

## سه‌م‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی؛ گونه‌شناسی؛ تخلف‌انگاری و ارزیابی پاسخ‌های انتظامی

مهسا علیزاده<sup>۱</sup> محمد فرجیها<sup>۲</sup>

### چکیده:

کنشگران نظام درمان دارای تعاملات پیچیده‌ای با یکدیگر هستند که برخی از آن‌ها واجد جنبه‌های مالی و فسادآمیز است. سه‌م‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی، نمونه‌ای بارز از این تعاملات محسوب می‌شود. این رفتار کژمدارانه ضمن آسیب رساندن به بیماران، هزینه‌های درمان را نیز به‌طور قابل‌توجهی افزایش می‌دهد و پاسخ مؤثر به آن ضروری است. از این‌رو، ضمانت‌اجراهای انتظامی پیش‌بینی‌شده از کارآمدی لازم برخوردار نیستند. پرسش اصلی این پژوهش، بررسی ابعاد و گستره سه‌م‌خواهی و ارزیابی پاسخ‌های انتظامی به این پدیده است. پژوهش حاضر به روش کیفی و با رویکرد توصیفی-تحلیلی انجام شده و داده‌های مورد نیاز، افزون بر منابع کتابخانه‌ای، از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری شده‌اند. بررسی قوانین موجود در این خصوص نشان می‌دهد که پدیده سه‌م‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی ذیل عنوان «انجام اعمال خلاف شئون پزشکی» بر اساس ماده ۶ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب ۱۳۹۰ و مستند به مواد ۳۴، ۳۵ و ۳۶ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرفه پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی، تخلف‌انگاری شده است؛ با این حال، پاسخ‌های انتظامی موجود در این زمینه فاقد کارآمدی و اثربخشی لازم تشخیص داده شده‌اند.

واژگان کلیدی:

سیاست جنایی، تعاملات فسادآمیز، شرکت‌های دارویی، سه‌م‌خواهی، تخلف‌انگاری، ضمانت اجرای انتظامی،

تعارض منافع

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

Alizadeh\_mahsa@modares.ir

<sup>۲</sup> دانشیار گروه حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

Farajihay@modares.ac.ir

## مقدمه:

سهم‌خواهی در نظام درمان جلوه بارز نقض حقوق بیمار و عدم حسن نیت از سوی پزشک و تفوق منافع مالی پزشک در روند درمان و بهبود بیمار است.

از منظر حقوقی، سهم‌خواهی پزشک در حوزه فعالیتش به ارجاع ناصواب و فاقد ضرورت بیمار به سایر پزشکان، پیراپزشکان و یا مراکز و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات پزشکی و همچنین خود ارجاعی‌های غیر ضروری همه شاغلین حرفه‌های پزشکی اطلاق می‌شود (کاظمی، ۱۳۸۹، ص ۳۸).

تحلیل سهم‌خواهی در سیستم درمان، ابتدا نیازمند تبیین و شناخت نظام درمان است. سیستم درمان شامل کنشگران متعدد و مختلف است.<sup>۳</sup> بدین شرح که شیوه توزیع و چگونگی ارائه خدمات درمانی توسط سیاست‌گذاران در قالب قوانین، آیین‌نامه‌ها و شیوه‌نامه‌ها، تصویب و تدوین می‌شود. خدمات از سوی تولیدکنندگان (شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی) تولید می‌گردد. ارائه‌دهندگان همچون پزشکان، پیراپزشکان، پرستاران و غیره، خدمات را به مصرف‌کننده تجویز و در نهایت، توسط بیماران (مصرف‌کنندگان) مورد مصرف قرار می‌گیرد. شرکت‌های بیمه به عنوان پرداخت‌کننده در این چرخه وظیفه پرداخت بهای خدمات درمانی ارائه شده را ایفا می‌کنند. (Nederland, B. V. 2017. p9). در میان این کنشگران تعاملات پیچیده‌ای شکل می‌گیرد که برخی از آن‌ها دچار تضاد منافع<sup>۴</sup> و جنبه‌های فساد آمیز است.

در نظام درمان، ارجاع‌دهی بیماران یکی از ارکان اثرگذار محسوب می‌شود که به‌طور مستقیم بر تعاملات حرفه‌ای و فرآیندهای تصمیم‌گیری تأثیر می‌گذارد. سهم‌خواهی به دلیل ارجاع‌دهی بیماران در حوزه درمان اقسام مختلف دارد برای مثال پزشکان در موارد متعدد بیماران را به سایر همکاران با تخصص‌های متفاوت و یا برای انجام خدمات پاراکلینیکی به آزمایشگاه‌ها، مراکز تصویربرداری، فیزیوتراپی، داروخانه‌ها و محصولات درمانی خاص ارجاع می‌دهند (خلیج زاده، وطن خواه، ۱۳۹۳، ص ۱۸). در این میان، یکی از محورهای مهم و مورد توجه در حوزه ارجاع‌دهی و مطالبه سهم، سهم‌خواهی

<sup>۳</sup> علی‌رغم اینکه تعدد کنشگران به خودی خود موجب ایجاد فساد نمی‌شود اما به صورت کلی تعداد زیاد کنشگران با توجه به اینکه نظارت را دشوار می‌کند، می‌تواند در ایجاد و شیوع تعاملات فسادآمیز اثرگذار باشد.

<sup>۴</sup> مجموعه‌ای از حالات است که در آن قضاوت حرفه‌ای راجع به یک منفعت اصلی، به صورت ناروا تحت تأثیر یک منفعت فرعی قرار می‌گیرد. همچنین تعارض منافع، گاه به وضعیتی اطلاق می‌شود که شخص یا اشخاصی از یک سو، در موقعیت اعتماد قرار گیرند و از سوی دیگر، خود منافع شخصی یا گروهی مجزا دارند که در تقابل و تعارض با مسوولیت واگذار شده است.

و منافع اقتصادی پزشکان از شرکت‌های دارویی به جهت تجویز محصول دارویی خاص است که می‌تواند پیامدهای اخلاقی و حرفه‌ای قابل توجهی به همراه داشته باشد.

مسئله اصلی توافق مالی بین پزشک و شرکت دارویی برای تجویز دارو و برند خاص است که موجب بروز معضل اساسی یعنی انحراف تدریجی قضاوت بالینی پزشک در یک بازار تنظیم نشده به شکل ساختاری می‌گردد. به بیان دیگر، هرچند بیمار مصرف‌کننده خدمات درمانی است اما تجویزکننده نمی‌باشد؛ پزشک علی‌رغم اینکه تجویزکننده است اما پرداخت بهای خدمت ارائه شده نمی‌باشد. شرکت‌های دارویی نیز که انگیزه فروش و کسب سود بیش‌تر دارند؛ درصدد توافق مالی با پزشکان برای تجویز محصول خود برمی‌آیند. چنانچه این تعامل فساد زا از طریق ابزارهای در اختیار؛ کنترل و مهار نشود، قضاوت حرفه‌ای پزشکان در سطح کلان دچار انحراف شدید می‌گردد (Jost, T. S. 2010.Pp330\_334).

پرسش اصلی پژوهش، بررسی ابعاد و گستره سهم‌خواهی و ارزیابی پاسخ‌های انتظامی به این پدیده است. پژوهش حاضر، کیفی و روش آن توصیفی-تحلیلی است. برای پاسخ‌گویی به پرسش تحقیق از دو الگوی کیفی مصاحبه‌های عمیق و همچنین تحلیل محتوای اسناد و مدارک قانونی به ویژه آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته استفاده شده است. در مصاحبه‌های انجام شده با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تلاش شده که کلیه کنشگران از جمله مدیران شرکت‌های دارویی، مسئولان فروش و بازاریابی شرکت‌های دارویی، پزشکان، شاغلین در سازمان نظام پزشکی، وکلای حوزه درمان و اساتید مرتبط با این حوزه مورد مصاحبه قرار گیرند و به تناسب محورهای مصاحبه با آنان مطرح شد. بنابراین، داده‌های مورد نیاز افزون بر بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای، از رهگذر مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختار یافته با سه مدیر شرکت دارویی (پاسخگو شماره یک، دو و سه)، پنج مسئول فروش و بازاریابی شرکت دارویی (پاسخگو شماره چهارالی هشت)، هفت پزشک (پاسخگو شماره نه الی پانزده)، سه شاغل در سازمان نظام پزشکی (پاسخگو شماره شانزده الی هجده)، چهار وکیل متخصص در حوزه درمان (پاسخگو شماره نوزده الی بیست و دو)، دو استاد حقوق پزشکی (پاسخگو شماره بیست و سه و بیست و چهار)، سه استاد حقوق کیفری (پاسخگو شماره پنج الی بیست و هفت)، یک استاد حوزه اخلاق پزشکی (پاسخگو شماره بیست و هشت) جمع‌آوری شده است.

پس از مطالعه منابع موجود فارسی و انگلیسی در حوزه نظری سهم‌خواهی، تحلیل مصاحبه‌های انجام شده با کنشگران عرصه ارائه خدمات و بررسی اسناد و مدارک قانونی در این زمینه کد گذاری انجام گرفت و مقوله‌های اصلی تحت عنوان "گونه‌شناسی سهم‌خواهی" شناسایی و مورد مطالعه قرار گرفت. در این بخش، ابتدا به مفهوم شناسی سهم‌خواهی به صورت ویژه بین کنشگر پزشک و شرکت‌های دارویی پرداخته می‌شود. سپس چرایی و چگونگی قرار گرفتن پزشکان به عنوان جامعه هدف بازاریابی شرکت‌های دارویی و اثر گذاری تعاملات مالی بین پزشک و شرکت دارویی بر فرآیند نسخه

نویسی تشریح می‌گردد و در پایان روش‌های انتقال سهم به صورت نقد و غیر نقد بین دو کنشگر ترسیم می‌شود. در بخش دوم مقاله با عنوان "تخلف انگاری و ارزیابی پاسخ‌های انتظامی" نخست تبیین می‌شود که در نظام پاسخ‌دهی کنونی این رفتار منحرفانه تحت عنوان تخلف به رسمیت شناخته شده است و سپس به پاسخ‌های انتظامی و ارزیابی پاسخ‌ها اشاره می‌شود و عمده‌ترین خلاءها بیان می‌گردد.

## ۱- گونه‌شناسی سهم‌خواهی

برای تبیین پدیده سهم‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی ابتدا لازم است که سهم‌خواهی از حیث مفهوم شناسی بررسی شود و همچنین بستر شکل‌گیری تعامل بین پزشک و شرکت دارویی و نحوه اثرگذاری و اقسام مختلف انتقال سهم بین پزشکان و شرکت‌های دارویی بیان شود.

### ۱-۱ مفهوم شناسی سهم‌خواهی

سهم از نظر لغوی به معنای بهره، حصه و نصیب آمده است. سهم‌خواهی نیز به معنای مطالبه و خواستن قسمت و نصیب می‌باشد. در معنای اصطلاحی نیز واژه سهم‌خواهی به معنای پرداخت مقداری از حق الزحمه درمانی در ازای ارجاع بیمار به پزشک، آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه یا مراکز درمانی دیگر آمده است.<sup>۵</sup> در زبان فارسی واژه‌های مشابه نظیر "کمسیون"، "تقسیم درآمد" و "حق حساب" برای بیان این پدیده کاربرد دارد. (عباسی دزفولی، بهگام شادمهر، شیخی، ۱۳۹۰، ص ۱۷۹)

به طور کلی، پزشکان و شرکت‌های دارویی دارای روابط و تعاملات متعدد و مختلفی با یکدیگر هستند. این تعاملات تا حد قابل توجهی ریشه در ماهیت نقش آفرینی آن‌ها در نظام درمان دارد. در این نظام، بیمار به عنوان مصرف‌کننده نهایی، بر خلاف بسیاری از بازارهای متعارف، بر اساس میل یا ترجیح شخصی به سمت مصرف خدمات درمانی حرکت نمی‌کند؛ بلکه این پزشک است که با تشخیص تخصصی خود، نوع و میزان خدمات درمانی را برای بیمار تجویز و توصیه می‌نماید. از این رو، پزشک به عنوان ارائه‌کننده خدمات درمانی و شرکت دارویی به عنوان تولیدکننده و عرضه‌کننده دارو، ناگزیر از برقراری تعامل با یکدیگرند؛ تعاملاتی که با توجه به ساختار خاص نظام درمان اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد.

<sup>۵</sup> این واژه معادل واژه انگلیسی Fee Splitting است. همچنین واژه‌هایی نظیر Commissions, Rebates, Kickbacks نیز برای بیان مفهوم سهم‌خواهی استفاده می‌شود.

تعاملات شکل یافته میان پزشکان و شرکت‌های دارویی دارای طیف وسیعی از اشکال است. این تعاملات می‌تواند شامل ارائه نمونه‌های رایگان به پزشکان، با هدف آشنایی با داروهای جدید و تسهیل دسترسی بیماران (Morgan, M.A., Dana, J., 2006. Pp560-561)، حمایت مالی یا علمی از پژوهش‌های پزشکی، مشارکت در آزمایش‌های بالینی (Reid, I. C. 2013.p 76) و نیز برگزاری دوره‌ها و برنامه‌های آموزشی و تخصصی برای ارتقای دانش حرفه‌ای پزشکان شود. برای نمونه پاسخگو شماره یازده (پزشک) در مصاحبه خود بیان داشت "تعامل و آشنایی با شرکت‌های دارویی موجب آشنایی با برندهای دارویی با کیفیت در بازار می‌شود، همچنین در برخی موارد، شرکت‌های دارویی نمونه‌های دارویی رایگانی را به پزشکان به منظور دسترسی بیماران نیازمند (کم برخوردار به لحاظ مالی) می‌دهند؛ که این امر سبب تسهیل دسترسی بیماران می‌گردد."

در برخی اشکال، شرکت دارویی از طریق تعامل و ارتباط با پزشکان درصدد آنند که پزشک، محصول شرکت وی را برای بیمار تجویز و نسخه کند. تجویز این محصولات گاه متناسب با نیاز بیمار است و در برخی موارد، بدون رعایت وصف "لزوم" به بیمار توصیه می‌شود. در واقع، افزایش نسخه‌نویسی در نتیجه تعاملات مالی بین شرکت دارویی و پزشک را از منظری می‌توان در دو فرض اصلی بررسی کرد:

در برخی موارد، افزایش نسخه‌نویسی متناسب با نیاز واقعی بیمار است. در این حالت، بیمار محصول دارویی با کیفیت دریافت می‌کند هرچند شرکت دارویی و پزشک نیز منتفع می‌شوند، اما این انتفاع به ضرر بیمار نیست. برخی پژوهشگران در حوزه درمان بر این اعتقادند که این فرض از حسن اقدامات فسادزا بر شمرده نمی‌شود. حامیان این دیدگاه، استدلال می‌کنند که با توجه به فواید تعامل پزشکان با شرکت‌های دارویی نظیر آگاهی پزشک از گزینه‌های درمانی بهتر، مادام که این تعاملات آسیب‌رسان به بیمار نباشد؛ فسادزا تلقی نمی‌شود. مخالفان حتی در این حالت نیز احتمال خدشه به بی‌طرفی پزشک را مطرح می‌کنند به عقیده آن‌ها پزشک نماینده بیمار در بررسی منافع و اولویت‌های درمانی وی است و هر وضعیت و شرایطی که پزشک را در موقعیت تضاد منافع بین منافع شخصی خود و منافع بیمار قرار دهد، به بی‌طرفی پزشک لطمه وارد می‌کند. به عبارتی، در وضعیت تجویز نمودن محصول شرکت دارویی، پزشک هم در نقش فروشنده محصول و هم در نقش نماینده خریدار (بیمار) قرار می‌گیرد و این موقعیت چیزی جز تضاد منافع پزشک و بیمار نیست (Davis, M., & Stark, A. (Eds.). 2001. Pp279-282). در این فرض، تجویز و نسخه پزشک چه بسا معیار با نیاز بیمار نباشد و با چارچوب استانداردهای علمی درمان هم‌خوانی داشته باشد اما مشوق‌های مالی پنهان و یا آشکار در پس روابط

پزشک و شرکت دارویی، دست کم عاملی تاثیر گذار بر نحوه تجویز و نسخه کردن محسوب می شود. برای نمونه پزشک به دلیل توافق با شرکت دارویی به جای تجویز داروی ژنریک<sup>۶</sup>، نسخه را با برند خارجی گران قیمت می نویسد. در مورد دیگر، افزایش نسخه نویسی بدون توجه به نیاز واقعی بیمار و به منظور ایجاد و یا ارائه خدمات مازاد بر نیاز ایشان صورت می گیرد. در این حالت، تجویز دارو صرفاً با هدف انتفاع مالی پزشک و شرکت دارویی انجام می شود و می تواند دو نوع پیامد داشته باشد: ضرر صرفاً مالی، مانند تجویز داروهای غیر ضروری که فقط هزینه درمان اضافی بر بیمار تحمیل می کنند. به طور مثال، در برخی موارد بیمار برای یک وضعیت پزشکی مشخص به پزشک مراجعه می کند و از نظر بالینی استفاده از یک یا دو داروی اصلی برای دستیابی به اثر درمانی مورد نظر کفایت می کند با این حال، پزشک ممکن است چند داروی اضافی تجویز کند که در ظاهر هیچ آسیب فوری برای بیمار ایجاد نمی کند اما ضرورتی بالینی نیز برای همه آنها وجود ندارد. تجویز برخی از داروهای اضافی ممکن است تحت تأثیر توافقات مالی یا مشوق های شرکت های دارویی انتخاب شده باشند.<sup>۷</sup> در این وضعیت، اثر درمانی برای بیمار تأمین می شود اما انگیزه واقعی تجویز نه نیاز درمانی، بلکه توافقات مالی پنهان با شرکت دارویی است.

در فرض دوم؛ ممکن است ضرر مالی و جسمی همزمان صورت گیرد. زمانی که داروی تجویز شده علاوه بر فقدان اثرگذاری، آثار جانبی زیان بار نیز برای بیمار به همراه دارد. در این فرض، اتفاق نظر وجود دارد که چنین رفتاری فسادزا و مخرب است. در مصاحبه انجام شده با پاسخگو شماره پنج (مسئول در حوزه عرضه و فروش دارو) این نکته بیان شد "عموماً افزایش نسخه نویسی با رویکرد ضرر جسمی به بیمار به صورت نادر رخ می دهد." همچنین مصاحبه شونده اظهار داشت "در سابقه کار خود چنین امری را شاهد نبوده؛، در مواردی که به دلیل تجویزی دارویی، ضرر جسمی به بیمار وارد می شود عمدتاً دلیل در تداخل دارویی است و نه انگیزه سود جویی پزشک. به بیانی، چنانچه از تجویز پزشک زیان در بدن بیمار اتفاق افتاد غالباً تصور پزشک آن بوده که داروی تجویز شده در نهایت خنثی و فاقد اثر خواهد بود اما به دلیل تداخل دارویی، داروی تجویزی مشمول اثر منفی شده."

مطالعات انجام شده در این خصوص نشان می دهد که تجویز دارو با هدف سود جویی در مواردی که منتهی به ضرر جسمی بیمار شود، هر چند جزء موارد شایع نیست اما همچنان محتمل است بنابراین، تنها تجربه پاسخگو شماره پنج (مسئول در حوزه عرضه و فروش دارو) نمی تواند بیانگر آن باشد که هرگز دارویی به دلیل انگیزه های مالی به بیمار تجویز نشده که ضرر جسمی به همراه داشته باشد.

<sup>۶</sup> ژنریک (Generic) یعنی نسخه ی «غیر برند» دارو که دقیقاً همان ماده مؤثر و همان اثر درمانی را دارد، ولی با قیمت پایین تر عرضه می شود.

<sup>۷</sup> برخی از تجویزهای مازاد بر نیاز بیمار با اهداف دیگر همچون پزشکی تدافعی و جلب و جذب بیمار صورت می گیرد.

در نهایت، کلیه اقسام بیان شده، اعم از اینکه متناسب با نیاز بیمار تجویز شده و یا مضرر برای بیمار باشد (ضرر مادی و یا ضرر مادی و جسمی)؛ به دلیل وجود توافقات مالی بین پزشک و شرکت دارویی و خروج پزشک از موضع بی طرفی، تعامل فساد زا و یک موقعیت تعارض منافع محسوب می‌شود که در نهایت موجب طلب سهم و نصیب پزشک از شرکت دارویی است. پس از آشنایی با مفهوم سهم‌خواهی باید چرایی تمایل شرکت‌های دارویی به تعامل با پزشکان و نحوه اثرگذاری این تعامل بر روند فروش محصول تبیین شود بنابراین در ادامه، بستر و نحوه شکل‌گیری تعامل بین پزشک و شرکت دارویی بیان می‌شود.

## ۱-۲\_ بستر شکل‌گیری تعامل بین پزشک و شرکت دارویی و نحوه اثرگذاری

با توجه به اینکه پزشکان نقش واسط بین مصرف‌کننده (بیمار) و شرکت‌های دارویی را ایفا می‌کنند، این شرکت‌ها از پزشکان به عنوان ابزاری جهت بازاریابی بهره‌مند می‌شوند. (Kumar., & Panigrahi, A.2014, P191-193). در واقع، هدف نهایی در بازاریابی شرکت‌های دارویی، ایجاد و گسترش ارتباط با پزشکان است. طی مصاحبه با پاسخگو شماره یک (مدیر شرکت دارویی) بیان شد "عمده فعالیت و بودجه بازاریابی شرکت‌های دارویی صرف تعامل با پزشکان می‌گردد به شکلی که شرکت‌های دارویی برای معرفی و ترویج محصولات خود از افرادی تحت عنوان نمایندگان پزشکی<sup>۸</sup> استفاده می‌کنند این افراد به عنوان واسطه میان شرکت و جامعه پزشکی عمل کرده و با برقراری ارتباط مستقیم و مستمر با پزشکان ضمن معرفی مزایا و ویژگی‌های محصولات، نقش کلیدی در بازاریابی دارویی ایفا می‌کنند". در ادامه، به منظور توضیح بیش‌تر چگونگی تعامل بین پزشکان و شرکت‌های دارویی، پاسخگو بیان داشت "به طور مثال هنگامی که یک داروی جدید وارد کشور می‌شود، شرکت‌های دارویی از برخی پزشکان معهود با برگزاری مجالس و مهمانی‌های بسیار مفصل، با عنوان صاحب نظران کلیدی و پرنفوذ حوزه پزشکی<sup>۹</sup> برای ارزیابی عکس‌العمل بازار مصرف دعوت می‌کنند و تعداد داروی محدود به صورت رایگان را میان آنان توزیع می‌کنند تا واکنش مصرف‌دارو در بازار را بررسی و تحلیل نمایند."<sup>۱۰</sup>

در نتیجه، تعاملات مالی با این شرکت‌ها حتی در مقیاس کوچک همچون برگزاری یک برنامه شام در هتلی مجلل، اعطای هدیه با افزایش تجویز داروهای برند و پرهزینه ارتباط مستقیم دارد. بر اساس تحقیقی، هر یک دلار پرداخت از سوی آن‌ها، بیست و سه درصد هزینه‌های درمانی را افزایش می‌دهد (Newham, M., & Valente, M. 2024.P15).

<sup>8</sup> Medical Representative ( Med Rep)

<sup>9</sup> KOL (Key Opinion Leader Physicians)

<sup>۱۰</sup> اصطلاح KOL (Key Opinion Leader Physicians) در صنایع سلامت، داروسازی و تجهیزات پزشکی برای بیان پزشکان مرجع و اثرگذاری استفاده می‌شود که در یک تخصص خاص از اعتبار علمی، نفوذ اجتماعی و قدرت تاثیرگذاری بالا برخوردارند و می‌توانند نظر، رفتار و تصمیم سایر پزشکان، بیماران و حتی سیاست‌گذاران را تحت تاثیر قرار دهند.

پژوهش‌های حوزه اقتصاد سلامت نشان می‌دهند که پرداخت‌های شرکت‌های دارویی علت اصلی تغییر الگوی نسخه نویسی است. پایگاه اطلاعات داده در امریکا<sup>۱۱</sup> که شرکت‌های دارویی را ملزم به افشای توافقات مالی خود تحت هر عنوان اعم از حق مشاوره، تدریس، پاداش، هدیه، منافع پژوهشی و حمایت‌های مالی می‌کند و همچنین دولت‌ها که در راستای حق آگاهی عمومی و پیشگیری از تعارض منافع مکلف به انتشار داده‌ها هستند؛ این مسئله را تایید می‌کند.

در خصوص تغییر الگوی نسخه‌نویسی متأثر از تعاملات شکل یافته بین پزشک و شرکت دارویی و نحوه اثرگذاری، مطالعات بسیاری صورت گرفته است. ابتدا، اقتصاددانان مطالعات خود را حول محور اثبات رابطه همبستگی و همراهی میان پرداخت‌ها و افزایش تجویز محصول شرکت دارویی انجام می‌دادند<sup>۱۲</sup> (Mitchell, A. P., Trivedi, N. U. 2021.Pp353-361) اما پژوهش‌های اخیر، ثابت نموده است که اولاً: رابطه پرداخت و الگوی نسخه نویسی تصادفی نیست به عبارتی، پزشک به دلیل ویژگی‌های فردی و شخصیتی، اقدام به تجویز شمار بیش‌تری از محصولات شرکت مورد نظر نمی‌کند؛ بلکه اثرگذاری روان‌شناختی پرداخت‌ها، علت اصلی در تجویز تلقی می‌شود (Sharma, M., Vadhariya, A. 2018.Pp7-8). همچنین این ادعا که نخست پزشکان اقدام به نسخه کردن محصولات شرکت‌های دارویی می‌نمایند و سپس این شرکت‌ها برای قدردانی و تعامل بیش‌تر به سمت پزشکان می‌روند، رد شد. ثانیاً: پژوهشگران بر این نکته آگاه شدند که برای اندازه‌گیری رابطه علی و میزان اثرگذاری نباید پزشکانی که از شرکت‌های دارویی دریافت‌هایی تحت هر عنوان دارند را با پزشکانی که دریافتی ندارند، مقایسه نمود و میزان نسخه گروه اول را در مقایسه با گروه دوم سنجید. در این مورد برای دستیابی به اثر واقعی پرداخت‌ها لازم است که هر پزشک با نسخه خودش در حالت پیش و پس از پرداخت مقایسه شود. به بیانی، میزان تجویز محصول شرکت دارویی قبل از اینکه پزشک دریافتی تحت هر عنوان از شرکت دارویی داشته باشد با میزان نسخه همان محصول در موقعیت جغرافیایی یکسان در ارتباط با بیمار و نوع بیماری واحد بعد از پرداخت، نشان‌گر اثر واقعی است (Newham, M., & Valente, M. 2024.Pp35-40).

پس از اثرگذاری پرداخت‌ها در روند نسخه‌نویسی پزشکان، افزایش تجویز از دید شرکت‌های دارویی نیز رهگیری می‌شود. شرکت دارویی راستی‌آزمایی می‌کند که آیا تعاملات مالی با پزشکان در عمل سبب فروش بیش‌تر محصول شرکت شده است یا خیر. پاسخگو شماره شش (مدیر فروش و بازاریابی شرکت دارویی) در پاسخ به این پرسش که با توجه به جنبه پنهان و محرمانه توافقات بین شرکت و پزشک، شرکت‌ها چگونه از عملکرد پزشک مبنی بر تجویز بیش‌تر محصولاتشان اطمینان حاصل می‌کنند (چگونه شرکت دارویی مطمئن می‌گردد که سهم دهی به پزشکان موجب فروش

<sup>11</sup> Open payment

<sup>12</sup> رابطه همبستگی صرفاً بیانگر آن است که پزشکانی که تعاملات مالی با شرکت‌های دارویی دارند؛ محصولات آن شرکت را بیش‌تر تجویز می‌کنند. این رابطه به معنای رابطه علیت نیست که پرداخت، علت اصلی افزایش نسخه نویسی است.

بیش تر محصولات آنان شده است؟)؛ اظهار داشت "شرکت با استعلام از داروخانه محل و اخذ گزارش فروش آن داروخانه رهگیری می نماید که میزان فروش شرکت، قبل و بعد از توافق با پزشک چه میزان تفاوت کرده است. اگر پس از توافق، میزان فروش افزایش داشته باشد مشخص است که پزشکان در ازای دریافت سهم، محصولات آنان را نسخه می کنند اما چنانچه گزارش های فروش داروخانه ها حاکی از برابری فروش داشته باشد، در اجرای حقیقی توافق، تردید و شائبه ایجاد می شود و ممکن است نتایج این رهگیری ها منجر به عدم توافق مجدد با پزشک از سوی شرکت شود."

یافته های حاصل از تحلیل مصاحبه با برخی از مصاحبه شوندگان برای نمونه مدیران شرکت های دارویی (پاسخگویان شماره یک، دو و سه) و همچنین مدیران فروش شرکت های دارویی (مصاحبه شوندگان شماره چهار الی هشت)؛ نشانگر آن است که پیگیری و رصد نسخه کردن یا به عبارتی فروش با واسطه پزشک به بیمار، در برخی محصولات سهل تر از سایر محصولات صورت می گیرد. به طور مثال در محصولات فیلرهای زیبایی، درون محصول یک تیکت قرار دارد. با توجه به اینکه بیمار بعد از خرید محصول از داروخانه، مجدد به پزشک برای تزریق آن مراجعه می کند، پزشک تیکت ها را از محصول هنگام تزریق خارج سازی می کند و به ازای تعداد آن ها ما به ازاء و سهم مطالبه می کند. علی رغم وجود چنین امکانی مصاحبه شونده شماره چهار (مدیر فروش شرکت دارویی) بیان کرد "این اقدام در تمام محصولات امکان پذیر نیست به این دلیل که ماهیت برخی از محصولات به گونه ای است که پس از نسخه شدن، بیمار دیگر برای مصرف به پزشک مراجعه ای ندارد و همچنین امکان قرار دادن تیکت در تمام محصولات به دلایل مختلف از جمله هزینه بر بودن، ماهیت محصول و غیره مقدور نمی باشد."

در مجموع، پزشکان در نتیجه تعاملات مالی که با این شرکت ها دارند به دنبال تجویز بیش تر محصولات آنان برمی آید و برای تجویز دارو طلب سهم می کنند. شرکت ها نیز با هدف فروش بیش تر، سهم مطالبه شده از جانب پزشک را به وی انتقال می دهد. با توجه به اینکه هر دو کنشگر سهم دهنده (شرکت دارویی) و سهم گیرنده (پزشک) از منظر مطالعات جرم شناسی اشخاص یقه سفید و از نگاه جرایم ارتكابی جرایم بدون بزه دیده محسوب می شوند (حسینی، قورچی بیگی، ۱۳۹۴، ص ۱۰)، روش های انتقال سهم نیز مبتکرانه و متنوع است، در قسمت بعد به روش های انتقال به تفصیل پرداخته خواهد شد.

### ۳-۱\_ روش های انتقال سهم

پرداخت به پزشکان از جانب شرکت های دارویی، در واقع انتقال سهم به پزشکان از فرآیند فروش بیش تر محصولات است. در این چرخه، پزشک "سهم گیرنده" و شرکت دارویی "سهم دهنده" است. ممکن است در ظاهر این انتقال ساده به نظر رسد، اما با پیچیدگی هایی همراه است. پرداخت سهم به پزشکان از طرق وجه نقد و غیر نقد صورت می گیرد.

Bandi, V., Dey, S. K., & Rao, O. R. S. 2024.Pp 23-25) اشخاص درگیر؛ اعم از کسانی که سهم می‌گیرند و کسانی که سهم می‌دهند؛ با بهره‌گیری از جایگاه اجتماعی و اعتماد واگذار شده به آن‌ها، مرتکب چنین اعمالی می‌شوند. به همین دلیل، از منظر جرم شناختی در قالب الگوی بزهکاران خوب نمایان یا همان بزهکاران یقه سفید قرار می‌گیرند (فرایبرگ، ۱۳۹۱، ص ۱۱۶). این اشخاص اعم از شخص حقیقی (پزشک) یا شخص حقوقی (شرکت دارویی) با استفاده از نبوغ، منزلت و جایگاه اجتماعی خود مرتکب این انحراف حرفه‌ای می‌شوند و به همین علت، شناسایی و پیگیری الگوهای انتقال سهم دشوار می‌گردد.

روش‌های انتقال سهم به دو شیوه کلی پرداخت نقد و غیر نقد انجام می‌گیرد. پرداخت نقد به این صورت است که پزشک به ازای تعداد نسخ مشخص، درصدی از فروش و یا یک مبلغ ثابت را از شرکت مطالبه و اخذ می‌نماید البته دریافت این وجه نیز به صورت مستقیم و غیر مستقیم انجام می‌شود. در موارد مستقیم که تعداد آن محدود است، یافته‌های تجربی حاکی از آن است که وجه مستقیماً از حساب شرکت به نام پزشک تجویز کننده واریز می‌گردد. در موارد غیر مستقیم، وجه نقد در قالب‌های صورتی پرداخت می‌شود. تحلیل محتوای تعدادی از مصاحبه‌ها با مدیران فروش و بازاریابی شرکت‌ها نشان می‌دهد که شرکت‌ها در برخی موارد با پزشکان برای انتقال سهم به جهت نسخه کردن محصولاتشان، اقدام به انعقاد قراردادهای صورتی می‌کنند. بدین شکل که توافق حاصل می‌شود که برای نسخه کردن محصولات، مبلغی به عنوان سهم انتقال داده شود اما با توجه به اینکه دریافت وجه به منظور نسخه نویسی، وجهه ناپسند و غیر اخلاقی دارد؛ در عمل، قراردادهای صورتی با موضوعاتی همچون برگزاری سمینار، وینار، تولید محتوا و مطالعات بالینی بین پزشک و شرکت دارویی تنظیم می‌شود. در این قراردادها هرگز سمینار، وینار و یا تولید محتوا و مطالعات بالینی انجام نمی‌شود بلکه صرفاً از این طریق، انتقال سهم صورت می‌گیرد. نکته‌ای که در بررسی قراردادهای موجود در این خصوص جلب توجه نمود آن است که در برخی قراردادهای پزشک مورد نظر برای پوشش‌دهی مناسب انتقال سهم، شرکتی را با مدیریت شخص ثالث تشکیل می‌دهد و توافقات خود را از طریق آن شرکت که شخصیت حقوقی و مستقل از پزشک دارد، پیش می‌برد. در این دسته از قراردادهای توافق بر آن است که مبلغ قرارداد به حساب آن شرکت واریز شود و بدین نحو هیچ‌گونه رد و نشانی از پزشک در مراودات مالی وجود نخواهد داشت. همچنین شواهد و یافته‌های تجربی حکایت از اعلام شماره حساب شخص دیگر مانند منشی مطب، همسر یا فرد معتمد دیگر برای انتقال سهم دارد.

انتقال سهم علاوه بر پرداخت وجه نقد، به صورت غیر نقد نیز صورت می‌گیرد. این پرداخت‌ها ممکن است با اعطای هدیه از هدایای بسیار کوچک مانند تقدیم جاسویچی یا دفتر یادداشت در سمینارها تا اعطای هدیه با ارزش مالی بالا به طور مثال ارسال تجهیزات مورد استفاده پزشکان در مطب و سفرهای تفریحی و علمی در بهترین نقاط توریستی داخلی و

خارجی انجام شود (Gotzsche, P. 2019. Pp150-166). گونه های غیر نقد مختلف دیگر از انتقال سهم به پزشکان مانند  
ارایه خدمات رایگان به افراد نزدیک پزشک در مراکز پاراکلینیکی نیز مشاهده شده است. (دزفولی، ۱۳۹۰)  
افزون بر این، انتقال سهم به صورت غیر نقدی به شکل برگزاری دوره های آموزشی یکی از موارد شایع در این زمینه می  
باشد که در مصاحبه با برخی مصاحبه شوندگان برای نمونه مصاحبه شونده شماره یازده، چهارده و پانزده (پزشک عمومی  
و متخصص) نیز تایید شد. در برخی موارد، مشارکت و حضور در دوره های آموزشی در مناطق توریستی داخلی و خارجی  
می تواند پزشکان را برای تعامل با شرکت های دارویی تطمیع کند (Jelinek, G. A., & Neate, S. L. 2009. p217-219). با توجه  
به این که بزه کاری پدیده ای است که با تاثیر پذیری از عوامل متعدد ارتکاب می یابد (نیاز پور، ۱۴۰۲، چ ۲، ص ۵۱)، از  
رهگذر روش علت شناسانه همچون گفت و گو با بزه کاران، تحلیل محتوای مصاحبه های انجام شده به نظر میرسد که  
پزشکان برای به روز کردن دانش و اطلاعات خود نیازمندان گذراندن دوره های آموزشی خاص در رشته های تخصصی  
خود می باشند که دولت ها غالباً از برگزاری این همایش ها حمایت مالی بعمل نمی آورند. شرکت های دارویی با استفاده  
از این ضعف سیستم آموزشی، درصدد برگزاری دوره های آموزشی برای پزشکانی می شوند که در بازار صنعت تجویزگر  
محصولات آن ها هستند و از طریق تامین نیاز پزشکان، منافع خویش و جامعه هدف نهایی که دسترسی به مصرف کننده  
نهایی (بیمار) است، تامین می شود (Grande, D. 2010. Pp79-83).

با توجه به موارد بیان شده، انتقال سهم از شرکت های دارویی به پزشکان به صورت مختلف انجام می شود که این اشکال  
قابل احصاء نمی باشد. مرتکبان در روش های انتقال سهم بسیار هوشمندانه و مبتکرانه عمل می کنند تا اندازه ای که در  
برخی موارد، امکان شناسایی و اثبات بسیار دشوار است. در ادامه، به این مهم پرداخته می شود که پس از شکل گیری  
تعامل سهم خواهانه بین پزشک و شرکت دارویی و همچنین انتقال سهم، در نظام پاسخ دهی نسبت به این پدیده منحرفانه  
چه واکنشی پیش بینی شده است.

## ۲\_ تخلف انگاری و ارزیابی پاسخ های انتظامی سهم خواهی

بررسی قوانین و مقررات حاکم بیان گر آن است که پاسخ دهی به سهم خواهی پزشکان از شرکت های دارویی در قالب  
"تخلف انگاری" و "ضمانت اجراهای انتظامی" صورت گرفته است. در این قسمت، ابتدا رویکرد نظام پاسخ دهی به پدیده  
سهم خواهی به عنوان یک رفتار کژمدارانه و منحرفانه در قالب "تخلف" بیان می شود و سپس با ارزیابی به شیوه انتقادی،  
پاسخ های انتظامی پیش بینی شده از حیث اثر بخشی و کارآمدی مورد بررسی قرار می گیرد.

### ۲\_۱\_ تخلف انگاری سهم خواهی

همواره در تمام جوامع شماری از شهروندان به بزه‌کاری روی می‌آورند و در نهایت عضوی از جامعه بزه‌کاران می‌شوند. به عقیده دورکیم، جرم یک واقعیت اجتماعی و پدیده ای نرمال است و بزه‌کاری یک رویداد اجتماعی می‌باشد که در همه جوامع انسانی وجود دارد (پیکا، ۱۴۰۰، چ ۶، ص ۷۵). در ایران، سهم‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی در قالب تجویز دارو جهت دریافت منافع مادی یا غیرمادی؛ انحراف<sup>۱۳</sup> عینی و غیرقابل انکار است که در پژوهش‌ها و یافته‌های تجربی به اثبات رسیده است.

روابط سهم‌خواهانه میان شرکت‌های دارویی و پزشکان تنها یک انحراف اخلاق فردی نیست، بلکه یک مسئله حقوقی سیستماتیک است که مستلزم مداخله فعال دولت‌ها و نهادهای حرفه‌ای است. همان‌طور که قبلاً بیان شد؛ رابطه انتقال سهم به پزشکان و افزایش تجویز محصول شرکت دارویی از نوع رابطه همبستگی نمی‌باشد و رابط علیت میان دو متغیر پرداخت و افزایش فروش حاکم است. تجویز دارو بدون رعایت وصف لزوم و نیازمندی برای بیمار با هدف منفعت طلبی می‌تواند آسیب‌های جدی و جبران‌ناپذیر همچون افزایش هزینه‌های درمانی به همراه داشته باشد بدین ترتیب، دولت‌ها نمی‌توانند به اخلاق حرفه‌ای و تقویت آن برای مهار و کنترل این رفتار منحرفانه بسنده کنند. با توجه به این‌که سهم‌خواهی بین پزشک و شرکت دارویی نقطه مقابل هنجارهای حاکم بر اخلاق حرفه پزشکی محسوب می‌شود و فاصله آن از هنجارها به میزانی است که مصداق نقض قاعده رفتاری و الزامات اجتماعی برشمرده می‌شود؛ به عنوان یک "بزه"، مستلزم واکنش است که باید از سوی نهادها و کنشگران، پاسخ متناسب و اثر بخش ابراز شود.

در مقابل این رخداد، دولت‌ها با هدف حمایت ارزش‌های بشری و تضمین حق سلامت برای تمامی آحاد جامعه، تلاش می‌کنند از طریق وضع قوانین و مقررات (ارزش‌گذاری کیفی در قالب بزه‌انگاری)، واکنش مناسب نسبت به ناقضان قانون را داشته باشند. (لازرژ، ترجمه علی حسین نجفی ابرنآبادی، ۱۴۰۴، ص ۱۰)

سیاست‌گذاران به منظور واکنش نشان دادن به مرتکبان درصدد پیش‌بینی تدابیر مناسب برمی‌آیند و با اتخاذ رویکردی واکنشی برای تحمیل ضمانت اجرا بر ناقضان بایدها و نبایدها، پاسخ‌های کارآمد و اثر بخش پیش‌بینی می‌کنند (مک کنزی، ۱۳۹۴، ص ۵۹۱). در واقع، ابزارهای واکنشی و به کیفر رساندن بزه‌کاران از استفاده پذیر و کهن‌ترین شیوه‌های برخورد با بزه است. (نیازپور، ۱۴۰۲، چ ۲، ص ۱۳).

---

<sup>۱۳</sup> انحراف به معنای دور شدن از بهنجاری‌ها است؛ به این مفهوم که واقعیت‌های رفتاری یا به تعبیر صحیح‌تر نظام عرفی که حکومت دارد، مورد رعایت قرار نمی‌گیرد.

در اینجا منظور از عرف، عرف اخلاقی حاکم بر جامعه پزشکی است، زیرا ممکن است هست‌ها و بایدها در این زمینه با یکدیگر در تعارض باشند بدین نحو که از نگاه خود پزشکان اخذ سهم در جامعه پزشکی، امری رایج و بدون قبح تلقی شود (هست‌ها) در صورتی که از منظر اخلاقیات، اخذ سهم مذموم دانسته شود. (بایدها)

ابزارهای واکنشی شامل جرم‌انگاری و تخلف‌انگاری است. با وجود این، دکتربین حقوق کیفری به طور سنتی بر جرایم متمرکز شده‌اند و تخلفات را دست کم می‌گیرند اما تخلفات در عمل نقش مهمی در نظام عدالت کیفری دارد. (Skolnik, T. 2024.p66). جرایم به خودی، وصف تقبیحی دارند و بیانگر اعمالی هستند که توسط عموم جامعه ناپسند تلقی می‌شوند حتی اگر قانونی در این مورد وضع نشده باشد؛ در حالی که تخلفات صرفاً یک عمل غیر قانونی نیست بلکه دولت‌ها بنا به ضرورت‌هایی تصمیم گرفته‌اند که رفتار خاصی را ممنوع کنند. تمایز اصلی بین جرم و تخلف آن است که جرم نقض هنجارهای اجتماعی تلقی می‌شود و تخلفات نقض قوانین تحمیل شده توسط یک دولت است. به بیانی، دولت‌ها به دو صورت عمل می‌کنند. اول به عنوان نماینده اراده عمومی که آن را برابر با اجرای قانون می‌داند و دوم به عنوان صاحب یک حق ذهنی برای فرماندهی (اجرای اراده خاص خود). حوزه اول مقوله جرم انگاری را به همراه دارد و حوزه دوم سبب وضع و جعل تخلفات می‌شود (Hildebrandt, M. 2009.Pp50\_53).

جعل و وضع تخلفات و اعمال ضمانت اجرای انضباطی - انتظامی، به معنای ناتوانی و عجز دولت‌ها نیست، بلکه وجود ساختارهای بینابین غالباً صنفی است که میان منحرف با دولت وساطت و مداخله می‌کنند (لازرژ، ۱۴۰۴، چ ۱۱، ص ۱۱۸). نظام عدالت کیفری با توجه به مدل حداقلی مداخله‌ی کیفری به عنوان آخرین حربه، عدم اعمال مجازات و خارج کردن هر چه بیشتر افراد از زرادخانه نظام عدالت کیفری با توسل به سایر پاسخ‌ها، تلاش می‌کند؛ ضمانت اجرای کیفری تنها پاسخ به بزهکار نباشد و از پاسخ‌های اداری - انضباطی به عنوان جایگزین مجازات‌های کیفری محض؛ استفاده نماید. از این رو، مقنن غالباً با تحدیدگری در حوزه بزه‌های کیفری به نفع ضمانت اجرای اداری، صنفی، مدنی و غیره از یک سو و جلوگیری از قضایی نمودن رفتارها و ورود افراد به فرآیند کیفری - قضایی از سوی دیگر، از خصیصه سرکوبگری نظام عدالت کیفری می‌کاهد. (دارابی، ۱۴۰۴، صص ۱۹۱-۱۹۳)

در ایران، بررسی قوانین کیفری موجود نشان می‌دهد که پدیده سهم‌خواهی میان پرشکان و شرکت‌های دارویی تاکنون به عنوان جرم خاص مورد جرم‌انگاری قرار نگرفته است. (مهر، سماواتی پیروز، عباسی، ۱۳۸۹) به دیگر سخن، در نظام کیفری ایران عنوان مجرمانه مستقلی که صراحتاً این رفتار را در برگیرد، وجود ندارد. البته می‌توان در برخی موارد، با تفسیر موسّع و به‌کارگیری عناوین کلی همچون تحصیل مال از طریق نامشروع یا سوءاستفاده از موقعیت شغلی، برخی مصادیق سهم‌خواهی را مشمول مقررات کیفری دانست؛ با این همه، چنین انطباقی همواره با ابهام و چالش‌های تفسیری همراه است و از جامعیت و کارآمدی لازم برای پاسخ‌دهی به این پدیده برخوردار نیست.

بررسی آیین نامه‌های انتظامی گویای آن است که آیین نامه انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸؛ سهم خواهی را به صراحت از مصادیق تخلف انتظامی دانسته و ضمانت اجراهای انتظامی را برای آن پیش بینی کرده است.<sup>۱۴</sup> با این حال، در آیین نامه‌های بعدی مصوب ۱۳۷۸ و ۱۳۹۰، این موضوع به گونه‌ای قابل تأمل مسکوت مانده است. در این خصوص برخی دکترین بر این عقیده هستند که با وجود تبلیغات فراوان در خصوص قوانین و مقررات تصویب شده در جهت حمایت از حقوق بیماران، توجه چندانی به استفاده از سازوکارهای حقوقی برای کاهش اقتدارگرایی پزشکان نمی‌شود و این امر مصادیقی از ابزارگری حقوقی در خدمت اقتدارگرایی پزشکی<sup>۱۵</sup> است. در واقع، سیاست گذاری حقوقی ناروا، جلوه‌های آشکار اقتدارگرایی پزشکی را که باید بزه‌انگاری، دادرسی و مجازات کند را نادیده می‌گیرد. (خاقانی اصفهانی، ۱۴۰۴، چ ۱، ص ۲۳-۸). افزون بر این، عدم تخلف انگاری صریح در آیین نامه جاری این شائبه و تردید را جدی تر می‌کند که تصویب سیاست‌ها به نحو هدایت شده در حوزه درمان، مسئله جدی است. تصویب سیاست‌ها و قوانین می‌تواند به طور هدایت شده تحت نفوذ پزشکان، مدیران و سهامداران شرکت‌های دارویی انجام گیرد. این اشخاص ممکن است با نفوذ در جایگاه مقنن (حضور در مجلس، کمیسیون‌های بهداشت مجلس، وزارت بهداشت و غیره) قوانین و مقررات را به نفع خود و نه به نفع بیماران تصویب کنند؛ امری که «سیاست گذاری هدایت شده از طریق لابی گری رسمی و غیررسمی» تعبیر می‌شود. (خانعلی-پور، ۱۴۰۱) نفوذ پزشکان در حوزه قانون گذاری و هدایت قوانین در راستای منافع گروهی جامعه پزشکی در مصاحبه با برخی از مصاحبه شونده‌گان برای نمونه، مصاحبه شونده شماره هفده (شاغل در سازمان نظام پزشکی) نیز مورد اشاره قرار گرفت.

حال پرسش آن است که با توجه به آیین نامه جاری سهم خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی تخلف انگاری شده یا خیر. آیا می‌توان نظر به سکوت آیین نامه در خصوص پرداخت کمیسیون به شاغلین حرفه‌ای وابسته پزشکی، آیین نامه مصوب ۱۳۴۸ را ملاک عمل قرار داد.

مطابق آیین نامه فعلی، در پاسخ به وضعیت کنونی سهم خواهی به رویه جاری در سازمان نظام پزشکی اشاره خواهیم کرد. مصاحبه شونده شماره شانزده (شاغل در سازمان نظام پزشکی) در پاسخ به این پرسش که به چه علت آنچه در ماده ۱۵ آیین نامه انتظامی مصوب ۱۳۴۸ تخلف انگاری شده در آیین نامه های بعدی مسکوت مانده اظهار داشت "در رویه جاری انتقال سهم از طرف شرکت دارویی به پزشک برای نسخه کردن محصول به هر شکل و ترتیب در قالب هدایا، امتیاز و

<sup>۱۴</sup> ماده ۱۵ آیین نامه انتظامی پزشکی:

تقسیم حق العلاج و پرداخت حق کمیسیون به پزشک دیگر یا داروساز یا دندانپزشک یا ماما و سایر شاغلین حرفه‌ای وابسته پزشکی و افراد دیگری که در جلب و اعزام بیمار به پزشک مورد نظر مساعدت کرده‌اند، ممنوع است.

<sup>۱۵</sup> اقتدارگرایی پزشکی، منظومه فکری-رفتاری انحراف یافته‌ای از رسالت اصلی پزشکی است.

غیره، به طور کلی مشمول ماده شش آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی مصوب ۱۳۹۰ "امور خلاف شئون پزشکی" است و مبنا و ملاک سنجش برای اعمال خلاف شئون نیز راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرفه پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی می باشد. "همچنین، پاسخگو شماره هجده (شاغل در سازمان نظام پزشکی) نیز در مصاحبه در این خصوص بیان نمود "در مواردی که تجویز محصول منجر به ایجاد و ارائه خدمات مزاد بر نیاز بیمار باشد، این مسئله به عنوان مصداقی از "تحمیل مخارج غیر ضروری برای بیمار موضوع ماده هفت آیین نامه"؛ مورد رسیدگی قرار می گیرد."

از منظر مقررات حاکم بر حوزه اخلاق حرفه ای، در ماده ۳۵ راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرفه پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی که بر اساس مصوبه ی مورخ ۱۳۹۷/۰۲/۲۰ از تاریخ ۱۳۹۷/۰۷/۱۵ برای همه شاغلان حرفه پزشکی و وابسته لازم الاجرا است، آمده که "شاغلان حرفه پزشکی و وابسته نباید به هیچ وجه مشوق های مالی و رفاهی را از طرف شرکت ها و صنایع برای تجویز محصولات آن ها بپذیرند. پذیرش هر گونه وجه مالی برای هزینه سفر و اقامت برای تعطیلات، شرکت در کنفرانس ها، سمینارها، کارگاه ها و برنامه های آموزشی مداوم از طرف شرکت ها و صنایع یا نمایندگان آن ها، برای خود و یا خانواده خود، شامل این ممنوعیت است. پذیرش هدایایی که نفع آن به بیماران می رسد (مانند داروهای رایگان برای بیماران کم بضاعت)، می تواند قابل قبول باشد." همچنین در خصوص کمک هزینه که اساسا ماهیتی متفاوت از هزینه و پرداخت مستقیم دارد، در ماده ۳۶ تصریح شده "دریافت مستقیم کمک هزینه از شرکت ها و صنایع، برای برگزاری کنفرانس ها یا همایش های علمی به وسیله شاغلان حرفه پزشکی و وابسته، به صورت فردی مجاز نیست. تنها انجمن های حرفه ای و علمی دارای مجوز و دانشگاه های علوم پزشکی می توانند این کمک ها را دریافت و در صورت مالی خود به صورت کاملا شفاف، منظور کنند."

مطابق مواد ذکر شده، پذیرش مشوق های مالی و رفاهی از طرف شرکت ها و صنایع برای تجویز محصولات به هیچ وجه پذیرفته نیست و چنانچه از جانب پزشکان مشوق های مالی و رفاهی پذیرفته شود، این عمل می تواند دلیل "اعمال خلاف شئون پزشکی" موضوع ماده شش آیین نامه انتظامی تلقی شود. در این ماده به صراحت اعلام شده که پذیرش وجه برای هزینه سفر و اقامت برای تعطیلات، شرکت در کنفرانس ها، سمینارها، کارگاه ها و برنامه های آموزشی با ممنوعیت همراه است. در تفسیر این ماده به نظر می رسد که مشوق های مالی ممنوع شده تنها به موارد بیان شده محدود نمی شود و با توجه به صدر ماده، هر گونه مشوق مالی و رفاهی ممنوع انگاری شده است. همچنین در این ماده ممنوعیت مقید به امری در نظر گرفته نشده بنابراین، پذیرش مشوق مالی و رفاهی به هر ترتیب که باشد اعم از این که تجویز محصولات متناسب با نیاز بیمار و یا در راستای ایجاد و ارائه خدمات مزاد بر نیاز بیمار باشد؛ مشمول این مقرر است. به نظر می رسد در صورتی

که مشوق‌های مالی منتهی به خریداری محصول غیر ضرور از جانب بیمار شود، می‌توان این موضوع را مصداقی از تخلف "تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار" موضوع ماده هفت آیین‌نامه نیز محسوب کرد و در این فرض رفتار ارتكابی، مشمول هر دو عنوان تخلف؛ انجام امور اعمال خلاف شئون پزشکی و تحمیل مخارج غیر ضروری؛ می‌گردد.<sup>۱۶</sup>

برای ممنوعیت حاکم بر مشوق‌های مالی مواردی نیز استثنا شده که مطابق ماده ۳۵ تنها پذیرش هدایا که نفع آن به بیمار می‌رسد مانند داروهای رایگان برای بیماران کم بضاعت، قابل قبول تلقی شده است. همچنین در ماده ۳۶<sup>۱۷</sup> قبول کمک هزینه برای برگزاری کنفرانس‌ها یا همایش‌های علمی از سوی انجمن‌های حرفه‌ای و علمی دارای مجوز؛ استثنا شده است. البته براساس بررسی و تحلیل اسناد و همچنین یافته‌های میدانی مشخص شده این مقرر در برخی موارد فسادزا است زیرا، برخی شرکت‌های دارویی با انعقاد قرارداد با انجمن‌ها درصدد بازاریابی محصولات خود در محل برگزاری همایش برمی‌آیند و همچنین با توجه به جواز قانونی لازم در خصوص انعقاد قرارداد با انجمن‌ها، زمینه انعقاد قراردادهای صوری با هدف بازاریابی محصولات نیز فراهم می‌شود. برای نمونه شرکت دارویی با انعقاد قرارداد به ظاهر اجاره غرفه در محل برگزاری همایش، در واقعیت انتقال سهم برای بازاریابی محصول در همایش را در قالب پرداخت اجاره‌بها انجام می‌دهد.

مسئله دیگری که در این خصوص با اهمیت است؛ موضوع افشا مرادوات مالی بین پزشک و شرکت دارویی است. کشورهای مختلف برای مقابله با پدیده سهم خواهی، پاسخ‌های متنوعی را اتخاذ نموده‌اند. این پاسخ‌ها شامل افشا، ممنوعیت هدایا، محدودیت کامل یا نسبی برخی پرداخت‌ها است. به طور مثال؛ کشور آمریکا در قانون پرداخت به پزشکان (Physician payments sunshine Act) که بخشی از قانون مراقبت مقرون به صرفه (Affordable Care Act) است، در سال ۲۰۱۰ شرکت‌های دارویی را ملزم به افشای هر گونه مرادوات مالی با پزشکان نمود. پژوهش‌های بعدی در خصوص ارزیابی اثربخشی پاسخ‌های پیش‌بینی شده ثابت کرد که افشاگری شرط لازم است ولی به دلیل وجود موانعی همچون عدم تمایل بیماران به مطالعه داده‌ها، عدم قدرت تحلیل اطلاعات منتشر شده برای عموم بیماران و از همه مهم‌تر این رویکرد که ممکن است افشای ارتباطات مالی بین پزشک و شرکت دارویی به معنای مشروع جلوه دادن و تطهیر این گونه تعاملات تلقی شود؛ شرط کافی نمی‌باشد. در حقیقت این امر، افشای ارتباطات مالی بین پزشک و شرکت دارویی را از

---

<sup>۱۶</sup> لازم به ذکر است که اساساً تخلف سهم‌خواهی با تخلف تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار ماهیت و عنوان متفاوتی دارد و تنها در برخی موارد ممکن است با یکدیگر هم‌پوشانی داشته باشند. تمرکز اصلی مقاله حاضر بر سهم خواهی و نه تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار است.

<sup>۱۷</sup> ماده ۳۶: دریافت مستقیم کمک هزینه از شرکت‌ها و صنایع، برای برگزاری کنفرانس‌ها یا همایش‌های علمی به وسیله‌ی شاغلان حرف پزشکی و وابسته، به صورت فردی مجازی نیست. تنها انجمن‌های حرفه‌ای و علمی دارای مجوز و دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌توانند این کمک‌ها را دریافت و در صورت‌های مالی به صورت کاملاً شفاف منظور کنند.

یک مسئله پنهان به یک چالش آشکار تبدیل می‌نماید و یک راه حل حقوقی حداقلی قلمداد می‌شود بدون آنکه مشکل را از اساس حل کند. (Newham, M., & Valente, M.2024.)

در ایران، در خصوص الزام به افشا صرفاً در ماده ۳۴ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای مصوب ۱۳۹۷ اشاره شده که "تعاملات باید از حیث کیفیت و کمیت به نحوی تنظیم شود که حاضر به اظهار شفاف به بیماران و عموم مردم باشند و همچنین اطلاع عموم از این ارتباط، اعتماد مردم را به جامعه پزشکی، خدشه دار نکند." از حیث تحلیلی، مقرره موجود در این خصوص صرفاً حاکم بر تنظیم روابط بین پزشک و شرکت دارویی است. این مقرره الزامی برای افشا ایجاد نمی‌کند و تنها بیان شده که کمیت و کیفیت ارتباط باید به گونه‌ای تنظیم شود که امکان شفاف سازی و اطلاع رسانی برای عموم وجود داشته باشد. علاوه بر این، در ماده ۳۶ راهنما نیز انجمن‌های حرفه‌ای و علمی را چنانچه از صنایع برای برگزاری کنفرانس و همایش کمک هزینه دریافت کنند؛ ملزم نموده که کمک هزینه‌ها به صورت شفاف در صورت‌های مالی منظور شود.

رویکرد نظام پاسخ‌دهی نسبت به سهم‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی در حال حاضر تخلف‌انگاری است. در این مورد باید دانست کرد که تفاوت بین جرم و تخلف به معنای یک تفاوت افلاطونی نیست. مصادیق جرم و تخلف یک امر پویا و در حال تغییر هستند، مصادیق در مسیر زمان شکل می‌یابد و همچنین دچار تغییر می‌شود. با توجه به اینکه تخلفات، نتیجه تعاملات انسانی هستند بنابراین، این امر در گذر زمان شکل یافته و با گذر زمان نیز تغییر می‌کند. همچنین پاسخ‌گویی و پاسخ‌دهی نیز متغیر و امری غالباً سیال است (شاملو، ۱۴۰۳، ج ۱، ص ۱۱۳). در نتیجه، ممکن است با گذر زمان، رویکرد تخلف‌انگاری و الگوی پاسخ‌دهی در قبال سهم‌خواهی پزشک از شرکت دارویی بنا بر ملاحظات به جرم‌انگاری تغییر شکل دهد. با وجود این، با بررسی قوانین فعلی و تحلیل مصاحبه‌هایی انجام شده میتوان قائل بر آن بود که سهم‌خواهی با مسامحه به عنوان تخلف، مصادقی از "اعمال خلاف شئون پزشکی" موضوع ماده شش آیین‌نامه انتظامی مصوب ۱۳۹۰ و همچنین در برخی موارد "تحمیل مخارج غیر ضرور به بیمار" موضوع ماده هفت آیین‌نامه؛ به رسمیت شناخته شده است.

مطابق ماده یک آیین‌نامه، شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته محصور در اشخاص حقیقی شاغل در حرفه پزشکی هستند. ضمانت‌اجراهای انتظامی تنها قابلیت اعمال بر پزشکان را دارند. هرچند برای اشخاص حقوقی مطابق قانون مجازات اسلامی، مسئولیت کیفری به رسمیت شناخته شده (شریفی، حبیب‌زاده، ۱۳۹۰) اما همچنان نظام عدالت کیفری در خصوص محکومیت انتظامی اشخاص حقوقی دچار خلأ است. (جعفری، رضوران دوست، ۱۴۰۱، ص ۳۴) در نتیجه، در خصوص سهم‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی، تخلف‌انگاری محدود به پزشکان است و نسبت به شرکت‌های دارویی

ضمانت اجرایی حاکم نیست. عدم پاسخ‌دهی در خصوص شرکت‌های دارویی (اشخاص حقوقی)، به مثابه حیاط خلوتی است که در آن، اقتدارگرایی پزشکی با چراغ سبز حقوق کیفری (عدم برخورد کیفری با این پدیده شوم) استمرار یافته (خاقانی اصفهانی، ۱۴۰۴، ص ۲۳) که البته به نظر می‌رسد این امر، متأثر از نفوذ جامعه پزشکی در حوزه تقنین باشد. در پایان لازم به ذکر است که صرف تخلف‌انگاری سهم‌خواهی به عنوان یک رفتار منحرفانه و مجرمانه نمی‌تواند موجب بازدارندگی از ارتکاب و تکرار بزه باشد بلکه واکنش اجتماعی زمانی میتواند اثرگذار باشد که پاسخ‌های پیش‌بینی شده از کارآمدی لازم برخوردار باشد. در قسمت بعد به ارزیابی انتقادی پاسخ‌های انتظامی پیش‌بینی شده می‌پردازیم.

## ۲-۲- ارزیابی پاسخ‌های انتظامی به سهم‌خواهی

رویکرد سامانه پاسخ‌دهی به سهم‌خواهی پزشک از شرکت دارویی با اغماض، "تخلف‌انگاری" است. دلیل این‌که گفته می‌شود سهم‌خواهی با اغماض تخلف‌انگاری شده آن است که از یک سو، در آیین‌نامه فعلی مصوب ۱۳۹۰؛ سهم-خواهی به صراحت تخلف‌انگاری نشده و ماده مشخصی را به خود اختصاص نداده است و صرفاً به عنوان مصداقی از انجام اعمال خلاف شئون پزشکی به رسمیت شناخته شده و از سویی دیگر، عنوان تخلف انجام امور خلاف شئون پزشکی با چالش عدم تعریف روبه‌رو است، (خاقانی اصفهانی، ۱۴۰۴، چ ۱، ص ۱۴۷) به این معنا که انجام اعمال خلاف شئون پزشکی در آیین‌نامه تعریف نشده و تنها در ماده شش ذکر شده که مصداق آن توسط کمیسیون اخلاق پزشکی تعیین می‌گردد. سکوت تقنینی در تعریف انجام اعمال خلاف شئون سبب سلیقه‌گرایی و تشمت رویه می‌شود. پاسخگو شماره هجده نیز در مصاحبه خود به سلیقه‌گرایی اشاره و بیان کرد "در برخی موارد، اعمالی که پزشکان در موضوعات خارج از حوزه طبابت و در زندگی شخصی خود نیز انجام می‌دهند ذیل عنوان اعمال خلاف شئون مورد محکومیت قرار می‌گیرد در صورتی که به عقیده پاسخگو اعمال خلاف شئون پزشکی باید به مسائل مربوط به حرفه پزشک محدود شود." در مجموع، هرچند اصل قانونی بودن جرایم و مجازات‌ها در حوزه تخلفات کم‌رنگ است (خاقانی اصفهانی، ۱۴۰۴، چ ۱، ص ۱۴۷) و براساس مطالعات و تحلیل برخی مصاحبه‌های انجام شده در برخی موارد عدم رعایت اصل قانونی بودن جرم و مجازات فوایدی نیز در رسیدگی‌ها داشته<sup>۱۸</sup> اما شایسته است مقررات‌گذار دست‌کم عناوین تخلفات را صراحتاً تعریف کند. علاوه بر این، با توجه به اینکه سهم‌خواهی پزشک از شرکت دارویی آثار منفی و مخربی همچون تضییع منافع بیمار،

<sup>۱۸</sup> برخی مصاحبه‌شوندگان در مصاحبه‌های خود به این موضوع اشاره داشتند که با توجه به اینکه اصول دادرسی عادلانه و منصفانه در حوزه تخلفات کم‌رنگ‌تر است در برخی موارد، این مسئله دست‌مقام‌های رسیدگی‌کننده را در برخورد با مرتکبان باز می‌گذارد و به طور کلی نکته منفی ارزیابی نمی‌شود زیرا که رفتار و اعمال مرتکبان دست‌کم از حیث صنفی و انتظامی بی‌کیفر نمی‌ماند. البته مصاحبه‌شوندگان به برخی از معایب عدم رعایت اصول دادرسی عادلانه و منصفانه در حوزه تخلفات نیز اشاره داشتند.

اولویت منافع پزشک بر منافع بیمار، افزایش هزینه‌های درمان، انحراف تشخیص بالینی و غیره دارد ضروری است این انحراف پزشکی به عنوان یک تخلف تخصصی در این حوزه به رسمیت شناخته شود. به طور مثال مقررات گذار تحمیل مخارج غیر ضرور برای بیمار موضوع ماده هفت، عدم رعایت تعرفه های خدمات پزشکی مصوب موضوع ماده ده، جذب بیمار بر خلاف شئون موضوع ماده چهارده و سایر موارد ذکر شده در دیگر مواد آیین نامه را به دلیل اهمیت و آثار مخرب در شمار تخلفات تخصصی حوزه پزشکی بیان کرده در حالی که نسبت به موضوع سهم خواهی این نگرش را نداشته و تخلف مورد نظر را به صورت کلی به عنوان مصداقی از انجام اعمال خلاف شئون پزشکی به رسمیت شناخته است.

برابر تبصره یک آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ای پزشکی و وابسته، افراد موضوع این آیین نامه شامل شاغلان پزشکی و حرفه‌های وابسته موضوع ماده یک این آیین نامه هستند که در یکی از مراکز تحقیقات درمانی، آموزشی و بهداشتی اعم از خصوصی، دولتی و تعاونی پزشکی، وابسته به دولت یا خیریه یا حسب مورد مطب یا دفتر کار اشتغال دارند. (تیموری، ۱۴۰۴، چ، ص ۱۹۶) در حال حاضر؛ چنانچه پزشکان در بخش خصوصی، دولتی یا تعاونی در ارتباط با صنایع دارویی به گونه‌ای عمل کنند که قضاوت حرفه ای و وفاداری آن‌ها به اصول علمی، تحت تاثیر قرار گیرد و مشوق های مالی و رفاهی از طرف شرکت‌ها و صنایع برای تجویز محصولات بپذیرند، مشمول ماده شش آیین نامه (انجام اعمال خلاف شئون پزشکی) و یا در برخی موارد، ماده هفت آیین نامه (تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران) می‌شوند و مستند به بندهای "پ" و "ت" ماه ۳۷ آیین نامه و همچنین مطابق ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی، محکوم به ضمانت اجراهای انتظامی زیر می‌شوند:

- ۱) اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل (بند "ب" ماده ۲۸)
- ۲) توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل (بند "ج" ماده ۲۸)
- ۳) محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در محل ارتکاب تخلف (بند "د" ماده ۲۸)
- ۴) محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی از سه ماه تا یک سال در تمام کشور (بند "ه" ماده ۲۸)
- ۵) محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی از بیش از یک تا پنج سال در تمام کشور (بند "و" ماده ۲۸)

۶) محرومیت دایم از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته، در تمام کشور (بند "ز" ماده ۲۸)<sup>۱۹</sup>

پیش از ورود به بحث اثربخشی پاسخ ها لازم است بیان شود که تخلفات برشمرده شده در بالا، در چه مرجعی و با چه فرآیندی مورد رسیدگی قرار می گیرد. پس از شناخت مرجع رسیدگی کننده، پاسخ ها از حیث کارآمدی مورد بررسی قرار گیرند.

رسیدگی به تخلف اعمال خلاف شئون در امور پزشکی در ارتباط با پزشکان و صنایع دارویی و اخذ مشوق های مالی و رفاهی از طرف شرکت ها و صنایع برای تجویز محصولات مطابق ماده شش آیین نامه انتظامی، توسط کمیسیون اخلاق پزشکی که در دو سطح مرکزی و استانی که بر اساس تبصره ۴ ماده ۳۵ قانون سازمان نظام پزشکی تشکیل می شود؛ مورد رسیدگی قرار می گیرد.

کمیسیون اخلاق در سطح مرکزی و استانی از حیث ترکیب، در مقایسه با اعضا هیئت های رسیدگی کننده به تخلفات در سازمان نظام پزشکی از تضاد منافع کمتر و ترکیب جامع تری برخوردار است. برای مثال وفق ماده ۳۵ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، هیئت های رسیدگی کننده در سازمان نظام پزشکی متشکل از سیزده عضو است که از این سیزده عضو جزء یک نفر قاضی به معرفی ریاست قوه قضاییه، بقیه اشخاص عضو در هیئت، پزشک و یا از حرف وابسته به پزشکی می باشند (مروتی، ۱۴۰۱، ج ۱، ص ۱۷۰). در این هیئت ها نماینده بیمار، نماینده جامعه، حقوقدان و متخصص اخلاق حضور ندارند اما در کمیته اخلاق پزشکی در سطح مرکزی، مطابق تبصره ۴ ماده ۳۵ قانون سازمان نظام پزشکی؛ دو نفر متخصص اخلاق پزشکی که یک نفر از آنان به انتخاب شورای عالی نظام پزشکی، در جایگاه رئیس کمیسیون قرار می گیرد؛ یک نفر حقوقدان آشنا به حوزه اخلاق پزشکی، یک نفر نماینده جامعه، یک نفر جامعه شناس صاحب نظر در حوزه اخلاق پزشکی و یک نفر روحانی صاحب نظر در زمینه فقه پزشکی؛ جدای از جامعه پزشکی و حرف وابسته حضور دارند که علی القاعده صدور آرا این کمیسیون را از منظر پرهیز از تعارض منافع، استقلال و بی طرفی ارتقاء می دهد. همچنین در سطح استانی نیز دو نفر متخصص اخلاق پزشکی، یک نفر حقوقدان آشنا به حوزه حقوق پزشکی و یک نفر نماینده جامعه حضور دارند.<sup>۲۰</sup> با وجود این، تحلیل مصاحبه با تعدادی از اشخاص مطلع از نحوه رسیدگی در کمیته اخلاق (پاسخگوی شماره شانزده، هفده، هجده (شاغل در سازمان نظام پزشکی) و پاسخگو شماره بیست (وکیل

<sup>۱۹</sup> لازم به ذکر است که اعمال خلاف شئون پزشکی مطابق بند "ث" مشمول محکومیت های انتظامی بند ب، ج، د، ه، و، ز است و تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار بر اساس بند "پ" مشمول بندهای ج، د یا ه می باشد.

<sup>۲۰</sup> در ترکیب اعضای کمیسیون کارشناسی اخلاق پزشکی استان در مقایسه با کمیسیون مرکزی، یک نفر روحانی صاحب نظر در زمینه فقه پزشکی به چشم نمی خورد.

متخصص در حوزه درمان؛ بیانگر آن است که در بسیاری از موارد صدور رای در این کمیته متکی به آرای محاکم قضایی و یا شبه قضایی است. کمیته اخلاق در صورت اثبات و احراز مسئله‌ای در محاکم قضایی و شبه قضایی مبادرت به صدور رای می‌کند زیرا، ساز و کارهای تحقیق در این کمیته برای اثبات پیش بینی نشده است به عبارتی، ارتباطات مالی بین پزشک و شرکت دارویی باید واجد یک وصف کیفری و یا تعزیری بوده و منتهی به صدور رای شده باشد تا مستند به رای صادره، کمیته اخلاق این مسئله را عمل خلاف شئون در امور پزشکی برشمارد و رای بر تخلف صادر نماید.<sup>۲۱</sup>

در خصوص تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران موضوع متفاوت است. مصادیق ماده هفت آیین‌نامه (تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران) بر اساس نظر کمیته کارشناسی تخصصی دادرها و هیات‌های انتظامی مشخص می‌شود بنابراین، رسیدگی به این تخلف در سازمان نظام پزشکی صورت می‌گیرد. حسب بررسی‌های انجام شده در پرونده‌های شماره یک و دو در جدول پرونده‌های مورد استناد؛ مشخص شده که در حال حاضر رویه جاری در خصوص رسیدگی به این تخلف در سازمان نظام پزشکی وجود دارد. برای مثال در پرونده شماره یک و دو مرتکبان به توبیخ کتبی و الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل محکوم شده‌اند به رغم این امر، انجام رسیدگی‌ها در سازمان نظام پزشکی از حیث رعایت اصل بیطرفی و استقلال و رعایت اصول دادرسی عادلانه و منصفانه با شائبه‌های جدی مطرح است.

در بدو امر، تشکیل سازمان نظام پزشکی در راستای حمایت از هر دو گروه ارائه‌کنندگان خدمات درمان (پزشکان) و مصرف‌کنندگان (بیماران) محل اشکال است زیرا که منافع این دو گروه بعضاً با یکدیگر دچار تعارض و مشکل است و جای سوال و تعجب است که سازمان نظام پزشکی چگونه می‌تواند در راستای حمایت و صیانت از دو گروه رقیب اقدام نماید. شاید بهتر آن است که این سازمان در راستای حمایت از منافع تنها یک گروه به انتخاب پزشکان و یا بیماران تشکیل و تاسیس می‌گردید و برای حمایت از منافع گروه دیگر، سازمانی جداگانه و مستقل دیگری تعیین می‌شد. این امر که حفظ و حمایت از حقوق بیماران و همچنین حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی، هر دو از اهداف ایجاد سازمان نظام پزشکی قید شده، به نظر سیاستی غلط و قانونی پارادوکسیکال همراه با تضاد درونی است. اگر سازمان و نهادی توانمند مسئول حفظ منافع فروشنده (ارائه‌کننده) و مصرف‌کننده باشد، موجب تضییع حقوق مشتری و مصرف‌کننده خواهد شد. (مطلق، ۱۳۹۸، ص ۱۹۴) همچنین قبض سمت‌های رسیدگی‌کننده به تخلفات انتظامی از سوی پزشکان

<sup>۲۱</sup> در صورتی در کلیه موارد، صدور حکم بر سهم‌خواهی در کمیته موکول به صدور رای محکومیت در مرجع دیگر باشد، در عمل این مقررہ متروکه تلقی می‌شود.

و حرف وابسته به پزشکی، این سازمان را با پدیده تسخیر نهادی مواجه کرده است.<sup>۲۲</sup>

پس از بررسی مرجع و نحوه رسیدگی شایسته است؛ بررسی شود که آیا ضمانت‌اجراهای پیش بینی شده از حیث ماهیت، اثر بخشی لازم را دارند و به صورت عملی مانع از ارتکاب تخلف و یا تکرار آن می‌شوند یا خیر.

شناسایی اهداف تعقیب شده از جانب مقررات‌گذار در خصوص تخلف انگاری سهم خواهی؛ نقش قابل توجهی در ارزیابی اثر بخشی پاسخ‌های پیش بینی شده دارد. نخست باید روشن شود، مقررات‌گذار از تخلف انگاری این پدیده چه اهدافی داشته و مشخص شود که در دستیابی به آن موفق بوده یا خیر. در مورد تخلفات ممکن است چند ایده وجود داشته باشد. از سویی، تخلفات از این جهت بزه انگاری می‌شوند که یک اشتباه عمومی محسوب شده و مرتکب مستحق محکومیت اخلاقی است؛ در صورتی که هدف محکومیت اخلاقی مرتکب باشد، ضمانت اجراها باید با هزینه رفتار نامطلوب، تناسب داشته باشد. از سویی دیگر، چنانچه هدف از تخلف انگاری ایجاد انضباط در جامعه باشد، هدف از سرزنش اخلاقی به نظم اجتماعی تغییر مسیر می‌دهد. (Hildebrandt, M. 2009. Pp60-65) به نظر می‌رسد با برقراری نظام متنوعی از پاسخ‌ها حول محور سهم خواهی، از تذکر گرفته تا محرومیت از طبابت؛ اهداف متنوعی از سزاگرایی اخلاقی تا تنظیم روابط اجتماعی توسط مقررات‌گذار دنبال شده است.

جنس ضمانت‌اجراها در خصوص تخلف "انجام اعمال خلاف شئون" و همچنین در "تحمیل مخارج غیر ضرور" حسب مورد از جنس تذکر<sup>۲۳</sup> و محرومیت از طبابت است با این توضیح که ماهیت تذکر بیش‌تر متمرکز بر سزاگرایی و جرایم ارتكابی در گذشته و محرومیت از طبابت با هدف سوگیری ناتوان‌سازی به سوی آینده می‌باشد.

با توجه به این‌که تخلف سهم‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی از منظر جرم‌شناسی از جمله جرایم یقه سفید یا به تعبیر دیگر جرایم شغلی، جرایم قدرتمندان و جرایم نخبگانی؛ محسوب می‌گردد؛ مرتکبان آن به دلیل نفوذ و جایگاه معتمدانه‌ای که دارند مملو از فرصت برای ارتکاب اقدامات فسادآمیز هستند و به مثابه یک شکارچی منتظر شکار فرصت‌های جدید می‌باشند بنابراین، به نظر می‌رسد گرفتن فرصت و توان از آن‌ها بسیار بازدارنده‌تر از مجازات‌های کیفری همچون حبس و شلاق باشد. در نتیجه، تخلف‌انگاری و پیش‌بینی ضمانت‌اجراهای انتظامی با هدف ایجاد حس شرمسار سازی و ناتوان‌سازی مرتکبان، رویکرد مطلوب و مناسب‌تری نسبت به این دسته از بزهکاران ارزیابی می‌شود.

<sup>۲۲</sup> در خصوص سازمان نظام پزشکی موضوعات دیگری همچون عدم انتشار آرا برای دسترسی عموم به محکومیت‌های صادره با رعایت اصل محرمانگی، عدم امکان استفاده از حق همراه داشتن وکیل برای شاکی (بیماران) در جلسات رسیدگی، عدم درج امکان اعتراض از آرا ذیل برخی آرای صادره؛ وجود دارد که به طور کل، نحوه رسیدگی و پاسخگویی سازمان را با تردید جدی روبه‌رو می‌کند. البته برخی مطالعات انجام شده و تحلیل مصاحبه‌ها ضرورت رسیدگی به تخلفات در سازمان نظام پزشکی را تایید می‌نمود با وجود این، همچنان برخی ایرادات بر نحوه رسیدگی وارد است.

<sup>۲۳</sup> در خصوص اعمال خلاف شئون پزشکی جنس تذکر از نوع "اخطار و توبیخ کتبی" است و در مورد تحمیل مخارج غیر ضرور تنها ضمانت اجرا "توبیخ کتبی" مصداق دارد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که نظام عدالت کیفری نه تنها در مواجهه با نظام درمان بلکه در سایر حوزه‌های بزهکاری، فاقد یک استراتژی منسجم و هدف‌مند است که بتواند پیشگیری از جرم، بازدارندگی عام و خاص و اصلاح و بازپروری مجدد بزهکاران را به‌طور مؤثر تامین کند (نجفی‌توانا، میلی، ۱۳۹۰). در این چارچوب، پاسخ‌های انتظامی پیش‌بینی‌شده در آیین‌نامه، هرچند در برخی موارد به عنوان گامی مثبت و رویکردی ضروری برای کنترل سهم‌خواهی و رفتارهای غیرقانونی ارزیابی می‌شوند، اما همچنان با خلأها و ضعف‌های قابل توجهی مواجه هستند و به تنهایی قادر به ایجاد یک مدل علمی و کارآمد سیاست‌چنانی نیستند. تعارض‌ها و مشکلات متعدد در عرصه‌های قانونگذاری، قضا و اجرا، این سیاست را با ابهام و ناکارآمدی روبه‌رو کرده و نشان می‌دهد که بهره‌گیری از رهیافت‌های نوین جرم‌شناسی و تدوین یک چارچوب مدون برای پاسخ به تخلفات، هنوز به صورت عملیاتی تحقق نیافته است. در خصوص پاسخ‌های انتظامی پیش‌بینی‌شده در آیین‌نامه انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۹۰، چند خلأ اساسی قابل طرح است که در ادامه به خلأ و ضعف‌های پاسخ‌های مزبور می‌پردازیم و با ارائه راه‌کارهای اصلاحی درصدد افزایش اثربخشی و کارآمدی پاسخ‌ها بر می‌آییم.

## ۱-۲-۲\_ فقدان بازدارندگی به ویژه در اخطار و توبیخ

به طور کل، ضمانت اجراها اهداف کلی همچون بازدارندگی، ناتوان‌سازی، بازپروری و استحقاق را تعقیب می‌کنند. (رحمدل، ۱۳۹۴، چ ۳، صص ۲۵-۴۲) از یک طرف، هرچند اثرگذاری ضمانت‌اجرا به شخصیت مرتکب بستگی زیادی دارد اما برخی ضمانت‌اجراهای پیش‌بینی‌شده در خصوص سهم‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی ممکن است از بازدارندگی کافی برخوردار نباشند. از سویی دیگر، ضمانت‌اجراهای پیش‌بینی‌شده خسارات وارده بر بیماران را جبران نمی‌کنند و از این منظر نیز مورد نقد هستند.

خفیف‌ترین ضمانت اجرای انتظامی پیش‌بینی‌شده برای سهم‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی، "اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل" است.<sup>۲۴</sup> رویکرد عدم بازدارندگی به دلیل هزینه کم ارتکاب تخلف در مقابل منافع زیاد حاصل‌شده، به ویژه در خصوص پزشکان و شرکت‌های دارویی که کنشگران عقلانی هستند و بر اساس سنجش هزینه و فایده دست به ارتکاب تخلف می‌زنند، تقویت می‌شود. در نظریه انتخاب عقلانی، جامعه مجموعه‌ای از افراد است که کنش عقلانی دارند. افراد جامعه بر اساس این نظریه، آگاه، مختار و هدفمند در هر شرایطی به دنبال بیشینه‌کردن سود خود هستند (جوادی یگانه، ۱۳۸۷). با توجه به این‌که اصل تناسب میان جرم و مجازات یکی از اصول بنیادین در حقوق کیفری است که به قلمرو تخلفات نیز تسری می‌کند، چنانچه ضمانت اجرای انتظامی پیش‌بینی‌شده با تخلف تناسب لازم

<sup>۲۴</sup> البته لازم به ذکر است که ضمانت اجرای انتظامی بند "ب" که همان اخطار یا توبیخ کتبی است تنها در مورد تخلف انجام اعمال خلاف شئون پزشکی پیش‌بینی‌شده و در خصوص تحمیل مخارج غیر ضروری برای بیمار قابلیت اعمال ندارد.

را نداشته باشد و محاسبه گری عقلانی متخلف را برهم نزند به نحوی که زیان ارتکاب تخلف بیش از سود انجام آن باشد، کارکرد بازدارندگی ضمانت اجرا تضعیف می شود و نظام انتظامی با چالش عدم شروعات و کارآمدی مواجه می شود. برای نمونه، اگر پزشکی در قبال تجویز دارو از یک شرکت دارویی وجه نقد زیاد یا سفر تفریحی گران قیمتی دریافت کند و در نهایت تنها به اخطار، توبیخ کتبی و الصاق رای در تابلو اعلانات محکوم شود، روشن است که چنین کیفر خفیفی نه تنها قادر به جبران آسیب های وارده به اعتماد عمومی و حقوق بیماران نیست، بلکه حتی می تواند از نگاه بیماران نوعی تسامح و چشم پوشی نیز از سوی مراجع رسیدگی کننده تعبیر شود. در چنین شرایطی، هزینه ارتکاب تخلف به مراتب کمتر از منفعت به دست آمده خواهد بود و همین امر موجب کاهش اثر بازدارندگی و افزایش احتمال تکرار تخلفات مشابه در نظام درمانی می شود.

در خصوص مجازات انتظامی الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل، هر چند حسب صدور رای انتظامی بنا به اظهار پاسنگو شماره بیست و نه (شاغل در سازمان نظام پزشکی)؛ "به مدت دو هفته از سوی دادسرای نظام پزشکی در تابلو اعلانات اجرا می شود و واجد آثاری همچون عدم امکان دریافت سوء پیشینه انتظامی فارسی جهت دریافت پروانه مسئول فنی مراکز درمانی و عدم دریافت سوء پیشینه به زبان انگلیسی به منظور ارائه به کشورهای دیگر برای تحصیل و اشتغال می شود اما در برخی موارد نیز به دلیل عدم تناسب میان تخلف سهم خواهی و پیامد آن، بازدارنده تلقی نمی شود." در خصوص ضمانت اجرای بند "ج"؛ توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل که قابلیت اجرا برای هر دو تخلف "انجام اعمال خلاف شئون پزشکی و تحمیل مخارج غیر ضرور برای بیمار" دارد؛ در گذشته مجازات توبیخ کتبی مطابق قانون در سازمان نظام پزشکی با انتشار در نشریه رسمی سازمان نظام پزشکی همراه بود و از این طریق آثار بازدارنده و اجتماعی آن تقویت می شد. اما امروزه بنا بر اظهار مصاحبه شونده شماره هفده (شاغل در سازمان نظام پزشکی)؛ به دلیل فقدان انتشار نشریه رسمی سازمان، این مجازات صرفاً در پرونده پزشک درج می شود و بدین ترتیب، از نقش بازدارنده و اعتبارزایی اجتماعی ضمانت اجرا کاسته شده است. با توجه به این که اخطار و توبیخ به طور کلی با هدف ایجاد تغییر آگاهانه درونی در ذهن مجرم طرح ریزی شده است (هالوی، ترجمه علی شجاعی، ۱۳۹۳، چ ۱، ص ۷۸)، مطابق مقرر موجود، و اهداف مورد نظر مقررات گذار، دست کم انتشار توبیخ باید در نشریه به صورت عمومی انجام شود تا اثر بازدارندگی داشته باشد همچنین این انتشار باید زمینه ساز ایجاد حس شرمسازسازی سازنده در پزشک متخلف باشد. یافته های جرم شناسی در حوزه عدالت ترمیمی بیانگر آن است که هنگامی که بتوان وجدان الزام گر بزهار را تقویت نمود، اثر اصلاحی و بازدارندگی بسیار بیشتر از رویکرد های تحقیر و طردگرا است. بنابراین، ترکیب توبیخ با همراه نمودن حس شرمسازسازی بازپذیرنده در نشریه سازمان نظام پزشکی اثر بازدارندگی قوی تر و هم پیامدهای اصلاحی پایدارتری به همراه دارد.

پاسخگو شماره بیست و نه (شاغل در سازمان نظام پزشکی) در پاسخ به این پرسش که به نظر شما میزان دارندگی ضمانت اجرای اخطار، توبیخ و الصاق رای در تابلو اعلانات چگونه ارزیابی می‌شود؟ بیان کردند "کلا در خصوص بازدارندگی همه مجازات‌ها همچون توبیخ و تذکر، چون باعث محرومیت فرد از اشتغال نمیشه، خیلی بستگی به وجدان کاری و شخصیت فرد دارد. مواردی داشتیم که پس از صدور چنین آرای، مکررا تخلفات خودشون رو تکرار کردن. مواردی هم بودن که پس از دریافت بند الف که خفیف‌ترین رای هست، خیلی تلاش کردن که همون هم از پرونده پاک بشه. یعنی خیلی براشون مهم بوده کوچک‌ترین نقطه تاریکی در پرونده‌شون نباشه."

در خصوص بررسی رویه حاکم در سازمان نظام پزشکی، بررسی آرای صادره حاکی از آن است که ضمانت اجرای توبیخ کتبی با درج در پرونده و الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل در برخی پرونده‌ها از جمله شماره یک با موضوع "تحمیل هزینه اضافه بر انجام اقدامات درمانی بدون منفعت برای بیمار" و شماره دو با موضوع "تحمیل هزینه اضافی به بیماران به دلیل اضافه کردن مکمل‌های دارویی" مورد حکم قرار گرفته است. همچنین در سایر پرونده‌ها با موضوع تخلفات دیگر برای نمونه شماره سه با موضوع تخلف "اضافه دریافتی خارج از صورت حساب بیمارستان موضوع ماده یازده و بند پ ذیل ماده سی و هفت آیین‌نامه رسیدگی به تخلفات" و شماره چهار با موضوع "اضافه دریافتی" محکومیت به ضمانت اجرای حسب مورد توبیخ کتبی و درج در پرونده و الصاق رای در تابلو اعلانات، در آرای صادره مشاهده شده است.

## ۲-۲-۲ عدم امکان نظارت موثر بر اجرای محرومیت از طبابت

ناتوان‌سازی یکی از هدف‌های آینده‌نگر است زیرا، فقط به آینده ارتباط دارد. از نظر گاه مرتکب و جامعه، ناتوان‌سازی به پدیده مجرمانه انجام شده نمی‌پردازد، بلکه به جرم‌های آینده توجه دارد. (هالوی، ترجمه علی شجاعی، ۱۳۹۳، ج ۱، ص ۷۸) محرومیت از طبابت یا به عبارتی گسستن پیوند میان مرتکب و فرصت انجام تخلف، ضمانت‌اجرائی است که باهدف سلب توان و تا حدی بازدارندگی مرتکب در سامانه پاسخ‌دهی در نظام عدالت کیفری پیش‌بینی شده است. به باور سیاست‌گذاران برای مهار و خنثاسازی توانایی مرتکب برای تکرار تخلف، باید دست کم برای مدتی متخلف به محرومیت از طبابت محکوم شود تا اساسا توان و فرصت دوباره ارتکاب را نداشته باشد. در وضعیتی که سیاست‌گذار با این رویکرد و به این منظور ضمانت اجرای محرومیت را پیش‌بینی نموده، اجرای ضمانت اجرا و ناتوان ساختن مرتکب در عمل اهمیت بسیاری دارد.

بر اساس رویه جاری، اجرای آرای محرومیت از طبابت حسب مورد در محل ارتکاب تخلف و یا در سطح کشور به ترتیب بر عهده معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. هدف از اجرای این ضمانت اجرا جلوگیری از ادامه فعالیت پزشک متخلف در مراکز درمانی دولتی و خصوصی است. در آرای صادره در سازمان نظام پزشکی برای نمونه شماره پنج، صدور رای بر محرومیت از اشتغال به حرف پزشکی وابسته مشاهده شده است.<sup>۲۵</sup>

بر اجرای آرای محرومیت از طبابت، نظارت‌های لازم صورت می‌گیرد با وجود این، برای عملیاتی نمودن نظارت موثر همچنان خلاءهایی وجود دارد بدین شکل که حتی پس از صدور حکم محرومیت، امکان فعالیت پزشک به صورت غیررسمی همچنان وجود دارد. در مصاحبه انجام شده با پاسخگو شماره شانزده (شاغل در سازمان نظام پزشکی)؛ پاسخگو به وجود ضعف نظارتی در اجرای ضمانت اجرای محرومیت از طبابت اشاره داشت. پاسخگو شماره شانزده بیان داشت " این ضعف نظارتی فرصتی برای دور زدن حکم صادره را ایجاد می‌کند. این وضعیت نشان می‌دهد که صرف صدور حکم محرومیت بدون نظارت و کنترل مستمر بر رفتار حرفه‌ای پزشک متخلف، برای تضمین اثر واقعی مجازات کافی نیست. علاوه بر این، مشخص نیست که چنانچه پزشکی محروم از طبابت باشد و همچنان علی‌رغم صدور رای محرومیت از طبابت به فعالیت حرفه‌ای خود در مطب شخصی ادامه دهد؛ آیا ضمانت اجرایی برای این تخطی در نظر گرفته شده است یاخیر. بنابراین، توصیه می‌شود برای عدم تمکین نسبت به رای انتظامی محرومیت از طبابت از سوی قانونگذار، ضمانت اجرای متناسب پیش بینی شود."

### ۳-۲-۲ از دست دادن مهارت های طبابت در دوره محرومیت طولانی مدت و الزامی نبودن گذراندن

#### دوره‌های بازآموزی

چنانچه ضمانت اجراهای پیش‌بینی شده با هدف باز اجتماعی کردن و بازدارندگی متخلف وضع شده باشند، باید پس از مرحله صدور و اجرا نیز اهداف خود را دنبال نمایند. متخلف نباید یک مرتبه بدون در نظر گرفتن مراقبت‌های لازم در جامعه رها و هیچ گونه اقدامات مراقبتی برای وی در نظر گرفته نشده باشد.

پزشکانی که به موجب آرای قطعی مدت قابل توجهی از طبابت محروم می‌شوند، در صورتی که مدت محرومیت آن‌ها طولانی مدت باشد و مشمول ضمانت اجرای بند "و" (بیش از یک تا پنج سال) باشند، هنگام بازگشت به حرفه به

---

<sup>۲۵</sup> هرچند رای صادره در موضوع تخلف سهم خواهی و ارایه و ایجاد خدمات مزاد بر نیاز بیمار نبوده اما در بررسی میزان اثر بخشی و کارآمدی ضمانت اجرا، بررسی آرای صادره با موضوع محرومیت از اشتغال سودمند است.

دلیل عدم طبابت در آن بازه زمانی، غالباً با افت مهارت‌های تخصصی و بالینی مواجه‌اند. این فاصله زمانی موجب کاهش توان حرفه‌ای آنان و تهدیدی بالقوه برای کیفیت خدمات درمانی و سلامت بیماران است که پیامدهای مخرب قابل توجهی برای نظام درمانی به همراه دارد. چنانچه یک پزشک به موجب رأی محرومیت انتظامی برای مدتی طولانی از فعالیت حرفه‌ای باز بماند، در این فاصله به دلیل عدم اشتغال مستمر با بیماران، روندهای درمانی و دانش روز پزشکی، بخشی از مهارت‌های عملی و بالینی خود را از دست می‌دهد. بازگشت چنین پزشکی به چرخه درمان، بدون طی نمودن مراحل بازآموزی و احیای مهارت‌ها، می‌تواند پیامدهای نامطلوبی به همراه داشته باشد؛ زیرا نه تنها کیفیت ارائه خدمات کاهش می‌یابد، بلکه خطر بروز خطاهای پزشکی و در نتیجه آسیب به بیماران افزایش پیدا می‌کند.<sup>۲۶</sup>

مصاحبه شونده شماره هجده (شاغل در سازمان نظام پزشکی) با توجه به تجربه زیسته خود در کشور فرانسه در مصاحبه، وضعیت ایران در این زمینه را با کشور فرانسه مقایسه کرد و بیان نمود "در کشور فرانسه هنگامی که پزشک برای یک دوره کوتاه مرخصی می‌گیرد، بازگشت به کار وی همراه با دوره‌ای تحت نظر آغاز می‌شود اما در ایران، هنگامی که پزشکی که به جهت ارتکاب تخلف محروم از طبابت شده، در زمان بازگشت هیچ اقدام نظارتی و تکمیلی در نظر گرفته نشده است". همچنین مصاحبه شونده شماره بیست و پنج (استاد دانشگاه در حوزه حقوق کیفری) در این ارتباط می‌گوید "نمی‌شود به حوزه پزشکی مانند یک کسب و کار ساده نگرست به گونه‌ای که به طور مثال حکم نمود که فرد متخلف برای یک دوره زمانی محل کسب و کار خود را ببندد و پس از سبوری شدن مدت محرومیت به راحتی محل کسب را مجدد بازگشایی کند. پس چه فرقی است بین پزشک متخلف و یک گران فروش صنفی در بازار".

برای کاهش چالش‌های بازگشت پزشک به حرفه پس از دوره محرومیت طولانی مدت و تضمین بازگشت ایمن و مؤثر، توصیه می‌شود که پزشک به‌ویژه در سه ماه اول بازگشت از دوره محرومیت طولانی خود تحت نظارت مستقیم و همراه با فعالیت در کنار همکاران معرب و راهنمایی آنان به ارائه خدمات بپردازد. این رویکرد، علاوه بر فراهم کردن فرصت بازآموزی عملی و ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای، امکان رصد عملکرد وی و تقویت اخلاق حرفه‌ای در تعامل با سایر همکاران را برای پزشک فراهم کند و بازگشت پزشک به محیط حرفه‌ای را برای خود و بیماران، امن‌تر و قابل اعتماد می‌سازد.

---

<sup>۲۶</sup> هنگامی که دوره محرومیت از طبابت کم باشد برای مثال کمتر از یک سال؛ به نظر می‌رسد، به دلیل الزام بر طی نمودن دوره‌های سالانه بازآموزی (سالانه برای اخذ ۲۵ امتیاز و هر پنج سال اخذ ۱۲۵ امتیاز) برای تمدید پروانه طبابت بر اساس مقررات صنفی حاکم، گذارندن دوره‌های بازآموزی در دوره محرومیت‌های کوتاه مدت ضرورت نداشته باشد.

## نتیجه گیری

سهام خواهی پزشکان از شرکت های دارویی، به عنوان واقعیتهای موجود در نظام سلامت، می تواند پیامدهای جدی برای بیماران و کیفیت خدمات درمانی داشته باشد.

رویکرد کنونی در مواجهه با تخلفات پزشکان، عمدتاً بر «تخلف انگاری» مبتنی است و تمرکز اصلی آن بر شناسایی و مجازات رفتارهای خلاف قانون برای برقراری نظم قرار دارد. با وجود اهمیت این رویکرد، خلأهای اجرایی و ضعف های بازدارنده در عمل موجب شده است که پاسخ های موجود از اثربخشی و کارآمدی لازم برخوردار نباشند. نبود نظارت مستمر، نارسایی در فرایند رسیدگی و محدودیت های قانونی، کارایی سیاست های فعلی را کاهش داده و زمینه استمرار رفتارهای سهام خواهانه را فراهم می کند. از این رو، صرف تخلف انگاری بدون تقویت سازوکارهای نظارتی و فعال سازی نهادهای حرفه ای، به تنهایی نمی تواند سلامت نظام درمان را تضمین کند.

برای افزایش اثربخشی پاسخ ها به پدیده سهام خواهی، ضروری است در کنار تقویت ضمانت اجراهای پیش بینی شده و رفع خلأهای موجود، سازوکارهای اجرایی و نظارتی بازنگری شده و از رویکردهای جرم شناسی نوین نیز بهره گرفته شود. به طور کلی، مسلم است که برای مقابله با این معضل، تنها تخلف انگاری و اعمال ضمانت اجراهای انتظامی کافی نیست. سیاست اتخاذی باید ضمن شناسایی علل و زمینه های ارتکاب، رویکردی ترکیبی شامل پاسخ های اخلاق مدارانه، اصلاحات ساختاری و ارتقای نظارت مؤثر را در پیش گیرد.

اشتغال پزشکان صادق و اخلاق مدار در محیط های درمانی که درک روشنی از پیامدهای رفتار حرفه ای خود دارند، همواره شرط اساسی پیشگیری از سهام خواهی است. توسعه اخلاق پزشکی و نهادینه سازی اصول اخلاقی از دوران آموزش پایه و تداوم توجه به آن در محیط کار، می تواند سهم به سزایی در مهار این پدیده داشته باشد. همچنین، با شناسایی نیازهای پزشکان در نظام آموزش و درمان و انجام اصلاحات ساختاری هدفمند می توان از وقوع تخلف سهام خواهی پیشگیری کرد. برگزاری دوره های آموزشی و ایجاد بسترهای شفاف برای تعامل سالم با شرکت های دارویی - به منظور آشنایی با داروها و عوارض آنها و دریافت نمونه های دارویی در چارچوب مقررات - می تواند تعاملات بالقوه فسادزا را کاهش و همکاری های مثبت و سازنده را افزایش دهد. علاوه بر این، تقویت نظارت مؤثر بر نحوه تعاملات پزشکان با شرکت های دارویی و ارتقای شفافیت در این حوزه، به رعایت حقوق بیماران و آشکار سازی تعارض منافع کمک می کند. ایجاد سامانه های شفاف برای گزارش تخلفات و بهره گیری از تجربه کشورهای موفق در مدیریت فساد مالی در نظام سلامت

نیز می‌تواند راهنمای ارزشمندی برای سیاست‌گذاران باشد. بنابراین، تنها از طریق ترکیبی از توسعه اخلاق پزشکی، قانون‌گذاری هوشمند، نظارت فعال و بهره‌گیری از راهکارهای جرم‌شناسی پیشگیرانه است که می‌توان پدیده سهم‌خواهی پزشکان را کنترل کرد و سلامت بیماران را به صورت پایدار تضمین نمود.

## پیشنهادها

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به منظور کاهش ارتکاب تخلف سهم‌خواهی پزشکان از شرکت‌های دارویی و بهبود اثربخشی وضع موجود، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

۱. تقویت اخلاق پزشکی در محیط‌های آموزشی و بالینی
۲. راه‌اندازی سامانه برخط برای گزارش تخلف سهم‌خواهی
۳. اصلاح پاسخ‌های انتظامی پیش‌بینی شده به منظور افزایش اثر بخشی و پیش‌بینی تمهیدات برای جبران خسارت از بیمار
۴. توسعه شفافیت و پاسخگویی در ساختار نظام درمان

## منابع

۱. پیکاک، ژرژ، (۱۴۰۰)، جرم‌شناسی، ترجمه علی حسین نجفی ابرندآبادی، تهران، نشر میزان، چاپ ششم
۲. تیموری، مهرداد، ۱۴۰۴، سیاست‌جنایی ایران و اسناد بین‌المللی در قبال نقض حق بر سلامت زندانیان، چاپ اول، تهران: داد و دانش
۳. جعفری، امین، رضوان دوست، امیر، ۱۴۰۱، "ابهامات قانونی راجع به مسوولیت کیفری، مجازات و آیین دادرسی کیفری اشخاص حقوقی، حقوق کیفری پویا" (مجموعه مقاله‌ها در پاسداشت استاد دکتر محمد علی اردبیلی)، به کوشش نسرين مهرا و امیر حسین نیازپور، بنیاد حقوقی میزان، چاپ اول
۴. جوادی یگانه، محمدرضا، ۱۳۸۷، "رویکرد جامعه‌شناسانه نظریه انتخاب عقلانی"، دوره یک، شماره سه، صص ۳۳-۶۴

[https://jclr.atu.ac.ir/article\\_1432.html](https://jclr.atu.ac.ir/article_1432.html)

۵. خانعلی پور واجارگاه، سکینه، ۱۴۰۱، "موانع تعریف مساله فساد و جرایم اقتصادی در فرآیند قانون‌گذاری و کیفری ایران"، در حقوق کیفری پویا (مجموعه مقاله‌ها در پاسداشت استاد دکتر محمد علی اردبیلی) به کوشش نسرين مهرا و امیر حسین نیاز پور، تهران: بنیاد حقوقی میزان

۶. خاقانی اصفهانی، مهدی، (۱۴۰۴)، اقتدارگرایی پزشکی و امنیت گرای کیفری در سیاست جنایی ایران، چاپ اول، تهران: سمت
۷. دارابی، شهرداد، (۱۴۰۴)، مدل سیاست جنایی ترکیبی مردم گرا- اقتدار گرا، چاپ اول، تهران: نشر میزان
۸. رحمدل، منصور، (۱۳۹۴)، تناسب جرم و مجازات، چاپ سوم، تهران: سمت
۹. شاملو، باقر، (۱۴۰۳)، سیاست جنایی، تهران: نشر میزان
۱۰. شریفی، محسن، حبیب زاده، محمد جعفر، تفرشی، محمد عیسائی، فرجیها، محمد، ۱۳۹۰، "دگرگونی های مسئولیت کیفری اشخاص حقوقی در ایران"، مجل حقوقی دادگستری، شماره ۸۲
۱۱. عباسی دزفولی، عزیزاله، محمدبهبگام شادمهر، کامبیز شیخی، ابوالقاسم دانشورکاخکی، سیدرضا ثاقبی، رویا فرزنانگان، و ساویز پژهان، (۱۳۹۰). "سهم خواری در ارجاع بیماران و اشکال امروزی آن. اخلاق پزشکی"، ۱۶(۵) (ویژه نامه)،  
<https://sid.ir/paper/195655/fa192-177>
۱۲. فرایبرگ، آریه، ۱۳۹۱، ترجمه اعظم مهدوی پور، "تعیین مجازات بزهکاران یقه سفید"، نشریه مطالعات پیشگیری از جرم، سال هفتم، شماره ۲۵
۱۳. کاظمی، عبدالحسن، ۱۳۸۹، "بررسی اخلاقی و حقوقی سهم خواری در محیط پزشکی"، مجله حقوق بشر، جلد ۵، شماره ۱، صص ۳۷-۵۰  
[https://humanrights.mofidu.ac.ir/article\\_50\\_37](https://humanrights.mofidu.ac.ir/article_50_37)
۱۴. لازرژ، کریستین، (۱۴۰۴)، درآمدی بر سیاست جنایی، ترجمه علی حسین نجفی ابرندآبادی، چاپ یازدهم، تهران: نشر میزان
۱۵. مروتی، حمیدرضا، (۱۴۰۱)، ارزیابی دادرسی های پزشکی در پرتو نظام دادرسی عادلانه، چاپ اول، تهران: نشر رادمهر
۱۶. باقری مطلق، نرگس، قاسمی عهد، عباس، ۱۳۹۸، "مراجع شبه قضایی رسیدگی کننده به تخلفات صورت گرفته در ارائه خدمات سلامت"، فصلنامه حقوق پزشکی، سال سیزدهم، شماره پنجاه و یکم
۱۷. فورچی بیگی، مجید، حسینی، سید محمد، ۱۳۹۴، "تحلیل بزه دیده شناختی جرایم یقه سفیدها"، پژوهش حقوق کیفری، سال سوم، شماره دهم، صص ۴۰-۹۰  
[https://jclr.atu.ac.ir/article\\_1432.html](https://jclr.atu.ac.ir/article_1432.html)
۱۸. مک کنزی، دوریس لیتون، ۱۳۹۴، "پیشگیری از تکرار جرم"، ترجمه یاسمین خواجه نوری و امیر حسین نیازپور، در دانشنامه پیشگیری از جرم آکسفورد، چاپ اول، تهران: نشر میزان
۱۹. مهرا، نسرين، پیروز سماواتی، و محمود عباسی، ۱۳۸۹، "جرم انگاری سهم خواری در حقوق جزای پزشکی، فصلنامه حقوق پزشکی"، سال چهارم، شماره چهاردهم  
<http://ijmedicallaw.ir/article-1-476-fa.html>
۲۰. نجفی توانا، علی، و ایوب میلیکی، ۱۳۹۰، "رویکرد سیاست جنایی ایران در قبال جرایم پزشکی، فصلنامه حقوق پزشکی"، سال ۵، شماره ۱۷، صص ۱۳-۴۲

۲۱. نیازپور، امیر حسین، (۱۴۰۲)، پیشگیری از جرم، چاپ دوم، تهران: نشر دادگستر

۲۲. هالوی، گابریل، ترجمه علی شجاعی، (۱۳۹۳)، کيفردهی آموزه‌ای مدرن، چاپ اول، تهران: نشر دادگستر

23. Bandi, V., Dey, S. K., & Rao, O. R. S. (2024). Factors influencing the physician prescribing behaviour of medicines in developed and developing countries: a systematic review. *Journal of Integrative Nursing and Palliative Care*, 5(1-2024), 21-34.
24. Brax, H., Fadlallah, R., Al-Khaled, L., Kahale, L. A., Nas, H., El-Jardali, F., & Akl, E. A. (2017). Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(4), e0175493
25. Davis, M., & Stark, A. (Eds.). (2001). *Conflict of Interest in the Professions*. Oxford: Oxford University Press.
26. Grande, D. (2010). Limiting the influence of pharmaceutical industry gifts on physicians: self-regulation or government intervention?. *Journal of general internal medicine*, 25(1), 79-83
27. Reid, I. C. (2013). *Bad Pharma: How Drug Companies Mislead Doctors and Harm Patients* Ben Goldacre. Harper Collins 4th Estate. 2012.£ 13.99 (pb). 364 pp. ISBN: 9780007350742. *The British Journal of Psychiatry*, 203(1), 76-76.
28. Hildebrandt, M. (2009). Justice and police: Regulatory offenses and the criminal law. *New Criminal Law Review*, 12(1)
29. Gotzsche, P. (2019). *Deadly medicines and organised crime: how big pharma has corrupted healthcare*. CRC press.
30. Jelinek, G. A., & Neate, S. L. (2009). The influence of the pharmaceutical industry in medicine. *Journal of law and medicine*, 17(2), 216.
31. Jost, T. S. (2010). Oversight of marketing relationships between physicians and the drug and device industry: a comparative study. *American Journal of Law & Medicine*, 36(2-3), 326-342
32. Kumar, L., & Panigrahi, A. (2014). Communication with doctors: empowering Pharma field force with modern marketing techniques. *Asian Journal of Management Research*, 5(2).
33. Morgan, M. A., Dana, J., Loewenstein, G., Zinberg, S., & Schulkin, J. (2006). Interactions of doctors with the pharmaceutical industry. *Journal of Medical Ethics*, 32(10), 559-563.
34. Mitchell, A. P., Trivedi, N. U., Gennarelli, R. L., Chimonas, S., Tabatabai, S. M., Goldberg, J., ... & Korenstein, D. (2021). Are financial payments from the pharmaceutical industry associated with physician prescribing? A systematic review. *Annals of internal medicine*, 174(3), 353-361.
35. Nederland, B. V. 2017. *Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector: Final Report*
36. Newham, M., & Valente, M. (2024). The cost of influence: how gifts to physicians shape prescriptions and drug costs. *Journal of Health Economics*, 95, 102887.
37. Sharma, M., Vadhariya, A., Johnson, M. L., Marcum, Z. A., & Holmes, H. M. (2018). Association between industry payments and prescribing costly medications: an observational study using open payments and medicare part D data. *BMC health services research*, 18(1), 236

38. Skolnik, T. (2024). The regulatory offence revolution in criminal justice: The choice architecture of regulatory offences. *Alta. L. Rev.*, 62, 39
39. Tsai, A. C. (2003). Policies to regulate gifts to physicians from industry. *JAMA*, 290(13), 1776-1776

ردیف	جنسیت	شغل	تحصیلات	محورهای مصاحبه
۱	زن	عضو هیئت مدیره شرکت دارویی و فعال در عرضه دارو	دکتری	نحوه تعامل پزشکان و شرکت‌های دارویی؛ نمایندگان پزشکی (Med Rep)؛ KOL
۲	مرد	مدیرعامل شرکت دارویی	دکتری	نحوه تعامل پزشکان و شرکت‌های دارویی و تمرکز بر پزشکان در امر بازاریابی
۳	زن	مدیرعامل شرکت دارویی	دکتری	نحوه انتقال سهم از شرکت دارویی به پزشکان
۴	زن	مدیر فروش و بازاریابی شرکت دارویی	لیسانس	نحوه انتقال سهم به پزشکان
۵	مرد	مدیر فروش و بازاریابی شرکت دارویی	لیسانس	نحوه انتقال سهم به پزشکان
۶	مرد	مدیر فروش و بازاریابی شرکت دارویی	فوق لیسانس	نحوه تعامل با پزشکان و انتقال سهم
۷	زن	کارشناس فروش شرکت دارویی	فوق لیسانس	نحوه تعامل شرکت‌های دارویی با پزشکان به ویژه چگونگی انعقاد قراردادهای صوری با آنها
۸	مرد	مدیر فروش و بازاریابی شرکت دارویی	فوق لیسانس	نحوه انتقال سهم به پزشکان
۹	زن	پزشک	متخصص	چگونگی ارتباط پزشکان با شرکت‌های دارویی و ضرورت آن
۱۰	زن	پزشک	متخصص	چگونگی ارتباط پزشکان با شرکت‌های دارویی و ضرورت آن
۱۱	مرد	پزشک	دکتری عمومی	برگزاری همایش‌های علمی از جانب شرکت‌های دارویی
۱۲	زن	پزشک	متخصص	چگونگی ارتباط پزشکان با شرکت‌های ارتباط پزشکان و دارویی و ضرورت آن؛ نمونه‌های دارویی رایگان
۱۳	مرد	پزشک	متخصص	نحوه ارتباط پزشکان و شرکت‌های دارویی
۱۴	زن	پزشک	متخصص	نحوه ارتباط پزشکان و شرکت‌های دارویی؛ ارسال هدایا
۱۵	مرد	پزشک	متخصص	نحوه ارتباط پزشکان و شرکت‌های دارویی؛ برگزاری دوره‌های آموزشی
۱۶	مرد	مشاور شاغل در سازمان نظام پزشکی	دکتری حقوق	نحوه رسیدگی در سازمان نظام پزشکی؛ پاسخ‌های انتظامی؛ امور خلاف شئون پزشکی
۱۷	مرد	کارشناس شاغل در سازمان نظام پزشکی	لیسانس حقوق	نحوه رسیدگی در سازمان نظام پزشکی؛ پاسخ‌های انتظامی؛ آیین رسیدگی؛ استقلال و بی طرفی سازمان
۱۸	مرد	کارشناس شاغل در سازمان نظام پزشکی	لیسانس حقوق	تشکیلات و نحوه رسیدگی در سازمان نظام پزشکی؛ پاسخ‌های انتظامی

۱۹	مرد	وکیل دادگستری ( وکیل متخصص در حوزه درمان)	دکتری حقوق	نظام درمان، حقوق بیماراران، درمان‌های القایی
۲۰	مرد	وکیل دادگستری ( وکیل متخصص در حوزه درمان)	دکتری حقوق	حقوق بیمار، نحوه رسیدگی و میزان استقلال سازمان نظام پزشکی
۲۱	زن	وکیل دادگستری	فوق لیسانس حقوق	نحوه رسیدگی در سازمان نظام پزشکی
۲۲	زن	وکیل دادگستری	فوق لیسانس حقوق	نحوه رسیدگی در سازمان نظام پزشکی
۲۳	مرد	استاد دانشگاه (شاغل در دانشگاه در گروه حقوق پزشکی)	دکتری تخصصی	مشکلات نظام درمان و پزشکان؛ امرار معاش پزشکان
۲۴	شاغل در دانشگاه	استاد دانشگاه	دکتری تخصصی	ابهامات و خلاء های قانونی در حوزه درمان
۲۵	مرد	استاد دانشگاه	دکتری تخصصی	پاسخ‌های انتظامی و بررسی رویکرد نظام پاسخ‌دهی به تخلفات حوزه درمان
۲۶	مرد	استاد دانشگاه	دکتری تخصصی	پاسخ‌های انتظامی
۲۷	مرد	استاد دانشگاه	دکتری تخصصی	پاسخ‌های انتظامی
۲۸	مرد	استاد دانشگاه	دکتری تخصصی و دکتری عمومی	اقتدارگرایی پزشکی، اخلاق پزشکی
۲۹	مرد	شاغل در سازمان نظام پزشکی	فوق لیسانس	مجازات انتظامی توبیخ کتبی و الصاق رای در تابلو اعلانات

ردیف	موضوع پرونده	متهم	مرجع صدور	ضمانت اجرای صادره
۱	تحمیل هزینه اضافی به بیماراران به دلیل اضافه کردن مکمل‌های دارویی	آقا (پزشک)	هیات تجدید نظر انتظامی نظام پزشکی	توبیخ کتبی با درج در پرونده و الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل تخلف صنفی و حرفه‌ای
۲	تحمیل هزینه اضافه با انجام اقدامات درمانی بدون منفعت برای بیمار	خانم (داروساز)	هیات بدوی انتظامی نظام پزشکی	چهار فقره توبیخ کتبی با درج در پرونده و الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل تخلف صنفی و حرفه‌ای
۳	اضافه دریافتی خارج از صورتحساب بیمارستان	خانم (متخصص زنان و زایمان)	هیات تجدید نظر سازمان نظام پزشکی	توبیخ کتبی با درج در پرونده و الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل تخلف صنفی و حرفه‌ای
۴	اضافه دریافتی	آقا (متخصص ارتوپد)	هیات تجدید نظر انتظامی سازمان نظام پزشکی	توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل
۵	اضافه دریافتی	آقا (متخصص ارتوپد)	هیات تجدید نظر انتظامی سازمان نظام پزشکی	محرومیت از اشتغال به حرف پزشکی و وابسته

نسخه پیش از انتشار