

# پرداخت‌های غیررسمی و عوامل مؤثر بر آن در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

علی‌رضا یوسفی<sup>۱</sup> پیوند باستانی<sup>۲\*</sup> محمد خمرنیا<sup>۳</sup> عبدالواحد خدامرادی<sup>۴</sup>

۱. دکترای تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. ORCID: 0000-0001-8055-2064
  ۲. مرکز تحقیقات مدیریت منابع انسانی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
  ۳. مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
  ۴. کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه پژوهشی سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، موسسه عالی پژوهش‌های تامین اجتماعی، تهران، ایران.
- مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین؛ دوره ششم؛ شماره سوم؛ پاییز ۱۳۹۹؛ صفحات ۴۴-۵۱.

## چکیده

**هدف:** با توجه به تأثیر منفی پرداخت غیررسمی بر کارایی و عدالت نظام سلامت و ایجاد هزینه‌های کمرشکن درمانی در اقصای آسیب‌پذیر، این مطالعه با هدف بررسی پرداخت‌های غیررسمی و عوامل مؤثر بر آن در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

**روش‌ها:** جامعه آماری پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر تمامی بیمارانی بودند که در یک ماه از سال ۱۳۹۷ (خرداد ماه) از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۱۰ بیمارستان) مرخص شده بودند. روش نمونه‌گیری، تصادفی طبقه‌ای بود که ۳۳۶ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و مصاحبه تلفنی با بیمار یا خانواده بیمار بود. پرسشنامه شامل ۴۰ سوال، که در ۶ بخش تهیه و تنظیم شده بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و بهره‌گیری از آزمون‌های تی‌تست، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** یافته‌های حاضر نشان داد که بیشترین پرداخت غیررسمی به پزشکان و سپس پرستاران اتفاق افتاده بود. در میان پزشکان، به ترتیب جراحان عمومی (با میانگین ۱۲۴۱±۲۳۶/۱۲)، پزشکان ارتوپد (با میانگین ۱۹۳۶/۶۴±۱۰۱۴) و متخصصان کلیه و مجاری ادراری (با میانگین ۵۶۱±۸۹/۵۹) بیشترین مبلغ را دریافت کرده بودند. همچنین یافته‌ها نشان داد که متغیرهای سطح درآمد خانوار، محل سکونت و تخصص پزشک به طور معناداری بر حجم پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان تأثیرگذار بودند ( $P-Value < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه حاضر و به منظور مدیریت پرداخت‌های غیررسمی، مدیران و سیاست‌گذاران سلامت، می‌بایست در جهت آسیب‌شناسی علل پرداخت غیررسمی و طراحی مداخلات مؤثر در این حوزه برنامه‌ریزی کنند.

**کلیدواژه‌ها:** پرداخت زیرمیزی، پرداخت غیررسمی، بیمارستان آموزشی درمانی، بیمار.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۶/۱۴ اصلاح نهایی: ۹۹/۹/۷ پذیرش مقاله: ۹۹/۹/۳۰

ارجاع: یوسفی علی‌رضا، باستانی پیوند، خمرنیا محمد، خدامرادی عبدالواحد. پرداخت‌های غیررسمی و عوامل مؤثر بر آن در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین. ۱۳۹۸؛ ۶(۳): ۴۴-۵۱.

## مقدمه:

اجرا شود [۱]. ضعف در نظام سلامت یک کشور از قبیل کاهش در بودجه بهداشت و درمان، حقوق پایین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و همچنین عدم وجود مکانیسم‌های کنترل فساد ممکن است منجر به جایگزین شدن شیوه‌های نادرست پرداخت گردد. یکی از مهم‌ترین شکل‌های فساد در نظام سلامت کشورهای مختلف پرداخت‌های غیررسمی می‌باشد [۲].

فساد یک مشکل فراگیر و تأثیرگذار در نظام سلامت است. شواهد بسیاری اثرات منفی فساد بر سلامت و رفاه شهروندان و خانواده‌ها را نشان داده‌اند. با وجود آن که برای مبارزه با فساد اصلاحات جامع و فراگیر از سوی دولت‌ها ضروری است با این حال این اصلاحات در صورتی موفق خواهند بود که مبتنی بر تئوری و شواهد بوده و منطبق با شرایط موجود

نویسنده مسئول:

پیوند باستانی

مرکز تحقیقات مدیریت منابع انسانی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

ORCID: 0000-0002-0412-0267

پست الکترونیکی: bastanip@sums.ac.ir

تلفن: ۹۸ ۹۱۷۳۰۱۰۶۶۶+

در این خصوص، سال‌های متمادی است که سیستم سلامت با بحث رابطه مالی پزشک و بیمار و مسائلی همچون پول زیرمیزی به عنوان کاری غیراخلاقی ولی جاری روبه‌رو است. بدون شک هر گونه رابطه تعریف نشده مالی بین پزشک و بیمار، نه تنها موجب آسیب جدی به روابط درمانی پزشک و بیمار می‌شود، بلکه در طی زمان موجب آسیب جدی به اعتماد بین جامعه و گروه پزشکی خواهد شد [۳]. پرداخت‌های غیررسمی یا زیرمیزی به عنوان هزینه‌هایی که خارج از چارچوب تعرفه‌های رسمی، از بیمار دریافت می‌گردد، تعریف می‌شود و پدیده‌ای بسیار شایع است [۴]. در تعاریف دیگر، پرداخت‌های غیررسمی به عنوان پول نقد یا هدیه‌ای که فراتر از مبالغ رسمی به سوی ارائه‌دهندگان انتقال داده می‌شود، نیز شناخته می‌شوند [۵]. در برخی از متون، پرداخت‌های غیررسمی به صورت حق انعام برای کارکنان سلامت، رشوه جهت دسترسی به خدمات ویژه یا مراقبت با کیفیت بهتر و پرداخت‌های تقاضا شده از طرف کارکنان یا موسسات سلامت تعریف می‌شود که در تمامی تعاریف، این پرداخت‌ها خارج از مجاری رسمی پرداخت هستند و توسط مراجع رسمی و قانونی تصویب نشده‌اند [۶]. بنابراین پرداخت غیررسمی، پرداخت‌هایی هستند که اعم از پولی یا غیرپولی، توسط یک فرد به یک نفر از کارکنان مراقبت سلامت صورت می‌گیرد و بخشی از حقوق رسمی کارکنان را تشکیل نمی‌دهد. این پرداخت‌ها ممکن است مورد انتظار یا پیشبینی نشده باشد و ممکن است بابت خدمات روزمره و معمولی یا برای خدماتی اضافی که یکی از کارکنان انجام می‌دهد، تعلق گیرد [۷].

از دیدگاه اقتصادی، این پرداخت‌ها شکلی از تأمین مالی مستقیم از جیب محسوب می‌شوند، چرا که تأثیرات مشابهی بر روی تقاضا و بار تأمین مالی (در مقایسه با پرداخت‌های قانونی مصرف‌کنندگان) می‌گذارند [۷]. در حقیقت، پرداخت‌های غیررسمی سلامت بخشی از پرداخت‌های مستقیم از جیب است که به طور مستقیم توسط بیماران و خانواده‌های آنها پرداخت می‌شود و این پرداخت‌ها به یک نگرانی سیاست عمومی برای کشورهای با درآمد کم و متوسط و حتی کشورهای پیشرفته در اروپا و آسیا به دلیل پیامدهای منفی آن تبدیل شده است [۸].

از طرفی، پرداخت‌های غیررسمی شکل‌های مختلفی شامل نقدی، هدایا، کالا یا تعهد به خدمت می‌تواند داشته باشد [۸]. این پرداخت‌ها برای مراقبت‌های سلامت می‌تواند به عنوان یک استراتژی برای مقابله با کمبود منابع و عملکرد ضعیف در هر دو طرف عرضه و تقاضا باشد. بیماران در طرف تقاضا ممکن است پرداخت‌های غیررسمی را به منظور جلوگیری از نداشتن نوبت، دریافت خدمات بهتر و با کیفیت بالاتر، دسترسی راحت‌تر به خدمات، مراقبت بیشتر و ایجاد رابطه با پزشکان یا کارکنان دیگر سلامت انجام دهند. ضمناً بیماران ممکن است به دلایلی چون برخورداری از بیمه در صورت نیاز به خدمات یا مراقبت برای رویدادهای مربوط به سلامتی در آینده نسبت به پرداخت زیرمیزی به ارائه‌دهندگان سلامت مبادرت ورزند [۹، ۱۰]. بنا بر اظهارات Souliotis پرداخت‌های غیررسمی اغلب بنا به درخواست بیماران، قبل از ارائه خدمات، به منظور تسهیل دسترسی به خدمات و کاهش زمان انتظار و پس از ارائه خدمات جهت قدرانی انجام می‌شود [۲]. از طرف دیگر، ارائه‌دهندگان در طرف عرضه، ممکن است پرداخت‌های غیررسمی را به منظور افزایش حقوق خود دریافت کنند. در واقع دستمزد کم، پرداخت حقوق و دستمزد نامنظم و عدم توجه دولت باعث می‌شود ارائه‌دهندگان به خصوص پزشکان، این نوع پرداخت‌ها را دریافت کنند و مشارکت مالی بیماران را تنها منبع درآمدی خود برای پر کردن این شکاف بدانند [۹، ۱۰].

با توجه به آنچه گفته شد، دلایل مختلف پرداخت‌های غیررسمی عبارتند از فرهنگ هدیه دادن، حقوق پایین کارکنان پزشکی، کمبود منابع و تدارکات مواد، قدرت چانه‌زنی کارکنان پزشکی یا بیمار، کیفیت پایین خدمات، نظارت ضعیف در سیستم سلامت، عدم قوانین و عدم پاسخگویی دولت [۱۱]. با توجه به اینکه پرداخت‌های غیررسمی به هر دلیلی که اتفاق بیفتند، منجر به کاهش عدالت در سلامت، کاهش دسترسی به خدمات و استفاده از خدمات سلامت، ناامیدی در جامعه به خصوص افراد بی‌بضاعت، کاهش انگیزه در ارائه‌کنندگان خدمت برای ارائه با کیفیت، از دست دادن اعتماد به نفس و احساس بندگی در کارکنان سلامت، فساد در بخش سلامت، ارائه اطلاعات نادرست در مورد میزان هزینه‌های بیماری و میزان سهم بیمار از این هزینه‌ها و در نتیجه تصمیمات و سیاست‌گذاری‌های نادرست شده و در نتیجه موجب اختلال در کارایی و اصلاحات نظام سلامت خواهند شد [۸-۱۴].

با توجه به موارد پیشگفت در ایران، برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب مجموعه برنامه‌های تحول نظام سلامت از تاریخ ۱۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ لازم‌الاجرا گردید. ماندگاری پزشکان عمومی و متخصص در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته کشور، یکی از بسته‌های خدمتی طرح تحول نظام سلامت بود. هدف از اجرای این بسته، حذف پرداخت‌های غیررسمی در مناطق محروم و افزایش دسترسی مردم به خدمات تخصصی و عمومی از طریق افزایش میزان دریافتی پزشکان شاغل در این مناطق بود تا بیماران مناطق محروم بتوانند کلیه خدمات

آگاهانه کتبی، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و آزاد بودن در شرکت یا عدم شرکت در هر مرحله از مطالعه، بوده است.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته و مصاحبه تلفنی با بیمار یا خانواده بیمار بود. پرسشنامه مورد استفاده شامل ۴۰ سوال بود که در شش بخش تهیه و تنظیم شده بود. بخش اول شامل ۱۲ سوال در خصوص سن، جنسیت، سطح تحصیلات، محل سکونت، سطح درآمد، بیمه بیمار و نوع آن، ارائه خدمت در بیمارستان، مبلغ پرداختی به بیمارستان و پرداخت یا عدم پرداخت غیررسمی بود. بخش دوم تا چهارم پرسشنامه به ترتیب توسط افرادی تکمیل گردید که پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان، پرستاران و سایر پرسنل داشتند و شامل ۴ و ۵ سوال در خصوص نوع تخصص پزشک، شغل پرسنل دریافت کننده، مبلغ پرداخت نقدی، نوع پرداخت غیرنقدی و مبلغ تقریبی آن (تومان)، داوطلبانه یا اجباری (درخواست شده) پرداخت و انگیزه پرداخت غیررسمی به هر یک از سه گروه (پزشکان، پرستاران و سایر پرسنل) بود. بخش پنجم پرسشنامه شامل ۳ سوال در زمینه وجود یا عدم وجود درخواست از سوی پزشکان و سایر کارکنان بیمارستان، انگیزه عدم پرداخت داوطلبانه در کسانی که با درخواستی روبرو نبوده‌اند و انگیزه عدم پرداخت در صورت وجود درخواست بود که توسط افرادی تکمیل شد که پرداخت‌های غیررسمی نداشتند. در نهایت بخش ششم شامل ۱۰ سوال در خصوص کل مبلغ پرداختی برای دریافت مراقبت (رسمی و غیررسمی) و نحوه تأمین مالی آن، نگرش افراد در مورد پرداخت غیررسمی، و ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی و جمعیتی خانوار بود که توسط همه افراد مورد مطالعه تکمیل گردید. برای بررسی روایی و پایایی تحقیق از شیوه‌روایی صوری و محتوایی و روش بازآزمایی پرسشنامه استفاده شد و ضریب پایایی آن معادل ۸۳ درصد به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و بهره‌گیری از آزمون‌های تی تست، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها:

نتایج نشان داد که بیماران به طور میانگین ۴۰۹/۵ هزار تومان به صورت نقدی و غیررسمی به کادر بیمارستان (پزشک، پرستار و سایر کارکنان) پرداخت کرده بودند. ۵۱ درصد از بیماران از طریق درآمد شخصی خود بخشی از هزینه‌های بیمارستان را تأمین کرده و ۶ درصد بیماران بابت بستری شدن در بیمارستان پولی پرداخت نکرده بودند و

درمانی مورد نیاز خود را از نزدیک‌ترین مکان محل سکونت خود دریافت کنند. بنابراین به منظور مطالعه اثرات مداخلات طرح تحول سلامت، انجام بررسی جهت برآورد میزان پرداخت‌های غیررسمی و عوامل موثر بر آن در نظام سلامت کشور بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت ضروری به نظر می‌رسد. به همین منظور، این مطالعه با هدف بررسی پرداخت‌های غیررسمی و عوامل موثر بر آن بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

#### مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی به منظور بررسی پرداخت‌های غیررسمی و عوامل موثر بر آن در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی بیمارانی بودند که در بازه زمانی یک ماهه از سال ۱۳۹۷ (خرداد ماه) از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (شامل ده بیمارستان نمازی، شهید فقیهی، شهید رجایی، حضرت علی‌اصغر(ع)، شهید خلیلی، شهید چمران، ابن‌سینا، زینبیه، شوشتری، و شهید دستغیب) مرخص شده بودند. بیمارستان‌های نظامی به دلیل حساسیت موضوع از مطالعه حذف شدند. حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه ذیل با اعتماد ۹۵ درصد و خطای کمتر از ۵ درصد، ۳۳۶ نفر تعیین گردید.

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-p)}{d^2}$$

روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بود که در دو مرحله صورت پذیرفت. ابتدا لیست ترخیص بیماران شامل نام و نام خانوادگی، بخش بستری و شماره تلفن تماس از بیمارستان‌ها دریافت و کدگذاری شد. سپس به تعداد مورد نیاز و متناسب با جمعیت ترخیص‌شدگان هر یک از بیمارستان‌ها، نمونه‌ها به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. با توجه به استفاده از تماس تلفنی برای جمع‌آوری داده‌ها و احتمال عدم پاسخگویی افراد نمونه، حجم نمونه به تعداد ۵۰۰ نفر افزایش یافت. نمونه‌ها به صورت تصادفی و با توجه به کدهای اختصاص داده شده انتخاب شدند تا حجم نمونه هدف (۳۳۶ بیمار) بدست آید.

به‌منظور رعایت ضوابط اخلاق پژوهش، اطلاعات کافی در مورد هدف و نحوه اجرا و نیز استفاده از یافته‌های پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. ملاحظات اخلاقی نیز شامل کسب رضایت

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، پرداخت به پزشکان در مقایسه با پرستاران و سایر کارکنان، علاوه بر حجم بیشتر دریافت، در ۷۶ درصد موارد حالت اجباری داشته است. به ترتیب ۹۶ و ۹۸ درصد پرداخت به پرستاران و سایر کارکنان داوطلبانه و با انگیزه قدردانی از خدمات این دو گروه بوده است. ۶۴ درصد از پرداخت‌ها به پزشکان قبل از پذیرش بیمار در بیمارستان بوده است در حالی که تمامی پرداخت‌های انجام شده به پرستاران و سایر کارکنان در داخل بیمارستان صورت گرفته بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که متغیرهای سطح درآمد خانوار، محل سکونت و تخصص پزشک به طور معناداری بر حجم پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان تأثیرگذار بوده‌اند. بدین ترتیب که در بیماران با سطح درآمد بالاتر، و بیماران ساکن سایر شهرستان‌ها و روستا در مقایسه با بیماران ساکن شیراز، پرداخت غیررسمی بیشتری به پزشکان داشته‌اند. همچنین در میان تخصص‌های پزشکی، جراحان عمومی به طور معناداری در مقایسه با سایر متخصص‌ها، سهم بیشتری از پرداخت‌های غیررسمی را به خود اختصاص دادند (جدول ۳).

جدول ۳- متغیرهای تأثیرگذار بر حجم پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان

متغیرهای دموگرافیک		نوع آزمون و معناداری	
ضریب همبستگی پیرسون	P-Value	۰/۱۴	۰/۰۶
سن بیمار			
آزمون T-test (مقدار T)	P-Value	۱/۲۳	۰/۱۲
جنسیت بیمار			
محل سکونت		۲/۷۸	۰/۰۱
بیمه تکمیلی		۱/۰۸	۰/۱۹
آزمون ANOVA (مقدار F)	P-Value	۳/۲۷	۰/۰۰۲*
تخصص پزشک		۱/۷۲	۰/۳۷
سطح تحصیلات		۳/۸۱	۰/۰۰۱
سطح درآمد			

\* معنادار در سطح معنی‌داری  $P-Value < 0.05$ 

### بحث و نتیجه‌گیری:

مطالعه حاضر پرداخت‌های غیررسمی و عوامل مؤثر بر آن را مورد بررسی قرار داده است. به دلیل شیوع این نوع پرداخت‌ها در نظام سلامت و اثرات زیانبار آن از قبیل افزایش هزینه‌های درمانی، بی‌اعتمادی مردم به سیستم، به تعویق انداختن مراقبت سلامت از طرف مردم و ... بررسی این موضوع از اهمیت بالایی برخوردار است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که حدود نیمی از بیماران مورد مطالعه از طریق درآمد شخصی خود بخشی از هزینه‌های بیمارستان را تأمین و ۳۴ درصد آنان به نحوی پرداخت غیررسمی به پزشکان یا پرسنل

هزینه آن‌ها توسط بیمه‌ها به طور کامل پرداخت شده بود. ۴۳ درصد بیماران برای پرداخت هزینه خدمات دریافتی، فشار مالی تحمل کرده بودند که ۱۹ درصد از طریق قرض و فروش دارایی و ۲۴ درصد از طریق پس‌انداز، هزینه‌های بیمارستان را تأمین مالی کرده بودند. از ۳۳۶ بیمار بستری شده در بیمارستان‌های مورد مطالعه، ۱۱۴ بیمار (۳۴ درصد) پرداخت غیررسمی داشتند؛ میانگین پرداخت‌های نقدی و غیرنقدی در مجموع ۵۲۵ هزار تومان به ازای هر بیمار بود. در این بین میانگین پرداخت به پزشکان ۳۸۹ هزار تومان، به پرستاران ۹۵ هزار تومان و به سایر کارکنان ۴۱ هزار تومان بود. در بررسی حجم پرداخت‌های غیررسمی به تفکیک پرداخت‌های نقدی و غیرنقدی، میانگین پرداخت نقدی در همه گروه‌های پرسنلی بیشتر از پرداخت‌های غیرنقدی بود. جدول یک میانگین پرداخت نقدی و غیرنقدی به تفکیک نوع پرسنل نشان می‌دهد (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین پرداخت غیررسمی (نقدی- غیرنقدی) به تفکیک نوع

گروه پرسنلی	نقدی	غیر نقدی	مجموع
پزشک	۲۲۶/۵	۶۲/۵	۲۸۹
پرستار	۶۱	۳۴	۹۵
سایر کارکنان	۲۲	۱۹	۴۱
مجموع	۴۰۹/۵	۱۱۵/۵	۵۲۵

در میان پزشکان، به ترتیب جراحان عمومی (با میانگین  $1241 \pm 236/12$ )، پزشکان ارتوپد (با میانگین  $193/64 \pm 1014$ ) و متخصصان کلیه و مجاری ادراری (با میانگین  $561 \pm 89/59$ ) بیشترین مبلغ را دریافت کرده بودند (جدول ۲).

جدول ۲- فراوانی و میانگین حجم دریافتی پرداخت غیررسمی بر حسب

نوع تخصص پزشکان (هزار تومان)

نوع تخصص	میانگین دریافت غیررسمی (تومان)	انحراف معیار
جراح عمومی	۱۲۴۱	۲۳۶/۱۲
قلب و عروق	۱۹۸	۷۸/۰۹
چشم	۵۲۸	۱۰۹/۱۹
گوش، حلق و بینی	۸۱	۴۳/۳۱
ارتوپدی	۱۰۱۴	۱۹۳/۶۴
کلیه و مجاری ادراری	۵۶۱	۸۹/۵۹
داخلی	۹۱	۶۷/۵۴
مغز و اعصاب	۲۹۴	۷۴/۳۱
اعصاب و روان	۰	۰
گوارش و کبد	۱۲۶	۷۱/۶۴
زنان و زایمان	۳۴۱	۹۱/۲۲
رادیولوژی	۲۰۱	۶۴/۱۴

بیمارستان را تجربه کرده بودند. این میزان در مقایسه با نتایج مطالعه زنگنه و همکاران که میزان پرداخت غیررسمی در بیمارستان‌های شهر زاهدان را ۲ درصد گزارش کرده بودند [۱۵]، رقم بالاتری را نشان می‌دهد که همین امر می‌تواند نیازمند بررسی و مداخله مسئولان باشد چرا که براساس شواهد، پرداخت غیررسمی می‌تواند مخارج کمرشکن سلامت و فقر را در میان افراد فقیر افزایش دهد و اثرات منفی بر عدالت و سلامت داشته باشد [۸].

سایر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که تنها ۶ درصد از بیماران مورد مطالعه بابت بستری شدن در بیمارستان پولی پرداخت نکرده بودند و هزینه آن‌ها توسط بیمه‌ها به طور کامل پرداخت شده بود که البته پرداخت غیررسمی در میان این بیماران نیز گزارش شده بود. در همین رابطه شواهد نشان می‌دهد که پرداخت غیررسمی در مورد افرادی که از پوشش بیمه‌ای برخوردارند نیز می‌تواند دارای پیامدهای منفی بوده و شک و تردید را در مورد اثر محافظت ریسک مالی به وجود می‌آورد و بایستی مورد توجه قرار گیرد [۸].

مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین میزان پرداخت زیرمیزی به گروه‌های پزشکی و سپس پرستاران بوده است. در میان پزشکان نیز بیشترین پرداخت غیررسمی در میان گروه‌های جراحی بوده است. این نتایج، با مطالعه پارسا و همکاران که میزان دریافت زیرمیزی در میان پزشکان جراح را ۵۱/۸ درصد گزارش کرده بود، هم‌خوانی دارد [۱۶]. در همین رابطه شرکت‌کنندگان حاضر گزارش کرده بودند که بیشتر پرداخت غیررسمی به پزشکان حالت اجباری داشته حال آنکه عمده پرداخت به پرستاران و سایر گروه‌های کارکنان به صورت داوطلبانه و جهت قدردانی از زحمات آنها بوده است. در همین راستا، نتایج مطالعه Gaal نشان می‌دهد، حتی اگر پرداخت‌های غیررسمی شکل یکسانی از دستمزد رسمی به خود بگیرد، به عنوان بدترین شکل ممکن از تأمین مالی خصوصی محسوب می‌گردد چرا که اولاً به عنوان یک مانع دسترسی به خدمات سلامت بوده و به دلیل عدم وجود سیاست‌های معافیتی و اختیاری نبودن پرداخت‌ها بیشتر از پرداخت‌های رسمی بر فقر تأثیر می‌گذارد. دوماً پرداخت‌های غیررسمی خطر بالقوه‌ای برای کارایی مراقبت‌های سلامت محسوب می‌شوند که منابع را به سمت خدماتی که سودآور هستند نه به خدماتی که بیشترین اثربخشی را دارند و به بیماری که سودآوری بیشتری دارند نه به کسانی که بیشترین نیاز را دارند هدایت می‌کند. سوماً باعث ایجاد انگیزه‌های منفی می‌شوند که خود مانعی برای سیاست‌های سلامت می‌باشد [۱۱].

نتایج مربوط به علل پرداخت‌های غیررسمی نشان داد که در بیماران با سطح درآمد بالاتر و بیماران ساکن سایر شهرستان‌ها و روستا در مقایسه با بیماران ساکن شیراز، پرداخت غیررسمی بیشتری به پزشکان داشته‌اند. همچنین در میان تخصص‌های پزشکی، جراحان عمومی به طور معناداری در مقایسه با سایر متخصص‌ها، سهم بیشتری از پرداخت‌های غیررسمی را به خود اختصاص دادند. در همین رابطه، نتایج مطالعه خدامرادی و همکاران نشان داد که سه دسته عوامل مرتبط با محیط، عوامل مرتبط با عرضه و عوامل مربوط به تقاضا بر پرداخت زیرمیزی توسط بیماران موثرند. ضمناً نویسندگان تأکید کردند حقوق پایین کادر درمان، عدم پاسخگویی نظام سلامت و عوامل فرهنگی حاکم بر جامعه و عدم اطمینان به بیمه‌ها می‌تواند از مهم‌ترین دلایل پرداخت زیرمیزی باشد [۱۷]. جهانگیری و آراین خصال نیز در یک مطالعه مرور نظام‌مند به این نتیجه رسیدند که بیماران به دلایل چندی به پرداخت زیرمیزی روی می‌آورند از جمله: ترس از عدم دریافت مراقبت یا دریافت مراقبت بی‌کیفیت یا دریافت خدمات با کیفیت بالاتر، دسترسی سریع‌تر به خدمات و صرفه‌جویی در زمان و قدردانی از پزشکان و کارکنان بخش سلامت. ضمناً همین مطالعه دلایل چندی را جهت دریافت زیرمیزی توسط ارائه‌دهندگان خدمت عنوان کرده است که عبارتند از حقوق پایین ارائه‌دهندگان خدمات و اعمال کسورات از سوی بیمه‌ها و بازپرداخت طولانی مدت صورتحساب‌ها [۱۸]. در همین رابطه نتایج مطالعه ابوترابی و همکاران نیز نشان داد که مهم‌ترین عامل پرداخت‌های زیرمیزی نگرانی و نارضایتی بیمار یا همراه بیمار از کیفیت خدمات می‌باشد و بنابراین پیشنهاد شده است که بهبود کمی و کیفیت ارایه خدمات سلامت در اولویت مدیران سلامت قرار گیرد [۱۹].

علاوه بر آنچه گفته شد، نظام‌های سلامت نیز به دلایل چندی از جمله ضعف و نارسایی و نبود مدیریت صحیح می‌توانند بر دریافت و پرداخت زیرمیزی دامن بزنند [۱۸]. بنابراین نظر به نتایج مطالعه فعلی و نیز با توجه به آنکه پرداخت‌های غیررسمی می‌تواند به عنوان عامل اختلال در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت به ویژه در کشورهای در حال گذر مطرح شده و عامل اختلال در کارایی سیستم و همچنین مانعی بر سر راه اصلاحات سلامت به نظر می‌رسد مدیران و سیاست‌گذاران سلامت می‌بایست در جهت آسیب‌شناسی علل پرداخت غیررسمی و طراحی مداخلات مؤثر در این حوزه برنامه‌ریزی کنند [۱۲]. ضمناً همان‌طور که حاجیان دشتکی و همکارانش اشاره کرده‌اند، می‌تواند با کنترل متغیرهای اثرگذار بر این پرداخت‌ها مثل نوع بیمارستان و نوع

این پژوهش با کد IR.SUMS.REC.1396.S455 توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز تأیید شده است.

### تعارض منافع:

هیچ گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

### سهم نویسندگان:

علیرضا یوسفی (نویسنده اول) تحلیل داده‌ها و تهیه درفت اولیه مطالعه ۳۰ درصد؛ پیوند باستانی (نویسنده دوم و مسئول طراحی پژوهش و نهایی‌سازی درفت مقاله ۳۰ درصد؛ محمد مخمرنیا (نویسنده سوم) مشارکت در تحلیل داده‌ها و نتیجه‌گیری پژوهش ۲۰ درصد؛ عبدالواحد خدامرادی (نویسنده چهارم) مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و طراحی پژوهش ۲۰ درصد.

### حمایت مالی:

مطالعه حاضر حاصل از طرح پژوهشی با شماره ۶۸-۰۱-۹۵-۱۳۷۵۲ بوده است که توسط مرکز تحقیقات منابع انسانی و مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد تصویب قرار گرفته است.

درمان تأثیر قابل توجهی در کاهش پرداخت غیررسمی داشت [۲۰]. در این زمینه پیشنهاد می‌گردد ضمن انجام بررسی‌های دوره‌ای و پایش وضعیت دریافت زیرمیزی خصوصاً در گروه‌های جراحی که احتمال دریافت زیرمیزی در آن بیشتر بوده است، نسبت به ارائه تمهیدات بلند مدت در زمینه بسته‌های حمایت بیمه‌ای و نیز اجرای روش‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد جهت برقراری عدالت در پرداخت کارکنان بخش سلامت اقدام نمایند. بدیهی است سرمایه‌گذاری فرهنگی و آموزش عمومی مردم در این زمینه نیز می‌تواند تا حد زیادی به مدیریت پرداخت‌های غیررسمی کمک نماید.

این مطالعه با محدودیت‌های چندی همراه بود از جمله این که داده‌ها در بازه زمانی یک ماهه جمع‌آوری گردید. داده‌ها صرفاً مربوط به بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه بود و ممکن است الگوی پرداخت و میزان و نحوه آن در سایر بیمارستان‌ها (خصوصی، دولتی غیر دانشگاهی و دانشگاهی غیر آموزشی) تفاوت‌هایی داشته باشد که در تعمیم نتایج باید بدان توجه کرد.

### تشکر و قدردانی:

نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری و مرکز تحقیقات مدیریت منابع انسانی سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز و همچنین کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش کمال قدردانی و سپاس را دارند.

### تأییدیه اخلاقی:

## Reference

- Joodaki H, Rashidian A. Review of corruption in the health Sector: Theory, methods and interventions. *JHOSP*. 2010; 8(3 and 4):82-100. [In Persian]
- Souliotis K, Golan C, Tountas Y, Siskou O, Kaitelidou D, Liaropoulos L. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: Old habits die last. *Eur J Health Econ*. 2016; 17(2):159-70. DOI: 10.1007/s10198-015-0666-0
- Bagheri A. Iranian medical ethics priorities: The results of a national study. *IJME*. 2011; 4(5):39-48. [In Persian]
- Onwujekwe O, Dike N, Uzochukwu B, Ezeoke O. Informal payments for healthcare: Differences in expenditures from consumers and provider's perspectives for treatment of Malaria in Nigeria. *Health Policy*. 2010; 96(1):72-9. DOI: 10.1016/j.healthpol.2009.12.014
- Mastad O, Mwisongo A. Informal payments and the quality of health care: Mechanisms revealed by Tanzanian health workers. *Health Policy*. 2011; 99(2):107-15. DOI: 10.1016/j.healthpol.2010.07.011
- 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. DOI: 10.1186/1472-6963-10-273
- Braithwaite J, Matsuyama Y, Mannion R, Johnson J, Bates DW, Hughes C. How to do

- better health reform: A snapshot of change and improvement initiatives in the health systems of 30 countries. *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(6):843-6. DOI: 10.1093/intqhc/mzw113
8. Ozgen H, Sahin B, Belli P, Tatar M, Berman P. Predictors of informal health payments: The example from Turkey. *J Med Syst*. 2010; 34(3):387-96. DOI: 10.1007/s10916-008-9251-8
  9. Doshmangir L, Sajadi HS, Ghiasipour M, Aboutorabi A, Gordeev VS. Informal payments for inpatient health care in post-health transformation plan period: Evidence from Iran. *BMC Public Health*. 2020; 20:1-4. DOI: 10.1186/s12889-020-8432-3
  10. 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):375. DOI: 10.1186/1471-2458-11-375
  11. Cherecheș RM, Ungureanu MI, Sandu P, Rus IA. Defining informal payments in healthcare: A systematic review. *Health Policy*. 2013; 110(2-3):105-14. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.01.010
  12. Habibov N, Cheung A. Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale and socio-economic correlates. *S Soc Sci Med*. 2017; 178:28-37. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.02.003
  13. Khodamoradi A, Rashidian A, Aghlmand S, Arab M, Moini M. Informal payments and its related factors in Urmia hospitals. *Hakim Research Journal*. 2015; 17(4):313-21. [In Persian]
  14. Lindkvist I. Informal payments and health worker effort: A quantitative study from Tanzania. *Health Econ*. 2013; 22(10):1250-71. DOI: 10.1002/hec.2881
  15. Zanganeh Baygi M, Khammarnia M, Barfar E, Setoodehzadeh F, Shah Hussein M, Peyvand M. Investigation of informal healthcare payments after health transformation plan: A case study in the southeast of Iran. *EBHPME*. 2019; 3(2):112-20. [In Persian] DOI: 10.18502/jebhpme.v3i2.1218
  16. Parsa M, Larijani B, Aramesh K, Nedjat S, Fotouh A, Yekaninejad Mir S, et al. Informal payments in Iran: A cross-sectional study prior to implementation of the health system reform. *IJME*. 2017; 9(6):34-47. [In Persian]
  17. Khodamoradi A, Rashidian A, Aghlmand S, Arab M. Informal Payments in health sector and policies to deal with :A review study. *JHOSP*. 2014; 14(3):23-32. [In Persian]
  18. Jahangiri R, Aryankhesal A. Factors influencing on informal payment in healthcare systems: A systematic review. *Med Ethics J*. 2017; 11(40): 73-92. [In Persian]
  19. Abutorabi A, Dehghan Simakani M, Rezapour A, Ghiasipour M. Analysis of factors affecting the health care informal payments to physicians in public and educational hospitals affiliated Iran University of Medical Sciences. *WJEM* 2016; 2(2):85-92. [In Persian]
  20. Hajian Dashtaki S, Raeisi AR, Heidari Z, Moeeni M, Khodamoradi A. Study the amount of informal payments in patients referring to the Isfahan hospitals. *Sadra Medical Journal*. 2018; 6(2):113-24. [In Persian]

## Informal payments and the factors affecting it in the educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences

Alireza Yosefi<sup>1</sup> Peivand Bastani<sup>2\*</sup> Mohhamad Khamarnia<sup>3</sup> Abdolvahed Khodamoradi<sup>4</sup>

1. PhD, Healthcare Services Management, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. ORCID: 0000-0001-8055-2064
2. Health Human Resources Research Center, School of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
3. Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
4. MSc, Healthcare Services Management, Department of Health Economics and Policy, Social Security Research Institute, Tehran, Iran.

(Received 4 Sep, 2020)

Accepted 20 Dec, 2020)

### Original Article

### Abstract

**Aim:** According to the negative impact of informal payment on the efficiency and equity of the health care system and considering the catastrophic expenditures made for poor and vulnerable groups, this study was conducted to investigate informal payments and the associated factors in the educational hospitals affiliated with Shiraz University of Medical Sciences.

**Methods:** The statistical population of the present descriptive-analytical study was all patients who were discharged from the teaching hospitals of Shiraz University of Medical Sciences (10 hospitals) in a specific month of the year 2018 (June). The sampling method was stratified random and 336 people were selected. Data collection tools were a questionnaire and a telephone interview with the patient or the patient's family. The questionnaire consisted of 40 questions in 6 sections. Data were analyzed by using SPSS software version 23, the T-test, ANOVA, and Pearson correlation coefficient.

**Results:** The present findings show that the most informal payments were paid to the physicians and then the nurses. Among the physicians, general surgeons (1241+236.12) orthopedic specialists (1041+193.64), and urologists (561+89.59) have received the highest amount, respectively. Other findings indicate that the variables of household income level, place of residence and physician's specialty significantly affected the amount of informal payment ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the results of the present study and in order to manage informal payments, health managers and policymakers should plan for identifying the causes of informal payment and designing effective interventions.

**Key Words:** Informal Payment, Educational Hospital, Under the Table Payment, Patient.

**Citation:** Yosefi A, Bastani P, Khamarnia M, Khodamoradi A. Informal payments and the factors affecting it in the educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *J Mod Med Info Sc.* 2020; 6(3):44-51.

*Correspondence:*

Peivand Bastani

Health Human Resources Research Center, School of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Tel: + 989173015667

Email: bastanip@sums.ac.ir

ORCID: 0000-0002-0412-0267

Downloaded from jmmis.shums.ac.ir at 22:28 #03330 on Sat 16 Dec 2020 12:21:11 [DOI: 10.29252/jmmis.6633.444]