

پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت و سیاست های مقابله با آن

(یک مطالعه مروری)

عبدالواحد خدامرادی^۱، آرش رشیدیان^{۲*}، سیامک عقلمند^۳، محمد عرب^۴

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: پرداخت غیررسمی پرداخت‌هایی هستند که به افراد یا سازمان ارائه دهنده سلامت به صورت نقدی یا غیر نقدی، پرداخت می‌شود و این پرداختها خارج از کانالهای پرداخت رسمی شکل می‌گیرند. هدف پژوهش حاضر، شناسایی شکلهای پرداخت غیررسمی، علل و اثرات این پرداخت ها و سیاست های مقابله با آن می باشد.

مواد و روش ها: این مقاله یک مطالعه مروری بود و مقالات مرتبط با موضوع از متون منتشر شده و سایت های معتبر (Medlib, SID, Pub Med, Science Direct, Google Scholar) با استفاده از کلیدواژه‌های (informal payment, unofficial payment) و معادل‌های فارسی جستجو گردید و ۱۲۸ مقاله یافت شد. مقاله‌های بدست آمده بصورت مرحله به مرحله مطالعه و پالایش شد. و در نهایت ۲۰ مقاله مرتبط با اهداف مطالعه انتخاب گردید.

نتایج: یافته ها این مطالعه در ۵ بخش مهم، تعریف و شکل پرداخت غیررسمی، علل وجود پرداخت های غیررسمی، اثرات پرداخت غیررسمی، آمار پرداخت غیررسمی در جهان و ایران و سیاستهای مقابله با پرداخت غیررسمی آورده شده است.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای پرداخت‌های غیررسمی و اثرات منفی شدید بر عدالت و حاکمیت خوب، سیاستگذاران بایستی بر این موضوع و وسیله‌ای برای تضعیف این عمل تمرکز کنند. هرچند استراتژی‌ها برای کنترل پرداخت غیررسمی محدود می‌باشد استراتژی‌های تنظیم پرداخت حقوق و مزایا و تعرفه های پزشکی، تنظیم قوانین و مقررات برای مقابله با پرداخت های غیررسمی، ایجاد انگیزه و مسولیت در کارکنان سلامت و تغییر در ادراکات جامعه پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: پرداخت غیررسمی، پرداخت رسمی، پرداخت نقدی و غیرنقدی

۱. کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. استاد، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (* نویسنده مسئول)

شماره تماس: ۰۹۱۲۶۷۷۰۹۷۳ آدرس الکترونیکی: arashidian@sina.tums.ac.ir

۳. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۴. استاد، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه:

امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام های سلامت شناخته شده است. و همواره بحث پیرامون چگونگی و ترکیب تأمین مالی خدمات سلامت، یکی از چالشهای اساسی پیشروی برنامه ریزان و سیاستگذاران نظام سلامت، به ویژه در کشورهای در حال توسعه بوده است. (۱) علیرغم تمامی تلاشهایی که در این حوزه انجام شده است، هنوز هم مشاهده میشود که تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه با تسلط و غلبه پرداختهای مستقیم از جیب و کمبود نسبی ساز و کارهای پیش پرداخت مانند مالیات و بیمه سلامت صورت می گیرد. (۲) پرداخت مستقیم از جیب، معمولاً ارتجاعی ترین شیوه پرداخت برای سلامت است و روشی است که بیشترین مواجهه را با خطرات مالی کمرشکن برای افراد به دنبال دارد. (۳)

از دیدگاه اقتصادی، پرداختهای غیررسمی شکلی از تأمین مالی مستقیم از جیب محسوب میشوند، چراکه تأثیرات مشابهی بر روی تقاضا و بار تأمین مالی (در مقایسه با پرداختهای قانونی مصرف کنندگان) می گذارند. (۴) در واقع پرداخت های غیررسمی سلامت بخشی از پرداختهای مستقیم از جیب است که به طور مستقیم توسط بیماران و خانواده های آنها پرداخت می شود. و این پرداختها به یک نگرانی سیاست عمومی برای کشورهای با درآمد کم و متوسط و حتی کشورهای پیشرفته در اروپا و آسیا به دلیل بدلیل پیامدهای منفی آن تبدیل شده است. (۵)

این پرداختها منجر به کاهش عدالت در سلامت، کاهش دسترسی به خدمات و استفاده از خدمات سلامت، ناامیدی در جامعه بخصوص افراد بی بضاعت، کاهش انگیزه در ارائه کنندگان خدمت برای ارائه خدمات باکیفیت، از دست دادن اعتماد به نفس و احساس بندگی در کارکنان سلامت، فساد در بخش سلامت، ارائه اطلاعات نادرست در مورد میزان هزینه های بیماری و میزان سهم بیمار از این هزینه ها و در نتیجه تصمیمات و سیاستگذار پهای نادرست براساس این اطلاعات نادرست و عامل

اختلال در کارایی و اصلاحات در نظام سلامت می شود. (۵-۷) به منظور بررسی واکنشهای سیاسی مناسب و نامناسب به فعالیت های غیررسمی آگاهی و شناخت دلایل و نوع این پرداخت ها مهم هستند. که در این مقاله به تعریف و شکلهای پرداخت غیررسمی، علل و اثرات این پرداخت ها و در نهایت سیاست های مقابله با آن پرداخته شده است.

روش بررسی:

این مقاله یک مطالعه مروری است و مقالات مرتبط با موضوع از متون منتشر شده و سایت های معتبر انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفت. مطالعاتی که در زمینه پرداخت غیررسمی در بخش سلامت پرداخته بودند با کلید واژه "پرداخت غیررسمی" در پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران، بانک اطلاعات نشریات کشور، و کلید واژه های انگلیسی "informal payment" و "Unofficial payments" در بانک اطلاعاتی Springer, Medline, Science Direct و google scholar جستجو و جمع آوری گردید. که با توجه به تعداد اندک مطالعات، محدودیت زمانی نادیده گرفته شد. در این مرحله ۵ مقاله فارسی و ۱۲۳ مقاله انگلیسی یافت شد. در مرحله بعد عناوین و چکیده مطالعات جستجو شده توسط پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله هم ۳ مقاله فارسی و ۴۸ مقاله انگلیسی غربال گردید. پس از تعیین ارتباط و تناسب با موضوع، متن کامل مطالعات بررسی و موارد تکراری و غیر مرتبط حذف شدند و به صورت کامل ۱۷ مقاله برای استخراج نهایی مقالات انتخاب شد. در این مرحله سعی شد تا با حساسیت زیادی مقالات انتخاب شود و پس از بررسی بیشتر ویژگی کار بالاتر رفت تا مقالات نامربوط وارد مطالعه نهایی نشود. دلیل حذف برخی مقالات نامربوط بودن کلی آنها و در مرحله بعد انحراف داشتن از هدف کلی مطالعه بوده است. در ادامه، مطالعات باقی مانده از مرحله غربالگری برای تحلیل براساس نویسنده، سال مطالعه، محل مطالعه و نتایج کلیدی در جدول شماره ۱ خلاصه سازی شدند.

جدول شماره ۱- مقایسه مطالعات استفاده شده در تحقیق حاضر

منبع	سال انجام شده	محل انجام مطالعه	نتایج
Liaropoulos	۲۰۰۸ میلادی	یونان	۳۶٪ بیماران درمان شده در بیمارستان پرداخت غیررسمی داشتند. نوع پذیرش و عمل جراحی از عوامل تاثیرگذار بر این نوع پرداخت ها بودند.
Özgen	۲۰۱۰ میلادی	ترکیه	۳۱٪ (میانگین ۲۱ دلار) استفاده کنندگان مراقبت سلامت پرداخت غیررسمی داشتند و بیشتر پرداخت ها (۷۰٪) به صورت نقدی شکل گرفته است.
Vian	۲۰۰۶ میلادی	آلبانی	این مطالعه رفتار، باور و نگرش مردم نسبت به پرداخت های غیررسمی به کارکنان سلامت را مورد بررسی قرار داده و سیاستگذاری های مورد نیاز برای مقابله با آن را مشخص نموده است.

منبع	سال انجام شده	محل انجام مطالعه	نتایج
Vian	۲۰۰۶ میلادی	آلبانی	نتایج این مطالعه نشان می دهد که عوامل ترویج پرداخت غیررسمی در آلبانی شامل حقوق کم کادر درمانی، تمایل به دریافت خدمات بهتر، ترس از دریافت درمان نامناسب و سنت دادن هدیه برای ابراز حق شناسی می باشد.
Balabanova	۲۰۰۲ میلادی	بلغارستان	پرداخت های غیررسمی نقدی برای عمل جراحی، تولد بچه، تجهیزات مهم و پزشکان مشهور یک امر رایج است. بیشتر پرداخت های نقدی در پایان یا در طول درمان و بیشتر هدیه ها قبل از درمان صورت گرفته بود.
Lewis	۲۰۰۷ میلادی	کشورهای درحال توسعه	این مطالعه به دیدگاه کلی از پرداخت غیررسمی، شواهد از فراوانی و مقدار آن و مجموعه ای از سیاستگذاری های مناسب برای شناسایی و مقابله با آن پرداخته است.
Stringhini	۲۰۰۹ میلادی	تانزانیا	این مطالعه علت و راه های پرداخت غیررسمی را از دیدگاه کارکنان سلامت مورد ارزیابی قرار می دهد مشارکت کنندگان اظهار کردند که گرفتن رشوه منجر به احساس بیگاری و از دست دادن اعتماد به نفس در آنها می شود.
Tomini	۲۰۱۱ میلادی	آلبانی	سن، محل سکونت، آموزش، وضعیت سلامت و بیمه به عنوان عوامل تاثیرگذار بر پرداخت غیررسمی شناخته شده اند.
Delcheva	۱۹۹۷ میلادی	بلغارستان	۴۲ درصد استفاده کنندگان خدمات سلامت برای خدماتی که رسماً رایگان بودند پرداخت غیررسمی داشته اند. این پرداخت ها برای طیف گسترده ای از خدمات و به گروه های مختلف، از جمله پزشکان، پرستاران و کارکنان فرعی بوده است. میزان پرداخت به این افراد بین ۳٪ الی ۱۴٪ از متوسط درآمد ماهانه بوده است.
Gaal	۲۰۰۶	کشورهای با درآمد کم و متوسط	این مطالعه به تعریف و اشکال مختلف و اثرات پرداخت غیررسمی، و سیاستهای کاربردی با توجه به تجارب کشورهای توسعه یافته پرداخته است.
Mæstad	۲۰۰۷	تانزانیا	بیماران پرداخت غیررسمی را به منظور دریافت خدمات با کیفیت بالاتر و زمان انتظار کوتاه تر پرداخت می کنند. از طرف دیگر کارکنان سلامت به منظور جبران حقوق کم خود این نوع پرداخت ها را دریافت می کنند.
Ensor	۲۰۰۴	کشورهای در حال گذر	این مطالعه پرداخت غیررسمی را در سه گروه هزینه مشارکت، سوء استفاده از قدرت بازار و پرداخت برای خدمات اضافی قرار می دهد. و به کارایی سیاستهای نظارتی و مقررات مقابله به آن می پردازد.
Ensor	۲۰۰۱	کشورهای کم درآمد	این مقاله نشان می دهد که چگونه بازارهای غیر رسمی ممکن است در چهار چوب بخش مراقبت های سلامت در یک اقتصاد در حال توسعه به کار گرفته شوند و به اثرات فعالیت های بازار غیر رسمی در بخش سلامت می پردازد.
Gaal	۲۰۰۶	مجارستان	حجم پرداخت غیررسمی در مجارستان برابر ۷۷-۲۴۲ میلیون دلار است که حدود ۱.۵-۴.۶ درصد از کل هزینه های سلامت را تشکیل می دهد.
غیائی پور	۱۳۹۰	ایران (تهران)	این مطالعه که در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته حاکی از آن است که ۲۱ درصد از افراد تحت مطالعه به کارکنان بیمارستان پرداخت غیررسمی داشته اند و میانگین پرداخت ها ۱۱۸۳۳ تومان بوده است. این پرداختها برای خدمه بوده و یک نفر از آنها علاوه بر خدمه، به نگهبان نیز پرداخت غیررسمی نموده است و هیچ یک از این افراد پرداخت به پزشک و یا سایر کارکنان را گزارش ننموده است.
خدایرادی	۱۳۹۴	ایران (تهران)	این مطالعه که در بیمارستانهای شهر ارومیه انجام گرفته نشان می دهد که حدود ۳۰٪ بیماران (میانگین ۲۰۳ هزار تومان) پرداخت غیررسمی داشته اند. ۱۱٪ بیماران به پزشکان (میانگین ۵۰۳ هزار تومان)، ۵٪ به پرستار (میانگین ۲۰ هزار تومان) و ۱۷٪ به سایر کارکنان (میانگین ۱۶ هزار تومان) پرداخت غیررسمی را داشته اند. همچنین این مطالعه نشان می دهد که پرداخت غیررسمی در بیمارستان های آموزشی ۱۹٪ در بیمارستان های خصوصی ۴۲٪ و در بیمارستان تامین اجتماعی ۴۴٪ بوده است.
ستایش	۱۳۸۶	کرمان	اکثریت مردم در مورد پرداخت های زیرمیزی به کارکنان سلامت آگاهی دارند و با اخذ این نوع پرداختها مخالف بوده اند. هرچند حدود نصف مشارکت کنندگان با این پرداخت ها برخورد داشتند.

یافته ها

با توجه به هدف مطالعه و مطالعات بررسی شده، یافته ها به ۵ بخش مهم (تعریف و شکل پرداخت غیررسمی، علل وجود پرداخت های غیررسمی، اثرات پرداخت غیررسمی، آمار پرداخت غیررسمی در جهان و ایران و سیاستهای مقابله با پرداخت غیررسمی) دسته بندی شد.

تعریف و شکل پرداخت غیررسمی:

تعاریف مختلفی برای پرداخت غیررسمی در متون علمی یافت می شود که در زیر به بعضی از آنها اشاره می کنیم:

پرداخت غیررسمی پرداختهایی هستند که به افراد یا سازمان ارائه دهنده سلامت به صورت نقدی یا غیر نقدی، پرداخت می شود و این پرداختها خارج از کانالهای پرداخت رسمی شکل می گیرند.(۸، ۹)

پرداخت غیررسمی، پرداخت هایی هستند که اعم از پولی یا غیرپولی، توسط یک فرد به یک نفر از کارکنان مراقبت صورت می گیرد و بخشی از حقوق رسمی کارکنان را تشکیل نمی دهد. این پرداختها ممکن است مورد انتظار یا پیش بینی نشده باشد و ممکن است بابت خدمات روزمره و معمولی یا برای خدماتی اضافی که یکی از کارکنان انجام می دهد، تعلق گیرد.(۴)

پرداخت های غیررسمی در یک تعریف کلی طبق تعریف مائورین لوئیز عبارتست از الف: پرداخت به اشخاص یا موسسات ارائه دهنده خدمت به صورت نقدی یا غیر نقدی، خارج از کانالهای پرداخت رسمی و ب: یا پرداخت بابت خرید دارو و تجهیزات پزشکی توسط بیماران یا خانواده آنها که تهیه آنها بر عهده سیستم مراقبت سلامت دولتی و واحد ارائه کننده خدمت باشد. البته خرید داوطلبانه دارو و تجهیزات از بخش خصوصی، درزمره پرداختهای غیر رسمی قرار نمی گیرد.(۱۰)

پرداختهای غیررسمی به عنوان پرداختهایی تعریف می شود که به ارائه دهندگان سلامت برای خدماتی که برای بیمار بایستی بدون هزینه باشد صورت می گیرد. و می تواند به شکلهای مختلف باشد پرداخت نقدی، مشارکت بلاعوض (کالا و خدمات مانند دارو، غذا، مراقبت پرستاری، تهیه خون، تست آزمایشگاهی) و هدیه (شکلات، آب میوه، شیرینی، گل).(۱۱)

علل وجود پرداخت های غیررسمی:

پرداخت غیررسمی برای مراقبت های سلامت می تواند به عنوان یک استراتژی برای مقابله با کمبود منابع و عملکرد ضعیف در هر دو طرف عرضه و تقاضا باشد. بیماران در طرف تقاضا ممکن است پرداخت غیررسمی را به منظور به جلو انداختن نوبت، دریافت خدمات بهتر و با کیفیت بالاتر، دسترسی راحت تر به خدمات، مراقبت بیشتر و ایجاد رابطه با پزشکان یا کارکنان دیگر سلامت به منظور بیمه در صورت نیاز

به خدمات یا مراقبت برای رویدادهای مربوط به سلامتی در آینده به ارائه دهندگان سلامت بپردازند. و از طرف دیگر ارائه دهندگان در طرف عرضه، ممکن است پرداخت غیررسمی را به منظور افزایش حقوق کم خود دریافت کنند. در واقع دستمزد کم، پرداخت حقوق و دستمزد نامنظم، عدم توجه دولت باعث می شود ارائه دهندگان به خصوص پزشکان، این نوع پرداختها را دریافت کنند. و مشارکت مالی بیماران را تنها منبع درآمدی خود برای پرکردن این شکاف می دانند.(۹، ۱۲)

- دلایل پرداخت غیررسمی را می توان به ۳ دسته تقسیم کرد:

۱- عوامل در ارتباط با محیط

- مازاد پزشکان، تخت بیمارستانی و کادر درمانی
- تعریف و معرفی ضعیف خدمات پایه بهداشتی برای مردم
- عملکرد ضعیف خریداران دولتی، بیمه ها و ...

۲- عوامل مربوط به عرضه

- درآمد پایین کادر درمان
- عدم وجود پاسخگویی (ذیحسابی) در اداره منابع و تسهیلات

۳- عوامل مربوط به تقاضا

- عوامل فرهنگی
- ترس از عدم درمان
- میل به حمایت از پزشکان
- عدم اطمینان به دولت و بیمه های خصوصی(۱۳)
- علت ها و دلایل مختلف وجود پرداخت غیررسمی را می توان به شکل زیر خلاصه کرد:

الف) فرهنگ هدیه دادن ب) حقوق پایین کارکنان پزشکی پ) کمبود منابع و تدارکات مواد ت) قدرت چانه زنی کارکنان پزشکی با بیمار(کیفیت پایین خدمات) نظارت ضعیف در سیستم سلامت ج) عدم قوانین و عدم پاسخگویی دولت.(۱۲، ۱۴)

اثرات پرداخت غیررسمی:

هنگامی که تامین مالی سیستم سلامت تا حدود زیادی به وسیله پرداخت غیر رسمی تامین شود ارائه دهندگان انگیزه برای ارائه خدمات جذاب تر اما غیر ضروری که به ناکارآمدی بیشتر تولید منجر می شود پیدا میکنند. پرداخت غیررسمی به عنوان عامل اختلال در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و کارایی سیستم و همچنین به عنوان یک مانع بر سر راه اصلاحات سلامت عمل می کند. علاوه بر اینکه پرداخت های غیر رسمی، پرداخت مستقیم از جیب را افزایش می دهد. آن همچنین ممکن است مخارج کمر شکن سلامت و فقر را در میان افراد فقیر افزایش می دهد و همچنین اثرات منفی بر عدالت و سلامت داشته باشد و همچنین در مورد افرادی که بیمه دارند و این نوع پرداخت ها را داشته باشند شک و تردید در مورد اثر محافظت ریسک مالی به وجود می آورد.(۵)

دلیل ماهیت غیر قانونی یا غیراخلاقی بودن آن از گزارش این نوع پرداخت ها سرباز می زنند. (۱۸) باوجود این مطالعات زیادی در ارتباط با پرداخت غیررسمی انجام گرفته است. هر چند منابع داده ها متفاوت است و مطالعات در سطح ملی، خانواده و یا مطالعات فساد صورت گرفته است در تعدادی از کشورها در ایالت ودر بعضی دیگر در قسمتی از ایالت صورت گرفته است. شواهد زیادی موجود است که بیانگر آن است که پرداخت های غیر رسمی در کشور های کم در آمد و با درآمد متوسط، منبع اصلی تامین مالی مراقبت سلامت محسوب می شود در لهستان پرداخت های غیر رسمی تخمین زده می شود که دو برابر حقوق پزشکان باشد دربنگلادش پرداخت های غیر رسمی بیش از ده برابر حقوق رسمی است و در کامبودیا ۵ برابر است. مطالعات اخیر نشان میدهد که دستمزد های غیر رسمی ۱۰ الی ۴۵ درصد کل مخارج مستقیم از جیب برای سلامت را در کشورهای کم درآمد را به خود اختصاص می دهد. (۷) مطالعه ای که در بیمارستانهای شهر ارومیه انجام گرفته نشانه آن است که پرداخت غیررسمی ۱۵ درصد پرداخت مستقیم از جیب بیماران به بیمارستان را تشکیل داده است. (۱۹)

مطالعه ای که توسط Liaropoulos در بیمارستانهای یونان در ارتباط با پرداخت های غیررسمی انجام گرفته است که ۳۶٪ بیماران به پزشکان، ۱۱٪ به پرستار و ۸/۵٪ به سایر کارکنان پرداخت غیررسمی را داشته اند. (۲۰) مطالعه ای دیگر که توسط ozgen در ترکیه انجام گرفته است نشان می دهد که ۳۱٪ بیماران برای دریافت خدمات و مراقبت های سلامت به کارکنان سلامت پرداخت غیررسمی را داشته اند. (۵)

دامنه پرداخت های غیررسمی بسیار گسترده بوده و از ۳ درصد در پرو تا ۹۶ درصد در پاکستان متغیر است. از لحاظ منطقه ای، جنوب آسیا به شدت متکی به پرداخت غیررسمی است. آسیای شرقی دو بخشی است در کشورهای همچون تایلند و اندونزی با سطح کم و در کشورهای کمونیستی سابق مانند کامبوج ۵۵ درصد و ویتنام ۸۱ درصد می باشد. آمریکای لاتین و اروپای شرقی یک توزیع گسترده از پرداخت های غیررسمی با سطح کم در بعضی از کشورها و سطح بالا در تعدادی دیگر همراه است. (۹)

دو مطالعه در این زمینه در داخل کشور انجام شده است مطالعه انجام گرفته توسط خدایرادی و همکاران که در بیمارستان های شهر ارومیه انجام گرفته است نشان می دهد که ۱۱٪ بیماران به پزشکان (میانگین ۵۰۳ هزار تومان)، ۵٪ به پرستار (میانگین ۲۰ هزار تومان) و ۱۷٪ به سایر کارکنان (میانگین ۱۶ هزار تومان) پرداخت غیررسمی را داشته اند. در مجموع حدود ۳۰٪ بیماران (میانگین ۲۰۳ هزار تومان)

احتمال تفاوت در خدمات بین افرادی که پرداخت غیررسمی داشته اند و افرادی که چنین پرداختهایی نداشته اند یکی از نگرانی های اصلی در زمینه نابرابری و بی عدالتی در سیستم سلامت است و می تواند وضعیت سلامت را بدتر کند. به عنوان مثال در قزاقستان، پزشکانی که در بخش دولتی کار می کنند خدمات باکیفیت تر برای افرادی که این نوع پرداختها را داشته اند نسبت به افرادی که چنین پرداخت هایی نداشته اند ارائه داده اند. نگرانی دیگر در این زمینه از دست دادن اعتماد به نظام سلامت و پزشکان می باشد. (۱۴)

از طرفی دیگر برخی از نویسندگان پیشنهاد می کنند که بخشی از این پرداخت ها را می توان به عنوان هزینه مشارکت در نظر گرفت از آنجایی که ممکن است آنها اطمینان حاصل کنند کارکنانی که این پول را دریافت می کنند در محل خدمت خود باقی بمانند. (۱۵) محققان جنبه های مثبت پرداخت غیررسمی را در برخی از کشورها مورد بحث قرار داده اند. برای مثال، مطالعات نشان می دهند که پرداخت های غیررسمی برای ایجاد رابطه مستمر بین کارکنان و ارایه دهندگان، بهبود روحیه کارکنان، حفظ کارکنان سلامت و ممانعت خروج از سیستم دولتی عمل می کند. و به بیماران اجازه می دهد که به ارائه دهندگان ابراز احترام نمایند. (۱۶)

حتی اگر پرداخت های غیر رسمی شکل یکسانی از دستمزد رسمی به خود بگیرد همان طور که گال آن را ذکر کرده است آنها در بدترین شکل ممکن از تامین مالی خصوصی می توانند باشد.

اولا آنها یک مانع دسترسی به خدمات سلامت می باشد و به دلیل عدم وجود سیاست های معافیته و اختیاری نبودن پرداخت ها بیشتر از پرداخت های رسمی بر فقر تاثیر می گذارد.

دوما پرداخت های غیر رسمی خطر بالقوه ای برای کارایی مراقبت های سلامت محسوب می شود که منابع را به سمت خدماتی که سودآور هستند نه به خدماتی که بیشترین اثربخشی را دارند و به بیمارانی که سودآوری بیشتری دارند نه به کسانی که بیشترین نیاز را دارند هدایت می کند.

سوما آنها انگیزه های منفی را ایجاد می کنند که مانع برای سیاست های سلامت می باشد.

و در نهایت ماهیت غیر رسمی پرداخت های غیر رسمی توانایی دولت ها برای بالا بردن منابع مالی و تنظیم تامین مالی سلامت را تضعیف میکند. (۱۴، ۱۷)

آمار پرداخت غیررسمی در جهان و ایران:

به دلیل ماهیت مخفیانه پرداخت غیررسمی، محاسبه دقیق آن مشکل است. این پرداختها اغلب غیرقانونی بشمار می روند و اغلب گزارش یا ثبت نمی شوند. و بیماران و ارایه دهندگان به

مناطق غیرپایلوت تغییری در این نوع مخارج حاصل نشده بود در هر دو برنامه به مساوی بودن میزان دریافتی ارائه‌دهندگان سلامت هم توجه شده است. (۹)

شیوه پرداخت، اساس انگیزه برای تولید و عملکرد ایجاد می‌کند دستمزدهای کم و سوسه نهفته برای فساد به همراه دارد. وقتی که درآمد پایین باشد افراد مجبور خواهند شد شغل دومی و سومی داشته باشند و همچنین آنها از بیماران درخواست مالی کنند. شواهدی از تعدادی از کشورها اگرچه پیشنهاد می‌کند که پرداخت بیشتر برای جلوگیری از فساد ضروری نیست اما پرداخت دستمزدی که مناسب با شرایط کاری است از پرداخت غیررسمی جلوگیری می‌کند. (۹)

۲- رسمی کردن پرداخت های غیررسمی

اگر درآمد بیمه یا مالیات بیشتر برای شکاف بودجه میسر نباشد رویکرد دوم دریافت پرداخت های مستقیم از جیب به وسیله رسمی کردن پرداخت های غیررسمی می باشد. به نظر می رسد که برخی از پشتیبانی ها برای این کار وجود دارد. در یک مطالعه در بلغارستان نشان داد که بیشتر از دوسوم این پرداخت ها مشروعیت داشته اند. (۲۵) در برخی از کشورها این پرداخت ها حالت نیمه رسمی دارند. برای مثال در چین یک سیستم نظام مند از پرداخت های رسمی و غیررسمی با پرداخت های رسمی سفید (پرداخت های بیماران که توسط دولت تحمیل و اجباری شده است)، پرداخت های خاکستری (توسط مراکز جمع آوری می شود اما تحمیلی نیستند)، پرداخت های سیاه (رشوه های پنهان بیمار که به پزشکان انفرادی داده می شود) وجود دارد. (۲۶)

در حال حاضر مقالات زیادی در مورد تاثیر توسعه پرداخت های استفاده کنندگان (بیماران) در کشورهای با درآمد کم و متوسط وجود دارد. این نکته قابل توجه است که بیشتر مقالات اثرات دستمزدهای غیررسمی را مورد بررسی قرار نداده اند اهمیت این موضوع به این دلیل است که اثر مشاهده شده پرداخت های استفاده کنندگان قویا تحت تاثیر شیوع یا نبود پرداخت های غیررسمی است. اثر خالص یک سوال تجربی است و بیشتر وابسته به روش تعریف پرداخت ها دارد. پرداخت هایی که برای ارائه خدمات ضروری توسط مراکز سلامت جهت تامین مالی نگهداری می شود انگیزه هایی برای کارکنان سلامت فراهم می کند و این پرداخت های نگهداری شده به احتمال زیاد تاثیر قابل توجه در کاهش پرداخت های غیررسمی دارد. هر چند کارهای تجربی بیشتر در این زمینه برای نشان دادن اثر کلی و پیش شرطی برای کاهش هزینه مشارکت پرداخت های غیررسمی لازم است. (۲۷)

این امر می تواند اشتباه برانگیز باشد که رسمی کردن یا تضمین دریافتی ارائه کنندگان، پرداخت غیررسمی را ریشه

پرداخت غیررسمی داشته‌اند. همچنین این مطالعه نشان می‌دهد که پرداخت غیررسمی در بیمارستان‌های آموزشی ۱۹٪ در بیمارستان‌های خصوصی ۴۲٪ و در بیمارستان‌های تامین اجتماعی ۴۴٪ بوده است. میانگین پرداخت در این سه نوع مالکیت بیمارستانی به ترتیب برابر ۴۳، ۲۰۸، ۴۱۹ هزار تومان به ازای افراد پرداخت کننده بوده است. (۱۹) مطالعه خانم غیائی پور (۱۳۸۸) که در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام داده است حاکی از آن است که ۲۱ درصد از افراد تحت مطالعه به کارکنان بیمارستان پرداخت غیررسمی داشته اند و میانگین پرداخت ها ۱۱۸۳۳ تومان بوده است. (۲۱)

سیاستهای مقابله با پرداخت غیررسمی:

کارشناسان حوزه سلامت معتقدند که پرداخت‌های غیررسمی برای بخش سلامت، حکومت و جامعه مضرند و بایستی کنترل شوند با این حال تعدادی کمی استراتژی برای مقابله با پرداخت غیررسمی وجود دارد در زیر به چند استراتژی که در کشورهای مختلف اجرا شده است یا در مطالعات مربوط به این زمینه، بحث شده است اشاره می‌کنیم.

۱- تضمین دریافتی ارائه دهنده خدمت از جانب دولت:

پرداخت‌های غیررسمی نشان‌دهنده کمبود منابع در بخش سلامت می‌باشد. (۲۲) یک رویکرد برای کاهش شکاف منابع و بودجه این است که سطح منابع اختصاص یافته به بخش سلامت افزایش یابد. در همین راستا تعدادی از کشورهای درحال گذر طرح‌های بیمه ای را براساس مالیات اختصاصی حقوق و دستمزد به عنوان یک راه به دست آوردن بودجه بیشتر برای بخش سلامت را توسعه داده اند. (۲۳) البته حکومت‌ها بر این فرض بودند که اجرای سیستم بیمه سلامت پرداخت غیررسمی را هم حذف می‌کند. هرچند بیمه سلامت بودجه کافی برای بهتر شدن حقوق و کاهش پرداخت‌های غیررسمی فراهم می‌کند ولی تجربه در بعضی کشورها نشان داد که این نوع پرداخت‌ها با اجرای بیمه سلامت ریشه‌کن نمی‌شوند. (۲۲)

کارشناسان دلیل اصلی پرداخت‌های زیرمیزی را حقوق کم پرسنل سلامت می‌دانند در این راستا بعضی از کشورها برنامه‌های افزایش دستمزد رسمی را اجرا کردند که در مهار این نوع پرداخت‌ها اثر مثبت داشت. (۹) شواهدی از کامبوج، کلمبیا، جمهوری چک و قرقیزستان نشان می‌دهد تغییرات در سیستم پرداخت که در بر گیرنده افزایش حقوق باشد می‌تواند پرداخت‌های غیررسمی یا زیر میزی را کاهش دهد. (۲۴) در جمهوری قرقیزستان یک طرح ارتقاء دستمزد رسمی در دو منطقه، کاهش شدید دستمزد غیررسمی را به همراه داشته است. به طوریکه مشارکت بلاعوض (برای غذا و پتو) در این ناحیه‌ها بیش از ۵۰ درصد کاهش یافته است درحالی‌که در

توانند جایگاه اقتصادی خود را برای کنترل دسترسی به درآمد موردنظر خود را حفظ کنند.

هزینه (ریسک دریافت) پرداخت های غیررسمی برای کارکنان به وسیله قابلیت تضرر و به دلیل لو رفتن موضوع و احتمال دستگیری تعیین می شود. اساس تنظیم قوانین، افزایش مقدار هزینه پذیرش پرداخت های غیررسمی است. یک رویکرد مجازات گرانه تنها زمانی کارساز است که کارکنان احساس کنند مجازات به اندازه کافی شدید هستند به طوریکه هزینه پذیرش پرداخت های غیررسمی بیشتر از سود آن است. اگر دستمزد کارکنان کم باشد و مجازات اصلی دریافت پول زیرمیزی، از دست دادن شغل باشد این عامل منجر به ترک کارکنان آن حوزه خواهد شد. برای حل این مشکل باید دستمزد رسمی افزایش یابد. تعدادی استراتژی در مقالات مربوط به تنظیم مقررات برای کنترل این رفتار وجود دارد که در جدول شماره ۲ به ۵ مورد اشاره شده است. (۱۳)

کن می کند. هنوز این احتمال وجود دارد که پرداختها با خدمات اضافی و سوء استفاده از قدرت در ارتباط است. در واقع محدود کردن منافع به گروه های خاص و اعمال هزینه ها به تعدادی مردم و خدمات، دامنه بیشتری برای رانت خواری از طریق کنترل سهمیه بندی و دسترسی به خدمات ایجاد می کند. (۲۸)

۳- تنظیم قوانین جهت جلوگیری سوء استفاده از قدرت: رسمی سازی ممکن است به تمایز بین پرداخت هایی که اساسا واکنش های حیاتی هستند از پرداخت هایی که براساس سوء استفاده از قدرت انجام می شود کمک کند. ریشه کنی یا کاهش مشکل سهم پرداخت های غیررسمی ضرورتا رفتار جستجوی رانت خواری افرادی که درآمد غیررسمی را دارند را از بین نمی برد. حتی اگر تعدادی بسته های محدود خدماتی برای گروه های ذینفع اقلیت، فراهم شود همچنان پزشکان می

جدول شماره ۲- استراتژی های تنظیمی کنترل پرداخت غیررسمی

نظرات	ارتباط با بخش سلامت	استراتژی
مجازات تنها زمانی عمل می کنند که انگیزه هایی در درون بخش سلامت وجود دارند. مجازات کننده بایستی مستقل باشد.	استانداردهای رفتاری- آیین سلوک* که با وضع مجازات تسهیل می شود.	۱- نظارت و کنترل استانداردها) به وسیله لایحه های کیفی تسهیل می شود).
آیا عموم به مجری سیاست اعتماد دارند. باید تشویق زیادی جهت اجرا انجام شود.	انجمن پزشکی که استاندارد های سلوک را اجرا می کند.	۲- خود تنظیمی(تنظیم به وسیله گروه های حرفه ای
گستره محدود	اجازه کار خصوصی و ایجاد رقابت های درونی	۳- انگیزه ها و کنترل بهبود بازار (انگیزه های عمومی برای رفتار خوب
نیازمند روش ثانویه پایدار، پذیرش عمومی اینکه پرداخت ها سودمند نیستند.	نظرسنجی عمومی	۴- فاش کردن(اسم بردن و خجالت زدگی خاطی)
نهادینه کردن تعهد به قانون در فرد	بیانیه حقوق بیمار که توسط قانون حمایت می شود.	۵- حقوق و قانون مسولیت پذیری

* Code of conduct:

بیانیه ای رسمی از روش های پسندیده برای پژوهش گران و سایر صاحبان حرفه که می باید به وسیله این افراد رعایت و اجرا شود. ممکن است مجازات هایی هم برای سرپیچی از این آیین نامه ها در نظر گرفته شود. مانند سوگند نامه بقراط، اعلامیه هلسینکی

منبع- گرفته شده از (Tim Ensor 2004)

است. و پیامهایی با عنوان(کپی کردن فیلم غیر قانونی است) توزیع می کنند تا از این عمل جلوگیری کنند.(۲۴)البته یافته های دو مطالعه ای که در داخل کشور انجام گرفته (۱۷)، (۲۹) نشان می دهد که مردم در حال حاضر بر این باورند که پرداخت های غیررسمی اشتباه است. بنابر این تلاش برای متقاعد کردن مردم که پرداخت های غیررسمی نوعی فساد است اثر چندانی در کاهش این عمل ندارد. پس استراتژی های تغییر رفتار بهتر است بر شکستن زنجیره ای از اعتقاد به اینکه

۴- تغییر ادراکات و باورهای مرسوم در جامعه:

در کشور آلبانی بخش عمده آموزشهای عمومی برای مبارزه با پرداخت های غیررسمی بر باورهای اخلاقی مردم متمرکز دارد به عنوان مثال تعدادی سازمانهای غیردولتی در بیمارستانها پوسترهایی با پیام اینکه (رشوه دادن فساد است) توزیع می کنند. یک رویکرد مشابه در رسانه های استرالیا در مبارزه با دزدی فیلم مورد استفاده قرار می گیرد. با این فرض که مردم تشخیص نمی دهند که خرید فیلم های دزدیده شده اشتباه

کنند، بالاتر است. در کشورهای مختلف اصطلاحات متفاوتی برای اینگونه پرداخت ها به کار می رود: «پول رومیزی»، «پول های سیاه»، «پول های خاکستری» و «پول جاری» (۴) پرداخت های خصوصی به پزشکان، پرستاران و سایر اعضای تیم سلامت موجب پیدایش یک بازار غیررسمی در داخل شبکه نظام سلامت می گردد که چنین پرداخت هایی خارج از کنترل های مالی دولت، دستورالعمل های اجرایی و خط مشی ها و حسابرسی های موجود در نظام سلامت ملی قرار دارند. و به مانند اکثر بخش های غیررسمی دیگر، اغلب غیرقانونی و گزارش نشده هستند. در حقیقت پرداخت های غیررسمی نوعی فساد اداری محسوب می شوند. موضوع پرداخت غیررسمی به طور اجتناب ناپذیری با فساد در ارتباط است و به عنوان استفاده از اداره عمومی برای منافع شخصی به کار می رود. و شایعترین این پرداختها آن است که ارائه دهندگان با استفاده از قدرت خود و یا موقعیت بازار از بیماران یک مبلغ اضافی را دریافت می کنند.

هنگامی که تامین مالی سیستم سلامت تا حدود زیادی به وسیله پرداخت غیر رسمی تامین شود ارائه دهندگان انگیزه برای ارائه خدمات جذاب تر اما غیر ضروری که به ناکارآمدی بیشتر تولید منجر می شود پیدا میکنند. پرداخت غیررسمی به عنوان عامل اختلال در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و کارایی سیستم و همچنین به عنوان یک مانع بر سر راه اصلاحات سلامت عمل می کند.

در بسیاری از کشورها دریافت پرداختهای غیررسمی غیرقانونی بوده و در برخی کشورها دریافت خارج از چارچوب تعرفه های قانونی به رغم مخالفتهای انجمن های پزشکی آن کشورها، از طریق پلیس قابل پیگرد و برخورد مستقیم شده است. به گونه ای که پلیس شماره تلفنی را ویژه شکایات مربوط به این مورد اختصاص داده است. در کشورمان هرچند پرداخت زیرمیزی، غیرقانونی محسوب می شود ولی مطالعات نشان می دهد که در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان به وفور مشاهده می شود و امروزه به یکی از موضوع های چالش برانگیز نظام سلامت تبدیل شده است. در نتیجه با توجه به شیوع بالای آن و اثرات منفی شدید بر عدالت و حاکمیت خوب، سیاستگذاران بایستی بر این موضوع و وسیله ای برای تضعیف این عمل تمرکز کنند. هرچند استراتژی ها برای کنترل پرداخت غیررسمی محدود می باشد. استراتژی های تنظیم پرداخت حقوق و مزایا و تعرفه های پزشکی، تنظیم قوانین و مقررات برای مقابله با پرداخت های غیررسمی، ایجاد انگیزه و مسولیت در کارکنان سلامت و تغییر در ادراکات جامعه پیشنهاد می شود.

گفته می شود شما بایستی برای دریافت مراقبت با کیفیت بالا پرداخت های غیررسمی داشته باشید و اگر شما این نوع پرداخت نداشته باشید اذیت خواهید شد، تمرکز یابد. و این امر وقتی میسر خواهد شد که مردم متقاعد شوند که پرسنل پزشکی در مراکز ارائه خدمت به اندازه کافی از طریق کانال های رسمی به آنها پول پرداخت می شود. که مردم می توانند خدمات باکیفیت، بدون پرداخت های غیررسمی دریافت کنند و همچنین کارکنان پزشکی برای گرفتن پول بیشتر از بیماران تنبیه می شوند. (۲۴) داده های کیفی از آلبانی نشان می دهد که مردم ممکن است به دلیل اینکه پرسنل، پرداخت رسمی ناکافی دارند احساس تعهد کنند که پرداخت مالی به آنها را داشته باشند. (۳۰)

استراتژی دیگر به اطلاع عموم رساندن برنامه های ارتقاء کیفیت می باشد که این می تواند به متقاعد کردن مردم برای اینکه آنها خدمات باکیفیت مناسب دریافت می کنند بدون اینکه آنها پرداخت های غیررسمی را داشته باشند کمک می کند.

در نهایت در نظر گرفتن مجازات برای پزشکان و کسانیکه بر دریافت پرداخت های غیررسمی اصرار دارند در جامعه این تصور به وجود می آید چون یک پزشک برای دریافت غیررسمی تنبیه می شود آنها هم از دادن این نوع پرداخت های خودداری می نمایند. (۲۴)

نتیجه گیری

پرداخت های غیررسمی به عنوان پرداختهایی تعریف می شود که به ارائه دهندگان سلامت برای خدماتی که برای بیمار بایستی بدون هزینه باشد صورت می گیرد. و می تواند به شکل های مختلف باشد پرداخت نقدی و غیرنقدی (هدیه و تعهد به خدمت). (۱۰، ۱۱)

از دیدگاه اقتصادی هم این پرداختها شکلی از تامین مالی مستقیم از جیب محسوب میشوند، چرا که تأثیرات مشابهی بر روی تقاضا و بار تامین مالی (در مقایسه با پرداختهای قانونی مصرف کنندگان) می گذارند. پرداخت های غیر رسمی غالباً زمانی شکل می گیرند که حمایت بودجه ای از نظام مراقبت سلامت به دلیل شرایط سخت اقتصاد کلان، کاهش می یابد و ارائه کنندگان در این میان برای حفظ درآمدشان تلاش می کنند. سنت های محلی نیز حائز اهمیت هستند. در برخی از کشورها، پرداخت این پول ها به خاطر انتظار دریافت مراقبت بهتر از جانب پزشکان (و یا حتی پرستاران) صورت می گیرد. این پرداخت ها، برای ارائه کنندگان که در حوزه های فعال تر یا قهرمانانه تر (مثل جراحی یا زنان و زایمان) فعالیت می

References

- Jowett M. Theoretical insights into the development of health insurance in low-income countries 2004.
- O'Donnell OA, Wagstaff A. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation: World Bank Publications; 2008.
- Report WH. Health Systems: Improving Performance. WHO Geneva; 2000.
- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity: Oxford university press; 2008.
- Özgen H, Şahin B, Belli P, Tatar M, Berman P. Predictors of informal health payments: The example from Turkey. *Journal of medical systems*. 2010;34(3):387-96.
- Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*. 2006;77(1):86-102.
- Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisongo A. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health*. 2009;7(1):53.
- Ensor T. Informal payments for health care in transition economies. *Social science & medicine*. 2004;58(2):237-46.
- Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*. 2007;26(4):984-97.
- Mæstad O, Mwisongo A. Informal payments and the quality of health care in Tanzania: results from qualitative research. 2007.
- Lewis MA. Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?: World Bank Publications; 2000.
- Tomini S, Maarse H. How do patient characteristics influence informal payments for inpatient and outpatient health care in Albania: Results of logit and OLS models using Albanian LSMS 2005. *BMC public health*. 2011;11(1):375.
- Belli P, Shahriari H. Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. 2002.
- Gaal P, Belli PC, McKee M, Szócska M. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2006;31(2):251-93.
- Ensor T, Witter S. Health economics in low income countries: adapting to the reality of the unofficial economy. *Health Policy*. 2001;57(1):1-13.
- Vian T, Gryboski K, Sinoimeri Z, Hall R. Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study. *Social science & medicine*. 2006;62(4):877-87.
- Khodamoradi A. A study of informal payments in urmia hospitals. . Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2013.
- Gaal P, McKee M. Informal payment for health care and the theory of 'INXIT'. *The International journal of health planning and management*. 2004;19(2):163-78.
- Khodamoradi A RA, Aghlmand S, Arab M, Moini M. Informal Payments and its Related Factors in Urmia Hospitals. *Hakim Research Journal*. 2015;17(4):313-21.
- Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*. 2008;87(1):72-81.
- Ghiasi-pour Maryam PA, Arab Mohamad, Mahmoodi Mahmood, Abutorabi Ali The Analysis of Informal Payments Among Hospitals Covered Under Tehran University of Medical Sciences(TUMS)2009. *hospital journal*. 2011;10(3):9-22.
- Balabanova D, McKee M. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*. 2002;62(3):243-73.
- Ensor T, Thompson R. Health insurance as a catalyst to change in former communist countries? *Health Policy*. 1998;43(3):203-18.
- Vian T, Burak LJ. Beliefs about informal payments in Albania. *Health policy and planning*. 2006;21(5):392-401.
- Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy*. 1997;42(2):89-100.
- Ensor T. What role for state health care in Asian transition economies? *Health Economics*. 1997;6(5):445-54.
- Creese AL. User charges for health care: a review of recent experience. *Health policy and planning*. 1991;6(4):309-19.
- Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health policy and planning*. 1997;12(3):273-85.
- Setaiesh MN, novzar. Ruhani, ali akbar. Study of Public Opinion, about informal payments to doctors in kerman. *Ethics in Science & Technology*. 2006;2(3):81-8.
- Vian T, Gryboski K, Hall R, Sinoimeri Z. Informal Payments in the Public Health Sector in Albania: A Qualitative Study: Final Report: Partners for Health Reformplus, Abt Associates; 2004.

Informal Payments in Health Sector and Policies to Deal With

(A Review Study)

Khodamoradi A¹, Rashidian A^{2*}, Aghlmand S³, Arab M⁴

Submitted: 2014.5.22

Accepted: 2015.8.5

Abstract

Background: Informal payments are paid to individuals /health care providing organizations offering as cash or non-cash and are formed out of formal payment channels. This study aim at identifying the types of informal payments, causes, effects and policies to deal with them.

Materials and Methods: This study was a review one and relative published articles identified by searching valid database (Medlib, SID, Pub Med, Science Direct and Google Scholar)using keywords with their equal in Persian (informal payment and unofficial payment) and 128 articles were extracted. The articles refined step by step. In conclusion, 20 articles were selected according to study aims.

Results: The study findings consist of five main sections including the definition and form of informal payments, the existent causes of informal payments, effects of informal payments, statistics of informal payments in Iran and the world and policies to dealing with this important issue.

Conclusion: Due to the high prevalence of informal payments and severe negative effects on justice and respectable governance, policy-makers should focus on this issue and reduce its effects. Although, strategies to control informal payments are limited but strategies including regulation payment and medical tariffs, regulating power abuse, providing incentives and increasing responsibility of healthcare professionals, and changes in public perception are proposed.

Keyword: Informal payment, Formal payment, Cash and non-cash payments

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

² Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences ,Tehran, Iran (* Corresponding author), Email: arashidian@sina.tums.ac.ir , Tel: 09126770973

³ Assistant Professor, Department of Public Health, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences ,Tehran, Iran