

علل پرداخت‌های غیررسمی در بخش سلامت از دیدگاه پزشکان، سیاست‌گذاران و بیماران: مطالعه‌ی کیفی

محمدرضا امیراسماعیلی^۱، محمود نکوئی مقدم^۲، عاطفه اسفندیاری^{۳*}، فاطمه رضانی^۴، هدایت سالاری^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

در سال‌های اخیر بحث رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار و مسائلی هم‌چون پرداخت‌های غیررسمی به‌عنوان کاری غیراخلاقی و لی جاری در بخش سلامت اکثر کشورهای جهان از جمله جمهوری اسلامی ایران مطرح شده است که تهدیدی برای اعتبار حرفه‌ی پزشکی محسوب می‌شود. این پرداخت‌ها در نقاط مختلف جهان می‌تواند علت‌های خاص خود را داشته باشد. هدف این پژوهش بررسی علل و چگونگی پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های شهر کرمان در سال ۱۳۹۰ بود. این مطالعه با استفاده از روش پژوهش کیفی و از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند انجام شده است. مصاحبه‌های هدفمند با استفاده از یک نمونه‌ی هدفمند متشکل از ۴۵ نفر از بیماران، پزشکان و سیاست‌گذاران در شهرستان کرمان در سال ۱۳۹۰ انجام شد. این مطالعه با مجوز کمیته‌ی اخلاق پزشکی دانشگاه و تکمیل فرم رضایت از مصاحبه‌شوندگان انجام شد. در این مطالعه در خصوص دلایل پرداخت‌های غیررسمی از مصاحبه‌شوندگان سؤالاتی پرسیده شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوا مورد آنالیز قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که دلایل متعددی برای پرداخت‌های غیررسمی وجود دارد که شامل عوامل فرهنگی، عوامل مرتبط با کیفیت و عوامل قانونی است. دلایلی نیز برای دریافت‌های غیررسمی توسط پزشکان کشف شد که شامل عوامل مربوط به تعرفه‌ها، عوامل ساختاری، عوامل اخلاقی و هم‌چنین نشان دادن مهارت و شایستگی ارائه‌کنندگان خدمات است. مطالعه‌ی حاضر منتج به ارائه‌ی دلایلی برای پرداخت‌های غیررسمی شد و اکثر دلایلی که کشف شد، شباهت زیادی با نتایج مطالعات سایر کشورهای جهان دارد؛ به این ترتیب که نشان داد که بودجه‌ی ناکافی نظام سلامت و پرداخت‌های رسمی ناکافی به پزشکان، از مهم‌ترین عوامل مرتبط با عرضه هستند که منجر به پرداخت‌های غیررسمی می‌شوند. اما با توجه به این‌که مطالعات کیفی معمولاً دلایل احتمالی را کشف می‌کنند، بنابراین، برای بیان قطعی علل به مطالعات پیش‌تر نیاز است.

واژگان کلیدی: پرداخت‌های غیررسمی، اخلاق پزشکی، خدمات سلامت، نظام سلامت ایران

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه‌ی خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه‌ی خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان و گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه‌ی خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نشانی: تهران، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت،

تلفن: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۹، Email: a-esfandiari@razi.tums.ac.ir

مقدمه

اخلاق پزشکی دانشی میان‌رشته‌ای است که موضوع آن مسائل و مباحث اخلاقی در حوزه‌ی علوم پزشکی است و در شاخه‌های مختلف علوم پزشکی در پژوهش‌های پزشکی و سیاست‌گذاری نظام سلامت به‌عنوان یک موضوع مهم مطرح است. سیاست‌گذاران در بخش سلامت باید به مبانی اخلاقی در سیاست‌گذاری‌هایشان توجه ویژه‌ای داشته باشند. سابقه‌ی تخلفات فراوان از چارچوب‌های انسانی و اسلامی در تاریخ طب موجب پررنگ‌تر شدن نقش اخلاق در حوزه‌ی پزشکی شده است (۱).

طبابت در حقیقت، نوعی بندگی و عبادت است نه حرفه و تجارت. از زمان‌های بسیار قدیم، حکمای طب سنتی ایران به سجایای اخلاقی بسیار معتقد بودند؛ به‌گونه‌ای که در سراسر آثار تخصصی آنان، ردپای خداجویی و بینش توحیدی و این‌که عالم را محضر خدا و خود را همواره در پیشگاه الهی می‌پنداشته‌اند، به‌طور کامل جلب توجه می‌کند. آن‌گونه که از مطالعه‌ی متون قدیم بر می‌آید، از جمله مهم‌ترین خصوصیات ذکر شده برای یک پزشک، عدم توجه به مادیات بوده است (۲). پرداخت‌های غیررسمی یا زیرمیزی به‌عنوان هزینه‌هایی که خارج از چارچوب تعرفه‌های رسمی، از بیمار دریافت می‌گردد تعریف می‌شود و پدیده‌ای بسیار شایع است (۳).

در تعاریف دیگر، پرداخت‌های غیررسمی به‌عنوان پول نقد^۱ یا هدیه‌ای^۲ که فراتر از مبالغ رسمی به‌سوی ارائه‌دهندگان انتقال داده می‌شود، نیز شناخته می‌شوند (۴). در بعضی متون، پرداخت‌های غیررسمی به‌صورت حق انعام برای کارکنان سلامت^۳، رشوه جهت دسترسی به خدمات ویژه یا مراقبت با کیفیت بهتر^۴ و پرداخت‌های تقاضا شده از طرف کارکنان یا مؤسسات سلامت^۵ تعریف می‌شود که در تمامی تعاریف، این

پرداخت‌ها، خارج از مجاری رسمی پرداخت هستند و توسط مراجع رسمی و قانونی تصویب نشده‌اند (۵).

موضوع پرداخت‌های غیررسمی به‌طور اجتناب‌ناپذیری با مسأله‌ی فساد مرتبط است و به‌عنوان استفاده‌ی خصوصی و شخصی از مطب‌های دولتی تعریف می‌شود (۶) که در این تعریف درمان کم‌تر از حد لازم به‌صورت عمدی^۶ به بیماران ارائه می‌شود تا از این طریق کارکنان سلامت بتوانند مبالغ دیگری را به‌صورت غیررسمی برای ادامه‌ی درمان دریافت کنند.

سال‌های متمادی است که سیستم سلامت با بحث رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار و مسائلی هم‌چون پول زیرمیزی به‌عنوان کاری غیراخلاقی ولی جاری روبه‌رو است. بدون شک هرگونه رابطه‌ی تعریف‌نشده‌ی مالی بین پزشک و بیمار، نه تنها موجب آسیب جدی به روابط درمانی پزشک و بیمار می‌شود، بلکه در طی زمان موجب آسیب جدی به اعتماد بین جامعه و گروه پزشکی خواهد شد (۷).

این پرداخت‌ها به‌صورت فزاینده‌ای در کشورهای با اقتصاد در حال گذار رایج شده است (۸). آمارها نشان می‌دهند که ۱۰ تا ۴۵ درصد از کل هزینه‌های پرداخت از جیب برای خدمات سلامت در بیش‌تر کشورهای با درآمد پایین به‌صورت پرداخت‌های غیررسمی بوده‌اند (۳). این آمارها هم‌چنین حاکی از این است که هزینه‌های زیادی که می‌توانست باعث نجات بسیاری از زندگی‌ها شود و دردها و رنج‌ها را کاهش دهد، به‌عنوان پرداخت‌های اضافی به هدر رفته است (۶). برای مثال، در لهستان تخمین زده شده است که پرداخت‌های غیررسمی معادل دو برابر حقوق پزشکان است (۹)؛ در بنگلادش درآمدهای ناشی از پرداخت‌های غیررسمی ده‌برابر درآمدهای رسمی است (۱۰) و در کامبوج این میزان ۵ برابر است (۱۱). به‌طور کلی، پرداخت‌های غیررسمی به پزشکان در بیش‌تر کشورهای آسیا و اروپای شرقی متداول است (۱۲). بعضی مواقع بیماران به منظور

¹ Cash

² In-kind transfers

³ Tips

⁴ Bribes to obtain access to certain services or better quality care

⁵ Payments demanded by health workers or institutions

⁶ Deliberate underperformance

دریافت خدمات با کیفیت بالاتر یا مراقبت‌های بیش‌تر پرداخت‌های غیررسمی انجام می‌دهند (۳).

علی‌رغم این‌که بعضی از بیماران پرداخت‌های غیررسمی را به دلخواه انجام می‌دهند مانند اظهار قدردانی و/یا تسریع در مراقبت، سایر بیماران این پرداخت‌ها را به اجبار برای دریافت خدمات با کیفیت بالاتر یا حتی جهت دریافت هرگونه خدمتی انجام می‌دهند (۸). هرچند اهمیت اطلاعات پرداخت‌های غیررسمی در جهان شناخته شده است، مطالعات بسیار معدودی در خصوص این پرداخت‌ها در ایران یافت شد (۱۳). این مسأله می‌تواند به دلیل چالش‌های موجود در جمع‌آوری داده‌ها یا به دلیل حساس بودن ماهیت موضوع باشد (۱۵، ۱۴، ۸) و در نتیجه ممکن است مشکلاتی در تخمین واقعی محدوده‌ی پرداخت‌های غیررسمی و هم‌چنین در تخمین فراوانی وقوع آن‌ها وجود داشته باشد (۵).

باتوجه به شیوع این نوع پرداخت‌ها در نظام سلامت و اثرات زیانبار آن از قبیل افزایش هزینه‌های درمانی، بی‌اعتمادی مردم به سیستم، به تعویق انداختن مراقبت سلامت از طرف مردم و... بررسی این موضوع از اهمیت بالایی برخوردار است. به همین منظور، هدف پژوهشگران تعیین انگیزه‌های موجود در پرداخت‌های غیررسمی در ایران، چگونگی درک آن و دلایل آن است. قابل ذکر است که هدف پژوهشگران تلاش در جهت ایجاد درک بهتری از مفاهیم و رفتارهای مرتبط با این موضوع بوده و نه تست فرضیه یا ارائه‌ی رابطه‌های آماری و به همین دلیل از روش پژوهش کیفی برای بررسی این موضوع استفاده شده است.

روش کار

با توجه به حساس بودن موضوع پرداخت‌های غیررسمی، جهت انتخاب بهترین روش، مرور متون گذشته انجام شد؛ روش‌های مختلفی جهت جمع‌آوری داده‌ها در مطالعات گذشته پیرامون پرداخت‌های غیررسمی یافت شد. از جمله‌ی این روش‌ها می‌توان به مصاحبه‌های رو در رو با بیماران (۱۷، ۱۶، ۱۴)، مصاحبه با پزشکان یا سیاست‌گذاران (۱۹، ۱۸،

۱۵)، مصاحبه‌های گروهی متمرکز با بیماران (۲۱، ۲۰، ۱۶، ۸)، مصاحبه‌های گروهی متمرکز با پزشکان و سیاست‌گذاران (۱۹، ۱۰، ۸)، مصاحبه‌های تلفنی با بیماران (۲۲، ۲۰، ۶)، پرسشنامه‌های محقق‌ساخته برای بیماران (۲۵-۲۳)، پرسشنامه‌های محقق‌ساخته برای پزشکان و سیاست‌گذاران (۲۶، ۲۳) و... اشاره نمود. از بین این روش‌های ذکر شده در متون مختلف، پژوهشگر با در نظر گرفتن این‌که پرداخت‌های غیررسمی در آمار رسمی دولتی گزارش نمی‌شوند و ماهیت آشکاری ندارند، برآن شد که از روش پژوهش کیفی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند استفاده کند. در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند افرادی متشکل از بیماران، پزشکان و سیاست‌گذاران سلامت برای مطالعه انتخاب شدند که دارای معیارهای مورد نظر باشند. این معیارها بدین ترتیب هستند: معیارهای مورد نظر برای پزشکان عبارت بود از تخصص جراحی، میزان تجربه حرفه‌ای در بیمارستان و علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه؛ برای سیاست‌گذاران این معیارها عبارت بودند از داشتن سابقه‌ی مسؤلیت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی و معاونت درمان و علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه. برای بیماران، معیار وضعیت ترخیص (در حال ترخیص یا مرخص شده)، آمادگی، رضایت و علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد. در موارد لازم از روش نمونه‌گیری گلوله برفی نیز استفاده شد. تعداد مصاحبه‌شوندگان به دلیل رسیدن به سطح اشباع داده‌ها به تعداد ۳۰ نفر بیمار، ۱۲ نفر پزشک و ۳ نفر سیاست‌گذار محدود شد. مصاحبه با بیماران به صورت حضوری در محل بیمارستان و عمدتاً در حسابداری ترخیص صورت گرفت. مصاحبه‌ها زمانی صورت می‌گرفت که بیماران در حال ترخیص بودند یا مرخص شده بودند و خود یا همراهانشان برای پرداخت صورتحساب، به حساب‌داری مراجعه می‌کردند. مصاحبه‌ها توسط دونفر از نویسندگان انجام شد. قبل از انجام مصاحبه، روش‌های جمع‌آوری و ضبط

تأیید قابلیت اعتماد و تأییدپذیری، فعالیت‌های کامل پژوهشگران درباره‌ی چگونگی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها ثبت شد و با ارائه‌ی گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها در اختیار یک فرد متخصص در روش پژوهش کیفی قرار گرفت و توافق حاصل شد. در مورد انتقال پذیری سعی شد تا با توصیف‌های لازم و ذکر تمام جزئیات تحقیق، مطلب مبهمی وجود نداشته باشد. این مطالعه با مجوز کمیته‌ی اخلاق پزشکی دانشگاه و تکمیل فرم رضایت از مصاحبه‌شوندگان انجام شد.

نتایج

نتایج مطالعه نشان داد که سه دلیل اصلی برای پرداخت‌های غیررسمی توسط بیماران و چهار دلیل اصلی برای دریافت‌های غیررسمی توسط ارائه‌کنندگان خدمات از بیماران وجود دارد (جدول شماره‌ی ۱). دلایل پرداخت‌ها شامل عوامل فرهنگی، عوامل مرتبط با کیفیت و عوامل قانونی و دلایل دریافت‌ها نیز شامل عوامل مربوط به تعرفه، عوامل ساختاری و عوامل اخلاقی و نشان دادن شایستگی و مهارت پزشکان است (جدول شماره‌ی ۱) که در واقع عوامل ساختاری و اخلاقی را می‌توان از عوامل زمینه‌ساز گسترش پرداخت‌های غیررسمی دسته‌بندی کرد. در زیر تمام این عوامل مورد بررسی قرار گرفته است و سپس چگونگی پرداخت‌ها و این‌که بیش‌تر برای چه خدماتی این پرداخت‌ها صورت می‌گیرد، توضیح داده شده است.

داده‌ها، هدف مطالعه، نقش پژوهشگران و شرکت‌کنندگان در پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و مشخصات مصاحبه‌شوندگان و به‌کارگیری کد به‌جای اسم به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان بیان و رضایت آگاهانه‌ی آنان اخذ شد. تمام مصاحبه‌ها به‌طور کامل با رضایت افراد ضبط شد به‌جز یکی از آن‌ها که در آن مورد نیز تمام نکات مطرح شده با کسب اجازه از مصاحبه‌شونده یادداشت شد. برای انجام مصاحبه با بیماران، ابتدا جهت مشخص شدن پرداخت‌های غیررسمی، از آنان سؤال شد که آیا به‌جز پرداخت صورت‌حساب بیمارستان پرداخت دیگری داشته‌اید یا خیر و سپس از فهرستی از سؤالات توصیفی و تحلیلی که با مطالعه‌ی منابع مرتبط تهیه شده بود، استفاده شد. به‌طور متوسط هر مصاحبه با پزشکان و سیاست‌گذاران حدود ۴۰ الی ۹۰ دقیقه و مصاحبه با بیماران حدود ۲۰ الی ۴۰ دقیقه به طول انجامید. بعد از انجام مصاحبه‌ها، پیاده‌سازی و نهایتاً کدگذاری و استخراج تم‌های اصلی انجام شد که استخراج تم‌ها توسط سه نفر از نویسندگان صورت گرفت.

برای تحلیل داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوا استفاده شد و برای صحت اطلاعات نیز چهار معیار اعتبار، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و قابلیت انتقال بر اساس معیارهای پیشنهادی Guba و Lincoln (۲۷) مورد استفاده قرار گرفت. جهت تأیید اعتبار پژوهش، مصاحبه‌های نوشته شده توسط شرکت‌کنندگان و اساتید خبره مورد بازبینی قرار گرفت. جهت

جدول شماره‌ی ۱ - علل پرداخت‌های غیررسمی از دیدگاه سیاست‌گذاران، پزشکان و بیماران

علل پرداخت‌های غیررسمی توسط بیماران	علل دریافت‌های غیررسمی توسط پزشکان
عوامل فرهنگی	عوامل مربوط به تعرفه‌ها
<ul style="list-style-type: none"> • سپاسگزاری و قدردانی • اهمیت سلامتی نسبت به سایر امور • وجود فرهنگ تعارف و رودربایستی (فانع بودن و رضایت مردم) • نا آگاهی بیماران 	<ul style="list-style-type: none"> • غیر واقعی • ناکافی • ناعادلانه • عدم نظارت قانونی مناسب • دوگانگی
عوامل مرتبط با کیفیت	عوامل ساختاری
<ul style="list-style-type: none"> • پزشک بهتر و مشهورتر • دریافت مراقبت و درمان مطلوب 	<ul style="list-style-type: none"> • عوامل قانونی • وجود رابطه‌ی مالی مستقیم بین پزشک و بیمار

<ul style="list-style-type: none"> • ترس از اختلال در ادامه‌ی درمان • عدم انتظار در صف • ترس از عدم انجام درمان • عدم تمایل به انجام کار توسط دانشجویان 	<ul style="list-style-type: none"> • پایین بودن سهم سلامت از GDP • رویکرد نامناسب بیمه‌ای (ضعف سیستم بیمه) • نظام ارجاع و سطح‌بندی نامناسب • وجود تبعیض در جامعه‌ی پزشکی • ناکارآمد بودن نظام رسیدگی به شکایت
عوامل قانونی <ul style="list-style-type: none"> • ضعف قوانین • ناکارآمد بودن نظام رسیدگی به شکایات 	عوامل اخلاقی <ul style="list-style-type: none"> • کم‌رنگ شدن اخلاق حرفه‌ای
نشان دادن شایستگی و مهارت	

GDP = gross domestic product

دلایل پرداخت‌های غیررسمی

تأکید این بخش بر دلایلی است که باعث می‌شود بیماران به پرداخت‌های غیررسمی، اعم از داوطلبانه یا اجباری، بپردازند. این بخش دیدگاه‌ها و نظرات بیان شده در مصاحبه‌های انجام شده با بیماران و مصرف‌کنندگان خدمات را منعکس می‌کند. دیدگاه‌های موجود در این قسمت را می‌توان در سه دسته‌ی کلی طبقه‌بندی کرد: عوامل فرهنگی، عوامل مرتبط با کیفیت و عوامل قانونی.

عوامل فرهنگی

جنبه‌های متعدد فرهنگی باعث شده است که مردم به پرداخت‌های غیررسمی بپردازند. بعضی از این عوامل را می‌توان به جنبه‌های فرهنگی وسیعی نسبت داد که تاریخچه‌ی بسیار طولانی‌ای دارند و در فعالیت‌های روزانه و زندگی مردم درونی شده است. عوامل فرهنگی در پشت قضیه‌ی پرداخت‌های غیررسمی شامل موارد زیر است:

- سیاست‌گذاری و قدردانی

دریافت‌کنندگان خدمات بر این باورند زمانی که فردی برای شما یک کار خوبی انجام می‌دهد، شما باید بهترین کار را برای او انجام دهید. دریافت‌کنندگان خدمات اظهار داشتند که اگر ارائه‌کنندگان به‌طور مستقیم از آن‌ها طلب پرداخت‌های غیررسمی نمی‌کردند، آن‌ها خود به نشانه‌ی تشکر این کار را انجام می‌دادند: [من خودم یک سکه طلا به پزشک تقدیم

کردم چون او از من طلب پول اضافه نکرد] (بیمار شماره‌ی ۳)؛ [من می‌خواهم هدیه‌ای را به جراحی که مادرم را عمل کرده است، تقدیم کنم] (بیمار شماره‌ی ۱۲)؛ [اگر عمل جراحی بسیار جدی باشد و جراحان جان بیمار را نجات دهند، مردم احساس می‌کنند که باید هدیه‌ای به جراح به نشانه‌ی تشکر تقدیم کنند] (بیمار شماره‌ی ۲۵).

- اهمیت سلامتی نسبت به سایر امور

دریافت‌کنندگان خدمات، سلامت را به‌عنوان یکی از دارایی‌های مهم شخصی می‌دانند و این مسأله در سنت و فرهنگ ایران مورد تأکید است. بنابراین، مردم آماده هستند تا برای حفظ یا بازیابی سلامت خود، هزینه پرداخت کنند: [شما باید بپردازید، چون هیچ چیز با اهمیت‌تر از سلامتی وجود ندارد] (بیمار شماره‌ی ۱۴)؛ [وقتی که شما سالم نیستید، اصلاً مهم نیست که چه قدر پول دارید] (بیمار شماره‌ی ۳۰).

- وجود فرهنگ تعارف و رودربایستی (فانع بودن و رضایت مردم)

در ایران و مخصوصاً در شهر کرمان، وجود فرهنگ رودربایستی شایع است به‌طوری که مردم از نه گفتن به درخواست‌ها اکراه دارند، حتی اگر بدانند که درخواست‌ها قانونی نیست. این مسأله مخصوصاً در مورد درخواست‌های پزشکان صادق است: [وقتی پزشک از من درخواست پول اضافی می‌کند، من نمی‌توانم به او نه بگویم، هرچند که میدانم درخواستش قانونی نیست] (بیمار شماره‌ی ۱)؛ [اخلاقی

به دلیل این که بر این باور بودند که هم قانون و هم فرایند شکایت کردن جوابگو نیستند، باز هم پول اضافی را پرداخت می کردند: [به دلیل این که هیچ کنترل و نظارت مناسبی وجود ندارد، ما چنین پرداخت‌هایی را انجام دادیم] (بیمار شماره ۲۷)؛ [پزشکان یکدیگر را حمایت می کنند و همه یکی هستند. من نسبت به نظام قانونی خوشبین نیستم] (بیمار شماره ۱۳)؛ سایرین اظهار داشتند که آن‌ها به دلیل این که هیچ شواهد و مدارکی مبنی بر پرداخت‌های غیررسمی نداشتند، نمی توانستند شکایت کنند: [هرچند من پرداخت اضافی انجام دادم، اما نمی دانم چگونه باید آن را ثابت کنم] (بیمار شماره ۲۰). از طرفی دیگر، بعضی از بیماران، به این دلیل که می ترسیدند با شکایت مراقبت مناسب و کاملی دریافت نکنند، شکایت نمی کردند: [من دوست داشتم شکایت کنم، اما اگر این کار را انجام می دادم، ممکن بود پزشک من را درمان نکند] (بیمار شماره ۲۱)؛ [اگر من نیاز پیدا می کردم دوباره به مطب آن دکتر مراجعه کنم، (با شکایتی که کرده بودم) چه اتفاقی می افتاد؟] (بیمار شماره ۱۸).

دلایل دریافت‌های غیررسمی

عوامل مربوط به تعرفه

با توجه به قوانین موجود در ایران دو نوع تعرفه برای حرفه‌ی پزشکی وجود دارد: یک نوع توسط شورای عالی بیمه و نوع دیگر توسط نظام پزشکی تعیین می شود. بخش دولتی معمولاً از تعرفه‌ی نوع اول پیروی می کند در حالی که بخش خصوصی تعرفه‌ی نوع دوم را به کار می برد اما این مسأله به طور انحصاری نیست. پزشکیانی که در این مطالعه مورد مصاحبه قرار گرفتند ادعا کردند که تعرفه‌های تنظیم شده توسط شورای عالی بیمه غیر واقعی، ناکافی و ناعادلانه است و از نظارت کافی برخوردار نیست. آن‌ها اظهار داشتند که کم تر از حق خود دریافت می کنند و بنابراین، مجبور هستند که حقوق خود را با پرداخت‌های زیرمیزی تکمیل کنند: [تعرفه‌های رسمی، هزینه‌های ما را جبران نمی کند] (پزشک شماره ۱۰)؛ [زمانی که من خودم را با حرفه‌های دیگر

نیست که شکایت کرد، فقط برای مسائل مالی، آن هم علیه پزشکی که به من کمک کرده است] (بیمار شماره ۱۰).

- ناآگاهی بیماران

پرداخت‌های غیررسمی اغلب به این دلیل اتفاق می افتد که مردم از حق و حقوق خود آگاه نیستند و فکر می کنند که هر پولی که پزشک از آن‌ها درخواست می کند، باید پرداخت کنند: [من فکر کردم این هزینه‌ی اضافی قسمتی از هزینه‌ی درمان است] (بیمار شماره ۱۶)؛ [من فکر نمی کردم آن‌ها درخواست پول اضافی کرده باشند] (بیمار شماره ۱۱).

عوامل مرتبط با کیفیت

علاوه بر عوامل فرهنگی، تعدادی عوامل مرتبط با کیفیت نیز باعث می شوند که مردم پرداخت‌های غیررسمی را انجام دهند. مردم اغلب پرداخت‌های غیررسمی را به دلایل زیر انجام می دهند: جلوگیری از درمان توسط دانشجویان، عدم انتظار در صف، دریافت خدمات مطلوب، یا درمان توسط پزشکان مشهور: [من پول اضافی پرداختم تا توسط رزیدنت جراحی بشوم] (بیمار شماره ۲)؛ [پزشک از من خواست پول اضافی بپردازم، در غیر این صورت می بایست چندین ماه در صف انتظار می ماندم] (بیمار شماره ۲۸)؛ [من می توانستم توسط یک جراح دیگر درمان شوم، اما پول زیرمیزی پرداختم تا توسط یک پزشک مشهور عمل شوم] (بیمار شماره ۶). سایر مصرف‌کنندگان داشتن ترس یا ناامنی را دلیل پرداخت‌های غیررسمی گزارش کردند، برای مثال: [من ترسیدم که اگر پول اضافی پرداخت نکنم، چه اتفاقی برای مادرم خواهد افتاد] (بیمار شماره ۸). سایر دریافت‌کنندگان خدمات انتظار داشتند با پرداخت پول اضافی توجه خاص از سمت ارائه‌کننده را به خود جلب کنند، به طوری که یکی از بیماران ادعا می کرد [من پولی را به پرستار پرداخت کردم تا مراقبت بهتری را برای دخترم فراهم کند] (بیمار شماره ۱۷).

عوامل قانونی

پژوهشگران در طول مطالعه با مثال‌هایی رو به رو شدند که بیماران می دانستند که نباید پول اضافی پرداخت کنند اما

مقایسه می‌کنم، احساس نمی‌کنم که با من به‌طور عادلانه رفتار شده باشد] (پزشک شماره‌ی ۴)؛ سایر پزشکان ادعا داشتند که شورای عالی بیمه به‌طور آگاهانه و به‌دلیل کمبود منابع، تعرفه‌های غیر واقعی را تنظیم می‌کند: [تعرفه‌ها بر اساس وجوه بیمه‌ای تعیین می‌شوند نه بر اساس هزینه‌های واقعی] (پزشک شماره‌ی ۱).

عوامل ساختاری

یکی دیگر از عوامل مؤثر در پرداخت‌های غیررسمی، می‌تواند به‌عنوان عوامل ساختاری طبقه‌بندی شود. عواملی مانند: وجود قوانین، رابطه‌ی مستقیم پزشک-بیمار، سهم کم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی، وجود تبعیض در جامعه‌ی پزشکی، تأخیر در پرداخت حق بیمه‌ها توسط شرکت‌های بیمه و رویکرد نامناسب بیمه‌ای، نظام ارجاع و سطح‌بندی نامناسب و ناکارآمد بودن نظام رسیدگی به شکایات همه می‌توانند در این دسته قرار گیرند. یکی از سیاست‌گذاران اظهار داشت که [سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی بسیار کم است و منابع کافی وجود ندارد] (سیاست‌گذار شماره‌ی ۱)؛ یکی دیگر از سیاست‌گذاران اظهار داشت که [شرکت‌های بیمه ما تنها یک وسیله برای انتقال پول هستند، هیچ سیاست‌گذاری یا برنامه ریزی در آن‌ها اتفاق نمی‌افتد] (سیاست‌گذار شماره‌ی ۲)؛ اگر چه بعضی از شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که نظام‌های مالی راه را برای درخواست پول اضافی توسط پزشکان هموار می‌کند: [رابطه‌ی مالی مستقیم پزشک-بیمار، درخواست پرداخت‌های غیررسمی را تسهیل می‌کند] (پزشک شماره‌ی ۷)؛ سایر افراد ادعا کردند که این مسأله یک تبعیض بین حرفه‌ای است (به‌عنوان مثال افزایش شکاف درآمدی بین گروه‌های مختلف حرفه‌های پزشکی) که محیط را برای درخواست پرداخت‌های غیررسمی آماده می‌کند [حتی در حرفه‌ی پزشکی تبعیض‌هایی وجود دارد که پزشکان را وادار به درخواست برای پرداخت‌های غیررسمی می‌کند] (پزشک شماره‌ی ۶).

عوامل اخلاقی

بعضی از شرکت‌کنندگان بر این نظر بودند که بودجه‌ی ناکافی نظام سلامت، تعرفه‌های غیرواقعی و سایر عوامل، دلایل توجیه‌کننده و منطقی برای دریافت پول اضافی از بیماران نیست، آنان ادعا کردند که پزشکان باید اخلاق حرفه‌ای داشته باشند. آنان اظهار داشتند که اخلاقیات عاملی قوی برای جلوگیری از درخواست‌های غیرقانونی است، [اخلاقیات قوی‌ترین مکانیسم کنترل است] (سیاست‌گذار شماره‌ی ۳)؛ سایر شرکت‌کنندگان نیز اشاره داشتند که مشکل پرداخت‌های غیررسمی ریشه در کمرنگ شدن اخلاق حرفه‌ای دارد: [اخلاق حرفه‌ای ضعیف و پول در همه جا غالب شده است] (سیاست‌گذار شماره‌ی ۲)؛ [بعضی از پزشکان پول کافی برای یک زندگی خوب دارند اما زیاده‌خواه هستند] (پزشک شماره‌ی ۲).

برای نشان دادن شایستگی و مهارت خود

یک دلیل جالب برای درخواست پرداخت‌های غیررسمی که توسط تعدادی از شرکت‌کنندگان ذکر شد، این دیدگاه بود که این پرداخت‌ها شایستگی و کیفیت خدمات درک شده پزشکان را تقویت خواهد کرد. یکی از مسؤولان (سیاست‌گذاران) بیان کرد [من پزشکی را می‌شناسم که از بیماران درخواست پرداخت‌های اضافی می‌کنند فقط به این دلیل که به آن‌ها نشان دهند که پزشک ماهر است] (پزشک شماره‌ی ۹). این مسأله در مصاحبه با یکی از بیماران نیز عنوان شد: [بیماران معمولاً فکر می‌کنند پزشکی که درخواست پول اضافی نمی‌کنند، ماهر نیستند یا ممکن است به خوبی از بیماران مراقبت نکنند] (بیمار شماره‌ی ۳).

نحوه‌ی پرداخت‌های غیررسمی

به‌دلیل ماهیت غیرقانونی پرداخت‌های غیررسمی، پژوهشگران نتوانستند بینش و درک مناسبی از مصاحبه با پزشکان و مقام‌های رسمی در زمینه‌ی چگونگی این پرداخت‌ها به‌دست آورند، بنابراین، خود را محدود به بررسی این موضوع از طریق مصاحبه با بیماران و بررسی دیدگاه‌های

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که پرداخت‌های غیررسمی در حال حاضر در نظام سلامت ایران همانند سایر کشورها رخ می‌دهد. پژوهشگران این پدیده را در چارچوب نظام سلامت ایران از طریق شرکت‌دادن سه گروه از ذی‌نفعان اصلی در مطالعه بررسی کردند. مطالعات پیشین گزارش کرده‌اند که مردم به منظور اظهار قدردانی (۲۸، ۱۵، ۸)، دریافت خدمات بهتر یا اضافی‌تر (۲۹، ۸) یا به‌دلیل هنجارهای فرهنگی ریشه‌دوانده در سنت خود و قوانین ضعیف (۲۸) پرداخت‌های غیررسمی انجام می‌دهند. این مطالعه نیز همه‌ی عوامل فوق‌الذکر که بر روی تصمیم‌گیری بیماران در چنین پرداخت‌هایی تأثیرگذار است را نشان داد، هرچند که به‌نظر می‌رسد بعضی از این عوامل نقش مهم‌تری در نظام سلامت ایران ایفا می‌کنند.

در مطالعه‌ای که به‌صورت مرور نظام‌مند توسط Stepurko و همکاران انجام شد، نتایج نشان داد که از ۳۱ مقاله‌ای که به‌طور نظام‌مند مرور شده است، در ۱۸ مقاله، مردم پرداخت‌های غیررسمی را با هدف اهدای هدیه به ارائه‌دهندگان سلامت انجام داده بودند (۵).

ممکن است بعضی از مردم پرداخت‌های غیررسمی را به این دلیل انجام می‌دهند که باید این پرداخت‌ها را بپردازند و راهی به‌جز پرداخت ندارند یا این‌که نمی‌توانند بین پرداخت‌های رسمی و غیررسمی تمایز قائل شوند. برای مثال در مطالعه‌ای کیفی که توسط Vian و همکاران در کشور آلبانی انجام شده است، بسیاری از ارائه‌دهندگان و بیماران مواردی را توصیف کرده‌اند که در آن موارد هیچ‌گونه درمانی توسط پزشک صورت نخواهد گرفت مگر این‌که بیمار آن مقدار پرداخت غیررسمی را که توسط پزشک درخواست می‌شود، انجام دهد (۸)؛ اما بر اساس این مطالعه مواردی نیز وجود دارد که مردم می‌دانند که نباید این‌گونه پرداخت‌ها را انجام دهند اما باز هم این کار را انجام می‌دهند. هم‌چنین، به‌دلیل عوامل مرتبط با کیفیت یا تقاضا برای عدم انتظار در

آنان کردند. روش‌های مختلفی برای چگونگی این پرداخت‌ها توسط بیماران ذکر شد که از جمله می‌توان به پرداخت‌های نقدی و دادن شماره حساب به بیماران نام برد: [پزشک از من خواست که پرداخت کنم] (بیمار شماره‌ی ۴)؛ اکثر اوقات پزشکان به‌طور غیر مستقیم درخواست پرداخت‌های غیررسمی می‌کنند: [منشی پزشک از من خواست که برای یک عمل سزارین پول اضافی بپردازم] (بیمار شماره‌ی ۷)؛ [جراح من را به شخص دیگری معرفی کرد و من مجبور شدم پرداخت اضافی انجام دهم]. (بیمار شماره‌ی ۹)؛ یکی دیگر از شرکت‌کنندگان اعلام کرد که [ما نیاز داشتیم تا پزشک گواهی ما را امضا کند، اما او آن را در بیمارستان دولتی امضا نکرد و از ما خواست که به مطبش مراجعه کنیم جایی که وی گواهی ما را با دریافت پول اضافه امضا کرد] (بیمار شماره‌ی ۲۳).

خدماتی که برای آن‌ها پرداخت‌های غیررسمی انجام می‌شود

اگرچه پرداخت‌های غیررسمی در میان گروه‌های مختلف پزشکان شایع است، این مطالعه نشان داد که این پرداخت‌ها به‌طور اختصاصی برای خدمات پیچیده و سخت مانند: عمل جراحی، پروسیجرهای قلب و عروق، ارتوپدی و مانند آن‌ها شایع است. یک پزشک عمومی اظهار کرد [پزشکان عمومی پرداخت‌های زیرمیزی نمی‌گیرند، اما پزشکان متخصص و جراحان مشهورتر پرداخت‌های غیررسمی بالا درخواست می‌کنند]. (پزشک شماره‌ی ۱۲)؛ دو نفر از بیماران مصاحبه‌شده اظهارات زیر را بیان داشتند: [متخصص زنان و زایمان برای عمل کورتاژ از من درخواست پول اضافی و غیررسمی کرد]. (بیمار شماره‌ی ۲۶)؛ [تاندون دست عموی من قطع شده بود و ارتوپد از او خواسته بود تا علاوه بر صورت‌حساب بیمارستان پرداخت اضافی نیز بپردازد تا او را عمل کند.] (بیمار شماره‌ی ۱۵).

پرداخت‌های غیررسمی است یا تنها یک عامل در کنار سایر عوامل است.

در این مطالعه عوامل احتمالی دریافت و پرداخت‌های غیررسمی بررسی شد اما با توجه به این‌که این مطالعه به صورت کیفی بوده و دلایل احتمالی را بررسی کرده است، بیان قطعی علل به مطالعات بیش تر نیاز دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی است که با حمایت مالی معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است. بدین وسیله نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسؤولان آن معاونت ابراز می‌دارند. هم‌چنین، از تمام پزشکان و مسؤولان محترمی که با وجود مشغله‌ی زیاد ما را در انجام این پژوهش یاری کرده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را می‌نماید.

صف یا بیان تقدیر و تشکر، عده‌ای با این پرداخت‌ها موافق هستند زیرا بر این باورند که قوانین موجود ضعیف است یا از عدم پذیرش درخواست پزشکان اکراه دارند (همان‌طور که در فرهنگ رودربایستی در ایران و به خصوص در شهر کرمان وجود دارد). پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد بودجه‌ی ناکافی نظام سلامت (۲۲) و پرداخت‌های رسمی ناکافی به ارائه‌کنندگان (۳۰، ۸)، از مهم‌ترین عوامل مرتبط با عرضه هستند که منجر به پرداخت‌های غیررسمی می‌شوند.

مطالعه‌ای که توسط Siskou و همکاران با عنوان «هزینه‌های خصوصی سلامت در نظام مراقبت سلامت یونان: جایی که حقیقت به پایان می‌سد و افسانه آغاز می‌شود» انجام شد، نتایج نشان داد که بودجه‌ی ناکافی نظام سلامت و کمبود خدمات مراقبت اولیه سلامت در این کشور، خانواده‌ها را مجبور به جست‌وجوی مراقبت سلامت در بخش خصوصی کرده است که زمینه‌ساز گسترش پرداخت‌های غیررسمی نیز می‌شود (۲۲). در مطالعه‌ای که در تانزانیا توسط Stringhini و همکاران انجام شده است، نشان داد که ارائه‌دهندگان سلامت از میزان حقوق رسمی خود، در مقایسه با مخارج زندگی و نرخ تورم، راضی نیستند و این مسأله باعث می‌شود که به دنبال انتخاب استراتژی‌هایی جهت جبران شرایط سخت زندگی خود باشند که از جمله‌ی این استراتژی‌ها می‌توان به دریافت‌های غیررسمی از بیماران اشاره کرد (۳۰). مطالعه‌ی حاضر، نه تنها این موضوع را تأیید کرد بلکه عامل جالب دیگری را نیز کشف کرد؛ پژوهشگران در این مطالعه دریافتند که تعدادی از پزشکانی که درخواست پول اضافی می‌کنند، به راحتی این تفکر را در بین بیماران ایجاد می‌کنند که پزشک بهتری هستند و خدمات با کیفیت‌تری ارائه می‌کنند. این پزشکان از این موضوع هراس دارند که اگر از بیماران درخواست پول اضافی نکنند، ممکن است بیماران و مشتریان خود را از دست دهند. با این حال، این ادعا هنوز در حال بررسی است که آیا این یک عامل منجر شونده به ایجاد

Plan 2004; 19(4): 199-208.

12- Chiu YC, Smith KC, Morlock L, Wissow L. Gifts, bribes and solicitations: print media and the social construction of informal payments to doctors in Taiwan. *Soc Sci Med* 2007; 64(3): 521-30.

۱۳- ستایش م، نخعی ن، روحانی ع. بررسی نظرات مردم، پیرامون پرداخت‌های غیر رسمی به پزشکان شهر کرمان. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری ۱۳۸۶؛ دوره ۲ (شماره‌های ۳ و ۴): ۸-۸۱.

14- 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.

15- Miller WL, Grødeland AB, Koshechkina TY. If you pay, we'll operate immediately. *J Med Ethics* 2000; 26(5): 305-11.

16- Cockcroft A, Andersson N, Paredes-Solis S, et al. An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 15.

17- Tediosi F, Aye R, Ibodova S, Thompson R, Wyss K. Access to medicines and out of pocket payments for primary care: evidence from family medicine users in rural Tajikistan. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 109.

18- Balabanova D, McKee M. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy* 2002; 62(3): 243-73.

19- Shahriari H, Belli P, Lewis M. Institutional issues in informal health payments in Poland, Report on the qualitative part of study. [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/06/03/000265513_20040603120514/Rendered/PDF/288620Shahriari Institutional Issues whole.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/06/03/000265513_20040603120514/Rendered/PDF/288620Shahriari%20Institutional%20Issues%20whole.pdf) (accessed in 2012)

20- Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy* 2004; 70(1): 109-23.

21- Shishkin S V, Bogatova TV, Potapchik YG, Chernets VA, Chirikova AY, Shilova LS. Informal Out-of-Pocket Payments for Healthcare in Russia. Moscow: Independent Institute for Social Policy; 2003.

22- Siskou O, Kaitelidou D, Papakonstantinou V, Lairopoulos L. Private health expenditure in the

منابع

۱- جوانپور هروری ع، اکبری بیرق ح. اخلاق پزشکی و بازتاب آن در متون ادب پارسی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۹۱؛ دوره ۳۴ (شماره ۱): ۳۵-۴۲.

۲- جعفری ف، علیزاده ف. ظرف‌قندی ن. آبیاری ز. رابطه مالی پزشک و بیمار در طب سنتی ایران. دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد ۱۳۹۰؛ دوره ۱۹ (شماره ۹۶): ۱-۱۰.

3- Onwujekwe O, Dike N, Uzochukwu B, Ezeoke O. Informal payments for healthcare: differences in expenditures from consumers and providers perspectives for treatment of malaria in Nigeria. *Health Policy* 2010; 96(1):72-9.

4- Mastad O, Mwisongo A. Informal payments and the quality of health care: mechanisms revealed by Tanzanian health workers. *Health Policy* 2011; 99(2): 107-15.

5- 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: 273.

6- Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2008; 87(1): 72-81.

۷- باقری ع.ر. اولویت‌های اخلاق پزشکی: نتایج یک مطالعه کشوری. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۵): ۳۹-۴۸.

8- Vian T, Grybosk K, Sinoimeri Z, Hall R. Informal payments in government health facilities in Albania: results of a qualitative study. *Soc Sci Med* 2006; 62(4):877-87.

9- Chawla M, Berman P, Windak A, Kulis M. Provision of ambulatory health services in Poland: a case study from Krakow. *Soc Sci Med* 2004; 58(2): 227-35.

10- Killingsworth J, Hossain N, Hedrick-Wong Y, Thomas SD, Rahman A, Begum T. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy Plan* 1999; 14(2): 152-63.

11- Barber S, Bonnet F, Bekedam H. Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health Policy*

- 26- Barr DA. The ethics of Soviet medical practice: behaviors and attitudes of physicians in Soviet Estonia. *J Med Ethics* 1996; 22(1): 33-40.
- 27- Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Intern Qual Methods* 2002; 1 (2):1-19.
- 28- Tomini s, Maarse H. How do patient characteristics influence informal payments for inpatient and outpatient health care in Albania: results of logit and OLS models using Albanian LSMS 2005. *BMC Public Health* 2011; 11: 375.
- 29- Aarva P, Ilchenko I, Gorobets P, Rogacheva A. Formal and informal payments in health care facilities in two Russian cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy Plan* 2009; 24(5): 395-405.
- 30- Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisongo A. Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Hum Resour Health* 2009; 7(1): 53.
- Greek health care system: where truth ends and the myth begins. *Health Policy* 2008; 88(2-3): 282-93.
- 23- Anderson J. Corruption in Slovakia: Results of diagnostic surveys. http://pdc.ceu.hu/archive/00002745/01/Korupcia_na_Slovensku-en.pdf (accessed in 2012)
- 24- Baschieri A, Falkingham J. Formalizing informal payments: the progress of health reform in Kyrgyzstan. *Cent Asian Survey* 2006; 25(4): 441-60.
- 25- Burak LJ, Vian T. Examining and predicting under the-table payments for health care in Albania: an application of the theory of planned behavior. *J Applied Soc Psychol* 2007; 37(5): 1060-76.

Causes of informal payments in health sector: a qualitative study of viewpoints of physicians, policy makers and patients

Mohammadreza Amiresmaili¹, Mahmood Nekoeimoghadam², Atefeh Esfandiari^{* 3}, Fatemeh Ramezani⁴, Hedayat Salari³

¹ Assistant Professor, Medical Informatics Research Center, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran;

² Associate Professor, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran;

³ PhD candidate in Health Policy, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, and Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

⁴ MSc, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Abstract

In recent years, the financial relationship between the physician and the patient and some issues such as informal payments for health care have arisen as an unethical but common problem in many countries, including the Islamic Republic of Iran. Such issues are a threat to the professional reputation of physicians, and can have their own causes in different parts of the world. This study attempts to assess the causes of informal payments and the manners in which they are done in the hospitals of the Kerman Province in Iran in 2012.

This study was carried out using qualitative research methods, and semi-structured interviews. Structured interviews were conducted on a purposeful sample of 45 participants including patients, providers and policy makers in the Kerman province in Iran in 2012. This study was authorized by the ethics committee of Kerman University of Medical Sciences, and the consent form was completed by all participants. In this study the participants were asked questions regarding reasons for informal payments, and data were analyzed using content analysis.

There are several reasons for making informal payments, which include cultural, legal and quality factors. A number of reasons for asking informal payments by providers were discovered, including those related to tariffs, structural factors and ethical factors as well as to demonstrate the skill and competence of service providers.

Most of the reasons discovered for informal payments in Iran are similar to other countries in the world. They showed that inadequate funding of the health systems and inadequate formal payments to providers are the most important supply-side factors leading to informal payments. Given that qualitative studies usually cover potential reasons only, further studies are needed to investigate the matter more extensively.

Keywords: informal payments, medical ethics, health services, Iran's health system

*Email: a-esfandiari@razi.tums.ac.ir