

**Review Article****Factors Influencing on Informal Payments in Healthcare Systems: A Systematic Review****Reza Jahangiri<sup>1</sup>, Aidin Aryankhesal<sup>2,3\*</sup>**

1. MSc Student of Health Economics, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: aryankhesal.a@iums.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 8 Feb 2017    Accepted: 31 May 2017

**Abstract**

**Background and Aim:** Owing to high prevalence of informal payments through many health systems and nations, this systematic review aimed at identifying the nature, types and causes of informal payments.

**Materials and Methods:** In this systematic review, the keywords of "unofficial payments" or "illegal payments" or "under-the table payment" or "bribe" and "health system" in the Iranian databases of SID, IranMedex, Magiran and international databases of PubMed, Scopus, Science Direct, and HMIC were searched between years of 2000 to 2016. The data were analyzed based on the emerging themes, narratively.

**Ethical Considerations:** Integrity and trustworthiness in selecting of articles, reporting of findings and referencing were considered.

**Findings:** Thirty-three full papers were selected for study and analysis. Studies described different characteristics for informal payments, so there was no uniform definition for this phenomenon. The causes of informal payments were categorized into three groups: payers wish to receive higher quality services, better access or in order to saving time; Second, from the caregivers' perspective was low wages and tariffs, and irregular deductions from insurance companies; Finally, the health system's weaknesses include insufficiency of insurance coverage, inadequate monitoring of tariffs and the lack control over charges and lack of human resources in some cases.

**Conclusion:** Catastrophic costs, inequality of access to services and health outcomes are the main consequences of informal payments. Revisions in the payment systems along with the redefinition of charges, reinforcement of insurance systems, informing patients about their rights and improving control over the reduction of informal payments are recommended.

**Keywords:** Informal Payments; Illegal Payments; Health Care System; Equity; Systematic Review

**Please cite this article as:** Jahangiri R, Aryankhesal A. Factors Influencing on Informal Payments in Healthcare Systems: A Systematic Review. *Med Ethics J* 2017; 11(40): 73-92.

## عوامل مؤثر بر پرداخت‌های غیر رسمی در نظام‌های سلامت: مرور نظام‌مند

رضا جهانگیری<sup>1</sup>، آیدین آربین خصال<sup>2\*</sup>

1. دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
2. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: aryankhesal.a@iums.ac.ir
3. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

دریافت: 1395/11/20 پذیرش: 1396/3/10

### چکیده

**زمینه و هدف:** پرداخت‌های غیر رسمی پدیده‌ای است که نظام سلامت بسیاری از کشورها با آن رو به رو بوده‌اند. این مرور نظام‌مند با هدف شناسایی ماهیت و انواع پرداخت‌های غیر رسمی و علل آن انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** واژگان کلیدی «پرداخت‌های غیر رسمی» یا «پرداخت غیر قانونی» یا «زیرمیزی» و «نظام سلامت» در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی PubMed، Magiran، SID، IranMedex، Science Direct، HMIC و Scopus به زبان فارسی و انگلیسی، در بازه زمانی 2000 تا 2016 جستجو شدند.

**ملاحظات اخلاقی:** صداقت و امانت‌داری در انتخاب و گزارش یافته‌ها و استناددهی به متون رعایت گردید.

**یافته‌ها:** سی و سه مقاله کامل برای مطالعه و تحلیل انتخاب شد. پرداخت‌های غیر رسمی یا غیر قانونی فاقد یک تعریف جهان‌شمول بوده و نگرش به آن‌ها در جوامع مختلف، متفاوت می‌باشد. علل پرداخت‌های غیر رسمی در سه دسته دلایل پرداخت‌کنندگان (دریافت خدمات باکیفیت، سریع‌تر و احترام)، دلایل دریافت‌کنندگان (پایین‌بودن دستمزدها و تعرفه‌ها، اعمال کسورات غیر منطقی از سوی سازمان‌های بیمه) و ضعف‌های نظام سلامت (ناکارآمدی بیمه‌ها در تأمین مالی، نظارت ناکافی بر نحوه اعمال تعرفه‌ها و کمبود نیروی انسانی در برخی حرف) دسته‌بندی شد.

**نتیجه‌گیری:** پرداخت‌های غیر رسمی با هر نیت، انگیزه و علتی، عواقب جبران‌ناپذیر و بی‌عدالتی را به دنبال دارد. هزینه‌های کمرشکن، نابرابری در دسترسی به خدمات و کیفیت آن‌ها و نابرابری در پیامدهای سلامت، از اصلی‌ترین عواقب پدیده پرداخت‌های غیر رسمی محسوب می‌شوند. واقعی شدن تعرفه‌ها در کنار تقویت بیمه‌ها، اطلاع‌رسانی و آگاه‌ساختن بیماران از حقوق خود و بهبود نظارت برای کاهش پرداخت‌های غیر رسمی توصیه می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** پرداخت‌های غیر رسمی؛ پرداخت‌های غیر قانونی؛ نظام مراقبت سلامت؛ عدالت؛ مرور نظام‌مند

## مقدمه

پرداخت‌های غیر رسمی معمولاً به دلایل متعددی از جمله انعام برای کارکنان سلامت، خرید داروها و دیگر ملزومات، دسترسی به خدمتی معین یا مراقبت با کیفیتی بالاتر انجام می‌گیرند (8). این گونه پرداخت‌ها معمولاً عدالت در سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، زیرا دسترسی بیماران به خدمات و نیز کیفیت مراقبت، وابسته به توانایی بیماران در «پرداخت زیرمیزی» به ارائه‌کنندگان خدمات می‌باشد (15).

مسئله پرداخت‌های غیر رسمی یا «زیرمیزی» یکی از مباحث روز و معضلات سیستم بهداشت و درمان کشور محسوب می‌شود. انجام یک مرور نظام‌مند به منظور شناخت علل و عوارض شیوع این معضل به اتخاذ راه‌کارهای مقابله با این پدیده کمک می‌کند. بدون شک، کاهش پرداخت‌های مستقیم و اثرات نامطلوب آن بر استانداردهای زندگی و اتخاذ سیاست‌ها و تصمیمات مقتضی در جهت اصلاحات موفق در بخش سلامت مستلزم اطلاعاتی درباره این پرداخت‌های غیر قانونی و ریشه‌های آن می‌باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف شناخت ماهیت، انواع پرداخت‌های غیر رسمی و علل آن انجام شده است.

## مواد و روش‌ها

در این مرور نظام‌مند، واژگان کلیدی «پرداخت‌های غیر رسمی» یا «پرداخت غیر قانونی» یا «زیرمیزی» و «نظام سلامت» در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی جهاد دانشگاهی (SID)، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (Iran Medex)، بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran) و واژگان کلیدی «Informal Payment» یا «Unofficial Payment» یا «Under The Table Payment» یا «Illegal Payment» یا «Bribe» یا «Health System» در پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی PubMed، Magiran، HMIC، Science Direct، SID، IranMedex و Management Information Consortium (Scopus) در بازه زمانی 2000 تا 2016 جستجو شدند. همچنین از موتور جستجوی Google Scholar برای یافتن منابع مرتبط و تکمیل پوشش جستجو استفاده شد. معیارهای خروج از

امروزه نظام‌های سلامت، نه تنها مسؤول ارتقای سلامت مردم، بلکه موظف به حفاظت از آن‌ها در برابر هزینه‌های مالی بیماری و ناخوشی می‌باشند. یکی از چالش‌هایی که دولت‌ها با آن مواجه هستند، کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب برای مراقبت سلامت می‌باشد (1). پرداخت مستقیم از جیب ناعادلانه‌ترین شیوه پرداخت برای مراقبت سلامت می‌باشد (2). بنا بر آمارهای غیر رسمی در ایران، در سال‌های پیش از استقرار طرح تحول نظام سلامت حدود 50 تا 60 درصد از هزینه‌های درمانی از جیب مردم پرداخت می‌شد (3)، اما مسأله‌ای که در سال‌های اخیر مشکلات شیوه‌های تأمین مالی به روش پرداخت مستقیم را دوچندان کرده است، موضوع پرداخت‌های غیر رسمی و غیر قانونی می‌باشد، به طوری که پرداخت‌های غیر رسمی به یک موضوع مهم در مباحث سیاستگذاری سلامت کشورها تبدیل شده است (4-6).

در تعریف، پرداخت‌های غیر رسمی عبارت از پرداخت به افراد یا سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، به صورت نقدی یا غیر نقدی است که خارج از فرایندهای پرداخت رسمی انجام گیرد (7). به عبارت دیگر پرداخت‌های غیر رسمی پرداخت‌هایی هستند که توسط مردم به مؤسسات یا کارکنان سلامت صورت می‌گیرد، ولی ممکن است توسط دولت قانونی شمرده نشود (8). پرداخت‌های غیر رسمی به طور کلی به عنوان یکی از ویژگی‌های منفی نظام‌های مراقبت سلامت برشمرده می‌شود. این امر به ویژه در کشورهایی نمود دارد که دولت برای از بین بردن شکاف ناشی از کمبود بودجه مراقبت سلامت، از آن‌ها چشم‌پوشی می‌کند و اقدامی در مورد آن‌ها انجام نمی‌دهد (9)، آمارها نشان می‌دهند که 10 تا 45 درصد از کل هزینه‌های پرداخت از جیب در بیشتر کشورهای با درآمد پایین به صورت پرداخت‌های غیر رسمی بوده‌اند (10). برای نمونه در گرجستان بیش از 50٪ و در ترکیه و رومانی بیش از 25٪ پرداخت‌های مستقیم به صورت پرداخت‌های غیر رسمی می‌باشد (11-12). در بنگلادش درآمدهای ناشی از پرداخت‌های غیر رسمی ده برابر (13) و در کامبوج 5 برابر (14) درآمدهای رسمی است.

پرداخت‌هایی اطلاق می‌گردد که به صورت نقدی یا غیر نقدی به افراد یا مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات و به صورت غیر رسمی و خارج از پوشش نظام سلامت صورت می‌گیرد (17). از طرفی در مطالعات اشاره شده که رشوه نمی‌تواند یک تعریف مناسب برای پرداخت‌های غیر رسمی باشد. پرداخت غیر رسمی اگر چه یک پدیده غیر قانونی است، اما در زمان و مکان‌هایی این پدیده به عنوان یک عمل قانونی یا یک فعالیت مبهم تلقی می‌گردد. منظور از فعالیت مبهم، وضعیت قوانین و مقررات در سازمان‌هایی است که قویاً عمل یا فعالیتی را ممنوع نمی‌کنند، هرچند چنین فعالیت‌هایی ممکن است از نظر اخلاقی مورد سؤال باشد (18). مطابق با تعریف گال (Gaal) و همکاران، هر گونه پرداخت نقدی یا غیر نقدی که به وسیله بیمار یا همراه او، علاوه بر مبلغ تعرفه مقرر پرداخت شود، پرداخت غیر رسمی محسوب می‌گردد (19).

## 2- ماهیت پرداخت‌های غیر رسمی

یک بررسی جامع و کامل نشان می‌دهد پرداخت‌های غیر رسمی در کشورهای مختلف و همچنین در میان نژادها و ادیان مختلف دیده می‌شود. این پدیده نه تنها در بخش دولتی، بلکه در بخش خصوصی نیز رواج دارد. در چند دهه گذشته پرداخت‌های غیر رسمی به عنوان یک پدیده اجتماعی فرهنگی شناخته می‌شد. امروزه ابعاد مختلفی همچون کمبود منابع، حاکمیت ضعیف مانند ضعف سیاسی و نظارتی نیز همراه با دلایل فرهنگی و اجتماعی برای آن برشمرده می‌شود (20).

مردم در بلغارستان، مجارستان، لیتوانی، لهستان، رومانی، اوکراین و ایران همواره نگرشی منفی نسبت به پرداخت‌های غیر رسمی داشته‌اند. بدین معنی که این موضوع را یک پدیده غیر اخلاقی می‌دانند. به طور کلی، نگرش مثبت نسبت به این پدیده در میان کسانی بیشتر است که این پرداخت‌ها را اغلب به صورت هدیه و به منظور قدردانی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت انجام داده‌اند (20-21). پرداخت‌های غیر رسمی در برخی کشورها غیر قانونی و برخی دیگر یک پدیده قانونی است. برای مثال در کشور مجارستان کسانی که پرداخت‌های غیر رسمی در بخش سلامت را به مأموران مالیات گزارش

مطالعه شامل مطالعات خارج از نظام سلامت و به زبان‌های غیر از فارسی و انگلیسی بود. دو پژوهشگر به صورت مستقل برای ورود یا خروج مقالات تصمیم‌گیری نمودند و موارد اختلاف با مشورت یکدیگر رفع شد. همچنین از فهرست منابع مقالات جستجو شده، برای یافتن مقالات مرتبط استفاده شد. نتیجه این جستجو دستیابی به 58 مقاله بود. پس از بررسی عناوین و خلاصه مقالات، 13 مقاله به دلیل عدم ارتباط با حوزه سلامت، 9 مقاله به دلیل تکراری بودن و 3 مقاله به دلیل این‌که به زبانی غیر از فارسی و یا انگلیسی بودند، حذف شدند. در نهایت متن کامل 33 مقاله منتخب دریافت و تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم طراحی شده Excel استفاده شد. داده‌ها با توجه به ماهیت آن‌ها به دو صورت روایتی (Narrative) و موضوعی (Thematic) تحلیل (16) و به نگارش در آمدند.

## ملاحظات اخلاقی

این مطالعه دارای تأییدیه کمیته اخلاق از معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. صداقت و امانت‌داری در انتخاب مقالات، گزارش یافته‌ها و استناددهی به متون رعایت گردید.

## یافته‌ها

7 مورد از مطالعات مربوط به ایران و 26 مورد آن مربوط به سایر کشورها به ویژه کشورهای بلوک شرق بودند. مطالعه‌ای از امریکای شمالی و غرب اروپا یافت نشد. بیشتر مطالعات در کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط انجام گرفته‌اند (جدول 1).

## 1- تعریف پرداخت‌های غیر رسمی

مطالعات انجام‌شده خصوصیات و ویژگی‌های متفاوتی را برای پرداخت‌های غیر رسمی بیان کرده‌اند، لذا تعریف یکسانی درباره این پدیده وجود ندارد. در یک تعریف پرداخت‌های غیر رسمی به عنوان پرداخت‌هایی تعریف می‌شوند که توسط مردم به مؤسسات یا کارکنان سلامت داده می‌شود، ولی توسط دولت قانونی شمرده نمی‌شوند (8). در تعریف دیگر، به

معمولاً مستنداتی درباره این فعالیت‌های محرمانه وجود ندارد. بنابراین مطالعه و ارزیابی این پدیده امری بسیار دشوار است. اخیراً با طرح سؤالاتی در نظرسنجی‌ها، انجام مطالعات جامع از طریق مصاحبه با افراد، خانوارها، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به ویژه پزشکان، مدیران و سیاستگذاران سلامت، تلاش‌های زیادی برای جمع‌آوری اطلاعات پیرامون پرداخت‌های غیر رسمی انجام گرفته است. در ایران نیز چندین مطالعه از طریق مصاحبه با افراد عادی، بیماران، پزشکان و سیاستگذاران پیرامون پرداخت‌های غیر رسمی در بخش سلامت صورت گرفته است. رویکرد دیگر برای جمع‌آوری اطلاعات بحث‌های گروهی متمرکز به منظور بررسی عمیق و تخصصی یا عمومی این موضوع می‌باشد. افراد مشارکت‌کننده در این بحث‌ها را افراد معمولی، بیماران، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به ویژه پزشکان یا پرستاران، مدیران، سیاستگذاران بخش سلامت تشکیل می‌دهد. در رویکرد سوم، محققان از داده‌ها و اطلاعات درآمدی و هزینه‌ای افراد و خانوارها به ویژه در بخش سلامت که در مراکز آمار، بیمه‌ها و یا سایر مؤسسات مرتبط موجود می‌باشد، برای تحلیل و بررسی پیرامون این موضوع استفاده می‌کنند.

در برخی مطالعات تنها نظرات یک گروه و در برخی مطالعات نظرات چندین گروه گزارش شده است. روش غالب برای جمع‌آوری داده‌ها از سیاستگذاران و ارائه‌دهندگان خدمات به ویژه پزشکان و پرستاران، بحث‌های متمرکز گروهی بوده است. تعدادی از مطالعات نیز ترکیبی از چند رویکرد را استفاده کرده‌اند. برخی مطالعات نیز از تحلیل داده‌های مراکز آمار بهره برده‌اند. از بین تمامی روش‌ها، نظرسنجی از خانوارها رایج‌ترین روش اندازه‌گیری این پدیده در سراسر جهان بوده است.

#### 4- دلایل پرداخت‌های غیر رسمی

پرداخت‌های غیر رسمی معمولاً به دلایل متعددی انجام می‌گیرد. در این مطالعه دلایل در سه بخش دلایل بیماران، دلایل ارائه‌دهندگان خدمت به ویژه پزشکان و دلایل مربوط به ضعف‌های موجود در نظام سلامت کشورها دسته‌بندی شده است.

کنند، می‌توانند بخشی از آن را دریافت نمایند. در کشور لهستان نیز این پدیده غیر قانونی تلقی نمی‌گردد (18).

پرداخت‌های غیر رسمی معمولاً به شکل نقدی یا غیر نقدی انجام می‌گیرد. پرداخت‌هایی که به صورت هدیه انجام می‌گیرد، بیشتر به دلیل نوع تفکر، نگرش، ارزش‌ها و برخورد حکومت‌ها با افراد ایجاد شده است. بیشتر پرداخت‌های نقدی قبل و حین دریافت خدمات انجام می‌گیرد، اما پرداخت‌هایی که به صورت هدیه می‌باشند، غالباً بعد از درمان (دریافت خدمت) به پزشکان یا ارائه‌دهندگان داده می‌شود. تقریباً سه‌چهارم پرداخت‌های غیر نقدی بعد از درمان بوده است (20-22). میزان پرداخت‌های غیر رسمی به ندرت در مطالعات مورد اشاره قرار گرفته است، اما به صورت درصدی از حقوق ماهانه خانواده، هزینه ماهانه خانواده یا هزینه‌های سلامت بیان شده است. زمان پرداخت به عنوان یک عامل کلیدی در تشخیص این موضوع که آیا این نوع پرداخت‌ها به عنوان رشوه بوده یا تنها به عنوان قدردانی است، تلقی می‌گردد، در حالی که شکل پرداخت (پول، هدیه، خدمت) اهمیت کمتری در این میان دارد. در مطالعه بالابانوا (Balabanova) و همکاران در بلغارستان، اکثر پزشکان گزارش کرده‌اند که این پرداخت‌ها را بعد از درمان دریافت کرده‌اند، در حالی که تنها یک‌چهارم افراد این پرداخت‌ها را بعد از درمان انجام داده بودند. این موضوع نشان می‌دهد که هم پزشکان و هم افراد (بیماران) اعتقاد یکسانی درباره زمان دریافت به عنوان یک عامل در تعیین قانونی و یا غیر قانونی این پرداخت‌ها دارند (11).

محققان، ذی‌نفعان متعددی را از جمله پزشکان عمومی، متخصصان، پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای پرداخت‌های غیر رسمی معرفی کرده‌اند، اما بیشترین پرداخت‌های غیر رسمی به متخصصان، به ویژه جراحان صورت گرفته است.

#### 3- فرآیند جمع‌آوری اطلاعات در مطالعات

شیوع پرداخت‌های غیر رسمی در جهان دلیل اصلی اکثر مطالعات انجام شده می‌باشد و موجب توجه بیشتر تصمیم‌گیرندگان و سیاستگذاران بخش سلامت می‌باشد (18).

دولتی دلیل اصلی این پدیده است (27). بر اساس مطالعه Lewis افزایش پرداخت‌های غیر رسمی در کشورهایی که در گذشته متعلق به بلوک کمونیستی بوده‌اند، نشان می‌دهد که زمینه و بسترهای این پدیده در دیدگاه کمونیستی ایجاد شده است و با سقوط کمونیسم این پدیده علنی و بعضاً مرسوم شده است (7).

دلیل دیگر بیماران که برخاسته از فرهنگ و سنت‌ها می‌باشد، قدردانی از پزشک است. بیشتر پرداخت‌هایی که برای قدردانی از پزشکان انجام می‌گیرد به صورت هدیه و غالباً بعد از دریافت درمان می‌باشد (11، 24، 26، 28-29).

#### 2-4- انگیزه‌های ارائه‌دهندگان خدمت برای دریافت

**پرداخت‌های غیر قانونی:** حقوق پایین ارائه‌دهندگان خدمات به ویژه پزشکان، مهم‌ترین عامل دریافت‌های غیر قانونی گزارش شده است. هنگامی که پرداخت‌ها پایین باشند، ممکن است پزشکان از جایگاه و موقعیت خویش سوء استفاده کنند (18). در برخی مطالعات پزشکان بیان کرده‌اند که تعرفه‌های تعیین شده از سوی دولت چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی مورد پذیرش پزشکان نیست، بنابراین پزشکان بیش از تعرفه مقرر را از بیماران تقاضا می‌کنند (30).

از دلایل دیگر می‌توان به اعمال کسورات از سوی بیمه‌ها بر صورت حساب‌ها و بازپرداخت پایین و با تأخیر بیمه‌ها به ویژه در بخش دولتی (22، 30)، عدم توجه دولتمردان به منزلت ارائه‌دهندگان خدمت (7، 17، 31) و لزوم یک زندگی با استانداردهای بالا (4، 31-32) اشاره کرد که توسط ارائه‌دهندگان خدمت برای توجیه این نوع دریافت‌ها مطرح شده است. مطالعه‌ای در تانزانیا نشان داد که 70٪ حقوق پزشکان و 30٪ حقوق پرستاران در مقایسه با هزینه‌های زندگی و تورم پایین است (32). دلیل دیگر پزشکان این است که بیماران این‌گونه پرداخت‌ها را داوطلبانه و به عنوان هدیه یا سپاسگزاری به آن‌ها پرداخت می‌کنند و رد کردن هدیه آنان بی‌ادبی محسوب می‌شود (22).

#### 3-4- دلایل مربوط به ضعف نظام سلامت: در مطالعات

انجام‌گرفته، بخشی از این پرداخت‌ها ناشی از ضعف، نارسایی و نبود مدیریت صحیح در نظام سلامت کشورها بیان شده است.

#### 1-4- دلایل بیماران و خانواده‌های آنان برای

**پرداخت‌های غیر رسمی:** استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت، کیفیت را با ارزش پولی و قیمت خدمات معادل فرض می‌کنند، به همین دلیل بسیاری از بیماران به بخش خصوصی مراجعه می‌کنند یا این‌که به ارائه‌دهندگان خدمت در بخش دولتی پرداخت‌های غیر رسمی انجام می‌دهند (23)، البته این موضوع از دو بعد مثبت و منفی قابل بررسی می‌باشد، گروهی از افراد (بیماران) به دلیل ترس از عدم دریافت خدمات مناسب یا دریافت خدمات بی‌کیفیت (بعد منفی) این پرداخت‌ها را انجام می‌دهند. در یک مطالعه 42٪ بیماران گفته‌اند که پرداخت‌ها را به دلیل ترس از دریافت خدمات بی‌کیفیت یا زیر استاندارد انجام داده‌اند (24). بالعکس گروهی از بیماران اعتقاد دارند که پرداخت‌های غیر رسمی باعث دریافت خدمات با کیفیت بالاتر و بهتر می‌گردد، اما عدم پرداخت باعث دریافت خدمات نامطلوب نمی‌گردد (11). به همین دلیل، افرادی که در پایتخت زندگی می‌کردند در مقایسه با سایر نقاط کشور، تمایل کم‌تری به پرداخت غیر رسمی داشتند، چراکه از خدمات با کیفیت و در دسترس برخوردار بودند (25-26).

دلیل دوم بیماران برای پرداخت‌های غیر رسمی، دسترسی به خدمات و صرفه‌جویی در زمان است. بسیاری از بیماران برای دریافت خدمات فوری و عدم انتظار طولانی‌مدت یا خروج از فهرست انتظار، به ویژه فهرست انتظار جراحی، پرداخت‌های غیر رسمی انجام می‌دهند. مطالعه‌ای که در سه کشور حوزه بالتیک (لتونی، لیتوانی و استونی) انجام شد، نشان داد که بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان حاضرند به شرط خارج شدن از لیست انتظار و درمان فوری مبالغی را به بیمارستان پرداخت نمایند (22، 24-25). سومین دلیل بیماران، دریافت مراقبت و احترام و توجه بیشتر از سوی پزشکان، پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشد. ابتلا به یک بیماری با میزان مرگ بالا، یا انجام یک درمان خاص، از دیگر دلایل بیماران برای این‌گونه پرداخت‌ها گزارش شده است (4، 12).

چندین مطالعه تلاش کرده‌اند تا ارتباطی بین پرداخت‌های غیر رسمی و جنبه‌های فرهنگی پیدا کنند. همچنین آن‌ها پیشنهاد می‌کنند که عدم اعتماد به نظام سیاستی و مؤسسات

عوامل مربوط به بیماران، برخی از عوامل مرتبط با پزشکان و نوع بیماری یا درمان تقسیم‌بندی شده‌اند.

### 1-5- عوامل مرتبط به بیماران:

1-1-5- رضایتمندی: رضایتمندی بیماران متغیر بسیار مهمی است که تمایل بیمار به پرداخت‌های زیرمیزی را توضیح می‌دهد. افرادی که از کیفیت خدمات ناراضی بوده‌اند، در مقایسه با افرادی که از خدمات راضی بوده‌اند، حدوداً 2/5 برابر بیشتر تمایل به پرداخت‌های غیر رسمی داشته‌اند. در مطالعه‌ای که توسط Thompson و همکاران در سال 2002 در قزاقستان انجام گرفت، بیماران بعد از انجام پرداخت‌های غیر رسمی، خدمات باکیفیت‌تری دریافت کرده و همچنین توانستند در فهرست انتظار به جلو حرکت کنند. همچنین کمیت خدمات دریافتی بعد از پرداخت آن‌ها افزایش یافته بود (15).

2-1-5- درآمد: برخی از مطالعات بیان کرده‌اند که میزان درآمد خانواده، تأثیری بر میزان پرداخت آن‌ها ندارد (5، 41، 45-46)، اما در اکثر مطالعات درآمد بالای افراد و خانواده‌ها باعث افزایش تعداد و میزان این نوع پرداخت‌ها گردیده است (11، 12، 15، 23، 27-25، 34-35، 37-39، 43، 45، 47). مطالعات انجام‌شده در ترکیه و بلغارستان نشان داده است که افراد ثروتمند و دهک‌های بالای درآمدی جامعه به ترتیب 6 و 3 برابر بیشتر از دهک‌های درآمدی پایین جامعه، پرداخت‌های غیر رسمی داشته‌اند (11، 28).

3-1-5- سطح تحصیلات: میزان تحصیلات نقش متفاوتی در تعیین میزان این پرداخت‌ها داشته است و یافته‌ها در این باره متناقض می‌باشد. در برخی مطالعات با افزایش سطح تحصیلات بیماران، این پرداخت‌ها کاهش یافته است (5، 33، 41، 46). در چندین مطالعه نشان داده شده است، بیمارانی که نسبت به حق و حقوقی که از آن برخوردارند، ناآگاه بودند، تمایل بیشتری به پرداخت‌های غیر رسمی داشته‌اند (18، 27). برعکس نتایج چندین مطالعه نشان داده است که افزایش سطح تحصیلات باعث افزایش این نوع پرداخت‌ها می‌گردد. دلیل این افزایش در این مطالعات، بالابودن درآمد افراد تحصیلکرده ذکر شده است (23-24، 38، 40، 44-45)،

این دلایل شامل تأمین مالی ضعیف (5، 12، 17، 27، 34-33) و عدم حمایت از افراد آسیب‌پذیر و بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (5)، نبود قوانین و ابزارهای محدودکننده و نظام تنبیه مناسب (5، 12، 27، 29، 34-36)، تعرفه‌های غیر واقعی (2، 5، 21، 27)، عدم دسترسی مردم به برخی خدمات و ایجاد انحصار و نبود زیرساخت‌های مناسب برای تأمین نیروی انسانی می‌باشند (5، 11، 12، 27، 30، 32، 37). عدم مسؤلیت‌پذیری و پاسخگویی نظام سلامت (2، 5، 7، 17، 27، 33، 36، 38)، نظام پرداخت نامناسب (2، 36) و تفاوت سطح اطلاعات بین ارائه‌دهنده و بیمار (2، 5، 7، 15، 21، 33) از دیگر دلایل می‌باشد.

شیوع فساد مالی و اداری در یک کشور، از دیگر عوامل ساختاری است که این پدیده را توجیه می‌کند (18، 39). طی مطالعه‌ای که در کشور Togo انجام گرفت، مشخص گردید زمانی که فساد گسترده باشد و پرداخت‌های غیر رسمی رایج باشد، تأثیر عواملی چون شکاف درآمدی و ثروت افراد بر این پدیده بیشتر می‌گردد (39).

از طرفی بیمه‌ها نیز می‌توانند به عنوان جزئی از نظام سلامت در شکل‌گیری پرداخت‌های غیر قانونی مؤثر باشند. وجود بیمه درمانی باعث کاهش پرداخت‌ها و نبود بیمه و بسته‌های حمایتی کافی، باعث افزایش میزان آن می‌گردد (5، 27، 29، 40-44)، البته اگر بیمه‌ها نتوانند پوشش مناسبی برای خدمات ارائه دهند یا حمایت مالی مناسبی از بیماران نداشته باشند، تنها تقاضا برای خدمات سلامت را افزایش می‌دهند و در صورتی که این افزایش تقاضا با عرضه مناسب خدمات همراه نباشد، این موضوع خود باعث تشدید پرداخت‌های غیر رسمی می‌گردد. علاوه بر این بازپرداخت با تأخیر بیمه‌ها، به ویژه برای پزشکان، یک عامل مهم افزایش این پرداخت‌ها است (11، 30).

### 5- عوامل تشدیدکننده

در مقالات به برخی از خصوصیات و ویژگی‌هایی اشاره شده است که بر مقدار و حجم پرداخت‌های غیر رسمی مؤثر بوده و سبب تشدید آن می‌گردد. این عوامل در سه گروه شامل

درآمد پایین‌تر، تمایل کم‌تری به این پرداخت‌ها دارند (5، 40، 47).

1-7-5- جنسیت: مطالعات نشان می‌دهند که زنان در اکثر موارد تمایل بیشتری به پرداخت‌های غیر رسمی دارند (11-12، 23، 27، 34-35، 37-38) که این امر می‌تواند به علت بالاتر بودن میزان مراجعه زنان به پزشک و استفاده بیشتر آنان از خدمات تشخیصی و درمانی باشد (48). تنها در دو مطالعه میزان پرداخت‌ها در مردان بیشتر گزارش شده است و دلیل آن قدرت خرید بیشتر مردان گزارش گردیده است (41، 44).

2-5- عوامل مرتبط با پزشکان: پزشکان بر اساس نوع تخصص خویش دریافت‌های متفاوتی دارند (49)، هر چه سطح تخصص آن‌ها بالاتر باشد، میزان پرداخت به آن‌ها افزایش می‌یابد (11، 27، 32). متخصصان زنان و زایمان و جراحان نسبت به متخصصان داخلی و روانپزشک دریافتی بیشتری دارند. برخی از پاسخ‌دهندگان پرداخت‌های بیشتری به متخصصین در مقایسه با پزشکان عمومی انجام داده‌اند (5، 20). همچنین پزشکان در موارد اورژانسی و حیاتی مقادیر بیشتری را از بیماران تقاضا می‌کنند (30). میزان پرداخت می‌تواند تابعی از شهرت پزشک نیز باشد، به نحوی که پزشکان مشهور (2، 11، 27، 31-30، 40) و همچنین پزشکانی که در شهرهای بزرگ اشتغال دارند، دریافت‌های بیشتری داشته‌اند (49).

3-5- عوامل مربوط به نوع خدمات: بیشتر پرداخت‌ها در بیمارستان صورت گرفته است (4-5، 11، 28) و میزان پرداخت در بخش‌های بستری بیشتر از سرپایی می‌باشد (7، 17، 27-28، 41، 43)، اما در یک مطالعه تفاوتی بین پرداخت‌های صورت گرفته در بخش بستری و سرپایی یافت نشد که دلیل آن پیچیده بودن خدمات سرپایی در این بیمارستان بود (5). همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که پرداخت برای روش‌های درمانی پیچیده‌تر و تسهیلات با تخصص بالاتر بیشتر می‌باشد (2، 4-5، 11، 26-27، 37، 41، 49). مرور مقالات نشان می‌دهد که بیشتر پرداخت‌های غیر رسمی بابت اعمال جراحی صورت گرفته است (2، 4، 11، 17، 27-29، 33،

البته باید اذعان کرد که افراد تحصیلکرده در موقعیت‌هایی که نقش بیمه‌های سلامت ضعیف بوده یا نیاز به خدمات جدی‌تر و بیشتر می‌گردد، تمایل بیشتری به پرداخت غیر رسمی دارند (5). عامل سطح تحصیلات در یک مطالعه بی‌تأثیر گزارش شده است (12).

4-1-5- سن: در بیشتر مطالعات، سن بیمار رابطه عکس با پرداخت‌های غیر رسمی دارد، به طوری که با افزایش سن افراد، تمایل آن‌ها به این نوع پرداخت‌ها کاهش می‌یابد (5، 24-25، 43، 46-47). در مطالعه‌ای که در کشورهای حوزه بالتیک انجام شد، مشخص گردید که جوانان 3-4 برابر بیشتر از افراد سالمند پرداخت انجام داده‌اند (24). یکی از دلایل این کاهش در سالمندان می‌تواند به علت کاهش درآمد آن‌ها باشد (25، 41). از بین مقالات مورد مطالعه، دو مورد رابطه مستقیم بین افزایش سن و افزایش پرداخت‌های غیر رسمی را نشان دادند. یک مطالعه در لیتوانی نیز نشان داد که افرادی که در گروه سنی 64 سال و بالاتر بوده‌اند، پرداخت‌های بیشتری نسبت به سایر گروه‌های سنی داشته‌اند (23). در مطالعه دیگر در رومانی، درباره پرداخت‌های غیر رسمی در بخش زایمان، مشخص شد که با افزایش سن زنان، این پرداخت‌ها افزایش یافته است که می‌تواند ناشی از افزایش خطرات مربوط به زایمان با افزایش سن باشد (29).

5-1-5- شغل: در دو مطالعه این عامل بی‌تأثیر گزارش شده است (45-46)، اما مطالعات دیگری نشان می‌دهند که نوع شغل و حرفه علاوه بر این که بر میزان پرداخت‌های غیر رسمی اثر مثبت داشته است (35، 40-41، 43)، باعث افزایش تقاضای پزشکان نیز شده است (14).

6-1-5- مکان جغرافیایی: چندین مطالعه نشان داده‌اند که افراد روستایی نسبت به افراد ساکن شهرها به دلیل آگاهی ناکافی، نداشتن ارتباط با پزشکان، آشنان بودن با حقوق شهروندی و همچنین برای دریافت خدمات سریع‌تر به دلیل نداشتن محل اسکان در شهرها، تمایل بیشتری به پرداخت غیر رسمی داشته‌اند (4، 17، 24-26، 43). بالعکس برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که افراد روستایی به دلیل سطح



آنان را در معرض نوعی فشار برای ارائه هدیه قرار دهد. بدین ترتیب این گروه از اندیشمندان حتی ارائه هدیه‌های داوطلبانه پس از دریافت خدمات را جایز نمی‌دانند.

دلایل بروز پرداخت‌های غیر رسمی بیشتر، انگیزه بیماران برای دریافت خدمات باکیفیت، خدمات با مدت انتظار کم‌تر و برخورداری از احترام بیشتر می‌باشد، البته در هر یک از این موارد، بسته به شرایط حاکم بر جامعه، پرداخت ممکن است به منظور بهتر کردن شرایط و یا ترس از دریافت خدمت نامطلوب صورت گیرد. در برخی مطالعات (7، 15) نشان داده شده است که رضایت افرادی که پرداخت‌های غیر رسمی انجام داده بودند، به دلیل دریافت خدمات با کیفیت، بالاتر از دیگران بود. گروه‌هایی که از لحاظ اجتماعی و اقتصادی آسیب‌پذیر هستند، مانند فقرا، سالمندان، افراد ناتوان و از کارافتاده، تمایل کم‌تری به پرداخت‌های غیر رسمی دارند، در حالی که مطابق با مطالعات، افراد جوان‌تر، ثروتمندتر و زنان تمایل بیشتری برای پرداخت‌های غیر رسمی دارند. انگیزه‌های دریافت یا مطالبه زیرمیزی در میان پزشکان شامل تأمین یک زندگی مرفه، پایین‌بودن تعرفه‌های مصوب و متناسب کردن دریافتی آنان متناسب با جایگاه‌شان در جامعه عنوان شده است. همچنین کسورات غیر منطقی بیمه‌ها از دیگر علل بوده است. به طور کلی تخصص می‌تواند بر میزان پرداخت‌ها تأثیر گذارد، به نحوی که پرداخت‌های غیر رسمی در مورد متخصصین بیشتر از پزشکان عمومی گزارش شده است و در میان تخصص‌ها، تخصص‌های پیچیده‌تر و حیاتی‌تر مانند زنان و زایمان و جراحی بیشتر گزارش شده‌اند. همچنین مهارت و شهرت پزشک به عنوان عاملی که می‌تواند بیماران را بیشتر برای پرداخت‌های غیر رسمی ترغیب نماید، معرفی شده است.

از حیث نوع نظام بهداشت و درمان، نبود نظام تأمین مالی و پرداخت مناسب، نبود سازمان‌های بیمه‌ای کارآمد، تعرفه گذاری‌های غیر واقعی، نبود ابزارهای کنترلی و نظارتی و عدم تقارن آگاهی بین ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمات از مهم‌ترین عوامل تشدیدکننده بروز پرداخت‌های غیر رسمی بوده‌اند.

37، 45، 47). نتایج مطالعاتی که در برخی کشورها از جمله ایران و یونان انجام شده، نشان می‌دهد که پرداخت برای اعمال جراحی 2 الی 3 بار بیشتر از پرداخت برای خدمات غیر جراحی صورت گرفته است (26، 45). در یک مطالعه کیفی در ایران نیز مشخص گردید که بیشترین پرداخت‌ها برای اعمال جراحی بوده و میزان این پرداخت‌ها بین 500 هزار تا 50 میلیون ریال برای یک عمل جراحی متفاوت بوده است (30). همچنین در مطالعات مختلف به زایمان، مشاوره و بیماری‌های مزمن (11، 21، 27، 33، 35، 42، 45) به عنوان مواردی که بیشترین پرداخت‌ها برای آن‌ها صورت گرفته، اشاره شده است. در اوکراین حدود نیمی از پرداخت‌ها برای سزارین بوده است (20).

#### بحث

یافته‌های این مرور نشان می‌دهد، پرداخت‌های غیر رسمی که اسامی متفاوتی مانند پرداخت‌های غیر قانونی و زیرمیزی و رشوه ممکن است برای آن به کار رود، دارای تعریف جهان‌شمولی نبوده و نگرش به آن‌ها در جوامع مختلف، متفاوت است. علت این است که هنجارها که خود ناشی از ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی جوامع می‌باشند، در تعریف این پدیده نقش عمده‌ای دارند. آنچه در یک کشور حکم هدیه یا قدردانی را دارد، ممکن است در کشور دیگری حکم پرداخت غیر قانونی را داشته باشد و از سوی مقامات رسمی به عنوان یک جرم مورد رسیدگی قرار گیرد. در برخی تعاریف نیت پرداخت‌کننده را وجه تمایز هدیه از پرداخت غیر قانونی دانسته‌اند و در حالی که آن را یک نوع از پرداخت غیر رسمی تعریف کرده‌اند، آن را غیر قانونی ندانسته‌اند، به گونه‌ای که اگر دادن هدیه پس از دریافت درمان صورت گیرد و الزامی هم نباشد، غیر قانونی قلمداد نمی‌گردد. سکوت در برابر این نوع پرداخت‌ها در برخی کشورهای شرق اروپا حتی به عنوان نوعی نظام تأمین مالی ارائه‌دهندگان خدمات تلقی شده است. در مقابل، مخالفان این نظریه معتقدند که رواج هدیه‌های داوطلبانه هم می‌تواند منجر به ایجاد نوعی انتظار از بیماران شود و به تدریج افرادی را که پرداخت‌کننده هدیه نباشند، از برخی امتیازات محروم نماید یا

گروه‌هایی که زیرمیزی دریافت می‌کنند، ممکن است برخی از علل بروز این پدیده مخفی مانده باشد.

### نتیجه‌گیری

می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که پرداخت‌های غیر رسمی با هر نیت و به هر علتی که رخ دهند، عموماً تأثیرات منفی زیادی بر نظام سلامت کشورها می‌گذارند که می‌تواند بیماران و حتی گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات را متأثر نماید. هزینه‌های کم‌رکن، نابرابری در دسترسی به خدمات و کیفیت آن‌ها و نابرابری در پیامدهای سلامت، از اصلی‌ترین عواقب پدیده پرداخت‌های غیر رسمی محسوب می‌شوند. تأثیر عمده این پدیده، کاهش دسترسی بیماران به خدمات درمانی به علت بالارفتن هزینه‌های آن‌ها است که خود سبب نابرابری در پیامدهای سلامت می‌گردد. بدین ترتیب با افزایش پدیده زیرمیزی، اقشار کم‌درآمد و کم‌تر برخوردار با مشکلات جدی سلامت مواجه خواهند شد. علاوه بر این، عدالت اجتماعی به عنوان یکی از مسؤولیت‌ها و رسالت‌های اصلی دولت‌ها از بین خواهد رفت که سبب از بین رفتن اعتماد مردم به نظام سلامت می‌گردد.

برای پیشگیری از این پدیده می‌توان راه‌کارهایی را با توجه به علل بروز ارائه نمود. اصلاح شیوه پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت را شاید بتوان یکی از این راه‌کارها معرفی کرد. جایگزین نمودن نظام پرداخت به ازای خدمت (Fee For Service) که یکی از روش‌های قدیمی پرداخت می‌باشد و در آن بین بیمار و ارائه‌دهنده خدمت به دلیل پرداخت مستقیم بخشی از هزینه‌ها ارتباط مالی وجود دارد، با روش‌های دیگری که سبب قطع ارتباط مالی بین بیمار و پزشک گردد، مانند سرانه پیشنهاد می‌گردد. از سوی دیگر، واقعی شدن تعرفه‌ها در کنار تقویت نهادهای بیمه‌ای یک راه‌کار ضروری برای حذف پدیده زیرمیزی است. از آنجا که تعرفه‌های پایین‌تر از نرخ تمام‌شده خدمت، به زیان‌دهی سازمان‌های ارائه‌دهنده می‌انجامد، زیرمیزی و پرداخت‌های غیر قانونی ممکن است به عنوان یک راه‌کار از جانب سازمان‌های ارائه‌دهنده و حتی متولی نظام سلامت در نظر گرفته شود. پس از انجام این

پدیده پرداخت‌های غیر رسمی باعث مشکلات عدیده‌ای در ارتباط با نابرابری و کارایی خدمات می‌گردد (4، 8)، زیرا ارائه دهندگان خدمات توجه بیشتری به افرادی که پرداخت انجام داده‌اند، معطوف می‌کنند. علاوه بر این ارائه‌دهندگان ممکن است برای پیچیده‌نشان دادن خدمات و دریافت مبالغ غیر رسمی بیشتر، شفافیت و صراحت را کاهش داده و اطلاعات ارائه‌شده به بیمار درباره ماهیت و قیمت خدمات را محدود کنند (49). برای مثال یک پزشک ممکن است با تجویز یک روش درمانی خاص به جای دنبال کردن اهداف درمانی، به دنبال افزایش درآمد خود باشد (18).

علاوه بر موارد اشاره‌شده، پرداخت‌های غیر رسمی یک مانع بالقوه در دسترسی به خدمات به ویژه برای گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر جامعه است. خانواده‌های فقیر به دلیل عدم توانایی برای پرداخت‌های غیر رسمی، از دریافت خدمات با کیفیت محروم می‌شوند و این امر باعث افزایش تفاوت طبقاتی و نابرابری‌های اجتماعی در جامعه می‌گردد (12، 49). از طرف دیگر، افراد فقیر در مقایسه با افراد ثروتمند، باید سهم بیشتری از درآمد خود را به عنوان پرداخت‌های غیر رسمی بپردازند (11، 18، 30).

اگرچه پرداخت‌های غیر رسمی برابری و کارایی نظام سلامت را تهدید می‌کنند، اما برخی مطالعات مزایایی را برای آن ذکر کرده‌اند. آنان معتقدند که این نوع پرداخت‌ها در صورت عدم ایجاد نابرابری، منابع مالی اضافی را برای نظام سلامت ایجاد فراهم می‌کند و ممکن است پاسخگویی نظام سلامت را نسبت به مردم تقویت کند (19). از سوی دیگر این پرداخت‌ها می‌تواند یک رابطه پیوسته و همیشگی بین پزشک و بیمار ایجاد کند، انگیزه کارکنان را افزایش دهد و به بیماران اجازه بدهد تا مراتب قدرانی خود نسبت به ارائه‌دهندگان خدمت را نشان دهند (11، 18).

از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به فقدان مطالعات شفافیتی که تخمینی از میزان پرداخت‌های غیر رسمی از جمله زیرمیزی را در نظام سلامت ارائه نموده باشند، اشاره نمود که سبب پنهان‌ماندن حجم و بزرگ‌نمایی این مشکل می‌گردد. همچنین به دلیل محدودیت مطالعات اولیه در مصاحبه با

اصلاحات، نظارت منظم و دقیق و اطلاع‌رسانی به بیماران درباره حقوق‌شان، تعرفه‌ها و روش‌های پرداخت توصیه می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان «عوامل مؤثر بر بروز پرداخت‌های غیر قانونی در نظام سلامت: مرور نظام‌مند» مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره IUMS/93-04-16-25284 است. بدین‌وسیله از حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی ایران قدردانی می‌گردد.

جدول 1: خلاصه مطالعات مرور شده از نظر تعریف و علل مؤثر بر پرداخت‌های غیر رسمی

نویسنده / سال / کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری / تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
Aboutorabi A, et al. 2016 م، ایران (50)	بررسی فراوانی و بزرگی پرداخت‌های غیر رسمی و تعیین‌کننده‌های مربوط به آن در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران	مقطعی	300 بیمار ترخیص شده با استفاده از نمونه‌گیری چند مرحله‌ای ساده	مصاحبه تلفنی و پرسشنامه	21٪ بیماران پرداخت غیر رسمی انجام داده‌اند. 4٪ از این پرداخت‌ها به درخواست پرسنل بیمارستان بوده است. هیچ یک از بیماران پرداختی به پزشک انجام نداده‌اند. ارتباط معنی‌داری بین مشخصات جمعیت‌شناختی، محل سکونت و وضعیت بیمه بیماران و پرداخت‌های غیر رسمی یافت نشد.
Parsa M, et al. 2015 م، ایران (30)	مطالعه و بررسی جنبه‌های مختلف پرداخت‌های غیر رسمی تحت عنوان پرداخت‌های زیرمیزی در ایران	مطالعه کیفی	6 جراح و 6 متخصص غیر جراح	مصاحبه نیمه ساختارمند عمیق	پرداخت‌های غیر رسمی در ایران بسیار رایج بوده و حدود 70-80 درصد پزشکان چنین پول‌هایی دریافت می‌کنند. دلایل این امر رابطه مستقیم بین پزشک و بیمار، تعرفه‌های تعیین‌شده از سوی دولت چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی مورد پذیرش پزشکان نیست و نظارت و کنترل در هر دو بخش کم است. قیمت‌ها نقش واقعی خود را بازی نمی‌کنند. مقدار این پرداخت‌ها برای یک جراحی بین 500 هزار ریال تا 50 میلیون ریال است.
Stepurko T, et al. 2015 م. (20)	بررسی پرداخت‌های غیر رسمی در کشورهای مرکز و شرق اروپا	مروری	-	فرم استخراج داده‌ها	پرداخت غیر رسمی در حدود 4/5-1/5 درصد از کل هزینه‌های سلامت در مجارستان، 3/0-0/5 درصد کل هزینه‌های سلامت در لهستان و در حدود 2٪ در بلغارستان را تشکیل می‌دهند. مردم در همه کشورهای مورد بررسی یک نگرش منفی نسبت به پرداخت‌های غیر رسمی دارند. نگرش مثبت به این پدیده بیشتر در افرادی است که این پرداخت‌ها را به صورت هدیه انجام می‌دهند.
Vain T, et al. 2015 م، مولداوی (22)	مطالعه تمایل به پرداخت از جیب و پرداخت‌های غیر رسمی در مولداوی و بررسی تأثیر بیمه و وضعیت اجتماعی اقتصادی بر آن	مقطعی	مصاحبه و بحث گروهی با 50 بیمار و 16 مدیر ارائه‌دهنده خدمات سلامت و داده‌های حاصل از اداره ملی آمار و مرکز مطالعه و سیاستگذاری سلامت	مصاحبه و بحث گروهی متمرکز	پرداخت از جیب حدود 45٪ از هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌دهد. 36٪ بیماران سرپایی و 82٪ بیماران بستری پرداخت غیر رسمی داشته‌اند. اکثر پرداخت‌ها به شکل هدیه و یک‌سوم پرداخت‌های غیر رسمی اجباری بوده و به بیماران تحمیل شده است. افرادی که بیمه نداشته‌اند 3/8 برابر سایرین پرداخت داشته‌اند. بیماران معتقدند پرداخت‌ها به دلیل محدودیت فهرست بازپرداخت داروها، انتظار دریافت خدمات بهتر، ترس و با اخاذی انجام می‌گیرد. ارائه‌دهندگان معتقدند که این پرداخت‌ها به علت تجویز غیر منطقی داروها و تست‌های تشخیصی است.
Khodamoradi A, et al. 2015 م، ایران (26)	برآورد حجم و میزان پرداخت‌های غیر رسمی بیماران بستری و عوامل مؤثر بر آن	مقطعی	پرسشنامه و محاسبه تلفنی با خانواده 265 بیمار بستری در بیمارستان	پرسشنامه و مصاحبه تلفنی	میانگین پرداخت به پزشکان 503، پرستاران 20 و سایر کارکنان 16 هزار تومان به ازای افراد دریافت کننده می‌باشد. نتایج حاکی از آن است که نوع بیمارستان، محل سکونت، اقدام درمانی و درآمد خانوار عوامل مؤثری بر حجم پرداخت می‌باشند.
Kpanake L, et al. 2014 م، توگو (39)	بررسی دیدگاه مردم و کارکنان سلامت درباره	میدانی	300 نفر شامل 200 فرد معمولی، 57	مصاحبه به صورت مقیاس	اکثر شرکت‌کنندگان صرف نظر از شرایط مختلف، پرداخت‌های غیر رسمی را نمی‌پذیرند. اکثر پاسخ

نویسنده / سال / کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری / تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
	پذیرش پرداخت‌های غیر رسمی		پرستار، 23 پزشک، 20 مشاور سلامت	رتبه بندی با استفاده از 36 سناریو	دهندگان زمانی که بیمار ثروتمند بوده و به پزشکان پرداخت کم صورت می‌گیرد، این عمل را قابل قبول می‌دانند. رایج و عادی بودن پرداخت‌های غیر رسمی (فساد) و پایین بودن حقوق پزشکان، تأثیر ثروت بر پرداخت‌های غیر رسمی را تشدید می‌کند. بین سن، جنسیت و پیشینه مذهبی با پذیرش این نوع پرداخت‌ها رابطه‌ای وجود ندارد.
Riklikiene O, et al. 2014 م، لیتوانی (23)	تعیین وسعت و ماهیت پرداخت‌های غیر رسمی و شناسایی انگیزه‌های مرتبط به آن	مقطعی	1067 مشارکت‌کننده در سال 2009 و 1068 مشارکت‌کننده در سال 2010 و 1068 مشارکت‌کننده در سال 2011	نظرسنجی کمی از خانوارها با استفاده از مصاحبه رو در رو	زنان، شهروندان مسن، معلولان، کارمندان بخش عمومی یا خصوصی، بازنشستگان، کسانی که سطح تصیلات بالاتری داشتند و کسانی که در خانوار با درآمد ماهانه بالا زندگی می‌کردند، تمایل بیشتری به پرداخت غیر رسمی برای خدمات درمانی داشتند.
Baji P, et al. 2013 م، مجارستان (25)	بررسی ارتباط بین تمایل به پرداخت‌های رسمی و غیر رسمی	مقطعی	1037 فرد بالای 18 سال که در 12 ماه اخیر از خدمات سلامت استفاده کرده‌اند	مصاحبه رو در رو به روش ارزشگذاری مشروط	بین تمایل به پرداخت‌های رسمی و پرداخت‌های غیر رسمی در گذشته ارتباط معناداری وجود دارد. کسانی که قبلاً پرداخت غیر رسمی داشته‌اند، تمایل به پرداخت‌های رسمی بیشتری دارند (22٪ برای ویزیت متخصص و 45٪ برای بستری در بیمارستان). افراد مسن‌تر، کسانی که درآمد کم‌تری دارند، زنان و افراد روستایی تمایل به پرداخت کم‌تری دارند.
Vahidi R, et al. 2013 م، ایران (21)	بررسی توزیع عوامل مؤثر بر پرداخت‌های مستقیم (رسمی یا غیر رسمی) در بیماران قلبی و اثرات جانبی آنها	توصیفی - اکتشافی	نمونه شامل 50 بیمار قلبی بستری در بیمارستان	مصاحبه هنگام ترخیص از بیمارستان	میانگین پرداخت‌های رسمی 19/825/833 ریال و پرداخت‌های غیر رسمی 14/000/000 ریال بود. 10٪ افراد پرداخت غیر رسمی داشته‌اند که 80٪ پرداخت غیر رسمی به دلیل درخواست پزشک و 20٪ جهت هدیه و تشکر بوده است. عوامل مؤثر در پرداخت مستقیم شامل محل دریافت خدمت (خصوصی یا دولتی)، و تأخیر در دریافت خدمت بود.
Kaitelidou DC, et al. 2013 م، یونان (40)	بررسی پرداخت‌های غیر رسمی برای خدمات زایمان در بیمارستان‌های عمومی در یونان	توصیفی - تحلیلی	160 زن که به تازگی در سه بیمارستان عمومی یونان زایمان انجام داده بودند	پرسشنامه	74/4 درصد از زنان پرداخت‌های غیر رسمی داشته‌اند. میانگین پرداخت‌های غیر رسمی 848 یورو بود. 56/3 درصد پاسخ‌دهندگان به درخواست متخص زنان پرداخت انجام داده‌اند. میزان پرداخت‌ها در بین زنان ساکن آتن بیشتر از سایر شهرها، برای زنان یونانی بیشتر از زنان غیر یونانی و برای زایمان‌هایی که توسط خود متخصص شخصی زنان بیشتر بوده است.
Baji P, et al. 2013 م، مجارستان (47)	بررسی تمایل مصرف‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی به پرداخت هزینه‌های رسمی برای استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و بررسی چگونگی ارتباط این تمایل به پرداخت با پرداخت‌های غیر رسمی گذشته	مقطعی	1037 فرد بالغ بالای 18 سال به روش تصادفی چند مرحله‌ای	مصاحبه رو در رو وبا استفاده از پرسشنامه	پرداخت‌های غیر رسمی گذشته برای خدمات بهداشتی و درمانی به طور مثبت با تمایل به پرداخت هزینه‌های رسمی در ارتباط است. افزایش سن و درآمد خانوار اثر مثبت و قابل توجهی در احتمال پرداخت غیر رسمی در طی 12 ماه گذشته داشته است.

نویسنده / سال / کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری / تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
Amiresmaili M, et al. 2013 م، ایران (2)	تعیین انگیزه‌های موجود در پرداخت‌های غیر رسمی در ایران، چگونگی درک آن و دلایل آن	مقطعی	30 نفر بیمار، 12 نفر پزشک و 3 نفر سیاستگذار	مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند	دلایل پرداخت‌ها شامل عوامل فرهنگی، عوامل مرتبط با کیفیت و عوامل قانونی و دلایل دریافت‌ها نیز شامل عوامل مربوط به تعرفه، عوامل ساختاری و عوامل اخلاقی و نشان‌دادن شایستگی و مهارت پزشکان است. پرداخت‌ها به طور اختصاصی برای خدمات پیچیده و سخت مانند عمل جراحی، روش‌های درمانی قلب و عروق، ارتوپدی و مانند آن‌ها شایع است.
Tomini S, et al. 2012 م، آلبانی (41)	بررسی تفاوت‌های پرداخت‌های غیر رسمی در خانواده‌ها بین سرپرست خانواده، زوجین و بچه‌ها	مقطعی	با استناد به اطلاعات مرکز بررسی استانداردهای زندگی آلبانی (Albanian Living Stard Measurement Survey)	فرم استخراج داده‌ها	در پرداخت‌های غیر رسمی خانواده برای اعضای خانواده تفاوت معناداری مشاهده نشد، اما در میزان پرداخت‌ها بین خانوارهای مختلف تفاوت وجود دارد. خانوارهای با جمعیت کم و سطح تحصیلات بالا، تمایل بیشتری به پرداخت برای فرزندان خود نسبت به خانوارهای کم جمعیت دارند.
Tomini S, et al. 2011 م، آلبانی (5)	بررسی عوامل اصلی طرف تقاضا در بروز و افزایش پرداخت‌های غیر رسمی	توصیفی - تحلیلی	با استناد به اطلاعات مرکز بررسی استانداردهای زندگی آلبانی (Albanian Living Stard Measurement Survey)	فرم استخراج داده‌ها	عوامل مربوط به پرداخت‌های غیر رسمی در بخش‌های سرپایی و بستری متفاوت است. در کل پرداخت‌های غیر رسمی به ویژگی‌های بیماران شامل سن، منطقه سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت سلامت بستگی دارد و به میزان درآمد وابستگی کمی دارد.
Paredes-Solis S, et al. 2011 م، (38)، بین‌المللی	پرداخت‌های غیر رسمی در خدمات بهداشتی و درمانی، از دیدگاه کاربران عمومی و استفاده‌کنندگان از خدمات	مقطعی (پیمایشی)	10320 خانواده شامل 25000 فرد (نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی)	پرسشنامه ساختارمند	تزدیک به نیمی از پاسخ دهندگان پرداخت غیر رسمی به کارکنان بهداشت را رشوه در نظر نمی‌گیرند. نیمی از افراد (43٪ استونی، لتونی 45٪، لیتوانی 64٪) فکر می‌کنند سطح فساد در خدمات بهداشتی دولتی بالا بوده است. تعداد بسیار کمی (استونی 1٪، لتونی 3٪، لیتوانی 8٪) حاضر به پرداخت غیر رسمی در آخرین تماس خود را با خدمات بستری بوده‌اند. در حدود 14 درصد از اعضای خانواده در این سه کشور در آخرین تماس خود را با خدمات دولت هدیه داده‌اند.
Ghiasipour M, et al. 2011 م، ایران (42)	برآورد میزان پرداخت‌های غیر رسمی و عوامل مؤثر بر آن در نظام سلامت کشور و از جمله بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران	توصیفی - تحلیلی - مقطعی	300 نفر از ترخیص شدگان بخش‌های جراحی، اورژانس و داخلی، ICU، CCU بیمارستان‌های آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال 1388 (نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای)	مصاحبه تلفنی ساختارمند	نتایج حاصل از پژوهش بیانگر آن بودند که 21٪ از افراد مورد مطالعه پرداخت غیر رسمی به کارکنان بیمارستان داشته‌اند. 3/7 درصد از افراد با درخواست پرداخت غیر رسمی از سوی کارکنان بیمارستان رو به رو بوده‌اند. میانگین مدت اقامت و میانگین کل پرداخت غیر رسمی ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید. فراوانی پرداخت غیر رسمی و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری دارند.
Özgen H, et al. 2010 م، ترکیه (28)	بررسی عوامل پیش‌بینی کننده از پرداخت‌های غیر رسمی در ترکیه	توصیفی - تحلیلی	788 نفری که خدمات درمانی دریافت کرده‌اند	پرسشنامه	بر اساس یافته‌ها میزان هزینه خانوار برای سلامت، بیمه درمانی، نوع خدمت، و نوع مالکیت ارائه‌دهنده رابطه معناداری با میزان پرداخت‌ها دارد. عوامل طرف عرضه فاکتورهای اصلی در پرداخت‌های غیر رسمی هستند.

نویسنده / سال / کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری / تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
Tomini S, et al. 2010 م., آلبانی (43)	بررسی دلایل پرداخت‌های غیر رسمی در آلبانی با سه مدل مرتبط با این پرداخت‌ها شامل عوامل فرهنگی - اجتماعی، اقتصادی و دولتی	توصیفی - حلیلی	با استناد به اطلاعات مرکز بررسی استانداردهای زندگی آلبانی (Albanian Living Stard Measurement Survey)	فرم استخراج داده‌ها	به نظر می‌رسد اگرچه کمبود منابع با این پدیده مرتبط است، شکست دولت در بخش سلامت اصلی‌ترین دلیل چنین پرداخت‌هایی می‌باشد. اصلاحات اخیر تأثیر کمی بر کاهش این پرداخت‌ها داشته و مردم فقیر همچنان از این پرداخت‌ها آسیب می‌بینند.
Farcasanu DO, et al. 2010 م., رومانی (29)	بررسی دیدگاه مردم درباره فساد و پرداخت‌های غیر رسمی در نظام سلامت کشور رومانی	توصیفی - تحلیلی	1213 نفر با سن بالای 15 سال	مصاحبه رو در رو به وسیله پرسشنامه	20٪ افراد معتقدند که فساد از نقایص اصلی نظام سلامت رومانی است. اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه مخالف پرداخت‌های غیر رسمی هستند و معتقدند که co-payments نمی‌تواند منجر به کاهش فساد یا پرداخت‌های غیر رسمی شود. دلایل اصلی پرداخت‌های غیر رسمی وجود فرهنگ دریافت رشوه در جامعه (73/4 درصد)، نبود جریمه و تنبیه (79/9 درصد) و پایین بودن حقوق پزشکان است (50٪).
Stringhini S, et al. 2009 م., تانزانیا (32)	ارزیابی این که پرداخت‌های غیر رسمی چگونه و از چه راهی در منطقه مورد مطالعه از تانزانیا رخ می‌دهد، چگونگی تأثیر درآمدهای غیر رسمی به افزایش انگیزه کارکنان بخش سلامت	مطالعه کیفی	63 نفر شامل 22 ماما، 14 پرستار، 11 افسر بالینی، 10 اتند و 7 پزشک	بحث گروهی متمرکز (9 گروه با 6-10 شرکت‌کننده)	یک رابطه منفی بین پرداخت‌های غیر رسمی و رضایت شغلی و انگیزش وجود داشت. همچنین احساس به بردگی گرفته‌شدن توسط بیماران و ترس از شناخته‌شدن و دستگیری عامل اصلی در عدم دریافت پرداخت‌های غیر رسمی از سوی کارکنان بودند. به نظر می‌رسد عوامل دیگری مانند امنیت شغلی در عدم دریافت چنین پرداخت‌هایی مؤثر است.
Aarva P, et al. 2009 م., روسیه (35)	تعیین تفاوت دلایل و شکل پرداخت‌ها به ویژه پرداخت‌های غیر رسمی در دو شهر مختلف و بین گروه‌های با وضعیت اجتماعی اقتصادی مختلف	مطالعه کیفی	افراد و خانواده‌ها (2001 نفر)	مصاحبه رو در رو	پرداخت‌های غیر رسمی در نواحی فقیرتر شایع‌تر است. 15٪ پاسخ‌دهندگان پرداخت‌های غیر رسمی داشته‌اند. زن بودن، داشتن بیماری مزمن، بازنشسته‌بودن احتمال پرداخت‌های غیر رسمی را افزایش می‌دهد.
Liaropoulos L, et al. 2008 م., یونان (45)	اندازه‌گیری و تجزیه و تحلیل اندازه و ماهیت پرداخت‌های غیر رسمی در بیمارستان‌های عمومی یونان	توصیفی - حلیلی	نمونه‌ای از سراسر کشور به صورت تصادفی از 1616 خانوار، بالغ بر 4738 فرد (انتخاب تصادفی طبقه‌ای از شرکت ملی تلفن)	مصاحبه تلفنی و با استفاده از پرسشنامه	از تعداد کل کسانی که درمان در بیمارستان‌های عمومی را گزارش نمودند (n=336)، 36٪ حداقل یک پرداخت غیر رسمی به پزشک داشته‌اند. از این تعداد، 42٪ پرداخت را به دلیل ترس از دریافت مراقبت‌های زیر استاندارد بیان کرده‌اند و 20٪ دیگر ادعا کرد که پزشک خواستار چنین پرداختی شده است. هیچ یک از ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی خانواده ارتباط معناداری با اندازه پرداخت‌های غیر رسمی نداشت. احتمال پرداخت‌های اضافی در موارد جراحی 137٪ بیشتر از موارد غیر جراحی بود.
Cockcroft A, et al. 2008 م., لتونی، لیتوانی، استونی (24)	مقایسه بین‌المللی پرداخت‌های غیر رسمی در نظام سلامت سه کشور حوزه بالتیک	توصیفی	10320 خانواده شامل 25000 فرد (نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی)	مصاحبه ساختارمند	تزدیک به نیمی از پاسخ‌دهندگان پرداخت غیر رسمی به کارکنان بهداشت را رشوه در نظر نمی‌گیرند. نیمی از افراد (43٪ استونی، لتونی 45٪، لیتوانی 64٪) فکر می‌کنند که سطح فساد در خدمات بهداشتی دولتی بالا بوده است. تعداد بسیار کمی (استونی 1٪، لتونی 3٪ و

نویسنده / سال / کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری / تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
					لیتوانی 8٪ حاضر به پرداخت غیر رسمی در آخرین تماس خود را با خدمات بستری بوده‌اند. در حدود 14٪ از اعضای خانواده در این سه کشور در آخرین تماس خود را با خدمات دولت هدیه داده‌اند.
Setyesh T, et al. 2007 م، ایران (44)	تبیین نظرات مردم مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در مورد پرداخت‌های غیر رسمی به پزشکان	مقطعی (پیمایشی)	525 نفر از افرادی که جهت دریافت خدمات به مراکز دولتی و خصوصی مراجعه کرده‌اند (به روش غیر تصادفی و متوالی)	مصاحبه ساختارمند	70٪ افراد اطلاعات کافی درباره پرداخت‌های غیر رسمی نداشتند. از دیدگاه افراد مورد مطالعه اگر بیمار با رضایت خود و بدون درخواست قبلی پزشک پول یا هدیه‌ای به پزشک پرداخت کند، مورد قبول است و در عوض مطالبه پول از سوی پزشک به ویژه قبل از ارائه خدمت از دید عموم غیر قابل قبول است. 87٪ مردم از مراجع ذی‌صلاح رسیدگی به شکایات در خصوص پرداخت‌های زیرمیزی اطلاع نداشتند و فقط 17/8 درصد آنان به اثربخشی شکایات امیدوار بودند.
Vian T, et al. 2006 م، آلبانی (4)	تعیین انگیزه‌های مربوط به پرداخت‌های غیر رسمی و پیامدهای مربوط به آن	مطالعه کیفی	131 نفر از مردم و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	بحث گروهی و متمرکز و مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند	دلایل ایجاد پرداخت‌های غیر رسمی شامل حقوق پایین کارکنان، ارزش بالای سلامتی از دید مردم، دریافت خدمات بهتر و سنت دادن هدیه برای سیاست‌گذاری است. ارائه‌دهندگان بر این باورند که این پرداخت‌ها به وجهه کاری آن‌ها آسیب می‌زند.
Gaal P, et al. 2006 م، مجارستان (49)	تعیین حجم پرداخت‌های غیر رسمی در مجارستان	مقطعی	داده‌های اداره امار (Hungarian Central Statistical Office) و اداره مالیات مجارستان (Hungarian Tax Office)	فرم استخراج داده‌ها	حجم پرداخت‌ها در مجارستان بین 77/1 تا 242/4 میلیون دلار بود. که 1/5 الی 4/6 درصد هزینه‌های سلامت مجارستان را شامل می‌شود. پرداخت‌های غیر رسمی به طور نابرابری بین کارکنان مختلف سلامت تقسیم شده است. برخی از پزشکان خانواده و متخصصان درآمدی معادل 60 الی 236٪ درآمد رسمی خود را از پرداخت‌های غیر رسمی به دست می‌آورند.
Belli P, et al. 2004 م، گرجستان (27)	تجزیه و تحلیل فرایند جمع‌آوری و توزیع پرداخت از جیب و یا پرداخت‌های مستقیم و به ویژه پرداخت‌های غیر رسمی، دلایل فراوان بودن آن‌ها و بررسی پیامدهای مربوط به آن، به ویژه در دسترسی و کیفیت خدمات مراقبت‌های سلامت	مطالعه کیفی	129 بیمار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت	مصاحبه عمیق و بحث گروهی متمرکز	دلایل مربوط به طرف تقاضا برای پرداخت عبارتند از: دلایل فرهنگی، قدردانی، حمایت از پزشکان، تأمین مالی ضعیف دولت در خدمات بهداشتی و درمانی، ضعف بودن بسته‌های حمایتی و عوامل طرف عرضه شامل درآمد رسمی نامناسب پرسنل بهداشتی درمانی و عدم شفافیت در مدیریت واحدهای ارائه‌دهنده خدمات.
Thompson R, et al. 2002 م، قزاقستان (15)	بررسی موضوع پرداخت‌های غیر رسمی و کیفیت خدمات درمانی در قزاقستان	توصیفی تحلیلی	1508 بیمار ترخیص شده از بخش‌های جراحی و ترومای سه بیمارستان در آلماتی که به صورت تصادفی انتخاب شدند	مصاحبه و با استفاده از پرسشنامه	بیماران پرداخت‌های غیر رسمی را برای کاهش زمان پذیرش برای جراحی، اقامت بیشتر در بیمارستان انجام می‌دهند. بر اساس مدل و گزارش‌های موردی بیماران به خاطر کیفیت خدمت پرداخت انجام می‌دهند و پزشکان از قدرت انحصاری خود برای دریافت پول و افزایش درآمد خود استفاده می‌کنند.
Balabanova D, et al. 2002 م، بلغارستان (11)	تخمین میزان پرداخت‌های غیر رسمی و عوامل تعیین‌کننده در پرداخت‌های غیر	توصیفی - تحلیلی	387 فرد (پرسشنامه) 58 فرد (شامل 25 پزشک، 33 فردی که	مصاحبه ساختارمند با پرسشنامه و	19٪ مردان و 22٪ زنان حداقل یک‌بار پرداخت‌های غیر رسمی برای خدمات سلامت داشته‌اند. پرداخت‌های غیر رسمی برای اعمال جراحی و زایمان



نویسنده / سال / کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری / تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
	رسمی در بخش سلامت		اخیراً خدمات سلامت دریافت کرده‌اند (مصاحبه)	بحث گروهی متمرکز	در بیمارستان‌ها و برای پزشکان برجسته شایع بود.
Shahriari H, et al. 2001 م، لهستان (33)	تعیین ماهیت پرداخت‌های غیر رسمی و دلایل و پیامدهای این پرداخت‌ها	مطالعه کیفی	158 بیمار و 27 نفر از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	مصاحبه و بحث گروهی متمرکز	دلایل پرداخت‌های غیر رسمی شامل، حقوق پایین کارکنان سلامت، کمبود عرضه خدمات سلامت، ناکارایی نظام، عدم شفافیت در این بخش و دلایل فرهنگی می‌باشد. مهم‌ترین پیامد پرداخت‌های غیر رسمی مسأله برابری و عدالت می‌باشد.
Miller W, et al. 2000 م، اوکراین، بلغارستان، اسلواکی، جمهوری چک (37)	بررسی نگرش کارکنان مراقبت‌های سلامت در چهار کشور پست‌کمونست (اوکراین، بلغارستان، اسلواکی، جمهوری چک) نسبت به دریافت هدیه از بیماران	توصیفی	292 نفر از کارکنان نظام سلامت و 323 فرد عادی با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده	مصاحبه و بحث گروهی متمرکز	کارکنان نظام سلامت نسبت به خدمتکاران به مراتب تمایل بیشتری به دریافت پول و هدیه گران‌قیمت، توجیه دریافت پول اضافی از مشتریان و اعتراف به دریافت این هدایا دارند. توجیه اخلاقی خود، فرصت و موقعیت و قدرت چانه‌زنی بسیار در دریافت‌های غیر رسمی مؤثرتر است.
Delcheva E, et al. 1997 م، بلغارستان (34)	اندازه‌گیری میزان پرداخت‌های زیرمیزی برای خدمات سرپایی و خدمات بستری در بلغارستان	توصیفی - حلیلی	1000 فرد بالای 18 سال که در دو سال قبل از خدمات سلامت استفاده کرده‌اند. نمونه‌گیری با روش دو مرحله‌ای شبه تصادفی	مصاحبه رو در رو	پرداخت برای طیف گسترده‌ای از خدمات و به گروه‌های مختلف، از جمله پزشکی، پرستاری و کارکنان فرعی انجام شده است. پرداخت برای مشاوره 3-14 درصد و برای اعمال جراحی 83٪ از میانگین حقوق ماهانه افراد بوده است.
Barr D. 1996 م، استونی (31)	نگرش و عملکرد پزشکان در مورد مسائل مربوط به حقوق بیماران، سهل‌انگاری و پذیرش پاداش از بیماران	توصیفی	نمونه تصادفی طبقه‌بندی شده از 1000 پزشک	مصاحبه رو در رو	60٪ از پزشکان دریافت حداقل یک هدیه غیر نقدی در هفته را گزارش کرده‌اند. 15٪ از آن‌ها در هفته گذشته از بیماران خود مواردی را در قالب پول دریافت کرده بود. برای کسانی که حداقل یک انعام دریافت کرده بود، به طور متوسط مقدار آن حدود 18/5 درصد از حقوق ماهانه خود بود.

## References

1. World Health Organization. world health report 2000 - health systems: improving performance. world health organization. Geneva: Switzerland; 2000.
2. Amiresmaili M, Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Salari H. Causes of informal payments in health sector: a qualitative study of viewpoints of physicians, policy makers and patients. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(3): 72-83. [Persian]
3. Mehroolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Haghdoost A, Abolhallaje M, Ansari M, et al. Total Health Expenditures and proportion of Out-of-Pocket payments in Iranian Provinces, 2008-2014. *Iran J Epidemiol* 2017; 12(5): 1-12. [Persian]
4. Vian T, Grybosk K, Sinoimeri Z, Hall R. Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study. *Soc Scie Med* 2006; 62(4): 877-887.
5. Tomini S, Maarse H. How do patient characteristics influence informal payments for inpatient and outpatient health care in Albania: Results of logit and OLS models using Albanian LSMS 2005. *BMC Pub Health* 2011; 11(1): 375.
6. Joudaki H, Rashidian A, Minaei-Bidgoli B, Mahmoodi M, Geraili B, Nasiri M, et al. Improving fraud and abuse detection in general physician claims: a data mining study. *Int J Health Policy Manage* 2016; 5(3): 165-172.
7. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff* 2007; 26(4): 984-997.
8. Thompson R, Witter S. Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform. *Int J Health Plan Manage* 2000; 15(3): 169-187.
9. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W. Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Serv Res* 2010; 10(1): 273.
10. Onwujekwe O, Dike N, Uzochukwu B, Ezeoke O. Informal payments for healthcare: Differences in expenditures from consumers and providers perspectives for treatment of malaria in Nigeria. *Health policy* 2010; 96(1): 72-79.
11. Balabanova D, McKee M. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy* 2002; 62(3): 243-273.
12. Ensor T. Informal payments for health care in transition economies. *Soc Sci Med* 2004; 58(2): 237-246.
13. Killingsworth JR, Hossain N, Hedrick-Wong Y, Thomas SD, Rahman A, Begum T. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy Plan* 1999; 14(2): 152-163.
14. Barber S, Bonnet F, Bekedam H. Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health Policy Plan* 2004; 19(4): 199-208.
15. Thompson R, Xavier A. Unofficial payments for acute state hospital care in Kazakhstan. A model of physician behaviour with price discrimination and vertical service differentiation. LICOS Discussion Paper; 2002.
16. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Inf Lib J* 2009; 26(2): 91-108.
17. Lewis M. Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries. *Health Aff* 2007; 26(4): 984-997.
18. Cohen N. Informal payments for health care—the phenomenon and its context. *Health Econ Policy Law* 2012; 7(3): 285-308.
19. Gaal P, Belli PC, McKee M, Szócska M. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. *J Health Polit Policy Law* 2006; 31(2): 251-293.
20. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W. Making Patients Pay: Informal Patient Payments in Central and Eastern European Countries. *Front Public Health* 2015; 3: 192.
21. Vahidi R, Saadati M. Determining the distribution of effective factors on out of pocket payment (formal and informal) in hospitalized cardiac patients of Shahid Madani hospital and its side effects on the patient or companions-Iran-Tabriz 2010. *Hospital* 2013; 11(4): 45-52. [Persian]
22. Vian T, Feeley FG, Domete S, Negruta A, Matei A, Habicht J. Barriers to universal health coverage in Republic of Moldova: a policy analysis of formal and informal out-of-pocket payments. *BMC Health Serv Res* 2015; 15(1): 319.
23. Riklikiene O, Jarasiunaite G, Starkiene L. Informal patient payments in publicly financed healthcare facilities in Lithuania. *Scand J Public Health* 2014; 42(6): 488-496.

24. Cockcroft A, Andersson N, Paredes-Solís S, Caldwell D, Mitchell S, Milne D, et al. An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States. *BMC Health Serv Res* 2008; 8(1): 15.
25. Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Farkas M, Groot W. The link between past informal payments and willingness of the Hungarian population to pay formal fees for health care services: results from a contingent valuation study. *Eur J Health Econ* 2014; 15(8): 853-867.
26. Khodamoradi A, Rashidian A, Aghlmand S, Arab M, Moini M. Informal Payments and its Related Factors in Urmia Hospitals. *Hakim* 2015; 17(4): 313-321. [Persian]
27. Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy* 2004; 70(1): 109-123.
28. Özgen H, Şahin B, Belli P, Tatar M, Berman P. Predictors of informal health payments: The example from Turkey. *J Med Sys* 2010; 34(3): 387-396.
29. Farcasanu DO. Population perception on corruption, informal payments and introduction of co-payments in the public health system in Romania. *Management* 2010; 14(1): 8-13.
30. Parsa M, Aramesh K, Nedjat S, Kandi MJ, Larijani B. Informal Payments for Health Care in Iran: Results of a Qualitative Study. *Iran J Publ Health* 2015; 44(1): 79-88.
31. Barr DA. The ethics of Soviet medical practice: behaviours and attitudes of physicians in Soviet Estonia. *J Med Ethics* 1996; 22(1): 33-40.
32. Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisongo A. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Hum Resour Health* 2009; 7(1): 53.
33. Shahriari H, Belli P, Lewis M. Institutional issues in informal health payments in Poland: report on the qualitative part of the study; 2001.
34. Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under the counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy* 1997; 42(2): 89-100.
35. Aarva P, Ilchenko I, Gorobets P, Rogacheva A. Formal and informal payments in health care facilities in two Russian cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy Plan* 2009; 24(5): 395-405.
36. Gaal P, McKee M. Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Soc Sci Med* 2005; 60(7): 1445-1457.
37. Miller WL, Grødeland ÅB, Koshechkina TY. If you pay, we'll operate immediately. *J Med Ethics* 2000; 26(5): 305-311.
38. Paredes-Solís S, Andersson N, Ledogar R, Cockcroft A. Use of social audits to examine unofficial payments in government health services: experience in South Asia, Africa, and Europe. *BMC Health Serv Res* 2011; 11(2): S12.
39. Kpanake L, Dassa SK, Mullet E. Is it acceptable for a physician to request informal payments for treatment? Lay people's and health professionals' views in Togo. *Psychol Health Med* 2014; 19(3): 296-302.
40. Kaitelidou DC, Tsirona CS, Galanis PA, Siskou OC, Mladovsky P, Kouli EG, et al. Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2013; 109(1): 23-30.
41. Tomini S, Groot W, Pavlova M. Informal payments and intra-household allocation of resources for health care in Albania. *BMC Health Serv Res* 2012; 12(1): 17.
42. Ghiasipour M, Poorreza A, Arab M, Mahmoodi M, Abutorabi A. The Analysis of Informal Payments Among Hospitals Covered Under Tehran University of Medical Sciences (TUMS) 2009. *Hospital* 2011; 10(3): 9-22. [Persian]
43. Tomini S, Packard TG. Informal gifts in public health care: scarce resources or governance failure? Evidence from Albania using living standard measurement surveys. Brussels: World Bank International Conference on Poverty and Social Inclusion in the Western Balkans; Belgium, 2010.
44. Setyesh T, Nakhaee N, Rohani A. A survey of Public Opinion on the Informal Payments to Physicians in Kerman, Iran. *Iran J Ethics Sci Technol* 2007; 2(1): 81-88.
45. Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2008; 87(1): 72-81.
46. Vian T, Burak LJ. Beliefs about informal payments in Albania. *Health Policy Plan* 2006; 21(5): 392-401.
47. Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Farkas M, Groot W. The link between past informal payments and willingness of the Hungarian population to pay formal fees for health care services: results from a contingent

valuation study. *Eur J Health Econ* 2014; 15(8): 853-867.

48. Wingard DL. The sex differential in morbidity, mortality, and lifestyle. *Annu Rev Public Health* 1984; 5: 433-458. [English]

49. Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy* 2006; 77(1): 86-102.

50. Aboutorabi A, Ghiasipour M, Rezapour A, Pourreza A, Sarabi Asiabar A, Tanoomand A. Factors affecting the informal payments in public and teaching hospitals. *Med J Islam Rep Iran* 2016; 30(1): 26-35.