

## تزامم منافع در داروخانه

رسول اسمعلی پور<sup>۱</sup>، مجتبی پارسا<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۱/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۲۳

تاریخ انتشار: ۹۶/۹/۲۱

### مقاله‌ی مروری

#### چکیده

تزامم منافع عبارت است از موقعیت‌هایی که قضاوت یا عملکرد حرفه‌ای در خصوص منفعت اولیه تمایل دارد که به صورت بی‌جهت و ناروا تحت تأثیر منفعتی ثانویه قرار گیرد. داروسازی یکی از حلقه‌های اصلی در فرایند ارائه‌ی خدمات سلامت محسوب می‌شود. در این فرایند ممکن است در بسیاری از موارد، موقعیت‌های تزامم منافع رخ دهد که گاهی اوقات بر وظایف حرفه‌ای و اخلاقی داروسازان اثر گذاشته و منافع بیماران را به خطر می‌اندازد. اولین تکلیف داروساز، مراقبت از بیمار است و همیشه باید تلاش کند از هرگونه رفتاری که منافع (مادی و غیرمادی) بیمار را در معرض خطر قرار می‌دهد پرهیز نماید و منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهد. داروساز باید چالش‌های موجود در داروخانه را که مسئولیت حرفه‌ای و اخلاقی داروساز را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بشناسد و با تدبیر علمی و مهارت منطقی آن‌ها را مدیریت نماید. این چالش‌ها می‌توانند در پیوند با داروساز، با بیمار یا با دیگر افراد و سازمان‌ها رخ دهند که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به ارتباط بین پزشک و داروساز، ارتباط غیرمنطقی داروساز با بیمار، ارتباط داروساز با شرکت‌های دارویی و غیردارویی و ارتباط داروساز با سازمان‌های بیمه‌گر اشاره نمود. برای مدیریت تزامم منافع، دستورالعمل‌هایی متنوع تدوین شده است؛ اما به آن دسته از چالش‌های تزامم منافع که به داروخانه اختصاص دارند کمتر توجه شده است که جا دارد به صورت کامل و جامع به این موضوع پرداخته شود. همچنان که در سند جامع اخلاقی نظام دارویی کشور، در اصل‌های متعدد، بارها به مسئولیت‌های حرفه‌ای و مدیریت تزامم منافع اشاره شده است. در این مطالعه، موقعیت‌های تزامم منافع و چگونگی تأثیر آن بر روابط حرفه‌ای داروساز با دیگران بررسی و مورد توجه قرار گرفت و این نتیجه بدست آمد که داروخانه باید محلی مناسب و با کیفیت برای ارائه خدمات دارویی به بیماران باشد و اولویت اول داروسازان نیز باید منافع و مصلحت‌های درمانی بیماران قرار بگیرد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اخلاق داروسازی، تزامم منافع، داروخانه

۱. دانشجوی دکتری تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

## مقدمه

داروسازی یکی از حلقه‌های اصلی در فرایند مراقبت سلامت محسوب می‌شود و اگر این حلقه به‌درستی عمل نکند فرایند مذکور علاوه بر آنکه به هدف نهایی خود که تأمین سلامت جسمی و روانی بیمار و جامعه است، نخواهد رسید، دچار آسیب‌های جدی نیز خواهد شد.

روزانه بسیاری بیماران با انواع نسخ دارویی به داروخانه مراجعه می‌کنند. ارتباطات در داروخانه بسیار متنوع و گسترده است و حضور داروساز در داروخانه می‌تواند در رفتارهای بیماران بسیار اثرگذار باشد. یک مطالعه‌ی سیستماتیک در کشور ترکیه نشان می‌دهد که نقش داروساز در بیشتر کشورها تا حدی در رفتارهای بیماران اثرگذار است؛ حتی داروساز می‌تواند باعث توقف مصرف سیگار در بیشتر بیماران شود؛ در همین مطالعه آمده است که ۵۷ درصد از مشارکت‌کنندگان بر این باورند که بهتر است داروسازان مضرات مصرف سیگار را به بیماران تذکر دهند (۱). داروخانه، علاوه بر اینکه محیط ارائه‌ی خدمات به بیماران محسوب می‌شود، محیطی اقتصادی و محلی برای کسب‌وکار نیز به شمار می‌رود؛ البته داروخانه‌ها گاهی با مشکلات مالی زیادی مواجه می‌شوند و این سیستم اقتصادی ناپایدار و بی‌ثبات، چالش‌های اساسی را در حرفه‌ی داروسازی ایجاد کرده است؛ اما داروسازان باید با رویکرد «اولویت بیمار و رعایت مصالح او»، این سیستم را مدیریت کنند. داروسازان در برابر بیماران مسئولیت قانونی و اخلاقی دارند و باید به‌گونه‌ای رفتار کنند که هیچ‌گونه آسیبی بر بیمار و منافع منطقی او وارد نشود؛ باوجوداین، محیط

فعالیت آنان (داروخانه) محیطی اقتصادی و محلی برای کسب‌وکار نیز به شمار می‌رود و آنان ناچار هستند این محیط را به یک مرکز اقتصادی سودآور تبدیل کنند؛ زیرا چرخش صحیح اقتصادی داروخانه، به‌نوعی در تأمین داروهای مورد نیاز بیمار نقش کلیدی دارد و در نهایت، به سود بیمار منجر خواهد شد.

داروسازان می‌توانند دارای نقش‌های متعددی مانند تدریس در دانشگاه، پژوهش در مراکز پژوهشی، مسئول فنی در کارخانه‌های تولید دارو، مسئول فنی در شرکت‌های دارویی و مسئول فنی در داروخانه باشند؛ اما در این میان، نقش آنان به‌عنوان ارائه‌دهنده‌ی خدمات و مراقبت‌های دارویی از اهمیت و جایگاهی ویژه برخوردار است (۱). توجه بیشتر به بیماران و ارائه‌ی خدمات بیمارمحور، به قصد بهبود کیفیت زندگی آنان ضمن اینکه مسئولیت‌های داروسازان را افزایش می‌دهد، بر مواجهه‌ی آنها با چالش‌های اخلاقی نیز می‌افزاید (۲). تعهد داروسازان به نوع‌دوستی، در اولویت قراردادن منفعت بیماران، علمی عمل کردن و نداشتن سوگیری در تصمیمات حرفه‌ای، مرتب آن‌ها را در موقعیت‌های تزاخم منافع<sup>۱</sup> قرار می‌دهد. چالش‌های مالی از مهم‌ترین دلایل ایجاد تزاخم منافع هستند (۳).

در متون غربی واژه‌ی «Conflict» کاربرد عام دارد و به ناسازگاری بین دو یا چند چیز اطلاق می‌شود و معمولاً برای ترجمه‌ی آن به فارسی از واژه‌ی «تعارض» استفاده می‌شود؛ اما در اصول فقه شیعه، کاربرد کلمه‌ی تعارض، خاص و محدودتر است و از این واژه بیشتر

1. Conflict of interest

را برای یکدیگر تنگ کرده‌اند و در اصطلاح، متزاحم هستند؛ بنابراین آنچه که در متون غربی تحت عنوان تعارض نامیده می‌شود، در اصول فقه، در بسیاری از مواقع، تزاحم به شمار می‌رود. از آنجایی که در بیشتر موارد ناسازگاری‌ها در پزشکی، تکالیف پزشک یا کادر پزشکی مطرح است، به نظر می‌رسد واژه «تزاحم منافع»، واژه درست‌تری باشد (۴). به همین منظور، در این مقاله از این واژه استفاده شده است.

تزاحم منافع در حرفه‌ی سلامت غالباً وقتی رخ می‌دهد که منفعت شخصی مالی یا سایر بهره‌های شخصی یا مسئولیت‌های حرفه‌ای شخص در تزاحم باشند. به بیان دیگر، تزاحم منافع نشان‌دهنده‌ی موقعیتی است که فرد، انگیزه‌ی کار را در حیطه‌ی حرفه‌ی خود پیدا می‌کند، به‌گونه‌ای که با وظایف بدیهی شغلی او مغایرت دارد (۳)؛ اما براساس تعریف تامسون، تزاحم منافع عبارت از موقعیتی است که قضاوت یا عملکرد حرفه‌ای در خصوص منفعت اولیه تمایل دارد به‌صورت بی‌جهت و ناروا تحت تأثیر منفعتی ثانویه قرار گیرد (۲). در این تعریف، منافع اولیه شامل منفعی هستند که در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای در درجه‌ی اول اهمیت قرار دارند؛ برای مثال، درستکاری در انجام یک پژوهش معتبر، منفعت اولیه‌ی یک پژوهشگر است یا اولویت‌دادن به مصالح و رفاه بیمار، منفعت اولیه‌ی یک درمانگر است. منافع ثانویه، منفعی هستند که در درجه‌ی دوم اهمیت قرار دارند که در اکثر مواقع، منافع مالی هستند؛ اما می‌توانند منافع غیرمالی مانند میل به ارتقاء علمی و حرفه‌ای، توجه به خانواده و دوستان یا سایر خواسته‌های شخصی را نیز دربرگیرند (۵).

برای تعارض میان ادله‌ی شرعیه استفاده می‌شود و در بسیاری دیگر از ناسازگاری‌ها، از واژه‌ای دیگر به نام «تزاحم» استفاده می‌شود. در اصول فقه، کاربرد این دو واژه با هم متفاوت است. از جمله اینکه تعارض، وضعیت دو دلیل است نسبت به یکدیگر؛ اما تزاحم، حالت و وضعیت دو حکم است در برابر هم. از این رو می‌گویند: «تعارض دلیلین و تزاحم حکمین». به عبارت دیگر، تعارض میان دو دلیل، در مرحله‌ی قانونگذاری (تشریح) است، اما تزاحم دو حکم، در مرحله‌ی اجرای قانون است؛ برای مثال در متون فقهی ممکن است روایاتی که دلیل یک حکم شرعی هستند با یکدیگر ناسازگاری و تعارض داشته باشند؛ اما در تزاحم، حکم‌ها (آن چیزی که مکلف، تکلیف به انجام آن دارد) با هم ناسازگاری دارند. اما با تعریف تعارض منافع در متون غربی اخلاق پزشکی مشخص می‌شود که جنس تعارض منافع از جنس دو حکم می‌باشد؛ در واقع، تعارض آنجا روی می‌دهد که فرد در موقعیتی قرار می‌گیرد که باید بین انجام‌دادن دو امر ناسازگار دست به انتخاب بزند؛ برای مثال در متون غربی، ارجاع بیمار توسط پزشک به آزمایشگاه و دریافت پول از آزمایشگاه برای ارجاعی که به او داده شده است، به این دلیل که ممکن است منافع بیمار، به دلیل نفع مادی پزشک، در معرض خطر قرار بگیرد (برای نمونه، ارجاعات بی‌مورد انجام شود) و منافع پزشک با منافع بیمار با هم ناسازگار شوند، تعارض منافع محسوب می‌شود؛ اما در فقه شیعه چون تکالیفی که مکلف باید انجام دهد با هم ناسازگاری دارند و فعلی در مقام امتثال و عمل است، بنابراین تزاحم محسوب می‌شوند. در این مثال، منافع پزشک (منفعت مالی بیشتر) با منافع بیمار، جا

موقعیت تزاخم منافع قرار می‌دهند و همچنین به برخی از کدها و راهنماهای اخلاقی موجود در این زمینه اشاره می‌شود.

### روش کار

این مطالعه به صورت مروری و کتابخانه‌ای انجام شده و نگارندگان برای نگارش آن، بخش‌هایی از چندین کتاب را مطالعه و بررسی کرده‌اند. همچنین کلیدواژگان فارسی تزاخم منافع، داروخانه و داروساز و کلیدواژگان انگلیسی **Conflict of interest** و **Drugstor** و **Pharmacy Practice** به صورت تنها یا ترکیبی در سایت‌های رسمی ایرانی **Magiran** و **Irاندو** و **Magiran** و **Irاندو** و **Pubmed** جست‌وجو شدند. با مطالعه‌ی خلاصه‌ی مقالات، مقاله‌هایی که با موضوع مقاله‌ی حاضر مرتبط بودند، انتخاب شدند و از جملات و مباحث مهم آن‌ها یادداشت برداشته شد. همچنین با مراجعه به سایت‌های رسمی برخی انجمن‌های داروسازی تعدادی از کشورها، کدها و دستورالعمل‌ها مطالعه شد.

### طرح بحث و جمع‌بندی

در ارتباطات میان داروساز با افراد یا سازمان‌ها، ممکن است چالش‌های بسیاری رخ دهد تا او در معرض موقعیت تزاخم منافع قرار بگیرد؛ برای نمونه می‌توان به ارتباطات پزشک و داروساز، ارتباطات غیرمنطقی داروساز با بیمار، ارتباطات داروساز با شرکت‌های دارویی و غیردارویی، ارتباطات داروساز با سازمان‌های بیمه‌گر و تأثیر تبلیغات در ایجاد تزاخم منافع اشاره نمود. تزاخم منافع را می‌توان در دو بخش کلی فردی و سازمانی تقسیم‌بندی کرد.

### تزاخم منافع فردی

مشکل‌ساز بودن تزاخم منافع، به دو عامل بستگی دارد: نخست، احتمال تأثیر آن بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای و سپس، به شدت خطر یا ضرری که می‌تواند از آن ناشی گردد (۶)؛ البته در بسیاری از موارد نمی‌توان از تزاخم منافع در حوزه‌های پزشکی دوری کرد؛ اما با مدیریت صحیح و تدوین راهکارها و دستورالعمل‌های حرفه‌ای می‌توان از تأثیر و شدت آن کاست. تمام حرفه‌مندان پزشکی باید تلاش کنند تا در مواقعی که در موقعیت تزاخم منافع قرار می‌گیرند، به مسئولیت‌های حرفه‌ای خود عمل کنند؛ زیرا رفتار حرفه‌ای در هر شغلی، یک اصل و مسئولیت اخلاقی است (۷). تزاخم منافع می‌تواند در بخش‌های گوناگون حوزه‌ی پزشکی ایجاد شود؛ اما یکی از گسترده‌ترین و آشکارترین آن‌ها در ارائه‌ی خدمات سلامت اتفاق می‌افتد. داروخانه اگرچه محلی برای فعالیت‌های اقتصادی (به صورت خرید و فروش دارو) است، به طیفی گسترده از بیماران و مراجعان خدمات سلامت، به ویژه خدمات دارویی، خدمت ارائه می‌دهد؛ بنابراین داروسازان همیشه با موقعیت‌های تزاخم منافع مواجه هستند و این امر می‌تواند آنان را در اتخاذ تصمیم‌ها و انجام مسئولیت‌های حرفه‌ای با چالش‌های اخلاقی جدی مواجه کند.

چالش‌های بسیاری درباره‌ی تزاخم منافع در محیط داروخانه وجود دارد که برخی از آن‌ها جنبه‌ی فردی و برخی جنبه‌ی سازمانی دارند. در جنبه‌های فردی، افراد وضعیت‌های مؤثر بر تزاخم منافع را به وجود می‌آورند؛ اما در جنبه‌های سازمانی، مراکز و دستگاه‌های بزرگ و دولتی هستند که به دلیل سوء مدیریت، باعث ایجاد این موقعیت‌های اثرگذار بر منافع و مصالح بیمار می‌شوند. در این مقاله، به برخی از چالش‌هایی که داروساز را در

به تبع آن تحت‌الشعاع منافع داروساز) قرار بگیرد؛ بنابراین تصمیم درباره‌ی تجویز دارو باید براساس نیازهای فردی بیمار صورت گیرد و پزشکان نباید در تجویز داروها از مسائل مالی یا سایر انگیزه‌ها اثر پذیرند (۸)؛ برای مثال، در یک نمونه‌ی مشاهده‌شده صاحب داروخانه، همسر پزشک متخصص بوده و از محل طبابت پزشک تا محل داروخانه، فاصله‌ی بسیار زیاد و پریچ و خمی هم وجود داشته؛ به‌طوری‌که پیدا کردن آن داروخانه حتی با ماشین شخصی نیز مشکل بوده است. این پزشک در بیشتر مواقع، بیماران را به داروخانه‌ی همسر خود راهنمایی می‌کرده است. علاوه‌بر توجیحات پزشک، داروساز نیز در توجیه این عمل می‌گفته: «این‌گونه نسخ را من بهتر می‌توانم بخوانم» یا «در ساختن داروهای ترکیبی من تبحر فراوان دارم» و نیز «بخش آرایشی و بهداشتی داروخانه‌ی من کامل است، لذا این به نفع بیمار است که تمام اقلام نسخه را از محل مورد اطمینان پزشک تهیه کند». بیماران در چنین مواردی، با مشکلات زیادی مواجه می‌شوند و هزینه‌های فراوانی برای رفت‌وآمد صرف می‌کنند؛ مسأله‌ی مهم‌تر اینکه پس از پی‌بردن بیماران به ارتباط پزشک و داروساز، به سرمایه‌ی ارزشمند گروه‌های پزشکی یعنی اعتماد، آسیب جدی وارد می‌شود و تجارت‌انگاری از درمان و دارو در ذهن بیماران شکل می‌گیرد. این ارتباط را می‌توان یک نمونه‌ی بارز «خودارجاعی»<sup>۱</sup> نامید. در خودارجاعی، کسب درآمد مالی بر منفعت بیمار تقدم دارد و سودجویی پزشک موجب کاهش اعتماد و اطمینان به پزشک و همچنین باعث افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت می‌شود (۹).

**الف. ارتباط با پزشکان.** فرایند درمان و مراقبت سلامت سبب می‌شود داروسازان با پزشکان ارتباطی تنگاتنگ داشته باشند و در سایه‌ی این ارتباط است که می‌توان به اهداف حرفه‌ای دست یافت. ارتباط میان داروسازان و پزشکان، ارتباطی حرفه‌ای، صمیمی و برگرفته از مصلحت‌ها و منافع بیمار است. این ارتباط بر پایه‌ی اطمینان، اعتماد و ارتباطات موثر میان فردی شکل می‌گیرد و تأثیر اعتماد بر این ارتباط، بیش از سایر عوامل است. این اعتماد زمانی خود را نشان می‌دهد که طرفین در کار حرفه‌ای خود از استقلالی پذیرفتنی برخوردار باشند و تقسیم وظایف نمایند. همچنین اعتماد زمانی ایجاد می‌شود که افراد متوجه شوند طرف مقابل قصد فرصت‌طلبی ندارد و نمی‌خواهد از افراد آسیب‌پذیر یا یک موقعیت خاص، سوءاستفاده کند (۲). ازجمله مواردی که می‌توانند در ارتباط میان داروسازان و پزشکان تراحم منافع ایجاد کنند و احتمالاً به بیمار هم ضرر می‌رسانند، می‌توان به نمونه‌های زیر اشاره کرد:

۱. ارتباط فامیلی داروساز با پزشک: برخی مواقع ممکن است پزشک با داروساز صاحب داروخانه نسبت فامیلی (همسر، شوهر، فرزند و...) داشته باشد؛ به‌ویژه اینکه گاهی نسبت فامیلی ممکن است مستقیم و از نوع درجه یک باشد. در این مواقع ممکن است پزشک از درآمد داروخانه به‌صورت مستقیم سود ببرد؛ در چنین حالتی احتمال وسوسه‌شدن پزشک و سوق‌دادن بیمار به داروخانه‌ی مذکور وجود خواهد داشت. این احتمال نیز وجود دارد که نسخ گران قیمت با سودآوری بالا را تجویز کند. در این موقعیت‌ها ممکن است منافع بیمار تحت‌الشعاع منافع پزشک (و به دلیل ارتباط خویشاوندی،

1. Self-referral

ارجاع داده می‌شود، باید سهمی از آن را به من اختصاص بدهید. داروساز این پیشنهاد را رد می‌کند. بعد از آن، پزشک با داروخانه‌ای دیگر هماهنگ می‌کند و بیماران را به آنجا ارجاع می‌دهد؛ درحالی‌که این داروخانه با کلینیک فاصله‌ی فراوانی داشته و برای بیماران مراجعه‌نمودن به آن داروخانه سخت و هزینه‌ساز بوده است. در نهایت، بعد از مدتی، داروخانه‌ی مستقر در کلینیک به دلیل مراجعه‌نکردن بیماران، داروخانه را به محلی دیگر انتقال می‌دهد.

در برخی مواقع نیز داروساز از پزشک درخواست می‌کند که بیماران را با وجود دوری راه، به داروخانه‌ی او ارجاع دهد و نیز نسخه‌های گران‌قیمت و سودآور تجویز کند. این امر می‌تواند به درمان و تجویز داروهای بیهوده منجر شود و با تحمیل هزینه‌های گزاف، بیماران را با آسیب‌های جدی مواجه کند؛ همچنین ممکن است به علت گران‌قیمت‌بودن نسخه‌ها، به افزایش استرس و تنش‌های روانی بیماران منتهی شود. نمونه‌ای که می‌توان برای این‌گونه تراحم منافع مثال آورد، داروخانه‌ی یکی از شهرهای کشور است که توسط ویزیتورهایی که استخدام کرده بود، پزشکان گوناگون را ویزیت می‌کرد و در مناسبت‌های مختلف به آنان هدایایی مانند سکه‌ی بهار آزادی، آب سردکن برای مطب، بلیط رفت و برگشت هواپیما و پول نقد می‌داد؛ البته این‌گونه ویزیت‌کردن‌ها نه‌تنها پزشکان اطراف داروخانه، بلکه پزشکان دوردست را نیز شامل می‌شد. بیشتر بیماران از چنین برخوردها و ارتباط‌های غیراخلاقی، همیشه شاکی هستند و نسبت به قشر پزشکی و داروسازی اظهار بی‌اعتمادی می‌کنند. چنین اموری، شائبه‌ی تراحم منافع و تأثیر منفعت مالی پزشک بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای را درباره‌ی بیمار ایجاد

خودارجاعی علاوه‌بر اینکه عملی غیراخلاقی است، در برخی کشورها نیز عملی غیرقانونی محسوب می‌شود؛ برای مثال، قانون استارک<sup>۱</sup> در سال ۱۹۸۸ در آمریکا برای مقابله با سوءرفتار حرفه‌ای وضع شد که پزشکان را از ارجاع به جایی که برای آن‌ها یا اعضای خانواده‌ی آن‌ها منفعت دارد منع می‌کند. در مواردی که خدمات تحت پوشش<sup>۲</sup> Medicare یا<sup>۳</sup> Medicaid باشد، مجازات‌های مالی نیز برای آنان در نظر گرفته‌اند. با اصلاحیه‌ی سال ۲۰۰۸، پزشکان موظف شدند درباره‌ی سهام خود در بیمارستان نیز، به بیمار اطلاعات دهند و در این باره شفاف‌سازی کنند (۴).

۲. ارتباط مالی داروساز با پزشک: در این نوع ارتباط، ممکن است پزشک بر حسب نسخ ارجاع‌شده به داروخانه، سهمی از صاحب داروخانه بخواهد که این کار «سهم‌خواری»<sup>۴</sup> نام دارد. سهم‌خواری، جبران مالی مؤسسه یا داروخانه به پزشک است که در ازای ارجاع بیمار به آن‌ها صورت می‌گیرد و مؤسسه یا داروخانه بخشی از هزینه‌ی دریافتی از بیمار را به پزشک اختصاص می‌دهد (۱۰). برای سهم‌خواری می‌توان نمونه‌ای را که چند سال پیش در یکی از کلینیک‌های کشور اتفاق افتاد، مثال آورد: پزشک فوق تخصص به داروساز داروخانه‌ی مستقر در کلینیک اعلام می‌کند هر نسخه‌ای که از طرف من به شما

#### 1. Stark law

۲. برنامه‌ی بیمه‌ی سلامت فدرال برای افراد ۶۵ سال و بالاتر، برخی افراد جوان‌تر دارای معلولیت و افراد مبتلا به بیماری نارسایی دائمی کلیوی وضع شده است.

۳. برنامه‌ای که توسط دولت فدرال برای شهروندان مهاجر قانونی ایجاد شده است؛ اما تأمین هزینه‌ها برای خدمات پزشکی توسط ایالت مدیریت می‌شود.

#### 4. Fee Splitting

تصمیم‌گیری داروسازان برای ارائه خدمات دارویی اثر بگذارد. در پژوهشی با عنوان «چالش‌های اخلاقی در داروخانه از دیدگاه اساتید دانشکده‌ی داروسازی و داروسازان شاغل در داروخانه‌های شهر شیراز»، به این موضوع اشاره و بر اهمیت رفتار مبتنی بر عدالت تأکید شده است (۱۲). گاهی سیستم دارویی با کمبودهای دارویی مواجه می‌شود؛ اما این کمبود باید به طریقی مدیریت شود که همه‌ی افراد نیازمند تا حد امکان بتوانند به داروهای مورد نیازشان دسترسی آسان و سریع داشته باشند. چنین موقعیت‌هایی می‌توانند در تصمیم‌گیری داروسازان و رفتار عادلانه‌ی آنان برای تحویل دارو به بیماران اثرگذار باشند؛ برای مثال ممکن است برخی داروهای کمیاب به مقدار کافی در اختیار تعدادی از بیماران خاص (بیماران دارای ارتباط‌های فامیلی و جایگاه اجتماعی بالا و...) قرار گیرد و به نیاز بیماران دیگر پاسخ داده نشود. بنابراین اگر در برخورد با بیماران عدالت رعایت نشود، به مسئولیت حرفه‌ای داروساز آسیب می‌زند و سبب ایجاد بی‌اعتمادی در میان بیماران می‌شود. خوشبختانه در اصل چهارم سند جامع اخلاقی نظام دارویی کشور، که اصل «عدالت» نامیده می‌شود، در بند ۲-۴ آمده است: «داروساز باید در توزیع منابع سلامت منصف و عادل باشد و میان جامعه و بیمار تعادل برقرار کرده، محدودیت‌های منابع موجود را بشناسد و نسبت به مواردی که مسئولیت‌های اخلاقی او را خدشه‌دار می‌کنند، آگاه باشد» (۲).

به‌عنوان نمونه، چند سال قبل، زمانی که قرص «گلی‌بن‌کلامید» کمیاب و حتی نایاب بود، پدر رئیس یکی از دانشگاه‌ها با مراجعه به داروخانه‌ی دانشکده‌ی

می‌کند (۶). ناگفته نماند که این‌گونه ارتباط‌های غیراخلاقی در میان گروه‌های پزشکی اندک است و ناچیز؛ اما همانند یک غده‌ی چرکین و زشت در یک چهره‌ی زیبا به چشم می‌خورد. موفقیت جامعه‌ی پزشکی در گرو رابطه‌ی خوب با دیگران است و در ایجاد این رابطه، جامعه‌ی پزشکی باید پیش‌قدم باشد و اعتمادآفرینی کند و انگاره‌های خوب را در ذهن بیماران شکل دهد (۱۱).

ب. **ارتباط با بیمار.** یکی از گسترده‌ترین ارتباطات بین‌شخصی در داروسازی، ارتباط با بیمار است. این ارتباط مبتنی بر احترام<sup>۱</sup>، اعتماد<sup>۲</sup>، ارتباط صادقانه<sup>۳</sup> و دلسوزی<sup>۴</sup> است (۶). داروساز در برابر بیمار، مسئول است و باید صادقانه، مؤدبانه و محترمانه با او برخورد کند (۸). برخی مواقع، این ارتباطات به دلیل درخواست‌های غیرمنطقی و مادی‌گرایانه، آسیب می‌بیند و به یک ارتباط ناسالم تبدیل می‌شود؛ بنابراین برخی مصلحت‌های مالی و غیرمالی بر رفتار حرفه‌ای داروسازان در برابر بیماران تأثیر می‌گذارند. در ادامه به تعدادی از نمونه‌هایی که می‌توانند به این ارتباط آسیب وارد کنند، اشاره می‌شود:

۱. رعایت عدالت در ارتباط با بیمار: رعایت عدالت از اصول بنیادین در رفتار حرفه‌ای پزشکان و داروسازان است. داروسازان در ارائه‌ی خدمات دارویی درمانی، نباید میان بیماران خود تفاوتی قائل شوند و در صورت ضرورت، باید داروها را یکسان در اختیار بیماران قرار دهند؛ به بیان دیگر، موقعیت و جایگاه افراد نباید در

1. Respect
2. Trust
3. Honest Communication
4. Compassion

داروساز موظف است داروهای نسخ دارویی بیماران را تمام و کمال (در صورت امکان) و مطابق ضوابط علمی، قانونی و با استانداردهای تعریف شده به بیمار تحویل دهد و راهنمایی‌های لازم را بکند.

۳. درخواست‌های متفاوت افراد سودجو: گاهی نیز ممکن است برخی افراد سودجو و فرصت طلب، از داروسازان داروخانه‌ها، درخواست‌های متنوع و متفاوت دیگری داشته باشند؛ از جمله مهرکردن نسخه‌ها بدون دریافت دارو، گواهی خرید دارو بر خلاف واقع، تحویل لوازم و وسایل غیردارویی به جای داروهای تجویز شده در نسخ، دریافت پول نقد و معاوضه‌ی نسخه با پول و... در همه‌ی این نمونه‌ها شاید از نظر مالی به سود داروساز باشد، اما به حیثیت و اعتبار او لطمه‌ای جبران‌ناپذیر وارد می‌کند؛ زیرا این کار، یک نوع صدور گواهی خلاف واقع محسوب می‌شود و پزشکان و سایر گروه‌های پزشکی از آن منع شده‌اند. درخواست دارو بدون ارائه‌ی نسخه پزشک، یکی از درخواست‌هایی است که بیشتر اوقات مغایر با مسئولیت حرفه‌ای و اخلاقی داروساز بوده و یکی از مشکلات مهم در عرصه‌ی سلامت است و حتی می‌تواند در صورت بی‌دقتی، خطر مرگ و میر و همچنین افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را به دنبال داشته باشد (۱۳). براساس مطالعه‌ای که درباره‌ی خوددرمانی در میان ۱۲۵۶۷ مراجعه‌کننده به داروخانه و با کمک ۱۰۹ کمیته‌ی داروسازی در کشور آلمان صورت گرفت، ۷،۲۹ درصد از افراد، از خوددرمانی استفاده‌ی نامناسب داشته‌اند و بیشترین درخواست‌ها برای داروهای ضددرد بوده است (۱۳).

خطر تأثیر تزامم منافع در خوددرمانی نیز شایان توجه است. وظیفه‌ی اولیه‌ی داروساز، مراقبت سلامت و

داروسازی، اظهار می‌کرد چون پدر فلانی هستم باید قرص را به صورت کامل به من ارائه بدهید. این در حالی بود که به سایر بیماران، به دلیل کمبود دارویی، بیش از ۳۰ عدد قرص داده نمی‌شد و راهنمایی می‌شدند که چطور این مقدار کم را مصرف کنند. پدر این مسئول، داروساز را تهدید می‌کرد که اگر تمام و کمال دارویش را ندهند، به فرزندش می‌گوید. در این باره نیز بیم غلبه‌ی منفعت ثانویه که همانا حفظ جایگاه اجتماعی یا اقتصادی داروساز است بر منفعت اولیه، که رعایت مصالح بیماران دیگر است، وجود داشت؛ البته در این نمونه سرانجام داروساز به دلیل تعداد بسیار بیماران و احساس مسئولیت در قبال همه‌ی آنان، در برابر این فرد نیز به رفتار حرفه‌ای و اخلاقی خود عمل کرد و به او بیش از ۳۰ عدد قرص تحویل نداد.

۲. درخواست‌های مغایر با مسئولیت‌های حرفه‌ای و اخلاقی: گاهی رخ می‌دهد که بیمار با دردست‌داشتن نسخه به داروساز مراجعه می‌کند و با درخواست‌های غیرمنطقی و منفعت طلبانه، داروساز را به سوی یک تزامم سوق می‌دهد؛ یعنی درخواستی می‌کند که بر خلاف تعهدات فی‌مابین داروخانه و بیمه‌ها و همچنین خلاف رفتار حرفه‌ای و اخلاقی است؛ برای مثال، ممکن است بیمار پیشنهاد کند که تعدادی از داروها را بدهید و بقیه را برای خود بردارید و از من هم پول کمتری بگیرید. اگر داروساز فقط به خاطر منفعت مالی خود، جلب رضایت غیرمنطقی بیمار و ترس از اینکه بیمار را از دست بدهد، به این کار اقدام کند آنگاه جایگاه و اعتبار حرفه‌ای خود را در معرض خطر قرار خواهد داد و به مسئولیت‌های اخلاقی و حرفه‌ای خود به‌درستی عمل نخواهد کرد. این موضوع می‌تواند به درستکاری داروساز آسیب بزند.



کرد. بنابر مطالعه‌ای که درباره‌ی خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در میان مراجعه‌کنندگان به داروخانه‌های شهر بیرجند طی سال‌های ۹۳ و ۹۴ صورت گرفته است، ۵,۴۴ درصد از مراجعه‌کنندگان، دسترسی سریع و راحت به دارو در داروخانه را به‌عنوان دلایل خوددرمانی مطرح کردند (۱۶). بی‌دقتی در دسترسی بیماران به داروهای به‌ویژه غیرنسخه‌ای می‌تواند آسیب‌های جسمانی زیادی به بیماران وارد کند. خوددرمانی، به خودی خود، مزاحم منافع ایجاد نمی‌کند؛ اما هنگامی که افراد هر دارویی (کورتون‌ها، داروهای هورمونی، آنتی‌بیوتیک‌ها و...) را که بخواهند بدون نسخه از داروساز طلب کنند و او نیز آن‌ها را در اختیار مردم قرار بدهد، خوددرمانی زمینه‌ساز مزاحم منافع می‌شود. داروساز به خاطر فروش بهتر و کسب درآمد بیشتر، مصلحت بیمار را در نظر نمی‌گیرد و او را در خطر قرار می‌دهد. در برخی نمونه‌ها مشاهده شده است که افراد حتی برای خودکشی سعی می‌کنند که داروهای کشنده را از داروخانه تهیه کنند. این‌گونه مسائل، باید بر مسئولیت و توجه داروسازان بیفزاید. دادن دارو به‌صورت دستی و غیرنسخه‌ای، منع قانونی دارد و داروخانه مکلف است همه‌ی اقلام دارویی را صرفاً با نسخه‌ی پزشک معتبر ارائه دهد؛ مگر اقلامی که فهرست آن‌ها به‌عنوان داروهای بدون نسخه از جانب وزارت بهداشت اعلام می‌شود. بنابراین مسئول فنی داروخانه (داروساز) نمی‌تواند به اعتبار اینکه نمی‌دانسته است فروش دارویی خاص بدون نسخه ممنوع است، خود را مقصر نداند (۱۷)؛ البته مطابق نامه‌های معاونت دارو و غذای وزارت بهداشت، داروساز می‌تواند در برخی شرایط از جمله دسترسی نداشتن بیمار به پزشک معالج،

ارائه‌ی خدمات دارویی مبتنی بر ضوابط و مقررات حرفه‌ای است و به این موضوع در اصل چهارم (عدالت) و بند ۱-۴ سند جامع اخلاقی کشور اشاره شده است که داروساز باید در ارائه‌ی خدمات دارویی بیمارمحور، بالاترین استاندارد خدمات دارویی را فراهم کند (۲). فروش دارو و کسب درآمد بیشتر، می‌تواند به‌عنوان منفعت ثانویه بر مسئولیت و وظیفه‌ی حرفه‌ای داروساز اثر بگذارد و فرهنگ خوددرمانی را نیز در جامعه ترویج دهد و خطر وابستگی یا سوء‌مصرف برخی داروها را افزایش دهد. در این باره می‌توان به مثال «فاجعه‌ی ترامادول» اشاره کرد. ترامادول<sup>۱</sup> یک داروی صرفاً ضد درد با اثر مرکزی است که مکانیسم عمل آن به‌طور عمده مبتنی بر افزایش انتقال عصبی سروتونرژیک است. همچنین عملکرد ناقل «نوراپی نفرین» را مهار می‌کند. سمی بودن آن نیز گاهی سبب بروز تشنج نیز می‌شود (۱۴ و ۱۵). وقتی نخسین بار ترامادول وارد بازار دارویی شد کارخانه‌های تولیدکننده‌ی دارو نیز به شکل گسترده شروع به تولید آن کردند و به‌صورت فراوان با جایزه‌های چشمگیر، به داروخانه‌ها فروختند و متأسفانه وزارت بهداشت هم تا مدت‌ها، هیچ‌گونه واکنشی نشان نداد و این قرص خطرناک و اعتیادآور سریع به یک داروی بدون نسخه تبدیل شد. مصرف این داروی خطرناک به حدی شیوع پیدا کرد که نوجوانان آن را به‌عنوان یک داروی ضد درد در دسترس به یکدیگر توصیه می‌کردند. پس از مدتی، بخشنامه‌ای به داروخانه‌ها ابلاغ شد که قرص ترامادول نباید به‌صورت دستی داده شود و حتی باید بر نسخه‌های حاوی ترامادول نیز با دقت نظارت

#### 1. Tramadol

مهم قانونی و اخلاقی داروسازان، تهیه و تأمین دارو از مراکز و شرکت‌های دارای مجوز و مورد تأیید وزارت بهداشت است و داروهایی که خارج از این سیستم تهیه شوند، فروش آن‌ها در داروخانه ممنوع است (۱۷). در سند جامع اخلاقی نظام دارویی کشور، در اصل سوم (ضرر نرساندن) و بند ۵-۳ آمده است که «داروساز باید فقط داروهایی را تهیه کند که از کیفیت آن مطمئن است» (۲). فروش داروهایی که وزارت بهداشت مجوز تولید و پخش آن‌ها را صادر کرده، در داروخانه بلامانع است؛ اما داروساز در میان این داروها نیز باید تلاش کند داروهایی را که نسبت به سایر محصولات کیفیت بهتری دارند تهیه کند.

داروهایی نیز وجود دارند که به صورت قاچاق و غیرمجاز از مرزهای کشور وارد شده و توسط افراد سودجو و بی‌مسئولیت در میان داروخانه‌ها توزیع می‌شوند. برخی عوامل تمایل برخی داروسازان به این نوع داروها عبارت‌اند از:

۱. حرص و طمع برای به‌دست‌آوردن درآمد بیشتر؛ چه از راه مشروع و چه از راه نامشروع. برخی انسان‌ها در هر حرفه یا شغلی، امکان داشتن چنین منش و خصلتی را دارند و هرگز با درآمدهای منطقی و مشروع اکتفا نمی‌شوند.

۲. تجویز این‌گونه داروها توسط برخی پزشکان و تأکید آنان بر نوع و برند آن دارو، موجب می‌شود تا داروساز برای از دست‌ندادن این دسته از نسخه‌ها و بیماران، به خرید چنین داروهایی اقدام نماید.

۳. کمبود دارویی باعث رقابت ناسالم در میان داروخانه‌ها می‌شود و تعدادی از داروسازها سعی می‌کنند کمبودهای دارویی را از طریق همین داروهای قاچاقی جبران کنند.

برخی داروهای ضروری و اساسی بیماران را به جز روان‌گردان‌ها و داروهای تحت کنترل معاونت‌های غذا و دارو، به مدت محدود و برای مصرف چند روز، در اختیار بیماران قرار دهد.

۴. عدم راهنمایی بیماران: بیماران معمولاً از ضوابط و مقررات دارویی اطلاعاتی ندارند و راهنمایی نادرست و ناقص بیماران، می‌تواند هزینه‌ی بسیاری را بر بیمار تحمیل کند؛ درحالی‌که، اگر داروساز بیمار را به‌درستی راهنمایی کند بیمار می‌تواند همه یا بخشی از داروهای خود را به کمک بیمه دریافت کند و هزینه‌ی کمی بپردازد؛ اما ممکن است بیمار به دلایلی از جمله طمع زیاد و بی‌حوصلگی داروسازان، ناآگاهی از مقررات، وجود رفتارهای غیرمنطقی و زورمدارانه‌ی بیمه، به‌درستی راهنمایی نشود و داروهای خود را به شکل آزاد و قیمت بالا تهیه کند. این فرایند از نظر مالی به نفع داروساز و به ضرر بیمار است و می‌تواند باعث ایجاد تزامن در منافع داروساز شود؛ به بیان دیگر، ممکن است داروساز منفعت خود را بر منفعت بیمار ترجیح دهد و بگوید که «نمی‌خواهم سرمایه‌ام در بیمه بخوابد».

برای نمونه بیماری که قرص «پلاویکس» در نسخه دارد و در عروق قلبی یا مغزی‌اش، استنت‌گذاری شده است می‌تواند به شرط تشکیل پرونده در بیمه، نوع ایرانی دارو را با بیمه تهیه کند؛ اما به دلیل راهنمایی‌نکردن داروساز و ناآگاهی بیمار، مجبور خواهد شد که دارو را با قیمت آزاد و هزینه‌ی بیشتر فراهم نماید. این تزامن منافع که برای داروساز سود مالی دارد، ممکن است قضاوت و رفتار حرفه‌ای داروساز را تحت تأثیر قرار دهد.

ج. تأمین و تهیه‌ی داروهای غیرمجاز. یکی از وظایف

برابر بیماران، مسئولیتی خطیر و مستقیم دارند و موظف هستند به مسئولیت حرفه‌ای خود به شایستگی عمل کنند و منافع و مصالح بیماران را به منافع شرکت‌های دارویی و غیردارویی ترجیح دهند. در بسیاری از موارد شرکت‌ها، داروسازان را از طریق هدایای مالی و غیرمالی در موقعیت تراحم منافع قرار می‌دهند و این تراحم منافع می‌تواند در رفتار حرفه‌ای داروساز اثرگذار باشد؛ به طوری که برخی اوقات، داروساز داروهای کم‌کیفیت یا بی‌کیفیت هدیه‌دار را به داروهای باکیفیت بدون هدیه ترجیح می‌دهد و منافع بیمار را در مصرف دارو لحاظ نمی‌کند. این اقدامات، اولویت‌های کاملاً اقتصادی شرکت‌ها را در مقایسه با اولویت‌های بیماران پررنگ‌تر کرده و نقش و مسئولیت حرفه‌ای داروسازان را در فرایند دارویی‌درمانی دچار آسیب و تراحم می‌کند. چنین وضعیتی می‌تواند به مرور زمان عرصه را بر حرفه‌مندان سلامت تنگ کند.

شرکت‌ها در برخی موارد، داروهای تاریخ نزدیک با جایزه‌های چشمگیر به داروخانه‌ها پیشنهاد می‌کنند. در چنین موقعیتی داروساز باید دقت نماید که خرید را متناسب با نیاز واقعی داروخانه انجام دهد و در زمان تحویل دارو به بیماران، مدیریت لازم را برای مصرف داروها توسط بیمار (حتی مدتی قبل از انقضای تاریخ) اعمال کند و منافع و سلامتی بیمار را هدف اول خود قرار دهد و اجازه ندهد که منفعت ثانویه (سود مالی)، بر منفعت اولیه که همان مصالح بیماران است، غلبه پیدا کند. ب. **ارتباط با بیمه.** در ابتدا توضیح داده شد که تراحم منافع می‌تواند علت فردی یا سیستمی داشته باشد و برخی اوقات این سیستم‌ها، دستگاه‌ها و نهادهای دولتی

۴. قیمت داروهای غیرمجاز عموماً بسیار ارزان‌تر از نوع مجوزدار<sup>۱</sup> و پرچسب‌دار<sup>۲</sup> آنان است و این قیمت ارزان داروسازها را وسوسه می‌کند تا به تهیه‌کردن چنین داروهایی رو بیاورند.

۵. رواج این باور غلط که فروش داروهای خارجی شاید از نظر قانونی منع داشته باشد، اما کیفیت و اثرشان بیشتر از داروهای ایرانی است.

۶. نبود برخوردهای شدید، قانونی و پیگیری‌های مستمر و مداوم از طرف وزارت بهداشت با افراد خاطی و عدم همکاری‌های لازم و جدی سایر نهادهای مربوط از دیگر عوامل تمایل داروسازها به خرید داروهای قاچاق و غیرقانونی است.

همه‌ی این تراحم‌ها می‌توانند در رفتارهای اخلاقی و حرفه‌ای اثر بگذارند و به ضرر بیمار منتهی شوند و حتی برخی اوقات نیز آسیب‌های جدی مالی و جانی به بیماران وارد نمایند؛ بنابراین داروساز نباید به تهیه و فروش داروهایی اقدام نماید که جایگاه حرفه‌ای او را مخدوش کند. او باید تابع قوانین سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت باشد (۲).

### تراحم منافع سازمانی

**الف. ارتباط با شرکت‌های دارویی یا غیردارویی.** شرکت‌ها، فعالیت اقتصادی دارند و تلاش می‌کنند بیشترین سهم فروش را در بازار دارویی کشور داشته باشند. اگر چه این شرکت‌ها در فرایند مراقبت سلامت نقش دارند، در برابر بیماران، مسئولیت مستقیم ندارند؛ اما داروسازان در فرآیند درمان و ارائه‌ی خدمات دارویی، در

1. Justification
2. Labeling

این باره می‌توان به داروی «کلوپیدوگرل»<sup>۱</sup> با نام تجارتي «پلاویکس»<sup>۲</sup> اشاره کرد. تعهد بیمه برای مصرف این دارو که مهارکننده‌ی «آدنوزین دی فسفات» است و سبب مهار تجمع پلاکتی می‌شود (۱۵)، به شرط استنت گذاری، یک سال است؛ درحالی‌که پزشکان مطابق با رفرنس‌های خود، مصرف این دارو را برای مدت بیش از یک سال به بیمارانشان توصیه می‌کنند. بنابراین، بعد از یک سال باید بیماران این دارو را به صورت آزاد تهیه کنند که باعث افزایش هزینه‌های بیمار می‌شود؛ البته بیمه ادعا می‌کند که کارشناسان بیمه این موضوع را تشخیص داده‌اند.

ارتباط ناسالم و غیرمنطقی بیمه‌ها که از موضع قدرت و بالادستی با داروسازان برخورد می‌کنند و با بلوکه کردن سرمایه‌ی داروخانه‌ها، آنان را با مشکلات اقتصادی مواجه می‌سازند، باعث می‌شود تا داروسازان در تراحم منافع شدید قرار بگیرند؛ از این رو داروسازان باید تصمیم بگیرند که داروهای بیماران را به دلیل مشکلات مالی، با بیمه احتساب کنند یا آن‌ها را بدون اطلاع بیمار، به صورت آزاد و غیربیمه‌ای محاسبه نمایند. این مشکل می‌تواند به ضرر بیمار باشد و بر تصمیم‌گیری داروساز اثر بگذارد و نتیجه‌ی این ارتباط ناسالم، دسترسی دشوار و نادرست بیماران به داروهای مورد نیاز خواهد بود. همچنین داروسازان دیگر رغبتی به دفترچه‌های درمانی نشان نمی‌دهند؛ از این رو یا نسخ بیمه‌های درمانی را نمی‌پذیرند یا بیماران را درست راهنمایی نمی‌کنند یا داروها را با قیمت غیربیمه‌ای و آزاد به بیماران تحویل می‌دهند. این‌گونه رفتارها باعث ایجاد سوء تفاهم‌هایی میان بیماران و داروسازان می‌شود؛ البته بیشتر داروسازان

هستند که باعث ایجاد موقعیت‌های تراحم منافع می‌شوند. یکی از ایجادکننده‌های موقعیت تراحم منافع، بیمه‌ها هستند که به تعهدات خود در برابر طرفین قرارداد عمل نمی‌کنند. بیمه‌ها دارای پوشش‌های متنوعی بوده و عام‌ترین و گسترده‌ترین آن‌ها، بیمه‌ی درمانی است که امروزه بیشتر افراد جامعه را تحت پوشش قرار داده است. در میان گروه‌های پزشکی، ارتباط و قرارداد با بیمه‌ها برای داروساز نقش حیاتی دارد. بیشتر افراد جامعه دارای دفترچه‌ی بیمه درمانی بوده و تلاش می‌کنند داروهای تجویز شده توسط پزشک را از طریق این دفترچه‌ها تهیه کنند و هزینه‌ی کمتری پرداخت نمایند. داروسازان نیز برای ارائه‌ی خدمات دارویی بهتر و مطابق با استانداردها به بیماران، با بیمه‌ها قرارداد می‌بندند و هر کدام از طرفین، حقوق و مسئولیت‌هایی دارند و موظف هستند به تمام بندها و عناوین موجود در قرارداد، پایبند باشند. متأسفانه در بیشتر اوقات، بیمه‌ها به تعهدات خود عمل نمی‌کنند و داروساز را با مشکلات مالی و اقتصادی مواجه می‌سازند.

بیمه‌ها به دلیل مدیریت مالی منابع خود، باید با تراحم منافع مقابله کنند؛ اما متأسفانه برخی بیمه‌ها، موقعیت‌های تراحم منافع ایجاد می‌کنند؛ برای مثال، در مواردی خود شرکت بیمه، صاحب بزرگ‌ترین گروه‌های دارویی منطقه‌ی خاورمیانه است و تلاش می‌کند بیشترین نقش کلیدی را در فروش دارو داشته باشد (۱۸).

از طرف دیگر، به افراد تحت تکفل و گروه‌های پزشکی توصیه می‌شود در مصرف دارو و تجویز آن، اصول منطقی و علمی مصرف و تجویز دارو را مراعات کنند که این تراحم منافع بسیار بزرگی ایجاد می‌کند. در

1. Clopidogrel
2. Plavix

کرده‌اند؛ اما دستورالعمل‌ها و راهنماهای اختصاصی درباره‌ی تزامم منافع برای داروسازان شاغل در داروخانه‌ها، در کشورهای مختلف و نیز در کشور ما آنقدر چشمگیر نیستند تا داروسازان را با موقعیت‌ها و پیامدهای تزامم منافع آشنا کنند. در اینجا به تعدادی از آن‌ها به‌عنوان نمونه اشاره می‌شود:

**الف. دستورالعمل‌های بین‌المللی.** شورای اخلاق و امور قضایی<sup>۱</sup> انجمن پزشکی آمریکا که سیاست‌های اخلاقی AMA را تدوین می‌کند، کدهای اخلاق پزشکی<sup>۲</sup> را در حدود ۱۶۰ سال گذشته بازنگری کرده است. این کدها در حقیقت قانون نیستند، بلکه اصول اولیه‌ی رفتار شرافتمندانه‌ی یک پزشک را بیان می‌کنند. در بخش ششم این کدها، به موضوع «تسهیم حق ویزیت» اشاره شده است. در این بخش آمده است: «پیمان مالی که توسط پزشک و یا با پزشک صرفاً برای ارجاع یک بیمار منعقد گردد، سهم‌خواری بوده و غیراخلاقی است. پزشک نباید هیچ‌گونه پرداختی را، در هر شکل و از هر منبعی مانند شرکت دارویی، برای تجویز یا ارجاع بیمار بپذیرد» (۱۹). انجمن داروسازان آمریکا<sup>۳</sup>، با تشویق و ترغیب داروسازان به مدیریت تزامم منافع، به آنان توصیه می‌کند:

۱. این انتظار از داروسازان وجود دارد که به‌عنوان حرفه‌مندان مراقبت‌های بهداشتی در جهت منافع بیماران عمل کنند.

۲. انجمن از داروسازانی که تصمیم‌گیری‌ها را مبتنی بر ارائه‌ی مراقبت بهینه از بیمار قرار می‌دهند، حمایت

خود را متحمل زحمت نموده و عوارض این ارتباط ناسالم بیمه را به بیماران انتقال نمی‌دهند و منافع و مصالح بیمار را اولویت اول خود قرار می‌دهند.

**ج. تبلیغات محصولات دارویی و غیر دارویی.** شرکت‌های تولید و پخش، به شکلی بسیار گسترده برای محصولات دارویی و غیردارویی تبلیغ می‌کنند و در این زمینه می‌توان مطالب فراوانی را مطرح کرد؛ اما برای جلوگیری از اطاله‌ی کلام، تنها به چند نمونه از موقعیت‌هایی که بر مسئولیت حرفه‌ای داروسازان اثر می‌گذارد، اشاره می‌شود:

تبلیغات و چسباندن بنرهای تبلیغاتی به‌صورت گسترده در محیط داروخانه، آنجا را صرفاً به شکل یک مرکز تجاری در اذهان بیماران تبدیل می‌کند و احساس محیطی ایمن از نظر سلامتی را از آن‌ها راکاهش می‌گیرد و می‌تواند بر ارتباط میان داروساز با بیمار تأثیر منفی بگذارد.

افزون‌براین، تبلیغات می‌تواند باعث افزایش فروش محصولات بی‌کیفیت شود و داروساز را به تهیه‌ی آن محصولات دارویی و غیردارویی طوری ترغیب کند که با بی‌توجهی به کیفیت آن‌ها، به وظیفه‌ی حرفه‌ای خود که تهیه‌ی محصولات باکیفیت است عمل نکند؛ بنابراین بیماران نیز از دستیابی به محصولات باکیفیت محروم می‌شوند و تزامم منافع شکل‌گرفته به ضرر بیمار منجر می‌شود.

### دستورالعمل‌ها و راهنماها درباره‌ی تزامم منافع

درباره‌ی تزامم منافع، در کشورهای مختلف به‌ویژه آمریکا، دستورالعمل‌های اخلاقی و قانونی فراوانی تدوین شده است و گروه‌های پزشکی را ملزم به رعایت آن‌ها

1. The council on Ethical and Judicial Affairs(CEJA)  
2. AMA codes of Medical Ethics  
3. American Pharmacists Association (APhP)

می‌کند.

۳. انجمن از توسعه، روزآمدی و استفاده از سیاست‌ها و روش‌های مدیریت تزامم منافع حمایت می‌کند.

۴. اصول اساسی که راهنمای داروسازان برای توسعه، استفاده از سیاست‌ها و روش‌های مدیریت تزامم منافع است، باید توسط داروساز توسعه یابند (۲۰).

مطابق کدهای اخلاقی انجمن داروسازان آمریکا، اولویت با کرامت، سعادت و رفاه بیماران است. مطابق این کدها یک داروساز نخست باید به عهد و پیمان میان خود و بیمار احترام بگذارد؛ سپس برای سلامتی بیمار، در ارتقای مراقبت و حفظ رازداری، تلاش و آن‌ها را ترویج کند؛ و در نهایت اتونومی و کرامت بیمار را محترم بدارد (۲۱).

در کدهای اخلاقی شورای پزشکان عمومی انگلستان، پزشکان از قبول هرگونه وسیله‌ی اثرگذار و القاکننده، هدیه یا هر چیزی که ممکن است بر تجویز آنان اثر بگذارد منع شده‌اند (۲۲).

ب. **دستورالعمل‌های تدوین‌شده در ایران.** «سند جامع نظام دارویی کشور» که براساس هشت اصل طراحی شده است، اصول اخلاق حرفه‌ای داروسازی را بیان می‌کند و اولین تکلیف داروساز را مراقبت از بیمار می‌داند. در بخش‌های متعدد این سند بر منافع بیمار و نقش کلیدی داروساز تأکید شده که به برخی از آن‌ها در متن اشاره شده است؛ برای مثال، در اصل «سودرسانی» بیان می‌کند: «داروساز باید در داروخانه یا مرکزی که در حیطه‌ی مسئولیت او قرار دارد در فروش هر نوع دارو اعم از مکمل، فرآورده‌های گیاهی، داروهای بدون نسخه یا سایر اقلام موجود در داروخانه مداخله کند. به این منظور باید از بیمار اطلاعات کافی بگیرد تا بتواند از درستی فروش

آن به بیمار اطمینان حاصل کند.» در اصل «ضرر نرساندن» نیز آمده است: «شرایط کاری داروساز از قبیل (سختی کار، دریافت نکردن حقوق مکفی، خواسته‌های صاحب داروخانه یا کارفرما و...) نباید کیفیت ارائه‌ی خدمات دارویی را تحت تأثیر قرار دهد.» در اصل «عدالت» نیز می‌گوید: «داروساز باید با کارکردی منصفانه و عادلانه به ارتقای سلامت جامعه کمک کند.» سرانجام در اصل «همکاری»، داروسازان را به تعامل سازنده با همکارانشان تشویق کرده و می‌افزاید: «داروساز باید در برقراری، حفظ و توسعه‌ی روابط حرفه‌ای خود با همکاران و سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه بکوشد» (۲۳). همچنین در اصل چهارم، بندهای ۴-۴ و ۴-۵ به این نکته اشاره می‌شود که «منافع مالی نباید بر بی‌طرفی در قضاوت یا استانداردهای مراقبت دارویی تأثیر بگذارد و همکاری را با سایر اعضای تیم درمان مخدوش کند. مسئولیت اخلاقی داروساز نباید قربانی منافع مادی صاحب داروخانه شود.» افزون‌براین در اصل هشتم، بند ۵-۸ به این پرداخته می‌شود که «علی‌رغم اهمیت ارتباط تنگاتنگ حرفه‌ای میان داروساز و سایر اعضای گروه درمانی، داروساز باید فقط در فعالیت‌های غیرمؤثر بر قضاوت یا استقلال حرفه‌ای او، مشروط بر آنکه روابط مالی خاصی ایجاد نشود، مشارکت کند. این روابط نباید به گونه‌ای باشد که در انتخاب بیمار برای داروساز یا سایر اعضای تیم محدودیت ایجاد کند» (۲).

در «منشور حقوق بیمار در ایران»، با هدف حفظ و ارتقا و تحکیم رابطه‌ی انسانی میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت، به حق دریافت مطلوب خدمات سلامت توسط بیماران اشاره شده است؛ همچنین

داروسازان در تزامن منافع، با رویکرد اصلاحی و بهبودی.

در این منشور بر توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران، ارائه‌ی خدمات مبتنی بر برتری منافع بیمار، ارائه‌ی خدمات سلامت مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و دسترسی در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار تأکید شده است (۲۴). متأسفانه در این منشور، به‌صورت صریح و واضح به موقعیت‌های ایجادکننده‌ی تزامن منافع و تأثیر آن بر منافع و مصلحت بیمار پرداخته نمی‌شود و جا دارد که در اصلاحیه‌های بعدی آن، به این موضوعات نیز توجه شود.

### نتیجه‌گیری

داروخانه باید محلی مناسب و باکیفیت برای ارائه‌ی خدمات دارویی به بیماران باشد و منافع و مصلحت‌های درمانی بیماران نیز، باید اولویت اول داروسازان قرار بگیرد. شایسته است داروسازها موقعیت‌هایی را که تزامن منافع ایجاد می‌کنند و می‌توانند بر مسئولیت اخلاقی و حرفه‌ای آنان تأثیر بگذارند و به ضرر بیمار منتهی شوند، بشناسند و آن‌ها را مدیریت نمایند.

### پیشنهادات

۱. آموزش مداوم و پیوسته‌ی موقعیت‌های ایجادکننده‌ی تزامن منافع و چگونگی اثرگذاری آن‌ها بر وظایف و مسئولیت‌های حرفه‌ای با ذکر نمونه، به دانشجویان داروسازی؛
۲. برگزاری بازآموزی‌ها و آشناکردن داروسازان با تزامن منافع مبتنی بر نمونه‌های مشاهده‌شده در داروخانه‌ها؛
۳. طراحی و تدوین اختصاصی دستورالعمل تزامن منافع و ابلاغ آن برای تمام داروسازان؛
۴. کنترل و نظارت علمی دانشگاه‌ها بر عملکرد

- 1- Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: a systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Public Health*. 2011; 11:582.
- 2- Salary P, Abdollahy M, Neekfar SH. [Darsnameh akhlaghe Darusazy]. 1<sup>ed</sup>. Tehran: Baraye Farda; 1395. [in Persian]
- 3- Parsa M, Namazy NH, Larijany B. [Rahe halleh Taaroze Manafe VA Masadige on Dar Amuzesh VA Darman]. Tebb va Tazkie. 1391; 1. [in Persian]
- 4- Parsa M, Larijani B, Aramesh K. A comparison between conflict of interest in Western and Islamic literatures in the realm of medicine. *J Med Ethics Hist Med*. 2014; 7:7.
- 5- Bernard Lo, Marilyn J. Conflict of Interest in medical research education and practice. The national academies press. 2009.
- 6- Larijany B, Aramesh K. [Pezeshk va Molahezate Akhlagy]. 1<sup>ed</sup>. Tehran: Baraye Farda; 1392. [in Persian]
- 7- Faramarz Garamaleky A. [Nazarieh Akhlagieh Razy]. 1<sup>ed</sup>. Tehran: Moasseseieh Hekmat va Falsafeye Iran; 1391. [in Persian]
- 8- Sommerville A, Brannan S, Chrispin E, Davies M, English V, Mussell R, et al. *Medical Ethics Today*. The BMA'S handbook of Ethics and Law. 3<sup>ed</sup>. UK: Wily Blackwell. 2012.
- 9- Wilkinson P. Self referral: a potential conflict of interest. *BMJ*. 1993.
- 10- Hannah HW. Fee splitting, kickbacks, rebates and commissions. *JAM Vet Med Association*. 1998.
- 11- Faramarz Garamaleky A. [Akhlaghe Herfeie]. 9<sup>ed</sup>. Tehran: Majnoon; 1395. [in Persian]
- 12- Raisnejadian S, Ebrahimi S, Hemmati S. Ethical challenges in the community pharmacy setting from the perspective of the faculty members of Shiraz school of pharmacy and pharmacy practitioners: a qualitative study. *Akhlag va Tarikheh Pezeshky*. 1394; 8(5). [in Persian]
- 13- Eickhoff C, Hämmerlein A, Griese N, Schulz M. Nature and frequency of drug-related problems in self-medication (over-the-counter drugs) in

## منابع

- daily community pharmacy practice in Germany. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2012; 21(3):254-60.
- 14- Katzung Bertram G, Masters S, Trevor A. *Basic and Clinical Pharmacology*. 12<sup>ed</sup>. Tehran: Arjmand; 1391. [in Persian]
  - 15- Ghamarian A. [Ettelaate daruee iran]. 3<sup>ed</sup>. Tehran: Ghamarian; 1390. [in Persian]
  - 16- Tahergooraby Z KZ, Meetra M. [Epidemiological study of self-medication and its associated factors in visitors to Birjand pharmacies]. *Majalleh Elmieh Daneshgah Ooloom Pezeshkieh Beerjand*. 1395; 23(2). [in Persian]
  - 17- Hosein A. [Jaraeme Darooie az Manzare Hogoog Jaza va Jormshenacy]. 1<sup>ed</sup>. Tehran: Moassese Farhangy Hogoogy Seena; 1387. [in Persian]
  - 18- Anonymouse. Tamin Pharmaceutical Investment Company. <http://www.tpicoholding.com/160> (accessed on 2017).
  - 19- Larijani B, Zahedy F. [Tasheem Daramadha va Akhlaghe Pezeshky]. *Diabet va Lipid Iran*. 1385;6(1). [in Persian]
  - 20- Anonymouse. American Pharmacists Association. <http://www.pharmacist.com/policy/potential-conflicts-interest-pharmacy-practice-76> (accessed on 2017).
  - 21- B. Resnik D, L. Ranelli P, P. Resnik S. The conflict between ethics and business in community pharmacy: what about patient counseling? *Journal of Business Ethics*. 2000; 28: 179-86.
  - 22- Anonymouse. Working with Doctors Worhing for Patient 1395. [www.gmc-uk.org/gmc](http://www.gmc-uk.org/gmc) (accessed on 2017).
  - 23- Anonymouse. <http://meh.iums.ac.ir/ShowCode.aspx?CodeID=121&lang=fa> (accessed on 2017).
  - 24- Anonymouse. <http://meh.iums.ac.ir/ShowCode.aspx?CodeID=121&lang=fa>. (Accessed on 2017).



## The Conflict of Interest in Pharmacy Practice

Rasool Esmalipour<sup>1</sup>, Mojtaba Parsa<sup>\*2</sup>

<sup>1</sup>PhD Candidate, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>Assistant Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

The conflict of interest is a situation in which professional judgment and performance in the primary interest and obligation tend to be unduly influenced by a secondary interest. Pharmacy is one of the main rings in the process of providing healthcare services. In this process conflict of interest may occur frequently which occasionally has influence on the professional and moral duties of pharmacists that as a result may put the interest of the patients at risk. Taking care of patients is the first duty of pharmacist and they always must make every effort to avoid any situations that puts the interests of the patient including their health, financial or non-financial position at risk. The pharmacist must be aware of conflict of interest that exist in the drugstore as well as its effects on their professional and moral responsibilities. They also need to be able to manage them through scientific policy and logical skills. These issues and challenges may happen in terms of the relationship between the pharmacist and patients, other people or organizations, such as the relationship between doctors and pharmacists, pharmacists and pharmaceutical or non pharmaceutical companies, irrational relationship between pharmacists and patients. Although various guidelines for managing conflict of interest have been developed, there is a lack of policy on how to manage conflict of interest in pharmacy. In this study, the situations of conflict of interest and how it affects the professional relations of pharmacist with others was considered and this result was achieved that the pharmacy have to be a suitable and appropriate place to give services for patients and the first priority of pharmacists must be the patients' treatment benefits and interest

**Keywords:** Conflict of interest, ethics in pharmacy, pharmacy, medical ethics

---

\* Corresponding Author: Email: [mparsa@tums.ac.ir](mailto:mparsa@tums.ac.ir)