

# گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

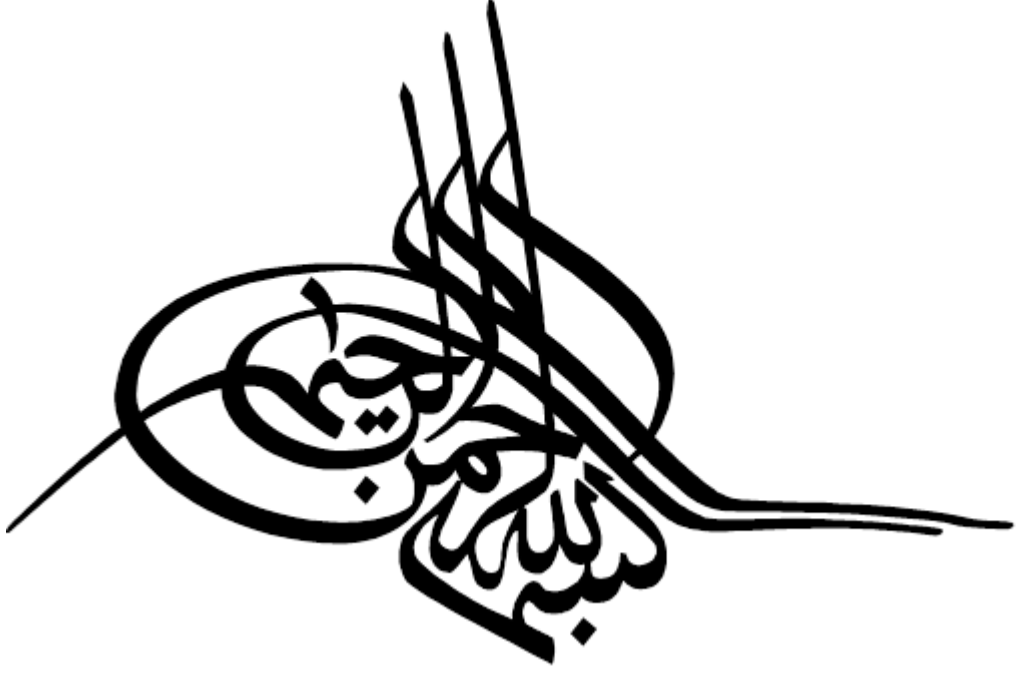
تبیین و تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات: طراحی مکانیزم  
مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها

مجری

دکتر محسن پاکدامن

موسسه ملی تحقیقات سلامت







## خلاصه اجرایی مطالعه

### مقدمه

توزیع مناسب درآمد و ثروت یکی از وظایف اقتصادی دولت است. مالیات یکی از مهم‌ترین ابزار برای توزیع مجدد درآمد در جامعه به صورت عادلانه می‌باشد و در کشورهای در حال توسعه تأمین مالی بخش عمومی از طریق مالیات صورت می‌گیرد. در این بین پزشکان به عنوان یکی از پردرآمدترین گروه مودیان مالیاتی به شمار می‌روند و تشخیص میزان درآمد پزشکان مشکلات زیادی را به همراه دارد. جهت رفع این مشکل بر آن شدیم که تعامل بین پزشک و دولت را در عرصه مالیات مورد بررسی قرار دهیم، عوامل مؤثر بر این تعامل را شناسایی کرده و به طراحی مکانیزم مالیاتی جهت پوشش خلأهای سیستم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها پردازیم.

### روش اجرا

مطالعه حاضر یک مطالعه ترکیبی از نوع اکتشافی متوالی است که در سال ۱۳۹۴ به انجام رسید. مطالعه حاضر شامل چهار فاز اصلی می‌باشد. در فاز اول، مطالعه کیفی از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۱ نفر از مسئولین ذی ربط در بحث مالیات و ۱۰ نفر از پزشکان صورت گرفت و به تحلیل داده‌های آن با نرم‌افزار MAXQDA پرداختیم. در فاز دوم از یافته‌های مرحله کیفی مطالعه برای طراحی ابزار پرسشنامه استفاده کردیم و با نرم‌افزار EQS ۶.۱ تحلیل عاملی تأییدی برای روایی پرسشنامه صورت گرفت. در فاز سوم، پرسشنامه طراحی شده بین ۵۵۰ پزشک در تخصص‌های مختلف و مأموران مالیاتی در شهر تهران توزیع گردید و تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مطالعه کمی با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۲ صورت گرفت و در فاز چهارم، یافته‌های مطالعه کمی را وارد نرم‌افزار Game bit کردیم و به طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها پرداختیم.

### یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در مرحله کیفی مطالعه منجر به ظهور ۳ طبقه شامل "سازمان امور مالیاتی و دولت"، "پزشکان"، "سازمان نظام پزشکی" و ۱۲ زیر طبقه گردید. سپس به تحلیل رفتارهای تعاملی بین پزشکان و سازمان امور مالیاتی پرداختیم و ۵۴ بازی مرتبط به این رفتارهای متعامل طراحی شد که هر بازی ۴ رفتار متعامل را شامل می‌شود. در هر بازی تعادل نش و تعادل مسلط و منفعت نهایی هر بازیکن را مشخص کردیم. با توجه به مقادیر به دست آمده شاخص‌های برازش در تحلیل عاملی تأییدی، مکانیزم طراحی شده از برازش خوبی برخوردار می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰,۷۸ برآورد گردید که نشان‌دهنده پایایی بالای پرسشنامه طراحی شده می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که سازمان امور مالیاتی دسترسی به اطلاعات درآمدی پزشکان برای تعیین مالیات آن‌ها ندارد. دولت باید انگیزه پرداخت مالیات درست و مناسب را در پزشکان از طریق فراهم کردن انواع تسهیلات رفاهی برای آنان ایجاد کند. محل هزینه کردن مالیات دریافتی از پزشکان، توسط دولت باید مشهود و محسوس باشد و از طریق رسانه‌های گروهی باید به فرهنگ‌سازی مالیات پردازد. سازمان امور مالیاتی با تعامل و همکاری سازمان نظام پزشکی به عنوان یک سازمان صنفی باید به شناسایی پزشکانی که مالیات پرداخت نمی‌کنند پردازد و برای آن‌ها پرونده مالیاتی تشکیل بدهد. سازمان نظام پزشکی باید برای صدور و تمدید پروانه پزشکان از سازمان امور مالیاتی استعلام کند و عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان را کاهش

دهد. نرخ‌های مالیات باید با توجه به افزایش درآمد به صورت تصاعدی در نظر گرفته شود تا عدالت مالیاتی بین تخصص‌های مختلف پزشکان رعایت شود.

### **واژگان کلیدی**

مالیات بر درآمد، اظهارنامه مالیاتی، تفاهم‌نامه مالیاتی، سازمان امور مالیاتی، پزشکان، سازمان نظام پزشکی، تئوری بازی، تئوری نش

## فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه.....	۱۰
(۱-۱) مقدمه.....	۱۰
(۲-۱) بیان مسئله و اهمیت موضوع.....	۱۱
(۳-۱) اهداف مطالعه.....	۱۴
(۱-۳-۱) هدف اصلی پژوهش.....	۱۴
(۲-۳-۱) اهداف فرعی پژوهش.....	۱۴
(۳-۳-۱) اهداف کاربردی پژوهش.....	۱۴
(۴-۳-۱) فرضیات یا سؤالات پژوهش.....	۱۴
(۴-۱) نوآوری پژوهش.....	۱۴
(۵-۱) ملاحظات اخلاقی.....	۱۴
(۶-۱) محدودیت‌های اجرایی پژوهش.....	۱۵
(۷-۱) تعریف واژگان.....	۱۵
فصل دوم - زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده.....	۱۹
(۱-۲) مرور نظام‌مند مطالعات صورت گرفته در زمینه رفتار پزشکان در عرصه مالیات.....	۱۹
(۱-۱-۲) منابع اطلاعاتی، استراتژی جستجو.....	۱۹
(۲-۱-۲) ترکیب واژگان جستجو.....	۱۹
(۲-۲) بررسی متون.....	۲۳
(۱-۲-۲) مطالعات خارج کشور.....	۲۳
(۲-۲-۲) مطالعات داخل کشور.....	۲۶
فصل سوم - روش پژوهش.....	۲۹
(۱-۳) مقدمه.....	۲۹
(۱-۱-۳) پارادایم ترکیبی.....	۲۹
(۲-۱-۳) پیش‌فرض فلسفی موجود در ورای طرح اکتشافی.....	۳۱
(۳-۱-۳) روش اجرای طرح اکتشافی.....	۳۱
(۲-۳) مرحله اول: بخش کیفی.....	۳۱
(۱-۲-۳) روش جمع‌آوری داده‌ها.....	۳۳
(۲-۲-۳) معرفی و نحوه انتخاب مشارکت‌کنندگان.....	۳۵
(۳-۲-۳) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....	۳۵
(۴-۲-۳) دقت و اعتبار علمی مطالعه.....	۳۶
(۱-۴-۲-۳) قابلیت اعتبار.....	۳۶
(۲-۴-۲-۳) قابلیت ثبات.....	۳۷
(۳-۴-۲-۳) قابلیت تائید پذیری.....	۳۷
(۴-۴-۲-۳) قابلیت انتقال.....	۳۷
(۳-۳) مرحله دوم: مطالعه کمی.....	۳۷
(۱-۳-۳) فرایند طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه.....	۳۸
(۲-۳-۳) تعیین پایایی ابزار.....	۳۹

۴۰	.....همبستگی درونی.....(۳-۳-۳)
۴۰	.....جامعه پژوهش.....(۴-۳-۳)
۴۰	.....نمونه پژوهش.....(۵-۳-۳)
۴۱	.....ابزار گردآوری داده‌ها.....(۶-۳-۳)
۴۱	.....تجزیه و تحلیل داده‌ها.....(۷-۳-۳)
۴۱	.....تئوری بازی‌ها.....(۴-۳)
۴۱	.....بازی.....(۱-۴-۳)
۴۲	.....طبقه‌بندی نظریه بازی‌ها.....(۲-۴-۳)
۴۲	.....ایستایی یا پویایی بازی.....(۱-۲-۴-۳)
۴۲	.....تعارض منافع یا امکان تشریک مساعی و همکاری.....(۲-۲-۴-۳)
۴۲	.....هم کارانه یا غیر هم کارانه بودن بازی.....(۳-۲-۴-۳)
۴۲	.....تقسیم‌بندی بازی‌ها از نظر اطلاعات.....(۳-۴-۳)
۴۳	.....بازی‌های ایستا با اطلاعات کامل.....(۱-۳-۴-۳)
۴۳	.....آگاهی عمومی نسبت به قاعده بازی.....(۴-۴-۳)
۴۳	.....ثابت یا متغیر بودن قواعد بازی.....(۱-۴-۴-۳)
۴۳	.....استراتژی.....(۲-۴-۴-۳)
۴۳	.....پیامد.....(۳-۴-۴-۳)
۴۳	.....عقلانیت.....(۴-۴-۴-۳)
۴۴	.....تعادل.....(۵-۴-۳)
۴۴	.....تعادل نش.....(۱-۵-۴-۳)
۴۴	.....موارد استفاده از نظریه بازی‌ها.....(۶-۴-۳)
۴۴	.....نحوه مدل‌سازی.....(۷-۴-۳)
۴۵	.....طراحی مکانیسم.....(۵-۳)
۴۶	.....فصل چهارم - یافته‌های پژوهش.....
۴۶	.....مقدمه.....(۱-۴)
۴۶	.....یافته‌های مرحله کیفی مطالعه.....(۲-۴)
۴۷	.....سازمان امور مالیاتی و دولت.....(۱-۲-۴)
۴۷	.....عدالت مالیاتی.....(۱-۱-۲-۴)
۴۸	.....فرهنگ سازی مالیات.....(۲-۱-۲-۴)
۴۹	.....فرایند نحوه تعیین و دریافت مالیات از پزشکان.....(۳-۱-۲-۴)
۵۰	.....انتظارات مأموران مالیاتی.....(۴-۱-۲-۴)
۵۱	.....بخشودگی مالیات.....(۵-۱-۲-۴)
۵۲	.....جرائم مالیاتی.....(۶-۱-۲-۴)
۵۲	.....ضعف سیستم مالیاتی.....(۷-۱-۲-۴)
۵۳	.....پزشکان.....(۲-۲-۴)
۵۳	.....فعالیت‌های پزشکان در چندین محل کار طبابت.....(۱-۲-۲-۴)
۵۴	.....اظهارنامه و دفاتر قانونی پزشکان.....(۲-۲-۲-۴)
۵۴	.....فرار مالیاتی.....(۳-۲-۲-۴)
۵۵	.....سازمان نظام پزشکی.....(۳-۲-۴)
۵۵	.....تعامل سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی (تفاهم‌نامه مالیاتی پزشکان).....(۱-۳-۲-۴)



۳-۴	یافته‌های مرحله کمی مطالعه.....	۵۵
۴-۴	تحلیل عاملی تأییدی.....	۷۹
۵-۴	طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها.....	۸۳
۱-۵	بازی‌های زیر طبقه اول: عدالت مالیاتی.....	۸۴
۲-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه دوم: فرهنگ سازی مالیات.....	۸۷
۳-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه سوم: فرایند نحوه تعیین و دریافت مالیات از پزشکان.....	۹۴
۴-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه چهارم: انتظارات مأموران مالیاتی.....	۱۰۱
۵-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه پنجم: بخشودگی مالیاتی.....	۱۰۲
۶-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه ششم: جرائم مالیاتی.....	۱۰۴
۷-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه هفتم: ضعف سیستم مالیاتی.....	۱۰۵
۸-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه هشتم: فعالیت‌های پزشکان در چندین محل کار طبابت.....	۱۰۵
۹-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه نهم: اظهارنامه و دفاتر قانونی.....	۱۰۶
۱۰-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه دهم: فرار مالیاتی.....	۱۰۸
۱۱-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه یازدهم: تعامل سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی.....	۱۰۹
۱۲-۵-۴	بازی‌های زیر طبقه دوازدهم: تفاهم‌نامه مالیاتی پزشکان.....	۱۱۰
	فصل پنجم - بحث، تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات.....	۱۱۲
۱-۵	مقدمه.....	۱۱۳
۲-۵	بحث مرحله کیفی مطالعه.....	۱۱۳
۳-۵	بحث مرحله کمی مطالعه.....	۱۱۵
۴-۵	بحث طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها.....	۱۱۶
۱-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه اول: عدالت مالیاتی.....	۱۱۶
۲-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه دوم: فرهنگ‌سازی مالیات.....	۱۱۷
۳-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه سوم: فرایند نحوه تعیین و دریافت مالیات از پزشکان.....	۱۲۱
۴-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه چهارم: انتظارات مأموران مالیاتی.....	۱۲۴
۵-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه پنجم: بخشودگی مالیاتی.....	۱۲۴
۶-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه ششم: جرائم مالیاتی.....	۱۲۵
۷-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه هفتم: ضعف سیستم مالیاتی.....	۱۲۶
۸-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه هشتم: فعالیت‌های پزشکان در چندین محل کار طبابت.....	۱۲۶
۹-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه نهم: اظهارنامه و دفاتر قانونی.....	۱۲۶
۱۰-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه دهم: فرار مالیاتی.....	۱۲۷
۱۱-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه یازدهم: تعامل سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی.....	۱۲۸
۱۲-۴-۵	بازی‌های زیر طبقه دوازدهم: تفاهم‌نامه مالیاتی پزشکان.....	۱۲۹
۵-۵	نتیجه‌گیری.....	۱۲۹
۶-۵	پیشنهادات.....	۱۳۱
	منابع.....	۱۳۲
	پیوست‌ها ۱۴۰	
۱۴۰	پیوست ۱. پرسشنامه مطالعه.....	
۱۴۷	پیوست ۲. بازی‌های طراحی شده در نرم افزار GAME BIT.....	

## فصل اول – مقدمه

### ۱-۱) مقدمه

توزیع مناسب درآمد و ثروت یکی از وظایف اقتصادی دولت است. دولت با توزیع مجدد درآمد به صورت عادلانه می‌تواند فاصله طبقاتی درآمد بین گروه‌های مختلف جامعه را کاهش دهد که از طریق به‌کارگیری مالیات می‌توان به این سیاست دست‌یافت (۱). مالیات<sup>۱</sup> بخشی از درآمدها و سودهای جامعه حاصل از فعالیت‌های اقتصادی است که در اختیار دولت قرار داده می‌شود و می‌توان به‌عنوان هزینه‌ای اجتماعی تلقی نمود که آحاد ملت در راستای بهره‌وری از امکانات و منابع یک کشور موظف به پرداخت آن هستند (۲). مالیات به‌عنوان مهم‌ترین منبع درآمد دولت‌ها با دارا بودن دو اثر عمده تخصیص و توزیع در بیشتر کشورها شناخته شده است (۳). در کشورهای پیشرفته، مالیات به‌عنوان اهرمی قوی برای تأمین هزینه‌های دولت بکار گرفته می‌شود (۴). نظام مالیاتی مطلوب، باید آثار اقتصادی مطلوب و مساعد داشته باشد و از مهم‌ترین منابع درآمد مالیاتی، مالیات بر درآمد شرکت‌ها و اشخاص حقوقی می‌باشد (۵). در کشورهای در حال توسعه، مخارج آموزشی، بهداشتی، سهم بزرگی از بودجه دولت را به خود اختصاص می‌دهند. سیاست مالیاتی به‌عنوان ابزار توزیع مجدد، مهم‌ترین نقش را در تأمین مالی مخارج مخصوص فقرا و مخارج اسمی دولت دارد. در کشورهای در حال توسعه تأمین مالی بخش عمومی از طریق مالیات صورت می‌گیرد (۶). برای افزایش حجم درآمدهای مالیاتی، باید از فرار مالیاتی<sup>۲</sup> جلوگیری کرد (۷). بی‌عدالتی در سیستم مالیاتی و عدم اطلاع‌رسانی و پاسخگویی به حقوق مؤدیان با فرار مالیاتی مرتبط می‌باشد. همچنین دلایل زیادی مانند فساد در مأموران مالیاتی مانع دستیابی دولت به سهم خود از درآمدهای مؤدیان مالیاتی می‌شود، سطوح درآمد مشمول مالیات، در میان مؤدیان مالیاتی فرق می‌کند و به خاطر اینکه مالیات درآمدهای پایین، پایین است مؤدیان مالیاتی درآمد خود را پایین‌تر اظهار می‌کنند (۸). دولت در برابر رفتار مؤدیان و مأموران مالیاتی با به‌کارگیری استراتژی‌های متفاوت می‌تواند به اصلاح سیستم مالیاتی اقدام کند (۹). در این بین پزشکان به‌عنوان یکی از پردرآمدترین گروه مؤدیان مالیاتی به شمار می‌روند که با توجه به منزلت و جایگاه آنان در جامعه که هم بیماران و هم سازمان‌های بیمه‌ای و سایر سازمان‌ها با این گروه در ارتباط هستند و اینکه در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، کلینیک‌های مشارکتی با دیگر پزشکان و در مطب خود می‌توانند مشغول به فعالیت باشند. تشخیص میزان درآمد پزشکان مشکلات زیادی را به همراه دارد. ظاهراً فرار مالیاتی زیادی هم در این گروه از مؤدیان مالیاتی با توجه به درآمدهای بالای آنان صورت می‌گیرد، باعث نابرابری و بی‌عدالتی در جامعه می‌گردد و دولت با کمبود درآمدهای مالیاتی جهت توزیع مجدد درآمد مواجه می‌شود. پزشکان هم مانند سایر مشاغل، فرم اظهارنامه مالیاتی<sup>۳</sup> را تکمیل نموده و در اختیار سازمان مالیاتی قرار می‌دهند. مأموران مالیاتی با بررسی این اظهارنامه پزشکان و مراجعه به مطب پزشکان و بررسی سایر مدارک مرتبط به آن‌ها میزان مالیات پزشکان را تعیین می‌کنند. این مطالعه باهدف شناسایی عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات طراحی گردید تا بتواند با طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها به پوشش خلأهای سیستم مالیاتی و رفع مشکلات تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات بپردازد.

<sup>۱</sup> tax

<sup>۲</sup> tax evasion

<sup>۳</sup> declaration

## ۱-۲) بیان مسئله و اهمیت موضوع

توزیع نابرابر درآمد و ثروت در جامعه سبب بروز مشکلات بسیاری در حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور خواهد شد. از این رو یکی از وظایف اقتصادی دولت، توزیع مناسب درآمد و ثروت است. سیاست‌های مالی دولت قطعاً می‌تواند در کاهش نابرابری و توزیع مجدد درآمد مؤثر باشد. دولت می‌تواند به نحوی توزیع مجدد درآمدها را تنظیم نماید که باعث افزایش درآمد فقرا و تعدیل درآمد ثروتمندان شود یعنی فاصله طبقاتی درآمد بین گروه‌های مختلف جامعه کاهش یابد. این سیاست‌ها از طریق اعمال مالیات‌ها می‌تواند صورت گیرد (۱).

مالیات در واقع انتقال بخشی از درآمدهای جامعه و سود حاصل از فعالیت‌های اقتصادی است که نصیب دولت می‌شود؛ و مالیات را می‌توان هزینه‌ای اجتماعی دانست که آحاد ملت در راستای بهره‌وری از امکانات و منابع یک کشور موظف به پرداخت آن هستند. از نظر اقتصادی در بین درآمدهای دولت، مالیات قابل قبول‌ترین و مناسب‌ترین نوع آن است (۲). از نظر اقتصاددانان وجود یک نظام مالیاتی کارآمد برای تداوم فعالیت‌های دولت، موضوعی قابل اهمیت است. در اکثر کشورهای جهان، مالیات نه تنها به عنوان مهم‌ترین منبع درآمد دولت‌ها، بلکه از دیدگاه کلان و خرد دارای اهمیت گسترده می‌باشد. از دیدگاه کلان، مالیات‌ها یکی از عمده‌ترین ابزار سیاست‌های اقتصادی دولت محسوب شده و از نظر تحلیل خرد نیز با دارا بودن دو اثر عمده تخصیص و توزیع، حائز اهمیت است (۳). در کشورهای پیشرفته مالیات اهرمی قوی برای اعمال سیاست‌های مالی و اقتصادی، فعالیت‌های اجتماعی و تأمین هزینه‌های دولت محسوب می‌گردد. در این کشورها درآمدهای مالیاتی در رأس درآمدهای عمومی دولت قرار دارد. سهم درآمدهای مالیاتی از کل درآمدهای دولت در کشورهای مختلف جهان غالباً بیش از سایر درآمدها است. ایجاد ساختار مناسب، چه از نظر تدوین قوانین و مقررات و چه از نظر سازمانی، برای فرایند مالیات ستانی بر مبنای علمی و متکی بر عدالت ضروری است (۴). نظام مالیاتی<sup>۱</sup> مطلوب، نظامی است که دارای بیشترین آثار اقتصادی مطلوب و مساعد باشد. مالیات بر درآمد شرکت‌ها و اشخاص حقوقی یکی از منابع مهم درآمدهای مالیاتی است (۵). در کشورهای در حال توسعه، فقرا به ندرت مالیات بر درآمد<sup>۲</sup> می‌پردازند و مخارج آموزشی، بهداشتی و دیگر حساب‌های پرداختی انتقالی، سهم بزرگی از بودجه را شامل می‌شود. عده‌ای بر این عقیده‌اند که مخارج بودجه باید به عنوان ابزار مقدماتی توزیع درآمد در نظر گرفته شود. مهم‌ترین نقش سیاست مالیاتی به عنوان ابزار توزیع مجدد باید تأمین درآمد به منظور تأمین مالی مؤثر مخارج خاص فقرا و دیگر مخارج اسمی دولت باشد. نظام‌های فعلی مالیاتی در کشورهای در حال توسعه بعضاً آثار نامطلوبی بر عوامل و بخش‌های اقتصادی داشته و اختلالات و آثار سوئی را در آن‌ها باعث شده است. بعضی از این آثار عبارت‌اند از فرار سرمایه، عدم تعادل در تراز پرداخت‌ها، عدم کارایی در تولید و در نهایت عدم تعادل و نابرابری‌های مالی. انگیزه اصلی در وضع مالیات‌ها در کشورهای در حال توسعه تأمین مالی بخش عمومی و کمک به اجرای اهداف اقتصادی عمومی و خدمات اجتماعی است (۹). یکی از راهکارهای افزایش حجم درآمدهای مالیاتی، شناسایی و ریشه‌یابی فرار مالیاتی و به دنبال آن جلوگیری و کاهش فرار مالیاتی است. فرار مالیاتی در یک عبارت ساده به هر نوع اقدام غیرقانونی جهت عدم پرداخت صحیح مالیات از قبیل حساب‌سازی، عدم ارائه دفتر، انجام فعالیت اقتصادی بدون رسم و نشان و غیره اطلاق می‌گردد. گزارش کمتر درآمد به صورت عمدی نمونه‌ای از فرار مالیاتی است (۱۰، ۱۱). بی‌عدالتی در سیستم مالیاتی، اعتماد دولت، مذهب و نیز عدم اطلاع‌رسانی و پاسخگویی

<sup>۱</sup> Tax system

<sup>۲</sup> Income tax

به حقوق مؤدیان رابطه‌ای با فرار مالیاتی دارد. عوامل مؤثر در فرار مالیاتی فقط ریشه اقتصادی نداشته و در کنار علل اقتصادی سایر عوامل اجتماعی (سرمایه اجتماعی و میزان پذیرش و مقبولیت آحاد جامعه)، فرهنگی (فرهنگ مالیاتی) و سیاسی و حاکمیتی (تصمیمات و سیاست‌ها و قوانین) نیز مؤثر هستند. همچنین دلایل متعددی می‌تواند مانع دسترسی دولت به سهم حقیقی خود از درآمدهای مؤدیان مالیاتی گردد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها مربوط به فساد در مأموران مالیاتی است، سطوح درآمد مشمول مالیات مؤدیان مالیاتی متفاوت است و عمدتاً مالیات درآمدهای پایین، پایین است و لذا انگیزه‌های مؤدیان برای پایین جلوه دادن درآمد، بیشتر است (۱۲). مأموران و بازرسان مالیات به سبب تخصص و تلاش و وظیفه خود می‌توانند درآمد حقیقی مؤدیان را کشف کنند و در نتیجه، درآمد مالیاتی حقیقی از مؤدی دریافت کنند ولی از آنجا که رفتار مأموران مالیاتی برای دولت قابل مشاهده نیست و این امکان وجود دارد که مأمور مالیاتی با دریافت رشوه درآمد مؤدیان را برای دولت پایین جلوه دهند و دولت با استراتژی‌های متفاوت در برابر رفتار مؤدیان مالیاتی و مأموران مالیات در سیستم مالیاتی می‌تواند به اصلاح سیستم مالیاتی اقدام کند (۱۳). با کمک تئوری بازی‌ها<sup>۱</sup> دولت می‌تواند در چنین شرایطی تصمیم بهینه را اتخاذ نماید یکی از کاربردهای اصلی تئوری بازی‌ها به بحث مالیات ستانی مربوط می‌گردد. تئوری بازی‌ها علمی است که به مطالعه‌ی تصمیم‌گیری افراد در شرایط تعامل با دیگران می‌پردازد. آنچه در تئوری بازی‌ها به عنوان بازی اطلاق می‌شود عبارت است از تعاملاتی (روابط متقابل) که در آن بین تصمیم دو طرف (بیشتر) وابستگی و ارتباط متقابل وجود داشته باشد، به عبارت دیگر می‌توان گفت هرگاه مطلوبیت، سود، درآمد، رفاه و هر آنچه فرد بازیکن به دنبال آن است نه تنها متأثر از تلاش و تصمیم خود او باشد بلکه تحت تأثیر (مثبت یا منفی) تلاش و تصمیم طرف دیگر نیز باشد به آن بازی اطلاق می‌شود. تعادل نش در تئوری بازی‌ها حالتی است که هیچ بازیکنی قصد تغییر استراتژی خود را ندارد زیرا در صورت تغییر استراتژی، پیامد او کاهش خواهد یافت یعنی در تعادل نش همه بازیکنان بهترین پاسخ را به استراتژی انتخابی حریفان خود می‌دهند. در حالی که منافع دولت در جهت جمع‌آوری مالیات حقیقی از مؤدیان است. مؤدیان مالیاتی ترجیح می‌دهند از پرداخت مالیات فرار کنند و یا مالیاتی کمتر از آنچه حق دولت است بپردازند (۱۴). در این بین پزشکان به عنوان یکی از پردرآمدترین گروه مؤدیان مالیاتی به شمار می‌روند که با توجه به منزلت و جایگاه آنان در جامعه که هم بیماران و هم سازمان‌های بیمه‌ای و سایر سازمان‌ها با این گروه در ارتباط هستند و اینکه در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، کلینیک‌های مشارکتی با دیگر پزشکان و در مطب خود می‌توانند مشغول به فعالیت باشند. تشخیص میزان درآمد پزشکان مشکلات زیادی را به همراه دارد. ظاهراً فرار مالیاتی زیادی هم در این قشر از مؤدیان مالیاتی با توجه به درآمدهای بالای آنان صورت می‌گیرد و باعث نابرابری و بی‌عدالتی در جامعه می‌گردد و دولت با کمبود درآمدهای مالیاتی جهت توزیع درآمد مواجه می‌شود. سازمان امور مالیاتی بر اساس ماده ۱۵۸ قانون مالیات‌های مستقیم، دستورالعمل نحوه خود اظهاری مالیاتی برای پزشکان را صادر می‌کند و در آن میزان افزایش مالیات مؤدیان پزشک را نسبت به سال قبل تعیین می‌کند. همچنین شرایط استفاده از روش خود اظهاری را مشخص می‌کند و این دستورالعمل با موافقت سازمان نظام پزشکی تهیه می‌شود که به آن توافق‌نامه (تفاهم‌نامه)<sup>۲</sup> مالیاتی هم می‌گویند. بر اساس متن دستورالعمل، هر فرد از سیستم خود اظهاری و توافق مالیاتی در صورت پذیرش شرایط آن می‌تواند استفاده کند. از آنجا که در ماده ۱۵۸ که بر

<sup>۱</sup> Game theory

<sup>۲</sup> agreement

اساس خود اظهاری هست، برای خود اظهاری شرطی قرار داده نشده است و سازمان امور مالیاتی اگر گروه خاصی را مشمول خود اظهاری قرار دهد بایستی متن اظهارنامه مالیاتی را بپذیرد. برای پذیرش اظهارنامه مالیاتی نباید شرط قرار دهد و بعلاوه در سیستم خود اظهاری توافق با سازمان صنفی مثل سازمان نظام پزشکی<sup>۱</sup> پیش‌بینی نشده است، طبق قانون، سازمان نظام پزشکی در اجرای روش خود اظهاری مالیاتی نباید دخالت کند. باینکه سازمان امور مالیاتی روش خود اظهاری را برای مؤدیان پزشکی اعلام کرده بود برای پذیرش اظهارنامه مالیاتی خود اظهاری، شرایطی را تعیین نموده بود که مغایر حکم قانونی ماده ۱۵۸ قانون مالیات‌های مستقیم و برخلاف قانون بود و بین گروه‌های مختلف پزشکی تفاوت قائل شده بود. این اختیار به سازمان نظام پزشکی داده شده بود که بعضی از مؤدیان را از پرداخت مالیات معاف کند که خارج از حدود معین شده قانونی بود. لذا هیئت عمومی دیوان عدالت اداری دستورالعمل مربوط به خود اظهاری سال ۱۳۹۰ را که مورد شکایت قرار گرفته بود ابطال کرد (۱۵). از این پس پزشکان هم مانند سایر مشاغل، فرم اظهارنامه مالیاتی را تکمیل نموده و در اختیار سازمان مالیاتی قرار می‌دهند. مأموران مالیاتی با بررسی این اظهارنامه پزشکان و مراجعه به مطب پزشکان و بررسی سایر مدارک مرتبط به آن‌ها میزان مالیات پزشکان را تعیین می‌کنند. مطابق تفاهم‌نامه قبلی، از آن‌ها مالیات اخذ نمی‌شود. از طرفی سازمان نظام پزشکی کشور با انتقاد از رویکرد سازمان امور مالیاتی کشور در قبال پزشکان و عدم پایبندی دفاتر مالیاتی به تفاهم‌نامه منعقد شده میان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی کشور از رشد ۱۰۰ درصدی مالیات برخی از گروه‌های پزشکی خبر داد. در حالی که به گفته نظام پزشکی، پزشکان منظم‌ترین صنف در پرداخت مالیات به سازمان امور مالیاتی کشور هستند و فشار زیادی بر جامعه پزشکی برای پرداخت مالیات وارد می‌شود. ابهامات و عدم شفاف‌سازی مالیاتی، فرارهای مالیاتی را رقم زده است (۱۵). جهت رفع این مشکل بر آن شدیم که تعامل بین پزشک و دولت را در عرصه مالیات مورد بررسی قرار دهیم، عوامل مؤثر بر این تعامل را شناسایی کرده و به طراحی مکانیزم مالیاتی جهت پوشش خلأهای سیستم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها بپردازیم. با مثالی ساده از تعامل بین پزشک و دولت که می‌توان آن‌ها را به‌عنوان دو بازیکن در تئوری بازی‌ها در نظر گرفت و نتایج عایدی دولت از این تعامل را می‌توان در ماتریس زیر مشاهده نمود:

وقتی پزشکان اظهارنامه الکترونیکی را جهت پرداخت مالیات تکمیل نمودند در صورتی که درآمد خود را درست اظهار نمایند دولت بر حسب نرخ مالیات بر درآمد تعیین شده، از پزشکان مالیات اخذ نموده و اظهارنامه آنان مورد حسابرسی قرار نمی‌گیرد ولی در صورتی که پزشکان درآمد خود را درست اظهار نکنند اظهارنامه این پزشکان مورد حسابرسی قرار گرفته و سازمان امور مالیاتی به‌عنوان سازمان دولتی متحمل هزینه اداری جهت حسابرسی می‌شود و همچنین از پزشکان به علت اظهار نادرست درآمد جریمه‌ای دریافت به عمل می‌آورد.

		دولت	
		حسابرسی	بدون حسابرسی
پزشک	درآمد غیرواقعی	هزینه اداری - جریمه + (درآمد غیرواقعی پزشک * نرخ مالیات)	(درآمد غیرواقعی پزشک * نرخ مالیات)
	درآمد واقعی	هزینه اداری - (درآمد واقعی پزشک * نرخ مالیات)	(درآمد واقعی پزشک * نرخ مالیات)

<sup>۱</sup> medical council

**۱-۳) اهداف مطالعه****۱-۳-۱) هدف اصلی پژوهش**

تبیین و تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات: طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها

**۱-۳-۲) اهداف فرعی پژوهش**

۱. شناسایی عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در وضعیت موجود در عرصه مالیات
۲. شناسایی عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات از دیدگاه صاحب‌نظران به روش مطالعه کیفی
۳. تهیه و تدوین پرسشنامه برای تعیین عوامل مؤثر نهایی بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات
۴. شناسایی عوامل مؤثر نهایی تعیین شده بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات بامطالعه کمی
۵. طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها به منظور پوشش خلأهای سیستم مالیاتی از طریق تبیین و تحلیل عوامل مؤثر نهایی بر تعامل بین پزشکان و دولت

**۱-۳-۳) اهداف کاربردی پژوهش**

۱. بهبود تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات
۲. شناخت خلأهای سیستم مالیاتی و تعیین استراتژی‌هایی به منظور پوشش آن‌ها
۳. طراحی مکانیزم مالیاتی به منظور پوشش خلأهای سیستم مالیاتی از طریق تبیین و تحلیل عوامل مؤثر نهایی بر تعامل بین پزشکان و دولت و به نظم درآوردن سیستم مالیاتی

**۱-۳-۴) فرضیات یا سوالات پژوهش**

۱. عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات در وضعیت موجود کدامند؟
۲. عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات از دیدگاه صاحب‌نظران کدامند؟
۳. عوامل تعیین‌کننده نهایی مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات برای تهیه ابزار پرسشنامه کدامند؟
۴. عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت بر رتبه تعامل با استفاده از مدل‌های آماری کدامند؟
۵. مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها چه نوع مکانیزمی است؟

**۱-۴) نوآوری پژوهش**

۱. طراحی ابزار کار جهت شناسایی عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات
۲. طراحی مکانیزم مالیاتی به منظور پوشش خلأهای سیستم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها
۳. جلوگیری از فرار مالیاتی پزشکان
۴. حداکثر کردن درآمد مالیاتی دولت و به نظم درآوردن سیستم مالیاتی

**۱-۵) ملاحظات اخلاقی**

۱. ارائه معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی تهران به افراد موردپژوهش

۲. ارائه توضیحات جامع و کافی در خصوص اهداف پژوهش به افراد مورد مطالعه و کسب رضایت و تمایل آنان برای شرکت در پژوهش
۳. اطمینان خاطر از محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده هر یک از افراد مورد بررسی
۴. مکان و زمان مصاحبه‌ها و همچنین سایر فرایندهای مربوط به ثبت محتوای آن با نظر فرد مصاحبه‌شونده تعیین شد.

#### ۱-۶) محدودیت‌های اجرایی پژوهش

۱. پژوهشی در زمینه مالیات مربوط به پزشکان تاکنون صورت نگرفته است.
۲. عدم همکاری برخی از پزشکان در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه
۳. استفاده از پرسش‌نامه در تحقیقات رفتاری با محدودیت ذاتی عدم واقعی بودن پاسخ‌ها همراه است ممکن است در شرایط واقعی نحوه عمل فرد تغییر کند.
۴. متغیرهای زیادی وجود دارد که فرار مالیاتی پزشکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و امکان دارد در این مطالعه از تمامی متغیرها استفاده نشود.

#### ۱-۷) تعریف واژگان

**مالیات:** یک نوع هزینه اجتماعی است که آحاد یک ملت در راستای بهره‌وری از امکانات و منابع یک کشور موظفاند آن را پرداخت نمایند تا توانائی‌های جایگزینی این امکانات و منابع فراهم شود. در واقع انتقال بخشی از درآمدهای جامعه به دولت و یا بخشی از سود فعالیت‌های اقتصادی است که نصیب دولت می‌گردد زیرا ابزار و امکانات دستیابی به درآمد و سودها را دولت فراهم ساخته است (۱۵).

**مالیات بر درآمد:** مالیات بر درآمد نوعی مالیات است که توسط دولت بر افراد و اشخاص اعمال می‌شود و بسته به درآمد و عواید پرداخت‌کننده مالیات متغیر است. عموماً مقدار این نوع مالیات برابر درصدی از درآمد قابل مالیات گیری است (۱۵).

**فرار مالیات:** هر نوع اقدام غیرقانونی جهت عدم پرداخت صحیح مالیات از قبیل حساب‌سازی، عدم ارائه دفتر، انجام فعالیت اقتصادی بدون رسم و نشان و غیره اطلاق می‌گردد. گزارش کمتر درآمد به صورت عمدی نمونه‌ای از فرار مالیاتی است (۱۵).

**تئوری بازی:** شاخه‌ای از علم ریاضی کاربردی و اقتصاد است که به مطالعه تصمیم‌گیری افراد در شرایط تعامل با دیگران می‌پردازد. علم مطالعه تعارض‌ها (تضاد منافع) و همکاری بین بازیکنان هست (۱۶).

**تعادل نش<sup>۱</sup> در تئوری بازی‌ها:** حالتی است که هیچ بازیکنی قصد تغییر استراتژی خود را ندارد زیرا در صورت تغییر استراتژی، پیامد او کاهش خواهد یافت یعنی در تعادل نش همه بازیکنان بهترین پاسخ را به استراتژی انتخابی حریفان خود داده‌اند (۱۶).

<sup>۱</sup> Nash equilibrium

**مالیات بر مجموع درآمد:** در مالیات بر مجموع درآمد کلیه عواید شخص از منابع مختلف درآمد روی هم محاسبه می‌شود و معمولاً پس از کسر بخشودگی‌های مقرر در قانون با (نرخ‌های تصاعدی) مشمول مالیات قرار می‌گیرد (۱۷).

**اظهارنامه مالیاتی:** کارنامه مالی یک سال کاری شرکت یا شخص که جهت محاسبه مالیات به سازمان امور مالیاتی ارائه می‌گردد را اظهارنامه مالیاتی می‌نامند (۱۷).

**خود اظهاری مالیات:** در روش خود اظهاری، شخص حقیقی یا حقوقی خود اعلام می‌نماید که چه مقدار درآمد داشته و چه مقدار باید مالیات پرداخت نماید بی‌آنکه ممیزین و کارشناسان سازمان امور مالیاتی در محاسبه و دریافت مالیات، دخالت قابل توجهی داشته باشند. برای این منظور اظهارنامه‌ای تکمیل کرده که شامل کل درآمدها و کل هزینه و استهلاک و حقوق کارمندان و ... می‌باشد و پس از کسر معافیت مالیاتی، مبلغ مالیات سالیانه نیز محاسبه می‌گردد. کارشناسان سازمان امور مالیاتی نیز به شرط صحت مطالب و کامل بودن مدارک و عدم تخلف از قوانین ثبت دفاتر و اظهارنامه و ... آن را مورد پذیرش قرار داده و با توجه به آن مالیات محاسبه شده را دریافت می‌نماید (۱۷).

**مالیات علی‌الرأس:** در صورت عدم پذیرش اظهارنامه مالیاتی و یا عدم ارائه آن به سازمان امور مالیاتی، ممیز مربوطه به صورت علی‌الرأس مالیات را محاسبه نموده و به مؤدی اعلام می‌نماید و نظر ممیز و کارشناس سازمان امور مالیاتی ملاک پرداخت مالیات می‌باشد (۱۷).

نحوه تنظیم اظهارنامه مالیاتی: از ابتدای سال ۱۳۹۱ (سال مالی ۱۳۹۰) مؤدیان باید با مراجعه به پایگاه اینترنتی سازمان امور اقتصادی و دارایی نسبت به تکمیل و تسلیم اظهارنامه مالیاتی الکترونیکی اقدام نمایند (۱۷).

**سازمان امور مالیاتی کشور:** زیرمجموعه وزارت امور اقتصادی و دارایی می‌باشد. از جمله وظایف این سازمان اصلاح و دگرگونی نظام مالیاتی و مکانیزه نمودن سیستم مالیاتی کشور و اجرای مالیات بر ارزش افزوده می‌باشد (۱۷).

**سازمان نظام پزشکی:** بزرگ‌ترین و قدیمی‌ترین سازمان غیردولتی (NGO) در ایران پس از کانون وکلا می‌باشد که در تاریخ ۱۳۳۵/۱۰/۱۷ تأسیس گردیده است و شرح وظایف اصلی این سازمان عبارت است از: تعیین تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش خصوصی، صدور پروانه مطب شاغلین بخش خصوصی، رسیدگی انتظامی به تخلفات حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی از طریق هیئت‌های انتظامی، ثبت نام و صدور گواهی عضویت، تعیین ضوابط و نظارت بر تبلیغات پزشکی، ارائه خدمات رفاهی به اعضای سازمان مانند واحد وام، توزیع آرم طرح ترافیک و ارائه خدمات بیمه‌ای مختلف، مشارکت در تعیین مالیات بر درآمد شاغلین بخش خصوصی است (۱۸).

**ممیزین مالیات:** به مأمورینی اطلاق می‌شود که وظایف آن‌ها تشخیص میزان درآمد و مالیات مؤدیان بر اساس موارد مندرجه در قوانین مالیاتی و مقررات مربوط به مالیات مستقیم است و کلیه اختیارات و



وظایفی که ادارات دارایی برحسب قوانین مالیاتی برای تشخیص درآمد و مالیات دارند بر عهده ممیزین مندرج در این قانون خواهد بود (۱۷).

**مالیات مستقیم:** مالیات‌هایی که بر طبق قوانین مالیات بر درآمد و ارث بردرآمد اشخاص به‌عنوان مؤدی معین تعلق گرفته و به طرق مذکور در قوانین آن، مالیات تشخیص و تعیین می‌گردد (۱۷).

**برگ تشخیص مالیاتی:** در مواردی که مؤدی قسمتی از فعالیت‌های خود را در اظهارنامه قید نکرده و یا اظهارنامه ناقص یا اشتباه یا خلاف واقع بوده و به‌هرحال موردقبول ممیزین مالیات نباشد و یا این‌که اساساً مؤدی اظهارنامه تسلیم نکرده باشد و همچنین در مواردی که مؤدی اصولاً موظف به تسلیم اظهارنامه نیست و مالیات متعلقه به خود را نپرداخته باشد به‌طورکلی در تمام مواردی که اداره دارایی به‌موجب قوانین و مقررات مالیاتی می‌بایستی تمام یا قسمتی از درآمد و مالیات مؤدی را تشخیص دهد ممیزین مالیات موظف خواهند بود که در کلیه این موارد برای تشخیص درآمد و مالیات مؤدی بر اساس قوانین مالیاتی مربوط به هر دسته از مؤدیان اقدامات لازم را بر طبق مقررات قانونی به عمل آورده و برگ تشخیص مالیاتی به‌عنوان مؤدی تهیه و تنظیم نمایند (۱۷).

**کمیسیون تشخیص مالیات:** برای بررسی و رسیدگی اعتراض مؤدیان به مالیات تعیین‌شده توسط ممیزین و اداره مالیات، تشکیل می‌شود که سه عضو شامل دو نفر نماینده وزارت دارایی و یک نفر نماینده فرمانداری محل در کمیسیون حضور دارند (۱۷).

**تفاهم‌نامه مالیاتی پزشکان:** سازمان امور مالیاتی شرایطی را برای امکان استفاده از روش خود اظهاری مشخص می‌کند که چون این دستورالعمل خود اظهاری با کسب نظر موافق سازمان نظام پزشکی تهیه می‌شود به آن توافق‌نامه (تفاهم‌نامه) مالیاتی هم می‌گویند. قریب به ۴ سال است که سازمان امور مالیاتی و سازمان نظام پزشکی در مورد تعیین مالیات پزشکان به توافق مشترکی دست یافتند که بر اساس آن قرار شده بود که پزشکان در طبقات مختلف بر اساس تفاهم انجام‌شده با سازمان امور مالیاتی اظهارنامه خود را تکمیل کنند و بر این اساس دیگر سازمان امور مالیاتی به‌حساب پزشکان سرکشی نکند (۱۹).

**دفاتر قانونی:** کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی با توجه به دستورالعمل‌ها و آئین‌نامه تحریر دفاتر قانونی کلیه عملیات مالی خود را بایستی به ترتیب وقوع به‌صورت خوانا و بدون خط‌خوردگی و تراشیده شدن و لاک‌گیری در این دفاتر بنویسند و در انتهای سال مالی و زمانی که می‌خواهند اظهارنامه مالیاتی را تحویل دهند دفاتر پلمپ شده‌ای را هم که نوشته‌اند برای استناد به دارایی تحویل می‌دهند (۱۷).

**مالیات صعودی<sup>۱</sup>:** مالیات بر درآمد یا دارایی هنگامی که در آن نرخ مالیاتی با افزایش درآمد، بالا می‌رود (۱۷).

<sup>۱</sup> progressive tax

**مالیات تناسبی<sup>۱</sup>**: مالیات بر درآمد یا دارایی هنگامی که در آن بدون توجه به تغییرات درآمد، نرخ مالیات ثابت است (۱۷).

**مالیات نزولی<sup>۲</sup>**: مالیات بر درآمد یا دارایی هنگامی که نرخ مالیات با افزایش مأخذ (درآمد یا دارایی) کاهش یابد. مبلغ ثابتی را به عنوان مالیات بدون توجه به تغییرات درآمد دریافت می کنند (۱۷).

**رشوه (دریافت غیررسمی)**: پرداخت پول یا چیزی به کسی است تا وی در مقابل، کاری را برای طرف که معمولاً غیرقانونی است را انجام دهد. به پول یا چیزی که در این راه پرداخت می شود رشوه اطلاق می گردد (۱۷).

**مالیات مکسوره<sup>۳</sup>**: پزشکان باید مالیاتی را که در سایر مراکز درمانی و بیمارستان ها از درآمدها کسر می شود به عنوان مالیات مکسوره در اظهارنامه مالیاتی خود بیاورند (۱۷).

---

<sup>۱</sup> proportional tax  
<sup>۲</sup> regressive tax  
<sup>۳</sup> deductible tax

## فصل دوم – زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده ۱-۲) مرور نظام‌مند مطالعات صورت گرفته در زمینه رفتار پزشکان در عرصه مالیات

### ۱-۱-۲) منابع اطلاعاتی، استراتژی جستجو

مرور نظام‌مند<sup>۱</sup> حاضر بر اساس دستور کار معرفی‌شده توسط مرکز مرور و انتشار (CRD)<sup>۲</sup> (۲۰) و دستورالعمل شیوه گزارش مطالعات مرور نظام‌مند<sup>۳</sup> (PRISMA) (۲۱) انجام شده است. پایگاه‌های داده PubMed، scopus، و Google Scholar با استفاده از استراتژی جستجوی جداگانه با ترکیب واژه‌هایی که در قسمت زیر آورده شده است به صورت دستی مورد جستجو قرار گرفتند. آخرین تاریخ جستجو بهمن‌ماه ۱۳۹۴ معادل ژانویه ۲۰۱۶ بوده است. محدودیت زمان، زبان و جغرافیا بر استراتژی جستجو اعمال نگردید.

### ۲-۱-۲) ترکیب واژگان جستجو

Pubmed: (((((((("tax evasion"[Other Term]) OR "tax avoidance"[Other Term]) OR "tax control"[Other Term]) OR "tax behaviour"[Other Term]) AND "physician"[Other Term]) OR "doctor"[Other Term]) OR "GP"[Other Term])

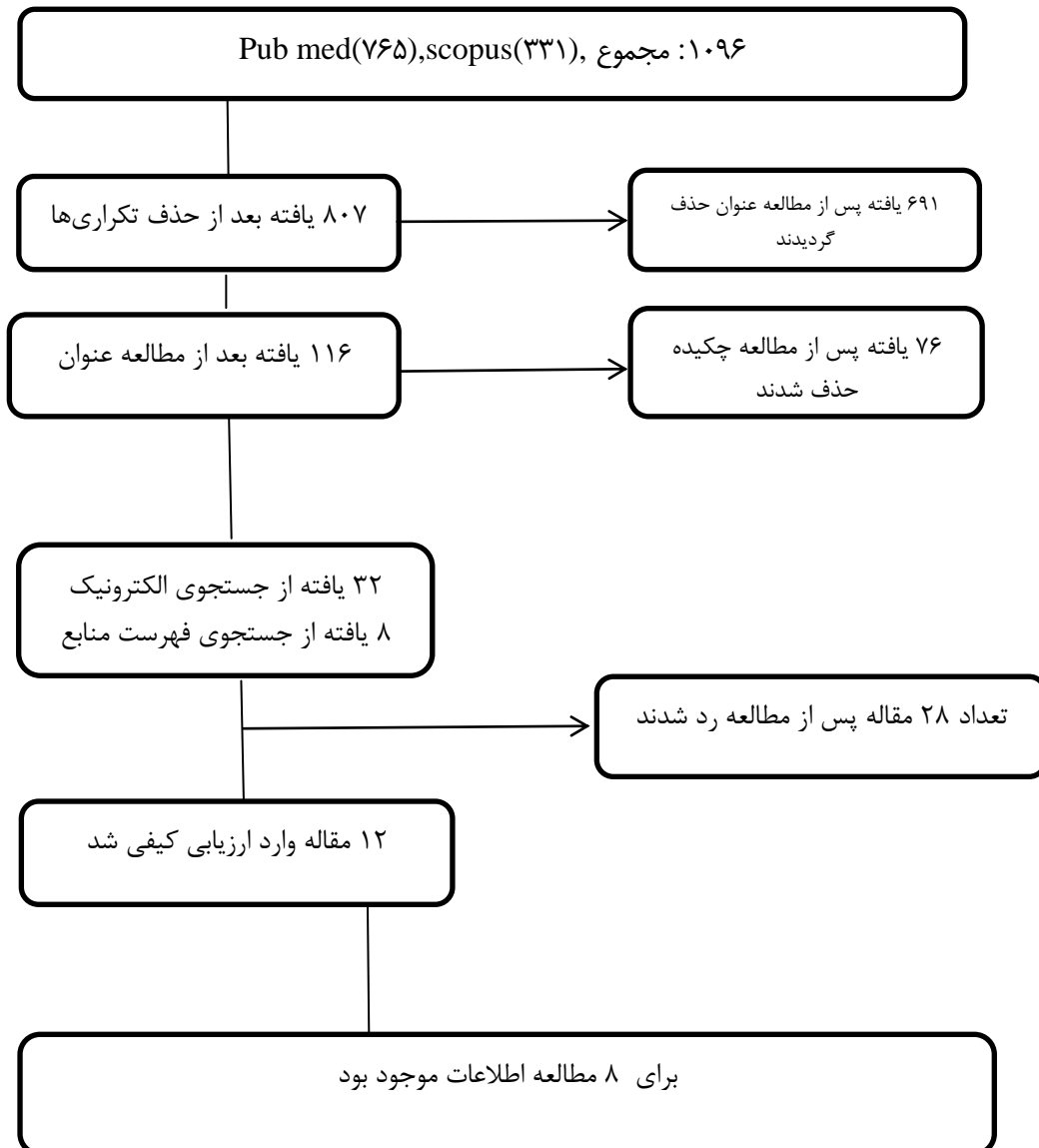
Scopus: TITLE-ABS-KEY ("tax evasion" ) OR TITLE-ABS-KEY ("tax avoidance" ) OR TITLE-ABS-KEY ("tax behaviour" ) OR TITLE-ABS-KEY ("tax control" ) AND TITLE-ABS-KEY ("physician" ) OR TITLE-ABS-KEY ("GP" ) OR TITLE-ABS-KEY ("doctor" )

به‌منظور یافتن مطالعات بیشتر و افزایش دقت جستجو، جستجوی دستی بر روی فهرست منابع مطالعات نهایی صورت گرفت.

<sup>۱</sup> systematic review

<sup>۲</sup> Center for Reviews and Dissemination

<sup>۳</sup> Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses



## ۲-۱-۳) بررسی مطالعات موجود در فرایند نظام‌مند مرور مطالعات

هاندس دورفر<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان اهمیت مالیات در تصمیم‌گیری‌های کارآفرینی: تجزیه و تحلیل رفتار پزشکان جراح در سال ۲۰۰۸، به بررسی جنبه‌های مربوط به مالیات که بر تصمیم‌گیری‌های کارآفرینی تأثیر بیشتری دارند پرداختند و فاکتورهایی که ممکن است بر رفتار در تصمیم‌گیری‌های کارآفرینی به صورت غیرمنطقی تأثیر بگذارند را بررسی کردند. رفتارهای منطقی و غیرمنطقی که مرتبط به جنبه‌های مالیات در پزشکان جراح بود از هم تفکیک کردند و نشان دادند که اکثریت پزشکان جراح در کشور آلمان نرخ نهایی مالیات خود را کمتر از حد تخمین می‌زنند و در مقایسه با مدل نئوکلاسیک که حداکثر کردن مطلوبیت مصرف‌کنندگان را در نظر می‌گیرند و کمتر به سرمایه‌گذاری و کارآفرینی توجه می‌کنند. جنبه‌های مالیاتی دارای وزن و تأثیر زیادی در تصمیم‌گیری کارآفرینی می‌باشد. دلایلی برای ارتباط بین شاخص‌های ریسک‌گریزی مالیات (رضایت پایین از سیستم مالیاتی) و توجه به جنبه‌های مالیات در تصمیم‌گیری وجود ندارد (۲۲).

مالکوم گلیس<sup>۲</sup> در مطالعه خود تحت عنوان اصلاح مالیات از دیدگاه اقتصاد خرد و کلان در سال ۱۹۸۴ به بررسی اصلاحاتی که در سیستم مالیاتی اندونزی در سال ۱۹۸۳ صورت گرفت پرداخت. در این اصلاح صورت گرفته، قوانین جدید جایگزین قوانین قدیمی و پیچیده و غیر مولد چندین دهه قبل شدند. یک اصلاح اساسی مورد نیاز سیستم مالیاتی بود. استفاده از نرخ مالیات بالاتر یا شکل‌های دیگری که همراه سیستم قدیمی باشد به عنوان گزینه‌ای در این شرایط نبود. سیستم جدید می‌خواهد جایگزین کاهش درآمدهای نفتی شود و هدف دیگر اصلاحات توزیع مجدد درآمد و ساده‌سازی مالیات‌گیری بود و این اصلاح مالیاتی جز ۶ اقدام مهم می‌باشد که رضایت عموم را در اندونزی به همراه داشت (۲۳).

جان<sup>۳</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان مدیریت مالی: پنج گام برای تولید صورت‌های مالی مؤثر در سال ۲۰۰۳، صورت‌های مالی که دندان‌پزشکان تهیه می‌کنند را بررسی کردند و آن‌ها را غیرمفید دانسته و اینکه دندان‌پزشکان صورت‌های مالی را با تأخیر و بدون سازمان‌دهی تحویل می‌دهند. برای پزشکتان باید یک ابزار مدیریتی اثربخش فراهم کرد که از طریق پنج گام ساده قابل دستیابی است. ۱- طبقه‌بندی منطقی هزینه‌های مربوط به یک گروه ۲- جداسازی هزینه‌های جبران خسارت پزشکان و کارمندان در صورت‌های مالی ۳- نمایش هزینه‌های ناشی از اجتناب از دادن مالیات ۴- مقایسه نتایج با معیارهای صنعت ۵- محاسبه واریانس با استاندارد (۲۴).

مارتین پارتینگتون<sup>۴</sup> در سال ۱۹۷۵ در مطالعه خود به بررسی تبعیضاتی که در نظام مالیاتی بریتانیا با توجه به شغل و درآمد مردم وجود دارد از دیدگاه وکلا پرداخت و راهی برای اعتراض به تبعیضات مالیاتی در بین گروه‌های پردرآمد و حرفه‌های شغلی متفاوت باز کرد. تبعیض نژادی در بریتانیا را یکی از تبعیضات در نظام مالیاتی معرفی کردند. طرح‌های مالیاتی را می‌توان از دو طریق بررسی نمود اول اینکه آیا از نظر سیاسی امکان‌پذیر هستند. دوم اینکه از نظر مدیریتی امکان‌پذیر هستند. برای اینکه از نظر سیاسی امکان‌پذیر باشد تا حدودی به تجزیه و تحلیل تبعیضات نظام مالیاتی و تا حدودی به مسائل مدیریتی بستگی دارد. برای امکان‌پذیری مدیریتی نیز ابتدا باید به مسائلی که همراه با افزایش مالیات بیشتر می‌شود توجه کرد و سپس طرح‌های مناسب

<sup>۱</sup> Hundsdoerfer

<sup>۲</sup> malcolm gillis

<sup>۳</sup> john

<sup>۴</sup> Martin Partington

برای حل این مسائل را انتخاب کرد. مالیات برای افراد پردرآمد جامعه در برخی مشاغل خاص مثل پزشکان و دندان‌پزشکان را باید از سایر مشاغل مثل معلمان و کارمندان دولت برای حل تبعیضات جدا در نظر گرفت (۲۵). آندرسن<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان آیا پزشکان به انگیزه‌های اقتصادی پاسخ می‌دهند عرضه نیروی کار پزشکان متأهل را در کشور نروژ در سال ۲۰۱۲ بررسی کردند. در این مطالعه پزشکان قادر به انتخاب در میان ۱۰ بسته شغلی متفاوت به صورت ترکیبی از تمام‌وقت یا پاره‌وقت، بیمارستان یا مراقبت‌های اولیه، بخش دولتی یا خصوصی بودند. انتخاب کنونی پزشکان تحت تأثیر گزینه‌هایی که در گذشته کار می‌کردند بود که به صورت عادت برایشان شده بود. در برآورد مطالعه محدودیت بودجه که شامل تمام خصوصیات نظام مالیاتی است در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد که دستمزد زیاد و مالیات صعودی کمتر، باعث حرکت پزشکان متأهل به سمت پکیج شغلی تمام‌وقت به‌ویژه در بخش خصوصی می‌شود. در مجموع کشش عرضه نیروی کار در جمعیت پزشکانی که شاغل هستند در مقایسه با برآوردهای قبلی نسبتاً کمتر است (۲۶).

مارتین کورندورفر<sup>۲</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان اندازه‌گیری و توضیح فرار مالیات در سال ۲۰۱۴ نشان دادند، با توجه به طبیعت حساس و تبعیت از قوانین مالیاتی که انجام مطالعه تجربی با مشکل همراه است و اطلاعات معتبر برای فرار مالیات به‌ندرت وجود دارد. زمانی که مستقیماً در نظرسنجی پرسیده می‌شود پاسخ‌دهندگان احتمالاً رفتار فرار از مالیات خود را کمتر گزارش می‌کنند. چندین پاسخ نامعتبر نه فقط مربوط به خطای برآورد شیوع بلکه ممکن است وابستگی مبهمی با پیش‌بینی‌های افراد داشته باشد. برای به دست آوردن برآورد معتبر از فرار مالیات مدلی را برای جمع‌آوری داده‌ها برای سؤالات حساس در نظر گرفتند که مدل کروس وایس بود. مدل کروس وایس بر اساس روش پاسخ‌دهی تصادفی است. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که مدل کروس وایس قادر است که سهم بزرگی از گزارشات نشانه‌دار فرار مالیات را با افزایش حفظ حریم خصوصی در جمع‌آوری اطلاعات استخراج کند. همچنین شرایط واقعی که فرار مالیات را پیش‌بینی می‌کنند با استفاده از مدل کروس وایس<sup>۳</sup> صورت می‌گیرد (۲۷).

کلون<sup>۴</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان کسب‌وکار پزشکان در سال ۱۹۸۲ به بررسی اینکه آیا پزشکان پول زیادی دریافت می‌کنند پرداختند. حرفه پزشکی یک شغل عجیب است. از پزشکان انتظار دارند که سریعاً اجاره و صورت‌حساب فروشگاه، صورت‌حساب بنزین و همه هزینه‌های زندگی را پرداخت کنند. همچنین پزشکان انتظار دارند استاندارد معینی را در زندگی خود حفظ کنند و نیاز به پول دارند و این پول را از بیماران خود و خدماتی که به آن‌ها می‌دهند جمع‌آوری می‌کنند. اگر اصرار کنیم که پزشکان هزینه‌های خود را سریع پرداخت کنند باعث تجاری کردن شغل پزشکی می‌شویم. یکی از دلایل افزایش پولی که پزشکان از بیماران دریافت می‌کنند رقابت بین پزشکان جراح است. بیماران هم انتظار دارند پزشکان جراح که شهرت بیشتری دارند هزینه بیشتری از بیماران دریافت کنند. مراکز درمانی دولتی و خیریه برای بیمارانی که هزینه پزشکی را نمی‌توانند پرداخت کنند باید راه‌اندازی شود نه اینکه درآمد پزشکان را کاهش دهند. درآمد پزشکان هم با گرفتن مالیات مناسب می‌توان تعدیل کرد (۲۸).

<sup>۱</sup> Andreassen

<sup>۲</sup> Korndorfer

<sup>۳</sup> cross wise model

<sup>۴</sup> cleon

مارک<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان مالیات و عرضه نیروی کار پزشکان با درآمد بالا در سال ۱۹۹۷ به بررسی هزینه و درآمد پزشکان با توجه به نرخ مالیات فدرال پرداختند و اثر تفاوت نرخ نهایی مالیات بر روی ساعات کاری پزشکان با درآمد بالا را برآورد کردند. در این مطالعه نشان دادند که پزشکان خود اشتغال بیشتر به نرخ نهایی مالیات حساس هستند که مشابه با مطالعات قبلی در این زمینه بوده است. درحالی که کارمندان هیچ حساسیتی به نرخ نهایی مالیات ندارند (۲۹).

## ۲-۲) بررسی متون

### ۲-۲-۱) مطالعات خارج کشور

گابریلا<sup>۲</sup> و همکاران در مقاله خود تحت عنوان فرار از پرداخت مالیات تحت ساختار رفتاری در سال ۲۰۱۴ نشان دادند، با توجه به انگیزه‌هایی که دولت و مالیات‌دهندگان در فرار از مالیات در بازی بیزین دارند مالیات‌دهندگان دو نوع هستند افرادی که درآمد بالا و افرادی که درآمد پایین دارند و سطح درآمد و تصمیم اینکه از پرداخت مالیات فرار کند یا فرار نکند مربوط به اطلاعات شخصی است و تعادل هم از لحاظ سازگاری و عدم سازگاری مورد بررسی قرار دادند و اینکه تعادل سازگار بیزین وجود داشته باشد در شرایطی است که مأموران اصول اخلاقی خارج از بازی را در نظر داشته باشند. نرخ مالیات و جریمه در افراد ثروتمند و فقیر نیز متفاوت در نظر گرفته شده است و سازگاری رفتاری کاملاً با نتایج بصری و قابل قبول موافق هستند بدین معنا که ارتباط بین مالیات‌دهنده و مأمور مالیاتی توسط ارائه اصول اخلاقی یا تقلید از رفتار اجتماعی مشخص خواهد شد (۶).

رابرت<sup>۳</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان مقایسه ادراک اخلاق از فرار مالیات در هنگ کنگ و ایالات متحده در سال ۲۰۰۷، اخلاق و فرهنگ و قوانین که باعث تفاوت پرداخت مالیات در دو کشور می‌شود را بررسی نمودند و نشان دادند که اگرچه فرار مالیات حداقل در بعضی موارد اخلاقی است، یک احساس قوی که در بعضی موارد فرار مالیات غیر اخلاقی است نیز وجود دارد. قوی‌ترین نظریه که فرار مالیات را توجیه می‌کند این است که دولت فاسد است و گروه ضعیف‌تر نظریه، عقاید حاکی از نوعی بی‌عدالتی است و ضعیف‌ترین نظریه برای توجیه فرار مالیات در برخی موارد وجود نوعی خودپسندی افراد است. تفاوت‌های فرهنگی نشان می‌دهد که چرا دانشجویان آمریکا قانون‌گرا هستند و دانشجویان هنگ کنگ نتیجه‌گرا هستند (۷).

دنيس باربر<sup>۴</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان بررسی تئوری اقتصاد کلان در زمینه فرار مالیات در سال ۲۰۱۳ اظهار می‌دارند که با افزایش سطح فرار مالیات میزان درآمد دولت کاهش می‌یابد و سرمایه‌گذاری دولت در سایر بخش‌ها و میزان مصرف کاهش می‌یابد. نرخ رشد اقتصادی در بلندمدت حاصل از فرار مالیات بدون تغییر خواهد ماند و تئوری که شامل فرضیه‌هایی است که در آن دولت از مقدار پولی که از فرار مالیات افراد به دست می‌آورند صرف پس‌انداز می‌کنند (۸).

ابل<sup>۵</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان گذر دولت و فرار مالیات در کشورهای در حال توسعه در سال ۲۰۰۷ اظهار می‌دارند که اقتصاد زیرزمینی در کشورهای در حال توسعه را در مدل تقاضایی که فرار مالیات را تخمین

<sup>۱</sup> Mark

<sup>۲</sup> Gabriela

<sup>۳</sup> Robert

<sup>۴</sup> Dennis Barber

<sup>۵</sup> Abel

می‌زنند نیز در نظر می‌گیرند و با کنترل متغیرهای درآمد سرانه، نرخ بهره، تورم، درجه شهرنشینی، سطح آموزش، تغییرات نرخ مبادله ما می‌توانیم قدرت اجرای اندازه‌گیری فساد و بهبود بروکراسی و نقش قانون را داشته باشیم. محاسبات انجام‌گرفته اقتصاد زیرزمینی را در سطح وسیعی در بین کشورهای موردبررسی نشان می‌دهد (۹).

کیم برلی<sup>۱</sup> و همکاران در مقاله خود تحت عنوان پیشگیری از فرار مالیات به‌عنوان موردی از جرم‌های اقتصادی در سال ۱۹۹۸ نشان دادند که جرمه‌ها باعث پیشگیری مردم از فرار مالیات نخواهد شد در مناطقی که فرار مالیاتی بیشتر از مناطقی که پیشگیری جرم با رویکردهای قانونی مؤثر صورت می‌گیرد است به یک نظام با دادگاه کیفری بزرگ‌تری نیاز دارد و این که پیشگیری از طریق جرمه‌های دادگاه کیفری آن مناطق را از فرار مالیات حمایت نمی‌کند و به نظر می‌رسد در صورت جرمه‌های سنگین‌تر افراد بیشتر قانون‌شکنی می‌کنند (۳۰). آدام فورست<sup>۲</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان پیشگیری فعال و غیرفعال از فرار مالیات در سال ۲۰۰۰ اظهار داشتند که سیستم مالیات بر درآمد ایالت متحده در پیشگیری از فرار مالیات مؤثر نخواهد بود اگرچه کاهش پیچیدگی ممکن است به‌طور مستقیم منجر به افزایش درک عدالت و پیروی از عواقب آن شود و این پیچیدگی برای به کار بردن عدالت و تشخیص رفتار افراد برای ماکزیمم کردن حمایت سیاسی دولت و جمع کردن مالیات از درآمد افراد ثروتمند ضروری است (۱۰).

کلاریتا<sup>۳</sup> و همکاران در مطالعه پیمایشی فرار مالیات در کشورهای در حال گذار که در سال ۲۰۰۶ به انجام رساندند اظهار داشتند که بررسی فرار مالیات در Albania شامل اطلاعات معتبر و قابل‌اعتماد از متغیرهای اقتصادی اجتماعی، دموگرافیک و متغیرهای نگرشی می‌باشد و منابع جایگزین اطلاعات در فرار مالیات از نظر تئوری زمانی که ساختار مدل‌های اقتصادی از نظر انگیزشی و رفتاری مورد آزمایش قرار می‌گیرند مشارکت می‌کنند. در بخش غیررسمی و خصوصی شناسایی فرار مالیات مشکل‌تر است و دقت اندازه‌گیری میزان فرار مالیات در کشورهای در حال گذار افزایش یافت (۳۱).

مایکل وندی<sup>۴</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان کاربرد نظریه خودکنترلی در فرار مالیات در سال ۱۹۹۶ اظهار داشتند که نقص خودکنترلی در پیشگیری جرم، از مشارکت موفقیت‌آمیز در جامعه ارتودکسی هست که منجر به تشکیل کمیسیون رسیدگی به جرمه‌ها به‌صورت نامناسب می‌شود. بهره بالقوه هم برای حسابداران و جرم شناسان را بررسی کردند. محققان از مدل انتخاب عقلانی فرصت و ترجیحات ریسک به‌منظور توضیح فرار از پرداخت مالیات استفاده کردند. نظریه خودکنترلی برای توسعه و اجرای سیاست‌ها و روش‌های اخذ مالیات کاربرد فراوانی دارد و افرادی که در اقدامات خودکنترلی رتبه کمتری دارند گرایش بیشتری به فرار از مالیات دارند (۳۲). دیانگ<sup>۵</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان کمک‌های مالی معافیت مالیاتی و فرار مالیات بر اساس توجیه رفتار نادرست افراد در سال ۲۰۱۰ اظهار می‌دارند که وجود کمک‌های خیریه بر تصمیمات گزارش مالیاتی مؤثر می‌باشد افرادی که در سازمان‌های غیرانتفاعی و از کمک‌های معافیت مالیاتی برخوردار هستند درآمد خود را کمتر از حد گزارش می‌کنند. افراد معمولاً بعد از اهداء بیشتر تمایل به عمل غیر صادقانه دارند. مشارکت اخلاقی و در نظر گرفتن وجدان را به‌عنوان راهی برای کاهش فرار از پرداخت مالیات می‌دانند (۳۳).

<sup>۱</sup> kim berly

<sup>۲</sup> Adam Forest

<sup>۳</sup> kellarita

<sup>۴</sup> Diyang

<sup>۵</sup> DeYoung



آلینگهام<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان نگاهی آینده‌نگر به تئوری فرار مالیات در سال ۱۹۷۲ اظهار داشتند که تصمیم فرار مالیات بستگی به درک پرداخت‌کنندگان مالیات از رفتار دیگران دارد. فرار بیشتر از لحاظ اجتماعی قابل قبول است و شناسایی ذهنی آن احتمال پایین‌تری دارد. افراد در اقتصاد پنهان بیشتر تمایل به فرار از مالیات دارند و افزایش نرخ جریمه باعث کاهش فرار افراد می‌شود و با افزایش دستمزد حساب‌برسان میزان فرار و تقلب در مالیات کاهش می‌یابد (۳۴).

توماس<sup>۲</sup> و همکاران در مقاله خود تحت عنوان استراتژی‌های برنامه‌ریزی مالیاتی برای پزشکان در سال ۲۰۰۲ اظهار داشتند، از آنجا که مالیات بیشترین هزینه سالانه را برای آمریکایی‌ها در بردارد و هیچ شهروندی به پرداخت بیشتر از حداقل مقدار مالیاتی که از نظر قانونی مجاز است اقدام نمی‌کند، توسعه استراتژی‌های مالیات برای پرداخت مالیات پایین‌تر از لحاظ مالی منطقی است. چند استراتژی متفاوت برای مالیات‌دهندگان که درآمد بالایی دارند نسبت به افرادی که درآمد پایین‌تری دارند تعریف شده است. مقادیر متوسط از پس‌انداز مالیات را در طی سال‌ها می‌توان در نظر گرفت که تعهدات مالی را فراهم کند و باعث افزایش مشارکت و افزایش توانایی جهت فراهم کردن خدمات برای بیماران شود. تمامی مالیات‌دهندگان در مورد استراتژی‌های کاهش پرداخت مالیات با مشاوران مالیاتی خود مشورت می‌کنند (۳۵).

ناسی تولگا<sup>۳</sup> و همکاران در مطالعه پیمایشی خود تحت عنوان عوامل مؤثر بر فرار از پرداخت مالیات در ترکیه در سال ۲۰۰۱ نشان دادند که اثرات درآمد و نرخ مالیات در فرار از پرداخت مالیات کاملاً آشکار است به‌رحال درآمد یک عامل مهم در فرار مالیات به شمار می‌آید. بیشتر مردم در مقیاس کمتر فرار را تحمل می‌کنند و فکر می‌کنند سیستم مالیاتی خیلی پیچیده است. در بیشتر مطالعات به ضعف سیستم مالیات توجهی نشده است. شواهدی درباره تأثیر مثبت ممیزی مالیات در انطباق مالیات وجود دارد. احساس گناه بیشتر و داشتن اصول اخلاقی میزان فرار بیشتر از مالیات را در افراد کاهش می‌دهد و افرادی که شغل دوم به‌صورت پاره‌وقت دارند نسبت به شغل اول خود مطلوبیت بیشتری کسب می‌کنند و افراد سالخورده کمتر از افراد جوان تمایل به فرار از مالیات دارند (۳۶).

دیوید مارکل<sup>۴</sup> و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان آیا پزشکان (پرداخت‌کنندگان مالیات) مشکلات مدیکید در میشیگان را حل می‌کنند در سال ۲۰۱۳ نشان دادند که یک پزشک در میشیگان مالیات پرداخت می‌کند می‌تواند بودجه برای مدیکید را افزایش دهد. اگر این منابع صرف خدمات پزشکی شود. درآمد مالیاتی افزایش یافته در فدرال باعث انطباق بیشتر بودجه در مدیکید خواهد بود. افزایش مداوم هزینه‌های بهداشتی درمانی، افزایش جمعیت ناسالم، ریسکی که بر دوش برخی از پزشکان به‌صورت ناعادلانه هست و واقعیت این است که هیچ تضمینی برای اینکه از درآمدی که از پرداخت مالیات به خدمات مدیکید تخصیص می‌یابد وجود ندارد (۳۷).

مالهورتا<sup>۵</sup> و همکاران در مقاله خود تحت عنوان نقش تئوری بازی‌ها در بهداشت عمومی در سال ۲۰۱۲ اظهار می‌دارند که تئوری بازی‌ها شاخه‌ای از علم ریاضی کاربردی می‌باشد که توسط محققان در زمینه‌های مختلف

<sup>۱</sup> Allingham

<sup>۲</sup> Thomas

<sup>۳</sup> Naci tolga

<sup>۴</sup> David Marchel

<sup>۵</sup> Malhorta

از جمله بهداشت و درمان به عنوان راه‌حلی برای چالش‌های موجود استفاده می‌شود و این تئوری به عنوان ابزاری برای نسل‌های جدید از کارشناسان بهداشت عمومی جهت تقویت آنان در راستای حل مسائل مربوط به بهداشت عمومی با ارائه راه‌حل‌های منطقی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد، کارشناسان آموزش سلامت جامعه اگر این تئوری را در اول بازی بدانند بازده‌شان در بازی بیشتر می‌شود (۳۸).

الکساندر کولکر<sup>۱</sup> و همکاران در مقاله خود تحت عنوان تخصیص هزینه‌ها در مراقبت سلامت در سال ۲۰۱۴ بیان می‌کنند که چهارچوب مطالعه برای حل مشکلات تخصیص هزینه‌بر مبنای تئوری بازی‌ها می‌باشد که ده مفهوم جایگزین برای تخصیص عادلانه هزینه‌ها و پس‌انداز ارائه شده است، اما فقط تعداد کمی از آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است، بیشتر مراکز هزینه و آن‌هایی که از نظر شکل مناسب هستند، اینکه روش مناسبی برای تخصیص عادلانه هزینه وجود ندارد انتخاب هر یک از این روش‌ها به نظر مشارکت‌کنندگان راجع به عدالت و قدرت سیاسی و اقتصادی و سایر فاکتورها بستگی دارد. سادگی در محاسبه و تفسیر بازی‌ها نقش مهمی برای کاربرد عملی دارد (۳۹).

## ۲-۲-۲) مطالعات داخل کشور

اسدالله زاده بالی در مقاله خود تحت عنوان اثربخشی مالیات بر نابرابری و توزیع درآمد در ایران در سال ۱۳۸۶ به این نتیجه رسیدند که رابطه کوتاه‌مدتی برای تأثیرگذاری مالیات بر ضریب جینی وجود ندارد و با این وجود نتایج حاصل از برآورد بلندمدت تقریباً قابل قبول است. مالیات در توزیع دوباره درآمد تأثیر کمی دارد که با توجه به ساختار مالیاتی ایران این نتیجه دور از انتظار نیست. سطح عمومی قیمت‌ها در بلندمدت تغییری در ضریب جینی ایجاد نمی‌کند. توزیع مجدد نه تنها به ساختار مالیاتی بلکه به اندازه نسبت درآمد مالیاتی به محصول ناخالص داخلی نیز وابسته است (۱۲).

عرب مازار در مطالعه خود تحت عنوان برآورد ظرفیت بالقوه اقتصادی مالیات در ایران در سال ۱۳۸۷ نشان دادند که علی‌رغم افزایش تلاش مالیاتی در ابعاد مختلف آن در نظیر اصلاح قوانین و مقررات مالیات‌ها، اصلاح نرخ‌ها و معافیت‌های مالیاتی و اصلاحات گسترده اداری در فرایندهای تشخیص تا وصول مالیات در سال‌های اخیر، تغییرات در این نسبت در مقایسه با اصلاحات صورت گرفته بسیار کم، کند و بطئی بوده است. با شناخت عوامل اثرگذار بر ظرفیت مالیاتی و اطلاع از توان بالقوه کشور در این زمینه به عنوان اولین گام در فرایند اصلاحات بنیادی در نظام مالیاتی کشور، اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. متوسط ظرفیت بالقوه اقتصادی مالیات در ایران در حدود ۱۲/۳ درصد بوده است. حذف معافیت‌های مالیاتی در بخش‌های کشاورزی و برخی از معافیت‌های منطقه‌ای یا دوره‌ای و نیز اصلاح نرخ‌های مالیاتی می‌تواند در افزایش ظرفیت مالیاتی مؤثر باشد (۴۰).

شکوری در مطالعه خود تحت عنوان بررسی تأثیر نظام مالیاتی بر توزیع درآمد ایران در سال ۱۳۸۷ اظهار می‌دارند که بر اساس برآورد مدل ریاضی به ازای هر یک درصد افزایش در کل درآمدهای مالیاتی، ۰/۰۷ درصد از شاخص توسعه انسانی کاسته می‌شود و اینکه نظام مالیاتی ایران عامل تأثیرگذاری در بهبود توزیع درآمد و کاهش نابرابری نبوده و حتی جهت معکوس هم دارد. درآمدهای مالیاتی برخلاف مباحث تئوریک علوم اقتصادی و اجتماعی به عنوان ابزاری جهت بهبود شاخص‌های توزیع درآمد عنوان شده‌اند، در اقتصاد، ایران نتوانسته موارد

<sup>۱</sup> Alexander Kolker

مهمی چون آموزش، فرهنگ، بهداشت و افزایش قدرت خرید مردم را ارتقا بخشند. ساختار بودجه‌ای و مخارج دولت به گونه‌ای است که افزایش رفاه اجتماعی را سبب نمی‌شود (۴۱).

زایر در مطالعه خود تحت عنوان بررسی تأثیر بحران مالی جهانی بر درآمدهای مالیاتی کشور در سال ۱۳۸۷ اظهار داشتند کشورهایی که درجه بالایی از آزادی تجاری و باز بودن اقتصاد را دارند، بیشترین آسیب را از این بحران دیده‌اند. کاهش قیمت نفت مهم‌ترین مسیری است که اقتصاد کشور و به تبع آن درآمدهای مالیاتی کشور از بحران اقتصادی جهان تأثیر خواهد پذیرفت. درآمدهای مالیاتی کشور به‌طور مستقیم با سطح فعالیت‌های اقتصادی رابطه دارد. کاهش درآمد شرکت‌ها به‌طور مستقیم روی مالیات بر شرکت‌ها تأثیر منفی دارد. مالیات بر مشاغل که بعد از مالیات بر شرکت‌ها مهم‌ترین منبع مالیات‌های مستقیم محسوب می‌شود به‌طور مستقیم به سطح فعالیت‌های اقتصادی بستگی دارد. تنها منبع مالیاتی که می‌توان روی آن حساب کرد مالیات حقوق بخش عمومی است (۴۲).

موسوی در مقاله خود تحت عنوان یک مدل نظری برای فرار مالیاتی بر ارزش افزوده در سال ۱۳۸۸ نشان دادند که سازمان مالیاتی باید به‌طور تصادفی و بر اساس برنامه‌ای منظم به ممیزی اظهارنامه‌های مالیاتی بپردازد و اولویت حسابرسی باید با بنگاه‌هایی باشد که احتمال وقوع فرار مالیاتی در آن‌ها بیشتر است. افزایش در نرخ جریمه برای مواردی که پرونده مالیاتی رسیدگی نمی‌شوند موجب افزایش تمکین مالیاتی و کاهش فرار مالیاتی خواهد شد. تعیین جریمه‌های مالیاتی مناسب و انجام هماهنگی‌های لازم با سایر نهادهای ذی‌ربط به‌منظور تضمین اجرای احکام جریمه‌های تعیین شده می‌تواند یکی از راهکارهای مناسب جهت جلوگیری از فرار مالیات بر ارزش افزوده بشمار آید (۴۳).

پژویان در مقاله خود تحت عنوان اصلاحات ساختاری در نظام مالیاتی ایران در سال ۱۳۸۹ اظهار داشتند. نظام مالیاتی ایران در بخش مالیات‌های مستقیم برخلاف سایر کشورها که بیشتر بر مالیات بر مجموع درآمد (مالیات بر مشاغل و اشخاص حقیقی) تأکید دارند بیشتر بر مالیات بر شرکت‌ها تمرکز دارد و در بخش مالیات‌های غیرمستقیم نیز به‌عوض مالیات عمومی بر مصرف بیشتر بر مالیات بر شرکت‌ها تمرکز دارد؛ و باعث می‌شود که بخش مالیات‌های مستقیم بیشترین فشار مالیاتی بر شرکت‌ها و بخش‌های تولیدی اقتصاد باشد. وجود چنین وضعیتی ناشی از فعالیت‌های گسترده مالیاتی و محدود بودن تعداد پایه‌های مالیاتی در کشور است (۴۴).

نقی در مطالعه خود تحت عنوان بررسی عوامل مؤثر بر فرار مالیاتی در سال ۱۳۸۹ نشان دادند که عدم ترویج کارآمد فرهنگ مالیاتی در جامعه، ضعف، تعدد و پیچیدگی قوانین و مقررات موضوعه در ارتباط با مالیات، بوروکراسی اداری و ساختار ناکارآمد مالیاتی، ناکارآمد بودن نظام مالیاتی و مکانیزم تشویق و تنبیه مالیاتی، عدم موفقیت در شناسایی کامل مؤدیان مالیاتی، عدم توانایی عملی و مهارتی برخی از مأمورین مالیاتی در ممیزی و حسابرسی، حساب‌سازی و کتمان درآمدی برخی از مؤدیان مالیاتی، وجود فساد در میان مأموران مالیاتی، فقدان باور مالیاتی در میان آحاد جامعه از عوامل مؤثر در فرار مالیاتی است (۴۵).

سیفی پور در مقاله خود تحت عنوان بررسی عوامل مؤثر بر توزیع درآمد در اقتصاد ایران با تأکید بر مالیات‌ها در سال ۱۳۹۰ اظهار می‌دارند که دولت می‌تواند به نحوی توزیع مجدد درآمدها را تنظیم نماید که باعث افزایش درآمد فقرا و تعدیل درآمد ثروتمندان شود. یعنی فاصله طبقاتی درآمد بین گروه‌های مختلف جامعه کاهش یابد. اتخاذ سیاست‌های مالیاتی در اقتصاد می‌تواند کارکردهای متفاوتی داشته باشد از یک‌طرف منبع درآمد دولت و از طرف دیگر سیاستی جهت تصحیح خطای بازار است. چگونگی اثرگذاری سیستم مالیاتی بر توزیع درآمد به نوع

سیستم مالیاتی به لحاظ مستقیم و غیرمستقیم بودن آن بستگی دارد. مالیات‌های مستقیم موجب بهبود توزیع درآمد و مالیات‌های غیرمستقیم اثر تخریبی بر توزیع درآمد دارد. افزایش سطح حداقل دستمزد می‌تواند منجر به برابر شدن توزیع درآمد و بهبود توزیع درآمد شود (۴۶).

اسکندری در مقاله خود تحت عنوان بررسی عوامل مؤثر بر پذیرش اظهارنامه مالیاتی الکترونیکی در ایران در سال ۱۳۹۰ نشان دادند که تأثیرات اجتماعی و شرایط پشتیبانی‌کننده مجموعه عواملی بود که میزان پذیرش این سرویس الکترونیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و با توجه به مشکلاتی از قبیل سرعت اینترنت، عدم یکپارچگی بانک اطلاعاتی سازمان امور مالیاتی و بانک اطلاعاتی محلی ادارات امور مالیاتی استان‌ها، عدم استفاده از پرداخت الکترونیکی و همچنین عدم پیاده‌سازی امضا دیجیتال در این سیستم که منجر به مراجعه حضوری به اداره امور مالیاتی شده و سهولت استفاده و کارایی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴۷).

مرادی در مقاله خود تحت عنوان بررسی عوامل مؤثر بر فرار از پرداخت مالیات با تأکید بر عوامل فرهنگی در سال ۱۳۹۲ اظهار می‌دارند که عوامل فرهنگی شامل الزامات قانونی، عدالت در سیستم مالیاتی، اعتماد به دولت، مذهب و اطلاع‌رسانی و پاسخ‌گویی به حقوق مؤدیان می‌باشد. فقدان الزامات قانونی یا الزامات قانونی کم و نبود عدالت در سیستم مالیاتی اثر مثبتی بر فرار از پرداخت مالیات دارند. همچنین اعتماد به دولت فرار مالیاتی را کاهش می‌دهد و رابطه معناداری بین مذهب، عدم اطلاع‌رسانی و پاسخ‌گویی به حقوق مؤدیان با فرار مالیاتی مشاهده نشد. مسائلی که بتوان از لحاظ مالی دولت را در استخدام ملت دریاورد منجر به تقویت سیستم مالیاتی می‌شود (۴۸).

نویدی در مقاله خود تحت عنوان نظام تشخیص علی‌الرأس در یک نظام آرمانی مالیات در سال ۱۳۸۹ نشان دادند که راهبردهای انتخابی دولت جهت جلوگیری از فرار مالیاتی و کاهش احتمال تبانی با استفاده از تنظیم نرخ مالیات با توجه به درآمد پایه مؤدیان و پایداری مؤدیان با سطح درآمد پایین، قید مشارکتی پیشنهاد گردید. وابستگی معکوس نرخ بهینه به حداقل درآمد موردنیاز مؤدیان برای جلوگیری از اختلال در فعالیت‌ها یکی از مظاهر نظام مالیاتی عادلانه است که سبب افزایش تمکین داوطلبانه مؤدیان می‌گردد. حداکثر ضریب تشویقی نیز به ضریب پایداری و سود مورد انتظار مؤدیان بستگی دارد. با کاهش ضریب پایداری، مؤدیان با سطح درآمد پایین، مشمول مالیات کمتری خواهند شد. ممیزین نیز در صورت اثبات عدم تبانی، به تشویق بالاتری دست خواهند یافت (۱۳).

عبدلی در مقاله خود تحت عنوان مدیریت دولت بر رفتار مأموران و مؤدیان مالیاتی در شرایط انحراف در اظهارنامه‌ها در سال ۱۳۸۵ عکس‌العمل متقابل مؤدیان و مأموران و دولت در مقابل سه استراتژی ممکن در رابطه با به‌کارگیری مأموران را مورد بررسی قرار دادند که در استراتژی اول دولت تنها مأموران صادق رو بکار گرفت. در استراتژی دوم دولت هر دو نوع مأمور صادق و غیر صادق را استفاده کرد و در استراتژی سوم فقط مأموران غیر صادق را بکار گرفت و نشان دادند که در استراتژی اول امکان تبانی وجود ندارد و در استراتژی دوم امکان تبانی وجود دارد دولت باید استراتژی را در پیش بگیرد که در آن تبانی (دریافت رشوه توسط مأموران مالیاتی) بین مؤدی و مأموران از بین رفته از طرفی درآمد مالیاتی حقیقی از مؤدیان اخذ گردد. اگر احتمال بازرسی مجدد افزایش یابد به تبع آن جریمه مؤدی و مأمور غیر صادق در صورت کشف افزایش داده شود در این صورت تبانی و رشوه بسیار محدود خواهد شد. جریمه رشوه و تبانی برای این که بر مدیران و مأموران فاسد اثر بگذارد باید تابعی از رشوه دریافتی و یا میزان پنهان درآمد پنهان‌سازی شده مؤدی باشد (۱۴).

## فصل سوم – روش پژوهش

### ۳-۱) مقدمه

این فصل به توضیح روش پژوهش می‌پردازد. ابتدا در مورد پارادایم ترکیبی و روش پژوهش آن بحث می‌شود و سپس به توضیح فازهای مطالعه می‌پردازیم. مطالعه حاضر شامل چهار فاز اصلی می‌باشد. فاز اول با انجام مطالعه کیفی برای شناسایی عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات شروع می‌شود. در فاز دوم که نمایانگر نکته ترکیب یا تلفیق است، از یافته‌های فاز کیفی مطالعه برای طراحی ابزار پرسشنامه استفاده می‌شود. در فاز سوم، مطالعه کمی برای تحلیل عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات صورت می‌گیرد و در فاز چهارم به طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها می‌پردازیم.

### ۳-۱-۱) پارادایم ترکیبی

پژوهش حاضر یک مطالعه ترکیبی از نوع اکتشافی متوالی<sup>۱</sup>، باهدف طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها به‌منظور پوشش خلأهای سیستم مالیاتی در تعامل با پزشکان می‌باشد. واژه پارادایم که اغلب مترادف جهان‌بینی بکار برده می‌شود، چهارچوبی از تعمیم‌ها، ایده‌ها و عقاید است که از طریق آن افراد می‌توانند جهان و ارتباطات متقابل با آن را تفسیر نمایند و به‌طور کلی مجموعه‌ای از عقایدی است که عملکردها را جهت می‌دهند. این جهان‌بینی می‌تواند به یک دیسیپلین خاص و یا جمعی از متخصصین مربوط باشد یا نباشد، اما نشان‌دهنده عقاید و ارزش‌های مشترک جمعی از پژوهشگران است. جهان‌بینی تشکیل شده از عقاید و پیش‌فرض‌هایی که تحقیقات را هدایت می‌نماید<sup>۴</sup> نوع جهان‌بینی در تحقیقات مطرح می‌باشند که شامل جهان‌بینی فرا واقع‌گرایی یا فرا اثبات‌گرایی، ساخت‌گرایی، مشارکتی و عمل‌گرایی است. جهان‌بینی فرا اثبات‌گرایی که اغلب با رویکردهای کمی در ارتباط است. ادعای دانش خود را بر پایه ۱-تعیین‌گرایی یا تفکر علی - معلولی ۲- تنزل‌گرایی یا کاهش و تمرکز متغیرها و برقراری ارتباطات بین آن‌ها ۳- مشاهدات با دقت و جزئی‌گرایانه و اندازه‌گیری متغیرها و ۴- آزمون تئوری‌هایی که مداوم در حال اصلاح هستند بنانهاده است.

جهان‌بینی ساخت‌گرایی که عمدتاً با رویکردهای کیفی مربوط است، نوعی درک و معنا دهی به پدیده‌هاست که مشارکت‌کنندگان و دیدگاه‌های ذهنی آنان سازنده آن می‌باشند. وقتی مشارکت‌کنندگان درک خود را از پدیده‌ها ارائه نمایند، از معانی صحبت می‌کنند که بر اساس ارتباطات متقابل اجتماعی با دیگران شکل گرفته و از تاریخچه فردی آنان برآمده است. در این نوع تحقیق مطالعه از پایین به بالا شکل می‌گیرد و درواقع مسیر مطالعه از دیدگاه‌های فردی به سمت الگوهای وسیع است و نهایتاً درکی عمیق از موضوع ایجاد می‌شود. جهان‌بینی مشارکتی تحت تأثیر نگرانی‌ها و مسائل سیاسی بوده و بیشتر اوقات با رویکرد کیفی همراه است تا کمی، هرچند که همیشه نیز چنین ارتباطی وجود ندارد. نیاز برای ارتقای جوامع و افرادی که در آن هستند، ویژگی این دیدگاه است. مسائلی مثل توانمندسازی، به حاشیه راندن، تسلط، پدرسالاری و سایر امور مؤثر در گروه‌های به حاشیه رانده‌شده نیاز به توجه دارند. در این موارد پژوهشگران با افرادی که چنین تجاربی را دارند

<sup>۱</sup> sequential exploratory

همکاری می‌کنند. در نهایت محقق مشارکتی برای بررسی جهان اجتماعی و تغییر آن به وضعیت بهتر برنامه‌ریزی می‌کند تا این افراد احساس می‌کنند که کمتر به حاشیه رانده خواهند شد (۴۹).

جهان‌بینی آخر یا عمل‌گرایی، به‌طور کلی با روش تحقیق ترکیبی مرتبط است. تمرکز این جهان‌بینی بر نتایج تحقیق بوده و به‌طور اولیه سؤال تحقیق مهم‌تر از روش پژوهش بوده و با روش‌های متعدد به جمع‌آوری داده‌هایی برای حل مسائل تحقیق می‌پردازد. پس دارای یک دیدگاه کثرت‌گراست، یعنی به این موضوع توجه دارد که "چگونه کار می‌کند و عمل می‌کند؟". هر چهار جهان‌بینی عناصر مشترکی دارند که در برخی موارد متفاوت می‌باشند. جهان‌بینی‌ها در حقیقت واقعیت با هستی‌شناسی، چگونگی کسب اطلاعات و شناخت ما، نقش ارزش‌های تحقیق، فرایند تحقیق و زبان تحقیق متفاوت هستند. این تفاوت‌ها بر اینکه چگونه پژوهشگران تحقیق خود را طراحی، اجرا و گزارش کنند، تأثیر می‌گذارد. هستی‌شناسی به این موضوع برمی‌گردد که حقیقت واقعیت چیست؟ و چه چیزی واقعیت است؟ فرا واقع‌گراها به این دیدگاه گرایش دارند که واقعیت یک پدیده واحد است. محقق فرا واقع‌گرا به رد یا قبول یک تئوری گرایش دارد. از طرف دیگر در دیدگاه‌های برساخت‌گرایی، واقعیت منفرد نیست و به تعداد مشارکت‌کنندگان واقعیت‌های متعدد وجود دارد. این چنین دیدگاه‌هایی از طریق مصاحبه‌های متعدد شکل می‌گیرد. محقق مشارکتی درمی‌یابد که همیشه واقعیت در یک چهارچوب و بافت سیاسی شکل می‌گیرد، اما از دیدگاه عمل‌گراها، واقعیت هم واحد است و هم متعدد است (مثلاً دیدگاه‌های افراد در مورد یک تجربه یا یک پدیده خاص).

یکی دیگر از تفاوت‌های موجود در جهان‌بینی‌ها، توجه به تفاوت‌های روش‌شناسی تحقیق (فرایند پژوهش) است. در تحقیق فرا واقع‌گرایی، محقق از بالا به پایین کار می‌کند. در واقع او از یک تئوری و فرضیه به سمت جمع‌آوری داده‌ها برای قبول یا رد تئوری و فرضیه حرکت می‌کند. در رویکرد برساخت‌گرایی محقق از پایین به بالا حرکت کرده و از دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان به ساخت مضامین گسترده رسیده و سپس با درک ارتباط داخلی مضامین به تعمیم نظریه می‌رسد. در تحقیق مشارکتی محقق با سایر مشارکت‌کنندگان که به‌عنوان اعضای فعال گروه تحقیق هستند، همکاری کرده و به شکل‌دهی سؤالات، آنالیز داده‌ها و به‌کارگیری نتایج در عمل کمک می‌کند. در رویکرد عمل‌گرایی ممکن است همچنان که محقق داده‌های کمی و کیفی را باهم ترکیب می‌کند، تفکر استقرایی و قیاسی نیز باهم ادغام می‌شوند (۵۰).

در مطالعه حاضر، پارادایم ترکیبی را برای مراحل مختلف تحقیق در نظر داشته و از هر دو پارادایم اثبات‌گرایی و برساخت‌گرایی استفاده می‌کنیم. در واقع برای پاسخ به سؤال مرحله اول تحقیق، دیدگاه ساخت‌گرایی و مطالعه کیفی استفاده نموده تا به ساخت مضامین (طراحی ابزار پرسشنامه و تئوری‌بازی‌های مرتبط به تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات) پردازیم و در مرحله دوم مطالعه (مطالعه کمی) از جهان‌بینی ساخت‌گرایی به سمت اثبات‌گرایی تغییر مسیر داده تا با روش کمی به تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات با استفاده از پرسشنامه تهیه‌شده پردازیم و مکانیزم مناسب مالیات را طراحی کنیم.

تحقیقات ترکیبی موج سوم روش‌شناسی تحقیق هستند و به‌عنوان پژوهشی تعریف می‌شوند که در آن پژوهشگر داده‌ها را با دو رویکرد کیفی و کمی جمع‌آوری و آنالیز و بحث می‌کند. تحقیقات ترکیبی دارای پارادایم پراگماتیسم یا عمل‌گرایانه بوده که قصد تطبیق بصیرت ناشی از تحقیقات کیفی و کمی، در حل عملی مشکل را دارند. مهم‌ترین فرض روش تحقیق ترکیبی آن است که به‌کارگیری ترکیب رویکردهای کیفی و کمی درک بهتری از موضوع تحقیق، نسبت به زمانی که هر یک از این رویکردها جداگانه بکار روند، فراهم می‌کند.

تحقیقات ترکیبی انواع مختلف دارد. روش پژوهش ترکیبی به نوع طرح تفکیک شده است که شامل موارد ذیل است. موازی همگرا، متوالی توضیحی، متوالی اکتشافی، جایگزین شده، دگرگون شده و چندمرحله‌ای. در این پژوهش از نوع متوالی اکتشافی استفاده شده است.

هدف از طرح اکتشافی، تعمیم یافته‌های برآمده از مطالعه کیفی به نمونه‌های بزرگ‌تر در مرحله دوم یا مرحله کمی است. در این پژوهش مطالعه اکتشافی کیفی اولیه به توسعه یا ایجاد مرحله کمی کمک می‌نماید. مطالعه اکتشافی اولیه به چند دلیل مورد نیاز است: ۱- الگو، مقیاس یا ابزاری در دست نیست ۲- متغیر ناشناخته است ۳- چهارچوب راهنما یا تئوری در دست نیست. از آنجاکه این طرح با مطالعه آغاز می‌گردد، بایستی پدیده به خوبی بررسی گردد. این پژوهش خصوصاً وقتی محقق نیاز به طراحی الگو و ابزاری و به دنبال آن آزمون الگو و ابزار مورد نظر را داشته باشد، مفید است؛ زیرا معمولاً در این موارد یا الگو و ابزار متناسب با الگوی مورد نظر در خصوص پدیده مورد نظر در دست نیست و یا اینکه متغیرها شناخته شده نیستند و شناسایی متغیرهای مهم ضرورت دارد. این روش همچنین زمانی مناسب است که محقق قصد تعمیم نتایج مطالعه کیفی به گروه‌های بزرگ‌تر را دارد یا می‌خواهد جنبه‌های مختلف تئوری برآمده از مطالعه را آزمون نموده یا آن‌ها را طبقه‌بندی نماید، قصد بررسی عمقی پدیده‌ای را دارد و یا می‌خواهد شیوع حیطه‌های آن را اندازه بگیرد (۵۱).

### ۳-۱-۲) پیش فرض فلسفی موجود در ورای طرح اکتشافی

از آنجاکه طرح اکتشافی با مطالعه کیفی آغاز می‌گردد، مشکل تحقیق و هدفی که باعث شده از جزء کیفی در آن استفاده شود، تقدم بیشتری در این طرح می‌یابد، بنابراین محقق عمدتاً در طی فاز اول مطالعه از اصول ساخت‌گرایانه برای ارزیابی دیدگاه‌های موجود و درک عمیق از پدیده استفاده می‌کند. زمانی که محقق از مرحله کیفی به سوی مرحله کمی پیش می‌رود، پیش فرض زمینه موجود به سمت فرا اثبات‌گرایی تغییر جهت می‌دهد تا نیاز برای اندازه‌گیری و شناسایی متغیرها و طی مسیر آماری آن را هدایت نماید. به این ترتیب طرح این مطالعه از جهان‌بینی‌های جداگانه بهره می‌گیرد و جهان‌بینی از یک مرحله به مرحله بعدی تغییر جهت می‌دهد.

### ۳-۱-۳) روش اجرای طرح اکتشافی

۴ گام اصلی در طرح اکتشافی وجود دارد این طرح با جمع‌آوری و آنالیز یافته‌های کیفی برای بررسی پدیده شروع می‌شود. در گام بعدی که نمایانگر نکته ترکیب یا تلفیق است، از یافته‌های فاز کیفی این طرح برای طراحی ابزار پرسشنامه و شناسایی عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات استفاده می‌نمایند و به این ترتیب فاز کیفی اولیه به فاز کمی بعدی ارتباط می‌یابد و در گام بعدی مطالعه کمی برای تحلیل عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت صورت گرفته که در نهایت بتوان مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها را طراحی کرد.

### ۳-۲) مرحله اول: بخش کیفی

مطالعه کیفی می‌تواند بینش جدیدی ایجاد کند و مناسب‌ترین رویکرد برای کشف جوهره‌ها، احساسات، ویژگی‌ها، ارزش‌ها، معانی، بینش‌ها و شیوه‌های زندگی افراد یا گروه معین است. یولین می‌نویسد: زمانی که هدف انجام یک پژوهش علاوه بر توصیف رفتار، کشف و تبیین معنی آن باشد، عقاید و نگرش جامعه هدف در رابطه با موضوع مورد مطالعه مشخص نبوده و یا اطلاعات موجود در این زمینه کافی نباشد و یا واژه‌های مناسبی جهت برقراری ارتباط با مخاطبین در دسترس نباشد، استفاده از روش‌های کیفی توصیه می‌گردد. تحقیقات کیفی

امکان بررسی عمیق رفتارهای زمینه‌ای، نگرش‌ها و ادراکات تعیین‌کننده وضعیت سلامت افراد را ممکن می‌سازد.

پژوهش‌های کیفی نقش مؤثری در روشن‌سازی حیطه‌های مبهم و ناشناخته دارند. این پژوهش‌ها به‌ویژه در پاسخ به سوا لاتی که دربردارنده تفاسیر و ذهنیات انسان است کارایی داشته و بهترین روش برای توصیف تجارب زندگی و فرایندهای اجتماعی اساسی موجود در آن‌ها است. در پرتو این پژوهش‌ها محقق به دیدگاهی روشن درباره پدیده‌ها دست می‌یابد که می‌تواند مبنایی برای ارائه راهکارهای بدیع، روشن‌بینانه و مفید باشد. روش‌های تحقیق کیفی با اعتقاد به یگانگی هر موقعیت خاص انجام می‌شوند و یافته‌های آن نتیجه تعامل بین محقق و مشارکت‌کنندگان است (۵۲).

استرابت و کاربرتر می‌نویسند: محققانی که پژوهش کیفی انجام می‌دهند بر شش ویژگی عمده تأکید دارند:

۱- اعتقاد به واقعیات متعدد ۲- تعهد به پیروی از رویکردی که به درک پدیده مورد مطالعه منجر شود ۳- اهمیت دادن به دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش ۴- هدایت تحقیق به گونه‌ای که شرایط طبیعی پدیده مورد نظر را حتی‌الامکان مختل ننماید ۵- اهمیت دادن به شرکت محقق در فرایند پژوهش ۶- انتقال داده‌ها به صورت گزارش ادبی و غنی از بیانات مشارکت‌کنندگان در تحقیق.

محققین کیفی بر این باورند که افراد فعالانه در کنش‌های اجتماعی مشارکت دارند و از طریق این تعاملات که بر پایه تجارب قبلی آنان استوار است، شناخت و ادراکات متفاوتی از پدیده‌ها پیدا می‌کنند (۵۳). هدف محقق کیفی جستجو و کاوش پدیده‌ها است و به روشن کردن صورت‌های مختلف یک پدیده و فرایندهای اساسی آن می‌پردازد و به سؤالاتی که نیل به این هدف را امکان‌پذیر می‌سازند از قبیل " ماهیت کامل این پدیده چیست؟"، " در مورد این پدیده چه چیزی اتفاق می‌افتد؟"، " فرایندی که توسط این پدیده تجربه می‌شود چیست؟" پاسخ می‌دهد (۵۴).

در هر مطالعه‌ای روش پژوهش تابع اهداف یا سؤالات پژوهش است با توجه به اینکه اهداف کلی بخش کیفی پژوهش حاضر، تحلیل محتوای کیفی<sup>۱</sup> است از روش آنالیز محتوای قراردادی به‌عنوان شیوه مناسب استفاده شد. تحلیل محتوا یک روش تحلیل کیفی در تحقیقات بهداشتی است که کاربرد آن در سال‌های اخیر فزونی یافته است (۵۵). تحلیل محتوای کیفی یک روش تحقیق است که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های مکتوب بکار می‌رود. در این روش از طریق فرایند طبقه‌بندی سیستماتیک، کدها و تم‌ها مورد شناسایی قرار می‌گیرند. تحلیل محتوا چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی است، بلکه از این طریق می‌توان تم‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه را آشکار کرد (۵۶).

تحلیل محتوای قراردادی در مطالعاتی که هدف آن توصیف یک پدیده است، استفاده می‌شود و معمولاً زمانی که تئوری در مورد یک پدیده محدود است، بکار می‌رود. محققین در این روش از به‌کارگیری طبقات از قبل تعیین‌شده اجتناب می‌ورزند. در تحلیل محتوای قراردادی، کدها و طبقات مستقیماً و به‌صورت استقرایی از داده‌های خام استخراج می‌شوند. فرایند تحلیل محتوای کیفی به این صورت انجام می‌شود که جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات هم‌زمان انجام می‌شود. در این روش محقق در راستای پاسخگویی به سؤالات پژوهش و

<sup>۱</sup> Qualitative content analysis



جمع‌آوری اطلاعات جدید به صورت رفت و برگشت اطلاعات را جمع‌آوری و تحلیل می‌کند و اجازه می‌دهد که طبقات و نامشان از درون داده‌ها بیرون بیایند؛ بنابراین محقق در داده‌ها کاملاً غرق شده تا به یک درک و بصیرت جدیدی دست پیدا کند. مزیت تحلیل محتوای قراردادی این است که اطلاعات مستقیماً از خود شرکت‌کنندگان استخراج می‌شود و نیازی به استفاده از طبقات از پیش تعیین شده یا تئوری‌های موجود نیست (۵۷).

### ۳-۲-۱) روش جمع‌آوری داده‌ها

محقق در پژوهش‌های کیفی، داده‌ها را از طریق مصاحبه، مشاهده، مدارک و شواهد، یا ترکیبی از منابع مذکور جمع‌آوری می‌کند. مشاهده و مصاحبه ابزارهای معتبری برای تولید داده‌ها هستند. متداول‌ترین روش جمع‌آوری داده‌ها در تحلیل محتوای کیفی مصاحبه عمیق با سؤالات باز است. مصاحبه با سؤالات باز این امکان را برای مشارکت‌کنندگان به وجود می‌آورد که تجربیات خود را در مورد پدیده موردنظر کاملاً توضیح دهند. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیر و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است (۵۸).

در پژوهش حاضر، مصاحبه نیمه ساختاریافته<sup>۱</sup> با سؤالات باز که به لحاظ انعطاف‌پذیری و عمیق بودن، مناسب پژوهش کیفی است، به عنوان روش گردآوری داده‌ها انتخاب شده است. مصاحبه نیمه ساختاریافته بر اساس پرسش اصلی پیرامون پدیده موردنظر، توسط محقق و بنا به بازخوردهایی که پژوهشگر از شرایط داشت، انجام می‌گرفت. به عبارت دیگر با توجه به اینکه تصمیم‌گیری در مورد بهترین روش جمع‌آوری داده‌ها، اینکه از چه کسانی و چگونه جمع‌آوری شود و چقدر طول خواهد کشید، نهایتاً در عرصه پژوهش و ضمن آن روشن می‌گردد، لذا پژوهش با طرحی پویا و ظهوری مداوم و پژوهشگر مدام در حال تصمیم‌گیری‌های بازخوردی بوده است؛ بنابراین در این پژوهش نیز مصاحبه‌های عمیق مبسوط، با تعامل فردی صورت گرفته است.

گردآوری داده‌ها از اردیبهشت سال ۱۳۹۴ و تا مرداد ۱۳۹۴ و تا زمان اشباع داده‌ها<sup>۲</sup> ادامه یافت. مدت مصاحبه‌ها از ۳۰ دقیقه الی یک ساعت متغیر بود. قبل از شروع هر مصاحبه محقق به برقراری ارتباط مناسب برای ایجاد حس اعتماد و آرامش با شرکت‌کنندگان مبادرت می‌ورزید. بدین ترتیب که قبل از شروع مصاحبه و ضبط صدای مشارکت‌کننده، علاوه بر هماهنگی قبلی صورت گرفته، مجدداً خود را معرفی و با بیان اهداف تحقیق و اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات، از شرکت‌کننده برای ضبط مصاحبه اجازه گرفته می‌شد و با آماده شدن مشارکت‌کننده و اظهار تمایل برای ادامه، مصاحبه تداوم می‌یافت. در صورتی که مشارکت‌کننده احساس خستگی می‌کرد و یا به هر دلیل می‌خواست مصاحبه متوقف شود، به نظر وی احترام گذاشته می‌شد و با آماده شدن و اظهار تمایل برای ادامه، مصاحبه تداوم می‌یافت.

پژوهشگر در حین مصاحبه‌ها با توجه کامل و تمرکز بر بیانات مشارکت‌کنندگان، سؤالات موردنیاز و باز از قبیل مورد دیگری به نظر نمی‌رسد؟ چیزی هست که نگفته باشید؟ را مطرح می‌نمود که این امر موجب بیان احساسات و افکار آنان پیرامون موضوع موردبحث می‌شد. لازم به ذکر است که در حین و یا پایان هر مصاحبه با بیان مجدد و بازگرداندن نکات برجسته و یا خلاصه‌ای از پاسخ مشارکت‌کنندگان سعی می‌شد تا درستی و صحت داده‌ها به تائید برسد و در صورتی که ابهام در برداشت از پاسخ‌های مشارکت‌کننده از او خواسته می‌شد تا شفاف‌سازی کند.

<sup>۱</sup> semi- structured interviews

<sup>۲</sup> data saturation

با موافقت مشارکت‌کنندگان، همه مصاحبه‌ها ضبط می‌شد. در صورت عدم تمایل مشارکت‌کنندگان به ضبط قسمتی از گفتگو، دستگاه خاموش و یادداشت‌برداری می‌شد و بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه و در اولین فرصت به حافظه کامپیوتر منتقل می‌گردید. بعد از گوش دادن به کل مصاحبه کلمه به کلمه با نهایت دقت نوشته می‌شد. بر این اساس محقق پس از هر مصاحبه و در اولین فرصت چند بار به مصاحبه‌های ضبط‌شده جهت آشنایی با متن داده‌های مشارکت‌کنندگان به دقت گوش داده و در مرحله بعد، متن کامل مصاحبه‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ به طور کامل و دقیق نسخه‌نویسی شده و هم‌زمان کدگذاری<sup>۱</sup> اولیه انجام گردید. در کدگذاری اولیه، پژوهشگر خط به خط داده‌های نسخه‌نویسی یا تایپ‌شده را به‌عنوان واحدهای تحلیلی بررسی کرده و واحدهای معنایی را تعیین و سپس به آن‌ها کد داد. نسخه‌نویسی و مرور اولیه داده‌های حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، به پژوهشگر در جمع‌آوری داده‌ها کمک زیادی کرده است. به طوری که پژوهشگر توانسته است تعامل بهتری با مشارکت‌کنندگان بعدی جهت به دست آوردن تجارب و دیدگاه‌های آن‌ها برقرار کند. البته باید توجه داشت که کدگذاری خط به خط الزاماً به این معنی نیست که محقق در هر خط بخصوص به دنبال یک کد گشته است. به طوری که گاهی در یک خط ۳ یا ۴ کد به دست آمد و گاه نیز محقق مضمون یک عبارت، جمله یا حتی پاراگراف را که از آن یک ایده استنباط می‌شد. به‌عنوان یک کد در نظر گرفت. برای انتخاب عنوان کدها، هم از واژه‌ها و عباراتی که توسط شرکت‌کنندگان مطرح شده بود و هم از واژه‌ها و عباراتی که محقق آن‌ها را مناسب موضوع، رویداد، فرایند یا موقعیت موضوع موردنظر می‌دانست استفاده شد. متن تایپ‌شده این مصاحبه همراه کدهای حاصل از آن در اختیار اساتید محترم راهنما و مشاور قرار گرفت تا نظر آن‌ها را در مورد فرایند کدگذاری و همچنین تأیید برداشت دانشجو در مورد گفته‌های مصاحبه‌شونده تعیین گردد.

محقق در سراسر تحقیق دائماً بین جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها حرکت چرخشی داشت. به طوری که کدها به طبقات تبدیل شده، طبقات اولیه شکل گرفتند اما هنوز قطعی نبودند و با مصاحبه‌های بعدی دستخوش تغییرات می‌شدند. داده‌های بیشتری برای تقویت و تحکیم آن‌ها جمع‌آوری شد و اگر پژوهشگر متوجه خلأهای جدیدی در تحلیل اولیه خود می‌شد، مصاحبه‌های بیشتری انجام می‌داد و همچنان به نوشتن و تحلیل ادامه می‌داد تا زمانی که همه طبقات و زیر طبقات آن‌ها به اشباع رسید. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه داشت به طوری که در دو مصاحبه آخر، مشارکت‌کنندگان همان ایده‌های استخراج‌شده از فرایند تحلیل بر روی مصاحبه‌ها و مشاهدات قبلی را تکرار می‌کردند. منظور از اشباع داده‌ها حالتی است که دیگر هیچ اطلاعات جدیدی از داده‌ها استخراج نمی‌شود و طبقات با توجه به حداکثر ویژگی‌های ممکن خود تکامل پیدا کرده‌اند (۵۹).

<sup>۱</sup> coding

### ۳-۲-۲) معرفی و نحوه انتخاب مشارکت‌کنندگان

در پژوهش‌های کیفی، جامعه آماری شامل افرادی است که به‌نوعی دارای تجربیات کافی و مشترک در زمینه مورد مطالعه باشند و بعضاً به‌طور غیرمستقیم آن پدیده را درک کرده باشند. از طرفی مشارکت‌کنندگان که به‌عنوان نمونه پژوهش تلقی می‌گردند همواره فعال بوده و به‌عنوان همکاران تحقیق محسوب می‌گردند. از آنجایی که داده‌های اصیل از این افراد حاصل می‌شود، نقطه نظرات مشارکت و تداوم شرکت آنان در مطالعه از اهمیت خاصی برخوردار است (۶۰).

در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه به‌عنوان راهنمایی برای مصاحبه بعدی بود. به این ترتیب نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. دو گروه از مشارکت‌کنندگان در مطالعه حضور داشتند. گروه اول ۱۱ نفر از صاحب‌نظران و کارشناسان خبره از سازمان‌های ذی‌ربط در بحث مالیات بودند و گروه دوم ۱۰ نفر از پزشکان عمومی و متخصص بودند. مطابق جدول ۳-۱ ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش نشان داده می‌شود.

جدول ۳-۱ مشخصات مشارکت‌کنندگان در مصاحبه

### ۳-۲-۳) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

رئیس گروه مالیات پزشکان اداره مالیات شمال تهران	سمت	سازمان امور مالیاتی	سازمان‌ها	مشارکت‌کنندگان
رئیس گروه مالیات پزشکان اداره مالیات شرق تهران				
رئیس گروه مالیات پزشکان اداره مالیات مرکز تهران				
رئیس گروه مالیات پزشکان اداره مالیات غرب تهران				
رئیس گروه مالیات پزشکان اداره مالیات جنوب تهران	سمت	سازمان نظام پزشکی		
معاون توسعه سازمان نظام پزشکی	سمت	سازمان حسابرسی		
مدیر ارشد سازمان حسابرسی	سمت	سازمان حسابداری رسمی		
عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی	سمت	مجلس شورای اسلامی		
رئیس شعبه ۳ دادگاه دیوان عدالت اداری	سمت	دیوان عدالت اداری		
دبیر انجمن حسابداران خبره	سمت	انجمن حسابداران خبره		
۳ نفر از پزشکان عمومی	تعداد	عمومی	پزشکان	
۷ نفر از پزشکان متخصص		متخصص		

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها شروع شد و متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه گردید. سپس کلمات، جملات مربوط به صحبت‌های مشارکت‌کنندگان که حاوی نکات مهم در مورد عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در بحث مالیات بود، به‌عنوان واحدهای معنایی انتخاب شد، همچنین واحدهای معنایی به خلاصه‌ای که بیانگر معنای واحد انتخاب‌شده بود، برچسب زده و متن کدگذاری گردید. با بررسی مجدد، مقایسه کدها با یکدیگر و ادغام کدهای مشابه، کدها با متن موردبازنگری قرار گرفت. بر اساس تشابه و تناسب، دسته‌بندی و توسعه طبقات ادامه یافت و برای اطمینان از استحکام کدها، بازنگری طبقه‌ها و مقایسه مجدد با داده‌ها انجام شد. از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ برای استخراج کدهای اولیه و دسته‌بندی داده‌ها استفاده شد.

### ۳-۲-۴) دقت و اعتبار علمی مطالعه

هدف از بررسی دقت و استحکام تحقیق کیفی آن است اطمینان حاصل شود که مطالعه دقیقاً بیانگر تجارب مشارکت‌کنندگان در پژوهش است. این امر مستلزم رعایت دقت در مستندسازی، بررسی پدیده و نیز رعایت مسائل اخلاقی است (۶۱). انتخاب نمونه‌های مناسب، گردآوری و تحلیل هم‌زمان داده‌ها، حفظ روند چرخشی در پژوهش، داشتن زیربنای محکم نظری، انسجام در روش شناسی پژوهش، اساس روایی و پایایی داده‌های کیفی است. داده‌ها و یافته‌های پژوهش کیفی باید قابل‌پذیرش و قابل‌اعتماد باشند لازمه این امر جمع‌آوری داده‌های حقیقی است (۶۲). ژانگ به نقل از لینکلن معیارهای دقت در تحلیل محتوا را قابلیت اعتبار<sup>۱</sup>، قابلیت ثبات<sup>۲</sup>، قابلیت تأیید پذیری<sup>۳</sup> و قابلیت انتقال<sup>۴</sup> ذکر می‌کند (۶۳).

### ۳-۲-۴-۱) قابلیت اعتبار

قابلیت اعتبار به معنای تلاش آگاهانه برای برقراری اطمینان در تفسیر معنی داده‌ها از نظر صحت و درستی است (۶۴). معتبر بودن مربوط به اعتبار داخلی پژوهش است، یعنی درجه حقیقی بودن یافته‌های پژوهش و اینکه یافته‌ها بازتاب هدف پژوهش و واقعیت اجتماعی شرکت‌کنندگان در پژوهش است (۶۵). جهت ارتقاء اعتبار در تحلیل محتوای کیفی نه تنها باید از استراتژی‌های مناسب جهت جمع‌آوری اطلاعات بهره جست بلکه باید فرایند کدگذاری را به‌صورت شفاف طراحی کرد تا بتوان استنتاج‌های معتبری از داده‌های خام به دست آورد (۶۶). در این پژوهش برای افزایش اعتبار داده‌ها از راهبردهای مختلفی همچون بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان و بررسی داده‌ها توسط گروه تحقیق (اساتید محترم راهنما و مشاور) استفاده شد. برای بازبینی مشارکت‌کنندگان، ضمن اینکه در طول مصاحبه، مواردی که گفتارشان برای پژوهشگر مفهوم نبود و منظور مشارکت‌کننده را به‌درستی درک نمی‌کرد بارها گفتار آن‌ها بازخورد داده می‌شد و از آن‌ها تأیید گرفته می‌شد. بعلاوه به‌صورت حضوری و یا با استفاده از تلفن، از مشارکت‌کنندگان درخواست می‌شد که ضمن تأیید کدهای اساسی مصاحبه‌هایشان موارد نامفهوم را شفاف‌سازی نمایند. همچنین متن کامل مصاحبه‌ها همراه با کدگذاری و طبقات اولیه به اساتید محترم راهنما و مشاور ارسال و نظرات تأییدی و تکمیلی آن‌ها در جهت پیاده‌سازی، کدگذاری و طبقات اولیه دریافت شد.

<sup>۱</sup> Credibility

<sup>۲</sup> Dependability

<sup>۳</sup> Confirmability

<sup>۴</sup> transferability

### ۳-۲-۴) قابلیت ثبات

درواقع ثبات یا تکرار داده‌ها در زمان‌ها و شرایط مشابه است. مفهوم آن مشابه پایایی در پژوهش‌های کمی است. قابلیت ثبات به این معنی است که یافته‌ها باید سازگار، منطقی و پیوسته باشند. به عبارت دیگر خواننده پژوهش باید قادر به ارزیابی کفایت تحلیل انجام شده از طریق پیگیری فرایندهای تصمیم‌گیری محقق باشد (۶۷). محقق تلاش کرد با انجام اقداماتی نظیر بازخورد به مشارکت‌کنندگان و بازبینی توسط اعضای گروه تحقیق و همچنین دو نفر از همکاران باتجربه در مطالعات کیفی ثبات یافته‌های پژوهش را تأمین نماید.

### ۳-۲-۳) قابلیت تأیید پذیری

قابلیت تأیید پذیری، نشان‌دهنده ارتباط داده‌ها با منابع و ظهور نتایج و تفاسیر از این منابع است. قابلیت تأیید را می‌توان از طریق ارائه روند پژوهش به طریقی که قابل پیگیری باشد تضمین کرد (۶۸). درواقع این معیار اشاره به این دارد که نتایج پژوهش، حاصل فرضیه‌ها و پیش‌دانسته‌های محقق نیستند (۶۹). در این مطالعه برای ایجاد قابلیت تأیید پذیری از بازنگری ناظرین استفاده شد. بدین ترتیب که مصاحبه‌ها و کدها و طبقات استخراج شده توسط چند تن از اساتید باتجربه در زمینه تحقیق کیفی مورد بررسی قرار گرفت.

### ۳-۲-۴) قابلیت انتقال

قابلیت انتقال به پارامترهای نظری تحقیق و قابلیت کاربرد مجموعه‌ای از یافته‌ها در موقعیتی دیگر اشاره دارد (۷۰). دیدگاه و تجارب گوناگون مشارکت‌کنندگان مختلف در مورد یک پدیده باعث افزایش قابلیت انتقال آن می‌شود. همچنین بررسی گزارش کار توسط همکاران و تأیید مراحل آن می‌تواند قابلیت انتقال یافته‌ها را بیشتر کند. توصیف دقیق پژوهش، مشارکت‌کنندگان، روش‌شناسی پژوهش و نتایج تفسیر شده به دیگر خوانندگان این امکان را می‌دهد که در مورد قابلیت کاربرد یافته‌ها در موقعیت‌های دیگر قضاوت نمایند (۷۱).

برای افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها، محقق به بررسی تجارب شرکت‌کنندگان اصلی پرداخت. تلاش شد تا مشارکت‌کنندگان از دو گروه انتخاب شوند که گروه اول از صاحب‌نظران و کارشناسان خبره از سازمان‌های ذی‌ربط در بحث مالیات بودند و گروه دوم پزشکان عمومی و متخصص بودند و این تنوع به انتقال پذیری یافته‌ها کمک می‌کند. همچنین یکی از فنون انتقال پذیری یافته‌ها مقایسه یافته‌های این مطالعه با یافته‌های مطالعات در شرایط و جوامع دیگر است که منتشر شده است. لذا محقق سعی کرد تشابه و تمایز یافته‌های این مطالعه را با مطالعات مشابه در جوامع و شرایط دیگر انجام دهد و این به انتقال پذیری یافته‌ها کمک نموده است. در پژوهش‌های کیفی پژوهشگر علاوه بر اینکه طراح و تحلیل‌گر پژوهش است ابزار جمع‌آوری اطلاعات نیز هست. لذا پاسخگو بودن پژوهشگر در تمام روند پژوهش و مسئولیت‌پذیری در برابر پژوهش نیز به افزایش روایی و پایایی داده‌ها کمک می‌کند. خلاقیت، حساسیت، انعطاف‌پذیری و مهارت در انجام پژوهش موجب افزایش روایی و پایایی پژوهش می‌شود (۷۲).

### ۳-۳) مرحله دوم: مطالعه کمی

این مرحله شامل انجام رویه‌های طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه طراحی شده و معرفی مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه کمی و نحوه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های کمی می‌باشد. در یک مطالعه اکتشافی ترکیبی بر اساس یافته‌های کیفی پرسشنامه‌ای طراحی می‌شود. این پرسشنامه مرحله کیفی مطالعه را

به مرحله کمی مطالعه ارتباط می‌دهد. داده‌های مرحله کمی بر اساس پرسشنامه‌ای که با توجه به نتایج مطالعه کیفی طراحی می‌شود، جمع‌آوری می‌گردد.

### ۳-۱) فرایند طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه

پرسشنامه‌ها توسط محققین برای اندازه‌گیری دانش، نگرش، شناخت، احساس، قصد و رفتار استفاده می‌شود پرسشنامه‌ها ما را قادر می‌سازند اطلاعات را در یک روش استاندارد جمع‌آوری کنیم و اگر این اطلاعات را از نمونه نماینده یک جمعیت تعریف‌شده جمع‌آوری کنیم می‌توانیم تفسیر نتایج را به جمعیت وسیع نسبت دهیم. به کمک پرسشنامه‌ها می‌توان حقایق، پیشنهادات و نگرش‌های پاسخ‌دهنده را کسب و آن‌ها را ثبت و ضبط کرد. پرسشنامه‌ها همچنین کار پردازش داده‌ها را تسهیل می‌کنند.

هرچند واژه ابزار<sup>۱</sup> و پرسشنامه<sup>۲</sup> معمولاً معادل یکدیگر بکار می‌روند اما پرسشنامه‌ها معمولاً به‌عنوان ابزاری خود ایفا<sup>۳</sup> طراحی می‌شوند و از مقیاس‌های رتبه‌بندی<sup>۴</sup> سوالات انتها باز استفاده می‌کنند. مقیاس‌های رتبه‌بندی برای توصیف ابزارهایی بکار می‌روند که ارزشیابی‌کننده هستند و گزینه‌های آن‌ها به‌صورت یک طیف ترتیب داده‌شده است. ابزارهای خود ایفا نیز ابزارهایی هستند که پاسخ‌دهنده به‌طور مستقیم خودش اطلاعات مربوط به خود را بر روی یک ابزار قلم کاغذی تدارک می‌بیند. در ابزارهای قلم کاغذ، اشخاصی که ابزار را کامل می‌کنند انتظار می‌رود اطلاعاتشان را بر روی یک فرم ثبت کنند. پرسشنامه مطالعه ما نیز یک ابزار قلم کاغذ خود ایفا است؛ که هر سؤال در آن، دارای دو گزینه موافق و مخالف می‌باشد. کیفیت داده‌های جمع‌آوری‌شده با پرسشنامه‌ها یکی از مشکلات مهم مرتبط با آن‌هاست. افراد در اغلب موارد پرسشنامه‌ها را با سرعت و بدون دقت تکمیل می‌کنند.

از آنجایی که هیچ مطالعه و هیچ پرسشنامه استاندارد در دنیا در زمینه تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات وجود ندارد، بنابراین طراحی و بومی‌سازی یک پرسشنامه کامل و مناسب در این خصوص به‌عنوان اولین گام برای شروع مرحله کمی پژوهش حاضر مطرح می‌شود. بدین منظور کلیه مطالعاتی که رفتار افراد و دولت را در زمینه مالیات مورد بررسی قرار داده بودند شناسایی شده و در ادبیات پژوهش گردآوری شده‌اند.

بعد از انجام مطالعه کیفی، به تحلیل رفتارهای تعاملی بین پزشکان و سازمان امور مالیاتی پرداختیم و بازی‌های مرتبط به این رفتارهای متعامل را طراحی کردیم که ۵۴ بازی طراحی شد که معمولاً هر بازی ۴ رفتار متعامل را شامل می‌شود. هر رفتار به‌صورت یک سؤال در پرسشنامه که دو جواب (موافق و مخالف) دارد، آورده شده است. به‌منظور بررسی اعتبار محتوای پرسشنامه، پس از بررسی کامل آن توسط تیم پژوهش، پرسشنامه نهایی شده جهت تأیید روایی محتوا<sup>۵</sup> و دریافت نظرات تکمیلی به ۱۰ نفر از متخصصان داخل کشور ارسال گردید. به‌منظور بررسی اعتبار صوری و تناسب محتوا با خصوصیات نمونه مورد مطالعه، یک مطالعه پایلوت با تعداد ۵۰ نفر از پزشکان عمومی و متخصص و مأموران مالیاتی سازمان امور مالیاتی کشور انجام شد. با توجه به اینکه در پایان پاسخگویی به سوالات پرسشنامه، نظرات آن‌ها در مورد سوالات خواسته می‌شد. این موضوع موجب دریافت نظرات آنان و ارتقای اعتبار پرسشنامه می‌گردید.

<sup>۱</sup> Instrument

<sup>۲</sup> Questionnaire

<sup>۳</sup> self report

<sup>۴</sup> Rating scale

<sup>۵</sup> content validity

تحلیل عاملی روشی برای خلاصه کردن حجم زیادی از داده‌های به هم مرتبط است، شایع‌ترین کاربرد تحلیل عاملی در طراحی پرسشنامه و کاهش تعداد زیادی از متغیرها به ابعاد و سازه‌ها است (۷۳). تحلیل عاملی شامل دو روش اکتشافی و تأییدی است. زمانی که درباره سازه موردپژوهش اطلاعاتی در دسترس نباشد از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده می‌شود. تحلیل عاملی تأییدی نیز مبتنی بر نظریه و آزمون فرضیه درباره سازه عاملی موجود است که به‌طور معمول بعد از تعیین ماتریس همبستگی یا پس از تعیین سازه عاملی مفهوم موردنظر انجام می‌گیرد (۷۴).

در مطالعه حاضر، از طریق تحلیل عاملی تأییدی<sup>۱</sup> (CFA) ویژگی‌های روان‌سنجی (اعتبار، روایی ابزار) ارزیابی می‌گردد و صحت ساختار عاملی این ابزار به همراه ویژگی‌های روان‌سنجی آن نیز از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی می‌شود. تحلیل عاملی تأییدی در مطالعه حاضر با استفاده از نرم‌افزار EQS ۶.۱ انجام شد. از شاخص‌های برازندگی به‌دست‌آمده برای تأیید ابزار خود استفاده کردیم. مهم‌ترین شاخص‌های برازندگی در این مطالعه به شرح ذیل می‌باشد.

۱- نسبت مجذور کای دو به درجه آزادی: در آزمون مجذور کای فرضیه هماهنگی ابزار موردنظر با الگوی همپراشی بین متغیرهای مشاهده‌شده بررسی می‌شود. مقادیر کوچک‌تر آن، یعنی کمتر از ۳، نشانه برازندگی بیشتر است. کمیت خی دو بسیار به حجم نمونه وابسته است و نمونه بزرگ، کمیت خی دو را بیش از آنچه که بتوان آن را به‌غلط بودن مدل نسبت داد، افزایش می‌دهد (۷۵).

۲- شاخص نیکویی برازش<sup>۲</sup> (GFI) و شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده<sup>۳</sup> (AGFI): این شاخص‌ها نشان‌دهنده اندازه‌ای از مقدار نسبی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها است که توسط مدل تبیین می‌شود. هر دو معیار بین صفر تا یک متغیر است که هر چه به عدد یک نزدیک‌تر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده‌شده بیشتر است (۷۶).

۳- ریشه میانگین (متوسط) باقی‌مانده‌ها<sup>۴</sup> (RMR): در این شاخص، باقی‌مانده‌های واریانس‌ها و کوواریانس‌های مشاهده‌شده با برآوردهای انجام‌شده در مدل مقایسه می‌شوند. مقادیر کوچک‌تر آن نشانه برازندگی بهتر است. مدل‌هایی که در آن این مقدار کمتر از ۰,۰۵ است، برازندگی بسیار بالایی دارند، ولی مقادیر بین ۰,۰۵ تا ۰,۰۸ نیز برای یک مدل خوب، مناسب است (۷۷).

۴- شاخص ریشه میانگین مجذورات تقریب<sup>۵</sup> (RMSEA): این شاخص برای مدل‌های خوب ۰,۰۵ و کمتر است و مدلی که در آن این شاخص ۰,۱ یا بیشتر باشد برازش ضعیفی دارد (۷۸).

### ۳-۳-۲) تعیین پایایی ابزار

در بحث مربوط به روایی، در حقیقت با این پرسش روبه‌رو بودیم که مجموعه مرجع مورد مطالعه، از لحاظ مطابقت با خصیصه مکنون موردنظر ما تا چه حد صداقت دارد اما در مبحث اعتبار با این پرسش روبه‌رو هستیم که نمونه آزمون موردنظر تا چه حد معرف دقیق مرجع وسیع‌تر و کلی‌تر پاسخ‌هایی است که از آن مشتق می‌شود. پایایی

<sup>۱</sup> Confirmatory factor analysis

<sup>۲</sup> Goodness of Fit Index

<sup>۳</sup> Adjusted Goodness of Fit Index

<sup>۴</sup> Root Mean of Residuals

<sup>۵</sup> Root Mean Square Error of Approximation

به معنی درجه ثبات و سازگاری درونی یک ابزار در اندازه‌گیری‌های مکرر و متعدد است، بنابراین به قابلیت اعتماد و تکرارپذیری ابزار برمی‌گردد (۷۹). روش‌های متعددی جهت محاسبه پایایی یک ابزار وجود دارند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به آزمون مجدد و همسانی درونی اشاره کرد (۸۰). در این مطالعه از آزمون مجدد و همسانی درونی برای ارزیابی پایایی ابزار استفاده شد.

### ۳-۳-۳ همبستگی درونی

این روش بستگی به هماهنگی کارکرد آزمودنی از یک سؤال به سؤال دیگر دارد و محاسبه آن مبتنی بر انحراف استاندارد سؤال‌ها است. به این روش اعتبار درونی ابزار نیز اطلاق می‌گردد. وقتی مقیاسی برای اندازه‌گیری مفهومی طراحی شود باید تمام گویه‌های درون آن مقیاس، همبستگی قوی با مفهوم موردنظر داشته باشند، بنابراین باید با یکدیگر نیز ارتباطات قوی داشته باشند. سطوح بالای همبستگی درونی، نشان‌دهنده سطح بالای همبستگی بین گویه‌ها است و بیان‌کننده این مطلب است که مقیاس با احتمال زیاد یک متغیر همگن را اندازه‌گیری می‌کند (۸۱). با توجه به اینکه اغلب ابزارها دارای چندین بعد و زیر مقیاس هستند، محقق باید اطمینان حاصل کند که گویه‌های موجود در هر یک از زیر مقیاس‌ها نیز دارای همسانی درونی هستند و خصوصیات مشابهی را می‌سنجند (۸۲). در این مطالعه برای تعیین همبستگی درونی در هر یک از زیر مقیاس‌ها و کل ابزار، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. آلفای کرونباخ معرف میزان تناسب گروهی از گویه‌هاست که یک سازه را می‌سنجند. به‌طور قراردادی وجود حداقل میزان آلفای کرونباخ برابر ۰٫۶ برای مطالعات اکتشافی مطلوب است؛ اما ابزار بایستی در حد خوب و کافی دارای اعتبار درونی باشد، این میزان باید بین ۰٫۷ تا ۰٫۸ باشد (۸۳). ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰٫۷۸ برآورد گردید که نشان‌دهنده پایایی بالای ابزار طراحی‌شده می‌باشد.

### ۳-۳-۴ جامعه پژوهش

جامعه‌ی پژوهش در مرحله کمی این مطالعه، تمامی پزشکان عمومی و متخصص در پنج منطقه شهر تهران (شمال، جنوب، مرکز، شرق، غرب) و تمامی مأموران مالیاتی که در اداره‌های دارای پنج منطقه شهر تهران (شمال، جنوب، مرکز، شرق، غرب) مشغول به کار هستند می‌باشد.

### ۳-۳-۵ نمونه پژوهش

با توجه به اینکه هدف اصلی در مرحله کمی مطالعه حاضر، تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات به‌منظور شناسایی میزان تأثیر عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت با استفاده از پرسشنامه طراحی‌شده می‌باشد و از آنجایی که آنالیز عاملی بر اساس ماتریس همبستگی بین سؤالات طوری تعیین شد که با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد باشد، اگر همبستگی بین هر ۲ سؤال ۰٫۱۲ یا بیشتر باشد و عوامل مؤثر بر تعامل در تحلیل عاملی نقش معنادار داشته باشند. از فرمول زیر تعداد نمونه برای گروه پزشکان را تعیین کردیم (۸۴).

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{w^2} + 3 \rightarrow \frac{(1/96 + 0/84)^2}{(0/12)^2} + 3 = 548$$

بنابراین تصمیم گرفته شد جهت جبران ریزش در نمونه ۵۵۰ پزشک که بر اساس جمعیت پزشکان عمومی و متخصص تقسیم به نسبت خواهد شد در نظر گرفته شود که به‌طور تصادفی برحسب تقسیم‌بندی سازمان امور



مالیاتی کشور در هر یک از مناطق (شمال، جنوب، مرکز، غرب، شرق)، ۹۰ پزشک متخصص در تخصص‌های مختلف و ۲۰ پزشک عمومی انتخاب شدند. با توجه به محدود بودن جمعیت مأموران مالیاتی که امور مالیاتی مربوط به پزشکان را انجام می‌دهند سعی می‌شود تمامی مأموران مالیاتی که اظهارنامه مالیاتی پزشکان را در ادارات دارایی پنج منطقه شهر تهران (شمال، جنوب، مرکز، غرب، شرق) بررسی می‌کنند، مورد مطالعه قرار بگیرند.

### ۳-۳-۶ ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای حاوی ۱۱۷ سؤال است به طوری که سؤالات پرسشنامه نماینده ۵۴ بازی از رفتارهای تعاملی بین پزشکان و دولت (سازمان امور مالیاتی) در عرصه مالیات می‌باشند. هر رفتار به صورت یک سؤال در پرسشنامه آورده شده است که هر سؤال دو جواب (موافق و مخالف) دارد. پرسشنامه بین دو گروه از افراد شرکت‌کننده در مطالعه در شهر تهران توزیع شد. گروه اول مأموران مالیاتی که امور مالیاتی مربوط به پزشکان را در ادارات دارایی پنج منطقه شهر تهران (شمال، جنوب، مرکز، غرب، شرق) انجام می‌دهند می‌باشند. گروه دوم ۵۵۰ پزشک (عمومی و متخصص) در پنج منطقه شهر تهران (شمال، جنوب، مرکز، غرب، شرق) می‌باشند.

### ۳-۳-۷ تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS به تحلیل داده‌های به دست آمده پرداختیم و میزان درصد فروانی در پاسخگویی به هر سؤال که دارای دو جواب موافق و مخالف می‌باشد، در دو گروه از مشارکت‌کنندگان (مأموران مالیاتی، پزشکان) در مطالعه حاضر به دست آمد. سپس با استفاده از تحلیل داده‌ها در مرحله کمی مطالعه به طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها با استفاده از نرم‌افزار گیم بیت پرداختیم.

### ۳-۳-۴ تئوری بازی‌ها

نظریه بازی‌ها حوزه‌ای از ریاضیات کاربردی است که در بستر علم اقتصاد توسعه یافته است و به مطالعه رفتار استراتژیک بین عوامل اقتصادی می‌پردازد. رفتار استراتژیک زمانی بروز می‌کند که پیامد هر عامل، نه فقط به استراتژی انتخاب شده توسط خود وی، بلکه به استراتژی انتخاب شده توسط سایر بازیگران نیز بستگی داشته باشد. نظریه طراحی مکانیسم تلاش می‌کند که با طراحی مکانیسم‌های مطلوب، بازی را به سمتی هدایت کند که نهایتاً به تعادل دلخواه منجر شود در حالی که بدون آن مکانیسم، روند طبیعی بازی به تعادلی غیر از آنچه مطلوب ماست، منجر خواهد شد (۸۵).

وان نیومن با نگارش یک سری مقالات در سال ۱۹۲۸ نظریه‌ی بازی‌ها را به عنوان یک شاخه‌ی مستقل معرفی کرد. نظریه‌ی بازی‌ها عبارت است از علمی که به مطالعه تصمیم‌گیری افراد در شرایط تعامل با دیگران می‌پردازد. به تعبیر دیگر علم مطالعه‌ی تعارض‌ها (تضاد منافع) و همکاری‌ها بین بازیکنان است (۸۶).

### ۳-۴-۱ بازی

آنچه در نظریه‌ی بازی‌ها به‌عنوان بازی اطلاق می‌شود عبارت است از تعاملاتی (روابط متقابل) که در آن بین تصمیم دو طرف (بیشتر) وابستگی و ارتباط متقابل وجود داشته باشد به‌عبارت‌دیگر می‌توان گفت هرگاه مطلوبیت، سود، درآمد، رفاه و هر آنچه فرد بازیکن به دنبال آن است نه‌تنها متأثر از تلاش و تصمیم خود او باشد بلکه تحت تأثیر (مثبت یا منفی) تلاش و تصمیم طرف دیگر نیز باشد به آن بازی اطلاق می‌شود. ویژگی عمده‌ی تصمیم‌گیری در شرایط بازی این است که هر بازیکن قبل از تصمیم‌گیری و انتخاب، باید واکنش و عکس‌العمل دیگران را نسبت به انتخاب و تصمیم خود مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد و آنگاه تصمیمی را اتخاذ کند که برایش بهترین است (۸۷).

### ۳-۴-۲) طبقه‌بندی نظریه بازی‌ها

#### ۳-۴-۲-۱) ایستایی یا پویایی بازی

بازی در شطرنج یک بازی پویا و متوالی است؛ یعنی ابتدا یک بازیکن حرکت و سپس بازیکن دیگر، درحالی‌که شرکت در یک مزایده یا حراج، یک بازی ایستا (بازی با حرکت هم‌زمان بازیکنان) است؛ زیرا هیچ‌کدام نمی‌دانند که حریف چه پیشنهادی را ارائه خواهد کرد. در دنیای واقعی، بازی‌ها ترکیبی از ایستا و پویا هستند (۸۸).

#### ۳-۴-۲-۲) تعارض منافع یا امکان تشریک‌مساعی و همکاری

بازی‌های جمع صفر بازی‌هایی هستند که ارزش بازی در طی بازی ثابت می‌ماند و کاهش یا افزایش نمی‌یابد. در این بازی‌ها سود یک بازیکن با زیان بازیکن دیگر همراه است؛ اما در بازی‌های مجموع غیر صفر یا بازی با جمع ثابت راهبردهایی موجود است که برای همه بازیکنان سودمند است در چنین بازی‌هایی تعارض و تضاد منافع کامل است (۸۸).

#### ۳-۴-۲-۳) هم‌کارانه یا غیر هم‌کارانه بودن بازی

ممکن است بازیکنان در حین انجام بازی پیرامون انتخاب یک استراتژی باهم توافق کنند. اگر توافق بین بازیکنان قابل اجرا و عملی باشد، بازی را هم‌کارانه و اگر توافق بین بازیکنان قابل اجرا و عملی نباشد آن را غیر هم‌کارانه گویند (۸۹).

### ۳-۴-۳) تقسیم‌بندی بازی‌ها از نظر اطلاعات

در یک بازی ممکن است پیشینه بازی یعنی حرکت حریف و خود بازیکن در گذشته برای بازیکنان کنونی (آنکه نوبت انتخابش است) معلوم باشد. این نوع بازی را اصطلاحاً بازی با "اطلاعات تمام" می‌گویند. در مقابل اگر رفتار حریف در گذشته، برای حداقل یکی از بازیکنان معلوم نباشد آن را بازی با "اطلاعات ناتمام" می‌گویند (۸۸).

ممکن است در یک بازی، یک‌طرف اطلاعات بیشتری نسبت به بازیکن حریف داشته باشد و به‌عبارت‌دیگر اطلاعات نامتقارن بین بازیکنان حاکم باشد. به این نوع بازی‌ها، بازی با اطلاعات ناقص نیز گفته می‌شود. معمولاً وقتی عایدی یا همان پیامد بازی برای حداقل یک بازیکن معلوم نباشد، آن را بازی با "اطلاعات نامتقارن" یا "اطلاعات ناقص" و در غیر این صورت آن را بازی "اطلاعات کامل" می‌گویند. به اعمالی که فرد دارای اطلاعات بیشتر در پیش می‌گیرد تا حریف را از اطلاعات اضافی خود آگاه سازد "سیگنال" یا "علامت" می‌گوییم و تدابیری را که برای این کار در پیش

می‌گیرد " علامت‌دهی " می‌نامیم. بالعکس فردی که اطلاعات کم دارد ممکن است شرایطی را ایجاد کند که طرف مقابل (حریف که اطلاعات بیشتر دارد) اطلاعات صحیح را به او منتقل کند این عمل غربال کردن است. تدابیری که منجر به ایجاد این شرایط می‌شود را (سرنده کردن) (غربال کردن) گویند. در واقع سرنده کردن منجر به تفکیک علامت‌های حریف می‌شود (۸۹).

### ۳-۴-۱) بازی‌های ایستا با اطلاعات کامل

همان‌طور که اشاره شد که یکی از انواع بازی‌ها، بازی ایستا (بازی با حرکت هم‌زمان بازیکنان) است. اگر در یک بازی چند بازیکن وجود داشته باشد و هر بازیکن چند انتخاب (عمل) ممکن داشته باشد، هر بازیکن نداند که بازیکن دیگر چه عملی را انتخاب می‌کند (خواهد کرد) آن را بازی ایستا می‌گویند. چنین بازی‌ها را بازی ایستا می‌گویند (۹۰).

### ۳-۴-۲) آگاهی عمومی نسبت به قاعده بازی

فرض می‌شود که قاعده بازی را همه بازیکنان یک بازی می‌دانند. در نظریه بازی‌ها منظور از قاعده بازی عبارت است از:

۱- لیست بازیکنان

۲- استراتژی‌های هر بازیکن

۳- پیامد حاصل از هر ترکیب استراتژی بازیکنان برای هر بازیکن

۴- فرض رفتاری اینکه هر بازیکن به‌طور عقلایی درصدد بهینه‌سازی یا به دنبال حداکثر منافع خود است.

### ۳-۴-۳) ثابت یا متغیر بودن قواعد بازی

بازی‌هایی مثل شطرنج، بازی کارت و بازی‌های ورزشی بر اساس یک قانون شروع و خاتمه پیدا می‌کند که همان قاعده بازی است و هر بازیکن در موقعیت خود باید از آن قواعد پیروی کند. انجام بازی در چارچوب قاعده ثابت و متغیر به این دلیل مهم است که به بازیکنان کمک می‌کند تا بفهمند در کجا تهدیدها و قول‌های حریف را باور کنند و در کجا باور نکنند (۸۹).

### ۳-۴-۴) استراتژی

اگر بازی ایستا باشد استراتژی عبارت از آن مجموعه رفتارها (عمل‌هایی) است که بازیکن می‌تواند از میان آن‌ها یکی را برای یک‌بار انتخاب کند؛ یعنی انتخاب‌های موجود و پیش روی یک بازیکن، ولی اگر بازی پویا باشد عمل بازیکنی که دیرتر عمل خود را انتخاب می‌کند می‌تواند پاسخ به بازیکنی باشد که زودتر از او عملی را انتخاب کرده است. در این صورت هرکدام از بازیکنان باید یک برنامه کامل عمل داشته باشد که تمام انتخاب‌های آن‌ها را از آغاز تا پایان بازی مشخص کند که به این برنامه کامل عمل، استراتژی می‌گویند (۹۱).

### ۳-۴-۳) پیامد

به مقدار برد یا باخت و آنچه در انتهای یک بازی عاید بازیکنان می‌شود پیامد گفته می‌شود.

### ۳-۴-۴) عقلانیت

اغلب در نظریه بازی‌ها فرض بر این است که افراد به‌خوبی توان محاسبه استراتژی و تبعیت از آن‌ها را دارند این فرض اساسی رفتار عقلایی نام دارد. پس برای رفتار عقلایی دو شرط لازم است:

- ۱- بازیکن نسبت به پیامد بازی آگاهی و دانش کامل داشته باشد.
- ۲- بازیکن از استراتژی انتخابی که در راستای منافع او خواهد بود، محاسبه دقیق و بی‌عیبی داشته باشد.

### ۳-۴-۵) تعادل

در یک تعادل، هر بازیکن آن استراتژی را بکار می‌برد که بهترین پاسخ به استراتژی‌های انتخابی سایر بازیکنان باشد. در تعادل لزوماً همه چیز برای بازیکنان در بهترین حالت نیست. ممکن است تعامل استراتژیک میان بازیکنان منجر به نتیجه‌ای شود که برای تمام آن‌ها بدتر باشد. وقتی تعداد بازیکنان یا تعداد استراتژی آن‌ها افزایش پیدا می‌کنند. حل کردن و یافتن تعادل نیز پیچیده‌تر می‌گردد. ولی باید گفت نظریه بازی‌ها به برکت ابزارهای جدید (مثل برنامه‌های رایانه‌ای) دریافتن تعادل بازی‌های پیچیده نیز عاجز نیست. ولی فهم نظریه بازی‌ها بسیار مهم‌تر از حل مکانیکی آن است.

### ۳-۴-۵-۱) تعادل نش

هیچ بازیکنی در تعادل نش قصد تغییر استراتژی خود را ندارد زیرا در صورت تغییر استراتژی، پیامد او کاهش پیدا خواهد کرد یعنی در تعادل نش همه‌ی بازیکنان بهترین پاسخ را به استراتژی انتخابی حریفان خود داده‌اند. گاهی بازی دارای چند تعادل نش خالص است یا این که هیچ تعادل نش خالصی ندارد که در این صورت تعادل نش مختلط مطرح می‌شود.

در چنین بازی‌هایی علت نبود یک تعادل نش خالص یکتا، وجود عدم اطمینان ذهنی یک بازیکن نسبت به انتخاب حریف می‌باشد که تنها می‌تواند برای استراتژی‌های خالص مختلف حریف احتمالی‌هایی قرار دهد که استراتژی مختلط برای یک بازیکن همان توزیع احتمال استراتژی خالص اوست. به تعبیر دیگر استراتژی مختلط برای یک بازیکن، نشان‌دهنده‌ی احتمالی است که حریف می‌دهد مبنی بر این که او هر استراتژی خالص را با چه احتمالی انتخاب خواهد کرد (باور بازیکن حریف نسبت به انتخاب او در بازی) (۹۲).

### ۳-۴-۶) موارد استفاده از نظریه بازی‌ها

- الف) توضیح آنچه به‌صورت بازی بوده و اتفاق افتاده است.
- ب) پیش‌بینی: از نظریه بازی‌ها می‌توان برای پیش‌بینی نتایج یک بازی استفاده کرد.
- ج) ارائه توصیه: نظریه بازی‌ها می‌تواند بگوید که چه نتایجی احتمال وقوع دارد و توصیه‌های لازم را برای وقوع نتایج بهتر ارائه دهد (۹۰).

### ۳-۴-۷) نحوه مدل‌سازی

اولین قدم در نظریه بازی‌ها تعیین شرایط یا حالتی است که در آن بازی جریان دارد. به‌عبارت‌دیگر موقعیت‌هایی که با توجه به تعریف (بازی) در نظریه بازی‌ها، به آن بازی اطلاق می‌شود. سپس تعیین این‌که بازی مذکور مربوط به کدام طبقه‌بندی‌ها در بازی‌ها است و سپس تبیین فرم استراتژیک و یا فرم بسط یافته آن بازی و در مراحل بعدی حل بازی و تحلیل آن است (۹۱).

### ۳-۵) طراحی مکانیسم

شاخه‌ای از نظریه‌ی بازی‌ها است که به دنبال طراحی قواعدی خاص برای یک بازی است که با اجرا شدن آن قواعد توسط بازیکنان، تعادل بازی از حالت نامطلوب قبل به حالت مطلوب جدیدی تغییر پیدا کند. طراح قواعد باید قدرت اعمال قواعد به بازی را داشته باشد (شبه قدرت سیاسی حکومت‌ها) و بازیکنان مجبور باشند در قالب آن قواعد بازی کنند و البته شرط مهم دیگری که باید وجود داشته باشد این است که اعمال قواعد بازی باعث خروج بازیکنان از بازی نشود چراکه هدف طراح این است که بازیکنان در بازی حضور داشته باشند و رفتار موردنظر او را عملی کنند و به تعادل موردنظر او برسند که اگر از بازی خارج شوند این هدف تحقق نخواهد یافت (۹۲).

در نظام مالیاتی خصوصاً برای مالیات بر درآمد نیز نیاز به چنین مکانیسم‌هایی داریم چراکه اولاً حساسی کردن همه‌ی مؤدیان بسیار پرهزینه و زمان‌بر است و در فصل اول به اهمیت مالیات ستانی بر پایه‌ی خود اظهاری پرداختیم. ثانیاً در خود اظهاری افراد سعی می‌کنند درآمدی کمتر از واقعیت گزارش دهند پس محتاج مکانیسم و قواعدی هستیم که ایجاد انگیزه کند در افراد برای گزارش درآمدی که به واقعیت نزدیک‌تر باشد (۹۲).

## فصل چهارم – یافته های پژوهش

### ۴-۱) مقدمه

در این فصل به دلیل تنوع یافته‌های پژوهش تلاش خواهیم کرد، بر اساس اهداف و فرضیات پژوهش یافته‌های مطالعه را به ترتیب زیر ارائه دهیم. ابتدا یافته‌های مربوط به مرحله کیفی مطالعه ارائه خواهد شد، سپس نتایج توصیفی و تحلیلی مرحله کمی مطالعه را ارائه می‌دهیم و در ادامه نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی که برای روایی پرسشنامه استفاده کردیم آورده می‌شود. در پایان نتایج حاصل از تئوری بازی را برای هر کدام از بازی‌های طراحی شده که شامل رفتارهای متعامل بین پزشکان و دولت است به منظور شناسایی تعادل‌های نش و تعادل‌های مسلط ارائه می‌دهیم.

### ۴-۲) یافته‌های مرحله کیفی مطالعه

دو گروه از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه حضور داشتند. گروه اول ۱۱ نفر از صاحب‌نظران و کارشناسان خبره از سازمان‌های ذی‌ربط در بحث مالیات بودند، گروه دوم ۱۰ نفر از پزشکان که شامل ۳ پزشک عمومی و ۷ پزشک در تخصص‌های مختلف پزشکی بودند. از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های این دو گروه از مشارکت‌کنندگان ۷۹۲ کد اولیه به دست آمد که در ۳ طبقه شامل "سازمان امور مالیاتی و دولت"، "پزشکان"، "سازمان نظام پزشکی" و ۱۲ زیر طبقه به شرح جدول ۴-۱ دسته‌بندی شده است.

جدول ۴-۱ نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها

مقوله اصلی	طبقه	زیر طبقه
تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات	سازمان امور مالیاتی و دولت	عدالت مالیاتی
		فرهنگ‌سازی مالیات
		فرآیند نحوه تعیین و دریافت مالیات از پزشکان
		انتظارات مأموران مالیاتی
		بخشودگی مالیات
		جرائم مالیاتی
	پزشکان	فعالیت‌های پزشکان در چندین محل کار طبابت
		اظهارنامه و دفاتر قانونی پزشکان
		فرار مالیاتی
	پزشکی و نظام پزشکی	تعامل سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی
		تفاهم‌نامه مالیاتی پزشکان

در تفصیل جدول بالا می‌توان مراتب زیر را در نظر داشت:

## ۴-۲-۱) سازمان امور مالیاتی و دولت

### ۴-۲-۱-۱) عدالت مالیاتی

بیشتر مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که عدالت مالیاتی نه تنها بین تخصص‌های مختلف پزشکان بلکه در مقایسه با سایر مؤدیان مالیاتی هم رعایت نمی‌شود. میزان پرداخت مالیات بین تخصص‌های اطفال و داخلی و عمومی با تخصص‌های جراحی و قلب و مغز، اعصاب و زیبایی فرق چندانی نمی‌کند در صورتی که درآمد پزشکان در تخصص‌های مختلف تفاوت زیادی دارد. همچنین برخی از مشاغل مانند کشاورزان و ناشران کتاب از دادن مالیات معاف هستند و به نوعی بین پزشکان و سایر مؤدیان مالیاتی که از مالیات معاف هستند عدالت مالیاتی رعایت نشده است.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "عدالت مالیاتی هم در بین طیف مؤدیان پزشکی با گروه‌های مختلف مؤدیان در شغل‌های متفاوت و هم در بین یک گروه مؤدیان پزشکان باید رعایت شود و بعضی مشاغل مثل کسب تجارت و مدارس غیرانتفاعی و کشاورزی دارای امتیاز مالیاتی هستند ولی پزشکان امتیاز مالیاتی ندارند" مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که در جامعه تنها از کارمندان دولت به صورت عادلانه مالیات واقعی دریافت می‌شود و در صورت تشخیص درآمد واقعی پزشکان و دریافت مالیات به صورت تصاعدی با توجه به درآمد پزشکان، می‌توان به عدالت مالیاتی دست یافت.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "یعنی در واقع در این مملکت همه کسانی که مالیاتشان را طبق قانون پرداخت می‌کنند یکی از حقوق‌بگیران و کارمندان دولت و غیردولتی مثل شرکت‌های خصوصی کارمند هستند می‌باشند؛ یعنی فرایند چانه‌زنی ندارند و قبل از اینکه حقوقشان را دریافت کنند مالیات از آن کم می‌شود"

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان گفت: "در عدالت می‌گویند مالیات باید تصاعدی باشد. در حقیقت باید بتوانیم یک عدالت را درست اجرا کنیم یعنی اگر درآمد از یک حد بالاتر رفت باید درصد بیشتری از حقوق را گرفت" همچنین پزشکان مشارکت‌کننده در مصاحبه اظهار می‌داشتند که با توجه به شروع به کار پزشکان در سنین بالا، زیاد بودن سال‌های تحصیلی در رشته پزشکی، باید تفاوتی بین پزشکان و سایر مؤدیان مالیاتی در دریافت مالیات از پزشکان قائل شوند. برای رعایت عدالت مالیاتی، امتیازاتی برای این گروه از مؤدیان در نظر بگیرند. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "بسازفروشی که اندازه من تحصیلات ندارد و زحمت درس خواندن نکشیده است الآن با سرمایه‌اش کار ساخت‌وساز انجام می‌دهد، برای آن امتیازات مالیاتی تعیین کردند، در حالیکه برای پزشکان هیچ امتیازاتی وجود ندارد"

#### ۴-۲-۱-۲) فرهنگ سازی مالیات

اغلب مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می داشتند که پزشکان برای پرداخت مالیات نیاز به انگیزه و رغبت دارند و دولت در قبال پرداخت مالیات درست و متناسب پزشکان باید خدمات خوب در اختیار پزشکان قرار دهد. دولت با فراهم کردن تسهیلات برای پزشکان (تامین هزینه های سمینارهای پزشکان، تحت پوشش قرار دادن بیمه های اجتماعی، پرداخت وام و...) می تواند انگیزه برای پرداخت مالیات را در پزشکان ایجاد کند. همچنین مالیات دریافتی از پزشکان در صورتی که در حوزه مرتبط کاری آنان (حوزه سلامت) هزینه شود ترغیب بیشتری در پزشکان ایجاد می شود.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "یکی از راه های ایجاد انگیزه، محل هزینه مالیات مشهود و محسوس و قابل رؤیت و معلوم باشد. دوم آنکه مشهود بودن و محسوس بودن هرچه نزدیک تر به خدماتی باشد که مؤدی لازم دارد و در قبال دریافت مالیات باید تسهیلاتی برای آنان فراهم کنند."

بیشتر پزشکان مشارکت کننده در مصاحبه اظهار می داشتند که محل هزینه کردن مالیات دریافتی توسط دولت باید مشهود و محسوس باشد. مثل سایر کشورها انجام کار خیر و درمان بیماران بی بضاعت توسط پزشکان باید جز مالیات آن ها حساب شود.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "خود ما ممکن است خیلی کار خیر کنیم ولی اگر بدانیم این هم جز مالیات حساب می شود بیشتر این کار را می کنیم؛ بنابراین برای انگیزه، مشهود و ملموس باشد و به مؤدیان اجازه بدهند پول را در محل هایی هزینه کنند به عنوان مالیات و کار فرهنگی در حوزه مالیات بکنیم"

اغلب مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می داشتند که رفتار و تعامل پزشکان و سازمان امور مالیاتی دوطرفه می باشد و پزشکان انتظار دارند در صورت برخورد و اظهار صادقانه درآمد توسط پزشک، برخورد و رفتار مأموران مالیاتی و سازمان مالیاتی هم باید صادقانه و با احترام باشد. سازمان امور مالیاتی باید برای پزشکانی که درآمد خود را صادقانه اظهار می کنند، امتیازاتی در نظر بگیرد نه اینکه مورد سوءاستفاده آنان را قرار بدهد و مالیاتی که سایر پزشکان درست نمی دهند را از پزشکان صادق بگیرد.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "وقتی می بینیم که صادقانه می رویم با سیستم کنار بیاییم اما عملاً با تو خیلی خوب کنار نمی آیند و سعی می کنند تا جایی که می توانند سوءاستفاده کنند و تا جایی که می توانند برای جبران افرادی که نمی آیند آنجا مالیات بدهند سر یک نفری که می رود و مالیات می دهد دریاورند و مالیات بیشتری بگیرند"

همچنین برخی از مشارکت کنندگان اظهار داشتند که مأموران مالیاتی اغلب اطلاعات کم در حوزه سلامت و سرفصل های مالیات پزشکان دارند و باید توسط سازمان امور مالیاتی آموزش های لازم را برای کار با مؤدیان پزشک ببینند.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "یکی خود ممیزین مالیاتی هستند که بسیاری از آن ها اطلاعاتی در زمینه علم و کار پزشکان ندارند و اگر آن ها بیایند در سازمان امور مالیاتی ممیزین را بر اساس گروه هایی که می خواهند مالیات بگیرند آموزش بدهند بسیار خوب است."

همچنین برخی از مشارکت کنندگان اظهار داشتند که درس ارتباطات جهت برقراری صحیح ارتباط بین پزشکان و مأموران مالیاتی باید آموزش داده شود. باید سازمان امور مالیاتی و نظام پزشکی و رسانه های گروهی به



پزشکان در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی اطلاع‌رسانی کنند به طوری که فرهنگ پرداخت مالیات در جامعه با تمایل و رغبت، نهادینه شود.

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان گفت: "اما هیچ‌کس به بنده به‌عنوان یک پزشک این آگاهی و اطلاع‌رسانی را نداده بود. آگاهی و اطلاع‌رسانی هم هست و هیچ‌کس به من نگفته بود که باید همان اول بروی یکجایی به اسم اداره مالیات... در نهایت باید اطلاع‌رسانی کنند و پزشک را از اینکه شما این حقوق را دارید آگاه کنند"

#### ۴-۲-۱-۳) فرایند نحوه تعیین و دریافت مالیات از پزشکان

بیشتر مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که در سال‌های اخیر طبق تفاهم‌نامه مالیاتی بین نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی از پزشکان مالیات دریافت می‌شد و برای تعیین مالیات سال جدید، درصدی به مالیات سال قبل اضافه می‌شد.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "در روند قبلی با تفاهم‌نامه‌ای که می‌آمد مشخص می‌شد یک پزشک در سال قبل چه مقداری مالیات می‌داد و در سال جدید یک درصدی اضافه می‌شد و مالیات سال جدید را پرداخت می‌کرد" همچنین مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که پس از ابطال این تفاهم‌نامه مأموران مالیاتی با بررسی اظهارنامه الکترونیکی پزشکان، پرونده مالیاتی آنان، بررسی تعداد مراجعین به مطب پزشکان، محل کار پزشکان، تعداد ساعات کاری پزشک، سابقه کاری و سن و شهرت پزشکان و اینکه خدمات جانبی در مطب ارائه می‌دهد یا نه به تعیین میزان مالیات پزشکان می‌پردازند.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "وقتی ممیزین می‌آیند به مطب‌ها سر می‌زنند و فقط تعداد بیماران را می‌بینند و مبنای مالیات در نظر می‌گیرند، عمل جراحی که در مطب انجام می‌دهند جایی که ثبت نمی‌شود. فقط تعداد بیماران که من می‌بینم ثبت می‌شود و در بخش خصوصی و مطب‌ها بعضی از اعمال جراحی و زیبایی که انجام می‌دهند و جایی ثبت نمی‌شود و درآمد بیشتر از آن‌ها است و فقط ممیزین، مالیات را برحسب تعداد بیماران مراجعه‌کننده می‌گیرند"

برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که اگر پزشکان در مطب خود دستگاه پوز داشته باشند و هزینه ویزیت از طریق این دستگاه پرداخت شود، مأموران مالیاتی با بررسی حساب‌های بانکی پزشکان قادر به تعیین میزان مالیات آنان می‌باشند. پزشکان باید خدمات ارائه‌شده به بیماران خود را ثبت کنند تا سازمان مالیاتی با دسترسی به این اطلاعات بتواند درآمد پزشک را به درستی تشخیص دهد و مراکز درمانی و بیمارستان‌ها باید اطلاعات درآمدی پزشکان خود را به سازمان امور مالیاتی ارائه بدهند. صندوق دریافتی مالیات از تمام مؤدیان باید یکی باشد، در صورتی که صندوق دریافتی مالیات برای اقشار مختلف جداگانه باشد منجر به اختلاس و رانت‌خواری خواهد شد.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "باید گردش مالی مشخص بشود و دستگاه پوز در تمام مطب‌ها باشد که هر بیمار می‌آید ویزیت را در دستگاه پوز پرداخت کند و پزشک بگوید من با یک بانک کار می‌کنم و ما گردش مالی همان بانک را استخراج کنیم... باید یک سری فیدبک از اطلاعات این‌ها داشته باشیم، طرف اگر در بیمارستان کار می‌کند درآمدش باید مشخص باشد و تعاملی بین مراکز درمانی و دارایی باشد و خیلی شفاف باشد و به ما اعلام کنند"

برخی از پزشکان مشارکت‌کننده اظهار می‌داشتند که سازمان امور مالیاتی به‌صورت علی‌الراس میزان مالیات پزشکان را تعیین می‌کند و به‌نوعی به‌صورت یقینی میزان مالیات را تخمین می‌زند.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "این اشکال در دفاتر مالیاتی ما است که بعضی‌ها علی‌الراس و بر اساس سلیقه مالیات می‌گیرند؛ و اگر این اشکال رفع شود مشکل مالیاتی حل می‌شود"

اغلب مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که سازمان امور مالیاتی جمعیت شهرهایی که پزشکان در آنجا مشغول به فعالیت هستند، برای تعیین مالیات در نظر می‌گیرند. باید تفاوت میزان درآمد و هزینه پزشکان در تخصص‌های مختلف را با توجه به جمعیت شهرها در شهرستان‌ها، در مقایسه با مراکز استان را در نظر بگیرند و اینکه حق‌الزحمه پزشکان در شهرستان‌ها در مقایسه با مراکز استان متفاوت می‌باشد. برای تعیین مالیات باید مجموع درآمد پزشکان را در نظر گرفت.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "مثلاً پزشکی که در شهرستان دارد کار می‌کند و هزینه‌هایی که دارد با درآمدش تناسب خیلی فرق دارد با پزشکی که مثلاً در تهران کار می‌کند. مثلاً در همان تخصص اجاره‌ای که پزشک می‌دهد فرق دارد... به دلیلی که خوب یک شهرستان کوچک با یک مرکز استان فرق دارد و مرکز استان با تهران فرق می‌کند... چون بالاخره مریض تهران بیشتر است و مراجعه‌کننده بیشتری دارند و حق‌الزحمه‌ها بسیار بالاتر است. قابل قیاس نیست..."

همچنین بیشتر مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که جنسیت در دریافت مالیات تأثیری ندارد. برخی از آنان اظهار می‌داشتند که باید در بعضی تخصص‌ها به جنسیت توجه کرد مثلاً بیماران، بیشتر به متخصص زنان که خانم می‌باشند مراجعه می‌کنند تا به متخصص زنان که مرد باشد. به همین خاطر باید از پزشک متخصص زنان اگر مرد باشد مالیات کمتر دریافت کرد.

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان گفت: "بستگی به تخصصشان دارد که در کدام تخصص با کدام جنسیت بیشتر بیمار مراجعه می‌کند"

و همچنین مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که باید مأموران مالیاتی در ماه‌های مختلف سال برای بازدید از مطب بروند و نه اینکه در ماه‌هایی از سال که مطب شلوغ یا خلوت باشد برای بازدید و تعیین مالیات بروند.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "یک روز برای بازدید می‌آیند که شاید اصلاً مریض نداشتید و یا درآمد زمستان و پاییز مثلاً زیاد است و درآمد تابستان کم است. چیز خاصی ندارند و از نظر تخصصی این قدر مهارت ندارند که تشخیص بدهند درآمدت چقدر است... ممکنه زمستان بیاید که شلوغ است یا شنبه که شلوغ است بیاید یا فروردین به بعد بیاید مطب‌ها خلوت باشد"

و همچنین مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که پزشکان باید مالیات مکسوره خود را نیز اظهار کنند تا سازمان امور مالیاتی به درآمد واقعی پزشکان دست یابد و میزان مالیات واقعی را تعیین و دریافت نماید.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "خیلی از این‌ها الآن مالیات‌های مکسوره قابل توجهی دارند. مالیات‌های مکسوره را هیچ پزشکی به ما ارائه نمی‌دهد. این‌ها یک وظیفه‌دارند باید درآمد واقعی را در اظهارنامه بیاورند"

#### ۴-۲-۱-۴) انتظارات مأموران مالیاتی

بیشتر مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که ارتباط مأموران مالیاتی با پزشکان باید به حالت رسمی باشد و برقرار شدن ارتباط غیررسمی منجر به دریافت غیررسمی پول از پزشکان توسط مأموران مالیاتی می‌شود. بیشتر پزشکان با درآمد بالا برای اینکه میزان مالیات آن‌ها کمتر در نظر گرفته شود به مأموران مالیاتی رشوه پرداخت می‌کنند و مأموران مالیاتی به دلیل اینکه از لحاظ حقوقی تامین نمی‌شوند، رشوه پرداختی توسط پزشکان را قبول می‌کنند.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "ارتباطات غیر صحیح و غیررسمی که برقرار می‌کنیم باعث می‌شود که واقعیت نوعی دیگر درج بشود ممکنه من که فقط مثلاً ۱۰ تومان درآمد دارم و تازه شروع به کار کردم باید از مالیات معاف بشوم اما بعضی جراحان با درآمد بالا هستند که عملاً کمتر مالیات می‌دهند به دلیل ارتباط بیشتر با ممیزین دارند"

همچنین برخی از مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند در صورتی که کنترل و نظارت و حراست بر رفتار و کار مأموران مالیاتی از طرف سازمان مالیاتی باشد و رئیس گروه مأموران مالیات پزشکان فردی توانمند باشد این معضل کمتر اتفاق می‌افتد. باید هماهنگی بین ساعات کاری مأموران مالیاتی (بازدید از مطب پزشکان) با ساعات حضور پزشکان در مطب باشد.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "یک استثنائاتی هست که سازمان امور مالیاتی با کنترل‌های داخلی که دارد و حراست دارند و تغییراتی که در ممیز انجام می‌دهند این‌ها را پیش‌گیری می‌کنند... بیشتر ساعات کاری پزشکان بعد از ظهرهاست و با ساعات کاری ما مغایرت دارد درست ساعات کاری ما تمام بشود ساعات کاری آن‌ها شروع می‌شود؛ و برای ارزیابی مطب باید ساعت کار این‌ها مراجعه کنید"

#### ۴-۲-۱-۵) بخشودگی مالیات

بیشتر مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که پزشکان مسن (با سن بیشتر از ۷۰ سال) و کارافتاده از پرداخت مالیات معاف می‌شوند. برخی از مشارکت کنندگان اظهار داشتند که باید از پزشکان مسن و کارافتاده هم مانند سایر بازنشستگان مالیات دریافت کنیم و در عوض چتر حمایتی برای آنان فراهم کنیم و آن‌ها را تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار دهیم. پزشکان در اولین سال شروع به فعالیت خود از پرداخت مالیات معاف می‌باشند.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "قاعدتاً در همه جای دنیا بازنشسته و از کارافتاده است زیر چتر حمایتی قرار می‌گیرد و مالیاتش را باید مثل سایر بازنشستگان گرفته شود و فقط چتر حمایتی فراهم کند. یا مثلاً خدمات اجتماعی رایگان برای آن‌ها قرار دهیم برای پزشکانی که کارافتاده و بازنشسته هستند"

برخی از مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند زمانی که پزشکان به مالیات تعیین شده توسط سازمان مالیاتی اعتراض می‌کنند پرونده مالیاتی آن‌ها به کمیسیون بررسی فرستاده می‌شود، شاید تخفیفی به آن‌ها داده شود و میزان مالیات آن‌ها کاهش یابد.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "پزشک اعتراض دارد و رئیس گروه مالیاتی حق دارد درصدی تخفیف دهد با توجه به سن ایشان و اظهاراتش، اگر ایشان قبول کند مالیاتش قطعی می‌شود و می‌رود برای پرداخت و اگر قبول نکند پرونده‌اش برای طرح در کمیسیون به کمیسیون می‌رود و در آنجا بررسی می‌شود"

همچنین بیشتر مشارکت کنندگان اظهار می داشتند که بخشودگی مالیاتی سلیقه‌ای می‌باشد و معیار و قاعده‌ای برای آن وجود ندارد. بخشودگی مالیاتی برای پزشکان مثل سایر مؤدیان مالیاتی می‌باشد و فرقی ندارد. بیشتر معافیت و امتیاز مالیاتی باید به پزشکانی که در پرداخت مالیات صادق و خوش حساب می‌باشند تعلق بگیرد. باید تنها در یک محل کار و فعالیت پزشک معافیت مالیاتی در نظر گرفت. یکی از شرکت کنندگان گفت: "وقتی سیستم غلط است، بخشودگی هم سلیقه‌ای هست. از یکی خوششان بیاید می‌بخشند و هیچ قاعده‌ای برای بخشش و نبخشیدن وجود ندارد... کسی که ۲ تا محل فعالیت کند برای ۲ محل برایش مالیات حساب می‌شد. ولی از یکجا تخفیف را دارد"

#### ۴-۲-۱-۶) جرائم مالیاتی

بیشتر مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می داشتند جرائم مالیاتی که برای پزشکان در نظر گرفتند در مقایسه با سایر مؤدیان مالیاتی فرقی ندارد. دیر پرداخت مالیات، رد شدن دفاتر قانونی، عدم تهیه دفاتر مالیاتی، عدم ارائه اظهارنامه مالیاتی توسط پزشکان مشمول جریمه مالیات می‌باشد.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "عدم تسلیم اظهارنامه جریمه دارد مثل سایر مؤدیان، عدم تهیه دفتر مالیاتی جریمه دارد. عدم پرداخت مالیات در موعد مقرر جریمه دارد. عدم تسلیم اظهارنامه و دفتر موجب می‌شود علی‌الراس بشود مالیات و همه برخوردهایی با کسانی که فرار مالیاتی دارند و قوانین مالیاتی را رعایت نمی‌کنند با پزشکان همان رفتار می‌شود"

برخی از پزشکان مشارکت کننده در مصاحبه اظهار می داشتند که مأموران مالیاتی برحسب گمانه‌زنی میزان جریمه مالیاتی را تعیین می‌کنند. همچنین اظهار می داشتند که مأموران مالیاتی نباید جریمه را تعیین کنند و باید یک نهاد حقوقی مانند قوه قضاییه میزان جریمه مالیاتی پزشکان را مشخص کند. پزشکان بتوانند به جریمه مالیاتی معین شده اعتراض کنند و وکیل بگیرند. سازمان امور مالیاتی جرائمی مانند ممنوع‌الخروج کردن پزشکان و مسدود نمودن حساب‌های بانکی آن‌ها را نیز در نظر گرفته است. در صورتی که لغو پروانه مانند را برای پزشکان به‌عنوان جریمه در مقایسه با سایر مؤدیان مالیاتی در نظر نگرفته است.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "بر اساس گمانه‌زنی جریمه مالیاتی هم در نظر گرفتند و این بسیار بد است، البته بررسی اظهارنامه آن‌ها هم گمانه‌زنی بوده است... باید به یک سیستم از بیرون بسپاریم که مانند سیستم قضاوتی که در همه جای دنیا است باشد و بیاید برای جریمه قضاوت کند. من مؤدی حق قانونی دارم که اعتراض کنم و وکیل حقوقی و قانونی بگیرم و در برابر جریمه در دادگاه از- خودم دفاع کنم. نه اینکه یک ممیز مالیاتی بشود قاضی من و جریمه تعیین کند"

#### ۴-۲-۱-۷) ضعف سیستم مالیاتی

بیشتر مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می داشتند که ضعف در زیرساخت سازمان مالیاتی در دریافت مالیات می‌باشد و اینکه دسترسی به اطلاعات درآمدی پزشکان برای تعیین مالیات متناسب ندارد. سازمان امور مالیاتی فقط سازمان وصول کننده مالیات می‌باشد و نمی‌تواند به مالیات‌دهندگان در قبال پرداخت مالیات خدمات ارائه دهد. همچنین دسترسی به اطلاعات ثبتی خدمات ارائه شده به بیماران توسط پزشکان ندارد. همچنین مأموران مالیاتی اطلاعات کمی در حوزه سلامت و سرفصل‌های مالیاتی پزشکان دارند، پزشکان از این عدم دسترسی

سازمان امور مالیاتی به اطلاعات، سوءاستفاده می‌کنند و درآمد واقعی خود را اظهار نمی‌کنند. سازمان امور مالیاتی دسترسی به حساب‌های بانکی پزشکان ندارد که بتواند میزان گردش مالی حساب‌های بانکی آنان را بررسی کند. یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "ضعف سازمان امور مالیاتی این است که زیرساخت اطلاعاتی ما پایین است. ما زیرساختی نداریم که بتوانیم به اطلاعات و درآمدهای واقعی برسیم... برای مثال برویم بیمارستان و استعلام بکنیم که ایشان در ماه چقدر دریافتی و حق‌الزحمه داشته که در این مورد بسیاری از بیمارستان‌ها جواب نمی‌دهند... بعد می‌آییم سراغ اینکه درآمدها و سیستم گردش حساب بانک‌ها که الان ما املا دسترسی نداریم و اجازه ورود به ما نمی‌دهند"

همچنین برخی از مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که سازمان امور مالیاتی با کمبود نیروی انسانی (مأموران مالیاتی) برای بررسی پرونده‌های مالیاتی روبرو می‌باشد. حجم پرونده‌های مالیاتی زیاد و بررسی آن‌ها زمان‌بر و نیازمند نیروی انسانی فراوان می‌باشد. بیشتر پزشکان مشارکت‌کننده در مصاحبه اظهار می‌داشتند که سازمان امور مالیاتی به صورت علی‌الراس و تخمین یقینی، میزان مالیات را تعیین می‌کند و اظهارنامه‌ها بررسی نمی‌شود.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "البته ما هم به دلیلی که آن قدر تراکم کاری داریم و نمی‌شود پیگیر تک‌تک پرونده‌های آن‌ها بشویم... یعنی این زمان و فرصت را کسی نمی‌تواند برای تک‌تک پرونده‌ها بگذارد... چون نه نیرویش هست و نه فرصت آن و نه امکانات فیزیکی‌اش است و لازمه این است که باید به صورت سیستماتیک باشد که بتوانیم از آنجا کسب اطلاعات کنیم"

#### ۴-۲-۲) پزشکان

#### ۴-۲-۱) فعالیت‌های پزشکان در چندین محل کار طبابت

بیشتر مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که پزشکان هم در مطب، بیمارستان دولتی، بیمارستان خصوصی، ساختمان پزشکان، کلینیک‌های مشارکتی و بیمارستان‌های سهامی می‌توانند مشغول به فعالیت باشند. در بیمارستان دولتی از فیش حقوقی پزشکان مالیات اخذ می‌شود و در بیمارستان سهامی از سود سهام بیمارستان مالیات اخذ می‌شود.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "یک سری از پزشکان هستند که فقط در مطب خودکار می‌کنند و اگر جراح باشند با یکسری از بیمارستان‌ها قرارداد دارند و جراحی می‌کنند و یکسری از پزشکان هم در مطب کار می‌کنند و هم بیمارستان کار می‌کنند. سهام هم دارند و متفاوت هستند. آن‌هایی که با بیمارستان‌ها قرارداد دارند، بیمارستان‌ها مکلف‌اند در اجرای ماده ۱۰۴ بازپرداختی آنان کم کند و اگر جز سهام‌داران آنجا هستند و استخدام آنجا هستند طبق مالیات بر حقوق از حقوقشان کم می‌شود"

بیشتر مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که بیمارستان‌ها موظف هستند اطلاعات درآمدی پزشکان را در دفاتر قانونی بیمارستان ثبت کنند و این اطلاعات را در اختیار سازمان امور مالیاتی قرار بدهند. باید از هر محل فعالیت پزشک، جداگانه مالیات دریافت شود. فعالیت زیاد پزشک در چند محل کار طبابت باعث کمبود وقت پزشک برای مطالعه، کاهش توجه و رسیدگی به زندگی و خانواده، افزایش ضریب انحراف و اشتباه پزشک می‌شود و اینکه از نظر اخلاقی به عنوان یک پزشک خوب برای معالجه بیماران خود نمی‌تواند حاضر شود.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "وقتی مالیات به زور و متناسب باشد دیگر پزشک مخالفت نمی کند و لازم نیست یکسر به این بیمارستان، یکسر به بیمارستان دیگر و همه بیمارستان ها را تا ۱۲ شب برود، نه می تواند مطالعه کند و نه می تواند به خانواده اش رسیدگی کند، نه از نظر اخلاقی می تواند یک پزشک خوب سر جلسه باشد فرصت نمی کند مطالعه کند...بیمارستان ها متأسفانه درآمد پزشک را در دفاتر قانونی که دفاتر رسیدگی بود، درآمد پزشک را هیچ وقت در دفاتر نمی نوشتند"

#### ۴-۲-۲) اظهارنامه و دفاتر قانونی پزشکان

بیشتر مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می داشتند که پزشکان اظهارنامه مالیاتی را فرمالیته و تشریفاتی می دانند و فکر می کنند اظهارنامه مالیاتی آنان توسط مأموران مالیاتی بررسی نمی شود و برحسب گمانه زنی مالیات آن ها تعیین می شود. در صورتی که پزشکان باید اظهارنامه مالیاتی را به طور صحیح تکمیل کنند، به سازمان امور مالیاتی ارائه دهند و مأموران مالیاتی اظهارنامه را بررسی کنند.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "دفاتر اظهارنامه بیشتر حالت تشریفاتی دارد. برای اینکه رفع تکلیف کنند و جریمه نشوند و در این پزشکان هیچ کدام دفتری ندیدم که دفاترشان مورد قبول باشد"

برخی از مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می داشتند که نه تنها درآمد مطب را بلکه باید مجموع درآمد حاصله را در اظهارنامه بیاورند. همچنین میزان مالیات مکسوره هم باید در اظهارنامه نوشته شود به طوری که پزشکانی که مالیات مکسوره بالایی دارند، میزان مالیات مکسوره را در اظهارنامه مالیاتی اظهار نمی کنند و احساس می کنند در صورت اظهار، سازمان امور مالیاتی به درآمد واقعی آنان پی می برد. پزشکانی که مالیات مکسوره پایینی دارند میزان مالیات مکسوره را در اظهارنامه مالیاتی می آورند برای اینکه از مالیات واقعی تعیین شده توسط سازمان مالیاتی کسر شود. پزشکان مانند سایر مؤدیان مالیاتی موظف به نگه داشتن دفاتر قانونی می باشند و کمتر پزشکی است که این دفاتر را داشته باشد. برخی از پزشکان مشارکت کننده در مطالعه اظهار می داشتند که اگر پزشک توان خود را برای پرداخت مالیات اعلام کند و برحسب توانش از او مالیات اخذ شود بهتر از تعیین میزان مالیات توسط سازمان مالیاتی می باشد.

یکی از شرکت کنندگان گفت: مجموع درآمدهایی است که از خدمات پزشکی به دست می آورد و مجموع این ها را مثل بقیه افراد باید ببینند در اظهارنامه پر کنند... این ها می آیند مالیات را نگاه می کنند و می گویند مالیاتشان طوری باشد که مکسوره هایشان کم باشد و بعد می گویند که ما آن قدر مکسوره داشتیم و باید از مالیات ما کم شود و اگر ببینند مکسوره ها از مالیات بیشتر است املا نشان نمی دهند و مالیات کمتر را می دهند و با مکسوره ها کار ندارند."

#### ۴-۲-۳) فرار مالیاتی

بیشتر مشارکت کنندگان در مصاحبه اظهار می داشتند که پزشکان با درآمد بالا و بانفوذ، از پرداخت مالیات واقعی خودداری می کنند و اینکه پزشکان برای بیماران خود فاکتور صادر نمی کنند. پزشکان درآمد را به حساب های بانکی بستگان خود واریز می کنند و چندین حساب بانکی دارند.

یکی از شرکت کنندگان گفت: "وقتی در جامعه ای که اتفاقاً آن هایی که درآمد بالاتری دارند می توانند مالیات کمتری پرداخت کنند مثل سیستم زیرمیزی که خیلی رایج است در سازمان مالیاتی"

برخی از مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که سازمان نظام پزشکی برای تمدید پروانه پزشکان از سازمان مالیاتی استعلام نمی‌کند و به‌نوعی منجر به فرار پزشکان از پرداخت مالیات می‌شود. پزشکیانی که به‌صورت گروهی مانند شرکت کار می‌کنند درآمد خود را ثبت نمی‌کنند. برخورد سازمان امور مالیاتی با پزشکیانی که از پرداخت مالیات فرار می‌کنند مانند سایر مؤدیان مالیاتی که از پرداخت مالیات فرار می‌کنند می‌باشد. سازمان امور مالیاتی باید به شناسایی پزشکیانی که مالیات پرداخت نمی‌کنند بپردازد و برای آن‌ها پرونده مالیاتی تشکیل بدهد.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "حداقل برای صدور پروانه بگویند بروید دارایی و یک نامه از دارایی بیاورید. اگر پزشکی هم مدتی فرار داشته باشد لازم است که بیاید و پرونده تشکیل بدهد و خودش بگوید من از این تاریخ تشکیل کار دادم و مالیاتش را بدهد و این فرار هم کم می‌شود. این‌ها مواردی است که نیاز به بررسی دارد و به هماهنگی بین سازمان‌ها نیاز دارد... شناسایی پزشکیانی که تشکیل پرونده ندادند؛ یعنی از حالت دایره‌واری که فقط از یک گروه خاص مالیات مطالبه می‌شود خارج بشویم و شروع کنیم گروه‌های جدید را وارد دایره کنیم"

#### ۴-۲-۳) سازمان نظام پزشکی

#### ۴-۲-۳-۱) تعامل سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی (تفاهم‌نامه مالیاتی پزشکان)

بیشتر مشارکت‌کنندگان در مصاحبه اظهار می‌داشتند که دریافت مالیات پزشکان از طریق تفاهم‌نامه، برای سازمان مالیاتی و پزشکان راحت‌تر و کم‌هزینه‌تر بود، نیاز به زمان کمی داشت و پایه مالیاتی تعیین‌شده در آن پایین بود. دیوان عدالت اداری تفاهم‌نامه (توافق‌نامه) را به دلیل اینکه لفظ قانونی ندارد، بستن توافق‌نامه بین سازمان نظام پزشکی و سازمان مالیاتی را غیرقانونی دانسته و تفاهم‌نامه را ابطال نمود.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "این تفاهم‌نامه چیزی بوده است که آن‌ها زودتر تعیین تکلیف کردند مالیاتشان را بدهند و از این طرف با کمترین هزینه و زمان، ما هم دریافتی وصولی داشته باشیم. ولی مالیات واقعی هیچ‌کدام آن‌ها نبود"

بیشتر پزشکان مشارکت‌کننده در مصاحبه اظهار می‌داشتند که سازمان امور مالیاتی و سازمان نظام پزشکی با همکاری هم باید به شفاف‌سازی مالیات دریافتی از پزشکان بپردازند و جلوی اجحاف در دریافت مالیات از پزشکان را بگیرند. برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که سازمان نظام پزشکی اگر مدیریت مالیات پزشکان را به عهده بگیرد و درآمد مالیاتی دولت را تامین کند بهتر می‌تواند مالیات را از پزشکان در تخصص‌های مختلف نسبت به سازمان امور مالیاتی اخذ کند. یا اینکه سهمی از مالیات دریافتی از پزشکان را سازمان مالیاتی به سازمان نظام پزشکی بدهد تا برای پزشکان خود تسهیلات فراهم کند. سازمان نظام پزشکی باید برای تمدید پروانه پزشکان از سازمان مالیاتی استعلام کند و در صورتی که در حال حاضر این کار را نمی‌کند.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: "عقیده من این است که در زمان فعلی بهترین راه حل این است که حدود مالیات که دولت برای مؤدیان پزشک به‌طور کل در نظر گرفته به نظام پزشکی اعلام کند و خود نظام پزشکی مدیریت کند و درآمد دولت را تامین کند و بدهد. به طوری که خود نظام پزشکی می‌داند که چه بخش‌هایی واقعاً درآمد ندارند و متغیر می‌باشد فرض کنید در یک سال یک گروه جراح درآمد بالایی داشته باشد و در یک سال دیگر پزشکان تخصص‌های دیگر به دلایل مختلف فرض کنید"

#### ۴-۳) یافته‌های مرحله کمی مطالعه

جدول ۴-۲ دامنه، متوسط و انحراف معیار سن و سابقه کاری پزشکان

متغیر	پزشکان		
	مینیمم	ماکزیمم	میانگین
سن	۲۷	۷۲	۴۶
سابقه	۱	۴۳	۱۳
انحراف معیار	۸,۰۱	۷,۸۳	۸,۰۱

حداقل سن پزشکان مورد مطالعه ۲۷ سال، حداکثر سن ۷۲ سال و میانگین سن ۴۶ سال و انحراف معیار سن پزشکان ۸,۰۱ بود. حداقل سابقه کاری پزشکان ۱ سال، حداکثر سابقه کاری ۴۳ سال و میانگین سابقه کاری ۱۳ سال و انحراف معیار سابقه کاری پزشکان ۷,۸۳ بود.

جدول ۴-۳ دامنه، متوسط و انحراف معیار سن و سابقه کاری مأموران سازمان مالیاتی

متغیر	مأموران مالیاتی		
	مینیمم	ماکزیمم	میانگین
سن	۲۴	۵۶	۴۰
سابقه	۱	۳۰	۱۴
انحراف معیار	۸,۳۹	۸,۹۱	۸,۳۹

حداقل سن مأموران سازمان امور مالیاتی مورد مطالعه ۲۴ سال، حداکثر سن ۵۶ سال و میانگین سن ۴۰ سال و انحراف معیار سن مأموران ۸,۳۹ بود. حداقل سابقه کاری مأموران سازمان امور مالیاتی ۱ سال، حداکثر سابقه کاری ۳۰ سال و میانگین سابقه کاری ۱۴ سال و انحراف معیار سابقه کاری مأموران ۸,۹۱ بود.

جدول ۴-۴ مشخصات دموگرافیک پزشکان

متغیرها	پزشکان	
	فراوانی	درصد فراوانی
جنس	مرد	۳۳۰
	زن	۲۲۰
سطح تحصیلات	عمومی	۷۱
	متخصص	۴۷۹
منطقه	شمال	۱۱۰
	شرق	۱۱۰
	مرکز	۱۱۰
	غرب	۱۱۰
	جنوب	۱۱۰
درصد فراوانی	۶۰	۱۲,۹

در مطالعه حاضر ۶۰ درصد از پزشکان مرد، ۴۰ درصد زن بودند. ۱۲,۹ درصد از پزشکان دارای سطح تحصیلات پزشک عمومی و ۸۷,۱ درصد پزشک متخصص بودند. ۲۰ درصد از پزشکان مورد مطالعه در منطقه شمال شهر تهران، ۲۰ درصد در منطقه شرق تهران، ۲۰ درصد در منطقه مرکز تهران، ۲۰ درصد در منطقه غرب تهران و ۲۰ درصد در منطقه جنوب تهران به طبابت فعالیت داشتند.

جدول ۴-۵ مشخصات دموگرافیک مأموران سازمان امور مالیاتی

متغیرها	مأموران مالیاتی
---------	-----------------



فراروانی		درصد فراروانی		
جنس	مرد	۳۳	۶۶	
	زن	۱۷	۳۴	
سطح تحصیلات	دیپلم	۲	۴	
	فوق دیپلم	۴	۸	
	لیسانس	۳۷	۷۴	
	فوق لیسانس	۶	۱۲	
	دکتری تخصصی	۱	۲	
منطقه	شمال	۱۰	۲۰	
	شرق	۱۰	۲۰	
	مرکز	۱۰	۲۰	
	غرب	۱۰	۲۰	
	جنوب	۱۰	۲۰	

در مطالعه حاضر ۶۶ درصد از مأموران سازمان امور مالیاتی مرد و ۳۴ درصد زن بودند. ۴ درصد از مأموران دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۸ درصد فوق دیپلم، ۷۴ درصد لیسانس، ۱۲ درصد فوق لیسانس و ۲ درصد دکتری تخصصی بودند. ۲۰ درصد از مأموران در اداره مالیات شمال تهران، ۲۰ درصد در اداره مالیات شرق تهران، ۲۰ درصد در اداره مالیات مرکز تهران، ۲۰ درصد در اداره مالیات غرب تهران و ۲۰ درصد در اداره مالیات جنوب تهران فعالیت داشتند.

جدول ۴-۶ نوع تخصص پزشکان

پزشکان		متغیر	نوع تخصص
درصد فراروانی	فراروانی		
۱۲,۹	۷۱	عمومی	
۸	۴۴	داخلی	
۴,۴	۲۴	اطفال	
۸,۲	۴۵	زنان	
۷,۸	۴۳	قلب	
۳,۶	۲۰	مغز و اعصاب	
۸,۲	۴۵	ارتوپدی	
۳,۶	۲۰	رادیولوژیست	
۴,۵	۲۵	چشم	
۸	۴۴	جراحی	
۴,۷	۲۶	روان پزشکی	
۵,۳	۲۹	پوست	
۸,۵	۴۷	اورولوژی	

۳,۸	۲۱	عدد
۲	۱۱	بیهوشی
۴,۲	۲۳	گوش، حلق و بینی
۲,۲	۱۲	ریه

۱۲,۹ درصد از پزشکان مورد مطالعه پزشک عمومی، ۸ درصد متخصص داخلی، ۴,۴ درصد متخصص اطفال، ۸,۲ درصد متخصص زنان، ۷,۸ درصد متخصص قلب، ۳,۶ درصد متخصص مغز و اعصاب، ۸,۲ متخصص ارتوپدی، ۳,۶ درصد متخصص رادیولوژیست، ۶,۵ درصد متخصص چشم، ۸ درصد متخصص جراحی، ۴,۷ درصد متخصص روان پزشکی، ۵,۳ درصد متخصص پوست، ۸,۵ درصد متخصص اورولوژی، ۳,۸ درصد متخصص غدد، ۲ درصد متخصص بیهوشی، ۴,۲ درصد متخصص گوش، حلق و بینی و ۲,۲ درصد متخصص ریه بودند.

جدول ۴-۷ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرونوف (K-S)

متغیر	آماره آزمون	p-value
سن پزشکان	۰,۰۹۳	۰,۰۰۰
سابقه کار پزشکان	۰,۱۰۹	۰,۰۰۰
سن مأموران مالیاتی	۰,۱۰۱	۰,۰۲
سابقه کار مأموران مالیاتی	۰,۱۴۵	۰,۰۱

در مطالعه حاضر سن و سابقه کاری پزشکان دارای توزیع غیر نرمال می‌باشند، سن و سابقه کاری مأموران سازمان امور مالیاتی نیز دارای توزیع غیر نرمال می‌باشند.

جدول ۴-۸ آزمون من ویتنی برای سن پزشکان به تفکیک جنسیت

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	جنسیت
Z=-۳,۴۳۰	۴۴	۲۴۷,۰۷	۲۲۰	زن
p=۰,۰۰۱	۴۸	۲۹۴,۴۵	۳۳۰	مرد

میانگین سن پزشکان زن و مرد برابر نیست و میانگین سنی در گروه مردان بالاتر است.

جدول ۴-۹ آزمون من ویتنی برای سن پزشکان به تفکیک سطح تحصیلات

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	سطح تحصیلات
Z=-۴,۴۰۷	۴۱	۱۹۸,۰۱	۷۱	عمومی
p=۰,۰۰۰	۴۸	۲۸۶,۹۹	۴۷۹	متخصص

میانگین سن پزشکان عمومی و متخصص برابر نیست و میانگین سن پزشکان متخصص بالاتر است.



جدول ۴-۱۰ آزمون کروسکال والیس برای سن پزشکان به تفکیک منطقه

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	سطح تحصیلات
chi-square=۹,۶۸۷ p=۰,۰۴۶	۴۵	۳۰۲,۹۰	۱۱۰	شمال
	۴۵	۲۴۶,۶۷	۱۱۰	شرق
	۴۸	۲۹۶,۵۷	۱۱۰	مرکز
	۴۳	۲۶۵,۵۵	۱۱۰	غرب
	۴۶	۲۶۵,۸۰	۱۱۰	جنوب

میانۀ سن پزشکان مورد مطالعه که در ۵ منطقه شمال، شرق، مرکز، غرب و جنوب تهران به طبابت مشغول هستند برابر نیست و میانۀ سن پزشکان که در مرکز تهران مشغول به فعالیت هستند بالاتر می باشد.

جدول ۴-۱۱ آزمون کروسکال والیس برای سن پزشکان به تفکیک نوع تخصص

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	نوع تخصص
chi-square=۳۴,۳۶۷ p=۰,۰۰۵	۴۱	۱۹۸,۰۱	۷۱	عمومی
	۴۷	۲۴۹,۰۰	۴۴	داخلی
	۵۲	۳۱۷,۵۴	۲۴	اطفال
	۵۲	۲۸۲,۶۳	۴۵	زنان
	۵۱	۳۰۳,۴۳	۴۳	قلب
	۵۴	۳۴۵,۷۳	۲۰	مغز و اعصاب
	۴۵	۲۷۶,۷۹	۴۵	ارتوپدی
	۴۴	۲۵۷,۹۵	۲۰	رادیولوژی
	۴۷	۳۳۸,۴۶	۲۵	چشم
	۴۴	۲۸۳,۱۱	۴۴	جراحی
	۴۲	۲۸۲,۸۸	۲۶	روان پزشکی
	۴۸	۲۷۶,۷۸	۲۹	پوست
	۵۱	۲۹۰,۴۷	۴۷	اورولوژی
	۴۳	۳۲۴,۹۵	۲۱	غدد
	۴۶	۲۰۶,۳۶	۱۱	بیهوشی
۵۰	۲۸۳,۶۳	۲۳	گوش، حلق و بینی	
۵۱	۲۵۲,۰۴	۱۲	ریه	

در مطالعه حاضر میانۀ سن پزشکان در تخصص های مختلف باهم برابر نیست. کمترین میانۀ سنی مربوط به پزشکان عمومی و بیشترین میانۀ سنی مربوط به پزشکان متخصص مغز و اعصاب می باشد.

جدول ۴-۱۲ آزمون من ویتنی برای سابقه کاری پزشکان به تفکیک جنسیت

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	جنسیت
Z=-۳,۹۴۸	۱۳	۲۴۲,۷۸	۲۲۰	زن
p=۰,۰۰۰	۱۸	۲۹۷,۳۲	۳۳۰	مرد

میان‌ه سابقه کاری پزشکان مرد و زن باهم برابر نیست و میان‌ه سابقه کاری پزشکان در گروه مردان بالاتر است.

جدول ۴-۱۳ آزمون کروسکال والیس برای سابقه کاری پزشکان به تفکیک منطقه

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	سطح تحصیلات
chi-۱۴,۷۶۳	۱۶	۳۱۱,۴۲	۱۱۰	شمال
squire=	۱۴	۲۴۶,۹۴	۱۱۰	شرق
p=۰,۰۰۵	۱۷	۲۹۹,۲۰	۱۱۰	مرکز
	۱۳	۲۷۰,۷۳	۱۱۰	غرب
	۱۵	۲۴۹,۲۱	۱۱۰	جنوب

میان‌ه سابقه کاری پزشکان مورد مطالعه که در ۵ منطقه شمال، شرق، مرکز، غرب و جنوب تهران به طبابت مشغول هستند برابر نیست و میان‌ه سابقه کاری پزشکان که در مرکز تهران مشغول به فعالیت هستند بالاتر می‌باشد.

جدول ۴-۱۴ آزمون من ویتنی برای سابقه کاری پزشکان به تفکیک سطح تحصیلات

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	سطح تحصیلات
Z=-۰,۳۶۶	۱۳	۲۸۱,۹۴	۷۱	عمومی
p=۰,۷۱۴	۱۷	۲۷۴,۵۵	۴۷۹	متخصص

میان‌ه سابقه کاری پزشکان عمومی و متخصص برابر است.

جدول ۴-۱۵ آزمون کروسکال والیس برای سابقه کاری پزشکان به تفکیک نوع تخصص

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	نوع تخصص
chi-۱۵,۴۶۱ squire=	۱۳	۲۸۱,۹۴	۷۱	عمومی
	۱۹,۵	۲۶۸,۰۲	۴۴	داخلی
	۱۵,۵	۳۱۱,۸۸	۲۴	اطفال
	۲۱	۲۷۲,۲۹	۴۵	زنان
	۱۸	۲۸۶,۹۹	۴۳	قلب
	۲۱,۵	۳۴۵,۵۵	۲۰	مغز و اعصاب
	۱۲	۲۵۹,۶۳	۴۵	ارتوپدی
	۱۲,۵	۲۳۹,۲۸	۲۰	رادیولوژی
	۱۶	۳۲۸,۰۲	۲۵	چشم
	۱۱,۵	۲۶۵,۵۹	۴۴	جراحی

نوع تخصص	تعداد	Mean rank	Median	نتیجه آزمون
روان پزشکی	۲۶	۲۵۸,۹۰	۷	p=۰,۴۹۱
پوست	۲۹	۲۷۰,۴۱	۱۷	
اورولوژی	۴۷	۲۶۵,۱۰	۲۰	
غدد	۲۱	۳۰۵,۴۵	۱۲	
بیهوشی	۱۱	۲۱۹,۹۱	۱۴	
گوش، حلق و بینی	۲۳	۲۶۵,۵۴	۱۶	
ریه	۱۲	۱۹۹,۶۳	۱۵	

در مطالعه حاضر میانه سابقه کاری پزشکان در تخصص‌های مختلف باهم برابر است.

جدول ۴-۱۶ آزمون کای دو برای سطح تحصیلات پزشکان به تفکیک جنسیت

سطح تحصیلات	جنسیت		جمع	نتیجه آزمون
	مرد	زن		
عمومی	۶۶,۲	۳۳,۸	۱۰۰	chi-۱,۳۰۵ square= Df=۱ p=۰,۲۵۳
متخصص	۵۹,۱	۴۰,۹	۱۰۰	
جمع	۶۰	۴۰	۱۰۰	

ارتباط بین سطح تحصیلات و جنسیت پزشکان وجود ندارد. ۳۳,۸ درصد از پزشکان عمومی زن و ۶۶,۲ درصد از پزشکان عمومی مرد بودند.

جدول ۴-۱۷ آزمون کای دو برای منطقه فعالیت پزشکان به تفکیک جنسیت

منطقه	جنسیت		جمع	نتیجه آزمون
	مرد	زن		
شمال	۵۹,۱	۴۰,۹	۱۰۰	chi-square=۵ Df=۴ p=۰,۲۸۷
شرق	۶۰	۴۰	۱۰۰	
مرکز	۶۴,۵	۳۵,۵	۱۰۰	
غرب	۶۴,۵	۳۵,۵	۱۰۰	
جنوب	۵۱,۸	۴۸,۲	۱۰۰	
جمع	۶۰	۴۰	۱۰۰	

ارتباط بین منطقه فعالیت پزشکان در شهر تهران و جنسیت پزشکان وجود ندارد. ۳۵,۵ درصد از پزشکان مورد مطالعه که در منطقه غرب تهران فعالیت داشتند زن و ۶۴,۵ درصد مرد بودند.

جدول ۴-۱۸ آزمون کای دو برای نوع تخصص پزشکان به تفکیک جنسیت

نوع تخصص	جنسیت		جمع	نتیجه آزمون
	مرد	زن		

chi-۵۵,۳۳۶ square= Df=۱۶ p=۰,۰۰۰	۱۰۰	۳۳,۸	۶۶,۲	عمومی
	۱۰۰	۳۸,۶	۶۱,۴	داخلی
	۱۰۰	۴۵,۸	۵۴,۲	اطفال
	۱۰۰	۸۴,۴	۱۵,۶	زنان
	۱۰۰	۳۴,۹	۶۵,۱	قلب
	۱۰۰	۳۰	۷۰	مغز و اعصاب
	۱۰۰	۲۸,۹	۷۱,۱	ارتوپدی
	۱۰۰	۲۰	۸۰	رادیولوژی
	۱۰۰	۳۲	۶۸	چشم
	۱۰۰	۳۱,۸	۶۸,۲	جراحی
	۱۰۰	۳۰,۸	۶۹,۲	روان پزشکی
	۱۰۰	۶۲,۱	۳۷,۹	پوست
	۱۰۰	۴۲,۶	۵۷,۴	اورولوژی
	۱۰۰	۳۳,۳	۶۶,۷	غدد
	۱۰۰	۴۵,۵	۵۴,۵	بیهوشی
	۱۰۰	۳۴,۸	۶۵,۲	گوش، حلق و بینی
۱۰۰	۳۳,۳	۶۶,۷	ریه	
۱۰۰	۴۰	۶۰	جمع	

ارتباط بین نوع تخصص پزشکان و جنسیت آنان وجود دارد به طوری که ۱۵,۶ درصد از پزشکان متخصص زنان مرد و ۸۴,۴ درصد زن بودند.

جدول ۴-۱۹ آزمون کای دو برای منطقه فعالیت پزشکان به تفکیک سطح تحصیلات

نتیجه آزمون	جمع	سطح تحصیلات		منطقه
		متخصص	عمومی	
chi-۴,۴۳۱ square= Df=۴	۱۰۰	۸۶,۴	۱۳,۶	شمال
	۱۰۰	۸۵,۵	۱۴,۵	شرق
	۱۰۰	۸۲,۷	۱۷,۳	مرکز
	۱۰۰	۹۰,۹	۹,۱	غرب

جنوب	۱۰	۹۰	۱۰۰	p=۰,۳۵۱
جمع	۱۲,۹	۸۷,۱	۱۰۰	

ارتباط بین منطقه فعالیت پزشکان در شهر تهران و سطح تحصیلات آنان وجود ندارد. ۹,۱ درصد از پزشکان مورد مطالعه که در منطقه غرب تهران فعالیت داشتند پزشک عمومی و ۹۰,۹ درصد متخصص بودند.

جدول ۴-۲۰ آزمون فیشر برای نوع تخصص پزشکان به تفکیک منطقه فعالیت

نتیجه آزمون	جمع	منطقه					نوع تخصص
		جنوب	غرب	مرکز	شرق	شمال	
	۱۰۰	۱۵,۵	۱۴,۱	۲۶,۸	۲۲,۵	۲۱,۱	عمومی
	۱۰۰	۱۳,۶	۲۲,۷	۲۲,۷	۲۵	۱۵,۹	داخلی
	۱۰۰	۱۲,۵	۲۵	۱۶,۷	۲۰,۸	۲۵	اطفال
	۱۰۰	۲۲,۲	۲۰	۱۳,۳	۲۶,۷	۱۷,۸	زنان
	۱۰۰	۲۳,۳	۲۳,۳	۲۰,۹	۱۴	۱۸,۶	قلب
۰,۰۰۰	۱۰۰	۱۵	۲۵	۳۰	۱۰	۲۰	مغز و اعصاب
Fisher=	۱۰۰	۲۰	۲۶,۷	۱۵,۶	۱۵,۶	۲۲,۲	ارتوپدی
	۱۰۰	۳۵	۲۵	۱۰	۲۰	۱۰	رادیولوژی
Df=۶۴	۱۰۰	۲۰	۲۴	۱۶	۱۶	۲۴	چشم
	۱۰۰	۱۸,۲	۱۸,۲	۲۲,۷	۲۰,۵	۲۰,۵	جراحی
p=۰,۰۰۰	۱۰۰	۲۳,۱	۱۱,۵	۱۵,۴	۳۴,۶	۱۵,۴	روان پزشکی
	۱۰۰	۲۷,۶	۱۷,۲	۲۴,۱	۱۰,۳	۲۰,۷	پوست
	۱۰۰	۱۰,۶	۱۹,۱	۱۹,۱	۲۷,۷	۲۳,۴	اورولوژی
	۱۰۰	۲۳,۸	۱۴,۳	۳۳,۳	۱۴,۳	۱۴,۳	عدد
	۱۰۰	۳۶,۴	۲۷,۳	۰	۲۷,۳	۹,۱	بیهوشی
	۱۰۰	۲۶,۱	۱۷,۴	۱۳	۸,۷	۳۴,۸	گوش، حلق و بینی
	۱۰۰	۳۳,۳	۱۶,۷	۲۵	۸,۳	۱۶,۷	ریه
	۱۰۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	جمع

ارتباط بین نوع تخصص پزشکان و منطقه فعالیت آنان وجود دارد. به طوری که ۳۶,۴ درصد از پزشکان متخصص بیهوشی مورد مطالعه در منطقه جنوب تهران و ۰ درصد در منطقه غرب تهران به فعالیت مشغول بودند.

جدول ۴-۲۱ آزمون کای دو برای پاسخگویی به سؤال " محل کار طبابت متفاوت پزشکان "به تفکیک منطقه

نتیجه آزمون	جمع	پاسخ سؤال		منطقه
		مخالف	موافق	



chi-۲۲,۲۶۲	۱۰۰	۵۱,۸	۴۸,۲	شمال
squire=	۱۰۰	۲۱,۸	۷۸,۲	شرق
Df=۴	۱۰۰	۴۱,۸	۵۸,۲	مرکز
p=۰,۰۰۰	۱۰۰	۴۰	۶۰	غرب
	۱۰۰	۳۵,۵	۶۴,۵	جنوب
	۱۰۰	۳۸,۲	۶۱,۸	جمع

ارتباط بین منطقه فعالیت پزشکان و پاسخگویی به سؤال "اگر پزشک محل کار طبابت متفاوت داشته باشد (چندین محل کار) باید از مجموع درآمد پزشک (از هر محل کار جداگانه)، مالیات دریافت شود" وجود دارد. ۷۸,۲ درصد از پزشکانی که در منطقه شرق تهران به طبابت مشغول بودند در پاسخگویی به این سؤال موافق و ۲۱,۸ درصد مخالف بودند.

جدول ۴-۲۲ آزمون کای دو برای پاسخگویی به سؤال "در نظر گرفتن تفاوت میزان هزینه پزشک در مراکز استان و شهرستان" به تفکیک منطقه

منطقه	پاسخ سؤال		جمع	نتیجه آزمون
	مخالف	موافق		
شمال	۲۱,۸	۷۸,۲	۱۰۰	chi-۱۷,۳۹۷
شرق	۲۲,۷	۷۷,۳	۱۰۰	squire=
مرکز	۱۶,۴	۸۳,۶	۱۰۰	Df=۴
غرب	۱۴,۵	۸۵,۵	۱۰۰	p=۰,۰۰۲
جنوب	۴,۵	۹۵,۵	۱۰۰	
جمع	۱۶	۸۴	۱۰۰	

ارتباط بین منطقه فعالیت پزشکان و پاسخگویی به سؤال "سازمان مالیاتی باید تفاوت میزان هزینه پزشک (که برای اداره مطب و... خرج می‌کند) بین مراکز استان و شهرستان را برای پزشکانی که در مراکز استان‌ها با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند، در تعیین مالیات در نظر بگیرد" وجود دارد. ۹۵,۵ درصد از پزشکانی که در منطقه جنوب تهران به طبابت مشغول بودند در پاسخگویی به این سؤال موافق و ۴,۵ درصد مخالف بودند.

جدول ۴-۲۳ آزمون کای دو برای پاسخگویی به سؤال "در نظر گرفتن جمعیت شهرها برای تعیین مالیات" به تفکیک منطقه فعالیت

منطقه	پاسخ سؤال		جمع	نتیجه آزمون
	مخالف	موافق		
شمال	۲۲,۷	۷۷,۳	۱۰۰	chi-۳۵,۱۰۹
شرق	۲۰,۹	۷۹,۱	۱۰۰	squire=
مرکز	۴۷,۳	۵۲,۷	۱۰۰	Df=۴

p=0,000	۱۰۰	۳۰	۷۰	غرب
	۱۰۰	۱۴,۵	۸۵,۵	جنوب
	۱۰۰	۲۷,۱	۷۲,۹	جمع

ارتباط بین منطقه فعالیت پزشکان و پاسخگویی به سؤال " برای پزشکانی که در مراکز استان‌ها با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند دولت باید شهرها را منطقه بندی کند و برحسب جمعیت هر شهر و متوسط تعداد مراجعه بیماران، مالیات را تعیین کند " وجود دارد. ۸۵,۵ درصد از پزشکانی که در منطقه جنوب تهران مشغول به طبابت هستند در پاسخگویی به این سؤال موافق و ۱۴,۵ درصد مخالف بودند.

جدول ۴-۲۴ آزمون من ویتنی برای سن مأموران مالیات به تفکیک جنسیت

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	جنسیت
Z=-۲,۷۰۶	۳۳	۱۷,۷۴	۱۷	زن
p=0,007	۴۲	۲۹,۵۰	۳۳	مرد

میانگین سن مأموران سازمان مالیاتی زن و مرد برابر نیست و میانگین سنی گروه مردان بالاتر است.

جدول ۴-۲۵ آزمون کروسکال والیس برای سن مأموران مالیات به تفکیک سطح تحصیلات

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	سطح تحصیلات
chi-square=۱,۹۶۹ p=۰,۷۴۱	۴۱	۳۰,۲۵	۲	دیپلم
	۳۷	۱۹,۵۰	۴	فوق دیپلم
	۳۹	۲۴,۹۵	۳۷	لیسانس
	۴۲	۲۹,۵۰	۶	فوق لیسانس
	۴۵	۳۶,۵۰	۱	دکتری

میان‌سن مأموران مالیات مورد مطالعه در سطوح تحصیلی دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکتری باهم برابر است.

جدول ۴-۲۶ آزمون کروسکال والیس برای سن مأموران مالیات به تفکیک منطقه

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	منطقه
chi-square=۶,۴۴۹ p=۰,۱۶۸	۳۱	۱۶,۱	۱۰	شمال
	۴۲	۲۹	۱۰	شرق
	۴۲	۲۵,۷۰	۱۰	مرکز
	۴۰	۲۵,۲۰	۱۰	غرب
	۴۱	۳۱,۵۰	۱۰	جنوب

میان‌سن مأموران مالیات مورد مطالعه که در اداره‌های مالیات در ۵ منطقه شمال، شرق، مرکز، غرب و جنوب تهران مشغول به فعالیت هستند باهم برابر است.

جدول ۴-۲۷ آزمون من ویتنی برای سابقه کاری مأموران مالیات به تفکیک جنسیت

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	جنسیت
Z=-۲,۲۲۷ p=۰,۰۲۶	۸	۱۹,۱۲	۱۷	زن
	۱۸	۲۸,۷۹	۳۳	مرد

میان‌سن سابقه کاری مأموران مالیات زن و مرد باهم برابر نیست. میان‌سن سابقه کاری مأموران مالیات در گروه مردان بالاتر می‌باشد.

جدول ۴-۲۸ آزمون کروسکال والیس برای سابقه کاری مأموران مالیات به تفکیک منطقه

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	منطقه
chi-square=۳,۵۹۸ p=۰,۴۶۳	۶,۵	۱۹	۱۰	شمال
	۱۷	۲۹,۵۰	۱۰	شرق
	۱۸	۲۷,۴۰	۱۰	مرکز
	۱۲,۵	۲۳,۱۵	۱۰	غرب
	۱۴	۲۸,۴۵	۱۰	جنوب

میانۀ سابقه کاری مأموران مالیات مورد مطالعه که در اداره‌های مالیات در ۵ منطقه شمال، شرق، مرکز، غرب و جنوب تهران مشغول به فعالیت هستند باهم برابر است.

جدول ۴-۲۹ آزمون کروسکال والیس برای سابقه کاری مأموران مالیات به تفکیک سطح تحصیلات

نتیجه آزمون	Median	Mean rank	تعداد	سطح تحصیلات
chi-۱,۶۰۱ square= p=۰,۸۰۹	۹	۱۶,۲۵	۲	دیپلم
	۱۳	۲۳,۶۳	۴	فوق دیپلم
	۱۵	۲۵,۹۶	۳۷	لیسانس
	۱۶,۵	۲۵	۶	فوق لیسانس
	۲۰	۳۷,۵۰	۱	دکتری

میانۀ سابقه کاری مأموران مالیات مورد مطالعه در سطوح تحصیلی دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکتری باهم برابر است.

جدول ۴-۳۰ آزمون فیشر برای سطح تحصیلات مأموران مالیات به تفکیک جنسیت

نتیجه آزمون	جمع	جنسیت		سطح تحصیلات
		زن	مرد	
Fisher=۱,۹۰۵ Df=۴ p=۰,۸۸۶	۱۰۰	۰	۱۰۰	دیپلم
	۱۰۰	۵۰	۵۰	فوق دیپلم
	۱۰۰	۳۵,۱	۶۴,۹	لیسانس
	۱۰۰	۳۳,۳	۶۶,۷	فوق لیسانس
	۱۰۰	۰	۱۰۰	دکتری
	۱۰۰	۳۴	۶۶	جمع

ارتباط بین سطح تحصیلات مأموران مالیات و جنسیت آنان وجود ندارد. ۱۰۰ درصد از مأموران مالیات دارای سطح تحصیلات دیپلم، مرد بودند.

جدول ۴-۳۱ آزمون فیشر برای منطقه فعالیت مأموران مالیات به تفکیک جنسیت

نتیجه آزمون	جمع	جنسیت		منطقه
		زن	مرد	
Fisher ۱,۵۹۰ = Df=۴ p=۰,۸۹۶	۱۰۰	۴۰	۶۰	شمال
	۱۰۰	۲۰	۸۰	شرق
	۱۰۰	۴۰	۶۰	مرکز
	۱۰۰	۴۰	۶۰	غرب
	۱۰۰	۳۰	۷۰	جنوب
	۱۰۰	۳۴	۶۶	جمع

ارتباط بین منطقه فعالیت مأموران مالیات در اداره‌های مالیات و جنسیت آنان وجود ندارد. ۸۰ درصد از مأموران مالیات که در اداره مالیات شرق تهران مشغول به فعالیت هستند مرد و ۲۰ درصد زن هستند.

جدول ۴-۳۲ آزمون فیشر برای سطح تحصیلات مأموران مالیات به تفکیک منطقه فعالیت

نتیجه آزمون	جمع	منطقه					سطح تحصیلات
		جنوب	غرب	مرکز	شرق	شمال	
Fisher=۱۴,۷۳۶ Df=۱۶ p=۰,۴۲۴	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰	۰	۰	دیپلم
	۱۰۰	۰	۵۰	۰	۲۵	۲۵	فوق دیپلم
	۱۰۰	۲۱,۶	۱۶,۲	۲۴,۳	۱۶,۲	۲۱,۶	لیسانس
	۱۰۰	۳۳,۳	۰	۱۶,۷	۳۳,۳	۱۶,۷	فوق لیسانس
	۱۰۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۰	دکتری
	۱۰۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	جمع

ارتباط بین سطوح تحصیلی مأموران مالیات و مناطق فعالیت آنان وجود ندارد.

جدول ۴-۳۳ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه اول: عدالت مالیاتی

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	پزشکانی که درآمد بالا دارند، دولت باید برای آن‌ها سقف مالیاتی مشخص کند. (از یک سقف معین، مالیات بیشتر از آن‌ها نگیرد)	۶۸٫۷	۳۱٫۳	۲۶	۷۴
۲	پزشکانی که درآمد پایین دارند، دولت باید برای آن‌ها سقف مالیاتی مشخص کند. (از یک سقف معین، مالیات بیشتر از آن‌ها نگیرد)	۸۳٫۸	۱۶٫۲	۷۴	۲۶
۳	اگر نرخ مالیات پزشک زیاد باشد، دولت باید خدمات خوب در قبال پرداخت مالیات، به پزشک بدهد.	۹۶٫۵	۳٫۵	۶۶	۳۴
۴	اگر نرخ مالیات پزشک کم باشد، دولت باید خدمات خوب در قبال پرداخت مالیات، به پزشک بدهد.	۵۷٫۸	۴۲٫۲	۶۰	۴۰
۵	از پزشک با درآمد بالا، مالیات به صورت تصاعدی (با افزایش درآمد، سهم و درصد مالیات افزایش می‌یابد) دریافت شود.	۳۷٫۶	۶۲٫۴	۷۸	۲۲
۶	از پزشک با درآمد بالا، مالیات به صورت تناسبی (درصد یکسانی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) دریافت شود.	۶۲	۳۸	۵۶	۴۴
۷	از پزشک با درآمد بالا، مالیات به صورت نزولی (مبلغ ثابتی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) دریافت شود.	۳۵٫۳	۶۴٫۷	۴۰	۶۰
۸	از پزشک با درآمد پایین، مالیات به صورت تصاعدی (با افزایش درآمد، سهم و درصد مالیات افزایش می‌یابد) دریافت شود.	۲۹٫۵	۷۰٫۵	۴۸	۵۲
۹	از پزشک با درآمد پایین، مالیات به صورت تناسبی (درصد یکسانی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) دریافت شود.	۵۲٫۷	۴۷٫۳	۵۲	۴۸
۱۰	از پزشک با درآمد پایین، مالیات به صورت نزولی (مبلغ ثابتی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) دریافت شود.	۵۵٫۵	۴۴٫۵	۳۴	۶۶
۱۱	اگر پزشکان مالیات را به صورت تصاعدی (با افزایش درآمد، سهم و درصد مالیات افزایش می‌یابد) بپردازند، دولت مالیات واقعی دریافت می‌کند.	۳۸٫۲	۶۱٫۸	۷۲	۲۸
۱۲	اگر پزشکان مالیات را به صورت تناسبی (درصد یکسانی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) بپردازند، دولت مالیات واقعی دریافت می‌کند.	۵۷٫۳	۴۲٫۷	۵۲	۴۸
۱۳	اگر پزشکان مالیات را به صورت نزولی (مبلغ ثابتی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) بپردازند، دولت مالیات واقعی دریافت می‌کند.	۲۲٫۷	۷۷٫۳	۴۲	۵۸
۱۴	در صورتی که پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی وجود داشته باشد (و تناسب خوبی بین پزشکان در خصوص مراجعه بیماران به آن‌ها وجود داشته باشد) سازمان مالیاتی باید سقف درآمدی برای مالیات مشخص کند. (از یک حد معین که درآمد بالاتر شود مالیات بیشتری دریافت کند)	۷۴٫۵	۲۵٫۵	۵۲	۴۸
۱۵	در صورتی که پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی وجود نداشته باشد (و تناسب خوبی بین پزشکان در خصوص مراجعه بیماران به آن‌ها وجود نداشته باشد) سازمان مالیاتی باید سقف درآمدی برای مالیات مشخص کند. (از یک حد	۵۴٫۵	۴۵٫۵	۲۸	۷۲

معین که درآمد بالاتر شود مالیات بیشتری دریافت کند)

جدول ۴-۳۴ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه دوم: فرهنگ سازی مالیات

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	اگر پزشک درآمدش را <b>صادقانه</b> در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید به پزشک <b>پاداش دهد</b> .	۸۸	۱۲	۵۲	۴۸
۲	اگر پزشک درآمدش را <b>غیر صادقانه</b> در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید پزشک را <b>جریمه کند</b> .	۴۷,۳	۵۲,۷	۷۰	۳۰
۳	در صورتی که پزشک خدمات ارائه شده به بیمارانش را <b>ثبت کند</b> ، دولت باید امتیازات مالیاتی به پزشک دهد.	۸۷,۶	۱۲,۴	۶۲	۳۸
۴	در صورتی که پزشک خدمات ارائه شده به بیمارانش را <b>ثبت نکند</b> ، دولت باید امتیازات مالیاتی به پزشک دهد.	۲۷,۵	۷۲,۵	۱۶	۸۴
۵	در صورتی که پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل کند، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه کند.	۷۸,۹	۲۱,۱	۶۰	۴۰
۶	در صورتی که پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل نکند، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه کند.	۴۰,۹	۵۹,۱	۴۲	۵۸
۷	اگر پزشک <b>صادقانه</b> با دولت برخورد کند، دولت هم <b>صادقانه</b> با پزشک برخورد می‌کند. (دولت سوءاستفاده نمی‌کند)	۷۲	۲۸	۸۰	۲۰
۸	اگر پزشک <b>غیر صادقانه</b> با دولت برخورد کند، دولت <b>صادقانه</b> با پزشک برخورد می‌کند. (دولت سوءاستفاده نمی‌کند)	۳۸,۵	۶۱,۵	۵۸	۴۲
۹	اگر نحوه برخورد پزشکان با مأموران مالیاتی خوب <b>نباشد</b> ، باید برخورد مأموران مالیاتی با پزشکان خوب باشد.	۷۸,۴	۲۱,۶	۷۲	۲۸
۱۰	اگر نحوه برخورد پزشکان با مأموران مالیاتی خوب <b>باشد</b> ، باید برخورد مأموران مالیاتی نیز با پزشکان خوب باشد.	۷۹,۱	۲۰,۹	۸۰	۲۰
۱۱	دولت باید مأموران مالیاتی را که اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی پزشکان و نحوه کسب درآمد پزشک <b>ندارند</b> ، آموزش دهد.	۸۵,۱	۱۴,۹	۸۸	۱۲
۱۲	دولت باید برای مأموران مالیاتی که اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی پزشکان و نحوه کسب درآمد پزشک <b>دارند</b> ، برنامه‌های آموزش مداوم بگذارد.	۷۰,۲	۲۹,۸	۵۴	۴۶
۱۳	سازمان نظام پزشکی باید به پزشک در قبال <b>مشارکت</b> در پرداخت مالیات درست برای حقوقی که در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی دارد، اطلاع‌رسانی کند.	۸۴,۷	۱۵,۳	۷۶	۲۴
۱۴	سازمان نظام پزشکی باید به پزشک در قبال <b>عدم مشارکت</b> در پرداخت مالیات درست برای حقوقی که در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی دارد، اطلاع‌رسانی کند.	۶۸	۳۲	۷۰	۳۰
۱۵	اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار کند، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم می‌شود. (سوءبرداشت از مأموران مالیاتی کم می‌شود)	۷۴,۷	۲۵,۳	۷۲	۲۸
۱۶	اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار نکند، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم می‌شود. (سوءبرداشت از مأموران مالیاتی کم می‌شود)	۳۰,۹	۶۹,۱	۴۰	۶۰

۱۷	اگر پزشکان اطلاعات درآمدی را درست اظهار <b>نکنند</b> ، از مأموران مالیاتی که اطلاعات کمی در حوزه سلامت دارند سوءاستفاده می‌کنند.	۷۳,۶	۲۶,۴	۶۸	۳۲
۱۸	اگر پزشکان اطلاعات درآمدی را درست اظهار <b>کنند</b> ، از مأموران مالیاتی که اطلاعات کمی در حوزه سلامت دارند سوءاستفاده <b>نمی‌کنند</b> .	۵۸,۹	۴۱,۱	۷۶	۲۴
۱۹	برای پزشکان اهمیت دارد که از طریق رسانه‌های گروهی، درباره مالیات و فرهنگ سازی مالیات به آن‌ها اطلاع‌رسانی <b>شود</b> .	۸۰,۴	۱۹,۶	۶۰	۴۰
۲۰	برای پزشکان اهمیت دارد که از طریق رسانه‌های گروهی، درباره مالیات و فرهنگ سازی مالیات به آن‌ها اطلاع‌رسانی <b>نشود</b> .	۳۶,۹	۶۳,۱	۴۲	۵۸
۲۱	اگر مراکز درمانی و بیمارستان‌ها اطلاعات درآمدی پزشک را به سازمان مالیاتی <b>بدهند</b> ، مالیات واقعی از پزشک اخذ می‌شود.	۵۹,۳	۴۰,۷	۶۴	۳۶
۲۲	اگر مراکز درمانی و بیمارستان‌ها اطلاعات درآمدی پزشک را به سازمان مالیاتی <b>ندهند</b> ، مالیات واقعی از پزشک اخذ می‌شود.	۲۹,۸	۷۰,۲	۳۶	۶۴
۲۳	اگر پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری <b>کنند</b> ، مأموران مالیاتی باید قوانین و مقررات مالیاتی را به آن‌ها اطلاع‌رسانی کنند و توضیحات لازم را بدهند.	۸۳,۱	۱۶,۹	۴۴	۵۶
۲۴	اگر پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری <b>نکنند</b> ، مأموران مالیاتی باید قوانین و مقررات مالیاتی را به آن‌ها اطلاع‌رسانی کنند و توضیحات لازم را بدهند.	۷۰,۷	۲۹,۳	۴۴	۵۶
۲۵	اگر پزشکان به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدشان ثبت <b>شود</b> ، سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت می‌کند.	۶۴	۳۶	۷۰	۳۰
۲۶	اگر پزشکان به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدشان ثبت <b>نشود</b> ، سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت می‌کند.	۳۷,۵	۶۲,۵	۵۸	۴۲

جدول ۴-۳۵ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه سوم: فرایند نحوه تعیین و دریافت مالیات از پزشکان

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	اگر پزشک طرف قرارداد بیمه‌های درمان <b>باشد</b> باید از روی نسخه‌های موجود بیمار، سازمان مالیاتی، مالیات پزشک را مشخص کند.	۶۵,۳	۳۴,۷	۶۶	۳۴
۲	اگر پزشک طرف قرارداد بیمه‌های درمان <b>نباشد</b> باید از روی ویزیت‌های بیمار، سازمان مالیاتی، مالیات پزشک را مشخص کند.	۵۲,۴	۴۷,۶	۶۰	۴۰
۳	پزشکان که در تخصص‌های مختلف (نزدیک به یک طیف درآمدی هستند) و باهم دسته‌بندی <b>شوند</b> ، باید مالیات یکسان از آنان دریافت شود.	۵۷,۳	۴۲,۷	۴۴	۵۶
۴	پزشکان که در تخصص‌های مختلف (نزدیک به یک طیف درآمدی هستند) و باهم دسته‌بندی <b>نشوند</b> ، باید مالیات یکسان از آنان دریافت شود.	۳۵,۱	۶۴,۹	۳۸	۶۲
۵	سازمان مالیاتی باید تفاوت میزان هزینه پزشک (که برای اداره مطب و... خرج می‌کند) بین مراکز استان و شهرستان را برای پزشکانی که در <b>مراکز استان‌ها</b> با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند، در تعیین مالیات در نظر بگیرد.	۸۴	۱۶	۷۶	۲۴
۶	سازمان مالیاتی باید تفاوت میزان هزینه پزشک (که برای اداره مطب و... خرج می‌کند) بین مراکز استان و شهرستان را برای پزشکانی که در <b>شهرستان‌ها</b> با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند، در تعیین مالیات در نظر بگیرد.	۶۷,۶	۳۲,۴	۶۶	۳۴



تبیین و تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات: طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها

۷	اگر پزشک خدماتی که به بیمار می‌دهد ثبت <b>کند</b> (دریافت مالیات برحسب خدمات ارائه شده به بیمار باشد) سازمان مالیاتی باید جمعیت شهری که پزشک در آن کار می‌کند را در تعیین مالیات در نظر بگیرد.	۷۹,۱	۲۰,۹	۸۲	۱۸
۸	اگر پزشک خدماتی که به بیمار می‌دهد ثبت <b>نکند</b> (دریافت مالیات برحسب خدمات ارائه شده به بیمار باشد) سازمان مالیاتی باید جمعیت شهری که پزشک در آن کار می‌کند را در تعیین مالیات در نظر بگیرد.	۴۰,۲	۵۹,۸	۵۴	۴۶
۹	اگر پزشکان بیمه‌های طرف قرارداد خود را گسترش <b>دهند</b> ، مأموران مالیاتی باید از روی تعداد نسخ بیمه‌های طرف قرارداد مالیات را تعیین کنند.	۸۲,۴	۱۷,۶	۴۶	۵۴
۱۰	اگر پزشکان بیمه‌های طرف قرارداد خود را گسترش <b>ندهند</b> ، مأموران مالیاتی باید از روی تعداد نسخ بیمه‌های طرف قرارداد مالیات را تعیین کنند.	۲۸,۲	۷۱,۸	۵۸	۴۲
۱۱	دولت باید از پزشکی که فعالیت زیاد <b>دارد</b> (تعداد ساعات کاری زیاد)، مالیات بیشتری دریافت <b>کند</b> . (جلوی افزایش فعالیت و انگیزه پزشک را بگیرد)	۴۴,۴	۵۵,۶	۴۴	۵۶
۱۲	دولت باید از پزشکی که فعالیت زیاد <b>ندارد</b> (تعداد ساعات کاری کم)، مالیات بیشتری دریافت <b>کند</b> (باعث افزایش فعالیت و انگیزه پزشک شود)	۶۰,۲	۳۹,۸	۴۸	۵۲
۱۳	اگر پزشک خدمات جانبی در مطب ارائه <b>بدهد</b> مأموران مالیاتی باید در تعیین مالیات، غیر از ویزیت بیماران، خدمات جانبی در مطب را در نظر بگیرند.	۶۶,۲	۳۳,۸	۷۲	۲۸
۱۴	اگر پزشک خدمات جانبی در مطب ارائه <b>ندهد</b> مأموران مالیاتی باید در تعیین مالیات، تنها ویزیت بیماران در مطب را در نظر بگیرند.	۵۴,۴	۴۵,۶	۷۲	۲۸
۱۵	مأموران مالیاتی باید حساب بانکی پزشکانی که گردش مالی <b>بالایی</b> دارند را برای تعیین مالیات بررسی کنند.	۵۲,۴	۴۷,۶	۷۶	۲۴
۱۶	مأموران مالیاتی باید حساب بانکی پزشکانی که گردش مالی <b>پایینی</b> دارند را برای تعیین مالیات بررسی کنند.	۴۸	۵۲	۷۶	۲۴
۱۷	برای پزشکان <b>زن</b> که در تخصص‌های مختلف هستند و بیماران مراجعه‌کننده بیشتری دارند، باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات مؤثر باشد.	۴۲,۵	۵۷,۵	۵۴	۴۶
۱۸	برای پزشکان <b>مردی</b> که در تخصص‌های مختلف هستند و بیماران مراجعه‌کننده بیشتری دارند، باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات مؤثر باشد.	۴۷,۳	۵۲,۷	۴۴	۵۶
۱۹	پزشکانی که مالیات مکسوره <b>بالایی</b> دارند و آن را اظهار <b>نمی‌کنند</b> ، دولت باید مالیات مکسوره پزشک را از مالیات تعیین شده کسر کند.	۶۵,۱	۳۴,۹	۴۶	۵۴
۲۰	پزشکانی که مالیات مکسوره <b>پایینی</b> دارند و آن را اظهار <b>می‌کنند</b> ، دولت باید مالیات مکسوره پزشک را از مالیات تعیین شده کسر کند.	۵۸,۷	۴۱,۳	۴۶	۵۴
۲۱	اگر پزشک اظهارنامه را پر <b>کند</b> ، مأموران مالیاتی باید سن، شهرت، محل مطب و مدارک موجود پزشک را بررسی کنند.	۶۸,۹	۳۱,۱	۷۰	۳۰
۲۲	اگر پزشک اظهارنامه را پر <b>نکند</b> ، مأموران مالیاتی باید سن، شهرت، محل مطب و مدارک موجود پزشک را بررسی کنند.	۶۲,۹	۳۷,۱	۶۰	۴۰
۲۳	اگر پزشکان درآمد خود را درست اظهار <b>کنند</b> ، مأموران مالیاتی باید پزشکان را با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده و نسخ موجود راستی آزمایی کنند.	۵۵,۶	۴۴,۴	۶۶	۳۴
۲۴	اگر پزشکان درآمد خود را درست اظهار <b>نکنند</b> ، مأموران مالیاتی باید پزشکان را با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده و نسخ موجود راستی آزمایی کنند.	۶۸,۲	۳۱,۸	۵۴	۴۶

۲۵	اگر پزشکان در مطب خود <b>یک</b> دستگاه پوز و یک حساب داشته باشند و ویزیت از طریق پوز به حساب پزشک ریخته شود باید برای تعیین مالیات، حساب آن‌ها بررسی شود.	۶۷,۱	۳۲,۹	۷۴	۲۶
۲۶	اگر پزشکان در مطب خود <b>چند</b> دستگاه پوز و چند حساب داشته باشند و ویزیت از طریق پوز به چند حساب ریخته شود باید برای تعیین مالیات، حساب آن‌ها بررسی شود.	۶۳,۸	۳۶,۲	۶۴	۳۶
۲۷	برای پزشکانی که در <b>مراکز استان‌ها</b> با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند دولت باید شهرها را منطقه بندی کند و برحسب جمعیت هر شهر و متوسط تعداد مراجعه بیماران، مالیات را تعیین کند.	۷۲,۹	۲۷,۱	۷۰	۳۰
۲۸	برای پزشکانی که در <b>شهرستان‌ها</b> با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند دولت باید شهرها را منطقه بندی کند و برحسب جمعیت هر شهر و متوسط تعداد مراجعه بیماران، مالیات را تعیین کند.	۵۲,۴	۴۷,۶	۶۲	۳۸
۲۹	مأموران مالیاتی باید در ماههایی از سال که مطب پزشکان <b>شلوغ</b> می‌باشد، برای بازدید از مطب بروند.	۳۷,۳	۶۲,۷	۷۰	۳۰
۳۰	مأموران مالیاتی باید در ماههایی از سال که مطب پزشکان <b>خلوت</b> می‌باشد، برای بازدید از مطب بروند.	۴۹,۵	۵۰,۵	۶۸	۳۲

جدول ۴-۳۶ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه چهارم: انتظارات مأموران مالیاتی

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	پزشکانی که درآمد <b>بالا</b> دارند، با مأموران مالیاتی ارتباط غیررسمی برقرار کرده و با پرداخت‌های غیررسمی به مأموران، مالیات را واقعی پرداخت نمی‌کنند.	۶۰,۴	۳۹,۶	۴۲	۵۸
۲	پزشکانی که درآمد پایین دارند، با مأموران مالیاتی ارتباط غیررسمی برقرار کرده و با پرداخت‌های غیررسمی به مأموران، مالیات را واقعی پرداخت نمی‌کنند.	۲۲	۷۸	۴۰	۶۰
۳	اگر رئیس گروه مالیات پزشکان توانمند <b>باشد</b> ، با کنترل داخلی و نظارت مانع دریافت غیررسمی (پول) مأموران مالیاتی از پزشکان می‌شود.	۷۹,۳	۲۰,۷	۶۲	۳۸
۴	اگر رئیس گروه مالیات پزشکان توانمند <b>نباشد</b> ، مانع دریافت غیررسمی (پول) مأموران مالیاتی از پزشکان نمی‌شود.	۶۰,۵	۳۹,۵	۴۸	۵۲

جدول ۴-۳۷ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه پنجم: بخشودگی مالیاتی

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	دولت باید به پزشکانی که در طرح تحول سلامت مداخله <b>می‌کنند</b> ، امتیازات مالیاتی بدهد.	۷۹,۸	۲۰,۷	۴۸	۳۲
۲	دولت باید به پزشکانی که در طرح تحول سلامت مداخله <b>نمی‌کنند</b> ، امتیازات مالیاتی بدهد.	۳۶,۲	۶۳,۸	۶	۹۴
۳	<b>سازمان نظام پزشکی</b> باید در قبال پرداخت <b>درست</b> و به موقع مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را از <b>سهام مالیات</b> ، به پزشک بدهد.	۸۸,۴	۱۱,۶	۳۴	۶۶

تبیین و تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات: طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها

۴	سازمان نظام پزشکی باید در قبال پرداخت <b>درست</b> و به موقع مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را از منبع دیگری <b>غیر از مالیات</b> به پزشک بدهد.	۵۵,۳	۴۴,۷	۵۶	۴۴
۵	<b>وزارت بهداشت</b> باید در قبال پرداخت <b>درست</b> و به موقع مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را به پزشک بدهد.	۷۵,۸	۲۴,۲	۷۴	۲۶
۶	<b>سازمان نظام پزشکی</b> باید در قبال پرداخت <b>نادرست</b> و با تأخیر مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را از <b>سهیم مالیات</b> به پزشک بدهد.	۳۴,۹	۶۵,۱	۲۸	۷۲
۷	<b>سازمان نظام پزشکی</b> باید در قبال پرداخت <b>نادرست</b> و با تأخیر مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را از منبع دیگری <b>غیر از مالیات</b> به پزشک بدهد.	۳۱,۶	۶۸,۴	۱۲	۸۸
۸	<b>وزارت بهداشت</b> باید در قبال پرداخت <b>نادرست</b> و با تأخیر مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را به پزشک بدهد.	۲۷,۱	۷۲,۹	۲۰	۸۰
۹	پزشکان مسن و کارافزاده را دولت باید از مالیات املا معاف <b>نکند</b> . (در عوض دولت باید چتر حمایتی مثل خدمات و بیمه‌های اجتماعی رایگان برای آنان در نظر بگیرد و مثل سایر بازنشستگان از آنان مالیات دریافت کند)	۴۶,۵	۵۳,۵	۶۲	۳۸
۱۰	سایر پزشکان که توانایی طبابت دارند را دولت باید از تمام یا بخشی از مالیات معاف <b>نکند</b> . (در عوض دولت باید چتر حمایتی مثل خدمات و بیمه‌های اجتماعی برای آنان فراهم کند)	۵۵,۶	۴۴,۴	۳۸	۶۲
۱۱	اگر پزشک به مالیات تشخیصی توسط سازمان مالیاتی اعتراض کند و تخفیف <b>بگیرد</b> باید برای بررسی، پرونده‌اش را به کمیسیون بررسی بفرستد.	۵۹,۶	۴۰,۴	۳۲	۶۸
۱۲	اگر پزشک به مالیات تشخیصی توسط سازمان مالیاتی اعتراض کند و تخفیف <b>نگیرد</b> باید برای بررسی، پرونده‌اش را به کمیسیون بررسی بفرستد.	۵۳,۱	۴۶,۹	۶۰	۴۰
۱۳	اگر برای برخی از پزشکان <b>خاص</b> بخشودگی مالیات باشد، بخشودگی به صورت سلیقه‌ای است و معیاری برای آن وجود ندارد.	۶۲,۴	۳۷,۶	۴۴	۵۶
۱۴	اگر برای <b>تمامی</b> پزشکان بخشودگی مالیات باشد، بخشودگی به صورت سلیقه‌ای است و معیاری برای آن وجود ندارد.	۴۸	۵۲	۴۲	۵۸

جدول ۴-۳۸ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه ششم: جرائم مالیاتی

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض کند، دادگاه باید به اعتراض پزشک رسیدگی کند و جریمه نهایی را تعیین کند.	۸۵,۱	۱۴,۹	۷۰	۳۰
۲	اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض نکند، مأموران مالیاتی باید جریمه نهایی را تعیین کنند.	۴۴,۷	۵۵,۳	۶۲	۳۸

جدول ۴-۳۹ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه هفتم: ضعف سیستم مالیاتی

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	پزشکان اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار می کنند اگر متوجه شوند که سازمان مالیاتی دسترسی به اطلاعات دارد.	۷۸	۲۲	۷۲	۲۸
۲	پزشکان اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار می کنند اگر متوجه شوند که سازمان مالیاتی با کمبود نیرو روبرو است و تعداد پرونده‌ها زیاد است و دسترسی به اطلاعات ندارد.	۵۱,۳	۴۸,۷	۴۰	۶۰

جدول ۴-۴۰ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه هشتم: فعالیت‌های پزشکان در چندین محل کار طبابت

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	اگر پزشک محل کار طبابت متفاوت داشته باشد (چندین محل کار) باید از مجموع درآمد پزشک (از هر محل کار جداگانه)، مالیات دریافت شود.	۶۱,۸	۳۸,۲	۷۶	۲۴
۲	اگر پزشک محل کار طبابت متفاوت نداشته باشد باید از مجموع درآمد پزشک، مالیات دریافت شود.	۵۷,۶	۴۲,۴	۶۰	۴۰

جدول ۴-۴۱ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه نهم: اظهارنامه و دفاتر قانونی

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	پزشک از طریق تفاهم‌نامه (که هزینه و زمان پایین‌تری در دریافت مالیات داشت و پایه مالیاتی پایین بود) مالیات واقعی به دولت پرداخت می کند	۷۲,۲	۲۷,۸	۴۴	۵۶
۲	پزشک از طریق اظهارنامه (بدون تفاهم‌نامه) مالیات واقعی به دولت پرداخت می کند.	۴۶,۷	۵۳,۳	۵۲	۴۸
۳	اگر پزشکان اظهارنامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه بدهند، سازمان مالیاتی باید مالیات را علی‌الراس (تشخیصی) تعیین کند.	۶۰,۲	۳۹,۸	۴۶	۵۴
۴	اگر پزشکان اظهارنامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه ندهند، سازمان مالیاتی باید مالیات را علی‌الراس (تشخیصی) تعیین کند.	۵۶	۴۴	۶۲	۳۸
۵	اگر پزشکان اظهارنامه را واقعی پر کنند (فرمالیته و تشریفات ننداند)، مأموران مالیاتی باید اظهارنامه	۷۴,۹	۲۵,۱	۷۲	۲۸

را از نظر صحت و سقم بررسی کنند.					
۶	اگر پزشکان اظهارنامه را <b>غیر واقعی</b> پر کنند (فرمالیته و تشریفاتی بدانند)، مأموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و سقم بررسی کنند.	۶۷,۶	۳۲,۴	۷۲	۲۸
۷	اگر سازمان امور مالیاتی بر اساس توانایی پزشک مالیات دریافت <b>نماید</b> ، این سازمان باید اظهارنامه را بررسی کند.	۶۶,۴	۳۳,۶	۸۲	۱۸
۸	اگر سازمان امور مالیاتی بر اساس توانایی پزشک مالیات دریافت <b>نکند</b> ، این سازمان باید اظهارنامه را بررسی کند.	۴۰,۴	۵۹,۶	۶۸	۳۲

جدول ۴-۴۲ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه دهم: فرار مالیاتی

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	پزشکی که مبلغ ویزیت پایین <b>می‌گیرد</b> (و در عوض از جایی دیگر جبران می‌نماید و به نوعی سیاه‌نمایی می‌کند)، مأموران مالیاتی متوجه می‌شوند. (مالیات واقعی را تعیین می‌کنند)	۵۹,۳	۴۰,۷	۷۲	۲۸
۲	پزشکی که مبلغ ویزیت پایین <b>نمی‌گیرد</b> (و به نوعی سیاه‌نمایی نمی‌کند)، مأموران مالیاتی متوجه می‌شوند. (مالیات واقعی را تعیین می‌کنند)	۴۷,۸	۵۲,۲	۶۲	۳۸
۳	اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار <b>یکی</b> باشد، احتمال عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد.	۵۶,۷	۴۳,۳	۶۲	۳۸
۴	اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار <b>جدا</b> باشد، احتمال عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد.	۵۶,۵	۴۳,۵	۶۲	۳۸
۵	افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت <b>بدون نظارت</b> ، باعث پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) پزشکان می‌شود.	۷۲,۵	۲۷,۵	۵۸	۴۲
۶	افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت <b>با نظارت</b> ، باعث پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) پزشکان می‌شود.	۵۷,۵	۴۲,۵	۴۲	۵۸

جدول ۴-۴۳ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه یازدهم: تعامل سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی

ردیف	سوالات	پزشکان		مأموران	
		موافق	مخالف	موافق	مخالف
۱	اگر سازمان نظام پزشکی مالیات پزشکان را مدیریت کند و درگیر مسائل مالی شود، باید مقداری از مالیات را به‌عنوان تسهیلات برای <b>تمام</b> پزشکان هزینه کند.	۴۰,۷	۵۹,۳	۵۰	۵۰
۲	اگر سازمان نظام پزشکی مالیات پزشکان را مدیریت کند و درگیر مسائل مالی شود، باید مقداری از مالیات را به‌عنوان تسهیلات برای پزشکان <b>خاص</b> (مورد توجه نظام پزشکی هستند) هزینه کند.	۴۰,۷	۵۹,۳	۵۰	۵۰
۳	اگر پزشک مالیات را درست و به‌موقع پرداخت <b>کند</b> ، سازمان نظام پزشکی باید از سازمان مالیاتی برای تمدید پروانه پزشک استعلام کند.	۷۲,۴	۲۷,۶	۸۸	۱۲
۴	اگر پزشک مالیات را درست و به‌موقع پرداخت <b>نکند</b> ، سازمان نظام پزشکی باید از سازمان مالیاتی برای تمدید پروانه پزشک استعلام کند.	۳۸,۹	۶۱,۱	۸۶	۱۴

جدول ۴-۴۴ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات زیر طبقه دوازدهم: تفاهم‌نامه مالیاتی پزشکان

ردیف	سوالات	پزشکان	مأموران
------	--------	--------	---------

مخالف	موافق	مخالف	موافق	
۶۲	۳۸	۳۰,۹	۶۹,۱	۱ زمانی که پزشکان طبق تفاهم نامه مالیات پرداخت <b>کنند</b> ، سازمان مالیاتی اعتراضات پزشکان را بیشتر بررسی می کند. (و در نتیجه مالیات بیشتری تشخیص می دهند)
۳۸	۶۲	۵۵,۶	۴۴,۴	۲ زمانی که پزشکان طبق تفاهم نامه مالیات پرداخت <b>نکنند</b> (مأموران مالیاتی اظهارنامه پزشکان را بررسی کنند)، سازمان مالیاتی اعتراضات پزشکان را بیشتر بررسی می کند. (و در نتیجه مالیات بیشتری تشخیص می دهند)
۳۴	۶۶	۵۸,۴	۴۱,۶	۳ در صورتی که <b>با تفاهم نامه</b> ، از پزشک مالیات دریافت می شد، باید پایه مالیاتی هر ساله تغییر (و افزایش) پیدا می کرد.
۴۴	۵۶	۶۶,۷	۳۳,۳	۴ در صورتی که <b>بدون تفاهم نامه</b> ، از پزشک مالیات دریافت شود، باید پایه مالیاتی هر ساله تغییر (و افزایش) پیدا کند.

#### ۴-۴) تحلیل عاملی تأییدی

جدول ۴-۴ بارهای عاملی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی در پاسخگویی به سوالات طبقات اصلی

ردیف	سطح طبقه	سوالات	مالیاتی و دولت امور سازمان	پزشکان	سازمان نظام پزشکی
۱		اگر پزشک درآمدهش را <b>صادقانه</b> در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید به پزشک <b>پاداش</b> دهد	۰,۶۴		
۲		پزشکانی که درآمد <b>بالا</b> دارند، دولت باید برای آن‌ها سقف مالیاتی مشخص نکند. (از یک سقف معین، مالیات <b>بیشتر</b> از آن‌ها بگیرد)	۳,۷۸		
۳		در صورتی که پزشک خدمات ارائه شده به بیمارانش را <b>ثابت نکند</b> ، دولت باید امتیازات مالیاتی به پزشک ندهد.	۰,۰۸		
۴		دولت باید به پزشکانی که در طرح تحول سلامت مداخله <b>نمی‌کنند</b> ، امتیازات مالیاتی ندهد.	۰,۳۳		
۵		در صورتی که پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل <b>کند</b> ، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه کند.	۰,۴۶		
۶		در صورتی که پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل <b>نکند</b> ، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه نکند.	۱,۱۸		
۷		<b>وزارت بهداشت</b> باید در قبال پرداخت <b>درست</b> و به موقع مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را به پزشک بدهد.	۰,۴۲		
۸		اگر پزشک <b>صادقانه</b> با دولت برخورد کند، دولت هم <b>صادقانه</b> با پزشک برخورد می‌کند. (دولت سوءاستفاده نمی‌کند)	۱,۲۷		
۹		اگر نحوه برخورد پزشکان با مأموران مالیاتی خوب <b>باشد</b> ، باید برخورد مأموران مالیاتی نیز با پزشکان خوب باشد.	۰,۴		
۱۰		دولت باید مأموران مالیاتی را که اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی پزشکان و نحوه کسب درآمد پزشک <b>ندارند</b> ، آموزش دهد.	۱,۱۶		
۱۱		سازمان نظام پزشکی باید به پزشک در قبال <b>مشارکت</b> در پرداخت مالیات درست برای حقوقی که در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی دارد، اطلاع‌رسانی کند.	۰,۱۶		
۱۲		اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار <b>کند</b> ، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم می‌شود. (سوءبرداشت از مأموران مالیاتی کم می‌شود)	۰,۷۸		
۱۳		اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار <b>نکند</b> ، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم نمی‌شود. (سوءبرداشت از مأموران مالیاتی کم نمی‌شود)	۰,۹۶		
۱۴		اگر پزشک طرف قرارداد بیمه‌های درمان <b>باشد</b> باید از روی نسخه‌های موجود بیماران، سازمان مالیاتی، مالیات پزشک را مشخص کند.	۱,۸۹		
۱۵		پزشکانی که در تخصص‌های مختلف (نزدیک به یک طیف درآمدی هستند) و باهم دسته‌بندی <b>نشوند</b> ، باید مالیات یکسان از آنان دریافت نشود.	۲,۲۸		
۱۶		پزشکان مسن و کارافتاده را دولت باید از مالیات املا معاف <b>نکند</b> . (در عوض دولت باید چتر حمایتی مثل خدمات و بیمه‌های اجتماعی رایگان برای آنان در نظر بگیرد و مثل سایر بازنشستگان	۲,۱۶		

ردیف	سابقه	سازمان نظام پزشکی	پزشکان	سازمان امور مالیاتی و دولت	والات
					از آنان مالیات دریافت کند)
۱۷			۰,۱۳		سایر پزشکان که توانایی طبابت دارند را دولت باید از تمام یا بخشی از مالیات معاف <b>نکند</b> . (در عوض دولت باید چتر حمایتی مثل خدمات و بیمه‌های اجتماعی برای آنان فراهم کند)
۱۸			۳,۹۱		اگر پزشک به مالیات تشخیصی توسط سازمان مالیاتی اعتراض کند و تخفیف <b>بگیرد</b> باید برای بررسی، پرونده‌اش را به کمیسیون بررسی بفرستد.
۱۹			۲,۹۹		اگر پزشک به مالیات تشخیصی توسط سازمان مالیاتی اعتراض کند و تخفیف <b>نگیرد</b> باید برای بررسی، پرونده‌اش را به کمیسیون بررسی بفرستد.
۲۰			۰,۵۹		اگر برای <b>تمامی</b> پزشکان بخشودگی مالیات باشد، بخشودگی به صورت سلیقه‌ای نیست و معیاری برای آن وجود دارد.
۲۱			۰,۵۵		اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض <b>کند</b> ، دادگاه باید به اعتراض پزشک رسیدگی کند و جریمه نهایی را تعیین کند.
۲۲			۰,۰۵		اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض <b>نکند</b> ، مأموران مالیاتی باید جریمه نهایی را تعیین کنند.
۲۳			۱,۴۷		پزشکانی که درآمد پایین دارند، با مأموران مالیاتی ارتباط غیررسمی برقرار نکرده و مالیات را واقعی پرداخت می‌کنند.
۲۴			۰,۶۱		اگر رئیس گروه مالیات پزشکان توانمند <b>باشد</b> ، با کنترل داخلی و نظارت مانع دریافت غیررسمی (پول) مأموران مالیاتی از پزشکان می‌شود.
۲۵			۱,۹۸		اگر پزشکان اطلاعات درآمدی را درست اظهار <b>کنند</b> ، از مأموران مالیاتی که اطلاعات کمی در حوزه سلامت دارند سوءاستفاده <b>نمی‌کنند</b> .
۲۶			۰,۲۵		سازمان مالیاتی باید تفاوت میزان هزینه پزشک (که برای اداره مطب و... خرج می‌کند) بین مراکز استان و شهرستان را برای پزشکانی که در <b>مراکز استان‌ها</b> با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند، در تعیین مالیات در نظر بگیرد.
۲۷			۲,۱۴		اگر پزشک خدماتی که به بیمار می‌دهد ثبت <b>کند</b> (دریافت مالیات برحسب خدمات ارائه شده به بیمار باشد) سازمان مالیاتی باید جمعیت شهری که پزشک در آن کار می‌کند را در تعیین مالیات در نظر بگیرد.
۲۸			۲,۶۴		اگر پزشکان بیمه‌های طرف قرارداد خود را گسترش <b>دهند</b> ، مأموران مالیاتی باید از روی تعداد نسخ بیمه‌های طرف قرارداد مالیات را تعیین کنند.
۲۹			۲,۲۵		اگر پزشکان بیمه‌های طرف قرارداد خود را گسترش <b>ندهند</b> ، مأموران مالیاتی باید از روی تعداد نسخ بیمه‌های طرف قرارداد مالیات را تعیین کنند.
۳۰			۰		اگر نرخ مالیات پزشک <b>زیاد</b> باشد، دولت باید خدمات خوب در قبال پرداخت مالیات، به پزشک <b>بدهد</b> .
۳۱			۰,۳		از پزشک با درآمد <b>بالا</b> ، مالیات به صورت <b>تصاعدی</b> (با افزایش درآمد، سهم و درصد مالیات افزایش می‌یابد) دریافت شود.
۳۲			۰,۷۹		دولت باید از پزشکی که فعالیت زیاد <b>دارد</b> (تعداد ساعات کاری زیاد)، مالیات بیشتری دریافت



ردیف	سابقه	سازمان نظام پزشکی پزشکان سازمان امور مالیاتی و دولت	والات
			<b>کند.</b> (جلوی افزایش فعالیت و انگیزه پزشک را بگیرد)
۳۳		۰,۶۵	دولت باید از پزشکی که فعالیت زیاد <b>ندارد</b> (تعداد ساعات کاری کم)، مالیات بیشتری دریافت <b>نکند</b> (باعث افزایش فعالیت و انگیزه پزشک شود)
۳۴		۰	برای پزشکان اهمیت دارد که از طریق رسانه‌های گروهی، درباره مالیات و فرهنگ سازی مالیات به آن‌ها اطلاع‌رسانی <b>شود</b> .
۳۵		۱,۵۱	اگر مراکز درمانی و بیمارستان‌ها اطلاعات درآمدی پزشک را به سازمان مالیاتی <b>ندهند</b> ، مالیات واقعی از پزشک اخذ نمی‌شود.
۳۶		۰,۳۴	اگر پزشک خدمات جانبی در مطب ارائه <b>ندهد</b> مأموران مالیاتی باید در تعیین مالیات، تنها ویزیت بیماران در مطب را در نظر بگیرند.
۳۷		۱,۲۳	مأموران مالیاتی باید حساب بانکی پزشکانی که گردش مالی <b>بالایی</b> دارند را برای تعیین مالیات بررسی کنند.
۳۸		۰,۳۷	برای پزشکان <b>زن</b> که در تخصص‌های مختلف هستند و بیماران مراجعه‌کننده بیشتری دارند، باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات مؤثر باشد.
۳۹		۰,۰۷	برای پزشکان <b>مردی</b> که در تخصص‌های مختلف هستند و بیماران مراجعه‌کننده بیشتری دارند، باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات مؤثر باشد.
۴۰		۰,۹۹	پزشکانی که مالیات مکسوره <b>پایینی</b> دارند و آن را اظهار <b>می‌کنند</b> ، دولت باید مالیات مکسوره پزشک را از مالیات تعیین شده کسر نکند.
۴۱		۰,۴۲	اگر پزشک اظهارنامه را پر <b>کند</b> ، مأموران مالیاتی باید سن، شهرت، محل مطب و مدارک موجود پزشک را بررسی کنند.
۴۲		۰,۰۲	اگر پزشکان درآمد خود را درست اظهار <b>نکنند</b> ، مأموران مالیاتی باید پزشکان را با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده و نسخ موجود راستی آزمایی کنند.
۴۳		۱,۸۲	اگر پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری <b>نکنند</b> ، مأموران مالیاتی باید قوانین و مقررات مالیاتی را به آن‌ها اطلاع‌رسانی نکنند و توضیحات لازم را ندهند.
۴۴		۰,۸۷	اگر پزشکان در مطب خود <b>یک</b> دستگاه پوز و یک حساب داشته باشند و ویزیت از طریق پوز به حساب پزشک ریخته شود باید برای تعیین مالیات، حساب آن‌ها بررسی شود.
۴۵		۱,۵۱	اگر پزشکان به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدشان ثبت <b>شود</b> ، سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت می‌کند.
۴۶		۰,۶۰	برای پزشکانی که در <b>مراکز استان‌ها</b> با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند دولت باید شهرها را منطقه بندی کند و برحسب جمعیت هر شهر و متوسط تعداد مراجعه بیماران، مالیات را تعیین کند.
۴۷		۰,۷۱	اگر پزشکان مالیات را به صورت <b>تناسبی</b> (درصد یکسانی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) بپردازند، دولت مالیات واقعی دریافت می‌کند.
۴۸		۰,۹۶	در صورتی که پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی وجود <b>نداشته</b> باشد (و تناسب خوبی بین پزشکان در خصوص مراجعه بیماران به آن‌ها وجود <b>نداشته</b> باشد) سازمان مالیاتی باید سقف درآمدی برای مالیات مشخص نکند. (از یک حد معین که درآمد بالاتر شود مالیات بیشتری

ردیف	سابقه	سرویس	والات	سازمان نظام پزشکی	پزشکان سازمان امور مالیاتی و دولت
					دریافت نکند)
۴۹				۰,۱۱	مأموران مالیاتی باید در ماههایی از سال که مطب پزشکان <b>خلوت</b> می‌باشد، برای بازدید از مطب بروند.
۵۰				۰,۶۴	پزشکان اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار می‌کنند اگر متوجه شوند که سازمان مالیاتی دسترسی به اطلاعات <b>دارد</b> .
۵۱				۰,۷	اگر پزشک محل کار طبابت متفاوت <b>داشته</b> باشد (چندین محل کار) باید از مجموع درآمد پزشک (از هر محل کار جداگانه)، مالیات دریافت شود.
۵۲				۰,۰۱	پزشک از طریق <b>تفاهم‌نامه</b> (که هزینه و زمان پایین‌تری در دریافت مالیات داشت و پایه مالیاتی پایین بود) مالیات واقعی به دولت پرداخت می‌کند
۵۳				۰,۷۹	پزشک از طریق <b>اظهارنامه</b> (بدون تفاهم‌نامه) مالیات واقعی به دولت پرداخت می‌کند.
۵۴				۵,۸۸	پزشکی که مبلغ ویزیت پایین <b>می‌گیرد</b> (و در عوض از جایی دیگر جبران می‌نماید و به‌نوعی سیاه نمایی می‌کند)، مأموران مالیاتی متوجه می‌شوند. (مالیات واقعی را تعیین می‌کنند)
۵۵				۲,۸۶	اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار <b>جدا</b> باشد، احتمال عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد.
۵۶				۳,۶۲	اگر پزشکان اظهارنامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه <b>بدهند</b> ، سازمان مالیاتی باید مالیات را علی‌الراس (تشخیصی) تعیین کند.
۵۷				۱,۳۹	اگر پزشکان اظهارنامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه <b>ندهند</b> ، سازمان مالیاتی باید مالیات را علی‌الراس (تشخیصی) تعیین کند.
۵۸				۳,۱۸	اگر پزشکان اظهارنامه را <b>واقعی</b> پر کنند (فرمالیته و تشریفات ندانند)، مأموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و سقم بررسی کنند.
۵۹				۰,۴۹	اگر سازمان امور مالیاتی بر اساس توانایی پزشک مالیات دریافت <b>نماید</b> ، این سازمان باید اظهارنامه را بررسی کند.
۶۰				۲,۷۳	افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت <b>با نظارت</b> ، باعث پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) پزشکان نمی‌شود.
۶۱				۰,۸	زمانی که پزشکان طبق تفاهم‌نامه مالیات پرداخت <b>کنند</b> ، سازمان مالیاتی اعتراضات پزشکان را بیشتر بررسی می‌کند. (و در نتیجه مالیات بیشتری تشخیص می‌دهند)
۶۲				۱,۷۰	زمانی که پزشکان طبق تفاهم‌نامه مالیات پرداخت <b>نکنند</b> (مأموران مالیاتی اظهارنامه پزشکان را بررسی کنند)، سازمان مالیاتی اعتراضات پزشکان را بیشتر بررسی می‌کند. (و در نتیجه مالیات بیشتری تشخیص می‌دهند)
۶۳				۱,۴۲	اگر سازمان نظام پزشکی مالیات پزشکان را مدیریت کند و درگیر مسائل مالی شود، باید مقداری از مالیات را به‌عنوان تسهیلات برای پزشکان <b>خاص</b> (مورد توجه نظام پزشکی هستند) هزینه نکند.
۶۴				۳,۰۸	اگر پزشک مالیات را درست و به‌موقع پرداخت <b>کند</b> ، سازمان نظام پزشکی باید از سازمان مالیاتی برای تمدید پروانه پزشک استعلام کند.

ردیف	سابقه	سازمان نظام پزشکی پزشکان سازمان امور مالیاتی و دولت	سوال
۶۵	در صورتی که با تفاهم‌نامه، از پزشک مالیات دریافت می‌شد، باید پایه مالیاتی هر ساله تغییر (و افزایش) پیدا می‌کرد.		۰,۶

با توجه به نتایج تحلیل عاملی تأییدی، سوالات مربوط به ۲۳ بازی از ۵۴ بازی طراحی شده دارای بیشترین بار عاملی بودند که ۱۵ بازی مربوط به طبقه سازمان امور مالیاتی و دولت، ۵ بازی مربوط به طبقه پزشکان و ۳ بازی مربوط به طبقه سازمان نظام پزشکی می‌باشد.

جدول ۴-۴۶ ارزیابی تحلیل عاملی تأییدی با شاخص‌های برازش برای طبقات اصلی

حد مجاز	مقدار به دست آمده	نام شاخص
معنادار	Pvalue: ۰,۰۰	کای دو
کمتر از ۰,۱	۰,۰۸	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)
بین صفر و یک	۰,۶۲	نیکوئی برازش (GFI)
بین صفر و یک	۰,۵۹	نیکوئی برازش اصلاح شده (AGFI)
کمتر از ۰,۱	۰,۰۸	ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد شده (SRMR)
بزرگ‌تر از ۰,۹	۰,۷۷	برازندگی نرم شده (NFI)
بزرگ‌تر از ۰,۹	۰,۷۵	برازندگی نرم نشده (NNFI)
بزرگ‌تر از ۰,۹	۰,۱۱	برازندگی تعدیل یافته (CFI)
بزرگ‌تر از ۰,۹	۰,۹۲	برازندگی فزاینده (IFI)

با توجه به مقادیر به دست آمده شاخص‌های برازش، مکانیزم طراحی شده از برازش خوبی برخوردار می‌باشد؛ و همچنین با توجه به مقادیر RMSEA و SRMR که در تعیین برازش اهمیت بیشتری دارند می‌توان برازش را خوب بیان نمود.

#### ۴-۵) طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها

بعد از انجام مرحله کیفی مطالعه، بازی‌های مرتبط به رفتارهای متعامل بین پزشک و دولت را طراحی کردیم که ۵۴ بازی طراحی شد که هر بازی ۴ رفتار متعامل را شامل می‌شود. سپس مطابق هدف چهارم پژوهش به تحلیل رفتارهای تعاملی بین پزشکان و سازمان امور مالیاتی پرداختیم و پس از وارد کردن داده‌های مرتبط به هر بازی در نرم‌افزار گیم بیت، مطابق هدف پنجم پژوهش، به طراحی مکانیزم مالیاتی با توجه به تعادل‌های رفتاری

متعامل که از نتایج نرم افزار به دست می آید پرداختیم. ۵۴ بازی طراحی شده همراه با نتایج حاصل از نرم افزار گیم بیت در ذیل آورده شده است.

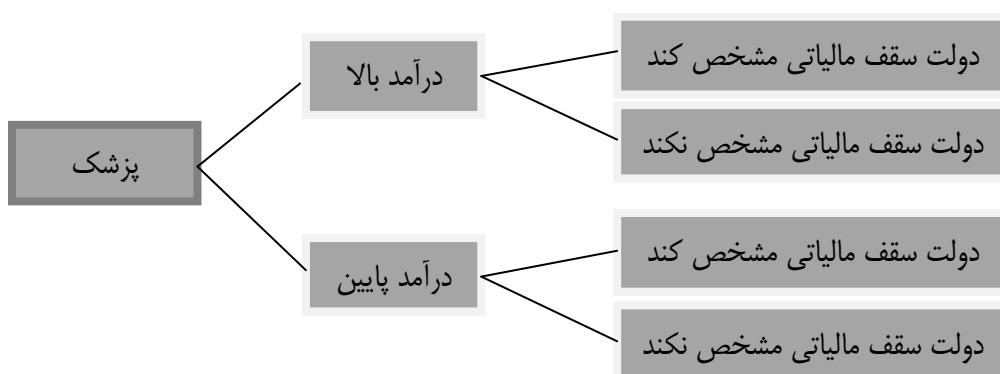
ابتدا یک بازی که شامل موارد زیر است به عنوان مثال به صورت کامل با ماتریس توضیح داده می شود: مجموعه افراد بازیکن: پزشک را به عنوان یک بازیکن و دولت را به عنوان بازیکن دیگر در نظر می گیریم. مجموعه قواعد بازی: پزشک می تواند درآمد خود را به دو حالت صادقانه یا غیر صادقانه اظهار کند. دولت هم می تواند به استراتژی رفتاری پزشک توجه کند (پاداش دهد یا جریمه کند) یا توجه نکند. نتایج بازی: ۴ استراتژی رفتاری از تعامل بین پزشک و دولت نتایج این بازی می باشد ۱- اگر پزشک درآمدش را صادقانه در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید به پزشک پاداش دهد. ۲- اگر پزشک درآمدش را صادقانه در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید به پزشک بی توجهی کند. ۳- اگر پزشک درآمدش را غیر صادقانه در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید پزشک را جریمه کند. ۴- اگر پزشک درآمدش را غیر صادقانه در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید به پزشک بی توجهی کند.

منفعت: استراتژی که در آن پزشک درآمدش را صادقانه در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید به پزشک (توجه کند) پاداش دهد، تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می باشد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۲ درصد است.

		پزشک	
		درآمد را صادقانه اظهار کند	درآمد را غیر صادقانه اظهار کند
دولت	توجه کند (پاداش دهد، جریمه کند)	(۵۲،۸۸)	(۷۰،۴۷،۳)
	بی توجهی کند	(۴۸،۱۲)	(۳۰،۵۲،۷)

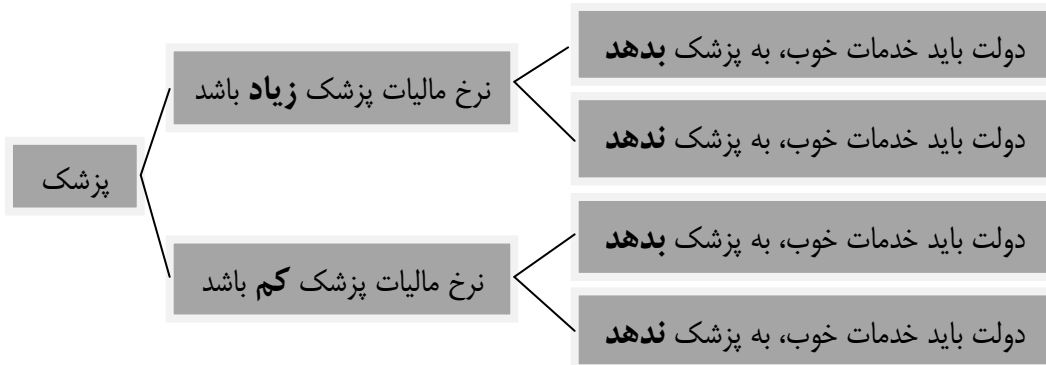
(۱-۵)

### بازی های زیر طبقه اول: عدالت مالیاتی



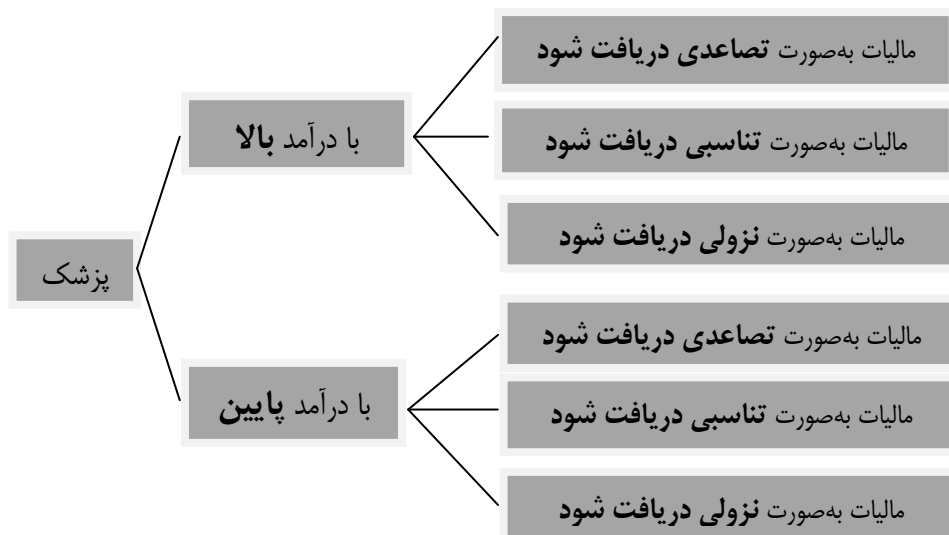
شکل ۱-۴ استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱

تبادل نش این بازی انتخاب استراتژی است که پزشکانی که درآمد بالا دارند، دولت باید برای آنها سقف مالیاتی مشخص نکند. (از یک سقف معین، مالیات بیشتر از آنها بگیرد). منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۳۱,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۴ درصد است.



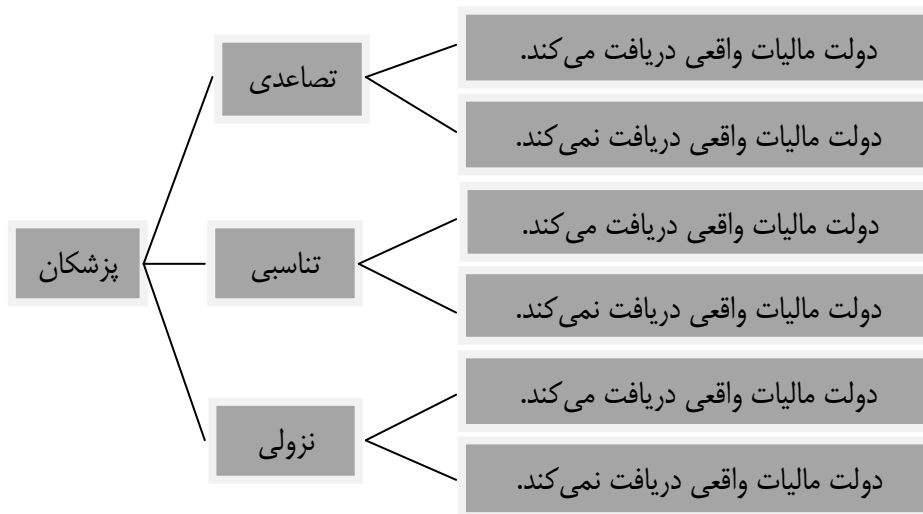
شکل ۴-۲ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که نرخ مالیات پزشک زیاد باشد، دولت باید خدمات خوب در قبال دریافت مالیات، به پزشک ارائه بدهد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۹۶,۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۶ درصد است.



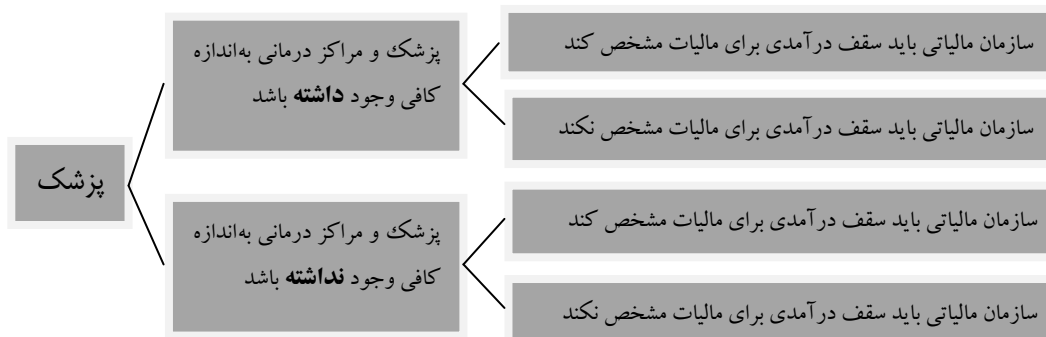
شکل ۴-۳ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که از پزشک با درآمد بالا، دولت به صورت تصاعدی (با افزایش درآمد، سهم و درصد مالیات افزایش می‌یابد) مالیات دریافت کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۳۷,۶ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۸ درصد است.



شکل ۴-۴ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴

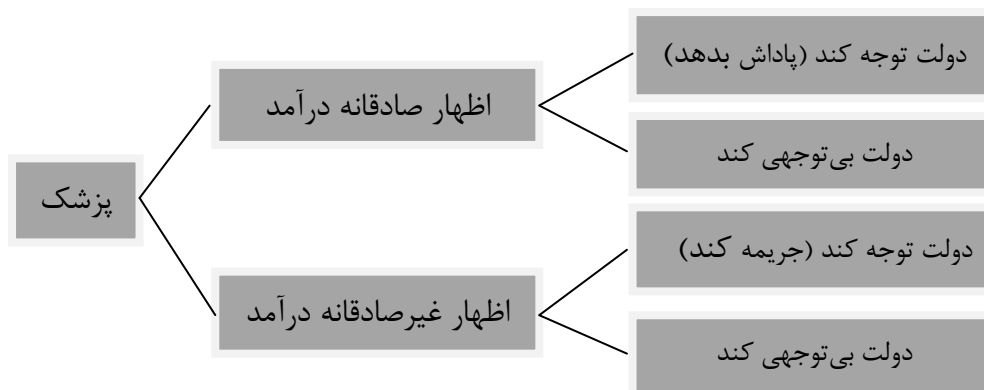
تعادل نش این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشکان مالیات را به صورت تناسبی (درصد یکسانی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) بپردازند، دولت مالیات واقعی دریافت می‌کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۷,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۲ درصد است.



شکل ۴-۵ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵

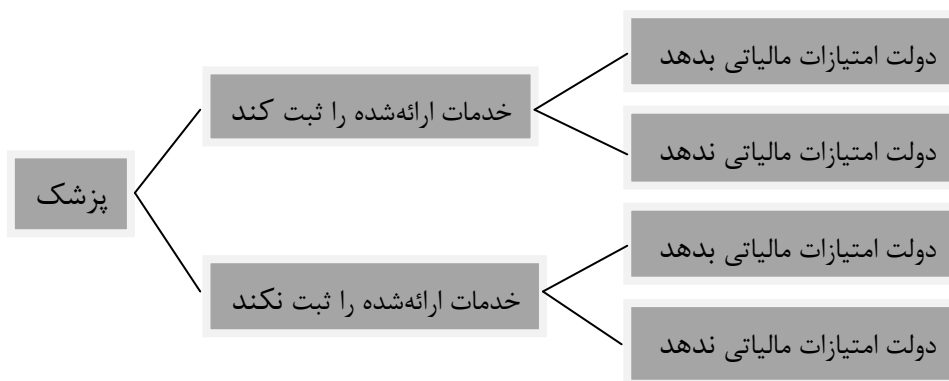
تعادل نش این بازی انتخاب استراتژی است در صورتی که پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی وجود نداشته باشد (و تناسب خوبی بین پزشکان در خصوص مراجعه بیماران به آن‌ها وجود نداشته باشد) سازمان مالیاتی باید سقف درآمدی برای مالیات مشخص نکند. (از یک حد معین که درآمد بالاتر شود مالیات بیشتری دریافت نکند). منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۵,۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است.

#### ۴-۵-۲) بازی‌های زیر طبقه دوم: فرهنگ سازی مالیات



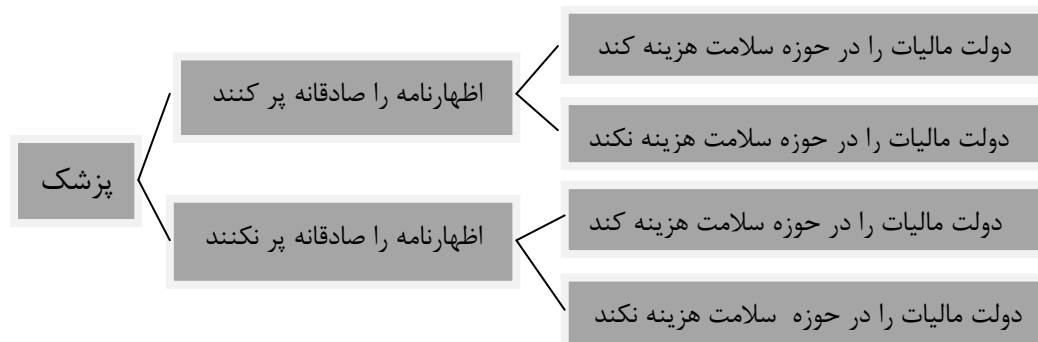
شکل ۴-۶ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۶

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که پزشک درآمدش را صادقانه در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید به پزشک (توجه کند) پاداش دهد، منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۲ درصد است.



شکل ۴-۷ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۷

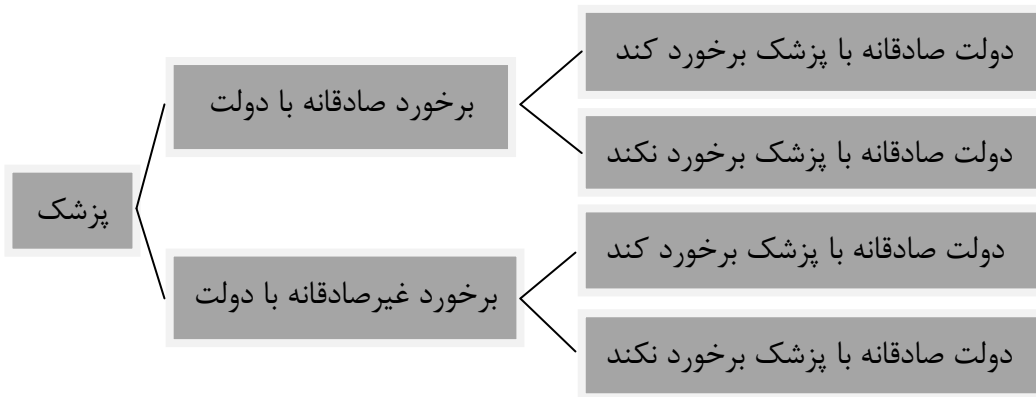
تبادل نش این بازی انتخاب استراتژی است که پزشک خدمات ارائه‌شده به بیمارانش را ثبت نکند، دولت باید امتیازات مالیاتی به پزشک ندهد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۲,۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۴ درصد است.



شکل ۴-۸ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۸

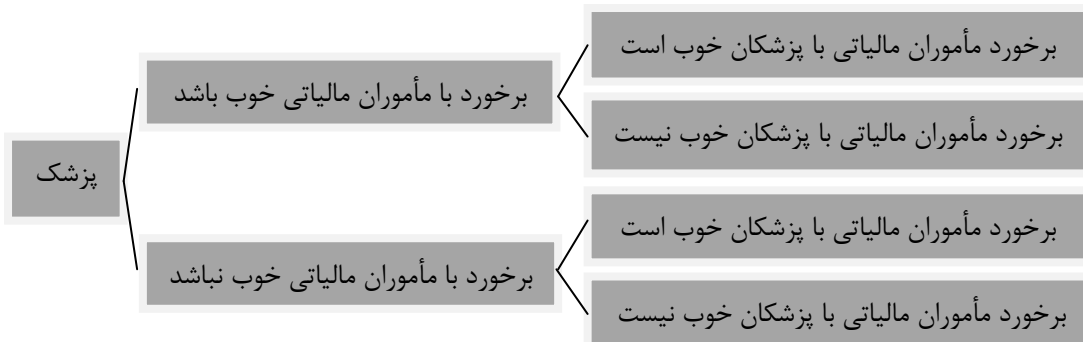
تبادل اول نش این بازی انتخاب استراتژی است که پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل کند، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۸,۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۰ درصد است. تبادل دوم نش این بازی انتخاب استراتژی است که پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل نکند، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه نکند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۹,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۸ درصد است.





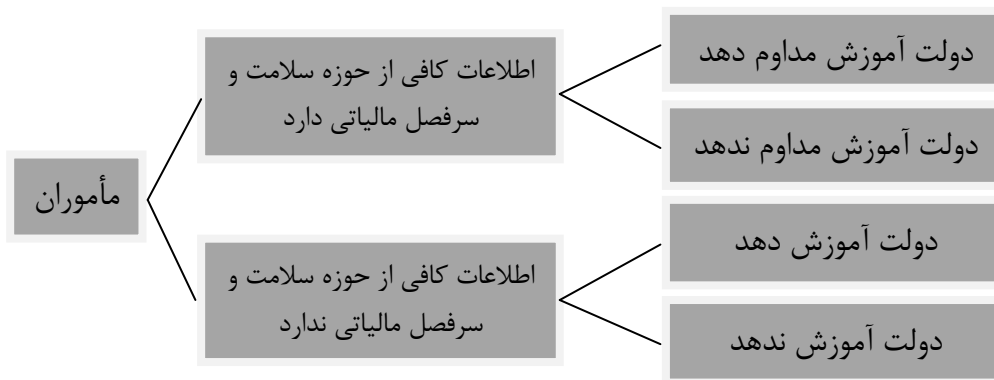
شکل ۴-۹ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۹

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که پزشک صادقانه با دولت برخورد کند، دولت هم صادقانه با پزشک برخورد می‌کند. (دولت سوءاستفاده نمی‌کند). منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۲ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۰ درصد است.



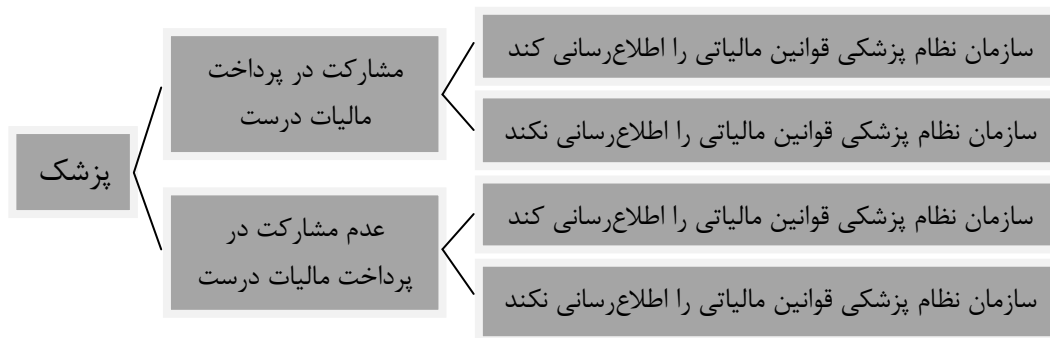
شکل ۴-۱۰ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۰

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که نحوه برخورد پزشکان با مأموران مالیاتی خوب باشد، باید برخورد مأموران مالیاتی نیز با پزشکان خوب باشد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۹٫۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۰ درصد است.



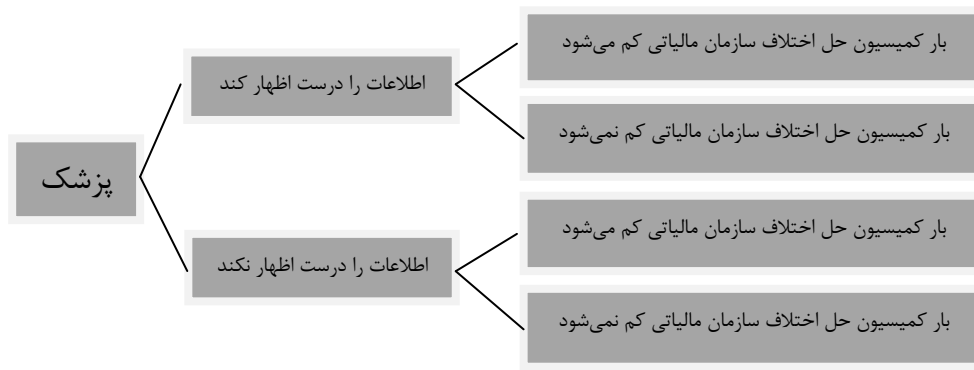
شکل ۴-۱۱ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۱

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که مأموران مالیاتی را که اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی پزشکان و نحوه کسب درآمد پزشک ندارند، دولت باید آموزش دهد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۵,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۸ درصد است.



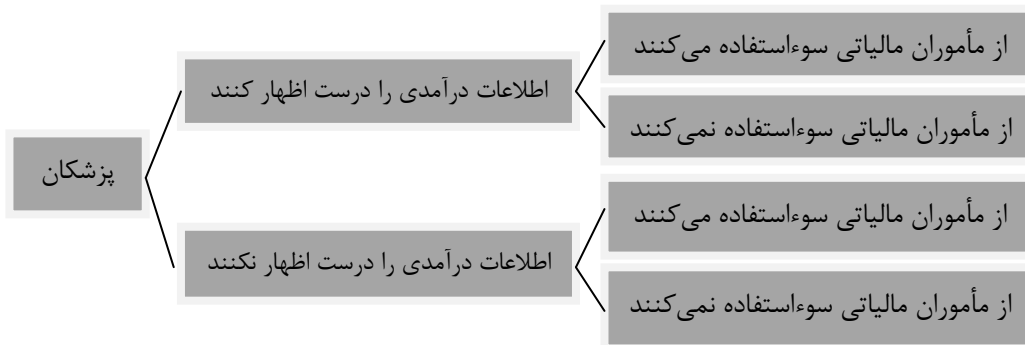
شکل ۴-۱۲ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۲

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که سازمان نظام پزشکی باید به پزشک در قبال مشارکت در پرداخت مالیات درست برای حقوقی که در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی دارد، اطلاع‌رسانی کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۴,۷ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است.



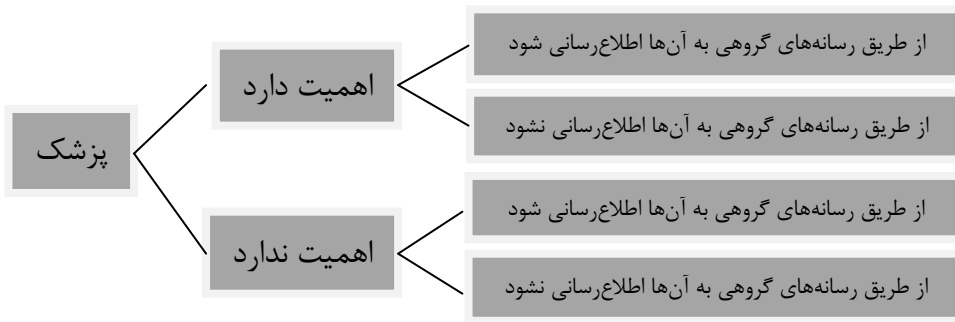
شکل ۴-۱۳ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۳

تعادل اول نش این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار کند، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم می‌شود. (سوءبرداشت از مأموران مالیاتی کم می‌شود). منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۴,۷ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است. تعادل دوم نش این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار نکند، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم نمی‌شود. (سوءبرداشت از مأموران مالیاتی کم نمی‌شود). منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۹,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۰ درصد است.



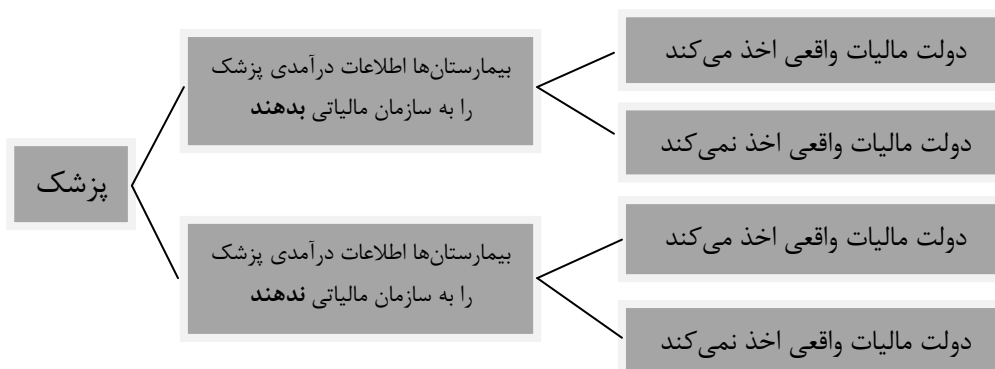
شکل ۴-۱۴ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۴

تعادل نش این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشکان اطلاعات درآمدی را درست اظهار کنند، از مأموران مالیاتی که اطلاعات کمی در حوزه سلامت دارند سوءاستفاده نمی‌کنند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۸,۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است.



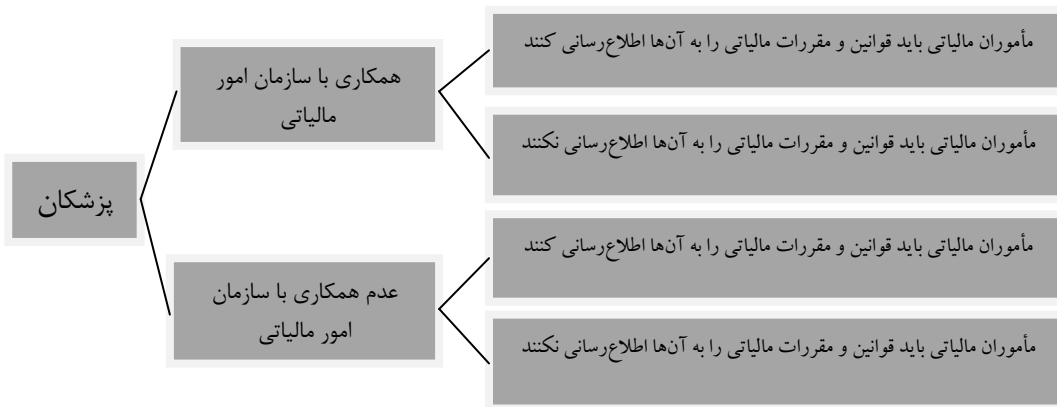
شکل ۴-۱۵ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۵

تبادل اول نش این بازی انتخاب استراتژی است که برای پزشکان اهمیت دارد از طریق رسانه‌های گروهی، درباره مالیات و فرهنگ سازی مالیات به آن‌ها اطلاع‌رسانی شود. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۰,۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۰ درصد است. تبادل دوم نش این بازی انتخاب استراتژی است که برای پزشکان اهمیت ندارد از طریق رسانه‌های گروهی، درباره مالیات و فرهنگ سازی مالیات به آن‌ها اطلاع‌رسانی نشود. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۳,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۸ درصد است.



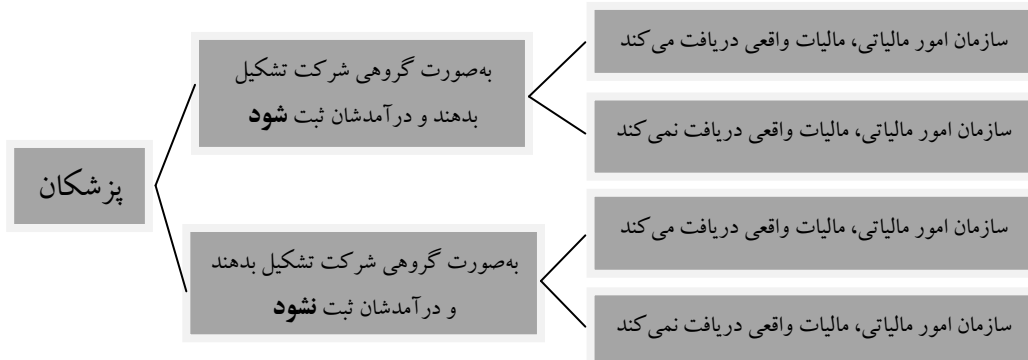
شکل ۴-۱۶ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۶

تبادل نش این بازی انتخاب استراتژی است که اگر مراکز درمانی و بیمارستان‌ها اطلاعات درآمدی پزشک را به سازمان مالیاتی ندهند، مالیات واقعی از پزشک اخذ نمی‌شود. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۰,۲ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۴ درصد است



شکل ۴-۱۷ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۷

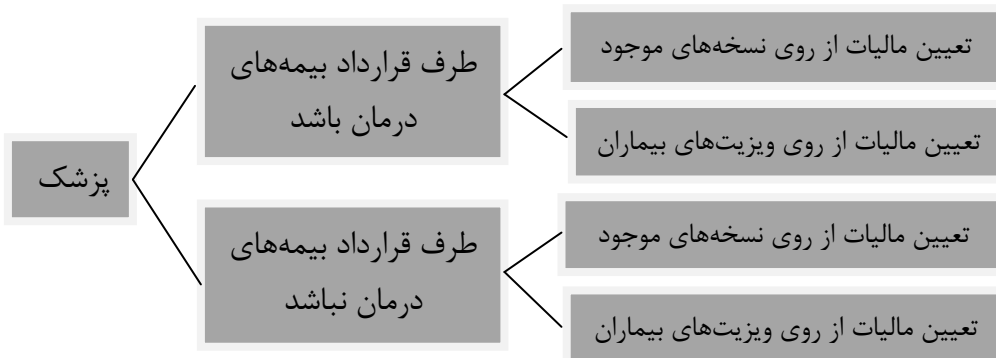
تعادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری نکنند، مأموران مالیاتی باید قوانین و مقررات مالیاتی را به آن‌ها اطلاع‌رسانی نکنند و توضیحات لازم را ندهند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۲۹,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۶ درصد است.



شکل ۴-۱۸ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۸

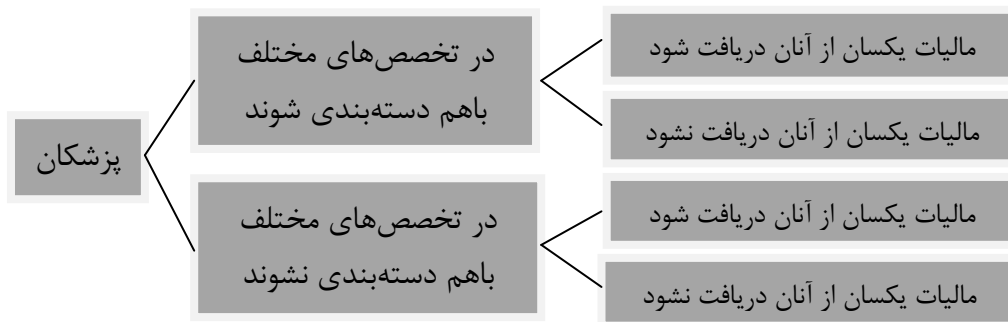
تعادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که پزشکان به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدها ثابت شود، سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت می‌کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۰ درصد است.

#### ۳-۵-۴) بازی‌های زیر طبقه سوم: فرایند نحوه تعیین و دریافت مالیات از پزشکان



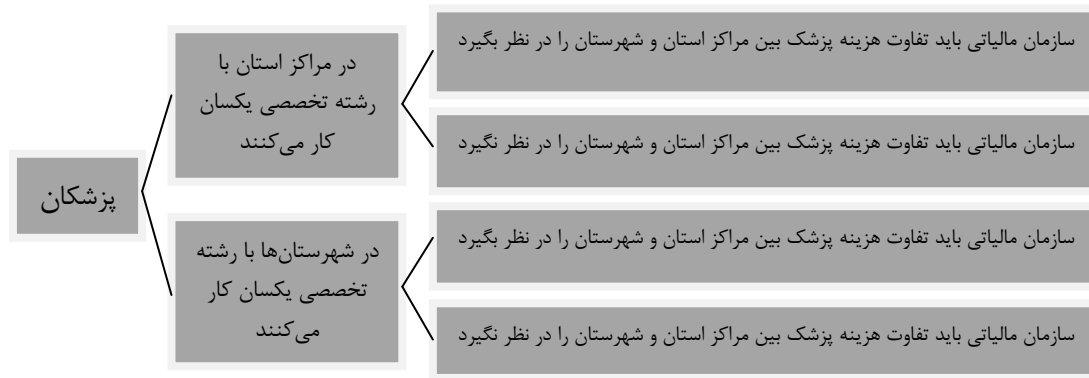
شکل ۴-۱۹ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۹

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که پزشک طرف قرارداد بیمه‌های درمان باشد باید از روی نسخه‌های موجود بیماران، سازمان مالیاتی، مالیات پزشک را مشخص کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۵,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۶ درصد است



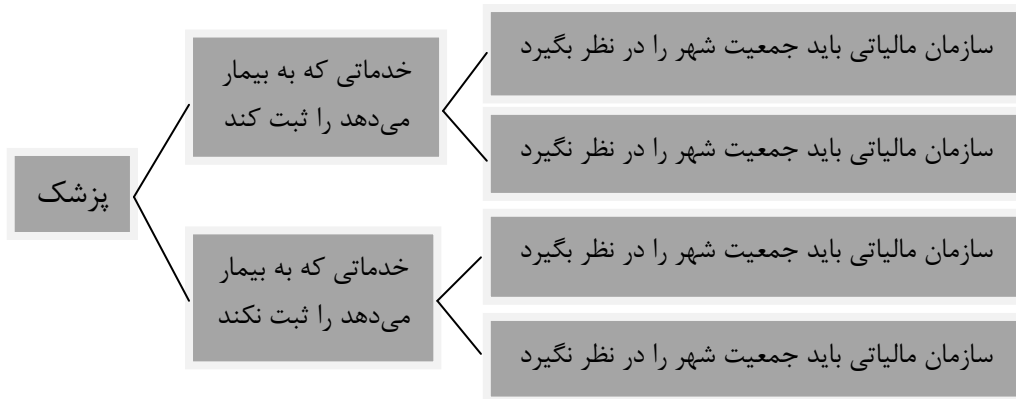
شکل ۴-۲۰ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۰

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که پزشکان که در تخصص‌های مختلف (نزدیک به یک طیف درآمدی هستند) و باهم دسته‌بندی نشوند، باید مالیات یکسان از آنان دریافت نشود. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۴,۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است.



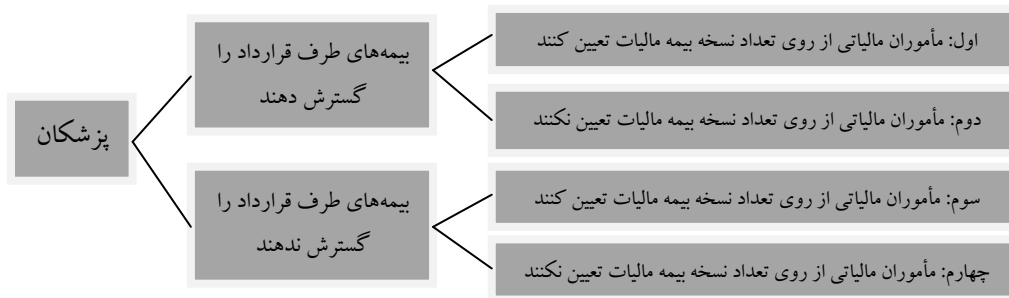
شکل ۴-۲۱ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۱

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که سازمان مالیاتی باید تفاوت میزان هزینه پزشک (که برای اداره مطب و... خرج می‌کند) بین مراکز استان و شهرستان را برای پزشکانی که در مراکز استان‌ها با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند، در تعیین مالیات در نظر بگیرد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است.



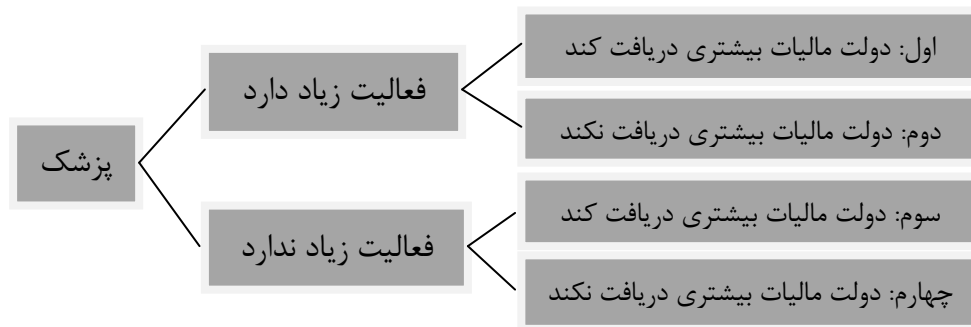
شکل ۴-۲۲ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۲

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشک خدماتی که به بیمار می‌دهد ثبت کند (دریافت مالیات برحسب خدمات ارائه شده به بیمار باشد) سازمان مالیاتی باید جمعیت شهری که پزشک در آن کار می‌کند را در تعیین مالیات در نظر بگیرد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۹٫۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۲ درصد است.



شکل ۴-۲۳ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۳

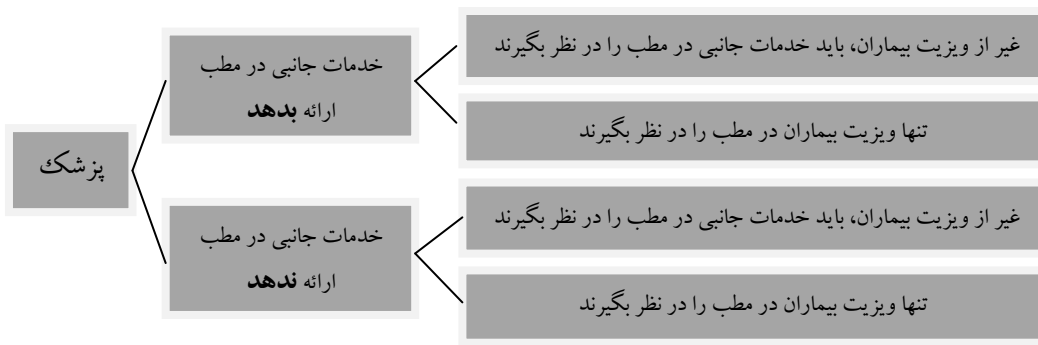
بازی از نوع مختلط می‌باشد که در استراتژی اول پزشک با احتمال ۶۶ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی دوم پزشک با احتمال ۶۶ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی سوم پزشک با احتمال ۳۴ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی چهارم پزشک با احتمال ۳۴ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.



شکل ۴-۲۴ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۴

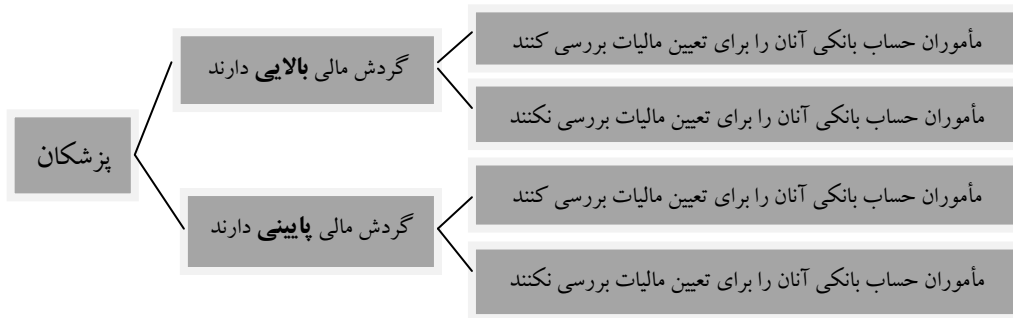
بازی از نوع مختلط می‌باشد که در استراتژی اول پزشک با احتمال ۲۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی دوم پزشک با احتمال ۲۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی سوم پزشک با احتمال ۷۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی چهارم پزشک با احتمال ۷۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.





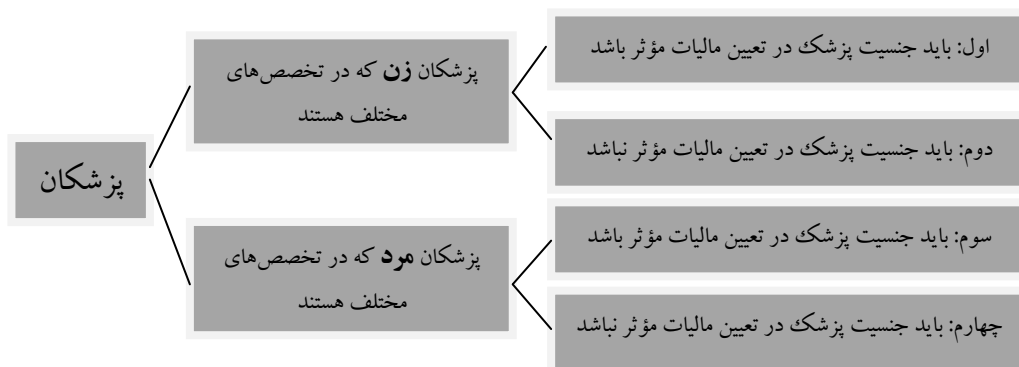
شکل ۴-۲۵ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۵

تبادل نش این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشک خدمات جانبی در مطب ارائه ندهد مأموران مالیاتی باید در تعیین مالیات، تنها ویزیت بیماران در مطب را در نظر بگیرند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۴,۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است.



شکل ۴-۲۶ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۶

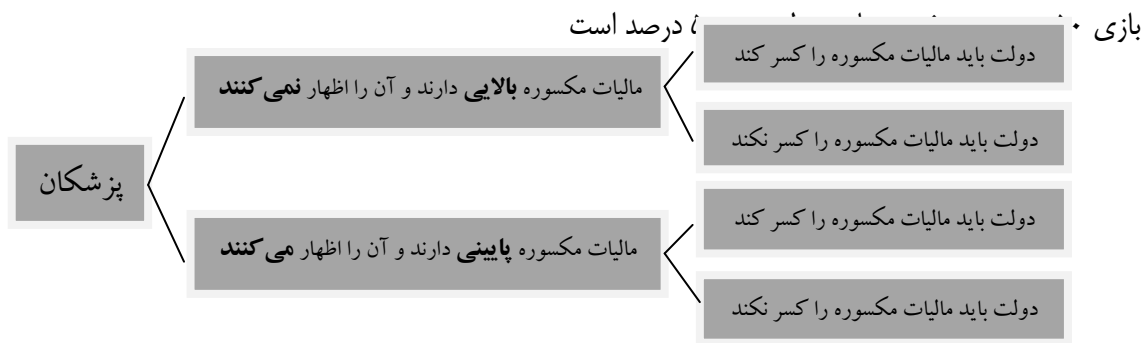
تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که مأموران مالیاتی باید حساب بانکی پزشکانی که گردش مالی بالایی دارند را برای تعیین مالیات بررسی کنند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۲,۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است.



شکل ۴-۲۷ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۷

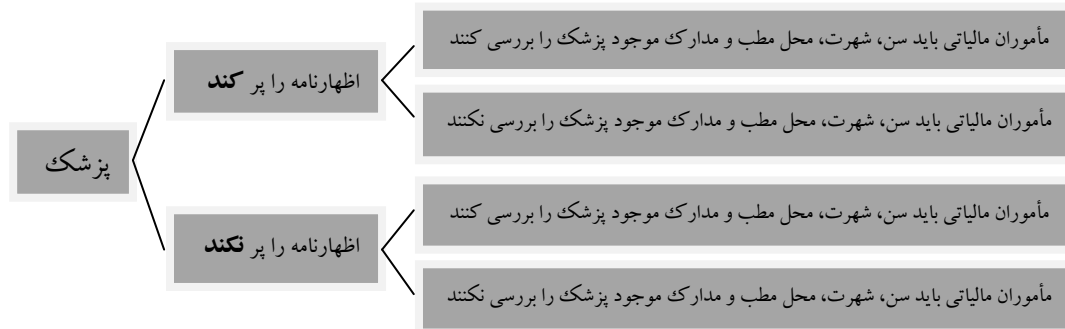
بازی از نوع مختلط می‌باشد که در استراتژی اول پزشک با احتمال ۶۰ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی دوم پزشک با احتمال ۶۰ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند.

سوم پزشک با احتمال ۴۰ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی چهارم پزشک با احتمال ۴۰ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این



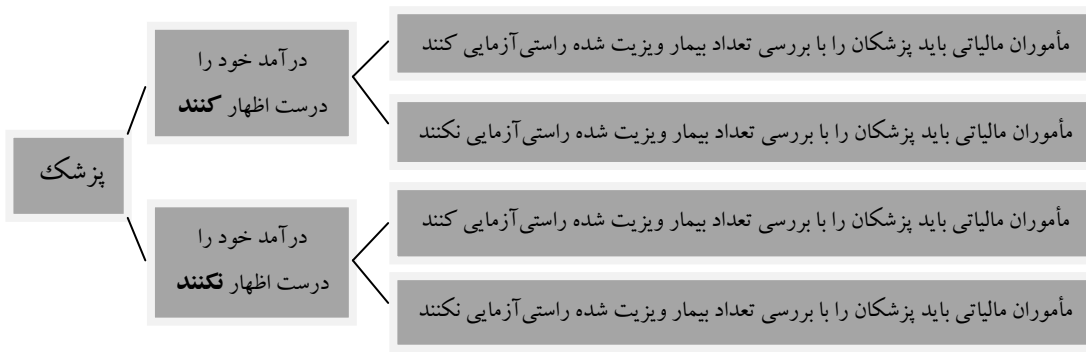
شکل ۴-۲۸ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۸

تعادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است پزشکانی که مالیات مکسوره پایینی دارند و آن‌ها اظهار می‌کنند، دولت باید مالیات مکسوره پزشک را از مالیات تعیین شده کسر نکند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۱,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۴ درصد است.



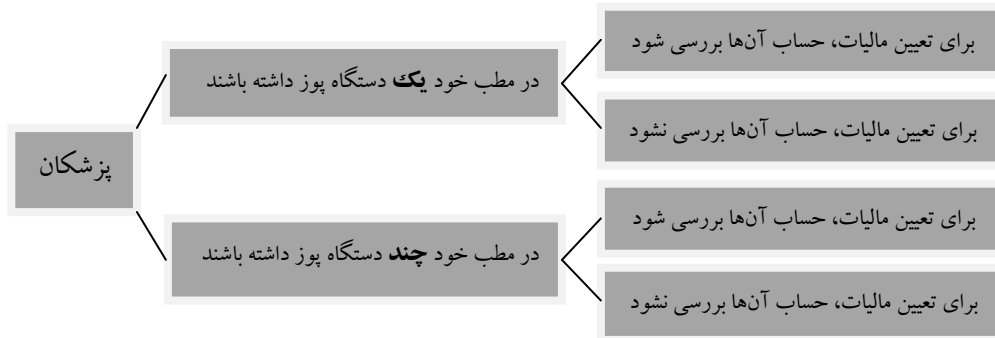
شکل ۴-۲۹ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۹

تعادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشک اظهارنامه را پر کند، مأموران مالیاتی باید سن، شهرت، محل مطب و مدارک موجود پزشک را بررسی کنند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۸,۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۰ درصد است.



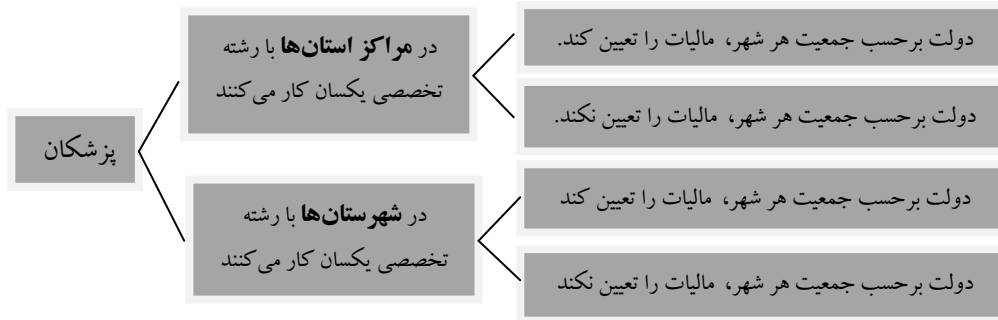
شکل ۳۰-۴ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۰

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشکان درآمد خود را درست اظهار نکنند، مأموران مالیاتی باید پزشکان را با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده و نسخ موجود راستی آزمایی کنند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۸,۲ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۴ درصد است.



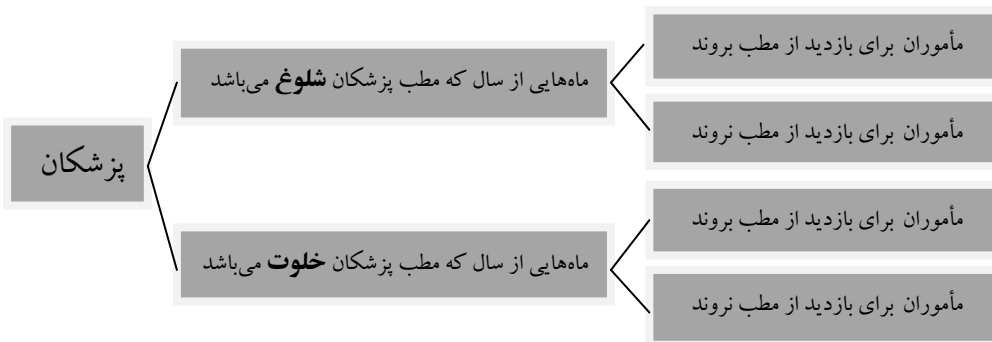
شکل ۳۱-۴ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۱

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشکان در مطب خود یک دستگاه پوز و یک حساب داشته باشند و ویزیت از طریق پوز به حساب پزشک ریخته شود باید برای تعیین مالیات، حساب آن‌ها بررسی شود. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۷,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۴ درصد است.



شکل ۴-۳۲ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۲

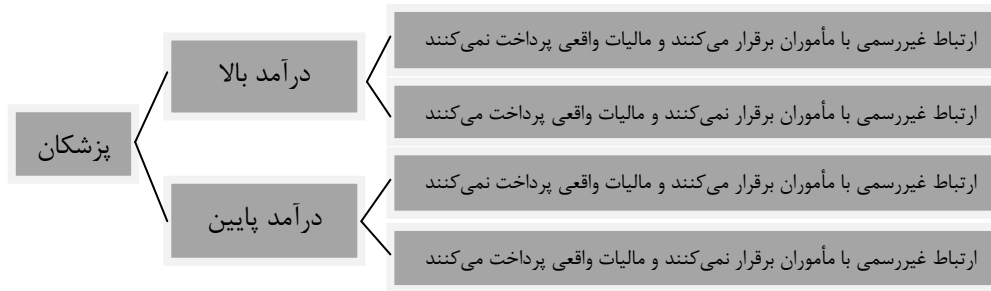
تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است برای پزشکانی که در مراکز استان‌ها با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند دولت باید شهرها را منطقه بندی کند و برحسب جمعیت هر شهر و متوسط تعداد مراجعه بیماران، مالیات را تعیین کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۲٫۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۰ درصد است.



شکل ۴-۳۳ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۳

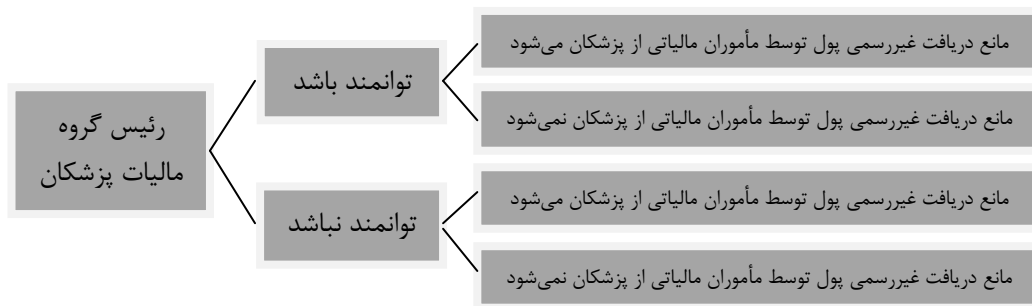
تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که مأموران مالیاتی باید در ماه‌هایی از سال که مطب پزشکان خلوت می‌باشد، برای بازدید از مطب بروند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۹٫۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۸ درصد است.

۴-۵-۴) بازی‌های زیر طبقه چهارم: انتظارات مأموران مالیاتی



شکل ۴-۳۴ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۴

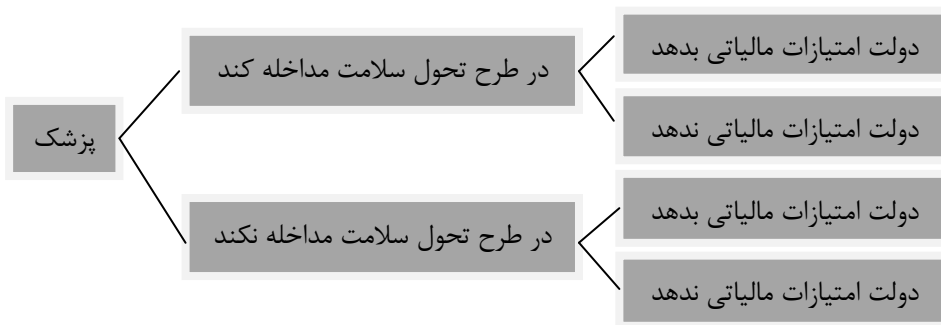
تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که پزشکانی که درآمد پایین دارند، با مأموران مالیاتی ارتباط غیررسمی برقرار نکرده و مالیات را واقعی پرداخت می‌کنند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۰ درصد است.



شکل ۴-۳۵ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۵

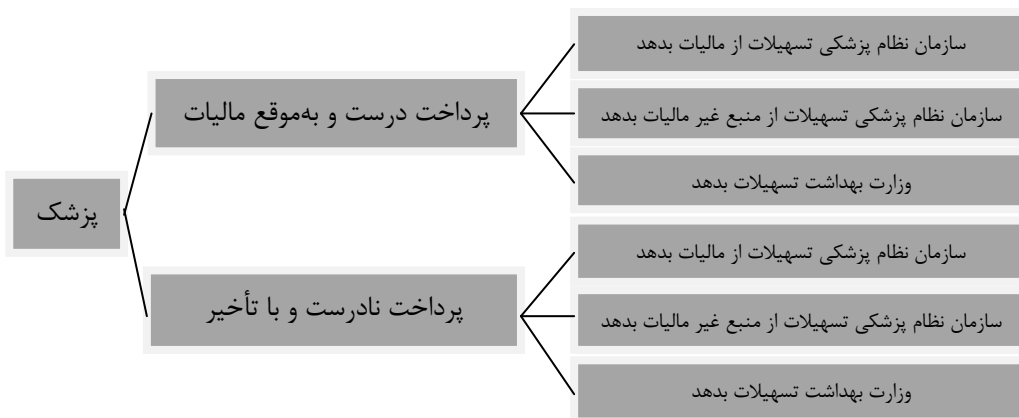
تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر رئیس گروه مالیات پزشکان توانمند باشد، با کنترل داخلی و نظارت مانع دریافت غیررسمی (پول) مأموران مالیاتی از پزشکان می‌شود. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۹,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است.

#### ۴-۵-۵) بازی‌های زیر طبقه پنجم: بخشودگی مالیاتی



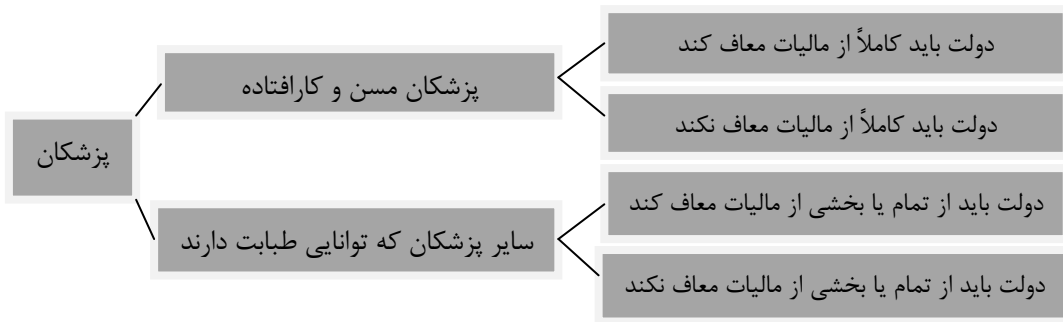
شکل ۴-۳۶ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۶

تبادل نش این بازی انتخاب استراتژی است که دولت باید به پزشکانی که در طرح تحول سلامت مداخله نمی‌کنند، امتیازات مالیاتی بدهد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۳٫۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۹۴ درصد است.



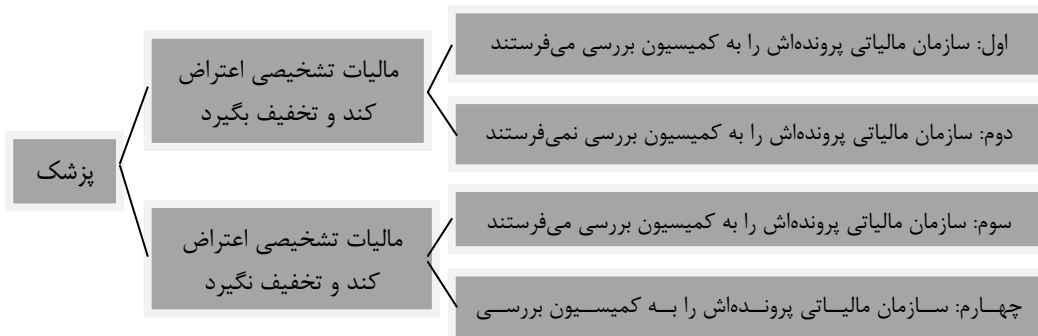
شکل ۴-۳۷ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۷

تبادل نش و تبادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که وزارت بهداشت باید در قبال پرداخت **درست** و به موقع مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را به پزشک بدهد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۵٫۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۴ درصد است.



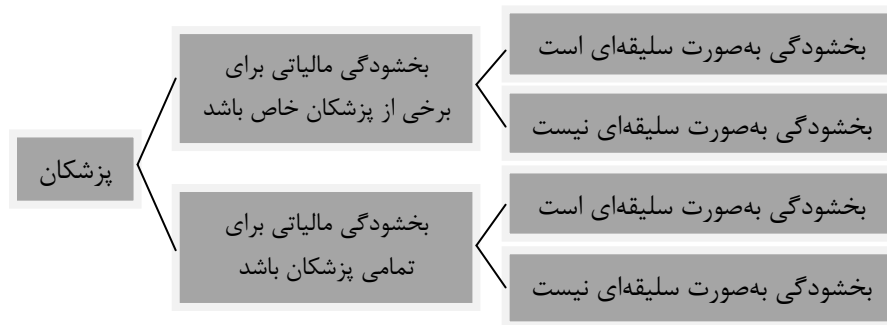
شکل ۴-۳۸ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۸

بازی از نوع مختلط می‌باشد که در آن پزشک در هر یک از ۴ استراتژی به احتمال ۵۰ درصد و دولت نیز در هر یک از ۴ استراتژی به احتمال ۵۰ درصد مشارکت دارند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.



شکل ۴-۳۹ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۹

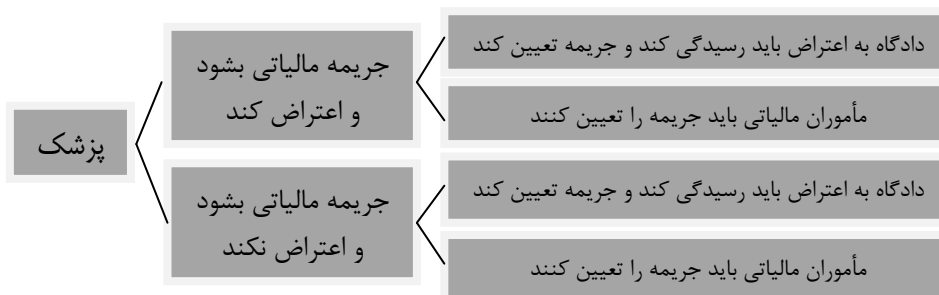
بازی از نوع مختلط می‌باشد که در استراتژی اول پزشک با احتمال ۳۶ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی دوم پزشک با احتمال ۳۶ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی سوم پزشک با احتمال ۶۴ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی چهارم پزشک با احتمال ۶۴ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.



شکل ۴-۴۰ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۰

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر برای تمامی پزشکان بخشودگی مالیات باشد، بخشودگی به صورت سلیقه‌ای نیست و معیاری برای آن وجود دارد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۲ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۸ درصد است.

#### ۴-۵-۶) بازی‌های زیر طبقه ششم: جرائم مالیاتی

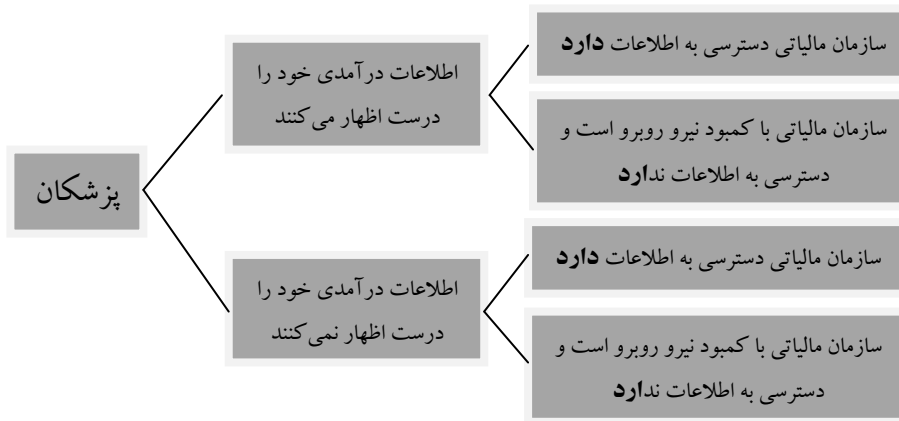


شکل ۴-۴۱ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۱

تبادل اول نش این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض کند، دادگاه باید به اعتراض پزشک رسیدگی کند و جریمه نهایی را تعیین کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۵,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۰ درصد است. تبادل دوم نش این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض نکند، مأموران مالیاتی باید جریمه نهایی را تعیین کنند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۴,۷ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است.



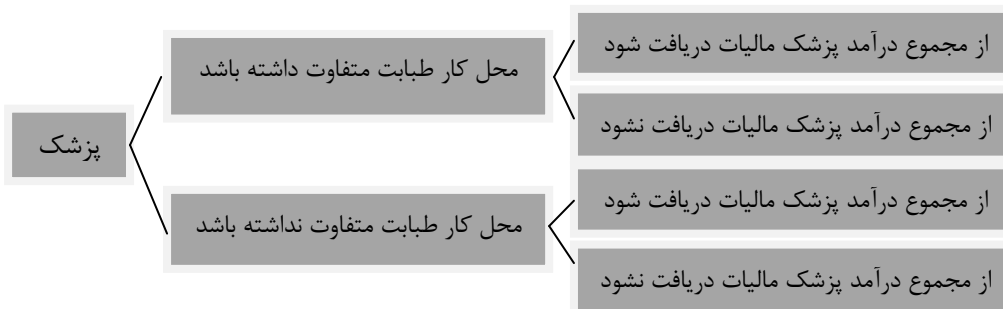
#### ۴-۵-۷) بازی‌های زیر طبقه هفتم: ضعف سیستم مالیاتی



شکل ۴-۴۲ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۲

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که پزشکان اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار می‌کنند اگر متوجه شوند سازمان مالیاتی دسترسی به اطلاعات دارد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است.

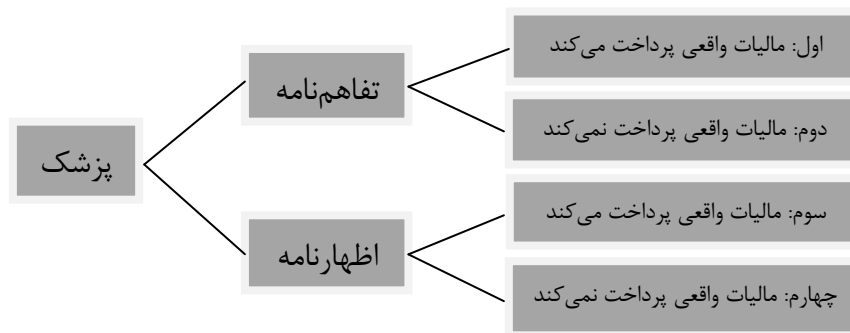
#### ۴-۵-۸) بازی‌های زیر طبقه هشتم: فعالیت‌های پزشکان در چندین محل کار طبابت



شکل ۴-۴۳ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۳

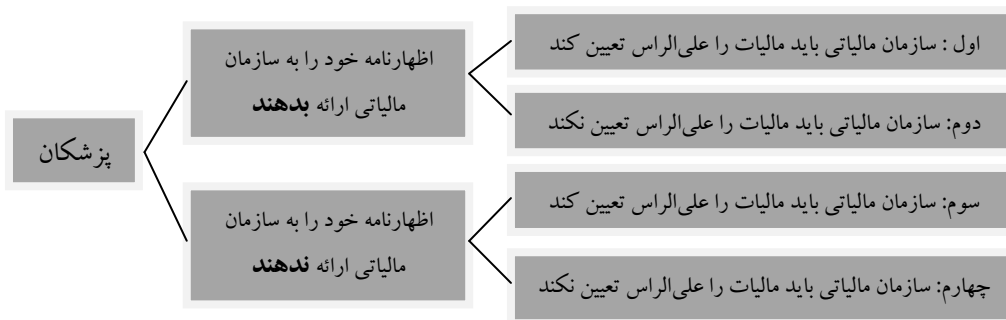
تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که پزشک محل کار طبابت متفاوت داشته باشد (چندین محل کار) باید از مجموع درآمد پزشک (از هر محل کار جداگانه)، مالیات دریافت شود. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۱٫۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است.

#### ۴-۵-۹) بازی‌های زیر طبقه نهم: اظهارنامه و دفاتر قانونی



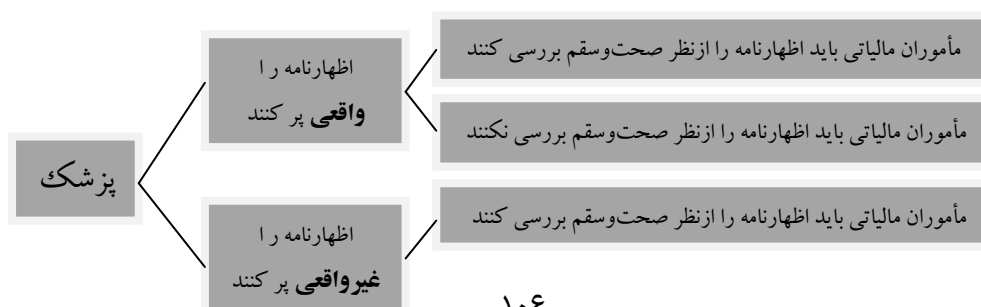
شکل ۴-۴۴ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۴

بازی از نوع مختلط می‌باشد که در استراتژی اول پزشک با احتمال ۲۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی دوم پزشک با احتمال ۲۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی سوم پزشک با احتمال ۷۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی چهارم پزشک با احتمال ۷۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.



شکل ۴-۴۵ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۵

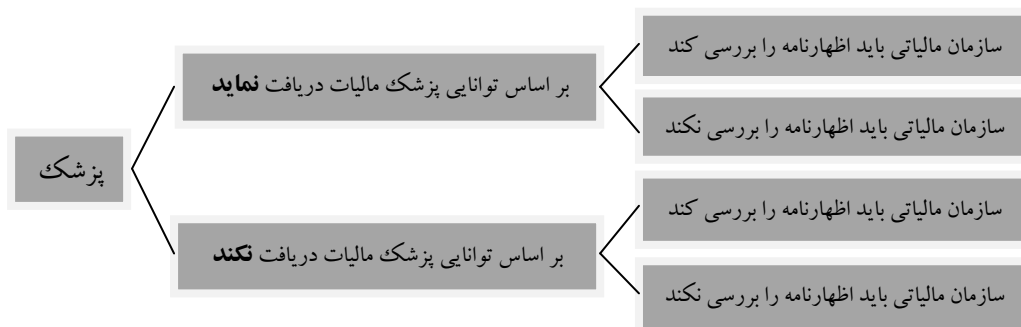
بازی از نوع مختلط می‌باشد که در استراتژی اول پزشک با احتمال ۷۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی دوم پزشک با احتمال ۷۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی سوم پزشک با احتمال ۲۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. در استراتژی چهارم پزشک با احتمال ۲۵ درصد و دولت با احتمال ۵۰ درصد بازی می‌کنند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.



مأموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و سقم بررسی نکنند

شکل ۴-۴۶ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۶

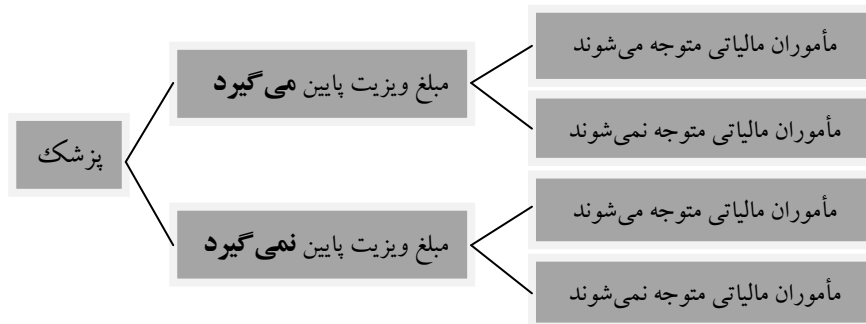
تعادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشکان اظهارنامه را واقعی پر کنند (فرمالیته و تشریفاتی ندانند)، مأموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و سقم بررسی کنند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۴٫۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است.



شکل ۴-۴۷ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۷

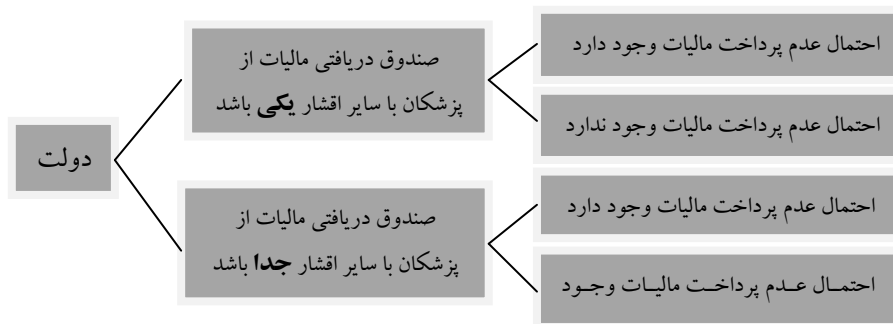
تعادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر سازمان امور مالیاتی بر اساس توانایی پزشک مالیات دریافت نماید، این سازمان باید اظهارنامه را بررسی کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۶٫۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۲ درصد است.

## ۴-۵-۱۰) بازی‌های زیر طبقه دهم: فرار مالیاتی



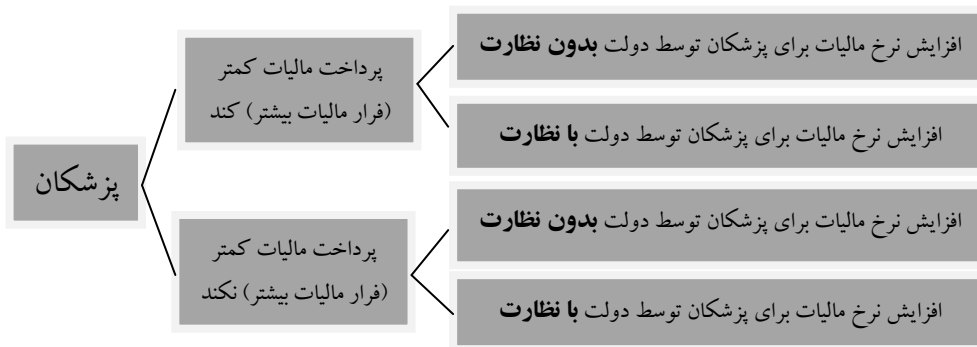
شکل ۴-۴۸ استراتژی‌های رفتاری پزشکی و دولت در بازی شماره ۴۸

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است پزشکی که مبلغ ویزیت پایین می‌گیرد (و در عوض از جایی دیگر جبران می‌نماید و به‌نوعی سیاه‌نمایی می‌کند)، مأموران مالیاتی متوجه می‌شوند. (مالیات واقعی را تعیین می‌کنند). منفعت نهایی پزشکی در این استراتژی ۵۹,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است.



شکل ۴-۴۹ استراتژی‌های رفتاری پزشکی و دولت در بازی شماره ۴۹

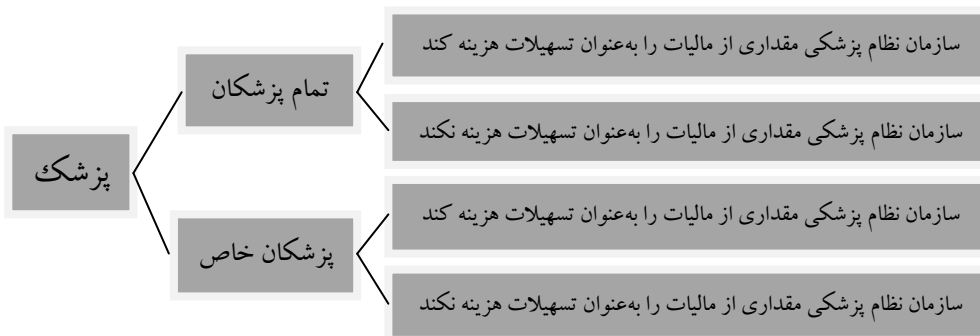
تبادل اول نش و تعادل اول مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار یکی باشد، احتمال عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد. منفعت نهایی پزشکی در این استراتژی ۵۶,۶ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است. تبادل دوم نش و تعادل دوم مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار جدا باشد، احتمال عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد. منفعت نهایی پزشکی در این استراتژی ۵۶,۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است.



شکل ۴-۵۰ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۰

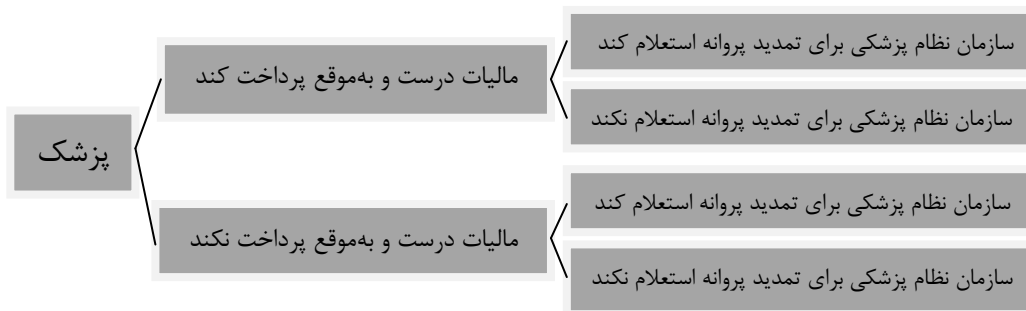
تعادل نش این بازی انتخاب استراتژی است که افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت با نظارت، باعث پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) پزشکان نمی‌شود. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۲,۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۸ درصد است.

#### ۴-۵-۱۱) بازی‌های زیر طبقه یازدهم: تعامل سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی



شکل ۴-۵۱ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۱

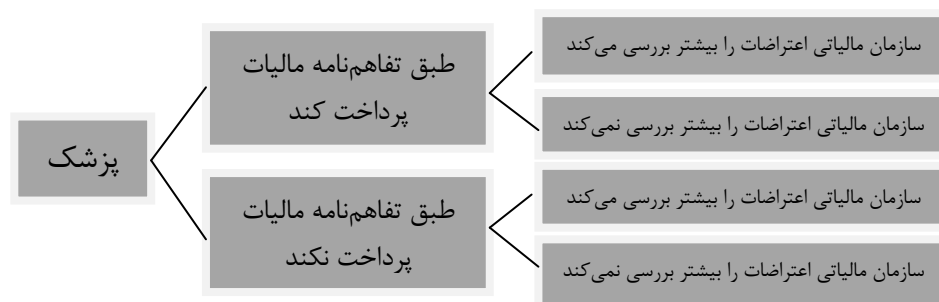
تعادل نش این بازی انتخاب استراتژی است که اگر سازمان نظام پزشکی مالیات پزشکان را مدیریت کند و درگیر مسائل مالی شود، باید مقداری از مالیات را به‌عنوان تسهیلات برای پزشکان خاص (موردتوجه نظام پزشکی هستند) هزینه نکند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۹,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۰ درصد است.



شکل ۴-۵۲ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۲

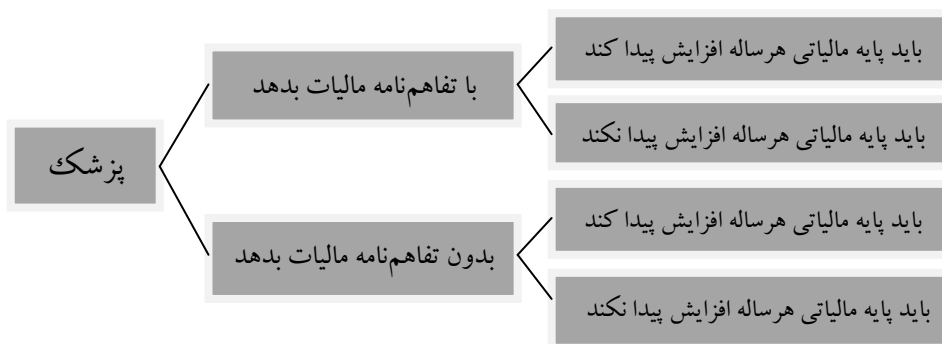
تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است که اگر پزشک مالیات را درست و به‌موقع پرداخت کند، سازمان نظام پزشکی باید از سازمان مالیاتی برای تمدید پروانه پزشکی استعمال کند. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۲,۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۸ درصد است.

#### ۴-۵-۱۲) بازی‌های زیر طبقه دوازدهم: تفاهم‌نامه مالیاتی پزشکان



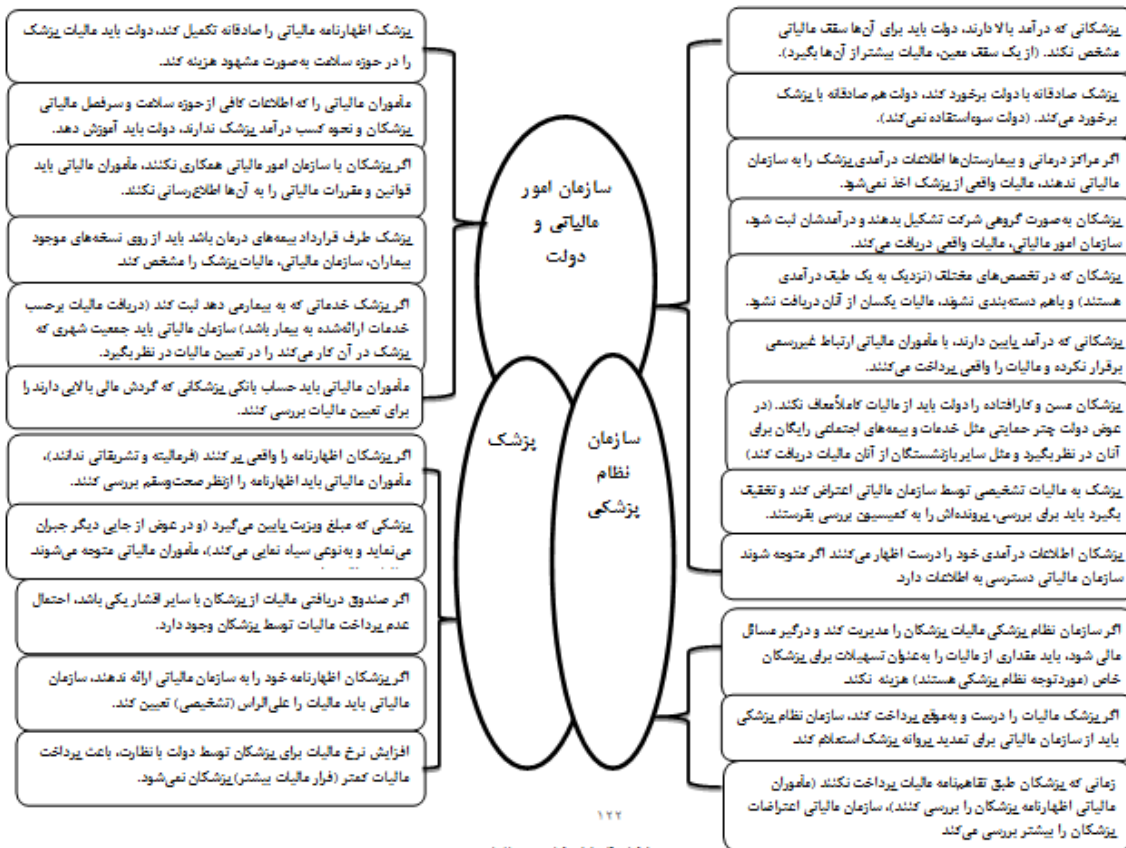
شکل ۴-۵۳ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۳

بازی از نوع مختلط می‌باشد که در آن پزشک در هر یک از ۴ استراتژی به احتمال ۵۰ درصد و دولت نیز در هر یک از ۴ استراتژی به احتمال ۵۰ درصد مشارکت دارند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.



شکل ۴-۵۴ استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۴

تبادل نش و تعادل مسلط این بازی انتخاب استراتژی است در صورتی که با تفاهم‌نامه، از پزشک مالیات دریافت می‌شد، باید پایه مالیاتی هرساله تغییر (و افزایش) پیدا می‌کرد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۱٫۶ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۶ درصد است.



شکل ۴-۵۵ مکاتیروم مالیاتی



## فصل پنجم - بحث، تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات

### ۵-۱) مقدمه

در این فصل ابتدا مروری بر هدف اصلی پژوهش و در ادامه بر اساس اهداف و یافته‌های پژوهش مربوط به مرحله کیفی و مرحله کمی مطالعه به ترتیب بحث و نتیجه‌گیری خواهیم نمود. پزشکان به‌عنوان یکی از پردرآمدترین گروه مؤدیان مالیاتی به شمار می‌روند که با توجه به منزلت و جایگاه آنان در جامعه که هم بیماران و هم سازمان‌های بیمه‌ای و سایر سازمان‌ها با این گروه در ارتباط هستند؛ و اینکه در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، کلینیک‌های مشارکتی با دیگر پزشکان و در مطب خود می‌توانند مشغول به فعالیت باشند. تشخیص میزان درآمد پزشکان مشکلات زیادی را به همراه دارد. ظاهراً فرار مالیاتی زیادی هم در این قشر از مؤدیان مالیاتی با توجه به درآمدهای بالا صورت می‌گیرد و باعث نابرابری و بی‌عدالتی در جامعه می‌گردد و دولت با کمبود درآمدهای مالیاتی جهت توزیع درآمد مواجه می‌شود. جهت رفع این مشکل، مطالعه حاضر باهدف شناسایی عوامل مؤثر بر تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات طراحی گردید تا بتواند با طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها به پوشش خلأهای سیستم مالیاتی و رفع مشکلات تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات بپردازد.

### ۵-۲) بحث مرحله کیفی مطالعه

مطالعه کیفی حاضر به‌منظور شناسایی عوامل مؤثر بر تعامل پزشکان و دولت در عرصه مالیات موردبررسی قرار گرفت تا با استفاده از رویکرد پژوهش کیفی بتواند خلأهای سیستم مالیاتی را در تعامل با پزشکان مشخص کرده و به پوشش این خلأها و رفع مشکلات تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات بپردازد. یافته‌های این پژوهش در سه طبقه اصلی شامل "سازمان امور مالیاتی و دولت، پزشکان، سازمان نظام پزشکی" طبقه‌بندی شد. توجه در متن داده‌ها و ماهیت طبقات و زیر طبقات نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی برای دریافت مالیات از پزشکان تفاهم‌نامه‌ای تهیه کرده بودند و بر اساس این تفاهم‌نامه، مالیات از پزشکان دریافت می‌شد و برای سازمان مالیاتی و پزشکان راحت‌تر، کم‌هزینه‌تر بود و نیاز به زمان کمی داشت و پایه مالیاتی تعیین شده در آن پایین بود اما به دلیلی که این تفاهم‌نامه لفظ قانونی نداشت توسط دیوان عدالت اداری ابطال گشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که سازمان امور مالیاتی دسترسی به اطلاعات درآمدی و حساب‌های بانکی پزشکان برای تعیین مالیات متناسب ندارد و باید با بررسی اظهارنامه الکترونیکی پزشکان، پرونده مالیاتی آنان، بررسی تعداد مراجعین به مطب پزشکان، محل کار پزشکان، تعداد ساعات کاری پزشک، سابقه کاری و سن و شهرت پزشکان و اینکه خدمات جانبی در مطب ارائه می‌دهد یا نه به تعیین میزان مالیات پزشکان بپردازد و در حال حاضر نمی‌تواند به‌صورت علی‌الراس میزان مالیات پزشکان را تعیین کند و به‌نوعی به‌صورت یقینی میزان مالیات را تخمین بزند. همان‌طور که نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد باید اطلاعات کامل در مورد کلیه درآمدها و منابع برای تشخیص و برآورد مالیات موجود باشد که اطلاعات موردنیاز را با توجه به پیشرفت‌های کامپیوتری و اطلاعاتی مناسب می‌توان فراهم نمود و سازمان مالیاتی به‌خوبی می‌تواند درآمدهای سالم را از غیرسالم با شفاف نمودن منابع درآمدی برای هر شخص متمایز سازد و اشخاص درآمدهای خود را نمی‌توانند پنهان کنند (۹۳). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که پزشکان باید اظهارنامه مالیاتی را به‌طور صحیح

تکمیل کنند و نه تنها درآمد مطب بلکه باید مجموع درآمد حاصله و مالیات مکسوره را در اظهارنامه بیاورند. نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد که مالیات بر مجموع درآمد و به‌کارگیری نرخ‌های تصاعدی مالیات تنها برای توزیع مناسب درآمد و کاهش فقر استفاده نمی‌شود. نظام مالیات بر مجموع درآمد به‌صورت فعال در نظام‌های پیشرفته مالیاتی که عمدتاً کشورهای صنعتی را شامل می‌شود وجود دارد (۹۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که پزشکان مانند سایر مؤدیان مالیاتی موظف به نگه‌داشتن دفاتر قانونی می‌باشند و کمتر پزشکی است که این دفاتر را داشته باشد و بیمارستان‌ها موظف هستند اطلاعات درآمدی پزشکان را در دفاتر قانونی بیمارستان ثبت کنند و این اطلاعات را در اختیار سازمان امور مالیاتی قرار بدهند. نتایج مطالعه‌ای حاکی از این است که سیستم خود اظهاری از طریق همکاری مؤدیان با سازمان مالیاتی در کشور ژاپن، با نگهداری دفاتر دقیق و ارائه اظهارنامه صحیح تقویت شده است (۹۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مأموران مالیاتی اغلب اطلاعات کم در حوزه سلامت و سرفصل‌های مالیات پزشکان دارند و باید توسط سازمان امور مالیاتی آموزش‌های لازم را برای کار با مؤدیان پزشک ببینند. باید سازمان امور مالیاتی و نظام پزشکی و رسانه‌های گروهی به پزشکان در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی اطلاع‌رسانی کنند. نتایج سایر مطالعات حاکی از این است که مؤدیان با قوانین مالیاتی آشنایی کمی دارند و باید دوره‌های آموزشی در خصوص قوانین مالیاتی برای مؤدیان در نظر گرفت و همچنین رسانه‌ها و وسایل ارتباط جمعی با اجرای برنامه‌هایی با محوریت مالیات، در آموزش و اطلاع‌رسانی به مؤدیان تأثیر بسزایی می‌گذارند (۹۶). اگرچه در سال‌های اخیر به خود اظهاری و مشارکت داوطلبانه مؤدیان در پرداخت مالیات توجه زیادی شده است. در کنار فرهنگ‌سازی مالیاتی و اطلاع‌رسانی به مؤدیان، باید به توانایی و نیز تمایل مالیات‌دهندگان در فهم و عمل به وظایف و تعهدات قانونی آن‌ها و نیز توانایی ادارات مالیاتی در تفسیر و اجرای عادلانه قوانین مالیاتی توجه کرد (۹۷).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که با ارائه خدمات خوب و تسهیلات رفاهی برای پزشکان در قبال پرداخت درست و متناسب مالیات، می‌توان انگیزه پرداخت مالیات را در آن‌ها ایجاد کرد و همچنین محل هزینه کردن مالیات دریافتی توسط دولت باید مشهود و محسوس باشد. نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد که نظام مالیاتی ایران فاقد فرهنگ مالیاتی می‌باشد. انواع تبعیض، قوانین و قواعد اقتصادی متغیر، نداشتن استراتژی‌های مناسب در توزیع کالاهای رفاهی و عدم وجود تسهیلات رفاهی مناسب برای مؤدیان، سبب آسیب‌پذیری ساختار مالیاتی کشور و مانع رشد فرهنگ مالیاتی شده است (۹۸).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در نظام اداری از حقوق کارمندان قبل از پرداخت، مالیات دریافت می‌شود، عدالت مالیاتی نه تنها بین تخصص‌های مختلف پزشکان بلکه در مقایسه با سایر مؤدیان مالیاتی هم رعایت نمی‌شود. همچنین برخی از مشاغل مانند کشاورزان و ناشران کتاب از دادن مالیات معاف هستند و به‌نوعی بین پزشکان و سایر مؤدیان مالیاتی که از مالیات معاف هستند عدالت مالیاتی رعایت نشده است و در صورت تشخیص درآمد واقعی پزشکان و دریافت مالیات به‌صورت تصاعدی با توجه به درآمد پزشکان می‌توان به عدالت مالیاتی دست یافت. نتایج سایر مطالعات نشان می‌دهد که سیاست‌های مالیاتی دولت در کاهش نابرابری و توزیع مجدد درآمد تأثیر فراوانی دارد. به‌عبارت‌دیگر، دولت می‌تواند با توزیع مجدد درآمدهای مالیاتی به‌صورت عادلانه باعث افزایش درآمد فقرا و تعدیل درآمد ثروتمندان شود و فاصله طبقاتی درآمد بین گروه‌های مختلف جامعه را کاهش دهد و رعایت عدالت مالیاتی را به دنبال داشته باشد (۹۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بیشتر معافیت و امتیاز مالیاتی باید به پزشکانی که در پرداخت مالیات صادق و خوش حساب می‌باشند تعلق بگیرد نه اینکه بخشودگی مالیاتی سلیقه‌ای باشد و معیار و قاعده‌ای برای آن وجود نداشته باشد. نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد که با تشویق و تقدیر از مؤدیان خوش حساب و قرار دادن امتیازات مالیاتی برای آن‌ها می‌توان به فرهنگ و عدالت مالیاتی دست‌یافت (۱۰۰).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بیشتر پزشکان با درآمد بالا، برای اینکه میزان مالیات آن‌ها کمتر در نظر گرفته شود به مأموران مالیاتی رشوه پرداخت می‌کنند و مأموران مالیاتی به دلیل اینکه از لحاظ حقوقی تأمین نمی‌شوند رشوه پرداختی توسط پزشکان را قبول می‌کنند. در صورتی که کنترل و نظارت و حراست بر رفتار و کار مأموران مالیاتی از طرف سازمان مالیاتی باشد و رئیس گروه مأموران مالیات پزشکان، فردی توانمند باشد این معضل کمتر اتفاق می‌افتد. یافته‌های تجربی مطالعه‌ای حکایت از آن دارد که فساد (رشوه بالاتر) نسبت به نرخ مالیات بالاتر تأثیر منفی بیشتری بر روی رشد اقتصادی دارد و نشان‌دهنده این است که فساد بیشتر، عامل مهم‌تری در جلوگیری از رشد فعالیت‌های اقتصادی است (۱۰۱). همچنین با ایجاد و افزایش دستگاه‌های نظارتی و کنترل‌های لازم و تدوین قوانین انتظامی همراه با ضمانت‌های اجرایی در سازمان امور مالیاتی، امکان هیچ‌گونه فعالیت غیرقانونی از سوی مأموران مالیاتی دیده نخواهد شد (۱۰۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مأموران مالیاتی نباید جریمه را برای پزشکان تعیین کنند و باید یک نهاد حقوقی مانند قوه قضاییه میزان جریمه مالیاتی پزشکان را مشخص کند و پزشکان بتوانند به جریمه مالیاتی معین شده اعتراض کنند و وکیل بگیرند. نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد که مؤدیان مالیاتی باید بتوانند برای خود وکیل بگیرند متأسفانه هنوز در جامعه ما مرسوم نشده است تا کارهای حقوقی خود را در اختیار وکلا قرار دهیم و از آن‌ها مشورت بگیریم، یک تحول فکری، فرهنگی اجتماعی برای اینکه هر مؤدی یک وکیل حقوقی داشته باشد باید صورت بگیرد (۱۰۳). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که سازمان امور مالیاتی باید با تعامل و همکاری سازمان نظام پزشکی به‌عنوان یک سازمان صنفی به شناسایی پزشکانی که مالیات پرداخت نمی‌کنند بپردازد و برای آن‌ها پرونده مالیاتی تشکیل بدهد و به شفاف‌سازی مالیات دریافتی از پزشکان بپردازد و جلوی اجحاف در دریافت مالیات از پزشکان را بگیرند. سازمان نظام پزشکی برای صدور و تمدید پروانه پزشکان از سازمان مالیاتی استعلام نمی‌کند و به‌نوعی منجر به فرار پزشکان از پرداخت مالیات می‌شود و برای صدور و تمدید پروانه پزشکان باید از سازمان امور مالیاتی استعلام کند. نتایج مطالعات دیگر حاکی از این است که اتحادیه‌های صنفی مراکز قدرتمندی هستند که بر اعضای خود اشراف دارند و می‌توانند به‌عنوان بازوی سازمان امور مالیاتی عمل کنند. مؤدیان مالیاتی از اتحادیه‌های صنفی خود حرف‌شنوی زیادی دارند و با کار فرهنگی و تقویت مبانی مالیاتی در اتحادیه‌های صنفی می‌توان در عرصه فرهنگ مالیاتی به تحول رسید (۱۰۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که سازمان امور مالیاتی با توجه به حجم زیاد پرونده‌های مالیاتی پزشکان، با کمبود نیروی انسانی (مأموران مالیاتی) برای بررسی آن‌ها روبرو است و باید سازمان مالیاتی، مأموران مالیاتی بیشتری برای بررسی پرونده‌های مالیاتی در نظر بگیرد و با برطرف کردن ضعف‌های سازمان مالیاتی بتواند مالیات متناسب و درست را از پزشکان اخذ نماید.

### ۵-۳) بحث مرحله کمی مطالعه

میانگین سن پزشکان در مطالعه حاضر ۴۶ سال و میانگین سابقه کاری پزشکان ۱۳ سال بود. همچنین در مطالعه حاضر ۶۰ درصد از پزشکان مرد، ۴۰ درصد زن بودند. ۱۲٫۹ درصد از پزشکان دارای سطح تحصیلات

پزشک عمومی و ۸۷,۱ درصد پزشک متخصص بودند. ۲۰ درصد از پزشکان مورد مطالعه در منطقه شمال شهر تهران، ۲۰ درصد در منطقه شرق تهران، ۲۰ درصد در منطقه مرکز تهران، ۲۰ درصد در منطقه غرب تهران و ۲۰ درصد در منطقه جنوب تهران به طبابت فعالیت داشتند. میان‌سن پزشکان عمومی و متخصص برابر نیست و میان‌سن پزشکان متخصص بالاتر است. همچنین میان‌سن پزشکان در تخصص‌های مختلف باهم برابر نیست. کمترین میان‌سن مربوط به پزشکان عمومی و بیشترین میان‌سن مربوط به پزشکان متخصص مغز و اعصاب می‌باشد. میان‌سن سابقه کاری پزشکان مرد و زن باهم برابر نیست و میان‌سن سابقه کاری پزشکان در گروه مردان بالاتر است. میان‌سن سابقه کاری پزشکان در تخصص‌های مختلف باهم برابر است. همچنین بین نوع تخصص پزشکان و جنسیت آنان ارتباط وجود دارد به طوری که ۱۵,۶ درصد از پزشکان متخصص زنان مرد و ۸۴,۴ درصد زن بودند. بین نوع تخصص پزشکان و منطقه فعالیت آنان در شهر تهران ارتباط وجود دارد. به طوری که ۳۶,۴ درصد از پزشکان متخصص بیهوشی مورد مطالعه در منطقه جنوب تهران و ۰ درصد در منطقه غرب تهران به فعالیت مشغول بودند. در مطالعه حاضر میانگین سن مأموران مالیات ۴۰ سال و میانگین سابقه کاری مأموران مالیات ۱۴ سال بود. همچنین ۶۶ درصد از مأموران سازمان امور مالیاتی مرد و ۳۴ درصد زن بودند. ۴ درصد از مأموران دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۸ درصد فوق‌دیپلم، ۷۴ درصد لیسانس، ۱۲ درصد فوق‌لیسانس و ۲ درصد دکتری تخصصی بودند. ۲۰ درصد از مأموران در اداره مالیات شمال تهران، ۲۰ درصد در اداره مالیات شرق تهران، ۲۰ درصد در اداره مالیات مرکز تهران، ۲۰ درصد در اداره مالیات غرب تهران و ۲۰ درصد در اداره مالیات جنوب تهران فعالیت داشتند. میان‌سن مأموران سازمان مالیاتی زن و مرد برابر نیست و میان‌سن سنی گروه مردان بالاتر است. میان‌سن مأموران مالیات مورد مطالعه که در اداره‌های مالیات در ۵ منطقه شمال، شرق، مرکز، غرب و جنوب تهران مشغول به فعالیت هستند باهم برابر است. میان‌سن سابقه کاری مأموران مالیات زن و مرد باهم برابر نیست. میان‌سن سابقه کاری مأموران مالیات در گروه مردان بالاتر می‌باشد.

#### ۵-۴) بحث طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها

بعد از بحث و نتیجه‌گیری مرحله کیفی مطالعه، مکانیزم مالیاتی که از ۵۴ بازی با توجه به تعادل‌های رفتاری متعامل پزشکان و دولت طراحی شده است را مورد بحث قرار می‌دهیم.

#### ۵-۴-۱) بازی‌های زیر طبقه اول: عدالت مالیاتی

دولت استراتژی‌های رفتاری متفاوت را برای دریافت مالیات از پزشکان می‌تواند بکار بگیرد. از پزشکان با درآمد بالا و پایین می‌توان به صورت تصاعدی یا نزولی یا تناسبی مالیات دریافت کرد. برای رعایت عدالت مالیاتی بهترین استراتژی رفتاری دولت، دریافت مالیات به صورت تصاعدی (با افزایش درآمد، سهم و درصد مالیات افزایش می‌یابد) در تعامل با پزشکانی که درآمد بالا دارند می‌باشد. این استراتژی رفتاری تعادل‌نش و تعادل مسلط بازی می‌باشد که منفعت نهایی پزشک در آن ۳۷,۶ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۸ درصد است. با دریافت مالیات به صورت تصاعدی از پزشکان با درآمد بالا می‌توان عدالت مالیاتی را هم در بین مؤدیان مالیاتی پزشک و سایر مؤدیان مالیاتی ایجاد کرد و همچنین از پزشکانی که درآمد پایین دارند به نسبت درآمدشان مالیات کمتری پرداخت می‌کنند و از پرداخت مالیات به صورت عادلانه رضایت خواهند داشت. دولت سقف مالیاتی (از یک سقف معین، مالیات بیشتر از پزشکان نگیرد) را با توجه به درآمد پزشکان می‌تواند مشخص کند. برای رعایت عدالت مالیاتی بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکانی که درآمد بالایی

دارند این است که سقف مالیاتی برای آن‌ها تعیین نکند و مالیات را با توجه به درآمد زیادی که دارند از آن‌ها دریافت کند. این استراتژی رفتاری تعادل نش بازی می‌باشد که منفعت نهایی پزشک در آن ۳۱,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۴ درصد است. در صورتی که برای تمامی پزشکان سقفی برای مالیات مشخص نشود و با توجه به درآمدشان از آن‌ها مالیات اخذ شود می‌توان عدالت مالیاتی را در بین مؤدیان مالیاتی ایجاد کرد. دولت نرخ مالیات را به صورت کم‌وزیاد می‌تواند برای پزشک تعیین کند و باید خدمات و تسهیلاتی را با توجه به نرخ مالیات پزشکان برای آنان در نظر بگیرد. برای رعایت عدالت مالیاتی بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر نرخ مالیات آنان زیاد باشد، دولت باید خدمات خوب در قبال پرداخت مالیات، به پزشکان بدهد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط بازی می‌باشد که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۹۶,۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۶ درصد است. در صورتی که دولت خدمات و تسهیلات خوب در قبال پرداخت مالیات با نرخ مالیات زیاد توسط پزشکان به آنان ارائه نماید می‌توان عدالت مالیاتی را در بین مؤدیان مالیاتی ایجاد کرد.

همان‌طور که گفته شد دولت استراتژی‌های رفتاری متفاوت را برای دریافت مالیات از پزشکان می‌تواند بکار بگیرد. از پزشکان می‌توان به صورت تصاعدی یا نزولی یا تناسبی مالیات دریافت کرد. برای رعایت عدالت مالیاتی بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشکان مالیات را به صورت تناسبی (درصد یکسانی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) بپردازند، دولت مالیات واقعی دریافت می‌کند. این استراتژی رفتاری تعادل نش بازی می‌باشد که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۷,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۲ درصد است. پزشکانی که درآمد پایین دارند در این صورت مالیات کمتری به نسبت پزشکانی که درآمد بالا دارند پرداخت می‌کنند و تا حدودی عدالت مالیاتی را می‌توان در بین مؤدیان مالیاتی پزشک ایجاد کرد. دولت برای شهرها و مراکز استان‌ها با توجه به اینکه پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی دارند (و تناسب خوبی بین پزشکان در خصوص مراجعه بیماران به آن‌ها وجود داشته باشد) می‌تواند سقف درآمدی برای دریافت مالیات از پزشکان مشخص کند (از یک حد معین که درآمد بالاتر شود مالیات بیشتری دریافت کند). برای رعایت عدالت مالیاتی بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است در صورتی که پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی وجود نداشته باشد (و تناسب خوبی بین پزشکان در خصوص مراجعه بیماران به آن‌ها وجود نداشته باشد) سازمان مالیاتی باید سقف درآمدی برای مالیات مشخص نکند. (از یک حد معین که درآمد بالاتر شود مالیات بیشتری دریافت نکند). این استراتژی رفتاری تعادل نش بازی می‌باشد که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۵,۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است. زمانی که پزشک و مراکز درمانی در شهر و مراکز استان به اندازه کافی وجود نداشته باشد و بیشتر مردم به تعداد محدود پزشکی که وجود دارند مراجعه می‌کنند و ناخواسته درآمد پزشکان افزایش پیدا می‌کند دولت باید سقف درآمدی برای مالیات مشخص نکند؛ اما اگر پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی باشد و پزشکان برای کسب درآمد باهم رقابت کنند تا مراجعه‌کننده بیشتری را جذب کنند دولت باید سقف درآمدی برای مالیات آن‌ها مشخص کند.

#### ۵-۴-۲) بازی‌های زیر طبقه دوم: فرهنگ‌سازی مالیات

دولت استراتژی‌های رفتاری متفاوت را در برخورد با پزشکانی که درآمد خود را صادقانه یا غیر صادقانه در اظهارنامه مالیاتی اظهار می‌کنند می‌تواند بکار بگیرد برای ایجاد فرهنگ و انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان،

بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک درآمدش را **صادقانه** در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید به پزشک (توجه کند) پاداش دهد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط بازی می‌باشد که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۲ درصد است. پزشکانی که صادقانه درآمد خود را اظهار می‌کنند انتظار دارند که دولت به آن‌ها توجه کند و تفاوتی میان آن‌ها با پزشکانی که درآمد خود را غیر صادقانه اظهار می‌کنند قائل شود و انگیزه‌ای برای اظهار درست درآمد توسط پزشکان در سال‌های بعد باشد. همچنین پزشکانی که غیر صادقانه درآمد خود را اظهار می‌کنند باید دولت به آن‌ها توجه کند (جریمه کند) که در سال‌های بعد درآمد خود را درست اظهار کنند.

دولت باید در برخورد با پزشکانی که خدمات ارائه شده به بیماران را ثبت می‌کند یا ثبت نمی‌کند استراتژی‌های رفتاری متفاوت را در نظر بگیرد. برای ایجاد فرهنگ و انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان، بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک خدمات ارائه شده به بیماران را ثبت نکند، دولت باید امتیازات مالیاتی به پزشک ندهد. این استراتژی رفتاری تعادل نش بازی می‌باشد که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۲٫۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۴ درصد است. باید این انگیزه و فرهنگ در پزشکان ایجاد شود خدماتی که به بیمار می‌دهند را ثبت کنند تا دولت بتواند مالیات درست را برحسب بررسی خدمات ارائه شده به بیماران از پزشکان دریافت کند. همچنین دولت باید امتیازاتی برای پزشکانی که خدمات را ثبت می‌کنند قائل شود تا انگیزه‌ای برای پزشکان ایجاد شود.

همان‌طور که گفته شد دولت در برخورد با پزشکانی که اظهارنامه مالیاتی خود را صادقانه یا غیر صادقانه تکمیل می‌کنند استراتژی‌های رفتاری متفاوت را می‌تواند در نظر بگیرد. برای ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان، بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل کند، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه کند. این استراتژی رفتاری تعادل اول نش این بازی می‌باشد که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۸٫۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۰ درصد است. بیشتر پزشکان برای افزایش انگیزه و رغبت در پرداخت مالیات، از دولت انتظار دارند محل هزینه کردن مالیات پرداختی پزشکان مشخص و مشهود باشد و در حوزه مرتبط کاری آن‌ها که حوزه سلامت می‌باشد هزینه شود. استراتژی رفتاری که در آن پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل نکند، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه نکند تعادل دوم نش این بازی می‌باشد. منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۹٫۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۸ درصد است.

در صورتی که پزشک صادقانه یا غیر صادقانه با دولت برخورد کند دولت هم استراتژی‌های رفتاری متفاوت را می‌تواند در نظر بگیرد. برای ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان، بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک صادقانه با دولت برخورد کند، دولت هم صادقانه با پزشک برخورد می‌کند (دولت سوءاستفاده نمی‌کند). این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۲ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۰ درصد است. در صورتی که پزشکان در برخورد با دولت صادق باشند. دولت هم با پزشکان صادقانه برخورد می‌کند و مالیات بیشتر از واقعیت و اضافی برای آنان تعیین نمی‌کند.

برای ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان، بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر نحوه برخورد پزشکان با مأموران مالیاتی خوب و مؤدبانه باشد، باید برخورد مأموران

مالیاتی نیز با پزشکان خوب و مؤدبانه باشد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۹,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۰ درصد است.

دولت استراتژی‌های رفتاری متفاوت را به منظور ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان برای مأموران مالیاتی خود باید در نظر بگیرد که بهترین استراتژی رفتاری دولت این است که باید مأموران مالیاتی را که اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی پزشکان و نحوه کسب درآمد پزشک **ندارند**، آموزش دهد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۵,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۸ درصد است. دولت با آموزش دادن به مأموران مالیاتی و افزایش اطلاعات آن‌ها می‌تواند به صورت مناسب و درست مالیات را برای پزشکان مشخص کند. همچنین دولت باید برای مأموران مالیاتی که اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی پزشکان و نحوه کسب درآمد پزشک دارند، برنامه‌های آموزش مداوم بگذارد. تا اطلاعات آن‌ها بروز و آپدیت شود.

دولت برای سازمان نظام پزشکی که به عنوان سازمان صنفی پزشکان است و اینکه در زمینه مالیات پزشکان، با سازمان امور مالیاتی هم در ارتباط است می‌تواند استراتژی‌های رفتاری در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری این است که سازمان نظام پزشکی باید به پزشک در قبال مشارکت در پرداخت مالیات درست برای حقوقی که در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی دارد، اطلاع‌رسانی کند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۴,۷ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است. سازمان نظام پزشکی نقش قوی و تأثیرگذاری می‌تواند در اطلاع‌رسانی به پزشکان در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی آنان داشته باشد.

استراتژی‌های رفتاری که پزشک در اظهار اطلاعات مالیاتی خود در نظر می‌گیرد می‌تواند تأثیراتی متفاوت بر سازمان امور مالیاتی داشته باشد. برای ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان، بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار **کند**، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم می‌شود. (سوءبرداشت از مأموران مالیاتی کم می‌شود). این استراتژی رفتاری تعادل اول نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۴,۷ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است. وقتی پزشکان اطلاعات خود را درست اظهار کنند، مالیات درست با توجه به اطلاعات اظهاری پزشکان تعیین می‌شود و سوءبرداشت از مأموران مالیاتی برای تعیین مالیات بیشتر ایجاد نمی‌شود. همچنین بار کمیسیون حل اختلاف برای تعیین مجدد مالیات کم می‌شود. استراتژی که در آن اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار **نکند**، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم نمی‌شود (سوءبرداشت از مأموران مالیاتی کم نمی‌شود). این استراتژی رفتاری تعادل دوم نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۹,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۰ درصد است.

همچنین استراتژی‌های رفتاری که پزشک در اظهار اطلاعات درآمدی خود در نظر می‌گیرد می‌تواند تأثیراتی متفاوت بر سازمان امور مالیاتی داشته باشد. برای ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان، بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشکان اطلاعات درآمدی را درست اظهار کنند، از مأموران مالیاتی که اطلاعات کمی در حوزه سلامت دارند سوءاستفاده نمی‌کنند. این استراتژی رفتاری تعادل نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۸,۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است. ممکن است پزشکان در صورتی که بدانند، مأموران مالیاتی اطلاعات کمی در حوزه سلامت دارند

اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار نکنند و از مأموران مالیاتی سوءاستفاده کنند. اگر پزشکان بدانند که مأموران مالیاتی اطلاعات زیادی از حوزه سلامت و نحوه تعیین مالیات پزشکان دارند همیشه درآمد خود را درست اظهار خواهند کرد.

دولت استراتژی‌های رفتاری متفاوت را به منظور ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان می‌تواند در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که برای پزشکان اهمیت دارد که از طریق رسانه‌های گروهی، درباره مالیات و فرهنگ‌سازی مالیات به آن‌ها اطلاع‌رسانی شود. این استراتژی رفتاری تعادل نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۰٫۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۰ درصد است. پزشکان از دولت انتظار دارند که از طریق رسانه‌های گروهی قوانین و مقررات و اطلاعات مربوط به مالیات به آن‌ها اطلاع‌رسانی شود.

دولت همچنین استراتژی‌های رفتاری متفاوت را برای ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان می‌تواند در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر مراکز درمانی و بیمارستان‌ها اطلاعات درآمدی پزشک را به سازمان مالیاتی ندهند، مالیات واقعی از پزشک اخذ نمی‌شود. این استراتژی رفتاری تعادل نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۰٫۲ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۴ درصد است. زمانی مالیات واقعی را دولت می‌تواند از پزشک اخذ کند که مراکز درمانی و بیمارستان‌ها با سازمان امور مالیاتی همکاری کنند و اطلاعات درآمدی درست پزشکان را به سازمان امور مالیاتی بدهند.

در صورتی که پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری کنند دولت استراتژی‌های رفتاری متفاوت را برای ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکان می‌تواند در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری نکنند، مأموران مالیاتی باید قوانین و مقررات مالیاتی را به آن‌ها اطلاع‌رسانی نکنند و توضیحات لازم را ندهند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۲۹٫۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۶ درصد است. وقتی پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری کنند از سازمان و مأموران مالیاتی انتظار دارند که قوانین و مقررات مالیاتی را به آن‌ها اطلاع‌رسانی کنند و توضیحات لازم را بدهند.

دولت همچنین استراتژی‌های رفتاری متفاوت را برای ایجاد فرهنگ و افزایش انگیزه پرداخت مالیات در پزشکانی که صورت گروهی کار می‌کنند می‌تواند در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشکان به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدشان ثبت شود، سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت می‌کند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۰ درصد است. پزشکانی که به صورت گروهی کار می‌کنند و شرکت تشکیل می‌دهند باید درآمدشان ثبت شود که دولت بتواند مالیات واقعی از آنان بگیرد. در صورتی که بیشتر پزشکانی که گروهی کار می‌کنند به طور واقعی درآمد خود را ثبت نمی‌کنند.



### ۵-۴-۳) بازی‌های زیر طبقه سوم: فرایند نحوه تعیین و دریافت مالیات از پزشکان

دولت برای تعیین و دریافت مالیات از پزشکان استراتژی‌های رفتاری متفاوت را می‌تواند در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک طرف قرارداد بیمه‌های درمان باشد باید از روی نسخه‌های موجود بیماران، سازمان مالیاتی، مالیات پزشک را مشخص کند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۵,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۶ درصد است. در صورتی که پزشکان بیمه‌های طرف قرارداد خود را گسترش دهند، سازمان امور مالیاتی به راحتی می‌تواند نسخه‌های بیمه‌ای بیماران را بررسی کند و میزان مالیات پزشکان را تعیین کند. اگر پزشک طرف قرارداد بیمه‌های درمان نباشد دولت باید با بررسی ویزیت بیماران، مالیات پزشک را تعیین کند.

همچنین دولت برای تعیین و دریافت مالیات از پزشکانی که در تخصص‌های مختلف نزدیک به یک طیف درآمدی هستند می‌تواند استراتژی‌های رفتاری متفاوت را در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که پزشکان که در تخصص‌های مختلف (نزدیک به یک طیف درآمدی هستند) و باهم دسته‌بندی نشوند، باید مالیات یکسان از آنان دریافت نشود. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۴,۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است. از پزشکان در تخصص‌های مختلف (نزدیک به یک طیف درآمدی هستند) نباید باهم دسته‌بندی کرد و مالیات یکسان از آنان دریافت کرد. بلکه باید برای هر پزشک با توجه به تخصص و درآمدش جداگانه مالیات تعیین کرد. دولت باید میزان هزینه‌ای که پزشک در مراکز استان در مقایسه با شهرستان‌ها دارد برای تعیین مالیات در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که سازمان امور مالیاتی باید تفاوت میزان هزینه پزشک (که برای اداره مطب و... خرج می‌کند) بین مراکز استان و شهرستان را برای پزشکانی که در مراکز استان‌ها با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند، در تعیین مالیات در نظر بگیرد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۸۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است. پزشکانی که تخصص یکسانی دارند در مراکز استان‌ها در مقایسه با شهرستان‌ها هزینه اجاره مطب و... بالاتری دارند و سازمان امور مالیاتی باید این هزینه‌ها در تعیین مالیات پزشکان در نظر بگیرد.

دولت باید جمعیت شهری که پزشک در آن مشغول به طبابت است در تعیین مالیات در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک خدماتی که به بیمار می‌دهد ثبت کند (دریافت مالیات برحسب خدمات ارائه شده به بیمار باشد) سازمان مالیاتی باید جمعیت شهری که پزشک در آن کار می‌کند را در تعیین مالیات در نظر بگیرد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۹,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۲ درصد است.

دولت باید میزان فعالیت پزشکان و تعداد ساعات کاری آن‌ها را برای تعیین و دریافت مالیات در نظر بگیرد یکی از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که دولت باید از پزشکی که فعالیت زیاد دارد (تعداد ساعات کاری زیاد)، مالیات بیشتری دریافت کند. (جلوی افزایش فعالیت و انگیزه پزشک را بگیرد). پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۲۵ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. یکی دیگر از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که دولت باید از پزشکی که فعالیت زیاد ندارد (تعداد

ساعات کاری کم)، مالیات بیشتری دریافت نکند (باعث افزایش فعالیت و انگیزه پزشک شود). پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۷۵ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.

دولت برای تعیین و دریافت مالیات از پزشکان باید خدمات جانبی که پزشکان در مطب خود ارائه می‌دهند نیز در نظر بگیرند. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک خدمات جانبی در مطب ارائه ندهد مأموران مالیاتی باید در تعیین مالیات، تنها ویزیت بیماران در مطب را در نظر بگیرند. این استراتژی رفتاری تعادل نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۴٫۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است. همچنین دولت باید خدمات جانبی که پزشکان در مطب خود غیر از ویزیت بیماران انجام می‌دهند را در تعیین مالیات در نظر بگیرند.

دولت استراتژی‌های رفتاری مانند بررسی گردش مالی حساب‌های بانکی پزشکان را برای تعیین مالیات می‌تواند در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که مأموران مالیاتی باید حساب بانکی پزشکانی که گردش مالی بالایی دارند را برای تعیین مالیات بررسی کنند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۲٫۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است. سازمان امور مالیاتی در حال حاضر دسترسی به حساب‌های بانکی پزشکان ندارد؛ اما طبق قانون مالیات، باید به حساب‌های بانکی دسترسی داشته باشد و آن‌ها را بررسی کند.

در بعضی از تخصص‌های پزشکی مانند متخصص زنان، بیشتر پزشکان زن هستند و بیشتر بیماران به آن‌ها مراجعه می‌کنند. همچنین پزشکان متخصص مغز و اعصاب و ارتوپدی اگر مرد باشند بیماران مراجعه‌کننده بیشتری دارند. جنسیت پزشک در هر تخصص بر میزان درآمدش تأثیرگذار است و همچنین باید در تعیین مالیات، دولت به این مسئله توجه کند. یکی از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که برای پزشکان زن که در تخصص‌های مختلف هستند و بیماران مراجعه‌کننده بیشتری دارند، باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات مؤثر باشد. پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۶۰ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. یکی دیگر از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که برای پزشکان مردی که در تخصص‌های مختلف هستند و بیماران مراجعه‌کننده بیشتری دارند، باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات مؤثر باشد. پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۴۰ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.

پزشکان باید مالیاتی را که در سایر مراکز درمانی و بیمارستان‌ها از درآمدشان کسر می‌شود به‌عنوان مالیات مکسوره در اظهارنامه مالیاتی خود بیاورند. اغلب پزشکانی که مالیات مکسوره بالایی دارند در اظهارنامه مالیاتی خود میزان آن را نمی‌آورند به این دلیل که دولت متوجه درآمد بالای این پزشکان می‌شود. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که پزشکانی که مالیات مکسوره پایینی دارند و آن را اظهار می‌کنند، دولت باید مالیات مکسوره پزشک را از مالیات تعیین‌شده کسر نکند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۱٫۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۴ درصد است. پزشکانی که مالیات مکسوره پایینی دارند در بیشتر اوقات در اظهارنامه مالیاتی خود می‌آورند. سازمان امور مالیاتی هم وقتی مالیات پزشک را تعیین می‌کند و میزان مالیات تعیین‌شده از مالیات مکسوره اظهارنامه بیشتر باشد. می‌تواند مالیات مکسوره را از مالیات تعیین‌شده کسر کند.

دولت برای تعیین و دریافت مالیات از پزشک علاوه بر بررسی اظهارنامه مالیاتی پزشکان، استراتژی‌های رفتاری متفاوت را می‌تواند در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک اظهارنامه مالیاتی را پر کند، مأموران مالیاتی باید سن، شهرت، محل مطب و مدارک موجود پزشک را نیز بررسی کنند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۸٫۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۰ درصد است. مأموران مالیاتی برای تعیین درست میزان مالیات پزشکان باید از مطب پزشکان نیز بازدید کنند و تمامی عوامل مؤثر بر میزان درآمد و مالیات پزشک همچون سن و شهرت و مدارک موجود را بررسی کنند.

همچنین دولت برای اینکه از صحت و درستی اظهارنامه مالیاتی که پزشکان پر می‌کنند مطلع شوند باید با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده و نسخ موجود، پزشکان را راستی آزمایی کنند. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشکان درآمد خود را درست اظهار **نکنند**، مأموران مالیاتی باید پزشکان را با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده و نسخ موجود راستی آزمایی کنند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۸٫۲ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۴ درصد است. دولت باید برای تعیین و دریافت درست مالیات، پزشکان را به روش‌های مختلف راستی آزمایی کند.

پزشکان در مطب خود مثل سایر مشاغل باید دستگاه پوز که مربوط به حساب خود پزشک است را داشته باشند که دولت بتواند برای تعیین مالیات حساب پزشک را بررسی کند. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشکان در مطب خود **یک** دستگاه پوز و یک حساب داشته باشند و ویزیت از طریق پوز به حساب پزشک ریخته شود باید برای تعیین مالیات، حساب آن‌ها بررسی شود. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۷٫۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۴ درصد است. اگر پزشک در مطب خود چند دستگاه پوز داشته باشد باید تمام آن‌ها مربوط به حساب خود پزشک باشد و برای تعیین مالیات حساب چند دستگاه پوز بررسی شود.

دولت باید برای تعیین مالیات جمعیت شهرها و مراکز استان که پزشکان در آنجا مشغول به طبابت هستند را نیز در نظر بگیرند. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که برای پزشکانی که در مراکز استان‌ها با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند دولت باید شهرها را منطقه بندی کند و برحسب جمعیت هر شهر و متوسط تعداد مراجعه بیماران، مالیات را تعیین کند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۲٫۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۰ درصد است. پزشکان در مراکز استان‌ها که جمعیت بیشتری دارد به احتمال زیاد مراجعه‌کننده و بیماران بیشتری دارند و درآمد بالاتری نسبت به پزشکان که در شهرستان‌ها مشغول به فعالیت هستند دارند. برای تعیین مالیات دولت باید این مسئله را در نظر بگیرد.

در ماه‌هایی از سال تعداد بیماران مراجعه‌کننده به مطب پزشکان بیشتر و در ماه‌هایی از سال کمتر می‌باشد و دولت باید استراتژی‌های رفتاری متفاوت را در هنگام بازدید از مطب پزشکان برای تعیین مالیات در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که مأموران مالیاتی باید در ماه‌هایی از سال که مطب پزشکان خلوت می‌باشد، برای بازدید از مطب بروند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۹٫۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۸ درصد است. برای تعیین مالیات درست و واقعی باید مأموران مالیاتی برای بازدید از مطب پزشکان در ماه‌های اول فصل

زمستان که مطب پزشکان شلوغ است و ماه‌های اول فصل بهار که مطب پزشکان خلوت می‌باشد نروند. در ماه‌هایی از سال که تعداد مراجعه‌کننده به تناسب هستند برای بازدید بروند.

#### ۵-۴-۴) بازی‌های زیر طبقه چهارم: انتظارات مأموران مالیاتی

اغلب پزشکانی که درآمد بالا دارند با مأموران مالیاتی ارتباط غیررسمی برقرار می‌کنند و با پرداخت غیررسمی به مأموران مالیاتی، مالیات واقعی از این پزشکان توسط دولت اخذ نمی‌شود و مالیات کمتری از میزان واقعی آن پرداخت می‌کنند. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که پزشکانی که درآمد پایین دارند، با مأموران مالیاتی ارتباط غیررسمی برقرار نکرده و مالیات را واقعی پرداخت می‌کنند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۰ درصد است. دولت باید برای جلوگیری از پرداخت غیررسمی توسط پزشکان با درآمد بالا به مأموران مالیاتی، ابتدا باید میزان حقوق و نیاز مالی مأموران را تأمین کند و سپس برای بازدید مجدد از مطب پزشکان با درآمد بالا از سایر مأموران مالیاتی استفاده کند.

همچنین دولت می‌تواند استراتژی‌های رفتاری متفاوت برای جلوگیری از دریافت غیررسمی پول توسط مأموران مالیاتی از پزشکان را در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر رئیس گروه مالیات پزشکان توانمند باشد، با کنترل داخلی و نظارت مانع دریافت غیررسمی (پول) مأموران مالیاتی از پزشکان می‌شود. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۹٫۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است. وقتی رئیس مأموران مالیاتی که کار مربوط به مالیات پزشکان را انجام می‌دهد توانمند باشد می‌تواند با کنترل داخلی و نظارت مانع دریافت غیررسمی توسط مأموران مالیاتی از پزشکان شود.

#### ۵-۴-۵) بازی‌های زیر طبقه پنجم: بخشودگی مالیاتی

پزشکانی که در طرح‌هایی مانند طرح تحول سلامت که دولت در حوزه سلامت در نظر می‌گیرد شرکت می‌کنند. دولت می‌تواند برای این پزشکان امتیازاتی در زمینه مالیات قائل شود. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که در آن دولت باید به پزشکانی که در طرح تحول سلامت مداخله نمی‌کنند، امتیازات مالیاتی ندهد. این استراتژی رفتاری تعادل نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۳٫۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۹۴ درصد است. بیشتر پزشکانی که در طرح تحول سلامت مشارکت دارند و مداخله می‌کنند از دولت انتظار دارند که امتیازات مالیاتی برای آن‌ها قائل شود.

دولت می‌تواند تسهیلاتی را برای پزشکان در قبال پرداخت درست و متناسب مالیات با استراتژی‌های رفتاری متفاوت در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که وزارت بهداشت باید در قبال پرداخت **درست** و به موقع مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را به پزشک بدهد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۵٫۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۴ درصد است. سازمان امور مالیاتی تنها یک سازمان دولتی وصول‌کننده مالیات است و سایر سازمان‌ها مانند وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی باید تسهیلاتی مانند هزینه مسافرت پزشکان برای شرکت در سمینارها و ... برای پزشکانی که مالیات خود را درست و متناسب پرداخت می‌کنند را در نظر بگیرند.

دولت استراتژی‌های رفتاری متفاوت را برای پزشکان به‌منظور معافیت مالیاتی می‌تواند در نظر بگیرد. یکی از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که پزشکان مسن و کارافتاده را دولت باید از مالیات کاملاً معاف نکند. (در عوض دولت باید چتر حمایتی مثل خدمات و بیمه‌های اجتماعی رایگان برای آنان در نظر بگیرد و مثل سایر بازنشستگان از آنان مالیات دریافت کند) پزشک این استراتژی رفتاری را به‌احتمال ۵۰ درصد و دولت به‌احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. یکی دیگر از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که سایر پزشکان که توانایی طبابت دارند را دولت باید از تمام یا بخشی از مالیات معاف نکند. (در عوض دولت باید چتر حمایتی مثل خدمات و بیمه‌های اجتماعی برای آنان فراهم کند). پزشک این استراتژی رفتاری را به‌احتمال ۵۰ درصد و دولت به‌احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است. دولت باید پزشکان مسن و کارافتاده را کاملاً از مالیات معاف نکند و مثل سایر بازنشستگان از آنان مالیات دریافت کند و چتر حمایتی برای آنان فراهم کند و تحت پوشش بیمه‌های مختلف آن‌ها را قرار دهد.

دولت باید به اعتراضاتی که پزشکان به مالیات تعیین‌شده دارند رسیدگی کند و استراتژی‌های رفتاری به‌منظور دادن تخفیف مالیاتی برای آن‌ها در نظر بگیرد. یکی از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک به مالیات تشخیصی توسط سازمان مالیاتی اعتراض کند و تخفیف بگیرد باید برای بررسی، پرونده‌اش را به کمیسیون بررسی بفرستند. پزشک این استراتژی رفتاری را به‌احتمال ۳۶ درصد و دولت به‌احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. یکی دیگر از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک به مالیات تشخیصی توسط سازمان مالیاتی اعتراض کند و تخفیف نگیرد باید برای بررسی، پرونده‌اش را به کمیسیون بررسی بفرستند. پزشک این استراتژی رفتاری را به‌احتمال ۶۴ درصد و دولت به‌احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است. وقتی پزشک به مالیات تعیین‌شده اعتراض کرد و توسط رئیس گروه مالیات پزشکان اگر تخفیف اولیه به پزشک داده شد می‌تواند درخواست کند که پرونده‌اش در کمیسیون بررسی، رسیدگی شود که شاید تخفیف بیشتری به پزشک بدهند.

دولت استراتژی‌های رفتاری را باید برای بخشودگی مالیاتی پزشکان در نظر بگیرد که پزشکان احساس نکنند بخشودگی سلیقه‌ای می‌باشد و معیاری برای آن وجود ندارد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر برای تمامی پزشکان بخشودگی مالیات باشد، بخشودگی به‌صورت سلیقه‌ای نیست و معیاری برای آن وجود دارد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۲ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۸ درصد است. دولت باید بخشودگی مالیاتی را بر اساس معیارهایی برای تمامی پزشکان قرار دهد نه فقط برای پزشکان خاص، به‌طوری‌که بخشودگی سلیقه‌ای نباشد.

#### ۵-۴-۶) بازی‌های زیر طبقه ششم: جرائم مالیاتی

دولت برای تعیین جریمه مالیاتی پزشکان و رسیدگی به اعتراض پزشکان در زمینه جرائم مالیاتی تعیین‌شده، باید از یک‌نهاد و سازمان قانونی که حق قضاوت دارد استفاده کند. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض کند، دادگاه باید به اعتراض پزشک رسیدگی کند و جریمه نهایی را تعیین کند. این استراتژی رفتاری تعادل اول نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی

پزشک در این استراتژی ۸۵,۱ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۰ درصد است. استراتژی که در آن اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض نکند، مأموران مالیاتی باید جریمه نهایی را تعیین کنند. این استراتژی رفتاری تعادل دوم نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۴,۷ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است. وقتی پزشک به جریمه مالیاتی تعیین شده اعتراض می‌کند انتظار دارد که بتواند وکیل بگیرد و در دادگاه، قاضی میزان جریمه نهایی را تعیین کند.

#### ۵-۴-۷) بازی‌های زیر طبقه هفتم: ضعف سیستم مالیاتی

ضعف اصلی سیستم مالیاتی عدم دسترسی به اطلاعات درست و کامل پزشکان و میزان درآمد آن‌ها می‌باشد، نیروی انسانی و مأموران مالیاتی به اندازه کافی جهت جمع‌آوری اطلاعات پزشکان در سازمان مالیاتی نمی‌باشد و با کمبود نیرو روبرو هستند. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که پزشکان اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار می‌کنند اگر متوجه شوند که سازمان مالیاتی دسترسی به اطلاعات دارد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است. اگر پزشکان متوجه شوند که سازمان امور مالیاتی دسترسی به اطلاعات درآمدی پزشکان ندارد و با کمبود نیرو روبرو است و حجم پرونده‌های موردبررسی زیاد است امکان دارد اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار نکنند.

#### ۵-۴-۸) بازی‌های زیر طبقه هشتم: فعالیت‌های پزشکان در چندین محل کار طبابت

پزشکانی که در چند محل کار مانند مطب، بیمارستان، ساختمان پزشکان و درمانگاه‌ها به طبابت مشغول هستند باید از مجموع درآمد آن‌ها مالیات کسر شود. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک محل کار طبابت متفاوت داشته باشد (چندین محل کار) باید از مجموع درآمد پزشک (از هر محل کار جداگانه)، مالیات دریافت شود. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۱,۸ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۶ درصد است.

#### ۵-۴-۹) بازی‌های زیر طبقه نهم: اظهارنامه و دفاتر قانونی

در سال‌های اخیر سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی برای دریافت مالیات از پزشکان تفاهم‌نامه‌ای تهیه کرده بودند و بر اساس این تفاهم‌نامه، مالیات از پزشکان دریافت می‌شد و برای سازمان مالیاتی و پزشکان راحت‌تر، کم‌هزینه‌تر بود و نیاز به زمان کمی داشت و پایه مالیاتی تعیین شده در آن پایین بود اما به دلیلی که این تفاهم‌نامه لفظ قانونی نداشت توسط دیوان عدالت اداری ابطال گشت. یکی از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که پزشک از طریق تفاهم‌نامه (که هزینه و زمان پایین‌تری در دریافت مالیات داشت و پایه مالیاتی پایین بود) مالیات واقعی به دولت پرداخت می‌کند. پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۲۵ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. یکی دیگر از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که پزشک از طریق اظهارنامه (بدون تفاهم‌نامه) مالیات واقعی به دولت پرداخت می‌کند. پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۷۵ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است. وقتی از پزشکان با بررسی اظهارنامه آن‌ها مالیات دریافت می‌شود واقعی‌تر از زمانی است که از طریق تفاهم‌نامه مالیات تعیین شود.

دولت علاوه بر بررسی اظهارنامه مالیاتی پزشکان استراتژی‌های رفتاری متفاوت را می‌تواند در نظر بگیرد و به صورت دقیق‌تر با اطلاعاتی و مدارکی که از پزشکان دارد به صورت علی‌الراس مالیات آن‌ها را مشخص کند. یکی از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشکان اظهارنامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه **ندهند**، سازمان مالیاتی باید مالیات را علی‌الراس (تشخیصی) تعیین کند. پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۷۵ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. یکی دیگر از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشکان اظهارنامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه **ندهند**، سازمان مالیاتی باید مالیات را علی‌الراس (تشخیصی) تعیین کند. پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۲۵ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.

اظهارنامه‌هایی که پزشکان پر می‌کنند و به سازمان امور مالیاتی تحویل می‌دهند باید مأموران مالیاتی از نظر صحت و وسقم بررسی کنند بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشکان اظهارنامه را واقعی پر کنند (فرمالیته و تشریفاتی ندانند)، مأموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و وسقم بررسی کنند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۴٫۹ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است. ممکن است بعضی از پزشکان اظهارنامه را فرمالیته بدانند و به صورت واقعی پر نکنند به همین دلیل باید مأموران مالیاتی اظهارنامه‌ها را از نظر صحت و وسقم بررسی کنند.

اگر دولت بر اساس توانایی پرداخت هر پزشک مالیات دریافت کند باید اظهارنامه را بررسی کند و به توانایی پرداخت پزشکان برحسب اظهارنامه آنان پی ببرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر سازمان امور مالیاتی بر اساس توانایی پزشک مالیات دریافت **نماید**، این سازمان باید اظهارنامه را بررسی کند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۶۶٫۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۲ درصد است؛ و دولت نباید فقط برحسب میزان توانایی پرداخت پزشکان از آنان مالیات دریافت کند.

#### ۴-۵-۱۰) بازی‌های زیر طبقه دهم: فرار مالیاتی

پزشکان ممکن است از پرداخت مالیات از طریق راه‌های مختلف فرار کنند مثلاً میزان مبلغ ویزیت برای بیماران را پایین می‌گیرند که به نوعی سیاه نمایی کنند و دولت مالیات کمتری برای آن‌ها تعیین کند. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که پزشکی که مبلغ ویزیت پایین می‌گیرد (و در عوض از جایی دیگر جبران می‌نماید و به نوعی سیاه نمایی می‌کند)، مأموران مالیاتی متوجه می‌شوند. (مالیات واقعی را تعیین می‌کنند). این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۹٫۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۷۲ درصد است.

صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر مؤدیان مالیاتی یکی می‌باشد. میزان مالیات سالیانه پزشکان در این صندوق واریز می‌شود به صورت واضح توسط دولت مشخص نمی‌شود که پزشکان متوجه شوند این مالیات پرداختی را، دولت در کجا هزینه می‌کند. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقسار یکی باشد، احتمال عدم

پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد. این استراتژی رفتاری تعادل اول نش و تعادل اول مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۶,۶ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است. استراتژی رفتاری که در آن اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار جدا باشد، احتمال عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد. تعادل دوم نش و تعادل دوم مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۶,۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۲ درصد است.

وقتی دولت نرخ مالیات پزشکان را زیاد کند در صورتی که همراه با نظارت باشد مانع پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات) پزشکان می‌شود. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت با **نظارت**، باعث پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) پزشکان نمی‌شود. این استراتژی رفتاری تعادل نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۲,۵ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۸ درصد است.

#### ۵-۴-۱۱) بازی‌های زیر طبقه یازدهم: تعامل سازمان نظام پزشکی و سازمان امور مالیاتی

سازمان نظام پزشکی در تعامل با سازمان امور مالیاتی در صورت امکان می‌تواند مالیات پزشکان را مدیریت کند و درگیر مسائل مالی بشود و سالیانه مالیات پزشکان را به سازمان امور مالیاتی بدهد. درصدی از این مالیات را برای پرداخت تسهیلات به پزشکان نگه دارد و به پزشکان تسهیلات بدهد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر سازمان نظام پزشکی مالیات پزشکان را مدیریت کند و درگیر مسائل مالی شود، باید مقداری از مالیات را به‌عنوان تسهیلات برای پزشکان **خاص** (موردتوجه نظام پزشکی هستند) هزینه نکند. این استراتژی رفتاری تعادل نش این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۵۹,۳ درصد و منفعت نهایی دولت ۵۰ درصد است. سازمان نظام پزشکی در صورتی که سهمی از مالیات پزشکان را به‌عنوان تسهیلات بخواهد پرداخت کند باید برای تمامی پزشکان تسهیلاتی را در نظر بگیرد.

سازمان نظام پزشکی مثل سایر سازمان‌های صنفی باید برای تمدید و صدور مجدد پروانه پزشکان از سازمان امور مالیاتی استعلام کند که در حال حاضر این کار را انجام نمی‌دهد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است که اگر پزشک مالیات را درست و به‌موقع پرداخت کند، سازمان نظام پزشکی باید از سازمان مالیاتی برای تمدید پروانه پزشک استعلام کند. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۷۲,۴ درصد و منفعت نهایی دولت ۸۸ درصد است. در صورتی که سازمان نظام پزشکی از سازمان امور مالیاتی استعلام کند پزشکان هم برای اینکه نیاز به تمدید پروانه مطب خوددارند مجبور به پرداخت درست و به‌موقع مالیات هستند.



#### ۵-۴-۱۲) بازی‌های زیر طبقه دوازدهم: تفاهم‌نامه مالیاتی پزشکان

اگر طبق تفاهم‌نامه مالیاتی که سازمان نظام پزشکی با سازمان امور مالیاتی تهیه کردند از پزشکان مالیات اخذ شود. دولت اعتراضات پزشکان را کمتر بررسی می‌کند و احساس می‌کند مالیات را دقیق تعیین کردند. یکی از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است زمانی که پزشکان طبق تفاهم‌نامه مالیات پرداخت **کنند**، سازمان مالیاتی اعتراضات پزشکان را بیشتر بررسی می‌کند. پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۵۰ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. یکی دیگر از استراتژی‌های رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است زمانی که پزشکان طبق تفاهم‌نامه مالیات پرداخت **نکنند** (مأموران مالیاتی اظهارنامه پزشکان را بررسی کنند)، سازمان مالیاتی اعتراضات پزشکان را بیشتر بررسی می‌کند. پزشک این استراتژی رفتاری را به احتمال ۵۰ درصد و دولت به احتمال ۵۰ درصد در نظر می‌گیرند. منفعت نهایی پزشک در تعادل نش مختلط این بازی ۵۰ درصد و منفعت نهایی دولت نیز ۵۰ درصد است.

دولت استراتژی‌های رفتاری متفاوت را برای اینکه اگر با تفاهم‌نامه از پزشکان مالیات دریافت کند می‌تواند در نظر بگیرد. بهترین استراتژی رفتاری دولت در تعامل با پزشکان این است در صورتی که با تفاهم‌نامه، از پزشک مالیات دریافت می‌شد، باید پایه مالیاتی هر ساله تغییر (و افزایش) پیدا می‌کرد. این استراتژی رفتاری تعادل نش و تعادل مسلط این بازی می‌باشد؛ که منفعت نهایی پزشک در این استراتژی ۴۱٫۶ درصد و منفعت نهایی دولت ۶۶ درصد است.

#### ۵-۵) نتیجه‌گیری

سازمان امور مالیاتی دسترسی به اطلاعات درآمدی پزشکان برای تعیین مالیات آن‌ها ندارد بر همین اساس، پزشکان اظهارنامه مالیاتی را سالیانه پر می‌کنند و به سازمان امور مالیاتی جهت بررسی توسط مأموران مالیاتی ارائه می‌دهند. دولت باید انگیزه پرداخت مالیات درست و مناسب را در پزشکان از طریق فراهم کردن انواع تسهیلات رفاهی برای آنان ایجاد کند و به نوعی این باور را در میان پزشکان ایجاد کند که خودشان تمایل به پرداخت مالیات داشته باشند. همچنین محل هزینه کردن مالیات دریافتی از پزشکان، توسط دولت باید مشهود و محسوس باشد و از طریق رسانه‌های گروهی باید به فرهنگ‌سازی مالیات بپردازد. نرخ‌های مالیات باید با توجه به افزایش درآمد به صورت تصاعدی در نظر گرفته شود تا عدالت مالیاتی بین تخصص‌های مختلف پزشکان رعایت شود. معافیت و امتیازات مالیاتی را باید برای آن دسته از پزشکان که در پرداخت مالیات خوش حساب هستند در نظر گرفت. سازمان امور مالیاتی باید با تعامل و همکاری سازمان نظام پزشکی به عنوان یک سازمان صنفی به شناسایی پزشکانی که مالیات پرداخت نمی‌کنند بپردازد و برای آن‌ها پرونده مالیاتی تشکیل بدهد. سازمان نظام پزشکی باید برای صدور و تمدید پروانه پزشکان از سازمان امور مالیاتی استعلام کند و عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان را کاهش دهد.

بهترین استراتژی‌های رفتاری در تعامل بین پزشکان و دولت به منظور پوشش خلأهای سیستم مالیاتی و بهبود تعامل بین پزشکان و دولت که می‌تواند در اولویت برای سیاست‌گذاران در عرصه مالیات باشد به شرح ذیل می‌باشد:

۱- دولت در تعامل با پزشکانی که درآمد بالایی دارند باید سقف مالیاتی برای آن‌ها تعیین نکند و مالیات را با توجه به درآمد زیادی که دارند از آن‌ها دریافت کند.

- ۲- اگر پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل کند، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه کند.
- ۳- اگر پزشک صادقانه با دولت برخورد کند، دولت هم صادقانه با پزشک برخورد می کند. (دولت سوءاستفاده نمی کند).
- ۴- دولت باید مأموران مالیاتی را که اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی پزشکان و نحوه کسب درآمد پزشک ندارند، آموزش دهد.
- ۵- اگر مراکز درمانی و بیمارستان ها اطلاعات درآمدی پزشک را به سازمان مالیاتی ندهند، مالیات واقعی از پزشک اخذ نمی شود.
- ۶- اگر پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری نکنند، مأموران مالیاتی باید قوانین و مقررات مالیاتی را به آنها اطلاع رسانی نکنند و توضیحات لازم را ندهند.
- ۷- اگر پزشکان به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدها را ثبت شود، سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت می کند.
- ۸- اگر پزشک طرف قرارداد بیمه های درمان باشد باید از روی نسخه های موجود بیماران، سازمان مالیاتی، مالیات پزشک را مشخص کند.
- ۹- پزشکان که در تخصص های مختلف (نزدیک به یک طیف درآمدی هستند) و باهم دسته بندی نشوند، باید مالیات یکسان از آنان دریافت نشود.
- ۱۰- اگر پزشک خدماتی که به بیمار می دهد ثبت کند (دریافت مالیات برحسب خدمات ارائه شده به بیمار باشد) سازمان مالیاتی باید جمعیت شهری که پزشک در آن کار می کند را در تعیین مالیات در نظر بگیرد.
- ۱۱- مأموران مالیاتی باید حساب بانکی پزشکانی که گردش مالی بالایی دارند را برای تعیین مالیات بررسی کنند.
- ۱۲- پزشکانی که درآمد پایین دارند، با مأموران مالیاتی ارتباط غیررسمی برقرار نکرده و مالیات را واقعی پرداخت می کنند.
- ۱۳- پزشکان مسن و کارافتاده را دولت باید از مالیات کاملاً معاف نکند. (در عوض دولت باید چتر حمایتی مثل خدمات و بیمه های اجتماعی رایگان برای آنان در نظر بگیرد و مثل سایر بازنشستگان از آنان مالیات دریافت کند).
- ۱۴- اگر پزشک به مالیات تشخیصی توسط سازمان مالیاتی اعتراض کند و تخفیف بگیرد باید برای بررسی، پرونده اش را به کمیسیون بررسی بفرستند.
- ۱۵- پزشکان اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار می کنند اگر متوجه شوند که سازمان مالیاتی دسترسی به اطلاعات دارد.
- ۱۶- اگر پزشکان اظهارنامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه ندهند، سازمان مالیاتی باید مالیات را علی الراس (تشخیصی) تعیین کند.

- ۱۷- اگر پزشکان اظهارنامه را واقعی پر کنند (فرمالیته و تشریفات ندانند)، مأموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و سقم بررسی کنند.
- ۱۸- پزشکی که مبلغ ویزیت پایین می‌گیرد (و در عوض از جایی دیگر جبران می‌نماید و به نوعی سیاه نمایی می‌کند)، مأموران مالیاتی متوجه می‌شوند. (مالیات واقعی را تعیین می‌کنند).
- ۱۹- اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار یکی باشد، احتمال عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد.
- ۲۰- افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت با نظارت، باعث پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) پزشکان نمی‌شود.
- ۲۱- اگر سازمان نظام پزشکی مالیات پزشکان را مدیریت کند و درگیر مسائل مالی شود، باید مقداری از مالیات را به عنوان تسهیلات برای پزشکان خاص (مورد توجه نظام پزشکی هستند) هزینه نکند.
- ۲۲- اگر پزشک مالیات را درست و به موقع پرداخت کند، سازمان نظام پزشکی باید از سازمان مالیاتی برای تمدید پروانه پزشک استعلام کند.
- ۲۳- زمانی که پزشکان طبق تفاهم‌نامه مالیات پرداخت نکنند (مأموران مالیاتی اظهارنامه پزشکان را بررسی کنند)، سازمان مالیاتی اعتراضات پزشکان را بیشتر بررسی می‌کند.

#### ۵-۶) پیشنهادات

با توجه به یافته‌های به دست آمده و نیز محدودیت‌های موجود در مطالعه حاضر، پیشنهادات این مطالعه می‌تواند به عنوان یک راهنما برای مدیران و سیاست‌گذاران در جهت اولویت‌بندی مسائل و برای محققان و صاحب‌نظران در شناسایی محورها و عناوین تحقیقاتی به کار رود:

۱. محاسبه میزان فرار مالیاتی پزشکان و سایر مؤدیان مالیاتی و ارائه راهکار جهت کاهش آن
۲. بررسی رضایت پزشکان و سایر مؤدیان مالیاتی از سیستم مالیاتی کشور
۳. بررسی تعامل بیمارستان‌ها و مراکز درمانی با سیستم مالیاتی کشور
۴. بررسی تعامل بیمه‌ها با سیستم مالیاتی کشور
۵. بررسی تعامل سازمان نظام پزشکی با سیستم مالیاتی کشور
۶. بررسی تعامل ارائه‌کنندگان خدمات بهداشت عمومی، مراقبت‌های اولیه و پیشگیری بر مبنای تئوری بازی‌ها
۷. بررسی مشکلات تخصیص هزینه‌ها در نظام سلامت بر مبنای تئوری بازی‌ها
۸. بررسی تقاضای القایی در نظام سلامت بر مبنای تئوری بازی‌ها
۹. طراحی مکانیزم بیمه‌ای بر مبنای تئوری بازی‌ها
۱۰. ارائه راهکارهای سیاستی جهت اصلاح نظام سلامت بر مبنای تئوری بازی‌ها
۱۱. پیاده‌سازی طرح‌های بزرگ در نظام سلامت بر مبنای تئوری بازی‌ها
۱۲. نیازسنجی راهکارهای موردنیاز جهت اصلاح نظام سلامت بر مبنای تئوری بازی‌ها
۱۳. تبیین و تحلیل تعامل بین بیمه و نظام سلامت بر مبنای تئوری بازی‌ها

## منابع

۱. Alm J, W. Schulze. Why Do People Pay Taxes?. Journal of Public Economics. ۱۹۹۲; ۴۸(۱): ۲۱-۳۸.
۲. Alm J, Sanchez I. Economic and noneconomic factors in tax. Journal of Public Economics . ۱۹۹۵ ; ۵۸(۲): ۳-۱۸.
۳. Church B, R.L.Hannan. Shared interest and honesty in budget reporting. Accounting, Organization and Society. ۲۰۱۲; ۳۷(۳): ۱۵۵-۱۶۷.
۴. Mansfield, Charles. Tax Administration in Developing Countries: An Economic Perspective. International Monetary Fund. ۱۸۱۷: ۱-۲۳.
۵. Rickard J.A, Russell. A tax evasion model with allowance for retroactive penalties. journal of Economic Record. ۱۹۸۲; ۵۸(۴): ۳۷۹-۳۸۵.
۶. Gabriela S, Rodrigo S. Tax evasion under behavioral structures. journal of economia. ۲۰۱۴; ۱۵(۱) : ۳۰-۴۰.
۷. Robert W, Simon S. M. A Comparative Study on Perceived Ethics of Tax Evasion: Hong Kong Vs the United States. Journal of Business Ethics. ۲۰۰۸; ۷۷(۸): ۱۴۷-۱۵۸.
۸. Dennis Barber. Tax evasion: A macroeconomic theoretical examination. journal of public Economics. ۲۰۱۳ ; ۶۵(۴): ۸۹۹-۹۲۳.
۹. Abel B. Tax Evasion and Government Spending In Developing Countries. Journal of Public Economics. ۲۰۰۷; ۵۶(۲) : ۳۲۳-۳۸.
۱۰. Adam Forest. Active and Passive Deterrence of Income Tax Evasion. Journal of Law and Economics. ۲۰۰۰; ۴۲(۲): ۱۳۶-۱۵۵.
۱۱. zahi N, shahzad M. The study effective factors on tax evasion. journal of tax research. ۲۰۱۰; ۱۱ (۲۶): ۶۰-۶۹.
۱۲. Asadolahzadebali M. The effectiveness of inequality on tax and income distribution in Iran. Journal of tax research. ۲۰۰۸; ۱۰(۱): ۷۳-۹۲.
۱۳. Navidi H, Tayebnia A. Ali ridge detection system in an ideal tax system. journal of tax research. ۲۰۱۰; ۱۱ (۱۰): ۲۴-۲۹.
۱۴. Abdoli GH, Navidi H, State management on the behavior of officers and tax payers Evasion in declaration. journal of daneshvar. ۲۰۰۶; ۱۳(۲۰): ۸۶-۹۴.
۱۵. Igda news [online].[cited ۲۰۱۴ november ۱۱] ; Available from : URL: <http://igdanews.ir/index.php/medical/medical-news/medical-economics/۹۴۹-۲۰۱۴-۱۱-۱۱-۰۴-۲۰-۵۸.pdf>. [In Persian]

۱۶. von Neumann J, Morgenstern O. The Theory of Games and Economic Behavior. princeton : princeton university publication; ۱۹۴۴.
۱۷. Davani gh. Direct and indirect tax laws. tehran:kiomars publication; ۲۰۰۰. pp.۴۳۰.
۱۸. salamat news[online].[cited ۲۰۱۴ june ۱۷] ; Available from : URL: <http://www.salamatnews.com/news/۱۱۴۳۲۳/>. Pdf.[In Persian].
۱۹. Kamalan M. regulation collection of direct tax. tehran:kamalan publication;۲۰۱۱. p. ۴۱۶.
۲۰. University Y. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. UK: University of York; ۲۰۰۹.
۲۱. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. BMJ. ۲۰۰۹;۳۳۹:b۲۷۰۰۰.
۲۲. Hundsdoerfer J, Sichtmann c. The importance of taxes in entrepreneurial decisions: An analysis of practicing physicians' behavior. journal of Review of Managerial Science. ۲۰۰۹ ; ۳(۱) :۱۹-۴۰.
۲۳. Gillis M. Micro and Macroeconomics of tax reform. Journal of Development Economics . ۱۹۸۵ ;۱۹:۲۲۱-۲۵۴.
۲۴. John k, Gill M. Financial management: Five steps to producing effective financial statements . American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. ۲۰۰۳;۶۱۱-۶۱۲.
۲۵. Partington M.The brain drain tax proposal: A lawyers view. journal of world development. ۱۹۷۵;۳(۱۰):۷۱۷-۷۴۹.
۲۶. Andreassen L, Laura Di Tommaso M. Do medical doctors respond to economic incentives?. Journal of Health Economics. ۲۰۱۳;۳۲:۳۹۲-۴۰۹.
۲۷. Korndorfer M, Krumpal I. Measuring and explaining tax evasion: Improving self-reports using the crosswise model. Journal of economic psychology.۲۰۱۴;۴۵:۱۸-۳۲.
۲۸. Cleon C, Mason. The business of doctoring.The North American Review.۱۹۲۸;۲۲۶(۶):۷۳۷- ۷۴۲.
۲۹. Mark H, Norman K.Taxes and labor supply of high-income physicians. Jornal of public economics.۱۹۹۷;۶۶(۱):۷۳-۹۷.
۳۰. kimberly N, Anthony N. Deterring economic crimes:the case of tax evasion.journal criminology .۱۹۹۸;۴۰(۲):۱۶۵-۱۸۴.

۳۱. Kellarita A. “Did you pay your taxes?” how (not) to conduct tax evasion surveys in transition countries. *Social Indicators Research*. ۲۰۰۷; ۸۰(۲۵): ۵۵۵-۵۸۱.
۳۲. Michele W. Self-Control theory as an explanation of tax evasion. *Journal of economic psychology*. ۱۹۹۶; ۴(۱): ۱۴۴-۱۷۰.
۳۳. Di yang. Tax-deductible Donations and Tax Evasion: Experimental Evidence on the Effects of Self-justification on Dishonest Behavior. *Journal of Public Economics*. ۲۰۱۲; ۴۳(۱۰): ۵۲۸-۵۵۶.
۳۴. allingham, Agnar Sandmo. The Theory of Tax Evasion: A Retrospective View. *National tax journal*. ۱۹۹۷; ۱۸(۹): ۶۴۳-۶۶۳.
۳۵. thomas R. Tax planning strategies for physicians. *The American Journal of Surgery*. ۲۰۰۲; ۱۸(۱): ۱۹-۲۵.
۳۶. Naci tolga saruc. the determinants of tax evasion: experiments with turkish subjects. *public finance*. ۲۰۰۱; ۴۵(۲): ۱۹۳-۲۰۰.
۳۷. David C, Markel. Is a Physician “Provider Tax” the Solution to Michigan's Medicaid Woes? . *Hospital for special surgery*. ۲۰۱۳; ۹(۱): ۲۵۷-۲۶۳.
۳۸. Malhotra VM, Role of Game Theory in Public Health. *Online Journal of Health and Allied Sciences*. ۲۰۱۲; ۱۱(۲): ۱-۳.
۳۹. Alexander Kolker. Game Theory for Cost Allocation in Healthcare. *Journal of decision sciences*. ۲۰۱۴; ۱۳(۴): ۱۰۶۷-۱۰۷۹.
۴۰. Arab mazar A, zayer A. Estimated tax economic potential in Iran. *journal of tax professional* . ۲۰۰۸; ۵: ۲-۲۵.
۴۱. shakory A, saghebfard M. The effect of the tax system on income distribution in Iran. *journal of tax professional*. ۲۰۰۸; ۱۰(۳): ۱۱۴-۱۳۹.
۴۲. zayer A, shafiei S. The effects of the global financial crisis on tax revenues. *journal of tax professional*. *journal of tax professional*. ۲۰۰۹; ۱۰(۴): ۱۳۳-۱۷۰.
۴۳. mosavi y, tahmasbi F. Tax evasion in the VAT system: a theoretical model. *journal of tax professional*. ۲۰۰۹; ۵: ۲۸-۳۸.
۴۴. pajoyan J, darvishi B. Structural reforms in the tax system in Iran. *journal of tax research*. ۲۰۱۰; ۱۱(۸): ۱۰-۴۶.
۴۵. zahi N, shahzad M. Factors affecting tax evasion. *journal of tax research*. ۲۰۱۰; ۱۱(۹): ۲۶-۶۰.

۴۶. seifipour R, rezaei M. Factors affecting the distribution of income in the economy with an emphasis on taxes. *journal of tax research*. ۲۰۱۱; ۱۲(۱۰): ۱۲۲-۱۴۲.
۴۷. skandary M, akbarian R. Factors affecting the reception of electronic tax declaration in Iran. *Journal of tax research*. ۲۰۱۱; ۱۲(۱۱): ۲۲۲-۲۴۲.
۴۸. moradi M. rostami A. Factors affecting tax evasion with emphasis on cultural. *journal of tax research*. ۲۰۱۳; ۱۴(۱۸): ۱۸۲-۲۰۱.
۴۹. Creswell J.w, plano clark v.L. *Designing and conducting mixed methods research* (۲<sup>nd</sup> ed) . thousand oaks, CA:Sage. ۲۰۱۱.
۵۰. McNeely ML, Campbell KL. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors : a systematic review and meta analysis. *CMAJ*. ۲۰۰۶; ۱۷۵(۱): ۳۴-۴۱.
۵۱. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning an educational and environmental approach*. (۲<sup>nd</sup> ed). Toronto: Mayfield publishing; ۱۹۹۹. p. ۳۶۲.
۵۲. Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health research*. London:sage; ۲۰۰۴.
۵۳. Streubert H J, Carpenter D R. *Qualitative Research in Nursing. Advance the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott. ۲۰۰۷; ۱۳۳-۱۷۲.
۵۴. Savin-Baden M, Major C. *Qualitative Research: The Essential Guide to Theory and practice*. London:Routledge; ۲۰۱۳.
۵۵. Wertz, charmaz, MCMullen. *Five ways of Doing Qualitative Analysis: phenomenological psychology*. The Guilford publication: March ۳۰, ۲۰۱۱, ۱<sup>st</sup> ed.print.
۵۶. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of advertising nursing*. ۲۰۰۸; ۶۲(۱): ۱۰۷-۱۱۵.
۵۷. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research : concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *nurse edu today*. ۲۰۰۴; ۲۴: ۱۰۵-۱۱۲.
۵۸. Kripendorff k. *content Analysis: An introduction to its Methodology*. ۲<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks, CA:Sage; ۲۰۰۴.
۵۹. Silverman D. *Interpreting quaalitative data: Methods for analysing talk text and interaction* third edition. London :sage; ۲۰۰۶.
۶۰. Ahmadi F. Series of educational workshops on medical science. *Qualitative research*. ۱<sup>st</sup> ed . tehran: tarbiat modares university; ۲۰۰۳. p ۲۵-۳۰.

۶۱. Burns N, Grove S K. understanding nursing research. W.B. Saunders company; ۱۹۹۹. P ۳۴۴.
۶۲. shenton A.K. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. Education for information. ۲۰۰۴; ۲۲(۲): ۶۳-۷۵.
۶۳. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. Applications of social research Methods to questions in information and Library science ۲۰۰۹; ۳۰۸-۳۱۹. [cited May ۷,۲۰۱۰]; Available from URL: <http://www.ils.unc.edu/~yanz/content-analysis.pdf>.
۶۴. Carboni JT. A Rogerian process of inquiry. Nurs Sci Q. ۱۹۹۵; ۸(۱):۲۲-۳۷.
۶۵. Holloway I, Wheeler S. Qualitative Research in Nursing. ۲ed Ed. Oxfoed: Blackwell Science LTD; ۲۰۰۲.
۶۶. Vaartio H, Leino-kilpi H. Measuring nursing advocacy in procedural pain care development and validation of an instrument. Pain manage Nurs. ۲۰۰۹; ۱۰(۴): ۲۰۶-۲۱۹.
۶۷. polit Df, Beck CT. The content validity index: are you sure you know whats being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. ۲۰۰۶; ۲۹(۵): ۴۸۹-۴۹۷.
۶۸. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic. Inquiries. Educational Technology Research and Development .۱۹۸۱;۲۹(۲):۷۵-۹۱.
۶۹. Macnee CL. Understanding nursing research: Reading and using research in nursing pracyice. Philadelphia PA:Lippincott william & Wilkins, ۲۰۰۴.
۷۰. Marshal C, Rossman G. Designing qualitative research. ۳<sup>rd</sup> edition .Thousand Oaks.SAGE publications; ۱۹۹۹.
۷۱. Brown SC, Stevens RA. Exploring complex phenomena :Grounded theory in student affairs research. journal coll stud Dev. ۲۰۰۲;۴۳(۲):۱-۱۱.
۷۲. Wyrwich KW, Bullinger M. Estimating clinically significant differences in quality of life out comes. Qual life Research. ۲۰۰۵; ۱۴(۲): ۲۸۵-۲۹۵.
۷۳. Watson R, Thompson DR.Use of factor analysis in journal of advanced nursing: literature review. Journal advertising nursing. ۲۰۰۶; ۵۵(۳): ۳۳۰-۳۴۱.
۷۴. Norris, Megan, Lecavalier Luc. Evaluating the use of exploratory factor analysis in developmental disability psychological research. journal of autism and developmental disorders. ۲۰۰۹; ۴۰(۱): ۸-۲۰.
۷۵. Giles D. C. Advanced research methods in psychology. Rout ledge;۲۰۰۲,۲۵۰-۲۶۴.



۷۶. Jorekog K.G, Sorbom D. Lisrel ۸: Users Reference Guide, Scientific Software International.  
۱۹۹۶;۳۴۱-۳۵۲.
۷۷. Allen j, mellor D. work context, personal control, and burnout amongst Nurses. western journal of nursing research. ۲۰۰۲; ۲۴:۹۰۵-۹۱۷.
۷۸. Bentler H. Cut of criteria for fit indices in covariance Structure analysis: conventional criteria versus new alternative. journal of Structural Equation Modeling .۱۹۹۹;۶(۱):۱-۵۵.
۷۹. Jokovic A, Locker D. Validity and reliability of a questionair for measuring child oral health related quality of life. Journal Den res. ۲۰۰۲; ۸۱(۷): ۴۵۹-۴۶۳.
۸۰. Sun TK, Chiu SC. Yeh SH. Assessing reliability and validity of the chineseversion of the stroke scale: scale development. Int journal nursing student. ۲۰۰۶; ۴۳(۴): ۴۵۷-۴۶۳.
۸۱. Kuo CL, Turtonb MA. Measuring peer caring behaviors of nursing students: scale development. Int journal nursing student. ۲۰۰۷; ۴۴(۱):۱۰۵-۱۱۴.
۸۲. Aladwani AM, Palvia PC. Developing and validating an instrument for measuring user perceived web quality. Information management. ۲۰۰۲; ۳۹(۶): ۴۶۷- ۴۷۶.
۸۳. McGraw K.O, Wong SP. Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. psychological methods. ۱۹۹۶; ۱(۱):۳۰.
۸۴. Amidi A. Fundamentals of Biostatistics. tehran: University Publication Center; ۲۰۱۰.
۸۵. Qing L. Game theoretic and analytical approaches to international cooperation and investment problems. masters thesis. department of industrial and systems engineering: virginia polytechnic Institute and state university; ۲۰۰۱.
۸۶. zou W, Kumaraswamy M. Game theory based understanding of Dynamic relation between public and private sectors in ppps. Procs ۲۵<sup>th</sup> annual acrom conference. association of researchers in construction management. ۲۰۰۹:۱۹۷-۲۰۵.
۸۷. Hashemiparast M. Game theory and its applications. tehran: Khajeh Nasir University Pub; ۲۰۰۶.
۸۸. Abdoli Gh. Game theory and its applications (static and dynamic games with complete information). tehran: university jihad pub; ۲۰۱۱.

۸۹. Mesquita De, Bueno B. Game theory, political economy, and the evolving study of war and peace. American political science review. ۲۰۰۶;۱۰۰:۶۳۷-۶۴۲.
۹۰. Nicolata s, laura c. Game theory and social policy. the international conference on administration and business. ۲۰۰۹:۷۲۱-۷۲۶.
۹۱. Govindan S, Wilson R. Aglobal newton method to compute Nash equilibria. Journal of economic theory. ۲۰۰۳;۱۱۰(۱):۶۵-۸۶.
۹۲. Hackert, Adelbert F. Finite mathematics, from sets to game theory:from sets to game theory .D .C. Health:۲۹۲-۳۲۲.
۹۳. Luigi, Bernardi. Tax systems and tax reforms in Europe: Rationale and open issue for more radical reforms. journal of Tax Systems. ۲۰۰۴; ۳۰-۵۴
۹۴. pajoyan J, darvishi B. Structural reforms in the tax system in Iran. journal of tax research .۲۰۱۰ ; ۱۱(۸):۱۰-۴۷.
۹۵. Rezaei Gh, khademi A. Position of changes and comply in the tax system reform: global experience and challenges of the tax system. journal of tax research. ۲۰۱۰; ۱۱(۹):۸۴-۱۰۰.
۹۶. Mohseni A, kamijani A. Factors effecting on the increase of tax culture in the business sector payers (guild stationery) Alborz. journal of tax research. ۲۰۱۰; ۱۱(۹):۲۰۰-۲۲۸.
۹۷. zayer A. The status of simplification in the tax reform program: global experience and challenges of the tax system. journal of tax professional. ۲۰۰۹;۹(۶):۱۵۸-۱۸۴.
۹۸. shakory A, sagheb fard M. The effect of taxation on income distribution in Iran. journal of tax professional. ۲۰۰۸;۸(۳):۱۰۶-۱۳۹.
۹۹. Jeffry, M, Perloff. Effects of Taxes and other Government Policies on Income Distribution and Welfare. Journal of policy Modeling . ۲۰۰۸;۴۱۹- ۴۴۳.
۱۰۰. Nikomaram H, kavosi A. Tax culture and its review of the medical community north of Tehran. Journal of basirat. ۲۰۰۷;۱۴(۳۸):۷۲-۹۲.
۱۰۱. Fisman R, Svensson, j. Are Corruption and Taxation Really Harmful to Growth? Firm Level Evidence. Journal of Development Economics. ۲۰۰۷; ۸۳: ۶۳-۷۵.
۱۰۲. Fazlzadeh A, Nabi N. differences of taxable income According to the tax audit and taxable income assessed tax administration. journal of tax research. ۲۰۱۲; ۱۱(۱۸):۵۸-۷۵.
۱۰۳. Khanjan A. The role of formal institutions in tax evasion (Case Study of Mashhad city). journal of tax and develapement research. ۲۰۰۶;۹:۱۹-۲۶.

۱۰۴. Tahmorsy M. Pathology of the tax system in Iran. journal of zekr. ۲۰۱۲; ۷۰: ۲۰-۴۳.

## پیوست‌ها

### پیوست ۱. پرسشنامه مطالعه



دانشگاه علوم پزشکی تهران

## به نام خدا

### کارشناسان محترم سازمان امور مالیاتی

#### با عرض سلام و احترام

همانگونه که مستحضرید پایان نامه ای تحت عنوان "تبیین و تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات: طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازیها" در حال اجرا است که به بررسی مشکلات و چالشهای تعاملی بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات می پردازد و جهت رفع این مشکلات به طراحی مکانیزم مناسب مالیاتی می پردازد و در این خصوص پرسشنامه ای از دیدگاه متخصصین خبره تهیه شده است که در حال حاضر در اختیار شما کارشناسان محترم قرار گرفته است. اطلاعات مندرج در پرسشنامه محرمانه تلقی می گردد بدون شک و دقت و توجه شما در اظهار نظر و تکمیل پرسشنامه، ما را در دستیابی به نتایج قابل اطمینان و کاربردی یاری می‌رساند، پیشاپیش از همکاری شما صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

#### مشخصات دموگرافیک کارشناسان

سن:	
جنسیت: مرد	زن
سطح تحصیلات:	
سابقه کار کارشناس (به سال):	



## به نام خدا

### پزشکان محترم

### با عرض سلام و احترام

همانگونه که مستحضرید سازمان امور مالیاتی طبق تفاهم نامه، مالیات را از پزشکان دریافت می نمود و هم اکنون مالیات را از طریق بررسی اظهارنامه توسط ماموران مالیاتی اخذ می نماید. به همین منظور پایان نامه ای تحت عنوان "تبیین و تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات: طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازیها" در حال اجرا است که به بررسی مشکلات و چالشهای تعاملی بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات می پردازد و جهت رفع این مشکلات به طراحی مکانیزم مناسب مالیاتی می پردازد و در این خصوص پرسشنامه ای از دیدگاه متخصصین خبره تهیه شده است که در حال حاضر در اختیار شما پزشکان محترم قرار گرفته است. اطلاعات مندرج در پرسشنامه محرمانه تلقی می گردد، بدون شک دقت و توجه شما در اظهار نظر و تکمیل پرسشنامه، ما را در دستیابی به نتایج قابل اطمینان و کاربردی یاری می‌رساند، پیشاپیش از همکاری شما صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

### مشخصات دموگرافیک پزشکان

سن:	
جنسیت: مرد	زن
سطح تحصیلات:	
سابقه کار پزشک (به سال):	

ردیف	سوالات	موافق	مخالف
۱	اگر پزشک درآمدش را <b>صادقانه</b> در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید به پزشک <b>پاداش</b> دهد.		
۲	اگر پزشک درآمدش را <b>غیر صادقانه</b> در اظهارنامه مالیاتی اظهار کند، دولت باید پزشک را <b>جریمه</b> کند.		
۳	پزشکانی که درآمد <b>بالا</b> دارند، دولت باید برای آنها سقف مالیاتی مشخص کند. (از یک سقف معین، مالیات بیشتر از آنها <b>نگیرد</b> )		
۴	پزشکانی که درآمد <b>پایین</b> دارند، دولت باید برای آنها سقف مالیاتی مشخص کند. (از یک سقف معین، مالیات بیشتر از آنها <b>نگیرد</b> )		
۵	در صورتی که پزشک خدمات ارائه شده به بیمارانش را <b>ثابت</b> کند، دولت باید امتیازات مالیاتی به پزشک دهد.		
۶	در صورتی که پزشک خدمات ارائه شده به بیمارانش را <b>ثابت نکند</b> ، دولت باید امتیازات مالیاتی به پزشک دهد.		
۷	دولت باید به پزشکی که در طرح تحول سلامت مداخله می کنند، امتیازات مالیاتی بدهد.		
۸	دولت باید به پزشکی که در طرح تحول سلامت مداخله نمی کنند، امتیازات مالیاتی بدهد.		
۹	در صورتی که پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل کند، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه کند.		
۱۰	در صورتی که پزشک اظهارنامه مالیاتی را صادقانه تکمیل نکند، دولت باید مالیات پزشک را در حوزه سلامت به صورت مشهود هزینه کند.		
۱۱	<b>سازمان نظام پزشکی</b> باید در قبال پرداخت درست و به موقع مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را از <b>سهام مالیات</b> ، به پزشک بدهد.		
۱۲	<b>سازمان نظام پزشکی</b> باید در قبال پرداخت درست و به موقع مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را از منبع دیگری <b>غیر از مالیات</b> به پزشک بدهد.		
۱۳	<b>وزارت بهداشت</b> باید در قبال پرداخت درست و به موقع مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را به پزشک بدهد.		
۱۴	<b>سازمان نظام پزشکی</b> باید در قبال پرداخت نادرست و با تاخیر مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را از <b>سهام مالیات</b> به پزشک بدهد.		
۱۵	<b>سازمان نظام پزشکی</b> باید در قبال پرداخت نادرست و با تاخیر مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را از منبع دیگری <b>غیر از مالیات</b> به پزشک بدهد.		
۱۶	<b>وزارت بهداشت</b> باید در قبال پرداخت نادرست و با تاخیر مالیات توسط پزشک، تسهیلاتی را به پزشک بدهد.		
۱۷	اگر پزشک <b>صادقانه</b> با دولت برخورد کند، دولت هم <b>صادقانه</b> با پزشک برخورد می کند. (دولت سوء استفاده نمی کند)		
۱۸	اگر پزشک <b>غیر صادقانه</b> با دولت برخورد کند، دولت <b>صادقانه</b> با پزشک برخورد می کند. (دولت سوء استفاده نمی کند)		
۱۹	زمانیکه پزشکان طبق تفاهم نامه مالیات پرداخت کنند، سازمان مالیاتی اعتراضات پزشکان را بیشتر بررسی می کند. (و در نتیجه مالیات بیشتری تشخیص می دهند)		
۲۰	زمانیکه پزشکان طبق تفاهم نامه مالیات پرداخت نکنند (ماموران مالیاتی اظهارنامه پزشکان را بررسی کنند)، سازمان مالیاتی اعتراضات پزشکان را بیشتر بررسی می کند. (و در نتیجه مالیات بیشتری تشخیص می دهند)		
۲۱	اگر نحوه برخورد پزشکان با ماموران مالیاتی خوب نباشد، باید برخورد ماموران مالیاتی با پزشکان خوب باشد.		
۲۲	اگر نحوه برخورد پزشکان با ماموران مالیاتی خوب باشد، باید برخورد ماموران مالیاتی نیز با پزشکان خوب باشد.		
۲۳	دولت باید ماموران مالیاتی را که اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی پزشکان ونحوه کسب درآمد پزشک <b>ندارند</b> ، آموزش دهد.		
۲۴	دولت باید برای ماموران مالیاتی که اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی پزشکان ونحوه کسب درآمد پزشک <b>دارند</b> ، برنامه های آموزش مداوم بگذارد.		
۲۵	سازمان نظام پزشکی باید به پزشک در قبال <b>مشارکت</b> در پرداخت مالیات درست برای حقوقی که در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی دارد، اطلاع رسانی کند.		

تبیین و تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات: طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها

ردیف	سوالات	موافق	مخالف
۲۶	سازمان نظام پزشکی باید به پزشک در قبال <b>عدم مشارکت</b> در پرداخت مالیات درست برای حقوقی که در زمینه قوانین و مقررات مالیاتی دارد، اطلاع رسانی کند.		
۲۷	اگر سازمان نظام پزشکی مالیات پزشکان را مدیریت کند و درگیر مسائل مالی شود، باید مقداری از مالیات را بعنوان تسهیلات برای <b>تمام</b> پزشکان هزینه کند.		
۲۸	اگر سازمان نظام پزشکی مالیات پزشکان را مدیریت کند و درگیر مسائل مالی شود، باید مقداری از مالیات را بعنوان تسهیلات برای پزشکان <b>خاص</b> (مورد توجه نظام پزشکی هستند) هزینه کند.		
۲۹	اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار کند، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم میشود. (سوء برداشت از ماموران مالیاتی کم میشود)		
۳۰	اگر پزشک اطلاعات را درست اظهار <b>نکند</b> ، بار کمیسیون حل اختلاف سازمان امور مالیاتی کم میشود. (سوء برداشت از ماموران مالیاتی کم میشود)		
۳۱	اگر پزشک مالیات را درست و به موقع پرداخت کند، سازمان نظام پزشکی باید از سازمان مالیاتی برای تمدید پروانه پزشک استعلام کند.		
۳۲	اگر پزشک مالیات را درست و به موقع پرداخت <b>نکند</b> ، سازمان نظام پزشکی باید از سازمان مالیاتی برای تمدید پروانه پزشک استعلام کند.		
۳۳	اگر پزشک طرف قرارداد بیمه های درمان باشد باید از روی نسخه های موجود بیماران، سازمان مالیاتی، مالیات پزشک را مشخص کند.		
۳۴	اگر پزشک طرف قرارداد بیمه های درمان <b>نباشد</b> باید از روی ویزیت‌های بیماران، سازمان مالیاتی، مالیات پزشک را مشخص کند.		
۳۵	پزشکان که در تخصص های مختلف ( نزدیک به یک طیف درآمدی هستند) و با هم دسته بندی <b>شوند</b> ، باید مالیات یکسان از آنان دریافت شود.		
۳۶	پزشکان که در تخصص های مختلف ( نزدیک به یک طیف درآمدی هستند) و باهم دسته بندی <b>نشوند</b> ، باید مالیات یکسان از آنان دریافت شود.		
۳۷	پزشکان مسن و کار افتاده را دولت باید از مالیات کاملاً معاف <b>نکند</b> . (در عوض دولت باید چتر حمایتی مثل خدمات و بیمه های اجتماعی رایگان برای آنان در نظر بگیرد و مثل سایر بازنشستگان از آنان مالیات دریافت کند)		
۳۸	سایر پزشکان که توانایی طبابت دارند را دولت باید از تمام یا بخشی از مالیات معاف <b>نکند</b> . (در عوض دولت باید چتر حمایتی مثل خدمات و بیمه های اجتماعی برای آنان فراهم کند)		
۳۹	اگر پزشک به مالیات تشخیصی توسط سازمان مالیاتی اعتراض کند و تخفیف بگیرد باید برای بررسی، پرونده اش را به کمیسیون بررسی بفرستند.		
۴۰	اگر پزشک به مالیات تشخیصی توسط سازمان مالیاتی اعتراض کند و تخفیف <b>نگیرد</b> باید برای بررسی، پرونده اش را به کمیسیون بررسی بفرستند.		
۴۱	اگر پزشک محل کار طبابت متفاوت داشته باشد (چندین محل کار) باید از مجموع درآمد پزشک (از هر محل کار جداگانه)، مالیات دریافت شود.		
۴۲	اگر پزشک محل کار طبابت متفاوت <b>نداشته</b> باشد باید از مجموع درآمد پزشک، مالیات دریافت شود.		
۴۳	اگر برای برخی از پزشکان <b>خاص</b> بخشودگی مالیات باشد، بخشودگی به صورت سلیقه ای است و معیاری برای آن وجود ندارد.		
۴۴	اگر برای <b>تمامی</b> پزشکان بخشودگی مالیات باشد، بخشودگی به صورت سلیقه ای است و معیاری برای آن وجود ندارد.		
۴۵	اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض کند، دادگاه باید به اعتراض پزشک رسیدگی کند و جریمه نهایی را تعیین کند.		
۴۶	اگر پزشک جریمه مالیاتی بشود و اعتراض <b>نکند</b> ، ماموران مالیاتی باید جریمه نهایی را تعیین کنند.		
۴۷	پزشکانی که درآمد <b>بالا</b> دارند، با ماموران مالیاتی ارتباط غیررسمی برقرار کرده و با پرداخت های غیررسمی به ماموران		

ردیف	سوالات	موافق	مخالف
	، مالیات را واقعی پرداخت نمی کنند.		
۴۸	پزشکانی که درآمد پایین دارند ، با ماموران مالیاتی ارتباط غیررسمی برقرار کرده و با پرداخت های غیررسمی به ماموران ، مالیات را واقعی پرداخت نمی کنند.		
۴۹	اگر رییس گروه مالیات پزشکان توانمند باشد ، با کنترل داخلی و نظارت مانع دریافت غیررسمی (پول) ماموران مالیاتی از پزشکان می شود .		
۵۰	اگر رییس گروه مالیات پزشکان توانمند نباشد، مانع دریافت غیررسمی (پول) ماموران مالیاتی از پزشکان نمی شود.		
۵۱	اگر پزشکان اطلاعات درآمدی را درست اظهار نکنند، از ماموران مالیاتی که اطلاعات کمی در حوزه سلامت دارند سوء استفاده می کنند.		
۵۲	اگر پزشکان اطلاعات درآمدی را درست اظهار کنند ، از ماموران مالیاتی که اطلاعات کمی در حوزه سلامت دارند سوء استفاده نمی کنند.		
۵۳	سازمان مالیاتی باید تفاوت میزان هزینه پزشک (که برای اداره مطب و... خرج می کند) بین مراکز استان و شهرستان را برای پزشکانی که در مراکز استانها با رشته تخصصی یکسان کار می کنند ، در تعیین مالیات در نظر بگیرد.		
۵۴	سازمان مالیاتی باید تفاوت میزان هزینه پزشک (که برای اداره مطب و... خرج می کند) بین مراکز استان و شهرستان را برای پزشکانی که در شهرستانها با رشته تخصصی یکسان کار می کنند ، در تعیین مالیات در نظر بگیرد.		
۵۵	اگر پزشک خدماتی که به بیمار می دهد مثبت کند (دریافت مالیات برحسب خدمات ارائه شده به بیمار باشد) سازمان مالیاتی باید جمعیت شهری که پزشک در آن کار می کند را در تعیین مالیات در نظر بگیرد.		
۵۶	اگر پزشک خدماتی که به بیمار می دهد مثبت نکند (دریافت مالیات برحسب خدمات ارائه شده به بیمار باشد) سازمان مالیاتی باید جمعیت شهری که پزشک در آن کار می کند را در تعیین مالیات در نظر بگیرد.		
۵۷	اگر پزشکان بیمه های طرف قرارداد خود را گسترش دهند، ماموران مالیاتی باید از روی تعداد نسخ بیمه های طرف قرارداد مالیات را تعیین کنند.		
۵۸	اگر پزشکان بیمه های طرف قرارداد خود را گسترش ندهند، ماموران مالیاتی باید از روی تعداد نسخ بیمه های طرف قرارداد مالیات را تعیین کنند.		
۵۹	اگر نرخ مالیات پزشک زیاد باشد، دولت باید خدمات خوب در قبال پرداخت مالیات، به پزشک بدهد.		
۶۰	اگر نرخ مالیات پزشک کم باشد، دولت باید خدمات خوب در قبال پرداخت مالیات، به پزشک بدهد.		
۶۱	از پزشک با درآمد بالا، مالیات به صورت تصاعدی (با افزایش درآمد، سهم و درصد مالیات افزایش می یابد) دریافت شود.		
۶۲	از پزشک با درآمد بالا، مالیات به صورت تناسبی (درصد یکسانی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) دریافت شود.		
۶۳	از پزشک با درآمد بالا، مالیات به صورت نزولی (مبلغ ثابتی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) دریافت شود.		
۶۴	از پزشک با درآمد پایین ، مالیات به صورت تصاعدی (با افزایش درآمد، سهم و درصد مالیات افزایش می یابد) دریافت شود.		
۶۵	از پزشک با درآمد پایین، مالیات به صورت تناسبی (درصد یکسانی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) دریافت شود.		
۶۶	از پزشک با درآمد پایین، مالیات به صورت نزولی (مبلغ ثابتی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) دریافت شود.		
۶۷	در صورتی که با تفاهم نامه، از پزشک مالیات دریافت می شد، باید پایه مالیاتی هر ساله تغییر (و افزایش) پیدا می کرد.		
۶۸	در صورتی که بدون تفاهم نامه، از پزشک مالیات دریافت شود، باید پایه مالیاتی هر ساله تغییر (و افزایش) پیدا کند .		
۶۹	دولت باید از پزشکی که فعالیت زیاد دارد (تعداد ساعات کاری زیاد)، مالیات بیشتری دریافت کند. (جلوی افزایش فعالیت و انگیزه پزشک را بگیرد)		
۷۰	دولت باید از پزشکی که فعالیت زیاد ندارد (تعداد ساعات کاری کم)، مالیات بیشتری دریافت نکند (باعث افزایش فعالیت و انگیزه پزشک شود)		
۷۱	برای پزشکان اهمیت دارد که از طریق رسانه های گروهی، درباره مالیات و فرهنگ سازی مالیات به آنها اطلاع رسانی شود.		
۷۲	برای پزشکان اهمیت دارد که از طریق رسانه های گروهی، درباره مالیات و فرهنگ سازی مالیات به آنها اطلاع رسانی		



تبیین و تحلیل تعامل بین پزشکان و دولت در عرصه مالیات: طراحی مکانیزم مالیاتی بر مبنای تئوری بازی‌ها

ردیف	سوال	موافق	مخالف
	نشود.		
۷۳	پزشک از طریق تفاهم نامه (که هزینه و زمان پایین تری در دریافت مالیات داشت و پایه مالیاتی پایین بود) مالیات واقعی به دولت پرداخت می کند		
۷۴	پزشک از طریق اظهارنامه (بدون تفاهم نامه) مالیات واقعی به دولت پرداخت می کند.		
۷۵	اگر مراکز درمانی و بیمارستانها اطلاعات درامدی پزشک رابه سازمان مالیاتی بدهند، مالیات واقعی از پزشک اخذ میشود.		
۷۶	اگر مراکز درمانی و بیمارستانها اطلاعات درامدی پزشک رابه سازمان مالیاتی ندهند، مالیات واقعی از پزشک اخذ میشود.		
۷۷	اگر پزشک خدمات جانبی در مطب ارائه بدهد ماموران مالیاتی باید در تعیین مالیات، غیر از ویزیت بیماران ،خدمات جانبی در مطب رادر نظر بگیرند.		
۷۸	اگر پزشک خدمات جانبی در مطب ارائه ندهد ماموران مالیاتی باید در تعیین مالیات، تنها ویزیت بیماران در مطب رادر نظر بگیرند.		
۷۹	پزشکی که مبلغ ویزیت پایین می گیرد (و در عوض از جایی دیگر جبران می نماید و به نوعی سیاه نمایی می کند) ،ماموران مالیاتی متوجه می شوند. (مالیات واقعی را تعیین می کنند)		
۸۰	پزشکی که مبلغ ویزیت پایین نمی گیرد (و به نوعی سیاه نمایی نمی کند)، ماموران مالیاتی متوجه می شوند. ( مالیات واقعی را تعیین می کنند)		
۸۱	ماموران مالیاتی باید حساب بانکی پزشکانی که گردش مالی بالایی دارند را برای تعیین مالیات بررسی کنند.		
۸۲	ماموران مالیاتی باید حساب بانکی پزشکانی که گردش مالی پایینی دارند را برای تعیین مالیات بررسی کنند.		
۸۳	اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار یکی باشد، احتمال عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد.		
۸۴	اگر صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار جدا باشد ،احتمال عدم پرداخت مالیات توسط پزشکان وجود دارد.		
۸۵	برای پزشکان زن که در تخصص های مختلف هستند و بیماران مراجعه کننده بیشتری دارند، باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات موثر باشد.		
۸۶	برای پزشکان مردی که در تخصص های مختلف هستند و بیماران مراجعه کننده بیشتری دارند ، باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات موثر باشد .		
۸۷	پزشکانی که مالیات مکسوره بالایی دارند و آنرا اظهار نمی کنند، دولت باید مالیات مکسوره پزشک را از مالیات تعیین شده کسر کند.		
۸۸	پزشکانی که مالیات مکسوره پایینی دارند و آنرا اظهار می کنند، دولت باید مالیات مکسوره پزشک را از مالیات تعیین شده کسر کند.		
۸۹	اگر پزشک اظهارنامه را پر کند، ماموران مالیاتی باید سن، شهرت، محل مطب و مدارک موجود پزشک را بررسی کنند.		
۹۰	اگر پزشک اظهارنامه را پر نکند، ماموران مالیاتی باید سن، شهرت، محل مطب و مدارک موجود پزشک را بررسی کنند.		
۹۱	اگر پزشکان درآمد خود را درست اظهار کنند، ماموران مالیاتی باید پزشکان را با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده و نسخ موجود راستی آزمایی کنند.		
۹۲	اگر پزشکان درآمد خود را درست اظهار نکنند، ماموران مالیاتی باید پزشکان را با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده و نسخ موجود راستی آزمایی کنند.		
۹۳	اگر پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری کنند ، ماموران مالیاتی باید قوانین و مقررات مالیاتی را به آنها اطلاع رسانی کنند و توضیحات لازم را بدهند.		
۹۴	اگر پزشکان با سازمان امور مالیاتی همکاری نکنند ، ماموران مالیاتی باید قوانین و مقررات مالیاتی را به آنها اطلاع رسانی کنند و توضیحات لازم را بدهند.		
	سوال		
ردیف			
۹۵	اگر پزشکان در مطب خود یک دستگاه پوز و یک حساب داشته باشند و ویزیت از طریق پوز به حساب پزشک ریخته شود باید برای تعیین مالیات، حساب آنها بررسی شود.		
۹۶	اگر پزشکان در مطب خود چند دستگاه پوز و چند حساب داشته باشند و ویزیت از طریق پوز به چند حساب ریخته شود باید برای تعیین مالیات، حساب آنها بررسی شود.		

ردیف	سوالات	موافق	مخالف
۹۷	اگر پزشکان به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدها ثابت شود، سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت می کند.		
۹۸	اگر پزشکان به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدها ثابت نشود، سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت می کند.		
۹۹	برای پزشکانی که در مراکز استانها با رشته تخصصی یکسان کار می کنند دولت باید شهرها را منطقه بندی کند و برحسب جمعیت هر شهر و متوسط تعداد مراجعه بیماران، مالیات را تعیین کند.		
۱۰۰	برای پزشکانی که در شهرستانها با رشته تخصصی یکسان کار می کنند دولت باید شهرها را منطقه بندی کند و برحسب جمعیت هر شهر و متوسط تعداد مراجعه بیماران، مالیات را تعیین کند.		
۱۰۱	اگر پزشکان مالیات را به صورت تصاعدی (با افزایش درآمد، سهم و درصد مالیات افزایش می یابد) بپردازند، دولت مالیات واقعی دریافت می کند.		
۱۰۲	اگر پزشکان مالیات را به صورت تناسبی (درصد یکسانی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) بپردازند، دولت مالیات واقعی دریافت می کند.		
۱۰۳	اگر پزشکان مالیات را به صورت نزولی (مبلغ ثابتی از درآمد هر پزشک برای مالیات است) بپردازند، دولت مالیات واقعی دریافت می کند.		
۱۰۴	در صورتی که پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی وجود داشته باشد (و تناسب خوبی بین پزشکان در خصوص مراجعه بیماران به آنها وجود داشته باشد) سازمان مالیاتی باید سقف درآمدی برای مالیات مشخص کند. (از یک حد معین که درآمد بالاتر شود مالیات بیشتری دریافت کند)		
۱۰۵	در صورتی که پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی وجود نداشته باشد (و تناسب خوبی بین پزشکان در خصوص مراجعه بیماران به آنها وجود نداشته باشد) سازمان مالیاتی باید سقف درآمدی برای مالیات مشخص کند. (از یک حد معین که درآمد بالاتر شود مالیات بیشتری دریافت کند)		
۱۰۶	اگر پزشکان اظهار نامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه بدهند، سازمان مالیاتی باید مالیات را علی الراس (تشخیصی) تعیین کند.		
۱۰۷	اگر پزشکان اظهار نامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه ندهند، سازمان مالیاتی باید مالیات را علی الراس (تشخیصی) تعیین کند.		
۱۰۸	ماموران مالیاتی باید در ماههایی از سال که مطب پزشکان شلوغ می باشد، برای بازدید از مطب بروند.		
۱۰۹	ماموران مالیاتی باید در ماههایی از سال که مطب پزشکان خلوت می باشد، برای بازدید از مطب بروند.		
۱۱۰	اگر پزشکان اظهارنامه را واقعی پرکنند (فرمالیته و تشریفات ندانند)، ماموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و سقم بررسی کنند.		
۱۱۱	اگر پزشکان اظهارنامه را غیر واقعی پرکنند (فرمالیته و تشریفات بدانند)، ماموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و سقم بررسی کنند.		
۱۱۲	اگر سازمان امور مالیاتی براساس توانایی پزشک مالیات دریافت نماید، این سازمان باید اظهارنامه را بررسی کند.		
۱۱۳	اگر سازمان امور مالیاتی براساس توانایی پزشک مالیات دریافت نکند، این سازمان باید اظهارنامه را بررسی کند.		
۱۱۴	پزشکان اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار می کنند اگر متوجه شوند که سازمان مالیاتی دسترسی به اطلاعات دارد.		
۱۱۵	پزشکان اطلاعات درآمدی خود را درست اظهار می کنند اگر متوجه شوند که سازمان مالیاتی با کمبود نیرو روبرو است و تعداد پرونده ها زیاد است و دسترسی به اطلاعات ندارد.		
۱۱۶	افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت بدون نظارت، باعث پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) پزشکان می شود.		
۱۱۷	افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت با نظارت، باعث پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) پزشکان می شود.		

## پیوست ۲. بازیهای طراحی شده در نرم افزار Game bit

		پزشک	
		درآمد بالا	درآمد پایین
دولت	دولت سقف مالیاتی مشخص کند	(۲۶،۶۸،۷)	(۷۴،۸۳،۵)
	دولت سقف مالیاتی مشخص نکند	(۷۴،۳۱،۳)	(۲۶،۱۶،۲)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱

		پزشک	
		نرخ مالیات پزشک زیاد	نرخ مالیات پزشک کم
دولت	دولت خدمات خوب به پزشک بدهد	(۶۶،۹۶،۵)	(۶۰،۵۷،۸)
	دولت خدمات خوب به پزشک ندهد	(۳۴،۳،۵)	(۴۰،۴۲،۲)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲

		پزشک	
		درآمد بالا	درآمد پایین
دولت	مالیات به صورت تصاعدی دریافت شود	(۷۸،۳۷،۶)	(۴۸،۲۹،۵)
	مالیات به صورت تناسبی دریافت شود	(۵۶،۶۲)	(۵۲،۵۲،۷)
	مالیات به صورت نزولی دریافت شود	(۴۰،۳۵،۳)	(۳۴،۵۵،۵)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳

		پزشک		
		تصادفی مالیات بدهند	تناسبی مالیات بدهند	نزولی مالیات بدهند
دولت	دولت مالیات واقعی دریافت می کند	(۷۲،۳۸،۲)	(۵۲،۵۷،۳)	(۴۲،۲۲،۷)
	دولت مالیات واقعی دریافت نمی کند	(۲۸،۶۱،۸)	(۴۸،۴۲،۷)	(۵۸،۷۷،۳)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴

		پزشک	
		پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی وجود داشته باشد	پزشک و مراکز درمانی به اندازه کافی وجود نداشته باشد
دولت	سازمان مالیاتی سقف درآمدی برای مالیات مشخص کند	(۵۲،۷۴،۵)	(۲۸،۵۴،۵)
	سازمان مالیاتی سقف درآمدی برای مالیات مشخص نکند	(۴۸،۲۵،۵)	(۷۲،۴۵،۵)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵

		پزشک	
		درآمد را غیر صادقانه اظهار کند	درآمد را صادقانه اظهار کند
دولت	توجه کند(پاداش دهد، جریمه کند)	(۵۲،۸۸)	(۷۰،۴۷،۳)
	بی توجهی کند	(۴۸،۱۲)	(۳۰،۵۲،۷)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۶

		پزشک	
		خدمات ارائه شده را ثبت نکند	خدمات ارائه شده را ثبت کند
دولت	دولت امتیازات مالیاتی بدهد	(۱۶،۲۷،۵)	(۸۷،۶،۶۲)
	دولت امتیازات مالیاتی ندهد	(۸۴،۷۲،۵)	(۳۸،۱۲،۴)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۷

		پزشک	
		اظهارنامه را غیر صادقانه پر کنند	اظهارنامه را صادقانه پر کنند
دولت	مالیات را در حوزه سلامت هزینه کند	(۴۲،۴۰،۹)	(۶۰،۷۸،۹)
	مالیات را در حوزه سلامت هزینه نکند	(۵۸،۵۹،۱)	(۴۰،۲۱،۱)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۸

		پزشک	
		برخورد غیر صادقانه با دولت	برخورد صادقانه با دولت
دولت	صادقانه با پزشک برخورد کند	(۵۸،۳۸،۵)	(۸۰،۷۲)
	صادقانه با پزشک برخورد نکند	(۴۲،۶۱،۵)	(۲۰،۲۸)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۹

		پزشک	
		برخورد با ماموران مالیاتی خوب باشد	برخورد با ماموران مالیاتی خوب نباشد
دولت	برخورد ماموران مالیاتی با پزشکان خوب است	(۸۰,۷۹,۱)	(۷۲,۷۸,۴)
	برخورد ماموران مالیاتی با پزشکان خوب نیست	(۲۰,۲۰,۹)	(۲۸,۲۱,۶)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۰

		پزشک	
		اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی ندارد	اطلاعات کافی از حوزه سلامت و سرفصل مالیاتی دارد
دولت	آموزش دهد	(۸۸,۸۵,۱)	(۵۴,۷۰,۲)
	آموزش ندهد	(۱۲,۱۴,۹)	(۴۶,۲۹,۸)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۱

		پزشک	
		مشارکت در پرداخت مالیات درست	عدم مشارکت در پرداخت مالیات درست
دولت	سازمان نظام پزشکی قوانین مالیاتی را اطلاع رسانی کند	(۷۶,۸۴,۷)	(۷۰,۶۸)
	سازمان نظام پزشکی قوانین مالیاتی را اطلاع رسانی نکند	(۲۴,۱۵,۳)	(۳۰,۳۲)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۲

		پزشک	
		اطلاعات را درست اظهار کند	اطلاعات را درست اظهار نکند
دولت	بار کمیسیون حل اختلاف سازمان مالیاتی کم می شود	(۷۲,۷۴,۷)	(۴۰,۳۰,۹)
	بار کمیسیون حل اختلاف سازمان مالیاتی کم نمی شود	(۲۸,۲۵,۳)	(۶۰,۶۹,۱)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۳

		پزشک	
		اطلاعات درآمدی را درست اظهار نکنند	اطلاعات درآمدی را درست اظهار کنند
دولت	از ماموران مالیاتی سوء استفاده می کنند	(۶۸,۷۳,۶)	(۲۴,۴۱,۱)
	از ماموران مالیاتی سوء استفاده نمی کنند	(۳۲,۲۶,۴)	(۷۶,۵۸,۹)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۴

		پزشک	
		اهمیت دارد	اهمیت ندارد
دولت	از طریق رسانه های گروهی به آنها اطلاع رسانی شود	(۶۰,۸۰,۴)	(۴۰,۱۹,۶)
	از طریق رسانه های گروهی به آنها اطلاع رسانی نشود	(۴۲,۳۶,۹)	(۵۸,۶۳,۱)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۵

		پزشک	
		بیمارستانها اطلاعات درآمدی پزشک رابطه سازمان مالیاتی بدهند	بیمارستانها اطلاعات درآمدی پزشک رابطه سازمان مالیاتی ندهند
دولت	مالیات واقعی اخذ می کند	(۶۴,۵۹,۳)	(۳۶,۲۹,۸)
	مالیات واقعی اخذ نمی کند	(۳۶,۴۰,۷)	(۶۴,۷۰,۲)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۶

		پزشک	
		همکاری با سازمان امور مالیاتی	عدم همکاری با سازمان امور مالیاتی
دولت	ماموران مالیاتی قوانین و مقررات مالیاتی را به آنها اطلاع رسانی کنند	(۴۴,۸۳,۱)	(۴۴,۷۰,۷)
	ماموران مالیاتی قوانین و مقررات مالیاتی را به آنها اطلاع رسانی نکنند	(۵۶,۱۶,۹)	(۵۶,۲۹,۳)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۷

		پزشک	
		به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدشان ثبت شود	به صورت گروهی شرکت تشکیل بدهند و درآمدشان ثبت نشود
دولت	سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت می کند	(۷۰,۶۴)	(۵۸,۳۷,۵)
	سازمان امور مالیاتی، مالیات واقعی دریافت نمی کند	(۳۰,۳۶)	(۴۲,۶۲,۵)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۸



		پزشک	
		طرف قرارداد بیمه‌های درمان باشد	طرف قرارداد بیمه‌های درمان نباشد
دولت	تعیین مالیات از روی نسخه‌های موجود بیماران	(۶۶،۶۵،۳)	(۶۰،۵۲،۴)
	تعیین مالیات از روی ویزیت‌های بیماران	(۳۴،۳۴،۷)	(۴۰،۴۷،۶)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۱۹

		پزشک	
		در تخصص‌های مختلف با هم دسته‌بندی نشوند	در تخصص‌های مختلف با هم دسته‌بندی شوند
دولت	مالیات یکسان از آنان دریافت شود	(۴۴،۵۷،۳)	(۳۸،۳۵،۱)
	مالیات یکسان از آنان دریافت نشود	(۵۶،۴۲،۷)	(۶۲،۶۴،۹)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۰

		پزشک	
		در مراکز استان با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند	در شهرستانها با رشته تخصصی یکسان کار می‌کنند
دولت	سازمان مالیاتی باید تفاوت هزینه پزشک بین مراکز استان و شهرستان را در نظر بگیرد	(۷۶،۸۴)	(۶۶،۶۷،۶)
	سازمان مالیاتی باید تفاوت هزینه پزشک بین مراکز استان و شهرستان را در نظر نگیرد	(۲۴،۱۶)	(۳۴،۳۲،۴)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۱

		پزشک	
		خدماتی که به بیمار می دهد را ثبت نکند	خدماتی که به بیمار می دهد را ثبت کند
دولت	سازمان مالیاتی باید جمعیت شهر را در نظر بگیرد	(۵۴,۴۰,۲)	(۸۲,۷۹,۱)
	سازمان مالیاتی باید جمعیت شهر را در نظر نگیرد	(۴۶,۵۹,۸)	(۱۸,۲۰,۹)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۲

		پزشک	
		بیمه های طرف قرارداد را گسترش دهند	بیمه های طرف قرارداد را گسترش ندهند
دولت	ماموران مالیاتی از روی تعداد نسخه بیمه مالیات تعیین کنند	(۵۸,۲۸,۲)	(۴۶,۸۲,۴)
	ماموران مالیاتی از روی تعداد نسخه بیمه مالیات تعیین نکنند	(۴۲,۷۱,۸)	(۵۴,۱۷,۶)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۳ (بازی مختلط)

		پزشک	
		فعالیت زیاد ندارد	فعالیت زیاد دارد
دولت	مالیات بیشتری دریافت کند	(۵۲,۳۹,۸)	(۴۴,۴۴,۴)
	مالیات بیشتری دریافت نکند	(۴۸,۶۰,۲)	(۵۶,۵۵,۶)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۴ (بازی مختلط)

		پزشک	
		خدمات جانبی در مطب ارائه ندهد	خدمات جانبی در مطب ارائه بدهد
دولت	غیراز ویزیت بیماران، باید خدمات جانبی در مطب را در نظر بگیرند.	(۷۲,۶۶,۲)	(۲۸,۴۵,۶)
	تنها ویزیت بیماران در مطب را در نظر بگیرند	(۲۸,۳۳,۸)	(۷۲,۵۴,۴)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۵

		پزشک	
		گردش مالی بالایی دارند	گردش مالی پایینی دارند
دولت	ماموران حساب بانکی آنان را برای تعیین مالیات بررسی کنند.	(۷۶,۵۲,۴)	(۷۶,۴۸)
	ماموران حساب بانکی آنان را برای تعیین مالیات بررسی نکنند	(۲۴,۴۷,۶)	(۲۴,۵۲)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۶

		پزشک	
		پزشکان زن که در تخصص‌های مختلف هستند	پزشکان مرد که در تخصص‌های مختلف هستند
دولت	باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات موثر باشد	(۵۴,۴۲,۵)	(۴۴,۴۷,۳)
	باید جنسیت پزشک در تعیین مالیات موثر نباشد	(۴۶,۵۷,۵)	(۵۶,۵۲,۷)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۷ (بازی مختلط)

		پزشک	
		مالیات مکسوره پایینی دارند و آنرا اظهار می کنند	مالیات مکسوره بالایی دارند و آنرا اظهار نمی کنند
دولت	دولت باید مالیات مکسوره را کسر کند	(۴۶،۵۸،۷)	(۴۶،۶۵،۱)
	دولت باید مالیات مکسوره را کسر نکند	(۵۴،۴۱،۳)	(۵۴،۳۴،۹)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۸

		پزشک	
		اظهارنامه پر کند	اظهارنامه پر نکند
دولت	ماموران مالیاتی باید سن، شهرت، محل مطب و مدارک موجود پزشک را بررسی کنند	(۶۰،۶۲،۹)	(۷۰،۶۸،۹)
	ماموران مالیاتی باید سن، شهرت، محل مطب و مدارک موجود پزشک را بررسی نکنند	(۴۰،۳۷،۱)	(۳۰،۳۱،۱)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۲۹

		پزشک	
		درآمد خود را درست اظهار کنند	درآمد خود را درست اظهار نکنند
دولت	ماموران مالیاتی باید پزشکان را با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده راستی آزمایی کنند.	(۵۴،۶۸،۲)	(۶۶،۵۵،۶)
	ماموران مالیاتی باید پزشکان را با بررسی تعداد بیمار ویزیت شده راستی آزمایی نکنند.	(۴۶،۳۱،۸)	(۳۴،۴۴،۴)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۰

		پزشک	
		در مطب خود چند دستگاه پوز داشته باشند	در مطب خود یک دستگاه پوز داشته باشند
دولت	برای تعیین مالیات، حساب آنها بررسی شود	(۶۴،۶۳،۸)	(۷۴،۶۷،۱)
	برای تعیین مالیات، حساب آنها بررسی نشود	(۳۶،۳۶،۲)	(۲۶،۳۲،۹)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۱

		پزشک	
		در مراکز استانها با رشته تخصصی یکسان کار می کنند	در شهرستانها با رشته تخصصی یکسان کار می کنند
دولت	دولت برحسب جمعیت هر شهر ، مالیات را تعیین کند.	(۶۲،۵۲،۴)	(۷۰،۷۲،۹)
	دولت برحسب جمعیت هر شهر ، مالیات را تعیین نکند.	(۳۸،۴۷،۶)	(۲۷،۱،۳۰)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۲

		پزشک	
		ماههایی از سال که مطب پزشکان خلوت می باشد	ماههایی از سال که مطب پزشکان شلوغ می باشد
دولت	ماموران برای بازدید از مطب بروند	(۶۸،۴۹،۵)	(۷۰،۳۷،۳)
	ماموران برای بازدید از مطب نروند	(۳۲،۵۱،۵)	(۳۰،۶۲،۷)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۳

		پزشک	
		درآمد بالا	درآمد پایین
دولت	ارتباط غیر رسمی با ماموران برقرار می کنند و مالیات واقعی پرداخت نمی کنند	(۴۲,۶۰,۴)	(۴۰,۲۲)
	ارتباط غیر رسمی با ماموران برقرار نمی کنند و مالیات واقعی پرداخت می کنند	(۵۸,۳۹,۶)	(۶۰,۷۸)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۴

		پزشک	
		مانع دریافت غیررسمی پول توسط ماموران مالیاتی از پزشکان می شود	مانع دریافت غیررسمی پول توسط ماموران مالیاتی از پزشکان نمی شود
دولت	رییس گروه مالیات پزشکان توانمند باشد	(۶۲,۷۹,۳)	(۵۲,۳۹,۵)
	رییس گروه مالیات پزشکان توانمند نباشد	(۳۸,۲۰,۷)	(۴۸,۶۰,۵)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۵

		پزشک	
		در طرح تحول سلامت مداخله کند	در طرح تحول سلامت مداخله نکند
دولت	دولت امتیازات مالیاتی بدهد	(۶۸,۷۹,۸)	(۶,۳۶,۲)
	دولت امتیازات مالیاتی ندهد	(۳۲,۲۰,۷)	(۹۴,۶۳,۸)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۶

		پزشک	
		پرداخت نادرست و با تاخیر مالیات	پرداخت درست و بموقع مالیات
دولت	سازمان نظام پزشکی تسهیلات از مالیات بدهد	(۳۴,۸۸,۴)	(۲۸,۳۴,۹)
	سازمان نظام پزشکی تسهیلات از منبع غیر مالیات بدهد	(۵۶,۵۵,۳)	(۱۲,۳۱,۶)
	وزارت بهداشت تسهیلات بدهد	(۷۴,۷۵,۸)	(۲۰,۲۷,۱)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۷

		پزشک	
		پزشکان مسن و کارافتاده	سایر پزشکان که توانایی طبابت دارند
دولت	دولت باید کاملاً از مالیات معاف کند	(۶۲,۴۶,۵)	(۳۸,۵۵,۶)
	دولت باید کاملاً از مالیات معاف نکند	(۳۸,۵۳,۵)	(۶۲,۴۴,۴)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۸ (بازی مختلط)

		پزشک	
		مالیات تشخیصی اعتراض کند و تخفیف بگیرد	مالیات تشخیصی اعتراض کند و تخفیف نگیرد
دولت	سازمان مالیاتی پرونده اش را به کمیسیون بررسی می فرستند	(۳۲,۵۹,۶)	(۶۰,۵۳,۱)
	سازمان مالیاتی پرونده اش را به کمیسیون بررسی نمی فرستند	(۶۸,۴۰,۴)	(۴۰,۴۶,۹)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۳۹ (بازی مختلط)

		پزشک	
		بخشودگی مالیاتی برای تمامی پزشکان باشد	بخشودگی مالیاتی برای برخی از پزشکان خاص باشد
دولت	بخشودگی به صورت سلیقه ای است	(۴۲،۴۸)	(۴۴،۶۲،۴)
	بخشودگی به صورت سلیقه ای نیست	(۵۸،۵۲)	(۵۶،۳۷،۶)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۰

		پزشک	
		جریمه مالیاتی بشود و اعتراض نکند	جریمه مالیاتی بشود و اعتراض کند
دولت	دادگاه به اعتراض باید رسیدگی کند و جریمه تعیین کند	(۳۸،۵۵،۳)	(۷۰،۸۵،۱)
	ماموران مالیاتی باید جریمه را تعیین کنند	(۶۲،۴۴،۷)	(۳۰،۱۴،۹)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۱

		پزشک	
		اطلاعات درامدی خود را درست اظهار نمی کنند	اطلاعات درامدی خود را درست اظهار می کنند
دولت	سازمان مالیاتی دسترسی به اطلاعات دارد	(۲۸،۲۲)	(۷۲،۷۸)
	سازمان مالیاتی با کمبود نیرو روبرو است و دسترسی به اطلاعات ندارد	(۶۰،۴۸،۷)	(۴۰،۵۱،۳)

## استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۲



		پزشک	
		محل کار طبابت متفاوت باشد	محل کار طبابت متفاوت نداشته باشد
دولت	از مجموع درآمد پزشک مالیات دریافت شود	(۷۶,۶۱,۸)	(۶۰,۵۷,۶)
	از مجموع درآمد پزشک مالیات دریافت نشود	(۲۴,۳۸,۲)	(۴۰,۴۲,۴)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۳

		پزشک	
		مالیات واقعی پرداخت می‌کند	مالیات واقعی پرداخت نمی‌کند
دولت	تفاهم نامه	(۴۴,۷۲,۲)	(۵۲,۴۶,۷)
	اظهارنامه	(۵۶,۲۷,۸)	(۴۸,۵۳,۳)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۴ (بازی مختلط)

		پزشک	
		اظهار نامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه ندهند	اظهار نامه خود را به سازمان مالیاتی ارائه بدهند
دولت	سازمان مالیاتی باید مالیات را علی‌الراس تعیین کند	(۴۶,۶۰,۲)	(۶۲,۵۶)
	سازمان مالیاتی باید مالیات را علی‌الراس تعیین نکند	(۵۴,۳۹,۸)	(۳۸,۴۴)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۵ (بازی مختلط)

		پزشک	
		اظهارنامه را واقعی پرکنند	اظهارنامه را غیر واقعی پرکنند
دولت	ماموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و سقم بررسی کنند	(۷۲,۷۴,۹)	(۷۲,۶۷,۶)
	ماموران مالیاتی باید اظهارنامه را از نظر صحت و سقم بررسی نکنند	(۲۸,۲۵,۱)	(۲۸,۳۲,۴)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۶

		پزشک	
		براساس توانایی پزشک مالیات دریافت نماید	براساس توانایی پزشک مالیات دریافت نکند
دولت	سازمان مالیاتی باید اظهارنامه را بررسی کند	(۸۲,۶۶,۴)	(۶۸,۴۰,۴)
	سازمان مالیاتی باید اظهارنامه را بررسی نکند	(۱۸,۳۳,۶)	(۳۲,۵۹,۶)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۷

		پزشک	
		مبلغ ویزیت پایین می گیرد	مبلغ ویزیت پایین نمی گیرد
دولت	ماموران مالیاتی متوجه می شوند	(۷۲,۵۹,۳)	(۶۲,۴۷,۸)
	ماموران مالیاتی متوجه نمی شوند	(۲۸,۴۰,۷)	(۳۸,۵۲,۲)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۸

		پزشک	
		احتمال عدم پرداخت مالیات وجود دارد	احتمال عدم پرداخت مالیات وجود ندارد
دولت	صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار یکی باشد	(۶۲,۵۶,۶)	(۳۸,۴۳,۴)
	صندوق دریافتی مالیات از پزشکان با سایر اقشار جدا باشد	(۶۲,۵۶,۵)	(۳۸,۴۳,۵)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۴۹

		پزشک	
		پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) کند	پرداخت مالیات کمتر (فرار مالیات بیشتر) نکند
دولت	افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت بدون نظارت	(۵۸,۷۲,۵)	(۴۲,۵۷,۵)
	افزایش نرخ مالیات برای پزشکان توسط دولت با نظارت	(۴۲,۲۷,۵)	(۵۸,۴۲,۵)

استراتژی های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۰

		پزشک	
		تمام پزشکان	پزشکان خاص
دولت	سازمان نظام پزشکی مقداری از مالیات را بعنوان تسهیلات هزینه کند	(۴۸,۸۶)	(۵۰,۴۰,۷)
	سازمان نظام پزشکی مقداری از مالیات را بعنوان تسهیلات هزینه نکند	(۵۲,۱۴)	(۵۰,۵۹,۳)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۱

		پزشک	
		مالیات درست و بموقع پرداخت کند	مالیات درست و بموقع پرداخت نکند
دولت	سازمان نظام پزشکی برای تمدید پروانه استعلام کند	(۸۸,۷۲,۴)	(۸۶,۳۸,۹)
	سازمان نظام پزشکی برای تمدید پروانه استعلام نکند	(۱۲,۲۷,۶)	(۱۴,۶۱,۱)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۲

		پزشک	
		طبق تفاهم نامه مالیات پرداخت کند	طبق تفاهم نامه مالیات پرداخت نکند
دولت	سازمان مالیاتی اعتراضات را بیشتر بررسی می‌کند	(۳۸,۶۹,۱)	(۶۲,۴۴,۴)
	سازمان مالیاتی اعتراضات را بیشتر بررسی نمی‌کند	(۶۲,۳۰,۹)	(۳۸,۵۵,۶)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۳ (بازی مختلط)

		پزشک	
		با تفاهم نامه مالیات بدهد	بدون تفاهم نامه مالیات بدهد
دولت	باید پایه مالیاتی هرساله افزایش پیدا کند	(۶۶,۴۱,۶)	(۵۶,۳۳,۳)
	باید پایه مالیاتی هرساله افزایش پیدا نکند	(۳۴,۵۸,۴)	(۴۴,۶۶,۷)

استراتژی‌های رفتاری پزشک و دولت در بازی شماره ۵۴