

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

بررسی تأثیر طرح تحول سلامت بر پرداخت های غیررسمی در کشور

مجریان و همکاران طرح

امیرحسین تکیان

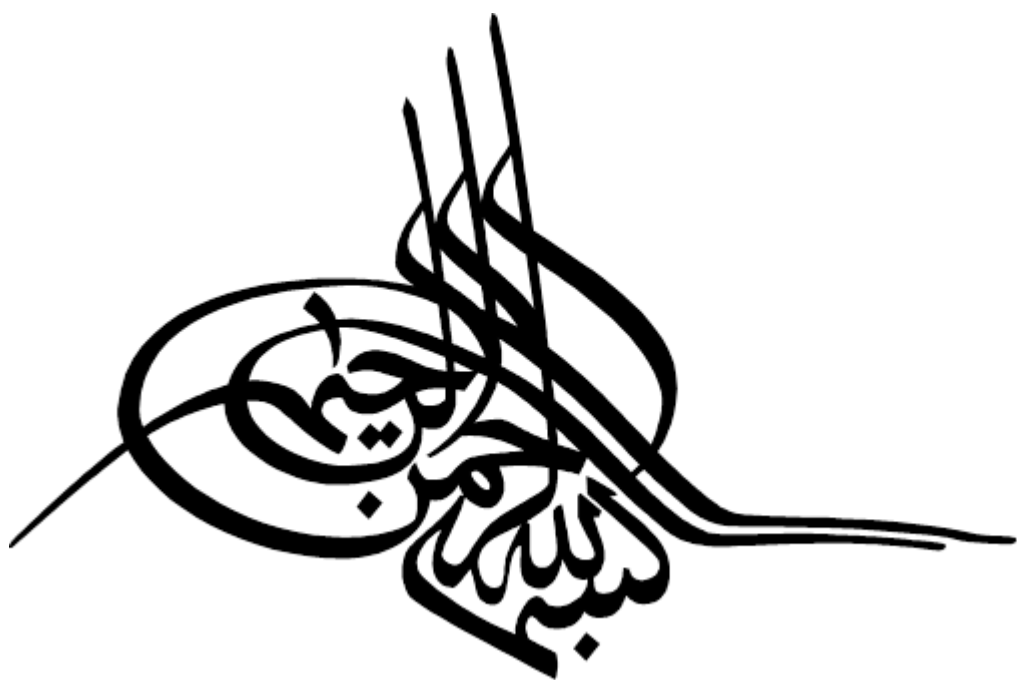
حامد زندیان

مینو علی پور سخا

عاطفه اسفندیاری

فرهاد حبیبی نوده

موسسه ملی تحقیقات سلامت



فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه	۹
اهداف مطالعه	۱۰
هدف اصلی مطالعه	۱۰
اهداف اختصاصی مطالعه	۱۰
سوالات مطالعه	۱۱
فصل دوم - زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده	۱۳
فصل سوم - روش پژوهش	۱۹
فاز اول	۱۹
محیط پژوهش	۱۹
جامعه ی پژوهش	۱۹
معیارهای ورود	۲۰
معیارهای خروج	۲۰
واژگان کلیدی بر مبنای استراتژی جستجو	۲۰
فاز دوم	۲۰
بخش اول: تعیین گستردگی پدیده زیر میزی بر حسب نوع خدمت، تخصص، نوع بیمارستان و سایر متغیرها	۲۰
محیط پژوهش	۲۰
جامعه پژوهش	۲۰
بخش دوم: تعیین ابعاد مختلف پدیده زیرمیزی در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران	۲۱
روش تحلیل داده ها	۲۱
فاز سوم	۲۲
فاز چهارم	۲۳
روش جمع آوری داده ها و تعیین حجم نمونه	۲۳
ابزار گردآوری داده ها	۲۳
روش و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها	۲۴
فاز پنجم: شناسایی راهکارهای کاهش پرداخت های غیر رسمی با استفاده تکنیک دلفی	۲۴
جامعه ی پژوهش	۲۴
نمونه گیری و تعیین حجم نمونه	۲۵
ابزار گردآوری داده ها	۲۵
روش تحلیل داده ها	۲۵

۲۶.....	روایی و پایایی.....
۲۶.....	فاز ششم: اولویت بندی راهکارهای ارائه شده.....
۲۷.....	جامعه و نمونه‌ی پژوهش.....
۲۷.....	روش تحلیل داده‌ها.....
۲۹.....	فصل چهارم - یافته‌های پژوهش.....
۲۹.....	نتایج مربوط به هدف اول.....
۲۹.....	فعالیت‌های انجام گرفته بر اساس جدول گانت در مرحله مروری.....
۲۹.....	جستجوی شواهد.....
۲۹.....	راهبرد جستجو.....
۳۳.....	غربالگری شواهد استخراج شده.....
۳۳.....	معیارهای ورود مطالعات.....
۳۳.....	معیارهای خروج مطالعات.....
۳۴.....	فرایند انتخاب مقالات بر اساس معیار پریزما.....
۴۷.....	ابعاد و گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب نوع خدمت، نوع بیمارستان و سایر متغیرها (هدف دوم).....
۴۷.....	نتایج مربوط به گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب تخصص پزشکان.....
۴۸.....	نتایج مربوط به گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب نوع خدمات دریافتی بیماران.....
۴۹.....	نتایج مربوط به گستردگی پدیده زیرمیزی به تفکیک استان و شهرستان‌ها.....
۵۳.....	نتایج مربوط به اثرات پرداخت‌های غیر رسمی از دیدگاه پزشکان و متخصصان نظام سلامت.....
۵۷.....	نتایج مربوط به شناسایی روند تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت (هدف سوم).....
۶۴.....	نتایج مربوط به تعیین میزان دریافت زیرمیزی توسط پزشکان و شکل دریافت آن (هدف چهارم).....
۶۸.....	نتایج مربوط به راهکارهای کاهش پرداخت‌های غیر رسمی (هدف پنجم).....
۶۸.....	نتایج مربوط به تکنیک دلفی.....
۷۱.....	نتایج مربوط به اولویت بندی راهکارهای کاهش پرداخت‌های غیر رسمی با استفاده از تکنیک AHP.....
۷۳.....	فصل پنجم - بحث، تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات.....
۷۳.....	خلاصه یافته‌های مطالعه.....
۷۵.....	تحلیل روش‌ها و استراتژی‌های موجود برای کاهش پرداخت‌های غیررسمی در نقاط مختلف جهان.....
۷۸.....	گستردگی پدیده زیرمیزی در ایران و اثرات این پرداخت‌ها در نظام سلامت.....
۸۳.....	اثرات پرداخت‌های غیر رسمی از دیدگاه پزشکان و متخصصان نظام سلامت.....
۸۷.....	روند تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت.....
۹۱.....	تعیین میزان دریافت زیرمیزی توسط پزشکان و شکل دریافت آن.....
۹۸.....	راهکارهای کاهش پرداخت‌های غیر رسمی.....
۱۰۰.....	نتیجه‌گیری و پیشنهادات.....

- ۱۰۱..... پیشنهادات برای مطالعات تکمیلی
- ۱۰۳..... منابع

فصل اول – مقدمه

پرداخت های غیر رسمی یا زیرمیزی در بخش بهداشت و درمان، هزینه هایی هستند که خارج از چارچوب تعرفه های رسمی، از بیمار دریافت می گردد و پدیده ای بسیار شایع است (Onwujekwe et al., ۲۰۱۰b).

در بعضی متون، پرداخت های غیر رسمی به صورت « حق انعام برای کارکنان سلامت»، «رشوه جهت دسترسی به خدمات ویژه یا مراقبت با کیفیت بهتر» و «پرداخت های تقاضا شده از طرف کارکنان یا موسسات سلامت» تعریف می شود که در تمامی تعاریف، این پرداخت ها، خارج از مجاری رسمی پرداخت وجود دارند و توسط مراجع رسمی و قانونی تصویب نشده اند (Stepurko et al., ۲۰۱۰).

موضوع پرداخت های غیر رسمی به طور اجتناب ناپذیری با مسئله فساد مرتبط است (Liaropoulos et al., ۲۰۰۸). بدون شک هرگونه رابطه تعریف نشده مالی بین پزشک و بیمار، نه تنها موجب آسیب جدی به روابط درمانی پزشک و بیمار می شود، بلکه در طی زمان موجب آسیب جدی به اعتماد بین جامعه و گروه پزشکی خواهد شد (باقری، ۱۳۹۰).

بر اساس آمارهای موجود، در بیش تر کشورهای با درآمد پایین، ۱۰ تا ۴۵ درصد از کل هزینه های پرداخت از جیب برای خدمات سلامت به صورت پرداخت های غیر رسمی بوده اند (Onwujekwe et al., ۲۰۱۰b). این آمارها حاکی از این است که هزینه های زیادی که می توانست باعث نجات بسیاری از زندگی ها شود و دردها و رنج ها را کاهش دهد، به عنوان پرداخت های اضافی به هدر رفته است (Liaropoulos et al., ۲۰۰۸). برای مثال در لهستان، برآورد شده است که پرداخت های غیر رسمی معادل دو برابر حقوق پزشکان می باشد (Chawla et al., ۲۰۰۴)، در بنگلادش، درآمدهای به دست آمده از پرداخت های غیر رسمی معادل ده برابر درآمدهای رسمی می باشد (Killingsworth et al., ۱۹۹۹) و در کامبوج ۵ برابر است (Barber et al., ۲۰۰۴).

در نتیجه این نوع پرداخت ها، خانواده ها و به خصوص خانواده های فقیر مجبور به استفاده از استراتژی هایی نظیر فروش املاک و دارایی ها، گرفتن وام از وابستگان خود و حتی از بانکها می شوند (Dercon and Krishnan, ۲۰۰۰, Kaitelidou et al., ۲۰۱۳). شواهد نشان می دهد در کشور های رومانی و گرجستان افراد فقیر تر قربانی اصلی اینگونه پرداخت ها می باشند چرا که آنها در برخی موارد نمی توانند از عهده پرداخت های خود برای دریافت مراقبت های ضروری بر آیند. در قزاقستان ۱ نفر از هر ۳ نفر برای پرداخت هزینه های درمان خود پول قرض می گیرند و در مناطق روستایی این کشور ۴۵٪ از افراد دارایی خود را می فروشند (Lewis, ۲۰۰۷, Kaitelidou et al., ۲۰۱۳). با توجه به اثر پرداخت های غیر رسمی بر روی کارایی و عدالت، یک پرداخت اجباری ممکن است مانع از این شود که افراد فقیر از خدمات بهداشتی ضروری استفاده کنند و آن را بار نامناسبی بر روی شانه خود می دانند. اگر افرادی که نیازمند خدمات هستند از آن استفاده نکنند باعث می شود تخصیص منابع به خوبی صورت نگیرد (Kaitelidou et al., ۲۰۱۳). هنگامی که تامین مالی سیستم سلامت تا حدود زیادی به وسیله پرداخت های غیر رسمی تامین شود، ارائه دهندگان انگیزه کافی برای ارائه خدمات جذاب تر اما غیر

ضروری که به ناکارآمدی بیشتر تولید منجر می شود پیدا می کنند. پرداخت های غیر رسمی به عنوان عامل اختلال در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و کارآیی 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، ممکن است مخارج کمرشکن سلامت و فقر را در میان افراد فقیر افزایش دهد و همچنین اثرات منفی بر عدالت و سلامت داشته باشد و 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 (Özgen et al., ۲۰۱۰). پرداخت غیر رسمی توانایی دولت ها برای بالا بردن منابع مالی و تنظیم تامین مالی سلامت را تضعیف می کند و اثرات منفی بر عدالت و سلامت می گذارد (Stringhini et al., ۲۰۰۹a). در دولت یازدهم، طرح تحول نظام سلامت، سرفحه فعالیت ها و برنامه های وزارت بهداشت قرار گرفته و در این راستا ۹ بسته خدمات درمانی سلامت جهت پیش برد اهداف وزارت بهداشت تدوین شده است. این بسته های خدمتی شامل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان ها، برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان ها، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان ها، برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان ها، دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعبالعلاج، خاص و نیازمند، برنامه ترویج زایمان طبیعی و نظارت بر حسن اجرای برنامه های تحول سلامت می باشد که تاکنون در سه فاز در حال اجرا است. یکی از اهداف اصلی فاز سوم طرح تحول نظام سلامت در کنار اهدافی نظیر کاهش پرداخت از جیب مردم و صیانت مالی از بیمارستان در برابر هزینه ها که با افزایش مشارکت دولت تحقق می یابد و عدالت دسترسی به خدمات و افزایش کیفیت خدمات، حذف پرداخت های زیرمیزی پزشکان می باشد بنابراین لازم است که وسعت این پدیده غیراخلاقی در بخش دولتی و خصوصی مورد مطالعه قرار گرفته و میزان موفقیت حصول وزارت بهداشت به این هدف مهم مشخص گردد. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر پرداخت های غیررسمی در ساختار نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران صورت گرفت.

اهداف مطالعه

هدف اصلی مطالعه

تعیین تأثیر طرح تحول سلامت بر پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت ایران

اهداف اختصاصی مطالعه

- شناساسایی روش های موجود برای کاهش پرداخت های غیررسمی (زیرمیزی) و توجیه روش انتخابی در بخش سلامت (مرور متون)
- تعیین ابعاد و گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب نوع خدمت، تخصص، نوع بیمارستان و سایر متغیرهای مهم
- شناسایی روند تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت

- میزان دریافت زیرمیزی توسط پزشکان و شکل دریافت آن
- ارائه راهکارهای پیشنهادی جهت کنترل پدیده زیرمیزی و حذف آن در بخش سلامت

سوالات مطالعه

- روش های موجود برای کاهش پرداخت های غیررسمی (زیرمیزی) در کشورهای مختلف چیست؟
- ابعاد و گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب نوع خدمت، تخصص، نوع بیمارستان و سایر متغیرهای مهم چیست؟
- روند تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت چگونه است؟
- میزان دریافت زیرمیزی توسط پزشکان و شکل دریافت آن در هر دو بخش دولتی و خصوصی چگونه است؟
- راهکارهای پیشنهادی جهت کنترل پدیده زیرمیزی و حذف آن در بخش سلامت ایران چیست؟

فصل دوم – زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

۱. مطالعه ای در ۶ کشور توسط استپورکو^۱ و همکاران (۲۰۱۳) در مورد پرداخت های غیررسمی برای خدمات بهداشتی درمانی و ادراک مصرف کنندگان خدمات انجام شده است. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین پرداخت های غیررسمی و ادراک مصرف کنندگان خدمات درباره این نوع پرداخت ها به عنوان یک ویژگی اجتماعی- دموگرافیکی بوده است. نتایج مطالعه نشان داده است که مصرف کنندگان خدمات سلامت در بلغارستان و لهستان، کم تر تمایل به پرداخت های غیررسمی دارند در حالی که در رومانی و اوکراین این پرداخت ها بیش تر است. میزان پرداخت های غیررسمی برای گرجستان و لیتوانی بین این دو گروه قرار دارد. در هر شش کشور مورد مطالعه، افرادی بیش تر پرداخت های غیررسمی را انجام می دهند که هنگام ترک مطب در صورتی که انعام نپردازند، احساس خوشایندی ندارند و یا افرادی که نمی توانند به درخواست های کارکنان سلامت مبنی بر پرداخت انعام، پاسخ منفی دهند. در این مطالعه تاکید شده است که سیاستگذاران سلامت باید این گونه پرداخت ها را ریشه کن کنند و مقاومت اجتماعی برای این گونه پرداخت ها وجود داشته باشد (Stepurko et al., ۲۰۱۳).

۲. مطالعه ای در لیتوانی توسط ریکی لیکین^۲ و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان پرداخت های غیررسمی بیماران در مراکز مراقبت سلامت که به صورت دولتی تامین مالی شده اند، انجام گرفته است. این مطالعه به صورت کمی و از نوع پیمایش خانوار انجام شده است. هدف از انجام مطالعه مطالعه کشف گستره و ماهیت پرداخت های غیررسمی و تعیین انگیزه اصلی برای این پرداخت ها در مراکز مراقبت سلامت در لیتوانی که تامین مالی دولتی دارند، می باشد. نتایج مطالعه حاکی از آن است که افرادی بیشتر این نوع پرداخت ها را انجام می دهند که برای خدمات تشخیصی به پزشک عمومی یا متخصص مراجعه می کنند و افرادی بیش تر مستعد پرداخت های غیررسمی هستند که از میان آنان می توان به زنان، شهروندان سالمند، افراد ناتوان، کارکنان بخش سلامت دولتی و خصوصی، بازنشستگان، افراد با تحصیلات بالاتر و خانوارهای با درآمد بالا اشاره کرد (Riklikiene et al., ۲۰۱۴).

۳. مطالعه ای در ایران توسط نکوئی مقدم و همکاران (۲۰۱۳) با عنوان پرداخت های غیررسمی در مراقبت های سلامت: مطالعه موردی شهر کرمان انجام شده است. این مطالعه کیفی دلایل پرداخت های غیررسمی را از دیدگاه مردم بررسی کرده است که عمدتاً علل فرهنگی، علل قانونی و علل مرتبط با کیفیت را شامل شده است و همچنین علل دریافت های غیررسمی را از دیدگاه ارائه دهندگان را مورد بررسی قرار داده است که شامل علل مربوط به تعرفه، علل ساختاری و علل اخلاقی بوده است (Nekoeimoghadam et al., ۲۰۱۳).

^۱. Stepurko

^۲. Riklikiene

۴. مطالعه ای در ایران توسط امیراسماعیلی و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان علل پرداخت های غیر رسمی در بخش سلامت از دیدگاه پزشکان، سیاستگذاران و بیماران: مطالعه کیفی انجام شده است. مطالعه آنان منجر به ارائه دلایلی همچون دلایل فرهنگی، ساختاری، قانونی، اخلاقی، کیفیتی و تعرفه ای شده و اکثر دلایل کشف شده شباهت زیادی با نتایج مطالعات سایر کشورهای جهان داشته است. مطالعه آنان نشان داد که بودجه ناکافی نظام سلامت و پرداخت های رسمی ناکافی به پزشکان از مهم ترین عوامل مرتبط با عرضه می باشند که منجر به پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت می شوند (Amiresmaili et al., ۲۰۱۳).
۵. مطالعه ای در ایران توسط غیائی پور و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان بررسی فراوانی و میزان پرداخت های غیررسمی و عوامل موثر بر آن در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران-۱۳۸۸ انجام شده است. در این مطالعه از میان ترخیص شدگان بخش های ICU، CCU، جراحی، اورژانس و داخلی بیمارستان های عمومی آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در مصاحبه تلفنی ساختارمند شرکت کردند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که ۲۱٪ از افراد به کارکنان پرداخت غیررسمی داشتند و ۳۷٪ از افراد با درخواست پرداخت غیررسمی از طرف کارکنان رو به رو بودند. در این مطالعه بین میانگین مدت اقامت و میانگین کل پرداخت غیررسمی و همچنین بین فراوانی این نوع پرداخت ها و وضعیت تاهل ارتباط معنی داری مشاهده شد (Ghiasi-pour et al., ۲۰۱۱).
۶. مطالعه ای در ایران توسط ستایش و همکاران (۱۳۸۶) با عنوان بررسی نظرات مردم پیرامون پرداخت های غیررسمی به پزشکان شهر کرمان انجام شده است. در این مطالعه مقطعی از ۵۲۵ نفر که جهت دریافت خدمات درمانی به مراکز درمانی دولتی مراجعه کرده بودند، خواسته شد تا در یک مصاحبه ساختارمند شرکت نمایند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که ۷۰٪ از مردم اطلاعات کافی درمورد پرداخت های غیررسمی (زیرمیزی) داشتند. از دیدگاه افراد پرداخت های زیرمیزی در صورتی مورد قبول است که بیمار با رضایت خود و بدون درخواست قبلی پزشک پول یا هدیه ای به پزشک تقدیم نماید و در صورتی غیر قابل قبول است که مطالبه پول از سوی پزشک به ویژه قبل از ارائه خدمت باشد. بر اساس نتایج این مطالعه ۸۷٪ از مردم از مراجع ذی صلاح رسیدگی به شکایات در زمینه زیرمیزی اطلاعی نداشتند و تنها ۱۷/۸٪ از آنان به پیگیری شکایات امیدوار بودند (Setayesh et al., ۲۰۰۴).
۷. مطالعه ای توسط لیارپوس^۱ و همکارانش در سال ۲۰۰۸ در یونان با عنوان پرداخت های غیر رسمی در بیمارستان های دولتی یونان انجام شده است. هدف مطالعه آنان اندازه گیری و تحلیل ماهیت پرداخت های غیر رسمی به کارکنان سلامت به منظور تسهیل دسترسی به خدمات و ارائه کنندگان ترجیحی در بیمارستان های یونان بوده است. در این مطالعه ۳۶٪ افراد

^۱ . Liaropoulos

گزارش کردند که حداقل ۱ پرداخت غیر رسمی به پزشک داشته اند. ۴۲٪ از این افراد، دلیل این پرداخت را ترس از دریافت مراقبت پایین تر از حد استاندارد بیان کردند و ۲۰٪ بقیه ادعا کردند که پزشک چنین پرداختی را تقاضا کرده است. در این مطالعه مشخص شده است که هیچ کدام از ویژگی های اجتماعی-اقتصادی خانواده با میزان پرداخت های غیر رسمی ارتباط نداشته است. احتمال پرداخت های اضافی برای بیمارانی که قصدشان رهایی از صف انتظار می باشد، ۷۲٪ بیش تر از بیمارانی است که از طریق روش های روتین پذیرش می شوند. هم چنین در موارد جراحی این میزان ۱۳۷٪ بیش تر از موارد غیر جراحی گزارش شده است (Liaropoulos et al., ۲۰۰۸).

۸. ویان^۱ و همکارانش مطالعه ای با عنوان پرداخت های غیر رسمی در موسسات دولتی سلامت در آلبانی، نتایج یک تحقیق کیفی، را در سال ۲۰۰۵ با استفاده از مصاحبه های عمیق و بحث های گروهی متمرکز انجام دادند. تعداد شرکت کنندگان در مطالعه ۱۳۱ نفر از ارائه دهندگان و مردم عادی بود. نتایج پژوهش به این نکته اذعان می کرد که عوامل موثر در ایجاد پرداخت های غیر رسمی در آلبانی شامل دریافت حقوق پایین توسط کارکنان سلامت، این اعتقاد که سلامت خوب ارزش هر قیمتی را دارد، تمایل به دریافت خدمات بهتر، ترس از درمان نشدن و رسم سنتی دادن یک هدیه برای بیان قدرشناسی است. همچنین مردم عادی اعتقاد داشتند که پرداخت های غیر رسمی یک ناامنی و آشفتگی را در طول فرایند درمان ایجاد می کند. ارائه دهندگان نیز اشاره کردند که پرداخت های غیر رسمی به شهرت حرفه ای آن ها لطمه می زند و باعث تجویز مداخلات درمانی غیر ضروری می گردد (Vian et al., ۲۰۰۶).

۹. اونووجکو و همکارانش مطالعه ای را با عنوان پرداخت های غیر رسمی برای مراقبت های سلامت: تفاوت ها در هزینه ها از دیدگاه مصرف کنندگان و ارائه دهندگان برای درمان مالاریا در نیجریه در سال ۲۰۱۰ میلادی انجام دادند. داده های این مطالعه با استفاده از پیمایش خانوارها، ارائه کنندگان خدمات سلامت و مصاحبه های نظرسنجی گردآوری شده بود. نتایج این مطالعه نشان داده است که هزینه متوسط دریافت شده برای درمان مالاریا از مصرف کنندگان برابر با ۶/۳۰ دلار بود. در حالی که این میزان از دیدگاه ارائه دهندگان برابر با ۲/۲۰ دلار بود (Onwujekwe et al., ۲۰۱۰a).

۱۰. چيو^۳ و همکارانش مطالعه ای را با عنوان هدایا، رشوه ها و درخواست ها و ساختار اجتماعی پرداخت های غیر رسمی به پزشکان در تایوان در سال ۲۰۰۶ میلادی انجام دادند. این مطالعه نشان داده است که عملکرد بیماران تایوانی در پرداخت های غیر رسمی به پزشکان به منظور دریافت خدمات ایمن و باکیفیت به صورت عمیق ریشه در عوامل فرهنگی و اجتماعی دارد. داده

^۱. Vian

^۲. Onwujekwe

^۳. Chiu

های مربوط به این مطالعه با استفاده از مقالات مربوط به پرداخت های غیر رسمی از سه ژورنال پرتیراژ تایوانی از سال ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۲ گردآوری شده است. گزارشات ژورنال ها نشان می داد که اگرچه برنامه بیمه ملی سلامت، موانع مالی بیماران برای درمان را کاهش داده است اما این موضوع به صورت عمیقی باورهای فرهنگی ایجاد شده را که درمان خوب، وابسته به ایجاد یک احساس تعهد دوجانبه بین بیماران و پزشکان است را تغییر نداده است. حتی پزشکان ممکن بود به استفاده مداوم از پرداخت های غیر رسمی برای جبران درآمد کم خود از زمانیکه برنامه ی بیمه ملی سلامت پرداختها را استاندارد و درآمدها را محدود کرده بود، رو بیاورند. در سال ۲۰۰۲ یعنی هفت سال پس از اجرای برنامه ی بیمه ملی سلامت استفاده از پرداخت های غیر رسمی علی رغم غیر قانونی بودن هنوز در رسانه های تایوان با اشاره به نقش پرداخت های غیر رسمی در فرهنگ سنتی تایوان موجه شناخته شده است (Chiu et al., ۲۰۰۷).

به منظور شفافیت و ادراک بهتر مرور مطالعات به صورت خلاصه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه مرور مطالعات انجام شده در زمینه پرداخت های غیررسمی در جهان			
ردیف	هدف	یافته های اصلی	نویسنده و سال
۱	بررسی ارتباط بین پرداخت های غیررسمی و ادراک مصرف کنندگان خدمات درباره این نوع پرداخت ها به عنوان یک ویژگی اجتماعی - دموگرافیکی در ۶ کشور بلغارستان، لهستان، رومانی، اوکراین، گرجستان و لیتوانی	نتایج مطالعه نشان داده است که مصرف کنندگان خدمات سلامت در بلغارستان و لهستان، کم تر تمایل به پرداخت های غیررسمی دارند درحالی که در رومانی و اوکراین این پرداخت ها بیش تر است. میزان پرداخت های غیررسمی برای گرجستان و لیتوانی بین این دو گروه قرار دارد. در هر شش کشور مورد مطالعه، افرادی بیش تر پرداخت های غیررسمی را انجام می دهند که هنگام ترک مطب در صورتی که انعام نپردازند، احساس خوشایندی ندارند و یا افرادی که نمی توانند به درخواست های کارکنان سلامت مبنی بر پرداخت انعام، پاسخ منفی دهند.	Stepurko et al., ۲۰۱۳
۲	کشف گستره و ماهیت پرداخت های غیررسمی و تعیین انگیزه اصلی برای این پرداخت ها در مراکز مراقبت سلامت در لیتوانی که تامین مالی دولتی دارند	نتایج مطالعه حاکی از آن است که افرادی بیشتر این نوع پرداخت ها را انجام می دهند که برای خدمات تشخیصی به پزشک عمومی یا متخصص مراجعه می کنند و افرادی بیش تر مستعد پرداخت های غیررسمی هستند که از میان آنان می توان به زنان، شهروندان سالمند، افراد ناتوان، کارکنان بخش سلامت دولتی و خصوصی، بازنشستگان، افراد با تحصیلات بالاتر و خانوارهای با درآمد بالا اشاره کرد.	Riklikiene et al., ۲۰۱۴
۳	تعیین علل پرداخت های غیررسمی در مراقبت های سلامت به صورت مطالعه موردی در شهر کرمان در ایران	این مطالعه کیفی دلایل پرداخت های غیررسمی را از دیدگاه مردم بررسی کرده است که عمدتاً علل فرهنگی، علل قانونی و علل مرتبط با کیفیت را شامل شده است و همچنین علل دریافت های غیررسمی را از دیدگاه ارائه دهندگان را مورد بررسی قرار داده است که شامل علل مربوط به تعرفه، علل	Nekoeimoghadam et al., ۲۰۱۳

جدول ۱: خلاصه مرور مطالعات انجام شده در زمینه پرداخت های غیررسمی در جهان			
ردیف	هدف	یافته های اصلی	نویسنده و سال
		ساختاری و علل اخلاقی بوده است	
۴	تعیین علل پرداخت های غیر رسمی در بخش سلامت از دیدگاه پزشکان، سیاستگذاران و بیماران	مطالعه آنان منجر به ارائه دلایلی همچون دلایل فرهنگی، ساختاری، قانونی، اخلاقی، کیفیتی و تعرفه ای شده و اکثر دلایل کشف شده شباهت زیادی با نتایج مطالعات سایر کشورهای جهان داشته است. مطالعه آنان نشان داد که بودجه ناکافی نظام سلامت و پرداخت های رسمی ناکافی به پزشکان از مهم ترین عوامل مرتبط با عرضه می باشند که منجر به پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت می شوند	امیراسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۲
۵	فراوانی و میزان پرداخت های غیررسمی و عوامل موثر بر آن در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران-۱۳۸۸	در این مطالعه از میان ترخیص شدگان بخش های ICU، CCU، جراحی، اورژانس و داخلی بیمارستان های عمومی آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در مصاحبه تلفنی ساختارمند شرکت کردند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که ۲۱٪ از افراد به کارکنان پرداخت غیررسمی داشتند و ۳۷٪ از افراد با درخواست پرداخت غیررسمی از طرف کارکنان رو به رو بودند. در این مطالعه بین میانگین مدت اقامت و میانگین کل پرداخت غیررسمی و همچنین بین فراوانی این نوع پرداخت ها و وضعیت تاهل ارتباط معنی داری مشاهده شد	غیائی پور و همکاران (۱۳۹۰)
۶	تعیین نظرات مردم پیرامون پرداخت های غیررسمی به پزشکان شهر کرمان	نتایج مطالعه آنان نشان داد که ۷۰٪ از مردم اطلاعات کافی درمورد پرداخت های غیررسمی (زیرمیزی) داشتند. از دیدگاه افراد پرداخت های زیرمیزی در صورتی مورد قبول است که بیمار با رضایت خود و بدون درخواست قبلی پزشک پول یا هدیه ای به پزشک تقدیم نماید و در صورتی غیر قابل قبول است که مطالبه پول از سوی پزشک به ویژه قبل از ارائه خدمت باشد. بر اساس نتایج این مطالعه ۸۷٪ از مردم از مراجع ذی صلاح رسیدگی به شکایات در زمینه زیرمیزی اطلاعی نداشتند و تنها ۱۷/۸٪ از آنان به پیگیری شکایات امیدوار بودند	ستایش و همکاران (۱۳۸۶)
۷	اندازه گیری و تحلیل ماهیت پرداخت های غیر رسمی به کارکنان سلامت به منظور تسهیل دسترسی به خدمات و ارائه کنندگان ترجیحی در بیمارستان های یونان	در این مطالعه ۳۶٪ افراد گزارش کردند که حداقل ۱ پرداخت غیر رسمی به پزشک داشته اند. ۴۲٪ از این افراد، دلیل این پرداخت را ترس از دریافت مراقبت پایین تر از حد استاندارد بیان کردند و ۲۰٪ بقیه ادعا کردند که پزشک چنین پرداختی را تقاضا کرده است. در این مطالعه مشخص شده است که هیچ کدام از ویژگی های اجتماعی-اقتصادی خانواده با میزان پرداخت های غیر رسمی ارتباط نداشته است. احتمال پرداخت های اضافی برای بیمارانی که قصدشان رهایی از صف انتظار می باشد، ۷۲٪ بیش تر از بیمارانی است که از طریق روش	Liaropoulos et al., ۲۰۰۸

جدول ۱: خلاصه مرور مطالعات انجام شده در زمینه پرداخت های غیررسمی در جهان			
ردیف	هدف	یافته های اصلی	نویسنده و سال
		های روتین پذیرش می شوند. هم چنین در موارد جراحی این میزان ۱۳۷٪ بیش تر از موارد غیر جراحی گزارش شده است.	
۸	تعیین عوامل موثر در ایجاد پرداخت های غیر رسمی در آلبانی	نتایج پژوهش به این نکته اذعان می کرد که عوامل موثر در ایجاد پرداخت های غیر رسمی در آلبانی شامل دریافت حقوق پایین توسط کارکنان سلامت، این اعتقاد که سلامت خوب ارزش هر قیمتی را دارد، تمایل به دریافت خدمات بهتر، ترس از درمان نشدن و رسم سنتی دادن یک هدیه برای بیان قدرشناسی است. همچنین مردم عادی اعتقاد داشتند که پرداخت های غیر رسمی یک نامنی و آشفتگی را در طول فرایند درمان ایجاد می کند. ارائه دهندگان نیز اشاره کردند که پرداخت های غیر رسمی به شهرت حرفه ای آن ها لطمه می زند و باعث تجویز مداخلات درمانی غیر ضروری می گردد	Vian et al., ۲۰۰۶
۹	علل پرداخت های غیر رسمی برای مراقبت های سلامت و تفاوت ها در هزینه ها از دیدگاه مصرف کنندگان و ارائه دهندگان برای درمان مالاریا در نیجریه	نتایج این مطالعه نشان داده است که هزینه متوسط دریافت شده برای درمان مالاریا از مصرف کنندگان برابر با ۶/۳۰ دلار بود. در حالی که این میزان از دیدگاه ارائه دهندگان برابر با ۲/۲۰ دلار بود	Onwujekwe et al., ۲۰۱۰a
۱۰	علل هدایا، رشوه ها و درخواست ها و ساختار اجتماعی پرداخت های غیر رسمی به پزشکان در تایوان	یافته های این مطالعه نشان داده است که عملکرد بیماران تایوانی در پرداخت های غیر رسمی به پزشکان به منظور دریافت خدمات ایمن و باکیفیت به صورت عمیق ریشه در عوامل فرهنگی و اجتماعی دارد. یافته های نشان داده است که اگرچه برنامه بیمه ملی سلامت، موانع مالی بیماران برای درمان را کاهش داده است اما این موضوع به صورت عمیقی باورهای فرهنگی ایجاد شده را که درمان خوب، وابسته به ایجاد یک احساس تعهد دوجانبه بین بیماران و پزشکان است را تغییر نداده است. حتی پزشکان ممکن بود به استفاده مداوم از پرداخت های غیر رسمی برای جبران درآمد کم خود از زمانیکه برنامه ی بیمه ملی سلامت پرداختها را استاندارد و درآمدها را محدود کرده بود، رو بیاورند. در سال ۲۰۰۲ یعنی هفت سال پس از اجرای برنامه ی بیمه ملی سلامت استفاده از پرداخت های غیر رسمی علی رغم غیر قانونی بودن هنوز در رسانه های تایوان با اشاره به نقش پرداخت های غیر رسمی در فرهنگ سنتی تایوان موجه شناخته شده است.	Chiu et al., ۲۰۰۷

فصل سوم – روش پژوهش

مطالعه حاضر در ۶ فاز انجام شده است که هر یک به صورت مجزا در ادامه توضیح داده شده است:

فاز اول

هدف این فاز مرور نظام مند متون به منظور شناسایی روش ها و استراتژی های موجود برای کاهش پرداخت های غیررسمی (زیرمیزی)، در نقاط مختلف جهان و در نهایت توجیه روش انتخابی در بخش سلامت جهت کاهش این پدیده بود. در این مرحله به مرور مطالعاتی پرداخته شد که به روش های موجود برای کاهش پرداخت های غیررسمی (زیرمیزی) پرداخته اند. در این مرحله همچنین روش های انتخابی در بخش سلامت شناسایی شد.

محیط پژوهش

پایگاه های داده ای علوم پزشکی و علوم اجتماعی از قبیل مدلاین^۱، امبیس^۲، اسکوپوس^۳ و ساینس دایرکت^۴ و کاکرین^۵ بود. برخی از کلید واژه ها که در این مرحله برای گردآوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفتند عبارتند از:

پرداخت های غیررسمی، تقاضای غیر رسمی، پرداخت های زیرمیزی، هدیه نقدی و غیر نقدی، تأمین مالی سلامت، هزینه های سلامت، هزینه های خصوصی سلامت، فساد در سلامت، پرداخت های از جیب، اقتصاد زیرزمینی در سلامت، باورها، نگرش ها و رفتار

جامعه ی پژوهش

جامعه پژوهش شامل کلیه مجموعه مقالات و مستندات مرتبطی است که در پایگاه های داده ای وجود داشت و می توانست در راستای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار گیرد. از اینرو پایگاه های داده ای زیر مد نظر قرار گرفتند:

اسکوپوس^۶، ساینس دایرکت^۷، امبیس^۸، و مدلاین^۹، پایگاه نشریات ایران^{۱۰}، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^{۱۱} و کاکرین^{۱۲}

^۱ Medline

^۲ Embase

^۳ Scopus

^۴ Science Direct

^۵ The Cochrane Library

^۶ Scopus

^۷ Science Direct

^۸ Embase

^۹ Medline

^{۱۰} MagIran

^{۱۱} Scientific Information Database (SID)

^{۱۲} The Cochrane Library

معیارهای ورود

مطالعات در زمینه روش های موجود برای محاسبه پرداخت های غیررسمی (زیرمیزی) که به زبان های فارسی و انگلیسی بوده و از سال ۲۰۰۰ به بعد به چاپ رسیده بودند.

معیارهای خروج

مطالعاتی که به زبانهایی دیگری غیر از زبان فارسی و انگلیسی باشند مورد بررسی قرار نگرفتند.

واژگان کلیدی بر مبنای استراتژی جستجو

(Payments demanded by health workers or institutions OR informal payments OR informal request OR Under-the-counter payments OR under table payments) AND (Health Care Financing OR Health expenditures OR Out-of-pocket payments OR Private Health expenditure) AND (Cash OR In-kind transfers OR Tips OR Bribes OR Corruption in health OR Underground health economy) AND (beliefs OR behavior OR attitudes)

فاز دوم

این فاز از مطالعه، که در پاسخ به سوال و هدف اختصاصی دوم شکل گرفته است از دو بخش تشکیل می شود:

(هدف دوم: تعیین ابعاد و گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب نوع خدمت، تخصص، نوع بیمارستان و سایر متغیرهای مهم)

بخش اول: تعیین گستردگی پدیده زیر میزی بر حسب نوع خدمت، تخصص، نوع بیمارستان و سایر متغیرها

در این بخش با استفاده از نتایج به دست آمده در فاز اول و با مراجعه به سازمانهای مربوطه مثل سازمان نظام پزشکی، معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همچنین واحدهای رسیدگی به شکایات و همچنین آمار و اطلاعات وزارتخانه و دانشگاه های علوم پزشکی به این نتیجه رسیدیم که معتبر ترین و جامع ترین منبع به منظور بررسی وضعیت پرداخت های غیر رسمی در کشور، سامانه ۱۶۹۰ تحت نظر وزارت بهداشت می باشد. این سامانه مربوط به ثبت شکایات درمورد تعرفه های پزشکی می باشد که بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت راه اندازی شده و شکایات مردم از پزشکان را ثبت می کند. اطلاعات مرتبط با پدیده زیر میزی از این سامانه استخراج شده و با استفاده از جداول مقایسه ای و آزمون های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. البته در جاهایی که اطلاعات ناقص بود سعی شد از طریق بررسی متون و سایر مطالعات انجام شده در کشور، این بخش از مطالعه کامل گردد.

محیط پژوهش

محیط پژوهش در این مرحله معاونت درمان وزارت بهداشت می باشد.

جامعه پژوهش

گزارش سامانه ۱۶۹۰، اسناد و مدارک در دسترس و افراد مطلع نسبت به داده های مورد نظر، جامعه پژوهش در این مرحله را شکل می دهد.

بخش دوم: تعیین ابعاد مختلف پدیده زیرمیزی در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

پس از شناسایی گستردگی پدیده زیرمیزی در نظام سلامت ایران، در این بخش با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند، ابعاد (مثبت و منفی) پدیده زیرمیزی هم در بعد کلان و هم در بعد خرد، مورد شناسایی قرار گرفت. برای این منظور داده های مورد نیاز از پزشکان و متخصصان تخصص های مختلف پزشکی و سیاستگذاران نظام سلامت با کمک سوالات باز استخراج شد. برای انتخاب افراد از روش نمونه گیری گلوله برفی استفاده شده و در مجموع ۸ پزشک از تخصص های مختلف و ۷ نفر از سیاستگذاران نظام سلامت برای شرکت در مصاحبه انتخاب شدند (در مجموع ۱۵ نفر).

قبل از مصاحبه، اطلاعات پژوهش^۱ و فرم رضایت نامه^۲ به صورت حضوری یا پست الکترونیک به مشارکت کنندگان داده شد و طی یک هفته از آنان خواسته شد تا در صورت رضایت مصاحبه با آنها به صورت حضوری انجام شود. در مصاحبه با ۱۳ نفر از افراد مصاحبه شونده به اشباع رسیدیم ولی به منظور اطمینان، مصاحبه ها را با ۲ نفر دیگر ادامه دادیم. مصاحبه ها به صورت فردی انجام گرفت و با رضایت مشارکت کنندگان مصاحبه ها ضبط گردید و کلمه به کلمه پیاده سازی شد و سپس با استفاده از روش Framework Approach analysis مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش تحلیل داده ها

با استفاده از روش Framework analysis که شامل پنج مرحله زیرمی باشد، داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

- Familiarization: گوش دادن به تمامی مصاحبه های ضبط شده و تهیه فهرستی از ایده های کلیدی و تم ها
- Identifying a thematic framework: شناسایی چارچوب تم ها و دسته بندی کردن آن
- Indexing: نمایه سازی و استفاده از چارچوب موضوعی برای همه داده ها
- Charting: چینش دوباره داده ها با توجه به بخش مناسب از چارچوب موضوعی که به آنها مربوط است.
- Mapping and interpretation: استفاده از شمایی برای تعریف مفاهیم و ارتباط بین تم ها به منظور ارائه توضیحات. برای این یافته ها از نرم افزار MAXQDA-۱۰ جهت دسته بندی داده ها استفاده شد.

^۱ Information sheet

^۲ Consent form

فاز سوم

این فاز از مطالعه در راستای پاسخ گویی به سوال و هدف اختصاصی سوم مطالعه شکل یافته است. (شناسایی روند تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت):

در این فاز که به صورت کیفی انجام گرفت، به منظور شناسایی تغییر رفتار پزشکان، از دو سناریو طراحی شده استفاده شد (۱. حفظ وضع موجود و ۲. اجرای تعرفه ها بر اساس کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات) و با استفاده از روش پژوهش کیفی و بهره گیری از مصاحبه های نیمه ساختارمند، نظرات صاحب نظران و پزشکان متخصص که در فاز قبل مطالعه به صورت هدفمند انتخاب شده بودند، در خصوص تغییر رفتار پزشکان (تغییر مثبت، عدم تغییر و تغییر منفی) با توجه به اجرای طرح تحول نظام سلامت به خصوص ابلاغ کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات با استفاده از راهنمای مصاحبه تدوین شده جمع آوری شد. برای این منظور از مصاحبه شوندهگان تقاضا شد در سناریو نخست با فرض عدم تغییر تعرفه ها و عدم ابلاغ کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات، تغییر رفتار پزشکان و روند پرداخت های غیررسمی را پیش بینی و علل آنرا عنوان کنند. در گام بعد، از ایشان خواسته شد با توجه به سناریو اجرایی شده ابلاغ کتاب ارزش های نسبی خدمات، تغییر رفتار پزشکان را عنوان و علل آن تغییرات را بیان کنند. نتایج حاصل از بررسی صورت گرفته در دو مولفه اصلی مبتنی بر دو سناریو مطرح شده طبقه بندی و گویه های اصلی و کدهای مرتبط در قالب علل تغییر رفتار طبقه بندی و تعداد تکرار هر گویه و علل تغییر رفتار با توجه به تعداد تکرار صورت گرفته، قید گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

فاز چهارم

این فاز به منظور تعیین میزان دریافت زیرمیزی توسط پزشکان و شکل دریافت آن در بیمارستان های منتخب صورت گرفت. در این مرحله با طراحی پرسش نامه محقق ساخته بر اساس مرور متون و همچنین با توجه به نتایج بخش اول فاز دوم که نشان دهنده وسعت زیرمیزی در تخصص های مختلف بود، و با اخذ نظرات افراد صاحب نظر، میزان و فراوانی پرداخت های غیررسمی در رابطه با تخصص هایی که دریافت زیرمیزی در آن ها شایع تر است در بیمارستان های منتخب دولتی تعیین شد. انتخاب بیمارستان ها از طریق نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای بود که از بین بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سراسر کشور که مشمول طرح تحول سلامت هستند (بیمارستان های دولتی)، انجام گرفت. برای این منظور در مرحله اول بصورت تصادفی از بین استان های کشور ۳ استان تهران، کرمان و شیراز بصورت تصادفی انتخاب شدند، سپس درون هر استان نیز بصورت تصادفی از بین بیمارستانهای موجود فعال در طرح تحول سلامت، دو بیمارستان بر اساس وزنشان بر مبنای تعداد بخش و پذیرش بیماران صورت گرفته انتخاب شدند. درون بیمارستان ها برای انتخاب بیماران از نمونه گیری در دسترس استفاده شد.

روش جمع آوری داده ها و تعیین حجم نمونه

برای این منظور به بیمارستان های منتخب مراجعه شد و لیست شماره تماس بیماران ترخیص شده ۶ ماه قبل آنها دریافت گردید. سپس از بین لیست بیماران ترخیص شده در هر ماه، شماره تلفن های آنها به طور تصادفی انتخاب شد و با ایشان تماس گرفته شد. تلاش بر این بود تا از طریق انتخاب ماهانه افراد، روند تغییرات مربوط به دریافت زیرمیزی در بیمارستان های منتخب نیز بررسی شود. در نهایت از بین لیست بیماران ترخیص شده در هر بیمارستان تعداد ۱۵ نفر در هر ماه انتخاب شدند که در مجموع در هر بیمارستان تعداد ۹۰ نفر از ترخیص شدگان انتخاب شدند. با توجه به اینکه تعداد ۶ بیمارستان و در هر بیمارستان ۹۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند، حجم نمونه ۵۴۰ نفر تعیین شده بود که با کنارگذاشتن تماس های بی پاسخ یا پاسخ مبهم و غیرمرتبط، در مجموع ۴۸۷ نفر در مطالعه شرکت داده شدند. داده ها از طریق مصاحبه تلفنی جمع آوری گردید، بدین صورت که با افراد انتخاب شده تماس گرفته می شد و پس از توضیح موضوع و اخذ رضایت آگاهانه، سوالات پرسشنامه مورد نظر که شرح آن در قسمت بعد آورده شده است، از آنها پرسیده شده و پرسشنامه ها تکمیل می گردید. به افراد شرکت کننده در مطالعه اطمینان داده شد که نام آنها در اختیار هیچ سازمان و نهادی قرار نخواهد گرفت و اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود. همچنین با توجه به حساسیت موضوع و عدم همکاری مدیران و به خصوص روسای بیمارستان های انتخاب شده، به آنها نیز اطمینان داده شد از آوردن نام بیمارستان ها خودداری نماییم.

ابزار گردآوری داده ها

جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه دارای دو بخش سوالات عمومی و اختصاصی بود. سوالات عمومی شامل ویژگی های دموگرافیک افراد مثل سن، جنس، درآمد،

میزان تحصیلات، نوع بیمه، بیمه مکمل، میزان درآمد و محل سکونت بود و سوالات اختصاصی بر اساس هدف مطالعه در زمینه پرداخت های غیر رسمی طراحی شده بود. در مجموع پرسشنامه مورد نظر دارای ۱۶ سوال بود. سوالات ۱-۸ مربوط به ویژگی های دموگرافیک افراد مورد مطالعه و همچنین داشتن یا نداشتن پرداخت غیررسمی به تفکیک متغیرهای دموگرافیک بود، سوالات ۹-۱۳ مربوط به اطلاعات وضعیت بهداشتی افراد بود که این سوالات به منظور اینکه افراد نسبت به موضوع حساسیت نشان ندهند، در پرسشنامه گنجانده شده بود و سوالات ۱۴ تا ۱۶ مربوط به هزینه ها بوده که خود این سوالات از چند بخش تشکیل شده بود (پرسشنامه در قسمت پیوست ها موجود می باشد).

روش و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های توزیع پراکندگی، اختلاف میانگین و همبستگی بنا بر اهداف ترسیم شده، استفاده شد که برای انجام آنها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده گردید.

فاز پنجم: شناسایی راهکارهای کاهش پرداخت های غیر رسمی با استفاده تکنیک دلفی

در مرحله پنجم، و جهت دستیابی به هدف فرعی پنجم، تکنیک دلفی به کار گرفته شد. بر این اساس، اجرای تکنیک دلفی تا سه دور پیش بینی و اجرا شد. در دور اول ارزیابی دیدگاه خبرگان و صاحب نظران پیرامون راهکارهای کاهش پرداخت غیررسمی در نظام سلامت ایران (۱۲ راهکار نهایی شناسایی شده) با ملحوظ داشتن اجرای طرح تحول سلامت بر مبنای تجربه سایر کشورها نظرخواهی شد. برای این منظور بر مبنای راهکارهای شناسایی شده در فاز اول مطالعه حاضر، این راهکارها در قالب چک لیستی به صورت ایمیلی در اختیار خبرگان منتخب قرار گرفت. به منظور بالا بردن نرخ پاسخگویی، با فاصله یک هفته ایمیل یادآوری خدمت شرکت کنندگان ارسال می شد. تکنیک دلفی در سه دور اجرا شد که در دور اول نظر خبرگان پیرامون راهکارهای متناسب شرایط خاص جمهوری اسلامی ایران در راستای کاهش پرداخت غیررسمی شناسایی شده در فاز اول مطالعه وزن دهی شد و ۱۲ راهکار از میان راهکارها وارد دور دوم دلفی شد. در نهایت با اجرای دور دوم و دور سوم دلفی ۶ راهکار نهایی شناسایی، اولویت بندی و ارائه شد. برای این سوالات بر مبنای مطالعه مروری انجام شده در مرحله اول طراحی شد تا ساختار بحث منسجم باشد. سوالی که در پایان این مرحله به آن پاسخ داده شد این بود که چه راهکارهایی جهت کنترل و حذف پدیده زیرمیزی در بخش سلامت با توجه به شرایط خاص جمهوری اسلامی ایران پیش رو وجود دارد؟

جامعه‌ی پژوهش

جامعه‌ی پژوهش در این مرحله شامل خبرگان، اساتید، پژوهشگران و دست اندرکاران در زمینه‌ی تأمین مالی، نظام پزشکی، رسیدگی به شکایات، معاونت درمان و تعدادی از مصرف کنندگان خدمات بود. خبرگان انتخاب شده جهت این مرحله را ترکیبی از متخصصان دانشگاهی و سیاستگذاران، پزشکان متخصص و کارشناسان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در زمینه‌ی مرتبط با تعرفه ها و پدیده

زیرمیزی تشکیل داده بودند. متخصصان آکادمیک شامل آن دسته از اساتیدی می‌گردد که در زمینه‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین سیاستگذاری سلامت و اقتصاد بهداشت تخصص دارند. کارشناسان و سیاستگذاران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شامل افرادی بودند که در حال حاضر در زمینه‌ی تعرفه‌ها و بحث های مربوط به پدیده زیر میزی نظیر معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش بهداشت، پزشکی قانونی، سازمان نظام پزشکی و ... فعالیت می‌کردند یا در گذشته حداقل تجربه‌ی سه سال کار در این زمینه را داشتند. در ضمن با توجه به نقش بخش خصوصی در امر سلامت، از کارشناسان و مدیران بیمارستان ها و مراکز خصوصی نیز در نمونه های مورد مطالعه استفاده شد (نظر به اینکه بیمارستان ها خصوصی و مراکز خدماتی خصوصی سیاست های خاص خود را دارند و از اینرو شناسایی میزان همکاری آنها غیر ممکن است لذا نمونه گیری بصورت هدفمند و با استفاده از تجارب قبلی این مراکز در امر همکاری در طرح های پژوهشی صورت گرفت).

نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه

روش نمونه‌گیری در این مرحله از پژوهش نمونه‌گیری هدفمند بود که از تکنیک گلوله برفی استفاده شد. در نمونه‌گیری سعی شد از افرادی استفاده شود که بتوانند دیدگاه‌های متنوع و راهکارهای مختلفی را ارائه دهند.

در مورد تعداد حجم نمونه توصیه شده است که خبرگان در طبقه‌های مختلف قرار گیرند و حجم نمونه برای هر طبقه بین پنج تا ده نفر باشد (Hsu and Sandford, ۲۰۰۷) که با توجه به قرار گرفتن خبرگان در دو دسته‌ی آکادمیک و اجرایی، حجم نمونه ۲۵ نفر در نظر گرفته شد که پس از جمع آوری در نهایت ۱۸ پرسشنامه دریافت شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها در دور اول دلفی مصاحبه بود. سوالات این مصاحبه‌ها بر اساس مرور متون انجام شده در مرحله‌ی اول تدوین شده بود. در دور دوم و سوم دلفی، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که بر اساس تحلیل محتوای مصاحبه‌ها طراحی شده و میزان توافق خبرگان در مورد راهکارهای ارائه شده در دور اول را مورد بررسی قرار داد. با توجه به اینکه پرسشنامه بر اساس پاسخ‌های خبرگان در دور اول طراحی شده بود، نیازی به تایید روایی و پایایی آن وجود نداشت.

روش تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (مانند میانگین، فراوانی، درصد فراوانی، و غیره) در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ بهره گرفته شد. بدین ترتیب که نمره های اختصاص یافته برای هر یک از راهکارها، به سه دسته تقسیم شدند: موافقت کم (بین ۱-۳)، موافقت متوسط (۴-۶) و موافقت بالا (۷-۹). برای رسیدن به اجماع وجود توافق بالای ۷۰ درصد برای هر یک از راهکارها تعیین شد. راهکارهایی که بیش از ۷۰ درصد پاسخ دهندگان موافقت بالایی (۷-۹) با آنها داشتند بعنوان راهکارهای نهایی در چارچوب قرار گرفتند. راهکارهایی که بیش از ۷۰ درصد پاسخ دهندگان، موافقت کم با آنها داشتند از چارچوب خارج

شدند. راهکارهایی که موافقت متوسط با آنها وجود داشت برای نظرخواهی مجدد به اعضای دلفی ارسال شدند. در مرحله دوم دلفی ضمن اعلام نمره ای که افراد در مرحله قبل به هر یک از راهکارها داده بودند و نیز میانگین نمره اکتسابی؛ به نظر خواهی مجدد در مورد شش راهکار باقی مانده که توافق متوسط برای آنها وجود داشت اقدام شد. پس از بررسی و تحلیل نتایج مرحله دوم؛ راهکارهایی که بیش از ۷۰ درصد پاسخ دهندگان موافقت بالایی (۷-۹) با آنها داشتند بعنوان راهکارهای نهایی مدنظر قرار گرفته و گزارش شدند.

روایی و پایایی

در مطالعات کیفی بجای استفاده از واژه های روایی و پایایی از معیارهای مقبولیت، انتقال پذیری، همسانی و تاییدپذیری استفاده می شود. برای افزایش مقبولیت از تلفیق در تحقیق و بازنگری استفاده می کنیم. برای افزایش انتقال پذیری، نمونه های مناسب را انتخاب و جمع آوری شد و تحلیل داده ها نیز هم زمان انجام شد. برای افزایش همسانی، داده ها توسط پژوهشگران مختلف و ناظران خارجی تجزیه و تحلیل شدند تا نتایج مشابهی به دست آید و برای افزایش تایید پذیری تمام روند پژوهش از ابتدا تا انتها توضیح داده شد (۸۲).

فاز ششم: اولویت بندی راهکارهای ارائه شده

در مرحله ششم که مرحله نهایی پژوهش می باشد، راهکارهای شناسایی شده در نتیجه ی تکنیک دلفی اولویت بندی گردیدند. به منظور اولویت بندی از الگوریتم فرایند تحلیل سلسله مراتبی^۱ استفاده شد. روش فرایند تحلیل سلسله مراتبی به تصمیم گیرندگان کمک می کند تا اولویت ها را بر پایه ی اهداف، دانش و تجربه خود تنظیم کنند.

به منظور اجرای این روش، از خبرگان خواسته شد تا گزینه های سیاستی نهایی شده را به صورت زوجی و بر اساس معیارهای انتخاب شده در مرحله قبل مقایسه کنند. جهت مقایسه، نتایج مرحله سوم و میزان اعتبار هر گزینه، در اختیار خبرگان قرار گرفت و از آنها خواسته شد با نتیجه ای که هر گزینه ی سیاستی دارد، آن گزینه ی سیاستی مورد ارزیابی قرار گیرد. برای پر کردن ماتریس مقایسات زوجی، مقیاس ۱ تا ۹ به کار برده شد تا اهمیت نسبی هر گزینه، نسبت به گزینه های دیگر، در رابطه با آن معیار مشخص شود. پس از تکمیل ماتریس مقایسات زوجی توسط خبرگان، برای اجرای این روش از الگوریتم زیر پیروی شد:

(الف) بهنجار کردن ماتریس مقایسات زوجی

(ب) به دست آوردن میانگین حسابی هر سطر ماتریس بهنجار شده ی مقایسات زوجی (که به آن وزن های نسبی گفته می شود)

(ج) ضرب وزن های نسبی شاخص ها در میانگین حسابی گزینه ها

(د) رتبه بندی گزینه ها

^۱Analytical Hierarchy Process (AHP)

بر این اساس بهترین راهکار برای کاهش و حذف پدیده زیرمیزی در ساختار نظام سلامت با توجه به شرایط خاص جمهوری اسلامی ایران در قسمت نتایج ارائه شد.

جامعه و نمونه‌ی پژوهش

خبرگان انتخاب شده در مرحله‌ی دلفی جامعه و نمونه‌ی پژوهش را تشکیل داده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها: ابزار مورد استفاده در این مرحله پرسشنامه بود که در آن از خبرگان خواسته شد با در نظر گرفتن نتیجه‌ای که هر راهکار می‌تواند داشته باشد، بر اساس معیارهای از پیش تعیین شده، راهکارها را به‌طور زوجی مقایسه کنند. با توجه به اینکه پرسشنامه بر اساس گزینه‌های سیاستی شناسایی شده توسط همین خبرگان طراحی شده بود، این پرسشنامه نیازی به تایید روایی و پایایی نداشت.

روش تحلیل داده‌ها

روش تحلیل داده‌ها استفاده از الگوریتم فرایند تحلیل سلسله مراتبی بود که در محیط نرم‌افزار Expert Choice انجام گرفت. داده‌ها پس از ورود به نرم افزار وزن دهی شد و بر اساس وزن بدست آمده توسط هر راهکار، اولویت بندی شدند.

فصل چهارم – یافته های پژوهش

نتایج مربوط به هدف اول

فعالیت های انجام گرفته بر اساس جدول گانت در مرحله مروری

۱. جستجوی اولیه به منظور شناسایی واژه های مختلف به کار رفته در مقالات به منظور یافتن کلید واژه های متداول
۲. جستجوی شواهد در پایگاه های داده ای با استفاده از مرور نظام مند متون به منظور بررسی راهکارهای کاهش پرداخت غیر رسمی ، ارزیابی کیفی مقالات، به دست آوردن متن کامل مقالات انتخاب شده
۳. ارائه مجموعه ای از راهکارهای به کار گرفته شده در تجربیات جهانی برای کاهش پرداخت های غیر رسمی

جستجوی شواهد

در این مطالعه به منظور بررسی راهکارهای کاهش پرداخت غیر رسمی با استفاده از مرور نظام مند متون پایگاه های اطلاعاتی الکترونیکی شامل The Cochrane Library؛ PubMed و SCOPUS از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ مورد جستجو قرار گرفتند.

راهبرد جستجو

جهت جستجوی پایگاه های ذکر شده از راهبرد جستجوی مناسب برای هر پایگاه استفاده شده است. عنوان و سر فصل مناسبی در (MeSH) یافت نشد به همین دلیل با انجام یک جستجوی اولیه به منظور شناسایی واژه های مختلف به کار رفته در مقالات کلید واژه های متداول بازایی شدند. برخی از کلید واژه ها در این قسمت عبارتند از:

payments”, “under-the-counter payments”, “out-of-pocket”, “informal payments”, “illicit payments”, “under-the-table payments”, “envelope payments”, gifts, “unofficial payments”, “solicited payments”, “gratuities”, “illegal payments”, “unofficial payments”, “Unofficial fees”, bribes, donations, “in cash”, “in kind”, “gratitude money”, “Unofficial healthcare fees”, “unauthorized fee payments”, “quasi-official payments”, “grey payments”, “gift-in-kind”, “informal patient payments, health, reduction, elimination, decrease, reduce, decline

جدول ۱- راهبرد جستجوی منابع به منظور بررسی راهکارهای کاهش پرداخت غیر رسمی	
منابع جستجو	راهبرد جستجو (Search Strategy)
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY (“informal payments” OR “under-the-counter payments” OR “out-of-pocket payments” ,or “under-the-table payments” OR “envelope payments” OR gifts OR “illicit payments” OR “solicited payments”) OR TITLE-ABS-KEY (“gratuities” OR “illegal payments” OR “unofficial payments” OR “ Unofficial fees” OR bribes OR donations OR “ in cash” OR “ in kind” OR “ gratitude money” OR “ Unofficial healthcare fees” OR “ unauthorized fee payments” OR “ quasi-official payments”) OR TITLE-ABS-KEY (“ grey payments” OR “ gift-in-kind” OR “informal patient payments” OR “corruption in health care” OR “gratuity for doctors”) AND TITLE-ABS-KEY (“health care” OR “ Healthcare services receivers” OR “healthcare services providers” OR “ health system”) AND TITLE-ABS-KEY (reduction OR elimination OR decrease OR reduce OR decline OR rebate OR scale down OR diminution OR eradication OR policy)) AND SUBJAREA (mult OR medi OR nurs OR vete OR dent OR heal OR mult OR arts OR busi OR deci OR econ OR psyc OR soci) AND PUBYEAR > ۱۹۹۹
PUBMED	(((((“informal payments“ OR “under-the-counter payments” OR “out-of-pocket payments”, OR “under-the-table payments” OR “envelope payments” OR gifts OR “illicit payments” OR “solicited payments” OR “gratuities” OR “illegal payments” OR “unofficial payments“ OR “ Unofficial fees“ OR bribes OR donations OR “ in cash“ OR “ in kind“ OR ” gratitude money” OR ” Unofficial healthcare fees” OR “ unauthorized fee payments“ OR “ quasi-official payments“ OR “ grey payments“ OR “ gift-in-kind“ OR “informal patient payments” OR “corruption in health care” OR “gratuity for doctors”)))) AND (((“health care“ OR“ Healthcare services receivers“OR “healthcare services providers“ OR ” health system”)))) AND (((reduction OR elimination OR decrease OR reduce OR decline OR rebate OR scale down OR diminution OR eradication OR policy strategies)))) Search time: ۷ october ۲۰۱۵ ; ۱:۲۶ pm
COCHRANE	#۱ “informal payments” #۲ “under-the-counter payments” “out-of-pocket payments” #۳ #۴ “under-the-table payments” #۵ “envelope payments” “ gifts” #۶ “illicit payments” #۷

جدول ۱- راهبرد جستجوی منابع به منظور بررسی راهکارهای کاهش پرداخت غیر رسمی	
منابع جستجو	راهبرد جستجو (Search Strategy)
	#۸
	“solicited payments”
	#۹
	“gratuities”
#۱۰	“illegal payments”
	#۱۱
	“unofficial payments”
	#۱۲
	“Unofficial fees”
	#۱۳
	“bribes”
	#۱۴
	“donations”
#۱۵	“in cash”
#۱۶	“in kind”
	#۱۷
	“gratitude money”
	#۱۸
	“Unofficial healthcare fees”
	#۱۹
	“unauthorized fee payments”
#۲۰	“quasi-official payments”
#۲۱	“grey payments”
#۲۲	“gift-in-kind”
	#۲۳
	“informal patient payments”
	#۲۴
	“corruption in health care”
	#۲۵

جدول ۱- راهبرد جستجوی منابع به منظور بررسی راهکارهای کاهش پرداخت غیر رسمی	
منابع جستجو	راهبرد جستجو (Search Strategy)
	<p>“gratitude for doctors” #۱ OR #۲۶ #۲ OR #۳ OR #۴ OR #۵ OR #۶ OR #۷ OR #۸ OR #۹ OR #۱۰ OR #۱۱ OR #۱۲ OR #۱۳ OR #۱۴ OR #۱۵ OR #۱۶ OR #۱۷ OR #۱۸ OR #۱۹ OR #۲۰ OR #۲۱ OR #۲۲ OR #۲۳ OR #۲۴ OR #۲۵ “health care” #۲۷ #۲۸ “Healthcare services receivers” #۲۹ “healthcare services providers” “health system” #۳۰ #۲۷ #۳۱ OR #۲۸ OR #۲۹ OR #۳۰ #۳۲ reduction #۳۳ elimination #۳۴ decrease decline #۳۵ rebate #۳۶ scale #۳۷ down #۳۸ diminution #۳۹ eradication policy #۴۰ strategies reduce #۴۱ #۳۲ #۴۲ OR #۳۳ OR #۳۴ OR #۳۵ OR #۳۶ OR #۳۷ OR #۳۸ OR #۳۹ OR #۴۰ OR #۴۱ #۲۶ #۴۳ AND #۳۱ AND #۴۲ Search limits Publication Year Between Start date <input type="text" value="2000"/> and End date <input type="text" value="2015"/></p>

جدول ۲- تعداد منابع جستجو شده		
منبع جستجو	تاریخ جستجو	تعداد مطالعات یافت شده
SCOPUS	۸-۹-۲۰۱۵	۱۹۳
PUBMED	۸-۹-۲۰۱۵	۲۲۵
COCHRANE	۸-۹-۲۰۱۵	۱۰۶

غربالگری شواهد استخراج شده

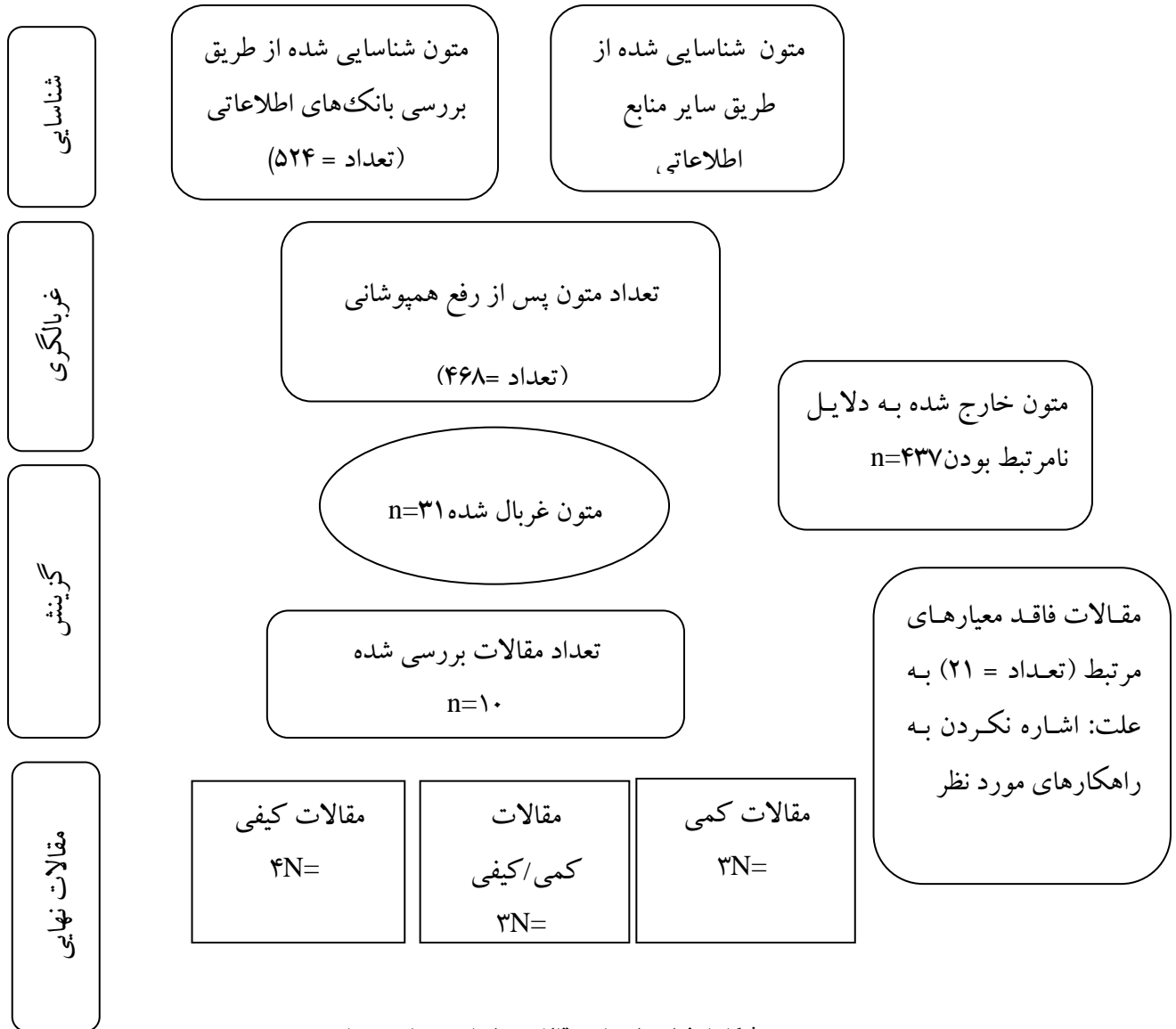
معیارهای ورود مطالعات

۱. مقالات مرور نظام مند، مرور جامع، مقالات original که شواهد لازم برای ارائه راهکارهای کاهش پرداخت های زیرمیزی در نظام سلامت را فراهم کند.
۲. مطالعات و شواهدی که راهکارها و استراتژی های کاهش پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت را ارائه داده باشد.
۳. مطالعات و شواهد موجود از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ میلادی

معیارهای خروج مطالعات

۱. تکراری بودن
۲. نامرتب بودن
۳. پایین بودن سطح کیفی شواهد و مطالعات

فرایند انتخاب مقالات بر اساس معیار پریزما



شکل ۱: فرایند انتخاب مقالات بر اساس معیار پریزما

جدول ۳: مقالات نهایی وارد شده			
ردیف	نوع مطالعه	نویسنده و سال	عنوان مطالعه
۱	کیفی	۲۰۱۵ Taryn Vian et. Al,	موانع پوشش همگانی سلامت در جمهوری مولداوی: تحلیل سیاست پرداخت از جیب رسمی و غیر رسمی
۲	کیفی	TARYN VIAN, LYDIA J BURAK, ۲۰۰۶	نگرش و باور مردم در مورد پرداخت غیر رسمی در آلبانی
۳	کمی	Petra Baji, Milena Pavlova, László Gulácsi and Wim Groot, ۲۰۱۳	بررسی نظرات مصرف کنندگان نسبت به پرداخت های غیررسمی با به کارگیری روش ترکیبی خوشه ای و تحلیل رگرسیون multinomial مطالعه موردی مجارستان
۴	کمی	Petra Baji, Milena Pavlova, László Gulácsi and Wim Groot, ۲۰۱۱	تغییرات در عدالت در پرداخت های از جیب در طول دوره اصلاحات: شواهد از مجارستان
۵	کمی و کیفی	Dina Balabanova, Martin McKee, ۲۰۰۲	درک پرداخت های زیرمیزی برای مراقبت های سلامت
۶	کمی و کیفی	Razvan Chereches, Marius Ungureanu, Ioana Rus Catalin Baba, ۲۰۱۱	پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت، پژوهش، رسانه و سیاستگذاری
۷	کمی / کیفی	Martin McKee, Peter Gaal (۲۰۰۴)	پرداخت غیر رسمی بابت مراقبت سلامت و تئوری INXIT
۸	کمی	David Richards Hotchkiss (۲۰۰۵)	پرداخت مستقیم از جیب و بهره مندی از مراقبت های بهداشتی در آلبانی
۹	کیفی	Tim Ensor (۲۰۰۴)	پرداخت غیر رسمی برای مراقبت سلامت در اقتصادهای در حال گذر
۱۰	کیفی	Margaret E. Kruk. Godfrey Mbaruku. Peter C. Rockers and Sandro Galea (۲۰۰۸)	معافیت هزینه های بهداشتی کافی نیست: پرداخت مستقیم از جیب بابت خدمات رایگان در تانزانیا

جدول ۴- یافته های استخراج شده از مطالعات وارد شده	
۱- عنوان	موانع پوشش همگانی سلامت در جمهوری مولداوی: تحلیل سیاست پرداخت از جیب رسمی و غیر رسمی (Vian et al., ۲۰۱۵a)
سال	۲۰۱۵
زبان	انگلیسی
نویسندگان	Taryn Vian et. Al
هدف / اهداف	مستند سازی میزان پرداخت از جیب و پرداخت غیر رسمی در مولداوی و تحلیل روند آن در طول زمان و تعیین فاکتورهای عامل در ایجاد آن
طراحی مطالعه (کمی / کیفی)	کمی و کیفی
روش شناسی	آنالیز داده های پیمایش بودجه خانوار و تحقیقات پیشین و تحلیل اسناد سیاستی
جامعه پژوهش	
تحلیل	<p>نرخ پرداخت غیر رسمی در طول زمان کاهش یافته است. علل پرداخت غیر رسمی ترس از عدم دریافت مراقبت سلامت با کیفیت، درخواست برای دریافت سریع تر مراقبت و قدردانی از پزشک عنوان شده است. برخی از ارائه دهندگان عنوان کرده بودند که حقوق پایین از عوامل ایجاد کننده پرداخت غیر رسمی است که داده های حقوق نیز تا حدی این گفته را تایید می کرد. به منظور کنترل Ips سیاست گذاران می باید تقویت قرارداد بندی در سازمان بیمه سلامت ملی را مد نظر قرار دهند و مبالغی را از میزان پرداخت به ارائه دهندگانی که کارمندان نشان ایم پول های غیر رسمی را می پذیرند کسر کنند. اصلاح قانون بیمه سلامت در مواردی که تقاضای پول به غیر از موارد تصریح شده در قانون از بیمار شده است را به عنوان تجاوز به حقوق بیمه شده تلقی شود و مشمول جریمه می شود. اطلاع رسانی به افراد بیمه شده در مورد خدمات و داروهای تحت پوشش، میزان مجاز مشارکت در هزینه، درصد هزینه داروهای تحت پوشش، و معادل های ژنریک داروها از دیگر راهکارهاست. این اطلاعات به شکل ساده در دسترس عموم نیستند لذا ارتقای روش ها و ابزارهای ارتباطی برای تبادل اطلاعات به بیمه شدگان به خصوص در اقشار آیب پذیر و ارتقای واقعی دانش افراد بسیار مهم است. بیماران دارای بیمه نیز باید در مورد چگونگی دسترسی به مکانیزم های شکایت و جبران خسارت آگاهی داشته باشند. از دیگر راهبردها افزایش انگیزش های فردی ارائه دهندگان از طریق تجدید نظر در ساختار پرداخت</p>

جدول ۴- یافته های استخراج شده از مطالعات وارد شده	
ها با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد است و نیز تشویق سازمان ها با ارائه گرنت به مراکز برای حمایت از راهبردهای افزایش شفافیت مانند آنچه در مغولستان و ویتنام صورت گرفته است.	
نگرش و باور مردم در مورد پرداخت غیر رسمی در آلبانی (Vian and Burak, ۲۰۰۶b)	۲- عنوان
۲۰۰۶	سال
انگلیسی	زبان
TARYN VIAN, LYDIA J BURAK	نویسندگان
بررسی باورها و نگرش مردم در پیش بینی تمایل به پرداخت غیر رسمی با استفاده از تئوری رفتارها و بررسی این که آیا باورها نگرش و رفتار گذشته افرادی که تمایل به پرداخت غیر رسمی دارد با آنانی که تمایل ندارند متفاوت است یا خیر؟	هدف/ اهداف
کیفی	طراحی مطالعه (کمی / کیفی)
پیمایش آسان ۲۲۲ مشارکت کننده از ۱۱ مرکز در پایتخت که به صورت هدفمند و بر اساس وضعیت اجتماعی اقتصادی متفاوت انتخاب شده بودند افراد از پارکها کافه بازار میداین شهری و ... مورد سوال قرار گرفتند. برخی آیتمهای پرسش نامه ۶۴ بخشی مطالعه کیفی ویان استفاده شد.	روش شناسی
با توجه به این که مشارکت کنندگان اغلب می دانستند که پرداخت غیر رسمی غلط است لذا تلاش در جهت قانع نمودن آنها در مورد این که این نوع پرداخت روشی غلط و باعث ایجاد فساد می شود تاثیر کمی در کاهش این عمل خواهد داشت. در عوض راهبردهای تغییر رفتار را می توان بر شکستن زنجیره باورها ایشان در مورد لزوم پرداخت غیر رسمی برای دریافت خدمات با کیفیت متمرکز نمود. این راهبرد در واقع متقاعد نمودن مردم در این زمینه است که کارمندان دولتی به حد کافی از حقوق و مزایا برخوردارند و مردم با خیال راحت می توانند از آنها درخواست خدمات با کیفیت بنمایند و این کارکنان بخش سلامت در صورت دریافت زیر میزی مورد مواخذه قرار خواهند گرفت. راهکار دیگر عمومی کردن برنامه های بهبود کیفیت به همراه گزارش دهی شفاف است که می تواند به قانع کردن مردم مبنی بر دریافت خدمات با کیفیت بدون پرداخت غیر رسمی منجر شود و کشور آلبانی در این زمینه شروع به عالیت کرده است. سومین راهکار این که باید پزشکانی که زیر میزی دریافت می کنند متوجه عواقب رفتار سوء خود شوند اگر مردم مطمئن شدند که	تحلیل

جدول ۴- یافته های استخراج شده از مطالعات وارد شده	
این افراد مورد مواخذه و تنبیه قرار می گیرند برقراری ارتباط با پزشک و پرداخت غیر رسمی تصمیم می گیرند. برقراری ارتباط با پزشک و دیگر کارکنان پزشکی می تواند یک جایگزین برای پرداخت غیر رسمی شود شاید به این دلیل که شبکه های الزام دوجانبه یک مزیت مساوی برای پرسنل پزشکی بعدها ایجاد خواهد کرد و شاید این کارکنان از درخواست برای زیر میزی به دلیل شناخت آنها دچار شرمندگی بشوند.	
۳- عنوان	بررسی نظرات مصرف کنندگان نسبت به پرداخت های غیررسمی با به کارگیری روش ترکیبی خوشه ای و تحلیل رگرسیون multinomial، مطالعه موردی مجارستان (Baji et al., ۲۰۱۳)
سال	۲۰۱۳
زبان	انگلیسی
نویسندگان	László Gulácsi and Wim Groot ,Milena Pavlova Petra Baji,
هدف/اهداف	شناسایی نظرات مصرف کنندگان مراقبت سلامت مجارستان نسبت به پرداخت های غیر رسمی به منظور درک بهتر این پدیده
طراحی مطالعه (کمی/ کیفی)	کمی
روش شناسی	پیمایش خانوار
جامعه پژوهش	افراد بالای ۱۸ سال در مجارستان
تحلیل	یکی از گام های ضروری در مبارزه با پرداخت های غیر رسمی، تغییر نگرش مثبت افراد نسبت به این پدیده است. ارتقای کیفیت و دسترسی به خدمات عمومی مراقبت سلامت و فراهم کردن منابع عمومی برای بخش سلامت می تواند در کنار تغییر نگرش با پدیده زیرمیزی مبارزه کند.
۴- عنوان	تغییرات در عدالت در پرداخت های از جیب در طول دوره اصلاحات: شواهد از مجارستان (Baji et al., ۲۰۱۲)
سال	۲۰۱۱
زبان	انگلیسی
نویسندگان	László Gulácsi and Wim Groot ,Milena Pavlova Petra Baji,
هدف/اهداف	بررسی پیش روندگی هزینه های خانوار بر سلامت در طول دوره اصلاحات، اختصاصا در مورد هزینه های دارو و تجهیزات پزشکی و پرداخت های رسمی و غیر رسمی
طراحی مطالعه (کمی/ کیفی)	کمی

جدول ۴- یافته های استخراج شده از مطالعات وارد شده	
	کیفی)
پیمایش بودجه خانوار - ۷۵۰ خانوار مجارستانی	روش شناسی
خانوارهای مجارستان	جامعه پژوهش
اجرای copayment در کشورهای CEE و مجارستان برای ریشه کن کردن پرداخت های زیرمیزی	تحلیل
درک پرداخت های زیرمیزی برای مراقبت های سلامت (Balabanova and McKee, ۲۰۰۲)	۵- عنوان
۲۰۰۲	سال
انگلیسی	زبان
Dina Balabanova, Martin McKee	نویسندگان
تعیین مقیاس و تعیین کننده های پرداخت های زیرمیزی در بخش سلامت بلغارستان و شناسایی ذی نفعان، ویژگی ها و زمان پرداخت و دلایل پرداخت	هدف/اهداف
کمی و کیفی	طراحی مطالعه (کمی/کیفی)
National survey in-depth interviews focus groups	روش شناسی
خانوارهای بلغارستان	جامعه پژوهش
پاسخ های سیاستگذاری به این پدیده: استقرار نظام بیمه اجتماعی و اصلاحات گسترده در نظام سلامت کسب درآمد از طریق پرداخت های رسمی مصرف کنندگان استقرار کانال های رسمی اما انعطاف پذیر برای مشارکت داوطلبانه بیماران از جمله advertising, sponsorship , subscription , contracts. ارتقای انواع دیگر مشارکت در پرداخت در بخش خصوصی جمع آوری پرداخت های غیررسمی در سطح تیمی و سپس توزیع در بین پرسنل پزشکی به منظور حذف نابرابری دریافت زیرمیزی در بین متخصصان	تحلیل
پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت، پژوهش، رسانه و سیاستگذاری (Cherecheș et al., ۲۰۱۱)	۶- عنوان
۲۰۱۱	سال
انگلیسی	زبان
Razvan Chereches, Marius Ungureanu, Ioana Rus Catalin Baba	نویسندگان
بررسی پرداخت های زیرمیزی در نظام سلامت رومانی	هدف/اهداف

جدول ۴- یافته های استخراج شده از مطالعات وارد شده	
طراحی مطالعه (کمی / کیفی)	کمی، کیفی
روش شناسی	مرور متون، داده های ثانویه جمع آوری شده از رسانه، داده های قانونی و سیاسی
جامعه پژوهش	نظام سلامت رومانی
تحلیل	Copayment می تواند میزان پرداخت های زیرمیزی را کاهش دهد اما به عنوان یک مانع برای دسترسی به خدمات نادیده گرفته شده نیز مطرح می شود.
عنوان	پرداخت غیر رسمی بابت مراقبت سلامت و تئوری INXIT (Gaal and McKee, ۲۰۰۴)
سال	۲۰۰۴
زبان	انگلیسی
نویسندگان	Martin McKee, Peter Gaal
هدف / اهداف	بررسی تئوریک دلایل ماندگاری پرداخت غیر رسمی بررسی راهکارهای کاهش پرداخت غیر رسمی بر مبنای تئوری INXIT
طراحی مطالعه (کمی / کیفی)	کمی / کیفی
روش شناسی	مرور نظامند مطالعات
جامعه پژوهش	پایگاههای داده ایی معتبر
تحلیل	راهکارهای کاهش پرداخت غیر رسمی در نظام سلامت مجارستان بر اساس یافته های مطالعه حاضر : اعلام داوطلبانه از سوی پزشکان ممنوعیت و فشارهای قانونی اعمال شده از سوی مقامات رسمی پرداخت افزایشی به پزشکان جهت تأمین مالی مناسب انتخاب آزاد ارائه کننده خدمات توسط بیماران تغییر و بهره گیری از اشکال مختلف پرداخت مشارکتی بکارگیری پرداخت مبتنی بر برون داد به ارائه کنندگان ایجاد محدودیت های قابل توجه برای بیمه های اجتماعی ارائه خدمات از پیش تأمین مالی شده
عنوان	پرداخت مستقیم از جیب و بهره مندی از مراقبت های بهداشتی در آلبانی (Hotchkiss et al., ۲۰۰۵)
سال	۲۰۰۵
زبان	انگلیسی
نویسندگان	David Richards Hotchkiss

<p>مقایسه تمایل افراد تحت پوشش بیمه نسبت به پرداخت غیر رسمی در مقایسه با افراد فاقد بیمه</p> <p>مقایسه تمایل افراد ساکن مناطق روستایی به پرداخت غیر رسمی بابت ویزیت پزشکان عمومی در مقایسه با افراد ساکن شهر</p> <p>مقایسه تمایل افراد ساکن مناطق روستایی به پرداخت غیر رسمی بابت خدمات متخصصان و پاراکلینیک ها در مقایسه با افراد ساکن شهر</p> <p>تعیین ارتباط بین میزان ثروت افراد و میزان پرداخت مستقیم از جیب</p>	<p>هدف / اهداف</p>
<p>مطالعه شبه تجربی با گروه کنترل (کمی)</p>	<p>طراحی مطالعه (کمی / کیفی)</p>
<p>انتخاب تصادفی از خانوارها و توزیع تصادفی بین دو گروه مداخله و کنترل بر مبنای معیارهای ورود و خروج</p>	<p>روش شناسی</p>
<p>داده های حاصل از ۲۰۰۰ خانوار شرکت کرده در پیمایش سلامت پایه آلبانی</p>	<p>جامعه پژوهش</p>
<p>نتایج مطالعه نشان داده که هیچ تفاوتی بین افراد فقیر و غنی و همچنین افراد شهر نشین و روستایی در میزان پرداخت مستقیم از جیب وجود نداشته است. میزان کلی پرداخت غیر رسمی معادل ۲۴/۷ درصد برآورد شده بود. از بین کسانی که پرداخت غیر رسمی داشته اند، ۹۵ درصد اعلام کرده اند که این پرداخت به صورت داوطلبانه بوده است. یافته های مطالعه حاکی از گستردگی موضوع پرداخت غیر رسمی در آلبانی بوده و تفاوت معناداری بین میزان پرداخت غیر رسمی بیماران بستری و بیماران سرپائی وجود دارد. نتایج مطالعه حاکی از پرداخت ۰/۶ درصد درآمد ماهانه توسط خانوار بابت پرداخت غیر رسمی و در مجموع ۱۰/۴ درصد کل هزینه های مراقبت سلامت را پرداخت غیر رسمی تشکیل داده بود. تنها حدود ۶ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه عنوان کردند که هزینه های مربوط به پرداخت غیر رسمی مانع دسترسی به خدمات بهداشتی است حتی در دهک های درآمدی پایین.</p> <p>بر اساس نتایج مطالعه یکی از مهمترین دلایل پرداخت غیر رسمی در آلبانی، اثربخشی برنامه بیمه سلامت آلبانی بوده است که با وجود افزایش دسترسی به خدمات مراقبت سلامت اولیه از طریق پرداخت حقوق به پزشکان و پزشکان خانواده، از طریق ارائه یارانه به خدمات مراقبت اولیه سلامت و ویزیت و تجویز داروها موجب کاهش پرداخت غیر رسمی شده است. همچنین نتایج نشان داد در دهه های اخیر با افزایش پوشش بیمه میزان پرداخت غیر رسمی برای خدمات</p>	<p>تحلیل</p>

<p>داروها کاهش یافته است ولی پوشش بیمه بر ویزیت و خدمات سلامت اولیه تأثیری نداشته است که دلیل این امر در مطالعه حاضر مشخص نشده است. همچنین عدم آگاهی افراد بیمه شده نسبت به حق و حقوق خود موجب ترویج پرداخت غیر رسمی شده است. مطالعه پیشنهاد می دهد که جهت کاهش پرداخت غیر رسمی در وهله اول می بایست استراتژی های کاهش پرداخت غیر رسمی می بایست در بیمارستان ها متمرکز شود چرا که بر مبنای یافته ها پرداخت غیر رسمی یکی از مشکلات بیمارستان ها و بویژه بیماران بستری محسوب می شود.</p> <p>همچنین مطالعه نشان داد که یکی از عمده دلایل پرداخت غیر رسمی استفاده پزشکان از جایگاه انحصاری خود نسبت به بیماران دانسته شده است که مطالعه پیشنهاد تقویت نظام خدمات مراقبت سلامت اولیه و قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار می دهد. رابطه بین وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد و میزان پرداخت مستقیم از جیب عنوان می کند که می بایست از پتانسیل های موجود در راستای توجه هدفمند به افراد آسیب پذیر در تأمین مالی نظام سلامت صورت گیرد.</p> <p>در نهایت این مطالعه استراتژی هایی را در راستای کاهش پرداخت غیر رسمی عنوان می کند از جمله افزایش توانایی متولی نظام سلامت در راستای شناسایی و تنبیه پزشکانی که متهم به دریافت پرداخت غیر رسمی هستند، فرموله کردن پرداخت ها از طریق استراتژی های مناسب پرداخت خانوار، معرفی نظام تشویق ارائه کننده که شامل تضمین کیفیت و ارزیابی عملکرد باشد و ارتقاء دانش و آگاهی درباره حقوق بیماران و مسئولیت پذیری به ویژه درباره مزایای بیمه سلامت</p>	
پرداخت غیر رسمی برای مراقبت سلامت در اقتصادهای در حال گذر (Ensor, ۲۰۰۴a)	۹- عنوان
۲۰۰۴	سال
انگلیسی	زبان
Tim Ensor	نویسندگان
بررسی وضعیت حال حاضر شیوع پرداخت غیر رسمی بررسی تأثیر استراتژی های مختلف بر پرداخت غیر رسمی شناسایی بهترین سیاست موثر بر کاهش پرداخت غیر رسمی	هدف/ اهداف
کیفی	طراحی مطالعه (کمی / کیفی)

روش شناسی	مرور نظامند
جامعه پژوهش	
تحلیل	<p>در راستای حل معضل پرداخت غیر رسمی می بایست برخی راهکارها مد نظر قرار گیرد از جمله تنبیه پزشکان متهم به دریافت زیر میزی که می تواند میزان دریافت پرداخت غیر رسمی را کاهش دهد. ولی نمی بایست فراموش کرد که بکارگیری مکانیسم تنبیه ممکن است باعث جدایی پزشکان از بخش دولتی و تمایل به کار در بخش خصوصی برای آنها گردد. یکی دیگر از راهکارهای پذیرفته شده کاهش پرداخت غیر رسمی ثبت رسمی کلیه پرداخت های صورت گرفته در نظام سلامت است. البته این روش نیز این خطر را دارد که هزینه های رسمی بار مالی اضافی تری را به بار بیاورند. قانونگذاری نیز می تواند تلاشی در راستای افزایش میزان رقابت بوده و اطلاعاتی پیرامون کالا و عملکرد خوب تجهیزات به بار آورد و حقوق پایه و قانونی بیماران را ارتقاء بخشد. در مجموع توسعه سیستم شفاف حقوق بیماران، فرآیند ساده اعلام شکایت، قراردادهای شفاف پزشکان و هدفمندسازی آن دسته از تسهیلاتی که موجب تبانی بین گروه متخصصان و پزشکان می شود از جمله استراتژی های مناسب کاهش پرداخت های غیر رسمی خواهد بود.</p> <p>به طور کلی عدم توجه دولت به ماهیت موضعی پرداخت غیر رسمی در سراسر نظام سلامت، موجب می شود تا هر نوع استراتژی صورت گرفته در راستای کاهش پرداخت غیر رسمی بی اثر باشد.</p> <p>در نهایت این مقاله ۵ روش مقابله با پرداخت غیر رسمی را از مطالعات مختلف استخراج و و مزایا، معایب و تأثیرات مختلف هر یک را به صورت کامل تشریح می کند که این ۵ روش عبارتند از: ۱. استفاده از استانداردهای تنظیمی و کنترلی با مدنظر قرار دادند تنبیه خاطیان ۲. خود تنظیمی- تنظیم و قانونگذاری توسط اصناف تخصصی ۳. کنترلی ها مبتنی بر تشویق و افزایش سهم بازار- ایجاد انگیزه مثبت برای رفتار خوب ۴. افشاگری- افشای نام متخلفان و شرمند سازی آنها ۵. حقوق و قوانین مربوط به تعهدات پزشک در قبال حقوق بیمار</p>
۱۰- عنوان	معافیت هزینه های بهداشتی کافی نیست: پرداخت مستقیم از جیب بابت خدمات رایگان در تانزانیا (Kruk et al., ۲۰۰۸)
سال	۲۰۰۸
زبان	انگلیسی
نویسندگان	Margaret E. Kruk. Godfrey Mbaruku. Peter C. Rockers and Sandro Galea

هدف/اهداف	
طراحی مطالعه (کمی / کیفی)	کیفی
روش شناسی	مصاحبه عمیق
جامعه پژوهش	خانوار شهری تانزانیا
تحلیل	<p>راهکارهای شناسایی شده در این مطالعه جهت کاهش پرداخت غیر رسمی برای زنان جهت دریافت خدمات عبارت بودند از: ارائه کوپن (Voucher) به زنان طی برنامه ویژه ایی که زنان می توانند این کوپن ها رو به هر شکل خواست خود مصرف کنند از جمله برای پرداخت غیر رسمی. راهکار دیگر عقد قرارداد با ارائه کنندگان خصوصی جهت ارائه خدمات توافق شده که موجب گسترش پوشش خدمات و عدالت در بسیاری از کشورها شده است. همچنین تبدیل روش پرداخت به سرانه از جمله راهکارهای کاهش عدم دسترسی زنان فقیر به خدمات می شود. بر این اساس زنان می توانند هر ارائه کننده خصوصی ثبت شده در طرح را انتخاب کنند بدون اینکه لازم باشد در زمان دریافت خدمات مبلغی بپردازند. در نهایت ارائه یارانه به تسهیلات و خدمات خصوصی آنها را قادر به کاهش مبلغ دریافتی از بیماران کرده و دسترسی جمعیت هدف را به خدمات افزایش می دهد.</p>

جدول ۵- راهکارهای استخراج شده از مرور مطالعات	
۱	تقویت قرارداد بندی در سازمان بیمه سلامت ملی
۲	اصلاح قانون بیمه سلامت و به رسمیت شناختن حقوق بیمه شده و تعیین جریمه
۳	اطلاع رسانی به افراد بیمه شده در مورد خدمات و داروهای تحت پوشش، میزان مجاز مشارکت در هزینه
۴	اطلاع رسانی به افراد بیمه شده در مورد درصد هزینه داروهای تحت پوشش و معادل های ژنریک داروها
۵	ارتقای روش ها و ابزارهای ارتباطی برای تبادل اطلاعات به بیمه شدگان به خصوص در اقصای آسیب پذیر و ارتقای واقعی دانش افراد
۶	آگاه نمودن بیمه شدگان از چگونگی دسترسی به مکانیزم های شکایت و جبران خسارت
۷	افزایش انگیزش های فردی ارائه دهندگان از طریق تجدید نظر در ساختار پرداخت ها با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد
۸	تشویق سازمان ها با ارائه گرنت برای حمایت از راهبردهای افزایش شفافیت
۹	شکستن زنجیره باورهای بیمه شدگان در مورد لزوم پرداخت غیر رسمی برای دریافت خدمات با کیفیت و متقاعد نمودن مردم در این زمینه که کارمندان دولتی به حد کافی از حقوق و مزایا برخوردارند و مردم با خیال راحت می توانند از آنها درخواست خدمات با کیفیت بنمایند و این که

جدول ۵- راهکارهای استخراج شده از مرور مطالعات	
	کارکنان بخش سلامت در صورت دریافت زیر میزری مورد مواخذه قرار خواهند گرفت.
۱۱	عمومی کردن برنامه های بهبود کیفیت به همراه گزارش دهی شفاف
۱۲	مواخذه و تنبیه پزشکانی که زیر میزری می گیرند
۱۳	ایجاد شبکه های ارتباطی بین پزشک و بیمار
۱۴	یکی از گام های ضروری در مبارزه با پرداخت های غیر رسمی، تغییر نگرش مثبت افراد نسبت به این پدیده است.
۱۵	ارتقای کیفیت و دسترسی به خدمات عمومی مراقبت سلامت
۱۶	فراهم کردن منابع عمومی برای بخش سلامت می تواند در کنار تغییر نگرش با پدیده زیرمیزی مبارزه کند.
۱۷	اجرای copayment در کشورهای CEE و مجارستان برای ریشه کن کردن پرداخت های زیرمیزی
۱۸	پاسخ های سیاستگذاری به این پدیده: استقرار نظام بیمه اجتماعی و اصلاحات گسترده در نظام سلامت
۱۹	کسب درآمد از طریق پرداخت های رسمی مصرف کنندگان
۲۰	استقرار کانال های رسمی اما انعطاف پذیر برای مشارکت داوطلبانه بیماران از جمله sponsorship, advertising, subscription contracts.
۲۱	ارتقای انواع دیگر مشارکت در پرداخت در بخش خصوصی
۲۲	جمع آوری پرداخت های غیررسمی در سطح تیمی و سپس توزیع در بین پرسنل پزشکی به منظور حذف نابرابری دریافت زیرمیزی در بین متخصصان
۲۳	Copayment می تواند میزان پرداخت های زیرمیزی را کاهش دهد اما به عنوان یک مانع برای دسترسی به خدمات نادیده گرفته شده نیز مطرح می شود.
۲۴	راهکارهای کاهش پرداخت غیر رسمی در نظام سلامت مجارستان بر اساس یافته های مطالعه حاضر : اعلام داوطلبانه از سوی پزشکان ممنوعیت و فشارهای قانونی اعمال شده از سوی مقامات رسمی پرداخت افزایشی به پزشکان جهت تأمین مالی مناسب انتخاب آزاد ارائه کننده خدمات توسط بیماران تغییر و بهره گیری از اشکال مختلف پرداخت مشارکتی بکارگیری پرداخت مبتنی بر برون داد به ارائه کنندگان ایجاد محدودیت های قابل توجه برای بیمه های اجتماعی ارائه خدمات از پیش تأمین مالی شده
۲۵	افزایش توانایی متولی نظام سلامت در راستای شناسایی و تنبیه پزشکانی که متهم به دریافت پرداخت غیر رسمی هستند، فرموله کردن پرداخت ها از طریق استراتژی های مناسب پرداخت خانوار، معرفی نظام تشویق ارائه کننده که شامل تضمین کیفیت و ارزیابی عملکرد باشد و ارتقاء دانش و آگاهی درباره حقوق بیماران و مسئولیت پذیری به ویژه درباره مزایای بیمه سلامت
۲۶	۱. استفاده از استانداردهای تنظیمی و کنترلی با مدنظر قرار دادند تنبیه خاطیان ۲. خود تنظیمی-

جدول ۵- راهکارهای استخراج شده از مرور مطالعات	
تنظیم و قانونگذاری توسط اصناف تخصصی ۳. کنترلی ها مبتنی بر تشویق و افزایش سهم بازار- ایجاد انگیزه مثبت برای رفتار خوب ۴. افشاگری- افشای نام متخلفان و شرمنده سازی آنها ۵. حقوق و قوانین مربوط به تعهدات پزشک در قبال حقوق بیمار	
ارائه کوپن (Voucher)، عقد قرارداد با ارائه کنندگان خصوصی جهت ارائه خدمات توافق شده که موجب گسترش پوشش خدمات و عدالت می شود. تبدیل روش پرداخت به سرانه	۲۷

ابعاد و گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب نوع خدمت، نوع بیمارستان و سایر متغیرها (هدف دوم)

نتایج این قسمت از مطالعه از طریق داده های سامانه ۱۶۹۰ معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین با بررسی متون صورت گرفته بدست آمد.

نتایج مربوط به گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب تخصص پزشکان

در جدول ۶، توزیع و گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب تخصص پزشکان از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ ارائه شده است.

جدول ۶- شکایت ثبت شده به تفکیک تخصص					
تخصص	فراوانی	درصد	تخصص	فراوانی	درصد
نامشخص	۱۵۳۲	۶۰,۱۵	متخصص جراحی عمومی	۵۷	۲,۲۴
سایر	۱۸	۰,۷۱			
دکترای پزشکی	۵۵	۲,۱۶	متخصص جراحی کلیه و مجاری	۳۹	۱,۵۳
دکترای تخصصی روانشناس	۴	۰,۱۶	متخصص جراحی مغز و اعصاب	۲۳	۰,۹۰
دکترای تخصصی طب سنتی	۳	۰,۱۲	متخصص چشم پزشکی	۳۳	۱,۳۰
دکترای تخصصی علوم تغذیه	۳	۰,۱۲	متخصص رادیولوژی	۲۶	۱,۰۲
دکترای تخصصی گفتار درمانی	۱	۰,۰۴	متخصص رادیولوژی دهان	۲	۰,۰۸
دکترای دندانپزشکی	۱۱۳	۴,۴۴	متخصص روانپزشکی	۲۴	۰,۹۴
متخصص پزشکی قانونی	۲	۰,۰۸	متخصص زنان و زایمان	۱۴۰	۵,۵۰
کارشناس پروانه دار	۱۲	۰,۴۷	متخصص طب فیزیکی و توان	۱۰	۰,۳۹
متخصص آسیب شناسی	۱	۰,۰۴	متخصص طب کار	۱	۰,۰۴
متخصص ارتوپدی	۸۶	۳,۳۸	متخصص کودکان	۳۸	۱,۴۹
متخصص اعصاب روان	۱۰	۰,۳۹	متخصص گوش و حلق و بینی	۶۲	۲,۴۳
متخصص بیماریهای پوست	۴۵	۱,۷۷	متخصص بیماریهای عفونی	۵	۰,۲۰
متخصص بیماریهای داخلی	۱۳۰	۵,۱۰	متخصص بیماریهای قلب	۳۱	۱,۲۲
متخصص بیماریهای داخلی	۳۵	۱,۳۷	متخصص بیهوشی	۶	۰,۲۴
جمع			۲۵۴۷		
اختلاف میانگین بین تخصص های مختلف		آماره		سطح معناداری	
		۳,۳۲۱		۰,۰۸۹	

همانطور که یافته های جدول شماره ۶ نشان می دهد در مجموع ۲۵۴۷ شکایت مربوط به تعرفه از پزشکان و تخصص های مختلف صورت گرفته است که بیشترین تعداد شکایات مربوط به متخصصان زنان و زایمان (۵,۵۰ درصد) و کمترین تعداد شکایات مربوط به تخصص های غیرتهاجمی نظیر گفتار درمانی (۰,۰۴ درصد) و طب کار (۰,۰۴ درصد) بوده است.

به منظور بررسی اختلاف بین تخصص های مختلف از نظر میزان شکایات صورت گرفته، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. برای این منظور در ابتدا شکایاتی که در آن تخصص پزشک مطرح نشده بود (۱۵۵۰ مورد) کنار گذاشته شد. نتایج نشان داد اختلاف معناداری بین تخصص های مختلف از نظر تعداد شکایات ثبت شده بابت پرداخت غیررسمی وجود نداشته است ($p = 0,089$; $f = 3,321$).

نتایج مربوط به گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب نوع خدمات دریافتی بیماران
جدول زیر تعداد شکایات را بر حسب نوع خدمت نشان می دهد که بر این اساس بیشترین شکایت مربوط به بیماران سرپایی بوده است.

جدول ۷- تعداد شکایات صورت گرفته بر حسب نوع خدمت		
نوع خدمت	تعداد	درصد
بستری	۹۶۵	۳۷,۸
سرپایی	۱۵۶۴	۶۱,۴
نامعلوم	۱۸	۰,۸
جمع	۲۵۴۷	۱۰۰

بر مبنای نتایج جدول ۷، بیش از ۶۱ درصد شکایات های صورت گرفته مربوط به خدمات سرپایی و قریب به ۳۸ درصد شکایات مربوط به خدمات بستری بوده است.

نتایج مربوط به گستردگی پدیده زیرمیزی به تفکیک استان و شهرستانها
 جدول شماره ۸ یافته های مربوط به شکایت از پزشکان در زمینه تعرفه های پزشکی را به تفکیک هر استان نشان می دهد.

جدول ۸- تعداد شکایات صورت گرفته به تفکیک استان و شهرستان				
محل	فراوانی	محل	فراوانی	فراوانی
	۱	اسفراین	۱	آذرشهر
	۶	بجنورد	۴	اهر
	۷	جمع	۱	بستان آباد
	۱۲	آبادان	۱	بناب
	۷۰	اهواز	۵۳	تبریز
	۴	بندر ماهشهر	۱	شبستر
آذربایجان شرقی	۱	بهبهان	۱	عجب شیر
	۲	دزفول	۱۰	مراغه
	۱	شوش	۱	ملکان
	۱	لالی	۲	میانه
	۱	مسجد سلیمان	۷۵	جمع
	۹۲	جمع	۱۶	ارومیه
	۲	ابه‌ر	۱	خوی
	۱	خدابنده	۱	شاهین دژ
	۷	زنجان	۳	میاندوآب
آذربایجان غربی	۱۰	جمع	۱	ماکو
	۲	دامغان	۱	نقده
	۳	سمنان	۲۳	جمع
	۶	شاهرود	۷	اردبیل
	۱۱	جمع	۴	پارس آباد
	۲	چاه بهار	۱	مشگین شهر
اردبیل	۲	زابل	۲	نمین
	۵	زاهدان	۱۴	جمع
	۹	جمع	۶۲	اصفهان
	۱۳۷	شیراز	۳	خمینی شهر
	۱	فسا	۱	خوانسار
اصفهان	۱	کازرون	۱	شاهین شهر
	۱	گراش	۳	شهرضا
	۳	لارستان	۴	کاشان

جدول ۸- تعداد شکایات صورت گرفته به تفکیک استان و شهرستان				
محل	فراوانی	محل	فراوانی	محل
	۱	مروودشت	۱	گلپایگان
	۱۴۴	جمع	۱	نجف آباد
	۱	البرز	۷۶	جمع
	۱	بوئین زهرا	۱	ساوجبلاغ
	۱	تاکستان	۵۶	کرج
البرز	۷	قزوین	۱	نظر آباد
	۱۰	جمع	۵۸	جمع
ایلام	۲۴	قم	۱	ایلام
	۳	بانه	۱	برازجان
	۱	سقز	۱۱	بوشهر
بوشهر	۳	سندج	۱	جم
	۴	مریوان	۱	دشتستان
	۱۱	جمع	۱۴	جمع
	۱	بیم	۱	نامشخص
	۲	جیرفت	۸	اسلامشهر
	۳	رفسنجان	۱	اندیشه
	۵	سیرجان	۳	بهارستان
	۸	کرمان	۳	بومهن
	۳	کهنوج	۱	پاکدشت
	۲۲	جمع	۱۵۷۳	تهران
	۲	اسلام آباد	۴	رباط کریم
	۱	جوانرود	۱	رودهن
	۱	سر پل ذها	۱۲	ری
	۴۰	کرمانشاه	۷	شهریار
	۴۴	جمع	۱	قدس
	۱	گچساران	۱	قرچک
	۱	یاسوج	۱	ملارد
	۲	جمع	۶	ورامین
	۱	بندر گز	۱۶۲۳	جمع
	۱	علی آباد	۴	شهر کرد
چهار محال	۱	کلالة	۹	بیرجند
خراسان جنوبی	۱۱	گرگان	۱	فردوس
	۴	گنبد کاووس	۱	قائنات

۴-۲-۳ نتایج مربوط به گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب ویژگی دموگرافیک

شاکیان

یافته های جدول شماره ۹ فراوانی شکایت صورت گرفته از پزشکان را براساس ویژگی های دموگرافیک افراد نشان می دهد.

جدول ۹- شکایات صورت گرفته از پزشکان بر اساس ویژگی های دموگرافیک شاکیان

حقیقی با حقوقی بودن افراد

نوع متغیر	تعداد	درصد
حقیقی	۱۰۵۶	۴۱,۴
حقوقی	۱۴۷۸	۵۸
نامعلوم	۱۳	۰,۶
جنسیت		
مرد	۷۴۱	۲۹
زن	۲۷۷	۱۰,۸
نامعلوم/شخصیت حقوقی	۱۵۲۹	۶۰,۲

بر اساس نتایج این جدول، بیشتر افراد شاکی دارای شخصیت حقوقی (۵۸ درصد) بوده و از نظر جنسیت شکایت کنندگان، اکثر شکایات توسط مردان (۲۹ درصد) مطرح شده بوده است. مسئله مورد نظر در این بخش، حجم بالای افراد ناشناس از نظر جنسیتی (۶۰,۲ درصد) می باشد که تفسیر یافته های جنسیتی را تحت تأثیر قرار می دهد.

نتایج مربوط به اثرات پرداخت های غیر رسمی از دیدگاه پزشکان و متخصصان نظام سلامت

این قسمت از مطالعه به صورت کیفی و از طریق مصاحبه با ۱۵ نفر از پزشکان، متخصصان و افراد مطلع نسبت به موضوع که به صورت هدفمند انتخاب شده بودند، صورت گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۱۰ (مشخصات افراد مورد مطالعه) و ۱۱ (یافته های مطالعه) عنوان گردیده است. همانطور که یافته های جدول شماره ۱۰ نشان می دهد ۹ نفر از افراد شرکت کننده در مصاحبه را پزشکان و ۶ نفر را سیاستگذاران، صاحبانظران و متخصصان نظام سلامت تشکیل داده اند. به

جدول ۱۰- مشخصات افراد شرکت کننده در مصاحبه

ردیف	نام سازمان	نوع تخصص	جنسیت	سابقه کار (سال)*
۱		پزشک عمومی / PhD	مرد	۱۵
۲	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دکترای تخصصی	مرد	۸
۳	(۴ نفر)	پزشک عمومی	زن	۱۱
۴		جراح عمومی	مرد	۲۴
۵		کارشناسی ارشد	مرد	۶
۶	سازمان نظام پزشکی (۳ نفر)	دکترای تخصصی	مرد	۱۷
۷		جراح مغز و اعصاب	مرد	۲۳
۸	پزشکی قانونی (۲ نفر)	پزشک عمومی	مرد	۱۲
۹		دکترای تخصصی	زن	۷
۱۰	سازمان تأمین اجتماعی (۱ نفر)	پزشک عمومی	زن	۹
۱۱	سازمان بیمه سلامت (۱ نفر)	کارشناس ارشد مدیریت	مرد	۱۴
۱۲	مجلس شورای اسلامی (کمیسیون بهداشت)	جراح قلب	مرد	۳۳
۱۳		متخصص ارتوپدی	مرد	۱۷
۱۴	بخش خصوصی (بیمارستان/مطب) (۳ نفر)	متخصص قلب و عروق	زن	۱۱
۱۵		کارشناس ارشد مدیریت	مرد	۲۱

* برای پزشکان سابقه از زمان فراغت و شروع به طبابت در نظر گرفته شده است.

بر مبنای نتایج جدول شماره ۱۰، بیشترین شرکت کنندگانی که به صورت هدفمند انتخاب و در مطالعه شرکت کردند از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ۴ نفر بوده است. تلاش بر این بود با توجه به حساسیت و دامنه موضوع مورد بررسی از سازمان های مرتبط از جمله پزشکی قانونی، نظام پزشکی، بخش خصوصی و حتی بیمه های سلامت نیز نمایندگان در مطالعه حاضر حضور داشته باشند تا جنبه حداکثر تنوع رعایت و موضوع از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار گیرد. در این میان ۴ نفر از شرکت

کنندگان زن (۲۶,۶ درصد) و ۱۱ نفر (۷۳,۴ درصد) را مردان تشکیل داده بودند. همچنین میانگین سابقه کاری شرکت کنندگان ۱۵,۲ سال در زمینه نظام سلامت بوده است. جدول ۱۱ اثرات منفی و مثبت پرداخت غیررسمی را از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه (جدول ۱۰) ارائه کرده است.

جدول ۱۱- اثرات مثبت و منفی پرداخت های غیر رسمی از دیدگاه پزشکان و متخصصان نظام سلامت		
تعداد تکرار کد	تم اصلی	مولفه اصلی
۷	افزایش تلاش کارکنان بهداشتی و رقابت بین آنها	اثرات مثبت پرداخت های
۵	باقی ماندن ارائه دهندگان در بخش دولتی	غیر رسمی در نظام
۴	دسترسی به خدمات و بهبود کیفیت	سلامت
۱۱	اثرات بد آن بر روی عدالت و برابری اجتماعی	
۹	از بین رفتن اعتماد به کادر پزشکی و آسیب رساندن به رابطه	اثرات منفی پرداخت های
۹	پزشک-بیمار	غیر رسمی در نظام
۷	از بین رفتن شفافیت در ارائه خدمات	سلامت
۶	تهدید ارزشهای جامعه به ویژه ارزش های مذهبی	
	ترویج روند های درمانی غیرضروری و نامناسب	
	آسیب رساندن به عملکرد نظام سلامت	

بر اساس نتایج جدول ۱۱ که گویه‌های اصلی بر مبنای فراوانی و تعداد تکرار از طرف مصاحبه شونده‌ها مرتبط شده است، در زمینه اثرات مثبت بیشترین تأکید بر افزایش تلاش کارکنان بهداشتی و رقابت بین آنها برای انجام کار با کیفیت‌تر بود.

“درسته زیرمیزی بیشتر جنبه منفی داره تا مثبت ولی فب از اون ور اگه نگاه کنی می‌بینی که تا مدودی باعث میشه که رقابت بین متخصصان و پزشکان برای جلب مشتری با توجه به تخییر کیفیت کار بشون بیشتر بشه که به نظر من از نظر اقتصادی میشه مثبت ارزیابیش کرد مالا نه برای بیمار ...” (ش.ک.۷)

از جمله تأثیرات مثبت پرداخت غیررسمی از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه، حفظ نیروی انسانی متخصص در بخش دولتی بود که مورد تأکید ۵ نفر از شرکت کنندگان در مطالعه بود. ایشان عنوان می‌کردند که داشتن پرداخت غیررسمی با توجه به اینکه درآمد مورد انتظار پزشکان در بخش دولتی را فراهم می‌آورد، باعث می‌شود تا پزشکان به جای اشتغال در دو بخش دولتی و خصوصی به صورت همزمان، تمام تلاش خود را معطوف به کار در بخش دولتی کنند.

“شما نگاه کنید وقتی تعرفه‌ها واقعی نیست، پزشک پیکار میکنه یا میاد پرداخت غیررسمی دریافت میکنه یا اینکه میره بخش خصوصی و به صورت غیرمستقیم مریض‌ها رو به بخش خصوصی ارجاع میده، در نهایت پول رو بیمار باید بده چه بخش خصوصی چه بخش دولتی چه بهتر در بخش

دولتی باشه که تمرکز کامل پزشکی هم تو یک بخش معطوف بشه و دنبال بازاریابی بخش خصوصی

نیاشه... " (ش.ک. ۱۳)

در همین راستا گفته شد که پرداخت غیررسمی چون باعث ماندگاری پزشکی در بخش دولتی می شود و به نوعی درآمد افزایش می یابد، باعث بهبود کیفیت و کمیت خدمات خواهد شد چرا که در کنار تأمین درآمد مورد انتظار پزشکان، رقابت بین پزشکان در بخش دولتی نیز تشدید شده و آنها در تلاش برای بهبود کیفیت کاری خود خواهند بود.

"من میگویم همه اینایی که گفته شد در این راستاست که کمیت و کیفیت بهتر بشه دیگه، بالاخره

وقتی پزشکی خیالش از درآمدش راحت باشه کیفیت کاریش رو بالا میبره حالا این رقابت بین

پزشکان هم باعث میشه که کیفیت باز بهتر بشه... " (ش.ک. ۱۴)

پیروان اثرات منفی نیز بالاترین تکرار مربوط به تأثیر منفی پرداخت غیررسمی بر عدالت و برابری اجتماعی بود. اکثر شرکت کنندگان بر این باور بودند که با افزایش میزان پرداخت های غیررسمی با توجه به ارتباط مستقیم آن با وضعیت معیشتی مردم و نظر به نوع کالای مورد مبادله در نظام سلامت، عدالت و برابری در سطح جامعه به خطر می افتد چرا که پرداخت غیررسمی یکی از دلایل هزینه های کمرشکن از دیدگاه شرکت کنندگان شناخته می شد.

"به نظر من هر قدر این پدیده بیشتر بشه (پرداخت غیر رسمی) شما ناخودآگاه می بینی که جامعه

ملتهب شده و عدالت توش از بین رفته، چون مردم بفاطر سلامتیشون سعی می کنن فرش و

لباسشونم بفروشن ولی خدمات رو دریافت کنند... فاصله این باعث بی عدالتی در سطح جامعه

میشه به نظر من... " (ش.ک. ۱۲)

از جمله چالش ها و تأثیرات منفی پرداخت غیررسمی به عقیده شرکت کنندگان در مطالعه، از بین رفتن اعتماد نسبت به قشر پزشکی در دیدگاه مردم بود. آنها عنوان کردند که گرفتن پرداخت غیررسمی با شیوه های غیررسمی باعث از بین رفتن اعتماد مردم به کلیه پزشکان گردیده و رابطه پزشک-بیمار به شدت آسیب می بیند و جامعه پزشکی را در معرض بدبینی جمعی مردم قرار می دهد

"بینید منی یک نفر، منی یک نفر از این قشر وقتی میاد به کار فطای می کنه مثلاً پول اضافی

میگیره یا رشوه میگیره یا هر چیزی، به دلیل مساسیت و جایگاهشون تو جامعه فیلی تو پیش میان

و باعث میشه که مردم نسبت به کل جامعه و نه فقط یک نفر بدبین بشن و این برای مرفه

پزشکی سم هستش... " (ش.ک. ۱)

از بین رفتن شفافیت در ارائه خدمات و همچنین تهدید ارزش های اجتماعی نیز از جمله نکات منفی ناشی از پرداخت غیررسمی به عقیده شرکت کنندگان در مطالعه بود. به اعتقاد ایشان، پرداخت غیررسمی باعث می گردد تا ارزش های اجتماعی نظیر اعتماد، قبیح بودن رشوه و ... در جامعه از بین رفته و ارزش هایی

نظیری پرداخت غیررسمی جهت دریافت خدمات با کیفیت و بدون نوبت جایگزین گردد. از طرفی دریافت های زیرمیزی با توجه به ارزش ها و باورهای مذهبی جامعه ایران، غیرشرعی است و مرسوم شدن این دریافت ها و پرداخت ها تهدیدی برای ارزش های مذهبی است.

"من اعتقاد دارم اصل ضربه پرداخت غیررسمی به عدالت نیست، به نظر من اینکه اساس فرهنگی جامعه تحت تأثیر قرار بگیرد خطرناکتره، وقتی ارزشی عین پرداخت رشوه بیاد جزء ارزشهای جامعه قرار بگیرد و راستی و درستی از بین بره، این به مراتب خطرناکتره چون می تونه نسل به نسل منتقل بشه... من میگم این پرداخت (غیر رسمی) باعث میشه ارزش پرداخت رشوه یا حق بودن پرداخت غیررسمی در جامعه منتشر بشه که اون موقع مداخلات مختلف هم نمیتونه کاری از پیش بیره" (ش. ک ۱۱) تقاضای القایی نیز به نوعی یکی از مهمترین نکات منفی پرداخت غیررسمی از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه بود. آنها عنوان کردند که زمانی که پرداخت غیررسمی در سیستم وجود داشته باشد، برخی از پزشکان و متخصصان فرصت طلب می توانند از این راه اقدام به تلقین خدمات غیرضروری به بیماران جهت افزایش درآمد خود کنند که به دلیل عدم تقارن اطلاعات بیمار و پزشک این روند رخ می دهد.

"ببینید وقتی یک پزشک بی اخلاق ببینه که می تونه به اصطلاح مردم رو گمراه کنه و ازشون پول دربیاره میاد هی تند تند استن و آزمایش غیرضروری تمویز می کنه که نتیجه اش بالا رفتن هزینه های نظام سلامت به دلیل شکل گیری تقاضای القایی میشه دیگه..." (ش.ک ۲)

در نهایت، اثرات منفی این گونه پرداخت ها، منجر به آسیب رساندن به عملکرد کلی نظام سلامت می شود. افزایش پرداخت از جیب، مواجه خانوار با هزینه های کمرشکن و انصراف از درمان یا به تاخیر انداختن درمان توسط بیماران و پیامدهای منفی بلند مدت از جمله اثرات منفی این گونه پرداخت ها است. «وقتی خانواده ای که توان مالی چندانی ندارد، مجبور می شود برای خدمات سلامت زیرمیزی بپردازد، دیگر پولی برای تهیه غذای مناسب باقی نمی ماند و ممکن است فرزندان آن خانواده با سوء تغذیه مواجه شوند و این سیکل معیوبی که آغاز شده، هزینه های سنگینی بر نظام سلامت متحمل خواهد کرد».

نتایج مربوط به شناسایی روند تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت (هدف سوم)

یافته های این قسمت از مطالعه تغییر رفتار ارائه دهندگان خدمات سلامت و همچنین در صورت تغییر رفتار، علل آن را نیز در مورد دریافت زیرمیزی بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت نشان می دهد که نتایج آن در جدول ۱۲ عنوان شده است.

جدول ۱۲- بررسی تغییر رفتار ارائه دهندگان خدمات سلامت و علل آن بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت			
تعداد	علل	گویه اصلی	مولفه اصلی
۱	رقابتی شدن بازار پزشکان به دلیل افزایش تعداد پزشکان	تغییر رفتار مثبت (کاهش دریافت زیرمیزی)	حفظ وضع موجود
۸	واقعی نبودن تعرفه ها خدمات درمانی	تغییر رفتار منفی (افزایش دریافت زیرمیزی)	
۴	پرداخت نامنظم به پزشکان		
۳	نرخ تورم بالا در کشور		
۳	بالا رفتن هزینه های خدمات سلامت		
۲	مقایسه درآمد خود با سایر مشاغل و کشورها		
-	-	عدم تغییر رفتار	
۶	افزایش نظارت در قالب اجرای طرح و حساسیت نظام سلامت	تغییر رفتار مثبت (کاهش دریافت زیرمیزی)	اجرای تعرفه ها جدید بر اساس کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات
۵	جبران درآمد هدف پزشکان به صورت قانونی		
۵	کاهش اختلاف بین گروه های مختلف پزشکی		
۲	نظامند شدن برخورد با پزشکان متخلف		
۳	بالاتر بردن درآمد هدف پزشکان	تغییر رفتار منفی (افزایش دریافت زیرمیزی)	
۳	مشروع سازی پرداخت غیررسمی		
۴	بالا بودن حجم بالای پرداخت غیررسمی در بخش خصوصی	عدم تغییر رفتار	
۳	فقدان ارزیابی مبتنی بر شواهد پیرامون مسئله		
۲	عدم تغییر واقعی تعرفه ها با وجود تغییر اسمی		
۱	تعویق پرداختی پزشکان به دلیل حجم بالای دیون		

جدول ۱۲ مولفه ها، گویه ها و کدهای استخراج شده از مصاحبه با ۱۵ نفر از پزشکان و خبرگان عرصه نظام سلامت و مرتبط با بحث پرداخت غیررسمی را نشان می دهد. بر آن اساس دو مولفه اصلی حفظ وضع موجود و اعمال کتاب ارزش های نسبی خدمات به عنوان دو سناریو مطرح شده جهت استخراج تغییر رفتار آتی پزشکان در اختیار شرکت کنندگان در قالب پرسش های قرار گرفت و دیدگاه ایشان استخراج گردید.

الف - حفظ وضع موجود (عدم اجرای کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات در قالب طرح تحول سلامت)

در قالب سناریوی حفظ وضع موجود، سه گویه اصلی تغییر رفتار مثبت (کاهش دریافت زیرمیزی)، تغییر رفتار منفی (افزایش دریافت زیرمیزی) و عدم تغییر در رفتار پزشکان شناسایی شد. کدهای مطرح شده برای هر گویه با توجه به حداکثر تکرار صورت گرفته در جدول ارائه شده است.

در قالب گویه اصلی تغییر رفتار مثبت (کاهش دریافت زیرمیزی) مهمترین و تنها نکته مطرح شده از سوی شرکت‌کنندگان، کاهش دریافت زیرمیزی در بین پزشکان در آینده‌ای نه چندان دور به دلیل رقابتی شدن بازار پزشکان و نظام سلامت بود. برخی از شرکت‌کنندگان عنوان کردند که به دلیل افزایش ظرفیت جذب پزشکان و ورود آنها در طی سالهای اخیر و همچنین سالهای آینده به بازار کار، رقابت قابل توجهی بین پزشکان به منظور جذب بیماران صورت خواهد گرفت که یکی از مهمترین راهکارهای رقابت، کاهش هزینه برای بیمار و همان کاهش دریافت زیرمیزی است..

"به نظر من پزشکان داشتن رفتار شون رو فودشون متعادل میکردن زیاد به تغییر تعرفه ها نبود چون به بازار رقابتی شکل گرفته بود که به نظرم ناشی از افزایش تعداد پزشکان و متفحصان بود و این بازار رقابتی در چندسال آینده فودش کارفودشو میکرد و باعث میشد مردم سراغ پزشکی که دریافتی کمتری داشت برن و پزشکا هم مجبور به کاهش دریافت غیررسمی فود بودن" (ش.ک. ۱۱)

اما مهمترین و بیشترین تأکید شرکت‌کنندگان در مطالعه پیرامون تغییر رفتار پزشکان در صورت حفظ وضع موجود، تأکید بر تغییر رفتار منفی (افزایش پرداخت غیررسمی) پزشکان بود. بدین منظور ۵ دلیل عمده به عنوان کدهای اصلی تغییر رفتار منفی پزشکان با حفظ وضع موجود شناسایی شد. یکی از اصلی‌ترین و پرتکرارترین دلیل تغییر رفتار منفی پزشکان با حفظ وضع موجود به اعتقاد شرکت‌کنندگان، واقعی نبودن تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی از دیدگاه پزشکان بود. اکثر شرکت‌کنندگان عنوان کردند که در صورت حفظ وضع موجود و عدم تغییر در تعرفه‌های خدمات پزشکی، با احتمال بسیار بالایی رفتار پزشکان در جهت افزایش دریافت زیرمیزی و در نتیجه بالا رفتن نرخ پرداخت غیررسمی در نظام سلامت سوق پیدا می‌کرد. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان بیان کردند که تعرفه‌های غیرواقعی و عدم ارزشگذاری صحیح و درست خدمات پزشکی باعث می‌گردد تا پزشکان جهت جبران درآمد هدف خود اقدام به دریافت زیرمیزی به روش‌های مختلف بکنند.

"ببینید من بتمم اینه چون تعرفه ها واقعی نبود و چون هر شخصی به درآمدی برای فودش در نظر داره مثلاً جراح قلب بر اساس عرف و مقایسه فودش درآمد هدفی مثلاً ماهی ۵۰ میلیون برای

فودش متصوره وقتی این تصرفه ها معادل ارزش خدمات ارائه شده نیست که هیچ، درآمد هدف پزشکیه میران نمیکنه فب پزشکیه هم سعی می کنن اونو از طریق مفتلف میران کنن دیگه..."
(ش.ک. ۴)

از جمله دلایل دیگر تغییر رفتار منفی پزشکان با حفظ وضع موجود، پرداخت نامنظم به پزشکان بود که توسط شرکت کنندگان مطرح شد. بر این اساس عنوان شد که پزشکان نیز همانند سایر انسان ها برای زندگی خود برنامه ریزی دارند که بر اساس آن برنامه ریزی و درآمد هدف خود سبک زندگی و مخارج خود را تنظیم می کنند. وجود سیستم اداری طولانی ناشی از تنش بین بیمارستان ها و بیمه ها و طولانی و نامنظم شدن پرداختی به پزشکان باعث می شود تا پزشکان به رفتارهایی نظیر اخذ زیرمیزی جهت جبران و تأمین مخارج خود طبق برنامه ریزی خود اقدام کنند.

"...فب وقتی میان پولتو شش ماه یکبار، یا نه ماه یکبار میدن ... والله من بیش از یکساله از بیمارستان طلبکارم ولی گیر کرده و نمیدن...فب منم برنامه ریزی دارم بطور بتونم اقساط و یک هامو پر کنم وقتی مطمئن نیستم یکی که وعده میدم سروقت پول توش هست...میام به فودم متکی میشم و سعی می کنم درآمدم در اختیارم باشه دیگه..." (ش.ک. ۱۴)

در کنار علل ذکر شده، بالا بودن نرخ تورم در کشور از دیگر علل تغییر رفتار منفی پزشکان در قبال پرداخت های غیررسمی عنوان شد. بر اساس دیدگاه شرکت کنندگان نرخ تورم از عواملی است که بر ابعاد مختلف زندگی اقشار مختلف مردم و از جمله پزشکان تأثیر دارد که یکی از آنها بالا رفتن هزینه های زندگی و از جمله هزینه های ارائه خدمات سلامت توسط پزشکان است. به نظر شرکت کنندگان در مطالعه بالا بودن نرخ تورم از یک سو میانگین هزینه تمام شده خدمات را بالا می برد که بالطبع در هزینه تمام شده خدمات متجلی می شود و از طرفی بر زندگی شخصی پزشکان نیز با افزایش هزینه های زندگی موثر است.

"فب نرخ تورم تو کشور بالا بوده و هست ... اینا باعث میشه تا هزینه تمام شده هر کالایی متی خدمات بهداشتی و درمانی نیز افزایش پیدا کنه... پزشکان هم با افزایش هزینه زندگی فودشون مواجه میشن... در نهایت تمام این عوامل دست به دست هم میدن میشه گفت زمینه افزایش زیرمیزی بیشتر بشه..." (ش.ک. ۷)

به اعتقاد چندتن از شرکت کنندگان یکی دیگر از عوامل موثر بر افزایش پرداخت غیررسمی در صورت حفظ وضع موجود، مقایسه ای است که پزشکان پیرامون درآمد خود با سایر مشاغل و حتی کشورهای دیگر انجام می دهند. بر اساس دیدگاه ایشان پزشکان در وهله اول با مقایسه درآمد خود با سایر مشاغل و حتی مشاغل با جایگاه و سطح سواد پایین، دریافت زیرمیزی را توجیه می کنند. یکی از دلایل مقایسه نیز همان عدم دستیابی به درآمد هدف توسط پزشکان است که در بخش پیشین ذکر شد.

" شما نگاه کنید از هر پزشکی پیرامون میزان درآمدش بپرسی و دلیلش رو بخواهی قطعاً یکی از دلایلی که بهتون میگه اینه که چرا از مثلاً از تراشکار نمی پرسی چرا انقدر درآمد داره تراشکاری که هیچ استرس و مسئولیت شغلی نداره و با جون مردم درارتباط نیست ماهی فلان قدر درمیاره بعد منی که انقدر مسئولیت و گیر قانونی دارم با دریافت مبلغ بالاتر از عرف مورد همه قرار میگیرم... شاید یکی از راههای تومیه زیرمیزی این باشه که گفتم..." (ش.ک ۱۵)

در سناریو حفظ وضع موجود (مولفه اصلی اول) اشاره‌ای به عدم تغییر رفتار پزشکان صورت نگرفت در واقع کلیه شرکت‌کنندگان به تغییر رفتار پزشک اشاره داشتند و این تغییر رفتار بیشتر جنبه منفی و افزایش پرداخت غیررسمی با حفظ وضع موجود داشت.

ب- تغییر تعرفه‌ها با اجرای کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات در قالب طرح تحول

نظام سلامت

همانند سناریوی قبلی (عدم تغییر وضع موجود) برای سناریوی اجرای تعرفه‌های جدید مبتنی بر کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات در قالب طرح تحول نظام سلامت نیز سه گویه اصلی (مثبت، منفی و عدم تغییر) با توجه به کدهای شناسایی شده، استخراج شد. برای تغییر رفتار مثبت چهار دلیل، برای گویه تغییر رفتار منفی سه دلیل و برای عدم تغییر نیز ۴ دلیل عمده با توجه به تکرار گویه‌ها مطرح و ارائه شده است. در قالب گویه اصلی تغییر رفتار مثبت (کاهش زیرمیزی) در نتیجه اعمال تعرفه‌های جدید در قالب کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات طرح تحول نظام سلامت، یکی از مهمترین و پرتکرارترین دلایل، افزایش نظارت به روند مسایل مالی پزشکان با اجرای طرح تحول نظام سلامت و همچنین حساسیت جامعه و سیاستگذاران نسبت به مسئله شیوع پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت بود که توسط شرکت‌کنندگان مطرح کردند.

"... فب طرح (تحول نظام سلامت) تأثیر خیلی خیلی زیادی داشت تو کاهش زیرمیزی... نظارت که

افزایش پیدا میکنه... این نظارتم از مساسیتی میاد که مردم و مسئولین نسبت به مسئله پیدا

کردن... این نظارت یک قوه قهریه نیست به نوعی نشون میده که سیستم صامب داره و سرمود

نیست... نمیداره این نوع فرآیند مالی بیشتر یا بگیره... به نظر من که محندار زیرمیزی کاهش

پیدا کرده بعد طرح..." (ش.ک ۲ و ۱۴)

جبران درآمد هدف مطرح شده در سناریو قبلی نیز از جمله دلایل کاهش زیرمیزی پس از اجرای طرح تحول سلامت و ابلاغ کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات توسط شرکت‌کنندگان مطرح شد. ایشان بر این باور بودند که زمانی که یک پزشک به عنوان فردی از جامعه، به خواسته‌های به حق خود به صورت قانونی دست یابد، نیازی به انجام کارهای خلاف قانون نخواهد داشت.

"وقتی کتاب تعرفه های جدید معرفی شد من معتقم فیلی از پزشکانی که قبلاً زیرمیزی می گرفتند چون اونو مقشون میدونستن دیگه این کار رو نمیکنن... فاصله پزشک به عنوان فرهیفته جامعه نمیداد دست به فلاف بزنه تا زمانی که قانونی بتونه به مقش برسه مقی که در واقع قبلاً تضییع میشد میاد این کار رو کنار میذاره... مریض رو ارجاع نمیده بفش فصوصی واسه درآ مد بیشتر چون درآ مدش تو بفش دولتی به اندازه فواستش تأمین میشه... (ش.ک. ۷)

یکی دیگر از دلایل موکد تغییر رفتار مثبت پزشکان پس از طرح تحول نظام سلامت در زمینه پرداخت غیررسمی، کاهش اختلاف بین گروههای مختلف پزشکی از نظر تعرفه خدمات درمانی بود. پیشتر به اذعان شرکت کنندگان تفاوت معناداری بین گروههای پزشکی از نظر تعرفه های خدمات درمانی وجود داشت که همین امر باعث می شد تا گروههای که تعرفه پایین تری دارند در راستای جبران اختلاف خود، اقدام به دریافت زیرمیزی به عنوان یکی از راه حل های مدنظر کنند که با مطرح شدن تعرفه های جدید و تغییر تعرفه خدماتی که پیشتر تعرفه پایین تری داشتند، این بدرفتاری حرفه ای نیز از بین رفته یا کاهش یافته است.

"... فب همانطور که گفتم وقتی پزشکی فودشو مقایسه می کنه این مقایسه فقط با سایر مشاغل هم نیست که، با سایر همکاری فودش که تعرفه هاشون با وجود مسئولیت و فطرپذیری یکسان بالاتر هستش هم فودشون رو مقایسه می کنن... فیلی وقت ها میشه گفت همین عامل برای جبران افتلاف درآ مدی موجب پرداخت غیررسمی میشه... (ش.ک. ۱۳)

در نهایت به گفته شرکت کنندگان در مطالعه، با مطرح شدن طرح تحول نظام سلامت و موضوع کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم و در ادامه مطرح شدن افزایش تعرفه خدمات درمانی، دولت و در بخش نظام سلامت با بهره گیری از اهرم های انضباطی و کنترلی در کنار اهرم های تشویقی به منظور پاسخ به افکار عمومی، قوانین سخت گیرانه تری در مقابله با پدیده زیرمیزی وضع و اجرا کرده است. همین برخورد و حساسیت مطرح شده نیز از جمله عوامل تغییر رفتار پزشکان نسبت به پرداخت غیررسمی از سوی شرکت کنندگان مطرح شد.

"... طرح تحول سلامت میشه گفت با توجه به سافتار نگارشیش و همپنین ابزار کنترلی که براش در نظر گرفته شده میشه گفت باعث فواس جمعی پزشکان در رابطه با ارتکاب جرمی نظیر زیرمیزی شده به نظرم... فب وقتی فلسفه اصلی توجه به رضایتمندی بیماران هست و پرداخت زیرمیزی مخالف رضایتمندی آنها میشه گفت که مساسیت درباره این موضوع بیشتر از قبل به نظر میاد... (ش.ک. ۳)

در کنار اعتقاد اکثریت شرکت کنندگان نسبت به تأثیر اجرای کتاب ارزش گذاری نسبی خدمات درمانی در قالب طرح تحول سلامت بر تغییر رفتار مثبت پزشکان در زمینه پرداخت غیررسمی، عده ای از

شرکت کنندگان (۴ نفر) معتقد بودند که طرح تحول سلامت و کتاب ارزش‌های نسبی خدمات درمانی نه تنها تأثیر مثبتی بر کاهش پرداخت غیررسمی نداشته، بلکه منجر به تغییر رفتار منفی (افزایش تمایل و گرایش به دریافت زیرمیزی) در پزشکان شده است. یکی از دلایل مهم این ادعا به گفته شرکت کنندگان تغییر رفتار پزشکان در زمینه تغییر درآمد هدف خود عنوان شد. به اعتقاد شرکت کنندگان درصدی از پزشکان نه تنها با اجرای طرح تحول نظام سلامت زیرمیزی دریافتی را کاهش ندادند بلکه اجرای این طرح را بستری مناسب برای افزایش درآمد مدنظر خود دانستند. چرا که این طرح بخشی از درآمد نامشروع حاصل از زیرمیزی را به درآمد مشروع تبدیل می‌کند ولی ابزار کنترلی کافی و لازم را برای جلوگیری از تغییر رفتار منفی پزشکان در اختیار ندارد و همین بستر لازم برای سوء استفاده را فراهم می‌آورد.

"... ولی فب که هم نیستن پزشکایی که منی با وجود رسیدن به درآمد مورد انتظارشون به صورت قانونی، باز فرصت طلبی می‌کنن و میفوان دوباره این درآمد هدف رو افزایش بدن و در کنار تعرفه و درآمد جدید، زیرمیزی رو هم داشته باشن... فب قانون باید اینجا مدافله قهری بکنه و مجازات کنه..." (ش.ک. ۷)

"ولی این اعمال کتاب ارزشهای نسبی خدمات همون زیرمیزی رو مشروع کرد یعنی اوردش روی میز و باعث شد که درآمد هدف پزشکا بازهم بالاتر بره و اونا تغییر رفتارشون در جهت تشدید زیرمیزی بشه نه کاهش اون..." (ش.ک. ۵)

ولی مهمترین دیدگاه پیرامون تغییر رفتار پزشکان، مربوط به عدم تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات درمانی در قالب طرح تحول نظام سلامت بود. یکی از دلایل این ادعا به اعتقاد شرکت کنندگان در مطالعه، بالا بودن سهم بخش خصوصی در پرداخت غیررسمی نسبت به بخش دولتی است. با اعتقاد شرکت کنندگان چون درصد بسیاری بالایی از پرداخت غیررسمی در بخش خصوصی رخ می‌دهد که کاملاً تحت کنترل و نظارت نظام سلامت و قطعاً طرح تحول سلامت نیست و اجرای طرح هم تأثیر بر آن ندارد، باعث شده است تا تغییر محسوسی در زمینه پرداخت غیررسمی در کلیت نظام سلامت شاهد نباشیم.

"من معتقدم تغییر در رفتارشون صورت نگرفته و نمیگیره... پراش معلومه... ببینید بفش عمده و اکثریت پرداخت غیررسمی تو بفش فصوصی انجام میشه که به نوعی نظارت توش کمتره... به نظر من طرح تمول سلامت تأثیری رو بفش فصوصی نداشته که بفواد رو پرداخت غیررسمی تأثیر داشته باشه... شافصشم تغییر نکرده به اعتقاد من..." (ش.ک. ۹)

عدم تغییر واقعی تعرفه‌ها نیز از جمله نکات موثر بر عدم تغییر رفتار پزشکان عنوان شد. برخی از شرکت کنندگان معتقد بودند که با وجود تغییر اسمی تعرفه‌ها، تغییر واقعی در این تعرفه‌ها رخ نداده است.

منظور ایشان از تغییر واقعی پرداخت واقعی تعرفه های مصوب به پزشکان بود. بنا به نظر ایشان با وجود افزایش اسمی درآمد پزشکان از محل ارائه خدمات در قالب طرح تحول نظام سلامت، ولی ضعف نظام سلامت در پرداخت به موقع و کامل درآمد حاصل شده منجر گردیده تا پس از مدت کوتاهی مجدداً پزشکان به رفتار قبلی خود بازگشته و در واقع تغییری در پرداخت غیررسمی به صورت ملموس شاهد نباشیم. همین عدم پرداخت در قالب افزایش دیون مطرح می شود که دیگر مشکل مطرح شده از سوی شرکت کنندگان بود.

"... واقعیت با چیزی که تبلیغ شد خیلی فرق دارد، اولش گفتن فب درآمد شما انقدر افزایش پیدا میکند و تعرفه ها واقعی میشه، ولی با گذشت چندین و چند ماه هنوز نتونستن اون تعهد ایجاد شده رو پرداخت کنند، مشخص شد که وزارت توان لازم برای پرداخت این تعهدات رو نداره... آفرش چی میشه پزشک بنا به مسائلی که پیشتر هم گفتم برمیکرده درآمد مدنظر خودش رو به روال سابق که مالا زیرمیزی هست رو میزی هست هر چی که هست تأمین کنه و در واقع تضییعی رفع نداده به نظرم... (ش.ک.۶)"

در نهایت بنا به آنچه از نتایج این مرحله مشخص شد، دیدگاه های نسبت به تغییر رفتار پزشکان نسبت به پرداخت غیررسمی با وجود و عدم وجود اجرای طرح تحول نظام سلامت و کتاب ارزش های نسبی خدمات متفاوت بوده است که دلایل هر یک نیز قابل بررسی می باشد.

نتایج مربوط به تعیین میزان دریافت زیرمیزی توسط پزشکان و شکل دریافت آن (هدف چهارم)

یافته های این قسمت از مطالعه در مورد شیوع و میزان فراوانی پرداخت های غیر رسمی در بیمارستان های مورد مطالعه در سه استان می باشد که نتایج آن در جداول زیر عنوان شده است. از مجموع ۴۸۷ نفری که از ۶ بیمارستان با تماس تلفنی مورد مطالعه قرار گرفتند، ۷۹ نفر سابقه پرداخت غیررسمی داشتند که به تفکیک مورد بررسی قرار گرفته اند.

جدول ۱۳- ویژگی های دموگرافیک افراد مورد مطالعه							
نام متغیر	ابعاد	تعداد	درصد	داشتن پرداخت غیررسمی		اختلاف بین گروهها از نظر پرداخت غیررسمی	
				تعداد	درصد	آماره	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۳۲۱	۶۵,۶	۶۶	۸۳,۵	۱۴,۳۲۱	۰,۰۳
	زن	۱۶۶	۳۴,۴	۱۳	۱۶,۵		
سن	کمتر از ۲۵ سال	۱۳۲	۲۷,۲	۱۹	۲۴,۰۵	۱۱,۷۷۱	<۰,۰۰۱
	۲۵-۴۰ سال	۲۵۰	۵۱,۳	۴۸	۶۰,۷		
	بیشتر از ۴۰ سال	۱۰۵	۲۱,۵	۱۲	۱۵,۱		
میزان تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۹۳	۱۹,۱	۹	۱۱,۷	۳,۴۰۱	۰,۱۲۱
	کارشناسی	۱۸۶	۳۸,۲	۲۶	۳۲,۸		
	کارشناسی ارشد	۱۳۴	۲۷,۶	۲۶	۳۳,۱		
	دکتر و بالاتر	۷۴	۱۵,۱	۱۸	۲۲,۴		
بیمه	دارد	۴۰۱	۸۲,۳	۷۲	۹۱,۷	۷,۱۱۲	<۰,۰۰۱
	ندارد	۸۶	۱۷,۷	۷	۸,۳		
نوع بیمه	خدمات درمانی	۲۵۰	۵۱,۳	۲۲	۲۷,۸	۶,۵۳	۰,۰۸
	تامین اجتماعی	۱۱۳	۲۳,۱	۲۷	۳۴,۱		
	نیروهای مسلح	۳۷	۷,۵	۱۹	۲۴,۰۵		
	سایر	۸۷	۱۸,۱	۱۱	۱۳,۹		
بیمه مکمل	دارد	۴۶	۹,۴	۲	۲,۵	۵,۴۳۱	<۰,۰۰۱
	ندارد	۴۴۱	۹۰,۶	۷۷	۹۷,۵		
میزان درآمد (تومان)	کمتر از ۱ میلیون	۸۶	۱۷,۷	۱۰	۱۳,۲	۱۲,۱۸۷	<۰,۰۰۱
	۱-۲ میلیون	۲۴۰	۴۹,۲	۱۹	۲۴,۵		
	۲-۴ میلیون	۱۱۷	۲۴,۱	۴۴	۵۵,۱		
	بیشتر از ۴ میلیون	۴۴	۹	۶	۷,۲		
محل سکونت	شهر	۳۳۹	۶۹,۶	۶۵	۸۱,۷	۸,۱۵۹	۰,۰۴
	روستا	۱۴۸	۳۰,۴	۱۴	۱۸,۳		

براساس نتایج جدول ۱۳، بیشترین تعداد شرکت کنندگان مرد (۶۵,۶ درصد)، در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال (۵۱,۳ درصد)، با تحصیلات کارشناسی (۳۸,۲ درصد)، دارای بیمه پایه (۸۲,۳ درصد)، فاقد بیمه مکمل (۹۰,۱ درصد)، با درآمد ۱ تا ۲ میلیون (۴۹,۲ درصد) و ساکن شهر (۶۹,۶ درصد) بودند. بر اساس نتایج جدول فوق، اختلاف معناداری بین گروههای جنسیتی ($Chi=14,321$)، گروههای سنی ($Chi=11,771$)، گروههای دارا و فاقد بیمه پایه ($Chi=7,112$)، دارا و فاقد بیمه مکمل ($Chi=5,431$)، گروههای درآمدی ($Chi=12,187$) و ساکنین شهر و روستا ($Chi=8,159$) از نظر پرداخت غیررسمی بابت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی در سطح معنادار تعریف شده وجود داشته است.

جدول ۱۴ نتایج مرتبط با وضعیت بهداشتی نمونه‌هایی که پرداخت غیررسمی داشته‌اند (۷۹ نفر) را از نظر متغیرهای مرتبط با خدمات دریافتی نشان می‌دهد. از نظر نوع تخصص، تخصص‌هایی که در جدول ۶ بالاترین فراوانی را داشتند به عنوان گروه اصلی و مابقی در سایر موارد پرسیده شده است.

جدول ۱۴- بررسی وضعیت بهداشتی بیماران دارای پرداخت غیررسمی

اختلاف بین گروهها از نظر پرداخت غیررسمی		درصد	تعداد	ابعاد	وضعیت بهداشتی
سطح معناداری	آماره				
۰,۰۴۱	۴,۱۳۴	۶۲,۰۲	۴۹	سرپایی	نوع خدمت دریافت شده
		۳۸,۹۸	۳۰	بستری	
		۳۱,۶	۲۵	کم	
<۰,۰۰۱	۱۱,۲۳۱	۴۷,۸	۳۶	متوسط	میزان جدی بودن بیماری
		۱۴,۹	۱۲	شدید	
		۵,۷	۶	خیلی شدید	
<۰,۰۰۱	۶,۷۷۱	۳۱,۱	۲۵	بله	داشتن عمل جراحی
		۶۸,۹	۵۴	خیر	
		۱۱,۵	۹	عمومی	
		۹,۹	۸	داخلی	
		۲۴,۹	۲۰	زنان و زایمان	
		۶,۹	۵	جراحی عمومی	
		۶,۹	۵	ارتوپدی	
۰,۰۳	۳,۷۱۲	۸,۱	۷	گوش، حلق، بینی	نوع تخصص پزشک معالج
		۳۱,۸	۲۵	سایر موارد	
		۶,۹	۵	ارتوپدی	
		۶,۹	۵	جراحی عمومی	
۰,۲۱۱	۳,۲۲۲	۸۰,۶	۶۴	بله	راضی بودن از کیفیت خدمات
		۱۹,۴	۱۵	خیر	

نتایج جدول ۱۴ نشان داد که بیش از ۶۲ درصد شاکیان بابت پرداخت غیررسمی در ۶ بیمارستان مورد بررسی، خدمات سرپایی دریافت کرده بودند. همچنین ۴۷,۸ درصد ایشان دارای عارضه در حد متوسط بوده و در حدود ۷۰ درصد ایشان فاقد جراحی بودند. از بین تخصص‌های مورد بررسی، تعداد شکایت از متخصصان زنان و زایمان با ۲۴,۹ درصد و جراحی عمومی و ارتوپدی با ۶,۹ درصد کمترین میزان شکایت بابت پرداخت غیررسمی را داشتند. همچنین اختلاف معناداری بین گروه‌های مختلف خدمات دریافتی ($chi=4,134$)، میزان جدیت عارضه ($chi=11,231$)، داشتن جراحی ($chi=6,771$) و نوع تخصص پزشک معالج ($chi=3,712$) از نظر پرداخت غیررسمی مشاهده شد.

جدول ۱۵ به بررسی مشخصات پرداخت غیررسمی صورت گرفته از سوی بیمارانی که در مطالعه حاضر به عنوان پرداخت کنندگان زیرمیزی شناسایی شدند (۷۹ نفر) پرداخته و داده‌هایی نظیر زمان پرداخت، نوع و شکل پرداخت، فرآیند پرداخت و انگیزه پرداخت بیمارانی را مورد پرسش قرار داده است.

جدول ۱۵- نحوه و نوع پرداخت غیررسمی توسط بیماران

اختلاف بین گروهها		تعداد		زیر مولفه ها	مولفه
سطح معناداری	آماره	درصد	تعداد		
		۴۷,۲	۳۷	قبل از پذیرش در بیمارستان	
۰,۴۱۲	۲,۱۱۲	۲۰,۱	۱۶	در بیمارستان	زمان پرداخت زیرمیزی
		۳۲,۷	۲۶	بعد از ترخیص	
		۸,۱	۶	گل و هدیه	
		۷۲,۸	۵۸	نقدی	
۰,۰۰۳	۷,۰۱۳	۶,۶	۵	کالا	نحوه پرداخت زیرمیزی
		۵,۴	۴	تعهد به کار	
		۷,۱	۶	سایر	
		۲۹,۸	۲۴	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	
		۵۶,۳	۴۴	۵۰۰ تا ۱ میلیون تومان	ارزش ریالی زیرمیزی پرداخت شده
<۰,۰۰۱	۹,۱۲۸	۱۰,۷	۸	یک تا سه میلیون تومان	
		۳,۲	۳	بیش از سه میلیون تومان	
		۴۱,۹	۳۳	بنا به درخواست مستقیم پزشک	
۰,۰۶۷	۵,۴۹۰	۳۵,۲	۲۸	بنا به توصیه و درخواست منشی پزشک	نحوه درخواست زیرمیزی
		۷	۵	بنا به پیشنهاد بیمار	

جدول ۱۵- نحوه و نوع پرداخت غیررسمی توسط بیماران

مولفه	زیر مولفه ها	تعداد	درصد	آماره	اختلاف بین گروهها سطح معناداری
انگیزه پرداخت زیرمیزی از دیدگاه بیمار	با توجه به عرف و پرداخت سایر بیماران	۱۳	۱۵,۹	۶,۶۶۷	۰,۰۳۱
	از روی اجبار و ناچاری	۴۹	۶۲,۲		
	دریافت خدمات با کیفیت بهتر و سرعت بیشتر	۶	۸,۱		
	به خاطر تشکر و قدردانی از پزشک	۸	۹,۸		
	عادی و مرسوم بودن پرداخت	۱۲	۱۵,۳		
	برای اخذ استعلاجی یا مرخصی	۱	۱,۳		
	برای اینکه شما را در بخش دولتی درمان کند	۳	۳,۳		
	درآمد ماهیانه	۴۱	۵۱,۵		
	پس انداز خانگی	۱۸	۲۳,۲		
	محل تأمین اعتبار زیرمیزی پرداخت شده	دریافت کمک از دیگران	۸		
وام از بانک یا قرض از بستگان یا دیگران		۳	۳,۵		
سایر		۹	۱۱,۹		

بر اساس نتایج جدول ۱۵ پیرامون شرایط و نحوه پرداخت زیرمیزی توسط شرکت کنندگان در مطالعه، مشخص شد که بیش از ۴۷ درصد پرداختی های صورت گرفته قبل از بستری یا دریافت خدمات توسط بیماران صورت گرفته است. همچنین ۷۲,۸ درصد پرداخت زیرمیزی به شکل نقدی بوده است که ۵۶,۳ درصد پرداختی ها ارزشی بین ۵۰۰ تا یک میلیون تومان داشته اند. در ۴۱,۹ درصد موارد پزشک مستقیماً از بیماران تقاضای پرداخت غیررسمی داشته است که ۶۲,۲ درصد بیماران این پرداخت را از روی اجبار و ناچاری عنوان کردند. همچنین عمده محل تأمین اعتبار پرداخت غیررسمی توسط بیماران (۵۱,۵ درصد) از محل درآمد ماهیانه بوده است. در نهایت بر مبنای نتایج اختلاف معناداری از نظر نحوه پرداخت و ارزش ریالی پرداختی صورت گرفته وجود داشته است.

نتایج مربوط به راهکارهای کاهش پرداخت های غیر رسمی (هدف پنجم)

نتایج مربوط به تکنیک دلفی

یافته های این قسمت از مطالعه مربوط به راهکارهای کاهش پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت ایران می باشد که با استفاده از نظرات خبرگان و بر اساس تکنیک های دلفی بدست آمده است که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۱۶- ویژگی های دموگرافیک افراد مورد مطالعه			
ردیف	تخصص / رشته تحصیلی / سمت	تعداد	درصد
۱	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	۳	۱۶/۷
۲	سیاستگذاری سلامت	۹	۵۰
۳	اقتصاد سلامت	۱	۵/۵
۴	پزشک	۵	۲۷/۸
جمع کل		۱۸	۱۰۰

همانطور که یافته های جدول ۱۶ نشان می دهد بیشتر خبرگان شرکت کننده در این فاز از مطالعه را فارغ التحصیلان و دانشجویان مقطع دکترای تخصصی در رشته های سیاستگذاری سلامت و اقتصاد سلامت (۵۰ درصد) تشکیل داده اند که دارای سابقه اجرایی در وزارت بهداشت می باشند. در دور اول این فاز که به صورت دلفی صورت گرفت ابتدا از طریق بحث گروهی با خبرگان به این نتیجه رسیدیم که راهکار های زیر را وارد پرسشنامه نماییم و سپس در دور دوم و سوم درصد توافق بر سر راهکار را مورد سنجش قرار دادیم (در صورت توافق بیش از ۷۰ درصد، دلفی متوقف می شد).

جدول ۱۷- راهکارها و درصد امتیازهای اکتسابی هر راهکارهای مطرح شده از دیدگاه خبرگان در دور اول و دوم دلفی				
ردیف	راهکار حاصل از دور اول دلفی	درصد افرادی که نمره ۱-۳ داده اند.	درصد افرادی که نمره ۴-۶ داده اند	درصد افرادی که نمره ۶-۹ وضعیت
۱	اعمال مجازات سخت	۱۱,۱۱	۱۵,۸۷	۷۱,۴۲
۲	وضع مقررات مناسب که بتواند باعث افزایش رقابت شود	۶,۳۴	۱۷,۴۶	۷۴,۶۰
۳	افشا کردن نام مجرمین	۳۸,۰۹	۲۸,۵۷	۱۲,۵۷
۴	جدایی خریدار- ارائه دهنده	۳۶,۵۰	۲۸,۵۷	۳۳,۳۳
۵	افزایش شفافیت و آگاهی شهروندان	۶,۳۴	۱۴,۲۸	۷۷,۷۷
۶	همکاری بیمه ها در زمینه پرداخت به موقع	۶,۳۴	۲۵,۳۹	۶۶,۶۶
۷	افزایش تعرفه ها	۳۴,۹۲	۴۶,۰۳	۱۵,۸۷
۸	بهبود اخلاق حرفه ای از طریق آموزش کارکنان	۲۰,۶۳	۱۵,۸۷	۴۶,۰۳
۹	آسان کردن راه شکایت	۳۹,۶۸	۲۳,۸۰	۳۳,۳۳
۱۰	افزایش مسئولیت و پاسخگویی	۵۳,۹۶	۱۴,۲۸	۳۰,۱۵
۱۱	به رسمیت شناختن پرداخت های غیر رسمی	۲۰,۱۵	۴۷,۶۱	۳۰,۶۳
۱۲	افزایش کیفیت ارائه خدمات	۷,۹۳	۱۴,۲۸	۷۴,۶۰

همانطور که نتایج جدول ۱۷ نشان داد، ۱۲ راهکار در مجموع با توجه به نظر شرکت کنندگان و همچنین نتایج حاصل از فاز اول مطالعه حاضر در دور دوم دلفی مدنظر قرار گرفت که از این میان ۴ راهکار دارای امتیاز بالای ۷۰ بوده و مورد توافق قرار گرفت، ۶ راهکار نیز به دور سوم دلفی و دو راهکار نیز رد شدند.

جدول ۱۸- درصد امتیازهای اکتسابی هر راهکارهای مطرح شده از دیدگاه خبرگان در دور سوم دلفی				
ردیف	راهکار	درصد افرادی که نمره ۱-۳ داده اند.	درصد افرادی که نمره ۴-۶ داده اند	درصد افرادی که نمره ۶-۹ وضعیت
۱	جدایی خریدار- ارائه دهنده	۱۸,۳۵	۱۱,۶۳	۷۰,۰۲
۲	همکاری بیمه ها در زمینه پرداخت به موقع	۳۹,۳	۴۵,۹	۱۴,۷
۳	بهبود اخلاق حرفه ای از طریق آموزش کارکنان	۳۰,۷	۴۱,۲	۲۶,۲
۴	آسان کردن راه شکایت	۲۳,۵۸	۶,۴	۷۰,۰۲
۵	افزایش مسئولیت و پاسخگویی	۳۲,۳	۴۴,۱	۲۳,۵

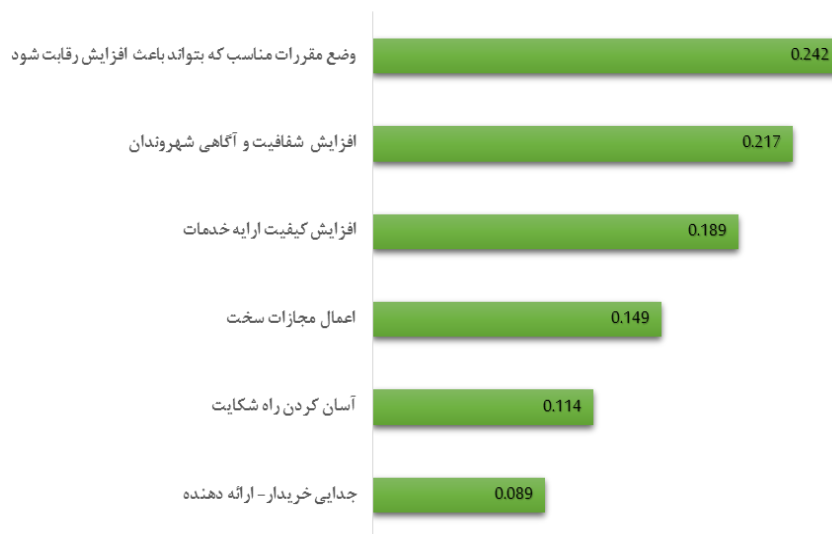
جدول ۱۹- راهکارهای نهایی کاهش پرداخت غیررسمی پس از اجرای مراحل اول و دوم دلفی

ردیف	راهکار	ردیف	راهکار
۱	اعمال مجازات سخت	۵	آسان کردن راه شکایت
۲	وضع مقررات مناسب که بتواند باعث افزایش رقابت شود	۶	افزایش کیفیت ارایه خدمات
۳	افزایش شفافیت و آگاهی شهروندان		
۴	جدایی خریدار- ارائه دهنده		
۶	به رسمیت شناختن پرداخت های غیر رسمی	۱۶,۵۸	۱۳,۱۷
		۳۱,۲۵	رد

بر اساس جدول ۱۸، از ۶ راهکار مطرح شده در دور سوم دلفی، دو راهکار مورد توافق قرار گرفت و ۴ راهکار دیگر رد شد تا در نهایت با احتساب چهار راهکار دور دوم دلفی، در مجموع ۶ راهکار به عنوان راهکارهای نهایی کاهش پرداخت غیررسمی شناسایی شده و به منظور اولویت بندی وارد مرحله بعد گردند.

نتایج مربوط به اولویت بندی راهکارهای کاهش پرداخت های غیر رسمی با استفاده از تکنیک AHP

پس از اجرای تکنیک دلفی و توافق خبرگان شرکت کننده در مطالعه بر روی ۶ راهکار اصلی، این راهکارها با استفاده از پرسشنامه مقایسات زوجی که به پرسشنامه خبره معروف است، مجدداً به منظور مقایسه دو به دو راهکارهای شناسایی شده و تعیین وزن و اولویت بندی در اختیار ۱۸ خبره مرحله قبل قرار گرفت.



نمودار ۱-۳ اولویت بندی راهکارهای کاهش پرداخت های غیر رسمی

همانطور که یافته های نمودار فوق نشان می دهد راهکار «وضع مقررات مناسب که بتواند باعث افزایش رقابت شود» با میانگین وزن ۰/۲۴۲ در اولویت اول و راهکار «جدایی خریدار- ارائه دهنده» با میانگین وزن ۰/۰۸۹ در رتبه ششم قرار گرفت.

فصل پنجم - بحث، تحلیل یافته ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

خلاصه یافته های مطالعه

در مطالعه حاضر و در مرحله اول به بررسی و مرور منابع در زمینه راهکارهای کاهش پرداخت های غیر رسمی پرداخته شد و در نهایت ۲۷ مطالعه یافت شد و راهکارهای آنها استخراج گردید.

در مرحله دوم در ابتدا ابعاد و گستردگی پدیده زیرمیزی بر حسب نوع خدمت، نوع بیمارستان و سایر متغیرها براساس داده های سامانه ۱۶۹۰ مشخص گردید. براساس داده های این سامانه در مجموع ۲۵۴۷ شکایت مربوط به تعرفه از پزشکان و تخصص های مختلف صورت گرفته بود که بیشترین تعداد شکایات مربوط به متخصصان زنان و زایمان (۵,۵۰ درصد) و کمترین تعداد شکایات مربوط به تخصص های غیرتخصصی نظیر گفتار درمانی (۰,۰۴ درصد) و طب کار (۰,۰۴ درصد) بوده است. نتایج این بخش از مطالعه نشان داد اختلاف معناداری بین تخصص های مختلف از نظر تعداد شکایات ثبت شده بابت پرداخت غیررسمی وجود نداشته است. بیش از ۶۱ درصد شکایات های صورت گرفته مربوط به خدمات سرپایی و نزدیک به ۳۸ درصد شکایات مربوط به خدمات بستری بوده است. بیشترین شکایات مربوط به استان تهران با ۱۶۲۳ شکایت و کمترین مربوط به استان ایلام در مجموع با یک شکایت بود. بیشتر افراد شاکی دارای شخصیت حقوقی (۵۸ درصد) بوده و از نظر جنسیت شکایت کنندگان، اکثر شکایات توسط مردان (۲۹ درصد) مطرح شده بوده است.

در بخش دوم از مرحله دوم مطالعه، با استفاده از روش کیفی و انجام مصاحبه های نیمه ساختارمند، اثرات پرداخت های غیر رسمی از دیدگاه ۱۵ نفر از پزشکان و متخصصان نظام سلامت شناسایی شد. براساس تم های بدست آمده از مصاحبه ها، اثرات مثبت پرداخت های غیر رسمی شامل «افزایش تلاش کارکنان بهداشتی و رقابت بین آنها برای انجام کار باکیفیت تر»، «باقی ماندن ارائه دهندگان در بخش دولتی» و «دسترسی به خدمات و بهبود کیفیت» می باشد. همچنین اثرات منفی پرداخت های غیر رسمی از دیدگاه افراد شرکت کننده در مطالعه شامل «اثرات بد آن بر روی عدالت و برابری اجتماعی»، «از بین رفتن اعتماد به بخش پزشکی»، «از بین رفتن شفافیت در ارائه خدمات»، «تهدید ارزشهای جامعه» و «ترویج روند های درمانی غیرضروری و نامناسب» می باشد.

در مرحله سوم مطالعه روند تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت با استفاده از روش کیفی و با استفاده از دو سناریو شناسایی شد. بر اساس «سناریوی وضع موجود» از دلایل تغییر رفتار مثبت پزشکان «رقابتی شدن بازار پزشکان به دلیل افزایش تعداد پزشکان» عنوان شد. از دیدگاه افراد شرکت کننده در مطالعه دلایل تغییر رفتار منفی پزشکان شامل «واقعی نبودن تعرفه ها خدمات درمانی»، «پرداخت نامنظم به پزشکان»، «نرخ تورم بالا در کشور»، «بالا رفتن هزینه های خدمات سلامت» و «مقایسه درآمد خود با سایر مشاغل و کشورها» می باشد. همچنین بر اساس این سناریو هیچ دلیلی مبنی بر عدم تغییر رفتار وجود ندارد.

بر اساس سناریوی «اجرای تعرفه های جدید بر اساس کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات»، چهار علت «افزایش نظارت در قالب اجرای طرح و حساسیت نظام سلامت»، «جبران درآمد هدف پزشکان به

صورت قانونی»، «کاهش اختلاف بین گروههای مختلف پزشکی» و «نظام مند شدن برخورد با پزشکان متخلف» به عنوان دلایل تغییر رفتار مثبت پزشکان شناسایی شد. دلایل تغییر رفتار منفی شامل «بالا تر بردن درآمد هدف پزشکان» و «مشروع سازی پرداخت غیررسمی» بود. همچنین «بالا بودن حجم بالای پرداخت غیررسمی در بخش خصوصی»، «فقدان ارزیابی مبتنی بر شواهد پیرامون مسئله»، «عدم تغییر واقعی تعرفه‌ها با وجود تغییر اسمی» و «تعویق پرداختی پزشکان به دلیل حجم بالای دیون» به عنوان دلایل عدم تغییر رفتار پزشکان شناسایی شد.

در مرحله چهارم مطالعه با استفاده از پرسشنامه خودساخته شیوع و میزان پرداخت های غیر رسمی در سه استان تهران، شیراز و کرمان با استفاده از مصاحبه های تلفنی مورد بررسی قرار گرفت. از مجموع ۴۸۷ نفری که مورد مطالعه قرار گرفتند، ۷۹ نفر سابقه پرداخت غیررسمی داشتند. ۴۷٫۸ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه دارای بیماری در حد متوسط بوده و در حدود ۷۰ درصد ایشان فاقد جراحی بودند. از بین تخصص های مورد بررسی، تعداد شکایت از متخصصان زنان و زایمان با ۲۴٫۹ درصد و جراحی عمومی و ارتوپدی با ۶٫۹ درصد کمترین میزان شکایت بابت پرداخت غیررسمی را داشتند. همچنین اختلاف معناداری بین گروههای مختلف خدمات دریافتی، میزان جدیت عارضه، داشتن جراحی و نوع تخصص پزشک معالج از نظر پرداخت غیررسمی مشاهده شد. بیش از ۴۷ درصد پرداختی های صورت گرفته قبل از بستری یا دریافت خدمات توسط بیماران صورت گرفته است. همچنین ۷۲٫۸ درصد پرداخت زیرمیزی به شکل نقدی بوده است و که ۵۶٫۳ درصد پرداختی ها ارزشی بین ۱۰۰ تا پانصد هزار تومان داشته اند. در ۴۱٫۹ درصد موارد پزشک مستقیماً از بیماران تقاضای پرداخت غیررسمی داشته است که ۶۲٫۲ درصد بیماران این پرداخت را از روی اجبار و ناچاری عنوان کردند. همچنین عمده محل تأمین اعتبار پرداخت غیررسمی توسط بیماران (۵۱٫۵ درصد) از محل درآمد ماهیانه بوده است. در نهایت بر مبنای نتایج اختلاف معناداری از نظر نحوه پرداخت و ارزش ریالی پرداختی صورت گرفته وجود داشته است.

در مرحله پنجم مطالعه و با استفاده از تکنیک دلفی راهکارهای شناسایی شده به منظور کاهش پرداخت های غیر رسمی با استفاده از نظرات ۱۸ نفر از خبرگان مورد شناسایی قرار گرفت. از ۱۲ راهکار شناسایی شده در نهایت ۶ راهکار شامل «اعمال مجازات سخت»، «وضع مقررات مناسب که بتواند باعث افزایش رقابت شود»، «افزایش شفافیت و آگاهی شهروندان»، «جدایی خریدار- ارائه دهنده»، «آسان کردن راه شکایت» و «افزایش کیفیت ارائه خدمات» مورد توافق افراد شرکت کننده در مطالعه قرار گرفت.

در مرحله ششم و نهایی مطالعه، ۶ راهکار شناسایی شده در مرحله قبل به منظور تعیین وزن و اولویت بندی در اختیار خبرگان مرحله قبل قرار گرفت. راهکار «وضع مقررات مناسب که بتواند باعث افزایش رقابت شود» با میانگین وزن ۰/۲۴۲ در اولویت اول و راهکار «جدایی خریدار- ارائه دهنده» با میانگین وزن ۰/۰۸۹ در رتبه ششم قرار گرفت.

تحلیل روش ها و استراتژی های موجود برای کاهش پرداخت های غیررسمی در نقاط مختلف جهان

پرداخت های غیر رسمی در بخش بهداشت و درمان، پدیده ای بسیار شایع است. مطالعات مختلفی بر روی روش ها و استراتژی های برخورد با این پدیده در کشورهای مختلف جهان انجام گرفته است. در این مرحله از مطالعه، مقالاتی که به روش های کاهش پرداخت های غیررسمی پرداخته بودند به صورت نظام مند مورد بررسی قرار گرفته و وارد مطالعه شدند. این مرحله از مطالعه در پاسخ به هدف شناسایی روش های موجود برای کاهش پرداخت های غیررسمی انجام شد. ماهیت این مطالعه یک مطالعه مروری توصیفی بود که به صورت نظام مند راهبردهای کاهش پرداخت زیر میزی را تعیین کرد. نقطه قوت این مرور نظام مند استفاده از راهبرد جست و جوی جامع، ارزیابی مقالات استخراج شده و ورود مطالعات کیفی و کمی بود که دامنه وسیعی از بررسی باورها و نگرش مردم در مورد پرداخت های زیرمیزی، بررسی میزان کلی پرداخت غیررسمی، بررسی دلایل رواج و تعیین کننده های پرداخت غیررسمی، بررسی راهکارهای کاهش پرداخت غیر رسمی، شناسایی ذی نفعان را در بر می گرفت. البته علی رغم ویژگی های ذکر شده ممکن است برخی مطالعات مرتبط یافت نشده باشند. تعداد مطالعات کیفی، کمی و کیفی / کمی تقریباً مشابه بود.

در این بخش از مطالعه با استفاده از رویکرد تحلیل چارچوبی، راهبردهای به کار گرفته شده برای کاهش پرداخت های غیر رسمی در مطالعات مختلف ترکیب شدند. اغلب پژوهش ها و ادبیات موجود در زمینه پرداخت غیررسمی به کشورهای در حال توسعه و یا با اقتصاد در حال گذر مانند آلبانی و مجارستان و بلغارستان یا کشورهای کمتر توسعه یافته مانند مولداوی و تانزانیا مربوط بوده و مطالعه ای از کشورهای توسعه یافته و یا سایر کشورهای در حال توسعه به دست نیامد. لذا تعمیم راهبردها باید با احتیاط انجام شود.

راهبردها در ۶ دسته طبقه بندی شدند و در برخی کشورها چند راهکار توأم پیشنهاد و یا مورد استفاده قرار گرفته بود. استفاده توأم از این راهکارها با توجه به زمینه و بافتار هر کشور ممکن است متفاوت باشد. راهکارهای استخراج شده با استفاده از روش چارچوب به ۶ دسته کلی تقسیم شدند: (۱) ارتقای آگاهی و نگرش بیماران و بیمه شدگان، (۲) اصلاح نظام پرداخت و عقد قرارداد، (۳) ارتقای کیفیت خدمات، (۴) اصلاح روش های مشارکت بیمه شدگان، (۵) اصلاح روابط بیمار و پزشک، (۶) اصلاح قوانین و تقویت بعد نظارتی.

مطالعات مختلف نشان می دهد که در سمت تقاضا پرداخت های زیر میزی علل مختلفی دارند از جمله ترس از عدم دریافت مراقبت سلامت با کیفیت، درخواست برای دریافت سریع تر مراقبت و قدردانی از پزشک، حقوق پایین ارائه دهندگان (Vian et al., ۲۰۱۵a)، عدم آگاهی افراد بیمه شده نسبت به حق و حقوق خود (Gaal and McKee, ۲۰۰۴) و نگرش مثبت افراد به این پدیده (Vian and Burak, ۲۰۰۶b). از راهکارهای مهم ذکر شده در مطالعات، اطلاع رسانی به بیمه شدگان در مورد خدمات و درصد هزینه های تحت پوشش، میزان مجاز مشارکت در هزینه از طریق

ارتقای روش ها و ابزارهای ارتباطی برای تبادل اطلاعات با بیمه شدگان، ارتقای دانش بیماران در مورد چگونگی دسترسی به مکانیزم های شکایت و جبران خسارت (Vian et al., ۲۰۱۵a)، ارتقاء دانش و آگاهی بیماران درباره حقوق خود و شکستن زنجیره باورها ایشان در مورد لزوم پرداخت غیر رسمی برای دریافت خدمات با کیفیت متمرکز است (Vian et al., ۲۰۱۵a) و ساده نمودن فرآیند شکایات (Hotchkiss et al., ۲۰۰۵) است.

از عوامل مهم تاثیر گذار بر شیوع پدیده زیر میزی در سمت عرضه کنندگان خدمات می توان به استفاده پزشکان از جایگاه انحصاری خود نسبت به بیماران اشاره کرد که مطالعه انجام شده در آلبانی راهکار تقویت نظام خدمات مراقبت سلامت اولیه و قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار را پیشنهاد می دهد (Gaal and McKee, ۲۰۰۴).

بیش از نیمی از مطالعات به اصلاح قوانین و تقویت بعد نظارتی به عنوان راهکار مهم کاهش پرداخت غیر رسمی اشاره کرده اند. اصلاح قانون بیمه سلامت به صورتی که در موارد تقاضای پول از بیمار به غیر از موارد تصریح شده در قانون به عنوان تجاوز به حقوق بیمه شده تلقی و مشمول جریمه شود (Vian et al., ۲۰۱۵a) و اطمینان بخشی به مردم در مورد مواخذه و تنبیه پزشکانی که زیر میزی دریافت می کنند (Vian et al., ۲۰۱۵a) اعمال ممنوعیت و فشارهای قانونی اعمال شده از سوی مقامات رسمی، ارائه خدمات از پیش تأمین مالی شده (Cherecheş et al., ۲۰۱۱)، افزایش توانایی متولی نظام سلامت در راستای شناسایی و تنبیه پزشکانی که متهم به دریافت پرداخت غیر رسمی هستند (Gaal and McKee, ۲۰۰۴) از راهکارهای مورد اشاره در مطالعات می باشند.

سنتز یافته ها نشان می دهد که برخی راهکارها بدون اتخاذ روش های دیگر ممکن است نتیجه مناسب را در پی نداشته باشد. برای مثال راهبردهای پیشنهاد شده در سمت تقاضا مانند ساده نمودن فرآیند شکایات، برخورد با استفاده پزشکان از جایگاه انحصاری خود نسبت به بیماران و قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار، اصلاح قوانین و تقویت بعد نظارت را می طلبد. چنانچه مطالعه انجام شده در آلبانی هم زمان قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار و افزایش ظرفیت و قدرت تولید نظام سلامت در شناسایی و مواخذه پزشکانی که متهم به دریافت پرداخت غیر رسمی هستند را پیشنهاد می دهد.

نظام پرداخت نامناسب و ضعف نظام عقد قرارداد با پزشکان و ارائه دهندگان خدمات از دیگر علل شیوع پرداخت های زیر میزی می باشد (Vian et al., ۲۰۱۵a) در این زمینه ۶ مطالعه استخراج شده به اصلاح نظام پرداخت و اصلاح عقد قرارداد با پزشکان و ارائه دهندگان خدمات اشاره نموده اند. یکی از راهبردهای اشاره شده عقد قراردادهای شفاف با پزشکان (Hotchkiss et al., ۲۰۰۵) و ارائه کنندگان خصوصی جهت ارائه خدمات توافق شده می باشد (Ensor, ۲۰۰۴a) از دیگر راهبردها افزایش انگیزش های فردی ارائه دهندگان از طریق تجدید نظر در ساختار پرداخت ها با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد (Vian et al., ۲۰۱۵a) (Cherecheş et al., ۲۰۱۱)، جمع آوری پرداخت های غیررسمی در سطح تیمی و سپس توزیع در بین پرسنل پزشکی به منظور حذف نابرابری دریافت زیرمیزی در بین متخصصان (Baji et al., ۲۰۱۲) و پرداخت افزایشی به پزشکان (Cherecheş et al., ۲۰۱۱) است.

در جزء ارائه خدمات راهکارهای پیشنهادی برای کاهش پرداخت های غیر رسمی ارتقای کیفیت و دسترسی به خدمات عمومی مراقبت سلامت (Vian and Burak, ۲۰۰۶b) و معرفی نظام تشویق ارائه کننده که شامل تضمین کیفیت و ارزیابی عملکرد باشد (Gaal and McKee, ۲۰۰۴) است. در بعد تامین مالی و مشارکت بیمه شدگان نیز می توان با فرموله کردن پرداخت ها از طریق استراتژی های مناسب پرداخت خانوار (Gaal and McKee, ۲۰۰۴)، تغییر و بهره گیری از اشکال مختلف پرداخت مشارکتی (Cherecheş et al., ۲۰۱۱) استقرار کانال های رسمی اما انعطاف پذیر برای مشارکت داوطلبانه، برقراری مشارکت در پرداخت (Baji et al., ۲۰۱۳, Balabanova and McKee, ۲۰۰۲)، ارائه یارانه به خدمات مراقبت اولیه سلامت و ویزیت و تجویز داروها (Gaal and McKee, ۲۰۰۴) و ارائه یارانه به تسهیلات و خدمات خصوصی دسترسی جمعیت هدف را به خدمات افزایش داده و میزان پرداخت های غیر رسمی را کاهش داد (Ensor, ۲۰۰۴a).

ارزش این مطالعه فراهم آوردن خلاصه ای از مهم ترین راهبردهای توصیه شده و یا به کار گرفته شده برای کاهش پرداخت زیر میزی است. هم چنین این مطالعه مجموعه ای از گزینه ها را در اختیار سیاست گذاران قرار می دهد. یکی از یافته های مهم این مطالعه اینست که برای برخورد با پدیده پرداخت غیر رسمی فقط یک راهبرد را نمی توان به کار برد و اغلب مطالعات به چند راهبرد به طور هم زمان اشاره کرده اند. البته نمی توان کاربرد این راهبردها را به محیط های مختلف تعمیم داد ولی کاربرد برخی از آنها در محیط های مشابه می تواند مفید باشد بنابر این بررسی عوامل زمینه ای به منظور ارزیابی امکان پذیری و مناسب بودن راهبردها ضروری است. چنان چه در اکثر مطالعات مشهود است بررسی فاکتورهای ایجاد کننده پرداخت زیر میزی، بررسی دیدگاه ها و نگرش مردم در پیش بینی تمایل به پرداخت غیر رسمی، دلایل پرداخت زیر میزی، و بررسی دلایل ماندگاری پرداخت غیر رسمی از اهداف اصلی مطالعات وارد شده می باشد و پیش نیاز ارائه پیشنهادات متناسب با زمینه و بافتار هر کشوری است. البته هدف این بخش از مطالعه ارزیابی اثر بخشی راهبردها نبوده و در واقع مقدمه ای است برای در نظر گرفتن راهکارها و روش هایی که می تواند ارزش به کار گرفتن و ارزیابی بعدی را داشته باشند. در این راستا مطالعات شبه تجربی به منظور تعیین اثر بخشی طرح های در بر گیرنده هر یک از راهبردها می تواند اثر بخشی آنها را نشان دهد. از آنجایی که تعیین تأثیر طرح تحول سلامت بر پرداخت های غیررسمی در کشور هدف اصلی این مطالعه بوده در بخش های دیگر این مطالعه شناسایی و اولویت بندی راهکارهای کاهش پرداخت غیررسمی متناسب با شرایط و ویژگی های جمهوری اسلامی ایران و نظام سلامت آن صورت گرفته است.

گسترده‌گی پدیده زیر میزی در ایران و اثرات این پرداخت‌ها در نظام سلامت

نتایج این بخش از مطالعه بر مبنای اطلاعات موجود در سامانه ۱۶۹۰ حاصل شده است. سامانه ۱۶۹۰ در راستای اجرای مرحله طرح تحول نظام سلامت و به منظور اجرای بسته نظارتی کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، تکریم جامعه پزشکی و تضمین حقوق بیماران راه اندازی شده است.

براساس ابلاغیه وزارت بهداشت هرگونه دریافتی بالاتر از سقف تعرفه خدمات سلامت و مصوب هیئت وزیران به هر طریقی از جمله قید خدمات ارائه نشده در صورت حساب بیمار، دریافت هرگونه وجه بدون ارائه رسید رسمی هرگونه دریافتی خارج از بیمارستان‌ها و مراکز جراحی محدود بابت ارائه خدمات در این موسسات، عقد هرگونه قرارداد یا پرداخت بالاتر از تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران توسط سازمان‌های بیمه گر پایه و تکمیلی و سایر نهادهای حمایتی و سایر سازمانهای دولتی و غیر دولتی خریدار خدمات سلامت و هرگونه تبانی مالی بین موسسات و مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت به ضرر گیرندگان خدمات تخلف محسوب می‌شود (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۴).

براساس اعلام وزارت بهداشت کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی علاوه بر روش‌های موجود، می‌توانند از طریق تماس با سامانه تلفنی ۱۶۹۰ یا ثبت شکایت در سایت اینترنتی www.1690.ir شکایات خود را اعلام و کد رهگیری دریافت نمایند، شروع رسیدگی به شکایات از طریق دریافت اطلاعات از سامانه تلفنی یا اینترنتی و یا مراجعه شاکی و یا گزارش مراجع ذیصلاح خواهد بود، شکایات مزبور پس از دریافت از سوی مرکز ملی پاسخگویی و رسیدگی به شکایات حداکثر ظرف دو روز کاری، ضمن اعلام موضوع به شاکی، جهت تکمیل مستندات و تهیه گزارش نظارتی به کمیته کارشناسی ستاد استانی ارجاع می‌شود و کمیته کارشناسی حداکثر ظرف ۱۰ روز کاری پرونده را تکمیل و به دادسرای انتظامی نظام پزشکی شهرستان و کمیسیون ماده ۱۱ تعزیرات حکومتی ارسال می‌نماید (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۴).

مراجع رسیدگی شامل هیئت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی، کمیسیون ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی در امور درمانی و بهداشتی، هیئت‌های رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت و هیئت‌های انتظامی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها تدابیر لازم را جهت رسیدگی خارج از نوبت به پرونده‌های موضوع این دستورالعمل معمول خواهند داشت و پس از صدور رای علاوه بر طرق قانونی موجود از طریق سامانه هم به شاکی اطلاع رسانی می‌گردد (Setayesh et al., ۲۰۱۱, وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۴).

مطالعه حاضر نشان داد که بالاترین میزان شکایات صورت گرفته از طریق سامانه ۱۶۹۰ پس از راه‌اندازی آن، مربوط به تخصص زنان و زایمان بوده است (۵,۵ درصد) که به نظر می‌رسد بخش عمده آن به دلیل پرداخت زیرمیزی بابت انجام زایمان به صورت سزارین می‌باشد. این موضوع مربوط به ایران نیست به طوری که در یونان در مطالعه‌ای که به بررسی پرداخت غیررسمی و خدمات زنان و زایمان پرداخته بود عنوان شده است که حجم بالای پرداخت غیررسمی صورت گرفته در نظام سلامت، مرتبط با خدمات زنان و زایمان و آن هم در راستای ترغیب زایمان سزارین صورت می‌گیرد (Kaitelidou et

۲۰۱۳، al.,). پارسا و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود که به صورت کیفی پرداخت غیررسمی را در نظام سلامت ایران مورد بررسی قرار داده‌اند عنوان می‌کنند که نسبت پرداخت غیررسمی در برخی تخصص‌ها به نسبت سایر تخصص‌ها بالاتر بوده و این اختلاف معنادار است که یکی از تخصص‌های مورد اشاره، تخصص زنان و زایمان بیان شده است (Parsa et al., ۲۰۱۵).

همانطور که از نتایج مطالعه برمی‌آید، تخصص زنان و زایمان عمده حجم پرداخت غیررسمی را به خود اختصاص داده است که با مطرح شدن طرح تحول نظام سلامت و در قالب آن، بسته ترویج زایمان طبیعی تلاش شد تا علاوه بر ترویج زایمان طبیعی از طریق رایگان کردن خدمات مرتبط، با تغییر تعرفه خدمات زنان و زایمان با ابلاغ کتاب ارزش‌های نسبی خدمات در قالب طرح تحول نظام سلامت، پزشکان متخصص زنان و زایمان را ترغیب به انجام زایمان طبیعی و کاهش تقاضا برای سزارین و در نتیجه آن پرداخت غیررسمی نمایند. یکی از بررسی‌های مهم قابل اجرا در این زمینه، بررسی تغییر روند زایمان طبیعی و سزارین قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت و ابلاغ کتاب ارزش‌های نسبی خدمات جدید و ارتباط آن با تغییر روند پرداخت غیررسمی می‌باشد که نتایج آن تأثیر اجرای سیاست مذکور را بر اصلاح الگوی زایمان و همچنین بهبود وضعیت هزینه‌های نظام سلامت از طریق کاهش پرداخت غیررسمی مرتبط با حیطه زنان و زایمان را نشان خواهد داد.

علاوه بر تخصص زنان و زایمان، متخصصان دندانپزشکی نیز از حیث تعداد شکایات ثبت شده در سامانه ۱۶۹۰ در رده دوم قرار داشتند (۴,۴۴ درصد) که نسبت بالایی را نشان می‌دهد. سهم خدمات دندانپزشکی از بازار خدمات سلامت حدود ۱۵ درصد است و خدمات دندانپزشکی پس از خدمات بستری و دارویی پر هزینه ترین خدمات هستند (Moosazadeh et al., ۲۰۱۶). روند شاخص‌های سلامت دهان و دندان طی سال‌های گذشته نشان می‌دهد با وجود افزایش شمار دندانپزشکان و بدنبال آن افزایش سهم دندانپزشکان از بازار سلامت این شاخصها ارتقای چندانی نداشته است. آمارها نشان از بدتر شدن شاخصها طی ۱۰ سال گذشته دارد که یکی از مهمترین دلایل آن، بیمه نبودن خدمات دهان و دندان در ایران است (Jadidfard et al., ۲۰۱۵). یکی از راهکارهای کاهش پرداخت غیررسمی و بهبود کیفیت خدمات دندانپزشکی، ارتقاء سطح بهره‌وری و افزایش کیفیت خدمات قابل ارائه است که می‌تواند تأثیر فراوانی در کاهش هزینه‌های پرداختی توسط مردم داشته باشد (Moosazadeh et al., ۲۰۱۶).

نتایج مطالعه نشان داد که تخصص‌های غیر تهاجمی نظیر گفتار درمانی و طب کار، کمترین میزان شکایت ثبت شده در سامانه ۱۶۹۰ داشته‌اند. از دلایل مهم پایین بودن پرداخت غیررسمی در چنین تخصص‌هایی را می‌توان رقابتی بودن، تعرفه مشخص خدمات مرتبط و همچنین نظارت دقیق صنفی عنوان کرد (Gajic-Stevanovic et al., ۲۰۱۱).

علاوه بر بررسی پرداخت غیررسمی بر مبنای تخصص پزشکان که بر اساس آن دو تخصص زنان و زایمان و دندانپزشکی به عنوان تخصص‌هایی که بالاترین میزان شکایات مرتبط با پرداخت غیررسمی از آنها صورت گرفته بود، از نظر نوع خدمات نیز میزان پرداخت غیررسمی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که شکایات صورت گرفته از خدمات سرپایی به مراتب بیش از خدمات بستری بوده

است. یکی از دلایل بالا بودن شکایات از خدمات سرپایی به دلیل بالا بودن شکایات از خدمات دندانپزشکی می‌باشد. علاوه بر خدمات دندانپزشکی، نتایج جدول ۶ نشان داد که پرداخت غیررسمی به پزشکان عمومی نیز حجم قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد. نظر به اینکه عمده خدمات پزشکی سرپایی توسط پزشکان عمومی ارائه می‌گردد، بالا بودن شکایات از خدمات سرپایی بابت پرداخت غیررسمی بالاتر از خدمات بستری بوده است. از سویی در برخی از مطالعات نتایج مخالف یافته مطالعه حاضر ارائه شده است. آتانسوا و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود که به بررسی پرداخت غیررسمی در نظام سلامت بلغارستان پرداخته بودند عنوان می‌کنند حجم بالای پرداخت غیررسمی (۳۳ درصد) در بخش بستری و تنها ۱۳ درصد آن در بخش سرپایی رخ می‌دهد (Atanasova et al., ۲۰۱۳a). عمده دلیل تفاوت نتایج این مطالعات به ارتباط پرداخت غیررسمی به بستر و زمینه نظام سلامت مورد بررسی مربوط می‌شود. این در حالی است که در نظام‌های سلامت مشابه نظام سلامت ایران، نظیر روسیه و ترکیه پرداخت غیررسمی در بخش سرپایی بیشتر از بخش بستری برآورد شده است که با یافته‌های مطالعه حاضر منطبق هستند (Gordeev et al., ۲۰۱۴; Yardim et al., ۲۰۱۴).

بر اساس نتایج جدول ۸ که به بررسی تعداد شکایات صورت گرفته از پرداخت غیررسمی به سامانه ۱۶۹۰ به تفکیک استان‌ها و شهرستان‌ها پرداخته است مشخص می‌گردد که تعداد شکایات در استان‌های پرجمعیت نظیر تهران به مراتب از سایر استان‌ها کمتر بوده است. با توجه به پایتخت بودن تهران و داشتن تعداد زیاد بیمارستان مرجع و همچنین گستردگی نظام سلامت در این استان که نظارت بر عملکرد و رفتار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را سخت‌تر می‌نماید، این یافته قابل توجیه است. ضعف نظارتی از عمده دلایل شیوع پرداخت غیررسمی در نظام سلامت عنوان می‌شود.

در نهایت باید گفت که مطالعات زیادی در ارتباط با پرداخت غیررسمی انجام گرفته است. هر چند منابع داده‌ها متفاوت است و مطالعات در سطح ملی، خانواده و یا مطالعات فساد صورت گرفته است در تعدادی از کشورها در ایالت و در بعضی دیگر در قسمتی از ایالت صورت گرفته است. شواهد زیادی موجود است که بیانگر آن است که پرداخت‌های غیر رسمی در کشور های کم درآمد و با درآمد متوسط، منبع اصلی تامین مالی مراقبت سلامت محسوب می‌شود در لهستان پرداخت‌های غیر رسمی تخمین زده می‌شود که دو برابر حقوق پزشکان باشد. دربنگلادش پرداخت‌های غیر رسمی بیش از ده برابر حقوق رسمی است و در کامبوج ۵ برابر است. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که دستمزد های غیر رسمی ۱۰ الی ۴۵ درصد کل مخارج مستقیم از جیب برای سلامت را در کشورهای کم درآمد را به خود اختصاص می‌دهد (Stringhini et al., ۲۰۰۹b). مطالعه ای که در بیمارستانهای شهر ارومیه انجام گرفته نشان دهنده آن است که پرداخت غیررسمی ۱۵ درصد پرداخت مستقیم از جیب بیماران به بیمارستان را تشکیل داده است (Khodamoradi et al., ۲۰۱۵). مطالعه ای که توسط لیراپولوس^۱ در بیمارستانهای یونان در ارتباط با پرداخت‌های غیررسمی انجام گرفته است که ۳۶ درصد بیماران به پزشکان، ۱۱ درصد به پرستار و ۵/۸ درصد به سایر کارکنان پرداخت غیررسمی را

^۱ Liaropoulos

داشته اند (Liaropoulos et al., ۲۰۰۸). مطالعه ای دیگر که توسط اوژن^۱ در ترکیه انجام گرفته است نشان می دهد که ۳۱ درصد بیماران برای دریافت خدمات و مراقبت های سلامت به کارکنان سلامت پرداخت غیررسمی را داشته اند (Özgen et al., ۲۰۱۰). دامنه پرداخت های غیررسمی بسیار گسترده بوده و از ۳ درصد در پرو تا ۹۶ درصد در پاکستان متغیر است. از لحاظ منطقه ای، جنوب آسیا به شدت متکی به پرداخت غیررسمی است. آسیای شرقی دو بخشی است در کشورهای همچون تایلند و اندونزی با سطح کم و در کشورهای کمونیستی سابق مانند کامبوج ۵۵ درصد و ویتنام ۸۱ درصد می باشد. آمریکای لاتین و اروپای شرقی یک توزیع گسترده از پرداخت های غیررسمی با سطح کم در بعضی از کشورها و سطح بالا در تعدادی دیگر همراه است (Lewis, ۲۰۰۷). دو مطالعه در این زمینه در داخل کشور انجام شده است مطالعه انجام گرفته توسط خدامرادی و همکاران که در بیمارستانهای شهر ارومیه انجام گرفته است نشان می دهد که ۱۱ درصد بیماران به پزشکان (میانگین ۵۰۳ هزار تومان) ۵ درصد به پرستار (میانگین ۲۰ هزار تومان) و ۱۷ درصد به سایر کارکنان (میانگین ۱۶ هزار تومان) پرداخت غیررسمی را داشته اند. در مجموع حدود ۳۰ درصد بیماران (میانگین ۲۰۳ هزار تومان) پرداخت غیررسمی داشته اند. همچنین این مطالعه نشان می دهد که پرداخت غیررسمی در بیمارستانهای آموزشی ۱۹ درصد در بیمارستانهای خصوصی ۴۲ درصد و در بیمارستان تامین اجتماعی ۴۴ درصد بوده است (Khodamoradi et al., ۲۰۱۵).

بررسی سامانه ۱۶۹۰ به عنوان تنها سامانه رسمی شکایت بابت تخلفات تعرفه ای پزشکان سیمای کلی پرداخت غیررسمی در نظام سلامت ایران را نشان داد که به طور خلاصه مشخص شد بالاترین میزان پرداخت غیررسمی در بین تخصص زنان و زایمان و دندانپزشکی و آن هم در شهرهای بزرگی نظیر تهران رخ می دهد. همچنین بالاترین میزان پرداخت غیررسمی در خدمات سرپایی اتفاق افتاده است که توجه سیاست گذاران نظام سلامت به بحث پرداخت غیررسمی بیشتر می بایست به این حیطه ها معطوف گردد. طرح تحول سلامت نیز با بسته ترویج زایمان طبیعی و همچنین اصلاح تعرفه های خدمات پزشکی با معرفی کتاب ارزش گذاری نسبی خدمات، تلاش های در راستای کنترل پرداخت غیررسمی صورت گرفته است. بسته ترویج زایمان طبیعی، با رایگان کردن خدمات زایمان طبیعی در بیمارستان ها و تشویق مردم به انجام زایمان طبیعی، تا حدودی بحث پرداخت غیررسمی جهت ترغیب پزشکان به منظور انجام سزارین را تحت تأثیر قرار داده است که البته به صورت دقیق ارتباط این دو می بایست مورد بررسی قرار گیرد. اصلاح تعرفه های خدمات پزشکی نیز با واقعی سازی ارزش خدمات پزشکی تصور کنترل تقاضای القایی و دریافت زیرمیزی را مطرح ساخته است که در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. برای نمونه پیروزی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود عنوان می کنند که طرح تحول سلامت به عنوان اصلاحات رخ داده در نظام سلامت ایران موجب کاهش هزینه های کمرشکن شده است که از این طریق پرداخت های غیررسمی نیز کنترل شده است (Piroozi et al., ۲۰۱۶). در کل مطالعات صورت گرفته

^۱. ozgen

تأکید بر عادلانه شدن تأمین مالی مراقبت سلامت پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت در ایران داشته‌اند که فرض تأثیر طرح تحول سلامت بر پرداخت غیررسمی را نشان می‌دهد که در بخش‌های بعدی مورد بررسی قرار گرفته است.

اثرات پرداخت های غیر رسمی از دیدگاه پزشکان و متخصصان نظام سلامت

در این بخش از مطالعه، به بررسی اثرات پرداخت غیررسمی بر جامعه و نظام سلامت با استفاده از نظر و دیدگاه پزشکان و متخصصان نظام سلامت پرداخته شد و در مجموع ۸ تأثیر پر تکرار (۳ تأثیر مثبت و ۵ تأثیر منفی) شناسایی شد.

افزایش تلاش کارکنان بهداشتی بخاطر رقابتی شدن بازار یکی از اثرات مثبت پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت عنوان شد. از دیدگاه دانش اقتصاد، بهبود ارائه خدمات با هزینه معقول در هر زمینه و صنفی، تنها و تنها از طریق ایجاد بازار رقابت کامل^۱، ممکن می شود. در شرایط رقابت کامل، اولاً موانع ورود سیستماتیک^۲ به هیچ شغلی وجود ندارد (Folland et al., ۲۰۰۷). این به آن معنا نیست که وارد شدگان در شغلی نظیر مهندسی، پزشکی یا حقوق نباید آموزش های لازم را ببینند، بلکه به این معنا است که کسی حق ندارد، مانع عددی بر تعداد ورودی ها ایجاد کند. تعداد ورودی ها باید آزاد باشد، آنگاه انتخاب اجتماعی آحاد افراد و نه سیستم دولتی، ورودی ها را به حدی افزایش خواهد داد که محیط رقابت کامل حاصل، منجر به حداکثر شدن خدمات دریافتی جامعه گردد. ثانیاً در صورت وجود مانع عددی، رقابت کامل که با رقابت معمول تفاوت دارد، شکل نمی گیرد و نتیجه آن کاهش مقداری خدمات، افزایش قیمت خدمات، ایجاد مزیت انحصاری برای منتفع شوندگان از موانع ورود سیستماتیک و بالاخره کاهش کیفیت خدمات خواهد بود (Miller, ۱۹۹۶).

در قالب رقابتی سازی بازار سلامت مطالعات مختلفی در سطح نیروی انسانی و حتی بیمارستان صورت گرفته است. قنبری و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه ای که در راستای طراحی الگوی رقابتی سازی بیمارستان ها انجام داده بودند عنوان می کنند سازوکارهای رقابت موجب محدود شدن هزینه ها، بهبود کارایی، ارتقای سطح اثربخشی و صرفه جویی دولتی در سرمایه گذاری اصل سرمایه، به ویژه در بخش بیمارستانی شده است (قنبری ۱۳۸۸ et al.).

علاوه بر مطالب عنوان شده، ایجاد موانع ورود سیستماتیک با ایجاد منافع ویژه، می تواند منجر به تشکیل گروه همسود شود. نفع برندگان از انحصار نسبی یک بازار شغلی و موانع ورود، به پاسبانان موانع ورود تبدیل می شوند که می کوشند به قیمت همه منافع حاصله از موانع سیستماتیک برای حفظ سود انحصاری و جلوگیری از رقابت کامل حفاظت کنند. به این فرایند، اصطلاحاً رنت جویی^۳ گفته می شود (Rowley et al., ۲۰۱۳).

بر این اساس، شرط دستیابی مردم به خدمات سلامت کافی، با کیفیت و ارزان، تحمیل قیمت پایین و بروکراتیک در شرایط رقابت کامل و دخالت مستقیم دولت نیست. ابتدا باید شرایط رقابت کامل را ایجاد کرد، آنگاه خود به خود، و بدون هیچ نیازی به دخالت دولت، این اتفاق رخ خواهد یافت. طبعاً در شرایط رقابت کامل، دارندگان کیفیت بسیار بالای پزشکی، قیمت بالاتری خواهند داشت، اما خدمات پزشکی با

^۱ . Perfect Competition

^۲ . Barriers to Entry

^۳ . Rent-seeking

کیفیت بالا و متوسط به قیمت ارزان و بسیار ارزان در قیاس با سطح میانگین درآمد جامعه، در اختیار مردم قرار خواهد گرفت. لذا شکی نیست در عمل در این حرفه نیز مانند هر حرفه دیگری، دارندگان کیفیت ویژه در قیاس با متوسطین، درآمد خاص و بیشتری داشته و ثروتمند می شوند، اما این امر به انتخاب اجتماعی خود جامعه و نه به ضرب بودجه های هزاران میلیاردی بیت المال مردم، میسر خواهد شد.

بنابراین آنچه عنوان شد، بدون ایجاد رقابت کامل و بدون رفع موانع ورود سیستماتیک، هیچ حرفه ای به قیمت و کیفیت بهینه اجتماعی نخواهد رسید و هیچ تحول واقعی در امر سلامت یا امور دیگر، رخ نخواهد داد (Porter and Teisberg, ۲۰۰۴). لذا به نظر می رسد آنچه در سال های گذشته مانع ارائه خدمات سلامت به مقدار کافی، با کیفیت، ارزان قیمت شده و به نوعی نتوانسته است پرداخت غیررسمی را نیز کنترل کند، می تواند ناشی از پذیرش اندک پزشکی به دلیل فعالیت گروه رانت جو در ایجاد مانع ورود عددی باشد. برای نمونه امروزه غالب ما به خدمات حقوقی بعضاً با قیمت کم دسترسی داریم، در حالیکه در گذشته، دسترسی به وکیل به راحتی مقدور نبود. این امر از طریق شکستن انحصار وکالت با پذیرش دانشجوی کافی و افزایش وکلاء به ویژه در قالب وکلاء پذیرش شده توسط قوه قضاییه مقدور شد. بازار وکالت، امروز رقابت کامل است، این به آن معنا است که دارندگان کیفیات ویژه در وکالت، درآمد خاص دارند، وکلاء متوسط، درآمد متوسط یا اندکی کمتر و بیشتر دارند و وکلاء ضعیف هم یا با درآمد اندک کنار می آیند یا از بازار این شغل خارج می شوند. صرف نظر از دریافت خدمات وکالت توسط گستره وسیع تری از جامعه در حال حاضر، با افزایش وکلاء، عملاً هزاران جوان ایرانی نیز صاحب شغلی در حد توان خود شده اند (کاظمیان، ۱۳۹۴). همه این اتفاقات در صورت رخداد رقابت کامل در پزشکی هم رخ خواهد داد.

راه حل مشخص آن است که محدودیت تعداد ورودی پزشکی در دوره های عمومی و بالاتر رفع شود و اجازه داده شود که انتخاب اجتماعی تعداد ورودی را تعیین کند. به عبارت دیگر، تعداد صندلی ها باید آنقدر افزایش یابد که حتی تعدادی از صندلی ها خالی بماند. در گام اول می توان پذیرش پزشکی از گروه تجربی را دو برابر کرد و شروع به پذیرش از گروه ریاضی نیز نمود. پذیرش در دوره های تخصصی هم باید دستکم دو تا سه برابر شود، به نحوی که صندلی خالی به نشانه انتخاب اجتماعی و سیگنال رقابت کامل مشاهده شود.

در بخش دیگر شرکت کنندگان حفظ نیروی انسانی و پزشکان در بخش دولتی را یکی از مزایای پرداخت غیررسمی دانستند. بر این اساس عنوان شده بود که به دلیل عدم توانایی دولت در پرداخت تعرفه واقعی خدمات بهداشتی و درمانی، پرداخت غیررسمی شکاف درآمدی بین درآمد واقعی و درآمد هدف پزشکان را پر کرده و از این طریق تمایل پزشکان جهت انتقال بیماران به بخش خصوصی را کاهش می دهد. برخی از نویسندگان پیشنهاد می کنند که بخشی از پرداخت های غیررسمی 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 (Ensor, ۲۰۰۴a). محققان جنبه های مثبت

پرداخت غیررسمی را در برخی از کشورها مورد بحث قرار داده اند. برای مثال، مطالعات نشان می دهد 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 عمل می کند و به بیماران اجازه می دهد که به ارائه دهندگان ابراز احترام نمایند (Vian et al., ۲۰۰۶).

اگرچه پرداخت های زیرمیزی یکی از انواع پرداخت های غیر رسمی محسوب می شوند ولی در عمل در بسیاری از متون این دو واژه مترادف یکدیگر بکار می روند (Bakx et al., ۲۰۱۵). در بسیاری از کشورها دریافت زیرمیزی غیرقانونی بوده و در برخی کشورها دریافت خارج از چارچوب تعرفه های قانونی به رغم مخالفت های انجمن های پزشکی آن کشورها حتی از طریق پلیس قابل پیگرد و برخورد مستقیم است به گونه ای که پلیس شماره تلفنی را ویژه شکایات مربوط به این مورد اختصاص داده است و حتی در مورد دریافت هدیه از سوی پزشک نیز توصیه های خاصی شده است؛ از جمله آنکه مبلغ آن از حد خاصی تجاوز ننماید و فقط در صورتی که عدم دریافت آن سبب رنجیده خاطر شدن بیمار گردد از وی هدیه دریافت شود (Ladouceur, ۲۰۱۳). همانطور که ملاحظه می شود پرداخت غیررسمی چه در معنا و چه در عمل دارای دو بعد مثبت و منفی است که بیشتر اثرات مثبت آن در جامعه ایرانی از دیدگاه صاحب نظران عنوان شد. لذا در کنار عوامل و اثرات مثبت پرداخت غیررسمی، عمده تأکید شرکت کنندگان بر اثرات منفی پرداخت غیررسمی بر جامعه و نظام سلامت معطوف بود. عمده تأکید شرکت کنندگان بر اصول و ارزش های اخلاقی در کنار تأثیرات منفی این نوع پرداخت بر ارائه خدمات و عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت بود. از بین رفتن اعتماد به کادر پزشکی، فقدان شفافیت در ارائه خدمات و تهدید ارزش های اجتماعی از جمله عمده اثرات منفی پرداخت غیررسمی از بعد اخلاقی دانسته شد.

ارتباط پزشک و بیمار براساس یک تعهد مبتنی بر اعتماد بنا نهاده شده است که به موجب آن پزشک موظف است در تمامی شرایط و بدون توجه به وضعیت اجتماعی اقتصادی بیمار بهترین اقدام درمانی را برای بیمار انجام دهد (Cassel, ۱۹۹۶). شایسته است پزشک در برخورد با بیمار مصالح بیمار را بر مصالح خود ترجیح دهد (Pearson et al., ۱۹۹۸) و به علاوه بایستی نهایت سعی خود را بکند تا به گونه ای عمل نماید که اعتماد بیمار و جامعه را نسبت به شرافت و تمامیت حرفه پزشکی حفظ نماید (Vian, ۲۰۰۸). یکی از راه های حفظ قداست حرفه پزشکی و نیز حفظ اعتماد بین بیمار و پزشک آن است که محور ارتباط بیمار و پزشک براساس تعهدات معنوی و اخلاقی باشد، نه براساس علایق مادی (Chin, ۲۰۰۱). به گفته برخی صاحب نظران، در سراسر دنیا بی اعتمادی عمومی نسبت به حرفه پزشکی روندی رو به گسترش یافته است (McKay, ۲۰۰۲). 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 زیرمیزی است (Gaal et al., ۲۰۰۶). بنا به گزارشات بین المللی، ایران یک کشور با درآمد حد پایین متوسط میباشد که ۱۸ تا ۱۶

درصد مردم آن زیر خط فقر مطلق به سر می‌برند (Waris Schieber and Klingen, ۱۹۹۹),
 از سوی دیگر جامعه پزشکی هم در قبال اقشار 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 محرومتر کردن بر بار محرومیت
 جامعه بیفزاید. البته ذکر این نکته نیز لازم است که پزشک علاوه بر اجر و پاداش اخروی و ثوابی که
 در مقابل این رسالت الهی دارد، باید از حقوق مادی مکفی نیز برخوردار باشد تا در زندگی خود
 تحمیل بر دیگران نگردد. زیرا تخصص و مهارت در آن، علاوه بر نبوغ و ابتکار و شوق خاصی که
 لازم دارد، احتیاج به آماده بودن امکانات اولیه زندگی و رفاه نسبی نیز دارد. اگر پزشک از لحاظ
 مالی در مضیقه باشد، شاید به راههای دیگری متوسل شود (Grignon et al., ۲۰۱۳).

حتی اگر پرداخت های غیر رسمی شکل یکسانی از دستمزد رسمی به خود بگیرد 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 معافیتی و اختیاری نبودن
 پرداخت ها بیشتر از پرداخت های رسمی بر فقر تاثیر می گذارد. دوماً پرداخت های غیررسمی 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. 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
 (Gaal et al., ۲۰۰۶, Khodamoradi et al., ۲۰۱۵).

روند تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت

یکی از نتایج اصلی مطالعه حاضر، بررسی تغییر رفتار و علل آن قبل و بعد از اعمال کتاب ارزش‌های نسبی خدمات در سال ۱۳۹۳ بود. برای این منظور دو سناریو حفظ وضع موجود (عدم اعمال کتاب ارزش‌های نسبی خدمات) و اعمال کتاب ارزش‌های نسبی خدمات در سه حیطه تغییر رفتار مثبت، تغییر رفتار منفی و عدم تغییر طبقه‌بندی شده و دلایل تغییر رفتار با توجه به نظر و دیدگاه شرکت‌کنندگان در زیر گویه‌های اصلی قرار گرفتند.

نتایج نشان داد، با حفظ وضع موجود و عدم اعمال تعرفه‌های جدید در قالب طرح تحول سلامت، تغییر رفتار مثبتی در پزشکان نمی‌توانستیم شاهد باشیم و تنها مورد مطرح شده، افزایش رقابت بین پزشکان به دلیل افزایش تعداد پزشکان بود که مطرح شد. این نتیجه نشان از غیراستاندارد و نامتناسب بودن تعرفه‌های خدمات پزشکی پیش از طرح تحول سلامت می‌باشد که به عقیده شرکت‌کنندگان انتظار تغییر مثبتی در آن مشاهده نمی‌شود. تأثیر اعمال رقابت به نوع رقابت سیستم تأمین مالی، مراقبت بهداشتی، سیستم پرداخت بیمارستانی، نوع خدمات مورد بحث، نوع ارائه دهندگان خدمات، امکان ورود ارائه دهندگان جدید به مقررات و قوانین حاکم بر عرضه و تقاضا برای مراقبت بهداشتی، بستگی دارد. یک مکانیسم رقابتی که ممکن است در یک سیستم عمل کند الزاماً در یک سیستم دیگر به خوبی انتقال نخواهد یافت (Enthoven, ۲۰۱۴). مکانیسم های رقابتی و بازارگرا مزایای قابل توجهی داشته است؛ برای مثال شواهد به دست آمده از تحقیقات بررسی شده نشان می‌دهد که دست کم در بعضی شرایط رقابت قیمت بین پزشکان می‌تواند به ۷ درصد یا بیشتر کاهش قیمت بیانجامد (Grennan, ۲۰۱۳) یا بودجه های تخصیص یافته کم در قالب تعرفه بیمه‌ای به پزشکان می‌تواند به کاهش پذیرش بیماران بیمه‌ای تا ۳,۳ درصد بیانجامد (Antwi et al., ۲۰۱۵). لذا به نظر می‌رسد ایجاد بازار رقابتی بین پزشکان بدون توجه به سایر رخدادهای اصلاحی صورت گرفته، توان برقراری تعادل اقتصادی در بازار مالی و حفاظت مالی از بیماران را دارد که می‌بایست مورد توجه سیاستگذاران قرار گیرد تا تمهیدات انگیزشی و تشویقی لازم برای رقابتی سازی بازار ارائه خدمات سلامت را فراهم آورند که یکی از مناسبترین این راهکارها، افزایش ظرفیت پذیرش پزشک و ایجاد مکانیسم توزیع صحیح پزشکان موجود بر مبنای نیاز مناطق مختلف کشور است.

اما موضوع اصلی، تغییر رفتار منفی با حفظ وضع موجود از نظر پرداخت غیررسمی بود که شرکت‌کنندگان بر آن تأکید داشتند. عمده دلیل این تغییر را واقعی نبودن تعرفه‌های خدمات درمانی و همچنین پرداخت نامنظم به پزشکان ذکر کردند. مطالعات گسترده‌ای در بسیاری از کشورها در خصوص وجوه زیرمیزی به عمل آمده است که بیشترین این مطالعات در کشورهای اروپای شرقی و آسیای میانه بوده است و برخی از این مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که مردم برای تامین هزینه‌های غیررسمی و وجوه زیرمیزی حتی وسایل منزل خود را در معرض فروش قرار می‌دهند تا بتوانند هزینه‌های تقاضا شده از سوی پزشکان را پرداخت نمایند. اکثر این تقاضا نیز در خصوص پرداخت غیررسمی بوده است و توجیه آن، کافی و متناسب نبودن پرداختی به پزشکان عنوان شده است (Atanasova et al., ۲۰۱۳b),

Schwarz et al., ۲۰۱۳). توجیهی که اکثر پزشکان در قبال علت دریافت وجوه غیررسمی از بیمار می آورند آن است که پرداختهای مورد تایید مراجع رسمی در حد معقول و منطقی نیست و یا به اصطلاح رایج، تعرفه‌ها واقعی نیست. صاحب‌نظران در قبال این توجیه چنین ابراز میدارند اگر قرار است هر صنفی که به گمان خود حق خود را از طریق دولت دریافت نمی کند به مردم فشار آورد، دیگر هیچ نظم اقتصادی در جامعه وجود نخواهد داشت و اگر قرار است مردم پاسخگوی کم بودن اعتبارات تخصیص یافته باشند، قشر کم درآمد چه باید بکنند (Miller et al., Souliotis et al., ۲۰۱۶, ۲۰۰۰). برخی از علل ظهور و رواج پدیده زیرمیزی که در مطالعات مختلف عنوان شده‌اند عبارتند از: کم بودن اعتبارات تخصیص یافته به بخش سلامت از سوی دولت، شفاف نبودن تعریف پرداختها، عدم تکافوی ظرفیت بخش دولتی، و کم بودن درآمد رسمی کارکنان بخش سلامت، و ضعیف بودن نظارتها (Kaitelidou et al., ۲۰۱۳, Souliotis et al., ۲۰۱۶, Atanasova et al., ۲۰۱۳b).

نرخ تورم که نشان از وضعیت اقتصادی هر کشوری است نیز در مطالعه حاضر به عنوان عامل دیگر موثر بر پرداخت غیررسمی و تقاضای زیرمیزی از سوی پزشکان عنوان شد. یکی از دلایل این تأثیر، پایین بودن رشد تعرفه‌های سالانه نسبت به نرخ تورم اعلامی بوده است. این باعث می‌شد تا هزینه‌های سلامت افزایش یابد و چون تعرفه‌های پرداختی کفاف هزینه‌ها را نمی‌داد، پزشکان جهت جبران اقدام به دریافت زیرمیزی می‌کردند. مطالعات متعددی به ارتباط مستقیم و مثبت نرخ تورم و پرداخت غیررسمی پرداخته و تماماً نتیجه گرفته شده است که با افزایش نرخ تورم، در صورت عدم جبران هزینه‌های مربوطه، احتمال پرداخت غیررسمی افزایش می‌یابد (Schwarz et al., ۲۰۱۳, Boncz et al., ۲۰۰۴). که مهمترین راهکاری پیشنهادی برای آن، واقعی سازی تعرفه‌های پزشکی عنوان شده است.

در سناریوی اجرای تعرفه‌های جدید مبتنی بر کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات در قالب طرح تحول نظام سلامت یافته‌های مطالعه سه گویه اصلی تغییر رفتار مثبت، منفی و عدم تغییر را نشان می‌دهد. در سناریوی دوم نتایج نشان داد، با اجرای تعرفه‌های جدید در قالب طرح تحول سلامت، تغییرات رفتاری مثبت به دلایلی چون افزایش نظارت به روند مسایل مالی پزشکان، جبران درآمد هدف مورد نظر و کاهش اختلاف بین گروههای مختلف پزشکی از نظر تعرفه خدمات درمانی قابل پیش بینی و اتفاق است.

با تعیین تعرفه‌های جدید و تغییر تعرفه خدماتی که بیشتر تعرفه پایین‌تری داشتند به نظر می‌رسد دریافت زیرمیزی به دنبال وجود تفاوت در تعرفه‌های خدمات درمانی بین گروههای مختلف پزشکی و جبران این اختلاف کاهش یافته است. مطالعات متعددی به ارتباط مستقیم درآمد پایین ارائه دهندگان، کمبود درآمد، عدم رضایت شغلی به دلیل کمبود دستمزد ها و وضعیت بد کاری با پرداخت غیررسمی پرداخته‌اند (Balabanova and McKee, ۲۰۰۲, Vian et al., ۲۰۰۶, Stringhini et Vian et al., ۲۰۱۵a, ۲۰۱۵b, Stepurko et al., ۲۰۱۲, Tomini et al., ۲۰۰۹b, al.). در صورتی که به ارائه دهندگان پرداخت های مناسبی صورت گیرد و کیفیت ارائه خدمات نیز هم زمان ارتقاء یابد این احساس در مردم به وجود می‌آید که لزومی به پرداخت غیر رسمی جهت دریافت خدمات با کیفیت بهتر نخواهند داشت

(Stepurko et al., ۲۰۱۳) در این زمینه مطالعات مختلف به راهکارهایی چون افزایش انگیزش های فردی ارائه دهندگان از طریق تجدید نظر در ساختار پرداخت ها (Vian et al., ۲۰۱۵a)، افزایش دستمزد ها (Allin et al., ۲۰۰۶)، و بهبود وضعیت حقوق کارکنان (Tengilimoğlu et al., ۲۰۱۵) اشاره کرده اند. برخی از مطالعات به این نتیجه رسیده اند که با افزایش پرداخت های رسمی به عنوان جانشین پرداخت های زیرمیزی در قالب اجرای طرح آزمایشی (Lewis, ۲۰۰۷)، تغییر پرداخت به کارکنان براساس مهارت و مدرک (Stepurko, ۲۰۱۳) و در صورتی که پرداخت های رسمی هم برای ارائه دهندگان و هم دریافت کنندگان اثربخش و سودمند باشند پرداخت های غیر رسمی کاهش خواهد یافت (Aarva et al., ۲۰۰۹b)

در کنار افزایش تعرفه های خدمات درمانی و هم زمان با به کار گیری اهرم های تشویقی، نظام سلامت با بهره گیری از اهرم های انضباطی و کنترلی، قوانین سخت گیرانه تری را در مقابله با پدیده زیرمیزی وضع و اجرا کرده است. در مطالعه انجام شده در دو کشور پاکستان و سریلانکا قدرت انحصاری ارائه دهندگان به عنوان دلیل اصلی وجود پرداخت های غیر رسمی عنوان شده است (Thampi, ۲۰۰۲). نظارت بر ارائه دهندگان (Allin et al., ۲۰۰۶) و نیز ایجاد یک سیستم اثربخش به منظور زشت نشان دادن رشوه به طوری که حتی فرهنگ افراد آن را به عنوان هدیه نیز نپذیرند از راهکارهای برخورد با سمت عرضه در پدیده زیر میزی است. همچنین تعیین جریمه سنگین برای کارکنان بهداشتی، اعمال مجازات سخت و افشا کردن نام مجرمین (Ensor, ۲۰۰۴a) نیز در پاره ای از موارد می تواند اثرگذار باشد به شرطی که باعث مهاجرت ارائه دهندگان به بخش خصوصی نشود. (Cherecheş et al., ۲۰۱۳) هر چند ایجاد چارچوب های اخلاقی و قانونی برای ارائه خدمات و وضع قوانین اخلاقی بهتر از طریق برنامه های آموزشی که اثرات منفی این پرداخت ها را نشان دهند و باعث باز گرداندن اعتماد عموم به موسسات بهداشتی و ارائه دهندگان شود به نظر موثرتر از برخوردهای کنشی خواهد بود (Manea, ۲۰۱۴; Kankeu et al., ۲۰۱۴)

لذا به نظر می رسد افزایش تعرفه ها و پرداختی به ارائه دهندگان در کنار ارتقای کیفیت خدمات و نیز اعمال و اجرای اهرم های انضباطی توان مقابله با پدیده زیر میزی را داشته و موجبات رضایت ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات را فراهم آورد.

اما در سناریوی دوم یکی از موضوعات قابل توجه، تغییر رفتار منفی و یا عدم تغییر رفتار در زمینه پرداخت غیررسمی بود که شرکت کنندگان به آن اشاره داشتند. عمده دلیل این تغییر منفی، تغییر رفتار پزشکان در زمینه دستیابی به درآمد هدف مد نظر خود عنوان شده است. به اعتقاد شرکت کنندگان درصدی از پزشکان اجرای این طرح را بستری مناسب برای افزایش درآمد مدنظر خود یافته و به دلیل نبود ابزار کنترلی کافی و لازم بستر مناسب ممکن است برای سوء استفاده گروه کمی از ارائه دهندگان خدمات فراهم آید. در این زمینه لازم است راهبردهای تغییر رفتار را هم بر ارائه دهندگان و هم بر دریافت کنندگان خدمات متمرکز نمود. چندین مطالعه راهکارهای تغییر نگرش ها و باور مردم نسبت به پدیده زیر میزی و متقاعد نمودنشان در این زمینه که با افزایش تعرفه ها و پرداختی به ارائه دهندگان، آنها به

حد کافی از حقوق و مزایا برخوردارند و این که کارکنان بخش سلامت در صورت دریافت زیر میزی مورد مواخذه قرار خواهند گرفت به همراه گزارش دهی شفاف و اعمال مکانیزم های تنبیهی را به صورت توانمند مفسد دانسته اند (Hotchkiss et al., ۲۰۰۵, Vian and Burak, ۲۰۰۶, Baji et al., ۲۰۱۳). شاید مهمترین دیدگاه از باب سیاست گذاری، عدم تغییر رفتار پزشکان پس از اجرای کتاب ارزشگذاری نسبی خدمات درمانی باشد. به دلیل عدم ورود طرح تحول به بخش خصوصی در این مرحله از اجرا و نیز بالا بودن سهم بخش خصوصی در پرداخت غیررسمی نسبت به بخش دولتی، تغییر محسوسی در زمینه پرداخت غیررسمی در کلیت نظام سلامت به وجود نیامده است. هم چنین علی رغم افزایش تعرفه ها، به دلیل عدم پرداخت به موقع و کامل درآمد حاصل شده، پزشکان رفتار خود مبنی بر دریافت زیر میزی را ادامه داده و نتیجتاً تغییر ملموسی در پرداخت غیررسمی مشاهده نمی شود.

پرداخت های غیر رسمی علاوه بر تاثیر فردی، بر عملکرد سیستم مراقبت های بهداشتی و توزیع و تخصیص منابع تاثیر گذار هستند. علاوه بر این پرداخت های غیر رسمی باعث جلوگیری از اصلاحات نظام سلامت می شوند چرا که باعث ایجاد انگیزش در افرادی می شوند که در راس هرم قدرت قرار داشته و مخالف اصلاحات در نظام سلامت به خاطر منافع شخصی می باشند (Cherecheş et al., ۲۰۱۳). از آن جایی که یکی از اهداف اصلی برنامه تحول سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیماران بوده در این راستا علاوه بر اقدامات اولیه، همزمان اتخاذ راهبردهای تکمیلی دیگر از جمله تقویت نظام خدمات مراقبت سلامت اولیه و قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار (Belli et al., ۲۰۰۴)، روش های نوآورانه مثل پرونده الکترونیک سلامت با شفافیت بالا (Riklikiene et al., ۲۰۱۴)، عقد قراردادهای شفاف پزشکان و هدفمندسازی آن دسته از تسهیلاتی که موجب تبانی بین گروه متخصصان و پزشکان می شود (Ensor, ۲۰۰۴a) و بهبود کیفیت (Belli and Shahriari, ۲۰۰۲b) ضروری به نظر می رسد.

تعیین میزان دریافت زیرمیزی توسط پزشکان و شکل دریافت آن

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 کم 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 (Özgen et al., ۲۰۱۰).

احتمال تفاوت در خدمات بین افرادی که پرداخت غیررسمی داشته اند و افرادی که چنین پرداخت هایی نداشته اند یکی از نگرانی های اصلی در زمینه نابرابری و بی عدالتی در سیستم سلامت است و می تواند وضعیت سلامت را بدتر کند. به عنوان مثال در قزاقستان، پزشکانی که در بخش دولتی کار می کنند 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 می باشد (Belli and Shahriari, ۲۰۰۲a). بر این اساس به عنوان یکی از اهداف اصلی مطالعه حاضر بررسی متغیرهای مختلف مرتبط با پرداخت غیررسمی در پرداخت کنندگان این نوع زیرمیزی در سه استان و ۶ بیمارستان اجرا کننده طرح تحول سلامت با استفاده از ابزار مرتبط بود. یکی از نتایج اصلی این مطالعه بررسی ویژگی دموگرافیک پرداخت کنندگان زیرمیزی بود. بر این اساس مشخص شد مردان بیش از زنان اقدام به پرداخت غیررسمی می کنند. بررسی اختلاف میانگین بین مردان و زنان از نظر پرداخت غیررسمی نشان داد که این دو گروه اختلاف معناداری از این نظر داشته اند و مردان به طور معناداری بیشتر از زنان این نوع پرداخت را داشته اند. یکی از عمده دلایل این موضوع، سرپرست خانوار بودن اکثریت مردان مورد مطالعه بود. بر اساس سوالات و بررسی های صورت گرفته، اکثریت مردان عنوان کرده بودند که بابت خدمات ارائه شده به اعضای خانواده و به ویژه همسرانشان مجبور به پرداخت غیررسمی شده بودند. در مطالعه دانشگاه بوستون بر مردم آلبانی زنان و نیز افراد با تحصیلات دانشگاهی مخالفت بیشتری نسبت به پرداختهای زیر میزی ابراز نمودند (Vian and Burak, ۲۰۰۶a). باجاری و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود به بررسی هزینه های نظام سلامت و مخاطرات اخلاقی پرداخته و به عنوان یکی از نتایج خود نشان می دهند سرپرستان خانوار (مردان) بیش از زنان در هزینه های نظام سلامت مشارکت دارند (Bajari et al., ۲۰۱۴).

همچنین بر اساس نتایج بیش از ۶۰ درصد افرادی که پرداخت غیررسمی داشتند در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال قرار داشته و قریب به ۸۵ درصد شرکت کنندگان زیر ۶۰ سال بودند. همچنین اختلاف معناداری بین گروه های سنی از نظر پرداخت غیررسمی مشاهده شد. بر این اساس که افراد کم سن بیشتر از افراد با سن و سال بالا اقدام به پرداخت غیررسمی می کنند. یکی از توجیحات این یافته، عدم آشنایی افراد جوان

با قوانین و حقوق بیماران بوده و کم تجربگی آنها در این زمینه باعث پرداخت غیررسمی بیشتر می‌شود. همچنین مطالعات نشان داده است که افراد سالمند، به نسبت افراد جوان، بیشتر اقدام به اخذ بیمه تکمیلی می‌کنند (Cabral and Cullen, ۲۰۱۶) که همین امر می‌تواند باعث کاهش پرداختی بیماران و همچنین مانع در برابر پرداخت غیررسمی در سالمندان به منظور ترغیب پزشکان برای انجام اقدامات مورد تقاضای گردد.

بیمه سلامت به منظور اجرای موفق طرح تحول نظام سلامت و طرح پوشش همگانی بیمه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری نزدیکی داشت و با این همکاری میزان پرداختی هزینه‌های درمانی توسط مردم از ۷۰ درصد به کمتر از ۳۰ درصد کاهش یافته است. بر اساس شواهد موجود یکی از موانع موجود در برابر شیوع پرداخت غیررسمی، پوشش بیمه است. بدین صورت که با افزایش پوشش بیمه‌های سلامت از منظر تعداد خدمات تحت پوشش و همچنین میزان پوشش، پرداخت غیررسمی بابت خدمات بهداشتی و درمانی به نسبت پوشش کاهش می‌یابد (Robyn et al., ۲۰۱۳). در مطالعه صورت گرفته بر روی کشورهای اروپایی نشان داده شد که پرداخت غیررسمی یک متغیر چند بعدی است که پوشش بیمه به عنوان یکی از مولفه‌های موثر بر آن شناخته می‌شود که با افزایش پوشش بیمه، میزان پرداخت غیررسمی نیز کاهش می‌یابد (Tambor et al., ۲۰۱۳, Jafari et al., ۲۰۱۵). که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌نماید چرا که تنها ۸ درصد افرادی که پرداخت غیررسمی داشته‌اند تحت پوشش بیمه بودند. همچنین نتایج مطالعه نشان داد بیمه مکمل به عنوان یکی از مولفه‌های موثر بر پرداخت غیررسمی می‌باشد. به گونه‌ای که تنها ۲٫۵ درصد پرداخت کنندگان زیرمیزی دارای بیمه مکمل بودند و اختلاف این دو گروه از نظر پرداخت غیررسمی معنادار بوده است. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، داشتن بیمه مکمل به عنوان یکی از مهمترین راهکارهای افزایش دسترسی به خدمات نظام سلامت (Jelovac, ۲۰۱۵) و حفاظت مالی در برابر هزینه‌های بهداشتی و درمانی می‌شود (Jafari et al., ۲۰۱۵) که با یافته‌های مطالعه حاضر منطبق است.

میزان درآمد بیماران نیز به عنوان یکی دیگر از متغیرهای دموگرافیک از نظر پرداخت غیررسمی در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که با افزایش سطح درآمد، میزان پرداخت غیررسمی توسط بیماران بالاتر رفته است بدینسان افرادی با درآمد ۲ تا ۴ میلیون حدوداً ۴٫۴ برابر افرادی با درآمد کمتر از ۱ میلیون تومان پرداخت غیررسمی داشتند. همچنین نتایج نشان داد اختلاف معناداری بین گروه‌های درآمدی مختلف از نظر پرداخت غیررسمی وجود داشته است به این شکل که خانوارهایی با درآمد بالاتر به طور معناداری پرداخت غیررسمی بیشتری نسبت به خانوارهای با درآمد کم داشته‌اند. استپورکو و همکاران در سلسله مطالعات خود که به بررسی پرداخت غیررسمی و هزینه در نظام سلامت پرداخته‌اند عنوان می‌کنند درآمد خانوار به عنوان یکی از مهمترین مولفه‌های موثر بر خدمات مورد تقاضای خانوار و توانایی پرداخت آنها شناخته می‌شود (Stepurko et al., ۲۰۱۰). Stepurko et al., ۲۰۱۵a, Stepurko et al., ۲۰۱۵b) با این پیش فرض که افراد کم درآمد با احتمال بیشتری به بیمارستانهای دولتی در مقایسه با بیمارستانهای خصوصی مراجعه می‌کنند، شاید بتوان چنین

نتیجه گیری نمود که علت پایین بودن پرداخت غیررسمی در بیماران کم درآمد، عدم توان مالی آنان باشد (Liaropoulos et al., ۲۰۰۸) چرا که ارتباط پرداخت غیررسمی و سطح درآمد خانوار در مطالعات مختلف مثبت برآورد شده است (Stepurko et al., ۲۰۱۵a) که با یافته های مطالعه حاضر منطبق بوده است. بر این اساس هدف گذاری کنترل پرداخت غیررسمی از نگاه سیاستگذاران می بایست با توجه به این یافته صورت گیرد بدین سان با وجود نسبت کم پرداخت غیررسمی در خانوارهای کم درآمد اولویت سیاستگذاری مقابله با پرداخت غیررسمی می بایست در این گروه مدنظر قرار گیرد تا از هزینه های کمرشکن و افت شاخص های سلامت به دلیل عدم دسترسی با توجه به موانع مالی جلوگیری گردد.

بر اساس نتایج این مطالعه، پرداخت غیررسمی در ساکنین شهر بیشتر از ساکنین روستا بوده است. یکی از عمده دلایل این امر دارا بودن بیمه روستایی، نوع خدمات درخواستی و دسترسی کمتر به مراکز تخصصی توسط روستاییان می تواند باشد. طبق آیین نامه بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر، روستاییان می بایست ۱۰ درصد هزینه خدمات درمانی دریافتی را پرداخت و الباقی سهم دولت می باشد که این نسبت در سایر بیمه ها ۳۰ درصد بود که پس از اجرای طرح تحول سلامت نسبت ها تغییر یافت. هرچند بر اساس نتایج مطالعات مختلف، روستاییان در زمان مواجهه با هزینه های نظام سلامت (مستقیم و غیرمستقیم) رسمی و غیررسمی) بیشتر دچار هزینه های کمرشکن شده و مجبور به فروش سرمایه زندگی خود می گردند. در مطالعه ای که در یونان صورت گرفته بود، نشان داده شد که بیش از ۴۵ درصد روستاییان مواجه شده با پرداخت غیررسمی، املاک خود را جهت پوشش هزینه های ناشی از پرداخت غیررسمی بفروش رسانده اند (Kaitelidou et al., ۲۰۱۳). در مطالعه دیگر که در آلبانی انجام یافته و به بررسی پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت پرداخته بود، نتایج نشان داد که درصد پرداخت غیررسمی صورت گرفته توسط شهرنشینان بالاتر از روستاییان بوده است ولی روستاییان بابت دریافت خدمات درمانی، بیشتر دچار هزینه های کمرشکن شده اند (Tomini and Groot, ۲۰۱۳). بر این اساس مشخص می گردد با وجود درصد پایین پرداخت غیررسمی توسط روستاییان مورد مطالعه و اختلاف معنادار این پرداخت بین روستاییان و شهرنشینان، احتمال مواجهه روستاییان با هزینه های کمرشکن به دلیل هزینه های رسمی و غیررسمی خدمات درمانی بالاتر خواهد بود لذا در امر سیاستگذاری در راستای اصلاح روند هزینه های نظام سلامت به ویژه پرداخت های غیررسمی شایع، توجه به حمایت از روستاییان باید از طرق مختلف به ویژه تقویت پوشش بیمه و دسترسی به خدمات مورد نیاز مدنظر قرار گیرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر افرادی که پرداخت غیررسمی داشته اند (۶۲,۰۲ درصد) خدمات سرپایی دریافت کرده بودند که با یافته های حاصل از سامانه ۱۶۹۰ بررسی شده منطبق است. بر این اساس مشاهده می شود پرداخت غیررسمی در نظام سلامت ایران، در بخش سرپایی شایع تر است. آتاناسوا و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود بر روی پرداخت مستقیم از جیب در بلغارستان نشان دادند که بیش از ۲۷ درصد پرداخت های مستقیم از جیب صورت گرفته در نظام سلامت بلغارستان به صورت غیررسمی بوده است که بالغ بر ۱۶ درصد این پرداخت بابت خدمات سرپایی صورت گرفته است. ایشان در مطالعه خود خدمات دندانپزشکی را نیز لحاظ نموده و سهم بالای پرداخت غیررسمی سرپایی را نیز مربوط به

خدمات دندانپزشکی عنوان کرده‌اند (Atanasova et al., ۲۰۱۳b). مطالعات مختلف صورت گرفته در صربستان نیز سهم خدمات سرپایی از پرداخت غیررسمی را بالاتر ارزیابی کرده‌اند (Arsenijevic et al., ۲۰۱۵). لذا بر اساس آنچه عنوان شد و همچنین اقدامات صورت گرفته در راستای کنترل پرداخت‌های غیررسمی در قالب طرح تحول سلامت، توجه اصلی می‌بایست به سمت خدمات سرپایی و بویژه خدمات دندانپزشکی که کنترل لازم بر تعرفه‌ها و خدمات ارائه شده آن در حال حاضر وجود ندارد، معطوف گردد تا اثرات اقدامات کنترلی صورت گرفته اثربخش‌تر باشد.

نکته جالب توجه در یافته‌های مطالعه حاضر، کاهش میزان پرداخت غیررسمی با افزایش جدیت بیماری بیماران بود. بدین صورت که با افزایش جدیت بیماری، نسبت پرداخت غیررسمی کاهش معناداری یافته است و بیمارانی که بیماری جدی‌تری داشتند، پرداخت غیررسمی کمتری نیز انجام داده بودند. در ادامه نتایج مطالعه نشان داد که بیمارانی که عمل جراحی نداشتند نیز بیشتر از بیمارانی که بیماری جدی و عمل جراحی داشتند، پرداخت غیررسمی انجام داده بودند. این در حالی است که در مطالعه پارسا و همکاران (۲۰۱۵) نتایج نشان داد که بیشترین سهم پرداخت غیررسمی در خدمات جراحی صورت می‌گیرد (Parsa et al., ۲۰۱۵) که با یافته‌های مطالعه حاضر منطبق نیست. از عمده دلایل اختلاف نتایج این دو مطالعه، کیفی بودن مطالعه پارسا و همکاران می‌تواند باشد که نظر و دیدگاه ۱۲ نفر از پزشکان متخصص را پیرامون پرداخت غیررسمی جویا شده و بر آن اساس نتیجه‌گیری کرده‌اند حال آنکه در مطالعه حاضر با استفاده از روش کمی و نمونه‌گیری تصادفی از بین ۴۸۷ بیمار دریافت کننده خدمات از ۶ بیمارستان در ۳ استان، داده‌ها جمع‌آوری شده و مورد تحلیل قرار گرفته است. این نشان می‌دهد که باور و اعتقاد بالاتر بودن پرداخت غیررسمی صرفاً در خدمات درمانی پرهزینه کاملاً اثبات شده نیست و می‌بایست به صورت دقیق و در دامنه جمعیت وسیع‌تری مورد بررسی مجدد قرار گیرد. چرا که شناسایی حجم پرداخت غیررسمی بر مبنای نوع خدمات ارائه شده مسیر سیاست‌گذاری مناسب را جهت تدوین سیاست‌های مناسب کنترل پرداخت غیررسمی و اولویت‌گذاری اقدامات اصلاحی را مشخص می‌سازد. البته شواهدی از پایین بودن سهم خدمات جراحی از پرداخت غیررسمی در برخی مطالعات ارائه شده است (Shrime et al., ۲۰۱۵) ولی غالب مطالعات صورت گرفته در ایران و جهان تأکید دارند که خدمات جراحی بالاترین سهم پرداخت غیررسمی را به خود اختصاص می‌دهند (Krupka et al., ۲۰۱۲), (Ungureanu et al., ۲۰۱۳) که می‌بایست در امر برنامه‌ریزی و دستورگذاری سیاستمداران برای اصلاح فرآیند کنترل هزینه‌های نظام سلامت مدنظر قرار گیرد.

یافته مهم دیگر مطالعه حاضر، نوع تخصص پزشکان متقاضی پرداخت غیررسمی بود. بررسی صورت گرفته بر مبنای اظهارات شرکت‌کنندگان در مطالعه نشان داد که بالاترین سهم پرداخت غیررسمی در بین جامعه مورد مطالعه، متعلق به متخصصان زنان و زایمان بوده است. در مطالعه ای که به تحلیل پرداخت‌های غیررسمی در بخش سلامت در اسلواکی پرداخته شده است، یافته‌ها نشان داد که ۲۴٪ از پرداخت‌های غیررسمی به متخصصین زنان و زایمان بوده است که بعد از متخصص کودکان (۲۸٪) و جراحان (۲۵٪) بیشترین میزان بوده است (Szalayová, ۲۰۱۴). همانطور که بررسی صورت گرفته در

فاز دوم مطالعه بر روی پایگاه داده‌ای سازمانه ۱۶۹۰ نشان داد، در کل کشور متخصصان زنان و زایمان سهم بالایی از شکایات صورت گرفته بابت تعرفه‌های نامتعارف و پرداخت غیررسمی را به خود اختصاص داده بودند که این یافته نتایج این فاز از مطالعه را تأیید می‌کند. یکی از بالاترین شکایات صورت گرفته از متخصصان زنان و زایمان بابت اخذ وجه به منظور انجام سونوگرافی در مطب و همچنین ترجیح زایمان سزارین به جای زایمان طبیعی بوده است. طبق قوانین موجود نه تنها متخصص زنان نباید خودش سونوگرافی انجام دهد بلکه اگر سونوگرافی بارداری را به شیوه علمی به متخصص سونوگرافی ارجاع دهد معمولاً تنها سه بار سونوگرافی در طول بارداری کافی است و این درحالی است که متخصصین زنان از بی اطلاعی مردم سوءاستفاده کرده و هم خودشان سونوگرافی می‌کنند (خبرگزاری مهر، ۱۳۹۵). با این اوصاف استفاده سونوگرافی در مطب متخصصان زنان و زایمان علاوه تداخل حرفه‌ای با رادیولوژیست‌ها، تبعات اقتصادی از جمله افزایش هزینه‌های نظام سلامت و پتانسیل پرداخت غیررسمی بالاتر را به همراه دارد که می‌بایست مدنظر سیاستگذاران و متولیان امر قرار گیرد. علاوه بر استفاده از سونوگرافی در مطب متخصصان زنان و زایمان، تقاضای زیرمیزی بابت تجویز زایمان سزارین به جای زایمان طبیعی از جمله مشکلات مرتبط با این حیطه است. زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی رایگان شده است، اما هنوز تب سزارین بالاست و کاهش نرخ سزارین بنابر مطالعات پس از طرح تحول سلامت معنادار بوده ولی هنوز با استانداردهای بین‌المللی اختلاف معناداری دارد (زارعی ۲۰۱۶, Safari-Faraman et al., ۲۰۱۶, Aghyousefi et al., ۲۰۱۶). در این میان برخی متخصصان زنان، همچنان مادران را به سزارین تشویق می‌کنند و علاوه بر هزینه بیمارستان پول زیرمیزی می‌گیرند. مسیری که قطعاً خلاف سیاست‌های توسعه جمعیت است و می‌بایست تمهیدات لازم در این خصوص صورت گیرد. چرا که کاهش پرداخت غیررسمی به متخصصان زنان و زایمان، تأثیر قابل توجهی در کاهش نرخ کلی پرداخت غیررسمی در کشور خواهد داشت. یکی از راهکارها در این زمینه، نظارت دقیق در امر انجام سونوگرافی در مطب پزشکان و همچنین فرهنگ سازی قوی تر در زمینه ترویج و تشویق زنان به زایمان طبیعی خودخواسته می‌باشد.

آبان ماه ۱۳۹۳ وزیر بهداشت در راستای سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، به منظور جلوگیری از وقوع تخلفات در بخش سلامت و رسیدگی به شکایات از عملکرد اشخاص حقیقی و حقوقی فعال در بخش سلامت کشور، "شیوه نامه اجرایی بسته نظارتی اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت" را ابلاغ کرد. بر اساس این شیوه نامه هرگونه دریافتی بالاتر از سقف تعرفه خدمات سلامت مصوب هیئت وزیران به هر طریقی از جمله قید خدمات ارائه نشده در صورت حساب بیمار، دریافت هرگونه وجه بدون ارائه رسید رسمی هرگونه دریافتی خارج از بیمارستان ها و مراکز جراحی محدود بابت ارائه خدمات در این موسسات، عقد هرگونه قرارداد یا پرداخت بالاتر از تعرفه های مصوب هیئت وزیران توسط سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی و سایر نهادهای حمایتی و سایر سازمانهای دولتی و غیر دولتی خریدار خدمات سلامت و هرگونه تبانی مالی بین موسسات و مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت به ضررگیرندگان خدمات تخلف محسوب می شود (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۳ آبان).

بر این اساس و با توجه به شیوع پرداخت غیررسمی و به منظور شناسایی روند و نحوه پرداخت صورت گرفته در راستای تدوین گذرگاههای کنترلی برای ممانعت از این نوع پرداختها، در مطالعه حاضر به بررسی نحوه و نوع پرداخت غیررسمی صورت گرفته توسط بیماران پرداخته شد. بررسیهای صورت گرفته نشان داد که عمده پرداخت غیررسمی قبل از هرگونه اقدامی از سوی پزشک تقاضا شده و سهم بالای آن متعلق به پرداخت نقدی بوده است. چپو و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود بر روی روشهای پرداخت غیررسمی در تایوان، عنوان می کنند که پرداخت غیررسمی در نظام سلامت تایوان به شدت ریشه در مسائل فرهنگی و اجتماعی دارد. ایشان به بررسی شیوههای پرداخت غیررسمی و میزان آن قبل و بعد از اجرای طرح ملی بیمه سلامت پرداخته و نشان دادند که هرچند بیمه ملی سلامت هزینههای سلامت خانوار را کاهش داد ولی تأثیر در بعد فرهنگی پرداخت غیررسمی نداشته است. همچنین مطالعه ایشان نشان داد که پرداخت نقدی و دادن هدیه دو روش عمده پرداخت غیررسمی در نظام سلامت تایوان شناخته می شود (Chiu et al., ۲۰۰۷) که با یافتههای مطالعه حاضر نیز منطبق است.

بنابراین بر مبنای نتایج مبادی کنترل پرداخت غیررسمی می بایست در فرآیندهای پیش بیمارستانی و همچنین قطع رابطه مالی پزشک و بیمار صورت گیرد تا بتواند اثرات مثبتی بر کنترل پرداخت غیررسمی داشته باشد. چرا که درخواست مستقیم پزشک از بیماران به عنوان مهمترین روش تقاضای پرداخت غیررسمی در مطالعه حاضر عنوان شد. در صورتی که رابطه مستقیم مالی بین پزشک و بیمار برقرار نباشد یکی از ضعفهای عمده نظام قضایی رسیدگی به تخلفات پزشکی که مانع از برخورد سیستمی با خطاها از جمله دریافت زیرمیزی پزشکان می شود، فقدان قانون مدون و شفاف در این زمینه است. روزی طرح شبنم به کار گرفته می شود و روز بعد طرح برچسب اصالت را استفاده می کنند و یک روز هم بحث کدهای ۱۶ رقمی مطرح است. در حالی که قانون دو معیار کد شناسه و کد رهگیری را برای بازار خرده فروشی در نظر گرفته است که خطا را به شدت کم می کند. البته هیچ گاه نگاه دادسرای رسیدگی به جرایم پزشکی مبتنی بر نگاه مجازات محور نبوده است ولی فقدان قانون مدون، موجب سوء استفاده از شکاف قانونی می گردد (ذبیح الله زاده، ۱۳۹۴). در این راستا، طرح تحول سلامت نیز از طریق اعمال کتاب جدید ارزشهای نسبی خدمات درمانی و واقعی سازی تعرفهها تا حدودی بر رابطه مستقیم مالی پزشک و بیمار تأثیر مثبت داشته است و بر مبنای مطالعات توانسته هزینههای غیررسمی نظام سلامت را کنترل کند (Parsa et al., ۲۰۱۵; Piroozi et al., ۲۰۱۶).

در نهایت بر مبنای آنچه نتایج این بخش از مطالعه حاضر نشان داد که متغیرهای جنسیت بیماران، سن، داشتن بیمه های مختلف به ویژه بیمه تکمیلی، میزان درآمد و محل سکونت از جمله متغیرهای موثر بر پرداخت غیررسمی هستند که میزان تأثیر هر متغیر می بایست در مطالعات بعدی به صورت رگرسیونی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین بر اساس آنچه نتایج مطالعه نشان داد بیماران دریافت کننده خدمات سرپایی که معضل و بیماری جدی نداشته و تحت عمل جراحی قرار نگرفته بودند و اکثراً خدمات زنان و زایمان دریافت کرده بودند، بیش از سایر بیماران پرداخت غیررسمی انجام داده بودند.

در نهایت بر اساس یافته‌های این بخش از مطالعه، مشخص شد که عمده پرداخت غیررسمی قبل از دریافت خدمات صورت می‌گیرد و پرداخت نقدی شکل غالب پرداخت غیررسمی است. از طرفی بیشتر پرداخت غیررسمی کمتر از یک میلیون تومان بوده و اختلاف معناداری بین مبالغ پرداختی مشاهده شد. مطالعه نشان داد درخواست مستقیم پزشک در رأس نحوه درخواست پرداخت غیررسمی قرار دارد که می‌بایست با سیاست‌های بیمه‌ای مناسب با محوریت قطع ارتباط مالی مستقیم پزشک و بیمار راهکارهایی کاهش آن مدنظر قرار گیرد. نتایج نشان داد که اجبار و ناچاری اولین و اصلی‌ترین انگیزه پرداخت غیررسمی را به خود اختصاص می‌دهد. چرا که با توجه به ماهیت کالای سلامت از نظر کشش ناپذیری و تقاضای پرداخت غیررسمی در زمان نیاز، خانوارها از هر سطح درآمدی و سطح اجتماعی مجبور به اطاعت و اجابت درخواست پزشک مبنی بر پرداخت غیررسمی شده و همین عامل موجب شکل‌گیری هزینه‌های کمرشکن و افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌گردد.

راهکارهای کاهش پرداخت های غیر رسمی

همانطور که یافته های مطالعه حاضر نشان داد ۶ راهکار به عنوان راهکارهای اصلی کاهش پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت از دیدگاه متخصصان انتخاب شدند که به ترتیب اولویت شامل «وضع مقررات مناسب که بتواند باعث افزایش رقابت شود» با میانگین وزن ۰/۲۴۲، «افزایش شفافیت و آگاهی شهروندان» با میانگین وزن ۰/۲۱۷، «افزایش کیفیت ارائه خدمات» با میانگین وزن ۰/۱۸۹، «اعمال مجازات سخت» با میانگین وزن ۰/۱۴۹، «آسان کردن راه شکایت» با میانگین وزن ۰/۱۱۴ و «جدایی خریدار- ارائه کننده» با میانگین وزن ۰/۰۸۹ می باشند. در مطالعات صورت گرفته در کشورهای مختلف جهان پیرامون پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت، راهکارهای متفاوتی ارائه شده اند که برخی از آنها در راستای مطالعه حاضر و برخی برخلاف یافته های مطالعه حاضر می باشند. در مطالعات انجام شده توسط آتانسوا^۱ و همکارانش (Atanasova et al., ۲۰۱۴) در سال ۲۰۱۴ در بلغارستان و انسور^۲ و همکارانش (Ensor, ۲۰۰۴b) در سال ۲۰۰۴، وضع مقررات مناسب به عنوان یکی از راهکارهای کاهش پرداخت های غیررسمی، اشاره شده است. در مطالعه حاضر نیز این راهکار به عنوان مهمترین و اصلی ترین راهکار از دیدگاه متخصصان انتخاب شد که همسو با مطالعات ذکر شده است. در مطالعه انجام شده توسط پارسا و همکارانش در کشور که قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت انجام شده است، راهکار افزایش تعرفه های پزشکان به عنوان مهمترین استراتژی کاهش پرداخت های غیررسمی نام برده شد که به نظر می رسد با توجه به وجود این نوع پرداخت ها پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت، کارایی خود را از دست داده و این استراتژی نمی تواند همچنان به عنوان یک استراتژی اصلی، به جلوگیری از این نوع پرداخت ها در ایران، به کار گرفته شود.

در مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف، راهکار افزایش آگاهی شهروندان و به خصوص بیماران که در مطالعه حاضر به عنوان دومین عامل کاهش پرداخت های غیر رسمی انتخاب شد، به عنوان یکی از راهکارهای اصلی و کلیدی عنوان شده است. از جمله این مطالعات می توان به مطالعه گودوو^۳ و همکارانش (Gordeev et al., ۲۰۱۴) در سال ۲۰۱۴، مطالعه ویان و همکارانش (Vian et al., ۲۰۰۶) در سال ۲۰۰۶ و مطالعه مختاری^۴ و همکارانش (Mokhtari and Ashtari, ۲۰۱۲) در سال ۲۰۱۲ در کشور مولداوی، اشاره نمود.

در مطالعه انجام شده توسط آروا^۵ و همکارانش (Aarva et al., ۲۰۰۹a) در سال ۲۰۰۹ در روسیه، مطالعه استرپتو^۶ و همکارانش (Stepurko et al., ۲۰۱۳) در سال ۲۰۱۳ در شش کشور اروپای شرقی و مطالعه

^۱ Atanasova

^۲ Ensor

^۳ Gordeev

^۴ Mokhtari

^۵ Aarva

^۶ Stepurko

ویان^۱ و همکارانش (Vian et al., ۲۰۱۵b) در سال ۲۰۱۵ در کشور مولداوی، افزایش کیفیت ارائه خدمات به عنوان یکی از راهکارهای اصلی کاهش پرداخت های غیر رسمی عنوان شده است. اعمال مجازات های سخت برای دریافت کنندگان زیر میزی یکی دیگر از راهکارهای کاهش زیرمیزی در کشورهای مختلف ذکر شده است (Riklikiene et al., ۲۰۱۴b, Ensor, ۲۰۰۴). هر چند اعمال مجازات سخت می تواند به کاهش پرداخت های غیررسمی کمک نماید، اما به نظر می رسد اعمال مجازات ها باید به گونه ای باشد که باعث مهاجرت افراد از بخش دولتی به خصوصی نشود. آسان کردن راه شکایت می تواند در راستای آگاهی افراد جامعه در زمینه زیرمیزی، به عنوان یک استراتژی مناسب در جهت کاهش پرداخت های غیر رسمی در ایران و گره گشای سیاستگذاران نه تنها در نظام سلامت، بلکه در سایر سازمان های کشور، مورد استفاده قرار گیرد. در این زمینه در سال ۲۰۱۳ در کشور یونان توسط کایتلیو^۲ و همکارانش (Kaitelidou et al., ۲۰۱۳) انجام شده است که در راستای مطالعه حاضر می باشد. همچنین استپورکو^۳ و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود به بررسی تأثیر ادراک مصرف کنندگان خدمات بر پرداخت غیررسمی پرداخته و عنوان کردند افرادی بیش تر پرداخت های غیررسمی را انجام می دهند که هنگام ترک مطب در صورتی که انعام نپردازند، احساس خوشایندی ندارند و یا افرادی که نمی توانند به درخواست های کارکنان سلامت مبنی بر پرداخت انعام، پاسخ منفی دهند (Stepurko et al., ۲۰۱۳). به نظر می رسد در کشورهای مختلف به علت آگاهی شهروندان و بیماران از حقوق خود تا حدودی این مشکل مرتفع گردیده در حالی که در کشور ما و با توجه به نظر متخصصان هنوز بیماران در مورد حقوق خود و حتی در مورد زیرمیزی اطلاعات کمی داشته که این در نهایت منجر به سوء استفاده ارائه دهندگان خدمات در کشور می شود. در نهایت راهکار جدایی خریدار-ارائه کننده در مطالعه حاضر به عنوان ششمین و آخرین عامل اثرگذار بر کاهش پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت، شناسایی شد. در زمینه جدایی خریدار-ارائه کننده نیز تنها یک مطالعه یافت شد که مشابه مطالعه حاضر می باشد (Belli et al., ۲۰۰۴).

^۱ Vian

^۲ Kaitelidou

^۳ . Stepurko

نتیجه گیری و پیشنهادات

با توجه به میزان بالای شکایات در بخش سرپایی و نیز اختصاص حجم قابل توجهی از شکایات به تخصص های زنان و زایمان و دندانپزشکی شایسته است توجه و اهتمام ویژه ای در زمینه اتخاذ راهبردهای کاهش و مقابله با پرداخت زیر میزی در این دسته از تخصص ها و نیز این رسته از خدمات صورت گیرد. از آنجایی که عمده پرداخت های غیررسمی قبل از دریافت خدمات و به صورت پرداخت نقدی به درخواست مستقیم پزشک می باشد با اتخاذ سیاست های بیمه ای مناسب با محوریت قطع ارتباط مالی مستقیم پزشک و بیمار می توان با این وجه از پرداخت های غیر رسمی نیز مقابله نمود. بنا بر نتایج مطالعه اجبار و ناچاری اولین و اصلی ترین انگیزه پرداخت غیررسمی را به خود اختصاص می دهد لذا فراهم آوردن و بهبود دسترسی به خدمات در بین اقشار مختلف جامعه به ویژه افراد آسیب پذیر و نیز ارتقای کیفیت خدمات اقدامی موثر در کاهش این انگیزه و بهره مندی بیشتر افراد از خدمات سلامت بدون مواجهه با هزینه های کمر شکن شود.

با توجه به محرز بودن نقش میزان ناکافی ورودی در رشته پزشکی در ایجاد مانع بر سر ارائه خدمات سلامت به مقدار کافی و با کیفیت اتخاذ راهبرد افزایش ظرفیت این رشته می تواند در دستور کار وزارت بهداشت قرار گیرد لیکن در همین راستا جهت حفظ قداست حرف پزشکی و نیز حفظ اعتماد و ارتباط بین بیمار و رسته ارائه دهندگان خدمات درمانی براساس تعهدات معنوی و اخلاقی، توجه کافی به چارچوب های اخلاقی در آموزش این رشته الزامی است.

علی رغم توافق بر سر ۶ دسته راهبردهای اصلی کاهش پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت باید توجه داشت برخی راهکارها بدون اتخاذ روش های دیگر ممکن است نتیجه مناسب را در پی نداشته باشد. برای مثال راهبرد ساده نمودن فرآیند شکایات، اعمال مجازات سخت و قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار، اصلاح قوانین و تقویت بعد نظارت را می طلبد.

به منظور بررسی دلایل ماندگاری پرداخت غیر رسمی و تغییرات منفی و یا عدم تغییر در میزان گستردگی پدیده زیر میزی پس از اجرای طرح تحول اجرای آزمایشی برخی راهبردهای پیشنهاد شده برآمده از این مطالعه و انجام مطالعات شبه تجربی متعاقب آنها به منظور تعیین اثر بخشی طرح های در بر گیرنده هر یک از راهبردها می تواند به اتخاذ سیاست های مقابله با این پدیده در سطح کلان کمک نماید.

پیشنهادات برای مطالعات تکمیلی

نظر به اینکه هیچ مطالعه‌ای پوشش دهنده تمام ابعاد مولفه‌های مورد بررسی نیست لذا در این بخش با توجه به یافته‌های اصلی مطالعه و بر مبنای اهداف مطرح شده، پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی که در راستای تکمیل نتایج مطالعه حاضر می‌تواند صورت گیرد به شرح زیر ارائه می‌گردد:

- نظر به اینکه بخش عمده‌ای از شکایات مربوط به پرداخت غیررسمی گزارش شده در سامانه ۱۶۹۰ از پزشکان عمومی بوده است، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای میدانی به صورت کمی و کیفی به بررسی علل بالا بودن شکایات از پزشکان عمومی طراحی گردد.
- با توجه به راهکارهای شناسایی شده برای مقابله با پرداخت غیررسمی در ایران، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با هدف بررسی تأثیرات اجرای هر یک از راهکارهای شناسایی شده بر کاهش پرداخت غیررسمی در نقاط مختلف کشور و با توجه به بستر و زمینه موجود طراحی گردند.
- نظر به اینکه در مطالعه حاضر و مطالعات متعدد خدمات زنان و زایمان به عنوان عمده‌ترین خدمات دارای پرداخت غیررسمی شناخته شده است و نظر به اینکه یکی از محورهای اصلی طرح تحول سلامت، ترویج زایمان طبیعی می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود با تمرکز خاص به این موضوع مطالعه‌ای با عنوان بررسی بسته ترویج زایمان طبیعی طرح تحول سلامت بر کاهش پرداخت غیررسمی خدمات زنان و زایمان طراحی و اجرا گردد.
- با توجه به نتایج حاصل از فاز اول مطالعه (مرور نظامند) و همچنین نتایج فاز نهایی مطالعه (راهکارهای کاهش پرداخت غیررسمی)، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای تطبیقی از منظر بررسی ارتباط راهکارهای شناسایی شده با بستر و زمینه کشورهای منتخب در راستای کاهش پرداخت غیررسمی طراحی و اجرا گردد.
- یکی از یافته‌های اصلی مطالعه حاضر، علل شیوع پرداخت غیررسمی با و بدون اجرای طرح تحول سلامت بود، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در راستای بررسی میزان تأثیر هر یک از علل شناسایی شده بر شیوع پرداخت غیررسمی به صورت کشوری و استانی طراحی و اجرا گردد. همچنین مطالعه رگرسیونی در راستای شناسایی بار عاملی هر کدام از علل شناسایی شده نیز در این مقوله می‌تواند طراحی و اجرا گردد.
- پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای در راستای شناسایی میزان و درصد تأثیر پرداخت غیررسمی بر هزینه‌های نظام سلامت به صورت کمی و با بهره‌گیری از مدل‌های اقتصادی طراحی و اجرا گردد که در اهداف مطالعه حاضر مدنظر قرار نگرفته است.

منابع

- AARVA, P., ILCHENKO, I., GOROBETS, P. & ROGACHEVA, A. ۲۰۰۹a. Formal and informal payments in health care facilities in two Russian cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy and Planning*, ۲۴, ۳۹۵-۴۰۵.
- AARVA, P., ILCHENKO, I., GOROBETS, P. & ROGACHEVA, A. ۲۰۰۹b. Formal and informal payments in health care facilities in two Russian cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy and Planning*, czp.۲۹.
- AGHYOUSEFI, A., AMIRPOUR, B., ALIPOUR, A. & ZARE, H. ۲۰۱۶. Assessment of changes in cesarean indications before and after the implementation of health sector evolution plan in pregnant women referred to Nezam-Mafi hospital, Shoush, Khoozestan province in ۲۰۱۳-۲۰۱۴. *Pajoohandeh Journal*, ۲۰, ۳۲۰-۳۲۶.
- ALLIN, S., DAVAKI, K. & MOSSIALOS, E. ۲۰۰۶. Paying for 'free' health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. *Global Corruption Report*, ۶۳.
- AMIREMAILI, M., NEKOEIMOGHADAM, M., ESFANDIARI, A., RAMEZANI, F. & SALARI, H. ۲۰۱۳. Causes of informal payments in health sector: a qualitative study of viewpoints of physicians, policy makers and patients. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, ۶, ۷۲-۸۳.
- ANTWI, Y. A., MORIYA, A. S. & SIMON, K. I. ۲۰۱۵. Access to health insurance and the use of inpatient medical care: evidence from the Affordable Care Act young adult mandate. *Journal of health economics*, ۳۹, ۱۷۱-۱۸۷.
- ARSENIJEVIC, J., PAVLOVA, M. & GROOT, W. ۲۰۱۴. Out-of-pocket payments for public healthcare services by selected exempted groups in Serbia during the period of post-war healthcare reforms. *International Journal of Health Planning and Management*, ۲۹, ۳۷۳-۳۹۸.
- ARSENIJEVIC, J., PAVLOVA, M. & GROOT, W. ۲۰۱۵. Out-of-pocket payments for health care in Serbia. *Health Policy*, ۱۱۹, ۱۳۶۶-۷۴.
- ATANASOVA, E., PAVLOVA, M., MOUTAFOVA, E., RECHEL, B. & GROOT, W. ۲۰۱۳a. Informal payments for health services: The experience of Bulgaria after ۱۰ years of formal co-payments. *European Journal of Public Health*, ۲۴, ۷۳۳-۷۳۹.
- ATANASOVA, E., PAVLOVA, M., MOUTAFOVA, E., RECHEL, B. & GROOT, W. ۲۰۱۳b. Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: Financial burden and barrier to access. *European Journal of Public Health*, ۲۳, ۹۱۶-۹۲۲.

- ATANASOVA, E., PAVLOVA, M., MOUTAFOVA, E., RECHEL, B. & GROOT, W. ۲۰۱۴. Informal payments for health services :the experience of Bulgaria after ۱۰ years of formal co-payments. *The European Journal of Public Health*, ۲۴, ۷۳۳-۷۳۹.
- BAJARI, P., DALTON, C., HONG, H. & KHWAJA, A. ۲۰۱۴. Moral hazard, adverse selection, and health expenditures: A semiparametric analysis .*The RAND Journal of Economics*, ۴۵, ۷۴۷-۷۶۳.
- BAJI, P., PAVLOVA, M., GULACSI, L. & GROOT, W. ۲۰۱۳. Exploring consumers' attitudes towards informal patient payments using the combined method of cluster and multinomial regression analysis--the case of Hungary .*BMC Health Serv Res*, ۱۳, ۶۲.
- BAJI, P., PAVLOVA, M., GULÁCSI, L. & GROOT, W. ۲۰۱۲. Changes in equity in out-of-pocket payments during the period of health care reforms: Evidence from Hungary. *International Journal for Equity in Health*, ۱۱.
- BAKX, P., MEIJER, C., SCHUT, F. & DOORSLAER, E. ۲۰۱۵. Going Formal or Informal, Who Cares? The Influence of Public Long-Term Care Insurance. *Health economics*, ۲۴, ۶۳۱-۶۴۳.
- BALABANOVA, D. & MCKEE, M. ۲۰۰۲. Understanding informal payments for health care: The example of Bulgaria. *Health Policy*, ۶۲, ۲۴۳-۲۷۳.
- BARBER, S., BONNET, F. & BEKEDAM, H. ۲۰۰۴. Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health Policy and Planning*, ۱۹, ۱۹۹-۲۰۸.
- BELLI, P., GOTSADZE, G. & SHAHRIARI ,H. ۲۰۰۴. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, ۷۰, ۱۰۹-۱۲۳.
- BELLI, P. & SHAHRIARI, H. ۲۰۰۲a. Qualitative study on informal payments for health services in Georgia.
- BELLI, P. & SHAHRIARI, H. ۲۰۰۲b. Qualitative Study on Informal Payments for health Services in Georgia. Health. *Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*.
- BONCZ, I., NAGY, J., SEBESTYÉN, A. & KÖRÖSI, L. ۲۰۰۴. Financing of health care services in Hungary. *The European Journal of Health Economics, formerly: HEPAC*, ۵, ۲۵۲-۲۵۸.
- CABRAL, M. & CULLEN, M. R. ۲۰۱۶. Estimating the Value of Public Insurance Using Complementary Private Insurance.

- CASSEL, C. K. ۱۹۹۶. The patient-physician covenant: an affirmation of Asklepios. *Annals of internal medicine*, ۱۲۴, ۶۰۴-۶۰۶.
- CHAWLA, M., BERMAN, P., WINDAK, A. & KULIS, M. ۲۰۰۴. Provision of ambulatory health services in Poland: a case study from Krakow. *Social science & medicine*, ۵۸, ۲۲۷-۲۳۵.
- CHERECHESŢ, R., UNGUREANU, M., RUS, I. & BABA, C. ۲۰۱۱. Informal payments in the health care system -research, media and policy. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, ۵-۱۴.
- CHERECHESŢ, R. M., UNGUREANU, M. I., SANDU, P. & RUS, I. A. ۲۰۱۳. Defining informal payments in healthcare: a systematic review. *Health Policy*, ۱۱۰, ۱۰۵-۱۱۴.
- CHIN, J. J. ۲۰۰۱. Doctor-patient relationship: a covenant of trust. *Singapore Med J*, ۴۲, ۵۷۹-۸۱.
- CHIU, Y.-C., SMITH, K. C., MORLOCK, L. & WISSOW, L. ۲۰۰۷. Gifts, bribes and solicitations: Print media and the social construction of informal payments to doctors in Taiwan. *Social Science & Medicine*, ۶۴, ۵۲۱-۵۳۰.
- DERCON, S. & KRISHNAN, P. ۲۰۰۰. In sickness and in health: Risk sharing within households in rural Ethiopia. *Journal of Political Economy*, ۱۰۸, ۶۸۸-۷۲۷.
- ENSOR, T. ۲۰۰۴a. Informal payments for health care in transition economies. *Soc Sci Med*, ۵۸, ۲۳۷-۴۶.
- ENSOR, T. ۲۰۰۴b. Informal payments for health care in transition economies. *Social science & medicine*, ۵۸, ۲۳۷-۲۴۶.
- ENTHOVEN, A. C. ۲۰۱۴. *Theory and practice of managed competition in health care finance*, Elsevier.
- FOLLAND, S., GOODMAN, A. C. & STANO, M. ۲۰۰۷. *The economics of health and health care*, Pearson Prentice Hall New Jersey.
- GAAL, P., EVETOVITS, T. & MCKEE, M. ۲۰۰۶. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*, ۷۷, ۸۶-۱۰۲.
- GAAL, P. & MCKEE, M. ۲۰۰۴. Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'. *International Journal of Health Planning and Management*, ۱۹, ۱۶۳-۱۷۸.
- GAJIC-STEVANOVIC, M., DIMITRIJEVIC, S., VUKSA, A. & JOVANOVIĆ, D. ۲۰۱۱. Health care system and spending in Serbia from ۲۰۰۴ to ۲۰۰۸. *Serbian Institute of Public Health BDr Milan Jovanovic Batut[^], Belgrade*.

- GHIASIPOUR, M., ABOLGHASEM, P., ARAB, M., MAHMOODI, M. & ABUTORABI, A. ۲۰۱۱. The Analysis of Informal Payments Among Hospitals Covered Under Tehran University of Medical Sciences (TUMS) ۲۰۰۹. *Hospital Quarterly*, ۱۰, ۱-۱۴.
- GORDEEV, V. S., PAVLOVA, M. & GROOT, W. ۲۰۱۴. Informal payments for health care services in Russia: old issue in new realities. *Health Economics, Policy and Law*, ۹, ۲۵-۴۸.
- GRENNAN, M. ۲۰۱۳. Price discrimination and bargaining: Empirical evidence from medical devices. *The American Economic Review*, ۱۰۳, ۱۴۵-۱۷۷.
- GRIGNON, M., OWUSU, Y. & SWEETMAN, A. ۲۰۱۳. The international migration of health professionals. *International Handbook on the economics of migration*, ۱, ۷۵-۹۷.
- HOTCHKISS, D. R., HUTCHINSON, P. L., MALAJ, A. & BERRUTI, A. A. ۲۰۰۵. Out-of-pocket payments and utilization of health care services in Albania: evidence from three districts. *Health Policy*, ۳۹-۱۸, ۷۵ ,
- HSU, C.-C. & SANDFORD, B. A. ۲۰۰۷. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, ۱۲, ۱-۸.
- JADIDFARD, M. P., YAZDANI, S., KHOSHNEVISAN, M. H. & MONAZZAM, K. ۲۰۱۵. A Study on the Coverage of Dental Services by the Armed Forces Medical Services Insurance Fund: A Potential Model for Initial Developments of Dental Insurance in Iran. *Journal Mil Med*, ۱۷, ۱-۷.
- JAFARI, A., RAVANGARD, R., HEIDARI, F., ROSHANI, M., HADIAN, M. & MOHAMMADI, M. ۲۰۱۵. Informal Payment in Health Settings: A Survey of Teaching Hospitals. *International Journal of Hospital Research*, ۴, ۸۳-۸۸.
- JELOVAC, I. ۲۰۱۵. Physicians' balance billing, supplemental insurance and access to health care. *International Journal of Health Economics and Management*, ۱۵, ۲۶۹-۲۸۰.
- KAITELIDOU, D. C., TSIRONA, C. S., GALANIS, P. A., SISKOU, O. C., MLADOVSKY, P., KOULI, E. G., PREZERAKOS, P. E., THEODOROU, M., SOURTZI, P. A. & LIAROPOULOS, L. L. ۲۰۱۳. Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy*, ۱۰۹, ۲۳-۳۰.
- KANKEU, H. T., BOYER, S., FODJO TOUKAM, R. & ABU-ZAINEH, M. ۲۰۱۴. How do supply-side factors influence informal payments for healthcare? The case of HIV patients in Cameroon. *The International journal of health planning and management*.

- KHODAMORADI, A., AGHLMAND, S., ARAB, M. & MOINI, M. ۲۰۱۵. Informal Payments and its Related Factors in Urmia Hospitals. *Hakim Research Journal*, ۱۷, ۳۱۳-۲۱.
- KILLINGSWORTH, J. R., HOSSAIN, N., HEDRICK-WONG, Y., THOMAS, S. D., RAHMAN, A. & BEGUM, T. ۱۹۹۹. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning*, ۱۴, ۱۵۲-۱۶۳.
- KRUK, M. E., MBARUKU, G., ROCKERS, P. C. & GALEA, S. ۲۰۰۸. User fee exemptions are not enough: Out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, ۱۳, ۱۴۴۲-۱۴۵۱.
- KRUPKA, D. C., SANDBERG, W. S. & WEEKS, W. B. ۲۰۱۲. The impact on hospitals of reducing surgical complications suggests many will need shared savings programs with payers. *Health Aff (Millwood)*, ۳۱, ۲۵۷۱-۸.
- LADOUCEUR, R. ۲۰۱۳. Should family physicians accept gifts from patients? *Canadian Family Physician*, ۵۹, ۱۲۵۴-۱۲۵۴.
- LEWIS, M. ۲۰۰۷. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*, ۲۶, ۹۸۴-۹۹۷.
- LIAROPOULOS, L., SISKOU, O., KAITELIDOU, D., THEODOROU, M. & KATOSTARAS, T. ۲۰۰۸. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, ۸۷, ۷۲-۸۱.
- MANEA, T. ۲۰۱۴. Medical bribery and the ethics of trust: The Romanian case. *Journal of Medicine and Philosophy*, jhu.۴۹.
- MCKAY, A. ۲۰۰۲. Supererogation and the profession of medicine. *Journal of Medical Ethics*, ۲۸, ۷۰-۷۳.
- MILLER, R. H. ۱۹۹۶. Competition in the health system: good news and bad news. *Health Affairs*, ۱۵, ۱۰۷-۱۲۰.
- MILLER, W. L., GRØDELAND, Å. B. & KOSHECHKINA, T. Y. ۲۰۰۰. If you pay, we'll operate immediately. *Journal of medical ethics*, ۲۶, ۳۰۵-۳۱۱.
- MOKHTARI, M. & ASHTARI, M. ۲۰۱۲. Reducing informal payments in the health care system: Evidence from a large patient satisfaction survey. *Journal of Asian Economics*, ۲۳, ۱۸۹-۲۰۰.
- MOOSAZADEH, M., AMIREMAILI, M., KARIMI, S., ARABPOOR, M. & AFSHARI, M. ۲۰۱۶. Appraisal of Access to Dental Services in South East of Iran Using Five as Model Age, ۱۵, ۶۱۶.
- NEKOEIMOGHADAM, M., ESFANDIARI, A., RAMEZANI, F. & AMIREMAILI, M. ۲۰۱۳. Informal payments in healthcare: a case study of

- Kerman province in Iran. *International journal of health policy and management*, ۱, ۱۵۷.
- ONWUJEKWE, O., DIKE, N., UZOCHUKWU, B. & EZEOKKE, O. ۲۰۱۰.a. Informal payments for healthcare: differences in expenditures from consumers and providers perspectives for treatment of malaria in Nigeria. *Health Policy*, ۹۶, ۷۲-۷۹.
- ONWUJEKWE, O., HANSON, K., UZOCHUKWU, B., ICHOKU, H., IKE, E. & ONWUGHALU, B. ۲۰۱۰.b. Are malaria treatment expenditures catastrophic to different socio-economic and geographic groups and how do they cope with payment? A study in southeast Nigeria. *Tropical Medicine and International Health*, ۱۵, ۱۸-۲۵.
- ÖZGEN, H., ŞAHİN, B., BELLI, P., TATAR, M. & BERMAN, P. ۲۰۱۰. Predictors of informal health payments: the example from Turkey. *Journal of medical systems*, ۳۴, ۳۸۷-۳۹۶.
- PARSA, M., ARAMESH, K., NEDJAT, S., KANDI, M. J. & LARIJANI, B. ۲۰۱۵. Informal Payments for Health Care in Iran: Results of a Qualitative Study. *Iranian journal of public health*, ۴۴, ۷۹.
- PEARSON, S. D., SABIN, J. E. & EMANUEL, E. J. ۱۹۹۸. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. *New England Journal of Medicine*, ۳۳۹, ۶۸۹-۶۹۳.
- PIROOZI, B., MORADI, G., NOURI, B., MOHAMADI BOLBANABAD, A. & SAFARI, H. ۲۰۱۶. Catastrophic health expenditure after the implementation of health sector evolution plan: a case study in the west of Iran. *Int J Health Policy Manag*, ۵, ۴۱۷-۴۲۳.
- PORTER, M. E. & TEISBERG, E. O. ۲۰۰۴. Redefining competition in health care. *Harvard business review*, ۶۴-۷۷.
- RIKLIKIENE, O., JARASIUNAITE, G. & STARKIENE, L. ۲۰۱۴. Informal patient payments in publicly financed healthcare facilities in Lithuania. *Scandinavian journal of public health*, ۱۴۰۳۴۹۴۸۱۴۵۳۸۱۲۵.
- ROBYN, P. J., SAUERBORN, R. & BÄRNIGHAUSEN, T. ۲۰۱۳. Provider payment in community-based health insurance schemes in developing countries: a systematic review. *Health policy and planning*, ۲۸, ۱۱۱-۱۲۲.
- ROWLEY, C., TOLLISON, R. D. & TULLOCK, G. ۲۰۱۳. *The political economy of rent-seeking*, Springer Science & Business Media.
- SAFARI-FARAMAN, R., HAGHDOOST, A. A., NAKHAEI, N., FOROUDNIA, S., MAHMOODABADI, Z. & SAFIZADEH, M. ۲۰۱۶. First birth cesarean

- proportion: A missed indicator in controlling policies. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, ۳۰, ۶۷۳-۶۷۸.
- SCHIEBER, G. & KLINGEN, N. Health financing reform in Iran: principles and possible next steps. Social Security Research Institute Health Economic Congress, Tehran, Islamic Republic of Iran, ۱۹۹۹.
- SCHWARZ, J., WYSS, K., GULYAMOVA, Z. M. & SHARIPOV, S. ۲۰۱۳. Out-of-pocket expenditures for primary health care in Tajikistan: A time-trend analysis. *BMC Health Services Research*, ۱۳.
- SETAYESH, M., N. NAKHAEI & A.A. ROUHANI ۲۰۰۴. "Survey of people idea about informal payment to Kerman physicians". *Journal of Ethics in Science and Technology*, ۲, ۸۱-۸۸.
- SETAYESH, M., NAKHAEI, N. & ROOHANI, A. ۲۰۱۱. Study of Public Opinion on informal payments to Kerman. *Ethics in Science and Technology*, ۲, ۸۱-۸۸.
- SHRIME, M. G., DARE, A. J., ALKIRE, B. C., O'NEILL, K. & MEARA, J. G. ۲۰۱۵. Catastrophic Expenditure to Pay for Surgery: A Global Estimate. *The Lancet. Global health*, ۳, S۳۸.
- SOULIOTIS, K., GOLNA, C., TOUNTAS, Y., SISKOU, O., KAITELIDOU, D. & LIAROPOULOS, L. ۲۰۱۶. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. *The European Journal of Health Economics*, ۱۷, ۱۵۹-۱۷۰.
- STEPURKO, T. ۲۰۱۳. Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine/Tetiana Stepurko, Milena Pavlova, Olena Levenets, Irena Gryga, Wim Groot. *The International journal of health planning and management*, ۲.
- STEPURKO, T., PAVLOVA, M., GRYGA, I. & GROOT, W. ۲۰۱۰. Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Services Research*, ۱۰, ۲۷۳.
- STEPURKO, T., PAVLOVA, M., GRYGA, I. & GROOT, W. ۲۰۱۳. 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*, ۴۶, ۴۱۹-۴۳۱.
- STEPURKO, T., PAVLOVA, M., GRYGA, I. & GROOT, W. ۲۰۱۵a. To pay or not to pay? A multicountry study on informal payments for health-care services and consumers' perceptions. *Health Expectations*, ۱۸, ۲۹۷۸-۲۹۹۳.
- STEPURKO, T., PAVLOVA, M., GRYGA, I., MURAUSKIENE, L. & GROOT, W. ۲۰۱۵b. Informal payments for health care services: The case of Lithuania, Poland and Ukraine. *Journal of Eurasian Studies*, ۶, ۴۶-۵۸.

- STRINGHINI, S., THOMAS, S., BIDWELL, P., MTUI, T. & MWISONO, A. ۲۰۰۹a. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health*, ۷, ۵۳ ,
- STRINGHINI, S., THOMAS, S., BIDWELL, P., MTUI, T. & MWISONO, A. ۲۰۰۹b. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health*, ۷, ۱.
- TAMBOR, M., PAVLOVA, M., GOLINOWSKA, S., SOWADA, C. & GROOT, W. ۲۰۱۳. The formal–informal patient payment mix in European countries. Governance, economics, culture or all of these? *Health Policy*, ۱۱۳, ۲۸۴-۲۹۵.
- TENGILIMOĞLU, D., GÜZEL, A., TOYGAR, A., AKINCI, F. & DZIEGIELEWSKI, S. F. ۲۰۱۵. Informal Payments in Health Systems: Purpose and Occurrences in Turkey. *Journal of Social Service Research*, ۴۱, ۶۸۴-۶۹۶.
- THAMPI, G. K. ۲۰۰۲. Corruption in South Asia, insights & benchmarks from citizen feedback surveys in five countries. *Transparency International*.
- TOMINI, S., GROOT, W. & PAVLOVA, M. ۲۰۱۲. Informal payments and intra-household allocation of resources for health care in Albania. *BMC health services research*, ۱۲, ۱.
- TOMINI, S. M. & GROOT, W. ۲۰۱۳. Paying informally for public health care in Albania: Scarce resources or governance failure? *Applied Economics*, ۴۵, ۵۱۱۹-۵۱۳۰.
- UNGUREANU, M. I., LITAN, C. M., RUS, I. A. & CHERECHEȘ, R. M. ۲۰۱۳. A brief insight into the study of informal health care payments in Romania. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, ۲۱۲-۲۱۹.
- VIAN, T. ۲۰۰۸. Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, ۲۳, ۸۳-۹۴.
- VIAN, T. & BURAK, L. J. ۲۰۰۶a. Beliefs about informal payments in Albania. *Health Policy Plan*, ۲۱, ۳۹۲-۴۰۱.
- VIAN, T. & BURAK, L. J. ۲۰۰۶b. Beliefs about informal payments in Albania. *Health Policy and Planning*, ۲۱, ۳۹۲-۴۰۱.
- VIAN, T., FEELEY, F. G., DOMENTE, S., NEGRUTA, A., MATEI, A. & HABICHT, J. ۲۰۱۵a. Barriers to universal health coverage in Republic of Moldova :A policy analysis of formal and informal out-of-pocket payments. *BMC Health Services Research*, ۱۵.
- VIAN, T., FEELEY, F. G., DOMENTE, S., NEGRUTA, A., MATEI, A. & HABICHT, J. ۲۰۱۵b. Barriers to universal health coverage in Republic of

