اخلاق و تاریخ پزشکی، اسفند ۱۳۹۵، دوره‌ی نهم، شماره‌ی ۶ ص ۴۷-۳۴

پرداخت‌های غیررسمی در ایران:
نتایج مطالعه‌ای مقطعی قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

مجتبی پارسا*[۱]، باقر لاریجانی[۲]، کیارش آرامش[۳]، سحرناز نجات[٤]،
اکبر فتوحی[٥]، میر سعید یکانی‌نژاد[٦]، نجات‌الله ابراهیمیان[۷]

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۶/۴/۲۹ تاریخ انتشار: ۹۶/۵/۲۵

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

پرداخت‌های غیر رسمی یا زیرمیزی پدیده‌ای است که اهمیت اخلاقی ویژه‌ای دارد و به‌نظر می‌رسد در برخی از تخصص‌های پزشکی رایج باشد. این مطالعه با هدف بررسی شیوع و عوامل موثر بر آن انجام شده است. این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی است که بین پزشکان متخصص عمدتاً جراح با تخصص‌های مختلف شرکت‌کننده در کنگره‌ها و برنامه‌های آموزش مداوم توسط پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ و قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت انجام شده است. در این تحقیق ۲۵۷ پرسشنامه وارد مطالعه شد. شیوع دریافت زیرمیزی در بین پزشکان مورد مطالعه که امکان دریافت زیرمیزی را داشتند نسبتاً زیاد (۶۳/۸ درصد) بود. پزشکان شاغل در بخش خصوصی و نیز پزشکان شاغل در شهر تهران و کسانی که نگرش مثبت به زیرمیزی داشتند بیش‌تر زیرمیزی دریافت می‌کردند. به باور پرسش شوندگان، شایع‌ترین علت، تعرفه‌های غیر واقعی و شایع‌ترین پیامد، بالا رفتن هزینه‌های بیماران بود. متأسفانه، بیش از نیمی از پزشکان یا اعتقاد به غیراخلاقی نبودن زیرمیزی نداشتند یا نظر قاطعی نسبت به این‌که این عمل غیراخلاقی است ندادند. با توجه به رابطه‌ی مستقیم بین نگرش پزشکان و دریافت زیرمیزی به‌نظر می‌رسد در زمینه‌ی نشان دادن قبح زیرمیزی به پزشکان نیاز به آموزش وجود دارد. علت شیوع کم‌تر زیرمیزی در بخش دولتی شاید نظارت بیش‌تر در این بخش باشد. به‌نظر می‌رسد با وضع راهنمای اخلاقی در جهت نشان دادن قبح دریافت زیرمیزی بین پزشکان و اصلاح ساختارهای نظام سلامت از جمله واقعی نمودن تعرفه‌ها بتوان تا حدود زیادی از بروز این پدیده جلوگیری کرد.

واژگان کلیدی: پرداخت‌های غیر رسمی، پرداخت‌های زیرمیزی، اخلاق پزشکی

[۱] استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
[۲] استاد، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
[۳] دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
[٤] دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
[٥] استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
[٦] استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
[۷] استادیار، گروه حقوق خصوصی، دانشکده ی حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، تهران، ایران.
*** نویسنده‌ی مسؤول:** بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳ ، تلفن ٦٦٤١٩٦٦١ Email: mparsa@tums.ac.ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

مقدمه

پرداخت‌های غیر رسمی[1] یا زیر میزی[2] پرداخت‌هایی هستند که به کادر پزشکی یا مؤسسات پزشکی داده می‌شود ولی الزام رسمی به پرداخت آن‌ها وجود ندارد اما انتظار این پرداخت از طرف آن‌ها وجود دارد یا این‌که آن را مطالبه می‌کنند (۱). مشکلی که در مورد تحقیقات بر روی این پرداخت‌ها وجود دارد به‌خصوص تحقیقاتی که با هدف مقایسه‌ی بین کشورها انجام می‌شود، این است که تعریف جامع مورد قبول همگان در مورد آن وجود ندارد. به‌عنوان مثال، تعاریفی که تاکید بر غیر قانونی بودن و تلقی رشوه از آن می‌شود ممکن است در بعضی از کشورها مصداق داشته باشد ولی در همه جا قابل اطلاق نیست. از طرف دیگر، میزان این پرداخت‌ها هم متغیر و از انعام‌های جزئی تا مبالغ هنگفت متفاوت است. واژه‌هایی هم که در مورد این پرداخت‌ها به‌کار می‌رود متفاوت است. واژه‌هایی مانند پرداخت قدردانی یا انعام[3]، پرداخت پاکتی[4]، پرداخت زیر میزی، پرداخت زیر پیشخوان[5] و پرداخت‌های غیردستوری[6] هر چند به‌ندرت، اما در مورد آن به‌کار می‌رود (۲). این پرداخت‌ها پدیده‌ای گسترده هستند که حداقل در ۲۲ کشور از اروپا گرفته تا آسیا و آفریقا گزارش شده است. ولی متأسفانه در بیش‌تر این کشورها برای اثبات آن شواهد تجربی کمی وجود دارد (۳). پرداخت‌های غیررسمی نه تنها در کشورهای کمونیست سابق اروپای شرقی و مرکزی و شوروی سابق به‌طور گسترده وجود دارد بلکه در سایر کشورهای با درآمد متوسط و در حال توسعه نیز وجود دارد، حتی به‌نظر می‌رسد در کشورهای با سطح درآمد بالا و اروپای غربی هم وجود داشته باشد هرچند که هنوز در حال مطالعه است (۴). میزان این پرداخت‌ها توسط بیماران هم در کشورهای مختلف متفاوت است. میزان آن در ارمنستان ۹۱ درصد برای مراقبت‌های دولتی ذکر شده است اما این میزان در اسلواکی ۶۰ و در آلبانی ۲۲ درصد است (۵). در فدراسیون روسیه پرداخت‌های غیر رسمی ۵۶ درصد کل هزینه‌های بخش سلامت را تشکیل می‌دهد (۶). در بنگلادش و کامبوج این پرداخت‌ها ۱۰ تا ۴۵ درصد از کل هزینه‌های خارج از جیب[7] برای مراقبت سلامت را تشکیل می‌دهد (۷). در تاجیکستان دو سوم کل هزینه‌های سلامت از طریق پرداخت‌های خارج از جیب است که بخش عمده‌ای از آن از طریق پرداخت‌های غیر رسمی است (۸). شواهد نشان می‌دهد در برخی کشورهای آفریقایی مانند اوگاندا، موزامبیک و اتیوپی نیز این پرداخت‌ها شایع هستند (۹). در مورد قانونی بودن یا نبودن این پدیده نه تنها در بین کشورهای مختلف حتی در یک کشور در زمان‌های مختلف هم تفاوت وجود دارد. مثلاً در حکومت کمونیستی مجارستان در دهه‌ی ۱۹۵۰ که پزشکان کارمند دولت محسوب می‌شدند پرداخت‌های غیر رسمی غیر قانونی بود ولی در سال ۱۹۷۹ در همین کشور این وضعیت تغییر کرد و تا سال ۱۹۸۹ برای اخذ مالیات از آن باید گزارش می‌شد. یعنی در این زمان رسمیت داشته و قانونی بوده است. از طرف دیگر، بین غیر قانونی بودن با انجام آن در صحنه‌ی عمل در جامعه اختلاف وجود دارد و ممکن است علی‌رغم غیرقانونی بودن، این پرداخت‌ها وجود داشته باشد (۲). پرداخت‌های غیررسمی در

[1] Informal payments
[2] Under-the-table payments
[3] Gratuities or Gratitude payments
[4] Envelop payments
[5] Under the counter payments
[6] Unofficial payments
[7] out-of-pocket

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

برخی موارد جنبه‌ی قانونی (البته به‌طور غیر رسمی) پیدا کرده است و به‌عنوان یک سیستم کاملاً مجزای پرداخت تلقی می‌شود که سهم قابل توجهی در درآمد کادر پزشکی دارند (۱). در ایران در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۴ در برخی از بیمارستان‌های آموزشی و کلینیک‌های خصوصی پزشکان شهر کرمان از ۵۰۰ نفر از بیماران یا همراهان آن‌ها به‌عمل آمد نشان داده شد که بیش از نیمی (۵۶/۶ درصد) از افراد شرکت‌کننده خودشان یا یکی از بستگانشان به‌نحوی با موضوع زیرمیزی برخورد داشته‌اند(۱۰).

به‌دلایل عدیده از جمله مشکلات ساختاری در اقتصاد ایران، دولت آن‌طور که باید قادر نبوده است که در بخش سلامت سرمایه‌گذاری لازم را انجام دهد که این امر موجب برخی نارسایی‌ها در سیستم سلامت ایران شده است که یکی از نمودهای عینی آن پرداخت زیر میزی از جانب بیماران به برخی از پزشکان است که به‌نظر می‌رسد در بین برخی از تخصص‌های پزشکی رایج باشد. بدیهی است برای مقابله با چنین پدیده‌هایی ابتدا باید جوانب مختلف آن از جمله شیوع، علل و پیامدهای مختلف آن شناخته شود ولی در این زمینه به‌دلیل ماهیت مخفی آن مطالعه‌ی قابل استنادی صورت نگرفته است. این مطالعه‌ی مقطعی که قبل از طرح تحول نظام سلامت انجام شده است با هدف آشکار شدن جنبه‌های مختلف این پدیده انجام شده است تا انشاءالله بتواند ضمن آگاهی‌بخشی به پرسنل بخش سلامت در جهت مقابله با آن هم به دست‌اندرکاران امر سلامت یاری رساند.

روش کار

این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی است. جامعه‌ی مورد پژوهش پزشکان متخصص عمدتاً جراح با تخصص‌های مختلف شرکت‌کننده در کنگره‌ها و برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی برگزار شده در شهر تهران در سال ۱۳۹۲ هستند. معیار ورود به پژوهش، پزشک متخصص بودن (هر چند اکثر پرسشنامه‌ها در برنامه‌های آموزشی جراحان توزیع شد) و نیز تمایل به شرکت در مطالعه و معیار خروج از مطالعه نیز عدم تکمیل حداقل ۸۰ درصد از سؤالات پرسشنامه‌ها بود. حجم نمونه بر اساس یک مطالعه پایلوت بر روی ۲۸ پزشک متخصص محاسبه شد که بر این اساس با خطای برآورد ۷٪ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد حجم نمونه ۱۸۶ نفر به‌دست آمد. با در نظر گرفتن امکان از دست دادن تعدادی از نمونه‌ها به‌دلیل حساسیت موضوع و عدم همکاری پزشکان، به‌دلیل تکمیل ناقصی آن‌ها، تعداد بسیار بیش‌تری پرسشنامه نسبت به حجم نمونه توزیع شد که در نهایت ۲۵۷ پرسشنامه شرایط ورود به مطالعه را پیدا کردند.

برای سنجش اعتبار علمی پرسشنامه روایی[1] و پایایی[2] پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. برای تعیین روایی آن از روش روایی منطقی شامل روایی محتوا[3] و روایی ظاهری[4] استفاده شد. برای ارزیابی روایی محتوا از روش قضاوت متخصصان با استفاده از نظرات ۱۵ نفر از متخصصان استفاده شد. برای ارزیابی روایی ظاهری از نظر یکی از متخصصان که در امر پرسشنامه تبحر دارد استفاده شد. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه نیز از آزمون پایایی به روش بازآزمایی[5] با استفاده از نظرات ۲۸ نفر از پزشکان متخصص استفاده شد. برای ارزیابی پایایی هر سوال از شاخص ICC[6] استفاده شد که دامنه‌ی آن از ۶۷/. تا ۱۰۰ درصد در برخی از سؤال‌ها متفاوت بود. ولی میانگین آن ۷۷/. بود. هم‌چنین، برای بررسی سازگاری درونی پرسشنامه از شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد که این شاخص ۸۹/. به‌دست آمد. پرسشنامه‌ها بدون اسم طراحی شده بود و در آن به‌ترتیب چند بخش در نظر گرفته شده بود که عبارت بودند از: مقدمه‌ای کوتاه که در آن ضمن بیان موضوع پژوهش، به پاسخ‌دهندگان اطمینان داده شد که پرسشنامه بدون نام است و لذا محرمانگی آن حفظ خواهد شد و سپس تعریف زیرمیزی با

[1] Validity
[2] Reliability
[3] Content validity
[4] Face validity
[5] Test – retest reliability
[6] Inter-Class Correlation

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

این عنوان : «مبلغی (نقدی یا غیر نقدی) است که پزشک در ازای خدمتی که می‌خواهد به بیمار ارائه دهد (مانند عمل جراحی) علاوه بر تعرفه‌های مصوب و تعیین‌شده، بدون واسطه یا با واسطه از بیمار طلب می‌کند»، ارائه شده بود. سؤالاتی که از شرکت‌کنندگان در مطالعه پرسیده شد در حیطه‌های بررسی نگرش اخلاقی آن‌ها به زیرمیزی، درصد تقریبی شیوع زیرمیزی در بین همکاران پزشکان مورد مطالعه، شیوع زیرمیزی در خود پزشکان مورد مطالعه، دلایل دریافت زیرمیزی و پیامدهای دریافت زیرمیزی بود. در خصوص نگرش پزشکان از یک لیکرت ۵ گزینه‌ای از طیف همیشه درست تا همیشه نادرست استفاده شد. در خصوص بررسی شیوع از دو روش اقدام شد. روش اول شیوع زیرمیزی به‌طور غیر مستقیم بود که از پاسخ‌دهندگان خواسته شده بود که میزان شیوع زیرمیزی را در بین همکاران خود تخمین بزنند که به این منظور از لیکرت ۵ قسمتی که از ۱ تا ۱۰۰ درصد تقسیم‌بندی شده بود استفاده شد. روش دوم سوال مستقیم از خود پاسخ‌دهندگان بود که آیا تا به‌حال زیرمیزی دریافت کرده‌اند؟. به این منظور سه گزینه «خیر هیچ‌گاه» ، «دریافت به‌ندرت» و «دریافت به‌طور مکرر» برای آن در نظر گرفته شد. در خصوص دلایل انجام زیرمیزی از پزشکان مورد مطالعه خواسته شد در بین ۸ دلیلی که به‌نظر اساسی‌ترین علل زیرمیزی هستند نظر خود را به‌صورت زیاد، متوسط و کم اعلام کنند. و در مورد این‌که پیامدهای انجام زیرمیزی چیست، از آن‌ها در مورد ۱۰ پیامد که به‌نظر اساسی‌ترین پیامدهای دریافت زیرمیزی هستند خواسته شد که نظر خود را به‌صورت زیاد، متوسط و کم اعلام کنند. در خصوص این دو سوال آخر یعنی دلایل و پیامدهای دریافت زیرمیزی لازم بود که اطلاعات قبلی از پزشکان ایرانی در دسترس باشد. لذا قبل از انجام این مطالعه، یک مطالعه‌ی کیفی با مصاحبه از تعدادی از پزشکان اعم از عمومی و متخصص انجام شده بود که گزینه‌های مندرج در پرسشنامه‌ها ماحصل اطلاعات به‌دست آمده از این مطالعه است که مقاله‌ی منتج از آن هم در مجله‌ی ایرانی سلامت عمومی[1] در سال ۲۰۱۵ به چاپ رسیده است(۱۱). در انتهای پرسشنامه هم اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، طول مدت طبابت، نوع فعالیت (بخش خصوصی، دولتی، «خصوصی و دولتی») و شهرستان محل طبابت از شرکت‌کنندگان پرسیده شد. روش تکمیل پرسشنامه‌ها به‌صورت خوداظهاری بود به این‌صورت که پرسشنامه‌ها در جلسات آموزش مداوم یا کنگره‌ها توزیع می‌شد و بعد از پاسخ‌دهی جعبه‌ای تعبیه شده بود که پرسشنامه‌ها درون آن انداخته می‌شد. در این مطالعه به ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک سن، جنس، طول مدت طبابت، بخشی که پزشکان در آن طبابت می‌کنند و شهرستان محل فعالیت با دریافت زیرمیزی هم پرداخته شد. در مورد ارتباط سن با دریافت زیرمیزی، پزشکان مورد مطالعه به دو گروه کلی کم‌تر یا مساوی ۴۵ سال و بالاتر از ۴۵ سال تقسیم شدند. در مورد ارتباط دریافت زیرمیزی با طول مدت طبابت، پزشکان مورد مطالعه به سه گروه کلی طول مدت طبابت کم‌تر از ۱۰ سال، بین ۱۰ تا ۲۰ سال و بیش‌تر از ۲۰ سال تقسیم‌بندی شدند. در مورد ارتباط دریافت زیرمیزی و بخش محل طبابت پزشکان، سه حالت فعالیت در «بخش خصوصی»، «بخش دولتی» و فعالیت در«بخش خصوصی و دولتی» در نظر گرفته شد. در مورد ارتباط دریافت زیرمیزی با شهرستان محل طبابت، با توجه به این‌که پرسشنامه‌ها در بازآموزی‌ها و کنگره‌هایی که پزشکان از سرتاسر ایران در آن شرکت کرده بودند توزیع می‌شد، بنابراین، شرکت‌کننده از کل کشور در آن‌ها حضور داشتند ولی تفکیک شهر آنان به‌دلیل پراکندگی آن‌ها مقدور نبود و لذا پزشکان مورد مطالعه به دو گروه کلی کسانی که در شهر بزرگ تهران طبابت می‌کنند و کسانی که در سایر شهرستان‌های کشور طبابت می‌کنند تقسیم‌بندی شدند. در تجزیه و تحلیل داده‌ها،

[1] Iranian journal of public health

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی و درصد استفاده شده است. فاصله‌ی اطمینان ۹۵٪ به‌عنوان برآورد فاصله‌ای نسبت‌های محاسبه شده ارائه شده است. برای بررسی ارتباط دریافت زیرمیزی با متغیرهای مستقل هم‌چون سن، جنس، طول مدت طبابت و ... از آزمون آماری کای دو[1] استفاده شده است. در تمامی این آزمون‌ها پیش فرض‌های آزمون کای دو مورد بررسی قرار گرفت. در صورتی که هر یک از این پیش فرض‌ها برقرار نبود از آزمون فیشر[2] استفاده شد. برای بررسی تأثیر هم‌زمان متغیرهای مستقل بر متغیر پاسخ از رگرسیون لجستیک[3] استفاده شد. متغیرهایی که در آنالیز تک متغیره (با اثر یک متغیر مستقل بر متغیر پاسخ) p– مقدار[4] آن‌ها کم‌تر از ۰/۲۰ بود وارد مدل لجستیک چند متغیره[5] شدند و اثر هم‌زمان متغیرهای مستقل در این مدل چندگانه مورد بررسی قرار گرفت. مقدار اثر متغیرهای مستقل بر متغیر پاسخ با نسبت شانس[6] و فاصله‌ی اطمینان آن ارائه شد.

از نظر رعایت ملاحظات اخلاقی در جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها و نیز گزارش نتایج مطالعه نهایت دقت و امانت‌داری رعایت شده و به‌خصوص به مساله‌ی محرمانگی پرسشنامه‌ها توجه ویژه شده است. نتایج مطالعه نیز به دور از هر گونه تعارض منافع گزارش شدند.

نتایج

از تعداد ۳۴۰ پرسشنامه‌ی توزیع‌شده ۲۷۶ مورد آن بازگردانده شد که میزان پاسخ‌دهی ۸۱/۱۷ درصد بود. از این تعداد ۱۹ پرسشنامه شرایط ورود به مطالعه را پیدا نکردند لذا از مطالعه کنار گذاشته شدند و در نهایت ۲۵۷ پرسشنامه وارد مطالعه شد. جدول ۱، ویژگی‌های دموگرافیک ۲۵۷ پزشکی است که در این مطالعه شرکت کرده‌اند.

جدول شماره ۱ – ویژگی‌های دموگرافیک پزشکان که به پرسشنامه‌ی مطالعه‌ی زیرمیزی پاسخ داده‌اند (n = ۲۵۷)

		تعداد (درصد)
جنس	مرد	۱۹۴ (۷۸/۵)
	زن	۵۳ (۲۱/۵)
سن (سال)	<۴۵	۸۵ (۳۵/۰)
	≥۴۵	۱۵۸ (۶۵/۰)
	میانگین	۴۵/۴
طول مدت طبابت(سال)	<۱۰	۵۶ (۲۳/۲)
	۱۰ – ۲۰	۱۰۳ (۴۲/۷)
	> ۲۰	۸۲ (۳۴/۰)
	میانگین (انحراف معیار)	۱۰±۱۵/۷
وضعیت تأهل	مجرد	۲۱ (۸/۵)
	متأهل	۲۲۰ (۸۹/۱)
	بدون همسر به دلیل فوت یا طلاق	۶ (۲/۴)
بخش مورد فعالیت	بخش خصوصی	۸۰ (۳۲/۵)
	بخش دولتی	۷۱ (۲۸/۹)
	بخش خصوصی و دولتی	۹۵ (۳۸/۶)
شهرستان مورد فعالیت	تهران	۱۱۸ (۴۸/۰)
	سایر شهرستان‌ها	۱۲۸ (۵۲/۰)
نوع اشتغال	هیئت علمی	۵۷ (۲۳/۲)
	غیر هیئت علمی	۱۸۹ (۷۶/۸)
نوع تخصص	غیر جراحی	۱۱ (۴/۳)
	جراحی	۲۴۵ (۹۵/۷)

در خصوص نگرش شرکت‌کنندگان به موضوع زیرمیزی، ۳۳/۱ درصد از آن‌ها دریافت زیرمیزی را همیشه نادرست، ۱۴/۴ درصد اغلب نادرست، ۳۴/۶ درصد بسته به شرایط گاهی

[1] Chi square
[2] Fisher test
[3] Logistic regression
[4] p-value
[5] Multiple logistic regression
[6] Odds Ratio

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

درست و گاهی نادرست، ۱۲/۸ درصد اغلب درست و فقط ۵/۱ درصد از پزشکان آن را همیشه درست می‌دانستند.

در خصوص برآورد تقریبی شیوع زیرمیزی در همکاران پزشکان مورد مطالعه ۳۶/۸ درصد آن‌ها معتقد بودند که ۸۰-۶۱ درصد از همکاران آن‌ها زیرمیزی دریافت می‌کنند و فقط ۱۲ درصد آنان معتقد بودند که شیوع زیرمیزی در بین همکاران آن‌ها بین ۲۰-۱ درصد است. ۱۸ درصد از آن‌ها هم معتقد بودند بین ۱۰۰-۸۱ درصد از همکاران آن‌ها زیرمیزی دریافت می‌کنند. در خصوص شیوع دریافت زیرمیزی در خود پزشکان مورد مطالعه نیز ۱۷/۵ درصد از آن‌ها به‌طور مکرر و ۳۱/۹ درصد از آن‌ها به‌ندرت زیر میزی دریافت کرده بودند. ۵۰/۶ درصد از آنان نیز هیچ‌گاه زیرمیزی دریافت نکرده بودند. در هر حال، ۴۹/۴ از پزشکان مورد مطالعه حداقل برای یک‌بار هم که شده زیرمیزی دریافت کرده بودند. با توجه به این‌که در این مطالعه پزشکانی با تخصص‌های متفاوت شرکت داشتند و ممکن بود بخشی از کسانی که زیرمیزی دریافت نمی‌کردند رشته‌ی تخصصی یا شرایط کاری آن‌ها طوری باشد که امکان دریافت زیرمیزی برای آن‌ها وجود نداشته باشد لذا امکان دریافت زیرمیزی از آن‌ها سوال شد که در پاسخ ۷۶/۳ درصد از پزشکان مورد مطالعه امکان دریافت زیر میزی توسط خود را در صورت تمایل امکان‌پذیر می‌دانستند. بررسی‌های آماری نشان داد در بین کسانی که امکان دریافت زیرمیزی را داشتند ۲۳ درصد به‌طور مکرر و ۴۰/۸ درصد به‌ندرت زیرمیزی دریافت کرده بودند که به این ترتیب ۶۳/۸ درصد از آن‌ها به‌نحوی (مکرراً یا ندرتاً) زیرمیزی دریافت کرده بودند.

در این مطالعه ارتباط بین دریافت زیرمیزی با ویژگی‌های پزشکان نیز سنجیده شد و معلوم شد که ۴۹/۵ درصد از پزشکان متأهل زیرمیزی دریافت کرده بودند و این نسبت برای پزشکان مجرد و بدون همسر (طلاق گرفته و فوت شده) کم‌تر و به میزان ۲۹/۶ درصد بود که این رابطه در مرز معنی‌داری است(P= ۰/۰۵).

در مورد ارتباط دریافت زیرمیزی با محل فعالیت پزشکان متخصص معلوم شد پزشکان متخصص شاغل در بخش خصوصی ۵۵ درصد زیرمیزی دریافت کرده بودند که این نسبت برای پزشکان متخصص شاغل در بخش دولتی ۲۵/۴ و آن‌هایی که در هر دو بخش فعالیت می‌کنند ۵۷/۹ درصد بود و به این ترتیب پزشکان شاغل در بخش خصوصی بیش‌تر اقدام به دریافت زیرمیزی کرده بودند که این ارتباط کاملاً معنی‌دار است(p<۰/۰۰۱).

در مورد ارتباط دریافت زیرمیزی با شهر محل فعالیت شرکت‌کنندگان معلوم شد پزشکان شاغل در تهران ۵۶/۸ درصد زیرمیزی دریافت کرده بودند که این نسبت برای پزشکان متخصص سایر شهرستان‌ها به‌طور معنی‌داری کم‌تر و برابر ۳۹/۱ درصد بود(P = ۰/۰۱۴).

در مورد ارتباط رشته‌ی تخصصی با دریافت زیرمیزی معلوم شد که پزشکان متخصص جراح ۵۱/۸ درصد زیرمیزی دریافت کرده بودند که این نسبت برای پزشکان متخصصی که جراح نیستند صفر درصد بود. آزمون فیشر بیانگر آن است که رابطه‌ی کاملاً معنی‌داری بین جراح بودن و دریافت زیرمیزی در پزشکان متخصص وجود دارد(P = ۰/۰۰۳).

در مورد ارتباط سایر ویژگی‌های دموگرافیک پزشکان مانند سن، جنسیت، طول مدت طبابت و هیات علمی بودن با دریافت زیرمیزی رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد.

موضوع مهمی که وجود دارد این است که آیا ارتباطی بین نگرش پزشکان و عملکرد آن‌ها وجود دارد یا خیر؟ به این منظور ارتباط بین نگرش و دریافت زیرمیزی سنجیده شد و معلوم شد پزشکانی که دریافت زیرمیزی را نادرست می‌دانستند کم‌تر زیرمیزی گرفته بودند(۲۹/۵ درصد)، پزشکانی که دریافت زیر میزی را بسته به شرایط گاهی درست و گاهی نادرست می‌دانستند بیش‌تر اقدام به دریافت زیر میزی کرده بودند(۶۴ درصد) و آن گروه از پزشکان که موافق انجام این عمل بودند به نسبت زیادتری زیرمیزی دریافت کرده بودند(۷۳/۹ درصد).

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

بنابراین، نگرش پزشکان در عملکرد آن‌ها در دریافت زیرمیزی تأثیرگذار است و این رابطه کاملاً معنی‌دار است($P < ۰/۰۰۱$).

در خصوص رابطه‌ی بین نگرش (موافق) پزشکان به دریافت زیرمیزی با ویژگی‌های پزشکان متخصص نتایج مطالعه که در جدول شماره‌ی ۲ خلاصه شده است نشان می‌دهد پزشکان متخصص مرد و با سابقه‌ی طبابت طولانی‌تر بیش‌تر اقدام به دریافت زیرمیزی کرده بودند. هم‌چنین، پزشکان متأهل بیش از پزشکان مجرد زیرمیزی دریافت کرده بودند که این ارتباط‌ها نزدیک به معنی‌داری است. پزشکان متخصص شاغل در بخش خصوصی به‌طور معنی‌داری بیش از پزشکان شاغل در بخش دولتی زیرمیزی دریافت کرده بودند($p<۰/۰۰۰۱$).

جدول شماره‌ی ۲ – رابطه‌ی بین نگرش به دریافت زیرمیزی و انجام آن با ویژگی‌های پزشکان متخصص (n =۲۵۷)

متغیر		تعداد	دریافت زیرمیزی					
			نگرش (موافق)			انجام		
			درصد	فاصله اطمینان ۹۵٪	P*	درصد	فاصله اطمینان ۹۵٪	P*
سن	≤۴۵	۸۵	۲۱/۲	۱۲/۵ – ۲۹/۹	۰/۳۶۲	۴۲/۴	۳۱/۹ – ۵۲/۹	۰/۲۵۵
	>۴۵	۱۵۸	۱۶/۵	۱۰/۷ – ۲۲/۳		۵۰/۰	۴۲/۲ – ۵۷/۸	
جنس	مرد	۱۹۴	۱۸/۶	۱۳/۱ – ۲۴/۱	۰/۷۹۲	۵۰/۰	۴۳/۰ – ۵۷/۰	۰/۱۱۳
	زن	۵۳	۱۷/۰	۶/۹ – ۲۷/۱		۳۷/۷	۴۳/۰ – ۵۰/۷	
طول مدت طبابت	<۱۰	۵۶	۲۱/۴	۱۰/۷ – ۳۲/۱	۰/۷۸۰	۳۵/۷	۲۳/۲ – ۴۸/۲	۰/۱۰۴
	۱۰–۲۰	۱۰۳	۱۷/۵	۱۰/۲ –۲۴/۸		۴۹/۵	۳۹/۸ – ۵۹/۲	
	>۲۰	۸۲	۱۷/۱	۹/۰ – ۲۵/۲		۵۳/۷	۳۸/۷ – ۶۰/۳	
وضعیت تأهل	مجرد	۲۷	۱۴/۸	۱/۴ – ۲۸/۲	۰/۶۲۷	۲۹/۶	۳۴/۹ – ۷۲/۵	۰/۰۵۰
	متأهل	۲۲۰	۱۸/۶	۱۳/۵ – ۲۳/۷		۴۹/۵	۲۳/۳ – ۳۵/۶	
محل فعالیت	خصوصی	۸۰	۲۰/۰	۱۱/۲ – ۲۸/۸	۰/۰۸۰	۵۵/۰	۳۸/۵ – ۶۰/۵	۰/۰۰۱ >
	دولتی	۷۱	۹/۹	۳/۰ – ۱۶/۸		۲۵/۴	۴۳/۴ – ۶۶/۶	
	هر دو بخش	۹۵	۲۳/۲	۱۴/۷ – ۳۱/۷		۵۷/۹	۱۶/۶ – ۳۴/۲	
شهرستان	تهران	۱۱۸	۲۲/۰	۱۵/۴ – ۳۰/۶	۰/۱۴۵	۵۶/۸	۴۹/۰ – ۶۶/۸	۰/۰۰۵
	سایر شهرها	۱۲۸	۱۴/۸	۸/۶ – ۲۱/۰		۳۹/۱	۴۸/۲ – ۶۵/۴	
نوع فعالیت	هیات علمی	۵۷	۱۹/۳	۹/۱ – ۲۹/۵	۰/۸۲۳	۴۳/۱	۲۶/۴ – ۵۱/۸	۰/۵۲۳
	غیر هیات علمی	۱۸۹	۱۸/۰	۱۲/۵ – ۲۳/۵		۴۸/۷	۴۱/۶ – ۵۵/۸	
نوع تخصص	جراحی	۲۴۵	۱۸/۴	۱۳/۵ – ۲۳/۳	۰/۴۳۳	۵۱/۸	۴۵/۵ – ۵۸/۱	۰/۰۰۱
	غیر جراحی	۱۱	۹/۱	۰/۰ – ۲۶/۱		۰/۰	–	

مقدار p مربوط به آزمون کای دو است

هم‌چنین، نتایج رگرسیون لجستیک چندگانه در بررسی عوامل موثر بر دریافت زیرمیزی نشان می‌دهد پزشکانی که دریافت زیرمیزی را اغلب یا همیشه درست می‌دانند ۲/۳۵ برابر بیش‌تر از دیگر پزشکان زیرمیزی دریافت می‌کنند. پزشکان شاغل در بخش خصوصی و شاغل در بخش خصوصی و دولتی به‌ترتیب ۲/۵۳ و ۲/۴۲ برابر پزشکانی که فقط در بخش دولتی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

شاغل هستند زیرمیزی دریافت می‌کنند پزشکان متخصص شاغل در تهران تقریباً ۲ برابر دیگر شهرستان‌ها زیرمیزی می‌گیرند. با در نظر گرفتن متغیرهای نگرش، محل فعالیت و شهر محل اشتغال در مدل چندگانه دیگر اثر وضعیت تأهل معنی‌دار نیست(جدول شماره‌ی ۳).

جدول شماره‌ی ۳ - نتایج رگرسیون لجستیک چندگانه در بررسی عوامل موثر بر دریافت زیرمیزی در پزشکان متخصص

متغیر	نسبت شانس	فاصله اطمینان	P
نگرش (مرجع= نادرست)			
درست	۲/۳۵	۱/۰۲ – ۵/۴۵	۰/۰۴۴
وضعیت تأهل (مرجع = مجرد)			
متأهل	۰/۹۴	۰/۲۸ – ۳/۲۳	۰/۹۲۵
محل فعالیت (مرجع = بخش دولتی)			
بخش خصوصی	۲/۵۳	۱/۰۸ – ۵/۹۱	۰/۰۳۲
بخش دولتی و خصوصی	۲/۴۲	۱/۰۶ – ۵/۵۳	۰/۰۳۶
شهرستان (مرجع = سایر شهرها)			
تهران	۲/۰۴	۱/۰۹ – ۳/۸۱	۰/۰۲۵

در خصوص دلایل دریافت زیرمیزی از دیدگاه پزشکان مورد مطالعه واقعی نبودن تعرفه‌ها و عدم پوشش کامل بیمه‌ها به‌ترتیب با ۸۶/۴ و ۸۴/۷ درصد اصلی‌ترین دلایل دریافت زیرمیزی شناخته شدند و دلایل دیگر یعنی مشکلات اقتصادی پزشکان، ارتباط مالی مستقیم بین پزشک و بیمار، عدم نظارت دستگاههای مسؤول، بهره‌مندی از خدمات پزشکی با کیفیت بهتر، زیاده‌خواهی برخی از پزشکان و ضعیف بودن تعهدات اخلاقی برخی از پزشکان به‌ترتیب کم شدن اهمیت در رده‌های بعدی قرار داشتند.

در خصوص پیامدهای دریافت زیرمیزی نیز، بالا رفتن هزینه‌ی بیماران، آسیب به شأن و قداست حرفه‌ای پزشکان و بالا رفتن هزینه‌های خدمات پزشکی، به‌ترتیب با درصدهای ۶۷/۹، ۶۵/۷ و ۶۲/۳ مهم‌ترین پیامدهای دریافت زیرمیزی از نظر پزشکان مورد مطالعه بودند. از نظر این پزشکان سایر پیامدها یعنی ایجاد بی‌عدالتی در سیستم سلامت، بالا رفتن پیگردهای قضایی علیه پزشکان، کاهش اعتماد بیماران به پزشکان، نادیده گرفته شدن مصالح بیماران، تحمیل هزینه‌های غیرضروری به نظام سلامت، انجام خدمات و پروسیجرهای غیرضروری و پایین آمدن کیفیت خدمات پزشکی به‌ترتیب کم شدن اهمیت، در رتبه‌های بعدی قرار داشتند.

بحث

در خصوص نگرش اخلاقی به مسأله‌ی پرداخت‌های غیر رسمی با توجه به این‌که این موضوع بیش‌تر گریبانگیر کشورها و جوامعی است که اوضاع اقتصادی مناسبی ندارند، کم‌تر در کشورهای غربی رواج دارد. بنابراین، صرفاً در کدها یا دستورالعمل‌های اخلاقی انجمن‌های حرفه‌ای معدودی از

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

کشورها آن هم به‌صورت کلی به این موضوع پرداخته شده است. مثلاً در اصول اخلاق پزشکی ژاپن آمده است : «پزشک نباید با انگیزه‌های منفعت‌طلبی در فعالیت‌های پزشکی وارد شود»(۱۲). یا در کدهای اخلاقی نیوزیلند آمده است: «مانند همه‌ی حرفه‌ها پزشکان نیز این حق را دارند که جبران مهارت‌ها و تجارب آن‌ها صورت بگیرد ولی نباید اجازه دهند که انگیزه‌های منفعت‌طلبی بر روی قضاوت بالینی آن‌ها تأثیر بگذارد»(۱۳). انجمن پزشکی چین می‌گوید: «پزشک نباید پول یا کالایی را از بیماران در خواست کند یا به‌طور غیر قانونی قبول کند یا به‌دنبال دیگر سودهای غیر مشروع که به سبب جایگاه او به‌دست می‌آید باشد»(۱۴). در این مطالعه همان‌طور که در بخش نتایج ذکر شد ۴۷/۵ درصد از پزشکان مورد مطالعه زیرمیزی را نادرست (همیشه نادرست یا اغلب نادرست) می‌دانستند و فقط ۱۷/۹ از پزشکان آن را درست (همیشه درست و اغلب درست) می‌دانستند. ولی باید توجه داشت که ۳۴/۶ از این پزشکان گزینه‌ی «بسته به شرایط گاهی درست و گاهی نادرست» را انتخاب کرده بودند که نشان می‌دهد حداقل در برخی از شرایط درصد افرادی که نگرش مثبت به زیرمیزی دارند از ۱۷/۹ بالاتر است. به‌عبارت دیگر، ۵۲/۵ درصد پزشکان یا معتقدند که پرداخت زیرمیزی عملی غیراخلاقی نیست یا این‌که نظر قاطعی در خصوص این‌که زیرمیزی عملی غیراخلاقی است ندارند که درصد قابل توجهی است. در مورد ارتباط بین نگرش افراد با دریافت زیرمیزی همان‌طور که ذکر شد بین این دو مقوله ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. پزشکانی که نگرش مثبت نسبت به دریافت زیرمیزی دارند ۲/۳۵ برابر دیگر پزشکان متخصص زیر میزی دریافت کرده بودند که به‌نظر می‌رسد در این خصوص باید اهتمام ویژه‌ای مبذول داشت و با اتخاذ شیوه‌های مناسب مثل آموزش روی نگرش پزشکان تأثیر گذاشت و قبح آن را در بین آنان نهادینه کرد. در مورد شیوع پرداخت‌های غیر رسمی اکثر مطالعات انجام شده بر گستردگی این موضوع و نیز میزان تأثیر این پرداخت‌ها بر هزینه‌های بخش سلامت تاکید دارند(۲ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۵) و کم‌تر مطالعه‌ای به این موضوع پرداخته بود که چه میزان از پزشکان این پرداخت‌ها را از بیماران دریافت می‌کنند. اما در مطالعه‌ای که در جمهوری قرقیزستان انجام شده بود مشخص شد که ۲۵ درصد از بیماران بستری ادعا داشتند که به پرسنل (و نه صرفاً پزشکان) پرداخت داشته‌اند(۱۶). در ایران هم در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۴ در شهر کرمان از بیماران یا همراهان آن‌ها به‌عمل آمد نشان داده شد که بیش از نیمی (۵۶/۶ درصد) از افراد شرکت‌کننده خودشان یا یکی از بستگانشان به‌نحوی با موضوع زیرمیزی برخورد داشته‌اند(۱۰). مطالعه‌ی ما نشان داد به‌طور کلی ۴۹/۴ از پزشکان مورد مطالعه حداقل برای یک‌بار هم که شده زیرمیزی دریافت کرده‌اند اما در بین پزشکانی که امکان دریافت زیرمیزی برای آن‌ها مقدور بوده است این درصد بالاتر و به میزان ۶۳/۸ درصد است که درصد قابل توجهی است و نشان دهنده‌ی شیوع بالای زیرمیزی در ایران است و شیوعی نزدیک به مطالعه‌ی انجام شده در کرمان در بین بیماران دارد هرچند این شیوع در مقام مقایسه با مطالعه‌ی انجام‌شده در کشور قرقیزستان خیلی بالاتر است. از جنبه‌ی دیگر، این افزایش شیوع، نشان‌دهنده‌ی آن است که امکان دریافت زیر میزی هم عامل بسیار مهم و معنی داری در دریافت زیرمیزی است؛ لذا در این‌جا نقش دستگاه‌های نظارتی پر رنگ می‌شود که در مواردی که این امکان برای پزشک وجود دارد که زیرمیزی دریافت کند نظارت‌های لازم را اعمال کند. همان‌طور که در بخش نتایج بیان شد تعاریف متعددی برای پرداخت‌های غیررسمی ارائه شده است و بسیاری از موارد تعاریفی که از پرداخت‌های غیر رسمی شده است بر این اساس بوده است که در کدام بخش (دولتی و یا غیر دولتی) باشد که البته مبنای برخی از این تعاریف بر اساس دولتی بودن گذاشته شده است (۲) در مطالعه‌ی ما مشخص شد که دریافت زیرمیزی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

به‌طور معنی‌داری شیوع بیش‌تری در بین پزشکانی که در بخش خصوصی طبابت می‌کنند دارد. یعنی پزشکان شاغل در بخش خصوصی و شاغل در بخش خصوصی و دولتی به‌ترتیب ۲/۵۳ و ۲/۴۲ برابر پزشکانی که فقط در بخش دولتی شاغل هستند زیرمیزی دریافت کرده بودند. به‌نظر می‌رسد اعمال نظارت بیش‌تر در بخش دولتی و ترس از آشکار شدن دریافت زیرمیزی در این کاهش بی تأثیر نباشد.

در مورد این‌که زیرمیزی بین کدام‌یک از متخصصان شیوع بیش‌تری دارد در مطالعات انجام‌شده در سایر کشورها، حداقل در جست‌وجوی‌های انجام‌شده‌ی محققان، تحقیقاتی که این مورد را نشان دهد یافت نشد. در مطالعه‌ی ما هم تنوع تخصص‌ها به‌گونه‌ای نبود که بتوان جداگانه از هر تخصص آمار گرفت لذا متخصصان مورد مطالعه به دو گروه عمده جراح (اعم از جراحی عمومی و سایر رشته‌های جراحی مثل ارتوپدی، ارولوژی و غیره) و غیر جراح تقسیم شدند. نتایج آنالیز آماری نشان داد که نسبت دریافت زیرمیزی در جراحان ۵۱/۸ است در حالی که این نسبت در غیر جراحان صفر درصد است که نشان دهنده‌ی رابطه‌ی کاملاً معنی‌داری بین جراح بودن و دریافت زیرمیزی در پزشکان متخصص است.

این مطالعه نشان داد پزشکان متخصص شاغل در تهران به‌طور معنی‌داری ۲ برابر پزشکان شهرستانی زیرمیزی می‌گیرند. شاید بتوان یکی از علل آن را ترس از شناخته شدن پزشک در شهرهای کوچک دانست با این حال چون دریافت زیرمیزی بیش‌تر توسط افراد مشهوری که مراجعه کننده‌ی زیاد و قدرت انتخاب بیمار دارند انجام می‌شود و این افراد بیش‌تر در شهرهای بزرگ مثل تهران طبابت می‌کنند شاید این عامل و نیز مخارج بالاتر پزشکان در تهران(هزینه‌ی زندگی یا مخارج مطب و غیره) در این موضوع بی تأثیر نباشد.

همان‌طور که در بخش نتایج ذکر شد، مهم‌ترین عامل دریافت زیرمیزی از دید پزشکان مورد مطالعه واقعی نبودن تعرفه‌های خدمات سلامت و سپس پرداخت‌های ناکافی بیمه‌ها بودند. جالب است مواردی از قبیل نداشتن تعهدات اخلاقی و زیاده‌خواهی برخی پزشکان در رتبه‌های آخر اهمیت قرار داشتند و پزشکان کم‌تر در این زمینه‌ها در خود ضعف می‌دیدند. به‌هر حال، به‌نظر می‌رسد که توجه به تعرفه‌ها و واقعی نمودن آن‌ها باید در اولویت‌های دولت و دست‌اندرکاران نظام سلامت باشد.

در خصوص تبعات رواج پرداخت‌های غیر رسمی، مطالعه‌ی ما نشان داد که پزشکان مورد مطالعه بیش‌ترین پی آمد را به بالا رفتن هزینه‌های بیماران و در درجات بعدی اهمیت، آسیب دیدن شأن و جایگاه پزشکان و بالا رفتن هزینه‌ی خدمات پزشکی دانسته‌اند. انجام خدمات و پروسیجرهای غیر ضروری و نیز کاهش کیفیت خدمات در درجات آخر تبعات از دید پزشکان مورد مطالعه قرار داشتند. یعنی این پزشکان کم‌تر اعتقاد داشته‌اند که زیرمیزی باعث افت کیفیت یا القای خدمت غیر ضروری می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به عوامل زمینه‌ای ایجادکننده‌ی این پدیده، باید سعی کرد عوامل فوق‌الذکر را که دلیل عمده‌ی آن ناکارآمدی نظام سلامت کشور از جمله تعرفه‌های غیرواقعی خدمات سلامت است را اصلاح کرد. از طرف دیگر، با توجه به تأثیر و رابطه‌ی مستقیم نگرش مثبت با انجام بیش‌تر این پدیده لازم است با وضع راهنمای اخلاقی برای پزشکان در این زمینه با نشان دادن قبح اخلاقی آن به کادر پزشکی، از بروز بیش‌تر آن جلوگیری کرد. البته با توجه به این‌که این مطالعه قبل از اجرای طرح تحول سلامت انجام شده است و در این طرح تلاش‌هایی برای اصلاح برخی معضلات نظام سلامت از جمله کاهش پرداختی بیماران و اصلاح نظام تعرفه‌ها و نیز اعمال نظارت‌های

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

جدی‌تر صورت گرفته است به‌نظر می‌رسد باید مطالعات بیش‌تری در جهت میزان اثربخشی این طرح و نیز بررسی عیوب احتمالی آن صورت بگیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه بخشی از یک پایان‌نامه‌ی ph.D در رشته‌ی اخلاق پزشکی است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است که در این زمینه از مسئولین امر تشکر و قدردانی می شود.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

منابع

1- Ensor T, Savelyva L. Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. Health Policy Plan. 1998; 13(1): 41-49.

2- Gaal P, Belli PC, McKee M, Szocska M. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. J Health Polit Policy Law. 2006; 31(2): 251-93.

3- Gaal P, Belli PC, McKee M, Szocska M. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. J Health Polit Policy Law. 2006; 31(2): 251-93

4- Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: Evidence from Hungary. Health Policy. 2006; 77: 86- 102.

5- Ensor T. Informal payments for health care in transition economies. Social Sciences & Medicine. 2004; 58: 237- 46.

6- Dyer O. New report on corruption in health. Bull World Health Organ. 2006; 84(2): 84-5.

7- Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisongo A. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. Hum Resour Health. 2009; 7: 53.

8- Onwujekwe O, Dike N, Uzochukwu B, Ezeoke O. Informal payments for healthcare: differences in expenditures from consumers and providers perspectives for treatment of malaria in Nigeria. Health Policy, 2010; 96: 72-9.

9- Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. Health Affairs. 2007; 26(4): 984-97.

10- Setayesh M, Nakhaee N, Rowhani A. [Barrasie nazarete mardom piramoone pardakhthaye gheyre rasmi be pezeshkane shahre Kerman]. Iranian Journal of Ethics in Science &Technology. 2007; 3: 81-8. [In Persian]

11- Parsa M, Aramesh K, Nedjat S, Kandi MJ, Larijani B. Informal payments in Iran: Results a qualitative study. Iran J Public Health. 2015; 44(1):79-88.

12- Anonymous. Japan medical association, principles of medical ethics.

http://www.med.or.jp/english/about_JMA/principles.html (Accessed on 2017).

13- Anonymous. Code of ethics for the New Zealand Medical Profession. http://www.nzma.org.nz/sites/all/files/Code_of_Ethics.pdf (Accessed on 2017).

14- Anonymous. Chinese Medical Association .Law on Practicing Doctors of the People's

Republic of China.
http://www.cma.org.cn/ensite/index/Healthcarein China/20101115/1289827561238_1.htm
(Accessed on 2017).

15- Barber S, Bonnet F, Bekedam H. Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. Health Policy Plan. 2004; 19(4): 199- 208.

16- Thompson R, Witter S. Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform. Int J Health Plann Mgmt. 2000; 15:169-87.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

Informal payments in Iran: A cross- sectional study prior to implementation of the health system reform

Mojtaba Parsa [*1], Bagher Larijani[2], Kiarash Aramesh[3], Saharnaz Nedjat[4], Akbar Fotouhi[5], Mir saeed Yekaninejad[6], Nejatollah Ebrahimian[7]

[1]*Assistant Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[2]*Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[3]*Associate Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[4]*Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[5]*Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[6]*Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[7]*Assistant Professor, Islamic Azad University, Tehran, Iran.*

Abstract

Informal payments in clinics raise ethical concerns in healthcare delivery. This cross-sectional questioner survey aims to evaluate the prevalence and related factors of informal payment in healthcare system in Iran.

The study was carried out in 2013, prior to the implementation of the government' Health System Reform among physicians with different specialties. The questionnaire were distributed among the participants during the congresses and continuing medical education programs.

In results; of the total specialist physicians, 276 returned the questionnaires. The response rate was 81.17%. and out of 276 returned questionnaires 257 fulfilled the inclusion criteria. The prevalence of informal payments, among the physicians who were susceptible to receiving informal payments, was relatively high (63.8%). The physicians who practiced in the private sector, as well as physicians who practiced in Tehran and those who had a positive attitude towards the informal payments, received more informal payments. From the viewpoint of the respondents, the main cause of informal payments was unrealistic/unfair tariffs and the main consequence of informal payments was the rising costs of patient care.

This study showed that, unfortunately, more than half of the participants did not believe or did not decisively consider informal payments as unethical. This confirms the importance of physicians' education about the unethical practice of informal payments. However, compare to private sectors, more supervision in public sector may be the main cause of less prevalence of informal payments in public hospitals.

In conclusion: Developing ethical guidelines to prevent informal payments as well as more realistic and fair tariffs would help to decrease the incidence of informal payments.

Keywords: Informal payment; under the table payment; medical ethics, health reform

[*] ***Corresponding Author**:* Email: mparsa@tums.ac.ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]