

چالش‌های قانونی در اخلاق پزشکی

علیرضا میلانی فر^{۱*}

مقاله‌ی مروری

چکیده

بیماری، درمان، داروسازی و داروشناسی، تجهیزات پزشکی، اعیان مرتبط با بهداشت و درمان، اقتصاد سلامت، پیشگیری، آزمایشگاه‌ها و ابزار و مواد مربوطه، مدل ارائه‌ی خدمت و نیروی انسانی ماهر دخیل در امر، به‌علاوه آموزش نیروهای متخصص و حوزه‌های حقوقی مرتبط مجموعاً تحت نام نظام سلامت رخ می‌نمایند. ضمن آن‌که آسیب‌های اجتماعی و مقتضیات جوامع شهری نیز در بسیاری موارد به‌عنوان تهدیدکننده‌های مستقیم و غیرمستقیم سلامت، به سختی از این حوزه خارج می‌شوند. با عنایت به آن‌که امروز سیاستگذاران و مدیران سلامت کشور و اهل حرف پزشکی و وابسته، خواستار و مشوق رعایت اخلاقیات در ارائه‌ی خدمات سلامت هستند، عدم توجه کافی به بستر حقوقی نظام سلامت ممکن است به بی‌اخلاقی‌هایی بینجامد که واجد خاستگاه قانونی‌اند.

آیا تقسیم‌بندی سنتی حقوق عمومی یعنی اعمال حاکمیت و اعمال تصدی در سلامت نیز جاری است یا خیر و اگر هست این حوزه در کدام یک از دو شکل اخیرالذکر اعمال دولت قرار می‌گیرد. آن‌چه توجه به این نکات را بیش‌تر مهم می‌نمایند ارتباط تنگاتنگ پاسخ‌ها با مقرراتی است که در باب سلامت وضع می‌شود.

شاید شرکت‌های فعال در عرصه‌ی سلامت با ساختار و ماهیت تجاری که قواعد تجارت بر آن‌ها حاکم و امکان رعایت جوانب اخلاقی در آن‌ها محدودتر است، اسباب تأثیر منفی در رفتار اخلاقی پزشکان و سایر اهل حرف‌های وابسته را فراهم می‌آورد.

در این مقاله پاره‌ای از این قبیل موقعیت‌های ظاهراً قانونی و ایرادات مربوطه برشمرده می‌شود تا با شناسایی دقیق آن‌ها امکان رفع تعارض و تراحمات حقوقی و ارتقای اخلاق در ارائه‌ی خدمات سلامت فراهم آید.

واژگان کلیدی: حقوق پزشکی، تعارض منافع، حقوق سلامت، اخلاق پزشکی

^۱ دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه چهارم، تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۶۶۱

مقدمه

سلامت به‌عنوان برگردان واژه‌ی Health دیر زمانی نیست که با مفهوم جدید در ادبیات گزیده شده است. در سابق Health به تندرستی و بهداشت ترجمه می‌شد (۱)، ولی گستردگی مفاهیم مرتبط با این حوزه لفظ سلامت را از وضع سنتی مقابل بیماری به مفهومی نوین برگرداند که تمامی حوزه‌های مرتبط با تمامیت جسمی روانی انسان را در برمی‌گیرد.

بیماری، درمان، داروسازی و داروشناسی، ادوات و تجهیزات پزشکی، ابنیه و اعیان مرتبط با بهداشت و درمان، اقتصاد در بهداشت و درمان، نظام‌های پیشگیری، حمایت و نگهداری، حوزه‌های بهزیستی و توانبخشی، آزمایشگاه‌ها و ابزار و وسایل و مواد مربوطه و نیروی انسانی ماهر دخیل در امر، به‌علاوه‌ی آموزش نیروهای متخصص و حوزه‌های حقوقی مرتبط مجموعاً تحت نام نظام سلامت رخ می‌نمایند (۲). ضمن آن که آسیب‌های اجتماعی و مقتضیات جوامع شهری نیز در بسیاری موارد به‌عنوان تهدیدکننده‌های مستقیم و غیرمستقیم سلامت، به سختی از این حوزه خارج می‌شوند (۳).

به تبع همین توضیحات، فرد مقابل نظام سلامت نیز از وصف سنتی بیمار خارج شده و لذا بد نیست واژه‌ای مثلاً متقاضی خدمات سلامت را در نظر گرفت که بر همه‌ی مصادیق صدق کند.

اکنون در کشور ما نیز به‌دنبال جنبشی که از بیش‌تر از نیم قرن پیش در جهان به‌راه افتاده و هنوز هم تا رسیدن به اهداف متعالی خود ادامه دارد (۴)، اخلاق در نظام سلامت و ارائه‌ی خدمات آن مطمح نظر قرار گرفته و افراد دخیل در این سیستم^۱ (۵) تمایل دارند به اصولی که در این خصوص در

دنیا پذیرفته شده وفادار بمانند. این بدان روی است که این اصول بر مبنای انسانیت انسان برقرار شده و صرف‌نظر از عقل سلیم و اخلاقیات، بنیان‌های حقوقی بین‌المللی نیز بر پاسداشت آن‌ها مصر است.

از آن‌جا که به‌نظر می‌رسد ایران به اشاعه‌ی اخلاق در حوزه‌ی سلامت که اختصاراً و در ادامه‌ی این بحث آن را با تطبیق بر فرد شایع، اخلاق پزشکی می‌نامیم کمر همت بسته، در این نوشتار سعی بر آن است که گوشه‌هایی از تعاملات نظام سلامت کشور که در عین ظاهر قانونی، از نظر اخلاقی چالش‌برانگیز می‌نماید گوشزد گردد تا راه برای تحقیقات گسترده‌تر با هدف بهبود فراهم آید. به‌عبارت دیگر، متن پیش رو مصادیقی از چالش‌های اخلاقی در مقررات نظام سلامت را با رویکردی نقادانه معرفی می‌کند.

رویکرد اخلاقی در مقررات راجع به سلامت در ایران

در گام نخست باید به این مهم پرداخته شود که اساساً ماهیت سلامت در زندگی انسان چیست؟

آیا حوزه‌ی سلامت داخل در حوزه‌های عمومی است یا خصوصی و آیا جزیی از صنعت است یا تجارت؟ اقتصاد دانان سلامت پاسخ روشنی به این پرسش‌های به‌ظاهر ساده نداده‌اند (۶). آنچه مسلم است نظام سلامت را نمی‌توان به‌طور قاطع از صنعت یا تجارت جدا دانست (۷، ۸).

از سوی دیگر، از محتوای قانون اساسی کشور (اصول ۲۹ و ۴۳) و اسناد بین‌المللی (ماده‌ی ۲۵ اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر) (۹) چنین بر می‌آید که سلامت در حوزه‌ی حقوق عمومی بوده و دولت‌ها تولید آن را بر عهده دارند.

قانون اساسی:

اصل بیست‌ونهم - برخورداری از ... خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی ... حقی است همگانی. دولت

شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، ماماها، پزشکان، کاردان‌ها و کارشناسان اتاق عمل، کاردان‌ها و کارشناسان هوشبری و شاغلان رشته‌ی شغلی فوریت‌های پزشکی می‌باشند

^۱ شاغلان بالینی به کارکنان رسته‌ی بهداشتی، درمانی اطلاق می‌شود که در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شبانه‌روزی دولتی (کشوری و لشکری) و غیردولتی به بیماران بستری به‌صورت مستقیم خدمت ارائه می‌دهند و

تصدی و حاکمیت در سلامت

در اعمال تصدی و حاکمیت، حقوقدانان عمومی به تعریف جامعی نرسیده‌اند. آنچه مسلم است دولت دو وظیفه‌ی تنظیم امور و حفظ تمامیت کشور را بر عهده دارد که نقطه‌ی تلاقی حکومت و دولت همین وظیفه‌ی دوم است. آنچه دولت در مقام حفظ روابط و نظم عمومی نسبت به شهروندان اعمال می‌دارد تصدی و آنچه در مقام حفظ تمامیت ملت و مملکت انجام می‌شود را حاکمیت می‌نامند (۱۰).

در اندیشه‌ی سیاسی کلاسیک ارتباطی متقابل میان قانون و حق (حق در مقابل باطل) وجود داشت و قانون بیانگر انصاف و درستی موجود در نظام طبیعی اشیاء پنداشته می‌شد. از این رو در برگرفته‌ی مفهوم شخصی حق (یعنی حق داشتن) نبود (۱۱).

Hobbes نظام سیاسی‌اش را بر پایه‌ی حق‌های طبیعی بنا کرد ولی گفت که حقوق طبیعی برای تأسیس اقتدار مطلق حاکم واگذار می‌شود. به عبارت دیگر، وی معتقد بود حق‌های طبیعی با امنیت برآمده از قدرت مشترک مبادله می‌شود (۱۲). اما حق اساساً در مقابل حاکمیت نیست بلکه محصول اعمال حاکمیت است. به عبارت دیگر، حق محصول تجلی حاکمیت است. حق در نتیجه‌ی شناسایی حقوقی ارزش‌های سیاسی - با وضع قانون اساسی یا عادی - به وجود می‌آید و از سوی مراجع حاکم حفظ و حمایت می‌شود (۱۲).

اینک چند مثال از نصوص راجع به وظایف دولت که شاید برخی مصادیق مبادلات مادی منجر به تخدیش اخلاق حرفه‌ای را نشان دهد، برشمرده می‌شود:

ماده‌ی ۱۱ قانون مسئولیت مدنی می‌گوید: کارمندان دولت و شهرداری‌ها و مؤسسات وابسته به آنها که به مناسبت انجام وظیفه عمداً یا در نتیجه‌ی بی‌احتیاطی خساراتی به اشخاص وارد نمایند شخصاً مسؤول جبران خسارت وارده می‌باشند ولی هر گاه خسارات وارده مستند به عمل آنان نبوده و مربوط

موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

اصل چهل و سوم - برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس ضوابط زیر استوار می‌شود:

۱- تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه. ...

اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر:

ماده‌ی ۲۵- الف) هرکس حق دارد از سطح یک زندگی برخوردار باشد که سلامت و رفاه او و خانواده‌اش، منجمله خوراک و لباس و مسکن و رسیدگی‌های پزشکی آنان را تأمین کند. هم‌چنین حق دارد از خدمات ضروری اجتماعی در هنگام بیکاری و بیماری و درماندگی و بیوگی و پیری یا در سایر مواردی که بنا به اوضاع و احوالی بیرون از اراده او، وسایل معاش وی مختل گردد استفاده کند.

حال باید دید که آیا وجه تجاری یا صنعتی سلامت در حوزه‌ی خصوصی قرارداد یا در حوزه‌ی عمومی؟ از استدلال پیش‌تر معلوم بود که سلامت جزئی لایتجزا از حوزه‌ی حقوق عمومی است ولی از سوی دیگر نمی‌توان به هیچ وجه این دو حوزه‌ی اقتصادی را از حقوق خصوصی جدا دانست.

با عنایت به مجموع بیانات فوق لازم است که بتوانیم تعریف کنیم که آیا تقسیم‌بندی سنتی قانون در حقوق عمومی یعنی اعمال حاکمیت و اعمال تصدی در سلامت نیز جاری است یا خیر و اگر هست این حوزه در کدام یک از دو شکل اخیرالذکر اعمال دولت قرار می‌گیرد زیرا آنچه توجه به این نکات را مهم می‌نمایاند ارتباط تنگاتنگ پاسخ‌ها با مقرراتی است که در باب سلامت وضع می‌شود.

بدیهی است در هر دو شق قضیه نمی‌توان تعارض منافع را نادیده انگاشت، که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.

پیش از همه در حوزه‌ی مالی و پولی جست‌وجو می‌کند. به‌نظر نمی‌رسد قسمی از بی‌اخلاقی‌ها در عرضه‌ی سلامت را بتوان یافت که مستقیم یا غیرمستقیم با پول و مبادلات مادی در ارتباط نباشد. هر چند شاید این قاعده بلا استثنا نباشد.

از جمله تأسیس‌هایی که ممکن است پزشکان را در برخی موارد از رفتار اخلاقی باز دارد می‌توان به شرکت‌های فعال در عرصه‌ی سلامت و مقررات حاکم بر آن‌ها اشاره کرد. غالب این شرکت‌ها با ماهیت و ساختار تجاری تأسیس و اداره می‌شوند و از آن‌جا که قواعد تجارت بر آن‌ها حاکم است ممکن است نتوان به خدمت اخلاقی یا ارائه‌ی اخلاقی خدمت در آن‌ها امید سپرد.

برای مثال، مسوولیت یک شخص حقوقی در عرصه‌ی سلامت در برابر کارمندان خود برابر ضوابط کارگری کارفرمایی تعریف می‌شود. حال آن‌که وفاداری به حقوق کار و مقررات ناظر بر رابطه‌ی کارگری- کارفرمایی در بسیاری موارد ارائه‌ی اخلاقی خدمات سلامت را با چالش روبه‌رو می‌کند.

خودگردانی بیمارستان‌های دولتی نیز از جمله مصوباتی بود که هم بر اساس و هم بر اوصاف اخلاقی خدمات سلامت به‌شدت تأثیر گذاشت. تکلیف رئیس یک بیمارستان به رعایت صرفه و صلاح بیمارستان و ارائه‌ی خدمات مالی لازم به کارکنان ممکن است دست او را در ارائه‌ی اخلاقی خدمت چندان باز نگذارد. ضمن آن‌که بسیاری از بی‌اخلاقی‌ها از جمله ارائه‌ی خدمات مازاد بر نیاز، ارائه‌ی خدمت غیر استاندارد یا کم‌تر از میزان واقعی و کاهش کیفیت ارائه‌ی خدمت از تبعات اجتناب‌ناپذیر خودگردانی بیمارستان‌هاست. اجاره‌ی بخش‌هایی از بیمارستان‌های دولتی نیز مشکلی علیحده است که شاید در بروز نابسامانی‌های موجود سهمی داشته باشد.

تعارض منافع

در هنگام بروز تعارض منافع کارگزاران عرصه‌ی سلامت، کار هم‌زمان فرد واحد، در هر دو بخش خصوصی و دولتی

به نقص وسایل ادارات یا مؤسسات مزبور باشد در این صورت جبران خسارت بر عهده‌ی اداره یا مؤسسه‌ی مربوطه است ولی در مورد اعمال حاکمیت دولت هر گاه اقداماتی که بر حسب ضرورت برای تأمین منافع اجتماعی طبق قانون به عمل آید و موجب ضرر دیگری شود دولت مجبور به پرداخت خسارات نخواهد بود (۱۳).

در قانون مذکور به «اعمال حاکمیت» اشاره شده است. علمای حقوق وظایف دولت را به دو دسته وظایف و اعمال «حاکمیتی و تصدیگری» تقسیم کرده‌اند. در اعمال حاکمیتی دولت در مقام استفاده از حق حاکمیت و اقتدار ملی است، تنها نفع عموم را در نظر دارد و برای اجرای وظایف خود در نقش آمر و فرمانده ظاهر می‌شود. ولی در اعمال تصدی دولت به کارهایی می‌پردازد که مردم نیز در روابط خصوصی انجام می‌دهند. در این‌گونه اعمال، دولت در نقش تاجر و صنعتگر ظاهر می‌شود و همانند سایر اشخاص حقوقی به داد و ستد می‌پردازد. ریشه‌ی تعریف قانونی اعمال تصدی را می‌توان در تبصره‌ی ماده‌ی ۴، قانون راجع به دعاوی بین اشخاص و دولت مصوب ۱۳ آبان‌ماه ۱۳۰۹ (که البته این قانون اکنون نسخ شده ولی می‌توان به تعریف آن استناد نمود) یافت و برای تعریف قانونی اعمال حاکمیتی میتوان به قسمت آخر ماده‌ی ۱۱ قانون مسوولیت مدنی استناد نمود. علاوه بر این، در ماده‌ی ۶۴ قانون برنامه‌ی سوم توسعه... اعمال و فعالیت‌های حاکمیتی و تصدیگری اجتماعی و اقتصادی تعریف، مشخص و معین گردیده‌اند.

به هر حال گرچه به تعریف جامعی در این خصوص دست نیافته‌ایم ولی با آنچه گذشته اولاً نمی‌توان سلامت را از حوزه‌ی حقوق عمومی جدا کرد و ثانیاً باید آن را دست کم در برخی موارد از اعمال حاکمیتی قلمداد نمود. تذکر این نکته نیز لازم است که وارد کردن سلامت به محدوده‌ی اعمال حاکمیتی ممکن است خود منتهی به چالش‌های اخلاقی در آن گردد، آن هم با دستاویز قرار دادن قانون و مقررات راجع.

نگارنده، این قبیل چالش‌های اخلاقی با خاستگاه قانونی را

مطب و مؤسسات پزشکی منع نمود در حالی که در بازبینی این آیین‌نامه توسط هیأت وزیران در سال ۱۳۷۸ این ماده حذف شده و تنها در ماده‌ی ۱۴ «جذب بیمار در صورتی که مخالف شئون حرفه پزشکی باشد» ممنوع شده است. شاید بازبینی این آیین‌نامه ریشه‌های بروز تعارض منافع را به صورت ناخواسته بسیار قوی‌تر نمود (۱۵).

رقابت دولت - مردم

امر دیگری که در بحث تجارت در سلامت باید مورد توجه قرار گیرد رقابت دولت با مردم در تجارت است (۱۶). امری که در ایران سابقه‌ی ممنوعیت دو هزارساله دارد ولی در زمان معاصر به گستردگی به چشم می‌خورد.

به نظر می‌رسد قدرت نامتناهی دولت در امکان تغییر روزانه‌ی مقررات، پول و نیروی انسانی نامحدود و رانت‌های مالی و اطلاعاتی، بخش خصوصی را در میدان رقابت به شدت زمینگیر می‌کند؛ نیروهای تصمیم‌گیر را از جاده‌ی اخلاق خارج و منافع اجتماعی را در میدان تعارض با منافع فردی نابود می‌سازد. ضمناً باید به تمام این‌ها تمایل احتمالا از سر ناچاری دولت به جبران ناتوانی احتمالی خود با هزینه‌ی مضاعف مردم را هم افزود نظیر دستورالعمل ۱/۱۱۲۳۰۳/س مورخ ۱۳۸۸/۹/۳۰ وزیر بهداشت راجع به فعالیت آمبولانس خصوصی که سازوکار توزیع امکانات را بر عهده‌ی مردم گذاشته است.

همان‌طور که پیشتر هم ذکر شد دولت در مقام قیمت‌گذاری خدمات و کالا، هم رقیب بخش خصوصی است و هم آمر به وی، که نتیجه‌بخشی این رویه باید مورد توجه قرار گیرد. مقررات دولت مثلاً برای واردات یک محصول مشخص در شرایطی که دولت خودش وارد کننده‌ی همان محصول نیز هست مثال بارزی از رقابت دولت - مردم به‌شمار می‌رود. در این خصوص توجه به مثال ذیل مفید است: دارو، شیرخشک و لوازم پزشکی یک‌بار مصرف توسط سازمان حمایت تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان با نظارت و هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قیمت‌گذاری شده و

مورد توجه است. تصور دریافت حقوق دانشیاری توسط یکی از اعضای هیأت علمی بالینی در دانشکده‌ی پزشکی از دانشگاه بابت آموزش دانشجویان هم‌زمان با دریافت کارانه در بیمارستان دانشگاهی به دلیل اعمال جراحی که انجام می‌دهد (به دلیل درآمد کم) و ارجاع بیماران خصوصی به بیمارستان خصوصی به سختی قابل توجیه است. رئیس دانشگاه نیز به دلیل عدم وجود جایگزین، امکان اخراج ایشان را ندارد، البته در صورت تمایل رئیس دانشگاه به این امر نیز، به دلیل شکایت استاد مربوطه به دیوان عدالت اداری و صدور دستور موقت برای بازگرداندن ایشان به کار، امکان‌پذیر نمی‌باشد. این در حالی است که ممکن است شخص مربوطه در طول مدت اعتبار دستور موقت، همان حضور جزئی را نیز در بیمارستان به هم نرساند.

فرضی را در نظر آورید که بیمارستان خصوصی به دلیل اجرای قانون تجارت توسط مدیر عامل، اتاق عمل خود را ۲۴ ساعته مورد استفاده قرار داده و اعمال جراحی توسط پزشکی که احتمال دارد پیش از این مدیر کل وزارت بهداشتی بوده باشد، انجام می‌شود! وقتی پزشک جراح چنین وضعی را پیش گیرد آیا قانون در درجه‌ی پایین‌تر می‌تواند امری را بر مرئوس وی الزام نماید. بعید نیست که این خود گونه‌ای از تعارض منافع تلقی شود که پزشکی اول مدیر دولتی شود، سپس عضو هیأت علمی و بعد از خروج از کسوت مدیریت، سرمایه‌گذار در بخش خصوصی. شاید بتوان گفت که تعارض منافع در عمل بیش‌ترین چالش‌های اخلاقی را حتی در فرض اعمال دقیق و کامل برخی مقررات سبب می‌شود؛ نظیر تصویب‌نامه‌ی راجع به معافیت ترخیص لوازم و تجهیزات بیمارستان ... به استثنای خودرو از پرداخت سود بازرگانی (۱۴).

در مثال دیگری، ماده‌ی ۱۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب سال ۱۳۷۳ هیأت وزیران، شاغلان را از دریافت هر گونه وجهی به‌عنوان اعزام و معرفی بیماران به

این‌که چه چیز اخلاقی است، لاجرم منتهی به عدم توافق می‌شود در آن‌که چه چیز اخلاق را به انحراف می‌کشد. مفاهیمی چون وظیفه‌ی دولت، اعتماد عمومی، تعارض منافع و حقوق بنیادی، طبیعی و اساسی باید در سیاست‌گذاری و اداره‌ی سلامت وارد شود و این امر نیازمند عزمی جدی و ملی در تمام عرصه‌هاست والا صرف وضع مقرر و لو آمره در گستره‌ی سلامت راه به جایی نبرده و گره‌ای نمی‌گشاید.

عدم حاکمیت اخلاق و عدم انطباق و ناهم‌سویی سیاست‌ها در این عرصه می‌تواند ناشی از عدم هماهنگی سلیق با منافع باشد. در واقع، از یک‌سو پابندی مدیران دولتی به تعهدات و ابراز صداقت در برقراری ارتباط با مردم همراه با راست‌گویی و احترام، اسباب افزایش اعتماد عمومی را فراهم می‌کند. از سوی دیگر، آموزش افراد حقیقی و قوانین و مقررات مناسب در کنار یکدیگر نیز از عوامل کاهش یا حذف بی‌اخلاقی به‌شمار می‌رود.

به‌نظر می‌رسد آموزش اخلاق حلقه‌ی مفقوده‌ی نظام سلامت است و نبود جهت‌دهی افراد به سمت استفاده‌ی اخلاقی از امکانات و اطلاعات است که اسباب اخلاق‌گریزی را فراهم می‌کند. به منظور اجتناب از تعارض منافع و بی‌اخلاقی‌ها شایسته است که وزارت بهداشت دوره‌هایی برای دست‌اندرکاران سلامت به‌صورت سمینارهای یک‌روزه (آموزش فشرده) و دوره‌های عمومی و اختصاصی و برای بیان پیامدهای مخرب بی‌اخلاقی‌های نظام سلامت و تاثیر آن بر افکار عمومی برگزار کند. توسعه‌ی فعالیت‌های فرهنگی مستمر در بین فراگیران در دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت نهادینه‌سازی عملی اخلاق پزشکی بسیار سازنده است و اعتقاد راسخ مسئولان به لزوم این آموزش‌ها ضرورت تلقی می‌شود.

هم‌چنین شناخت زمینه‌های بروز اخلاق‌گریزی، تدوین برنامه‌های ملی و استانی پیشگیری از اخلاق‌گریزی، افزایش برنامه‌های نظارتی پیشگیرانه و خودپایی، تعامل با سایر دستگاه‌های مسئول در پیشگیری از اخلاق‌گریزی و مبارزه با قانون‌گریزی، اصلاح قوانین معارض با اخلاق‌مداری، سنسجش

نرخ‌های تولیدی یا وارداتی، عمده‌فروشی و خرده‌فروشی آن‌ها به اطلاع عموم خواهد رسید. امر بازرسی و نظارت بر نحوه‌ی توزیع و قیمت اقلام مذکور به عهده‌ی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی خواهد بود... (۱۷).

این رقابت ناعادلانه که ممکن است صورتی از انحصار را به نمایش بگذارد گاهی با هدایت دولت و توسط اشخاص حقوقی حقوق عمومی که اساساً نباید دولتی باشند و مدل دولتی آن‌ها در ایران، بعضاً در سطح جهان منحصر به فرد است نیز رخ می‌نماید. در مثال ذیل، تجارت توسط هلال احمر به ذهن متبادر می‌گردد: ترخیص مواد اولیه‌ی کارخانه‌ی تولید دارو و کارخانه‌ی لوازم پزشکی یک‌بار مصرف متعلق به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، موضوع بارنامه‌های مذکور در نامه‌ی یادشده که جهت تولید است و صافی دیالیز، انواع مختلف سرنگ، صافی تالاسمی، سوزن دندانپزشکی و سوزن فیستولا وارد شده‌اند، با معافیت کامل از پرداخت حقوق گمرکی و پرداخت نیم درصد سود بازرگانی متعلقه مجاز می‌باشد... (۱۸).

تجارت آزاد و الزام دولت به خروج از این عرصه، یا دست‌کم رعایت قواعد بازی، می‌تواند با افزایش ریسک‌پذیری تجار و شکیبایی آن‌ها در کسب سود، امکان نیل به ثبات و عقلانیت تجارت مؤثر بر سلامت را افزایش دهد. شاید بتوان گفت نگرانی از رانت اطلاعاتی دولتی، مقررات دائم به تغییر و نیز پدیده‌هایی از قبیل مجوز که زنجیر معیوب آن هیچ‌گاه به انتها نمی‌رسد در افزایش بی‌اخلاقی در ارائه‌ی خدمات سلامت مؤثر است.

نتیجه‌گیری

به‌نظر می‌رسد می‌توان برخی موارد عدم امکان وفاداری به اصول و موازین اخلاقی کارگزاران نظام سلامت را، به عدم شفافیت، فقدان اطلاعات حقوقی، احساس بی‌نیازی از مشورت با حقوقدانان و صاحب‌نظران در اخلاق حرفه‌ای، بی‌تفاوتی به پیامد وضع مقررات و بی‌توجهی به مقولات راجع به حقوق عمومی دانست. عدم توافق کامل در مورد

منابع

- ۱- آریانپور کاشانی ع. فرهنگ کامل انگلیسی به فارسی. تهران: امیر کبیر؛ ۱۳۶۳، جلد ۲.
- ۲- مرنندی ع، عزیززی ف، لاریجانی ب، جمشیدی ح. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. یونیسف؛ ۱۳۷۷.
- ۳- ستوده ه. آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات). تهران: آوای نور؛ ۱۳۸۶.
- 4- d'Oronzio JC. Grass roots origins of the patient rights movement, 1969-70. [Abstract] http://apha.confex.com/apha/130am/techprogram/paper_38456.htm (accessed in 2011)
- ۵- بدون نام. آیین نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مصوب هیئت وزیران ۱۳۸۸/۱۱/۱۲ به شماره ۱۸۹۱۵/۲۲۲۱۶۸ ت ۴۳۶۱۶ ه/ روزنامه رسمی شماره ۱۸۹۱۵ مورخ ۸۸/۱۱/۱۴.
- ۶- منکیوگ. مبانی علم اقتصاد. ترجمه ی ارباب ح ر. تهران: نشر نی؛ ۱۳۸۷.
- ۷- بدون نام. ماده ی ۱ و ۲ قانون تجارت ایران. www.ghavanin.ir/detail.asp?id=29672 (accessed in 2011)
- ۸- بدون نام. ماده ی ۱ قانون بیمه ی همگانی. مجموعه روزنامه رسمی سال ۱۳۷۳. www.dastour.ir/brows/?lid=154352 (accessed in 2011)
- 9- Anonymous. Universal Declaration of Human Rights. www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml (accessed in 2011)
- ۱۰- هاشمی م. حقوق اساسی ایران. تهران: دادگستر؛ ۱۳۸۰، جلد ۱.
- ۱۱- لاگلین م. مبانی حقوق عمومی. ترجمه ی راسخ م. تهران: نشر نی؛ ۱۳۸۸.
- 12- Yan A. Hobbes's political philosophy. In: Sorell T (eds), *The Cambridge Companion to Hobbes*. Cambridge University Press; 1996.
- ۱۳- کاتوزیان ن. ضمان قهری. تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۰.

و رفع تعارض میان قوانین و اخلاقیات و ایجاد کمیته های پرهیز از تعارض منافع در وزارت بهداشت و درمان باید مورد توجه قرار گیرد تا سر انجام ضمن ایضاح اهداف، تعارضات درون بخشی و میان بخشی کاهش یابد.

نکته ی آخر آن که با قبول این مهم که منابع انسانی در نظام سلامت با ارزش ترین دارایی و مهم ترین سرمایه تلقی می شود به نظر می رسد هر حرکتی در جامعه ی پزشکی باید در جهت حفظ سرمایه ی مذکور و لاجرم به ارزش های اخلاقی وفادار باشد. اخلاق به منزله ی آیین نامه ای است که انسان به لحاظ انسان بودن آن را رعایت می کند و برای ارتقای آن می کوشد و در رعایت آن نباید مصلحت جای واقع نگری را بگیرد.

تشکر و قدردانی

سپاس از آقایان دکتر مرنندی، لاریجانی، جمشیدی و سایر نویسندگان و گردآوردگان کتاب سلامت در جمهوری اسلامی ایران که در سال ۱۳۷۷ توسط یونیسف چاپ و از مطالب آن در این نوشته بسیار استفاده شده است. نیز از آقای دکتر احد فرامرز قراملکی استاد گروه اخلاق حرفه ای دانشکده ی الهیات دانشگاه تهران و آقای دکتر محمد راسخ دانشیار گروه حقوق عمومی دانشکده ی حقوق دانشگاه شهید بهشتی و آقای دکتر باقر لاریجانی استاد و مدیر گروه اخلاق پزشکی دانشکده ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در بازخوانی و ارائه ی نقطه نظر.

بازرسی و نظارت بر نحوه توزیع و قیمت اقلام
مزبور (تصمیم نماینده ویژه رییس جمهور).
۱۳۷۳/۸/۳۰ (۱۳۷۳.۰۸.۳۰) - ۱۳۰۱۵ - ۱۳۷۳.۰۹.۰۲ -
(۲۱۵).

www.dastour.ir/brows/?lid=154519 (accessed
in 2011)

۱۸- بدون نام. مجاز بودن ترخیص مواد اولیه کارخانه
تولید دارو و کارخانه لوازم پزشکی یکبار مصرف متعلق
به جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران با معافیت
کامل از پرداخت حقوق گمرکی و پرداخت نیم درصد
سود بازرگانی مصوبه ۱۳۷۸/۲/۱۵ هیأت وزیران
(۱۳۷۸.۰۲.۱۵) - ۱۰۰۸۴ ات ۲۱۲۶۴ هـ - ۱۳۷۸.۰۳.۰۴ -
(۱۹۸).

www.dastour.ir/brows/?lid=180202 (accessed
in 2011)

۱۴- بدون نام. تصویب‌نامه راجع به معافیت ترخیص
لوازم و تجهیزات بیمارستان ... به استثنای خودرو از
پرداخت سود بازرگانی ۱۳۷۳.۰۳.۲۵ - ۳۲۷۲۱ ات ۱۰۷ ه
- ۱۳۷۳.۰۴.۰۵ - ۳۱۰ واردات و صادرات وزارت امور
اقتصادی و دارایی.

<http://www.dastour.ir/brows/?lid=152058>
(accessed in 2011)

۱۵- بدون نام. آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات
صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته.
مصوب ۱۳۷۸/۴/۳۰ هیأت وزیران، روزنامه رسمی،
شماره ۱۵۸۹۲.
۱۶- کاتوزیان ن. قواعد عمومی قراردادها. انتشار؛ ۱۳۸۰،
جلد ۱.

۱۷- بدون نام. قیمت‌گذاری دارو، شیرخشک و لوازم
پزشکی یک بار مصرف و اعلام نرخ‌های تولیدی یا
وارداتی عمده‌فروشی و خرده‌فروشی کالاهای مذکور و