

تسهیم درآمدها و اخلاق پزشکی

فرزانه زاهدی^۱، باقر لاریجانی*^۲

چکیده

در حیطه طب و مراقبت‌های سلامت، برنامه‌های مربوط به تسهیم درآمد باید بدقت مورد بررسی قرار گیرد تا اطمینان لازم حاصل شود که این‌گونه طرح‌ها با اصول و قواعد اخلاقی همخوانی دارند. در موضوع تسهیم درآمد دو بحث اخلاقی عمده مطرح می‌باشد که عبارتند از: رضایت آگاهانه و تعارض منافع. پزشک باید مسئولیت و تعهد حرفه‌ای خود را با صداقت، امانت و وفاداری نسبت به بیمار، بدون توجه به تعارض با منافع شخصی ایفاء نماید. تعارض منافع معمولاً بر درآمد و منافع مالی دلالت دارد. این امر ممکن است مباحث مهمی همچون پرداخت‌های مالی ویژه به پزشک، تسهیم حق ویزیت و خودارجاعی را در پی داشته باشد. مسائلی از این قبیل می‌تواند تصمیم‌گیری حرفه‌ای را مخدوش سازد. برخی کشورها در قوانین حرفه‌ای پزشکی این موضوعات را مورد توجه قرار داده‌اند. در این مقاله برآنیم تا ضمن شرح اهمیت موضوعات ذکر شده در صحنه طبابت عملی، برخی مسائل اخلاقی را که باید توسط پزشکان مورد توجه قرار گیرد بیان نمائیم.

واژگان کلیدی: تسهیم درآمد، پرداخت مالی غیرقانونی، خودارجاعی، تسهیم حق ویزیت، اخلاق پزشکی

۱- مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* **نشانی:** تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، کد پستی

۱۴۱۱۴؛ تلفن: ۲-۳۶۹۰۲۸۸۰؛ نمابر: ۸۸۰۲۹۳۹۹؛ پست الکترونیک: emrc@tums.ac.ir

مقدمه

با افزایش هزینه‌های خدمات پزشکی و عدم تناسب آنها با درآمد، برخی از پزشکان جهت جبران این امر و کسب درآمد بیشتر به راه‌های دیگر مرتبط یا غیرمرتبط با حرفه پزشکی روی آورده‌اند. این موضوع سابقه طولانی در برخی کشورها دارد و حتی در کشورهای پیشرفته نیز گریبانگیر جوامع می‌باشد [۱-۳]. بطور مثال؛ مجله نیویورک تایمز در گزارشی بیان می‌نماید که پزشکان به دلیل از دست دادن منابع سنتی درآمد، به منابع جدیدی همچون تصویربرداری تشخیصی روی آورده‌اند؛ به نحوی که متوسط استفاده از وسایل تشخیصی تصویربرداری در مطب‌های پزشکی طی سال‌های اخیر بشدت رو به افزایش گذارده است و عمدتاً پزشکان بیماران خود را جهت اقدامات رادیولوژی تشخیصی به مراکزی که خود بخشی از سهام آن را در اختیار دارند ارجاع می‌دهند تا به رادیولوژیست‌ها [۴]. امکانات تشخیصی-درمانی مستقلی که به صورت انتفاعی^۱ ارائه می‌شوند به عنوان IHFs^۲ در کشورهای غربی شناخته می‌شوند. این امکانات شامل خدماتی همانند رادیولوژی، فیزیوتراپی و آزمایشگاه بوده و می‌تواند در بطن سیستم دولتی و یا خارج از آن (با یا بدون پوشش بیمه) ارائه گردند [۵، ۶]. وابستگی این‌گونه مراکز به میزان ارجاع بیمار از سوی پزشکان می‌تواند دو چالش مهم ایجاد نماید؛ اول این‌که، یک IHF می‌تواند پزشکان را برای ارجاع بیماران با قرار دادن نوعی منفعت مالی ترغیب نماید؛ که این عمل ممکن است در تصمیم‌گیری‌های طبی پزشک برای بیمار تأثیرگذار باشد. دوم این‌که، پزشکان می‌توانند بیماران را به IHF مشخصی که در مالکیت آن سهیم هستند ارجاع نمایند (خودارجاعی^۳). توجه جدی به موضوع تسهیم درآمد در برخی کشورهای غربی از بیش از دو دهه پیش آغاز شده است [۸، ۷]. نقطه شروع این مباحث را شاید بتوان از تبانی جراحان عمومی با پزشکان خانواده برای ارجاع بیمار دانست؛ اما پیشرفت‌های طب و فناوری‌های نوین مرتبط، ایجاد کارخانه‌ها و شرکت‌های

بزرگ دارویی، خدمات و تجهیزات پزشکی نیز در این امر بسیار اثرگذار بوده است. انتفاعی شدن مراکز خدمات پزشکی و گاه تجاری شدن آن در برخی از جوامع باعث کاهش اعتماد بیمار به پزشک شده است. سیستم مالی پرداخت بر مبنای سرانه^۴، نگرانی جامعه در خصوص منافع واقعی بیمار را در پی داشته است [۹]. این موضوعات در برخی کشورها تدوین و تصویب قوانین و آئین نامه‌هایی را در پی داشته است [۵، ۱۰-۱۲].

در این مقاله، که با رجوع به مقالات یافت شده در موتورهای جستجو و پایگاه‌های معتبر علمی همانند PubMed Central, Google Scholar, Ovid و نیز IranMedex و رجوع به برخی کتب و مقالات مورد ارجاع سایر مقالات، تدوین شده است؛ سعی بر این است که ضمن شرح کلیات و برخی مصادیق موضوع، پیامدها و جوانب اخلاقی آن مورد بحث قرار گیرد.

مثال ۱: گروهی از متخصصین داخلی قصد دارند امکان تصویربرداری ویژه‌ای را با یک سرمایه‌گذاری مشترک فراهم نمایند. این کار با هدف انتفاعی صورت می‌گیرد. آیا انگیزه جلب منفعت بیشتر بر تصمیم‌گیری بالینی آنها در خصوص بیمار و موارد تجویز تصویربرداری تشخیصی تاثیر خواهد داشت؟

تعارض منافع

ارتباط پزشکان با سازمان‌ها و مراکز خدماتی مختلف مانند بیمارستان‌ها، شرکت‌های مختلف بیمه، صنعت و شرکت‌های تجاری، مراکز خدمات تشخیصی-درمانی خصوصی و دولتی می‌تواند زمینه‌ساز طرح مباحث مختلفی باشد؛ چرا که در بسیاری از موارد پزشکان میلند درآمد خود را از طرق مختلف همانند تسهیم درآمد^۵ افزایش دهند. در چنین مواردی مراقبت و درمان بیمار، که از لحاظ اخلاقی باید اولین اولویت در طبابت باشد، ممکن است با منافع پزشک در جلب درآمد بیشتر در تعارض قرار گیرد. تعارض منافع^۶، در حقیقت بیانگر موقعیتی است که در آن فردی انگیزه انجام کاری را در حیطه حرفه خود پیدا

⁴ Capitation

⁵ Gain Sharing

⁶ Conflict of Interest

¹ A Fee-for-Service (for-Profit)

² Independent Health Facilities (IHF)

³ Self-referral

دریافت‌ها اگر در موارد ارجاع بیمار به پزشکی دیگر و دریافت درصدی از حق ویزیت باشد «سهیم حق ویزیت»^۹ نامیده می‌شود.

پیامدها و جوانب اخلاقی

البته اخذ کارمزد و عناوین مشابه در بسیاری از حرفه‌ها توسط جامعه پذیرفته شده است اما در پزشکی مسأله با نگرش متفاوتی همراه است [۲۲]. بدیهی است که مراکز خدمات پزشکی، وابسته به میزان مراجعه یا ارجاع بیمار هستند. از سوی دیگر، با توجه به ماهیت انتفاعی این مراکز، ارجاع بیمار از سوی پزشک می‌تواند با افزایش درآمد همراه باشد. این امر مباحث مهمی را در جوامع مختلف ایجاد نموده است که یکی از آنها پرداخت‌های مالی ویژه به عنوان جبران به پزشک ارجاع کننده بیمار می‌باشد که این امرشائبه تعارض منافع و تأثیر منفعت مالی پزشک بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای در مورد بیمار را ایجاد می‌نماید [۵]. در این حالت ممکن است به بیمار هزینه اضافی جهت ارجاع به پزشک دیگر تحمیل شده و یا خدمات تشخیصی یا درمانی غیر ضروری برای او تجویز شود. از سوی دیگر ممکن است در ارجاع بیمار به پزشک دیگر، مهارت و دانش و تجربه او ملاک قرار نگیرد؛ لذا کیفیت مراقبت‌های پزشکی تحت تأثیر قرار گیرد. به عبارتی؛ این اعمال در حرفه پزشکی می‌تواند به افزایش هزینه‌ها منجر شده و بر کیفیت خدمات تأثیر بگذارد [۲۲]. بحث مهم دیگری که در این حیطه وجود دارد این است که وقتی پزشک ارجاع دهنده به نحوی در سرمایه‌گذاری مراکز خدمات تشخیصی- درمانی شریک باشد، انگیزه‌های مالی مشابهی برای ارجاع بیمار به آن مراکز وجود خواهد داشت. مطالعات انجام شده در سایر کشورها نشان داده است که وجود خودارجاعی تعداد موارد ارجاع و نیز هزینه‌های خدمات را افزایش داده است [۲۵-۲۳]. طی مطالعه‌ای در فلوریدا، مالکیت پزشکان در خدمات مرتبط با فیزیوتراپی مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد شد که در بیمارانی که در مراکز خدماتی وابسته به پزشکان خود^{۱۰}

می‌کند که با وظایف شغلی بدیهی او مغایرت دارد [۱۳]. البته تعارض منافع به خودی خود غیراخلاقی نیست و هر چند برخی موارد تعارض منافع (مثل خودارجاعی) از دیدگاه اخلاقی نهی شده است، ولی مواردی نیز وجود دارد که خلاف آن وجود دارد به عنوان مثال در اعلامیه انجمن طبی آمریکا^۱ [۱۴] خودارجاعی، در موارد خاصی که تنها راه برای رفع نیاز جامعه باشد، مجاز دانسته شمرده شده است [۱۳]. مشکل‌ساز بودن تعارض منافع به دو عامل بستگی دارد؛ یکی، احتمال تأثیر آن بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای، و دوم، به شدت خطر یا ضرری که می‌تواند از آن ناشی گردد [۱۵].

تعارض منافع در طی دهه‌های اخیر بحث‌های بسیاری را در جوامع مختلف در پی داشته است [۱۵، ۱۶] که از این میان می‌توان به موضوعاتی چون خود ارجاعی توسط پزشکان [۱۹-۱۷]، هدایای شرکت‌های دارویی به پزشکان، تصاحب سهام بیمارستان‌ها و پیمان‌های اقتصادی در این حیطه، و تحقیقات تحت حمایت شرکت‌های صنعتی [۲۰، ۲۱] اشاره نمود. تعارض منافع معمولاً بر بهره و سود مالی^۲ دلالت دارد [۱۵].

پرداخت‌های مالی غیرقانونی^۳

در حیطه طب و خدمات بهداشتی، اصطلاح «پرداخت مالی غیرقانونی» به عنوان یک جبران مادی در قبال ارجاع بیمار از سوی پزشک تعریف می‌شود. این پرداخت مالی (جبران مادی) می‌تواند از سوی آزمایشگاه، کلینیک فیزیوتراپی، متخصصین و سایر مراکز و افراد مرتبط با پزشکان صورت گیرد. این پرداخت‌های ویژه می‌تواند شامل پول، درصدی از حق ویزیت^۴، کارمزد^۵، اعتبار^۶، هدیه^۷، پاداش^۸ و هرگونه چیز ارزشمند یا جبران به هر عنوان باشد که به صورت مستقیم یا غیر مستقیم پرداخت می‌گردد. این‌گونه

¹ The American Medical Association (AMA)

² Financial gain

³ Kickback

⁴ Fee

⁵ Commission

⁶ Credit

⁷ Gift

⁸ Gratuity

⁹ Fee splitting

¹⁰ Joint-venture Clinics

بدون در نظر گرفتن تعارضها با منافع خود، به انجام برسانند. عموماً بیماران به پزشک خود نه تنها برای درمان بیماری خود؛ بلکه برای انجام آزمایشها و تستهای مورد نیاز و اقدامات تشخیصی و درمانی لازم اعتماد می‌کنند؛ در حالی که وجود تعارض منافع در مواردی که پزشک از مراکز تشخیصی- درمانی یا سایر پزشکان منفعت مالی دریافت می‌کند، می‌تواند ارتباط بین پزشک و بیمار را متأثر ساخته و اعتماد بیمار به پزشک را خدشه‌دار سازد. وجود این شیوه‌های غیر اخلاقی برای کسب درآمد و جلب منافع مادی بیشتر می‌تواند ضمن افزایش موارد ارجاع بیمار به سایر پزشکان، افزایش موارد انجام آزمون‌ها و تست‌های تشخیصی و یا خدمات دیگر پزشکی را بدون توجه با استانداردهای مراقبت و نیاز بیمار در پی داشته باشد.

برخی با قلمداد کردن این امور به عنوان «همکاری در پیگیری و درمان بیمار»^۱ غیراخلاقی بودن آنها را رد می‌نمایند. برخی نیز اعتقاد دارند که بیماران در درازمدت از این کار سود می‌برند؛ چرا که ارجاع بیمار انگیزه‌ای قوی برای فراهم کردن مراقبت‌ها و خدمات پزشکی با کیفیت بالا ایجاد می‌کند [۱۵]. گاه در این راستا تیمی تخصصی جهت پیگیری و درمان بیمار تشکیل می‌شود که بتدریج زمینه‌های همکاری در جهت ارتقای خدمات را فراهم می‌کنند. اما شائبه مهمی در اینجا وجود دارد و آن نادیده گرفتن تأثیر این امر بر صداقت و صحت در تصمیم‌گیری حرفه‌ای است [۱۵]. در حقیقت این همکاری و این تسهیم و تقسیم منافع به صورت مخفی و پنهانی صورت می‌گیرد و بطور واضح در قبال آن خدمات خاصی به بیمار ارائه نمی‌شود. رضایت آگاهانه بیمار امری است که در این ارتباط هیچ‌جاایی ندارد. از سوی دیگر، در بسیاری از موارد مشکل می‌توان فهمید که آیا انگیزه‌های مادی بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای پزشک موثر بوده است یا نه؛ لذا از منظر اخلاقی بهتر این است که از ابتدا زمینه وجود چنین انگیزه‌هایی فراهم نشود. از سوی دیگر اعتماد به تصمیم پزشک از سوی بیمار اهمیت بسیاری دارد که وجود

مراقبت‌های درمانی دریافت می‌نمودند، تعداد دفعات ویزیت سالیانه ۴۰٪ بیشتر از سایر بیمارانی بود که در مراکز خدماتی غیر وابسته تحت مراقبت قرار می‌گرفتند [۲۶]. در مطالعه دیگری چنین مشاهده شد که پزشکان خودارجاع، نسبت به پزشکانی که برای بررسی رادیولوژیک بیماران را به رادیولوژیست‌ها ارجاع می‌کردند، ۴ تا ۴/۵ برابر بیشتر بررسی‌های رادیولوژیک درخواست می‌کردند [۲۷، ۱۹]. بنظر می‌رسد پزشکانی که درگیر این‌گونه جبران‌های مالی هستند، راه‌های تشخیصی گرانتر و کمتر مناسبی را به بیمار پیشنهاد می‌نمایند [۲۳]. همچنین طی مطالعه دیگری نشان داده شد که وجود انگیزه‌های مالی در مواردی که به ازای درخواست آزمایش و خدمات، پرداخت ویژه‌ای به پزشک صورت گرفته است باعث افزایش تعداد درخواست‌های آزمایش‌ها به میزان ۲۳٪ و درخواست‌های رادیولوژی به میزان ۱۶٪ گردیده است [۲۴]. از سوی دیگر، در همین مطالعه تعداد موارد ویزیت بیماران در هر ماه نیز ۱۲٪ افزایش نشان داد [۲۴]. البته در مورد تأثیر خودارجاعی بر کیفیت خدمت رسانی بصورت قطعی نمی‌توان اظهار نظر کرد [۵].

هر دو بحث ذکر شده؛ یعنی پرداخت مالی غیرقانونی به پزشک به ازای ارجاع بیمار و ارجاع بیمار به مراکزی که پزشک در سرمایه‌گذاری و مالکیت آنها سهیم است (خودارجاعی)، از لحاظ اخلاقی مورد نهي قرار گرفته و در برخی کشورها ممنوع شده است. همانگونه که اشاره شد؛ شاید شیوه جبران و پرداخت قسمتی از درآمد در بازاریابی و تجارت قابل مخالفت نباشد اما در طبابت؛ به علت پتانسیل تعارض منافی که بین منافع مالی پزشک و وظیفه او در قبال بیمار و لزوم تصمیم‌گیری صرف بر اساس نیاز بیمار ایجاد می‌کند، می‌تواند از لحاظ اخلاقی مشکل‌ساز باشد [۵]. در اینجا پزشک باید از خود بپرسد آیا ارجاع بیمار واقعاً بر اساس نیاز پزشکی و ضرورت تشخیصی یا درمانی است و یا صرفاً برای جلب منفعت مالی برای خویش؟

صداقت و امانت‌دار بودن پزشک امری است که مورد انتظار جامعه است و در این راستا پزشکان باید مسؤولیت خویش در قبال بیماران را با اخلاص، درستکاری و نیت صادقانه و

¹ Co-management

حقیقت قانون نیستند بلکه اصول اولیه رفتار شرافتمندانه یک پزشک را بیان می‌نمایند. در بخش ۶ این کدها موضوع «تسهیم حق ویزیت» مورد اشاره قرار گرفته است. در این بخش (ماده E-6.02) آمده است: «پیمان مالی که توسط پزشک و یا با پزشک صرفاً برای ارجاع یک بیمار منعقد گردد، fee-splitting بوده و غیراخلاقی است. پزشک نباید هیچ‌گونه پرداختی، در هر شکلی، از هر منبعی، مانند شرکت دارویی، داروساز، یا سازندگان وسایل و تجهیزات پزشکی را برای تجویز و یا ارجاع بیمار بپذیرد. در چنین مواردی، این‌گونه پیمان‌های مالی، می‌تواند رفتار صادقانه پزشک با بیمار و همکاران را خدشه‌دار نماید. بیمار بر توصیه‌های پزشکی اعتماد می‌نماید لذا هرگونه ارجاع یا تجویز و توصیه دارو یا موارد مشابه باید بر مهارت و کیفیت کار پزشکی که بیمار به او ارجاع می‌شود و یا کیفیت و کارایی دارو و یا محصولی که تجویز می‌شود، منوط باشد. همچنین کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و سایر مراکز خدماتی - درمانی نباید جبرانی برای پزشک صرفاً در ازای ارجاع بیمار قرار دهند. پیشنهاد یا قبول پیمان مالی در قبال ارجاع بیمار برای شرکت در پژوهش‌های پزشکی نیز غیراخلاقی است» [۲].

در کشور آمریکا برخی دیگر از قوانین موجود برای ساماندهی موضوع تسهیم درآمدها در حیطه پزشکی مورد استفاده می‌باشد؛ از جمله: آیین‌نامه و قانون مدنی مجازات نقدی^۳، قانون استارک مبتنی بر ممنوعیت خودارجاعی^۴ و آیین‌نامه فدرال علیه پرداخت‌های غیرقانونی^۵ [۲۸]. قانون مدنی مجازات نقدی، بیمارستان‌ها را از انعقاد قرارداد و پیمان مالی با پزشک به عنوان ایجاد انگیزه در جهت کاهش یا محدود نمودن خدمات به ذی‌نفعان برحذر داشته است. در صورت وجود تخلف، هم بیمارستان خاطی و هم پزشک طرف قرارداد تا ۲۰۰۰ دلار به ازای هر بیمار جریمه می‌شوند [۲۸، ۲۹]. آیین‌نامه فدرال علیه پرداخت‌های مالی غیرقانونی نیز برقراری هرگونه پیمان مالی با پزشک در ازای ارجاع بیمارانی که از ذی‌نفعان برنامه‌های مراقبت سلامت فدرال هستند را منع می‌کند [۲۸]. در سال ۱۹۸۹،

اینگونه زمینه‌ها از آن خواهد کاست؛ هرچند پزشک در تصمیم‌گیری خود برای بیمار صادقانه عمل نماید.

مثال ۲: دکتر «الف» که متخصص بیماری‌های غدد می‌باشد برای پیگیری و درمان مؤثرتر بیماران دیابتی با یک آزمایشگاه، یک متخصص تغذیه و برخی متخصصین دیگر که از کیفیت کار آنان اطمینان دارد قرارداد شفاهی دارد که بیماران خود را به آنها ارجاع نماید و در قبال آن نیز درصدی از درآمد آنان را دریافت نماید. این شیوه در درمان و کنترل گلیسمی بیماران او بسیار مؤثر بوده است. اما اگر بیماری مایل باشد برای برخی خدمات تخصصی به متخصص دیگر یا آزمایشگاه دیگری مراجعه نماید آیا دکتر «الف» در پیگیری‌های آتی خود این بیمار را مانند سایر بیماران خواهد پذیرفت؟ همچنین اگر بیماری نیاز به ویزیت تخصصی داشته باشد و متخصص مربوطه به مدت یک ماه در دسترس نباشد، آیا دکتر «الف» بیمار را به متخصص دیگری ارجاع می‌دهد و یا مشاوره را به زمان دیگری موکول خواهد نمود؟ آیا اگر جهت تصمیم‌گیری درمان نیاز به درخواست فوری *HbA1C* باشد ولی آزمایشگاه طرف قرارداد انجام آن را به هفته بعد موکول نماید، دکتر «الف» بیمار را به آزمایشگاه دیگری ارجاع می‌نماید؟

علاوه بر مواردی که ذکر شد، بحث تسهیم درآمدها و تعارض منافع در موقعیت‌های دیگری نیز می‌تواند مطرح باشد از جمله در تصمیم‌گیری برای زمان ترخیص بیمار از بیمارستان، دستورات داده شده و خدمات درخواست شده طی مدت بستری بیمار و نحوه تکمیل پرونده بیمار. این امور همانند تسهیم حق ویزیت می‌تواند گاه با مسائل غیراخلاقی همراه باشد.

قانونگذاری

شورای اخلاق و امور قضایی^۱ انجمن طب آمریکا، که سیاست‌های اخلاقی AMA را تدوین می‌نماید، طی حدود ۱۶۰ سال گذشته (از سال ۱۸۴۷) کدهای اخلاق پزشکی^۲ را مورد بازنگری‌های مکرر قرار داده است. این کدها در

³ The Civil Monetary Penalty Statute

⁴ The Stark physician Self-referral Prohibition

⁵ The Federal Anti-Kickback Statute

¹ The council on Ethical and Judicial Affairs(CEJA)

² AMA codes of Medical Ethics

ضمن وضع قوانین و راهنماهای اخلاقی، به ایجاد خطوط تلفن ۲۴ ساعت^۵ و فرم‌های ویژه جهت گزارش موارد احتمالی مبادرت نموده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

آنچه مسلم است این است که در هیچ موقعیتی پزشک نباید منافع مالی خود را بر رفاه و سلامت بیمار خود ترجیح دهد؛ چرا که اولین هدف حرفه پزشکی خدمت رسانی به انسان‌هاست و پاداش مادی یا درآمد مالی در درجه دوم توجه قرار دارد. برای کاهش اثرات منفی تسهیم درآمدها و برعکس استفاده از آن برای ارتقاء کیفیت بالینی، در برخی کشورها برنامه‌هایی پیشنهاد شده‌اند [۳۱]. در این حیطه برخی توجهات باید مدنظر باشند از جمله: شفافیت شاخص‌های کیفی از لحاظ مالی و بالینی، تضمین‌های لازم برای جلوگیری از اثرات نامطلوب بر مراقبت بیمار، جلوگیری از تحمیل هزینه‌های نامتناسب بر سیستم بهداشت و درمان دولتی، فراهم کردن تضمین‌های لازم برای عدم کاهش خدمت رسانی، آشکارسازی هدفمند موضوع بین پزشک و بیمار و پاسداشت آزادی انتخاب و محدود نمودن انگیزه‌های مالی برای شرکت پزشکان [۳۱]. در این راستا پیمان‌های مالی بین پزشکان و مراکز ارائه خدمات بهداشتی - درمانی می‌تواند صرفاً بر اساس شواهد مبنی بر حصول یا ارتقای اهداف کیفی منعقد گردد؛ نه بر مبنای درآمد حاصله.

با توجه به رویکرد روزافزون اساتید و صاحب‌نظران کشورمان به مقوله اخلاق پزشکی طی سال‌های اخیر، فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور روند رو به رشدی داشته است [۳۲-۳۹]. در خصوص موضوع مورد بحث نیز بنظر می‌رسد ارائه راهکارهای عملی مبتنی بر فرهنگ اسلامی - ایرانی و منطبق با شرایط کشور ضروری باشد. از آنجا که بنظر می‌رسد موضوع تسهیم درآمدها به عنوان شیوه‌ای معمول بین پزشکان و مراکز خدماتی تشخیصی درمانی در کشور در حال گسترش است؛ پرداختن به این موضوع و توضیح مباحث اخلاقی و پیامدهای آن می‌تواند

کنگره آمریکا اولین قانون بر علیه پرداخت‌های مالی غیرقانونی^۱ را تصویب نمود که به نام حمایت‌کننده و بانی آن، قانون استارک^۲ نامیده شد [۳۰]. این قانون و ویرایش‌های بعدی آن، خودارجاعی پزشک برای امکانات طبی که خود در آنها منفعت مالی داشته، مالک یا سرمایه‌گذار بوده و یا به نحو دیگری جبران مالی برای پزشک در نظر گرفته باشد را ممنوع نمود.

همان‌گونه که ذکر شد؛ بر اساس کدهای اخلاق پزشکی شورای اخلاقی و امور قضایی AMA [۱۴]، هر گونه پیمان مالی از سوی پزشک صرفاً برای ارجاع یک بیمار به عنوان «تسهیم حق ویزیت» غیر اخلاقی است؛ چرا که این امر صداقت و اعتماد بین پزشک و بیمار را خدشه‌دار می‌نماید. لذا تمام ارجاعات باید بر اساس مهارت و تخصص پزشک مورد نظر و نیاز واقعی بیمار باشد. بر این اساس، کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، و سایر مراکز خدمات پزشکی نباید صرفاً برای ارجاع بیمار، به پزشک ارجاع‌کننده چیزی بپردازند. در سال ۱۹۹۲، گزارشی در مجله انجمن طبی آمریکا [۱۷] چاپ شد که نشان می‌داد ۴۰٪ از پزشکان فلوریدا سرمایه‌گذاری‌هایی در تجارت مرتبط با خدمات بهداشتی درمانی داشته و تقریباً نیمی از آنها منافع مالی در مراکز تصویربرداری تشخیصی دارند [۱۷]. بر این اساس، در همین سال شورای اخلاق و امور قضایی AMA استفاده بیش از حد از روش‌های تصویربرداری رادیولوژی را مورد بررسی و توجه قرار داد و تاکید نمود که پزشکان نباید بیماران را صرفاً به علت منافع مالی و سرمایه‌گذاری‌های خود به مراکز و خدمات سلامت ارجاع نمایند [۱۸].

انجمن آمریکایی پزشکان خانواده^۳ نیز، که یکی از بزرگترین سازمان‌های پزشکی در امریکاست، با تسهیم حق ویزیت مخالفت نموده است. کدهای اخلاقی انجمن طبی کانادا^۴ نیز سوداگری در مورد بیماران از طریق دریافت کمیسیون‌های مخفی در ازای ارجاع بیمار را کاملاً غیر اخلاقی قلمداد نموده است [۱۱، ۱۲]. برخی دانشگاه‌ها

¹ Anti-kickback

² the Stark Law

³ The American Academy of Family physicians

⁴ The Canadian Medical Association (CMA)

⁵ Hotline

وجود دارد. تسهیم ویزیت یا پرداخت‌های مالی ویژه به پزشک ارجاع‌کننده بیمار و نیز خودارجاعی باید با صراحت در آموزش اخلاق حرفه‌ای مورد نهی قرار گیرد تا با ایجاد حساسیت لازم در جامعه پزشکی این امور به عنوان رفتاری ناشایست تلقی گردد.

در افزایش آگاهی‌های جامعه پزشکی و عموم مردم جهت پیشگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی متمرثمر باشد. بنظر می‌رسد برخی پزشکان از جوانب اخلاقی موضوع اطلاع و آشنایی کافی ندارند. از سوی دیگر؛ با توجه به نتایج مطالعات و تجربیات سایر کشورها لزوم تدوین راهنمای اخلاقی در این خصوص و نیز قانونگذاری لازم در کشور

مآخذ

- Berlin L and Berlin JW. Leasing Imaging Facilities to Referring Physicians: Fee Shifting or Fee Splitting? *Radiology* 2005; 234: 44-48.
- American Medical Association: Council on Ethical and Judicial Affairs. The AMA's Code of Medical Ethics. Available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2498.html> (accessed Oct. 2006)
- Musgrave WE. About fee splitting. *California State J of Med* 1921; XIX:11.
- Abelson R. M.R.I. machine for every doctor? Someone has to pay. *New York Times* 2004; Mar 13:A1-B3.
- Choudhry S, Choudhry NK, and Brown AD. *The Legal Regulation of Referral Incentives: Physician Kickbacks and Physician Self-Referral*. In: Flood CM (eds.). Just medicare: what's in, what's out, how we decide. Canada: Toronto Buffalo London, University of Toronto Press Incorporated 2006: 261-280.
- Choudhry S, Choudhry NK, and Brown AD. Unregulated private markets for health care in Canada? Rules of professional misconduct, physician kickbacks and physician self-referral. *CMAJ* 2004; 170: 1115-18.
- Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980;303: 963-970.
- Relman AS. Dealing with conflicts of interest. *N Engl J Med* 1985; 313: 749-751.
- Pearson SD, Sabin JE, Emanuel EJ. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation. *New Engl J Med* 1998; 339:689-93.
- Australian Medical Association. The AMA Code of Ethics. 2004. Available at: <http://www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-5WW598> (accessed Oct.2006)
- Litman M. Self-referral and kickbacks: fiduciary law and the regulation of "trafficking in patients". *CMAJ* 2004; 170: 1119-20.
- The Canadian Medical Association. CMA Code of Ethics (Updated 2004).Ottawa: Canadian Medical Association. Available at: <http://policybase.cma.ca/PolicyPDF/PD04-06.pdf> (accessed Sep.2006).
- Jonsen AR, Siegler M, Winslande WJ. Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. New York: McGraw-Hill, Fifth edition, 2002: 150-151.
- American Medical Association: Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of medical ethics Chicago, Ill: *American Medical Association* 2002; 149-151: 171-172.
- Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993; 329: 573-576.
- Council on Scientific Affairs, Council on Ethical and Judicial Affairs. Conflicts of interest in medical center: industry research relationships. *JAMA* 1990; 263: 2790-2793.
- Mitchell JM, Scott E. New evidence of the prevalence and scope of physician joint ventures. *JAMA* 1992; 268: 80-84.
- American Medical Association: Council on Ethical and Judicial Affairs. Conflicts of interest: physician ownership of medical facilities. *JAMA* 1992; 267: 2366-2369.
- Hillman BJ, Joseph CA, Mabry MR, Sunshine JH, Kennedy SD, Noether M. Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice: a comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. *N Engl J Med* 1990; 323: 1604-1608.
- Blumenthal D, Gluck M, Louis KS, Wise D. Industrial support of university research in biotechnology. *Science* 1986; 231: 242-246.
- The American Academy of Family Physicians. Policy and advocacy: AAFP Policies: fees. Available at: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fees.html> (accessed Oct.2006)
- Nagral S. General practice: some thoughts. *Indian J Med Ethic* 2002; 10: 15-17.
- Swedlow A, Johnson G, Smithline N, Milstein A. Increased costs and rates of use in the California workers' compensation system as a result of self-referral by physicians. *N Engl J Med* 1992; 327: 1502-1506.
- Hemenway D, Killen A, Cashman SB, Parks CL, Bicknell WJ. Physicians' responses to financial incentives: evidence from a for-profit ambulatory care center. *N Engl J Med* 1990; 322: 1059-1063.

25. Woolhandler S, Himmelstein DU. Extreme risk: the new corporate proposition for physicians. *N Engl J Med* 1995; 333: 1706-1708.
26. Mitchell JM and Scott E. Physician Ownership of Physical Therapy Services: Effects on Charges, Utilization, Profits, and Service Characteristics. *JAMA* 1992; 268: 2055-59.
27. Hillman BJ, Olson GT, Griffith PE, Sunshine JH, Joseph CA, Kennedy SD, Nelson WR, Bernhardt LB. Physicians' Utilization and Charges for Outpatient Diagnostic Imaging in a Medicare Population. *JAMA* 1992; 268: 2050-4.
28. O'Hare PK. Complying with physician gain-sharing restrictions. *Healthcare Financial Management* 1998; 52: 36-37.
29. The Social Security Act. The Civil Monetary Penalties. Available at: http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title11/1128A.htm (accessed Oct. 2006)
30. Iglehart JK. Congress moves to regulate self-referral and physicians' ownership of clinical laboratories. *N Engl J Med* 1990; 322: 1682-1687.
31. Reynolds J and Roble D. Improving clinical quality and sharing the profits with your physicians. *Physician Executive* 2004; 30: 12-19.
32. Larijani B, Malek-Afzali H, Zahedi F, Motevaseli E. Strengthening Medical Ethics by Strategic Plan in Islamic Republic of Iran. *Developing World Bioethics* 2006; 6: 106-110.
33. Larijani B, Zahedi F, Taheri E. Deceased and Living Organ Donation in Iran. *American J of Transplantation* 2006; 6: 1493.
34. Larijani B, Zahedi F. Contemporary Medical Ethics: an Overview from Iran. *Developing World Bioethics* 2006, in press.
35. Larijani B, Zahedi F, Malek-Afzali H. Medical ethics in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* (EMHJ) 2005; 11(5/6), 1061-1072.
36. Akrami SM, Osati Z, Zahedi F, Raza M. Brain death: recent ethical and religious considerations in Iran. *Transplantation Proceedings* 2004; 36: 2883-7.
37. Larijani B, Zahedi F. Islamic perspective on human cloning and stem cell research. *Transplantation Proceedings* 2004; 36: 3188-9.
38. Larijani B, Zahedi F, Taheri E. Ethical and legal aspects of organ transplantation in Iran. *Transplantation Proceedings* 2004; 36: 1241-4.
۳۹. لاریجانی، باقر؛ زاهدی، فرزانه؛ ملک‌افزالی، حسین. تاریخچه و گستره فعالیت‌های اخلاق پزشکی در ایران. *مجله دیابت و لیپید ایران*، ویژه‌نامه اخلاق در پژوهش‌های بالینی پزشکی، ۱۳۸۴؛ دوره ۴: صفحات ۱۳-۲۴.