

## بررسی فراوانی و میزان پرداخت های غیر رسمی و عوامل موثر بر آن در بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران - ۱۳۸۸

مریم غیائی پور<sup>۱</sup>، ابوالقاسم پوررضا<sup>۲\*</sup>، محمد عرب<sup>۳</sup>، محمود محمودی<sup>۴</sup>، علی ابوترابی<sup>۵</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۱۸

### چکیده:

**زمینه و هدف:** پرداخت های غیر رسمی در بخش بهداشت و درمان، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه یک مانع عمده در راه اصلاح سیستم نظام سلامت به شمار می آید. پرداخت های غیر رسمی شکلی از فساد سیستماتیک بوده و اثرات نامطلوب بسیاری بر عملکرد نظام سلامت دارد. در این مطالعه، فراوانی و میزان پرداختهای غیررسمی در بیمارستانهای عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۸۸ مورد بررسی قرار گرفته است.

**مواد و روشها:** در این مطالعه مقطعی (توصیفی - تحلیلی)، روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای بوده است که در نهایت از میان ترخیص شدگان بخش های ICU ، CCU ، جراحی، اورژانس و داخلی بیمارستانهای عمومی آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳۰۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در یک مصاحبه تلفنی ساختارمند شرکت داده شدند.

**نتایج:** نتایج حاصل از پژوهش بیانگر آن بودند که ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه پرداخت غیر رسمی به کارکنان بیمارستان داشته اند. ۳/۷ درصد از افراد با درخواست پرداخت غیر رسمی از سوی کارکنان بیمارستان روبرو بوده اند. میان مدت اقامت و میانگین کل پرداخت غیر رسمی ارتباط معنی داری مشاهده گردید. فراوانی پرداخت غیر رسمی و وضعیت تاهل ارتباط معنی داری دارند.

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد آموزش بیماران و کارکنان بیمارستان، افزایش سطوح درآمد کارکنان، بهبود کمیت و کیفیت ارائه خدمات سلامت و تلاش در خصوص تغییر عقاید تثبیت شده ای که پرداخت های غیر رسمی را ضروری می دانند، در کنترل پرداختهای غیر رسمی موثر می باشد.

**کلمات کلیدی:** پرداختهای غیر رسمی، عوامل موثر بر پرداختهای غیر رسمی، پرداختهای زیر میزی، بیمارستان آموزشی.

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران (\*نویسنده مسئول)

آدرس: تهران، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت.

Email: abolghasemp@yahoo.com

۳. دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴. استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵. دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

## مقدمه

پرداخت‌های غیر اداری، پرداخت‌های فساد آمیز و... نیز شناخته می‌شوند (۲).

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

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

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

شواهد ناشی از مطالعات انجام شده، رشد روز افزونی را در پرداخت‌های غیر رسمی در تمام نقاط جهان بویژه کشورهای فقیر با درآمد پایین و نیز در کشورهای با اقتصاد در حال گذار (۱۱) و از جمله کشورهای اروپای مرکزی و شرقی و کشورهای آسیای میانه (۲۰) را نشان می‌دهد. محدوده فراوانی پرداخت‌های غیر رسمی بسیار گسترده بوده و از دو درصد در پرو تا ۹۶ درصد در پاکستان، متغیر است (۷). بخش عمده‌ای از بیماران در بلغارستان (۴۳ درصد)، لهستان (۴۶ درصد)، ترکمنستان (۵۰ درصد) و تاجیکستان (۷۰ درصد) مجبور به پرداخت‌های غیر رسمی برای خدماتی هستند که از لحاظ قانونی رایگان می‌باشند (۱۲).

در مطالعه‌ای که توسط Delcheva و همکارانش (۱۹۹۷) در بلغارستان صورت گرفته است، ۲/۴۹ درصد از ۷۰۶ فرد تحت

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

پرداخت مستقیم از جیب ضعیف‌ترین و ناعادلانه‌ترین شیوه پرداخت برای مراقبت سلامت می‌باشد. این شیوه از هر دو دیدگاه محافظت در برابر خطر و عدالت، بدترین شکل ممکن تامین مالی تلقی شده و بیشترین مواجهه را با خطرات مالی کمر شکن برای افراد در پی دارد (۲).

از دیدگاه اقتصادی، پرداخت‌های غیر رسمی شکلی از تامین مالی مستقیم از جیب محسوب می‌شوند، چرا که تأثیرات مشابهی بر روی تقاضا و بار تامین مالی در مقایسه با پرداخت‌های قانونی مصرف‌کنندگان می‌گذارند (۳، ۴). پرداخت‌های غیر رسمی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و کشور های در حال گذار، یک منبع عمده تامین مالی خدمات مراقبت سلامت و یک مانع جدی و اساسی در راه اصلاح نظام سلامت محسوب می‌شود (۵، ۶).

در یک تعریف کلی میتوان گفت پرداخت‌های غیر رسمی عبارتند از: (الف): پرداخت به اشخاص یا موسسات ارائه‌کننده خدمات در قالب پول نقد یا هدیه، خارج از مجاری پرداخت‌های رسمی، یا (ب): یا پرداخت بابت خرید دارو و تجهیزات پزشکی - توسط بیماران یا اعضای خانواده آنها - که تهیه آنها بر عهده سیستم مراقبت سلامت دولتی و واحد ارائه‌کننده خدمات باشد. لازم به ذکر است که خرید داوطلبانه دارو و تجهیزات از بخش خصوصی، در زمره پرداخت‌های غیر رسمی قرار نمی‌گیرد (۷).

آنچه به عنوان پرداخت‌های غیر رسمی در اکثر قریب به اتفاق متونی که پرداخت‌های غیر رسمی را محاسبه نموده‌اند، محاسبه شده است عبارتست از پرداخت‌هایی که - اعم از پولی یا غیر پولی - توسط یک فرد به کارکنان مراقبت سلامت صورت می‌گیرد و بخشی از حقوق رسمی مالیات کسر شده کارکنان نمی‌باشد. این پرداختها ممکن است مورد انتظار یا پیش‌بینی نشده باشد و ممکن است بابت خدمات روزمره و یا به منظور دریافت خدماتی اضافی و لوکس صورت گیرد (۸، ۹).

پرداخت‌های غیر رسمی با عناوین دیگری چون پولهای زیر میزی، پولهای سیاه، پولهای خاکستری، پول چایی،

جامعی در این خصوص صورت نگرفته است. لذا کوشش در برآورد میزان پرداخت‌های غیر رسمی و عوامل موثر بر آن در نظام سلامت کشور و از جمله بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران که از بزرگترین مراکز ارائه خدمات سلامت می باشد، ضروری به نظر می رسد و می تواند گامی مفید در ارتقاء مدیریت کارآمد نظام سلامت ایران باشد.

### مواد و روش کار

این مطالعه یک بررسی پیمایشی از نوع توصیفی-تحلیلی - مقطعی می باشد. جامعه پژوهش کلیه بیماراران مراجعه کننده به بخش های ICU، CCU، جراحی، اورژانس و داخلی بیمارستانهای آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸ بوده است. مطالعات اولیه نشان می دهد که حدود ۲۵ درصد افراد مراجعه کننده به بیمارستانها پرداختهای غیر رسمی دارند؛ لذا نمونه ای به حجم ۳۰۰ نفر برای اعتماد ۹۵ درصد و اشتباهی کمتر از ۵ درصد جوابگوی بررسی بوده است. روش نمونه گیری، نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای (multi-stage) می باشد که در سه مرحله صورت گرفته است. ابتدا ۳ بیمارستان به صورت تصادفی از میان بیمارستانهای تحت پوشش که عمومی و آموزشی بودند انتخاب گردید، سپس تعداد نمونه هر بیمارستان متناسب با تعداد ترخیص های آن بیمارستان تعیین شده و در مرحله پایانی تعداد پرسشنامه های هر بخش (۵ بخش مورد بررسی) متناسب با تعداد ترخیص های هر یک از بخش های مورد نظر، مشخص گردید. از مجموع ۳۰۰ فرد مورد مطالعه ۱۱۷ نفر از بیمارستان A، ۱۱۲ نفر از بیمارستان B، ۷۱ نفر از بیمارستان C بوده اند. که به ترتیب ۳۸ درصد از این افراد به بخش داخلی، ۳۱/۳ درصد به بخش جراحی، ۱۹/۷ درصد به اورژانس، ۵/۷ درصد به CCU و ۵/۳ درصد به ICU، تعلق داشته اند.

روش گردآوری داده ها مصاحبه و ابزار گردآوری، پرسشنامه ای مشتمل بر ۴ بخش بوده است:

**بخش اول (۱۰ سوال)** مشخصات بیمارستان و بخش، وضعیت دموگرافیک و بیمه افراد، نحوه مراجعه به بیمارستان، و مدت اقامت بیمار، پرداخت یا عدم پرداخت غیر رسمی و زمان پرداخت (در صورت پرداخت) - از لحاظ پیش از بستری یا پس از بستری - را مورد پرسش قرار میدهد.

**بخش دوم** - این قسمت را کسانی پاسخ می دهند که پرداخت غیر رسمی به پزشک در مطب و پیش از زمان بستری داشته اند - این بخش شامل ۴ سؤال بوده که قالب پرداخت (در ۵ قالب: گل و هدیه، نقدی، کالا، تعهد به کار، سایر)، نحوه پرداخت (داوطلبانه یا مطالبه شده)، میزان تقریبی ریالی

مطالعه برای خدماتی که از لحاظ اداری و قانونی رایگان هستند، پرداخت غیر رسمی داشته اند. این پرداختها برای طیف وسیعی از خدمات و همچنین کارکنان بیمارستان، پزشک، پرستار، بهیار، خدمات صورت گرفته (۲۱)

نتایج مطالعه ای که توسط Gaal و همکاران در مجارستان صورت گرفته است، حاکی از آن است که در سال ۲۰۰۱ اندازه کلی پرداخت های غیر رسمی در مجارستان ۵/۱ تا ۶/۴ درصد هزینه های مراقبت سلامت مجارستان را شامل می شود (۱۹).

مطالعه ای توسط Liaropoulos و همکاران (۲۰۰۵) در یونان نشان می دهد که ۳۶ درصد افراد تحت مطالعه حداقل یکبار پرداخت های غیر رسمی به پزشک داشته اند که از این تعداد، ۴۲ درصد انگیزه پرداخت را به علت ترس از عدم برخورداری از مراقبت های استاندارد در صورت عدم پرداخت عنوان کرده اند. در این پژوهش عنوان شده است که هیچ رابطه ای بین ویژگی های اجتماعی اقتصادی خانواده و میزان پرداخت های غیر رسمی وجود ندارد (۲۰).

مطالعه Tatar و همکاران (۲۰۰۷) در ترکیه نشان میدهد که ۲۵ درصد از پرداخت های مستقیم از جیب در نظام سلامت ترکیه، پرداخت های غیر رسمی می باشد. که این پرداخت ها بیشتر از نوع نقدی و بیشتر به منظور تضمین دریافت خدمات می باشد نه به انگیزه تشکر یا عوامل فرهنگی دیگر (۲۲).

در مطالعه دیگری در ترکیه که توسط Hacer Özgen و همکارانش در سال ۲۰۰۹ انجام گرفت نشان داده شده است که ۳۱ درصد پاسخ دهندگان اذعان داشته اند که حداقل یکبار پرداخت غیررسمی داشته اند که در ۶۷ درصد از پرداخت کنندگان، انگیزه پرداخت قدردانی و تشکر بوده است و نیز بعکس مطالعه پیشین در این مطالعه بیان شده است که پرداختهای غیر رسمی در ترکیه بیشتر جنبه فرهنگی دارد (۱۷).

در ایران مطالعه ای توسط دکتر محسن ستایش و همکاران (۱۳۸۴) صورت گرفته است که به بررسی نظرات مردم، پیرامون پرداخت غیر رسمی به پزشکان در شهر کرمان، می پردازد و بیان می دارد که ۷۰ درصد از افراد تحت مطالعه در مورد پرداخت های زیر میزی آگاهی کافی دارند، ۷۸ درصد اعتقاد دارند این پرداختها به قداست حرفه پزشکی لطمه میزند، ۸۷ درصد از افراد، از مراجع ذی صلاح برای رسیدگی به پرداخت های زیر میزی، آگاهی ندارند (۲۳).

تصور عام حاکی از آن است که پرداختهای غیر رسمی در عرصه خدمات بهداشتی درمانی به وفور صورت می گیرد. با این وجود، علی رغم مطالعات متعددی که در سایر کشورها و از جمله کشورهای همسایه ایران در این زمینه انجام شده است، در ایران، تا آنجایی که بررسی های ما نشان می دهد، مطالعات

کشورها - که در اغلب سئوالات مشترک و تنها در سئوالات اختصاصی هر کشور مانند انواع بیمه، واحد پول، ویژگی های بیمارستانهای مورد مطالعه متفاوت بودند - و ترجمه پرسشنامه ها به زبان فارسی، به منظور رفع کاستی های احتمالی موجود در ترجمه و تأیید نهایی، نسخه اصلی و ترجمه آنها در اختیار چند تن از اساتید و صاحب نظران قرار گرفت و پس از اصلاحات متعدد سرانجام پرسشنامه ای با توجه به شرایط کشور ایران تهیه گردید.

به منظور تعیین اعتماد علمی پرسشنامه از آزمون مجدد استفاده گردید. بدین صورت که پرسشنامه بصورت آزمایشی (پایلوت) بین ۲۵ نفر از اعضای جامعه پژوهش در ۲ نوبت زمانی به فاصله ده روز توزیع گردید. سپس از آزمون پیرسون استفاده شد. همبستگی بین نتایج حاصل از دو آزمون، بالای ۹۴٪ برآورد گردید.

**ملاحظات اخلاقی:** محرمانه ماندن اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه جزو تعهدات محقق بوده است و جهت رعایت مسائل اخلاقی در این پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه، ثبت نام بیمار در پرسشنامه لحاظ نگشت. آزادی پاسخگو در پاسخ به کل یا قسمتی از پرسشنامه مورد رعایت بوده و موافقت آنها جهت همکاری اخذ گردید.

به منظور رعایت محرمانه بودن اطلاعات نام بیمارستان و کارکنان بیمارستان ذکر نگردیده است.

### یافته ها

توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب مشخصات دموگرافیک، وضعیت بیمه، نحوه مراجعه و مدت اقامت، وضعیت افراد از نظر پرداخت غیر رسمی و نیز وضعیت آنها از لحاظ روبرو شدن آنان با درخواست برای پرداخت غیر رسمی از سوی کارکنان، در جدول شماره ۱ به تفکیک آورده شده است.

پرداخت، تعداد دفعات (فراوانی) و انگیزه از پرداخت (سوال باز)، را مورد بررسی قرار می دهند.

بخش سوم - این بخش توسط کسانی پاسخ داده میشود که پرداخت غیر رسمی به پزشکان یا سایر کارکنان بیمارستان، پس از زمان مراجعه به بیمارستان، داشته اند. که سؤال اول تعداد دفعات پرداخت و سؤال دوم مانند سؤال اول مشخصات پرداخت رسمی انجام شده را مورد بررسی قرار میدهند، سؤال سوم در مورد انگیزه پرداخت (سوال باز) می باشد.

بخش چهارم - این بخش بوسیله کسانی تکمیل میشود که پرداخت غیر رسمی نداشته اند - سؤال اول وجود یا عدم وجود درخواست از سوی پزشکان و سایر کارکنان بیمارستان، سؤال دوم انگیزه عدم پرداخت در صورت وجود درخواست، و سؤال سوم انگیزه عدم پرداخت داوطلبانه را در کسانی که با درخواستی روبرو نبوده اند، را مورد پرسش قرار میدهند.

از آنجایی که جمع آوری اطلاعات می بایستی پس از ترخیص بیمار از بیمارستان صورت میگرفت، احتمال پاسخ به پرسشنامه و ارسال آن توسط بیمار و یا خانواده اش (پس از ترخیص)، با توجه به شرایط بیماران و خانواده هایشان و شرایط فرهنگی کشورمان بسیار اندک تخمین زده شد، بدین علت به منظور امکان ارتباط آزادانه و بهتر با بیماران و خانواده هایشان، رفع سئوالات آنها در مورد سئوالات پرسشنامه، نوشتن پاسخ ها در صورت نداشتن سواد، کاهش ایجاد مزاحمت برای خانواده ها، امکان تکمیل کردن پرسشنامه برای همه افراد بدون در نظر گرفتن شهر محل سکونتشان و...، از مصاحبه تلفنی - مانند اغلب مطالعات انجام شده در سایر کشورها - به عنوان روش گردآوری اطلاعات استفاده گردید.

در این پژوهش جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شده است. بدین ترتیب که پس از مطالعه مقالات و پرسشنامه های بکار برده شده در پژوهش های سایر

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب مشخصات جمعیتی

| مشخصات جمعیتی   | تعداد | درصد |
|-----------------|-------|------|
| <b>جنس</b>      |       |      |
| مرد             | ۱۵۵   | ۵۱/۷ |
| زن              | ۱۴۵   | ۴۸/۳ |
| <b>سن (سال)</b> |       |      |
| کمتر از ۲۰ سال  | ۱۹    | ۶/۳  |
| ۲۰-۲۹           | ۳۶    | ۱۲   |
| ۳۰-۳۹           | ۴۱    | ۱۳/۷ |
| ۴۰-۴۹           | ۵۹    | ۱۹/۷ |
| ۵۰-۵۹           | ۵۴    | ۱۸   |
| بالای ۶۰ سال    | ۹۱    | ۳۰/۳ |

| درصد  | تعداد | مشخصات جمعیتی  |
|---|-------|--|
| <b>وضعیت تاهل</b>   |       |  |
| ۷۲  | ۲۱۶   | متاهل  |
| ۱۴/۳  | ۴۳    | مجرد   |
| ۱۳/۷  | ۴۱    | سایر (بیوه - مطلقه)  |
| <b>وضعیت تحصیلات</b>  |       |  |
| ۳۱  | ۹۳    | بی سواد  |
| ۲۳/۷  | ۷۱    | ابتدایی  |
| ۱۵/۳  | ۴۶    | سیکل   |
| ۲۱/۳  | ۶۴    | دیپلم  |
| ۸/۷   | ۲۶    | دانشگاهی   |
| <b>وضعیت اشتغال</b>   |       |  |
| ۱۲/۷  | ۳۸    | حقوق بگیر  |
| ۱۵/۳  | ۴۶    | کارگر  |
| ۱۳/۳  | ۴۰    | شغل آزاد   |
| ۵۸/۷  | ۱۷۶   | بیکار ( خود دارای منبع درآمد نیستند: خانه دار، مشغول به تحصیل) |
| <b>شهر محل زندگی</b>  |       |  |
| ۴۳/۷  | ۱۳۱   | تهران  |
| ۴۱  | ۱۲۳   | شهر ( به استثنای شهر تهران)                                    |
| ۱۵/۳  | ۴۶    | روستا  |
| <b>وضعیت بیمه</b>   |       |  |
| ۹۲/۷  | ۲۷۸   | الف : بیمه دارد  |
| ۷/۳   | ۲۲    | بیمه ندارد   |
| ۷   | ۲۱    | ب: بیمه مکمل دارد  |
| ۹۳  | ۲۷۹   | بیمه مکمل ندارد  |
| <b>طول مدت اقامت</b>  |       |  |
| ۱۱  | ۳۳    | کمتر از یک روز   |
| ۳۲/۷  | ۹۸    | ۱-۴  |
| ۲۶  | ۷۸    | ۵-۹  |
| ۱۷/۳  | ۵۲    | ۱۰-۱۴  |
| ۱۳  | ۳۹    | بیشتر از ۱۵ روز  |
| <b>نحوه مراجعه به بیمارستان</b>                                 |       |  |
| ۶/۳   | ۱۹    | ارجاع از مطب   |
| ۵۱/۳  | ۱۵۴   | اورژانس  |
| ۳۲/۷  | ۹۸    | درمانگاه بیمارستان   |
| ۹/۷   | ۲۹    | ارجاع از مراکز دیگر  |
| <b>پرداخت غیر رسمی داشته است؟</b>                               |       |  |
| ۲۱  | ۶۳    | بلی  |
| ۷۹  | ۲۳۷   | خیر  |
| آیا با درخواست پرداخت غیر رسمی از جانب کارکنان، روبرو بوده است؟ |       |  |
| ۳/۷   | ۱۱    | بلی  |
| ۹۶/۳  | ۲۸۹   | خیر  |

قالب پرداخت، پول نقد (۸۸/۸۸ درصد) بوده است و در مرتبه های بعدی کالا (۹/۵۲ درصد)، گل و هدیه (۱/۶ درصد) قرار داشته اند. ۱۴/۲۹ درصد از ۶۳ نفری که پرداخت غیر رسمی نموده اند، با درخواست پرداخت غیر رسمی روبرو بوده اند. این مواجهه با درخواست، در بعضی از افراد به عنوان انگیزه اصلی پرداخت عنوان نشده است. توزیع فراوانی پرداخت کنندگان غیر رسمی به تفکیک انگیزه و علت پرداخت غیر رسمی در جدول شماره ۲ آورده شده است.

بیشترین فراوانی برای پرداخت های ۲۹۹۹-۱۰۰۰ تومان بوده است و پرداختهای بالای ۲۵۰۰۰ تومان از فراوانی کمی برخوردار بودند. میانگین میزان پرداخت های غیر رسمی ۱۱۸۳۳ تومان بوده است. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش، تمامی ۶۳ نفری که پرداخت غیر رسمی داشته اند، اذعان نموده اند که این پرداختها برای خدمه بوده و یک نفر از آنها علاوه بر خدمه، به نگهبان نیز پرداخت غیر رسمی نموده است و هیچ یک از این افراد پرداخت به پزشک و یا سایر کارکنان را گزارش نموده است. بیشترین

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی پرداخت کنندگان غیر رسمی بر حسب انگیزه پرداخت غیر رسمی

| درصد | تعداد | مشخصات پرداخت غیر رسمی  |
|------|-------|---|
| ۵۵/۶ | ۳۵    | قدردانی   |
| ۹/۵  | ۶     | امید به دریافت خدمات بیشتر  |
| ۲۸/۶ | ۱۸    | ناچار به پرداخت به منظور دریافت خدماتی که به طور قانونی نیاز به پرداخت اضافه نبوده است. |
| ۶/۳  | ۴     | درخواست پرسنل   |
| ۱۰۰  | ۶۳    | کل  |

رابطه معنی داری ندارد اما با افزایش مدت اقامت بیمار میزان پرداخت غیر رسمی بیشتر شده و رابطه معنی داری بین این دو وجود دارد (P-value= 0.015). جدول شماره (۳) نمایانگر این موضوع می باشد.

میانگین کل پرداخت های غیر رسمی، با بیمارستان مورد مطالعه، بخش بیمارستانی، نحوه مراجعه به بیمارستان، خصوصیات دموگرافیک بیمار، وضعیت بیمه، قالب پرداخت، نحوه پرداخت (داوطلبانه یا غیر داوطلبانه)، انگیزه پرداخت،

جدول ۳: میانگین کل پرداخت های غیر رسمی به تفکیک مشخصات دموگرافیک

| نتیجه آزمون                         | انحراف معیار | میانگین (تومان) | مشخصات دموگرافیک |
|-------------------------------------|--------------|-----------------|------------------|
| ANNOVA<br>P= 0.74<br>معنی دار نیست  | ۶۶۹۳/۸۷      | ۷۳۸۶/۳۶         | بیمارستان<br>A   |
|                                     | ۱۸۱۴۹/۲۱     | ۱۱۰۰۰           | B                |
|                                     | ۵۵۲۷۰/۳۳     | ۲۹۸۷۵/۱۴        | C                |
| ANNOVA<br>P= 0.251<br>معنی دار نیست | ۵۳۳۴/۹۶      | ۶۶۹۰/۴۷         | بخش<br>داخلی     |
|                                     | ۳۳۹۱۲/۲۷     | ۱۸۴۰۰           | جراحی            |
|                                     | ۵۴۷۳/۱۶      | ۵۲۰۰            | اورژانس          |
|                                     | ۳۷۸۶۵/۱۱     | ۲۳۸۳۳/۳۳        | ICU              |
|                                     | ۵۵۱۳/۶۱      | ۷۰۰۰            | CCU              |
| T-Test<br>P= 0.146<br>معنی دار نیست | ۳۱۳۶۸/۸۹     | ۱۵۹۸۴/۳۸        | جنس<br>زن        |
|                                     | ۶۴۴۸/۹۷      | ۷۵۴۸/۳۸         | مرد              |

| نتیجه آزمون                         | انحراف معیار      | میانگین (تومان) | مشخصات دموگرافیک              |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------|
| ANNOVA<br>P= 0.625<br>معنی دار نیست | سن                |                 |                               |
|                                     | ۵۶۵۶/۸۵           | ۶۰۰۰            | کمتر از ۲۰ سال                |
|                                     | ۹۴۴۴/۵۷           | ۱۱۸۰۰           | ۲۰-۲۹                         |
|                                     | ۴۵۲۵۴/۹۵          | ۲۲۳۰۰           | ۳۰-۳۹                         |
|                                     | ۱۲۳۸۳/۵۵          | ۱۰۷۳۳/۳۳        | ۴۰-۴۹                         |
|                                     | ۱۶۳۳/۸۴           | ۳۳۵۰            | ۵۰-۵۹                         |
|                                     | ۲۲۳۳۳/۶۱          | ۱۲۲۳۸/۱         | بالای ۶۰ سال                  |
| ANNOVA<br>P= 0.639<br>معنی دار نیست | تاهل              |                 |                               |
|                                     | ۲۵۷۱۳/۹۷          | ۱۳۲۸۵/۷۱        | متاهل                         |
|                                     | ۲۰۸۱/۶۶           | ۴۳۳۳/۳۳         | مجرد                          |
|                                     | ۷۹۹۰/۰۵           | ۷۴۰۹/۰۹         | سایر ( بیوه و مطلقه)          |
| ANNOVA<br>P= 0.439<br>معنی دار نیست | تحصیلات           |                 |                               |
|                                     | ۲۶۶۵۹/۸۴          | ۱۶۸۵۷/۱۴        | بی سواد                       |
|                                     | ۳۶۹۳/۴۱           | ۵۱۳۸/۸۸         | ابتدایی                       |
|                                     | ۶۹۶۸/۷۶           | ۶۸۱۸/۱۸         | سیکل                          |
|                                     | ۳۹۹۰۱/۶۴          | ۱۸۱۵۳/۸۵        | دیپلم                         |
|                                     | ۱۷۲۰۸/۸           | ۱۵۱۴۲/۸۶        | دانشگاهی (فوق دیپلم و بالاتر) |
| ANNOVA<br>P= 0.496<br>معنی دار نیست | وضعیت اشتغال      |                 |                               |
|                                     | ۱۸۳۰۶/۴۶          | ۹۷۹۶/۸۷         | بیکار                         |
|                                     | ۳۹۷۴۵/۶۸          | ۱۹۷۸۵/۷۱        | حقوق بگیر                     |
|                                     | ۷۹۸۸/۸۸           | ۱۱۶۰۰           | کارگر                         |
|                                     | ۳۶۴۴/۹۵           | ۵۵۷۱/۴۲         | شغل آزاد                      |
| ANNOVA<br>P= 0.983<br>معنی دار نیست | شهر محل زندگی     |                 |                               |
|                                     | ۲۶۶۰۰/۴۴          | ۱۲۱۴۷/۰۶        | تهران                         |
|                                     | ۲۰۷۱۷/۸۵          | ۱۱۹۰۹/۰۹        | شهر                           |
|                                     | ۸۹۷۴/۱۶           | ۱۰۰۷۱/۴۳        | روستا                         |
| T-Test<br>P= 0.459<br>معنی دار نیست | وضعیت بیمه        |                 |                               |
|                                     | ۲۳۶۹۵/۹۵          | ۱۲۳۹۸           | الف: بیمه دارد                |
|                                     | ۳۵۰۰              | ۱۷۳۲            | بیمه ندارد                    |
| T-Test<br>P= 0.727<br>معنی دار نیست | ب: بیمه مکمل دارد |                 |                               |
|                                     | ۲۷۷۱۲/۸۱          | ۱۸۰۰۰           | بیمه مکمل ندارد               |
|                                     | ۲۳۰۰۲/۱           | ۱۱۵۲۵           |                               |
| ANNOVA<br>P= 0.88<br>معنی دار نیست  | نحوه مراجعه       |                 |                               |
|                                     | ۴۷۲۴/۵۵           | ۴۷۸۵/۷۱         | ارجاع از مطب                  |
|                                     | ۱۹۵۹۷/۲۶          | ۱۲۱۴۲/۸۶        | اورژانس                       |
|                                     | ۱۰۴۴۳/۹۳          | ۷۸۶۳/۶۳         | درمانگاه بیمارستان            |
|                                     | ۵۷۷۰۷/۵۹          | ۳۳۱۶۶/۶۷        | ارجاع از مراکز دیگر           |

| نتیجه آزمون                    | انحراف معیار | میانگین (تومان) | مشخصات دموگرافیک |
|--------------------------------|--------------|-----------------|------------------|
| ANNOVA<br>P= 0.015<br>معنی دار | مدت اقامت    |                 |                  |
|                                | ۶۰۵۵/۳       | ۶۰۰۰            | کمتر از یک روز   |
|                                | ۹۴۸۸/۵۷      | ۷۱۵۹            | ۱-۴              |
|                                | ۸۵۶۴/۶       | ۸۷۳۳            | ۵-۹              |
|                                | ۴۸۸۲/۷۱      | ۷۲۵۰            | ۱۰-۱۴            |
|                                | ۵۰۹۷۵/۳۷     | ۳۴۶۰۰           | بیشتر از ۱۵ روز  |

وضعیت تاهل رابطه معنی داری مشاهده گردید (P- 0.042).  
value= پردهاخته‌های غیر رسمی در متاهلان بیشترین و در  
مجردان کمترین می باشد (جدول شماره ۴).

فراوانی پردهاخته‌های غیر رسمی، با بخش بیمارستانی،  
خصوصیات دموگرافیک بیمار - به استثنای وضعیت تاهل -،  
وضعیت بیمه، مدت اقامت، نحوه مراجعه به بیمارستان رابطه  
معنی داری ندارد. میان فراوانی پردهاخته‌های غیر رسمی و

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب پرداخت غیر رسمی و مشخصات جمعیتی

| نتیجه آزمون  | جمع       |       | خبر  |       | بله  |       | پرداخت غیر رسمی<br>مشخصات دموگرافیک |
|--|-----------|-------|------|-------|------|-------|-------------------------------------|
|  | درصد      | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد |                                     |
| Chi-square=11.563<br>df=2<br>p=0.003<br>معنی دار     | بیمارستان |       |      |       |      |       |                                     |
|  | ۱۰۰       | ۱۱۷   | ۸۱/۲ | ۹۵    | ۱۸/۸ | ۲۲    | A                                   |
|  | ۱۰۰       | ۱۱۲   | ۶۹/۶ | ۷۸    | ۳۰/۴ | ۳۴    | B                                   |
|  | ۱۰۰       | ۷۱    | ۹۰/۱ | ۶۴    | ۹/۹  | ۷     | C                                   |
| Chi-square=5.764<br>df=4<br>p=0.219<br>معنی دار نیست | بخش       |       |      |       |      |       |                                     |
|  | ۱۰۰       | ۱۱۴   | ۸۱/۶ | ۹۳    | ۱۸/۴ | ۲۱    | داخلی                               |
|  | ۱۰۰       | ۹۴    | ۷۸/۷ | ۷۴    | ۲۱/۳ | ۲۰    | جراحی                               |
|  | ۱۰۰       | ۵۹    | ۸۳/۱ | ۴۹    | ۱۶/۹ | ۱۰    | اورژانس                             |
|  | ۱۰۰       | ۱۶    | ۶۲/۵ | ۱۰    | ۳۷/۵ | ۶     | ICU                                 |
|  | ۱۰۰       | ۱۷    | ۶۴/۷ | ۱۱    | ۳۵/۳ | ۶     | CCU                                 |
| Chi-square=0.024<br>df=1<br>p=0.888<br>معنی دار نیست | جنس       |       |      |       |      |       |                                     |
|  | ۱۰۰       | ۱۵۵   | ۷۹/۴ | ۱۲۳   | ۲۰/۶ | ۳۲    | زن                                  |
|  | ۱۰۰       | ۱۴۵   | ۷۸/۶ | ۱۱۴   | ۲۱/۴ | ۳۱    | مرد                                 |
| Chi-square=3.771<br>df=5<br>p=0.589<br>معنی دار نیست | سن        |       |      |       |      |       |                                     |
|  | ۱۰۰       | ۱۹    | ۸۹/۵ | ۱۷    | ۱۰/۵ | ۲     | کمتر از ۲۰ سال                      |
|  | ۱۰۰       | ۳۶    | ۸۶/۱ | ۳۱    | ۱۳/۹ | ۵     | ۲۰-۲۹                               |
|  | ۱۰۰       | ۴۱    | ۷۵/۶ | ۳۱    | ۲۴/۴ | ۱۰    | ۳۰-۳۹                               |
|  | ۱۰۰       | ۵۹    | ۷۴/۶ | ۴۴    | ۲۵/۴ | ۱۵    | ۴۰-۴۹                               |
|  | ۱۰۰       | ۵۴    | ۸۱/۵ | ۴۴    | ۱۸/۵ | ۱۰    | ۵۰-۵۹                               |
|  | ۱۰۰       | ۹۱    | ۷۶/۹ | ۷۰    | ۲۳/۱ | ۲۱    | بالای ۶۰ سال                        |
| Chi-square=6.307<br>df=2<br>p=0.042<br>معنی دار      | تاهل      |       |      |       |      |       |                                     |
|  | ۱۰۰       | ۲۱۶   | ۷۷/۳ | ۱۶۷   | ۲۲/۷ | ۴۹    | متاهل                               |
|  | ۱۰۰       | ۴۳    | ۹۳   | ۴۰    | ۷    | ۳     | مجرد                                |
|  | ۱۰۰       | ۴۱    | ۷۳/۲ | ۳۰    | ۲۶/۸ | ۱۱    | سایر (بیوه و مطلقه)                 |

| معنی دار نیست | تحصیلات       |      |       |      |      |                                  |                    |
|---------------|---------------|------|-------|------|------|----------------------------------|--------------------|
|               | ۱۰۰           | ۹۳   | ۸۴/۹  | ۷۹   | ۱۵/۱ | ۱۴                               | بی سواد            |
| ۱۰۰           | ۷۱            | ۷۴/۶ | ۵۳    | ۲۵/۴ | ۱۸   | ابتدایی                          |                    |
| ۱۰۰           | ۴۶            | ۷۶/۱ | ۳۵    | ۲۳/۹ | ۱۱   | سیکل                             |                    |
| ۱۰۰           | ۶۴            | ۷۹/۷ | ۵۱    | ۲۰/۳ | ۱۳   | دیپلم                            |                    |
| ۱۰۰           | ۲۶            | ۷۳/۱ | ۱۹    | ۲۶/۹ | ۷    | دانشگاهی<br>(فوق دیپلم و بالاتر) |                    |
| معنی دار نیست | وضعیت اشتغال  |      |       |      |      |                                  |                    |
|               | ۱۰۰           | ۱۷۶  | ۸۱/۸  | ۱۴۴  | ۱۸/۲ | ۳۲                               | بیکار              |
|               | ۱۰۰           | ۳۸   | ۶۳/۲  | ۲۴   | ۳۶/۸ | ۱۴                               | حقوق بگیر          |
|               | ۱۰۰           | ۴۶   | ۷۸/۳  | ۳۶   | ۲۱/۷ | ۱۰                               | کارگر              |
| ۱۰۰           | ۴۰            | ۸۲/۵ | ۳۳    | ۱۷/۵ | ۷    | شغل آزاد                         |                    |
| معنی دار نیست | شهر محل زندگی |      |       |      |      |                                  |                    |
|               | ۱۰۰           | ۱۳۱  | ۷۴    | ۹۷   | ۲۶   | ۳۴                               | تهران              |
|               | ۱۰۰           | ۱۲۳  | ۸۲/۱۱ | ۱۰۱  | ۱۷/۹ | ۲۲                               | شهر                |
|               | ۱۰۰           | ۴۶   | ۸۴/۸  | ۳۹   | ۱۵/۲ | ۷                                | روستا              |
| معنی دار نیست | وضعیت بیمه    |      |       |      |      |                                  |                    |
|               | ۱۰۰           | ۲۷۷  | ۷۸/۷  | ۲۱۸  | ۲۱/۳ | ۵۹                               | بیمه دارد          |
| ۱۰۰           | ۲۳            | ۸۲/۶ | ۱۹    | ۱۷/۴ | ۴    | بیمه ندارد                       |                    |
| معنی دار نیست | نحوه مراجعه   |      |       |      |      |                                  |                    |
|               | ۱۰۰           | ۱۹   | ۶۳/۲  | ۱۲   | ۳۶/۸ | ۷                                | ارجاع از مطب       |
|               | ۱۰۰           | ۱۵۴  | ۸۱/۸  | ۱۲۶  | ۱۸/۲ | ۲۸                               | اورژانس            |
|               | ۱۰۰           | ۹۸   | ۷۷/۶  | ۷۶   | ۲۲/۴ | ۲۲                               | درمانگاه بیمارستان |
| ۱۰۰           | ۲۹            | ۷۹/۳ | ۲۳    | ۲۰/۷ | ۶    | ارجاع از مراکز دیگر              |                    |
| معنی دار نیست | مدت اقامت     |      |       |      |      |                                  |                    |
|               | ۱۰۰           | ۳۳   | ۸۷/۹  | ۲۹   | ۱۲/۱ | ۴                                | کمتر از یک روز     |
|               | ۱۰۰           | ۹۸   | ۷۷/۶  | ۷۶   | ۲۲/۴ | ۲۲                               | ۱-۴                |
|               | ۱۰۰           | ۷۸   | ۸۰/۸  | ۶۳   | ۱۹/۲ | ۱۵                               | ۵-۹                |
|               | ۱۰۰           | ۵۲   | ۷۶/۹  | ۴۰   | ۲۳/۱ | ۱۲                               | ۱۰-۱۴              |
| ۱۰۰           | ۳۹            | ۷۴/۴ | ۲۹    | ۲۵/۶ | ۱۰   | بیشتر از ۱۵ روز                  |                    |

۰/۹ درصد) کمترین فراوانی را در میان علل عدم پرداخت غیر رسمی دارا می باشد. (جدول شماره ۵).  
از میان ۱۱ نفری (۳/۷ درصد کل نمونه) که با درخواست پرداخت غیر رسمی روبرو بودند، ۲ نفر به درخواست ها پاسخ منفی داده و انگیزه خود را عدم اعتقاد به درستی پرداختهای غیر رسمی گزارش نموده اند.

۷۸/۳ درصد از افراد مورد مطالعه (۲۳۵ نفر)، نه با درخواست پرداخت غیر رسمی از جانب کارکنان روبرو بوده اند و نه خودشان پرداخت داوطلبانه داشته اند. بیشترین علت و انگیزه عدم پرداخت غیر رسمی (داوطلبانه) در این افراد، "عدم احساس نیاز به علت وجود همراه" (۲۶/۴ درصد) عنوان شده است، و "عدم توانایی مالی" (۱۵/۷۴ درصد) در مرتبه دوم قرار دارد. "عدم آشنایی با پرداختهای غیر رسمی"

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی افرادی که پرداخت غیر رسمی نداشته و با درخواستی از سوی کارکنان روبرو نبوده اند، به تفکیک انگیزه عدم پرداخت غیر رسمی

| درصد  | تعداد | انگیزه عدم پرداخت غیر رسمی  |
|-------|-------|---|
| ۱۰/۶  | ۲۵    | عدم احساس نیاز به علت کیفیت و کمیت خوب خدمات                                      |
| ۲۶/۴  | ۶۲    | عدم احساس نیاز به علت وجود همراه  |
| ۱/۳   | ۳     | عدم احساس نیاز به علت بدحال نبودن بیمار   |
| ۳     | ۷     | عدم احساس نیاز به علت داشتن آشنا و پارتی در بیمارستان                             |
| ۱۳/۶  | ۳۲    | عدم رضایت از خدمات و نداشتن امید به اینکه پرداخت غیر رسمی موجب بهبود وضعیت می شود |
| ۱/۷   | ۴     | عدم نیاز به خدمات اضافی   |
| ۳     | ۷     | مدت کوتاه اقامت   |
| ۱۰/۶  | ۲۵    | عدم درخواست پرسنل   |
| ۱۵/۷۴ | ۳۷    | عدم توانایی مالی  |
| ۸/۵۱  | ۲۰    | عدم اعتقاد اخلاقی و قانونی به این پرداختها  |
| ۰/۹   | ۲     | عدم آشنایی با اینگونه پرداختها  |
| ۳     | ۷     | تصمیم به پرداخت غیر رسمی داشته اند، اما شخص مورد نظر از دریافت امتناع کرده است    |
| ۱/۷   | ۴     | سایر  |
| ۱۰۰   | ۲۳۵   | کل  |

مطالعات گسترده در رابطه با میزان پاسخگویی جامعه به چنین موضوعاتی دارد.

بنابر نتایج حاصل از پژوهش، ۲۱ درصد از افراد تحت مطالعه، به کارکنان بیمارستان پرداخت غیر رسمی داشته اند، طبق یافته های حاصل از مطالعه Özgen و همکارانش (۲۰۰۹) در کشور ترکیه، ۳۱ درصد پاسخ دهندگان اذعان داشته اند که حداقل یکبار پرداخت غیر رسمی داشته اند.

مطالعه ای توسط Liaropoulos در یونان در سال ۲۰۰۵ نشان می دهد، که از میان کسانی که در بیمارستانهای دولتی درمان شده اند، ۳۶ درصد حداقل یکبار پرداخت های غیر رسمی به پزشک، ۱۱ درصد از آنان به پرستاران و ۸ درصد به دیگر کارکنان پرداخت غیر رسمی داشته اند (۲۰).

نتایج حاصل از پژوهش نشان می دهد که از میان ۶۳ نفری که پرداخت غیر رسمی داشته اند، همگی به خدمه پرداخت غیر رسمی نموده اند و یک نفر از این ۶۳ نفر علاوه بر خدمه به نگهبان نیز پرداخت غیر رسمی) نموده است. در مطالعه Liaropoulos یافته ها نشان می دهد ۳۱ درصد از افراد به پزشک، ۱۱ درصد به پرستاران و ۹ درصد به سایر کارکنان بیمارستان، پرداخت غیر رسمی داشته اند (۲۰). در مطالعه Özgen یافته ها حاکی از آن است که ۷۵ درصد از پرداخت های نقدی به پزشکان، ۱۶ درصد به جراحان و ۹ درصد به سایر کارکنان بیمارستان پرداخت شده است (۱۷). در

## بحث و نتیجه گیری

طبیعت مخفیانه پرداخت های غیر رسمی محاسبه دقیق این پرداخت ها را مشکل می سازد؛ همچون بسیاری از فعالیتهای غیر رسمی، پرداختهای غیر رسمی عمدتاً گزارش و مستند سازی نمی شوند و اغلب غیر قانونی بوده و در نتیجه هر دو طرف این پرداختها، چه بیماران و چه ارائه دهندگان از صحبت و بحث درباره این پرداختها سر باز می زنند. از طرفی در بسیاری از مواقع به علت عدم تقارن اطلاعاتی میان بیمار و پزشک و سایر پرسنل تشخیصی - درمانی، بیماران قادر به تشخیص اینکه چه چیزی از لحاظ قانونی و تکنیکی مورد نیاز است و چه چیز نیست، نیستند و بدین ترتیب این پرداختها همیشه در سایه ای از ابهام قرار داشته و برآورد دقیق و واقعی این پرداختها کاری مشکل، و در بسیاری موارد محال می باشد (۵، ۱۵). در این مطالعه نیز به نظر می رسد بیماران و خانواده هایشان به دلیل آنکه احتمال برگشت به بیمارستان را می دادند، از بیان بسیاری از موارد به علت ترس از تاثیر گزارش دهی بر رابطه بیمار با پزشک و سایر پرسنل بیمارستانی و در نتیجه تاثیر بر فرایند درمان، خودداری می نمودند، چنان که در بسیاری از مصاحبه ها این موضوع مشهود بود و ترس از آن صراحتاً بیان شده است، با این حال قضاوت در این رابطه، نیاز به مطالعات وسیعتر در زمینه پرداختهای غیر رسمی و نیز

و همچنین یافته های پژوهش از لحاظ عدم وجود ارتباط معنی دار فراوانی پرداخت های غیر رسمی با جنس، سن، سطح تحصیلات با مطالعه Özgen همسویی نشان میدهد (۱۷).

بر اساس مطالعه حاضر هیچ یک از اعضای نمونه، هیچگونه پرداخت غیر رسمی به پزشکان بیمارستانها نداشته اند، که این مسئله اگر چه میتواند مایه امیدواری قلمداد شود اما بی شک نیاز به بررسیهای بسیار جامعتری را نشان میدهد که در ادامه مورد بحث قرار می گیرد. اکثر پزشکان بیمارستانهای مورد مطالعه - بیمارستانهای آموزشی دانشگاهی - اعضای هیئت علمی دانشگاه بوده و حضور طولانی مدت در بیمارستان نداشته و اغلب اقدامات درمانی توسط رزیدنتها انجام میشود. که این خود از فراوانی ارتباط بین پزشک با بیمار و خانواده اش کاسته و می تواند در پایین بودن شیوع پرداخت به پزشک موثر باشد. از طرفی دیگر این گروه درآمد مناسبی از محل مطب و بیمارستانهای خصوصی کسب می نمایند، بنابراین چنین به نظر می رسد دستمزد پایین پزشکان که در مطالعات مشابه در سایر کشورها از عوامل پرداخت های غیر رسمی محسوب گردیده است در مورد پزشکان بیمارستانهای مورد مطالعه مصداق نداشته باشد. اغلب افراد تحت مطالعه از طریق اورژانس و درمانگاه بیمارستان بستری شده بودند، تعداد مراجعین از مطب کمترین بوده که این خود می تواند ارتباط پیش بیمارستانی میان بیمار و پزشک را تحت شعاع قرار دهد. دلیل دیگر آنکه سطح مالی اغلب بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی دولتی پایین بوده و بر اساس فرهنگ غالب، افراد با وضعیت مالی بهتر ترجیح می دهند به بیمارستانهای خصوصی مراجعه کنند.

پرداختهای غیر رسمی در اعمال جراحی تخصصی بسیار به چشم می خورد، که فراوانی و میزان این پرداختها بستگی به تخصص های پزشکی و نوع سرویس ارائه شده دارد (۲۲، ۲۰). در حالی که در پژوهش حاضر، جراحی های عمومی مورد مطالعه قرار گرفته است و جراحی های تخصصی و خاص مانند جراحی های قلب، اعصاب و... مورد بررسی قرار نگرفته است، می توان احتمال داد در اعمال تخصصی که رقابت کمتر و بازار رقابت انحصاری تر است، پرداختهای غیر رسمی شیوع بیشتری داشته باشد.

طبق نتایج حاصل از مطالعه، پرداختی به کادر تشخیصی صورت نگرفته است، و چنانچه گفته شد یکی از دلایل پرداخت های غیر رسمی کمبود تسهیلات و امکانات و به طبع آن "صف گریزی" می باشد (۱۱، ۱۸). به نظر می رسد از آنجایی که خدمات تشخیصی بیمارستانهای مورد مطالعه در خدمات کلیدی و پرهزینه به بخش خصوصی واگذار شده و یا بیماران

مطالعه ای که توسط Tatar و همکاران صورت گرفته است پرداخت های غیر رسمی بیشتر به پزشکان و جراحان بوده است (۲۲).

مطابق یافته ها بیشترین قالب پرداخت، پول نقد بوده است و در مرتبه های بعدی کالا، و گل و هدیه قرار داشته اند، هیچ یک از افراد تعهد به کار را گزارش ننموده اند. در مطالعه Özgen یافته ها نشان می دهد ۶۹/۷ درصد از پرداختهای غیر رسمی نقدی، ۲۹/۴ درصد غیر نقدی و ۰/۸۹ درصد به شکل هدیه بوده است (۱۷).

۳/۷ درصد از افراد تحت مطالعه، اذعان داشته اند کارکنان بیمارستان از آنها درخواست پرداخت غیررسمی نموده اند. مطالعه Liaropoulos در یونان نشان می دهد ۲۳ درصد از افراد مورد مطالعه، با درخواست پرداخت غیر رسمی از جانب کارکنان بیمارستان روبرو بوده اند (۲۰).

نتایج حاکی از آن است که بیشترین انگیزه پرداخت قدردانی بوده است و در رتبه های بعدی به ترتیب "ناچار به پرداخت به منظور دریافت خدماتی که بیمارستان که موظف به ارائه آنها می باشد و ترس از عدم دریافت آنها"، "امید به دریافت خدمات بیشتر" و پرداخت به علت "درخواست پرسنل" به عنوان انگیزه های پرداخت غیر رسمی مطرح شده اند. در مطالعه Liaropoulos انگیزه های پرداخت به ترتیب ۴۲ درصد "به علت ترس از اینکه اگر پرداخت نداشته باشد خدمات نامناسب و سطح پایینی را دریافت کند"، ۲۰ درصد به علت درخواست کارکنان، ۱۸ درصد قدردانی، ۱۸ درصد "به علت اینکه دیگران این پرداخت را داشته اند پرداخت نموده اند"، ۲ درصد به منظور "دریافت مجوز برای اعزام به خارج از کشور" عنوان شده است. این مطالعه دسترسی به خدمات با کیفیت تر و صفهای طولانی انتظار در بیمارستانهای دولتی یونان را علت پرداختهای غیر رسمی می داند (۲۰).

در مطالعه Özgen یافته ها نشان می دهد، ۶۷ درصد از پرداختهای در قالب هدیه به منظور قدردانی بوده است. و از دیگر انگیزه های پرداخت برقراری ارتباط خوب با پزشک برای درمانهای مورد نیاز در آینده و نیز انگیزه دریافت خدمات و توجه بیشتر عنوان شده است. طبق این پژوهش پرداخت از نوع هدیه در ترکیه بیشتر جنبه فرهنگی دارد (۱۷). در مطالعه Tatar پرداخت ها غیر رسمی بیشتر از نوع نقدی و بیشتر به منظور تضمین دریافت خدمات می باشد (۲۲).

نتایج این پژوهش از نظر عدم وجود ارتباط معنی دار میان میانگین پرداختهای غیر رسمی با جنس، سن، تاهل، سطح تحصیلات، محل زندگی، وضعیت بیمه با نتایج مطالعه Liaropoulos همخوانی دارد (۲۰).

تقاضا برای خدمات و عدم گسترش منابع به موازات آن و در نتیجه ایجاد صف و سهمیه بندی ارائه خدمات، و از طرف دیگر شرایط نامناسب سیستم پرداخت به ارائه کنندگان خدمت و پایین بودن حقوق پزشکان و سایر بیمارستانی، بیماران و ارائه کنندگان خدمات را به سوی پرداختهای رسمی سوق میدهد. بنابراین به نظر می رسد یکی از مهمترین راهکارهای کاهش پرداختهای غیر رسمی، افزایش منابع نظام سلامت و همچنین بهبود سرمایه گذاری و کارایی این منابع می باشد (۷، ۱۸).

ضعف قانونگذاری، اجرای قوانین، نظارت بر اجرا و همچنین عدم برخورد قاطعانه با دریافت کنندگان پرداختهای رسمی از دلایل عمده وجود پرداختهای غیر رسمی در جامعه می باشد (۷، ۱۸) که در این راستا قوانین جدی و حساب شده در مقابل پرداختهای غیر رسمی در قالب جریمه، توبیخ، اخراج... می تواند در کاهش شیوع این پرداختها موثر باشد (۱۲).

یکی از علل مهم در پرداختهای غیر رسمی اطلاعات ناکافی برنامه ریزان اجتماعی می باشد. در حقیقت دستمزد ارائه دهندگان خدمت در ارتباط متقابل با اطلاعات بیماران از پرداختهای غیر رسمی می باشد. در صورتی که بهبود اطلاعات مردم در زمینه حقوق بیمار، پرداختهای قانونی، و نیز پرداختهای غیر رسمی صورت نگیرد، تنها افزایش حقوق و دستمزد کارکنان سلامت موجب کاهش پرداختهای غیر رسمی نخواهد شد (۱۶). لذا آگاه سازی مردم و حتی ارائه دهندگان خدمات سلامت نسبت به پرداختهای غیر رسمی بسیار ضروری به نظر می رسد.

پرداختهای غیر رسمی ریشه در سیستمهای چانه زنی در اجتماع دارد. طبیعت سختگیرانه برنامه ریزی ارائه خدمات سلامت، بیماران را به جستجوی مکانیزمی برای کسب خدمات سریعتر و بهتر هدایت می کند (۱۸)، که این خود بیانگر اهمیت توجه به عوامل موثر در پرداختهای غیر رسمی در سیاستگذاری ها و برنامه ریزهای نظام ارائه خدمت- از جمله طرح پزشک خانواده- می باشد.

پرداختهای غیر رسمی میتواند نشان دهنده تلاشهایی در جهت بهبود کیفیت خدمات دریافتی باشد (۱۶)، بنابراین به نظر می رسد بهبود کیفیت خدمات سلامت و نظارت دقیق بر فرایند ارائه خدمت، میتواند در این زمینه موثر باشد.

طبق نتایج حاصل از پژوهش بیشترین انگیزه پرداخت قدردانی عنوان شده است که این خود می تواند اشاره به این نکته داشته باشد که پرداخت های غیر رسمی مانند بسیاری از کشورها تا حدودی زیادی ریشه در فرهنگ جامعه ما دارد. تلاش در خصوص تغییر عقاید تثبیت شده ای که پرداختهای غیر رسمی را ضروری میداند و همچنین سازماندهی کمک های

برای انجام بسیاری از آزمایشات مجبور به مراجعه به مراکز خصوصی هستند، این عامل در پرداخت های غیر رسمی تا حدودی کم رنگ شده است، به نظر می رسد که در مراکز که خدمات تشخیصی از جمله آزمایشگاه و تصویر برداری به صورت رایگان و یا دولتی ارائه می شود، احتمال پرداخت های غیر رسمی وجود خواهد داشت.

نتایج حاصل از پژوهش نشان می دهد، پرداختی غیر رسمی به پرستاران صورت نگرفته است، که با توجه به نتایج حاصل از پژوهش در مورد انگیزه های عدم پرداخت، که وجود همراه در کنار بیمار بیشترین فراوانی را در میان سایر انگیزه ها داشته است و عدم رضایت از خدمات و نداشتن امید به بهبود وضعیت در صورت پرداخت، به عنوان سومین دلیل عدم پرداخت عنوان شده است، و از طرفی بیشترین انگیزه پرداخت قدردانی عنوان شده است، این قضیه به نوعی توجیه پذیر و از طرفی قابل تامل و بررسی بیشتر می باشد.

طبق یافته های پژوهش بیشترین فراوانی پرداخت به خدمه بیمارستان صورت گرفته است، که در تحلیل این مسئله می توان به این نکات توجه داشت که همانگونه که اشاره شد دستمزد پایین کارکنان بخش سلامت، طبق مطالعات انجام شده می تواند از عوامل شیوع پرداخت های غیر رسمی باشد (۱۶). در این مطالعه نیز در نیروهای خدماتی که از پایین ترین سطح درآمدی برخوردارند، پرداختهای غیر رسمی شیوع بیشتری دارد.

اغلب مردم به علت عدم تقارن اطلاعاتی میان بیمار و پزشک و حتی پرستار، آگاهی کافی به کیفیت خدمات بالینی (مهارت پزشک، متدهای عمل، روش های درمان...) ندارند در حالیکه در مورد کیفیت سرویس دهی و امکانات رفاهی آگاهی نسبی دارند، بنابراین با توجه به امکانات نسبتا پایین رفاهی بیمارستانهای تحت مطالعه می توان انتظار پرداخت های غیر رسمی به خدمه به منظور قدردانی از خدمات کافی یا به امید گرفتن خدمات به علت نبود کافی نبودن خدمات، را داشت.

میتوان گفت اغلب بیماران و خانواده هایشان با نیروهای خدماتی ارتباط نزدیک تر و بیشتری نسبت به کارکنان دیگر بیمارستان دارند که این خود امکان درخواست پرداخت و یا پرداختهای داوطلبانه (به ویژه منظور قدردانی) را بیشتر می نماید. از طرفی سطح توقع، انتظارات و نیازهای نیروهای خدماتی پایین تر و با وضعیت مالی بیماران همگونی بیشتری دارد.

پرداختهای غیر رسمی ارتباط تنگاتنگ با اثرات ساختار اقتصادی جامعه و در نتیجه نظام سلامت دارد. کمبود منابع و کاهش بودجه دولتی، گسترش بیش از حد بخش دولتی نظام سلامت، انحصار گرایی و ایجاد یک نظام غیر رقابتی، افزایش

نکته کلیدی آن است که قبل از بکارگیری هرگونه استراتژی در رابطه با پرداخت های غیررسمی می باید به تاثیر این پرداخت ها بر روی دسترسی، کارایی، عدالت و دیگر اهداف و سیاستهای نظام سلامت توجه لازم را مبذول داشت.

با سپاس فراوان از:

- تمامی بیماران و خانواده هایشان که با صبر و شکیبایی پاسخگوی ما بودند.

- Agota Szende, University of Athens, Greece.
- Maureen Lewis, The World ank, Washington, D.C.

داوطلبانه مراجعین و نظام مند نمودن سیستم اهدا، در کنترل و کاهش پرداختهای غیر رسمی موثر می باشد(۱۲). برای تحلیل ماهیت و وسعت پرداختهای غیر رسمی و پیچیدگیهای آن در نظام سلامت ایران تحقیقات بیشتری مورد نیاز است. راه حلهای مقابله با پرداختهای غیر رسمی متنوع و پیچیده می باشد، احتمالاً طیفی از راه کارها مورد نیاز است تا نظام سلامت کشور از اثرات منفی این پرداخت ها رهایی یابد. بنابراین به یک رویکرد جامع، پویا و سیستمیک برای محدود کردن پرداخت های غیر رسمی نیاز خواهد بود.

## References

- 1-The World health report 2000: health systems : improving performance. World Health Organization , 2000.
- 2- Robert M and et al. Translated by Fatah zade A and et al. getting Health Reform Right: A guide to Improving Performance and Equity, Great Ibne Sina institute, 2005.
- 3- WHO: What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? Health Evidence Network (HEN) Report , 2004.
- 4-Belli P and et al, Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. World Bank, 2002.
- 5- Lewis M. Informal Payments And The Financing Of Health Care In Developing And Transition Countries. Health Affairs; 2007.
- 6- Vian T, Burak L. Beliefs about informal payments in Albania. Oxford University Press; 2006.
- 7- Lewis M. Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia. World Bank; 2000.
- 8- Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R. Translated by Poorreza, A. Health Economics for developing countries: A Practical guide, IMPS, 2003.
- 9- Formal and informal household spending on health: a multicountry study of central and eastern Europe. Central and eastern European Health Network; 2002.
- 10- Szende A, Culyer J. The inequity of informal payments for health care: The case of Hungary. ELSEVIER; 2006.
- 11- Gaal P and et al. Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. Journal of Health Politics, Duke University Press; 2006.
- 12- Thompson R, Witter S. Informal payments in transitional economies: Implication for health sector reform. Int J Health Plann Mgmt; 2000.
- 13- Gaal P, McKee M. Informal payment for health care and the theory of 'INXIT. Int J Health Plann Mgmt; 2004.
- 14- Murthy A, Mossialos, E. Informal payments in EU Accession Countries. Euro Observer, 2003.
- 15- Allin S and et al. Paying for 'free' health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. Global Corruption Report; 2006.
- 16- Ting L, Sun J. Informal payments in developing countries' public health sector. Munich Personal RePEc Archive; 2007.
- 17- Özgen H and et al. Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey. Springer; 2008.
- 18- James R. Killingsworth, Official, un official and informal Fees for Health Care. WHO/WPRO Conference; 2002.
- 19- Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: Evidence from Hungary. ELSEVIER; 2006.
- 20- Liaropoulos L and et al. Informal Payment In Hospital In Greece. ELSEVIER; 2008.
- 21- Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the counter payments for healthcare: evidence from Bulgaria. Health Policy ; 1997.
- 22- Tatar M and et al. Informal Payment In The Health Sector: A Case Study From Turkey. Health Affairs ; 2007.
- 23- Setayesh M and et al. A survey of Public Opinion on the Informal Payments to Physicians in Kerman, Iran (I.R.). Iranian Journal of Ethics in Science and Technology; 2007.

## The Analysis of Informal Payments Among Hospitals Covered Under Tehran University of Medical Sciences (TUMS) 2009.

Ghiasipour Maryam<sup>1</sup>, Poorreza Abolghasem<sup>2\*</sup>, Arab Mohamad<sup>3</sup>,  
Mahmoodi Mahmood<sup>4</sup>, Abutorabi Ali<sup>1</sup>.

Submitted: 12.10.2011

Accepted: 8.8.2011

### Abstract

**Background:** Informal health payment in several middle and low income countries is a serious impediment to health care reform. This payment is effectively a form of systemic corruption. Informal health payments have adverse impact on access and utilization of health services, efficiency, quality and equity. Informal payments lead to false information about the real costs of disease and the patient share of these costs and consequently wrong government policies. The objective of this paper is analyses of informal payments among hospitals covered under Tehran University of medical sciences (TUMS) 2009.

**Materials& Methods:** In this cross- sectional study, we used random sampling and selected finally 3 hospitals. Then in a simple random sampling, we recruited 300 discharged patients from general, surgery, emergency, ICU & CCU wards. All of the data are collected by interview and questionnaire. We analyzed data with Chi- Square, T-test, Annova, Bonferroni.

**Results:** According to the findings, Of the total 300 respondents in the study sample, about 3.7% had requested informal payment. 21% of respondents reported at least one informal payment. Cash payments constituted the bulk of total informal payment (88.8%). In the majority of the cases, the Patient paid for appreciation (55.6%). All of the people who had paid informal payment, it has been paid to the servant and maid, Only in one case, in addition to the servant and maid, the Guardian has also been paid. None of the socio-economic characteristics of the family, Insurance status, type of referral, payment form (voluntary or solicited) were related to the size of informal payments. And there is a relationship between length of stay and size of informal payment (p-value=0.015). There isn't relationship between these factors- except marital status(p-value=0.042) - and frequency of informal payments.

**Conclusion:** It seems that training about informal payments properly, increasing health sector resources, increasing official income levels, improving quantity and quality of health services and Trying to change the opinions which believes informal payments are necessary (changing culture) can be effective in controlling informal payments.

**Keywords:** Informal payment, Under the table payment, Predictors of Informal Health Payments, corruption.

1- PhD student, Department of management & health economic, School of Health Sciences, Tehran University of Medical Sciences.

2- Associate professor, Department of management & health economic, School of Health Sciences, Tehran University of Medical Sciences. (\*Corresponding Author) Email: abolghasemp@yahoo.com

3- Associate professor, Department of management & health economic, School of Health Sciences, Tehran University of Medical Sciences.

4- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.