلیدی	فارسی
۲۰۱۹	بیاتی و همکاران (۱۰)	مطالعه توصیفی رفتار اقتصادی پزشکان عمومی در ایران؛ درآمد عملی، ساعت کار و ویزیت بیمار	توصیف خصوصیات رفتارهای اقتصادی پزشکان عمومی ایران	کمی و مقطعی. ابزار: پرسشنامه پژوهشگر ساخت	۶۶۶ پزشک عمومی	انگلیسی
۲۰۱۹	بیاتی و همکاران (۱۰)	اشتغال دوگانه و چندگانه در بین پزشکان عمومی ایران؛ میزان و عوامل موثر	بررسی میزان و عوامل موثر بر رویه طبابت دوگانه پزشکان عمومی به عنوان مهمترین ارائه دهندگان مراقبت های اولیه در ایران	کمی و مقطعی. ابزار: چک لیست پژوهشگر ساخت	۶۶۶ پزشک عمومی	انگلیسی
۲۰۱۹	بیات و همکاران (۱۱)	فاکتورهای مرتبط با طبابت چندگانه در متخصصان جراحی؛ استفاده از تجزیه و تحلیل چند سطحی بر روی داده های ثبت ملی	تعیین سطح اشتغال و عوامل مرتبط با طبابت چندگانه در متخصصان جراحی ایرانی	کمی و مقطعی. ابزار: چک لیست پژوهشگر ساخت	۱۴۹۳۱ جراح از ۹۲۵ بیمارستان	انگلیسی
۲۰۱۹	درگاهی و زالوند (۱۲)	تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان با استفاده از مدل SWOT	تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان با استفاده از مدل SWOT و استفاده از ماتریس TOWS	کمی توصیفی. تحلیلی. پرسشنامه پژوهشگر ساخت	۲۳۴ نفر از ۱۵ بیمارستان	فارسی
۲۰۱۸	بیات و همکاران (۱۳)	بررسی تأثیر طبابت چندگانه بر زمان ارائه خدمات توسط جراحان در کشور ایران؛ تجزیه و تحلیل چند سطح در یک پیمایش ملی، ۲۰۱۶	تعیین تاثیر طبابت چندگانه بر زمان ارائه خدمات توسط جراحان	کمی و پیمایشی. ابزار: چک لیست پژوهشگر ساخت	۴۶۴۲ متخصص جراحی از ۹۲۵ بیمارستان	انگلیسی
۲۰۱۸	بیات و همکاران (۱۴)	میزان و ماهیت طبابت چندگانه در بین متخصصان پزشکی ایران	تعیین سطوح طبابت چندگانه در بین متخصصان ایرانی	کمی. ابزار: پرسشنامه و چک لیست پژوهشگر ساخت	۲۴۴۱۴ متخصص از ۹۲۵ بیمارستان	انگلیسی
۲۰۱۸	بیات و همکاران (۵)	فاکتورهای تاثیرگذار بر طبابت چندگانه متخصصان در جمهوری اسلامی ایران	تعیین علت های تمایل متخصصان به طبابت چندگانه در ایران	کیفی. ابزار: مصاحبه های فردی	۱۴ نفر از مطلعان کلیدی	انگلیسی
۲۰۱۸	بازیار و همکاران (۱۵)	منع طبابت چندگانه پزشکان در ایران؛ گزینه های سیاستی برای اجرا	توسعه گزینه های سیاستی برای اجرای ممنوعیت قانونی طبابت چندگانه پزشکان در ایران	کیفی. ابزار: بحث گروهی متمرکز (Fucus group)	۱۴ نفر از مطلعان کلیدی	انگلیسی
۲۰۱۸	یوسفی و تازیکی (۱۶)	رویکرد و عملکرد اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در طرح تحول سلامت - مطالعه کیفی	بررسی رویکرد و عملکرد اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در فعالیتهای آموزشی توأم با خدمات بهینه درمانی	کیفی. ابزار: مصاحبه نیمه ساختار یافته	۱۷ نفر از اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت	فارسی

سال انتشار	نویسنده اول	عنوان	هدف	طراحی مطالعه و ابزار	جمعیت مورد مطالعه	زبان
۲۰۱۷	بیات (۱۷)	تعیین سطح طبابت چندگانه متخصصان در کشور و تجزیه و تحلیل عوامل تأثیرگذار	تعیین سطح طبابت چندگانه متخصصان در کشور و تجزیه و تحلیل عوامل تأثیرگذار	کمی: پرسشنامه و چک لیست پژوهشگر ساخت	فارسی	فارسی
۲۰۱۵	اخوان بهبهانی و بناب(۱۸)	ارزیابی تبصره ۲ ماده ۳۲ قانون برنامه ۵ پنجم توسعه ی کشور در خصوص پدیده ی دوشغله بودن پزشکان از دیدگاه صاحب نظران و خبرگان حوزه ی سلامت کشور- قابلیت اجرا و چالش های آن	ارزیابی قابلیت اجرای این ماده ی از قانون و الزامات اجرای آن	کیفی. ابزار: مصاحبه ساختار نیافته و بحث گروهی متمرکز	فارسی	فارسی
۲۰۱۳	اکبری ساری و همکاران(۱۹)	چالش های پیش رو و پیامدهای احتمالی طرح تمام وقتی پزشکان از نگاه روسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور	بررسی ادراک روسای دانشگاه های علوم پزشکی ایران در مورد چالش ها، پیامدهای منفی احتمالی و پیشنهادات آنها برای بهبود اجرای برنامه عملی تمام وقت پزشک در ایران	کمی و مقطعی . پرسشنامه نیمه ساختار یافته پژوهشگر ساخت	فارسی	فارسی
۲۰۱۰	پالاش و همکاران (۲۰)	"ما ناگهان متوجه شدیم که کشور پر از MRI شده است". نظرات سیاست گذاران در مورد انتشار و استفاده از فناوری های سلامت در ایران.	جستجوی دلایل سیاست گذاران در مورد انتشار و استفاده از فناوری های سلامت در ایران با استفاده از تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI) و اینترفرون بتا به عنوان ردیاب.	کیفی. ابزار: مصاحبه نیمه ساختار یافته	انگلیسی	انگلیسی
۲۰۱۵	رفیعی و همکاران(۲۱)	مداخلات سیاستی برای بهبود ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی در ایران: یک آزمایش انتخاب گسسته	شناسایی ترجیحات شغلی جراحان مغز و اعصاب و پیشنهاد مداخلات سیاستی که احتمالاً می تواند میزان ماندگاری آنها را در مناطق روستایی، دور افتاده یا مناطق کم برخوردار افزایش دهد.	کمی (آزمایش انتخاب گسسته)	انگلیسی	انگلیسی

تم های مطالعات وارد شده

جزئیات یافته ها (تقسیم بندی شده در ۵ زیر مجموعه اشکال طبابت چندگانه، شیوع طبابت چندگانه، انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه، گزینه های سیاستی و پیامدهای طبابت چندگانه) و نتیجه گیری مطالعات وارد شده در تحلیل مرور حیطه ای، در جدول ۲ خلاصه و ارائه شده است.

جدول ۲- تقسیم بندی یافته ها و نتیجه گیری مطالعات وارد شده در تحلیل مرور حیطه ای

اشکال طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	گزینه های سیاستی	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	نتیجه گیری
اعتمادیان و همکاران (۹) مورد پژوهی ایجاد بیمارستان های غیردولتی در بخش دولتی؛ ارائه مدلی برای توسعه بخش غیردولتی در نظام سلامت					
اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی		انگیزه های مالی و کسب درآمد بیشتر	یکی از عوامل اصلی ایجاد بیمارستان محب (بیمارستان غیر دولتی در بخش دولتی) اشتغال همزمان پزشکان در بخشهای دولتی و خصوصی بود.	افزایش دسترسی و کیفیت خدمات برای بیماران با اشتغال همزمان پزشکان در بیمارستان غیرانتفاعی در جوار بیمارستان دولتی	
بیاتی و همکاران (۱۰) مطالعه توصیفی رفتار اقتصادی پزشکان عمومی در ایران: درآمد عملی، ساعت کار و ویزیت بیمار					
اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی	پزشکان مرد و متاهل، دارای تجربه بیشتر و میانسال جامعه (۳۶- ۵۵ سال) بیشتر از سایرین در دو بخش دولتی و خصوصی کار می کردند.	تفاوت معناداری بین رفتار اقتصادی پزشکانی که دارای کار صرفا دولتی، صرفا خصوصی و اشتغال همزمان در دو بخش دولتی و خصوصی وجود داشت ($p < 0.05$). پزشکانی که در دو بخش دولتی و خصوصی بودند درآمد بیشتری نسبت به سایرین داشتند.			
بیاتی و همکاران (۱۰) اشتغال دوگانه و چندگانه در بین پزشکان عمومی ایران: میزان و عوامل موثر					
اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی	۱۸٫۵ درصد از پزشکان عمومی در هر دو بخش دولتی و خصوصی فعالیت می کردند و نیز ۲۶/۱۷ درصد از پزشکان عمومی در دو یا چند مکان (اعم از دولتی یا خصوصی) کار می کنند.	جنسیت (مرد) و تجربه کاری و انتظارات مالی جز عوامل موثر بر طبابت چندگانه شناخته شدند. پزشکانی که در دو بخش دولتی و خصوصی بودند درآمد بیشتری نسبت به سایرین داشتند.		مهمترین و اصلی ترین عامل موثر بر طبابت چندگانه پزشکان عمومی در ایران انتظارات مالی آنها بود. بنابراین، سیاست های مناسب برای اصلاح انتظارات درآمد پزشکان و اصلاحاتی مانند بهبود تعرفه ها باید در سیستم های بهداشتی اتخاذ شود.	
بیات و همکاران (۱۱) فاکتورهای مرتبط با طبابت چندگانه در متخصصان جراحی: استفاده از تجزیه و تحلیل چند سطحی بر روی داده های ثبت ملی					
حضور پزشکان در بیش از یک مکان ارائه خدمات	به طور کلی، ۶۴٫۵ نفر (۵۷٪) متخصص جراحی در بخش دولتی دارای طبابت دوگانه بودند که	طبابت چندگانه در متخصصانی با سن و تجربه بالاتر، استانهای پر جمعیت و محروم تر و سهم بیشتر از		برای کنترل طبابت چندگانه از طریق وضع مقررات مالیاتی، محدودیت سقف درآمد، و محدودیت در ساعات	

نتیجه گیری	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	گزینه های سیاستی	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	اشکال طبابت چندگانه
کار و تعداد ویزیت ها در بخش خصوصی ، یک استراتژی چند جانبه لازم است.			بیمارستانهای خصوصی بیشتر بود.	۵۰۶۰ نفر از طریق وزارت بهداشت شاغل بودند و ۷۰٪ از متخصصان غیر تمام وقت، دارای مشاغل متعدد بودند. از ۸۳۱۲ متخصص غیر هیات علمی، ۵۸٪ دارای مشاغل متعدد بودند. جراحان ارولوژی و مغز و اعصاب با میزان ۶۹٪ بیشترین میزان طبابت چندگانه را دارا بودند	
درگاهی و زالوند(۱۲) تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان با استفاده از مدل SWOT					
با استفاده از مدل SWOT، مهم ترین نقاط ضعف طرح، افزایش حجم کاری پزشکان، همکاری نامناسب پزشکان متخصص، نبود نظام پرداخت مناسب جبران خدمت، مهم ترین نقطه قوت آن جذب و بکارگیری پزشکان جوان و آموزش بهتر دانشجویان پزشکی بود. از مهم ترین فرصت ها و تهدیدهای این طرح به ترتیب رقابت با بخش خصوصی و خروج پزشکان با تجربه از بخش دولتی به خصوصی عنوان شده است.	به طور ضمنی در این تحقیق اشاره شده است که در صورت موفقیت و تحقق طرح می تواند تمام شاخص های UHC از قبیل کاهش هزینه های پرداخت، افزایش کیفیت و دسترسی به خدمات رخ دهد.	استفاده از ماتریس TOWS برای اقدامات سیاستی و تحلیل های لازم یک راهبرد منطقی می باشد.			حضور پزشکان در بخش های دولتی در طرح تمام وقت جغرافیایی
بیات و همکاران(۱۳) بررسی تأثیر طبابت چندگانه بر زمان ارائه خدمات توسط جراحان در کشور ایران: تجزیه و تحلیل چند سطح در یک پیمایش ملی، ۲۰۱۶					
اگرچه طبابت چندگانه تأثیر مستقیمی بر ساعت کاری جراحان داشت ، اما به نظر می رسد سهم بیشتری از تفاوت زمان، برای خدمات بخش خصوصی استفاده شده است ، که منجر به	طبابت چندگانه باعث کاهش دسترسی افراد به خدمات جراحی بیمارستان های دولتی می شود. در نتیجه هزینه های پرداخت از جیب یا استفاده از بیمارستان های خصوصی افزایش می		پزشکان معادل تمام وقت و زنان وقت کمتری را نسبت به پزشکان دائمی برای ارائه خدمات سپری می کردند. به علت انگیزه های مالی و کسب درآمد بیشتر جراحان وقت	۶۳/۱٪ از متخصصان جراحی به طبابت چندگانه مشغول بودند.	اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی

اشکال طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	گزینه های سیاستی	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	نتیجه گیری
		بیشتری را در بیمارستان های خصوصی نسبت به دولتی می گذرانند.		یابد.	دسترسی ضعیف به خدمات جراحی در بخش دولتی می شود. بنابراین ، لازم است قوانین و رویکرد سیستمی برای طبابت چندگانه ایجاد شود.
بیات و همکاران (۱۴) میزان و ماهیت طبابت چندگانه در بین متخصصان پزشکی ایران					
اشتغال به کار همزمان در بیش از یک مرکز		مشوق های مالی ، نگرش های فرهنگی در مورد هویت حرفه ای پزشکان ، تجربه و سطح علمی متخصصان ، رویکردهای کنترل در بخش دولتی ، زیرساخت های موجود برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت در بخش دولتی ، و ویژگی های منطقه ای مکان خدمات بهداشتی			طبابت چندگانه متخصصان پزشکی یک مسئله چند بعدی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند مشوق های مالی ، نگرش های فرهنگی و زیرساخت های موجود است. با در نظر گرفتن ظرفیت ها و شرایط هر کشور ، کنترل و مدیریت این پدیده نیاز به سازوکارهای نظارتی و تشویقی دارد که در طولانی مدت می تواند اختلافات بخش خصوصی و دولتی را اصلاح کند و تمایل پزشکان را برای کار در بخش دولتی افزایش دهد.
بازیار و همکاران (۱۵) منع طبابت چندگانه پزشکان در ایران: گزینه های سیاستی برای اجرا					
اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی			پانزده گزینه سیاستی تدوین شد. هر گزینه سیاستی از نظر مزایا و معایب تحلیل شده است. اجرای قوانین برای همه تخصص های پزشکی کشور، اعمال فشار بر اجرای این قوانین در برخی از استان های پایلوت، برخی تخصص های پزشکی خاص، در شهرهای بزرگ از جمله این سیاست ها می باشد.	برخی از این سیاست ها می تواند باعث تغییر در وضعیت پوشش همگانی شود برخی از این سیاست ها پرداخت از جیب را افزایش ولی کیفیت و دسترسی خدمات را افزایش می دهند.	هیچ رهنمود بهینه سیاستگذاری واحدی برای برخورد با طبابت چندگانه در سیستم بهداشتی ایران وجود ندارد. اجرای ترکیبی از سیاستها می تواند از عوارض احتمالی هر یک از سیاست ها بکاهد و شانس اجرای موفقیت آمیز قانون را افزایش دهد. توصیه می شود یک رویکرد محافظه کارانه و گام به گام را دنبال کنید

اشکال طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	گزینه های سیاستی	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	نتیجه گیری
					و با سیاستگذاری هایی شروع کنید که مقاومت و چالش های سیاسی کمتری ایجاد می کند.
یوسفی و تازیکی (۲۲) رویکرد و عملکرد اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در طرح تحول سلامت - مطالعه کیفی					
حضور تمام وقت اعضای هیات علمی بالینی در بخش های دولتی			امکان پذیر بودن و راهکارها در اجرای موفق طرح تمام وقتی اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت	در این طرح بادسترس بودن و ایجاد فرصت آموزشی، وقت بیشتری برای آموزش مناسب و ویزیت بیماران با ارائه خدمات علمی روز فراهم می کند. که با اجرای کامل قانون، عدالت اجتماعی و دسترسی تمام افراد جامعه به خدمات پزشکی را فراهم میکند. ضمن درآمد زایی بیمارستانها، با کاهش هزینه های درمانی برای افراد جامعه و سوق دادن این هزینه ها بسمت بیمه ها، پاسخگوی نیازهای تخصصی و فوق تخصصی جامعه می باشد.	به نظر می رسد در تامين عدالت اجتماعی و دسترسی جامعه به خدمات و پاسخگویی بهنگام به نیازهای مردم با بهره مندی بیماران از خدمات بهینه با نرخ ارزانتتر، مستلزم بستر مناسب زیرساختها و نظارت کافی و پویا می باشد و ضرورت دارد با واقعی نمودن تعرفه ها و پرداختی های به موقع و راه اندازی کلینیکهای ویژه بعنوان مطب هویت شغلی آنان حفظ و موجب افزایش رضایتمندی شان گردد.
بیات (۲۳) تعیین سطح طبابت چندگانه متخصصان در کشور و تجزیه و تحلیل عوامل تأثیرگذار					
اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی	میزان طبابت چندگانه در بین متخصصان ۴۲٫۳٪ می باشد	مشوق های مالی ، نگرش های فرهنگی در مورد هویت حرفه ای پزشکان ، تجربه و سطح علمی متخصصان ، رویکردهای کنترل در بخش دولتی ، زیرساخت های موجود برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت در بخش دولتی ، و ویژگی های منطقه ای مکان خدمات بهداشتی			
آخوان بهبهانی و بناب (۲۴) ارزیابی تبصره ۲ ماده ۳۲ قانون برنامه ۵ پنجم توسعه ی کشور در خصوص پدیده ی دوشغله بودن پزشکان از دیدگاه صاحب نظران و خبرگان حوزه ی سلامت کشور- قابلیت اجرا و چالش های آن					
پزشکانی که در			موارد افزایش میزان قابلیت	منافع احتمالی ناشی از	ایجاد بسترهای لازم در

اشکال طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	گزینه های سیاستی	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	نتیجه گیری
استخدام بیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیر دولتی می باشند، مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستانهای بخش خصوصی و خیریه نیستند.			اجرائی شدن قانون: تدوین آیین نامه اجرائی قانون به صورت دقیق و جامع، اجرای مرحله ا ی و تدریجی قانون، طراحی و اجرای یک مطالعه میدانی جهت شناخت ابعاد مختلف مؤثر بر رواج این پدیده، توجه کافی و مطلوب به منابع مالی مورد نیاز برای اجرای قانون و نیز ساماندهی وضعیت تعرفه گذاری و سازوکار پرداخت به پزشکان جهت ایجاد انگیزه ی کاری در بین آنان، اصلاح وضعیت ارائه خدمت در بیمارستانهای دولتی از نظر حجم و کیفیت ارائه خدمات ، فرهنگ سازی جهت ترویج استفاده از خدمات بیمارستانهای دولتی بین مردم، رفع بی اعتمادی بین جامعه پزشکان و مسئولین و قاطعیت در اجرای قانون از طرف مجری	اجرای قانون: بهبود وضعیت دسترسی به خدمات سلامت، بهبود کیفیت خدمات ارائه شده، کاهش هزینه ها و افزایش کارایی نظام سلامت	ابعاد ساختاری، مدیریتی، تقنینی و نظارتی، تخصیص بودجه کافی، اصلاح نظام تعرفه گذاری و ساز و کارهای پرداخت، اجرای تدریجی و گام به گام در مراحل اولیه، بهبود کیفیت خدمات در بخش دولتی و اعتمادسازی بین پزشکان و مسئولین در اجرای بهتر و اثربخش تر این قانون بسیار ضروری است.
اکبری ساری و همکاران(۱۹) چالش های پیش رو و پیامدهای احتمالی طرح تمام وقتی پزشکان از نگاه روسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور					
قانون ممنوعیت اشتغال پزشکان دولتی در بخش خصوصی			نیاز به افزایش سهم بودجه مراقبت های سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)، تعرفه ناکافی و سیستم پرداخت ناکارآمد و مشکل در دستیابی به همکاری با سایر ذینفعان ، چالش های اصلی برنامه عملی تمام وقت در ایران است. پیشنهاد می شود که این برنامه باید بتدریج در مجموعه خاصی از بیمارستانهای ایران که از قبل استقلال بیشتری پیدا کرده اند ، اجرا شود.	اجرای نامناسب این برنامه می تواند باعث افزایش تقاضای القایی بجهت پایین بودن تعرفه ها، افزایش دریافت زیرمیزی، و افزایش هزینه های پرداخت از جیب گردودو پزشکان متحرک و با تجربه را از بخش دولتی به بخش خصوصی سوق دهد.	طرح تمام وقتی پزشکان با چالش های عمده ای مواجه است که توجه خاص به آنها همراه با اجرای تدریجی این طرح و انجام طرح های همزمان دیگر به ویژه اصلاح تعرفه و نظام پرداخت می تواند تبعات منفی احتمالی آن را کاهش دهد و باعث اجرای موفق طرح و ارتقای کیفیت خدمات سلامت گردد.
پالش و همکاران (۲۰) "ما ناگهان متوجه شدیم که کشور پر از MRI شده است ". نظرات سیاست گذاران در مورد انتشار و استفاده از فناوری های سلامت در ایران.					
اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی		حقوق و درآمد کمتر در بخش دولتی در مقایسه با بخش خصوصی به عنوان انگیزه اصلی برای طبابت چندگانه		تغییر وضعیت بیماران از بخش دولتی به بخش خصوصی ، تسهیل تقاضای ناشی از آن و کاهش توانایی بخش	

اشکال طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	گزینه های سیاستی	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	نتیجه گیری
				دولتی برای حفظ کنترل در نتیجه کاهش دسترسی و افزایش هزینه های پرداخت از جیب	
رفیعی و همکاران (۲۱) مداخلات سیاستی برای بهبود ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی در ایران: یک آزمایش انتخاب گسسته.					
طبابت همزمان پزشکان در بخش خصوصی و بخش دولتی			فراهم آوردن فرصتی برای انجام طبابت دوگانه احتمال انتخاب طبابت در جای دور (روستایی) را تا ۶۵٪ افزایش می دهد. مجوز انجام طبابت دوگانه مهمترین سیاست برای افزایش ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی، دور افتاده و یا محروم بود.	یافته ها نشان داد که مهمترین سیاست ماندگاری، اجازه انجام طبابت دوگانه بود.	طیف وسیعی از مداخلات سیاستی با تمرکز بر هر دو مشوق های پولی و غیر پولی برای افزایش ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی، دور افتاده یا مناطق کم برخوردار نیاز است.

• اشکال طبابت چندگانه

هشت مطالعه به اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی پرداخته بودند (۹، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۳). سه مطالعه به بررسی اشتغال پزشکان و متخصصان در بیش از یک مکان ارائه خدمات (اعم از دو یا چند مرکز دولتی، خصوصی و یا ترکیبی از بخش های دولتی و خصوصی) (۵، ۱۱، ۱۴)، در دو مطالعه به حضور تمام وقت اعضای هیات علمی (۲۲) و متخصصین تمام وقت جغرافیایی (۱۲) در بخش های دولتی و دو مطالعه نیز از منظر قانونی به ممنوعیت اشتغال پزشکان دولتی در بخش خصوصی پرداخته اند (۱۹، ۲۴).

• شیوع طبابت چندگانه

شش مطالعه میزان طبابت چندگانه را برای پزشکان عمومی و متخصصان محاسبه کرده اند (۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۳). بیاتی و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند که ۱۸،۵ درصد از پزشکان عمومی در هر دو بخش دولتی و خصوصی و نیز ۲۶/۱۷ درصد از پزشکان عمومی در دو یا چند مکان (اعم از دولتی یا خصوصی) فعالیت می کنند (۱۰). در مطالعات انجام گرفته میزان طبابت چندگانه در بین متخصصین رواج بیشتری داشت. بیات و همکاران ذکر کردند که ۶۴۰۵ نفر متخصص جراحی (۵۷٪) شاغل در بخش دولتی دارای طبابت چندگانه و ۸۳۱۲ (۵۸٪) نفر متخصص غیر هیات علمی دارای مشاغل متعدد بودند. جراحان ارولوژی و مغز و اعصاب با میزان ۶۹٪ بیشترین میزان طبابت چندگانه را دارا بودند (۱۱). در چندین مطالعه انجام گرفته توسط بیات و همکاران این میزان به طور کلی برای متخصصان جراحی ۶۳،۱٪ (۱۳)، برای متخصصان در تخصص های مختلف پزشکی ۴۷،۷٪ (۱۴) و در یک پیمایش کشوری برای کلیه متخصصان ۴۲،۳٪ (۲۳) محاسبه گردید.

میزان طبابت چندگانه در کشور در استان های مختلف با یکدیگر تفاوت داشت به طوری که در استان های پر جمعیت تر، محروم تر و سهم بیشتر بخش خصوصی برای ارائه خدمات، میزان طبابت چندگانه به طور معناداری از سایر استان های مورد مطالعه بیشتر بود (۱۱، ۱۴) بیاتی و همکاران بالاترین نرخ طبابت دوگانه در استان های قزوین (۷۲٪)، کهگلویه و بویر احمد (۷۰٪)، گیلان (۶۹٪)، آذربایجان شرقی (۵۹٪) و البرز (۵۷٪) گزارش کردند (۱۴).

• انگیزاننده ها و عوامل موثر و تاثیرگذار بر طبابت چندگانه

در نه مطالعه به بررسی انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه در بین پزشکان و متخصصان پرداخته شده بود (۵، ۹-۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۳). در هفت مطالعه انگیزه کسب درآمد بیشتر و مشوق های مالی دلیل اصلی طبابت چندگانه پزشکان و متخصصان به شمار می رفت (۵، ۹-۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۳). طبق گزارش بیات و همکاران پزشکان معادل تمام وقت و زنان وقت کمتری را نسبت به پزشکان دائمی برای ارائه خدمات سپری می کردند. به علت انگیزه های مالی و کسب درآمد بیشتر جراحان وقت بیشتری را در بیمارستان های خصوصی نسبت به دولتی می گذراندند (۱۳). یکی دیگر از مهم ترین مولفه های تاثیرگذار بر طبابت چندگانه جنسیت می باشد و میزان طبابت چندگانه در مردان نسبت به زنان بیشتر گزارش شده است؛ این یافته ها در چهار مطالعه گزارش شده است (۱۰، ۱۳، ۱۴). در سه مطالعه انجام گرفته در سال (۲۰۱۹) تاثیر افزایش سن و تجربه کاری بر افزایش میزان طبابت چندگانه تایید شده است (۱۰، ۱۱). در مطالعه بیاتی و همکاران افراد متاهل بیشتر از سایرین دارای طبابت چندگانه بودند (۱۰). در پژوهش های بیات و همکاران احتمال طبابت چندگانه در متخصصان دانشگاهی در مقایسه با غیر دانشگاهی ۰٫۶۵ و متخصصان جغرافیایی تمام وقت در مقایسه با افراد غیر تمام وقت ۰٫۱۵ بیشتر گزارش شده است (۱۴) و در استان های پر جمعیت تر، محروم تر و سهم بیشتر بخش خصوصی برای ارائه خدمات، میزان طبابت چندگانه به طور معناداری از سایر استان های مورد مطالعه بیشتر بود (۱۱، ۱۴، ۲۳). در سه مطالعه دیگر از بیات و همکاران نگرش های فرهنگی در مورد هویت حرفه ای پزشکان، تجربه و سطح علمی متخصصان، رویکردهای کنترل در بخش دولتی، زیرساخت های موجود برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت در بخش دولتی، و ویژگی های منطقه ای مکان خدمات بهداشتی از جمله عوامل موثر بر طبابت چندگانه به شمار می رود (۵، ۱۳، ۲۳).

• گزینه های سیاستی

در هفت مطالعه راهکارهای سیاستی جهت کاهش میزان طبابت چندگانه (۹، ۱۵) و نیز ماندگاری پزشکان به صورت تمام وقت جغرافیایی (۱۲، ۱۹، ۲۱) و هیات علمی (۲۲) در بیمارستان های دولتی و قوانین مربوط به ممنوعیت اشتغال همزمان در بخش های خصوصی (۲۴) آورده شده بود. در مطالعه اکبری ساری و همکاران مهم ترین گزینه های سیاستی افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)، اصلاح تعرفه ها و سیستم پرداخت به صورت تدریجی بود (۱۹). در مطالعه اعتمادیان و همکاران ایجاد بیمارستان های غیرانتفاعی و غیر دولتی در کنار بیمارستان های دولتی را به عنوان یک گزینه قابل تامل برای حل مشکل

طبات چندگانه عنوان شده بود (۹). در مطالعه درگاهی و همکاران استفاده از روش تجزیه و تحلیل SWOT برای تحلیل موقعیت ها و درک فرصت ها و تهدیدها و نقاط قوت و ضعف برای اقدامات سیاستی و تحلیل های لازم یک راهبرد منطقی عنوان می کند (۱۲). در مطالعه بازیار و همکاران ۱۵ گزینه سیاستی تدوین شده بود. اجرای سیاست از طریق مقررات مربوطه برای همه پزشکان در سراسر کشور، اعمال فشار بر اجرای این قوانین در ابتدا به صورت پایلوت در برخی از استان های کشور، برخی از این گزینه های سیاستی و قوانین فقط برای برخی از رسته های بهداشتی و درمانی تعریف شده است به عنوان مثال اجرای قوانین برای برخی از شهرهای بزرگ، برخی از تخصص های پزشکی خاص، قوانین مربوط به بیمارستان ها و استثنائات مطب های خصوصی، اجرای قوانین بر پایه تجربه و نوع استخدام، اجرای قوانین برای اعضای هیات علمی و غیره نمونه هایی از این گزینه های سیاستی می باشد که هر گزینه سیاستی از نظر مزایا و معایب تحلیل شده است (۱۵). طبق گزارش بهبهانی و بناب موارد زیر می تواند در اجرای قانون ممنوعیت اشتغال پزشکان دولتی در بخش خصوصی کمک کننده باشد که شامل تدوین آیین نامه اجرایی قانون به صورت دقیق و جامع، اجرای مرحله ای و تدریجی قانون، طراحی و اجرای یک مطالعه میدانی جهت شناخت ابعاد مختلف مؤثر بر رواج این پدیده، توجه کافی و مطلوب به منابع مالی مورد نیاز برای اجرای قانون و نیز ساماندهی وضعیت تعرفه گذاری و سازوکار پرداخت به پزشکان جهت ایجاد انگیزه ی کاری در بین آنان، اصلاح وضعیت ارائه خدمت در بیمارستانهای دولتی از نظر حجم و کیفیت ارائه خدمات، فرهنگ سازی جهت ترویج استفاده از خدمات بیمارستانهای دولتی بین مردم، رفع بی اعتمادی بین جامعه پزشکان و مسئولین و قاطعیت در اجرای قانون از طرف مجری جز اقدامات سیاستی مجریان باشد (۲۴). نتایج مطالعه رفیعی و همکاران نشان داد که مهمترین ترجیح شغلی جراحان مغز و اعصاب برای انتخاب طبابت در جای دور (روستایی)، فراهم آوردن فرصتی برای انجام طبابت دوگانه بود به طوری که این امر احتمال انتخاب طبابت در جای دور (روستایی) را تا ۶۵٪ افزایش می داد. از اینرو در این مطالعه، مهمترین سیاست برای افزایش ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی، دور افتاده و یا محروم، مجوز انجام طبابت دوگانه بود (۲۱).

• پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)

هشت مطالعه به صورت صریح و ضمنی به پیامدهای طبابت چندگانه بر پوشش همگانی سلامت (UHC) پرداخته بودند (۹، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴). در سه مطالعه در صورت تحقق برنامه های تمام وقتی هیات علمی (۲۲)، برنامه های تمام وقت جغرافیایی (۱۲) و منع طبابت پزشکان دولتی در بخش خصوصی (۱۵) می تواند با افزایش دسترسی، افزایش کیفیت خدمات و کاهش هزینه های پرداخت از جیب منجر به افزایش پوشش همگانی سلامت شود. در مطالعه اکبری ساری و همکاران گزارش شده است که اجرای نامناسب این برنامه ها می تواند باعث افزایش تقاضای القایی بجهت پایین بودن تعرفه ها، افزایش دریافت زیرمیزی، و افزایش هزینه های پرداخت از جیب گردد و پزشکان متبحر و با تجربه را از بخش دولتی به بخش خصوصی سوق دهد و در نهایت باعث کاهش UHC گردد (۱۹). در نتایج چهار مطالعه به صورت

مستقیم و ضمنی بر تاثیر طبابت چندگانه بر افزایش هزینه های پرداخت از جیب (۹، ۱۳، ۱۵، ۲۰) و در دو مطالعه کاهش دسترسی بیماران به خدمات گزارش شده است (۱۳، ۲۰).

بحث و نتیجه گیری

بحث

در مرور دامنه حاضر ۱۵ مطالعه در زمینه طبابت دوگانه پزشکان در ایران شناسایی شد. ما با بررسی این مطالعات سعی کردیم شکاف های تحقیقاتی در این حوزه را تعیین نماییم. مطالعه حاضر می تواند به ارائه تصویری کلی از پدیده مورد بررسی کمک می کند.

مطالعه حاضر نشان داد که پزشکان درگیر در طبابت دوگانه در کشور هستند. بیشتر مطالعات بر روی میزان و عوامل موثر بر طبابت دوگانه تمرکز یافته اند و مطالعات اندکی در زمینه علل این پدیده و ارائه گزینه های سیاستی برای پرداختن به این پدیده انجام گرفته است. نیاز به درک جامع تر و عمیق تر پدیده طبابت دوگانه در پزشکان ایرانی وجود دارد. بنابراین می بایست مطالعاتی در زمینه های زیر در دستور کار تحقیقاتی کشور قرار بگیرد:

اول، لازم است که تحقیقات بیشتری در سطح کشوری در خصوص ماهیت، انواع اشکال و میزان شیوع این پدیده در کشور صورت بگیرد. این تحقیقات می بایست به تفکیک استان ها و تخصص های مختلف پزشکی صورت پذیرد. در ایران بیشتر مطالعات به شکل طبابت خصوصی- دولتی پرداخته اند. در صورتی که طبابت چندگانه می تواند به اشکال طبابت همزمان دولتی-دولتی، خصوصی در دولتی یا دولتی در خصوصی باشد (۲۵). بنابراین مطالعات آتی می بایست به بررسی سایر اشکال طبابت دوگانه پزشکان در کشور بپردازند.

دوم، نیاز هست که تصویر کامل تر و درک عمیق تری در خصوص دلایلی که پزشکان به طبابت دوگانه می پردازند حاصل شود. چنین تحقیقاتی به ما اجازه می دهد رابطه بین این عوامل و پدیده مورد بررسی را توصیف و کمی سازی نماییم. همچنین ما را قادر می سازد تا اهمیت نسبی آنها و تغییراتشان را در گروه های مختلف شغلی کارکنان سلامت درک نماییم و تاثیرات شان را بر انگیزه و رفتار کارکنان سلامت تبیین کنیم. از سوی دیگر بررسی علل و انگیزه های اشتغال همزمان پزشکان با ارائه تصویری صحیح از ریشه های این پدیده می تواند به سیاست گذاران در تدوین محتوای سیاست های مورد نظر در این خصوص کمک نماید. بدیهی است سیاست هایی که با درک کامل از عوامل اصلی یک پدیده طراحی شده باشند، در مرحله اجرا نیز موفق تر خواهند بود. چنین درکی را می توان با استفاده از طرح های مطالعاتی کیفی بویژه با رویکردهای گراند تئوری و پدیدارشناختی بدست آورد. در مطالعات وارد شده به عوامل مختلفی به عنوان عوامل تاثیرگذار و برانگیزاننده های طبابت دوگانه مختلفی از قبیل درآمد بیشتر، سن، جنسیت، وضعیت تاهل، طبابت در مناطق محروم، تمام وقت یا غیرتمام وقت بودن اشاره شده بود. در مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر نیز میزان طبابت دوگانه با توجه به عواملی از قبیل اقامت در شهر یا روستا، براساس گروه حرفه ای (در

پزشکان بیشتر از سایر گروه های حرفه ای) نوع تخصص یا شغل، و نوع قراردادها(تمام وقت یا پاره وقت بودن) تغییر می کرد(۲۶-۲۹). شواهد نشان می دهد که طبابت دوگانه بیشتر به عوامل مدیریتی بستگی دارد تا خصوصیات فردی (سن و جنس)، اجتماعی (وضعیت تأهل) و شغلی پزشکان(۳۰).

مطالعه حاضر همچنین نشان داد که در زمینه ترجیحات پزشکان و عوامل مرتبط با آن در زمینه انتخاب طبابت دوگانه توسط پزشکان مطالعه ای انجام نشده است و نیاز است تا مطالعات آتی بر این زمینه متمرکز شوند. برای مثال نتایج مطالعه ای در ویتنام نشان داد که بیش از ۶۰ درصد از پزشکان مشغول طبابت دوگانه اظهار داشتند که مایلند در ازای افزایش حقوق پایه، مزایای مسکن یا فرصت های ارتقا، از طبابت خصوصی دست بکشند(۲۶). از نتایج چنین مطالعاتی می توان برای طراحی گزینه های سیاستی مختلف استفاده نمود. سوم اینکه، در خصوص اثرات طبابت دوگانه بر شاخص های دسترسی به خدمات سلامت به ویژه برای جمعیت های آسیب پذیر، کیفیت مراقبت های ارائه شده و عدالت شکاف تحقیقاتی وجود دارد. در بیشتر مطالعاتی که به بررسی طبابت دوگانه پرداخته اند، رویکرد مشخصی برای ارزیابی پیامدها و عواقب آن نداشته اند. درکی جامع از پیامدهای آن این پدیده بر اهداف میانی نظام های سلامت مانند دسترسی، کیفیت و عدالت جهت سیاست گذاری در این حوزه ضروری است.

چهارم، نیاز به تحقیقات پیچیده سیاست گذاری در خصوص تدوین گزینه های سیاستی و همین طور سیاست گذاری صحیح در این زمینه و منابع انسانی حوزه سلامت وجود دارد. همچنین مطالعات آتی می بایست به تحلیل سیاست های گذشته این حوزه و به خصوص ارزیابی جامعی از محتوای قوانین و مقررات این حوزه و تاثیر و میزان موفقیت آنها بپردازد. از سویی نیز گزینه های سیاستی که در این زمینه در کشور تدوین و اجرا می شود به صورت پراکنده بوده و می بایست این گزینه ها به صورت "بسته ای از مداخلات" دیده شوند که عوامل اقتصادی و غیراقتصادی در آن دیده شود؛ چرا که هیچ دستور العملی به تنهایی برای پرداختن به واقعیت طبابت دوگانه وجود ندارد(۳۰).

پنجم اینکه، به نظر می رسد شکاف روش شناختی(شکاف در نوع مطالعه و روش آن) در موضوع مورد بررسی وجود دارد. بیشتر مطالعات فقط از روش مطالعه کمی یا کیفی استفاده کرده اند. در صورتی که استفاده از طرح های مطالعات ترکیبی یا سری های زمانی یا روش های پژوهشی متنوع مورد نیاز است تا بینش جدیدی را ایجاد نماید یا از تحریف یافته ها اجتناب شود. همچنین اطلاعات استفاده شده به ویژه اطلاعات حساس مانند درآمد در بسیاری از مطالعات وارد شده مبتنی بر خوداظهاری نمونه های پژوهش بود. بنابراین در مطالعات آتی می بایست به کیفیت داده های جمع اوری شده نیز توجه بیشتری معطوف شود.

بنابراین تحقیقات هرچه بیشتری برای تصمیم گیری و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد متناسب با مشخصات زمینه ای کشور در مورد پدیده طبابت دوگانه در ایران مورد نیاز می باشد. این تحقیقات می بایست به دنبال شناخت پدیده پیچیده طبابت دوگانه در نظام سلامت کشور و ابزارهایی برای پرداختن به آن باشد. سوالات پژوهشی که در بالا بدان پرداخته شد در جدول ۳ خلاصه شده است.

جدول ۳- خلاصه سوالات تحقیقاتی پیشنهادی در زمینه طبابت دوگانه پزشکان در ایران

سوالات پژوهشی	مسائل اصلی
بررسی انواع اشکال طبابت دوگانه پزشکان در کشور (طبابت همزمان دولتی-دولتی، خصوصی در دولتی یا دولتی در خصوصی) طبابت در بخش دولتی و خصوصی چه تفاوت هایی دارد؟	میزان و ماهیت طبابت دوگانه
چه عوامل فردی، حرفه ای، سازمانی و زمینه ای در بروز و میزان طبابت دوگانه نقش دارند؟ ترجیحات پزشکان برای کار در بخش دولتی و خصوصی چگونه است؟ چه ویژگی هایی (attributes) بر آن تاثیرگذار است؟	عوامل موثر و تاثیرگذار و انگیزاننده های بر طبابت دوگانه
چگونه این پدیده بر عملکرد، رضایت شغلی و انگیزه پزشکان تاثیر می گذارد؟ پدیده طبابت دوگانه و تخصیص وقت پزشکان به دو بخش دولتی و خصوصی چه اثراتی بر درآمد پزشکان، نظام سلامت، زمان انتظار برای دریافت خدمات، هزینه های بیماران و پیامدهای سلامتی آنها دارد؟ پدیده طبابت دوگانه چه اثراتی بر فرسودگی شغلی پزشکان دارد؟ پدیده طبابت دوگانه چه اثراتی بر تقاضای القایی خدمات تشخیصی و بستری دارد؟	پیامدهای طبابت دوگانه
چه تفاوت هایی در خصوص طبابت دوگانه در رشته های مختلف تخصصی وجود دارد؟	تفاوت های بین تخصص های مختلف پزشکی
چه تفاوت هایی در خصوص طبابت دوگانه در بین استان ها و شهرهای کشور وجود دارد؟ علت وجود چنین تفاوت هایی چیست؟ (برای مثال طبابت در شهر یا روستا، زمینه اقتصادی اجتماعی مختلف، عوامل فرهنگی، سیاسی یا خارجی)	تفاوت های بین استان ها و شهرهای مختلف کشور
وضعیت ایران در بروز و شیوع طبابت دوگانه در نظام سلامت در مقایسه با سایر کشورها چگونه است؟ چه عواملی در این زمینه نقش دارد؟ (مانند ساختار نظام سلامت، متمرکز یا چند تکه بودن آن، نقش بخش خصوصی، وجود قوانین و سیاست ها در این زمینه و غیره) قانونگذاری و سازماندهی طبابت دوگانه و بخش خصوصی در ایران در مقایسه با کشورهای دیگر چگونه است؟	تفاوت های بین کشورها
چه راهکارهایی برای بهبود مدیریت و جبران خدمات پزشکان در بخش دولتی وجود دارد؟ مزایا و منافع گزینه های سیاستی مختلف اجرا شده در ایران مانند طبابت خصوصی در بیمارستان های دولتی (تجربه بیمارستان محب) چیست؟ چالش ها و موانع سیاست گذاری طبابت دوگانه در ایران از حیث تدوین، اجرا و ارزشیابی چیست؟ تاثیر سیاست ها و مداخلات و قوانین مرتبط با طبابت دوگانه چیست؟ (مطالعات ارزیابی سیاست ها)	طراحی و ارزیابی مداخلات و بسته های سیاستی

نقاط قوت و محدودیت ها

مطالعه حاضر اولین تلاش برای ارائه یک مرور از شواهد موجود در زمینه طبابت دوگانه پزشکان در ایران است. از نقاط قوت مطالعه حاضر می توان به انجام و گزارشدهی مطالعه حاضر براساس استانداردهای PRISMA برای مطالعات مرور دامنه و راهبردهای جستجوی مدون برای پایگاه های اطلاعاتی اصلی اشاره نمود. مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی است. در مطالعه حاضر فقط به بررسی طبابت دوگانه در پزشکان پرداخته بود. نیاز است تا بحث چند شغلی و طبابت چندگانه در سایر گروه های ارائه دهنده خدمات مانند پرستاران و فراهم کنندگان مراقبت های اولیه نیز بررسی گردد. دوم اینکه با توجه به ماهیت مطالعات مرور دامنه (۶)، ما کیفیت شواهد وارد شده را ارزیابی نکردیم.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر توجه فزاینده به مقوله طبابت دوگانه پزشکان را در کشور نشان می دهد. توجه به محیط و عوامل کلان اقتصادی و اجتماعی در کشور و درک جامع تر عمیق تری از پدیده طبابت دوگانه در ایران، عوامل موثر بر آن، و پیامدهای آن در ابعاد مختلف اهمیت دارد. گزینه های سیاستی که در این زمینه تدوین و اجرا می شود به صورت پراکنده بوده و می بایست این گزینه ها به صورت بسته ای از مداخلات دیده شوند که عوامل اقتصادی و غیراقتصادی در آن دیده شود. این عوامل به صورت در هم تنیده هستند. سیاست گذاری طبابت دوگانه در کشور می بایست به عنوان جزئی ناپذیر استراتژی منابع انسانی سلامت در کشور دیده شود. در نهایت بدون درک جامع و عمیق و بودن در نظر گرفتن پیچیدگی پدیده طبابت دوگانه پزشکان نمی توان سیاست گذاری جامعی در خصوص آن و در نهایت بهبود عملکرد نظام سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت انجام داد. مطالعات آتی می بایست مسایل مربوط به کیفیت جمع آوری داده ها در زمینه طبابت دوگانه پزشکان را در نظر داشته باشند و به ادغام این پدیده در بحث های مربوط به اصلاحات در نظام سلامت کمک نمایند.

پیشنهادات و کاربرد برای سیاستگذاری

برای کاربست نتایج حاصل از این مطالعه پیشنهاد می شود سوالات تحقیقاتی پیشنهادی در اختیار دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته های مرتبط با مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت قرار داده شود. سیاست گذاران نیز می توانند با آگاهی از نتایج این مطالعه، به حمایت طلبی و ادغام این پدیده در مباحث مربوط به اصلاحات در نظام سلامت در راستای نیل به پوشش همگانی سلامت کمک نمایند.

فهرست منابع

۱. González C, Cuadrado C. Interventions to reduce the impact of dual practice in the public health sector. Medwave. 2019;19(5):e7644.

- .۲ Moghri J, Mohammad A, Rashidian A, Sari AA. Physician dual practice: a descriptive mapping review of literature. *Iranian journal of public health*. 2016;45(3):278.
- .۳ McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J. Implications of dual practice for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016;94(2):142.
- .۴ Scott A, Holte J, Witt J. Preferences of physicians for public and private sector work. *Human resources for health*. 2020;18(1):59.-
- .۵ Bayat M, Shokri A, Khodadost M, Fattahi H, Mirbahaeddin E, Harirchi I, et al. Factors influencing medical specialists' dual practice in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2018;24(9):877-87.
- .۶ Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
- .۷ Munn Z, Peters M, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*. 2018;18(1):143.-
- .۸ Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Levac D ,et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*. 2018;169(7):467-73.
- .۹ Etemadian M, Shahrokh H, Aryankhesal A. A case study on the establishment of nongovernmental hospitals in the public sector; providing a model for the development of the nongovernmental sector of health system. *Journal of Hospital*. 2020;18(4):63-73.
- .۱۰ Bayati M, Rashidian A, Zandian H, Alipoori S. Dual practice and multiple job holding among Iranian general practitioners: Rate and effective factors. *The International journal of health planning and management*. 2019;35(3):799-807.
- .۱۱ Bayat M, Khalilnejad R, Akbari-Sari A, Harirchi I, Salehi Zalani G, Mirbahaeddin SE, et al. Factors Associated with Dual Practice in Surgery Specialists: Application of Multi-Level Analysis on National Registry Data. *Iran J Public Health*. 2019;48(5):882-92.
- .۱۲ Dargahi H, Zalvand R. Situation Analysis of Full Time Physicians Plan Using SWOT Model in Iran. *Hospital*. 2019;18(1):9-20.
- .۱۳ Bayat M, Shokri A, Khalilnezhad R, Mirbahaeddin E, Khodadost M, Fattahi F, et al. Effect of dual practice on service delivery time by surgeons in the Islamic Republic of Iran: multi-level analysis of a national survey, 2016. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018;24(9):866-76.
- .۱۴ Bayat M, Salehi Zalani G, Harirchi I, Shokri A, Mirbahaeddin E, Khalilnezhad R, et al. Extent and nature of dual practice engagement among Iran medical specialists. *Subst Use Misuse*. 2018;16(1):61.

۱۵. Bazyar M, Rashidian A, Jahanmehr N, Behzadi F, Moghri J, Doshmangir L. Prohibiting physicians' dual practice in Iran: Policy options for implementation. *International Journal of Health Planning and Management*. 2018;33(3):E711-E20.
۱۶. Yousefi MR, Taziki MH. The Approach of Full-time Faculty Members in Clinical Practice: A Qualitative Study. *Iranian Bimonthly of Education Strategies In Medical Sciences*. 2018;11(2):115-22.
۱۷. Bayat M. Determining the simultaneous employment of specialist physicians in the country and analyzing related factors. Akbari Sari, Ali, Master, Supervisor. Haririchi, Iraj, professor, consultant.: Tehran University of Medical Sciences, International Campus, Faculty of Health; 2017.
۱۸. Akhavan Behbahani A, Rahbaari Bonab M. Assessment of the dual practice physicians law according to the health system experts approach in Iran. *Scientific Journal of the Organization of the Medical System of the Islamic Republic of Iran* 2015;33.(۱)
۱۹. Akbari Sari A, Babashahy S, Ghanati E, Naderi M, Tabatabaei Lotfi SM, Olyaei Manesh A, et al. Implementing the full-time practice in Iran health system; perceptions of the medical university chancellors on its challenges, consequences and effective solutions. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2013;20(1):40-51.
۲۰. Palesh M, Tishelman C, Fredrikson S, Jamshidi H, Tomson G, Emami A. "We noticed that suddenly the country has become full of MRI". Policy makers' views on diffusion and use of health technologies in Iran. *Health Research Policy and Systems*. 2010;8.
۲۱. Rafiei S, Arab M, Rashidian A, Mahmoudi M, Rahimi-Movaghar V. Policy interventions to improve rural retention among neurosurgeons in Iran: A discrete choice experiment. *Iranian journal of neurology*. 2015;14(4):211.
۲۲. Dr MRY, Dr MHT. The Approach of Full-time Faculty Members in Clinical Practice: A Qualitative Study. *Iranian Bimonthly of Education Strategies In Medical Sciences*. 2018;11(2):115-22.
۲۳. محبوبه ب. تعیین میزان اشتغال همزمان پزشکان متخصص کشور و تحلیل عوامل مرتبط: : دانشگاه علوم پزشکی تهران، پردیس بین الملل، دانشکده بهداشت.
۲۴. AKHAVAN BA, RAHBARI BM. ASSESSMENT OF THE DUAL PRACTICE PHYSICIANS LAW ACCORDING TO THE HEALTH SYSTEM EXPERTS APPROACH IN IRAN. 2015.
۲۵. Khim K, Goldman L, Shaw K, Markuns J, Saphonn V. Assessment of dual practice among physicians in Cambodia. *Human Resources for Health*. 2020;18(1):18.-
۲۶. Do N, Do Y. Dual practice of public hospital physicians in Vietnam. *Health policy and planning*. 2018;33(8):898-905.
۲۷. Alaref J, Awwad J, Araujo E, Lemiere C, Hillis S, Özaltın E. To Ban or Not to Ban? Regulating Dual Practice in Palestine. *Health systems and reform*. 2017;3(1):42-55.

- .٢٨ García-Prado A, González P. Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector. *Journal of health politics, policy and law*. 2011;36(2):265-94.
- .٢٩ Hipgrave DB, 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 and planning*. 2014;29(6):703-16.
- .٣٠ Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*. 2004;2(1):14.-