








Original Article

The Reasons for Informal Payments in Hospitals: A Qualitative Study in Iraq

Ali Abdulhussain Fadhil^{1*} , Atheer Khdyair Hamad² , Sadeq Sahib Sadeq³ , Moayad Aziz Abdulqadir⁴ , Zahraa F. Hassan⁵ , Ali Abdul Razaq⁶ , Sada Ghalib Al- Musawi⁷ 

¹ College of Medical Technology, Medical Lab techniques, Al-Farahidi University, Baghdad, Iraq.

² Department of Medical Laboratories Technology, AL-Nisour University College, Baghdad, Iraq.

³ Department of Medical Laboratories, College of health & medical Technology, Sawa University, Almathana, Iraq.

⁴ Department of Anesthesia Techniques, AlNoor University College, Nineveh, Iraq.

⁵ College of Dentistry, Al-Ayen University, Thi-Qar, Iraq

⁶ Medical Lab Techniques, Al-Hadi University College, Baghdad, Iraq

⁷ College of Pharmacy/ National University of Science and Technology, Dhi Qar, Iraq

ARTICLE INFO

Corresponding Author:

Ali Abdulhussain Fadhil

e-mail addresses:

alialshamary412@yahoo.com

Received: 18/Dec/2022

Modified: 15/Mar/2023

Accepted: 19/Mar/2023

Available online: 02/Oct/2023

Keywords:

Informal Payments

Hospitals

Iraq

Medical Ethics

ABSTRACT

Introduction: The responsibility of health systems has evolved to encompass not only the improvement of individuals' health but also the protection of their financial well-being against the costs of illness. However, many healthcare systems worldwide have experienced the issue of informal payments, which is considered a significant challenge to the credibility of medical professionals. The reasons for these payments vary across different regions. To tackle this issue, the current research was carried out in 2021 to examine the factors contributing to unofficial payments within healthcare facilities situated in Erbil, Iraq.

Methods: The present study utilized a qualitative, applied research approach, employing semi-structured interviews as the primary data collection method. The sample consisted of 60 patients, doctors, and policymakers from Erbil, Iraq, who were selected based on targeted criteria. Informed consent was obtained from all participants, and the study was conducted with the approval of the Medical Ethics Council of Hawler Medical University. During the interviews, participants were asked about their reasons for engaging in informal payments, and the collected data were analyzed using content analysis techniques.

Results: Patients' perspectives on informal payments suggest that legal, cultural, and quality-related factors are influential in their decision to make such payments. On the other hand, doctors and policymakers revealed several reasons for receiving informal payments from healthcare providers, including structural, ethical, and tariff-related issues, as well as those that demonstrate the provider's expertise and competence.

Conclusion: Understanding the reasons behind informal payments is crucial in addressing and ultimately eradicating them. This research has discovered the reasons behind unofficial payments in Iraq's healthcare system. An extensive grasp of the requirements and driving forces behind healthcare providers and recipients can efficiently identify and eradicate this practice. Policymakers who possess a thorough comprehension of the consequences associated with these payments can make more informed decisions, ensuring a collectively agreed-upon policy approach. Enhancing the wages of healthcare professionals in Iraq, taking into account their performance and expertise, and introducing payment systems that are tied to performance can play a crucial

The Reasons for Informal Payments in Hospitals

role in mitigating this issue. Additionally, promoting professional ethics training fosters trust and mutual understanding among individuals while highlighting the negative impacts of bribery.

Extended Abstract

Introduction

Modern healthcare systems not only strive to enhance individuals' health but also aim to safeguard them against financial burdens arising from illnesses. [1] However, governments face the challenge of limiting direct out-of-pocket payments for healthcare. In Iraq, unofficial statistics show that approximately 50-60% of medical expenses are paid by patients themselves. [2] In recent years, the issue of informal and illegal payments has further complicated financing methods through direct payment. Consequently, informal payments have emerged as a critical concern in health policy discussions worldwide. [3] Unofficial payments, also known as under-the-table payments, refer to payments made by patients to healthcare providers or staff in exchange for preferential treatment or better access to healthcare services. [4] These payments are often made in addition to official fees

charged by the healthcare system and can be a significant source of income for healthcare providers or staff in some countries. [5] The health system has been addressing issues like the doctor-patient financial relationship and current, immoral issues like under-the-table payment for years. [6] Without a doubt, any unclear financial arrangement between a doctor and a patient over time will seriously undermine not only their therapeutic connection but also the public's trust in the medical community as a whole. According to a report by the World Health Organization (WHO), unofficial payments are prevalent in many countries around the world, with rates ranging from less than 1% to more than 80% of healthcare transactions in some countries. The report found that these payments are particularly common in countries with weak healthcare systems, low levels of transparency, and high levels of corruption (Figure 1). [7,8]

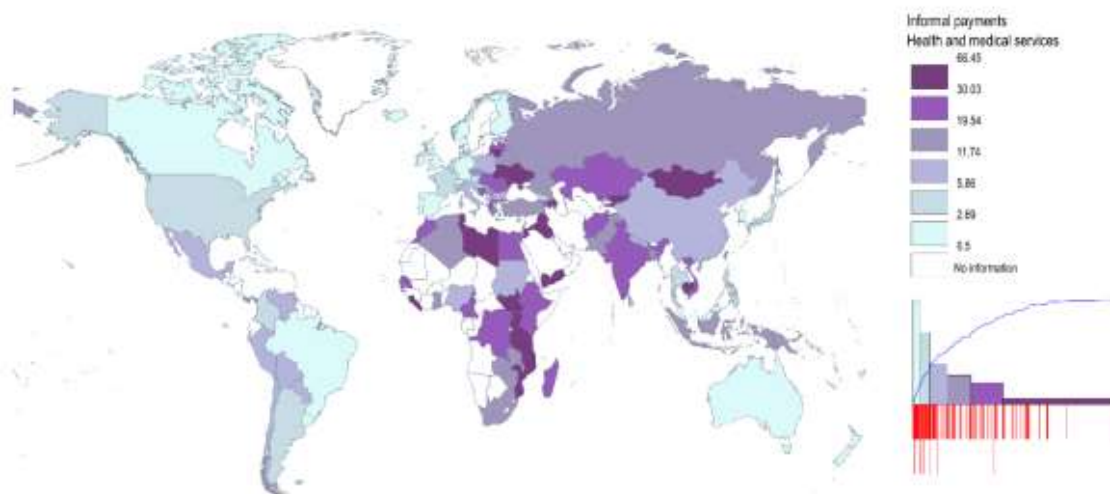


Figure 1. The frequency of unofficial payments transactions in the health sector (% of respondents, 2014–2017) [8]

In some countries, unofficial payments are a significant source of income for healthcare providers and staff. For example, a study in Romania found that unofficial payments accounted for up to 40% of the total income of physicians, [9] while a study in central India found that nurses and midwives received up to 80% of their income from unofficial payments. [10] Unofficial payments can also be a significant burden on patients and their families. A study in Israel found that households spent an average of 6.7% of their annual income on unofficial payments for healthcare, [11] while a study in Ukraine found that households spent an average of 2.5% of their income on unofficial payments. [12] Informal payments are a widely recognized issue in healthcare systems across the world. These payments often serve as a negative feature of the healthcare system and can lead to unequal access to care. In particular, countries where the government fails to address the funding gap in healthcare are especially prone to informal payments. [13] These payments further exacerbate the divide between those who can afford quality healthcare and those who cannot. These payments can take many forms, including cash payments, gifts, or other favors. They may be requested by healthcare providers or staff in exchange for faster service, access to better medical equipment or facilities, or preferential treatment in obtaining medical supplies or medications. [14,15] Patients may feel pressured to make these payments in order to receive adequate care or to ensure that they receive the treatment they need on time. [8] Unofficial payments can have significant ethical and social implications. They can create a system of inequality, where patients who can afford to make these payments receive better care than those who cannot. [14] This can lead to a lack of trust in the healthcare system and a perception that care is not being provided

based on medical need, but rather on the ability to pay. It can also lead to corruption and undermine the effectiveness of healthcare systems. [1,14] While some patients may offer informal payments as a token of gratitude or to expedite their care, many are forced to pay these amounts to receive quality services or even any service at all. [16] This creates a system that favors those who can afford to pay and makes problem for those who cannot. Despite the significance of informal payments in healthcare systems worldwide, there has been limited research on the topic in Iraq. [17] As such, the extent and impact of informal payments on healthcare access and quality in Iraq remains poorly understood. The prevalence and frequency of informal payments in healthcare systems can be difficult to determine due to the sensitive nature of the issue and challenges in data collection. Despite this, given the widespread negative impact of informal payments on medical costs, public trust, and delayed care, it is crucial to investigate this phenomenon through scientific inquiry. The purpose of this research was to qualitatively explore the reasons, factors, and comprehension behind unofficial financial transactions occurring within hospitals in Erbil in 2021. Rather than testing hypotheses or presenting statistical relationships, the focus of this research is to enhance the understanding of the behavior and concepts associated with informal payments.

Methods

This is an applied research study that utilizes a qualitative research method, specifically semi-structured interviews. The study was conducted in 2021 with hospitals in Erbil, Iraq (21 hospitals) as the statistical population. Previous research on informal payments has employed various data collection methods to address this complex issue. [18–22] These techniques include face-to-face interviews with

The Reasons for Informal Payments in Hospitals

patients, interviews with physicians or policymakers, focused group interviews with patients, focused group interviews with physicians and policymakers, telephone interviews with patients, and questionnaires developed by researchers for patients, physicians, and policymakers. Given that informal payments are not officially recorded and can take various forms, the authors opted for a qualitative research approach using semi-structured interviews from among the methodologies described in the literature. The study employed purposive sampling to select participants, including patients, doctors, and health policymakers who met specific criteria. Doctors and surgeons, being the main recipients of informal payments in hospitals, [23] were selected based on their surgical expertise, having at least five years of professional experience, and interest in participating in the research. Health policymakers were chosen based on their previous responsibility in the Iraqi Ministry of Health and their willingness to participate. Patient participants were selected from five different hospitals, including Nanakali Blood Diseases and Cancer Center, Howler Teaching Hospital, Perman General Hospital, Rounds Hospital, and Soran General Hospital, based on their readiness for discharge, satisfaction with their care, and interest in participating in the study. The snowball sampling method was also used if necessary to identify additional eligible participants. The researchers decided to limit the number of participants in their study to 40 patients, 15 doctors, and 5 policymakers after reaching the data saturation point. They concluded that collecting data from additional participants would not provide any new insights to answer the research question effectively. To select the public health administrator for interviews, the research team considered their availability and interest in participating in the study and ultimately chose two administrators for interviews. In this study, interviews with patients were

conducted individually and at the time of discharge from the hospital. Before the commencement of the interviews, participants were given comprehensive information about various aspects related to the research, including data collection and recording, research objectives, responsibilities of both the researchers and participants, confidentiality of the collected information, and specific characteristics of the subjects. To ensure privacy and anonymity, coded identities were used instead of real names during the interviews. The participants were also asked for their informed consent before proceeding with the interviews. In order to ensure accurate data collection, each interview conducted during the research was recorded with the consent of the participants and the interviewee. The interviews with patients began by asking whether they incurred any additional expenses beyond their hospital bills. Following this, a series of descriptive and analytical questions were utilized, which had been formulated after reviewing relevant sources. The duration of interviews with doctors and policymakers typically ranged from 30 to 60 minutes, whereas those with patients lasted between 15 and 30 minutes. For patients, an interview guide was employed, while a similar yet distinct type of guide was used for doctors and policymakers. The interviewers consisted of 12 individuals who had previously engaged in unofficial payments. Data analysis in this research was done using the content analysis method with the help MAXQDA-10 software, with validity, reliability, confirmability, and transferability serving as criteria for evaluation based on Guba and Lincoln. [24] The validity of the research was confirmed by reviewing the written interviews conducted by both the participants and experts. To ensure the reliability and verifiability, detailed records of the data collection and analysis methods were kept, and selected excerpts from the interviews were reviewed by a qualitative research

methodology expert to reach a consensus. For transferability purposes, the researchers provided comprehensive explanations and included all relevant details related to the

Results

The interviews were conducted with individuals from different roles within the healthcare system. In total, there were 15 doctors, who were service providers responsible for diagnosing and treating patients. Additionally, there were three

study to eliminate any ambiguities. Additionally, permission to conduct the research was granted by the Medical Ethics Committee of Hawler Medical University. policymakers who played a crucial role in shaping healthcare policies and regulations. Two treatment managers were also included in the sample as they oversaw and coordinated the delivery of treatments to patients. Lastly, there were 40 service recipients, which mainly consisted of patients seeking medical assistance or individuals accompanying them during their healthcare visits (Table 1).

Table 1: Demographics of the participants in the study

Sample participants	Interviewee	#
Service providers	Doctor	15
	Policymaker	3
	Treatment manager	2
Service recipients	Patients	40

Based on the data analysis conducted in this study, it was found that informal payments can be attributed to three primary reasons as perceived by patients, while four main reasons were identified from the perspective of doctors and policymakers

(Table 2). A detailed analysis of these reasons is provided subsequently in this paper. Notably, all the quoted excerpts included in this article have been translated from Arabic to Persian.

Table 2. Reasons behind unofficial payments from the perspectives of patients, physicians, and policymakers

Point of view	Main categories (Main causes of informal payments)	Sub-categories (secondary causes)
Patients' point of view	Cultural reasons	<ol style="list-style-type: none"> 1) Appreciation of the physician 2) Importance of health and well-being in Islam 3) Culture of manners and reciprocal behavior (culture of gift giving) 4) Patients' lack of knowledge 5) Lack of trust in the political system and government institutions
	Quality-related reasons	<ol style="list-style-type: none"> 1) Equating quality with monetary value and price of services 2) Receiving care from renowned physicians 3) Fear of not receiving appropriate services 4) Fear of treatment failure 5) Avoiding care from medical students 6) Access to services and save time 7) Fear of disruption in ongoing treatment

The Reasons for Informal Payments in Hospitals

		8) Receiving more care, respect, and attention from physicians, nurses, and other service providers
	Legal reasons	1) Inefficiency of laws 2) Ineffectiveness of complaint handling system 3) Lack of laws and lack of government accountability

Table 2: Continue

Point of view	Main categories (Main causes of informal payments)	Sub-categories (secondary causes)
Doctors and policymakers' point of view	Tariff related reasons	1) Unreasonable 2) Insufficient 3) Unfair 4) Lack of legal supervision
	Structural reasons	1) Direct financial relationship between physician and patient 2) Low share of the healthcare sector in GDP 3) Existence of discrimination within the medical community 4) Weak insurance system 5) Deductions made by insurance companies from accounts and low and delayed reimbursements, especially in the public sector 6) Inappropriateness of referral and grading system 7) Inefficiency of complaint handling system 8) Weak supervision in the health system
	Moral reasons	Weakening of professional ethics
	Demonstrating competence and expertise	

Here are the reasons why patients made informal payments:

Cultural reasons

The following are cultural aspects of informal payments. 1) Appreciation of the physician: the belief among those receiving services is that you should treat someone well when they do something nice for you. Patients claimed that if providers did not specifically request informal contributions from them, they would make the payments themselves out of gratitude. "When a surgical procedure is of considerable seriousness and surgeons successfully save a patient's life, people tend to express their gratitude in the form of gifts to the surgeon." (P34). 2) The significance of health about other issues: the importance of one's health is emphasized in Islamic tradition and culture, and service recipients view it as one of their most valuable

personal assets. People are therefore willing to spend to keep or regain their health.

"Regardless of a person's financial status, health status is very important." (P5). 3) Culture of courtesy and reciprocity. In Iraq, especially in the city of Erbil, there is a prevalent courtesy and reciprocity culture, which makes it difficult for individuals to refuse requests even when they are aware that the requests are against the law."Despite the illegality of the situation, it is difficult for me to refuse the doctors' request for additional payments." (P21). 4) Unawareness of patients: since people are unaware of their rights and believe they must pay whatever the doctor requests, informal payments frequently occur. "I believed that this additional cost was included in the total cost of treatment." (P14). 5) The lack of trust in the political system and government institutions.

Unfortunately, due to the lack of work of the government in trying for the welfare of the people, not much trust has been formed. "Government hospitals and clinics lack up-to-date facilities and do not consider the patient's well-being at all." (P8)

Quality-related reasons

Quality-related aspects of informal payments are: 1) Equating quality with monetary value and price of services: informal payments can create the impression that higher payment leads to better quality of care, faster access to services or preferential treatment by hospital staff. "The doctor asked for an additional fee. Otherwise, I would have to endure a long waiting period." (P29). 2) Receiving care from renowned physicians: informal payments can be seen as a way of attracting or rewarding high-quality doctors. "I had the option to receive treatment from a different surgeon, but I chose to pay unofficially in order to be operated on by a renowned doctor." (P3). 3) Fear of not receiving appropriate services: consumers reported fear or insecurity as the reason for informal payments. "If I don't pay extra money, they won't use new and appropriate treatment methods." (P13). 4) Fear of treatment failure: informal payments may indicate that the health system is not reliable and that patients must pay more to receive the quality of care they deserve. "My mother has cancer. If I don't pay under the table, no one will take care of her." (P20). 5) Avoiding care from medical students: patients may perceive medical students as less competent, experienced, or qualified than other health professionals, and may fear that they will receive lower quality care. "I paid extra to not be operated by a resident." (P16). 6) Access to services and save time: patients may pay informally to get faster or preferential access to health care services, such as skipping the waiting list, getting a better bed, or seeing a specialist. "The physician requested additional payment from me, or else I would need to endure a lengthy wait in the

queue for several months." (P31). 7) Fear of disruption in an ongoing treatment: patients may feel pressured to pay informally to avoid being denied or delayed access to health care services, especially in emergencies "I have to pay money under the table so that my daughter's treatment continues". (P30). 8) Receiving more care, respect, and attention from physicians, nurses, and other service providers: some patients believe that informal payment improves the quality of treatment or the speed of their services. "I paid the nurse to provide better care for my mother." (P11)

Legal reasons

Legal reasons for informal payments are: 1) Inefficiency of laws; informal payments can be a reason for the inefficiency of laws because they undermine the rule of law, create corruption and distort the allocation of resources in the health sector. "We had to pay because of lack of control and supervision." (P23). 2) Ineffectiveness of complaint handling system: informal payments can discourage patients from filing complaints, as they may fear retaliation or loss of access to health services if they report the health workers who received or demanded bribes. "Medical professionals provide mutual assistance and form a cohesive community, while I hold a pessimistic view towards the efficacy of the legal system." (P22). 3) Lack of laws and lack of government accountability: informal payments can create a sense of injustice and frustration among patients who may lose confidence in the health system and the government. "I wanted to complain, but if I did, the doctor might not treat me." (P9) The following are the reasons why doctors receive informal payments.

Tariff-related reasons

Tariff-related aspects of informal payments are: 1) Unreasonable: one possible reason why some doctors may consider the official tariffs unreasonable is that they do not reflect the actual costs and values of the health care services they provide. "Official

The Reasons for Informal Payments in Hospitals

tariffs do not compensate our costs." (D1). 2) Insufficient: improper tariff valuation of services does not take into account inflation, market prices, quality of services, and professional skills of the doctors. "These tariffs do not respond to this inflation. The skill and expertise of the doctor is not taken into account as it should be." (D4). 3) Unfair: the tariffs enforced by the Supreme Council of Insurance lack realism, adequacy, and fairness, and they also lack adequate fairness. "I don't feel that I am being treated fairly when I assess how I am treated in comparison to other occupations." (D7). 4) Lack of legal supervision: the absence of effective legal supervision or enforcement of healthcare tariff regulations is a possible reason for the emergence of informal payments. "The lack of legal supervision over payments causes some doctors not to adhere to them" (D3)

Structural reasons

Structural aspects of informal payments are: 1) Direct financial relationship between physician and patient: one of the possible reasons why a direct financial relationship between physicians and patients may lead to informal payments is that it creates a situation where the physician has more bargaining power and influence over the patient. The physician may use this power to demand or expect extra payments from the patient, either as a reward for providing better quality or faster service or as a way of compensating for the low official tariffs or salaries. "The direct monetary connection between a doctor and patient enables the solicitation of unofficial payments." (M2). 2) Low share of the healthcare sector in GDP: this reflects the insufficient public funding and investment in the health system. This may result in low salaries and incentives for healthcare providers, as well as poor infrastructure and equipment for healthcare facilities. Therefore, some healthcare providers may resort to informal payments as a way of supplementing their income and covering their operational costs. "The portion of the

Gross Domestic Product (GDP) allocated to healthcare is minimal, and there is an inadequate supply of resources available." (M1). 3) Existence of discrimination within the medical community: one of the tariff-related aspects of unofficial payments is the existence of discrimination within the medical community from the point of view of doctors. This means that some doctors may feel that they are unfairly paid compared to other doctors who have similar qualifications, experience, or workload. This may create a sense of dissatisfaction and resentment among some doctors, who may then resort to informal payments as a way to compensate for their perceived income gap. "Even in the medical profession, there is discrimination that forces doctors to ask for informal payments." (D6). 4) Weak insurance system: one possible reason why a weak insurance system may lead to informal payments from the perspective of doctors is that the insurance system may not cover the full cost of the services provided by the doctors, or may delay or deny the reimbursement of the claims submitted by the doctors. This may create a financial incentive for the doctors to seek additional payments from the patients, either as a way to compensate for the low or uncertain income from the insurance system, or as a way to ensure that they provide the best possible care for the patients. "Our insurance companies are only a means to transfer money: no policymaking or planning takes place in them." (M5). 5) Deductions made by insurance companies from accounts and low and delayed reimbursements, especially in the public sector: this may encourage the doctors to seek informal payments from the patients as a way to supplement their income, or to shift their practice to the private sector where they can charge higher fees and avoid deductions and delays. "Insurance companies primarily act as intermediaries for the transfer of funds rather than participating in policy formation or

strategic planning." (M3). 6) Inappropriateness of referral and grading system: the referral and grading system is a mechanism that aims to ensure that patients system as unfair, inefficient, or inadequate for their professional development and income. 7) Inefficiency of complaint handling system: it could be attributed to informal payments, possibly because doctors may believe they are not sufficiently rewarded for their efforts and that official fees are either insufficient or not enforced. Consequently, they might request or accept informal payments from patients as a means to supplement their income or avoid the complexities associated with formal bureaucratic procedures. 8) Weak supervision in the health system: insufficient supervision can lead to doctors feeling less responsible and open about their actions, potentially resulting in a belief that they can request or receive additional payments from patients without facing any consequences or detection.

Moral reasons

1) Weakening of professional ethics; some individuals in the study opined that insufficient funding for the healthcare system, exorbitant pricing, and other factors did not provide reasonable grounds for imposing additional expenses on patients. They asserted that medical practitioners should prioritize professional ethics as a means to reduce inappropriate demands. These participants emphasized the crucial role of ethics in preventing unjustifiable requests. "Morality acts as the strongest controlling force." (M4). And also, "Some doctors have enough financial resources to live a comfortable life, yet they are stingy because their professional ethics have been undermined." (D8).

Demonstrating competence and expertise

Several participants brought up the intriguing justification that these payments would improve patients' perceptions of the professionalism and caliber of physicians' services as a compelling justification for

receive appropriate and efficient care at different levels of the health system, depending on their needs and conditions. However, some doctors may perceive this requesting informal payments. Since informal payments are illegal, the researchers were only able to fully understand the nature of these payments from interviews with doctors and government officials. As a result, they were forced to restrict their research to patient interviews in order to better understand the perspectives of the patients. They cited a variety of payment options, including cash payments and providing banking information to patients. Often, medical professionals implicitly request unofficial fees. Although informal payments are a common occurrence in many medical fields, this research indicates that they are especially prevalent in complex and demanding areas such as surgery, cardiovascular surgery, orthopedics, and similar specialties. "Many patients believe that doctors who don't charge extra may lack expertise or don't prioritize their patients' health enough." (P19)

Discussion

The study focused on three key stakeholder groups to investigate informal payments. These payments may be made by patients as a way to show appreciation, receive better services, or are made due to cultural norms and weak laws. [25–28] While all of these factors influenced patients' decisions to make informal payments in the Iraqi healthcare system, some appeared to be more significant than others. A systematic review was conducted, evaluating 43 articles, which revealed that in 21 of these articles, individuals made informal payments as a means of gifting healthcare professionals.[15] These informal payments can stem from feelings of obligation or necessity, where individuals feel compelled to pay without any other options available to them, or due to confusion between formal and informal

The Reasons for Informal Payments in Hospitals

payments. In a qualitative study [29], several healthcare professionals and patients shared experiences of doctors refusing to provide treatment unless an informal fee was paid, as requested by the doctor. The study revealed instances where individuals were cognizant that they should refrain from engaging in informal payments, yet proceeded to do so. Furthermore, people provided reasons for supporting these illicit payments, including the caliber of care and the desire to bypass long waiting periods. They also viewed such payments as a way to express gratitude and appreciation for the strenuous efforts of healthcare professionals. This perspective is rooted in the belief that extant regulations are inadequate or unwilling to refuse physicians' demands. Studies conducted previously have shown that insufficient financial resources allotted to the healthcare system [30] and an inadequate formal remuneration structure for healthcare providers [31] are significant factors that contribute to the prevalence of informal payments. In another study, [32] it was discovered that the underfunding of healthcare systems in certain countries has forced families to turn to private healthcare options and has led to an increase in informal payments. The research project conducted in China [33] revealed that healthcare professionals were dissatisfied with their official salaries due to inflation and cost of living. Consequently, some doctors have resorted to receiving unofficial payments from patients. The prevalence of informal payments in healthcare can be attributed to the incorrect valuation of tariffs for health services. [34] Various research done in Iran, [35] Turkey, [36] Tanzania [37] and Ghana [38] have identified low incomes as the primary factors leading healthcare providers to receive informal payments. Doctors also mentioned the presence of unjust tariff discrepancies among different medical groups as another reason. Similarly, an investigation carried out in Romania shed

light on the inequitable compensation among healthcare workers, which was identified as a significant factor contributing to the widespread occurrence of informal payments within the country. [39] The inadequate insurance coverage offered by insurance companies was recognized as a factor that led to the acceptance of unofficial payments in Iraq. Research conducted in both Iran [40] and Kenya [41] highlighted that inadequate performance and insufficient insurance coverage were factors leading to the acceptance of under-the-table payments. The presence of cultural norms and beliefs within a society, particularly the values placed on gratitude and appreciation, can contribute to the occurrence of informal payments. The mention of societal customs and culture, including the culture of expressing gratitude and appreciation, highlights why patients resort to making unofficial payments. [35, 42] Additionally, the study identified an interesting variable: certain physicians who requested additional financial compensation inadvertently created the impression among patients that they had superior medical expertise and provided higher-quality services. The current study aimed to investigate the potential factors that contribute to informal transactions, such as receipts and payments. However, it is important to note that this was a qualitative study and only explored possible explanations. Therefore, definitive conclusions about the causes of these transactions require further investigation. A significant limitation of this research is the absence of definitive assessments regarding the extent of informal payments, including bribery, in the healthcare system. This issue is compounded by the fact that the actual volume of this problem remains hidden and may be more extensive than currently realized. Additionally, due to the difficulty of accessing individuals who receive under-the-table payments, certain causes of this phenomenon may have been concealed from the study.

References

1. Pourtaleb A, Jafari M, Seyedin H, Akhavan Behbahani A. New insight into the informal patients' payments on the evidence of literature: A systematic review study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):14.
2. Alami R. Health financing systems, health equity and universal health coverage in Arab countries. *Development and Change.* 2017;48(1):146–179.
3. Horodnic AV, Williams CC, Drugă RI, Incaltarau C. Informal payments by patients in central and eastern Europe during the COVID-19 pandemic: An institutional perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(20):10914.
4. Parsa M, Aramesh K, Nedjat S, Kandi MJ, Larijani B. Informal payments for health care in Iran: results of a qualitative study. *Iran J Public Health.* 2015;44(1):79-88.
5. Laleva K, Atanasova E. Informal payments-definitions and concepts. *Health Economics and Management.* 2019;18(4):3-8.
6. Mabillard V, Demartines N, Joliat GR. How can reasoned transparency enhance co-creation in health care and remedy the pitfalls of digitization in doctor-patient relationships? *Int J Health Policy Manag.* 2022;11(10):1986–1990.
7. Callaway MV, Connor SR, Foley KM. World Health Organization public health model: A roadmap for palliative care development. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(2S):S6–S13.
8. Incaltarau C, Horodnic AV, Williams CC, Oprea L. Institutional determinants of informal payments for health services: An exploratory analysis across 117 countries. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(23):12421.
9. Horodnic AV, Mazilu S, Oprea L. Drivers behind widespread informal payments in the Romanian public health care system: From tolerance to corruption to socio-economic and spatial patterns. *Int J Health Plann Manage.* 2018;33(2):e597–e611.
10. Tripathi N, John D, Chatterjee PK, Murthy Sh, Parganiha N, Brokar A. Informal payments for maternal and neonatal health services in public hospitals in central India. *J Health Manag.* 2020;22(3):490–505.
11. Mosca I, Radu C, Strilciuc Ş, Ungureanu MI. A five-year (2017–2021) time series evaluation of patient-reported informal healthcare payments in Romania. *J Med Life.* 2023;16(3): 387-93.
12. Romaniuk P, Semigina T. Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. *Global Health.* 2018;14(1):116.
13. Busse CE, Onyango D, Tumlinson K. Informal payments for modern family planning methods at public facilities in Tanzania: Room for improvement. *Hum Resour Health.* 2022;20(1):13.
14. Pourtaleb A, Jafari M, Seyedin H, Behbahani AA. A pervasive review study on informal patient payments. *Int J Med Res Health Sci.* 2018;7(11): 57-65.
15. Meskarpour Amiri M, Bahadori M, Motaghd Z, Ravangard R. Factors affecting informal patient payments: A systematic literature review. *International Journal of Health Governance.* 2019;24(2):117–132.
16. Yuan M, Xu H. Gender differences in response to medical red packets (Hongbao, monetary gifts): A questionnaire study on young doctors in China. *BMC Med Ethics.* 2022;23(1):44.
17. Burnham G, Hoe C, Hung YW, Ferati A, Dyer A, Hifi TA, et al. Perceptions and utilization of primary healthcare services in Iraq: Findings from a national household survey. *BMC Int Health Hum Rights.* 2011;11:15.

The Reasons for Informal Payments in Hospitals

18. Kanmiki EW, Bawah AA, Phillips JF, Awoonor-Williams JK, Kachur SP, Asuming PO, et al. Out-of-pocket payment for primary healthcare in the era of national health insurance: Evidence from northern Ghana. *PLoS One*. 2019;14(8):e0221146.
19. Paredes-Solís S, Andersson N, Ledogar RJ, Cockcroft A. Use of social audits to examine unofficial payments in government health services: Experience in South Asia, Africa, and Europe. *BMC Health Serv Res*. 2011;11 (Suppl 2):1–5.
20. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W. Empirical studies on informal patient payments for health care services: A systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(1):1–13.
21. Ozgen H, Sahin B, Belli P, Tatar M, Berman P. Predictors of informal health payments: The example from Turkey. *J Med Syst*. 2010;34(3):387–96.
22. Giannouchos TV, Vozikis A, Koufopoulou P, Fawkes L, Souliotis K. Informal out-of-pocket payments for healthcare services in Greece. *Health Policy*. 2020;124(7):758–64.
23. Tatar M, Ozgen H, Sahin B, Belli P, Berman P. Informal payments in the health sector: A case study from Turkey. *Health Aff*. 2007;26(4):1029–39.
24. Cypress BS. Rigor or reliability and validity in qualitative research: Perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. *Dimens Crit Care Nurs*. 2017;36(4):253–63.
25. Cohen N. Informal payments for health care—the phenomenon and its context. *Health Econ Policy Law*. 2012;7(3):285–308.
26. Vian T. Anti-corruption, transparency and accountability in health: Concepts, frameworks, and approaches. *Glob Health Action*. 2020;13(sup1):1694744.
27. Shahraki M, Ghaderi S. The Impact of medical insurances on out-of-pocket payments among urban households in Iran: A double-sample selection model. *Journal of Health Administration*. 2019;22(2):41–54. [In Persian]
28. Moradi N, Miriyan I, Jaberi N, Moradi K, Eghbali ME, Keshavarz Kh, et al. The effect of the health reform plan on informal payments in selected hospitals of Shiraz university of medical sciences. *Journal of Health Administration*. 2019;22(3):79–88. [In Persian]
29. Doshmangir L, Sajadi HS, Ghiasipour M, Aboutorabi A, Gordeev VS. Informal payments for inpatient health care in post-health transformation plan period: Evidence from Iran. *BMC Public Health*. 2020;20(1):539.
30. Sajadi HS, Ehsani-Chimeh E, Majdzadeh R. Universal health coverage in Iran: where we stand and how we can move forward. *Med J Islam Repub Iran*. 2019;33:9.
31. Naher N, Hoque R, Hassan MS, Balabanova D, Adams AM, Ahmed SM. The influence of corruption and governance in the delivery of frontline health care services in the public sector: A scoping review of current and future prospects in low and middle-income countries of south and south-east Asia. *BMC Public Health*. 2020;20(1):880.
32. Giménez V, Keith JR, Prior D. Do healthcare financing systems influence hospital efficiency? A metafrontier approach for the case of Mexico. *Health Care Manag Sci*. 2019;22(3):549–59.
33. Du Y, Wang W, Washburn DJ, Lee S, Towne SD, Zhang H, et al. Violence against healthcare workers and other serious responses to medical disputes in China: Surveys of patients at 12 public hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):253.

34. Trippoli S, Messori A, Borselli G, Autieri F, Mamone D, Marinai C. Relationship between price and diagnosis-related group tariff for medical devices assessed by a regional health technology assessment committee. *Cureus*. 2022;14(3): e23092.
35. Yahyavi Dizaj J, Khoramrooz M, Ramezani-Doroh V, Rezaei S, Hashempour R, Irandoust K, et al. Socioeconomic inequality in informal payments for health services among Iranian households: A national pooled study. *BMC Public Health*. 2023;23(1):381.
36. Con Wright G, Gedik TE. Sociopolitical values, sociodemographic factors, and willingness to pay higher taxes to improve public healthcare in Turkey. *Public Health*. 2023;217:133–7.
37. Binyaruka P, Andreoni A, Balabanova D, McKee M, Hutchinson E, Angell B. Re-aligning incentives to address informal payments in Tanzania public health facilities: A discrete choice experiment. *Int J Health Policy Manag*. 2023; 12:6877.
38. Ayanore MA, Asampong R, Alhassan RK, Doegah P, Acquah E, Kugbey N, et al. Informal payments and willingness to pay informally for health care among older adults: Equity perspectives for geriatric care in Ghana. *J Glob Health Sci*. 2023;5(1):e7.
39. Wamsiedel M. Meanings and consequences of informal payments in the Romanian health care sector. economic sociology perspectives and conversations. Max Planck Institute for the Study of Societies. 2022;23(3):5–9.
40. Sajadi HS, Sajadi FA, Yaghoubi M, Majdzadeh R. Informal payments for outpatient health care: Country-wide evidence from Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2022;36:57.
41. Ajwang N.W.O. Rethinking public health insurance coverage in Kenya in the wake of a global pandemic. *Open Access Library Journal*. 2022;9(12):1-8.
42. Ajlouni KM. Values, qualifications, ethics and legal standards in Arabic (Islamic) medicine. *Saudi Med J*. 2003;24(8):820–6.

مقاله اصیل

علل پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان: مطالعه‌ای کیفی در عراق

علی‌الحسین فدهیل^۱، ائیرخضیر حمد^۲، صادق صاحب صادق^۳، مؤیدعزیز عبدالقادر^۴، زهرا حسن^۵، علی عبدالرزاق^۶، صدی غالب الموسوی^۷

^۱ دانشکده فناوری پزشکی، تکنیک‌های آزمایشگاه پزشکی، دانشگاه الفرهیدی، بغداد، عراق

^۲ گروه فناوری آزمایشگاه‌های پزشکی، دانشگاه النصور، بغداد، عراق

^۳ گروه آزمایشگاه‌های پزشکی، دانشکده بهداشت و فناوری پزشکی، دانشگاه ساوا، آلموتانا، عراق

^۴ گروه تکنیک‌های بیهوشی، دانشگاه النور، نینوا، عراق

^۵ دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه العین، ثی قار، عراق

^۶ تکنیک آزمایشگاه پزشکی، دانشگاه الهادی، بغداد، عراق

^۷ دانشکده داروسازی، دانشگاه ملی علم و صنعت، ذی قار، عراق

اطلاعات مقاله

نویسنده مسئول:

علی‌الحسین فدهیل

رایانامه:

irinakrish2000@gmail.com

وصول مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۲۷

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۲۴

پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۲۸

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۷/۱۰

واژه‌های کلیدی:

پرداخت‌های غیررسمی

بیمارستان

عراق

اخلاق پزشکی

چکیده

مقدمه: امروزه نظام‌های سلامت نه تنها مسئول ارتقای سلامت مردم هستند، بلکه موظف به حفاظت از آنها در برابر هزینه‌های مالی بیماری می‌باشند. پرداخت‌های غیررسمی پدیده‌ای است که نظام سلامت بسیاری از کشورها با آن روبه‌رو هستند و این پدیده به عنوان تهدیدی برای اعتبار حرفه پزشکی تلقی می‌شود. در نقاط گوناگون جهان، دلایل این پرداخت‌ها معمولاً بسیار متفاوت است. هدف این مطالعه شناسایی علل پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های شهر اربیل در کشور عراق در سال ۲۰۲۱ است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع کاربردی و به روش کیفی است که با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شده است. مصاحبه‌های هدفمند با نمونه‌ای متشکل از ۶۰ بیمار، پزشک و سیاست‌گذار در اربیل عراق انجام شد. افراد مصاحبه‌شونده فرم رضایت را تکمیل نمودند و مطالعه با تأیید شورای اخلاق پزشکی دانشگاه پزشکی هاولر انجام شد. در این مطالعه، از شرکت‌کنندگان درباره انگیزه‌های پرداخت غیررسمی سؤال شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوا ارزیابی شد.

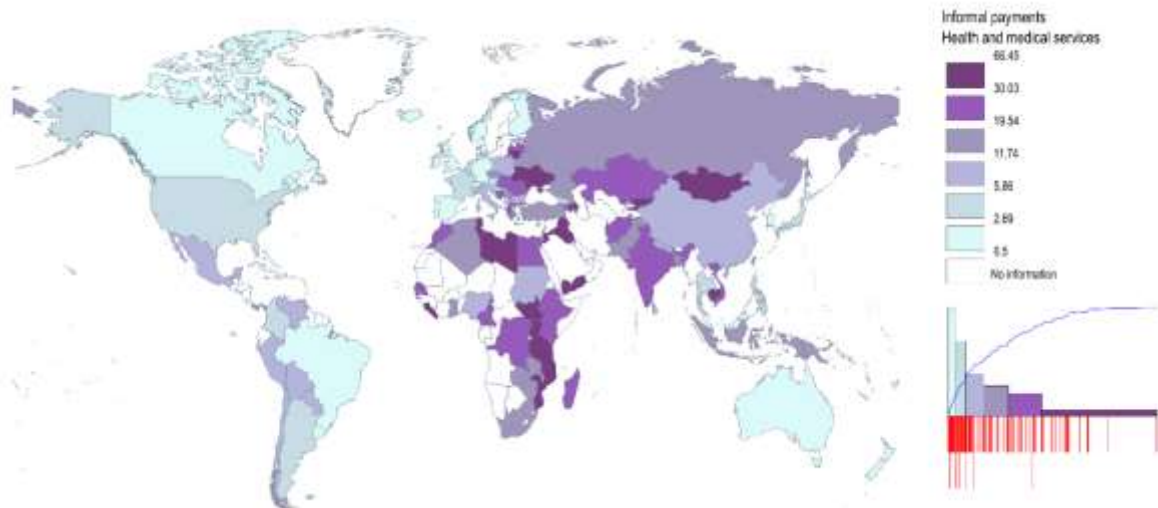
یافته‌ها: از دیدگاه بیماران، دلایل قانونی، فرهنگی، و مرتبط با کیفیت، در پرداخت‌های غیررسمی نقش دارند؛ از دیدگاه پزشکان و سیاست‌گذاران، علل دریافت پرداخت‌های غیررسمی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شامل جنبه‌های ساختاری، اخلاقی و مربوط به تعرفه و مواردی است که تخصص و شایستگی ارائه‌دهندگان را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: درک دلایل پرداخت‌های غیررسمی در رسیدگی به آن و در نهایت ریشه‌کن کردن آن بسیار مهم است. یافته‌های این پژوهش، علل پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت عراق را شناسایی کرده است. درک جامع نیازها و انگیزه‌های ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان مراقبت‌های سلامت بر مهار پرداخت‌های غیررسمی مؤثر است. سیاست‌گذاری که درک کاملی از پیامدهای مرتبط با این پرداخت‌ها دارند می‌توانند تصمیمات آگاهانه‌تری بگیرند و از رویکرد سیاسی مورد توافق جمعی اطمینان حاصل کنند. افزایش حقوق ارائه‌دهندگان خدمات درمانی براساس عملکرد و مهارت آنها، در کنار پیاده‌سازی سیستم‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌تواند در کاهش این پدیده در عراق مؤثر باشد؛ علاوه‌براین ترویج آموزش اخلاق حرفه‌ای، اعتماد و درک متقابل را در بین افراد تقویت می‌کند و درعین حال تأثیرات منفی رشوه را نیز برجسته می‌نماید.

نتیجه‌گیری

هزینه‌های رسمی، توسط سیستم مراقبت‌های سلامت انجام می‌شود و می‌تواند به منبع درآمد قابل توجهی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت یا کارمندان در برخی کشورها تبدیل شود. [۵] سال‌هاست که نظام سلامت به مسائلی مانند رابطه مالی پزشک و بیمار و مسائل فعلی و غیراخلاقی مانند پرداخت زیرمیزی مشغول بوده است. [۶] بی-تردید هر گونه ترتیبات مالی نامشخص بین پزشک و بیمار در طول زمان، نه تنها ارتباط درمانی آنها، بلکه اعتماد عمومی به جامعه پزشکی را به طور جدی تضعیف خواهد کرد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، پرداخت‌های غیررسمی در بسیاری از کشورهای جهان رایج است و نرخ‌های آن از کمتر از یک درصد تا بیش از ۸۰ درصد از تراکنش‌های مراقبت‌های سلامت متغیر است. این گزارش نشان داد که این پرداخت‌ها، به ویژه در کشورهایی با سیستم‌های سلامت ضعیف، سطوح پایین شفافیت و سطوح بالای فساد رایج است (شکل یک). [۷، ۸] در برخی کشورها، پرداخت‌های غیررسمی منبع درآمد قابل توجهی

امروزه نظام‌های سلامت، نه تنها مسئول ارتقای سلامت مردم، بلکه موظف به حفاظت از آنها در برابر هزینه‌های مالی بیماری هستند. [۱] یکی از چالش‌هایی که دولت‌ها با آن مواجه هستند کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب برای مراقبت سلامت است. بنابر آمارهای غیررسمی در عراق، حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد هزینه‌های درمانی از جیب مردم پرداخت می‌شود [۲]؛ اما مسئله‌ای که در سال‌های اخیر مشکلات شیوه‌های تأمین مالی به روش پرداخت مستقیم را دوچندان کرده است موضوع پرداخت‌های غیررسمی و غیرقانونی است؛ به طوری که پرداخت‌های غیررسمی به موضوعی مهم در مباحث سیاست‌گذاری سلامت کشورها تبدیل شده است. [۳] پرداخت‌های غیررسمی، که به عنوان پرداخت‌های زیرمیزی نیز شناخته می‌شوند، به هزینه‌هایی اطلاق می‌شود که بیماران به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت یا کارمندان درازای درمان ترجیحی یا دسترسی بهتر به خدمات مراقبت‌های سلامت پرداخت می‌کنند. [۴] این پرداخت‌ها معمولاً علاوه بر



شکل ۱: فراوانی تراکنش‌های پرداخت غیررسمی در بخش سلامت (درصد پاسخ‌دهندگان، ۲۰۱۴-۲۰۱۷) [۸]

و ماماها تا ۸۰ درصد از درآمد خود را از پرداخت‌های غیررسمی دریافت می‌کنند. [۱۰] پرداخت‌های غیررسمی همچنین موانعی برای دسترسی عادلانه به خدمات سلامت مقرون به صرفه و با کیفیت ایجاد می‌کند؛ در نتیجه افرادی که

برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و کارمندان است. برای مثال، مطالعه‌ای در رومانی نشان داد که پرداخت‌های غیررسمی تا ۴۰ درصد از مجموع درآمد پزشکان را تشکیل می‌دهد [۹]؛ و نیز مطالعه‌ای در مرکز هند نشان داد پرستاران

مراقبت بهتری نسبت به سایر افراد دریافت کنند. [۱۴] این امر ممکن است منجر به عدم اعتماد به سیستم مراقبت سلامت و شکل‌گیری این تصور شود که مراقبت‌های سلامت نه براساس نیاز پزشکی، بلکه براساس توانایی پرداخت افراد ارائه می‌شوند. پرداخت‌های غیررسمی همچنین ممکن است منجر به فساد گردد و کارایی سیستم‌های مراقبت سلامت را تضعیف نماید. [۱۴، ۱] اگرچه برخی بیماران با میل و رغبت و دلایلی مانند ابراز قدردانی یا تسریع در روند مراقبت، به پرداخت‌های غیررسمی روی می‌آورند، سایر بیماران به پرداخت این مبالغ جهت دریافت خدمات با کیفیت بهتر (یا صرفاً خدمات) مجبور می‌شوند. [۱۶] با وجود این واقعیت که آگاهی از پرداخت‌های غیررسمی در سراسر جهان اهمیت دارد، مطالعات بسیار معدودی درباره‌ی این پرداخت‌ها در عراق یافت شد. [۱۷] به دلیل دشواری جمع‌آوری داده‌ها و ماهیت حساس موضوع، تعیین دامنه‌ی دقیق پرداخت‌های غیررسمی و همچنین دفعات وقوع آن دشوار است. با توجه به گستردگی این نوع پرداخت در نظام‌های سلامت و پیامدهای نامطلوب آن، از جمله افزایش هزینه‌های پزشکی، کاهش اعتماد عمومی به سیستم، و تعویق مراقبت‌های سلامت، بررسی این موضوع از نظر علمی حائز اهمیت است. به این منظور، هدف این مطالعه بررسی و درک انگیزه‌های اصلی و علل پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های شهر اربیل در سال ۲۰۲۱ بود.

روش‌شناسی

در این تحقیق، نوع مطالعه کاربردی بوده و روش پژوهش کیفی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انتخاب شده است؛ همچنین این پژوهش در سال ۲۰۲۱ با در نظر گرفتن جامعه آماری بیمارستان‌های شهر اربیل در کشور عراق (۲۱ بیمارستان) صورت گرفته است. تحقیقات پیشین در زمینه پرداخت‌های غیررسمی، از انواع شگردهای جمع‌آوری داده‌ها استفاده کرده‌اند. این شگردها شامل مصاحبه حضوری با بیماران، مصاحبه با پزشکان یا سیاست‌گذاران، مصاحبه گروهی متمرکز با بیماران، مصاحبه گروهی متمرکز با

برای دریافت خدمات سلامت، پرداخت غیررسمی انجام می‌دهند به سمت فقر (یا حتی زیر فقر) سوق داده می‌شوند و تقاضای آنها برای مراقبت کاهش می‌یابد و از دریافت خدمات سلامت صرف‌نظر می‌کنند. در رومانی ۱۲/۵ درصد از خانوارها در سال ۲۰۱۵ با هزینه‌های کمرشکن رسمی و غیررسمی سلامت مواجه شدند. طبق گزارش ویژه یوروبارومتر (Special Eurobarometer report) درباره‌ی فساد، رومانی یکی از بیشترین نرخ‌های گزارش‌شده پرداخت‌های غیررسمی را در اتحادیه اروپا دارد؛ به طوری که ۲۰ درصد از پاسخ‌دهندگان یک نظرسنجی، که در دوازده ماه گذشته به یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت عمومی مراجعه کرده بودند، به پرداخت هزینه اضافی از جمله ارائه هدیه‌ای ارزشمند به پرستار یا پزشک یا کمک مالی به بیمارستان مجبور شدند. این رقم بسیار بیشتر از میانگین اتحادیه اروپا (۴ درصد) است [۱۱]؛ در حالی که مطالعه‌ای در اوکراین نشان می‌دهد خانواده‌ها به طور متوسط ۲/۵ درصد از درآمد خود را صرف پرداخت‌های غیررسمی می‌کنند. [۱۲] پرداخت‌های غیررسمی به طور کلی یکی از ویژگی‌های منفی نظام‌های مراقبت سلامت به شمار می‌رود. این امر به ویژه در کشورهایی نمود دارد که دولت برای از بین بردن شکاف ناشی از کمبود بودجه مراقبت سلامت، از آنها چشم‌پوشی می‌کند و اقدامی انجام نمی‌دهد. [۱۳] این پرداخت‌ها معمولاً اشکال گوناگونی دارند؛ از جمله پرداخت‌های نقدی و هدایا. اینگونه پرداخت‌ها ممکن است از سوی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت یا کارمندان، درازای خدمات سریع‌تر، دسترسی به تجهیزات یا امکانات پزشکی بهتر، یا درمان ترجیحی در تهیه تجهیزات پزشکی یا داروها درخواست شوند. [۱۴، ۱۵] بیماران ممکن است برای انجام این پرداخت‌ها به منظور دریافت مراقبت کافی یا اطمینان از دریافت به موقع درمان مورد نیاز خود تحت فشار باشند. [۸] پرداخت‌های غیررسمی ممکن است دارای پیامدهای اخلاقی و اجتماعی قابل توجهی باشد. این نوع پرداخت‌ها احتمالاً سیستمی نابرابر ایجاد کنند که در آن بیمارانی که توانایی پرداخت این هزینه‌ها را دارند

درمورد جنبه‌های گوناگون مرتبط با تحقیق، از جمله جمع‌آوری و ثبت داده‌ها، اهداف تحقیق، مسئولیت‌های پژوهشگران و شرکت‌کنندگان، محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری‌شده، ویژگی‌های خاص افراد مصاحبه‌شونده، و استفاده از هویت‌های رمزگذاری‌شده به جای نام‌های واقعی، اخذ شد. با همکاری شرکت‌کنندگان و اجازه مصاحبه‌شوندگان، هر مصاحبه ضبط شد. در این مطالعه از دو راهنمای مصاحبه مجزا برای بیماران و نیز پزشکان و سیاست‌گذاران استفاده شد که سؤالات آن براساس مرور و بررسی متون طراحی شده بود. نخستین سؤال مصاحبه با بیماران بدین ترتیب بود: «آیا شما غیر از قبض بیمارستان، پرداخت دیگری انجام داده‌اید یا خیر؟». سپس مجموعه‌ای از سؤالات توصیفی و تحلیلی مرتبط مطرح شد. مصاحبه با پزشکان و سیاست‌گذاران به صورت فردی انجام شد و معمولاً بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه و با بیماران بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه توسط ۱۲ نفر دارای سابقه پرداخت غیررسمی انجام شد. پس از پایان مصاحبه، فهرستی از موضوعات اصلی و فرعی تهیه شد و در مرحله بعد چارچوب مضامین خاص دسته‌بندی و نمایه شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا و نرم‌افزار MAXQDA-10 استفاده شد. در راستای افزایش اعتبار و کیفیت داده‌های گردآوری‌شده، از چهار معیار روایی، پایایی، تأییدپذیری و قابلیت انتقال براساس معیارهای پیشنهادشده گوبا و لینکلن [۲۴] استفاده شد. به منظور تأیید روایی پژوهش، شرکت‌کنندگان و استادان خبره، مصاحبه‌های کتبی انجام شده را بررسی کردند. برای اطمینان از پایایی و تأییدپذیری نیز، پژوهشگران روش‌های جمع‌آوری و تحلیل داده‌های خود را با دقت مستند کردند. آنها همچنین گزینه‌های منتخبی از مصاحبه‌ها را با متخصص روش‌شناسی تحقیق کیفی، به اشتراک گذاشتند که تأیید شد. از نظر قابلیت انتقال، تلاش شد با ارائه توضیحات جامع و درج کلیه جزئیات مرتبط با تحقیق، هر گونه ابهامی برطرف شود. مجوز انجام این مطالعه را کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه پزشکی هاولر صادر کرد.

پزشکان و سیاست‌گذاران، مصاحبه تلفنی با بیماران و پرسشنامه‌هایی است که محققان برای بیماران، پزشکان و سیاست‌گذاران طراحی کرده‌اند. [۲۲-۱۸] از آنجا که پرداخت‌های غیررسمی در آمار رسمی دولت گنجانده نمی‌شود و ماهیت مشخصی ندارد، نویسندگان روش تحقیق کیفی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته را از میان رویکردهای نام‌برده در متون علمی انتخاب کردند. بیماران، پزشکان و سیاست‌گذاران سلامت، به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر معیار، جهت شرکت در این پژوهش انتخاب شدند. از آنجا که پزشکان و جراحان، دریافت‌کنندگان اصلی پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌ها هستند، [۲۳] معیارهای ورود موردنظر برای پزشکان، داشتن تخصص جراحی، داشتن حداقل پنج سال تجربه حرفه‌ای در بیمارستان و علاقه به شرکت در این تحقیق بود. برای سیاست‌گذاران نیز این معیارها شامل داشتن سابقه مسئولیت در وزارت بهداشت عراق و علاقه به شرکت در این تحقیق بوده‌است؛ همچنین برای بیماران، معیار وضعیت ترخیص، آمادگی، رضایت و علاقه به شرکت در این تحقیق در نظر گرفته شد. در این پژوهش، بیماران از «مرکز بیماری‌های خون و سرطان ناناکالی»، «بیمارستان آموزشی هاولر»، «بیمارستان عمومی پرم»، «بیمارستان راوندر» و «بیمارستان عمومی سوران» گزینش شدند. در صورت لزوم از روش نمونه‌گیری گلوله برفی نیز استفاده شد. لازم به توضیح است که نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت و تعداد ۴۰ بیمار، ۱۵ پزشک و سه سیاست‌گذار در مصاحبه‌ها شرکت کردند. این تصمیم به این دلیل گرفته شد که داده‌های جمع‌آوری‌شده از این شرکت‌کنندگان برای پاسخگویی به سؤال تحقیق کافی باشد و مصاحبه‌های اضافی بینش جدیدی ارائه نمی‌کرد؛ همچنین دو مدیر سلامت عمومی نیز براساس در دسترس بودن و علاقه به شرکت در مطالعه، انتخاب شدند. مصاحبه با بیماران به صورت فردی و هنگام ترخیص از بیمارستان صورت گرفت. قبل از شروع مصاحبه، اطلاعات جامعی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و رضایت آگاهانه آنها

لازم را برعهده داشتند. در نهایت ۴۰ دریافت‌کننده خدمات عمدتاً شامل بیمارانی بودند که خواستار کمک پزشکی بودند یا افرادی که آنها را در طول ویزیت مراقبت‌های سلامت همراهی می‌کردند. جدول یک، مشخصات دموگرافیک (جمعیت‌شناختی) مصاحبه‌شوندگان را نشان می‌دهد.

مصاحبه‌ها با افراد مختلف در سیستم مراقبت‌های سلامت انجام شد. نمونه پژوهش شامل پانزده پزشک، سه سیاست‌گذار، دو مدیر درمان و ۴۰ بیمار بود. پزشکان، مسئول تشخیص و درمان بیماران بودند. سه سیاست‌گذار نیز نقش مهمی در شکل‌دهی سیاست‌ها و مقررات مراقبت‌های سلامت داشتند. دو مدیر درمان نیز وظیفه نظارت بر ارائه درمان‌ها به بیماران و هماهنگی‌های

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک (جمعیت‌شناختی) شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	تعداد	درصد	
مصاحبه‌شونده	پزشک	۱۵	۲۵
	سیاست‌گذار	۳	۵
	مدیر سلامت عمومی	۲	۳
	بیمار	۴۰	۶۷
جنسیت	مرد	۴۵	۷۵
	زن	۱۵	۲۵
گروه سنی	۲۰-۳۵	۱۵	۲۵
	۳۶-۵۰	۳۵	۵۸
	۵۱-۶۵	۸	۱۳
	> ۶۵	۲	۳

ادامه، این دلایل به‌طور کامل مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. گزیده‌های نقل‌شده موجود در این مقاله، از زبان عربی به زبان فارسی ترجمه شده‌اند.

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های این مطالعه نشان داد که از دیدگاه بیماران سه دلیل اصلی برای پرداخت‌های غیررسمی و از دیدگاه پزشکان و سیاست‌گذاران چهار دلیل اصلی برای دریافت پرداخت‌های غیررسمی وجود دارد (جدول دو). در

جدول ۲: دلایل پرداخت‌های غیررسمی از دیدگاه بیماران، پزشکان و سیاست‌گذاران

دیدگاه	طبقات اصلی (علل اصلی پرداخت‌های غیررسمی)	زیرطبقه‌ها (طبقات فرعی)
دیدگاه بیماران	دلایل فرهنگی	(۱) قدردانی از پزشک
		(۲) اهمیت سلامت و تندرستی در اسلام
		(۳) فرهنگ ادب و پاسخ به رفتار متقابل (فرهنگ هدیه دادن)
		(۴) بی‌اطلاعی بیماران
		(۵) عدم اعتماد به نظام سیاسی و مؤسسات دولتی
دلایل مرتبط با کیفیت	دلایل مرتبط با کیفیت	(۱) معادل فرض نمودن کیفیت با ارزش پول و قیمت خدمات
		(۲) دریافت مراقبت از پزشکان معروف
		(۳) ترس از عدم دریافت خدمات مناسب

جدول ۲: ادامه

دیدگاه	طبقات اصلی (علل اصلی پرداخت‌های غیررسمی)	زیرطبقه‌ها (طبقات فرعی)
دیدگاه بیماران	دلایل مرتبط با کیفیت	(۴) ترس از عدم انجام درمان (۵) اجتناب از دریافت مراقبت از دانشجویان (۶) دسترسی به خدمات و صرفه‌جویی در زمان (۷) ترس از اختلال در ادامه درمان (۸) دریافت مراقبت و احترام و توجه بیشتر از پزشکان، پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات
	دلایل قانونی	(۱) ناکارآمد بودن قوانین (۲) ناکارآمد بودن سیستم رسیدگی به شکایات (۳) فقدان قوانین و عدم پاسخگویی دولت
دیدگاه سیاست‌گذاران و پزشکان	دلایل مربوط به تعرفه‌ها	(۱) غیرمنطقی (۲) ناکافی (۳) غیرمنصفانه (۴) عدم نظارت قانونی
	دلایل ساختاری	(۱) رابطه مالی مستقیم میان پزشک و بیمار (۲) سهم اندک بخش سلامت در تولید ناخالص داخلی (۳) وجود تبعیض در جامعه پزشکی (۴) ضعف سیستم بیمه (۵) اعمال کسورات از سوی بیمه‌ها بر صورت حساب‌ها و بازپرداخت اندک و با تأخیر بیمه‌ها به‌ویژه در بخش دولتی (۶) نامناسب بودن سیستم ارجاع و سطح‌بندی (۷) ناکارآمد بودن نظام رسیدگی به شکایت (۸) نظارت ضعیف بر سیستم سلامت
	دلایل اخلاقی	(۱) ضعف اخلاق حرفه‌ای
	نشان دادن صلاحیت و تخصص	

در ادامه به دلایل بیماران برای پرداخت‌های غیررسمی اشاره می‌شود.

دلایل فرهنگی

جنبه‌های فرهنگی پرداخت‌های غیررسمی عبارتند از: (۱) قدردانی از پزشک؛ دریافت‌کنندگان خدمات اعتقاد دارند زمانی که کسی کار خوبی برای شما انجام می‌دهد باید با او به‌خوبی رفتار کنید. بیماران ادعا می‌کردند که اگر ارائه‌دهندگان به‌طور خاص کمک‌های غیررسمی را از آنها درخواست نکنند، خود آنها به‌خاطر قدردانی این پرداخت‌ها

را انجام می‌دهند. «هنگامی که روند جراحی از جدیت قابل توجهی برخوردار باشد و جراحان با موفقیت جان بیمار را نجات دهند، افراد تمایل دارند قدردانی خود را در قالب هدیه دادن به جراح ابراز کنند.» (ب ۳۴). (۲) اهمیت سلامتی و تندرستی در اسلام؛ بر اهمیت سلامتی در سنت و فرهنگ اسلامی تأکید شده‌است و دریافت‌کنندگان خدمات آن را یکی از ارزشمندترین دارایی‌های شخصی خود می‌دانند؛ بنابراین مردم مایلند برای حفظ یا بازیابی سلامت خود هزینه کنند. «صرف نظر از وضعیت مالی فرد، وضعیت سلامتی او از

اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.» (ب ۵). ۳ فرهنگ ادب و پاسخ به رفتار متقابل؛ در عراق، به‌ویژه در شهر اربیل، فرهنگ ادب و پاسخ به رفتار متقابل رایج است که ردّ درخواست‌ها را برای افراد دشوار می‌کند؛ حتی زمانی که می‌دانند این درخواست‌ها خلاف قانون است. «علی‌رغم غیرقانونی بودن وضعیت، ردّ درخواست پزشک برای وجوه اضافی برای من دشوار است.» (ب ۲۱). ۴ بی‌اطلاعی بیماران؛ از آنجاکه مردم از حقوق خود بی‌اطلاع هستند و معتقدند باید هر آنچه پزشک درخواست می‌کند پرداخت کنند، پرداخت‌های غیررسمی اغلب انجام می‌شود. «من بر این باور بودم که این هزینه تکمیلی در هزینه کلی درمان لحاظ می‌شود.» (ب ۱۴). ۵ عدم اعتماد به نظام سیاسی و مؤسسات دولتی؛ متأسفانه به‌دلیل کم‌کاری دولت در تأمین رفاه مردم، اعتماد چندانی شکل نگرفته است. «بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دولتی فاقد امکانات به‌روز هستند و رفاه بیمار را اصلاً در نظر نمی‌گیرند.» (ب ۸)

دلایل مرتبط با کیفیت

جنبه‌های مرتبط با کیفیت پرداخت‌های غیررسمی عبارتند از: (۱) معادل فرض نمودن کیفیت با ارزش پول و قیمت خدمات؛ پرداخت‌های غیررسمی می‌تواند این تصور را ایجاد کند که پرداخت بیشتر منجر به کیفیت بهتر مراقبت، دسترسی سریع‌تر به خدمات یا درمان ترجیحی توسط کارکنان بیمارستان می‌شود. «پزشک هزینه اضافی درخواست کرد؛ در غیر این صورت بایستی یک دوره انتظار طولانی را تحمل می‌کردم.» (ب ۲۹). ۲ دریافت مراقبت از پزشکان معروف؛ پرداخت‌های غیررسمی می‌تواند به‌عنوان راهی برای جذب پزشکان خبره یا پاداش به آنها به‌شمار رود. «من می‌توانستم توسط یک جراح دیگر تحت درمان قرار بگیرم؛ اما تصمیم گرفتم به‌طور غیررسمی هزینه کم تا توسط یک پزشک مشهور عمل شوم.» (ب ۳). ۳ ترس از عدم دریافت خدمات مناسب؛ برخی بیماران ترس یا ناامنی را دلیل پرداخت‌های غیررسمی گزارش کردند. «اگر پول اضافی پرداخت نکنم، از روش‌های درمانی جدید و مناسب استفاده نمی‌کنند.» (ب ۱۳). ۴ ترس از عدم انجام درمان؛ پرداخت‌های غیررسمی

ممکن است نشان‌دهنده قابل اعتماد نبودن سیستم سلامت باشند و بیماران باید برای دریافت کیفیت مراقبت شایسته، هزینه بیشتری بپردازند. «مادرم سرطان دارد؛ اگر زیرمیزی پرداخت نکنم، کسی به او رسیدگی نمی‌کند.» (ب ۲۰). ۵ اجتناب از دریافت مراقبت از دانشجویان؛ بیماران، دانشجویان پزشکی را نسبت به سایر متخصصان سلامت واجد صلاحیت و تجربه کافی نمی‌دانند و نگرانند مراقبت‌هایی با کیفیت کمتری دریافت کنند یا اینکه دانشجویان مرتکب اشتباه شوند. «من پول اضافی پرداختم تا توسط رزیدنت جراحی بشوم.» (ب ۱۶). ۶ دسترسی به خدمات و صرفه‌جویی در زمان؛ بیماران ممکن است برای دسترسی سریع‌تر یا ترجیحی به خدمات مراقبت‌های سلامت، مانند نادیده گرفتن فهرست انتظار، گرفتن تخت بهتر، یا مراجعه به متخصص، به‌طور غیررسمی پرداخت کنند. «پزشک از من درخواست پرداخت اضافی کرد؛ در غیر این صورت باید چندین ماه در صف انتظار طولانی می‌ماندم.» (ب ۳۱). ۷ ترس از اختلال در ادامه درمان؛ بیماران ممکن است برای جلوگیری از محرومیت یا تأخیر در دسترسی به خدمات مراقبت‌های سلامت، به‌ویژه در شرایط اضطراری، برای پرداخت غیررسمی تحت فشار باشند. «بایستی پول زیرمیزی پرداخت کنم تا روند درمان دخترم ادامه داشته باشد.» (ب ۳۰). ۸ دریافت مراقبت و احترام و توجه بیشتر از پزشکان، پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات؛ بعضی بیماران معتقدند پرداخت غیررسمی موجب بهبود کیفیت درمان یا سرعت خدمات به آنها می‌شود. «من پولی را به پرستار پرداخت کردم تا مراقبت بهتری را برای مادرم فراهم کند.» (ب ۱۱)

دلایل قانونی

جنبه‌های مرتبط با قانون در پرداخت‌های غیررسمی عبارتند از: (۱) ناکارآمد بودن قوانین؛ پرداخت‌های غیررسمی می‌تواند دلیلی بر ناکارآمدی قوانین باشد؛ زیرا موجب تضعیف حاکمیت قانون و ایجاد فساد و اختلال در تخصیص منابع در بخش سلامت می‌شود. «به‌دلیل عدم کنترل و نظارت کافی، مجبور به پرداخت شدیم.» (ب ۲۳). ۲ ناکارآمد بودن سیستم رسیدگی به شکایات؛ بیماران می‌ترسند در صورت

دلایل ساختاری

از دلایل ساختاری در پرداخت‌های غیررسمی عبارتند از: (۱) رابطه مالی مستقیم میان پزشک و بیمار؛ یکی از دلایل احتمالی منجر شدن ارتباط مستقیم مالی پزشک و بیمار به پرداخت‌های غیررسمی، این است که شرایطی را ایجاد می‌کند که پزشک قدرت چانه‌زنی و نفوذ بیشتری بر بیمار داشته باشد. پزشک ممکن است از این قدرت برای مطالبه یا انتظار پرداخت‌های اضافی از بیمار استفاده کند؛ چه به عنوان پاداشی برای ارائه خدمات با کیفیت بهتر یا سریع‌تر، چه به عنوان راهی برای جبران تعرفه‌های رسمی یا حقوق ناکافی. «ارتباط مستقیم پولی بین پزشک و بیمار امکان درخواست پرداخت‌های غیررسمی را فراهم می‌کند.» (س ۲). سهم اندک بخش سلامت در تولید ناخالص داخلی؛ یکی از دلایل احتمالی منجر شدن سهم اندک بخش مراقبت‌های سلامت در تولید ناخالص داخلی به پرداخت‌های غیررسمی، این است که نشان‌دهنده کمبود بودجه عمومی و سرمایه‌گذاری در سیستم سلامت است. این مهم ممکن است منجر به حقوق و تشویق‌های اندک برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و همچنین زیرساخت‌ها و تجهیزات ضعیف برای امکانات مراقبت‌های سلامت شود؛ بنابراین برخی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت ممکن است به پرداخت‌های غیررسمی به عنوان راهی برای تکمیل درآمد خود و پوشش هزینه‌های عملیاتی خود متوسل شوند. «بخشی از تولید ناخالص داخلی (GDP) که به مراقبت‌های بهداشتی تخصیص می‌یابد حداقل است و منابع کافی در دسترس نیست.» (س ۱). وجود تبعیض در جامعه پزشکی؛ یکی از جنبه‌های تعرفه‌ای پرداخت‌های غیررسمی، وجود تبعیض در جامعه پزشکی از دیدگاه پزشکان است؛ به این معنی که برخی پزشکان ممکن است احساس کنند در مقایسه با سایر پزشکان با شرایط، تجربه یا حجم کاری مشابه، دستمزدی ناعادلانه دریافت می‌کنند. این احساس ممکن است موجب نارضایتی برخی پزشکان شود و به پرداخت‌های غیررسمی به عنوان راهی برای جبران شکاف درآمدی منجر شود. «حتی در حرفه‌های

گزارش کردن کارکنان سلامت به دریافت رشوه یا پول اضافی، کار به نتیجه نرسد و این کارکنان دست به تلافی بزنند. «متخصصان پزشکی جامعه‌ای منسجم را تشکیل می‌دهند؛ من دیدگاه بدبینانه‌ای به کارآمدی سیستم حقوقی دارم.» (ب ۲۲). (۳) عدم قوانین و عدم پاسخگویی دولت؛ پرداخت‌های غیررسمی می‌تواند احساس بی‌عدالتی و ناامیدی را در بین بیماران ایجاد کند، که ممکن است اعتماد خود را به نظام سلامت و دولت از دست بدهند. «من دوست داشتم شکایت کنم؛ اما اگر این کار را انجام می‌دادم، ممکن بود پزشک من را درمان نکند.» (ب ۹)

در ادامه به دلایل پزشکان برای درخواست پرداخت‌های غیررسمی اشاره می‌شود.

دلایل مربوط به تعرفه

جنبه‌های مربوط به تعرفه در پرداخت‌های غیررسمی عبارتند از: (۱) غیرمنطقی؛ یکی از دلایل احتمالی که برخی پزشکان ممکن است تعرفه‌های رسمی را غیرمعقول بدانند این است که هزینه‌ها و ارزش‌های واقعی خدمات مراقبت‌های سلامت را منعکس نمی‌کنند. «تعرفه‌های رسمی، هزینه‌های ما را جبران نمی‌کند.» (پ ۱). (۲) ناکافی؛ ارزش‌گذاری نامناسب تعرفه خدمات، تورم، قیمت بازار، کیفیت خدمات و مهارت‌های حرفه‌ای پزشکان را در نظر نمی‌گیرد. «این تعرفه‌ها پاسخگوی این تورم نیستند. مهارت و تخصص پزشک آن‌طور که باید در نظر گرفته نشده است.» (پ ۴). (۳) غیرمنصفانه؛ تعرفه‌های اعمال‌شده توسط شورای عالی بیمه فاقد واقع‌بینی، کفایت و انصاف بوده و نظارت کافی نیز بر آنها وجود ندارد. «وقتی ارزیابی می‌کنم که در مقایسه با مشاغل دیگر چگونه با من رفتار می‌شود، احساس نمی‌کنم که با من منصفانه رفتار می‌شود.» (پ ۷). (۴) عدم نظارت قانونی؛ یکی از عواملی که ممکن است در وقوع پرداخت‌های غیررسمی مؤثر باشد عدم نظارت قانونی یا اجرای مقررات موجود در تعرفه‌های سلامت است. «نبود نظارت قانونی بر پرداختی‌ها سبب می‌شود بعضی پزشکان به آنها پایبند نباشند.» (پ ۳)

پزشکی تبعیض‌هایی وجود دارد که پزشکان را وادار به درخواست برای پرداخت‌های غیررسمی می‌کند.» (پ ۶). (۴) ضعف سیستم بیمه؛ یکی از دلایل احتمالی اینکه سیستم بیمه ضعیف ممکن است منجر به پرداخت‌های غیررسمی از دیدگاه پزشکان شود، این است که سیستم بیمه ممکن است تمام هزینه خدمات ارائه شده توسط پزشکان را پوشش ندهد یا بازپرداخت مطالبات پزشکان را به تأخیر بیندازد یا رد کند. این امر ممکن است انگیزه‌ای مالی برای پزشکان ایجاد کند تا در پی دریافت‌های اضافی از بیماران یا جبران درآمد کم یا نامشخص از سیستم بیمه باشند. «شرکت‌های بیمه ما فقط وسیله‌ای برای انتقال پول هستند؛ هیچ گونه سیاست‌گذاری یا برنامه‌ریزی برای آنها اتفاق نمی‌افتد.» (س ۵). (۵) اعمال کسورات از سوی بیمه‌ها بر صورت حساب‌ها و بازپرداخت اندک و با تأخیر بیمه‌ها به‌ویژه در بخش دولتی؛ این مهم ممکن است پزشکان را تشویق کند که به دنبال دریافت‌های غیررسمی از بیماران به‌عنوان راهی برای تکمیل درآمد خود باشند، یا اینکه عمل خود را به بخش خصوصی تغییر دهند تا بتوانند هزینه بیشتری دریافت کنند و از کسر و تأخیر جلوگیری کنند. «شرکت‌های بیمه در درجه اول به جای مشارکت در تشکیل بیمه‌نامه یا برنامه‌ریزی راهبردی، به‌عنوان واسطه برای انتقال وجوه عمل می‌کنند.» (س ۳). (۶) نامناسب بودن سیستم ارجاع و سطح‌بندی؛ سیستم ارجاع و درجه‌بندی سازوکاری است که با هدف اطمینان از دریافت مراقبت مناسب و کارآمد در سطوح مختلف نظام سلامت، با توجه به نیاز و وضعیت بیماران اجرا می‌شود؛ با این حال برخی پزشکان ممکن است این سیستم را برای پیشرفت حرفه‌ای و درآمد خود، ناعادلانه، ناکارآمد یا ناکافی بدانند. (۷) ناکارآمد بودن نظام رسیدگی به شکایت؛ یکی از دلایل احتمالی ناکارآمدی سیستم رسیدگی به شکایات مربوط به پرداخت‌های غیررسمی، این است که پزشکان ممکن است احساس کنند به‌اندازه کافی دستمزد دریافت نمی‌کنند و تعرفه‌های رسمی بسیار اندک هستند یا اجرا نمی‌شوند؛ بنابراین ممکن است برای تکمیل درآمد خود یا برای جلوگیری از دردهای بوروکراسی سیستم رسمی، به درخواست یا پذیرش

پرداخت‌های غیررسمی از بیماران متوسل شوند. (۸) نظارت ضعیف بر سیستم سلامت؛ نظارت ضعیف ممکن است احساس مسئولیت‌پذیری و شفافیت ناکافی را در پزشکان ایجاد کند. پزشکان ممکن است احساس کنند که می‌توانند بدون شناسایی یا مجازات، از بیماران درخواست پرداخت‌های اضافی یا پذیرش آن را داشته باشند.

دلایل اخلاقی

(۱) ضعف اخلاق حرفه‌ای؛ برخی افراد در این مطالعه معتقد بودند بودجه ناکافی برای سیستم مراقبت‌های سلامت، قیمت‌های گزاف و سایر عوامل، زمینه‌های معقولی برای تحمیل هزینه‌های اضافی به بیماران فراهم نمی‌کند. آنها تأکید کردند پزشکان باید اخلاق حرفه‌ای را در اولویت قرار دهند. این شرکت‌کنندگان بر نقش حیاتی اخلاق در جلوگیری از درخواست‌های غیرقابل توجیه تأکید کردند. «اخلاق به‌عنوان قوی‌ترین نیروی کنترل عمل می‌کند.» (س ۴) «برخی پزشکان دارای منابع مالی کافی برای داشتن زندگی راحت هستند؛ با این حال بخل می‌ورزند؛ زیرا اخلاق حرفه‌ای آنها تضعیف شده است.» (پ ۸)

نشان دادن صلاحیت و تخصص

تعدادی از شرکت‌کنندگان مطرح کردند که این پرداخت‌ها ادراکات بیماران را از حرفه‌ای بودن و کیفیت خدمات پزشکان به‌عنوان توجیهی قانع‌کننده برای درخواست پرداخت‌های غیررسمی بهبود می‌بخشد. از آنجاکه پرداخت‌های غیررسمی غیرقانونی است، محققان فقط از طریق مصاحبه با پزشکان و مقامات دولتی توانستند ماهیت این پرداخت‌ها را درک کنند؛ در نتیجه مجبور شدند تحقیقات خود را به مصاحبه با بیماران محدود کنند تا دیدگاه‌های بیماران را بهتر درک نمایند. آنها به انواع گزینه‌های پرداخت، از جمله پرداخت نقدی و ارائه اطلاعات بانکی به بیماران، اشاره کردند. معمولاً متخصصان پزشکی به‌طور ضمنی هزینه‌های غیررسمی را درخواست می‌کنند. اگرچه پرداخت‌های غیررسمی در بسیاری از زمینه‌های پزشکی امری رایج است، این تحقیق نشان می‌دهد پرداخت‌های غیررسمی، به‌ویژه در حوزه‌های پیچیده و پرتقاضا مانند جراحی، جراحی

تشکر از تلاش‌های ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت می‌دانند. این دیدگاه از این باور ناشی می‌شود که قوانین فعلی ناکافی هستند یا تمایلی به رد درخواست‌های پزشکان وجود ندارد. مطالعات قبلی نشان داده‌است که منابع مالی ناکافی تخصیص یافته به سیستم مراقبت‌های سلامت [۳۰] و دستمزد رسمی ناکافی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت [۳۱] از عوامل کلیدی کمک‌کننده به وقوع پرداخت‌های غیررسمی هستند. تحقیقی دیگر [۳۲] نشان داد چگونه بودجه ناکافی سیستم مراقبت‌های سلامت و فقدان خدمات اولیه مراقبت‌های سلامت در یک کشور خاص، خانواده‌ها را مجبور ساخته است که به گزینه‌های مراقبت‌های خصوصی متوسل شوند. این وضعیت نیز موجب رشد پرداخت‌های غیررسمی شده است. در پروژه‌ای تحقیقاتی که در چین [۳۳] انجام شد، محققان متوجه شدند که متخصصان مراقبت‌های سلامت با در نظر گرفتن هزینه زندگی و تورم، از حقوق رسمی خود ابراز نارضایتی می‌کنند؛ در نتیجه به دنبال راه‌هایی برای رسیدگی به این وضعیت چالش‌برانگیز هستند که یکی از آنها دریافت پرداخت‌های غیررسمی از بیماران است. رواج پرداخت‌های غیررسمی در مراقبت‌های سلامت را می‌توان به ارزش‌گذاری نادرست تعرفه‌های خدمات سلامت نیز نسبت داد. [۳۴] مطالعات مختلفی که در ایران، [۳۵] ترکیه، [۳۶] تانزانیا [۳۷] و غنا [۳۸] انجام شده‌است، درآمد و دستمزد کم را به عنوان عوامل اصلی سوق دادن ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت به دریافت پرداخت‌های غیررسمی معرفی کرده‌اند. پزشکان همچنین وجود مغایرت‌های ناعادلانه تعرفه در گروه‌های مختلف پزشکی را از دیگر دلایل ذکر کردند. به طور مشابه، مطالعه‌ای که در رومانی انجام شد، بی‌عدالتی در پرداخت‌ها در میان پرسنل مراقبت‌های سلامت را به عنوان عاملی در شیوع پرداخت‌های غیررسمی در این کشور نشان داد. [۳۹] پوشش بیمه‌ای ناکافی ارائه‌شده توسط بیمه‌گذاران به عنوان یکی از عوامل مؤثر در دریافت پرداخت‌های غیررسمی در عراق شناسایی شد. تحقیقات انجام شده در ایران [۴۰] و کنیا [۴۱] نشان داد عملکرد ناکافی و پوشش بیمه‌ای ناقص عواملی هستند که منجر به پذیرش پرداخت‌های

قلب و عروق، ارتوپدی و تخصص‌های مشابه رایج است. «بسیاری از بیماران بر این باورند که پزشکانی که درخواست پرداخت اضافی نمی‌کنند ممکن است فاقد تخصص باشند یا به اندازه کافی سلامتی بیماران خود را در اولویت قرار ندهند.» (ب ۱۹)

نتیجه‌گیری

برای بررسی پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت عراق، محققان سه گروه ذی‌نفع کلیدی را به عنوان شرکت‌کننده در مطالعه در نظر گرفتند. تحقیقات پیشین نشان می‌دهد مردم پرداخت‌های غیررسمی را به عنوان راهی برای ابراز قدردانی، دریافت خدمات بهتر یا اضافی و تحت تأثیر هنجارهای فرهنگی مؤید چنین اعمالی و قوانین ضعیف انجام می‌دهند. [۲۵-۲۸] این مطالعه نشان داد که تمامی دلایل ذکر شده بر تصمیمات بیماران در مورد چنین پرداخت‌هایی تأثیر می‌گذارند؛ البته به نظر می‌رسد برخی از این متغیرها در سیستم مراقبت‌های سلامت عراق مهم‌تر هستند. براساس یافته‌های مطالعه مروری نظام‌مند از ۴۳ مقاله‌ای که به طور کامل مورد ارزیابی قرار گرفتند، در ۲۱ مقاله مردم پرداخت‌های غیررسمی را به منظور ارائه هدایایی به متخصصان مراقبت‌های سلامت انجام داده‌اند. [۱۵] پرداخت‌های غیررسمی ممکن است توسط افرادی به دلیل احساس تعهد یا ضرورت انجام شود؛ جایی که آنها به واسطه نبود گزینه‌های جایگزین، مجبور به پرداخت هستند یا اینکه توانایی تمایز بین پرداخت‌های رسمی و غیررسمی را ندارند. در پژوهشی کیفی، [۲۹] بسیاری از متخصصان مراقبت‌های سلامت و بیماران، موقعیت‌هایی را بازگو کردند که در آن پزشکان از انجام درمان خودداری می‌کردند؛ مگر اینکه بیمار مبلغی غیررسمی را طبق درخواست پزشک پرداخت کند. این مطالعه همچنین مواردی را نشان داد که در آن افراد آگاه بودند که نباید در چنین پرداخت‌هایی شرکت کنند؛ اما همچنان این کار را انجام می‌دادند؛ علاوه بر این افرادی براساس عواملی مانند کیفیت بیشتر خدمات یا اجتناب از انتظار در صف، از این پرداخت‌ها حمایت می‌کنند. آنها همچنین این پرداخت‌ها را وسیله‌ای برای ابراز قدردانی و

غیررسمی از جمله زیرمیزی در نظام سلامت ارائه نموده باشند، اشاره نمود که سبب بزرگ‌نمایی و پنهان ماندن ابعاد گسترده این مشکل می‌گردد؛ همچنین به دلیل محدودیت مطالعات اولیه در مصاحبه با افرادی که زیرمیزی دریافت می‌کنند، ممکن است برخی علل بروز این پدیده، ناشناخته مانده باشد.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: به دلیل نبود مرکز رسمی جهت اخذ کد اخلاق، پژوهش حاضر بدون کد اخلاق انجام گرفت اما تمامی اصول اخلاقی در جمع‌آوری، تحلیلی و گزارش نتایج رعایت شده است.

تضاد منافع: در انجام این پژوهش، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از رئیس دانشگاه پزشکی و مدیریت دانشگاه پزشکی هاولر تشکر می‌کنند.

زیرمیزی می‌شوند. وجود هنجارها و باورهای فرهنگی در جامعه می‌تواند به وقوع پرداخت‌های غیررسمی کمک کند. آداب و رسوم و فرهنگ اجتماعی، از جمله فرهنگ ابراز قدردانی، نشان می‌دهد که چرا بیماران به پرداخت‌های غیررسمی متوسل می‌شوند. [۳۵،۴۲] تحقیق حاضر نه تنها این پدیده را تأیید کرد، بلکه یک متغیر جذاب دیگر را نیز مشخص نمود. این مطالعه نشان داد پزشکان خاصی که درخواست پول اضافی می‌کنند به‌طور ناخواسته این تصور را در بیماران ایجاد می‌کنند که دارای تخصص پزشکی برتری هستند و خدمات را با کیفیت بیشتری ارائه می‌دهند. در این مطالعه عناصر بالقوه‌ای که به معاملات غیررسمی شامل دریافت‌ها و پرداخت‌ها کمک می‌کنند بررسی شدند؛ اما با توجه به اینکه این مطالعه کیفی بوده و دلایل احتمالی را صرفاً در بیمارستان‌های شهر اربیل عراق بررسی کرده‌است، ارائه استدلال‌های متقن و پیشنهاد راهکارهای مناسب، به مطالعات جامع‌تری نیاز دارد. از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به فقدان مطالعات شفافیتی که تخمینی از میزان پرداخت‌های

References

1. Pourtaieb A, Jafari M, Seyedin H, Akhavan Behbahani A. New insight into the informal patients' payments on the evidence of literature: A systematic review study. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):14.
2. Alami R. Health financing systems, health equity and universal health coverage in Arab countries. Development and Change. 2017;48(1):146–179.
3. Horodnic AV, Williams CC, Drugă RI, Incaltarau C. Informal payments by patients in central and eastern Europe during the COVID-19 pandemic: An institutional perspective. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(20):10914.
4. Parsa M, Aramesh K, Nedjat S, Kandi MJ, Larijani B. Informal payments for health care in Iran: results of a qualitative study. Iran J Public Health. 2015;44(1):79-88.
5. Laleva K, Atanasova E. Informal payments-definitions and concepts. Health Economics and Management. 2019;18(4):3-8.
6. Mabillard V, Demartines N, Joliat GR. How can reasoned transparency enhance co-creation in health care and remedy the pitfalls of digitization in doctor-patient relationships? Int J Health Policy Manag. 2022;11(10):1986–1990.
7. Callaway MV, Connor SR, Foley KM. World Health Organization public health model: A roadmap for palliative care development. J Pain Symptom Manage. 2018;55(2S):S6–S13.
8. Incaltarau C, Horodnic AV, Williams CC, Oprea L. Institutional determinants of informal payments for health services: An exploratory analysis across 117 countries. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(23):12421.
9. Horodnic AV, Mazilu S, Oprea L. Drivers behind widespread informal payments in the Romanian public health care system: From tolerance to corruption to socio-economic and spatial patterns. Int J Health Plann Manage. 2018;33(2):e597–e611.

10. Tripathi N, John D, Chatterjee PK, Murthy Sh, Parganiha N, Brokar A. Informal payments for maternal and neonatal health services in public hospitals in central India. *J Health Manag.* 2020;22(3):490–505.
11. Mosca I, Radu C, Strilciuc Ş, Ungureanu MI. A five-year (2017–2021) time series evaluation of patient-reported informal healthcare payments in Romania. *J Med Life.* 2023;16(3): 387-93.
12. Romaniuk P, Semigina T. Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. *Global Health.* 2018;14(1):116.
13. Busse CE, Onyango D, Tumlinson K. Informal payments for modern family planning methods at public facilities in Tanzania: Room for improvement. *Hum Resour Health.* 2022;20(1):13.
14. Pourtaieb A, Jafari M, Seyedin H, Behbahani AA. A pervasive review study on informal patient payments. *Int J Med Res Health Sci,* 2018;7(11): 57-65.
15. Meskarpour Amiri M, Bahadori M, Motaghd Z, Ravangard R. Factors affecting informal patient payments: A systematic literature review. *International Journal of Health Governance.* 2019;24(2):117–132.
16. Yuan M, Xu H. Gender differences in response to medical red packets (Hongbao, monetary gifts): A questionnaire study on young doctors in China. *BMC Med Ethics.* 2022;23(1):44.
17. Burnham G, Hoe C, Hung YW, Ferati A, Dyer A, Hifi TA, et al. Perceptions and utilization of primary healthcare services in Iraq: Findings from a national household survey. *BMC Int Health Hum Rights.* 2011;11:15.
18. Kanmiki EW, Bawah AA, Phillips JF, Awoonor-Williams JK, Kachur SP, Asuming PO, et al. Out-of-pocket payment for primary healthcare in the era of national health insurance: Evidence from northern Ghana. *PLoS One.* 2019;14(8):e0221146.
19. Paredes-Solís S, Andersson N, Ledogar RJ, Cockcroft A. Use of social audits to examine unofficial payments in government health services: Experience in South Asia, Africa, and Europe. *BMC Health Serv Res.* 2011;11 (Suppl 2):1–5.
20. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W. Empirical studies on informal patient payments for health care services: A systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):1–13.
21. Ozgen H, Sahin B, Belli P, Tatar M, Berman P. Predictors of informal health payments: The example from Turkey. *J Med Syst.* 2010;34(3):387–96.
22. Giannouchos TV, Vozikis A, Koufopoulou P, Fawkes L, Souliotis K. Informal out-of-pocket payments for healthcare services in Greece. *Health Policy.* 2020;124(7):758–64.
23. Tatar M, Ozgen H, Sahin B, Belli P, Berman P. Informal payments in the health sector: A case study from Turkey. *Health Aff.* 2007;26(4):1029–39.
24. Cypress BS. Rigor or reliability and validity in qualitative research: Perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. *Dimens Crit Care Nurs.* 2017;36(4):253–63.
25. Cohen N. Informal payments for health care—the phenomenon and its context. *Health Econ Policy Law.* 2012;7(3):285–308.
26. Vian T. Anti-corruption, transparency and accountability in health: Concepts, frameworks, and approaches. *Glob Health Action.* 2020;13(sup1):1694744.
27. Shahraki M, Ghaderi S. The Impact of medical insurances on out-of-pocket payments among urban households in Iran: A double-sample selection model. *Journal of Health Administration.* 2019;22(2):41–54. [In Persian]
28. Moradi N, Miriyan I, Jaber N, Moradi K, Eghbali ME, Keshavarz Kh, et al. The effect of the health reform plan on informal payments in selected hospitals of Shiraz university of medical sciences. *Journal of Health Administration.* 2019;22(3):79–88. [In Persian]
29. Doshmangir L, Sajadi HS, Ghiasipour M, Aboutorabi A, Gordeev VS. Informal payments for inpatient health care in post-health transformation plan period: Evidence from Iran. *BMC Public Health.* 2020;20(1):539.

30. Sajadi HS, Ehsani-Chimeh E, Majdzadeh R. Universal health coverage in Iran: where we stand and how we can move forward. *Med J Islam Repub Iran*. 2019;33:9.
31. Naher N, Hoque R, Hassan MS, Balabanova D, Adams AM, Ahmed SM. The influence of corruption and governance in the delivery of frontline health care services in the public sector: A scoping review of current and future prospects in low and middle-income countries of south and south-east Asia. *BMC Public Health*. 2020;20(1):880.
32. Giménez V, Keith JR, Prior D. Do healthcare financing systems influence hospital efficiency? A metafrontier approach for the case of Mexico. *Health Care Manag Sci*. 2019;22(3):549–59.
33. Du Y, Wang W, Washburn DJ, Lee S, Towne SD, Zhang H, et al. Violence against healthcare workers and other serious responses to medical disputes in China: Surveys of patients at 12 public hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):253.
34. Trippoli S, Messori A, Borselli G, Autieri F, Mamone D, Marinai C. Relationship between price and diagnosis-related group tariff for medical devices assessed by a regional health technology assessment committee. *Cureus*. 2022;14(3): e23092.
35. Yahyavi Dizaj J, Khoramrooz M, Ramezani-Doroh V, Rezaei S, Hashempour R, Irandoust K, et al. Socioeconomic inequality in informal payments for health services among Iranian households: A national pooled study. *BMC Public Health*. 2023;23(1):381.
36. Con Wright G, Gedik TE. Sociopolitical values, sociodemographic factors, and willingness to pay higher taxes to improve public healthcare in Turkey. *Public Health*. 2023;217:133–7.
37. Binyaruka P, Andreoni A, Balabanova D, McKee M, Hutchinson E, Angell B. Re-aligning incentives to address informal payments in Tanzania public health facilities: A discrete choice experiment. *Int J Health Policy Manag*. 2023; 12:6877.
38. Ayanore MA, Asampong R, Alhassan RK, Doegah P, Acquah E, Kugbey N, et al. Informal payments and willingness to pay informally for health care among older adults: Equity perspectives for geriatric care in Ghana. *J Glob Health Sci*. 2023;5(1):e7.
39. Wamsiedel M. Meanings and consequences of informal payments in the Romanian health care sector. economic sociology perspectives and conversations. *Max Planck Institute for the Study of Societies*. 2022;23(3):5–9.
40. Sajadi HS, Sajadi FA, Yaghoubi M, Majdzadeh R. Informal payments for outpatient health care: Country-wide evidence from Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2022;36:57.
41. Ajwang N.W.O. Rethinking public health insurance coverage in Kenya in the wake of a global pandemic. *Open Access Library Journal*. 2022;9(12):1-8.
42. Ajlouni KM. Values, qualifications, ethics and legal standards in Arabic (Islamic) medicine. *Saudi Med J*. 2003;24(8):820–6.