

بررسی اخلاقی و حقوقی سهم‌خواری در محیط پزشکی

عبدالحسن کاظمی^۱

مصطفی کاظمی - دانشکده مهندسی معماری، دانشگاه هنر اسلامی تبریز
دکتر نجات فیض‌اللهی - استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی اهر
صدیار عطالو - معاونت قضایی دادگستری آذربایجانشرقی
دکتر محمد مسعودی نیا - امور حقوقی دانشگاه پیام نور آذربایجانشرقی

چکیده

تحلیل هزینه‌های غیر ضروری بر بیمار هم با حقوق اولیه بیماران و هم با شأن و شرافت ذاتی و تاریخی علم پزشکی و کادر پزشکی منافات دارد و همچنین همه سوگندنامه‌ها، پندنامه‌ها، منشورهای اخلاقی پزشکی و ... در طول تاریخ کادر پزشکی را ملزم نموده‌اند که منافع بیمار را بر منافع خود مقدم بدانند و در تیمار و تسکین آلام بیماران حداکثر مساعی خود را به کار گیرند.

در پدیده سهم‌خواری، متأسفانه پزشک و یا کادر پزشکی سهم‌خوار، برخلاف اصول بنیادین همه سوگندنامه‌های پزشکی از یک طرف و از طرف دیگر بر خلاف شأن و شرافت ذاتی حرفه پزشکی، به ضرر بیمار و به نفع خود، به سودجویی غیر اخلاقی می‌پردازد و اساس اعتماد پزشک - بیمار را به شدت مخدوش می‌نماید.

مطابق نظامات دولتی و مقررات نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران نیز سهم‌خواری جزء موارد روشن قصور پزشکی بوده و قابل پیگرد سازمانی و حقوقی است، همچنانکه در بسیاری از کدهای اخلاقی ناظر بر عملکرد جامعه پزشکی و در اساسنامه انجمن‌های پزشکی و قوانین نظام پزشکی در جوامع مختلف نیز موضوع سهم‌خواری، رفتاری غیر اخلاقی و بعضاً غیرقانونی در نظر گرفته شده و در پاراگراف پنجم سوگندنامه دانشجویان و پزشکان ایرانی هم بر پرهیز از آزمندی و نگاهبانی دانش پزشکی از سیم و زر تأکید شده است. فتاوی فقهی مراجع تقلید نیز وجوه حاصل از سهم‌خواری را غیرمشروع می‌دانند. در اساسنامه انجمن جهانی پزشکی در قسمت مربوط به تعارض منافع از سهم‌خواری یاد شده و این پدیده مذموم شمرده شده است.

واژگان کلیدی: سهم‌خواری؛ حقوق بیمار؛ شرافت پزشکی؛ سوگندنامه‌های پزشکی.

مقدمه

سهم‌خواری (Fee splitting) در حوزه پزشکی به ارجاع غیر مفید و فاقد ضرورت پزشکی بیمار به سایر پزشکان، پیراپزشکان و یا مراکز و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات پزشکی و

همچنین خودارجاعی‌های غیر ضروری همه شاغلین حرفه‌های پزشکی اطلاق می‌شود و بدیهی است که تحمیل هزینه‌های غیر ضرور بر بیمار، از یک طرف با حقوق اولیه بیماران و از طرف دیگر با شأن و شرافت ذاتی و تاریخی علم پزشکی و کادر پزشکی منافات دارد و همه سوگندنامه‌ها، پندنامه‌ها، منشورهای اخلاقی پزشکی و ... در طول تاریخ، کادر پزشکی را ملتمز و مقید نموده‌اند که منافع بیمار را بر منافع خود مقدم بدانند، از بیماران نیازمند وجهی دریافت ننمایند، در تیمار و تسکین رنج و آلام بیماران حداکثر مساعی خود را بکار گیرند.^۲

با توجه به عناوین فوق، قبح و زشتی سهم‌خواری در پزشکی با ارجاعات غیر ضروری انسانی دردمند و محتاج به توانایی‌های تخصصی و حرفه‌ای، محبت، انسانیت و نوع دوستی جامعه پزشکی بیشتر روشن می‌گردد (Thompson, 2004: 20-22; Schulte, 2006: 16) و مصداق روشنی از بروز تعارض منافع (Conflict of Interest) مابین پزشک و بیمار است (Dickens & Cook, 2006: 192-197) که متأسفانه در این عرصه پزشک و یا کادر پزشکی سهم‌خوار (Fee splitter) برخلاف اصول بنیادین همه سوگندنامه‌های پزشکی از یک طرف و از طرف دیگر بر خلاف شأن و شرافت ذاتی حرفه پزشکی به ضرر بیمار و به نفع خود (و گاهی حتی در شرایط عدم تصور هیچ گونه نفعی برای بیمار) به سودجویی غیراخلاقی می‌پردازد (Weber, 1998: 8-10) و اساس اعتماد پزشک - بیمار را به شدت مخدوش می‌نماید (Budd, 1966: 117-118). کادر پزشکی در مقابل بیماران و اطرافیان آنها به ویژه در جامعه ما همیشه در موضع مسلط و فعال قرار دارد و چشم بیمار و خانواده و اطرافیان بیمار برای اعاده سلامتی عزیزان خود همیشه به دست کادر پزشکی دوخته شده است تا کلمه‌ای امید بخش و حرکتی انسانی از دست و زبان پزشک مشاهده نمایند و مسلم است که در چنین شرایطی سوء استفاده از نیاز بیمار و خانواده وی برای انجام اقدام درمانی، به غایت غیرانسانی و غیراخلاقی جلوه می‌نماید،^۳ ضمن آنکه مطابق نظامات دولتی و مقررات نظام پزشکی نیز چنین رفتاری جزء موارد روشن قصور پزشکی بوده و قابل پیگرد سازمانی و حقوقی است. چنانکه در بسیاری از کدهای اخلاقی ناظر بر عملکرد جامعه پزشکی و در اساسنامه انجمن‌های پزشکی و قوانین نظام پزشکی در جوامع و فرهنگ‌های متفاوت نیز موضوع سهم‌خواری رفتاری غیراخلاقی و بعضاً غیرقانونی در نظر گرفته شده است.^۴

در اساسنامه انجمن جهانی پزشکی (WMA)^۵ در قسمت مربوط به تعارض منافع تحت عنوان Kickbacks (or fee-splitting) از سهم‌خواری با عناوین

یاد شده است که مفهوم Kickbacks با «پرداخت مالی غیرمجاز» معادل است (Hannah, 1998: 966-977).
در فصل چهارم اساسنامه این انجمن که ارتباطات حرفه‌ای در طب را با عنوان CHAPTER FOUR
PHYSICIANS AND COLLEAGUES - مورد بحث قرار می‌دهد، درباره عناوین زیر با درج
شرایط یک بیمار فرضی (case study) به ارائه موازین اخلاقی در مورد حقوق بیمار می‌پردازد:

- پزشکان با همدیگر چگونه باید رفتار کنند؛^۷
 - گزارش کیفیت رفتار غیر اخلاقی همکاران؛^۸
 - شناسایی اصول اصلی اخلاقی مربوط به همکاری با دیگران در مراقبت از بیماران؛^۹
 - کیفیت حل و فصل اختلافات با سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی؛^{۱۰}
- و در ادامه آموزش موازین اخلاق پزشکی درباره موضوعات فوق در مورد ارجاع مریض به
همکار دیگر یا سایر کارکنان نظام سلامت به روشنی و صراحت به ارائه دستورالعملی در مورد
ممنوعیت سهم‌خواری می‌پردازد: «پزشک موظف به همکاری با سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های
بهداشتی دیگر برای درمان بیمار است. با این حال، همانطور که در بالا ذکر شد، پزشکان مجاز به
سهم‌خواری از این همکاری نیستند».^{۱۱}

پیشینه تاریخی

در متون متفاوت اخلاق پزشکی از سهم‌خواری با عناوین Sharing, Kickbacks, Dichotomy,
Drumming و Steering نیز یاد شده است (Hannah, 1998: 966-977). ولی در قدیمی‌ترین
مقالات پزشکی قابل دسترس در پایگاه‌های اطلاعات پزشکی در ۱۹۱۴ و ۱۹۲۱ و سال‌های بعد از
آن از این پدیده با عنوان (fee-splitting) یاد شده است و این عنوان بسیار مشهور و شناخته شده
می‌باشد.^{۱۲} «Drummer» به افرادی عادی و واسطه اطلاق می‌شد که با گرفتن سهمی از پزشکان با
تعریف و تمجید از تخصص و مهارت حرفه‌ای پزشکان مورد نظر خود و احیاناً انکار محاسن
تخصصی سایر پزشکان و یا حتی بدگویی از آنان، بیماران را به مطب پزشکان مورد نظر سوق
می‌دادند و سهمی از پزشکان می‌گرفتند ولی معمولاً «Steerer»، پزشکان سهم‌خواری بودند که بیماران
را به پزشک همکار خاصی ارجاع می‌دادند و سهم‌خواری می‌کردند (Hannah, 1998: 966-977).
داوری انجمن پزشکی آمریکا در مورد سهم‌خواری چنین است که: «پرداخت پول به یک پزشک
منحصراً برای ارجاع یک بیمار، سهم‌خواری و غیراخلاقی است». این انجمن با مخرب دانستن

سهم‌خواری برای شأن و شخصیت حرفه‌ای کادرهای پزشکی، ممنوعیت سهم‌خواری را در کدهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا در سال ۱۹۰۳ مندرج نمود (Budd, 1966: 117-118). در واقع سهم‌خواری باعث می‌شود که (۱) در مواقع نیاز به ارجاع بیمار به کادر پزشکی دیگر، تخصص و مهارت حرفه‌ای وی ملاک ارجاع قرار نگیرد؛ بلکه میزان سهم ناشی از ارجاع ملاک ارجاع به همکار خاصی باشد. (۲) ارجاعات بی‌مورد و غیر ضروری بدون وجود و یا حتی تصور هیچ منفعتی برای بیمار انجام پذیرد. (۳) خودارجاعی‌های غیر ضرور و مراجعات مکرر فاقد وجاهت لازم علمی، از طرف پزشک معالج برای مراجعه بیمار به خود پزشک معالج توصیه شود.^{۱۳}

از منظر تاریخی، توجهات جی فرانک لایدستون (1858-1923) ارولوژیست و جراح برجسته آمریکایی در شیکاگو به جنبه‌های غیراخلاقی سهم‌خواری و جهات متفاوت موضوع باعث شد که وی با تحقیق در این زمینه و چاپ مقاله در مجله «Philadelphia Medical Journal» در مورد شدت و شیوع این موضوع، نقطه عطفی در توجه به سهم‌خواری در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم به وجود آورد.^{۱۴} دکتر جان بومن (1913-1924)، اولین مدیر کالج جراحان آمریکا^{۱۵} نیز از کسانی بود که در اوایل قرن بیستم در مورد مسائل اخلاق پزشکی و مخالفت با سهم‌خواری نقش مؤثری ایفا کرد^{۱۶} و پس از وی دکتر هارولد مونته استفان (1886-1955) در دوران تصدی پست جانشین مدیریت کالج جراحان آمریکا و همچنین در دوران مدیریت خود به عنوان دومین مدیر همین کالج در برابر موضوع سهم‌خواری موضع مخالف اتخاذ کرد^{۱۷} و اعضاء و فارغ‌التحصیلان این کالج با سوگند پزشکی خود را موظف به پرهیز از سهم‌خواری می‌نمودند که متن سوگند نامه این کالج به شرح زیر بود:

تعهد حرفه‌ای

با شناخت کالج آمریکایی جراحان به عنوان الگو و برای توسعه عالی‌ترین سنت‌های باستانی حرفه‌ای ما، من بدین وسیله تعهد خودم به عنوان یکی از یاران کالج به زندگی دشوار بر طبق اصول و مقررات کالج اعلام می‌دارم. من تعهد خودم را برای عمل جراحی با صداقت و ترجیح حقوق و آسایش بیمار بر همه چیز دیگر اعلام می‌کنم. قول می‌دهم تا با هر بیمار چنان رفتار کنم که خود علاقه‌مندم به عنوان بیمار با من همان طور رفتار شود و مجموعه دستمزدهایم را متناسب با خدمات ارائه شده دریافت خواهم کرد. من در هر شرایطی هیچ مشارکتی در سهم‌خواری از محل هزینه

عمل جراحی به خاطر ارجاع، آن هم فقط به دلیل تأمین بهترین شرایط برای آسایش بیماران نخواهم داشت.

من با افتخار اعلام می‌کنم که دانش و مهارت خود را توسعه داده و به همکارانم احترام خواهم گذاشت، مشورت و توصیه آنان را هنگام تردید به توانایی‌های خود ارزشمند خواهم شمرد. من با کمال میل به درخواست کمک همکارانم پاسخ خواهم داد. در نهایت، من قاطعانه تعهد خودم را در پیشبرد و گسترش هنر و علم عمل جراحی توسط خود و یارانم در کالج آمریکایی جراحان اعلام می‌کنم.^{۱۸}

مخالفت با سهم‌خواری در آمریکا به صورت توافقی عمومی جریان دارد.^{۱۹} مطابق موازین اخلاقی انجمن پزشکان ایالت میسوری «Medical Association State Missouri» این پدیده مذموم شمرده شده است.^{۲۰} و مطابق اصول اخلاقی انجمن پزشکان و جراحان کنگستون آمریکا^{۲۱} و همچنین منشور اخلاقی انجمن پزشکان کانادا پاسیفیک و بریتیش کلمبیا آمریکا نیز و سهم‌خواری امری ناپسند است.^{۲۲}

موازین اخلاقی انجمن پزشکان تکزاس^{۲۳} منافع بیماران و اصول اخلاق پزشکی را مغایر با سهم‌خواری می‌داند^{۲۴} و مطابق موازین اخلاقی انجمن روانپزشکان آمریکا هم، این پدیده با اصول اخلاق پزشکی سازگار نمی‌باشد.^{۲۵} در این میان، اما کوین پاتریک «Patrick Quinn» فرماندار ایالت ایلینویز آمریکا در ۲۴ اوت ۲۰۰۹، با تصویب قانون عمومی شماره ۹۶-۰۶۰۸، اجازه داد که در محدوده ممنوعیت کلی سهم‌خواری، درصدی از مبالغ قراردادهای درمانی ناشی از ارجاع، با صدور صورت حساب و ارائه جزئیات لازم، تحت عنوان «تقسیم هزینه‌های قرارداد» برای سهم‌خواری مجاز باشد. قراردادهای درمانی و موارد مشمول این اجازه باید با شرایط زیر به «تقسیم هزینه‌های قرارداد» مبادرت نمایند: اولاً، پرداخت غرامت باید مطابق با ارزش منصفانه و بازار خدمات پزشکی باشد؛ ثانیاً، پزشک یا جراح باید میزان سهم‌خواری را جمع‌آوری و کنترل نماید؛ ثالثاً، تمامی سهم‌خواری‌ها یا باید به طور مستقیم به پزشک (یا جراح) و یا به طور مستقیم به حساب بانکی مستقل با نام و تحت کنترل تنها خود پزشک (یا جراح) و یا به حساب سپرده‌های یک موسسه مالی معتمد برای امکان کنترل این پرداخت‌ها واریز گردد و البته در بخش ۲-۲۲ این قانون سه استثنای دیگر نیز برای سهم‌خواری قانونی ذکر شده است.^{۲۶} در اروپا و محافل پزشکی آن نیز در مورد سهم‌خواری تفکری مشابه وجود دارد. انجمن پزشکان انگلستان (BMA) در

اعلامیه‌ای با عنوان قانون، اخلاق و شورای پزشکی، تکمیل روابط فیما بین سهم‌خواری را از منظر منافع بیمار و اخلاق پزشکی بررسی نموده و آن را مردود می‌داند.^{۲۷}

انتشارات دانشگاه کمبریج نیز در کتاب «The Cambridge World History of Medical Ethics»

بر مغایرت اخلاقی سهم‌خواری با اخلاق حرفه‌ای پزشکی تأکید کرده است.^{۲۸}

در قاره آسیا، انجمن پزشکی مالزی (MMA)^{۲۹} در بیان نکته نظرات اخلاقی خود، بر غیراخلاقی بودن سهم‌خواری تصریح نموده است و انجمن پزشکی سنگاپور هم (SMA)^{۳۰} در بیانیه اخلاق پزشکی خود با عنوان «یک بررسی اخلاقی در مورد جنبه‌های اخلاقی امور پزشکی» بر مغایرت اخلاقی سهم‌خواری با اخلاق حرفه‌ای پزشکی تأکید کرده است.^{۳۱}

انجمن پزشکی چین (CMA)^{۳۲} و وکلای ضد تراست و بیمه چین (CAMLAW) در بیانیه اخلاق پزشکی خود با عنوان «مدیریت موضوع سهم‌خواری در مراکز مراقبتی و اماکن پزشکی» با اطلاق هر دو عنوان Fee-Splitting and Kickbacks به این امر، بر مغایرت اخلاقی سهم‌خواری با اخلاق حرفه‌ای پزشکی تأکید کرده است.^{۳۳}

با توجه به مجموع موارد فوق روشن می‌گردد که اجماعی جهانی از منظر اخلاقی و حقوقی در مورد عدم مقبولیت سهم‌خواری وجود دارد و در این میان بعضی از محافل و مجامع پزشکی دنیا به سبب پیشتازی، ارائه چهارچوب، تعیین موارد تشخیص و مصادیق، کاوش محتوایی و ارزیابی دقیق و زوایای سهم‌خواری، تجربیات مؤثر برای جلوگیری از سهم‌خواری و همچنین روشنگری اذهان و تکاپوی گسترده برای مخالفت با این معضل نقش برجسته‌تری دارند که از این مجامع می‌توان به جوامع پزشکی شیکاگو به شرح مندرج در سطور قبلی این نوشتار (Tillis, 1974: 458; Kunstadter, 1971:463-464; Revenaugh, 1971: 228-229)، کالج جراحان آمریکا^{۳۴} و جامعه پزشکی فلوریدا اشاره نمود.

لازم است متذکر شویم که سهم‌خواری در عرصه ارائه هر نوع خدمات درمانی و البته سایر مشاغل غیر درمانی (فنی، کشاورزی، بازرگانی، خدماتی و ...) هم مذموم شمرده می‌شود و بنابراین در حوزه خدمات درمانی نه فقط پزشکان، بلکه افراد مرتبط با حرفه پزشکی مانند: راننده آمبولانس، منشی مطب و ... نیز حق مطالبه وجوه قابل تعبیر به سهم‌خواری را ندارند و دستورالعمل اخلاقی تدوین شده توسط انجمن پزشکی و دامپزشکی آمریکا^{۳۵} (AVMA) نیز سهم‌خواری در حوزه دامپزشکی را نادرست ارزیابی می‌نماید.^{۳۶}

قوانین موضوعه در کشور

مطابق ماده پنج آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی در جمهوری اسلامی ایران، پذیرش، معاینه و درمان بیماران در حد توان پزشک، وظیفه حرفه‌ای وی محسوب می‌شود و عدم پذیرش به میزان توان و پذیرش بیش از حد توان برای معاینه و درمان بیماران جرم محسوب می‌شود که حسب بند الف ماده ۲۹ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی، متضمن تعلق یکی از مجازات‌های انتظامی مندرج در بند الف یا ب ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی به متخلف خواهد بود و بنابراین پذیرش اولیه بیمار بدون ملاحظه جهات اخلاقی، حقوقی و تخصصی و سپس ارجاع آن به همکار یا محل درمانی دیگری خلاف قانون می‌باشد.^{۳۷}

همچنین، ماده ۶ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی، «انجام امور خلاف شئون پزشکی را که مصادیق آن توسط سازمان نظام پزشکی اعلام خواهد گردید، توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع اعلام می‌نماید و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می‌شود، خودداری گردد»^{۳۸} و مسلم است که تجویز یا انجام روش‌های تشخیصی - درمانی غیر ضروری یا بی ارزش به خاطر منافع مادی ناشی از آن روش‌ها، اخذ پول بابت معرفی بیمار به بیمارستان یا سایر مراکز و به طور کلی هر گونه ارجاع غیر ضروری بیماران به همکاران و یا مراکز درمانی دیگر و سپس سهم‌خواری از محل این ارجاع امری نه تنها خلاف شئون پزشکی بلکه حتی مغایر با اصول اولیه اخلاقی و انسانی است^{۳۹} که مرتکبین آن مطابق ماده ۲۹ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی مجازات خواهند شد.^{۴۰} مثلاً هماهنگی و تبانی با سرویس‌های آمبولانس، خدمات پرستاری در منزل، مراقبت از بیماران ناتوان، آزمایشگاه، داروخانه، شرکت‌های دارویی، مؤسسات رادیولوژی، ام. ار. آی، سی تی اسکن و ... بدون ضرورت پزشکی در این مقوله جای گرفته و قابل پیگیری خواهد بود. قابل ذکر است که تشخیص موارد و مصادیق اعمال خلاف شئون پزشکی مثلاً فاقد سابقه و پیشینه در جامعه هم در صلاحیت سازمان نظام پزشکی است و این سازمان از نظر قانونی دارای اختیار می‌باشد که اقدام به تعیین مصادیق رفتار و اعمال خلاف شئون پزشکی بنماید و در مورد پدیده سهم‌خواری به دفاع از بیماران، شأن، شرافت و حرمت جامعه پزشکی بر خیزد (زاهدی و لاریجانی، ۱۳۸۵: ۱-۸).

صراحت مندرج در ماده ۷ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی برای نشان دادن جنبه غیرقانونی سهم‌خواری، عنوان این ماده است که اوج توجه به غیرقانونی بودن سهم‌خواری

را خاطر نشان می‌سازد. زیرا مطابق تعریف این ماده، «تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران ممنوع است. تعیین مصادیق مخارج غیر ضروری بر اساس نظریه کمیته کارشناسی تخصصی دادسرا و هیئت‌های انتظامی می‌باشد».^{۴۱} روشن است که در شرایط کنونی معیشت جامعه و در بحبوحه بیماری، عضوی از یک خانواده که هزینه‌های درمانی ضروری، سنگینی و مشکلات مربوط به خود را بر خانواده و بیمار تحمیل می‌نماید، اجحاف به بیمار با تحمیل مخارج غیر ضروری تا چه حد ناپسند و غیراخلاقی خواهد بود و صدور دستورات پزشکی کاذب، ارجاعات غیر ضروری، تبانی با همکاران و یا مؤسسات ارائه دهنده خدمات پزشکی برای سوء استفاده از اضطراب بیمار مسلماً قابل اغماض اخلاقی و یا حرفه‌ای نمی‌باشد و درخواست آزمایش‌های غیر ضروری، مشاوره‌های پزشکی بی‌مورد، ویزیت‌های مکرر غیر ضرور و ... و سپس سهم‌خواهی و سهم‌خواری از محل این هزینه‌های اضافی از مصادیق بارز تخلفات پزشکی خواهد بود که مرتکبین چنین اعمالی به مجازات در سطوح مختلف شامل:

الف) توییح کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رأی در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل (بند ج ماده ۲۸ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی).

ب) محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته، از سه ماه تا یک سال در محل ارتکاب تخلف (بند د ماده ۲۸).

ج) محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته، از سه ماه تا یک سال در تمام کشور (بند ه، ماده ۲۸) حسب مورد محکوم خواهند شد.^{۴۲}

ایجاد رعب و هراس در بیماران و یا تشریح غیر واقعی وخامت بیماری و یا وخیم جلوه دادن بیماری مطابق ماده ۸ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی تخلف مستقلاً محسوب می‌گردد و پزشک باید به صورت واقع‌بینانه و به نحو مقتضی، بیمار و بستگان وی را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد. حال اگر پزشکی با اعلام و تشریح وخامت غیر واقعی بیماری و ایجاد رعب و هراس در وی و اطرافیان بیمار برای ارجاعات غیر ضروری، درخواست آزمایش‌های بی‌مورد، استفاده از سرویس‌های پزشکی غیر ضروری و معاینات مکرر بی‌مورد و ... نماید و از این عرصه، سهم‌خواری هم نماید در واقع نه تنها تخلف اولیه ایجاد رعب و هراس در بیمار را مرتکب شده است؛ بلکه حتی با ارتکاب یک تخلف، تخلف

دیگری نیز مرتکب شده است و علی‌القاعده در چنین مواردی با توجه به وجود «عنصر معنوی جرم و یا نیت مجرمانه» می‌توان تشدید مجازات و یا حداکثر مجازات را برای چنین تخلف و متخلفی در نظر گرفت؛ زیرا نه تنها هزینه‌های اضافی بر بیمار تحمیل می‌نماید بلکه موجب ناراحتی روحی و روانی به بیمار گشته و روند درمان را مختل می‌نماید، ضمن آنکه در جریان چنین دستورات پزشکی بی‌موردی، ممکن است بیمار عوارض ناخواسته تجویزهای دارویی بی‌مورد، رادیوگرافی‌های بی‌مورد، خستگی و کلافگی رفت و آمدهای زاید و ... را نیز تحمل نماید.

در اینجا لازم به ذکر است که اگر پزشکی برای دفاع از خود و توجیه دستورات پزشکی زاید و بی‌مورد، سعی در موجه و یا علمی نشان دادن دستورات پزشکی بی‌مورد خود نماید نه تنها چنین دفاعی مؤثر، مسموم و مقبول نخواهد بود؛ بلکه از چنین اظهاراتی می‌توان عدم مهارت علمی و عملی پزشک را استنباط و عناوین مجرمانه دیگری را برای چنین پزشک سهم‌خوار عنوان و ثابت نمود.^{۴۳}

سهم‌خواری از محل رعایت نمودن تعرفه‌های مصوب خدمات درمانی، اخذ مبالغ مازاد بر وجوه دریافتی توسط مؤسسات درمانی، جذب و یا هدایت بیمار از مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی و خیریه به مطب شخصی و یا مؤسسات پزشکی خصوصی، جذب بیمار از طریق تبلیغات گمراه‌کننده، تجویز دارو خارج از مجموعه دارویی کشور (فارماکوپه)، عدم رعایت ضوابط مربوط به درج آگهی در رسانه‌ها و تنظیم سرنسخه‌ها و تابلوها توسط پزشک و یا مؤسسات خدمات پزشکی، استفاده از عناوین علمی و تخصصی تأیید نشده، عدم رعایت ضوابط علمی و حرفه‌ای توسط مسئولان فنی مؤسسات ارائه دهنده خدمات پزشکی (داروخانه، توانبخشی، هاس پیس Hospice و ...) نیز جزء مصادیق مسلم تخلفات پزشکی است^{۴۴} کما اینکه به کار نبردن حداکثر تلاش ممکن جهت معالجه و درمان بیماران و سپس ارجاع بیمار به همکار پزشکی و یا مؤسسه درمانی دیگری برای درمان در ادامه موضوع سهم‌خواهی و سهم‌خواری، جرایم مستقل مضاعفی هستند که قابل پیگیری در سازمان نظام پزشکی و یا محاکم قضایی است و در ادامه موضوع ذکر این نکته هم ضرورت دارد که حسب آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی، باز هم سهل‌انگاری در انجام وظیفه و عدم رعایت موازین علمی، شرعی و قانونی برای درمان بیماران و سپس ارجاع آنان به همکاران و مراکز درمانی دیگر جرم محسوب می‌شود و اگر به دنبال چنین ارجاعاتی، پدیده سهم‌خواری نیز ملاحظه شود؛ علی‌القاعده جرمی مستقل و مشمول تخلف عالمانه و

عامدانه با وجود «نیت مجرمانه یا عنصر معنوی جرم» محسوب خواهد شد که موارد فوق الذکر در موارد مختلف آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته به صراحت و روشنی آمده است.

نتیجه‌گیری

در پدیده سهم‌خواری این نکته قابل توجه است که موضوع، دارای دو طرف سهم‌خوار و سهم‌دهنده می‌باشد و روشن است که در یک طرف این معامله نامبارک برای سوء استفاده از اضطراب بیمار و خانواده وی، یکی از شاغلین حرفه پزشکی قرار دارد که به دور از شئون انسانی و اخلاقی و برخلاف قوانین حرفه پزشکی قبول نموده است که ارجاعات غیر ضرور و احياناً ضروری را بپذیرد، وجهی به حق و یا به ناحق از بیمار دریافت نماید و عموماً سهم‌خواری اولیه‌ای انجام دهد و سپس سهمی از این وجه عموماً ناحق را به ارجاع‌کننده سهم‌خوار عودت دهد و به نظر می‌رسد که در مورد چنین رابطه غیر انسانی، غیر اخلاقی و نامشروعی نه فقط سهم‌خوار به عنوان قبول‌کننده ارجاع غیر ضرور، بلکه به‌دنبال آن سهم‌دهنده نیز قابل پیگرد از طریق نظامات دولتی در سازمان نظام پزشکی و یا محاکم دادگستری باشد و نکته دیگر آنکه، البته این موضوع بر موارد خودارجاعی‌های غیر ضرور پزشکان و سایر کادرهای حرفه پزشکی (توانبخشی، مشاوره و...) نیز صدق می‌نماید. تحلیل پدیده سهم‌خواری روشن می‌سازد که اساس این موضوع در محیط پزشکی به مسائل ناخوشایندی مانند سودجویی غیر منصفانه، ترجیح منافع خود به منافع بیمار، عدم تقید اخلاقی به موازین حرفه‌ای، دستورالعمل‌های اخلاق پزشکی، نظامات حقوقی و قانونی، بی‌توجهی به شأن و جایگاه والای علم پزشکی و حرفه طبابت، داشتن نگاه تجاری و آزمندانه به جای دیدگاه انسانی به خدمات پزشکی، کثرت حرص مال‌اندوزی در سهم‌خواران، غفلت از اجر الهی احیای جان بیماران و ... مرتبط و ختم می‌گردد و بر مبنای هیچ تحلیل معقول از هر زاویه ممکن نمی‌توان مبنایی اخلاقی، عقلایی، حقوقی، فقهی، عرفی و ... برای این عمل ناخوشایند به دست آورد.

وجه دیگر بسیار مهم در سهم‌خواری پزشکی، توجه به نظرات و فتاوی فقهی مراجع تقلید می‌باشد که چنین وجوه و دریافت‌هایی را غیر مشروع و حرام می‌نامند^{۴۵} و این سخن حکیمانه درباره سهم‌خواری در اینجا به ذهن متبادر می‌شود که «تناول شرط نیست؛ بلکه شرط آن است که

تناول حلال نماییم. به هوش باشیم و مواظبت نماییم که با تناول حرام، چیزی بر گوشت و خون و استخوان پیکر دنیوی خود نمی‌افزاییم بلکه معصیتی - احتمالاً کبیره - را در محضر خداوند مرتکب می‌شویم».

یادداشت‌ها

۱. PhD و فلوشیپ اخلاق زیست پزشکی، دانشیار مرکز تحقیقات فرهنگ و تاریخ پزشکی، بیوتکنولوژی، تغذیه، بیماری‌های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، عضو شورای پژوهشی مرکز تحقیقات حقوق و اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

2. Thomas JM. Fee splitting and the Code of Ethics. Can Med Assoc J. 1971 Apr 3;104(7):621; <http://doctorsinohe.persianblog.ir/post/69>; <http://www.iranoptometry.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=354>; STATEMENT on local societies organized to eradicate fee-splitting. Bull Am Coll Surg. 1954 Jan-Feb;39(1):31.

۳. ر.ک: اشرفی مرتضی، میرزایی لاله، تضاد منافع مالی و چالش‌های اخلاقی، بیست‌وپنجمین کنگره بین‌المللی رادیولوژی، تهران، ۱۳۸۸.

4. Pennings G, de Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P. ESHRE task force on ethics and law 15: cross-border reproductive care. Hum Reprod. 2008 Oct;23(10):2182-4; Gassman AS. Fee splitting, patient brokering, and other impediments to physician practice management arrangements. In Re: The Petition for Declaratory Statement of Magan L. Bakarania, MD. Benders Health Care Law Mon. 1998 Feb;3-9.

5. World Medical Association.

۶. پارسا مجتبی، اردشیر لاریجانی محمدباقر. مروری بر سهم‌خواری از نظر مفهوم، تاریخچه و کدهای اخلاقی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، زمستان ۱۳۸۸؛ ۳ (ویژه نامه): ۲۸-۲۱.

7. how physicians should behave towards one another.

8. D justify reporting unethical behavior of colleagues.

9. Identify the main ethical principles relating to cooperation with others in the care of patients.

10. how to resolve conflicts with other healthcare providers.

11. <http://www.wma.net/en/search/index.html?q=fee+splitting&ue=99members&ul=%2Fen%2F>; http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/chap_4_en.pdf

12. No author listed. Fee Splitting Again. J Natl Med Assoc. 1914 Jul; 6(3):166-167;

No author listed. ABOUT "FEE SPLITTING". Cal State J Med. 1921 Nov; 19(11): 423-4.

13. <http://www.facs.org/archives/stephenshighlight.html>; MYERS RS. Vignette of medical history. II. The rise and fall of fee splitting. Bull Am Coll Surg. 1955 Nov-Dec;40(6):507-9; passim; Budd JH. What is wrong with fee splitting? JAMA. 1966 Jan 10;195(2):117-8.
14. <http://www.wma.net/en/search/index.html?q=fee+splitting>
ue=99members&ul=%2Fen%2F
15. American College of Surgeons (ACA).
16. <http://www.facs.org/archives/bowmanhighlight.html>.
17. <http://www.facs.org/archives/stephenshighlight.html>
18. <http://www.facs.org/memberservices/associateapp.pdf>.
19. <http://www.msma.org/mx/hm.asp?id=Fees>.
20. <http://www.msma.org/mx/hm.asp?id=Fees>.
21. Kingston Medical and Surgical Association.
22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC406629/pdf/canmedaj00239-0095a.pdf>.
23. Texas Medical Association.
24. <http://www.texmed.org>.
25. <http://pn.psychiatryonline.org/content/38/1/35.1.full>.
26. <http://www.mcdonaldhopkins.com/news.aspx?id=dhm8QN3p4E-cNV1SJUT8KA>
27. <http://www.cehat.org/publications/pb08a42.html> at(<http://www.bma.org.uk/>)
28. http://assets.cambridge.org/97805218/88790/frontmatter/9780521888790_frontmatter.pdf.
29. Malaysian Medical Association.
30. Singapore Medical Association.
31. <http://www.sma.org.sg> & http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Guidelines/nmec_finanwholebook.pdf.
32. China Medical Association.
33. <http://www.camlawblog.com/articles/spa-legal-issues/managing-fee-splitting-issues-in-the-integrative-care-center-or-medical-spa>.
34. Hanlon CR. Fee-splitting. Bull Am Coll Surg. 1986 Apr;71(4):1 & Jurkiewicz MJ, Parks P. Fee-splitting: College bylaws clarified. Bull Am Coll Surg. 1985 Nov;70(11):19-20.
35. American Veterinary Medical Association.
36. <http://www.avma.org/issues/policy/ethics.asp>; Emswiller BB. Fee splitting in veterinary practice. J Am Vet Med Assoc. 1995 Sep 15;207(6):706-9.

٣٧. ر.ك: محمود عباسى، مجموعه قوانين و مقررات پزشكى و دارويى، انتشارات حقوقى، ١٣٧٩؛ مرتضى آموزگار، تعقيب كيفرى و انتظامى پزشك مقصر، انتشارات مجد، ١٣٨٥؛ محمود عباسى، جزاى پزشكى، انتشارات موسسه

- حقوقی پزشکی سینا، ۱۳۳۸.
۳۸. ر.ک: مرتضی آموزگار، تعقیب کیفری و انتظامی پزشک مقصر، انتشارات مجد، ۱۳۸۵؛ محمود عباسی، مسئولیت پزشکی، انتشارات موسسه حقوقی پزشکی سینا، ۱۳۳۸.
۳۹. ر.ک: محمود عباسی، مطالعه تطبیقی مسئولیت ناشی از سهم‌خواری در پزشکی، چکیده مقالات دومین کنگره اخلاق پزشکی ایران، ۳۰-۲۸ فروردین ۱۳۷۸، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۴۰. ر.ک: تسهیم درآمدها، کتاب چکیده مقالات کنگره اخلاق کاربردی، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۲۲-۲۰ آبان ۱۳۸۹.
۴۱. برای اطلاعات بیشتر، ر.ک به پاورقی ۳۷.
۴۲. ر.ک: پیشین.
۴۳. ر.ک: پاورقی‌های ۳۹ و ۴۰.
۴۴. ر.ک: پاورقی‌های ۳۹ و ۳۸.
۴۵. ر.ک: روحانی محمد، نوغانی فاطمه. احکام پزشکی. احکام تجویز و هزینه درمان. موسسه فرهنگی انتشاراتی تیمور زاده، ۱۳۷۶.

منابع فارسی

- آموزگار، مرتضی، تعقیب کیفری و انتظامی پزشک مقصر، انتشارات مجد، ۱۳۸۵.
- زاهدی، فرزانه و لاریجانی، باقر، تسهیم درآمدها و اخلاق پزشکی، مجله دیابت و لیپید ایران، دوره ۶ (شماره ۱)، ۱۳۸۵.
- عباسی، محمود، «مطالعه تطبیقی مسئولیت ناشی از سهم‌خواری در پزشکی» در چکیده مقالات دومین کنگره اخلاق پزشکی ایران، ۲۸-۳۰.
- عباسی، محمود، جزای پزشکی، انتشارات موسسه حقوقی پزشکی سینا، ۱۳۸۳.
- عباسی، محمود، مجموعه قوانین و مقررات پزشکی و دارویی، انتشارات حقوقی، ۱۳۷۹.

منابع انگلیسی

- Budd JH. *What is wrong with fee splitting?* JAMA. 1966 Jan 10;195 (2):117-8.
- Dickens BM, Cook RJ. *Conflict of interest: legal and ethical aspects.* Int J Gynaecol Obstet. 2006 Feb;92(2):192-7.
- Hannah HW. *Fee splitting, kickbacks, rebates, and commissions,* J Am Vet Med Assoc. 1998 Apr 1;212(7).
- Kunstadter RH. *Fee splitting now outlawed in Illinois.* Proc Inst Med Chic. 1971 Sep;28 (11):463-4.
- Revenaugh RP. *Billing under the new fee-splitting legislation.* IMJ Ill Med J. 1971 Sep; 140 (3): 228-9.
- Schulte DJ. *Illegal and unethical referral fees and fee splitting.* J Mich Dent Assoc.

-
- 2006 Nov; 88 (11):16.
- Thompson RE. *The ethical aspects of gain sharing with physicians*. Physician Exec. 2004 May-Jun;30(3):20-2.
- Tillis BP. *Editorial: It's fee splitting, it's illegal*. N Y State Dent J. 1974 Oct;40(8):458.
- Weber RD. *Practice management contracts/illegal fee-splitting*, Mich Med. 1998 Mar;97(3):8-10.