

باسمه تعالی

گزارش نهایی

عنوان

بررسی پرداخت های غیررسمی پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت ایران

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

مجربان طرح پژوهشی

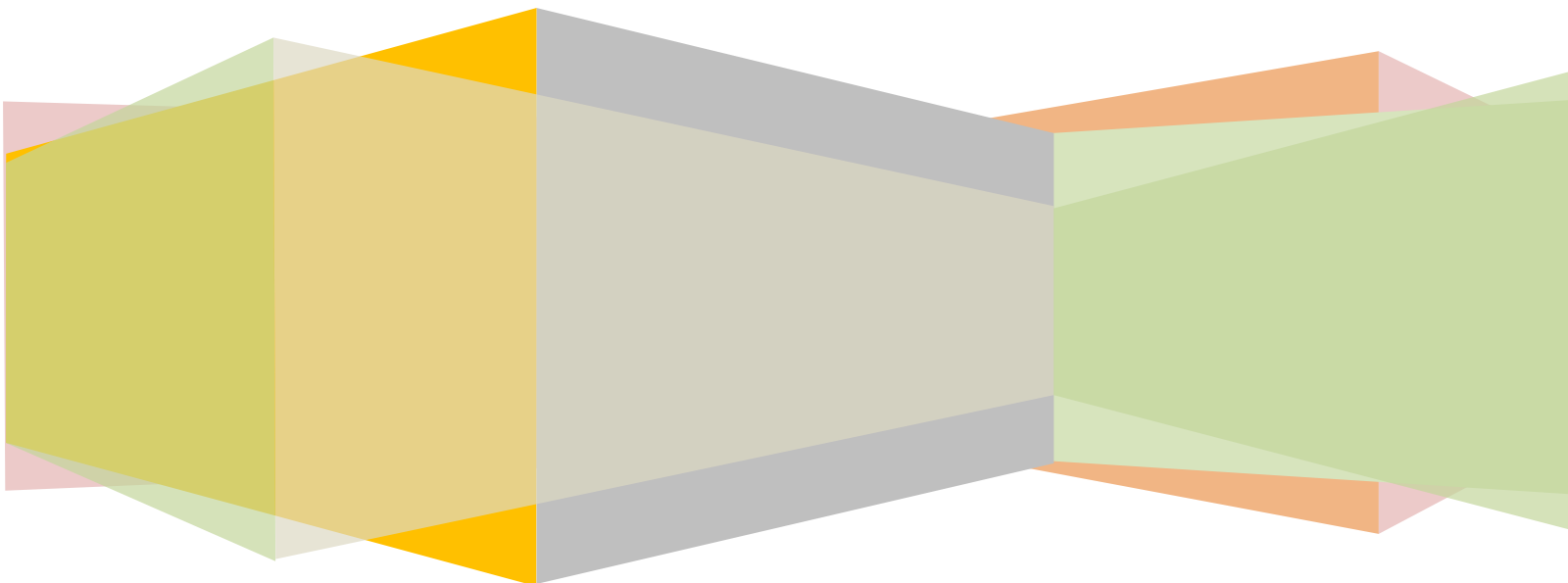
دکتر لیلا دشمنگیر، دکتر عنایت الله همایی راد

مدیر اجرایی طرح پژوهشی

دکتر لیلا دشمنگیر

همکاران طرح پژوهشی: دکتر علی ابوترابی، مریم غیاثی پور، پریناز دشمنگیر، دکتر حکیمه مصطفوی، عبدالواحد

خدامرادی



خلاصه گزارش طرح پژوهشی:

مقدمه:

پرداخت های غیررسمی پرداخت هایی هستند که به افراد یا سازمان های ارایه دهنده خدمات سلامت به صورت نقدی و یا غیرنقدی پرداخت می گردد. این پرداخت ها خارج از کانال های پرداخت رسمی صورت می گیرد. پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت یکی از موانع عمده در راه اصلاح نظام سلامت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به شمار می رود. بدون شک هر گونه رابطه مالی تعریف نشده میان پزشک و بیمار نه تنها موجب وارد کردن بار مالی مضاعف به بیمار شده، بلکه به روابط پزشک و بیمار آسیب رسانده و در درازمدت سبب خدشه وارد شدن به اعتماد جامعه به گروه پزشکی خواهد شد. پرداختهای غیر رسمی از مصداق های فساد نظام مند در نظام سلامت بوده و حذف آن در کشورهای متعددی از جمله کشور ما در دستور کار سیاست گذاران نظام سلامت قرار گرفته است. از دیدگاه اقتصادی پرداخت های غیر رسمی شکلی از تامین مالی مستقیم از جیب است که به طور مستقیم توسط بیماران و خانواده های آنها پرداخت می گردد. این شیوه پرداخت به عنوان یکی از نگرانی ها و دغدغه های سیاست گذاران به ویژه برای کشورهای با درآمد کم و متوسط و حتی کشورهای پیشرفته در اروپا و آسیا بدلیل پیامدهای منفی آن تبدیل شده است. یکی از برنامه های اجرایی طرح تحول سلامت در حوزه درمان افزایش پرداختی به پزشکان در غالب افزایش تعرفه های خدمات درمانی بود. در کنار اهداف دیگر، یکی از اهداف مهم این اقدام سیاستی کاهش و حذف پرداخت های غیررسمی و از جمله زیر میزی بود. هدف از این پژوهش ملی بررسی میزان پرداخت های غیررسمی پس از اجرای طرح تحول سلامت در کشور می باشد.

روش اجرا:

این مطالعه یک مطالعه چند روشی (multi method study) است که به صورت مروری، مقطعی و توصیفی (کمی و کیفی) و تحلیلی می باشد. در گام اول مروری بر مطالعات انجام شده مرتبط با پرداخت های غیررسمی، میزان و علل این پرداخت ها انجام شد. در گام دوم به عنوان مهمترین گام این مطالعه، از هر چهار استان بزرگ کشور (تهران، کرمان، شیراز و تبریز) از هر سه طبقه بیمارستان دولتی جنرال، بیمارستان خصوصی و بیمارستان تامین اجتماعی، نمونه های مورد نظر انتخاب گردید. در مرحله اول گام دوم، ابتدا لیست بیماران بستری که در طول یک ماه اخیر از بیمارستان ترخیص شده بودند از بیمارستان دریافت گردید سپس از میان ترخیصی های یک ماه بیمارستان به صورت نمونه گیری نظام مند تعداد نمونه مورد نظر انتخاب گردید و اطلاعات مورد نظر بر اساس پرسشنامه و به صورت تلفنی با بیمار و یا خانواده بیمار جمع آوری گردید. تحلیل داده ها با بهره گیری از آمارهای توصیفی و آمارهای تحلیلی انجام و برای بررسی عوامل موثر بر پرداخت های غیررسمی از مدل **Ols Logit** و برای تحلیل داده ها از نرم افزار **STATA** استفاده گردید.

یافته ها:

۱۴.۲٪ بیماران پرداخت غیررسمی به پرسنل بیمارستان داشته اند. تمایل به پرداخت غیررسمی به کارکنان (۹.۶۷٪) بیشتر از پزشکان و پرستاران می باشد و این میزان در بیمارستان های خصوصی بیشتر از سایر بیمارستانها می باشد. از ۲۶۰۷ نمونه، فراوانی پرداخت غیررسمی در بیمارستان های آموزشی ۱۱۹ مورد با میانگین ۳۴۲۸۵۷۱ ریال، در بیمارستان های خصوصی ۲۳۷ مورد با میانگین ۳۵۴۲۵۰۵ ریال، در بیمارستان تامین اجتماعی ۸ مورد با میانگین ۵۰۰۰۰۰ ریال به ازای افراد پرداخت کننده می باشد. متغیرهای نوع بیمارستان، تحصیلات سرپرست خانوار، محل سکونت، اقدام درمانی و درآمد خانوار و تمایل به دریافت خدمات با کیفیت و دسترسی سریعتر به دریافت خدمات به عنوان عوامل موثر بر وقوع پرداخت های غیررسمی و حجم این پرداخت ها می باشد.

نتیجه گیری:

در بررسی پرداخت های غیررسمی تمایز میان پرداخت های زیرمیزی و سایر انواع پرداخت های غیررسمی بسیار مهم می باشد. مطالعه حاضر نشان داد پس از اجرای طرح تحول سلامت میزان پرداخت های غیررسمی در بیمارستان های دولتی آموزشی کاهش قابل ملاحظه ای یافته است و پرداخت های غیررسمی در بیمارستان های خصوصی نسبت به بیمارستانهای تامین اجتماعی و بیمارستان های آموزشی بالا می باشد. ایجاد عدالت درون رشته ای و بین رشته ای و الزام کادر درمانی به اقدام در جهت چارچوب و نظم و قانون از جمله عوامل مهم در جهت کاهش پرداخت های غیرقانونی و زیرمیزی می باشد.

کلیدواژه ها: پرداخت غیر رسمی، پرداخت نقدی، پرداخت غیرنقدی، طرح تحول، ایران

مقدمه و بیان مساله:

امروزه نظام‌های سلامت، نه تنها مسئول ارتقای سلامت افرادند، بلکه موظفند از آنها در برابر هزینه‌های مالی بیماری و ناخوشی، محافظت نمایند. یکی از چالش‌هایی که دولت‌ها با آن مواجهند، کاهش بار پرداخت‌های مستقیم از جیب افراد برای مراقبت سلامت، از طریق تامین‌یارانه، گسترش برنامه‌های پیش‌پرداخت می‌باشد(۱).

بخش سلامت از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی و عملکرد آن یکی از شاخص‌های توسعه و رفاه اجتماعی است(۱). امروزه بسیاری از کشورها به دلیل مشکلات تأمین مالی، قادر به ارائه خدمات موردنظر در بخش مراقبت سلامت نیستند. تقریباً در تمام کشورها هزینه‌های مراقبت سلامت به دلیل تغییرات جمعیت شناختی، تغییر الگوی بیماری‌ها و فناوری‌های جدید در حال افزایش است و تأثیرات چنین تغییراتی بر محدودیت‌های شدید بودجه و منابع اقتصادی محدودی که برای سلامت در نظر گرفته‌شده سایه افکنده است. علاوه بر داشتن شیوه زندگی سالم مردم برای حفظ و ارتقای سلامت خود مجبور به استفاده و خرید خدمات سلامت هستند(۲، ۳). هدف بسیاری از کشورها محافظت اقشار جامعه در برابر هزینه‌های تأمین سلامت است. با این حال افزایش روزافزون هزینه‌های سلامت و کمبود منابع مالی برای پوشش مناسب تمام جمعیت موجب شده است که عدالت در مشارکت مالی به یک هدف چالشی برای نظام سلامت در کشورهای مختلف تبدیل شود که کشور ما نیز از این قاعده مستثنا نیست(۴). بحث تأمین مالی نظام سلامت به شکل عادلانه، از مهم‌ترین مباحث حوزه سلامت است(۵). آمارها نشان می‌دهد که از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ سهم پرداخت مستقیم از جیب خانوارهای ایرانی از کل هزینه‌های سلامت از ۵۳ درصد به ۵۹ درصد افزایش یافته است که بیشترین مقدار آن مربوط به سال ۸۸ و برابر ۵۹ درصد است(۶، ۷). بالا بودن سهم پرداخت مستقیم خانوار از کل هزینه‌های سلامت، خطر مواجه‌شدن خانوار با هزینه‌های کمرشکن را افزایش می‌دهد(۸). بنابراین یکی از سیاست‌های بخش سلامت هر کشوری، از جمله ایران، کاهش پرداخت مستقیم از جیب از طریق جایگزین کردن آن با روش‌های تأمین مالی عادلانه‌تر است(۹). چنانچه در نقشه سلامت جمهوری اسلامی ایران، در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز این مسئله به وضوح در قالب دو هدف مورد تأکید قرار گرفته است که عبارت‌اند از؛ ۱) کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل هزینه‌های

سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه، ۲) کاهش نسبی از جمعیت که مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت هستند به کم‌تر از یک درصد تا پایان برنامه پنجم توسعه (۱۰، ۱۱)

پرداخت مستقیم از جیب ضعیف‌ترین و ناعادلانه‌ترین شیوه پرداخت برای مراقبت سلامت می‌باشد. این شیوه از هر دو دیدگاه محافظت در برابر خطر و عدالت، بدترین شکل ممکن تأمین مالی تلقی شده و بیشترین مواجهه را با خطرات مالی کمرشکن برای افراد در پی دارد (۱۲). پرداخت مستقیم از جیب ممکن است برای مجموعه متنوعی از خدمات مانند هزینه ویزیت و مشاوره، خرید دارو، خدمات آزمایشگاهی و خدمت تشخیصی و بستری و خدمات بیمارستانی صورت گیرد (۱۳). از دیدگاه اقتصادی، پرداخت‌های غیررسمی شکلی از تأمین مالی مستقیم از جیب محسوب می‌شوند، چراکه تأثیرات مشابهی بر روی تقاضا و بار تأمین مالی در مقایسه با پرداخت‌های قانونی مصرف‌کنندگان می‌گذارند (۱۱، ۱۴). پرداخت‌های غیررسمی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و کشورهای در حال گذار، یک منبع عمده تأمین مالی خدمات مراقبت سلامت و یک مانع جدی و اساسی در راه اصلاح نظام سلامت محسوب می‌شود (۱۵، ۱۶). در یک تعریف کلی می‌توان گفت پرداخت‌های غیررسمی عبارت‌اند از: (الف): پرداخت به اشخاص یا مؤسسات ارائه‌کننده خدمت در قالب پول نقد یا هدیه، خارج از مجاری پرداخت‌های رسمی، یا (ب): یا پرداخت بابت خرید دارو و تجهیزات پزشکی - توسط بیماران یا اعضای خانواده آن‌ها- که تهیه آن‌ها بر عهده سیستم مراقبت سلامت دولتی و واحد ارائه‌کننده خدمت باشد. لازم به ذکر است که خرید داوطلبانه دارو و تجهیزات از بخش خصوصی، در زمره پرداخت‌های غیررسمی قرار نمی‌گیرد (۱۷). پرداخت‌های غیررسمی در اکثر مستندات مرتبط با پرداخت‌های غیررسمی عبارت است از پرداخت‌هایی که - اعم از پولی یا غیر پولی - توسط یک فرد به کارکنان مراقبت سلامت صورت می‌گیرد و بخشی از حقوق رسمی مالیات کسر شده کارکنان نمی‌باشد. این پرداخت‌ها ممکن است مورد انتظار یا پیش‌بینی نشده باشد و ممکن است بابت خدمات روزمره و یا به‌منظور دریافت خدماتی اضافی و لوکس صورت گیرد (۱۸، ۱۹).

پرداخت‌های غیررسمی با عناوین دیگری چون پول‌های زیرمیزی، پول‌های سیاه، پول‌های خاکستری، پول چایی، پرداخت‌های غیر اداری، پرداخت‌های فساد آمیز و غیره نیز شناخته می‌شوند (۱۲). شکل‌های متفاوت پرداخت‌های غیررسمی به صورت زیر است پرداخت‌ها به صورت نقدی صورت می‌گیرد؛ ۲- هدایا: به شکل گل، شیرینی یا لوح تقدیر یا از این اشکال، البته این نوع پرداخت در مقایسه با پرداخت نقدی، بیشتر داوطلبانه بوده و با انگیزه تشکر و قدردانی از کارکنان شکل می‌گیرد؛ ۳- کالا یا تعهد به خدمت: این مورد می‌تواند غذا، پتو، بانداژ، سرنگ و لوازم پزشکی باشد یا فرد درازای دریافت خدمت متعهد به ارائه خدمت خاصی به ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت گردد (۱۰، ۱۸). پرداخت غیررسمی برای مراقبت‌های سلامت می‌تواند به عنوان یک استراتژی برای مقابله با کمبود منابع و عملکرد ضعیف هر دو طرف عرضه و تقاضا باشد. در طرف تقاضا، بیماران ممکن است پرداخت غیررسمی را به منظور به جلو انداختن نوبت، دریافت خدمات بهتر و باکیفیت بالاتر، دسترسی راحت‌تر به خدمات، مراقبت بیشتر و ایجاد رابطه با پزشکان یا کارکنان دیگر سلامت به منظور تضمین پاسخ به موقع کارکنان، در صورت نیاز به خدمات در آینده انجام دهند. از طرف دیگر ارائه‌دهندگان در طرف عرضه، ممکن است پرداخت غیررسمی را به منظور جبران حقوق کم و پاسخ به نیاز مالی (۱۵، ۲۰) و یا به منظور دستیابی به درآمد موردنظر و ایده آل طلب کنند، البته پرداخت‌های غیررسمی عمدتاً به دلیل مشکلات عرضه است و با توجه باینکه عوامل مؤثر بر عرضه شامل بودجه کم سازمان‌های ارائه‌دهنده سلامت و حقوق پایین کارکنان می‌باشد؛ پرداخت‌های غیررسمی به عنوان یک ابزار جمع‌آوری بودجه اضافی برای سازمان‌های سلامت به‌طور کلی، و به پزشکان به‌طور خاص عمل می‌کند (۱۸). پرداخت‌های غیررسمی می‌تواند اثرات منفی متعددی به دنبال داشته باشند. از جمله می‌توان به کاهش دسترسی و کاهش عدالت در دسترسی به خدمات، کاهش استفاده از خدمات سلامت، حس ناامیدی در افراد بی‌بضاعت جامعه، کاهش انگیزه در ارائه‌کنندگان خدمات برای ارائه خدمات باکیفیت در قبال هزینه‌های قانونی، از دست دادن اعتماد به نفس و احساس بیگاری در کارکنان سلامت که پرداخت پول‌های زیرمیزی به دیگران را شاهد هستند، ایجاد فساد در بخش سلامت در نتیجه مخفی‌کاری و ایجاد روابط ناسالم مالی، ارائه تصویر و اطلاعات نادرست در مورد هزینه‌های بیماری و افزایش میزان سهم بیمار از این هزینه‌ها

اشاره کرد، در نتیجه وجود پرداخت‌های غیررسمی ممکن است با ایجاد اطلاعات نادرست درباره هزینه واقعی، به تصمیمات و سیاست‌گذاری‌های نادرست و در نتیجه اختلال در کارایی و اصلاحات در نظام سلامت منجر شود (۱۰، ۲۱، ۲۲).

از آنجایی که پرداخت‌های غیررسمی اغلب مستقیم به اشخاص ارائه‌کننده خدمات سلامت پرداخت می‌شود، این نوع پرداخت‌ها در مقوله "استفاده از امکانات عمومی برای منافع خصوصی" طبقه‌بندی شده و در نتیجه طبق تعاریف، نوعی از فساد سیستمیک در نظر گرفته می‌شوند (۵). در حقیقت پرداخت‌های غیررسمی به عنوان شکلی از بازار سیاه تلقی می‌شوند (۱۰).

پرداخت‌های غیررسمی می‌تواند به دلایل مختلفی در یک جامعه وجود داشته باشد که از آن جمله می‌توان به کمبود منابع دولتی برای تامین مالی مراقبت سلامت، فقدان اعتماد و شفافیت لازم در نظام سلامت، نبود نظارت کافی در سیستم، پایین بودن حقوق و مزایای کارکنان ارائه‌دهنده خدمت، فقدان پاسخگویی مناسب در سیستم ارائه خدمت، ضعف مدیریت، کیفیت پایین خدمات، ناامیدی دریافت‌کنندگان خدمت از دریافت خدمات درمانی و رفاهی کافی و نیز خصوصیات فرهنگی اجتماعی جامعه - از جمله فرهنگ انعام‌دهی - و... اشاره کرد (۵، ۱۱-۱۶).

پرداخت‌های غیررسمی موجب تغییر اولویتهای سرمایه‌گذاری دولت، ناکارایی سیستم نظام سلامت، افزایش فساد و کاهش اعتماد و شفافیت در سیستم، عدالت در سلامت، دسترسی، بهره‌گیری از خدمات، کیفیت خدمات، انگیزه ارائه خدمات با کیفیت در ارائه‌کنندگان خدمت، و افزایش هزینه‌های کمر شکن، ارائه اطلاعات نادرست در مورد میزان هزینه‌های بیماری و میزان سهم بیمار از این هزینه‌ها و در نتیجه تصمیمات و سیاستگذاری‌های نادرست بر اساس این اطلاعات می‌شود (۱۲، ۱۷-۱۹).

در نهایت ماهیت غیررسمی پرداخت‌های غیررسمی توانایی دولت‌ها برای بالا بردن منابع مالی و تنظیم تأمین مالی سلامت را تضعیف می‌کند و اثرات منفی بر عدالت و سلامت می‌گذارد (۲۳). سال‌های متمادی است که سیستم سلامت با رابطه بحث‌رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار و مسائلی همچون پول زیرمیزی به‌عنوان کاری

غیراخلاقی ولی جاری روبه‌رو است. بدون شک هرگونه رابطه تعریف‌نشده‌ی مالی بین پزشک و بیمار، نه تنها موجب آسیب جدی به روابط درمانی پزشک و بیمار می‌شود، بلکه در طی زمان موجب آسیب جدی به اعتماد بین جامعه و گروه پزشکی خواهد شد (۱۳).

به‌طور کلی، پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان در بیشتر کشورهای آسیا و اروپای شرقی متداول است (۲۵). در چین پرداخت‌های غیررسمی یکی از چالش‌های اساسی است که مردم و بخش درمان با آن مواجه‌اند (۲۶). شواهد ناشی از مطالعات انجام شده، رشد روز افزونی را در پرداخت‌های غیر رسمی در تمام نقاط جهان بویژه کشورهای فقیر با درآمد پایین و نیز در کشورهای با اقتصاد در حال گذار (۱۱) و از جمله کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و کشورهای آسیای میانه (۲۰) را نشان می‌دهد. محدوده فراوانی پرداخت‌های غیر رسمی بسیار گسترده بوده و از دو درصد در پرو تا ۹۶ درصد در پاکستان، متغیر است (۷). بخش عمده‌ای از بیماران در بلغارستان (۴۳ درصد)، لهستان (۴۶ درصد)، ترکمنستان (۵۰ درصد) و تاجیکستان (۷۰ درصد) مجبور به پرداخت‌های غیر رسمی برای خدماتی هستند که از لحاظ قانونی رایگان می‌باشند (۱۲ و ۱۳). با این وجود، علی‌رغم مطالعات متعددی که در سایر کشورها و از جمله کشورهای همسایه ایران در این زمینه انجام شده است، در ایران، مطالعات محدودی در این زمینه صورت گرفته است.

ما در این پژوهش بر آن شدیم تا برآوردی صحیح از حجم و میزان پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان و بررسی عوامل مؤثر بر آن در کشور ارائه دهیم و همچنین با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی فاز سوم طرح تحول نظام سلامت (ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت) حذف پرداخت‌های زیرمیزی پزشکان می‌باشد لازم است که وسعت پدیده زیرمیزی در بخش دولتی بعد از اجرای طرح تحول سلامت مورد مطالعه قرار گرفته و میزان حصول وزارت بهداشت به این هدف مهم مشخص گردد. مقایسه میزان پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستانهای دولتی با سایر بیمارستانها (خصوصی و تأمین اجتماعی) می‌تواند تصویری از نظام سلامت ایران در خصوص پرداخت‌های غیررسمی دهد تا از اطلاعات آن در جهت کمک به سیاست‌گذاری‌های صحیح در راستای بهبود عدالت و پیشگیری از هزینه‌های کمرشکن و اصلاح روش پرداخت در نظام سلامت کشور استفاده شود.

اهداف اصلی طرح : تعیین میزان پرداخت های غیررسمی پس از اجرای طرح تحول سلامت ایران

اهداف اختصاصی طرح :

- تعیین مطالعات انجام شده در زمینه پرداخت های غیررسمی در جهان
- تعیین میزان پرداخت های غیررسمی بر حسب نوع خدمت ارائه شده، نوع بیمارستان، تخصص پزشک و سایر متغیرهای مهم تاثیرگذار
- تعیین راهکارهای پیشنهادی جهت کنترل پدیده پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت

اهداف کاربردی طرح:

به طور کلی هدف کاربردی این مطالعه آگاهی سیاست گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت از ابعاد و گستردگی پدیده دریافت پرداخت های غیررسمی از جمله پرداخت های زیرمیزی توسط پزشکان پس از اجرای طرح تحول سلامت و ابلاغ تعرفه های جدید درمانی و تاثیر این مداخله بر رفتار پزشکان، میزان دریافت زیرمیزی و شکل دریافت زیرمیزی در بیمارستانهای بزرگ دولتی عمومی، بیمارستانهای خصوصی و تامین اجتماعی در کشور و اتخاذ آینده نگری های مناسب در این خصوص می باشد. ارزیابی شرایط بیمارستانها از هر نوعی می تواند در تفسیر شرایط کلی طرح تحول سلامت تاثیر به سزایی داشته باشد.

روش اجرا :

مطالعه در سه مرحله انجام گرفت. نوع مطالعه در هر مرحله به شرح زیر می باشد:

مرحله اول: مطالعه مروری می باشد.

مرحله دوم: مطالعه توصیفی و تحلیلی از نوع کمی

مرحله سوم: مطالعه توصیفی از نوع کیفی

مرحله اول:

این مرحله مطالعه ثانویه از نوع مروری می باشد. برای انجام این مرحله ابتدا با استفاده از کلیدواژه های مرتبط فارسی مانند پرداخت زیرمیزی، پرداخت غیررسمی و لاتین مانند **informal payment, under table payment, unofficial payment** و ترکیب کلیدواژه های انتخاب شده در پایگاه های داده ای موردنظر مانند **Medline, web of science and scopus** و پایگاه های داده ای فارسی مانند **SID Medline, Magiran** مطالعات مرتبط گراوری گردید. پس از بدست آوردن مطالعات موردنظر، داده های مرتبط از هر یک استخراج و به صورت توصیفی و روایی یافته ها گزارش گردید.

مرحله دوم: بررسی گسترده حجم و علل پرداخت های غیررسمی در کشور

این مرحله یک بررسی پیمایشی از نوع توصیفی- تحلیلی و مقطعی می باشد. جامعه پژوهش بیماران بستری ترخیص شده در طول یک ماه اخیر از بیمارستان های مورد مطالعه در استان های انتخاب شده می باشد. برای نمونه گیری ابتدا سه استان (شیراز، تهران و تبریز) به عنوان **cluster** انتخاب گردید. در انتخاب **cluster** تلاش گردید استانهای بزرگ کشور انتخاب گردد. در هر استان با توجه به وابستگی سازمانی، به روش نمونه گیری تصادفی نظام مند نمونه های موردنظر از بیمارستانهای دولتی، خصوصی و تامین اجتماعی انتخاب گردید. در طول مطالعه، در استان شیراز علی رغم مکاتبات متعدد و ارسال نامه از طرف موسسه ملی تحقیقات سلامت موفق به گردآوری داده ها از بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی نشده و در شیراز داده ها فقط از یک بیمارستان بزرگ دولتی آموزشی و جنرال گردآوری گردید. برای جبران کمبود حجم نمونه به جای شیراز، استان کرمان نیز انتخاب و داده ها در این استان با همکاری معاونت درمان این استان از هر سه بیمارستان (دولتی، خصوصی و تامین اجتماعی) گردآوری گردید.

در گام نمونه گیری، با توجه به تعداد پرونده ترخیصی در بازه زمانی یک ماهه سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ (۱۰ آذر تا ۱۰ دی در تبریز (دولتی) و تهران (دولتی و خصوصی شماره ۱))، و ۱۰ دی تا ۱۰ بهمن (در شیراز (دولتی) و تبریز (خصوصی))، ۱۳ بهمن تا ۱۵ اسفند تبریز (تامین اجتماعی و آموزشی دولتی)، ۱ فروردین تا ۳۰ فروردین (تهران (خصوصی، تامین اجتماعی و دولتی شماره ۲))، ۲۰ اسفند تا ۲۰ فروردین (کرمان (دولتی و خصوصی)) و ۳ تیر تا ۳ مرداد (کرمان، تامین اجتماعی) و تبریز (تامین اجتماعی، ۱۰ تیر تا ۱۰ مرداد) داده ها گردآوری گردید. تصویر برخی از مکاتبات انجام شده و داده های

دریافت شده به پیوست می باشد(پیوست شماره ۲). با توجه به متفاوت بودن ظرفیت بیمارستانها و تعداد ترخیصی های هر بیمارستان از روش انتساب بهینه و انتساب متناسب استفاده گردید.

به منظور افزایش قابلیت معرف بودن نمونه های انتخابی به کل کشور تلاش گردید حجم نمونه بالا انتخاب گردد. با در نظر گرفتن مواردی همچون عدم پاسخگویی، دست نیافتن به نمونه های انتخاب شده و تجارب قبلی پژوهشگران در انجام مطالعات ملی مشابه حجم نمونه با احتمال ریزش ۲۰۰ نفر با تعداد حجم نمونه حداقل ۳۰۰ نمونه در هر استان(از بیمارستان های دولتی)، مطالعه از قدرت تعمیم پذیری مناسب برخوردار خواهد گردید. مجموع کل نمونه ها از مجموع طبقه های مختلف بیمارستان ۲۶۰۷ نمونه می باشد.

پس از تعیین حجم نمونه به واحد مدارک پزشکی بیمارستان های مورد مطالعه مراجعه و لیست بیماران ترخیص شده در بازه زمانی مورد مطالعه شامل نام و نام خانوادگی، نام بخش بستری، نوع پذیرش، بخش پذیرش، محل سکونت و شماره تلفن تماس دریافت گردید. از لیست تهیه شده با بهره گیری از روش نمونه گیری تصادفی نظام مند (Systematic Random sampling) تعداد نمونه مورد نظر در هر بیمارستان انتخاب گردید. (بخشی از داده های استخراج شده به پیوست می باشد).

با توجه به ماهیت این مرحله از مطالعه(مطالعه پیمایشی) برای دستیابی به اهداف مطالعه، از پرسشنامه روا و پایایی شده که در مطالعات مشابه داخلی(مطالعه آرش رشیدیان و خدامرادی) استفاده شده بود، بهره گرفته شد. روش گردآوری داده ها مصاحبه تلفنی و ابزار گردآوری پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش بوده است که به شرح ذیل توضیح داده می شود.

بخش اول: مشخصات بیمارستان و بخش، وضعیت دموگرافیک و بیمه افراد، نوع بیمه، نحوه مراجعه به بیمارستان و مدت اقامت بیمار، پرداخت یا عدم پرداخت غیررسمی و زمان پرداخت (در صورت پرداخت) از لحاظ پیش از بستری یا پس از بستری را مورد پرسش قرار می دهد.

بخش دوم: این قسمت را کسانی پاسخ می دهند که پرداخت غیررسمی به پزشکان و یا سایر کارکنان داشته اند، این بخش شامل سوال های زیر بوده که قالب پرداخت (در قالب: گل و هدیه، نقدی، کالا، و سایر)، نحوه پرداخت (داوطلبانه یا

مطالبه شده)، میزان تقریبی ریالی پرداخت، تعداد دفعات (فراوانی) و علت پرداخت (سؤال باز) را مورد بررسی قرار می‌دهند.

بخش سوم: این بخش به وسیله کسانی تکمیل می‌شود که پرداخت غیررسمی نداشته‌اند، سؤال اول وجود یا عدم وجود درخواست از سوی پزشکان و سایر کارکنان بیمارستان، سؤال دوم علت عدم پرداخت در صورت وجود درخواست و سؤال بعدی علت عدم پرداخت داوطلبانه را در کسانی که با درخواستی روبرو نبوده‌اند را مورد پرسش قرار می‌دهند.

با توجه به آنکه گردآوری داده‌ها باید پس از ترخیص بیماران از بیمارستان صورت می‌گرفت با توجه به شرایط حاکم بر بیماران و خانواده آنها و شرایط فرهنگی کشور احتمال پاسخ به پرسشنامه و ارسال آن توسط بیماران و یا خانواده آنها پس از ترخیص بسیار اندک بود بدین علت به منظور امکان تبادل بهتر با بیماران، رفع سوالات احتمالی بیماران در پاسخ به سوالات پرسشنامه، عدم پاسخگویی به سوالات بدلیل نداشتن سواد، کاهش ایجاد مزاحمت برای خانواده‌ها، امکان تکمیل پرسشنامه برای همه افراد بدون در نظر گرفتن شهر محل سکونت از مصاحبه تلفنی استفاده گردید. از دهه‌های گذشته مصاحبه تلفنی به عنوان یک روش قابل اجرا و جایگزین مصاحبه حضوری که پرهزینه و وقت‌گیر است استفاده می‌گردد). این روش در صورتی که به درستی طراحی شود می‌تواند به همان خوبی یا حتی بهتر از روش‌های دیگر بررسی وضعیت پرداخت‌های غیر رسمی را نشان دهد. علاوه بر ارزان بودن، روش مصاحبه تلفنی روشی عملی و معتبر برای استفاده در بررسی‌ها و مطالعه‌های مختلف می‌باشد. علاوه بر این که محدودیت جغرافیایی نیز در این روش وجود ندارد و به راحتی برای مقیاس‌های بزرگ منطقه‌ای قابل استفاده است. لازم به ذکر می‌باشد که بر اساس مطالعات انجام شده در زمان تدوین پروپوزال اکثر مطالعات انجام شده در خصوص محاسبه پرداخت‌های غیر رسمی از مصاحبه تلفنی برای گردآوری داده‌ها استفاده کرده‌اند. مصاحبه‌های تلفنی در هر استان توسط پرسشگران آموزش دیده در آن استان و بر اساس زبان رسمی در آن استان صورت گرفت. برای انجام مصاحبه تلفنی بسته مخابراتی برای پرسشگران یک استان تهیه گردید. در بقیه استان‌ها تماس تلفنی در یک محل اداری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همان استان صورت گرفت. اکثر مصاحبه‌های تلفنی در طول روز از ساعت نه تا ۱۸ بعد از ظهر صورت می‌گرفت و چنانچه مصاحبه‌کنندگان در بیش از دو بار تماس موفق به مصاحبه تلفنی با نمونه‌های انتخاب شده نمی‌شدند در غیر ساعات تعیین شده و بعد از ساعت ۱۸ بعد از ظهر تماس گرفته می‌شد (تعداد افرادی که به این طریق پس از ساعت ۱۸ تماس گرفته

شد بسیار کم بود. برای هر فرد بستری شده در بیمارستان حداقل دو شماره تماس بود که این امر امکان تماس با بیماران را بهتر می کرد. شکل شماره ۲ مراحل طراحی و اجرای پیمایش تلفنی را نشان می دهد.

شکل ۲- مراحل طراحی و اجرای پیمایش تلفنی برای بررسی میزان پرداخت های غیررسمی



پس از پر شدن پرسشنامه ها توسط پرسشگران، پرسشنامه ها توسط مجری و اعضای اصلی تیم مطالعه در هر استان کنترل کیفی شدند و در صورت وجود نقص و یا اشتباه، پرسشگران آموزش دیده مجددا با تماس تلفنی با خانوار آنها را برطرف می کردند. پس از تکمیل پرسشنامه، حدود ۲۰ درصد از پرسشنامه مجددا به صورت تصادفی توسط مسئول اصلی تیم مطالعه در هر استان انتخاب و با افراد انتخاب شده مجددا مصاحبه ای تلفنی صورت می گرفت و صحت اطلاعات وارد شده مورد بررسی قرار می گرفت. پس از رفع هر گونه نقص داده ها کدگذاری شده و وارد نرم افزار گردید. پرسشنامه های تکمیل شده کنترل کیفی و کدگذاری شده و پس از ورود داده ها کنترل و بازبینی مرحله به مرحله داده ها در بخش گزارش گیری انجام شد.

مصاحبه ها بر اساس پرسش نامه های طراحی شده معتبر و پایا صورت گرفت. محور سوالات مورد پرسش در ادامه آمده است. پرسشنامه اصلی به پیوست می باشد.

۱- اطلاعات عمومی:

الف) اطلاعات مربوط به بیمار

- سن و جنس
- علت مراجعه به بیمارستان (نوع بیماری)
- نوع خدمت دریافتی (جراحی، درمان دارویی و ...)
- نوع بیمارستان (دولتی یا خصوصی)
- تخصص پزشک معالج

ب) اطلاعات مربوط به سرپرست خانوار

- شغل سرپرست خانوار

- نوع بیمه درمانی

۲- هزینه های پرداختی

- هزینه برای خدمات تشخیصی
- هزینه برای خدمات درمانی
- هزینه برای لوازم مصرفی
- سایر هزینه ها (پرداخت مبلغی به پرستار، نگهبان، سایر پرسنل)
- هزینه کلی که بهنگام ترخیص پرداخت شده است
- نوع بیمه درمانی

در مورد بیمارانی که کمتر از ۱۸ سال سن دارند سوالات از سرپرست خانوار پرسیده شد و در مورد بیماران بالای ۱۸ سال مصاحبه با خود بیمار و در صورت لزوم با سرپرست خانوار انجام شد. برای مقایسه نتایج در بازه زمانی قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت، بهنگام مصاحبه بر این نکته تاکید گردید که زمان مراجعه آنها به بیمارستان چه موقع بوده

است. با توجه به اینکه بعلت غیرقانونی بودن پرداخت غیر رسمی ممکن است مصاحبه شوندگان صادقانه به سوالات جواب ندهند از واژه پرداخت غیر رسمی یا زیرمیزی در مصاحبه ها استفاده نشود. و به جای این واژه ها از عباراتی مانند پرداختی اضافه بر آنچه توسط دولت در قالب تعرفه تعیین شده است، استفاده گردید.

مرحله سوم مطالعه: ارایه راهکارهای پیشنهادی جهت کنترل پدیده پرداخت های غیررسمی و کاهش آن در

بخش سلامت

این مرحله ادامه مرحله دوم می باشد. به این ترتیب که بیمارانی که پرداخت غیررسمی داشتند مورد مصاحبه کیفی قرار گرفتند و علل این پرداخت ها مورد پرسش قرار گرفت. همچنین مستندات مرتبط با موضوع مورد تحلیل قرار گرفته و راهکارهای پیشنهادی جهت کنترل این پدیده استخراج گردید. یک جلسه بحث گروهی نیز متشکل از ۱۲ نفر از پزشکان، نمایندگان بیمه ها، مدیران و روسای بیمارستانها، نمایندگان مردم اعضای هیئت علمی و دانشجویان مقطع تحصیلات تکمیلی تشکیل و با بهره گیری از تحلیل محتوایی داده ها تحلیل گردید.

یافته ها:

یافته های مرحله اول مطالعه:

مطالعات انجام شده در خارج از ایران

در بسیاری از کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و همچنین کشورهای آسیای میانه، پرداخت های غیر رسمی به عنوان یک جنبه اساسی مراقبت سلامت و یکی از موانع عمده اصلاح نظام سلامت، سالهاست که مورد توجه و مطالعات بسیاری قرار گرفته است. که برخی از این مطالعات توسط بانک جهانی و برخی دیگر توسط محققان و دانشگاهیان این کشورها صورت گرفته است. که در ذیل به برخی از این مطالعات به طور فهرست وار اشاره کرده و در ادامه به چند مورد از آنها به طور مفصل تر می پردازیم .

جمهوری قرقیزستان ۱۹۹۳ و ۱۹۹۹ ، بلغارستان ۱۹۹۴ و ۱۹۹۷، رومانی ۱۹۹۴ ، مجارستان ۱۹۹۴، ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ ، آذربایجان ۱۹۹۵ ، آلبانی ۱۹۹۶ ، قزاقستان ۱۹۹۶ ، گرجستان ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ ، مقدونیه ۱۹۹۷ ، روسیه ۱۹۹۷ ، اوکراین ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ ، ارمنستان ۱۹۹۹ ، اسلواکی ۱۹۹۹ ، تاجیکستان ۱۹۹۹ ، ملداوی ۱۹۹۹ (۳ و ۶).

دولت مجارستان، در اواخر سال ۱۹۹۸، کمیته ای به منظور تحلیل مشکلات مربوط به پرداخت های غیر رسمی و ارائه راهکارهایی در جهت حذف پرداخت های غیر رسمی ایجاد کرد. یافته های حاصل از کار کمیته در سال ۲۰۰۰ منتشر گردید. این گزارش، نظام پرداخت های غیر رسمی را از دیدگاههای تاریخی، اجتماعی، اخلاقی و اقتصادی مورد بررسی قرار داده و نتایج حاکی از آن است که پیدایش نظام پرداخت های غیر رسمی تا حدودی به علت سرعت بالای ورود برنامه بیمه اجتماعی و شکست حرفه پزشکی بخصوص بعد از جنگ جهانی دوم بوده است.

علاوه بر این استخدام بسیاری پزشکان از طبقه کارگری ، فرهنگ حرفه پزشکی را بطور اساسی تغییر داد ه است. گزارش نتیجه گیری می کند تا هنگامی که پزشکان قادر به تمایز و تبعیض در ارائه خدمات باشند، احتمالاً پرداخت های غیر رسمی وجود خواهند داشت و تا زمانی که زمانهای انتظار کاهش یابد، فرانشیزها(مشارکت در پرداخت ها) لحاظ شود و تا زمانی که دستمزدها افزایش یابد، ادامه خواهد داشت.

اگر چه این گزارش ابعاد مهم و گوناگونی این پرداخت ها را شفاف نمود، به دلیل عدم ارائه برنامه معقول و قابل قبول سیاسی برای حذف مشکل و نیز عدم پشتوانه سیاسی شکست خورد و کمیته در سال ۱۹۹۹ منحل گردید (۷).

در سال ۱۹۹۹ مرکز تحقیقات اجتماعی تارکی درمجارستان، یک بررسی جمعیتی عمومی درباره اندازه و ماهیت بازار پرداختهای غیر رسمی انجام داد. زمینه اصلی این پژوهش غیر دولتی قسمتی از مطالعه بزرگتری بنام پتانسیل جایگزینی پرداخت های غیر رسمی با بیمه های درمانی رسمی خصوصی بود. این مطالعه بسیار اطلاعات از این سو و آن سو جمع آوری و ارائه نمود؛ میزان پرداخت های غیر رسمی سالانه ۳۰ میلیون فورنت مجار تخمین زده شد. که معادل ۴/۶ درصد مجموع هزینه های بهداشتی می باشد. پرداخت های غیر رسمی در برخی از تخصصها مانند ژینکولوژی و جراحی های بیمارستانی متداول تر از سایر تخصص ها مثل خدمات سلامت روانی می باشد و همچنین پرداخت های غیر رسمی در

خدمات تخصصی سرپایی مثل خدمات تشخیصی کمتر متداول بود. در کل میزان پرداخت های غیررسمی از ۱.۵ تا ۴.۵ درصد کل هزینه های سلامت در مجارستان تا ۰.۸۴ درصد در آذربایجان متغیر بوده است (۸).

در سال ۲۰۰۱ مطالعه ای دیگر توسط پیتر گال و همکارانش در مجارستان تحت عنوان پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت مجارستان صورت گرفت. این مطالعه منابع بلقوه تفاوتی موجود در برآورد پرداخت های غیر رسمی در مجارستان را با استفاده از تحلیل های سیستماتیک تحقیقات انجام شده در این زمینه، مورد بررسی قرار می دهد و سعی در کاهش تفاوتی موجود بین تخمینهای گوناگون در این زمینه و در نتیجه محدود کردن مرزهای بالا و پایینی این تخمین ها به منظور برآورد صحیحی از پرداخت های غیر رسمی دارد. تحلیل ها حاکی از آن است که در سال ۲۰۰۱ اندازه کلی پرداخت های غیر مستقیم بین ۱۶/۲ و ۱۵/۹ بیلیون HUF (واحد پول مجار)، یعنی معادل ۲۴۲/۴ - ۷۷/۱ میلیون دلار امریکا، قرار دارد؛ که ۱/۵ تا ۴/۶ درصد هزینه های مراقبت سلامت مجارستان را شامل می شود (۹).

در سال ۲۰۰۵ پژوهشی توسط آگوتا سند و آنتونی کولیر تحت عنوان بی عدالتی ناشی از پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت مجارستان، با استفاده از نتایج بدست آمده توسط پژوهش مرکز تحقیقات اجتماعی تارکی (۱۹۹۹)، صورت گرفت که در این پژوهش اثرات پرداخت های غیر رسمی بر عدالت با استفاده از منحنی لورنز و شاخص های کاکوانی مورد بررسی قرارگفت. نتایج بیانگر آن است که پرداخت های غیر رسمی بالاترین میزان نزولی بودن را در میان منابع تامین مالی سلامت، دارا ست و در حقیقت از طریق پرداخت های غیر رسمی ف مردم با درآمد پایین به نسبت، برای مراقبت سلامت عمومی باید پرداخت بیشتری داشته باشند تا افراد مرفه تر جامعه که این بیانگر ناعادلانه بودن این منبع تامین مالی سلامت می باشد (۱۰).

مطالعه ای در سال ۲۰۰۵ توسط لایکرگوس لیاروپولوس و اولگا سیسکو در یونان تحت عنوان پرداخت های غیر رسمی در بیمارستانهای دولتی یونان صورت گرفته است، در این مطالعه تلاش شده است تا میزان پرداخت های غیر رسمی در بیمارستانهای دولتی برآورد و ارتباط این پرداخت ها با خصوصیات و ویژگی های دموگرافیک خانواده مشخص و علل و انگیزه افراد از این پرداخت ها را مورد پرسش قرار دهند. یافته های این پژوهش حاکی از آن است که از میان کسانی که در بیمارستانهای دولتی درمان شده اند ۳۶ درصد حداقل یکبار پرداخت های غیر رسمی داشته اند که از این تعداد، ۴۲

درصد انگیزه پرداخت را به علت ترس از عدم برخورداری از مراقبت های استاندارد در صورت عدم پرداخت ، ۲۰ درصد به پیشنهاد پزشک و بقیه به دلایل دیگری چون جلوگیری از جلوداختن نوبت انتظار اشاره کرده اند. در این پژوهش هیچ رابطه ای بین ویژگی های اجتماعی اقتصادی خانواده و میزان پرداخت های غیر رسمی دست نیامده است ، همچنین مشخص شده است که ۷۲ درصد از این پرداخت ها به جلو انداختن نوبتشان در صف انتظار کمک کرده است و همچنین این پژوهش نشان داده است که در بیمارستانهای مورد مطالعه میان پرداخت های غیر رسمی در اعمال جراحی ۱۳۷ درصد بیشتر از مراقبت های غیر جراحی بوده است.(۱۱).

در پژوهشی تحت عنوان پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ترکیه که توسط مهتاپ تاتار و هکر اوزجان و همکاران (۲۰۰۷)، پرداخت های غیر رسمی و عوامل موثر بر آن مورد بررسی قرار گرفته است. طبق این پژوهش ۲۵ درصد از پرداخت های مستقیم از جیب در نظام سلامت ترکیه ، پرداخت های غیر مستقیم می باشد که این پرداخت ها بیشتر از نوع نقدی و بیشتر به منظور تضمین دریافت خدمات می باشد نه به انگیزه تشکر یا عوامل فرهنگی . و همچنین طبق یافته های ان پژوهش پرداخت های غیر رسمی بیشتر به پزشکان و جراحان پرداخت شده است.(۱۲).

طبق مقاله ای تحت عنوان عوامل موثر بر پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ترکیه توسط هکر اوزجان و همکارانش در سال ۲۰۰۹ منتشر شده است ، نتایج حاکی از آن است که ۶۹/۷ درصد پرداخت های غیر رسمی به شکل نقدی و ۲۹/۷ درصد در قالب هدیه بوده است . ۷۵ درصد پرداخت های نقدی به پزشکان (۹۹/۲ % پزشکان بخش سرپایی)، ۱۶ درصد پرداختهای نقدی به جراحان بوده است. ۵۲ درصد پرداختهای در قالب هدیه به خدمات سرپایی بوده است . در مورد انگیزه پرداخت یافته ها نشان میدهد که ۶۷ درصد به منظور قدردانی و تشکر بوده است. از دیگر انگیزه های مهم این پرداخت ها می توان به انگیزه ایجاد روابط بهتر با پزشک برای درمانها و مراجعات بعدی اشاره کرد. طبق این پژوهش پرداخت از نوع هدیه در ترکیه بیشتر جنبه فرهنگی دارد.(۱۳).

مطالعات انجام شده در ایران

مطالعه ای توسط دکتر محسن ستایش و همکاران(۱۳۸۴) صورت گرفته است که به بررسی نظرات مردم، پیرامون پرداخت غیر رسمی به پزشکان در شهر کرمان، می پردازد و بیان می دارد که ۷۰ درصد از افراد تحت مطالعه در مورد

پرداخت های زیر میزی آگاهی کافی دارند، ۷۸ درصد اعتقاد دارند این پرداختها به قداست حرفه پزشکی لطمه میزند، ۸۷ درصد از افراد، از مراجع ذی صلاح برای رسیدگی به پرداخت های زیر میزی، آگاهی ندارند(۱۴).

در مطالعه ای که توسط مریم غیائی پور و همکاران در سال ۲۰۱۰ صورت گرفته است، نتایج بیانگر آن بودند که ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه پرداخت غیر رسمی به کارکنان بیمارستان داشته اند. ۳.۷ درصد افراد مورد مطالعه بیان داشته اند که از سوی کارکنان بیمارستان از آنها درخواست پرداخت غیر رسمی شده است. بیشترین قالب پرداخت به صورت نقدی (۸۸/۸۸ درصد) بوده است و بیشترین انگیزه پرداخت از سوی افراد پرداخت کننده "قدردانی" (۵۵/۶ درصد) عنوان شده است. در مورد تمامی افرادی که پرداخت غیر رسمی داشته اند، این پرداخت به خدمه صورت گرفته است و تنهادر یک مورد، علاوه بر پرداخت به خدمه، به نگهبان نیز پرداخت غیر رسمی انجام شده است. میان میانگین پرداخت غیر رسمی و مشخصات دموگرافیک بیمار، نوع بیمه، نوع ارجاع، نحوه پرداخت(داوطلبانه- درخواست شده)، ارتباط معنی داری وجود ندارد. و همچنین میان فراوانی پرداخت غیر رسمی و مشخصات دموگرافیک بیمار- بجز وضعیت تاهل، نوع بیمه، نوع ارجاع، نحوه پرداخت(داوطلبانه- درخواست شده) و مدت اقامت ارتباط معنی داری مشاهده نشد(۱۵).

یافته های پژوهش نکویی مقدم و همکاران در مطالعه ای کیفی تحت عنوان علل پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت از دیدگاه پزشکان، سیاست گذاران و بیماران (۲۰۱۳) نشان میدهد که دلایل متعددی برای پرداخت های غیررسمی وجود دارد که شامل عوامل فرهنگی، عوامل مرتبط با کیفیت و عوامل قانونی است. دلایلی نیز برای دریافت های غیررسمی توسط پزشکان عنوان شده است که شامل عوامل مربوط به تعرفه ها، عوامل ساختاری، عوامل اخلاقی و هم چنین نشان دادن مهارت و شایستگی ارائه کنندگان خدمات است. در این مطالعه، بودجه ناکافی نظام سلامت و پرداخت های رسمی ناکافی به پزشکان، از مهم ترین عوامل مرتبط با عرضه، که منجر به پرداخت های غیررسمی می شوند، عنوان شده است(۱۶).

رشیدیان و همکارانش در سال ۱۳۹۲ به بررسی پرداختهای غیررسمی در بیمارستانهای شهر ارومیه در سال ۱۳۹۳ و عوامل موثر بر آن پرداختند. یافته های بدست آمده از این مطالعه نشان داد ۲۹٪ بیماران پرداخت های غیر رسمی

داشتند که ۱۱ درصد آنها پرداخت به پزشک، ۵٪ پرداخت به پرستار و ۱۷٪ پرداخت به سایر کارکنان بوده است. بر اساس این مطالعه واقعی نبودن تعرفه های پزشکی در کشور زمینه اعمال سلیقه پزشکان برای افزایش تعرفه ها را فراهم کرده است و این امر علاوه بر ایجاد بی عدالتی در حوزه سلامت، باعث بروز شکاف بین بخش دولتی و خصوصی و عاملی برای دریافت زیرمیزی برخی از پزشکان است (۱۷).

جدول زیر مطالعات مختلف انجام شده در خصوص پرداخت های غیررسمی را نشان می دهد:

منبع	سال انجام	محل انجام	نتایج
ستایش	۱۳۸۶	کرمان	اکثر مردم در مورد پرداخت های زیرمیزی به کارکنان سلامتی آگاهی داشته اند و با اخذ این نوع پرداخت ها مخالف بوده اند. هر چند به رغم نگرش منفی مردم نسبت به پرداخت های زیرمیزی و غیر قانونی دانستن این کار، آنان تا حد زیادی موافق شکایت بر علیه پزشکان نبودند.
وحیدی	۱۳۸۹	ایران (تبریز)	این مطالعه با هدف تعیین توزیع عوامل موثر بر پرداخت های رسمی و غیررسمی انجام گرفت. ابزار گردآوری داده ها راهنمای مصاحبه و پرسشنامه بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۱۰٪ بیماران قلبی پرداخت غیررسمی و یا زیرمیزی به پزشک خود داشتند که ۸۰٪ آنها به دلیل درخواست پزشک و ۲۰٪ جهت قدردانی از پزشک بوده است.
بازیار	۱۳۸۹	ایران (تهران)	این مطالعه در مرکز سرطان بیمارستان امام خمینی صورت گرفت. نتیجه این مطالعه نشان داد که ۷ درصد بیماران با پرداخت های غیررسمی مواجه بودند که همگی برای عمل جراحی در بخش خصوصی با این پرداخت ها مواجه شده بودند.
غیاثی پور	۱۳۹۰	ایران (تهران)	این مطالعه در بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که ۲۱ درصد از افراد تحت مطالعه به کارکنان بیمارستان پرداخت غیررسمی داشته اند و میانگین پرداخت ها ۱۱۸۳۳ تومان بوده است. این پرداخت ها اغلب برای خدمه بوده است و یک نفر علاوه بر خدمه به نگهبان نیز پرداخت غیررسمی نموده است و هیچ یک از این افراد پرداخت به پزشک و یا سایر کارکنان نداشته اند.
نکویی مقدم	۱۳۹۲	ایران (کرمان)	نتایج این مطالعه که به منظور بررسی دیدگاه دریافت کنندگان و آرایه دهندگان خدمات در خصوص پرداخت های غیررسمی صورت گرفته بود

نشان داد که پرداخت های غیررسمی عمدتاً در اقدامات درمانی پیچیده بوده و شهروندان به دلایل فرهنگی و عوامل مرتبط با کیفیت اقدام به پرداخت های غیررسمی می کنند. و آرایه دهندگان خدمات نیز به دلایلی مانند تعرفه های نامتناسب و غیرعادلانه و نشان دادن شایستگی خود اقدام به درخواست پرداخت غیررسمی دارند.			
هدف از این مطالعه تعیین پرداخت های غیررسمی در یک مرکز آموزشی درمانی در شیراز و بر روی نمونه ۲۰۱ نفری از بیماران بستری در بخش های مختلف بیمارستان بود. نتیجه این مطالعه نشان داد که ۲۰ درصد بیماران پرداخت غیر رسمی داشته اند و ۳۹ درصد پرداخت ها به صورت نقدی بوده است.	ایران(شیراز)	۱۳۹۳	هادیان
این مطالعه در بیمارستانهای شهر ارومیه انجام گرفت و نتایج این مطالعه نشان داد که حدود ۳۰ درصد بیماران(میانگین ۲۰۳ هزار تومان) پرداخت غیررسمی داشته اند. ۱۱ درصد بیماران به پزشکان(میانگین ۵۰۳ هزار تومان)، ۵درصد به پرستار(میانگین ۲۰ هزار تومان) و ۱۷ درصد به سایر کارکنان(میانگین ۱۶ هزار تومان) پرداخت غیررسمی داشته اند. همچنین این مطالعه نشان می دهد که پرداخت غیررسمی در بیمارستانهای آموزشی ۱۹درصد، در بیمارستانهای خصوصی ۴۲ درصد و در بیمارستانهای تامین اجتماعی ۴۴ درصد بوده است.	ایران(تهران)	۱۳۹۴	خدامرادی
در این مطالعه شکل های پرداخت غیررسمی شناسایی و علل و اثرات این پرداخت ها و سیاست های مقابله با آن شرح داده شد.	مروری(جهان)	۱۳۹۳	خدامرادی
در این مرور جامع شیوع، روش های اندازه گیری، علل، پیامدها و مداخلات موثر بر پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت شناسایی و گزارش گردیده است.	مروری(جهان)	۱۳۹۳	خدامرادی
این مطالعه کیفی با بهره گیری از ۱۲ مصاحبه با متخصصان بالینی صورت گرفت. در این مطالعه غیرواقعی بودن تعرفه ها و پرداخت های ناعادلانه عامل اصلی دریافت های غیررسمی بوده و انجام اقدامات جراحی بیشترین حوزه ای است که پرداخت های غیررسمی در آنجا صورت می گیرد.	ایران	۱۳۹۴	پارسا
این مطالعه نشان داد که چگونه بازارهای غیررسمی می تواند در چارچوب بخش مراقبت های سلامت در یک اقتصاد در حال توسعه به کار گرفته شود و به اثرات فعالیت های بازار غیررسمی در بخش سلامت بپردازد.	کشورهای کم درآمد	۲۰۰۱	Ensor

Belli	۲۰۰۲ میلادی	گرجستان	در این مطالعه دلایل پرداخت های غیررسمی به ۳ دسته تقسیم شده است: ۱- عوامل در ارتباط با محیط (مازاد پزشکان، تخت بیمارستانی و کادر درمانی- تعریف و معرفی ضعیف خدمات پایه بهداشتی برای مردم - عملکرد ضعیف خریداران دولتی، بیمه ها و ...) ۲- عوامل مربوط به عرضه (درآمد پایین کادر درمان- عدم وجود پاسخگویی در اداره منابع و تسهیلات) ۳- عوامل مربوط به تقاضا(عوامل فرهنگی، ترس از عدم درمان، میل به حمایت از پزشکان، عدم اطمینان به دولت و بیمه های خصوصی)
Balabanova	۲۰۰۲ میلادی	بلغارستان	پرداخت های غیررسمی نقدی برای عمل جراحی، تولد فرزند، بهره گیری از تجهیزات مهم و پزشکان به نام و سرشناس امری معمول و رایج می باشد. بیشتر پرداخت های نقدی در پایان یا در طول درمان و دادن هدیه بیشتر در قبل از درمان صورت می گیرد.
Vian	۲۰۰۶ میلادی	آلبانی	این مطالعه به بررسی رفتار، باور و نگرش مردم نسبت به پرداخت های غیر رسمی به کارکنان حوزه سلامت پرداخته و سیاست گذاری های لازم برای رویارویی با آن را مشخص کرده است.
Vian	۲۰۰۶ میلادی	آلبانی	نتایج این مطالعه بیانگر آن است که عوامل ترویج پرداخت غیررسمی در آلبانی شامل دریافتی(حقوق) کم کارکنان درمانی، تمایل به دریافت خدمات بهتر، ترس از دریافت درمان نامناسب و سنت دادن هدیه به عنوان قدردانی است.
Lewis	۲۰۰۷ میلادی	کشورهای در حال توسعه	این مطالعه به دیدگاه کلی از پرداخت های غیررسمی، شواهد مرتبط با فراوانی و میزان آن و اتخاذ سیاست های مناسب برای شناسایی و مقابله آنها پرداخته است.
Liaropoulos	۲۰۰۸ میلادی	یونان	۳۶ درصد بیمارانی که در بیمارستان خدمت دریافت کرده بودند پرداخت غیررسمی داشتند. نوع پذیرش و نوع عمل جراحی از عوامل تاثیرگذار بر این نوع پرداخت ها بودند.
Stringhini	۲۰۰۹ میلادی	تانزانیا	این مطالعه علل و راه های مقابله با پرداخت های غیررسمی را از دیدگاه کارکنان سلامت مورد ارزیابی قرار می دهد. افراد شرکت کننده در مطالعه بر این باور بودند که گرفتن رشوه منجر به احساس بیگاری و از

دست دادن اعتماد به نفس در افراد می گردد.			
۳۱ درصد از افرادی که از مراقبت های سلامتی استفاده کرده بودند پرداخت غیررسمی داشتند و ۷۰درصد پرداخت ها به صورت نقدی بود.	ترکیه	۲۰۱۰ میلادی	Özgen
۴۲ درصد استفاده کنندگان از خدمات سلامتی برای خدماتی که به طور رسمی رایگان بودند پرداخت غیررسمی داشته اند. این پرداخت ها برای طیف گسترده ای از خدمات و به گروه های مختلف از جمله پزشکان، پرستاران و کارکنان معمولی و نه رسمی بوده است. میزان پرداخت به این افراد بین ۳٪ تا ۱۴٪ از میزان متوسط درآمد ماهانه بوده است.	بلغارستان	۱۹۹۷ میلادی	Delcheva
این مطالعه به تعریف و اشکال مختلف و اثرات پرداخت غیررسمی و سیاست های کاربردی با توجه به تجارب کشورهای توسعه یافته پرداخته است.	کشورهای با درآمد کم و متوسط	2006	Gaal
در این مطالعه دلیل پرداخت غیررسمی دریافت خدمات با کیفیت بالا و زمان انتظار کوتاه بیان شده است. از سوی دیگر کارکنان سلامتی برای جبران حقوق کم خود این نوع پرداخت ها را دریافت می کنند.	تانزانیا	۲۰۰۷	Mæstad
این مطالعه پرداخت غیررسمی را در سه گروه هزینه مشارکت، سوء استفاده از قدرت بازار و پرداخت برای خدمات اضافی قرار می دهد و به کارایی سیاست های نظارتی و مقررات مقابله با آن می پردازد.	کشورهای در حال گذر	۲۰۰۴	Ensor
حجم پرداخت غیررسمی در مجارستان برابر ۲۴۲-۷۷ میلیون دلار است که حدود ۴.۶-۱.۵ درصد از کل هزینه های سلامت را تشکیل می دهد.	مجارستان	۲۰۰۶	Gaal
در این مطالعه فراوانی پرداخت غیررسمی از زیر ۱۰ درصد تا بالای ۷۰ درصد برای مقالات مختلف گزارش شده است.	مرور نظام مند(جهان)	۲۰۱۰	Stepurko
در این مطالعه سن، محل سکونت، وضعیت سلامت، آگاهی و آموزش مردم و نوع بیمه به عنوان عوامل تاثیر گذار بر پرداخت های غیررسمی معرفی شده اند.	آلبانی	۲۰۱۱ میلادی	Tomini
در این مطالعه پرداخت غیررسمی یکی از جدی ترین مشکلات اخلاقی عنوان شده است که می تواند منجر به بی عدالتی در سلامت گردد و یکی از کلیدی ترین اصول نظام بیمه سلامت را نقض می کند.		۲۰۱۳	Somogyvari
در این مطالعه وضعیت کنونی پرداخت های غیررسمی در ترکیه تشریح	ترکیه	۲۰۱۵	Tengilimoğlu

و عقاید، انگیزه ها و رفتار افراد در ارتباط با پرداخت های غیررسمی مورد بررسی قرار گرفته است. طراحی مکانیزم پیش پرداخت مناسب و بهبود حقوق کادر درمان عامل مهمی در پیشگیری از پرداخت های غیررسمی گزارش شده است.			
--	--	--	--

یافته های مرحله دوم:

۱۵۶۴ نمونه از بیماران در بیمارستان های آموزشی دولتی، ۶۲۵ نمونه از بیمارستانهای خصوصی و ۴۱۸ نمونه از بیمارستانهای تامین اجتماعی گردآوری گردید.

در جدول شماره ۱، میزان پرداخت رسمی و غیررسمی مشخص شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیماران مراجعه کننده بیمارستانهای دولتی آموزشی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی - به عبارت دیگر محل اجرای طرح تحول سلامت-به طور میانگین ۲۰۴۰۵۹۹ ریال پرداخت رسمی و ۳۴۲۸۵۷۱ ریال پرداخت غیررسمی و بیماران مراجعه کننده به بیمارستان خصوصی، ۱۰۱۴۷۰۰۰ ریال پرداخت رسمی و ۳۵۰۰۰۰۰۰ ریال پرداخت غیررسمی و بیماران مراجعه کننده به بیمارستان تامین اجتماعی، بطور میانگین ۹۴۶۵۱۵ تومان پرداخت رسمی و ۵۰۰۰۰۰۰ ریال پرداخت غیررسمی به کارکنان آن بیمارستان ها داشته اند. به طور کلی به ازای دریافت مراقبت در بیمارستان صرف نظر از نوع بیمارستان ۵.۶۴۱ درصد و ۱۷۴۹۰۴۹ ریال به صورت غیررسمی به کارکنان آن بیمارستان پرداخت صورت گرفته است.

جدول ۱. حجم پرداختی بیماران (رسمی و غیررسمی) برای دریافت مراقبت در بیمارستان (ریال)

مجموع	غیررسمی			خالص پرداخت - رسمی			نوع پرداخت
	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	نوع بیمارستان
۷۹۳۷۵۲۸	۱۲۰۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۳۴۲۸۵۷۱	۲۵۰۰۰۰۰۰	۰	2040599	آموزشی
۱۲۳۰۰۰۰۰	۱۱۰۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰۰	۳۵۴۲۵۰۵	۱۸۰۰۰۰۰۰	۴۰۰۰	۱۰۱۴۷۰۰۰	خصوصی
۱۲۴۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰۰	۶۷۰۰۰۰	964515.2	تامین اجتماعی

فراوانی پرداخت غیررسمی در بیمارستان های آموزشی ۱۱۹ مورد با میانگین ۳۴۲۸۵۷۱ ریال، در بیمارستان های خصوصی ۲۳۷ مورد با میانگین ۳۵۴۲۵۰۵ ریال، در بیمارستان تامین اجتماعی ۸ مورد با میانگین ۵۰۰۰۰۰ ریال به ازای افراد پرداخت کننده می باشد. اطلاعات بیشتر در این زمینه در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲. فراوانی و میانگین پرداخت غیررسمی به تفکیک نوع بیمارستان و کادر درمانی دریافت کننده

نوع بیمارستان	تعداد بیمار	پزشک			پرستار			سایر کارکنان			مجموع		
		فراوانی	درصد	میانگین پرداخت (ریال)	فراوانی	درصد	میانگین پرداخت (ریال)	فراوانی	درصد	میانگین پرداخت (ریال)	درصد	میانگین پرداخت (ریال)	
آموزشی	۴۲	۴۲	٪۲.۶۸۵	۶۰۳۳۲۷۳	۹	٪۰.۴	۱۷۶۸۹۰	۶۷	٪۴.۲۸۳	۱۷۰۳۷۲	۱۱۹	٪۴.۸	۳۴۲۸۵۷۱
خصوصی	۳۴	۳۴	٪۵.۴۴۶	۱۵۶۲۱۰۰	۲۶	٪۴.۱۶	۲۰۶۲۵۵	۱۸۰	٪۲۸.۸	۲۰۱۶۵۵	۲۳۷	٪۳۷.۹	۳۵۴۲۵۰۵
تامین اجتماعی	۸	۸	٪۲.۱۹۷		۰	۰		۰	۰		۸	٪۷	۵۰۰۰۰۰
مجموع	۸۴	۸۴	٪۳.۲۹		۳۵	٪۱.۳		۲۴۷	٪۹.۶۷		۳۶۴	٪۱۴.۲	

نوع پرداخت، داوطلبانه یا اجباری بون و دلایل پرداخت غیررسمی

در این مطالعه نوع پرداختها از نوع نقدی یا به شکل هدیه بود که در بیمارستان آموزشی ۵۶.۵ درصد پرداخت های غیررسمی به صورت نقدی، ۲۴.۳ به صورت غیرنقدی و ۲۹.۲ به صورت مشترک (هم نقدی و هم غیرنقدی)، در بیمارستان خصوصی ۸۰.۳ نقدی، ۱۰.۲ غیرنقدی و ۹.۵ درصد مشترک (هم نقدی و هم غیرنقدی) و در بیمارستان تامین اجتماعی ۶۰ درصد نقدی و ۴۰ درصد غیرنقدی می باشد. از طرف دیگر ۷۶ درصد پرداخت غیررسمی به پزشکان نقدی و ۲۴ درصد غیرنقدی، ۳۳ درصد این پرداخت ها برای پرستاران نقدی و ۶۶ درصد غیرنقدی، و برای سایر کارکنان ۸۳ درصد نقدی، ۱۷ درصد غیرنقدی می باشد. در مجموع می توان گفت که ۷۷ درصد پرداخت های غیررسمی به صورت نقدی، ۲۴ درصد به صورت غیرنقدی و ۸ درصد به صورت مشترک بوده است.

همچنین میزان داوطلبانه (پیشنهاد خود بیمار) یا اجباری بودن (درخواست توسط ارائه کننده) مورد بررسی قرار گرفت که در بیمارستان آموزشی ۷۳ درصد پرداخت ها داوطلبانه و ۲۷ درصد اجباری، در بیمارستان خصوصی ۸۴ درصد داوطلبانه و ۱۶ درصد اجباری، در بیمارستان تامین اجتماعی ۲۰ درصد داوطلبانه و ۸۰ درصد اجباری بوده است. در مجموع ۷۷ درصد پرداخت ها اختیاری و ۲۳ درصد اجباری بوده است. داوطلبانه یا اجباری بودن پرداخت های غیررسمی برای پزشکان متفاوت با بقیه است به طوریکه ۷۲.۱ درصد این پرداخت ها به پزشکان اجباری بوده است درحالیکه ۵۰.۵ درصد پرداخت ها به پرستاران و ۸۵.۲ درصد به سایر کارکنان اجباری می باشد.

عوامل موثر بر وقوع پرداخت غیررسمی

برای مشخص کردن عوامل موثر بر احتمال پرداخت غیررسمی از مدل لاجیت استفاده شده است. در این پژوهش متغیر وابسته (Y) احتمال پرداخت غیررسمی به پزشکان است که اگر فرد بیمار پرداخت غیررسمی به پزشک پرداخت کرده باشد Y برابر ۱ خواهد بود و اگر بیمار این پرداخت را به پزشک نداشته باشد Y برابر ۰ در نظر گرفته شده است بنابراین متغیر وابسته یک متغیر موهومی است.

به منظور ایجاد مدل همه متغیرها لیست شده در جدول شماره ۴ ابتدا تعریف و در قالب مدل $Y=B_0+B_1X_1+B_2X_2+ \dots + B_nX_n$ رگرسیون لاجیت گردید که نتایج آن در جدول شماره ۴ آورده شده است.

در جدول ۴، Variable متغیر و Coefficient ضریب متغیر و Std.Error انحراف معیار ضرایب رگرسیون و z-Statistic آماره z و Prob احتمال مربوطه یا همان p-value (ارزش p) می باشند. متغیرهایی که p-value آن ها کمتر از ۰/۰۵ می باشد معنادار در نظر گرفته شده است. بنابراین متغیرهای (X1= نوع بیمارستان، X3 = محل سکونت، X5 = اقدام درمانی، X10 = تحصیلات سرپرست) معنی دار می باشند و به عنوان عوامل مؤثر بر فراوانی پرداخت غیررسمی به پزشکان به حساب می آیند. لازم به ذکر است که ضریب ۱ برای هر متغیر بیانگر این می باشد که آن متغیر به عنوان پایه در نظر گرفته شده است و سایر متغیرهای آن گروه نسبت به آن مقایسه شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از برازش مدل رگرسیون لجستیک (لاجیت)

متغیر	ضریب	انحراف معیار	آماره Z	اماره p	حد پایین	حد بالا
نوع بیمارستان - دولتی						
خصوصی	۱.۲۰۳۱۰۹	۰.۶۰۲۱۱۹۷	۲	۰.۰۴۶	۰.۰۲۲۹۷۶	۲.۳۸۳۲۴۲
تامین اجتماعی	۰.۰۲۸۸۰۷۱	۰.۳۱۱۸۹۴	۰.۰۹	۰.۹۲۶	-۰.۵۸۲۴۹۴	۰.۶۴۰۱۰۸
تخصص پزشکی						
قلبی و عروقی	۲.۰۴۱۰۲۵	۰.۶۱۹۸۲۱۳	۳.۲۹	۰.۰۰۱	۰.۸۲۶۱۹۷۷	۳.۲۵۵۸۵۳
زنان و زایمان	۱.۱۲۵۰۲۴	۰.۷۳۳۹۳۱۹	۱.۵۳	۰.۱۲۵	-۰.۳۱۳۴۵۶	۲.۵۶۳۵۰۴
چشم، گوش و حلق و بینی	۲.۴۸۶۲۷۳	۰.۶۸۸۱۸۱۱	۳.۶۱	۰	۱.۱۳۷۴۶۲	۳.۸۳۵۰۸۳
جراح عمومی	۱.۵۸۴۹۴۹	۰.۷۹۳۴۶۲۱	۲	۰.۰۴۶	۰.۰۲۹۷۹۲۱	۳.۱۴۰۱۰۶
بیمه سلامت- ندارد	-۰.۵۶۵۳۷۷۲	۰.۷۶۰۴۹۸۷	-۰.۷۴	۰.۴۵۷	-۲.۰۵۵۹۲۷	۰.۹۲۵۱۷۲۸
زمان انتظار	-۰.۰۰۶۷۷۸۸	۰.۰۱۸۲۸۹۵	-۰.۳۷	۰.۷۱۱	-۰.۰۴۲۶۲۶	۰.۰۲۹۰۶۸
درآمد	۲.۷۶E-۰۹	۳.۶۶E-۰۹	۰.۷۶	۰.۴۵	-۴.۴۱E-۰۹	۹.۹۴E-۰۹
سطح تحصیلات						
دیپلم	-۰.۲۲۰۴۹۰۵	۰.۵۶۲۰۹۶۶	-۰.۳۹	۰.۶۹۵	-۱.۳۲۲۱۸	۰.۸۸۱۱۹۸۷
کاردانی	۰.۶۱۰۸۷۳	۰.۵۴۲۳۱۷۳	۱.۱۳	۰.۲۶	-۰.۴۵۲۰۴۹	۱.۶۷۳۷۹۵
کارشناسی	-۰.۲۹۹۶۷۹۳	۰.۵۶۹۳۸۹۴	-۰.۵۳	۰.۵۹۹	-۱.۴۱۵۶۶۲	۰.۸۱۶۳۰۳۴
کارشناسی ارشد	۰.۳۳۴۴۸۹۳	۰.۵۳۵۶۲۵۱	۰.۶۲	۰.۵۳۲	-۰.۷۱۵۳۱۷	۱.۳۸۴۲۹۵
سن سرپرست	-۰.۰۵۲۹۱۷	۰.۰۱۴۴۳۵۵	-۳.۶۷	۰	-۰.۰۸۱۲۱	-۰.۰۲۴۶۲۴
جنس- زن	-۰.۴۸۲۰۲۶۷	۰.۲۶۹۱۰۵۷	-۱.۷۹	۰.۰۷۳	-۱.۰۰۹۴۶۴	۰.۰۴۵۴۱۰۷
سن بیمار	۰.۰۱۰۸۶۵۴	۰.۰۱۲۵۰۸	۰.۸۷	۰.۳۸۵	-۰.۰۱۳۶۵	۰.۰۳۵۳۸۰۷
ضریب ثابت	-۳.۳۱۶۸	۰.۹۱۹۷۰۹۱	-۳.۶۱	۰	-۵.۱۱۹۳۹۷	-۱.۵۱۴۲۰۳

همانطور که در مدل فوق نشان داده شد، رابطه معنی داری بین نوع بیمارستان (خصوصی بودن) و پرداخت های غیر متعارف وجود داشت و این رابطه مثبت بود و گویای این نکته بود که میزان پرداخت های غیر متعارف در بیمارستان های خصوصی بیشتر از سایر انواع بیمارستان ها بود. میزان دریافت نامتعارف نیز در پزشکان قلب و عروق و نیز پزشکان چشم و گوش و حلق و بینی به طرز معنی داری بیشتر از انواع دیگر پزشکان بود. همچنین در جراحان به نسبت سایر پزشکان میزان پرداخت های نامتعارف بیشتر بود. با افزایش سن سرپرست نیز احتمال پرداخت نامتعارف با کاهش همراه می شد. و نیز این پرداخت ها در بیماران زن، کمتر از مردان بود. سایر متغیرها رابطه معنی داری با پرداخت نامتعارف برای سلامت نداشتند.

در مدل برای بررسی خوبی برازش^۱ از آزمون اندرو و هاسمر- لمیشو^۲ و آزمون والد که در مورد مدل‌های دویبخشی آزمون مناسبی هستند، استفاده گردید. نتیجه بدست آمده از این آزمون خوبی برازش را تایید می‌کند. نتایج حاصل از مدل برازش شده بر اساس شکل توزیع لاجیت در جدول شماره ۵ قابل مشاهده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از بررسی خوبی برازش مدل برازش شده بر اساس شکل توزیع logit

آماره	Value	Probability
H-L Statistic	۰.۲۱۱	۰.۰۰۰
Chi-square	۳۴.۷۶۵	۰.۰۰۰

عوامل مؤثر بر حجم پرداخت غیررسمی:

برای مشخص کردن عوامل مؤثر بر حجم پرداخت غیررسمی از روش حداقل مربعات معمولی (ols) استفاده شده است. در جدول ۵، Variable متغیر و Coefficient ضریب متغیر و Std.Error انحراف معیار ضرایب رگرسیون و z-Statistic آماره z و Prob احتمال مربوطه یا همان p-value (ارزش p) می‌باشند. متغیرهایی که p-value آن‌ها کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد معنادار در نظر گرفته شده است. بنابراین متغیرهای (X1= نوع بیمارستان، X3= محل سکونت، X5= اقدام درمانی، X12= درآمد خانوار) معنادار می‌باشند و به عنوان عوامل مؤثر بر حجم پرداخت غیررسمی به پزشکان به حساب می‌آیند.

جدول ۶. نتایج حاصل از برازش مدل رگرسیون حداقل مربعات معمولی (OLS)

¹ - Goodness of Fit

² - Andrew and Hosmer –Lemeshow

متغیر	ضریب	انحراف معیار	آماره t	معنی داری	حد پایین	حد بالا
نوع بیمارستان - دولتی						
خصوصی	-۲۵۲۵۶۰۹	۱۶۴۸۳۲۰	-۱۵۳	۰.۱۳۵	-۵۸۷۵۳۹۹	۸۲۴۱۸۰۱
تامین اجتماعی	-۴۱۶۶۹۰۲۳	۱۱۸۵۸۲۳	-۰.۰۴	۰.۹۷۲	-۲۴۵۱۵۵۳	۲۳۶۸۲۱۴
نوع پزشک						
قلب و عروق	-۴۴۷۹۸۳۰	۱۸۸۸۹۵۵	-۲.۳۷	۰.۰۲۴	-۸۳۱۸۶۴۹	-۶۴۱۰۱۱.۲
داخلی	-۴۶۴۵۸۲.۵	۲۵۰۰۶۴۷	-۰.۱۹	۰.۸۵۴	-۵۵۴۶۵۰.۹	۴۶۱۷۳۴۴
زنان	-۹۴۸۵۴۵.۹	۳۳۴۲۶۶۰	-۰.۲۸	۰.۷۷۸	-۷۷۴۱۶۴۹	۵۸۴۴۵۵۷
جراح	-۲۸۵۲۸۱۵	۱۸۲۴۶۳۱	-۱.۵۶	۰.۱۲۷	-۶۵۶۰۹۱۲	۸۵۵۲۸۲
ارتوپدی	۱۲۴۶۰۸۱	۲۲۴۵۳۶۱	۰.۵۵	۰.۵۸۳	-۳۳۱۷۰۴۲	۵۸۰۹۲۰۴
زمان انتظار	۱۴۷۸۴۴	۶۶۴۷۵.۵۳	۲.۲۲	۰.۰۳۳	۱۲۷۴۹.۴۸	۲۸۲۹۳۸.۵
درآمد ماهیانه	۰.۲۸۲۹۶۰۳	۰.۱۵۵۸۸۶۶	۱.۸۲	۰.۰۷۸	-۰.۰۳۳۸۳۹	۰.۵۹۹۷۶۰۱
تحصیلات						
دیپلم	۲۸۸۵۵۸۱	۱۳۶۱۵۳۸	۲.۱۲	۰.۰۴۱	۱۱۸۶۰۲۸	۵۶۵۲۵۶۰
فوق دیپلم	۲۲۰۵۲۵۴	۱۵۹۵۵۳۸	۱.۳۸	۰.۱۷۶	-۱۰۳۷۲۷۰	۵۴۴۷۷۷۸
لیسانس	۴۳۵۹۴۵۵	۱۵۷۳۱۴۰	۲.۷۷	۰.۰۰۹	۱۱۶۲۴۴۹	۷۵۵۶۴۶۱
فوق لیسانس	۱۲۴۲۳۴۲	۱۵۶۰۰۵۲	۰.۸	۰.۴۳۱	-۱۹۲۸۰۶۴	۴۴۱۲۷۴۸
سن سرپرست	۱۶۱۸۱۲.۲	۵۱۶۸۳۶	۳.۱۳	۰.۰۰۴	۵۶۷۷۸.۴۶	۲۶۶۸۴۵.۹
جنس- زن	۵۵۸۵۸۱.۳	۸۹۵۴۱۶	۰.۶۲	۰.۵۳۷	-۱۲۶۱۱۲۳	۲۳۷۸۲۸۶
سن بیمار	-۶۷۷۹۳.۳	۳۸۵۶۹.۳	-۱.۷۶	۰.۰۸۸	-۱۴۶۱۷۵.۵	۱۰۵۸۸.۹۵
انگیزه پرداخت						
اختیار خود فرد	۲۳۷۳۷۶۱	۱۰۲۲۲۰۲	۲.۳۲	۰.۰۲۶	۲۹۶۳۹۶.۹	۴۴۵۱۱۲۵
افزایش کیفیت	-۶۱۰۴۵۳.۹	۲۱۶۷۶۴۲	-۰.۲۸	۰.۷۸	-۵۰۱۵۶۳۲	۳۷۹۴۷۲۴
کاهش زمان دریافت خدمت	۳۶۸۲۷۶۶	۱۲۴۸۲۵۲	۲.۹۵	۰.۰۰۶	۱۱۴۶۰۱۴	۶۲۱۹۵۱۹
ضریب ثابت	-۱۹۷۷۰۹۳	۲۵۳۰۶۷۶	-۰.۷۸	۰.۴۴	-۷۱۲۰۰۴۵	۳۱۶۵۸۵۹

زمان انتظار برای دریافت خدمت رابطه مثبتی با میزان مبلغ پرداختی داشت. بطوریکه اگر در بیماری ای زمان انتظار دریافت خدمات طولانی تر بود، احتمال پرداخت نامتعارف برای دریافت خدمات با افزایش همراه می شد. بعلاوه میزان دریافتی نامتعارف در پزشکان قلب و عروق کمتر از سایر انواع پزشکان بود، هر چند که مدل قبل ثابت کرد تعداد موارد دریافت خدمات نامتعارف در آن ها بیشتر بود. درآمد ماهیانه فرد نیز رابطه مثبتی با میزان مبلغ پرداخت نامتعارف داشت و با افزایش درآمد، میزان پرداخت نامتعارف با افزایش همراه بود. میزان پرداخت نامتعارف در افراد با تحصیلات لیسانس، بیشتر از سایر افراد بود و در صورتی که

هدف بیمار از پرداخت، کاهش زمان دریافت خدمات و نیز افزایش کیفیت بود، او اقدام به پرداخت مبلغ بیشتری برای دریافت خدمات می نمود.

در مدل تخمین زده شده برای بررسی خوبی برازش از آزمون F و WALS استفاده شد. نتیجه بدست آمده از این آزمون خوبی برازش را تایید می کند. نتایج حاصل از مدل برازش شده بر اساس شکل توزیع OLS در جدول شماره ۷ قابل مشاهده است.

جدول ۷. نتایج حاصل از بررسی خوبی برازش مدل برازش شده بر اساس شکل توزیع OLS

آماره	Value	Probability
F-statistic	۳.۶۲	۰.۰۰۰۵
R-square	۰.۶۶۴۵	-

یافته های مرحله سوم:

در فرایند اجرای طرح تحول سلامت یکی از محوری ترین بحث ها این بود که « آیا افزایش تعرفه های نسبی پزشکی در قالب گام سوم طرح تحول نظام سلامت، در کاهش پدیده زیرمیزی بین پزشکان موثر بوده است؟» بر این اساس در این بخش از مطالعه با بهره گیری از مرور مستندات و انجام بحث گروهی متمرکز این موضوع مورد بررسی قرار گرفته و راه کارهای مقابله با پدیده پرداخت های غیررسمی و به ویژه زیرمیزی مورد بحث و بررسی قرار می گیرد.

تحلیل یافته های حاصل از مستندات منتشر شده پس از طرح تحول سلامت و مصاحبه های انجام شده حاکی از آن است که میزان پرداخت های غیررسمی و زیرمیزی پس از طرح تحول سلامت در بیمارستان های دولتی کاهش یافته است. این در حالی است که برخی از مسئولان رده بالای حوزه سلامت کشور بر این باورند که علی رغم اجرای طرح تحول سلامت و افزایش تعرفه های بالینی اما همچنان پدیده زیرمیزی در خیلی از بیمارستان ها و از جمله بیمارستان های دولتی وجود دارد و در مورد برخی عمل های جراحی قابل توجه می باشد. یکی از مسئولان وزارت بهداشت در این خصوص چنین گفته است: " با صراحت می گویم زیرمیزی در 570 بیمارستان وزارت بهداشت در سال 94 نداشته ایم و این موضوع دائماً در حال رصد است و اگر حتی یک مورد باشد بلافاصله برخورد قانونی می کنیم. برداشتن زیرمیزی

همچون یک عمل جراحی بزرگ بود، اگر ۲ سال پیش این موضوع مطرح می شد به عنوان یک افسانه و آرزو از آن یاد می شد ولی خوشبختانه امروزه در بخش دولتی میزان زیرمیزی گرفتن پزشکان نزدیک به صفر است" (س ۵). علی رغم این ادعا برخی از صاحبان بر این باورند که " پس از اجرای طرح تحول هم زیرمیزی وجود دارد ولی دولت قبول نمی کند" (م ۱).

بسیاری از اعضای مصاحبه شونده بر این باور بودند که گشایش گره پر هزینه پرداخت های غیررسمی و در راس آنها زیرمیزی اجرای برنامه پزشک خانواده می باشد. یکی از صاحبان بر این باور گفته است: "اجرای برنامه پزشک خانواده با قطع ارتباط مالی بین پزشک و بیمار می تواند جلوی اخذ زیرمیزی و تخلفات اقتصادی را بگیرد" (م ۲).

" طرح پزشک خانواده می تواند مشکل زیرمیزی گرفتن در حوزه سلامت را کنترل کند، یکی از اهداف مهم این طرح در سراسر دنیا تنظیم حوزه مالی در مباحث پزشکی است" (م ۱۱).

واقعی شدن تعرفه های درمانی به ویژه پس از اجرای طرح تحول سلامت از جمله راهکارهایی است که برخی از صاحبان بر این باور اشاره کرده اند. بسیاری از صاحبان بر این باورند که مساله قیمت تمام شده و تعرفه های درمانی مشکلی است که بیش از سی سال بر کشور ما سایه افکنده است. و به جرات می توان گفت که وزارت بهداشت تاکنون موفقیتی در این خصوص نداشته است حتی پس از اجرای طرح تحول سلامت چرا که به نظر می رسد علی رغم افزایش تعرفه های بالینی اما بی عدالتی میان رشته ای افزایش یافته است. یکی از مستندات به نقل از وزیر سابق بهداشت راهکار مقابله با پرداخت های غیررسمی را چنین نوشته است " علاوه بر برخورد جدی با پدیده «زیرمیزی»، باید قیمت های واقعی خدمات مشخص شوند و پوشش های بیمه ای خدمات افزایش یابد چرا که اگر پوشش های بیمه ای بر اساس قیمت تمام شده خدمات صورت گیرد، می توان به صورت ریشه ای با پدیده زیرمیزی برخورد کرد این در حالی است که اکنون به صورت موردی با این پدیده برخورد می شود. ... برخورد ریشه ای با پدیده زیرمیزی نیازمند قیمت گذاری واقعی در خدمات سلامتی است" (س ۸).

یکی از صاحبان بر این باور می گوید: "تعرفه های درمانی باید به موقع اعلام شود تا پزشکان خودسرانه اقدام به بالابردن تعرفه های خود نکنند. البته وزارت بهداشت تاکنون موفقیتی در زمینه تعرفه ها نداشته است" (م ۷).

"مهم‌ترین مساله در نظام سلامت عدم تناسب ارایه خدمات بهداشتی و درمانی با قیمت واقعی آن است و تعرفه‌های خدمات درمانی با مبانی اقتصادی حوزه سلامت همخوانی ندارد" (م ۶).

برخی از پزشکان مصاحبه شونده مطالبات بیمه‌ای، حقوق پایین و دریافت نکردن به موقع کارانه را هم از دیگر دلایلی می‌دانند که باعث می‌شود بی‌خیال سوگندنامه «بقرات» شوند و اقدام به دریافت هزینه‌هایی خارج از تعرفه تعیین شده شوند.

مطابق با نظر بسیاری از صاحب‌نظران بر اساس قانون یکی از وظایف اصلی وزارت بهداشت نظارت بر عملکرد پزشکان و پرسنل این حوزه است و به نظر می‌رسد وزارت بهداشت باید از اراده خود برای برخورد با پدیده زیرمیزی به ویژه پس از طرح تحول سلامت استفاده و اقدام جدی برای مبارزه با این پدیده شوم در کشور انجام دهد.

وضع قوانین جدید برای مبارزه با پدیده پرداخت‌های غیررسمی یکی از دیگر راهکارها عنوان شده است. در حال حاضر پس از اجرای طرح تحول سلامت و با راه اندازی سامانه ۱۶۹۰، جلوگیری از صدور پروانه جدید به منظور توسعه مرکز، کاهش درجه اعتبار بخشی بیمارستان، لغو قرارداد از سوی بیمه‌های پایه و تکمیلی با مراکز خصوصی، عزل رییس بیمارستان دولتی و قطع پاداش مدیران متخلف از جمله جرایم در نظر گرفته شده برای متخلفان زیرمیزی به شمار می‌رود.

برخی از صاحب‌نظران نقش سازمان‌های بیمه‌ای را در کاهش پرداخت‌های زیرمیزی مهم و کلیدی و اصلاح قوانین و افزایش حمایت‌های بیمه از بیمار و پزشک را مهم دانسته و در این باره چنین گفته‌اند: "در مقوله مقابله با پدیده زیرمیزی بیمه نقش کلیدی دارند. بیمه‌ها با دفاع از حقوق بیمار و جلوگیری از پرداخت هزینه‌های اضافی توسط وی می‌توانند از پدیده زیرمیزی جلوگیری کنند" (م ۵).

برخی از صاحب‌نظران نیز یکی دیگر از راهکارهای مقابله با پدیده زیرمیزی به ویژه در بخش خصوصی را تقویت زیرساخت‌های لازم در بخش دولتی و متمایل کردن بیماران به این بخش می‌دانند.

"برای برخورد اثربخش با پدیده زیرمیزی باید زیرساخت‌های ارایه دهنده خدمات سلامت در بخش دولتی تقویت شود تا تمایل کمتری در مردم برای مراجعه به بخش خصوصی وجود داشته باشد" (م ۴).

تلاش برای حاکم کردن قانون جلوگیری از اشتغال همزمان پزشکان در دو بخش دولتی و خصوصی نیز از دیگر راه کارها برای جلوگیری از پدیده پرداخت های غیررسمی و زیرمیزی می باشد. یکی از مستندات به نقل از یکی صاحب نظران در این باره نوشته است " در حال حاضر پزشکان و جراحان غیر تمام وقت، مجاز به کار و انجام عمل جراحی در چندین بیمارستان خصوصی هستند که همین موضوع باعث شده تعهدی نسبت به قوانین بیمارستان های محل کار خود نداشته باشند. در این شیوه پزشکان در مواجهه با الزام مسئولان بیمارستان برای دریافت تعرفه های مصوب، آنها را به ترک بیمارستان تهدید می کنند که در نهایت نیز موجب عقب نشینی رئیس بیمارستان می شود.

این در حالی است که در صورت الزام پزشکان برای کار در تنها یک بیمارستان خصوصی و یک بیمارستان دولتی امکان بروز تخلف پایین می آید و مسئولان بیمارستان، وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی می توانند نظارت بیشتری بر عملکرد جراحان و پزشکان داشته باشند" (س ۱۶).

وزیر بهداشت نیز یکی از راه های مقابله با پدیده زیرمیزی را تذکر و سرعت برخورد با متخلفین می داند.

"مراقبت در این است که رودربایستی را کنار بگذاریم، و به این کف زدن های مقطعی دل خوش نکنیم. اگر کسی خلاف می کند باید شناسایی و به سرعت با او برخورد شود، تا کی بناست ما بی جا از هم تعریف کنیم، واقعیات وجود دارد، بهترین دفاع از جامعه پزشکی اعتراف به اشکال و اشتباه و برخورد با متخلفان است" (س ۱).

در بخش خصوصی نیز به نظر می رسد کنترل و نظارت سازمان نظام پزشکی بر کاهش پدیده پرداخت های غیررسمی و زیرمیزی بسیاری حیاتی است. به روز کردن پرداخت پزشکان و جلوگیری از تاخیز در پرداخت کارانه نیز از دیگر راه کارهای مقابله با این پدیده عنوان شده است.

برخی از صاحب نظران نیز با اشاره به اینکه دریافت زیرمیزی و رشوه ناشی از هنجارشکنی و سوءاستفاده از جایگاه است به جد بر این باور بودند که زیاده خواهی و طمع برخی از پزشکان عاملی مهم در جهت دریافت های زیرمیزی است.

"دلیل وجود پدیده زیرمیزی و رشوه در ادارات و حوزه های مختلف، زیاده خواهی و قانع نبودن بخشی از افراد به حق و سهم خود است" (م ۹).

"تنها دلیل رشوه در زمانی که فردی مسئولیتی را به عهده گرفته است، قانع نبودن و طمع است. افراد خاطی اذعان می کنند که حقوق شان کم بوده اما این توجیه به هیچ عنوان قابل قبول نیست و این زیاده خواهی است که چنین عملی را

موجب شده است. عدم نظارت و برخورد درست و قانونی با خاطیان، خود به این امر دامن زده است و این موضوع مردم را نیز خسته و بی‌اعتماد ساخته است. جلوگیری از گسترش این امر مستلزم نظارت دقیق دستگاه نظامی و انتظامی است، نیاز است که مدیران ادارات به صورتی جدی و دقیق بر اعمال زیرمجموعه خود نظارت داشته باشند. شاید کوتاهی مدیران خود مزید بر علت شده است و این چنین شاهد این مشکل در کشور هستیم" (س ۱۳).

عضو کمیسیون امنیت ملی مجلس عنوان کرد: اگر امروز در بخش بهداشت و درمان شاهد پدیده رشوه و زیرمیزی هستیم و پزشکان حاضر نیستند در مراکز دولتی بیماران را ویزیت کنند و آنها را به مطب ارجاع می‌دهند ناشی از نبود نظارت و برخورد قاطع است.

بحث:

پرداخت های غیررسمی یک پدیده چندوجهی با ویژگیهای متفاوت حتی در یک کشور منفرد می باشد. بنابراین تعریف جهانی و دیدگاه واحدی نسبت به پرداخت غیررسمی وجود ندارد و مطالعات انجام گرفته در این زمینه با روش ها و اهداف متفاوت صورت گرفته است(۱۲). پرداخت های زیرمیزی به عنوان یکی از اشکال پرداخت های غیررسمی را می توان به عنوان نامناسب ترین پرداخت ها نام برد. بحث پرداخت های زیرمیزی از جمله عواملی است که سبب گسترش بی اعتمادی مردم نسبت به حرفه پزشکی و کم رنگ شدن رابطه میان پزشک و بیمار می گردد. پدیده شوم پرداخت زیرمیزی در کشور سالهای متمادی است که مردم و به ویژه بیماران را رنج میدهد. در مطالعات بررسی شده تمایل به دریافت خدمات با کیفیت بالا، دستمزدهای غیرعادلانه و پایین ارایه دهندگان، ضعف در سیستم تامین مالی و سیستم نظارتی بیشترین انگیزاننده های پرداخت غیر رسمی بوده است. در بسیاری از مطالعات و از جمله در مطالعه حاضر بی عدالتی و نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت پیامد منفی و ایجاد انگیزه در ارایه دهندگان خدمات برای ارایه خدمات با کیفیت بالا را پیامد مثبت پرداخت غیررسمی معرفی شده است.

طبیعت مخفیانه پرداخت های غیررسمی محاسبه دقیق این پرداخت ها را مشکل می سازد؛ همچون بسیاری از فعالیت های غیررسمی، پرداخت های غیررسمی عمدتاً گزارش و مستندسازی نمی شوند و غیرقانونی بوده و در نتیجه هر دو طرف این

پرداخت‌ها، بیماران و به ویژه ارایه‌دهندگان از صحبت و بحث درباره این پرداخت‌ها خودداری می‌کنند. با اجرای طرح تحول سلامت بر اساس قوانین نظام پزشکی و وزارت بهداشت، چنانچه شخص یا اشخاص حقیقی و حقوقی بر علیه پزشک به این سازمان‌ها شکایت کنند برخورد قاطع با پزشکان صورت می‌گیرد. از طرفی در بسیاری از مواقع به علت عدم تقارن اطلاعاتی میان بیمار و پزشک و سایر کارکنان تشخیصی - درمانی، بیماران قادر به تشخیص اینکه چه چیزی از لحاظ قانونی و تکنیکی موردنیاز است و چه چیز نیست و بدین ترتیب این پرداخت‌ها همیشه در سایه‌ای از ابهام قرار داشته و برآورد دقیق و واقعی این پرداخت‌ها کاری مشکل و در برخی موارد غیرممکن می‌باشد (۱۵، ۲۷). در این مطالعه نیز برخی بیماران و همراهانشان تمایلی به پاسخ دادن به سؤالات در مورد پرداخت غیررسمی نداشتند و در بسیاری از موارد تصور بر این بود که چنانچه پرداخت غیررسمی نیز داشتند از گفتن میزان مبلغ پرداختی اجتناب می‌کردند.

مطالعات زیادی در سالهای اخیر بخصوص در سالهای ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ در زمینه پرداخت‌های غیررسمی در کشورهای مختلف انجام گرفته است. براساس مطالعه Lewis (۲) فراوانی پرداخت غیررسمی از ۳ درصد تا ۹۶ درصد از کشورهای مختلف گزارش شده است.

نتایج مطالعه ما نشان می‌دهد که ۱۴.۲ درصد افراد مورد مطالعه پرداخت غیررسمی به کارکنان درمانی داشته‌اند. این یافته با یافته سایر مطالعات انجام شده در کشور از جمله مطالعه خدامرادی و غیائی پور در تناقض می‌باشد. به نظر می‌رسد یکی از دلایل مهم آن به ویژه در بخش دولتی اجرای طرح تحول سلامت در این بخش می‌باشد. مطالعه ای که در کشور ترکیه در این زمینه - قبل از دستیابی این کشور به پوشش همگانی سلامت - صورت گرفته است حاکی از آن است که ۳۱٪ از استفاده کنندگان مراقبت سلامت با پرداخت غیره رسمی مواجه بوده اند (۳). در مطالعه Arsenijevic (۱۳) در سال ۲۰۱۵ در کشور صربستان، ۱۱ درصد استفاده کنندگان خدمات بستری، مطالعه Atanasova (۱۴) در سال ۲۰۱۴ در کشور بلغارستان، ۳۳ درصد استفاده کنندگان بستری، مطالعه Baji (۱۵) در سال ۲۰۱۲ در مجارستان، ۴۴ درصد برای خدمات بستری، مطالعه Kaitelidou (۱۶) در سال ۲۰۱۳ در یونان ۷۴ درصد زایمان‌ها را پرداخت غیررسمی گزارش کرده اند.

نتایج مطالعه Stepurko (۱۲) هم که در سال ۲۰۱۰ انجام گرفته (۱۲) فراوانی پرداخت غیررسمی را از زیر ۱۰ درصد تا بالای ۷۰ درصد را برای مقالات مختلف گزارش کرده است.

در مطالعه Liaropoulos یافته‌ها نشان می‌دهد ۳۱ درصد از افراد به پزشک، ۱۱ درصد به پرستاران و ۹ درصد به سایر کارکنان بیمارستان، پرداخت غیررسمی داشته‌اند (۲۸). یافته‌های بدست آمده از مطالعه Özgen حاکی از آن است که ۷۵ درصد از پرداخت‌های نقدی به پزشکان، ۱۶ درصد به جراحان و ۹ درصد به سایر کارکنان بیمارستان پرداخت شده است (۱۸). در مطالعه‌ای که توسط تاتار^۳ و همکاران صورت گرفته است پرداخت‌های غیررسمی بیشتر به پزشکان و جراحان بوده است (۲۹). در کشور ترکیه پرداخت غیررسمی ۲۵/۵٪ از کل پرداخت از جیب خانوار برای سلامت را به خود اختصاص داده است (۱۴).

مطابق یافته‌ها بیشترین قالب پرداخت پول نقد بوده است و در مرتبه‌های بعدی کالا به ویژه تابلو و گل و هدیه بوده است. در مطالعه Özgen یافته‌ها نشان می‌دهد ۶۹/۷ درصد از پرداخت‌های غیررسمی نقدی، ۲۹/۴ درصد غیر نقدی و ۰/۸۹ درصد به شکل هدیه بوده است (۱۸).

طبق یافته‌های پژوهش ۲۳٪ درصد افراد با درخواست پرداخت غیررسمی مواجه بودند و ۷۲.۱ درصد این پرداخت‌ها به پزشکان اجباری بوده است. مطالعه Liaropoulos در یونان نشان می‌دهد ۲۳ درصد از افراد مورد مطالعه، با درخواست پرداخت غیررسمی از جانب کارکنان بیمارستان روبرو بوده‌اند (۲۸).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد حجم پرداخت غیررسمی به سایر کارکنان بیشتر از پرستاران و پزشکان می‌باشد. به عبارتی دیگر نتایج این مطالعه بیانگر آن است که میزان پرداخت‌های غیررسمی تمایل به سمت کارکنان داشته است. و این تمایل (حرکت) به سمت کارکنان، در بیمارستانهای خصوصی ایران بیشتر از سایر بیمارستانها می‌باشد. به نظر می‌رسد بخش قابل ملاحظه‌ای از این پرداخت‌ها در قالب پرداخت‌های غیررسمی و نه از نوع زیرمیزی بوده است.

در پرداخت غیررسمی به پزشکان نتایج حاکی از آن است بیشترین انگیزه پرداخت غیررسمی به پزشک درخواست پزشکان و تمایل خود بیمار برای تقدیر و قدردانی بوده است. در مطالعه Liaropoulos در یونان انگیزه‌های پرداخت به ترتیب ۴۲ درصد «به علت ترس از اینکه اگر پرداخت نداشته باشد خدمات نامناسب و با کیفیت پایین را دریافت کند»، ۲۰ درصد به علت درخواست کارکنان، ۱۸ درصد قدردانی، ۱۸ درصد «به

³ Tatar

علت اینکه دیگران این پرداخت را داشته‌اند»، ۲ درصد به‌منظور «دریافت مجوز برای اعزام به خارج از کشور» عنوان شده است. این مطالعه دسترسی به خدمات باکیفیت‌تر وصف‌های طولانی انتظار در بیمارستان‌های دولتی یونان را علت پرداخت‌های غیررسمی می‌داند (۲۸). همچنین یافته‌های این بخش با نتایج مطالعات Özgen و Tengilimoglu در ترکیه و مطالعه Balabanova در بلغارستان همخوانی دارد.

در مطالعه Özgen یافته‌ها نشان می‌دهد، ۶۷ درصد از پرداخت‌های در قالب هدیه به‌منظور تقدیر و تشکر بوده است؛ و از دیگر انگیزه‌های پرداخت برقراری ارتباط خوب با پزشک و نیز انگیزه دریافت خدمات و ملاحظه و توجه بیشتر عنوان شده است. بر اساس این پژوهش پرداخت از نوع هدیه در ترکیه بیشتر جنبه فرهنگی دارد (۱۸) در مطالعه Tatar پرداخت‌های غیررسمی بیشتر از نوع نقدی و بیشتر به‌منظور تضمین دریافت خدمات می‌باشد (۲۹).

همچنین نتایج ما نشان داد که تعداد قابل توجهی از بیماران دلیل پرداخت‌های غیررسمی را امید به دریافت خدمات با کیفیت بالا و مراقبت‌ها و درمان‌های خوب و بهتر می‌دانند. این یافته با یافته Lewis همراستا می‌باشد. Lewis در مطالعه خود به مقایسه ۵ کشور آسیایی شامل سریلانکا، بنگلادش، هند، نپال، پاکستان پرداخته و نشان داده است که در همه این کشورها به غیر از سریلانکا اغلب پرداختها بنا به درخواست ارایه دهندگان بوده است. در هر ۵ کشور برای پذیرش در بیمارستان، بدست آوردن تخت و برای دریافت یارانه داروها این پرداخت‌ها صورت گرفته است. در بنگلادش و هند دریافت کنندگان خدمت چنین بیان کرده اند که پرداخت غیررسمی به منظور اطمینان از درمان مناسب می‌باشد اما بطور معمول آنها توسط ارایه دهنده خدمت درخواست شده بود (۲). در این مطالعه نوع بیمارستان، عمل جراحی، محل سکونت و سطح تحصیلات و سطح درآمد عوامل مهم تاثیرگذار بر حجم پرداخت‌های غیررسمی معرفی شده اند. نتیجه مطالعه ما نشان داد میزان پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های خصوصی بیشتر از بیمارستانهای دولتی می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت نوع مالکیت بیمارستان، سیاست‌های کشوری اعمال شده بر بیمارستانهای کشور مهمترین آن طرح تحول سلامت و سطح درآمد افراد دریافت کننده خدمت در این بیمارستان‌ها را در میزان پرداخت‌های

غیررسمی تاثیر گذار دانست. نتیجه مطالعه ما با یافته مطالعه Ozgen در ترکیه (۳) که معتقد به ارتباط معنی دار مالکیت ارائه دهنده خدمت با پرداخت غیررسمی می باشد را تائید می کند.

نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر نشان داد هر چند میزان پرداخت های غیررسمی و زیرمیزی به ویژه در بیمارستانهای دولتی کاهش یافته است اما همچنان ریشه کن نشده است. به نظر می رسد لزوم اتخاذ تدابیر و برنامه هایی مناسب برای کاهش این پدیده و به ویژه در بیمارستانهای دولتی ضروری است.

به طور کلی عواملی مانند:

- عدم نظارت کافی و کارآمد بر عملکرد پزشکان
 - تقاضای کادر درمان به ویژه پزشکان و عدم توانایی در رد درخواست های صورت گرفته
 - امید به دریافت خدمات با کیفیت و بهتر و تسریع و به جلو انداختن درمان در صورت پرداخت های غیررسمی
 - تمایل خود بیماران و همراهان آنها برای قدردانی از زحمات کادر درمان و خوشحالی از موفقیت در درمان به ویژه درمان های سخت و پیچیده
 - عدم بازدارندگی مجازات
 - امپریالیسم پزشکی و پزشک سالاری
 - گسترش پدیده هایی مانند طبی سازی مضاعف
 - آشنا نبودن بیماران با حقوق خود
 - واقعی نبودن تعرفه های پزشکی و تفاوت کیفیت خدمات و بی عدالتی در دریافتی ها
 - وجود فساد در سطح مختلف جامعه
 - خودگردان بودن موسسات درمانی و ارایه دهندگان خدمت
 - صف های طولانی برخی پزشکان و زمان های انتظار چندین ماهه
- در گسترش پدیده پرداخت های غیررسمی تاثیر گذار می باشند.

بر اساس مستندات گردآوری شده و مصاحبه های انجام شده، مهمترین عامل پدیده زیرمیزی ایجاد صف طولانی در برابر گرفتن خدمات برخی پزشکان است. در سالهای اخیر و به دلیل سیاستهای محدودسازی تربیت پزشکان، تعداد پزشکان نسبت به جمعیت کاهش یافته است. با این شرایط تقاضا برای مراجعه به برخی پزشکان بیش از ظرفیت پاسخگویی وی بوده و این شرایط عامل انگیزشی پزشک جهت گرفتن مبالغ خارج از تعرفه را افزایش می دهد تا با این کار درآمد خود را نسبت به پزشکان دیگر افزایش دهد. به نظر می رسد انحصار و یا امپریالیسم پزشکی عامل مهمی در جهت سوق دادن بازار سلامت به سوی چنین پدیده هایی می باشد. برخی از صاحب نظران ادغام آموزش و درمان و انتقال آموزش پزشکی از وزارت علوم به وزارت بهداشت در سالهای پس از انقلاب اسلامی را بسترساز این انحصار می دانند. و در تائید صحبت های خود نظام های سلامت آلمان و انگلیس را مثال می زنند که در آنها ذینفعان در تعیین ظرفیت آموزشی دخالتی نداشته و اساسا در این کشورها تولید آموزش پزشکی بر عهده وزارت بهداشت نمی باشد. همچنین ناآگاهی بیمار نسبت به خدمات دریافتی باعث می گردد تا وی برای دریافت خدماتی که تصور می کند منجر به سلامتی وی و خانواده اش خواهد شد و یا دریافت خدمات با کیفیت اقدام به پرداخت غیررسمی کند ولو به ازای اینکه منجر به فقیر شدن وی گردد. لذا بر این اساس اقتصاددانان خدمات پزشکی را کالای کشش ناپذیر نامیده و بر این باورند که افزایش قیمت خدمات پزشکی تاثیر قابل توجهی بر خارج شدن بیمار از صف و کاهش تقاضا نخواهد داشت به ویژه اگر این ارایه این خدمت زندگی و سلامتی را برای فرد به ارمغان بیاورد.

در مقابل عوامل یاد شده، از جمله راهکارهای پیشنهادی برای کاهش پرداخت های غیررسمی را می توان موارد زیر برشمرد:

- بهبود کمیت و کیفیت ارایه خدمت
 - آموزش و افزایش آگاهی به بیماران در مورد پرداخت های غیررسمی و مقابله با فساد
 - لزوم تعیین تعرفه برای خدمات درمانی فاقد تعرفه
 - بازنگری در ارزش نسبی برخی خدمات بالینی
- به ادعان مسئولان کشوری، اصلاح کتاب ارزشگذاری نسبی و در نتیجه افزایش تعرفه ها، گامی است در جهت حذف کامل زیرمیزی است. در مرحله سوم طرح تحول سلامت و با هدف از بین رفتن پدیده زیرمیزی و حراست

از بیماران میانگین تعرفه های پزشکی حدود ۱۵۰ درصد افزایش یافت. این در حالی بود که تعرفه های بالینی در ابتدای سال ۹۳ رشد ۴۴ درصدی را شاهد بوده است.

- عادلانه کردن تعرفه ها و عدالت در پرداخت ها

به اذعان صاحب نظران تا زمانی که بی عدالتی در دریافتی ها در میان گروه های مختلف بالینی وجود دارد عملاً افزایش تعرفه ها نمی تواند تاثیری بر میزان پرداخت های غیررسمی و از جمله زیرمیزی داشته باشد. عدالت در پرداخت ها باعث ایجاد نظام منسجم و نظم نظام مند می گردد. به نظر می رسد تزریق پول به سیستم سلامت و افزایش تعرفه ها به جای حاکم کردن چارچوب و نظم و قانون لازم نخواهد توانست جلوی زیرمیزی را بگیرد.

- کاهش فاصله درآمدی میان گروه های مختلف بالینی درون رشته ای و میان رشته ای

- پیاده سازی سیستم کنترل و نظارت کافی بر اقدامات درمانی مختلف و میزان دریافتی ها

- کاهش فاصله درآمدی پزشکان شاغل در بخش دولتی و غیردولتی

- ترویج اخلاق پزشکی

- از بین بردن صف انتظار بیماران با رفع کمبود نیروی انسانی و متناسب کردن بر اساس جمعیت

- اجرای برنامه پزشک خانواده و پیاده سازی نظام ارجاع

- پشتیبانی از شکایت های صورت گرفته از سوی بیماران و پیگیری واقعی آنها

- کاهش و از میان بردن رابطه مالی مستقیم پزشک و بیمار

- تقویت پوشش بیمه ای مناسب

- اجرای کامل و دقیق قوانین مبارزه با پرداخت های غیررسمی

راهکارهای کوتاه مدت

در ایران موضوع پرداخت های غیررسمی و به ویژه پرداخت زیرمیزی یکی از موضوع های چالش برانگیز نظام سلامت می باشد. یکی از کانون های توجه طرح تحول نظام سلامت نیز پرداخت های زیرمیزی می باشد. با توجه به اثرات منفی

شدید پرداخت های زیرمیزی بر عدالت و تامین مالی عادلانه، سیاست گذاران بایستی بر این موضوع تمرکز و در جهت کاهش آن اقدامات و برنامه ریزی های لازم را انجام دهند. چنانچه پرداخت های غیررسمی در کشور رواج پیدا کند تمایل به ارایه خدمات با جدابیت بالا اما غیرضروری و ناکارآمد افزایش پیدا کرده و دسترسی و استفاده از مناسب از خدمات را دستخوش آسیب می کند.

با توجه به موارد ذکر شده و بدون در نظر گرفتن راهکارهای عرضه نیروی انسانی، اصلاح صرف قیمت، چندان کارساز نمی باشد و پس از مدتی علایم و عوارض سابق مجددا بروز خواهد کرد. اما با توجه به زمان بر بودن افزایش تعداد پزشکان، می توان با تصحیح و تقویت سازوکارهای نظارتی و افزایش آگاهی بیماران و تقویب اصول اخلاق پزشکی در کوتاه مدت از ترویج پدیده پرداخت غیررسمی و به ویژه زیرمیزی کاست.

محدودیت های اجرایی طرح پژوهشی:

ترس از پاسخگویی تلفنی به سوال های مصاحبه کنندگان مطالعه از محدودی های عمده مطالعه به شمار می رود. برای رفع این محدودیت و دستیابی به اطلاعات معتبر تلاش گردید در ابتدای مطالعه اعتماد لازم در افراد ایجاد گردد. همچنین با توجه به حجم نمونه بالا که در این مطالعه در نظر گرفته شده است تعداد احتمالی ریزش در مطالعه خدشه ای به مطالعه وارد نخواهد کرد. یادداوری میزان دقیق هزینه داده شده از محدودیت های دیگر مطالعه بود که تلاش گردید با انتخاب نزدیک ترین بازه زمانی ترخیص افراد میزان خطای یادداوری کاهش یابد. امکان ثبت اشتباه برخی از شماره تلفن های بیماران در بیمارستان ها از محدودیت های دیگر مطالعه بود که با انتخاب افراد و شماره تلفن دیگر این محدودیت جبرال گردید.

نتیجه گیری:

شواهد ملی و بین المللی نشان می دهد که رواج مسائلی مانند زیرمیزی و تحمیل مخارج اضافی باعث افزایش هزینه های دریافت کنندگان خدمت و چه بسا محروم تر شدن آنها می گردد. ذکر این نکته نیز لازم است که یک پزشک باید از حقوق مکفی برخوردار باشد تا در زندگی خود بر دیگران تحمیل نگردد. به نظر می رسد مهیا نبودن امکانات اولیه زندگی

و رفاه نسبی و قرار گرفتن در مضيقه مالی باعث می گردد که یک پزشک به راه های دیگری برای تامین هزینه ها و از جمله دریافت های غیررسمی متوسل گردد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد در طول سالهای اخیر در رابطه با میزان مواجهه با پرداخت های غیررسمی خانواده ها یا یکی از بستگانشان به نحوی با این پدیده برخورد داشته اند که این یافته به نحوی می تواند بیانگر وجود و گستره پدیده پرداخت غیررسمی در طول سالهای گذشته و در حال حاضر در کشور باشد. اوج معضل بودن این پدیده زمانی است که بخش قابل توجهی از پرداخت های غیررسمی را پرداخت های زیرمیزی تشکیل دهد. با اجرای طرح تحول سلامت به ویژه در بیمارستانهای دولتی آگاهی اکثر مردم در مورد پرداخت های غیررسمی، زیرمیزی و غیرقانونی افزایش یافته است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد در حال حاضر پس از طرح تحول سلامت در بیمارستانهای دولتی میزان پرداخت های غیررسمی بسیار کم است. اما در بیمارستانهای خصوصی بیماران دریافت کننده خدمت عمدتاً با مشکلات عمده ای نسبت به قبل مواجه هستند. در این مطالعه تمایل به پرداخت های غیررسمی به کارکنان بیشتر از پزشکان و پرستاران می باشد که نشان دهنده تغییر جهت این پرداخت ها نسبت به سال های قبل می باشد. با افزایش تعرفه های پزشکان عملاً بر مشکلات مالی مردم در بخش خصوصی افزوده شده است. به نظر می رسد با توجه به محدودیت های حاکم بر محاسبه پرداخت های غیررسمی (عدم گزارش و ثبت این نوع پرداخت ها، عدم تشخیص بسیاری از بیماران مبنی بر غیرقانونی بودن برخی پرداخت ها) میزان پرداخت غیررسمی گزارش شده در این مطالعه کمتر از میزان واقعی آن در جامعه باشد. با توجه به پیامدهای منفی شیوع پرداخت های غیررسمی و به ویژه پرداخت های زیرمیزی و با توجه به اینکه یکی از اهداف مهم طرح تحول در حوزه سلامت حذف پرداخت های زیرمیزی در بیمارستانهای دولتی می باشد لذا لازم است سیاست گذاران نظام سلامت از مجموعه ای از راهبردها و برنامه ها مانند اصلاح نظام تامین مالی و پرداخت، تنظیم قوانین و مقررات لازم برای مقابله با پرداخت های غیررسمی و به ویژه زیرمیزی، افزایش حس تعهد و مسئولیت پذیری در کارکنان سلامت و تغییر انگیزه، نگرش و درک آنان از فعالیت در عرصه بالینی و سیاست های متناسب اتخاذ شده در نظام سلامت استفاده نمایند و تاثیر اجرای این راهکارها و برنامه ها به طور مداوم با بهره گیری از ابزارهای مناسب سنجش، مورد پایش و ارزیابی قرار گیرد. پژوهش بیشتری برای تجزیه و تحلیل طبیعت و میزان پدیده پرداخت

غیر رسمی در بیمارستان و بررسی پیامدهای آن لازم است و طیف وسیعی از ابزارهای سیاستی برای جلوگیری از رواج این پدیده و اثرات منفی این پدیده ضروری به نظر می‌رسد.

- 1-The World health report 2000 : health systems : improving performance.World Health Organization , 2000.
- 2- Robert M and et al. Translated by Fatah zade A and et al. getting Health Reform Right: Aguide to Improving Performance and Equity, Rreat Ibne Sina institute,2005.
- 3- WHO: What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? Health Evidence Network (HEN) Report , 2004.
- 4-Belli P and et al, Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. World Bank, 2002.
- 5- Lewis M. Informal Payments And The Financing Of Health Care In Developing And Transition Countriesis.Health Affairs; 2007.
- 6- Vian T, Burak L. Beliefs about informal payments in Albania.Oxford University Press; 2006.
- 7- Lewis M. Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central asia.World Bank; 2000.
- 8- Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R. Translated by Poorreza, A. Health Economics for developing countries: A Pratical guide, IMPS 2003.
- 9- Formal and informal household spending on health: a multicountry studying central and Eastern Europe. Central and Eastern European Health Network; 2002.
- 10- Szende A, Culyer J. The inequity of informal payments for health care:The case of Hungary. ELSEVIER; 2006.
- 11- Gaal P and et al. Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas.Jurnal of Health Politics,Duke University Press; 2006.
- 12- Tatar M and et al. Informal Payment In The Health Sector: A Case Study From Turkey.Health Affairs ;2007.
- 13- Özgen H and et al. Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey.Springer; 2008.
14. Setayesh M and et al. Beliefs about informal payments in Kerman.Ethics In Science;2007.

15. Ghyassipour M, A study of informal payments in hospitals affiliated to TUMS – 2012. A Thesis Presented for MSc Degree.2013
16. Amiresmaili M, Nekoeimoghadam M, Esfandiari A et al. Causes of informal payments in health sector: a qualitative study of viewpoints of physicians, policy makers and patients. *Journal of ethics and Medical History*. 2013, 6(2).72-83.
17. Khodamoradi, A. A study of informal payments in urmia hospitals – 2013. A Thesis Presented for MSc Degree.2014
18. Thompson R, Witter S. Informal payments in transitional economies: Implication for health sector reform. *Int J Health Plann Mgmt*; 2000.
19. Gaal P, Mckee M. Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'. *Int J Health Plann Mgmt*; 2004.
- 20- Murthy A, Mossialos, E. Informal payments in EU Accession Countries. *Euro Observer*, 2003.
21. Baldwin R, Cave M, Lodge M, Baldwin R, Belli P, Shahrivari H, et al. Qualitative study on informal payments for health service in Georgia. 2003. HNP discussion paper series. Washington, DC: World Bank; 2003. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2002/11/3916723> (
22. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *The Cochrane Library*. 2009.
23. Lagarde M, Palmer N. The impact of health financing strategies on access to health services in low and middle income countries (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;3.
24. Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Groot W. Changes in equity in out-of-pocket payments during the period of health care reforms: evidence from Hungary. *International journal for equity in health*. 2012;11(1):1.
25. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. *Handbook of health economics*. 2000;1:1803-62.
26. Abolhallaje M, Hasani S, Bastani P, Ramezani M, Kazemian M. Determinants of catastrophic health expenditure in Iran. *Iranian journal of public health*. 2013;42(1):155.
27. Anbari Z, Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Ebrazeh A. Health Expenditure and Catastrophic Costs for Inpatient-and Out-patient Care in Iran. *International journal of preventive medicine*. 2014;5(8):1023.

28. Wagstaff A, Doorslaer Ev. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health economics*. 2003;12(11):921-31.
29. Hanjani H, Fazaeli A. ESTIMATION OF FAIR FINANCIAL CONTRIBUTION IN HEALTH SYSTEM OF IRAN. 2006.
30. Baldwin R, Cave M, Lodge M, Baldwin R, Belli P, Shahrivari H, et al. Qualitative study on informal payments for health service in Georgia. 2002. HNP discussion paper series. Washington, DC: World Bank; 2003. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2002/11/3916723>
31. Belli P, Shahriari H. Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. 2002.
32. Williams A. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity by Marc J. Roberts, William Hsaio, Peter Berman and Michael R. Reich. Oxford University Press, Oxford, New York, 2004. No. of pages: 332. ISBN 0-19-516232-3. *Health Economics*. 2004;24(4):401-15.

بخشی از داده های استخراج شده به پیوست می باشد.

پیوست شماره ۱:

تاریخ پذیرش	شهر محل سکونت	نوع پذیرش	پرونده	کارت	تلفن	ادرس
1394/09/20 تا تاریخ 1394/10/20	وضعیت کارت مخالف با حذف تعلق بر اساس تاریخ پذیرش	زمان گزارش: 1394/10/20	99			

تاریخ پذیرش	شهر محل سکونت	نوع پذیرش	پرونده	کارت	تلفن	ادرس
1394/09/23	بوشهر_دشتستان	بستری	1248712	438655	09369105682	آباد فکه مجاهد ک فضیلت پ 18
1394/09/23	فارس_شیراز	بستری	1248713	438659	09173034232	شیراز شهرک مطهری بلوار عرفان خ اخلاق ک 1 پ 407
1394/09/23	فارس_آباد	بستری	1248714	438660	09177524600	آباد صفاد خ وحدت جنب فاطمیه منزل شخصی
1394/09/23	فارس_فیروزآباد	بستری	1248715	438662	09177922564	قیر خ سه شهید ک شهاب منزل شخصی
1394/09/23	خوزستان_بهبهان	بستری	1248716	438669	09390795262	خوزستان بهبهان خ شهید اباد ک قدس رضوی پ 42
1394/09/23	فارس_شیراز	بستری	1248717	438671	09171480874	شهرک گلستان خ جهاد ک 11 پ 80
1394/09/23	فارس_مروندشت	بستری	1248718	438672	3335340	فارس مروندشت خ بسیج جنب اداره برق درب 6
1394/09/23	فارس_شیراز	بستری	1248719	438673	09176033979	ش بلوار رحمت خ مسلم خ عقیل ک 2 درب 1
1394/09/23	یزد_ابركوه	بستری	1248720	438676	09171153035	ابركوه محله نودان
1394/09/23	فارس_شیراز	بستری	1248721	438677	09176096459	فارس بینرزد روستای ده نو
1394/09/23	فارس_سپیدان	بستری	1248722	438680	09171154635	فارس سپیدان بیضا روستای بهشت آباد
1394/09/23	فارس_شیراز	بستری	1248723	438681		ش زندان شهید لاجوردی
1394/09/23	هرمزگان_بندرلنگه	بستری	1248724	438682	09171172193	بندر لنگه بندر چارک روستای گرز
1394/09/23	فارس_شیراز	بستری	1248725	438683	09378840992	ش جاده خرامه روستای جعفری
1394/09/23	فارس_شیراز	بستری	1248726	438684	09179170157	ش شهرک صدرا خ شهید زارع ک محتشم 6 درب 2
1394/09/24	فارس_شیراز	بستری	1248727	438686	09177314094	ش بلوار سرداران ک 45 پ 6
1394/09/24	فارس_استهبان	بستری	1248728	438687	09179094314	ش گذشت معالی آباد بولک 74216 واحد 2
1394/09/24	فارس_گراش	بستری	1248729	438692	09394480700	فارس گراش بلوار سپاه خ پرواز ک صادقیه منزل شخصی
1394/09/24	فارس_مروندشت	بستری	1248730	438693	09173362747	فارس مروندشت خ ابوذر شمالی پ 61
1394/09/24	فارس_شیراز	بستری	1248731	438696	09357293828	ش فلکه مسدود خ غیر انتهای بلوار جنب بیرون بر کوثر بهشت
1394/09/24	فارس_شیراز	بستری	1248732	438697	37402472	ش بلوار تخت جمشید شرقی ک 19/2 پ 109
1394/09/24	فارس_جهرم	بستری	1248733	438698	09179113422	فارس جهرم روستای درمه
1394/09/24	بوشهر_دشتستان	بستری	1248734	438699	09173392703	ش شهرک مینرود رزمندگان ک 9 ایثار منزل عشایری
1394/09/24	بوشهر_دیلم	بستری	1248735	438700	07136252463	شیراز معالی آباد منازل سازمانی ارتش بولک 76 واحد 3

پیوست شماره ۲:

سوالات پرسشنامه

ضمن عرض سلام و آرزوی موفقیت برای شما، پرسشنامه ای که در اختیار دارید، به منظور جمع آوری اطلاعات برای طرح پژوهشی ملی تنظیم گردیده است و هدف آن برآورد میزان پرداختهای غیررسمی بعد از اجرای طرح تحول سلامت می باشد. و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نبوده و نظرات شما کاملاً محرمانه خواهد ماند و از نتایج این پرسشنامه صرفاً برای مقاصد علمی استفاده خواهد شد. پیشاپیش از همکاریتان در این پژوهش، کمال تشکر را داریم.

۱- بیمارستان

۲- آیا بیمه هستید؟

بلی خیر

۳- اگر بلی، چه نوع بیمه ای دارید؟

تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح سایر (لطفاً نام ببرید)

۴- آیا بیمهٔ مکمل دارید؟

بلی خیر

اگر بله چه نوع بیمه ای دارید لطفاً نام ببرید.

۵- محل سکونت:

تبریز/شیراز/تهران سایر شهرستانها روستا

۶- بیمار تحت مراقبت کدام بخش در بیمارستان قرار گرفته است؟

۷- مدت اقامت در بیمارستان:

۸- در بیمارستان برای شما چه اقداماتی انجام گردید؟

عمل جراحی درمان طبی اقدام تشخیصی توانبخشی زایمان سزارین

۹- پزشک معالج شما چه تخصصی داشت؟

عمومی متخصص داخلی متخصص زنان و زایمان متخصص کودکان
متخصص جراحی عمومی سایر موارد (لطفاً نام ببرید) نمی دانم

۱۰- مبلغ پرداختی نقدی شما بابت صورت حساب بیمارستان چقدر بود؟

۱۱- آیا بخشی از این مبلغ از بیمه دریافت خواهد شد؟

اگر بلی چقدر از بیمه دریافت خواهید کرد؟

۱۲- آیا شما یا دیگر اعضای خانواده بیمار، پرداختی خارج از پرداخت های رسمی ثبت شده در صورت حساب بیمارستان،

پرداخت دیگری به پزشک و یا سایر کارکنان بیمارستان داشته اید؟

پزشک بلی خیر

پرستار بلی خیر

سایر کارکنان بلی خیر

۱۳- در صورتیکه پرداخت به پزشک صورت گرفته است:

۱-۱۳ این پرداخت در چه زمانی صورت گرفته است؟

قبل از پذیرش در بیمارستان در بیمارستان بعد از ترخیص

۱۳-۲ کل مبلغ پرداختی نقدی به چه میزان بوده است؟.....تومان

۱۳-۳ به غیر از پرداخت نقدی به چه شکل دیگری صورت گرفته است؟

گل و هدیه کالا تعهد به کار سایر

مبلغ تقریبی آنتومان

۱۳-۴ آیا پرداخت داوطلبانه بوده است یا به درخواست پزشک بوده است؟

پزشک درخواست کرد من هم پرداخت کردم من پیشنهاد دادم پزشک هم قبول کرد

۱۳-۵ انگیزه شما از این پرداخت چه بوده است؟

کیفیت بهتر درخواست پزشکان ویژگیهای فرهنگی قدردانی

۱۴- در صورتیکه پرداخت به پزشک صورت نگرفته است:

۱-۱۴ آیا به هیچ وجه با پرداخت غیررسمی به پزشک در ارتباط نبودید؟

پزشک درخواست کردند ولی من پرداخت نکردم من پیشنهاد دادم ولی پزشک قبول نکردند

در ارتباط نبودم

۱۴-۲ علت عدم پرداخت غیررسمی به پزشک در صورت تقاضای پزشک چه بوده است؟

عدم احساس نیاز به علت کیفیت و کمیت خوب خدمات

عدم احساس نیاز به علت بد حال نبودن بیمار

عدم احساس نیاز به علت آشنا بودن با پزشک یا معرفی به پزشک توسط افراد دیگر

عدم اعتقاد اخلاقی و قانونی به این پرداخت ها

عدم توانایی مالی

۱۵- در صورتی که پرداخت به پرستار صورت گرفته است:

۱-۱۵ کل مبلغ پرداختی نقدی به چه میزان بوده است؟تومان

۲-۱۵ به غیر از پرداخت نقدی به چه شکل دیگری صورت گرفته است؟

گل وهدیه کالا تعهد به کار سایر

۳-۱۵ آیا پرداخت داوطلبانه بوده است یا به درخواست پرستار بوده است؟

درخواست شده داوطلبانه

۴-۱۵ انگیزه شما از این پرداخت چه بوده است؟

کیفیت بهتر درخواست پرستار ویژگیهای فرهنگی قدردانی

۱۶- در صورتیکه پرداخت به سایر پرسنل صورت گرفته است:

۱-۱۶ این پرداخت به کدام یک از اعضای بیمارستان صورت گرفته است؟

ماما نگهبان خدمه مدیریت و امور اداری پذیرش و ترخیص سایر پرسنل

۲-۱۶ کل مبلغ پرداختی نقدی به چه میزان بوده است؟تومان

۳-۱۶ به غیر از پرداخت نقدی به چه شکل دیگری صورت گرفته است؟

گل وهدیه کالا تعهد به کار سایر

۴-۱۶ آیا پرداخت داوطلبانه بوده است یا به درخواست پرسنل بوده است؟

درخواست شده داوطلبانه

۵-۱۶ انگیزه شما از این پرداخت چه بوده است؟

۱۷- کل مبلغی را که برای دریافت مراقبت در بیمارستان پرداخت کرده اید چقدر بوده است؟تومان

۱۸- برای پرداخت این هزینه کدام یک از موارد زیر شامل حال شما شد؟

- فروش دارایی قرض گرفتن پس انداز حمایت سازمانها و نهادها و یا اقوام خارج از خانوار
- گرفتن وام سایر (ذکر شود)

۱۹- آیا شما با پرداخت غیررسمی به پرسنل بیمارستان موافق هستید؟

- بلی خیر

۲۰- سن بیمار

۲۱- جنس بیمار

- مذکر مونث

۲۲- سرپرست خانوار چه کسی می باشد؟

مادر

پدر

سایر (لطفاً نام ببرید)

۲۳- سن سرپرست خانوار(سال)

۲۴- میزان تحصیلات سرپرست خانوار

- بی سواد ابتدایی راهنمایی دبیرستان دانشگاهی

سایر موارد (لطفاً نام ببرید)

۲۵- تعداد اعضای خانوار (کسانی که همسفره هستند)

۲۶- شغل سرپرست خانوار

۲۷- میزان تقریبی درآمد ماهیانه خانوار شما چقدر است؟ تومان

پیوست شماره ۳:



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات
بهداشتی، درمانی
تهران

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
موسسه ملی تحقیقات سلامت

تاریخ: ۱۳۹۴/۰۹/۰۱
شماره: ۹۴/۵/۲۴۱/۱۵۵
پیوست: ندارد

بسمه تعالی

مدیر / ریاست محترم مرکز آموزشی درمانی
با سلام و احترام

نظر به تصویب قرارداد پروژه تحقیقاتی "بررسی تاثیر طرح تحول بر پرداخت های غیررسمی در ایران" به شماره ۹۳۱۹۵/م/۲۴۱ مورخ ۹۴/۵/۱۷ در موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران خواهشمند است دستور فرمایید همکاری لازم با سرکار خانم دکتر لیلا دشمنگیر در خصوص گردآوری داده های مورد نیاز ایشان بعمل آید. پیشاپیش از همکاری و مساعدت حضرتعالی کمال امتنان را دارم.

دکتر ژاله عبدی
سرپرست مدیریت امور پژوهشی و آموزشی موسسه ملی تحقیقات سلامت
عبدی

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آستان قدس
مرکز آموزشی درمانی افضل پور

تاریخ: ۱۳۹۵/۲/۱
شماره: ۱۰۱۳/۱/۳۷۸۷
پیوست: ۲

ریاست محترم اتاق فکر دانشگاه

موضوع نامه: ارسال لیست بیماران در بهمن

باسلام

احتراماً عطف به نامه شماره ۲۱۸۲ مورخ ۹۵/۱/۲۴ به پیوست لیست اطلاعات خواسته شده حضورتان ارسال میگردد.

رئیس
رونوشت:

مدیر محترم خدمات پرستاری جهت اطلاع

مشخصات نامه صادره	
۸۱۰	شناسه داخلی
معرفی خانم دشمنگیر-دکتر نائبی::GAOUG	موضوع نامه
احمدیان نمین،آینا	فرستنده دبیرخانه
نائبی	گیرنده نامه
۳۹۵۰۰۲۲۳۰	شماره نامه
۰۹/۰۴/۱۳۹۵	تاریخ نامه
نیکوپور، دکتر حسام	فرستنده
غفاری، دکتر شهرام ; مومن سرانی،مینا ; تویسرکان منش، دکتر رضا	رونوشت درون سازمانی
	رونوشت برون سازمانی
نامه	نوع مرسوله
دبیرخانه مرکزی	دبیرخانه
دبیر خانه موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی	محل نگهداری فیزیکی
B1.9504	کلاس
	نامه های مرتبط
	نامه های آرشیو مرتبط
خیر	ضمایم دارد؟
	نوع ضمایم
۲. عادی	دسته بندی ها
اتوماسیون گاما	

شماره: ۱۳۹۵ / ۳ / ۱
تاریخ: ۱۳۹۵ / ۰۲ / ۲۲



بیمارستان

جناب آقای دکتر همتی
معاون محترم درمان سازمان

موضوع: بررسی طرح تحول بر پرداخت‌های غیررسمی

یا سلام و احترام

پیرو نامه شماره ۱۹۵۸-۰۰۳۹۵۰ مورخ ۱۳۹۵/۲/۱۹ مبنی بر معرفی سه بیمارستان تابعه به منظور جمع‌آوری اطلاعات طرح پژوهشی «بررسی تأثیر طرح تحول بر پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی ایران»، خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به ارسال پاسخ تسریع گردد.



دکتر شهرام تافازلی
رئیس مؤسسه

موسسه عالی پژوهشی سلامت

تهران: بجهت آرزوین،
ایران: شهید آسپه‌فهر
بیمارستان: تهران، خیابان
پلاک ۲۰
کدپستی: ۱۵۱۱۷۳۳۱۱
تلفن: ۸۸۵۰۷۳۵۰
پورتگال: ۸۸۵۰۷۳۵۰
www.nihrd.ac.ir