

The Analysis of the Amount of Informal Payments in Patients Referring to the Isfahan Hospitals

Hajian Dashtaki S¹, Raeisi A R², Heidari Z³, Moeeni M^{4*}, Khodamoradi A⁵

¹ Master of Science in health economic, School of management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁵ Department of health policy and economics, Social security research institute, Tehran, Iran

Abstract

Background: Informal payments are out-of-pocket payments that are paid to health care providers for services that must be provided to patients with no cost. These services can be in various forms including cash or non-cash contributions and presents. Since the informal payments have a significant effect on the health care system in terms of equity, access, and efficiency, the aim of this study was to estimate the amount and frequency of informal payments in patients referring to the Isfahan hospitals.

Methods: This study was a cross-sectional study which was carried out during the last six months of 2015 in 10 hospitals of Isfahan. 250 patients were randomly selected and their demographic profile consisted of gender, age, type of insurance, payment amount, type of treatment, hospital, etc. To collect the data regarding the amount of informal payment obtained by health care providers, questionnaires and telephone interviews were adopted and data analysis was carried out using SPSS 19 software.

Results: Results of the study showed that 27.2 % of patients had informal payments. The average informal payment made to doctors was 590,000 Tomans, to nurses was 23,500 Tomans and to other staff was 14,500 Tomans per patient. With informal payments compared to non-informal payments, the results revealed there was significant statistical differences ($P < 0.05$) between breadwinner's job and education, his/her approximate monthly expenditure, patient's hospital ward, length of stay, and type of treatment and hospital.

Conclusion: This study revealed the amount, frequency and variables that contributed to patients' informal payments. Considering the negative consequences of informal payments, it is recommended that by controlling and studying the influential variables as well as paying enough attention to the amount of these payments in different groups, these payments can be detected and prevented.

Keywords: Out-of-pocket; Informal payments; Hospital

Sadra Med Sci J 2018; 6(2): 113-124.

Received: Oct. 20th, 2017

Accepted: Apr. 21st, 2018

*Corresponding Author: **Moeeni M.** Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, mmoeini1387@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۶، شماره ۲، بهار ۱۳۹۷، صفحات ۱۱۳ تا ۱۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۰۱ تاریخ دریافت: ۹۶/۰۷/۲۸

مقاله پژوهشی

(Original Article)

بررسی میزان پرداخت های غیررسمی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های شهر اصفهان

سعید حاجیان دشتکی^۱، احمدرضا رئیسی^۲، زهرا حیدری^۳، مریم معینی^{۴*}، عبدالواحد خدامرادی^۵^۱ کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران^۲ مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران^۳ گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران^۴ مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران^۵ موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، گروه سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: پرداخت غیررسمی پرداختهایی مستقیم از جیب هستند که به ارائه دهندگان سلامت برای خدماتی که برای بیمار بایستی بدون هزینه باشد، صورت می گیرد و می تواند به شکلهای مختلف پرداخت نقدی، مشارکت غیر نقدی و هدیه صورت گیرد. از آنجائیکه پرداخت های غیررسمی تاثیر زیادی بر سیستم سلامت از لحاظ عدالت، دسترسی، کارایی دارد، هدف از این مطالعه برآورد میزان و فراوانی پرداخت های غیررسمی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های شهر اصفهان می باشد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک بررسی مقطعی گذشته نگر بود که در شش ماه اول سال ۱۳۹۳ در ۱۰ بیمارستان منتخب شهر اصفهان انجام گرفت. ۲۵۰ بیمار به صورت تصادفی انتخاب شدند و اطلاعات آنها شامل (جنسیت، سن، نوع بیمه، میزان پرداخت، نوع درمان، نوع بیمارستان و ...) برای مقایسه میزان پرداخت غیررسمی با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه تلفنی جمع آوری شد و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ انجام گرفت.

یافته ها: نتایج مطالعه نشان داد که ۲۷/۲ درصد بیماران پرداخت غیررسمی داشته اند و میانگین پرداخت غیررسمی به پزشکان ۵۹۰۰۰۰ تومان، پرستاران ۲۳۵۰۰ تومان و به سایر کارکنان ۱۴۵۰۰ تومان به ازای هر فرد دریافت کننده می باشد. بیماران با پرداخت غیررسمی در مقایسه با افراد فاقد پرداخت غیررسمی از لحاظ متغیر شغل سرپرست خانوار، میزان تحصیلات سرپرست خانوار، مخارج تقریبی ماهیانه خانوار، نوع بخش بستری، طول مدت بستری، نوع درمان و همچنین نوع بیمارستان دارای تفاوت آماری قابل ملاحظه می باشد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر که فراوانی پرداخت های غیررسمی، میزان این پرداخت ها برای گروه های مختلف و متغیرهای تاثیر گذار بر این پرداخت ها مشخص شد می توان با کنترل و مطالعه متغیرهای تاثیرگذار و همچنین توجه به میزان این پرداخت ها در گروه های مختلف به مقابله با این پرداخت ها با توجه به آثار نامطلوب آن پرداخت.

کلید واژه ها: پرداخت مستقیم از جیب، پرداخت های غیررسمی، بیمارستان

* نویسنده مسئول: مریم معینی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، mmoeini1387@gmail.com

مقدمه

سلامت انسان ها به عنوان یک حق اساسی و دارایی و سرمایه ارزشمندی برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است. بر مبنای این ایده در کشورهای دنیا مدل های متفاوتی از نظام های سلامت به وجود آمده اند که یکی از الزامات دستیابی به اهداف در نظام های سلامت، تامین مالی عادلانه آن است (۱). مهمترین عامل تعیین کننده عادلانه بودن تامین مالی یک نظام سلامت، سهم مقدار پرداختی خانوار از کل هزینه سلامت است. پرداخت مستقیم از جیب، معمولاً نامناسبترین شیوه پرداخت برای سلامت است و روشی است که بیشترین مواجهه با خطرات مالی کمرشکن را برای افراد به دنبال دارد (۲).

پرداخت غیررسمی پرداختهایی مستقیم از جیب هستند که به افراد یا سازمان ارائه دهنده سلامت به صورت نقدی یا غیر نقدی، پرداخت می شود و این پرداختها خارج از کانالهای پرداخت رسمی شکل می گیرند (۳). به عبارت دیگر، پرداختهای غیررسمی به عنوان پرداختهایی تعریف می شود که به ارائه دهندگان سلامت برای خدماتی که برای بیمار بایستی بدون هزینه باشد صورت می گیرد و می تواند به شکلهای مختلف پرداخت نقدی، مشارکت غیر نقدی و هدیه صورت گیرد (۴). پرداخت غیررسمی برای مراقبت های سلامت مرتبط با عواملی در طرف عرضه (سیستم ارائه خدمات) و تقاضا (بیماران) می باشد و می توان گفت به طور همزمان ریشه در مشکلات هر دو طرف دارند. (۵، ۶). پرداخت غیررسمی برای مراقبت های سلامت مرتبط با عواملی در طرف عرضه و تقاضاست که موجب پیدایش یک بازار غیررسمی در داخل شبکه نظام سلامت می گردد و تاثیرات منفی فراوانی بر نظام سلامت دارد و فاقد هر گونه اثرگذاری مثبت بر سیستم سلامت می باشد. (۷، ۸).

یکی از اهداف نهایی طرح تحول نظام سلامت، کاهش

پرداخت مستقیم از جیب مردم می باشد که در همین راستا یکی از هشت بسته اجرایی این طرح، برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستانها می باشد که هدف این بسته حفاظت مالی شهروندان، کاهش میزان پرداخت از جیب بیماران و حذف پرداخت های غیررسمی می باشد که در مرحله سوم طرح تحول نظام سلامت (کتاب جدید ارزش گذاری خدمات سلامت) هم به آن تأکید شد (۹).

مطالعات انجام شده در رابطه با پرداخت های غیر رسمی در جهان حاکی از آن است که دامنه فراوانی پرداخت های غیررسمی بسیار گسترده بوده و از ۲٪ در پرو تا ۹۶٪ در پاکستان متفاوت است (۶). علی رغم اینکه در اکثر کشورها در این زمینه مطالعات متعددی صورت گرفته، در کشور ما مطالعات زیادی در این زمینه صورت نگرفته است و در این زمینه به جز چند مطالعه کمی محدود و چند مطالعه کیفی، مطالعه جامع و با وسعت بزرگتری صورت نگرفته است. با توجه به اثرات مضر این پرداخت ها بر سیستم سلامت و همچنین با توجه به اهتمام سیاستگذاران طرح تحول نظام سلامت بر مقابله با پرداخت های غیر رسمی هدف از انجام این مطالعه ارائه تصویری جامع از وضعیت این پرداخت ها در بیمارستان های شهر اصفهان می باشد.

مواد و روش

این مطالعه یک بررسی مقطعی گذشته نگر بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیمارانی بودند که در شش ماه اول سال ۱۳۹۳ از ۱۰ بیمارستان در شهر اصفهان ترخیص شده اند که شامل ۷ بیمارستان آموزشی، ۲ بیمارستان خصوصی و ۱ بیمارستان تأمین اجتماعی می باشد، بیمارستان های دیگر به علت عدم پاسخگویی و در دسترس قرار ندادن اطلاعات از مطالعه خارج شدند. بر اساس مطالعات گذشته که نشان دهنده این بود که حدود

اجتماعی اقتصادی بیماران شامل مخارج ماهیانه، سطح تحصیلات سرپرست خانوار، شغل سرپرست خانوار و ... را پوشش می داد. روایی محتوایی ابزار بر اساس نظر هیئت خبرگان و همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳٪ توسط خدامرادی و همکاران به دست آمده و تایید شده بود (۱۰). پس از هماهنگی لازم و اخذ معرفی نامه از دانشگاه جهت دریافت اطلاعات مورد نظر از بیمارستان ها، اطلاعات توسط پرسشنامه به صورت کاملاً محرمانه با رعایت امانت داری و پرهیز از هر گونه گرایش و اعمال نظر در مراحل مختلف جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ انجام گرفت. متغیرهای کیفی به صورت تعداد (درصد) و متغیرهای کمی به صورت میانگین (انحراف معیار) گزارش شدند. مقایسه توزیع متغیرهای کیفی و کمی در گروه های تحت بررسی به ترتیب با استفاده از آزمون کای دو و آزمون t- test انجام گرفت. سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۵۰ بیمار با میانگین سنی ۳۸/۵۸ شرکت داشتند، ۵۳/۲ درصد مونث بود، ۸۸ درصد بیماران تحت سرپرستی پدر می باشد. میانگین سن سرپرست بیماران ۴۶/۱۸ می باشد، ۲۹/۶ درصد سرپرست خانوار فاقد مدرک تحصیلی می باشند. ۳۴/۸ بیماران در خانواده های چهار نفره زندگی می کنند. ۴۶/۹ درصد بیماران ساکن شهر اصفهان می باشند، میانگین مخارج ماهیانه خانوار بیماران ۶۶۰۴۰۰ تومان می باشد. در جدول شماره یک اطلاعات جمعیت شناختی بیماران برحسب نوع بیمارستان آورده شده است:

۲۵ درصد بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ها پرداخت غیررسمی دارند، لذا حجم نمونه برابر ۲۵۰ بیمار با سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای کمتر از ۵ درصد برای مطالعه مشخص و سهم هر بیمارستان ۲۵ بیمار ترخیص شده تعیین گردید.

برای انتخاب نمونه ابتدا لیست ترخیص بیماران شامل اطلاعات نام و نام خانوادگی، بخش بستری و شماره تلفن تماس از بیمارستان ها گرفته شد. لازم به یادآوری است که نام و نام خانوادگی بیماران سپس کدگذاری شد. در مرحله بعد از لیست ترخیص هر بیمارستان به صورت تصادفی ساده نمونه ها انتخاب شدند به این صورت که به بیماران هر بیمارستان کدهای اختصاص داده شد و ۲۵ کد تصادفی انتخاب شد و اطلاعات مورد نظر آنها جمع آوری گردید. از آنجایی که جمع آوری اطلاعات می بایستی پس از ترخیص بیمار از بیمارستان صورت بگیرد، احتمال پاسخ به پرسشنامه و ارسال آن توسط بیمار و یا خانواده اش پس از ترخیص، با توجه به شرایط بیماران و خانواده هایشان بسیار اندک تخمین زده شد و از مصاحبه تلفنی به عنوان روش گردآوری اطلاعات استفاده شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای شامل ۴۰ سوال بود که متشکل از ۵ قسمت بود: قسمت اول آن اطلاعات مربوط به بیمارستان و بیمه بیماران شامل داشتن بیمه، نوع بیمه، نوع بخش بستری و نوع بیمارستان و ... ، قسمت دوم پرداخت غیررسمی به پزشک شامل داشتن پرداخت غیررسمی، میزان پرداخت غیررسمی، زمان پرداخت غیررسمی و ... ، قسمت سوم پرداخت غیررسمی به پرستار شامل میزان پرداخت، نوع پرداخت، انگیزه پرداخت و ... ، قسمت چهارم پرداخت غیررسمی به سایر کارکنان شامل میزان پرداخت، نوع پرداخت و ... و قسمت پنجم ویژگی های

جدول ۱. توزیع اطلاعات جمعیت شناختی برای کلیه شرکت کننده گان و برحسب نوع بیمارستان

| تامین اجتماعی | بیمارستان دولتی | بیمارستان خصوصی | کل شرکت کنندگان | | |
|--------------------|---------------------|------------------------|---------------------|----------------------------|------------------|
| (۲۰/۲۸۲) ۴۶/۱۲ | (۱۸/۵۹۲) ۳۹/۷۵ | (۲۱/۲۷۳) ۳۰/۷۰ | (۱۹/۷۳۳) ۳۸/۵۸ | سن بیمار | |
| (۵۶/۰) ۱۴ | (۴۵/۱) ۷۹ | (۴۸/۰) ۲۴ | (۴۶/۸) ۱۱۷ | مذکر | جنسیت بیمار |
| (۴۴/۰) ۱۱ | (۵۴/۹) ۹۶ | (۵۲/۰) ۲۶ | (۵۳/۲) ۱۳۳ | مونث | |
| (۱۵/۵۹۹) ۴۹/۴۸ | (۱۳/۴۳۴) ۴۶/۶۶ | (۱۲/۷۲۸) ۴۲/۸۴ | (۱۳/۶۰۰) ۴۶/۱۸ | سن سرپرست | |
| (۳۰۱۱۷۳/۱۱۷) ۶۹۰۰۰ | (۱۸۳۱۸۰/۵۱۸) ۵۹۶۰۰۰ | (۲۰۲۹۸۵/۵۱۶) ۶۷۴۵۷۱/۴۳ | (۲۱۲۶۷۹/۹۷۳) ۶۶۰۴۰۰ | میزان تقریبی مخارج ماهیانه | |
| (۴۸/۰) ۱۲ | (۴۴/۶) ۷۸ | (۶۸/۰) ۳۴ | (۴۹/۶) ۱۲۴ | اصفهان | محل سکونت |
| (۴۰/۰) ۱۰ | (۳۶/۰) ۶۸ | (۲۸/۰) ۱۴ | (۳۴/۸) ۸۷ | سایر شهرها | |
| (۱۲/۰) ۳ | (۱۹/۴) ۳۴ | (۴/۰) ۲ | (۱۵/۶) ۳۹ | روستا | |
| (۴/۰) ۱ | (۸/۰) ۱۴ | (۱۲/۰) ۶ | (۸/۴) ۲۱ | مادر | سرپرست خانوار |
| (۸۸/۰) ۲۲ | (۸۸/۰) ۱۵۴ | (۸۸/۰) ۴۴ | (۸۸/۰) ۲۲۰ | پدر | |
| (۸/۰) ۲ | (۴/۰) ۷ | (۰/۰) ۰ | (۳/۶) ۹ | سایر | |

در این قسمت اطلاعات مربوط به بیمه افراد بیمارستان در جدول شماره دو آورده شده است: برای کلیه شرکت کنندگان و به تفکیک

جدول ۲. توزیع اطلاعات بیمه ای برای کلیه شرکت کنندگان و بر حسب نوع بیمارستان:

| تامین اجتماعی | بیمارستان دولتی | بیمارستان خصوصی | کل شرکت کنندگان | | |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| (۹۶/۰) ۲۴ | (۹۴/۳) ۱۶۵ | (۹۰/۰) ۴۵ | (۹۳/۶) ۲۳۴ | بلی | آیا بیمه هستید؟ |
| (۴/۰) ۱ | (۵/۷) ۱۰ | (۱۰/۰) ۵ | (۹/۴) ۱۶ | خیر | |
| (۷۲/۰) ۱۸ | (۲۴/۶) ۴۳ | (۱۲/۰) ۶ | (۲۶/۸) ۶۷ | تامین اجتماعی | چه نوع بیمه ای دارید؟ |
| (۱۲/۰) ۳ | (۵۷/۱) ۱۰۰ | (۶۸/۰) ۳۴ | (۵۴/۸) ۱۳۷ | خدمات درمانی | |
| (۴/۰) ۱ | (۵/۱) ۹ | (۴/۰) ۲ | (۴/۸) ۱۲ | نیروهای مسلح | |
| (۸/۰) ۲ | (۶/۹) ۱۲ | (۶/۰) ۳ | (۶/۸) ۱۷ | انواع دیگر | آیا بیمه مکمل دارید؟ |
| (۲۸/۰) ۷ | (۱۳/۷) ۲۴ | (۱۸/۰) ۹ | (۱۶/۰) ۴۰ | بلی | |
| (۷۲/۰) ۱۸ | (۸۶/۳) ۱۵ | (۸۲/۰) ۴۱ | (۸۴/۰) ۳۱۰ | خیر | |

در جدول اعداد بیانگر فراوانی متغیر و درون پرانتز درصد آن متغیر ذکر شده است.

در جدول ۳ مبلغ پرداخت شده توسط بیمار به صندوق بیمارستان، میزان پرداخت غیررسمی به پزشک، پرستار، سایر کارکنان و کل مبلغ پرداختی بیمار (پرداخت رسمی و غیررسمی) به تفکیک نوع بیمارستان ارائه شده است:

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می شود بیشترین فراوانی مربوط به ۹۳/۲ درصد بیماران دارای بیمه، ۵۴/۸ درصد دارای بیمه خدمات درمانی، ۸۴ درصد فاقد بیمه مکمل می باشند.

جدول ۳. توزیع اطلاعات مبلغ پرداخت شده (رسمی، غیررسمی، کل) به بیمارستان برای کلیه شرکت کنندگان و بر حسب نوع بیمارستان:

| تامین اجتماعی | بیمارستان دولتی | بیمارستان خصوصی | در کل بیمارستان | |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| ۱۰۵۶۰۰ (۱۰۵۶۰۰/۰۰) | ۳۸۰۶۶۰/۳۸(۳۸۲۹۸۷/۵۵۴) | ۹۵۵۶۶۶/۶۷(۱۱۷۸۶۹۵/۱۵۷) | ۶۶۵۸۴۲/۱۷۱(۴۶۳۶۲۴/۴۵) | مبلغ پرداخت شده به بیمارستان |
| ۶۸۷۵۰۰ (۲۴۶۲۲/۴۴۵) | ۴۳۰۰۰۰ (۱۴۸۳۲۳/۹۷۰) | ۶۵۰۰۰۰ (۱۸۴۸۴۲/۲۷۵) | ۵۹۰۶۲۵/۰۰(۲۱۰۷۲۷/۹۰۵) | مبلغ غیررسمی پرداختی به پزشک |
| ۱۵۰۰۰ (۱۳۲۲۸/۷۵۷) | ۲۲۳۰۷/۶۹(۸۰۶۶/۲۳۲) | ۳۳۷۵۰ (۱۱۰۸۶/۷۷۹) | ۲۳۵۰۰/۰۰(۱۰۶۴۹/۹۳۲) | مبلغ غیررسمی پرداختی به پرستار |
| ۱۵۰۰۰ (۷۰۷۱/۰۶۸) | ۱۱۳۳۳/۳۳(۵۱۶۳/۹۷۸) | ۶۶۶۲۱/۶۷(۶۸۳۱/۳۰۱) | ۱۴۳۴۷/۸۳(۷۱۱۹/۸۱۰) | مبلغ غیررسمی پرداختی به دیگر کارکنان |
| ۲۲۸۶۰۰(۳۶۲۴۶/۷۷۴) | ۳۹۳۳۲۲/۹۸(۴۰۹۰۲۰/۹۱۳) | ۱۰۴۳۸۰۴/۳۵(۱۲۷۲۷۶۵/۲۲۴) | ۵۰۴۵۴۷/۴۱(۷۲۱۰۱۷/۷۳۲) | کل پرداختی شخص |

در جدول اعداد بیانگر میانگین متغیر و درون پرانتز انحراف معیار آن متغیر می باشد.

بیمارستان تأمین اجتماعی و سپس دولتی می باشد. میانگین پرداخت غیررسمی به پزشک صرف نظر از نوع بیمارستان و با تفکیک نوع بیمارستان از میانگین پرداخت غیررسمی به پرستار و سایر کارکنان بسیار بیشتر می باشد (حدود ۲۵ برابر و ۴۰ برابر).

میانگین کل پرداختی شخص (رسمی و غیررسمی) به بیمارستان ۵۰۴۵۴۷ هزار تومان می باشد که بیشترین میانگین مربوط به بیمارستان خصوصی می باشد که ۲/۶۵ برابر دولتی و ۴/۵ برابر بیمارستان تأمین اجتماعی می باشد.

در جدول شماره چهار فراوانی پرداخت غیررسمی و شخص دریافت کننده پرداخت غیررسمی، زمان پرداخت به پزشک و نحوه تهیه هزینه های بیمارستان به تفکیک نوع بیمارستان آورده شده است:

با توجه به جدول بالا میانگین پرداختی به صندوق بیمارستان به صورت رسمی بدون توجه به نوع بیمارستان ۴۶۳۶۲۴ هزار تومان می باشد که بیشترین میانگین مربوط به بیمارستان خصوصی که ۲/۵ برابر بیمارستان دولتی و ۹ برابر بیمارستان تأمین اجتماعی می باشد. میانگین پرداخت غیررسمی به پزشک ۵۹۰۶۲۵ می باشد که بیشترین میانگین مربوط به بیمارستان تأمین اجتماعی که تقریباً برابر با بیمارستان خصوصی و ۱/۶ برابر بیمارستان دولتی می باشد. میانگین مبلغ پرداخت غیررسمی به پرستار برابر ۲۳۵۰۰ تومان می باشد که به ترتیب بیشترین میانگین مربوط به بیمارستان خصوصی، دولتی و تأمین اجتماعی می باشد. میانگین پرداخت غیررسمی به سایر کارکنان ۱۴۳۴۷ هزار تومان می باشد که در بیمارستان خصوصی بیشترین میانگین و سپس

جدول ۴. توزیع اطلاعات مربوط به پرداخت غیررسمی و نحوه تهیه هزینه ها به تفکیک نوع بیمارستان

| تأمین اجتماعی | بیمارستان دولتی | بیمارستان خصوصی | در کل بیمارستان | | |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------------------|
| ۱۱ (۴۴/۰) | ۳۷ (۲۱/۱) | ۲۰ (۴۰/۰) | ۶۸ (۲۷/۲) | بله | پرداخت غیررسمی |
| ۱۴ (۵۶/۰) | ۱۳۸ (۷۸/۹) | ۳۰ (۶۰/۰) | ۱۸۲ (۷۲/۸) | خیر | |
| ۶ (۵۴/۰) | ۵ (۱۳/۹) | ۹ (۴۵/۰) | ۲۹ (۲۹/۹) | پزشک | پرداخت غیررسمی |
| ۳ (۲۷/۳) | ۱۲ (۳۳/۳) | ۴ (۲۰/۰) | ۱۹ (۲۸/۴) | پرستار | |
| ۲ (۱۸/۲) | ۱۸ (۵۰/۰) | ۷ (۳۵/۰) | ۲۷ (۴۰/۳) | سایر کارکنان | |
| ۰ (۰/۰) | ۱ (۲/۸) | ۰ (۰/۰) | ۱ (۱/۵) | بیش از یک گروه | زمان پرداخت غیررسمی به پزشک |
| ۵ (۸۳/۳) | ۳ (۶۰/۰) | ۷ (۷۷/۸) | ۱۵ (۷۵/۰) | قبل از پذیرش | |
| ۰ (۰/۰) | ۲ (۴۰/۰) | ۲ (۲۲/۲) | ۴ (۲۰/۰) | در بیمارستان | |
| ۱ (۱۶/۷) | ۰ (۰/۰) | ۰ (۰/۰) | ۱ (۵/۰) | بعد از ترخیص | نحوه تهیه هزینه های درمان |
| ۲ (۸/۰) | ۱۰ (۵/۷) | ۲ (۴/۰) | ۱۴ (۵/۶) | فروش دارایی | |
| ۳ (۱۲/۰) | ۳۰ (۱۷/۱) | ۶ (۱۲/۰) | ۳۶ (۱۵/۶) | قرض گرفتن | |
| ۸ (۳۲/۰) | ۴۶ (۲۶/۳) | ۲۱ (۴۲/۰) | ۷۵ (۳۰/۰) | پس انداز | |
| ۲ (۸/۰) | ۷ (۴/۰) | ۳ (۶/۰) | ۱۲ (۴/۸) | حمایت دیگران | |
| ۱ (۲/۰) | ۲ (۱/۱) | ۰ (۰/۰) | ۳ (۱/۲) | وام گرفتن | |
| ۹ (۳۶/۰) | ۸۰ (۴۵/۷) | ۱۱۸ (۳۶/۰) | ۱۰۷ (۴۲/۸) | درآمد عادی | |

در جدول اعداد بیانگر فراوانی متغیر و درون پرانتز درصد مربوط به آن متغیر ذکر شده است.

بیمارستان به ترتیب درآمد عادی و پس انداز می باشد که با تفکیک نوع بیمارستان در بیمارستان دولتی و تأمین اجتماعی به همین صورت می باشد در حالی که در بیمارستان خصوصی بیشترین فراوانی مربوط به پس انداز و سپس درآمد عادی می باشد. ۹۴/۴ درصد بیماران مخالف پرداخت های غیررسمی بوده اند و فقط ۵/۶ درصد بیماران موافق این نوع پرداخت ها بوده اند.

در جدول شماره پنج متغیرهای مورد نظر را در دو گروه (کسانی که پرداخت غیررسمی داشته اند و کسانی که پرداخت غیررسمی نداشته) مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج این جدول نشان می دهد که فراوانی پرداخت غیررسمی ۲۷/۲ درصد می باشد که بیشترین فراوانی نسبت به حجم نمونه هر بیمارستان مربوط به بیمارستان تأمین اجتماعی می باشد. صرف نظر از نوع بیمارستان بیشترین فراوانی مربوط به گروه سایر کارکنان (۴۰/۳ درصد) می باشد. اما در بیمارستان خصوصی و تأمین اجتماعی بیشترین فراوانی مربوط به پزشکان می باشد در حالی که در بیمارستان دولتی بیشترین فراوانی مربوط به سایر کارکنان می باشد. ۷۵ درصد پرداخت های غیررسمی به پزشکان قبل از پذیرش بیمار بوده است. بیشترین فراوانی نحوه تهیه هزینه های بیمارستان صرف نظر از نوع

جدول ۵. مقایسه افراد با پرداخت غیررسمی و افراد با عدم پرداخت غیررسمی بر حسب متغیرهای مورد نظر

| P-Value | افراد با عدم پرداخت غیر رسمی (تعداد = ۱۸۲ نفر) | افراد با پرداخت غیر رسمی (تعداد = ۶۸ نفر) | | |
|----------|---|--|----------------------------|--|
| <۰/۰۰۰۱* | ۵۵(۳۰/۲) | ۷(۱۰/۳) | کارگر | شغل سرپرست خانوار |
| | ۵۷(۳۱/۳) | ۲۶(۳۸/۲) | شغل آزاد | |
| | ۱۹(۱۰/۴) | ۲۳(۳۳/۸) | کارمند | |
| | ۳۵(۱۹/۲) | ۵(۷/۴) | کشاورز | |
| | ۱۶(۸/۸) | ۷(۱۰/۳) | بیکار | |
| <۰/۰۰۰۱* | ۷۱(۳۹/۰) | ۳(۴/۴) | بی سواد | میزان تحصیلات |
| | ۴۸(۲۶/۴) | ۲۰(۲۹/۴) | ابتدایی | |
| | ۳۰(۱۶/۵) | ۱۹(۲۷/۹) | راهنمایی | |
| | ۲۱(۱۱/۵) | ۱۱(۱۶/۲) | دبیرستان | |
| | ۹(۴/۹) | ۱۵(۲۲/۱) | دانشگاهی | |
| | ۳(۱/۶) | ۵(۰/۰) | دیگری | |
| <۰/۰۰۰۱* | ۶۲۱۹۷۸/۰۲ (۱۸۳۹۱۲/۱۸۰) | ۷۶۳۲۳۵/۲۹ (۲۴۸۹۷۰/۶۶۴) | میزان تقریبی درآمد ماهیانه | |
| ۰/۰۰۶* | ۳۵(۱۹/۲) | ۱۶(۲۳/۵) | جراحی | بیمار تحت مراقبت کدام بخش بیمارستان قرار داشت؟ |
| | ۲۶(۱۴/۳) | ۱۶(۲۳/۵) | زنان | |
| | ۴۰(۲۲/۰) | ۳(۴/۴) | داخلی | |
| | ۱۸(۹/۹) | ۱۱(۱۶/۲) | مراقبت های قلبی و ویژه | |
| | ۲۷(۱۴/۸) | ۹(۱۳/۲) | بخش اطفال | |
| | ۱۴(۷/۷) | ۵(۷/۴) | گوش، حلق، بینی | |
| | ۱۱(۶/۰) | ۸(۱۱/۸) | بخش ارتوپدی | |
| | ۱۱(۶/۰) | ۰(۰/۰) | دیگر بخش ها | |
| ۰/۰۰۵* | ۳/۲۹(۲/۴۶۵) | ۴/۳۸(۲/۷۱۶) | مدت اقامت | |
| ۰/۰۰۹* | ۶۲(۳۴/۱) | ۳۴(۵۰/۰) | جراحی | نوع درمان |
| | ۷۶(۴۱/۸) | ۱۶(۲۳/۵) | اقدام طبی | |
| | ۱۹(۱۰/۴) | ۳(۰/۴) | اقدام تشخیصی | |
| | ۳(۱/۶) | ۰(۰/۰) | خدمات توانبخشی | |
| | ۱۱(۶/۰) | ۵(۷/۴) | زایمان | |
| | ۱۱(۶/۰) | ۱۰(۱۴/۷) | سزارین | |
| ۰/۰۰۴* | ۳۰(۱۶/۵) | ۲۰(۲۹/۴) | خصوصی | نوع بیمارستان |
| | ۱۳۸(۷۵/۸) | ۳۷(۵۴/۴) | دولتی | |
| | ۱۴(۷/۷) | ۱۱(۱۶/۲) | تامین اجتماعی | |

*p-value در جدول برای متغیرهای سن بیمار، سن سرپرست، مخارج ماهیانه، تعداد اعضای خانوار و تعداد روزهای بستری مبتنی بر آزمون t-test و برای بقیه موارد مبتنی بر آزمون کای دو می باشد و موارد معنی دار آماری با * مشخص شده اند.

همکاران (۱۳) نشان داد که افراد با تحصیلات بالاتر و درآمد ماهیانه بالاتر گروه هایی هستند که احتمال پرداخت غیررسمی در آنها بیشتر است. میتوان گفت موقعیت اجتماعی بیماران بر پرداخت غیررسمی آنان موثر می باشد و پرداخت آنان را تحت تاثیر قرار میدهد.

نتایج مطالعه نشان داد که نوع بیمارستان ارتباط معناداری با پرداخت های غیررسمی دارد. در همین رابطه مطالعه کانکتو و همکاران (۱۴) نشان داد که پرداخت غیررسمی به طور قابل توجهی در بخش خصوصی از بخش عمومی کمتر است. همچنین مطالعه که توسط ازگن و همکاران (۱۵) در کشور ترکیه انجام داد نشان داد که مالکیت ارائه دهندگان (دولتی، خصوصی) با پرداخت های غیررسمی ارتباط معنی داری دارد. همچنین مطالعه خدامرادی و همکاران (۱۰) نشان داد که نوع بیمارستان از عوامل موثر بر پرداخت های غیررسمی می باشد. با توجه به این که در اکثر مطالعات نوع بیمارستان بر پرداخت های غیررسمی اثر گذار می باشد توجه به این متغیر مهم برای مقابله با این پرداخت ها میتواند تاثیر زیادی داشته باشد.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که نوع درمان بیمار، نوع بخش بستری، طول مدت بستری در بین کسانی که پرداخت غیررسمی داشته اند و کسانی که پرداخت غیررسمی نداشته اند از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی دار می باشد. در همین رابطه مطالعه تومینی و مارس (۵) در کشور آلبانی نشان داد که روزهای بستری در بیمارستان یک رابطه معنی داری با مقدار پرداخت غیررسمی داشته است. در مطالعه دیگر که توسط ازگن و همکاران (۱۵) در ترکیه انجام شد نتایج نشان داد که نوع درمان با پرداخت غیررسمی ارتباط آماری معنادار دارد. می توان چنین استدلال کرد که در برخی بخش ها شاید به علت نوع بیماری و نوع تخصص میزان این پرداخت ها بیشتر می باشد.

نتایج مطالعه نشان داد که متغیرهای سن، محل سکونت، تعداد اعضای خانوار و داشتن بیمه در افراد با پرداخت

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می شود در گروهی که پرداخت غیررسمی داشته اند و گروهی که این نوع پرداخت ها را نداشته اند متغیرهای شغل سرپرست خانوار، میزان تحصیلات سرپرست خانوار، درآمد تقریبی ماهیانه خانوار، نوع بخش بستری، طول مدت بستری، نوع درمان و نوع بیمارستان از لحاظ آماری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$) و در سایر متغیرها از لحاظ آماری تفاوت معنی دار بین دو گروه (افراد با پرداخت های غیررسمی و افراد فاقد این نوع پرداختها) مشاهده نشده است ($P > 0/05$).

بحث

یافته های پژوهش نشان داد که ۶۸ نفر (درصد ۲۷/۲) از بیماران پرداخت های غیررسمی داشته اند که از این تعداد ۲۰ نفر به پزشکان ۱۹ نفر به پرستاران و ۲۷ نفر به سایر کارکنان پرداخت غیررسمی داشته اند. در همین رابطه پژوهش غیائی پور و همکاران (۱۱) نشان داد ۲۱ درصد بیماران پرداخت های غیررسمی داشته اند. همچنین مطالعه خدامرادی و همکاران (۱۰) نشان داد ۲۹/۸ درصد افراد پرداخت های غیررسمی داشته اند. در همین رابطه مطالعه سولیتیس و همکاران (۱۲) نشان داد که ۳۲/۴ درصد از افراد در بخش های بستری بیمارستان های عمومی پرداخت غیررسمی داشته اند. مطالعات انجام شده در رابطه با پرداخت های غیر رسمی در جهان حاکی از آن است که دامنه فراوانی پرداخت های غیررسمی بسیار گسترده بوده و از ۳٪ در پرو تا ۹۶٪ در پاکستان متفاوت است. میتوان نتیجه گرفت که در جوامع مختلف و نظام های سلامت مختلف میزان پرداخت های غیررسمی متفاوت است.

نتایج مطالعه نشان داد که شغل سرپرست خانوار، میزان تحصیلات سرپرست خانوار و مخارج ماهیانه خانوار بین کسانی که پرداخت غیررسمی داشته اند و کسانی که پرداخت های غیررسمی نداشته اند دارای تفاوت آماری معنادار می باشد. در همین رابطه مطالعه ریکلیکین و

نتیجه‌گیری

به طور خلاصه یافته‌های این پژوهش نشان داد که پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های تحت مطالعه وجود دارد، میزان پرداخت آن به پزشکان نسبت به پرستاران و سایر پرسنل تفاوت آشکار و قابل توجهی دارد و برخی عوامل بر میزان آن تاثیر قابل توجهی دارند که این عوامل در مطالعه شناسایی شدند. پیشنهاد می‌شود با توجه به وجود این پرداخت‌ها و اثرات مضر آن بر سیستم سلامت به این پرداخت‌ها توجه بیشتری شود و می‌توان با کنترل متغیرهای اثرگذار بر این پرداخت‌ها مثل نوع بیمارستان و نوع درمان تاثیر قابل توجهی در کاهش این پرداخت‌ها داشت. انجام یک پژوهش تکمیلی در این زمینه و بر روی جامعه بزرگتر و با متدولوژی دیگری می‌تواند مسیر مناسبی برای پژوهش‌های آتی در این موضوع باشد.

تقدیر و تشکر

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به خاطر کمک به اجرای این پژوهش و همچنین از همکارانی که در بیمارستان‌ها در اجرای پژوهش همکاری داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access. *The European Journal of Public Health* 2013; 23(6):916-22.
2. WHO WHR. Health Systems Improving Performance. Geneva. 2000:35-40.

غیررسمی و افراد با عدم پرداخت غیررسمی از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد. در همین رابطه مطالعه ریکلیکین و همکاران (۱۳) نشان داد که مسن بودن رابطه آماری معنادار با پرداخت‌های غیررسمی دارد. همچنین مطالعه تومینی و مارس (۵) که در کشور آلبانی انجام شد نشان داد که افراد مسن و افراد دارای بیمه پرداخت غیررسمی کمتری نسبت به افراد جوان و فاقد بیمه دارند. که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد. شاید یکی از دلایل عدم تفاوت معنادار در این متغیرها انجام این مطالعه در یک شهر می‌باشد که در یک شهر این متغیرها با هم تفاوت زیادی ندارند و ممکن است اگر مطالعه در بیمارستان‌های چند شهر انجام می‌شد نتیجه مطالعه تغییر می‌کرد.

با توجه به محدودیت‌های موجود در فرآیند انجام پژوهش از جمله عدم دسترسی به اطلاعات همه بیمارستان‌ها و همچنین مشکلات خاص مصاحبه تلفنی (شماره‌های ناقص، مقدور نبودن تماس با برخی افراد، عدم آگاهی برخی بیماران از بعضی سوالات) و همچنین احتمال بروز خطای یادآوری در پاسخها توسط بیماران با توجه به گذشت زمان تعمیم‌پذیری کامل نتایج پژوهش نیازمند بررسی و مطالعات بیشتر در این رابطه می‌باشد.

با توجه به متغیرهای مربوط به بیماران که موثر بر این پرداخت‌ها می‌باشد آموزش افراد جامعه در ارتباط با حقوق بیمار و آگاه نمودن بیماران از تخلف بودن این پرداخت‌ها در بیمارستان می‌تواند در کاهش این پرداخت‌ها موثر باشد. توجه به کنترل پرداخت غیررسمی در پزشکان با توجه به بالا بودن میزان آن در کنار توجه به فراوانی آن در سایر کارکنان و پرستاران می‌تواند کمک‌های زیادی به از بین بردن این پرداخت‌ها در سیستم سلامت نمود.

برآورد پرداخت غیررسمی نسبت به کل هزینه‌های سلامت خانوار، بررسی علل دریافت پرداخت غیررسمی از دیدگاه پرسنل بیمارستان و بررسی راهکارهای مقابله با دریافت و پرداخت غیررسمی از جمله موضوعاتی می‌باشد که می‌توان در پژوهش‌های آتی به آن توجه نمود.

10. Khodamoradi A, Aghlmand S, Arab M, Moini M. Informal Payments and its Related Factors in Urmia Hospitals. *Hakim Research Journal*. 2015; 17(4):313-21.
11. 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 Quarterly*. 2011; 10:1-14.
12. Souliotis K, Golna C, Tountas Y, Siskou O, Kaitelidou D, Liaropoulos L. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. *The European Journal of Health Economics* 2016; 17(2):159-70.
13. Riklikiene O, Jarasiunaite G, Starkiene L. Informal patient payments in publicly financed healthcare facilities in Lithuania. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 2014; 42(6):488-96.
14. Kankeu HT, Boyer S, Fodjo Toukam R, Abu-Zaineh M. How do supply-side factors influence informal payments for healthcare? The case of HIV patients in Cameroon. *Int J Health Plann Manage*. 2016;31(1):41-57.
15. Özgen H, Şahin B, Belli P, Tatar M, Berman P. Predictors of informal health payments: the example from Turkey. *Journal of medical systems*. 2010; 34(3):387-96.
3. Ensor T. Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine* 2004; 58(2):237-46.
4. Balabanova D, McKee M. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*. 2002; 62(3):243-73.
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 public health*. 2011; 11(1):1.
6. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs* 2007; 26(4):984-97.
7. Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy* 2006; 77(1):86-102.
8. Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisongo A. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health* 2009; 7(1):1.
9. Bastani P, Rezaee Z, Kavosi Z, Ahmadzadeh M. Comparison of number of surgical operations and their cancellation causes in namazi hospital before and after the health transformation plan. 2016; 4 (2):77-87.

Archive of SID

Cite this article as:

Hajian Dashtaki S, Raeisi A R, Heidari Z, Moeeni M, Khodamoradi A. Study the Amount of Informal Payments in Patients Referring to the Isfahan Hospitals. *Sadra Med Sci J* 2018; 6(2): 113-124.