

بررسی پرداخت‌های غیر رسمی و عوامل مؤثر بر آن در بیمارستان‌های شهر ارومیه

عبدالواحد خدامرادی^۱، آرش رشیدیان^{۱*}، سیامک عقلمند^۲، محمد عرب^۱، مریم معینی^۱

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت. تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۹
نمابر: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۹

پست الکترونیک: arashidian@tums.ac.ir

دریافت: ۹۳/۷/۵ پذیرش: ۹۳/۱۰/۱

چکیده

مقدمه: پرداخت‌های غیررسمی پرداخت‌هایی هستند که به افراد یا سازمان‌های دهنده سلامت به صورت نقدی یا غیر نقدی انجام می‌شود و این پرداخت‌ها خارج از کانال‌های پرداخت رسمی شکل می‌گیرند. هدف پژوهش حاضر، برآورد حجم و میزان پرداخت‌های غیررسمی بیماران بستری و بررسی عوامل مؤثر بر آن بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های شهر ارومیه به صورت مقطعی در بهمن ماه سال ۱۳۹۱ مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده در این تحقیق، پرسشنامه و مصاحبه تلفنی با خانواده بیمار بود. از نرم‌افزار SPSS برای آنالیز داده‌ها و از نرم‌افزار Eviews برای برآورد مدل OLS استفاده گردید.

یافته‌ها: هر بیمار بستری در بیمارستان، صرف نظر از نوع بیمارستان، به ازای دریافت مراقبت به طور میانگین ۳۲۷ هزار تومان به بیمارستان به صورت رسمی، و ۶۰ هزار تومان به کارکنان آن به صورت غیررسمی پرداخت کرده است. میانگین پرداخت به پزشکان ۵۰۳ (با انحراف معیار ۵۵۲)، پرستاران ۲۰ (با انحراف معیار ۱۳) و به سایر کارکنان ۱۶ (با انحراف معیار ۱۶) هزار تومان به ازای افراد دریافت‌کننده می‌باشد. همچنین متغیرهای نوع بیمارستان، محل سکونت، اقدام درمانی و درآمد خانوار به عنوان عوامل مؤثر بر حجم پرداخت غیررسمی شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه که نشان از حجم بالای پرداخت غیررسمی دارد و با توجه به اثرات منفی شدید این پرداخت‌ها بر عدالت و حاکمیت خوب، سیاست‌گذاران بایستی بر این موضوع و وسیله‌ای برای تضعیف این عمل تمرکز کنند.

کل‌واژگان: پرداخت غیر رسمی، حجم پرداخت، پرداخت نقدی و غیرنقدی

مقدمه

می‌گذارد (۱). پرداخت هزینه توسط خانوار می‌تواند منشأ کاهش عدالت در تأمین مالی باشد (۲). تأمین عادلانه منابع مالی در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود بر حسب توان پرداخت آن‌ها توزیع شده است، و نه بر حسب توزیع بیماری و نیاز به خدمت. پرداخت مستقیم از جیب توسط خانوار، پسرانه‌ترین شیوه پرداخت برای سلامت است و روشی است که بیشترین مواجهه خانوار با خطرات مالی کمرشکن را به دنبال

نظام‌های سلامت با چهار کارکرد اصلی تأمین منابع مالی (شامل سه جزء جمع‌آوری منابع مالی، انباشت سرمایه و خرید)، تدارک و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، تولید منابع نیروی انسانی و تولید شناخته می‌شوند. هدف از این کارکردها بهره‌مندی افراد جامعه از خدمات سلامت کارآ و عادلانه است. بخشی از عادلانه بودن خدمات سلامت به سیاست تأمین مالی نظام سلامت مربوط می‌شود؛ و نوع تأمین مالی تأثیر مهمی بر دسترسی افراد جامعه به مراقبت‌های مورد نیاز سلامت

دارد (۱). پرداخت مستقیم از جیب ممکن است برای مجموعه متنوعی از خدمات مانند هزینه ویزیت و مشاوره، خرید دارو، خدمات آزمایشگاهی و خدمت تشخیصی و بستری و خدمات بیمارستانی صورت گیرد (۳). در عین حال که در بیشتر کشورها عمده پرداخت مستقیم از جیب، پرداخت رسمی و تعیین شده برای خدمت است، در کشورهای با درآمد متوسط و یا پایین پرداخت‌های غیررسمی ممکن است بخش مهمی از هزینه از جیب را تشکیل دهند (۴). از دیدگاه اقتصادی، پرداخت‌های غیررسمی تأثیرات مهمی بر روی تقاضا و بار مالی (در مقایسه با پرداخت‌های قانونی مصرف‌کنندگان) خدمت می‌گذارند و در بررسی تأثیر هزینه از جیب، لازم است وجود و مقدار پرداخت‌های غیررسمی محاسبه و در نظر گرفته شود. در کشورهای مختلف اصطلاحات متفاوتی نظیر پول زیرمیزی، پول سیاه، و پول خاکستری برای پرداخت‌های غیررسمی به کار می‌رود (۲).

پرداخت‌های غیر رسمی پرداخت‌هایی هستند که به ارائه‌دهندگان سلامت برای ارائه خدماتی که برای بیمار بایستی بدون هزینه باشد صورت می‌گیرد (۶ و ۵). شکل‌های متفاوت پرداخت‌های غیررسمی به صورت زیر است: ۱- نقدی؛ بیشتر پرداخت‌ها به صورت نقدی صورت می‌گیرد؛ ۲- هدایا؛ به شکل گل، شیرینی یا لوح تقدیر یا از این اشکال. البته این نوع پرداخت در مقایسه با پرداخت نقدی، بیشتر داوطلبانه بوده و با انگیزه تشکر و قدردانی از کارکنان شکل می‌گیرد؛ ۳- کالا یا تعهد به خدمت؛ این مورد می‌تواند غذا، پتو، بانداژ، سرنگ و لوازم پزشکی باشد یا فرد در ازای دریافت خدمت متعهد به ارائه خدمت خاصی به ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت گردد (۸ و ۷).

پرداخت غیر رسمی برای مراقبت‌های سلامت می‌تواند به عنوان یک استراتژی برای مقابله با کمبود منابع و عملکرد ضعیف در هر دو طرف عرضه و تقاضا باشد. در طرف تقاضا، بیماران ممکن است پرداخت غیر رسمی را به منظور به جلو انداختن نوبت، دریافت خدمات بهتر و با کیفیت بالاتر، دسترسی راحت‌تر به خدمات، مراقبت بیشتر و ایجاد رابطه با پزشکان یا کارکنان دیگر سلامت به منظور تضمین پاسخ به موقع کارکنان در صورت نیاز به خدمات در آینده انجام دهند. از طرف دیگر، ارائه‌دهندگان در طرف عرضه، ممکن است پرداخت غیررسمی را به منظور جبران حقوق کم و پاسخ به نیاز مالی (۹ و ۱۰) و یا به منظور دستیابی به درآمد مورد نظر و ایده‌آل طلب کنند. البته پرداخت‌های غیر رسمی عمدتاً به دلیل مشکلات عرضه است و با توجه به این که عوامل مؤثر بر عرضه شامل بودجه کم

سازمان‌های ارائه‌دهندگان سلامت و حقوق پایین کارکنان می‌باشد؛ پرداخت‌های غیررسمی به عنوان یک ابزار جمع‌آوری بودجه اضافی برای سازمان‌های سلامت به طور کلی، و به پزشکان به طور خاص عمل می‌کند (۸). پرداخت‌های غیر رسمی می‌توانند اثرات منفی متعددی به دنبال داشته باشند. از جمله می‌توان به کاهش دسترسی و کاهش عدالت در دسترسی به خدمات، کاهش استفاده از خدمات سلامت، حس ناامیدی در افراد بی‌بضاعت جامعه، کاهش انگیزه در ارائه‌کنندگان خدمت برای ارائه خدمات باکیفیت در قبال هزینه‌های قانونی، از دست دادن اعتماد به نفس و احساس بی‌گاری در کارکنان سلامت که پرداخت پول‌های زیرمیزی به دیگران را شاهد هستند، ایجاد فساد در بخش سلامت در نتیجه مخفی‌کاری و ایجاد روابط ناسالم مالی، ارائه تصویر و اطلاعات نادرست در مورد هزینه‌های بیماری و افزایش میزان سهم بیمار از این هزینه‌ها اشاره کرد. در نتیجه وجود پرداخت‌های غیررسمی ممکن است با ایجاد اطلاعات نادرست درباره هزینه واقعی، به تصمیمات و سیاست‌گذاری‌های نادرست و در نتیجه اختلال در کارایی و اصلاحات در نظام سلامت منجر شود (۷، ۱۱ و ۱۲). در نهایت ماهیت غیر رسمی پرداخت‌های غیر رسمی توانایی دولت‌ها برای بالا بردن منابع مالی و تنظیم تأمین مالی سلامت را تضعیف می‌کند و اثرات منفی بر عدالت و سلامت می‌گذارد (۱۳).

با توجه به این که در کشورمان اطلاعات دقیقی در مورد میزان پرداخت‌های غیر رسمی وجود ندارد و مطالعه‌ای کامل در این زمینه صورت نگرفته است، ما در این مطالعه بر آن شدیم تا برآوردی صحیح از حجم و میزان پرداخت‌های غیر رسمی و بررسی عوامل مؤثر بر آن در یک شهر بزرگ ارائه دهیم تا از اطلاعات آن در جهت کمک به سیاست‌گذاری‌های صحیح در راستای بهبود عدالت و پیشگیری از هزینه‌های کمرشکن و اصلاح روش پرداخت در نظام سلامت کشور استفاده شود. ما در این مطالعه، حجم پرداخت غیر رسمی را به تفکیک سه گروه پرسنلی (پزشک، پرستار، سایر کارکنان) و در سه نوع متفاوت مالکیت بیمارستانی (آموزشی، خصوصی، تأمین اجتماعی) بررسی کردیم و عوامل مؤثر بر حجم پرداخت غیر رسمی به پزشکان را شناسایی کردیم.

روش کار

تحقیق حاضر، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که در آن پرداخت‌های غیر رسمی در بیمارستان‌های شهر ارومیه به صورت مقطعی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش کلیه

تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و تحلیلی انجام گرفت. در بخش توصیفی حجم پرداخت غیر رسمی به تفکیک متغیرهای مطالعه برآورد شد. در بخش تحلیلی برای به دست آوردن عوامل مؤثر بر حجم پرداخت‌های غیر رسمی به پزشکان از مدل حداقل مربعات معمولی استفاده شد.

نتایج

میزان پاسخ (۲۶۵ از ۳۳۲ مورد) ۷۹/۸٪ بود که با توجه به مطالعات مشابه قابل قبول می‌باشد. ۱۴۹ نفر از بیماران در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی، ۶۹ نفر در بیمارستان‌های خصوصی و ۴۷ نفر در بیمارستان تأمین اجتماعی بستری شده بودند. هر بیمار بستری شده در بیمارستان به ازای دریافت مراقبت، صرف نظر از نوع بیمارستان به طور میانگین ۳۲۷ هزار تومان به بیمارستان به صورت رسمی، و ۶۰ هزار تومان به کارکنان آن به صورت غیررسمی پرداخت کرده بود. در مجموع، ۳۸۷ هزار تومان به ازای هر بیمار به طور میانگین پرداخت از جیب صورت گرفته بود که این رقم بسته به نوع بیمارستان تفاوت داشت. در جدول ۱ حجم پرداخت رسمی و غیررسمی در هر سه نوع بیمارستان به صورت مجزا مشخص شده است.

بیمارانی بودند که در یک ماه (بهمن سال ۱۳۹۱) از بیمارستان‌های شهر ارومیه (به استثنای بیمارستان نظامی) مرخص شده بودند. پنج بیمارستان آموزشی، سه بیمارستان خصوصی و یک بیمارستان تأمین اجتماعی (در مجموع ۱۷۲۷ تخت بیمارستانی) در این مطالعه وارد شدند. محاسبه آماری بیانگر نیاز به ۲۶۵ نمونه بود که از میان ۱۰۷۹۱ بیمار ترخیصی در یک ماه از این بیمارستان‌ها انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه در مرحله اول، لیست ترخیص و شماره تلفن بیماران از بیمارستان‌ها دریافت گردید؛ در یکدیگر جمع شد و از شماره ۱ تا ۱۰۷۹۱ کدگذاری شد. با توجه به احتمال عدم پاسخ، ۵۰۰ بیمار با کمک جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. فهرست جدیدی از این ۵۰۰ بیمار تهیه شد که اولین فرد در فهرست کسی بود که شماره‌اش اولین شماره یافت شده در جدول اعداد تصادفی بود، و آخرین فرد فهرست کسی بود که شماره انتخاب آن ۵۰۰امین شماره یافت شده در جدول بود. تماس با افراد نمونه‌گیری شده از شماره ۱ آغاز شد که پس از تماس با ۳۳۲ بیمار، حجم نمونه هدف (۲۶۵ بیمار) به دست آمد. اطلاعات مورد نظر از بیماران با تماس تلفنی جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده این تحقیق، پرسشنامه و مصاحبه تلفنی با بیمار یا خانواده بیمار بود. پرسشنامه مورد استفاده شامل ۴۰ سؤال بود که در پنج بخش تهیه و تنظیم شده بود. تجزیه و

جدول ۱- حجم پرداخت بیماران (رسمی و غیر رسمی) برای دریافت مراقبت در بیمارستان (هزار تومان)

نوع بیمارستان	خالص پرداخت - رسمی			غیررسمی			مجموع	
	مجموع	میانگین	ماکزیمم	مجموع	میانگین	ماکزیمم	مجموع	میانگین
آموزشی	۲۲۱۰۷	۱۴۸	۲۳۰۰	۱۲۵۲	۸۵	۵۰۰	۲۳۳۵۹	۱۵۷
خصوصی	۶۰۰۹۷	۸۷۱	۸۰۰۰	۶۰۲۱	۸۷	۲۰۰۰	۶۶۱۱۸	۹۵۸
تأمین اجتماعی	۴۴۱۳	۹۴	۱۷۰۰	۸۸۰۱	۱۸۷	۲۴۰۰	۱۳۲۱۴	۲۸۱
مجموع	۸۶۶۱۷	۳۲۷	۸۰۰۰	۱۶۰۷۴	۶۰۵	۲۴۰۰	۱۰۲۶۹۱	۳۸۷

اجتماعی ۴۱۹ هزار تومان به ازای افراد پرداخت‌کننده بود. دلیل این که میانگین پرداخت در بیمارستان تأمین اجتماعی نسبت به دو بیمارستان دیگر و خصوصی نسبت به آموزشی بالاتر بود این می‌باشد که پرداخت به پزشکان در بیمارستان تأمین اجتماعی نسبت به خصوصی و در بیمارستان خصوصی نسب به آموزشی بیشتر و میانگین پرداخت به پزشکان ۵۰۳ هزار تومان (به ازای پزشکان دریافت‌کننده) بود در حالی که میانگین پرداخت به پرستاران ۲۰ هزار تومان، و به سایر کارکنان ۱۶ هزار تومان بود. ما همچنین در این مطالعه حجم پرداخت‌های غیر رسمی را به صورت نقدی و غیرنقدی از هم تفکیک کردیم؛ حجم پرداخت نقدی در همه گروه‌های پرسنلی بیشتر از غیرنقدی بود. میانگین پرداخت نقدی و غیرنقدی به تفکیک نوع بیمارستان و نوع

حدود نصف بیماران (۴۷٪) از طریق درآمد شخصی، هزینه‌های بیمارستان را تأمین کرده بودند و ۹٪ بیماران بابت بستری شدن در بیمارستان پولی پرداخت نکرده بودند و هزینه آن‌ها توسط بیمه‌ها به طور کامل پرداخت شده بود. ولی ۴۴٪ بیماران برای پرداخت این هزینه، فشار مالی تحمل کرده بوده‌اند که ۲۳٪ از طریق قرض یا فروش دارایی و ۲۱٪ از طریق پس‌انداز، هزینه‌های بیمارستان را تأمین مالی کرده بودند. از ۲۶۵ بیمار بستری شده مورد مطالعه، ۷۹ بیمار (حدود ۳۰٪) پرداخت غیر رسمی داشتند (میانگین پرداخت = ۲۰۳ هزار تومان). این رقم بین بیمارستان‌ها تفاوت داشت؛ به طوری که میانگین پرداخت در بیمارستان‌های آموزشی ۴۳ هزار تومان، در بیمارستان‌های خصوصی ۲۰۸ هزار تومان و در بیمارستان تأمین

بینی، جراحی فک و صورت (۷۲۱ هزار تومان) و متخصص جراح عمومی (۴۵۹ هزار تومان) بیشترین مبلغ را دریافت کرده بودند (جدول ۳).

پرسنلی در جدول ۲ آورده شده است. ما تخصص پزشکان را براساس حوزه کاری در هشت گروه دسته‌بندی کردیم. در مجموع، متخصصین ارتوپدی بیشترین مبلغ (با میانگین ۱۳۰۰ هزار تومان)، و بعد از آن متخصص‌های چشم، گوش و حلق و

جدول ۲- میانگین پرداخت غیر رسمی (نقدی- غیرنقدی) به تفکیک نوع بیمارستان و کادر درمانی دریافت کننده (هزار تومان)

نوع بیمارستان	گروه پرسنلی			پزشک			پرستار			سایر کارکنان			مجموع		
	نقدی	غیر نقدی	کل	نقدی	غیر نقدی	کل	نقدی	غیر نقدی	کل	نقدی	غیر نقدی	کل	نقدی	غیر نقدی	کل
آموزشی	۲۰۰	۲۷۵	۲۵۰	۱۷/۵	۱۶	۱۶	۱۸	۸	۱۶	۲۸	۱۶	۴۲/۵	۴۳		
خصوصی	۶۱۷	۱۷/۵	۵۰۸	۳۰	۱۲/۵	۲۵	۱۸/۵	۱۰	۱۸	۲۲۷	۱۸	۱۳/۵	۲۰۸		
تامین اجتماعی	۵۴۷	۰	۵۴۷	۰	۰	۰	۱۰	۷	۷	۸/۵	۷	۴۶۲	۴۱۹		
مجموع	۵۵۸	۱۴۶	۵۰۳	۲۵	۱۷	۲۰	۱۸	۸	۱۶	۲۳۸	۱۶	۳۰	۲۰۳		

جدول ۳- فراوانی و میانگین حجم دریافتی پرداخت غیر رسمی بر حسب نوع تخصص پزشکان (هزار تومان)

نوع تخصص	فراوانی پزشک معالج	پزشک دریافت کننده تعداد (درصد)	میانگین دریافت غیر رسمی در میان پزشکان دریافت کننده (تومان)	انحراف معیار
زنان و زایمان	۵۴	۲ (۵/۵٪)	۲۴۰	۲۴۲
جراحی عمومی	۳۱	۱۳ (۴۲٪)	۴۵۹	۶۴۶
داخلی، مغز و اعصاب، خون و انکولوژی	۵۰	۵ (۱۰٪)	۴۰۰	۲۱۶
کلیه (مجاری ادراری)	۱۶	۱ (۶٪)	۵۰	-
ارتوپدی	۱۴	۱ (۷٪)	۱۳۰۰	-
چشم، گوش و حلق و بینی، جراحی فک و صورت	۲۹	۷ (۲۴٪)	۷۲۱	۵۸۱
قلب	۲۹	۰	۰	-
کودکان	۲۵	۰	۰	-
نامشخص	۱۷	۰	۰	-

حالی است که همه پرداخت‌های انجام شده به پرستار و سایر کارکنان در داخل بیمارستان صورت گرفته بود. پرداخت غیررسمی به پرستاران و سایر کارکنان مقداری ناچیز و بیشتر در قالب هدیه و قدردانی و بنا به میل خود بیماران صورت گرفته بود و پرداخت به پزشکان حالت اجباری و مقدار آن هنگفت بود و در اکثریت موارد به مراتب بیشتر از مبلغ پرداخت رسمی توسط بیماران بود. ما در این مطالعه، عوامل مؤثر بر حجم پرداخت غیررسمی به پزشکان را بررسی و پیش‌بینی کردیم. برای این کار از روش حداقل مربعات معمولی^۱ استفاده شد. متغیر وابسته (Y)، حجم پرداخت غیررسمی به پزشکان بود و به منظور ایجاد مدل، متغیرهای مهم (با توجه به امکان عملی جمع‌آوری اطلاعات و پیشینه تحقیقات صورت گرفته) ابتدا تعریف شدند و سپس با استفاده از نرم‌افزار EVIEWS7 در قالب مدل معمولی وارد شدند. نتایج در جدول ۵ آورده شده است.

در جدول ۵، Variable متغیر و Coefficient ضریب متغیر و Std.Error انحراف معیار ضرایب رگرسیون و z-Statistic آماره z و Prob احتمال مربوطه یا همان p-value (ارزش p) می‌باشند. متغیرهایی که p-value آن‌ها کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد معنادار در نظر گرفته شده است. بنابراین متغیرهای (X₁)= نوع

همچنان که در جدول ۴ هم مشاهده می‌شود، بیمارانی که در بخش جراحی بستری شده بودند بیشترین حجم پرداخت (۱۴۸ هزار تومان) را داشتند. این در حالی است که بیماران بستری شده در بخش‌های مسمومیت، سوختگی و دیالیز پولی پرداخت نکرده بودند.

جدول ۴- حجم پرداخت غیر رسمی به تفکیک بخش بستری

بخش بستری	حجم پرداخت	
	میانگین (تومان)	انحراف معیار
جراحی	۱۴۸۰۰۰	۲۸۷۴۸۱/۹۲
زنان و زایمان	۲۲۵۰۰	۷۸۸۲/۶۵
داخلی	۵۰۰۰	۱۷۵۰/۰۲
CCU+ICU	۱۰۰۰	۳۹۰/۱۵۰
چشم، ارتوپدی، ارولوژی	۶۴۰۰۰	۲۴۲۸۴۸/۲۵
کودکان	۲۵۰۰۰	۱۱۰۹۱۴/۲۵
مسمومیت، سوختگی، دیالیز	۰	۰

پرداخت به پزشکان در مقایسه با پرستاران و سایر کارکنان، علاوه بر حجم بیشتر دریافت، تفاوت دیگری هم داشت؛ ۸۳٪ این پرداخت‌ها حالت اجباری داشت و پزشکان از بیماران پرداخت اضافی را درخواست کرده بودند. این در حالی است که ۹۳٪ پرداخت به پرستار و ۹۸٪ پرداخت به سایر کارکنان داوطلبانه و با انگیزه قدردانی از زحمات پرسنل پرداخت شده بود که می‌توان گفت بیشتر به دلیل ویژگی‌های فرهنگی مردم این پرداخت‌ها صورت گرفته است. همچنین بیشتر پرداخت‌ها به پزشکان (۸۰٪) قبل از پذیرش در بیمارستان صورت گرفته بود. این در

^۱ OLS

بیمارستانی، X_3 = محل سکونت، X_5 = اقدام درمانی، X_{12} = درآمد خانوار) معنادار می‌باشند و به عنوان عوامل مؤثر بر حجم پرداخت غیررسمی به پزشکان به حساب می‌آیند. لازم به ذکر است که ضریب ۱ برای هر متغیر بیانگر این می‌باشد که آن متغیر به عنوان پایه در نظر گرفته شده است و سایر متغیرهای آن گروه نسبت به آن مقایسه شده است.

جدول ۵- نتایج حاصل از برآزش مدل رگرسیون حداقل مربعات معمولی (OLS)

Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
نوع بیمارستان	۱	-	-	-
آموزشی	۱۱۷۴۵	۱۹۰۳۴	۰/۶۱	۰/۵۴
خصوصی	۴۳۵۲۹	۱۳۲۵۰	۳/۲۸	۰/۰۰
تأمین اجتماعی	-۴۶۵۶۴	۴۰۵۹۶	-۱/۱۴	۰/۲۵
محل سکونت	-	-	-	-
ارومیه	-	-	-	-
سایر شهرستانها	۱۰۰۰۳۳۳	۳۷۰۱۶	۲/۷۱	۰/۰۱
روستا	۱۹۳۴۲	۳۵۱۹۱	۰/۵۴	۰/۵۸
مدت اقامت	-۹۸۷	۳۰۹۷	-۰/۳۱	۰/۷۵
اقدام درمانی	-۷۹۵۲۷	۳۳۰۸۰	-۲/۴۰	۰/۰۱
تخصص پزشک	۱	-	-	-
جراح عمومی	-۷۸۳۴۵	۴۳۵۰۸	-۱/۸۰	۰/۰۷
زنان و زایمان	۴۸۵۶۷	۵۲۶۸۹	۰/۹۲	۰/۳۵
چشم گوش حلق و بینی	۲۷۶۳۳	۴۱۸۱۴	۰/۶۶	۰/۵۰
داخلی	-۲۱۳۸۵	۶۵۸۱۰	-۰/۳۲	۰/۷۴
ارتوپدی	-۶۱۴۱۰	۶۲۸۲۲	-۰/۹۸	۰/۳۳
کلیه	-۱۳۳۷۶	۱۵۰۰۰	-۰/۹۲	۰/۳۶
سن سرپرست	-۳۲۲	۹۳۹	-۰/۳۴	۰/۷۳
سن بیمار	۶۰۰۴	۲۳۳۸۱	۰/۱۸	۰/۸۵
جنس بیمار	-۱۰۰۱۴	۷۵۹۵	-۱/۳۱	۰/۱۹
تعداد اعضای خانوار	۱	-	-	-
تحصیلات سرپرست	۶۳۴۱۷	۳۷۸۶۵	۱/۶۷	۰/۰۹
بی سواد	-۲۳۷۰۴	۵۰۷۱۴	-۰/۴۵	۰/۶۵
آموزش کم	-۵۱۵۱۶	۵۷۹۶۳	-۰/۸۹	۰/۳۷
متوسطه	۱	-	-	-
دانشگاهی	۷۹۹۸	۴۹۷۲۸	۰/۱۶	۰/۸۷
درآمد	۳۱۴۰۷	۵۱۹۸۴	۰/۶۰	۰/۵۵
زیر ۲۰۰ هزار تومان	۸۹۲۲۸	۵۹۴۳۴	۱/۵۰	۰/۱۳
۳۹۹-۲۰۰ هزار تومان	۲۵۴۵۷۳	۶۶۸۸۶	۳/۸۰	۰/۰۰
۴۰۰-۵۹۹ هزار تومان	۱۱۵۸۸۶	۶۶۳۳۱	۱/۷۵	۰/۸۲
۶۰۰-۷۹۹ هزار تومان	۱۰۶۴۵۲	۹۳۲۰۴	۱/۱۴	۰/۲۵
بالای ۱۰۰۰ هزار تومان	-	-	-	-
عرض از مبدا	-	-	-	-

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان پرداخت های غیر رسمی حدود یک پنجم پرداخت های رسمی بود. اگر مجموع این دو (پرداخت رسمی و غیر رسمی) را پرداخت مستقیم از جیب بیمار در نظر بگیریم، پرداخت های غیر رسمی ۱۵٪ پرداخت مستقیم از جیب بیمار را به بیمارستان را تشکیل داده است. این یافته با یافته های مطالعات اخیر در کشورهای دیگر همخوانی دارد. تخمین زده شده است که پرداخت های غیر رسمی ۱۰ تا ۴۵ درصد کل پرداخت از جیب برای سلامت را در کشورهای کم درآمد به خود اختصاص می دهد (۱۳). در کشور ترکیه پرداخت غیررسمی ۲۵/۵٪ از کل پرداخت از جیب خانوار برای سلامت را به خود اختصاص داده است (۱۴).

مطالعه حاضر اولین مطالعه منتشر شده در کشور است که در آن پرداخت غیر رسمی در سه نوع بیمارستان با یکدیگر مقایسه شده اند. هر چند تعداد محدود بیمارستان های مورد مطالعه و محدود بودن مطالعه به یک شهر، تعمیم پذیری آن را کاهش می دهد، یافته های به دست آمده قابل توجه هستند. در این مطالعه، پرداخت غیر رسمی در بیمارستان تأمین اجتماعی بیشتر

در مدل تخمین زده شده برای بررسی خوبی برآزش از آزمون F و WALT استفاده شد. نتیجه به دست آمده از این آزمون خوبی برآزش را تأیید می کند. همچنین مقدار R-squared این مدل ۳۸٪ بود. نتایج حاصل از مدل برآزش شده بر اساس شکل توزیع OLS در جدول ۶ قابل مشاهده است.

جدول ۶- نتایج حاصل از بررسی خوبی برآزش مدل برآزش شده بر اساس شکل توزیع OLS

آماره	Value	Probability
F-statistic	۴/۱۱	۰/۰۴
Chi-square	۴/۱۱	۰/۰۴

فاجعه‌بار باشد (۱۷). مطالعه خانم کاوسی و همکاران در تهران نشان می‌دهد که نسبت خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت حدود ۱۲٪ می‌باشد و بستری شدن در بیمارستان ارتباط معناداری با هزینه‌های کمرشکن دارد (۱۸). یافته‌ها حاکی از آن است که ساکنان سایر شهرستان‌ها در مقایسه با ساکنان روستا و شهر ارومیه، به هر سه گروه پرسنلی حجم پرداخت بیشتری داشته‌اند. در مجموع هر بیمار ساکن سایر شهرستان‌ها حدود ۶ برابر بیمار ساکن ارومیه و حدود ۳ برابر بیمار ساکن روستا، حجم پرداخت غیررسمی داشته است. مدل حداقل مربعات معمولی نشان می‌دهد که محل سکونت هم یکی از متغیرهای معنادار بر پرداخت غیررسمی می‌باشد؛ به طوری که افراد ساکن سایر شهرستان‌ها نسبت به ساکنین شهر محل بیمارستان (ارومیه) به پزشکان حجم بیشتر پرداخت کرده‌اند. مطالعه تمینی^۳ در آلبانی که مثل مطالعه ما از مدل OLS استفاده کرده است محل سکونت را عامل مؤثر و معنادار بر حجم پرداخت غیررسمی می‌داند (۹). همچنین میانگین پرداخت کل غیر رسمی (در هر سه گروه پرسنلی) در بیماران جراحی شده، ۳۱ برابر بیماران غیرجراحی بوده است. این نسبت به پزشکان به مراتب بیشتر است، چون فقط یک مورد از بیماران غیرجراحی به پزشک پرداخت داشتند؛ بقیه موارد پرداخت به پرستاران و سایر کارکنان (که مقدار ناچیزی دریافت کرده‌اند) بوده است. مدل ما در این ارتباط نشان می‌دهد که عمل جراحی اثر مثبت و معناداری بر حجم پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان دارد. مطالعه لیاروپولوس^۴ در یونان تأییدکننده این موضوع می‌باشد (۱۹).

در مطالعه ما حجم پرداخت غیر رسمی در بیمارستان تأمین اجتماعی بسیار بیشتر از دو نوع بیمارستان دیگر بود. هر چند مطالعه‌ای مشابه برای مقایسه وجود ندارد، ولی از دلایل پرداخت غیر رسمی بالاتر در بیمارستان تأمین اجتماعی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: اول این که نسبت بزرگ‌تری از بیماران بستری در بیمارستان تأمین اجتماعی، در مقایسه با دو نوع بیمارستان دیگر، به پزشکان خود پرداخت غیر رسمی داشته‌اند (۳۴٪ بیماران در مقایسه با ۱۵٪ در بخش خصوصی و ۲٪ در بیمارستان آموزشی). دلیل دیگر می‌تواند نظارت بیشتر در بیمارستان‌های آموزشی و خصوصی که تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی هستند، و یا درآمد بالاتر پزشکان در این بیمارستان‌ها باشد. البته شاید فرانشیز رسمی صفر در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی، انگیزه پزشکان در طلب پرداخت غیر رسمی (و انگیزه

از ۲ برابر بیمارستان خصوصی و ۲۲ برابر بیمارستان آموزشی بود. پایین بودن پرداخت غیر رسمی در بیمارستان آموزشی با مطالعه دیگری که در سه بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته بود همخوانی داشت. در آن مطالعه نشان داده شده بود که پرداخت غیر رسمی به پزشک و پرستار صورت نگرفته است و کل پرداخت غیر رسمی صورت گرفته به افراد خدماتی بوده است (میانگین پرداخت حدود ۱۲ هزار تومان در سال ۱۳۸۸) (۱۵). مطالعه دیگری که در بیماران مبتلا به سرطان بستری در مرکز سرطان بیمارستان امام خمینی (ره) تهران در سال ۱۳۸۸ انجام گرفته است نشان می‌دهد که حجم پرداخت غیررسمی به پزشکان ۱۱۰ هزار تومان بوده است که برای عمل جراحی در بخش خصوصی (و نه آموزشی دولتی) با این پرداخت‌ها مواجه شده بودند (۱۶). میانگین پرداخت غیر رسمی در بخش خصوصی مطالعه ما به پزشکان ۸۰ هزار تومان بوده است. آزمون OLS در مطالعه ما نشان می‌دهد که نوع بیمارستان از عوامل مؤثر بر حجم پرداخت غیر رسمی به پزشکان می‌باشد. بیمارستان تأمین اجتماعی در مقایسه با بیمارستان آموزشی اثر مثبت و معناداری بر حجم پرداخت غیررسمی به پزشکان داشت. به طوری که بیمارانی که در بیمارستان تأمین اجتماعی بستری می‌شدند در مقایسه با بیماران بیمارستان آموزشی، به طور متوسط ۴۳۵۶۸ تومان بیشتر پرداخت غیر رسمی به پزشکان داشتند. پس در کل می‌توان گفت نوع بیمارستان یکی از عوامل تأثیرگذار بر حجم پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان است. مطالعه ازگن^۲ در ترکیه نشان می‌دهد که مالکیت ارایه دهنده خدمت ارتباط معناداری با پرداخت غیر رسمی دارد (۸). همچنین براساس مطالعه حاضر حجم پرداخت غیر رسمی بیماران به پزشکان ۲۵ برابر پرستاران و ۳۱ برابر سایر کارکنان می‌باشد. مطالعه تاتار و همکاران در ترکیه نشان می‌دهد که پزشکان و جراحان به مراتب مبلغ غیر رسمی بیشتری در مقایسه با سایر کارکنان از بیماران دریافت کرده بودند (۱۴).

یافته‌های مطالعه ما نشان داد که حدود نیمی از بیماران مجبور شده بودند برای پرداخت هزینه‌های بیمارستان قرض بگیرند یا دارایی‌هایشان را بفروشند. در مطالعه بیماران مبتلا به سرطان، ۵۴٪ بیماران برای تأمین هزینه‌های درمان خود قرض گرفته بودند (۱۶). همچنین مطالعه‌ای در آلبانی نشان می‌دهد که فقرا و بازنشستگان برای پرداخت هزینه‌های درمان و به خصوص جراحی قرض می‌گیرند و این می‌تواند از لحاظ اقتصادی

³ Tomini

⁴ Liaropoulos

² Ozgen

پژوهش نشان می‌دهد بعضی از متخصص‌ها در مقایسه با بقیه

بیماران در پرداخت آن را افزایش می‌دهد. البته تمام این دلایل احتمالی نیازمند بررسی بیشتر در مطالعات آینده هستند.

نتیجه‌گیری

بیشتر پرداخت زیرمیزی دریافت می‌کنند. کارشناسان حوزه سلامت معتقدند که پرداخت‌های غیر رسمی برای بخش سلامت، حکومت و جامعه مضرند و بایستی کنترل شوند؛ با این حال تعدادی کمی استراتژی برای مقابله با پرداخت غیر رسمی وجود دارد. براساس این مطالعات، استراتژی‌های تنظیم پرداخت حقوق و مزایا و تعرفه‌های پزشکی، تنظیم قوانین و مقررات برای مقابله با پرداخت‌های غیر رسمی، ایجاد انگیزه و مسؤلیت در کارکنان سلامت و تغییر در ادراکات جامعه پیشنهاد می‌شود (۲۴-۲۲) در این مطالعه ما تلاش کرده‌ایم که میزان این مشکل را اندازه‌گیری کنیم و آن را به دولت و سایر نهادهای مربوطه دیگر ارایه بدهیم تا به دنبال یک راه‌حل برای این مشکل باشند. پژوهش بیشتری برای تجزیه و تحلیل طبیعت و میزان پدیده پرداخت غیر رسمی در بیمارستان و بررسی پیامدهای آن لازم است و طیف وسیعی از ابزارهای سیاست برای پاکسازی سیستم از اثرات منفی پرداخت غیر رسمی ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری معاونت درمان و مدیریت امور بیمارستان‌ها و تعالی خدمات بالینی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که در جمع‌آوری داده‌ها ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم. همچنین از جناب آقای دکتر ابوالفتح لامعی برای راهنمایی‌های ارزنده‌شان تقدیر و تشکر می‌کنیم.

References

- 1- WHO. World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance. WHO: Geneva; 2000, 35-40.
- 2- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity: Translated by group translators. Publication: Ibsina Institute. Ed: 1; 2005: 305-309. (Persian)
- 3- World Health Organization, Regional Committee for Eastern Mediterranean. The impact of health expenditure on household and options for alternative financing. Technical paper, EM/RC 51/4; July 2004.
- 4- World Health Organization, Regional Office for Europe Health Evidence Network; 2004. Available from: <http://www.euro.who.int/Document/E85243.pdf>
- 5- Lewis M. Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia? Human Development Sector Unit. Europe and Central Asia Region. The World Bank; 2000.

در ایران هر چند پرداخت زیرمیزی، غیرقانونی محسوب می‌شود، این مطالعه نشان می‌دهد که این موضوع در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان به وفور مشاهده می‌شود و حجم آن به خصوص به پزشکان بالا است و می‌تواند کمرشکن باشد. این امر، امروزه به یکی از موضوع‌های چالش برانگیز نظام سلامت تبدیل شده است. در نتیجه با توجه به شیوع بالای آن و اثرات منفی شدید بر عدالت و حاکمیت خوب، سیاست‌گذاران بایستی بر این موضوع و وسیله‌ای برای تضعیف این عمل تمرکز کنند. با توجه به این که پرداخت به پزشکان بر اساس نوع بیمارستان متفاوت است و این به دلیل اختلاف دستمزد پزشکان در این بیمارستان‌ها است؛ سیاست‌گذاران حوزه سلامت بایستی تعرفه‌های پزشکی را در بخش‌های مختلف ارایه خدمت، همسان‌سازی و واقعی سازند و شیوه پرداخت را تنظیم نمایند (۲۰). واقعی نبودن تعرفه‌های پزشکی در کشورمان زمینه اعمال سلیقه پزشکان را برای افزایش تعرفه‌ها فراهم کرده است و علاوه بر ایجاد بی‌عدالتی در حوزه سلامت، باعث بروز شکاف بین بخش خصوصی و دولتی می‌شود (۲۱) و این عامل دریافت زیرمیزی بعضی از پزشکان است. مبحث بعدی اختلاف درآمد بین پزشکان با تخصص‌های متفاوت و هم رشته می‌باشد. پزشکان درآمد خود را با سایر تخصص‌ها یا هم رشته‌های خود مقایسه می‌کنند و اگر درآمد خود را کمتر از بقیه ببینند مجبور می‌شوند به دریافت پول زیرمیزی از مردم روی آورند. همچنان که این

- 6- Maestad O, Mwisongo A. Informal Payments and the Quality of Health Care in Tanzania: Results from Qualitative Research. National Institute of Medical Research. CMI Working Paper; 2007.
- 7- Baldwin R, Cave M, Lodge M, Baldwin R, Belli P, Shahrivari H, et al. Qualitative study on informal payments for health service in Georgia. 2003. HNP discussion paper series. Washington, DC: World Bank; 2003. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2002/11/3916723>
- 8- 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: 387-396.
- 9- 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

- 10- Lewis M. Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries. *Health Affairs* 2007; 26 (4): 984-997. doi: 10.1377/hlthaff.26.4.984
- 11- Gaal P, Evetvits T, Mckee M. Informal payment for health care. Evidence from Hungary 2006; 77 (1): 86-102.
- 12- Gaal P, Belli PC, McKee M, Szócska M. Informal payments for health care: Definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006; 31(2): 251-293. doi:10.1215/03616878-31-2-251.
- 13- 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):53.
- 14- Tatar M, Özgen H, Sahin B, Belli P, Berman P. Informal Payment in the Health Sector: A Case Study From Turkey. *Health Affairs* 2007; 26(4): 1029.
- 15- Ghiasipour M, Poorreza A, Arab M, Mahmoodi M, Abutorabi A. The Analysis of Informal Payments among Hospitals Covered under Tehran University of Medical Sciences. *Hospital* 2011; 10(3): 1-14. (in Persian)
- 16- Bazyar M. (dissertation). Medical and non-medical direct costs of cancers in patients hospitalized in Imam Khomeini cancer institution. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2010. (in Persian)
- 17- Vian T, Grybosk K, Sinoimeri Z, Hall R. Informal payments in government health facilities in Albania: results of qualitative study. *Social Science & Medicine* 2006; 62(4): 877-87.
- 18- Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: a Longitudinal study in Zone 17 of Tehran. *Hakim Research Journal*. 2009;12(2):38-47. (in Persian)
- 19- Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*. 2008;87(1):72-81.
- 20- Gaal P, McKee M. Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'. *The International journal of health planning and management*. 2004;19(2):163-78.
- 21- Doshmangir L, Rashidian A, Moaeiri F, Akbari Sari A. Effect of Proposed Changes of Relative Values of Different Specialists Medical Tariffs on Payment Weight of Specialties and Health System Costs. *Hakim Health System Research Journal* 2011; 14(1): 1- 9.
- 22- Ensor T. Informal payments for health care in transition economies. *Social Sciences and Medicine* 2004; 58(2):237-246.
- 23- Ensor T, Thompson R. Health insurance as a catalyst to change in former communist countries? *Journal in Health Policy* 1998; 43(3): 203-218.
- 24- Balabanova D, McKee M. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy* 2002; 62: 243-273.

Informal Payments and its Related Factors in Urmia Hospitals

Khodamoradi A¹ (MSc), Rashidian A^{1*} (PhD), Aghlmand S² (PhD), Arab M¹ (PhD), Moini M¹ (PhD)

¹ Department of Health Management and Economics, School of Public Health,
Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Public Health, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Original Article

Received: 27 Sep 2014, Accepted: 22 Dec 2014

Abstract

Introduction: Informal payments are paid to individuals and organizations offering health services, either in cash or non-cash via informal channels. The aim of this study was to estimate the amount of informal payments in Urmia hospitals and to assess the related factors.

Methods: This cross-sectional study was conducted in February 2013. Data were collected using a questionnaire that was completed via telephone calling to the patients. Data were analyzed using the OLS model in the SPSS-21 and EVIEWS7.

Results: The mean formal and informal payments to the hospitals were 3270000 and 600000 Rials, respectively. The mean (SD) informal payment to the doctors was 5030000 (5520000). The mean (SD) informal payments to the nurses and other staff were 200000 (130000) and 160000 (160000) Rials, respectively. Type of hospital, place of settlement, treatment procedure and income were recognized as the related factors with the amount of informal payments.

Conclusion: Given the results of this study that indicated high amounts of informal payments, and considering the serious negative effects of informal payments on appropriate governance, policymakers should pay attention on the issue in order to restrict the informal payments.

Key words: informal payment, amount payment, cash and non-cash payments

Please cite this article as follows:

Khodamoradi A, Rashidian A, Aghlmand S, Arab M, Moini M. Informal Payments and its Related Factors in Urmia Hospitals. *Hakim Health Sys Res* 2015; 17(4): 313- 321.

*Corresponding Author: Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 88989129, Fax: +98- 21- 88989129, E-mail: arashidian@tums.ac.ir