

بسمه تعالی

عنوان طرح:

" بررسی تاثیر طرح تحول سلامت بر پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز "



نام و نام خانوادگی مجریان:

ایمان میریان

خسرو کشاورز

افشین امینی

مدیر اجرایی طرح:

خسرو کشاورز

اسفند ماه ۹۴

موسسه ملی تحقیقات سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی سلامت کشور با عنایت به وظایف و ماموریت‌های ذاتی خود و نیز با توجه به سند چشم انداز بیست ساله و سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در زمینه سلامت، اجرای طرح تحول نظام سلامت را به سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات و ارتقای کیفیت خدمات از ۱۵ اردیبهشت سال ۱۳۹۳ آغاز نموده است. این طرح شامل هشت بسته اجرایی بوده که نخستین بسته آن را کاهش میزان پرداختی بیماران در بیمارستان‌های دولتی تشکیل می‌دهد. بر اساس بسته مذکور، تمامی بیماران دارای بیمه پایه سلامت ساکن در شهرها که در بیمارستان‌های دولتی بستری می‌شوند تنها ۱۰ درصد از کل صورتحساب بیمارستان را پرداخت می‌کنند و بیماران روستایی، عشایر و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان‌های دولتی مراجعه می‌کنند ۵ درصد هزینه‌های درمان را می‌پردازند. همچنین بیماران و یا همراهان آنها برای تهیه دارو، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری و سایر ملزومات پزشکی به بیرون از بیمارستان ارجاع داده نمی‌شوند. بر این اساس هدف اصلی از اجرای این بسته خدمتی، کاهش پرداخت مستقیم از جیب بیماران است. در این بین، در تمام نقاط دنیا پرداخت هزینه‌های مستقیم از جیب به عنوان یکی از شاخصه‌های اصلی جهت قضاوت در زمینه میزان عادلانه بودن تامین مالی در نظام سلامت کشورها تلقی می‌گردد، به گونه‌ای که هر اندازه میزان پرداخت‌های مستقیم از جیب بیشتر باشد نشان دهنده ناعادلانه‌تر بودن آن نظام سلامت است. این شیوه یکی از ساده‌ترین و در عین

حال کم اثربخش ترین شیوه های پرداخت است که در آن فرد پول را مستقیماً به ارائه کننده خدمات می پردازد (۲).

پرداخت مستقیم هزینه ها توسط مردم معمولاً در دو قالب کلی صورت می گیرد. بخش عمده ای به صورت پرداخت های رسمی (مانند پرداخت فرانشیز، حق بیمه، پرداخت هزینه های خدمات خارج از تعهد سازمانهای بیمه گر) و بخش دیگری به صورت پرداخت های غیر رسمی که خارج از کانال های قانونی و رسمی به ارائه کنندگان خدمات سلامت پرداخت می گردد.

پرداخت های غیر رسمی اینگونه تعریف می شود: پرداخت های نقدی و غیرنقدی که به ارائه کنندگان خدمات سلامت (شخص یا مؤسسه)، علاوه بر پرداخت های قانونی توسط استفاده کنندگان از خدمات پرداخت می شود، و یا پرداخت بابت خرید دارو و تجهیزات پزشکی - توسط بیماران یا اعضای خانواده آنها - که تهیه آنها بر عهده سیستم مراقبت سلامت دولتی و واحد ارائه کننده خدمت باشد (۳). پرداختهای غیر رسمی با عناوین دیگری چون پولهای زیر میزی، پولهای سیاه، پولهای خاکستری، پول چایی، پرداختهای غیر اداری، پرداختهای فساد آمیز و ... نیز شناخته می شوند (۴).

پرداخت های غیر رسمی بدترین حالت از تامین مالی خصوصی محسوب می شود زیرا: اول آنکه این پرداختها به عنوان مانعی بر سر راه دسترسی به خدمات سلامت به حساب می آیند به گونه ای که ممکن است این هزینه ها بیش از پرداختهای رسمی فقرا را تحت تاثیر قرار دهد. دوم آنکه پرداخت های غیر رسمی کارایی خدمات سلامت را با تخصیص منابع به خدماتی که سود مادی بیشتری دارند ( و نه اینکه لزوماً مورد نیاز باشند) تحت تاثیر قرار می دهد. به علاوه عوامل انگیزشی معیوبی ایجاد می کنند که می تواند مانعی بالقوه در راه سیاستگذاری

سلامت باشد؛ و در نهایت توانایی دولت در راستای افزایش تامین مالی سلامت و تنظیم چگونگی سرمایه گذاری در حوزه سلامت را تحلیل می برد (۵). به عبارت دیگر پرداخت های غیر رسمی یک علامت ( و نه یک علت) برای عدم توازن در یک نظام سلامت به شمار می روند (۶). به علاوه آنچه پرداختهای غیر رسمی را به عنوان یک دغدغه سیاستگذاری مطرح می کند تنها حجم و میزان کل پرداخت های غیر رسمی نیست، بلکه نتایج و انعکاس توزیع ناعادلانه آن بین کارکنان سلامت است (۵).

شواهد و مدارک زیادی دال بر وجود وجود پرداخت های غیر رسمی به عنوان یکی از منابع اصلی تامین مالی در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط به چشم می خورد. در لهستان پرداختهای غیر رسمی تا حدود دو برابر حقوق رسمی پزشکان برآورد می شود. همچنین در بنگلادش میزان این پرداختها ده برابر و در کامبوج پنج برابر حقوق رسمی کارکنان سلامت است. مطالعات اخیر نشان دهنده آن است که پرداخت های غیر رسمی بین ۱۰ تا ۴۵ درصد پرداخت های مستقیم از جیب را تشکیل می دهند (۷). همچنین فراوانی هزینه های غیر رسمی سلامت در کشورهای در حال توسعه از ۳ درصد در پرو تا ۹۶ درصد در پاکستان متغیر است (۸).

با توجه به آنکه پرداخت های غیر رسمی قابل ثبت نبوده و داده ها و اطلاعات مربوط به آن در دسترس نمی باشد، محاسبه فراوانی، میزان و علل وقوع آن کاری پیچیده و مستلزم جمع آوری داده های پراکنده از طرق مختلف است. ولی به طور کلی می توان از عوامل فرهنگی، وجود شکاف ها و خلاء های قانونی، کمبود دریافتی های پرسنل نظام سلامت، نگرانی از دریافت خدمات بی کیفیت، کمبود ملزومات و تجهیزات پزشکی، ضعف در نظارت بر ارائه

کنندگان از جانب مجموعه متولیان و مسئولین نظام سلامت به عنوان مهمترین علل اثرگذار اشاره نمود.

با توجه به آنکه کشور ما نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه از این مقوله مستثنا نیست لذا در این مطالعه برآنیم تا با جمع آوری داده های مورد نیاز، به بررسی فراوانی و علل پرداخت های غیر رسمی در بیمارستان های تحت پوش دانشگاه علوم پزشکی شیراز قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت و نیز پس از اجرای این طرح پرداخته و تحلیل جامعی از وضعیت فعلی پرداخت های غیر رسمی و اثرات اجرای این طرح بر این پرداختها ارائه نماییم.

### **سابقه طرح و بررسی متون:**

یافته های مطالعه نکویی مقدم و همکاران در سال ۲۰۱۳ در کرمان نشان دهنده وجود پرداخت های غیر رسمی در ایران همانند بسیاری از دیگر کشورها است. بر اساس این یافته ها مهمترین دلایل این پرداختها را عوامل فرهنگی، عوامل مرتبط با کیفیت خدمات و عوامل قانونی تشکیل می دهند. به علاوه مهمترین دلایل تقاضا برای دریافت این وجوه از جانب پزشکان و کارکنان بیمارستان عبارت بودند از: نقص در تعرفه ها، دلایل ساختاری، دلایل اخلاقی و نیز ابراز لیاقت و شایستگی. همچنین این پژوهش نشان داد این پرداختها بیشتر در مورد اعمال و روش های درمانی پیچیده پرداخت می شود و اغلب به طور مستقیم از جانب ارائه دهنده خدمت تقاضا می شود(۹).

غیاثی پور و همکاران در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۹ در بین بیماران بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دادند دریافتند که ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه پرداخت غیر رسمی به کارکنان بیمارستان داشته اند. ۳/۷ درصد از افراد با درخواست پرداخت غیر

رسمی از سوی کارکنان بیمارستان مواجهه بوده اند. همچنین دیگر نتایج این پژوهش بیانگر وجود ارتباط معنادار بین مدت اقامت و میانگین کل پرداخت غیررسمی است (۴).

ستایش و همکاران در پژوهشی در سال ۲۰۰۷ به بررسی دیدگاه های مردم پیرامون پرداخت غیر رسمی به پزشکان در شهر کرمان پرداخته و بیان می دارند که ۷۰ درصد از افراد تحت مطالعه درمورد پرداخت های زیر میزبانی آگاهی کافی دارند. ۷۸ درصد اعتقاد دارند این پرداختها به قداست حرفه پزشکی لطمه میزند، و ۸۷ درصد از پاسخ دهندگان از مراجع ذی صلاح برای رسیدگی به پرداخت های زیر میزبانی آگاهی ندارند (۱۰).

علاوه بر پژوهش های داخلی پیش گفته، مطالعاتی نیز در خصوص پرداخت های غیر رسمی در خارج از کشور و عمدتاً در کشورهای در حال توسعه و یا توسعه نیافته انجام گرفته است. در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۰ توسط Farcasanu در کشور رومانی انجام گردید مهمترین دلایل وجود فساد اداری و پرداختهای غیر رسمی در نظام سلامت رومانی را، عادت نمودن مردم به پرداخت و دریافت رشوه (۷۳/۴ درصد)، و نیز کمبود و یا عدم وجود جرایم لازم (۷۰/۹ درصد) تشکیل می داد. به علاوه تقریباً نیمی از پاسخ دهندگان (۵۰/۴ درصد) حقوق و دریافتی کم پرسنل را به عنوان عاملی بر دریافت رشوه در نظام سلامت تقی می نمودند (۱۱).

در پژوهش Liaropoulos و همکاران در سال ۲۰۰۸ در زمینه پرداخت های غیررسمی در بیمارستانهای دولتی یونان، ۳۶ درصد از پاسخ دهندگان عنوان کردند که حداقل یک پرداخت غیر رسمی به پزشک خود داشته اند که از این بین، ترس از دریافت خدمات پایین تر از حد استاندارد (۴۲ درصد)، و پیشنهاد پزشکان (۲۰ درصد)، بیشترین دلایل این پرداختها را تشکیل می داد. همچنین احتمال پرداخت های غیر رسمی به میزان ۱۳۷ درصد در بیماران جراحی نسبت به بیمارانی که جراحی نداشتند بیشتر بود (۱۲).

یافته های مطالعه Tatar و همکاران در سال ۲۰۰۷ در ترکیه در زمینه پرداختهای غیررسمی نشان می دهد که ۷۰/۱ درصد از پرداخت های مستقیم از جیب مربوط به پرداخت های رسمی و ۲۹/۹ درصد این پرداختها مرتبط با پرداخت های غیر رسمی است. از بین پرداخت های غیر رسمی نیز ۷۱/۶ درصد در قالب وجه نقد و ۲۷/۵ درصد به صورت غیرنقدی و ۰/۹ درصد به شکل هدایا بوده است(۱۳).

Vian و همکاران در مطالعه ای در آلبانی در سال ۲۰۰۶ بیان کردند که اعتقاد کارکنان سلامت مبنی بر ناکافی بودن حقوق و مزایای خود، اعتقاد به ارزش داشتن سلامت خوب با پرداخت هر گونه هزینه ای، تمایل به دریافت خدمات بهتر، ترس از دریافت درمان نامناسب و مرسوم بودن اهداء هدایا جهت اظهار قدردانی، مهمترین دلایل پرداخت های غیر رسمی رادر حوزه سلامت این کشور تشکیل داده اند(۱۴).

در پژوهش Gaal و همکاران در کشور مجارستان در سال ۲۰۰۱ برآورد گردید که در این سال حجم کلی پرداخت های غیر رسمی نظام سلامت این کشور بین ۷۷/۱ تا ۲۴۲/۴ میلیون دلار بوده است که این رقم معادل ۱/۵ تا ۴/۶ درصد کل هزینه های سلامت مجارستان در این سال بوده است. به علاوه در مقاله خود نویسنده بیان می دارد پزشکان متخصص و همچنین پزشکان خانواده بین ۶۰ تا ۲۳۶ درصد درآمدهای رسمی خود، از درآمدهای غیر رسمی برخوردار هستند(۵)

همچنین Shahriari و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۰۱ در لهستان انجام داده اند مهمترین دلایل اثرگذار بر وقوع پرداخت های غیر رسمی را حقوق اندک کارکنان حرف پزشکی، عدم توازن بین مراقبت های سلامت مورد تعهد و منابع موجود در نظام سلامت، عوامل انگیزشی ضعیف برای ارائه کنندگان خدمات، کمبود تجهیزات و ملزومات ضروری پزشکی، عدم

کارایی نظام سلامت، عدم شفافیت در عملکرد مراکز ارائه دهنده خدمات و نیز عوامل فرهنگی ذکر نموده اند(۶).

## اهداف

### ۱. هدف کلی

تعیین تاثیر اجرای طرح تحول سلامت بر پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز

### ۲. اهداف اختصاصی طرح

۱- تعیین فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت).

۲- تعیین علل پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت).

۳- تعیین نحوه پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت).

۴- تعیین رابطه بین مدت اقامت بیمار و پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت).

۵- تعیین رابطه بین عوامل دموگرافیک و فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، به طور کلی (قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت).



۶- تعیین رابطه بین عوامل دموگرافیک و فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (قبل از اجرای طرح تحول سلامت).

### ۳. اهداف کاربردی طرح

بهره گیری از نتایج حاصل از آن جهت ارائه به وزارت بهداشت جهت استفاده از گزارش و نتایج آن در اجرای هر چه بهتر طرح تحول نظام سلامت و ارائه پیشنهادات لازم به سیاستگذاران دانشگاه و وزارت بهداشت

### سوالات پژوهش

#### • سوال اصلی

آیا طرح تحول سلامت بر پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز تاثیر دارد؟

#### • سوالات اختصاصی

- ۱- فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) چگونه است؟
- ۲- علل پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) چیست؟

۳- نحوه پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) چگونه است؟

۴- آیا بین مدت اقامت بیمار و پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه

علوم پزشکی شیراز (قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) رابطه وجود دارد؟

۵- آیا بین خصوصیات دموگرافیک و فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز

درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز {به طور کلی} (قبل و بعد از اجرای طرح تحول

سلامت) { رابطه وجود دارد؟

۶- آیا بین خصوصیات دموگرافیک و فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز

درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) رابطه

وجود دارد؟

## روش کار

### نوع پژوهش:

این پژوهش یک بررسی پیمایشی از نوع توصیفی- تحلیلی و بصورت کاربردی می باشد که به صورت مقطعی انجام می شود.

### محیط پژوهش:

محیط پژوهش مراکز درمانی عمومی - آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز بودند.

## جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه بیماران ترخیص شده از بیمارستانهای عمومی - آموزشی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز (بیمارستان های سعدی و نمازی) در سه ماهه آخر سال ۱۳۹۲ (قبل از طرح تحول سلامت) و سه ماهه آخر سال ۱۳۹۳ (بعد از طرح تحول سلامت) بودند.

## نمونه و روش نمونه گیری

نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۶۰۰ بیمار ترخیص شده {۳۰۰ بیمار قبل از اجرای طرح (۱۵۰ بیمار از بیمارستان سعدی و ۱۵۰ بیمار از بیمارستان نمازی) و ۳۰۰ بیمار بعد از اجرای طرح (۱۵۰ بیمار از بیمارستان سعدی و ۱۵۰ بیمار از بیمارستان نمازی)} در محدوده زمانی مشخص شده قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در پنج بخش داخلی، جراحی، اورژانس، ICU و CCU بودند که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند به این صورت که پس از تعیین حجم نمونه لیست پرونده بیماران در محدوده زمانی تعیین شده در هر بخش تهیه و پس از آن به نسبت مساوی از هر بخش از هر بیمارستان ۳۰ نفر قبل و ۳۰ نفر بعد از اجرای طرح انتخاب شدند و با مطالعه پرونده و استخراج اطلاعات با آنها تماس گرفته شد و پس از بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت و همکاری آنها نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام شد.

لازم به ذکر است که از ۶۰۰ بیمار انتخاب شده ۵۴۶ بیمار (۲۷۴ بیمار قبل از اجرای طرح و ۲۷۲ بیمار بعد از اجرای طرح) که در تکمیل پرسشنامه دقت لازم را داشته اند و

پرسشنامه تکمیل شده از شرایط لازم برای تحلیل برخوردار بودند به منظور تحلیل آماری داده ها مورد استفاده قرار گرفتند.

### ابزار و روشهای گردآوری اطلاعات:

این مطالعه در دو فاز اصلی انجام شد:

فاز اول: جمع آوری اطلاعات در مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه قبل از اجرای طرح تحول سلامت

فاز دوم: جمع آوری اطلاعات در مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه بعد از اجرای طرح تحول سلامت

و در نهایت مقایسه و آنالیز بین مراکز درمانی از جنبه میزان پرداخت های غیررسمی قبل و بعد از طرح تحول سلامت.

لذا، در ابتدا در قالب دو فاز جداگانه (قبل از اجرای طرح تحول سلامت و بعد از اجرای آن) داده های مربوطه از طریق فرم های از قبل طراحی شده جمع آوری شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه فرم جمع آوری اطلاعات و روش گردآوری اطلاعات مصاحبه تلفنی بود.

بدین منظور پس از مطالعه ادبیات موضوع و نظر خواهی از صاحب نظران و متخصصین هر بخش ، پرسشنامه ای در سه بخش تهیه و تدوین شد .به منظور تعیین روایی صوری و محتوایی پرسشنامه، پرسشنامه در اختیار یک نمونه ۱۰ نفری از بیماران و مراجعه کنندگان به بیمارستان ها داده شد تا در مورد قابل فهم بودن آن اظهار نظر کنند همچنین از روان و صحیح بودن جمله بندی از چند نفر نظر خواهی شد در ضمن به منظور تعیین روایی محتوایی

پرسشنامه، پرسشنامه در اختیار تیم ۵ نفری از متخصصین و صاحب نظران موضوع قرار داده شد و سوالاتی که حداقل ۴ نفر با آن موافق بودند در پرسشنامه قرار داده شد..

از آنجایی که جمع آوری اطلاعات می بایستی پس از ترخیص بیمار از بیمارستان صورت می گرفت، احتمال پاسخ به پرسشنامه و ارسال آن توسط بیمار و یا خانواده اش (پس از ترخیص)، با توجه به شرایط بیماران و خانواده هایشان و شرایط فرهنگی کشورمان بسیار اندک تخمین زده می شد . لذا بدین علت به منظور امکان ارتباط آزادانه و بهتر با بیماران و خانواده هایشان، رفع سؤالات آنها در مورد سؤالات پرسشنامه، نوشتن پاسخ ها در صورت نداشتن سواد، کاهش ایجاد مزاحمت برای خانواده ها، امکان تکمیل کردن پرسشنامه برای همه افراد بدون در نظر گرفتن شهر محل سکونتشان - که ممکن است اغلب ساکن سایر شهرستانها و روستاهای استان و یا حتی استان های مجاور باشند- و .... ، از مصاحبه تلفنی (مانند اغلب مطالعات انجام شده در سایر کشورها) به عنوان روش گردآوری اطلاعات استفاده گردید.

### **روشهای آماری مورد استفاده در پژوهش**

از آمارهای توصیفی و تحلیلی جهت بررسی و آنالیز داده ها استفاده شد.

### **روش تجزیه و تحلیل داده ها:**

بعد از دریافت و جمع آوری اطلاعات مربوطه قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در کلیه مراکز درمانی در سطح دانشگاه از طریق فرم ها و پرسشنامه های طراحی شده از طریق

مصاحبه تلفنی، جهت تجزیه و تحلیل داده های نهایی پژوهش از آمار توصیفی و آزمون کای اسکوئر(مجدور خی) استفاده شد.

بنابراین، در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار Excel و SPSS استفاده شد. داده ها ابتدا وارد نرم افزار Excel شد و مورد پالایش قرار گرفت، سپس جهت تجزیه و تحلیل داده ها و تهیه گزارش توصیفی و تحلیلی از نرم افزار SPSS استفاده شد.

### ملاحظات اخلاقی

یکی از ملاحظات اخلاقی اصلی در پژوهش حاضر، حفظ محرمانه بودن اطلاعات بیماران بود. به علاوه جهت محرمانه ماندن اطلاعات از ذکر نام بیماران در فرم های مصاحبه و نیز اطلاعات بیمارستان های محیط پژوهش و کارکنان آنها در گزارش های منتج از طرح خودداری شد.

### محدودیت های اجرایی طرح و روش کاهش آنها:

با توجه به اینکه طرح مذکور در قالب مصاحبه تلفنی انجام شد و نیز با توجه به حساسیت نسبی موضوع مورد مصاحبه، لزوم جلب اعتماد پاسخ دهندگان جهت حفظ محرمانه ماندن داده ها و عدم تاثیر آن در دریافت خدمات آتی آنان از بیمارستان مشکل اصلی بالقوه این طرح بود. با استفاده از مصاحبه گران مجرب و با دانش جهت مصاحبه در رفع این مشکل تلاش لازم انجام شد.

## نتایج

تجزیه و تحلیل داده های حاصل از اجرای پژوهش، یکی از مراحل مهم درانجام پژوهشها است. پژوهشگران حوزه ی مختلف، به منظور کمی ساختن نتایج پژوهشهای خویش، از روشهای آماری استفاده می کنند. در این بخش با توجه به اهداف پژوهش، ابتدا نتایج آمار توصیفی داده های مربوط به خصوصیات دموگرافیک آزمودنی ها گروه نمونه به طور کلی (سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، شهر محل زندگی، وضعیت بیمه، بیمه تکمیلی، بخش مورد مراجعه، نحوه مراجعه، مدت اقامت) و خصوصیات آزمودنی های گروه نمونه که پرداخت غیر رسمی داشته اند شامل (زمان پرداخت، شیوه پرداخت، ارزش تقریبی پرداخت، تعداد دفعات پرداخت، شخصی که به آن پرداخت شده و علل و انگیزه پرداخت) آمده است و پس از آن نتایج آزمون مجذور کا (خی دو) برای پاسخگویی به فرضیات پژوهش مبنی بر اینکه طرح تحول سلامت بر پرداختهای غیر رسمی تاثیر دارد و همچنین بین خصوصیات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، شهر محل زندگی، وضعیت بیمه، بیمه تکمیلی، بخش مورد مراجعه، نحوه مراجعه، مدت اقامت) با پرداختهای غیر رسمی قبل از طرح و به طور کلی رابطه وجود دارد، مورد بررسی قرار گرفته اند و نتایج به صورت جداگانه آمده است.

### ❖ نتایج توصیفی

۱. بررسی خصوصیات دموگرافیک آزمودنی ها

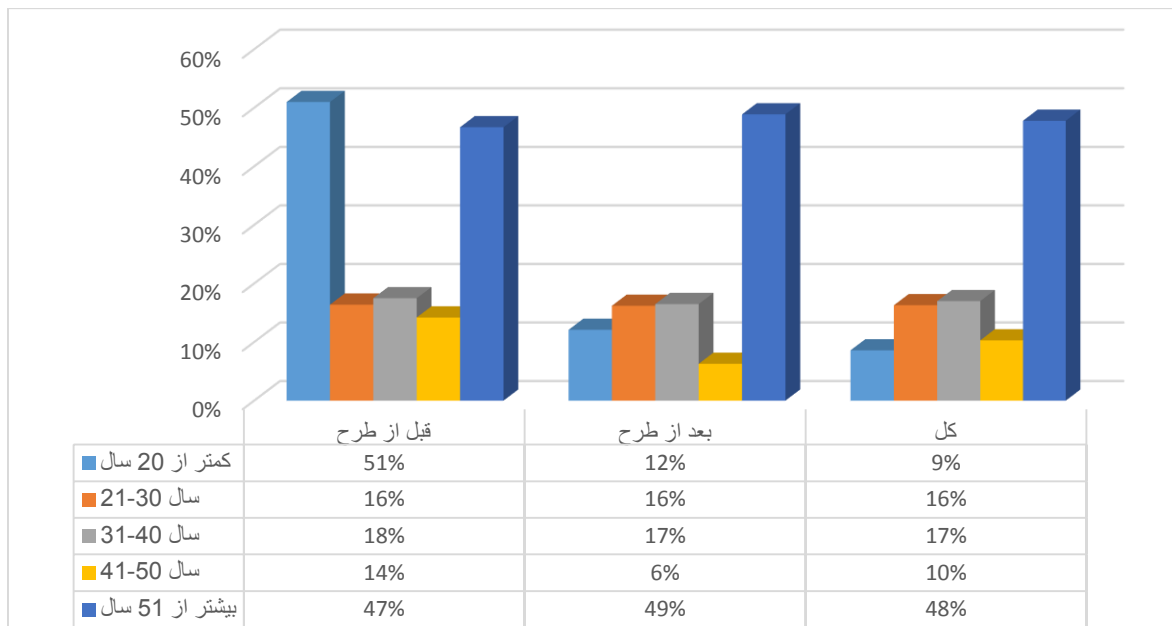
اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیک آزمودنی های گروه نمونه (سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، شهر محل زندگی، وضعیت بیمه، بیمه تکمیلی، بخش مورد مراجعه، نحوه مراجعه، مدت اقامت) در جدولها و نمودارهای شماره ۱ الی ۱۲ آمده است.

جدول ۱ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس سن

کل		بعد از طرح		قبل از طرح		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۸/۶	۴۷	۱۲/۱	۳۳	۵۱	۱۴	کمتر از ۲۰ سال
۱۶/۳	۸۹	۱۶/۲	۴۴	۱۶/۴	۴۵	۲۱-۳۰ سال
۱۷	۹۳	۱۶/۵	۴۵	۱۷/۵	۴۸	۳۱-۴۰ سال
۱۰/۳	۵۶	۶/۳	۱۷	۱۴/۲	۳۹	۴۱-۵۰ سال
۴۷/۸	۲۶۱	۴۸/۹	۱۳۳	۴۶/۷	۱۲۸	بیشتر از ۵۱ سال

نتایج جدول شماره ۱ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس پنج گروه سنی در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان می دهد؛ این اطلاعات در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.





نمودار ۱ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس سن

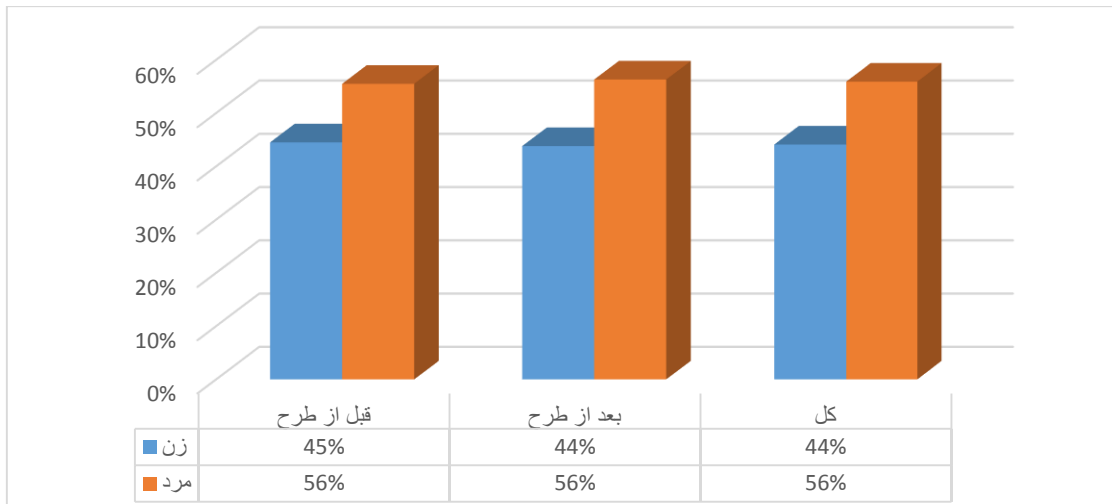
جدول ۲ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس جنس

کل	بعد از طرح		قبل از طرح		جنس
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۴۴/۱	۲۴۱	۴۳/۸	۱۱۹	۴۴/۵	زن
۵۵/۹	۳۰۵	۵۶/۳	۱۵۳	۵۵/۵	مرد

نتایج جدول شماره ی ۲ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس دو

گروه جنسی در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان می دهد؛

این اطلاعات در نمودار شماره ی ۲ نشان داده شده است.

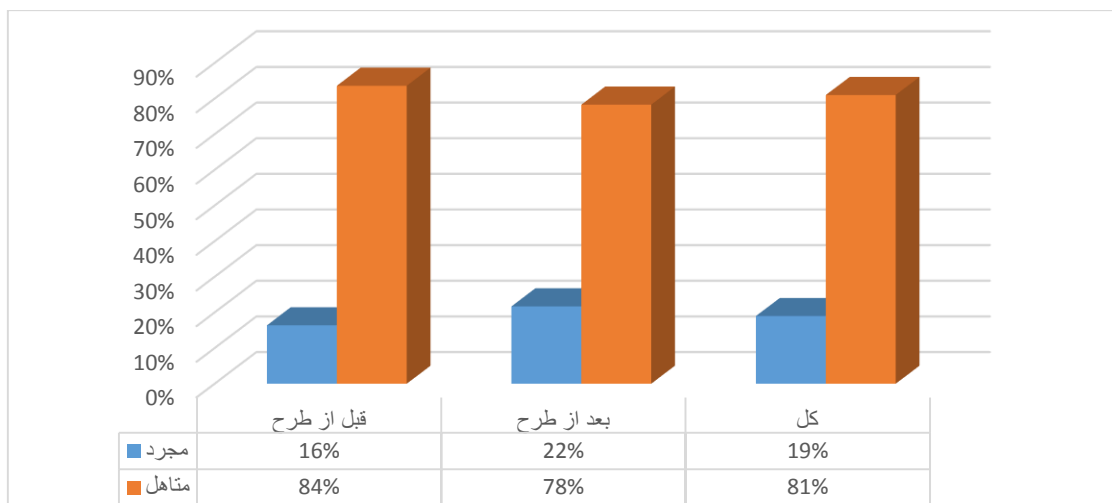


نمودار ۲ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس جنس

جدول ۳ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس وضعیت تاهل

	کل		بعد از طرح		قبل از طرح		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مجرد	۱۰۴	۱۹	۵۹	۲۱/۷	۴۵	۱۶/۴	
متاهل	۴۴۲	۸۱	۲۱۳	۷۸/۳	۲۲۸	۸۳/۶	

نتایج جدول شماره ی ۳ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس دو گروه از نظر وضعیت تاهل در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان می دهد؛ این اطلاعات در نمودار شماره ی ۳ نشان داده شده است.



نمودار ۳ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس وضعیت تاهل

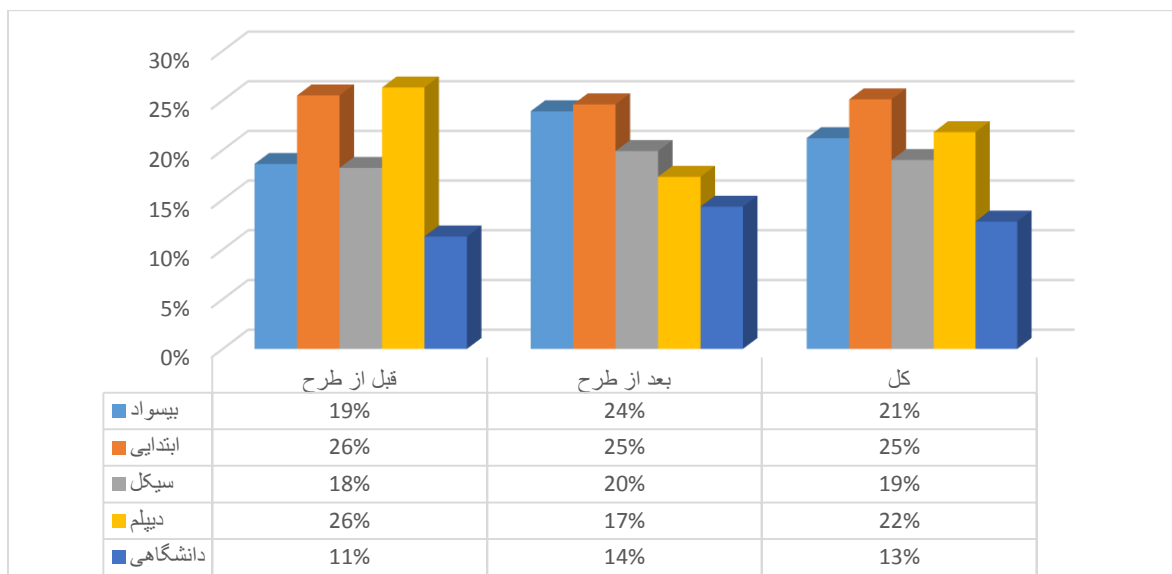
جدول ۴ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس میزان تحصیلات

	قبل از طرح		بعد از طرح		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیسواد	۵۱	۱۸/۶	۶۵	۲۳/۹	۱۱۶	۲۱/۲
ابتدایی	۷۰	۲۵/۵	۶۷	۲۴/۶	۱۳۷	۲۵/۱
سیکل	۵۰	۱۸/۲	۵۴	۱۹/۹	۱۰۴	۱۹
دیپلم	۷۲	۲۶/۳	۴۷	۱۷/۳	۱۱۹	۲۱/۸
دانشگاهی	۳۱	۱۱/۳	۳۹	۱۴/۳	۷۰	۱۲/۸

نتایج جدول شماره ی ۴ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس

پنج گروه از نظر میزان تحصیلات در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور

کلی نشان می دهد؛ این اطلاعات در نمودار شماره ی ۴ نشان داده شده است.



نمودار ۴ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس میزان تحصیلات

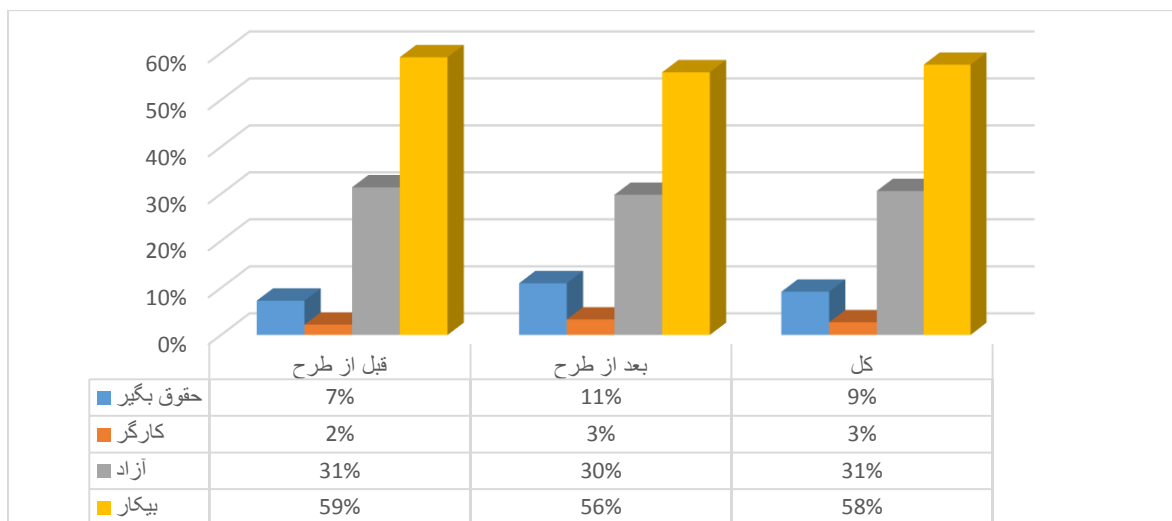
جدول ۵ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس وضعیت اشتغال

	قبل از طرح		بعد از طرح		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حقوق بگیر	۲۰	۷/۳	۳۰	۱۱	۵۰	۹/۲
کارگر	۶	۲/۲	۹	۳/۳	۱۵	۲/۷
آزاد	۸۶	۳۱/۴	۸۱	۲۹/۸	۱۶۷	۳۰/۶
بیکار	۱۶۲	۵۹/۱	۱۵۲	۵۵/۹	۳۱۴	۵۷/۵

نتایج جدول شماره ۵ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس

چهارگروه از نظر وضعیت اشتغال در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور

کلی نشان می دهد؛ این اطلاعات در نمودار شماره ۵ نشان داده شده است.



نمودار ۵ توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس وضعیت اشتغال

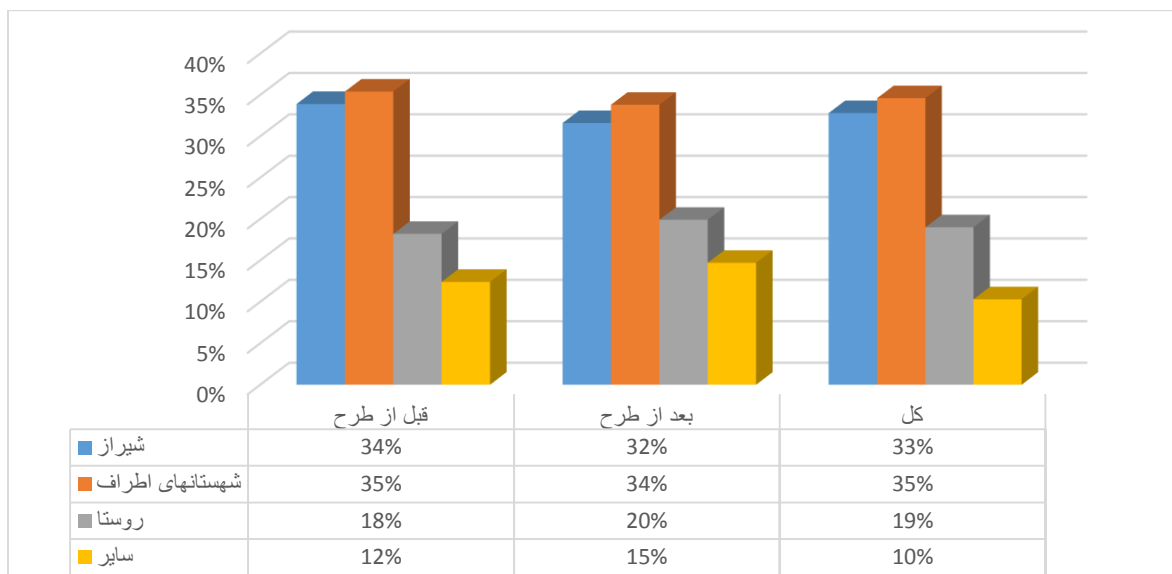
جدول ۶ توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس محل سکونت

	قبل از طرح		بعد از طرح		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شیراز	۹۳	۳۳/۹	۸۶	۳۱/۶	۱۷۹	۳۲/۸
شهرستانهای اطراف	۹۷	۳۵/۴	۹۲	۳۳/۸	۱۸۹	۳۴/۶
روستا	۵۰	۱۸/۲	۵۴	۱۹/۹	۱۰۴	۱۹
سایر	۳۴	۱۲/۴	۴۰	۱۴/۷	۷۴	۱۳/۶

نتایج جدول شماره ۶ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی‌های گروه نمونه را بر اساس

محل سکونت در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان می‌دهد؛

این اطلاعات در نمودار شماره ۶ نشان داده شده است.



نمودار ۶ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس محل سکونت

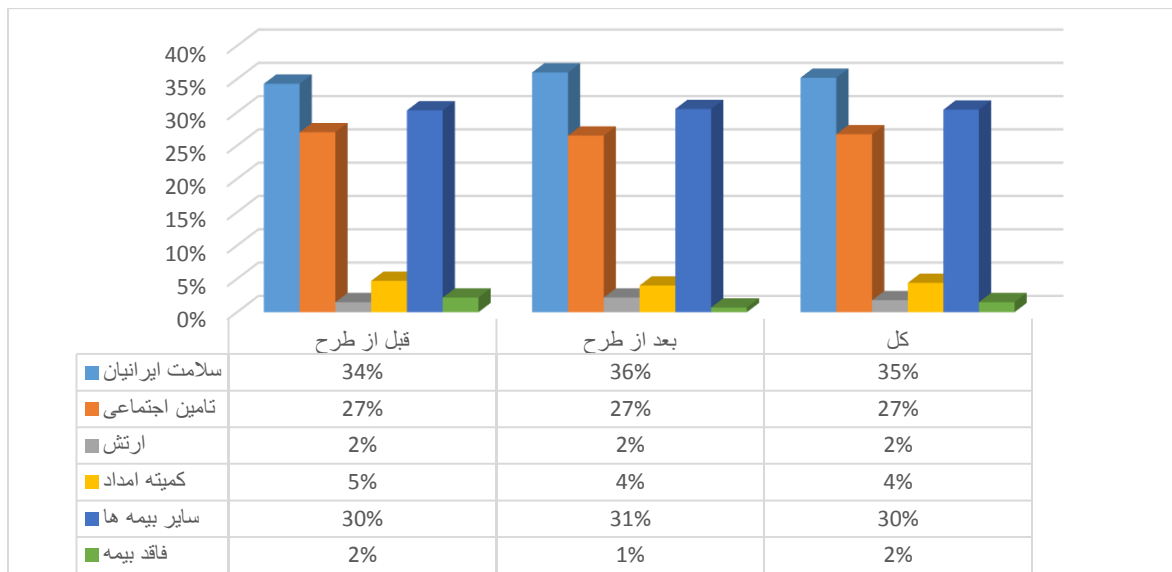
جدول ۷ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس نوع بیمه

	قبل از طرح		بعد از طرح		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سلامت ایرانیان	۹۴	۳۴/۳	۹۸	۳۶	۱۹۲	۳۵/۲
تامین اجتماعی	۷۴	۲۷	۷۲	۲۶/۵	۱۴۶	۲۶/۷
ارتش	۴	۱/۵	۶	۲/۲	۱۰	۱/۸
کمیته امداد	۱۳	۴/۷	۱۱	۴	۲۴	۴/۴
سایر بیمه ها	۸۳	۳۰/۳	۸۳	۳۰/۵	۱۶۶	۳۰/۴
فاقد بیمه	۶	۲/۲	۲	۰/۷	۸	۱/۵

نتایج جدول شماره ی ۷ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس

نوع بیمه در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان می دهد؛ این

اطلاعات در نمودار شماره ی ۷ نشان داده شده است.



نمودار ۷ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس وضعیت بیمه

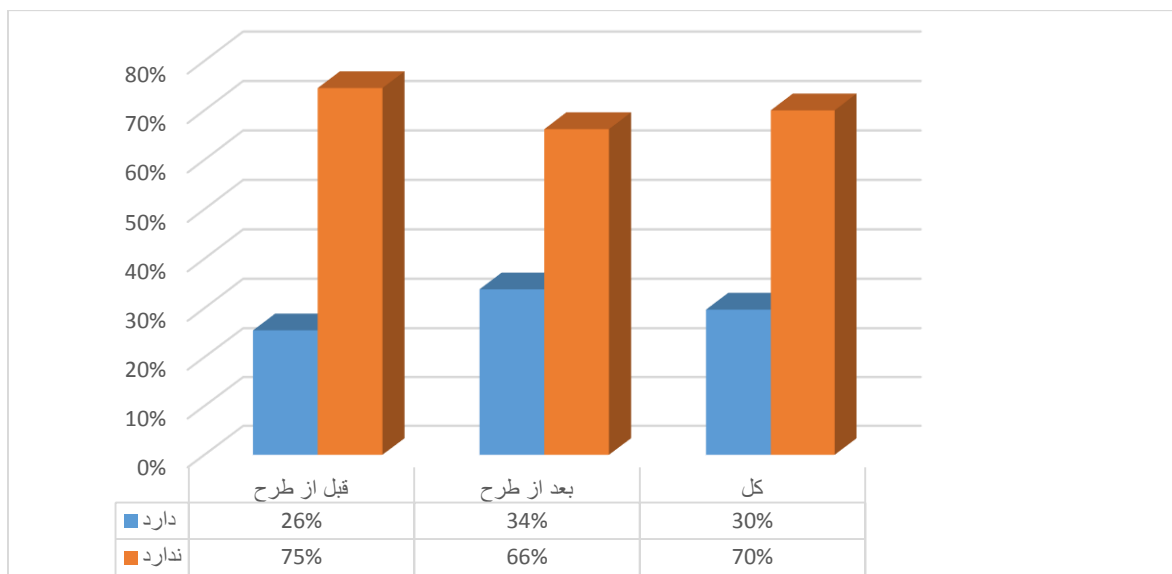
جدول ۸ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس بیمه تکمیلی

کل	بعد از طرح		قبل از طرح		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
دارد	۱۶۲	۳۳/۸	۹۲	۲۵/۵	۲۹/۷
ندارد	۳۸۴	۶۶/۲	۱۸۰	۷۴/۵	۷۰/۳

نتایج جدول شماره ی ۸ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس

وضعیت بیمه تکمیلی در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان

می دهد؛ این اطلاعات در نمودار شماره ی ۸ نشان داده شده است.



نمودار ۸ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس وضعیت بیمه تکمیلی

جدول ۹ توزیع فراوانی شرکت کنندگان بر اساس بخش مورد مراجعه

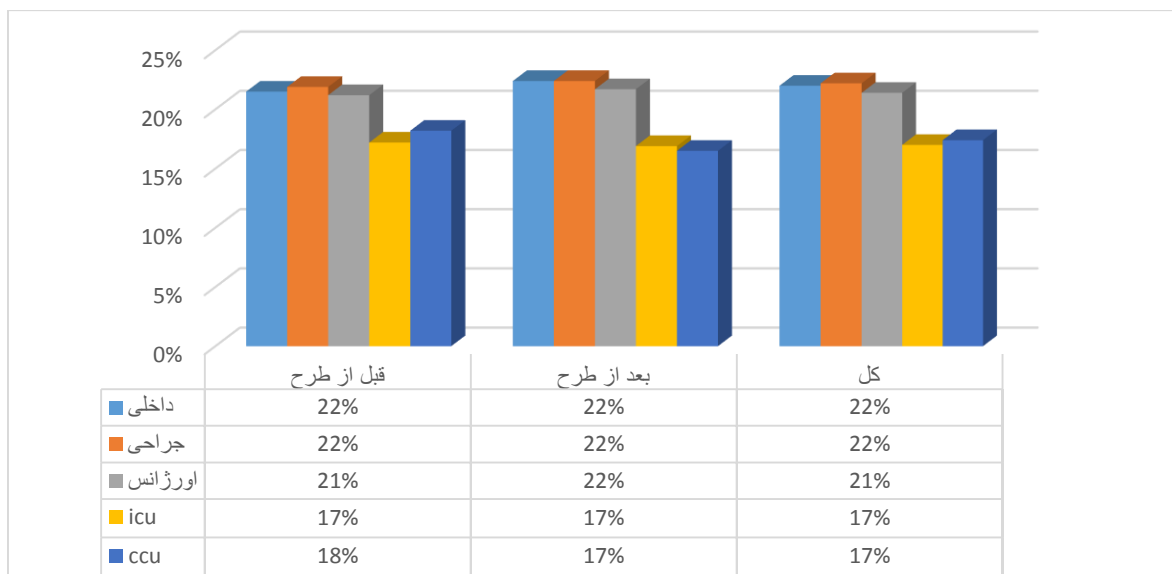
	قبل از طرح		بعد از طرح		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
داخلی	۵۹	۲۱/۵	۶۱	۲۲/۴	۱۲۰	۲۲
جراحی	۶۰	۲۱/۹	۶۱	۲۲/۴	۱۲۱	۲۲/۲
اورژانس	۵۸	۲۱/۲	۵۹	۲۱/۷	۱۱۷	۲۱/۴
ICU	۴۷	۱۷/۲	۴۶	۱۶/۹	۹۳	۱۷
CCU	۵۰	۱۸/۲	۴۵	۱۶/۵	۹۵	۱۷/۴

نتایج جدول شماره ی ۹ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس

بخش مورد مراجعه در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان می

دهد؛ این اطلاعات در نمودار شماره ی ۹ نشان داده شده است.





نمودار ۹ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس بخش

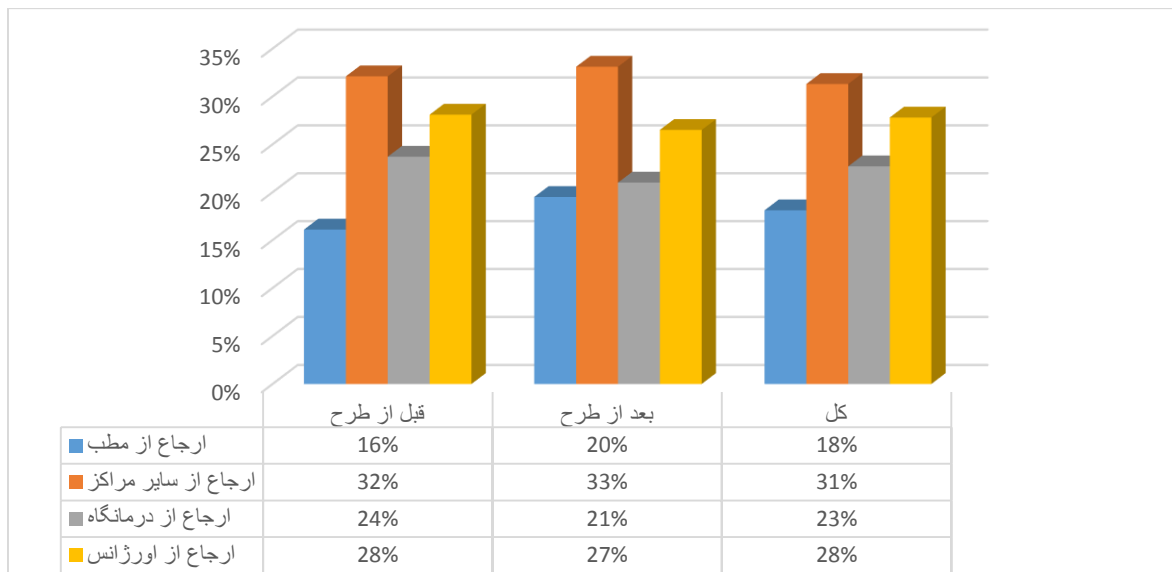
جدول ۱۰ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس نحوه مراجعه به بیمارستان

کل	بعد از طرح		قبل از طرح			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۱۸/۱	۹۹	۱۹/۵	۵۳	۱۶/۱	۴۴	ارجاع از مطب
۳۱/۳	۱۷۱	۳۳/۱	۹۰	۳۲/۱	۸۸	ارجاع از سایر مراکز
۲۲/۷	۱۲۴	۲۱	۵۷	۲۳/۷	۶۵	ارجاع از درمانگاه
۲۷/۸	۱۵۲	۲۶/۵	۷۲	۲۸/۱	۷۷	ارجاع از اورژانس

نتایج جدول شماره ی ۱۰ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس

نحوه مراجعه به بیمارستان، قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان

می دهد؛ این اطلاعات در نمودار شماره ی ۱۰ نشان داده شده است.

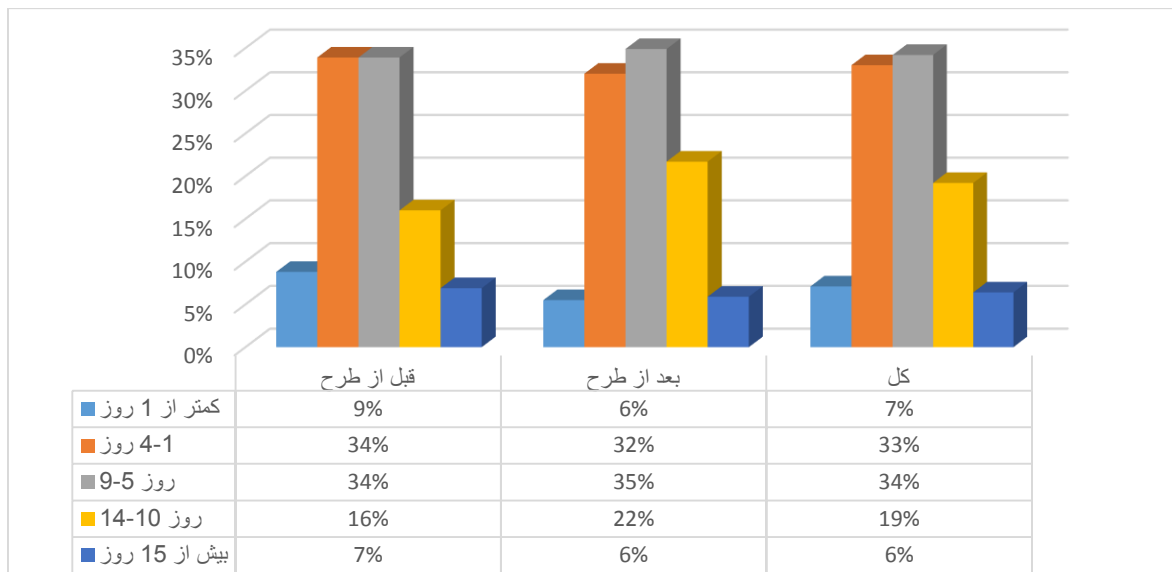


نمودار ۱۰ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس نحوه مراجعه به بیمارستان

جدول ۱۱ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس مدت اقامت در بیمارستان

کل	بعد از طرح		قبل از طرح		تعداد	درصد
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۷/۱	۳۹	۵/۵	۱۵	۸/۸	۲۴	کمتراز ۱ روز
۳۳	۱۸۰	۳۲	۸۷	۳۳/۹	۹۳	۱ تا ۴ روز
۳۴/۲	۱۸۷	۳۴/۹	۹۵	۳۳/۹	۹۳	۵ تا ۹ روز
۱۹/۲	۱۰۵	۲۱/۷	۵۹	۱۶/۴	۴۵	۱۰ تا ۱۴ روز
۶/۴	۳۵	۵/۹	۱۶	۶/۹	۱۹	بیش از ۱۵ روز

نتایج جدول شماره ی ۱۱ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس مدت اقامت در بیمارستان، قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان می دهد؛ این اطلاعات در نمودار شماره ی ۱۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱۱ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس مدت اقامت در بیمارستان

## ۲. بررسی ویژگی های آزمودنی هایی که پرداخت غیر رسمی داشته اند

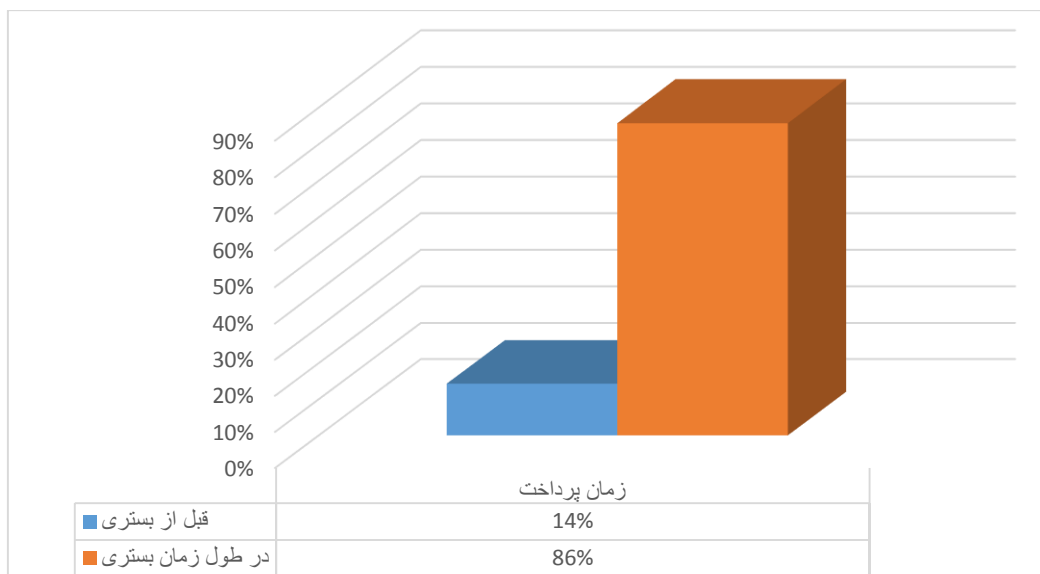
اطلاعات مربوط به خصوصیات آزمودنی های گروه نمونه که پرداخت غیر رسمی داشته اند (زمان پرداخت، شیوه پرداخت، ارزش تقریبی پرداخت، تعداد دفعات پرداخت، پرداخت به چه شخصی و علل پرداخت) در جدولها و نمودارهای شماره ۱۲ الی ۱۵ آمده است.

جدول ۱۲ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس زمان پرداخت غیر رسمی

درصد	تعداد	
۱۴/۳	۱	قبل از بستری
۸۵/۷	۶	در طول زمان بستری

نتایج جدول شماره ۱۲ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه که پرداخت غیر

رسمی داشته اند؛ نشان می دهد؛ این اطلاعات در نمودار شماره ۱۲ نشان داده شده است.



نمودار ۱۲ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس زمان پرداخت غیر رسمی

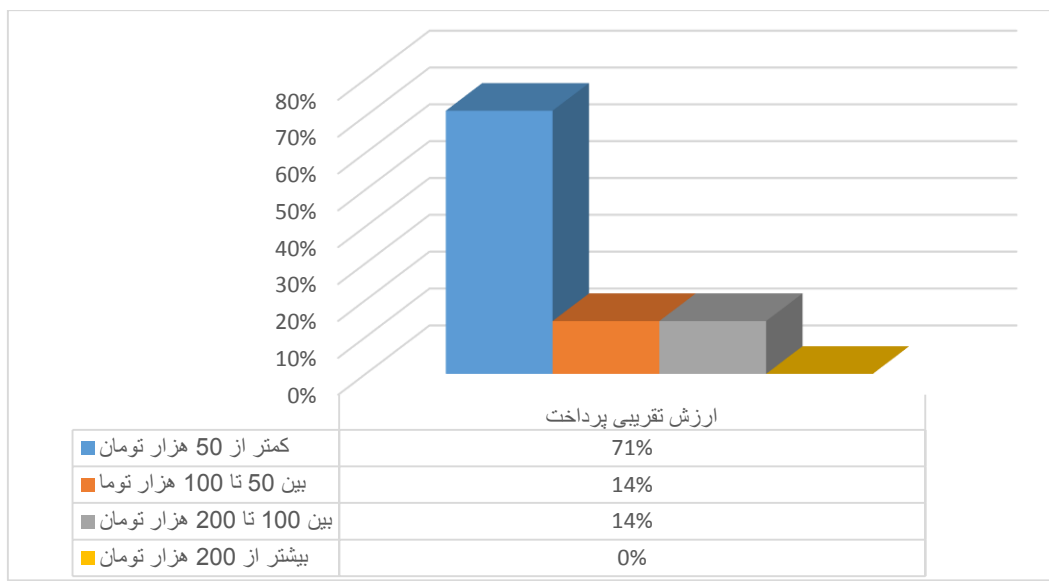
جدول ۱۳ توزیع فراوانی شرکت کنندگان بر اساس ارزش تقریبی پرداخت غیر رسمی

درصد	تعداد	مقدار پرداخت
۷۱/۴	۵	کمتر از ۵۰ هزار تومان
۱۴/۳	۱	بین ۵۰ تا ۱۰۰ هزار تومان
۱۴/۳	۱	بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان
۰	۰	بیشتر از ۲۰۰ هزار تومان

نتایج جدول شماره ی ۱۳ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه که پرداخت

غیر رسمی داشته اند را بر اساس ارزش تقریبی پرداخت نشان می دهد؛ این اطلاعات در نمودار

شماره ی ۱۳ نشان داده شده است.



نمودار ۱۳ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس ارزش تقریبی پرداخت

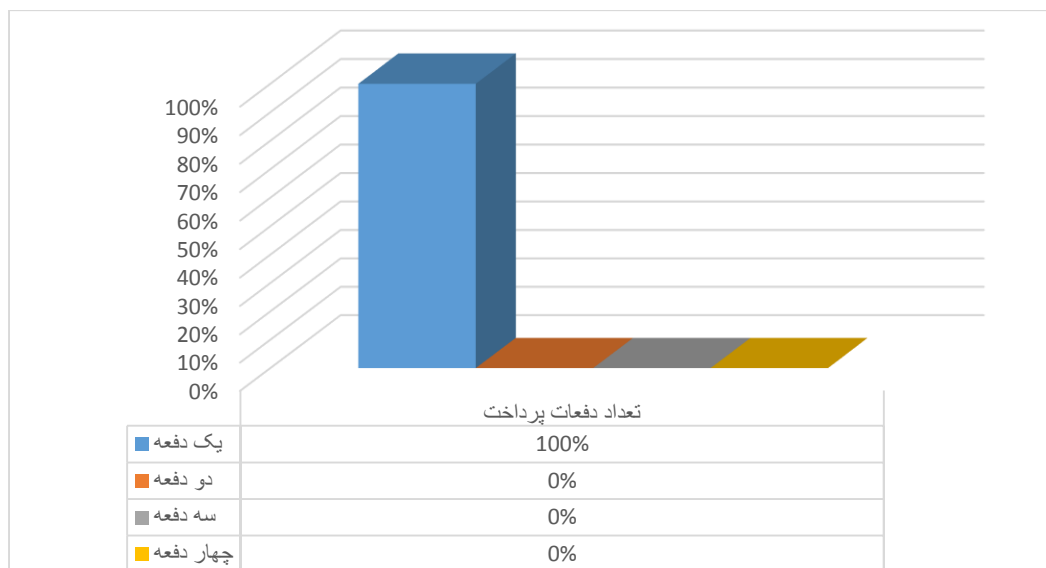
جدول ۱۴ توزیع فراوانی شرکت کنندگان بر اساس تعداد دفعات پرداخت

درصد	تعداد	
۱۰۰	۷	۱ دفعه
۰	۰	۲ دفعه
۰	۰	۳ دفعه
۰	۰	بیش از ۴ دفعه

نتایج جدول شماره ی ۱۴ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه که پرداخت

غیر رسمی داشته اند را بر اساس تعداد دفعات پرداخت نشان می دهد؛ این اطلاعات در نمودار

شماره ی ۱۴ نشان داده شده است.



نمودار ۱۴ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس تعداد دفعات پرداخت

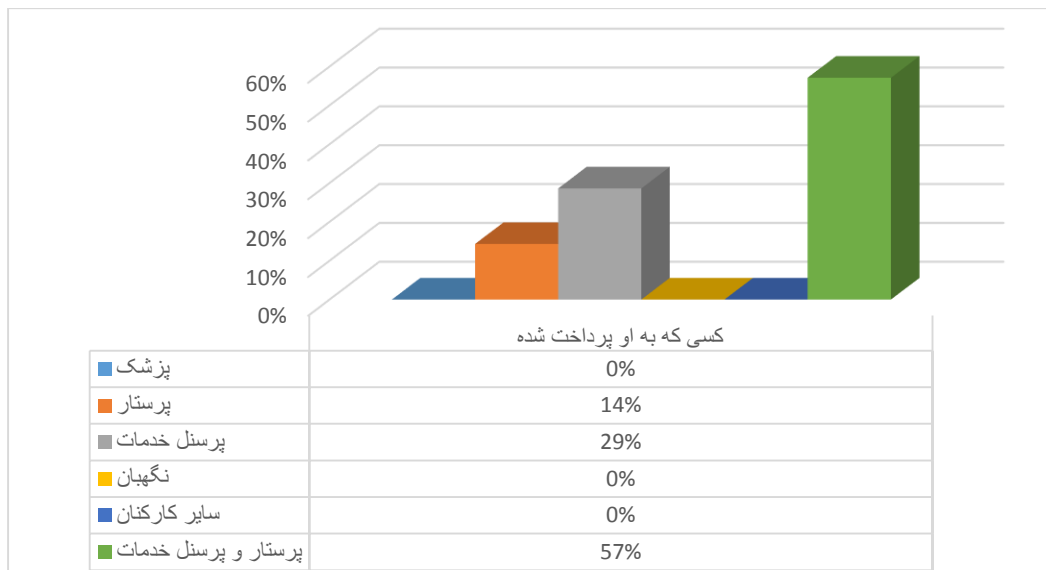
جدول ۱۵ توزیع فراوانی شرکت کنندگان بر اساس کسی که پرداخت غیر رسمی به آن شده

درصد	تعداد	گروه
۰	۰	پزشک
۱۴/۳	۱	پرستار
۲۸/۶	۲	پرسنل خدمات
۰	۰	نگهبان
۰	۰	سایر کارکنان
۵۷/۱	۴	پرستار و پرسنل خدمات

نتایج جدول شماره ی ۱۵ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه که پرداخت

غیر رسمی داشته اند را بر اساس کسی که پرداخت غیر رسمی به آن شده است نشان می دهد؛ این

اطلاعات در نمودار شماره ی ۱۵ نشان داده شده است.



نمودار ۱۵ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس کسی که به او پرداخت شده

## ❖ آمار استنباطی

به منظور بررسی داده های حاصل از اجرای پژوهش و پاسخگویی به فرضیه های پژوهش، از شاخص آماری مجذور کا (خی دو) و ضریب همبستگی فی و وی کرامر<sup>۱</sup> استفاده شد (این دو میزان رابطه بین دو متغیر رانشان می دهند، ضریب فی در مواردی محاسبه می شود که جداول فراوانیهای متقاطع ۲\*۲ باشد و ضریب وی کرامر در مواردی که جدول متقاطع ۳ مقوله یا بیشتر داشته باشد).

### • سوال اصلی

آیا طرح تحول سلامت بر فراوانی پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز تاثیر دارد؟

<sup>۱</sup> . Phi & Cramer, s v

به منظور بررسی داده های حاصل از اجرای پژوهش و پاسخگویی به این فرضیه از شاخص آماری مجذور کا (خی دو) و ضریب همبستگی فی استفاده شد. در جدول شماره ۱۶ این نتایج آمده است.

جدول ۱۶ تاثیر طرح تحول سلامت بر فراوانی پرداختهای غیر رسمی

خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	فی	سطح معناداری
۷/۰۳۹	۱	۰/۰۰۸	۰/۱۱۴	۰/۰۰۸

همانطور که نتایج جدول شماره ۱۶ (نتایج آزمون مجذور کا و ضریب همبستگی فی) نشان می دهد؛ طرح تحول سلامت بر فراوانی پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز تاثیر معناداری داشته است ( $p < ۰/۰۱$ ). به نوعی می توان چنین بیان کرد که این طرح با ۹۹ درصد اطمینان موجب کاهش فراوانی پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه شده است.

### • سوالات اختصاصی

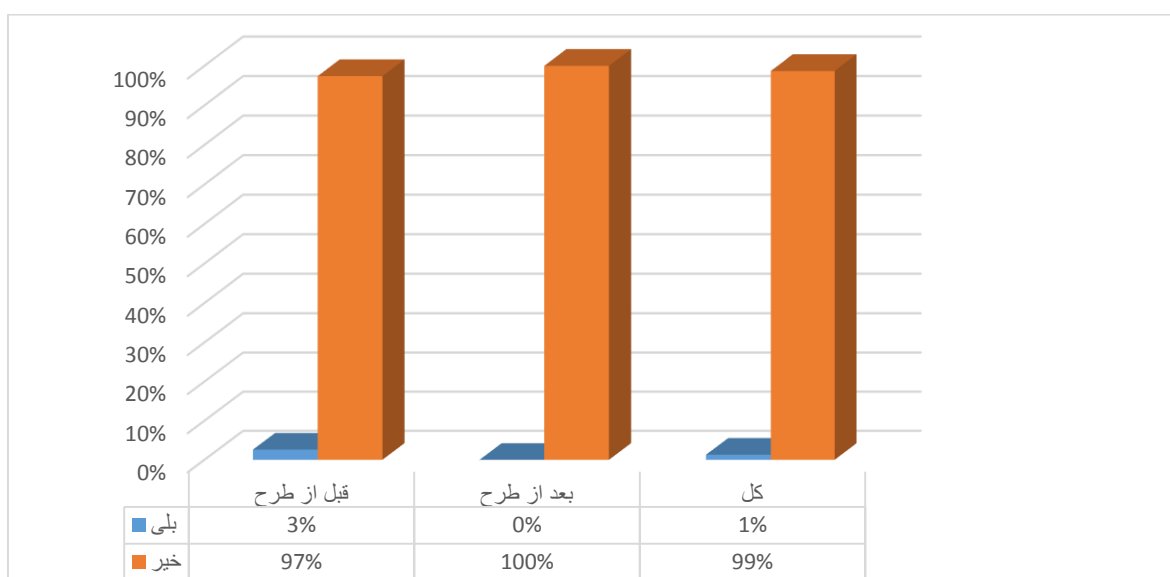
۱. فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت و به طور کلی) چگونه است؟



جدول ۱۷ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس پرداخت غیر رسمی

کل	بعد از طرح		قبل از طرح		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بلی	۷	۰	۰	۲/۶	۱/۳
خیر	۵۳۹	۱۰۰	۲۷۲	۹۷/۴	۹۸/۷

نتایج جدول شماره ی ۱۷ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه را بر اساس پرداخت غیر رسمی در قبل از اجرای طرح تحول سلامت، بعد از طرح و به طور کلی نشان می دهد؛ این اطلاعات نشان می دهد که پرداخت غیر رسمی فقط قبل از اجرای طرح تحول سلامت بوده است و ان هم تنها ۲/۶ درصد قبل از طرح و پس از اجرای طرح هیچ موردی وجود نداشته و به طور کلی در نمونه انتخابی در قبل و بعد از اجرای طرح تنها ۱/۳ درصد است که بسیار ناچیز است. این اطلاعات در نمودار شماره ی ۱۷ نشان داده شده است.



نمودار ۱۷ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس پرداخت غیر رسمی

۲. علل پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و

بعد از اجرای طرح تحول سلامت) چیست؟

جدول ۱۸ توزیع فراوانی شرکت کنندگان بر اساس علل پرداخت

درصد	تعداد	
۴۲/۹	۳	قدردانی
۲۸/۶	۲	امید به دریافت خدمات بهتر
۰	۰	درخواست پرسنل
۰	۰	سایر علل
۱۴/۳	۱	قدردانی و امید به خدمات بهتر
۱۴/۳	۱	امید به خدمات بهتر و درخواست پرسنل

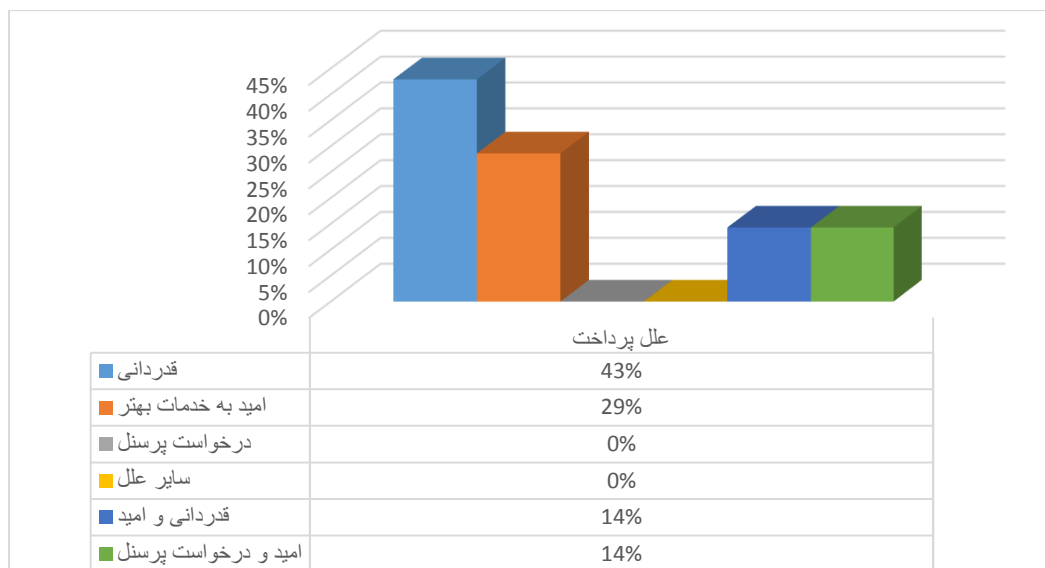
نتایج جدول شماره ی ۱۸ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه که پرداخت

غیر رسمی داشته اند را بر اساس علل پرداخت نشان می دهد؛ این اطلاعات نشان می دهد که

۴۲/۹ درصد به دلیل قدردانی و ۲۸/۶ درصد امید به خدمات بهتر و ۱۴/۳ درصد به دلیل

قدردانی و امید به خدمات بهتر و ۱۴/۳ درصد نیز به دلیل امید به خدمات بهتر و درخواست

پرسنل بوده است؛ این اطلاعات در نمودار شماره ی ۱۸ نشان داده شده است.



نمودار ۱۸ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس علل پرداخت

۳. نحوه پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (قبل و

بعد از اجرای طرح تحول سلامت) چگونه است؟

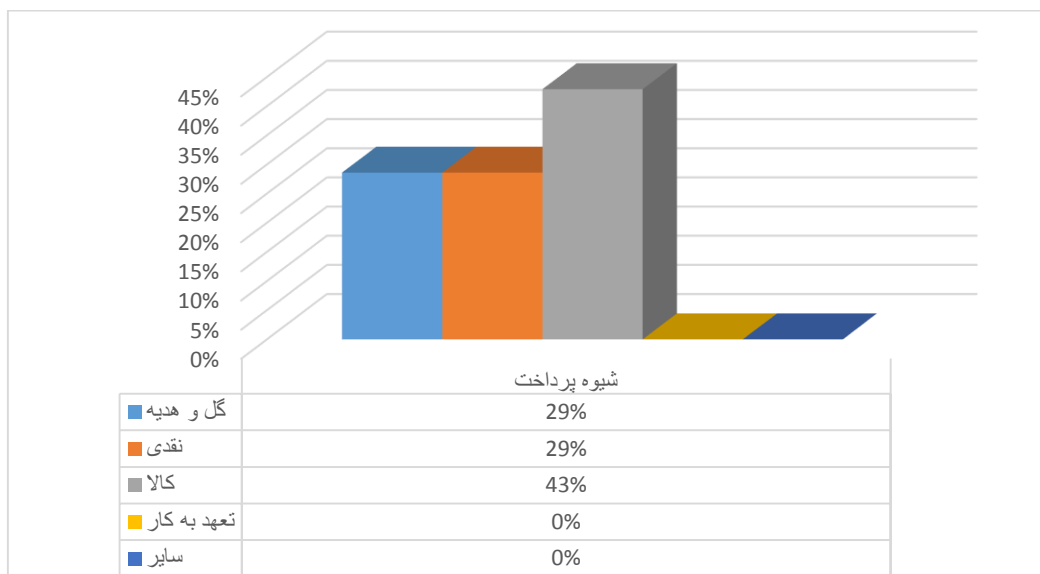
جدول ۱۹ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس شیوه پرداخت غیر رسمی

درصد	تعداد	شیوه پرداخت
۲۸/۶	۲	گل و هدیه
۲۸/۶	۲	نقدی
۴۲/۹	۳	کالا
۰	۰	تعهد به کار
۰	۰	سایر

نتایج جدول شماره ی ۱۹ فراوانی و فراوانی درصدی آزمودنی های گروه نمونه که پرداخت

غیر رسمی داشته اند را بر اساس شیوه پرداخت، نشان می دهد؛ این اطلاعات نشان می دهد که

نحوه پرداخت ۲۸/۶ درصد به صورت گل و هدیه، ۲۸/۶ درصد هم به صورت نقدی و بیشترین درصد مربوط به کالا بوده که ۴۲/۹ درصد است؛ این اطلاعات در نمودار شماره ۱۹ نشان داده شده است.



نمودار ۱۹ توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس شیوه پرداخت غیر رسمی

۴. آیا بین مدت اقامت بیمار و پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم

پزشکی شیراز (قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) رابطه وجود دارد؟

به منظور بررسی داده های حاصل از اجرای پژوهش و پاسخگویی به این فرضیه از شاخص

آماري مجذور كا (خی دو) و ضریب همبستگی وی کرامر استفاده شد؛ در جدول شماره ۲۰ این

نتایج آمده است.

جدول ۲۰ تاثیر مدت اقامت بیمار در بیمارستان بر فراوانی پرداختهای غیر رسمی بیماران

سطح معناداری	وی کرامر	سطح معناداری	فی	سطح معناداری	درجه آزادی	خی دو	
۰/۸۴۲	۰/۰۵۱	۰/۸۴۲	۰/۰۵۱	۰/۸۴۲	۴	۱/۴۱۵	مدت اقامت(به طور کلی)
۰/۸۳۰	۰/۰۷۴	۰/۸۳۰	۰/۰۷۴	۰/۸۳۰	۴	۱/۴۸۴	مدت اقامت (قبل از طرح)

همانطور که نتایج جدول شماره ۲۰ (نتایج آزمون مجذور کا و ضریب همبستگی وی کرامر) نشان می دهد؛ مدت اقامت بیمار در بیمارستان بر فراوانی پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز قبل از اجرای طرح و به طور کلی تاثیر معناداری نداشته است ( $p < ۰/۰۵$ ). به نوعی می توان چنین بیان کرد که مدت اقامت بیمار در بیمارستان با ۹۵ درصد اطمینان بر فراوانی پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه تاثیر معناداری نداشته است.

۵. آیا بین خصوصیات دموگرافیک و فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، به طور کلی (قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت ) رابطه وجود دارد؟

به منظور بررسی داده های حاصل از اجرای پژوهش و پاسخگویی به این فرضیه از شاخص آماری مجذور کا (خی دو) و ضریب همبستگی وی کرامر استفاده شد؛ در جدول شماره ۲۱ این نتایج آمده است.

جدول ۲۱ تاثیر خصوصیات دموگرافیک بر فراوانی پرداختهای غیر رسمی بیماران

سن	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	فی	سطح معناداری	وی کرامر	سطح معناداری
سن	۳/۰۰۸	۴	۰/۵۵۶	۰/۰۷۴	۰/۵۵۶	۰/۰۷۴	۰/۵۵۶
جنس	۰/۶۹۷	۱	۰/۴۰۴	۰/۰۳۶	۰/۴۰۴	۰/۰۳۶	۰/۴۰۴
تاهل	۰/۱۰۴	۱	۰/۷۴۷	۰/۰۱۴	۰/۷۴۷	۰/۰۱۴	۰/۷۴۷
تحصیلات	۷/۴۲۳	۴	۰/۱۱۵	۰/۱۱۷	۰/۱۱۵	۰/۱۱۷	۰/۱۱۵
اشتغال	۰/۴۰۸	۳	۰/۹۳۹	۰/۰۲۷	۰/۹۳۹	۰/۰۲۷	۰/۹۳۹
سکونت	۳/۰۷۸	۳	۰/۳۸۰	۰/۰۷۵	۰/۳۸۰	۰/۰۷۵	۰/۳۸۰
بیمه	۲۷/۳۶۴	۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲۴	۰/۰۰۰۱
بیمه تکمیلی	۰/۸۰۴	۱	۰/۳۷۰	۰/۰۳۸	۰/۳۷۰	۰/۰۳۸	۰/۳۷۰
بخش	۵/۷۱۲	۴	۰/۲۲۲	۰/۱۰۲	۰/۲۲۲	۰/۱۰۲	۰/۲۲۲
نحوه مراجعه	۱/۶۹۶	۳	۰/۶۳۸	۰/۰۵۶	۰/۶۳۸	۰/۰۵۶	۰/۶۳۸

همانطور که نتایج جدول شماره ۲۱ (نتایج آزمون مجذور کا، ضریب همبستگی فی و وی کرامر) نشان می دهد؛ بین خصوصیات دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، وضعیت بیمه تکمیلی، بخش مورد مراجعه، نحوه مراجعه به بیمارستان با فراوانی پرداختهای غیر رسمی رابطه معناداری وجود ندارد ( $p > ۰/۰۱$ ) و لی بین وضعیت بیمه و پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز رابطه معناداری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ). بنابراین می توان چنین بیان کرد که بین وضعیت بیمه آزمودنی ها با فراوانی پرداختهای غیر رسمی با ۹۹ درصد اطمینان رابطه وجود دارد ولی بین سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، وضعیت بیمه

تکمیلی، بخش مورد مراجعه، نحوه مراجعه و مدت زمان اقامت در بیمارستان با فراوانی پرداختهای غیر رسمی با ۹۹ درصد اطمینان رابطه معناداری وجود ندارد.

۶. آیا بین خصوصیات دموگرافیک و فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) رابطه وجود دارد؟(به تفکیک قبل و بعد از طرح)

به منظور بررسی داده های حاصل از اجرای پژوهش و پاسخگویی به این فرضیه از شاخص آماری مجذور کا (خی دو) و ضریب همبستگی وی کرامر استفاده شد؛ در جدول شماره ۲۲ این نتایج آمده است.

جدول ۲۲ تاثیر خصوصیات دموگرافیک بر فراوانی پرداختهای غیر رسمی (قبل از اجرای طرح)<sup>۲</sup>

سن	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	فی	سطح معناداری	وی کرامر	سطح معناداری
سن	۴/۳۶۸	۴	۰/۳۵۸	۰/۱۲۶	۰/۳۵۸	۰/۱۲۶	۰/۳۵۸
جنس	۰/۷۴۰	۱	۰/۳۹۰	-۰/۰۵۲	۰/۳۹۰	۰/۰۵۲	۰/۳۹۰
تاهل	۰/۰۲۴	۱	۰/۸۷۷	-۰/۰۰۹	۰/۸۷۷	۰/۰۰۹	۰/۸۷۷
تحصیلات	۹/۲۰۶	۴	۰/۰۵۶	۰/۱۸۳	۰/۰۵۶	۰/۱۸۳	۰/۰۵۶
اشتغال	۰/۶۶۱	۳	۰/۸۸۲	۰/۰۴۹	۰/۸۸۲	۰/۰۴۹	۰/۸۸۲
سکونت	۳/۰۸۸	۳	۰/۳۷۸	۰/۱۰۶	۰/۳۷۸	۰/۱۰۶	۰/۳۷۸
بیمه	۲۵/۵۲۴	۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۵	۰/۰۰۰۱
بیمه تکمیلی	۰/۴۷۹	۱	۰/۴۸۹	-۰/۰۴۲	۰/۴۸۹	۰/۰۴۲	۰/۴۸۹
بخش	۵/۶۸۲	۴	۰/۲۲۴	۰/۱۴۴	۰/۲۲۴	۰/۱۴۴	۰/۲۲۴
نحوه مراجعه	۱/۴۸۳	۳	۰/۶۸۶	۰/۰۷۴	۰/۶۸۶	۰/۰۷۴	۰/۶۸۶

<sup>۲</sup> . با توجه به عدم وجود پرداخت غیر رسمی بعد از اجرای طرح جدول نتایج بعد از اجرای طرح نیامده است.

همانطور که نتایج جدول شماره ۲۲ (نتایج آزمون مجذور کا، ضریب همبستگی فی و وی کرامر) نشان می دهد؛ بین خصوصیات دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، وضعیت بیمه تکمیلی، بخش مورد مراجعه، نحوه مراجعه به بیمارستان با فراوانی پرداختهای غیر رسمی رابطه معناداری وجود ندارد ( $p > 0/01$ ). ولی بین وضعیت بیمه و پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز رابطه معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). بنابراین می توان چنین بیان کرد که بین وضعیت بیمه آزمودنی ها با فراوانی پرداختهای غیر رسمی با ۹۹ درصد اطمینان رابطه وجود دارد ولی بین سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، وضعیت بیمه تکمیلی، بخش مورد مراجعه، نحوه مراجعه و مدت زمان اقامت در بیمارستان با فراوانی پرداختهای غیر رسمی با ۹۹ درصد اطمینان رابطه معناداری وجود ندارد.

## بحث و نتیجه گیری

در این بخش با هدف نتیجه گیری از موضوع مورد مطالعه، ابتدا نتایج عمده حاصل از انجام پژوهش به تفکیک هدف کلی و اهداف ویژه تشریح گردیده، در ادامه پیشنهادات پژوهشگران ارائه شده است.

دستآورد اصلی این مطالعه، تعیین تاثیر طرح تحول سلامت بر پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد. برای دستیابی به این هدف، از طریق مصاحبه تلفنی با بیماران ترخیص شده از ۵ بخش داخلی، جراحی، اورژانس، ICU و CCU بیمارستانهای عمومی و آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز (قبل و بعد



از طرح تحول) اطلاعات مورد نیاز استخراج و به منظور بررسی تاثیر طرح تحول بر پرداخت های غیررسمی بیماران مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

با بررسی وضعیت موجود پرداخت غیررسمی و تعیین علل و عوامل تاثیرگذار بر آن مسئولین و سیاستگذاران حوزه سلامت قادر خواهند بود اثرات طرح تحول را بر کاهش این پرداخت ها مورد ارزیابی قرار دهند.

نتایج مطالعه حاضر، نشان داد که در کل طرح تحول سلامت بر میزان پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز تاثیر معناداری داشته است ( $p < 0/01$ ). به نوعی می توان چنین بیان کرد که این طرح با ۹۹ درصد اطمینان موجب کاهش پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه شده است. با توجه به عدم انجام مطالعات مشابه در خصوص تاثیر طرح تحول بر پرداختهای غیر رسمی در داخل و خارج از کشور امکان مقایسه برای پژوهشگران این مطالعه فراهم نگردید. همچنین مطالعه ای مبنی بر مقایسه همزمان پرداخت های غیر رسمی قبل و بعد از طرح تاکنون در سطح کشور منتشر نشده است.

به علاوه درصد پرداخت غیررسمی بیماران قبل از اجرای طرح تحول ۳٪ بوده است. به طور مشابه گیائی پور و همکاران در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۹ در بین بیماران بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دادند دریافتند که ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه پرداخت غیر رسمی به کارکنان بیمارستان داشته اند(۴) که البته این میزان بیش از نتایج مطالعه حاضر است. همچنین در پژوهش Gaal و همکاران در کشور مجارستان در سال ۲۰۰۱ برآورد گردید که در این سال حجم کلی پرداخت های غیر رسمی نظام سلامت این کشور بین ۱/۵ تا ۴/۶ درصد کل هزینه های سلامت مجارستان در این سال بوده است(۵) که تقریباً با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد.

به طور کلی دستاوردهای مربوط به اهداف جزئی مطالعه حاضر به شرح زیر است:

هدف اول این مطالعه مربوط به تعیین فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) می باشد. نتایج نشان داد که فراوانی پرداخت های غیررسمی بیماران قبل از طرح تحول ۷ مورد مورد معادل ۳٪ از کل نمونه است در صورتیکه بعد از طرح هیچ موردی مشاهده نشده است. علیرغم گذشت ۲ سال از اجرا طرح تحول سلامت در کشور، متأسفانه تاکنون در این زمینه مقاله ای مکتوب و منتشر شده راجع به اثرات طرح تحول بر میزان پرداخت غیررسمی در بخش های درمانی مشاهده نشده است.

هدف دوم این مطالعه مربوط به تعیین علل پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) می باشد. نتایج نشان داد که علل اصلی پرداخت های غیررسمی بیماران قدردانی و تشکر از پرسنل (۴۳٪) می باشد و در کل در بیش از ۸۵٪ موارد قدردانی و نیز امید به دریافت خدمات بیشتر از علل اصلی پرداخت های غیر رسمی بوده است. در پژوهش Liaropoulos و همکاران در سال ۲۰۰۸ در زمینه پرداخت های غیررسمی در بیمارستانهای دولتی یونان ترس از دریافت خدمات پایین تر از حد استاندارد (۴۲ درصد)، و پیشنهاد پزشکان (۲۰ درصد)، بیشترین دلایل این پرداختها را تشکیل می داد (۱۲). همچنین بر اساس نتایج مطالعه Vian و همکاران در آلبانی در سال ۲۰۰۶، اعتقاد کارکنان سلامت مبنی بر ناکافی بودن حقوق و مزایای خود، اعتقاد به ارزش داشتن سلامت خوب با پرداخت هر گونه هزینه ای، تمایل به دریافت خدمات بهتر، ترس از دریافت درمان نا مناسب و مرسوم بودن اهداء هدایا جهت اظهار قدردانی، مهمترین دلایل پرداخت های غیر رسمی رادر حوزه سلامت این کشور تشکیل داده اند (۱۴). نتایج این مطالعات از این حیث با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نسبی دارند.

هدف سوم این مطالعه مربوط به تعیین نحوه پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) می باشد. نتایج نشان داد که شیوه اصلی پرداخت غیررسمی بیماران در قالب کالا (۴۳٪) بوده است و در کل در بیش از ۷۱٪ موارد به صورت غیرنقدی بوده است. از این منظر مطالعه حاضر با مطالعه غیائی پور که در آن بیشترین پرداختها در قالب غیر نقدی بوده است (۴) همخوانی دارد. به علاوه از این حیث یافته های مطالعه Tatar و همکاران در سال ۲۰۰۷ در ترکیه نشان داد که از بین پرداخت های غیر رسمی نیز ۷۱/۶ درصد در قالب وجه نقد و ۲۷/۵ درصد به صورت غیرنقدی و ۰/۹ درصد به شکل هدایا بوده است (۱۳) که این مورد با نتایج مطالعه حاضر که در آن عمده پرداختها به صورت غیرنقدی بوده است در تضاد است.

هدف چهارم این مطالعه مربوط به تعیین مبلغ تقریبی (ریالی) پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ( قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت) می باشد. نتایج نشان داد که میزان پرداخت غیررسمی بیماران در بیش از ۷۱٪ موارد حدود ۵۰ هزار تومان بوده است. از این حیث نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه غیائی پور (۴) همخوانی دارد.

علاوه بر آنچه بیان شد ، سوالات اختصاصی نیز به صورت جداگانه بر مبنای یافته ها بررسی و پاسخ داده شده است. اینکه آیا بین عوامل دموگرافیک و فراوانی پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به طور کلی و قبل از اجرای طرح تحول سلامت رابطه وجود دارد؟ که تنها در مورد وضعیت بیمه رابطه معنادار بود و در مورد سایر ویژگی ها معنادار نبود همچنین بین مدت اقامت بیمار و پرداخت های غیر رسمی بیماران در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز رابطه وجود نداشت.

با توجه به نتایج بدست آمده، سوال اصلی پژوهش تایید و سایر سوالات مورد تایید قرار نگرفتند. همانطور که نتایج نشان داد بین خصوصیات دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، وضعیت بیمه تکمیلی، بخش مورد مراجعه، نحوه مراجعه و مدت زمان اقامت در بیمارستان با فراوانی پرداختهای غیر رسمی رابطه معناداری وجود ندارد ( $p > 0/01$ ). ولی بین وضعیت بیمه و پرداختهای غیر رسمی در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز رابطه معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). بنابراین می توان چنین بیان کرد که بین وضعیت بیمه آزمودنی ها با فراوانی پرداختهای غیر رسمی با ۹۹ درصد اطمینان رابطه وجود دارد ولی بین سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، وضعیت بیمه تکمیلی، بخش مورد مراجعه، نحوه مراجعه و مدت زمان اقامت در بیمارستان با فراوانی پرداختهای غیر رسمی با ۹۹ درصد اطمینان رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج این پژوهش از نظر عدم وجود ارتباط معنی دار میان میانگین پرداختهای غیر رسمی با جنس، سن، تاهل، سطح تحصیلات، محل زندگی، وضعیت بیمه با نتایج مطالعه غیاثی پور (۴) و Liaropoulos (۱۲) همخوانی دارد ولی از نظر ارتباط بین این پرداختها و وضعیت بیمه با پژوهش های فوق در تضاد است زیرا در دو مطالعه نامبرده بر خلاف پژوهش حاضر بین وضعیت بیمه و پرداختهای غیر رسمی رابطه ای وجود ندارد.

در نهایت آنکه پرداخت های غیر رسمی همانند بسیاری از کشورها در کشور ما نیز وجود داشته و قابل کتمان نیست. بالطبع نظام سلامت کشور نیز از این آفت مستثنی نمی باشد. با توجه به عزم راسخ وزارت بهداشت در کاهش پرداخت از جیب مردم از طریق اجرای طرح تحول سلامت لازم است به طور جدی راهکارهای مقابله با پرداخت های غیر رسمی- هر چند هم که اندک باشند- در نظر گرفته و اقدامات عملی

در راستای مقابله با آن اندیشیده شود. بدین منظور توجه به تمام ابعاد مرتبط با آن از جمله عدالت، دسترسی، کارایی، انگیزش و رضایت پرسنل و نیز دیگر موارد مشابه اجتناب ناپذیر است.

### مسائل و مشکلات مشاهده شده

- دشواری موجود در جلب اعتماد پاسخ دهندگان به دلیل حساسیت های ذاتی موضوع مورد پژوهش
- عدم همکاری بیمارستانها در خصوص در اختیار گذاردن اطلاعات بیماران

### پیشنهادهای

- پیشنهاد می گردد این مطالعه در سایر بخش های بیمارستان نیز انجام شود.
- پیشنهاد می گردد این مطالعه در بیمارستان های دولتی غیر آموزشی ( نظیر بیمارستانهای شهرستانهای غیر از مراکز استان) نیز انجام شود.
- جهت تعمیم پذیری نتایج به کل کشور بهتر است نتایج مراکز آموزشی درمانی در سایر استان ها جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد
- پیشنهاد می گردد پژوهش های مشابهی از منظر متولیان و ارائه دهندگان نظام سلامت انجام گیرد و با نتایج پژوهش هایی که از منظر بیمار به پرداخت های غیرنقدی نگریسته اند مقایسه گردد.
- پیشنهاد می گردد در خصوص فرهنگ سازی در زمینه پرداخت های غیر رسمی از طریق آموزش های مورد لزوم هم برای پرسنل و هم بیماران تمهیداتی اندیشیده شود.
- به منظور ایجاد انگیزش پرسنل و رفع دغدغه های مالی کارکنانی که دریافتی کمتری در مجموعه های بیمارستانی دارند راهکارهای عملی از جانب متولیان سلامت در نظر گرفته شود.

- 1-The World health report 2000: health systems: improving performance  
.World Health Organization, 2000.
- 2- Asefzadeh, S. Health Care Economics. 3st ed Qazvin University of  
Medical Sciences and Hadise Emroz Press. 2009.226 [In Persian]
- 3- Lewis M. Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and central  
Asia. World Bank; 2000
- 4- Ghiasipour M, Poorreza A, Arab M. et al. The Analysis of Informal  
Payments Among Hospitals Covered Under Tehran University of Medical  
Sciences. Hospital Quarterly 2011; 10: 1–14
- 5- Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care:  
Evidence from Hungary. Journal of Health Policy;2006 Jun;77(1):86-102
- 6- Shahriari H. Belli P. Lewis M. Institutional Issues in Informal Health  
payments in Poland. Report on the Qualitative Part of the Study. World  
Bank; 2001
- 7- Stringhini S, Thomas S, Bidwell P. et al. Understanding informal  
payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. Journal of  
Human Resources for Health 2009, 7:53
- 8- Lewis M. Informal payments and the financing of health care in  
developing and transition countries. Health Affairs 2007; 26: 984–97.
- 9- **Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F. et al.** Informal  
Payments in Healthcare: A Case Study of Kerman Province in Iran.  
International Journal of Health Policy and Management 2013; 1(2), 157–162

10- Setayesh M, Nakhaee N, Rowhani A. A survey of Public Opinion on the Informal Payments to Physicians in Kerman, Iran (I.R.). Iranian Journal of Ethics in Science and Technology; 2007;3

11- Farcasanu D. Population Perception on Corruption, Informal Payments and introduction of Co-payments in the Public Health System in Romania. Management in health J 2010; pp. 8-13

12- Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. Health Policy 2008; 87: 72–81.

13- Tatar M, Ozgen H, Sahin B, et al. Informal Payment In The Health Sector: A Case Study From Turkey .Health Affairs ; 2007 Jul-Aug 26(4):1029-39.

14- Vian T, Grybosk K, Sinoimeri Z, et al. Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study. Journal of Social Science and Medicine 2006; 62: 877–87.