

مروری بر سهم‌خواری از نظر مفهوم، تاریخچه و کدهای اخلاقی

مجتبی پارسا^{۱*}، باقر لاریجانی^۲

مقاله‌ی مروری

چکیده

تحولات جدیدی که در پرداخت‌های مالی و دسترسی به خدمات سلامت ایجاد شده است موجب ایجاد یک چالش عمده در ایده‌آل‌های حرفه‌ای پزشکی شده است که تحت عنوان «تعارض منافع» از آن نام برده می‌شود. تعارض منافع بیانگر موقعیتی است که در آن فردی انگیزه‌ی کاری را در حیطه‌ی حرفه‌ی خود پیدا می‌کند که با وظایف شغلی بدیهی او مغایرت دارد. یکی از انواع مختلف تعارض منافع در حیطه‌ی پزشکی سهم‌خواری (fee splitting) است که در بسیاری از نوشتجات از واژه‌های مترادف مثل «کمسیون» و «پرداخت مالی غیرمجاز» نیز برای بیان آن استفاده می‌شود. سهم‌خواری پولی است که به‌عنوان کمسیون به پزشک ارجاع دهنده پرداخت می‌شود به قصد تضمین این‌که پزشک ارجاع‌دهنده مستقیماً بیماران را به ذینفع ارجاع دهد. برای مثال، انجمن پزشکی آمریکا می‌گوید: «پرداخت پول به یک پزشک منحصراً برای ارجاع یک بیمار سهم‌خواری و غیراخلاقی است». سهم‌خواری در ایالات متحده در دهه‌ی ۱۸۹۰ وقتی شروع شد که پزشکان شروع به پذیرش پول از داروسازان و شرکت‌های تهیه‌ی وسایل پزشکی برای تجویز کالاهای آن‌ها کردند و این کار بین پزشکان عمومی و جراحان بعد از سال ۱۹۰۰ متداول شد. ممنوعیت سهم‌خواری بعدها در کدهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا در سال ۱۹۰۳ گنجانده شد که دریافت یا درخواست چنین کمسیون‌هایی را برای شخصیت حرفه‌ای پزشکان مخرب می‌دانست. در بسیاری از کدهای اخلاقی انجمن‌های پزشکی و قوانین کشورهای مختلف به موضوع سهم‌خواری به‌عنوان عملی غیراخلاقی و بعضاً غیرقانونی نگریسته شده است و در مواردی هم مجازات‌هایی مثل لغو پروانه‌ی طبابت برای آن در نظر گرفته شده است.

واژگان کلیدی: سهم‌خواری، کمسیون، تعارض منافع

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

^۲ استاد، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تقاطع خیابان قدس و بلوار کشاورز، سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه‌ی هشتم، دبیرخانه‌ی هیأت اجرایی جذب،

تلفن: ۰۶۶۹۲۱۰۴، Email: mparsa@sina.tums.ac.ir

مقدمه

تحولات جدیدی که در پرداخت‌های مالی و دسترسی به خدمات سلامت ایجاد شده موجب ایجاد یک چالش عمده در ایده‌آل‌های حرفه‌ای پزشکی شده است که تحت عنوان «تعارض منافع»^۱ از آن نام برده می‌شود. امروزه قراردادهای اقتصادی منافع مالی‌ای برای پزشک ایجاد می‌کنند که در بسیاری از موارد با منافع بیمار در یک راستا قرار ندارند و در صورت آگاهی بیمار از این تعارض «اعتماد»^۲ آن‌ها نیز به پزشک کم‌تر می‌شود و در واقع رابطه‌ی سستی مبتنی بر اعتماد بین پزشک و بیمار در این تعامل دو سویه مورد تهدید قرار می‌گیرد. در پزشکی امروزی پذیرفته شده است که اعمالی که در بالین بیمار انجام می‌شود باید بر مبنای علم پزشکی باشد. یکی از نگرانی‌های عمده‌ی ناشی از مشوق‌های مالی جدید این است که این مبنای تغییر کند و جهت آن به‌جای این‌که به سمت دانش علمی باشد به سمت تجارت و داد و ستد متمایل شود (۱). در تعارض منافع وظایفی که یک فرد نسبت به شخص یا گروهی دیگر دارد با منافع شخصی خودش تعارض دارد (۲). به بیان دیگر، تعارض منافع بیانگر موقعیتی است که در آن فردی انگیزه‌ی کاری را در حیطه‌ی حرفه‌ی خود پیدا می‌کند که با وظایف شغلی بدیهی او مغایرت دارد. تعارض منافع معمولاً بر بهره و سود مالی دلالت دارد (۳). از طرفی واکنش معمول عام و خاص مردم به عمل یا تصمیمی که ناشی از تعارض منافع باشد این است که آن را شبهه‌ناک می‌دانند و به آن مشکوک هستند. عمل یا تصمیمی که ادعا می‌شود جهت خدمت‌رسانی و درجهت منافع دیگران اتخاذ شده است اما انگیزه و محرک واقعی آن منافع شخصی عمل‌کننده یا تصمیم‌گیر است، احتمال زیادی هست که غیراخلاقی و در بعضی موارد غیرقانونی نیز باشد. ولی ممکن است نیاز باشد که تعارض منافع از «تعارض تعهدات»^۳ تفکیک شود. براین اساس، نباید حتماً فرض را بر این گذاشت

که کسانی که تحت فشارهای تعارضی هستند اصول اخلاقی یا قانونی را هم نقض کرده‌اند. وقتی که شخصی موظف به نفع‌رسانی به دیگران است مانند پزشکی که عهده‌دار مراقبت از یک بیمار است اگر منافع آن بیمار را تابعی از منافع خودش قرار دهد این تعارض منافع است که عملی محکوم شده است. برای مثال، یک متخصص زنان که عمل ایندکشن و تسریع زایمان را برای آسودگی و راحتی خودش انجام می‌دهد دچار تعارض منافع شده است و عملی غیرحرفه‌ای انجام داده است ولی اگر این عمل را با این منطقی که جلوگیری از طول کشیدن زایمان برای مادر و بچه ایمن‌تر است انجام دهد دچار تعارض منافع نشده است. در مقابل پزشکی که موظف است هم برای مراقبت از یک بیمار و هم برای آموزش به دانشجویان وقت اختصاص بدهد، وقتی که زمان کافی برای ارائه‌ی صحیح هر دو وظیفه نداشته باشد دچار تعارض تعهدات شده است. دیده شده است که هم دادگاه‌ها و هم مراکز صدور پروانه‌های حرفه‌ای، سهم‌خواری^۴ را به‌عنوان تعارض منافع تلقی کرده‌اند. دلیل آن هم این است که چنین پرداخت‌هایی ممکن است باعث شود که پزشکان ارجاع دهنده، مبنای انتخاب همکاران خود را نه براساس مهارت‌های آن‌ها و آن چیزی که به نفع بیمار است، بلکه بر مبنای میزان پولی که به‌دست می‌آورند قرار دهند (۴).

تا قبل از دهه‌ی ۱۹۸۰ در کدهای اخلاقی پزشکان بر خلاف سایر حرفه‌ها مانند وکلا، تاجر و کارمندان دولت به‌طور واضح حتی آثاری هم از تعارض منافع مالی دیده نمی‌شد و واژه‌ی تعارض منافع در زمره‌ی مباحث پزشکی نبود. حتی در زمینه‌های جدید اخلاق زیستی نیز تعارض منافع پزشکان مورد غفلت واقع شده است. اگرچه کدهای اولیه‌ی اخلاقی واژه‌ی تعارض منافع را به‌کار نبرده‌اند، اما گزارشات مجامع پزشکی نشان می‌دهد که موضوعات مالی مانند کمیسیون، سهم‌خواری، توزیع داروها و مالکیت بر تجهیزات پزشکی مورد بحث بوده است. این اعمال نمونه‌های

¹ conflict of interest

² trust

³ conflict of commitments

⁴ fee splitting

بحث

مفهوم سهم‌خواری

در لغت‌نامه‌ها تعاریف متعددی برای واژه سهم‌خواری ذکر شده است که تقریباً مضمون یکسانی دارند. برای مثال، در یک تعریف چنین بیان شده است: «عمل تقسیم حق‌الزحمه با همکاران حرفه‌ای مانند پزشکان برای ارجاع مشتری یا بیمار^۱». در تعریف دیگری چنین بیان شده است: «پرداخت مالی به وسیله‌ی یک متخصص (مانند یک پزشک یا یک وکیل) از بخشی از حق‌الزحمه او به کسی که ارجاعی به او انجام داده است^۲». و در تعریف دیگری ذکر شده: «عمل تقسیم یک حق‌الزحمه برای خدمات حرفه‌ای بین دو نفر. به‌عنوان مثال، پزشک ارجاع‌دهنده و یک متخصص بدون این‌که مشتری از آن اطلاعی داشته باشد^۳». سهم‌خواری وقتی اتفاق می‌افتد که یک بیمار توسط پزشکی به پزشک دیگری ارجاع داده شود و به ازای آن بخشی از درآمد توسط پزشک ارجاع‌دهنده دریافت شود (۸). به بیان دیگر، سهم‌خواری وقتی اتفاق می‌افتد که یک پزشک مبالغی را برای جبران خدمات پزشکی که به بیماری ارائه داده است دریافت می‌کند و آن گاه آن را با فرد یا گروهی تقسیم (یا تسهیم) می‌کند که این خدمات را ارائه نداده‌اند. لذا، یک پزشک نمی‌تواند برای ارجاع یک بیمار به پزشک دیگری پولی را قبول کند مگر این‌که پزشکان به اتفاق هم بیمار را درمان کرده باشند و پول‌های خود را وصول کرده باشند. هیچ پزشکی نباید پول یک ارجاع را قبول کند اما می‌تواند پول خدمات مشروعی را که به پزشک دیگری ارائه داده است به‌صورتی که براساس درصدی از عایدی یا منفعت آن پزشک نباشد قبول کند (۹). با توجه به تعاریف ذکر شده این‌طور استنباط می‌شود که در

بارزی از تعارض هستند. واژه‌ی کمیسیون تقریباً با واژه‌ی معاصر «پرداخت مالی غیرمجاز^۱» مترادف است که به معنی پرداخت پول توسط شخصی به شخص دیگر برای کار و کسبی که به او ارجاع داده یا طور دیگری برای او درآمد ایجاد کرده است می‌باشد. سهم‌خواری یک نوع کمیسیون است اما به‌ویژه اشاره به پرداخت‌هایی دارد که توسط یک پزشک به پزشک دیگری صورت می‌گیرد. انجمن پزشکی آمریکا^۲ در ابتدا سهم‌خواری را به‌صورت: «تسهیم^۳» پول اخذ شده از یک بیمار برای جبران خدمات ارائه شده به او بین دو یا چند نفر با فرض این‌که یک نفر به تنهایی خدمات را به او ارائه داده است تعریف کرد. اما در تعاریف بعدی سهم‌خواری را با کمیسیون یکسان دانست. در شروع دهه‌ی ۱۹۵۰ بعضی از مقالات پزشکی واژه‌ی «پرداخت مالی غیرمجاز» را به‌جای سهم‌خواری و کمیسیون به‌کار بردند. لذا امروزه در بسیاری از موارد این واژه‌ها به‌جای یکدیگر به‌کار می‌روند (۵).

در مقالات قدیمی‌تر از واژه‌ی سهم‌خواری با عنوان دیکوتومی^۴ نیز نام برده شده است که آن را یک قانون‌شکنی و نیز تعرض به خوش‌نامی حرفه‌ی پزشکی دانسته‌اند (۶).

سهم‌خواری در سرتاسر جهان مورد توجه پزشکان و وکلا بوده است و همیشه نگرش به آن به‌عنوان عملی غیراخلاقی و غیرقانونی بوده است. علاوه بر کدهای اخلاقی حرفه‌ای پزشکان و وکلا در بعضی کشورها، در سایر کشورها قوانینی وجود دارد که آن را ممنوع کرده است و مجازات‌هایی هم برای متخلفان از قانون یا کدهای اخلاقی وجود دارد. پزشکانی که به‌دلیل انجام سهم‌خواری گناه‌کار شناخته شوند تأدیب خواهند شد و حتی ممکن است پروانه‌ی طبابت آنان باطل شود (۷).

^۱ قابل دسترسی در:

<http://www.answers.com/topic/fee-splitting>

^۲ قابل دسترسی در:

<http://mw1.merriam-webster.com/dictionary/fee%20splitting>

^۳ قابل دسترسی در:

<http://dictionary.reference.com/browse/fee+splitting>

^۱ kickback

^۲ American Medical Association

^۳ sharing

^۴ Dichotomy

عمل سهم‌خواری دو چیز باید اتفاق بیفتد. اول این‌که ارجاع بیمار انجام شده باشد و دوم این‌که صرفاً به‌خاطر ارجاع بیمار و نه به‌خاطر خدمات ارائه شده به بیمار انتفاع مالی نصیب ارجاع دهنده شده باشد.

باید ذکر کرد که دادن کمیسیون برای ارجاع بیمار فقط محدود به ارتباطات بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص نیست بلکه دادن کمیسیون توسط آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها، سازندگان تجهیزات پزشکی و مؤسسات دیگر هم شایع است. حتی متخصصان هم می‌توانند بیماران را به یکدیگر ارجاع دهند. لذا، این‌گونه ارجاعات نیز در زمره‌ی سهم‌خواری هستند (۱۰).

در نهایت، باید ذکر شود که سهم‌خواری همیشه همراه با پرداخت‌های مالی نیست بلکه گرفتن یا دادن هر گونه سود ارزشمند مانند اعتبار (credit)، حذف (omission)، تخفیف (discount)، انعام (gratuity) و غیره هم ممکن است سهم‌خواری محسوب شود (۱۱).

تاریخچه

تاریخچه‌ی سهم‌خواری از اواخر قرن نوزدهم به بعد دیده می‌شود. سهم‌خواری در ایالات متحده در دهه‌ی ۱۸۹۰ وقتی که پزشکان شروع به پذیرش پول از داروسازان و شرکت‌های تهیه‌ی وسایل پزشکی برای تجویز کالاهای آن‌ها کردند شروع شد و این‌کار بین پزشکان عمومی و جراحان بعد از سال ۱۹۰۰ متداول شد (۱۲). در اوایل قرن، انجمن پزشکی آمریکا از سهم‌خواری به‌عنوان قلب یک‌سری اعمال تجارتنی نادرست شامل پرداخت کمیسیون، drumming و steering یاد کرد. drumming شامل جذب بیمار از طریق دروغ‌پردازی یا سایر روش‌های فریبنده بود و به کسی که عهده‌دار این‌کار بود، drummer می‌گفتند. معمولاً پزشکان به drummer کمیسیون پرداخت می‌کردند و در مقابل، آن‌ها از فضایل این پزشکان تعریف می‌کردند و فضایل پزشکان دیگر را انکار می‌کردند و در نهایت بیمار را به پزشکی که از او کمیسیون گرفته بودند ارجاع می‌دادند. هتل‌ها و مراکز تفریحی و

سرگرمی گه‌گاهی مستقیماً از پزشکان پول دریافت می‌کردند که به آن‌ها مشتری معرفی کنند. مالکان این مراکز یا خود به این‌کار می‌پرداختند یا این‌که به drummer اجازه می‌دادند که به‌طور مکرر به‌عنوان مهمان به استراحت و تفریح در مراکز آن‌ها مشغول باشند و آن‌ها این‌کار را انجام دهند. در واقع، پزشکان متکی به روزنامه‌فروش‌ها، مشروب‌فروش‌ها، منشی‌ها، دانشجویان پزشکی، کشیش‌ها و وعاظ (preachers) و فروشندگان دوره‌گرد به‌عنوان drummer بودند. steering با drumming یکسان بود ولی معمولاً پزشکانی که بیماران را به همکاران خود ارجاع می‌دادند steerer نامیده می‌شدند. اما این واژه برای افراد عادی هم که در استخدام پزشکان بودند و کار مشابهی انجام می‌دادند نیز اطلاق می‌شد. در سال ۱۸۹۹، G. Frank. Lydston پزشک برجسته‌ی شیکاگو، افشاگری از سهم‌خواری و کمیسیون‌ها در ژورنال پزشکی فیلادلفیا^۱ منتشر کرد. Lydston گفت که در یک همایش اجتماعی از همسر یکی از همکاران پرسیده است آیا کار و بار همسرش خوب پیش می‌رود. او پاسخ داده بود که خوب است ولی بیش‌تر درآمد او ناشی از ۵۰ درصد کمیسینی است که در ازای ارجاع بیمار به‌دست می‌آورد. او پیشنهاد کرده بود که Lydston هم مانند تمامی جراحان دیگر سهم‌خواری انجام دهد. Lydston از این حرف متعجب شد. لذا، برای این‌که شیوع این‌کار را برآورد کند تقریباً به همه‌ی نمایندگان جراحان شیکاگو نامه‌هایی نوشت و خودش را به‌عنوان یک پزشک عمومی که در روستا مشغول به کار است وانمود کرد و به آن‌ها پیشنهاد کرد که به ازای ارجاع بیمار به آن‌ها، ۵۰ درصد کمیسیون دریافت کند. او گزارش کرد که بیش از ۶۰ درصد این پیشنهاد را قبول کرده بودند. Lydston در گزارشی دیگر عنوان کرد که سهم‌خواری فقط در بین خود پزشکان رواج ندارد، بلکه افراد دخیل در کار کفن و دفن (undertakers) بعضی اوقات به پزشکان بابت فراهم کردن کار و کسب برای آن‌ها، ۲۵ درصد کمیسیون پرداخت کرده بودند.

^۱ Philadelphia Medical Journal

یک مطالعه‌ی دیگر متوجه شد بسیاری از جراحان و پزشکان کمیسیون‌هایی را از فروشندگان تجهیزات پزشکی مطالبه کرده‌اند. بر طبق گزارش شورا این عمل بسیار گسترده و شرم‌آور بود. لذا شورای قضایی حکم کرد: «پزشکان نمی‌توانند در مؤسسات تجاری سازنده‌ی تجهیزات شریک شوند. این کار پسندیده‌ای نیست که وقتی مشغول رسیدگی به بیماران خود هستند به‌عنوان عوامل فروش هم نقش ایفا کنند. و بنابراین نمی‌توانند در سود ساخت یا فروش تجهیزات آن‌ها شریک شوند. لذا این کار غیرشرافتمندانه‌ای است که رشوه (rake off) مخفیانه از سازندگان برای کالاهایی که به بیماران فروخته‌اند دریافت کنند».

از طرف دیگر، تلاش برای منسوخ کردن سهم‌خواری توسط کالج جراحان آمریکایی (ACS)^۱ در سراسر دهه‌ی بیست ادامه یافت ولی متخصصان داخلی و پزشکان عمومی به‌عنوان کسانی که از این ارجاعات پول دریافت می‌کردند با این امر مخالفت کردند. در سال‌های بعد این کالج رسماً پذیرفت که علیرغم تمام سعی آن‌ها سهم‌خواری پیشرفت کرده است. لذا کالج جراحان آمریکایی که در سال ۱۹۱۵ تأسیس شد اعضا خود را ملزم کرد که در خصوص عدم اقدام به این عمل سوگند بخورند. اگرچه این عمل توسط تمامی سازمان‌های حرفه‌ای غیراخلاقی تلقی می‌شد، در عمل به‌صورت غیرآشکار سال‌ها ادامه پیدا کرد. در سال ۱۹۳۰، شورای قضایی انجمن پزشکی آمریکا یک عمل جدید را گزارش کرد که به این صورت که پزشکان عضوی از آزمایشگاه‌های تشخیصی تعاونی می‌شدند و مبالغی را به نسبت کاری که به آن‌ها ارجاع می‌دادند دریافت می‌کردند. این شورا اعلام کرد که این کار غیرقانونی است.

سهم‌خواری در طول جنگ دوم جهانی فروکش نکرد. گزارشات انجمن پزشکی آمریکا بیان می‌کرد که مقالاتی در جراید عمومی از دادن کمیسیون‌هایی به پزشکان پرده برداشته است و در آن‌ها به انجمن‌های پزشکی محلی اخطار کرده‌اند

در سال ۱۹۰۰ مجمع نمایندگان انجمن پزشکی آمریکا در مصوبه‌ای بیان کرد که دریافت یا دادن هرگونه کمیسیون یا تقسیم درآمد تحت هر پوششی (ماسکی) غیراخلاقی است و اعضا متخلف باید اخراج شوند.

در سال ۱۹۰۲ این مجمع مقرر کرد که اگر اعضای انجمن پزشکی هر شهری بدون اطلاع بیمار در سهم‌خواری وارد شوند آن انجمن اجازه خواهد داشت که به‌عنوان سوءرفتار حرفه‌ای او را اخراج کند (۵).

ممنوعیت سهم‌خواری بعدها در کدهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا در سال ۱۹۰۳ گنجانده شد که می‌گفت: «در شأن و منزلت حرفه‌ای پزشکان نیست که به کسی که بیماران را برای درمان‌های عمومی یا خاص یا اعمال جراحی به آن‌ها معرفی می‌کند کمیسیون بدهند یا پیشنهاد آن را مطرح کنند و به همین میزان هم برای شخصیت حرفه‌ای پزشکان دریافت یا درخواست چنین کمیسیون‌هایی مخرب است» (۱۲).

این انجمن در سال ۱۹۱۲ بررسی‌ای را در خصوص میزان کمیسیون‌های مخفی که پزشکان برجسته دریافت کرده بودند انجام داد و متوجه شد که این عمل در همه‌ی ایالت‌ها انجام می‌شود ولی شیوع آن در هر ناحیه متفاوت است. بررسی نشان داد که به سه روش کمیسیون پرداخت می‌شده است:

- ۱- از جراحان به پزشکان به‌خاطر ارجاع بیمار؛
- ۲- از داروسازان و فروشندگان تجهیزات طبی و جراحی به پزشکان که داروها یا تجهیزات آن‌ها را برای بیماران نسخه کنند.
- ۳- از بیمارستان‌ها و آسایشگاه‌ها به پزشکان که بیماران را در این مکان‌ها بستری کنند.

این گزارش ذکر می‌کرد که این کمیسیون‌ها به‌قدری گسترده بودند که بعضی از بیمارستان‌ها به‌طور آشکار میزان کمیسیون‌ها را به‌وسیله‌ی اطلاعیه‌هایی اعلام می‌کردند که مثلاً ۱۵ یا ۲۰ درصد کمیسیون به پزشکان خواهند داد.

در سال ۱۹۱۴ شورای قضایی انجمن پزشکی آمریکا در

^۱American College of Surgeons

۱۹۶۸ و ۱۹۸۳ مورد بازبینی قرار گرفت ذیل عنوان وظایف عمومی پزشکان می‌گوید:

«پرداخت یا دریافت هرگونه حق‌الزحمه یا سایر پاداش‌ها منحصرأً برای ارجاع یک بیمار غیراخلاقی است».

۲- در بخش ۷ اصول اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا سال ۱۹۵۷ ذکر شده است:

«در حرفه‌ی پزشکی پزشک باید منبع درآمد حرفه‌ای خود را به خدماتی که واقعاً توسط او یا تحت نظارت او ارائه شده است محدود کند. حق‌الزحمه‌ی او باید متناسب با خدمات ارائه شده و توانایی پرداخت آن توسط بیمار باشد. پزشک نباید هرگز کمیسیون بابت ارجاع بیمار بگیرد».

۳- اصول اخلاقی روانپزشکان و کدهای رفتاری انجمن روان‌پزشکی آمریکا که در سال ۱۹۹۲ وضع شد و در سال ۲۰۰۲ مورد بازبینی قرار گرفت در بخش ارجاعات و حق‌الزحمه‌ها (۶/۰۷) ذکر می‌کند: «دریافت یا پرداخت پول یا تقسیم آن با حرفه‌های دیگر توسط روان‌پزشکان باید بر اساس خدمات ارائه شده باشد و نه منحصرأً بر اساس ارجاع بیمار».

۴- نظرات کنونی شورای امور اخلاقی و قضایی انجمن پزشکی آمریکا سال ۲۰۰۲ که در بخش مربوط به درآمدها و مطالبات مالی (fees and charges) ذکر می‌کند:

۶/۰۲: «پرداخت یا دریافت پول توسط پزشک منحصرأً برای ارجاع بیمار، سهم‌خواری و غیراخلاقی است.

یک پزشک نباید مبلغی را به هر نوع و شکلی و از هر منبعی مانند شرکت‌های دارویی یا داروخانه‌ها، شرکت‌های اپتیکال یا شرکت‌های سازنده‌ی تجهیزات پزشکی به‌دلیل ارجاع بیمار، مصرف یا تجویز وسایل آن‌ها قبول نماید. انجام تمامی ارجاعات باید بر اساس کیفیت کار پزشکی که ارجاع به او صورت گرفته یا کارایی دارو و تجهیزات نسخه‌شده باشد».

۶/۰۳: کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها، بیمارستان‌ها یا سایر تسهیلات مراقبت سلامت که پزشکان را به ازای ارجاع بیمار جبران کنند در سهم‌خواری درگیر شده‌اند که غیراخلاقی

که اقدامات مقتضی را در مقابل پزشکانی که از اصول اخلاق پزشکی تخلف می‌کنند اتخاذ کنند (۵).

و در نهایت آخرین مطالب در موضوع سهم‌خواری شامل دو بخش از اصول اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا می‌باشد که در سال ۱۹۷۱ پذیرفته شده است:

بخش ۶: یک پزشک نباید خدمات خود را تحت‌الشعاع شرایط و حالاتی قرار دهد که در قضاوت بالینی آزادانه‌ی او خلدش‌های وارد کند.

بخش ۷: در حرفه‌ی پزشکی، پزشک باید منبع درآمد حرفه‌ای خود را محدود به خدمات پزشکی‌ای کند که خودش به بیمار ارائه داده یا تحت نظارت مستقیم او به بیمار ارائه شده است. حق‌الزحمه دریافتی باید متناسب با خدمات ارائه شده و توانایی بیمار در پرداخت آن باشد. پزشک نباید هیچ کمیسیونی بابت ارجاع بیمار بگیرد یا پرداخت کند. داروها و درمان‌های ارائه شده باید بیش‌ترین منفعت را برای بیمار داشته باشد.

نسخه‌ی ۱۹۸۰ اصول اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا از ۱۰ بخش به ۷ بخش کاهش یافته است که دوتا از بخش‌های حذف شده، دو بخش فوق‌الذکر بودند. عدم گنجاندن موضوع پول‌های ناشی از ارجاع در کدهای فعلی اخلاق به این معنی نیست که انجمن از این موضوع چشم‌پوشی کرده و آن را نادیده گرفته است؛ مسأله این است که موضوع مالکیت و روابط قراردادی چنان دچار تغییر و تحولات شده است که هیچ عبارت واضح و شفاف‌ی که به‌طور اختصار بتواند این اصل را بیان کند وجود ندارد (۱۲).

مروری بر تعدادی از کدهای اخلاقی

در بسیاری از کدهای اخلاقی انجمن‌های حرفه‌ای پزشکی به موضوع سهم‌خواری اشاره شده است که به بعضی از آن‌ها اشاره می‌شود.

۱- کدهای بین‌المللی اخلاق پزشکی انجمن پزشکی جهانی (WMA)^۱ که در سال ۱۹۴۹ وضع شد و در سال‌های

^۱ World Medical Association

نتیجه گیری

پرداخت‌های مالی غیرمجاز و سهم‌خواری که به موجب گزارش بانک جهانی میزان آن در برخی کشورها به ۸۱ درصد در میان پزشکان عمومی و ۵۱ درصد در میان متخصصان اعلام گردیده، پدیده‌ای غیرقانونی و غیراخلاقی است که موجب تضییع حقوق بیماران، تخریب رابطه‌ی سالم پزشک و بیمار و مانع از توسعه‌ی علمی اخلاقی جامعه‌ی پزشکی می‌شود. خواستگاه این پدیده‌ی زشت از آمریکاست و به تدریج در سایر کشورها نیز رواج یافته و رفته‌رفته به‌عنوان یک اپیدمی جامعه‌ی پزشکی را مورد تهدید قرار می‌دهد. عدم دریافت نشانه‌هایی از این پدیده در پیشینه‌ی سنتی ایران و اسلام حکایت از آن دارد که این پدیده سوغات غرب است و همانند بسیاری دیگر از ره‌آوردهای تکنولوژی نوین بر رابطه‌ی پزشک و بیمار در فرهنگ حقوقی و پزشکی ما سایه افکنده و متأسفانه در سال‌های اخیر روندی رو به رشد یافته است، به گونه‌ای که در حال حاضر به‌عنوان یک بحران در رابطه‌ی پزشک و بیمار توجه مسئولان و دست‌اندرکاران برنامه‌های سلامت و قانونگذاران را به خود معطوف داشته است (۱۳). لذا به‌نظر می‌رسد اطلاع‌رسانی به جامعه‌ی پزشکی از لحاظ نشان دادن قبح این پدیده که شاید بسیاری از اعضای جامعه‌ی پزشکی اسم آن را هم نشنیده باشند، عاملی مؤثر در جهت جلوگیری از پیشرفت آن باشد.

است. پیشنهاد یا قبول پول برای ارجاع بیماران به مطالعات تحقیقاتی (finder's fee) نیز غیراخلاقی است» (۲).

۵- انجمن پزشکی مالزی اجازه‌ی سهم‌خواری را نمی‌دهد. کدهای حرفه‌ای این انجمن که در سال ۱۹۸۷ به اجرا درآمد بیان می‌کند: «سهم‌خواری یا هر شکلی از قراردادهای پرداخت مالی غیرمجاز که به‌عنوان ترغیب کردن ارجاع بیمار به پزشک دیگر انجام می‌شود غیراخلاقی است. اساس ارجاع باید بر مبنای کیفیت مراقبت پزشکی باشد. تخلف از این موضوع از نظر انجمن یک رفتار نامناسب حرفه‌ای است» (۷).

۶- در جمهوری اسلامی ایران در ماده‌ی ۱۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب سال ۱۳۷۳ هیأت وزیران آمده است: «شاغلان حرفه‌های پزشکی حق دریافت و پرداخت هر گونه وجهی به هر عنوان بابت اعزام و معرفی بیماران به مطب و مؤسسات پزشکی را ندارند^۱». ولی متأسفانه در بازبینی این آیین‌نامه توسط هیات وزیران در سال ۱۳۷۸ این ماده حذف شده است و فقط در ماده‌ی ۱۴ آن به‌طور کلی ذکر شده است: «جذب بیمار در صورتی که مخالف شئون حرفه پزشکی باشد ... ممنوع است^۲».

^۱ قابل دسترسی در:

<http://www.irteb.com/tarefaghanoon/entezami.htm>

^۲ قابل دسترسی در:

http://lawoffice.mohme.gov.ir/lawoffice/laws/dedicated_law/laws_all.jsp?id=1&id2=1294&offset=0

منابع

- 8- Anonymus. Know the law on fee splitting. <http://pn.psychiatryonline.org/cgi/content/full/41/21/19-c> (accessed in Oct 2009)
- 9- Miller C. Splitting fees or splitting hairs? *Virtual Mentor* 2009; 11(5): 387-9.
- 10- Nagral S. General practice: some thoughts. *Indian J Med Ethics* 2002; 10(2). <http://www.ijme.in/102di015.html> (accessed in Oct 2009)
- 11- Anonymous. How illegal fee splitting may cost you your New York medical license. <http://www.articlesbase.com/criminal-articles/how-illegal-fee-splitting-may-cost-you-your-new-york-medical-license-771901.html> (accessed in Nov 2009)
- 12- Andereck WS. Fee splitting: a brief history. *Healthc Forum J* 1994; 37(5): 34.
- ۱۳- عباسی م. مطالعه تطبیقی مسئولیت ناشی از سهم‌خواری در پزشکی. چکیده مقالات دومین کنگره اخلاق پزشکی ایران؛ ۳۰-۲۸ فروردین ۱۳۸۷؛ ایران؛ تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- 1- Khushf G. A radical rupture in the paradigm of modern medicine: conflicts of interest, fiduciary obligations, and the scientific ideal. *J Med Philos* 1998; 23(1): 98-122.
- 2- Post SG. *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd ed. Michigan: Macmillan Reference USA; 2004, p. 2657-700.
- ۳- زاهدی ف، لاریجانی ب. تسهیم درآمدها و اخلاق پزشکی. مجله دیابت و لیپیدایران ۱۳۸۵؛ دوره ۶ (شماره ۱): ۸-۱.
- 4- Dickens BM, Cook RJ. Conflict of interest: legal and ethical aspects. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 92(2): 192-7.
- 5- Rodwin MA. *Medicine, Money, and Morals, Physicians' Conflict of Interest*. USA: Oxford University Press US; 1993, p. 21-29.
- 6- Anonymous. Fee-splitting and the law. *Br Med J* 1933; 1(3781): 1112.
- 7- Lum M. Hospital charges and fee splitting. <http://thestar.com.my/health/storyasp?file=/2008/5/18/health/21269252&sec=health> (accessed in Oct 2009)