

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان پروژه:
تعارض منافع در علوم پزشکی و مدیریت آن

مجری:

دکتر علی جعفریان

همکاران اصلی:

حجه الاسلام و المسلمین سروش محلاتی

دکتر فریبا اصغری

دکتر علیرضا پارساپور

دکتر فرهاد شاهی

دکتر فرید آزموده اردلان

دکتر علی کاظمیان

دکتر محمد جعفریان

فهرست

مقدمه	۵
فصل اول - کلیات موضوع تعارض منافع در پزشکی	۷
فصل دوم - مبانی فقهی تعارض منافع	۱۹
نگاه فقهی به تعارض منافع	۲۰
الف) سطح اول: مبانی فقهی و اخلاقی در برخورداری با تعارض منافع چیست؟	۲۰
ب) سطح دوم: بر اساس مبانی فقهی چه احکامی برای تعارض منافع وجود دارد؟	۲۳
ج) چه شیوه‌هایی به لحاظ اجرایی در برخورد با تعارض منافع باید اتخاذ شود؟	۲۶
نتیجه‌گیری	۲۸
فصل سوم - تعارض منافع در ارائه خدمات سلامت	۲۹
نظام پرداخت حق الزحمه‌ی پزشکان	۳۱
خود ارجاعی	۳۴
هدایا و شرکت‌ها	۳۸
منابع	۴۳
فصل چهارم - تعارض منافع در آموزش علوم پزشکی	۴۷
آموزش تعارض منافع	۵۰
کمیته‌ی مسئول رسیدگی به تعارض منافع در دانشگاه	۵۰
دسترسی صنایع به محیط آموزشی	۵۱
هدایا و کمک‌های خیریه	۵۲
نمونه‌های دارویی رایگان	۵۳
غذا، برنامه‌های اجتماعی و سفر	۵۳
اهدای کمک‌هزینه‌ی تحصیلی به فراگیران و حمایت از برنامه‌های آموزشی	۵۴
آموزش مداوم	۵۴
سخنرانی در سایر برنامه‌های علمی صنایع	۵۵
مشاوره به صنایع	۵۶
نویسنده‌ی غایب	۵۶
خرید	۵۶

منابع	۵۷
فصل پنجم - تعارض منافع در پژوهش‌های پزشکی	۵۹
انواع ارتباط مالی صنایع و پژوهشگران	۶۲
ملاحظات اخلاقی تعارض منافع در پژوهش	۶۴
مدیریت تعارض منافع در پژوهش	۶۵
ضوابط اجرای مسؤولانه‌ی کارآزمایی‌های بالینی	۶۵
ضوابط مدیریت تعارض منافع	۶۶
ضوابط مربوط به عملکرد پژوهشگر	۶۷
اظهار تعارض منافع	۶۸
ممنوعیت	۶۹
کنترل‌ها و نظارت‌ها	۷۰
مدیریت تعارض منافع مؤسسه	۷۱
مدیریت تعارض منافع در پژوهش‌های خارج از محیط دانشگاهی	۷۲
منابع	۷۳

مقدمه

امروزه با رشد خیره کننده علوم پزشکی و ظهور گرایش‌های تخصصی و فوق تخصصی؛ همچنین تعاملات وسیع، مهم و به لحاظ اقتصادی سنگین با عرصه‌های مختلف صنعت تعاملات پیچیده و گسترده‌ای در درون حرفه‌مندان و نیز میان حرفه‌مندان و ذینفعان بیرونی از جمله صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی شکل گرفته است. تعاملات درون حرفه‌ای و بین حرفه‌ای که برای پزشکان منفعت مالی به همراه داشته باشد آن‌ها را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد. این موقعیت اگر به درستی مدیریت نشود می‌تواند هدف حرفه پزشکی را مخدوش ساخته و به تبع آن اعتبار حرفه‌مندان علوم پزشکی را به مخاطره بیاندازد.

تعارض منافع وضعیتی است که در آن هدف اولیه حرفه که کمک به بیمار است در خطر مخدوش شدن توسط هدف ثانویه که منافع خود فرد است قرار بگیرد. هر چند این وضعیت اختصاصی به حرفه پزشکی ندارد اما در این مقاله بحث معطوف به تعارضات منافع در طب خواهد بود. این وضعیت در ذات خود غیر اخلاقی نیست چرا که در بسیاری از موارد برای پزشک اجتناب‌ناپذیر است اما تعیین ضوابطی برای جلوگیری و به حداقل رساندن عوارض و آسیب‌هایی احتمالی این موقعیت ضروری است.

صنعت و تجارت با پزشکی متفاوت است و تعارض منافع به این معنی در آنجا موضوعیت ندارد. در تجارت و بیع مبنا کسب منفعت است و این موضوع نکوهیده نیست ولی در پزشکی سلامت بیمار بر منافع پزشک اولویت دارد. و این به علت قداست و ارزشی است که برای سلامت و حیات انسان قائلیم. به همین دلیل ورود به حرفه پزشکی الزامات خاصی دارد. دستمزد پزشکی غیر از اجرت‌های دیگر است گرچه در جنبه شکلی مشابه سایر خدمات ماهیت اجاره و عقود دارد و حق معالجه مزدی به ازای یک عمل است ولی سطح این قرارداد متفاوت است. لذا یک سری مؤلفه‌ها مانند احتمال خطر و تأثیر منفعت ثانویه بر منافع بیمار را باید اینجا در نظر گرفت.

آنچه در این نوشتار در اختیار خوانندگان قرار می‌گیرد مروری است بر جنبه های فقهی موضوع تعارض منافع در عرصه پزشکی که در آن سوابق مشابه در منابع و مبانی فقهی مورد بررسی قرار گرفته و در خصوص سطوح مختلف تعارض منافع موضع فقه تبیین می‌شود. در فصول بعدی به طور خاص به موضوع تعارض منافع در ارائه خدمات سلامت، آموزش پزشکی و پژوهش پزشکی پرداخته شده است.

این نوشتار نقطه شروعی برای پرداختن علمی و کارشناسی به مقوله تعارض منافع است که از پرچالش ترین مقولات اخلاقی در نظام سلامت می‌باشد. امیدوارم که مورد توجه علاقمندان و ناقدان قرار گرفته و به عنوان متنی آموزشی مورد استفاده قرار گیرد چراکه مهمترین اصل در برخورد با موضوع تعارض منافع آموزش افراد در این حوزه است.

لازم به ذکر نیست که این مجموعه محصول تلاش همکاران اصلی این طرح است که در این زمینه دارای مطالعات متعدد و تجربیات قبلی هستند، از اینرو از مساعی این بزرگواران تشکر می‌نمایم. همچنین وظیفه خویش می‌دانم از گروه آموزش و اخلاق پزشکی و زیستی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران که این پژوهش را حمایت نمودند سپاسگزارینمایم.

هر گونه تلاش برای ارتقاء مبانی تعهد و رفتار حرفه ای در گروه پزشکی بدون تردید باعث ارتقاء جایگاه حرفه مندان در نزد مردم و افزایش اعتماد آنان خواهد بود و امید است که مورد رضایت خداوند نیز قرار گیرد.

دکتر علی جعفریان

فصل اول

کلیات موضوع

تعارض منافع در پزشکی

دکتر علی جعفریان، دکتر فرهاد شاهی، دکتر علیرضا پارساپور،
دکتر فریبا اصغری، دکتر پونه سالاری، دکتر علی کاظمیان،
دکتر فرید آزموده اردلان، دکتر محمد جعفریان، دکتر کیارش آرامش

با حمایت گروه آموزش و اخلاق فرهنگستان علوم پزشکی ایران

۱۳۹۱-۹۲

کلیات موضوع تعارض منافع در پزشکی

تعارض منافع در طب

رشد روزافزون فناوری و ورود وسیع تکنولوژی‌های نوین در صنایع پزشکی و توسعه خیره‌کننده صنایع پزشکی از جمله صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی، جامعه پزشکی را در معرض چالش‌های جدی و جدیدی قرار داده است. علت این چالش‌ها تعارضی است که میان پزشکی در مقام اعمال حرفه از یک سو با صنعت یا تجارت با هدف کسب منفعت از سوی دیگر ایجاد می‌شود. طبیعی است که صنایع و فن‌آوری‌های فوق‌الذکر بر محور کسب سود بیش‌تر استوار است و تداوم بقای آن‌ها بر پایه این درآمد است. از آنجایی که این تعارض به صورت بالقوه می‌تواند بر تصمیم‌گیری مناسب پزشک برای بیمار و اعمال مناسب حرفه پزشکی که هدف اصلی آن منافع سلامتی بیمار است تأثیر نامناسبی داشته باشد، باید راهکارهای مناسبی در برخورد با این شرایط در نظر گرفت. به بیان دیگر حفظ تعادل بین این دو مهم، منفعت سلامت بیمار و منافع ثانوی، موقعیتی چالش‌زا و کاری بسیار مشکل اما ضروری است. باید توجه داشت که این منافع تنها جنبه مادی نداشته و در بسیاری موقعیت‌ها جنبه معنوی و اعتباری آن مانند شهرت، پرستیژ، موقعیت علمی و امثال آن بر جنبه‌های مادی برتری دارد. این نوشتار سعی دارد تا ضمن تبیین مفهوم «تعارض منافع»، انواع و ابعاد آن، چارچوب کلی و طبقه‌بندی شده‌ای از نحوه برخورد با آن را ارائه دهد. شایان ذکر است هرچند تعارض منافع طیف گسترده‌ای دارد، در این مجال تمرکز بحث بر تعارض منافع مالی که مورد عینی‌تری است و ضرورت ضابطه‌مندی آن بیش‌تر احساس می‌شود، خواهد بود.

تعریف تعارض منافع

تعارض منافع عبارت است از: «مجموعه شرایطی که در آن تصمیم حرفه‌ای در مورد یک منفعت اولیه، بالقوه بتواند تحت تأثیر نامطلوب یک منفعت ثانویه قرار گیرد». سه جزء اصلی این تعریف عبارتند از منفعت اولیه، منفعت ثانویه و تحت تأثیر قرار گرفتن تصمیم حرفه‌ای.

منفعت اولیه در حوزه درمان ارائه خدمات تشخیصی درمانی سودمند برای بیماران و جامعه، در حوزه پژوهش تولید علم معتبر و در حوزه آموزش تربیت پزشکان با کفایت علمی و مهارتی لازم است.

منفعت ثانویه عموماً مسائل مالی را به ذهن متبادر می‌کند اما می‌تواند شامل اعتبار فردی، ارتقاء موقعیت علمی و دانشگاهی و یا شهرت مربوط شود. به عبارت دیگر اگرچه بیش‌تر جنبه مالی منفعت ثانویه ملموس و معمولاً قابل ارزیابی است اما جنبه‌های دیگر غیر مالی نیز می‌تواند تأثیر قابل توجهی در تصمیم‌گیری پزشک داشته باشد به همین دلیل ارزیابی این جنبه از منافع ثانویه بسیار مشکل‌تر است. بر این اساس و با توجه به عینی‌تر بودن جنبه مادی، قوانین مربوطه به تعارض منافع عمدتاً به جنبه منافع مالی معطوف می‌شوند.

جزء سوم تعریف **تحت تأثیر قرار گرفتن تصمیم حرفه‌ای** است. این تأثیر الزاماً نباید در عالم خارج واقع شده باشد، بلکه احتمال وقوع آن و حتی تلقی جامعه از امکان وقوع آن نیز مهم بوده و در این جزء از تعریف می‌گنجد. به بیان دیگر حتی اگر در اذهان بیماران یا جامعه احتمال جدی تأثیر منفعت ثانویه بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای نقش ببندد، به اعتماد عمومی نسبت به جامعه پزشکی به همان اندازه آسیب وارد خواهد کرد که اگر چنین حالتی در عالم خارج واقع شود.

تعارض منافع در تمام حرفه‌ها و خدمات عمومی رخ می‌دهد. یک صاحب منصب خدمات عمومی امانت دار مردم است تا در جهت منفعت عموم مردم تصمیم‌گیری و اقدام کند. سایر منافع از قبیل منافع خود یا منافع سازمانی که از انتخاب او حمایت کرده باید ثانویه باشد و در صورتیکه اجازه دهد این منافع ثانویه اثرات نامطلوبی بر تصمیمات اداری او بگذارند اعتماد عمومی به وی و هر مسئول مشابهی دچار خدشه خواهد شد.

یک قاضی در پرونده‌ای که یکی از طرفین از بستگانش باشد یا با وی شراکت مالی داشته باشد در موقعیت تعارض منافع قرار دارد. حتی اگر تأثیری بر قضاوت وی نگذارد ممکن است بر سرعت روند رسیدگی تأثیر داشته باشد و حتی اگر بتواند نشان دهد که هیچ تأثیری بر روند و قضاوت نداشته است باز هم مردم نمی‌توانند قبول کنند همه قضات در چنین موقعیتی با این درجه از پرهیزگاری عمل خواهند کرد. به عبارت دیگر موقعیت تعارض منافع صرف نظر از این‌که ثابت شود تأثیری بر منفعت اولیه گذاشته است یا نه می‌تواند اعتماد عمومی به حرفه را

مخدوش نماید. بنابراین لازم است قاضی از پذیرش چنین پرونده‌ای پرهیز کند. بررسی وضعیت و اجتناب از پذیرفتن پرونده به عهده تنها خود قاضی سپرده نمی‌شود بلکه نهاد حرفه‌ای قضاوت در جهت جلوگیری از تأثیر این موقعیت‌ها بر تصمیمات حرفه‌ای قضات و نیز به منظور حفظ اعتماد عمومی ضوابط و مقرراتی را برای قضات در زمان بروز این موقعیت‌ها ارائه می‌دهد. وجود این ضوابط به این معنا نیست که فردی که در موقعیت تعارض منافع قرار می‌گیرد فرد غیر اخلاقی و غیر حرفه‌ای است بلکه به این معناست که موقعیت تعارض منافع ممکن است چنان موقعیت سخت و دشواری برای تصمیم‌گیری بی‌طرفانه باشد که لازم است فرد از ورود به آن پرهیز کند یا در برخورد با آن عملکرد مناسب داشته باشد. به عبارت دیگر اصل موقعیت تعارض منافع در بسیاری موارد غیر قابل اجتناب است و این نحوه برخورد با آن است که باید مورد توجه باشد.

در ارزیابی تعارض منافع انگیزه‌های ایجاد آن خیلی اهمیت ندارد زیرا این موقعیتی است که یا احتمال وقوع آن وجود دارد یا به طور عینی اتفاق می‌افتد. برای مثال گاهی منفعت ثانویه ماهیت نوع دوستانه دارد مانند تمایل به ادامه همکاری با یک گروه پژوهشگر و گاهی این منفعت کاملاً به منافع شخصی بر می‌گردد مانند استفاده از موقعیت برای خود ارجاعی.

از نکات مهم در موضوع تعارض منافع این است که همه موارد تعارض از اهمیت یکسان برخوردار نیستند و نحوه برخورد با آن‌ها نیز به همین جهت باید متفاوت باشد. در واقع حالات مختلف تعارض منافع دارای درجات متفاوتی هستند که برای بعضی فقط باید به صاحبان حرف پزشکی آگاهی و تحذیر داد و برای برخی دیگر باید ضوابط و ملاک‌های بسیار شفاف و قاطع تعیین نمود. به عنوان نمونه ویزیت تعداد بیش‌تر بیمار در مطب چنانچه با هدف کسب درآمد بیش‌تر و بدون صرف وقت کافی برای هر بیمار باشد مصداقی از تعارض منافع است در حالی که اگر با صرف وقت کافی و به منظور پاسخگویی سریع‌تر به مراجعان و کاهش زمان انتظار برای ویزیت باشد، اگرچه با درآمد بیش‌تر هم همراه است مصداق تأثیرگذاری جدی منفعت ثانویه بر تصمیم حرفه‌ای نیست. این نمونه مثال مناسبی برای مواردی است که تشخیص آن عمدتاً با خود پزشک است و نمی‌توان به سادگی برای آن ضابطه تعیین کرد گرچه بعضی راهنماها برای این موارد هم چارچوب‌هایی ارائه نموده‌اند.

نکته دیگر آنکه احتمال تأثیر سوء منافع ثانویه بر تصمیمات پزشک باید توسط افراد مستقل تعیین شود نه خود پزشکی که در آن موقعیت قرار گرفته است. در ارزش داوری این موقعیت‌ها و نظام مند ساختن نحوه عملکرد پزشکان فاکتورهایی که بیانگر درجه شدت تعارض منافع هستند باید در نظر گرفته شوند. واقعیت این است که بیماران اغلب در موقعیتی نیستند که درباره معقول بودن تصمیم‌گیری پزشک قضاوت کنند لذا این جامعه پزشکی است که باید به منظور حفظ تمامیت حرفه خود و ارتقاء اعتماد عمومی، ضوابط حاکم بر تعارض منافع در پزشکی را تدوین نمایند.

اهمیت اخلاقی موضوع تعارض منافع

با توجه به وسعت موضوع تعارض منافع، جلوگیری از تمام عوارض منفی آن غیرممکن جلوه می‌کند ولی «نوعدوستی»، «شرافت و درستکاری» و «ارتباط مبتنی بر اعتماد بیمار» عوامل ایده آل تنظیم روابط هستند. این موارد ملاک‌های مفیدی هستند که می‌توان هر اقدامی را با آن‌ها سنجید.

بر اساس اصول نوع دوستی و شرافت ضروری است که جامعه پزشکی به هیچ وجه منفعت ثانوی را از هر نوع که باشد بر منفعت اولیه (حسب مورد در آموزش، پژوهش و خدمات) ترجیح ندهد و در تصمیم‌گیری حرفه‌ای خود تابع آن نباشد. طبعاً هرگونه تخطی از این اصول اولیه برخلاف مبانی تعهد حرفه‌ای و از نظر اخلاقی غیر قابل قبول است.

از طرف دیگر ارتباط مبتنی بر اعتماد بین دو فرد نابرابر شکل می‌گیرد که در آن طرف قوی‌تر مثل پزشک کاملاً مورد اعتماد طرف ضعیف‌تر مثل بیمار قرار دارد تا سلامت و مصالح او را حفظ نماید. در این نوع ارتباطات مشکل تعارض منافع خیلی جدی است و چه بسا فرد ضعیف عملاً فاقد خودمختاری و آزادی در تصمیم‌گیری باشد. بیماران به تعهد پزشک نسبت به درمان خویش متکی هستند و انتظار دارند پزشک هیچ انگیزه‌ای به جز سلامت آنان را در اقداماتی که انجام می‌دهد در نظر نگیرد. اگر بیمار بفهمد که پزشک در شرایط تعارض منافع قرار گرفته (صرف نظر از آنکه پزشک واقعاً تحت تأثیر منفعت ثانویه باشد یا خیر) اعتماد خود را به او و حرفه پزشکی از دست می‌دهد. بیماران موقعیت آسیب‌پذیری دارند و به شدت به مراقبت پزشکان خود وابسته‌اند. در این شرایط نابرابر قضاوت درباره میزان تأثیر بالقوه منافع ثانویه کار دشواری است. از آنجا که ناتوانی نسبی بیماران در مقابل پزشکان آن‌ها را به اعتماد

کامل به تصمیمات پزشکی سوق می‌دهد منطقی به نظر می‌رسد که آزادی عمل پزشکان برای ورود به فعالیت‌هایی که می‌تواند مراقبت از بیمار را مخدوش کند محدود گردد. طبیعی است که بروز شرائط تعارض منافع نه تنها در حفظ اعتماد یک بیمار به پزشک خود، بلکه در اعتماد جامعه به حرفه پزشکی اهمیت تعیین کننده دارد.

عوامل مؤثر در شدت تعارض منافع

(۱) احتمال تأثیر: چقدر احتمال دارد که تصمیم‌گیری حرفه‌ای تحت تأثیر منفعت ثانویه قرار گیرد یا به نظر برسد که تحت تأثیر قرار گرفته است؟

(الف) ارزش منفعت ثانویه: (مثلاً مقدار منفعت مالی حاصله)

می‌توان فرض را بر این گذاشت که هرچقدر ارزش مادی منفعت ثانویه بیش‌تر باشد اثرات احتمالی بر منفعت اولیه بیش‌تر هستند و با استفاده از این فرض استانداردهایی جهت قبول هدایا یا خود ارجاعی در نظر گرفته شده است. می‌توان پذیرفت که در مورد منفعت ثانویه با ارزش پائین، احتمال بروز اثرات سوء تعارض منافع قابل چشم پوشی می‌باشد.

(ب) ماهیت ارتباط

هرچه وابستگی‌ها طولانی‌تر و نزدیک‌تر باشند احتمال مشکلات بیش‌تر می‌شود. برای مثال قبول یک هدیه یا بورس پژوهشی می‌تواند عواقب سوء به مراتب کمتری به نسبت شریک بودن در یک شرکت صنایع دارویی داشته باشد.

(ج) رعایت جانب احتیاط

هرچه اقدام تشخیصی یا درمانی انتخاب شده بیش‌تر مبتنی بر اصول و راهنماهای بالینی معتبر و متداول باشد احتمال اثرات سوء منفعت ثانویه کاهش می‌یابد و هرچه بیشتر به شخص پزشک وابسته باشد احتمال اثر آن بیش‌تر خواهد بود.

(د) مرجع بودن افراد

اعتبار، جایگاه بالای شغلی و مرجع بودن افراد می‌تواند تأثیرات مضاعفی در تصمیم‌گیری‌ها و قضاوت اطرافیان و بالطبع عواقب موضوع تعارض منافع داشته باشد. برای مثال اگر یک تکنیسین آزمایشگاه درگیر موضوع تعارض منافع گردد عواقب کمتری در مقایسه با درگیری یک محقق اصلی یا مدیر موسسه دارد.

ه) پاسخگویی و بازبینی

هرچه پزشک و محقق کمتر پاسخگو باشند خطر بروز اثرات سوء تعارض منافع افزایش می‌یابد. اگر تصمیمات پزشک توسط همکارانش مورد ممیزی و نقد و بررسی قرار گیرد افراد تمایل کمتری برای قرار گرفتن در موقعیتهای تعارض منافع جدی خواهند داشت ولی باید این نکته را مدنظر قرار داد که این بازبینی بایستی توسط افراد غیروابسته انجام شود بطوری که خود در شرایط تعارض قرار نداشته باشند.

۲) شدت عوارض و عواقب تأثیر: در صورت بروز خدشه بر منفعت اولیه چه عواقبی ممکن است رخ دهد؟

الف) جایگاه و ارزش هدف اولیه

در جایی که تعارض منافع مستقیماً بر سلامت بیمار تأثیر دارد موضوع از اهمیت بسزائی برخوردار می‌شود چرا که خطر آسیب به بیمار وجود دارد که با مبنای اصلی پزشکی تناقض دارد.

ب) حیطه پی آمد

گاهی اثرات تعارض منافع باعث تغییر دیدگاه و رویکرد جامعه در خصوص گروه بزرگی از پزشکان می‌شود. به عنوان مثال وقتی رئیس یک بیمارستان در معرض آسیب‌های تعارض منافع قرار می‌گیرد نگرش جامعه در خصوص احتمال درگیری سایر همکاران و زیردستان وی نیز در موضوع تعارض منافع ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد. همچنین وقتی نتایج مطالعه یک شرکت دارویی در یک بیمارستان به دلیل موضوع تعارض مخدوش باشد این ذهنیت که ممکن است سایر مطالعات انجام شده در آن شرکت دارویی نیز دچار چنین خدشه‌ای باشد به ذهن افراد متبادر می‌شود.

سوء برداشت‌ها در تعارض منافع

در موضوع تعارض منافع مواردی وجود دارند که می‌توانند باعث بروز برداشت‌های نادرست شوند و نیازمند توجه ویژه هستند.

• تفاوت تعارض منافع و رقابت مسؤولیت‌ها

در رقابت مسؤولیت‌ها پزشک موظف به انجام چندین مسؤولیت است که همه آن‌ها منفعت اولیه محسوب می‌شوند. موقعیتی که در آن پزشک باید در اختصاص وقت و انرژی خود در

هر یک از این مسؤولیت‌ها تصمیم‌گیری کند موقعیت رقابت مسؤولیت‌هاست نه تعارض منافع. به عنوان مثال صرف وقت برای ویزیت بیماران، آموزش دانشجویان و انجام طرح‌های پژوهشی سه مسؤولیت یا منفعت اولیه برای یک هیات علمی بالینی هستند و در واقع هیچ‌یک منفعت ثانوی نیستند.

• قرار داشتن در تعارض منافع به معنی رفتار غیر اخلاقی نیست.

کنترل تعارض منافع به معنی این نیست که به پزشکان با نگاه بدبینانه و به دیده فردی که رفتار غیر اخلاقی دارد نگریسته می‌شود بلکه به این معنی است که آن‌ها هم انسانند و مانند هر فردی ممکن است در موقعیت تعارض منافع دچار لغزش شوند. باید توجه داشت که این موقعیت تعارض منافع است که اشکال دارد نه فردی که در این موقعیت قرار گرفته است و هدف اصلی کاهش میزان بروز موقعیت تعارض است.

• موقعیت‌هایی که تعارض منافع نیستند.

باید توجه داشت که در تعارض منافع شروط یاد شده در تعریف آن باید وجود داشته باشد. لذا تعارض منافع به کلی با هر نوع تعارضات دیگر مثل اختلاف نظر همکاران، تعارض اصول اخلاقی و اختلاف نظر پزشک و بیمار متفاوت است و نباید به این گونه موارد مثل تعارض منافع نگاه کرد.

برخورد عملی با موضوع تعارض منافع

چنانچه ذکر شد تعارض منافع در تمام جنبه‌های زندگی بشری از جمله طب، مدیریت و قضاوت وجود دارد، بنابراین واقع شدن در چنین شرایطی ذاتاً غیر اخلاقی تلقی نمی‌شود. برای مثال تعامل بین پزشکان و صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی اصالتاً غیر اخلاقی نیست چرا که حمایت بخش خصوصی می‌تواند با تسهیل تحقیقات و آموزش ارائه دهندگان خدمت برای بیماران بسیار سودبخش باشد. مشکلات جدی زمانی بروز می‌کند که افراد نتوانند وجود این تعارض را درک کنند یا با آن به روش مناسب برخورد نمایند.

قدم اول در برخورد مؤثر با مسئله تعارض منافع آگاهی از آن است. پزشک نه تنها باید بداند که در چنین شرایطی ممکن است تحت تأثیر قرار بگیرد بلکه باید توجه داشته باشد برداشت عمومی از این مسئله ممکن است به اعتماد جامعه نسبت به مراقبت‌ها و تحقیقات

پزشکی لطمه بزند. تصدیق وقوع شرایط تعارض منافع به معنی اعتراف به شکست اخلاقی نیست بلکه نشانگر درک واقع‌گرایانه از اثر احتمالی منافع ثانوی می‌باشد.

اگر چه اعتماد به سلامت و مهارت آحاد حرفه‌مندان امری لازم و مطلوب است اما صرفاً نمی‌توان به آن تکیه کرد. از اینرو بسته به نوع تعارض و احتمال بروز صدمات فرضی یا واقعی استراتژی‌های متعددی برای مدیریت موقعیت تعارض منافع وجود دارد که اهم آنها عبارتند از: پرهیز، آشکارسازی، سیستم‌های بررسی رسمی و ممنوعیت.

الف) پرهیز

شاید بهترین روش حل مشکل تعارض منافع پرهیز از ورود به شرائطی است که منافع ثانویه بر منفعت اولیه تأثیرگذار است. پزشکان برای ارزیابی این‌که در راستای منافع بیمار تصمیم می‌گیرند یا نه می‌توانند این سؤال را از خود بپرسند که اگر در این موقعیت تعارض منافع نبودند باز همین تصمیم را برای بیمار خود می‌گرفتند؟ پیش‌نیاز تکیه بر این روش آشنا کردن پزشکان با موضوع و تربیت ایشان برای پرهیز از ترجیح منفعت ثانویه بر منفعت اولیه مانند سلامتی بیمار، آموزش صحیح و پژوهش اصیل است. این راهکار حیاتی و بسیار ارزشمند نیاز به یک برنامه آموزشی-تربیتی جدی دارد تا علاوه بر آموزش مفهوم و موارد تعارض منافع، قدرت اجتناب از آن نیز به گروه پزشکی داده شود. در واقع هر دو جزء آموزش و تربیت برای حصول نتیجه ضروری است.

ب) آشکارسازی

قانون طلایی در تعارض منافع آشکارسازی است. برای قضاوت درباره این‌که کسی دچار مشکل تعارض منافع جدی شده یا خیر می‌توان از این سؤال روشن‌گر استفاده کرد:

آیا فرد در صورتی که بیمار و سایرین به منافع ثانوی او در موضوع مورد نظر پی ببرند ناراحت نخواهد شد؟

اگر پاسخ این سؤال مثبت باشد، بهتر است از آن موقعیت پرهیز نمود. در غیر این صورت آشکارسازی حداقل کار لازم و عاقلانه است.

شفاف‌سازی از چند جنبه می‌تواند به کنترل تعارض منافع کمک کند: اولاً کمک می‌کند پزشک به موقعیت‌هایی که حیا دارد آن را بطور شفاف اظهار کند و گمان می‌برد کسی عدم تأثیر پذیری تصمیمات او را از منافع ثانویه‌اش باور نخواهد کرد، وارد نشود. به علاوه شفاف

سازی به بیمار امکان تصمیم‌گیری آگاهانه تری می‌دهد تا احتمال سوگیری تصمیم پزشکی تحت تأثیر منافع ثانویه‌اش را هم در نظر داشته باشد. دیگر آنکه اگر بیمار بفهمد پزشک بعضی منافع خود را مخفی کرده از اعتماد او کاسته می‌شود و از طرف مقابل اگر ببیند پزشک در این رابطه با او به طور باز برخورد می‌کند اعتماد او افزایش خواهد یافت. شفاف سازی همچنین به جامعه و مؤسسات پزشکی امکان قضاوت درباره این که چه مواردی نیاز به رسیدگی بیشتر دارند و چه مواردی باید ممنوع گردد را می‌دهد.

افرادی که در سمپوزیوم‌ها شرکت می‌کنند یا مقالات را داوری می‌کنند نیز باید از ارتباطات مالی بین ارائه‌کنندگان مقاله و صنایع اطلاع داشته باشند. این توجه به سادگی احتمال وجود تورش آگاهانه یا ناخودآگاه در نتایج مطالعه را روشن می‌کند. انتشار منافع مالی مؤلفین به عنوان یک ضرورت جهت اطلاع دیگران از این منافع توسط بسیاری از مجلات پزشکی نیز به رسمیت شناخته شده است.

ج) سیستم‌های بررسی و تأیید رسمی

اغلب مردم در موقعیتی نیستند که بتواند تأثیر منافع ثانویه بر تصمیم پزشک را ارزیابی کنند بنابراین شفاف سازی به تنهایی کافی نیست و ضابطه‌مند کردن اقدامات پزشکان و محدود کردن اختیارات آنان در راستای کنترل گروهی از تعارضات منافع موضوعیت می‌یابد. سیاست‌هایی برای ایجاد سیستم‌های بررسی رسمی موارد تعارض منافع مانند آنچه در تحقیقات پزشکی اتفاق می‌افتد ارائه شده‌اند. به عنوان نمونه کمیته‌های اخلاق در پژوهش علاوه بر کارهای متعدد دیگر موظفند تعیین نمایند طراحی کارآزمایی بالینی و مراقبت از بیمارانی که وارد مطالعه می‌شوند تحت تأثیر شرایط تعارض منافع قرار می‌گیرد یا خیر. مقررات و ضوابط منطقیاً حکم می‌کنند که اعضاء این کمیته‌ها نباید خود در معرض مشکل تعارض منافع باشند. در کشور ما نیز اکنون این کمیته‌ها در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی فعال هستند.

در دانشگاه‌ها معمولاً سیستم نظارتی رسمی وجود دارد که محققین باید منابع مالی خود را از طریق آنان به مدیریت دانشگاه گزارش نمایند. مدیریت از این طریق می‌تواند رعایت نکات ضروری برای جلوگیری از تأثیر تعارض منافع در روند تحقیق (از جمله عدم محدودیت در انتشار نتایج به دست آمده) را مورد بررسی و تأیید قرار دهد. البته چنین سازوکاری در

حوزه‌های آموزش و ارائه خدمات به اندازه پژوهش رشد نیافته است و بیش‌تر اقدامات معطوف به مواردی هستند که به تحقیقات مربوط می‌شوند. شاید این موضوع در آموزش مربوط به ماهیت آن و سختی تعیین مصادیق باشد. در حوزه خدمات نیز گرچه ضوابطی وجود دارد اما به اندازه کافی دقیق و جامع نیست و نیاز به تعیین دقیق‌تر موارد لازم‌الاجرا احساس می‌شود.

د) ممنوعیت‌ها

در بعضی موارد تعارض منافع ممکن است اثرات سوء وسیع بر اعتماد عمومی داشته باشد که در این شرایط پیشگیری از آن‌ها لازم است. این موارد به حدی روشن و مهم هستند که می‌توان برای آنها بطور عمومی ممنوعیت در نظر گرفت. به عنوان مثال در خط مشی انجمن پزشکی کانادا دریافت حق‌الزحمه بیش از حد متعارف نسبت به کار اضافه و هزینه‌های تحقیق از طرف پژوهشگران ممنوع است. همچنین پرداخت حق‌الزحمه صرفاً بابت معرفی افراد مناسب برای ورود به کارآزمایی بالینی ممنوع است. زیرا در این شرایط احتمال وسوسه افراد برای ورود به مطالعه بدون کسب رضایت‌نامه آگاهانه معتبر و عدم رعایت معیارهای ورود به مطالعه جدی خواهد بود. خط مشی فوق پزشکان را از دریافت وجه در قبال ملاقات با نمایندگان صنایع یا حضور در فعالیتهای تشویقی هم‌نهی می‌کند. برگزارکنندگان برنامه‌هایی بازآموزی نیز نباید به دلیل رابطه با شرکت‌های حمایت‌کننده برنامه در موقعیت تعارض منافع قرار گیرند. این مثال‌ها بیان‌گر این واقعیت هستند که در مواردی که شدت تعارض منافع بالاست و تعاقبات جدی به همراه دارد باید خط مشی روشن و شفافی مانع از بروز هرگونه شائبه شده و ورود به موقعیت تعارض منافع را ممنوع نماید.

مطالب ارائه شده در این بخش به عنوان چارچوبی موجز، مفاهیم کلی تعارض منافع را روشن می‌سازد. بدیهی است که ورود به ابعاد گوناگون تعارض منافع در حیطه‌های مختلف نیازمند بحث جداگانه‌ای است که در بخش‌های بعدی ارائه خواهد شد.

فصل دوم

مبانی فقهی تعارض منافع

مبانی فقهی تعارض منافع

در این نوشتار ما بر آنیم تا با مروری بر منابع و مبانی فقهی سابقه موارد مشابه را در متون اسلامی بررسی و راهکارهای پیشنهاد شده در این خصوص را ارائه نماییم.

نگاه فقهی به تعارض منافع

پرداختن به جنبه‌های فقهی موضوع تعارض منافع در سطح مصادیق و جدا جدا نه ضروری و نه عملی می‌باشد. اما می‌توان با بررسی سطوح کلی موضوع قواعد و ضوابطی کلی برای آن پیشنهاد داد و در ادامه به موارد و مصادیق پرداخت.

بحث فقهی تعارض منافع در سه سطح قابل ارائه است.

الف) مبانی فقهی و اخلاقی در برخورد با تعارض منافع چیست؟

ب) بر اساس مبانی فقهی و اخلاق چه احکامی برای تعارض منافع وجود دارد؟

ج) چه شیوه‌هایی به لحاظ اجرایی در برخورد با تعارض منافع باید اتخاذ شود؟

دو سطح اول قابل پاسخ توسط منابع فقه اسلامی است اما سطح سوم بحث‌ماهیت اجرایی، حرفه‌ای و غیر فقهی دارد. بنابراین در اینجا به رویکرد منابع اسلامی و پاسخ آن به دو سطح اول مسائل پیرامون تعارض منافع پرداخته و در ادامه در خصوص شیوه‌های اجرایی در برخورد با تعارض منافع پیشنهاداتی ارائه می‌دهیم.

الف) سطح اول: مبانی فقهی و اخلاقی در برخورد با تعارض منافع چیست؟

در بررسی متون فقهی و اسلامی با چند مفهوم که با تعارض منافع ارتباط وثیقی می‌تواند داشته باشد مواجه می‌شویم.

مفهوم اول: امانت داری

امانت داری مفهوم مبنایی بسیار مهم و اساسی در این زمینه است. انسان در مسؤولیتی که در آن منافع غیر در میان است به‌عنوان امین بوده و باید به مقتضای امانت عمل کند. مفهوم کلیدی امانت در این‌جا فرد امین (پزشک یا غیرپزشک) را از هر اقدامی که بتواند مصداق خیانت تلقی شود نسبت به طرف مقابل باز می‌دارد.

پزشک در اعمال حرفه‌ی خود ممکن است تنها ارتباطش با بیمار مد نظر باشد و یا از سوی دیگر ممکن است از سوی دولت مسئولیتی را به عهده گرفته باشد تا در جهت سلامت مردم خدمت کند. در هر دو حالت ماهیت آن این است که امکاناتی که در اختیار او قرار گرفته و مسئولیتی که بر عهده‌ی وی قرار داده شده است ماهیت امانت دارد و وظیفه نسبت به امانت متفاوت با وظیفه فرد نسبت به شئون شخصی خودش است. هرچند فرد طبق اصل الناس مسلطون علی اموالهم و انفسهم نسبت به اموال شخصی خود اختیارات وسیع‌تری دارد ولی وقتی وارد شئون دیگران مانند سلامتی، امنیت و ... که از جانب اشخاص یا حکومت در اختیار فرد قرار گرفته شده می‌رسیم ماهیت امانت پیدا می‌کند. دست فرد در این جا در هر گونه تصرف باز نیست و تنها تصرفی قابل انجام است که به نفع غیر باشد. این موضوع به شکل اکید در مورد وکیل مصداق پیدامی‌کند و وکیل موظف است به اقتضای نفع و صلاح موکل خود عمل کند. هر اقدامی که این خیر و صلاح را در نظر نگرفته باشد به لحاظ شرعی جایز نیست و ممنوع است.

پزشک، وکیل بیمار و مأذون از سوی وی در امور سلامتی‌اش است. مثال عملی‌تر آن زمانی است که اتومبیل در اختیار فرد مکانیک قرار می‌گیرد. او فقط می‌تواند اقداماتی را انجام دهد که به نفع صاحب اتومبیل باشد و تنها مصلحت صاحب ماشین را باید در نظر بگیرد. همین طور وقتی که وکالت به فردی داده می‌شود که اتومبیل را بفروشد. او باید تنها نفع صاحب اتومبیل را در نظر بگیرد و به فردی بفروشد که بالاترین قیمت و بهترین شرایط را قبول می‌کند. در قلمرو حقوق عمومی هم همین‌گونه است و فردی که وکالت و وزارتی را به عهده می‌گیرد بر این اساس نباید منافع خود را در نظر بگیرد. مثال‌های متعددی در نهج‌البلاغه در این خصوص وجود دارد. به‌عنوان مثال در نامه ۴۱ حضرت به یکی از استانداران خود می‌فرمایند: «و انی کنت اشركتک فی امانتی فلما رایت امانه الناس قد خزیت»، من تو را در امانت خودم شریک کرده بودم پس دیدم که امانت مردم در حال از دست رفتن است. حضرت خود را در موضع حکومت به‌عنوان امانت دار می‌بیند و مجموعه مدیریتی خود را شریک در این امانت داری می‌بیند... در نامه دیگر به استاندار آذربایجان در نامه ۵ می‌فرماید: «ان عملک لیس لک بطعمه و لکنه فی عنقک امانه». این مسئولیت طعمه‌ای در دست تو نیست برای فرصت‌طلبی بلکه امانتی است که بر گردن توست. در نامه ۴۰ می‌فرماید: «عصیت امامک و اخذیت امانتک»، امامت را

سرکشی کردی و نسبت به امانت خود نیز خیانت کردی. در نامه ۴۲ نسبت به فردی که رفتار شایسته‌ای داشته می‌فرماید: «فقد احسنت الولاية و ادیت الامانه»، امانت را به خوبی ادا کرد. یا در نامه ۵۱ می‌فرماید: «فانکم خزان الرعیه و وکلاء الامه» شما وکیل مردم هستید. یعنی باید فقط به اقتضای خیر و صلاح مردم تصمیم بگیرید. تازه این حالت در بهترین شرایط حکومت است که در رأس آن امام معصوم است. حتی امام معصوم هم به خود اجازه نمی‌دهد بر اساس مصالح خود تصمیم‌گیری نماید. در حقوق خصوصی هم مانند حقوق عمومی باید اقتضائات امانت رعایت شود.

مفهوم دوم: عدل و انصاف (در نقطه مقابلش تبعیض)

در شرایطی که پزشک یا غیر پزشک اقدامی انجام می‌دهد که به نوعی تبعیض‌آمیز است یعنی نوعی بهره‌برداری و استفاده ویژه برای فرد به دلیل موقعیتی که دارد تلقی می‌شود منافات با عدل و انصاف دارد و به لحاظ فقهی و اخلاقی مردود است. در روایتی فردی که برای جمع آوری مالیات رفته بود در خصوص هدایایی که علاوه بر مالیات به وی داده بودند پرسید که پیامبر گفتند آیا اگر مأمور مالیات هم نبودی این هدایا را به تو می‌دادند؟

پزشک به دلیل جایگاهی که پیدا کرده است اختیارات خاصی دارد که این بسط ید در اختیار سایر افراد نیست و امکان رقابت وجود ندارد. این اختیار وی او را در معرض پیشنهادهایی قرار می‌دهد که اگر در جایگاه پزشک نبود به وی پیشنهاد نمی‌شد. این امتیاز ویژه می‌تواند به تبعیض منجر شود. حضرت در نهج‌البلاغه می‌فرماید «فانصف الناس من انفسکم» انصاف این است که هر چه برای دیگران نمی‌پسندی برای خود هم نپسندی و هر چه برای دیگران می‌پسندی برای خود هم نپسندی. اگر این را مبنا در تعارض منافع قرار دهیم تا حدود زیادی مشکل حل است و بتوانیم با عمومی سازی امتیازات و تکالیف فرد زمینه تبعیض را از بین ببریم. حضرت در نهج‌البلاغه می‌فرماید: «فاجتنب تکره امثاله» از آنچه که برای دیگران و امثال خودت ناپسند می‌شماری باید اجتناب کنی. افراد حق دارند در رقابت با دیگران بر اساس عملکرد و دسترنج خود به منافع برسند. ولی وقتی هیچ عملکردی مبنای این امتیاز نیست و صرفاً به واسطه ارجاع بیمار این منفعت به دست می‌آید این امر قابل قبول نیست.

مفهوم سوم: پیشگیری از وقوع فساد

ممکن است رفتار پزشک مصداق دو مورد فوق نباشد ولی ترویج آن، خطر وقوع فساد را

دارد. در نگاه بدوی ممکن است رفتار خاصی مصداق خیانت و تبعیض نباشد ولی تجویز و رواج آن زمینه فساد را باز می‌کند. به بیان دیگر یک اقدام ممکن است در مقیاس فرد مشکلی نداشته باشد ولی رواج آن فساد آور باشد. در بحث امر به معروف و نهی از منکر هم موضوعی مطرح است که آیا پیشگیری از منکر هم وظیفه است. حضرت امام در کتاب مکاسب محرمه تفاوتی میان نهی از منکر و پیشگیری از آن قائل نیستند. نمی‌توان مقدمات رشوه را رها کرد و وقتی رشوه گرفته شد نهی صورت گیرد. باید مقدمات عمل به منکر را از بین برد. بلکه پیشگیری به لحاظ عقلی مقدم است. بر اساس نظر امام رفع و دفع منکر هر دو عقلاً و شرعاً واجب است. بنابراین کلیه تعاملاتی که عمومیت یافتن آن باعث مفاسد می‌شود باید منع شود.

ب) سطح دوم: بر اساس مبانی فقهیچه احکامی برای تعارض منافع وجود دارد؟

مصداق تعارض منافع از لحاظ تأثیر بر منافع بیمار به چند گروه و زیر گروه دسته بندی می‌شود:

- ۱- مواردی که فرد منفعت خود را به شکلی که موجب ضرر به طرف مقابل می‌شود مقدم می‌دارد. مثلاً پزشک به بیمار توصیه می‌کند از درمانگاه آموزشی به مطب خصوصی خود مراجعه کند. در این جا اگر پزشک نفع خود را در نظر داشته و تصمیم وی بر بهبود کیفیت خدمت تأثیر نداشته است، مسأله مشمول ادله‌ی ضرر بوده و در حرمت آن تردیدی نیست.
- ۲- گاهی پزشک نفع خود را در نظر می‌گیرد اما در عین حال نفع پزشک در جهت نفع بیمار هم هست و بیمار متضرر نمی‌شود. مثلاً پزشک بیمار را از بیمارستان دولتی به خصوصی که سرویس مناسب‌تری دارد ارجاع می‌دهد. در این جا مسأله دو صورت جداگانه دارد.
 - زمانی که منافع بیمار در شرایط دیگری هم به‌طور برابر قابل تأمین است به این معنی که گزینه‌های دیگری برایتأمین منفعت بیمار وجود دارد که پزشک در آن‌ها نفع چندانی ندارد. به‌عنوان مثال، بیمار به چند بیمارستان خصوصی که کیفیت مشابهی دارند قابل ارجاع است اما پزشک آن بیمارستانی که در آن سهامدار است را برای بیمار انتخاب کند.
 - زمانی که آن‌چه را پزشک برایتأمین نفع خود برمی‌گزیند برای نفع بیمار هم ترجیح هم دارد مثلاً پزشک بیمار را در بیمارستان الف بستری کند که در آن نیز سهام دارد و در عین حال کیفیت خدمات بیمارستان الف در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها بهتر باشد به حدی که اگر پزشک سهامدار بیمارستان الف هم نبود آن را تجویز می‌کرد.

جلد ۱۷ وسایل الشیعه در آداب التجاره در باب
 «انما المرالغیرانیشتربلهلمیجزلها نیعطیه من عنده وان کان عنده خیر امما فیالسوق الا انلا یخافانیتهمه» در
 صفحه ۳۸۹ در روایتی از مرحوم کلینی که به لحاظ سندیت بسیار معتبر می باشد از امام صادق
 (ع) نقل شده است: «محمد بن یعقوب عن علی ابن ابراهیم عن اله و محمد بن هاشم عن فضل
 ابن شاذان جمیعاً عن ابن ابی عمیر عن هشام ابن سالم عن ابی عبدالله: اذا قال لك الرجل اشتر
 لی فلا تؤته من عندک و ان کان الذی عندک خیراً منه» اگر فردی به شما مراجعه کرد که برای
 من جنس خریداری کن و تو از همان جنس داری از مال خود به او نفروش حتی اگر آن چه که
 پیش توست بهتر باشد. تحلیل این روایت به لحاظ حقوق خصوصی هیچ مشکلی ندارد. ولی
 مصلحت اجتماعی مهمی پشت سر آنست که باز شدن این راه به کجا می انجامد. این موقعیت
 خطری است برای نفس آدمی که باید از آن پرهیز کند تا عملکردش در تأمین منافع طرف مقابل
 از خطر نفس در امان بماند هر چند منظور از ذکر این روایات ارائه فتوا نیست اما بدون توجه به
 این مفاهیم که در روایات آمده است نمی توان به این بحث پاسخ داد.

در روایت دیگر: «و عنه (شیخ طوسی) عن حسن ابن علی عن علی ابن لقمان و ولید بن
 مدرک جمیعاً عن ابن اسحاق: قال سئلت عن ابی عبدالله عن الرجل یبحث عن الرجل یقول له
 ابتع لی ثوباً فیطلب له فی السوق و یقول عنده فیجد مثل ما یجد له فی السوق فیعطیه من
 عنده؟ فقال لا یقرین هذا و لا یددنسن نفسه ان الله عزوجل یقول انا عرصنا الا مانه علی
 السموات و الارض و الجبال فابین ان یحملنها و اشفقن منها فحملها الانسان انه کان ظلوما
 جهولاً، و ان کان عنده خیر مما یجد له فی السوق فلا یعطیه من عنده.» روایت از امام صادق
 پرسیده شد که مردی از دیگری می خواهد که برایش از بازار پیراهنی تهیه کند. این فرد خودش
 چنین پیراهنی دارد آیا می تواند جنس خودش را به مرد بدهد؟ حضرت می فرماید نزدیک این
 هم نشود و خودش را آلوده چنین کاری ننماید که خداوند متعال می فرماید: ما امانتکم را بر
 آسمانها و زمین و کوهها عرضه کردیم و ایشان از قبول ان امتناع کردند و ترسیدند در حالی
 که انسان آن را پذیرفت. همانا او ظلوم و جهول است. در ادامه حضرت می فرماید حتی اگر
 جنسی که خود دارد بهتر از آن چه که در بازار است، باشد نباید مال خودش را بدهد.
 حضرت می فرماید حتی نزدیک چنین کاری هم نشو و یعنی این کار خطرناک است. به
 مثابه همان عبارتی که در مورد زنا آورده شده است. (و لاتقربوا الزنا) چرا که وقتی به این

موقعیت‌ها فرد نزدیک می‌شود کنترل نفس مشکل است. در مسائل و فسادهای مالی هم مسأله این گونه است و از شرایط این چنینی شروع می‌شود. حضرت در این روایت مسأله امانت را مطرح می‌کنند.

ممکن است اشکالی مطرح شود که روایات ناظر به تجارت است و به مسأله طبابت قابل تعمیم نیست چون طبابت پیچیدگی بیشتری دارد. در پاسخ باید گفت که اولاً تجارت نیز امروزه پیچیدگی‌های زیادتری دارد. از سوی دیگر اختلاف سطح دانش بیمار و پزشک می‌تواند پزشک را بیش‌تر در معرض اتهام قرار داده و به همین علت باید پرهیزی بیش‌تری داشته باشد. به‌عنوان ملاک هرچه احتمال اتهام بیش‌تر باشد باید پرهیز بیش‌تر شود. لذا به پزشک باید بیش‌تر گفت نزدیک نشو. در قیاس با طبابت، در تجارت رفع تهمت خیلی راحت‌تر است. البته مراد در این بحث حق الزحمه پزشک نیست بلکه منفعت ثانویه ایست که از دید بیمار مخفی است البته از جهاتی وکالتی که در طبابت مطرح است با وکالت در تجارت متفاوت است. در بحث وکالت در خرید جنس ما متعهد به تأمین بهترین نیستیم بر این اساس چنانچه بهترین جنس برای خرید در اختیار وکیل باشد می‌تواند برای پیشگیری از مفاسد محتمل آن را مطرح نکرده و از اجناس موجود در بازار جنس سفارش داده شده را تهیه نمایند ولی در موضوع سلامت به لحاظ اهمیت موضوع مکلف به ارائه بهترین پیشنهاد هستیم. بنابر این در چنین موقعیت تعارض منافی نمی‌توانیم بیمار را از بهترین پیشنهاد که منافع ما نیز به‌طور ضمنی در آن وجود دارد طفره برویم بلکه باید ضمن ارائه بهترین توصیه وجود منفعت شخصی خود را در این توصیه اعلام کنیم.

مرحوم صاحب عروه (محمد کاظم یزدی) قائل به حرمت خود ارجاعی نبوده و قائل به کراهت است و علت این کراهت را هم در معرض خیانت بودن در این امر می‌داند چرا که نفس انسان حيله‌گر است. واقعیت این است که نفس انسان فریبکار است و دائماً دنبال منافع خودش در پوشش منافع بیمار است. عین نظر ایشان این است که: «... الاخبار المانعہ مدلوله علی الکراهه لکونه فی معرض الخیانه، فان النفس خدوء او التهمه»

ممکن است فردی به لحاظ شخصی بتواند خود را از امیال نفسانی تخلیه کند ولی این امر نمی‌تواند مبنا قرار گیرد.

جنبه دیگری که صاحب عروه مطرح می‌کنند بحث تهمت و در معرض اتهام بودن است که سبب بی‌اعتمادی به صنف پزشکان می‌شود. یک تعبیر دقیقی در متون قدیم فقهی است که می‌گوید زکات را به فقیه مأمون بدهید. مأمون کسی است که برای استفاده شخصی از زکات حيله به کار نمی‌برد. در روایتی آمده است: از امام صادق سؤال شده که فردی به دیگری مالی داده است که او آن را در میان نیازمندان تقسیم کند و خود این فرد محتاج است. سؤال شد که آیا می‌تواند فرد از این مال برای خود نیز استفاده کند در حالی که به صاحب مال اعلام نکند؟ حضرت فرمودند: اگر خودش بخواهد برداشت کند باید از صاحب مال اجازه بگیرد.

ج) چه شیوه‌هایی به لحاظ اجرایی در برخورد با تعارض منافع باید اتخاذ شود؟

در فقه برای اعمال ناشایست سه مرتبه مکروه و حرام و جرم (که حد بر آن جاری میشود) مطرح است. مثلاً خوردن سیرابی مکروه است، خوردن غذای نجس شده حرام است و خوردن شراب علاوه بر حرمت به خاطر تأثیرات اجتماعی حد هم بر آن جاری می‌شود. بحث تعارض منافع هم درجاتی از نظر ناشایستگی دارد و باید مراتب آن را تشخیص داد و متناسب با شدت آن برخورد کرد. در خصوص حرف و قداست آن و نیز سطوح ملاحظاتی که حرفه‌مندان باید آن را رعایت نمایند روایات متعددی در حوزه قضاوت مطرح گردیده است که قابل استفاده در موضوع تعارض منافع در پزشکی است.

قاضی و حاکم به واسطه اهمیت و حساسیت جایگاهش در جامعه و حرمت عدالت باید در تعاملات خود ملاحظاتی را مد نظر داشته باشد. البته این ملاحظات نیز مراتب دارد. مثلاً برای قاضی خرید مستقیم کراهِت دارد و مکروه است که امور زندگی خودش را هم مثلاً خرید منزل را هم انجام دهد و بهتر است کسی را انتخاب کند که مردم ندانند که وکیل اوست و اگر کم کم شناخته شد آن را عوض کند. البته حکم به حرمت هم نیست بلکه توصیه اخلاقی است چون بیش از حد نمی‌توان فشار آورد. از سوی دیگر در سطحی سخت گیرانه تر در روایات بر این مهم تأکید شده است که کسی که می‌خواهد وارد عرصه مدیریتی و حاکمیتی شود باید تکلیف خود را بین تجارت و حکومت مشخص کند. روایتی است از پیامبر اکرم که می‌فرماید "ما عدل وال اتجر فی رعیتہ ابداً" هر حاکمی که تاجر شد دیگر عادل نیست. (کتاب جواهر جلد ۴۰ صفحه ۲۸۳) در روایت دیگر از پیامبر می‌فرماید: "لعن امام یتجر فی رعیتہ" ملعون است پیشواییکه در بین مردم تجارت می‌کند. فقها در توجیه این امر گفته‌اند که فکر قاضی در

این امور مشوش می‌شود و احتمال دارد که افراد برای رفع مشکلاتشان ملاحظه وی را کنند و در قضاوتش تأثیر گذار باشد و سوم اینکه در معرض اتهام مخالفانش قرار می‌گیرد..

در قلمرو حرفه پزشکی به نظر می‌رسد در تعیین سطح ناشایستگی مورد تعارض منافع هر کجا که منفعت ثانوی، به تأمین سلامت بیمار آسیب می‌زند و منفعت پزشک نافی منفعت بیمار است باید در گروه جرم قرار گیرد و حتی بیمار حق دارد از پزشک شکایت نماید.

موقعی‌هایی که منفعت پزشک و بیمار در راستای هم هست و نفع بیمار هم راستا با منفعت پزشک هم هست این مورد را نمی‌توان جرم دانست ولی خلاف اخلاق است. علت این است که اگر این کار باب شود که هر پزشک حق داشته باشد در شرایطی که خودش منفعتی از یک توصیه می‌برد بر اساس تشخیص خودش آن را به‌عنوان بهترین توصیه برای بیمار برگزیند، منجر به مفسده‌هایی در سطح جامعه خواهد شد. چرا که تعلق خاطر پزشکی می‌تواند باعث سوگرایی در تشخیص وی شود.

بر اساس روایتی که پیشتر از کتاب وسایل الشیعه از امام صادق ذکر شد پزشک اگر قصد دارد توصیه‌ای به بیمار کند که برای وی بهترین است و از قضا در آن هم منتفع است باید منتفع بودن در این توصیه را به بیمار اظهار کند حتی اگر تنها توصیه ممکن و مناسب همین است باز هم برای جلوگیری از مفساد باید منفعت خود را به بیمار اعلام کند.

اما تصور غیر عملی بودن نظرفوق که اظهار منفعت ثانویه به بیمار است توجیه مناسبی برای مردود دانستن آن نیست چرا که دلیل اصلی غیر عملی تصور کردن آن این است که ما تا حالا به این مفاهیم توجه نداشته‌ایم. اگر بپذیریم که این کار صحیح است باید از یک جا شروع کرد. پس تغییر را از کجا باید شروع کرد و هر چه این کار را دیرتر شروع کنیم دیرتر تحقق می‌یابد.

در بحث پذیرش هدایا نیز چنین مراتبی حاکم است. ارائه هدایای پزشکی در تشخیص و اقدام پزشک طبیعتاً تأثیر گذار است و اگر نباشد انجام آن بی‌معناست. ارائه هدایا یا دعوت به جلسات یا مسافرتها اگر به معنی الزام پزشک به تجویز خاصی باشد و چون پزشک آن تجویز را بیشتر داشته دعوت شده است پذیرش این گروه هدایا به‌طور جدی ناپسند و غیر قابل قبول است اما در مواردی که تنها جنبه تشویقی برای سوق پزشکان به تجویز دارو دارد و تعهد آور نیست مکروه است اما مشکل در حد نوع هدایای قبلی نیست.

نتیجه گیری

پزشک باید فرض را بر این بگذارد که بیمار اختیار سلامتی خود را به او سپرده و او را امین خود می‌داند. در این فرض مهمترین اصل، رعایت امانت در تمام اقدامات خواهد بود. از طرف دیگر از آنجا که انجام اقدامات درمانی تبعات مادی برای بیمار دارد، جایگاه امانت داری حکم می‌کند که در آن جهت نیز پزشک مصالح بیمار را در بالاترین سطح مد نظر داشته باشد. پزشکان به مقتضای قداست حیات در حرفه‌ایمقدس اشتغال داشته و نباید به هیچ عنوان اعتماد جامعه به امانتداری پزشکان را که مهمترین سرمایه حرفه‌ای ایشان است را از دست دهند. بر این اساس در موقعیتهای تعارض منافع باید بسته به سطح و اهمیت این تعارض تصمیم‌گیری مناسبی داشته باند.

از روایات و منابع فقهی چنین برداشت می‌شود که چنانچه اقدامی پزشکی علاوه بر منفعی که متوجه بیمار می‌کند منفعت اظهار نشده‌ای را نیز متوجه پزشک می‌کند، پزشک باید از چنین موقعیت‌هایی پرهیز نماید مگر اینکه منافعش را به‌طور صادقانه برای بیمار بازگو کند. حتی در صورتی که منفعت پزشک در موضعی باشد که بهترین منفعت بیمار هم در آن لحاظ شده است، به جهت لزوم حفظ اعتماد مردم به امانت داری پزشکان، آشکارسازی منفعت پزشک برای بیمار قبل از توصیه یا تجویز اقدام ضرورت دارد.

البته باید توجه داشت که سطوح مختلف تعارض منافع در مراتب مختلفی اعتماد به پزشکان را در معرض خطر قرار می‌دهد و متناسب با مفاسد مترتب بر آن باید سطوح مختلف قبح اخلاقی را برای این گونه رفتارها تعریف کرد. بهره‌گیری از تجارب بالینی پیش‌کسوتان عرصه طبابت می‌تواند راهنمای مناسب و عملی برای تعیین این رتبه بندی‌ها باشد.

فصل سوم

تعارض منافع

در ارائه‌ی خدمات سلامت

تعارض منافع در ارائه‌ی خدمات سلامت

منافع مادی و غیرمادی پزشک ممکن است وی را در ارائه‌ی خدمات سلامت به بیماران در موقعیت تعارض منافع قرار دهد. در ارائه‌ی خدمات سلامت به بیمار، احتمال تأثیرگذاری عوامل متعددی بر تصمیم حرفه‌ای پزشک متصور است. این‌که کدام اقدام برای پزشک منفعت مالی بیش‌تری در پی خواهد داشت، چه اقدامی برای پزشک درد سر کم‌تری خواهد داشت، چه اقدامی برای کسب تجربه، ارزش آموزشی بیش‌تری برای پزشک دارد، چه اقدامی منطبق با راهنماهای بالینیشرکت‌های بیمه‌ای است و بازگشت هزینه‌ی ارائه‌ی خدمت به بیمار را برای پزشک تضمین خواهد کرد؛ چه اقدامی شهرت دانشگاهی وی را ارتقا خواهد داد و چه اقدامی پزشکی را که خطایی مرتکب شده است تبرئه خواهد کرد، همه از جمله منافع ثانویه‌ای است که احتمال دارد در تصمیمات پزشک در خلاف جهت منافع سلامت بیمار تأثیرگذار باشد. همان‌طور که در فصل کلیات بحث شد در این سنتنها به تعارض منافع مالی پرداخته خواهد شد. با این همه، پزشکان لازم است در هر تصمیم حرفه‌ای بر تمامی عوامل موثر بر تصمیمات حرفه‌ای‌شان اعم از مالی و غیرمالی تأملکنند و تأثیرات نامطلوب احتمالی بر اتخاذ بهترین تصمیم برای سلامت بیمار را به حداقل برسانند.

تعارض منافع مالی در ارائه‌ی خدمات سلامت در سه گروه کلیتقسیم‌بندی می‌شوند

(۱) نظام پرداخت حق‌الزحمه پزشکان

(۲) خود ارجاعی که خود شامل زیرشاخه‌هایی است:

- مالکیت یا برخورداری از سود سهام مؤسسات ارائه‌ی خدمات سلامت
- ارائه‌ی خدمات تشخیصی درمانی در مطب
- تسهیم درآمد

(۳) دریافت هدایا از شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی

نظام پرداخت حق الزحمه‌ی پزشکان

انگیزه‌های ناشی از پرداخت، می‌تواند پزشکان را ترغیب کند تا ساعات کاری، تعداد بیماران ویزیت شده و نحوه‌ی درمان خود (درمان سرپایی یا بستری) را تغییر دهند. انگیزه‌های مالی می‌تواند باعث شود تا پزشکان تقاضا برای خدمت را به بیماران خودالقا کنند. عدم توازن اطلاعات بین پزشک و بیمار در زمینه‌ی دانش پزشکی، باعث می‌شود پزشکان این قدرت را داشته باشند تا از طرفی هم چون زمان مراجعه بعدی که به بیماران توصیه می‌کنند، نوع داروی تجویزی برای آن‌ها، متخصصانی که برای مراجعه به آن‌ها معرفی می‌کنند و آزمون‌های آزمایشگاهی یا مداخلات تهاجمی که برای بیماران در نظر می‌گیرند، تقاضای دریافت خدمت را القا کنند. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در معرض این شائبه قرار دارند که در مواردیاز این قدرت برای افزایش درآمد، ارتقای جایگاه حرفه‌ای خود، کاهش بار کاری یا حتی رقابت با دیگر ارائه‌کنندگان خدمت با توجه به نظام پرداخت استفاده می‌کنند.

اگر پزشکان، حقوق‌بگیر با حقوق ثابت باشند، بیماران کم‌تری را ویزیت خواهند کرد و بالعکس اگر مبنای پرداخت به ازای هر ویزیت مقرر شود تعداد بیماران هر پزشک افزایش خواهد یافت. بدین ترتیب میزان و شیوه‌ی پرداخت به پزشکان آن‌ها را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد. نحوه‌ی پرداخت حتی می‌تواند بر صحت مستندسازی تشخیص و خدمات ارائه‌شده به بیماران تأثیر بگذارد.

سیاست‌گذاران نظام سلامت سعی دارند تا از شیوه‌های مختلف پرداخت به‌عنوان ابزاری برای استفاده‌ی هزینه‌ی اثربخش‌تر از خدمات پزشکان بهره‌گیرند اما هر یک از این شیوه‌های پرداخت می‌تواند کم و بیش پزشک را در موقعیتی از تعارض منافع قرار دهد که در تصمیم‌گیری‌هایش تأثیرگذار باشد. در این‌جا به برخی شیوه‌های پرداخت و تأثیر آن‌ها در ایجاد تعارض منافع برای پزشکان اشاره می‌شود.

الف) پرداخت در ازای خدمت¹: که نظام مرسوم و سنتی پرداخت حق الزحمه پزشکان است آن‌ها را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد و مشوقی به پزشکان می‌دهد تا خدمات بیش‌تری را حتی بدون لحاظ اثربخشی و هزینه‌ی اثربخشی برای بیماران خود ارائه دهند. برای مثال، در صورتی که پرداخت برای سزارین بیش‌تر از تعرفه‌ی زایمان طبیعی باشد، این احتمال

¹ Fee for Service

پیش می‌آید که میزان انجام این عمل بالا رود و میزان زایمان‌های طبیعی افت کند. مطالعات متعددی نشان داده که ساختار پرداخت در ازای خدمت باعث افزایش بیش از حد خدمات گران‌قیمتی از قبیل اندارترکتومی کاروتید، بای پس عروق کرونر و قرار دادن پیس میکر برای بیماران شده است که اندیکاسیون واضحی برای این اقدامات نداشته‌اند.

پرداخت در ازای خدمت هرچند موجب افزایش بهره‌وری پزشکان می‌شود، به نحوی که به ازای ساعت کار تعداد بیش‌تری بیمار را ویزیت کنند، اما از سوی دیگر می‌تواند موجب افت کیفیت خدمات شود. در نظام پرداخت به ازای خدمت، تعداد بیماران خدمت داده‌شده اهمیت پیدا می‌کند، لذا انگیزه‌ای برای کاهش تعداد بیماران و کاهش مراجعات بعدی آن‌ها وجود ندارد. از طرف دیگر، تجویز خدمات غیرضروری با اثربخشی مرزی، بیماران را در معرض عوارض مداخلات پزشکی قرار می‌دهد و نیز باعث صدمه به سلامت جامعه از طریق افزایش هزینه‌های غیرضروری خدمات سلامت می‌شود. مطالعه‌ی گرتهام (۱۹۹۲) نشان داد که در کشورهای سازمان رشد و همکاری‌های اقتصادی^۱، نظام پرداخت در ازای خدمت، در مقایسه با سایر روش‌های پرداخت، هزینه‌ی سلامت را ۱۱ درصد بالاتر می‌برد.

از سوی دیگر، تفاوت میزان پرداخت به ازای خدمات تهاجمی، در مقایسه با خدمات مشاوره‌ای باعث شیفت مراقبت‌های سلامت از پیشگیری به درمان‌های گران‌قیمت می‌شود که پرداخت دستمزد بیش‌تری برای پزشک به همراه دارد. مطالعات حاکی از آن است که نظام پرداخت به ازای خدمت منجر به افزایش خرید و مصرف تجهیزات گران‌قیمت تشخیصی توسط مراکز درمانی می‌شود که در مبحث خود ارجاعی به آن خواهیم پرداخت.

ب) پرداخت پاداش: ملاک‌های پرداخت پاداش در تغییر روند طبابت پزشکان تأثیرگذار است. یکی از کاربردهای شیوه‌ی پرداخت پاداش در این عرصه، پرداخت پاداش به پزشکانی است که هزینه‌ی داروهای تجویزی آن‌ها بر حسب تعداد بیمار، پایین‌تر از میانگین کلی سایر پزشکان یا یک میانگین از قبل اعلام شده باشد.

مشوق‌هایی که منجر به کاهش هزینه‌های خدمات سلامت می‌شود می‌توانند تأمین بهترین خدمات سلامت برای بیماران را مخدوش سازند. ملاک‌هایی که در بیمارستان‌ها معیار پرداخت پاداش بیمه قرار می‌گیرند معمولاً عبارتند از:

¹Organization for Economic Co-operation and Development

۱ - کاهش بستری‌های مجدد یک بیمار به دلیل همان بیماری در بازه‌ی زمانی مشخص

۲ - کاهش طول اقامت بیماران در بخش‌های ویژه

۳ - کاهش میزان عفونت‌های بیمارستانی

۴ - کسب درجه‌ی خاصی از رضایت‌مندی بیماران

برخی از این معیارها هرچند به‌عنوان معیارهایی از کیفیت خدمات بیمارستانی محسوب می‌شوند اما برای مؤسسات ارائه‌دهنده‌ی خدمت تعارض منافع ایجاد می‌کنند، برای مثال، ممکن است باعث شوند که این مؤسسات از پذیرش بیمارانی که نیاز به بستری طولانی‌مدت در بخش‌های ویژه دارند خودداری کنند.

ج) پرداخت سرانه: در این شیوه، پرداخت به ازای هر فرد از جمعیت تحت پوشش محاسبه می‌شود. هر چه پرداخت سرانه برای برنامه‌های وسیع‌تر سلامت باشد به دلیل اثر احتمالات در جمعیت‌های بزرگ، امکان محاسبه‌ی منصفانه‌تر سرانه به نحوی که کم‌تر منجر به تعارض منافع برای پزشک شود، بیش‌تر خواهد بود. همین‌طور هر چه پاداش‌های پرداختی به ازای ارزیابی‌شده‌ها در بازه‌های طولانی‌مدت تر باشد، کم‌تر پزشک را دچار تعارض منافع خواهد کرد. هرچند پیامد سلامت نظام پرداخت سرانه تفاوتی با روش پرداخت به ازای خدمت نشان نداده اما به میزان قابل توجهی موجب کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود. در این نظام، سقف هزینه که نباید از آن تخطی شود بر اساس سرانه محاسبه می‌شود. سقف سرانه‌ی هزینه باعث می‌شود پزشکان ترغیب به ارائه‌ی کم‌تر خدمات گران‌قیمت سلامت به بیماران یا عدم پذیرش بیماران پرخطر شوند. اشکالات پرداخت‌های سرانه امروزه با شیوه‌هایی از قبیل تعدیل پرداخت بر اساس خصوصیات دموگرافیک یا وضعیت سلامتی جمعیت تحت پوشش اصلاح شده‌اند. همین‌طور برنامه‌های پیشگیری از ضرر^۱ برای خارج ساختن بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های پرهزینه دارند، از مجموعه جمعیت پرداخت سرانه، باعث می‌شود تا پزشک برای حفظ سقف هزینه، در ارائه‌ی خدمت به این نوع بیماران در موقعیت تعارض منافع قرار نگیرد. در ایران نظام پرداختی که برای پزشکان خانواده در نظر گرفته شد، تلفیقی از سه روش پرداخت حقوق، پاداش و سرانه است.

^۱ Stop-loss plan

د) پرداخت به ازای بستری: در این روش مقدار ثابتی برای هر بستری صرف نظر از نوع خدمات به بیمارستان پرداخت می شود. این روش در بیمارستان های تک تخصصی به کار گرفته می شود. این نحوه ی پرداخت ممکن است باعث شود بیمارستان دست به انتخاب بیمارانی بزند که بیماری خفیف تری دارند تا هزینه ی مراقبت های تحمیل شده از جانب آن ها به بیمارستان کم تر از میزان پرداختی باشد که برای هر مورد بستری بیمار دریافت می کند.

ه) نظام پرداخت به ازای بستری با تعدیل از نظر ترکیب موارد: در این شیوه برای به حداقل رساندن عوارض شیوه ی پرداخت به ازای بستریو نیز افزایش بهره وری بیمارستان ها، بیماری ها از نظر مشابهت بالینی و هزینه ای طبقه بندی می شوند و پرداخت به ازای هر مورد بستری در هر طبقه انجام می شود. تعدیل های دیگری از قبیل در نظر گرفتن سن بیمار، بیماری های همراه و وضع ترخیص در این نحوه ی پرداخت معمولاً لحاظ می شوند. در این شیوه معایب پرداخت به ازای خدمت وجود ندارد با این همه تعارض منافع مالی بیمارستان می تواند منجر شود تا بیماران را بر اساس هزینه-فایده انتخاب و پذیرش کند، بیماری های ساده را پیچیده گزارش کند یا خدمات کم تری را برای بیماران ارائه دهد.

در مجموع، هیچ روش پرداختی عیب و کامل نیست و نمی تواند کارایی و درعین حال کیفیت و پیامد سلامت مردم را ارتقا دهد. با این وجود انتخاب ترکیبی از روش های پرداخت با لحاظ تأثیری که بر یکدیگر و بر پیامد سلامت مردم دارند می تواند بهترین کارایی را ضمن حداقل تعارض منافع فراهم آورد. به علاوه، پایبندی پزشکان و مراکز درمانی به ایفای نقش مدافع سلامت بیماران، زمینه ی ارائه ی بازخورد برای رفع تعارضات منافع ایجاد شده را نیز فراهم می سازد. پزشکان در قراردادهای کاری نباید هیچ نحوه ی پرداختی را که اظهار آن به بیمار می تواند تأثیر منفی بر رابطه پزشک- بیمار بگذارد را بپذیرند. شفافیت نظام پرداخت و پاسخگویی سیاست گزاران باعث امکان نقد آن در حوزه ی عمومی و اعمال اصلاحات بیش تر برای بهبود نواقص شیوه ی پرداخت در جهت تأمین منفعت اولیه ی پزشکی (سلامت مردم) می شود.

خود ارجاعی

الف) مالکیت یا سرمایه گذاری: نقش دوگانه ی حرفه ای بودن و تجارت در پزشکی در سال های اخیر افزایش یافته، چرا که درآمد پزشکان در مقایسه با سایر مشاغل رشد چندانی نیافته

است. پزشکان در دهه‌های اخیر به مالکیت مراکز خدمات سلامت، سرمایه‌گذاری در آن‌ها یا خرید تجهیزات و ارائه‌ی خدمات تشخیصی درمانی سرپایی در مطب‌های شخصی خود روی آورده‌اند. منافع ثانوی ارجاع بیماران برای دریافت این خدمات، با فراهم آوردن مشوق مالی برای پزشک در تجویز بیش از حد یا غیرضروری خدمات، تعهد وی به برآوردن بهترین منفعت سلامت بیماران را در خطر قرار می‌دهد. همان‌گونه که در بحث نظام‌های پرداخت ذکر شد، افزایش درآمد بر اساس افزایش خدمات ارائه‌شده به بیمار احتمال تأثیر سوء بر قضاوت پزشکان در توجه به منافع سلامت بیماران را در پی دارد.

مطالعات نشان می‌دهد که خودارجاعی میزان استفاده از خدمات سلامت و هزینه‌های سلامت را افزایش می‌دهد. طبق بررسی‌های انجام‌شده در امریکا، خود ارجاعی ۹۰-۶۰ درصد رادیوگرافی‌ها و سونوگرافی‌های خارج بیمارستانی را شامل می‌شود. پزشکیانی که اقدامات تصویربرداری را خودشان انجام می‌دهند ۷/۷-۱/۷ برابر بیش از پزشکان با همان تخصص که همان نوع بیماران را می‌بینند اما این تصویربرداری‌ها را خود انجام نمی‌دهند، این تصویربرداری‌ها را برای بیمارانشان تجویز می‌کنند. مطالعه‌ی اداره‌ی سلامت امریکا^۱ نشان داد ارجاع به تست‌های پاراکلینیکی در پزشکیانی که خود ارجاعی می‌کنند ۴۵ درصد بیشتر است. مطالعات نشان می‌دهد که ارجاع به مراکز که پزشک در آن‌ها سهام‌دار است در مقایسه با قبل از سرمایه‌گذاری در این مراکز و یا در مقایسه با پزشکان هم رشته‌ای که سهام‌دار نیستند ۱/۵ تا ۲ برابر بیشتر است. مطالعه‌ای بر روی ام آر آی‌های درخواست شده توسط پزشکان نشان داد که نتایج منفی در ام آر آی درخواست شده توسط پزشکیانی که خود ارجاعی کرده بودند ۸۶ درصد بیش از میزان تست منفی در ام آر آی‌های درخواست شده توسط پزشکان غیر ذینفع بود. همین‌طور سن بیماران ارجاع شده توسط پزشکان ذینفع به میزان معنی‌داری کم‌تر از سن بیماران ارجاع شده توسط پزشکان غیر ذینفع بود. این مطالعه هم‌چنین نشان داد که شدت ضایعات در نتایج مثبت دو گروه با هم برابر بود.

خودارجاعی به لحاظ ایجاد موقعیت تعارض منافع و تأثیرات نامطلوب ذیل، از نظر اخلاقی محل اشکال است:

- افزایش هزینه‌های غیرضروری سلامت و صدمات ناشی از انجام اقدامات غیرضروری

^۱Healthand Human Service

- محدود کردن اتونومی بیمار از طریق محدود کردن گزینه‌های خدماتی
- مخدوش کردن قضاوت بیماران از خیرخواهی پزشک و بالطبع مخدوش شدن اعتماد

مردم

هرچند اثرات مثبتی از مشارکت مالی پزشکان در مراکز سلامت نیز متصور است. پزشکان بیش از هر کس دیگری در جامعه متوجه نیازهای پزشکی جامعه هستند و می‌توانند باعث ورود فناوری‌های مورد نیاز و ارتقاء کیفیت خدمات از طریق سرمایه‌گذاری و مالکیت این فناوری‌ها شوند، اما این دیدگاه منتقدان جدی دارد چرا که مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه‌گذاری‌های پزشکان موجب افزایش دسترسی مردم در مناطق دورافتاده نمی‌شود.

غیرقابل اجتناب بودن برخی انواع خود ارجاعی‌ها ضرورت تدوین مقررات و ضوابطی در این خصوص را نمایان کرده است. در امریکا قانون فدرال Stark پزشکان را از ارجاع بیماران تحت پوشش Medicare و Medicaid به مراکز خدمات سلامت که خود پزشک یا بستگان درجه اول وی سهام یا مالکیت در آن دارند را منع کرده است. البته به منظور ارتقاء کیفیت خدمات و سهولت دسترسی بیماران، اقدامات تشخیصی درمانی که در مطب پزشک ارائه می‌شود از این قانون استثنا شده‌اند. همین‌طور ارجاع بیماران به بیمارستان‌ها شامل این قانون نمی‌شود. این استثنائات به منزله‌ی این نیست که این موارد خودارجاعی محسوب نشده و پزشک را در تعارض منافع قرار نمی‌دهد بلکه باید تعارض منافع پزشکان در این موارد از طریق شفاف‌سازی و وجود ضوابط اخلاقی کنترل شود.

در مقررات انتظامی نظام پزشکی ایران نیز جذب و هدایت بیمار از مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصیا بخش خصوصی اعم از بیمارستان و درمانگاه و ... و بالعکس به منظور استفاده‌ی مادی، توسط شاغلین حرفه‌ای پزشکی و وابسته ممنوع شده است.

برای کنترل تعارض منافع در خود ارجاعی به مؤسسات خدمات سلامت موارد ذیل پیشنهاد می‌شود: (بایدهای ارجاع بیماران)

- پزشکان نباید بیماران را به مؤسساتی که در آن منفعت مالی دارند و خودشان مستقیماً در آن خدمتی به بیمار ارائه نمی‌کنند ارجاع دهند. خودارجاعی تنها باید به مؤسساتی که پزشک خود در آن خدمتی به بیمار عرضه خواهد داشت محدود شود.

- ملاک ارجاع بیمار به این مؤسسات باید تنها نیاز پزشکی وی باشد.
- حتی در خصوص خدماتی که خود پزشک ارائه می‌دهد باید گزینه‌ی انتخاب پزشک دیگری برای ارائه‌ی خدمت به بیمار فراهم شود. به‌عنوان مثال، پزشکی که انجام آندوسکوپی را برای بیمار ضروری می‌داند، باید حق انتخاب پزشک انجام دهنده‌ی آندوسکوپی را به بیمار بدهد.

در ارجاع به سایر مراکز خدمات تشخیصی درمانی پزشک اخلاقاً موظف است:

- مؤسسات خدماتی مناسب را معرفی کند.
 - به بیمار حق انتخاب بین این گزینه‌ها را بدهد و اطمینان دهد که انتخاب هر یک از گزینه‌ها تأثیری بر نحوه‌ی برخورد پزشک با بیمار در دریافت خدمات بعدی نخواهد داشت.
- خودارجاعی در انواعی از اقدامات تشخیصی درمانی از قبیل آندوسکوپی، تست‌های تنفسی، نوار مغز، نوار قلب، ادیومتری، اکوکاردیوگرافی و مانند آن که در مطب پزشک انجام می‌شود، برای بهبود دسترسی بیماران به خدمات مربوطه قابل پذیرش است مشروط بر آن‌که تجویز این اقدامات صرفاً بر اساس نیاز بیماران انجام یافته و به بیمار حق دریافت خدمت از سایر مراکز داده شود.

ب) تسهیم درآمد: نوع خاصی از خود ارجاعی که به هیچ روی از نظر اخلاقی مورد قبول نیست، دریافت امتیاز یا وجه در ازای صرفاً ارجاع بیمار به سایر مراکز یا پزشکان است. در این نوع تعامل، پزشکی که هیچ مالکیتی در مرکز خدمات سلامت مورد ارجاع ندارد وارد معامله با آن مراکز یا سایر پزشکان می‌شود تا به ازای هر مورد ارجاع بیمار، مبلغی از ایشان دریافت کند. این پدیده به نام تسهیم درآمد^۱ شناخته می‌شود. در آمریکا، کانادا و انگلستان دریافت وجه در ازای ارجاع بیمار به هر مرکز خدمات سلامت ممنوع و خلاف ضوابط حرفه‌ای است. در ماده‌ی ۱۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی سال ۱۳۷۸ نظام پزشکی کشورمان تصریح شده بود: "شاغلان حرفه‌های پزشکی حقدریافت و پرداخت هر گونه وجهی به هر عنوان بابت اعزام و معرفی بیماران به مطب و مؤسسات پزشکی ندارند."

متأسفانه، معلوم نیست به چه دلایلی این بند در ویرایش بعدی این آیین‌نامه در سال ۱۳۸۳ حذف شده است. ضروری است تسهیم درآمد که غیرقابل دفاع و غیراخلاقی‌ترین شکل

^۱ Fee splitting

تعاملات مالی در حرفه‌ی پزشکی است به کلی ممنوع شود. از آن‌جا که این شیوه‌ی پرداخت مستقیماً در ازای ارجاع است کاملاً غیراخلاقی بوده و پیشنهاد می‌شود در آیین‌نامه‌ی حرفه‌ای پزشکی نیز این بند مجدداً گنجانده شود.

(ج) فروش کالا: شکل دیگری از خود ارجاعی فروش کالاهای مراقبت سلامت در مطب است. به‌طور کلی، فروش کالاهای غیر مرتبط با مراقبت سلامت در مطب به منظور کسب درآمد، خلاف شان پزشکی است. فروش کالاهای مرتبط با مراقبت سلامت نیز پزشک را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد. در برخی کشورها، اشکالی از فروش کالای مرتبط با خدمات سلامت مشروط بر این‌که الف) در جهت بهبود دسترسی بیماران به کالاهای مورد نیاز باشد، ب) اثربخشی کالا از نظر علمی مورد تأیید باشد و ج) پزشک رابطه‌ی مالی خود با شرکت سازنده یا پخش‌کننده‌ی کالا و اطلاعات مربوط به نحوه‌ی تهیه‌ی کالاهایی مشابه را به بیماران ابراز کند، قابل قبول است. با اینحال، طبق ضوابط انتظامی نظام پزشکی کشور ما، فروش دارو محصولات آرایشی و بهداشتی و تجهیزات و لوازم پزشکی در محل طبابت ممنوع شده است.

هدایا شرکت‌ها

بازاریابی یکی از اصلی‌ترین هزینه‌های صنایع دارویی است. تحلیل‌های اخیر در امریکا برآورد کرده‌اند که در سال ۲۰۰۴ صنایع دارویی برای بازاریابی خود ۵/۵ میلیارد دلار هزینه کرده‌اند که فقط ۴/۲ میلیارد آن به‌صورت ملاقات مستقیم نمایندگان شرکت‌های دارویی با پزشکان و ۵/۱ میلیارد دلار برای نمونه‌های دارویی هزینه شده است. شرکت‌های دارویی از شیوه‌های متنوعی در ملاقات با پزشکان برای افزایش فروش خود استفاده می‌کنند. متأسفانه، شرکت‌ها گاهی دسترسی به عملکرد تجویز داروی پزشکان دارند و از این طریق گروه خاصی را برای مراجعه مورد هدف قرار می‌دهند و نیز فرایند تأثیر فعالیت‌های تبلیغی خود را بر تجویز پزشکان رصد می‌کنند. به این ترتیب کمپانی‌ها در برخی موارد بابت هر بیمار که شروع به مصرف دارویمشخصی می‌کند مبلغی را به پزشک تجویز کننده پرداخت می‌کند. حتی شرکت‌های دارویی ممکن است از پزشکان به‌عنوان نماینده‌ی تبلیغ محصولات خود استفاده کنند. گاهی برخی از کارآزمایی‌های بالینی که با حمایت شرکت دارویی با جلب

همکاری پزشکان غیر هیات علمی انجام می‌شود نه به منظور گردآوری اطلاعات علمی در مورد فراورده بلکه به منظور بازاریابی و تغییر رویه‌یتجویز پزشکان است.

اشکالی از هدایا که اغلب توسط صنایع به پزشکان پیشنهاد می‌شوند عبارتند از:

- هدایای تبلیغاتی
- نمونه داروی رایگان
- کمک‌هزینه‌ی شرکت در اجلاس‌های علمی
- برنامه‌های اجتماعی و دعوت به شام
- هزینه‌ی سفر

الف) هدایای تبلیغاتی: نمایندگان صنایع می‌توانند اطلاعات جدیدی به پزشکان ارائه دهند اما پذیرش هدایای گران‌قیمت از ایشان، هیچ توجیه منطقی ندارد. نه تنها صنایع بلکه حتی آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری که باید در خدمت بیماران باشند ممکن است برای افزایش درآمد خود هدایایی را به پزشکان ارائه دهند که آن‌ها را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهد دریافت هدایا باعث ترغیب آگاهانه یا ناخودآگاه پزشکان در تجویز بیش از پیش محصولات شرکت می‌شود. همین‌طور دریافت هدایا از سوی پزشکان این خطر را دارد تا نمایندگان شرکت‌های دارویی جایگزین منابع علمی برای دسترسی به دقیق‌ترین نتایج درباره‌ی اثربخشی و عوارض فراورده‌های شرکت‌ها شوند. مطالعات نشان می‌دهد بیماران بیش‌تر از پزشکان معتقد به تأثیر هدایا بر قضاوت حرفه‌ای پزشکان هستند. اغلب مردم معتقدند که دریافت هدایای شرکت‌های دارویی، هزینه‌ی داروها را برای آن‌ها افزایش می‌دهد و باعث مخدوش شدن قضاوت پزشکان می‌شود. قابل قبول نبودن هدایا از نظر مردم با افزایش ارزش مادی هدیه و با مرتبط نبودن هدیه با مراقبت از بیمار، افزایش می‌یابد. مطالعات نشان می‌دهد افرادی که باور دارند پزشکان هدایای شرکت‌ها را قبول می‌کنند اعتماد کم‌تری به پزشکان و نظام سلامت دارند.

هرچند اغلب پزشکان به شکل خودآگاه و عامدانه دچار لغزش در مراقبت از بیمارانشان به دنبال دریافت هدایا نمی‌شوند اما پذیرش هدایا به شکل ناخودآگاه موجب حس قدردانی شده و همکاری پزشکان با نمایندگان صنایع را افزایش می‌دهد. به این ترتیب پذیرش هدایا

این منفعت را برای صنایع دارد که پزشکان تمایل و همکاری بیشتر جهت مصاحبه با نمایندگان آنها داشته باشند و محصولات این صنایع را بیش تر تجویز کنند.

در کشور کانادا پذیرش هدایای شخصی با هر میزان ارزش مادی قابل توجه توسط پزشکان ممنوع است. در انگلستان پزشکان از پذیرش هر گونه هدایا که امکان تأثیر بر طبابتشان داشته باشد چه از سوی بیمار و چه شرکتها منع شده اند. در امریکا تنها هدایای با ارزش کم (تا حدود ۱۰۰ دلار) که برای مراقبت بیماران مورد استفاده قرار گیرد مورد قبول است و دریافت مستقیم پول تحت هیچ شرایطی قابل قبول نیست و پزشکان نباید پولی را در ازای صرف وقت خود برای پذیرش نمایندگان صنایع دریافت کنند. همین طور پذیرش هر گونه هدیه که به دلیل تجویز محصولات شرکت توسط پزشک باشد ممنوع است.

طبق قانون Sunshine که سال ۲۰۱۰ در امریکا به تصویب رسید شرکت های دارویی که محصولات آنها تحت پوشش Medicare و Medicaid قرار دارند موظفند هدایا و پرداخت هایی که به پزشکان و بیمارستان های آموزشی می کنند و همینطور سود سهام هایی که به پزشکان و اعضاء خانواده آنها پرداخت می کنند را اعلام عمومی کنند. در سند جامع اخلاقی نظام دارویی ایران اعطا هدایایی که ابزار دست پزشکان است یا جنبه تبلیغاتی داشته و ارزش مالی بالایی ندارد پذیرفته شده است. علاوه بر این، مهمان نوازی در قرارهای کاری و در کنگره ها و همایش ها در صورتیکه وجهه نامناسبی نداشته و تأثیری بر تصمیم گیری های افراد نداشته باشد قابل پذیرش دانسته شده اما اعطای هدایا در ازای تجویز و همینطور پرداخت وجه برای شرکت پزشکان در همایش ها منع شده است. به علاوه، موارد و مبالغ هدایا و نحوه حمایت مالی همایش ها باید اظهار شود.

این مهم در آیین نامه ی اجرایی وزارت بهداشت در معرفی و بازاریابی فرآورده های دارویی و بیولوژیک نیز ضوابطی در اعطای هدایا و برگزاری همایش ها نیز مورد توجه قرار گرفته و آمده است:

هدایای تبلیغاتی که از طرف شرکتها به پزشکان یا سایر شاغلان حرف پزشکی اهدا می شود باید دارای شرایط زیر باشد:

- هدایا باید به امور بهداشت و درمان مربوط باشد و به نفع بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

- دارای مشخصه‌ای از دارو یا مؤسسه‌ی مربوطه باشد.
 - ارزش مادی هدایا نباید خارج از عرف معمول در جامعه بوده و باعث تشویق و ترغیب به تجویز غیرمنطقی دارو شود.
 - کلیه‌ی مؤسسات دارویی باید هر سه ماه یکبار نوع و میزان هدایای اهدایی به پزشکان یا سایر شاغلان حرف پزشکی را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کنند.
 - کلیه‌ی شاغلان حرف پزشکی باید حداقل هر ۳ ماه یکبار نوع و میزان هدایای دریافتی از مؤسسات دارویی را به سازمان نظام پزشکی اعلام کنند.
- هرچند ضوابط جامعی در کشورمان در خصوص دریافت هدایای شرکت‌ها توسط پزشکان وجود دارد، اما به دلیل فقدان سازوکار نظارتی لازم، اجرای آن‌ها مورد توجه قرار نگرفته و هیچ اطلاعاتی از میزان عمل به آن‌ها وجود ندارد.
- ب) نمونه دارویی رایگان: نوع خاصی از هدایا اعطای نمونه‌ی دارویی است. مطالعات نشان می‌دهد این نوع از هدیه کم‌ترین تأثیر را بر کاهش اعتماد بیماران دارد. برخی در دفاع از این نمونه‌های دارویی آن را اقدامی در امکان دسترسی بیماران بی‌بضاعت در دسترسی به داروی رایگان می‌دانند، در حالی که این نمونه‌ها اغلب مربوط به جدیدترین داروهاست که قیمت بالایی دارند و لزوماً اثربخشی بیش‌تری نسبت به داروهای مشابه موجود در بازار ندارند و همین‌طور مقدار کم آن‌ها برطرف‌کننده‌ی نیاز بیمارانی که نیازمند مصرف مداوم و یا طولانی مدت این داروها هستند نیست. به علاوه، مطالعات نشان می‌دهد نمونه‌های دارویی بر نحوه‌ی نسخه‌نویسی پزشکان تأثیر می‌گذارد و هزینه‌ی داروهای نسخه شده را درحالی که مشابه ژنریک دارند افزایش می‌دهد. طبق ضوابط انتظامی نظام پزشکی کشورمان نمونه دارویی باید به مقدار محدود به پزشکان داده شود و نباید توسط پزشکان به فروش برسد و حتی در اختیار بیماران قرار گیرد. مشخص نیست که چرا در این ضابطه برخورداری بیمار از نمونه دارویی منع شده است. دریافت نمونه‌ی دارو توسط پزشکان مشروط به این‌که در جهت دسترسی بهتر بیماران استفاده شود اخلاقاً مانعی ندارد. هرچند مصرف نمونه دارویی توسط خود پزشک یا خانواده‌اش وی را بیش‌تر در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد اما در مورد داروهای ارزان این نوع مصرف مادامی که مانع برخورداری بیماران از نمونه‌های دارویی نشود اشکالی ندارد.

به‌علاوه، برای اجتناب از تعارض منافع پزشکان برای نیاز پزشکی خود یا خانواده‌شان نباید از شرکت‌های دارویی درخواست دارو کنند.

ج) کمک‌هزینه شرکت در اجلاس‌های علمی: صنایع می‌توانند از طریق کمک‌هزینه‌ی ثبت‌نام در کنگره دسترسی پزشکان را به برنامه‌ها و مجامع علمی ارتقا دهند. پرداخت کمک‌هزینه‌ی سفر برای شرکت در کنگره‌های خارجی هدیه‌ی شخصی با مبلغ بالا است که مطالعات تأثیر آن را بر نحوه‌ی تجویز پزشکان نشان داده‌اند. لذا در برخی از کشورها برای اجتناب از موقعیت تعارض منافع جدی، هر نوع کمک‌هزینه‌ی شرکت در کنگره به‌صورت متمرکز به برگزارکنندگان کنگره یا به موسسه‌ی آموزشی پرداخت می‌شود تا صنایع نقشی در انتخاب افراد برخوردار شونده از این کمک نداشته باشند. هم‌چنین، پزشکان نیز باید از پذیرش کمک مالی انفرادی صنایع برای شرکت در کنگره‌ها امتناع کنند. به‌نظر می‌رسد با توجه به جوانب موضوع‌لازم استبرای اجتناب از موقعیت تعارض منافع جدی، مؤسسه‌ی محل خدمت فرد از این حمایت و انتخاب به هر نحو که صورت گرفته است مطلع شود و پزشکان نیز حتی الامکان از پذیرش کمک مالی انفرادی صنایع برای شرکت در کنگره‌ها امتناع کنند.

د) برنامه‌های اجتماعی: نوعی از هدایای صنایع در قالب برگزاربرنامه‌های اجتماعی است. بسیاری از شرکت‌های دارویی برای تبلیغ، شرکت‌کنندگان در اجلاس‌های علمی را به برنامه‌های اجتماعی ضیافت شام دعوت می‌کنند. برای کاستن از احتمال تأثیر نامطلوب این برنامه‌ها بر قضاوت حرفه‌ای پزشکان و خدشه به اعتماد عمومی به حرفه، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ی اجتماعی تنها بخش کوچکی از یک برنامه‌ی علمی باشد و برنامه‌ی پرهزینه‌ای نبوده و شؤونات حرفه‌مندان خصوصاً در برنامه‌های اجتماعی و تفریحی جانبی رعایت شود.

ه) هزینه‌ی سفر: گاهی شرکت‌های تجهیزات دارویی از پزشکان برای بازدید از نمایشگاه تجهیزات پزشکی دعوت می‌کنند و هزینه‌ی سفر و اقامت آن‌ها را پیشنهاد می‌دهند. این موارد به لحاظ موضوع تعارض منافع از حساسیت بیشتری به نسبت کمک‌هزینه برای شرکت در کنفرانس‌های علمی برخوردار بوده چرا که ماهیت بازاریابی‌بیش‌تری دارد. لذا علاوه بر ملاحظات ذکرشده در بند فوق ضروری است این بازدید در جهت تأمین منافع بیش‌تر بیماران بوده پزشک با دقت ویژه ملاحظات لازم را رعایت کنند.

منابع

1. Lo B. Incentives for Physicians to Increase Services. Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians. 4th ed. Wolters Kluwer; 2009.
2. Gerdtham UG, Sogaard J, Jonsson B, Andersson F. A pooled cross-section analysis of the health care expenditures of the OECD countries. Dev Health Econ Public Policy 1992;1:287-310.
3. Lo B. Measures to Control Health care Costs. Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians. 4th ed. Wolters Kluwer; 2009.
4. Kouri BE, Parsons RG, Alpert HR. Physician self-referral for diagnostic imaging: review of the empiric literature. AJR Am J Roentgenol 2002 Oct;179(4):843-50.
5. Hollingsworth JM, Ye Z, Strobe SA, Krein SL, Hollenbeck AT, Hollenbeck BK. Physician-ownership of ambulatory surgery centers linked to higher volume of surgeries. Health Aff (Millwood) 2010 Apr;29(4):683-9.
6. Mitchell JM. The prevalence of physician self-referral arrangements after Stark II: evidence from advanced diagnostic imaging. Health Aff (Millwood) 2007 May;26(3):w415-w.٤٢٤
7. Paxton BE, Lungren MP, Srinivasan RC, Jung SH, Yu M, Eastwood JD, et al. Physician self-referral of lumbar spine MRI with comparative analysis of negative study rates as a marker of utilization appropriateness. AJR Am J Roentgenol 2012 Jun;198.٩-١٣٧٥:(٦)
8. O'Sullivan J. Medicare: Physician Self-Referral ("Stark I and II"). Congressional Research Service; 2004 .
9. Canadian Medical Association. Guidelines for Physicians in Interactions with Industry. Canadian Medical Association 2013 Available from: URL: policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD08-01.pdf
10. General Medical Council. Good Medical Practice. General Medical Council 2013 Available from: URL: http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp
11. Lo B. Gifts from Drug Companies. Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians. 4th ed. Wolters Kluwer; 2009.
12. Committee on Conflict of Interest in Medical Research EaP, Institute of Medicine. Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. National Academy of Sciences 2013 Available from: URL: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12598

13. Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med* 2007 Apr 26;356(17):1566-72.
14. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000 Jan 19;283(3):373-80.
15. Orłowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Chest* 1992 Jul;102(1):270-3.
16. Gibbons RV, Landry FJ, Blouch DL, Jones DL, Williams FK, Lucey CR, et al. A comparison of physicians' and patients' attitudes toward pharmaceutical industry gifts. *J Gen Intern Med* 1998 Mar;13(3):151-4.
17. Mainous AG, III, Hueston WJ, Rich EC. Patient perceptions of physician acceptance of gifts from the pharmaceutical industry. *Arch Fam Med* 1995 Apr;4(4):335-9.
18. Blake RL Jr, Early EK. Patients' attitudes about gifts to physicians from pharmaceutical companies. *J Am Board Fam Pract* 1995 Nov;8(6):457-64.
19. Grande D. Limiting the influence of pharmaceutical industry gifts on physicians: self-regulation or government intervention? *J Gen Intern Med* 2010 Jan;25(1):79-83.
20. AMA. Code of Medical Ethics: Gifts to Physicians from Industry. American Medical Association 1992 Available from: URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8061.page>
21. Physician Financial Transparency Reports (Sunshine Act). American Medical Association 2013 Available from: URL: <https://www.ama-assn.org/ama/pub/advocacy/topics/sunshine-act-and-physician-financial-transparency-reports.page>
22. Adair RF, Holmgren LR. Do drug samples influence resident prescribing behavior? A randomized trial. *Am J Med* 2005 Aug;118(8):881-4.
23. Miller DP, Mansfield RJ, Woods JB, Wofford JL, Moran WP. The impact of drug samples on prescribing to the uninsured. *South Med J* 2008 Sep;101(9):888-93.
24. AMA. Code of Medical Ethics: Physicians' Self-Referral. American Medical Association 1992 Available from: URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion80321.page>
25. AMA. Code of Medical Ethics: Sale of Non-Health-Related Goods from Physicians' Offices. American Medical Association 1992 Available from:

URL: <http://www.ama-assn.org//ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8063.page>

26. AMA. Code of Medical Ethics: Sale of Health-Related Products from Physicians' Offices. American Medical Association 1992 Available from: URL: <http://www.ama-assn.org//ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8063.page>

27. AMA. Code of Medical Ethics: Conflicts of Interest under Capitation. American Medical Association 1992 Available from: URL: <http://www.ama-assn.org//ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8051.page>

28. AMA. Code of Medical Ethics: Financial Incentives and the Practice of Medicine. American Medical Association 1992 Available from: URL:

۲۹. نظام پزشکی. آییننامه نظام میرسید گیبهت خلفا تصنیف و حرفه ایشاغلان حرفه های

پزشکی و وابسته. ۱۳۷۸. URL: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/119395>

۳۰. نظام پزشکی. آییننامه نظام میرسید گیبهت خلفا تصنیف و حرفه ایشاغلان حرفه های

پزشکی و وابسته. ۱۳۸۳.

URL: <http://www.irimc.org/Hiatha/Default.aspx>

۳۱. معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت و درمان. آیین نامه اجرایی نحوه معرفی، ارائه

اطلاعات علمی و بازاریابی فرآورده های دارویی و بیولوژیک. ۱۳۸۶.

URL: <http://www.mums.ac.ir/shares/drug/bahmanzadehn1/drug/2.pdf>

۳۲. شورای عالی اخلاق پزشکی وزارت بهداشت و درمان، سند جامع اخلاقی نظام

دارویی ایران. ۱۳۹۱.

URL: <http://mehr.tums.ac.ir/ShowCode.aspx?CodeID=121&lang=fa>

فصل چهارم

تعارض منافع

در آموزش پزشکی

تعارض منافع در آموزش علوم پزشکی

مأموریت آموزش پزشکی، تربیت پزشکانی است که مراقبت اثربخش، ایمن، به صرفه، با هزینه قابل پرداخت و بیمار محور را به بیماران ارائه دهد. وجود ارتباط با صنایع در محیط آموزشی می‌تواند باعث تأثیر نامطلوب بر محتوای آموزش، تغییر الگوی طبابت در فراگیران دوره‌های تخصصی و در نهایت افزایش هزینه‌های خدمات سلامت مردم و بی‌اعتمادی آن‌ها به حرفه‌ی پزشکی گردد.

در حال حاضر در بیش از ۴۰ دانشکده‌ی پزشکی کشور قریب به ۴۵۰۰۰ دانشجوی پزشکی و نزدیک به ۱۲۰۰۰ نفر دستیار دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی مشغول به تحصیل هستند. البته ارتباط با صنایع در محیط آموزشی تنها منحصر به پزشکی نبوده و در سایر رشته‌های علوم پزشکی نیز صنایع دارویی و تجهیزات‌اتیوارده شده و اعضاء هیات علمی و فراگیران را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهند. در مجموع در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ۱۳ هزار نفر هیأت علمی اشتغال داشته و بیش از ۱۵۰ هزار نفر دانشجو در مقاطع مختلف در حال تحصیل هستند.

دانشکده‌ها و گروه‌های آموزشی با هزینه‌های سنگین آموزش روبه‌رو هستند و بار مالی بیمارستان‌های آموزشی برای تأمین هزینه‌های درمانی و آموزش بسیار بالا است. لذا پیشنهاد صنایع برای حمایت از دانشگاه، دانشجویان و برنامه‌های آموزشی بسیار وسوسه‌انگیز خواهد بود. از سوی دیگر دانشجویان نیز با جانش‌های مالی روبرو هستند. هزینه تحصیل و فاصله‌ی زیاد زمان ورود به رشته‌ی پزشکی تا دانش‌آموختگی، برخی فراگیران را دچار شکنندگی مالی می‌کند و ممکن است در مواجهه با پیشنهادهای تبلیغاتی صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی خود را مستحق برخورداری از این هدایا بدانند (۱ و ۲). نکته‌ی درخور توجه دیگر این است که بخش قابل‌توجهی از آموزش در حوزه‌ی علوم پزشکی در قالب آموزش‌های مداوم ارائه می‌شود که صنایع نقش جدی در حمایت و برگزاری این برنامه‌ها دارند.

عدم کنترل و مدیریت تعارض منافی که از ارتباط صنایع با امر آموزش رخ می‌دهد، می‌تواند منجر به سوگیری اعضای هیات علمی و فراگیران شده و محتوای علمی برنامه‌های آموزشی را مخدوش کند. دانشگاه‌ها محل آموزش فراگیران درباره‌ی نحوه‌ی مدیریت تعارض منافع هستند و عدم وجود ضوابط روشن و شفاف در این خصوص و عدم مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در محیط‌های آموزشی، حساسیت اخلاقی فراگیران به تأثیر این ارتباطات بر طبابت صحیح را از بین می‌برد. همان‌طور که در فصل تعارض منافع در ارائه‌ی خدمات سلامت بحث شد تعامل با صنایع و نمایندگان آن‌ها می‌تواند نحوه‌ی تجویز پزشکان را تحت تأثیر قرار دهد. اطلاعاتی از تمایز تأثیر تبلیغات صنایع بر پزشکان در محیط آموزشی یا غیر آموزشی وجود ندارد و نیز مطالعات تفاوتی بین تأثیر هدایا بر اعضای هیات علمی و دستیاران نشان نمی‌دهد. فراگیران هر چند خود را ایمن از اثر صنایع می‌دانند اما مطالعات نشان می‌دهد که در این رابطه آسیب‌پذیرند (۳). مطالعه‌ای نشان داد دستیارانی که نمونه دارویی دریافت کرده بودند، کمتر داروهای ژنریک و ارزان‌تر مشابه را تجویز می‌کردند (۴). در مطالعه‌ی دیگر قریب به اتفاق دستیاران معتقد بودند مراجعه نمایندگان دارویی و دریافت هدایا از آن‌ها بر نحوه تدریس اعضای هیات علمی تأثیر دارد (۵).

امروزه، سیر فزاینده‌ای را در دسترسی صنایع به محیط آموزشی و ارتباط آن‌ها با فراگیران پزشکی، دندان‌پزشکی و داروسازی شاهد هستیم. نمایندگان شرکت‌ها و صنایع برای معرفی محصولات خود وارد محیط آموزشی بیمارستان می‌شوند و برنامه‌هایی را برای آموزش فراگیران برگزار می‌کنند. صنایع ممکن است کمک‌های خیریه‌ای به دانشگاه و بیمارستان‌ها ارائه دهند. هدایایی را به اعضای هیات علمی و فراگیران و بخش‌ها ارائه می‌دهند و از برنامه‌های آموزشی و کنگره‌های علمی حمایت مالی به عمل می‌آورند و برنامه‌های اجتماعی تفریحی جانبی برای تبلیغات خود برگزار می‌کنند. صنایع از مشاوره‌ی اعضای هیات علمی و مشارکت آن‌ها در اجرای پروژه‌های پژوهشی بر محصولات خود بهره‌مند می‌شوند و تعدادی از اعضای هیات علمی را به‌عنوان سهامدار یا عضو هیات مدیره در خدمت خود دارند. در مجموع می‌توان گفت صنایع تعامل گسترده و غیرقابل اجتنابی با دانشگاه‌ها و انجمن‌های علمی دارند. بدین ترتیب، این همکاری از یک سو امکانات مالی خوبی برای حمایت آموزش پزشکی فراهم

آورده و از سوی دیگر موقعیت‌های تعارض منافع جدی را در این حوزه برای اعضای هیات علمی و حتی فراگیران به وجود آورده است (۶).

آموزش تعارض منافع

لازم است دانشگاه‌های علوم پزشکی برای رشته‌هایی که دانش‌آموختگان‌شان در تعاملات حرفه‌ای در معرض تعارض منافع قرار خواهند داشت، برنامه‌ی آموزشی در خصوص تعارض منافع ارائه دهند. در این برنامه باید بالانس واقع‌گرایانه‌ای از اهمیت و منافع همکاری صنعت و دانشگاه و عوارض و تأثیراتی که می‌تواند در قضاوت حرفه‌ای و تمامیت پزشکی داشته باشند ارائه شود (۷) و آن‌ها را درباره‌ی حوزه‌ی مدیریت و ضوابط حرفه‌ای مربوط به کنترل تعارض منافع توانمند سازد. مطالعات اثربخشی محدودی را برای آموزش تعارض منافع نشان داده‌اند (۸). این موضوع نشان می‌دهد که تنها آموزش برای خودآگاهی و خودداری فراگیران کافی نیست و لازم است در محیط آموزشی ضوابط شفاف‌ی برای نحوه تعامل با صنایع وجود داشته و اجرا شود.

کمیته‌ی مسئول رسیدگی به تعارض منافع در دانشگاه

از آنجا که اغلب پژوهش‌ها و آموزش پزشکی کشور در محیط دانشگاه‌ها صورت می‌گیرد لازم است ضوابط مدیریت تعارض منافع در محیط آموزشی توسط هر دانشگاه تدوین و اجرا گردد. مسئولیت کمیته‌ای در سطح دانشگاه - به‌عنوان پیشنهاد کمیته اخلاق دانشگاه - به منظور نظارت بر حسن اجرای این سیاست‌ها و کمک به اعضای هیات علمی در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع و بازنگری ضوابط بر اساس موارد مشکل یا پیش‌بینی‌نشده توصیه می‌شود. شفافیت ارتباط مالی با صنایع اولین قدم در مدیریت موقعیت تعارض منافع است. به منظور نظارت بر موقعیت‌های تعارض منافع در برخی منابع پیشنهاد شده است که اعضای هیات علمی روابط مالی خود و اعضای درجه اول خانواده خود را سالانه به این کمیته در دانشگاه اعلام نمایند (۹). کمیته‌ی مسئول رسیدگی به تعارض منافع بسته به مورد و شدت تعارض منافع ممکن است محدودیت‌ها یا شرایطی را برای فردی که در این موقعیت قرار دارد، ضروری بداند که از آن جمله می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- اظهار عمومی تعارض منافع

- امتناع فرد دچار تعارض منافع از شرکت در تصمیم‌گیری‌های مربوط به موقعیت تعارض منافع (به‌عنوان مثال تصمیم درباره خرید دارو و تجهیزات پزشکی)
 - باز پس دادن دریافت‌های مالی به صنعت مربوطه
 - امتناع فرد از ارتباطی که باعث ایجاد تعارض منافع گردد (۱۰).
- کمیته‌ی مسؤول رسیدگی به تعارض منافع ممکن است ضوابطی را برای برخی تعاملات با صنایع که موقعیت جدی‌تری از تعارض منافع را ایجاد می‌کند، لازم بداند. انواع مختلفی از تعاملات مالی در حوزه‌ی آموزش پزشکی با صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی اعضای هیأت علمی و فراگیران را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد که در ادامه به نحوه مدیریت انواع شایع این تعاملات می‌پردازیم:

دسترسی صنایع به محیط آموزشی

مراجعه‌ی نمایندگان صنایع به پزشکان و برقراری ارتباط با ایشان یکی از اشکال بسیار شایع تبلیغات محصولات دارویی است. مطالعات نشان می‌دهد نمایندگان صنایع با ایجاد ارتباط با پزشکان، ارائه هدیه، نمونه دارو و توضیحات درباره محصولات باعث تأثیر بر تجویزهای پزشکان به نفع تجویز بیشتر محصولات خود می‌شوند. این در حالی است که تعامل دانشجویان و دستیاران با نمایندگان صنایع بدون نظارت مناسب معمولاً منجر به هیچ هدف آموزشی به خصوص در توانایی آن‌ها در ارزیابی نقادانه منابع و افزایش پایبندی به راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد نمی‌شود (۷).

بر اساس ضوابط در بسیاری از کشورها نمایندگان صنایع نباید دسترسی مستقیم به فراگیران دانشگاه داشته باشند. از آنجا که در خصوص صنایع تجهیزات پزشکی ممکن است لازم باشد نمایندگان این صنایع برای آموزش روش کار کردن با تجهیزات پیچیده پزشکی با فراگیران تعامل داشته و آموزش‌های کار با این تجهیزات را به آن‌ها ارائه دهند، در این کشورها حضور نمایندگان در بیمارستان باید با دعوت و قرار قبلی یکی از اعضای هیأت علمی باشد و در صورت ضرورت، آموزش فراگیران با حضور و نظارت استاد صورت گیرد (۱۳-۱۰). نمایندگان صنایع حق حضور در محیط تعامل با بیمار را مگر در موارد ضروری از قبیل آموزش به کار بردن تجهیزات برای بیمار ندارند که در این صورت نماینده موظف به رعایت ضوابط بیمارستان است. همین‌طور حضور نماینده شرکت تجهیزات پزشکی باید به بیمار اطلاع‌رسانی

و از وی در این خصوص رضایت گرفته شود. اعضاء هیات علمی نباید در ازای شنیدن صحبت‌های نماینده صنایع از آن‌ها پولی دریافت کنند.

در ایران علی‌رغم وجود تعاملات نزدیک و وسیع صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی با مراکز دانشگاهی ضوابط مشخص و شفاف در این خصوص وجود نداشته و تدوین آن ضروریه نظر می‌رسد. این ضوابط باید مبتنی بر تعامل و جلب کمک از صنایع در فعالیت‌های آموزشی - پژوهشی با کمترین ارتباط مستقیم فراگیران و بیشترین نظارت از سوی اساتید باشد.

هدایا و کمک‌های خیریه

هدایا اعم از هر نوع هدایای شخصی، هدایای آموزشی، غذا، بلیت شرکت در برنامه‌های تفریحی، لوازم التحریر، یا ابزارهای طبابت (از قبیل استتسکوپ یا ترمومتر) است. مطالعات نشان می‌دهد دریافت هدایا با هر ارزش و قیمتی معمولاً حس جبران متقابل لطف را در گیرنده ایجاد خواهد کرد. این احساس خودآگاه یا ناخودآگاه می‌تواند باعث سوگیری در قضاوت بالینی می‌گردد. بر این اساس در برخی کشورها هیچ‌یک از فراگیران و اعضای هیات علمی نباید هدایای صنایع را در محیط آموزشی بپذیرند.

کمک‌های خیریه می‌تواند محل تأمین بخشی از هزینه‌های آموزش و درمان در مراکز آموزشی درمانی باشد. کمک‌های خیریه به هر شکل اعم از مالی، ملکی، تأمین تجهیزات، تأمین کمک‌هزینه‌ی تحصیلی فراگیران، اهدای جوایز علمی آموزشی، حمایت از برنامه‌های آموزشی و ... لازم است از جهت ایجاد تعارض منافع در پذیرندگان حقوقی و حقیقی بررسی شوند. در پذیرش کمک‌های خیریه از صنایع و شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی جنبه‌های ذیل باید مورد توجه قرار گیرد:

- نحوه‌ی استفاده از کمک مالی باید به‌طور شفاف مشخص گردد.
- کمک‌ها باید ترجیحاً در جهت حمایت از آموزش، تحقیق و مراقبت بیمار استفاده شود.
- توقع اهداکننده برای جبران اهدای خیریه خود نباید نافی اصول تعهدات حرفه‌ای بوده و مبنای قابل قبولی داشته باشد. البته دانشگاه موظف است طبق سیاست‌های خود از کمک‌های ارائه‌شده قدردانی نماید و نحوه هزینه کرد کمک‌های مالی را به اهداکننده گزارش نماید.

- کمک‌های خیریه ترجیحاً به شکل متمرکز به دانشگاه یا موسسه مربوطه تحویل گردد.
- توصیه می‌گردد دانشگاه یا موسسه مربوطه اولویت‌های مورد نیاز خود را برای جلب کمک‌های خیریه را برای اطلاع خیرین اعلام نماید..

نمونه‌های دارویی رایگان

اثرات و منافع پذیرش نمونه‌های دارو توسط پزشکان در فصل تعارض منافع در ارائه‌ی خدمات سلامت به مشروح مورد بحث قرار گرفت. در بسیاری کشورها دریافت نمونه‌های دارو توسط دستیاران و اعضاییات علمی نیز می‌تواند باعث تغییر الگوی تجویز در ایشان می‌شود (۱۳، ۳) با این همه پزشکان دریافت نمونه داروی رایگان را برای ارائه به بیماران مستمند که امکان برخورداری از داروهای جدید را ندارند، اخلاقی می‌دانند. در این کشورها جهت مدیریت اثر دریافت نمونه‌های دارو، لازم است دستیاران و اعضای هیات علمی از دریافت مستقیم این نمونه‌ها پرهیز نمایند. تنها در شرایطی اهدای نمونه‌ی رایگان دارو از طرف صنایع دارویی قابل قبول است که به صورت متمرکز به داروخانه‌ی بیمارستان اهدا شود و پزشک بیماران نیازمند را به داروخانه معرفی نماید. روش دیگری مورد قبول می‌تواند این است که پزشکان با ارائه‌ی برگه‌ی معرفی به بیماران نیازمند و بی‌بضاعت آن‌ها را به دریافت داروی رایگان از این صنایع راهنمایی کنند (۱۲-۱۰). نمونه‌های دارویی مانند داروهای فارماکوپه کشور، باید تمام برچسب‌ها و بروشورهای مشخصات و اطلاعات مصرف دارو را داشته باشد.

غذا، برنامه‌های اجتماعی و سفر

ارائه‌ی غذا به عنوان یک هدیه‌ی شخصی محسوب می‌شود و در محیط دانشگاهی مجاز نیست. هزینه‌ی تمام یا بخشی از غذا و پذیرایی ساده برنامه‌ی آموزش مداوم می‌تواند از محل حمایت‌های صنایع تأمین شود (۱۲-۱۰). در برخی کشورها حمایت از سفر اعضای هیات علمی یا دستیاران برای شرکت در کنگره تنها به شرطی پذیرفته شده است که به صورت متمرکز به مدیریت دانشکده داده شود و مدیریت دانشکده استفاده‌کنندگان را انتخاب کند. به نظر می‌رسد تأمین هزینه سفر از طریق شرکت یا صنعت در موارد ذیل پذیرفتنی باشد:

- سفر به منظور ارزیابی وسیله‌ای که دانشگاه قصد خریدش را دارد.
- سفر برای شرکت در جلسه‌ی کاری مربوط به پژوهشی که با همکاری آن صنعت در دست اجرا دارد.

- سفرهایی که طی قرارداد کاری با صنعت، لازم است داشته باشد (۱۰). دریافت هزینه همراهی اعضای خانواده در سفر، از صنایع پذیرفته نیست.

اهدای کمک‌هزینه‌ی تحصیلی به فراگیران و حمایت از برنامه‌های آموزشی

صنایع می‌توانند کمک‌هزینه‌ی تحصیلی فراگیران را تقبل کنند. در برخی ضوابط کشورها این امر تنها در صورتی قابل انجام است که کمک‌هزینه به شکل متمرکز به دانشکده پرداخت شود و تمام کمک‌های صنایع یکجا مدیریت شود. به این ترتیب ارتباط یک به یک بین فراگیر و حمایت یک صنعت خاص برقرار نشود. در این کشورها صنایع اجازه‌ی دسترسی و ارتباط با فراگیران را نداشته و در فرایند انتخاب فراگیران دخالتی نداشته باشند. به نظر می‌رسد چنین سیاستی سخت‌گیرانه بوده و توجیه قابل دفاعی ندارد.

صنایع ممکن است از یک دوره‌ی آموزشی و یا رویدادهای خاصی از قبیل گراند راند حمایت کنند. در این موارد ارائه‌ی برنامه‌ی آموزشی و محتوای آن بر عهده‌ی گروه آموزشی مربوطه خواهد بود و انتخاب شرکت‌کنندگان به عهده‌ی دانشگاه است. صنایع نباید در قبال حمایت از برنامه آموزشی اهدا کمک‌هزینه تحصیلی فراگیران چشم‌داشتی غیراخلاقی و خلاف تعهدات حرفه‌ای فراگیر داشته باشند.

آموزش مداوم

امروزه برخیا نچمن‌های علمیدر حال قطع دریافت حمایت صنایع از برنامه‌های علمی خود هستند (۱۴). با این حال حمایت صنایع از برنامه‌های آموزش مداوم امروزه به قدری رواج یافته که پیشنهاد قطع این ارتباط غیرعملیبه نظر می‌رسد. صنایع از برنامه‌هایی که در راستای درمان یا تشخیص باشند حمایت می‌کنند. اغلب برنامه‌های آموزش مداوم اخلاق پزشکی، مهارت برقراری ارتباط، پیشگیری و سلامت عمومی مورد حمایت صنایع قرار نمی‌گیرند. اگر بپذیریم که قطع ارتباط صنایع با برنامه‌های آموزش مداوم منجر به عدم ارائه بخش قابل توجهی از این برنامه‌ها می‌شود لاقلاً لازم است تدابیر جدی برای کنترل تأثیر این حمایت‌ها بر محتوای برنامه وجود داشته و اجرا شود. یکی از مناسب‌ترین روش‌ها این است که به سمت یکپارچه‌سازی حمایت صنایع از برنامه‌های آموزش مداوم برویم، به این نحو که تمام صنایع حمایت خود را به‌طور متمرکز به دانشگاه یا مثلاً دفتر آموزش مداوم دانشگاه بدهند و دانشگاه این درآمدها را بین برنامه‌های مختلف آموزش مداوم توزیع کند (۷).

تمام برنامه‌های آموزش مداوم لازم است استانداردهای آموزشی مربوطه را داشته باشند و تمام اعضای هیأت علمی ارائه‌دهنده برنامه آموزش مداوم، به موجب استانداردهای برنامه آموزش مداوم کشور موظفند تعارض منافع خود را برای دریافت مجوز به این دفتر اعلام نمایند. توصیه می‌شود دفتر آموزش مداوم فرم مشخصی را برای اعلام ارتباط مالی با صنایع تدوین نمایند تا منظور از اعلام تعارض منافع برای اعضای هیأت علمی درخواست دهنده این برنامه‌ها مشخص باشد و شفاف‌سازی بهتر انجام شود. برنامه دهندگان باید رابطه مالی خود در برنامه آموزشی با صنایع را اظهار نمایند (۱۶، ۱۵، ۱۳). بررسی تعارض منافع و نظارت بر محتوای آموزشی برنامه به عهده‌ی دفتر آموزش مداوم خواهد بود. صنایع حامی اجازه‌ی مداخله در محتوای برنامه‌ی آموزشی را ندارند و سخنرانان و اعضای کمیته‌ی علمی نباید پیشنهادات نامناسب و غیراخلاقی صنعت حامی را در جهت تبلیغ محصولاتشان بپذیرند. سخنرانان باید در ارائه‌ی شواهد، توازن مناسبی از شواهد له و علیه اثربخشی درمان‌های جدید ارائه دهند و در سخنرانی‌ها نام ژنریک دارو به جای نام تجاری آن به کار برده شود (۱۶، ۱۳، ۱۱). اعضای هیأت علمی نباید به شکل غیررسمی در قبال برقراری ارتباط مالی با صنعت، محتوای علمی سخنرانی خود را در جهت حمایت از محصولات صنعت مورد تعاملشان تنظیم کنند. تمام سخنرانان برنامه باید در ابتدای سخنرانی، رابطه‌ی مالی خود را با صنایع اظهار کنند. بر اساس استانداردهای موجود در بسیاری از کشورها نمایش محصولات صنعت حامی باید در محیطی خارج از سالن ارائه‌ی برنامه باشد. در مواد مکتوب آموزشی نباید نام محصول یا محصولات صنعت ذکر شود و تنها ذکر نام صنعت به‌عنوان بانی برنامه مجاز است (۱۶). در برنامه‌های آموزش مداوم الکترونیک علاوه بر ضوابط فوق، گذاشتن لینک صفحه‌ی وب صنعت حامی و یا هر صفحه‌ی دیگری که حاوی تبلیغات صنعت باشد مجاز نیست. در صورت تغییر محتوای برنامه الکترونیک، اخذ مجوز مجدد برای برنامه لازم است (۱۶).

سخنرانی در سایر برنامه‌های علمی صنایع

محتوای سخنرانی اعضای هیأت علمی در برنامه‌های خارج از دانشگاه نباید توسط صنعت حامی تهیه یا ویرایش شود و نیز هیأت علمی موظف است در سخنرانی خود، رابطه‌ی مالی اشرا با صنعت اظهار کند. شرکت در این برنامه‌ها نباید مخل انجام وظایف هیأت علمی در دانشگاه باشد (۱۱، ۱۰). اساس ضوابط در برخی کشورها عضو هیأت علمی نباید فراگیران خود

را ترغیب به شرکت در این برنامه‌ها کند. اعضاء هیات علمی نباید پیشنهاد ارائه هیچ سخنرانی تبلیغاتی را از صنایع بپذیرند(۱۷).

مشاوره به صنایع

اعضای هیأت علمی دانشگاه می‌توانند به صنایع مشاوره‌ی علمی ارائه دهند؛ با این حال برای کنترل اثرات احتمالی نامطلوبی که ممکن است این نوع ارتباط به دنبال داشته باشد لازم است مشاوره در قالب قرارداد مکتوب بوده و پرداخت در ازای مشاوره و در حد منطقی و قابل قبول باشد. توصیه می‌شود عضو هیات علمی این قرارداد را به اطلاع کمیته‌ی مسؤول پیگیری تعارض منافع دانشگاه برساند. و لازم است از دریافت هرگونه هدایا و امتیازهای خارج از قرارداد بپرهیزد(۱۳-۱۰).

نویسنده‌ی غایب

اعضای هیأت علمی یا دانشجویان نباید اجازه دهند محتوای انتشار علمی پژوهششان (به صورت گزارش، مقاله، پوستر، اسلایدهای سخنرانی و ...) توسط فردی با وابستگی صنعت حامی پژوهش نوشته شود. همین‌طور اعضاء هیأت علمی نباید بپذیرند که نامشان به شکل افتخاری در مقاله‌ای که سهم علمی به‌سزایی در آن نداشتند اضافه شود(۱۲-۹).

خرید

اعضای هیأت علمی که ارتباط مالی قابل توجهی با صنعت دارند نباید در کمیته‌های تصمیم‌گیری درباره‌ی خرید محصولات دارویی یا تجهیزات از صنعت مورد نظر حق رأی داشته باشند. بررسی و نظارت بر این موضوع را می‌تواند کمیته‌ی مسؤول پیگیری تعارض منافع دانشگاه به عهده داشته باشد(۱۲ ، ۱۰).

منابع

1. Austad KE, Kesselheim AS. Conflict of interest disclosure in early education of medical students. JAMA. 2011 Sep 7;306(9):991-2.
2. Rogers WA, Mansfield PR, Braunack-Mayer AJ, Jureidini JN. The ethics of pharmaceutical industry relationships with medical students. Med J Aust. 2004 Apr 19;180(8):411-4.
3. Mason PR, Tattersall MH. Conflicts of interest: a review of institutional policy in Australian medical schools. Med J Aust. 2011 Feb 7;194(3):121-5.
4. Adair, R. F., and L. R. Holmgren. 2005. Do drug samples influence resident prescribing behavior? A randomized trial. American Journal of Medicine 118(8):881-884.
5. Watson, P. Y., A. K. Khandelwal, J. L. Musial, and J. D. Buckley. 2005. Resident and faculty perceptions of conflict of interest in medical education. Journal of General Internal Medicine 20(4):357-359.
6. Medical Schools Council. Consensus Statement on Relationship between UK Medical Schools and the Pharmaceutical and Medical Devices Industries. June 2010.
<http://www.medschools.ac.uk/AboutUs/Projects/Documents/MSC%20statement%20on%20Pharma%20and%20Medical%20Schools.pdf>
7. Institute of Medicine Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
8. Carroll, A. E., R. C. Vreeman, J. Buddenbaum, and T. S. Inui. To what extent do educational interventions impact medical trainees' attitudes and behaviors regarding industry trainee and industry-physician relationships? Pediatrics 2007. 120(6):e1528-e1535.
9. Policy and Guidelines for Interactions between Schulich School of Medicine and Dentistry and Pharmaceutical, Biotech, Medical Device, Medical/Dental Supply, and Research Equipment Supplies Industry. 2010.
http://www.schulich.uwo.ca/schulichhome/files/Documents/COI_Oct_2011.pdf
10. Relationships with Industry- Health Sciences. Howard University Policy 2012.
<http://www.howard.edu/secretary/documents/100-001RelationshipswithIndustry-HealthSciences.pdf>
11. Policy for Interactions with Industry by Faculty/Clinicians at the Boston University School of Medicine, 2010.
www.bumc.bu.edu/provost/files/2007/12/Clinicians-and-Industry.pdf
12. Virginia Commonwealth University School of Medicine. School of Medicine Policy on Industry Relationships.

<http://www.medschool.vcu.edu/facultyaffairs/policies/documents/SOM%20Policy%20on%20Industry%20Relationships.pdf>

13. Chew, L. D., T. S. O'Young, T. K. Hazlet, K. A. Bradley, C. Maynard, and D. S. Lessler. A physician survey of the effect of drug sample availability on physicians' behavior. *Journal of General Internal Medicine* 2000. 15(7):478-483.
14. Kovaleski, D. 2008. No Pharma Funding. http://meetingsnet.com/cmepharma/cme/no_pharma_funding_012808/index.html (accessed January 29, 2009).
15. Accreditation Council for Graduate Medical Education Committee on CME Participating Faculty Conflict of Interest Information Sheet. www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/ACGMECOI.pdf
16. Canadian Medical Association. Guidelines for Physicians in Interactions with Industry. <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD08-01.pdf>
17. Holland A, Breton J, Erak M, Mithoowani S, Kerr DE, Tenenbaum M. Defining the relationship: An evidence based review and recommendations on the role of industry funding in medical schools . 2011. http://www.cfms.org/attachments/article/163/cfms_industry_funding_working_group_paper.pdf.
18. AMSA. PharmFree Resource: Best Practice Policies. 2012. <http://www.pharmfree.org/campaign?id=0003>.

فصل پنجم

تعارض منافع

در پژوهش‌های پزشکی

تعارض منافع در پژوهش‌های پزشکی

پیشرفت خدمات پزشکی و ارتقاء سلامت جامعه مرهون پژوهش‌های پزشکی است. پژوهش‌های حوزه‌ی پزشکی اطلاعات ارزشمندی از سیر بیماری‌ها، عوامل خطرزا، مداخلات درمانی و تسکینی تولید کرده‌اند؛ از میزان مرگ‌ومیر، بیماری‌ها و ناتوانی‌ها به میزان بسیار زیادیکاسته‌اند؛ کیفیت و امید به زندگی سالم را به شکل چشم‌گیری بهبود بخشیده‌اند و روز به روز نیز افق‌های جدیدی را در تشخیص و درمان بیماری‌ها می‌گشایند.

امروزه، صنایع همکاری مالی جدی در اجرای پژوهش‌های پزشکی دارند. بخش قابل‌توجهی از تأمین هزینه‌های پژوهش در دنیا را صنایع مربوطه بر عهده دارند. امروزه، در کشورهایتوسعه‌یافته ۹۰-۸۰ درصد کارآزمایی‌های بالینی با حمایت صنایع انجام می‌شود. در حال حاضر، بیش از ۵۰۰ مرکز تحقیقاتی و پژوهشکده و پژوهشگاه در زمینه‌های علوم پزشکی در کشور فعالیت دارند. تعداد طرح‌های پژوهشی کشور روند تصاعدی‌یافته است. به‌نحوی که تعداد طرح‌های پژوهشی علوم پزشکی در طی ۷ سال از سال ۸۲ تا سال ۸۹ بیش از دو و نیم برابر شده و در حال حاضر بیش از ده هزار طرح پژوهشی در سال اجرا می‌شود. هر چند در ایران سهم صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی در مقایسه با اعتبار دولتی در پژوهش‌ها کم است، اما آمار نشان از روند رو به رشد این میزان دارد.

نمی‌توان نقش صنایع را در سرعت بخشیدن به پیشرفت علم پزشکی نادیده گرفت. مثال‌های بسیار زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد تعامل دانشگاهی صنایع و مؤسسات پژوهشی باعث پیشرفت‌های چشم‌گیر درمان‌ها و ارتقای کیفیت زندگی بیماران شده است. همین‌طور تعامل با صنعت منجر به افزایش انگیزه و بازدهی پژوهشگران می‌شود. شواهد نشان می‌دهد اعضای هیأت علمی که پژوهش‌های با حمایت صنعت انجام می‌دهند، مولدتر از سایر اعضای هیأت علمی هستند و تعداد مقالاتشان به‌طور معنی‌داری بیشتر است. پژوهشگران

دانشگاهی نیز بدون تعامل مالی مناسب، تمایلی ندارند که امتیاز بهره‌برداری از مالکیت فکری پژوهش‌های خود را در اختیار صنعت قرار دهند. به عبارت دیگر، تا منافعی وجود نداشته باشد پژوهشگر تعهدی برای پژوهش منجر به تولید نخواهد داشت.

همه اعم از بیماران، پزشکان، پژوهشگران و سیاست‌گذاران سلامت به قابل اعتماد بودن اطلاعات حاصل از پژوهش نیاز دارند تا هزینه و زحمتی که به هدف تولید علم صرف شده است به هدر نرفته باشد و سلامت مردم در معرض آسیب قرار نگیرد. وجود تعارض منافع در پژوهش می‌تواند باعث سوگیری در پژوهش شده و قابلیت اعتماد اطلاعات حاصله را زیر سؤال برد. تعارض منافع در پژوهش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که به لحاظ گستردگی حیطه‌ی تأثیر، با تأثیر بر علم تولیدشده، سلامت جمع بزرگی از مردم را به خطر می‌اندازد. به علاوه، پژوهش‌های علوم پزشکی معمولاً هزینه‌ی بالایی دارند و تأثیر تعارض منافع بر اطلاعات حاصل از پژوهش یا نحوه‌ی گزارش آن، موجب دوباره‌کاری در اجرا و پژوهش‌ها شده و هزینه‌ی بالایی بر بودجه‌ی عمومی تحمیل می‌کنند. تعارض منافع در پژوهش نیز هم‌چون سایر حیطه‌های سلامت اعتماد عمومی به حرفه‌ی پزشکی را خدشه‌دار خواهد کرد.

آمارهای جهانی نشان می‌دهد که با افزایش سهم تأمین بودجه‌ی پژوهشی از صنایع، سهم پژوهش‌هایی که توسط پزشکان غیردانشگاهی و یا در بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌شود رو به افزایش است. این در حالی است که کنترل موقعیت‌های تعارض منافع در طبابت خصوصی پزشکان به مراتب مشکل‌تر است. به علاوه، در برخی موارد صنایع به نام کارآزمایی بالینی اما در حقیقت به منظور بازاریابی، پزشکان خصوصی را به تجویز فرآورده‌ی خود ترغیب می‌کنند.

فرایند تحقیقات تجهیزات پزشکی نیز ویژگی‌هایی دارد که کنترل تعارض منافع را در آن پیچیده می‌کند. بهینه‌سازی تجهیزات به خصوص در حد اصلاحات کوچک، وارد پژوهش‌های معمول بالینی نمی‌شوند. مشاور صنعت در قبال امتحان کردن ابزار اصلاح‌شده و اظهارنظر در مورد آن، حق مشاوره‌ای به پزشک می‌دهد. در این نوع تعاملات مالی، مرز بین هدف تبلیغاتی برای القاء مصرف تجهیزات و بررسی علمی آن‌ها مبهم است و در حقیقت هر دو هدف صنعت به این روش برآورده می‌شود.

تعارض منافع در پژوهش می‌تواند باعث سوگیری در مراحل مختلف از طراحی مطالعه تا انتشار نتایج شود. منافع ثانویه پژوهشگر ممکن است به شکل خودآگاهی ناخودآگاه بر طراحی مناسب مطالعه و نیز بر قضاوت حرفه‌ای او در بررسی صحیح معیارهای ورود و خروج، بررسی و ثبت عوارض جانبی، اندازه‌گیری پیامدها، نحوه‌ی آنالیز و تفسیر نتایج، تأثیر بگذارد یا باعث عدم صداقت در گزارش دقیق پژوهش و کاهش شفافیت در پژوهش شود. منافع ثانویه متعددی در ایجاد موقعیت تعارض منافع برای پژوهشگران مؤثر هستند. علاوه بر منافع مالی، عوامل متعدد دیگری از جمله کسب شهرت و اعتبار دانشگاهی و نیاز به ارتقای شغلی نیز پژوهشگران را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد. با این وجود، در این مجموعه تنها به ملاحظات تعارض منافع مالی پرداخته می‌شود.

انواع ارتباط مالی صنایع و پژوهشگران

جذب شرکت‌کنندگان پژوهش علت نیمی از تأخیرها در کارآزمایی‌های بالینی است. بیش از ۷۰ درصد کارآزمایی‌ها بین یک تا شش ماه دچار تأخیر می‌شوند. این تأخیر منجر به ضرر مالی برای صنعت خواهد بود. لذا تمهیداتی را برای ترغیب و تشویق پژوهشگر به تلاش فعال در جهت جذب شرکت‌کنندگان و رعایت مهلت‌های پیش‌بینی شده در نظر می‌گیرند. صنایع اشکال مختلفی از پرداخت به پژوهشگران و پزشکان را انجام می‌دهند تا در آن‌ها انگیزه‌ی بیشتری در همکاری پژوهشی ایجاد کنند. در ادامه به انواع نحوه‌های پرداخت در پژوهش و سایر انواع ارتباط مالی پژوهشگر با صنعت اشاره می‌شود:

- پرداخت به ازای هر فرد: روش مرسوم است که صنایع در اجرای پژوهش استفاده می‌کنند. به این ترتیب که هزینه‌ی پژوهش به نسبت شرکت‌کنندگانی که وارد طرح شده‌اند محاسبه و به پژوهشگر پرداخت می‌کند. برای این‌که این نحوه‌ی پرداخت منجر به ایجاد تعارض منافع در پژوهشگر نشود، مقدار پرداخت به ازای هر فرد نباید بیش‌تر از هزینه‌ی ارائه‌ی خدمات مشابه به بیمار در سر ویس‌های مراقبت خصوصی باشد.
- پرداخت سرجمع^۱: معمولاً گرانت‌هایی که دانشگاه یا نهادهای دولتی به پژوهشگران اعطا می‌کند، به صورت پرداخت سرجمع و صرف‌نظر از حجم نمونه‌ی وارد شده در مطالعه است. صنایع معمولاً از این شیوه استفاده نمی‌کنند. صنایع اغلب مقداری پرداخت ثابت، مستقل

¹ Global Payment

از تعداد شرکت‌کنندگان جذب‌شده بابت آماده‌سازی‌های قبل از شروع مطالعه به پژوهشگر ارائه می‌دهند. این پرداخت‌ها با جبران هزینه‌های جانبی مطالعه باعث کم‌تر شدن فشار بر پژوهشگر برای جبران هزینه‌ها از طریق جذب بیش‌تر شرکت‌کننده در مطالعه می‌شود. بنابراین، در قرارداد پژوهش با صنعت مناسب است پژوهشگران درخواست کنند تا هزینه‌های مستقل از تعداد شرکت‌کننده در مطالعه به‌صورت سرجمع محاسبه و پرداخت شود.

- پرداخت به‌صورت *ارائه‌ی سهام*: ممکن است صنعت پرداخت تمام یا بخشی از دستمزد پژوهشگر را به‌صورت درصدی از سهام یا مشارکت در سود تولید فرآورده‌ی مورد پژوهش¹ قرار دهد. این نوع پرداخت باعث ایجاد منفعت ثانوی برای پژوهشگر در پیامد مطالعه می‌شود؛ چرا که به‌دست آمدن نتیجه‌ی مطالعه به نفع فرآورده‌ی مورد پژوهش باعث افزایش ارزش سهام صنعت و سود سهام آن خواهد شد. این شیوه‌ی پرداخت به لحاظ وابستگی به نتیجه‌ی مطالعه پذیرفتنی و اخلاقی نیست.

- پرداخت به ازای جذب شرکت‌کنندگان و نگاه‌داشت آن‌ها: برای ترغیب پژوهشگر در جذب حجم نمونه‌ی کافی یا تداوم همکاری شرکت‌کنندگان تا پایان زمان مطالعه پرداخت را به‌صورت تصاعدی با افزایش حجم نمونه در نظر بگیرد. این پرداخت ممکن است به شکل پرداخت پاداش مازاد بر پرداخت به ازای شرکت‌کننده باشد. این شیوه از پرداخت، با ایجاد انگیزه‌ی جدی در جذب تعداد بیش‌تر شرکت‌کنندگان می‌تواند پژوهشگران را در بررسی معیارهای ورود و خروج دچار سوگیری کند یا باعث شود اطلاعات و فرصت کافی برای تصمیم به همکاری به شرکت‌کنندگان بالقوه‌ی مطالعه داده نشود. لذا، این نوع پرداخت نیز در اجرای پژوهش‌ها غیراخلاقی است.

- پرداخت به ازای ارجاع افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه: برای جذب شرکت‌کنندگان در پژوهش ممکن است صنایع به افراد خارج از تیم پژوهش اعم از پزشکان، پرستاران و دانشجویان پزشکی به ازای ارجاع هر فرد جدید که معیارهای ورود به مطالعه را داشته باشد، پول پرداخت کنند. پرداخت اگر به ازای هیچ خدمتی جز ارجاع و معرفی به پژوهش باشد نوعی تسهیم درآمد است و اخلاقی نیست.

¹ Royalty Payment

• سایر انواع ارتباط مالی با صنعت: صنایع ممکن است با پژوهشگر سایر انواع ارتباط مالی که برای وی تعارض منافع ایجاد می‌کند، برقرار کند از قبیل هدیه دادن، دریافت مشاوره، دریافت خدمت به‌عنوان بورد مشورتی پزشکی و درخواست ارائه‌ی سخنرانی تبلیغی. علاوه بر اقداماتی که صنعت برای برقراری ارتباط مالی با پژوهشگر انجام می‌دهد، پژوهشگران ممکن است از طرق دیگری از قبیل مشارکت در تأسیس، سهام داشتن در صنعت، عضویت در هیأت مدیره‌ی صنعتو دریافت پول در ازای واگذاری امتیاز بهره‌برداری^۱ از گواهینامه‌ی اختراع ارتباط مالی با صنعت داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی تعارض منافع در پژوهش

شواهد نشان می‌دهد که مطالعات مورد حمایت صنعت در طراحی مطالعه، نتایج و تفسیر نتایج دچار سوگیری هستند. متاآنالیزهای متعددی نشان داده‌اند که کارآزمایی‌های بالینی با حمایت صنعت، فرآورده‌ی مورد پژوهش خود را ۳-۴ برابر بیش‌تر از کارآزمایی‌های بالینی بدون حمایت مالی صنعت، اثربخش تشخیص می‌دهند. تأثیر حمایت مالی صنعت علاوه بر نتایج، بر تفسیر نتایج هم نشان داده شده است. یک مطالعه‌ی مروری نشان داد پژوهش‌های با حمایت صنعت بیش از پژوهش‌های بدون حمایت صنعت در نتیجه‌گیری مقاله به نفع فرآورده‌ی مورد پژوهش نتیجه‌گیری کرده بودند، حتی در مواردی که نتایج مطالعه شواهدی به نفع فرآورده‌ی مورد پژوهش نشان نداده بود. مطالعه‌ی مروری دیگری نشان داد مطالعات با حمایت صنعت احتمال بیش‌تری دارد که در نتیجه‌گیری خود، داروی مورد پژوهش را ایمن و بی‌خطر بدانند؛ حتی اگر نتایج مطالعه، افزایش معنی‌دار عوارض را در مقایسه با گروه کنترل نشان داده باشد. شواهد همین‌طور رابطه‌ی حمایت مالی صنعت را با طراحی نامناسب مطالعه نشان داده‌اند. مطالعات با حامی صنعت بیش از مطالعات دیگر از داروی کنترل غیرمؤثر به شکل پلاسبو یا دارو به شکلی که جذب مناسب ندارد، استفاده می‌کنند.

پژوهشگرانی که با حمایت صنعت پژوهش می‌کنند سه برابر بیش از پژوهش‌های بدون حمایت صنعت نتایج مطالعه را راز تجاری می‌دانند. انتظار می‌رود راز تجاری پس از ثبت اختراع، مورد انتشار قرار گرفته و به اشتراک گذاشته شود. اما به‌نظر می‌رسد حمایت صنعت، دسترسی و اشتراک اطلاعات حاصل از پژوهش را دچار وقفه‌ی طولانی می‌کند. بررسی‌ها

¹ Licencing

نشان می‌دهد، مطالعات با حامی صنعت بیش‌تر دچار تأخیر در چاپ یا عدم انتشار نتایج منفی هستند. نگرانی دیگری که از حمایت مالی صنعت از پژوهش وجود دارد این است که در برخی پژوهش‌های با حامی صنعت، پژوهشگر دسترسی به داده‌های پژوهش ندارد. داده‌ها در اختیار صنعت قرار دارد و متخصص آمار صنعت، آنالیز داده‌ها را انجام می‌دهد. این موضوع تمامیت نتایج استخراج‌شده از داده‌های پژوهش را زیر سؤال می‌برد. به همین دلیل در حال حاضر برخی مجلات پزشکی، مقالات پژوهش‌هایی که توسط صنایع حمایت شده باشند را تنها به شرطی می‌پذیرند که آنالیز توسط یک فرد دانشگاهی یا وابسته به دولت که وابستگی به صنعت نداشته باشد، انجام شده باشد. یکی دیگر از ملاحظات اخلاقی ارتباط مالی با صنعت، پدیده‌ی نویسنده‌ی غایب است. نویسنده‌ی غایب به این معناست که فردی از سوی صنعت، تمام متن مقاله اعم از بحث و نتیجه‌گیری را می‌نویسد و مقاله به‌نام عضو هیات علمی و با اعتبار وی اما با محتوای مورد نظر صنعت، برای مجله ارسال می‌شود.

مقالات مروری که با حمایت صنعت نوشته می‌شوند، ممکن است دچار سوگیری باشند. بررسی مقالات مروری که با حمایت صنعت انجام شده است نشان می‌دهد در مقایسه با مقالات مروری که توسط مؤسسه‌ی کوکران انجام شده کیفیت کم‌تری دارند، کم‌تر به محدودیت‌های متدولوژی کارآزمایی‌ها اشاره کرده و درعین حال نتایج مساعدتری به نفع فرآورده‌ی مورد پژوهش نتیجه‌گیری کرده بودند.

مدیریت تعارض منافع در پژوهش

بخشی از مدیریت تعارض منافع از طریق وجود ضوابطی برای رعایت اصول متدولوژی مطالعه، شفافیت و قابل ردیابی بودن فرایند پژوهش و پیش‌گیری از سوگیری‌های جدی تأمین می‌شود. این نوع ضوابط و دستورالعمل‌ها به‌طور مشخص و قابل‌توجهی در کارآزمایی‌های بالینی که اثرات و تعاقبات جدی‌تری در سلامت‌آزمودنی‌ها و پیامد پژوهش دارند تدوین شده است. بخش دیگری از مدیریت تعارض منافع ناظر به سازوکارها و ضوابط حاکم بر رابطه‌ی بین پژوهشگر یا مؤسسه‌ی پژوهشی با صنعت است.

ضوابط اجرای مسئولانه‌ی کارآزمایی‌های بالینی

ثبت کارآزمایی‌های بالینی: لازم است مشخصات اصلی تمام کارآزمایی‌های بالینی قبل از اجرا در سامانه‌ی ثبت کارآزمایی‌های بالینی ثبت و قابل دسترسی برای عموم شود. ثبت جزئیات

کلیدی کارآزمایی در سامانه‌ی ثبت کارآزمایی بالینی، می‌تواند هرگونه تغییر در پروتکل یا پیامدهای اولیه و ثانویه را آشکار کند. همین‌طور ثبت کارآزمایی‌های بالینی این امکان را فراهم ساخته تا عدم چاپ نتایج حاصل از مطالعه قابل تشخیص و پیگیری باشد.

راهنماها و چک لیست‌ها: راهنمای کارآزمایی بالینی صحیح^۱ و چک لیست SPIRIT ضوابط متدولوژیک طراحی مطالعه و نحوه‌ی مستندسازی فرایندها در کارآزمایی بالینی را ارائه داده‌اند. چک لیست CONSORT نیز استاندارد نحوه‌ی گزارش نتایج کارآزمایی‌های بالینی را مشخص کرده است. همچنین، راهنماهای اخلاق در پژوهش بین‌المللی و کشوری استانداردهای اجرای و گزارش اخلاقی مطالعات را ارائه داده‌اند.

بورد پایش داده‌ها و ایمنی^۲: بورد پایش داده‌ها و ایمنی می‌تواند از طریق نظارت مستقل از پژوهشگران بر آنالیز داده‌ها و بررسی عوارض، به کاهش سوگیری در مطالعه و حفاظت بیش‌تر از شرکت‌کنندگان در پژوهش کمک کند.

ضوابط مدیریت تعارض منافع

لازم است هر مؤسسه‌ی آموزشی تحقیقاتی، خط مشی مدیریت تعارض منافع خود را تدوین کند. در این خط مشی، باید فرایند رسیدگی و مدیریت تعارض منافع فردی و سازمانی مشخص شده باشد و پژوهشگران موظف شوند تا هر نوع ارتباط مالی قابل‌توجه خود را به مؤسسه گزارش دهند. هرچند بر اساس راهنمای اخلاق در کارآزمایی بالینی کشورمان، پژوهشگران موظف هستند تعارض منافع خود را به کمیته‌ی اخلاق در پژوهش اعلام کنند، اما در حال حاضر کمیته‌های اخلاق در پژوهش، به شکل فعالی از پژوهشگران اظهار تعارضات مالی آن‌ها با صنعت را درخواست نمی‌کنند. این مشکل جهان‌شمول است و اغلب کمیته‌های اخلاق در پژوهش کشورها توسعه‌یافته نیز به دلیل عدم دریافت آموزش‌های لازم در این زمینه و وسعت سایر ابعاد رسیدگی اخلاقی طرح‌ها، به شکل فعال بر موقعیت تعارض منافع مالی پژوهشگران رسیدگی نمی‌کنند.

از آنجا که پژوهش‌ها در کشور ما اغلب در محیط دانشگاهی انجام می‌شود و موقعیت تعارض منافع مالی در محیط دانشگاهی علاوه بر پژوهش در حوزه‌ی درمان و آموزش نیز رخ می‌دهد، وجود کمیته‌ای متناسب و با استقلال کافی برای بررسی و پی‌گیری موارد تعارض منافع

¹ Good Clinical Practice

² Data & Safety Monitoring Board

در مؤسسه‌ی آموزشی/پژوهشی می‌تواند در بررسی و نظارت یکپارچه بر این تعاملات مفید باشد. کمیته‌ی تعارض منافع اقدامات ذیل را برای بررسی تعارض منافع در پژوهش انجام خواهد داد:

الف) بررسی ماهیت پژوهش: کمیته‌ی تعارض منافع پروپوزال پژوهش و نحوه‌ی به‌کارگیرینمونه‌های انسانی در آن را بررسی خواهد کرد. هر اطلاعات دیگری از پژوهش نیز که به شفافیت وجود تعارض منافع کمک کند مورد بررسی این کمیته قرار خواهد گرفت. از انواع این اطلاعات می‌توان به قرارداد بین پژوهشگران کلیدی و صنایع، حق بهره‌برداری و گواهی ثبت اختراع اشاره کرد.

ب) بررسی تعاملات مالی پژوهشگران با صنایع: کمیته‌ی تعارض منافع به منظور بررسی این‌که آیا تعاملات مالی پژوهشگر را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد یا نه، نوع حمایت صنعت از پژوهش، این‌که پژوهشگر چه موقعیتی در پژوهش مورد نظر و در مؤسسه خود قرار دارد را بررسی می‌کند.

ج) ارزیابی سود و زیان: بررسی قاعده بر این است که کسی که منفعتی در نتیجه‌ی حاصل از پژوهش دارد نباید مجری پژوهش بر فرآورده‌ی مورد نظر باشد مگر آن‌که ضرورت خلاف آن ثابت شود. در سایر ارتباطات مالی، کمیته پس از مشخص شدن موقعیت تعارض منافع برای پژوهشگر، شدت و خطرات احتمالی آن را از طریق بررسی احتمال اختلال در جذب آزادانه و آگاهانه‌ی شرکت‌کنندگان، احتمال ایجاد تورش در داده‌ها، خطری که تعارض منافع برای شهرت مؤسسه و خود فرد دارد و منافعی که اجرای پژوهش برای سلامت عمومی و پیشبرد علم پزشکی دارد، بررسی خواهد کرد.

د) مدیریت: کمیته برای کنترل تعارض منافع ممکن است درخواست حذف یا کاستن رابطه‌ی مالی یا اعمال ضوابط و نظارت‌هایی برای اطمینان از تمامیت علمی مطالعه را درخواست کند.

ضوابط مربوط به عملکرد پژوهشگر

در تدوین خط مشی مؤسسه برای مدیریت تعارض منافع لازم است وظایف اعضای هیات علمی و پژوهشگران در برخورد با مواردی که آن‌ها را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهد شفاف شود. اعضای هیات علمی باید تنها در پژوهش‌های صنعت که مرتبط با حوزه‌ی کاری و

تخصصی‌شان است مشارکت کنند. همین‌طور اطمینان یابند که مطالعه مطابق با اصول علمیطراحی شده و شرکت‌کنندگان را در معرض خطر بی‌مورد قرار نمی‌دهد. لازم است اعضاء هیات علمی تنها همکاری در مطالعه‌ای را بپذیرند که تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش را قبل از شروع مطالعه اخذ کرده باشد. هم‌چنین، به خطر ایجاد تعارض منافع جدی در تعامل مالی با صنعت خصوصاً در پرداخت‌هایی که غیرمتناسب با حق‌الزحمه‌ی مشابه پزشک در محیط طبابت است توجه داشته باشند. توصیه می‌شود پرداخت‌های تصاعدی به نسبت افزایش تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعه ممنوع شود چرا که در این نوع پرداخت، موقعیت تعارض منافع جدی برای پژوهشگر ایجاد می‌کند. اعضای هیات علمی لازم است در قرارداد اجرای پژوهش با صنعت از چاپ نتایج و عدم تأخیر بی‌مورد نتایج، اطمینان حاصل کنند. هم‌چنین، موظف هستند تعارض منافع مالی جدی خود را به کمیته‌ی اخلاق در پژوهش و کمیته‌ی تعارض منافع مؤسسه خود اعلام کنند.

اظهار تعارض منافع

حداقل و ضروری‌ترین سازوکار لازم برای کنترل موقعیت تعارض منافع شفاف‌سازی و اظهار آن است. پژوهشگران لازم است منافع مالی جدی خود را به کمیته‌ی پی‌گیری‌کننده‌ی تعارض منافع مؤسسه‌شان اعلام کنند. تعامل مالی شامل جمع تمام دریافت‌ها، پاداش‌ها، حق مشاوره‌ها، سود فروش و سایر انواع پرداخت به خود پژوهشگر و خانواده‌ی درجه‌ی اول وی است. پیشنهاد می‌شود برای نظارت و کنترل تعارض منافع پژوهشگران موارد ذیل را به کمیته‌ی تعارض منافع اعلام کنند: (۱) تعامل مالی جدی با مقادیر بالا، (۲) هر نوع رابطه‌ی مالی صرف‌نظر از مقدار آن که تحت تأثیر نتیجه‌ی پژوهش باشد، (۳) هر نوع سهام در صنعت و حق مالکیت فرآورده‌ی پژوهشی.

حد آستانه‌ی اظهار تعامل مالی در کشورها و حتی‌سازمان‌های مختلف متفاوت است. طبق ضوابط اداره‌ی سلامت امریکا، برای درخواست حمایت مالی از بودجه‌ی عمومی لازم است پژوهشگر مجموع دریافتی سالانه (حقوق و سود سهام و ...) بالاتر از ۵۰۰۰ دلار را شفاف‌سازی کند. در حالی‌که اداره‌ی غذا و داروی امریکا آستانه ۲۵۰۰۰ دلار را برای اظهار تعامل مالی با صنعت به این اداره لازم می‌داند. در ضوابط تعارض منافع مؤسسات پزشکی کانادا آستانه‌ای برای اظهار تعامل مالی با صنعت مشخص نشده است.

پیشنهاد می‌شود در خصوص این‌که چه حدی از تعامل مالی، جدی و آستانه‌ی اظهار دانسته می‌شود به شکل کشوری تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری شود تا تمام پژوهشگران با آستانه‌ی واحدی تعارض منافع خود را اظهار کنند. به‌علاوه، برای شفافیت بیشتر، توصیه می‌شود درخواست اظهار تعارض منافع در قالب تکمیل یک فرم استاندارد باشد که در آن پژوهشگر وجود یا عدم وجود تمام اشکال مهم تعاملات مالی را مشخص نماید. در اظهار تعارض منافع لازم است مقدار تعاملات مالی به تفکیک نحوه و دلیل پرداخت ذکر شوند تا از جنبه در حد جبران خدمات بودن یا نبودن قابل بررسی باشد.

پژوهشگر در هنگام ثبت پروپوزال لازم است تعارض منافع خود را علاوه بر کمیته‌ی تعارض منافع، به منظور اخذ مجوز کمیته‌ی اخلاق به کمیته‌ی اخلاق در پژوهش نیز اعلام کند. در طی مستنداتی که به کمیته‌ی اخلاق در پژوهش ارائه می‌شود باید نقش صنعت در حمایت از پژوهش اعلام شود. کمیته‌ی اخلاق در پژوهش علاوه بر اطلاع از تصمیماتی که کمیته‌ی تعارض منافع برای مدیریت موقعیت تعارض منافع مشخص کرده است، ممکن است تدابیری برای حفاظت بیشتر از شرکت‌کنندگان اتخاذ کند یا اظهار تعارض منافع به شرکت‌کنندگان را ضروری بداند.

در حال حاضر، طبق ضوابط اخلاقی کارآزمایی بالینی در کشورمان پژوهشگران موظف هستند در فرم رضایت آگاهانه‌ی موقعیت تعارض منافع خود را به شرکت‌کنندگان در پژوهش نیز اظهار کنند. به‌نظر نمی‌رسد شرکت‌کنندگان در پژوهش ذهنیت درستی از تعارض منافع و اثرات بالقوه آن بر سلامت داشته باشند و آن را در تصمیم خود به شرکت در مطالعه لحاظ کنند. اظهار به شرکت‌کنندگان کنترل جدی برای تعارض منافع محسوب نمی‌شود و لازم است بسته به شدت تعارض منافع، راهکارهای دیگری نیز برای اطمینان از صحت اجرای پژوهش اعمال شود. پژوهشگران موظفند موقعیت تعارض منافع خود را در تمام انواع انتشار نیز، به مخاطبان اعم از شرکت‌کنندگان در اجلاس‌ها و سردبیر مجله اعلام کنند.

ممنوعیت

با توجه به قوی بودن احتمال تأثیر تعارض منافع بر عملکرد حرفه‌ای پژوهشگر و شدت تعاقبات آن در پاره‌ای از انواع تعاملات مالی، منطقی است که ضوابطی برای منع برقراری این

دسته از ارتباطات مالی بین پژوهشگر و صنعت وضع شود. این ارتباطات به طور کلی شامل موارد ذیل هستند:

- پرداخت تصاعدی به ازای افزایش تعداد شرکت کنندگانی که وارد مطالعه می شوند.
- هرگونه ارتباط مالی که تحت تأثیر نتیجه‌ی پژوهش باشد (نفع مالی مستقیم پژوهشگر از نتیجه پژوهش).
- پژوهشگر اصلی مطالعه نمی‌تواند عضو هیأت مدیره‌ی صنعت یا دارای نقش تصمیم‌گیرنده در آن باشد.

منظور از نفع مالی متأثر از نتیجه‌ی پژوهش، هر نوع ارتباط مالی است که در صورتی که نتیجه‌ی پژوهش به نفع فرآورده‌ی مورد پژوهش به دست آید، ارزش مادی به دست آمده برای پژوهشگر افزایش یابد و بدین ترتیب پژوهشگر نفع مستقیمی در نتیجه‌ی پژوهش داشته باشد. این نوع ارتباطات شامل هر نوع مالکیت، سهام، سود سهام، سود فروش و حق امتیاز است. پیش فرض ممنوعیت هرگونه ارتباط مالی که تحت تأثیر نتیجه‌ی پژوهش باشد وجود دارد مگر بنا به ضرورت و با تدابیری برای کاستن از شدت تعارض منافع و اثرات احتمالی آن کمیته تعارض منافع اجرای پژوهش در این شرایط را مجاز تشخیص دهد.

کنترل‌ها و نظارت‌ها

کمیته‌ی تعارض منافع اصل ممنوعیت اجرای پژوهش توسط پژوهشگری که نفع مستقیم در نتیجه‌ی پژوهش دارد را مبنا قرار می‌دهد و در موارد استثنایی که اجرای پژوهش حتماً باید توسط پژوهشگر مذکور انجام شود (به عنوان مثال، هیچ پژوهشگر دیگری که صلاحیت علمی اجرای این پژوهش را انجام دهد وجود نداشته باشد) لازم است پژوهشگر تقاضا و ادله‌ی خود را برای کمیته‌ی تعارض منافع ارائه دهد. این کمیته در این موارد و هم‌چنین در موارد ارتباط مالی جدی که بیش از آستانه‌ی آشکارسازی بوده اما جزو گروه ارتباطات مالی ممنوع محسوب نمی‌شود، با بررسی احتمال و شدت تأثیر منافع ثانویه بر قضاوت و عملکرد حرفه‌ای پژوهشگر، ممکن است محدودیت‌ها و ضوابطی را برای اجرای پژوهش توسط پژوهشگر، مشخص کند. این شروط می‌تواند از موارد برشمرده‌ی ذیل باشد، هر چند محدود به این موارد نیست:

- قطع ارتباط مالی مورد نظر کمیته برای کاستن از شدت تعارض منافع

- برگرداندن وجوه و امتیازات دریافت شده از صنعت
- نظارت خارجی بر اجرای مسؤولانه‌ی مطالعه
- سلب حق اجرای مطالعه به‌عنوان پژوهشگر اصلی
- تغییر اختیارات مسؤولیت‌های پژوهشگر در پژوهش
- اظهار عمومی تعارض منافع

مدیریت تعارض منافع مؤسسه

هم‌چنان که تعارض منافع پژوهشگر می‌تواند باعث سوگیری در مطالعه شود، تعارض منافع مؤسسه نیز می‌تواند باعث تأثیر بر نتیجه‌ی مطالعه شود. مؤسسه ممکن است سهامی از صنعت را در اختیار داشته باشد یا افراد صاحب منصب مؤسسه سهام یا ارتباط مالی جدی با صنعت داشته باشند.

وجود هرگونه منافع مالی مؤسسه یا یک مقام مسؤول مؤسسه -که به نمایندگی از مؤسسه تصمیم‌گیری می‌کند- که احتمال تأثیر نامطلوب بر فرایند اجرا، داوری یا نظارت بر پژوهش را داشته باشد تعارض منافع مالی مؤسسه قلمداد می‌شود. بدین ترتیب، تعاملات مالی افرادی همچون رییس مؤسسه، معاون پژوهشی و اعضای کمیته‌ی اخلاق در پژوهش با صنعت ممکن است در حوزه‌ی تعارض منافع مؤسسه قرار می‌گیرد. بدیهی است تعارض منافع مؤسسه اختصاص به پژوهش ندارد. هر نوع روابط داخلیا خارجی که باعث تأثیر بر تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای به‌نحوی که تعارض با ارزش‌های ماموریت‌های مؤسسه داشته باشد موقعیت تعارض منافع مؤسسه است، اما ما در این‌جا فقط به موارد مالی مرتبط با پژوهش می‌پردازیم.

مؤسسه علاوه بر خط مشی مدیریت تعارض منافع فردی، لازم است سیاست‌هایی نیز برای مدیریت تعارض منافع سازمانی خود داشته باشد و اختیار لازم را برای اعمال راهکارهای مقابله با عوارض تعارض منافع مؤسسه، به کمیته‌ی تعارض منافع خود بدهد. به منظور مدیریت و کاهش اثرات تعارض منافع مؤسسه لازم است تمام افراد در موقعیت تصمیم‌گیری که تعاملات مالی‌شان، مؤسسه را در معرض تعارض منافع قرار می‌دهد، موقعیت تعارض منافع و تعاملات مالی خود را به کمیته تعارض منافع اظهار کنند.

برای کاستن از تأثیر موقعیت تعارض منافع پیشنهاد می‌شود فرد تصمیم‌گیرنده و فرایند تصمیم‌گیری، در مورد سرمایه‌گذاری مؤسسه در صنعت و در مورد اجرای پژوهش در مؤسسه از هم مجزا باشند. همین‌طور رعایت اصل عدم صلاحیت مؤسسه در اجرا پژوهش‌هایی که در نتیجه آن منفعت مستقیم دارد اهمیت دارد مگر در شرایط استثنایی که در راستای حفاظت بیش‌تر از شرکت‌کنندگان باشد یا موقعیت تعارض منافع حداقل تأثیر بر نتایج را داشته باشد. به‌عنوان مثال، مؤسسه‌ی مورد نظر یکی از چند مرکز اجرای مطالعه چند مرکزی باشد.

تعارض منافع برای اعضاء کمیته‌های نظارتی از قبیل کمیته‌ی اخلاق در پژوهش و کمیته‌ی مطالعات بالینی معاونت غذا و دارو نیز محتمل است. طبق راهنمای جلوگیری از تأثیر تضاد منافع بر نتایج مطالعات بالینی، افرادی که در موقعیت تعارض منافع نسبت به یک طرح تحقیقاتی باشند حق رأی و حق حضور در جلسات بررسی طرح را نداشته و حق دسترسی به اطلاعات کمیته تا قبل از صدور رأی را ندارند. تشخیص تعارض منافع مؤسسه چالش‌های زیادی دارد. هیچ فرد واحدی اطلاع از روابط مالی تمام واحدها و افرادی که می‌توانند تعارض منافع مؤسسه ایجاد کنند ندارد. بنابراین، لازم است کمیته‌ی تعارض منافع مؤسسه، از طریق پیمایش از افراد کلیدی به این تعارض منافع پی ببرد. مقابله و محدود کردن تعارض منافع مؤسسه در درون خود مؤسسه نیز تصمیم مشکلی است لذا بهتر است در این تصمیمات یک یا چند عضو غیر وابسته به مؤسسه نیز در کمیته‌ی تعارض منافع حضور داشته باشد.

مدیریت تعارض منافع در پژوهش‌های خارج از محیط دانشگاهی

همان‌طور که پیش‌تر ذکر شده امروزه، پزشکان و بیمارستان‌های خصوصی نیز در اجرای پژوهش با صنایع همکاری دارند. در شفاف‌سازی موقعیت‌های تعارض منافع در این پژوهش‌ها، در صورتی که پژوهشگر اصلی عضو هیات علمی نباشد، لازم است تعارض منافع مالی خود و سایر همکاران اصلی را به همراه مستندات مربوطه برای اخذ مجوز اخلاقی، به کمیته‌ی اخلاق در پژوهش ارائه دهد. در این پژوهش‌ها کمیته‌ی اخلاق در پژوهش، بررسی و تصمیم‌گیری در خصوص قابل‌قبول بودن موقعیت تعارض منافع و اقدامات کنترلی لازم را به عهده خواهد داشت.

منابع

1. AMA code of medical ethics. Managing Conflicts of Interest in the Conduct of Clinical Trials. <http://www.ama-assn.org//ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion80315.page>
2. Golder S, Loke YK. Is there evidence for biased reporting of published adverse effects data in pharmaceutical industry-funded studies? *Br J Clin Pharmacol.* 2008 Dec;66(6):767-73.
3. Lemmens T, Personal Conflict of Interest in Medical Research: What Is It? What Can Be Done About It? www.royalcollege.ca/common/documents/.../case_3_4_3_e.pdf
4. Henderson JA, Smith JJ. Financial Conflict of Interest in Medical Research: Overview and Analysis of Institutional Controls. *Food Drug Law J.* 2003;58(2):251-67.
5. Johnston J. Bioethics Briefing Book: Conflict of Interest in Biomedical Research. http://www.thehastingscenter.org/uploadedFiles/Publications/Briefing_Book/conflict%20of%20interest%20chapter.pdf
6. U.S. Department of Health and Human Services. Financial Relationships and Interests in Research Involving Human Subjects: Guidance for Human Subject Protection. www.hhs.gov/ohrp/archive/humansubjects/finreltn/fguid.pdf
7. National Institute of Health Financial Conflict of Interest. [Nih.gov/grants/policy/coi](http://nih.gov/grants/policy/coi)
8. National Institutes of Health. Financial Conflict of Interest and Research Objectivity: issues for Investigators and Institutional Review Boards <http://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/NOT-OD-00-040.html>
9. Boozang KM, Coleman C, Miller TE, et al. Conflicts of Interest in Clinical Trial Recruitment & Enrollment: A Call for Increased Oversight. http://law.shu.edu/ProgramsCenters/HealthTechIP/upload/health_center_whitepaper_nov2009.pdf
10. Columbia University. Responsible Conduct of Research, conflict of interest. http://ori.hhs.gov/education/products/columbia_wbt/rcr_conflicts
11. Lo B, Wolf LE, Berkeley A. Conflict-of-interest policies for investigators in clinical trials. *N Engl J Med.* 2000 Nov 30;343(22):1616-20
12. Djulbegovic B, Lacey M, Cantor A, The uncertainty principle and industry-sponsored research. *Lancet.* 2000 Aug 19;356(9230):635-8.
13. Vedula SS, Bero L, Scherer RW, Dickersin K. Outcome reporting in industry-sponsored trials of gabapentin for off-label use. *N Engl J Med.* 2009 Nov 12;361(20):1963-71.
14. Als-Nielsen B, Chen W, Glud C, Kjaergard LL. Association of funding and conclusions in randomized drug trials: a reflection of treatment effect or adverse events? *JAMA.* 2003 Aug 20;290(7):921-8.

15. Jørgensen AW, Hilden J, Gøtzsche PC. Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review. *BMJ*. 2006 Oct 14;333(7572):782.
 16. Lo B, Field MJ. Institute of Medicine (US) Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
 17. AAMC-AAU Advisory Committee on Financial Conflicts of Interest in Human Subjects Research. *Protecting Patients, Preserving Integrity, Advancing Health: Accelerating the Implementation of COI Policies in Human Subjects Research*. 2008. <http://www.aau.edu/WorkArea/showcontent.aspx?id=6136>
 18. International Conference on Harmonisation of Technical Requirement for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. *Guideline for Good Clinical Practice*. 1996. www.ich.org/
 19. Seton Hall University School of Law. *Conflicts of Interest in Clinical Trial Recruitment & Enrollment: A Call for Increased Oversight*. 2009. http://law.shu.edu/programscenters/healthtechIP/upload/health_center_whi_tepaper_nov2009.pdf
 20. Henderson JA, Smith JJ. Financial conflict of interest in medical research: overview and analysis of federal and state controls. *Food Drug Law J*. 2002;57(3):445-56.
 21. Mathieu G, Smith E, Potvin M-J, Williams-Jones B. Conflict of Interest Policies at Canadian Universities and Medical Schools: Some Lessons from the AMSA PharmFree Scorecard. *BioéthiqueOnline* 2012; 1(13).
۲۲. معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت. راهنمای جلوگیری از تأثیر تضاد منافع بر نتایج مطالعات بالینی. ۱۳۸۸
http://fdo.behdasht.gov.ir/uploads/114_1403_9_ctc_g.pdf
۲۳. معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت. راهنمای کارآزمایی مطلوب. ۱۳۸۸.
http://fdo.behdasht.gov.ir/uploads/114_1403_rahnamaye%20karazmayee%20matloob.pdf
۲۴. معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت. راهنمای اخلاق در کارآزماییهای بالینی. ۱۳۸۴.
<http://mehr.tums.ac.ir/ShowCode.aspx?CodeID=128&lang=fa>