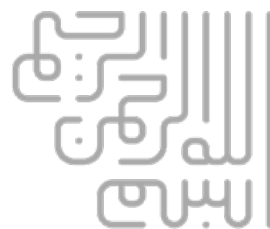


پرداخت‌های غیررسمی در نظام‌های سلامت: بررسی وضعیت و علل آن در دنیا و ارائه راهکارهای پیشگیری و مدیریت در ایران





عنوان: پرداخت‌های غیررسمی در نظام‌های سلامت: بررسی وضعیت و علل آن در دنیا و ارائه
راهکارهای پیشگیری و مدیریت در ایران
تهیه و تدوین کنندگان (Authors): سیده فرحانه طالبیان، محمد بختیاری علی‌آباد
واژه‌های کلیدی: پرداخت‌های غیررسمی، زیرمیزی، نظام سلامت ایران
ناشر: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

DOI: <https://doi.org/10.22034/mrc.report.21881>

Permanent Link: https://report.mrc.ir/article_11951.html

Publisher : Islamic Parliament Research Center of Iran

عنوان: پرداخت‌های غیررسمی در نظام‌های سلامت: بررسی وضعیت و علل آن در
دنیا و ارائه راهکارهای پیشگیری و مدیریت در ایران
نوع گزارش: طرح/ لایحه ☐، نظارتی ☐، راهبردی ☒، پیش‌نویس قانونی ☐
نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)
مدیر مطالعه: محمد بختیاری علی‌آباد
ناظر علمی: ریحانه رحمانی‌پور
ناظر علمی خارج از مرکز: محمدرضا رضایتمند (دانشیار گروه مدیریت خدمات
بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)
همکار خارج از مرکز: کسری جعفری (اپیدمیولوژیست، بیمارستان جامع بانوان آرش)
گرافیک و صفحه‌آرایی: سمیرا صادقی عسکری
تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱



فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱. مقدمه.....	۸
۲. وضعیت پرداخت‌های غیررسمی در ایران و جهان.....	۹
۲-۱. وضعیت فعلی پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت ایران.....	۱۰
۲-۲. پرداخت‌های غیررسمی در سایر کشورها.....	۲۳
۳. عوامل مؤثر بر پرداخت‌های غیررسمی.....	۳۱
۳-۱. عوامل مرتبط با محیط (نهادی و ساختاری).....	۳۱
۳-۲. عوامل مرتبط با عرضه (ارائه‌دهندگان خدمات).....	۳۲
۳-۳. عوامل مرتبط با تقاضا (بیماران).....	۳۳
۴. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.....	۳۴
منابع و مآخذ.....	۳۷

فهرست جداول

جدول ۱. جزئیات مطالعات انجام شده در خصوص وضعیت پرداخت‌های غیررسمی در ایران.....	۱۲
جدول ۲. مطالعات انجام شده در خصوص وضعیت پرداخت‌های غیررسمی در جهان.....	۲۵
جدول ۳. راهکارها و توصیه‌های سیاستی برای مقابله مؤثر با پدیده پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت.....	۳۵

فهرست شکل‌ها

شکل ۱. قوانین و سیاست‌های مرتبط با مقابله با پرداخت‌های غیررسمی در اسناد و قوانین بالادستی ایران.....	۲۱
شکل ۲. عوامل مؤثر بر پرداخت‌های غیررسمی.....	۳۱



پرداخت‌های غیررسمی در نظام‌های سلامت: بررسی وضعیت و علل آن در دنیا و ارائه راهکارهای پیشگیری و مدیریت در ایران

چکیده



در بررسی پرداخت‌های غیررسمی به عنوان یک آسیب‌شناسی در نظام سلامت، این پدیده نه فقط یک عارضه اقتصادی، بلکه چرخه‌ای معیوب است که عدالت توزیع منابع را به حاشیه می‌راند، انسجام حرفه‌ای کادر درمان را فرسوده و پویایی سیستم را مختل می‌سازد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که دلایل شکل‌گیری این پدیده، طیفی از نارسایی‌های تعرفه‌ای، خلأهای حاکمیتی، ضعف نظام‌های پایش و پاسخ‌گویی، شکاف‌های اطلاعاتی، الگوهای فرهنگی، هنجارهای رفتاری بیماران و ویژگی‌های ساختاری خدمات است. این الگو در مقیاس جهانی، به ویژه در جوامع در حال گذار، بازتابی مشابه دارد. بنابراین مواجهه با زیرمیزی نیازمند راهبردهای هماهنگ از جمله بازسازی سیستم‌های انگیزشی، افزایش شفافیت با ابزارهای دیجیتال، آموزش عمومی و فرهنگ‌سازی است. این گذار، و رای یک اصلاح فنی، نیازمند ائتلاف راهبردی میان نهادهای دولتی، بیمه‌گران، صاحبان حرف پزشکی و جامعه مدنی است تا سلامت را به حقی بنیادین ارتقا دهد، اعتماد عمومی را بازسازی و بستری برای اکوسیستمی پویا و پایدار ایجاد کند. پیشنهادهاى عملیاتی در ۶ محور شامل راهکارهای تقنینی و اصلاح رویه‌ها (مانند اعمال مجازات‌های اثربخش، الزام برای شفافیت مالی)، نظارتی (نظام پایش هوشمند، ساده‌سازی فرایند گزارش دهی)، مالی و انگیزشی (مدل‌های پرداخت عملکردمحور)، آگاهی‌بخشی (کمپین‌های تغییر نگرش، شفاف‌سازی تعرفه‌ها)، بهبود کیفیت خدمات دولتی و تأمین مالی مؤثرتر ارائه می‌شوند.



بیان / شرح مسئله

پرداخت‌های غیررسمی (زیرمیزی) به عنوان شکلی از تأمین مالی مستقیم از جیب، تهدیدی برای کارایی، عدالت و کیفیت نظام‌های سلامت به شمار می‌روند. از این رو، انجام پژوهش‌های چندرشته‌ای برای شناسایی دلایل و راهکارهای لازم برای مقابله با آن یک ضرورت برای سیاستگذاری سلامت در راستای تحقق حق اساسی سلامت و کاهش نابرابری‌ها محسوب می‌شود.

نقطه نظرات / یافته‌های کلیدی

ریشه‌های زیرمیزی در نظام سلامت، چندبعدی و نهادینه شده است و شامل عواملی نظیر: تعرفه‌های غیرواقعی، کیفیت پایین خدمات در بخش دولتی، ضعف زیرساخت‌ها، رابطه مالی مستقیم بیمار و پزشک، عدم شفافیت مالی در مراکز درمانی، باورهای نادرست فرهنگی (پرداخت اضافی = کیفیت بهتر)، ترس بیماران از تبعیض در صورت شکایت و پیچیدگی سازوکارهای رسیدگی به تخلفات می‌شود. این یافته‌ها تأکید می‌کند که صرف برخورد قضایی بدون اصلاح ساختارهای انگیزشی و شفافیت، نتیجه‌بخش نیست. در سطح جهانی، الگوی مشابهی مشاهده می‌شود که در آن پرداخت‌های غیررسمی به عنوان ابزاری جبرانی اما مخاطره‌آمیز عمل می‌کنند. در مجموع، راهبردهای پراکنده و غیرهماهنگ نمی‌توانند این پدیده را ریشه کن کنند و نیاز به یک ائتلاف راهبردی میان نهادهای دولتی، بیمه‌گران، صاحبان حرف پزشکی و جامعه مدنی ضروری است.

پیشنهاد راهکار تقنینی، نظارتی یا سیاستی

در مجموع و با توجه به متن ارائه شده، پیشنهادهای متعددی برای مقابله مؤثر با پرداخت‌های غیررسمی ارائه می‌شود. سه حوزه «قطع رابطه مالی بیمار و پزشک»، «اصلاح تعرفه و پرداخت عملکردمحور» و «تقویت نظارت هوشمند و گزارش‌دهی تخلفات» از اولویت و نقش اهرمی بالاتری برخوردارند. تمرکز بر این اقدامات پیشگیرانه، اثربخشی سایر راهکارها را نیز افزایش می‌دهد. بر این اساس، این پیشنهادها ارائه می‌شوند:

الف) راهکارهای تقنینی و اصلاح رویه‌ها

- تعیین مجازات‌های قانونی اثربخش با تلقی درخواست پرداخت غیررسمی به عنوان مصداق سوءاستفاده از حقوق بیمه‌شدگان.
- روزآمدسازی فرایندهای برخورد با تخلف با محوریت تسریع رسیدگی و کاهش پیچیدگی‌ها.
- ایجاد الزام برای شفافیت مالی در مراکز درمانی از طریق صورت حساب تفصیلی و کانال‌های رسمی دریافت وجه.

ب) راهکارهای نظارتی و مدیریتی

- استقرار نظام نظارت مستمر و هوشمند با استفاده از سامانه‌های دیجیتال سلامت، تطابق صورت حساب‌ها با تعرفه‌های مصوب.
- ایجاد سازوکار و بسترهای ساده، محرمانه و در دسترس برای گزارش‌دهی تخلفات (گزارش‌های مردمی) به‌طوری که هویت گزارش‌دهنده را محفوظ نگاه دارد.
- ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان بر اساس شاخص‌هایی نظیر میزان شکایات و رضایت بیماران و استفاده از این شاخص‌ها در اعطای مشوق‌ها.
- ارتقای سازوکارهای رسیدگی به شکایات با شفاف‌سازی فرایندها، کاهش مراحل به حداقل دو یا سه مرحله و تعیین حداکثر زمان رسیدگی.

ج) راهکارهای مالی و انگیزشی برای ارائه‌دهندگان

- ارتقای ساختار و نظام پرداخت به سمت تعرفه‌های واقعی، مدل‌های عملکردمحور و مبتنی بر کیفیت خدمات به گونه‌ای که انگیزه دریافت زیرمیزی کاهش یابد.



د) راهکارهای آگاهی‌بخشی و فرهنگ‌سازی عمومی

- ارائه اطلاعات شفاف به بیمه‌شدگان درباره حقوق و تعرفه‌ها از طریق اپلیکیشن‌ها، پورتال‌ها و درج در مراکز درمانی.
- اجرای کمپین‌های آموزشی برای تغییر نگرش اجتماعی و شکستن باور غلط «پرداخت اضافی یعنی کیفیت بهتر» و تبدیل زیرمیزی به یک رفتار غیرقانونی.
- آشنایی بیماران با مکانیسم‌های شکایت و جبران خسارت و اطلاع‌رسانی گسترده درباره امکان سوت‌زنی محرمانه و حمایت‌های قانونی از سوت‌زنندگان.

ه) راهکارهای بهبود کیفیت خدمات و دسترسی عادلانه

- تقویت بخش دولتی با محوریت جبران کمبود تجهیزات، دارو و پرسنل، ارتقای کیفیت خدمات از طریق بازطراحی فرایندها، کاهش زمان انتظار، بهبود محیط فیزیکی و افزایش رضایت بیماران، ارائه بسته‌های تشویقی ویژه برای پزشکان متخصص و فوق تخصص به منظور ماندگاری و فعالیت تمام‌وقت در بخش دولتی و ایجاد مراکز دولتی تخصصی و فوق تخصصی الگو در هر استان با استانداردهای کیفی رقابتی با بخش خصوصی تا بیماران برای دریافت خدمت باکیفیت ناگزیر به مراجعه به بخش خصوصی یا پرداخت‌های غیررسمی نباشند (به موازات راهکارهای پیشگیری از پرداخت‌های غیررسمی در بخش دولتی نیز باید تقویت شود).
- قطع رابطه مالی مستقیم بین بیمار و پزشک.
- بازسازی رابطه بیمار و پزشک بر پایه اخلاق حرفه‌ای از طریق آموزش مداوم و نظارت بر اجرای منشور حقوق بیمار.

و) راهکارهای پایش، ارزیابی و هماهنگی بین‌بخشی

- ایجاد کارگروه مشترک میان وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان نظام پزشکی، سازمان بازرسی کل کشور و نهادهای مدنی برای مقابله با زیرمیزی با تعیین وظایف مشخص هر کدام در زمینه نظارت، آموزش، برخورد و حمایت.

۱. مقدمه

سلامت به عنوان یک حق اساسی، دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمام سطوح و طبقات اجتماعی به حساب می‌آید. بر این مبنا در کشورهای دنیا مدل‌های متفاوتی از نظام‌های سلامت به وجود آمده است. بخش سلامت از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی است و عملکرد آن یکی از شاخص‌های توسعه و رفاه اجتماعی است. سیستم سلامت خوب برای توسعه اقتصادی و اجتماعی پایدار و کاهش نرخ فقر ضروری است، اما باید از افراد در برابر فقر ناشی از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی محافظت شود. تأمین مالی یکی از چهار عملکرد اصلی سیستم سلامت همراه با تولید، منابع و ارائه خدمات است. امروزه مکانیسم‌های تأمین مالی و یافتن راه‌هایی برای تأمین منابع، بازپرداخت هزینه‌ها و بهبود پوشش بیمه‌ای جامعه به یکی از چالش‌های اصلی در بسیاری از سیستم‌های سلامت تبدیل شده است. تقریباً در تمام کشورها هزینه‌های مراقبت سلامت به دلیل تغییرات جمعیت‌شناختی، تغییر الگوی بیماری‌ها و فناوری‌های جدید در حال افزایش است و تأثیرات چنین تغییراتی بر محدودیت‌های شدید بودجه و منابع اقتصادی محدودی که برای سلامت در نظر گرفته شده سایه افکننده است [۱]. مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده عادلانه بودن تأمین مالی یک نظام سلامت، سهم مقدار پرداختی خانوار از کل هزینه سلامت است. وقتی دولت و بیمه‌ها قادر به تأمین مالی مناسب سیستم بهداشتی نباشند، بار تأمین مالی مستقیماً بر مردم تأثیر می‌گذارد و آنها مجبور به پرداخت هزینه خدمات بهداشتی می‌شوند. پرداخت‌های مستقیم توسط افراد به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در زمان استفاده از

خدمات به‌عنوان پرداخت از جیب^۱ شناخته می‌شود که ضعیف‌ترین و ناعادلانه‌ترین شیوه‌های تأمین مالی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی است [۲]. تأمین مالی خدمات سلامت بر پایه پرداخت مستقیم از جیب اغلب به بروز هزینه‌های کمرشکن برای خانوارها منجر می‌شود و دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی را کاهش می‌دهد. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سالیانه نزدیک به ۱۵۰ میلیون نفر در جهان به دلیل هزینه‌های بالای پرداخت مستقیم از جیب دچار مشکلات مالی شدید می‌شوند و حدود ۱۰۰ میلیون نفر به زیر خط فقر سقوط می‌کنند [۳]. بخشی از این پرداخت‌ها به‌صورت قانون و مصوب است، ولی بخشی از آن خارج از ضوابط و مقررات رسمی دریافت می‌شود که به آنها زیرمیزی یا پرداخت‌های غیررسمی^۲ گفته می‌شود. پرداخت‌های غیررسمی، پرداخت‌هایی هستند که به افراد یا سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت به‌صورت نقدی یا غیرنقدی پرداخت می‌شود، ولی الزام رسمی به پرداخت آنها وجود ندارد، اما انتظار پرداخت از طرف آنها وجود دارد یا اینکه آن را مطالبه می‌کنند [۴]. از دیدگاه اقتصادی، پرداخت‌های غیررسمی شکلی از تأمین مالی مستقیم از جیب است که به‌طور مستقیم توسط بیماران و خانواده‌های آنها پرداخت می‌گردد. این پرداخت‌ها تهدیدی برای سلامت عمومی هستند و کسانی که توانایی پرداخت آن را ندارند ممکن است از مراجعه به درمان صرف‌نظر کنند یا آن را به تأخیر بیندازند؛ در نتیجه، کارایی، عدالت و حتی کیفیت ارائه خدمات درمانی ممکن است به خطر بیفتد [۵]. پدیده پرداخت‌های غیررسمی به تشدید نابرابری در حوزه سلامت دامن می‌زند. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰، پرداخت‌های غیررسمی، دسترسی به خدمات سلامت را مختل می‌کند و حتی در بیماران مزمن، رفتارهای جست‌وجوی سلامت را با تأخیر مواجه می‌سازد [۶]. پرداخت‌های غیررسمی، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط و حتی در کشورهای پیشرفته، چالش جدی برای سیاست‌گذاران نظام سلامت است. این پرداخت‌ها نه تنها بار مالی مضاعفی بر بیماران تحمیل می‌کند، بلکه با تضعیف رابطه پزشک و بیمار، اعتماد عمومی به حرفه پزشکی را در بلندمدت خدشه‌دار می‌سازد. از این‌رو، مقابله با این پدیده در اولویت سیاست‌گذاری نظام سلامت قرار دارد.

۲. وضعیت پرداخت‌های غیررسمی در ایران و جهان

ماهیت مخفیانه پرداخت‌های غیررسمی محاسبه دقیق این پرداخت‌ها را مشکل می‌سازد؛ همچون بسیاری از فعالیت‌های غیررسمی، پرداخت‌های غیررسمی عمدتاً گزارش و مستندسازی نمی‌شوند و اغلب غیرقانونی بوده و در نتیجه هر دو طرف این پرداخت‌ها، چه بیماران و چه ارائه‌دهندگان، از صحبت و بحث درباره این پرداخت‌ها سر باز می‌زنند. از طرفی در بسیاری از مواقع به‌علت نبود تقارن اطلاعاتی میان بیمار و پزشک و سایر پرسنل تشخیصی و درمانی، بیماران قادر به تشخیص دقیق آن نیستند و بدین ترتیب این پرداخت‌ها همیشه در سایه‌ای از ابهام قرار داشته و برآورد دقیق و واقعی این پرداخت‌ها کاری مشکل و در بسیاری موارد محال است. با این حال وضعیت کلی موجود در نظام سلامت ایران و جهان که بر پایه اطلاعات مندرج در اسناد و مطالعات منتشر و اخذ دیدگاه‌های خبرگان احصا شده است، به تفکیک به این شرح است:

1. Out-of-Pocket (OOP)
2. Informal Payments



۲-۱. وضعیت فعلی پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت ایران

تأمین مالی نظام سلامت ایران ترکیبی از منابع عمومی (بودجه دولت)، بیمه سلامت اجتماعی، بیمه‌های خصوصی و پرداخت‌های مستقیم از جیب شهروندان است [۷]. پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت، شامل پرداخت‌های خارج از تعرفه رسمی به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (مانند پزشکان، پرستاران و مدیران بیمارستان‌ها) است که اغلب برای دسترسی سریع‌تر به خدمات، کیفیت بهتر یا خدمات اضافی انجام می‌شود [۸].

براساس مطالعات انجام شده در ایران، این پرداخت‌ها به درجات مختلف در خدمات بستری و سرپایی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی وجود دارند که بسته به نوع خدمت، موقعیت جغرافیایی، نوع مرکز درمانی و تخصص ارائه‌دهنده خدمت متفاوت است. در سال ۲۰۱۸، مسکرپور و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «پرداخت‌های غیررسمی در خدمات سلامت ایران» که روی نمونه‌ای متشکل از ۱۱۱۲ خانوار ایرانی از سراسر کشور انجام دادند، دریافتند که حدود ۲۷٫۷ درصد از جمعیت ایران حداقل یک تجربه پرداخت غیررسمی برای خدمات بهداشتی داشته‌اند و نرخ شیوع پرداخت‌های اجباری و داوطلبانه به ترتیب ۲۱٫۴ درصد و ۱۱٫۵ درصد بوده است. علاوه بر این، پرداخت‌های غیررسمی در بخش بستری ۲۶٫۱ درصد و در بخش سرپایی ۱۲٫۵ درصد گزارش شده است [۹]. همچنین براساس گزارش‌های مؤسسه ملی تحقیقات سلامت^۱ از داده‌های پیمایش ملی هزینه و درآمد خانوار، در سال ۱۳۹۷ پرداخت‌های غیررسمی ۲۵٫۸ درصد از کل پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوارها را به خود اختصاص داده است. در این سال، ۷٫۲۶ درصد از خانوارهایی که پرداخت غیررسمی داشته‌اند، با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده‌اند (در حالی که این رقم در خانوارهای بدون پرداخت غیررسمی ۲٫۰۲ درصد بوده است) [۱۰]. بررسی روند پرداخت‌های غیررسمی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت در سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۲ نشان می‌دهد که کمترین میانگین این پرداخت‌ها مربوط به سال ۱۳۹۷ (۵۹۳۱۸۶ تومان) و بیشترین آن نیز مربوط به سال ۱۴۰۰ (حدود ۲۲۲۶۰۰۰ هزار تومان) بوده است. شایان ذکر است که در اغلب سال‌های مذکور، میزان پرداخت غیررسمی در پنجک پنجم (ثروتمندین پنجک) به‌طور قابل توجهی بیشتر از سایر گروه‌هاست. برای نمونه، پرداخت زیرمیزی توسط این گروه در سال ۱۴۰۰ حدود ۸ میلیون تومان گزارش شده است [۱۱-۱۲].

مجتبی پارسا و همکاران در پژوهشی در سال ۱۳۹۲، پزشکان متخصص (عمدتاً جراح) با تخصص‌های مختلف شرکت‌کننده در کنگره‌ها و برنامه‌های آموزش مداوم سراسر کشور را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۴۹٫۴ درصد از پزشکان مورد مطالعه حداقل برای یک بار زیرمیزی دریافت کرده‌اند؛ اما در بین پزشکانی که امکان و شرایط دریافت آن برایشان فراهم بوده (معمولاً شامل شرایطی همچون موقعیت انحصاری پزشک، ضعف نظارت، وجود رابطه مالی بین گیرنده و ارائه‌دهنده خدمت می‌شود)، این درصد بالاتر و به میزان ۶۳٫۸ درصد رسیده که درصد قابل توجهی است [۴]. یکی از عوامل کلیدی افزایش پرداخت‌های مستقیم از جیب، جست‌وجوی هدفمند بیماران برای دریافت خدمات سلامت با کیفیت بالاتر در خارج از شبکه رسمی دولتی، به‌ویژه از ارائه‌دهندگان بخش خصوصی است. این یافته با نتایج پژوهش دشمنگیر و همکاران (۲۰۲۰) هم‌خوانی دارد که نشان می‌دهد، کاربران خدمات بخش خصوصی بالاترین سطح پرداخت مستقیم از جیب را تجربه می‌کنند [۱۳]. همچنین در مطالعه مجتبی پارسا و همکاران در سال ۱۳۹۲ و قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت مشخص شد که دریافت پرداخت‌های غیررسمی به‌طور معناداری در میان پزشکانی که در بخش خصوصی فعالیت می‌کنند، شایع‌تر است. یعنی پزشکان شاغل در بخش خصوصی و شاغل در بخش خصوصی و دولتی به ترتیب ۲٫۵۳ و ۲٫۴۲ برابر پزشکانی که فقط در بخش دولتی شاغل هستند، زیرمیزی دریافت کرده بودند. همچنین این مطالعه نشان داد پزشکان متخصص شاغل در تهران دوبرابر پزشکان شهرستانی زیرمیزی دریافت می‌کنند [۴]. عبدالواحد خدامرادی و همکاران (۱۳۹۳) مطالعه‌ای با هدف برآورد حجم و میزان پرداخت‌های غیررسمی بیماران بستری و بررسی عوامل مؤثر بر آن انجام دادند. این پژوهش بر روی بیماران ترخیص شده از بیمارستان‌های شهر ارومیه (به‌جز بیمارستان نظامی) در بهمن ۱۳۹۱ انجام شد که جامعه آماری ۱۰۷۹۱ بیمار ترخیص شده و حجم نمونه ۲۶۵ نفر بود. نتایج نشان داد که حدود ۳۰ درصد از بیماران پرداخت غیررسمی داشته‌اند. میزان پرداخت‌های غیررسمی حدود یک‌پنجم پرداخت‌های رسمی بود. اگر مجموع این دو (پرداخت‌های رسمی و غیررسمی) را پرداخت مستقیم از جیب بیمار در نظر بگیریم، پرداخت‌های غیررسمی ۱۵ درصد پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران به بیمارستان را تشکیل داده است. یافته‌های به‌دست‌آمده در این مطالعه نشان داد که میانگین پرداخت‌های

1. National Institute for Health Research (NIHR)

غیررسمی در بیمارستان‌های آموزشی ۴۳ هزار تومان، در بیمارستان‌های خصوصی ۲۰۸ هزار تومان و در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ۴۱۹ هزار تومان گزارش شد [۱۶-۱۴].

مطالعات دیگر نشان داده‌اند، بیمارانی که خدمات تخصصی از نفرولوژیست، چشم‌پزشک و گوش و حلق و بینی دریافت کرده‌اند، ۴,۲ برابر بیشتر مستعد پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان نسبت به بیماران سایر تخصص‌ها بوده‌اند. مطالعه‌ای در ایران نشان داد که ۹۰ درصد افرادی که به پزشکان پرداخت غیررسمی داشته‌اند تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند؛ جراحان عمومی بیشترین میزان پرداخت‌های غیررسمی (۴۲ درصد) را دریافت کرده‌اند، پس از آن جراحان گوش و حلق و بینی و جراحان فک و صورت (۲۴ درصد) قرار دارند [۱۷]. همچنین بیان شده است که بیماران دریافت‌کننده خدمات جراحی، ۱۰۰ برابر بیشتر از کسانی که مراقبت‌های بستری غیر جراحی داشتند، در معرض پرداخت‌های غیررسمی قرار می‌گیرند [۱۴]. جدول ۱ جزئیات مطالعات انجام شده در خصوص وضعیت پرداخت‌های غیررسمی در ایران را نشان می‌دهد.

جدول ۱. جزئیات مطالعات انجام شده در خصوص وضعیت پرداخت‌های غیررسمی در ایران

ردیف	نویسنده، سال	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۱	ابوترابی و همکاران، ۱۳۹۴ ش، تهران [۱۸]	بررسی فراوانی و بزرگی پرداخت‌های غیررسمی و تعیین‌کننده‌های مربوط به آن در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران	مقطعی	۳۰ بیمار ترخیص شده با استفاده از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای ساده	مصاحبه تلفنی و پرسش‌نامه	۲۱ درصد بیماران پرداخت غیررسمی انجام داده‌اند. ۳،۷ درصد از پرداخت‌ها با درخواست پرسنل بود و مابقی داوطلبانه با انگیزه قدردانی و دریافت خدمات بهتر انجام شد. هیچ‌یک از بیماران به پزشک پرداخت غیررسمی نداشتند. زیرا اغلب از طریق اورژانس بستری شده و ارتباط قبلی با پزشک نداشتند، ضمن اینکه مطالعه فقط روی بیماران جراحی عمومی انجام شده بود. گیرنده اصلی این پرداخت‌ها پرسنل خدماتی بوده‌اند. ارتباط معناداری بین مشخصات جمعیت‌شناختی، محل سکونت و وضعیت بیمه بیماران و پرداخت‌های غیررسمی یافت نشد.
۲	میراسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۱ ش، کرمان [۱۹]	تعیین انگیزه‌های موجود در پرداخت‌های غیررسمی در ایران، چگونگی درک آن و دلایل آن	مقطعی	۳۰ بیمار، ۱۲ پزشک و ۳ 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 نشان دادن شایستگی و مهارت پزشکان است. پرداخت‌ها به‌طور اختصاصی برای خدمات پیچیده و سخت مانند عمل جراحی، روش‌های درمانی قلب و عروق، ارتوپدی و مانند آنها شایع است.

ردیف	نویسنده، سال	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۳	سعادت‌ی و همکاران، ۱۳۹۱ ش، تبریز [۲۰]	بررسی توزیع عوامل مؤثر بر پرداخت‌های مستقیم (رسمی یا غیررسمی) در بیماران قلبی و پیامدهای جانبی آنها	توصیفی – اکتشافی	نمونه شامل ۵۰ بیمار قلبی بستری در بیمارستان	مصاحبه هنگام ترخیص از بیمارستان	میانگین پرداخت‌های رسمی ۱۹۸۲۵۸۳۳ ریال و پرداخت‌های غیررسمی ۱۴۰۰۰۰۰۰ ریال بود. ۱۰ درصد افراد پرداخت غیررسمی داشته‌اند که ۸۰ درصد پرداخت غیررسمی به‌دلیل درخواست پزشک و ۲۰ درصد جهت هدیه و تشکر بوده است. عوامل مؤثر در پرداخت مستقیم شامل محل دریافت خدمت (خصوصی یا دولتی) و تأخیر در دریافت خدمت بود.
۴	پارسا و همکاران، ۱۳۹۳ ش، ایران [۲۱]	مطالعه و بررسی جنبه‌های مختلف پرداخت‌های غیررسمی تحت عنوان پرداخت‌های زیرمیزی در ایران	مطالعه کیفی	۶ جراح و ۶ متخصص غیرجراح	مصاحبه نیمه‌ساختارمند عمیق	پرداخت‌های غیررسمی در ایران بسیار رایج بوده و حدود ۷۰-۸۰ درصد پزشکان چنین پول‌هایی دریافت می‌کنند. دلایل این امر رابطه مستقیم بین پزشک و بیمار، تعرفه‌های تعیین شده 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 ۵۰۰ هزار ریال تا ۵۰ میلیون ریال است.
۵	جعفری و همکاران، ۱۳۹۳ ش، شیراز [۲۲]	بررسی فراوانی پرداخت‌های غیررسمی و عوامل مؤثر بر این پدیده در بیمارستان‌های آموزشی شیراز	مقطعی – تحلیلی	نمونه‌ای متشکل از ۲۰۱ بیمار از بخش‌های جراحی، داخلی و اورژانس و ICU و CCU بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز	پرسش‌نامه محقق ساخته	از کل بیماران مورد بررسی، ۴۱ نفر (۲۰ درصد) پرداخت غیررسمی را تجربه کردند. عرضه نقدی بیشترین نوع پرداخت (۳۹ درصد) بود. بیش از نیمی از پرداخت‌ها در بخش اورژانس (۵۱،۲ درصد) و پس از آن بخش داخلی (۱۷،۱ درصد) و جراحی (۱۲،۲ درصد) انجام شده است. پرداخت غیررسمی به‌طور قابل توجهی در بین بیماران بیمه شده اصلی بیشتر بود.



ردیف	نویسنده، سال	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۶	مسکرپور و همکاران، ۱۳۹۴ ش، تهران [۲۳]	ارزیابی تأثیر وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران بر پرداخت غیررسمی آنها برای مراقبت‌های بهداشتی	مقطعی - تحلیلی	جامعه آماری پژوهش، شامل تمام ۱۰۳۵ بیمار مرخصی در آوریل ۲۰۱۴ از بیمارستان عمومی دولتی در ایران بودند.	پرسش‌نامه	حدود ۴۸ درصد از پاسخ‌دهندگان حداقل یک تجربه پرداخت غیررسمی برای مراقبت‌های بهداشتی را در طول سال گذشته گزارش کردند. نتایج نشان داد که وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران می‌تواند به‌طور معناداری بر احتمال و فراوانی پرداخت‌های غیررسمی برای مراقبت‌های بهداشتی تأثیر بگذارد. افراد مسن، اعضای خانواده‌های کوچک و ثروتمندتر، افراد شاغل و کسانی که فقط تحت پوشش بیمه درمانی پایه هستند، بیشتر در معرض خطر پرداخت چنین پرداخت‌هایی هستند.
۷	خدامرادی و همکاران، ۱۳۹۳ ش، ارومیه [۱۶]	برآورد میزان پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های ارومیه و ارزیابی عوامل مرتبط با آن	مقطعی - تحلیلی	۲۶۵ بیمار ترخیص شده از بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی	داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری شد که از طریق تماس تلفنی با بیماران تکمیل شد.	میانگین پرداختی رسمی و غیررسمی به بیمارستان‌ها به ترتیب ۳۲۷۰۰۰۰ و ۶۰۰۰۰۰ ریال بوده است. میانگین پرداخت غیررسمی (انحراف معیار) به پزشکان ۵۰۳۰۰۰۰ (۵۵۲۰۰۰۰) بود. میانگین پرداختی غیررسمی (انحراف معیار) به پرستاران و سایر کارکنان به‌ترتیب ۲۰۰۰۰۰ (۱۳۰۰۰۰) و ۱۶۰۰۰۰ (۱۶۰۰۰۰) ریال بود. نوع بیمارستان، محل استقرار، روش درمان و درآمد به‌عنوان عوامل مرتبط با میزان پرداخت‌های غیررسمی شناسایی شدند.

ردیف	نویسنده، سال	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۸	عرب و همکاران، ۱۴۰۰ ش، سراسر ایران [۷]	شناسایی علل پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت ایران	کیفی اکتشافی	۶ پزشک، ۴ مدیر / رئیس بیمارستان، ۴ مدیر درمان، ۲ پرستار و ۱۲ بیمار که پرداخت غیررسمی داشتند.	داده‌ها با استفاده از پرسش‌های باز و مصاحبه نیمه‌ساختار یافته جمع‌آوری شد.	دلایل پرداخت‌های غیررسمی به ۴ موضوع تقسیم شد که عبارت‌اند از: عوامل اقتصادی (ارزیابی نامناسب تعرفه خدمات، عدم افزایش تعرفه‌ها متناسب با تورم، عدم مشارکت همه‌جانبه ذی‌نفعان در تعیین تعرفه‌ها، ناهماهنگی تعرفه‌ها در بخش دولتی، خصوصی و خیریه و غیره)، عوامل اجتماعی و فرهنگی (کاهش سرمایه اجتماعی جامعه پزشکی در بین مردم، بهبود کیفیت زندگی، مقایسه نادرست سطح درآمد ارائه‌دهندگان خدمات با درآمد پزشکان سایر کشورها، وجود فرهنگ فدر دانی، سلامت در اولویت جامعه، افتخار دریافت‌کنندگان خدمات، افتخار ارائه‌دهندگان خدمات و غیره)، چالش‌های ارائه خدمات (مهارت‌های حرفه‌ای بالای پزشک، استفاده از تجهیزات مدرن پزشکی، انحصار برخی پزشکان و...) و عوامل حقوقی و سیاسی (نظارت ناکافی سازمان‌های بالادستی، نبود قوانین سخت‌گیرانه، دشواری اثبات پرداخت‌های غیررسمی، حضور ذی‌نفعان در فرایندهای مدیریتی و سیاستگذاری).
۹	زارعی و همکاران، ۱۳۹۹ ش، تهران [۲۴]	بررسی نگرش بیماران ایرانی نسبت به پرداخت‌های غیررسمی و عوامل اجتماعی و جمعیتی مرتبط با آن	مقطعی - تحلیلی	۴۵۰ بیمار که برای مراقبت و پیگیری بعد از جراحی در کلینیک‌های چهار بیمارستان دولتی بستری شدند.	پرسش‌نامه محقق ساخته	یافته‌ها نشان داد که ۵۷٫۳ درصد بیماران نگرش موافق، ۲۴٫۲ درصد نگرش بی تفاوت و ۱۸٫۴ درصد نگرش مخالف نسبت به پرداخت‌های غیررسمی داشتند. بیماران روستایی و آنهایی که از گروه پردرآمد بودند، شانس بیشتری برای داشتن نگرش موافق داشتند. بین سابقه پرداخت غیررسمی و نگرش ارتباط معناداری وجود داشت. شانس داشتن نگرش موافق در بین بیماران با سابقه پرداخت غیررسمی دو برابر بیشتر از بیمارانی بود که سابقه پرداخت غیررسمی نداشتند.



ردیف	نویسنده، سال	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۱۰	مسکرپور و همکاران، ۱۳۹۷ش، سراسر ایران [۲۵]	شناسایی مهم‌ترین عوامل مؤثر بر پرداخت‌های غیررسمی سلامت در ایران	مقطعی – تحلیلی	نمونه‌ای متشکل از ۱۴۷۷ خانوار با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند.	مصاحبه حضوری با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته	برخوردار از پوشش اولیه بیمه درمانی، آگاهی از حقوق بیمه سلامت، آموزش، کنترل رفتاری ادراک شده و الگوی استفاده از خدمات سلامت به‌ترتیب بیشترین تأثیر را بر شانس پرداخت غیررسمی برای مراقبت‌های بهداشتی داشتند.
۱۱	مسکرپور و همکاران، ۱۳۹۷ش، سراسر ایران [۹]	بررسی شیوع و ماهیت پرداخت‌های غیررسمی یک سال پس از اجرای طرح تحول سلامت	مقطعی (پیمایش ملی)	نمونه‌ای متشکل از ۱۱۱۲ خانوار ایرانی از سراسر کشور با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و طبقه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند.	مصاحبه حضوری با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد	یک سال پس از اجرای طرح تحول سلامت، حدود ۲۷,۷ درصد از ایرانیان نمونه حداقل یک بار تجربه پرداخت غیررسمی برای خدمات بهداشتی را داشتند. شیوع پرداخت غیررسمی اجباری و اختیاری به‌ترتیب ۲۱,۴ و ۱۱,۵ درصد بود. پرداخت غیررسمی در خدمات بستری و سرپایی به‌ترتیب ۲۶,۱ و ۱۲,۵ درصد گزارش شد.
۱۲	یحیوی دیزج و همکاران، ۱۴۰۱ش، سراسر ایران [۱۳]	بررسی شیوع پرداخت غیررسمی و نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی مرتبط در بین خانوارهای ایرانی در تمام استان‌ها	مقطعی – تحلیلی	داده‌های مربوط به پیمایش‌های ملی درآمد و هزینه خانوار برای ۹۱۳۶۰ خانوار برای بررسی شیوع و نابرابری در پرداخت‌های غیررسمی بخش سلامت در سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۱۸ استفاده شد.	استخراج داده	از مجموع خانوارها، ۷۳۳۹ خانوار (۷,۹ درصد) پرداخت‌های غیررسمی را برای استفاده از خدمات بهداشتی گزارش کردند. خانوارهای شهری نسبت به خانوارهای روستایی (۵,۴۲ درصد) پرداخت‌های غیررسمی بالاتری (۱۰ درصد) داشتند. همچنین نسبت خانوارهای دارای پرداخت‌های غیررسمی در سال ۲۰۱۶ (۱۱,۶۹ درصد) بیشتر از سال ۲۰۱۷ (۹,۹ درصد) و سال ۲۰۱۸ (۴,۶ درصد) بوده است. شیوع پرداخت‌های غیررسمی در خانواده‌های مرفه به‌طور قابل توجهی بالاتر است.

ردیف	نویسنده، سال	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۱۳	خدامرادی و همکاران، ۱۳۹۷ ش، ارومیه [۱۴]	بررسی پرداخت‌های غیررسمی و عوامل مؤثر بر آن در بیمارستان‌های شهرستان ارومیه	مقطعی - تحلیلی	نمونه تصادفی از ۲۶۵ نفر از بیماران پس از ترخیص از همه بیمارستان‌های شهرستان ارومیه طی یک ماه تقویمی	تماس تلفنی	۱۱ درصد بیماران به پزشکان (میانگین مبلغ: ۵۰۳۰۰۰ تومان معادل ۴۱۲ دلار)، ۵ درصد به پرستاران (میانگین مبلغ: ۲۰۰۰۰۰ تومان معادل ۱۶ دلار) و ۱۷ درصد به سایر کارکنان (میانگین مبلغ: ۱۶۰۰۰۰ تومان معادل ۱۳ دلار) پرداخت کرده بودند. مالکیت بیمارستان، محل سکونت بیماران، تحصیلات و درآمد به‌طور قابل توجهی بر پرداخت‌ها تأثیر داشت. به‌طور عمده، بیمارانی که مراقبت‌های جراحی دریافت می‌کردند، در مقایسه با افرادی که مراقبت‌های بستری غیرجراحی دریافت کرده بودند، ۱۰۰ برابر بیشتر احتمال داشت که پرداخت‌های غیررسمی انجام دهند.
۱۴	زارعی و همکاران، ۱۳۹۶ ش، تهران [۲۶]	بررسی فراوانی پرداخت‌های غیررسمی برای خدمات بستری و عوامل مرتبط با آن در تهران، ایران	مقطعی - تحلیلی	نمونه‌ها شامل ۴۵۰ بیمار بود که برای دریافت مراقبت‌های بعدی و پس از جراحی در کلینیک‌های بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران بستری شدند.	پرسش‌نامه	یافته‌ها نشان داد که ۲۱٫۱ درصد از بیماران پس از ترخیص و به‌دلیل رفتار و توجه مناسب کارکنان، پرداخت‌های غیررسمی داشتند که عمدتاً به‌صورت نقدی برای کارکنان خدماتی، در بیمارستان‌های دولتی پرداخت می‌شدند. متوسط پرداخت‌های غیررسمی به‌ازای هر بیمار ۵۳۰۴۶۳۰ ریال (۱۷۵٫۴ دلار) بود. بین رفتار پرداخت غیررسمی و ویژگی‌های دموگرافیک بیمار رابطه معناداری وجود نداشت.
۱۵	زنگنه بایگی و همکاران، ۱۳۹۷ ش، زاهدان [۲۷]	ارزیابی پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان دولتی	مقطعی - تحلیلی	تمام ۵۰۰ بیماری که از تمام بخش‌های دو بیمارستان عمومی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در یک دوره یک‌ماهه ترخیص شدند.	مصاحبه حضوری با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد	حدود ۲ درصد بیماران پرداخت غیررسمی داشتند. میانگین پرداخت‌های غیررسمی ۱۱٫۴۸ دلار بود. بیشترین میزان پرداخت غیررسمی مربوط به زایشگاه (۵۰ درصد) بوده است. پرداخت‌های غیررسمی هیچ‌کدام مربوط به پزشکان نبود و همه شرکت‌کنندگان با این نوع پرداخت‌ها مخالف بودند.



ردیف	نویسنده، سال	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۱۶	دشمنگیر و همکاران، ۱۳۹۹ ش، سراسر ایران [۲۸]	تخمین شیوع پرداخت‌های غیررسمی برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی بستری در دوره پس از اصلاحات تعرفه‌های پزشکی در سال ۲۰۱۴، بررسی عوامل مرتبط با پرداخت‌های غیررسمی و دیدگاه‌های بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را در مورد علل پرداخت‌های غیررسمی و راه‌حل‌های عملی ممکن برای کاهش آنها	مقطعی - تحلیلی	۲۶۹۶ شرکت‌کننده از ۷ بیمارستان	تماس تلفنی	۱۴ درصد گزارش کردند که به‌طور غیررسمی برای خدمات بستری پرداخت می‌کنند. پرداخت‌های غیررسمی بیشتر در میان کاربران بیمارستان‌های خصوصی گزارش شده است که بیشتر به پزشکان در بیمارستان‌های آموزشی دولتی و «سایر کارکنان» در بیمارستان‌های خصوصی، به‌صورت نقدی و داوطلبانه داده می‌شود. مسن بودن، نوع بیمارستان یا درمان، بیمه بودن و تحصیلات سرپرست خانوار بر احتمال پرداخت غیررسمی تأثیر می‌گذارد. مبلغ پرداختی غیررسمی با بیمه بودن، وضعیت تحصیلی سرپرست خانوار، اندازه خانوار، خدمات و انواع بیمارستان مرتبط بود.
۱۷	وفایی نجار و همکاران، ۱۳۹۵ ش، مشهد [۲۹]	تعیین میزان پرداخت‌های غیررسمی بیمار و عوامل نسبی در بخش‌های جراحی قلب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۲	مقطعی - تحلیلی	۳۱۶ بیمار ترخیص شده به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند.	تماس تلفنی برای تکمیل پرسش‌نامه	۱۶ بیمار (۵,۹۳ درصد) پرداخت‌های غیررسمی داوطلبانه انجام دادند. هدف از پرداخت: «قدردانی» (۴۳,۷۵ درصد)، رضایت از خدمات درمانی ارائه شده (۳۱,۲۵ درصد) و (۱۸,۷۵ درصد) برای کیفیت بهتر خدمات بوده است. حدود ۷۵ درصد از پرداخت‌ها در حین دریافت خدمات بهداشتی و درمانی بوده است. دلایل اصلی شامل «عدم درخواست برای پرداخت‌های غیررسمی» (۹۸,۱۴ درصد)، «عدم توانایی پرداخت برای پرداخت‌های غیررسمی» (۷۳,۳۳ درصد) و «پرداخت هزینه‌های بیمارستان از طریق اخذ وام» (۵۵,۹۱ درصد) بود.

ردیف	نویسنده، سال	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۱۸	ستایش و همکاران، ۱۳۸۶ ش، کرمان [۳۰]	تبیین نظرات مردم مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در مورد پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان	مقطعی (پیمایشی)	۵۲۵ نفر از افرادی که جهت دریافت خدمات به مراکز دولتی و خصوصی مراجعه کرده‌اند (به روش غیر تصادفی و متوالی).	مصاحبه ساختارمند	۷۰ درصد افراد اطلاعات کافی درباره پرداخت‌های غیررسمی 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 به‌ویژه قبل از ارائه خدمت از دید عموم غیر قابل قبول است. ۸۷ درصد مردم از مراجع ذی‌صلاح رسیدگی به شکایات درخصوص پرداخت‌های زیرمیزی اطلاع نداشتند و فقط ۱۷٫۸ درصد آنان به اثربخشی شکایات امیدوار بودند.
۱۹	غیاثی‌پور و همکاران، ۱۳۹۰ ش، تهران [۳۱]	برآورد میزان پرداخت‌های غیررسمی و عوامل مؤثر بر آن در نظام سلامت کشور و ازجمله بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران	توصیفی – تحلیلی مقطعی	۳۰۰ نفر از ترخیص‌شدگان بخش‌های جراحی، اورژانس و داخلی، CCU، ICU بیمارستان‌های آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸ (نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای).	مصاحبه تلفنی ساختارمند	نتایج حاصل از پژوهش بیانگر آن بودند که ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه پرداخت غیررسمی به کارکنان بیمارستان داشته‌اند. ۳۷ درصد از افراد با درخواست پرداخت غیررسمی از سوی کارکنان بیمارستان روبه‌رو بوده‌اند. میانگین مدت اقامت و میانگین کل پرداخت غیررسمی ارتباط معناداری مشاهده گردید. فراوانی پرداخت غیررسمی و وضعیت تاهل ارتباط معناداری دارند.
۲۰	سجادی و همکاران، ۱۴۰۱ ش، ایران [۳۲]	بررسی میزان پرداخت از جیب و شیوع پرداخت‌های غیررسمی در خدمات سرپایی در ایران	توصیفی – تحلیلی مقطعی	تحلیل ثانویه داده‌های پیمایش ملی؛ ۱۱۷۸۲ نفر با بیمه پایه که حداقل یک بار به پزشک مراجعه کرده بودند (نمونه نماینده کشوری).	پرسش‌نامه استاندارد نظرسنجی ملی	۷۳ درصد از بیماران بیمه شده برای ویزیت پزشک عمومی در بخش دولتی و ۸۶ درصد در بخش خصوصی، و ۹۰ درصد برای متخصص در دولتی و ۹۳ درصد در خصوصی پرداخت غیررسمی (بیش از سهم قانونی ۳۰ درصد) داشته‌اند. سهم پرداخت از جیب بیماران برای پزشک عمومی در دولتی ۳۸ درصد و خصوصی ۶۱ درصد، و برای متخصص به‌ترتیب ۸۰ درصد و ۹۶ درصد بوده است. این پرداخت‌ها در زنان، ساکنان شهری، افراد با تحصیلات بالا و بخش خصوصی به‌طور معناداری بیشتر است.

ردیف	نویسنده، سال	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۲۱	پیروزی و همکاران، ۱۳۹۵ ش، ایران، کردستان [۱۷]	تعیین میزان پرداخت از جیب و فراوانی پرداخت‌های غیررسمی نقدی به پزشکان برای خدمات بستری قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های استان کردستان ایران	شبه‌تجربی	نمونه‌گیری چندمرحله‌ای؛ ۲۶۵ بیمار ترخیص شده از بیمارستان‌های استان کردستان	پرسش‌نامه استاندارد + فرم سیستم اطلاعات بیمارستان	قبل از اجرای طرح تحول سلامت، فراوانی پرداخت‌های غیررسمی نقدی به پزشکان در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت ۴٫۵ درصد، در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ۸٫۱ درصد و در بیمارستان‌های خصوصی ۱۲٫۵ درصد بود. پس از فاز سوم طرح تحول سلامت، هیچ پرداخت غیررسمی به پزشک در هیچ‌کدام از بیمارستان‌ها گزارش نشد. همچنین پرداخت از جیب در بیمارستان‌های دولتی و تأمین اجتماعی به‌طور معناداری کاهش یافت.
۲۲	یوسفی و همکاران، ۱۴۰۴ ش، ایران، تهران [۳۳]	تعیین میزان پرداخت‌های غیررسمی و عوامل مرتبط با آن در بیماران ترخیص شده از بیمارستان‌های دولتی منتخب تهران در سال ۲۰۲۴	توصیفی - تحلیلی مقطعی	نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با اندازه ۱۲ بیمارستان دولتی منتخب (از مجموع ۴۹ بیمارستان دولتی تهران)؛ ۳۳۶ بیمار ترخیص شده (حداقل ۷۲ ساعت بستری) با نمونه‌گیری سیستماتیک تصادفی (فاصله ۵ کد از لیست ترخیص)	پرسش‌نامه استاندارد پرداخت‌های غیررسمی که قبلاً در مطالعات بیمارستان‌های تهران و ارومیه استفاده شده بود.	۱۹٫۹۴ درصد (۶۷ نفر از ۳۳۶ بیمار) پرداخت غیررسمی (نقدی یا هدیه) به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت داشته‌اند. کل مبلغ پرداخت‌های نقدی غیررسمی ۸۴۰ میلیون ریال (معادل ۱۲۳۵٫۷۵ دلار آمریکا) بوده است. بیشترین پرداخت‌ها به پزشکان (۴۹٫۲۵ درصد) و سپس به پرستاران (۴۶٫۲۷ درصد) انجام شده است. رابطه معنادار بین مبلغ پرداخت غیررسمی به پزشکان و طول مدت بستری بیمارستان مشاهده شد.

۱-۲. مفاد مرتبط با مقابله با پرداخت‌های غیررسمی در اسناد و قوانین بالادستی ایران

در نظام سلامت کشور ایران، سیاست‌ها و قوانین مختلفی پیش‌بینی شده است که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به مقابله با پرداخت‌های غیررسمی ارتباط دارند. در شکل ۱، برخی از اهم قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی نظام سلامت کشور ناظر به مقابله با پرداخت‌های غیررسمی و زیرمیزی ارائه شده است.

شکل ۱. قوانین و سیاست‌های مرتبط با مقابله با پرداخت‌های غیررسمی در اسناد و قوانین بالادستی ایران



مأخذ: یافته‌های پژوهش.

ذیل سیاست‌های کلی سلامت، با رویکردی راهبردی و حمایتی و پیشگیرانه، بند «۷» با تفکیک وظایف تولید (سیاست‌گذاری و نظارت توسط وزارت بهداشت)، تأمین مالی (نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت) و تدارک خدمات (توسط بخش‌های دولتی و خصوصی) از طریق افزایش شفافیت و هماهنگی، انگیزه پرداخت‌های غیررسمی را کاهش می‌دهد؛ بند «۹» مستقیماً با توسعه بیمه‌ها شامل همگانی‌سازی بیمه پایه، کاهش سهم هزینه‌های مردم، تعرفه‌های واقعی یکسان برای بخش‌های دولتی و خصوصی و اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت، می‌تواند ریشه‌های زیرمیزی را هدف گیرد تا پوشش کامل و عدالت مالی برقرار شود؛ بند «۱۰» با تأمین منابع مالی پایدار از طریق شفاف‌سازی درآمدها و هزینه‌ها، افزایش بودجه سلامت، وضع عوارض بر محصولات زیان‌آور و هدفمندسازی یارانه‌ها بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت به‌ویژه برای محرومان، خلأهای مالی منجر به پرداخت‌های غیررسمی را پر می‌کند و در نهایت بند «۱۳» با توسعه آموزش علوم پزشکی هدفمند و اخلاق محور، تربیت نیروی انسانی متعهد را تقویت می‌کند تا تمایل به دریافت زیرمیزی کاهش یابد.

در بند «۱» سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی نیز با تمرکز بر حمایت‌های بیمه‌ای و مالی، استقرار نظامی جامع، یکپارچه، شفاف و کارآمد در حوزه تأمین اجتماعی، از طریق افزایش شفافیت و کاهش ابهامات اداری، به‌صورت غیرمستقیم انگیزه پرداخت‌های غیررسمی برای دسترسی به خدمات را کاهش می‌دهد؛ بند «۲» با ایجاد سازوکار تخصصی و فرابخشی برای نظارت راهبردی و وحدت رویه در سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای و امدادی، از طریق حذف تشکیلات غیرضروری و تقویت پاسخ‌گویی، زمینه‌های فساد مالی و پرداخت‌های پنهان را محدود می‌کند؛ بند «۳» با تأکید بر امانت‌داری، شفافیت و تأمین منابع پایدار برای صندوق‌های بیمه‌ای، خلأهای مالی منجر به پرداخت‌های غیررسمی را



هدف می‌گیرد تا تعادل منابع و مصارف حفظ شود؛ بند «۴» با اصلاح قوانین و ساختارها برای تأمین عدالت و یکسان‌سازی قواعد بیمه‌ای، از انباشت بدهی‌ها و تبعیض‌های منجر به پرداخت‌های غیررسمی جلوگیری می‌کند؛ در نهایت بند «۶» با بسط عدالت اجتماعی، هدفمندسازی یارانه‌ها و رفع تبعیض‌های ناروا در دسترسی به خدمات تأمین اجتماعی، نیاز به پرداخت‌های اضافی برای بهره‌مندی عادلانه از منابع عمومی را کاهش می‌دهد.

در تکمیل قوانین بالادستی، قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) با سیاست‌های حمایتی (مالی) در ماده (۳۸) سازمان‌های بیمه‌گر خدمات درمانی را موظف به پرداخت ۶۰ درصد صورت حساب‌های ارسالی از سوی بیمارستان‌های طرف قرارداد قبل از رسیدگی ظرف مدت دو هفته به‌عنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط نموده و در صورت عدم اجرا، سازمان‌های بیمه‌گر را موظف به تأمین ضرر و زیان آن معادل نرخ اوراق مشارکت می‌داند؛ در ماده (۴۶) مقرر شده ۱۰ درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده و به حساب درآمد اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز شود تا به‌منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ درصد هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی و درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز هزینه شود؛ در ماده (۶۰) دریافت و پرداخت هرگونه وجهی تحت هر عنوان توسط دستگاه‌های اجرایی موضوع بند «۵» قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی را در چارچوب قوانین موضوعه کشور می‌داند و هرگونه دریافت و پرداخت برخلاف مفاد این ماده را در حکم تصرف غیرقانونی در اموال دولتی می‌شمارد، با مسئولیت تمام مسئولان و مقامات ذی‌ربط، مدیران، ذی‌حسابان و مدیران مالی حسب مورد.

در ادامه سیاست‌ها و قوانین در زمینه پرداخت‌های غیررسمی و زیرمیزی؛ قانون هفتم برنامه پیشرفت با رویکردی توسعه‌ای (پیشگیرانه و تنبیهی) احکام مؤثری را ارائه می‌دهد. در این راستا در ماده (۷۰) بند «ث» تصریح می‌کند تمام پزشکان، پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه مکلف‌اند تعرفه‌های مصوب دولت را رعایت کنند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت توسط اشخاص حقیقی و حقوقی مذکور حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوط است. در ماده (۷۳) بند «ت» بیان می‌دارد به‌منظور کاهش هزینه‌های مردم، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به استطاعت‌سنجی مالی مبتنی بر داده‌های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی خانوارها از طریق برقراری نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی برای بسته مذکور مبتنی بر بار مالی خدمات، اقدام کند و مراتب را به تصویب هیئت وزیران برساند. سقف ریالی پرداخت از جیب بیمار به‌صورت سالیانه در راستای هدف کمی مندرج در جدول (۱۵) تا پایان برنامه و از طریق سازوکار ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور تعیین می‌گردد.

علاوه بر موارد یاد شده، مطابق قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷ با سیاست‌های انتظامی (تنبیهی)، راهبردی (حمایتی و پیشگیرانه)، حقوقی (حمایتی)، دریافت وجه اضافه بر نرخ‌های اعلام شده وزارت بهداشت جرم است و ماده (۴) این قانون چنین تخلفی را جرم محسوب کرده و برای متخلفان مجازات‌هایی نظیر جریمه نقدی به میزان ۲ تا ۱۰ برابر مبلغ اضافه دریافتی، توبیخ کتبی، درج در پرونده پزشکی، لغو پروانه مسئول فنی و لغو پروانه تأسیس تعیین کرده است. همچنین، ماده (۹) تصریح می‌دارد که اگر این تخلفات به خسارت جانی یا مالی منجر شود، مجازات‌های تعیین شده مانع پیگرد قضایی و تعقیب قانونی نخواهد بود. براساس ماده (۱۱)، کمیسیون مرکب از سرپرست نظام پزشکی، مدیرعامل سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان و نماینده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرجع رسیدگی به این تخلفات است که در صورت وقوع جرم، مؤسسات دولتی به تعزیرات حکومتی بخش دولتی و مؤسسات غیردولتی به دادسرای انقلاب اسلامی معرفی می‌شوند.

در آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته (مصوب ۱۳۷۸) نیز موضوع پرداخت‌های غیررسمی و زیرمیزی در چند ماده به‌صراحت مورد اشاره قرار گرفته است. براساس ماده (۱۰)، همه شاغلان حرفه‌های پزشکی موظف‌اند صرفاً در چارچوب تعرفه‌های خدمات درمانی مصوب و ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت عمل کنند و هرگونه دریافت وجهی بیش از تعرفه مصوب،

تخلف محسوب می‌شود. ماده (۱۳) به‌طور صریح دریافت هر نوع وجه یا مالی اضافی از بیماران را، که خارج از مبالغ تعیین شده توسط مسئولان مؤسسه درمانی و مقررات رسمی باشد، ممنوع اعلام کرده است. افزون بر این، ماده (۷) تحمیل هزینه‌های غیر ضروری به بیماران را منع کرده و از این طریق، مانع از درخواست‌های مالی غیرموجه یا فریب کارانه از سوی پزشکان می‌شود.

با تأکید بر رویکرد حقوقی (حمایتی)، سه بند از منشور حقوق بیمار مستقیماً به موضوع شفافیت مالی و منع پرداخت‌های غیررسمی اشاره دارد: بند «۲-۱» با تصریح بر لزوم اطلاع‌رسانی درباره «ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیردرمانی، ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی» تأکید دارد که آگاهی بیمار از هزینه‌ها و پرداخت طبق تعرفه رسمی از حقوق مسلم اوست. بند «۱۲-۱» با بیان اینکه «در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه آن، باید خدمات ارائه شود»، هر نوع مطالبه هزینه اضافی یا مشروط کردن ارائه خدمات به پرداخت وجه را منع می‌کند؛ نهایتاً بند «۵-۱» که مقرر می‌دارد: «هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید» که این بند نیز حق قانونی بیمار برای اعتراض نسبت به هرگونه مطالبه وجه غیرقانونی را تضمین و مکانیسم شکایت رسمی را پیش‌بینی می‌کند.

۲-۲. پرداخت‌های غیررسمی در سایر کشورها

با تلاش دولت‌ها برای گسترش دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت بالاتر، تصمیم‌گیرندگان با مشکل پرداخت‌های غیررسمی در سراسر جهان مواجه‌اند. طیف پرداخت‌های غیررسمی در جهان گسترده است. این پرداخت‌ها در کشورهای کم‌درآمد که توانایی تأمین هزینه‌های کافی برای مراقبت‌های بهداشتی را ندارند، در کشورهایی که قیمت‌های غیرواقعی برای خدمات بهداشتی تعیین می‌شود و در کشورهایی که شفافیت و نظارت در سیستم سلامت وجود ندارد، شیوع بیشتری دارد.

نگرش عمومی به پرداخت‌های غیررسمی در کشورهایی همچون بلغارستان، مجارستان، لیتوانی، لهستان، رومانی و اوکراین اغلب منفی است. نگرش در لهستان و بلغارستان نسبت به مجارستان و اوکراین منفی‌تر است. شیوع این پرداخت‌ها در اوکراین و رومانی به‌ویژه در بخش‌های بستری و زایمان، نسبت به بلغارستان و لهستان بالاتر است [۳۴]. در مجارستان پرداخت‌های غیررسمی حدود ۵ تا ۴۶ درصد از کل هزینه‌های سلامت، لهستان حدود ۳ تا ۵ درصد و حدود ۲ درصد در بلغارستان را تشکیل می‌دهند [۳۴]. تخمین زده می‌شود که پرداخت‌های غیررسمی معادل دوبرابر حقوق پزشکان در لهستان و درآمد حاصل از پرداخت‌های غیررسمی ۱۰ برابر بیشتر از درآمد رسمی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در بنگلادش و ۵ برابر بیشتر از درآمد آنها در کامبوج است [۵]. این موضوع گاهی به صورت ناخواسته منجر به نهادینه شدن پرداخت‌های غیررسمی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته به‌عنوان روشی اصلی برای تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی شده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد، پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت لیتوانی پدیده‌ای گسترده است؛ به‌گونه‌ای که در سال ۲۰۱۱ حدود ۵۷٫۷ درصد از شهروندان انجام این نوع پرداخت‌ها را گزارش کرده‌اند. این پرداخت‌ها عمدتاً با هدف دسترسی سریع‌تر به خدمات و دریافت مراقبت با کیفیت بالاتر صورت می‌گیرد. حدود ۳۰ درصد از پرداخت‌های غیررسمی در پی اشاره مستقیم یا غیرمستقیم کارکنان سلامت انجام شده است. باوجود افزایش دستمزد کارکنان سلامت و بالاتر بودن متوسط حقوق آنان از میانگین ملی، سطح دریافتی پزشکان همچنان حدود دوبرابر کمتر از هم‌تایان آنان در کشورهای بالتیک و اسکاندیناوی است. در چنین شرایطی، پرداخت‌های غیررسمی به‌عنوان راهکاری پذیرفته شده برای جبران کاستی‌های مالی نظام سلامت تلقی می‌شود [۳۵]. فراوانی پرداخت‌های غیررسمی از ۳ درصد در پرو تا ۹۶ درصد در پاکستان نشان‌دهنده گستردگی این دامنه است [۲]. منطقه آسیای جنوبی به‌دلیل وابستگی شدید به پرداخت‌های غیررسمی در مقایسه با سایر مناطق جهان به‌طور چشمگیری، برجسته است. در مقابل، وضعیت در آسیای شرقی یکنواخت نیست؛ به‌گونه‌ای که تایلند و اندونزی پایین‌ترین سطوح پرداخت‌های غیررسمی را دارند، کشورهای دارای پیشینه کمونیستی مانند کامبوج با ۵۵ درصد و ویتنام با برآورد ۸۱ درصد، بالاترین نرخ‌ها را در سطح جهانی نشان می‌دهند [۳۶]. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۵ توسط لایکرگوس و همکاران با هدف، سنجش و تحلیل ابعاد و ماهیت پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های دولتی یونان، روی یک نمونه تصادفی کشوری با استفاده از روش مصاحبه تلفنی انجام شد. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که از میان کسانی که در بیمارستان‌های دولتی درمان شده‌اند، ۳۶ درصد حداقل یک بار پرداخت‌های غیررسمی داشته‌اند که از این تعداد، ۴۲ درصد انگیزه پرداخت را ترس از عدم برخورداری از مراقبت‌های استاندارد در صورت



عدم پرداخت، ۲۰ درصد به پیشنهاد پزشک و بقیه به دلایل دیگری چون خروج از صف انتظار کرده‌اند. همچنین این پژوهش نشان داد که در بیمارستان‌های مورد مطالعه پرداخت‌های غیررسمی در اعمال جراحی ۱۳۷ درصد بیشتر از مراقبت‌های غیرجراحی بوده است [۳۷]. در سال ۲۰۱۰، استپورکو و همکارانش پرداخت‌های غیررسمی سلامت را در ۶ کشور اروپای مرکزی و شرقی بررسی کردند و دریافتند که حدود ۳۵ تا ۶۰ درصد از جمعیت هر کشور مورد مطالعه حداقل یک پرداخت غیررسمی در حوزه سلامت را تجربه کرده‌اند. همچنین، مطالعه‌ای در مجارستان در سال ۲۰۱۰ نشان داد که ۶۶ درصد از مردم تمایل دارند برای معاینات تخصصی پرداخت‌های غیررسمی انجام دهند و ۵۶ درصد حاضر به پرداخت هزینه‌های غیررسمی برای خدمات بیمارستانی هستند، مشروط بر اینکه به خدمات با کیفیت بالا و دسترسی آسان دست یابند [۲۵]. همچنین در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که پایین‌ترین و بالاترین سطح پرداخت‌های غیررسمی به ترتیب در اسلوونی ۲,۷ درصد و آذربایجان ۷۳,۹ درصد بود. این پدیده در آفریقا و آمریکای جنوبی نیز شایع است [۳۸]. در مطالعه‌ای که در کشور زامبیا انجام شد، نشان داد شیوع پرداخت‌های غیررسمی در مراکز شهری تقریباً سه برابر مراکز غیرشهری است. همچنین، میزان این پرداخت‌ها در بیمارستان‌های دولتی (۹,۷ درصد) به طور معناداری بالاتر از سایر مراکز درمانی دولتی (۵,۸ درصد) گزارش شده است [۳۹]. این تفاوت‌ها به سیاست‌های ضدفساد، نشان می‌دهد که استراتژی‌های مقابله باید کشور محور باشند. جدول ۲ خلاصه مطالعاتی است که به بررسی پرداخت‌های غیررسمی در جهان پرداخته است.

جدول ۲. مطالعات انجام شده در خصوص وضعیت پرداخت‌های غیررسمی در جهان

ردیف	نویسنده، سال، کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۱	Horodnic et al. ۲۰۲۲ اتحادیه اروپا [۴۰]	ارزیابی میزان پرداخت‌های غیررسمی برای دسترسی به خدمات کلینیک‌ها و بیمارستان‌های دولتی در اروپا و توضیح شیوع این پدیده با استفاده از چارچوب نظریه نهادی	مقطعی-تحلیلی	داده‌های نماینده از ۲۵۷۴۴ مصاحبه با بیماران (سال ۲۰۲۰) در ۲۷ کشور اتحادیه اروپا	مصاحبه‌های ساختاریافته با بیماران + مدل رگرسیون لجستیک چندسطحی	پرداخت‌های غیررسمی همچنان در بسیاری از کشورهای اروپایی شایع است، هرچند تفاوت‌های قابل توجهی بین کشورها وجود دارد. احتمال انجام پرداخت غیررسمی زمانی بیشتر است که اعتماد نهادی پایین و ناهمبستگی بین نهادهای رسمی و غیررسمی بالا باشد.
۲	Binyaruka et al. ۲۰۲۱ تانزانیا [۴۱]	بررسی فراوانی دریافت پرداخت‌های غیررسمی بین کارکنان بهداشت و درمان	مقطعی	۴۳۲ کارمند بهداشتی از ۴۲ مرکز بهداشت عمومی (بیمارستان و مراکز بهداشتی) در ۱۲ منطقه از مناطق پوانی و دارالسلام در تانزانیا	پرسش‌نامه با مصاحبه رودرو	۲۷ درصد از ۴۳۲ کارمند بهداشتی تا کنون درگیر پرداخت غیررسمی بوده‌اند. این در میان کارکنان بهداشتی جوان (کمتر از ۳۵ سال) و افراد بالاتر در سلسله‌مراتب (متخصصان و رؤسای بخش‌ها) شایع‌تر بود. کسانی که حقوق و مزایا را به‌موقع دریافت می‌کردند و تحت نظارت مستمر بودند، به‌طور قابل توجهی کمتر احتمال داشت که پرداخت‌های غیررسمی دریافت کنند.
۳	Giannouchos et al. ۲۰۲۰ یونان [۴۲]	بررسی ارتباط بین ویژگی‌های افراد و پرداخت‌های غیررسمی	مقطعی	نظرسنجی از ۴۲۱۸ خانوار از نوامبر ۲۰۱۶ تا فوریه ۲۰۱۷ انجام شد.	مصاحبه رودرو	در مجموع ۳۴۹۴ پرداخت مربوط به خدمات بهداشتی توسط ۳۱۸۳ نماینده خانوار گزارش شده است. بیش از نیمی (۶۳ درصد) از تمام پرداخت‌ها مربوط به پرداخت‌های غیررسمی بود (متوسط = ۱۵۰ یورو). حدود ۳۰ درصد از آنها مربوط به پرداخت‌های درخواستی ارائه‌دهنده بود. استفاده از خدمات بیمارستانی، دندان‌پزشکی، تشخیصی/غریبالگری و بخش اورژانس در مقایسه با خدمات مراقبت‌های اولیه و داشتن شرایط انکولوژیک و جراحی از جمله قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های میزان بالاتر برای پرداخت‌های غیررسمی بود. استفاده از ارائه‌دهندگان خاص به دلایل مربوط به اعتماد، شهرت، ارجاع و فقدان جایگزین نیز با نرخ بالاتر پرداخت‌های غیررسمی همراه بود.



ردیف	نویسنده، سال، کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۴	Masiye et al. ۲۰۲۰ زامبیا [۳۹]	برآورد شیوع و عوامل تعیین‌کننده پرداخت‌های غیررسمی بیماران در سیستم بهداشتی زامبیا	مقطعی	۱۹۰۰ بیمار که در مراکز بهداشتی اولیه دولتی در سه استان زامبیا در سال ۲۰۱۸ تحت درمان قرار گرفته بودند.	فرم استخراج داده‌ها	۶,۲ درصد از بیمارانی که از مراکز بهداشتی اولیه دولتی بازدید کرده‌اند، پرداخت‌های غیررسمی را گزارش کرده‌اند. متوسط مبلغ پرداختی (از ۱,۴۱ تا ۳,۳۶ دلار آمریکا) باتوجه به سطح بالای فقر در زامبیا، می‌تواند هزینه قابل توجهی برای برخی از بیماران داشته باشد. یافته‌ها نشان می‌دهد که شیوع پرداخت‌های غیررسمی به‌طور قابل توجهی با کمبود منابع مراقبت‌های بهداشتی در مراکز بهداشتی مرتبط است. به‌نظر می‌رسد که تسهیلات در پاسخ به کارکنان ناکافی و کمبود منابع عمومی در مراکز بهداشتی، هزینه‌های غیررسمی را اعمال می‌کنند. علاوه بر این، پرداخت‌های غیررسمی در تسهیلات شهری رایج‌تر است.
۵	Stepurko T, et al. ۲۰۱۵ اروپای شرقی و مرکزی [۳۴]	بررسی پرداخت‌های غیررسمی در کشورهای مرکز و شرق اروپا	مروری	-	فرم استخراج داده‌ها	پرداخت غیررسمی در حدود ۴,۶-۱,۵ درصد از کل هزینه‌های سلامت در مجارستان، ۵,۰-۰,۳ درصد کل هزینه‌های سلامت در لهستان و در حدود ۲ درصد در بلغارستان را تشکیل می‌دهند. مردم در همه کشورهای مورد بررسی یک نگرش منفی نسبت به پرداخت‌های غیررسمی دارند. نگرش مثبت به این پدیده بیشتر در افرادی است که این پرداخت‌ها را به‌صورت هدیه انجام می‌دهند.
۶	Vian T, et al. ۲۰۱۵ مولداوی [۴۳]	مطالعه تمایل به پرداخت از جیب و پرداخت‌های غیررسمی در مولداوی و بررسی تأثیر بیمه و وضعیت اجتماعی اقتصادی بر آن	مقطعی	مصاحبه و بحث گروهی با ۵۰ بیمار و ۱۶ مدیر و 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 ۴۵ درصد از هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌دهد. ۳۶ درصد بیماران سرپایی و ۸۲ درصد بیماران بستری پرداخت غیررسمی داشته‌اند. اکثر پرداخت‌ها به شکل هدیه و یک‌سوم پرداخت‌های غیررسمی اجباری بوده و به بیماران تحمیل شده است. افرادی که بیمه نداشته‌اند ۳,۸ برابر سایرین پرداخت داشته‌اند. بیماران معتقدند پرداخت‌ها به‌دلیل محدودیت فهرست بازپرداخت داروها، انتظار دریافت خدمات بهتر، ترس و با اخذی انجام می‌گیرد. ارائه‌دهندگان معتقدند که این پرداخت‌ها به‌علت تجویز غیرمنطقی داروها و تست‌های تشخیصی است.

ردیف	نویسنده، سال، کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۷	Kpanake L, et al. ۲۰۱۴ توگو [۴۴]	بررسی دیدگاه مردم و کارکنان سلامت درباره پذیرش پرداخت‌های غیررسمی	میدانی	۳۰۰ نفر شامل ۲۰۰ فرد معمولی، ۵۷ پرستار، ۲۳ پزشک، ۲۰ مشاور سلامت	مصاحبه به صورت مقیاس رتبه‌بندی با استفاده از ۳۶ سناریو	اکثر شرکت‌کنندگان مرفه‌تر از شرایط مختلف، پرداخت‌های غیررسمی را نمی‌پذیرند. اکثر پاسخ‌دهندگان زمانی که بیمار ثروتمند بوده و به پزشکان پرداخت کم صورت می‌گیرد، این عمل را قابل قبول می‌دانند. رایج و عادی بودن پرداخت‌های غیررسمی (فساد) و پایین بودن حقوق پزشکان، تأثیر ثروت در پرداخت‌های غیررسمی را تشدید می‌کند. بین سن، جنسیت و پیشینه مذهبی با پذیرش این نوع پرداخت‌ها رابطه‌ای وجود ندارد.
۸	Riklikienė O, et al. ۲۰۱۴ لیتوانی [۳۵]	تعیین وسعت و ماهیت پرداخت‌های غیررسمی و شناسایی انگیزه‌های مرتبط به آن	مقطعی	۱۰۶۷ مشارکت‌کننده در سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰ و ۱۰۶۸ مشارکت‌کننده در سال ۲۰۱۱	نظرسنجی از خانوارها با استفاده از مصاحبه رودرو	زنان، شهروندان مسن، معلولان، کارمندان بخش عمومی یا خصوصی، بازنشستگان، کسانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند و کسانی که در خانوار با درآمد ماهیانه بالا زندگی می‌کردند، تمایل بیشتری به پرداخت غیررسمی برای خدمات درمانی داشتند.
۹	Baji P, et al. ۲۰۱۳ مجارستان [۴۵]	بررسی ارتباط بین تمایل به پرداخت‌های رسمی و غیررسمی	مقطعی	۱۰۳۷ فرد بالای ۱۸ سال که در ۱۲ ماه اخیر از خدمات سلامت استفاده کرده‌اند.	مصاحبه رودرو به روش ارزش‌گذاری مشروط	بین تمایل به پرداخت‌های رسمی و پرداخت‌های غیررسمی در گذشته ارتباط معناداری وجود دارد. کسانی که قبلاً پرداخت غیررسمی داشته‌اند، تمایل به پرداخت‌های رسمی بیشتری دارند (۲۲ درصد برای ویزیت متخصص و ۴۵ درصد برای بستری در بیمارستان). افراد مسن‌تر، کسانی که درآمد کمتری دارند، زنان و افراد روستایی تمایل به پرداخت کمتری دارند.
۱۰	Kaitelidou DC, et al. ۲۰۱۳ یونان [۴۶]	بررسی پرداخت‌های غیررسمی برای خدمات زایمان در بیمارستان‌های عمومی در یونان	توصیفی - تحلیلی	۱۶۰ زن که به‌تازگی در سه بیمارستان عمومی یونان زایمان انجام داده بودند.	پرسش‌نامه	۷۴٫۴ درصد از زنان پرداخت‌های غیررسمی داشته‌اند. میانگین پرداخت‌های غیررسمی ۸۴۸ یورو بود. ۵۶٫۳ درصد پاسخ‌دهندگان به درخواست متخصص زنان پرداخت انجام داده‌اند. میزان پرداخت‌ها در بین زنان ساکن آتن بیشتر از سایر شهرها، برای زنان یونانی بیشتر از زنان غیریونانی و برای زایمان‌هایی که توسط خود متخصص شخمی زنان انجام می‌شده، بیشتر بوده است.
۱۱	Tomini S, et al. ۲۰۱۲ آلبانی [۴۷]	بررسی تفاوت‌های پرداخت‌های غیررسمی در خانواده‌ها بین سرپرست خانواده، زوجین و بچه‌ها	مقطعی	با استناد به اطلاعات مرکز بررسی استانداردهای زندگی آلبانی	فرم استخراج داده‌ها	در پرداخت‌های غیررسمی 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 کم‌جمعیت دارند.



ردیف	نویسنده، سال، کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۱۲	Tomini S, et al. ۲۰۱۱ آلبانی [۴۸]	بررسی عوامل اصلی طرف تقاضا در بروز و افزایش پرداخت‌های غیررسمی	توصیفی - تحلیلی	با استناد به اطلاعات مرکز بررسی استانداردهای زندگی آلبانی	فرم استخراج داده‌ها	عوامل مربوط به پرداخت‌های غیررسمی در بخش‌های سرپایی و بستری متفاوت است. در کل پرداخت‌های غیررسمی به ویژگی‌های بیماران شامل سن، منطقه سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت سلامت بستگی دارد و به میزان درآمد وابستگی کمی دارد.
۱۳	Özgen H, et al. ۲۰۱۰ ترکیه [۴۹]	بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده از پرداخت‌های غیررسمی در ترکیه	توصیفی - تحلیلی	۷۸۸ 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 غیررسمی هستند.
۱۴	Farcasanu DO, et al. ۲۰۱۰ رومانی [۵۰]	بررسی دیدگاه مردم درباره فساد و پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت کشور رومانی	توصیفی - تحلیلی	۱۲۱۳ نفر بالای ۱۵ سال	مصاحبه رودررو به‌وسیله پرسش‌نامه	۲۰ درصد افراد معتقدند که فساد از نقایص اصلی نظام سلامت رومانی است. اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه مخالف پرداخت‌های غیررسمی هستند و معتقدند که هم‌پرداخت‌ها نمی‌تواند به کاهش فساد یا پرداخت‌های غیررسمی منجر شود. دلایل اصلی پرداخت‌های غیررسمی وجود فرهنگ دریافت رشوه در جامعه (۷۳٫۴ درصد)، نبود جریمه و تنبیه (۷۹٫۹ درصد) و پایین بودن حقوق پزشکان است (۵۰ درصد).
۱۵	Stringhini S, et al. ۲۰۰۹ تانزانیا [۵۱]	ارزیابی اینکه پرداخت‌های غیررسمی چگونه و از چه راهی در منطقه مورد مطالعه از تانزانیا رخ می‌دهد، چگونه تأثیر درآمدهای غیررسمی به افزایش انگیزه کارکنان بخش سلامت	مطالعه کیفی	۶۳ نفر شامل ۲۲ ماما، ۱۴ پرستار، ۱۱ افسر بالینی، ۱۰ کمک پرستار و ۷ پزشک	بحث گروهی متمرکز (۹ گروه با ۶-۱۰ نفر در هر گروه)	یک رابطه منفی بین پرداخت‌های غیررسمی و رضایت شغلی و انگیزش وجود داشت. همچنین احساس به بردگی گرفته شدن توسط بیماران و ترس از شناخته شدن و دستگیری عامل اصلی در عدم دریافت پرداخت‌های غیررسمی از سوی کارکنان بودند. به نظر می‌رسد عوامل دیگری مانند امنیت شغلی در عدم دریافت چنین پرداخت‌هایی مؤثر است.
۱۶	Aarva P, et al. ۲۰۰۹ روسیه [۵۲]	تعیین تفاوت دلایل و شکل پرداخت‌ها به‌ویژه پرداخت‌های غیررسمی در دو شهر مختلف و بین گروه‌های با وضعیت اجتماعی اقتصادی مختلف	مطالعه کیفی	افراد و خانواده‌ها (۲۰۰۱ نفر)	مصاحبه رودررو	پرداخت‌های غیررسمی در نواحی فقیرتر شایع‌تر است. ۱۵ درصد پاسخ‌دهندگان پرداخت‌های غیررسمی داشته‌اند. زن بودن، داشتن بیماری مزمن، بازنشسته بودن احتمال پرداخت‌های غیررسمی را افزایش می‌دهد.

ردیف	نویسنده، سال، کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۱۷	Liaropoulos L, et al. ۲۰۰۸ یونان [۳۷]	اندازه‌گیری و تجزیه و تحلیل اندازه و ماهیت پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های عمومی یونان	توصیفی - تحلیلی	نمونه‌ای از سراسر کشور به صورت تصادفی از ۱۶۱۶ خانوار، بالغ بر ۴۷۳۸ 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 (۳۳۶ نفر) ۳۶ درصد حداقل یک پرداخت غیررسمی به پزشک داشته‌اند. از این تعداد، ۴۲ درصد پرداخت را به دلیل ترس از دریافت مراقبت‌های زیر استاندارد بیان کرده‌اند و ۲۰ درصد دیگر ادعا کردند که پزشک خواستار چنین پرداختی شده است. هیچ‌یک از ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی خانواده ارتباط معناداری با اندازه پرداخت‌های غیررسمی نداشت. احتمال پرداخت‌های اضافی در موارد جراحی ۱۳۷ درصد بیشتر از موارد غیرجراحی بود.
۱۸	Cockcroft A, et al. ۲۰۰۸ لتونی، لیتوانی، استونی [۵۳]	مقایسه بین‌المللی پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت سه کشور حوزه بالتیک	توصیفی	۱۰۳۲۰ خانواده شامل ۲۵۰۰۰ فرد (نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی)	مصاحبه ساختارمند	نزدیک به نیمی از پاسخ‌دهندگان پرداخت غیررسمی به کارکنان بهداشت را رشوه در نظر نمی‌گیرند. نیمی از افراد (۴۳ درصد استونی، لتونی ۴۵ درصد، لیتوانی ۶۴ درصد) فکر می‌کنند سطح فساد در خدمات بهداشتی دولتی بالا بوده است. تعداد بسیار کمی (استونی ۱ درصد، لتونی ۳ درصد، لیتوانی ۸ درصد) حاضر به پرداخت غیررسمی در آخرین تماس خود با خدمات بستری بوده‌اند. حدود ۱۴ درصد از اعضای خانواده در این سه کشور در آخرین تماس خود با خدمات دولت هدیه داده‌اند.
۱۹	Vian T, et al. ۲۰۰۶ آلبانی [۵۴]	تعیین انگیزه‌های مربوط به پرداخت‌های غیررسمی و پیامدهای مربوط به آن	مطالعه کیفی	۱۳۱ نفر از مردم و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	بحث گروهی متمرکز و مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند	دلایل ایجاد پرداخت‌های غیررسمی شامل حقوق پایین کارکنان، ارزش بالای سلامتی از دید مردم، دریافت خدمات بهتر و سنت دادن هدیه برای سپاسگزاری است. ارائه‌دهندگان بر این باورند که این پرداخت‌ها به وجهه کاری آنها آسیب می‌زند.
۲۰	Gaal P, et al. ۲۰۰۶ مجارستان [۵۵]	تعیین حجم پرداخت‌های غیررسمی در مجارستان	مقطعی	داده‌های اداره آمار و اداره مالیات مجارستان	فرم استخراج داده‌ها	حجم پرداخت‌ها در مجارستان بین ۷۷,۱ تا ۲۴۲,۴ میلیون دلار بود که ۱,۵ تا ۴,۶ درصد هزینه‌های سلامت مجارستان را شامل می‌شود. پرداخت‌های غیررسمی به طور نابرابری بین کارکنان مختلف سلامت تقسیم شده است. برخی از پزشکان خانواده و متخصصان درآمدی معادل ۶۰ تا ۲۳۶ درصد درآمد رسمی خود را از پرداخت‌های غیررسمی به دست می‌آورند.

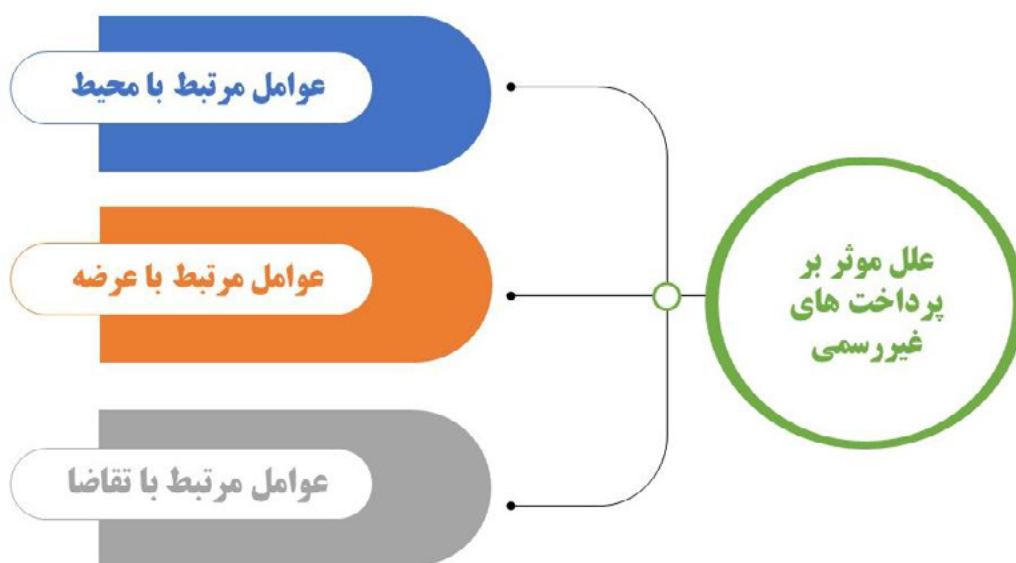


ردیف	نویسنده، سال، کشور	هدف مطالعه	نوع پژوهش	روش نمونه‌گیری، تعداد نمونه	ابزار	خلاصه نتایج پژوهش
۲۱	Belli P, et al. ۲۰۰۴ گرجستان [۵۶]	تجزیه و تحلیل فرایند جمع‌آوری و توزیع پرداخت از جیب و یا پرداخت‌های مستقیم و به‌ویژه پرداخت‌های غیررسمی، دلایل فراوان بودن آنها و بررسی پیامدهای مربوط به آن، به‌ویژه در دسترسی و کیفیت خدمات مراقبت‌های سلامت	مطالعه کیفی	۱۲۹ بیمار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت	مصاحبه عمیق و بحث گروهی متمرکز	دلایل مربوط به طرف تقاضا برای پرداخت عبارت‌اند از: دلایل فرهنگی، قدردانی، حمایت از پزشکان، تأمین مالی ضعیف دولت در خدمات بهداشتی و درمانی، ضعیف بودن بسته‌های حمایتی و عوامل طرف عرضه شامل درآمد رسمی نامناسب پرسنل بهداشتی درمانی و عدم شفافیت در مدیریت واحدهای ارائه‌دهنده خدمات.
۲۲	Thompson R, et al. ۲۰۰۲ قزاقستان [۵۷]	بررسی موضوع پرداخت‌های غیررسمی و کیفیت خدمات درمانی در قزاقستان	توصیفی - تحلیلی	۱۵۰۸ بیمار ترخیص شده از بخش‌های جراحی و ترومای سه بیمارستان در آلماتی که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند.	مصاحبه و با استفاده از پرسش‌نامه	بیماران پرداخت‌های غیررسمی را برای کاهش زمان پذیرش برای جراحی و اقامت بیشتر در بیمارستان انجام می‌دهند. براساس مدل و گزارش‌های موردی بیماران به‌خاطر کیفیت خدمت پرداخت انجام می‌دهند و پزشکان از قدرت انحصاری خود برای دریافت پول و افزایش درآمد خود استفاده می‌کنند.
۲۳	Balabanova D, et al. ۲۰۰۲. بلغارستان [۵۸]	تخمین میزان پرداخت‌های غیررسمی و عوامل تعیین‌کننده در پرداخت‌های غیررسمی در بخش سلامت	توصیفی - تحلیلی	۳۸۷ فرد (پرسش‌نامه) ۵۸ فرد (شامل ۲۵ پزشک، ۳۳ فردی که اخیراً خدمات سلامت دریافت کرده‌اند). (مصاحبه)	مصاحبه ساختارمند با پرسش‌نامه و بحث گروهی متمرکز	۱۹ درصد مردان و ۲۲ درصد زنان حداقل یک بار پرداخت‌های غیررسمی برای خدمات سلامت داشته‌اند. پرداخت‌های غیررسمی برای اعمال جراحی و زایمان در بیمارستان‌ها و برای پزشکان برجسته شایع بود.
۲۴	Shahriari H, et al. لهستان ۲۰۰۱ [۵۹]	تعیین ماهیت پرداخت‌های غیررسمی و دلایل و پیامدهای این پرداخت‌ها	مطالعه کیفی	۱۵۸ بیمار و ۲۷ نفر از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	مصاحبه و بحث گروهی متمرکز	دلایل پرداخت‌های غیررسمی شامل، حقوق پایین کارکنان سلامت، کمبود عرضه خدمات سلامت، ناکارایی نظام، عدم شفافیت در این بخش و دلایل فرهنگی است. مهم‌ترین پیامد پرداخت‌های غیررسمی مسئله برابری و عدالت است.
۲۵	Miller W, et al ۲۰۰۰. اوکراین، بلغارستان، اسلواکی، جمهوری چک [۶۰]	بررسی نگرش کارکنان مراقبت‌های سلامت در چهار کشور پساکمونستی (اوکراین، بلغارستان، اسلواکی، جمهوری چک) نسبت به دریافت هدیه از بیماران	توصیفی	۲۹۲ نفر از کارکنان نظام سلامت و ۳۲۳ فرد عادی با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه بندی شده	مصاحبه و بحث گروهی متمرکز	کارکنان نظام سلامت نسبت به خدمتکاران به‌مراتب 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 غیررسمی مؤثرتر است.

۳. عوامل مؤثر بر پرداخت‌های غیررسمی

مطالعات ملی و بین‌المللی نشان داده‌اند که پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت، به دلایل متعددی در جوامع مختلف رواج دارند. عوامل مؤثر بر پرداخت‌های غیررسمی را می‌توان در چارچوب سه‌گانه دسته‌بندی کرد: عوامل مرتبط با محیط (نهادی و ساختاری)، عوامل عرضه‌محور (مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمات) و عوامل تقاضا‌محور (مرتبط با بیماران) [۶۱].

شکل ۲. عوامل مؤثر بر پرداخت‌های غیررسمی



مأخذ: همان.

۳-۱. عوامل مرتبط با محیط (نهادی و ساختاری)

عوامل محیطی، نهادی و ساختاری به زیرساخت‌ها و قواعد حاکم بر نظام سلامت اشاره دارند که زمینه‌ساز پرداخت‌های غیررسمی می‌شوند. مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از: ضعف نظام حکمرانی سلامت، فساد سیستمیک، نابرابری شدید در آمدی، انحصار خدمات دولتی و عدم تقارن میان قوانین رسمی و هنجارهای اجتماعی غیررسمی. براساس تحلیل پنل داده‌های ۱۱۷ کشور در بازه زمانی ۲۰۱۳-۲۰۰۶، کیفیت حکمرانی، تأثیر منفی معناداری بر شیوع پرداخت‌های غیررسمی دارد؛ به‌طوری‌که افزایش یک واحدی در شاخص کیفیت حکمرانی، پرداخت‌ها را تا ۶۲ درصد کاهش می‌دهد [۶۲]. براساس «پیمایش ملی وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی جامعه ایران (۱۳۹۵)»، فقط ۷٫۶ درصد از پاسخ‌گویانی که به مراکز درمانی و بیمارستان‌های دولتی مراجعه کرده‌اند، اعلام کرده‌اند که با درخواست پول اضافی یا رشوه مواجه شده‌اند، در حالی که ۹۲٫۴ درصد چنین تجربه‌ای نداشته‌اند [۶۳]. این رقم نشان می‌دهد که تجربه مستقیم درخواست وجه غیررسمی در بخش سلامت، به‌مراتب پایین‌تر از آن چیزی است که از رتبه‌بندی‌های ادراکی بین‌المللی برداشت می‌شود. مطالعات دیگر نیز ارقام متفاوتی را گزارش کرده‌اند. برای مثال، در مطالعه‌ای در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران (۱۴۰۳)، ۱۹٫۹۴ درصد بیماران پرداخت غیررسمی (نقدی یا هدیه) به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت داشته‌اند [۶۴]. همچنین در مطالعه‌ای در بیمارستان‌های شهر اصفهان، ۲۷٫۲ درصد بیماران پرداخت غیررسمی گزارش کرده‌اند [۶۵]. اختلاف قابل توجه در یافته‌های مطالعات مختلف نشان می‌دهد که شیوع پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت ایران تحت تأثیر عوامل زمانی، جغرافیایی و روش‌شناختی قرار دارد و برآورد دقیق آن نیازمند مطالعات به‌روز و جامع‌تر است. تجارب کشورهای مختلف نشان می‌دهد که ارتقای شفافیت و جریان آزاد اطلاعات، تدوین قوانین شفاف و حمایت قانونی از افشاگران، از جمله مهم‌ترین راهکارهای مقابله با این نوع فساد است [۶۶]. فساد به‌طور نامتناسبی بر خانوارهای فقیر تأثیر منفی می‌گذارد، منابع مالی

تخصیص یافته به برنامه‌های توسعه را منحرف می‌سازد، ظرفیت دولت در ارائه خدمات اساسی را کاهش می‌دهد و سطوح نابرابری درآمدی و بی‌عدالتی اجتماعی را تشدید می‌کند. مطالعات تجربی مبتنی بر داده‌های میدانی در آفریقا نشان داده‌اند که افراد در طبقه پایین درآمدی، نسبت به گروه‌های مرفه، احتمال بیشتری برای درگیر شدن در پرداخت زیرمیزی دارند. نظریه نهادی، پرداخت زیرمیزی را به عنوان تابعی از ساختار و تفاوت‌های موجود در خدمات عمومی تبیین می‌کند؛ خدماتی که به دو دسته انحصاری دولتی و خدمات قابل انتخاب میان ارائه‌دهندگان دولتی و غیردولتی تقسیم می‌شوند. در خدمات انحصاری دولتی، همه افراد از جمله فقرا و ثروتمندان ناگزیر به تعامل با مقامات دولتی هستند. اما در خدماتی که امکان انتخاب وجود دارد، افراد مرفه می‌توانند با پرداخت به ارائه‌دهندگان غیردولتی، از مواجهه با فساد بوروکراتیک اجتناب کنند، در حالی که اقشار کم‌درآمد به دلیل محدودیت‌های مالی، مجبور به استفاده از خدمات دولتی‌اند و بدین سبب در معرض بیشتری با پرداخت‌های غیررسمی قرار دارند. این نظریه تأکید می‌کند که افزایش خصوصی‌سازی ممکن است برای گروه‌های مرفه مفید باشد، اما آسیب‌پذیری و نابرابری را برای اقشار محروم تشدید می‌کند [۶۷]. همچنین، عدم تقارن نهادی بین قوانین رسمی و هنجارهای غیررسمی، نقش محوری در توضیح احتمال وقوع پرداخت‌های غیررسمی دارند. این پدیده همراه با عملکرد ضعیف دولت در تخصیص منابع، اعتماد عمومی را کاهش می‌دهد [۵۵، ۶۸].

به‌طور کلی، پرداخت‌های غیررسمی در سطح نهادی عمدتاً نتیجه تعامل سه عامل کلیدی است: ۱. ضعف حاکمیت و فساد سیستمی، ۲. نابرابری شدید اقتصادی و اجتماعی، ۳. انحصار خدمات عمومی همراه با هنجارهای غیررسمی پذیرفته‌شده در جامعه.

۲-۳. عوامل مرتبط با عرضه (ارائه‌دهندگان خدمات)

عوامل عرضه‌محور پرداخت‌های غیررسمی عمدتاً به ویژگی‌های ارائه‌دهندگان خدمات و ساختار نظام سلامت مربوط می‌شود. مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از: کمبود منابع مالی دولتی، حقوق و مزایای پایین و نامنظم پرسنل، نظارت و پاسخ‌گویی ضعیف، مدیریت ناکارآمد، کمبود پرسنل و دارو، کیفیت پایین خدمات، ضعف زیرساخت‌ها در بخش دولتی، رابطه مالی مستقیم و غیررسمی بین بیمار و پزشک، عدم شفافیت و آگاهی عمومی مردم در خصوص سازوکار رسیدگی به شکایات، و پیچیدگی این سازوکارها. حقوق پایین و نامنظم جزو اصلی‌ترین محرک‌هایی است که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، آن را راهی برای جبران نیازهای اولیه می‌دانند. تأمین مالی ناکافی سیستم بهداشت و حقوق نامنظم پرسنل در کشورهای آفریقایی جنوب صحرا، پرداخت‌های غیررسمی را به منبع درآمدی جایگزین تبدیل می‌کند. با این حال، برخی آن را فساد و آسیب به اعتبار می‌دانند و از ترس پیگرد قضایی توسط بیماران، از دریافت آن خودداری می‌کنند. پرداخت به موقع حقوق، مزایا و اضافه‌کار به‌طور معناداری احتمال دریافت پرداخت غیررسمی را کاهش می‌دهد؛ به‌خصوص در افرادی که شغل دوم نداشتند. در مراکز فاقد سیاست تعرفه، نظارت ضعیف، ضعف زیرساخت‌ها، کمبود دارو و پرسنل و زمان انتظار طولانی، رابطه مالی مستقیم بیمار و پزشک و پیچیدگی یا عدم شفافیت سازوکارهای رسیدگی به شکایات، این پرداخت‌ها شایع‌تر است. در مقابل، نظارت مستمر، مکانیسم‌های پاسخ‌گویی و مدیریت خوب آن را کاهش می‌دهد [۶۹]. تحقیقات تجربی در تانزانیا براساس نظر سنجی مقطعی از ۴۳۲ نیروی کار بهداشتی در ۴۲ مرکز عمومی، نشان می‌دهد که ۲۷ درصد از پرسنل با تمرکز بر دو فرضیه درگیر پرداخت‌های غیررسمی بوده‌اند: ۱. نیروی کار با قدرت و موقعیت بالاتر (مانند متخصصان و مدیران بخش) احتمال بیشتری برای دریافت این پرداخت‌ها دارند، ۲. مکانیسم‌های موجود شفافیت و پاسخ‌گویی قابل دور زدن هستند؛ این یافته‌ها نشان‌دهنده کاهش پرداخت‌های غیررسمی در صورت نظارت مداوم و پرداخت به موقع مزایاست [۴۱]. پرداخت‌های غیررسمی گاه به دلیل نسخه‌نویسی نادرست داروها یا درخواست آزمایش‌های تشخیصی غیرضروری ایجاد می‌شود. تحلیل جهانی حاکی از آن است که انحصار در ارائه خدمات و کمبود نیروی متخصص، بیماران را به پرداخت‌های اضافی وادار می‌کند که این عوامل با مدل‌های احتمالاتی در ترکیه شناسایی شده و بر کاهش فرکانس پرداخت‌ها از طریق افزایش اطلاعات و نظارت تأکید دارد. زمان‌بندی پرداخت‌های غیررسمی به عنوان یکی از عوامل ساختاری کلیدی در شکل‌گیری این پدیده شناسایی شده است؛ به‌طوری‌که بالابانوا و همکاران در مطالعه‌ای بر نظام سلامت بلغارستان نشان دادند پرداخت‌ها اغلب در لحظات بحرانی مانند زمان پذیرش، قبل از جراحی یا در مراحل پایانی درمان (مانند ترخیص) رخ می‌دهد. این زمان‌بندی استراتژیک، بهره‌برداری از فشار روانی و اضطرابی بیماران را تسهیل می‌کند و نبود مکانیسم‌های رسمی پرداخت در این مقاطع حساس، همراه با رابطه مالی مستقیم بیمار و پزشک، ضعف زیرساخت‌های دولتی و نبود سازوکار شفاف و ساده برای

شکایت بیماران، انگیزه دریافت‌کنندگان را افزایش می‌دهد. اصلاحات ساختاری مانند ایجاد کانال‌های پرداخت رسمی زمان‌مند و شفاف، تقویت زیرساخت‌های بخش دولتی، ایجاد سامانه‌های ساده، محرمانه و در دسترس گزارش تخلف و افزایش آگاهی عمومی مردم از حقوق خود و نحوه شکایت، می‌تواند این عامل را خنثی سازد [۵].

به‌طور خلاصه، پرداخت‌های غیررسمی در سمت عرضه عمدتاً نتیجه ترکیب انگیزه‌های مالی (حقوق پایین)، فرصت‌طلبی ساختاری (نظارت ضعیف و زمان‌بندی بحرانی) و قدرت نامتقارن ارائه‌دهندگان خدمات است.

۳-۳. عوامل مرتبط با تقاضا (بیماران)

عوامل تقاضامحور پرداخت‌های غیررسمی عمدتاً به ویژگی‌هایی همچون سطح درآمد، تحصیلات، جنسیت، سن، مکان جغرافیایی (شهری/روستایی)، میزان رضایتمندی از خدمات رسمی، باورهای فرهنگی-اجتماعی، ناآگاهی از حقوق قانونی خود و ناآشنایی با سازوکارهای رسیدگی به شکایات مربوط می‌شود [۶۱]. مرورهای سیستماتیک و مطالعات انجام شده در مناطق مختلف جهان نشان می‌دهند که شایع‌ترین عوامل تعیین‌کننده پرداخت‌های غیررسمی از سمت تقاضا، وضعیت اقتصادی خانوار، سطح تحصیلات پایین، سکونت در مناطق روستایی، سن و تعلق به گروه‌های آسیب‌پذیر (مانند زنان، سالمندان و افراد کم‌درآمد) هستند. این الگوها در جوامع گوناگون مشترک‌اند، هرچند شدت آنها بسته به زمینه نهادی و فرهنگی متفاوت است. در ایران، سطح تحصیلات سرپرست خانوار به گونه‌ای است که سطوح بالاتر (دبیرستان و بالاتر) با کاهش قابل توجه احتمال پرداخت هزینه همراه است [۶۷، ۲۸]. در مطالعه‌ای روی خانوارهای ترکیه، سن بیمار به‌عنوان متغیر مهمی شناخته می‌شود؛ به‌طوری که بیماران بزرگ‌سال در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، هزینه‌های غیررسمی کمتری پرداخت می‌کنند [۷۰]. در بالکان غربی وضعیت اقتصادی ضعیف، تحصیلات پایین و سکونت روستایی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های پرداخت‌های غیررسمی شناخته شده‌اند. باین حال، نمی‌توان الگوی کاملاً قطعی و یکسانی برای گروه‌های پرخطر در همه جوامع به دست آورد [۷۱]. همان‌طور که بیان شد، وضعیت مالی بیماران یکی دیگر از عوامل تعیین‌کننده است؛ اما جهت رابطه در کشورها متفاوت است. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، خانوارهای پردرآمد به دلیل تمایل و توانایی بیشتر برای دریافت خدمات سریع‌تر، با کیفیت‌تر و اولویت‌دار، پرداخت‌های غیررسمی بیشتری انجام می‌دهند، در حالی که افراد با سطح درآمدی پایین‌تر معمولاً تمایل و امکان کمتری برای چنین پرداخت‌هایی دارند [۷۲]. شیوع پرداخت‌های غیررسمی در خانواده‌های مرفه به‌طور قابل توجهی بالاتر است [۱۳]. در حالی که خانوارهای کم‌درآمد معمولاً به اجبار و برای دسترسی به حداقل خدمات مجبور به این پرداخت‌ها می‌شوند [۶۸]. مرور سیستماتیک مطالعات نیز نشان می‌دهد که ناآگاهی از حقوق قانونی بیماران و باورهای فرهنگی و هنجارهای اجتماعی نادرست نیز از مهم‌ترین محرک‌های تقاضامحور به‌شمار می‌روند. برخی از بیماران معتقدند که «پرداخت اضافی تضمین‌کننده کیفیت و سرعت خدمات است» یا «حقوق پزشکان و پرستاران دولتی بسیار پایین است و پرداخت غیررسمی نوعی کمک و قدردانی محسوب می‌شود». این باورها باعث می‌شود پرداخت زیرمیزی در اذهان عمومی از یک عمل غیرقانونی به یک رفتار «عادی و حتی اخلاقی» تبدیل شود [۷۲، ۵]. تحلیل ادبیات جهانی نشان می‌دهد بیماران عمدتاً برای کاهش زمان انتظار، کسب اولویت در نوبت‌دهی، دریافت مراقبت بهتر، همراه با توجه بیشتر و اطمینان از کیفیت بالاتر خدمات و ادار به پرداخت غیررسمی می‌شوند. این انگیزه‌ها به‌ویژه در کشورهایی که ادراک فساد بالا و اعتماد به نظام سلامت پایین است، شدت بیشتری دارد [۳۶]. مطالعه واین و همکاران در آلبانی با به‌کارگیری نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده نشان داد که حتی وقتی اکثر افراد از غیرقانونی و فسادآمیز بودن پرداخت غیررسمی آگاه‌اند، نگرش مثبت و هنجارهای اجتماعی مسلط باعث تداوم رفتار می‌شود. بنابراین، صرف اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی تأثیر محدودی دارد و برای کاهش تقاضا باید هنجارهای اجتماعی تغییر کند؛ به عبارت دیگر، پرداخت غیررسمی باید از یک عمل «عادی و قابل قبول» به عملی «شرم‌آور و ناپسند» تبدیل شود. این تغییر مستلزم اصلاح واقعی حقوق کارکنان سلامت به سطح کفایت و سپس تأکید بر آن از طریق کمپین‌های رسانه‌ای مستمر، همراه با وضع جریمه سنگین برای دریافت‌کنندگان زیرمیزی و تقویت مکانیسم‌های شکایت آسان و محرمانه برای بیماران است [۵]. آگاهی بیماران نیز در این زمینه نقش کلیدی دارد؛ هرچه جامعه از سیاست‌های معافیت از هزینه‌های درمانی، حقوق قانونی خود و غیرقانونی بودن پرداخت‌های غیررسمی آگاه‌تر باشد، احتمال مطالبه‌گری افزایش و احتمال دریافت این پرداخت‌ها توسط کادر درمان به‌طور معناداری کاهش می‌یابد. برای مثال، مطالعه کیفی در بنین نشان داد زنانی که از سیاست معافیت از هزینه عمل سزارین بی‌اطلاع بودند،



همچنان مجبور به پرداخت غیررسمی می‌شدند، در حالی که در جمهوری دموکراتیک کنگو، آگاهی بالای جامعه و ترس از مجازات، پرستاران را از دریافت چنین وجوهی باز می‌داشت [۶۹]. محل سکونت نیز یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار تقاضامحور است، هر چند الگوی آن در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است. مطالعه‌ای در آلبانی نشان داد که محل سکونت بر حجم پرداخت‌های غیررسمی تأثیرگذار بوده است. در ایران و برخی کشورهای دیگر نیز ساکنان مناطق روستایی و شهرهای کوچک به دلیل نظارت کمتر، دسترسی محدود به اطلاعات و ضعف نهادهای نظارتی، آسیب‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند. برای مثال، مطالعات نشان داده‌اند که افراد ساکن مناطق روستایی تا چهار برابر بیشتر از ساکنان شهرها مستعد پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان هستند. مطالعه‌ای در نیجریه نشان داد که هیچ گروه اجتماعی و اقتصادی از پرداخت غیررسمی معاف نیست. نه ساکنان شهری و نه روستایی بیشتر از دیگری در معرض خطر نبودند. ولی مطالعه‌ای در آلبانی نشان داد که محل سکونت بر حجم پرداخت‌های غیررسمی تأثیرگذار است. در ایران و برخی کشورهای دیگر، ساکنان مناطق روستایی و شهرهای کوچک به دلیل نظارت کمتر و دسترسی محدود به اطلاعات، گاهی آسیب‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند. مطالعات نشان داده‌اند که افراد ساکن مناطق روستایی چهار برابر بیشتر از ساکنان شهرها مستعد پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان هستند. همچنین در مطالعه‌ای دیگر بیان شده است که خانوارهای شهری نسبت به خانوارهای روستایی (۵,۴۲ درصد) پرداخت‌های غیررسمی بالاتری (۱۰ درصد) دارند [۱۳].

۴. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری



پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت، نه تنها به عنوان یک عارضه اقتصادی ظاهر می‌شود، بلکه به مثابه چرخه معیوبی عمل می‌کند که عدالت توزیع منابع را به حاشیه می‌راند. اصول اخلاق حرفه‌ای و روحیه کاری کادر درمان را فرسوده و پویایی کلی سیستم سلامت را مختل می‌سازد. با این حال، راه حل‌های اصلاحی که از سیاست‌های داخلی مانند سیاست‌های کلی سلامت و قوانین دائمی و نیز بهره‌مندی از نظرات خبرگان و تجربیات جهانی، امکان مواجهه بهتر با این پدیده را ایجاد می‌کند که البته این خود در وهله اول نیازمند آسیب‌شناسی دلایل شکل‌گیری آن است. یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر که در همین راستا انجام شده است، نشان داد که دلایل این پدیده می‌تواند طیفی از نارسایی‌های تعرفه‌ای، خلأهای نظام حکمرانی سلامت، ضعف نظام‌های پایش و پاسخ‌گویی شکاف‌های اطلاعاتی، الگوهای فرهنگی، هنجارهای رفتاری و روانی بیماران و ویژگی‌های ساختاری خدمات و ارائه‌دهندگان نهادهای ارائه شده باشد. این الگو در مقیاس جهانی، به ویژه در نظام‌های سلامت جوامع در حال گذار، بازتابی مشابه دارد؛ جایی که پرداخت‌های غیررسمی به مثابه ابزاری جبرانی اما مخاطره‌آمیز، بهره‌وری را با هزینه‌های اجتماعی نهان معاوضه می‌کنند.

بنابراین مواجهه با زیرمیزی نیازمند راهبردهای هماهنگ، از جمله بازسازی سیستم‌های انگیزشی، افزایش شفافیت به ویژه از طریق ابزارهای دیجیتال، آموزش عمومی، فرهنگ‌سازی و... است که می‌توانند این چرخه ناکارآمد را متوقف و نظام سلامت را به سمت پاسخ‌گویی هدایت کنند. ضمناً این گذار، و رای یک اصلاح فنی صرف، نیازمند یک ائتلاف راهبردی میان نهادهای دولتی، بیمه‌گران، حرفه پزشکی و جامعه مدنی است تا سلامت به حقی بنیادین و غیرقابل معامله ارتقا یابد و اعتماد عمومی را بازسازی نماید، بلکه بستری برای یک اکوسیستم سلامت پویا و پایدار ایجاد کند.

در مجموع و با توجه به موارد مطروحه، برای مقابله مؤثر با پدیده پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت، پیشنهادهای متعددی براساس تجربیات داخلی و جهانی ارائه می‌شود. با این حال، با عنایت به تعدد این راهکارها، برخی از آنها نقش اهرمی و پیشگیرانه بالاتری دارند و می‌توانند سایر اقدامات را نیز تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران در اولویت نخست بر حوزه‌هایی تمرکز کنند که ریشه‌های اصلی این پدیده را هدف قرار می‌دهند؛ از جمله قطع رابطه مالی مستقیم بین بیمار و پزشک، اصلاح نظام تعرفه و پرداخت عملکردمحور و تقویت شفافیت و نظارت هوشمند. تمرکز بر این دسته از اقدامات، رویکردی پیشگیرانه و ساختاری ایجاد می‌کند و نسبت به مداخلات صرفاً تنبیهی، اثربخشی و پایداری بیشتری خواهد داشت. بر این اساس، این پیشنهادها ارائه می‌شوند:

جدول ۳. راهکارها و توصیه‌های سیاستی برای مقابله مؤثر با پدیده پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت

متن پیشنهاد	اولویت زمانی	تقنینی/ نظارتی/ سیاستی	کمیسیون تخصصی/ دستگاه اجرایی مرتبط
اعمال مجازات‌های قانونی اثربخش به گونه‌ای که درخواست پرداخت غیررسمی به عنوان مصداق سوءاستفاده از حقوق مراجع‌کنندگان تلقی و مجازات‌های بازدارنده برای متخلفان در نظر گرفته شود.	کوتاه مدت	تقنینی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی
روزآمدسازی فرایندهای برخورد با تخلف زیرمیزی با محوریت تسریع فرایند رسیدگی به تخلفات و کاستن از پیچیدگی‌های موجود.	کوتاه مدت	تقنینی/ نظارتی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی
ایجاد الزام برای شفافیت مالی در مراکز درمانی با محوریت ارائه صورت‌حساب تفصیلی و استاندارد خدمات ارائه شده به بیمار و ایجاد کانال‌های رسمی و شفاف برای دریافت هرگونه وجه (از جمله کمک‌های داوطلبانه).	کوتاه مدت	تقنینی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
استقرار نظام نظارت مستمر و هوشمند با استفاده از سامانه‌های دیجیتال سلامت و تطابق صورت‌حساب‌ها با تعرفه‌های مصوب	کوتاه مدت	نظارتی/ مدیریتی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر
ایجاد سازوکار و بسترهای ساده، محرمانه و در دسترس برای گزارش‌دهی تخلفات (گزارش‌های مردمی) به طوری که هویت گزارش‌دهنده را محفوظ نگاه دارد.	کوتاه مدت	نظارتی/ مدیریتی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بازرسی کل کشور
ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان بر اساس شاخص‌هایی نظیر میزان شکایات، رضایت بیماران و انطباق با تعرفه‌های رسمی به منظور استفاده از شاخص‌های مذکور در اعطای مشوق‌های مالی یا اعتباری به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت.	کوتاه مدت	نظارتی/ مدیریتی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی
ارتقای سازوکارهای رسیدگی به شکایات با محوریت شفاف‌سازی فرایندها (از ثبت تا رای نهایی) با حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی، کاهش مراحل فرایند شکایت به حداکثر دو یا سه مرحله ساده و بدون نیاز به مراجعه حضوری مکرر و مبتنی بر تعیین حداکثر زمان رسیدگی به هر شکایت (از ثبت تا اعلام رای) و اطلاع‌رسانی گسترده درباره سازوکارهای مذکور.	کوتاه مدت	نظارتی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
ارتقای ساختار و نظام پرداخت به سمت تعرفه‌های واقعی، مدل‌های عملکردمحور و مبتنی بر کیفیت خدمات و به گونه‌ای که انگیزه دریافت زیرمیزی کاهش یابد.	میان مدت	سیاستی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر
ارائه اطلاعات شفاف به بیمه‌شدگان درباره حقوق و تعرفه‌ها از طریق نظیر: اپلیکیشن‌های موبایل، پورتال‌های آنلاین فهرست خدمات تحت پوشش، تعرفه‌های مصوب به زبان ساده و قابل مقایسه برای هر خدمت رایج، میزان فرانشیز و حقوق قانونی بیماران و همچنین قرار گرفتن این موارد در معرض دید در مراکز ارائه خدمت.	کوتاه مدت	سیاستی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

متن پیشنهاد	اولویت زمانی	تقنینی/ نظارتی/ سیاستی	کمیسیون تخصصی/ دستگاه اجرایی مرتبط
اجرای کمپین‌های آموزشی برای تغییر نگرش اجتماعی با هدف شکستن باور غلط «پرداخت اضافی یعنی کیفیت بهتر» و تبدیل نگرش عمومی نسبت به زیرمیزی از یک «رفتار عادی و گاه اخلاقی» به «رفتاری غیرقانونی».	کوتاه‌مدت	سیاستی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی
آشنایی بیماران با مکانیسم‌های شکایت و جبران خسارت و ساده‌سازی و اطلاع‌رسانی آن به‌گونه‌ای که هر بیماری بداند چگونه و از چه طریقی می‌تواند بدون ترس از تبعیض در خدمات بعدی، نسبت به دریافت وجه اضافی اعتراض کند و نیز اطلاع‌رسانی گسترده درباره امکان سوت‌زنی محرمانه و حمایت‌های قانونی از سوت‌زنندگان.	کوتاه‌مدت	سیاستی/ نظارتی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی
تقویت بخش دولتی با محوریت جبران کمبود تجهیزات، دارو و پرسنل، ارتقای کیفیت خدمات از طریق بازطراحی فرایندها، کاهش زمان انتظار، بهبود محیط فیزیکی و افزایش رضایت بیماران، ارائه بسته‌های تشویقی ویژه برای پزشکان متخصص و فوق‌تخصص جهت ماندگاری و فعالیت تمام‌وقت در بخش دولتی و ایجاد مراکز دولتی تخصصی و فوق‌تخصصی الگو در هر استان با استانداردهای کیفی رقابتی با بخش خصوصی تا بیماران برای دریافت خدمت باکیفیت ناگزیر به مراجعه به بخش خصوصی یا پرداخت‌های غیررسمی نباشند (به‌موازات راهکارهای پیشگیری از پرداخت‌های غیررسمی در بخش دولتی نیز باید تقویت گردد).	بلندمدت	سیاستی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
قطع رابطه مالی مستقیم بین بیمار و پزشک.	کوتاه‌مدت	سیاستی/ تقنینی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
بازسازی رابطه بیمار و پزشک بر پایه اخلاق حرفه‌ای از طریق تقویت برنامه‌های آموزش مداوم برای کادر درمان با محوریت اخلاق حرفه‌ای، امنیت‌داری، پیامدهای فساد مالی و همچنین تقویت نظارت بر اجرای منشور حقوق بیمار.	کوتاه‌مدت	سیاستی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی
ایجاد کارگروه مشترک میان نهادهای ذی‌ربط از جمله وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان نظام پزشکی، سازمان بازرسی کل کشور و نهادهای مدنی برای مقابله با زیرمیزی و تعیین وظایف مشخص هرکدام برای نظارت، آموزش، برخورد و حمایت در زمینه حذف زیرمیزی.	کوتاه‌مدت	نظارتی/ سیاستی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بازرسی کل کشور، سازمان نظام پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر

مأخذ: یافته‌های پژوهش.



- [1] (in eng), Hospital, vol. 10, no. 3, pp. 9-22, 2011. [Online]. Available: <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-49-fa.html>.
- [2] S. Hajian Dashtaki, A. Raeisi, Z. Heidari, M. Moeeni, and A. Khodamoradi (2018), "The Analysis of the Amount of Informal Payments in Patients Referring to the Isfahan Hospitals," Sadra Medical Journal, vol. 6, no. 2, pp. 113-124. [Online]. Available: https://smsj.sums.ac.ir/article_43963_d33aaf1a2869e965f0d8743bb7fba888.pdf.
- [3] B. E. Yusefi A, Faryabi R, Bahmaei J, Movahed E (2023), "Investigating the Share of Covid-19 Patients from Treatment Direct Costs," The Open Public Health Journal, vol. 16. [Online]. Available: <https://openpublichealthjournal.com/VOLUME/16/ELOCATOR/e187494452306231/FULLTEXT/>.
- [4] M. Parsa et al. (2017), "Informal payments in Iran: A cross-sectional study prior to implementation of the health system reform," (in eng), Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine, Research vol. 9, no. 6, pp. 34-47. [Online]. Available: <http://ijme.tums.ac.ir/article-1-5913-fa.html>.
- [5] H. Zandian, A. Esfandiari, M. A. Sakha, and A. Takian (2019), "Strategies to reduce informal payments in health systems: a systematic review," (in eng), East Mediterr Health J, vol. 25, no. 12, pp. 914-922, Dec 29, doi: 10.26719/emhj.19.057.
- [6] M. A. Ayanore et al. (2023), "Informal payments and willingness to pay informally for health care among older adults: equity perspectives for geriatric care in Ghana," Journal of Global Health Science, vol. 5, no. 1, p. e7.
- [7] M. Arab et al. (2022), "Reasons for informal payments from the perspective of health care providers and recipients: a qualitative study in Iran," Global Health Research and Policy, vol. 7, no. 1, p. 30, 2022/09/01. doi: 10.1186/s41256-022-00263-1.
- [8] M. Parsa, K. Aramesh, S. Nedjat, M. J. Kandi, and B. Larijani (2015), "Informal Payments for Health Care in Iran: Results of a Qualitative Study," (in eng), Iran J Public Health, vol. 44, no. 1, pp. 79-88, Jan.
- [9] M. Meskarpour Amiri, A. Assari, M. Bahadori, R. Ravangard, and S. M. Hosseini-Shokouh (2018), "Informal payments for health care in Iran," International Journal of Health Governance, vol. 23, no. 3, pp. 205-215.
- [10] مؤسسه ملی تحقیقات سلامت. دانشگاه علوم پزشکی تهران، (۱۳۹۷) «وضعیت پرداخت‌های غیررسمی برای خدمات سلامت در خانوارهای ایرانی - سال ۱۳۹۷»، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت (NIHR)، دانشگاه علوم پزشکی تهران. [Online]. Available: <https://nihr.tums.ac.ir>
- [11] مؤسسه ملی تحقیقات سلامت. دانشگاه علوم پزشکی تهران، (۱۴۰۴) «روند شاخص‌های هزینه‌های سلامت (۱۳۹۵-۱۴۰۲)». [Online]. Available: <https://nihr.tums.ac.ir/uploads/288/2025/Sep/22/Factsheet-Indicatore-Health-Expenditure1395-1402.pdf>.
- [12] مؤسسه ملی تحقیقات سلامت. دانشگاه علوم پزشکی تهران، (۱۴۰۲) «وضعیت هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی نتایج پیمایش هزینه درآمد خانوار در سال ۱۴۰۰». [Online]. Available: <https://nihr.tums.ac.ir/uploads/288/2024/May/01/%D9%88%D8%B6%D8%B9%D-B%8C%D8%AA%20%D9%87%D8%B2%DB%8C%D9%86%D9%87%20%D9%87%D8%A7%DB%8C%20%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA%201400.pdf>.
- [13] J. Yahyavi Dizaj et al. (2023), "Socioeconomic inequality in informal payments for health services among Iranian households: a national pooled study," BMC public health, vol. 23, no. 1, p. 381.
- [14] A. Khodamoradi, A. Rashidian, R. Daryabeygi-Khotbehsara, and S. Aghlmand (2018), "Evaluation of informal

payments to health care professionals and the influential factors in Urmia city hospitals, Iran”, (in eng), *J Med Ethics Hist Med*, vol. 11, p. 7.

[15] A. Khodamoradi, A. Rashidian, S. Aghlmand, and M. Arab (2015), “Informal Payments in Health Sector and Policies to Deal With (A Review Study),” (in eng), *Hospital, Review Article* vol. 14, no. 3, pp. 23-32. [Online]. Available: <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5277-fa.html>.

[16] A. Khodamoradi, A. Rashidian, S. Aghlmand, M. Arab, and M. Moini (2015), “Informal payments and its related factors in Urmia hospitals,” *Hakim Health Sys Res*, vol. 17, no. 4, pp. 313-321.

[17] B. Pirooz, A. Rashidian, G. Moradi, A. Takian, H. Ghasri, and T. Ghadimi (2017), “Out-of-Pocket and Informal Payment Before and After the Health Transformation Plan in Iran: Evidence from Hospitals Located in Kurdistan, Iran,” *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 6, no. 10, pp. 573-586. doi: 10.15171/ijhpm.2017.16.

[18] A. Aboutorabi, M. Ghiasipour, A. Rezapour, A. Pourreza, A. S. Asiabar, and A. Tanoomand (2016), “Factors affecting the informal payments in public and teaching hospitals,” *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, vol. 30, p. 315.

[19] M. Nekoeimoghadam, A. Esfandiari, F. Ramezani, and M. Amiresmaili (2013), “Informal payments in healthcare: a case study of Kerman province in Iran,” *International journal of health policy and management*, vol. 1, no. 2, p. 157.

[20] M. Saadati (2013), “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,” *Journal of Hospital*, vol. 11, no. 4, pp. 45-52.

[21] M. Parsa, K. Aramesh, S. Nedjat, M. J. Kandi, and B. Larijani, “Informal payments for health care in Iran: results of a qualitative study (2015),” *Iranian journal of public health*, vol. 44, no. 1, p. 79.

[22] A. Jafari, R. Ravangard, F. Heidari, M. Roshani, M. Hadian, and M. Mohammadi (2015), “Informal payment in health settings: a survey of teaching hospitals,” *International Journal of Hospital Research*, vol. 4, no. 2, pp. 83-88.

[23] M. Meskarpour-Amiri, A. A. Arani, H. Sadeghi, and L. Agheli-Kohnehsahri (2016), “Socioeconomic factors affecting informal payments in the health sector,” *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, vol. 12, no. 47, pp. 116-128.

[24] E. Zarei, A. Nikkhah, S. Khodakarim, and M. Pavlova (2021), “Patients’ attitude toward informal payments in Iran: an application of the cluster analysis method,” *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 36, no. 3, pp. 689-702.

[25] M. Meskarpour Amiri, E. Teymourzadeh, R. Ravangard, and M. Bahadori (2019), “Health informal payments and their main determinants: the case of Iran,” *Proceedings of Singapore Healthcare*, p. 2010105818822594.

[26] E. Zarei, M. Palesh, S. Khodakarim, and A. Nikkhah (2018), “Informal payments for inpatient services and related factors: a cross-sectional study in Tehran, Iran,” *Health Scope*, vol. 7, no. S, p. e62319.

[27] M. Zanganeh Baygi, M. Khammarnia, E. Barfar, F. Setoodehzadeh, and M. Shah Hussein (2019), “Investigation of informal healthcare payments after health transformation plan: A case study in the southeast of Iran,” *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*, vol. 3, no. 2, pp. 112-120.

[28] L. Doshmangir, H. S. Sajadi, M. Ghiasipour, A. Aboutorabi, and V. S. Gordeev (2020), “Informal payments for inpatient health care in post-health transformation plan period: evidence from Iran,” *BMC public health*, vol. 20, pp. 1-14.

[29] A. Vafaei Najar et al. (2017), “At first glance, informal payments experience on track: why accept or refuse? Patients’ perceive in cardiac surgery department of public hospitals, northeast of Iran 2013,” *BMC health services research*, vol.

17, pp. 1-9.

- [30] M. Setayesh, N. Nakhaee, and A. Rowhani (2007), "A survey of public opinion on the informal payments to physicians in Kerman, Iran," *Iran J Ethics Sci Technol*, vol. 2, no. 3, p. 4.
- [31] M. Ghiasipour, A. Poorreza, M. Arab, M. Mahmoodi, and A. Abutorabi (2011), "<The> Analysis of Informal Payments Among Hospitals Covered Under Tehran University of Medical Sciences [TUMS] 2009".
- [32] H. S. Sajadi, F. A. Sajadi, M. Yaghoubi, and R. Majdzadeh (2022), "Informal Payments for Outpatient Health Care: Country-Wide Evidence from Iran," (in eng), *Med J Islam Repub Iran*, vol. 36, p. 57. doi: 10.47176/mjiri.36.57.
- [33] R. T. Yusefi AR, Atashbahar O, Bahmaei J, Radinmanesh M (2026), "The Amount of Informal Payments among Patients Referring to Public Hospitals: A Cross-Sectional Study from the Capital of Iran," *Open Public Health Journal*. doi: 10.2174/0118749445438125260102191231.
- [34] T. Stepurko, M. Pavlova, I. Gryga, and W. Groot, "Making patients pay: informal patient payments in Central and Eastern European countries (2015)," vol. 3, ed: *Frontiers Media SA*. p. 192.
- [35] O. Riklikiene, G. Jarasiunaite, and L. Starkiene (2014), "Informal patient payments in publicly financed healthcare facilities in Lithuania," *Scandinavian journal of public health*, vol. 42, no. 6, pp. 488-496.
- [36] M. Lewis (2007), "Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries," (in eng), *Health Aff (Millwood)*, vol. 26, no. 4, pp. 984-97, Jul-Aug. doi: 10.1377/hlthaff.26.4.984.
- [37] L. Liaropoulos, O. Siskou, D. Kaitelidou, M. Theodorou, and T. Katostaras (2008), "Informal payments in public hospitals in Greece," *Health Policy*, vol. 87, no. 1, pp. 72-81.
- [38] N. Habibov and A. Cheung (2017), "Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale and socio-economic correlates," (in eng), *Soc Sci Med*, vol. 178, pp. 28-37, Apr. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.02.003.
- [39] F. Masiye, O. Kaonga, and C. M. Banda (2020), "Informal payments for primary health services in Zambia: evidence from a health facility patient exit survey," *Health Policy OPEN*, vol. 1, p. 100020.
- [40] A. V. Horodnic, C. C. Williams, C. I. Ciobanu, and D. Druguş (2022), "Informal payments by patients, institutional trust and institutional asymmetry," (in eng), *Front Psychol*, vol. 13, p. 1015208. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1015208.
- [41] P. Binyaruka et al. (2021), "Supply-side factors influencing informal payment for healthcare services in Tanzania," *Health policy and planning*, vol. 36, no. 7, pp. 1036-1044.
- [42] T. V. Giannouchos, A. Vozikis, P. Koufopoulou, L. Fawkes, and K. Souliotis, "Informal out-of-pocket payments for healthcare services in Greece (2020)," *Health Policy*, vol. 124, no. 7, pp. 758-764.
- [43] T. Vian, F. G. Feeley, S. Domete, A. Negruta, A. Matei, and J. Habicht (2015), "Barriers to universal health coverage in Republic of Moldova: a policy analysis of formal and informal out-of-pocket payments," *BMC health services research*, vol. 15, pp. 1-15.
- [44] L. Kpanake, S. K. Dassa, and E. Mullet (2014), "Is it acceptable for a physician to request informal payments for treatment? Lay people's and health professionals' views in Togo," *Psychology, health & medicine*, vol. 19, no. 3, pp. 296-302.
- [45] P. Baji, M. Pavlova, L. Gulácsi, M. Farkas, and W. Groot (2014), "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," *The European Journal of Health Economics*, vol. 15, pp. 853-867.
- [46] D. C. Kaitelidou et al. (2013), "Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece," *Health policy*, vol. 109, no. 1, pp. 23-30.
- [47] S. Tomini, W. Groot, and M. Pavlova (2012), "Informal payments and intra-household allocation of resources for

health care in Albania,” BMC Health Services Research, vol. 12, pp. 1-12.

[48] S. Tomini and H. Maarse (2011), “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, vol. 11, pp. 1-9.

[49] H. Özgen, B. Şahin, P. Belli, M. Tatar, and P. Berman (2010), “Predictors of informal health payments: the example from Turkey,” Journal of medical systems, vol. 34, pp. 387-396.

[50] D. O. Farcasanu (2010), “Population perception on corruption, informal payments and introduction of co-payments in the public health system in Romania,” Management in Health, vol. 14, no. 1, pp. 8-13.

[51] S. Stringhini, S. Thomas, P. Bidwell, T. Mtui, and A. Mwisongo (2009), “Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania,” Human resources for health, vol. 7, pp. 1-9.

[52] P. Aarva, I. Ilchenko, P. Gorobets, and A. Rogacheva (2009), “Formal and informal payments in health care facilities in two Russian cities, Tyumen and Lipetsk,” Health Policy and Planning, vol. 24, no. 5, pp. 395-405.

[53] A. Cockcroft et al. (2008), “An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States,” BMC Health Services Research, vol. 8, pp. 1-12.

[54] T. Vian, K. Grybosk, Z. Sinoimeri, and R. Hall (2006), “Informal payments in government health facilities in Albania: results of a qualitative study,” Social science & medicine, vol. 62, no. 4, pp. 877-887.

[55] P. Gaal, T. Evetovits, and M. McKee (2006), “Informal payment for health care: evidence from Hungary,” Health Policy, vol. 77, no. 1, pp. 86-102.

[56] P. Belli, G. Gotsadze, and H. Shahriari (2004), “Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia,” Health Policy, vol. 70, no. 1, pp. 109-123.

[57] R. Thompson and A. Xavier (2002), “Unofficial payments for acute state hospital care in Kazakhstan. A model of physician behaviour with price discrimination and vertical service differentiation”, LICOS Discussion Paper.

[58] D. Balabanova and M. McKee (2002), “Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria,” Health policy, vol. 62, no. 3, pp. 243-273.

[59] H. Shahriari, P. Belli, and M. Lewis (2001), “Institutional issues in informal health payments in Poland,” World Bank Draft Report.

[60] W. L. Miller, Å. B. Grødeland, and T. Y. Koshechkina (2000), “If you pay, we’ll operate immediately,” Journal of medical ethics, vol. 26, no. 5, pp. 305-311.

[61] R. Jahangiri and A. Aryankhesal (2017), “Factors Influencing on Informal Payments in Healthcare Systems: A Systematic Review,” Medical Ethics Journal, vol. 11, pp. 73-92, 09/10.doi: 10.21859/mej-114073.

[62] C. Incaltarau, A. V. Horodnic, C. C. Williams, and L. Oprea (2021), “Institutional Determinants of Informal Payments for Health Services: An Exploratory Analysis across 117 Countries,” (in eng), Int J Environ Res Public Health, vol. 18, no. 23, Nov 25. doi: 10.3390/ijerph182312421.

[۶۳] غ. غفاری، م. جوادی یگانه، (۱۳۹۶)، «وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی جامعه ایران (گزارش کشوری) - پیمایش ملی سال ۱۳۹۵»، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، ۱۳۹۶.

[Online]. Available: <https://ircud.ir/fa/content/284157/> وضعیت اجتماعی-فرهنگی و اخلاقی جامعه ایران

[64] A. R. Yusefi, T. Rahimi, O. Atashbahar, J. Bahmaei, and M. Radinmanesh (2026), “The Amount of Informal Payments among Patients Referring to Public Hospitals: A Cross-Sectional Study from the Capital of Iran,” The Open Public Health Journal, vol. 19, 2026/01/01/. doi: <https://doi.org/10.2174/0118749445438125260102191231>.

- [۶۵] س. حاجیان دشتکی، ا. رئیسی، ز. حیدری، م. معینی، ع. خدامرادی (۲۰۱۸)، "بررسی میزان پرداخت‌های غیررسمی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اصفهان"، مجله علوم پزشکی صدرا، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۱۳-۱۲۴.
- [Online]. Available: https://smsj.sums.ac.ir/article_43963_d33aaf1a2869e965f0d8743bb7fba888.pdf.
- [66] T. INTERNTIONAL. "Corruption Perceptions Index." <https://www.transparency.org/en/cpi/2023> (accessed).
- [67] C. Peiffer and R. Rose (2018), "Why Are the Poor More Vulnerable to Bribery in Africa? The Institutional Effects of Services," The Journal of Development Studies, vol. 54, no. 1, pp. 18-29, 2018/01/02. doi: 10.1080/00220388.2016.1257121.
- [68] A. V. Horodnic (2021), "Trends in Informal Payments by Patients in Europe: A Public Health Policy Approach," (in eng), Front Public Health, vol. 9, p. 780337. doi: 10.3389/fpubh.2021.780337.
- [69] E. Kabia, C. Goodman, D. Balabanova, K. Muraya, S. Molyneux, and E. Barasa (2021), "The hidden financial burden of healthcare: a systematic literature review of informal payments in Sub-Saharan Africa," (in eng), Wellcome Open Res, vol. 6, p. 297. doi: 10.12688/wellcomeopenres.17228.1.
- [70] H. Diğ̈er, K. Çebi Karaaslan, A. Köstekçi, and A. Göv (2025), "Determinants of healthcare expenditures: evidence from Türkiye's healthcare system," (in eng), Front Public Health, vol. 13, p. 1632883. doi: 10.3389/fpubh.2025.1632883.
- [71] S. Buch Mejsner and L. Eklund Karlsson (2017), "Informal Patient Payments and Bought and Brought Goods in the Western Balkans - A Scoping Review," (in eng), Int J Health Policy Manag, vol. 6, no. 11, pp. 621-637, Nov 1. doi: 10.15171/ijhpm.2017.73.
- [72] A. Pourtaleb, M. Jafari, H. Seyedin, and A. Akhavan Behbahani (2020), "New insight into the informal patients' payments on the evidence of literature: a systematic review study," (in eng), BMC Health Serv Res, vol. 20, no. 1, p. 14, Jan 6. doi: 10.1186/s12913-019-4647-3.



عنوان: پرداخت‌های غیررسمی در نظام‌های سلامت: بررسی وضعیت و علل آن در دنیا و ارائه راهکارهای
پیشگیری و مدیریت در ایران

DOI: <https://doi.org/10.22034/mrc.report.21881>

Permanent Link: https://report.mrc.ir/article_11951.html

Publisher: Islamic Parliament Research Center of Iran

گزیده سیاستی

براساس بررسی‌ها، پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت ایران چالش‌های ساختاری عمیقی دارد و عدالت، کیفیت خدمات و اعتماد عمومی را تهدید می‌کند. لذا لازم است اصلاح تعرفه‌ها، نظارت هوشمند، قطع رابطه مالی بیمار و پزشک و گسترش پوشش بیمه‌ای انجام شود.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir