

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

مرور جامع مطالعات مربوط به شیوع، روش‌های اندازه‌گیری، علل، پیامدها و مداخلات مؤثر پرداخت
غیررسمی در بخش سلامت

مجریان طرح:

عبدالواحد خدامرادی

رضا دریابیگی خطبه سرا

حانیه‌سادات سجادی

همکار طرح:

مهدی ولی زاده

سازمان ارائه کننده:

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

تاریخ انجام پروژه

۱۳۹۴

گزارش یک صفحه‌ای

عنوان پژوهش: مرور جامع مطالعات مربوط به شیوع، روش‌های اندازه‌گیری، علل، پیامدها و مداخلات مؤثر پرداخت غیررسمی در بخش سلامت

مجریان پژوهش: عبدالواحد خدامرادی، رضا دریابیگی خطبه سرا، حانیه‌سادات سجادی
همکاران پژوهش: مهدی ولی زاده

یافته‌های اصلی پژوهش:

- شیوع پرداخت غیررسمی در بخش سرپایی در بیشتر مطالعات ۳۰-۱۱٪ و در بخش بستری ۴۰-۳۱٪ گزارش شده است.
- حجم پرداخت غیررسمی از ۴/۵-۱/۵٪ کل هزینه‌های سلامت در مجارستان تا ۸۴٪ در آذربایجان متغیر بود.
- بیشتر مطالعات علمی به صورت کمی و با استفاده از روش مصاحبه ساختارمند چهره به‌چهره از عموم جامعه، پرداخت غیررسمی را ارزیابی نموده‌اند.
- در بیشتر مطالعات، پرداخت‌های غیررسمی عمدتاً به صورت نقدی در بخش بستری بوده و پزشکان بیشترین گیرندگان پرداخت غیررسمی بودند.
- تمایل به دریافت خدمات با کیفیت‌تر، دستمزد پایین ارائه‌دهنده، ضعف سیستم تامین مالی و نظارتی بیشترین انگیزاننده‌های پرداخت غیررسمی بوده است.
- بیشتر مطالعات، بی‌عدالتی و نابرابری در دسترسی به خدمات را پیامد منفی و ایجاد انگیزه در پرسنل درمانی برای ارائه خدمات باکیفیت را پیامد مثبت پرداخت غیررسمی معرفی کرده‌اند.
- رسمی کردن پرداخت‌های غیررسمی، تقویت و اجرای بیمه سلامت همگانی، اجرای قوانین مبارزه با پرداخت غیررسمی، افزایش آگاهی جامعه برای مقابله با فساد و ترویج بیمه تکمیلی از استراتژی‌های موفق مقابله با پرداخت غیررسمی بوده است.

نتیجه‌گیری:

پرداخت‌های غیررسمی یک پدیده چندوجهی با ویژگیهای متفاوت حتی در یک کشور می‌باشد. به دلیل ماهیت مخفیانه پرداخت‌های غیررسمی، اندازه‌گیری دقیق آن مشکل است. این پرداخت‌ها اغلب غیرقانونی بشمار می‌روند و گزارش یا ثبت نمی‌شوند. از طرف دیگر هنگامی که پرداخت هزینه توسط بیماران به صورت رسمی به یک صندوق ارائه خدمت صورت می‌گیرد بیماران قادر به تشخیص لزوم پرداخت‌ها از لحاظ قانونی نمی‌باشند. به همین دلیل انتظار می‌رود میزان پرداخت غیررسمی در تحقیقات علمی حداقل کمتر از میزان واقعی آن تخمین زده شده است. فراوانی پرداخت غیررسمی گزارش شده در مطالعات متغیر است. این دامنه زیاد فراوانی پرداخت غیررسمی

تا حد زیاد تحت تاثیر مفهوم متفاوت، روش مطالعه، نحوه اندازه‌گیری و محل اندازه‌گیری می‌باشد. با توجه به پیامدهای منفی شیوع پرداخت غیررسمی لازم است سیاستگذاران سلامت در وهله اول با توجه به امکانات و مقتضیات موجود، چارچوب اندازه‌گیری و پایش پرداخت غیررسمی خدمات سلامت را تعیین و ضمن سنجش و پایش این پدیده، برای مقابله و حذف پرداخت غیررسمی از مجموعه‌ای از استراتژی‌ها مانند اصلاح تامین مالی و نحوه پرداخت، تنظیم قوانین و مقررات برای مقابله با پرداخت‌های غیررسمی، ایجاد انگیزه و مسولیت‌پذیری در کارکنان سلامت و تغییر ادراکات جامعه و سایر سیاست‌های متناسب با وضعیت نظام سلامت هر کشور استفاده نمایند و نتایج اجرای این راهکارها را در کاهش میزان پرداخت غیررسمی رصد نمایند.

درس آموخته‌ها:

با توجه به محدود بودن مطالعات پرداخت غیررسمی در کشور و اهمیت پرداخت به این موضوع با توجه به وضعیت کشور، باید وضعیت پرداخت غیررسمی در ایران با تاکید بر خدمات بستری و سرپایی در دو بخش دولتی و خصوصی، متناسب با شرایط و امکانات موجود و استفاده از دیدگاه‌های متفاوت بررسی و پایش شود و مداخلات مناسب کاهش پرداخت غیررسمی در ایران شناسایی، طراحی، اجرا و ارزیابی گردد.

کاربرد پژوهش:

نتایج مطالعه توانست تجربیات موجود در خصوص پرداخت غیررسمی (به ویژه در مورد سنجش، روش اندازه‌گیری، علل و مداخلات موثر) را خلاصه نماید. این تجربیات، راهنمایی کامل برای تدوین چارچوب سنجش و کنترل پرداخت غیررسمی در کشور است.

سؤالاتی که هنوز پاسخ داده نشده است:

- ویژگی‌های نظام‌های سلامت فاقد پرداخت غیررسمی خدمات سلامت کدام است؟
- ارزیابی اجرای مداخلات مربوط به کاهش پرداخت غیررسمی خدمات سلامت چه نتایجی داشته است؟

گزارش سه صفحه‌ای

عنوان پژوهش: مرور جامع مطالعات مربوط به شیوع، روش‌های اندازه‌گیری، علل، پیامدها و مداخلات مؤثر پرداخت غیررسمی در بخش سلامت

مجریان پژوهش: عبدالواحد خدامرادی، رضا دریابیگی خطبه سرا، حانیه‌سادات سجادی

همکاران پژوهش: مهدی ولی زاده

پرداخت‌های غیررسمی مراقبت‌های سلامت که شکلی از تأمین مالی مستقیم از جیب محسوب می‌شوند، ضعیف‌ترین و ناعادلانه‌ترین شیوهی پرداخت برای مراقبت سلامت بوده و در حال حاضر در بسیاری از کشورها یک مانع عمده در راه اصلاح سیستم نظام سلامت به شمار می‌آید. با توجه به اینکه این نوع پرداخت‌ها شکلی از فساد سیستماتیک بوده و می‌تواند اثرات نامطلوب بسیاری بر عملکرد نظام سلامت برجای بگذارد، لازم است اقداماتی فعالانه در راستای مدیریت و کاهش آنها متناسب با نظام و ساختار سلامت هر کشور طراحی و اجرا گردد. پیش‌نیاز هرگونه اقدام در این راستا، بررسی وضعیت موجود و آگاهی از دانش کنونی در مورد پرداخت غیررسمی در بخش سلامت در سطح جهانی، ملی و محلی است. برای آگاهی از دانش کنونی، مطالعه‌ای از نوع مطالعات ثانویه با روش مرور نظام‌مند طراحی شد. بدین- ترتیب ابتدا با استفاده از ترکیب دو جزء کلید واژه‌های مرتبط در بانک‌های اطلاعاتی معتبر، بازبینی فهرست منابع مقالات مرتبط و تماس با صاحب‌نظران و کارشناسان مطلع علمی و اجرایی مطالعات مربوط به پرداخت غیررسمی مراقبت‌های سلامت (=۱۲۵۲) شناسایی و استخراج شد. در مرحله بعد با توجه به معیارهای ورود مطالعه، در سه مرحله (عنوان، چکیده و اصل مقاله) غربالگری صورت گرفت و استخراج داده- های مطالعات باقیمانده (=۳۸) صورت گرفت. تحلیل داده‌ها با توجه نامتجانس بودن آن‌ها به صورت داستان‌وار (نقل قولی) انجام گردید.

یافته‌های مرور نشان داد توجه و علاقه به انجام مطالعه، بخصوص از نوع مطالعات اصیل اولیه و ثانویه، درباره پرداخت غیررسمی خدمات و مراقبت‌های سلامت از سال ۲۰۰۶ میلادی روند رو به رشدی به خود گرفته است. البته روند رو به رشد مطالعات، به معنای افزایش شیوع پرداخت‌های غیررسمی نمی‌باشد، بلکه نشان‌دهنده توجه بیشتر به این موضوع به عنوان یک مشکل تأمین مالی نظام سلامت می‌باشد. کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط (۱۹ کشور) و بالا (۱۶ کشور) بیش‌ترین مطالعات پرداخت غیررسمی مراقبت‌های سلامت را انجام داده‌اند. بلغارستان و مجارستان در صدر کشورهای مطالعه‌کننده در این زمینه هستند. در بیشتر مطالعات به صورت پیمایش کمی و از دید جامعه (فرد و خانوار) پرداخت غیررسمی اندازه‌گیری شده است. اندازه‌گیری به روش کیفی و از دید ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز در برخی از مطالعات مشاهده می‌شود. در گروه گیرندگان خدمت (مردم و بیماران) مصاحبه ساختارمند چهره‌به‌چهره و در گروه ارائه‌دهنده خدمت بحث گروهی متمرکز متداول‌ترین ابزار جمع‌آوری داده‌ها بوده است.

۶۶٪ مطالعات، فراوانی پرداخت‌های غیررسمی را محاسبه و گزارش کرده‌اند. ۳۷/۵٪ مطالعات فراوانی پرداخت غیررسمی در بخش

بستری، ۳۵٪ در کل بخش سلامت و ۲۷/۵٪ در بخش سرپایی را اندازه‌گیری گزارش نموده‌اند. بیشترین مطالعات فراوانی پرداخت

غیررسمی در بخش سرپایی را ۳۰-۱۱٪، در بخش بستری ۴۰-۳۱٪ و در کل ۲۰-۱۰٪ گزارش کرده‌اند. به نظر می‌رسد شیوع پرداخت غیررسمی در بخش بستری بیشتر از سرپایی است. مطالعات اندکی حجم پرداخت غیررسمی بخش سلامت را تعیین کرده‌اند. حجم پرداخت غیررسمی از ۴/۵-۱/۵٪ کل هزینه‌های سلامت در مجارستان تا ۸۴٪ در آذربایجان متغیر بود. بیشتر مطالعات بیشتر بودن پرداخت‌های غیررسمی از نوع نقدی نسبت به سایر انواع و نیز در بخش بستری نسبت به سرپایی را گزارش کرده‌اند. در بیشتر مطالعات پزشکان عمده-ترین گروه دریافت‌کننده پرداخت‌های غیررسمی نسبت به سایر گروه‌ها معرفی شده‌اند. همچنین بیشتر مطالعات نشان دادند ارائه‌کنندگان دولتی خدمات بیشتر از ارائه‌کنندگان خصوصی مقصد دریافت پرداخت‌های غیررسمی‌اند.

دلایل رواج پدیده پرداخت غیررسمی در بخش سلامت در سه گروه دلایل مرتبط با گیرنده خدمت، ارائه‌دهنده خدمت و زمینه‌ای قابل تقسیم‌بندی است. در گروه دلایل مرتبط با گیرنده خدمت، ترس از دریافت خدمات باکیفیت پایین، در گروه دلایل مرتبط با ارائه‌دهنده خدمت، حقوق و دستمزد پایین کارکنان و در گروه دلایل زمینه‌ای، فرهنگ و رسوم جامعه متداول‌ترین دلایل شناسایی شده برای پرداخت غیررسمی بودند.

اگرچه بیشتر مطالعات پدیده پرداخت غیررسمی را منتهی به پیامدهای منفی می‌دانند، ولی معدودی از مطالعات نیز برای این پدیده پیامدهای مثبتی عنوان کرده‌اند. بی‌عدالتی و نابرابری در دسترسی به خدمات، آسیب به اقبال آسیب‌پذیر و افزایش هزینه بیماران، لطمه به کارایی عملکرد نظام سلامت، لطمه به اعتبار حرفه‌ای کارکنان سلامت، ترویج فساد و رفتار غیراخلاقی و غیرقانونی در جامعه، کاهش کیفیت خدمات، مخدوش شدن رابطه پزشک و بیمار، تضعیف سطح سلامت، ارائه خدمات غیرضروری و ایجاد تقاضای القائی، ایجاد دلهره در بیماران و نارضایتی آنان و افزایش موارد دادگاهی پزشکان از پیامدهای منفی پرداخت غیررسمی گزارش شده است. ایجاد انگیزه در کارکنان درمانی برای ارائه خدمات باکیفیت‌تر، ایجاد رقابت در بین کارکنان درمانی، افزایش پاسخگویی کارکنان درمانی، ایجاد ارتباط خوب با پزشک و حل مشکل مالی کارکنان درمانی از پیامدهای مثبت پرداخت غیررسمی گزارش شده است.

عوامل مؤثر بر پرداخت‌های غیررسمی که در مطالعات گزارش شده است متنوع بوده است. این عوامل گستره‌ای از ویژگی‌های فردی گیرنده خدمت (سن بیمار یا سرپرست خانوار، درآمد خانوار، تحصیلات بیمار یا سرپرست خانوار، شغل بیمار یا سرپرست خانوار، محل سکونت، پوشش بیمه، جنسیت بیمار، تعداد اعضای خانوار، وضعیت تاهل، و قومیت)، وضعیت سلامتی گیرنده خدمت (داشتن بیماری مزمن یا نیاز به خدمات پیچیده مانند عمل جراحی، بستری یا سرپایی بودن خدمت، تعداد روزهای بستری، آگاهی بیماران از حقوق خود و رضایت از کیفیت خدمات) و ویژگی‌های ارائه‌دهنده خدمت (نحوه پذیرش، نوع یا مالکیت بیمارستان، وجود پرداخت رسمی، نوع تخصص پزشک، نوع پرداخت غیررسمی و مدت زمان انتظار برای دریافت خدمت) را در بر دارد.

تعداد معدودی از مطالعات تعیین‌کننده تاثیر برنامه‌های اجرایی موثر بر کاهش یا حذف پرداخت غیررسمی را هدف مطالعه خود قرار داده‌اند. در بیشتر مطالعات صرفاً سیاست‌هایی برای مقابله با این نوع پرداخت‌ها پیشنهاد کرده شده است. به نظر می‌رسد یک راه حل جهانی برای

ریشه‌کن کردن پرداخت غیررسمی وجود ندارد و باید مجموعه‌ای از سیاست‌های درست و متناسب با شرایط هر کشور در نظر گرفته شود. افزایش حقوق کارکنان سلامت و امنیت شغلی عمده‌ترین سیاست پیشنهادی بود. فهرست سیاست‌های اجرا شده برای مقابله با پرداخت‌های غیررسمی به ترتیب دفعات تکرار در مطالعات عبارتند از:

- رسمی کردن پرداخت‌های غیررسمی (۶ مورد اجرا شده که در ۱ مورد موفق بوده است)
- تقویت و اجرای بیمه سلامت همگانی (۳ مورد اجرا شده که در ۱ مورد موفق بوده است)
- اجرای قوانین برای مبارزه با پرداخت غیررسمی (۲ مورد اجرا شده که در ۱ مورد موفق بوده است)
- افزایش آگاهی جامعه از طریق رسانه‌ها در جهت مقابله با فساد (۱ مورد اجرا شده که موفق بوده است)
- بیمه خصوصی تکمیلی همراه با بیمه سلامت همگانی (۱ مورد اجرا شده که موفق بوده است)

نتایج مرور همچنین نشان داد در کشورهایی که در آنها پرداخت غیررسمی زیاد است (لهستان، رومانی، روسیه، ترکیه، یونان، مجارستان، لیتوانی، اسلواکی، اکراین، آلبانی، لتونی، بلغارستان)، کم‌ترین سهم هزینه‌های سلامت عمومی، کمترین اثربخشی حاکمیتی (دولتی)، بالاترین امتیاز پذیرش رشوه و بیشترین انتظار برای مسئولیت‌پذیری دولتی در فرآهم آوردن خدمات اساسی مشاهده می‌شود. کشورهایی که پرداخت غیررسمی ندارند (بریتانیا، دانمارک، اسپانیا، مالت، آلمان، ایسلند، ایرلند، هلند، نروژ، اسلونی، سوئد، بلژیک، فنلاند، پرتغال، سوئیس) یا در حد اندک دارند (کرواسی، جمهوری چک، استونی، فرانسه، لوکزامبورگ، اتریش، قبرس، ایتالیا) دارای بیشترین سهم تأمین هزینه‌های مالی دولتی و اثربخشی حاکمیتی بالاتر هستند.

براساس آنچه گذشت و با توجه به حجم محدود مطالعات انجام شده در کشور، لزوم بررسی و پایش وضعیت پرداخت غیررسمی در ایران با تاکید بر خدمات بستری و سرپایی در دو بخش دولتی و خصوصی، متناسب با شرایط و امکانات موجود و استفاده از دیدگاه‌های متفاوت و نیز ضرورت طراحی و اجرای مداخلات مناسب کاهش پرداخت غیررسمی در ایران و ارزیابی پیاده‌سازی آنها احساس می‌شود. ضرورت انجام چنین مطالعاتی با در نظر داشتن اجرایی شدن طرح تحول سلامت در کشور بیشتر می‌شود.

۱۰.....	۱. مقدمه و اهمیت موضوع.....
۱۱.....	۲. اهداف مطالعه.....
۱۱.....	۱-۲. هدف کلی.....
۱۲.....	۲-۲. اهداف اختصاصی.....
۱۲.....	۳. روش انجام پژوهش.....
۱۲.....	۱-۳. نوع مطالعه.....
۱۲.....	۲-۳. راهبرد جستجو.....
۱۲.....	۳-۳. معیارهای ورود.....
۱۳.....	۴-۳. معیارهای خروج.....
۱۳.....	۵-۳. ارزیابی و گزینش مطالعات.....
۱۳.....	۶-۳. استخراج داده‌ها.....
۱۳.....	۷-۳. روش تحلیل.....
۱۳.....	۴. نتایج.....
۱۳.....	۱-۴. توصیف کلی مقالات.....
۱۶.....	۲-۴. روش اندازه گیری.....
۱۸.....	۳-۴. فراوانی پرداخت های غیررسمی.....
۱۹.....	۴-۴. نوع، فرد دریافت کننده و حجم پرداخت ها.....
۲۰.....	۵-۴. دلایل وجود پرداخت های غیررسمی.....
۲۲.....	۶-۴. اثرات پرداخت غیررسمی.....
۲۲.....	۷-۴. عوامل تاثیرگذار بر پرداخت های غیررسمی.....
۲۳.....	۸-۴. سیاستهای مقابله با پرداخت های غیررسمی.....
۲۵.....	۹-۴. خصوصیات نظام سلامت فاقد پرداخت غیررسمی.....
۲۷.....	۵- یافته های دیگر(شیوع و ویژگیهای پرداخت غیررسمی در نظام سلامت ایران).....
۲۹.....	۶- بحث و نتیجه گیری.....
۳۵.....	۷- منابع.....
۳۹.....	۸- ضمیمه ۱. مقالات استفاده شده در مطالعه به ترتیب کد مقالات.....
۴۱.....	۹- ضمیمه ۲. نمودار جریان جزئیات جستجو پایگاههای علمی و غربالگری مقالات.....

چکیده

مقدمه: پرداخت‌های غیررسمی در بخش بهداشت و درمان که شکلی از تامین مالی مستقیم از جیب محسوب می‌شوند، ضعیف‌ترین و ناعادلانه‌ترین شیوهی پرداخت برای مراقبت سلامت بوده و در حال حاضر در بسیاری از کشورها یک مانع عمده در راه اصلاح سیستم نظام سلامت به شمار می‌آید. با توجه به اینکه این نوع پرداختها شکلی از فساد سیستماتیک بوده و می‌تواند اثرات نامطلوب بسیاری بر عملکرد نظام سلامت برجای بگذارد، لازم است اقداماتی فعالانه در راستای مدیریت و کاهش آنها متناسب با نظام و ساختار سلامت هر کشور طراحی و اجرا گردد. پیش نیاز هرگونه اقدام در این راستا، بررسی وضعیت موجود و آگاهی از کمیت و کیفیت پرداخت غیررسمی می‌باشد. براین اساس مطالعه حاضر سعی داشت وضعیت دانش کنونی در مورد پرداخت غیررسمی در بخش سلامت را در سطح جهانی، ملی و محلی شناسایی و تحلیل نماید.

روش کار: این پژوهش از نوع مطالعات ثانویه با روش مرور نظام‌مند بود. برای این کار ابتدا با استفاده از ترکیب کلید واژه‌های مرتبط در بانکهای اطلاعاتی معتبر (PubMed، Science Direct، Web of Science، CINHAL، Scopus و Google Scholar) مقالات مربوط به پرداخت غیررسمی شناسایی و استخراج شد. در مرحله بعد با توجه به معیارهای ورود و خروج تعریف شده، در سه مرحله (با توجه به عنوان، چکیده و اصل مقاله) غربالگری صورت گرفت و استخراج داده‌ها بر روی مقالات باقیمانده (۳۸ مقاله) صورت گرفت. تحلیل داده‌ها با توجه متجانس یا نامتجانس بودن آنها به صورت داستان‌وار (نقل قولی) انجام گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها این مطالعه با توجه به اهداف مطالعه در ۹ بخش، توصیف کلی مقالات، روش اندازه‌گیری، فراوانی، حجم و نوع پرداخت، دلایل، اثرات، سیاستهای مقابله با پرداخت‌های غیررسمی و خصوصیات نظام سلامت کشورهای فاقد وجود پرداخت غیررسمی به تفکیک تلخیص شد. بیشترین مطالعات براساس سال چاپ، مربوط به دوره زمانی ۲۰۱۱-۲۰۱۵، به صورت پیمایشی کمی، در بین عموم جامعه و اکثراً با جمعیت نمونه آماری بزرگ (اغلب بیشتر از ۱ هزار نفر) انجام گرفته است. اصلی‌ترین روش جمع‌آوری داده‌ها برای عموم جامعه و بیماران مصاحبه ساختار یافته رو در رو و برای ارائه‌دهندگان خدمت، بحث متمرکز گروهی و مصاحبه رو در رو بود. شیوع پرداخت غیررسمی برای خدمات بستری بیشتر از سرپایی گزارش شده بود. همچنین بیشتر پرداخت‌ها به شکل نقدی و با حجم بیشتر نسبت به غیرنقدی، بیشتر به پزشکان و به ارائه‌دهندگان دولتی صورت گرفته بود. بیشترین دلیل مرتبط به بیماران دریافت خدمات باکیفیت و بهتر، دلیل مرتبط با ارائه‌دهندگان درآمد کم پرسنل و دلیل مرتبط با نظام سلامت ضعیف بودن تامین مالی سلامت و رابطه مستقیم مالی بیمار با پزشک بود. بیشترین اثر منفی ذکر شده در مطالعات، بی‌عدالتی و نابرابری در دسترسی به خدمات و مزایای ذکر شده ایجاد انگیزه در پرسنل درمانی برای ارائه خدمات باکیفیت عنوان شده است. اصلی‌ترین سیاست‌های مقابله با پرداخت غیررسمی، افزایش حقوق و امنیت شغلی پرسنل درمانی، افزایش آگاهی بیماران درباره حقوق بیمار و تغییر ادراکات نادرست و شفافیت سازی لازم پیشنهاد شده است.

نتیجه‌گیری: پرداخت غیررسمی به عنوان عامل اختلال در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و کارایی سیستم و همچنین به عنوان یک مانع بر سر راه اصلاحات سلامت عمل می‌کند. علاوه بر اینکه پرداخت‌های غیررسمی، پرداخت مستقیم از جیب را افزایش می‌دهد آن همچنین ممکن است مخارج کمر شکن سلامت و فقر را در میان افراد فقیر افزایش می‌دهد و همچنین اثرات منفی بر عدالت و سلامت داشته باشد. علاوه بر این یکی از عواملی که سبب گسترش بی‌اعتمادی مردم نسبت به حرفه پزشکی و کم رنگ شدن ارتباط پزشک و بیمار می‌شود بحث پرداخت‌های غیررسمی است. از سوی دیگر جامعه پزشکی هم در قبال اقبال آسیب‌پذیر جامعه مسئولیتی خطیر در جهت محرومیت زدایی دارد و تمام سعیش باید برداشتن باری از دوش آنان باشد نه آنکه با رواج مسائلی از قبیل زیرمیزی و تحمیل مخارج اضافی و محروم را محروم تر کردن بر بار محرومیت جامعه بیفزاید. پس سیاستگذاران برای مقابله و حذف پرداخت غیررسمی از مجموعه ای از استراتژی‌ها از جمله اصلاح تامین مالی و نحوه پرداخت، تنظیم قوانین و مقررات برای مقابله با پرداخت‌های غیررسمی، ایجاد انگیزه و مسولیت پذیری در کارکنان سلامت و تغییر در ادراکات جامعه و سایر سیاستهای متناسب با وضعیت نظام سلامت هر کشور به کار بگیرند.

کلید واژه‌ها: پرداخت مستقیم از جیب، پرداخت غیررسمی، پرداخت زیر میزی، پرداخت نقدی و غیرنقدی

۱- مقدمه و اهمیت موضوع

مهمترین عامل تعیین کننده عادلانه بودن تامین مالی یک نظام سلامت، سهم پیش پرداخت از کل هزینه پرداخت شده توسط خانوار است. پرداخت مستقیم از جیب، معمولا ارتجاعی ترین شیوه پرداخت برای سلامت است و روشی است که بیشترین مواجهه را با خطرات مالی کمرشکن برای افراد به دنبال دارد (۱). از دیدگاه اقتصادی، پرداختهای غیررسمی شکلی از تامین مالی مستقیم از جیب محسوب می شوند، چرا که تأثیرات مشابهی بر روی تقاضا و بار تامین مالی (در مقایسه با پرداختهای قانونی مصرف کنندگان) می گذارند (۲). در واقع پرداخت های غیررسمی سلامت بخشی از پرداختهای مستقیم از جیب است که به طور مستقیم توسط بیماران و خانواده های آنها پرداخت می شود. این پرداختها بدلیل پیامدهای منفی آن به یک نگرانی سیاست عمومی برای بیشتر کشورها اعم از کشورهای با درآمد کم، متوسط و حتی کشورهای پیشرفته در اروپا و آسیا تبدیل شده است (۳).

پرداخت های غیررسمی پرداختهایی هستند که خارج از کانالهای پرداخت رسمی به افراد یا سازمان های ارائه دهنده سلامت به صورت نقدی یا غیر نقدی، شکل می گیرند (۴). به عبارت دیگر پرداختهای غیررسمی به عنوان پرداختهایی تعریف می شود که به ارائه دهندگان سلامت برای خدماتی که برای بیمار بایستی بدون هزینه باشد صورت می گیرد و می تواند به شکلهای مختلف پرداخت نقدی، خدمات بلاعوض و هدیه باشد (۵).

پرداخت های غیر رسمی غالبا زمانی شکل می گیرند که حمایت بودجه ای از نظام مراقبت سلامت به دلیل شرایط سخت اقتصاد کلان، کاهش می یابد و ارائه کنندگان در این میان برای حفظ درآمدشان تلاش می کنند. سنت های محلی نیز حائز اهمیت هستند. در برخی از کشورها، پرداخت این پول ها به خاطر انتظار دریافت مراقبت بهتر از جانب پزشکان (و یا حتی پرستاران) صورت می گیرد. این پرداخت ها، برای برخی از خدمات مراقبت سلامت (مانند جراحی یا زنان و زایمان) به دلیل حاد بودن این نوع خدمات و نیاز به دقت بیشتر، بالاتر است. در کشورهای مختلف اصطلاحات متفاوتی برای اینگونه پرداخت ها به کار می رود: «پول زیرمیزی»، «پول های سیاه»، «پول های خاکستری» و «پول جاری» (۶).

پرداخت غیررسمی برای مراقبت های سلامت می تواند به عنوان یک استراتژی برای مقابله با کمبود منابع و عملکرد ضعیف در هر دو طرف عرضه و تقاضا باشد. بیماران در طرف تقاضا ممکن است پرداخت غیررسمی را به منظور جلو انداختن نوبت، دریافت خدمات بهتر و با کیفیت بالاتر، دسترسی راحت تر به خدمات، مراقبت بیشتر و ایجاد رابطه با پزشکان یا کارکنان دیگر سلامت یا به نوع گارانتی برای مطمئن شدن از دریافت خدمات سلامت در صورت نیاز در آینده به ارائه دهندگان سلامت بپردازند. از طرف دیگر ارائه دهندگان در طرف عرضه، ممکن است پرداخت غیررسمی را به منظور افزایش حقوق کم خود دریافت کنند. پرداختهای غیررسمی عمدتا به دلیل مشکلات عرضه است و همچنین ریشه عمیقی در هنجارهای اجتماعی و فرهنگی دارند. با توجه به اینکه عوامل موثر بر عرضه شامل بودجه کم سازمانهای ارائه دهندگان سلامت و حقوق پایین کارکنان می باشد پرداخت های غیررسمی به عنوان یک ابزار جمع آوری بودجه اضافی برای سازمان های سلامت به طور کلی، و به پزشکان به طور خاص، عمل می کند. در واقع دستمزد کم، پرداخت حقوق و دستمزد نامنظم و عدم توجه دولت باعث می شود ارائه دهندگان به خصوص پزشکان، این نوع پرداختها را دریافت کنند و مشارکت مالی بیماران را تنها منبع درآمدی خود برای پرکردن این شکاف بدانند (۲، ۳، ۷).

دلایل مختلفی برای وجود پرداخت غیررسمی وجود دارد از جمله: الف) فرهنگ هدیه دادن ب) حقوق پایین کارکنان پزشکی پ) کمبود منابع و تدارکات مواد ت) قدرت چانه زنی کارکنان پزشکی با بیمار ث) کیفیت پایین خدمات ج) نظارت ضعیف در سیستم سلامت ح) عدم قوانین و عدم پاسخگویی دولت (۸).

پرداخت های خصوصی به پزشکان، پرستاران و سایر اعضای تیم سلامت موجب پیدایش یک بازار غیررسمی در داخل شبکه نظام سلامت می گردد که چنین پرداخت هایی خارج از کنترل های مالی دولت، دستورالعمل های اجرایی، خط مشی ها و حسابرسی های موجود در نظام سلامت ملی قرار دارند و به مانند اکثر بخش های غیررسمی دیگر، اغلب غیرقانونی و گزارش نشده هستند. در حقیقت پرداخت های غیررسمی نوعی فساد اداری محسوب می شوند. موضوع پرداخت غیررسمی به طور اجتناب ناپذیری با فساد در ارتباط است و به عنوان

استفاده از اداره عمومی برای منافع شخصی به کار می رود. شایعترین این پرداختها آن است که ارائه دهندگان با استفاده از قدرت خود و یا موقعیت بازار از بیماران یک مبلغ اضافی را دریافت کنند(۹).

هنگامی که تامین مالی سیستم سلامت تا حدود زیادی به وسیله پرداخت غیر رسمی تامین شود ارائه دهندگان انگیزه برای ارائه خدمات جذاب تر اما غیر ضروری که به ناکارآمدی بیشتر تولید منجر می شود پیدا می کنند. پرداخت غیررسمی به عنوان عامل اختلال در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و کارایی سیستم و همچنین به عنوان یک مانع بر سر راه اصلاحات سلامت عمل می کند. علاوه بر اینکه پرداخت مستقیم از جیب را افزایش می دهد، ممکن است مخارج کمر شکن سلامت و فقر را در میان افراد فقیر افزایش دهد، اثرات منفی بر عدالت و سلامت داشته و همچنین در مورد افرادی که بیمه دارند و این نوع پرداخت ها را داشته باشند شک و تردید را در مورد اثر محافظت ریسک مالی به وجود می آورد. هر چند ارائه دهنده گان می توانند تبعیض قیمت را به نفع فقرا عمل کنند پیامد های عدالت پرداخت های غیر رسمی مبهم است، با این حال تعدادی از کشورها نشان داده اند که پرداخت غیر رسمی یک مکانیسم مالی واپسگراست(۳).

این پرداختها منجر به کاهش عدالت در سلامت، کاهش دسترسی به خدمات و استفاده از خدمات سلامت، ناامیدی در جامعه بخصوص افراد بی بضاعت، کاهش انگیزه در ارائه کنندگان خدمت برای ارائه خدمات باکیفیت، از دست دادن اعتماد به نفس و احساس بندگی در کارکنان سلامت، فساد در بخش سلامت، ارائه اطلاعات نادرست در مورد میزان هزینه های بیماری و میزان سهم بیمار از این هزینه ها و در نتیجه تصمیمات و سیاستگذاریهای نادرست براساس این اطلاعات نادرست و عامل اختلال در کارایی و اصلاحات در نظام سلامت می شود(۸، ۱۰). از طرفی دیگر برخی از نویسندگان پیشنهاد می کنند که بخشی از این پرداخت ها را می توان به عنوان هزینه مشارکت در نظر گرفت از آنجایی که ممکن است آنها اطمینان حاصل کنند کارکنانی که این پول را دریافت می کنند در محل خدمت خود باقی بمانند(۱۱). حتی اگر پرداخت های غیر رسمی شکل یکسانی از دستمزد رسمی به خود بگیرند همان طور که گال آن را ذکر کرده است آنها در بدترین شکل ممکن از تامین مالی خصوصی می توانند باشد. اولاً آنها یک مانع دسترسی به خدمات سلامت می باشد و به دلیل عدم وجود سیاست های معافیته و اختیاری نبودن پرداخت ها بیشتر از پرداخت های رسمی بر فقر تاثیر می گذارد. ثانیاً پرداخت های غیر رسمی خطر بالقوه ای برای کارایی مراقبت های سلامت محسوب می شود که منابع را به سمت خدماتی که سودآور هستند نه به خدماتی که بیشترین اثربخشی را دارند و به بیمارانی که سودآوری بیشتری دارند نه به کسانی که بیشترین نیاز را دارند هدایت می کند. ثالثاً آنها انگیزه های منفی را ایجاد می کنند که مانع برای سیاست های سلامت می باشد. و در نهایت ماهیت غیر رسمی پرداخت های غیر رسمی توانایی دولت ها برای بالا بردن منابع مالی و تنظیم تامین مالی سلامت را تضعیف می کند(۸، ۱۰).

به دلایل مذکور لازم است اقداماتی فعالانه در راستای مدیریت و کاهش آنها طراحی و اجرا گردد. پیش نیاز هرگونه اقدام در این راستا، بررسی وضعیت موجود و آگاهی از کمیت و کیفیت پرداخت غیررسمی می باشد. براین اساس مطالعه حاضر در نظر داشت وضعیت دانش کنونی در مورد پرداخت غیررسمی را در سطح جهانی، ملی و محلی در زمینه های شیوع، میزان، دلایل، اثرات، عوامل تاثیرگذار و بخصوص تجارب کشورهای دیگر را در زمینه های سیاستهای مقابله با این نوع پرداخت ها و ویژگیهای نظام سلامت کشورهایی که این نوع پرداخت ها را ندارند را شناسایی و تحلیل نماید.

۲- اهداف مطالعه

۲-۱- هدف کلی

شناسایی و تحلیل مطالعات مربوط فراوانی و حجم، روشهای اندازه گیری، علل، پیامدها و مداخلات مؤثر پرداخت غیررسمی در بخش سلامت

۲-۲- اهداف اختصاصی

- ۱-۲-۲- شناسایی و تحلیل شواهد جهانی، ملی و محلی در خصوص فراوانی و حجم پرداخت غیررسمی در بخش سلامت
- ۲-۲-۲- شناسایی و تحلیل شواهد جهانی، ملی و محلی در خصوص روشهای اندازه گیری پرداخت غیررسمی در بخش سلامت
- ۳-۲-۲- شناسایی و تحلیل شواهد جهانی، ملی و محلی در خصوص علل و ریشه های پرداخت غیررسمی در بخش سلامت
- ۴-۲-۲- شناسایی و تحلیل شواهد جهانی، ملی و محلی در خصوص پیامدهای پرداخت غیررسمی در بخش سلامت
- ۵-۲-۲- شناسایی و تحلیل شواهد جهانی، ملی و محلی در خصوص عوامل تاثیرگذار بر پیامدهای پرداخت غیررسمی در بخش سلامت
- ۶-۲-۲- شناسایی و تحلیل شواهد جهانی، ملی و محلی در خصوص مداخلات مؤثر کاهش یا حذف پرداخت غیررسمی در بخش سلامت
- ۷-۲-۲- شناسایی و تحلیل تجارب موجود در خصوص نظامهای سلامتی که پرداخت غیررسمی ندارند.

۳- روش انجام پژوهش

۳-۱- نوع مطالعه: مطالعه حاضر نوع مطالعات ثانویه با روش مرور نظام مند بود که دامنه آن مطالعاتی با موضوع پرداخت غیررسمی را دربرداشت.

۳-۲- راهبرد جستجو: به منظور اطمینان از بیشترین بازایی مطالعات واجد شرایط، تلاش شد از یک راهبرد جستجوی جامع استفاده شود. جستجوی اولیه با مراجعه به کتابخانهها و مطالعه مستندات مرتبط و نیز موتور جستجوی Google Scholar انجام گرفت. این جستجو ضمن فراهم آوردن امکان دستیابی به منابع غنی اطلاعات در مراحل اولیه، پژوهشگران را در شناسایی واژههای کلیدی و پایگاههای دادهای مرتبط یاری رساند. جستجوی اصلی، بعد از این مرحله و با بهره گیری از روشهای مختلف جستجوی منابع الکترونیکی، بازبینی فهرست منابع مقالات مرتبط، جستجوی دستی مجلات اصلی و تماس با صاحب نظران و کارشناسان مطلع علمی و اجرایی به شرح زیر انجام و فهرست کاملی از شواهد مرتبط استخراج شد:

○ منابع الکترونیکی: فهرست کلیدواژههای مناسب و پایگاههای دادهای مرتبط و در دسترس تهیه و سپس به منظور اطمینان از جامعیت و صحت آنها، این فهرست برای تعدادی از اساتید و کارشناسان مطلع ارسال و نظرات آنها جمع-آوری می گردد. جستجو با استفاده از کلیدواژههای منتخب و براساس روش خاص جستجوی هر پایگاه، در پایگاههای مناسب انجام می گیرد. ترکیبی از دو جزء کلیدواژه برای این منظور استفاده شد. جزء اول کلیدواژه ها شامل: *under the counter*، *out of pocket payment*، *unofficial payment*، *informal payment*، *payment*، *under the table payment* و *envelope payment* بود. برای جزء دوم کلیدواژه ها از *health care*، *health services* و *hospital* استفاده شد. با استفاده از ترکیبهای ممکن این کلیدواژه ها، بانکهای اطلاعاتی PubMed، Science Direct، Web of Science، CINHAL، Scopus جستجو شد.

○ بازبینی فهرست منابع مقالات مرتبط: فهرست منابع مطالعات مرتبط، به ویژه مطالعاتی که واجد شرایط ورود به مرور بودند، بررسی شد. حاصل این بررسی، شناسایی مطالعاتی بود که امکان بازایی آنها از طریق منابع الکترونیکی وجود نداشت. دستیابی به این مطالعات از طریق تماس با نویسندگان و درخواست ارسال متن کامل آنها، صورت پذیرفت.

۳-۳- معیارهای ورود: تنها مقالات تجربی (Empirical) که در مجلات *peer-review* چاپ شده اند به مرور وارد شدند. با توجه به محدودیت های منابع جهت ترجمه، مطالعات منتشر شده به زبان انگلیسی بین سالهای ۱۹۹۰ (اول ژانویه) تا ۲۰۱۵ (۳۰ نوامبر) بررسی شد. انتخاب سال ۱۹۹۰ به دلیل شروع انجام مطالعات قوی پرداخت های غیررسمی از این سال بود.

۳-۴- معیارهای خروج: مقالات غیر انگلیسی زبان، که پرداخت غیر رسمی را در حوزه‌ایی غیر از سلامت بررسی کردند، یا قبل از سال ۱۹۹۰ میلادی بچاپ رسیده بودند، یا غیر مرتبط با اهداف مطالعه ما بودند و همچنین مطالعات مروری از مطالعه خارج شدند (البته از مقالات مروری برای یافتن مقالات رفرنس داده شده که در جستجوی ما یافت نشده است استفاده شد).

۳-۵- ارزیابی و گزینش مطالعات: جستجو در پایگاههای مذکور منجر به بازیابی ۱۲۵۲ مقاله شد {PubMed (۱۶۶), Science Direct (۱۷۷), Cinhal (۶۵), Web of Science (۱۷۹), Scopus (۶۳۸), Google Scholar (۲۷)} بعد از یافتن مقالات جستجو شده، دو نفر از اعضای تیم پژوهشی آشنا به موضوع و انجام مرور نظام‌مند، همزمان عناوین مقالات را بررسی کردند و با اطمینان از غیر مرتبط بودن یا نبودن مقالات نسبت به باقی ماندن در مرحله بعد تصمیم‌گیری کردند. تصمیم‌گیری بدین ترتیب بود که ضرورتاً هر دوفرد باید نسبت به باقی ماندن مقاله نظر مثبت داشته و یا درصورت مخالف یکی از دوطرف، فرد مقابل با دلایل قانع‌کننده نظر مثبت فرد مخالف را جلب می‌کرد. در غیر این صورت مقاله مورد بحث از مطالعه خارج می‌شد. سپس بعنوان فیلتر دوم، تعداد مقالات باقی مانده تحت بررسی "خلاصه" مقاله قرار می‌گرفتند و باز هم درصورت نظر مساعد همزمان دو کارشناس مقالات مرتبط برای بررسی بیشتر بایگانی می‌شدند. مرحله نهایی گزینش مطالعات، مطالعه کامل مقالات از نظر اهداف اصلی و نیز معیارهای مطالعه بود. مقالاتی که (شیوع) فراوانی، روشهای اندازه‌گیری، علل، پیامدها و مداخلات مؤثر پرداخت غیر رسمی در بخش سلامت را مورد بررسی قرار داده و مقالات معتبر و Original بودند، برای ارائه گزارش نهایی استفاده شدند. تعداد مطالعات در پایان مرحله گزینش ۳۸ مطالعه بود. مراحل غربالگری مطالعات در نمودار ضمیمه ۲ آمده است. لازم به ذکر است از مقالات مروری برای یافتن مقالات جدید به سبک گلوله برفی استفاده شد. از مقالات و مطالعات داخلی که معیارهای ورود به مطالعه ما را نداشتند، به صورت مجزا در بخش نتایج برای بررسی وضعیت پرداخت غیررسمی در کشور استفاده گردید.

۳-۶- استخراج داده‌ها: جزئیات داده‌های ۳۸ مطالعه‌ی وارده به مرور در بخش‌های مشخصات مطالعه (عنوان، زبان، نویسنده/گان، سال، مکان و نوع انتشار)، هدف، محیط، نوع و جامعه مطالعه، نمونه‌گیری و حجم نمونه، ابزار جمع‌آوری داده و روش تحلیل، یافته‌های اصلی، نتیجه‌گیری، محدودیت‌های و قوت‌های مطالعه با استفاده از فرم طراحی شده، استخراج شد.

۳-۷- روش تحلیل: با توجه به نامتجانس بودن مطالعات وارده به مرور از روش داستان‌وار برای ترکیب و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

۴- نتایج

۴-۱- توصیف کلی مطالعات

جدول ۱ جزئیات مربوط به وضعیت مطالعات وارد به مرور را نشان می‌دهد. همانگونه که جدول نشان می‌دهد بیشترین مطالعات براساس سال چاپ، مربوط به دوره زمانی ۲۰۱۱-۲۰۱۵ و بعد از آن مربوط به دوره ۲۰۰۶-۲۰۱۰ می‌باشد. در واقع ۹۰ درصد مطالعات مورد بررسی در این مطالعه در سالهای ۲۰۰۶ به بعد به چاپ رسیده‌اند. از لحاظ سال انجام مطالعه (جمع‌آوری داده‌ها) بیشترین مطالعات مربوط به دوره‌های زمانی ۲۰۰۱-۲۰۰۵ و ۲۰۰۶-۲۰۱۰ می‌باشد. حدود ۶۸ درصد مطالعات در بین سالهای ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۰ و ۱۶ درصد در سالهای ۲۰۱۱ به بعد انجام گرفته‌اند.

بیشترین مطالعات به صورت مقاله در مجله Health Policy (۹ مقاله) و BMC Health Services Research (۳ مقاله) به چاپ رسیده است. با توجه به تقسیم‌بندی بانک جهانی^۱، بیشترین مطالعات صورت گرفته مربوط به کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط (۱۷ کشور) و کشورهای با درآمد بالا (۱۵ کشور) می‌باشد. از ۳۸ مطالعه وارده به مرور ۴ مورد فراملی بوده و همزمان در چند کشور صورت گرفته و بقیه تنها در یک کشور انجام گرفته است.

^۱ - World Bank: Country groups by income; ۲۰۰۹ [http://go.worldbank.org/DVSN0BAYU0].

جدول ۱- توصیف کلی مقالات

کد مقالات	تعداد	زیر مجموعه	دسته بندی
	۰	۱۹۹۵-۱۹۹۰	سال انتشار
۹	۱	۲۰۰۰-۱۹۹۶	
۳،۵،۳۴	۳	۲۰۰۵-۲۰۰۱	
۱،۲،۴،۱۲،۱۵،۱۶،۲۱،۲۴،۲۵،۲۸،۲۹،۳۰،۳۱	۱۳	۲۰۱۰-۲۰۰۶	
۶،۷،۸،۱۰،۱۱،۱۳،۱۴،۱۷،۱۸،۱۹،۲۰،۲۲،۲۳،۲۶،۲۷،۳۲،۳۳،۳۵،۳۶،۳۷،۳۸	۲۱	۲۰۱۵-۲۰۱۱	
۹	۱	۱۹۹۵-۱۹۹۰	سال جمع آوری داده ها
۳،۱۳،۲۹،۳۱،۳۴	۵	۲۰۰۰-۱۹۹۶	
۲،۴،۵،۱۲،۱۳،۱۶،۲۳،۲۵،۲۶،۲۷،۲۸،۳۰،۳۳	۱۳	۲۰۰۵-۲۰۰۱	
۶،۷،۸،۱۰،۱۱،۱۷،۱۹،۲۰،۲۲،۲۴،۳۳،۳۷،۳۸	۱۳	۲۰۱۰-۲۰۰۶	
۱۴،۱۸،۳۲،۳۵،۳۶،۳۸	۶	۲۰۱۵-۲۰۱۱	
۱،۱۵،۲۱	۳	نامشخص	
۱،۳،۵،۶،۹،۱۰،۱۵،۲۱،۲۲،۲۹	۱۰	Health Policy	نام مجله منتشر کننده مقالات
۲۴،۳۴	۲	Health Policy and Planning	
۱۳،۱۶،۲۶	۳	BMC Health Services Research	
۸،۳۶	۲	European Journal Health economic	
۷،۳۸	۲	European Journal of Public Health	
۲۵،۳۰	۲	Social Science & Medicine	
۱۱	۱	Journal of Asian Economics	
۴	۱	Health Affairs	
۲۷	۱	BMC Public Health	
۱۴	۱	Iranian journal of Public Health	
۱۷	۱	Health Expect	
۱۹	۱	THE INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT	
۲۰	۱	Health Science Journal	
۲۳	۱	Health Sociology Review	
۳۲	۱	Journal of Business Ethics	
۳۱	۱	Journal of Social Policy	
۱۲	۱	Central Asian Survey	
۳۳	۱	Applied Economics	
۳۵	۱	Journal of Social Service Research	
۳۷	۱	Communist and Post-communist Studies	
۲۸	۱	Human Resources for Health	

۲	۱	Journal Medical System	
۱۸	۱	Health Economics, Policy and Law	
۱۳،۲۰،۲۲،۲۸،۳۴	۵	کشورهایی با درآمد کم	دسته بندی
۵،۱۱،۱۲،۱۳،۱۷،۲۱،۳۷	۷	کشورهایی با درآمد کمتر از متوسط	درآمدی کشورهای محل انجام مطالعه
۲،۳،۴،۶،۷،۹،۱۳،۱۴،۱۷،۲۳،۲۶،۲۷،۳۰،۳۳،۳۵،۳۷،۳۸	۱۷	کشورهایی با درآمد بیشتر از متوسط	
۱،۸،۱۰،۱۵،۱۶،۱۷،۱۸،۱۹،۲۴،۲۵،۲۹،۳۱،۳۳،۳۵،۳۷	۱۵	کشورهایی با درآمد بالا	
۱،۲،۳،۴،۵،۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲،۱۴،۱۵،۱۸،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۴،۲۵ ۲۶،۲۷،۲۸،۲۹،۳۰،۳۱،۳۲،۳۳،۳۴،۳۵،۳۶،۳۸	۳۴	یک کشور	تعداد کشورهای موجود در مطالعه
۱۳،۱۶،۱۷،۳۷	۴	چند کشور	
۳،۷،۹،۱۷،۳۷،۳۸	۶	بلغارستان	کشورهای محل انجام مطالعه
۸،۱۷،۱۹،۲۹،۳۲،۳۷	۶	مجارستان	
۲۶،۲۷،۳۰،۳۳	۴	آلبانی	
۱،۱۰،۱۵،۳۶	۴	یونان	
۱۷،۳۷	۲	اکراین	
۱۳،۱۶،۳۷	۳	لیتوانی	
۲،۴،۳۵	۳	ترکیه	
۱۴	۱	ایران	
۱۷،۳۷	۲	لهستان	
۱۸،۲۴،۳۱	۳	روسیه	
۱۷،۳۷	۲	رومانی	
۲۲،۳۸	۲	تنزانی	
۱۳،۱۶	۲	لتونی و استونی	
۵	۱	گرجستان	
۶	۱	صربستان	
۱۲	۱	قرقیزستان	
۱۱	۱	مولداوی	
۱۳	۱	بنگلادش، پاکستان، اوگاندا، آفریقای جنوبی	
۲۰	۱	نپال	
۲۱	۱	نیجریه	
۲۳	۱	چین	
۲۵	۱	تایوان	
۳۴	۱	کامبوج	

۴-۲- روش اندازه گیری پرداخت غیررسمی خدمات سلامت

بیشتر مطالعات مربوط به پرداخت غیررسمی به صورت پیمایشی کمی، در بین عموم جامعه و اکثراً با جمعیت نمونه آماری بزرگ (اغلب بیشتر از ۱ هزار نفر) انجام گرفته است. مطالعات کیفی بیشتر در بین ارائه دهندگان خدمت و با تعداد نمونه آماری کوچکتر (کمتر از ۱۵۰ نفر) انجام گرفته است. از لحاظ روش نمونه گیری بیشتر مقالات روش نمونه گیری تصادفی (ساده و طبقه بندی شده) را به کار گرفته اند. بعضی مطالعات هم به دلیل اینکه از داده های ثانویه استفاده کرده اند (به عنوان مثال مطالعات پیمایشی ملی در سطح بزرگ) به روش نمونه گیری در مقاله اشاره نکرده تاند. بیشترین روش جمع آوری داده ها برای عموم جامعه و بیماران مصاحبه ساختار یافته رو در رو و بیشترین روش استفاده شده برای ارائه دهندگان خدمت، بحث متمرکز گروهی می باشد. جزئیات بیشتر در مورد روش اندازه گیری پرداخت غیررسمی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- مشخصات جامعه آماری و نحوه انجام مطالعات

دسته بندی	زیر مجموعه	تعداد	کد مقالات	
واحد نمونه گیری براساس نوع مطالعه	کمی	۲۴	۱،۲،۳،۴،۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲،۱۳،۱۵،۱۶،۱۷،۱۸،۱۹،۲۶،۲۷،۲۹،۳۱،۳۳،۳۵،۳۶،۳۷،۳۸	
	بیماران	۶	۱۰،۱۱،۲۰،۲۱،۲۴،۳۴	
	ارایه دهندگان	۱	۱۳	
	مسولان (مدیران)	۱	۱۳	
کیفی	عموم جامعه (خانوار و افراد)	۱	۳۰	
	بیماران	۲	۳،۵	
	ارایه دهندگان	۷	۳،۵،۱۴،۲۲،۲۳،۲۸،۳۰	
	مسولان (مدیران)	۳	۱۲،۲۲،۲۸	
حجم نمونه براساس نوع مطالعه	سایر (روزنامه و رسانه)	۲	۲۵،۳۲	
	کمتر از ۱ هزار نفر	۴	۹،۱۰،۲۰،۳۱	
	۱- ۲ هزار نفر	۶	۳،۷،۸،۲۹،۳۵،۳۸	
	۲- ۳ هزار نفر	۴	۱۹،۲۱،۲۴،۳۶	
	۳- ۴ هزار نفر	۲	۲،۴	
	۴- ۵ هزار نفر	۲	۱،۱۵	
	۵- ۱۰ هزار نفر	۴	۱۷،۱۸،۳۳،۳۷	
	بالاتر از ۱۰ هزار نفر	۸	۶،۱۱،۱۲،۱۳،۱۶،۲۶،۲۷،۳۴	
	کیفی	۱- ۵۰ نفر	۲	۱۴،۲۳
		۵۰- ۱۰۰ نفر	۳	۳،۲۲،۲۸
۱۰۰- ۱۵۰ نفر		۲	۵،۳۰	
نامشخص		۲	۲۵،۳۲	
روش انتخاب نمونه	تصادفی (ساده و طبقه بندی شده)	۲۲	۱،۲،۳،۴،۷،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۵،۱۶،۱۷،۱۹،۲۲،۲۴،۲۸،۲۹،۳۰،۳۳،۳۶،۳۷،۳۸	

۵۶.۲۷	۳	طبقه بندی شده	
۱۴	۱	مبتنی بر هدف	
۲۰.۴۰	۲	آسان	
۵.۲۳	۲	گلوله برفی	
۲۵.۳۴	۲	تمام نمونه های ممکن	
۱۳.۱۸.۲۱.۲۶.۳۲.۳۵.۱۲	۷	نامشخص	
۱۱.۲۱.۳۶	۳	پرسش نامه خود ایفا	روش جمع آوری
۴.۷.۸.۹.۱۰.۱۲.۱۶.۱۷.۱۸.۱۹.۲۴.۲۹.۳۱.۳۵.۳۷.۳۸	۱۶	مصاحبه ساختار یافته رو-در-رو	داده ها برای عموم جامعه و بیماران
۱.۲.۱۵	۳	مصاحبه تلفنی	
۳.۵.۲۰.۳۰	۴	مصاحبه عمیق / نیمه ساختار یافته	
۵.۱۳.۳۰	۳	بحث متمرکز گروهی	
۶.۲۱.۲۶.۲۷.۳۲.۳۳.۳۴	۷	نامشخص	
۱۳.۱۶.۳۰	۳	مصاحبه رو-در-رو	روش جمع آوری
۵.۱۴.۲۲	۳	مصاحبه عمیق / نیمه ساختار یافته	داده ها برای ارائه دهندگان خدمت و مسولین
۳.۲۲.۲۳.۲۸.۳۰	۵	بحث متمرکز گروهی	
۲۱	۱	نامشخص	
۲.۴	۲	۲ ماه گذشته	دوره یادآوری برای خدمات بستری
۵.۱۸	۲	۳ ماه گذشته	
۱.۶.۷.۸.۱۵.۱۷.۲۶.۲۷.۲۹.۳۳.۳۵.۳۶.۳۸	۱۳	۱۲ ماه گذشته	
۹	۱	۲ سال گذشته	
۲۴	۱	۳ سال گذشته	
۱۰.۱۶.۱۹.۲۰	۴	آخرین بستری یا حین ترخیص	
۳.۳۷	۲	بدون بازه زمانی (کل سالهای عمر)	
۱۱.۱۳.۳۱	۳	نامشخص	
۵۶.۱۸.۲۷.۳۳	۵	۱ ماه گذشته	دوره یادآوری برای خدمات سرپایی
۲.۴	۲	۲ ماه گذشته	
۷.۸.۱۷.۲۴.۲۶.۲۹.۳۵.۳۶.۳۸	۹	۱۲ ماهه گذشته	
۹	۱	۲ سال گذشته	
۱۶.۱۹	۲	آخرین ویزیت	
۳.۳۷	۲	بدون بازه زمانی	
۱۱.۱۳.۳۱	۳	نامشخص	

۴-۳- فراوانی پرداخت های غیررسمی خدمات سلامت

به دلیل ماهیت مخفیانه پرداخت غیررسمی، محاسبه دقیق آن مشکل است. این پرداختها اغلب غیرقانونی بشمار می روند و اغلب گزارش یا ثبت نمی شوند. بیماران و ارائه دهندگان به دلیل ماهیت غیر قانونی یا غیراخلاقی بودن آن از گزارش این نوع پرداخت ها سرباز می زنند بنابر این اندازه گیری شیوع و فراوانی این نوع پرداخت ها دقیق نمی باشد و به همین دلیل انتظار می رود میزان پرداخت غیررسمی در تحقیقات علمی حداقل کمتر از میزان واقعی آن تخمین زده شده است. از طرف دیگر هنگامی که پرداخت هزینه توسط بیماران به صورت رسمی به یک صندوق ارائه خدمت صورت می گیرد بیماران قادر به تشخیص لزوم پرداخت ها از لحاظ قانونی و فنی (مسائل پزشکی) نمی باشند. بطور مثال اگر دارویی توسط دولت تحت پوشش باشد پرداخت بابت آن غیررسمی به حساب می آید. بنابر این به دلیل عدم آگاهی کامل بیماران از مسائل پزشکی و نیازهای درمانی و هزینه های قانونی که باید بپردازند محاسبه این پرداخت ها مشکل می باشد. باوجود این مسائل، مطالعات زیادی در ارتباط با پرداخت غیررسمی انجام گرفته است هر چند منابع داده ها متفاوت است و مطالعات از لحاظ وسعت (در سطح ملی، استانی (ایالت) و ناحیه ای)، نوع مرکز (دولتی، خصوصی و به صورت کلی)، نوع خدمت (سرپایی، بستری و یا به صورت کلی)، نوع پرداخت غیررسمی (نقدی، غیرنقدی) و دوره یادآوری (یک ماه تا کل سالهای زندگی) با هم متفاوتند و لذا این مسئله، ارایه نتایج فراوانی پرداخت غیررسمی گزارش شده در مطالعات متفاوت را در یک چهارچوب کلی مشکل می سازد و بنابراین مقایسه فراوانی پرداخت غیررسمی باید با دقت و وسوس انجام گیرد. در جدول ۳ فراوانی پرداخت های غیررسمی در مطالعات تحت بررسی به تفکیک نوع خدمت (بستری، سرپایی) و و کشور محل انجام مطالعه ارائه شده است. در مجموع از ۳۸ مقاله مورد بررسی در این مطالعه، ۲۵ مقاله فراوانی پرداخت غیررسمی را در ۱۸ کشور متفاوت محاسبه کرده اند. لازم به ذکر است بعضی مطالعات فقط شیوع پرداخت غیررسمی را به شکل نقدی (کدهای ۳۷، ۳۱، ۱۶، ۱۳، ۹) و هدیه (کدهای ۳۷، ۲۷، ۱۶) بررسی و گزارش داده اند. با توجه به جدول شیوع پرداخت غیررسمی در بخش بستری (بیمارستانی) بیشتر از بخش های سرپایی است. همه مطالعات به جز مطالعه Balabanova در بلغارستان {کد ۳} که شیوع پرداخت غیررسمی را به نسبت افراد پاسخ دهنده ارزیابی کرده است بقیه به نسبت افراد استفاده کننده از خدمات سلامت گزارش کرده اند. همچنین بعضی مطالعات مانند مطالعه Fotaki در روسیه {کد ۳۱} که در روسیه انجام گرفته و فراوانی بالایی نسبت به سایر مطالعات در روسیه گزارش کرده است، دوره یادآوری نامحدود (کل سالهای زندگی) را در نظر گرفته است و همین امر می تواند دلیل بالا بودن پرداخت غیررسمی نسبت به سایر مطالعات در آن کشور باشد. بعضی از مقالات هم مانند Kaitelidou در یونان {کد ۱۰} و Simkhada در نپال {کد ۲۰} فقط در بخش زایمان که انتظار می رود فراوانی پرداخت غیررسمی بیشتر باشد شیوع پرداخت غیررسمی را محاسبه کرده اند و همین امر باعث شده است که شیوع این نوع پرداخت ها نسبت به سایر مقالات بیشتر بوده است.

جدول ۳- فراوانی (شیوع) پرداخت غیررسمی

نوع خدمت	درصد پرداخت غیررسمی	تعداد	کد مقالات	کشور و سال انجام مطالعه (سال گردآوری اطلاعات)
سرپایی	۱-۱۰ درصد	۳	۶،۱۸،۳۸	صربستان (۲۰۰۷) - روسیه (۲۰۱۱) - بلغارستان (۲۰۱۱)
	۱۱-۲۰ درصد	۴	۷،۱۹،۲۹،۳۸	بلغارستان (۲۰۱۰) - مجارستان (۲۰۰۷) - مجارستان (۱۹۹۹)
	۲۱-۳۰ درصد	۴	۲،۸،۲۶،۲۷	ترکیه (۲۰۰۲) - مجارستان (۲۰۱۰) - آلبانی (۲۰۰۲، ۲۰۰۵) - آلبانی (۲۰۰۵)
	۳۱-۴۰ درصد	۱	۳۶	یونان (۲۰۱۲)
بستری	۱-۱۰ درصد	۰	-	-
	۱۱-۲۰ درصد	۳	۶،۱۸،۳۸	صربستان (۲۰۰۷) - روسیه (۲۰۱۱) - بلغارستان (۲۰۱۱)
	۲۱-۳۰ درصد	۱	۳۵	ترکیه (۲۰۱۴)
	۳۱-۴۰ درصد	۵	۱،۷،۱۹،۳۶،۳۸	یونان (نامشخص) - بلغارستان (۲۰۱۰) - مجارستان (۲۰۰۷) - یونان (۲۰۱۲)
	۴۱-۵۰ درصد	۲	۸،۱۹	مجارستان (۲۰۰۷) - مجارستان (۲۰۱۰)
	۵۱-۶۰ درصد	۳	۲۶،۲۷،۲۹	آلبانی (۲۰۰۲، ۲۰۰۵) - آلبانی (۲۰۰۵) - مجارستان (۱۹۹۹)
	بالای ۶۰ درصد	۳	۲،۱۰،۲۰	ترکیه (۲۰۰۲) - یونان (۲۰۱۰) - نپال (۲۰۰۷)
کلی (بستری و سرپایی)	۱-۱۰ درصد	۴	۶،۱۳،۱۷،۱۸	صربستان (۲۰۰۷) - پاکستان (۲۰۰۴) - روسیه (۲۰۱۱) - لهستان (۲۰۱۰)
	۱۱-۲۰ درصد	۵	۷،۱۳،۱۶،۱۷،۲۴	بلغارستان (۲۰۱۰) - بنگلادش (۲۰۰۳) - کشورهای بالتیک (۲۰۰۲) - بلغارستان (۲۰۱۰) - روسیه (۲۰۰۹)
	۲۱-۳۰ درصد	۴	۳،۱۱،۱۳،۱۷	بلغارستان (۱۹۹۷) - مولداوی (۲۰۰۸) - بنگلادش (۱۹۹۹) - اوگاندا (۱۹۹۸) - لیتوانی، مجارستان (۲۰۱۰)
	۳۱-۴۰ درصد	۲	۲،۱۷	ترکیه (۲۰۰۲) - رومانی (۲۰۱۰)
	۴۱-۵۰ درصد	۴	۹،۱۷،۳۲،۳۷	بلغارستان (۱۹۹۴) - اکراین (۲۰۱۰) - مجارستان (۲۰۱۳) - نقدی در ۶ کشور بلغارستان، مجارستان، لیتوانی، لهستان، اکراین، رومانی (۲۰۱۰)
	۵۱-۶۰ درصد	۱	۳۷	غیرنقدی در ۶ کشور بلغارستان، مجارستان، لیتوانی، لهستان، اکراین، رومانی (۲۰۱۰)
	بالای ۶۰ درصد	۱	۳۱	روسیه (۲۰۰۰)

۴-۴- نوع، فرد دریافت کننده و حجم پرداخت های غیررسمی خدمات سلامت

نوع، فرد و حجم پرداخت ها در مقالات تحت بررسی، به روشهای متفاوت گزارش و ارائه شده است و روش مشابهی را به کار نبرده اند. هر چند تعداد مقالات در این زمینه ها هم اندک است. البته مقالات زیادی حجم پرداخت غیررسمی را گزارش کرده اند که گزارش آنها به صورت کلی، روشی مناسب نمی باشد. زیرا هر کدام از حجم پرداخت ها مربوط به یک کشور و سالهای متفاوت است و ارائه و مقایسه این اطلاعات به صورت خام بدون آگاهی از درآمد و قدرت خرید و نرخ تورم آن کشورها ناقص بوده و انجام این کار خارج از اهداف این پروژه می باشد. ولی با توجه به نتایج استخراج شده از مقالات، مجموعه اطلاعات کلی و مشترکی یافته شده که خلاصه آن در جدول ۴ آمده است.

بیشتر مقالات به جز ۶ مقاله هر دو نوع پرداخت غیررسمی (نقدی و غیر نقدی) را در نظر گرفته اند. همانگونه که جدول نشان می دهد فراوانی و حجم پرداخت غیررسمی نقدی بیشتر از غیرنقدی (هدیه، خدمت بلاعوض و ...) می باشد. در همه مقالاتی که حجم پرداخت ها را به تفکیک سرپایی و بستری محاسبه کرده اند حجم پرداخت غیررسمی برای خدمات بستری بیشتر از خدمات سرپایی می باشد. پزشکان بیشترین فراوانی دریافت کنندگان پرداخت غیررسمی هستند. پرداخت های غیررسمی بیشتر اختیاری انجام گرفته است. مالکیت دریافت کنندگان پرداخت غیررسمی نیز عمدتاً دولتی بود.

جدول ۴- ویژگیهای پرداخت غیررسمی گزارش شده

کد مقالات	تعداد	زیر مجموعه	دسته بندی
۲،۴،۸،۱۱،۱۸،۲۰	۶	بیشتر نقدی	نوع پرداخت از لحاظ شیوع
۳،۷،۱۱	۴	بیشتر غیرنقدی (هدیه و خدمت بلاعوض)	
۳،۱۶،۱۸	۳	حجم نقدی بیشتر	حجم پرداخت به تفکیک نوع پرداخت
-	۰	حجم غیر نقدی بیشتر	
۲،۶،۷،۸،۹،۱۸،۱۹،۲۶،۲۷،۲۹،۳۳	۱۱	بستری بیشتر	حجم پرداخت به تفکیک نوع خدمت
-	۰	سرپایی بیشتر	
۱،۲،۳،۳۵	۴	بیشتر پزشک	پرسنل دریافت کننده (از لحاظ شیوع و حجم دریافتی)
-	۰	بیشتر پرستار	
۲۰	۱	بیشتر سایر کارکنان (غیر از پزشک و پرستار)	
۲۰،۲۸،۳۵	۳	بیشتر اختیاری	اختیاری یا اجباری بودن پرداختها
۱	۱	بیشتر اجباری	
۴،۲۱،۲۴	۳	بیشتر دولتی	مالکیت ارائه دهندگان دریافت کننده پرداخت غیررسمی
۱۸	۱	بیشتر خصوصی	

۴-۵- دلایل وجود پرداخت غیررسمی خدمات سلامت

دلایل وجود پرداخت غیررسمی در ۳ بخش (دلایل مرتبط با بیماران، دلایل مرتبط با ارائه دهندگان و دلایل مرتبط با سیستم نظام سلامت) در جدول ۵ آمده است. بیشترین دلیل مرتبط به بیماران دریافت خدمات باکیفیت و بهتر، دلیل مرتبط با ارائه دهندگان درآمد کم پرسنل و دلیل مرتبط با نظام سلامت ضعیف بودن تامین مالی سلامت و رابطه مستقیم مالی بیمار با پزشک بود.

جدول ۵- دلایل وجود پرداخت غیررسمی

کد مقالات	تعداد	زیرمجموعه دلایل	دسته بندی
۱،۳،۴،۸،۱۸،۲۵،۲۸،۳۰	۸	دریافت خدمات باکیفیت و بهتر (ترس دریافت خدمات باکیفیت پایین در صورت عدم پرداخت)	دلایل مرتبط با بیماران
۱،۱۰،۱۷،۱۸،۳۰،۳۲،۳۷	۷	تقاضای پرسنل به خصوص پزشکان و عدم توانایی رد درخواست آنها	
۱،۳،۴،۵،۲۴،۲۵،۳۲	۶	فرهنگ و رسوم جامعه	
۱،۴،۵،۱۰،۱۸،۳۰	۶	قدردانی از زحمات پرسنل	
۳،۲۸	۲	دریافت خدمات پیچیده و خاص یا تحت درمان مداوای پزشک مشهور	
۴،۱۸،۲۲،۲۸،۳۰	۵	تسریع و به جلو انداختن درمان و دسترسی راحت	
۴،۱۰،۱۴،۲۵،۳۰	۵	جلب توجه بیشتر پرسنل درمانی و ایجاد ارتباط بهتر برای درمان آینده	
۴	۱	دریافت خدمات اضافی و بسته کامل خدمات	
۵،۳۰	۲	حمایت مالی از پزشکان	
۳۲	۱	عدم آگاهی بیماران از حقوق بیمار	
۳،۵،۱۰،۱۴،۲۵،۲۸،۳۰	۷	درآمد کم پرسنل (دستمزد پایین)	دلایل مرتبط با ارائه دهندگان
۱۴،۲۲،۳۰	۳	عدم رعایت تعهد اخلاق حرفه ای و کم کاری	
۱۴،۳۰	۲	انتظارات کسب درآمد بیشتر و داشتن زندگی با استاندارد بالا	
۲۷	۱	بی عدالتی دریافتی بین پرسنل درمانی و متخصصین	
۲۵،۳۰	۲	سخت بودن رد کردن تقاضای بیماران	
۳،۵،۱۴،۲۷،۳۳	۵	ضعیف بودن تامین مالی سلامت و رابطه مستقیم مالی بیمار با پزشک	دلایل مرتبط با سیستم نظام سلامت (عوامل زمینه ای)
۵،۱۰،۲۷	۳	بودجه ناکافی دولت برای خدمات سلامت	
۳،۱۴،۲۴،۲۸	۴	ضعف سیستم نظارتی یا نبود مقررات واضح و روشن	
۳،۳۳	۲	ناعادلانه و دسترسی ضعیف به خدمات	
۳،۲۸،۳۷	۳	وجود فساد در جامعه و بخش دولتی و مشکلات اقتصادی در کشور	
۵،۱۴	۲	عملکرد ضعیف و پوشش ناقص بیمه ها	
۵،۱۴،۲۸،۳۳	۴	ناکارایی در سیستم سلامت و ضعف مدیریتی	
۲۵،۳۰	۲	سخت بودن رد تقاضای پزشکان	
۱۴	۱	ناعادلانه و واقعی نبودن تعرفه ها	
۵	۱	خود گردانی ارائه دهندگان	

۴-۶- اثرات پرداخت غیررسمی خدمات سلامت

اثرات پرداخت غیررسمی در دو بخش مزایا و منافع براساس نتایج مقالات تحت بررسی در جدول ۶ ارائه شده است. لازم به ذکر است تعداد محدودی از مقالات با منافع پرداخت غیررسمی موافق بوده اند و بیشتر مقالات بر این عقیده اند که پرداخت غیررسمی اثرات مخرب دارند.

جدول ۶- اثرات پرداخت های غیررسمی

کد مقالات	تعداد	زیرمجموعه اثرات	دسته بندی
۵،۱۴،۱۷،۲۹،۳۰،۳۸	۶	آسیب به اقشار آسیب پذیر و افزایش هزینه بیماران	معایب
۵،۱۰،۱۲،۱۴،۲۲،۲۷،۲۸،۳۱،۳۲،۳۶،۳۸	۱۱	بی عدالتی و نابرابری در دسترسی به خدمات	
۱۴،۳۱،۳۲،۳۸	۴	لطمه به کارایی عملکرد نظام سلامت	
۱۴،۱۶،۲۲،۳۷	۴	ترویج فساد و رفتار غیر اخلاقی و غیرقانونی در جامعه	
۱۴،۲۸،۳۰،۳۲	۴	احساس حقارت در پرسنل و لطمه به اعتبار حرفه ای	
۱۴	۱	لطمه به رابطه پزشک و بیمار	
۵،۳۸	۲	بدتر کردن وضعیت سلامت	
۱۴،۲۲،۳۰	۳	کاهش کیفیت خدمات	
۲۸،۳۰	۲	ارائه خدمات غیرضروری و ایجاد تقاضای القائی	
۱۳،۳۰	۲	ایجاد دلهره در بیماران و نارضایتی آنان	
۱۴	۱	افزایش دادگاهی پزشکان	
۲۲،۲۲،۳۰	۳	ایجاد انگیزه در پرسنل درمانی برای ارائه خدمات با کیفیت	مزایا
۲۲	۱	رقابت در بین پرسنل درمانی	
۲۳	۱	افزایش پاسخگویی پرسنل درمانی	
۱۶	۱	حفظ متخصص های مجرب در کشور	
۳۰	۱	ایجاد ارتباط خوب با پزشک	
۲۲	۱	حل مشکل مالی پرسنل	

۴-۷- عوامل تاثیرگذار بر پرداخت های غیررسمی خدمات سلامت

بسیاری از مقالات مورد بررسی در این مطالعه مروری عوامل تاثیر گذار بر پرداخت های غیررسمی را از طریق آنالیزهای آماری مانند رگرسیون با توجه به اطلاعات پیمایشی موجود شناسایی کرده اند که مجموعه آنها در جدول ۷ گردآوری و ارائه شده است.

جدول ۷- عوامل تاثیرگذار بر پرداخت های غیررسمی

کد مقالات	تعداد	زیرمجموعه عوامل	دسته بندی
۶۸،۱۰،۱۱،۱۸،۲۴،۲۶،۲۷،۲۹،۳۵،۳۸	۱۱	سن بیمار یا سرپرست خانوار	ویژگیهای اجتماعی و اقتصادی بیماران
۶،۱۰،۱۳،۱۷،۱۸،۱۹،۲۶،۲۷	۸	تحصیلات بیمار یا سرپرست خانوار	
۶،۱۰،۱۱،۲۰،۲۴،۳۱،۳۵	۷	شغل بیمار یا سرپرست خانوار	
۱۱،۱۳،۱۷،۱۹،۲۴	۵	جنسیت بیمار	
۲۸،۱۰،۱۳،۱۷،۱۸،۱۹،۲۶،۳۵،۳۸	۱۰	درآمد یا مخارج خانوار	
۶،۱۷،۲۶	۳	تعداد اعضای خانوار	
۶۸،۱۰،۱۹،۲۴،۲۷،۳۵	۷	محل سکونت	
۲،۱۱،۲۷،۳۵	۴	داشتن و نوع بیمه سلامت	
۳۵	۱	وضعیت تاهل	
۱۱	۱	آگاهی بیماران از حقوق خود	
۱۰	۱	قومیت	
۱۸،۱۱،۱۷،۱۸،۱۹،۲۴،۲۷،۳۸	۹	وضعیت سلامت بد (داشتن بیماری مزمن) یا نیاز به خدمات پیچیده مانند عمل جراحی	ویژگیهای مربوط به دریافت خدمت و آرایه دهندگان سلامت
۲،۱۰،۱۹،۲۶،۲۹	۵	نوع خدمت (بستری یا سرپایی)	
۲۷	۱	تعداد روزهای بستری	
۲۴	۱	رضایت از کیفیت خدمات	
۱،۲۰	۲	نحوه پذیرش	
۱،۲	۲	نوع یا مالکیت بیمارستان	
۸	۱	وجود پرداخت رسمی	
۱۰	۱	نوع تخصص پزشک	
۱۱	۱	نوع پرداخت غیررسمی	
۱۳	۱	مدت زمان منتظر دریافت خدمت	

۴-۸- سیاستهای مقابله با پرداخت غیررسمی خدمات سلامت

تعداد معدودی از مقالات تاثیر برنامه های اجرایی موثر بر کاهش یا حذف پرداخت غیررسمی را مورد بحث و ارزیابی قرار داده اند، ولی بیشتر با توجه به نتایج مطالعه سیاست هایی را برای مقابله با این نوع پرداخت ها را پیشنهاد کرده اند. دو جدول زیر (شماره ۸ و ۹) این سیاستها را به تفکیک موارد پیشنهادی و اجرایی نشان می دهد. در بعضی از مقالات به این امر اشاره کرده بودند که یک راه حل جهانی برای ریشه کن کردن پرداخت غیررسمی وجود ندارد و باید مجموعه ای از سیاستهای درست و متناسب با شرایط هر کشور در نظر گرفته شود همچنان در جدول ذیل (سیاستهای اجرایی) مشاهده می شود اجرای یک سیاست در یک کشور موفقیت آمیز بوده ولی اجرای همین سیاست در کشور دیگر ناموفق بوده است.

جدول ۸- سیاست‌های پیشنهادی مقابله با پرداخت غیررسمی

کد مقالات	تعداد	سیاست‌های پیشنهادی
۳،۷،۱۷،۲۷،۳۵	۵	اصلاح سیستم تامین مالی نظام سلامت
۳،۴،۱۰،۱۴،۳۰	۵	تقویت برنامه بیمه ملی و همگانی و پوشش کامل خدمات
۳،۱۴،۲۲،۲۸،۳۰،۳۲،۳۵	۷	افزایش حقوق پرسنل درمانی و امنیت شغلی
۶،۱۴،۳۰،۳۲،۳۵	۵	سیستم کنترل و نظارت قوی
۷،۱۵،۱۷،۱۸،۲۷	۵	ارتقاء کیفیت خدمات
۱۰،۲۸	۲	افزایش مسولیت پذیری در کل نظام سلامت
۱۰،۱۷،۱۸،۲۲،۲۸،۳۰	۶	افزایش آگاهی بیماران درباره حقوق بیمار و تغییر ادراکات نادرست و شفافیت سازی
۱۴،۱۸،۳۳	۳	توزیع عادلانه و افزایش دسترسی به خدمات سلامت
۳۰،۳۳،۳۵	۳	محافظت از بیماران آسیب پذیر و بی بضاعت
۱۴	۱	قطع رابطه مالی پزشک و بیمار و قانون مند کردن آن
۱۴	۱	واقعی سازی تعرفه ها و تنظیم دستمزد مناسب
۱۷،۲۸	۲	مبارزه با فساد در کل جامعه
۳،۱۰،۱۸	۳	رسمی کردن پرداخت های غیررسمی یا اجرای پرداخت رسمی بیماران
۳،۱۰	۲	تقویت بخش خصوصی و دادن مجوز به پرسنل برای فعالیت در بخش خصوصی
۳	۱	کاهش نابرابری درآمدی بین حرفه ها و متخصصین
۱۰	۱	اجرای روشهای ساده و کم هزینه شکایت
۱۴	۱	اصلاح سیستم ارجاع
۱۴	۱	آگاهی و آموزش پزشکان درباره اثرات مخرب این نوع پرداخت ها
۱۵	۱	هماهنگی و رابطه تکمیلی بین بخش خصوصی و دولتی
۲۲	۱	برطرف کردن کمبود منابع مانند نیروی انسانی

جدول ۹- سیاست‌های اجرا شده مقابله با پرداخت غیررسمی

مورد یا ناموثر	کد مقالات	تعداد	موارد سیاست‌های اجرایی
مورد ۳-۷-۸-۱۰-۱۹ بی تاثیر یا ناموفق، مورد ۳۴ موثر	۳،۷،۸،۱۰،۱۹، ۳۴	۶	در نظر گرفتن پرداخت رسمی برای بیماران یا رسمی کردن پرداخت‌های غیررسمی
مورد ۲۵ ناموفق مورد ۲۷ موفق مورد ۳۳ نامشخص	۲۵،۲۷،۳۳	۲	تقویت و اجرای بیمه سلامت همگانی
مورد ۱۰ ناموفق مورد ۱۷ موفق	۱۰،۱۷	۲	اجرای قوانین برای مبارزه با پرداخت غیررسمی
موفق	۱۷	۱	افزایش آگاهی جامعه از طریق رسانه ها در جهت مقابله با فساد
موفق	۳	۱	بیمه خصوصی تکمیلی همراه با بیمه سلامت همگانی

یکی از موارد سیاستی در مقابله با پرداخت غیررسمی که در کشورهای مختلف اجرا شده و در مقالات به آن اشاره شده است در نظر گرفتن پرداخت رسمی بیماران برای خدمات می باشد. مطالعه Barber (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که رسمی کردن پرداخت زیرمیزی در بیمارستان استانی Taeko که معادل ۴۵٪ از کل درآمد بیمارستان برآورد شده است، هزینه های ثابت را تضمین و بهره وری را ارتقاء بخشیده است. البته مطالعه Baji (۲۰۱۲) نشان داده است که اجرای دستمزد ویزیت یا پرداخت رسمی برای ویزیت، پرداخت غیررسمی را فقط در بخش بستری را کاهش داده است که نویسنده معتقد است که روشی موفق نبوده است بلکه دسترسی به خدمات را کاهش داده است. مطالعه Kaitelidou (۲۰۱۳) هم نشان داده که اجرای پرداخت رسمی نمی تواند جایگزین پرداخت غیررسمی گردد. Atanasova (۲۰۱۲) هم معتقد است که حتی بعد از ۱۰ سال بعد از معرفی کوپیمنت رسمی، پرداخت غیررسمی همچنان باقی است. سیاست اجرایی دیگر تقویت و اجرای بیمه سلامت همگانی می باشد که مطالعه Tomini (۲۰۱۱) نشان داده است که گسترش پوشش بیمه ای و قراردادهای مستقیم برای پوشش خدمات بستری، به تأمین خدمات کارآمد کمک می کند و در کوتاه مدت پرداخت غیررسمی را تا حدودی کاهش داده است ولی برای آگاهی از میزان تاثیر واقعی، نیازمند به زمان بیشتر است تا اثراتش آشکار شود. البته مطالعه Chiu (۲۰۰۷) نشان داده است بعد از اجرای طرح بیمه سلامت همگانی، پرداخت های غیررسمی نه تنها کاهش پیدا نکرده بلکه بیشتر شده است.

۹-۴- خصوصیات نظام سلامت کشورهای فاقد وجود پرداخت غیررسمی

در هیچ یک از ۳۸ مقاله بررسی شده، به این موضوع اشاره نشده بود. ولی با توجه به اینکه یکی از اهداف مطالعه حاضر بود به صورت خلاصه با توجه به مقالات مروری انجام گرفته یافته های مرتبط با این موضوع اشاره می شود. این یافته ها با توجه به مقاله مروری Tambor در سال ۲۰۱۳ استخراج شده است. در این مطالعه ۳۵ کشور اروپایی با هدف ترکیبی پرداخت رسمی-غیررسمی در اروپا و همچنین تعیین طرح کلی عوامل موثر با این ترکیب براساس وجود پرداخت رسمی و غیررسمی به ۹ گروه براساس تصویر جدول ۱۰ تقسیم بندی شده اند (۱۲).

جدول ۱۰- تقسیم بندی کشورها با توجه به میزان پرداخت رسمی و غیررسمی

گروه ۱ بریتانیا، دانمارک	گروه ۳ آلمان، ایسلند، ایرلند، هلند، نروژ، اسلونی، سوئد	گروه ۵ کرواسی، جمهوری چک، استونی، فرانسه، لوکزامبورگ	گروه ۷ لهستان، روسیه، ترکیه، رومانی، بلغارستان، آلبانی، لتونی	گروه ۹
گروه ۲ اسپانیا، مالت	گروه ۴ بلژیک، فنلاند، پرتغال، سوئیس	گروه ۶ اتریش، قبرس، ایتالیا	گروه ۸ یونان، مجارستان، لیتوانی، اسلواکی، اکراین	
رسمی: محدوده ی باریک (مقدار کم) غیررسمی: ندارد	رسمی: محدوده ی گسترده (مقدار زیاد) غیررسمی: ندارد	رسمی: محدوده ی گسترده غیررسمی: مقداری دارد	رسمی: محدوده ی باریک غیررسمی: گسترده	رسمی: محدوده ی گسترده غیررسمی: گسترده

در کشورهای گروه اول تا چهار پرداخت غیررسمی وجود ندارد ولی با توجه به وسعت پرداخت رسمی به دو رده تقسیم می شوند. در رده اول (گروه ۱ و ۲) تنها چهار کشور (دانمارک، بریتانیا، اسپانیا، مالت) هستند که پرداخت غیررسمی بیماران مشاهده نشده و همچنین مشمول هزینه های اجباری برای بخش سرپایی و بستری نیستند. اگرچه در اسپانیا عمدتاً بخاطر پرداخت مشترک برای داروها و در مالت بخاطر پرداخت برای خرید خدمات سلامت خصوصی، هزینه های پرداخت مستقیم از جیب بالا گزارش است.

در رده دوم (گروه ۳ و ۴ جدول) کشورهایی که پرداخت رسمی اجباری وسعت زیادی (برای کالاها و همچنین بسته های خدمات اساسی) دارد و در عین حال پرداخت غیررسمی ندارند، کشورهای اروپای غربی به استثناء اسلونی می باشند. در اکثر این کشورها علیرغم دامنه وسیع سهم هزینه (cost-sharing) رسمی، میزان پرداخت-از-جیب بطور قابل مقایسه ای پایین است. این موضوع می تواند هم به دلیل میزان کم پرداخت بیماران و یا وجود بیمه ی خصوصی در پوشش هزینه ی مشترک است. در بعضی از این کشورها مانند پرتغال و هلند اجرای پرداخت اجباری بیماران برای خدمات اساسی بدون موانع نبوده است جایی که پرداخت از جیب برای خدمات در مواقعی منسوخ شده و سپس مجدداً معرفی شده است.

از لحاظ کمی در این مطالعه انجام گرفته در اروپا، مقادیر نشانگرهای اقتصادی، حاکمیتی (دولتی) و فرهنگی-اجتماعی در پراکنده‌گیهای مختلف پرداخت غیررسمی بیماران (در سه دسته: بدون پرداخت غیررسمی؛ مقداری پرداخت غیررسمی؛ پرداخت غیررسمی گسترده)، محدوده ی پرداخت رسمی (در دو دسته: محدوده ی باریک؛ محدوده ی وسیع) و میزان پرداخت از جیب (در دو دسته: کم؛ زیاد) مقایسه شده است. همچنین آنالیز مقایسه ای برای ۹ گروه کشورها مطابق هر سه بعد ترکیبی پرداخت رسمی-غیررسمی انجام شده است. نتایج این مطالعه نشان می دهد که کشورهای دارای پرداخت غیررسمی گوناگون، از نظر مقادیر شاخصهای هر سه طبقه بندی (اقتصادی، حاکمیتی و اجتماعی- فرهنگی) بطور معنی داری تفاوت دارند. کشورهایی که در آنها پرداخت غیررسمی گسترده می باشد، با پایین ترین سهم هزینه های سلامت عمومی و کمترین اثربخشی حاکمیتی (دولتی) همراه هستند. همچنین بالاترین امتیاز پذیرش رشوه در آنها مشاهده می شود. و همچنین انتظار بالاتری برای مسئولیت پذیری در فراهم آوردن خدمات اساسی را داشتند. (مسئولیت‌های بیشتری برای دولت در این کشورها انتظار می رود).

همچنین بین کشورهای دارای پرداخت رسمی متفاوت، تنها از نظر شاخصهای حکومتی، تفاوت‌های معنی داری مشاهده می شود. یعنی کشورهایی که در آنها پرداخت رسمی بطور گسترده ای بکار می رود، اثربخشی دولتی بالاتری دارند و دارای سیستم بررسی و تعادل جامع از جمله شاخص های محدودیتی سیاسی بالاتر هستند.

از طرف دیگر، بین کشورهای دارای هزینه های کم و زیاد پرداخت از جیب (بعنوان درصدی از GDP) تنها برای شاخص اقتصادی یعنی سهمی از مخارج هزینه های عمومی در کل هزینه های سلامت، تفاوت معنی دار وجود دارد. در کشورهایی با مخارج پرداخت مستقیم از جیب بالا، سهم مخارج عمومی از کل مخارج سلامت نسبتاً پایین است. برای مثال کشورهای گروه نهم (آلبانی، لتونی، بلغارستان) و گروه هشت (یونان، مجارستان، لیتوانی، اسلواکی، اوکراین) یعنی کشورهایی که پرداخت غیررسمی گسترده ای و مخارج نسبتاً زیاد پرداخت از جیب دارند پایین ترین میان‌های سهم مخارج عمومی و یکی از پایین ترین مقادیر اثربخشی حاکمیتی و مقابله کم با رشوه‌دهی را دارند. از طرف دیگر کشورهای نقطه ی مقابل، گروه اول (دانمارک، بریتانیا)، بیشترین سهم تأمین هزینه های مالی عمومی (public funding) و بالاترین اثربخشی دولتی را دارد.

همچنین سایر کشورهای اروپایی که پرداخت غیررسمی ندارند یا در حد اندک مشاهده می شود و همچنان دارای پرداخت هزینه های رسمی وسیعی هستند (گروه سه و چهار) نسبت به کشورهای دارای پرداخت غیررسمی وسیع، اثربخشی حاکمیتی بالاتر و جامع ترین سیستم بررسی و تعادل (بالاترین شاخص محدودیت‌های سیاسی) را دارا هستند.

۵- یافته‌های دیگر (شیوع و ویژگیهای پرداخت غیررسمی در نظام سلامت ایران)

در این بخش وضعیت پرداخت غیررسمی در کشورمان ایران با توجه به مطالعات داخلی، استخراج و ارائه شده است.

✓ مطالعه‌ای به صورت کیفی توسط نکویی مقدم و همکارانش سال ۱۳۹۲ جهت واکاوی دیدگاه گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت در کرمان اجرا کردند. نتایج مطالعه نشان داد مردم پرداخت غیررسمی را به دلایل فرهنگی، عوامل مرتبط با کیفیت و عوامل انجام می‌دهند. ارائه‌دهندگان نیز به دلیل تعرفه‌ها، دلایل ساختاری و اخلاقی و نشان دادن شایستگی خود درخواست برای پرداخت غیررسمی دارند. پرداخت غیررسمی عمدتاً در پروسیجرهای پیچیده شایع است و درخواست نیز به صورت مستقیم عنوان می‌شود (۱۳).

✓ نتایج مطالعه ای گیائی پور (۱۳۸۸) که در ۳ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام داده است و ۳۰۰ بیمار ترخیص شده از بخشهای ICU، CCU، جراحی، اورژانس و داخلی انتخاب و با استفاده از پرسش نامه ساختارمند و از طریق تماس تلفنی داده ها را جمع آوری کرده است حاکی از آن است که ۲۱ درصد از افراد تحت مطالعه به کارکنان بیمارستان پرداخت غیررسمی داشته اند و همگی به خدمه بوده است. یک نفر از آنها علاوه بر خدمه به نگهبان هم پرداخت داشته است. پرداخت به پزشکان و پرستاران صورت نگرفته و بیشترین فراوانی برای پرداخت های ۱۰۰۰-۳۰۰۰ تومان و میانگین پرداخت ها ۱۱۸۳۳ تومان بوده است. بیشترین قالب پرداخت، پول نقد (۸۸/۸۸٪) بوده است و در مرتبه های بعدی کالا (۹/۵۲٪)، گل و هدیه (۱/۱۶٪) قرار داشته اند. ۱۴/۲۹ درصد از ۶۳ نفری که پرداخت غیررسمی نموده اند با درخواست پرداخت غیررسمی روبرو بوده اند. فراوانی پرداخت های غیررسمی، با بخش بیمارستانی، خصوصیات دموگرافیک بیمار - به استثنای وضعیت تاهل - وضعیت بیمه، مدت اقامت، نحوه مراجعه به بیمارستان رابطه معنی داری ندارد (۱۴).

✓ مطالعه ای دیگر توسط وحیدی در بیمارستان آموزشی مدنی تبریز (بیمارستان قلب) در سال ۱۳۸۹ با هدف تعیین توزیع عوامل موثر بر پرداختهای مستقیم (رسمی و غیررسمی) انجام گرفته است. اطلاعات مورد نیاز این مطالعه از طریق مصاحبه و با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته، جمع آوری گردیده است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که ۱۰ درصد بیماران قلبی با میانگین ۱۴۰۰۰۰۰ تومان پرداخت غیررسمی (زیرمیزی) به پزشک داشتند که ۸۰ درصد آنها به دلیل درخواست پزشک و ۲۰ درصد آن جهت قدردانی از پزشک پرداخت شده است (۱۵).

✓ مطالعه دیگر که در بیماران مبتلا به سرطان بستری در مرکز سرطان بیمارستان امام خمینی (ره) تهران توسط بازیار در سال ۱۳۸۹ انجام گرفته است نشان می دهد که ۷٪ بیماران با پرداخت های غیررسمی مواجه شده بودند که همگی در بخش خصوصی مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند و برای عمل جراحی در بخش خصوصی با این پرداخت ها مواجه شده بودن (۱۶).

✓ مطالعه ای دیگر در ارومیه در زمستان سال ۹۱ بر روی بیماران بستری در همه بیمارستانهای شهر ارومیه (آموزشی، خصوصی، تامین اجتماعی) و به صورت مقطعی و توصیفی و تحلیلی انجام گرفته است. در این مطالعه لیست ترخیص بیماران یک ماه (بهمن ماه) از همه بیمارستانها دریافت شده و در مرحله بعد از بین ترخیص های یک ماه بیمارستان به صورت نمونه گیری تصادفی تعداد نمونه ۲۶۵ بیمار انتخاب و اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه و به صورت تلفنی با بیمار یا خانواده بیمار جمع آوری گردیده است. نتایج این مطالعه تصویر واضح تر از پرداخت غیررسمی در بیمارستانها را نشان می دهد (۱۷) یافته های این مطالعه حاکی از آنست که در بیمارستان آموزشی ۲٪ پزشکان پرداخت غیررسمی داشته اند که بطور میانگین ۲۵۰ هزار تومان به ازای پزشکانی که این دریافت را داشته اند دریافت کرده اند. همچنین ۶٪ پرستاران با میانگین ۱۶ هزار تومان به ازای پرستاران دریافت کننده و ۱۴٫۷٪ سایر کارکنان با میانگین ۱۶ هزار تومان به ازای کارکنان دریافت کننده این پرداخت را دریافت کرده اند. در بیمارستان خصوصی ۱۵٪ پزشکان با میانگین ۵۰۸ هزار تومان به ازای پزشکان دریافت کننده، ۷٪ پرستاران با میانگین ۲۵ هزار تومان و ۲۴٫۶٪ سایر کارکنان با میانگین ۱۸ هزار تومان این پرداخت را دریافت کرده اند. البته حجم پولی دو

مورد پرداخت به پزشکان نامشخص بود. در بیمارستان تامین اجتماعی ۳۴٪ پزشکان با میانگین ۵۴۷ تومان به ازای پزشکان دریافت کننده و ۱۲٫۷٪ سایر کارکنان با میانگین ۸۵۰۰ تومان به ازای کارکنان دریافت کننده این پرداخت را دریافت کرده اند. در این نوع بیمارستان پرستاران پولی دریافت نکرده اند. به طور کلی می توان گفت که فراوانی پرداخت غیررسمی در بیمارستان های آموزشی ۱۹٫۴٪ با میانگین ۴۳ هزار تومان به ازای افراد پرداخت کننده، در بیمارستان های خصوصی ۴۲٪ با میانگین ۲۰۸ هزار تومان به ازای افراد پرداخت کننده، در بیمارستان تامین اجتماعی ۴۴٫۶٪ با میانگین ۴۱۹ هزار تومان به ازای افراد پرداخت کننده بوده است. همچنین از لحاظ تفکیک پرسنلی می توان گفت که ۱۱٫۳٪ پزشکان با میانگین ۵۰۳ هزار تومان به ازای پزشکان دریافت کننده، ۵٪ پرستاران با میانگین ۲۰ هزار تومان به ازای پرستاران دریافت کننده، ۱۶٫۹٪ سایر کارکنان با میانگین ۱۶ هزار تومان به ازای کارکنان دریافت کننده این نوع پرداخت را دریافت کرده اند. همچنین یافته های این مطالعه نشان می دهد که در بیمارستان آموزشی ۵۰ درصد پرداخت های غیررسمی به صورت نقدی، ۴۴٪ به صورت غیرنقدی و ۶٪ به صورت مشترک (هم نقدی و هم غیرنقدی)، در بیمارستان خصوصی ۷۳٪ نقدی، ۲۱٪ غیرنقدی و ۶٪ مشترک (هم نقدی و هم غیرنقدی) و در بیمارستان تامین اجتماعی ۸۶٪ نقدی و ۱۴٪ غیرنقدی می باشد. از طرف دیگر ۸۷٪ پرداخت غیررسمی به پزشکان نقدی و ۱۳٪ غیرنقدی، ۳۶٪ این پرداخت ها برای پرستاران نقدی و ۶۴٪ غیرنقدی، و برای سایر کارکنان ۶۴٪ نقدی، ۲۷٪ غیرنقدی و ۹٪ مشترک می باشد. در مجموع می توان گفت که ۶۷٪ پرداخت های غیررسمی به صورت نقدی، ۲۸٪ به صورت غیرنقدی و ۵٪ به صورت مشترک بوده است. همچنین ۸۳٪ پرداخت ها غیررسمی پرداخت شده به پزشکان اجباری بوده است درحالیکه ۷٪ پرداخت ها به پرستاران و ۲٪ به سایر کارکنان اجباری بوده است. در این مطالعه حجم پرداخت رسمی و غیررسمی به تفکیک بیمارستان مشخص شده است که هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی)، ۱۴۸ هزار تومان پرداخت رسمی به بیمارستان، و ۸ هزار تومان پرداخت غیررسمی به پرسنل آن داشته است در مجموع پرداخت مستقیم از جیب بیماران (OOP) برای دریافت خدمت در بیمارستان آموزشی بطور میانگین ۱۵۷ هزار تومان می باشد. همچنین برای بیمار مراجعه کننده به بیمارستان خصوصی، ۸۷۱ هزار تومان پرداخت رسمی به بیمارستان، و ۸۷ هزار تومان پرداخت غیررسمی به پرسنل آن داشته است در مجموع پرداخت مستقیم از جیب بیماران (OOP) برای دریافت خدمت در بیمارستان خصوصی بطور میانگین ۹۵۸ هزار تومان می باشد. بیمار مراجعه کننده به بیمارستان تامین اجتماعی، بطور میانگین ۹۴ هزار تومان پرداخت رسمی به بیمارستان، و ۱۸۷ هزار تومان پرداخت غیررسمی به پرسنل آن داشته است در مجموع پرداخت مستقیم از جیب بیماران (OOP) برای دریافت خدمت در بیمارستان تامین اجتماعی بطور میانگین ۲۸۱ هزار تومان می باشد. در مجموع به ازای دریافت مراقبت در بیمارستان، صرف نظر از نوع بیمارستان ۳۲۷ هزار تومان به بیمارستان به صورت رسمی، و ۶۰ هزار تومان به پرسنل آن به صورت غیررسمی، به صورت کلی ۳۸۷ هزار تومان به ازای هر بیمار پرداخت از جیب صورت گرفته است. نتایج این مطالعه همچنین نشان می دهد که پرداخت های غیررسمی ۱۵٪ پرداخت مستقیم از جیب بیماران به بیمارستان را تشکیل می دهد و متغیرهای نوع بیمارستان، اقدام درمانی (جراحی)، محل سکونت، تحصیلات و درآمد خانوار از عوامل تاثیرگذار بر وجود پرداخت غیررسمی می باشند (۱۷).

✓ مطالعه ای توسط هادیان و همکارانش سال ۱۳۹۳ برای تعیین فراوانی پرداخت غیررسمی در یک مرکز آموزشی درمانی در شیراز بر روی نمونه ای از ۲۰۱ بیمار بستری در بخش های جراحی، داخلی، اورژانس، ICU و CCU با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته انجام دادند. نتایج مطالعه نشان داد ۲۰٪ بیماران پرداخت غیررسمی را تجربه کردند. ۳۹٪ پرداخت های غیررسمی به صورت نقدی بود (۱۸).

۶- بحث و نتیجه گیری

پرداخت های غیررسمی یک پدیده چندوجهی با ویژگیهای متفاوت حتی در یک کشور منفرد می باشد. بنابر این یک تعریف جهانی و دیدگاه واحدی نسبت به پرداخت غیررسمی وجود ندارد و مطالعات انجام گرفته در این زمینه با روشها و اهداف متفاوت صورت گرفته است (۱۹). با وجود این ویژگیها و اهداف کلیدی که در این پروژه ارائه شده است یک منبع مناسب برای مطالعه و آشنایی با این پدیده و ویژگیهای مقالات صورت گرفته در این زمینه می باشد و یک دیدگاه جهانی نسبت به پرداخت های غیررسمی را فراهم می آورد. متفاوت با مطالعات مروری قبلی (۲، ۴، ۸، ۱۱، ۱۲، ۲۰-۲۴) در این مطالعه نه تنها ویژگیهای خصوصیات مقالات و نحوه انجام مطالعات اعم از نوع مطالعه، جامعه آماری، شیوه نمونه گیری، حجم نمونه، نحوه جمع آوری داده ها، سال انجام و چاپ مقاله، کشورهای محل انجام مطالعه و مجلات منتشر کننده مقالات مشخص شده است بلکه شیوع، دلایل، اثرات، عوامل تاثیرگذار و سیاستهای مقابله با پرداخت های غیررسمی را با جزئیات که در مقالات انجام گرفته در سرتاسر جهان به آن اشاره شده است را مشخص و ارائه می نماید. هر چند اکثریت مطالعات مروری قبلی به صورت سیستماتیک نمی باشند و فقط تعدادی از اهداف مطالعه ما را مورد بحث قرار داده اند.

بیشترین مقالات مورد بررسی در این مطالعه (حدود ۶۰ درصد مقالات) در سالهای ۲۰۱۰ به بعد چاپ شده است و این نشان دهنده این می باشد که رشد مقالات صورت گرفته و علاقه به انجام چنین مطالعاتی رو به رشد می باشد. هر چند قبل از سال ۲۰۰۵ هم مقالات زیادی در این زمینه چاپ شده ولی بیشتر مقالات مرور هستند و ارجینال نمی باشند و در مرحله غربالگری از مطالعه ما حذف شدند. البته ذکر این مطلب اهمیت دارد که مقالاتی که قبل از سال ۲۰۰۰ انجام گرفته و در مطالعه ما وارد نشده اند بیشتر به دنبال تعریف و شناسایی پرداخت غیررسمی بوده اند ولی از سال ۲۰۰۵ به بعد علاقه به مطالعات پیمایشی و اصیل در این زمینه رو به گسترش بوده است. سال انجام مطالعات هم نشان دهنده افزایش علاقه به تحقیق در این زمینه را نشان می دهد با این تفاوت که در سال ۲۰۱۰ به بعد مطالعات انجام گرفته کمتر می باشد و این به احتمال زیاد به این دلیل می تواند باشد که مطالعات انجام گرفته از سال ۲۰۱۰ به بعد هنوز به چاپ نرسیده اند. روند رو به رشد مقالات چاپ شده نمی تواند به این معنی می باشد که شیوع پرداخت های غیررسمی افزایش یافته است بلکه نشان دهنده اهمیت دادن بیشتر به این موضوع و توجه خاص به آن به عنوان یک مشکل تامین مالی نظام سلامت می باشد. با دقت به شیوع گزارش شده در مطالعات انجام گرفته در یک کشور منفرد به طور مثال بلغارستان، شیوع پرداخت های غیررسمی نه تنها افزایش پیدا نکرده بکه کاهش هم پیدا کرده است. به صورت کلی فراوانی مربوط به کشورهای دیگر هم تایید کننده این موضوع می باشند که شیوع پرداخت های غیررسمی نسبت به گذشته و با مرور زمان افزایش پیدا نکرده است.

با توجه به نتایج ارائه شده در این پروژه تعداد زیادی از مجلات معتبر وجود دارند که مقالات مربوط به موضوع پرداخت های غیررسمی را چاپ می کنند که در این میان مجله Health Policy توجه بیشتری به این امر داشته که حدود یک چهارم از مقالات مورد بررسی در این مجله به چاپ رسیده اند. همچنین بیشتر مطالعات مورد بررسی در کشورهای با درآمد بیشتر از متوسط و با درآمد بالا انجام گرفته اند که بیشترین موارد مربوط به کشورهای اروپایی از جمله بلغارستان، مجارستان، آلبانی، یونان، اکراین، لیتوانی، ترکیه، لهستان و روسیه بوده است. این احتمالا می تواند به این دلیل باشد با توجه به اینکه ما فقط مقالات اورجینال و معتبر را انتخاب کرده ایم و مطالعاتی که در کشورهای با درآمد پایین انجام گرفته امکان چاپ در این مجلات را نداشته اند. همچنین بیشتر مقالات (۳۴ مورد) در یک کشور منفرد مطالعه را انجام داده و ۴ مقاله همزمان در چند کشور پرداخت غیررسمی را مورد مطالعه قرار داده اند که این مشابه یافته های مطالعه مرور سیستماتیک Stepurko می باشد (۱۹).

در این پروژه ما انواع مقالات را با توجه به نوع مطالعه در دو گروه کمی و کیفی قرار داده ایم و با توجه به ویژگیهای متفاوت این دو نوع مطالعه، واحد نمونه گیری و حجم نمونه را مشخص کرده ایم که در مقالات کمی، قریب به اکثریت بر روی عموم جامعه (اشخاص و خانواده ها) و بیماران انجام گرفته است ولی در مقالات کیفی، واحد نمونه گیری بیشتر ارائه دهندگان خدمت می باشند. در مطالعه Stepurko که شبیه مطالعه ما روش های انجام مطالعه و اندازه گیری مقالات مرتبط با پرداخت های غیررسمی را مرور کرده اند ولی برعکس مطالعه ما

مقالات کمی و کیفی را تفکیک نکرده است عنوان شده است که گروه هدف بیشتر مقالات غیررسمی بر روی عموم جامعه و در مرحله بعد ارائه دهندگان خدمت می باشد. همچنین یافته های مطالعه ما نشان می دهد که مقالات کمی با حجم نمونه بالا که در اکثریت موارد بالاتر از ۱ هزار نفر انجام گرفته ولی حجم نمونه همه مطالعات کیفی کمتر از ۱۵۰ نفر بوده است. این حجم نمونه کمتر مطالعات کمی نسبت به کیفی می تواند این باشد که مطالعات کیفی بیشتر بر روی ارائه دهندگان خدمت انجام گرفته و برای جمع آوری اطلاعات از روشهای فوکوس گروپ و جلسات گروهی که تعداد نمونه کمتر مورد نیاز است استفاده شده است.

روش انتخاب نمونه مقالات مورد بررسی در این مطالعه، بیشتر تصادفی ساده و تصادفی طبقه بندی شده می باشد. سایر روش های مورد استفاده عبارتند از طبقه بندی ساده، مبتنی برهدف، دسترسی آسان و گلوله برفی می باشد که این مشخص کردن روش کار می تواند برای انجام مطالعات بعدی با در نظر گرفتن جامعه هدف و نوع مطالعه می تواند مفید باشد. البته بعضی از مقالات تمام جامعه هدف را به عنوان نمونه انتخاب کرده و تعدادی از مقالات هم به دلیل اینکه از داده های ثانویه بخصوص مطالعات پیمایشی ملی استفاده کرده روش انتخاب نمونه را مشخص نکرده اند. در مقاله مروری Stepurko هم که یک منبع خوب برای مقایسه با یافته های مطالعه ما می باشد نیز این یافته مطالعه ما را تایید می کند و بیشترین روش انتخاب نمونه نیز در آن مقاله، تصادفی ساده و تصادفی طبقه بندی شده می باشد و در سایر روشها نیز نقطه مشترک وجود دارد.

بیشترین روش استفاده شده جمع آوری داده ها برای عموم جامعه و بیماران در مقالات مورد بررسی، مصاحبه رو-در-رو بوده و به شکل ساختار یافته بوده است همچنین برای این گروه از جامعه از مصاحبه تلفنی، مصاحبه عمیق(نیمه ساختار یافته)، پرسش نامه خود ایفا و بحث متمرکز گروهی هم استفاده شده است. روش جمع آوری داده ها برای ارائه دهندگان خدمت و مسئولین به ترتیب بیشتر استفاده شده، بحث متمرکز گروهی، مصاحبه رو در رو و مصاحبات عمیق بوده است. مطالعه Stepurko نیز شبیه مطالعه ما روش جمع آوری داده ها را برای هر دو گروه عموم جامعه و ارائه دهندگان مشخص کرده و یافته های هر دو گروه این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه ما مشترک می باشد.

در اکثریت مقالاتی که شیوع و میزان پرداخت غیررسمی را بررسی و تخمین زده اند دوره یادآوری را نیز مشخص کرده اند و در این باره تنوع زیادی درباره این دوره زمانی یادآوری وجود دارد و برای مراقبتهای بستری از دو ماه گذشته تا به صورت نامحدود(کل سالهای عمر) متغیر است با وجود این بیشترین دوره یادآوری استفاده شده برای مراقبتهای بستری، دوره یادآوری ۱ سال گذشته می باشد. بعضی از مقالات هم آخرین بستری را مد نظر قرار داده اند. برای خدمات سرپایی هم این تنوع وجود دارد و از ۱ ماه(۴ هفته) تا کل سالهای عمر متغیر است. در این مورد هم شبیه مراقبت های بستری بیشترین دوره زمانی یادآوری استفاده شده ۱ ساله می باشد با این تفاوت که تعدادی از مقالات مربوط به خدمات سرپایی دوره یادآوری ۱ ماهه را در نظر گرفته اند. این امر(تنوع زیاد دوره یادآوری) می تواند بر فراوانی پرداخت غیررسمی گزارش شده موثر باشد. ما در این مطالعه فراوانی گزارش شده در مقالات را به تفکیک سرپایی و بستری و کشور محل مطالعه مشخص و ارائه داده ایم. تا براساس گزارش مقالات معتبر و جدید(تا سال ۲۰۱۵) یک دیدگاه کلی از شیوع پرداخت غیررسمی در سرتاسر جهان حاصل شود. در مجموع شیوع پرداخت غیررسمی در بخش بستری بیشتر از بخش های سرپایی است. و فراوانی پرداخت غیررسمی گزارش شده در مقالات از ۲ درصد تا ۸۰ درصد متغیر می باشد. این دامنه زیاد فراوانی پرداخت غیررسمی تا حد زیاد تحت تاثیر روش مطالعه و نحوه اندازه گیری قرار می گیرد بعضی از مقالات فقط پرداخت های غیررسمی نقدی یا یکی از نوع های پرداخت غیرنقدی را در نظر گرفته اند در واقع یک تعریف جامع و واحدی نسبت به پرداختهای غیررسمی وجود ندارد و این می تواند بر فراوانی گزارش شده پرداخت غیررسمی موثر باشد. همچنین بعضی از مقالات فقط یک مراقبت خاص (مثل موارد زایمانی) را که انتظار می رود فراوانی پرداخت غیررسمی برای این نوع مراقبت ها بیشتر رخ دهد را مورد مطالعه قرار داده که همین امر باعث شده است که شیوع پرداخت های غیررسمی در این مقالات نسبت به سایر مقالات بیشتر گزارش شود. موضوع بعدی که می تواند بر فراوانی پرداخت غیررسمی تاثیرگذار باشد همچنان در فوق هم اشاره شد دوره یادآوری باشد. که در این خصوص هم یک دوره یادآوری واحد و استاندارد وجود ندارد و مقالات از دوره های زمانی یادآوری متفاوتی استفاده کرده اند. Lewis هم در مطالعه مروری خود در زمینه پرداخت غیررسمی(۲) این مسئله را مورد بحث قرار

می دهد و معتقد است که منابع داده ها متفاوت است و مطالعات در سطح های متفاوت (بخش، شهر، ایالت، ملی) و بر روی جامعه های متفاوت (خانوار، ارایه دهندگان و یا مراکز درمانی) و به صورت خاص و یا مطالعات فساد صورت گرفته است. حتی مطالعات صورت گرفته در یک کشور و در فاصله زمانی نزدیک امارهای خیلی متفاوت گزارش کرده اند. در این مطالعه دامنه پرداخت غیررسمی را گسترده توصیف کرده و از ۳ درصد تا ۹۶ درصد متغیر است. و شبیه مطالعه ما شیوع پرداخت غیررسمی در کشورهای مختلف را برای خدمات بستری نسبت به سرپایی بیشتر گزارش کرده است. البته این مطالعه برعکس مطالعه ما که فقط از مقالات معتبر انگلیسی زبان استفاده کرده ایم از آمارهای غیررسمی و گزارش شده کشوری یا سازمانهای متولی سلامت هم استفاده کرده است. نتایج مطالعه Stepurko هم که در سال ۲۰۱۰ انجام گرفته (۱۹) مشابه یافته های مطالعه ما می باشد و فراوانی پرداخت غیررسمی را از زیر ۱۰ درصد تا بالای ۷۰ درصد را برای مقالات مختلف گزارش کرده است. گال هم در مطالعه خود (۲۵) دلایل تفاوتی زیاد برآورد شیوع پرداخت غیررسمی را مورد بحث قرار می دهد و این را به چهار مشکل یا اختلاف در روش کار مطالعات نسبت داده شود: ۱- انتخاب و بایاس نمونه ۲- طبقه بندی نادرست هزینه های سلامت ۳- ناتوانی در شناسایی پرداخت غیررسمی و ۴- دوره یادآوری.

براساس نتایج مطالعه ما بیشترین شیوع پرداخت غیررسمی مربوط به کشورهای اروپایی از جمله بلغارستان، مجارستان، آلبانی، یونان، اکراین، لیتوانی، ترکیه، لهستان، رومانی و روسیه بوده است البته نباید این مطلب نادیده گرفته شود که بیشترین مقالات مورد مطالعه ما از همین کشورها بوده است. البته مطالعه Tambor در ۳۵ کشور اروپایی (۱۲) که وجود پرداخت غیررسمی را در اروپا را تایید می کند نشان می دهد که تفاوت وسیعی در ترکیب پرداخت رسمی - غیررسمی در کشورهای اروپایی وجود دارد. در برخی کشورها، در کنار پرداخت رسمی، مقداری زیاد پرداخت غیررسمی هم وجود دارد. اینها کشورهای CEE (اروپای شرقی) هستند. همچنین کشورهای اروپای غربی نیز هستند که پرداخت غیررسمی در حال شکل گیری است. با وجود این، هشداردهنده ترین وضعیت در تعداد کمی از کشورهای CEE مشاهده می شود، یعنی جایی که سهم هزینه رسمی (برای کالاها و خدمات) به همراه پرداخت غیررسمی گستره وجود دارد.

در بررسی حاضر، پس از دسته بندی کیفی مقالات مشخص شد که بیشترین علت پرداخت غیررسمی از جانب بیماران "دریافت خدمات با کیفیت و بهتر" می باشد. در واقع بیماران بیم این را داشتند که در صورت عدم پرداخت خدمات مطلوبی به آنها ارائه نمی شود. در درجات بعدی "تقاضای پرسنل بخصوص پزشکان و عدم توانایی در رد درخواست آنان"، "فرهنگ و رسوم جامعه" و "قدردانی از زحمات پرسنل" بیشترین موارد اشاره شده از سوی بیماران بود. Belli (۲۰۰۲) در مطالعه خود دلایل پرداخت را به ۳ دسته تقسیم کرده است: ۱- عوامل در ارتباط با محیط (مآزاد 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) (۲۶).

Lewis در مطالعه مقایسه ای ۵ کشور جنوب آسیا (بنگلادش، هند، نپال، پاکستان و سریلانکا) نشان داده است که در همه آنها بجز سریلانکا اغلب پرداختها بنا به درخواست ارائه دهندگان بوده است. در هر ۵ کشور برای پذیرش در بیمارستان، بدست آوردن تخت و برای دریافت یارانه داروها این پرداخت ها شکل گرفته بود. در بنگلادش و هند شهروندان اعلام کردند که پرداخت غیررسمی به منظور اطمینان از درمان مناسب می باشد اما بطور معمول آنها توسط ارایه دهنده خدمت درخواست شده بود. علاوه بر این مشابه یافته های مطالعه ی حاضر فرهنگ و رسم قدردانی را بعنوان عامل دیگر در پرداخت زیرمیزی در نظر می گیرد (۲).

با توجه به چنین دلایلی توصیه می شود: (۱) سیستم قویتر خارج از مجموعه ی کادر درمانی و پیشگیری، ترجیحاً از تشکلهای مردمی بر روند ارائه ی خدمت، نظارت داشته باشند. (۲) آموزش و ارتقاء فرهنگی جامعه (در سطح رسانه ها برای عموم جامعه و در سطح کارکنان مراکز درمانی) برای تقبیح در گرفتن پول یا هدیه ی غیررسمی.

در مقابل از دلایل مرتبط با پزشکان که بیشترین تکرار را داشت "درآمد کم پرسنل پزشکی" بود. بعد از آن "عدم رعایت تعهد اخلاق حرفه ای و کم کاری" تکرار بیشتری در مطالعات بررسی شده داشت. در مطالعه ی Lewis (۲۰۰۷) نیز درآمد کم بعنوان انگیزه ی دریافت

زیرمیزی توسط پزشکان اشاره شده است. در همین مطالعه در کنار بی‌نظمی در پرداخت حقوق (عدم پرداخت بموقع)، عدم توجه دولت و نیاز به اینکه خدمات باید بنحوی ارائه شوند (چرخه‌ی ارائه خدمت تداوم داشته باشد) سایر دلایل از دیدگاه پزشکان عنوان شده اند، آنها اشاره کردند که بیماران تنها منبع مالی هستند که این خلاء را پوشش می‌دهند. Özgen در مطالعه خود به این نکته اشاره می‌کند که پرداختهای غیررسمی عمدتاً به دلیل مشکلات عرضه است و همچنین ریشه عمیقی در هنجارهای اجتماعی و فرهنگی دارند. و با توجه به اینکه عوامل موثر بر عرضه شامل بودجه کم سازمانهای ارائه دهندگان سلامت و حقوق پایین کارکنان می‌باشد پرداخت های غیررسمی به عنوان یک ابزار جمع آوری بودجه اضافی برای سازمان های سلامت به طور کلی، و به پزشکان به طور خاص، عمل می‌کند (۳).

Lewis (۲۰۰۷) هم معتقد است که دستمزد کم، پرداخت حقوق و دستمزد نامنظم، عدم توجه دولت باعث می‌شود ارائه دهندگان به خصوص پزشکان، این نوع پرداختها را دریافت کنند. و مشارکت مالی بیماران را تنها منبع درآمدی خود را برای پر کردن کمبود حقوق خود می‌دانند.

در مورد دلایل مربوط به کادر پزشکی توصیه می‌شود: (۱) دولت سطح درآمدی کارکنان را افزایش دهد و مهمتر از آن منظم‌تر کند. (۲) آموزش پزشکان و کارکنان سلامت نیز در ارتباط با مضرات وجود این پرداخت ها و لطمه به اعتبار حرفه ای آنها

دلایلی هم به نظام سلامت مربوط می‌شود. "ضعیف بودن تأمین مالی سلامت و رابطه مستقیم مالی بیمار با پزشک" و "ضعف سیستم نظارتی یا نبود مقررات واضح و روشن" بیشترین تکرار را در بررسی حاضر داشتند. در درجه بعدی "بودجه ناکافی دولت برای خدمات سلامت" و پس از آن "وجود فساد در جامعه و بخش دولتی و مشکلات اقتصادی در کشور" و "عملکرد ضعیف و پوشش ناقص بیمه‌ها" عنوان شدند. Vian در مطالعه خود به این موضوع اشاره می‌کند و معتقد است که نبود حساسی و نظارت دولتی و نبود شفافیت در امور مالی زمینه را برای پرداخت های غیررسمی مساعد می‌کند (۲۷). شاید یک راهکار برای مقابله با این پدیده "نزدبکتر کردن فاصله درآمدی کارکنان سلامت" باشد، اما فراتر و مهمتر از آن به نظر نویسندگان این نگارش، کشور ما برای حذف یا جلوگیری از پرداخت غیررسمی نیاز به اصلاحات اساسی در خارج از چهارچوب سلامت دارد. توضیح بیشتر اینکه نبود ثبات به معنای امنیت اقتصادی (برای مثال تورم و نوسانات قیمتی) خود میتواند عامل محرک قوی در سطحی بالاتر باشد، بطوریکه حتی افزایش نسبی درآمد نیز نمی‌تواند تقاضا برای پرداخت غیررسمی را کاهش دهد، چه برسد به حذف آن.

Lewis در مقاله دیگری توضیح می‌دهد که بیماران و پزشکان از پرداخت غیررسمی بعنوان استراتژی توافقی (coping strategy) جهت کاستن از مشکلات مربوط به کمبود منابع و ناتوانی دولت بهره می‌برند. بنابراین با توجه به دلایل اشاره شده در مطالعه‌ی حاضر سیاستگذاریهایی را برای تعدیل و حرکت به سمت حذف این عوامل می‌طلبند (۲).

در مطالعه‌ی حاضر همچنین اثرات پرداخت غیررسمی در دو دسته بندی معایب و مزایا بررسی شد. بیشترین معایب تکرار شده در مطالعات "بی‌عدالتی و نابرابری در دسترسی به خدمات" بود. در درجه بعدی "آسیب به اقشار آسیب پذیر و افزایش هزینه بیماران"، "لطمه به کارایی عملکرد نظام سلامت"، "احساس حقارت در پرسنل و لطمه به اعتبار حرفه ای" و "ترویج فساد و رفتار غیراخلاقی و غیرقانونی در جامعه" موارد مهم در بررسی مطالعات بودند. Somogyvari در مطالعه‌ی خود، پرداخت غیررسمی را یکی از جدیترین مشکلات اخلاقی عنوان می‌کند که می‌تواند به بی‌عدالتی در سلامت منجر شود و بنابراین یکی از کلیدی ترین اصول نظام بیمه سلامت را نقض می‌کند. علاوه براین اثر دیگر یعنی تحت تأثیر قرار دادن قشر کم درآمد و آسیب پذیر، همراه با عدم دسترسی به خدمات مناسب خود چرخه‌ی معیوبی را ایجاد می‌کند که شکاف بی‌عدالتی را به مرور بیشتر و بیشتر خواهد کرد (۲۸). Gaal هم معتقد است که احتمال تفاوت در خدمات بین افرادی که پرداخت غیررسمی داشته اند و افرادی که چنین پرداختهایی نداشته اند یکی از نگرانی‌های اصلی در زمینه نابرابری و بی‌عدالتی در سیستم سلامت است و می‌تواند وضعیت سلامت را بدتر کند. به عنوان مثال در قزاقستان، پزشکانی که در بخش دولتی کار می‌کنند خدمات باکیفیت تر برای افرادی که این نوع پرداختها را داشته اند نسبت به افرادی که چنین پرداخت هایی نداشته اند ارائه داده اند. نگرانی دیگر در این زمینه از دست دادن اعتماد به نظام سلامت و پزشکان می‌باشد (۸).

از جمله مزایای عنوان شده در مطالعات بیشترین تکرار مربوط به "ایجاد انگیزه در پرسنل درمانی برای ارائه ی خدمات با کیفیت" بود. برقراری ارتباط خوب با پزشکان و ایجاد رقابت در میان پرسنل در ارائه خدمت نیز از مزایای دیگر عنوان شده در مطالعات بود. در این راستا برخی از نویسندگان مانند Ensor پیشنهاد می کنند که بخشی از این پرداخت ها را می توان به عنوان هزینه مشارکت در نظر گرفت از آنجایی که ممکن است آنها این اطمینان حاصل کنند کارکنانی که این پول را دریافت می کنند در محل خدمت خود باقی بمانند(۱۱). Vian هم در مطالعه خود به این نکته اشاره می کند که پرداخت های غیررسمی برای ایجاد رابطه مستمر بین کارکنان و ارایه دهندگان، بهبود روحیه کارکنان، حفظ کارکنان سلامت و ممانعت خروج از سیستم دولتی می تواند مفید باشد. و به بیماران اجازه می دهد که به ارائه دهندگان ابراز احترام نمایند(۲۷).

حتی اگر پرداخت های غیر رسمی شکل یکسانی از دستمزد رسمی به خود بگیرد آنها در بدترین شکل ممکن از تامین مالی خصوصی می توانند باشند. اولاً آنها یک مانع دسترسی به خدمات سلامت می باشد و به دلیل عدم وجود سیاست های معافیتهی و اختیاری نبودن پرداخت ها بیشتر از پرداخت های رسمی بر فقر تاثیر می گذارد. دوماً پرداخت های غیر رسمی خطر بالقوه ای برای کارایی مراقبت های سلامت محسوب می شود که منابع را به سمت خدماتی که سودآور هستند نه به خدماتی که بیشترین نیاز را دارند هدایت می کند. سوماً آنها انگیزه های منفی را ایجاد می کنند که مانع برای سیاست های سلامت می باشد. و در نهایت ماهیت غیر رسمی پرداخت های غیر رسمی توانایی دولت ها برای بالا بردن منابع مالی و تنظیم تامین مالی سلامت را تضعیف می کند(۱۰). بهرحال مشکل پرداخت غیررسمی نیازمند تلاش هماهنگ و مداوم می باشد و براحتی قابل حذف نخواهد بود. با توجه به این موضوع در اینجا می توان مزایای پرداخت غیررسمی را از نقطه نظر مطالعه ی Barber و همکاران مورد توجه قرار داد. در این مطالعه رسمی کردن پرداخت غیررسمی به میزان ۴۵٪ از کل درآمدهای بیمارستان باعث ارتقاء بهره‌وری و تثبیت هزینه ها شده است. با در نظر گرفتن این موضوع و جلوگیری از اثرات منفی پرداخت غیررسمی، بهتر است این مطالعه سرآغازی برای گام نخست مواجهه با پرداخت غیررسمی حتی با رسمی کردن درصدهایی بالاتر از این در نظر گرفت تا هماهنگ با سایر روشهای مقابله، پرداخت غیررسمی نظام سلامت را به هزینه های واقعی نزدیکتر کرد.

از میان راهکارهای پیشنهاد شده در مقالات مختلف هم بر سیاستهای مربوط به پرسنل پزشکی و نیز بر بیماران تأکید شده است. "افزایش حقوق پرسنل درمانی و امنیت شغلی" و "افزایش آگاهی بیماران درباره حقوق بیمار و تغییر ادراکات نادرست و شفافیت سازی لازم" بیشترین تکرار را در مطالعات داشتند. موارد پرتکرار دیگر "تقویت برنامه بیمه ملی و همگانی و پوشش کامل خدمات"، "سیستم کنترل و نظارت قوی" و "ارتقاء کیفیت خدمات" بودند.

در کشور لهستان در بیمارستانهای عمومی ۸۰٪ پرداخت غیررسمی به پزشکان صورت می پذیرد و این می تواند درآمد خام آنها را دو برابر کند(۲۹). بدین ترتیب می توان گفت که انگیزه ی مالی قوی برای پرداخت غیررسمی به پزشکان و همچنین کارکنان سلامت وجود دارد(۲). اما با نگاه دقیقتر شاید مهمتر از افزایش حقوق درآمدی، بهبود امنیت شغلی و اقتصادی باشد. همانطور که پیشتر هم اشاره شد، امنیت اقتصادی پا را فراتر از صرفاً افزایش درآمد گذاشته و در سطحی بالاتر به کاهش پرداخت غیررسمی کمک خواهد کرد. علاوه بر این، هر گاه بیماران نسبت به حقوق خود آگاه تر باشند پرداخت غیررسمی کمتر نمود خواهد یافت(۳۰، ۳۱). بدین ترتیب ضروریست تا دولت نسبت به افزایش آگاهی عمومی اقدام کند. در کشور ما "منشور حقوق بیماران" یکی از این راهکارها بوده (اگرچه با شفافیت لازم همراه نبوده است)، ولی باید توجه داشت که این تنها راه مقابله نیست و سایر جنبه ها باید همگام با هم در نظر گرفته شوند.

ارتقاء کیفیت خدمات(۳۲، ۳۳) و پایش عملکرد کارکنان(۳۱، ۳۴) توسط نهادهای که خارج از مجموعه ی کادر بیمارستانی اداره می شود، می تواند سیاست مقابله ای در دسترس تر و عملی تری باشد. مخصوصاً اینکه اگر نمایندگانی از عموم مردم در این مجموعه حضور داشته باشند، که این خود به شفافیت بیشتر پرداخت ها کمک شایانی می کند. مطالعاتی نیز بر گسترش پوشش بیمه ای خدمات سلامت تأکید داشته اند(۷) استراتژی دیگر برای مقابله با پرداخت غیررسمی تنظیم قوانین و مقررات و در نظر گرفتن مجازات برای افراد مخطی می باشد

Ensor در مطالعه خود استراتژی های تنظیمی کنترل پرداخت غیررسمی را مشخص و به عنوان راهکار مناسب و ضروری در کنار سایر روشهای دیگر می داند(۴).

راهکارهای اجرایی نیز در مطالعات اشاره شده بود: " در نظر گرفتن پرداخت رسمی برای بیماران یا رسمی کردن پرداخت های غیررسمی " مهمترین این راهکارها بود. در درجه بعدی "تقویت و اجرای بیمه سلامت همگانی" و " اجرای قوانین برای مبارزه با پرداخت غیررسمی " قرار داشتند. Tengilimoglu و همکاران پیشنهاد می کنند که یک سیستم پیگیری پرداخت غیررسمی بهتر قادر است سنگ بنای پرداخت غیررسمی را در قالب پرداخت رسمی ادغام کند(۳۵). پیش تر هم در مطالعه Barber و همکاران توضیح داده شده است که رسمی کردن پرداخت غیررسمی با درصد مشخصی از هزینه ها بسیاری از نگرانیها را از بین خواهد برد(۳۶). قوانین همواره کمک کننده هستند ولی اجرای درست قوانین میتواند مهمتر از خود قوانین باشد. قوانینی مبارزه ای مادامی که شفاف باشند کارایی خواهند داشت. بیمه ی سلامت همگانی نیز در قالب طرحی در کشورمان به اجرا درآمد و تا حدی موفقیت آمیز بوده است.

در نهایت هنگامی که تامین مالی سیستم سلامت تا حدود زیادی به وسیله پرداخت غیر رسمی تامین شود ارائه دهندگان انگیزه برای ارائه خدمات جذاب تر اما غیر ضروری که به ناکارآمدی بیشتر تولید منجر می شود پیدا می کنند. پرداخت غیررسمی به عنوان عامل اختلال در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و کارایی سیستم و همچنین به عنوان یک مانع بر سر راه اصلاحات سلامت عمل می کند. علاوه بر اینکه پرداخت های غیر رسمی، پرداخت مستقیم از جیب را افزایش می دهد آن همچنین ممکن است مخارج کمر شکن سلامت و فقر را در میان افراد فقیر افزایش می دهد و همچنین اثرات منفی بر عدالت و سلامت داشته باشد و همچنین در مورد افرادی که بیمه دارند و این نوع پرداخت ها را داشته باشند شک و تردید را در مورد اثر محافظت ریسک مالی به وجود می آورد. هر چند ارائه دهنده گان می توانند تبعیض قیمت را به نفع فقرا عمل کنند پیامد های عدالت پرداخت های غیر رسمی مبهم است با این حال تجارب بیشتر از کشور ها نشان می دهد که پرداخت غیر رسمی یک مکانیسم مالی واپسگراست. به گفته برخی صاحب نظران، در سراسر دنیا بی اعتمادی عمومی نسبت به حرفه پزشکی روندی رو به گسترش یافته است. لذا لازم است هر عاملی که سبب خدشه دار شدن اعتماد مردم نسبت به این حرفه می شود مورد بررسی قرار گرفته و از گسترش آن پیشگیری شود. یکی از عواملی که سبب گسترش بی اعتمادی مردم نسبت به حرفه پزشکی و کم رنگ شدن ارتباط پزشک و بیمار می شود بحث پرداخت های غیررسمی است. بنا به گزارشات بین المللی، ایران یک کشور با درآمد حد پایین متوسط می باشد که ۱۸٪ مردم آن زیر خط فقر مطلق به سر می برند. از سوی دیگر جامعه پزشکی هم در قبال اقشار آسیب پذیر جامعه مسؤلیتی خطیر در جهت محرومیت زدایی دارد و تمام سعیش باید برداشتن باری از دوش آنان باشد نه آنکه با رواج مسائلی از قبیل زیرمیزی و تحمیل مخارج اضافی و محروم را محروم تر کردن بر بار محرومیت جامعه بیفزاید.

Reference

1. Report WH. Health Systems: Improving Performance. WHO Geneva; ۲۰۰۰.
2. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*. ۲۰۰۷;۲۶(۴):۹۸۴-۹۷.
3. Özgen H, Şahin B, Belli P, Tatar M, Berman P. Predictors of informal health payments: The example from Turkey. *Journal of medical systems*. ۲۰۱۰;۳۴(۳):۳۸۷-۹۶.
4. Ensor T. Informal payments for health care in transition economies. *Social science & medicine*. ۲۰۰۴;۵۸(۲):۲۳۷-۴۶.
5. Mæstad O, Mwisongo A. Informal payments and the quality of health care in Tanzania: results from qualitative research. ۲۰۰۷.
6. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity: Oxford university press; ۲۰۰۸.
7. Tomini S, Maarse H. How do patient characteristics influence informal payments for inpatient and outpatient health care in Albania: Results of logit and OLS models using Albanian LSMS ۲۰۰۵. *BMC public health*. ۲۰۱۱;۱۱(۱):۳۷۵.
8. Gaal P, Belli PC, McKee M, Szócska M. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. ۲۰۰۶;۳۱(۲):۲۵۱-۹۳.
9. Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*. ۲۰۰۸;۸۷(۱):۷۲-۸۱.
10. Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisongo A. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health*. ۲۰۰۹;۷(۱):۵۳.
11. Ensor T, Witter S. Health economics in low income countries: adapting to the reality of the unofficial economy. *Health Policy*. ۲۰۰۱;۵۷(۱):۱-۱۳.
12. Tambor M, Pavlova M, Golinowska S, Sowada C, Groot W. The formal–informal patient payment mix in European countries. Governance, economics, culture or all of these? *Health Policy*. ۲۰۱۳;۱۱۳(۳):۲۸۴-۹۵.
13. Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Amiresmaili M. Informal payments in healthcare: a case study of kerman province in iran. *International journal of health policy and management*. ۲۰۱۳;۱(۲):۱۵۷.
14. Ghiasipour Maryam PA, Arab Mohamad, Mahmoodi Mahmood, Abutorabi Ali The Analysis of Informal Payments Among Hospitals Covered Under Tehran University of Medical Sciences(TUMS)۲۰۰۹. *hospital journal*. ۲۰۱۱;۱۰(۳):۹-۲۲.
15. vahidi R SM. Determining the distribution of effective factors on out of pocket payment (formal and informal) in hospitalized cardiac patients of Shahid Madani hospital and its side effects on the patient or companions-Iran-Tabriz ۲۰۱۰. *Hospital journal*. ۲۰۱۳;۱۱(۴):۷.
16. Bazyar M. Medical and non-medical direct costs of cancers in patients hospitalized in Imam Khomeini cancer institution. MS Project Field of health economic Department of Health Tehran University of Medical Sciences. ۲۰۱۰.
17. Khodamoradi A. A study of informal payments in urmia hospitals. . Tehran: Tehran University of Medical Sciences; ۲۰۱۳.
18. Hadian M, Jafari A, Ravangard R, Heidari F, Roshani M, Mohammadi M. Informal Payment in Health Settings: A Survey of Teaching Hospitals. *International Journal of Hospital Research*. ۲۰۱۵;۴(۲):۰-.
19. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W. Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Services Research*. ۲۰۱۰;۱۰(۱):۲۷۳.

- 20 Cherecheş RM, Ungureanu MI, Sandu P, Rus IA. Defining informal payments in healthcare: a systematic review. *Health Policy*. 2013;110(2):105-14.
- 21 Cohen N. Informal payments for health care—the phenomenon and its context. *Health Economics, Policy and Law*. 2012;7(03):285-308.
- 22 Ensor T. What role for state health care in Asian transition economies? *Health Economics*. 1997;6(5):445-54.
- 23 Ensor T, Thompson R. Health insurance as a catalyst to change in former communist countries? *Health Policy*. 1998;43(3):203-18.
- 24 Gaal P, McKee M. Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'. *The International journal of health planning and management*. 2004;19(2):163-78.
- 25 Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*. 2006;77(1):86-102.
- 26 Belli P, Shahriari H. Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. 2002.
- 27 Vian T, Grybosk K, Sinoimeri Z, Hall R. Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study. *Social science & medicine*. 2006;62(4):877-87.
- 28 Somogyvári M. The Costs of Organisational Injustice in the Hungarian Health Care System. *Journal of business ethics*. 2013;118(3):543-60.
- 29 Chawla M, Berman P, Kawiorska D. Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures. *Health Economics*. 1998;7(4):337-46.
- 30 Mokhtari M, Ashtari M. Reducing Informal Payments in The Health Care System: Evidence From A Large Patient Satisfaction Survey. *Journal of Asian Economics*. 2012;23(2):189-200.
- 31 Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W. Informal payments for health care services—Corruption or gratitude? A study on public attitudes, perceptions and opinions in six Central and Eastern European countries. *Communist and Post-Communist Studies*. 2013;46(4):419-31.
- 32 Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Informal payments for health services: the experience of Bulgaria after 10 years of formal co-payments. *The European Journal of Public Health*. 2014;24(5):733-9.
- 33 Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W. To pay or not to pay? A multicountry study on informal payments for health-care services and consumers' perceptions. *Health Expectations*. 2014.
- 34 Parsa M, Aramesh K, Nedjat S, Kandi MJ, Larijani B. Informal Payments for Health Care in Iran: Results of a Qualitative Study. *Iranian Journal of Public Health*. 2015;44(1):79-88.
- 35 Tengilimoğlu D, Güzel A, Toygar A, Akinci F, Dziegielewska SF. Informal Payments in Health Systems: Purpose and Occurrences in Turkey. *Journal of Social Service Research*. 2015;41(5):684-96.
- 36 Barber S, Bonnet F, Bekedam H. Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health policy and planning*. 2004;19(4):199-208.
- 37 Ozgen H, Sahin B, Belli P, Tatar M, Berman P. Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey. *Journal of Medical Systems*. 2010 Jun;34(3):387-96.
- 38 Balabanova D, McKee M. Understanding Informal Payments for Health Care: The Example of Bulgaria. *Health Policy*. 2002 Dec;62(3):243-73.
- 39 Tatar M, Özgen H, Sahin B, Belli P, Berman P. Informal Payments in The Health Sector: A Case Study From Turkey. *Health Affairs*. 2007;26(4):1029-39.
- 40 Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and Informal Payments in Health Sector: Evidence From Georgia. *Health Policy*. 2004;70(1):19-23 15p.

- .41 Arsenijevic J, Pavlova M, Groot W. Out-of-pocket Payments for Health Care in Serbia. *Health Policy*. 2015;119(10):136-46.
- .42 Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Informal Payments for Health Services: The Experience of Bulgaria After 10 Years of Formal Co-payments. *European Journal of Public Health*. 2013;24(Δ):733-9.
- .43 Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Farkas M, Groot W. The Link Between Past Informal Payments and Willingness of The Hungarian Population to Pay Formal Fees for Health Care Services: Results From A Contingent Valuation Study. *European Journal of Health Economics*. 2013;1-15.
- .44 Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the-counter Payments for Health Care: Evidence from Bulgaria. *Health Policy*. 1997;42(2):89-100.
- .45 Kaitelidou DC, Tsirona CS, Galanis PA, Siskou OC, Mladovsky P, Kouli EG, et al. Informal Payments for Maternity Health Services in Public Hospitals in Greece. *Health Policy*. 2013 Jan;109(1):23-30.
- .46 Baschieri A, Falkingham J. Formalizing informal payments: the progress of health reform in Kyrgyzstan. *Central Asian Survey*. 2006;25(4):441-60.
- .47 Paredes-Solís S, Andersson N, Ledogar RJ, Cockcroft A. Use of social audits to examine unofficial payments in government health services: experience in South Asia, Africa, and Europe. *BMC Health Services Research*. 2011;11(Suppl 2):S12.
- .48 Siskou O, Kaitelidou D, Papakonstantinou V, Liaropoulos L. Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins. *Health Policy*. 2008;88(2):282-93.
- .49 Cockcroft A, Andersson N, Paredes-Solís S, Caldwell D, Mitchell S, Milne D, et al. An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):15.
- .50 Gordeev VS, Pavlova M, Groot W. Informal payments for health care services in Russia: old issue in new realities. *Health Economics, Policy and Law*. 2014;9(01):25-48.
- .51 Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Zsófia HC, Groot W. Informal payments for healthcare services and short-term effects of the introduction of visit fee on these payments in Hungary. *The International journal of health planning and management*. 2012;27(1):63-79.
- .52 Simkhada P, van Teijlingen E, Sharma G, Simkhada B, Townend J. User costs and informal payments for care in the largest maternity hospital in Kathmandu, Nepal. *Health Science Journal*. 2012;6(2.34-317):
- .53 Onwujekwe O, Dike N, Uzochukwu B, Ezeoke O. Informal payments for healthcare: differences in expenditures from consumers and providers perspectives for treatment of malaria in Nigeria. *Health Policy*. 2010;96(1):72-9.
- .54 Mæstad O, Mwisongo A. Informal payments and the quality of health care: Mechanisms revealed by Tanzanian health workers. *Health Policy*. 2011;99(2):107-15.
- .55 Yang J. The impact of informal payments on quality and equality in the Chinese health care system: A study from the perspective of doctors. *Health Sociology Review*. 2013;22(3):268-81.
- .56 Aarva P, Ilchenko I, Gorobets P, Rogacheva A. Formal and informal payments in health care facilities in two Russian cities, Tyumen and Lipetsk. *Health policy and planning*. 2009;24(Δ):34-5-95
- .57 Chiu Y-C, Smith KC, Morlock L, Wissow L. Gifts, bribes and solicitations: Print media and the social construction of informal payments to doctors in Taiwan. *Social science & medicine*. 2007;64(3):Δ21-30.
- .58 Tomini S, Groot W, Pavlova M. Informal payments and intra-household allocation of resources for health care in Albania. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1):17.

- ٥٩ Szende A, Culyer AJ. The inequity of informal payments for health care: the case of Hungary. *Health Policy*. ٢٠٠٦;٧٥(٣):٢٦٢-٧١
- ٦٠ Fotaki M. Informal payments: a side effect of transition or a mechanism for sustaining the illusion of 'free' health care? The experience of four regions in the Russian Federation. *Journal of Social Policy*. ٢٠٠٩;٣٨(٠٤):٦٤٩-٧٠.
- ٦١ Tomini SM, Groot W .Paying informally for public health care in Albania: scarce resources or governance failure? *Applied Economics*. ٢٠١٣;٤٥(٣٦):٥١١٩-٣٠.
- ٦٢ Souliotis K, Golna C, Tountas Y, Siskou O, Kaitelidou D, Liaropoulos L. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. *The European Journal of Health Economics*. ٢٠١٥:١-١٢.
- ٦٣ Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access. *The European Journal of Public Health*. ٢٠١٢:cks١٤٩.

ضمیمه ۱. فهرست مقالات استفاده شده در مطالعه مروری سیستماتیک به ترتیب کد مقالات

Code ۱ (۹)

Code ۲ (۳۷)

Code ۳ (۳۸)

Code ۴ (۳۹)

Code ۵ (۴۰)

Code ۶ (۴۱)

Code ۷ (۴۲)

Code ۸ (۴۳)

Code ۹ (۴۴)

Code ۱۰ (۴۵)

Code ۱۱ (۳۰)

Code ۱۲ (۴۶)

Code ۱۳ (۴۷)

Code ۱۴ (۳۴)

Code ۱۵ (۴۸)

Code ۱۶ (۴۹)

Code ۱۷ (۳۳)

Code ۱۸ (۵۰)

Code ۱۹ (۵۱)

Code ۲۰ (۵۲)

Code ۲۱ (۵۳)

Code ۲۲ (۵۴)

Code ۲۳ (۵۵)

Code ۲۴ (۵۶)

Code ۲۵ (۵۷)

Code ۲۶ (۵۸)

Code ۲۷ (۷)

Code ۲۸ (۱۰)

Code ۲۹ (۵۹)

Code ۳۰ (۲۷)

Code ۳۱ (۶۰)

Code ۳۲ (۲۸)

Code ۳۳ (۶۱)

Code ۳۴ (۳۶)

Code ۳۵ (۳۵)

Code ۳۶ (۶۲)

Code ۳۷ (۳۱)

Code ۳۸ (۶۳)

ضمیمه ۲. نمودار جریان جزئیات جستجوی پایگاه‌های علمی و غربالگری مقالات:

تعداد کل مقالات یافت شده=۱۲۵۲

